



TUIRE SANNISTO

Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston Arvo-rakennuksen
Jarmo Visakorpi -salissa, Lääkärintäti 1, Tampere,
14. päivänä tammikuuta 2011 klo 12.

English abstract

TAMPEREEN YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, yleislääketieteen vastuualue

Ohjaajat

Dosentti Elise Kosunen

Tampereen yliopisto

Esitarkastajat

Dosentti Mervi Halttunen

Helsingin yliopisto

Dosentti Simo Kokko

Itä-Suomen yliopisto

Myynti

Tiedekirjakauppa TAJU

PL 617

33014 Tampereen yliopisto

Puh. 040 190 9800

Fax (03) 3551 7685

taju@uta.fi

www.uta.fi/taju

<http://granum.uta.fi>

Kannen suunnittelu

Mikko Reinikka

Acta Universitatis Tamperensis 1576

ISBN 978-951-44-8307-3 (nid.)

ISSN-L 1455-1616

ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1029

ISBN 978-951-44-8308-0 (pdf)

ISSN 1456-954X

<http://acta.uta.fi>

"Moni seitsemänkymppinen on sanonut (...) ehkäisytablettien ja pyykinpesukoneen merkittävimiksi naisten elämään vaikuttaneiksi keksinnöiksi."

Vappu Taipale, Helsingin Sanomat 25.7.2010

Miskalle, Janille ja Rasmukselle

Sisällys

LUETTELO ALKUPERÄISISTÄ OSAJULKAISUISTA	9
LYHENTEET	10
TIIVISTELMÄ	12
1 JOHDANTO	15
2 KIRJALLISUUSKATSAUS	18
2.1 Keskeiset käsitteet.....	18
2.1.1 Seksuaaliterveys ja lisääntymisterveys.....	18
2.1.2 Seksuaali- ja lisääntymisoikeudet.....	19
2.1.3 Seksuaaliterveyspalvelut.....	20
2.1.4 Muita seksuaaliterveyteen liittyviä käsitteitä	20
2.1.5 Perusterveydenhuolto ja terveyskeskus	21
2.1.6 Tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja laatu	23
2.2 Seksuaaliterveyspalveluiden perusta	23
2.2.1 Kansainväliset asiakirjat	23
2.2.2 Palveluiden perusta Suomessa	26
2.2.2.1 Raskauden ehkäisyneuvonta	28
2.2.2.2 Raskaudenkeskeytys	28
2.2.2.3 Sukupuolitautilien torjunta ja hoito	30
2.2.2.4 Seksuaalineuvonta ja seksuaalikasvatus	31
2.3 Suomalaisen seksuaaliterveys	32
2.3.1 Raskauden ehkäisyn käyttö.....	32
2.3.2 Syntymät, suunnittelemattomat raskaudet, raskaudenkeskeytykset ja sterilisaatiot.....	36
2.3.3 Sukupuolitaudit	40
2.3.4 Seksuaaliterveyden muutosten taustatekijöitä.....	43
2.4 Seksuaaliterveyspalvelut perusterveydenhuollossa	46
2.4.1 Seksuaaliterveyspalvelut Pohjoismaissa, Iso- Britanniassa ja Alankomaissa.....	46
2.4.2 Seksuaaliterveyspalvelut suomalaisessa perusterveydenhuollossa	49
2.4.2.1 Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa.....	49
2.4.3 Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskusten ulkopuolella	61
2.4.4 Perusterveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutus.....	62

2.5	Nuorten seksuaaliterveyspalvelut.....	64
2.5.1	Nuorten seksuaalikäyttäytyminen.....	64
2.5.2	Nuorten seksuaaliterveyspalveluiden erityispiirteet	66
2.5.3	Seksuaalikasvatus	70
2.6	Laatu seksuaaliterveyspalveluissa.....	72
2.6.1	Laadun käsite	72
2.6.2	Keskeiset seksuaaliterveyspalveluiden laadun arviointia koskevat käsitteet ja teoreettiset mallit.....	73
2.6.3	Laadun arvioinnin ja kehittämisen menetelmiä.....	79
2.7	Näyttöön perustuva lääketiede, hoitosuositukset ja hyvät käytännöt seksuaaliterveyspalveluissa.....	81
2.7.1	Näyttöön perustuva lääketiede.....	81
2.7.2	Hoitosuositukset.....	83
2.7.2.1	Kansainväliset suositukset seksuaaliterveyden alueella.....	84
2.7.2.2	Kotimaiset suositukset seksuaaliterveyden alueella.....	86
2.7.3	Hyvät käytännöt.....	88
2.8	Raskauden ehkäisymenetelmät ja raskaudenkeskeytys.....	89
2.8.1	Ehkäisymenetelmien valikoima ja luokittelu	89
2.8.2	Yhdistelmäehkäisyvalmisteet	90
2.8.3	Progestiiniehkäisy	100
2.8.4	Kohdunsisäinen ehkäisy	102
2.8.5	Mekaaniset ja kemialliset estemenetelmät	107
2.8.6	Muut menetelmät	108
2.8.7	Raskauden ehkäisy synnytyksen jälkeen.....	112
2.8.8	Ehkäisyvälineiden kustannukset.....	115
2.8.9	Raskaudenkeskeytys	117
3	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA HYPOTEEESIT	119
4	AINEISTO JA MENETELMÄT.....	121
4.1	Tutkimusasetelma ja tutkimuskohde.....	121
4.2	Teoreettinen viitekehys	121
4.3	Kyselyiden toteuttaminen.....	123
4.3.1	Kyselylomakkeet.....	123
4.3.2	Kyselyiden lähettäminen	124
4.3.3	Vastausaktiivisuus ja vastausten laatu	126

4.3.4	Kyselyiden tekninen toteutuminen.....	127
4.3.5	Katoanalyysi.....	128
4.4	Muut aineistot.....	129
4.5	Aineiston käsittely ja tilastollinen analyysi.....	130
4.6	Aineiston tarkastelutavat.....	131
4.7	Palveluiden laadun arviointi.....	133
4.7.1	Raskauden ehkäisyneuvontapalveluiden rakenteen laadun arviointi (V)	133
4.7.2	Ehkäisyneuvontatyön käytäntöjen laadun arviointi (III)	133
4.8	Eettiset näkökohdat.....	134
4.8.1	Sidonnaisuudet	134
4.8.2	Tutkimusluvut.....	134
4.8.3	Aineisto	135
5	TULOKSET	136
5.1	Terveyskeskusten ja vastaajien ominaisuuksia	136
5.1.1	Terveyskeskusten ominaisuuksia	136
5.1.2	Lääkäri- ja hoitajavastaajien ominaisuuksia	138
5.2	Raskauden ehkäisyneuvontapalvelut	140
5.2.1	Palveluiden järjestäminen terveyskeskustasolla.....	140
5.2.1.1	Palveluiden yleiset järjestämistavat (I, II)	140
5.2.1.2	Nuorten palvelut (II).....	141
5.2.1.3	Palveluiden sisältöön liittyviä tekijöitä.....	142
5.2.2	Toimintakäytännöt lääkäreiden ja hoitajien työssä	143
5.2.2.1	Ehkäisyneuvontatyön puitteet (I, II).....	143
5.2.2.2	Ehkäisyn aloittaminen (II, III).....	144
5.2.2.3	Ehkäisyn seuranta.....	147
5.2.2.4	Ehkäisyvälineiden ilmaisjakelu (I).....	149
5.2.2.5	Synnytyksen jälkeinen ehkäisy ja jälkiehkäisy kierukalla (IV).....	150
5.2.3	Raskauden ehkäisyneuvontapalveluiden tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja laatu	151
5.2.3.1	Palvelurakenteiden laatu	151
5.2.3.2	Ehkäisyneuvontakäytäntöjen laatu	153
5.2.3.3	Raskauden ehkäisyneuvontapalveluiden tasa- arvo ja oikeudenmukaisuus	156
5.3	Raskaudenkeskeyttämiseen liittyvät palvelut.....	156

5.3.1	Palveluiden järjestäminen terveyskeskustasolla (II)	156
5.3.2	Toimintakäytännöt lääkäreiden ja hoitajien työssä	157
5.3.3	Raskaudenkeskeytykseen liittyvien palveluiden tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja laatu	158
5.4	Sukupuolitautilien torjunta ja hoito	158
5.4.1	Palveluiden järjestäminen terveyskeskustasolla (II)	158
5.4.2	Toimintakäytännöt lääkäreiden ja hoitajien työssä (II, III)	159
5.4.3	Sukupuolitauteihin liittyvien palveluiden tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja laatu	160
5.5	Seksuaalineuvonta ja seksuaalikasvatus (I, II)	160
5.5.1	Palveluiden järjestämistavat terveyskeskustasolla	160
5.5.2	Toimintakäytännöt lääkäreiden ja hoitajien työssä	161
5.5.3	Tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja laatu seksuaalineuvonnassa ja -kasvatuksessa	162
5.6	Seksuaaliterveyspalveluiden integraatio (II)	162
5.7	Koulutus, työntekijöiden kokemukset ja palveluiden kehittäminen (I, II, V)	163
5.7.1	Tulokset kyselyistä terveyskeskusjohdolle	163
5.7.1.1	Työntekijöiden koulutus johdon arvioimana	163
5.7.1.2	Perhesuunnittelupalveluiden kehittäminen	163
5.7.2	Tulokset lääkäreiden ja hoitajien kyselyistä	165
5.7.2.1	Täydennyskoulutus lääkäreiden ja hoitajien arvioimana	165
5.7.2.2	Työntekijöiden kokemukset ehkäisyneuvontatyöstä	165
5.7.2.3	Palveluiden kehittäminen	168
6	POHDINTA	171
6.1	Tutkimusmenetelmän ja -aineiston arviointia	172
6.2	Raskauden ehkäisyneuvontapalvelut	175
6.2.1	Ehkäisyneuvonnan järjestämistavat	175
6.2.2	Ehkäisyneuvonnan käytännöt	179
6.2.3	Ehkäisyneuvontapalveluiden laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät	189
6.3	Raskaudenkeskeyttämiseen liittyvät palvelut	191
6.4	Sukupuolitauteihin liittyvät palvelut	192
6.5	Seksuaalineuvonta ja seksuaalikasvatus	194
6.6	Palveluiden kehittäminen	195

6.7 Seksuaaliterveyspalveluiden vanhat ja uudet haasteet.....	201
7 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	205
8 ENGLISH SUMMARY	211
KIITOKSET.....	214
KIRJALLISUUSVIITTEET	217
LIITTEET	247
Liite 1 Seksuaalioikeudet.....	247
Liite 2 Kairon väestö- ja kehityskonferenssin (1994) määritelmä lisääntymisterveydelle	250
Liite 3 WHO:n luokittelu tiloista, jotka vaikuttavat soveltuvuuteen käyttää eri ehkäisymenetelmiä (kategoriat 1-4).....	251
Liite 4 Tutkimusalueen terveyskeskukset	252
Liite 5 Tutkimusalue, sairaanhoitopiirit ja niiden väestö 31.12.2005	255
Liite 6 Kyselylomakkeet saatekirjeineen.....	256

LUETTELO ALKUPERÄISISTÄ OSAJULKAISUISTA

Väitöskirja perustuu seuraaviin osajulkaisuihin:

- I Sannisto T, Mattila K ja Kosunen E (2007): Raskauden ehkäisyneuvonta terveyskeskuksissa. Kyselytutkimus TAYS:n erityisvastuualueella. *Suom Lääkäril* 62:2185-2192.
- II Sannisto T ja Kosunen E (2009): Promotion of adolescent sexual health in primary care: survey in Finnish health centres. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 14:27-38.
- III Sannisto T ja Kosunen E (2010): Practices of contraceptive prescribing: a survey among primary care physicians in Finland. *Acta Obstet Gynecol Scand* 89:636-645.
- IV Sannisto T ja Kosunen E (2009): Initiation of postpartum contraception. A survey among health centre physicians and nurses in Finland. *Scand J Prim Health Care* 27:244-249.
- V Sannisto T, Saaristo V, Ståhl T, Mattila K ja Kosunen E (2010): Quality of contraceptive service structure: A pilot study in Finnish health centre organisations. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 15:243 - 254.

Osajulkaisut on sisällytetty väitöskirjaan tekijänoikeuksien haltijoiden luvalla.

Väitöskirja sisältää lisäksi aiemmin julkaisemattomia tuloksia.

LYHENTEET

AIDS	acquired immune deficiency syndrome, HIV:n aiheuttama immuunikatotauti
AMK	ammattikorkeakoulu
BMI	body mass index, painoindeksi
EBM	evidence-based medicine
FFPRHC	Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Iso-Britannian kuninkaallisen gynekologiyhdistyksen perhesuunnittelun ja lisääntymisterveydenhuollon jaos)
FSRH	Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Iso-Britannian kuninkaallisen gynekologiyhdistyksen seksuaali- ja lisääntymisterveydenhuollon jaos)
HIV	human immunodeficiency virus, immuunikatovirus
HPV	human papillomavirus, ihmisen papilloomavirus
IPPF	International Planned Parenthood Federation, Kansainvälinen perhesuunnittelujärjestöjen liitto
KTL	Kansanterveyslaitos
NPL	näyttöön perustuva lääketiede
OR	odds ratio, vetosuhde
STAKES	Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus STAKES
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
UKMEC	Iso-Britannian kansallinen sovellus WHO:n Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use -suosituksesta
UKSPR	Iso-Britannian kansallinen sovellus WHO:n Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use -suosituksesta
Valvira	Sosiaali- ja terveysalan valvontavirasto Valvira
WHO	World Health Organization, Maailman terveysjärjestö
WHOMEK	WHO Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, WHO:n laatimat lääketieteelliset soveltuvuuskaavat ehkäisymenetelmien käytölle

WHOSPR WHO Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use,
valikoima WHO:n laatimia suosituksia ehkäisymenetelmien käytöstä

YTHS Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö

TIIVISTELMÄ

Keskeiset seksuaaliterveyspalvelut – raskauden ehkäisyneuvonta, raskaudenkeskeytyshoidon järjestäminen, sukupuolitautilien tutkimus ja hoito sekä seksuaalineuvonta – ovat monin osin kuuluneet julkisen perusterveydenhuollon palvelutarjontaan jo kauan. Terveyskeskuksissa toteutetun raskaudenehkäisyneuvonnan tulokset olivat hyviä 1990-luvun puoliväliin asti, jolloin erityisesti nuorten raskaudenkeskeytykset alkoivat lisääntyä. Samanaikaisesti myös ilmoitettujen klamydiainfektioiden määrä kääntyi nousuun. Yhtenä mahdollisena epäsuotuisan kehityksen syynä on pidetty terveyskeskuksissa tarjottavien ennaltaehkäisevien palveluiden tarjonnan heikentymistä muun muassa väestövastuujärjestelmän yleistymisen ja 1990-luvun alun talouslaman myötä.

Tutkimuksen *tavoitteena* oli tutkia terveyskeskusten keskeisten seksuaaliterveyspalveluiden, erityisesti raskauden ehkäisyneuvonnan, tarjontaa ja palveluiden toteuttamistapoja Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen terveyskeskuksissa. Palveluiden kuvaamisen ohella tavoitteena oli arvioida ehkäisyneuvontapalveluiden laatua ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä sekä palvelutarjonnan tasa-arvoa ja oikeudenmukaisuutta.

Tutkimusaineisto kerättiin syyskuussa 2005 – tammikuussa 2006 alueen terveyskeskusten (N = 63) johtaville lääkäreille ja hoitotyön johtajille sekä ehkäisyneuvontatyötä tekeville lääkäreille ja hoitajille henkilökohtaisesti suunnatuilla sähköisillä kyselylomakkeilla. Vastausaktiivisuus oli johtavien lääkäreiden kyselyssä 78 %, hoitotyön johtajien kyselyssä 95 %, lääkärinkyselyssä 68 % ja hoitajakyselyssä 92 %. Käytetyt tilastolliset menetelmät olivat pääasiassa kuvailevia. Palveluiden laatuun yhteydessä olevia tekijöitä tutkittaessa käytettiin Pearsonin khiin neliö -testiä ja Spearmanin järjestyskorrelaatioanalyysia. Ehkäisyneuvontapalveluiden laadun arvioinnissa käytettiin apuna kotimaisia ja kansainvälisiä suosituksia.

Tulokset osoittivat, että palveluiden järjestämistavat terveyskeskuksissa olivat moninaisia ja että esimerkiksi *ehkäisyneuvontapalveluita* tarjottiin usein erilaisin järjestelyin, yleisimmin äitiysneuvolan yhteydessä. Yksinomaan nuorille suunnattu palveluyksikkö löytyi kolmesta terveyskeskuksesta. Palveluiden piiriin pääsyä ra-

joittivat paikoin pitkät odotusajat ja ehkäisyneuvoloiden kesäsulut. Vastaanottoaikaa oli kuitenkin varattu lähes kaikissa yksiköissä riittävästi. Ehkäisyneuvontapalveluiden laadussa oli runsaasti vaihtelua niin palveluiden rakenteessa terveyskeskustasolla kuin työntekijöiden käytännöissäänkin. Kun palveluiden rakennetta arvioitiin tarkoitusta varten laaditulla kymmenestä laatuindikaattorista koostuvalla mittarilla, vaihtelivat tulokset 3:n ja 10:n välillä keskiarvon ollessa 5.8. Hyvää laatua ennustivat johtavan hoitajan tai ylihoitajan sekä nimetyn terveyden edistämisen johtamisesta vastaavan henkilön olemassaolo. Väestövastuinen toimintatapa ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä laatuun tutkittujen rakenteiden tai prosessien tasoilla. Ehkäisyneuvontakäytäntöjen osalta ehkäisyn aloittamiseen liittyvät lukuisat rutiinitutkimukset olivat linjassa tutkimusajankohtana käytettävissä olleiden kotimaisten suositusten kanssa, mutta eivät olleet näyttöön perustuvia. Yhdistelmähormoniehkäisyn käyttöön liittyvien ikärajojen ja vasta-aiheiden soveltamisessa todettiin puutteita. Tarjolla olevien ehkäisymenetelmien valikoima oli kuitenkin yleensä hyvä. Lääketieteellisten ehkäisymenetelmien, etenkin kierukkaehkäisyn, aloittaminen synnytyksen jälkeen näytti usein viivästyvän tarpeettomasti.

Raskaudenkeskeytysasiakkaille pyrittiin useissa terveyskeskuksissa järjestämään lääkärin vastaanottoaika nopeasti. Hoitaja osallistui keskeytysasiakkaiden hoitoon osassa terveyskeskuksia. *Sukupuolitautilien* osalta suurimmassa osassa terveyskeskuksia hoitajalla oli oikeus ohjata asiakas klamydiatutkimukseen ilman lääkärin lähetettä. Kirjalliset ohjeet suunnitelmallisesta klamydian seulonnasta löytyivät melko pienestä osasta terveyskeskuksia. Tartunnan toteamisen yhteydessä vastuu kumppaneiden informoimisesta jäi tavallisesti potilaalle. Seksuaalineuvojakoulutuksen saaneita hoitajia työskenteli vain harvassa terveyskeskuksessa. Etenkin hoitajat kuitenkin ilmoittivat ottavansa ainakin jossain määrin esiin *seksuaalineuvonnan* aihepiiriin kuuluvia kysymyksiä raskauden ehkäisyneuvonnan yhteydessä. Kouluterveydenhoitajat osallistuivat yläkoulujen *seksuaaliopetukseen* tavallisimmin pitämällä oppitunteja ja osallistumalla sen suunnitteluun.

Seksuaaliterveyspalveluiden *tasa-arvossa ja oikeudenmukaisuudessa* voidaan katsoa olleen puutteita palveluiden käyttäjien näkökulmasta etenkin palveluiden piiriin pääsyssä todettujen ongelmien ja vaihtelevan palveluiden laadun takia. Nuorten erityistarpeisiin oli palveluiden rakenteiden tasolla harvoin vastattu.

Kokonaisuutena katsoen seksuaaliterveyspalveluiden tarjontaa terveyskeskuksissa voidaan pitää hyvänä. Toimintakäytännöt ja palveluiden laatu ovat kuitenkin varsin vaihtelevia ja useita palveluiden saatavuutta heikentäviä lääketieteellisiä esteitä todettiin. Myös muuttuvat ehkäisyn käytännöt ja vasta-aiheet näyttävät leviävät perusterveydenhuoltoon hitaasti. Näyttöön perustuvilla, säännöllisesti päivitettäville hoitosuosituksille ja niiden tehokkaalle jalkauttamiselle näyttää olevan raskauden ehkäisyn alueella selvä tarve. Ehkäisyneuvonnan käytäntöjä tulisi useissa terveyskeskuksissa tarkistaa: monista rutiininomaisista tutkimuksista voitaisiin luopua ja painottaa sen sijaan seksuaalineuvonnan tarpeisiin vastaamista seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman 2007–2011 (STM 2007) mukaisesti. Palvelutarjonnan haasteita on myös nuorten palveluiden kehittäminen koulu-terveydenhuollossa ja isoimmista terveyskeskuksista myös omina yksiköinä. Ammattilaisten säännönmukaiselle täydennyskoulutukselle, lääkäreiden ja hoitajien työnjaon tarkistamiselle sekä johtamisen kehittämiseksi on tutkimuksen tulosten valossa terveyskeskuksissa tarvetta.

1 JOHDANTO

Seksuaaliterveys on tärkeä osa kokonaisterveyttä. Parhaimmillaan seksuaalisuus on ihmisen fyysisen, psyykkisen, emotionaalisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin merkittävä voimavara. Hyvää seksuaaliterveyttä voidaan pitää muun terveyden tavoin perusoikeutena (Kokko ja Virtala 2008). Seksuaaliterveydellä tarkoitetaan Duodecimin Lääketieteen termit -teoksen (2007) mukaan yksilön kykyä nauttia seksuaalisuudestaan ilman, että siitä on hänelle ruumiillista tai henkistä haittaa tai vahinkoa hänelle itselleen tai muille. Maailman terveysjärjestön laajempi, vielä epävirallinen määritelmä sisältää myös viittauksen seksuaalioikeuksiin (WHO 2006a). Seksuaalioikeudet (liite 1) tulee ymmärtää osaksi ihmisoikeuksia, vaikka etenkin globaalisti seksuaalisuus ja seksuaaliterveys koetaan vielä monilla alueilla tabuiksi.

Maassamme julkisen vallan tehtävänä on edistää ihmisten hyvinvointia ja terveyttä turvaamalla riittävät terveyspalvelut ja edistämällä väestön terveyttä. Seksuaaliterveyttä voidaan edistää terveydenhuollon piirissä seksuaaliterveyspalveluilla, joina voidaan pitää kaikkia niitä palveluita, joissa jollain tapaa käsitellään seksuaalisuutta tai parisuhdetta (STM 2007). Tässä tutkimuksessa seksuaaliterveyspalvelut rajattiin tarkoittamaan raskauden ehkäisyneuvontaa, raskaudenkeskeytyshoitoa, sukupuolitautilien torjuntaa ja hoitoa sekä seksuaalineuvontaa. Yhdistyneiden kansakuntien vuonna 1994 järjestämä Kairon kansainvälinen väestö- ja kehityskonferenssi edellytti, että näiden palveluiden tulisi olla kaikissa maissa tarjolla perusterveydenhuollon kautta (United Nations 1994).

Seksuaaliterveyspalvelut ovat monilta osin olleet jo pitkään osa maamme julkista perusterveydenhuoltoa. Raskauden ehkäisyneuvonta määrättiin kuntien ylläpitämien terveyskeskusten tehtäväksi vuoden 1972 kansanterveyslaissa. Lääkintöhallitus tuki terveyskeskusten työtä antamalla neuvonnan toteuttamisesta yksityiskohtaiset ohjeet, joita päivitettiin 1980-luvulle asti. Ehkäisyneuvontapalveluiden osuus terveydenhuollossa on merkittävä: on arvioitu, että neljännes 18–44-vuotiaiden naisten lääkäriissäkäynneistä tehdään raskauden ehkäisyn vuoksi (Hemminki ym. 1997a). Perusterveydenhuollon rooli on ollut keskeinen myös raskaudenkeskeytysasiakkaiden hoidossa. Keskeytystä suunnittelevista naisista merkittävä osa hakeutuu terveyskeskukseen, jonka palveluksessa oleva lääkäri toimii lausunnonantajana. Myös

raskaudenkeskeytyksen läpikäyneiden jälkitarkastus, jatkoehkäisystä huolehtiminen ja psyykinen tuki ovat tavallisesti terveyskeskuksen vastuulla.

Jo vuoden 1952 sukupuolitautilaki oli edellyttänyt jokaisen kunnan järjestävän alueellaan oleskeleville mahdollisuuden ilmaiseen sukupuolitautilien tutkimukseen ja hoitoon. Nykyisen tartuntatautilain ja -asetuksen (1986) mukaan laaja-alainen tartuntatautilien, kuten sukupuolitautilien, vastustamistyö kuuluu kunnan tehtäviin osana sen kansanterveystyötä. Seksuaalineuvonnan osalta Lääkintöhallitus esitti ohjekirjeessään jo vuonna 1980, että seksuaalineuvonnan tulisi toteutua osana kunnan peruspalveluita. Terveysthuollon henkilöstöllä on suuri vastuu keskustelunavaajina ja siten "luvan antajina" seksuaaliterveyteen liittyvien asioiden käsittelylle.

Terveyskeskusverkoston rakentumisen ja kehittämisen myötä etenkin raskauden ehkäisyneuvontatyön tulokset alkoivat näkyä nopeasti, kun raskauden keskeytysten määrä väheni huomattavasti 1970-luvun alun jälkeen (Rimpelä ym. 1996). 1990-luvun puolivälissä kuitenkin nuorten naisten raskauden keskeytykset alkoivat lisääntyä ja keskeisimmän sukupuolitaudin, *Chlamydia trachomatis* -infektion, ilmaantuvuus alkoi kasvaa merkittävästi (THL 2009a, THL 2009b). Myös väestötason kyselytutkimuksessa vuonna 1994 kävi ilmi, että raskauden ehkäisyn takia terveyskeskuksessa asioineilla oli ollut ongelmia esimerkiksi vastaanottoajan saamisessa (Hemminki ym. 1997a). Raskauden keskeytyksen kokeneista merkittävä osa olisi toivonut saavansa enemmän neuvontaa ja keskusteluapua ennen tai jälkeen keskeytyksen (Sihvo ja Kosunen 1998).

Raskauden keskeytysten ja sukupuolitautilien lisääntymisen taustalla on nähty olevan lukuisia tekijöitä. Tärkeimpinä syinä on pidetty muutoksia seksuaalikäyttäytymisessä sekä keskushallinnossa ja palvelujärjestelmässä tapahtuneita muutoksia, erityisesti vuoden 1993 valtionosuusjärjestelmä uudistusta, terveyskeskuksissa väestövastuujärjestelmään siirtymistä sekä koulujen seksuaaliopetuksen vähenemistä (Pojakärvi ja Mäkelä 1998, Kosunen ym. 2002, Väestöliitto 2006). Muutosten negatiivisia vaikutuksia korosti 1990-luvun alun talouslama, joka johti ennaltaehkäisevien palveluiden, kuten seksuaalikasvatusta ja -neuvontaa tarjoavien kouluterveyspalveluiden, supistamiseen.

Laadukkaiden seksuaaliterveyspalveluiden tarjoaminen kaikille niitä tarvitseville on tärkeä ajankohtainen haaste. Ongelmien ennaltaehkäisy on inhimillisesti sekä kansanterveydellisesti ja -taloudellisesti mielekästä. Esimerkiksi raskaudenkeskeytykset eivät ole täysin riskittömiä (Niinimäki ym. 2009a, Shah ja Zao 2009), teiniäitiyteen liittyy kohonnut somaattisten ja psykososiaalisten ongelmien riski (Amy ja Loeber 2007, Halonen ja Apter 2010) ja etenkin toistuva klamydiainfektio voi aiheuttaa lapsettomuutta (Paavonen 2004). Toimivat seksuaaliterveyspalvelut ovat merkittävä osa näiden ongelmien ehkäisyä. Sosiaali- ja terveysministeriön hiljattain laatima seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma vuosille 2007–2011 tarjoaa kattavasti suuntaviivoja ja käytännön ehdotuksia palveluiden kehittämiseen (STM 2007). Palveluiden kustannusten ei pitäisi antaa muodostua esteeksi toiminnan kehittämiseksi: käytettävissä olevan tutkimustiedon mukaan esimerkiksi ehkäisyneuvonta ilmaisine ehkäisyvälineineen ja klamydiaseulonta riskiryhmissä on kustannustehokasta toimintaa (Paavonen ym. 1998, Honey ym. 2002, Sonnenberg ym. 2004, Trussell ym. 2009).

Terveyskeskusten seksuaaliterveyspalveluita on tutkittu varsin vähän. Raskauden ehkäisyneuvontapalveluiden järjestämistapoja on kartoitettu viimeksi 1990-luvulla. Ehkäisyneuvonnan toteuttamista, kuten eri ehkäisy menetelmien määräämisen liittyviä käytäntöjä, ei ole tiettävästi tutkittu lainkaan. Ajankohtaista tietoa palveluiden järjestämistavoista, toimintakäytännöistä sekä koulutus- ja kehittämistarpeista tarvitaan palveluiden laadun arvioimiseksi ja niiden kehittämiseksi.

Tässä tutkimuksessa kartoitettiin seksuaaliterveyspalveluiden, erityisesti raskauden ehkäisyneuvonnan, tarjontaa, käytäntöjä ja laatua terveyskeskusten johdolle sekä ehkäisyneuvontatyötä tekeville lääkäreille ja hoitajille suunnattujen lomakyselyiden avulla.

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

2.1 Keskeiset käsitteet

2.1.1 Seksuaaliterveys ja lisääntymisterveys

Maailman terveysjärjestö (World Health Organization, WHO) laati vuonna 1975 ensimmäisen kansainvälisesti hyväksytyyn *seksuaaliterveyden (sexual health)* määritelmän, joka pohjautui järjestön yleiseen terveyden määritelmään vuodelta 1946: "Terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä vain sairauden puutetta." (Edwards ja Coleman 2004). Määritelmä kuului: "Sexual health is the integration of the somatic, emotional, intellectual and social aspects of sexual well-being, in ways that are positively enriching and that enhance personality, communication and love." WHO laajensi määritelmää vuonna 1987 ja viimeisin, seksuaaliterveyden kokonaisvaltaisesti kattava määritelmä laadittiin vuonna 2002: "Seksuaaliterveys on seksuaalisuuteen liittyvän fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila; siinä ei ole kyse vain sairauden, toimintahäiriön tai raihnaisuuden puuttumisesta. Hyvä seksuaaliterveys edellyttää positiivista ja kunnioittavaa asennetta seksuaalisuuteen ja seksuaalisiin suhteisiin sekä mahdollisuutta nautinnollisiin ja turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin ilman pakottamista, syrjintää ja väkivaltaa. Hyvän seksuaaliterveyden saavuttaminen ja ylläpitäminen edellyttää kaikkien ihmisten seksuaalisten oikeuksien kunnioittamista, suojelemista ja toteuttamista." (WHO 2006a, suomennos Kosunen ja Ritamo 2004).

Vaikka WHO:n työmääritelmällä ei ole virallista asemaa (WHO 2006a), se on tuonut seksuaaliterveydestä käytävän keskustelun kansainväliselle foorumille (Edwards ja Coleman 2004). Myös monet muut seksuaaliterveyden määritelmät (Lottes 2000, Department of Health 2001, Korhonen ym. 2009) mukailevat WHO:n aiempia tai nykyistä määritelmää. Edwardsin ja Colemanin (2004) mukaan keskustelu seksuaaliterveyden määritelmästä on jatkuvaa ja on todennäköistä, että määritelmät muovautuvat jatkossakin heijastaen historiallisia muutoksia ja poliittisia olosuhteita.

Suomessa Poikajärvi ja Mäkelä (1998) ovat esittäneet Hemminkiä (1998) mukailleen terveydenhuollon näkökulmasta määriteltynä seksuaaliterveydellä tarkoitettavan

lisääntymisterveyteen (hedelmällisyyden säilyttämiseen ja toivottujen lasten saamiseen perheelle sopivana aikana) sekä muihin sukupuolielämään ja -eliimiin liittyviä ilmiöitä, joilla on terveysuottavuus. Duodecimin Lääketieteen termit -kirjan (2007) määritelmä kiteyttää seksuaaliterveyden yksilön kyvyksi nauttia seksuaalisuudesta ilman, että siitä on hänelle ruumiillista tai henkistä haittaa tai vahinkoa hänelle itselleen tai muille.

Lisääntymisterveyden (reproductive health) käsite on kansainvälisesti koettu seksuaaliterveyden käsitettä neutraalimmaksi ja helpommin hyväksyttävämmäksi (Correa 1997). Lääketieteen termit -teos on määritellyt lisääntymisterveyden lyhyesti hedelmällisyydeksi ja kyvyksi saada terveitä lapsia toivottuna aikana (Duodecim 2007). Vuonna 1994 Kairon kansainvälinen väestö- ja kehityskonferenssi hyväksyi laajan lisääntymisterveyden määritelmän (liite 2), joka kattoi ensimmäistä kertaa myös seksuaaliterveyden käsitteen (United Nations 1994, Bergman 2004). Sitten käsitteiden hierarkia on kyseenalaistettu (Kosunen 2006a) ja esimerkiksi WHO on epävirallisissa yhteyksissä esittänyt seksuaaliterveyden lisääntymisterveyden edellytyksenä (WHO 2004a). Lisääntymisterveyden käsitteen ytimessä ovat raskauden ja synnytykseen liittyvät asiat, ja siihen sisällytetään usein myös raskauden keskeyttäminen ja raskauden ehkäisy, jotka puolestaan ovat keskeisiä seksuaaliterveyden osa-alueita. Käsitteet ovat siten päällekkäisiä. Yleisesti seksuaaliterveyden käsite nähdään asiantuntijoiden piirissä kuitenkin lisääntymisterveyttä laajempänä, koskeehan seksuaaliterveys molempia sukupuolia myös muulloin kuin hedelmällisessä iässä (Lottes 2000, Kosunen 2006a).

2.1.2 Seksuaali- ja lisääntymisoikeudet

Useimpiin seksuaaliterveyden määritelmiin sisältyy myös *seksuaalioikeuksien (sexual rights)* näkökulma (Correa 1997, Lottes 2000, WHO 2006a). Kansainvälinen yhteisö tunnusti Yhdistyneiden kansakuntien neljännessä naisten maailmankonferenssissa Pekingissä 1995 seksuaalioikeuksien olemassaolon tunnustamatta kuitenkaan kyseistä termiä (Correa 1997). Samana vuonna Kansainvälinen perhesuunnittelujärjestöjen liitto IPPF julkisti 12 kohdan seksuaali- ja lisääntymisoikeuksien julistuksen (IPPF 1997). Tähän julistukseen sekä Yhdistyneiden kansakuntien ihmisoikeuksien julistukseen perustuen IPPF täsmensi seksuaalioikeuksia vuonna 2008

(IPPF 2008, liite 1) korostaen seksuaalioikeuksia osana kansainvälisen yhteisön tunnustamia ihmisoikeuksia. WHO on laatinut seksuaali-terveyden määritelmän rinnalle vuonna 2002 myös työversion seksuaalioikeuksista (WHO 2006a, liite 1). Seksuaalioikeuksia on määritellyt myös World Association of Sexual Health (aiemmin World Association of Sexology). Kansainvälisissä yhteyksissä seksuaalioikeuksien käsite liitetään usein yhteen seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteiden kanssa (*sexual and reproductive health and rights, SRHR*).

2.1.3 Seksuaaliterveyspalvelut

Seksuaaliterveyspalveluiden käsitteen sisältö riippuu käytettävästä seksuaaliterveyden määritelmästä. Monet seksuaaliterveyden määritelmät ovat varsin laaja-alaisia, ja siten seksuaaliterveyspalveluidenkin piiriin voidaan lukea monenlaisia terveydenhuollon toimintoja. Poikajärvi ja Mäkelä (1998) esittivät Suomen seksuaaliterveyspalveluita kartoittavassa työssään seksuaaliterveyttä tukeviin palveluihin kuuluvaksi 1) perhesuunnitteluun (sisältäen sukupuolikasvatuksen, raskauden ehkäisyä, hedelmättömyyden hoidon, adoptiot ja perinnöllisyysneuvonnan), 2) raskauteen ja synnytykseen (myös lapsivuodeaikaan, keskenmenoihin, sikiöseulontoihin ja raskauden keskeytyksiin) sekä 3) muuhun seksuaaliterveyteen (sukupuolitaudit ja muut seksitaudit, gynekologiset seulonnat, vaihdevuodet, toiminnalliset häiriöt ja seksuaalinen identiteetti) liittyvät palvelut. Sosiaali- ja terveysministeriön seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman (STM 2007) mukaan seksuaaliterveyspalveluita ovat kaikki terveyspalvelut, joissa jollain tavalla käsitellään ihmisen seksuaalisuutta tai seksuaalitoimintoja ja parisuhdetta.

2.1.4 Muita seksuaaliterveyteen liittyviä käsitteitä

Raskauden ehkäisy (contraception) ja *perhesuunnittelu (family planning)* ovat rinnakkaisia käsitteitä, mutta eivät synonyymejä. Duodecimin Lääketieteen termit -kirjan mukaan raskauden ehkäisyllä tarkoitetaan raskauden alkamisen ehkäisyä joko estämällä hedelmöitys tai hedelmöittyneen munasolun kiinnittyminen kohtuun tai aiheuttamalla lääkkeiden avulla varhaisvaiheen keskenmeno (Duodecim 2007). Tämä määritelmä on kuitenkin ongelmallinen, koska minkään nykyisin käytössä olevan lääketieteellisen ehkäisymenetelmän vaikutusmekanismi ei perustu jo alkaneen

raskauden keskeyttämiseen. IPPF:n mukaan raskauden ehkäisy voidaan määritellä miksi tahansa keinoksi, jolla ehkäistään raskautta (IPPF 2010a).

Perhesuunnittelu on raskauden ehkäisyä laajempi käsite, jonka alle voidaan lukea paitsi raskauden ehkäisy myös laaja-alainen sukupuolikasvatus (nyk. seksuaalikasvatus), hedelmättömyyden hoito, adoptiot ja perinnöllisyysneuvonta (Poikajärvi ja Mäkelä 1998). Duodecim (2007) määrittelee perhesuunnittelun suppeammin perheen lasten lukumäärään ja syntymän ajankohtaan kohdistuvaksi suunnitteluksi. Kansainvälisessä kirjallisuudessa family planning -käsite on vakiintunut kuvaamaan raskauden ehkäisyyn liittyvää toimintaa (*f.p. programme, f.p. clinic*), kun contraception-termi viittaa useammin teknisempään raskauden ehkäisyn toteuttamiseen ja sen menetelmiin.

Erityisesti väestötieteissä käytetään lisäksi termejä *syntyvyyden säännöstely* tai *rajoittaminen* (*birth control, fertility regulation*). Duodecimin mukaan syntyvyyden säännöstelyllä tarkoitetaan syntyvien lasten määrään vaikuttamista, yleensä rajoittamalla syntyvyyttä käyttämällä raskaudenehkäisymenetelmiä.

Seksuaalineuvonnalla tarkoitetaan Nummelinin mukaan ammatillista, henkilökohtaisessa vuorovaikutussuhteessa tapahtuvaa yksilöllisten, seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyä. *Seksuaaliopetuksella* tarkoitetaan koulun opetussuunnitelman mukaista toimintaa ja *seksuaalivalistuksella* joukkoviestinnän keinoin tapahtuvaa seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyä. Sekä seksuaaliopetus että -valistus voidaan katsoa kuluviksi *seksuaalikasvatuksen* käsitteen alle. Seksuaalikasvatukseksi ymmärretään ammatillinen kasvatuksellinen toiminta, jonka tavoitteena on seksuaalisen hyvinvoinnin edistäminen. (Nummelin 2000).

2.1.5 Perusterveydenhuolto ja terveyskeskus

Perusterveydenhuollon (*primary health care*) määritelmiä on useita ja niiden lähtökohdat eroavat toisistaan. Duodecim (2007) määrittelee perusterveydenhuollon terveydenhuollon keskeisiksi toiminnoiksi, jotka ovat yleisesti kaikkien saatavilla ja muodostavat maan terveydenhuoltojärjestelmän ytimen. Tässä lyhyessäkin määritelmässä on mukana useita näkökulmia. Perusterveydenhuolto voidaan ensinnäkin

nähdä toimintana, kuten sairauksien ehkäisynä ja hoitona. Sitä voidaan tarkastella toiminnan tasona, jolloin kyseessä on potilaan ensitason kontakti terveydenhuoltoon. Sillä voidaan tarkoittaa myös terveydenhuollon toteuttamisstrategiaa tai filosofiaa, jonka taustalla on keskeisesti sosiaalisen oikeudenmukaisuuden periaate (Kauhanen ym. 1998). Maailman terveysjärjestön jäsenmaat, Suomi mukaan luettuna, ovat sitoutuneet Alma-Atan julistuksen perusterveydenhuoltoa kuvaaviin periaatteisiin vuodelta 1978 (Kauhanen ym. 1998). Julistuksen mukaan perusterveydenhuolto kohdistuu yhteisön tärkeimpiin terveysongelmiin käsittäen edistävän, ehkäisevän, parantavan ja kuntouttavan terveydenhuollon väestön tarpeiden mukaan (ks. Jylhäsaari 2009).

Suomessa perusterveydenhuolto on ymmärretty kansainvälisesti katsottuna varsin laajasti. Julkisen perusterveydenhuollon tehtäviin kuuluvat terveysneuvonnan, avosairaanhoidon ja hammashuollon lisäksi yleislääkärijohtoinen sairaalahoito, työterveyshuolto, kuntoutus, sairaankuljetus ja ympäristöterveydenhuolto (Lehto ym. 2003). Erityisesti tarkasteltaessa terveyspalveluiden tasoja (perusterveydenhuolto vs. *erikoissairaanhoito*) perusterveydenhuoltoon voidaan katsoa kuuluvaksi myös muu kuin julkisin varoin katettu perustason terveydenhuolto. Esimerkiksi seksuaaliterveyspalveluita tarjoavat julkisten ja yksityisten palveluiden välimaastoon sijoittuvat toimijat, kuten Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) ja Väestöliitto, terveyskeskusten ulkopuolella toimiva työterveyshuolto sekä yksityislääkärit.

Terveyskeskuksella tarkoitetaan kansanterveyslain edellyttämästä perusterveydenhuollosta vastaavaa, kunnan tai kuntayhtymän ylläpitämää yksikköä (Duodecim 2007). Toisin kuin kansainvälisessä kirjallisuudessa, terveyskeskus (*health centre*) ei Suomessa edusta yksittäistä terveydenhuollon toimipaikkaa tai rakennusta vaan kunnan terveyspalveluiden kokonaisuutta (Aer ja Rokka 1975); organisaatiota, jolla on laaja tehtäväkenttä, jossa työskentelee useita eri ammattiryhmiä ja jolla voi olla useita toimipaikkoja (terveysasemia). Seksuaaliterveyspalveluiden näkökulmasta julkisin varoin toimivat terveyskeskukset ovat keskeinen palveluntuottaja.

2.1.6 Tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja laatu

Tasa-arvon, oikeudenmukaisuuden ja laadun käsitteitä käytetään tässä tutkimuksessa arvioitaessa terveyskeskusten seksuaaliterveyspalveluita. Terveys – myöskään seksuaaliterveys – ei suomalaisen yhteiskunnallisen ajattelun mukaan saisi riippua esimerkiksi asuinpaikasta tai varallisuudesta (Poikajärvi ja Mäkelä 1998). *Tasa-arvo* tarkoittaa erityisesti kaikkien ihmisten yhtäläistä arvoa yksilöinä ja yhteiskunnan jäseninä. Käsite rinnastuu terveyspalveluiden *horisontaalisen oikeudenmukaisuuden* käsitteeseen: palveluissa ei ole eroja silloin kun tarpeet ovat yhtäläiset (McCallum 2004). Palvelujen tulisi olla yhdenmukaisia esimerkiksi asuinalueesta, iästä tai sukupuolesta riippumatta. *Vertikaalinen oikeudenmukaisuus* puolestaan vallitsee, kun palveluita on saatavilla tehostetusti silloin, kun niille on erityinen tarve. Vastaavasti Matti ja Arja Rimpelä ovat käyttäneet kouluterveydenhuollon palveluita arvioidessaan (2008) oikeudenmukaisuus-käsitettä tarkoittamaan palveluiden yhdenmukaisuutta samanlaisissa tilanteissa (vrt. horisontaalinen oikeudenmukaisuus) ja erilaisuuden hyväksymistä silloin kun tarpeet ovat perustellusti erilaisia (vertikaalinen oikeudenmukaisuus) (Rimpelä ja Rimpelä 2008). Vastaava ajattelu on nähtävissä myös ajankohtaisessa terveyserojen kaventamisen politiikassa, jossa pyritään mm. parantamaan sosiaali- ja terveyspalveluiden tarpeenmukaista saatavuutta ja käyttöä (STM 2008a). Seksuaaliterveyden alueella esimerkiksi nuorten palveluihin panostamista ja heidän erityistarpeidensa huomioimista voidaan pitää oikeudenmukaisena, vaikka palveluita olisikin tarjolla esimerkiksi useammassa toimintayksikössä kuin muun ikäisille.

Terveyspalveluiden *laadun* käsitettä on kuvattu luvuissa 2.6 ja 4.2.

2.2 Seksuaaliterveyspalveluiden perusta

2.2.1 Kansainväliset asiakirjat

Yhdistyneiden kansakuntien vuonna 1994 järjestämä Kairon kansainvälinen väestö- ja kehityskonferenssi (United Nations 1994) loi perustan globaalille seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi. Lisääntymisoikeudet – kuten yksilöiden ja parien oikeus vapaasti päättää lapsiluvustaan – tunnustettiin ensimmäistä kertaa kansainvälisellä tasolla ihmisoikeuksiksi (Bergman 2004). Konferenssin myötä globaali

näkökulma siirtyi väestönkasvun rajoittamisesta yksilön seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseen. Kaikki 179 osanottajamaata sitoutuivat tavoitteisiin, joiden mukaan perhesuunnittelupalveluiden, sukupuolitautilien ehkäisyyn ja hoitoon liittyvien palveluiden sekä tarvittaessa turvallisen raskaudenkeskeytyksen (mikäli se on maassa laillinen) tulisi olla kaikkien saatavilla helposti ja edullisesti perusterveydenhuollossa (United Nations 1994). Hyväksytty toimintaohjelma korostaa myös palveluiden laadun tärkeyttä sekä erityisesti nuorille suunniteltujen palveluiden, terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutuksen ja yksilöiden tiedonsaannin merkitystä. Naisten maailmankonferenssi Pekingissä 1995 vahvisti ja täsmensi Kairossa hyväksytyjä periaatteita (Bergman 2004).

Kymmenen vuotta Kairon historiallisen kokouksen jälkeen YK:n alainen *Maailman terveysjärjestö* WHO hyväksyi yleiskokouksessaan ensimmäisen globaalin lisääntymisterveyden strategian (WHO 2004b) tarkoituksenaan edistää Kairon kokouksessa hyväksytyjen tavoitteiden toteutumista. Strategia painottaa viittä globaalisti keskeistä seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden osa-alueita: raskauden- ja synnytyksenaikaisen hoidon parantamista, korkealaatuisten perhesuunnittelupalveluiden tarjoamista, terveyttä uhkaavien raskaudenkeskeytysten eliminoimista, sukupuolitautilien ja HIV:n sekä kohdunkaulan syövän torjuntaa sekä seksuaaliterveyden edistämistä. Strategia nostaa esiin nuorten tarpeisiin vastaamisen ja heidän seksuaali- ja lisääntymisoikeuksiensa vaalimisen merkityksen. WHO korostaa, että kunkin maan on tunnistettava alueellaan esiintyvät ongelmat, asetettava omat tavoitteensa ja luotava strategiansa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi. Vuonna 2007 WHO julkaisi erillisen globaalin strategian vuosille 2006–2015 sukupuolitautilien torjumiseksi (WHO 2007a). Strategia painottaa paitsi HIV-infektion, myös muiden sukupuoliteitse tarttuvien tautien hyvää hoitoa.

Jo ennen WHO:n globaalin lisääntymisterveysstrategian julkaisemista *WHO:n Euroopan* aluetoimisto oli vuonna 2001 laatinut 52 jäsenmaalleen lisääntymis- ja seksuaaliterveyden strategian (WHO 2001). Myös siinä korostetaan jäsenmaiden oman strategian laatimisen tärkeyttä. Dokumentti nostaa esiin kymmenen terveydenhuoltojärjestelmien ja palveluiden kehittämiskohdetta, joista mainittakoot lisääntymiseen liittyvä valinnanvapaus, sukupuolitautilien ja HIV:n kontrollointi, nuoret sekä seksuaalinen hyväksikäyttö ja väkivalta. Strategian mukaan perusterveyden-

huollon ja yleislääkäreiden rooli on palvelujärjestelmässä keskeinen, ja se painottaa seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden saatavuutta, laatua ja integraatiota. WHO:n Euroopan alue on laatinut myös strategian lasten ja nuorten terveyden ja kehityksen edistämiseksi (WHO 2005). Ohjelma nostaa nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhdeksi neljästä keskeisestä nuoruusiän haasteesta tapaturmien, mielenterveyden ja epäsuotuisan terveystyöskäytännön ohella ja asettaa tavoitteeksi nuorille sopivien (*youth-friendly*) lisääntymisterveyspalveluiden (raskauden ehkäisy, ei-toivottujen raskauksien ehkäisy, sukupuolitautilien ja HIV:n hoidon) luomisen.

Euroopan tasolla myös *Euroopan unioni* on ottanut kantaa seksuaali- ja lisääntymisterveyteen ja -oikeuksiin. Euroopan parlamentti antoi vuonna 2002 laaja-alaisen asiaa käsittelevän päätöslauselman, joka pohjautuu muun muassa Yhdistyneiden kansakuntien ihmisoikeuksien julistukseen vuodelta 1948, Kairon väestökongressin laatimaan toimintaohjelmaan ja sen seurantakokousten dokumentteihin (Euroopan parlamentti 2002). Päätöslauselman sisältö on jaoteltu otsikoiden raskauden ehkäisy, ei-toivotut raskaudet ja raskaudenkeskeytykset, nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveys ja seksuaalikasvatus sekä yleinen seksuaali- ja lisääntymisterveyspolitiikka alle. Lukuisten yleisluontoisten suositusten ohella parlamentti muun muassa kehottaa jäsenmaita tarjoamaan kansalaisilleen seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelut ja ehkäisyvälineet maksutta.

Euroopan neuvoston yleiskokous hyväksyi vuonna 2004 strategian seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi Euroopassa (Euroopan neuvosto 2004). Euroopan parlamentin päätöslauselman tavoitin strategia tunnustaa suuret erot jäsenmaidensa välillä kansalaisten seksuaali- ja lisääntymisterveydessä ja korostaa kansallisten strategioiden laatimisen tärkeyttä sekä kaikkien saatavilla olevien seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden ja -kasvatuksen merkitystä. Myös erityisesti nuorille soveltuvien palveluiden tarve tuodaan tässäkin dokumentissa esille.

Eurooppalaisista toimijoista myös *järjestöt* pyrkivät edistämään seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. IPPF:n Euroopan verkoston laatima päättäjille suunnattu opas nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyden ja -oikeuksien edistämiseksi (IPPF European Network 2007a) on suunniteltu täydentämään WHO:n Euroopan alueen lasten

ja nuorten terveyttä edistävää strategiaa. Myös esimerkiksi riippumaton raskauden ehkäisyä tukeva järjestö, European Society of Contraception, pyrkii edistämään osaltaan seksuaali- ja lisääntymisterveyttä Euroopassa (Lazaris 2007).

2.2.2 Palveluiden perusta Suomessa

Suomessa *perustuslain* (731/1999) mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. *Kansanterveyslaki* (66/1972) on julkisen perusterveydenhuollon perusta sekä terveyden edistämisen että sairaanhoidon osalta. *Lain potilaan asemasta ja oikeuksista* (785/1992) nojalla potilaalla on oikeus terveydentilansa edellyttämään, laadultaan hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon kulloinkin terveydenhuollon käytettävissä olevien voimavarojen puitteissa. Hoitoon pääsyn takaamiseksi tehtiin vuonna 2005 osana kansallista projektia terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (*kansallinen terveysthanke*, STM 2002) kansanterveys- ja erikoissairaanhoitolakien muutoksia ja laadittiin kansalliset hoitoon pääsyn periaatteet (ns. hoitotakuu, ks. Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004). Nämä periaatteet koskevat kuitenkin vain sairaanhoitoa eivätkä ehkäiseviä palveluita, joihin seksuaaliterveyspalvelut merkittävältä osin kuuluvat.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen voidaankin nähdä osana yleisempää terveyden edistämisen kokonaisuutta. Vaikka valtiovalta on tunnustanut terveyden edistämisen merkityksen esimerkiksi *Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa* (<http://www.terveys2015.fi/>), on terveyden edistämisen ja ehkäisevien palveluiden kritisoitu jäävän sairauksien hoidon varjoon (Rimpelä 2004). Viime vuosina terveyden edistämiseen on kuitenkin valtakunnallisesti pyritty panostamaan ainakin strategiatasolla (STM 2006a, STM 2008b). *Terveyden edistämisen laatusuosituksessa* (STM 2006b) seksuaaliterveys on esillä omana kokonaisuutenaan. Yleisperiaatteiden ohella suositus antaa ohjeita seksuaaliterveyden edistämiseksi kuntatasolla.

Vuonna 2007 (kaksi vuotta tämän tutkimuksen aineiston keräämisen jälkeen) Suomessa laadittiin ensimmäinen valtakunnallinen *seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma* vuosille 2007–2011 (SMT 2007). Sen tavoitteena on edistää väestön, pariskuntien ja yksilöiden ja erityisesti nuorten seksuaali- ja li-

sääntymisterveyttä. Ohjelma on suunnattu lukuisille tahoille, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille ja johdolle, kuntien luottamushenkilöille ja keskeisille yhteistyötahoille, sosiaali- ja terveysalan sekä koulujen terveystiedon opettajille sekä heidän kouluttajilleen. Toimintaohjelmassa esitetään tavoitteet ja toimenpiteet seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi 14 aihekokonaisuuden osalta ja linjataan edistämistyön johtamista, palvelurakennetta, toimintatapoja ja osaamisen kehittämistä. Raskauden ehkäisy palveluille, raskaudenkeskeytysten hoidolle, sukupuolitautilien torjunnalle ja seksuaalivahvonnalle on omistettu omat lukunsa. Ohjelmassa on toimenpide-ehtotuksia myös työnjaon, yhteistyön, tilastoinnin ja seurannan sekä tutkimuksen kehittämiseksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueella. Myös valtakunnallisessa *kouluterveydenhuollon oppaassa* (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes 2002) seksuaaliterveyden edistäminen (seksuaaliopetus ja -neuvonta) sekä sukupuolitautilien ehkäisy ja seulonta ovat selkeästi esillä. *Opiskeluterveydenhuollon oppaassa* esitetään niin ikään toimintamalleja seksuaaliterveyden edistämiseksi opiskeluterveydenhuollossa (STM 2006c).

Lasten, nuorten ja perheiden ennalta ehkäisevien palveluiden asemaa vahvistettiin vuonna 2009, jolloin valtioneuvosto antoi *asetuksen neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta*. Sen tavoitteena on terveysneuvonnan ja terveystarkastusten suunnitelmallisuus ja yhtenäisyys yksilöiden ja väestön tarpeet huomioon ottaen. Asetus edellyttää kuntien laativan palveluille yhtenäisen toimintaohjelman yhteistyössä sosiaali- ja opetustoimen kanssa, määrittää opiskeluterveydenhuollon palveluihin oikeutetut ja esittää terveystarkastusten ajankohdat ja keskeiset sisällöt huomioiden myös raskauden ehkäisy- ja seksuaaliterveysneuvonnan.

Järjestöistä erityisesti IPPF:n suomalainen jäsenjärjestö *Väestöliitto* on pyrkinyt edistämään seksuaaliterveyttä. Harjoittamansa käytännön neuvontatyön ja tutkimustoiminnan ohella järjestö pyrkii vaikuttamaan valtakunnan tason päätöksentekoon. Liitto julkaisi vuonna 2006 seksuaaliterveyspoliittisen ohjelman (Väestöliitto 2006), jossa kuvataan keskeisiä seksuaaliterveyden ja -palveluiden haasteita ja esitetään ratkaisu- ja parannusehdotuksia.

2.2.2.1 Raskauden ehkäisyneuvonta

Seksuaaliterveyspalveluiden osa-alueista raskauden ehkäisyneuvonta on *kansanterveyslain* (66/1972) edellyttämää toimintaa, jota terveyskeskuksissa tulee toteuttaa osana terveysneuvontaa. *Asetuksen neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta* mukaan neuvonta raskauden ehkäisystä ja muu seksuaaliterveysneuvonta kuuluvat neuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluihin, mutta neuvontaa voidaan järjestää myös muiden palveluiden osana. Muun terveyskeskusten neuvontatyön tavoin ehkäisyneuvonnan tulee olla maksutonta (*Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734*).

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007–2011 esittää raskauden ehkäisyneuvonnan osalta perustavoitteeksi jokaisen yksilön ja parin mahdollisuuden saada halutessaan itselleen sopiva ehkäisymenetelmä (STM 2007). Toimintaohjelma pyrkii vähentämään voimassaoloaikanaan alle 25-vuotiaiden raskaudenkeskeytysten määrän vähintään 1990-luvun puolivälissä vallinneelle tasolle sekä vähentämään toistuvien keskeytysten määrää. Tavoitteiden saavuttamiseksi esitetään lukuisia toimenpiteitä koskien ehkäisyneuvontapalveluiden järjestämistä terveyskeskuksissa, ehkäisyvälineiden jakelua, neuvontaa antavan henkilöstön osaamista, tukea ja johtamista sekä alueellista ja valtakunnallista tukea ehkäisyneuvontatyölle. Esimerkiksi laadun takaamiseksi palvelut tulisi keskittää neuvolaan, jossa on riittävä asiantuntemus; toisaalta nuorten palveluiden tulee olla helposti saavutettavissa lähipalveluina, kuten koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Ehkäisyn aloitus pyritään järjestämään viipymättä, nuorille asiakkaille viimeistään viikon kuluessa. Toimintaohjelma puoltaa ehkäisyvälineiden tarjoamista maksutta kaikille alle 20-vuotialle sekä raskauden ja synnytyksen jälkeen. Myös raskauden ehkäisyä koskeva Käypä hoito -suositus nähdään tarpeellisena.

2.2.2.2 Raskaudenkeskeytys

Raskaudenkeskeytyksellä eli indusoidulla abortilla (*abortus arte provocatus*, aap) tarkoitetaan raskauden keinotekoisia päättämistä ennen 20. raskausviikkoa tai Sosiaali- ja terveysalan valvontavirasto Valviran luvalla sikiön vaikean poikkeavuuden

perusteella suoritettua raskaudenkeskeytystä ennen 24. raskausviikkoa (Käypä hoito 2007). Suomessa raskaudenkeskeyttäminen perustuu *lakiin raskauden keskeyttämisestä* (23.3.1970/239) ja *asetukseen raskauden keskeyttämisestä* (29.5.1970/359). Laki mahdollistaa nykyisessä muodossaan raskaudenkeskeyttämisen 12. raskausviikon loppuun asti, mikäli lapsen synnyttäminen ja hoito olisi hakijan tai hänen perheensä elämänolojen ja muiden olosuhteiden vuoksi hänelle huomattava rasitus (ns. sosiaalinen peruste), hakija on raskauden alkaessa alle 17-vuotias, täyttänyt 40 vuotta tai synnyttänyt neljä lasta, raskaus on saanut alkunsa raiskauksesta tai vanhemman kykyä hoitaa lasta on vakavasti heikentynyt sairauden tai muun synnyn takia.

Hakijan iän tai lapsiluvun ollessa keskeytysperusteena yhden lääkärin (ns. suorittajalääkärin) lupa keskeytykseen riittää. Kahden lääkärin lupa (ns. lausunnonantajalääkärin ja suorittajalääkärin) tarvitaan, jos keskeytystä haetaan sosiaalisin syin, raiskauksen seurauksena tai vanhemman heikentyneen lapsenhoitokyvyn takia. Keskeytys on mahdollinen Valviran päätöksellä 20. raskausviikkoon asti, jos sikiöllä epäillään ruumiinvikaa tai muin erityisin syin (kuten alle 17 vuoden ikä), sikiöllä todetun ruumiinvian takia 24. raskausviikkoon saakka ja äidin hengen ollessa uhatuna raskauden kestosta riippumatta. Valviralta voidaan hakea keskeytyslupaa myös, jos lääkärin päätös on ollut kielteinen.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa 2007–2011 tavoitteena on turvallinen ja korkealaatuinen raskaudenkeskeytys hoito (STM 2007). Lisäksi hoitoketjussa tulee huomioida kokonaisvaltaisesti asiakkaan neuvonnantarve. Tavoitteiden toteuttamiseksi esitetään alueellisten hoitoketjujen kehittämistä Käypä hoito -suositusten pohjalta, kotihoitossa toteutettavien lääkkeellisten keskeytyksen turvallisuuden varmistamista, aktiivista keskustelumahdollisuuksien tarjoamista, erityistä huomiota raskauden ehkäisyyn valintaan keskeytyksen jälkeen, toistuvasti keskeytyksen hakeutuvien kokonaisvaltaista jatkohoidontarpeen arviointia, jälkitarkastusta ennen kuin raskauden alusta olisi kulunut 12 viikkoa (ensisijaisesti terveydenhoitajan tai kättilön toimesta) ja väestön informointia esimerkiksi kansalaisten terveystietoportin kautta.

2.2.2.3 Sukupuolitautilien torjunta ja hoito

Sukupuolitauteja koskevat säädökset sisältyvät vuonna 1987 voimaan tulleisiin *tartuntatautilakiin* (1986/583) ja *-asetukseen* (31.10.1986/786). Tartuntatautilain mukaan laaja-alainen tartuntatautiin, myös sukupuolitautilien, vastustamistyö kuuluu kunnan tehtäviin osana sen kansanterveystyötä. Kunnassa on oltava tartunta- ja siten myös sukupuolitaudeista vastaava toimielin ja terveyskeskuksessa tartuntataudeista vastaava lääkäri. Näiden tehtäviin kuuluu asetuksen mukaan muun muassa huolehtia alueellaan tartuntatautiin vastustamistyöstä, kuten tiedottamisesta, terveyskasvatuksesta ja neuvonnasta. Sairaanhoidopiiri on velvollinen antamaan ohjausta, koulutusta ja konsultaatioapua alueensa terveyskeskuksille. Myös *kansanterveyslaki* velvoittaa osaltaan sukupuolitautilien tutkimukseen ja hoitoon lain edellyttämän sairaanhoidon osana.

Tartuntatautilain mukaan lääkärit ovat velvollisia tekemään tartuntatauti-ilmoituksen toteamastaan ns. yleisvaarallisiin tai ilmoitettaviin tartuntatauteihin luokituvista sukupuolitaudeista. Näiden tautien tutkimus ja hoito on potilaalle lain nojalla ilmaista julkisessa terveydenhuollossa (*Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734*). Tartunnan saaneen potilaan kumppaneiden jäljittäminen kuuluu ensisijaisesti hoitavan lääkärin vastuulle. Mikäli hoitava lääkäri ei tätä pysty tekemään, tehtävä on siirrettävä tartuntataudeista vastaavalle lääkärille.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa 2007–2011 on esitetty sukupuolitautilien torjunnalle neljä tavoitetta: klamydiatartuntojen määrä laskee vähintään viidenneksellä, seksivälitteisten HIV-tartuntojen määrä kääntyy laskuun, tippuri- ja kuppataartuntojen määrä ei kohoa nykyisestä eikä kotimaassa saatuja tartuntoja esiinny ja kohdunkaulansyövän ja sen esiasteiden esiintyvyys vähenee (STM 2007). Tavoitteisiin pyritään lisäämällä väestön tietoutta sukupuolitaudeista, edistämällä kondomien käyttöä, ottamalla käyttöön opportunistinen klamydian seulonta valikoiduissa terveydenhuollon toimipisteissä, tehostamalla klamydiatartunnan saaneiden sukupuolikumppaneiden tutkimuksiin ja hoitoon saattamista, tutkimalla papilloomavirusrokotteen vaikutusta kohdunkaulansyövän ehkäisyyn, tehostamalla seurantajärjestelmiä ja niiden hyväksikäyttöä sekä laitimalla ammatti-

henkilöiden koulutusta tehostamalla ja klamydian tutkimuksesta, hoidosta ja ehkäisyssä Käypä hoito -suositus.

2.2.2.4 Seksuaalineuvonta ja seksuaalikasvatus

Seksuaalineuvonnan kehittäminen oli valtiohallinnossa esillä erityisesti 1970- ja 1980-lukujen vaihteessa, jolloin laadittiin kaksi komiteanmietintöä (*Sukupuolikasvatustyöryhmän mietintö 1979*, *Sukupuolikasvatustyöryhmän mietintö II 1981*) sekä *Lääkintöhallituksen ohjekirje Ihmissuhde- ja sukupuolikasvatus terveystieteiden osassa* (OK 26.11.1980/DNo 7032/02/08). Tavoitteena oli seksuaalineuvonnan sisällyttäminen osaksi yksilöllistä terveyden- ja sairaanhoitoa, mutta tämän periaatteen on arvioitu toteutuneen käytännössä puutteellisesti (Kosunen 2005).

Vuonna 2009 annetun asetuksen neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta mukaan "alle kouluikäisen lapsen, oppilaan ja opiskelijan seksuaalista kypsymistä ja kehitystä tukeva neuvonta on sisällytettävä terveystieteiden neuvontaan ja -tarkastuksiin lapsen ja nuoren kehitysvaihetta vastaavasti".

Myös Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007–2011 linjaa, että seksuaalineuvontaa tulee olla saatavilla integroituna normaaleihin terveydenhuollon palveluihin (STM 2007). Neuvonnan tulisi myös toteutua tasa-arvoisesti asiakkaan tarpeiden mukaan riippumatta tämän sukupuolesta, iästä, seksuaalisesta suuntautumisesta, kulttuuritaustasta tai muista ominaisuuksista. Siksi perusterveydenhuollon ehkäisevään työhön ja sairauksien hoitoon tulisi integroida seksuaaliterveyden edistämisen näkökulma, palveluissa olisi otettava huomioon sukupuolten välinen tasa-arvo (erityisesti miesten ja poikien neuvonnan tarve) sekä erilaisten vähemmistöjen ja erityisryhmien tarpeet ja ammattilaisten valmiuksia neuvontaan tulisi lisätä.

Seksuaalikasvatuksen keskeinen osa, seksuaaliopetus, on kuulunut Suomessa peruskoulujen opetussuunnitelmaan vuodesta 1970 alkaen, lukuun ottamatta 1990- ja 2000 -lukujen vaihdetta. Nykyisin seksuaaliopetusta toteutetaan peruskoulussa osana terveystieto-oppiainetta (STM 2007). Vuodesta 2004 *perusopetuksen opetus-*

suunnitelman perusteissa on selkeästi kirjattu seksuaaliterveyteen liittyvät opetussäällöt (Opetushallitus 2004). *Kouluterveydenhuollon opas* vuodelta 2002 suosittaa, että seksuaaliopetus ja kouluterveydenhuollon tarjoama neuvonta täydentävät ja tukevat toisiaan muodostaen kokonaisuuden, jolla on yhteisesti sovitut tavoitteet (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes 2002).

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman 2007–2011 mukaan seksuaalikasvatuksen tulee tavoittaa tasa-arvoisesti kaikki lapset ja nuoret (STM 2007). Seksuaalikasvatusta on tarkoitus sisällyttää kaikkeen kasvatus- ja opetustoimintaan varhaiskasvatuksesta toisen asteen koulutukseen asti. Ajantasaista ja laadukasta seksuaali- ja lisääntymisterveystietoa tulee tuottaa myös kaikkien kansalaisten saataville eri tavoin, esimerkiksi kansallisen terveystietoportaalien ja kuntien internetsivujen kautta sekä väestökampanjoiden avulla.

2.3 Suomalaisen seksuaaliterveys

2.3.1 Raskauden ehkäisyn käyttö

Raskauden ehkäisyn käytöstä on Suomessa tehty 1970-luvulta alkaen väestöpohjaisia tutkimuksia. Etenkin aikuisia koskevien tulosten keskinäistä vertailtavuutta heikentävät kuitenkin tutkimusmenetelmälliset erot. Käytettävissä olevan tutkimustiedon mukaan raskauden ehkäisyn *kattavuus* on ollut Suomessa hyvä: niiden seksuaalisesti aktiivisten naisten osuus, jotka eivät käytä raskauden ehkäisyä eivätkä suunnittele raskautta, on ollut pieni. Ensimmäinen koko väestön seksuaalikäyttäytymistä ja raskauden ehkäisyä kartoittanut tutkimus tehtiin Suomessa vuonna 1971 (Sievers ym. 1974), toisena maailmassa Ruotsissa kaksi vuotta aiemmin toteutetun vastaavan tutkimuksen jälkeen (Papp ym. 2000). Iältään 18–54-vuotiaan väestön keskuudessa toteutetun Suomalaisen sukupuolielämä -haastattelututkimuksen mukaan vain 3 % naisista, joilla oli ehkäisyn tarve, ei käyttänyt mitään ehkäisymenetelmää. Vuonna 1987 Uudenmaan läänin alueella tehdyssä tutkimuksessa ehkäisyä käyttämättömiä naisia ei ollut lainkaan (Makkonen ja Hemminki 1991). Valtakunnallisen FINSEX-kyselytutkimuksen mukaan vuonna 1992 vuoden aikana yhdyntöjä kokeneista 18–34-vuotiaista naisista 3 % ei käyttänyt ehkäisyä, vaikka olisi sitä tarvinnut ja vuoden

1999 tutkimuksessa näiden vastaajien osuus oli 6 % (Haavio-Mannila ja Kontula 2001). Stakesin vuonna 1994 toteuttamassa väestökyselyssä 94 % naisista oli käyttänyt ainakin joskus raskauden ehkäisyä (Kosunen ja Sihvo 1998). Laajan valtakunnallisen Terveys 2000 -tutkimuksen yhteydessä haastatelluista 18–54-vuotiaista naisista 63 % oli joskus käyttänyt ehkäisytabletteja, 29 % kuparikierukkaa ja 10 % hormonikierukkaa (Kosunen ym. 2004).

1970-luvulta 1980-luvulle tultaessa käytettyjen raskauden ehkäisymenetelmien luotettaavuus kohentui pilleri- ja kierukkaehkäisyn yleistyessä. Ensimmäiset yhdistelmäehkäisyvalmisteet olivat tulleet apteekkeihin vuonna 1962 (Ritamies 2006) ja ensimmäiset kuparikierukat rekisteröitiin vuonna 1972 (Hirvonen ja Idänpään-Heikkilä 1990). Vuoden 1971 väestötutkimuksen mukaan yleisimmät ehkäisymenetelmät olivat kondomi, ehkäisytabletti sekä epäluotettavana pidetty keskeytetty yhdyntä (Leppo 1978) (taulukko 1, s. 34). Kimmo Leppo arvioikin väitöskirjassaan, että merkittävällä osalla naisista oli kohtalainen tai korkea riski tulla raskaaksi. 1980-luvulla ehkäisytabletin käyttö yleistyi niin nuorten kuin aikuistenkin naisten keskuudessa (Makkonen ja Hemminki 1991, Nikander 1992, Kosunen 1996, Falah Hassani ym. 2006). Myös kuparikierukasta tuli hyvin suosittu pian markkinoille tulonsa jälkeen ja vuonna 1987 kierukka oli naimisissa olevien naisten yleisimmin käyttämä ehkäisymenetelmä (Makkonen ja Hemminki 1991).

1990-luvulla Stakesin toteuttamassa väestökyselyssä ehkäisytabletti oli naisten yleisimmin käyttämä ehkäisymenetelmä (Sihvo ym. 1995a) (taulukko 1, s. 34). Kyselyssä pilleriehkäisyä käyttivät erityisesti alle 30-vuotiaat naiset: ehkäisyä tarvitsevista 18–19-vuotiaista naisista sitä käytti 59 % ja 20–24-vuotiaista 63 % (Kosunen ja Sihvo 1998). Seuraavaksi yleisimmät menetelmät olivat kierukka- ja kondomiehkäisy. Sterilisaation valinneiden osuus lisääntyi yli 35-vuotiaiden naisten keskuudessa (Sannisto ym. 2001). Käytettyjen menetelmien jakauma oli vuoden 1994 tutkimuksessa melko samankaltainen kuin vuosikymmenen alussa tehdyissä väestötutkimuksissa (Nikander 1992).

Taulukko 1 Raskauden ehkäisyn käyttö 18–44-vuotiaiden suomalaisnaisten keskuudessa 1970- ja 1990-luvuilla.

Lähde	Leppo 1978	Sihvo ym. 1995a
Aineiston keräysvuosi	1971	1994
Tutkittavien lukumäärä	1184	2189
Käytetty menetelmä		
Ehkäisypillerit	17	30 ²
Kierukka	2	18 ³
Kondomi	27	16
Kemiallinen ehkäisy	2	0
Keskeytetty yhdyntä tai rytmimenetelmä	13	1
Muu	0	1
Sterilisaatio	(7) ¹	9
Ei ehkäisyä	3	0
Ei ehkäisyn tarvetta tutkimushetkellä	19	20
Tieto puuttuu	0	1
Ei koskaan yhdyntöjä/ehkäisyn käyttöä	10	6

¹ "Ei-hedelmällinen"

² Yhdistelmäpillerit 28 %, minipillerit 2 %

³ Kuparikerukka 13 %, hormonikerukka 5 %

Tultaessa 2000-luvulle ehkäisypillereiden käyttö alle 30-vuotiaiden keskuudessa näytti olevan selvästi edellistä vuosikymmentä vähäisempää: Terveys 2000 -tutkimuksessa haastatelluista 18–24-vuotiaista naisista ehkäisypillereitä käytti enää 48 % (Kosunen ym. 2004). Osa erosta selittyy tutkimusmetodisilla eroilla, mutta ainakin osin löydöksen on arveltu perustuneen muuttuneeseen käytäntöön. Toisaalta 2000-luvun kynnyksellä toteutetun FINSEX-tutkimuksen mukaan 18–34-vuotiaiden ikäryhmässä ehkäisypillereitä viimeisimmässä yhdynnässä käyttäneiden osuudessa ei ollut tapahtunut laskua vuoden 1992 tutkimukseen verrattaessa (Haavio-Mannila ja Kontula 2001), mutta näiden kahden tutkimuksen tulokset eivät ole menetelmällisistä syistä suoraan vertailtavissa. Sen sijaan FINSEX-tulokset viittaavat kondomin käytön vähenemiseen aikuisväestön keskuudessa (Haavio-Mannila ja Kontula 2001). Miesten osalta muutos oli huomattava kaikissa ikäryhmissä ja selkein nuorimmassa, 18–34-vuotiaiden ryhmässä, jossa vuonna 1992 viimeisimmässä yhdynnässä kondomia käyttäneiden osuus oli 46 % ja 1999 enää 26 %. Naisten osalta kondomin käyttäjien osuus oli pysynyt tässä ikäryhmässä ennallaan. Toisaalta ehkäisyä käyttämättömien osuuden lisäksi myös epäluotettavia ns. luonnollisia menetelmiä (keskeytetty yhdyntä, rytmimenetelmä) käyttäneiden 18–34-vuotiaiden naisten osuus oli noussut hienoisesti (8 % vs. 13 %). On kuitenkin huomattava, että vuoden 1992 tutkimus toteutettiin haastattelututkimuksena ja vuoden 1999 tutkimus

postikyselynä ja myös vastausaktiivisuudessa oli tutkimusten välillä selvä ero. Sukupuolitaudeilta suojautumisen kannalta kehitys näyttää olleen kuitenkin selkeästi epäsuotuisa. Kierukan käytön yleisyys on pysytellyt pitkään kokonaisuudessaan samalla tasolla, mutta kuparikierukan käyttö on vähentynyt ja vuodesta 1990 markkinoilla olleen keltarauhashormonia vapauttavan hormonikierukan käyttö lisääntynyt. Kierukan käytön on havaittu yleistyvän ensimmäisen synnytyksen jälkeen ja synnyttäneistä varttuneemmista naisista kierukkaa käyttää hyvin suuri osa (Haavio-Mannila ja Kontula 2001).

Nuorten raskauden ehkäisyn käyttöä on voitu seurata järjestelmällisesti seurata vuodesta 1996 lähtien valtakunnallisen kouluterveyskyselyn yhteydessä. Kysely kohdistetaan vuosittain peruskoulun 8. ja 9. luokkien oppilaille eli 15–16-vuotiaille nuorille (Falah Hassani ym. 2009). Vuosien 1996/1997 ja 2002/2003 välillä viimeisimmässä yhdynnässä ehkäisemättä jättäneiden osuus kasvoi tilastollisesti merkittävästi 17.2 prosentista 19.2 prosenttiin. Vuosien 2006/2007 tutkimuksessa luku oli 18.6 % (Falah Hassani ym. 2009). Nuorten ehkäisypillerin käyttö lisääntyi 1980-luvulla, mutta ei enää 1990-luvulla huolimatta seksuaaliaktiivisuuden kasvusta (Falah Hassani ym. 2006).

Verrattaessa edellä esitettyjä lukuja raskauden ehkäisyn käytöstä muista maista saatavilla oleviin tietoihin (Klijzing 2000, Skouby 2004, Cibula 2008, United Nations 2008), voidaan todeta ehkäisyn käytön kattavuuden ja käytettyjen menetelmien valikoiman Suomessa olevan hyvä. Ehkäisypillereiden käyttö on yleistä muiden Euroopan maiden tavoin, mutta on muita maita harvinaisempaa parisuhteessa olevien naisten keskuudessa (United Nations 2008). Pohjoismaista kierukan käyttö on Suomea vastaavalla tasolla Norjassa, mutta muualla Euroopassa, Itä-Euroopan maita lukuun ottamatta, kierukan käyttö on huomattavasti harvinaisempaa (United Nations 2008). Myös kondomin käyttö parisuhteessa on Suomessa useimpia muita Euroopan maita yleisempää, mutta ns. luonnolliseen ehkäisyyn turvaututaan puolestaan harvemmin. Nuorten osalta 15-vuotiaiden ehkäisyn käyttöä viimeisimmässä yhdynnässä kuvaavien lukujen valossa (Avery ja Lazdane 2008) suomalaisnuorten ehkäisyn käyttö on eurooppalaisittain hyvällä tasolla. Vuosina 2005–2006 tehdyssä WHO:n koululaistutkimuksessa 41 maata käsittävässä aineistossa 15-vuotiaista suomalaistutkijoista keskimääräistä useampi (31 % vs. 26 %) ilmoitti käyttäneensä ehkäisypille-

reitä viimeisimmässä yhdynnässä (WHO 2008a). Kondomia käyttäneiden tyttöjen osuus oli pienempi Suomessa kuin muissa maissa keskimäärin (64 % vs. 72 %).

2.3.2 Syntymät, suunnittelemattomat raskaudet, raskaudenkeskeytykset ja steriliisaatiot

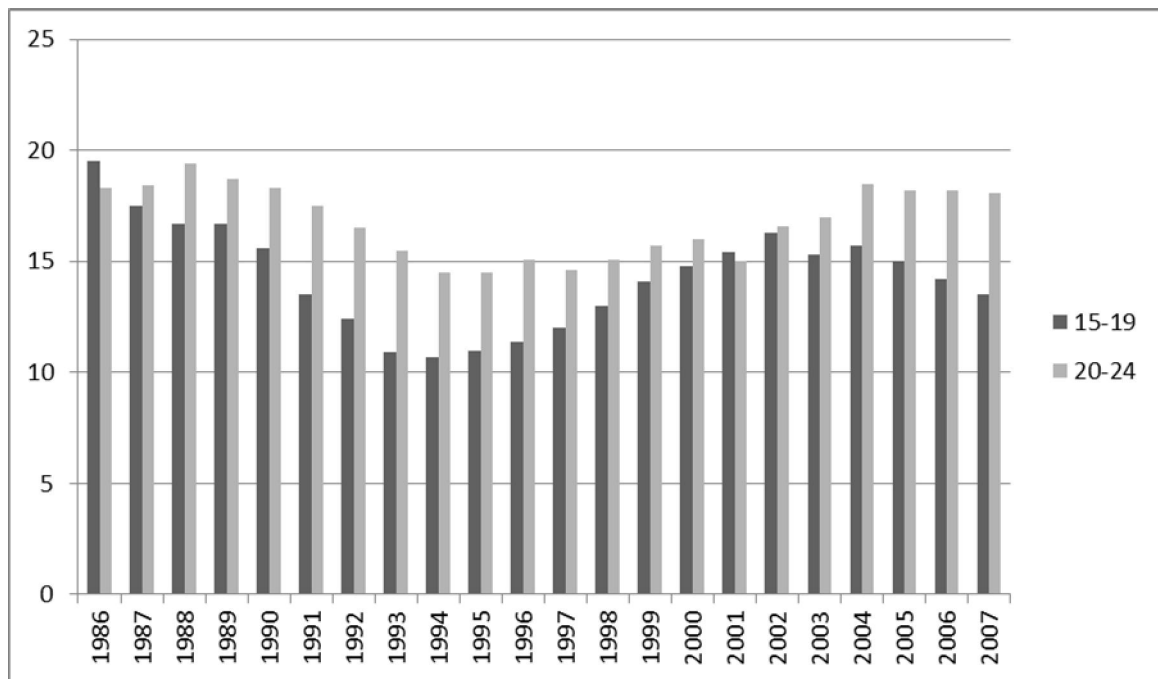
Suomessa syntyy vuosittain noin 60 000 lasta. Viimeisen 20 vuoden aikana *syntyneiden* määrä oli suurin vuonna 1992 (66 015 lasta) ja pienin vuonna 2001 (55 136). Tämän tutkimuksen aineiston keräämisvuonna 2005 synnytyksiä oli 56 963, ja sen jälkeen määrä on noussut lähes 59 000:een vuonna 2008. Synnyttäjien keski-ikä on pitkään ollut noin 30 vuotta. Ensisynnyttäjien keski-ikä pysytteli noin 27.6 vuodessa 1990-luvun puolivälistä vuoteen 2002, mutta on kohonnut sittemmin 28.1 vuoteen (vuonna 2008). Yli 35-vuotiaiden synnyttäjien osuus kaikista synnyttäjistä on ollut korkeimmillaan vuosina 2003–2004 (19,4 prosenttia). Ensisynnyttäjistä oli 35 vuotta täyttäneitä vuonna 2008 9.9 prosenttia, kun kymmenen vuotta aiemmin heidän osuutensa oli 8.8 prosenttia. Alle 20-vuotiaiden synnyttäjien osuus oli korkeimmillaan vuonna 2002, jolloin heitä oli kaikista synnyttäjistä 3.3 prosenttia. (THL 2009c).

Suunnittelemattomien raskauksien osuudesta Suomessa ei ole käytettävissä luotettavaa tutkimustietoa. Yhdysvalloissa lähes kolmanneksella 15–44-vuotiaista naisista on takanaan ainakin yksi suunnittelematon, synnytykseen johtanut raskaus (Cohen 2007). Epäonnistuminen lasten syntymisen ajoittamisessa voi aiheuttaa perheelle pitkäaikaisia sosiaalisia ja taloudellisia vaikeuksia (Kosunen 2006a). Tanskassa tehty tutkimus esittää, että pian toisiaan seuraavat raskaudet ovat yleensä suunnittelemattomia (Kaharuza ym. 2001). Toisaalta rekisteritietojen perusteella tiedetään, että raskauden keskeytyksen riski on Suomessa kohonnut 6–18 kuukautta synnytyksen jälkeen, selvimmin 6–8 kuukauden kohdalla, ja että tämä riski kohosi 1980-luvulta 1990-luvun puoliväliin tultaessa (Vikat ym. 2002). Siten synnytyksen jälkeisen ehkäisyntoteutumisen näyttää selvästi olevan puutteita.

Myös ennen 18 vuoden ikää alkaneet raskaudet ovat lähes aina suunnittelemattomia, samoin suurelta osin myös alle 20-vuotiaiden raskaudet (Kosunen 2006a). Nuorten raskaudet vähenivät Suomessa alle puoleen vuosien 1975 ja 1993 välillä

(Kosunen 1996). Jälkimmäisenä vuonna raskauksia oli 20.3 tuhatta 15–19-vuotiasta tyttöä kohti, ja näistä raskauksista keskeytettiin noin puolet. *Teiniraskauksien* määrä kasvoi 1990-luvun puolivälin jälkeen vuoteen 2002 asti, jolloin 15–19-vuotiaiden ikäryhmässä synnytyksiä oli 11.2 1000 samanikäistä kohti (THL 2009c) ja myös raskaudenkeskeytyksluvut olivat korkeimmillaan (THL 2009a). Vuonna 2005 teinisyntytyksiä esiintyi 10.3/1000 ja vuonna 2008 8.7/1000. Viime vuosina selvästi yli puolet 15–19-vuotiaiden nuorten raskauksista on päättynyt raskaudenkeskeytykseen.

Laillisten *raskaudenkeskeytysten* määrä oli Suomessa korkeimmillaan vuonna 1973, jolloin suoritettiin 23 362 keskeytystä (STAKES 1996). Määrä putosi nopeasti 1970-luvun lopulla ja jatkoi laskuaan vuoteen 1995, jolloin keskeytyksiä tehtiin enää 9 872, mikä tarkoitti 7.8 keskeytystä tuhatta 15–49-vuotiasta naista kohti (THL 2009a). Seuraavana vuonna keskeytysten kokonaismäärä kääntyi nousuun ja tämä suuntaus jatkui vuoteen 2004 asti, jolloin tehtiin 11 165 raskaudenkeskeytystä (9.4/1000). Ikäryhmittäin kehityskuluissa oli kuitenkin eroja: nuorimmassa, 15–19-vuotiaiden ikäryhmässä nousu oli voimakkainta ja alkoi jo vuonna 1995 (ks. kuvio 1, s. 38). Kun 1994 keskeytyksiä tehtiin tässä ryhmässä 10.7/1000, enimmillään keskeytyksiä tehtiin vuonna 2002, 16.3/1000. Keskeytyksiä tehdään kokonaisuudessaan eniten ikäryhmässä 20–24-vuotiaat, jossa keskeytysmäärä oli korkeimmillaan vuonna 2004 (18.5/1000). 25–34-vuotiaiden naisten osalta merkittäviä muutoksia ei tapahtunut 1990–2000-lukujen vaihteessa, mutta 35–39-vuotiaiden ryhmässä nousua tapahtui hieman. Vuodesta 2005 keskeytyksluvut ovat jälleen hienoisesti laskeneet, selvimmin 15–19-vuotiaiden ikäryhmässä. (THL 2009a).



Kuvio 1 Raskaudenkeskeytykset 15–19- ja 20–24-vuotiaiden ikäryhmissä tuhatta vastaavan ikäistä naista kohti 1986–2007 (THL 2009a).

Huomionarvoista on lisäksi suuri aiemmin *synnyttäneiden* naisten osuus, joka vuonna 2005 oli 47 % kaikista keskeytykseen päätyneistä. Synnyttäneiden osuus on pysytellyt samalla tasolla 2000-luvun ajan. Raskauden *ehkäisyä käyttämättömien* osuus on sen sijaan noussut 1990-luvun lopulta alkaen, ja vuonna 2005 heitä oli 37 %. Niiden naisten osuus, joille on *aiemmin tehty ainakin yksi keskeytys*, on ollut noin kolmannes, mutta heidänkin osuutensa on jatkuvasti hieman noussut 1990-luvulta. Vuonna 2005 aiemmin keskeytyksen kokeneita oli 32 %. Suurin osa raskaudenkeskeytyksistä on kautta vuosien tehty ns. sosiaalisten syiden perusteella (vuonna 2005 87 %). Lääkkeelliset raskaudenkeskeytykset aloitettiin Suomessa vuonna 2000, jonka jälkeen ne yleistyivät nopeasti. Vuonna 2005 keskeytettiin lääkkeellisesti yli puolet keskeytetyistä raskauksista, ja niiden osuus tämän jälkeen edelleen noussut nopeasti. Lääkkeellisten keskeytysten aloittaminen ei näytä lisänneen keskeytysten kokonaismäärää (THL 2009a), eivätkä lääkkeelliseen keskeytykseen päätyneet turvaudu jatkossa keskeytykseen kirurgisen keskeytyksen valinnoita useammin (Niinimäki ym. 2009b).

Raskaudenkeskeytysten esiintyvyydessä on myös *alueellisia eroja*. Valtakunnallisesti eniten keskeytyksiä (kaikissa ikäryhmissä yhteensä) tehtiin vuonna 2005 Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella (13.9/1000) ja vähiten Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä (6.8/1000) valtakunnallisen keskiarvon ollessa 9.3/1000. Myös Helsingissä sekä Ahvenanmaalla keskeytyksiä tehtiin selvästi muuta maata useammin. Tämän tutkimuksen kattamalla alueella raskaudenkeskeytykset olivat vuonna 2005 yleisimpiä Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä (10.1/1000) ja harvinaisimpia Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Nuorimmassa ikäryhmässä (15–19-vuotiaat) eniten keskeytyksiä (15.8/1000) tehtiin Kanta-Hämeen ja vähiten Vaasan (12.0/1000) sairaanhoitopiirissä. Korkein keskeytysluku oli Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä, jossa vuonna 2005 tehtiin 19.5 raskaudenkeskeytystä tuhatta 20–24-vuotiasta naista kohti. (STAKES 2006).

Huolimatta raskaudenkeskeytysten määrän kasvusta 1990-luvun lopussa ja 2000-luvun alussa, *kansainvälisesti* katsottuna Suomessa on tehty raskaudenkeskeytyksiä melko vähän ja teiniraskauksien määrä on alhainen (Singh ja Darroch 2000, Wilkinson ym. 2006, Sedgh ym. 2007). Myös Pohjoismaiden kesken arvioituna keskeytysten määrä on Suomessa ollut pieni (Knudsen ym. 2003, Sydsjö ym. 2009), vuonna 2007 Pohjoista matalin (THL 2009d).

Vuoden 1970 sterilointilaki mahdollisti *sterilisaation* raskauden ehkäisyyn liittyvien vaikeuksien takia, ja tätä mahdollisuutta alettiin hyödyntää lisääntyvästi (Hemminki ym. 1997b). 1970-luvun loppupuolella toimenpiteiden määrä väheni selvästi kunnes nykyinen, vuonna 1985 uudistettu sterilointilaki (283/1970, asetus 427/1985) tuli voimaan. Laki mahdollistaa sterilisaation yhden lääkärin päätöksellä, kun nainen on synnyttänyt tai hänellä on yksin tai yhdessä aviopuolisonsa kanssa kolme lasta tai hän on täyttänyt 30 vuotta. Sterilisaatioiden määrä lähti uudelleen nousuun ja oli huipussaan vuonna 1996, jolloin tehtiin yli 14 000 toimenpidettä (THL 2009a). Sittemmin sterilisaatioiden määrä on laskenut jyrkästi. Vuonna 2005 tehtiin vajaat 7000 ja vuonna 2008 enää 4450 toimenpidettä (THL 2009a). Kautta vuosien valtaosa sterilisaatioista on tehty naisille. Vuonna 1996 miehille tehtyjen toimenpiteiden määrä yli kaksinkertaistui edelliseen vuoteen nähden ja nousi seuraavana vuonna huippuunsa (2202 sterilisaatiota), mutta tämän jälkeen niiden määrä on hiljalleen laskenut (THL 2009a). Naisten sterilisaatioiden nopeasti vähentyessä

miehille tehtyjen toimenpiteiden suhteellinen osuus on kuitenkin jatkuvasti noussut kohoten vuoden 1991 3.9 prosentista vuoden 2008 yli 30 prosenttiin kaikista sterilisaatioista.

2.3.3 Sukupuolitaudit

Noin joka kymmenes suomalainen sairastaa ainakin yhden sukupuolitaudin elämänsä aikana (Paavonen 2002a). Sukupuolitautien esiintyvyyttä on järjestelmällisesti seurattu jo 1930-luvulta alkaen (Hiltunen-Back ja Ranki 2000). Valtakunnallisesti tilastoitavien lain edellyttämien tartuntatauti-ilmoitusten lisäksi vuonna 1995 käynnistettiin sukupuolitautien anturijärjestelmä, jolla kerätään tarkempaa epidemiologista tietoa sukupuolitautien esiintyvyydessä ja riskikäyttäytymisessä tapahtuvista muutoksista muun muassa kolmesta terveyskeskuksesta (Hiltunen-Back ym. 1998).

Perinteiset sukupuolitaudit, *tippuri* (*neisseria gonorrhoeae*, gonokokki) ja *kuppa* (*treponema pallidum*, syfilis, lues) ovat viime vuosikymmeninä vähentyneet voimakkaasti. Tippuritartuntoja havaittiin runsaasti erityisesti 1970-luvun puolivälissä, jonka jälkeen tasainen tartuntojen määrän lasku jatkui vuoteen 1997 (Rostila ja Leinikki 2003, KTL 2008b). Tämän jälkeen vuosittaiset tapausmäärät ovat vaihdelleet hieman vajaan 200:n ja 250:n tuntumassa. Kupan osalta viimeisin merkittävän ilmaantuvuuden vaihe sijoittui 1960-luvun puoliväliin ja matalimmillaan tapausten määrä oli 1990-luvun alussa (Rostila ja Leinikki 2003). Niiden määrä alkoi uudelleen lisääntyä 1990-luvun puolivälissä Itä-Euroopassa alkaneen epidemian levittyä Suomeen, minkä jälkeen vuosittaisten tartuntojen määrä on asettunut 150–200 tapauksen tuntumaan. Tampereella todettiin paikallinen kuppaepidemia vuonna 1995 (Reunala ym. 1996). Tippuri ja kuppa eivät ole tyypillisesti nuorten tauteja. Merkittävä osa tartunnoista todetaan miehillä, joista huomattava osa on saanut tartunnan ulkomailla (Rostila ja Leinikki 2003, KTL 2008b).

Keskeisin sukupuoliteitse tarttuva tauti Suomessa on *klamydia* (*Chlamydia trachomatis*), jonka on esitetty olevan nuorten naisten lisääntymisterveyden merkittävin uhkatekijä (Paavonen 2002b). Sairastettuun, etenkin toistuvaan, klamydiainfektiin on liitetty munajohdinperäisen lapsettomuuden, kohdunulkoisen raskauden ja kroonisen alavatsakivun riski ja se lisää myös kohdunkaulan syövän vaaraa (Cates

ja Wasserheit 1991, Tay ym. 2000, Paavonen 2004, Haggerty ym. 2010). Klamydia-infektio on useimmiten oireeton: naisista 70 % ja miehistä puolet on oireettomia (Käypä hoito 2010a).

Klamydiainfektio tuli ilmoitusvelvollisuuden piiriin vasta vuonna 1987 (Rostila ja Leinikki 2003). Aiemmilta vuosilta ei siten ole järjestelmällisesti kerättyä valtakunnallista tietoa käytettävissä. Ei-gonokokkaaliseksi uretriitiksi nimetty tautikokonaisuus on ollut tunnettu jo vuosia, mutta klamydiabakteerin merkitys oireiden aiheuttajana runsaassa puolessa näitä tapauksia ja yleensä urogenitaali-infektioiden aiheuttajana selvisi vasta 1970–1980-luvuilla. Heti vuonna 1987 ilmoitettiin 13 796 klamydiainfektiota ja suurin määrä tartuntoja todettiin 1988, jolloin ilmoituksia oli yli 15 000. Sittemmin määrä väheni tasaisesti vuoteen 1994, jolloin ilmoitettiin 8289 tartuntaa. Ilmoituskäytäntö muuttui seuraavana vuonna, jolloin todetut positiiviset löydökset ilmoitettiin rekisterin suoraan laboratorion lääkärin tekemien tartuntatauti-ilmoitusten sijaan (Rostila ja Leinikki 2003). Ilmoitettujen tartuntojen määrä nousi tämän jälkeen tasaisesti vuoteen 2002 asti, josta alkaen vuosittain ilmoitettujen tapauksien määrä on ollut noin 13 000–14 000 (KTL 2005, KTL 2007). Vuonna 2005 tartuntoja todettiin 12 721. Tämän jälkeen tartuntojen määrä on edelleen hienoisesti noussut etenkin 15–19-vuotiaiden keskuudessa (KTL 2008b). Suurin osa tapauksista todetaan 15–24-vuotiailla naisilla ja 20–24-vuotiailla miehillä. Kaikkiaan enemmistö tapauksista (noin 60 %) todetaan naisilla. Etenkin alle 20-vuotiaiden ikäryhmässä naisilla todetaan infektioita yli kolme kertaa enemmän kuin vastaavan ikäisillä miehillä.

Alueellisesti vuonna 2005 klamydian ilmaantuvuus oli aiempaan tapaan korkein Ahvenanmaan (366/100 000 asukasta) ja Lapin (370/100 000) sairaanhoitopiireissä (KTL 2006). Alueella, jolla tämä tutkimus tehtiin, tapauksia todettiin eniten Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä (267/100 000) ja vähiten Etelä-Pohjanmaalla (195/100 000) (Tartuntatautirekisterin tilastotietokanta, <http://www3.ktl.fi>).

Ensimmäiset *HIV-infektio*tapaukset (*human immunodeficiency virus*, immuunika-tovirus) todettiin Suomessa aivan 1980-luvun alussa (Rostila ja Leinikki 2003). Tapausmäärät ovat vaihdelleet vuodesta toiseen, mutta ne pysyttelivät kokonaisuudessaan matalalla tasolla vuoteen 1998 asti, jolloin maassamme alkoi epidemia huu-

meidenkäyttäjien keskuudessa. Todettujen uusien infektioiden määrä nousi tuolloin lähes 150:n tuntumaan, mutta laski sitten jälleen hieman. Vuonna 2005 uusien infektioiden määrä oli 139, mutta se nousi uuteen ennätykseen (194) seuraavana vuonna (KTL 2007). Koko 2000-luvun ajan on seksivälitteisten infektioiden osuus lisääntynyt niin hetero- kuin homoseksuaalisten kontaktien osalta (KTL 2008b). Suurin osa seksiin liittyvistä HIV-infektioista saadaan nykyisin kotimaassa, mutta matkailuun liittyvien infektioiden osuus on silti yhä merkittävä. Suonensisäisten huumeiden käyttäjien osuus tartunnan saaneista on pysynyt matalalla tasolla. Suurin osa uusista maassamme ilmoitetuista HIV-tartunnoista on todettu Suomen kansalaisilla. Vaikka heteroseksin kautta saatujen tartuntojen määrä on 1980-luvun lopulta alkaen ollut huomattava, miestenvälinen seksi on edelleen merkittävä HIV-infektion riskitekijä (Rostila ja Leinikki 2003). Aktiivinen neulojenvaihto-ohjelma ja valistustyö suonensisäisten huumeidenkäyttäjien keskuudessa ovat puolestaan vaikuttaneet myönteisesti matalana pysyneeseen HIV-tartuntojen määrään tässä ryhmässä.

Ihmisen *papilloomaviruksen* (*human papillomavirus*, HPV) aiheuttama infektio on yleisin sukupuoliteitse tarttuva tauti (STM 2007). Niin ikään yleisen *genitaaliherpesinfektion* (*herpes simplex virus*, HSV-1 ja HSV-2) tavoin HPV-tartunnat eivät kuitenkaan kuulu ilmoitusmenettelyn piiriin eikä siten tarkkoja esiintyvyyshilukuja ole saatavilla (Rostila ja Leinikki 2003). HPV-infektion tilastointia varten ei myöskään ole vakiintuneita kriteereitä, ja eri tutkimuksissa saadut esiintyvyyshiluvut ovatkin vaihdelleet kahdesta yli 80 prosenttiin. HPV-infektion esiintyvyyshuippu on alle 25-vuotiaiden ikäryhmässä (Lehtinen ym. 2009), mutta elämänaikainen kumulatiivinen ilmaantuvuus seksuaalisesti aktiivisessa väestössä on peräti 80–90 % (Michels ja zur Hausen 2009).

HPV-infektiota pidetään kohdunkaulan syövän kehittymisen välttämättömänä etiologisena tekijänä (zur Hausen 2000, Baseman ja Koutsky 2005), ja sen on osoitettu olevan osallinen myös lukuisten muiden syöpien synnyssä (Parkin ja Bray 2006). Kohdunkaulan syövän vaaraa lisäävän HPV-16:n ilmaantuvuuden ja esiintyvyyden on todettu puolitoistakertaistuneen 1980-luvulta 1990-luvulle siirryttäessä (Laukkanen ym. 2003). Lehtisen ym. (2007) mukaan korkean riskin HPV-16- ja 18-serotyypin vasta-aineita todettiin Suomessa 1990-luvulla 15–25-vuotiailla alueellisesti vaihdellen 20–35 %:lla, mutta todellinen HPV-infektioiden määrän on arvioi-

tu voivan olla jopa kaksinkertainen vasta-ainetestin vain 50 % herkkyuden takia (Lehtinen ym. 2009). Helsingissä YTHS:ssä terveystarkastuksen tai raskauden ehkäisyn takia asioineiden ensimmäisen vuoden naisopiskelijoiden keskuudessa tehdyssä tutkimuksessa joka kolmas opiskelija oli HPV-DNA:n kantaja ja heistä yli 80 %:lla kanta oli syöpävaarallinen (Auvinen ym. 2005).

Vaikka Suomessa on kansainvälisesti katsottuna onnistuttu hyvin kohdunkaulan syövän esiasteiden väestöpohjaisessa seulonnassa (Parkin ja Bray 2006, Kotaniemi-Talonen ym. 2009), kuitenkin 25- ja 30-vuotiaiden osallistumisaktiivisuus on usein heikko, ja on arvioitu, että juuri suurimmassa riskissä olevat jättävät osallistumatta (Lehtinen ym. 2009). 1990-luvun puolivälissä kohdunkaulan syövän ilmaantuvuus ja siihen liittyvä kuolleisuus alkoivat lisääntyä alle 55-vuotiaiden naisten keskuudessa (Käypä hoito 2006a). Suuren riskin papilloomavirustyyppien aiheuttamia vaikeita syövän esiasteita vastaan on hiljattain kehitetty kaksi tehokasta rokotetta (FUTURE II Study 2007, Paavonen ym. 2009), jotka ovat Suomessa markkinoilla mutta eivät toistaiseksi kansallisessa rokotusohjelmassa.

Eurooppalaisessa vertailussa Suomen sukupuolitautilanne on etenkin tippurin osalta ollut hyvä. 2000-luvulle tultaessa tippuri yleistyi erityisesti Iso-Britanniassa (Fenton ja Lowndes 2004). Useissa muissa läntisen Euroopan maissa tapausmäärät ovat Suomen tavoin olleet vähäisiä, kuten myös kupan osalta. Myös HIV-infektion esiintyvyys Suomessa on matala, etenkin itäiseen Eurooppaan verrattuna (Avery ja Lazdane 2008). Sen sijaan klamydian ilmaantuvuus on maassamme muiden Pohjoismaiden tavoin korkea (Panchaud ym. 2000, Fenton ja Lowndes 2004, Avery ja Lazdane 2008).

2.3.4 Seksuaaliterveyden muutosten taustatekijöitä

Suomalaisten seksuaaliterveydessä tapahtui edellä kuvatusti 1990-luvun puolivälin jälkeen käänne huonompaan suuntaan: raskauden keskeytysten ja synnytykseen päätyneiden teiniraskauksien määrä lisääntyi ja klamydiainfektioiden sekä seksivälitteisten HIV-infektioiden määrä kasvoi. Tämä kehitys selittyy mitä ilmeisimmin merkittävien osin *seksuaalikäyttäytymisen muutoksilla* (ks. luku 2.5.1): yhdyntöjen aloittamisikä varhaistui, yhdyntäkumppaneiden määrä lisääntyi, kondomin käyttö

vähäni, ja yleensä raskauden ehkäisyn kattavuus näytti heikenneen hieman. Käyttäytymisen muutosten taustalla on puolestaan nähty useita erilaisia tekijöitä. Suomalaisessa yhteiskunnassa on katsottu 1990-luvun alussa alkaneen *yliseksualisoitumisen* aikakausi (Nikunen ym. 2005), mikä on mitä todennäköisimmin muokannut osaltaan ihmisten arvomaailmaa ja käyttäytymistä. Ilmiö on nähtävissä paitsi mainonnassa, painetussa ja sähköisessä mediassa ja muussa massavihteessä myös jopa lasten pukeutumiskulttuurissa ja leluissa (STM 2007). Yhteiskunnallisen ilmapiirin seksuaalisoinnista on tutkittu ilmiön laajuuteen nähden vähän (Nikunen ym. 2005). Median ja viihdeteollisuuden seksuaalistumisen epäsuotuisista vaikutuksista yksilöiden seksuaaliasenteisiin ja -käyttäytymiseen etenkin nuorten keskuudessa on tutkimusnäyttöä (Brown 2002, Escobar-Chaves ym. 2005, Strasburger 2005) esimerkiksi televisio-ohjelmien (Lemal ja Van den Bulck 2009), musiikin ja musiikkivideoiden (Ashby ja Rich 2005, Martino ym. 2006) ja pornografian (Häggström-Nordin ym. 2005, Häggström-Nordin ym. 2006) osalta.

Seksuaalikäyttäytymisen muutosten taustalla on todennäköisesti ollut myös *seksuaaliopetuksen ja -kasvatuksen väheneminen* 1990-luvulla (ks. luku 2.5.3). Koulu-terveyskyselyjen perusteella nuorten seksuaaliterveystiedoissa on ollut puutteita etenkin sukupuolitautien osalta ja poikien tietotaso on ollut tyttöjä heikompi (Liinamo 2005). Myöskään laajamittaisia koko väestölle suunnattuja seksuaaliterveyteen liittyviä tiedotuskampanjoita ei 1990-luvun puolivälin jälkeen ole enää toteutettu (STM 2007). Koettu HIV-infektion riski ja sen merkitys on voinut vähentyä myös antiretroviraalisen lääkehoidon kehittymisen myötä kun infektiioon liittyvä kuolleisuus on vähentynyt. Tämä on voinut vaikuttaa käsityksiin turvaseksin tarpeellisuudesta ja edelleen kondomin käytön vähenemiseen (STM 2007).

Suomen *terveyspalvelujärjestelmässä* tapahtui 1990-luvulla *muutoksia*, joita on kuvattu tarkemmin luvussa 2.4.2.1.1. Laman ja valtiosuusuudistuksen myötä toteutettujen kustannussäästöjen on usein arvioitu kohdistuneen terveyskeskusten ennaltaehkäiseviin toimintoihin, kuten raskauden ehkäisyneuvontaan (Kosunen 1993, Poikajärvi ja Mäkelä 1998). Tutkimustietoa on käytettävissä kouluterveydenhuollon palveluista, joiden tiedetään olleen supistusten kohteena (Marjamäki 1994, Latikka ym. 1995, STAKES 2005). Myös väestövastuujärjestelmään siirtyminen 1980-luvun lopulta alkaen ja siihen liittyen joissain terveyskeskuksissa tapahtunut ehkäisyneu-

volatoiminnan lopettaminen tai hajauttaminen ovat voineet heikentää palveluiden saatavuutta ja laatua. Eriytetyn ehkäisyneuvolatoiminnan purkamista on saattanut tapahtua myös riippumatta väestövastuujärjestelmän käyttöönotosta. On varsin todennäköistä, että palvelujärjestelmän muutoksilla on ollut vaikutusta epäsuotuisaan kehitykseen (Kosunen ym. 2002, Suomen Lääkärilehti 2003). Esimerkiksi pääkaupunkiseudulla nuorten ehkäisytablettien käyttäjien osuus väheni 1990-luvun puoliväliin tultaessa eikä tämän jälkeen kasvanut muuta Suomea vastaavalle tasolle havaitusta seksuaaliaktiiviteetin noususta huolimatta, mikä todennäköisesti osaltaan vaikutti raskaudenkeskeytysten yleistymiseen (Falah Hassani ym. 2006). Riittämättömän ehkäisytablettien käytön on katsottu olleen seurausta ehkäisyneuvontapalvelujen saatavuuden heikentymisestä 1990-luvun laman myötä.

Palvelujärjestelmässä tapahtuneiden muutosten ohella raskaudenkeskeytysten lisääntymiseen vuoden 1995 jälkeen on saattanut vaikuttaa kyseisen vuoden lopulla noussut kansainvälinen kohu kolmannen polven progestiineja (desogestrieli ja gestodeeni) sisältäviin yhdistelmäehkäisytablettien liittyvästä, vanhempia progestiineja sisältäviä valmisteita korkeammasta laskimotukosriskistä. Tuolloin aiheesta *Lancet*-tissa julkaistut tutkimukset (Jick ym. 1995, WHO Collaboration Study...1995a, WHO Collaboration Study...1995b) uutisoitiin näyttävästi, ja esimerkiksi Iso-Britanniassa huoli ehkäisytablettien turvallisuudesta johti pilleriehkäisyksen lopettamiseen ja lisääntyneisiin keskeytyslukuihin (Child 1996, Furedi 1999). Suomessa aiheen käsittely mediassa ja viranomaisten taholta oli maltillista ja ainakaan nuorten keskuudessa ei havaittu välittömiä vaikutuksia ehkäisytablettien käytön yleisyydessä tai raskaudenkeskeytysmäärissä (Kosunen ym. 2007). Vaikka kohua herättäneitä tutkimuksia on sittemmin kritisoitu ja niiden tuloksia pidetty vinoutuneina (ks. Heikinheimo ja Kaaja 2001), on mahdollista, että pillereiden käytön lopettamisista tai aloittamisista on voinut seurata muissa ikäryhmissä ja nuortenkin parissa viivästyneesti. Pilleriehkäisyksen turvallisuuteen liittyviä kysymyksiä on noussut julkiseen keskusteluun aika ajoin 1990-luvun puolivälin jälkeenkin.

Ilmoitettujen klamydiainfektioiden määrän lisääntymistä 1990-luvulla voi osin selittää ilmoituskäytännön muutos. On ilmeistä, että laboratorioista suoraan tehdyt ilmoitukset ovat kattavammin kuvanneet todellista tilannetta kuin hoitavien lääkäreiden aiemmin tekemät ilmoitukset. Toisaalta ilmoituskäytännöissä ei vuoden 1995

jälkeen tapahtunut uusia muutoksia, ja tästä huolimatta nouseva suuntaus jatkui edelleen. Myös herkempien PCR-testien käyttöönotto on voinut hiukan lisätä todettujen infektioiden määrää (Hiltunen-Back ym. 2003). Merkitystä voi myös olla testaamisen lisääntymisellä aiempaa helpommin toteutettavien virtsatestien tultua käyttöön, sillä vain todettujen infektioiden määrä on tilastoitu, ei tartuntojen määrä suhteessa otettujen näytteiden määrään (STM 2007). On kuitenkin ilmeistä, että ainakin osin ilmoitettujen klamydiainfektioiden määrän kasvu 1990-luvun puolivälistä alkaen kuvastaa todellista kehitystä (Hiltunen-Back ym. 2003), jonka syitä on kuvattu edellä.

2.4 Seksuaaliterveyspalvelut perusterveydenhuollossa

2.4.1 Seksuaaliterveyspalvelut Pohjoismaissa, Iso-Britanniassa ja Alankomaissa

Seksuaaliterveyspalvelut on järjestetty eri maissa monin eri tavoin. Esimerkiksi raskauden ehkäisypalvelut voidaan terveyskeskusten tai muun perusterveydenhuollon ohella toteuttaa muun muassa sairaalaklinikoilla, järjestöjen ylläpitämällä klinikoilla, yksityisten palveluntuottajien toimesta tai erilaisten yhteisötason tai sosiaalisten ohjelmien kautta (WHO 1997). Lääkäreiden lisäksi palveluita voivat tarjota eri tavoin koulutetut hoitajat ja erityisesti kehitysmaissa myös muut kuin terveydenhuollon koulutuksen saaneet henkilöt. Tässä luvussa kuvataan pääpiirteissään keskeisimpien seksuaaliterveyspalveluiden järjestämistavat Pohjoismaissa, Iso-Britanniassa ja Alankomaissa. Terveystenhuoltojärjestelmät näissä maissa ovat keskenään ja Suomeen verrattuna erilaisia, eikä seksuaaliterveyspalveluiden järjestämistapoja voi siten suoraan maiden välillä vertailla ottamatta huomioon palvelujärjestelmää kokonaisuudessaan. Kaikissa näissä maissa kuitenkin perusterveydenhuolto on Suomen tavoin keskeisessä asemassa palvelujen kokonaisuudessa ja myös seksuaaliterveyspalveluiden järjestämisessä. Siten näiden maiden palvelujärjestelmien kuvaaminen suomalaisen palvelumallin arvioinnin taustaksi on mielekäästä.

Ruotsissa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen on osa hallituksen vuonna 2003 hyväksymää kansanterveysohjelmaa (Scandinavian Journal of Public Health 2004). Raskauden ehkäisyneuvontapalvelut on järjestetty julkisessa tervey-

denhuollossa integroituna kättilövetoiseen äitiyshuoltoon sekä nuorisoklinikoilla, joissa molemmissa tutkitaan ja hoidetaan myös sukupuolitauteja ja toteutetaan klamydiaseulontaa (Edgardh 2002, Danielsson ja Sundstrom 2006, Ettelt ym. 2006). Näissä yksiköissä lääkärit ovat gynekologeja (Edgardh 2002). Kättilöiden rooli on kuitenkin keskeinen ja heillä on valtuudet määrätä ehkäisyvalmisteita ja asettaa kierrekoita (Danielsson ja Sundström 2006). Myös perusterveydenhuollon yleislääkärit ja terveydenhoitajat tarjoavat ehkäisyneuvontaa (Ettelt ym. 2006). Ehkäisyneuvontapalvelut ovat maksuttomia ja ehkäisypillereiden ja kondomien hinta on edullinen (Edgardh 2002). Raskaudenkeskeytys on saatavissa Ruotsissa pyynnöstä ilman erityisiä perusteita 18. raskausviikolle asti, joskin suurin osa keskeytyksistä tehdään ennen 12. raskausviikkoa (Knudsen ym. 2003). Keskeytykset tehdään pääosin sairaaloissa julkisen terveydenhuollon piirissä.

Huolimatta toimivana pidetystä palvelujärjestelmästä, edullisista ehkäisyvälineistä, reseptivapaasti saatavasta jälkielehköisyydestä ja kouluissa jo 1950-luvulta annettusta ihmissuhde- ja seksuaalikasvatuksesta, raskaudenkeskeytysten ja todettujen klamydiainfektioiden määrät alkoivat Ruotsissa nousta 2000-luvun alussa. Taustalla on arvioitu olevan 1990-luvun laman myötä seurannut seksuaaliopetuksen väheneminen, ehkäisypillereiden haittavaikutusten pelko ja siten luotettavan ehkäisyn käytön väheneminen sekä laajempaan yhteiskunnalliseen muutokseen liittyvät seksuaalikäyttäytymisen muutokset. (Edgardh 2002).

Norjassa hallitus on rahoittanut 1990-luvun alusta alkaen kolmea kansallista väestön seksuaali- ja lisääntymisterveysoikeuksien toteutumiseen tähtäävää ohjelmaa (Kosunen 2006a). Raskauden ehkäisyneuvontaa (Aasland 2000) ja sukupuolitautilien hoitoa toteuttavat julkisessa perusterveydenhuollossa toimivat yleislääkärit, joskin hoitajien ehkäisyvalmisteiden reseptikirjoitusoikeudesta on käyty keskustelua ja aiheesta on tehty pilottitutkimus (Hansen ja Skjeldestad 2007). Raskaudenkeskeytys on vapaasti saatavilla 12. raskausviikkoon asti. Keskeytys suoritetaan julkisessa sairaalassa ja se on naiselle maksuton (Knudsen ym. 2003).

Tanskassa raskauden ehkäisyneuvontaa tarjoavat perusterveydenhuollosta vastaavat, ammatinharjoittajina toimivat yleislääkärit. Ehkäisyneuvonta on maksutonta, mutta ehkäisyvälineet asiakas kustantaa itse (Ettelt 2006). Yleislääkärit myös seulo-

vat ja hoitavat sukupuolitauteja (Holland ym. 2006). Tanskassa on tutkittu klamydian seulontaa kotitestein (Andersen ym. 2002, Østergaard ym. 2003) ja niitä käytetään tartunnanjäilytyksessä (Holland 2006b). Raskauden keskeytyksen saa Tanskassa pyynnöstä 12 raskausviikon loppuun asti ja se on hakijalle maksuton. Keskeytystä hakeva hakeutuu yleislääkärinsä vastaanotolle, ja tämä ohjaa hakijan eteenpäin arviointiin ja toimenpiteeseen julkiseen sairaalaan (Knudsen ym. 2003).

Iso-Britanniassa seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluita on kansallisesti karotettu ja ohjattu laajasti 1990-luvun lopulta alkaen, koska maassa teiniraskauksien määrä on ollut Euroopan korkein, tippuri-infektioiden määrä suuri ja klamydiatartuntojen määrä kasvussa (Fenton ja Lowndes 2004, Amu ja Appiah 2006, Avery ja Lazdane 2008). Vuonna 1999 julkistettiin kansallinen teiniraskauksien ehkäisyyn tähtäävä strategia (Social Exclusion Unit 1999). Laaja-alaisesti seksuaaliterveyspalveluiden kehittämiseksi laadittu, raskauden ehkäisy, raskaudenkeskeytykset sekä sukupuolitaudit ja HIV-infektion kattava kansallinen strategia julkaistiin vuonna 2001 (Department of Health 2001) ja sen pohjalta laaditut standardit vuonna 2004 (Medical Foundation for AIDS & Sexual Health 2005). Samana vuonna käynnistyi vaiheittain kansallinen klamydianseulontaohjelma (Department of Health 2005).

Englannissa raskauden ehkäisyneuvontaa tarjoavat kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän (NHS) rahoittamana toimivat yleislääkärit (*general practitioners*) ja yleislääkärivastaanotoilla toimivat hoitajat (*practice nurses*) sekä erilliset perhesuunnitteluklinikat (Ettelt ym. 2006). Sukupuolitauteja on tutkittu ja hoidettu perinteisesti erillisillä erikoislääkärijohtoisilla klinikoilla (*genitourinary medicine (GUM) clinics*), mutta perusterveydenhuollon osuus on kasvussa (Cassell ym. 2006). Raskauden keskeytys on saatavissa kahden lääkärin luvalla 24. raskausviikkoon asti, mikäli äidin tai lapsen fyysinen tai henkinen terveys on uhattuna (IPPF European Network 2007b). Suurin osa keskeytyksistä suoritetaan kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän piirissä, jolloin toimenpide on maksuton. Keskeytys suoritetaan lisensoidulla aborttiklinikalla tai julkisessa sairaalassa (NHS 2010).

Alankomaissa raskauden ehkäisy- ja muita seksuaaliterveyspalveluita tarjoavat ammattinharjoittajina toimivat yleislääkärit, kunnallisen terveydenhuollon piirissä toimivat hoitajat ja etenkin suurimmissa kaupungeissa hoitajavoimin toimivat sek-

suaaliterveysklinikat, niin kutsutut Rutgersin klinikat (Hardon 2003, Miles ym. 2003, Ettelt ym. 2006). Yleislääkärit toteuttavat suurimman osan ehkäisyneuvonnasta, mutta tarjolla olevien ehkäisymenetelmien valikoima on suppeampi kuin seksuaaliterveysklinikoilla ja rajoittuu usein ehkäisypillereihin (Hardon 2003). Toisaalta yleislääkärien määräämät ehkäisymenetelmät ovat käyttäjälle ilmaisia, kun taas seksuaaliterveysklinikoiden palvelut ja niissä aloitettu ehkäisy ovat maksullisia. Yleislääkärit myös tutkivat ja hoitavat suurimman osan sukupuolitaudeista (Miles ym. 2003), ja heidän oletetaan antavan myös seksuaaliterveysneuvontaa, mutta Hardonin mukaan tämä rajoittuu lähinnä lääketieteellis-teknisiin kysymyksiin.

Alankomaissa raskaudenkeskeytys on saatavissa pyynnöstä 13. raskausviikolle asti. Yleislääkärit suorittavat suurimman osan keskeytyksistä rekisteröidyillä, voittoa tavoittelemattomilla klinikoilla. Toimenpide on hakijalle maksuton. Lisäksi rekisteröidyillä klinikoilla on voitu tehdä kaavinta, mikäli kuukautiset ovat enintään 16 päivää myöhässä (*menstrual regulation*), jolloin toimenpidettä ei pidetä raskaudenkeskeytyksenä eikä aborttilainsäädäntö rajoita toimintaa. (Hardon 2003, IPPF European Network 2007b).

Raskaudenkeskeytysten määrä Alankomaissa on ollut pitkään yksi maailman alhaisimmista (Ketting ja Visser 1994, Hardon 2003), mutta keskeytysten määrä erityisesti nuorten ja maahanmuuttajien keskuudessa on noussut 1990-luvulta alkaen (Hardon 2003).

2.4.2 Seksuaaliterveyspalvelut suomalaisessa perusterveydenhuollossa

2.4.2.1 Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa

2.4.2.1.1 Terveyskeskusjärjestelmä 1970-luvulta 2000-luvulle

Vuonna 1960 asetettu valtiollinen kansanterveyskomitea aloitti avohoitopainotteisen *kansanterveyslain* valmistelun. Vuonna 1971 annettiin lakiehdotus, jonka tavoitteena oli siirtää terveystalouden painopiste terveydenhoitoon ja avosairaanhoidon. Seuraavana vuonna voimaan astuneen lain myötä korvattiin kunnanlääkäreiden ja terveystalouden voimin toiminut avopalvelujärjestelmä *terveyskeskuksilla*. (Harjula

2007). Kansanterveyslaki (66/1972) oli toisaalta aiemmat kunnalliset terveystalvet samaan organisaatioon kokoava tekninen muutos, mutta samalla perinpohjainen ja yhteiskunnallisesti radikaali uudistus (Kokko 2005). Laki velvoitti kunnat perustamaan terveystalvet joko yksin tai muodostamalla kuntayhtymän määriteltyjen velvoitteiden toteuttamiseksi. Näitä olivat terveystalvetneuvonnan (mukaan lukien raskauden ehkäisyneuvonta) ja terveystarkastusten järjestäminen, sairaanhoito, lääkinällinen kuntoutus, mielenterveystalvet, sairaankuljetus, hammashuolto, koulu- ja opiskelijaterveystalvet, työterveystalvet, asetuksella säädetyt seulontatutkimukset sekä kiireellinen avosairanhoito. Pääsääntöisesti talvet tuli järjestää kuntien omille asukkaille. Terveystalvettoiminta oli alkuvuosina tarkoin valtakunnallisesti säädettyä ja ohjeistettua. Esimerkiksi henkilöstöstä ja eri tehtäviin vaadittavasta kelpoisuudesta oli annettu yksityiskohtaiset ohjeet (Aer 1975, Suomen Kaupunkiliitto 1981).

Huolimatta terveystalvettoiminnan perustamisvaiheeseen liittyneistä ongelmista, kuten entisten ammatinharjoittajina toimineiden kunnanlääkäreiden kokemista vaikeuksista virkatyöhön siirtymisessä, järjestelmä laajeni 1970-luvulla nopeasti uusia tiloja rakennettaessa ja virkoja perustettaessa. 1980-luvulla nousivat esiin työn sisällön ongelmat, kuten pitkät odotusajat palveluihin pääsyyssä, hoidon puutteellinen jatkuvuus ja yleisemmin palveluiden ja ammatillisen osaamisen pirstoutuneisuus (Elovainio ym. 1997, Kokko 2005). 1980-luvun puolivälissä käynnistyi sarja *väestövastuun* toimintatavan kokeiluja (esim. Koponen ym. 1992), jotka johtivat väestövastuu- tai omalääkärijärjestelmän yleistymiseen 1990-luvulla (Hätönen ym. 1992, Kokko 2005). Tavoitteena oli, että kunta tarjoaisi jokaiselle suomalaiselle mahdollisuuden omaan yleislääkäriin. Väestövastuusta kehittyi monimerkityksellinen termi, jolla voidaan tarkoittaa esimerkiksi lääkärin vastaanottotyön järjestämistä lääkärikohtaisen (tavallisesti maantieteellisesti määritellyn) potilaslistan mukaan, lääkäreiden erillistä väestövastuuvirkaehtosopimusta tai "oikeata", laajaa väestövastuuta, jossa sekä omalääkärin että -hoitajan työhön kuuluu koko väestön sairauden ja terveystalvettoiminta "vauvasta vaariin" -periaatteella (Kokko 2005).

Väestövastuufilosofiassa ihmisen, perheen ja yhteisön kohtaaminen kokonaisuutena nähtiin keskeisenä (Kokko 2005). Kuitenkin varsinkin terveystalvettoimittajien osalta perinteisen, erityisesti suuremmissa yksiköissä käytössä olleen sektoroidun toiminta-

tamallin purkaminen aiheutti myös vastustusta ja pelkoa kapeampialaisessa työssä kertyvän ammattitaidon ja erityisosaamisen ollessa uhattuna. Yleisesti ounasteltiin erityisesti äitiys- ja lastenneuvolatyön (Kosunen ja Rimpelä 1997) mutta myös raskauden ehkäisyneuvontapalveluiden laadun ja määrän heikkenemistä (Kosunen 1993, ks. myös Koponen 1993). Käytännössä puhdaspiirteistä laajaa väestövastuista mallia päädyttiin toteuttamaan kuitenkin hyvin harvoilla paikkakunnilla ja kaikkiaan väestövastuun toteuttamistavat muodostuivat erilaisiksi välimuodoiksi ääripäiden välillä (Kokko 2005). Alkuperäiset ajatukset moniammatillisesta, laaja-alaisesta tiimityöstä ovat käytännössä supistuneet usein lääkärin ja terveydenhoitajan väliseksi yhteistyöksi. Vuonna 2002 omalääkärijärjestelmää sovelsi 38 % terveyskeskuksista ja 42 % kunnista ja järjestelmän piirissä oli yli 70 % suomalaisista (Kokko 2005). Lisäksi hyvin pienissä kunnissa asuvien voidaan käytännössä katsoa kuuluvan väestövastuujärjestelmän piiriin.

1990-luvulle asti terveyskeskusjärjestelmä eli voimakasta *kasvun* aikaa. Esimerkiksi henkilöstön osalta virkojen määrä lähes viisinkertaistui vuodesta 1972 vuoteen 1990 mennessä (Rintala 1995). Tiivis ja keskitetty valtakunnallinen suunnittelu- ja ohjausjärjestelmä edellytti kunnilta viisivuotissuunnitelmia, joiden tuli olla linjassa valtakunnallisten yleislinjojen kanssa. Samalla valtio sitoutui maksamaan 40–70 % toiminnan kustannuksista; osuus oli suurempi vähätuloisissa kunnissa. Valtio ohjasi terveydenhuollon toimintaa lääkintö- ja lääninhallitusten antamien yksityiskohtaisten säädösten ja yleis- sekä ohjekirjeiden avulla. Tarkasta ohjauksesta ja valtionosuuksien mahdollistamasta menoautomaatiikasta haluttiin kuitenkin 1990-luvulle tultaessa eroon ja vuonna 1993 päädyttiin purkamaan tiukka suunnittelu- ja ohjausjärjestelmä toteuttamalla *valtionosuusuudistus*. Uudistuksen tarkoituksena oli antaa kunnille vapaus toteuttaa palvelut haluamallaan tavalla eikä valtionosuuksia sidottu enää esimerkiksi terveyskeskuksen virkarakenteeseen. (Kokko 2005).

Kun Suomen kansantalous joutui samanaikaisesti syvään *lamaan* ja julkiset palvelut ajautuivat rahoituskriisiin, joutuivat kunnat sopeuttamaan menonsa tuloihin voimakkaasti muuttuneessa tilanteessa (Kokko 2005). Kustannussäästöjen on arvioitu usein kohdistuneen erityisesti terveyskeskusten ennaltaehkäiseviin toimintoihin, kuten raskauden ehkäisyneuvontaan (Kosunen 1993, Poikajärvi ja Mäkelä 1998).

Kokon (2005) mukaan kuntatalouteen jäi 1990-luvun laman jälkeen pysyvä säästämisen asenne, mikä on saattanut olla esteenä palveluiden uudelleenrakentamiselle.

2000-luvulle tultaessa alkoi etenkin syrjäseutujen terveyskeskusten toimintaa hankaloittaa paheneva *lääkärivaje*. Lääkärintuottojen täyttämättä jääminen tai virkojen hoito vaihtuvin sijaisin on saattanut edelleen heikentää ennaltaehkäisevien palvelujen toteuttamista. Kaikkiaan terveydenhuoltoa on 2000-luvulla koetellut taloudellisten ja henkilöstövoimavarojen ja kysynnän välinen ristiriita. Huolimatta työikäisen väestön sairastavuuden vähenemisestä terveydenhuollon tehtävät eivät ole vähentyneet sairastavuuden siirtyessä vanhempiin ikäluokkiin, lääketieteen tutkimus- ja hoitomahdollisuuksien lisääntyessä ja väestön odotusten kasvaessa (Kokko 2005). Myös *johtamisen ongelmia* niin terveyskeskuksissa kuin muualla terveydenhuollossa on tuotu toistuvasti esiin viime vuosina (STM 2005, Kinnunen ym. 2008, Lammintakanen ym. 2009, Rimpelä ym. 2009). Terveydenhuollon ja laajemmin julkisten palveluiden rakenteita ja toimintaa on pyritty kehittämään ja tehostamaan lukuisin erilaisin hankkein ja ohjelmin, joista mainittakoon kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (STM 2002) ja sen osahanke Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelma (STM 2009) sekä kunta- ja palvelurakennemuutostus (Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta 9.2.2007/169).

2.4.2.1.2 Raskauden ehkäisyneuvonta ja raskaudenkeskeytys

Vaikka kansanterveyslaki on ns. puitelaki, joka määrittelee vain kansanterveystyön tärkeimmät periaatteet ja kunnan yleiset velvollisuudet, velvoite maksuttoman raskauden ehkäisyneuvonnan järjestämiseen on laissa erikseen mainittuna. Laki loi pohjan ehkäisyneuvonnan palvelujärjestelmälle, jota voidaan jälkikäteen tarkasteltuna pitää kansainvälisesti edistyksellisenä ja ennakkoluulottomana (Kosunen ja Rimpelä 1997). Ehkäisyneuvonnan ja ensimmäisten kierukoiden markkinoille tulo oli tuonut ennennäkemättömät mahdollisuudet raskauden ehkäisyyn vasta muutamia vuosia aiemmin ja raskaudenkeskeyttämistä koskeva lainsäädäntö oli länsimaissa vasta vapautumassa. Lepon ja Launoksen (1975) mukaan ehkäisyneuvontapalveluita ei 1970-luvun alussa ollut sisällytetty yleiseen terveydenhuoltojärjestelmään vielä missään muussa maassa. Kosusen ja Rimpelän mukaan valtiovalta osoittikin ennakkoluulotonta ajattelua asettamalla raskauden ehkäisyn *yleislääkäreiden* tehtäväksi

osana lakisääteistä perusterveydenhuoltoa. Suomeen ei siten syntynyt erillistä perhesuunnitteluklinikoiden verkkoa, kuten tapahtui useissa sellaisissakin maissa, joissa yleislääkäreillä on perinteisesti vahva asema, kuten Hollannissa ja Iso-Britanniassa.

Ehkäisyneuvonnan *tavoitteeksi* asetettiin "auttaa ihmisiä heidän pyrkimyksessään välttää ei-toivottuja raskauksia ja ohjata tehokkaalla ehkäisyllä välttämään raskauden keskeyttämisen tarvetta" (Leppo ja Launis 1975). Pyrkimyksenä ei ollut vaikuttaa syntyvyyteen, vaan ohjata synnytysten ajoittamista sopivaan aikaan. Vuonna 1975 julkaistun Kansanterveystyön käsikirjan mukaan raskauden ehkäisyneuvontaa oli tarkoitus toteuttaa osana tavanomaista terveyskeskuksen vastaanottoa (Leppo ja Launis 1975). Useimpiin terveyskeskuksiin perustettiin kuitenkin erillisiä tai äitiysneuvolan yhteydessä toimivia *ehkäisy- tai perhesuunnitteluneuvoja*. Yleisperiaatteena oli ehkäisyneuvonnan keskittäminen terveyskeskuksissa muutamille terveydenhoitajille ja lääkäreille (Kosunen ja Rimpelä 1997). Pääasiallisesti ehkäisyneuvontatyötä ohjattiin toteuttamaan tehtävään koulutettu terveydenhoitaja tai kättilö sekä työhön nimetty terveyskeskuslääkäri (Leppo ja Launis 1975, Kosunen 2005). Nuorten raskauden ehkäisy toteutettiin kouluterveydenhuollon ja ehkäisyneuvolan yhteistyönä (Kosunen ja Rimpelä 1997).

Koska ehkäisyneuvontatyö oli uusi toiminta-alue, sitä *ohjeistettiin* heti vuonna 1972 annetulla Lääkintöhallituksen ohjekirjeellä (OK 18.10.1972/Dn:o 10868/09/72). Terveydenhoitajan tehtäviksi määriteltiin yleisestä valistustoiminnasta ja henkilökohtaisesta ohjannasta huolehtiminen. Ehkäisyä aloitettaessa terveydenhoitajan oli määrä suorittaa esitiedot kartoittava haastattelu tarkoitusta varten laaditun lomakkeen avulla ja ohjata asiakas varaamaan aika lääkärin vastaanotolle kuukautiskiertoon soveltuvana ajankohtana. Lääkärin vastuulle tuli "menetelmän valintaan ja käyttöön liittyvien terveystarkastusten suorittaminen" mahdollisten vasta-aiheiden kartoittamiseksi ja tämän jälkeen valitun ehkäisy menetelmän aloittaminen, joko kierukän asettaminen tai lääkemääräyksen kirjoittaminen ehkäisytabletteja varten. Ehkäisy seurannan päävastuu oli hoitajalla, mutta asiakas tuli ohjata "määrävälein ja tarvittaessa" lääkärin vastaanotolle. Sopivan menetelmän löytämiseksi terveyskeskuksen tuli antaa maksutta ehkäisyvälineitä, kuten ehkäisy pillereitä, kunnes sopiva jatkoehkäisy löytyisi. Myös ehkäisyneuvontakäyntien maksuttomuus ja palveluista tiedottamisen tärkeys mainittiin erikseen. Erityisesti terveydenhoitajan edellytettiin

järjestävän aktiivisesti ehkäisyneuvontaa käsitteleviä ryhmäohjaus- ja valistustilaisuuksia ja hänen (ja mahdollisuuksien mukaan myös lääkärin) suositeltiin toimivan pyydettyään asiantuntijana eri toimijoiden järjestämissä asiaa koskevissa tilaisuuksissa, esimerkiksi oppilaitoksissa ja varuskunnissa. Ehkäisyneuvolatoiminta käynnistyi terveyskeskuksissa ripeästi, sillä vuoteen 1976 mennessä jo 90 % kunnista oli aloittanut ehkäisyneuvonnan (Sukupuolikasvatustyöryhmän mietintö 1979).

Terveyskeskukset tarjosivat myös *raskaudenkeskeytystä* harkitseville naisille selkeän ja maksuttoman kanavan hakeutua tarvittavaan lääkärin arvioon. Keskeytystä hakevan tulee saada lääkärin lähete keskeytysairaalaan, ja useimmissa tapauksissa terveyskeskuslääkäri toimii myös ns. lausunnonantajalääkärinä. Terveyskeskuslääkärit ovat ottaneet vastaan raskaudenkeskeytyksen hakijoita muun vastaanottotyön lomassa sekä ehkäisy- tai perhesuunnitteluneuvoissa, mutta tarkempaa tutkimustietoa käytännöistä ei ole ollut. Raskaudenkeskeytysasiakkaan hoidosta annettiin vuonna 2001 valtakunnallinen Käypä hoito -suositus (päivitetty 2007), jonka mukaan perusterveydenhuollossa selvitetään keskeytystä varten tarvittavat esitiedot, täytetään tarvittavat lomakkeet, informoidaan hakijaa keskeytysvaihtoehdoista ja suunnitellaan jatkoehkäisy (Käypä hoito 2007). Suositus antaa ohjeita myös perusterveydenhuollossa tehtävistä tutkimuksista ja näiden osalta on olemassa myös paikallisia toimintaohjeita ja -malleja esimerkiksi eri sairaanhoitopiirien alueilla. Joillakin paikkakunnilla sovelletaan ns. yhden käynnin mallia, jossa kattavat alkututkimukset tehdään perusterveydenhuollossa (Duodecim 2009). Myös ongelmattoman keskeytyksen jälkitarkastus tapahtuu perusterveydenhuollossa, ja sen voi suorittaa myös terveydenhoitaja, koska rutiininomainen sisätutkimus ei ole välttämätön (Käypä hoito 2007). Keskeistä jälkitarkastuksessa on raskauden keskeytymisen ja ehkäisyn aloituksen varmistaminen sekä sosiaalisen tai psyykkisen tuen tarpeen arvioiminen ja tarvittavan tuen järjestäminen. Vuonna 1994 toteutetun väestökyselyn mukaan raskaudenkeskeytyksen kokeneista naisista 43 % oli käynyt jälkitarkastuksessa terveyskeskuksessa, viiden kyselyä edeltävän vuoden aikana keskeytyksen kokeneista 51 % (Sihvo ym. 1998).

Terveyskeskuksissa aloitetun ehkäisyneuvontatyön tulokset alkoivat näkyä nopeasti raskaudenkeskeytystilastoissa keskeytyslukujen pienetessä, ja tämä suuntaus jatkui 1990-luvulle asti (STAKES 1996). Kosusen ja Rimpelän (1997) mukaan per-

hesuunnittelutyön toteutumista ja tuloksia arvioitiin huolellisesti *1970- ja 1980-lukujen* vaihteessa. Raskaudenkeskeytyksen aikarajaa varhennettiin 12. raskausviikkoon. Lääkintöhallitus julkaisi opaskirjasen ehkäisy menetelmistä ja niiden valinnasta (Lääkintöhallitus 1979) sekä uudisti yleis- ja ohjekirjeet niin raskauden keskeytyksestä (Lääkintöhallituksen yleiskirje N:o 1679 1979) kuin ehkäisyneuvonnastakin (Lääkintöhallituksen ohjekirje 2346/02/81 1982). Samalla lanseerattiin terveystomukseen liitettävä erikoislomake raskauden ehkäisyneuvonnasta (Suomen Kunnallisliiton lomake 3440/80), joka oli tarkoitettu ehkäisyn alkuhaastattelun ja ehkäisyn seurannan tueksi (Lääkintöhallituksen ohjekirje 2346/02/81 1982). Vuonna 1982 annettu ohjekirje jäi viimeiseksi valtakunnalliseksi ehkäisyneuvontaa koskevaksi ohjeistukseksi. Ehkäisyneuvonnan toimintatavat eivät sanottavasti muuttuneet *1980-luvun* aikana (Kosunen ja Rimpelä 1997). Ehkäisyvälineiden tehokas ja turvallinen jakelu sekä menetelmien käytön seuranta pysyivät työn keskeisenä sisältönä, toiminta oli tuloksellista, eikä erityisiä tarpeita toimintatapojen muuttamiseksi tai kehittämiseksi ilmennyt.

1990-luvun alussa raskaudenkeskeytyksistä julkisuudessa virinneen keskustelun myötä Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES asetti vuonna 1993 laajapohjaisen työryhmän suunnittelemaan perhesuunnittelupalveluiden kehittämistä (STAKES 1994). Työryhmä korosti palvelujärjestelmän muutosten tutkimisen tärkeyttä. Aiemmin selkeän kokonaisuuden muodostaneet palvelut olivat nopeasti muuttumassa ulkoisten muospaineiden myötä. Erityisesti talouslamasta seuranneet säästöpainet ja useissa terveyskeskuksissa väestövastuujärjestelmään siirtyminen heijastuivat ehkäisyneuvontapalveluiden järjestämiseen (Kosunen ja Rimpelä 1997, Poikajärvi ja Mäkelä 1998). Etenkin laaja-alaiseen väestövastuumalliin siirtyminen nähtiin uhkana toimiville ehkäisyneuvolapalveluille (Kosunen 1993, ks. myös Koponen 1993) ja varsinkin nuorten palveluiden pelättiin kärsivän (Lähteenmäki 1995).

Myös palveluiden käyttäjät suhtautuivat varauksellisesti väestövastuisiin ehkäisyneuvontapalveluihin: Vuonna 1994 toteutetun valtakunnallisen naisten kokemuksia seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluista kartoittavan väestökyselyn mukaan 18–44-vuotiaista suomalaisnaisista (n = 2189) 49 % piti parhaimpina hoitaa raskauden ehkäisyyn ja seurantaan liittyvät asiat yhdistetyssä äitiys- ja ehkäisyneuvolassa,

29 % erillisissä neuvoloissa ja vain 12 % puolsi väestövastuista mallia (Hemminki ja Koponen 1998). Enemmistö (79 %) naisista toivoi voivansa asioida ehkäisyneuvontaan ja äitiysneuvolatyöhön perehtyneiden hoitajien vastaanotolla. Vuonna 1995 toteutetussa valtakunnallisessa yli 5000 asukkaan kunnat kattaneessa tutkimuksessa 31 % kunnista ilmoitti järjestäneensä raskauden ehkäisyneuvonnan kokonaan eriytyneesti eli omassa neuvolassaan ja 42 % osin eriytyneesti eli esimerkiksi äitiysneuvolan yhteydessä. Palvelut kuuluivat lopuissa 27 %:ssa kuntia kokonaan väestövastuun piiriin (Koponen ym. 1998).

STAKESIIN asetettiin vuonna 1997 perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, jonka toimeksiannosta Kristiina Poikajärvi ja Marjukka Mäkelä laativat vuonna 1998 raportin seksuaaliterveyspalveluiden tilasta ja uudistustarpeista (Poikajärvi ja Mäkelä 1998). Raskaudenkeskeytysten määrä oli tuolloin alkanut nousta, ja kehityksen taustalla arvioitiin osaltaan olleen laman myötä toteutetut kouluterveydenhuollon palveluiden leikkaukset ja ehkäisyvälineiden ilmaisjakelun supistuminen terveyskeskuksissa. Esiin nostettiin myös tarve paneutua huolellisemmin synnytyksen jälkeiseen raskauden ehkäisyyn sekä miesten sterilisaatioiden pieni määrä verrattuna naisille tehtäviin toimenpiteisiin. Lisäksi raskaudenkeskeytysasiakkaiden hoitoprosessin sujuvuudessa terveyskeskusten ja sairaaloiden välillä sekä tiedon ja tuen saannin riittävydessä oli raportoitu palveluiden käyttäjien kokemia ongelmia (Sihvo ja Kosunen 1998). Erityisenä huolenaiheena tuotiin esiin laadultaan ja sisällöltään varsin vaihteleva palveluiden tarjonta. Toisaalta valmiita ratkaisumalleja ja yhtä ainoa oikeaa palveluiden tarjontatapaa ei määritelty, vaan palveluita todettiin voitavan järjestää toimivasti eri tavoin, kunhan niitä on tarjolla tasapuolisesti.

Terveyskeskus on käytettävissä olevien tietojen mukaan *keskeisin palveluiden tuottaja* raskauden ehkäisyneuvontapalveluissa (Ettelt ym. 2006). Vuoden 1994 kyselytutkimuksessa kaikista ehkäisyneuvontapalveluita käyttäneistä vastaajista (n = 1832) 55 % oli asioinut viimeksi joko ehkäisyneuvolassa tai muualla terveyskeskuksessa (Sihvo ym. 1995a, Hemminki ym. 1997a). Terveyskeskuspalveluiden käyttäjien osuus oli erityisen suuri (68 %) alle 20-vuotiaiden vastaajien keskuudessa. Valtakunnallisissa tilastoissa perhesuunnittelukäyntien määrä väheni vuodesta 1997 vuoteen 2006 asti, myös väestöön suhteutettuna (STAKES 2007), mutta tilastoinnin

luotettavuutta ei tiedetä (STM 2007) ja osa ehkäisyneuvontakäynneistä saattaa tilastoitua esimerkiksi äitiysneuvola- tai lääkärin vastaanottokäyneiksi.

Vuoden 1994 kyselytutkimuksessa *raskaudenehkäisy palveluita käyttäneet naiset* olivat yleisesti tyytyväisiä saamiinsa palveluihin, mutta terveyskeskuspalveluita käyttäneet olivat kokeneet useammin vaikeuksia lääkärin vastaanottoajan saamisessa, odotusaika vastaanotolle oli pidempi ja he olivat hieman tyytymättömämpiä kokemaansa kohteluun kuin yksityislääkäreiden palveluita käyttäneet (Hemminki ym. 1997a). Palveluiden lääketieteellisessä laadussa ei ollut eroja käyttäjien antamien tietojen mukaan käytetyillä mittareilla mitattuna.

2.4.2.1.3 Sukupuolitautilien torjunta ja hoito

Jo vuonna 1939 Maaseudun terveydenhuoltokomitean tekemässä tutkimuksessa sukupuolitaudit oli nostettu esille yhtenä keskeisenä terveysongelmana (Harjula 2007). Samana vuonna annettu ja vuonna 1952 uusittu sukupuolitautilaki edellytti jokaisen kunnan järjestävän alueellaan oleskeleville mahdollisuuden ilmaiseen sukupuolitautilien tutkimukseen ja hoitoon. Vastuullisena viranhaltijana jokaisessa kunnassa ja kaupungissa toimi sukupuolitautilien virkälääkäri, jonka tehtäviin kuului myös valistustyö. Lisäksi suurimmissa kaupungeissa oli erikoislääkärin johtamia sukupuolitautilien poliklinikoita. Virkälääkäreillä oli laajat valtuudet tartunnanlähteiden etsimisessä, hoitoon toimittamisessa ja vastentahtoisessa eristämisessä. (Rostila ja Haikala 2003).

Vuonna 1986 sukupuolitauteja koskevat säännökset sisällytettiin uuteen tartuntatautilakiin (1986/583) ja -asetukseen. Lain mukaan laaja-alainen sukupuolitautilien vastustamistyö kuuluu kunnan tehtäviin osana sen kansanterveystyötä. Valtaosa sukupuoliteitse tarttuvista taudeista hoidetaan terveyskeskuksissa (Rostila ja Haikala 2003). Kansanterveyslaitoksen tilastojen mukaan 2000-luvulle tultaessa klamydiainfektioista hoidettiin terveyskeskuksissa noin 60 % (Hiltunen-Back ja Ranki 2000). Suurimmissa kaupungeissa on terveyskeskuksen ja/tai erikoissairaanhoidon alla toimivia maksuttomia sukupuolitautilien poliklinikoita tai vastaanottopisteitä (Hiltunen-Back ja Ranki 2000, Rostila ja Haikala 2003). Suuri osa terveyskeskuksiin haakeuvista sukupuolitautilia epäilevistä potilaista tutkitaan ja hoidetaan kuitenkin mitä

ilmeisimmin tavanomaisella terveystakeskuslääkärin vastaanotolla. Erikoisyksiköiden palveluiden piiriin hakeudutaan kuitenkin myös pienemmistä kunnista, joissa kaikki potilaat eivät halua asioida sukupuolitauteja epäillessään oman lääkärisä vastaanotolla (Hiltunen-Back ja Ranki 2000). Terveystakeskuksessa tulisi sopia järjestelyistä, joilla taataan sukupuolitauteja epäilevän potilaan nopea ja joustava pääsy vastaanotolle (Kuosmanen 2002). Erityisesti klamydiainfektioiden suuri määrä on haaste terveystakeskusten palvelujärjestelmälle, jonka tulisi vastata suurelta osin niin infektiota ehkäisystä, diagnosoinnista kuin hoidosta (Kuosmanen 2002).

Vaikka yleisvaarallisten (kuppaa) ja vuodesta 1996 alkaen myös ilmoitettavien (klamydia, tippuri, HIV, hepatiitti B) sukupuolitauteja tarttuvien tautien tutkimus ja hoito on potilaalle tartuntatautilain nojalla *ilmaista* julkisessa terveydenhuollossa, sukupuolitauteja epäilyä takia terveystakeskuslääkärin luona asioidessaan potilas maksaa käytännössä yleisesti tavanomaisen terveystakeskusmaksun. Laboratoriotutkimukset ovat muiden lisätutkimusten tavoin potilaalle maksuttomia.

Sukupuolitauteja tartunnan saaneen potilaan kumppaneiden *jäljittäminen* kuuluu ensisijaisesti hoitavan lääkäriin vastuulle (KTL 2008a). Yleinen käsitys on, että käytännössä suurimmassa osassa tapauksia kumppaneiden informoiminen jätetään potilaan tehtäväksi (Hiltunen-Back ja Ranki 2000, STM 2007). On esitetty, että terveystakeskuksissa tulisi olla tartuntatauteihin perehtynyt terveydenhoitaja, joka voisi osallistua vastata tartuntaketjun selvittämisestä, koordinoita tartunnanjäljitystä ja toimia sisäisenä kouluttajana (Kuosmanen 2002). Joissain terveystakeskuksissa nämä tehtävät ovat kuuluneet tartuntataudeista vastaavalle lääkäriin.

Terveystakeskuksissa järjestelmällisesti *seulottavia* sukupuolitauteja ovat raskaana olevilta naisilta äitiysneuvoloissa tutkittavat kuppaa sekä HIV- ja hepatiitti B-infektio (Viisainen 1999). Kohdun suun irtosolunäytteellä (papa-näyte) seulotaan papilloomaviruksen aiheuttamia kohdunkaulan syövän esiasteita viiden vuoden välein 30–60-vuotiaiden naisten keskuudessa (Kansanterveysasetus 1992/802). Myös tämä seulonta on kuntien vastuulla. Kolmannes kunnista tarjoaa seulontaa myös alle 30-vuotiaille (Leipälä ym. 2009). Vuodesta 1995 kasvanut ilmoitettujen klamydiainfektioiden määrä on herättänyt huolta asiantuntijoiden piirissä, ja he ovat suositelleet tehostettua tartunnanjäljitystä ja klamydian seulontaa (Hiltunen-Back ja Ranki 2000,

Paavonen 2002b), mutta ennen tämän tutkimuksen toteuttamista valtakunnallisia ohjeita ei ollut annettu eikä terveyskeskusten käytännöistä ollut tutkimustietoa.

2.4.2.1.4 Seksuaalineuvonta

Vuonna 1980 Lääkintöhallituksen antama ohjekirje Ihmissuhde- ja sukupuolikasvatus terveyskasvatuksessa (OK 26.11.1980/DNo 7032/02/08) asetti seksuaalineuvonnan terveyskeskusten tehtäväksi osana asiakkaan tai potilaan kokonaishoitoa. Seksuaalisuutta sivutaan terveyskeskuspalveluissa varsinkin ennalta ehkäisevissä työmuodoissa, kuten raskauden ehkäisyneuvonnan yhteydessä, äitiysneuvolatyössä sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa. Siksi erityisesti terveydenhoitajilla tulisi olla hyvät valmiudet ja osaaminen seksuaalineuvonnan alueella. Jyväskylän yliopistossa tehdyssä kyselytutkimuksessa äitiysneuvola-asiakkaat ja neuvolaikäisten lasten vanhemmat kokivat neuvolan tärkeäksi paikaksi saada apua ja tukea seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa (Ala-Luhtala 2008). Neljäsosa vastaajista ilmoitti tarvitsevansa jatkossa seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa ja tukea. Kuitenkin vielä 1990-luvun puolivälissä tehdyn tutkimuksen mukaan vastavalmistuneiden terveydenhoitajien seksuaaliterveystiedot olivat usein puutteelliset (Nurmi 2000). Neuvolatyössä olisi annettava enemmän tietoa ja neuvontaa myös parisuhdevaikeuksien ennaltaehkäisemiseksi. Esimerkiksi äitiysneuvolatyössä tulisi valtakunnallisen ohjeistuksen mukaan hoitotyön tekijän tunnistaa parisuhdetta vaarantavat riskitekijät, ohjata niiden ehkäisyssä ja tukea niihin liittyvien ongelmien ratkaisussa, kannustaa perhettä omatoimiseen tiedon hankintaan sekä itsehoitoon ja itsenäiseen selviytymiseen (STM 2003).

Terveysneuvontatyön ohella ammattilaisilla tulisi olla valmiudet ottaa seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä esille ja vastata perustason tiedontarpeeseen kaikilla terveyskeskustyön sektoreilla. FINSEX-tutkimusten mukaan yleisimmin Suomessa koettuja seksuaaliongelmia ovat naisilla seksuaalinen haluttomuus sekä emättimen kostumisen ongelmat ja miehillä erektiovaikeudet (Kontula 2009). Myös sairaudet ja niiden hoito voivat usein haitata sukupuolielämää, parisuhde- ja vuorovaikutusongelmien ohella. Tavallisimpiin seksuaaliongelmiin riittäisi useissa tapauksissa terveyskeskuslääkärin tarjoama neuvonta ja hoito. Myös haluttomuuteen ja orgas-

mivaikeuksiin liittyvät perusselvittelyt voitaisiin hyvin tehdä terveystieteissä. (STM 2007).

Lontoossa yleislääkärien vastaanotoilla tehdyssä kyselytutkimuksessa ICD-10 diagnosoimien kriteerit täyttävä seksuaalihäiriö todettiin 40 %:lla naisista ja 22 %:lla miehistä, mutta heistä vain joka kolmas nainen ja joka viides mies oli kysynyt neuvonantoa ongelmistaan lääkäriltään (Nazareth ym. 2003). Toisaalta selvä enemmistö niistä, jotka hakeutuvat seksuaaliongelman takia neuvonnan piiriin, kääntyi ainakin Iso-Britanniassa tehdyn väestöpohjaisen tutkimuksen mukaan juuri yleislääkäriinsä puoleen (Mercer ym. 2003). Kattavaa tutkimustietoa siitä, millaisia seksuaalineuvonnan tarpeita suomalaisten terveystieteidenkeskusten potilaiden keskuudessa on ja miten näihin tarpeisiin on kyetty vastaamaan, ei ole käytettävissä. Työntekijöiden kokemuksen mukaan kuitenkin neuvonnan tarve on kasvussa. On ilmeistä, että seksuaalineuvonta ei toteudu terveystieteidenkeskustyössä kattavasti 1980-luvulla suositellulla tavalla, ja onkin esitetty, että aktiivista seksuaalisuuden puheeksi ottamista tulisi lisätä kaikissa palveluissa. (STM 2007).

Seksuaalineuvontatyön tulisi toteutua perusterveydenhuollossa ainakin PLISSIT-luokittelun (Annon 1976) ensimmäisellä tasolla, jossa kyse on "luvan antamisesta" tai "sallimisesta" ($P = permission$). Siinä on kyse luvan antamisesta jokaiselle asiakkaalle tai potilaalle omaan seksuaalisuuteen, nautintoon ja siitä puhumiseen (Vuola 2003, Kosunen 2005). Ammatillainen voi "antaa luvan" ottamalla puheeksi seksuaalisuuteen liittyvät asiat. Usein potilas odottaa lääkärin tai muun ammattilaisen aloitetta ja ammattilainen puolestaan odottaa potilaan avausta. Kellokumpu-Lehtisen ym. sairaalapotilasaineistossa tekemässä tutkimuksessa syöpää sairastavista potilaisista 73 % ja muista potilaista 51 % piti seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyä tarpeellisenä (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003). Vastaajista 86 % toivoi lääkärin tai hoitajan tekevän keskustelualoitteen. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman mukaan aktiivista seksuaalisuuden puheeksi ottamista potilasta kunnioittavalla tavalla tulisi lisätä kaikissa palveluissa (STM 2007). PLISSIT-mallin muista tasoista "rajatun tiedon antaminen" (LI = limited information) voi usein toteutua perusterveydenhuollossa, mutta erityisohjeiden antaminen (SS = specific suggestions) ja intensiivinen terapia (IT = intensive therapy) edellyttävät pääosin am-

mattilaiselta erityiskoulutusta eivätkä siten ole terveyskeskustasolla toteutettavia työmuotoja.

2.4.3 Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskusten ulkopuolella

Seksuaaliterveyspalveluita on etenkin suurimmissa kaupungeissa saatavilla myös yksityisellä sekä järjestöjen tarjoamana ns. kolmannella sektorilla. *Raskauden ehkäisyneuvontapalveluita* järjestää yliopisto-opiskelijoille Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, jonka piirissä ehkäisyasiat ovat yleisin yksittäinen lääkärin vastaanotolle hakeutumisen syy (Virtala 2007). Palveluita tarjoavat myös yksityiset gynekologit ja yleislääkärit, Väestöliitto ja Folkhälsän. Yksityisiä palveluita käyttävät erityisesti kaupungeissa asuvat, varttuneemmat ja koulutetut naiset (Sihvo ym. 1995a).

Raskaudenkeskeytysten osalta palveluiden käyttö painottuu vahvasti julkiseen terveydenhuoltoon, mutta pieni osa keskeytystä hakevista käyttää yksityisiä palveluita (Poikajärvi ja Mäkelä 1998). Vuonna 1994 tehdyn tutkimuksen mukaan 5 prosentille kyselyyn vastanneista keskeytyksen kokeneista naisista toimenpide oli tehty yksityisessä sairaalassa ja 13 % oli käynyt jälkitarkastuksessa yksityissektorilla (Sihvo ym. 1998).

Sukupuolitautilien diagnostiikassa ja hoidossa julkinen perusterveydenhuolto ja sairaaloiden ilman lähetevaatimusta toimivat sukupuolitautilien poliklinikat ovat keskeisiä palveluiden tuottajia, mutta osa potilaista hakeutuu yksityislääkäreiden (yleislääkärit, naistentautien ja urologian erikoislääkärit) vastaanotoille. Noin 5 % klamydiainfektioista todetaan yksityislääkäreiden vastaanotoilla. Joitain palveluja on saatavilla myös kolmannella sektorilla, esimerkiksi AIDS-tukikeskuksissa tehdään anonyymisti maksuttomia hiv-testejä. (Hiltunen-Back ja Ranki 2000).

Muista palveluista poiketen *seksuaalineuvontapalvelut* ovat suurelta osin olleet tarjolla julkisen terveydenhuollon ulkopuolella. Palveluja on ollut saatavilla esimerkiksi yksityisillä lääkäriasemilla ja järjestöjen ja yhteisöjen, kuten Väestöliiton ja evankelis-luterilaisen kirkon perheasiainneuvottelukeskusten, tarjoamana. (STM 2007).

2.4.4 Perusterveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutus

Terveyskeskuksissa keskeiset seksuaaliterveyspalveluiden parissa työskentelevät ammattiryhmät ovat *lääkärit, terveydenhoitajat ja kätilöt*. Ammattihenkilöiden asianmukainen perus-, täydennys- ja jatkokoulutus on keskeinen laadukkaiden palveluiden perusta. *Lääkäreiden peruskoulutuksessa* keskeisimmät seksuaaliterveyden alueet, kuten raskauden ehkäisy ja sukupuolitautilien diagnostiikka ja hoito, ovat hyvin esillä (STM 2007). Neuvolatyön, kuten ehkäisyneuvolatoiminnan, opetus vaihtelee tiedekunnittain enemmän. Koska esimerkiksi pitkäaikaissairauksiin liittyviä seksuaaliongelmia ja seksuaalisuuden monimuotoisuutta on käsitelty koulutuksessa vähän (Kosunen 2003, Rautio 2006), peruskoulutus ei näytä tarjoavan riittäviä aineksia laaja-alaisen kuvan muodostamiseen seksuaalisuudesta ja siihen liittyvistä ongelmista, mikä olisi edellytys seksuaalineuvonnan toteutumiselle osana perusterveydenhuollon lääkärin työtä. Seksuaaliterveyden osuutta *erikoislääkärikoulutuksessa* esimerkiksi yleislääketieteen tai naistentautien ja synnytysten oppialoilla ei ole tutkittu (STM 2007).

Terveydenhoitajien seksuaaliterveyden asiantuntijuutta 1970-, 1980- ja 1990-luvuilla kartoittaneen tutkimuksen mukaan valmistuvien terveydenhoitajien tietotaso oli noussut, asenteet olivat muuttuneet sallivammiksi ja motivaatio seksuaaliterveyden edistämiseen kasvanut 1990-luvulle tultaessa (Nurmi 2000). Kuitenkin vain alle viidesosalla vuonna 1995 valmistuneista terveydenhoitajista oli hyvät tiedot seksuaaliterveydestä. Ammattikorkeakoulujen (AMK) vuonna 2006 päivitettyissä osaa-misvaatimuksissa seksuaaliterveys on yksi keskeisistä terveyden edistämisen osa-alueista, joskaan sen laajuutta ei ole määritelty (STM 2007). Kätilön ja terveydenhoitajan AMK-tutkinnot sisältävät sairaanhoitajakoulutuksen. Vuonna 2004 laaditun selvityksen mukaan kätilökoulutus sisältää näistä kolmesta eniten seksuaaliterveyteen liittyviä sisältöjä (Rautio 2006).

Täydennyskoulutus kuuluu terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä annetun lain nojalla (28.6.1994/559) alan ammattihenkilöiden velvollisuuksiin. Terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutuksesta annetun sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (1194/2003) mukaan täydennyskoulutuksen tarkoituksena on lisätä ja ylläpitää työntekijän ammattitaitoa ja osaamista sekä tukea terveydenhuollon toimintayk-

siköiden toimintaa ja sen kehittämistä terveyden edistämässä sekä sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Täydennyskoulutusasetuksen, ammattihenkilölain ja kansanterveyslain nojalla työnantajan tulee luoda mahdollisuudet tarvittavaan koulutukseen. Täydennyskoulutuksen tulee perustua suunnitelmaan ja sisällön on tuettava asetettuja tavoitteita. Valtakunnallisesti ei ole annettu suosituksia tai asetettu vaatimuksia täydennyskoulutustuntimääristä (vrt. Iso-Britannian resertifikaatiojärjestelmä [Mustajoki 2003]).

Täydennyskoulutuksen kehittämisen tueksi vuonna 2004 annettiin valtakunnallinen terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus (STM 2004), jonka mukaan työnantajan vastuulle kuuluu pääosa koulutuksen aiheuttamista kustannuksista. Suosituksen mukaan koulutuksen toteutumiseen perusterveydenhuollossa tulee kiinnittää erityistä huomiota. Varsinkin toimipaikkakoulutuksen, työpaikalla järjestettävän sisäisen, yhteisen osaamisen parantamiseen ja käytäntöjen yhtenäistämiseen tähtäävän toiminnan, tulisi terveyskeskuksissa olla moniammatillista (Holmberg-Marttila ym. 2008). Tiedetään myös, että lääkäreiden kyky arvioida kehittymistarpeitaan on ilman palautetta heikko, minkä takia kehittymistä tukevien toimien tulisi perustua aikuisoppimisen periaatteita noudattaen tarvelähtöisyyteen, työssä oppimiseen ja toiminnallisuuteen (Patja ym. 2009).

Seksuaaliterveyden alueella täydennyskoulutustarjonta on ollut melko vähäistä ja esimerkiksi raskauden ehkäisyyn liittyvä koulutus on usein ehkäisyvälineitä valmistavan teollisuuden järjestämää. Esimerkiksi Iso-Britanniassa Faculty of Sexual and Reproductive Health Care of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (<http://www.ffprhc.org.uk/>) järjestää erityisesti lääkäreille monentasoista koulutusta, menetelmäkoulutuksesta (esimerkiksi kierukan tai kapseleiden asetus) ulottuen aina laajempaan diplomikurssiin ja erikoislääkärikoulutukseen.

Seksuaaliterveyden erityisosaamiseen tähtäävää *jatkokoulutusta* on maassamme ollut pitkään tarjolla järjestöjen, kuten Väestöliiton ja Sexpo-säätiön, tarjoamana. Koulutusten kesto ja sisältö on ollut vaihteleva. Jyväskylän ammattikorkeakoulussa aloitettiin 1990-luvulla seksologian koulutus yhteistyössä pohjoismaisen alan järjestön (Nordic Association for Clinical Sexology, NACS) kanssa. Seksuaalineuvojakoulutus alkoi Jyväskylässä vuonna 1998 ja vuonna 2007 perustason seksuaalineu-

vojakoulutusta oli tarjolla kuudessa ammattikorkeakoulussa 15–30 opintopisteen laajuisena. (STM 2007, STM 2010). Suomen Lääkäriliiton myöntämien erityispätevyksien joukossa ei ole seksuaaliterveyteen liittyvää jatkokoulutusvaihtoehtoa. Eri-tyiskoulutettujen ammattihenkilöiden määristä terveyskeskuksissa ei ole ollut tietoa ennen tätä tutkimusta.

2.5 Nuorten seksuaaliterveyspalvelut

Nuoruus on nopean, kokonaisvaltaisen kehittymisen aikaa, jolloin elämäkokemus on vielä vähäinen eikä maailmankuva ole jäsentynyt (Makkonen ja Kosunen 2004). Nuoruusikä alkaa puberteetista ja päättyy aikuisen persoonallisuuden vahvistumiseen sijoittuen tavallisesti ikävuosien 12 ja 22 välille (Kaltiala-Heino 2004). WHO määrittelee nuoriksi (*adolescents*) 10–19-vuotiaat (WHO 2002). Normaalissa nuoruusiän kehityksessä varhaisessa nuoruusiässä (10–13 v.) alkavat seksuaalinen kypsyminen ja abstrakti ajattelu. Keski-nuoruudessa (14–15 v.) fyysiset muutokset ovat suurelta osin tapahtuneet, identiteetti vahvistunut ja ikätovereiden merkitys kasvanut. Myöhäisnuoruudessa (16–19 v.) ruumis on saanut aikuisen muotonsa, oma identiteetti kehittynyt sekä mielipiteet ja ajatukset ovat aiempaa vakiintuneempia (WHO 2002). Joissain seksuaaliterveyspalveluihin liittyvissä yhteyksissä nuoriksi on luettu vielä 20–24-vuotiaat (Rogstad ym. 2002, FSRH 2010a).

2.5.1 Nuorten seksuaalikäyttäytyminen

Jo vuonna 1971 toteutetun Suomalaisten sukupuolielämä -haastattelututkimuksen mukaan *sukupuolielämän (yhdyntöjen) aloittamisikä* oli tasaisesti varhentunut. Vanhimmassa haastatellussa ikäluokassa yhdyntöjen aloittamisiän mediaani oli 20 vuotta ja nuorimmassa ryhmässä 17 vuotta. Vuoden 1992 FINSEX-haastattelututkimuksen mukaan yhdyntöjen aloittamisikä varhaistui 1980-luvulle asti, jolloin hieman yli 20 % haastatelluista oli kokenut ensimmäisen yhdynnän alle 16-vuotiaana ja hieman yli puolet alle 18-vuotiaana (Kontula ja Haavio-Mannila 1993). Myös sukupuolielämän aloittamisen yhteys avioliittoon tai lupauksen siitä romahti 1990-luvulle tultaessa, suhtautuminen tilapäissuhteisiin muuttui hyväksyvämmäksi ja yhdyntäkumppaneiden määrä lisääntyi tuntuvasti. Vuoden 2007 FINSEX-kyse-

lyssä 23 % miehistä ja 28 % naisista oli kokenut ensimmäisen yhdyntänsä alle 16-vuotiaana (Kontula 2009). Metodologisista syistä johtuen edellä mainittujen tutkimusten tulokset eivät kuitenkaan ole suoraan keskenään vertailtavissa.

Toisin kuin aikuisväestön osalta, nuorten seksuaalikäyttäytymisen muutoksia on seurattu järjestelmällisesti osana valtakunnallisia nuorten terveystapatutkimusta ja kouluterveyskyselyä sekä lisäksi 1980-luvulla toteutetun Nuorten kypsyminen, ihmissuhteet, seurustelu ja seksuaalisuus -tutkimushankkeen (KISS) avulla. KISS-tutkimukset eivät osoittaneet suuria muutoksia nuorten seksuaalikäyttäytymisessä 1980-luvulta seuraavan vuosikymmenen puoliväliin asti (Kosunen 2004). Sukupuolielämän aloittaminen kuitenkin aikaistui kouluterveyskyselyn mukaan jonkin verran 1990-luvun lopulla, mutta suuntaus ei jatkunut enää 2000-luvulla (Falah Hassani ym. 2009). Vuosina 1996/1997 toteutetun kyselyn mukaan peruskoulun 8. ja 9. luokkien oppilaista (15–16-vuotiaat) 20.5 % oli ollut yhdynnässä, vuosina 2000/2001 osuus oli 24.9 % ja 2002/2003 22.9 prosenttia. Myös yhdyntäaktiivisuus ja kumppaneiden määrä lisääntyi vuosituhannen vaihteeseen asti. Asevelvollisuutta suorittavien miesten keskuudessa vuosina 1998–2005 toteutetun lomakekyselyn mukaan vastaajien mediaani-ikä yhdyntöjen alkaessa pysytteli 16 vuodessa ja seksuaalisesti aktiivisten osuus 72–77 prosentissa (Nikula ym. 2009). Vähäistä lisääntymistä tapahtui kuitenkin varhain (alle 15-vuotiaana) yhdyntöjen aloittavien osuudessa ja seksikumppaneiden määrässä. Valtakunnallisessa Terveys 2000 -tutkimuksessa mukana olleista nuorista aikuisista (18–29-vuotiaat) miehillä oli ollut ilmoituksensa mukaan keskimäärin 5.0 ja naisilla 3.4 seksikumppania (Nikula ym. 2007).

Yhdyntöjen aloittamisikä vaihtelee eri maissa suuresti. Vuosina 2005–2006 tehdyssä kansainvälisessä koululaistutkimuksessa 15-vuotiaista suomalaistytöistä hie-man keskimääräistä useampi (30 % vs. 24 %) ja pojista harvempi (25 % vs. 30 %) oli ollut yhdynnässä (WHO 2008a). Maiden välisistä eroista huolimatta yhdyntöjen aloittamisikä on varhentunut lähes kaikissa Euroopan maissa 1960-luvulta alkaen 2–3 vuotta. Myös hienoinen yhdyntöjen aloittamisiän edelleen varhaistuminen 1990-luvulla on havaittu Suomen tavoin useissa Euroopan maissa (Wellings ym. 2001, Kontula 2003).

2.5.2 Nuorten seksuaaliterveyspalveluiden erityispiirteet

Nuoruuteen elämänvaiheena liittyy useita tekijöitä, jotka haastavat seksuaaliterveyspalveluita tarjoavat tahot niin palveluiden järjestämisen tasolla kuin yksittäisen nuoren ja työntekijän kohtaamisessa. Minuuttaan hahmottava nuori luo vasta käsitystä siitä, mitä seksuaalisuus on ja miten toteuttaa sitä (Väestöliitto 2006). Vaikka nuori kehittyessään aikuiseksi tarvitsee edelleen vanhempiensa tukea, seksuaalisuus on vahva tekijä kehitysvaiheeseen kuuluvassa itsenäistymisessä ja vanhemmista irrottautumisessa. Siksi nuorella tulee olla mahdollisuus saada myös muiden aikuisten, kuten terveydenhuollon ammattilaisten, tarjoamaa luottamuksellista tukea (Väestöliitto 2006). Ellei nuori saa tarvitsemansa tukea, nuoruusiän kehitys voi vaarantua, mihin liittyy kohonnut riski seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen (Apter 2006). Nuoria ympäröivä seksualisoitunut kulttuuri eri ilmenemismuotoineen luo paineita, aiheuttaa hämmennystä sekä välittää usein virheellistä tietoa ja vääristyneen kuvan seksuaalisuudesta (IPPF European Network 2007a). Nuoren tarve selkeälle, helposti omaksuttavalle ja kiinnostavasti esitetylle tiedolle on suuri ja tätä tietoa ja neuvontaa tulisi olla tarjolla eri kanavia myöten, kuten puhelimitse (Peckham 1997, Kane ym. 2003). Lukuisissa kansainvälisissä dokumenteissa korostetaan nuorten oikeuksia seksuaaliterveyttä koskevaan tietoon ja sitä tukeviin palveluihin ikäryhmän *erityistarpeet* huomioiden (ks. luku 2.2.1). Palveluissa tulisi erityisesti huomioida syrjäytymisvaarassa olevat nuoret (IPPF European Network 2007a). Perusterveydenhuollon rooli nuorten palveluiden kokonaisuudessa on keskeinen.

Palveluiden helppo *saavutettavuus* on keskeinen lähtökohta laadukkaille nuorten seksuaaliterveyspalveluille (Hosie 2004, Makkonen ja Kosunen 2004) (ks. myös luku 2.6.2). Palveluihin on päästävä *fyysisesti* helposti, niiden tulee sijaita lähellä tai olla julkisen liikenteen saavutettavissa, vastaanotolle on päästävä ilman ajanvarausta tai lyhyellä odotusajalla, ja mahdollisen ajanvarauksen tulisi olla mahdollisimman helppoa (Rogstad ym. 2002, Makkonen ja Kosunen 2004, IPPF European Network 2007a). Palveluihin hakeutumisen helpottamiseksi nuori tarvitsee *vaihtoehtoja*; esimerkiksi raskauden ehkäisyn aloittaminen terveyskeskuksessa voisi olla mahdollista sekä keskitetyssä ehkäisyneuvolassa että kouluterveydenhuollossa (Väestöliitto 2006, IPPF European Network 2007a). Keskeinen periaate on lisäksi palveluiden sisällöllinen *integraatio*: esimerkiksi raskauden ehkäisyn yhteydessä tulisi ottaa

huomioon myös sukupuolitautilien torjunta ja seksuaalineuvonnan tarpeet, koska raskauden ehkäisyä tarvitseva nuori on alttiina myös sukupuolitaudeille (Rogstad ym. 2002, STM 2007). Edelleen palveluiden – myös ehkäisyvälineiden – hinta eli palveluiden *taloudellinen* saavutettavuus on nuorille varsin merkityksellinen asia (Väestöliitto 2006).

Jotta nuori hakeutuisi seksuaaliterveyspalveluiden käyttäjäksi, palveluiden tulisi olla myös *psykososiaalisesti* helposti lähestyttäviä eli nuorten hyväksymiä (Peckham 1997). Väestöliitto (2006) kehottaa palveluita kehitettäessä ajattelemaan "ihmistä, joka on ujo, hämmentynyt ja kokematon ja joka asioi 'viranomaisen' luona ensi kertoja elämässään". Vastaanottokäynnille on varattava riittävästi aikaa (French 2002, Makkonen ja Kosunen 2004) huomioiden nuoren yksilöllinen tarve ja mahdollinen seksuaalinen riskikäyttäytyminen (McBride ja Gienapp 2000). Palveluiden luottamuksellisuus on nuorelle ehdottoman tärkeää (Rogstad ym. 2002, Makkonen ja Kosunen 2004). Ammattilaiselta nuoren kohtaaminen vaatii erityisosaamista: hyviä vuorovaikutustaitoja, kärsivällisyyttä, ystävällistä, hyväksyvää ja nuorta ymmärtävää lähestymistapaa, herkkyyttä tunnistaa nuoren tarpeet sekä kokonaisvaltaista työtettä (Nwokolo ym. 2002, Rogstad ym. 2002, Hosie 2004, Väestöliitto 2006). Ammattilaisen tulisi kyetä auttamaan nuorta kokemaan itsensä hoidon ja suojaamisen arvoiseksi (Apter 2006), kyetä tunnistamaan erityisen tuen tarpeessa oleva, esimerkiksi syrjäytymisvaarassa oleva tai seksuaalista väkivaltaa kokenut nuori, ja havaita myös mahdollinen lastensuojelun tarve (Makkonen ja Kosunen 2004).

Edellä esitetyt suuntaviivat ovat yhteneviä WHO:n vuonna 2002 julkaisemien "Adolescent Friendly Health Services" -periaatteiden kanssa (WHO 2002), jotka lisäksi korostavat muun muassa ennalta ehkäisevää otetta, palveluiden hyvää teknistä laatua, tarpeettomien toimenpiteiden välttämistä, tarvittaessa nuoren nopeaa ohjaamista eteenpäin hoitoketjussa ja nuorten ottamista mukaan palveluiden kehittämiseen. Nuorten seksuaalista riskikäyttäytymistä on joissain tutkimuksissa osoitettu voitavan vähentää soveltamalla em. nuorisoystävällisten palveluiden periaatteita (Tylee ym. 2007). Iso-Britanniassa on laadittu nuorten palveluille "You're Welcome" -laatukriteerit, joihin sisältyy myös kriteerit nuorten seksuaaliterveyspalveluille (Department of Health 2007).

Eri maista saadun tutkimustiedon mukaan erilaisia palvelumalleja vertailtaessa *nuorille suunnatut, integroidut ja kouluun yhteydessä olevat seksuaaliterveysklinikat* näyttävät todennäköisimmin edistävän nuorten seksuaaliterveyttä (Hosie 2004, Ahern ja Kiehl 2006). Nuorten omia klinikoita on yleisesti pidetty palveluiden ideaalisena järjestämistapana (IPPF European Network 2007a), mutta tietävästi Suomessa tällaisia on perustettu vain hyvin vähän. Pienissä kunnissa ja haja-asutusalueella erillisten keskitettyjen nuorten yksiköiden perustaminen ei useinkaan ole mahdollista tai edes mielekäästä. Siten seksuaaliterveyspalveluiden tarjoaminen koulu- tai opiskeluterveydenhuollossa olisi usein järkevin tapa tuottaa palveluita (Väestöliitto 2006). Helpon tavoitettavuuden lisäksi kouluterveydenhuollon työntekijät ovat tottuneet toimimaan nuorten kanssa. Kouluterveydenhuolto tavoittaa myös pojat, jotka hakeutuvat varsin harvoin esimerkiksi ehkäisyneuvolaan. Seksuaaliterveyspalvelut ovat mitä ilmeisimmin toteutuneet kouluterveydenhuollossa varsin vaihtelevasti, ja myös palveluiden sisällössä on havaittu puutteita (Tossavainen ym. 2004), mutta kaikkiaan tutkimusta kouluterveydenhuollosta on julkaistu vähän (Rimpelä ja Rimpelä 2008). Kouluterveydenhuollon resurssien leikkaaminen 1990-luvun puolivälissä vähensi kouluterveydenhoitajan vastaanottoaikoja ja siten myös mahdollisuuksia seksuaaliterveyden hoitoon ja neuvontaan (Hosie 2004). Vuonna 2004 julkaistiin kouluterveydenhuollon laatusuositus (STM ja Suomen kuntaliitto 2004), jolla ei kuitenkaan näytä olleen merkittävää vaikutusta kouluterveydenhuollon laadun kehittymiseen (Rimpelä ja Rimpelä 2008).

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon *vaihtoehtona* nuorilla tulisi olla mahdollisuus käyttää terveyskeskuksen ehkäisyneuvolan ja suurimmissa kaupungeissa nuorten oman neuvolan palveluita. Suomessa terveyskeskusten perhesuunnitteluneuvolat ovat palvelleet nuoria samoin tavoin kuin aikuisväestöäkin (Kosunen 2000). Esimerkiksi ajanvarauksetonta vastaanottoa on tietävästi toteutettu hyvin harvoissa terveyskeskuksissa. Kolmas vaihtoehtoinen palvelukanava on oma terveysasema ja siellä mahdollinen omalääkäri ja -hoitaja. Kaikki nuoret eivät kuitenkaan halua hakeutua esimerkiksi raskauden ehkäisyyn vuoksi tutulle perheen omalääkärille pitkien odotusaikojen tai kiusaantuneisuuden takia tai pelätessään luottamuksellisuuden rikkoutuvan (Donovan ym. 1997, Churchill ym. 2000), mikä on myös nuoren itsenäistymiskehitys huomioiden johdonmukaista (Hermanson ym. 2004).

Palvelumuodosta riippumatta *terveydenhoitajan* rooli on nuorten palveluissa keskeinen; lääkärin tehtävänä voi Hermansonin ym. (2004) mukaan olla terveydenhoitajan työn tukeminen, konsultointi ja työn lääketieteellisestä ajanmukaisuudesta vastaaminen. Lääkärin vastaanotolla käynnin ei pitäisi olla edellytyksenä esimerkiksi ehkäisy pillereiden aloittamiselle, koska sisätutkimuksen tekemiselle ennen pillereiden aloitusta ei ole lääketieteellisiä perusteita (Stewart ym. 2001, Scott ja Glasier 2004) ja esimerkiksi yhdistelmähormoniehkäisyyn vasta-aiheet voi arvioida myös hoitaja hyvin ohjeistettuna. Toisaalta terveydenhoitajan on yleensä lääkäriä todennäköisemmin mahdollista antaa nuorelle pidempi vastaanottoaika, jolloin nuorella voi olla parempi tilaisuus saada esimerkiksi ehkäisy aloittamiseen liittyvää neuvontaa. Tämä on tärkeää, koska joidenkin tutkimusten mukaan nuoret käyttäjät keskeyttävät ehkäisy käytön vanhempia naisia useammin (Vaughan ym. 2008) ja esimerkiksi ehkäisy pillereiden käytön keskeyttämisen tai epäsäännöllisen käytön syynä voivat olla valmisteen käytön ongelmat ja riittämätön neuvonta ja ohjaus (Rosenberg ym. 1995).

Rikoslaki (39/1889) asettaa sukupuoliyhteyden suojaikärajaksi 16 vuotta. Alle 16-vuotiaiden keskinäistä sukupuoliyhteyttä ei kuitenkaan ole kriminalisoitu. Suomen lainsäädännössä alle 18-vuotiasta henkilöä pidetään alaikäisenä, mutta 12 vuotta täyttäneen mielipidettä tulee kunnioittaa hoitopäätöksiä tehdessä (Makkonen ja Kosunen 2004, Kaltiala-Heino ja Fröjd 2008). *Laki potilaan asemasta ja oikeuksista* velvoittaa hoitamaan alaikäistä yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, mikäli tämä pystyy ikänsä ja kehitystasonsa perusteella päättämään hoidostaan. Koska yksiselitteisiä ikärajoja ei ole asetettu, terveydenhuollon ammattihenkilö joutuu arvioimaan kunkin potilaan tai asiakkaan kohdalla, esimerkiksi hyvin nuoren tytön tullessa pyytämään ehkäisy pillerireseptiä, onko tämä riittävän kypsä päättämään yksin hoidostaan (Makkonen ja Kosunen 2004). Tavoitteena on toimia nuoren itsemääräämisoikeutta kunnioittaen esimerkiksi haastatteleamalla ja tutkimalla hänet ilman vanhemman läsnäoloa. Nuorta tulee rohkaista esimerkiksi ehkäisy pillereitä aloitettaessa kertoamaan asiasta vanhemmilleen, mutta mikäli ammattilainen arvioi nuoren tämän iän ja kehitystason perusteella olevan kykenevä päättämään hoidostaan, tällä ei ole lupaa informoida vanhempia asiasta ilman nuoren suostumusta (Makkonen ja Kosunen 2004). Nuoren kypsyyden arvioinnin ongelmallisuudesta sekä nuoren itsemää-

räämisoikeudesta suhteessa hänen oikeuteensa saada vanhempiensa tukea ja suoje-
lua on viime aikoina herätelty keskustelua (Kaltiala-Heino ja Fröjd 2008).

Ongelmallisissa tilanteissa tulisi varata aikaa nuoren elämäntilanteen laajaan kar-
toitukseen. Hyvin nuorella iällä alkava sukupuolielämä ja muu seksuaalinen riski-
käyttäytyminen ovat usein osa vaikeaa elämäntilannetta ja mukana voi olla myös
muuta riskikäyttäytymistä, kuten humalahakuista alkoholinkäyttöä (Kuorti ja Ko-
sunen 2009, Lavikainen ym. 2009). Ammattilaisen velvollisuutena on *lastensuojelu-
lain* nojalla jo lastensuojelun tarvetta epäillessään tehdä ilmoitus sosiaaliviranomai-
sille.

2.5.3 Seksuaalikasvatus

Riittävät tiedot seksuaalisuudesta, raskauden ehkäisystä ja sukupuolitaudeilta suo-
jautumisesta luovat perustan hyvälle seksuaaliterveydelle. Kattava *seksuaalikasva-
tus* ja seksuaaliterveyttä koskevan tiedon saanti auttaa perusteltujen valintojen teke-
misessä ja seksuaalisuuteen liittyvien myyttien ja stereotyyppien hälventämisessä
(IPPF European Network 2007a). Suomalaistutkimuksen mukaan melko vähäinen-
kin seksuaaliopetus koulussa vähentää merkittävästi niiden nuorten osuutta, joiden
seksuaaliterveystiedoissa on puutteita (Liinamo ym. 2000). Seksuaalikasvatukseen
on kuitenkin kautta vuosien suhtauduttu ristiriitaisesti ja sen sisällöstä ja painotuk-
sista, hyödyistä ja mahdollisista haitoista on keskusteltu laajasti (Bennett ja Assefi
2005, IPPF European Network 2006, Stammers 2007). Saatavilla oleva kansainväli-
nen tutkimustieto osoittaa, että koulussa annettava seksuaaliopetus voi olla tehokas-
ta riskikäyttäytymisen vähentämisessä eikä se lisää seksuaaliaktiivisuutta (Visser ja
van Bilsen 1994, IPPF European Network 2006, Kirby ym. 2007).

Ollakseen *vaikuttavaa* seksuaalikasvatuksen tulee olla pitkäjänteistä, laaja-
alaista, kohderyhmän yhteisölliset lähtökohdat huomioivaa ja teoriaperustaista (De-
partment of Health 2003, Liinamo 2004, Oringanje ym. 2010). Raskauden ehkäisyn
käytön lisääntyminen näyttää havainnoivissa tutkimuksissa olevan voimakkaimmin
teiniraskauksien vähenemistä selittävä tekijä ja siten tiedon tarjoaminen nuorille
raskauden ehkäisymenetelmistä ja käytettävissä olevista palveluista on ensiarvoisen
tärkeää (Santelli ym. 2007). Tiedon saaminen ei kuitenkaan yksin muuta käyttäyty-

mistä, vaan yksilölliset ja rakenteelliset tekijät, kuten asenteet, motivaatio, nuorelle tärkeiden ihmisten vaikutus, laajemmat sosiaaliset vaikutteet ja käytännön taidot, vaikuttavat merkittävästi yksilön valmiuksiin muuttaa käyttäytymistään (Department of Health 2003).

Kansainvälisesti katsottuna Suomessa seksuaalikasvatukseen on ollut yleensä suhtauduttu avoimesti ja asiallisesti. *Seksuaaliopetus* on kuulunut Suomessa koulujen opetussuunnitelmaan jo vuodesta 1970 alkaen. Ihmisen biologiseen kypsyymiseen, lisääntymiseen, ihmissuhteisiin ja vanhemmuuteen liittyviä sisältöjä on opetettu lukuisten eri oppiaineiden osana. Kun 1990-luvun alussa valtionhallinnossa pyrittiin yleisesti keskusjohtoisen ohjauksen purkuun, myös opetustoimessa mahdollistettiin väljemmät, koulukohtaiset opetussuunnitelmat vuoden 1994 opetussuunnitelmien perusteiden uudistamisen myötä. (Lähdesmäki ja Peltonen 2000). Uudistuksen myötä seksuaaliopetus kouluissa väheni huomattavasti ja opetusta toteutettiin kouluissa hyvin eri tavoin (Liinamo ym. 2000, Nummelin ym. 2000, Liinamo 2005).

Koululainsäädännön uudistus vuosituhaten alussa toi peruskouluihin uuden oppiaineen, *terveystiedon*, jota opetetaan itsenäisenä oppiaineena vuosiluokilla 7–9 ja muiden oppi-aineiden osana alemmilla vuosiluokilla (STM 2007). Sen jälkeen kun vuonna 2004 perusopetuksen opetussuunnitelman perusteisiin kirjattiin seksuaaliterveyteen liittyvät opetussisällöt (Opetushallitus 2004), seksuaaliopetukseen käytetty tuntimäärä on kasvanut selvästi ja myös opetussisällöt ovat monipuolistuneet (Kontula ja Meriläinen 2007). Muutoksen seurauksena myös oppilaiden, erityisesti poikien, seksuaaliterveystiedot ovat jonkin verran kohentuneet (Kontula ja Meriläinen 2007). On kuitenkin ilmeistä, että seksuaaliopetuksen määrä vaihtelee edelleen kouluittain. Myös lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevat nuoret ovat olleet keskenään epätasa-arvoisessa asemassa tarjolla olevan seksuaaliopetuksen suhteen: terveystieto ja siihen sisältyvä seksuaaliopetus on ollut lukion opetussuunnitelmassa ammattioppilaitoksia paremmin edustettuna (STM 2007).

Kouluterveydenhuollon tehtäväksi on valtakunnallisesti asetettu lapsen ja nuoren seksuaaliterveyden edistäminen, paitsi yksilöllisessä neuvontatyössä, myös osallistumalla koulun seksuaaliopetuksen suunnitteluun ja toteutukseen (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes 2002). Kouluterveydenhuollon oppaassa vuodelta 2002 ehdo-

tetaan myös tutustumiskäyntiä paikkakunnan perhesuunnittelu- tai nuorisoneuvolaan osana 8. tai 9. vuosiluokan terveystiedon opetusta (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes 2002). Kontulan ja Meriläisen (2007) mukaan tutustumiskäyntejä seksuaali-terveys- ja nuorisopalveluihin oli tuntuvasti vähennetty vuoden 1996 tilannetta vuoteen 2006 verrattaessa.

2.6 Laatu seksuaaliterveyspalveluissa

2.6.1 Laadun käsite

Terveyspalveluille voidaan asettaa monia tavoitteita, kuten saavutettavuus, tehokkuus, vaikuttavuus ja hyvä laatu (Vuori 1995). Laadun käsite on monitasoinen eikä yhtä kattavaa määritelmää voida esittää (Marshall ja Campbell 2002). Yleislääketiede-kirjassa esitetyn määritelmän mukaan laadulla tarkoitetaan "parhaita mahdollisia tuloksia, jotka saavutetaan käytössä olevilla resursseilla ja jotka ovat yhdenmukaisia asiakkaiden arvojen ja tavoitteiden kanssa" (Kuusela 2005). Eri määritelmissä voidaan painottaa myös laadun mitattavuutta tai joko yksilö- tai väestötasolla saavutettavia terveyshyötyjä. Siihen, millaisia tavoitteita määritellään ja miten niitä mitataan, on palveluiden käyttäjillä, ammattilaisilla, organisaatioilla, rahoittajilla ja yhteiskunnalla kullakin oma näkökulmansa (STAKES 1995, Blumenthal 1996). Ammatillisen eli professionaalisen tai lääketieteellisen laadun kannalta olennaisia ovat muun muassa hyvät hoitotulokset ja oikea-aikainen ennaltaehkäisy, kun taas palveluiden käyttäjät arvostavat hyvien hoitotulosten ohella palveluiden saatavuutta, jatkuvuutta ja hyvää vuorovaikutusta (Kuusela 2005). Vaihtuvista määritelmistä ja näkökulmista huolimatta hyvä laatu on laajalti tunnustettu keskeiseksi tekijäksi terveydenhuoltopalveluita arvioitaessa, kehitettäessä ja rahoitettaessa. Suomessa lainpotilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon.

Seksuaaliterveyden alueella perhesuunnittelupalveluiden laadun merkitys tunnustettiin jo 1960-luvulla (Jain 1989). Erityisesti 1980-luvun lopulta alkaen etenkin kehitysmaissa toteutettujen perhesuunnitteluohjelmien laadun arvioinnista on julkaistu useita tutkimuksia. Kun varhainen perhesuunnittelupalveluiden laatututkimus pai-

notti kliinisten käytäntöjen arviointia, Judith Brucen vuonna 1988 esittämä klassiseksi muotoutunut viitekehys perhesuunnittelupalveluiden ja niihin liittyvien lisääntymisterveyspalveluiden laadun osatekijöistä (Bruce 1990, esitetty ensimmäisen keran Population Association of American vuosikokouksessa vuonna 1988), korosti palvelujen käyttäjän eli asiakkaan (*client*) näkökulmaa palveluiden laatuun (ks. luku 2.6.2).

Laadun merkitys nähtiin ensinnäkin ihmisoikeusnäkökulmasta: kullakin yksilöllä ja parilla on oikeus heidän tarpeisiinsa vastaaviin, hyvinvointia lisääviin ja teknisesti laadukkaisiin perhesuunnittelupalveluihin (Bruce 1990, United Nations 1994). Toiseksi asiakkaat, jotka kokevat saavansa laadukasta palvelua, sitoutuvat ehkäisyyn käyttöön paremmin (Koenig ym. 1997, RamaRao ym. 2003), mikä voi edelleen johtaa (etenkin kehitysmaissa) tavoiteltuun fertiilitietin laskuun väestötasolla (Bruce 1990). Asiakkaan ja työntekijän kohtaamisen laatu on todettu keskeiseksi ehkäisyyn käyttöön vaikuttavaksi tekijäksi ja työntekijöiden kommunikaatiokoulutuksen ja asiakkaan valinnan mahdollisuuden painottaminen siten laatua edistäviksi toimiksi (Paine ym. 2000). Asiakasnäkökulmaa painotettaessa perhesuunnittelupalveluiden piirissä laatu on määritelty "tavaksi jolla palvelujärjestelmä kohtelee asiakkaita" (Kols ja Sherman 1998). Ajattelutavan mukaan palvelujärjestelmän ja siinä työskentelevien ammattilaisten asettaessa asiakkaan etusijalle palvelut eivät ainoastaan täytä teknisiä laatustandardeja, vaan vastaavat asiakkaan tarpeisiin myös muiden laadun osatekijöiden, kuten palveluihin pääsyn, tiedonsaannin ja kunnioituksen, osalta.

2.6.2 Keskeiset seksuaaliterveyspalveluiden laadun arviointia koskevat käsitteet ja teoreettiset mallit

Terveystenhoollon laatutyön pioneereihin kuuluvan *Avedis Donabedianin* 1980-luvulla kehittämää, klassiseksi muodostunutta terveyspalveluiden laadunarviointimallia (Donabedian 1988) on käytetty myös seksuaaliterveyspalveluita arvioitaessa (esimerkiksi (Agha ja Do 2009). Mallissa laatua (*quality of care*) arvioidaan kolmen eri elementin osalta: rakenne (*structure*), prosessi (*process*) ja tulos (*outcome*). *Rakenteella* tarkoitetaan ympäristöä, jossa hoitoa (tai palvelua) tuotetaan, mukaan lukien materiaaliset resurssit (fyysinen ympäristö tiloineen ja varustuksineen, potilastietojärjestelmät, taloudelliset resurssit), henkilöstöresurssit (kuten työntekijöiden mää-

rä ja koulutus) ja organisaation rakenne (palveluiden järjestämistavat, kustannukset asiakkaalle, ajanvarausjärjestelmä, johtaminen ym.) (Donabedian 1988, Ram ym. 1998, Campbell ym. 2000, Marshall ja Campbell 2002). Perhesuunnittelupalveluita arvioitaessa rakenteen käsitettä on käytetty tarkoittamaan *järjestelmän valmiutta tuottaa palveluita*, mihin on voitu sisällyttää infrastruktuuri, palveluiden ja ehkäisyvälineiden saavutettavuus, odotusaika, neuvonnan apuvälineet sekä työntekijöiden saama tuki, ohjaus ja koulutus (Hong ym. 2006, Agha ja Do 2009). Rakennetekijät voidaan nähdä perustana prosessien ja sitä kautta tulosten laadulle (Engels ym. 2005), mutta niillä on myös itsenäinen arvonsa laadun osatekijöinä (Ram ym. 1998).

Prosessi puolestaan viittaa siihen, mitä rakenteiden sisällä tapahtuu eli varsinaiseen palvelutapahtumaan, sen sisältöön ja vuorovaikutukseen palvelun tuottajan ja käyttäjän välillä. Prosessin osatekijöitä ovat esimerkiksi vastaanotolla käyty keskustelu ja tehdyt tutkimukset, diagnosointi ja muu päätöksenteko, neuvonta ja lääkkeen määrääminen (Donabedian 1988, Ram ym. 1998, Campbell ym. 2003). *Tuloksella* tarkoitetaan hoito- tai palvelutapahtuman seurauksia yksilö- tai väestötasolla, kuten muutoksia kuolleisuudessa, sairastavuudessa, elämänlaadussa tai asiakkaan tiedontasossa ja myös asiakkaan käyttäytymisen muutoksia ja hänen tyytyväisyyttään kokemaansa palveluun (Donabedian 1988, Marshall ja Campbell 2002).

Donabedianin malli on pohjana myös Judith Brucen viitekehyksessä. Malli nostaa esille *kuusi* palveluita tarjoavan yksikön toimintaan liittyvää *elementtiä*, jotka ovat keskeisiä asiakkaan kokemalle palvelun laadulle. Näitä ovat ehkäisymenetelmien valikoima, asiakkaille annettu informaatio, työntekijöiden tekniset taidot, vuorovaikutus, seurantajärjestelmä sekä tarkoituksenmukainen palvelukokonaisuus. Jotta palveluita tarjoava yksikkö voi toteuttaa laadukasta ehkäisyneuvontaa, tulee toiminnalla olla perustanaan poliittinen tuki, kohdennetut resurssit ja hallinto (*program effort*).

Palvelun koettu laatu vaikuttaa lopputulokseen (*impacts*) eli siihen, kuinka asiakas omaksuu tietoa, kuinka tyytyväinen hän on saamaansa palveluun, muuttuuko hänen terveydentilansa, ja siihen, hyväksyykö hän aloitetun ehkäisymenetelmän jatkaen sen käyttöä (Bruce 1990). Bruce ei sisällyttänyt malliinsa palveluihin pääsyn elementtiä, vaan tarkastelee palveluiden laatua, saavutettavuutta ja kustannuksia

erillisinä kokonaisuuksina korostaen näiden keskinäistä yhteyttä. Anrudh K. Jain käytti vuonna 1989 Brucen viitekehystä lähtökohtana mallintaessaan perhesuunnittelupalveluiden laadun ja hedelmällisyyden yhteyttä (Jain 1989). Tässä mallissa (ns. Bruce-Jain-malli) on mukana myös muita ehkäisyn käyttöön ja siten hedelmällisyyteen vaikuttavia tekijöitä, kuten palveluiden saatavuus lähietäisyydellä ja niiden kohtuullinen hinta.

Palveluihin *pääsy* (*access*) tai niiden *saatavuus* (saavutettavuus, tavoitettavuus tai helppopääsyisyys, *accessibility*) on keskeinen tekijä ehkäisyneuvontapalveluita arvioitaessa (Bruce 1990, Welsh ym. 2006). Palveluiden piiriin, kuten lääkärin tai hoitajan vastaanotolle tai puhelinkontaktiin, pääsyn ohella voidaan arvioida myös itse hyödykkeen, kuten tietyn ehkäisymenetelmän saamista asiakkaan käyttöön. Se voidaan sisällyttää laadun käsitteeseen ja sitä voidaan laajentaa koskemaan myös muita seksuaaliterveyspalveluita. Palveluihin pääsy tai ehkäisyn saatavuus voidaan nähdä monitasoisena käsitteenä: se voi tarkoittaa maantieteellistä tai fyysistä (*geographic* tai *physical*), taloudellista (*economic*), hallinnollista (*administrative*), tiedollista (*cognitive*) tai psykososiaalista saavutettavuutta (*psychosocial accessibility*) (Bertrand ym. 1995, Welsh 2006), joista on koottu esimerkkejä taulukkoon 2 (s. 76). Esimerkiksi palveluiden sijainnilla ja niiden fyysisellä tavoitettavuudella on todettu olevan vaikutusta raskauden ehkäisyn käyttöön (Hammerslough 1992, Thang ja Anh 2002).

Ehkäisymenetelmien saavutettavuutta voivat myös ratkaisevasti rajoittaa taulukossa 2 mainitut *lääketieteelliset esteet* (*medical barriers*) (Shelton ym. 1992, Bertrand ym. 1995, Welsh ym. 2006). Tällaisia voivat olla esimerkiksi virheellisesti tai liian tunnollisesti sovelletut vasta-aiheet, epäasianmukaiset demografiset tai sosiaaliset vaatimukset tai prosesseihin liittyvät esteet (*process hurdles*) (taulukko 3, s. 77). Myös työntekijät saattavat suosia tiettyjä ehkäisymenetelmiä perusteettomasti (*provider bias*). Ehkäisymenetelmien saatavuutta voidaan rajoittaa myös hallinnollisin keinoin (*regulatory barriers*), kuten hidastamalla tietoisesti uusien ehkäisyvalmisteiden markkinoille tuloa monimutkaisin hyväksymisprosessein. Myös ehkäisymenetelmien mahdollisten haittavaikutusten huonoa hoitoa voidaan pitää lääketieteellisenä esteenä, jos haittavaikutukset johtavat menetelmän käytön lopettamiseen tarpeettomasti.

Taulukko 2 Perhesuunnittelupalveluihin pääsyn (<i>access</i>) ja ehkäisyn saatavuuden (<i>accessibility</i>) viisi tasoa Betrandia ym. 1995 ja Welshiä ym. 2006 mukailten.	
Taso	Esimerkkejä hyvästä palveluiden piiriin pääsystä/saavutettavuudesta
Tiedollinen	Asiakas saa tietoa perhesuunnittelusta hänelle sopivassa muodossa Asiakas tietää, missä palveluita on tarjolla Asiakas saa riittävästi tietoa ehkäisymenetelmien valikoimasta sekä niiden käytöstä, hyödyistä ja riskeistä voidakseen tehdä tietoisia valintoja
Maantieteellinen	Palvelut sijaitsevat kohtuullisen matkan päässä tai ovat helposti saavutettavissa esimerkiksi julkisilla kulkuvälineillä
Hallinnollinen	Palveluiden tarjontaa ei ole rajattu tarpeettomilla säännöksillä, kuten ikärajoilla Aukioloajat ovat useimmille asiakkaille sopivat ja odotusajat lyhyet Ehkäisymenetelmien käyttöä ei rajoiteta perusteettomien lääketieteellisin estein (<i>medical barriers</i>)
Taloudellinen	Palveluiden ja ehkäisyvälineiden käyttö on asiakkaalle taloudellisesti mahdollista
Psykososiaalinen	Asiakas on vapaa psykososiaalisista ja asennetekijöistä, jotka voisivat estää palveluiden piiriin hakeutumisen (esimerkiksi yhteiskunnalliset tai uskonnolliset normit, gynekologiseen tutkimukseen liittyvät pelot tai ehkäisyvälineitä kohtaan koetut ennakkoluulot)

IPPF julkaisi vuonna 2004 päivitetyn version seksuaaliterveyspalveluiden arviointiin soveltuvasta viitekehystä. Siinä seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden hyvän laadun lähtökohtana nähdään *asiakkaan oikeuksien ja työntekijän tarpeiden* toteutuminen (taulukko 4, s. 78). IPPF:n viitekehys sisältyy järjestön laatiin seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluita koskeviin lääketieteellisiin ja palveluiden tarjontaa ohjaaviin suosituksiin, (IPPF 2004), ja se perustuu järjestön vuonna 1995 esittämiin, kansainvälisiin julkilausumiin pohjautuviin seksuaali- ja lisääntymisoikeuksiin (IPPF 1997). Viitekehyksessä voidaan nähdä myös Bruce–Jain-mallin elementtejä. IPPF korostaa asiakaskeskeistä näkökulmaa ja palveluiden hyvä laatu katsotaan asiakkaan oikeudeksi. Toisaalta asiakas ei voi saada laadukkaita palveluita, ellei palveluita tarjoavan työntekijän tarpeita ole huomioitu.

Taulukko 3 Ehkäisymenetelmien saatavuuden lääketieteelliset esteet Sheltonia ym. 1992, Bertrandia ym. 1995 ja Welshiä ym. 2006 mukailleen.

Esteen tyyppi	Esimerkki
Virheellisesti tai ylihuolellisesti sovelletut vasta-aiheet	Yhdistelmäehkäisypillereiden epääminen pinnallisen laskimotromboosin takia
Epäasianmukaiset demografiset tai sosiaaliset vaatimukset	Ikään, synnyttäneisyyteen tai puolison lupaan perustuvat rajoitukset
Prosesseihin liittyvät esteet	Perusteettomat kliiniset tai laboratoriotutkimukset Tarpeettoman tiheästi vaaditut seurantaikäynnit
Palveluntarjoajalle asetetut muodolliset tai kohtuuttomat ammatilliset vaatimukset	Ehkäisypillereiden aloittamiseen vaaditaan lääkärin määräys
Palveluntarjoajan taipumus suosia perusteetta tiettyjä ehkäisymenetelmiä	Asiakas päätyy aloittamaan ehkäisymenetelmän, joka ei ole hänelle sopivin
Ehkäisymenetelmien saatavuuden rajoittaminen hallinnollisin keinoin	Jälkiehkäisypillereiden saaminen edellyttää lääkärin määräystä
Ehkäisymenetelmien häirtävaikutusten puutteellinen hoito	Puutteellinen tieto progestiiniehkäisyyn liittyvistä mahdollisista vuotohäiriöistä ja niiden merkityksestä johtaa käytön lopettamiseen

Taulukko 4 Seksuaaliterveyspalveluiden hyvän laadun lähtökohdat: Asiakkaan oikeudet ja työntekijän tarpeet IPPF:n (2004) mukaan.	
<i>Asiakkaan oikeudet (client's rights)</i>	<i>Työntekijän tarpeet (provider's needs)</i>
1. Oikeus tietoon (<i>right to information</i>) - kaikilla on oikeus saada tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluista	1. Tarve saada koulutusta (<i>need for training</i>) -työntekijöiden saatavilla tulee olla ne tiedot ja taidot, joita he työssään tarvitsevat; tarpeiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen on johdon (<i>managers</i>) vastuulla
2. Oikeus palveluihin (<i>right to access</i>) - kaikilla on oikeus saada palveluita, riippumatta esimerkiksi iästä tai sukupuolesta	2. Tarve saada tietoa (<i>need for information</i>) - työntekijöiden tulee saada tehtäviinsä liittyvää tietoa
3. Oikeus valita (<i>right of choice</i>) - oikeus valita vapaasti, käyttääkö ehkäisyä ja mitä menetelmää käyttää; oikeus valita mistä palvelut hankkii	3. Tarve infrastruktuuriin (<i>need for infrastructure</i>) - asianmukaiset fyysiset olosuhteet ja organisaatio palveluiden tarjoamiseksi
4. Oikeus turvallisuuteen (<i>right to safety</i>) - oikeus suojautua ei-toivotulta raskaudelta, taudilta ja seksuaaliselta väkivallalta; oikeus asianmukaisiin palveluihin (ehkäisymenetelmien vasta-aiheiden selvittäminen, työntekijöiden tekninen osaaminen, ohjaus menetelmien oikeaan käyttöön ym.)	4. Tarve jaettavaan materiaaliin (<i>need for supplies</i>) - seksuaaliterveyspalveluiden tarjoamisessa tarvittavia ehkäisyvälineitä ja muuta materiaalia on toimitettava jatkuvasti ja luotettavasti
5. Oikeus yksityisyyteen (<i>right to privacy</i>) - oikeus keskusteluun ja kliiniseen tutkimukseen yksityisyyttä kunnioittaen	5. Tarve saada ohjausta (<i>need for guidance</i>) - työntekijät tarvitsevat selkeää, relevanttia ja objektiivista ohjausta (kirjalliset hoitosuosituksset, tarkistuslistat, supportiivinen valvonta)
6. Oikeus luottamuksellisuuteen (<i>right to confidentiality</i>) - asiakkaan tulee saada tietää, ettei esille tulleita tietoja luovuteta kolmannelle osapuolelle ilman lupaa	6. Tarve saada tukea (<i>need for back-up</i>) - työntekijöiden tulee voida kokea olevansa osa suurempaa ryhmää, jonka jäsenet tukevat toisiaan
7. Oikeus arvokkuuteen (<i>right to dignity</i>) - oikeus tulla kohdelluksi empaattisesti, kohteliaasti, kunnioittavasti ja paneutuen	7. Tarve saada kunnioitusta (<i>need for respect</i>) - työntekijät tarvitsevat tunnustusta pätevyydestään ja ihmisoikeuksiensa kunnioitusta
8. Oikeus mukavuuteen (<i>right to comfort</i>) - asiakkaan tulisi voida kokea olonsa mukavaksi palveluita käyttäessään (asianmukaiset tilat, odotusaika ym.)	8. Tarve saada rohkaisua (<i>need for encouragement</i>) - työntekijät tarvitsevat kannustusta mahdollisuuksiensa ja luovuutensa kehittämiseksi
9. Oikeus jatkuvuuteen (<i>right to continuity</i>) - oikeus saada palveluita niin pitkään kuin niille on tarvetta; seurannan järjestäminen	9. Tarve saada palautetta (<i>need for feedback</i>) - työntekijät tarvitsevat palautetta kyvyistään ja asenteistaan muiden (asiakkaiden, johdon ja muiden työntekijöiden) arvioimana
10. Oikeus mielipiteeseen (<i>right of opinion</i>) - oikeus ilmaista mielipiteensä saaduista palveluista	10. Tarve ilmaista itseään (<i>need for self-expression</i>) - työntekijöiden tulee voida ilmaista näkemyksensä palveluiden laadusta ja tehokkuudesta

2.6.3 Laadun arvioinnin ja kehittämisen menetelmiä

Terveyspalveluiden laatua voidaan arvioida ja kehittää monin eri tavoin. Lähtökoh-
tana palveluiden laadun kehittämisessä on oman toiminnan tai sen tulosten vertaa-
minen ennalta määritettyyn tavoitetasoon (STAKES 1995). Terveystieteiden yksii-
kössä voidaan sisäisen arvioinnin tai ulkoisen arvioinnin avulla arvioida kliinisen
työn tai hoitoprosessien laatua (Marshall ja Campbell 2002). Sisäisen arvioinnin
apuna voidaan käyttää esimerkiksi erilaisia laadun kehittämistä prosessina kuvaavia
malleja (STAKES 1995), kuten laatukehä (Kumpusalo ja Mäkelä 1993) tai vuokaa-
vioita. Laatupiirien (Kumpusalo ja Mäkelä 1993) kaltaista toimintaa on toteutettu
rationaaliseen lääkehoitoon tähtäävän Rohto-toiminnan (<http://www.rohto.fi/index.php?k=0>) puitteissa. Paljon odotuksia on asetettu sähköisten potilastietojärjestelmi-
en avulla toteutettaviin laadun seurannan ja kehittämisen menetelmiin, joita on py-
rity viime vuosina kehittämään tavoitteena esimerkiksi neuvova potilaskertomus
(Varonen ym. 2006), jollainen on hiljattain tullut Suomessa markkinoille (http://www.ebmeds.org/ebmeds/ebmeds_home.asp?lang=fi).

Erityisesti terveyskeskus- tai kuntatasolla voidaan arvioinnissa hyödyntää myös
organisaation ulkopuolelta saatavaa tietoa, kuten systemaattista potilastyytyväisyys-
tietojen keruuta (Raivio ym. 2008), valtakunnallisia tutkimuksia (esimerkiksi sään-
nöllisesti toistettava kouluterveyskysely) ja Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen
(THL) ylläpitämästä tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet-tietopalvelusta (<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>) kuntakohtaisesti saatavia kattavia tilasto-
tietoja suomalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä. Terveystieteiden edistämisen alueella
on vuodesta 2006 THL:n piirissä (aik. Stakesissa) kehitetty vertaistietojärjestelmää
ja tietokantaa vertailukehittämisen ja -arvioinnin (*benchmarking*) työkaluiksi (<http://info.stakes.fi/TedBM/FI/index.htm>).

Keskeinen laatua ylläpitävä tekijä on ammattihenkilöiden koulutus, jossa perin-
teisten itseopiskelun, luento- ja kurssien ohella voidaan hyödyntää myös oppimis-
päiväkirjoja ja ammattilaisten keskeistä vertaisarviointia (Marshall ja Campbell
2002). Viime aikoina on kiinnitetty huomioita hoidossa tapahtuvien virheiden, hait-
tatapahtumien ja läheltä piti -tilanteiden kirjaamiseen, niiden analysointiin ja niistä
oppimiseen sekä tarkistuslistojen käyttöön etenkin operatiivisessa toiminnassa

(HALO-ryhmä 2009, Keistinen 2009). Suomen Lääkäriliitto on ollut osaltaan virittelemässä laatutyötä terveydenhuollossa muun muassa jakamalla laatupalkintoa vuodesta 1999 alkaen lääkärin johtamille kehittämishankkeille, joista on osoitettua hyötyä potilaiden hoitamiseksi (<http://www.laakariliitto.fi/koulutus/laatu.html>). Vuosituhannen alussa tehdyn tutkimuksen mukaan vain joka kymmenennessä terveyskeskuksissa oli kattava laadunhallintajärjestelmä (Saalasti-Koskinen ja Outinen 2003), mutta kaikkiaan laadun kehittämisen menetelmien käyttö terveyskeskuksissa on lisääntynyt (Sumanen ym. 2008).

Laadun arviointi erityisesti perusterveydenhuollossa on vaativaa ja ristiriitaistakin (Heath ym. 2009). Helposti mitattavissa olevien laadun komponenttien arviointi voi jättää varjoonsa muita tärkeitä aspektoja. Usein kuitenkin laatutyössä mitaaminen on keskeistä (Kirk ym. 2003). *Laatuindikaattorit* ovat tarkasti määriteltyjä ja mitattavia arvioitavan toiminnan elementtejä, jotka voidaan luokitella käsitteiden rakenne, prosessi tai tulos alle (ks. Campbell ym. 2003). Indikaattorien kehittämisen tulisi mieluiten tapahtua systemaattisesti sekä näyttöön perustuvaan tietoon, tai sen puuttuessa asiantuntijamielipiteisiin, pohjautuen. Indikaattorien laatimiseen on käytetty erilaisia konsensusmenetelmiä, kuten Delphi-tekniikkaa ja RAND-metodia. Useammasta indikaattorista voidaan koota laatumittareita, joiden hyväksyttävyyttä (*acceptability*), käyttökelpoisuus (*feasibility*), luotettavuus (*reliability*), herkkyys muutoksille (*sensitivity to change*) ja validiteetti eli pätevyys (*validity*) olisi arvioitava (Campbell ym. 2003).

Kliinisiä prosesseja arvioivien laatuindikaattoreiden laatimisen pohjana voidaan käyttää *hoitosuosituksia* (ks. luku 2.7.2). Campbellia ym. (2003) mukaillen hoitosuositus voi esittää, että "yhdistelmähormoniehkäisyä ei tule aloittaa, jos verenpaine on koholla". Tästä mukailtu indikaattori voisi puolestaan edellyttää, että "verenpaine mitataan jokaiselta ehkäisyneuvolan asiakkaalta, jolle suunnitellaan yhdistelmähormoniehkäisyn aloittamista". *Laatustandardeilla* taas tarkoitetaan määriteltyä tasoa, jolla indikaattorin tulee toteutua. Indikaattorit tuskin koskaan toteutuvat täydellisesti ja standardit tuleekin asettaa vastaamaan paikallisia olosuhteita. Esimerkissä standardi voisi kuulua: "Ennen yhdistelmähormoniehkäisyn aloittamista ehkäisyneuvolassa verenpaine on mitattu 95 %:lta asiakkaita".

Kliinisten prosessien ohella myös *terveyspalveluille* voidaan laatia laatuindikaattoreita ja asettaa laatustandardeja. Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden alueella on WHO:n toimesta laadittu lukuisia palveluiden eri tasoja ja tuloksia mittaavia indikaattoreita (Bertrand ja Escudero 2002, WHO 2008b). Iso-Britanniassa Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (aiemmin Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care) of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists on laatinut seksuaaliterveyspalveluille laatustandardeja (FFPRHC 2006a, FSRH 2009a). Terveydenhuollon viitekehuksesta laadittujen standardien ohella terveydenhuollon laadunhallinnassa on hyödynnetty mm. kansainvälistä ISO 9001 -standardiin perustuvaa sertifiointijärjestelmää (Varjonen-Toivonen 2000) ja Euroopan laatupalkinnon kriteereitä (EFQM) (Kuusela 2005).

2.7 Näyttöön perustuva lääketiede, hoitosuositukset ja hyvät käytännöt seksuaaliterveyspalveluissa

2.7.1 Näyttöön perustuva lääketiede

Näyttöön perustuva lääketiede, NPL (*evidence-based medicine, EBM*) alkoi kehittyä nykylääketieteessä voimakkaasti vaikuttavaksi ajattelumalliksi vajaat 20 vuotta sitten vastauksena kiihtyvään lääketieteellisen tiedon tulvaan ja sen kriittisen arvioinnin avuksi (Sackett ym. 1996, Miles ym. 2007). Näyttöön perustuva lääketiede on määritelty parhaan ajankohtaisen tiedon tarkaksi, avoimeksi ja harkituksi käytöksi tehtäessä päätöksiä potilaan hoidosta (Sackett ym. 1996). Alkuperäisenä lähtökohtana oli *kliininen ongelma*, yksittäisen potilaan tai potilasryhmän hoidon parantaminen yhdistämällä paras mahdollinen lääketieteellinen tieto ja lääkärin kliininen osaaminen (Sackett ym. 1996, Kaila ja Korppi 2002). Sitten on ajattelua sovellettu myös muun muassa *hoitotyöhön (evidence-based nursing)* ja terveydenhuollon *johdamiseen (evidence-based management)* ja otettu käyttöön *näyttöön perustuvan terveydenhuollon (evidence-based health care)* käsite (Korppi ym. 2004). Näyttöön perustuva terveydenhuolto laajentaa NPL-ajattelun ulottumaan terveyspalvelujen tuottamiseen (The Cochrane Collaboration 2010). NPL-ajattelussa kaikkeen tietoon suhtaudutaan kriittisesti, omia toimintatapoja arvioidaan ja luotettavaa tietoa sovelletaan nopeasti käytäntöön (Kaila 2005). NPL-toiminnan keskiössä ovat systemaattiset kirjallisuuskatsaukset, joiden tavoitteena on antaa vastaus rajattuun kliiniseen

kysymykseen olemassa olevan, myös julkaisemattoman tiedon perusteella. Erityisesti hoitotutkimuksissa mukaan hyväksytään lähinnä kontrolloidut, satunnaistetut ja mieluiten sokkoutetut sekä muutoin hyvän kliinisen tutkimuksen kriteerit täyttävät tutkimukset (Korppi ym. 2004).

Raskauden ehkäisyn ja perhesuunnittelun alueella suuri osa kliinisestä päätöksenteosta perustuu laadultaan vaihteleviin havainnoiviin (observaationaalsiin) tutkimuksiin. Helmerhorstin ym. (2006) mukaan kuitenkin pyrkimys vankempaan tieteelliseen perustaan on lisääntynyt maailmanlaajuisesti ja satunnaistettuja tutkimuksia tehdään yhä enemmän, muun muassa WHO:n tukemana. Keskeisen kansainvälisen systemoitujen katsauksien tuottavan tahon, *Cochrane-yhteistyön* (<http://www.cochrane.org/>), puitteissa toimiva The Fertility Regulation Group of the Cochrane Collaboration -ryhmä (<http://www.lumc.nl/rep/cod/redirect/1060/cochrane/>) on laatinut vuodesta 2000 näyttöön perustuvia systemaattisia katsauksia. Ryhmän tehtävänä on laatia katsauksia muun muassa eri ehkäisymenetelmien tehokkuudesta ja turvallisuudesta, palvelutarjonnasta, tiedon hankinnasta ja käytöstä sekä lisääntymisterveyden edistämisestä. Tähän mennessä selvä enemmistö katsauksista on kuitenkin käsitellyt raskauden ehkäisymenetelmiä eikä monia kliinisesti tärkeitä kysymyksiä, kuten raskauden ehkäisyn yhteydessä tehtäviä seulontatutkimuksia, käsitteleviä katsauksia ole vielä tehty. Lisäksi joko niukan tai puutteelliseksi arvioitun tutkimusnäytön takia vain joissain katsauksissa on voitu päätyä selkeään, kliinisesti merkittävään johtopäätökseen. (Helmerhorst ym. 2006).

Elokuuhun 2010 mennessä raskauden ehkäisyä käsitteleviä Cochrane-katsauksia oli valmistunut 50 ja *raskaudenkeskeytystä* sivuavia yhdeksän. Raskaudenkeskeytystä käsittelevät katsaukset keskittyivät lähinnä keskeytyksen lääketieteellisen suorittamiseen. *Sukupuolitaudit (sexually transmitted diseases)*-otsikon alla katsauksia oli 15, joista viisi tarkasteli emätintulehduksen ja loppuista yli puolet raskaudenaikaista sukupuolitautilien hoitoa. Lisäksi Cochrane-kirjastossa on yksittäisiä seksuaaliterveyden aihepiiriin kuuluvia katsauksia, kuten yhteenveto masennuslääkkeiden aiheuttaman seksuaalisen toimintahäiriön hoitostrategioista tehdyistä satunnaistetuista tutkimuksista.

2.7.2 Hoitosuositukset

Lääketieteellisen tiedon lisääntyessä olennaisen, käytännön lääkärin työtä tukevan tiedon löytäminen on yksittäiselle työntekijälle käytännössä mahdotonta. Yhä lisääntyvän lääketieteellisen tietomassan tiivistämiseksi ja kriittiseksi arvioimiseksi on erityisesti kahtena viime vuosikymmenenä laadittu mahdollisimman pitkälle näyttöön perustuvia *hoitosuosituksia (clinical practice guidelines)* ammattilaisten, erityisesti lääkärin, käytännön työn tueksi. Niiden avulla on myös pyritty yhtenäistämään usein kirjavia hoitokäytäntöjä ja hallitsemaan terveydenhuollon kustannusten kasvua (Mäntyranta ym. 2003, Kuusela 2005). Suomalaisen Käypä hoito -hoitosuositustoiminnan puitteissa hoitosuositus on määritelty "asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatimaksi, tieteelliseen näyttöön perustuvaksi kannanotoksi tietyn taudin tai oirekuvan hoidosta" (Mäntyranta ym. 2003). Hoitosuosituksia voivat laatia kansallisen tason toimijat, kuten viranomaiset tai valtakunnalliset järjestöt, ja myös kansainväliset järjestöt, kuten WHO tai lääketieteellisiä erikoisaloja edustavat organisaatiot.

Suomessa on julkaistu vuodesta 1997 kansallisia *Käypä hoito* -suosituksia Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin johdolla. Käypä hoito -suositukset on tarkoitettu yhtenäistämään ja parantamaan hoidon laatua niin käytännön lääkärin työn tukena kuin perustana alueellisia hoito-ohjelmia laadittaessa. Ne pohjautuvat näyttöön perustuvaan tietoon, mutta voivat sisältää lisäksi perusteltuja kannanottoja sellaisistakin merkittävistä suomalaisen terveydenhuollon kysymyksistä, joista ei ole tieteellistä näyttöä tai joista sitä ei voida saada. Hoitosuositukset ovat verkkomuodossa vapaasti niin ammattilaisten kuin potilaidenkin luettavissa. Vuonna 2010 suosituksia oli valmistunut lähes sata. (Mäntyranta ym. 2003, www.kaypahoito.fi).

Kriittinen vaihe hoitosuosituksien hyödyntämisessä on niiden *toimeenpano* ('jalkauttaminen', 'juurruttaminen', 'maastouttaminen', *implementation*), joka määritellään Käypä hoito -suositusten toimeenpano-ohjeessa hoitosuosituksen käyttöön saattamiseksi yhtenäistämällä ja tarvittaessa muuttamalla lääkäreiden ja muun henkilökunnan toimintakäytäntöjä (Mäntyranta ym. 2003). Lääkärit suhtautuvat yleensä hoitosuositukseen melko positiivisesti (Wolfe ym. 2004, Jousilahti ym. 2007), ja suomalaistutkimuksessa myös perusterveydenhuollossa toimivien hoitajien hoitosuositusasenteet

olivat varsin myönteisiä (Alanen 2009). Suomalaiset perusterveydenhuollon lääkärit tuntevat hyvin Käypä hoito -suositukset, ja vuonna 2007 tehdyssä tutkimuksessa 66 % vastaajista ilmoitti suositusten vaikuttavan heidän päätöksentekoonsa paljon tai erittäin paljon (Jousilahti ym. 2007).

Tutkimukset hoitosuosituksen *vaikuttavuudesta* ovat ristiriitaisia. Hoitosuosituksilla on todettu eri tutkimuksissa olleen vaihtelevassa määrin vaikutusta hoitokäytäntöihin (Worrall ym. 1997, Grol ja Grimshaw 2003, Nummenmaa 2007). Vastavalmistuneiden perusterveydenhuollossa toimivien lääkäreiden keskuudessa tehdyssä suomalaistutkimuksessa enemmistö lääkäreistä noudatti suosituksia (Lääkäriin käsikirja/tietokanta) (Jousimaa ym. 2002). Myös esimerkiksi antimikrobioidon osalta suositusten implementointi on joiltain osin parantanut hoitokäytäntöjä (Rautakorpi ym. 2006). Suositusten kustannusvaikuttavuudesta tai vaikutuksesta esimerkiksi kuolleisuuteen on niukasti näyttöä. Suomessa Käypä hoito -suositusten kustannusvaikuttavuutta on mallinnettu ja analyysissä suosituksen (kohonneen verenpaineen hoito) juurruttaminen on arvioitu kustannustehokkaaksi (Kaila ym. 2008).

2.7.2.1 Kansainväliset suositukset seksuaaliterveyden alueella

Maailman terveysjärjestön WHO:n tehtäviin kuuluu näyttöön perustuvan ohjeiston tuottaminen perhesuunnittelun (*raskauden ehkäisy*) tueksi maailmanlaajuisesti (Mohllajee ym. 2005). Tavoitteena on ollut luoda suosituksia, joilla voitaisiin vähentää raskauden ehkäisymenetelmiin liittyviä virheellisiä, usein ehkäisyn saattavuutta rajoittavia käsityksiä ja joiden avulla hoitokäytäntöjä olisi mahdollista yhtenäistää (Shelton ym. 1992, Curtis ym. 2002). Vuonna 1996 julkaistiin ensimmäiset kansainvälisesti hyväksytyt, näyttöön ja asiantuntijakonsensusukseen perustuvat ohjeet siitä, missä tilanteissa eri ehkäisymenetelmien käyttö on turvallista ottaen huomioon lääketieteelliset (esimerkiksi kohonnut verenpaine), fysiologiset (kuten imetys) ja käyttäytymiseen (tupakointi) liittyvät tekijät (WHOMEK 1996, Stephen ym. 2008). Suositus luokittelee vakavien haittavaikutusten riskin eri tilanteissa kutakin ehkäisymenetelmää käytettäessä neljään kategoriaan (liite 3). Dokumentin on tarkoitus toimia perustana, jota päättäjät ja tiedeyhteisö voivat hyödyntää laatiessaan kansallisia suosituksia. Kriteeristö soveltuu kuitenkin myös ohjenuoraksi kliiniseen käyttöön (Scott ja Glasier 2006). Suositukset on päivitetty vuosina 2000, 2004 ja

2009. Vuoden 2004 *"Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use"* (WHOMEK) syntyi WHO:n (Department of Reproductive Health and Research), kymmenen kansainvälisen järjestön ja organisaationedustajan sekä 19 muun asiantuntijan yhteistyönä (WHOMEK 2004). Mukana oli edustus 18 maasta. Ohjeisto sisältää yli 1700 eri menetelmien käyttöön liittyvää suositusta (Mohllajee ym. 2005).

WHOMEK:n rinnalle laadittiin vuonna 2002 *"Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use"* -suositus (WHOSPR) (Curtis ym. 2009), jonka tarkoituksena on ohjata ehkäisymenetelmien turvallista ja tehokasta käyttöä (WHOSPR 2004). Suositus antaa ohjeita esimerkiksi eri ehkäisymenetelmiä aloitettaessa tarvittavista tutkimuksista ja käyttäjien seurannasta. Tämäkin ohjeisto on lähtökohtaisesti suunnattu kansallisista hoitosuosituksista vastaaville. Suositus on päivitetty vuonna 2004 ja kolmas painos on tekeillä. Vuoden 2004 painos sisältää 33 suositusta.

WHO:n konsensusuositukset on tieteellisesti arvioitu vuonna 2002 julkaistussa artikkelissa keskimääräistä laadukkaammiksi (Stanback ja Katz 2002). Samana vuonna käynnistettiin CIRE-järjestelmä (Continuous Identification of Research Evidence), jossa POPLINE® (POPulation information onLINE) -tietokannasta kerätään jatkuvasti suositusten kannalta relevanttia tietoa. Kerätystä tiedosta laaditaan vertaisarvioituja systemaattisia katsauksia (Mohllajee ym. 2005, Curtis ym. 2009). Nämä katsaukset toimivat suositusten neljän – viiden vuoden välein tapahtuvien päivitysten pohjana.

WHOMEK-suositukset on sisällytetty kansallisiin suosituksiin yli 50 maassa ja ne on käännetty 13 kielelle (Curtis ym. 2009). Iso-Britanniassa on laadittu suosituksista kansalliset versiot, UKMEK (FSRH 2009b) ja UKSPR (FFPRHC 2002), jotka heijastavat paikallisia käytäntöjä ja terveydenhuoltojärjestelmää (Glasier ym. 2003, Stephen ym. 2008). WHO on laatinut oppaan hoitosuosituksien implementoinnista kansallisiin järjestelmiin (WHO 2007b).

WHO on tuottanut myös runsaasti *muuta materiaalia* perhesuunnittelutyön tueksi, kuten Decision Making Tool for Family Planning Clients and Providers -apuvälineen sekä Family Planning: A Global Handbook for Providers -käsikirjan, jotka yhdessä WHOMEK:n ja WHOSPR:n kanssa muodostavat WHO:n "neljä näyttöön

perustuvan perhesuunnittelun kulmakiveä" (Curtis 2009). Nuorten raskauden ehkäisystä on myös oma dokumenttinsa (WHO 2004c).

Muiden seksuaaliterveyspalveluiden osalta *raskaudenkeskeytyshoidosta* ei WHO:lla ole laajaa ohjeistusta, mutta esimerkiksi lääkkeelliseen raskaudenkeskeytystä koskeviin kysymyksiin liittyen on koottu kokoneiden klinikkujen ja tutkijoiden näkemyksiä (WHO 2006b). *Sukupuolitautilien* hoidosta WHO on laatinut käytännönläheisen hoitosuosituksen (WHO 2003).

Myös *kansainvälisillä järjestöillä*, kuten IPPF:llä, on maailmanlaajuiseen käyttöön tarkoitettuja suosituksia. Järjestön laatimasta "*Medical and Service Delivery Guidelines for Sexual and Reproductive Health Services*" -ohjeistosta julkaistiin vuonna 2004 kolmas painos (IPPF 2004). Suositukset sisältävät muun muassa ohjeet eri ehkäisymenetelmien kliinisestä käytöstä WHO:n suositukseen perustuen, ehkäisymenetelmien haittavaikutuksista, tarvittavista tutkimuksista, seurannasta ja muista käytännön järjestelyistä sekä raskaudenkeskeytyksestä ja sukupuolitautilien torjunnasta. IPPF on laatinut myös viitekehyksen kokonaisvaltaiselle *seksuaalikasvatukselle* (IPPF 2010b).

Euroopan unionin tasolla esimerkiksi Advisory Committee on Cancer Prevention on syöpäsuosituksessaan ottanut kantaa kohdunkaulan irtosolunäytteiden (papanäytteiden) ottoon (Advisory Committee on Cancer Prevention 2000). Kansainvälisten suositusten ohella on *yksittäisissä maissa* laadittu näyttöön perustuvia hoitosuosituksia. Esimerkiksi Iso-Britanniassa Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists on laatinut lukuisia perusteellisia suosituksia eri raskauden ehkäisymenetelmien käytöstä, kuten kierukkaehkäisystä (FSRH 2007), sekä suosituksia tiettyjen erityisryhmien, esimerkiksi nuorten (FSRH 2010a), ehkäisystä.

2.7.2.2 Kotimaiset suositukset seksuaaliterveyden alueella

Kansanterveyslain edellyttämän *raskauden ehkäisyneuvonnan* sisällöstä ohjeistettiin valtakunnan tasolla yksityiskohtaisesti vuoteen 1982, jolloin *Lääkintöhallitus* antoi viimeiseksi jääneen *ohjekirjeen* raskauden ehkäisyneuvonnasta (OK 2346/02/81

198). Lääkintöhallitus lakkautettiin vuonna 1991, jolloin ohjekirjeen voimassaolo virallisesti päättyi. Valtakunnallisesti on sittemmin annettu ohjeistusta vain synnytyksen jälkeisestä ehkäisystä Stakesin *äitiysneuvolasuosituksen* yhteydessä (Viisainen 1999). WHO:n suosituksia raskauden ehkäisymenetelmien käytöstä ei ole käännetty suomeksi eikä niitä ole sellaisenaan otettu käyttöön. Keskeiset suositukset on huomioitu esimerkiksi oppikirjoissa esitetyissä ehkäisymenetelmien vasta-aiheissa. WHOMEK-luokittelu esiteltiin suomalaiselle lääkärikunnalle vuonna 2008 (Hurskainen 2008).

Käypä hoito -suositus on laadittu *raskauden ehkäisyn* alueella vain jälkiehkäisystä (Käypä hoito 2006b). *Raskaudenkeskeytyksestä* on käytettävissä toimintaa valvovan viranomaistahon ohjeistuksen (STM 2008c) ohella vuonna 2001 laadittu ja 2007 päivitetty Käypä hoito -suositus (Käypä hoito 2007). *Sukupuolitautilien* osalta on Kansanterveyslaitos laatinut ohjeet tartuntatautien ilmoittamisesta (KTL 2008a) ja sukupuolitautilien diagnostiikasta ja hoidosta on valmistunut Käypä hoito -suositus kesällä 2010 (Käypä hoito 2010a).

Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin omistaman Kustannusosakeyhtiö Duodecimin kustantama *Lääkärin käsikirja* ja sen sähköinen versio *Lääkärin tietokannat* (aiemmin Yleislääkärin käsikirja ja tietokanta, YKT, engl. Physician's Desk Reference and Database, PDRD, englanninkielinen versio Evidence-based Medicine Guidelines) sisältävät käytännönläheistä ohjeistusta niin raskauden ehkäisystä, raskaudenkeskeytyksestä kuin sukupuolitautilien hoidosta. Sähköisen tietokannan ensimmäinen versio julkaistiin vuonna 1989 ja ensimmäinen kirjaversio 1992 (Mäkelä ja Kunnamo 2001). Käsikirjasta ilmestyy uusi painos kahden vuoden välein ja sähköisiä tietokantoja päivitetään kahdesti vuodessa. Tietolähde on suunnattu erityisesti avohoidossa toimiville lääkäreille, ja se sisältää nykyisin yli 1200 hoitoohjetta (http://www.terveysportti.fi/dtk /ltk/koti?p_ haku=). Ohjeiden laatijana on yksi tai useampi lääkäri tai kirjan/tietokannan toimitus, joka myös editoi artikkelit perusterveydenhuoltoon soveltuviksi (Mäkelä ja Kunnamo 2001). Teoksen englanninkielisen version nimi EBM Guidelines viittaa myös näyttöön perustuvaan tietoon. On kuitenkin ilmeistä, että kirjoittajien omat näkemykset ja painotukset värittävät ohjeita eikä ohjeiden laatimisprosessi ole rinnastettavissa esimerkiksi Käypä hoito -suositusten valmisteluun. Lääkärin käsikirjan ohjeet ovat helposti ja nopeasti useim-

pien lääkäreiden saatavilla sähköisessä muodossa Duodecimin Terveysportti-sivuston kautta ja yleensä lyhyet hoito-ohjetekstit ovat nopeasti hahmotettavissa vastaanoton lomassa.

2.7.3 Hyvät käytännöt

Terveydenhuollossa on viime vuosina laajasti puhuttu *hyvistä käytännöistä* (*best practices*). Käsitteen käyttö on ollut hajanaista ja käyttäjästä sekä teoreettisesta tai käytännön viitekehyksestä riippuvaa eikä sille ole yksiselitteistä määritelmää (Tuominen ym. 2003, Koivisto 2009). Lähestymistavasta riippuen voidaan painottaa käytännön toimivuutta (tuloksia, vaikuttavuutta), itse prosessia tai sen innovatiivisuutta (Tuominen ym. 2003). Termiä on voitu käyttää puhuttaessa arkisesti toimivalta vaikuttavasta käytännöstä, mutta vaatimus tutkimusnäyttöön perustuvasta määrittelystä on tullut yhä keskeisemmäksi (Arnkil ym. 2005). Erityisesti lääketieteen piirissä parhaana pidetyllä satunnaistetulla koeasetelmalla katsotaan yleisesti voitavan saada melko luotettavia tuloksia tutkittaessa käytäntöjä, kuten lääkehoidon vaikuttavuutta, jotka ovat pelkistettävissä ja toteutettavissa melko samanlaisina toimintaympäristöstä riippumatta (Arnkil ym. 2005, Koivisto 2009). Jos arvioitava käytäntö on monimutkaisempi, esimerkiksi palveluprosessi, ei ole mielekäästä soveltaa satunnaistettua, erilaisten tausta- ja tilannetekijöiden vaikutuksesta puhdistettua asetelmaa. Tällöin tarvitaan menetelmiä, joilla voidaan arvioida niin prosessia kuin tuloksiakin ennen käytännön toimeenpanoa, sen aikana ja sen jälkeen soveltaen monipuolisesti erilaisia tiedonkeruun ja tutkimuksen menetelmiä sekä kuullen mahdollisimman monen eri toimijan ääntä (ns. relationaalinen arviointi) (Koivisto 2009). Näin toimittaessa tulosten yleistettävyyks voi toisaalta jäädä rajalliseksi (Arnkil ym. 2005). Varsinkaan prosessiluontoiset hyvät käytännöt eivät ole sellaisenaan siirrettävissä ympäristöstä toiseen (Arnkil ym. 2005), koska organisatoriset innovaatiot ovat varsin kontekstispesifisiä (Järvensivu ja Koski 2009). Keskeistä hyvien käytäntöjen mallintamisessa ja levittämisessä lieneekin toiminnan tarjoama tilaisuus oman käytännön arvioimiseen ja käytäntöjen hyödyntämiseen paikallisiin olosuhteisiin sovellettuna (Arnkil ym. 2005, Järvensivu ja Koski 2009).

Seksuaaliterveyspalveluiden alueella WHO:n "The Implementing Best Practices (IBP) Initiative"-hanke on interaktiivinen kumppanuusohjelma, jonka tarkoituksena

on auttaa globaalisti eri tasojen toimijoita löytämään ja soveltamaan näyttöön perustuvia vaikuttavia käytäntöjä erityisesti lisääntymisterveyden edistämiseksi (<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/countries/ibp/en/index.html>). Suomessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa vuodesta 2010 toiminut Seksuaali- ja lisääntymisterveys -yksikkö pyrkii edistämään seksuaali- ja lisääntymisterveyttä tutkimalla ja kehittämällä niihin liittyviä palveluja ja edistämällä hyvien käytäntöjen leviämistä. Eri puolilla maata toteutettuja hyviä käytäntöjä pyritään arvioimaan, mallintamaan ja viemään laajempaan käyttöön hyödyntämällä muun muassa THL:n Sosiaaliporttia (www.sosiaaliportti.fi) (THL 2010), josta löytyy esimerkiksi kuvaus "Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen terveydenhuollon potilas- ja asiakastyössä" -hankkeesta.

2.8 Raskauden ehkäisymenetelmät ja raskaudenkeskeytys

2.8.1 Ehkäisymenetelmien valikoima ja luokittelu

Keskeiset Suomessa käytössä olevat *palautuvat* eli *reversiibelit* raskauden ehkäisymenetelmät ovat ehkäisytabletit eli -tabletit (yhdistelmäehkäisytabletit sekä yksinomaan keltarauhashormonia sisältävät pillerit), kuparikierukka, keltarauhashormonia vapauttava kierukka sekä kondomi. Yhdistelmähormoniehkäisy on ollut muutama vuodelle ajan annosteltavissa myös emättimeen sijoitettavan ehkäisyrenkaan tai iholle asetettavan laastarin avulla. Keltarauhashormoni- eli progestiiniehkäisy on pillereiden ohella toteutettavissa ihon alle asetettavien kapseleiden sekä lihaksensisäisten injektioiden avulla. Käytettävissä ovat myös naisen kondomi, kemiallinen ehkäisy sekä jälkiehkäisytabletit. Sterilisaatiota voidaan harkita tarvittaessa pysyvää ehkäisyä, sillä kyseessä on peruuttamaton eli *irreversiibeli* menetelmä. Lääkärin, hoitajan tai muun koulutetun työntekijän lääkemääräystä, asetusta tai muuta toimenpidettä vaativia menetelmiä kutsutaan *kliiniseksi (clinical)* tai *lääketieteelliseksi (medical)* menetelmiksi. *Hormonaalisiin* menetelmiin luetaan kaikki valmisteet ja menetelmät, joissa ehkäisyteho perustuu sukupuolihormonien vapautumiseen, mukaan lukien hormonikierukka. *Pitkäkestoiseksi* menetelmiksi (*long-acting methods*) luetaan kierukka- ja kapseliehkäisy, sterilisaatio sekä kolmen kuukauden välein annettavat progestiini-injektiot.

Kondomit ja erilaiset pessaarit ovat mekaanisia *estemenetelmiä*, joista etenkin pessaarin käyttöön kuuluu olennaisena osana *kemiallinen ehkäisy* eli spermisidi. Estemenetelmät ja kemiallinen ehkäisy voidaan luokitella myös *yhdyntään liittyviksi* (*coitus-dependent*) tai *vaginaalisiksi* menetelmiksi (*vaginal methods*). Hormonaaliset menetelmät (lukuun ottamatta jälkiehkäisyä) sekä kierukkaehkäisy ovat *yhdynnästä riippumattomia* (*coitus-independent*) ehkäisymenetelmiä. Niin kutsuttuihin *traditionaalisiin* tai *luonnollisiin* ehkäisymenetelmiin kuuluvat muun muassa keskeytetty yhdyntä ja rytmimenetelmä, mutta etenkin kehittyneissä maissa näitä ei kaikissa yhteyksissä luokitella ehkäisymenetelmiksi lainkaan niiden epäluotettavuuden takia. *Jälkiehkäisy* (*emergency contraception, EC*) on muiden menetelmien, etenkin kondomiehkäisyyn, varamenetelmä, joka voidaan toteuttaa hormonaalisesti tai asettamalla kuparikierukka suojaamattoman yhdynnän jälkeen.

Ehkäisymenetelmien *luotettavuutta* tai *tehokkuutta* arvioidaan perinteisesti niin sanotulla Pearlín luvulla tai indeksillä, jolla tyypillisesti tarkoitetaan, kuinka monta kyseistä menetelmää käyttävistä sadasta naisesta tulee raskaaksi vuoden aikana (Heikinheimo ja Lähtenmäki 2004). Pearlín indeksi voidaan laskea myös ehkäisymenetelmän käytön lopettamisen suhteen (Speroff ja Darney 2005). Ehkäisyn epäonnistuminen (raskaus tai käytön lopettaminen) voidaan ilmoittaa myös eloonjäämisanalyysin (*life-table analysis*) avulla, jolloin epäonnistumiset ilmoitetaan kutakin käyttökuukautta kohti (Speroff ja Darney 2005). Luotettavuutta arvioidaan toisaalta menetelmän *oikean* käytön (menetelmän tehokkuus; menetelmää käytetään aina ja täysin ohjeiden mukaan) ja toisaalta *tyypillisen* käytön (menetelmä käytännössä; ajoittaiset virheet, kuten pillereiden satunnainen unohtaminen) suhteen (Heikinheimo ja Lähtenmäki 2004). Mikäli mitään ehkäisymenetelmää ei ole käytössä, Pearlín luku on 85 (Trussell 2004).

Tässä tutkimuksessa keskitytään erityisesti kliinisten raskaudenehkäisymenetelmien käyttöön ja niitä kuvataan muita kattavammin tässä luvussa.

2.8.2 Yhdistelmäehkäisyvalmisteet

Yhdistelmähormonivalmisteet sisältävät sekä *estrogeenia* (naishormonia, tavallisesti etinyyliestradiolia) että *progestiinia* (keltarauhashormoni), joita on Suomessa käy-

tössä olevissa yhdistelmävalmisteissa lukuisia eri alaryhmiin luokiteltavia molekyy-
lejä. Valmisteiden ehkäisyteho perustuu ovulaation estymiseen, joka on seurausta
aivolisäkkeen erittämien gonadotropiinien erityksen estymisestä. Molemmat hormo-
nit estävät follikkeleita stimuloivan hormonin erittymistä estäen johtavan follikkelin
kehittymisen munasarjassa. Progestiini-komponentti estää luteinisoivan hormonin
eritystä ja munarakkulan puhkeamista ja munasolun vapautumista. Estrogeenin tär-
kein tehtävä on kohdun limakalvon (endometriumin) ylläpito, joka takaa vuotokont-
rollin tyhjennysvuotojen välillä. Progestiinin vaikutuksesta myös kohdunkaulan li-
man koostumus muuttuu, mikä vaikeuttaa siittiöiden pääsyä kohtuonteloon. (Hei-
kinheimo ja Lähtenmäki 2004, Speroff ja Darney 2005, Scott ja Glasier 2006).

Tavallisimmin yhdistelmähormonien ehkäisy toteutetaan *ehkäisytableteilla* (*com-
bined oral contraceptive pills*). Perinteisessä annostelussa tabletteja käytetään kol-
men viikon ajan ja sitten pidetään viikon tauko, jonka aikana yleensä tapahtuu tyh-
jennysvuoto. Niin sanotuissa yksivaihepillereissä hormonimäärät ovat samat kaikis-
sa tableteissa, mutta käytettävissä on myös lukuisia vaihtuva-annoksisia valmisteita,
joissa estrogeenin ja progestiinin määrä tai keskinäinen suhde vaihtelee kierron eri
vaiheissa (Heikinheimo ja Lähtenmäki 2004). Nykyisin käytössä olevissa valmis-
teissa hormonimäärät ovat huomattavasti matalampia kuin ensi vuosikymmeninä
käytetyissä pillereissä. Suomessa markkinoilla olevat yhdistelmäpillerit sisältävät
etinyyliestradiolia 15–40 µg ja ne kaikki luokitellaan matala-annoksisiksi (*low-dose
oral contraceptives*), koska etinyyliestradiolin määrä on alle 50 µg (Speroff ja Dar-
ney 2005). Joissain yhteyksissä matala-annoksisella valmisteella voidaan kuitenkin
tarkoittaa alle 35 µg tai 15–20 µg etinyyliestradiolia sisältäviä valmisteita. Tavalli-
simmin käytetään 20 tai 30 µg etinyyliestradiolia sisältäviä pillereitä.

Uudempia valmistemuotoja ovat vuonna 2003 Suomen markkinoille tullut *ehkäi-
syrengas* ja vuodesta 2004 käytettävissä ollut *ehkäisy-laastari* (Heikinheimo 2006).
Emättimeen asetettava rengas vapauttaa etinyyliestradiolia ja etonogestreeliä kol-
men viikon ajan, jonka jälkeen pidetään tavallisesti viikon tauko ehkäisytablettien
tavoin. Ehkäisy-laastarissa progestiini-komponentti on norelgestromiini. Iholle kiin-
nitettävä laastari vaihdetaan viikon välein kolmen viikon ajan. Molempien parente-
raalisten menetelmien vaikutukset välittyvät ehkäisytablettien tavoin systeemisesti.

Ehkäisyrenkaan ja varsinkin ehkäisylaastarin käyttö on ainakin nuorten keskuudessa ollut toistaiseksi vähäistä (Falah Hassani ym. 2010).

Ehkäisy parenteraalisilla valmisteilla edellyttää käyttäjältä vähemmän muistamista kuin ehkäisytabletteja käytettäessä ja siten riski unohduksille ja ehkäisytehon heikkenemiselle voi olla vähäisempi. Tuoreen Cochrane-katsauksen mukaan kuitenkin ehkäisytablettien, laastarin ja -renkaan ehkäisyteho on samanlainen (Lopez ym. 2008). Amerikkalaisessa väestöpohjaisessa kyselytutkimusaineistossa Pearlmanin luku (ensimmäisen käyttövuoden aikana) kaikille kolmelle menetelmälle oikeassa käytössä (*perfect use*) oli 0.3 ja tyypillisessä käytössä 8 (Trussell 2004). Hiljattain julkaistussa kliinisiin tutkimuksiin perustuvassa katsausartikkelissa vastaavat luvut yhdistelmäehkäisytabletteille olivat 0–1.26 (oikea käyttö) ja 0–2.18 (tyypillinen käyttö), ehkäisyrenkaalle 0.31–0.96 ja 0.25–1.23 sekä laastarille 0.59–0.99 ja 0.71–1.24 (Mansour ym. 2010). Yhdistelmäehkäisy voidaan toteuttaa myös kuukausittain annettavina injektioina, joiden ehkäisyteho on erittäin hyvä (Trussell 2004), mutta tämä valmistemuoto ei ole käytössä Suomessa.

Yhdistelmähormonivalmisteilla on perinteisesti pyritty jäljittelemään kuukautiskiertoa hormonittoman jakson aikaansaamine kuukausittaisine tyhjennysvuotoineen. Kolmea viikkoa pidempiä yhdistelmähormonijaksoja on kuitenkin epävirallisesti käytetty vuosien ajan, esimerkiksi endometrioosipotilaiden hoidossa (Nelson 2006, Steinauer ja Autry 2007). 2000-luvulla mielenkiinto ns. *pidennettyä sykliä* kohtaan ja aiheesta tehty tutkimus on lisääntynyt (Edelman ym. 2005, Nelson 2006). Ehkäisytablettien ohella myös ehkäisyrenkaan ja -laastarin käyttö pidennettyinä sykleinä on yleistynyt ja käytäntöä puoltavaa tutkimustietoa on alkanut kertyä (Miller ym. 2005, Stewart ym. 2005, Barreiros ym. 2010). Yhdysvalloissa hyväksyttiin vuonna 2003 käyttöön ensimmäinen pidennettyä sykliä varten kehitetty valmiste, jossa hormoneita sisältäviä tabletteja on 84 päivän yhtämittaista käyttöä varten (Steinauer ja Autry 2007). Suomessa ei toistaiseksi ole ollut markkinoilla vastaavaa valmistetta, mutta Duodecim-lehti julkaisi alkuvuodesta 2005 pääkirjoituksen, jossa terapeuttisen käytön ohella ei nähty estettä pitkän syklin (esimerkiksi 2–3 pillerilevyä peräkkäin) kokeilemiseksi kaikkien harvemmistä vuodoista kiinnostuneiden naisten kohdalla (Heikinheimo 2005). Lääkärin käsikirja on maininnut pidennetyn syklin vain taukoviikon aikana esiintyvän päänsäryn hoitona (Duodecim 2004). Lisäksi piden-

netyn syklin ohella myös yhdistelmävalmisteiden *jatkuva käyttö* ilman taukoja on tullut laajalti hyväksytyksi, joskin tiedot pidennetyn tai jatkuvan käytön pitkäaikaisvaikutuksista vielä puuttuvat (Edelman ym.2005). Hiljattain julkaistussa katsausartikkelissa eri annostelutavat on esitetty samanarvoisina vaihtoehtoina (Amy ja Tripathi 2009).

Yhdistelmävalmisteiden käyttöön voi liittyä lukuisia, mutta vain harvoin vakavia *haittavaikutuksia*. Näistä tavallisimpia ovat mielialamuutokset, seksuaalinen haluttomuus, päänsärky, painonnousu ja vuotohäiriöt (Tinkanen ja Suhonen 2004). Koe-
tut haittavaikutukset ovat tavallinen syy ehkäisystä luopumiseen (Rosenberg ja Waugh 1998). Koska aloittamiseen liittyvät haittavaikutukset usein häviävät käytön jatkuessa, huolellinen neuvonta ehkäisyä aloitettaessa ja ohjeistus yhteydenotosta ongelmien jatkuessa on tärkeää ehkäisyn jatkuvuuden turvaamiseksi (Tinkanen ja Suhonen 2004). Ehkäisylaastarin käyttöön on liittynyt enemmän haittavaikutuksia, kuten rintojen aristusta ja dysmenorreaa, kuin ehkäisypillereihin (Lopez ym. 2005). Ehkäisyrenkaan käyttäjät ovat puolestaan raportoineet pillerinkäyttäjää vähemmän haittavaikutuksia, mutta useammin emättimen ärsytystä ja valkovuotoa.

Yhdistelmäehkäisyn *vakavat haittavaikutukset* ovat vaskulaarisia, ja ne välittyvät hyytymistekijöissä tapahtuvien muutosten kautta (Tinkanen ja Suhonen 2004). Käytännössä merkittävin on *laskimotromboosin* eli syvän laskimotukoksen (alaraajan laskimot, sinustromboosi) ja keuhkoembolian riski, joka on eri tutkimusten mukaan noin 3–6-kertainen verrattuna yhdistelmäehkäisyä käyttämättömiin naisiin (Hannaford ja Owen-Smith 1998). Riskin kohoaminen liittyy sekä estrogeeniannokseen että progestiini-komponenttiin (Lidegaard ym. 2009, van Hylckama Vlieg ym. 2009). Hedelmällisessä iässä olevilla naisilla laskimotukoksen ilmaantuvuus on 5–10 tuosta 10 000 naista kohti vuodessa (Heinemann ja Dinger 2007). Naisilla, jotka eivät käytä hormonaalista ehkäisyä tai ole raskaana, riskiksi on esitetty 0.5–2.3/10 000 (Martinez ja Avecilla 2007, Dinger ym. 2007, van Hylckama Vlieg). Yhdistelmäehkäisyyn liittyvä tukosriski on noin puolet matalampi käytettäessä ns. toisen polven progestiineja (levonorgestreeli ja noretisteroni) kuin kolmannen polven progestiineja (desogestreeli ja gestodeeni) sisältäviä valmisteita (Lidegaard ym. 2009, van Hylckama Vlieg ym. 2009). Syproteroniasetaattiin ja hiljattain markkinoille tulleen drospirenoniin liittyvä riski näyttää olevan kolmannen polven progestiinien

luokkaa (Lidegaard ym. 2009), joskin drospirenonin osalta on esitetty myös levonorgestreelin liittyvän riskin tasoisia lukuja (Dinger ym. 2007). Laskimotukosriski saattaa olla korkeampi ehkäisyalaastarin kuin muiden yhdistelmävalmisteiden käyttäjillä (Cole ym. 2007). Tukosriskiä lisäävät muun muassa ylipaino (BMI yli 25), ikä (erityisesti yli 45 vuotta) ja perinnölliset tukosalttiutta lisäävät tautitilat (Nightingale ym. 2000, Abdollahi ym. 2003, Mohllajee ym. 2006, Martinez ja Avecilla 2007). Useimmissa tutkimuksissa tupakointi ei ole liittynyt kohonneeseen laskimotukosriskiin, mutta joissain töissä yli kymmenen savuketta/vrk tupakoivilla se on ollut kaksinkertainen (Martinez ja Avecilla 2007). Tukosriski on suurimmillaan kolmena ensimmäisenä kuukautena ehkäisyn aloittamisen jälkeen (Dinger ym. 2007, van Hylekama Vlieg ym. 2009). On kuitenkin hyvä muistaa, että ehkäisyvalmisteiden aiheuttama riskin kohoaminen on vähäisempää kuin raskauden aikana, jolloin laskimotukosriski jopa 12-kertaistuu (Martinez ja Avecilla 2007).

Yhdistelmäehkäisyn käyttöön liittyy lisäksi *kohonnut riski* muun muassa sydäninfarktiin, aivoinfarktiin ja kohonneeseen verenpaineeseen (Amy ja Tripathi 2009). Rintasyöpäriskin osalta saadut tutkimustulokset ovat olleet jonkin verran ristiriitaisia, mutta kaikkiaan näyttää siltä, että yhdistelmäehkäisyn pitkäaikainen käyttö ei lisää oleellisesti elämänaikaista rintasyöpävaaraa (Hannaford ym. 2007, Backman ym. 2008). Hedelmällisessä iässä olevilla naisilla *sydäninfarkti* on harvinainen, mutta tupakointi lisää riskiä selvästi. Korkea-annoksisiin ehkäisytabletteihin on liitetty kohonnut sydäntapahtumien riski etenkin tupakoivien ja iäkkäämpien käyttäjien osalta, mutta nykyisten matala-annoksisten valmisteiden suhteen tutkimustulokset ovat olleet ristiriitaisia (Petitti 2003). Hiljattain Ruotsissa tehdyissä väestöpohjaisissa tutkimuksissa ehkäisytablettien käyttöön ei liittynyt kohonnutta sydäninfarktirisikiä (Margolis ym. 2007) tai aivoinfarktirisikiä (Yang ym. 2009). Riski on todennäköisesti suurentunut, mikäli käyttäjä tupakoi tai hänen verenpaineensa on koholla (Petitti 2003).

Yhdistelmäehkäisyn käytön on kauan epäilty kohottavan *aivoinfarktirisikiä* (Gillum ym. 2000). Vaikka viimeaikaisissa tutkimuksissa yhteys on kyseenalaistettu (Chan ym. 2004, Yang ym. 2009), migreeniä sairastavilla yhdistelmätablettien käyttäjillä aivoinfarktirisiki näyttää kohoavan kaksin – nelinkertaiseksi verrattuna yhdistelmäehkäisyä käyttämättömiin migreeniä poteviin naisiin, vaikkakin absoluut-

tininen riski on silti pieni (Curtis ym. 2006b). Riski näyttää assosioituvan nimenomaan auralliseen migreeniin, jota sairastavilla aivoinfarktirisiki on kaksinkertainen muuhun väestöön verrattuna ja joilla yhdistelmäpillereiden käyttö edelleen lisää riskiä (Schürks ym. 2009). Erityisesti yhdistelmäehkäisyn käyttö, aurallinen migreeni ja tupakointi yhdessä näyttivät tapaus-verrokki-tutkimuksessa moninkertaistavan aivoinfarktirisikin (MacClellan ym. 2007).

Mahdollisten riskien lisäksi yhdistelmäehkäisyehkäisytableteilla on todettu lukuisia *terveyshyötyjä*, kuten runsaan kuukautisvuodon ja raudanpuuteanemian vähentyminen, kuukautiskierron säännöllistyminen, kuukautiskipujen lievittyminen sekä aknen ja liikakarvoituksen väheneminen (Maia ja Casoy 2008, Amy ja Tripathi 2009, Haider ja D'Souza 2009). Lisäksi ne vähentävät endometriosia ja myoomia, alentavat endometrium- ja munasarjasyövän ja todennäköisesti myös paksusuolen syövän riskiä ja ne näyttävät myös lievittävän premenstruaalioireita. Yhdistelmäpillereiden käyttö pienentää myös munasarjakystien, nivelreuman ja hyvänlaatuisen rintakasvainten riskiä (Maia ja Casoy 2008). Riskien tavoin myös yhdistelmäehkäisyn hyödyistä tulisi kertoa näiden valmisteiden käyttäjille (Heikinheimo ja Lähteenmäki 2004). Yhdistelmäehkäisyn käyttöön liittyy myös monenlaisia aiheettomia *pelkoja ja virheellisiä käsityksiä*, jotka näyttävät jopa lisääntyneen viime vuosina (Tiihonen ym. 2008). Esimerkiksi huoli valmisteiden lapsettomuutta lisäävästä vaikutuksesta on yleinen, mutta aiheeton (Farrow ym. 2002). Ehkäisyn aloittajan ja käyttäjän haastattelussa olisi hyvä kartoittaa asiakkaan käsityksiä valmisteiden hyödyistä ja haitoista, jotta neuvonta voidaan kohdentaa oikein ja siten pyrkiä hälventämään mahdollisia turhia pelkoja, jotka saattavat käsittelemättöminä johtaa ehkäisyn käytön keskeyttämiseen (Dardano ja Burkman 2000, Moos ym. 2003).

Yhdistelmähormonivalmisteiden käytölle ei kotimaisissa tai kansainvälisissä suosituksissa tai oppikirjoissa ole asetettu *alikärajaa* (Heikinheimo ja Lähteenmäki 2004, Duodecim 2004, WHOMEK 2004). Nykytietämyksen mukaan ehkäisytabletteja koskevat ikärajat ja vasta-aiheet koskevat myös ehkäisyrengasta ja -laastaria (WHOMEK 2004, Gaffield ym. 2006, Heikinheimo 2006). Myöskään *yläikärajaa* ei ohjeissa ole asetettu, mikäli nainen on terve, tupakoimaton ja normaalipainoinen, joskin Lääkärin käsikirjan vuoden 2004 painos nosti vielä 40 vuotta täyttäneiden yhdistelmäehkäisyn aloittajien ensisijaisvalmisteeiksi estradiolivaleraattia ja syprote-

roniasetaattia sisältävän, kardiovaskulaaririskien suhteen turvallisempaan pidetyn pillerin (Hirvonen ym. 1988). WHO asettaa yli 40-vuotiaat käyttäjät kategoriaan 2 ("menetelmän käytön edut yleensä ovat teoreettisia tai osoitettuja haittoja suuremmat"). Vuoden 1982 Lääkintöhallituksen ohjeissa 40 vuoden ikä oli vielä *ehdoton vasta-aihe* (*absolut contraindication*) yhdistelmäpillereiden käytölle. Nykyisin kuitenkin sekä tupakointi että ikä luetaan *suhteellisiin vasta-aiheisiin* (*relative contraindication*). Edellä mainittuihin kardiovaskulaaritapahtumien riskeihin liittyen *tupakoivien* naisten yläikärajana pidetään nykyisin kuitenkin yleisesti 35 vuotta (Duodecim 2004, Heikinheimo ja Lähteenmäki 2004). Viimeiset Lääkintöhallituksen ohjeet vuodelta 1982 pitivät tupakoivan naisen yläikärajana vielä 30 vuotta. WHO:n ohje luokittelee tilanteen kategoriaan 3 ("teoreettiset tai osoitetut riskit ovat yleensä menetelmän käytön etuja suuremmat"), jos 35 täyttänyt nainen tupakoi alle 15 savuketta vuorokaudessa, ja kategoriaan 4 ("menetelmän käyttöön liittyvät terveystriskit eivät ole hyväksyttävissä"), jos savukkeiden kulutus on tätä runsaampaa (taulukko 5, s. 97) (WHOMEK 2004). Ehdottomiksi vasta-aiheiksi luetaan yleisesti WHO:n kategorian 4 tilat. Kuitenkin etenkin olosuhteissa joissa mahdollisuudet kliiniseen arviointiin ovat rajalliset, voidaan luokittelu yksinkertaistaa siten, että kategorioissa 1 ja 2 ehkäisymenetelmän käytölle ei ole estettä ja kategoriat 3 ja 4 tarkoittavat käytön vasta-aihetta. (WHOMEK 2004).

Sekä Lääkärin käsikirja että WHO:n ohje asettivat vuonna 2004 yhdistelmäehkäisyn käytölle *verenpaineen* ylärajaksi 140/90 mmHg (WHO kategoria 3, \geq 160/100 kategoria 4). Vielä vuonna 1982 Lääkintöhallitus esitti verenpaineen ylärajaksi 150/100 mmHg. *Aurallinen migreeni* on WHO:n suosituksen mukaan ehdoton yhdistelmävalmisteiden käytön vasta-aihe. Lääkärin käsikirja esitti vuonna 2004 "fokaalisen tai crescendotyyppisen migreenin (klassinen muoto)" olevan valmisteiden käytön vasta-aihe (Duodecim 2004). Fokaalisen migreenin käsite vastaa nykyistä ilmaisua 'aurallinen migreeni'.

Taulukko 5 Yhdistelmähormoniehkäisyn suhteellisia ja ehdottomia vasta-aiheita Maailman terveysjärjestön luokituksen (WHOMEK 2004) mukaan.

Suhteelliset vasta-aiheet (WHO kategoria 3)	Ehdottomat vasta-aiheet (WHO kategoria 4)
Imetys, 6 viikkoa - 6 kk synnytyksestä Synnytyksestä alle 21 päivää (ei imetystä)	Imetys, alle 6 viikkoa synnytyksestä
Ikä vähintään 35 vuotta + tupakointi alle 15 savuketta päivässä	Ikä vähintään 35 vuotta + tupakointi 15 savuketta päivässä tai enemmän
Hallinnassa oleva verenpainetauti	Kohonnut verenpaine (systolinen 160 tai enemmän tai diastolinen 100 tai enemmän)
Kohonnut verenpaine (systolinen 140–159 tai diastolinen 90–99)	Iskeeminen sydänsairaus tai aivoverisuonisairaus
Aurattoman migreenin puhkeaminen käytön aikana	Sairastettu syvä laskimotukos
Auraton migreeni, ikä vähintään 35 vuotta	Suuret leikkaukset, joihin liittyy pitkä immobilisaatioaika
Oireinen sappikivitauti	Tiedossa oleva tukostaipumus
Diabetes, johon liittyy nefropatia, retinopatia tai neuropatia (tilan vakavuuden mukaan kategoria 3 tai 4)	Komplisoitunut sydämen läppävika
Diabetes ja muu vaskulaarisairaus tai DM yli 20 vuotta (tilan vakavuuden mukaan kategoria 3 tai 4)	Aurallinen migreeni
Aiemmin käyttöön liittynyt kolestaasi	Aurattoman migreenin puhkeaminen käytön aikana, ikä vähintään 35 vuotta
Lievä maksakirroosi	Rintasyöpä
Maksaentsyymitoimintaan vaikuttavien lääkkeiden käyttö	Aktiivinen virushepatiitti
	Vaikea-asteinen maksakirroosi
	Maksakasvaimet

Yhdistelmävalmisteita *aloitettaessa* tulee ehkäisyasiakkaan haastattelussa huolellisesti kartoittaa mahdolliset ehdottomat ja suhteelliset vasta-aiheet, kuten laskimotukostaipumus ensimmäisen asteen sukulaisella, tupakointi ja aurallinen migreeni. Lisäksi ehkäisyn aloittamiseen ja seurantaan on rutiininomaisesti liitetty usein lukuisia kliinisiä ja myös laboratoriotutkimuksia (Scott ja Glasier 2004, Bimla Schwarz ym. 2005). Taulukkoon 6 on koottu eri lähteistä ehkäisytablettien aloituksen yhteydessä suositeltuja tutkimuksia.

Taulukko 6 Suositellut alkututkimukset ehkäisytabletteja aloitettaessa eri lähteiden mukaan.

	Lääkintöhallituksen ohjekirje 1982	Lääkärin käsikirja 2004	WHOSPR 2004	IPPF 2004
Gynekologinen tutkimus	x	X		(x)
Verenpaine	x	X	x	x
Paino/BMI	x	X		x
Rintojen palpaatio	x	X		x
Irtosolunäyte		X		
ASAT	x (ks. teksti)			

Lääkintöhallituksen ohjekirjeen (1982) suosittamista tutkimuksista verenpaineen mittaus, painon määrittäminen sekä rintojen tutkimus kuuluivat terveydenhoitajan tehtäviin. Maailman terveysjärjestö suosittaa suomalaisohjeista poiketen vain verenpaineen mittausta, mikäli se on järjestettävissä (WHOSPR 2004).

Lääkintöhallituksen ohjekirje suositteli, että ehkäisypillerit aloittaneen naisen ensimmäisen seurantakäynnin tulisi toteutua terveydenhoitajan vastaanotolla ennen lääkärin määräämän kolmen kuukauden annoksen päättymistä. Mikäli sivuoireita ilmeni, käyttäjä tuli ohjata myös lääkärin vastaanotolle. Ennen ehkäisyn jatkamista annettiin ohjeeksi tutkia ensimmäistä kertaa yhdistelmäpillereitä käyttäviltä synnyttämättömiltä naisilta aminotransferaasiarvo (ASAT). Seuraava tarkistuskäynti suositeltiin tehtäväksi kuuden kuukauden kuluttua edellisestä. Pillereiden ilmaisjakelua suositettiin jatkettavan yhteensä yhdeksän kuukauden ajan. Myöhempiä seurantakäyntejä suositeltiin terveydenhoitajan luona puolen vuoden – vuoden välein ja lääkärin vastaanotolla yhden – kahden vuoden välein sekä aina, kun hoitaja katsoi lääkärin suorittaman tarkastuksen aiheelliseksi. Irterosolunäytteen ottoa suositeltiin kolmen vuoden välein.

WHO:n ohjeet suosittelevat yhdistelmäehkäisyn käyttäjien ensimmäistä seurantakäyntiä kolmen kuukauden kuluttua menetelmän aloituksesta ja sitten vähintään vuosittaisista seuranta- (WHOSPR 2004). Lääkärin käsikirja 2004 suositti ensimmäistä tarkastusta puolen vuoden kuluttua aloituksesta ja tämän jälkeen vuosittaisia seurantakäyntejä, alle 18-vuotiaille vielä tiheämmin (Duodecim 2004). Kumpikaan dokumentti ei ota kantaa siihen, kenen tulisi seurantakäynnit toteuttaa. Lääkärin käsikirja 2004 suositti painon ja verenpaineen määrittäystä sekä gynekologisen sisätutkimuksen ja rintojen palpaation suorittamista jokaisella seurantakäynnillä sekä klamydianäytteen ottoa rutiininomaisesti ensimmäisellä seurantakäynnillä kaikilta nuorilta ehkäisyn aloittajilta. Irterosolunäytteenotto katsottiin aiheelliseksi kahden – kolmen vuoden välein. WHO:n suositus korostaa seurantakäyntien neuvontaluonnetta, kuten mahdollisten haittavaikutusten käsittelyä, menetelmän oikean käytön varmistamista ja sukupuolitaudeilta suojautumista.

Laajalti käytetyn brittiläisen raskauden ehkäisyn käsikirjan ”*Contraception – your questions answered*” mukaan tarve vuosittaiseen gynekologiseen sisätutkimuk-

sen on lääketieteellinen myytti (Guillebaud 2009). Guillebaudin mukaan sisätutkimus tulisi suorittaa vain, mikäli siihen on kliiniset perusteet, kuten alavatsakipujen selvittäminen. On myös huomionarvoista, että yhdistelmäehkäisyn käyttäjillä esiintyy harvemmin sisätutkimuksessa mahdollisesti havaittavia tautitiloja, kuten munasarjakystia, endometrioosia, kohdunulkoisia raskauksia tai sisäsynnytintulehduksia, verrattuna esimerkiksi epäsäännöllisesti kondomiehkäisyä käyttäviin. Kirjoittaja ehdottaa luokittelemaan käyttäjät korkean riskin ryhmään (*'amber light' group*; etenkin WHO kategoria 3), jota seurataan mieluiten lääkärin toimesta puolen vuoden välein, sekä matalan riskin ryhmään (*'green light' group*), jossa seurannan toteuttaa koulutettu hoitaja (*family planning trained practice nurse*) puolen vuoden – vuoden välein. Guillebaud suosittaa korkean riskin ryhmässä ensimmäistä käyntiä aloituksen tai uuteen valmisteeseen siirtymisen jälkeen 1 – 3 kuukauden ja matalan riskin ryhmässä kolmen kuukauden kuluttua. Varhainen ensimmäinen kontrollikäynti tarjoaa tilaisuuden todeta ensi kuukausina ilmenevät haittavaikutukset, kuten verenpaineen nousun, aurallisen migreenin puhkeamisen tai jopa syvän laskimotromboosin.

Suomessa *vastuu* yhdistelmäehkäisyn määräämisestä on ollut *lääkärillä*, kuten muunkin lääkehoidon osalta. Ehkäisyneuvontaan perehtynyt hoitaja voi kuitenkin antaa huolellisen alkuhaastattelun jälkeen asiakkaalle esimerkiksi kolmen kuukauden aloituspakkauksen, mikäli vasta-aiheita ei ilmene (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes 2002). Asiakas ohjataan sitten seurantakäynnille lääkärin vastaanotolle, jolloin voidaan kirjoittaa resepti vuodeksi. Käytännössä monissa terveyskeskuksissa ehkäisyn aloittaminen on vaatinut käynnin lääkärin vastaanotolla.

Osana kansallista hanketta terveydenhuollon kehittämiseksi (STM 2002) käynnistyi 2000-luvun alkupuolella keskustelu terveydenhuollon ammattihenkilöstön työnjaon uudistamisesta. Monien vaiheiden jälkeen astui 1.7.2010 voimaan laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta (433/2010), jonka myötä voi terveyskeskuksen palveluksessa toimiva, kirjallisen määräyksen saanut sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai kättilö tarkoin määritellyn lisäkoulutuksen jälkeen määrätä tai jatkaa erikseen nimettyjä lääkehoitoja (*rajattu lääkkeenmäärääminen*). Hormonaalisten ehkäisyvalmisteiden osalta hoidon aloittaminen tulee olemaan mahdollista, kun kyseessä on alle 35-vuotias nainen, joskin tarkemmat sovel-

tamisohjeet sisältävä asetus oli lokakuussa 2010 vielä valmisteluvaiheessa (Päivi Kaartamo, STM, henkilökohtainen tiedonanto). Useissa maissa, kuten Ruotsissa, Hollannissa, Iso-Britannissa ja Irlannissa, hoitajilla on jo ollut mahdollisuus määrätä ehkäisyvalmisteita (Hardon 2003, Danielsson ja Sundström 2006, Hallituksen esitys Eduskunnalle...2009). Keskustelua on käyty esimerkiksi Yhdysvalloissa myös ehkäisytablettien siirtämistä käsikauppaluokasta saatavuuden helpottamiseksi (Grimes 1993, Trussell ym. 1993, Grossman ym. 2008). Etenkin kehitysmaissa ehkäisytabletteja onkin saatavilla apteekeissa ilman lääkemääräystä (Tatum ym. 2005).

2.8.3 Progestiini-ehkäisy

Progestiini-ehkäisy voidaan toteuttaa pelkkää keltarauhashormonia sisältävien pienimolekulaaristen *ehkäisytablettien* (ns. minipillereiden), ihon alle asetettavien *implanttien* (kapselien) tai lihaksensisäisesti annosteltavien *ehkäisyruiskeiden* (injektioiden) avulla. Keltarauhashormoni on keskeinen tekijä myös seuraavassa luvussa tarkemmin käsiteltävän kohdunsisäisen, levonorgestreelia vapauttavan ehkäisimen (ns. hormonikierukan) toiminnassa. Progestiini-aineiden teho perustuu ensisijaisesti kohdunkaulan liman koostumuksen muuttumiseen ja sen niukentumiseen, joka vaikeuttaa siittiöiden kulkua kohtuonteloon (Heikinheimo ja Lähteenmäki 2004, Amy ja Tripathi 2009). Ovulaatio voi häiriintyä ja osalla käyttäjistä estyä kokonaan. Progestiinin vaikutuksesta kohdun limakalvolla tapahtuvat muutokset vaikeuttavat lisäksi alkion kiinnittymistä. Desogestreeliä sisältävät pillerit, progestiini-injektiot (medroksiprogesteroniasetaatti, DMPA) ja etonogestreelikapselit estävät ovulaation useimmissa sykleissä (Amy ja Tripathi 2009).

Toisin kuin yhdistelmäehkäisytabletteja, yksinomaan progestiinia sisältäviä ehkäisytabletteja otetaan päivittäin ilman taukoja. "Minipillereiden" teholla on esitetty yhdistelmätablettien tehoa vastaavia tai hiukan huonompia Pearl-lukuja, esimerkiksi suomalaisessa oppikirjassa luku 0.5 virheettömässä käytössä (yhdistelmäehkäisytablettien 0.1, tyypillisessä käytössä molemmilla 3) (Heikinheimo ja Lähteenmäki 2004). Desogestreeliä sisältävien tablettien teho näyttää yhdistelmätabletteja vastaavalta (Mansour ym. 2010).

Suomessa on käytettävissä kaksi ehkäisyimplantaattivalmistetta, kolmeksi vuodeksi olkavarren ihon alle asetettava yhden kapselin etonogestreeliehkäisin (Implanon®, nyk. Nexplanon®) sekä kahden kapselin levonorgestreelivalmiste, jonka käyttöaika on viisi vuotta (Jadelle®). Kapseleiden asennus toteutetaan paikallispuudutuksessa steriilisti erityistä asetustekniikkaa noudattaen, minkä on katsottu edellyttävän erityiskoulutusta (Heikinheimo ja Lähteenmäki 2004, FSRH 2010b). Myös poistossa tarvitaan paikallispuudutusta ja toimenpide kestää yleensä asetusta kauemmin. Puutteellinen asetustekniikka saattaa tehdä kapseleiden poistosta tavanomaista hankalamman. Suomessa lääkäri suorittaa kapseleiden asetuksen ja poiston, mutta esimerkiksi Englannissa hoitaja voi asettaa kapselit (Ruddick ym. 2010). Kapseliehkäisyn teho on varsin hyvä, Mansourin ym. (2010) mukaan ensimmäisen vuoden Pearl-luku on 0–0,08. Kapseliehkäisy voi olla erityisen sopiva tietyissä käyttäjäryhmissä, kuten nuorilla naisilla, joilla on yhdistelmäehkäisyn vasta-aiheita tai runsaasti pillereiden unohtamisia (Lewis ym. 2010).

Lihakseen injisoitavista hormoniehkäisyvalmisteista Suomessa on markkinoilla medroksiprogesteroniasetaattivalmiste (DMPA), joka annostellaan kolmen kuukauden välein. Kapseliehkäisyn tavoin menetelmä on pilleriehkäisyä vähemmän altis käyttäjävirheille ja sen teho on hyvä (Pearl-luku Trussellin ym. ja Mansourin ym. mukaan 0–0,3 virheettömässä ja 0–3 tyypillisessä käytössä). Hedelmällisyys palautuu käytön lopettamisen jälkeen muita lääketieteellisiä menetelmiä hitaammin (Amy ja Tripathi 2009). Valmisteen käyttäjillä on lisäksi todettu alentunut luuntiheys eikäyttäjiin verrattuna ja vaikka nuorilla naisilla luuntiheys paranee menetelmän lopettamisen jälkeen, ei vielä ole tietoa, saavuttaako heidän luuntiheydessä vastaavan tason kuin ilman valmisteen käyttöä (Curtis ja Martins 2006). Toisaalta luuntiheyden muutosten kliininen merkitys on vielä epäselvä. Ehkäisyruiskeen käyttö on ollut Suomessa vähäistä (Heikinheimo ja Lähteenmäki 2004).

Progestiiniehkäisyn merkittävin *etu* on sen turvallisuus myös useilla niillä naisilla, joilla on yhdistelmäehkäisyn vasta-aiheita. Progestiiniehkäisyyn ei näytä esimerkiksi liittyvän kohonneen laskimotukoksen riskiä (Lidegaard ym. 2009). WHO:n mukaan ehdoton *vasta-aihe* (kategoria 4) on vain rintasyöpä. Suhteellisista vasta-aiheista (kategoria 3) keskeisimpiä ovat käytön aikana ilmenevä aurallinen migreeni, akuutti syvä laskimotukos tai keuhkoembolia, selvittämätön emätinverenvuoto

(kapselit ja DMPA), komplisoitunut diabetes tai muu vaskulaarisairaus (DMPA), aiemmin sairastettu rintasyöpä sekä maksakasvaimet ja aktiivinen virushepatiitti (WHOMEK 2004). Käytölle ei myöskään ole asetettu ikärajoja. Keskeinen progestiininimenetelmien *haittavaikutus* on lisääntynyt alttius vuotohäiriöihin, jotka voivat vaihdella amenorreasta pitkittyneisiin ja tihentyneisiin vuotoihin ja jatkuvaan tiputteluvuotoon. Vuotoprofiilin muutokset ovatkin merkittävin syy progestiiniehkäisyn keskeyttämiseen. Aloittajia tulee informoida vuotohäiriöiden mahdollisuudesta huolella. Muita tavallisia haittavaikutuksia ovat akne ja emättimen limakalvojen kuivuminen (Heikinheimo ja Lähteenmäki 2004).

Suomalaisissa lähteissä ei ole annettu erityisiä suosituksia progestiiniehkäisyn *aloitus- tai seurantakäytännöistä*, mutta esimerkiksi Lääkärin käsikirjan ohjeet ovat tulkittavissa siten, että progestiiniehkäisyyn voidaan soveltaa yhdistelmähormoniehkäisyn käytäntöjä. WHO:n ohjeissa katsotaan, että progestiinipillereiden aloittamisen jälkeen seurantakontakti on aiheellinen kolmen kuukauden kuluttua, mutta vuosittaisia rutiinikäyntejä ei tarvita. Kapseliehkäisyn käyttäjille ei ehdoteta rutiinimaista seurantaa lainkaan, mutta käyttäjät tulee ohjeistaa ottamaan herkästi yhteyttä haittavaikutusten tai muiden ongelmien ilmetessä, kuten muidenkin menetelmien kohdalla (WHOSPR 2004).

2.8.4 Kohdunsisäinen ehkäisy

Kohdunsisäinen ehkäisy voidaan toteuttaa Suomessa kuparikierukalla tai kohdunsisäisellä hormoniehkäisimellä (ns. hormonikierukka, engl. yleensä levonorgestrel-releasing intrauterine system, LNG-IUS). Kuparikierukassa tavallisesti t-kirjaimen muotoisen muovirungon varsiosaan (tai myös sakaroihin) on lisätty kuparilankaa. Hormonikierukasta puolestaan vapautuu kohtuonteloon progestiinia, levonorgestree-*liä*, joka vaikuttaa etenkin paikallisesti, mutta pieni määrä erittyy myös systeemivereenkiertoon. Levonorgestree-*liä* vapauttava T-muotoinen ehkäisin (Mirena®) on suomalaisen kehitystyön tulos (Thiery 2000).

Kuparikierukoiden *käyttöikä* vaihtelee mallista riippuen kolmesta kymmeneen vuoteen, hormonikierukan käyttöaika on viisi vuotta. Suomessa sekä yleisesti käytetyn kuparikierukan, NovaT 380®:n, että hormonikierukan (Mirena®) valmisteyh-

teenvedon mukainen käyttöaika on viisi vuotta. Tutkimusajankohdan jälkeen Suomen markkinoille on tullut myös erityisesti synnyttämättömille naisille suunniteltu kuparikierukka. Tätä käyttäjäryhmää ajatellen myös hormonikierukasta on kehitetty pienempi, kohtuonteloon tai kohdunkaulakanavaan asetettava malli (Pakarinen ja Luukkainen 2005), jota ei kuitenkaan ole toistaiseksi tuotu markkinoille. Myös rungottomia ja siten joustavia, joko kuparia sisältäviä tai levonorgestreeliä vapauttavia kohdunsisäisiä, kohtulihakseen kiinnitettäviä ehkäisimiä on kehitetty (Batar 2006, Wildemeersch 2007), mutta nämä ehkäisimet eivät ole Suomessa käytössä.

Sekä kupari- että hormonikierukan *teho* perustuu ensisijaisesti hedelmöittymisen estymiseen. Ne vähentävät kohdun kaulakanavan liman läpäisevien siittiöiden määrää. Kuparikierukka aiheuttaa kohdun limakalvolla steriilin vierasesinereaktion, mikä muuttaa kohdun ja munajohdinten sisältämän eritteen epäedulliseksi sulusoluille vähentäen siten hedelmöittymisen todennäköisyyttä (Sivin ja Batar 2010). Kuparikierukan ehkäisyteho perustuu vain toissijaisesti implantaation eli alkion kiinnittymisen estymiseen (Heikinheimo ja Lähteenmäki 2004, Ortiz ja Croxatto 2007). Hormonikierukka estää kohdun limakalvon kasvun ja aikaansaa sen muuttumisen implantaatiolle epäedulliseksi. Ehkäisimestä verenkiertoon vapautuva levonorgestreeli estää osalla käyttäjistä munasolun kehittymisen ja irtoamisen. Molemmat kohdunsisäiset ehkäisimet ovat varsin tehokkaita Pearl-indeksin ollessa kuparikierukalle 0.16–1.26 (kuparin pinta-ala yli 300 mm²) ja hormonikierukalle 0.09–0.11 (Trussell 2004, Mansour ym. 2010).

Kierukkaehkäisyä on perinteisesti pidetty ensisijaisesti synnyttäneiden naisten ehkäisymenetelmänä, ensisijaisesti kuparikierukkaan liitetyn kohonneen sisäsynnytintulehduksen riskin (Cramer ym. 1985, Daling ym. 1985) takia. Lisäksi kierukan asettaminen synnyttäneille naisille on helpompaa kuin synnyttämättömille. Etenkin nuorten naisten osalta on pelätty sisäsynnytintulehduksista mahdollisesti seuraavaa lapsettomuutta. Sittemmin infektioriski on todettu kohonneeksi lähinnä kierukan asettamisen jälkeen (Lee ym. 1983, Martinez ja Lopez-Arregui 2009), silloin kun menetelmää käyttävä nainen ei elä vakituisessa parisuhteessa (Lee ym. 1988) ja tiettyihin, markkinoilta poistuneisiin malleihin liittyen (Lee ym. 1983, Darney 2001), eivätkä synnyttämättömät naiset näytä olevan muita suuremmassa riskissä (Darney 2001, Hubacher ym. 2001). Kierukkaehkäisy ei lisää kohdunulkoisen raskauden ris-

kiä (Heikinheimo ja Lähteenmäki 2004). Kierukkaa käyttäneiden fertilitettiin vastaa muuta väestön hedelmällisyyttä (Skjeldestad 2008). Viimeaikaisten tutkimusten mukaan niin perinteisen kuparikierukan kuin hormonikierukan on katsottu soveltuvan myös synnyttämättömille naisille (Suhonen ym. 2004, Hubacher 2007, Prager ja Darney 2007, Society of Family Planning 2010). Hormonikierukan käyttö näyttää jopa vähentävän sisäsynnytintulehduksia (Heikinheimo ja Lähteenmäki 2004). Kierukkaehkäisy ei käytännössä kuitenkaan ole nuorten, synnyttämättömien naisten ensisijainen ehkäisymenetelmä, mutta se on silti tärkeä vaihtoehto, kun tarvitaan tehokasta raskauden ehkäisyä, mutta hormonaaliset menetelmät eivät sovellu käytettäväksi. WHO asettaa kierukan käytön synnyttämättömillä naisilla kategoriaan 2 (WHOMEK 2004). Turvallisen kuparikierukan käytön edellytyksenä on pidetty molemmin puolin uskollista parisuhdetta (Heikinheimo ja Lähteenmäki 2004).

WHO ei aseta kierukkaehkäisyn käytölle ehdottomia *ikärajoja*, mutta luokittelee alle 20 vuoden iän ja synnyttämättömyyden kategoriaan 2 ("menetelmän käytön edut yleensä ovat teoreettisia tai osoitettuja haittoja suuremmat") (WHOMEK 2004). Kierukan asettamisen ehdottomia *vasta-aiheita* ovat WHO:n mukaan selvittämätön emätinverenvuoto, todettu kohdunkaulan tai endometriumien karsinoma (eivät kuitenkaan lievät kohdunkaulan solumuutokset), kohdun poikkeava asento tai kohtuontelon tunkeutuvat myoomat, märkäinen kohdunkaulan tulehdus, klamydia- tai tippuri-infektio, sisäsynnytintulehdus, puerperaalisepsis sekä maligni trofoblastisairaus. Hormonikierukka on lisäksi vasta-aiheinen rintasyöpää sairastavilla ja esimerkiksi vakavien maksasairauksien, käytön aikana ilmenevän aurallisen migreenin ja akuutin syvän laskimotukoksen osalta WHO luokittelee menetelmän käytön kategoriaan 3 (WHOMEK 2004).

Molempien kierukoiden *asettaminen* voi olla kivuliasta ja kohdun supistelusta johtuvia kipuja voi esiintyä toimenpiteen jälkeen, etenkin jos ehkäisin sijaitsee liian alhaalla kohtuontelossa tai muutoin poikkeavassa asennossa. Potentiaalisesti vakava, mutta harvinainen *haittavaikutus* on ehkäisimen perforoituminen kohdun läpi, joka tavallisimmin tapahtuu juuri asetuksen yhteydessä. Perforaatioita on raportoitu esiintyvän 0.87–3 tuhatta asetusta kohti (Caliskan ym. 2003, Wildemeersch 2007). Myös kierukan spontaani poistuminen, ekspulsio, on mahdollinen. Muutoin kupari- ja hormonikierukan haittavaikutusprofiilit eroavat toisistaan selvästi. Kuparikieruk-

ka lisää kuukautisvuotoa keskimäärin 30 % ja voi hankaloittaa kuukautiskipuja (Amy ja Tripathi 2009). Vuodot voivat olla myös tavallista pidempiä ja tiputteluvuotoa voi esiintyä, mutta keskimäärin muutokset hemoglobiinitasossa ovat vähäisiä (Sivin ja Batar 2010). Hormonikierukan asettamisen jälkeen tiputteluvuoto on tavallista ensimmäisten 3–6 kuukauden ajan, mutta kohdun limakalvon asetuttua lepotilaan kuukautisvuodot yleensä niukkenevat selvästi ja jäävät jopa kokonaan pois joka viidennellä käyttäjällä (Heikinheimo ja Lähteenmäki 2004). Hormonikierukasta verenkiertoon vapautuva progestiini saattaa indusoida aknea, päänsärkyä, turvotusta, rintojen aritusta, mielialamuutoksia ja toiminnallisten munasarjakystien ilmaantumista (Heikinheimo ja Lähteenmäki 2004, Amy ja Tripathi 2009).

Molempien ehkäisimien huomattavana *etuna* on ehkäisyn tehokkuus ja sen riippumattomuus käyttäjästä. Monissa tilanteissa myös ehkäisyn pitkäkestoisuus on selvä hyöty. Hormonikierukka voi myös kuukautisvuotojen vähenemisen ja hemoglobiinitason paranemisen ohella vähentää kuukautiskipuja ja premenstruaalioireita sekä lievittää endometriosista aiheutuvia oireita (Pakarinen ja Luukkainen 2007, Käypä hoito 2009). Hormonikierukalla on ehkäisykäytön lisäksi myös hoidollinen indikaatio runsaiden kuukautisvuotojen hoidossa.

Kierukan *asettamisen ja poistamisen suorittaa* tehtävään koulutettu työntekijä (Sivin ja Batar 2010). IPPF:n ohjeiden mukaan kierukan voi asettaa lääkäri, kättilö, sairaanhoitaja tai muu asianmukaisesti koulutettu terveydenhuollon ammattilainen (IPPF 2004). Suomessa toimenpiteitä tekevät käytännössä yksinomaan lääkärit. Kierukan asettamisen opetus kuuluu lääkäreiden peruskoulutukseen, ja etenkin terveyskeskuksissa yleislääkärit asettavat kierukoita yleisesti. Mikäli kierukan asettamisessa on vaikeuksia, asiakas voidaan lähettää naistentautien poliklinikalle. Gynekologit ja yleislääkärit asettavat kierukoita myös yksityisvastaanotoillaan. Useissa maissa, kuten Ruotsissa, Hollannissa ja Yhdysvalloissa, myös hoitohenkilökunta asettaa kierukoita (Hardon 2003, Danielsson ja Sundstrom 2006, Harper ym. 2008). Asetus suoritetaan aseptisesti valmistajan asetusohjeita noudattaen.

Gynekologinen spekula- ja sisätutkimus on tarpeen kierukkaehkäisyä *suunniteltaessa* tulehdusten, kohdun asennon ja mahdollisten rakennepoikkeamien toteamiseksi (taulukko 7, s. 106). Myös sukupuolitautilien mahdollisuus tulee arvioida ja ot-

taa tarvittaessa näytteitä (IPPF 2004, WHOSPR 2004). WHO asettaa tautiriskin arvioinnin sisätutkimuksen ohella luokkaan A ("välttämätön ja pakollinen kaikissa olosuhteissa ehkäisymenetelmän turvalliselle ja tehokkaalle käytölle"). Lääkintöhallituksen ohjekirje vuodelta 1982 totesi, että "puhtausaste" voidaan varmistaa irtosolunäytteellä, mutta tutkimuksen ei kuitenkaan mainittu olevan edellytys ehkäisymen asettamiselle. Kuitenkin Lääkärin käsikirjan 2004 mukaan ennen kierukan asetusta tuli olla käytettävissä enintään vuoden vanha papa-koetulos normaalein sytologisiin löydöksiin (luokka I) ja mahdolliset tulehdukset hoidettuina (Duodecim 2004). WHOSPR 2004 asetti irtosolututkimuksen luokkaan C, johon luokiteltujen toimenpiteiden ei katsota merkittävästi edistävän menetelmän turvallista tai tehokasta käyttöä. Suositukset puoltavat hemoglobiinin määritystä ainakin asiakaskohtaisesti harkiten.

Taulukko 7 Suositellut alkututkimukset kuparikierukkaehkäisyä aloitettaessa eri lähteiden mukaan.

	Lääkintöhallituksen ohjekirje 1982	Lääkärin käsikirja 2004	WHOSPR 2004	IPPF 2004
Gynekologinen tutkimus	x	x	x (A)	x
Verenpaine	x	x		
Paino/BMI	x	x		
Rintojen palpaatio	x	x		
Irtosolunäyte	(x)	x		(x)
Hemoglobiini		x	x (B)	(x)

Lääkintöhallituksen ohjekirje 1982 suositti kierukan asetuksen jälkeen *jälkitaarkastusta* kolmen kuukauden kuluttua, ensisijaisesti terveydenhoitajan vastaanotolla. *Jatkoseurantaa* suositeltiin vuosittain ja mieluiten lääkärin toimesta, mikäli tähän oli terveyskeskuksessa riittävät resurssit. Lääkärin käsikirja 2004 määrittää rutiiniseurantakäyntien ajankohdat samalla tavalla ottamatta kantaa seurannan toteuttajaan (Duodecim 2004). Kierukan käyttäjä tulisi myös kirjan mukaan ohjeistaa ottamaan herkästi yhteyttä hoitavaan lääkäriin vaivojen ilmetessä. Kuparikierukan käyttäjien hemoglobiinitasoa tulisi lisäksi seurata ensimmäisen vuoden ajan. WHO suosittelee ensimmäistä seurantakäyntiä jo ensimmäisten kuukautisten jälkeen tai 3–6 viikon kuluttua insertiosta ja tämän jälkeen ottamaan herkästi yhteyttä tarvittaessa sekä kierukan poistamiseksi ajallaan, mutta ei ohjeista rutiiniseurantaa tällä välillä (WHOSPR 2004). IPPF:n ohjeistus samalta vuodelta kuitenkin suosittelee kolmen

kuukauden kohdalla tapahtuvan ensimmäisen seurantakäynnin jälkeen vuosittaisia rutiinikäyntejä sisätutkimuksineen (IPPF 2004).

2.8.5 Mekaaniset ja kemialliset estemenetelmät

Suomessa ylivoimaisesti yleisimmin käytetty estemenetelmä on *miehen kondomi* (*male condom*). Saatavilla on myös polyuretaanista valmistettu *naisen kondomi*. Ennen yhdyntää kohdunsuun suojaksi asetettava lateksista valmistettu *pessaari* on saatavissa tilauksesta, mutta sen käyttö vaatii oikean koon sovitusta. Pessaarin kanssa suositellaan spermisidin käyttöä. *Cervical cap* on laakeaa pessaaria tiiviimmin kohdunsuun ympärille asetettava ehkäisin, joka ei ole käytössä Suomessa. Myöskään spermisidiä sisältävä, polyuretaanista valmistettu *ehkäisysieni* ei ole enää markkinoilla. Siittiöitä tuhoavat aineet eli *spermisidit* ovat kemiallisia estemenetelmiä, joista Suomessa saatavilla vain nonoksinoli-9 sisältäviä emätinpuikkoja. Estemenetelmien *ehkäisyteho* ei miesten kondomia lukuun ottamatta ole kovin hyvä ja kondominkin käyttö vaatii huolellisuutta ollakseen tehokasta. Sille lasketut Pearl-luvut vaihtelevat välillä 2–15 (Trussell 2004, Mansour 2010), joista luku 2 vastaa virheetöntä käyttöä. Muiden estemenetelmien indeksit vaihtelevat välillä 5–32. Kondomin ehkäisytehoa parantaa samanaikainen spermisidin käyttö, mutta näiden säännöllinen yhtäaikaisten käyttö on harvinaista (Oakley ja Bogue 1995).

Yleisimmän estemenetelmän, kondomin, keskeinen *etu* on sen *sukupuolitaudeilta suojaava vaikutus*, josta on näyttöä etenkin miehen kondomin osalta. Kondomin suojateho on merkittävä ainakin HIV-infektiota, tippuria ja klamydiaa vastaan (Weller ja Davis 2009, Batar ja Sivin 2010). Kondomin käyttöä suositellaan yleisesti niin sanotun *kaksoisehkäisyn* (*double protection*) osana: raskauden ehkäisy toteutetaan esimerkiksi ehkäisytabletteilla ja sukupuolitaudeilta suojautuminen kondomilla (Tripp ja Viner 2005). Kondomin ja muiden estemenetelmien käytön rajoittuminen yhdyntätilanteisiin on etu silloin, kun ehkäisyn tarve ei ole säännöllinen. Kondomin saatavuus on hyvä eikä käytön aloittaminen tai seuranta vaadi terveydenhuollon apua. Kondomi antaa myös miehelle mahdollisuuden ottaa vastuuta ei-toivotulta raskaudelta ja sukupuolitaudeilta suojautumisesta. Kondomin käytölle ei ole lateksiallergiaa lukuun ottamatta vasta-aiheita, ja myös lateksittomia kondomeita on markkinoilla.

Kondomin ja muiden estemenetelmien käytön liittyminen yhdyntätilanteisiin voi olla myös ongelmallista: menetelmän tulee olla saatavilla kun sitä tarvitaan ja se tulee asettaa huolellisesti paikoilleen ennen yhdyntää. Kondomi voi myös aiheuttaa kokemuksen tuntoherkkyyden vähenemisestä, mikä voi muodostua esteeksi asianmukaiselle käytölle. Kondomia käyttäneet raportoivat kokeneensa melko tavallisesti ongelmia menetelmän käytössä, kuten ehkäisimen luiskahtamisen pois paikoiltaan tai sen hajoamisen (Virjo ja Virtala 2003, Kirkkola ym. 2005). Siksi kaikki kondomia pääasiallisena ehkäisymenetelmänä käyttävät tulisi ohjeistaa käyttämään tarvittaessa *jälkiehkäisyä* varamenetelmänään (Käypä hoito 2006b).

Kondomia voidaan pitää *nuorten* ensimmäisenä ja tärkeimpänä ehkäisymenetelmänä, koska ehkäisyn tarve on usein sukupuolielämän alkuvaiheissa epäsäännöllistä ja huonosti ennakoitavaa ja koska sukupuolitaudeilta suojautuminen on raskauden ehkäisyn ohella keskeistä (Kosunen 2002). Kondomin käytöstä tulisikin Kosusen mukaan luopua vasta vähintään puoli vuotta kestäneessä suhteessa. Kaksoisehkäisy olisi erityisen tärkeää silloin, kun sukupuolielämä on vakiintumatonta. Kondomin ohella muutkin estemenetelmät, kuten pessaari, voivat soveltua *vanhemmille naisille*, joilla raskauden alkaminen on jo biologisesti epätodennäköisempää, joilla on mahdollisesti hormonaalisen ehkäisyn vasta-aiheita ja jotka ovat motivoituneita menetelmän käyttöön (Amy ja Tripathi 2009).

2.8.6 Muut menetelmät

Jälkiehkäisyillä tarkoitetaan ehkäisyä yhdynnän jälkeen, mutta ennen implantaatiota eli alkion kiinnittymistä kohdun limakalvoon (Bastianelli ym. 2008). Se on muiden menetelmien, etenkin kondomiehkäisyn, varamenetelmä, jota tarvitaan ehkäisyn epäonnistuuessa tai suojaamattoman yhdynnän jälkeen. Jälkiehkäisy toteutetaan tavallisimmin *hormonivalmistein*. Yleisimmin käytetään *levonorgestreelia* 1.5 mg:n kerta-annoksella, joka otetaan mieluiten 12 tunnin, mutta viimeistään 72 tunnin kuluessa suojaamattomasta yhdynnästä (Käypä hoito 2006b). Levonorgestreelivalmiste (Norlevo®) vapautettiin Suomessa itsehoitoon vuonna 2002 (Sihvo ym. 2003). Alle 15-vuotias tarvitse edelleen lääkkeen käyttöön lääkärin määräyksen. Vuonna 2009 apteekkeihin tuli uudentyyppinen, lääkemääräystä edellyttävä jälkiehkäisyvalmiste (EllaOne®), jossa vaikuttavana aineena on selektiivinen progesteronireseptorin mo-

dulaattori, *ulipristaaliasetaatti* (30 mg). Valmistetta voidaan käyttää viiteen vuorokauteen asti suojaamattomasta yhdynnästä ja sen teho on vähintään levonorgestreenin veroinen (Glasier ym. 2010). Keskeinen vaikutus molemmilla valmisteilla on ovulaation estyminen tai viivästyminen (Bastianelli ym. 2008). Levonorgestreeli estää tehokkaasti raskauden ennen ovulaatiota, mutta ei enää ovulaation tapahduttua (Novikova ym. 2007) tai munasolun hedelmöityttyä (Noe ym. 2010). Valmisteille ei ole vasta-aiheita (raskautta lukuun ottamatta). Tavanomaisia haittavaikutuksia ovat päänsärky ja pahoinvointi (Glasier ym. 2010). *Kuparikierukalla* jälkiekhäisy voidaan toteuttaa viiteen vuorokauteen asti suojaamattoman yhdynnän jälkeen (Zhou ja Xiao 2001). Kierukka voidaan haluttaessa jättää paikoilleen, jolloin menetelmän etuna on samalla alkava pitkäaikainen, luotettava ehkäisy. Antibioottisuoja on harkittava, jos infektoriski on ilmeinen. On suositeltavaa käyttää kierukka, jossa on kuparia yli 300 mm². Kierukan vasta-aiheet ovat samat niin jälki- kuin pitkäaikaisessakin ehkäisyssä. (Käypä hoito 2006b, Bastianelli ym. 2008).

Jälkiekhäisyvalmisteiden *tehon* luotettava arviointi on vaikeaa ja perustuu arvioon siitä, kuinka moni nainen tulisi raskaaksi ilman interventiota. Levonorgestreelia käyttäneillä laskennalliseksi suojaksi on arvioitu 85 % ja kuparikierukan 98–99.9 % (Käypä hoito 2006b, Bastianelli ym. 2008). Väestötasolla jälkiekhäisy ei näytä toisittaiseksi vähentäneen raskaudenkeskeytyksiä (Sihvo ym. 2003, Glasier ym. 2004, Polis ym. 2010). Onkin arvioitu, että ainakin levonorgestreenin osalta aiemmat arviot tehosta ovat olleet liian optimistisia (Glasier ym. 2010). Siitä huolimatta jälkiekhäisyn tulee olla helposti saatavilla tarvittaessa. Jälkiekhäisyvalmisteen etukäteisjakelulla tarvittaessa käytettäväksi ei ole havaittu haitallisia vaikutuksia seksuaalikäytännön tai sukupuolitautilien ilmaantuvuuteen (Polis ym. 2010).

Jälkiekhäisyn *hyödyntämisessä* on keskeistä paitsi terveydenhuollon ammattilaisten myös väestön tietämyksen kohentaminen. Suomessa väestön tiedoissa jälkiekhäisystä ja sen potentiaalisesti tehokkaasta käyttöajasta on todettu puutteita (Virjo ym. 1999), joskin nuorten tyttöjen keskuudessa tietotaso on ollut hyvä (Falah Hassani ym. 2007). Perusterveydenhuollon tulisi osaltaan pyrkiä kohentamaan väestön tietoutta jälkiekhäisystä. Huolimatta siitä, että keskeinen jälkiekhäisyvalmiste on saatavilla ilman reseptiä, *terveyskeskuksissa* tulisi olla valmius jälkiekhäisyn toteuttamiseen mahdollisimman nopeasti (Käypä hoito 2006b). Käypä hoito -ohje suosit-

taa, että jälkiekhäisyypillerit annettaisiin tarvittaessa kaikista päivystysyksiköistä ja keskeisistä terveyskeskusten toimipisteistä, kuten koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta ja perhesuunnitteluneuvoloista. Erityisesti alle 15-vuotiaiden jälkiekhäisyyn toteuttaminen ja heidän jatkoekhäisystään huolehtiminen kuuluvat terveyskeskusten tehtäviin. Apteekkien tulisi lisäksi ohjata kaikki alle 18-vuotiaat jälkiekhäisyyn hakijat terveyskeskukseen jälkitarkastukseen ja jatkoekhäisyyn suunnitteluun (Käypä hoito 2006b). Käypä hoito -suosituksen mukaan terveyskeskuksissa tulisi olla valmius kuparikierukan asetukseen myös jälkiekhäisyaiheella.

Traditionaalisiin tai luonnollisiin ehkäisymenetelmiin (traditional/natural family planning methods) kuuluvat rytmimenetelmä ja muut "hedelmällisten" ja "varmojen" päivien tunnistamiseen perustuvat menetelmät (*fertility awareness methods, periodic abstinence*). Usein myös *keskeytetty yhdyntä (withdrawal)* luetaan tähän ryhmään kuuluvaksi. Hedelmälliset päivät voidaan pyrkiä tunnistamaan kuukautiskierron ajankohdan perusteella (*rytmimenetelmä*), seuraamalla peruslämmön muutoksia (*peruslämpömenetelmä*), kohdunkaulaliman muutoksia (*Billingsin ovulaatiomenetelmä*) tai molempia viimeksi mainittuja (*symptotermialinen metodi*) (Heikinheimo ja Lähtenmäki 2004, Freundl ym. 2010). Hedelmällisinä päivinä yhdyntästä joko pidättyäytään tai käytetään estemenetelmiä. Menetelmien *teho* riippuu ratkaisevasti käyttäjästä. Pearlina luvut näille metodeille vaihtelevat eri lähteissä välillä 0.3–40 (Heikinheimo ja Lähtenmäki 2004, Freundl ym. 2010).

Myös *imetysehkäisy (lactational amenorrhea method, LAM)* voidaan lukea luonnollisiin menetelmiin. Säännöllinen täysimetys (tai lähes täysimetys) antaa yli 98 %:n suojan raskaudelta ensimmäisten kuuden kuukauden ajan synnytyksen jälkeen, jos kuukautiset eivät ole alkaneet (Kennedy ym. 1989, van der Wijden ym. 2005). Tässä yhteydessä täysimetyksellä tarkoitetaan tilannetta, jossa lapsi ei saa mitään nestettä tai kiinteää ruokaa imetyksen lisäksi eikä edes tuttia käytetä imemisen tarvetta tyydyttämään (Speroff ja Mishell 2008). Imetyskertojen väli saisi olla päivällä enintään neljä ja yöllä kuusi tuntia (Viisainen 1999).

Naisen tai miehen *sterilisaatio* on pysyväksi tarkoitettu ehkäisymenetelmä, jota voidaan suunnitella kun lapsiluku on täynnä ja erityisesti jos muut menetelmät eivät sovellu käytettäväksi. Vuonna 1970 asetettu ja 1985 uudistettu *steriloimislaki*

(24.4.1970/283) mahdollistaa sterilisaation yhden lääkärin päätöksellä, kun nainen on synnyttänyt tai hänellä on yksin tai yhdessä aviopuolionsa kanssa kolme lasta tai hän on täyttänyt 30 vuotta. Sterilisaatio on mahdollinen kahden lääkärin päätöksellä, jos raskaus olisi vaaraksi hakija hengelle tai terveydelle tai mahdollisuudet ehkäistä muulla tavoin ovat epätavallisen huonot. Lisäksi sterilisaatio voidaan tehdä tietyissä erityistilanteissa, joissa yleensä tarvitaan lupa Valvirasta. Sterilisaatiota suunnitteleva voi hakeutua terveyskeskuslääkärin vastaanotolle tai perhesuunnittelu- tai ehkäisyneuvolaan, jossa lääkäri antaa asiaan kuuluvan neuvonnan ja lähettää hakijan edelleen toimenpidesairaalaan. Kahden lääkärin päätöstä vaativissa tilanteissa terveyskeskuslääkäri toimii lausunnonantajana. Aviopuolisolle tulisi varata mahdollisuus osallistua neuvontaan, jotta voidaan harkita, kummalle toimenpiteen tekeminen on tarkoituksenmukaisempaa. Puolison suostumusta ei kuitenkaan tarvita.

Naiselle sterilisaatio tehdään usein laparoskopiateitse asettamalla munanjohtimiin puristimet päiväkirurgisena toimenpiteenä (Heikinheimo ja Lähtenmäki 2004, Beerthuizen 2010). Laparoskopian jälkeen verenvuoto- tai infektiokomplikaatioita esiintyy 2–10 %:lla, mutta vakavat komplikaatiot ovat harvinaisia. Laparoskoopiassa sterilisaatiossa ehkäisyteho alkaa välittömästi. Suomessa on yleistymässä transkervikaalinen, hysteroskooppinen sterilointi metallisella mikroimplantilla (Essure®) (HALO-ryhmä 2008). Menetelmässä viedään paikallispuudutuksessa kohtutähystimen avulla mikroimplantti molempiin munanjohtimiin, joiden tukkeuduttua kolmen seuraavan kuukauden aikana saavutetaan ehkäisyteho. Tähänastisessa seurannassa menetelmä on ollut turvallinen ja hyvin siedetty (HALO-ryhmä 2008, Savolainen ym. 2009). *Miehelle* sterilisaatio (*vasektomia*) tehdään yleensä paikallispuudutuksessa joko avoleikkauksena, jossa poistetaan siemenjohtimista molemmin puolin pienet palat, tai veitsettömällä "*no-scalpel*"-tekniikalla (Heikinheimo ja Lähtenmäki 2004, Michielsen ja Beerthuizen 2010). Vasektomiaan liittyy naisen laparoskoopiasta sterilisaatiota vähemmän komplikaatioita (Amy ja Tripathi 2009). Muuta ehkäisyä tulee käyttää, kunnes siemennesteanalyysillä varmistetaan, että spermasta ei löydy eläviä siittiöitä. Tämä tilanne on todettavissa noin kolmen kuukauden kuluttua toimenpiteestä (Duodecim 2006).

Sterilisaation raskautta ehkäisevä *teho* riippuu käytetystä tekniikasta. Heikinheimon ja Lähtenmäen mukaan sterilisaatio pettää 0.4–1 %:lla naisista. Essure®-

tekniikalla 60 kuukauden seurannassa 1–2 naista tuhannesta tuli raskaaksi (Beerthuizen 2010). Vasektomiolla ei saavuteta siittiöiden häviämistä spermasta tai partneri tulee toimenpiteestä huolimatta raskaaksi 0–2 %:ssa tapauksia (Michielsens ja Beerthuizen 2010). Sterilisaation *purku* ei aina palauta hedelmällisyyttä ja sen onnistumisprosentti riippuu käytetystä sterilisaatiotekniikasta vaihdellen naisen laparoskopisen sterilisaation osalta välillä 25–85 % (Heikinheimo ja Lähteenmäki 2004, Beerthuizen 2010). Hysteroskooppista menetelmää käytettäessä munanjohdinten avaaminen ei ole mahdollista (Beerthuizen 2010). Vasektomian purun jälkeen raskaus saa alkunsa 30–60 %:ssa tapauksia (Michielsens ja Beerthuizen 2010).

2.8.7 Raskauden ehkäisy synnytyksen jälkeen

Suomessa kiinnitettiin 1990-luvun lopulla huomiota raskaudenkeskeytysten lisääntymiseen 1–2 edellisen vuoden aikana synnyttäneiden keskuudessa ja seksuaaliterveyspalveluita arvioivassa raportissa painotettiin synnytyksen jälkeisen raskauden ehkäisyn tärkeyttä (Poikajärvi ja Mäkelä 1998). Raskaudenkeskeytyksen riski on sittemmin todettu kohonneeksi erityisesti 6–8 kuukautta synnytyksen jälkeen (Vikat ym. 2002), mikä viittaa puutteisiin ehkäisyn toteutumisessa vaiheessa, jossa imetyksen osuus vähenee lapsen alkaessa saada lisäruokaa. Synnytyksen jälkeisen ehkäisyn ongelmia on tunnistettu myös useissa muissa maissa (Glasier ym. 1996, Ross ja Winfrey 2001, Vikhlyaeva ym. 2001). Vaikkei suunnittelematon raskaus johtaisikaan raskauden keskeyttämiseen, lyhyellä aikavälillä tapahtuviin synnytyksiin liittyy kohonnut riski perinataalisiin ongelmiin, kuten ennenaikaiseen synnytykseen (Conde-Agudelo ym. 2006, DaVanzo ym. 2007, DeFranco ym. 2007), ja myös äidin terveys voi olla uhattuna (Conde-Agudelo ym. 2007). Lasten syntyminen suunnittelematta hyvin lyhyin väliajoin voi aiheuttaa perheessä myös pitkäaikaisia psykososiaalisia ja taloudellisia ongelmia (Kosunen 2006a) ja jopa lisätä perheväkiväkivalta-kokemuksia (Jacoby ym. 1999). Siten kliinikkoja onkin ohjeistettu suosittelemaan ainakin 12 kuukauden intervallia raskauksien välillä (DeFranco ym. 2007), mikä korostaa raskauden ehkäisystä huolehtimisen tärkeyttä. Tanskalaisutkimuksen mukaan pian toisiaan seuraavat raskaudet ovat yleensä suunnittelemattomia (Kaharuza ym. 2001).

Vaikka sukupuolielämän palautuminen synnytyksen jälkeen on hyvin yksilöllistä, merkittävä osa synnyttäneistä naisista aloittaa yhdynät kuuden viikon kuluessa synnytyksestä (Connolly ym. 2005, Egbuonu ym. 2005, Speroff ja Mishell 2008). Kahden terveyskeskuksen äitiysneuvoloissa kerättyyn aineistoon perustuvassa pirkanmaalaistutkimuksessa neljä viidesosaa osallistujista oli aloittanut sukupuolielämän kolmen kuukauden kuluessa (Kosunen 2006b). Mikäli nainen ei imetä, ovulatio on mahdollinen jo neljän viikon kuluttua synnytyksestä (Campbell ja Gray 1993). Säännöllinen, lapsentahtinen täysimetys voi antaa luotettavan suojan raskaudelta pisimmillään puoleksi vuodeksi, mikäli kuukautiset eivät ole alkaneet (ks. luku 2.8.6). Imetysehkäisyn käyttö edellyttää asiakkaan huolellista perehdyttämistä menetelmän käyttöön ja valmiutta siirtyä käyttämään muuta ehkäisyä, kun vaadittavat edellytykset eivät enää täyty (Viisainen 1999). Oikein ohjattuna imetysehkäisy voi edesauttaa imetystä ja antaa aikaa pohtia jatkoehkäisyä (Viisainen 1999, Peterson ym. 2000). Suomessa kuitenkin täysimetyksen keskimääräinen kesto on ollut lyhyt, vuonna 2006 julkaistussa tutkimuksessa 1.4 kuukautta (Erkkola ym. 2006), joten useimmat naiset tarvitsevat muita ratkaisuja raskauden ehkäisemiseksi jo ensimmäisten synnytyksen jälkeisten viikkojen jälkeen.

Luonteva ajankohta raskauden ehkäisystä keskustelemiseen ja tarvittaessa ehkäisyn aloittamiseen on synnytyksen jälkitarkastus, joka useimmiten tapahtuu terveyskeskuksen äitiysneuvolassa 5–12 viikkoa (tavallisesti 6–8 viikkoa) synnytyksen jälkeen. Lähes kaikki synnyttäjät käyvät jälkitarkastuksessa, sillä käynnillä saatava todistus on edellytys Kansaneläkelaitoksen maksaman vanhempainrahan myöntämiselle (STAKES 2008). Useimmiten synnyttänyt äiti tapaa jälkitarkastuksen yhteydessä sekä terveydenhoitajan tai kättilön että lääkärin. Keskustelu raskauden ehkäisystä kuuluu hoitajan vastaanoton keskeiseen sisältöön (Sairaanhoitajan tietokannat 2010). Lopullinen ratkaisu ehkäisyn aloittamisesta voidaan tehdä tämän jälkeen lääkärin vastaanotolla (Lääkärin tietokannat 2010a). Suomessa ei ole annettu varsinaista hoitosuositusta synnytyksen jälkeisestä raskauden ehkäisystä. Aihetta käsitteleviä ohjeita on kuitenkin muun muassa Stakesin äitiysneuvolasuosituksissa (Viisainen 1999), Lääkärin ja Sairaanhoitajan käsikirjassa ja tietokannoissa sekä asiantuntija-artikkeleissa (Perheentupa 2004, Suhonen 2010), mutta ohjeet eivät ole täysin yhteneviä ja jopa tietokantojen sisällä esiintyy näkemys- tai painotuseroja.

Useimmat raskauden ehkäisymenetelmät voidaan aloittaa myös imettäville äideille jo jälkitarkastuksen yhteydessä, joskin käytännöt ja suositukset menetelmien aloitusajankohdista vaihtelevat jonkin verran. Vain *yhdistelmähormoniehkäisy* suositellaan yleisesti aloitettavaksi vasta imetyksen päätyttyä tai ainakin vauvan tultua puolen vuoden ikään (Viisainen 1999, WHOMEK 2004). WHO luokittelee yhdistelmäehkäisyn aikavälillä 6 viikkoa – 6 kuukautta kategoriaan 3 ja tämän jälkeen kategoriaan 2. Kuitenkin esimerkiksi brittiläisissä suosituksessa yhdistelmäehkäisyä pidetään mahdollisena kuuden viikon kuluttua täysimettävälläkin naisella, jos muut menetelmät eivät sovellu tai ole saatavilla ja imetys on vakiintunut; erityisesti hyödyt saattavat ylittää mahdolliset haitat, jos imetys on osittaista (FSRH 2009c). Lääkärin käsikirjan ohjeiden mukaan yhdistelmäehkäisyn voisi aloittaa kuuden kuukauden kohdalla tai kuukautisten käynnistyttyä (Duodecim 2004, Lääkärin tietokannat 2010a). Keskeinen syy yhdistelmäehkäisyn välttämiseen on sen epäily maidoneritystä ja siten imetyksen kestoa vähentävä vaikutus (Diaz ja Croxatto 1993, WHO 2008c). Kuitenkin imetysaikaisesta hormoniehkäisystä tehdyn Cochrane-katsauksen mukaan tutkimustietoa on käytettävissä liian vähän selkeän näyttöön perustuvan suosituksen antamiseksi (Truitt ym. 2005). Yhdistelmävalmisteilla ei ole havaittu vaikutusta lapsen kasvuun. Naiset, jotka eivät imetä, voivat aloittaa yhdistelmäehkäisyn kolmen viikon kuluttua synnytyksestä (WHOMEK 2004).

Minipillerit, kapseliehkäisy ja progestiini-injektiot suositellaan aloitettaviksi imettäville naisille kuusi viikkoa synnytyksen jälkeen (Viisainen 1999, WHOMEK 2004, Perheentupa 2004). Uusimpien WHO:n suositusten mukaan progestiiniehkäisy voidaan aloittaa välittömästi synnytyksen jälkeen, jos nainen ei imetä (WHOMEK 2009) ja UKMEC-suositusten mukaan välitön aloitus on mahdollinen myös imettäville naisille (FSRH 2009b). *Kierukkaehkäisyn* aloittamisen suhteen suomalaiset ohjeet ja käytännöt ovat poikenneet kansainvälisistä suosituksista, joista useimmat katsovat niin kupari- kuin hormonikierukankin asettamisen mahdolliseksi neljän viikon kuluttua synnytyksestä (WHOMEK 2004, FSRH 2007, FSRH 2009c). Suomalaisissa ohjeissa on esitetty aikarajaksi tavallisesti 6–8 viikkoa synnytyksestä (Viisainen 1999, Duodecim 2004). Vaikutelma kuitenkin on, että kierukan asetus tapahtuu usein vasta 6–8 kuukautta synnytyksen jälkeen (Perheentupa 2004), vaikakakaan tutkimustietoa ei käytännöistä ole ollut. Taustalla lienee ajatus erityisesti asetustoimenpiteeseen liittyvästä kohdun perforaation riskistä, jonka on esitetty ole-

van koholla synnytyksen jälkeen (Caliskan ym. 2003) ja erityisesti, jos nainen imettää (Andersson ym. 1998), jolloin kohtu on tavanomaista pienempi ja hauraampi (Suhonen 2010). Toisaalta kierukkaehkäisyyn turvallisuudesta neljän viikon kuluttua synnytyksestä on näyttöä (Mishell ja Roy 1982, Chi ym. 1989), kierukan asetus imettävälle naiselle voi olla helpompaa ja kivuttomampaa (Chi ym. 1989) ja kierukkaehkäisyä on jopa erityisesti suositeltu imettäville (van der Wijden ym. 2005). Suomessakin suositukset ja myös asiantuntijamielipiteet ovat olleet ristiriitaisia (Elomaa 1997, Perheentupa 2004, Heinonen 2007). Myös kierukan varhaiseen ja imetyksen aikaiseen asetukseen liberaalisti suhtautuvat asiantuntijat suosittelivat usein noudattamaan toimenpiteessä erityistä varovaisuutta. Suomessa ei ole omaksumattua käytäntöä asettaa kierukka välittömästi synnytyksen jälkeen.

Kondomiehkäisy soveltuu hyvin käytettäväksi etenkin ennen edellä mainittujen lääketieteellisten ehkäisy menetelmien aloittamista. Koska imettävän naisen hedelmällisyys on alentunut ensimmäisten viikkojen aikana synnytyksen jälkeen, epäluotettavampienkin menetelmien, kuten kondomin, luotettavuus on hyvä (Perheentupa 2004). Kuitenkin jälkiehkäisyyn – tarvittaessa myös kuparikierukalla – käytöstä varamenetelmänä on tarpeen informoida kaikkia kondomia käyttäviä. Imetysamenorrea aikana matalan estrogeenipitoisuuden aiheuttamasta limakalvoatrofiasta ja siihen liittyvästä limakalvojen kuivuudesta ja ärsytysherkkyydestä on myös aiheellista kertoa ja opastaa tarvittaessa vesiliukoisten liukastusvoiteiden ja/tai paikallisten estrogeenivalmisteiden käyttöön (Perheentupa 2004, STAKES 2008).

2.8.8 Ehkäisyvälineiden kustannukset

Hormonaaliset ehkäisyvalmisteet hankitaan Suomessa pääsääntöisesti *lääkemääräyksellä* apteekista ja ne jäävät siten pitkälti käyttäjän itse kustannettaviksi. Kuparikierukka ei vaadi lääkemääräystä, mutta hormonikierukka ja kapselit ovat reseptivalmisteita. Ehkäisyvalmisteet eivät Suomessa kuulu sairausvakuutusjärjestelmän (KELA-korvattavuuden) piiriin, koska järjestelmä koskee vain sairauden hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä. Poikkeuksena kuitenkin peruskorvattavia ovat etinyyliestraadiolia ja syproteroniasetaattia sisältävä yhdistelmäehkäisytabletti ja hormonikierukka silloin, kun kyseessä on sairauden hoito: aknen hoidossa em. yhdistelmävalmiste ja runsaiden tai pitkäkestoisten kuukautisvuotojen tai kuukautiskipujen hoito hor-

monikierukalla. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön antamien ohjeiden mukaan sairauden hoidoksi kunnallisessa terveydenhuollossa asetettava kierukka kuuluu julkisen terveydenhuollon kustannettavaksi (Hurskainen ja Tapper 2006).

Useimpien yhdistelmäpillereiden kolmen kuukauden pakkauksen *apteekkihintaa* sijoittuu (vuonna 2010) noin 16 ja vajaan 40 euron väliin. Ehkäisyrenkaan ja -laastarin käyttö kolmen kuukauden ajan maksaa noin 40 euroa. Progestiinipillereiden hinta kolmen kuukauden ajalle vaihtelee vajaan kymmenestä runsaaseen 30 euroon. Kuparikierukan hinta on mallista riippuen noin 65–140 euroa. Hormonikierukka on jonkin verran kuparikierukkaa kalliimpi (n. 160 euroa). Myös ehkäisykapseleiden kertaostohinta on korkeahko, noin 190 euroa, mutta kustannukset jakautuvat 3 tai 5 vuodelle. Kondomien hinta vaihtelee suunnilleen välillä 0.40–2.50 euroa/kpl. Kun ehkäisyvalmisteiden hintoja verrataan toisiinsa vuoden käytön aiheuttamien kustannusten mukaan, kuparikierukkaehkäisy on kustannuksiltaan kaikkein edullisinta ja se on kuulunut kustannustehokkaimpien ehkäisymenetelmien joukkoon myös kansainvälisissä arvioissa (Sonnenberg ym. 2004, Trussell ym. 2009).

Läkelain (395/1987) mukaan *terveyskeskuksista voidaan maksutta luovuttaa raskauden ehkäisyneuvontaan käytettäviä lääkkeitä*. Ehkäisyä aloitettaessa moni terveyskeskus on perinteisesti antanut käyttäjälle ilmaisen aloituspakkauksen esimerkiksi ehkäisytableteista. Myös ensimmäinen kupari- tai hormonikierukka saateetaan joissain terveyskeskuksessa asettaa kustannuksitta tai apteekkihintaa edullisemmin. Ilmaisjakelukäytännöt pohjautuvat terveyskeskusten ehkäisyneuvontaa takavuosina linjanneisiin Lääkintöhallituksen ohjekirjeisiin, jotka ohjeistivat antamaan asiakkaalle ehkäisyvälineitä maksutta sopivan menetelmän löytämiseksi ja sen käyttöön totuttautumiseksi. Vuoden 1982 ohjekirjeen mukaan pillereiden alkuannos (yhteensä yhdeksän kuukauden ajaksi), spermisidivoide, kondomipakkaus tai pesaari sekä ensimmäinen kierukka tuli antaa asiakkaalle ilmaiseksi. Vuonna 2006 julkaistu valtakunnallinen terveyden edistämisen laatusuositus (STM 2006b) ohjeisti edelleen terveyskeskuksia antamaan aloitettavan ehkäisyvälineen ilmaiseksi. Vuonna 2007 seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma suositti kaikkien ehkäisyvälineiden (myös kondomien) ilmaisjakelua kaikille alle 20-vuotiaille sekä synnytyksen ja raskaudenkeskeytyksen jälkeen (STM 2007). Tutkimus-

tietoa terveyskeskusten toteuttamista ilmaisjakelukäytännöistä ei ole ollut käytettävissä ennen tämän tutkimuksen tekemistä.

2.8.9 Raskaudenkeskeytys

Raskaudenkeskeytys suoritetaan nykyisin useimmiten lääkkeellisenä keskeytyksenä ja kirurgisten keskeytysten (imukaavinta) osuus on nopeasti vähentynyt (THL 2009a) (ks. luku 2.3.2). Suomessa suositeltu lääkkeellisen keskeytyksen menetelmä on antiprogestiinin (mifepristonin) ja prostaglandiiniin (misoprostoli) yhdistelmä (Käypä hoito 2007). Tavallisimmin keskeytys toteutetaan polikliinisesti keskeytys-sairaalassa. Lääkkeellinen keskeytys voidaan toteuttaa myös osin kotona (Duodecim 2009). Lääkkeelliseen keskeytykseen liittyy kirurgista korkeampi välittömien komplikaatioiden riski (verenvuoto, raskauden epätäydellinen keskeytyminen), mutta vakavat komplikaatiot ovat harvinaisia keskeytystavasta riippumatta (Niinimäki ym. 2009b). Käypä hoito -suosituksen mukaan komplikaatioita sujunut raskaudenkeskeytys ei heikennä hedelmällisyyttä eikä lisää spontaanin keskenmenon tai kohdunulkaisen raskauden riskiä. Kuitenkin kirurgisen raskaudenkeskeytyksen pitkäaikaisvaikutuksina on kuvattu kohonnut enneaikaisen synnytyksen, sikiön pienipainoisuuden ja etisen istukan riski (Käypä hoito 2007, Brown ym. 2008, Shah ym. 2009). Lääkkeellisen keskeytyksen pitkäaikaisvaikutuksista ei toistaiseksi ole tutkimustietoa (Käypä hoito 2007).

Tutkimustieto psykiatrisista ongelmista raskaudenkeskeytyksen jälkeen on ristiriitaista (Thorp ym. 2003, Gissler ym. 2005, Charles ym. 2008). Psykkisten ongelmien riski ja tuen tarve on otettava huomioon etenkin, jos hakijalla on ollut aiemmin mielialaongelmia, päätös raskaudenkeskeytyksestä on ollut vaikea tai siihen on liittynyt painostusta, toivottu raskaus on keskeytetty sikiöindikaatiolla, keskeytysajan kohta on myöhäinen tai taustalla on hedelmättömyyshoitoja tai taloudellisia ja sosiaalisia ongelmia (Käypä hoito 2007, Charles ym. 2008, Lie ym. 2008). Keskustelu ei-toivotusta raskaudesta ja keskeytys suunnitelmista ennen toimenpidettä edistää raskaudenkeskeytykseen jälkeistä psyykkistä toipumista (Käypä hoito 2007). Eri-tyistä huomiota on kiinnitettävä alaikäisten tukemiseen. Lääkärin ja terveydenhoitajan antaman tuen lisäksi voidaan hyödyntää esimerkiksi terveyskeskuspsykologin, psykiatrisen erikoissairaanhoitajan, sosiaalityöntekijän tai teologin tarjoamaa kes-

kusteluapua. Varsinkin nuorella ei-toivottu raskaus ja raskaudenkeskeytys voivat olla osa ongelmallista elämäntilannetta ja merkki riskikäyttäytymisestä (Käypä hoito 2007). Nuorilla on myös vanhempia naisia suurempi riski toistuviin keskeytyksiin ja riski on kohonnut myös synnyttäneiden, tupakoivien ja aiemmin keskeytyksen kokeneiden keskuudessa (Heikinheimo ym. 2008). Erityisesti näiden naisten tukemiseen ja tehokkaaseen raskauden ehkäisyyn tulisi panostaa niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa.

Ehkäisyn aloittaminen heti keskeytyksen jälkeen vähentää uusintakeskeytyksen riskiä (Heikinheimo ym. 2008). Käypä hoito -suosituksen mukaan yhdistelmä- tai progestiiniehkäisy voidaan aloittaa heti keskeytyksen jälkeen ja kierukka asettaa toimenpiteen yhteydessä (kirurginen keskeytys) tai ensimmäisten kuukautisten aikana. Välittömästi keskeytyksen jälkeen aloitettuun kierukkaehkäisyyn liittyy suomalaistutkimuksen mukaan pienin toistuvan keskeytyksen riski (Heikinheimo ym. 2008). Kierukan asetus keskeytyksen yhteydessä vähentää uusintakeskeytyksen tarvetta muihin ehkäisymenetelmiin verrattuna (Goodman ym. 2008).

3 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA HYPOTEEESIT

Tutkimuksen yleistavoitteena oli tutkia terveyskeskusten seksuaaliterveyspalveluiden (raskauden ehkäisyneuvonta, sukupuolitautilien seulonta ja hoito, raskaudenkeskeytyshoidon järjestäminen, seksuaalineuvonta) tarjontaa ja palveluiden toteuttamistapoja Tampereen yliopistollisen sairaalan eristyisvastuualueen terveyskeskuksissa.

Yksilöityinä tavoitteina oli tutkia,

- 1) millaisia ovat palveluiden järjestämistavat terveyskeskustasolla,
- 2) millaisia ovat toimintakäytännöt erityisesti ehkäisyneuvontapalveluiden osalta,
- 3) miten toteutuu palvelutarjonnan tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus,
- 4) millainen on ehkäisyneuvontapalveluiden rakenteellinen ja lääketieteellinen laatu palveluntuottajien antaman tiedon avulla arvioituna ja
- 5) mitkä tekijät ovat yhteydessä laadukkaaseen palvelutarjontaan.

Tutkimuksen lähtökohtana oli kirjallisuuskatsauksessa kuvattu havainto edeltävän vuosikymmenen aikana tapahtuneesta raskauden keskeytysten ja sukupuolitautilien lisääntymisestä. Kun samanaikaisesti perusterveydenhuollossa ja yhteiskunnassa oli tapahtunut suuria muutoksia (väestövastuujärjestelmään siirtyminen, valtakunnallisen normiohjauksen korvautuminen informaatio-ohjauksella, talouslama), oli herännyt ajatus palveluiden heikkenemisestä negatiivisen kehityksen syynä.

Koska tutkimukseen perustuvaa tietoa terveyskeskusten seksuaaliterveyspalveluiden järjestämisestä ennen tutkimusajankohtaa vuonna 2005 ei ollut käytettävissä, tutkimuksella ei voitu osoittaa luotettavasti palvelutarjonnassa ja sen sisällössä mahdollisesti tapahtunutta muutosta. Siksi tutkimuksen päätavoite oli *kuvata palveluiden tilanne tutkimusajankohtana*.

Koska kuitenkin väestövastuujärjestelmän yleistymisen on toistuvasti julkisuudessa esitetty johtaneen toimivan ehkäisyneuvolaverkoston purkautumiseen, tietotaidon häviämiseen toiminnan hajauttamisen seurauksena, palveluiden laadun hei-

kentymiseen ja raskaudenkeskeytysten lisääntymiseen, osahypoteeseiksi *ehkäisyneuvontapalveluiden* osalta muodostuivat:

- 1) "keskitetysti palveluita tarjoavia ehkäisyneuvoloita on terveyskeskuksissa vähän"
- 2) "väestövastuulääkäreiden tarjoamien ehkäisyneuvontapalveluiden laatu on huonompi"

Käytännön terveyskeskustyön perusteella oletettiin, että raskaudenkeskeytystä hakeva asiakas ohjataan useimmissa terveyskeskuksissa lääkärin (päivystys-) vastaanotolle eikä esimerkiksi ehkäisyneuvolaan. Oletukseksi raskaudenkeskeyttämiin liittyvien palveluiden osalta muodostui:

- 3) "raskaudenkeskeytystä hakevat asiakkaat ohjataan ensisijaisesti lääkärin vastaanotolle"

Keskeisimmän hoidettavissa olevan sukupuolitaudin, klamydian, seulonnasta ei ennen tutkimusajankohtaa ollut annettu valtakunnallista suositusta. Käytännön terveyskeskustyöhön perustuva kokemus oli, että klamydiainfektion tartunnan jäljitykseen osallistuu harvoin muita ammattilaisia kuin potilasta hoitava lääkäri ja että partnereiden tavoittaminen tavataan jättää potilaan itsensä tehtäväksi. *Sukupuolitautien* osalta oletuksena oli:

- 4) "klamydiainfektion suunnitelmallinen seulonta ei ole yleistä"
- 5) "klamydiainfektion tartunnan jäljitys on yleisesti potilaan vastuulla"

Seksuaalineuvonnan toteutumista kartoitettiin tutkimalla, kuinka monessa terveyskeskuksessa työskenteli seksuaalineuvojakoulutuksen saanut henkilö. Arkikokemukseen perustuvana lähtöoletuksena *seksuaalineuvonnan* osalta oli:

- 6) "seksuaalineuvojia on terveyskeskuksissa vähän".

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

4.1 Tutkimusasetelma ja tutkimuskohde

Tutkimus oli empiirinen kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus, jossa tiedonkeruu toteutettiin *kyselytutkimuksena* itse täytettävillä lomakkeilla. Tutkimuksen lähtökohdiana oli laaja seksuaaliterveyden käsite (WHO 2006a), mutta seksuaaliterveyspalvelut rajattiin tarkoittamaan raskauden ehkäisyneuvontaa, raskaudenkeskeytyshoitoa, sukupuolitautilien seulontaa ja hoitoa sekä seksuaaliterveyden neuvontaa, joiden lisäksi käsiteltiin yksittäisiä seksuaalikasvatukseen kuluvia kysymyksiä. Muita käsitteitä sovelletaan kirjallisuuskatsauksen luvuissa 2.1.4–2.1.6 määritellyillä tavoilla.

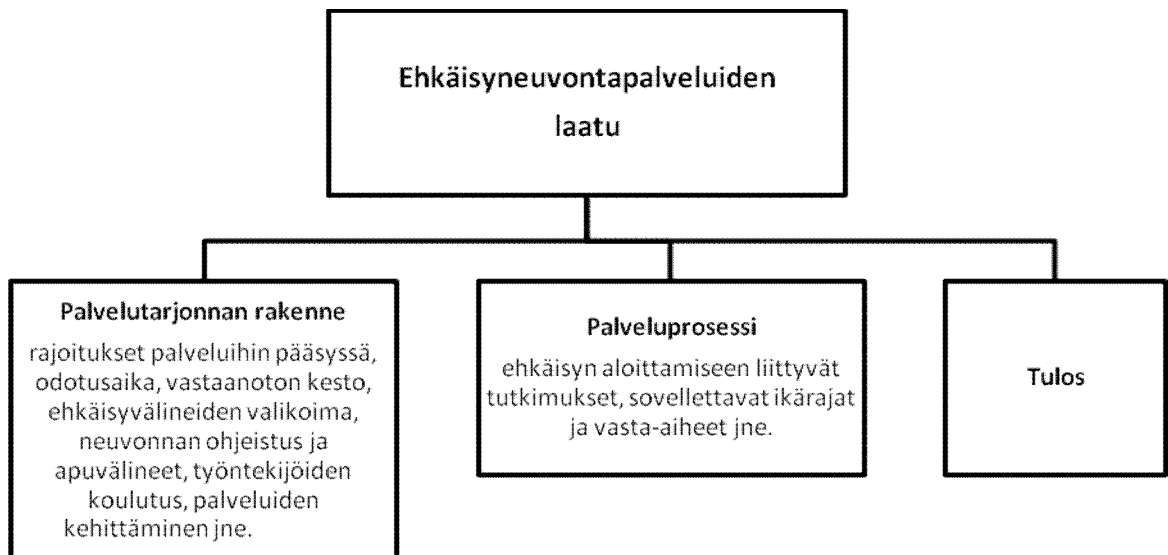
Tutkimuskohteen muodostivat kaikki Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen terveyskeskukset, joita tutkimusajankohtana syksyllä 2005 oli yhteensä 63 (liite 4). Alueella toimii viisi sairaanhoitopiiriä: Pirkanmaan, Päijät-Hämeen, Kanta-Hämeen, Vaasan ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit (liite 5). Vuonna 2005 alue kattoi 107 kuntaa. Terveyskeskukset valittiin tältä alueelta, koska tutkimusyksikössä oli jo aiemmin luotu terveyskeskusten kanssa koulutuksesta vastaavien lääkärin yhteistyöverkosto. Verkoston avulla kyettiin selvittämään luotettavasti ja melko yksinkertaisesti ne terveyskeskusten toimijat, joille kyselylomakkeet oli tarkoitus suunnata. Kyselylomakkeisiin vastasivat terveyskeskuksen johtava lääkäri ja hoitotyön johtaja sekä ehkäisyneuvontatyöhön eniten perehtyneet lääkärit ja hoitajat.

4.2 Teoreettinen viitekehys

Tutkimuksessa käytettiin kansainvälisen perhesuunnittelujärjestö International Planned Parenthood Federation (IPPF) esittämää, seksuaali- ja lisääntymisoikeuksiin ja Brucen-Jainin klassiseen malliin perustuvaa viitekehystä (IPPF 2004) lähtökohdiana tarkasteltaessa tekijöitä, joista laadukkaat seksuaaliterveyspalvelut muodostuvat (taulukko 4, s. 78). Malli tarkastelee palveluiden tarjoamista toisaalta asiakkaan ja toisaalta työntekijän (palvelujen tarjoajan) näkökulmasta ja siinä laadukkaiden palveluiden edellytyksenä nähdään *asiakkaan oikeuksien ja työntekijän tarpeiden* toteutuminen.

Taulukossa 4 on harmaalla korostettu ne osa-alueet, joita tutkimuksessa kartoitettiin, joko osittain tai kattavasti. Pääpaino oli asiakkaan oikeudessa päästä palveluiden piiriin (asiakkaan oikeudet 2), asiakkaan oikeudessa valita (3) ja oikeudessa turvallisuuteen (4). Palveluihin pääsy nähtiin kuitenkin laajemmin ja myös konkreettisemmalla tasolla kuin IPPF:n esittämänä. Palveluihin pääsyn (*access*) ja saatavuuden (*accessibility*) monista ulottuvuuksista tutkimuksessa käsitellään erityisesti palveluiden taloudellista ja hallinnollista saavutettavuutta. Ehkäisymenetelmien saatavuuteen liittyen kartoitettiin mahdollisia sitä rajoittavia lääketieteellisiä esteitä (*medical barriers*), erityisesti sovellettavia ikärajoja ja vasta-aiheita suhteessa käytettävissä olleisiin suosituksiin, mahdollisia prosesseihin liittyviä esteitä ja myös palveluntarjoajalle asetettuja ammatillisia vaatimuksia. Tutkimus ei kattanut kaikkia taulukossa 4 esitettyjä hyvän laadun osatekijöitä, kuten terveyskeskuspalveluiden yleiseen järjestämiseen liittyviä asioita (palveluiden luottamuksellisuus, asiakaspalautteen kerääminen) tai fyysisiä olosuhteita terveyskeskuksessa.

Ehkäisyneuvontapalveluiden laadun osatekijöitä tarkasteltiin tutkimuksessa Avedis Donabedianin klassisen mallin (Donabedian 1988) mukaisesti. Siinä potilaan saaman hoidon (tässä: palvelun) laatua (*quality of care*) voidaan arvioida kolmen eri elementin osalta: rakenne (*structure*), prosessi (*process*) ja tulos (*outcome*) (kuvio 2). Palveluiden rakenne nähtiin laajana, useita eri hyvän palveluprosessin edellytyksiä kuvaavana kokonaisuutena ja siihen sisällytettiin myös palveluihin pääsyn (*access*) käsite. Laadun osatekijöitä on kuvattu kuviossa 2. Palveluiden rakenteen osalta seksuaaliterveyspalveluiden laatua kartoitettiin osatöissä **I**, **II**, **V** ja prosessien (käytäntöjen) sisältöä ja laatua on kuvattu osatöissä **III** ja **IV**.



Kuvio 2 Ehkäisyneuvontapalveluiden laadun osatekijät.

4.3 Kyselyiden toteuttaminen

4.3.1 Kyselylomakkeet

Kyselylomakkeet (liite 6) laadittiin erikseen kaikille neljälle vastaajaryhmälle. Teknisenä apuvälineenä hyödynnettiin internetin välityksellä toimivaa kysely- ja tiedonkeruusovellusta (Webropol Real Time Analyzer, Webropol Oy, Suomi, <http://w3.webropol.com/finland>). Lomakkeet sisälsivät strukturoituja, puolistrukturoituja ja avoimia kysymyksiä terveyskeskusten raskauden ehkäisyneuvonnasta, sukupuolitautien torjunnasta, raskaudenkeskeytyshoidosta ja seksuaalineuvonnasta sekä -kasvatuksesta. Lääkäri- ja hoitajaesimiehiltä kysyttiin erityisesti tietoja palveluiden järjestämistavoista terveyskeskuksessa. Lääkäreiltä ja hoitajilta tiedusteltiin ammatilliseen taustaan ja työnkuvaan liittyvien taustatekijöiden ohella palveluiden saatavuutta, toteuttamista ja sisältöä yksityiskohtaisemmin. Lomakkeissa oli varattu runsaasti tilaa täydentäville kommentteille. Kysymysten kokonaismäärä oli johtavien lääkäreiden lomakkeessa 38, hoitotyön johtajien lomakkeessa 40, lääkäreiden lomakkeessa 56 ja hoitajien lomakkeessa 63. Lääkäreille ja hoitajille suunnatut kyselylomakkeet testattiin tutkimusalueen ulkopuolisilla ehkäisyneuvolatyötä tekevillä

koevastaaajilla (n = 12 ja n = 8). Lomakkeita muokattiin saadun palautteen perusteella.

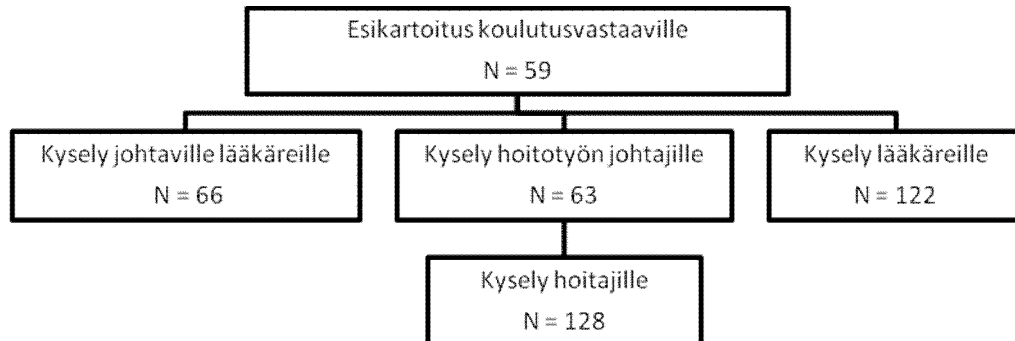
Lomakkeet käännettiin ruotsiksi lähetettäväksi suomenkielisten versioiden ohella kaksi- ja ruotsinkielisiin terveyskeskuksiin (n = 8). Kääntämisen toteutti Tampereen yliopiston Kielikeskuksen kääntäjä. Lisäksi käännöksiä muokkasivat ja erityis-sanastoa tarkastivat tutkijan ohella kaksi kaksikielistä (suomi ja ruotsi) lääkäriä.

4.3.2 Kyselyiden lähettäminen

Aineisto kerättiin syyskuun 2005 ja tammikuun 2006 välisenä aikana terveyskeskusten työntekijöille henkilökohtaisesti suunnatuilla sähköpostikyselyillä. Ensimmäisessä vaiheessa terveyskeskusten koulutusvastaaville lähetetyllä sähköpostikyselyllä selvitettiin ehkäisyneuvontapalveluiden järjestämistapa pääpiirteissään sekä vastaajien (johtavien lääkäreiden, hoitotyön johtajien sekä ehkäisyneuvontaan eniten perehtyneiden lääkäreiden) nimet ja sähköpostiosoitteet (kuvio 3). Verkostoon kuulumattomien (n = 4) ja vastaamattomien terveyskeskusten tiedot kerättiin puhelimitse ja apuna käytettiin myös terveyskeskusten internetsivuja. Toisessa vaiheessa kysely lähetettiin johtaville lääkäreille, hoitotyön johtajille (johtava hoitaja, ylihoitaja tai osastonhoitaja, joka vastasi ehkäisyneuvontatyöstä) sekä ehkäisyneuvontatyötä tekeville lääkäreille. Kolmannessa vaiheessa kysely lähetettiin hoitajille sen jälkeen, kun hoitajavastaajien nimet ja yhteystiedot oli saatu hoitotyön johtajille suunnatun kyselyn yhteydessä.

Johtaville lääkäreille ja hoitotyön johtajille lähetettiin kuhunkin terveyskeskukseen molemmille yksi lomake. Poikkeuksena kuitenkin suurimpaan terveyskeskukseen Tampereelle kysely lähetettiin ylimmän johdon lisäksi kolmelle alueylilääkärille ja kahdelle alueylihoitajalle. Johtavien lääkäreiden kyselylomakkeita lähetettiin kaikkiaan siis 66 (kuvio 3). Näistä 11 oli johtavia lääkäreitä, jotka saivat myös ehkäisyneuvontatyötä tekeville lääkäreille suunnatun lomakkeen, ja heille lähetettiin johtavien lääkäreiden lomakkeesta versio, jossa annettiin mahdollisuus vastata vain erikseen merkittyihin keskeisimpiin 12 kysymykseen. Näille johtaville lääkäreille ei myöskään lähetetty toista uusintakyselyä johtavien lääkäreiden kyselyn osalta. Kos-

ka kahdessa terveyskeskuksessa ei ollut lainkaan hoitotyön esimiestä, hoitotyön johtajien lomakkeita lähetettiin yhteensä 63.



Kuvio 3 Kyselyiden lähettäminen 63 terveyskeskukseen eri vastaajaryhmille.

Lääkäreille ja hoitajille kyselylomakkeet lähetettiin lähtökohtaisesti kunnittain. Lomakkeet lähetettiin kuitenkin useammalle lääkärille ja hoitajalle, jos ehkäisyneuvontaa toteutettiin kunnassa useassa toimipaikassa. Tällöin kysely lähetettiin yhdelle lääkärille ja hoitajalle kutakin alkavaa 8 000 asukasta kohden. Kuntayhtymäkunnissa raja-arvo oli 11 000 asukasta. Raja-arvot muodostettiin terveyskeskusten kokoja-kauman ja palveluiden järjestämistapojen kokonaisuuden perusteella.

Suuriin terveyskeskuksiin (väestöpohja yli 50 000), joissa oli useampi kuin yksi keskitetty toimipiste (Tampere, Lahti, osin Hämeenlinna), lähetettiin lomakkeet kunkin toimipisteen työntekijöille. Kahteen pienimpään, alle 1 200 asukkaan kuntaan sekä kuntaan, jossa ei tutkimushetkellä työskennellyt yhtään lääkäriä, ei lähetetty kyselyjä lääkärille ja hoitajalle. Kaikki kolme olivat terveyskeskuskuntayhtymien jäsenkuntia, joten tiedot niistä saatiin kuitenkin terveyskeskustasolla. Kaikkiin lääkäreille lähetettiin 122 ja hoitajille 128 kyselylomaketta (kuvio 3).

Kyselylomakkeet lähetettiin vastaajille henkilökohtaisen sähköpostiviestissä olevan linkin kautta. Lomakkeet saattoi halutessaan myös tulostaa vastaamista varten. Jos sähköpostiyhteyttä ei ollut tai ilmoitettu osoite ei toiminut, lähetettiin lomake paperiversiona palautuskuorella varustettuna (lääkärit n = 6, hoitajat n = 19). Vastaamatta jättäneille lähetettiin kaksi uusintakyselyä noin kahden viikon välein, joista jälkimmäinen sähköisen lomakkeen ohella postitettiin myös paperiversiona. Webro-

pol-ohjelmisto mahdollisti vastausaktiivisuuden ajantasaisen seurannan ja uusintakyselyt voitiin suunnata vain kyselyyn vastaamattomille.

Kyselyt toteutettiin ei-anonyymisti, jotta mahdollisesti puuttuvia ratkaisevia tietoja olisi ollut mahdollisuus myöhemmin täydentää puhelimitse vastaaja- tai terveyskeskuskohtaisesti. Käytäntö esitettiin ja perusteltiin vastaajille kyselyn saatekirjeessä. Kyselyyn vastaaminen tulkittiin käytännön hyväksymiseksi.

4.3.3 Vastausaktiivisuus ja vastausten laatu

Kyselyiden eteneminen ja vastausaktiivisuus 63 terveyskeskuksessa on esitetty taulukossa 8. Kokonaisuudessaan vastausten laatu oli hyvä ja puuttuvia tietoja oli vähän. Yksittäisten kysymysten kohdalla (erityisesti johtavien lääkäreiden kyselyssä ehkäisyneuvontakäyntien tilastoimista koskevat kysymykset) kysymysmuotoilu osoittautui vaikeaselkoiseksi ja nämä tulokset jätettiin analyyseistä pois.

Terveyskeskusten *koulutusvastaaville* lähetettyihin 59 esikartoituskyselyyn saatiin 44 (75 %) vastausta yhden uusintakyselyn jälkeen (taulukko 8, s. 127). Verkoostoon kuulumattomien (n = 4) ja vastaamattomien (n = 15) terveyskeskusten vastaavat tiedot kerättiin puhelimitse ja apuna käytettiin myös terveyskeskusten internetsivuja. *Johtaville lääkäreille* lähetettyihin yhteensä 66 kyselylomakkeeseen saatiin kahden uusintakyselyn jälkeen 51 (77 %) vastausta. Tampereen kaupungin terveyskeskuksesta saadut kolme vastausta yhdistettiin yhdeksi koko terveyskeskusta koskevaksi vastaukseksi. Siten saadut 49 vastausta kattoivat 78 % tutkimusalueen terveyskeskuksista. Kaikki ne kyselyyn vastanneet johtavat lääkärit, joille lähetettiin myös ehkäisyneuvontatyötä tekevien lääkäreiden kysely ja joille tarjottiin mahdollisuutta vastata johtavien lääkäreiden kysymyksiin valikoidusti, vastasivat kaikkiin kysymyksiin. *Hoitotyön johtajien* kyselyyn saapui kahden uusintakyselyn jälkeen 60 vastausta 63:sta, jolloin vastausaktiivisuudeksi muodostui 95 prosenttia. Kun Tampereelta saadut kolme vastausta yhdistettiin, saadut 58 vastausta kattoivat 95 % niistä 61 terveyskeskuksesta, joissa oli hoitotyön johtaja tai muu hoitotyön esimies, joka toimi myös ehkäisyneuvontaa toteuttavien hoitajien esimiehenä. Kaikista 63 terveyskeskuksesta laskettuna vastausaktiivisuus oli 92 prosenttia.

Ehkäisyneuvontatyötä tekeviltä *lääkäreiltä* saatiin yhteensä 84 vastausta (69 %) 122 lähetettyyn kyselyyn kahden uusintakyselykierroksen jälkeen. Yksi vastaus jouduttiin hylkäämään, koska vain vastaajan taustatietoja koskeviin kysymyksiin oli vastattu. Siten vastausprosentiksi muodostui 68 %. Saadut vastaukset edustivat 78 % tutkimusalueen terveyskeskuksista ja 70 % kunnista. Ehkäisyneuvontatyötä tekeviltä *hoitajilta* kertyi kaikkiaan 118 vastausta (92 %) yhteensä 62 (98 %) terveyskeskuksesta ja 96 (90 %) kunnasta. Kolme lääkäriä ja yksi hoitaja toimi useamman kuin yhden kunnan alueella.

Taulukko 8 Kyselyiden eteneminen ja vastausaktiivisuus 63 terveyskeskuksessa.

	Koulutus- vastaavat	Johtavat lääkärit	Hoitotyön johtajat	Lääkärit	Hoitajat
Lähetettyjen lomakkeiden kokonaismäärä	59	66	63	122	128
Ensimmäisen kyselyn lähettämispäivä	22.8.05	23.9.05	27.9.05	27.10.05	7.11.05
Vastausten määrä I kyselykierroksen jälkeen	28	32	30	43	85
Vastaus-% I	47 %	48 %	48 %	35 %	66 %
Vastausten määrä II kyselykierroksen jälkeen	44	38	52	58	99
Vastaus-% II	75 %	58 %	83 %	48 %	77 %
Vastausten määrä III kyselykierroksen jälkeen	-	51	60	83 (84) ¹	118
Vastaus-% III	-	77 %	95 %	68 %	92 %
Viimeisen kyselykierroksen päättämispäivä	26.9.05	9.12.05	22.12.05	9.1.06	9.1.06
Paperilomakkeella annetut vastaukset	-	8 (12 %)	6 (10 %)	28 (34 %)	40 (34 %)
Edustetut terveyskeskukset	44 (75 %)	49 (78 %)	58 (92 %) ²	49 (78 %)	62 (98 %)
Edustetut kunnat (yhteensä 107)				75 (70 %)	96 (90 %)

¹ Yhtä puutteellista vastausta ei tallennettu.

² 95 % laskettuna niistä 61 terveyskeskuksesta, joissa oli hoitotyön esimies.

4.3.4 Kyselyiden tekninen toteutuminen

Kyselyiden toteuttaminen Webropol-sovelluksella toimi hyvin, ja vain pari yksittäistä vastaajaa raportoi teknisistä ongelmista. Kolmen hoitotyön johtajan, kuuden lääkärin ja kuuden hoitajan sähköpostiosoite osoittautui toimimattomaksi, tai vastaanottaja ei tehnyt oletettua työtä terveyskeskuksessa. Hoitotyön johtajan kyselyn saaneet vastaanottajat käänsivät viestin suoraan oikealle taholle. Muiden osalta selvitet-

tiin oikea sähköpostiosoite, lähetettiin kysely paperilomakkeella tai valittiin tilalle uusi vastaaja. Suurin osa vastaajista antoi tiedot Webropol-sovelluksen kautta, mutta vastaustavoissa oli eroa esimies- ja työntekijävastaajien kesken (taulukko 8, s 127.). Johtavista lääkäreistä ja hoitotyön johtajista noin joka kymmenes palautti vastauksensa paperilomakkeella, kun lääkäreistä ja hoitajista vastasi perinteisellä tavalla kolmannes.

4.3.5 Katoanalyysi

Johtavien lääkäreiden kyselyssä vastaus jäi saamatta 14 terveyskeskuksesta. Vastaamattomia terveyskeskuksia oli suhteellisesti selvästi eniten Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä (neljä viidestä) ja määrällisesti eniten Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä (viisi 22:sta) ($p = 0.017$ kaikkien viiden sairaanhoitopiirin kesken). Vastanneiden terveyskeskusten väestöpohja oli keskimäärin 20 415 ja vastaamattomien 14 737 asukasta, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p = 0.527$). Erot ryhmien välillä lääkäreiden väestövastuun, kuntahallinnon (yhden kunnan terveyskeskus vs. kuntayhtymäterveyskeskus) tai kielen suhteen eivät myöskään olleet merkittäviä. Sen sijaan 15–24-vuotiaiden osuus alueen väestöstä oli merkitsevästi pienempi vastaamattomissa terveyskeskuksissa (10.3 vs. 11.6 %, $p = 0.005$) ja suhteellinen velkaantuneisuus pienempi (33.4 vs. 41.3 %, $p = 0.050$).

Hoitotyön johtajien kyselyssä vastaukset jäivät puuttumaan kahdesta terveyskeskuksesta, joissa ei ollut hoitotyön esimiestä sekä kolmesta muusta terveyskeskuksesta, joista hoitotyön johtaja ei vastannut. Terveyskeskukset, joista tiedot puuttuivat, olivat kaikki yhden kunnan terveyskeskuksia, väestöpohjaltaan pienempiä kuin muut, niistä vain yhdessä lääkäreiden työ oli järjestetty väestövastuuperiaatteella ja neljässä oli hoitamattomia lääkärin virkoja. Tilastollisia eroja terveyskeskusten välille ei muodostunut.

Lääkäreiden kyselyyn vastaus jäi puuttumaan 14 terveyskeskuksesta. Näiden väestöpohja oli merkitsevästi muita pienempi (7 048 vs. 22 612, $p = 0.002$) ja niiden alueella oli 65-vuotiaiden asukkaiden osuus suurempi (21.6 vs. 19.0 %, $p = 0.026$). Terveyskeskuksissa oli myös väestövastuujärjestelmä käytössä harvemmin kuin kyselyssä edustetuissa (78.6 vs. 46.9 %, $p = 0.036$), ja ne olivat useammin yhden kun-

nan terveyskeskuksia, joskaan jälkimmäinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä (85.7 vs. 61.2 %, $p = 0.086$). Vastaamattomista lääkäreistä merkitsevästi suurempi osa oli miehiä (39.5 vs. 19.3 %, $p = 0.018$). *Hoitajan* vastausta ei saatu yhdestä terveyskeskuksesta, joka oli pieni yhden kunnan terveyskeskus Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Sekä kaikki vastanneet että vastaamattomat hoitajat olivat naisia.

4.4 Muut aineistot

Niiden terveyskeskusten ($n = 14$) osalta, joiden johtavat lääkärit eivät vastanneet kyselyyn, kerättiin väestöpohjaa ja väestövastuuta koskevat tiedot Kuntaliiton tiedostoista sekä kuntien ja terveyskeskusten internetsivuilta. Ehkäisyneuvontapalvelujen järjestämistapaa koskevat tiedot poimittiin koulutusvastaaville tehdystä esikartoituksesta sekä muiden työntekijäryhmien vastauksista (I–V).

Osatyössä V hyödynnettiin oman kyselytutkimusaineiston lisäksi kolmea muuta aineistolähdettä. Terveyskeskusten ja niiden jäsenkuntien terveydenedistämistyön rakenteita ja käytäntöjä kuvaavia muuttujia (yhdeksän) kerättiin valtakunnallisesta, Stakesin syksyllä 2005 toteuttamasta kyselytutkimusaineistosta (Rimpelä ym. 2006). Postikyselyssä lomakkeet oli suunnattu johtaville lääkäreille ja/tai muulle terveyskeskuksen johdolle, ja sen vastausaktiivisuus Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen terveyskeskuksissa oli 84 %.

Yhdeksän tilastollista terveyskeskuskuntien demografista rakennetta, taloudellista tilaa ja terveydenhuollon menoja kuvaavaa muuttujaa vuodelta 2005 kerättiin Tilastokeskuksen tietokannoista (<http://www.stat.fi/>) sekä SOTKANET-tietokannasta (<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>). Kuntayhtymäterveyskeskuksia kuvaavien jatkuvien muuttujien arvot laskettiin kuntien absoluuttisista luvuista.

Kolmanneksi käytettävissä oli terveyskeskuksen avosairaanhoidon potilaiden tyytyväisyyttä terveysasemalla saatuun palveluun kuvaava muuttuja tutkimusalueella syyskuussa 2005 toteutetusta potilaskyselystä (Raivio ym. 2008).

4.5 Aineiston käsittely ja tilastollinen analyysi

Täytetyt Webropol-lomakkeet saapuivat tutkijan sähköpostiin reaaliaikaisesti. Lomakkeille kirjoitetut tiedot tallentuivat myös automaattisesti Excel-tiedostoiksi, jotka saatiin Webropol-järjestelmästä. Edelleen muokattuihin Excel-taulukoihin vietiin paperilomakkeilla saadut vastaukset ja aineisto siirrettiin tilastollista analyysiä varten SPSS-ohjelmaan (SPSS for Windows Version 13.0 ja 16.0 (V), SPSS Inc., Chicago, Illinois, Yhdysvallat).

Tilastolliset analyysimenetelmät olivat pääasiassa kuvailevia (frekvenssijakauma, keskiarvo, mediaani, pienin ja suurin arvo, kvartiiliväli ja ristiintaulukointi) ja niitä käytettiin kaikissa osatöissä (I–V). Tilastollista testausta käytettiin osatöissä III ja V sekä **yhteenveto-osassa**. Tilastollisesti merkitseviksi määriteltiin 0.05 pienemmät ja melkein merkitseviksi 0.10 pienemmät p:n arvot. Ryhmien välisiä eroja, kuten analyyseistä pois suljettujen ja niihin mukaan otettujen terveyskeskusten ominaisuuksien eroja, tutkittiin Pearsonin khiin neliö -testillä (luokitellut muuttujat) sekä Studentin t-testillä (jatkuvat muuttujat).

Osatyössä III tutkittiin Pearsonin khiin neliö -testillä lääkäreiden yhdistelmä-hormoniehkäisyn määräämiskäytäntöjen oikeellisuutta (vasta-aiheiden suositusten mukaista soveltamista) ja vastaajien ominaisuuksien välistä yhteyttä. Osatyössä V tutkittiin kehitetyn laatumittarin avulla muodostetun terveyskeskusten ehkäisyneuvontapalvelujen tarjonnan laatua kuvaavan laatusumman yhteyttä niiden taustamuuttujiin. Laatumittarin muodostavien indikaattoreiden kesken laskettiin korrelaatiokerroimet. Laatusumman (vastemuuttuja) ja terveyskeskusten ominaisuuksien (selittävät muuttujat) yhteyttä tutkittiin Spearmanin järjestyskorrelaatioanalyysillä. Monimuuttujamalli muodostettiin käyttäen järjestysasteikon logit-mallia, joka voidaan pitää logistisen regressiomallin laajenuksena useampaan kuin kahteen luokkaan luokitellulle järjestysasteikolliselle vastemuuttujalle.

4.6 Aineiston tarkastelutavat

Terveyskeskusten esimiestason tulokset analysoitiin *terveyskeskustasolla*. Tätä varten Tampereelta saadut useammat lääkäri- ja hoitajaesimiesten vastaukset yhdistettiin yhdeksi koko terveyskeskuksen toiminnan kattavaksi johtavan lääkärin ja hoitotyön johtajan vastaukseksi.

Ehkäisyneuvontatyötä tekevien lääkärien ja hoitajien vastaukset analysoitiin useammalla eri ryhmittelyllä riippuen osatyön asiasisällöstä ja julkaisuforumista. Terveyskeskusten ehkäisyneuvonnan palvelutarjontaa käsittelevässä, suomalaiselle lukijakunnalle suunnatussa osatyössä **I** tulokset on analysoitu *toimipaikoittain*. Tällä tavalla saatiin hyödynnettyä suurin mahdollinen osa käytettävissä olevasta aineistosta sellaisenaan (vs. yhden vastauksen valitseminen terveyskeskusta edustamaan) ja samalla säilytettiin toiminnallisesti perusteltavalla tavalla tulosten edustavuus. Lääkäriaineistossa oli mukana 72:n ja hoitaja-aineistossa 100 vastaajan antamat tiedot. Tässä tarkastelutavassa pääosa vastaajista edusti yksin omaa (yhden kunnan) terveyskeskustaan tai kuntayhtymäterveyskeskuksessa mukana olevaa kuntaa. Niistä kunnista, joista oli käytettävissä useampi kuin yksi lääkärin tai hoitajan vastaus (n = 11), valittiin mukaan ensisijaisesti suurimmassa yksikössä (pääterveysasema) työskentelevän ja toissijaisesti eniten ehkäisyneuvontatyötä tekevän työntekijän vastaus. Kolmesta suurimmasta kaupungista (Tampere, Lahti, Hämeenlinna) otettiin mukaan kaikki keskitetysti palveluja tarjoavat toimipaikat ja niistä kaikista yksi lääkäri ja hoitaja. Toimipaikkoja oli yhteensä 107, joista lääkäreiden vastaus oli käytettävissä 78:sta, hoitajien 101:stä ja jommankumman työntekijän vastaus 105:stä. Näissä luvuissa on mukana tieto siitä, että neljä lääkäriä ja yksi hoitaja toimi useammassa kuin yhdessä toimipaikassa.

Nuorten seksuaaliterveyspalveluja kartoittavassa osatyössä **II** lääkäri- ja hoitajavastaukset analysoitiin *terveyskeskuksittain*. Osatyössä oli mukana myös esimiesten antamia terveyskeskustason tietoja. Koska artikkeli oli suunnattu kansainväliselle, suomalaiseen terveyskeskusjärjestelmään perehtymättömälle lukijakunnalle, katsottiin tämä esitystapa selkeimmäksi. Ensisijaisesti terveyskeskustaan edustamaan valittiin nuorisoneuvolassa tai vastaavassa yksikössä toimivan työntekijän, toissijaisesti suurimman terveysaseman työntekijän ja kolmanneksi eniten ehkäisyneuvontaan

perehtyneen työntekijän vastaus. Valittujen työntekijöiden antamat vastaukset arvioitiin vielä muiden samasta terveystieteisestä saatujen vastausten kanssa, ja mikäli annettu vastaus poikkesi merkittävästi muista tai valitun työntekijän vastaus puuttui, vastausta muokattiin muiden työntekijöiden antamien tietojen avulla.

Ehkäisyneuvontatyötä tekevien lääkäreiden ehkäisyn määräämiseen liittyviä käytäntöjä tutkivassa osatyössä **III** aineistona käytettiin *kaikkia* 83 vastausta. Tässä työssä ei pyritty kuvaamaan käytäntöjä toiminnallisesti jäsennettynä, vaan tarkastelemaan tutkimusalueella ehkäisyneuvontaa toteuttavien lääkäreiden toimintatapoja ryhmänä.

Osatyössä **IV** kartoitettiin lääkäreiden ja hoitajien synnytyksen jälkeisen ehkäisyneuvonnan käytäntöjä. Vastanneista 83 lääkäristä 69 ja 118 hoitajasta 92 teki työssään synnytyksen jälkitarkastuksia eli teki ehkäisyneuvonnan ohella myös äitiysneuvolatyötä. Vastaajat valikoitiin tähän työhön *kunnittain*. Yksi lääkärin ja hoitajan vastaus otettiin mukaan kustakin yhden kunnan terveystieteisestä ja kuntayhtymäterveystieteisen kunnasta, tavallisimmin suurimman terveysaseman edustaja. Näin saatiin käytettäväksi 62 lääkärin ja 79 hoitajan vastausta. Näistä kolme lääkäriä ja yksi hoitaja työskenteli useamman (2-6) kunnan alueella, ja heidän vastauksensa monistettiin vastaamaan kaikkia kyseisiä kuntia. Monistetut vastaukset eivät merkittävästi poikenneet muista. Täten muodostui 69 lääkärin ja 80 hoitajan vastauksen aineisto. Lääkäreiden vastaukset edustivat 64:ä ja hoitajien 75 prosenttia kaikista alueen 107 kunnasta, ja ainakin toiselta ammattiryhmältä saatiin vastaus 94 kunnasta (88 %).

Viimeisessä osatyössä (**V**) arvioitiin terveystieteisten ehkäisyneuvontapalveluiden tarjonnan laatua ja tarkastelutapa oli esimiestason ohella myös hoitajien vastausten käsittelyssä *terveystieteiskohtainen*. Hoitajavastausten valintaprosessi oli vastaava kuin osatyössä **II**.

Yhteenveto-osassa lääkäreiden ja hoitajien vastaukset on esitetty *alkuperäistä osatyötä vastaavalla tavalla*. Kuitenkin terveystieteisittäin julkaistut tulokset on kuvattu yhteenvedossa *toimipaikoittain* (kuten osatyössä **I**). Aiemmin julkaisemat tulokset on esitetty samalla tarkastelutavalla kuin kyseiseen aihepiiriin liitty-

vät julkaistut tulokset. *Kaikkien* vastaajien tiedot on otettu mukaan esitettäessä vastaajien tausta- ja täydennyskoulutusta kuvaavia tietoja sekä heidän omaa työtään sekä palveluiden kehittämistä koskevia käsityksiään.

4.7 Palveluiden laadun arviointi

4.7.1 Raskauden ehkäisyneuvontapalveluiden rakenteen laadun arviointi (V)

Ehkäisyneuvonnan palvelutarjonnan rakenteen laadun arvioimiseksi terveyskeskuksella muodostettiin laatumittari, joka perustui keskeisiin koti- ja ulkomaisiin suosituksiin, muuhun alan kirjallisuuteen ja tutkijoiden näkemyksiin. Tarkoitus oli koota riittävä mutta rajallinen määrä indikaattoreita, jotka kattaisivat keskeisimmät ehkäisyneuvontapalveluiden rakenteen osa-alueet, painottaen palveluihin pääsyä. Mittariin valittiin kymmenen tulososassa kuvattavaa indikaattoria. Indikaattoreiden kesken ei edellytetty vahvoja korrelaatioita eikä niiden yhteenlaskettuna summana muodostetulle summamuuttujalle laskettu sisäistä konsistenssia kuvaavaa suuretta, koska tarkoituksena oli kartoittaa palveluita laaja-alaisesti eri näkökulmista.

4.7.2 Ehkäisyneuvontatyön käytäntöjen laadun arviointi (III)

Ehkäisyneuvontatyön käytäntöjä arvioitaessa (III) käytettiin viiteaineistona suomalaista Lääkäriin käsikirjan (Duodecim 2004) raskauden ehkäisyä koskevaa ohjeistusta sekä keskeisiä kansainvälisiä näyttöön perustuvia raskauden ehkäisyä koskevia Maailman terveysjärjestön suosituksia "Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use" (WHOMEK 2004) ja "Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use" (WHOSPR 2004). Kaikista ohjeistoista käytettiin referenssinä vuoden 2004 painoksia, jotka olivat tutkimusvuonna 2005 viimeisimmät käytettävissä olevat versiot.

Hormonaalisten yhdistelmävalmisteiden määräämiskäytäntöjä arvioitaessa koottiin neljästä keskeisestä muuttujasta summamuuttuja, jonka yhteyttä vastaajien ominaisuuksiin tutkittiin. Lähtökohtana oli kuitenkin tarkastella ilmoitettuja käytäntöjä rinnakkain tutkimusaikana käytettävissä olleiden suositusten kanssa, eikä tavoitteena ollut arvioida ammattilaisten sitoutuneisuutta suosituksiin tai niiden tarkkaa nou-

dattamista, koska referenssit eivät olleet virallisia valtakunnallisia suosituksia eivätkä englanninkieliset WHO:n suositukset olleet suomalaislääkäreiden yleisessä käytössä tutkimusaikana.

4.8 Eettiset näkökohdat

4.8.1 Sidonnaisuudet

Tutkimus toteutettiin Tampereen yliopistossa pääosin Tampereen yliopiston, Stake-sin ja UKK-instituutin yhteisen Perusterveydenhuollon tutkimuskonsortion (PERTTU, <http://www.uta.fi/laitokset/tsph/perttu/index.html>) terveystieteiden seksuaaliterveyspalveluita kartoittavana osahankkeena. Tutkimuskonsortio sai rahoituksensa Suomen Akatemian Terveystieteiden tutkimusohjelmasta (TERTTU, <http://www.uta.fi/laitokset/tsph/terttu/>), johon liittyi myös Sosiaali- ja terveystieteiden suora rahoitustukea. Lisäksi tutkimusta rahoitti Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (kilpailutettava tutkimusrahoitus), Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (kannustusapuraha) ja Sukupuolitautilien vastustamisyhdistys ry. Tampereen kaupungin tiederahaston toimikunta myönsi yhteenveto-osan painokuluja varten julkaisuapurahaa. Työstään Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimesta virkavapaalla ollessaan tutkija toimi jaksoittain osa-aikaisena tutkijalääkärinä Tampereen yliopiston papilloomavirusrokotetutkimuksessa, jossa tutkittiin lääkeyritysten (MSD, GlaxoSmithKline) valmistamia HPV-rokotteita.

4.8.2 Tutkimusluvut

Tampereen yliopiston Lääketieteen laitoksen jatkokoulutustoimikunta hyväksyi tutkimussuunnitelman. Koska kyseessä ei ollut lääketieteellinen tutkimus Lain lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999 tarkoittamassa mielessä, eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvittu.

4.8.3 Aineisto

Aineisto kerättiin vastaajilta ei-anonyymisti jatkokäsittelyn ja mahdollisen lisätietojen keräämisen mahdollistamiseksi. Ei-anonyymius helpotti myös vastausten saapumisen seuranta ja uusintakyselyiden lähettämistä. Tieto ei-anonyymiudesta annettiin vastaajille saatekirjeessä, jossa todettiin myös tietojen käsittelyn luottamuksellisuus. Vastaajille ilmoitettiin, että yksittäiset terveyskeskukset tai niiden työntekijät eivät ole tiedonkeruuvaiheen jälkeen tunnistettavissa tuloksia raportoitaessa.

5 TULOKSET

5.1 Terveyskeskusten ja vastaajien ominaisuuksia

5.1.1 Terveyskeskusten ominaisuuksia

Keskeisiä terveyskeskusten toiminta-alueita kuvaavia demografisia ja alueen kuntien taloustietoja on koottu taulukkoon 9. Alueen terveyskeskusten väestöpohjien mediaani vuonna 2005 oli noin 10 500. Terveyskeskuksista 29 (46 %) järjesti alueellaan palvelut alle 10 000 asukkaalle ja 16 (25 %) yli 20 000:lle. Kolmannes terveyskeskuksista toimi useamman kunnan (kahdesta kuuteen) alueella (taulukko 10, s. 137). Kaksi- tai ruotsinkielisiä terveyskeskuksia oli kahdeksan. Lääkäreiden työ oli järjestetty väestövastuuperiaatteella (käytössä olevaa virkaehtosopimusta ei kysytty) 29 terveyskeskuksessa (46 %), terveydenhoitajien työ sen sijaan oli useammin sektoroitua. Tällöin yhden hoitajan vastuulla oli keskimäärin 2.5 eri osa-alueita. Väestöpohjaltaan vähintään 10 000 asukkaan terveyskeskuksista 72 % oli väestövastuu-terveyskeskuksia ja alle 10 000 väestöpohjalla toimivista 28 % (p = 0.007). Lääkäri-työvoimassa oli syksyllä 2005 vajausta talousarviossa ilmoitettuun verrattuna lähes 68 %:ssa terveyskeskuksia. Stakesin kyselystä saatujen tietojen mukaan 48 (76 %) terveyskeskuksessa oli johtava hoitaja tai ylihoitaja.

Taulukko 9 Terveyskeskusten (N = 63) toiminta-alueita kuvaavat muuttujat

	Mediaani	Pienin ja suurin arvo
Väestö	10 533	2080 – 204337
15 - 24 -vuotiaiden osuus väestöstä, %	11.1	7.9 – 15.0
Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä, %	19.8	10.4 – 27.9
Lapsiperheiden osuus kaikista perheistä, % ¹	39.6	32.7 – 49.9
Verotulot, euroa/asukas	2215	1790 – 2939
Suhteellinen velkaantuneisuus, % ¹	37.7	8.5 – 79.9
Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset, euroa/asukas	2380	1931 – 3011
Perusterveydenhuollon nettokustannukset, euroa/asukas	482	262 – 783
Erikoissairaanhoidon nettokustannukset, euroa/asukas	773	570 – 1099

¹ Kuntayhtymäterveyskeskuksia koskevat luvut on laskettu kuntien suhteellisten lukujen keskiarvona.

Terveyden edistämistä tai kansanterveystyötä yleisellä tasolla käsitteleviä suunnitelmia oli enimmillään noin kolmanneksessa alueen terveyskeskuksia (taulukko 11, s. 137). Toimintaohjelma raskaudenkeskeytysten vähentämiseksi ilmoitettiin olevan

yhdeksässä ja ohjelma klamydiainfektion seulonnasta ja ehkäisystä 19 terveyskeskuksessa.

Taulukko 10 Terveyskeskuksia (N = 63) kuvaavia taustamuuttujia.

		n	%	n ¹
Terveyskeskuksen hallinto	Itsenäinen kunta	42	67	63
	Kuntayhtymä	21	33	
Kieli	Suomenkielinen	55	87	63
	Kaksi-/ruotsinkielinen	8	13	
Sairaanhoitopiiri	Pirkanmaa	22	35	63
	Kanta-Häme	5	8	
	Päijät-Häme	10	16	
	Vaasa	10	16	
	Etelä-Pohjanmaa	16	25	
Lääkärit väestövastuussa	Kyllä	29	46	63
	Ei	34	54	
Terveydenhoitajat väestövastuussa	Kokonaan	3	5	58
	Osittain	34	54	
	Sektorityössä	21	33	
Lääkäreiden neuvolatyö kokonaan väestövastuista	Kyllä	4	6	49
	Ei			
Lääkärityövoimavaje (vrt. talousarvio) ²	Kyllä	43	68	54
Terveydenhoitajavaje (vrt. talousarvio) ²	Kyllä	9	14	55
Paikkakunnalla on käytettävissä yksityislääkäreiden tarjoamia ehkäisyneuvontapalveluita	Kyllä	32	51	48

Taulukko 11 Terveyskeskusten (N = 63) terveydenedistämistyötä koskevia tietoja Stakesin kyselystä vuodelta 2005.

	Kyllä n	%	n ¹
Terveyskeskuskunnalla/-kunnilla on kansanterveystyön strateginen yhteinen suunnitelma	20	32	55
Terveyskeskuksella on luottamushenkilöiden hyväksymä terveyden edistämisen toimintasuunnitelma	15	24	51
Terveyskeskuksessa on nimetty terveyden edistämisen johtamisesta vastaava henkilö	37	59	54
Terveyskeskuksessa on neuvolatoimintaa kehittävä työryhmä	32	51	55
Terveyskeskuksessa on toimintaohjelma raskaudenkeskeytysten vähentämiseksi	9	14	51
Terveyskeskuksessa on toimintaohjelma klamydiainfektion seulonnasta ja ehkäisystä	19	30	52

¹ Niiden terveyskeskusten lukumäärä, joista tieto oli käytettävissä. Prosenttiosuudet on laskettu 63 terveyskeskuksesta.

5.1.2 Lääkäri- ja hoitajavastaajien ominaisuuksia

Vastanneista 83 lääkäristä 67 (81 %) oli naisia (taulukko 12). Vastaajien iän keskiarvo oli 45.6 vuotta (26–62 vuotta). Lääkäriksi valmistumisvuoden mediaani oli vuosi 1985. Vastaajista 57 % oli yleislääketieteen erikoislääkäreitä. Enemmistöllä (75 %) oli yli kymmenen vuoden kokemus terveyskeskustyöstä. Puolet vastaajista työskenteli väestövastuulääkäreinä. Seitsemän vastaajaa toimi terveyskeskuksensa johtavana lääkärinä.

Taulukko 12 Kyselyyn vastanneiden lääkäreiden (N = 83) taustatietoja.

		n	%
Sukupuoli	Nainen	67	81
	Mies	16	19
Ikä	Alle 40 vuotta	18	22
	40–50 vuotta	42	51
	Yli 50 vuotta	23	28
Lääkäriksi valmistumisvuosi	1970-luvulla	18	22
	1980-luvulla	35	42
	1990-luvulla	24	29
	2000-luvulla	4	5
Työkokemus terveyskeskuksessa	Tieto puuttuu	2	2
	Enintään 10 vuotta	21	25
Erikoistumiskoulutus (useita vastausvaihtoehtoja valittavissa)	Yli 10 vuotta	62	75
	Yleislääketieteen erikoislääkäri	47	57
	Naistentautien erikoislääkäri	3	4
	Muu erikoislääkäri	2	2
	Yleislääketieteeseen erikoistuva	6	7
	Muulle alalle erikoistuva	3	4
	Ei erikoistunut/erikoistuva	24	29
Toimenkuva	Tieto puuttuu	3	4
	Väestövastuulääkäri	42	51
	Neuvolalääkäri	3	4
	Muu terveyskeskuslääkäri	32	39
Terveyskeskustyön eri tehtäväalueiden lukumäärä ¹	Muu	6	7
	1–3	11	13
	4–5	21	25
	6–8	35	42
Enemmän kuin kolme terveysneuvontatyön tehtäväaluetta ²	9–11	16	19
	Kyllä	35	42
	Ei	48	58

¹ Sairasvastaanottotyö, ehkäisyneuvontatyö, äitiysneuvolatyö, lastenneuvolatyö, kouluterveydenhuolto, opiskelijaterveydenhuolto, työterveyshuolto, kotisairaanhoido, vuodeosastotyö, päiväpäivystys, muu.

² Ehkäisyneuvonta-, äitiysneuvola- tai lastenneuvolatyö, koulu- tai opiskelijaterveydenhuolto.

Monen lääkärin työnkuva oli varsin laaja: työnkuvaan kuului keskimäärin 6.3 terveyskeskustyön eri osa-aluetta. Myös terveysneuvontatyötä tehtiin useilla sektoreilla (taulukko 12). Tavallisimmin ehkäisyneuvonnan lisäksi lääkäreiden työnku-

vaan kuului ajanvarausvastaanotto (93 %), päiväaikainen päivystys (84 %) sekä äitiysneuvolatyö (78 %). Vastaajista 45 (54 %) työskenteli kuntayhtymäterveyskeskuksen palveluksessa.

Kaikki kyselyyn vastanneet *hoitajat* olivat naisia (taulukko 13). Vastaajien keski-ikä oli 48.5 vuotta (28–61 vuotta) ja perustutkinnon valmistumisvuoden mediaani oli vuosi 1980. Yli 90 prosenttia vastaajista oli terveydenhoitajia. Heistä 38:lla oli myös kättilön koulutus. Seksuaalineuvojan täydennyskoulutuksen (vähintään 10 opintoviikkoa) oli saanut kuusi hoitajaa (taulukko 13).

Taulukko 13 Kyselyyn vastanneiden hoitajien (N = 118) taustatietoja.

		n	%
Sukupuoli	Nainen	118	100
Ikä	Alle 40 vuotta	16	14
	40–44 vuotta	17	14
	45–49 vuotta	28	24
	50–54 vuotta	29	25
	55 vuotta tai enemmän	28	24
Hoitajaksi valmistumisvuosi	1960-luvulla	18	15
	1970-luvulla	37	31
	1980-luvulla	41	35
	1990-luvulla	19	16
	2000-luvulla	3	3
Peruskoulutus (useita vastausvaihtoehtoja valittavissa)	Terveydenhoitaja	108	92
	Kättilö	44	37
	Sairaanhoitaja/erikoissairaanhoitaja ¹	4	3
Täydennyskoulutus	Seksuaalineuvoja	6	5
Työkokemus terveyskeskuksessa	Enintään 10 vuotta	26	22
	Yli 10 vuotta	92	78
Terveyskeskustyön eri tehtäväalueiden lukumäärä ²	1–3	43	36
	4–5	56	48
	6–8	19	16
Enemmän kuin kolme terveysneuvontatyön tehtäväaluetta ³	Kyllä	16	14
	Ei	102	86

¹ Vain jos ei terveydenhoitajan tai kättilön koulutusta.

² Ehkäisyneuvontatyö, äitiysneuvolatyö, lastenneuvolatyö, kouluterveydenhuolto, opiskelijaterveydenhuolto, työterveyshuolto, aikuisneuvonta, kotisairaanhoito, sairastuvastotyö, muu.

³ Ehkäisyneuvonta-, äitiysneuvola- tai lastenneuvolatyö, koulu- tai opiskelijaterveydenhuolto.

Hoitajien enemmistöllä oli pitkä kokemus terveyskeskustyöstä. Työnkuva ei ollut yhtä laaja-alainen kuin lääkäreillä: keskimäärin hoitajien työnkuvaan kuului 4.0 eri osa-aluetta. Terveysneuvontatyötä hoitajat tekivät lääkäreitä sektoroidummin (taulukko 10, s. 137). Hoitajista 82 % teki äitiysneuvolatyötä, 64 % toimi kotisairaan-

hoidossa ja 52 % piti sairausvastaanottoa. Kuntayhtymäterveyskeskuksissa toimi 64 (54 %) hoitajaa.

5.2 Raskauden ehkäisyneuvontapalvelut

5.2.1 Palveluiden järjestäminen terveyskeskustasolla

5.2.1.1 Palveluiden yleiset järjestämistavat (I, II)

Ehkäisyneuvontapalveluiden järjestämistavat luokiteltiin johtaville lääkäreille esitetystä monivalintakysymyksestä "Miten terveyskeskuksessanne on järjestetty lääkärin palvelut ehkäisyneuvonta-asiakkaille?". Ensisijaisesti otettiin huomioon erillinen ehkäisyneuvola ja tämän jälkeen yhdistetty äitiys- ja ehkäisyneuvola, väestövastuuneuvola sekä ehkäisyneuvonta lääkärin vastaanotolla. Ehkäisyneuvontapalvelut oli järjestetty 52 terveyskeskuksessa (83 %) neuvolatyönä, yleisimmin äitiys- ja ehkäisyneuvolassa (n = 34, 54 %). Erillinen keskitetty ehkäisyneuvola oli viidenneksessä (n = 13, 21 %) terveyskeskuksia. Vain viidessä terveyskeskuksessa (8 %) ehkäisyneuvonta toteutettiin väestövastuuneuvolassa. Yksitoista (17 %) terveyskeskusta alueella tarjosi palvelut lääkärin ajanvarausvastaanoton yhteydessä. Kolmessa terveyskeskuksessa oli nuorille oma keskitetty neuvola tai muu toimipiste.

Ehkäisyneuvontapalvelut oli järjestetty merkitsevästi useammin ehkäisyneuvolassa (joko erillisessä tai äitiysneuvolaan yhdistetyssä ehkäisyneuvolassa) niissä terveyskeskuksissa, jotka eivät toimineet väestövastuuperiaatteella (85.3 vs. 62.1 %, p = 0.035). Niistä 11 terveyskeskuksesta, joissa lääkärin ehkäisyneuvontapalvelut olivat tarjolla neuvolan sijasta ajanvarausvastaanotolla, oli kuusi väestövastuuterveyskeskusta. Hoitotyön johtajien antamien tietojen mukaan vain yhdessä näistä yhdestätoista terveyskeskuksesta ehkäisyasiakas tapasi lääkärin vastaanottokäynnin yhteydessä myös hoitajan.

Niistä terveyskeskuksista, joissa ehkäisyneuvontapalvelut oli järjestetty ehkäisyneuvolassa, tiedusteltiin mahdollisia *rajoituksia palveluihin pääsystä*. Vastanneista 33 terveyskeskuksesta kahdessa neuvolapalvelut oli rajattu alle 35-vuotiaille tiettyjä

poikkeusryhmiä tai -tilanteita lukuun ottamatta (toisessa kierukkaehkäisyn aloitus, synnytyksen jälkeisen ehkäisyn hoito sekä psykososiaalisista tai psykiatrisista ongelmista kärsivät, toisessa ehkäisy synnytyksen jälkeen kolmen vuoden ajan). Palveluiden ulkopuolelle jäävät ilmoitettiin ohjattavan joko omalääkärille, työterveyslääkärille, koulu- tai opiskelijaterveydenhuollon lääkäriksi tai yksityislääkärille.

Ehkäisyneuvola oli ollut kokonaan tai osittain suljettuna tutkimusvuoden kesällä 17:ssä 33 terveyskeskuksesta. Kokonaan suljettujen toimintaviikkojen määrän ilmoitti yhdeksän terveyskeskusta. Sulkuviikkoja oli kahdesta kymmeneen, keskiarvo oli neljä viikkoa. Toimintasulkuja oli tilastollisesti merkitsevästi enemmän yli 10 000 asukkaan terveyskeskuksissa kuin pienemmissä (76.5 vs. 23.5 %, $p = 0.024$) ja väestövastuuterveyskeskuksissa kuin muissa (52.9 vs. 47.1 %, $p = 0.014$). Sulkuja toteuttaneitten terveyskeskusten alueilla oli myös enemmän verotuloja (2 398 vs. 2 122 euroa/asukas, $p = 0.008$) ja vähemmän 65 vuotta täyttäneitä asukkaita (17.7 vs. 21.1 % väestöstä, $p = 0.008$).

Aika vastaanotolle ehkäisyneuvontaan varattiin tavallisimmin puhelimitse suoraan ehkäisyneuvolasta tai vastaavasta toimipisteestä ($n = 39$, 62 %). Keskimäärin ilmoitettiin terveyskeskusta kohden 2.5 mahdollista ajanvaraustapaa. Ajanvaraus oli mahdollista internetissä kahdessa terveyskeskuksessa. Hoitotyön johtajien mukaan hoitajilla oli varattuna erillistä *puhelinneuvonta-aikaa* (ajanvarausajan lisäksi) ehkäisyasiakkaille 23 (40 %) terveyskeskuksessa.

5.2.1.2 Nuorten palvelut (II)

Varsinaisia *nuorten palveluyksiköitä* oli kolmessa suuren kaupungin terveyskeskuksessa. *Kouluterveydenhuollossa* lääkärin ehkäisyneuvontapalveluja oli tarjolla johtavien lääkäreiden mukaan 18:ssä (29 %) terveyskeskuksessa. Puolet ($n = 31$, 49 %) hoitotyön johtajista arvioi hoitajan ehkäisyneuvontaa olevan tarjolla kouluterveydenhuollossa. Nuorilla asiakkaila oli mahdollisuus päästä ehkäisyneuvontaan hoitajan vastaanotolle *ilman ajanvarausta* 31 terveyskeskuksessa (49 %).

Hoitotyön johtajien mukaan *ehkäisyneuvontaa* oli mahdollista peruskoulujen kouluterveydenhuollossa 12 terveyskeskuksessa (19 %). Sen sijaan useimmissa

sa terveystieteissä kouluterveydenhoitaja joko varasi ehkäisyneuvolaa tiedustelevalle oppilaalle ajan terveystieteen ehkäisyneuvolaan tai lääkärin vastaanotolle (n = 26, 41 %) tai neuvoi oppilasta tekemään ajanvarauksen itse (n = 15, 24 %).

5.2.1.3 Palveluiden sisältöön liittyviä tekijöitä

Johtavien lääkäreiden mukaan 43 (68 % kaikista 63:sta) terveystieteen maksoi kaikki *ehkäisyasiakkaiden seurannassa* tarvittavat *kohdunsuun irtosolunäytteet* (papa-näytteet). Kahdessa terveystieteen näytteet otettiin maksutta sovituin aikaväleihin, kahdessa kustannettiin kliiniset papa-näytteet (sairauden, sen epäilyn tai seurannan takia otetut) ja kahdessa terveystieteen oli asetettu muita rajoituksia. Yksi rajoituksia asettaneista oli suuri kaupunkiterveystieteen, yksi keskisuuri ja muut pieniä maaseututerveystieteen.

Johtavista lääkäreistä 34 (54 %) ilmoitti terveystieteen tehtävän *hyytymistekijä- tai geenitutkimuksia*, jos hormonaalista ehkäisyä aloitettaessa epäillään perinnöllistä taipumusta laskimotromboosiin. Kolmesta vastaajasta totesi, että ko. tutkimuksia ei tehdä ja kaksi ei tiennyt yksikkönsä käytäntöä. Tutkimuksia tekemättömät yksiköt olivat pieniä tai keskisuuria (väestöpohjan keskiarvo 10 042) maaseutu- tai pienten kaupunkien terveystieteen.

Johtavilta lääkäreiltä tiedusteltiin lisäksi monivalintakysymyksellä, missä toimipisteessä yleensä tehdään perusselvittelyt *lapsettomuudesta* kärsiville. Terveystieteen 35:ssä (56 %) tutkimukset ilmoitettiin tehtäväksi lääkärin vastaanotolla, 20:ssä (32 %) äitiys- ja/tai ehkäisyneuvolassa ja lopuissa kyseessä oli jonkin muu toimipiste tai selkeää käytäntöä ei ollut sovittu. Niistä 20 terveystieteen, joissa lapsettomuusselvittelyjä tehtiin neuvolassa, neljästätoista niitä ilmoitettiin tehtävän myös lääkärin vastaanotolla tai jossain muussa toimipisteessä.

5.2.2 Toimintakäytännöt lääkäreiden ja hoitajien työssä

5.2.2.1 Ehkäisyneuvontatyön puitteet (I, II)

Toimipaikoittain tuloksia tarkasteltaessa keskimääräinen lääkäreiden *ehkäisyneuvontaan käyttämä aika* vaihteli välillä 1–60 tuntia kuukaudessa, keskiarvo oli 9.9 ja mediaani 5.0 tuntia. Hoitajat tekivät ehkäisyneuvontatyötä keskimäärin 7.1 tuntia viikossa, mediaani oli 3.5 tuntia (15 minuuttia – 39 tuntia). Toimipaikoissa oli *varattu* ehkäisyasiakkaan käynnille lääkärin *vastaanotolle aikaa* 10–30 minuuttia, tavallisimmin 20 minuuttia (39 %) tai 15 minuuttia (21 %). Hoitajilla tavallisin vastaanoton kesto oli 30 minuuttia (63 %, 15–53 minuuttia). Hoitajista 62 % ilmoitti varaavansa pidemmän ajan ehkäisyn aloituskäynnille ja 43 % nuorille asiakkaille.

Hoitajat arvioivat ehkäisyasiakkaiden keskimääräistä *odotusaikaa* sekä lääkärin että hoitajan vastaanotoille (arkipäivinä). Odotusajan keskiarvo hoitajan vastaanotolle oli 5.6 päivää (mediaani 3.5) ja lääkärin vastaanotolle 12.6 päivää (10.5). Pisimmillään odotusaika hoitajan vastaanotolle oli 60–90 päivää ja lääkärille 60 päivää.

Toimipaikkojen lääkäreistä 90 % ja hoitajista 93 % ilmoitti, että ehkäisyneuvonnan tukena on *kirjallinen ohje*. Lääkäreiden mukaan tavallisimmin käytössä olivat Lääkärin käsikirjan tai tietokannan ohjeet (n = 30, 42 %) sekä terveyskeskuksen oma ohjeistus (20, 28 %). Hoitajista sen sijaan 64 % hyödynsi terveyskeskuksen omaa ohjetta ja neljä Lääkärin käsikirjan/tietokannan ohjeita. Lääkintöhallituksen ohjekirjeen ehkäisyneuvontasuositukset vuodelta 1982 olivat käytössä lääkäreiden vastausten mukaan viidessä ja hoitajien mukaan 21 toimipaikassa.

Ehkäisyasiakkaiden alkukartoituksen ja seurannan tukena käytössä olevaa *lomaketta* kysyttiin monivalintakysymyksellä. Vastajat ilmoittivat useimmiten käytössä olevan sähköisen potilaskertomuksen ehkäisyn seurantalomakkeen (lääkärit 40 %, hoitajat 47 %) tai "Ehkäisyneuvonnan alkuhaastattelu ja seuranta" -lomakkeen (Kuntalomake 3440) (lääkärit 36 %, hoitajat 42 %).

Lääkäreiden ja hoitajien työnjakoon liittyen hoitajilta kysyttiin, mitä luetelluista tutkimuksista tai toimenpiteistä hoitaja teki ehkäisyasiakkaille vastaajan terveyskeskuksessa. Usein tehtyjä tutkimuksia olivat papa-näytteen otto (90 %), gynekologisten infektiönäytteiden otto (57 %) ja spekulatutkimus (52 %). Kierukan poistoja hoitaja suoritti melko usein (58 %), mutta kierukan asetuksia hoitaja teki vain yhdessä terveyskeskuksessa. Lääkäreiltä tiedusteltiin, onko terveyskeskuksessa toinen lääkäri, joka tarvittaessa asettaa kierukoita ja ehkäisykapseleita, jos vastaaja ei itse näitä toimenpiteitä tee. Enemmistö vastaajista ilmoitti tekevänsä kaikki tarvittavat ehkäisyyn liittyvät toimenpiteet itse (n = 54, 75 %) ja 10 lääkärin mukaan toimenpiteet hoidettiin terveyskeskuksen sisällä, mutta yhdessä terveyskeskuksessa asiakkaat ohjattiin kapselin asetusta varten yksityissektorille. Vastaus puuttui seitsemästä toimipaikasta.

5.2.2.2 Ehkäisyn aloittaminen (II, III)

Ehkäisyn aloittamista koskevat tulokset esitetään seuraavassa kaikkien lääkäreiden ja hoitajien osalta, kuten osatyössä III. Vastaajilta tiedusteltiin, mitä ehkäisymenetelmiä toimipisteessä aloitetaan ja kuinka usein (ei reseptien uusintoja) (III). Lääkäreiden vastaukset esitetään taulukossa 14 (s. 145). Useimpia lääketieteellisiä tai ns. kliinisiä (lääkärin määräystä tai toimenpidettä edellyttäviä) ehkäisymenetelmiä aloitettiin jokaisessa toimipaikassa, yleisimmin yhdistelmäehkäisytabletteja. Lähes puolessa toimipaikoista ei kuitenkaan aloitettu kapseliehkäisyä ja ehkäisyn aloittaminen pessaarilla tai progestiiniruiskein oli varsin harvinaista.

Hoitajien työssään suosittamat ehkäisymenetelmät on koottu taulukoon 15 (s. 145). Kyseessä ovat ns. ei-lääketieteelliset menetelmät, jotka eivät vaadi lääkärin määräystä tai toimenpiteitä. Näitä menetelmiä suositeltiin kaikkiaan varsin harvoin. Kondomi sekä kaksoisehkäisy (kondomi hormonaalisen ehkäisyn tai kierukan ohella) olivat useimmin suositellut menetelmät. Kondomi + jälkiehkäisy -yhdistelmän ja myös kaksoisehkäisyn käyttö oli silti melko harvinaista.

Taulukko 14 Lääkäreiden (N = 83) vastaukset kysymykseen "Mitä seuraavista ehkäisy-
menetelmistä toimpisteessäsi aloitetaan ja kuinka usein?"

	Viikoittain		Kuukausit- tain		Muutaman kerran/v tai harvemmin		Ei koskaan		En osaa sanoa/tp	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yhdistelmäeh- käisytabletit	41	49	38	46	2	2	1	1	1	1
Minipillerit	14	17	34	41	31	37	2	2	2	2
Ehkäisyrenkas	6	7	35	42	39	47	1	1	2	2
Ehkäisyalaasti	1	1	16	19	57	69	7	8	2	2
Kuparikierukka	8	10	28	34	38	46	9	11	0	0
Hormonikierukka	16	19	42	51	20	24	4	5	1	1
Ehkäisykapselit	0	0	0	0	43	52	36	43	4	5
Progestiini- tabletti	1	1	1	1	24	29	54	65	3	4
Pessari	0	0	0	0	3	4	74	89	6	7

Lähde: Sannisto T ja Kosunen E (2010): Provision of contraception: a survey among primary care physicians in Finland. Acta Obstet Gynecol Scand 89:636-645 (III)

Taulukko 15 Hoitajien (N = 118) vastaukset kysymykseen "Mitä seuraavista ehkäisy-
menetelmistä suosittelet ehkäisyasiakkaillesi ja kuinka usein?"

	Viikoittain		Kuukausit- tain		Muutaman kerran/v tai harvemmin		Ei koskaan		En osaa sanoa/tp	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kondomi (ainoana menetelmänä)	14	12	41	35	43	36	14	12	6	5
Kondomi + jäl- kiehkäisy	6	5	10	9	31	26	57	48	14	12
Kemiallinen ehkäi- sy (spermisidi)	1	1	2	2	29	25	65	55	21	18
Kondomi + sper- misidi	3	3	5	4	53	45	39	33	18	15
Ns. kaksoisehkäisy (kondomi hormo- naalisen ehkäisyn tai kierukan ohella)	23	20	24	20	46	39	17	14	8	7
Naisen kondomi	0	0	0	0	9	8	94	80	15	13
Ovulaatioajankoh- dan testaaminen (Persona)	0	0	2	2	31	26	71	60	14	12
Rytminen menetelmä	0	0	0	0	8	7	100	85	10	9
Imetysehkäisy	2	2	4	3	11	9	93	79	8	7

Lääkäreiden vastaukset keskeisten *ehkäisymenetelmien aloittamiseen liittyvistä tutkimuksista* on esitetty taulukossa 16 (s. 146). Verenpaineen mittaaminen, BMI:n määrittäminen tai painon mittaaminen, gynekologinen sisätutkimus sekä papa-näytteen otto kuuluivat vastaajien enemmistön mukaan rutiineihin ehkäisyä aloitettaessa, lähes menetelmästä riippumatta. Noin 40 % vastaajista suoritti rintojen palpation ja otti kla-

mydianäytteen aloittaessaan yhdistelmähormonиеhkäisyä (yhdistelmäehkäisytabletit, ehkäisyrenkas ja -laastari). Yhdistelmähormonиеhkäisyyn aloittajien maksanentsyymiarvojen seulontaa harjoitti kolmasosa vastaajista tai heidän toimipaikoistaan.

Nuorille ehkäisytablettien aloittajille tehtiin lääkäri-vastaajien mukaan *ensimmäinen gynekologinen sisätutkimus (II)* tavallisimmin ehkäisyyn aloituskäynnillä (n = 50, 60 %), kolmanneksen mukaan ensimmäisellä seurantakäynnillä (25, 30 %). Kaksi vastaajaa ilmoitti käytännöstä, jossa tutkimus tehtiin vasta myöhemmällä seurantakäynnillä 1–2 vuoden kuluttua.

Lääkäreiltä tiedusteltiin, soveltavatko he toimipisteissään yhteisesti sovittuja *rajoja määrätessään hormonaalisia yhdistelmävalmisteita* (etinyyliestradiolia sisältävät yhdistelmäehkäisytabletit, ehkäisyrenkas ja -laastari) tai soveltavatko itse määrittämiään rajoituksia.

Taulukko 16 Lääkäreiden (N = 83) Kyllä-vastaukset kysymykseen "Mitkä tutkimukset kuuluvat toimipisteessänne ehkäisyasiakkaan alkututkimukseen anamneesin lisäksi, kun suunnitellaan seuraavien ehkäisy menetelmien aloitusta?"¹

	Yhdistelmä- ehkäisytabletit		Ehkäisyrenkas/ -laastari		Kupari- kierukka		Hormoni- kierukka	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Verenpaineen mittaus	82	99	80	96	54	65	63	76
Painoindeksin (BMI) määrittäminen tai painon mittaus	70	84	68	82	40	48	47	57
Gynekologinen sisätutkimus	80	96	81	98	81	98	79	95
Papa-tutkimus	62	75	60	72	73	88	70	84
Rintojen palpaatio	39	47	37	45	30	36	32	39
Klamydiatesti	36	43	31	37	16	19	15	18
Maksaentsyymit ²	27	33	21	25	1	1	3	4
Hemoglobiini/hematokriitti	13	16	11	13	24	29	16	19
Raskaustesti	4	5	3	4	7	8	6	7
Gynekologinen ultraääni-tutkimus	3	4	1	1	2	2	2	2
HIV-testi	0	0	0	0	0	0	0	0

¹ Alkututkimuksella tarkoitetaan tässä tutkimuksia, jotka tehdään ehkäisyyn aloituskäynnillä tai viimeistään ensimmäisellä kontrollikäynnillä pääsääntöisesti kaikille ko. menetelmän aloittaneille.

² ALAT/ASAT/GT

Alaikäraja yhdistelmävalmisteiden määräämiselle sovelsi 25 vastaajaa (30 % kaikista 83:sta), näistä viisi yhteisesti sovittua. Ilmoitettu alaikäraja vaihteli välillä 13–16 vuotta, keskiarvo oli 14.4 ja mediaani 14.5 vuotta. *Yläikärajaa* terveille, tupakoimattomille naisille (35–50 vuotta, keskiarvo 41.1 ja mediaani 40 vuotta) puo-

lestaan sovelsi 45 (54 %) vastaajaa. Mikäli nainen tupakoi, ikärajoja (30–43 vuotta, keskiarvo 35.2 ja mediaani 35 vuotta) asetti selvä enemmistö (n = 74, 89 %) vastaajista.

Ehkäisyasiakkaan *ylipaino* rajoitti 16 (19 %) vastaajan työssä yhdistelmävalmisteiden käyttöä. Painoindeksille (BMI) asetti ylärajan 11 (29.5–39, keskiarvo 33.5 ja mediaani 32.5) ja painolle (70–95 kg, keskiarvo 85 kg) viisi vastaajaa. Sovittuja *verenpaineen* ylärajoja sovelsi ilmoituksensa mukaan 12 (15 %) vastaajaa ja 44 (53 %) ilmoitti soveltavansa itse määrittelemiään rajoja. Systolisen verenpaineen ylärajojen keskiarvo oli 145.2 (120–160, mediaani 140) ja diastolisen 91.6 (70–100, mediaani 90). Yhteisesti sovitut rajat olivat lääkäreiden itse määrittämiä tiukempia. *Aurallinen migreeni* rajoitti yhdistelmävalmisteiden määräämistä 49 (59 %) lääkärin työssä. Niistä vastaajista, jotka avoimessa vastauksessa kuvasivat rajoituksia tarkemmin (n = 46), 17 (37 %) piti valmisteita kokonaan vasta-aiheisina ja 29 (63 %) suhteellisesti vasta-aiheisina.

Lääkäreiltä kysyttiin myös *yhdistelmähormonivalmisteiden määräämisestä pidennettyinä sykleinä*. Kaksikymmentä (24 %) lääkäreitä tapasi kertoa asiakkaille pidennetyn syklin käytön mahdollisuudesta, mutta ei suositellut sitä jatkuvaan käyttöön. Kaksi vastaajaa (2 %) ilmoitti useimmiten määräävänsä valmisteita pidennettynä syklinä. Käytäntöä toteutti 11 (13 %) vastaajaa melko usein, 22 (27 %) melko harvoin ja 11 hyvin harvoin. Viidennes vastaajista (n = 17) ei koskaan hyödyntänyt ko. käytäntöä.

5.2.2.3 Ehkäisyn seuranta

Ehkäisyasiakkaiden seurantakäytäntöjä tiedusteltiin hoitajilta, joiden vastaukset esitetään seuraavassa kaikkien vastaajien osalta. Ehkäisyn aloittamisen jälkeen *ehkäisytablettien käyttäjien ensimmäisen seurantakäynti* järjestettiin tavallisimmin (n = 91, 77 %) kolmen kuukauden kuluttua (2–12 kuukautta, keskiarvo 3.6) aloituskäynnistä. Tavallisimmin asiakas tapasi käynnillä hoitajan (taulukko 17, s. 148). *Jatko-seurantakäynnit* toteutettiin yleisimmin (104, 88 %) 12 kuukauden välein (6–24 kk, ka. 12.1), yleisimmin niin, että asiakas tapasi käynnillä hoitajan ja tarvittaessa lääkärin (taulukko 17, s. 148).

Kuparikierukkaehkäisyn aloittaneiden ensimmäinen seurantakäynti toteutettiin yleensä (n = 79, 67 %) kolmen kuukauden kuluttua (1–12 kk, ka. 3.7) kierukan asettamisesta, samoin kuin *hormonikierukan* käyttäjien osalta (n = 82, 70 %, ka. 3.6). Kuparikierukan käyttäjien jatkoseuranta tapahtui tavallisimmin (86, 73 %) 12 kuukauden välein (9–36, ka. 13.9). *Hormonikierukan* käyttäjien jatkoseurantakäytännöt olivat hyvin samankaltaisia; jatkoseuranta toteutui useimmiten (89, 75 %) 12 kuukauden välein (6–36, ka. 13.6). Molempien kierukoiden käyttäjien ensimmäinen seurantakäynti toteutui tavallisimmin hoitajan vastaanotolla, mutta jatkoseurantakäytännöt olivat vaihtelevampia (taulukko 17).

Taulukko 17 Ehkäisyasiakkaiden seurantakäyntien toteuttajat hoitajien (N=118) mukaan.

	Ehkäisytabletit		Kuparikierukka		Hormonikierukka	
	n	%	n	%	n	%
<i>I. seurantakäynti aloituksen jälkeen</i>						
Hoitaja	63	53	73	62	73	62
Hoitaja ja tarvittaessa lääkäri	18	15	7	6	6	5
Hoitaja ja lääkäri	26	22	12	10	13	11
Lääkäri	10	9	21	18	22	19
Muu vastaus/tieto puuttuu	1	1	5	4	4	3
<i>Jatkoseuranta</i>						
Hoitaja	4	3	11	9	6	5
Hoitaja ja tarvittaessa lääkäri	55	47	31	26	37	31
Hoitaja ja lääkäri	16	14	26	22	26	22
Lääkäri	12	10	28	24	30	25
Hoitaja ja lääkäri vuorovuosin tmv.	27	23	14	12	14	12
Muu vastaus/tieto puuttuu	4	3	8	7	5	4

Papa-tutkimuksia tehtiin useimpien vastaajien mukaan ehkäisyasiakkaiden seurannan yhteydessä säännöllisesti (taulukko 18, s. 149), menetelmästä riippumatta. Tavallisimmin näyte otettiin kahden vuoden välein. Kolmen hoitajan työpaikassa asiakkaat ohjattiin ottamaan näyte omalla kustannuksellaan.

Ehkäisytablettien käyttäjien seurannan osalta tiedusteltiin myös *klamydiatutkimuskäytäntöjä*. Hoitajista useimmat (n = 68, 58 %) ilmoittivat, että klamydianäytteitä otetaan "tarpeen mukaan". Viidenneksen (24, 20 %) mukaan näytteitä otettiin säännönmukaisesti, mille annettiin moninaisia täydentäviä vastauksia, kuten "joka vuosi" (3), "joka toinen vuosi" (2), "alle 25-v." (3), "nuoret" (2), "vuoden kuluttua

aloituksesta" (3), "kumppanin vaihtuessa" (4) tai esimerkiksi aina välivuodon ilme-
tessä.

Taulukko 18 Papa-tutkimus ehkäisyasiakkaiden seurannassa hoitajien (N =118) mukaan.

	Ehkäisytabletit		Kuparikerukka		Hormonikerukka	
	N	%	N	%	n	%
Säännöllisesti	94	80	87	74	89	75
1 vuoden välein	2	2	7	6	6	5
1–2 vuoden välein	17	14	11	9	12	10
2 vuoden välein	47	40	45	38	47	40
2–3 vuoden välein	15	13	13	11	12	10
3 vuoden välein	9	8	5	4	5	4
Tarpeen mukaan	19	16	22	19	20	17
Asiakasta neuvotaan otattamaan näyte omalla kustannuksellaan	3	3	3	3	3	3
Muu vastaus/tieto puuttuu	2	2	6	5	6	5

5.2.2.4 Ehkäisyvälineiden ilmaisjakelu (I)

Ehkäisyvälineiden ilmaisjakelua tiedusteltiin hoitajilta, joiden mukaan käytännössä kaikki toimipaikat (n = 100) luovuttivat *ehkäisytabletteja* maksutta ehkäisyn aloittajille (taulukko 19). Synnytyksen tai raskauden keskeytyksen jälkeen ilmaisjakelu oli selvästi harvinaisempaa. 48 toimipaikassa tabletteja annettiin ilmaiseksi myös valmisteen vaihdon yhteydessä. Tavallisimmin tabletteja annettiin ilmaiseksi kolmeksi kuukaudeksi (1-9, keskiarvo noin 4 kk), mutta ilmaisjakelun kesto vaihteli hieman tilanteesta riippuen. *Ehkäisyrenkaita tai -laastareita* jakeli ehkäisyn aloittajille kolme neljästä toimipaikasta, tavallisimmin kolmeksi kuukaudeksi (1–9, ka. 3.9 kk).

Taulukko 19 Ehkäisyvälineiden ilmaisjakelu toimipaikoissa hoitajien (n = 100) mukaan.

	Ehkäisytabletit	Ehkäisyrenkas/-laastari	Kuparikerukka	Hormonikerukka
	%	%	%	%
Ehkäisyä aloitettaessa	99	77	62	9
Synnytyksen jälkeen	41	32	24	0
Raskaudenkeskeytyksen jälkeen	35	27	9	0
Muussa tilanteessa	13	9	14	23
Ei ilmaisjakelua	0	14	21	69
En tiedä/tieto puuttuu	0	7	4	6

Lähde: Sannisto T, Mattila K ja Kosunen E (2010): Raskauden ehkäisyneuvonta terveyskeskuksissa. Kyselytutkimus TAYS:n erityisvastuualueella. *Suom Lääkäril* 62:2185-2192 (I).

Runsaassa puolessa toimipaikkoja ensimmäisen *kuparikierukan* sai maksutta, mutta *hormonikierukan* yhdeksässä. Synnytyksen jälkeen kuparikierukka oli tarjolla ilmaiseksi 24 toimipaikassa. Vajaassa neljänneksessä hormonikierukan saattoi saada maksutta runsaiden kuukautisten hoitoon sairauden hoitona, mutta useimmissa toimipaikoissa hormonikierukka ei kuulunut missään tilanteessa ilmaisjakelun piiriin. Kuitenkin toimipaikoista 25:ssä oli tarjolla ainakin yksi ehkäisyväline alennettuun hintaan: kuparikierukka 23:ssa, hormonikierukka 15:ssä ja kapseliehkäisy kahdessa toimipaikassa.

Jälkiehkäisytabletteja oli terveyskeskuksessa ilmaisjakelussa 31 hoitajan mukaan, esimerkiksi ehkäisyneuvolasta ($n = 17$) tai päivystyksestä (14). Neljäntoista hoitajan mukaan jälkiehkäisytabletteja luovutettiin aina tarvittaessa, kuudentoista mukaan nuorille ja kahdentoista mukaan vähävaraisille. Vastaajista 63 ilmoitti, ettei jälkiehkäisy kuulu ilmaisjakelun piiriin.

Terveyskeskuksittain tarkasteltuna ei todettu tilastollisesti merkitsevää eroa terveyskeskuskuntien varallisuuden (verotulot euroa/asukas) suhteen, kun vertailtiin niitä terveyskeskuksia, joiden ilmaisjakelupalikoimaan kuului vähintään kolme eri ehkäisyvälinettä (ehkäisytabletit, rengas tai laastari, kierukka), ja niitä, jotka luovuttivat enintään kahta eri välinettä.

5.2.2.5 Synnytyksen jälkeinen ehkäisy ja jälkiehkäisy kierukalla (IV)

Synnytyksen jälkeisen ehkäisyneuvonnan käytäntöjä kartoitettiin niiden lääkäreiden ja hoitajien keskuudessa, jotka tekivät työssään synnytyksen jälkitarkastuksia. Tuloksia tarkasteltiin kunnittain 69 lääkärin ja 80 hoitajan vastauksen aineiston avulla. *Yleisimmän synnytyksen jälkitarkastuksessa imettävälle naiselle aloitettu tai suositeltu ehkäisy menetelmä* oli kondomi (lääkäreistä 28, 41 %, hoitajista 36, 45 %). Muut menetelmät olivat yleisyysjärjestyksessä minipillerit (33 % ja 28 %), kuparikierukka (15 % ja 9 %) ja hormonikierukka (4 % ja 5 %). *Imetysehkäisy* suositteleminen oli harvinaista: kolme (4 %) lääkäriä ilmoitti suosittlevansa menetelmää "joskus", hoitajista ei kukaan. Kymmenen lääkäriä (15 %) ja hoitajaa (13 %) suositteli imetysehkäisyä "harvoin", mutta enemmistö sekä lääkäreistä ($n = 56$, 81 %) että hoitajista (69, 86 %) ei koskaan suosittelut menetelmää.

Lääkäreiltä tiedusteltiin, *missä vaiheessa synnytyksen jälkeen* he tavallisesti *aloittavat eri ehkäisymenetelmiä*, erityisesti suhteessa kuukautisten alkamiseen ja imetyksen päättymiseen. Varhaisimmassa vaiheessa aloitettiin *minipillerit*, jotka 19 kuntaa (28 %) edustavat lääkärit aloittivat synnytyksen jälkitarkastuksessa ja 32 (46 %) milloin tahansa ennen kuukautisten alkamista ja imetyksestä riippumatta. *Kuparikierukan* asetti tavallisimmin jälkitarkastuksessa vain 8 (12 %) lääkäriä. Yleisimmin (n = 37, 54 %) kuparikierukkaehkäisy aloitettiin kuukautisten käynnistyttyä, mutta imetyksestä riippumatta. *Hormonikierukan* asettamisen suhteen oltiin vielä varovaisempia: viisi (7 %) lääkäriä tapasi asettaa hormonikierukan jälkitarkastuksessa, mutta 22 (32 %) vasta kuukautisten alettua ja 21 (30 %) kun sekä kuukautiset olivat alkaneet että imetyksen päättynyt. *Kapseliehkäisy* aloitettiin joko ennen kuukautisten alkamista imetyksestä riippumatta (n = 15, 22 %) tai kuukautisten käynnistyttyä ja imetyksen päätyttyä (16, 23 %). Kolmannes (24, 35 %) vastaajista ei aloittanut kapseliehkäisyä lainkaan. *Yhdistelmähormoniehkäisy* aloitettiin selkeästi yleisimmin kuukautisten käynnistyttyä ja imetyksen loputtua (pillerit n = 53, 77 % ja rengas tai laastari n = 50, 73 %), mutta viidennes vastaajista (15, 22 %) ilmoitti aloittavansa menetelmät imetyksen päätyttyä, riippumatta kuukautisten alkamisesta.

Koska kondomiehkäisy oli selkeästi yleisin imettävälle äidille suositeltu ehkäisymenetelmä, osatyössä IV selvitettiin myös kondomiehkäisyn tehokkaimman varamenetelmän, *kuparikierukan asetukseen perustuvan jälkiehkäisyn*, mahdollisuutta. Lääkäreistä 49 (71 %) ilmoitti terveyskeskuksessaan olevan valmiudet kierukkajälkiehkäisyyn. Hoitajista 31 (39 %) vastasi samoin ja 21 (26 %) ei tiennyt tilannetta terveyskeskuksessaan.

5.2.3 Raskauden ehkäisyneuvontapalveluiden tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja laatu

5.2.3.1 Palvelurakenteiden laatu

Terveyskeskusten ehkäisyneuvontapalveluiden laatua niiden rakenteen tasolla arviointiin osatyössä V. Keskeisiin kotimaisiin ja kansainvälisiin suosituksiin ja muuhun kirjallisuuteen perustuen laadittiin *laatumittari*, johon otettiin mukaan kymmenen laatuindikaattoria (taulukko 20, s.152). Indikaattorit kattoivat olennaisimmat palve-

luiden tarjonnan elementit: ehkäisyneuvonnan (vastaanotolla ja puhelimitse), ehkäisyaloituksen, ehkäisymenetelmien valikoiman, integraation muiden seksuaaliterveyspalveluiden kanssa (sukupuolitaudit), työntekijöille tarjotun tuen (ohjeet, täydennyskoulutus) ja palveluiden kehittämisen.

Vastaukset indikaattorikysymyksiin kerättiin johtavien lääkäreiden, hoitotyön johtajien ja hoitajien kyselyistä. Kysymykset dikotomisoitiin, ja terveyskeskuskohdaisesti täyttyneet indikaattorit muodostivat kyseisen organisaation laatusumman. Laatusumma luokiteltiin kolmeen luokkaan. Hyvältä laadulta edellytettiin ainakin kahdeksan indikaattorin täyttymistä (8–10). Palveluiden laatu arvioitiin keskinkertaiseksi, jos vähintään puolet indikaattoreista täyttyi (5–7) ja huonoksi, jossa laatusumma jäi alle viiden (0–4).

Taulukko 20 Laatuindikaattorit ja niiden toteutuminen terveyskeskuksissa (N = 51). Suluisissa on tarkennuksia indikaattorin soveltamisesta kyselyaineistoon.

Nro	Indikaattori	Informantti	n	%
1	Odotusaika ehkäisyneuvontaan on keskimäärin enintään kaksi päivää (hoitajan vastaanotolle)	Hoitaja	18	35
2	Odotusaika ehkäisyaloitukseen on enintään seitsemän päivää (lääkärin vastaanotolle)	Hoitaja	16	31
3	Ehkäisyneuvontakäynnille on varattu aikaa vähintään 20 minuuttia (hoitajan vastaanotolle)	Hoitaja	50	98
4	Ehkäisyneuvonnassa on käytössä kirjalliset ohjeet (hoitajalla)	Hoitaja	34	67
5	Puhelinneuvontaa on saatavilla (hoitajalle on varattu erikseen aikaa puhelinneuvontaan)	HJ ¹	21	41
6	Aloitettavien menetelmien valikoimaan sisältyy ehkäisykapseli	Hoitaja	32	63
7	Ehkäisyä aloitettaessa ilmaisjakelussa on vähintään kolme eri menetelmää	Hoitaja	29	57
8	Klamydiatesti on helposti tehtävissä ehkäisyneuvonnan yhteydessä (hoitajalla on lupa lähettää itsenäisesti klamydiatestiin)	HJ	41	80
9	Nimetty henkilö on vastuussa perhesuunnittelu- ja palveluiden kehittämisestä (lääkäri, hoitaja tai molemmat)	HJ, JL ²	30	59
10	Ehkäisyneuvontatyötä tekevät ammattilaiset saavat säännöllisesti täydennyskoulutusta (hoitajien koulutus)	HJ	23	45

¹ HJ = hoitotyön johtaja

² JL = johtava lääkäri

Lähde: Sannisto T, Saaristo V, Ståhl T, Mattila K ja Kosunen E (2010): Quality of contraceptive service structure: A pilot study in Finnish health centre organisations. Eur J Contracept Reprod Health Care 15:243 – 254 (V).

Analyysiin otettiin mukaan ne 51 terveystakeskusta, joista oli saatu vastaus kaikkiin indikaattorikysymyksiin. Näissä indikaattoreiden kesken todettiin neljä tilastollisesti merkittävää, mutta melko vähäistä korrelaatiota (kaikki korrelaatiokertoimet pienempiä kuin 0.3). Laatusumma vaihteli välillä 3–10, keskiarvo oli 5.8. Laatusumma luokiteltiin hyväksi kahdeksassa (16 %), keskiverroksi 34:ssä (67 %) ja huonoksi yhdeksässä (18 %) terveystakeskuksessa. Indikaattoreista toteutui useimmin "Ehkäisyneuvontakäynnille on varattu aikaa vähintään 20 minuuttia", 50 (98 %) terveystakeskuksessa (taulukko 20, s. 152). Odotusaikaa lääkärin vastaanotolle mittaava "Odotusaika ehkäisyn aloitukseen on enintään seitsemän päivää" täyttyi harvimminkin (n = 16, 31 %).

Khiin neliö -testillä arvioituna ei palvelutarjonnan laadussa ollut eroja sairaanhoitopiirien välillä. *Järjestyskorrelaatioanalyysissä* taustamuuttujat "terveystakeskuksessa on johtava hoitaja tai ylihoitaja" (p = 0.001) ja "terveystakeskuksessa on nimetty terveyden edistämisen johtamisesta vastaava henkilö" (p = 0.006) olivat yhteydessä laatusummaan, ja nämä otettiin mukaan *monimuuttuja-analyysiin*. Muita muuttujia, joilla korrelaatiokerroin vastemuuttujan kanssa olisi ollut merkitsevä vähintään 90 % luottamustasolla (p < 0.1) ei ollut eikä malliin siten otettu mukaan muita selittäviä muuttujia. Sekä "terveystakeskuksessa on johtava hoitaja tai ylihoitaja" (p = 0.003, OR=11.5, 95 % CI 2.3–56.5) ja "terveystakeskuksessa on nimetty terveyden edistämisen johtamisesta vastaava henkilö" (p = 0.007, OR = 5.9, 95 % CI 1.6–21.5) olivat mallissa tilastollisesti merkitseviä. Malli ennusti, että mikäli terveystakeskuksessa oli sekä johtava hoitaja että terveyden edistämisen johtamisesta vastaava henkilö, todennäköisyys sille, että laatusumma oli alle viisi (huono) oli 5 % ja sille, että summa oli vähintään kahdeksan (hyvä), 28 %. Jos kumpaakaan tahoa ei ollut, huonon laatusumman todennäköisyys oli 79 % ja hyvän 1 %.

5.2.3.2 Ehkäisyneuvontakäytäntöjen laatu

Lääkäreiden ilmoittamia ehkäisymenetelmien aloittamiseen liittyviä tutkimuskäytäntöjä sekä yhdistelmähormoniehkäisyn käyttöön liittyviä rajoituksia tarkasteltiin vuoden 2004 Lääkärin käsikirjan (Duodecim 2004) ohjeiden ja sekä WHO:n suositusten (WHOMEK 2004, WHOSPR 2004) valossa (III).

Arvioitaessa ehkäisymenetelmien aloittamiseen liittyviä tutkimuksia (ks. taulukko 16 s. 146) vastanneiden lääkäreiden (n = 83) käytännöt noudattelivat pitkälti Lääkärin käsikirjan ohjeita eli alkututkimuksia (sisätutkimus, verenpaineen mittaaminen, papanaäyte, painon/BMI:n määrittäminen) tehtiin runsaasti, ja tässä mielessä laatua voitiin pitää hyvänä. WHO:n ohjeiden valossa tarpeettomia tutkimuksia tehtiin paljon, joista mainittakoon etenkin nuorille yhdistelmähormonien ehkäisyä aloittajille useimmiten ensikäynnin yhteydessä tehty gynekologinen sisätutkimus. Verenpaine ilmoitettiin mitattavan molempien suositusten mukaisesti lähes kaikilta yhdistelmäehkäisyä aloittajilta. Yhdistelmäpillereiden aloittajien tarpeettomien maksakokeiden 27 otta- jasta pienempi osa (n = 9, p = 0.029) oli väestövastuulääkäreitä. Ehkäisytablettien aloittajien klamydian seulonnan suhteen ei lääkiryhmien välillä ollut eroja. Molempien suositusten ehdottama (WHO: luokka B) hemoglobiinin määrittäminen kupari- kierukkaehkäisyä aloittajille kuului vain 24:n (29 %) vastaajan rutiineihin. Näistä 17 oli muita kuin väestövastuulääkäreitä (ryhmien välisen erolle p = 0.013).

Lääkäreiden yhdistelmähormonien ehkäisyä määräämisen rajoituksia arvioitiin Lääkärin käsikirjan ja WHOME:n avulla. Kumpikaan näistä ei esitä alaikärajaa yhdistelmäehkäisyä aloittamiselle. Vastaajista 30 % ilmoitti soveltavansa alaikärajaa yhdistelmävalmisteiden määräämiselle (taulukko 21, s. 155). Myöskään yläikä- rajaa ei ohjeissa ole asetettu, mikäli nainen on terve, tupakoimaton ja normaalipai- noinen, joskin Lääkärin käsikirjan vuoden 2004 painos nosti ensisijaiseksi estro- diolivaleraattia ja syproteroniasetaattia sisältävän, erityisesti yli 40-vuotiaille naisille tarkoitetun valmiste (Femilar®) ja WHO asettaa yli 40-vuotiaat käyttäjät katego- riaan 2 (liite 3). Vastaajista 54 % ilmoitti rajoituksista.

Tupakoivien naisten osalta Lääkärin käsikirja piti yhdistelmäehkäisyä käytön yläikärajana 35 vuotta. WHO:n ohje luokittelee alle 15 savuketta vuorokaudessa tu- pakoivat yli 35-vuotiaat kategoriaan 3 (liite 3) ja sitä enemmän tupakoivat kategori- aan 4. Lääkäreiden käytäntöjä arvioitaessa kategoriat 3 ja 4 yhdistettiin yhdeksi luo- kaksi, jossa menetelmää pidetään vasta-aiheisena. Vastaajista suurin osa (89 %) so- velsi rajoituksia, mutta osalla ikäraja poikkesi suositellusta 35 vuodesta.

Taulukko 21 Lääkäreiden (N = 83) ilmoittamat hormonaalisten yhdistelmävalmisteiden määräämistä koskevat rajoitukset luokiteltuna vuonna 2004 voimassa olleiden suositusten (suluissa) mukaan.

		n	%
Alaikäraja	Suosituksen mukainen käytäntö (ei ikäraja)	58	70
	Muu käytäntö (ikäraja)	25	30
Yläikäraja: terve, tupakoimaton nainen	Suosituksen mukainen käytäntö (ei ikäraja)	38	46
	Muu käytäntö (ikäraja)	45	54
Yläikäraja: terve, tupakoiva nainen	Suosituksen mukainen käytäntö (ikäraja 35 v.)	50	60
	Muu ikäraja	24	29
	Ei ilmoitettua ikärajaa	9	11
Verenpaineen ylärajat	Suosituksen mukainen käytäntö (yläraja 140/90)	16	19
	Muu yläraja	40	48
	Ei ilmoitettua ylärajaa	27	33
Aurallinen migreeni	Suosituksen mukainen käytäntö (vasta-aihe)	17	20
	Muu käytäntö (suhteellinen vasta-aihe, ei määrittely)	32	39
	Ei ilmoitettua rajoitusta	34	41

Sekä Lääkärin käsikirja että WHO:n ohje asettivat *verenpaineen* ylärajaksi yhdistelmävalmisteita käytettäessä 140/90 mmHg (WHO: 140–159/90–99 kategoria 3, \geq 160/100 kategoria 4). Rajoituksia asetti enemmistö vastaajista, mutta vain 16 ilmoitti soveltavansa suositeltua rajoitusta.

Aurallinen migreeni on WHO:n suosituksen mukaan ehdoton yhdistelmävalmisteiden käytön vasta-aihe (kategoria 4). Lääkärin käsikirja esitti vuonna 2004 "fokaalisen tai crescentotyypin migreenin (klassinen muoto)" olevan valmisteiden käytön vasta-aihe. Fokaalisen migreenin käsite vastaa nykyistä ilmaisua "aurallinen migreeni". Vastaajista 41 % ei huomionnut lainkaan aurallista migreeniä valmisteita määrätessään ja yli puolet rajoituksia asettaneista piti tilaa suhteellisena vasta-aiheena.

Edelleen osatyössä **III** analysoitiin vastaajien soveltamia rajoituksia yhdistelmäehkäisyn määräämisessä yhdessä heidän ominaisuuksiensa kanssa. Muodostettuun *summamuuttujaan* valittiin neljä muuttujaa, jotka dikotomisoitiin (suluissa suosituksen valossa oikeaksi katsottu vastaus): 1) alaikäraja (ei alaikäraja), 2) yläikäraja tupakoivalle mutta muutoin terveelle naiselle (35 vuotta), 3) aurallinen migreeni (vasta-aihe; mukaan otettiin kaikki rajoituksia ilmoittaneet) ja 4) verenpaineen yläraja (140/90 mmHg). Viisi (6 %) lääkäriä vastasi oikein kaikkiin neljään summamuuttu-

jakautumiseen, 26 (31 %) kolmeen, 26 (31 %) kahteen ja 23 (28 %) yhteen. Kolme vastaajaa ilmoitti kaikkiin kysymyksiin väärän vastauksen. Summamuuttujan sekä yksittäisten muuttujien yhteyttä vastaajien ominaisuuksia kuvaaviin 12 taustamuuttujaan tutkittiin ristiintaulukoinnin ja khiin neliö -testin avulla. Ainoa tilastollisesti merkitsevä yhteys löytyi erikoislääkäriskoulutuksen ja aurallisen migreenin huomioimisen kesken: erikoislääkärit ja yleislääketieteeseen erikoistuvat lääkärit tunnistivat muita useammin aurallisen migreenin yhdistelmähormonienkäytön vastaaiheeksi (38 vs. 10 %, $p = 0.018$). Käytäntöjen laadussa ei ollut merkitsevää eroa väestövastuu- tai muiden lääkäreiden välillä.

5.2.3.3 Raskauden ehkäisyneuvontapalveluiden tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus

Koska ehkäisyneuvontapalveluiden laadussa oli edellä kuvatusti runsaasti vaihtelua niin palveluiden tarjonnassa terveyskeskustasolla kuin työntekijöiden käytännöissäkin, ei tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden voida katsoa toteutuneen hyvin palveluiden käyttäjien näkökulmasta. Erityisesti palveluiden piiriin pääsy oli paikoin ongelmallista, ja jopa kuukausien odotusaikoja ehkäisyneuvontaan ilmoitettiin. Merkitäviä olivat myös joidenkin terveyskeskusten pitkät ehkäisyneuvoloiden kesäsulut, joilla saattoi olla suuri merkitys erityisesti nuorten asiakkaiden näkökulmasta.

5.3 Raskaudenkeskeyttämiseen liittyvät palvelut

5.3.1 Palveluiden järjestäminen terveyskeskustasolla (II)

Raskaudenkeskeytystä hakeva asiakas ohjattiin useimmissa terveyskeskuksissa ($n = 45$, 71 % kaikista 63:sta) johtavien lääkäreiden mukaan yleensä lääkärin ajanvaraus- tai päivystysvastaanotolle, joko omalääkärille tai muulle vapaalle terveyskeskuslääkärille. Kolmessatoista terveyskeskuksessa keskeytysasiakkaita otettiin vastaan myös ehkäisyneuvolassa ja niistä neljässä yksinomaan siellä.

Avoimeen kysymykseen, jolla tiedusteltiin johtavilta lääkäreiltä mahdollisia *erityisjärjestelyjä* raskaudenkeskeytysasiakkaiden hoidon suhteen (nopeutettu vastaanotolle pääsy, pidennetty vastaanottoaika tms.), ei tullut vastauksia. Hoitotyön johta-

ji en mukaan raskaudenkeskeytystä hakevalle asiakkaalle varattiin tavallista pidempi vastaanottoaika 12 terveystakeskuksessa ja neljässä aika annettiin mahdollisimman pian. Neljässä terveystakeskuksessa varattiin aika hoitajalle ennen lääkärin vastaanottoa. Raskaudenkeskeytystä seuraavaan jälkitarkastukseen liittyen erityisjärjestelyistä (kuten pidennetty vastaanottoaika) raportoitiin vain yhdeksästä terveystakeskuksesta.

Sekä johtavilta lääkäreiltä että hoitotyön johtajilta tiedusteltiin, onko *Käypä hoito-ohjetta raskaudenkeskeytyshoidosta* käsitelty terveystakeskuksessa ja onko toimintakäytäntöjä muutettu ohjeen ilmestyttyä. Johtavien lääkäreiden mukaan ohjetta oli käsitelty 12:ssa ja hoitotyön johtajien mukaan 17 terveystakeskuksessa. Näistä neljä terveystakeskusta tuli esiin molemmissa vastauksissa. Lisäksi johtavien lääkäreiden mukaan ohjetta oli käsitelty kahdeksassa terveystakeskuksessa, joiden hoitotyön johtajat olivat vastanneet kysymykseen kielteisesti. Samoin hoitotyön johtajien käsityksen mukaan ohjetta oli käsitelty yhdeksässä terveystakeskuksessa, joiden johtavat lääkärit olivat vastanneet kielteisesti, ja neljässä terveystakeskuksessa, joiden osalta johtavan lääkärin vastaus puuttui. Johtavien lääkäreiden mukaan toimintakäytäntöjä oli raskaudenkeskeytysasiakkaiden hoidon suhteen muutettu Käypä hoito -suosituksen ilmestymisen jälkeen kolmessa ja hoitotyön johtajien mukaan viidessä muussa terveystakeskuksessa. 'En osaa sanoa/en tiedä' -vastausvaihtoehdon valinneiden ja puuttuvien tietojen osuus oli kummassakin vastaajaryhmässä suuri (29 % ja 38 %).

5.3.2 Toimintakäytännöt lääkäreiden ja hoitajien työssä

Toimipaikoittain tarkasteltuna 57 (77 % 72:sta) lääkäriä ilmoitti, että raskaudenkeskeytystä hakeva asiakas otetaan nopeutetusti vastaanotolle, ja 16 (22 %) lääkärin mukaan vastaanottoaikaa pidennettiin. Kahdessatoista toimipaikassa asiakkaat ohjattiin tiettyjen nimettyjen työntekijöiden vastaanotolle. Sadasta hoitajasta 47 antoi keskeytysasiakkaille pidemmän vastaanottoajan. Heistä 52 ilmoitti hoitajan osallistuvan keskeytysasiakkaiden jälkitarkastukseen ja ehkäisyneuvontaan. Yhdeksässä täydentävässä vastauksessa kuvattiin hoitajan tapaavan asiakkaan muun muassa ehkäisyneuvonnan merkeissä jo ennen keskeytystä. Yleisimmin asiakas tapasi hoitajan silloin, kun keskeytykseen ohjaaminen tai sen jälkitarkastus tapahtui neuvolassa.

5.3.3 Raskaudenkeskeytykseen liittyvien palveluiden tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja laatu

Raskaudenkeskeytysasiakkaiden tasa-arvoisen, oikeudenmukaisen ja laadukkaan palvelun keskeinen tekijä terveyskeskustasolla on nopea pääsy ammattilaisen arviointiin ja viivyttämättömän lähettäminen keskeytystoimenpiteeseen, mikäli tähän ratkaisuun päädytään. Asiakaskohtaamiseen tulee olla varattuna riittävästi aikaa ja suositeltavaa olisi, että asiakkaalla olisi tilaisuus keskustella tilanteesta ja jatkotoimista, kuten raskauden ehkäisystä keskeytyksen jälkeen, sekä hoitajan että lääkärin kanssa.

Useimmissa terveyskeskuksissa lääkärin vastaanotto toteutui ajanvaraus- tai päivystysvastaanotolla, ja enemmistössä toimipaikkoja vastaanottoaika pyrittiin antamaan nopeutetusti. Siten palveluihin pääsyn näkökulmasta keskeytysasiakkaiden palveluiden laatua voidaan yleisesti pitää hyvänä. Todellisia tai ilmoitettuja odotusaikoja ei tämän tutkimuksen puitteissa voitu arvioida. Hoitaja oli mukana keskeytysasiakkaiden hoidossa noin puolessa toimipaikkoja, joten palveluiden sisällössä oli eroja eri terveyskeskusten alueella asuvien kesken.

5.4 Sukupuolitautilien torjunta ja hoito

5.4.1 Palveluiden järjestäminen terveyskeskustasolla (II)

Johtavien lääkäreiden mukaan 11 (18 %) terveyskeskuksessa oli ohje *klamydiainfektion suunnitelmallisesta seulonnasta*. Hoitajalla oli hoitotyön johtajien mukaan mahdollisuus lähettää potilas klamydiatutkimukseen (tai ottaa näyte itse) ilman lääkärin päätöstä 46 (70 %) terveyskeskuksessa, useimmiten ehkäisyneuvolassa tai muutoin ehkäisyneuvontaan liittyen (n = 44, 76 %), äitiysneuvolassa (40, 63 %), koulu- tai opiskeluterveydenhuollossa (38, 60 %) ja/tai hoitajan sairausvastaanotolla (34, 54 %). Vain 12 (19 %) terveyskeskuksessa hoitajalla oli lupa huolehtia näytteenotosta päivystysvastaanotolla.

Sukupuolitautilia epäilevä potilas ohjattiin terveyskeskuksessa tavallisimmin (n = 37, 59 %) lääkärin (omalääkärin, muun lääkärin, jolla on vapaa vastaanottoaika, tai päivystävän lääkärin) vastaanotolle. Viidessätoista (24 %) terveyskeskuksessa poti-

las saattoi hakeutua myös ehkäisyneuvolaan ja seitsemässä (11 %) tartuntatautivastaanotolle. Kysymyksessä oli mahdollista valita useampi vastausvaihtoehto. Niissä terveyskeskuksissa, joiden osalta oli valittu vain yksi vaihtoehto (n = 15), potilaat ohjattiin tavallisimmin omalääkäriin (n = 6) tai muun vapaan lääkärin (n = 5) vastaanotolle.

Johtavilta lääkäreiltä tiedusteltiin, miten *tartunnan jäljitys* yleensä terveyskeskuksessa tapahtuu, kun potilaalla on todettu klamydiainfektio (taulukko 22). Valtaosa valitsi vastausvaihtoehdon "tartunnan todennut lääkäri kehottaa potilasta ilmoittamaan tartunnasta partnereilleen ja pyytämään heitä hakeutumaan tutkimukseen". Kaikkiaan partnereiden jäljitys oli mainitulla tavalla potilaan tehtävänä 40 (64 %) terveyskeskuksessa ja terveyskeskuksen työntekijöiden vastuulla kolmessa. Yhdessä terveyskeskuksessa sukupuolitautien vastaanoton hoitaja lähetti ilmoitetuille partnereille kutsun saapua tutkimuksiin, elleivät nämä saapuneet vastaanotolle potilaan pyynnöstä. Hoitajien osallistumista tartunnan jäljitykseen ei kysytty erikseen, mutta saatujen vastausten mukaan hoitajat osallistuivat työhön vain muutamissa terveyskeskuksissa. Tartuntataudeista vastaavan lääkärin rooli jäi vielä marginaalisemmaksi.

Taulukko 22 Klamydiainfektion tartunnan jäljitys terveyskeskuksissa (N = 63) johtavien lääkäreiden mukaan.

	n	%
Tartunnan todennut lääkäri kehottaa potilasta ilmoittamaan tartunnasta partnereilleen ja pyytämään heitä hakeutumaan tutkimukseen	39	62
Tartunnan todennut lääkäri lähettää ilmoitetuille partnereille kutsun tutkimukseen	2	3
Tartunnan todennut lääkäri siirtää partnereiden tutkimuksen järjestämisen tartuntataudeista vastaavalle lääkärille	1	2
Muu käytäntö	2	3
Ei ole yhtenäistä käytäntöä	4	6
En tiedä	1	2
Tieto puuttuu	14	22

5.4.2 Toimintakäytännöt lääkäreiden ja hoitajien työssä (II, III)

Klamydiainfektion ja HIV:n seulontaa ehkäisyn aloituksessa on kuvattu luvussa 5.2.2.2 ja klamydiatutkimuksia ehkäisyasiakkaiden seurannassa luvussa 5.2.2.3. Toimipaikoittain tarkasteltuna lääkäreistä 37 (51 %) sanoi käsittelevänsä sukupuoli-

tautien ehkäisyä lähes jokaisen asiakkaan kanssa ehkäisyn aloituskäynnillä, hoitajista 71 (71 %). Hoitajista 57 ilmoitti hoitajan ottavan terveyskeskuksessa ehkäisyasiakkailta gynekologisia infektionäytteitä ja 88 hoitajan lähettävän asiakkaita klamydiatestiin.

5.4.3 Sukupuolitauteihin liittyvien palveluiden tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja laatu

Suunnitelmallinen klamydiainfektion seulonta oli tutkimusalueen terveyskeskuksissa vuonna 2005 melko harvinaista niin terveyskeskusjohdon kuin työntekijöidenkin antamien tietojen perusteella. Paikoin oli kuitenkin luotu selkeitä toimintamalleja (esimerkiksi klamydian seulonta keskeytysasiakkailta ja raskaana olevilta tai kaikilta uusilta ehkäisyasiakkailta sekä kumppanin vaihtuessa). Kaikissa terveyskeskuksissa ei myöskään hoitohenkilökunnalla ollut mahdollisuutta tutkia mahdollista tartuntaa ilman lääkärin lupaa. Alueen asukkaat olivat siten epätasa-arvoisessa asemassa palvelujen laadun suhteen sukupuolitautilien seulonnan osalta. Myös tartunnanjäljityskäytännöt olivat vaihtelevia, potilaiden oma vastuu suuri ja hoitajaresurssien hyödyntäminen jäljityksen tehostamisessa vähäistä.

5.5 Seksuaalineuvonta ja seksuaalikasvatus (I, II)

5.5.1 Palveluiden järjestämistavat terveyskeskustasolla

Seksuaalineuvonnan mahdollisuuksia terveyskeskuksissa tutkittiin kysymällä seksuaalineuvojan lisäkoulutuksen saaneiden työntekijöiden (hoitajat) määrää. Aineistossa oli kaikkiaan kuusi eri terveyskeskuksissa toimivaa seksuaalineuvojan koulutuksen (10–20 opintoviikkoa) saanutta hoitajaa, joista yksi mainitsi suorittavansa parhaillaan seksuaaliterapeutin jatko-opintoja.

Hoitotyön johtajien mukaan kouluterveydenhoitajat osallistuivat yläkoulujen *seksuaaliopetukseen* pitämällä oppitunteja (n = 50, 79 %), osallistumalla seksuaaliopetuksen suunnitteluun (29, 46 %) ja järjestämällä oppilaille tutustumiskäyntejä ehkäisy- tai nuorisoneuvolaan (13, 21 %). Väestölle suunnattuun seksuaalivalistustyöhön

esimerkiksi koulujen vanhempainilloissa arvioitiin hoitajien osallistuvan ainakin pyydettyä 28 (44 %) terveyskeskuksessa.

5.5.2 Toimintakäytännöt lääkäreiden ja hoitajien työssä

Naisiasiakkaiden seksuaalisuuteen liittyvien kysymysten käsittelyyn terveyskeskuksessa voi syntyä luonteva tilaisuus esimerkiksi ehkäisyneuvontakäynnin yhteydessä. *Ehkäisyneuvontaan liittyvää seksuaalineuvontaa* kartoitettiin kysymällä lääkäreiltä ja hoitajilta, miten usein nämä keskustelevat ehkäisyä aloittaessaan parisuhteesta, aiemmista sukupuolisuhteista tai seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmista (taulukko 23). Eniten otettiin esiin nykyiseen pari- tai seurustelusuhteeseen liittyviä asioita. Etenkin lääkärit ilmoittivat keskustelewansa aiemmista sukupuolisuhteista tai seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmista parisuhdeasioita harvemmin ja kaikkiaan ottivat kysytyjä asioita esiin hoitajia harvemmin.

Taulukko 23 Lääkäreiden ja hoitajien vastaukset ehkäisyasiakkaiden seksuaalineuvontaa koskeviin kysymyksiin toimipaikoittain.

"Miten usein tapaat käsitellä ehkäisyasiakkaan kanssa ehkäisyn aloituskäynnillä seuraavia asioita?"		Lääkärit (N = 72)		Hoitajat (N = 100)	
		n	%	n	%
Nykyinen pari- tai seurustelusuhde	Lähes jokaisen asiakkaan kanssa	31	43	65	65
	Vähintään joka toisen asiakkaan kanssa	16	22	23	23
	Harvemmin/en koskaan	23	32	6	6
	Tieto puuttuu/en osaa sanoa	2	3	6	6
Aiemmat sukupuolisuhteet	Lähes jokaisen asiakkaan kanssa	6	8	24	24
	Vähintään joka toisen asiakkaan kanssa	15	21	31	31
	Harvemmin/en koskaan	48	67	35	35
	Tieto puuttuu/en osaa sanoa	3	4	10	10
Seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat	Lähes jokaisen asiakkaan kanssa	4	6	14	14
	Vähintään joka toisen asiakkaan kanssa	19	26	37	37
	Harvemmin/en koskaan	46	64	40	40
	Tieto puuttuu/en osaa sanoa	3	4	9	9

Lääkäreiltä ja hoitajilta tiedusteltiin myös, käykö heidän vastaanotoillaan miehiä ehkäisyneuvontaan tai muutoin seksuaaliterveyteen liittyen. Ehkäisyn merkeissä miehiä kävi naispuolisen kumppaninsa kanssa 20 (28 %) lääkärin ja 59 (59 %) hoitajan vastaanotolla. Sterilisaation liittyen miehiä tapasi lääkäreistä 56 % ja hoitajista 24 %, erektiohäiriöiden takia lääkäreistä 72 % ja muutoin seksuaalisuutta koskevien kysymysten takia lääkäreistä 19 % ja hoitajista 14 %. Kolmetoista (18 %) lääkäriä ja

neljännes hoitajista (24 %) ei kohdannut työssään lainkaan miesasiakkaita seksuaaliterveyteen liittyen.

Toimipaikkatasolla tarkasteltuna 72 lääkäristä kahdeksan (11 %) ilmoitti lääkärin osallistuvan terveyskeskuksen ulkopuoliseen *seksuaalivalistustyöhön*.

5.5.3 Tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja laatu seksuaalineuvonnassa ja -kasvatuksessa

Seksuaalineuvontakoulutuksen saaneita työntekijöitä oli tutkimusalueen terveyskeskuksissa vuonna 2005 vain muutama, joten pienellä osalla alueen asukkaista oli mahdollisuus kohdata aiheeseen laajemmin perehtynyt ammattilainen. Parisuhteen, aiempien sukupuolisuhteiden ja seksuaaliongelmien käsittely ehkäisyä aloitettaessa ei ollut alueen toimipaikoissa rutiininomaista, joskin merkittävä osa hoitajista otti esille parisuhteeseen liittyviä asioita. Sukupuolten tasa-arvon näkökulmasta miesten asiointi (ehkäisyneuvontatyötä tekevien ammattilaisten) terveyskeskusvastaanotolla seksuaaliterveyteen liittyvien kysymysten takia oli melko suppeaa. Kouluterveydenhoitajat osallistuivat alueella yleisesti koulun seksuaaliopetuksen toteuttamiseen, mutta ammattilaisten osallistuminen seksuaalivalistustyöhön terveyskeskustyön ulkopuolella oli vähäistä. Kaikkiaan tulokset viittaavat selkeisiin puutteisiin seksuaalineuvonnan ja -kasvatuksen osalta alueellisen oikeudenmukaisuuden, sukupuolten tasa-arvon sekä palveluiden laadun suhteen.

5.6 Seksuaaliterveyspalveluiden integraatio (II)

Tutkimuksessa kartoitetut seksuaaliterveyspalveluiden osa-alueet, ehkäisyneuvonta sekä raskaudenkeskeyttämiseen ja sukupuolitauteihin liittyvät palvelut, eivät useimmiten olleet integroituja samaan terveyskeskuksen toimintayksikköön. Vain yhdeksän terveyskeskuksen (14 %) ehkäisyneuvolassa huolehdittiin myös raskaudenkeskeytystä hakevista sekä sukupuolitauteja epäilevistä asiakkaista. Useimmissa terveyskeskuksissa raskaudenkeskeytystä hakevat asiakkaat sekä sukupuolitautipotilaat hoidettiin lääkärin ajanvaraus- tai päivystys-vastaanotolla (n = 45, 71 % ja n = 37, 59 %).

5.7 Koulutus, työntekijöiden kokemukset ja palveluiden kehittäminen (I, II, V)

5.7.1 Tulokset kyselyistä terveyskeskusjohdolle

5.7.1.1 Työntekijöiden koulutus johdon arvioimana

Johtavista lääkäreistä 14 (22 % kaikista 63:sta) arvioi terveyskeskuksessaan ehkäisyneuvontatyötä tekevien lääkäreiden saavan jatkuvaa alan täydennyskoulutusta säännöllisesti, mutta useimmat (n = 33, 52 %) katsoivat koulutuksen jäävän satunnaiseksi. Hoitotyön johtajista 25 (40 %) ilmoitti hoitajien koulutuksen olevan säännöllistä ja 30 (48 %) satunnaista.

5.7.1.2 Perhesuunnittelupalveluiden kehittäminen

Perhesuunnittelupalveluiden kehittämisestä vastaava lääkäri löytyi johtavien lääkäreiden mukaan 20 terveyskeskuksesta (32 %). Palveluiden kehittämisestä vastaava *hoitaja* oli hoitotyön johtajien vastausten perusteella 22 terveyskeskuksessa (35 %). Yhdeksässä terveyskeskuksessa oli nimetty molemmat, 24:ssä jompikumpi, ja lopuissa kehittämisvastuuseen nimettyä työntekijää ei ollut tai tietoa ei saatu. Väestövastuuterveyskeskuksissa (n = 22) oli vastuulääkäri kahdeksassa (36 %) ja muissa terveyskeskuksissa (n = 27) kahdessa (44 %). Terveyskeskuksissa, joissa terveydenhoitajien työ oli järjestetty kokonaan tai osittain väestövastuisesti (n = 37), oli vastuuhoitaja kahdessa (32 %) ja sektoroidusti toimivissa terveyskeskuksissa (n = 20) kymmenessä (50 %). Erot terveyskeskusten välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Kun ehkäisyneuvontapalveluiden tarjonnan laatua mittaavasta laatumittarista (ks. luku 5.2.3.1) poistettiin indikaattori 9 ("Perhesuunnittelupalveluiden kehittämisestä vastaa nimetty henkilö") ja jäljelle jäävien yhdeksän indikaattorin avulla arvioitiin laatua sen mukaan, toteutuiko indikaattori 9, saatiin laatusummaksi 5.15 niissä yksiköissä, joissa ainakin yksi palveluja kehittävä taho oli nimetty, ja 4.41 niissä, joissa kehittäjää ei ollut. Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevä (p = 0.053).

Johtavien lääkäreiden ja hoitotyön johtajien käsityksiä *valtakunnallisten seksuaaliterveyspalveluita koskevien ohjeiden tarpeellisuudesta* ("Olisiko mielestänne tarpeen laatia seksuaaliterveyspalveluita koskevia valtakunnallisia ohjeita toiminnan kehittämisen tueksi?") on koottu taulukkoon 24. Noin neljännes vastanneista piti viranomaistason ohjeita ja kolmannes Käypä hoito -suosituksia hyödyllisinä. Huomattava osa vastaajista ei ollut osannut muodostaa kantaansa kysymykseen. Johtavista lääkäreistä kahdeksan täsmensi kaipaamaansa ohjeistusta. Näissä vastauksissa erityisesti klamydiainfektioon liittyvä ohjeistus (seulonta, tartunnan jäljitys) koettiin tarpeelliseksi. Hoitotyön johtajista (19 täydentävää vastausta) viisi toivoi ohjeita nuorten seksuaaliterveyteen ja -palveluihin liittyen, lisäksi kaivattiin ohjeistusta mm. ehkäisyneuvontaan, seksuaaliopetukseen, seksuaaliseen väkivaltaan ja sukupuolitauteihin liittyen sekä selkeitä ohjeita palveluiden toteuttamiseen kunnissa.

Taulukko 24 Kaikkien vastaajaryhmien Kyllä-vastaukset monivalintakysymykseen valtakunnallisten seksuaaliterveyspalveluita koskevien ohjeiden tarpeellisuudesta.

	Johtavat lääkärit		Hoitotyön johtajat		Lääkärit		Hoitajat	
	N = 49		N = 58		N = 83		N = 118	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Viranomaistasolla annettu- ja toimintaohjeita	11	22	15	26	11	14	48	41
Käypä hoito -suosituksia	16	33	20	35	51	63	85	73
Muita	0	0	4	7	2	3	4	3
Ei	11	22	1	2	6	7	2	2
En osaa sanoa	15	31	24	41	22	27	21	18

Vastaajilta kysyttiin lopuksi avoimella kysymyksellä, "Millaisia *kehitystarpeita* seksuaaliterveyspalveluiden alueella mielestänne on?". Kysymykseen vastasi 12 johtavaa lääkäriä ja 20 hoitotyön johtajaa. Neljässä johtavan lääkärin vastauksessa tuotiin esiin klamydiaseulontakäytäntöjen kehittäminen, kahdessa toivottiin lisää resursseja ehkäisevälle työlle ja kahdessa nähtiin tärkeänä yhtenäiset käytännöt ja selkeät toimintasuunnitelmat. Hoitotyönjohtajien vastauksissa etenkin nuorten palveluiden (neljä vastausta) ja seksuaalivalistuksen ja -kasvatuksen kehittäminen korostui. Palveluiden kehittämistyölle ja asiakkaiden laaja-alaiselle kohtaamiselle seurustelu- tai parisuhde huomioon ottaen toivottiin enemmän aikaa ja resursseja.

5.7.2 Tulokset lääkäreiden ja hoitajien kyselyistä

5.7.2.1 Täydennyskoulutus lääkäreiden ja hoitajien arvioimana

Ehkäisyneuvontatyötä tekeville lääkäreille ja hoitajille kysyttiin, paljonko vastaaja arvioi saaneensa *seksuaaliterveyteen liittyvää koulutusta* viimeisen kahden vuoden aikana. Lääkäreistä kysymykseen vastasi 73. Vastausten keskiarvoksi tuli 9.8 tuntia, mutta mediaani oli 4.0 h (0–220 tuntia). Neljatoista lääkäriä (19 % vastanneista) ilmoitti, ettei ollut saanut koulutusta lainkaan ja 53 vastaajaa (72 %) oli saanut koulutusta enintään kymmenen tuntia.

Hoitajista 107 vastasi kysymykseen. Koulutustunteja oli keskimäärin 24.6, mutta muutamat suuret tuntimäärät nostivat keskiarvoa selvästi ja mediaani oli hoitajillaikin vain neljä tuntia (0–1442 tuntia). Vastanneista 24 (22 %) ei ollut osallistunut seksuaaliterveyttä käsittelevään koulutukseen lainkaan kahden viimeisen vuoden aikana. Viisikymmentäkahdeksan (54 %) hoitajaa oli saanut koulutusta enintään kymmeneen tuntia.

5.7.2.2 Työntekijöiden kokemukset ehkäisyneuvontatyöstä

Lääkäreiden ja hoitajien kyselyihin oli sisällytetty väittämäkysymys, jossa asteikolla 1–5 (1 = täysin samaa mieltä, 5 = täysin eri mieltä) vastaajat arvioivat *useita erilaisia ehkäisyneuvontatyöhönsä liittyviä tekijöitä* (taulukko 25, s. 166 ja taulukko 26, s. 167). Sekä useimmat lääkärit että hoitajat pitivät tietojaan ja taitojaan riittävinä tai lähes riittävinä (vaihtoehdot 1 ja 2), mutta laajemmin seksuaaliterveyden alalla tarkasteltuna oli suuri osa vastaajista tyytymättömämpiä koulutukseensa (suosituin vastausvaihtoehto lääkäreillä 3, hoitajilla 4). Vastaajien selvä enemmistö koki ehkäisyneuvontatyön mielekkääksi: yli puolet vastaajista oli valinnut vaihtoehdon 1. Erityisesti lääkärit olivat melko tyytyväisiä neuvontatyöhön käytettävissä olevaan aikaan.

Taulukko 25 Lääkäreiden (N = 83) vastaukset ehkäisyneuvontatyötään koskeviin väittämiin asteikolla 1–5, jossa 1 = täysin samaa mieltä ja 5 = täysin eri mieltä.

	1	2	3	4	5	tp ¹
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Koen tietoni ehkäisyneuvontatyössä riittäviksi	17 (21)	43 (52)	11 (13)	10 (12)	0 (0)	2 (2)
Koen taitoni ehkäisyneuvontatyössä riittäviksi	19 (23)	41 (49)	10 (12)	11 (13)	0 (0)	2 (2)
Olen saanut riittävästi koulutusta seksuaaliterveyden alalta	7 (8)	21 (25)	27 (33)	19 (23)	6 (7)	3 (4)
Koen ehkäisyneuvontatyön mielekkääksi	46 (55)	22 (27)	5 (6)	4 (5)	3 (4)	3 (4)
Minulla on työssäni ehkäisyasiakkaiden kanssa riittävästi aikaa keskusteluun, ohjaukseen ja neuvontaan	12 (15)	31 (37)	16 (19)	17 (21)	4 (5)	3 (4)
Työyksikössäni on selkeät toimintatavat ja -ohjeet	14 (17)	23 (28)	18 (22)	21 (25)	5 (6)	2 (2)
Työnjako lääkärin ja hoitajan välillä on selkeä ja toimiva	30 (36)	26 (31)	14 (17)	8 (10)	3 (4)	2 (2)
Yhteistyö lääkärin ja hoitajan välillä toimii hyvin	35 (42)	33 (40)	6 (7)	4 (5)	3 (4)	2 (2)
Saan tarvittaessa sujuvasti konsultaatioapua terveyskeskuksen sisällä	20 (24)	20 (24)	9 (11)	14 (17)	10 (12)	10 (12)
Saan tarvittaessa sujuvasti konsultaatioapua erikoissairaanhoidosta	26 (31)	24 (29)	15 (18)	7 (8)	7 (8)	4 (5)
Saan riittävästi palautetta työstäni asiakkailtani	12 (15)	30 (36)	24 (29)	11 (13)	2 (2)	4 (5)
Saan riittävästi palautetta työstäni esimiehiltäni	4 (5)	14 (17)	12 (15)	26 (31)	18 (22)	9 (11)
Työtoverini arvostavat ehkäisyneuvontatyötä	14 (17)	26 (31)	18 (22)	9 (11)	3 (4)	13 (16)
Esimieheni arvostavat ehkäisyneuvontatyötä	12 (15)	17 (21)	15 (18)	11 (13)	5 (6)	23 (28)
Olen kiinnostunut saamaan jatkokoulutusta seksuaaliterveyden alalta	32 (39)	27 (33)	9 (11)	7 (8)	4 (5)	4 (5)
Olen kiinnostunut ehkäisyneuvontatyön kehittämistä työyksikössäni	33 (40)	23 (28)	14 (17)	7 (8)	3 (4)	3 (4)
Olen kiinnostunut tekemään itse tutkimustyötä seksuaaliterveyden alueella	10 (12)	9 (11)	14 (17)	7 (8)	33 (40)	10 (12)

¹ Tieto puuttuu = 'en osaa sanoa', ' ei sovellu vastattavaksi', kysymykseen ei ole vastattu

Taulukko 26 Hoitajien (N = 118) vastaukset ehkäisyneuvontatyötään koskeviin väittämiin asteikolla 1–5, jossa 1 = täysin samaa mieltä ja 5 = täysin eri mieltä.

	1	2	3	4	5	tp ¹
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Koen tietoni ehkäisyneuvontatyössä riittäviksi	19 (16)	41 (35)	40 (34)	14 (12)	3 (3)	1 (1)
Koen taitoni ehkäisyneuvontatyössä riittäviksi	24 (20)	49 (42)	28 (24)	15 (13)	2 (2)	0 (0)
Olen saanut riittävästi koulutusta seksuaaliterveyden alalta	11 (9)	21 (18)	30 (25)	37 (31)	17 (14)	2 (2)
Koen ehkäisyneuvontatyön mielekkääksi	63 (53)	27 (23)	15 (13)	7 (6)	4 (3)	2 (2)
Minulla on työssäni ehkäisyasiakkaiden kanssa riittävästi aikaa keskusteluun, ohjaukseen ja neuvontaan	33 (28)	40 (34)	22 (19)	15 (13)	8 (7)	0 (0)
Työyksikössäni on selkeät toimintatavat ja -ohjeet	28 (24)	38 (32)	29 (25)	17 (14)	5 (4)	1 (1)
Työnjako lääkärin ja hoitajan välillä on selkeä ja toimiva	42 (36)	33 (28)	23 (20)	12 (10)	6 (5)	2 (2)
Yhteistyö lääkärin ja hoitajan välillä toimii hyvin	57 (48)	26 (22)	20 (17)	9 (8)	6 (5)	0 (0)
Saan tarvittaessa sujuvasti konsultaatioapua terveyskeskuksen sisällä	50 (42)	35 (30)	18 (15)	13 (11)	2 (2)	0 (0)
Saan tarvittaessa sujuvasti konsultaatioapua erikoissairaanhoidosta	16 (14)	33 (28)	34 (29)	20 (17)	11 (9)	4 (3)
Saan riittävästi palautetta työstäni asiakkailtani	14 (12)	34 (29)	45 (38)	14 (12)	7 (6)	4 (3)
Saan riittävästi palautetta työstäni esimiehiltäni	12 (10)	15 (13)	30 (25)	25 (21)	30 (25)	6 (5)
Työtoverini arvostavat ehkäisyneuvontatyötä	27 (23)	37 (31)	31 (26)	7 (6)	4 (3)	12 (10)
Esimieheni arvostavat ehkäisyneuvontatyötä	21 (18)	27 (23)	26 (22)	18 (15)	7 (6)	19 (16)
Olen kiinnostunut saamaan jatkokoulutusta seksuaaliterveyden alalta	64 (54)	24 (20)	9 (8)	9 (8)	9 (8)	3 (3)
Olen kiinnostunut ehkäisyneuvontatyön kehittämistä työyksikössäni	58 (49)	30 (25)	12 (10)	9 (8)	5 (4)	4 (3)
Olen kiinnostunut tekemään itse tutkimustyötä seksuaaliterveyden alueella	21 (18)	19 (16)	17 (14)	14 (12)	37 (31)	10 (8)

¹ Tieto puuttuu = 'en osaa sanoa', kysymykseen ei ole vastattu

Työyksikön toimintatapojen ja -ohjeiden osalta vastaukset eivät olleet yhdenmu-
kaisia lääkäri- tai hoitajavastaaajien kesken. Lääkärien ja hoitajien työnjakoa pitivät
kuitenkin molemmat vastaajaryhmät yleisesti (yli 60 % vastaajista) selkeänä (vaih-

toehdot 1 ja 2), ja yhteistyö oli toimivaa useimpien lääkäreiden (82 % valitsi vaihtoehdon 1 tai 2) ja hoitajien (72 %) mielestä. Hoitajat kokivat konsultaatiomahdollisuudet terveyskeskuksen sisällä lääkäreitä paremmiksi, todennäköisesti siksi, koska heillä oli mahdollisuus konsultoida myös lääkäreitä, jotka puolestaan olivat yksikössään useimmiten ehkäisyneuvonnan osalta kokeneimpia ja konsultoivat useammin erikoissairaanhoidon.

Molemmat vastaajaryhmät kokivat saavansa palautetta asiakkailtaan kohtalaisesti (vaihtoehdot 2 ja 3), mutta esimiehiltä saatavan palautteen määrään olivat molemmat tyytymättömiä: noin 70 % vastaajista valitsi vaihtoehdon väliltä 3-5. Vastausten hajonta oli suurta kysyttäessä ehkäisyneuvontatyön arvostusta työtovereiden ja esimiesten taholta. Näiden kysymyksen kohdalla myös "en osaa sanoa" -vastausten määrä oli suuri.

Vastaajien huomattava enemmistö oli kiinnostunut saamaan jatkokoulutusta seksuaaliterveyden alueella sekä kehittämään ehkäisyneuvontaa työyksikössään. Kiinnostus tutkimustyön tekemiseen ei sen sijaan ollut kovin yleistä.

5.7.2.3 Palveluiden kehittäminen

Lääkäreiden ja hoitajien mielipiteet *valtakunnallisten seksuaaliterveyspalveluita koskevien ohjeiden* tarpeellisuudesta on esitetty taulukossa 24 (s. 164). Näille vastaajaryhmille kysymys oli muotoiltu: "Olisiko mielestäsi tarpeen laatia seksuaaliterveyspalveluita koskevia valtakunnallisia ohjeita toiminnan tueksi (esim. suosituksia klamydian seulonnasta, hormonaalisesta ehkäisystä tms.)?". Viranomaistason ohjeet koki tarpeellisiksi huomattava osa vastanneista hoitajista. Lääkäreistä 63 % ja hoitajista 70 % kaipasi työnsä tueksi Käypä hoito -suosituksia. Kaikkiaan käytännön työtä tekevät pitivät ohjeita tarpeellisempina kuin terveyskeskuksen johto. Näistä huomattava osa oli valinnut vastausvaihtoehdon "en osaa sanoa".

Täydentäviä vastauksia oli runsaasti, lääkäreistä 33 ja hoitajista 61 täsmensi kaipaamaansa ohjeistusta. Kaksikymmentäyksi lääkäriä koki tarvitsevansa raskauden ehkäisyyn liittyvää ohjeistusta ja 13 ohjeita klamydian seulontaan. Hoitajista 12 toivoi ohjeita kaikesta aihepiiriin liittyvästä, 32 ehkäisyyn ja 11 klamydiainfektiioon

liittyen. Useammassa vastauksessa toivottiin ohjeita toimintakäytäntöjen yhtenäistämiseksi esimerkiksi seulontojen (klamydia, ehkäisyn seurannan yhteydessä otettavat papa-näytteet) osalta.

Lääkäreiltä ja hoitajilta kysyttiin *kehitystarpeita* avoimella kysymyksellä: "Milaisia kehitystarpeita seksuaaliterveyspalveluiden alueella mielestäsi on? Voit vastata oman työsi tai työyksikkösi näkökulmasta ja/tai yleisemmin." Kysymykseen vastasi 38 lääkäriä ja 58 hoitajaa. Lääkäreiden vastauksissa kaivattiin mm. tietoa, oikeaa asennetta ja koulutusta seksuaalisuudesta ja seksuaaliterveydestä niin nuorille kuin työntekijöillekin, lisää resursseja ja aikaa neuvontatyöhön sekä yhtenäisiä ohjeita. Lääkärit totesivat mm. seuraavaa:

- "Nuorilla ei riittävää tietoa ehkäisymahdollisuuksista. Asenteet tk:ssa [terveyskeskuksessa] jotenkin väljähtyneet aiempaan verrattuna."
- "Meillä oli aiemmin hyvin toimiva ehkäisyneuvola, joka romuttui väestövastuun myötä. Väestövastuu purettiin, mutta e-neuvolaa ei palautettu. Toiminta on hajautettu eri lääkäreille ja toteutustavat vaihtelevat kiinnostuksen mukaan."
- "Kiireen keskellä yleisesti kaikki ennaltaehkäisyyn ja terveyteen liittyvät asiat jäävät jalkoihin. Pakko keskittyä lähinnä sairauksiin ja niiden hoitoon."

Hoitajien kommentit olivat samansuuntaisia: tiedontarvetta seksuaaliterveyden ja -neuvonnan alueella oli laajalti, ja koulutusta (esimerkiksi seksuaalivestijakoulutus, parisuhdeongelmien käsittely) itselleen tai yleisemmin toivoi 13 vastaajaa. Moni vastaaja kantoi huolta resurssien vähyydestä, etenkin lääkäri työvoiman osalta, sekä toimintakäytäntöjen vaihtelevuudesta. Poimintoja hoitajien vastauksista:

- "Koen, että ehkäisyneuvolan toimintaa vähätellään/toimintaa supistetaan - raskauden keskeytysluvat nousevat, palveluiden piiriin on vaikea päästä, klamydia lisääntyä."
- "Työnantajan näköalattomuus perhesuunnitteluneuvolan voiman ennaltaehkäisyn hyödyistä/säästöistä. Puuhastelua ä-nlan [äitiysneuvolan] ohella."

- "Nuorten ehkäisyneuvonta pitäisi järjestää omaksi yksikökseen. Äitiysneuvola on nuorille outo paikka!"
- "Käytännöt vaihtelevat suuresti tk:n [terveyskeskuksen] sisällä ja tkeskusten [terveyskeskusten] kesken."
- "Lääkäreillä useita alueita hoidettavana, työ jää usein perustyöhön, kehittämisestä ei vastaa oikein kukaan."

Lisäksi muutama vastaaja toi esiin huolen nuorten liian varhaisesta seksuaalielämän aloittamisesta, poikien ja miesten saamisesta palveluiden piiriin, ehkäisyvälineiden korkeista kustannuksista ja tiettyjen erityisryhmien (vaihdevuosi-ikää lähestyvät naiset, seksuaalivähemmistöt, vammaiset jne.) palveluiden laadusta. Enemmistö sekä lääkäreistä että hoitajista oli halukkaita kehittämään ehkäisyneuvontatyötä omassa työyksikössään (ks. luku 5.7.2.2).

Kyselyn lopussa annettiin vastaajille mahdollisuus kommentoida vapaasti kyselyn aihepiiriä tai itse kyselyä. Lääkäreistä 17 (20 %) ja hoitajista 28 (24 %) kommentoi. Lääkäreiden vastauksista kuudessa ja hoitajien vastauksista 15:ssä tuotiin esille aihepiirin tai sen tutkimisen tai kehittämisen tärkeys.

6 POHDINTA

Tämän Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen terveyskeskuksissa tehdyn tutkimuksen mukaan *seksuaaliterveyspalveluiden, erityisesti ehkäisyneuvonnan, järjestämistavat* terveyskeskuksissa olivat moninaisia. Ehkäisyneuvontapalveluita tarjottiin yleisimmin äitiysneuvolapalveluihin yhdistettyinä, kun taas raskaudenkeskeytystä hakevat ja sukupuolitautia epäilevät asiakkaat ohjattiin tavallisimmin lääkärin päivystys- tai ajanvarausvastaanotolle. Vain kolmessa terveyskeskuksessa oli yksinomaan nuorille suunnattu palveluyksikkö. Palveluiden piiriin pääsyä rajoittivat paikoin pitkät odotusajat sekä ehkäisyneuvoloiden kesäsulut.

Ehkäisyneuvontakäytäntöjen vahvuuksia olivat käynnille varatun ajan riittävyys ja useissa terveyskeskuksissa myös hyvä tarjolla olevien ehkäisyvälineiden valikoima. Hoitajilla oli useimmissa terveyskeskuksissa mahdollisuus ohjata asiakas klamydiatestiin ilman lääkärin päätöstä, ja lisäksi hoitajien rooli oli merkittävä ehkäisyasiakkaiden seurannassa. Haasteita puolestaan olivat vaihtelevat ja jopa vanhentuneet ehkäisyneuvonnan tukena käytettävät ohjeet, ehkäisyn aloittamisen yhteydessä tehtävät osin tarpeettomat rutiinitutkimukset sekä puutteet yhdistelmähormonien ehkäisyn käyttöön liittyvien rajoitusten ja vasta-aiheiden soveltamisessa. Myös lääketieteellisten ehkäisymenetelmien, etenkin kierukkaehkäisyn, aloittaminen synnytyksen jälkeen näytti usein viivästyvän tarpeettomasti. Lisäksi kehittämistarpeita todettiin muun muassa ehkäisyvälineiden ilmaisjakelussa. Kaikkiaan ehkäisyneuvontapalveluiden laadussa todettiin runsaasti vaihtelua niin palveluiden rakenteessa terveyskeskustasolla kuin työntekijöiden käytännöissäkkin. Hyvää palvelurakenteen laatua ennustivat johtavan hoitajan tai ylihoitajan sekä nimetyn terveyden edistämisen johtamisesta vastaavan henkilön olemassaolo.

Raskaudenkeskeytysasiakkaille pyrittiin useissa terveyskeskuksissa järjestämään lääkärin vastaanottoaika nopeasti. Kirjalliset ohjeet suunnitelmallisesta *klamydian* seulonnasta löytyivät melko pienestä osasta terveyskeskuksia. Tartunnan toteamisen yhteydessä jäljitysvastuu jäi tavallisesti potilaalle. Seksuaalilineuvojakoulutuksen saaneita hoitajia työskenteli tutkimusvuonna vielä harvassa terveyskeskuksessa. Etenkin hoitajat kuitenkin ilmoittivat ottavansa ainakin jossain määrin esiin *seksuaalineuvonnan* aihepiiriin kuuluvia kysymyksiä raskauden ehkäisyneuvonnan yh-

teydessä. Kouluterveydenhoitajat osallistuivat yläkoulujen *seksuaaliopetukseen* tavallisimmin osallistumalla sen suunnitteluun ja pitämällä aiheesta oppitunteja.

6.1 Tutkimusmenetelmän ja -aineiston arviointia

Valtakunnallisesti tarkasteltuna tutkimusotos oli määrällisesti *edustava* kattaessaan 25 % maassamme tutkimusvuonna olleista 256 terveyskeskuksista, jotka tuolloin vastasivat 1,2 miljoonan suomalaisen terveystalvakuista. Myös alueen 107 kuntaa edustivat 25 prosenttia maan kaikista kunnista vuonna 2005. Tilastokeskuksen kuntaryhmittelyä käyttäen tutkimusalueen kunnista 18 % oli kaupunkimaisia, 19 % taajaan asuttuja ja 64 % maaseutumaisia, mikä vastasi valtakunnallista tilannetta vuonna 2005 (Tilastokeskus 2005). Koska otos kuitenkin oli kuitenkin tietoisesti kohdennettu tietylle alueelle ja valikoiduille vastaajille (ns. *harkinnanvarainen näyte*), tutkimustulosten tulkinnan lähtökohtana ei ollut tilastollisen päättelyn soveltaminen valtakunnan tasolle. Tutkimus voidaankin nähdä *kokonaistutkimuksena* Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen terveyskeskusten muodostamassa joukossa etenkin niiden osatöiden suhteen, joissa tuloksia tarkastellaan terveyskeskussittain tai kunnittain (I, II ja V). Tällöin tutkimuksen perusjoukon muodostavat alueen 63 terveyskeskusta. Niissä terveyskeskuksissa, joissa ehkäisyneuvontaa toteutettiin voimakkaasti hajautetusti (esimerkiksi usean kunnan alueella toimivat terveyskeskukset), tietoa kerättiin useammalta kuin yhdeltä lääkäriltä ja hoitajalta ja yhtä terveyskeskusta edusti siten useampi vastaus. Näitä tuloksia tarkasteltiin toimipai-koittain (I), ammattiryhmittäin (III) ja kunnittain (IV). Kokonaistutkimukseksi tulkittava perusjoukko, aineiston pienekkö koko ja poikkileikkausasetelma huomioden tutkimus oli suurelta osaltaan *kuvaileva*. Osatöissä III ja V sovellettiin kuitenkin tilastollista päättelyä tutkittaessa taustamuuttujien yhteyttä tutkittuun ilmiöön.

Koko maan kattavalla terveyskeskusten satunnaisotoksella olisi saavutettu tulosten parempi valtakunnallinen yleistettävyyys, mutta vastausten luotettavuus todennäköisesti olisi kärsinyt. Tässä alueellisesti rajatussa tutkimuksessa oli käytettävissä suora yhteys terveyskeskuksiin koulutusvastaavien verkoston kautta ja siten kyettiin selvittämään ehkäisyneuvontatyöhön perehtyneet työntekijät. On oletettavaa, että ehkäisyneuvontaa tekeville työntekijöille henkilökohtaisesti nimellä kohdistetun ky-

selyn myötä saatiin vastausaktiivisuus paremmaksi ja kysely suunnatuksi juuri niille, jotka tuntevat parhaiten oman terveyskeskuksensa käytännöt. Vaikka tutkimusalueelta kerättyjä tuloksia ei voida satunnaisen otoksen tapaan yleistää, käytetyllä harkinnanvaraisella otannalla saadut tulokset antavat todennäköisesti viitteitä kokonaan tilanteesta.

Kyselyiden *vastausaktiivisuus* (68–92 %) nousi kokonaisuutena hyväksi, hoitohenkilöstön osalta jopa erinomaiseksi. Tyypillisen kyselytutkimuksen vastausaktiivisuuden on esitetty olevan nykyisin alle 50 prosenttia (Vehkalahti 2008) ja 70 %:n aktiivisuutta voidaan pitää hyvänä (Luoto 2009). Myös lääkärikyselyjen yleiseen vastausaktiivisuuteen verrattuna saavutettua lääkärien vastausosuutta voi pitää edustavana. Vuonna 2004 toteutetussa valtakunnallisessa äitiys- ja lastenneuvolatyötä kartoittavassa selvityksessä lääkärikyselyyn vastasi vain 31 % kyselyn saaneista ja terveydenhoitajakyselyssä vastausprosentti oli 62 (STM 2005). Neuvolaselvityksessä kyselylomakkeet lähetettiin lääninhallitusten kautta terveyskeskuksiin jaettavaksi edelleen neuvoloiden työntekijöille. Tässä tutkimuksessa osallistumista ja todennäköisesti myös tulosten luotettavuutta lienee edistänyt pyrkimys kohdistaa kysely säännöllisesti ehkäisyneuvontatyötä tekeville vastaajille henkilökohtaisesti.

Etenkin hoitajakyselyiden korkea vastausaktiivisuus kertonee myös *korkeasta vastausmotivaatiosta*, mikä heijastui myös annetuissa vapaissa kommentteissa. Vastausten perusteella muodostui kuva työhönsä sitoutuneista ammattilaisista, joista monet kuitenkin kokivat, että terveyskeskuksen toimintojen kokonaisuudessa ehkäisyneuvonta ja seksuaaliterveyspalvelut yleensä jäävät liian vähälle huomiolle. Kysely tarjosi heille tilaisuuden ilmaista näitä ajatuksia ja tunteita. Tutkimusaiheen kiinnostavuus vastaajan kannalta on keskeinen hyvään vastausaktiivisuuteen yhteydessä oleva tekijä (Luoto 2009). Vahvaan vastausmotivaatioon viittaa hyvän vastausaktiivisuuden ohella myös lomakkeiden huolellinen täyttäminen niiden pituudesta huolimatta.

Sähköinen tiedonkeruu täydennettynä mahdollisuudella vastata myös paperimuodossa vaikutti toimivalta ratkaisulta. Sähköisten kyselylomakkeiden käyttö on nopeasti yleistynyt viime vuosina etenkin kaupallisessa käytössä. Sähköisten kyselyiden keskeisiä etuja ovat nopeus, alhaiset postitus- ja muut käsittelykulut sekä vastausten

siirtyminen suoraan sähköiseen muotoon, mutta vastausprosentit jäivät yleensä alhaisiksi (Dillman ja Bowker 2001). Lomakkeiden laatiminen sähköiseen muotoon vaati jonkin verran lisätyötä, mutta järjestelmä mahdollisti ajantasaisen vastausaktiivisuuden seurannan ja helpotti vastausten käsittelyä. Vastaamisen mahdollistaminen myös perinteisellä paperilomakkeella edisti osallistumista etenkin lääkäri- ja hoitajakyselyissä, joissa kolmasosa lomakkeista palautui paperivastauksena.

Tulosten *luotettavuuden* edistämiseksi kyselytutkimuksissa pyritään mahdollisuuksien mukaan käyttämään etukäteen testattuja, validoituja kysymyksiä. Tähän tutkimukseen soveltuvia valmiita kysymyksiä ei kuitenkaan ollut käytettävissä, vaan kaikki kysymykset laadittiin kutakin vastaajaryhmää varten erikseen. Lääkäri- ja hoitajakyselyiden lomakkeet esitettiin ja niitä muokattiin saadun palautteen perusteella. Kokonaisuudessaan vastausten laatu oli hyvä ja puuttuvia tietoja oli vähän. Joissain kysymyksissä vastausvaihtoehdot osoittautuivat tarpeettoman yksityiskohtaiseksi. Nämä ongelmat olisi todennäköisesti voitu ainakin osin välttää toteuttamalla esitutkimus myös johtaville lääkäreille ja hoitotyön johtajille suunnattujen lomakkeiden toimivuuden parantamiseksi.

Kyselytutkimuksiin yleisesti liittyvien *harhojen (bias)* mahdollisuutta ei tässäkään tutkimuksessa voitu sulkea pois. Tiedonkeruun luotettavuutta ovat voineet häiritä vastaajien pyrkimys vastata kysymyksiin, siten kuin he olettavat oikeaksi tai toivotuksi (*social desirability bias*), jolloin tulokset voivat antaa todellisuutta suosivamman kuvan tutkitusta ilmiöstä. Tämä tendenssi saattaa näkyä esimerkiksi ehkäisyaloitukseen liittyvien tutkimusten ilmoittamisessa, jossa vastaajat ovat saattaneet ilmoittaa useampia tutkimuksia tehtävän kuin heidän käytännön työssään todellisuudessa tapahtuu. Myös muistamisharha (*recall bias*) on voinut vaikuttaa esimerkiksi koulutustuntimääriä koskeviin kysymyksiin vastattaessa.

Niin kyselyyn vastaamisessa kuin tulosten käsittelyssä ja tuloksinassa *strukturoidut* kysymysmuodot voivat vaikeuttaa todellisen kuvan saamista ilmiöstä. Yhdistelmäehkäisy määräämistä koskevien kysymysten yhteydessä eräs lääkäri totesi täsmällisten verenpaine- ym. rajojen ilmoittamisen vaikeaksi, koska työssään hän katsoo asiakasta tai potilasta kokonaisuutena, yksittäisten ominaisuuksien sijaan. Tätä ongelmaa pyrittiin lomakkeiden laadinnassa lievittämään sijoittamalla kysy-

mysten lomaan runsaasti tilaa täydentäviä kommentteja ja täsmennyksiä varten, ja näitä vastaajat käyttivätkin jonkin verran.

Koska suomalaisen terveyskeskusjärjestelmään verrattavaa palvelumallia ei ole muissa maissa, terveyskeskustason tuloksia ei voitu suoraan *verrata* kansainvälisiin *tutkimuksiin*. Yksittäisiä käytäntöjä voitiin kuitenkin jossain määrin rinnastaa myös muissa maissa tehtyihin tutkimuksiin ja aiempiin suomalaistutkimuksiin, joskin menetelmälliset erot estivät usein suoran vertailun. Kaikilta osin vertailuun sopivaa tutkimustietoa ei ollut käytettävissä. Käytäntöjä tarkasteltiin myös suhteessa suomalaisiin ja kansainvälisiin suosituksiin. On kuitenkin huomattava, että esimerkiksi lääkäreiden ehkäisyneuvontakäytäntöjä tutkittaessa pyrkimyksenä ei ollut tutkia, kuinka lääkärit *noudattivat* suosituksia, koska kaikille yhteisiä, velvoittavia suosituksia ei ollut, vaan yksinkertaisesti vertailtiin käytäntöjä tutkimusajankohtana lääkäreiden saatavilla olleeseen parhaaseen tietoon. Lisäksi on huomattava, että tutkimuksella kyettiin kartoittamaan vastaajien *ilmoittamia* käytäntöjä eivätkä ne yksiselitteisesti kuvaa todellisuutta.

6.2 Raskauden ehkäisyneuvontapalvelut

6.2.1 Ehkäisyneuvonnan järjestämistavat

Useimmissa terveyskeskuksissa (54 %) raskauden ehkäisyneuvonta toteutettiin *neuvolatyönä*, tavallisimmin äitiysneuvolan yhteydessä. Yhdistetty äitiys- ja ehkäisyneuvola oli myös naisten yleisimmin toivoma raskauden seurannan ja ehkäisyneuvontapalveluiden järjestämistapa Stakesin vuonna 1994 toteuttaman väestökyselyn mukaan, verrattuna esimerkiksi palveluiden järjestämiseen väestövastuisesti (Hemminki ja Koponen 1998). Erillinen keskitetty ehkäisyneuvola oli kolmessatoista terveyskeskuksessa ja nuorten oma neuvola kolmessa, joten palveluiden järjestämistä koskeva hypoteesi "keskitetysti palveluita tarjoavia ehkäisyneuvoloita on terveyskeskuksissa vähän" voidaan katsoa paikkansa pitäväksi. Vain muutamassa terveyskeskuksessa palvelut tarjottiin väestövastuuneuvolassa. Lähes kaikissa terveyskeskuksissa ehkäisyneuvontatyötä toteutettiin myös lääkärin ajanvarausvastaanotolla riippumatta mahdollisesta keskitetystä yksiköstä ja yhdessätoista vain siellä.

Ehkäisyneuvonnan toteuttaminen äitiysneuvolatyön yhteydessä on aiemmissakin tutkimuksissa osoittautunut tavanomaisimmaksi palveluiden järjestämistavaksi. Kymmenen vuotta aiemmin toteutetussa valtakunnallisessa yli 5 000 asukkaan kunnat kattaneessa tutkimuksessa luokiteltiin raskauden ehkäisyneuvonta järjestetyksi kokonaan eriytyneesti eli omassa neuvolassaan 31 % kunnista, osin eriytyneesti, kuten äitiysneuvolan yhteydessä, 42 %:ssa ja kokonaan väestövastuisiksi 27 %:ssa kuntia (Koponen ym. 1998). Vuoden 2004 valtakunnallisessa neuvolaselvityksessä 35 % äitiys- ja/tai lastenneuvolatyötä tekevästä terveydenhoitajista ilmoitti myös ehkäisyneuvonnan kuuluvan tehtäväalueisiinsa (STM 2005). Koposen ym. tutkimuksessa täysin väestövastuisten järjestelyjen osuus oli tätä tutkimusta suurempi. On kuitenkin huomattava, etteivät tulokset ole useista menetelmällisistä syistä suoraan verrattavissa keskenään. Tulkintoja vaikeuttaa lisäksi olennaisesti palvelujärjestelyiden moninaisuus sekä rajanvedon vaikeus eriytetyn (tai sektoroidun) sekä väestövastuisten järjestelyjen välillä (Koponen ym. 1998). Jopa yhden terveyskeskuksen sisällä voi olla useita eri toimintamalleja, esimerkiksi kuntayhtymäterveyskeskuksen eri kunnissa. Tässäkin työssä jouduttiin tekemään luokitteluja, jotka eivät välttämättä ole yksiselitteisiä. On kuitenkin ilmeistä, että väestövastuisten ehkäisyneuvontapalveluiden osuus ei ole 2000-luvulle tultaessa lisääntynyt eivätkä toisaalta erilliset ehkäisyneuvolat ole tyystin hävinneet. Vuonna 2008 tehdyssä valtakunnallisessa kyselytutkimuksessa saadut tulokset olivat samansuuntaisia: ehkäisyneuvonta oli järjestetty erilliseen neuvolaan 25 %:ssa ja yhdistettyyn neuvolaan 45 %:ssa terveyskeskuksia, mutta tässä tutkimuksessa pääasiallisesti lääkärin vastaanotolla järjestetyn toiminnan osuus oli pienempi.

Yhdistetyn äitiys- ja ehkäisyneuvolan etuna voidaan pitää henkilöstön laaja-alaista perehtyneisyyttä seksuaali- ja lisääntymisterveyden kysymyksiin ja mahdollisesti myös synnytyksen jälkeisen ehkäisyn saumatonta hoitoa. Kuitenkin ehkäisyneuvontatyön kehittäminen saattaa yhdistetyssä neuvolassa jäädä vähemmälle huomiolle panostettaessa arvostettuun ja tarkemmin ohjeistettuun äitiysneuvolatyöhön. Ennen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman julkaisemista vuonna 2007 ehkäisyneuvontaa ei ollut valtakunnallisesti kuvattu tai ohjeistettu itsenäisenä palvelualueena yli kahteenkymmeneen vuoteen eikä sitä oltu juurikaan huomioitu myöskään äitiysneuvolatyötä koskeissa ohjeissa ja selvityksissä. Tässä tutkimuksessa eräät työntekijät ilmaisivatkin huolensa ehkäisyneuvonnan

asemasta: moni koki tekevnsä tärkeäksi kokemaansa työtä muiden tehtäviensä ohessa, vailla riittävää arvostusta ja kehittämismahdollisuuksia.

Yhdistetyn äitiys- ja ehkäisyneuvolan haittana on, että *nuorten* voi olla vaikeaa löytää tiensä äitiysneuvolan otsikon alla toimivien palveluiden piiriin; jo perhesuunnitteluneuvolan mieltäminen paikaksi, josta voi saada apua seksuaalisuuteen ja ehkäisyyn liittyvissä kysymyksissä, on osoittautunut nuorille hankalaksi (ks. Nummelin 2000). Vain nuorille suunnattuja yksiköitä löytyi tutkimusalueen terveyskeskuksista ainoastaan kolme. Suurehkoissa kaupungeissa olisi mielekästä harkita nuorten oman yksikön perustamista palveluiden tavoitettavuuden parantamiseksi ja henkilöstön erityisosaamisen kehittämiseksi. Tätä ajatusta myös Suomen Lääkäriliitto on tukenut (Suomen Lääkäriliitto 2007). Järjestely ei edellyttäisi merkittävää resurssien lisäystä, vaan jo olemassa olevaa toimintaa voitaisiin järjestää ja nimetä uudelleen. Jotta nuoret löytäisivät heille tarkoitetut palvelut, niistä tiedottaminen niin väestön keskuudessa kuin kunnan organisaation sisällä on keskeistä.

Etenkin pienissä terveyskeskuksissa nuorten oman yksikön perustaminen voi olla epätarkoituksenomaista, ja esimerkiksi maaseudulla keskitettyyn yksikköön hakeutuminen pitkien etäisyyksien takaa voi olla nuorille hankalaa. Nuorten palveluiden kohdalla on korostettu niiden lähipalveluluonnetta (STM 2007) ja toisaalta mahdollisuutta valita eri vaihtoehtoista sujuvan vastaanotolle pääsyn takaamiseksi (Väestöliitto 2006, IPPF European Network 2007). Siten ehkäisyneuvontaa tulisi olla tarjolla myös *koulu- ja opiskeluterveydenhuollon* kautta (STM 2007), joista etenkin kouluterveydenhuollon palvelut ovat usein helposti saatavilla ja joissa henkilökunta tuntee palveluita hakevat nuoret ja on myös kouliintunut toimimaan heidän parissaan. Tässä tutkimuksessa terveyskeskusjohdon mukaan kouluterveydenhuollossa oli tarjolla lääkärin ehkäisyneuvontapalveluja vajaassa kolmanneksessa terveyskeskuksia ja hoitajan tarjoamaa ehkäisyneuvontaa puolessa. Ehkäisypillereiden aloitusta pidettiin mahdollisena yläkoulujen kouluterveydenhuollossa vain vajaassa viidenneksessä terveyskeskuksia. Vuonna 2008, vuosi seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintasuunnitelman julkaisemisen jälkeen, valtakunnallisessa terveydenedistämistyötä koskevassa kyselyssä 78 % terveyskeskuksista ilmoitti raskaudenehkäisyasiakkaita hoidettavan kouluterveydenhuollossa (Kosunen 2009). Tulokset eivät ole täysin vertailukelpoisia, mutta on mahdollista, että myönteistä kehitystä on

tapahtunut tämän tutkimuksen aineiston keräämisen jälkeen. Tarkempaa tietoa kuitenkin tarvitaan kouluterveydenhuollon palveluiden sisällöstä, esimerkiksi ehkäisyn aloittamisen ja sukupuolitautilien seulonnan mahdollisuuksista sekä hoitajien ja lääkäreiden työnjaosta.

Yksitoista terveyskeskusta tarjosi vuonna 2005 ehkäisyneuvontapalvelut *lääkäriin ajanvarausvastaanoton* yhteydessä. Tämä järjestely voi heikentää palvelujen saatavuutta, laatua ja pitkäjänteistä kehittämistyötä. Ehkäisyneuvonta ei tällöin yleensä toteudu lääkärin ja terveydenhoitajan yhteistyönä, jolloin merkittävä resurssi voi jäädä hyödyntämättä. Myös asetuksen edellyttämä ehkäisyneuvontakäynnin maksuttomuus tai tilastointi terveysneuvontakäynniksi saattavat silloin jäädä toteutumatta. Odotusaika lääkärin vastaanotolle voi olla pitkä. Nuori asiakas saattaa kokea arveluttavaksi hakeutumisen omalääkärin vastaanotolle, jossa muukin perhe asioi. Tekninen ja ajallinen valmius toimenpiteisiin, kuten kierukan tai kapselien asetukseen, ei vastaanotolla aina ole riittävä, mikä puolestaan voi supistaa tarjolla olevien ehkäisy menetelmien valikoimaa.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma vuosille 2007–2011 puoltaa toisaalta sekä tiettyjen ehkäisyneuvontapalveluiden keskittämistä että toisaalta perustason palveluiden saatavuutta lähipalveluina (STM 2007). Ehkäisytilereiden aloituksen ja kaikkien raskaudenehkäisy menetelmien käytön seurantakäynnit tulisi sisällyttää perusterveydenhuollon helposti tavoitettaviin *lähipalveluihin*. Kuitenkin kierukoiden ja kapselien asetus sekä ehkäisyn ongelmantilanteiden hoito olisi mielekästä *keskittää* suuremman väestöpohjan kattaviin, erityisosaamista tarjoaviin yksiköihin. Tällöin voitaisiin saavuttaa toimenpiteissä vaadittava rutiini ja poikkeustilanteiden hallinta riittävän asiakasmäärän avulla. Suuremmissa terveyskeskuksissa tämän periaatteen noudattaminen lienee helposti järjestettävissä. Pienemmissä terveyskeskuksissa erityisyksikön sijaan voisivat esimerkiksi tietyt lääkäri–hoitaja–työparit ottaa vastuulleen vaativimmat ehkäisyasiakkaat. Tällöinkin olisi tärkeää muistaa huolehtia myös ehkäisyneuvontaa perustasolla tekevän henkilöstön osaamisesta ja työn tukemisesta selkein näyttöön perustuvien ohjein.

Julkisessa keskustelussa esiintyi tutkimusaineiston keräämisen aikoihin huoli ehkäisyasiakkaiden hoidolle terveyskeskuksissa asetetuista *rajoituksista* (Lindberg

2005). Tässä tutkimuksessa ehkäisyneuvolan palvelut olivat lähes kaikissa terveyskeskuksissa tarjolla ilman rajoituksia. Keskitetyt ehkäisyneuvolapalvelut oli rajattu alle 35-vuotiaille tiettyjä poikkeuksia lukuun ottamatta kahdessa suuressa kaupungissa, joten nämä rajoitukset koskivat sangen suurta asiakasmäärää. Suuri osa ikärajat ylittävistä naisista hakeutuu yksityissektorille, vaikka heille tarjottaisiinkin mahdollisuus käyttää terveyskeskuslääkärin vastaanottopalveluja. Siten kansanterveyslaki ei näiden asiakkaiden kohdalla toteudu. Jopa kymmenen viikkoa kestäneitä *kesäsulkuja* ilmoitti edellisenä kesänä toteuttaneensa 17 terveyskeskusta. Sulkuja toteuttaneet terveyskeskukset toimivat muita useammin väestövastuuperiaatteella, ja näiden kuntien verotulot olivat hieman yllättävästi muita suurempia. Kansainvälisistä tutkimuksista on saatu näyttöä, että erityisesti nuorten seksuaaliaktiivisuudessa ja -terveydessä on vuodenaikavaihtelua siten, että ensimmäiset yhdynnät ja hedelmöitymiset lisääntyvät kesällä ja joulun aikaan, raskaudenkeskeytysten määrä nousee loppukesästä ja helmikuussa ja että todettujen sukupuolitautilien määrä kohoaa kesän ja syksyn aikana (Macdowall ym. 2008). Suomessa THL:n tartuntatautitietokannan mukaan klamydiainfektioita on vastaavasti todettu useina vuosina eniten lomakausien jälkeen, tammikuussa ja elokuussa (<http://www3.ktl.fi/>). Etenkin nuorille asiakkaille palveluiden saaminen ympäri vuoden on siten ensiarvoisen tärkeää. Myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma nostaa esille palveluiden saatavuuden ympärivuotisesti (STM 2007).

6.2.2 Ehkäisyneuvonnan käytännöt

Terveyskeskuksissa ehkäisyasiakkaan *vastaanottokäynnille varattua aikaa* voitiin pitää riittävänä, etenkin verrattaessa esimerkiksi Iso-Britanniassa vallitseviin käytäntöihin (French 2002). Ilmoitetuissa *odotusajoissa* oli sen sijaan enemmän vaihtelua. Kun odotusajan mediaani lääkärin vastaanotolle oli 10.5 ja hoitajan vastaanotolle 3.5 päivää, pisimillään vastaanottoa oli odotettava 60–90 päivää, mitä voidaan pitää täysin kohtuuttomana. Valtakunnallisesti ei ennaltaehkäisevän työn osalta ole annettu aikarajoja hoitoon pääsystä. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman mukaan nuoren asiakkaan on voitava aloittaa ehkäisy viikon kuluessa yhteydenotosta. Brittiläisten suositusten mukaan ehkäisyneuvontaan tulee päästä kahden arkipäivän kuluessa, mikä toteutui tässä tutkimuksessa 35 %:ssa toimipai-

koista. Suomessa ei ole yleistynyt monissa muissa maissa sovellettu ajanvaraukseton vastaanotto, joka toteutui lähinnä kouluterveydenhuollossa.

Suurimmassa osassa toimipaikkoja oli käytössä ehkäisyneuvonnan tukena *kirjallinen ohje*, mutta lääkäreiden ja hoitajien käyttämien ohjeiden valikoimat erosivat selvästi toisistaan viitaten siihen, ettei paikallisia, selkeästi yhdessä moniammatillisesti sovittuja ohjeistuksia ollut useinkaan laadittu. Hoitajista jopa viidennes raportoi hyödyntävänsä yhä Lääkintöhallituksen ohjekirjeen ehkäisyneuvontasuosituksia vuodelta 1982. Ne olivat kuitenkin vuonna 2005 monilta osin vanhentuneet, sillä ne sisälsivät muun muassa tarpeettoman tiukkoja ikärajoja yhdistelmäehkäisytablettien määräämiselle.

Useimpia lääkärin määräästä tai toimenpidettä edellyttäviä ehkäisymenetelmiä aloitettiin jokaisessa toimipaikassa. Aloitettavien *ehkäisymenetelmien valikoimasta* kuitenkin puuttui kapseliehkäisy lähes puolessa toimipaikoista, ja ehkäisyn aloittaminen pessaarilla tai progestiininiruiskein oli hyvin harvinaista. Erityisesti kapseliehkäisyn aloittamisen tulisi olla mahdollista kaikissa terveyskeskuksissa, joskaan ei välttämättä kaikissa toimipaikoissa. Kaikkiaan suomalaisessa perusterveydenhuollossa tarjolla oleva ehkäisymenetelmien valikoima on laaja. Monissa niissä maissa, joissa yleislääkärit huolehtivat suurelta osin ehkäisypalveluista, kuten Hollannissa, Iso-Britanniassa ja Tanskassa, ehkäisytablettit ovat keskeinen tarjolla oleva menetelmä ja esimerkiksi kierukkaehkäisyn käyttö on harvinaista (United Nations 2008). Suomessa kierukkaehkäisylle on vahvat perinteet (Makkonen ja Hemminki 1991) ja terveyskeskusten rooli sen aloittamisessa on 1970-luvulta alkaen ollut keskeinen. Menetelmän käytön yleisyyteen on voinut vaikuttaa myös Suomessa tapahtunut kierukoiden kehitystyö (Thiery 2000).

Ehkäisyvälineiden *ilmaisjakelukäytännöt* vaihtelivat suuresti terveyskeskusten toimipaikkojen kesken niin valikoiman kuin kestonkin suhteen. Käytännössä kaikki toimipaikat luovuttivat ehkäisyn aloittajille ehkäisytabletteja ja useimmat myös ehkäisyrenkaita ja -laastareita maksutta, tavallisimmin kolmeksi – neljäksi kuukaudeksi. Kierukan ilmaisjakelu oli harvinaisempaa, etenkin hormonikierukan osalta. Runsaiden kuukautisten hoitoonkin hormonikierukka oli tarjolla maksutta vain alle neljänneksessä toimipaikkoja, vaikka sosiaali- ja terveysministeriön antamien ohjeiden

mukaan sairauden hoidoksi kunnallisessa terveydenhuollossa asetettava kierukka kuuluu julkisen terveydenhuollon kustannettavaksi (Hurskainen ja Tapper 2006). Synnytyksen tai raskaudenkeskeytyksen jälkeen niin ehkäisytablettien kuin kuparierukankin ilmaisjakelu oli selvästi harvinaisempaa. Se, moniko mainituista menetelmistä kuului ilmaisjakelun piiriin, ei ollut yhteydessä terveyskeskuskunnan verkortymään. Muista menetelmistä kondomien jakelua raportoitiin tuskin lainkaan. Kondomien jakelu voisi kuitenkin tarjota terveyskeskuksille keinon tavoittaa myös miesasiakkaita ja edistää sukupuolitaudeilta suojautumista. Jälkiehkäisytablettien ilmaisjakelua toteutti selvästi alle puolet yksiköistä. Siltä osin jälkiehkäisytablettien Käypä hoito -suositus toteutuu huonosti. Vaikka jälkiehkäisytabletti on saatavilla ilman reseptiä, terveyskeskuksissa tulisi olla valmius jälkiehkäisytablettien nopeaan toteuttamiseen ainakin päivystyksessä sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa (Käypä hoito 2006b).

Vaikka Suomessa on mahdollisuus maksuttomaan ehkäisytablettien aloitukseen ja seurantaan, ehkäisyvälineiden kustannukset käyttäjälle voivat muodostua korkeiksi. Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma esitti vuonna 2006, että kaikkien tarvittavien ehkäisytablettien tulisi olla alle 20-vuotiaiden saatavilla ilmaiseksi (Väestöliitto 2006). Tämä periaate sisällytettiin sittemmin seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaan, täydennettynä synnytyksen ja raskaudenkeskeytyksen jälkeisellä ilmaisella ensiehkäisytablettillä (STM 2007), jossa siinäkin on tämän tutkimuksen valossa parantamisen varaa. Vuonna 2008 tehdyn selvityksen mukaan lähes puolet terveyskeskuksista ilmoitti antavansa alle 20-vuotiaille ehkäisyvälineet ilmaiseksi ainakin joistain toimipisteistä, mutta kysymysmuotoilussa ei täsmennetty jakelun kestoa (Kosunen 2009). Nuorten maksutonta ehkäisyä on puollettu hiljattain myös asiantuntijapuheenvuoroissa (Kosunen 2008, Heikinheimo 2010).

Lääkärien vastausten mukaan *ehkäisytablettien aloittamiseen* liittyivät usein kattavat *tutkimukset*: verenpaineen mittaus, BMI:n määrittäminen tai painon mittaus, gynekologinen sisäelintutkimus sekä papa-näytteen otto kuuluivat vastaajien enemmistön mukaan rutiineihin useimpia menetelmiä aloitettaessa. Merkittävä osa ilmoitti myös palpoivansa rinnat tai ottavansa klamydianäytteen yhdistelmähormoniehkäisytablettien aloittajilta, joilta lisäksi peräti kolmasosa raportoi tarkistettavan maksanentsyymiarvot. Myös nuorille ehkäisytablettien aloittajille tehtiin ensimmäinen gynekologinen

sisätutkimus tavallisimmin ehkäisyn aloituskäynnillä. Jos tuloksia arvioidaan vuonna 2004 käytössä olleen Lääkärin käsikirjan ohjeiden valossa, ovat käytännöt pitkälti suosituksen mukaisia, lukuun ottamatta *maksaentsyymien määritystä*, joka pohjautuu Lääkintöhallituksen vuoden 1982 ohjekirjeen suosituksiin. 1960-luvulla suomalaistutkimuksessa raportoitiin ensimmäisten, runsasestrogenisten yhdistelmäpille-
reiden käyttöön liittyvistä maksantoimintakokeiden tulosten muutoksista. Vaikka näiden löydösten kliinistä merkitystä pidettiin epäselvänä, ehkäisytablettien käyttäjien maksa-arvojen määrittämistä ja tarvittaessa pillereiden lopettamista suositeltiin (Eisalo ym. 1965). Sittemmin lievä maksan toimintakokeiden muutos todettiin yleiseksi ja kliinisesti merkityksettömäksi (Lieberman ym. 1984). Koska vuoden 1982 ohjekirjeen suositusta ei varsinaisesti koskaan kumottu, käytäntö on jäänyt elämään hämmästyttävän laajana. Paitsi tarpeettomia näytteitä ja kustannuksia, käytäntö voi aiheuttaa turhaa huolta ja pahimmillaan ehkäisyn keskeytyksiä.

Ehkäisyn aloituksesta ja seurannasta on käytettävissä vähän tutkimustietoa, mutta mitä ilmeisimmin käytännöt vaihtelevat maittain. Kansainvälisessä kirjallisuudessa pidetään verenpaineen mittausta ainoana tarvittavana tutkimuksena yhdistelmähormoniehkäisyä aloitettaessa huolellisen anamneesin ohella (Stewart ym. 2001, Scott ja Glasier 2004, WHOMEC 2004). Tässä tutkimuksessa verenpaineen tarkistaminen kuului rutiineihin lähes kaikkien lääkäreiden työssä. Norjalaisten yleislääkäreiden keskuudessa vuonna 2000 tehdyssä kyselytutkimuksessa verenpainetta ilmoitettiin mitattavan yhtä aktiivisesti (Aasland 2000). Simuloitujen potilaiden avulla tehdyssä pienessä belgialaistutkimuksessa runsas 60 % yleislääkäreistä mittasi nuoren ehkäisyn aloittajan verenpaineen (Peremans ym. 2005). Suomessa tunnollista verenpaineenmittausta saattaa osin selittää neuvolaympäristö, jossa hoitajan tehtäviin saattoi kuulua muun muassa verenpaineen mittaaminen ennen lääkärin vastaanottoa.

Kun verrataan ehkäisyn aloituksen tutkimusrutiineja WHO:n suosituksiin, näyttää siltä, että tutkimuksia tehdään tarpeettoman paljon. Erityisesti *sisätutkimuksen* tekeminen pilleriehkäisyä aloitettaessa näyttää olevan suomalaisittain vakiintunut käytäntö. Esimerkiksi edellä mainitussa belgialaistutkimuksessa yksikään yleislääkäreistä ei tehnyt 18-vuotiaalle ehkäisytablettien aloittajalle sisätutkimusta (Peremans ym. 2005) ja norjalaistutkimuksessa sen ilmoitti suorittavansa puolet vastaajista (Aasland 2000). Tuoreessa belgialaistutkimuksessa ehkäisyn aloituksen laatua

yleislääkärin vastaanotolla arvioitaessa sisätutkimuksen tekemättä jättäminen katsottiin eduksi (Peremans ym. 2010). Rutiininomaisen sisätutkimuksen, rintojen palpation tai irtosolututkimuksen hyödyistä yhdistelmäehkäisyä aloitettaessa ei ole näyttöä (Stewart ym. 2001, Scott ja Glasier 2004, Bimla Schwarz ym. 2005). Sen sijaan nuorilla tiedetään usein olevan pelkoja gynekologista tutkimusta kohtaan (Larsen ja Kragstrup 1995), ja nämä pelot saattavat viivästyttää tai jopa estää ehkäisyneuvontapalveluiden piiriin hakeutumisen ja siten lääketieteellisen ehkäisymenetelmän aloittamisen (Cromer ja McCarthy 1999, Kosunen 2002). Siksi rutiininomainen sisätutkimuskäytäntö aloitettaessa yhdistelmähormoniehkäisyä etenkin nuorten naisten osalta tulisi lopettaa. Tutkimus on toki perusteltu, mikäli esitiedot antavat siihen aiheutta ja tutkimusta voidaan tarjota tehtäväksi terveystarkastusluonteisesti myöhemmillä seurantakäynneillä (esimerkiksi vuoden kuluttua), mitä suosittaa myös nykyinen Lääkärin tietokantojen ohje (Lääkärin tietokannat 2010b).

Myöskään rutiininomaiselle *kohdunsuun irtosolunäytteen* otolle ennen ehkäisyn aloittamista ei ole perusteita (WHO luokka C). Yhdistelmähormoniehkäisyn aloittajat ovat tavallisimmin nuoria, jotka ovat hiljattain aloittaneet sukupuolielämän. Valtakunnallisen seulonnan ulkopuolella on papa-näytteen otto suositeltu aloitettavaksi lääkärin harkinnan perusteella vasta 2–3 vuotta yhdyntöjen aloittamisen jälkeen (Käypä hoito 2006a). Nykyisin katsotaan, että seulontatutkimusten aloittaminen ei ole mielekästä ennen 25 vuoden ikää (Sasieni ym. 2009, Käypä hoito 2010b). Liian varhaiset tutkimukset voivat johtaa lievien, spontaanisti korjaantuvien muutosten yli diagnostiikkaan ja jopa tarpeettomiin ja haitallisiin interventioihin (Saslow ym. 2002, Jakobsson ym. 2007). Edes kierukkaehkäisyä aloitettaessa ei rutiininomaiselle irtosolunäytteenotolle näyttöä löytyvän perusteita. WHO:n ohjeistus pitää sen sijaan keskeisenä sukupuolitautilien riskin arviointia (WHOSPR 2004). Papa-näytteen ottoa ei myöskään suositella esimerkiksi brittiläisissä näyttöön perustuvissa suosituksissa (FSRH 2007). Myös ehkäisyasiakkaiden seurannassa papa-näytettä otettiin melko usein, tavallisimmin kahden vuoden välein. Kaikkiaan irtosolunäyte on perusteltua ottaa etenkin alle 25-vuotiailta ehkäisyasiakkailta vain kliinisen harkinnan ja mahdollisten aiempien tutkimuslöydösten perusteella. Rutiininomaisen papa-näytteenoton sijaan olisi suositusten valossa hyödyllisempää lisätä *klamydiatutkimuksia* etenkin yhdistelmäehkäisyn käyttäjien parissa.

Lääkäreiden ilmoittamia *rajoituksia yhdistelmähormoniehkäisyn määräämisessä* arvioitiin niin ikään Lääkärin käsikirjan 2004 ja WHO:n suositusten (WHOMEK 2004) avulla. Kolmannes vastaajista ilmoitti soveltavansa *aläikärajaa*, mille käytännölle ei löydy perusteita kummastakaan suosituksesta. Tupakoiville naisille yleisesti asetettua *yläikärajaa* (35 vuotta) ilmoitti soveltavansa 60 % lääkäreistä, mutta kaikkiaan sovelletut yläikärajat vaihtelivat välillä 30–43 vuotta. Huolta herättää erityisesti ehkäisyn saatavuus nuorten parissa ja toisaalta ehkäisyn turvallisuus yli 35-vuotiaiden tupakoitsijoiden keskuudessa. Koska lääketieteellisesti perusteltua aläikärajaa ei ole, ammattilaisen tulisi kyetä muodostamaan kuva nuoren kypsyydestä voidakseen ratkaista, onko tämä kykenevä ymmärtämään ehkäisyn aloittamiseen liittyvät seikat. Tämä edellyttää kokonaisvaltaista tutkimusta ja nuoren tilanteen hahmottamista kliinistä ehkäisyn määräämistä laajemmin. Yläikärajan osalta Suomessa on pitkään suhtauduttu varovaisesti yli 40-vuotiaiden naisten yhdistelmäehkäisytablettien käyttöön, mutta terve, normaalipainoinen nainen, jolla ei ole sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöitä ja joka on käyttänyt ongelmitta matalahormonisia valmisteita, voi jatkaa niiden käyttöä (Halttunen 2002, WHOMEK 2004).

Molempien suositusten mukaista *verenpaineen ylärajaa* (140/90 mmHg) ilmoitti soveltavansa vain viidennes vastaajista, ja ilmoitetuissa verenpainerajoissa oli suurta vaihtelua. Verenpaineen ollessa koholla yhdistelmätablettien käyttäjillä on muita suurempi riski saada aivoverenkiertohäiriö tai sydäninfarkti (Curtis ym. 2006a), joten asianmukaiseen verenpaineeseen on kiinnitettävä huomiota. WHO asettaa ehdottomaksi käytön vasta-aiheeksi verenpaineen tason 160/100 mmHg, mutta suomalaisessa palvelujärjestelmässä, jossa muutoinkin huomioidaan herkästi kohonnut verenpaine ja jossa toisaalta tarjolla olevien ehkäisymenetelmien valikoima on hyvä, kohonneeseen verenpaineeseen tulisi puuttua jo Lääkärin käsikirjan esittämällä 140/90 mmHg:n tasolla. Käytännössä olisi tärkeää muodostaa kokonaiskuva yhdistelmäehkäisyn käyttäjän kardiovaskulaarisairauksien riskitekijöistä ja siirtyä tarvittaessa käyttämään esimerkiksi progestiini- tai kierukkaehkäisyä. Tuoreessa suomalaisstudiossa ehkäisytablettien käyttöön liittyi epäsuotuisia löydöksiä metabolisissa muuttujissa (kuten alentunut insuliiniherkkyys) ja valmisteita käyttävillä myös verenpaine oli korkeampi verrattuna hormonikierukan käyttäjiin (Morin-Papunen ym. 2008).

Aurallinen migreeni on WHOMEc:n mukaan yhdistelmähormoniehkäisyn ehdon vasta-aihe siihen liittyvän aivoinfarktirikkin takia. Lääkärin käsikirjan ohje vuonna 2004 oli vastaavanlainen, joskin käytetty termi oli "fokaalinen migreeni". Merkittävää oli, että 40 % lääkäreistä ei pitänyt aurallista migreeniä yhdistelmävalmisteiden määräämistä rajoittavana tilana. Rajoituksia soveltavista lääkäreistä yli puolet piti aurallista migreeniä suhteellisena vasta-aiheena. Käytännöt noudattelivat kuitenkin suosituksia paremmin kuin belgialaistutkimuksessa, jossa simuloitujen potilaiden haastatteluissa vain joka viides yleislääkäri kysyi aurallisen migreenin diagnoosista ennen yhdistelmäpillereiden aloitusta (Peremans ym. 2005). Sen sijaan vastaavaa asetelmaa hyödyntäneessä, Meksikossa tehdyssä tutkimuksessa 64 % erityyppisissä toimipaikoissa perhesuunnittelupalveluita tarjonneista lääkäreistä selvitti pillereiden aloittajien migreenianamneesin (Tatum ym. 2005). Tuoreessa amerikkalaisessa, ehkäisyneuvontaa tarjoavia eri ammattiryhmiä käsittäneessä kyselytutkimuksessa 36 % vastaajista ei pitänyt aurallista migreeniä yhdistelmäpillereiden vasta-aiheena (Dehlendorf ym. 2010), mikä vastasi tässä tutkimuksessa saatua tulosta.

Todettua puutteellista ja potentiaalisesti vaarallistakin käytäntöä saattaa selittää se, että aurallinen migreeni on yhdistelmäehkäisyn vasta-aiheena "uudempi" kuin esimerkiksi kohonnut verenpaine. Suomessa Duodecim-lehdessä "migreeni (klassinen tyyppi)" esitettiin yhdistelmäehkäisyn vasta-aiheena vuonna 1997 (Kivijärvi 1997) ja termillä "migreeni, jota edeltää aura" vuonna 2004 (Tinkanen ja Suhonen 2004). Lääkärin käsikirjan painetussa versiossa aurallinen migreeni korvasi fokaalisen migreenin vasta vuonna 2006 (Duodecim 2006). Vasta-aiheen huomioimista on voinut vaikeuttaa kirjava terminologia ja myös suositusten epäyhtenevyys. Sekä Suomessa että kansainvälisesti neurologit ovat suhtautuneet liberaalimmin migreeniä sairastavien naisten yhdistelmäehkäisyn käyttöön (Bousser ym. 2000, Käypä hoito 2008, Loder 2009) kuin WHO tai perhesuunnittelu- ja gynekologijärjestöt (ACOG 2001, FFPRHC 2006b). Neurologit ovat korostaneet yksilöllistä riskin arviointia. Vaikka aurallisen migreenin ja yhdistelmäehkäisyn käyttöön liittyvä absoluuttinen aivoinfarktirisiki on pieni, sen toteutuessa kyse on kuitenkin varsin vakavasta haittavaikutuksesta ja riski tulisi tarkkaan ottaa huomioon, erityisesti tupakoivien naisten kohdalla, jolloin riski on moninkertainen (MacClellan ym. 2007).

Koska *synnytyksen jälkeisessä ehkäisyneuvonnassa* on epäilty olevan puutteita, tarkasteltiin ehkäisyn aloittamista synnytyksen jälkeen omana kokonaisuutenaan. Tavallisimmin imettävälle äidille synnytyksen jälkitarkastuksessa suositeltu tai aloitettu menetelmä oli kondomi. Imetysehkäisyn suosittelu osoittautui ehkä olettuakin harvinaisemmaksi: yli 80 % lääkäreistä sekä hoitajista ilmoitti, ettei koskaan suosittelu menetelmää. Lääketieteellisten ehkäisymenetelmien käyttö aloitettiin yleisesti melko varovaisesti eikä mitään menetelmistä aloitettu tyypillisesti synnytyksen jälkitarkastuksen yhteydessä. Varhaisimmassa vaiheessa aloitettiin minipilleri. Kuperikierukka asetettiin tavallisimmin kuukautisten käynnistyttyä ja hormonikierukka melko usein vasta kun sekä kuukautiset olivat alkaneet että imetys päättynyt. Samaan vaiheeseen ajoittui useimmiten myös yhdistelmähormoni-ehkäisyn aloitus.

Tulokset ovat yhteneviä käytettävissä olevien synnytyksen jälkeistä ehkäisyä koskevien aiempien tutkimustulosten ja myös kokemusperäisen tiedon (Perheentupa 2004) kanssa. Sekä Stakesin vuonna 1994 toteuttamassa väestökyselyssä että pirkanmaalaisessa neuvolatutkimuksessa kondomin käyttö jatkui pitkään synnytyksen jälkeen (Kosunen 2006b, Kosunen ja Sihvo 1998). Neuvolatutkimuksessa kondomi oli yleisin käytetty menetelmä myös imetyksen lopettaneiden keskuudessa ja tavallisin ehkäisymenetelmä vielä vuoden kuluttua synnytyksestä. Monissa maissa aloitetaan tehokkaat raskauden ehkäisymenetelmät aiemmin kuin Suomessa (Glasier ym. 1996, Vikhlyeva ym. 2001, Zhang ym. 2002, Wilson ym. 2003, van Wouwe ym. 2009).

Synnytyksen jälkeisen ehkäisyn käytäntöjen arviointia vaikeutti käytettävissä olevan kotimaisen ohjeistuksen kirjavuus. Erityisesti kierukkaehkäisyn aloitusajankohdasta on ollut erimielisyyttä niin suositusten kesken kuin asiantuntijoidenkin kesken, joista osa on puoltanut kierukan asetusta kuudennesta – kahdeksannesta synnytyksen jälkeisestä viikosta alkaen (Viisainen 1999, Duodecim 2004) ja osa vasta kuuden kuukauden kuluttua (Heinonen 2007) tai kuukautiskierron käynnistyttyä (Lääkäriin tietokannat 2010a). WHO:n ja lukuisten muiden kansainvälisten suositusten mukaan kierukan asetusta pidetään yleisesti mahdollisena neljän viikon kuluttua synnytyksestä ja jo kahdeksan viikon jälkeen asetusta pidetään "synnytykseen liittymättömänä" (Kapp ja Curtis 2009). Kaikkiaan voidaan todeta, että kansainväli-

siin suositukseen ja keskeisimpiin kotimaisiin ohjeisiin nähden kierukkaehkäisy aloitetaan tarpeettoman myöhään. Kierukkaehkäisyn myöhäisen aloituksen taustalla on todennäköisesti pelko asetukseen liittyvästä kohdun perforaation riskistä. Huoleellinen kliininen tutkimus onkin tärkeä ennen kierukan asetusta, ja toimenpiteen suorittajalla tulee olla riittävä koulutus ja kokemus (Mishell ja Roy 1982, Andersson ym. 1998). Yleinen vaatimus papa-näytteenotosta ennen kierukan asetusta saattaa olla toinen viivästyttävä tekijä. Rutiininomaiselle irtosolunäytteenotolle ennen kierukan asetusta ei ole kansainvälisten näyttöön perustuvien suositusten mukaan tarvetta.

Melko tuoreessa näyttöön perustuvassa katsauksessa *British Medical Journal*issa kirjoittajat suosittelivat kohdunsisäisen ehkäisyn aloittamista kuuden viikon kuluttua synnytyksestä (Amy ja Tripathi 2009). Tämä ajankohta sopii hyvin yhteen synnytyksen jälkitarkastuksen kanssa, joten suomalaisissakin neuvoloissa olisi helppoa tehostaa synnytyksen jälkeistä ehkäisyä lisäämällä kierukan asetuksia jälkitarkastuksessa. Riittävän kokemuksen ja osaamisen takaamiseksi toimenpiteet voitaisiin keskittää tietyille työntekijöille tai ehkäisyneuvolaan. Myös yhdistelmähormoniehkäisyn aloittamista voisi tulosten valossa varhaistaa ajankohtaan, jolloin imettäminen päättyy tai lapsi saavuttaa puolen vuoden iän (WHOMEK 2004). Ehkäisy olisi perusteltua aloittaa kuukautiskierron käynnistymistä odottamatta, koska imettävänkin naisen ensimmäisiä kuukautisia voi edeltää ovulaatio (Lewis ym. 1991). Kondomiehkäisyä käyttäviä on tärkeää informoida jälkiehkäisymahdollisuudesta pillerein tai kierukalla. Siten kuparikierukan asetuksen tulisi olla jokaisessa terveyskeskuksessa mahdollista myös jälkiehkäisyaiheella. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman mukaisesti ensimmäisen ehkäisymenetelmän synnytyksen jälkeen tulisi olla asiakkaalle ilmainen (STM 2007).

Kesällä 2010 astui voimaan sairausvakuutuslain (21.12.2004/1224) muutos, joka mahdollistaa säännöllisen synnytyksen jälkitarkastuksen siirtymisen kokonaan hoitajan vastuulle, mikäli kunta niin päättää. On pelätty, että muutos heikentää synnytyksen jälkeisen ehkäisyn toteutumista entisestään (Järvi 2010), koska lääketieteellisten ehkäisymenetelmien aloittaminen on yhä lääkärin vastuulla. Hoitajat asettavat Suomessa harvoin kierukoita – tässäkin tutkimuksessa vain yksi hoitaja oli tehtävään koulutettu. Mikäli kunnassa joudutaan resurssisyistä turvautumaan yksinomaan

hoitajan suorittamaan tarkastukseen, kaikkien ehkäisymenetelmien viiveetön saata-
vuus on varmistettava esimerkiksi tiivistämällä yhteistyötä ehkäisyneuvolan kanssa.

Seksuaaliterveyspalveluiden käyttäjistä enemmistö on naisia (STM 2007). Mo-
nissa kansainvälisissä asiakirjoissa korostetaan *miesten ja poikien* mukaan ottamisen
tärkeyttä seksuaaliterveyteen liittyvissä kysymyksissä (United Nations 1994, Euroo-
pan parlamentti 2002, IPPF European Network 2007). Tässä tutkimuksessa vajaa
viidennes lääkäreistä ja neljännes hoitajista ei kohdannut vastaanotollaan lainkaan
miehiä ehkäisyneuvontaan tai muutoinkaan seksuaaliterveyteen liittyen. Lääkärit,
joiden vastaanotoilla miehiä kävi, ilmoittivat tavallisimmiksi käyntisyiksi erektio-
häiriön tai sterilisaation. Vuonna 1995 tehdyssä suomalaistutkimuksessa lähes kaik-
ki vastanneet miehet katsoivat vastuun raskauden ehkäisystä kuuluvan molemmille
sukupuolille, mutta selvästi pienempi osa oli käytännössä osallistunut ehkäisyn to-
teuttamiseen ja vain 5 % oli käynyt vastaanotolla raskauden ehkäisyyn liittyen (Sih-
vo ym. 1995b). Nuoremmat miehet olivat kuitenkin kiinnostuneita miesten osuuden
kasvattamisesta perhesuunnittelupalveluissa. Heillä näyttää myös kokemukseräisen
tiedon mukaan olevan runsaasti seksuaalivouvonnan tarvetta esimerkiksi omaa kehi-
tystä ja seksuaalista suoriutumista koskevissa sekä parisuhdekysymyksissä (STM
2007). Terveyskeskusten ja yleensä julkisen terveydenhuollon valmiuksista vastata
miesten palveluiden ja neuvonnan tarpeeseen ei ole käytettävissä tutkimustietoa.
Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma suosittaa erityisesti
miehille suunnattujen neuvontapalveluiden lisäämistä ja kehittämistä ja poikien
neuvontatarpeen huomioimista koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa (STM 2007).
Nuorten miesten tavoittamisesta on Iso-Britanniassa saatu perusterveydenhuollossa
hyviä kokemuksia kondomien jakelusta, joka luo luontevan tilaisuuden seksuaali-
neuvonnalle ja voi madaltaa kynnystä hakeutua vastaanotolle myöhemminkin (Gib-
bins ym. 2001, French 2002). Varttuneempien miesten kohdalla erektiohäiriöiden
esille otto – joko potilaan tai esimerkiksi diabetespotilaiden kohdalla lääkärin aloit-
teesta – voisi tarjota hyvän tilaisuuden potilaan tai parin seksuaalivouvontaan mah-
dollisen reseptin kirjoittamisen ohella.

6.2.3 Ehkäisyneuvontapalveluiden laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät

Terveyskeskusten ehkäisyneuvonnan palvelurakenteita kuvaavan laatusummanalyysin tulos oli samansuuntainen kuin aiemmassa terveyskeskusten neuvolatyön laatuarvioinnissa, jossa äitiysneuvolatoiminnan laatukriteereistä toteutui valtakunnallisesti viisi ja lastenneuvolatyön osalta neljä kymmenestä (Hakulinen-Viitanen ym. 2008). Laatusummien keskiarvo oli 5.8 ja vaihteluväli 3–10, joten erot terveyskeskusten välillä olivat merkittäviä. Useimmissa yksiköissä laatu oli mittarilla arvioiduna keskinertainen. Hyvää laatua ennustivat terveyskeskuksessa työskentelevä johtava hoitaja tai ylihoitaja sekä nimetty terveyden edistämisen johtamisesta vastaava henkilö. Neuvolatutkimuksessa laatu oli parempi terveyskeskuksissa, joissa väestöpohja oli yli 50 000, mutta tässä tutkimuksessa laatusumma ei ollut yhteydessä suoraan terveyskeskuksen kokoon.

Mallin antamia tuloksia tulee tarkastella kriittisesti, sillä havaintojen pienestä lukumäärästä johtuvat vetosuhteiden luottamusvälit olivat laajoja. Ne antavat kuitenkin viitettä siitä, että terveyskeskukset, joissa on johtava hoitaja tai ylihoitaja sekä nimetty terveyden edistämisen johtamisesta vastaava henkilö, olivat onnistuneet ehkäisyneuvontapalveluiden järjestämisessä muita paremmin. Mahdollisesti näissä yksiköissä on nähty kaikkiaan terveydenedistämistyö tärkeänä ja siten resurssoitu ja organisoitu toiminta hyvin.

Ehkäisyneuvonnan käytäntöjä ja niiden laatua (*prosessitaso*) on kuvattu edellisessä luvussa. Kun neljästä keskeisestä yhdistelmähormoniehkäisyä koskevasta rajoituksesta koottiin *summamuuttuja* (alaikärajan soveltaminen, yläikäraja tupakoi-valle mutta muutoin terveelle naiselle, aurallisen migreenin huomioiminen vasta-aiheena ja verenpaineen yläraja), voitiin tutkia näiden käytäntöjen oikeellisuuden yhteyttä lääkärivastaaajien ominaisuuksiin. Ainoa merkitsevä yhteys löytyi erikoislääkärikoulutuksen ja aurallisen migreenin huomioimisen kesken: erikoislääkärit ja yleislääketieteeseen erikoistuvat lääkärit tunnistivat muita useammin aurallisen migreenin yhdistelmähormoniehkäisyn vasta-aiheeksi. Käytäntöjen laadussa ei ollut merkitsevää eroa väestövastuu- tai muiden lääkäreiden välillä. Lääkäreistä, jotka sisällyttivät maksaentsyymitutkimuksen yhdistelmäehkäisytablettien aloittajien rutiinitutkimukseen, merkitsevästi pienempi osa oli väestövastuulääkäreitä. Toisaalta

muita harvempi väestövastuulääkäri teki suositellun hemoglobiinin määrityksen kuparikierukkaehkäisyn aloittajille. Kaikkiaan voitiin todeta, että väestövastuulääkäreiden raportoimien käytäntöjen laatu oli yhtä hyvä kuin ei-väestövastuulääkäreiden, joten asetettu hypoteesi 'väestövastuulääkäreiden tarjoamien ehkäisyneuvontapalveluiden laatu on huonompi' kumoutui.

Kun ehkäisyneuvonnan käytäntöjä koskevia tuloksia katsotaan menetelmien saatavuuden näkökulmasta, voidaan havaita useita lääketieteellisiä esteitä (*medical barriers*, ks. taulukko 3, s. 77). Tällaisia ovat ensinnäkin ehkäisyn aloittamisen rutiineihin kuuluvat tarpeettomat kliiniset ja laboratoriotutkimukset, kuten yhdistelmäehkäisyn aloittajien sisätutkimukset ja maksaentsyymien määritykset (*prosesseihin liittyvät esteet*). Hyvää tarkoittavat tutkimukset saattavat paljastaa kliinisesti irrelevantteja löydöksiä, jotka voivat johtaa turhaan huolestuneisuuteen, lisätutkimuksiin ja jopa invasiivisiin hoitoihin (Scott ja Glasier 2002). Tarpeettomista tutkimuksista aiheutuu luonnollisesti myös aiheettomia kustannuksia. Toiseksi ehkäisyn saatavuudelle asetettiin myös nykytiedon valossa perusteettomia ikärajoja (*epäasianmukaiset demografiset tai sosiaaliset vaatimukset*), jotka voivat rajoittaa aiheettomasti ehkäisyn saatavuutta. Toisaalta jotkut vastaajat sovelsivat yhdistelmäehkäisyn vasta-aiheita tarpeettomankin tiukasti, kuten asettamalla tiukkoja verenpainerajoja (*virheellisesti tai ylihuolellisesti sovelletut vasta-aiheet*). Kaikissa yksiköissä ei hoitajilla ollut mahdollisuutta ohjata asiakasta klamydiatestiin ilman lääkärin lähetettä (*palveluntarjoajalle asetetut muodolliset tai kohtuuttomat ammatilliset vaatimukset*).

Tämän tutkimuksen perusteella ajan mukana kertyvän tutkimustiedon myötä tarkentuvat ehkäisymenetelmien vasta-aiheet ja muut uudistuvat käytännöt näyttivät päivittyvän hitaasti terveyskeskusten käytännön ehkäisyneuvontatyöhön. Sovelluissa yhdistelmäehkäisyn ikärajoissa ja vasta-aiheissa näkyivät vielä osin 1980-luvun ohjeistuksen vaikutukset, ja vuosien takaiset maksaentsyymitutkimuskäytännöt olivat vuonna 2005 yhä useiden terveyskeskusten arkipäivää. Myös uudehko käytäntö toteuttaa yhdistelmähormoniehkäisyä pidennettyinä sykleinä oli tutkimusalueella tuolloin vielä melko harvinaista.

Tässä tutkimuksessa esiin tulleet puutteet ehkäisyneuvonnan käytännöissä eivät ole ainutlaatuisia. Ehkäisyn aloittamiseen ja seurantaan liittyviä medikalisoituneita

käytäntöjä on yleisesti muissakin kehittyneissä maissa, erityisesti Yhdysvalloissa (Stewart ym. 2001, Scott ja Glasier 2004). Kansainvälisistä tutkimuksista on saatu myös lukuisia viitteitä siitä, että raskaudenehkäisy palveluja tarjoavilla ammattilaisilla ei ole riittävästi näyttöön perustuvaa tietoa ehkäisymenetelmistä ja niiden käytöstä (Schreiber ym. 2006, Harper ym. 2008, Stubbs ja Schamp 2008, Dehlendorf ym. 2010). Joissain tutkimuksissa on tullut esiin erityisesti yleislääkäreiden heikompi tietämys esimerkiksi naistentautien erikoislääkäreihin verrattuna (Schreiber ym. 2006, Dehlendorf ym. 2010), mutta Suomesta tällaista vertailutietoa ei ole käytettävissä. Mikäli tämä tutkimus olisi kohdistettu terveyskeskuslääkäreiden satunnaisotokselle ehkäisyneuvontaan perehtyneiden lääkäreiden sijaan, tulokset olisivat saattaneet olla nyt saatuja heikompia.

6.3 Raskaudenkeskeyttämiseen liittyvät palvelut

Raskaudenkeskeytykseen liittyviä palveluita koskeva hypoteesi "raskaudenkeskeytystä hakevat asiakkaat *ohjataan* ensisijaisesti lääkärin vastaanotolle" piti tutkituissa terveyskeskuksissa paikkansa: heidät ohjattiin useimmiten lääkärin ajanvaraus- tai päivystysvastaanotolle, joko omalääkärille tai muulle vapaalle terveyskeskuslääkärille. Käytännön etuna on asiakkaan saaminen nopeasti lääkärin arvioon ja edelleen erikoissairaanhoidon keskeytyksen suorittamista varten. Kuitenkin kokonaisvaltainen hoito, kuten psykososiaalinen tilanteen selvittely ja jatkoehkäisyn suunnittelu, saattaisi toteutua paremmin ehkäisyneuvolassa, jossa lisäksi on sairausvastaanottoa useammin tarjolla terveydenhoitajan palvelut lääkärin vastaanoton lisäksi. Optimaalisin toimintamalli voisi olla keskeytysasiakkaiden vastaanotto nopeutetulla aikataululla ehkäisyneuvolassa. Tässä tutkimuksessa puolet hoitajista ilmoitti, että *hoitaja osallistuu* terveyskeskuksessa keskeytysasiakkaiden hoitoon. Vuonna 2007 julkaistun seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman mukaan ensimmäinen ehkäisy raskaudenkeskeytyksen jälkeen tulisi antaa maksutta (STM 2007). Tutkimusvuonna tämä käytäntö toteutui menetelmästä riippuen vain 9–35 %:ssa toimipaikoissa.

Raskaudenkeskeytyshoitoa käsittelevää *Käypä hoito -suositusta* oli terveyskeskusjohdon mukaan käsitelty vain joissain terveyskeskuksessa ja vain hyvin harvassa

yksikössä suositus oli johtanut toimintakäytäntöjen muutoksiin. Terveyskeskusjohdon näkemykset Käypä hoito -ohjeen käsittelystä ja ohjeen mahdollisista vaikutuksista olivat terveyskeskuskohtaisesti tarkasteltuina myös varsin epäyhteneviä, joskin on hyvin mahdollista, että suositusta on käsitelty joko lääkäreiden tai hoitajien kesken eikä moniammatillisesti lähestyen. Joissain vastauksissa nousi esiin paikallisten hoitoketjujen soveltaminen, jotka puolestaan saattavat pohjautua valtakunnalliseen suositukseen. Alueellisten, Käypä hoito -suositukseen perustuvien hoitoketjujen kehittäminen on eräs seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman raskaudenkeskeytyksiin liittyvistä tavoitteista (STM 2007).

6.4 Sukupuolitauteihin liittyvät palvelut

Myös sukupuolitauteiden osalta asetetut tutkimushypoteesit "*klamydiainfektion suunnitelmallinen seulonta ei ole yleistä*" ja "*klamydiainfektion tartunnan jäljitys on yleisesti potilaan vastuulla*" osoittautuivat pitäviksi. Johtavien lääkäreiden mukaan 11 (18 %) terveyskeskuksessa oli ohje klamydiainfektion suunnitelmallisesta seulonnasta. Seulontaa toteutettiin kuitenkin käytännössä melko usein niin ehkäisyneuvonnon kuin seurannankin yhteydessä. Klamydiaseulonnan kustannustehokkuudesta on näyttöä, mikäli seulottavassa populaatiossa infektion esiintyvyys on vähintään 3 prosenttia (Honey ym. 2002). European Observatory on Health Systems and Policies -yhteistyöjärjestö suosittelee alle 25-vuotiaiden perusterveydenhuollon ja seksuaaliterveyspalveluiden asiakkaiden opportunistista klamydiaseulontaa (Holland ym. 2006). Erityyppisiä seulontakäytäntöjä toteutetaan muun muassa Iso-Britanniassa, Ruotsissa, Tanskassa ja Espanjassa. Suomessa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma suositti vuonna 2007 klamydiaseulonnan toteuttamista kaikkien uusien alle 25-vuotiaiden ehkäisyneuvonnon asiakkaiden parissa joko ensi- tai kolmen kuukauden kuluttua tehtävällä seurantakäynnillä, myöhemmillä käynneillä, mikäli kumppani on vaihtunut tai klamydia on todettu aiemmin, sekä harkinnan mukaan myös muissa nuoren väestön terveydenhoitoon liittyvissä tilanteissa (STM 2007). Vuonna 2008 tehdyssä koko maan kattavassa kyselytutkimuksessa jo noin puolet terveyskeskuksista ilmoitti tarjoavansa klamydiatestiä uusille ehkäisyneuvonnon asiakkaille kaikessa toiminnassaan ja kolmasosa joissain toimipisteissä (Kosunen 2009). Lisää tietoa mielekkäimmän seulontastrategian edel-

leen kehittämiseksi on tulossa käynnissä olevasta paikkakuntasatunnaistetusta tutkimuksesta (Lehtinen ym. 2009).

Lähes kolmanneksessa terveyskeskuksia *hoitajalla* ei ollut mahdollisuutta antaa potilaalle lähetettä klamydiatutkimukseen ilman lääkärin päätöstä, mikä on selkeä epäkohta. Tuore sukupuolitautilien Käypä hoito -suositus linjaa, että klamydianäyte tulisi ottaa muun muassa aina kun potilas sitä pyytää, hänellä on uusi tai useita seksikumppaneita, virtsanäytteessä todetaan leukosytoosi ilman merkittävää bakteerikasvua tai potilaalla on ollut aiemmin klamydiatartunta (Käypä hoito 2010a). Kaikissa näissä sekä edellä mainituissa toimintaohjelman suosittamissa seulontatilanteissa lääkärin vastaanotto tai konsultaatio ei ole mielekästä, joten hoitohenkilökunnalla tulisi olla mahdollisuus ohjata potilas tai ehkäisyasiakas viivytyksettä tutkimuksiin.

Tartunnan jäljitys toteutettiin yleisimmin pyytämällä tartunnan saanutta (indeksipotilas) ottamaan itse yhteyttä partnereihin ja kehottamaan heitä hakeutumaan tutkimuksiin (*patient referral*). Käytäntö on yleinen ja sekä lääkäreiden että potilaiden suosima myös muualla kuin Suomessa (Trelle ym. 2007). Asiantuntijamielipiteiden mukaan klamydiatartunnan jäljittämistä tulisi kuitenkin tehostaa (STM 2007), sillä on arvioitu, että nykyisillä menetelmillä tavoitetaan noin 40–60 % kumppaneista (Käypä hoito 2010a). Käypä hoito -suositus muistuttaa, että partnereiden jäljittämistä tulisi siirtyä hoitavan lääkärin tehtäväksi, mikäli potilas ei tavoita kumppaneitaan. Näissä tilanteissa jäljitystyötä voitaisiin käytännössä toteuttaa lääkärin ja hoitajan yhteistyönä. Tässä tutkimuksessa yhdessä terveyskeskuksessa terveydenhoitaja jäljitti klamydiapotilaan kumppaneita, elleivät tämä ottaneet yhteyttä sovitun aikaan mennessä. Tätä *contract referral* -mallia voisi mahdollisesti hyödyntää laajemminkin, vaikkakaan toimintatavan tehokkuudesta verrattuna potilaan toteuttamaan jäljitykseen ei ole vielä näyttöä (Mathews ym. 2001). Myös kotinäytteenotto-mahdollisuuden tarjoaminen ja informaation välittäminen kumppaneille indeksipotilaan kautta lisäävät hoidon piirin saatavien kumppaneiden määrää verrattuna tavanomaiseen potilaan toteuttamaan jäljitykseen (Trelle ym. 2007). Valikoiduissa tapauksissa voi tulla kyseeseen myös indeksipotilaan välittämä lääkehoito ilman kumppaneiden tutkimusta (*patient delivered partner therapy*).

6.5 Seksuaalineuvonta ja seksuaalikasvatus

Seksuaalineuvontaan liittyvä tutkimushypoteesi "*seksuaalineuvojia* on terveyskeskuksissa vähän" osoittautui tutkimuksessa oikeaksi. Tutkimusvuonna hoitajavastajista seksuaalineuvojan koulutuksen saaneita oli vain kuusi. Sitten seksuaalineuvojien palvelut näyttävät yleistyneen: vuonna 2008 tehdyssä tutkimuksessa seksuaalineuvontaa oli tarjolla joko terveyskeskuksen omana toimintana tai ostopalveluna lähes kolmanneksessa terveyskeskuksia (Kosunen 2009). Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa asetettua tavoitetta seksuaalineuvojakoulutuksen saaneen työntekijän palveluiden tarjoamiseen kaikissa terveyskeskuksissa (STM 2007) ei ole vielä saavutettu.

Seksuaalineuvonnan aihepiiriin kuuluvien kysymysten, kuten parisuhteen, käsittely ehkäisyneuvonnan yhteydessä toteutui useammin hoitajien kuin lääkärin työssä. Lääkäreiden osalta nykyisen parisuhteen ja aiempien sukupuolisuhteiden esilleoton yleisyys oli samaa luokkaa kuin tuoreessa yleislääkäreiden keskuudessa tehdyssä belgialaistutkimuksessa, vaikkakin tutkimusasetelma oli työssä erilainen (Peremans ym. 2010). Hoitajien suurempi aktiivisuus selittynee ainakin osin hoitajien lääkäreitä pidemmällä vastaanottoajalla.

Kouluterveydenhoitajat osallistuivat hoitotyön johtajien mukaan eri tavoin yläkoulujen *seksuaaliopetukseen*, tavallisimmin pitämällä oppitunteja ja osallistumalla seksuaaliopetuksen suunnitteluun. Kouluterveydenhuollon oppaassa (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes 2002) suositeltuja tutustumiskäyntejä ehkäisy- tai nuorisoneuvolaan toteutettiin vain viidenneksessä terveyskeskuksia. Myös Kontulan ja Meriläisen (2007) mukaan tutustumiskäyntejä seksuaaliterveys- ja nuorisopalveluihin on tuntuvasti vähennetty 1990-luvun puolivälin jälkeen, jolloin vierailuja järjestäneiden koulujen osuus väheni 35 prosentista 18 prosenttiin vuoteen 2006 mennessä.

Väestölle suunnattuun *seksuaalivalistustyöhön* esimerkiksi koulujen vanhempainilloissa arvioitiin hoitajien osallistuvan ainakin pyydettyä lähes puolessa terveyskeskuksia. Vastauksista kuitenkin välittyi vaikutelma, että toiminta ei ollut kovin aktiivista ja että valistustyötä tehtiin satunnaisesti lähinnä erikseen pyydettyä.

Siten esimerkiksi koulujen ja terveydenhuollon väliselle yhteistyölle vaikkapa juuri ehkäisyneuvolaan tutustumiskäyntien ja oppilaiden vanhemmille suunnattujen tilaisuuksien muodossa voisi olla tilausta.

6.6 Palveluiden kehittäminen

Tutkimuksessa todettiin edellä kuvatusti kehittämistarpeita niin raskauden ehkäisyneuvonnan, raskaudenkeskeyttämiseen ja sukupuolitautilien hoitoon liittyvien palveluiden kuin seksuaalineuvonnankin alueella. Tarkasteltaessa palveluiden kokonaisuutta voidaan tunnistaa myös vahvuuksia. Yhdistyneiden kansakuntien Kairon väestökokouksessa vuonna 1994 asettama tavoite kattavien ja kaikkien saatavilla olevien seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden tarjoamisesta perusterveydenhuollossa on toteutunut jo 1970-luvulta alkaen: monipuolisia palveluita on tarjolla julkisessa perusterveydenhuollossa saman organisaation alla.

Vaikka ehkäisyneuvonta- sekä raskaudenkeskeyttämiseen ja sukupuolitauteihin liittyvät palvelut olivat harvoin *integroituja* samaan terveyskeskuksen toimintayksikköön, tilannetta voidaan pitää hyvänä verrattuna esimerkiksi Iso-Britanniaan, jossa viime aikoihin asti ovat raskauden ehkäisy ja sukupuolitautilien hoito olleet tarjolla kokonaan eri organisaatioissa. Nykyisten sähköisten potilaskertomusten aikana tiedonkulku terveyskeskuksen eri toimipisteiden välillä on myös aiempaa parempaa. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma ei painotakaan palveluiden organisatorista integrointia, vaan korostaa seksuaaliterveyden kokonaisvaltaista edistämistä palvelutapahtuman yhteydessä siten, että esimerkiksi ehkäisyneuvontakäynnin yhteyteen integroidaan sukupuolitautilien ehkäisyn, seksuaalineuvonnan ja väkivallan ehkäisyn näkökulma (STM 2007). Myös brittiläisessä palveluiden integraatiota koskevan tutkimushankkeen loppuraportissa nähtiin keskeisenä työntekijän "integrated mindset", valmius ajatella ja toimia laaja-alaisesti, riippumatta siitä, onko palvelut integroitu yhteen yksikköön vai toimivatko erilliset yksiköt tiivissä yhteistyössä (OSS The National Evaluation of One Stop Shops for Sexual Health 2007). Tämän tutkimuksen puitteissa ei kyetty kartoittamaan kovin laajasti esimerkiksi ehkäisyneuvontakäynnillä yleisesti läpi käytäviä asiasisältöjä, mikä voisi olla kiinnostava jatkotutkimuskohde. Todennäköistä kuitenkin on, että sisällöllisessä in-

tegraatioissa on vielä kehitettävää etenkin seksuaaliväkivallan ehkäisyn osalta. Nuorten osalta olisi tärkeää, että mahdollisimman monet tarvittavat palvelut olisivat saatavissa myös konkreettisesti samasta toimipisteestä.

Terveyskeskuksessa seksuaaliterveyspalveluita tarjoavien ammattihenkilöiden *työnjaon* osalta tutkimuksessa todettiin sekä positiivisia että kehittämistä kaipaavia piirteitä. Raskauden ehkäisyn aloittaminen näytti olevan vielä tiiviisti lääkäreiden käsissä, esimerkiksi tarkasteltaessa ehkäisytablettien aloittamisen mahdollisuutta kouluterveydenhuollossa. Hoitajalla ei myöskään ollut kaikissa terveyskeskuksissa mahdollisuutta ohjata asiakasta klamydiatestiin ilman lääkärin tekemää lähetettä, ja hoitajien rooli raskaudenkeskeytysasiakkaiden hoidossa olisi voinut olla merkittävämpi. Toisaalta ehkäisyasiakkaiden ja varsinkin ehkäisytablettien käyttäjien seuranta oli monissa terveyskeskuksissa järjeistetty niin, että hoitaja vastasi seurannasta useimmilla käynneillä tai esimerkiksi vuorovuosin lääkärin kanssa. Tämä kehityssuunta varmasti vahvistuu tulevaisuudessa, kun hoitajien rajattu reseptikirjoitusoikeus (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta 433/2010) astuu täysimittaisesti voimaan. Hoitajien itsenäinen vastaanotto toiminta on muutoinkin viime vuosina lisääntynyt, ja se on keskeinen osa terveyskeskuksissa yleistymässä olevaa pitkäaikaissairaiden hoidossa sovellettavaa terveyshyötymallia (Saarelma ym. 2008).

Lääkäreiden tehtävien siirtäminen koulutetuille hoitajille ei ole tähänastisen tutkimustiedon valossa heikentänyt hoidon laatua perusterveydenhuollossa, joskin käytettävissä olevat tiedot ovat rajalliset (Laurant ym. 2009). Seksuaaliterveyspalveluiden alueella hoitajilla on oikeus määrätä ehkäisytabletteja tietyin ehdoin useissa maissa, kuten Iso-Britanniassa (Parkes ym. 2004). Hippisley-Coxin ym. (2000) tutkimuksessa teiniraskauksia ilmeni vähemmän niiden yleislääkärivastaanottojen alueella, joilla oli käytettävissä enemmän hoitajatyövoimaa. Hoitajavetoisesta sukupuolitautilautien seulonnasta ja hoidosta on myös myönteisiä kokemuksia (Miles ym. 2003, Challenor ym. 2006). Tämän tutkimuksen valossa olisi aiheellista harkita työn uudelleenorganisointia ja työnjakoa myös suomalaisissa terveyskeskuksissa.

Järjestämistavasta riippumatta (ks. luku 6.2.1.), ovat lähtökohdat laadukkaille *nuorten seksuaaliterveyspalveluille* terveyskeskuksissa kokonaisuutena katsoen hy-

vät. Ensinnäkin neuvontapalvelut ja alle 18-vuotiaiden osalta myös sairauskäynnit ovat maksuttomia (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734), samoin tarvittavat lisätutkimukset. Palvelut ovat lähtökohtaisesti luottamuksellisia, sillä esimerkiksi lakiin ei ole kirjattu ilmoitusikärajaa vanhemmille eikä palveluiden käytöstä lähetetä kotiin raportteja, kuten yksityisiin vakuutuksiin pohjautuvissa järjestelmissä saatetaan tehdä (Hock-Long ym. 2003). Ongelmina voidaan kuitenkin pitää palveluverkon sekavuutta ja raskauden ehkäisyn kustannuksia. Nuorilla ei myöskään välttämättä ole tietoa palveluiden luottamuksellisuudesta. Monet tutkimukset osoittavat, että nuorten hakeutumista terveystalveluiden piiriin voidaan edistää kehittämällä palveluita nuorisomyönteiseen suuntaan (Tylee ym. 2007). Perusterveydenhuollon työntekijät kautta maailman kokevat usein tarvitsevansa *koulutusta* nuorten terveyteen ja kohtaamiseen liittyen (Tylee ym. 2007), jollaisesta hyötyisivät todennäköisesti myös suomalaiset terveystalvelukeskusammattilaiset.

Kyselyyn vastanneista lääkäreistä ja hoitajista suuri osa koki ehkäisyneuvontaan liittyvät tietonsa riittäviksi tai lähes riittäviksi, mutta laajemmin seksuaaliterveyteen liittyvää koulutusta moni koki saaneensa liian vähän. Viidennes vastaajista ei ollut viimeisen kahden vuoden aikana saanut lainkaan täydennyskoulutusta seksuaaliterveyteen liittyvistä teemoista, ja yleisvaikutelmaksi kaikkiaan jäi koulutuksen satunnaisuus. Yleisemminkin terveydenhuollossa täydennyskoulutus on usein hajanaista ja pirstoutunutta niin yksilön kuin organisaation kannalta (STM 2004).

Ehkäisyneuvonnan käytäntöjä koskevien tulosten valossa myös monet terveystalvelukeskuksissa toteutettavat toimintamallit vaatisivat päivittämistä täydennyskoulutuksen avulla. Kysymys riittävästä tietopohjasta on ehkäisyneuvonnan osalta erityisen ajankohtainen lukuisten uusien ehkäisyvalmisteiden tultua markkinoille viime vuosien aikana. Lisäksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman tavoitteiden saavuttamiseksi koulutusta tulisi olla tarjolla muun muassa seksuaaliseen väkivaltaan sekä erityisryhmien, kuten maahanmuuttajien ja seksuaalivähemmistöjen, seksuaali- ja lisääntymisterveyden kysymyksiin liittyen (STM 2007).

Pohjan toimintakäytännöille sekä ammattilaisten perus- ja täydennyskoulutukselle muodostavat ajantasaiset, mahdollisuuksien mukaan näyttöön perustuvat *hoitosuosituks*et, joiden tarpeen toivat esille myös tähän tutkimukseen osallistuneet lää-

kärit ja hoitajat. Käytetyt ohjeistot olivat kirjavia, osin vanhentuneita ja keskenään ristiriitaisia. Ammattilaiset kaipasivatkin työnsä tueksi uusia Käypä hoito -suosituksia. Raskauden ehkäisyä käsittelevää Käypä hoito -suositusta peräänkuuluttaa myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma, mutta toistaiseksi hoitosuosituksia ei ole käynnistynyt (THL 2010). Palveluiden laadun kehittämisen apuvälineeksi toimintaohjelma esittää lisäksi ehkäisyneuvonnan laatukriteereiden luomista, mikä ei myöskään vielä ole toteutunut.

Raskauden ehkäisy koskettaa tavalla tai toisella jossain vaiheessa elämänsä aikana lähes kaikkia suomalaisia, joten aihe on kansanterveydellisesti merkittävä ja Käypä hoito -hankkeen alkuperäisperiaatteiden mukaisesti (Mäntyranta ym. 2003) suosituksen laatiminen olisi tällöin erityisen perusteltua. Juuri raskauden ehkäisy voidaan nähdä erityisen tärkeänä ohjeistaa hyvin: kun kyse on lähtökohtaisesti terveyttä edistävistä toiminnoista eikä sairauden hoidosta, ehkäisymenetelmien käytön tulisi olla mahdollisimman turvallista. Raskauden ehkäisyneuvonnan erityisasemasta terveyskeskustyössä erillisine neuvoloineen ja laajoine seurantalomakkeineen käytiin 1970- ja 1980-luvuilla kriittistä keskustelua (dosentti Simo Kokko, henkilökohtainen tiedonanto). Toiminnan erityisluonnetta perusteltiin tuolloin juuri turvallisuusnäkökohdilla – terveiden naisten käyttämällä ehkäisymenetelmillä oli (ja on) vakavienkin haittavaikutusten riski ja siksi tarkka ohjeistus katsottiin tarpeelliseksi. Nykyisenä informaatio-ohjauksen aikana ammattilaisten työtä pyritään tukemaan tarjoamalla käyttöön tiukan ohjeistuksen sijaan näyttöön perustuvaa tietoa. Säännöllisesti päivitettävä hoitosuositus auttaisi välittämään parhaan käytettävissä olevan tutkimustiedon käytännön ehkäisyneuvontatyötä tekeville ammattilaisille. Terveyskeskusten työntekijät arvostavat erityisesti hoitosuosituksia, jotka ovat käytännönläheisiä ja joissa perusterveydenhuollon näkökulma on otettu riittävästi huomioon (Lehtomäki 2009). Valtiovalta voisi nykyistä määrätietoisemmin tukea esimerkiksi Käypä hoito -toimintaa sitä rahoittamalla.

Laadukkaatkaan hoitosuosituksiset eivät takaa yksin toimintakäytäntöjen oikeellisuutta: vaikka työntekijöillä olisi käytettävissä selkeät hoitosuosituksiset, näitä noudatetaan ehkäisyneuvontatyössäkin vain osin (Leon ym. 2008). Ilmiön taustalla on niin yksilöllisiä kuin sekä organisatorisia että ympäristötekijöitä (Foy ja Crilly 2004). Kliinikon ulottuvilla oleva hoitosuositusten määrä on suuri ja yhä kasvava, ja siten

tiivistetynkin tiedon omaksuminen, erityisesti laaja-alaisessa yleislääkärin työssä, on varsin haasteellista (Nummenmaa 2007, Lehtomäki 2009). Kyky omaksua uutta tietoa sekä muuttaa asenteita, uskomuksia ja käytäntöjä on yksilöllinen. Puutteelliset kliiniset taidot, epäily niiden riittävydestä tai ajanpuute saattavat estää ammattilaisista toimimasta oikeaksi tiedetyllä tavalla, minkä Foy ja Crilly (2004) liittävät esimerkiksi tehokkaaksi tiedetyn kierukkajälkiehkäisyyn vähäiseen hyödyntämiseen perusterveydenhuollossa. Organisaatiotasolla toimintatapojen muuttamiseen ei aina ole osoitettu tarvittavia resursseja. Myös organisaatiokulttuuri voi olla muutosta tai moniammatillista yhteistyötä vastustava. Työntekijätaso odotti hoitosuosituksen toimeenpanoa käsitelleessä laadullisessa tutkimuksessa terveyskeskusjohdolta aktiivisempaa roolia suosituksista tiedottamisessa, suositusten valikoitua yhteistä käsitteilyä ja parempia olosuhteita ja mahdollisuuksia niihin perehtymiseksi (Lehtomäki 2009).

Hoitosuosituksen aktiivinen levittäminen ja toimeenpano ovatkin yleensä tarpeen, jotta saadaan aikaan muutoksia käytännössä (Foy ja Crilly 2004). Tässä tutkimuksessa raskaudenkeskeyttämistä koskevaa Käypä hoito -suositusta oli käsitelty melko harvassa terveyskeskuksessa. Käypä hoito -suositusten jalkauttamisohjeiden mukaan uusi suositus tulisi terveydenhuollon yksiköissä vähintään ottaa esille yhteisissä kokouksissa (Mäntyranta ym. 2003). Erityisen tehokkaita, uuden tiedon omaksumiseen sekä asenteiden ja käyttäytymisen muutokseen johtavia toimeenpanon keinoja voivat olla etenkin vuorovaikutteiset, paikalliseen konsensukseen pyrkivät menetelmät, joissa oppijat saavat palautetta toiminnastaan (Grol ja Grimshaw 2003, Sipilä ym. 2008). Suositusten hyödyntämisessä voisivat auttaa myös esimerkiksi WHO:n kehittämät ehkäisyneuvonnan päätöksenteon tekniset apuvälineet tai suositusten pohjalta laaditut tarkistuslistat. Sähköisiin potilastietojärjestelmiin integroitujen päätöksentekotukijärjestelmien hyödyllisyydestä hoitosuosituksen toimeenpanossa on jonkin verran näyttöä (Grol ja Grimshaw 2003, Kunnamo ja Jousimaa 2004). Tuoreessa satunnaistetussa belgialaistutkimuksessa ei sähköisen päätöksentekijärjestelmän käyttö parantanut yleislääkäreiden tarjoaman ehkäisyneuvonnan laatua, mutta sen sijaan aktiivisesti kysymyksiä tekevät potilaat ("empowered patients") saivat lääkärit parantamaan toimintaansa (Peremans ym. 2010). Sähköisten järjestelmien käyttäjystävällisyys on keskeisen tärkeää, jotta niitä voitaisiin hyödyntää kunnolla (Rous-

seau ym. 2003). Palveluiden käyttäjien aktiivisuutta vastaanottotilanteessa voitaneen jossain määrin edistää terveyskasvatuksella.

Terveyskeskusjohdon tulisi huolehtia siitä, että työntekijöillä on käytettävissään ajantasainen ohjeistus. Kaikkiaan seksuaaliterveyspalveluiden johtamis- ja kehittämisvastuu tulisi olla selkeästi nimetyllä taholla. Raskauden ehkäisyneuvonnan osalta terveyskeskuksista tiedusteltiin, onko niissä nimetty palveluiden kehittämisestä vastaava lääkäri ja/tai hoitaja. *Perhesuunnittelupalveluiden kehittämisestä vastaava lääkäri* löytyi kolmasosasta terveyskeskuksia, samoin kehittämisestä vastaava *hoitaja*. Kehittämisestä vastaava henkilö olisi erityisen tarpeen niissä terveyskeskuksissa, joissa ehkäisyneuvontatyötä tehdään hajautetusti. Toisaalta myös yksiköissä, joissa ehkäisyneuvontaa toteutetaan keskitetysti, tarvitaan hyvän kliinisen osaamisen ohella näkemystä palvelujen kokonaisuudesta ja mahdollisuutta päätöksentekoon. Johtamisen ja suunnittelun puutteista voivat kertoa myös työntekijöiden käytössä olevia ehkäisyneuvontatyötä koskevia kirjallisia ohjeita ja seurantalomakkeita koskevat tulokset. Saman terveyskeskuksen sisällä eri toimipaikoissa oli käytössä eri ohjeita ja lomakkeita ja vastaukset erosivat myös ammattiryhmien kesken. Merkittävä osa sekä ehkäisyneuvontaa tekevistä lääkäreistä että hoitajista koki, ettei saanut riittävästi palautetta esimiehiltään tekemästään työstä. Usealle oli myös epäselvää, arvostaako johto ehkäisyneuvontatyötä.

Johtamisen ja kehittämisen ongelma koskee laajemmin terveyskeskusten ennaltaehkäisevää työtä (STM 2005, Rimpelä 2009). Strategisen ajattelutavan puute on nähty terveydenhuollossa ongelmaksi (Khatri ym. 2006, Lammintakanen ym. 2009). Tässä tutkimuksessa enemmistö sekä lääkäreistä että hoitajista oli halukkaita kehittämään ehkäisyneuvontapalveluita yksikössään. Hyvän johtamisen avulla tätä voimavaraa voitaisiin hyödyntää palveluiden laadun parantamiseksi. Ennen uudistuksia yksikössä tulisi selvittää senhetkiset toimintatavat niin virallisten kuin epävirallisten käytäntöjen osalta ja suhteuttaa tarvittavat muutokset niihin (Järvensivu ja Koski 2009). Ehkäisyneuvonnan osalta voidaan yhtenä palveluiden arvioinnin välineenä käyttää tässä tutkimuksessa koottua laatumittaria. Uudistusten toteuttamisen onnistuminen edellyttää koko henkilöstön yhteistyötä ja johdolta henkilöstöhallinnollista osaamista.

6.7 Seksuaaliterveyspalveluiden vanhat ja uudet haasteet

Kun seksuaaliterveyspalveluita ja erityisesti ehkäisyneuvonnan nykytilaa tarkastellaan aiempina vuosikymmeninä tehtyjen tutkimusten ja selvitysten valossa, voidaan todeta myönteistä kehitystä tapahtuneen. Kuitenkin myös edelleen kehittämistä vaativia aiheita nousee esiin. Suomalaisten raskauden ehkäisykäytäntöjä ensimmäistä kertaa laajamittaisesti kartoittaneen valtakunnallisen, vuonna 1971 kerättyyn haastatteluaineiston pohjalta Kimmo Leppo esitti väitöskirjassaan vuonna 1978 kuusi palveluiden kehittämistä koskevaa teesiä (Leppo 1978). Ensinnäkin palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden parantamiselle kierukan käytön edistämiseksi tulo- ja sosiaalistasosta riippumatta oli suuri tarve. Toiseksi kirjoittaja näki tärkeäksi saattaa väestön yleisesti yhdistelmäehkäisypillereihin liittämät terveysriskit sekä niiden todetut hyödyt tasapainoon väestötason tiedottamisen sekä terveystasotuksen avulla. Terveystasotus tuli kohdentaa erityisesti suurimmassa riskissä olevaan ryhmään eli vähiten koulutettuun väestöön. Erityisesti kondomin säännöllistä käyttöä oli edistettävä terveystasotuksen ja -valistuksen keinoin. Myös sterilisaation, varsinkin vasektomian, käyttöä ehkäisymenetelmänä katsottiin aiheelliseksi lisätä. Kuudenneksi kiinnitettiin huomio pariskuntien keskinäiseen kommunikaatioon, jonka oli todettu vaikuttavan tehokkaaseen ehkäisyyn käyttöön.

Lepon esittämistä haasteista ensimmäisen, kierukkaehkäisyn saatavuuden kohenemisen, voidaan katsoa tapahtuneen kansanterveystasotuksen voimaantumisen myötä, kun maksuttomat ehkäisyneuvontapalvelut tulivat kaikkien saataville ja kunnat alkoivat tarjota ensimmäisen ehkäisyvälineen maksutta. Myös niin miesten kuin naisten sterilisaatioiden lisääntyminen on toteutunut, joskin vasektomioiden osuus on edelleen naisille tehtävää toimenpidettä pienempi. Kaikkien muiden kohtien osalta ehkäisyneuvonnalle ja seksuaalikasvatukselle on yhä haasteita. Esimerkiksi ehkäisypillereihin liitetyt pelot ja väärät käsitykset ovat jopa lisääntyneet viime vuosina (Tiihonen ym. 2008).

Stakesin vuonna 1994 toteuttamassa valtakunnallisessa väestöpohjaisella kyselyllä lisääntymisterveyspalveluita kartoittaneessa tutkimuksessa nousi esiin erityisesti ehkäisyneuvontapalveluiden osalta palveluiden alueellinen ja ikäryhmittäinen epätasaisuus (Hemminki ja Koponen 1998). Palvelut oli järjestetty eri paikkakunnilla

la hyvin eri tavoin ja myös ikäryhmittäisiä eroja palveluiden saatavuudessa todettiin. Kuntien sisällöltään ja laadultaan kirjavaan palvelutarjontaan kiinnittivät huomiota myös Kristiina Poikajärvi ja Marjukka Mäkelä Stakesin samana vuonna julkaisemassa seksuaaliterveyspalveluiden kokonaisuutta arvioivassa raportissa (Poikajärvi ja Mäkelä 1998). Toisaalta molemmat tahot kuitenkin totesivat, että yhtä yksittäistä mallia tarjota esimerkiksi ehkäisyneuvontapalveluita siten, että voitaisiin taata tasarvoiset ja laadukkaat palvelut kaikille, ei ole.

Myös tässä tutkimuksessa tuli esiin puutteita ehkäisyneuvontapalveluiden tasarvon ja oikeudenmukaisuuden toteutumisessa esimerkiksi palveluiden rakenteiden ja käytäntöjen laadun vaihdellessa terveyskeskusten ja niiden toimijoiden välillä. Samalla tavalla palveluiden järjestämistapojen kirjavuus on edelleen ehkäisyneuvonnan leimallinen piirre esimerkiksi äitiysneuvolatyöhön verrattuna.

Ennen vuosituhaten vaihdetta Kosunen ja Rimpelä esittivät Duodecim-lehdessä perhesuunnittelupalveluiden kehittämishaasteiksi seksuaaliterveyden edistämisen, terveydenhuoltohenkilöstön ammattitaidon kohentamisen seksuaalikysymysten kohtaamisessa, miesten mukaan ottamisen perhesuunnittelupalveluiden käyttäjiksi, ensimmäisen ehkäisyn antamisen maksutta ja kondomien hinnan alentamisen, kaksois-ehkäisyn käytön yleistymisen vaihtuvissa suhteissa sekä jälkiehkäisyn jakelun ja tiedottamisen organisoimisen. Myös synnytyksen jälkeisessä ehkäisyssä nähtiin tehostamisen tarvetta ja katsottiin, että nuorten ensimmäistä ehkäisyä järjestettäessä seksuaalineuvonnan tulisi olla painopisteenä. (Kosunen ja Rimpelä 1997). Tämän tutkimuksen valossa esitetyt haasteet ovat yhä ajankohtaisia esimerkiksi ehkäisyn ilmaisjakelun ja synnytyksen jälkeisen ehkäisyn tehostamisen tarpeen suhteen.

Tässä tutkimuksessa ei käsitelty *seksuaali- tai sukupuolivähemmistöille* tai *maanmuuttajille* terveyskeskuksissa tarjottavia palveluita. Seksuaali- tai sukupuolivähemmistöille erityisesti suunnattuja palveluita ei ole järjestetty julkisessa perusterveydenhuollossa, mutta palveluita on kuitenkin tarjolla kolmannen sektorin, kuten Seksuaalinen tasavertaisuus Seta ry:n ja Sexpo-säätiön, tuottamina (STM 2007). Seksuaalivähemmistöön kuuluvien kokemuksista suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on niukasti tutkimustietoa. On kuitenkin esitetty, että homot, lesbot ja biseksuaalit välttävät tuomasta esiin seksuaalista suuntautumistaan hoitosuhteessaan

pelätessään negatiivista suhtautumista ja että lääkäreillä on hyvin vähän tietoa näihin ryhmiin kuuluvien ongelmista tai erityistarpeista (Socada 1998). Muissa maissa tehdyissä tutkimuksissa on todettu neuvonnan tarvetta esimerkiksi sukupuolitaudeilta suojautumisessa niin miesten kuin naistenkin välisessä seksissä (Marrazzo ym. 2003, Marrazzo ym. 2005, Dilley ym. 2007).

Maahanmuuttajien ja muiden valtaväestöstä poikkeavan kulttuuritaustan omaavien osuus väestöstä on ollut viime vuosikymmeninä jatkuvassa kasvussa. Maahanmuuttajien kohtaaminen terveydenhuollossa on usein molemmille osapuolille haasteellisista niin kielellisten, kulttuuristen kuin uskonnollistenkin eroavaisuuksien ja molemminpuolisten ennakkoluulojen takia (Väestöliitto 2009). Myös heidän tietonsa lisääntymisbiologiasta, seksuaalisuudesta ja siihen liittyvästä itsemääräämisoikeudesta sekä terveydenhuollon palveluista voivat olla suomalaisessa katsannossa puutteelliset (Väestöliitto 2009). Lisäksi erilaiset uskomukset, riitit ja naisen usein alisteinen asema (STM 2007) voivat aiheuttaa hämmennystä ja vaikeita tilanteita, joten ilman riittävää valmentautumista monikulttuuriset kohtaamiset terveydenhuollossa voivat muodostua kielteisiksi molemmille osapuolille (Degni 2004, Koskimies ja Mutikainen 2008). *Muita erityistä huomiota vaativia* ryhmiä seksuaaliterveyspalveluiden käyttäjinä ovat lisäksi vammaiset, ikääntyneet, kroonisesti sairaat, seksuaalista väkivaltaa kokeneet ja seksityötä tekevät (United Nations 1994, Väestöliitto 2006, STM 2007).

Laki yhdenvertaisuudesta (21/2004) velvoittaa kunnat järjestämään kaikille maassa asuville yhdenmukaiset terveyspalvelut ja kieltää syrjinnän etnisen tai kansallisen alkuperän, kielen, uskonnon tai vakaumuksen perusteella. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa asetettiin tavoitteeksi seksuaalivouvonnan toteutuminen tasa-arvoisesti asiakkaan tarpeen mukaan riippumatta asiakkaan sukupuolesta, seksuaalisesta suuntautumisesta, kulttuuritaustasta tai muista yksilöllisistä tekijöistä (STM 2007). Myös Väestöliiton (2009), Stakesin (nyk. THL) toimeksiannosta laatiman maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintasuunnitelman lähtökohtana on julkisten terveyspalveluiden ensisijaisuus maahanmuuttajien seksuaaliterveyspalveluiden tuottajana. Perustason neuvonnan tulisi olla mahdollista julkisen terveydenhuollon puitteissa. Tämä edellyttää ammattilaisten valmiuksien lisäämistä perus- ja täydennyskoulutusta kehittä-

mällä. Kolmannen sektorin palvelut voivat täydentää palveluverkoston erityisryhmien ja -kysymysten osalta. Väestöliiton toimintasuunnitelma esittää lisäksi muun muassa keskimäärin puolitoistakertaisen henkilöstö- ja aikaresurssin varaimista maahanmuuttaja-asiakkaita kohdattaessa sekä ammattitaitoisten tulkkien käyttöä (Väestöliitto 2009).

7 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia terveyskeskusten keskeisten seksuaaliterveyspalveluiden (raskauden ehkäisyneuvonnan, sukupuolitautilien seulonnan ja hoidon, raskaudenkeskeytyshoidon järjestämisen ja seksuaalineuvonnan) tarjontaa ja palveluiden toteuttamistapoja Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen terveyskeskuksissa (N = 63) niiden johdolle ja työntekijöille suunnattujen lomakekyselyiden avulla.

Tulokset osoittivat, että palveluiden järjestämistavat terveyskeskuksissa olivat moninaisia ja että esimerkiksi ehkäisyneuvontapalveluita tarjottiin usein erilaisin järjestelyin. Yleisimmin *ehkäisyneuvontapalveluita* tarjottiin äitiysneuvolan yhteydessä, kun taas *raskaudenkeskeytystä* hakevat ja *sukupuolitautilia* epäilevät asiakkaat ohjattiin tavallisimmin lääkärin päivystys- tai ajanvarausvastaanotolle. Palveluiden integrointi yhteen terveyskeskuksen toimipaikkaan oli harvinaista. Yksinomaan nuorille suunnattu palveluyksikkö löytyi vain kolmesta terveyskeskuksesta, ja mahdollisuus aloittaa ehkäisytabletit yläkoulun kouluterveydenhuollossa ei ollut kovin yleinen. Palveluiden piiriin pääsyä rajoittivat myös muutamien terveyskeskusten ehkäisyneuvoloiden kesäsulut.

Raskauden ehkäisyasiakkaiden pääsy hoitajan vastaanotolle oli useimmissa terveyskeskuksissa melko sujuvaa, mutta lääkärin vastaanotolle odotusajat olivat selvästi pidempiä ja yksittäisissä terveyskeskuksissa huomattavankin pitkiä. Vastaanottoaikaa oli varattu lähes kaikissa yksiköissä riittävästi. Ehkäisyneuvonnan tukena käytettävät ohjeistukset vaihtelivat jopa terveyskeskuksen sisällä, ja osassa käytetyt ohjeet olivat vanhentuneita. Ehkäisyaloittamiseen liittyen ilmoitettiin tehtävän tutkimuksia, joista merkittävälle osalle ei ole osoitettavissa lääketieteellisiä perusteita ja jotka siten voivat jopa olla ns. lääketieteellinen este ehkäisyaloittamiselle. Yhdistelmähormoniehkäisyneuvonnan käytölle esitettiin sovellettavan ikärajoja, joille ei ole perusteita näyttöön perustuvissa hoitosuosituksissa. Myös tiettyjä yhdistelmähormoniehkäisyneuvonnan vasta-aiheita huomioitiin puutteellisesti. Tarjolla olevien ehkäisyneuvonnan menetelmien valikoima oli kuitenkin yleensä hyvä, ja vain kapseliehkäisyneuvonnan saatavuudessa voitiin katsoa olevan selkeästi puutteita. Lääketieteellisten ehkäisyneuvonnan menetelmien, etenkin kierukkaehkäisyneuvonnan, aloittaminen synnytyksen jälkeen näytti usein viivä-

tyvän tarpeettomasti. Ehkäisyvälineiden ilmaisjakelussa ja kierukkajälkiehkäisyn saatavuudessa todettiin kehittämistarpeita. Monissa terveyskeskuksissa hoitajan rooli oli keskeinen ehkäisyasiakkaiden seurannassa.

Raskaudenkeskeytysasiakkaille pyrittiin useissa terveyskeskuksissa järjestämään lääkärin vastaanottoaika nopeasti. Osassa terveyskeskuksia keskeytysasiakkaan hoitopolku vaikutti tarkoin mietityltä kokonaisuudelta, jossa myös hoitajalla oli oma tärkeä osuutensa. Suurimmassa osassa terveyskeskuksia hoitajalla oli myös oikeus ohjata asiakas klamydiatutkimukseen ilman lääkärin lähetettä. Kirjalliset ohjeet suunnitelmallisesta klamydian seulonnasta löytyivät melko pienestä osasta terveyskeskuksia, mutta käytännön ehkäisyneuvontatyössä klamydianäytteitä otettiin kohtalaisen yleisesti esimerkiksi ehkäisyä aloitettaessa ja pilleriehkäisyn käyttöä seurattaessa. Tartunnan toteamisen yhteydessä jäljitysvastuu jäi tavallisesti potilaalle.

Seksuaalineuvojakoulutuksen saaneita hoitajia työskenteli vuonna 2005 vielä harvassa terveyskeskuksessa. Hoitajat kuitenkin ilmoittivat ottavansa ainakin jossain määrin esiin *seksuaalineuvonnan* aihepiiriin kuuluvia kysymyksiä raskauden ehkäisyneuvonnan yhteydessä. Kouluterveydenhoitajat osallistuivat yläkoulujen *seksuaaliopetukseen* tavallisimmin osallistumalla sen suunnitteluun ja pitämällä aiheesta oppitunteja, mutta tutustumiskäyntejä ehkäisy- tai nuorisoneuvolaan toteutettiin vain viidenneksessä terveyskeskuksia.

Ehkäisyneuvontapalveluiden laadussa todettiin runsaasti vaihtelua niin palveluiden rakenteessa terveyskeskustasolla kuin työntekijöiden käytännöissäkkin. Kokonaisuutena palvelurakenteiden laatua arvioivalla mallilla saatu keskiarvo (5.8 pistettä 10:stä) oli kohtalainen. Hyvää laatua ennustivat johtavan hoitaja tai ylihoitajan sekä nimetyn terveyden edistämisen johtamisesta vastaavan henkilön olemassaolo. Väestövastuinen toimintatapa ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä laatuun tutkittujen rakenteiden tai prosessien tasoilla.

Seksuaaliterveyspalveluiden *tasa-arvossa ja oikeudenmukaisuudessa* voidaan katsoa olleen puutteita palveluiden käyttäjien näkökulmasta. Varsinaiset rajoitukset ehkäisyneuvolaan pääsyyssä esimerkiksi iän perusteella olivat harvinaisia, mutta muutoin palveluiden piiriin pääsyyssä oli paikoin ongelmia pitkien odotusaikojen ja

ehkäisyneuvoloiden kesäsulkujen takia. Nuorten erityistarpeisiin oli palveluiden rakenteiden tasolla harvoin vastattu.

Tarkasteltaessa tuloksia *IPPF:n seksuaaliterveyspalveluiden hyvän laadun lähtökohtia kuvaavan viitekehysten avulla* (taulukko 4, s. 78) tämän tutkimuksen tulosten valossa asiakkaan oikeudet toteutuvat tutkituilta osin kokonaisuudessaan hyvin. Mahdollisuus *palveluihin pääsyyn* on kaikilla, joskin palveluiden järjestämistapoja tulee kehittää palvelemaan paremmin eri käyttäjäryhmiä, etenkin nuoria. *Valinnan* mahdollisuuksia voidaan pitää myös hyvinä, sillä tarjolla oleva ehkäisyvälineiden valikoima oli yleensä hyvä ja useissa terveyskeskuksessa ainakin ehkäisyneuvontapalveluja oli saatavilla useammassa kuin yhdessä yksikössä, esimerkiksi äitiys- ja ehkäisyneuvolassa ja lääkärin ajanvarausvastaanotolla. Kouluterveydenhuollossa tarjolla olevien palveluiden laajentamiselle näytti saatujen tietojen perusteella olevan kuitenkin tarvetta. Asiakkaan oikeuden *turvallisuuteen* voidaan katsoa suurelta osin toteutuvan: ehkäisyneuvontatyötä tekevät ammattilaiset olivat kokeneita lääkäreitä ja hoitajia, jotka olivat tehtäviinsä motivoituneita ja halukkaita kehittämään itseään ja työtään. Ehkäisyn aloittamisen yhteydessä tehtiin kattavasti tutkimuksia, jopa liiaksikin. Ehkäisymenetelmien käytön turvallisuutta etenkin vasta-aiheiden huomioimisen osalta voitaisiin todennäköisesti parantaa tarjoamalla ammattilaisten käyttöön ajantasaisia, näyttöön perustuvia kotimaisia hoitosuosituksia ja edistämällä niiden aktiivista toimeenpanoa. Väestön seksuaaliterveyteen liittyvän *tiedontarpeeseen* tiedetään vastattavan melko hyvin koulun terveystiedon opetuksessa, ja tämän tutkimuksen mukaan terveydenhoitajat osallistuivat työhön melko yleisesti. Terveyskeskushenkilöstön osallistuminen muutoin väestölle suunnattavaan valistustyöhön näyttää sen sijaan olevan vähäistä. Viimeisenä asiakkaan oikeus *jatkuvuuteen* näyttää toteutuvan, sillä terveyskeskuksissa vaikutti olevan selkeät toimintatavat raskauden ehkäisyn seurannan suhteen.

Työntekijän tarpeiden näkökulmasta katsottuna kehittämistarpeita nousi esille enemmän. Keskeisimpänä voidaan pitää työntekijän tarvetta saada *koulutusta*, mikä ilmeni lääkäreiden ja hoitajien vastauksissa suoraan ja mikä oli pääteltävissä myös esimerkiksi ehkäisyneuvonnan käytäntöjä tarkastelemalla. *Infrastruktuurin* osalta useimmissa terveyskeskuksissa näyttivät palveluiden järjestämistavat olevan selkeät. *Jaettavaa materiaalia* (ilmaiseksi jaettavia ehkäisyvälineitä, mukaan lukien kondoo-

mit) oli tarjolla vaihtelevasti eri toimipaikoissa ja ilmaisjakelu painottui ehkäisytilereihin. Työntekijän tarve saada *ohjausta* oli ilmeinen; ehkäisyneuvonnan kirjalliset ohjeet ja seurantalomakkeet eivät olleet kaikilta osin asianmukaisia, ja niiden käyttö oli jopa terveyskeskusten sisällä kirjavaa. Työntekijän tarve saada *tukea ja palautetta* vaikutti myös toteutuvan puutteellisesti: monelle ehkäisyneuvontatyötä tekeväälle lääkärille ja hoitajalle oli epäselvää, arvostiko johto ehkäisyneuvontatyötä, ja enemmistö koki saavansa riittämättömästi palautetta työstään.

Tämä tutkimus antoi tietoa keskeisten perusterveydenhuollon seksuaaliterveyspalveluiden, erityisesti raskauden ehkäisyneuvonnan, järjestämistavoista ja käytännöistä Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen terveyskeskuksissa. Tutkimuksen avulla kuvattiin palveluita, arvioitiin niiden laatua ja kehitettiin myös ehkäisyneuvontapalveluiden rakenteen laadunarviointiin soveltuva mittari. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää palveluiden kehittämisessä niin tutkimusalueella kuin sen ulkopuolellakin.

Tutkimus kyseenalaistaa erityisesti rutiininomaisia ehkäisyneuvonnan käytäntöjä, joita tulisi terveyskeskuksissa arvioida näyttöön perustuvien suositusten avulla. Tarpeettomien toimien karsiminen voi tehdä palveluista helpommin lähestyttäviä ja vapauttaa resursseja seksuaaliterveyteen liittyvälle neuvonnalle. Kysely on saattanut toimia myös itsessään kehittämisinterventiona herättäen pohtimaan omia tai oman työyksikön käytäntöjä. Joidenkin vapaiden kommenttien mukaan näin on ainakin paikoin tapahtunut:

- Lääkäri: "Mielenkiintoista katsoa omaa työtään/rutiinejaan näin strukturoidusti. Mikä hoitajan ja lääkärin yhteistyö? Kaikki tulevat suunnilleen suoraan lääkäriin. Onko sovittuja käytäntöjä? Ei kukaan muista missä on sovittu, näin vaan on aina tehty."
- Hoitaja: "Kysely oli mielenkiintoinen, koska laittoi pohtimaan omia työtapoja ja ottamaan selvää epäselvistä käytännöistä."

- Hoitotyön johtaja: "Bra förfrågan, genom en sådan genomgång framkommer inom enheten brister, väcker diskussion, som ger impulser och ideér huru servicen kunde förbättras."

Kokonaisuudessaan tutkimuksessa kyettiin saamaan melko monipuolinen yleiskuva tutkimusalueen terveyskeskusten seksuaaliterveyspalveluista (erityisesti raskauden ehkäisyneuvonnasta) tutkimusvuonna. On kuitenkin huomattava, että aineiston kerääminen tapahtui pääosin vuonna 2005, jonka jälkeen on muun muassa julkaistu seksuaaliterveyspalveluita monin tavoin linjaava valtakunnallinen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä koskeva toimintaohjelma (STM 2007). Vaikka vuonna 2008 tehdyn tutkimuksen mukaan toimintaohjelmaan oli perehdytty terveyskeskuksissa vähän (Kosunen 2009), sillä on kuitenkin saattanut jo olla vaikutuksia niiden toimintaan. Lisäksi esimerkiksi tutkimusalueella tapahtuneet kuntaliitokset ja lääkäri työvoiman saatavuuden muutokset ovat voineet vaikuttaa toiminnan järjestelyihin ja käytäntöihin tutkimusajankohdan jälkeen.

Julkinen perusterveydenhuolto ja etenkin terveyskeskuspalvelut ovat olleet useiden viime vuosien ajan jatkuvan huomion kohteena. Terveyskeskusten on nähty olevan kriisissä ja niiden tulevaisuuden nykymuodossaan vaakalaudalla (ks. esim. Leppo 2007). Lääkärivaje, taloudellisten suhdanteiden vaihtelut, terveydenhuollon (erityisesti erikoissairaanhoidon) menojen kasvu, ulkopuolisen työvoiman käyttö ja palvelutuotannon kilpailuttaminen, tilaaja–tuottaja-mallit, uuden terveydenhuollon valmistelu ja monenlaiset kehittämishankkeet ovat muiden muassa taanneet muutosten ja keskustelun jatkumisen. Perusterveydenhuollon merkitys toimivan ja tehokkaan palvelujärjestelmän perustana on kuitenkin tunnustettu niin Suomessa (STM 2009) kuin kansainvälisestikin (Starfield 2008). Keskeisiltä osin seksuaaliterveyspalveluiden perusta on laissa ja palveluiden tuottaminen on siten taattava muuttuvissakin olosuhteissa. Hiljattain annettu neuvola-asetus vahvistaa ehkäisyneuvonnan asemaa muun ennaltaehkäisevän työn rinnalla. Myös valtakunnallinen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma on nostanut laajasti esiin seksuaaliterveyden aihepiiriin kuuluvia alueita, jotka ovat usein jääneet marginaaliin terveydenhuollon kentässä. Ohjelma tarjoaa laaja-alaisesti haasteita mutta myös työkaluja palveluiden edelleen kehittämiseksi.

Seksuaaliterveyden kysymykset, kuten raskauden ehkäisy, koskettavat tavalla tai toisella koko väestöä. Suomessa seksuaaliterveyspalvelut ja seksuaalikasvatus ovat olleet kansainvälisesti katsoen edistyksellisellä tavalla jo vuosikymmeniä osa kaikille tarjolla olevia julkisia peruspalveluita. Seksuaaliterveyden kehitys maassamme olikin esimerkillistä 1990-luvun puolivälin notkahdukseen asti (Hosie 2004). 2000-luvulla kehitys on ollut jälleen etenkin raskaudenkeskeytystilastojen valossa poikkeuksellisen suotuisaa, mutta 1990-luvun alun hyvä taso on vielä saavuttamatta (Halonen ja Apter 2010). Haasteita seksuaaliterveyden edistämässä riittää siis edelleen. Sosiaaliryhmien väliset terveyserot ovat viime vuosikymmeninä pysyneet ennallaan tai jopa kasvaneet, ja myös terveyteen vaikuttavissa elintavoissa on eroja sosiaaliryhmien välillä (Palosuo ym. 2007). Sosioekonominen huono-osaisuus ja alhainen koulutustaso ovat esimerkiksi teinraskauksien keskeisiä riskitekijöitä (Imamura ym. 2007). Seksuaaliterveyspalveluiden on siten jatkossakin oltava saatavilla ilmaisina tai ainakin edullisina matalan kynnyksen palveluina.

Seksuaaliterveyden kehitykseen vaikuttavat lukuisat tekijät. Erityisesti seksuaalikäyttäytyminen, ja siihen vaikuttaminen, voi olla varsin kulttuurispesifistä, ja siksi kansallinen tutkimus alueella on tärkeää (Huengsberg ja Radcliffe 2002). Myös seksuaaliterveyttä tukevien palveluiden tutkimusta tarvitaan Suomessa edelleen. Esimerkiksi laadullisin tutkimusmenetelmin voitaisiin kartoittaa tarkemmin palveluiden sisältöä ja työntekijöiden kokemuksia tässä työssä esiin nousseista ongelma-alueista palveluiden kehittämisen pohjaksi. Kattavaa tutkimusta palveluiden käyttäjien parissa ei myöskään ole tehty sitten vuoden 1994. Ehkäisymenetelmien käytöstä tai seksuaaliterveyspalveluihin pääsystä ja niiden koetusta laadusta ei ole käytettävissä ajankohtaista käyttäjäkokemukseen pohjautuvaa tietoa.

On ilmeistä, että seksuaaliterveyden muutosten syyt ovat moninaiset ja esimerkiksi seksuaalikäyttäytymiseen vaikuttaa tekijöitä, joita ei voida terveydenhuollon keinoin ohjailta. Seksuaaliterveyspalveluiden hyvä saatavuus ja laatu luovat kuitenkin välttämättömän perustan väestön hyvälle seksuaaliterveydelle.

8 ENGLISH SUMMARY

In Finland, core sexual health services, defined as contraceptive counselling, abortion care, screening and treatment of sexually transmitted infections and sexual health counselling, are provided as part of publicly funded primary health care in municipal health centres. From a European perspective, teenage pregnancy and overall abortion rates are low in Finland. Nonetheless, the earlier positive trends in abortion and Chlamydia trachomatis infection rates have reversed since the mid-1990s, and this has raised the question whether the service provision system of health centres is adequate. A list-based personal doctor system was introduced to most of the country in the 1980-90's. Instead of earlier service provision in separate clinics, it was aimed that every physician offers preventive services (including family planning services) to his/her patients. It has been claimed that the number of specific family planning clinics was thereby diminished, resulting in inferior accessibility and quality of family planning services.

The *purpose* of the study was to chart the provision of sexual health services in all health centres of the Expert Responsibility Area of Tampere University Hospital in Western Finland. In addition to describing the service structures and practices, quality of contraceptive service provision and its determinants were aimed to be explored as well as equity and equality of service provision.

Data were gathered by conducting an online survey between September 2005 and January 2006 in the health centres (N = 63) of the study area. Emailed self-administered questionnaires were sent to chief physicians (response rate 78 %), directors of nursing (95 %), and physicians and nurses most closely involved in family planning in their health centres (68 % and 92 %). The statistical methods used were mostly descriptive. However, when assessing quality of contraceptive services and its determinants, Pearson's chi-square test, Spearman's rank correlation test and an ordered logit model were used. Finnish and international recommendations available in 2005 were the references for quality assessment.

The results showed that sexual health services were arranged in health centres in various ways. Especially *contraceptive counselling* was organized in different set-

tings, most often in connection with maternity care. A dedicated youth clinic providing contraceptive counselling for adolescents and young people existed only in three health centres. In some health centres, long waiting times as well as breaks in family planning clinic services during summer impaired access to counselling (especially by physician). However, the time reserved for a consultation for contraception was sufficient in almost all health centres.

Quality of contraceptive services varied substantially in the level of service structure as well as service processes. Assessed with the quality measure of ten indicators developed, the quality of contraceptive service structure varied between 3 and 10, the average being 5.8. A chief nursing officer or leading nurse engaged in the health centre and an appointed person responsible for management of health promotion predicted good quality. Patient care organised with personal doctor system was not associated with quality of service structure or processes. Regarding clinical practices, there were several clinical and laboratory routines which were reported to be performed when initiating contraception.

These practices were in line with Finnish recommendations available. Nevertheless, they were not evidence-based and they may even create medical barriers to access contraception. Some shortcomings were identified in applying age limits and contraindications when prescribing combined hormonal contraception. The contraceptive variety available in health centres was usually good. However, initiation of contraception with hormonal and intrauterine methods after childbirth seemed to be delayed unnecessarily.

For clients seeking *abortion*, expedited access to a doctor's consultation was arranged in the majority of health centres. A nurse was involved with their care in some health centres.

Regarding *sexually transmitted diseases*, nurses were allowed to test for chlamydia independently without physician's involvement in most health centres. On-site instructions for screening of chlamydia infection were available in only a few health centres. However, when initiating oral contraceptives or in the follow-up of their users, testing for *C. trachomatis* was performed fairly often. The most usual mode of

contact tracing after diagnosis of chlamydia was asking the patient to contact his/her partners. Nurses with specific training in sexual health counselling were employed in only few health centres. Nurses discussed *sexual health counselling* issues with clients initiating contraception more actively than physicians. At community level, school nurses in secondary schools carried out *sexuality education* most often by giving lessons and by participating in planning of sexuality education.

Equity and equality of sexual health service provision were considered somewhat inadequate from client's point of view because of problems identified in accessing services and in variation of service quality. The special needs of adolescent clients were seldom met at the structural level of service provision.

In general, provision of core sexual health services in health centres can be considered adequate. However, practice patterns and quality of services varied notably and several medical barriers to access were identified. It seemed that updating contraceptive counselling practices is challenging in primary care. Clearly, evidence-based clinical practice guidelines for contraceptive counselling with effective implementation are needed to support the counselling in health centres. *Improving* adolescents' services in school health care, and in the largest health centres also by developing youth clinics, is one central challenge in the future. In many health centres, unnecessary routine investigations in contraceptive counselling could be dispensed. Instead, the focus could be shifted to supporting sexual health, as advised in the action programme for promotion of sexual and reproductive health 2007–2011. Based on the results, continuous medical education, evaluation of the distribution of work between physicians and nurses, and improving management of services are needed in primary care.

KIITOKSET

Vuonna 2004 sain tuolloin Tampereen yliopistossa yleislääketieteen ma. professorina toimineelta dosentti Elise Kosuselta tarjouksen, josta en voinut kieltäytyä. Suunniteltu tutkimus käsitteli kahta minulle läheistä aihetta, perusterveydenhuoltoa sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Kun tutkimusrahoituskin oli järjestynyt osana Suomen Akatemian rahoittamaa hanketta, olisi ollut vaikea kuvitella omalle kohdalleni parempaa tilaisuutta väitöskirjatyöhön. Kiitän lämpimimminkin ohjaajaani ja Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa -hankkeen johtajaa Elise Kosusta saamastani ainutlaatuisesta mahdollisuudesta. Hänen paneutuva ja sitoutunut ohjauksensa, kykynsä hahmottaa kokonaisuuksia unohtamatta tärkeitä yksityiskohtia sekä näkemysensä ja asiantuntijuutensa tutkimusalueella olivat ja ovat omaa luokkaansa.

Kiitän sydämellisesti oppialan professoria Kari Mattilaa hänen osallistumisestaan työhön tutkimusalueen terveyskeskusten tuntijana, hänen viisaista vastauksistaan monenlaisiin kysymyksiini sekä saamastani tuesta vuosien varrella. Hänen kanssaan väitöskirjatyöni seurantaryhmään kuului tutkimusprofessori Elina Hemminki, jota kiitän kannustuksesta ja rohkaisevista kommentteista.

Esitän parhaat kiitokseni työni esitarkastajille dosentti Simo Kokolle ja dosentti Mervi Halttuselle heidän tekemästään huolellisesta ja näkemyksellisestä tarkastustyöstä. Vuoropuhelu kokoneiden asiantuntijoiden kanssa oli antoisaa ja saamani palautteen avulla käsikirjoitus parani selvästi.

Kiitän lämpimästi viidennen osatyön laatimiseen osallistuneita TtT Timo Ståhliä ja FM Vesa Saaristoa Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta. Oli avartavaa saada työskennellä myös muiden kuin oman ammattikunnan edustajien kanssa ja saada sitä kautta kosketusta kliinisen profession ulkopuolella tehtävään terveydenhuollon tutkimukseen. Vesa Saariston ohella suurempien ja pienempien tilastotieteellisten ja -teknisten kysymysten ratkaisuisissa auttoivat vuosien varrella myös FM Anna-Maija Koivisto, ATK-suunnittelija Juha Mäkelä ja FM Heini Huhtala. Kiitokset kuuluvat myös Webpropol Oy:n tarjoamalle tukipalvelulle, jota ahkerasti hyödynsin. Englannin kielen tarkastustyöstä vastasivat Robert MacGilleon, David Kivinen, Marja Vajaranta (†) ja Eija Hartikainen. Lomakkeiden kääntämisessä ruotsiksi sain apua yli-

opiston Kielikeskuksen ohella dosentti Dan Apterilta, LL Susanna Aspholmilta ja KM Minna Paakkulaiselta. Yhteenvedon suomenkielistä asua huolsi FM Tiina Vuolteenaho. Kiitän heitä kaikkia saamastani suuresta avusta. Julkaistujen versioiden mahdollisista virheistä vastaan itse.

Tampereen yliopiston yleislääketieteen oppialan kollegat ja muut ammattilaiset muodostivat tärkeimmän työyhteisöni tutkimusjakson aikana. Kiitän mahdollisuudesta kuulua joukkoonne, saamastani monenlaisesta tuesta sekä myönteisestä ja kannustavasta ilmapiiristä niin sääntömääräisten kahvihetkien aikana kuin niiden välilläkin. Erityisesti haluan kiittää avusta professori (emerita) Irma Virjoa, FM Riitta-Liisa Haukilahta mitä huolellisimmasta työstä viidennen osatyön aineiston käsittelyssä ja FM Kristiina Helanderia yhteenvedon osan ulkoasun viimeistelystä.

Tutkimustyön lomassa sain tilaisuuden toimia tutkijalääkärinä Tampereen yliopistossa toteutetussa urauurtavassa kansainvälisessä papilloomavirusrokotetutkimuksessa. Kiitän professori Matti Lehtistä ja tutkimuskoordinaattori Tiina Erikssonia mahdollisuudesta tutustua kliinisen tutkimuksen saloihin sekä kartuttaa käytännön kokemusta ehkäisyneuvontatyöstä ja seksuaaliterveyden edistämisestä erinomaisessa työtiimissä.

Haluan kiittää kaikkia ystäviäni – niin kallisarvoisia ystäviäni lapsuuden ja nuoruuden ajoilta kuin opiskeluvuosina ja työelämässä tuntemaan oppimiani – lämpimästä kannustuksesta kuluneiden vuosien aikana. Arjen puristuksessa kohtaamiset ystävien kanssa ovat olleet ehdottomia henkireikiä. Jos säännöllisille tapaamisille ei olekaan aina ollut tilaisuutta, ystävät, sukulaiset ja kollegat ovat auliisti jakaneet tukeaan sosiaalisessa mediassa. Myös paluu virkatyöhöni Tammelakeskuksen terveysasemalle sujui tutkimusvuosien jälkeen mutkattomasti – kiitos siitä vanhoille tutuille kollegoille ja koko työyhteisölle.

Olen suuren kiitoksen velkaa jokaiselle kyselyyn vastanneelle. Ilman hyvää vastausosuutta ja huolellisesti täydennettyjä kyselylomakkeita tutkimus olisi jäänyt toteutumatta tai sen laatu olisi ollut olennaisesti heikompi. Oli varsin mielenkiintoista päästä tutustumaan lomakkeiden kautta hyvin erilaisiin terveyskeskuksiin ja niiden

toimintakulttuureihin. Toivon, että tästä tutkimuksesta voisi olla apua kehitettäessä edelleen seksuaaliterveyspalveluja niin tutkimusalueella kuin sen ulkopuolellakin.

Lopuksi haluan kiittää lämpimimmin vanhempiani Kaija ja Jorma Sannistoa kaikesta saamastani tuesta ja avusta tähän päivään asti. Suuret kiitokset kuuluvat puolisolleni YTT Mika Niemiselle. Hänen kokemuksensa tutkimuksen maailmassa on avartanut minunkin näkemyksiäni tutkimuksen tekemisen moninaisista tavoista ja auttanut suhteuttamaan monet harmit ja huolet. Hän on myös ratkonut lukuisia mahdollisia ja mahdottomia ongelmia, joita kotitietokoneiden kanssa näiden vuosien aikana ilmeni. Tutkimusprojektin loppuun saattaminen viimeisen vuoden aikana on vaatinut kärsivällisyyttä koko perheeltä, myös pieniltä rakkailta pojiltani Miskalta ja Janilta, joka syntyi tutkimusprosessin lomassa. Pojat ovat pitäneet äidin jalat tukevasti maassa ja muistuttaneet intensiivisellä olemassaolollaan joka päivä siitä, mikä elämässä on tärkeintä.

Tampereella 16. joulukuuta 2010

Tuire Sannisto

KIRJALLISUUSVIITTEET

- Aasland OG (2000): [Evaluation of the Norwegian Medical Association's campaign for improved contraception and fewer induced abortions]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 120:1642-1645.
- Abdollahi M, Cushman M ja Rosendaal FR (2003): Obesity: risk of venous thrombosis and the interaction with coagulation factor levels and oral contraceptive use. *Thromb Haemost* 89:493-498.
- ACOG (ACOG Committee on Practice Bulletins) (2001): ACOG Practice Bulletin. The use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. *Int J Gynaecol Obstet* 75:93-106.
- Advisory Committee on Cancer Prevention (2000): Recommendations on cancer screening in the European Union. *Eur J Cancer* 36:1473-1478.
- Aer J, toim. (1975): Kansanterveystyön käsikirja. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Aer J ja Rokka S (1975): Terveyskeskus toiminnallisena kokonaisuutena. Kirjassa Kansanterveystyön käsikirja, ss. 145-172. Toim. J Aer, Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Agha S ja Do M (2009): The quality of family planning services and client satisfaction in the public and private sectors in Kenya. *Int J Qual Health Care* 21:87-96.
- Ahern NR ja Kiehl EM (2006): Adolescent sexual health & practice--a review of the literature: implications for healthcare providers, educators, and policy makers. *Fam Community Health* 29:299-313.
- Ala-Luhtala R (2008): Kyselytutkimus neuvola-asiakkaiden seksuaalisesta hyvinvoinnista ja seksuaaliterveyteen liittyvästä neuvonnan ja tuen tarpeesta. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Alanen S (2009): Implementing an evidence-based hypertension guideline into Finnish primary care nursing. Turun yliopisto, Turku.
- Amu O ja Appiah K (2006): Teenage pregnancy in the United Kingdom: are we doing enough? *Eur J Contracept Reprod Health Care* 11:314-318.
- Amy JJ ja Loeber O (2007): Pregnancy during adolescence: a major social problem. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 12:299-302.
- Amy JJ ja Tripathi V (2009): Contraception for women: an evidence based overview. *BMJ* 339:b2895.
- Andersen B, Olesen F, Moller JK ja Ostergaard L (2002): Population-based strategies for outreach screening of urogenital Chlamydia trachomatis infections: a randomized, controlled trial. *J Infect Dis* 185:252-258.
- Andersson K, Ryde-Blomqvist E, Lindell K, Odlind V ja Milsom I (1998): Perforations with intrauterine devices. Report from a Swedish survey. *Contraception* 57:251-255.
- Annon J (1976): The PLISSIT model. *Journal of Sex Education and Therapy* 2:1-15.
- Apter D (2006): Parempaa seksuaaliterveyttä nuorille. *Kansanterveys* 7/2006, s. 12-13.
- Arnkil TE, Seikkula J ja Arnkil R (2005): Hyvien käytäntöjen tutkittavuudesta, siirrettävyydestä ja jatkuvuudesta. *Yhteiskuntapolitiikka* 70:639-649.
- Ashby SL ja Rich M (2005): Video killed the radio star: the effects of music videos on adolescent health. *Adolesc Med Clin* 16:371-93.
- Auvinen E, Niemi M, Malm C, Zilliacus R, Trontti A, Fingerroos R, Lehtinen M ja Paavonen B (2005): High prevalence of HPV among female students in Finland. *Scand J Infect Dis* 37:873-876.

- Avery L ja Lazdane G (2008): What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *Eur J Contracept Reprod Health Care* 13:58-70.
- Backman T, Metsä-Heikkilä M ja Tuppurainen M (2008): Onko pitkäaikainen hormonaalinen ehkäisy turvallista? *Duodecim* 124:445-450.
- Barreiros FA, Guazzelli CA, Barbosa R, de Assis F ja de Araujo FF (2010): Extended regimens of the contraceptive vaginal ring: evaluation of clinical aspects. *Contraception* 81:223-225.
- Baseman JG ja Koutsky LA (2005): The epidemiology of human papillomavirus infections. *J Clin Virol* 32:S16-24.
- Bastianelli C, Farris M ja Benagiano G (2008): Emergency contraception: a review. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 13:9-16.
- Batar I (2006): State-of-the-art of intrauterine contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 11:262-269.
- Batar I (2010): State-of-the-art of non-hormonal contraception: II. Chemical barrier contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 15:89-95.
- Batar I ja Sivin S (2010): State-of-the-art of non-hormonal contraception: I. Mechanical barrier contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 15:67-88.
- Beerthuis R (2010): State-of-the-art of non-hormonal contraception: V. Female sterilization. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 15:124-135.
- Bennett SE ja Assefi NP (2005): School-based teenage pregnancy prevention programs: a systematic review of randomized controlled trials. *J Adolesc Health* 36:72-81.
- Bergman Y, toim. (2004): Breaking through. A guide to sexual and reproductive health and rights. The Swedish Association for Sexuality Education (RFSU), Tukholma.
- Bertrand JT ja Escudero G (2002): Compendium of indicators for evaluating reproductive health programs. MEASURE Evaluation Manual Series, No. 6. MEASURE Evaluation ja USAID. <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/html/ms-02-06.html> (luettu 12.8.2010).
- Bertrand JT, Hardee K, Magnani RJ ja Angle MA (1995): Acces, quality of care and medical barriers in family planning programs. *Int Fam Plann Perspect* 21:64-69, 74.
- Bimla Schwarz E, Saint M, Gildengorin G, Weitz TA, Stewart FH ja Sawaya GF (2005): Cervical cancer screening continues to limit provision of contraception. *Contraception* 72:179-181.
- Blumenthal D (1996): Quality of care--what is it? *N Engl J Med* 335:891-894.
- Boussier MG, Conard J, Kittner S, de Lignieres B, MacGregor EA, Massiou H, Silberstein SD ja Tzourio C (2000): Recommendations on the risk of ischaemic stroke associated with use of combined oral contraceptives and hormone replacement therapy in women with migraine. The International Headache Society Task Force on Combined Oral Contraceptives & Hormone Replacement Therapy. *Cephalalgia* 20:155-156.
- Brown JD (2002): Mass media influences on sexuality. *J Sex Res* 39:42-45.
- Brown Jr JS, Adera T ja Masho SW (2008): Previous abortion and the risk of low birth weight and preterm births. *J Epidemiol Community Health* 62:16-22.
- Bruce J (1990): Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Stud Fam Plann* 21:61-91.
- Caliskan E, Ozturk N, Dilbaz BO ja Dilbaz S (2003): Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 8:150-155.

- Campbell OM ja Gray RH (1993): Characteristics and determinants of postpartum ovarian function in women in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 169:55-60.
- Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A ja Marshall MN (2003): Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 326:816-819.
- Campbell SM, Roland MO ja Buetow SA (2000): Defining quality of care. *Soc Sci Med* 51:1611-1625.
- Cassell JA, Mercer CH, Sutcliffe L, Petersen I, Islam A, Brook MG, Ross JD, Kinghorn GR, Simms I, Hughes G, Majeed A, Stephenson JM, Johnson AM ja Hayward AC (2006): Trends in sexually transmitted infections in general practice 1990–2000: population based study using data from the UK general practice research database. *BMJ* 332:332-334.
- Cates W, Jr ja Wasserheit JN (1991): Genital chlamydial infections: epidemiology and reproductive sequelae. *Am J Obstet Gynecol* 164:1771-1781.
- Challenor R, Henwood E, Burgess J ja Clare D (2006): Effective role redesign: an audit of outcomes following the introduction of a new nurse-led service. *Int J STD AIDS* 17:555-57.
- Chan WS, Ray J, Wai EK, Ginsburg S, Hannah ME, Corey PN ja Ginsberg JS (2004): Risk of stroke in women exposed to low-dose oral contraceptives: a critical evaluation of the evidence. *Arch Intern Med* 164:741-747.
- Charles VE, Polis CB, Sridhara SK ja Blum RW (2008): Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception* 78:436-450.
- Chi IC, Potts M, Wilkens LR ja Champion CB (1989): Performance of the copper T-380A intrauterine device in breastfeeding women. *Contraception* 39:603-618.
- Child TJ, Rees M ja MacKenzie IZ (1996): Pregnancy terminations after oral contraception scare. *Lancet* 1996:1260-1.
- Churchill R, Allen J, Denman S, Williams D, Fielding K ja von Fragstein M (2000): Do the attitudes and beliefs of young teenagers towards general practice influence actual consultation behaviour?. *Br J Gen Pract* 50:953-957.
- Cibula D (2008): Women's contraceptive practices and sexual behaviour in Europe. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 13:362-375.
- The Cochrane Collaboration (2010): Evidence-based health care. The Cochrane Collaboration. <http://www.cochrane.org/about-us/evidence-based-health-care> (luettu 6.8.2010).
- Cohen S (2007): Repeat abortion, repeat unintended pregnancy, repeat and misguided government policies. *Guttmacher Policy Review* 10:8-12.
- Cole JA, Norman H, Doherty M ja Walker AM (2007): Venous thromboembolism, myocardial infarction, and stroke among transdermal contraceptive system users. *Obstet Gynecol* 109:339-346.
- Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A ja Kafury-Goeta AC (2007): Effects of birth spacing on maternal health: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 196:297-308.
- Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A ja Kafury-Goeta AC (2006): Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. *JAMA* 295:1809-1823.
- Connolly A, Thorp J ja Pahel L (2005): Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 16:263-267.
- Correa S (1997): From reproductive health to sexual rights: achievements and future challenges. *Reproduct Health Matters* 4:107-16.

- Cramer DW, Schiff I, Schoenbaum SC, Gibson M, Belisle S, Albrecht B, Stillman RJ, Berger MJ, Wilson E ja Stadel BV (1985): Tubal infertility and the intrauterine device. *N Engl J Med* 312:941-947.
- Cromer BA ja McCarthy M (1999): Family planning services in adolescent pregnancy prevention: the views of key informants in four countries. *Fam Plann Perspect* 31:287-293.
- Curtis KM ja Martins SL (2006): Progestogen-only contraception and bone mineral density: a systematic review. *Contraception* 73:470-487.
- Curtis KM, Chrisman CE, Peterson HB ja WHO Programme for Mapping Best Practices in Reproductive Health (2002): Contraception for women in selected circumstances. *Obstet Gynecol* 99:1100-1112.
- Curtis KM, Mohllajee AP, Martins SL ja Peterson HB (2006a): Combined oral contraceptive use among women with hypertension: a systematic review. *Contraception* 73:179-188.
- Curtis KM, Mohllajee AP ja Peterson HB (2006b): Use of combined oral contraceptives among women with migraine and nonmigrainous headaches: a systematic review. *Contraception* 73:189-194.
- Curtis KM, Peterson HB ja d'Arcanges C (2009): Keeping evidence-based recommendations up to date: the World Health Organization's global guidance for family planning. *Contraception* 80:323-324.
- Daling JR, Weiss NS, Metch BJ, Chow WH, Soderstrom RM, Moore DE, Spadoni LR ja Stadel BV (1985): Primary tubal infertility in relation to the use of an intrauterine device. *N Engl J Med* 312:937-941.
- Danielsson M ja Sundstrom K (2006): Reproductive health. *Scand J Public Health Suppl* 67:147-164.
- Dardano KL ja Burkman RT (2000): Contraceptive compliance. *Obstet Gynecol Clin North Am* 27:933-41.
- Darney PD (2001): Time to pardon the IUD? *N Engl J Med* 345:608-610.
- DaVanzo J, Hale L, Razzaque A ja Rahman M (2007): Effects of interpregnancy interval and outcome of the preceding pregnancy on pregnancy outcomes in Matlab, Bangladesh. *BJOG* 114(9):1079-1087.
- DeFranco EA, Stamilio DM, Boslaugh SE, Gross GA ja Muglia LJ (2007): A short interpregnancy interval is a risk factor for preterm birth and its recurrence. *Am J Obstet Gynecol* 197:264.e1-264.e6.
- Degni F (2004): The social and cultural determinants of the use of contraception among married Somali women living in Finland. *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämisskeskus STAKES, Helsinki.*
- Dehlendorf C, Levy K, Ruskin R ja Steinauer J (2010): Health care providers' knowledge about contraceptive evidence: a barrier to quality family planning care? *Contraception* 81:292-298.
- Department of Health (2001): Better prevention, better services, better sexual health. The national strategy for sexual health and HIV. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4058945.pdf (luettu 8.10.2010)
- Department of Health (2003): Effective sexual health promotion. A toolkit for primary care trusts and others working in the field of promoting good sexual health and HIV prevention. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4079603.pdf (luettu 15.8.2010).
- Department of Health (2004): National chlamydia screening programme (NCSP) in England. Department of Health.

- Department of Health (2007): You're Welcome quality criteria. Making health services young people friendly. Department of Health, Lontoo.
- Diaz S ja Croxatto HB (1993): Contraception in lactating women. *Curr Opin Obstet Gynecol* 5:815-822.
- Dinger JC, Heinemann LAJ ja Kühl-Habich D (2007): The safety of a drospirenone-containing oral contraceptive: final results from the European Active Surveillance study on Oral Contraceptives based on 14,475 women-years of observation. *Contraception* 75:344-354.
- Dilley JW, Woods WJ, Loeb L, Nelson K, Sheon N, Mullan J, Adler B, Chen S ja McFarland W (2007): Brief cognitive counseling with HIV testing to reduce sexual risk among men who have sex with men: results from a randomized controlled trial using paraprofessional counselors. *J Acquir Immune Defic Syndr* 44:569-577.
- Dillman DA ja Bowker DK (2001): The web questionnaire challenge to survey methodologists. *Teoksessa Dimensions of Internet science. Toim.UD Reips ja M Bosnjak. Pabst Science Publishers, Lengerich. www.pabstpublishers.com (luettu 3.9.2010).*
- Donabedian A (1988): The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 260:1743-1748.
- Donovan C, Mellanby AR, Jacobson LD, Taylor B ja Tripp JH (1997): Teenagers' views on the general practice consultation and provision of contraception. The Adolescent Working Group. *Br J Gen Pract* 47:715-718.
- Duodecim (2004): Raskauden ehkäisy. Kirjassa Lääkärin käsikirja, ss. 936-943. Toim. I Kunnamo, H Varonen, P Nyberg, H Alenius, M Ellonen, A Helin-Salmivaara, L Hiltunen, J Jousimaa, M Kaila, S Mattila-Lindy, P Paakkari ja P Pennanen. Duodecim, Helsinki.
- Duodecim (2006): Raskauden ehkäisy. Kirjassa Lääkärin käsikirja ss. 964-974. Toim. I Kunnamo, H Alenius, E Hermanson, J Jousimaa, M Teikari ja H Varonen, Duodecim, Helsinki.
- Duodecim (2007):Läketieteen termit. Duodecimin selittävä suursanakirja. Toim. W Nienstedt, J Kellosalo, E Rautiainen, M Pernaa, U Salmi ja H Pirttimaa. Duodecim, Helsinki.
- Duodecim (2009): Raskauden keskeytystä haluava potilas. Sähköisessä kirjassa Lääkärin käsikirja. <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti> (luettu 23.4.2010).
- Edelman AB, Gallo MF, Jensen JT, Nichols MD, Schulz KF ja Grimes DA (2005): Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 3.
- Edgardh K (2002): Adolescent sexual health in Sweden. *Sex Transm Infect* 78:352-356.
- Edwards WM ja Coleman E (2004): Defining sexual health: a descriptive overview. *Arch Sex Behav* 33:189-195.
- Egbuonu I, Ezechukwu CC, Chukwuka JO ja Ikechebelu JI (2005): Breast-feeding, return of menses, sexual activity and contraceptive practices among mothers in the first six months of lactation in Onitsha, South Eastern Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 25:500-503.
- Eisalo A, Järvinen PA ja Luukkainen T (1965): Liver-function tests during intake of contraceptive tablets in pre-menopausal women. *Br Med J* 1:1416-1417.
- Elomaa K (1997): Synnytyksen ja abortin jälkeinen ehkäisy. *Duodecim* 113:1176-1181.

- Elovainio M, Kalliomäki-Levanto T, Kivimäki M, toim.(1997): Työ, yhteistyö ja asiantuntemuksen jakautuminen väestövastuisessa tai alueellisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes, Helsinki.
- Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M, van den Hombergh P, Brinkmann H, Szecsenyi J, Falcoff H, Seuntjens L, Kuenzi B, Grol R ja EPA Working Party (2005): Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. *Fam Pract* 22:215-222.
- Escobar-Chaves SL, Tortolero SR, Markham CM, Low BJ, Eitel P ja Thickstun P (2005): Impact of the media on adolescent sexual attitudes and behaviors. *Pediatrics* 116:303-326.
- Ettelt S, Nolte E, Mays N, Thomson S ja McKee M, International Healthcare Comparisons Network (2006): Health care outside hospital. Accessing generalist and specialist care in eight countries. Policy Brief. European Observatory on Health Systems and Policies. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/108963/E892592.pdf (luettu 9.10.2010)
- Euroopan neuvosto (2004): European strategy for the promotion of sexual and reproductive health and rights. Resolution 1399.
- Euroopan parlamentti (2002): Euroopan parlamentin päätöslauselma seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ja seksuaali- ja lisääntymisoikeuksista (2001/2128(INI)). P5_TA(2002)0359.
- Erkkola M, Kronberg-Kippilä C, Knip M ja Virtanen S (2006): Ravitseminen elämäkaaren alkupäässä – tavoitteisiin matkaa. *Suom Lääkäril* 61:5029-5035.
- Falah Hassani K, Kosunen E ja Rimpelä A (2006): The use of oral contraceptives among Finnish teenagers from 1981 to 2003. *J Adolesc Health* 39:649-655.
- Falah Hassani K, Kosunen E, Shiri R ja Rimpelä A (2007): Emergency contraception among Finnish adolescents: awareness, use and the effect of non-prescription status. *BMC Public Health* 7:201.
- Falah Hassani K, Kosunen E, Shiri R, Jokela J, Liinamo A ja Rimpelä A (2009): Adolescent sexual behavior during periods of increase and decrease in the abortion rate. *Obstet Gynecol* 114:79-86.
- Falah Hassani K, Kosunen E, Shiri R ja Rimpelä A (2010): The use of the vaginal ring and transdermal patch among adolescent girls in Finland. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 15:31-34.
- Farrow A, Hull MG, Northstone K, Taylor H, Ford WC ja Golding J (2002): Prolonged use of oral contraception before a planned pregnancy is associated with a decreased risk of delayed conception. *Hum Reprod* 17:2754-2761.
- Fenton KA ja Lowndes CM (2004): Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union. *Sex Transm Infect* 80:255-263.
- FFPRHC (2002): UK Selected practice recommendations for contraceptive use. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. <http://www.fsrh.org/admin/uploads/SelectedPracticeRecommendations2002.pdf> (luettu 2.8.2010).
- FFPRHC (2006a): Service standards for sexual health services. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Lontoo.
- FFPRHC (2006b): First prescription of combined oral contraception. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care. <http://www.ffprhc.org.uk/admin/uploads/FirstPrescCombOralContJan06.pdf> (luettu 11.10.2010).
- Foy R ja Crilly M (2004): Evidence-based reproductive health care: getting evidence into practice. *J Fam Plann Reprod Health Care* 30:17-20.

- French RS (2002): The experience of young people with contraceptive consultations and health care workers. *Int J Adolesc Med Health* 14:131-138.
- Freundl G, Sivin I ja Batar I (2010): State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: IV. Natural family planning. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 15:113-123.
- FSRH (2007): Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Guidance. Intrauterine contraception. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. <http://www.fsrh.org/admin/uploads/CEUGuidanceIntrauterineContraceptionNov07.pdf> (luettu 2.8.2010).
- FSRH (2009a): Service standards on workload in sexual and reproductive health. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. <http://www.ffprhc.org.uk/admin/uploads/ServiceStandardsforWorkload0509.pdf> (luettu 5.8.2010).
- FSRH (2009b): UK medical eligibility criteria for contraceptive use. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, UniPrintUniversity of Aberdeen.
- FSRH (2009c): Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Guidance. Postnatal sexual and reproductive health. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. <http://www.fsrh.org/admin/uploads/CEUGuidancePostnatal09.pdf> (luettu 2.8.2010).
- FSRH (2010a): Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Guidance. Contraceptive choices for young people. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. <http://www.ffprhc.org.uk/admin/uploads/ceuGuidanceYoungPeople2010.pdf> (luettu 3.8.2010).
- FSRH (2010b): Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Effectiveness Unit. CEU Statement (September 2010) Nexplanon®. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. <http://www.ffprhc.org.uk/admin/uploads/CEUStatementNexplanon0910.pdf> (luettu 5.12.2010).
- Furedi A (1999): The public health implications of the 1995 'pill scare'. *Hum Reprod Update* 5:621-626.
- FUTURE II Study Group (2007): Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high-grade cervical lesions. *N Engl J Med* 356(19):1915-1927.
- Gaffield ME, Curtis KM, Mohllajee AP ja Peterson HB (2006): Medical eligibility criteria for new contraceptive methods: combined hormonal patch, combined hormonal vaginal ring and the etonogestrel implant. *Contraception* 73:134-144.
- Gibbins J, Connell F, Lester H ja Matthews P (2001): Birmingham's condom distribution scheme--an opportunity to promote sexual health in a primary setting. *Br.J.Gen.Pract.* 51:142.
- Gillum LA, Mamidipudi SK ja Johnston SC (2000): Ischemic stroke risk with oral contraceptives: A meta-analysis. *JAMA* 284:72-78.
- Gissler M, Berg C, Bouvier-Colle MH ja Buekens P (2005): Injury deaths, suicides and homicides associated with pregnancy, Finland 1987-2000. *Eur J Public Health* 15:459-463.
- Glasier A, Brechin S, Raine R ja Penney G (2003): A consensus process to adapt the World Health Organization selected practice recommendations for UK use. *Contraception* 68:327-333.
- Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJ, Casale W, Van Horn J, Sogor L, Blithe DL, Scherrer B, Mathe H, Jaspert A, Ulmann A ja Gainer E (2010):

- Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet* 375:555-562.
- Glasier A, Fairhurst K, Wyke S, Ziebland S, Seaman P, Walker J ja Lakha F (2004): Advanced provision of emergency contraception does not reduce abortion rates. *Contraception* 69:361-366.
- Glasier AF, Logan J ja McGlew TJ (1996): Who gives advice about postpartum contraception? *Contraception* 53:217-220.
- Goodman S, Hendlish SK, Reeves MF ja Foster-Rosales A (2008): Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. *Contraception* 78:143-148.
- Grimes DA (1993): Over-the-counter oral contraceptives--an immodest proposal?. *Am J Public Health* 83:1092-1094.
- Grol R ja Grimshaw J (2003): From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 362:1225-1230.
- Grossman D, Fernandez L, Hopkins K, Amastae J, Garcia SG ja Potter JE (2008): Accuracy of self-screening for contraindications to combined oral contraceptive use. *Obstet Gynecol* 112:572-578.
- Guillebaud J (2009): *Contraception – your questions answered*. Churchill Livingstone Elsevier, Edinburg London New York Philadelphia St Louis Sydney Toronto.
- Haavio-Mannila E ja Kontula O (2001): *Seksin trendit meillä ja naapureissa*. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.
- Haggerty CL, Gottlieb SL, Taylor BD, Low N, Xu F ja Ness RB (2010): Risk of sequelae after Chlamydia trachomatis genital infection in women. *J Infect Dis* 201 Suppl 2:S134- 55.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Saaristo V, Hastrup A ja Rimpelä M (2008): *Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen*. Stakes, Helsinki.
- Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi (2009): http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42730&name=DLFE-8829.pdf (luettu 30.6.2010).
- Halonen M ja Apter D (2010): Teiniraskauden ja -äitiyden moninaiset haasteet. *Duodecim* 126:881-887.
- HALO-ryhmä: Hovi SL, Hurskainen R, Gissler M, Grahn R, Kukkonen-Harjula K, Nord-Saari M ja Mäkelä M (2008): Hysteroskooppinen sterilointi metallisella mikroimplantilla. *Suom Lääkäril* 63:2905-2909.
- HALO-ryhmä: Pauniahho SL, Lepojärvi M, Peltomaa K, Saario I, Isojärvi J, Malmivaara A ja Ikonen TS (2009): Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. *Suom Lääkäril* 64:4249-4254.
- Halttunen M (2002): Onko ehkäisytablettien käyttö syytä lopettaa 40-vuotiaana? *Duodecim* 118:1629-1630.
- Hammerslough C (1992): Proximity to contraceptive services and fertility transition in rural Kenya. *Int Fam Plann Perspect* 18:54-58.
- Hannaford PC ja Owen-Smith V (1998): Using epidemiological data to guide clinical practice: review of studies on cardiovascular disease and use of combined oral contraceptives. *BMJ* 316:984-987.
- Hannaford PC, Sivasubramaniam S, Elliott AM, Angus V, Iversen L ja Lee AJ (2007): Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the

- Royal College of General Practitioner's oral contraception study. *BMJ* 335:651-654.
- Hansen T ja Skjeldestad FE (2007): Adolescents: is there an association between knowledge of oral contraceptives and profession of provider? *Eur J Contracept Reprod Health Care* 12:303-308.
- Hardon A (2003): Reproductive health care in The Netherlands: would integration improve it? *Reprod Health Matters* 11:59-73.
- Harjula M (2007): *Terveiden jäljillä. Suomalainen terveystieteiden tutkimus 1900-luvulla.* Tampere University Press, Tampere.
- Harper CC, Blum M, de Bocanegra HT, Darney PD, Speidel JJ, Policar M ja Drey EA (2008): Challenges in translating evidence to practice: the provision of intrauterine contraception. *Obstet Gynecol* 111:1359-1369.
- Heath I, Rubinstein A, Stange KC ja van Driel ML (2009): Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. *BMJ* 338:b1242.
- Heider Z ja D'Souza R (2009): Non-contraceptive benefits and risks of contraception. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 23:249-262.
- Heikinheimo O (2005): Tarvitaanko kuukausittaista vuotoa? *Duodecim* 121:245-246.
- Heikinheimo O (2006): Uudet hormonaaliset ehkäisymenetelmät – joustavampia mahdollisuuksia raskaudenehkäisyyn. *Duodecim* 122:1789-1794.
- Heikinheimo O (2010): Enemmän vastuuta yhteiskunnalle nuorten raskaudenehkäisystä – nyt! *Duodecim* 126:916-917.
- Heikinheimo O ja Kaaja R (2001): Ehkäisypillerit askarruttavat. *Duodecim* 117:2229-2231.
- Heikinheimo O ja Lähteenmäki P (2004): Raskauden ehkäisy ja sterilisaatio. Kirjassa *Naistentaudit ja synnytykset. Toim. O Ylikorkala ja A Kauppila, ss. 155-170.* Duodecim, Helsinki.
- Heikinheimo O, Gissler M ja Suhonen S (2008): Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception* 78:149-154.
- Heinemann LA ja Dinger JC (2007): Range of published estimates of venous thromboembolism incidence in young women. *Contraception* 75:328-336.
- Heinonen P (2007): Hormonikierukka vatsaontelossa. *Suom Lääkäril* 62:1743-1745.
- Helmerhorst FM, Belfield T, Kulier R, Maitra N, O'Brien P ja Grimes DA (2006): The Cochrane Fertility Regulation Group: synthesizing the best evidence about family planning. *Contraception* 74:280-286.
- Hemminki E ja Koponen P (1998): Lisääntymisterveyspalvelut Suomessa. Kirjassa *Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet, ss. 5-20.* Toim. S Sihvo ja P Koponen, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES, Helsinki.
- Hemminki E, Rasimus A ja Forssas E (1997b): Sterilization in Finland: from eugenics to contraception. *Soc Sci Med* 45:1875-1884.
- Hemminki E, Sihvo S, Koponen P ja Kosunen E (1997a): Quality of contraceptive services in Finland. *Qual Health Care* 6:62-68.
- Hermanson E, Cacciatore R ja Apter D (2004): Erikoisosaamista nuorten palveluihin. Kirjassa *Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen, ss. 93-99.* Toim. E Kosunen ja M Ritamo. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES, Helsinki.

- Hiltunen-Back E ja Ranki A (2000): Sukupuolitautilien hoitopalvelut. Kirjassa Seksuaaliterveys Suomessa, ss. 172-180. Toim. O Kontula ja I Lottes, Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Hiltunen-Back E, Haikala O, Kautiainen H, Harju S, Apter D, Roilas H, Forsten Y, Rostila T, Haukka K, Leinikki P, Paavonen J ja Reunala T (1998): Anturiverkostoto: uusi sukupuolitautilien epidemiologinen seurantajärjestelmä Suomessa. *Suom Lääkäril* 53:1541-1545.
- Hiltunen-Back E, Haikala O, Kautiainen H, Ruutu P, Paavonen J ja Reunala T (2003): Nationwide increase of Chlamydia trachomatis infection in Finland: highest rise among adolescent women and men. *Sex Transm Dis* 30:737-741.
- Hippisley-Cox J, Allen J, Pringle M, Ebdon D, McPhearson M, Churchill D ja Bradley S (2000): Association between teenage pregnancy rates and the age and sex of general practitioners: cross sectional survey in Trent 1994-7. *BMJ* 320:842-845.
- Hirvonen E ja Idanpaan-Heikkilä J (1990): Cardiovascular death among women under 40 years of age using low-estrogen oral contraceptives and intrauterine devices in Finland from 1975 to 1984. *Am J Obstet Gynecol* 163:281-284.
- Hirvonen E, Stenman UH, Mälkönen M, Rasi V, Vartiainen E ja Ylöstalo P (1988): New natural oestradiol/cyproterone acetate oral contraceptive for pre-menopausal women. *Maturitas* 10:201-213.
- Hock-Long L, Hecceg-Baron R, Cassidy AM ja Whittaker PG (2003): Access to adolescent reproductive health services: financial and structural barriers to care. *Perspect Sex Reprod Health* 35:144-147.
- Holland WW, Stewart S ja Masseria C (2006): Screening in Europe. Policy Brief. European Observatory on Health Systems and Policies. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/108961/E88698.pdf (luettu 9.10.2010)
- Honey E, Augood C, Templeton A, Russell I, Paavonen J, Mardh PA, Strydom A ja Stray-Pedersen B (2002): Cost effectiveness of screening for Chlamydia trachomatis: a review of published studies. *Sex Transm Infect* 78:406-412.
- Hong R, Montana L ja Mishra V (2006): Family planning services quality as a determinant of use of IUD in Egypt. *BMC Health Serv Res* 6:79.
- Hosie A (2004): Sexual health policies and trends in Europe. Kirjassa Young people and sexual health. Individual, social and policy contexts, ss. 60-79. Toim. Burtney E and Duffy M. Palgrave MacMillan, Bristol.
- Holmberg-Marttila D, Vilppula O, Savolainen A ja Mattila K (2008): Toimipaikkakoulutus terveyskeskuksissa. *Suom Lääkäril* 63:3023-3027.
- Hubacher D (2007): Copper intrauterine device use by nulliparous women: review of side effects. *Contraception* 75:S8-11.
- Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ, Guerra-Infante F ja Guzman-Rodriguez R (2001): Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *N Engl J Med* 345:561-567.
- Huengsberg M ja Radcliffe KW (2002): "A single petticoat". *Sex Transm Infect* 78:318-320.
- Hurskainen R (2008): Kuinka suunnittele raskauden ehkäisy 39-vuotiaalle Päiville? *Duodecim* 124:463-468.
- Hurskainen R ja Tapper AM (2006): Hormonikierukka runsaan kuukautisvuodon hoitona – kuka maksajaksi? *Suom Lääkäril* 61:3201.
- Häggström-Nordin E, Hanson U ja Tyden T (2005): Associations between pornography consumption and sexual practices among adolescents in Sweden. *Int J STD AIDS* 16:102-107.

- Hägström-Nordin E, Sandberg J, Hanson U ja Tyden T (2006): 'It's everywhere!' young Swedish people's thoughts and reflections about pornography. *Scand J Caring Sci.* 20:386-393.
- Hätönen H, Metsola A, Mäkelä M, Rokka S ja Åström M (1992): Väestövastuu tulee, oletko valmis? Sosiaali- ja terveyshallitus, Helsinki.
- Imamura M, Tucker J, Hannaford P, Oliveirada Silva M, Astin M, Wyness L, Bloemenkamp KWM, Jahn A, Karro H, Olsen J ja Temmerman M on behalf of the REPROSTAT 2 group (2007): Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. *Eur J Public Health* 17:630-636.
- IPPF (1997): IPPF charter guidelines on sexual and reproductive rights. International Planned Parenthood Federation, Lontoo.
- IPPF (2004): Medical and service delivery guidelines for sexual and reproductive health services. International Planned Parenthood Federation, Lontoo.
- IPPF (2008): Sexual rights: an IPPF declaration. International Planned Parenthood Federation, Lontoo.
- IPPF (2010a): What is contraception? International Planned Parenthood Federation. <http://www.ippf.org/en/Resources/Contraception/What+is+contraception.htm> (luettu 20.3.2010).
- IPPF (2010b): IPPF framework for comprehensive sexuality education (CSE). International Planned Parenthood Federation, Lontoo.
- IPPF European Network (2006): Sexuality education in Europe – A reference guide to policies and practices. IPPF European Network. <http://www.ippfen.org/NR/rdonlyres/7DDD1FA1-6BE4-415D-B3C2-87694F37CD50/0/sexed.pdf> (luettu 9.10.2010).
- IPPF European Network (2007a): A guide for developing policies on the sexual and reproductive health & rights of young people in Europe. IPPF European Network, Bryssel.
- IPPF European Network (2007b): Abortion legislation in Europe. http://www.ippfen.org/NR/rdonlyres/2EB28750-BA71-43F8-AE2A-8B55A275F86C/0/Abortion_legislation_Europe_Jan2007.pdf (luettu 20.3.2010).
- Jacoby M, Gorenflo D, Black E, Wunderlich C ja Eyer AE (1999): Rapid repeat pregnancy and experiences of interpersonal violence among low-income adolescents. *Am J Prev Med* 16:318-321.
- Jain AK (1989): Fertility reduction and the quality of family planning services. *Stud Fam Plann* 20:1-16.
- Jakobsson M, Gissler M, Sainio S, Paavonen J ja Tapper AM (2007): Preterm delivery after surgical treatment for cervical intraepithelial neoplasia. *Obstet Gynecol* 109:309-313.
- Jick H, Jick SS, Gurewich V, Myers MW ja Vasilakis C (1995): Risk of idiopathic cardiovascular death and nonfatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives with differing progestagen components. *Lancet* 346:1589-1593.
- Jousilahti P, Komulainen J, Hanski T, Kaila M ja Ketola E (2007): Perusterveydenhuollon lääkärit tuntevat hyvin Käypä hoito -suositukset. *Suom Lääkäril* 62:3319-3323.
- Jousimaa J, Mäkelä M, Kunnamo I, MacLennan G ja Grimshaw JM (2002): Primary care guidelines on consultation practices: the effectiveness of computerized versus paper-based versions. A cluster randomized controlled trial among newly qualified primary care physicians. *Int J Technol Assess Health Care* 18:586-596.

- Jylhäsaari J (2009): Johtamisen muutos kuntien perusterveydenhuollon organisaatiossa: Tietoista uudistamista vai realiteetteihin sopeutumista? Vaasan yliopisto, Vaasa.
- Järvensivu A ja Koski P (2009): Hyvä, parempi, innovaatio? Tutkimus organisatorisista innovaatioista, työelämän laadusta ja työn mielekkyydestä. Työelämän tutkimuskeskus, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Järvi U (2010): Gynekologit pitäisivät jälkitarkastuksen lääkäreillä. *Suom Lääkäril* 65:2749.
- Kaharuza FM, Sabroe S ja Basso O (2001): Choice and chance: determinants of short interpregnancy intervals in Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand* 80:532-538.
- Kaila M (2005): Näyttöön perustuva terveydenhuolto. Kirjassa *Yleislääketiede*, ss. 508-514. Toim. E Kumpusalo, M Ahto, K Eskola, S Keinänen-Kiukaanniemi, E Kosunen, I Kunnamo, J Lohi. Duodecim, Helsinki.
- Kaila M ja Korppi M (2002): Mitä on näyttöön perustuva lääketiede? *Suom Lääkäril* 57:4467-4471.
- Kaila M, Mäkelä M, Booth N, Aronen P, Jula A, Klaukka T, Kukkonen-Harjula K, Reunanen A, Rissanen P ja Sintonen H (2008): Käypä hoito -suositusten juurruttaminen terveydenhuoltoon voi parantaa huomattavasti kustannusvaikuttavuutta. *Suom Lääkäril* 63:1423-1427.
- Kaltiala-Heino R (2004): Seksuaalisuus ja mielenterveys nuoruusiässä. Kirjassa *Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen*, ss. 61-70. Toim. E Kosunen ja M Ritamo. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES, Helsinki.
- Kaltiala-Heino R ja Fröjd S (2008): Nuoruusikäisen itsemäärääminen ja pakolla auttaminen. Kirjassa *Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta*, ss. 237-250. Toim. U Ashorn ja J Lehto, STAKES Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Jyväskylä.
- Kane R, Macdowall W ja Wellings K (2003): Providing information for young people in sexual health clinics: getting it right. *J Fam Plann Reprod Health Care* 29:141-145.
- Kapp N ja Curtis KM (2009): Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review. *Contraception* 80:327-336.
- Kauhanen J, Myllykangas M, Salonen JT ja Nissinen A (1998): *Kansanterveystiede*. Werner Söderström Oyj, Porvoo – Helsinki – Juva.
- Keistinen T (2009): Mallia lentoliikenteestä. *Suom Lääkäril* 64:
- Kellokumpu-Lehtinen P, Väisälä L ja Hautamäki K (2003): Syöpä ja seksuaalisuus. *Duodecim* 119:237-246.
- Kennedy KI, Rivera R ja McNeilly AS (1989): Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. *Contraception* 39:477-496.
- Ketting E ja Visser AP (1994): Contraception in the Netherlands: the low abortion rate explained. *Patient Educ Counsel* 23:161-171.
- Khatri N, Wells J, McKune J ja Brewer M (2006): Strategic human resource management issues in hospitals: a study of a university and a community hospital. *Hosp Top* 84:9-20.
- Kinnunen J, Kivinen T, Lammintakanen J ja Taskinen H (2008): Henkilöstövoimavarojen johtamisen merkitys terveydenhuollon kehittämisessä. Kirjassa *Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta*, ss. 97-115. Toim. U Ashorn ja J Lehto. STAKES Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Jyväskylä.

- Kirby DB, Laris BA ja Roller LA (2007): Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *J Adolesc Health* 40:206-217.
- Kirk SA, Campbell SM, Kennell-Webb S, Reeves D, Roland MO ja Marshall MN (2003): Assessing the quality of care of multiple conditions in general practice: practical and methodological problems. *Qual Saf Health Care* 12:421-427.
- Kirkkola AL, Mattila K ja Virjo I (2005): Problems with condoms -- a population-based study among Finnish men and women. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 10:87-92.
- Kivijärvi A (1997): Löytyykö sopiva pilleri? *Duodecim* 113:1169-1173.
- Klijzing E (2000): Are there unmet family planning needs in Europe? *Fam Plann Perspect* 32:74-81,88.
- Knudsen LB, Gissler M, Bender SS, Hedberg C, Ollendorff U, Sundstrom K, Totlandsdal K ja Vilhjalmsdottir S (2003): Induced abortion in the Nordic countries: special emphasis on young women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 82:257-268.
- Koenig MA, Hossain MB ja Whittaker M (1997): The influence of quality of care upon contraceptive use in rural Bangladesh. *Stud Fam Plann* 28:278-289.
- Koivisto J (2009): Käytännöt, arviointi ja ”hyvyys”. *Yhteiskuntapolitiikka* 74:167-173.
- Kokko S (2005): Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä. Kirjassa *Yleislääketiede*, ss. 38-52. Toim. E Kumpusalo, M Ahto, K Eskola, S Keinänen-Kiukaanniemi, E Kosunen, I Kunnamo, J Lohi. *Duodecim*, Helsinki.
- Kokko M ja Virtala A (2008): Nettipornosta arkiseen seksiin – opiskelija tarvitsee monipuolista tietoa. *Suom Lääkäril* 63:2694-2697.
- Kols AJ ja Sherman JE (1998): Family planning programs: improving quality. *Popul Rep J*:1-39.
- Kontula O (2003): Trends in teenage sexual behaviour: pregnancies, sexually transmitted infections and HIV infections in Europe. Kirjassa *Reproductive health behaviour of young Europeans*, ss. 77-137. Toim. N Bajos, A Guillaume, O Kontula. Council of Europe Publishing, Strasbourg.
- Kontula O (2009): Between sexual desire and reality. The evolution of sex in Finland. *Väestöliitto*, Helsinki.
- Kontula O ja Haavio-Mannila E (1993): Suomalainen seksi. Tietoa suomalaisten sukupuolielämän muutoksesta. Werner Söderström Osakeyhtiö, Porvoo – Helsinki – Juva.
- Kontula O ja Meriläinen H (2007): Koulun seksuaalikasvatus 2000-luvun Suomessa. *Väestöliitto*, Helsinki.
- Koponen P (1993): Perhesuunnittelupalvelut väestövastuisessa perusterveydenhuollossa. Kirjassa *Raskauden keskeyttäminen – suomalaisia valintoja 1990-luvulla*, ss. 149-155. Toim. M Rimpelä ja M Ritamo, STAKES Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki.
- Koponen P, Voutilainen S, Pellinen S, Perttilä K, Liukko M, Kerppilä S, Salinto M ja Aro S (1992): Väestövastuu henkilökunnan kokemana. *VPK Väestövastuun perusterveydenhuollon kokeilut*. Sosiaali- ja terveyshallitus, Helsinki.
- Koponen P, Sihvo S, Hemminki E, Kosunen E ja Kokko S (1998): Raskauden ehkäisy- neuvonta ja väestövastuu – palvelujen järjestäminen terveyskeskuksissa ja naisten toiveet. *Sosiaalilääk Aikakausl* 35:220-228.
- Korhonen E, Lipsanen L ja Yli-Räisänen H (2009): Seksuaalioikeudet kuuluvat kaikille. *Väestöliitto*, Helsinki.

- Korppi M, Lauri S ja Mäntyranta T (2004): Näyttöön perustuva terveydenhuolto. Kirjassa Terveydenhuollon suunnittelu, ss. 67-76. Toim. T Mäntyranta, O Elonheimo, J Mattila ja J Viitala. Duodecim, Helsinki.
- Koskimies K ja Mutikainen HK (2008): Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakaina. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/37374/stadia-1205762091-7.pdf?sequence=1> (luettu 4.8.2010).
- Kosunen E (1993): Tuloksellista perhesuunnittelua 1970–1980-luvuilla – pettävätkö palvelut 1990-luvulla? Kirjassa Raskauden keskeyttäminen – suomalaisia valintoja 1990-luvulla, ss. 133-147. Toim. M Rimpelä ja M Ritamo. Stakes, Jyväskylä.
- Kosunen E (1996): Adolescent reproductive health in Finland: oral contraception, pregnancies and abortions from the 1980s to the 1990s. University of Tampere, Tampere.
- Kosunen E (2000): Nuorten seksuaaliterveys. Kirjassa Seksuaaliterveys Suomessa, ss. 270-281. Toim. O Kontula ja I Lottes, Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Kosunen E (2002): Seksuaalisuus. Kirjassa Kouluterveydenhuolto, ss. 127-137. Toim. P Terho, E-L Ala-Laurila, J Laakso, H Krogius ja M Pietikäinen. Duodecim, Helsinki.
- Kosunen E (2003): Seksuaalisuuden käsittely lääkäreiden peruskoulutuksessa. Suom Lääkäril 58:4373-4377.
- Kosunen E (2004): Seksuaalikäyttäytymisen muutokset. Kirjassa Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen, ss. 46-59. Toim. E Kosunen ja M Ritamo. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES, Helsinki.
- Kosunen E (2005): Lisääntymis- ja seksuaaliterveys. Kirjassa Yleislääketiede, ss. 270-278. Toim. E Kumpusalo, M Ahto, K Eskola, S Keinänen-Kiukaanniemi, E Kosunen, I Kunnamo, J Lohi. Duodecim, Helsinki.
- Kosunen E (2006a): Seksuaaliterveyden edistäminen Suomessa. Muistio seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa laativaa työryhmä varten. STAKES Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus, Helsinki.
- Kosunen E (2006b): Raskauden ehkäisy ensimmäisenä vuonna synnytyksen jälkeen. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Jyväskylä.
- Kosunen E (2008): Raskauden ehkäisystä seksuaaliterveyden edistämiseen. Duodecim 124:431-433.
- Kosunen E (2009): Seksuaaliterveys. Kirjassa Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008, ss. 232-243. Toim. M Rimpelä, V Saaristo, K Wiss ja T Ståhl. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Kosunen E ja Rimpelä M (1997): Perhesuunnittelun palvelujärjestelmä. Duodecim 113:1198-1202.
- Kosunen E ja Ritamo M, toim. (2004): Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES, Helsinki.
- Kosunen E ja Sihvo S (1998): Vakiintuneita tapoja ja uusia tuulia raskauden ehkäisyssä. Kirjassa Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. Toim. S Sihvo, P Koponen, ss. 21-32. STAKES Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus, Helsinki.
- Kosunen E, Huhtala H, Rimpelä A, Rimpelä M ja Liinamo A (1997): Public scare has not deterred Finnish teenagers from using oral contraceptives. BMJ 314:1348.
- Kosunen E, Sihvo S, Nikula M ja Hemminki E (2004): Lisääntymisterveys Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitos, Helsinki.

- Kosunen E, Vikat A, Gissler M ja Rimpelä M (2002): Teenage pregnancies and abortions in Finland in the 1990s. *Scand J Public Health* 30:300-305.
- Kotaniemi-Talonen L, Nieminen P ja Vertio H (2009): Papilloomavirusrokotteet ja kohdunkaulansyövän ehkäisy. *Yleislääkäri* 24:13-15.
- KTL (2005): Tartuntataudit Suomessa 1995–2004. Kansanterveyslaitos, Helsinki.
- KTL (2006): Tartuntataudit Suomessa 2005. Kansanterveyslaitos, Helsinki.
- KTL (2007): Tartuntataudit Suomessa 2006. Kansanterveyslaitos, Helsinki.
- KTL (2008a): Tartuntatautien ilmoittaminen. Ohjeet lääkäreille, terveyskeskuksille ja sairaanhoitopiireille. Kansanterveyslaitos, Helsinki.
- KTL (2008b): Tartuntataudit Suomessa 2007. Kansanterveyslaitos, Helsinki.
- Kumpusalo E ja Mäkelä M (1993): Laadunvarmistus yleislääkärin työssä. *Duodecim* 109:1171-1177.
- Kunnamo I ja Jousimaa J (2004): Tietoverkot ja sähköinen maailma hoitosuosituksen toteuttamisessa. *Duodecim* 120:2977-2984.
- Kuortti M ja Kosunen E (2009): Risk-taking behaviour is more frequent in teenage girls with multiple sexual partners. *Scand J Prim Health Care* 27:47-52.
- Kuosmanen P (2002): Sukupuolitautipotilas terveyskeskuksessa. *Duodecim* 118: 1381-1387.
- Kuusela M (2005): Työn laatu ja sen arviointi. Kirjassa *Kirjassa Yleislääketiede*, ss. 533-539. Toim. E Kumpusalo, M Ahto, K Eskola, S Keinänen-Kiukaanniemi, E Kosunen, I Kunnamo, J Lohi. *Duodecim*, Helsinki.
- Käypä hoito (2006a): Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnytinten solumuutokset - diagnostiikka, hoito ja seuranta. *Duodecim* 122:1808-1833.
- Käypä hoito (2006b): Jälkiehkäisy. *Duodecim* 122:114–122.
- Käypä hoito (2007): Raskaudenkeskeytys. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/extra/hoi/hoi27050.pdf> (luettu 20.4.2010).
- Käypä hoito (2008): Migreeni. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/extra/hoi/hoi27050.pdf> (luettu 18.6.2010).
- Käypä hoito (2009): Runsaiden kuukautisvuotojen tutkimukset ja hoito. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50033.pdf> (luettu 28.6.2010).
- Käypä hoito (2010a): Sukupuolitautien diagnostiikka ja hoito. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50087> (luettu 9.8.2010).
- Käypä hoito (2010b): Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnytinten solumuutokset - diagnostiikka, hoito ja seuranta. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50049#s7_1 (luettu 6.9.2010).
- Lammintakanen J, Kivinen T, Saranto K ja Kinnunen J (2009): Strategic management of health care information systems: nurse managers' perceptions. *Stud Health Technol Inform* 146:86-90.
- Larsen SB ja Kragstrup J (1995): Experiences of the first pelvic examination in a random samples of Danish teenagers. *Acta Obstet Gynecol Scand* 74:137-141.
- Latikka AM, Perälä ML, Hemminki E ja Taskinen S (1995): Kouluterveydenhuollon muutokset 1992–1994. *Suom Lääkäril* 50:349-353.
- Laukkanen P, Koskela P, Pukkala E, Dillner J, Läärä E, Knekt P ja Lehtinen M (2003): Time trends in incidence and prevalence of human papillomavirus type 6, 11 and 16 infections in Finland. *J Gen Virol* 84:2105-2109.
- Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R ja Sibbald B (2009): Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4.

- Lavikainen HM, Lintonen T ja Kosunen E (2009): Sexual behavior and drinking style among teenagers: a population-based study in Finland. *Health Promot Int* 24:108-119.
- Lazaris D (2007): An appraisal of the role of the European Society of Contraception in the promotion of reproductive health. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 12:95-96.
- Lee NC, Rubin GL ja Borucki R (1988): The intrauterine device and pelvic inflammatory disease revisited: new results from the Women's Health Study. *Obstet Gynecol* 72:1-6.
- Lee NC, Rubin GL, Ory HW ja Burkman RT (1983): Type of intrauterine device and the risk of pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 62:1-6.
- Lehtinen M, Apter D, Kosunen E, Lehtinen T, Verho T ja Paavonen J (2007): Nuorten seksitautien ehkäisy. *Duodecim* 123:2999-3007.
- Lehtinen M, Eriksson T, Apter D ja Paavonen J (2009): Papilloomaviruksen ja klamydian torjunnan vaikuttavuus. *Duodecim* 125:1377-1384.
- Lehto J, Kajanoja A, Kokko S ja Taipale V (2003): Sosiaali- ja terveydenhuolto. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.
- Leipälä J, Saalasti-Koskinen U ja Mäkelä M (2009): Seulonnat. Kirjassa *Terveyden edistäminen terveystieteissä 2008*, ss. 252-262. Toim. M Rimpelä, V Saaristo, K Wiss ja T Ståhl. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Lemal M ja Van den Bulck J (2009): Exposure to semi-explicit sexual television content is related to adolescents' reduced fear of AIDS. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 14:406-409.
- Leon FR, Lundgren R ja Jennings V (2008): Provider selection of evidence-based contraception guidelines in service provision: a study in India, Peru, and Rwanda. *Eval Health Prof* 31:3-21.
- Leppo K (1978): Contraception in Finland in a public health perspective. Väestöntutkimuslaitos, Helsinki.
- Leppo K (2007): Kansanterveys, terveyserot ja yhteiskuntapolitiikka. Jäähvyäisluento 24.10.2007. *Sosiaalilääk Aikakausl* 44:228-238.
- Leppo K ja Launis R (1975): Ehkäisyneuvonta terveystieteissä. Kirjassa *Kansanterveystyön käsikirja*, ss. 198-206. Toim. J Aer, Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Lewis LN, Doherty DA, Hickey M ja Skinner SR (2010): Implanon as a contraceptive choice for teenage mothers: a comparison of contraceptive choices, acceptability and repeat pregnancy. *Contraception* 81:421-426.
- Lewis PR, Brown JB, Renfree MB ja Short RV (1991): The resumption of ovulation and menstruation in a well-nourished population of women breastfeeding for an extended period of time. *Fertil Steril* 55:529-536.
- Lidegaard O, Lokkegaard E, Svendsen AL ja Agger C (2009): Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ* 339:b2890.
- Lie ML, Robson SC ja May CR (2008): Experiences of abortion: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Serv Res* 8:150.
- Lieberman DA, Keeffe EB ja Stenzel P (1984): Severe and prolonged oral contraceptive jaundice. *J Clin Gastroenterol.* 6:145-148.
- Liinamo A (2004): Nuorten seksuaalikasvatusohjelmien vaikuttavuus. Kirjassa *Kirjassa Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen*, ss. 125-136. Toim. E Kosunen ja M Ritamo. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES, Helsinki.

- Liinamo A (2005): Suomalaisnuorten seksuaalikasvatus ja seksuaaliterveystiedot oppilaan ja koulun näkökulmasta. Arviointia terveyden edistämisen viitekehyydessä. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Liinamo A, Rimpelä M, Kosunen E ja Jokela J (2000): Vaikuttavatko seksuaaliopeutus ja seksuaalivalistuslehti nuorten seksuaaliterveystietoihin? *Sosiaalilääk Aikakausl* 37:293-303.
- Lindberg M. Lääninhallitus: Raahen ehkäisy päätös laiton. *Helsingin Sanomat* 3.2.2005, s. A8.
- Loder E (2009): Migraine with aura and increased risk of ischaemic stroke. *BMJ* 339:b4380.
- Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF ja Schulz KF (2008): Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 1.
- Lottes I (2000): Uusia näkökulmia seksuaaliterveyteen. Kirjassa *Seksuaaliterveys Suomessa*, ss. 13-35. Toim. O Kontula ja I Lottes. Tammi, Tampere.
- Luoto R (2009): Kyselytutkimuksen suunnittelu. *Duodecim* 125:1647-1653.
- Lähdesmäki SO ja Peltonen H (2000): Seksuaalikasvatus koulussa. Kirjassa *Seksuaaliterveys Suomessa*, ss. 208-216. Toim. O Kontula ja I Lottes, Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Lähteenmäki P (1995): Perhekasvatus meni, väestövastuu tuli – kärsivätkö nuorten ehkäisyneuvontapalvelut? *Duodecim* 111:291-292.
- Lääkintöhallitus (1979): Kapseli 8. Raskauden ehkäisy. Lääkintöhallitus, Helsinki.
- Lääkärin tietokannat (2010a): Äitiysneuvolatarkastukset ja neuvolassa annettu hoito. *Duodecim*. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=%E4itiysneuvola (luettu 2.8.2010).
- Lääkärin tietokannat (2010b): Raskauden ehkäisy: aloitus, menetelmän valinta ja seuranta. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=ehk%E4isy (luettu 9.9.2010).
- MacClellan LR, Giles W, Cole J, Wozniak M, Stern B, Mitchell BD ja Kittner SJ (2007): Probable migraine with visual aura and risk of ischemic stroke: the stroke prevention in young women study. *Stroke* 38:2438-2445.
- Macdowall W, Wellings K, Stephenson J ja Glasier A (2008): Summer nights. A review of the evidence of seasonal variations in sexual health indicators among young people. *Health Education* 108:40-53.
- Maia HJ ja Casoy J (2008): Non-contraceptive health benefits of oral contraceptives. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 13:17-24.
- Makkonen K ja Hemminki E (1991): Different contraceptive practices: use of contraceptives in Finland and other Nordic countries in the 1970s and 1980s. *Scand J Soc Sci* 19:32-38.
- Makkonen K ja Kosunen E (2004): Nuorten seksuaaliterveyspalveluiden erityispiirteitä. Kirjassa *Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen*, ss. 85-92. Toim. E Kosunen ja M Ritamo. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES, Helsinki.
- Mansour D, Inki P ja Gemzell-Danielsson K (2010): Efficacy of contraceptive methods: A review of the literature. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 15:4-16.
- Margolis KL, Adami HO, Luo J, Ye W ja Weiderpass E (2007): A prospective study of oral contraceptive use and risk of myocardial infarction among Swedish women. *Fertil Steril* 88:310-316.
- Marjamäki P (1994): Muutokset eräissä ehkäisevän sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnoissa. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

- Marrazzo JM, Coffey P ja Elliott MN (2005): Sexual practices, risk perception and knowledge of sexually transmitted disease risk among lesbian and bisexual women. *Perspect Sex Reprod Health* 37:6-12.
- Marrazzo JM, Stine K ja Wald A (2003): Prevalence and risk factors for infection with herpes simplex virus type-1 and -2 among lesbians. *Sex Transm Dis* 30:890-895.
- Marshall M ja Campbell S (2002): Introduction to quality assessment in general practice. *Kirjassa Quality indicators for general practice. A practical guide for health professionals and managers*, ss. 1-6. Toim. M Marshall, S Campbell, J Hacker ja M Roland. The Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services ja The Royal Society of Medicine Press Limited, Lontoo.
- Martinez F ja Avecilla A (2007): Combined hormonal contraception and venous thromboembolism. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 12:97-106.
- Martinez F ja Lopez-Arregui E (2009): Infection risk and intrauterine devices. *Acta Obstet Gynecol Scand* 88:246-250.
- Martino SC, Collins RL, Elliott MN, Strachman A, Kanouse DE ja Berry SH (2006): Exposure to degrading versus nondegrading music lyrics and sexual behavior among youth. *Pediatrics* 118:e430-41.
- Mathews C, Coetzee N, Zwarenstein M, Lombard C, Guttmacher S, Oxman A ja Schmid G (2005): Strategies for partner notification for sexually transmitted diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3.
- McBride D ja Gienapp A (2000): Using randomized designs to evaluate client-centered programs to prevent adolescent pregnancy. *Fam Plann Perspect* 32:227-235.
- McCallum A (2004): Oikeudenmukaisuus ja terveystalveluiden tarpeen arviointi. *Kirjassa Terveystalveluiden suunnittelu*, ss. 67-76. Toim. T Mäntyranta, O Elonheimo, J Mattila ja J Viitala. Duodecim, Helsinki.
- Medical Foundation for AIDS & Sexual Health (2005): Recommended standards for sexual health services. Medical Foundation for AIDS & Sexual Health endorsed by Department of Health, Lontoo.
- Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, Wellings K, Macdowall W, McManus S, Nanchahal K ja Erens B (2003): Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. *BMJ* 327:426-427.
- Michels KB ja zur Hausen H (2009): HPV vaccine for all. *Lancet* 374:268-270.
- Michielsen D ja Beerthuisen R (2010): State-of-the-art of non-hormonal contraception: VI. Male sterilization. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 15:136-149.
- Miles A, Loughlin M ja Polychronis A (2007): Medicine and evidence: knowledge and action in clinical practice. *J Eval Clin Pract* 13:481-503.
- Miles K, Knight V, Cairo I ja King I (2003a): Nurse-led sexual health care: international perspectives. *Int J STD AIDS* 14:243-247.
- Miller L, Verhoeven CH ja Hout J (2005): Extended regimens of the contraceptive vaginal ring: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 106:473-482.
- Mishell DR, Jr ja Roy S (1982): Copper intrauterine contraceptive device event rates following insertion 4 to 8 weeks post partum. *Am J Obstet Gynecol* 143:29-35.
- Mohllajee AP, Curtis KM, Flanagan RG, Rinehart W, Gaffield ML ja Peterson HB (2005): Keeping up with evidence. A new system for WHO's evidence-based family planning guidance. *Am J Prev Med* 28:483-490.
- Mohllajee AP, Curtis KM, Martins SL ja Peterson HB (2006): Does use of hormonal contraceptives among women with thrombogenic mutations increase their

- risk of venous thromboembolism? A systematic review. *Contraception* 73:166-178.
- Moos MK, Bartholomew NE ja Lohr KN (2003): Counseling in the clinical setting to prevent unintended pregnancy: an evidence-based research agenda. *Contraception* 67:115-132.
- Morin-Papunen L, Martikainen H, McCarthy MI, Franks S, Sovio U, Hartikainen AL, Ruokonen A, Leinonen M, Laitinen J, Järvelin MR ja Pouta A (2008): Comparison of metabolic and inflammatory outcomes in women who used oral contraceptives and the levonorgestrel-releasing intrauterine device in a general population. *Am J Obstet Gynecol* 199:529.e1-529.e10.
- Mustajoki M (2003): Terveystuotohenkilöstön täydennyskoulutus Suomessa ja eräissä muissa maissa. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Terveystuotohenkilöstön täydennyskoulutus -osahanke. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Mäkelä M ja Kunnamo L (2001): Implementing evidence in Finnish primary care. Use of electronic guidelines in daily practice. *Scand J Prim Health Care* 19:214-217.
- Mäntyranta T, Kaila M, Varonen H, Mäkelä M, Roine RP ja Lappalainen J (2003): Hoitosuosittelujen toimeenpano. *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim*, Vammala.
- Nazareth I, Boynton P ja King M (2003): Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. *BMJ* 327:423.
- Nelson AL (2006): Extended-regimen contraception: effects on menstrual symptoms and quality of life. *J Fam Pract* 55:S1-8.
- NHS (2010): Abortion – how is it performed. <http://www.nhs.uk/Conditions/Abortion/Pages/How-is-it-performed.aspx> (luettu 20.3.2010).
- Niinimäki M, Pouta A, Bloigu A, Gissler M, Hemminki E, Suhonen S ja Heikinheimo O (2009a): Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy. *Obstet Gynecol* 114:795-804.
- Niinimäki M, Pouta A, Bloigu A, Gissler M, Hemminki E, Suhonen S ja Heikinheimo O (2009b): Frequency and risk factors for repeat abortions after surgical compared with medical termination of pregnancy. *Obstet Gynecol* 113:845-852.
- Nightingale AL, Lawrenson RA, Simpson EL, Williams TJ, MacRae KD ja Farmer RD (2000): The effects of age, body mass index, smoking and general health on the risk of venous thromboembolism in users of combined oral contraceptives. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 5:265-274.
- Nikander T (1992): Suomalaisnaisen perheellistyminen. Tilastokeskus, Helsinki.
- Nikula M, Gissler M, Jormanainen V, Sevon T ja Hemminki E (2009): Sexual behaviour and lifestyles of young men in Finland, 1998-2005. Cross-sectional survey of military conscripts. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 14:17-26.
- Nikula M, Koponen P, Haavio-Mannila E ja Hemminki E (2007): Sexual health among young adults in Finland: assessing risk and protective behaviour through a general health survey. *Scand J Public Health* 35:298-305.
- Nikunen K, Paasonen S ja Saarenmaa L (2005): Jokapäiväinen pornomme – media, seksuaalisuus ja populaarikulttuuri. Vastapaino, Tampere.
- Noe G, Croxatto HB, Salvatierra AM, Reyes V, Villarroel C, Munoz C, Morales G ja Retamales A (2010): Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. *Contraception* 81:414-420.
- Novikova N, Weisberg E, Stanczyk FZ, Croxatto HB ja Fraser IS (2007): Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before or after ovulation--a pilot study. *Contraception* 75:112-118.

- Nummelin R (2000): Seksuaalikasvatusmateriaalit – pääkaupunkiseutulaisten nuorten näkemyksiä ja kokemuksia. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Nummelin R, Rimpelä M, Luopa P, Subbe J ja Jokela J (2000): Seksuaalikasvatus helsinkiläisten yläasteiden haasteena. Helsingin kaupungin opetusvirasto, Helsinki.
- Nummenmaa J (2007): Näyttöön perustuvat hoitosuosituksukset ja yleislääkärin työ. Tampereen yliopisto. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-6826-1.pdf> (luettu 5.8.2010).
- Nurmi T (2000): Seksuaalisuus ja terveydenhoitaja. Seksuaaliterveyden edistäminen ja terveydenhoitajiksi valmistuvien seksuaaliterveyden asiantuntijuus 1970-, 1980- ja 1990-luvuilla. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Helsinki.
- Nwokolo N, McOwan A, Hennebry G, Chislett L ja Mandalia S (2002): Young people's views on provision of sexual health services. *Sex Transm Infect* 78:342-345.
- Oakley D ja Bogue EL (1995): Quality of condom use as reported by female clients of a family planning clinic. *Am J Public Health* 85:1526-1530.
- Opetushallitus (2004): Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet. Opetushallitus, Vammala.
- Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A ja Ehiri JE (2010): Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2.
- Ortiz ME ja Croxatto HB (2007): Copper-T intrauterine device and levonorgestrel intrauterine system: biological bases of their mechanism of action. *Contraception* 75:S16-S30.
- OSS The National Evaluation of One Stop Shops for Sexual Health (2007): Evaluation of one-stop shop models of sexual health provision. Final Report 2007. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalassets/dh_083201.pdf (luettu 10.10.2010).
- Paavonen J (2002a): Sukupuolitaudit. Kirjassa Kouluterveydenhuolto, ss. 336-342. Toim. P Terho, E-L Ala-Laurila, J Laakso, H Krogius ja M Pietikäinen. Duodecim, Helsinki.
- Paavonen J (2002b): Klamydiaepidemia jatkuu – mitä tehdä? *Duodecim* 118:1369-1373.
- Paavonen J (2004): Klamydian pitkäaikaishaitat – gynekologin näkökulma. *Suom Lääkäril* 59:3621-3624.
- Paavonen J, Naud P, Salmeron J, Wheeler CM, Chow SN, Apter D, Kitchener H, Castellsague X, Teixeira JC, Skinner SR, Hedrick J, Jaisamrarn U, Limson G, Garland S, Szarewski A, Romanowski B, Aoki FY, Schwarz TF, Poppe WA, Bosch FX, Jenkins D, Hardt K, Zahaf T, Descamps D, Struyf F, Lehtinen M, Dubin G, HPV PATRICIA Study Group ja Greenacre M (2009): Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-djuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised study in young women. *Lancet* 374:301-314.
- Paavonen J, Puolakkainen M, Paukku M ja Sintonen H (1998): Cost-benefit analysis of first-void urine Chlamydia trachomatis screening program. *Obstet Gynecol* 92:292-298.
- Paine K, Thorogood M ja Wellings K (2000): The impact of the quality of family planning services on safe and effective contraceptive use: a systematic literature review. *Hum Fertil (Camb)* 3:186-193.
- Pakarinen P ja Luukkainen T (2005): Five years' experience with a small intracervical/intrauterine levonorgestrel-releasing device. *Contraception* 72:342-345.

- Pakarinen P ja Luukkainen T (2007): Treatment of menorrhagia with an LNG-IUS. *Contraception* 75:S118-22.
- Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E ja Linnanmäli E, toim. (2007): Terveystien eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Panchaud C, Singh S, Feivelson D ja Darroch JE (2000): Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries. *Fam Plann Perspect* 32:24-32, 45.
- Papp K, Kontula O ja Kosonen K (2000): Nuorten aikuisten seksuaalikäyttäytymisen ja seksuaaliset riskinotot. Väestöntutkimuslaitos, Väestöliitto, Helsinki.
- Parkes A, Wight D ja Henderson M (2004): Teenagers' use of sexual health services: perceived need, knowledge and ability to access. *J Fam Plann Reprod Health Care* 30:217-224.
- Parkin DM ja Bray F (2006): The burden of HPV-related cancers. *Vaccine* 24 Suppl 3:S11-25.
- Patja K, Litmanen T, Helin-Salmivaara A ja Pasternack A (2009): Lääkärin ammatillisen osaamisen laajentaminen. *Duodecim* 125:2365-2372.
- Peckham S (1997): Preventing teenage pregnancy: delivering effective services for young people. *Health Education* 97:103-109.
- Peremans L, Rethans JJ, Verhoeven V, Coenen S, Debaene L, Meulemans H, Denekens J ja Van Royen P (2010): Empowering patients or general practitioners? A randomised clinical trial to improve quality in reproductive health care in Belgium. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 15:280-289.
- Peremans L, Rethans JJ, Verhoeven V, Debaene L, Van Royen P ja Denekens J (2005): Adolescents demanding a good contraceptive: a study with standardized patients in general practices. *Contraception* 71:421-425.
- Perheentupa A (2004): Raskaudenehkäisy imetyaikana. *Duodecim* 120:1467-1473.
- Peterson AE, Perez-Escamilla R, Labboka MH, Hight V, von Hertzen H ja Van Look P (2000): Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM) III: effectiveness, duration, and satisfaction with reduced client-provider contact. *Contraception* 62:221-230.
- Petitti DB (2003): Clinical practice. Combination estrogen-progestin oral contraceptives. *N Engl J Med* 349:1443-1450.
- Poikajärvi K ja Mäkelä M (1998): Seksuaaliterveyspalvelut puntarissa. Onko neuvolajärjestelmää uudistettava? STAKES Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus, Helsinki.
- Polis CB, Grimes DA, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A ja Harper C (2010): Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3.
- Prager S ja Darney PD (2007): The levonorgestrel intrauterine system in nulliparous women. *Contraception* 75:S12-5.
- Raivio R, Jääskeläinen J, Holmberg-Marttila D ja Mattila K (2008): Potilastyytyväisyyden mittaaminen perusterveydenhuollossa. *Suom Lääkäril* 63:2622-2626.
- Ram P, Grol R, van den Hombergh P, Rethans JJ, van der Vleuten C ja Aretz K (1998): Structure and process: the relationship between practice management and actual clinical performance in general practice. *Fam Pract* 15:354-362.
- RamaRao S, Lacuesta M, Costello M, Pangolibay B ja Jones H (2003): The link between quality of care and contraceptive use. *Int Fam Plan Perspect* 29:76-83.

- Rautakorpi UM, Huikko S, Honkanen P, Klaukka T, Mäkelä M, Palva E, Roine R, Sarkkinen H, Varonen H, Huovinen P ja MIKSTRA Collaborative Study Group (2006): The Antimicrobial Treatment Strategies (MIKSTRA) program: a 5-year follow-up of infection-specific antibiotic use in primary health care and the effect of implementation of treatment guidelines. *Clin Infect Dis* 42:1221-1230.
- Rautio M (2006): Terveyden edistämisen koulutus sosiaali- ja terveystalalla. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Reunala T, Rostila T, Leinikki P ja Haikala O (1996): Kупpa taas leviämässä Suomessa. *Kansanterveys-lehti* 2/1996, verkkoversio: http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_1996/2_1996/kuppa_tuas_leviamassa_suomessa/ (luettu 16.4.2010).
- Rimpelä M (2004): Vaarantaako kansallinen terveyshanke kansan terveyden? Kirjassa *Näkökulmia 2000-luvun terveyspolitiikkaan*, ss. 53-90. Toim. M Rimpelä ja E Ollila, Stakes, Helsinki.
- Rimpelä M (2009): Johtaminen. Kirjassa *Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008*, ss. 128-145. Toim. M Rimpelä, V Saaristo, K Wiss ja T Ståhl. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Rimpelä M ja Rimpelä A (2008): Kouluterveydenhuollon laatu, oikeudenmukaisuus ja vaikuttavuus. Kirjassa *Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta*, ss. 30-49. Toim. U Ashorn ja J Lehto, STAKES Sosiaali- ja terveystalalan kehittämiskeskus, Jyväskylä.
- Rimpelä M, Rimpelä A ja Kosunen E (1996): From control policy to comprehensive family planning: success stories from Finland. *Promot Educ* 3:28-32,48.
- Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K, Kivimäki H, Kosunen E ja Rimpelä A (2006): Terveyden edistäminen kunnan kansanterveystyössä: Suunnittelu, johtaminen, seuranta ja arviointi. Peruseraportti kyselystä terveyskeskusjohdolle. STAKES Sosiaali- ja terveystalalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/D387551C-C522-4D74-A1E9-E2C598AF26D8/4714/Peruseraportti-txt-korj260106.pdf>.
- Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K ja Ståhl T, toim. (2009): Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Rintala T (1995): Medikalisaatio ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentuminen 1946–1991. STAKES Sosiaali- ja terveystalalan kehittämiskeskus, Helsinki.
- Ritamies M (2006): Sinappikylvystä ehkäisytablettiin. *Suomalaisen perhesuunnittelun historia*. Väestöliitto, Helsinki.
- Rogstad KE, Ahmed-Jushuf IH, Robinson AJ ja MSSVD Adolescent Sexual Health Group (2002): Standards for comprehensive sexual health services for young people under 25 years. *Int J STD AIDS* 13:420-424.
- Rostila T ja Haikala O (2003): Sukupuolitaudit ja tartuntatautilaki. Kirjassa *Sukupuolitaudit*, ss. 214-223. Toim. T Reunala, J Paavonen ja T Rostila. Duodecim, Helsinki.
- Rostila T ja Leinikki P (2003): Sukupuolitautilien epidemiologia. Kirjassa *Sukupuolitaudit*, ss. 10-19. Toim. T Reunala, J Paavonen ja T Rostila. Duodecim, Helsinki.
- Rosenberg MJ ja Waugh MS (1998): Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons. *Am J Obstet Gynecol* 179:577-582.
- Rosenberg MJ, Waugh MS ja Meehan TE (1995): Use and misuse of oral contraceptives: risk indicators for poor pill taking and discontinuation. *Contraception* 51:283-288.

- Ross JA ja Winfrey WL (2001): Contraceptive use, intention to use and unmet need during the extended postpartum period. *Int Fam Plann Perspect* 27:20-27.
- Rousseau N, McColl E, Newton J, Grimshaw J ja Eccles M (2003): Practice based, longitudinal, qualitative interview study of computerised evidence based guidelines in primary care. *BMJ* 326:314.
- Ruddick C, Handy P ja Mansour D (2010): Taking a nurse-led sexual health service to socially disadvantaged women in their homes. *Eur J Contracept Reprod Health Care Suppl* 1:105-6.
- Saalasti-Koskinen U ja Outinen M (2003): Terveyskeskusten laadunhallinta – missä mennään? *Suom Lääkäril* 58:1571-1576.
- Saarelma O, Lommi ML, Hemminki A, Leppäkoski AM ja Siefen L (2008): Toimiva hoitomalli pitkäaikaissairaiden hoitoon. *Suom Lääkäril* 63:4441-4448.
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB ja Richardson WS (1996): Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 312:71-72.
- Sairaanhoitajan tietokannat (2010). Synnytyksen jälkitarkastus. *Duodecim*. http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=synnytyksen%20j%E4lkitarkastus (luettu 4.8.2010).
- Sannisto T, Kosunen E ja Hemminki E (2001): Contraception and childbearing intentions among older Finnish women. *Scand J Sexol* 4:161-171.
- Santelli JS, Lindberg LD, Finer LB ja Singh S (2007): Explaining recent declines in adolescent pregnancy in the United States: the contribution of abstinence and improved contraceptive use. *Am J Public Health* 97:150-156.
- Sasieni P, Castanon A ja Cuzick J (2009): Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. *BMJ* 339:b2968.
- Saslow D, Runowicz CD, Solomon D, Moscicki AB, Smith RA, Eyre HJ, Cohen C ja American Cancer Society (2002): American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *CA Cancer J Clin* 52:342-362.
- Savolainen H, Ikonen S ja Fraser J (2009): Hysteroskooppinen sterilisaatio on nopea ja turvallinen toimenpide. *Suom Lääkäril* 64:2769-2773.
- Scandinavian Journal of Public Health (2004): Background to the new Swedish public health policy. *Scandinavian Journal of Public Health* 32(Suppl. 64):6-17.
- Schreiber CA, Harwood BJ, Switzer GE, Creinin MD, Reeves MF ja Ness RB (2006): Training and attitudes about contraceptive management across primary care specialties: a survey of graduating residents. *Contraception* 73:618-622.
- Schürks M, Rist PM, Bigal ME, Buring JE, Lipton RB ja Kurth T (2009): Migraine and cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 339:b3914.
- Scott A ja Glasier AF (2004): Are routine breast and pelvic examinations necessary for women starting combined oral contraception? *Hum Reprod Update* 10:449-452.
- Scott A ja Glasier A (2006): Evidence based contraceptive choices. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 20:665-680.
- Sedgh G, Henshaw SK, Singh S, Bankole A ja Drescher J (2007): Legal abortion worldwide: incidence and recent trends. *Int Fam Plan Perspect* 33:106-116.
- Shah PS ja Zao J (on behalf of Knowledge Synthesis Group of Determinants of pre-term/LBW births) (2009): Induced termination of pregnancy and low birthweight and preterm birth: a systematic review and meta-analyses. *BJOG* 116:1425-1442.
- Shelton JD, Angle MA ja Jacobstein RA (1992): Medical barriers to access to family planning. *Lancet* 340:1334-1335.

- Sievers K, Koskelainen O ja Leppo K (1974): Suomalaisten sukupuolielämä. Werner Söderström Osakeyhtiö, Porvoo – Helsinki.
- Sihvo S ja Kosunen E (1998): Naisten kokemuksia raskaudenkeskeytyksestä. Kirjassa Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet, ss. 49-63. Toim. S Sihvo ja P Koponen, STAKES Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki.
- Sihvo S, Gissler M, Närhi U, Kosunen E ja Hemminki E (2003): Vähensikö jälkikäisyn reseptivapaus raskaudenkeskeytyksiä? *Suom Lääkäril* 58:2452-2455.
- Sihvo S, Hemminki E, Koponen P, Kosunen E, Malin-Silverio M, Perälä ML ja Räikkönen O (1995a): Raskaudenehkäisy ja terveystieteiden käyttö. Tuloksia väestöpohjaisesta tutkimuksesta 1994. STAKES Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämiskeskus, Helsinki.
- Sihvo S, Hemminki E, Kosunen E ja Koponen P (1998): Quality of care in abortion services in Finland. *Acta Obstet Gynecol Scand* 77:210-217.
- Sihvo S, Rahkonen O ja Hemminki E (1995b): Unohdettu sukupuoli? Miesten rooli perhesuunnittelussa. *Suom Lääkäril* 50:3851-3855.
- Singh S ja Darroch JE (2000): Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries. *Fam Plann Perspect* 32:14-23.
- Sipilä R, Ketola E, Tala T ja Kumpusalo E (2008): Facilitating as a guidelines implementation tool to target resources for high risk patients - the Helsinki Prevention Programme (HPP). *J Interprof Care* 22:31-44.
- Sivin I ja Batar I (2010): State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: III. Intrauterine devices. *Eur J Contracept Reproduct Health Care* 15:96-112.
- Skjeldestad FE (2008): The impact of intrauterine devices on subsequent fertility. *Curr Opin Obstet Gynecol* 20:275-280.
- Skouby SO (2004): Contraceptive use and behavior in the 21st century: a comprehensive study across five European countries [korjaus *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2004 9(3)]. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 9:57-68.
- Sonnenberg FA, Burkman RT, Hagerty CG, Speroff L ja Speroff T (2004): Costs and net health effects of contraceptive methods. *Contraception* 69:447-459.
- Socada M (1998): Kun potilas ei olekaan hetero. *Duodecim* 114:425-428.
- Social Exclusion Unit (1999): Teenage pregnancy. UK Social Exclusion Unit. <http://www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/healthandwellbeing/teenagepregnancy/guidance/guidanceresources/> (luettu 18.3.2010).
- Society of Family Planning (2010): Clinical guidelines. Use of Mirena™ LNG-IUS and Paragard™ CuT380A intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception* 81:367-371.
- Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes (2002): Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes, Helsinki.
- Speroff L ja Darney PD (2005): A clinical guide for contraception. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Speroff L ja Mishell DR, Jr (2008): The postpartum visit: it's time for a change in order to optimally initiate contraception. *Contraception* 78:90-98.
- STAKES (1994): Perhesuunnittelupalvelujen kehittäminen vuoteen 2000. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- STAKES (1995): Laadun kehittäminen perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollon laadunvarmistuksen työryhmän loppuraportti. STAKES Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämiskeskus, Helsinki.

- STAKES (1996): Lisääntyminen ja sen trendit – tilastoja raskauksista, syntymistä, steriloinneista ja lasten epämuodostumista. STAKES Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus, Helsinki.
- STAKES (2005): Terveyskeskuskäynnit vuosina 1985–2004. Tilastotiedote 27/2005. STAKES Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus.
- STAKES (2006): Raskaudenkeskeytykset ja steriloinnit 2005. Tilastotiedote 20/2006. STAKES Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus.
- STAKES (2007): Terveyskeskuskäynnit vuosina 1985–2006. Tilastotiedote 25/2007. STAKES Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus.
- STAKES (2008): Meille tulee vauva. Opas vauvan odotukseen ja hoitoon. STAKES Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus, Helsinki.
- Stammers T (2007): Sexual health in adolescents. *BMJ* 334:103-104.
- Stanback J ja Katz K (2002): Methodological quality of WHO medical eligibility criteria for contraceptive use. *Contraception* 66:1-5.
- Starfield B (2008): Refocusing the system. *N Engl J Med* 359:2090-2091.
- Steinauer J ja Autry AM (2007): Extended cycle combined hormonal contraception. *Obstet Gynecol Clin North Am* 34:43-55.
- Stephen G, Brechin S ja Glasier A (2008): Using formal consensus methods to adapt World Health Organization Medical Eligibility Criteria for contraceptive use. *Contraception* 78:300-308.
- Stewart FH, Harper CC, Ellertson CE, Grimes DA, Sawaya GF ja Trussell J (2001): Clinical breast and pelvic examination requirements for hormonal contraception: Current practice vs evidence. *JAMA* 285:2232-2239.
- Stewart FH, Kaunitz AM, Laguardia KD, Karvois DL, Fisher AC ja Friedman AJ (2005): Extended Use of Transdermal Norelgestromin/Ethinyl Estradiol: A Randomized Trial. *Obstet Gynecol* 105:1389-1396.
- STM (2002): Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työryhmämuistioita 2002:3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- STM (2003): Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- STM (2004): Terveystenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- STM (2005): Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- STM (2006a): Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- STM (2006b): Terveysten edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- STM (2006c): Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- STM (2007): Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- STM (2008a): Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- STM (2008b): Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

- STM (2008c): Raskauden keskeyttäminen ja sterilointi. Lomakkeet ja täyttöohjeet sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- STM (2009): Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelma. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-4602.pdf (luettu 30.6.2010).
- STM ja Suomen kuntaliitto (2004): Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Strasburger VC (2005): Adolescents, sex, and the media: ooooo, baby, baby-a Q & A. *Adolesc Med Clin* 16:269-88.
- Stubbs E ja Schamp A (2008): The evidence is in. Why are IUDs still out? Family physicians' perceptions of risk and indications. *Can Fam Physician* 54(4):560-566.
- Suhonen S, Haukkamaa M, Jakobsson T ja Rauramo I (2004): Clinical performance of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and oral contraceptives in young nulliparous women: a comparative study. *Contraception* 69:407-412.
- Suhonen S (2010): Raskaudenehkäisy synnytyksen jälkeen. *Suom Lääkäril* 65:3033-3036.
- Sumanen M, Virjo I, Hyppölä H, Halila H, Kumpusalo E, Kujala S, Isokoski M, Vänskä J ja Mattila K (2008): Use of quality improvement methods in Finnish health centres in 1998 and 2003. *Scand J Prim Health Care* 26:12-16.
- Suomen Kaupunkiliitto (1981): Kansanterveystyön johtosäätömalli. Kaupunkiliiton julkaisu B 176 a.
- Suomen Lääkärilehti (2003): Nuorten terveydenhuolto kärsii supistuksista. *Suom Lääkäril* 58:375.
- Suomen Lääkäriliitto (2007): Suomen lääkäriiiton lausunto Sosiaali- ja terveysministeriölle työryhmäraportista "Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011". Suomen Lääkäriliitto 8.3.2007.
- Sydsjö A, Josefsson A ja Sydsjö G (2009): Trends in induced abortions between 1975 and 2000 in a cohort of women born in 1960-64 in four Scandinavian countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 14:334-339.
- Tatum C, Garcia SG, Goldman L ja Becker D (2005): Valuable safeguard or unnecessary burden? Characterization of physician consultations for oral contraceptive use in Mexico City. *Contraception* 71:208-213.
- Tay JJ, Moore J ja Walker JJ (2000): Ectopic pregnancy. *BMJ* 320:916-919.
- Thang DM ja Anh DN (2002): Accessibility and use of contraceptives in Vietnam. *Int Fam Plann Perspect* 28:214-219.
- Thiery M (2000): Intrauterine contraception: from silver ring to intrauterine contraceptive implant. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 90:145-152.
- THL (2009a): Raskaudenkeskeytykset ja steriloinnit 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- THL (2009b): Tartuntataudit Suomessa 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- THL (2009c): Synnytykset ja vastasyntyneet 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- THL (2009d): Pohjoismaiset raskaudenkeskeytystilastot 2007. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- THL (2010): Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Väliarviointi sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmasta vuosille 2007–2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

- Thorp JM, Jr, Hartmann KE ja Shadigian E (2003): Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: review of the evidence. *Obstet Gynecol Surv* 58:67-79.
- Tiihonen M, Leppänen HM, Heikkinen AM ja Ahonen R (2008): Hormonal contraceptive users' self-reported benefits, adverse reactions, and fears in 2001 and 2007. *Patient* 1:173-180.
- Tilastokeskus (2005): Tilastollinen kuntaryhmitys 2005.
- Tinkanen H ja Suhonen S (2004): Yhdistelmäpillereiden riskit ja sivuvaikutukset. *Suom Lääkäril* 59:1641-1644.
- Tossavainen K, Turunen K, Jakonen S, Tupala M ja Vertio H (2004): School nurses as health counsellors in Finnish ENHPS schools. *Health Education* 104:33-44.
- Trelle S, Shang A, Nartey L, Cassell JA ja Low N (2007): Improved effectiveness of partner notification for patients with sexually transmitted infections: systematic review. *BMJ* 334:354.
- Tripp J ja Viner R (2005): Sexual health, contraception, and teenage pregnancy. *BMJ* 330:590-593.
- Truitt ST, Fraser AB, Grimes DA, Gallo MF ja Schulz KF (2005): Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3.
- Trussell J (2004): Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 70:89-96.
- Trussell J, Lalla AM, Doan QV, Reyes E, Pinto L ja Gricar J (2009): Cost effectiveness of contraceptives in the United States. *Contraception* 79:5-14.
- Trussell J, Stewart F, Potts M, Guest F ja Ellertson C (1993): Should oral contraceptives be available without prescription? *Am J Public Health* 83:1094-1099.
- Tuominen P, Koskinen-Ollonqvist P ja Rouvinen-Wilenius P (2003): Terveysten edistämisen hyvät käytännöt. Terveysten edistämisen keskus. http://www.health.fi/content/files/Hyvat_kaytannot.pdf (luettu 11.8.2010).
- Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R ja Sanci LA (2007): Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet* 369:1565-1573.
- United Nations (1994): Report of the international conference on population and development 5-13 September 1994, Cairo, Egypt, A/CONF.171/13.
- United Nations (2008): World contraceptive use 2007. <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2007/contraceptive2007.htm> (luettu 9.10.2010).
- van der Wijden C, Kleijnen J ja Van den Berk T (2005): Lactational amenorrhea for family planning. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3.
- van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Vandenbroucke JP, Doggen CJ ja Rosendaal FR (2009): The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ* 339:b2921.
- van Wouwe JP, Lanting CI, van Dommelen P, TreffersPE ja van Buuren S (2009): Breastfeeding duration related to practised contraception in the Netherlands. *Acta Paediatr* 98:86-90.
- Vaughan B, Trussell J, Kost K, Singh S ja Jones R (2008): Discontinuation and resumption of contraceptive use: results from the 2002 National Survey of Family Growth. *Contraception* 78:271-283.
- Varjonen-Toivonen M (2000): Käytännön kokemuksia ISO 9001 -sertifioidun laadunhallintajärjestelmän rakentamisesta terveyskeskukseen. *Suom Lääkäril* 55: 1499-1502.

- Varonen H, Kaila M, Kunnamo I, Komulainen J ja Mäntyranta T (2006): Tietokoneavusteisen päätöksentekotuen avulla kohti neuvovaa potilaskertomusta. *Duodecim* 122:1174-1181.
- Vehkalahti K (2008): Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Viisainen K, toim. (1999): Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999. STAKES Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki.
- Vikat A, Kosunen E ja Rimpelä M (2002): Risk of postpartum induced abortion in Finland: A register-based study. *Perspect Sex Reprod Health* 34:84-90.
- Vikhlyaeva E, Nikolaeva E ja Brandrup-Lukanow A (2001): Contraceptive use and family planning after labor in the European part of the Russian Federation: 2-year monitoring. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 6:219-226.
- Virjo I, Kirkkola AL, Isokoski M ja Mattila K (1999): Use and knowledge of hormonal emergency contraception. *Adv Contracept* 15:85-94.
- Virjo I ja Virtala A (2003): Why do university students use hormonal emergency contraception? *Eur J Contracept Reprod Health Care* 8:139-144.
- Virtala A (2007): Family planning among university students in Finland. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Visser AP ja van Bilsen P (1994): Effectiveness of sex education provided to adolescents. *Patient Educ Couns* 23:147-160.
- Vuola T (2003): Mitä seksuaaliterapia on? *Duodecim* 119:261-266.
- Vuori H (1992): Terveystieteiden laadunvarmistus. Hannu Vuori ja Sairaanhoidtajien koulutussäätiö, Helsinki.
- Väestöliitto (2006): Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. Väestöliitto, Helsinki.
- Väestöliitto (2009): Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Tarpeita, tietoa ja yhdenvertaisuutta. Toimintasuunnitelma 15.6.2009. Väestöliitto, Helsinki.
- Weller SC ja Davis K (2009): Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1.
- Wellings K, Nanchahal K, Macdowall W, McManus S, Erens B, Mercer CH, Johnson AM, Copas AJ, Korovessis C, Fenton KA ja Field J (2001): Sexual behaviour in Britain: early heterosexual experience. *Lancet* 358:1843-1850.
- Welsh MJ, Stanback J ja Shelton J (2006): Access to modern contraception. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 20:323-338.
- WHO (1997): Post-abortion family planning: a practical guide for programme managers. World Health Organization, Geneva.
- WHO (2001): WHO regional strategy on sexual and reproductive health. World Health Organization, Kööpenhamina.
- WHO (2002): Adolescent friendly health services – an agenda for change. World Health Organization, Geneva.
- WHO (2003): Guidelines for the management of sexually transmitted infections. World Health Organization, Geneva.
- WHO (2004a): Sexual health – a new focus for WHO. *Progress in Reproductive Health Research*, 64.
- WHO (2004b): Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. World Health Organization, Geneva.
- WHO (2004c): Contraception -- Issues in adolescent health and development. World Health Organization, Geneva.

- WHO (2005): European strategy for child and adolescent health and development. World Health Organization, Kööpenhamina.
- WHO (2006a): Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, World Health Organization, Geneve.
- WHO (2006b): Frequently asked questions about medical abortion. World Health Organization, Geneve. http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_10.05_eng.pdf (luettu 12.7.2010).
- WHO (2007a): Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006–2015. World Health Organization, Geneve.
- WHO (2007b): Introducing WHO's sexual and reproductive health guidelines and tools into national programmes. World Health Organization, Geneve.
- WHO (2008a): Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 survey. World Health Organization, Kööpenhamina.
- WHO (2008b): National-level monitoring of the achievement of universal access to reproductive health: conceptual and practical considerations and related indicators -- report of a WHO/UNFPA Technical Consultation, 13-15 March 2007, Geneva. World Health Organization, Geneve.
- WHO (2008c): Technical consultation on hormonal contraceptive use during lactation and effects on the newborn. Summary report. World Health Organization, Geneve.
- WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception (1995a): Venous thrombo-embolic disease and combined oral contraceptives: results of international multicentre case-control study. *Lancet* 1995: 1575-82.
- WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. (1995b): Effect of different progestagens in low oestrogen oral contraceptives on venous thromboembolic disease. *Lancet* 1995:1582-8.
- WHOMEC (1996): Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. World Health Organization, Geneve.
- WHOMEC (2004): Medical eligibility criteria for contraceptive use. World Health Organization, Geneve.
- WHOMEC (2008): Medical eligibility criteria for contraceptive use 2008 update. http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_RHR_08.19_eng.pdf (luettu 18.6.2010).
- WHOMEC (2009): Medical eligibility criteria for contraceptive use. World Health Organization, Geneve.
- WHOSPR (2004): Selected practice recommendations for contraceptive Use. World Health Organization, Geneve.
- Wildemeersch D (2007): New frameless and framed intrauterine devices and systems – an overview. *Contraception* 75:S82-92.
- Wilkinson P, French R, Kane R, Lachowycz K, Stephenson J, Grundy C, Jacklin P, Kingori P, Stevens M ja Wellings K (2006): Teenage conceptions, abortions, and births in England, 1994-2003, and the national teenage pregnancy strategy. *Lancet* 368:1879-1886.
- Wolfe RM, Sharp LK ja Wang RM (2004): Family physicians' opinions and attitudes to three clinical practice guidelines. *J Am Board Fam Pract* 17:150-157.
- Worrall G, Chaulk P ja Freake D (1997): The effects of clinical practice guidelines on patient outcomes in primary care: a systematic review. *CMAJ* 156:1705-1712.
- Wilson TE, Koenig L, Ickovics J, Walter E, Suss A, Fernandez MI, Perinatal Guidelines Evaluation Project (2003): Contraception use, family planning, and unpro-

- tected sex: few differences among HIV-infected and uninfected postpartum women in four US states. *J Acquir Immune Defic Syndr* 33:608-613.
- Yang L, Kuper H, Sandin S, Margolis KL, Chen Z, Adami HO ja Weiderpass E (2009): Reproductive history, oral contraceptive use, and the risk of ischemic and hemorrhagic stroke in a cohort study of middle-aged Swedish women. *Stroke* 40:1050-1058.
- Zhang LY, Liu YR, Shah IH, Tian KW ja Zhang LH (2002): Breastfeeding, amenorrhea and contraceptive practice among postpartum women in Zibo, China. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 7:121-126.
- Zhou L ja Xiao B (2001): Emergency contraception with Multiload Cu-375 SL IUD: a multicenter clinical trial. *Contraception* 64:107-112.
- zur Hausen H (2000): Papillomaviruses causing cancer: evasion from host-cell control in early events in carcinogenesis. *J Natl Cancer Inst* 92:690-698.
- Östergaard L, Andersen B, Moller JK, Olesen F ja Worm AM (2003): Managing partners of people diagnosed with *Chlamydia trachomatis*: a comparison of two partner testing methods. *Sex Transm Infect* 79:358-361.

LIITTEET

Liite 1 Seksuaalioikeudet

1) Kansainvälisen perhesuunnittelujärjestöjen liiton (IPPF) seksuaalioikeuksien julistus 2008 (suomennos Korhonen ym. 2009).

Seksuaalioikeudet perustuvat IPPF:n 1995 laatimaan seksuaali- ja lisääntymis- oikeuksien peruskirjaan ja Yhdistyneiden kansakuntien ihmisoikeuksien julistukseen.

1 OIKEUS TASA-ARVOON JA YHTÄLÄISEEN LAINSUOJAAN SEKÄ KAIKEN SYRJINNÄN KIELTÄMINEN

Kaikki syntyvät vapaina ja tasa-arvoisina. Kaikille kuuluu yhtäläinen lain suoja sukupuoleen tai seksuaalisuuteen liittyvältä syrjinnältä.

2 OSALLISTUMISOIKEUS SUKUPUOLESTA RIIPPUMATTA

Kaikilla on oikeus osallistua yhteiskunnalliseen ja taloudelliseen toimintaan kaikilla yhteiskunnan tasoilla. Kaikilla on myös oikeus vaikuttaa seksuaaliterveyttä ja -oikeuksia koskevaan päätöksentekoon.

3 OIKEUS ELÄMÄÄN, VAPAUTEEN, TURVALLISUUTEEN JA RUUMIL- LISEEN KOSKEMATTOMUUTEEN

Kaikilla on oikeus tulla suojelluksi kidutukselta ja alentavalta kohtelulta, erityisesti sukupuolen, seksuaalisuuden tai seksuaalisen suuntautumisen perusteella. Kaikilla on oikeus harjoittaa seksuaalisuuttaan ilman väkivaltaa tai pakottamista.

4 OIKEUS YKSITYISYYTEEN

Kaikilla on oikeus yksityisyydensuojaan sekä oikeus itsenäisiin päätöksiin seksuaalisuuttaan ja seksuaalista käyttäytymistään koskien. Kaikille kuuluu oikeus luottamuksellisiin seksuaaliterveyspalveluihin ja -neuvontaan.

5 ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS JA OIKEUS SEN TUNNUSTAMISEEN LAIN EDESSÄ

Kaikilla henkilöillä on oikeus tulla kuulluksi lain edessä. Kaikille kuuluu oikeus hallita omaa seksuaalisuuttaan sekä oikeus valita kumppaninsa muiden oikeuksia polkematta.

6 OIKEUS AJATTELUN JA SANANVAPAUTEEN

Kaikille kuuluu oikeus ajattelun- ja sananvapauteen seksuaalisuutta koskevissa asioissa. Kulttuuriset ja moraaliset uskomukset tai uskonto eivät saa rajoittaa tätä oikeutta.

7 OIKEUS TERVEYTEEN SEKÄ OIKEUS HYÖTYÄ LÄÄKETIETEEN KEHITYMISESTÄ

Kaikilla on oikeus parhaaseen mahdolliseen mielen ja ruumiin terveyteen. Kaikilla on oikeus seksuaaliterveyspalveluihin ja -neuvontaan sekä terveydenhoitoon.

8 OIKEUS KOULUTUKSEEN JA TIETOON

Kaikilla on oikeus koulutukseen ja tietoon sekä kattavaan seksuaalikasvatukseen, jotta kaikilla on mahdollisuus tehdä tietoisia ja vastuullisia päätöksiä seksuaalielämänsä koskien.

9 OIKEUS PÄÄTTÄÄ NAIMISIINMENOSTA JA LASTEN HANKINNASTA

Kaikilla on oikeus päättää itse avioitumisestaan sekä perheen perustamisesta. Kaikille kuuluu oikeus päättää vapaasti ja vastuullisesti lasten hankinnasta, ajankohdasta ja lasten määrästä.

10 OIKEUS VAATIA SELVITYKSIÄ JA KORVAUKSIA SEKSUAALIOIKEUKSIEN LOUKKAUKSISTA

Kaikilla on oikeus vaatia tilivelvollisiksi niitä, jotka ovat vastuussa seksuaalioikeuksien toteutumisesta. Kaikilla tulee olla oikeus valvoa seksuaalioikeuksien toteutumista ja vaatia korvauksia seksuaalioikeuksien loukkauksista ja rikkomuksista.

2) Sexual rights, WHO working definition 2002 (WHO 2006a): Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva. World Health Organization, Geneva

Sexual rights embrace human rights that are already recognized in national laws, international human rights documents and other consensus statements. They include the right of all persons, free of coercion, discrimination and violence, to:

- the highest attainable standard of sexual health, including access to sexual and reproductive health care services;
- seek, receive and impart information related to sexuality;
- sexuality education;
- respect for bodily integrity;
- choose their partner;
- decide to be sexually active or not;
- consensual sexual relations;
- consensual marriage;
- decide whether or not, and when, to have children; and
- pursue a satisfying, safe and pleasurable sexual life.

The responsible exercise of human rights requires that all persons respect the rights of others.

Liite 2 Kairon väestö- ja kehityskonferenssin (1994) määritelmä lisääntymisterveydelle

(suomennos: Ulkoasiainministeriö. Kansainvälinen väestö- ja kehityskonferenssi Kairossa 5.–13.9.1994. Suomen valtuuskunnan raportti. Ulkoasiainministeriön julkaisuja 1995:5. Helsinki, 1995)

Lisääntymisterveys tarkoittaa täyttä fyysistä, henkistä ja yhteiskunnallista hyvinvointia – ei pelkästään sairaudettomuutta tai vammattomuutta – kaikissa lisääntymiseen liittyvissä asioissa, toiminnoissa ja prosesseissa. Näin ollen lisääntymisterveys edellyttää, että ihmisillä on mahdollisuus tyydyttävään ja turvalliseen sukupuolielämään ja että heillä on kyky jatkaa sukuaan sekä vapaus päättää, käyttävätkö he tätä kykyään ja jos niin milloin ja kuinka usein. Viimeksi mainittu ehto sisältää sen, että miehillä ja naisilla on oikeus saada tietoa ja käyttää valintansa mukaisia turvallisia, tehokkaita ja hinnaltaan kohtuullisia ja hyväksytyjä perhesuunnittelumenetelmiä ja muita sellaisia valintansa mukaisia syntyvyyden säännöstelemiseksi, jotka eivät ole lainvastaisia, sekä oikeus saada asianmukaista terveydenhoitoa, jonka turvin naisille taataan turvallinen raskausaika ja synnytys sekä pariskunnalle parhaat mahdollisuudet saada terve lapsi. Lisääntymisterveyden yllä esitetystä määritelmästä seuraa, että lisääntymisterveydenhoidon katsotaan käsittävän kaikki ne menetelmät, tekniikat ja palvelut, jotka edesauttavat lisääntymisterveyttä ja hyvinvointia ehkäisemällä ennalta ja ratkaisemalla lisääntymisterveyden ongelmia. Se käsittää myös seksuaaliterveydenhoidon, jonka tarkoitus on elämän ja ihmissuhteiden rikastuttaminen eikä vain lisääntymiseen ja sukupuolitauteihin liittyvä neuvonta ja hoito.

Liite 3 WHO:n luokittelu tiloista, jotka vaikuttavat soveltuvuuteen käyttää eri ehkäisymenetelmiä (kategoriat 1-4)

Maailman terveysjärjestö luokittelee neljään kategoriaan ne lääketieteelliset, fysiologiset ja käyttäytymiseen liittyvät tilat ja tekijät, jotka vaikuttavat käyttäjän soveltuvuuteen käyttää turvallisesti eri ehkäisymenetelmiä (WHOMEK 2004) (suomenos kirjoittajan):

- | | |
|-------------|--|
| Kategoria 1 | Tila, jossa ehkäisymenetelmän käytölle ei ole rajoituksia. |
| Kategoria 2 | Tila, jossa menetelmän käytön edut yleensä ovat teoreettisia tai osoitettuja haittoja suuremmat. |
| Kategoria 3 | Tila, jossa teoreettiset tai osoitetut riskit ovat yleensä menetelmän käytön etuja suuremmat. |
| Kategoria 4 | Tila, jossa menetelmän käyttöön liittyvät terveysriskit eivät ole hyväksyttävissä |

Liite 4 Tutkimusalueen terveyskeskukset

Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa -tutkimuksessa mukana olleet 63 terveyskeskusta

Alahärmän terveyskeskus
Alavudenseudun terveydenhuollon kuntayhtymä
Asikkalan terveyskeskus
Etelä-Pirkanmaan terveydenhuollon kuntayhtymä
Evijärven terveyskeskus
Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä
Hartolan terveyskeskus
Heinolan terveystoimi
Hämeenkyrön terveyskeskus
Hämeenlinnan seudun kansanterveystyön kuntayhtymä
Iitin terveyskeskus
Ikaalisten terveyskeskus
Ilmajoen terveyskeskus
Isojoen terveyskeskus
Jalasjärven terveyskeskus
Janakkalan terveyskeskus
Jurvan terveyskeskus
Juupajoen terveyskeskus
Järviseudun terveyskeskus
Kangasalan seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä
Kauhajoen terveyskeskus
Kauhavan seudun kansanterveystyön kuntayhtymä
Kihniön terveys- ja palvelukeskus
Kristiinankaupungin-Karijoen terveyskeskus
Kurikan terveyskeskus
Kurun terveyskeskus
Kyrönmaan terveyskeskuskuntayhtymä

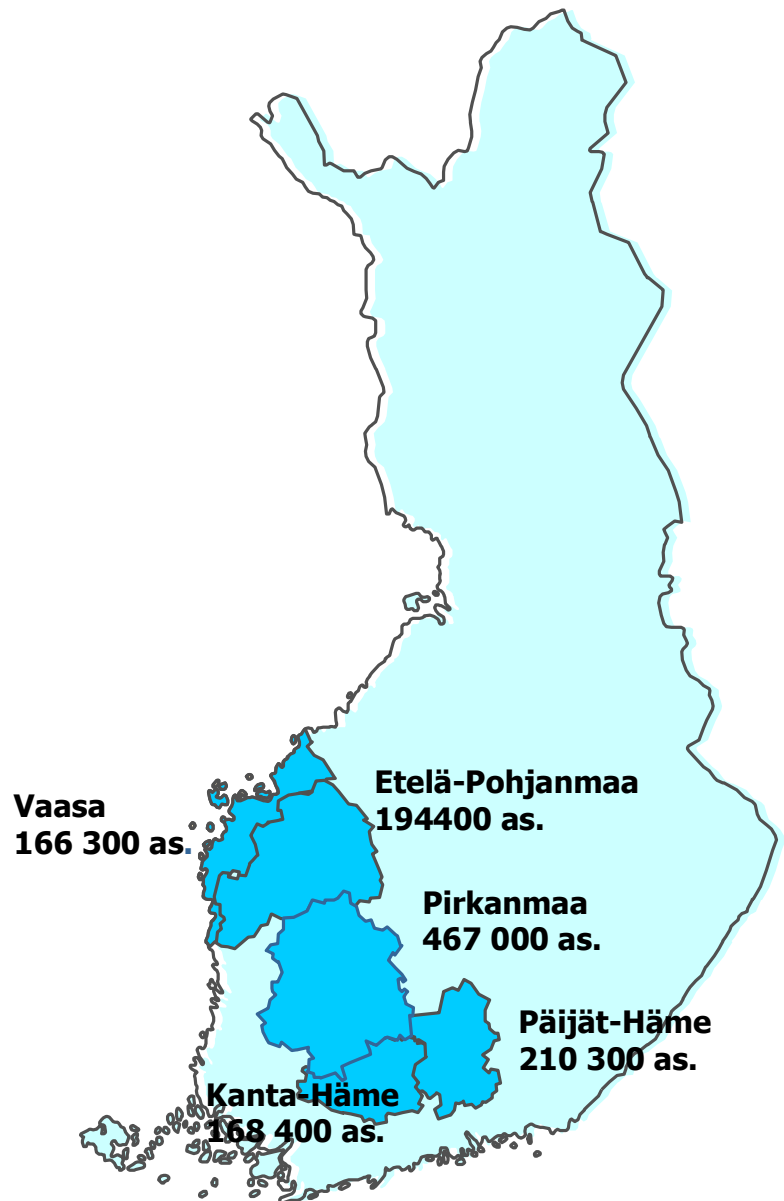
Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimi
Lammin-Tuuloksen kansanterveystyön kuntayhtymä
Lappajärven terveyskeskus
Lapuan terveyskeskus
Lempäälän terveyskeskus
Malax-Korsnäs hälsovårdscentral
Malmin terveydenhuoltoalue
Mustasaaren terveyskeskus
Mäntän seudun terveydenhuoltoalue
Nastolan terveyskeskus
Nokian terveyskeskus
Närpes hälsovårdscentral samkommun
Oravais, Vörå och Maxmo hälsovårdscentral samkommun
Orimattilan seudun kansanterveystyön kuntayhtymä
Oriveden terveyskeskus
Padasjoen terveyskeskus
Parkanon terveyskeskus
Pirkkalan terveyskeskus
Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä
Ruoveden terveyskeskus
Sastamalan perusturvakuntayhtymä
Seinäjoen seudun terveisyhtymä
Sysmän terveyskeskus
Tampereen sosiaali- ja terveystoimi
Teuvan sosiaali- ja terveyskeskus
Tiirismaan kansanterveystyön kuntayhtymä
Toijalan terveyskeskus
Nykarleby hälsovårdcentral
Vaasan kaupungin sosiaali- ja terveystoimi
Valkeakosken sosiaali- ja terveyskeskus
Vesilahden terveyskeskus
Viljakkalan terveyskeskus
Virtain terveyskeskus
Ylihärmän terveyskeskus

Ylöjärven terveyskeskus

Ähtärinjärven kansanterveystyön kuntayhtymä

Liite 5 Tutkimusalue, sairaanhoitopiirit ja niiden väestö 31.12.2005

(kuva Karttakeskus, julkaistu Pirkanmaan sairaanhoitopiirin luvalla).



Liite 6 Kyselylomakkeet saatekirjeineen

Tampereen yliopistossa 26. syyskuuta 2005

Arvoisa terveyskeskuksen johtava lääkäri/ylilääkäri,

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yliopistollisen terveyskeskuskonsortioon kuuluvan terveyskeskuksen johtavana lääkärinä/ylilääkärinä pyydämme Teitä osallistumaan Suomen Akatemian rahoittaman perusterveydenhuollon tutkimushankkeen (PERTTU-konsortio) kyselytutkimukseen.

Osahankkeemme käsittelee terveyskeskusten seksuaaliterveyspalveluita, joilla tarkoitetaan tässä yhteydessä raskauden ehkäisyneuvontaa, raskauden keskeytyshoitoa, sukupuolitautilien torjuntaa ja seksuaalineuvontaa.

Viimeisen kymmenen vuoden aikana raskauden keskeytykset ja sukupuoliteitse tarttuvat taudit ovat lisääntyneet merkittävästi. Näihin liittyvät ehkäisevät palvelut ovat pitkään olleet tutkimus- ja kehittämistoimilta katveessa. Esimerkiksi ehkäisyneuvonnan järjestämisestä viimeisimmät valtakunnalliset ohjeet ovat vuodelta 1982, eikä palveluiden nykytilasta ole tietoa.

Kyselytutkimus tehdään syksyn 2005 aikana kaikissa Sisä-Suomen ja Pohjanmaan terveyskeskuksissa. Kysely suunnataan erityisesti terveyskeskusten ehkäisyneuvontaan perehtyneille lääkäreille ja hoitajille. Täydentäviä tietoja kerätään johtavilta lääkäreiltä sekä hoitotyön johtajilta. Lisäksi muutamissa terveyskeskuksissa toteutetaan myöhemmässä vaiheessa työntekijöiden haastatteluja.

Kyselyyn vastataan nimellä, koska se toteutetaan sähköpostitse ja koska varaudumme täydentämään kyselylomakkeella saatuja tietoja tarvittaessa puhelimitse. Kaikkea annettua tietoa käsitellään luottamuksellisesti. Tiedonkeruuvaiheen jälkeen eivät yksittäiset terveyskeskukset tai niiden työntekijät ole identifioitavissa eivätkä raporteissa tunnistettavissa. Tutkimuksen tulokset tullaan julkaisemaan lääketieteen alan tieteellisissä lehdissä.

Tämän viestin lopussa olevasta linkistä avautuu sähköinen kyselylomake, jonka pyydämme Teitä täyttämään. Lomakkeen alussa on vastausohjeita. Tarvittaessa lomakkeen täytön voi helposti tauottaa ja jatkaa myöhemmin. Pyydettyessä lähettämme lomakkeen ruotsinkielisenä.

Vastaamme mielellämme kaikkiin tutkimustamme koskeviin kysymyksiin.

Tutkimuksemme tulee suoraan hyödyttämään perusterveydenhuollon palveluiden kehittämistä.

Terveyskeskuksenne johtavana lääkärinä toivomme Teidän suhtautuvan myönteisesti asiaan!

Pyydämme Teitä vastaamaan kyselyyn 10.10.2005 mennessä.

Yhteistyöterveisin

Tuire Sannisto

LL, tutkija, terveystieteiden lääkäri

03 - 3551 4161, 040 - 544 3601

tuire.sannisto@uta.fi

Faksi: 03 – 3551 6722

Postiosoite: Lääketieteen laitos, Yleislääketiede, 33014 Tampereen yliopisto

Elise Kosunen

Yleislääketieteen professori (mvs.), tutkimuksen johtaja

03 – 3551 6167

elise.kosunen@uta.fi

Kari Mattila

Yleislääketieteen professori

03 – 3551 7100

kari.mattila@uta.fi

Tampereen yliopistossa 28. syyskuuta 2005

Arvoisa hoitotyön johtaja,

Käännymme puoleenne löytääksemme terveyskeskuksestanne ehkäisyneuvontatyöhön perehtyneen hoitajan/hoitajat vastaamaan Suomen Akatemian rahoittaman perusterveydenhuollon tutkimushankkeen (PERTTU-konsortio) kyselytutkimukseen.

Pyydämme Teitä samalla osallistumaan osahankkeemme terveyskeskusten hoitotyön johtajille tarkoitettuun kyselytutkimukseen.

Osahankkeemme käsittelee terveyskeskusten seksuaaliterveyspalveluita, joilla tarkoitetaan tässä yhteydessä raskauden ehkäisyneuvontaa, raskauden keskeytyshoitoa, sukupuolitautilien torjuntaa ja seksuaalineuvontaa.

Viimeisen kymmenen vuoden aikana raskauden keskeytykset ja sukupuoliteitse tarttuvat taudit ovat lisääntyneet merkittävästi. Näihin liittyvät ehkäisevät palvelut ovat pitkään olleet tutkimus- ja kehittämistoimilta katveessa. Esimerkiksi ehkäisyneuvonnan järjestämisestä viimeisimmät valtakunnalliset ohjeet ovat vuodelta 1982, eikä palveluiden nykytilasta ole tietoa.

Kyselytutkimus tehdään syksyn 2005 aikana kaikissa Sisä-Suomen ja Pohjanmaan terveyskeskuksissa. Kysely suunnataan erityisesti terveyskeskusten ehkäisyneuvontaan perehtyneille hoitajille ja lääkäreille. Täydentäviä tietoja kerätään johtavilta lääkäreiltä sekä hoitotyön johtajilta (johtavilta hoitajilta, yli- tai osastonhoitajilta). Lisäksi muutamissa terveyskeskuksissa toteutetaan myöhemmässä vaiheessa työntekijöiden haastatteluja.

Kyselyyn vastataan nimellä, koska se toteutetaan sähköpostitse ja koska varaudumme täydentämään kyselylomakkeella saatuja tietoja tarvittaessa puhelimitse. Kaikkea annettua tietoa käsitellään luottamuksellisesti. Tiedonkeruuvaiheen jälkeen eivät yksittäiset terveyskeskukset tai niiden työntekijät ole identifioitavissa eivätkä rapor-

teissa tunnistettavissa. Tutkimuksen tulokset tullaan julkaisemaan terveystieteen alan tieteellisissä lehdissä.

Tämän viestin lopussa olevasta linkistä avautuu sähköinen kyselylomake, jonka pyydämme Teitä täyttämään. Lomakkeen alussa on vastausohjeita. Tarvittaessa lomakkeen täytön voi helposti tauottaa ja jatkaa myöhemmin. Vastaamme mielellämme kaikkiin tutkimustamme koskeviin kysymyksiin.

Tutkimuksemme tulee suoraan hyödyttämään perusterveydenhuollon palveluiden kehittämistä.

Terveyskeskuksenne hoitotyön johtajana toivomme Teidän suhtautuvan myönteisesti asiaan!

Pyydämme Teitä vastaamaan kyselyyn 11.10.2005 mennessä.

Yhteistyöterveisin

Tuire Sannisto

LL, tutkija, terveystieteiden lääkäri

03 - 3551 4161, 040 - 544 3601

tuire.sannisto@uta.fi

Faksi: 03 – 3551 6722

Postiosoite: Lääketieteen laitos, Yleislääketiede, 33014 Tampereen yliopisto

Elise Kosunen

Yleislääketieteen professori (mvs.), tutkimuksen johtaja

03 – 3551 6167

elise.kosunen@uta.fi

Kari Mattila

Yleislääketieteen professori

03 – 3551 7100

kari.mattila@uta.fi

Tampereen yliopistossa 31. lokakuuta 2005

Hyvä raskauden ehkäisyneuvontatyötä tekevä kollega,

Pyydämme Sinua osallistumaan Suomen Akatemian rahoittaman perusterveydenhuollon tutkimushankkeen (PERTTU-konsortio) kyselytutkimukseen.

Osahankkeemme käsittelee terveyskeskusten seksuaaliterveyspalveluita, joilla tarkoitetaan tässä yhteydessä raskauden ehkäisyneuvontaa, raskauden keskeytyshoitoa, sukupuolitautilien torjuntaa ja seksuaalineuvontaa.

Viimeisen kymmenen vuoden aikana raskauden keskeytykset ja sukupuoliteitse tarttuvat taudit ovat lisääntyneet merkittävästi. Näihin liittyvät ehkäisevät palvelut ovat pitkään olleet tutkimus- ja kehittämistoimilta katveessa. Esimerkiksi ehkäisyneuvonnan järjestämisestä viimeisimmät valtakunnalliset ohjeet ovat vuodelta 1982, eikä palveluiden nykytilasta ole tietoa.

Kyselytutkimus tehdään samanaikaisesti kaikissa Sisä-Suomen ja Pohjanmaan terveyskeskuksissa ja se suunnataan valikoiduille ehkäisyneuvontatyötä tekeville lääkäreille ja hoitajille sekä johtaville lääkäreille ja hoitotyön johtajille. Lisäksi muutamissa terveyskeskuksissa toteutetaan myöhemmässä vaiheessa työntekijöiden haastatteluja.

Sinut on valittu vastaamaan terveyskeskukseen/terveysasemanne/alueenne lääkäreiden osalta kyselyymme.

Kyselyyn vastataan nimellä, koska se toteutetaan sähköpostitse ja koska varaudumme täydentämään kyselylomakkeella saatuja tietoja tarvittaessa puhelimitse. Kaikkea annettua tietoa käsitellään luottamuksellisesti. Tiedonkeruuvaiheen jälkeen eivät yksittäiset terveyskeskukset tai niiden työntekijät ole identifioitavissa eivätkä raporteissa tunnistettavissa. Tutkimuksen tulokset tullaan julkaisemaan lääketieteen alan tieteellisissä lehdissä.

Tämän viestin lopussa olevasta Internet-linkistä (viestin viimeinen rivi) avautuu sähköinen kyselylomake, jonka pyydämme Sinua täyttämään. Lomakkeen alussa on vastausohjeita. Tarvittaessa lomakkeen täytön voi helposti tauottaa ja jatkaa myöhemmin. Halutessasi voit myös tulostaa lomakkeen ja lähettää vastaukset alla olevaan osoitteeseen. Vastaamme mielellämme kaikkiin tutkimustamme koskeviin kysymyksiin.

Tutkimuksemme tulee suoraan hyödyttämään perusterveydenhuollon palveluiden kehittämistä.

Terveyskeskuksenne ehkäisyneuvontatyön asiantuntijana toivomme Sinun suhtautuvan myönteisesti asiaan!

Toivomme saavamme vastauksesi 14.11.2005 mennessä.

Yhteistyöterveisin,

Tuire Sannisto

LL, tutkija, terveystieteiden lääkäri

03 - 3551 4161, 040 - 544 3601

tuire.sannisto@uta.fi

Faksi: 03 – 3551 6722

Postiosoite: Lääketieteen laitos, Yleislääketiede, 33014 Tampereen yliopisto

Elise Kosunen

Yleislääketieteen professori (mvs.), tutkimuksen johtaja

03 – 3551 6167, elise.kosunen@uta.fi

Tampereen yliopistossa 7. marraskuuta 2005

Hyvä raskauden ehkäisyneuvontatyötä tekevä hoitaja,

Pyydämme Sinua osallistumaan Suomen Akatemian rahoittaman perusterveydenhuollon tutkimushankkeen (PERTTU-konsortio) kyselytutkimukseen.

Osahankkeemme käsittelee terveyskeskusten seksuaaliterveyspalveluita, joilla tarkoitetaan tässä yhteydessä raskauden ehkäisyneuvontaa, raskauden keskeytyshoitoa, sukupuolitautilien torjuntaa ja seksuaalineuvontaa.

Viimeisen kymmenen vuoden aikana raskauden keskeytykset ja sukupuoliteitse tarttuvat taudit ovat lisääntyneet merkittävästi. Näihin liittyvät ehkäisevät palvelut ovat pitkään olleet tutkimus- ja kehittämistoimilta katveessa. Esimerkiksi ehkäisyneuvonnan järjestämisestä viimeisimmät valtakunnalliset ohjeet ovat vuodelta 1982, eikä palveluiden nykytilasta ole tietoa.

Kyselytutkimus tehdään samanaikaisesti kaikissa Sisä-Suomen ja Pohjanmaan terveyskeskuksissa ja se suunnataan valikoiduille ehkäisyneuvontatyötä tekeville terveyden-/ sairaanhoitajille ja lääkäreille sekä johtaville lääkäreille ja hoitotyön johtajille. Lisäksi muutamissa terveyskeskuksissa toteutetaan myöhemmässä vaiheessa työntekijöiden haastatteluja. Sinut on valittu vastaamaan terveyskeskuksenne/terveysasemanne/alueenne hoitajien osalta kyselyymme.

Kyselyyn vastataan nimellä, koska se toteutetaan sähköpostitse ja koska varaudumme täydentämään kyselylomakkeella saatuja tietoja tarvittaessa puhelimitse tai sähköpostitse. Kaikkea annettua tietoa käsitellään luottamuksellisesti. Tiedonkeruuvaiheen jälkeen eivät yksittäiset terveyskeskukset tai niiden työntekijät ole identifioitavissa eivätkä raporteissa tunnistettavissa. Tutkimuksen tulokset tullaan julkaisemaan terveystieteen alan tieteellisissä lehdissä.

Tämän viestin lopussa olevasta Internet-linkistä (viestin viimeinen rivi) avautuu sähköinen kyselylomake, jonka pyydämme Sinua täyttämään. Jos lomake ei koneel-

lasi avaudu, kopioi linkki ja siirrä se Internet-selaimesi osoitetilaan. Lomakkeen alussa on vastausohjeita. Tarvittaessa lomakkeen täytön voi helposti tauottaa ja jatkaa myöhemmin. Halutessasi voit myös tulostaa lomakkeen oheisesta pdf-liitetiedostosta ja lähettää vastaukset alla olevaan osoitteeseen.

Tutkimuksemme tulee suoraan hyödyttämään perusterveydenhuollon palveluiden kehittämistä.

Terveyskeskuksenne ehkäisyneuvontatyön asiantuntijana toivomme Sinun suhtautuvan myönteisesti asiaan!

Toivomme saavamme vastauksesi 21.11.2005 mennessä.

Yhteistyöterveisin,

Tuire Sannisto

LL, tutkija, terveystieteiden lääkäri

03 - 3551 4161, 040 - 544 3601, faksi: 03 – 3551 6722, tuire.sannisto@uta.fi

Postiosoite: Lääketieteen laitos, Yleislääketiede, 33014 Tampereen yliopisto

Elise Kosunen

Yleislääketieteen professori (mvs.), tutkimuksen johtaja

03 – 3551 6167, elise.kosunen@uta.fi

SEKSUAALI TERVEYSPALVELUT TERVEYSKESKUKSI SSA - KYSELY JOHTAVILLE LÄÄKÄREILLE 2005



*Perusterveydenhuollon tutkimuskonsortio
The Primary Health Care Research Consortium*

Vastausohjeet:

Varsinaisten kysymysten lomassa on varattu kunkin aihepiirin jälkeen **vapaata tilaa** mahdollisille **täydentäville kommenteille**, jos esimerkiksi ette löydä annetuista vaihtoehdoista sopivaa tai haluatte muutoin täydentää vastaustanne. Muistattehan tuolloin ilmoittaa, mitä kysymystä kommentoitte (**kysymyksen numero**).

Teillä on mahdollisuus pitää tauko kyselyyn vastaamisessa klikkaamalla kysymysten lomassa olevia **Tauko-painikkeita**. Ohjelma tallentaa annetut vastaukset ja voitte **jatkaa** vastaamista sopivana ajankohtana **linkkinne** kautta. Voitte myös muokata jo antamianne vastauksia.

Kyselyssä käytämme **ehkäisyneuvolaa** synonyymina **perhesuunnitteluneuvolalle**.

YLEISIÄ TIETOJA TERVEYSKESKUKSESTA

1) Pyydämme Teitä täydentämään seuraavat terveyskeskustanne koskevat tiedot:

Terveyskeskuksen nimi:

Terveyskeskuksen väestöpohja (asukkaiden lukumäärä):

Lääkärin virkojen lukumäärä:

Vakituisesti täytettyjen lääkärin virkojen lukumäärä:

Kokonaan hoitamatta olevien lääkärin virkojen lukumäärä:

2) Toimiiko terveyskeskuksenne väestövastuuperiaatteella?

(Väestövastuulla tarkoitetaan tässä palveluiden järjestämistä väestö- tai aluevastuisesti riippumatta sovellettavasta virkaehtosopimuksesta.)

Kyllä

Ei, SIIRTYKÄÄ KYSYMYKSEEN 6

3) Miten lääkäreiden tarjoamat neuvolapalvelut on järjestetty väestövastuisesti toimivassa terveyskeskuksessa?

- Kokonaan väestövastuuperiaatteella, SIIRTYKÄÄ KYSYMYKSEEN 6
- Osittain väestövastuuperiaatteella
- Täysin irrallaan väestövastuisesta toiminnasta, SIIRTYKÄÄ KYSYMYKSEEN 6

4) Mikäli lääkäreiden tarjoamat neuvolapalvelut järjestetään OSITTAIN väestövastuuperiaatteella, voitteko kuvailla tarkemmin käytäntöanne tässä:

5) Voitte TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIANNE kysymyksiin 1-4:

PERHESUUNNITTELUPALVELUIDEN TARJONTA

6) Miten terveyskeskuksessanne on järjestetty lääkärin palvelut ehkäisyneuvonta-asiakkaille? Voitte valita tarvittaessa useamman vaihtoehdon.

- Erillisessä (keskitettyssä) ehkäisyneuvolassa
- Yhdistetyssä äitiys- ja ehkäisyneuvolassa
- Väestövastuualueen neuvolassa (kukin lääkäri hoitaa vain omat ehkäisyasiakkansa)
- Osana väestövastuulääkärin muuta vastaanottotyötä
- Osana terveyskeskuslääkärin (ei väestövastuuta) muuta vastaanottotyötä
- Kouluterveydenhuollossa
- Opiskelijaterveydenhuollossa
- Muutoin, miten?

7) Onko terveyskeskuksessanne erillinen nuorisoneuvola?

- Kyllä, minkä ikäisille (ikä vuosina enintään)?
- Ei

8) Onko paikkakunnalla yksityislääkäreitä, jotka hoitavat tarvittaessa ehkäisyasiakkaita?

- Kyllä, yleislääkäreitä
- Kyllä, gynekologeja
- Kyllä, sekä yleislääkäreitä että gynekologeja
- Ei ole
- En tiedä

9) Missä kaikissa terveyskeskuksenne toimipisteissä tilastoidaan ehkäisyneuvontakäynnit?

- Ehkäisyneuvolassa
- Yhdistetyssä äitiys- ja ehkäisyneuvolassa
- Äitiysneuvolassa
- Nuorisoneuvolassa
- Kouluterveydenhuollossa
- Opiskelijaterveydenhuollossa
- Lääkärin ajanvarausvastaanotolla
- Työterveyshuollossa
- Muualla, missä?
- Ei missään
- En tiedä

Tauko

10) Tilastoidaanko ehkäisyneuvontakäynneistä myös muuta tietoa, kuten esimerkiksi asiakkaalle aloitettu ehkäisy menetelmä?

- Kyllä
- Joissain toimipisteissä, missä?
- Ei, SIIRTYKÄÄ KYSYMYKSEEN 12
- En tiedä, SIIRTYKÄÄ KYSYMYKSEEN 12

11) Mitä muuta tietoa ehkäisyneuvontakäynneistä tilastoidaan (vrt. edellinen kysymys)?

12) Maksaako terveyskeskus ehkäisyasiakkaiden seurantaan liittyvät PAPA-näytteet? (Kysymys ei koske lakisääteisiä PAPA-seulontoja.)

- Kyllä, kaikki tarvittavat näytteet maksetaan
- Kyllä, sovituin aikavälein otettavat näytteet, kuinka usein?
- Ei, vain sairauten, sen epäilyyn tai seurantaan liittyvät näytteet maksetaan
- PAPA-näytteitä ei oteta lainkaan terveyskeskuksen maksamana
- Muu käytäntö, millainen?

13) Tehdäänkö terveyskeskuksessanne hyytymistekijä- tai geenitutkimuksia, jos hormonaalista ehkäisyä harkittaessa epäillään perinnöllistä taipumusta laskimotromboosiin?

- Kyllä
- Ei
- En tiedä

14) Missä toimipisteessä yleensä tehdään perusselvittelyt lapsettomuudesta kärsiville? Voitte valita tarvittaessa useamman vaihtoehdon.

- Äitiys- ja/tai ehkäisyneuvolassa
- Omalääkärin tai muun terveyskeskuslääkärin vastaanotolla
- Muualla, missä?
- Ei ole sovittu mitään tiettyä toimipistettä
- Lapsettomuusselvittelyjä ei tehdä lainkaan
- En tiedä

15) Voitte TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIANNE kysymyksiin 6-14:

EHKÄI SYNEUVOLA

Kysymykset 16-21 on tarkoitettu niille, joiden terveyskeskuksessa on erillinen tai esimerkiksi äitiysneuvolan yhteydessä toimiva EHKÄI SYNEUVOLA.

Jos ehkäisyneuvontatyö tehdään TÄYSIN VÄESTÖVASTUUPERIAATTEELLA, siirtykää kysymykseen 22.

16) Montako tuntia viikossa ehkäisyneuvolassa toimii lääkäri?

(Jos ehkäisyneuvola toimii harvemmin kuin kerran viikossa, laskekaa kuitenkin tuntimäärä viikkoa kohti. Jos neuvoloita on useampia, laskekaa tuntimäärät yhteen.)

Tuntia/viikko:

17) Onko ehkäisyneuvolan palveluiden tarjontaa terveyskeskuksessanne rajattu jotenkin?

Kyllä

Ei, SIIRTYKÄÄ KYSYMYKSEEN 20

18) Mille asiakasryhmille ehkäisyneuvolanne palveluiden tarjonta on suunnattu? Voitte valita tarvittaessa useamman vaihtoehdon.

- Nuorille, mihin ikään asti (vuosina)?
- Tietyn ikäisille, mistä mihin (ikä vuosina - ikä vuosina)?
- Synnyttäneille, montako vuotta synnytyksen jälkeen?
- Kierukan tai kapseleiden laittoa varten palvelua tarvitseville
- Ehkäisyn aloittamista varten (jatkoseuranta esim. omalääkärillä)
- Naisille
- Muille, kenelle?
- En tiedä

Tauko

19) Minne ohjataan ehkäisyneuvolapalveluiden ulkopuolelle jäävät asiakkaat? Voitte valita tarvittaessa useamman vaihtoehdon.

- Oman lääkärin tai muun terveyskeskuslääkärin vastaanotolle
- Työterveyslääkärin vastaanotolle
- Koululääkärin vastaanotolle
- Opiskelijaterveydenhuollon lääkärin vastaanotolle
- Yksityislääkärin vastaanotolle
- Muualle, minne?
- En tiedä

20) Oliko ehkäisyneuvolassa toimintasulkuja kesällä 2005?

- Kyllä, kuinka monta viikkoa?
- Osittaisia tai vain tiettyjä toimipisteitä koskevia sulkuja
- Ei

21) Voitte TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIANNE kysymyksiin 16-20:

RASKAUDEN KESKEYTYS

22) Minne raskauden keskeytystä hakeva asiakas yleensä ohjataan terveyskeskuksessanne? Voitte valita tarvittaessa useamman vaihtoehdon.

- Omalääkärille
- Työterveyslääkärille
- Akuutisti sairastuneita potilaita hoitavalle lääkärille (päivystäjälle)
- Lääkärille, jolla on vapaa vastaanottoaika
- Ehkäisyneuvolaan tai yhdistettyyn äitiys- ja ehkäisyneuvolaan
- Äitiysneuvolaan
- Koulu- tai opiskelijaterveydenhuoltoon
- Muualle, minne?
- En tiedä

23) Onko terveyskeskuksessanne tehty erityisjärjestelyjä raskauden keskeytysasiakkaiden hoidon suhteen? Jos on, niin voitteko kertoa tässä millaisia:

Esimerkiksi nopeutettu vastaanotolle pääsy, pidennetty vastaanottoaika tms. järjestelyt.

24) Toteutuuko raskauden keskeytysasiakkaille yleensä yhden sairaalakäynnin käytäntö yhteistyössä alueenne keskeytysairaalan kanssa?

- Kyllä
- Osittain
- Ei
- En tiedä

25) Onko Käypä hoito –ohjetta Raskauden keskeytushoidosta käsitelty terveyskeskuksessanne?

- Kyllä
- Ei
- En tiedä

26) Onko raskauden keskeytushoidon käytäntöjä muutettu terveyskeskuksessanne Käypä hoito –ohjeen ilmestyttyä?

- Kyllä, hoitokäytäntöjä on muutettu ohjeen suuntaisesti
- Ei, jo aiemmin on toimittu ohjeen suuntaisesti
- Ei, hoitokäytäntöjä ei ole katsottu aiheelliseksi muuttaa
- En osaa sanoa

27) Voitte TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIANNE kysymyksiin 22-26:

Tauko

SUKUPUOLI TAUDIT

28) Mikäli potilas epäilee sairastavansa sukupuolitautia, minne hänet yleensä ohjataan terveyskeskuksessanne virka-aikana? Voitte valita tarvittaessa useamman vaihtoehdon.

- Omalääkärille
- Työterveyslääkärille
- Akuutisti sairastuneita potilaita hoitavalle lääkärille (päivystäjälle)
- Lääkärille, jolla on vapaa vastaanottoaika
- Oman alueen terveydenhoitajalle
- Ehkäisyneuvolaan tai yhdistettyyn äitiys- ja ehkäisyneuvolaan
- Koulu- tai opiskelijaterveydenhuoltoon
- Erilliselle terveyskeskuksen tartuntatautivastaanotolle
- Muualle, minne?
- En tiedä

29) Onko terveyskeskuksessanne olemassa ohje klamydiainfektion suunnitelmallisesta seulonnasta?

- Kyllä
- Ei

30) Kun potilaalla on todettu klamydiainfektio, miten tartunnan jäljitys terveyskeskuksessanne yleensä tapahtuu?

- Tartunnan todennut lääkäri kehottaa potilasta ilmoittamaan tartunnasta partnereilleen ja pyytämään heitä hakeutumaan tutkimukseen
- Tartunnan todennut lääkäri lähettää ilmoitetuille partnereille kutsun tutkimukseen
- Tartunnan todennut lääkäri siirtää partnereiden tutkimuksen järjestämisen tartuntataudeista vastaavalle lääkärille
- Ei ole yhtenäistä käytäntöä
- En tiedä

31) Voitte TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIANNE kysymyksiin 28-30:

KOULUTUS JA KEHITTÄMINEN

32) Saavatko säännöllisesti ehkäisyneuvontatyötä tekevät lääkärit jatkuvaa alan täydennyskoulutusta?

- Kyllä, säännöllisesti
- Kyllä, satunnaisesti
- Eivät saa
- En osaa sanoa

33) Onko terveyskeskuksessanne nimetty lääkäri, joka vastaa perhesuunnittelupalvelujen kehittämisestä?

- Kyllä, kuka (nimi ja sähköpostiosoite)?
- Ei ole

34) Olisiko mielestänne tarpeen laatia seksuaaliterveyspalveluita koskevia valtakunnallisia ohjeita toiminnan kehittämisen tueksi?

- Kyllä, viranomaistasolla annettuja toimintaohjeita, mistä asiasta?
- Kyllä, Käypä hoito -suosituksia, mistä asiasta?
- Muita, mitä?
- Ei
- En osaa sanoa

35) Millaisia kehitystarpeita seksuaaliterveyspalveluiden alueella mielestänne on?

36) Voitte TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIANNE kysymyksiin 32-35:

Tauko

YHTEYSTIEDOT

Pyydämme Teitä ystävällisesti täyttämään oheiset yhteystiedot puhelimitse tarvittaessa tehtävää kyselyn täydentämistä sekä mahdollista myöhempää syventävää haastattelua (ks. alla) varten. Tiedonkeruuvaiheen jälkeen eivät terveyskeskukset tai sen työntekijät ole tunnistettavissa.

Etunimi

Sukunimi

Virkanimike

Puhelin (myös suuntanumero)

37) Mikäli haluaisimme haastatella jatkossa tarkemmin terveyskeskuksessanne raskauden ehkäisyneuvontatyötä johtavia tahoja, voisimmeko haastatella myös Teitä?

Kyllä

Ei

38) Lopuksi voitte kommentoida halutessanne tässä kyselyn teemaa tai itse kyselyä:

Kyselyn lähettämisohje:

Kun olette vastannut kyselyyn, rastittakaa kohta **Haluan lähettää vastaukset** ja klikatkaa sen alla olevaa **Lähetä valmis kysely** -painiketta. Tämän jälkeen ette voi enää muuttaa vastauksianne.

KIITOS VASTAUKSESTANNE!

Haluan lähettää vastaukset

SEKSUAALI TERVEYSPALVELUT TERVEYSKESKUKSI SSA - KYSELY HOITOTYÖN JOHTAJILLE 2005



*Perusterveydenhuollon tutkimuskonsortio
The Primary Health Care Research Consortium*

Vastausohjeet:

Varsinaisten kysymysten lomassa on varattu kunkin aihepiirin jälkeen **vapaata tilaa** mahdollisille **täydentäville kommenteille**, jos esimerkiksi ette löydä annetuista vaihtoehdoista sopivaa tai haluatte muutoin täydentää vastaustanne. Muistattehan tuolloin ilmoittaa, mitä kysymystä kommentoitte (**kysymyksen numero**).

Teillä on mahdollisuus pitää tauko kyselyyn vastaamisessa klikkaamalla kysymysten lomassa olevia **Tauko-painikkeita**. Ohjelma tallentaa annetut vastaukset ja voitte **jatkaa** vastaamista sopivana ajankohtana **linkkinne** kautta. Voitte myös muokata jo antamianne vastauksia.

Kyselyssä käytämme **ehkäisyneuvolaa** synonyymina **perhesuunnitteluneuvolalle**.

Tutkimuksemme **hoitajille suunnatun kyselyn mahdollistamiseksi** pyydämme Teitä täydentämään tämän sähköisen lomakkeen lopussa kysyttävät yhteystiedot, jotta voimme lähettää kyselyn terveyskeskukseenne oikeille henkilöille. Ilman vastaustanne tutkimuksemme ei etene. **Vastauksenne on siten erittäin tärkeä!**

YLEISIÄ TIETOJA TERVEYSKESKUKSESTA

1) Pyydämme Teitä vastaamaan seuraaviin terveyskeskustanne koskeviin kysymyksiin:

Mikä on terveyskeskuksenne nimi?

Montako terveydenhoitajan, sairaanhoitajan ja kättilön virkaa on yhteensä terveyskeskuksessanne?

Montako viroista on vakituisesti täytettyinä?

Montako viroista on kokonaan hoitamatta?

2) Onko terveyskeskuksessanne terveydenhoitajien työ järjestetty väestövastuuperiaatteella?

Kyllä, kokonaan, SIIRRY KYSYMYKSEEN 6

Kyllä, osittain

Ei, vaan sektorityönä, SIIRRY KYSYMYKSEEN 4

3) Mikäli terveydenhoitajien työ on järjestetty OSI TTAI N väestövastuuperiaatteella, voitko kuvailla tarkemmin käytäntöänne tässä:

4) Mikäli terveydenhoitajien työ on kokonaan tai osittain järjestetty toimintasektoreittain, montako osa-aluetta terveydenhoitajilla yleensä on vastuullaan?

- 1 osa-alue (esim. äitiysneuvola)
- 2 osa-aluetta (esim. äitiys- ja ehkäisyneuvola)
- 3 osa-aluetta (esim. äitiys-, ehkäisy- ja lastenneuvola)
- 4 tai useampi osa-alue

5) Voitte TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIANNE kysymyksiin 1-4:

PALVELUIDEN TARJONTA

6) Miten terveyskeskuksessanne on järjestetty hoitajan palvelut ehkäisyneuvonta-asiakkaille? Voitte valita tarvittaessa useamman vaihtoehdon.

- Erillisessä (keskitettyssä) ehkäisyneuvolassa
- Yhdistetyssä äitiys- ja ehkäisyneuvolassa
- Väestövastuualueen neuvolassa (kukin terveydenhoitaja hoitaa vain oman alueensa ehkäisyasiakkaita)
- Osana terveydenhoitajan väestövastuista työtä muun vastaanotto toiminnan lomassa
- Osana terveydenhoitajan (ei väestövastuuta) vastaanotto toimintaa muiden asiakkaiden/potilaiden lomassa
- Kouluterveydenhuollossa
- Opiskelijaterveydenhuollossa
- Muutoin, miten?

7) Miten asiakas voi varata ajan ehkäisyneuvontaan? Voitte valita tarvittaessa useamman vaihtoehdon.

- Puhelimitse keskitetystä ajanvarausnumerosta
- Puhelimitse ehkäisyneuvolasta
- Puhelimitse oman väestövastuupiirin hoitajalta
- Käymällä ehkäisyneuvolassa
- Käymällä oman väestövastuupiirin hoitajan luona
- Internetin kautta
- Muutoin, miten?
- En tiedä

8) Onko ehkäisyneuvontatyötä tekeville hoitajille varattu erikseen aikaa asiakkaiden puhelinneuvontaan (mahdollisen ajanvarausajan lisäksi)?

- Kyllä
- Ei
- En tiedä

9) Onko nuorilla asiakkailla mahdollisuus hakeutua ehkäisyneuvontaan hoitajan vastaanotolle ilman ajavarausta?

- Kyllä, montako tuntia viikossa on avointa vastaanottoa (jos tiedossa)?
- Ei
- En tiedä

Tauko

10) Jos lääkäri hoitaa ehkäisyasiakkaita muun vastaanottotoimintansa lomassa (joko ehkäisyneuvolan lisäksi tai sijasta), tapaavatko asiakkaat käynnin yhteydessä myös hoitajan?

- Kyllä
- Ei
- Ehkäisyasiakkaita ei hoideta tavallisen vastaanoton lomassa
- En tiedä

11) Voitte TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIANNE kysymyksiin 6-10:

KOULULAI STEN EHKÄI SYNEUVONTA

12) Mihin terveydenhuollon toimipisteeseen alueenne peruskoululaiset käsityksenne mukaan ottavat yleensä ensimmäisenä yhteyttä raskauden ehkäisyä tarvitessaan?

- Oman koulun terveydenhoitajaan
- Oman alueen väestövastuuhoitajaan
- Ehkäisyneuvolaan
- Nuorisoneuvolaan
- Omalääkäriin
- Muuhun terveystieteidenkeskukseen
- Yksityislääkäriin
- En tiedä

13) Jos peruskoululainen ottaa kouluterveydenhoitajaan yhteyttä ehkäisytablettien aloitusta varten, aloitetaanko pillerit yleensä kouluvastaanotolla?

- Kyllä
- Ei
- Ei, mutta annetaan ohjeet ehkäisy- tai nuorisoneuvolaan hakeutumisesta
- Ei, mutta varataan aika ehkäisy- tai nuorisoneuvolaan
- Ei, mutta annetaan ohjeet lääkärin vastaanotolle hakeutumisesta, minne?
- Ei, mutta varataan aika lääkärin vastaanotolle, minne?
- Muu menettely, millainen?
- En tiedä

14) Voitte TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIANNE kysymyksiin 12-13:

JÄLKI EHKÄISY

15) Miten terveystieteidenkeskussessanne on varauduttu apteekista jälkiehkäisyhankkineiden jälkitarkastuksiin?

- Ohjataan ehkäisyneuvolaan
- Ohjataan omalääkärille tai muulle terveystieteidenkeskukseen
- Ohjataan jollekin nimetylle työntekijälle, mikä ammattinimike?
- Ohjataan tilanteen mukaan eri pisteisiin
- Ei ole sovittua ohjauskäytäntöä
- En tiedä

16) Saako terveystieteidenkeskuksestanne ilmaiseksi jälkiehkäisytabletteja?

- Kyllä
- Ei, SIIRRY KYSYMYKSEEN 20
- En tiedä, SIIRRY KYSYMYKSEEN 20

17) Missä tilanteissa ja/tai millaisille asiakkaille annetaan ilmaiseksi jälkiehkäisy pillereitä?

- Aina tarvittaessa
- Vähävaraisille asiakkaille
- Nuorille asiakkaille
- Kondomiehkäisy rinnalle jo ennen mahdollista jälkiehkäisy tarvetta
- Raiskauksen uhreille
- Muussa tilanteessa, milloin?
- En tiedä

18) Mistä toimipisteistä asiakas voi saada ilmaiseksi jälkiehkäisy pillereitä?

- Ehkäisyneuvolasta
- Päivystysvastaanotolta
- Omalääkärin tai muun terveyskeskuslääkärin vastaanotolta
- Kouluterveydenhuollosta
- Opiskelijaterveydenhuollosta
- Työterveyshuollosta
- Muualta, mistä?
- En tiedä

Tauko

19) Voitte TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIANNE kysymyksiin 15-18:

RASKAUDEN KESKEYTYS

20) Onko raskauden keskeytystä HAKEVALLE asiakkaalle ajanvarauksessa erityisjärjestelyjä?

- Varataan tavallista pidempi vastaanottoaika, kuinka pitkä (minuuttia)?
- Muu järjestely, millainen?
- Ei ole
- En tiedä

21) Onko raskauden keskeytyksen JÄLKI TARKASTUKSEEN tulevalle asiakkaalle ajanvarauksessa erityisjärjestelyjä?

- Varataan tavallista pidempi vastaanottoaika, kuinka pitkä (minuuttia)?
- Muu järjestely, millainen?
- Ei ole
- En tiedä

22) Onko terveyskeskuksessanne tehty muita erityisjärjestelyjä raskauden keskeytysasiakkaiden jälkitarkastuksen ja ehkäisyneuvonnan suhteen? Jos on, niin voitteko kertoa tässä millaisia:

Esimerkiksi jälkitarkastuskäynnin ajankohdan sopiminen jo keskeytykseen lähetettäessä tms. järjestelyt.

23) Onko Käypä hoito –ohjetta Raskauden keskeytyshoidosta käsitelty terveyskeskuksessanne?

Kyllä

Ei

En tiedä

24) Onko raskauden keskeytyshoidon käytäntöjä muutettu terveyskeskuksessanne Käypä hoito –ohjeen ilmestyttyä?

Kyllä, hoitokäytäntöjä on muutettu ohjeen suuntaisesti

Ei, jo aiemmin on toimittu ohjeen suuntaisesti

Ei, hoitokäytäntöjä ei ole katsottu aiheelliseksi muuttaa

En tiedä

25) Voitte TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIANNE kysymyksiin 20-24:

SUKUPUOLITAUDIT

26) Onko terveyskeskuksessanne hoitajalla mahdollisuus antaa laboratoriolähete tai ottaa näyte klamydiatutkimusta varten itsenäisesti ilman lääkärin päätöstä?

Kyllä

Ei, SIIRRY KYSYMYKSEEN 29

En tiedä, SIIRRY KYSYMYKSEEN 29

27) Missä toimipisteissä hoitajalla on mahdollisuus antaa laboratoriolähete tai ottaa näyte klamydiatutkimusta varten itsenäisesti ilman lääkärin päätöstä?

- Hoitajan sairausvastaanotolla
- Ehkäisyneuvolassa
- Muutoin hoitajan työssä raskauden ehkäisyn aloittamiseen tai seurantaan liittyen
- Äitiysneuvolassa
- Kouluterveydenhuollossa
- Opiskelijaterveydenhuollossa
- Työterveyshuollossa
- Ilta- tai yöpäivystyksessä
- Muualla, missä?
- En tiedä

Tauko

28) Voitte TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIANNE kysymyksiin 26-27:

SEKSUAALIKASVATUS

29) Miten kouluterveydenhoitajat osallistuvat yläasteen koulujen seksuaaliopetukseen? Voitte valita tarvittaessa useamman vaihtoehdon.

- Osallistumalla koulun seksuaaliopetuksen suunnitteluun
- Pitämällä oppitunteja
- Järjestämällä oppilaille tutustumiskäyntejä ehkäisy- tai nuorisoneuvolaan
- Muutoin, miten?
- Eivät mitenkään
- En tiedä

30) Osallistuvatko hoitajat väestölle suunnattuun seksuaalivalistustyöhön terveyskeskustyön ulkopuolella (esim. koulujen vanheimpainillat, yleisöluennot)?

- Kyllä, miten?
- Eivät osallistu
- En tiedä

31) Voitte TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIANNE kysymyksiin 29-30:

KOULUTUS JA KEHITTÄMINEN

32) Saavatko säännöllisesti ehkäisyneuvontatyötä tekevät hoitajat jatkuvaa alan täydennuskoulutusta?

- Kyllä, säännöllisesti
- Kyllä, satunnaisesti
- Eivät saa
- En osaa sanoa

33) Onko terveyskeskuksessanne nimetty hoitaja, joka vastaa perhesuunnittelupalvelujen kehittämisestä?

- Kyllä, kuka (nimi, virkanimike ja sähköpostiosoite)?
- Ei ole

34) Olisiko mielestänne tarpeen laatia seksuaaliterveyspalveluita koskevia valtakunnallisia ohjeita toiminnan kehittämisen tueksi?

- Kyllä, viranomaistasolla annettuja toimintaohjeita, mistä asiasta?
- Kyllä, Käypä hoito -suosituksia, mistä asiasta?
- Muita, mitä?
- Ei
- En osaa sanoa

35) Millaisia kehitystarpeita seksuaaliterveyspalveluiden alueella mielestänne on?

36) Voitte TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIANNE kysymyksiin 32-35:

Tauko

HOITAJAKYSELYN VASTAAJAT

Tutkimuksemme hoitajille suunnatun kyselyn mahdollistamiseksi pyydämme Teitä täydentämään seuraavat yhteystiedot, jotta voimme lähettää kyselyn terveyskeskukseenne oikeille asiantuntijoille.

Mikäli pyytämillämme vastaajilla ei ole käytettävissään sähköpostiyhteyttä, pyydämme Teitä ilmoittamaan heidän postiosoitteensa.

Halutessanne voitte toimittaa vastaavat tiedot myös sähköpostitse, faksilla tai postitse. Osoitteet ovat saamassanne sähköpostiviestissä.

Vastatkaa joko kysymykseen 37 tai 38, terveyskeskuksenne toimintatavan mukaisesti.

37) Mikäli terveyskeskuksessanne on erillinen tai äitiysneuvolan yhteydessä toimiva EHKÄISYNEUVOLA, kuka tai ketkä siellä työskentelevistä hoitajista on/ovat erityisen perehtyneitä aihepiiriin?

Pyydämme kirjoittamaan ainakin yhden hoitajan NIMEN, SÄHKÖPOSTIOSOITTEEN sekä NEUVOLAN NIMEN tähän. Mikäli ehkäisyneuvoloita on USEAMPIA kuin yksi, toivomme saavamme (ainakin) yhden hoitajan tiedot kustakin.

38) Mikäli ehkäisyneuvontatyö toteutetaan hoitajien osalta VÄESTÖVASTUISESTI, kuka tai ketkä ehkäisyneuvontatyötä tekevistä hoitajista on/ovat erityisen perehtyneitä aihepiiriin?

Pyydämme kirjoittamaan ainakin yhden hoitajan NIMEN ja SÄHKÖPOSTIOSOITTEEN sekä hoitajan työparina ehkäisyneuvontatyössä toimivan LÄÄKÄRIN NIMEN tähän. KUNTAYHTYMISTÄ toivomme saavamme tiedot ainakin yhdestä hoitajasta/kunta.

YHTEYSTIEDOT

Pyydämme Teitä ystävällisesti täyttämään oheiset yhteystiedot puhelimitse tarvittaessa tehtävää kyselyn täydentämistä sekä mahdollista myöhempää syventävää haastattelua (ks. alla) varten. Tiedonkeruuvaiheen jälkeen eivät terveyskeskukset tai sen työntekijät ole tunnistettavissa.

Etunimi

Sukunimi

Virkanimike

Sähköposti

Puhelin (myös suuntanumero)

39) Mikäli haluaisimme haastatella jatkossa tarkemmin terveyskeskuksessanne raskauden ehkäisyneuvontatyötä johtavia tahoja, voisimmeko haastatella myös Teitä?

Kyllä

Ei

40) Lopuksi voitte kommentoida halutessanne tässä kyselyn teemaa tai itse kyselyä:

Kyselyn lähettämisohje:

Kun olette vastannut kyselyyn, rastittakaa kohta **Haluan lähettää vastaukset** ja klikatkaa sen alla olevaa **Lähetä valmis kysely** -painiketta. Tämän jälkeen ette voi enää muuttaa vastauksianne.

KIITOS VASTAUKSESTANNE!

Haluan lähettää vastaukset

Lähetä valmis kysely



Vastausohjeet:

Kysymyksissä, joiden vastausvaihtoehtojen edessä on **ympyrä**, voit valita vain **yhden** vaihtoehdon. Kysymykset, joiden vaihtoehtojen edessä on **neliö**, mahdollistavat tarvittaessa **useamman** kuin yhden vaihtoehdon valinnan.

Varsinaisten kysymysten lomassa on varattu kunkin aihepiirin jälkeen **vapaata tilaa** mahdollisille täydentäville **kommenteillesi**, jos esimerkiksi et löydä annetuista vastausvaihtoehdoista sopivaa tai haluat muutoin tarkentaa vastaustasi. Muistathan tuolloin ilmoittaa, mitä kysymystä kommentoit (**kysymyksen numero**).

Sinulla on mahdollisuus pitää **tauko** kyselyyn vastaamisessa klikkaamalla kysymysten lomassa olevia **Tauko-painikkeita**. Ohjelma tallentaa annetut vastaukset ja voit **jatkaa** vastaamista sopivana ajankohtana **linkkisi** kautta. Voit myös muokata jo antamiasi vastauksia.

Osassa kysymyksiä tiedustellaan **henkilökohtaisia** ja osassa **toimipisteen** toimintakäytäntöjä. Jos toimipisteessä ei ole sovittuja tai vakiintuneita yhteisiä käytäntöjä, vastaa silloin oman toimintakäytäntösi mukaan.

Kyselyssä käytämme **ehkäisyneuvolaa** synonyymina **perhesuunnitteluneuvolalle**.

VASTAAJAN TAUSTATIEDOT

1) Sukupuoli:

Nainen

Mies

2) Ikä:

(vuosina)

3) Milloin olet valmistunut lääkäriksi?

Vuonna:

4) Oletko erikoislääkäri tai erikoistuva lääkäri?

Yleislääketieteen erikoislääkäri

Muun tai muiden alojen erikoislääkäri, minkä?

Yleislääketieteeseen erikoistuva lääkäri

Muulle alalle erikoistuva lääkäri, mille erikoisalalle?

En ole

5) Kuinka kauan olet yhteensä työskennellyt terveyskeskuslääkärinä?

- 0-2 vuotta
- 3-5 vuotta
- 6-10 vuotta
- yli 10 vuotta

6) Mikä on toimenkuvasi?

- Väestövastuulääkärin työ
- Neuvolalääkärin työ (ei väestövastuuta)
- Muu terveyskeskuslääkärin työ (esim. vastaanotto- ja neuvolatyötä, ei väestövastuuta)
- Muu, mikä?

7) Mikä tai mitkä seuraavista osa-alueista kuuluu työhösi?

- Ajanvarausvastaanotto (sairasvastaanotto)
- Päivystysvastaanotto (päiväaikainen)
- Ehkäisyneuvonta
- Äitiysneuvolatyö
- Lastenneuvolatyö
- Kouluterveydenhuolto
- Opiskelijaterveydenhuolto
- Työterveyshuolto
- Kotisairaanhoido
- Vuodeosastotyö
- Muu, mikä?

8) Missä toimipisteessä tai -pisteissä teet ehkäisyneuvontatyötä?

- Oman väestövastuualueeni yhdistetyssä neuvolassa
- Erillisessä (keskitetyssä) ehkäisyneuvolassa
- Yhdistetyssä äitiys- ja ehkäisyneuvolassa
- Äitiysneuvolassa
- Lääkärin ajanvarausvastaanotolla muun työn lomassa
- Kouluterveydenhuollossa
- Opiskelijaterveydenhuollossa
- Työterveyshuollossa
- Muualla, missä?

9) Paljonko arvioit tekeväsi ehkäisyneuvontatyötä kuukaudessa?

Tuntia/kuukausi:

10) Voit TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIASI kysymyksiin 1-9:

Tauko

TOIMINTAKÄYTÄNNÖT

11) Mikä on tavallisesti ehkäisyasiakkaan lääkärin vastaanottokäynnille varatun ajan pituus?

Minuuttia:

12) Onko terveyskeskuksessanne käytössä ehkäisyasiakkaiden alkuhaastattelun ja -tutkimuksen sekä seurannan apuna jokin seuraavista lomakkeista?

"Ehkäisyneuvonnan alkuhaastattelu ja seuranta" -lomake, (Kuntalomake 3440)

Terveyskeskuksen oma lomake

Sähköisen potilaskertomuksen ehkäisyn seurantalomake, mikä järjestelmä?

Muu, mikä?

Ei ole erillistä lomaketta käytössä

En tiedä

13) Mitä seuraavista kirjallisista ohjeista raskauden ehkäisyneuvonnan toteuttamisesta ensisijaisesti noudatatte terveyskeskuksessanne?

Terveyskeskuksen omaa ohjetta

Lääkintöhallituksen ohjekirjettä vuodelta 1982 ("Ohjeet raskauden ehkäisyneuvonnasta")

Yleislääkärin käsikirjan tai tietokannan (YKT) ohjeita

Muuta ohjetta, mitä?

Ei mitään ohjetta

En tiedä

14) Onko terveyskeskuksessanne olemassa ohje klamydiainfektion suunnitelmallisesta seulonnasta?

Kyllä

Ei

En tiedä

15) Käykö vastaanotollasi miehiä ehkäisyneuvontaan tai muuten seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa?

Kyllä, naisasiakkaan (kumppaninsa) mukana

Kyllä, sterilisaationeuvonta-asiakkaina

Kyllä, erektiohäiriöiden takia

Kyllä, keskustelemassa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista

Kyllä, muunlaisissa asioissa, millaisissa?

Ei

16) Onko terveyskeskuksessanne tehty erityisjärjestelyjä raskauden keskeytysasiakkaiden hoidon suhteen?

Nopeutettu vastaanotolle pääsy

Pidennetty vastaanottoaika raskauden keskeytystä haettaessa

Pidennetty vastaanottoaika jälkitarkastuksessa

Raskauden keskeytysasiakkaat on keskitetty tietyille työntekijöille

Keskeytysasiakkaille on järjestetty keskusteluapua

Muu järjestely, millainen?

Ei

En tiedä

17) Osallistuuko lääkäri väestölle suunnattuun seksuaalivalistustyöhön terveyskeskustyön ulkopuolella (esim. koulujen vanheimpainillat, yleisöluennot)?

Kyllä

Ei

En tiedä

18) Voit TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIASI kysymyksiin 11-17:

EHKÄISYN ALOITTAMINEN

19) Mitkä tutkimukset kuuluvat toimipisteessänne ehkäisyasiakkaan ALKUTUTKIMUKSEEN anamneesin lisäksi, kun suunnitellaan seuraavien ehkäisy menetelmien aloitusta?

ALKUTUTKIMUKSELLA tarkoitetaan tässä tutkimuksia, jotka tehdään ehkäisyn aloituskäynnillä tai viimeistään ensimmäisellä kontrollikäynnillä pääsääntöisesti kaikille ko. menetelmän aloittanille.

	Yhdistelmäehkäisytabletit	Ehkäisyrengas/ -laastari	Kuparikierukka	Hormonikierukka
Verenpaineen mittaus	€	€	€	€
Painoindeksin (BMI) määrittäminen tai painon mittaus	€	€	€	€
Gynekologinen sisätutkimus	€	€	€	€
Gynekologinen ultraäänitutkimus	€	€	€	€
Rintojen palpaatio	€	€	€	€
PAPA-tutkimus	€	€	€	€
Klamydiatesti	€	€	€	€
Maksaentsyymit (ALAT/ASAT/GT)	€	€	€	€
Hemoglobiini/hematokriitti	€	€	€	€
Raskaustesti	€	€	€	€
HIV-testi	€	€	€	€

20) Milloin toimipisteessänne tavallisimmin tehdään NUORILLE asiakkaille ENSIMMÄINEN gynekologinen sisätutkimus aloitettaessa ehkäisytabletteja?

Ehkäisyn aloituskäynnillä

Ensimmäisellä seurantakäynnillä aloituksen jälkeen

Seurantakäynnillä 1-2 vuoden kuluttua

Muulloin, milloin?

Tauko

21) Miten usein tapaat käsitellä ehkäisyasiakkaan kanssa ehkäisyn aloituskäynnillä seuraavia asioita?

	Lähes jokaisen asiakkaan kanssa	Melko monen asiakkaan kanssa	Noin joka toisen asiakkaan kanssa	Melko harvan asiakkaan kanssa	Hyvin harvan asiakkaan kanssa	En koskaan	En osaa sanoa
Nykyinen parisuhde tai seurustelusuhde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aiemmat sukupuolisuhteet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sukupuolitautien ehkäisy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22) Mitä seuraavista raskauden ehkäisymenetelmistä ALOITAT ehkäisyasiakkaillesi ja kuinka usein?

Kysymys EI koske reseptin uusintoja tai ehkäisyasiakkaiden seurantakäyntejä.

	Viikottain	Kuukausittain	Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	En koskaan	En osaa sanoa
Yhdistelmäehkäisytabletit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minipillerit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ehkäisyrengas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ehkäisyalausta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ns. kaksoisehkäisy (kondomi hormonaalisen ehkäisyn/kierukan ohella)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kuparikierukka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hormonikierukka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Progestiiniruiske	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ehkäisykapselit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessaari	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23) Mikäli et itse aseta kierukoita tai kapseleita lainkaan, onko terveyskeskuksessanne joku muu lääkäri, joka tekee tarvittaessa näitä toimenpiteitä?

Kyllä on

Muu järjestely, millainen?

Ei ole

En tiedä

Teen itse kaikki tarvittavat toimenpiteet

24) Voit TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIASI kysymyksiin 19-23:

HORMONAALISTEN YHDISTELMÄVALMISTEIDEN MÄÄRÄÄMINEN

Kysymyksissä 25-32 pyydämme Sinua kertomaan, sovelletaanko toimipisteessänne joitain yhteisesti SOVITTUJA rajoja määrätessä hormonaalisia yhdistelmävalmisteita.

Mikäli EI ole yhteisesti sovittuja rajoja, ilmoita silloin ITSE pääsääntöisesti soveltamasi rajat, jos sellaisia on.

HORMONAALI SI LLA YHDI STELMÄVALMI STEI LLA tarkoitetaan tässä yhdistelmäehkäisytabletteja, ehkäisyrenkaita ja -laastareita, EI kuitenkaan Femilar-ehkäisytabletteja.

25) Alaikäraja?

Sovittu alaikäraja on:

Itse sovellan alaikärajaa:

Ei ole sovittua eikä itse määriteltyä alaikärajaa

26) Yläikäraja: terve, TUPAKOIMATON nainen?

Sovittu yläikäraja on:

Itse sovellan yläikärajaa:

Ei ole sovittua eikä itse määriteltyä yläikärajaa

27) Yläikäraja: terve, TUPAKOIVA nainen?

Sovittu yläikäraja on:

Itse sovellan yläikärajaa:

Ei ole sovittua eikä itse määriteltyä yläikärajaa

28) Painoindeksin (BMI) TAI painon yläraja?

Sovittu painoindeksin yläraja on (BMI enintään):

Sovittu painon yläraja on (kg enintään):

Itse sovellan painoindeksin ylärajaa (BMI enintään):

Itse sovellan painon ylärajaa (kg enintään):

Ei ole sovittua eikä itse määriteltyä ylärajaa

29) Verenpaineen ylärajat?

On sovitut verenpaineen ylärajat

Ei ole sovittuja rajoja, mutta olen määrittänyt soveltamani rajat itse

Ei ole sovittuja eikä itse määriteltyjä ylärajaa, SIIRRY KYSYMYKSEEN 31

30) Mitkä ovat edellä mainitut (joko sovitut tai itse määrittelemäsi) verenpainerajat?

Systolinen verenpaine enintään (mmHg):

Diastolinen verenpaine enintään (mmHg):

31) Aurallinen migreeni?

On sovittu rajoituksista

Ei ole sovittu rajoituksia, mutta sovellan itse määrittämiäni rajoituksia

Ei ole sovittuja eikä itse määriteltyjä rajoituksia, SIIRRY KYSYMYKSEEN 33

38) Suositteletko jälkitarkastuksessa imetystä yksinomaisena ehkäisymenetelmänä?

Kyllä, usein

Kyllä, joskus

Kyllä, mutta harvoin

En koskaan

39) Voit TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIASI kysymyksiin 35-38:

EHKÄISYASIAKKAIDEN SEURANTA

Tauko

40) Kuinka usein ehkäisyasiakkaat käyvät yleensä seurantakäynneillä LÄÄKÄRI N vastaanotolla?

Ehkäisy pillereiden käyttäjät: monenko vuoden välein?

Kuparikierukan käyttäjät: monenko vuoden välein?

Hormonikierukan käyttäjät: monenko vuoden välein?

Tauko

41) Onko toimipisteessänne tapana ottaa ehkäisy pillereiden käyttäjiltä PAPA-näytteitä (tai antaa lähete terveyskeskuksen laboratorioon)?

Kyllä, säännöllisesti. Monenko vuoden välein?

Kyllä, tarpeen mukaan

Ei, mutta neuvomme asiakasta otattamaan PAPA-näytteen omalla kustannuksellaan

Ei

42) Onko toimipisteessänne tapana ottaa kierukan käyttäjiltä PAPA-näytteitä (tai antaa lähete terveyskeskuksen laboratorioon)?

Kyllä, säännöllisesti. Monenko vuoden välein?

Kyllä, tarpeen mukaan

Ei, mutta neuvomme asiakasta otattamaan PAPA-näytteen omalla kustannuksellaan

Ei

43) Onko toimipisteessänne tapana ottaa ehkäisy pillereiden käyttäjiltä klamydiatesti?

Kyllä, säännönmukaisesti. Miten usein tai missä tilanteissa?

Kyllä, tarpeen mukaan

Ei

44) Onko toimipisteessänne tapana tehdä kierukkaa käyttäville asiakkaille gynekologinen ultraäänitutkimus?

Kyllä, säännöllisesti. Kuinka usein?

Kyllä, tarpeen mukaan

Ei

Ei, ultraäänitutkimusmahdollisuutta ei ole

45) Voit TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIASI kysymyksiin 40-44:

JÄLKI EHKÄISY

46) Saako terveyskeskuksestanne ilmaiseksi jälkiehkäisytabletteja?

Kyllä

Ei

En tiedä

47) Onko terveyskeskuksessanne valmius asettaa tarvittaessa kuparikierukka jälkiehkäisytabletti?

Kyllä

Ei

En tiedä

48) Voit TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIASI kysymyksiin 46-47:

KOULUTUS JA TYÖN KEHITTÄMINEN

49) Vastaa seuraaviin ehkäisyneuvontatyötäsi koskeviin väittämiin asteikolla 1-5, jossa 1 = täysin samaa mieltä, 5 = täysin eri mieltä

Valitse vaihtoehto EI SOVELLU VASTATTAVAKSI, jos väittämä ei sovellu työhösi (jos esimerkiksi yhden lääkärin terveyskeskuksessa ei voi arvioida palautteen saamista esimiehiltä)

	1	2	3	4	5	En osaa sanoa	Ei sovellu vastattavaksi
Koen tietoni ehkäisyneuvontatyössä riittäviksi	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
Koen taitoni ehkäisyneuvontatyössä riittäviksi	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
Olen saanut riittävästi koulutusta seksuaaliterveyden alalta	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
Koen ehkäisyneuvontatyön mielekkääksi	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
Minulla on työssäni ehkäisyasiakkaiden kanssa riittävästi aikaa keskusteluun, ohjaukseen ja neuvontaan	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
Työyksikössäni on selkeät toimintatavat ja -ohjeet	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
Työnjako lääkärin ja hoitajan välillä on selkeä ja toimiva	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
Yhteistyö lääkärin ja hoitajan välillä toimii hyvin	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
Saan tarvittaessa sujuvasti konsultaatioapua terveyskeskuksen sisällä	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
Saan tarvittaessa sujuvasti konsultaatioapua erikoissairaanhoidosta	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
Saan riittävästi palautetta työstäni asiakkailtani	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
Saan riittävästi palautetta työstäni esimiehiltäni	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
Työtoverini arvostavat ehkäisyneuvontatyötä	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
Esimieheni arvostavat ehkäisyneuvontatyötä	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
Olen kiinnostunut saamaan jatkokoulutusta seksuaaliterveyden alalta	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
Olen kiinnostunut ehkäisyneuvontatyön kehittamisestä työyksikössäni	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
Olen kiinnostunut tekemään itse tutkimustyötä seksuaaliterveyden alueella	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn

50) Montako tuntia arvioit saaneesi seksuaaliterveyteen (raskauden ehkäisyyn, sukupuolitauteihin, seksuaalisuuteen ym.) liittyvää koulutusta VIIIMEISEN KAHDEN VUODEN AIKANA?

Tuntia:

Tauko

51) Olisiko mielestäsi tarpeen laatia seksuaaliterveyspalveluita koskevia valtakunnallisia ohjeita toiminnan tueksi (esim. suosituksia klamydian seulonnasta, hormonaalisesta ehkäisystä tms.)?

€ Kyllä, viranomaistasolla annetuja toimintaohjeita, mistä asiasta?

€ Kyllä, Käypä hoito -suosituksia, mistä asiasta?

€ Muita, mitä?

€ Ei

€ En osaa sanoa

52) Millaisia kehitystarpeita seksuaaliterveyspalveluiden alueella mielestäsi on? Voit vastata oman työsi tai työyksikkösi näkökulmasta ja/tai yleisemmin.

53) Voit TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIASI kysymyksiin 49-52:

YHTEYSTIEDOT

54) Jos äitiysneuvolatyö ei kuulu tehtäviisi, voitko kirjoittaa tähän terveysasemallasi/terveyskeskuksessasi äitiysneuvolatyötä tekevän kollegan nimen!

55) Mikäli haluaisimme haastatella jatkossa tarkemmin terveyskeskuksessanne raskauden ehkäisyneuvontatyötä tekeviä työntekijöitä, voisimmeko haastatella myös Sinua?

Kyllä

Ehkä

Ei

VASTAAJAN YHTEYSTIEDOT

Pyydämme Sinua ystävällisesti täyttämään oheiset yhteystiedot puhelimitse tarvittaessa tehtävää kyselyn täydentämistä sekä mahdollista myöhempää syventävää haastattelua (ks. edellä) varten. Tiedonkeruuvaiheen jälkeen eivät terveyskeskukset tai sen työntekijät ole tunnistettavissa.

Etunimi

Sukunimi

Terveyskeskuksen nimi

Virkanimike

Sähköposti

Puhelin

56) Voit lopuksi halutessasi kommentoida vapaasti kyselyn teemaa tai itse kyselyä!

Kyselyn lähettämisohje:

Kun olet vastannut kyselyyn, rastita kohta **Haluan lähettää vastaukset** ja klikkaa **Lähetä valmis kysely** -painiketta. Tämän jälkeen et voi enää muuttaa vastauksiasi.

KIITOS VASTAUKSESTASI!

€ Haluan lähettää vastaukset

Lähetä valmis kysely



Vastausohjeet:

Kysymyksissä, joiden vastausvaihtoehtojen edessä on **ympyrä**, voit valita vain **yhden** vaihtoehdon. Kysymykset, joiden vaihtoehtojen edessä on **neliö**, mahdollistavat tarvittaessa **useamman** kuin yhden vaihtoehdon valinnan.

Varsinaisten kysymysten lomassa on varattu kunkin aihepiirin jälkeen **vapaata tilaa** mahdollisille täydentäville **kommenteillesi**, jos esimerkiksi et löydä annetuista vastausvaihtoehdoista sopivaa tai haluat muutoin tarkentaa vastaustasi. Muistathan tuolloin ilmoittaa, mitä kysymystä kommentoit (**kysymyksen numero**).

Sinulla on mahdollisuus pitää **tauko** kyselyyn vastaamisessa klikkaamalla kysymysten lomassa olevia **Tauko-painikkeita**. Ohjelma tallentaa annetut vastaukset ja voit **jatkaa** vastaamista sopivana ajankohtana **linkkisi** kautta. Voit myös muokata jo antamiasi vastauksia.

Osassa kysymyksiä tiedustellaan **henkilökohtaisia** ja osassa **toimipisteen** toimintakäytäntöjä. Jos toimipisteessä ei ole sovittuja tai vakiintuneita yhteisiä käytäntöjä, vastaa silloin oman toimintakäytäntösi mukaan.

Kyselyssä ehkäisyneuvolalla tarkoitetaan myös perhesuunnitteluneuvolaa.

VASTAAJAN TAUSTATIEDOT

1) Sukupuoli:

Nainen

Mies

2) Ikä:

(vuosina)

3) Mikä on koulutuksesi? Valitse kaikki kyseeseen tulevat vaihtoehdot!

Terveystenhoitaja

Kätilö

Sairaanhoidtaja

Erikoissairaanhoidtaja, minkä alan?

Muu, mikä?

4) Minä vuonna olet valmistunut ammattiisi? Jos Sinulla on useampia tutkintoja, ilmoita ensimmäisen terveydenhuollon tutkinnon suoritusvuosi.

Vuonna:

5) Oletko saanut seksuaalineuvojan täydennyskoulutuksen?

Kyllä. Kuinka laajan?

En

6) Kuinka kauan olet yhteensä työskennellyt terveystieteissä?

0-2 vuotta

3-5 vuotta

6-10 vuotta

yli 10 vuotta

7) Millainen on työnkuvasi? Valitse kaikki osa-alueet, joita työhösi kuuluu!

Ehkäisyneuvonta

Äitiysneuvolatyö

Lastenneuvolatyö

Kouluterveydenhuolto

Opiskelijaterveydenhuolto

Työterveyshuolto

Aikuisten terveysneuvonta

Kotisairaanhoido

Sairasvastaanotto

Muu, mikä?

8) Missä toimipisteessä tai -pisteissä teet ehkäisyneuvontatyötä?

Erillisessä (keskitetyssä) ehkäisyneuvolassa

Yhdistetyssä äitiys- ja ehkäisyneuvolassa

Oman väestövastuualueeni neuvolassa

Äitiysneuvolassa

Kouluterveydenhuollossa

Opiskelijaterveydenhuollossa

Työterveyshuollossa

Hoitajan vastaanotolla muun väestövastuun työn lomassa (ei erillistä neuvolavastaanottoa)

Hoitajan vastaanotolla muun työn lomassa (ei väestövastuuta, ei erillistä neuvolavastaanottoa)

Muualla, missä?

9) Paljonko arvioit tekeväsi ehkäisyneuvontatyötä viikossa?

Tuntia/viikko:

10) Voit TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIASI kysymyksiin 1-9:

Tauko

TOIMINTAKÄYTÄNNÖT

11) Mikä on tavallisesti ehkäisyasiakkaan hoitajan vastaanottokäynnille varatun ajan pituus?

Minuuttia:

12) Missä tilanteissa on yleensä tapana varata asiakkaalle pidempi vastaanottoaika?

- Ehkäisyn aloituskäynti
- Nuori asiakas
- Asiakas toivoo raskauden keskeytystä
- Muu tilanne, millainen?
- Vain tapauskohtaisesti harkiten
- Ei missään tilanteessa
- En tiedä

13) Kuinka pian ehkäisyasiakas yleensä pääsee toimipisteessänne vastaanotolle?

Odotusaika hoitajan vastaanotolle keskimäärin noin (montako arkipäivää):

Odotusaika lääkärin vastaanotolle keskimäärin noin (montako arkipäivää):

14) Onko terveyskeskuksessanne käytössä ehkäisyasiakkaiden alkuhaastattelun ja -tutkimuksen sekä seurannan apuna jokin seuraavista lomakkeista?

- "Ehkäisyneuvonnan alkuhaastattelu ja seuranta" -lomake (Kuntalomake 3440)
- Terveyskeskuksen oma lomake
- Sähköisen potilaskertomuksen ehkäisyn seurantalomake, mikä järjestelmä?
- Muu, mikä?
- Ei ole erillistä lomaketta käytössä
- En tiedä

15) Mitä seuraavista kirjallisista ohjeista raskauden ehkäisyneuvonnan toteuttamisesta ensisijaisesti noudatatte terveyskeskuksessanne?

- Terveyskeskuksen omaa ohjetta
- Lääkintöhallituksen ohjekirjettä vuodelta 1982 ("Ohjeet raskauden ehkäisyneuvonnasta")
- Yleislääkärin käsikirjan ja tietokannan (YKT) ohjeita
- Muuta ohjetta, mitä?
- Ei mitään ohjetta
- En tiedä

16) Tekeekö terveyskeskuksessanne hoitaja ehkäisyasiakkaille joitain seuraavista tutkimuksista?

- PAPA-näytteen otto
- PAPA-lähete laboratorioon näytteenottoa varten
- Gynekologisten infektiönäytteiden otto (emättimestä/kohdunsuulta)
- Lähete laboratorioon klamydiavirtsanäytettä varten (itsenäisesti ilman lääkärin päätöstä)
- Emättimen inspektio (spekulatutkimus)
- Gynekologinen sisätutkimus (kohdun ja sivuelinten palpaatio)
- Kierukan asettaminen
- Kierukan poisto
- Kierukan paikannus ultraäänellä
- Muu gynekologinen ultraäänitutkimus (ei raskauden seurantaan liittyvä)

17) Osallistuuko terveyskeskuksessanne hoitaja raskaudenkeskeytysasiakkaiden jälkitarkastukseen ja ehkäisyneuvontaan?

Kyllä

Ei

En tiedä

18) Jos hoitaja osallistuu raskauden keskeytysasiakkaiden jälkitarkastukseen ja ehkäisyneuvontaan, voitko kertoa tarkemmin käytännöstänne:

Esimerkiksi keskeytysasiakkaat tulevat ennen lääkärin jälkitarkastusta ehkäisyneuvolan hoitajan vastaanotolle tms. järjestely.

19) Käykö vastaanotollasi miehiä ehkäisyneuvontaan tai muuten seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa?

Kyllä, naisasiakkaan (kumppaninsa) mukana

Kyllä, miehen sterilisaatiota harkittaessa

Kyllä, keskustelemassa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista

Kyllä, muunlaisissa asioissa, millaisissa?

Ei

20) Osallistuuko terveyskeskuksessanne hoitaja väestölle suunnattuun seksuaalivalistustyöhön terveyskeskustöiden ulkopuolella (esim. koulujen vanhempainillat, yleisöluennot)?

Kyllä

Ei

En tiedä

21) Voit TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIASI kysymyksiin 11-20:

EHKÄISYN ALOITTIMINEN

22) Mitkä tutkimukset kuuluvat toimipisteessänne ehkäisyasiakkaan ALKUTUTKIMUKSEEN anamneesin lisäksi, kun suunnitellaan seuraavien ehkäisymenetelmien aloitusta?

ALKUTUTKIMUKSELLA tarkoitetaan tässä tutkimuksia, jotka tehdään ehkäisyn aloituskäynnillä tai viimeistään ensimmäisellä kontrollikäynnillä pääsääntöisesti kaikille ko. menetelmän aloittanille.

	Yhdistelmäehkäisytabletit	Ehkäisyrengas/ -laastari	Kuparikerukka	Hormonikerukka
Verenpaineen mittaus	€	€	€	€
Painoindeksi (BMI) määrittäminen tai painon mittaus	€	€	€	€
Gynekologinen sisätutkimus	€	€	€	€
Gynekologinen ultraäänitutkimus	€	€	€	€
Rintojen palpautus	€	€	€	€
PAPA-tutkimus	€	€	€	€
Klamydiatesti	€	€	€	€
Maksaentsyymit (ALAT/ASAT/GT)	€	€	€	€
Hemoglobiini/hematokriitti	€	€	€	€
Raskaustesti	€	€	€	€
HIV-testi	€	€	€	€

23) Miten usein tapaat käsitellä ehkäisyasiakkaan kanssa ehkäisyn aloituskäynnillä seuraavia asioita?

	Lähes jokaisen asiakkaan kanssa	Melko monen asiakkaan kanssa	Noin joka toisen asiakkaan kanssa	Melko harvan asiakkaan kanssa	Hyvin harvan asiakkaan kanssa	En koskaan	En osaa sanoa
Nykyinen pari- tai seurustelusuhte	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Aiemmat sukupuolisuhteet	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Sukupuolitautien ehkäisy	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

24) Mitä seuraavista ehkäisymenetelmistä toimipisteessäsi ALOITETAAN ehkäisyasiakkaille ja kuinka usein?

Kysymys EI koske reseptin uusintoja tai ehkäisyasiakkaiden seurantakäyntejä.

	Viikottain	Kuukausittain	Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	Ei koskaan	En osaa sanoa
Yhdistelmäehkäisytabletit	ja	ja	ja	ja	ja
Minipillerit	ja	ja	ja	ja	ja
Ehkäisyrengas	ja	ja	ja	ja	ja
Ehkäisytabletti	ja	ja	ja	ja	ja
Kuparikerukka	ja	ja	ja	ja	ja
Hormonikerukka	ja	ja	ja	ja	ja
Progesteriinihormoni	ja	ja	ja	ja	ja
Ehkäisykapselit	ja	ja	ja	ja	ja
Pessari	ja	ja	ja	ja	ja

30) Suositteletko jälkitarkastuksessa imetystä yksinomaisena ehkäisymenetelmänä?

- Kyllä, usein
 Kyllä, joskus
 Kyllä, mutta harvoin
 En koskaan

Tauko

31) Voit TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIASI kysymyksiin 27-30:

EHKÄISYASIAKKAIDEN SEURANTA

32) Milloin ehkäisyn aloittamisen jälkeen toimipisteessänne yleensä järjestetään EHKÄISYPIILLEREIDEN käyttäjien seurantakäynnit?

1. seurantakäynti: monenko kuukauden kuluttua aloituksesta?

2. seurantakäynti: monenko kuukauden kuluttua aloituksesta?

Jatkoseuranta: monenko kuukauden välein?

33) Keitä työntekijöitä ehkäisypillerasiakas yleensä tapaa seurantakäynneillä?

	Hoitajan ja lääkärin	Hoitajan	Lääkärin	Hoitajan ja tarvittaessa lääkärin
1. seurantakäynti aloituksesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. seurantakäynti aloituksesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jatkoseuranta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34) Onko toimipisteessänne tapana ottaa ehkäisypillereiden käyttäjiltä PAPA-näytteitä (tai antaa lähete terveyskeskuksen laboratorioon)?

Kyllä, säännöllisesti. Monenko vuoden välein?

Kyllä, tarpeen mukaan

Ei, mutta neuvomme asiakasta ottamaan PAPA-näytteen omalla kustannuksellaan

Ei

En tiedä

35) Onko toimipisteessänne tapana ottaa ehkäisypillereiden käyttäjiltä klamydiatesti?

Kyllä, säännönmukaisesti. Miten usein tai missä tilanteissa?

Kyllä, tarpeen mukaan

Ei

En tiedä

36) Milloin ehkäisyn aloittamisen jälkeen toimipisteessänne yleensä järjestetään KUPARIKIERUKAN käyttäjien seurantakäynnit?

1. seurantakäynti: monenko kuukauden kuluttua aloituksesta?

Jatkoseuranta: monenko kuukauden välein?

37) Keitä työntekijöitä kuparikierukan käyttäjä yleensä tapaa seurantakäynneillä?

	Hoitajan ja lääkärin	Hoitajan	Lääkärin	Hoitajan ja tarvittaessa lääkärin
1. seurantakäynti aloituksesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jatkoseuranta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38) Onko toimipisteessänne tapana ottaa kuparikierukan käyttäjiltä PAPA-näyte (tai antaa lähete terveyskeskuksen laboratorioon)?

Kyllä, säännöllisesti. Kuinka usein?

Kyllä, tarpeen mukaan

Ei, mutta neuvomme asiakasta otattamaan PAPA-näytteen omalla kustannuksellaan

Ei

En tiedä

39) Milloin ehkäisyn aloittamisen jälkeen toimipisteessänne yleensä järjestetään HORMONIKIERUKAN käyttäjien seurantakäynnit?

1. seurantakäynti: monenko kuukauden kuluttua aloituksesta?

Jatkoseuranta: monenko kuukauden välein?

40) Keitä työntekijöitä hormonikierukan käyttäjä yleensä tapaa seurantakäynneillä?

	Hoitajan ja lääkärin	Hoitajan	Lääkärin	Hoitajan ja tarvittaessa lääkärin
1. seurantakäynti aloituksesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jatkoseuranta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tauko

41) Onko toimipisteessänne tapana ottaa hormonikierukan käyttäjiltä PAPA-näyte (tai antaa lähete terveyskeskuksen laboratorioon)?

Kyllä, säännöllisesti. Kuinka usein?

Kyllä, tarpeen mukaan

Ei, mutta neuvomme asiakasta otattamaan PAPA-näytteen omalla kustannuksellaan

Ei

En tiedä

42) Voit TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIASI kysymyksiin 32-41:

EHKÄISYVÄLINEIDEN ILMAISJAKELU

43) Tarjoaako terveyskeskuksenne mitään ehkäisyvälineitä asiakkaille maksutta?

Kyllä

Ei, SIIRRY KYSYMYKSEEN 48

En tiedä, SIIRRY KYSYMYKSEEN 48

44) Missä tilanteissa ja kuinka pitkäksi aikaa asiakas saa ilmaiseksi EHKÄISYPILLEREITÄ?

Aloitettaessa terveyskeskuksessa ehkäisyä ensimmäisen kerran, moneksiko kuukaudeksi?

Aloitettaessa e-pilleriehkäisyä ensimmäisen kerran, moneksiko kuukaudeksi?

Vaihdettaessa haittavaikutusten takia e-pillereistä toisiin, moneksiko kuukaudeksi?

Synnytyksen jälkeen, moneksiko kuukaudeksi?

Raskauden keskeytyksen jälkeen, moneksiko kuukaudeksi?

Muussa tilanteessa, milloin ja moneksiko kuukaudeksi?

Ei e-pillereiden ilmaisjakelua

En tiedä

45) Missä tilanteissa ja kuinka pitkäksi aikaa asiakas saa ilmaiseksi EHKÄISYRENGKAITA/-LAASTAREITA?

Aloitettaessa terveyskeskuksessa ehkäisyä ensimmäisen kerran, moneksiko kuukaudeksi?

Aloitettaessa rengas-/laastariehkäisyä ensimmäisen kerran, moneksiko kuukaudeksi?

Synnytyksen jälkeen, moneksiko kuukaudeksi?

Raskauden keskeytyksen jälkeen, moneksiko kuukaudeksi?

Muussa tilanteessa, milloin ja moneksiko kuukaudeksi?

Ei renkaiden/laastareiden ilmaisjakelua

En tiedä

46) Missä tilanteissa asiakas saa ilmaiseksi KUPARIKIERUKAN?

Aloitettaessa terveyskeskuksessa ehkäisyä ensimmäisen kerran

Aloitettaessa kuparikierukkaehkäisyä ensimmäisen kerran

Synnytyksen jälkeen

Raskauden keskeytyksen jälkeen

Muussa tilanteessa, milloin?

Ei kuparikierukan ilmaisjakelua

En tiedä

47) Missä tilanteissa asiakas saa ilmaiseksi HORMONIKIERUKAN?

Aloitettaessa terveyskeskuksessa ehkäisyä ensimmäisen kerran

Aloitettaessa hormonikierukkaehkäisyä ensimmäisen kerran

Synnytyksen jälkeen

Raskauden keskeytyksen jälkeen

Muussa tilanteessa, milloin?

Ei hormonikierukan ilmaisjakelua

En tiedä

48) Saavatko asiakkaanne joitakin seuraavista ehkäisyvälineistä terveyskeskuksen kautta alennettuun hintaan apteekkihintaan verrattuna?

- Kuparikierukka
- Hormonikierukka
- Ehkäisykapselit
- Muita välineitä, mitä?
- Eivät saa mitään välineitä alennettuun hintaan
- En tiedä

49) Saavatko nuoret asiakkaat (esim. alle 20-vuotiaat) edellä mainitun LISÄKSI tukea ehkäisyvälineiden hankintaan erityisjärjestelyin?

- Kyllä, mitä?
- Ei
- En tiedä

50) Voit TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIASI kysymyksiin 43-49:

Tauko

JÄLKI EHKÄISY

51) Saako terveyskeskuksestanne ilmaiseksi jälkiehkäisytabletteja?

- Kyllä
- Ei, SIIRRY KYSYMYKSEEN 54
- En tiedä, SIIRRY KYSYMYKSEEN 54

52) Missä tilanteissa ja/tai millaisille asiakkaille terveyskeskuksestanne annetaan ilmaiseksi jälkiehkäisytabletteja?

- Aina tarvittaessa
- Vähävaraisille asiakkaille
- Nuorille asiakkaille
- Kondomienkäytön rinnalle jo ennen mahdollista jälkiehkäisytablettien tarvetta
- Muussa tilanteessa, milloin?
- En tiedä

53) Mistä terveyskeskuksestanne toimipisteistä asiakas saa ilmaiseksi jälkiehkäisytabletteja?

- Ehkäisyneuvolasta
- Päivystysvastaanotolta
- Omalääkärin tai muun terveyskeskuslääkärin vastaanotolta
- Kouluterveydenhuollosta
- Opiskelijaterveydenhuollosta
- Muualta, mistä?
- En tiedä

54) Onko terveyskeskuksessanne valmius asettaa tarvittaessa kuparikierukka jälkiehkäisyä?

Kyllä

Ei

En tiedä

55) Voit TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIASI kysymyksiin 51-54:

KOULUTUS JA TYÖN KEHITTÄMINEN

56) Vastaa seuraaviin EHKÄISYNEUVONTATYÖTÄSI koskeviin väittämiin asteikolla 1-5, jossa 1 = täysin samaa mieltä, 5 = täysin eri mieltä

	1	2	3	4	5	En osaa sanoa
Koen tietoni ehkäisyneuvontatyössä riittäviksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen taitoni ehkäisyneuvontatyössä riittäviksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen saanut riittävästi koulutusta seksuaaliterveyden alalta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen ehkäisyneuvontatyön mielekkääksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulla on työssäni ehkäisyasiakkaiden kanssa riittävästi aikaa keskusteluun, ohjaukseen ja neuvontaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työyksikössäni on selkeät toimintatavat ja -ohjeet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työnjako lääkärin ja hoitajan välillä on selkeä ja toimiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteistyö lääkärin ja hoitajan välillä toimii hyvin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saan tarvittaessa sujuvasti konsultaatioapua terveyskeskuksen sisällä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saan tarvittaessa sujuvasti konsultaatioapua erikoissairaanhoidosta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saan riittävästi palautetta työstäni asiakkailtani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saan riittävästi palautetta työstäni esimiehiltäni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työtoverini arvostavat ehkäisyneuvontatyötä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esimieheni arvostavat ehkäisyneuvontatyötä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen kiinnostunut saamaan jatkokoulutusta seksuaaliterveyden alalta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen kiinnostunut ehkäisyneuvontatyön kehittämisestä työyksikössäni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen kiinnostunut tekemään itse tutkimustyötä seksuaaliterveyden alueella	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

57) Montako tuntia arvioit saaneesi seksuaaliterveyteen (raskauden ehkäisyyn, sukupuolitauteihin, seksuaalisuuteen ym.) liittyvää koulutusta VIIMEISEN KAHDEN VUODEN AIKANA?

Tuntia:

58) Olisiko mielestäsi tarpeen laatia seksuaaliterveyspalveluita koskevia valtakunnallisia ohjeita toiminnan tueksi (esim. suosituksia klamydian seulonnasta, hormonaalisesta ehkäisystä tms.)?

Kyllä, viranomaistasolla annetuja toimintaohjeita, mistä asiasta?

Kyllä, Käypä hoito -suosituksia, mistä asiasta?

Muita, mitä?

Ei

En osaa sanoa

59) Millaisia kehitystarpeita seksuaaliterveyspalveluiden alueella mielestäsi on? Voit vastata oman työsi tai työyksikkösi näkökulmasta ja/tai yleisemmin.

60) Voit TÄYDENTÄÄ tai KOMMENTOIDA VASTAUKSIASI kysymyksiin 56-59: :

Tauko

YHTEYSTIEDOT

61) Jos äitiysneuvolatyö ei kuulu tehtäviisi, voitko kirjoittaa tähän terveysasemallasi/terveyskeskuksessasi äitiysneuvolatyötä tekevän hoitajan nimen?

62) Mikäli haluaisimme haastatella jatkossa tarkemmin terveyskeskuksessanne raskauden ehkäisyneuvontatyötä tekeviä työntekijöitä, voisimmeko haastatella myös Sinua?

Kyllä

Ehkä

Ei

VASTAAJAN YHTEYSTIEDOT

Pyydämme Sinua ystävällisesti täyttämään oheiset yhteystiedot puhelimitse tarvittaessa tehtävää kyselyn täydentämistä sekä mahdollista myöhempää syventävää haastattelua (ks. edellä) varten. Tiedonkeruuvaiheen jälkeen eivät terveyskeskukset tai sen työntekijät ole tunnistettavissa.

Etunimi

Sukunimi

Terveyskeskuksen nimi

Ammattinimike

Sähköposti

Puhelin

63) Voit lopuksi halutessasi kommentoida vapaasti kyselyn teemaa tai itse kyselyä!

[Kyselyn lähettämisohje:](#)

Kun olet vastannut koko kyselyyn, rasiita kohta **Haluan lähettää vastaukset** ja klikkaa **Lähetä valmis kysely** -painiketta. Tämän jälkeen et voi enää muuttaa vastauksiasi.

KIITOS VASTAUKSESTASI!

€ Haluan lähettää vastaukset

Lähetä valmis kysely

Raskauden ehkäisyneuvonta terveyskeskuksissa

Kyselytutkimus TAYS:n erityisvastuualueella

Lähtökohdat Raskauden ehkäisyneuvonnan järjestämistavoista terveyskeskuksissa ei ole ollut käytettävissä ajan-kohtaista tietoa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää terveyskeskusten ehkäisypalvelujen nykytilaa.

Menetelmät TAYS:n erityisvastuualueen terveyskeskuksissa (n = 63) toteutettiin syksyllä 2005 sähköpostikysely. Lomakkeet suunnattiin johtaville lääkäreille (vastausprosentti 78), hoitotyön johtajille (95 %) sekä 122:lle ehkäisyneuvontatyötä tekeväälle lääkärille (69 %) ja 128 hoitajalle (92 %). Aineistoon kertyi 72 lääkärin ja 100 hoitajan vastaukset, jotka edustavat yhteensä 105 toimipaikkaa.

Tulokset Ehkäisyneuvontapalvelut oli terveyskeskuksissa järjestetty vaihtelevin tavoin, yleensä neuvolatyönä (83 %) ja tavallisimmin äitiysneuvolatyöhön yhdistettynä (n = 34, 54 %). Ehkäisyneuvontaa oli 11 terveyskeskuksessa tarjolla ensisijaisesti lääkärin ajanvarausvastaanotolla. Hoitajan vastaanotolle pääsi 52 %:ssa toimipaikoista viimeistään kolmessa päivässä. Lääkärin vastaanotolle odotusajat olivat selvästi pidempiä. Ehkäisyvälineiden ilmaisjakelukäytännöt vaihtelivat toimipaikkojen välillä. Ehkäisyneuvonnan kehittämisen vastuuhenkilö puuttui kolmasosasta terveyskeskuksista.

Päätelmät Ehkäisyneuvonnan järjestämistavat ovat vaihtelevia. Palveluihin pääsyssä on puutteita. Jotta tasa-arvo palveluissa toteutuisi, tulisi panostaa ehkäisyneuvonnan kehittämiseen ja johtamiseen.

Seksuaaliterveyden edistämisestä on julkaistu viime vuosina useita strategioita ja suosituksia (1,2,3,4). Maailman terveysjärjestön (WHO) Euroopan alueen seksuaali- ja lisääntymisterveyden strategia (1) antaa yleisiä suosituksia palvelujen järjestämisestä, laadusta, arvioinnista ja henkilökunnan koulutuksesta. Perusterveydenhuollon asema nähdään tärkeänä. Laadukkaiden seksuaaliterveyspalvelujen keskeisiä piirteitä ovat palvelujen helppo saatavuus, kokonaisvaltaisuus, hyvä tekninen laatu, asiakkaan mahdollisuus tiedonsaantiin sekä hyvä vuorovaikutus asiakkaan ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä (5).

Raskauden ehkäisyneuvontapalvelut ovat seksuaaliterveyspalvelujen ydinsisältöä. Niitä koskevia suosituksia sisältyy edellä mainittuihin asiakirjoihin. WHO on laatinut suosituksia ehkäisyneuvontamenetelmien käytöstä ja menetelmien aloittamiseen liittyvistä tutkimuksista ja käyttäjien seurannasta (6,7). Suomessa viimeisimmät valtakunnalliset ohjeet raskauden ehkäisyneuvontapalvelujen järjestämisestä ovat vuodelta 1982 (8). Sen jälkeen on julkaistu vain Käypä hoito -ohjeet raskauden keskeytyksen hoidosta (9) ja jälkiehkäisyneuvontaan (10). Ehkäisyneuvontaan ei ole annettu suosituksia henkilöstön mitoitukselta, toisin kuin äitiys- ja lastenneuvolatyöhön tai koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon (11,12,13,14).

Neljännes 25–44-vuotiaiden naisten lääkarissäkänneistä on arvioitu tehtävän raskauden ehkäisyneuvontaa ja näistä suuri osa toteutuu terveyskeskuksissa (15). Terveyskeskuksissa on toteutettu maksutonta ehkäisyneuvontaa vuodesta 1972 kansanterveyslakiin perustuen. Työ oli tuloksellista kahden ensimmäisen vuosikymmenen ajan raskaudenkeskeytyslukujen perusteella arvioituna. Myönteinen kehitys pysähtyi 1990-luvun puolivälissä. Erityisesti alle 25-vuotiaiden keskeytysluvut alkoivat kasvaa (16). Hiljattain synnyttäneiden naisten raskauden keskeytysten lisääntyminen viittaa ongelmiin ehkäisyneuvonnan toteutuksessa (17).

Terveyskeskusten ehkäisyneuvontapalvelujen nykytilasta on hyvin niukasti tietoa. Valtakunnallisten tilastojen mukaan perhesuunnittelukäynnit ovat vähentyneet vuodesta 1997 (18), mutta tilastoinnin luotettavuutta ei tiedetä. Viimeisimmät tutkimukset aiheesta on tehty 1990-luvun puolivälissä (19,20). Yhteiskunnallisten ja terveydenhuollon muutosten (talouselämyksen, valtionosuusjärjestelmän purkaminen, väestövastuuseen siirtyminen, lääkäri-vaje) on arveltu heikentäneen erityisesti ehkäisevän terveydenhuollon kehitystä. Kouluterveydenhuollon palvelujen – ja siten kouluterveydenhuollon tarjoamien seksuaaliterveyspalvelujen ja -kasvatuksen – tiedetään olleen supistusten kohteena (18,21,22). Samanlaisia arveluja on julkisuudessa esitetty myös raskauden ehkäisy- palvelujen tilanteesta.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kuvata, miten ehkäisy- neuvontapalvelut järjestetään terveyskeskuksissa. Kysymystä lähestyttiin sekä terveyskeskusorganisaation että ehkäisy- neuvontatyötä toteuttavien toimipaikkojen näkökulmasta. Terveyskeskusten johdolle (johtaville lääkäreille ja hoitotyön johtajille) suunnatuilla kyselyillä tutkittiin ehkäisyneuvon- nan järjestämistapaa, henkilöstön koulutusta ja kehittämis-

vastuuta. Terveyskeskusten eri toimipaikoissa raskauden ehkäisyneuvontatyötä tekeville lääkäreille ja hoitajille osoite- tuilla kyselyillä tutkittiin työntekijöiden koulutustaustaa, työnkuvaa, jonotusaikoja ehkäisyneuvontaan ja vastaanotto- käynnin kestoa, ehkäisyvälineiden ilmaisjakelua sekä ehkäi- syneuvontatyön ohjeistusta ja kirjaamista.

Artikkelissa käytetään jatkossa termejä ehkäisyneuvonta ja -neuvola synonyymeina perhesuunnitteluneuvonnalle ja -neuvolalle.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimus toteutettiin osana Suomen Akatemian rahoitta- maa Perusterveydenhuollon tutkimuskonsortion (PERTTU) hanketta. Aineisto kerättiin syksyllä 2005 terveyskeskusten työntekijöille henkilökohtaisesti suunnatuilla sähköposti- kyselyillä (Webropol Real Time Analyzer, Webropol Oy). Tarvittaessa kyselyyn saattoi vastata myös paperilomakkeella.

Kysely tehtiin kaikille Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen terveyskeskuksille (n = 63), jotka vastasi- vat yhteensä 107 kunnan perusterveydenhuollon palveluista. Aluksi tehtiin esikartoitus Sisä-Suomen ja Pohjanmaan ter- veyskeskusten koulutusvastaavien verkoston avulla. Näin oli mahdollista kohdentaa kysely ehkäisyneuvontatyöhön par- haiten perehtyneille työntekijöille kussakin terveyskeskuk- sessä (kuvio 1).

Kyselylomakkeet laadittiin erikseen kaikille neljälle kuviossa 1 mainitulle vastaajaryhmälle. Lomakkeet sisälsivät strukturoituja, puolistrukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Lääkäreille ja hoitajille suunnatut kyselylomakkeet testattiin tutkimusalueen ulkopuolisilla ehkäisyneuvolatyötä tekevilla koevastaajilla (n = 12 ja n = 8). Lomakkeet käännettiin ruotsiksi ja lähetettiin suomenkielisten versioiden ohella kaksi- ja ruotsinkielisiin terveyskeskuksiin. Vastaamattomil- le lähetettiin kahdesti uusintakysely.

Johtaville lääkäreille ja hoitotyön johtajille lähetettiin kuhunkin terveyskeskukseen molemmille yksi lomake. Lääkäreille ja hoitajille lähetettiin lomakkeet kuntakohtaisesti. Kyselylomakkeet lähetettiin useammalle lääkärille ja hoi- tajalle kunnassa, jos ehkäisyneuvontaa toteutettiin useam- massa toimipaikassa. Kahteen pienimpään, alle 1 200 asuk- kaan kuntaan sekä kuntaan, jossa ei tutkimushetkellä työ- kennellyt yhtään lääkäriä, ei lähetetty kyselyjä lääkärille ja hoitajalle. Kaikki kolme olivat terveyskeskuskuntayhtymien jäsenkuntia, joten tiedot niistä saatiin kuitenkin terveyskes- kustasolla.

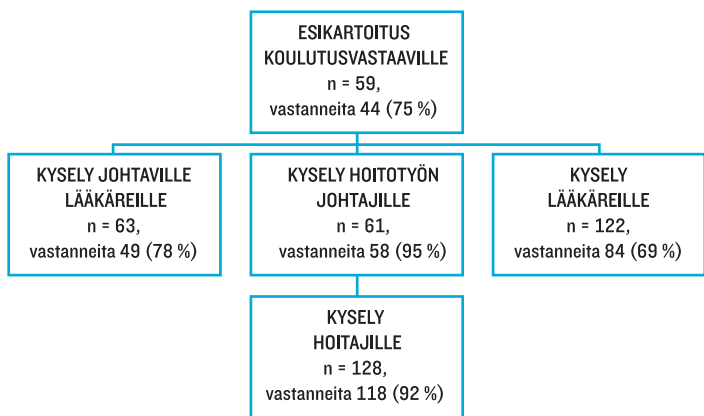
Niiden terveyskeskusten (n = 14) osalta, joiden johtavat lääkärit eivät vastanneet kyselyyn, kerättiin väestöpohjaa ja väestövastuuta koskevat tiedot Kuntaliiton tiedostoista sekä kuntien ja terveyskeskusten internet-sivuilta ja ehkäisyneu- vontapalvelujen järjestämistapaa koskevat tiedot esikartoi- tuksesta sekä eri työntekijäryhmien vastauksista.

Johtavan lääkärin vastaus saatiin 49/63 terveyskeskukse- sta, hoitotyön johtajan vastaus 58 terveyskeskuksesta (kuvio 1). Kahdessa terveyskeskuksessa ei ollut lainkaan nimettyä hoitotyön esimiestä.

Toimipaikkakohtaiseen tarkasteluun otettiin kuntaa koh- den vain yksi lääkäri ja yksi hoitaja, paitsi kolmesta suuresta

Kuvio 1.

Kaavio toteutetuista kyselyistä (n = lähetettyjen kyselyjen määrä) ja vastaajien selvittämisestä sekä vastausmäärät ja -prosentit.



Taulukko 1.

Tutkimuksessa mukana olevat toimipaikat TAYS:n erityisvastuualueen terveyskeskuksissa.

Toimipaikat	n	Toimipaikat, joista saatiin vastaus		
		lääkäriltä (n = 72) ²	hoitajalta (n = 100) ³	lääkäriltä ja/ tai hoitajalta
Suuret kaupungit (n = 3) ¹	8	8	8	8
Muut kunnat (n = 104)	99	70	93	97
Yhteensä	107	78	101	105

¹ Tampere, Lahti, Hämeenlinna.

² Neljä lääkäriä teki ehkäisyneuvontatyötä useammassa kuin yhdessä terveyskeskuksen toimipaikassa.

³ Yksi hoitaja teki ehkäisyneuvontatyötä kahdessa terveyskeskuksen toimipaikassa.

kaupungista (taulukko 1). Näistä otettiin mukaan kaikki keskitetysti palveluja tarjoavat toimipaikat ja niistä kaikista yksi lääkäri ja hoitaja. Muista kunnista, joista oli käytettävissä useampi kuin yksi lääkärin tai hoitajan vastaus (n = 11), otettiin mukaan tähän tarkasteluun ensisijaisesti pääterveysasemaa edustava ja toissijaisesti eniten ehkäisyneuvontatyötä tekevän työntekijän vastaus. Tarkasteltuja toimipaikkoja kertyi näin yhteensä 105.

Lääkäri- ja hoitajavastaajien taustatiedot esitetään taulukossa 2. Runsas puolet lääkäreistä oli yleislääketieteen erikoislääkäreitä, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäreitä oli kolme. Seitsemän toimi myös terveyskeskuksensa johtavana lääkärinä. Yleisin hoitajien peruskoulutus oli terveydenhoitajan tutkinto. Kolmasosalla oli sekä terveydenhoitajan että kättilön koulutus.

Tilastomenetelmät

Aineisto kerättiin Webropol-järjestelmästä Excel-tilaukoina, joihin paperilomakkeilla saapuneet vastaukset (26 %) tallennettiin. Aineisto analysoitiin käyttäen SPSS for Windows -ohjelmaa (versio 13.0). Tulokset esitetään frekvenssijakaumina.

Tulokset terveyskeskustason kyselystä

Lähes puolet terveyskeskuksista toimi väestö- tai aluevastuusesti, riippumatta sovellettavasta virkaehtosopimuksesta (taulukko 3). Lääkärien neuvolatyö toteutui vain neljässä terveyskeskuksessa kokonaan väestövastuuperiaatteella, terveydenhoitajien työ kolmessa. Kaikissa lääkärin viroissa oli ainakin väliaikainen viranhoitaja 24 terveyskeskuksessa. Kokonaan hoitamattomia lääkärin virkoja oli terveyskeskusta kohden keskimäärin 1,1.

Palvelujen järjestäminen

Ehkäisyneuvontapalvelut oli järjestetty neuvolanimikkeellä 52 terveyskeskuksessa (83 %), yleisimmin yhdistetyssä äitiys- ja ehkäisyneuvolassa (taulukko 4). Erillinen, keskitetty ehkäisyneuvola oli 13 terveyskeskuksessa. Ainakin yksi erillinen ehkäisyneuvola tai yhdistetty äitiys- ja ehkäisyneuvola oli kaikkiaan 47 terveyskeskuksessa (75 %), joista 18 oli väestövastuuterveyskeskuksia. Yhdessätoista terveyskeskuksessa palvelut olivat tarjolla vain lääkärin ajanvarausvastaanotolla. Näistä kuusi oli väestövastuuterveyskeskuksia. Kolmessa terveyskeskuksessa oli nuorille oma keskitetty toimipiste.

Palveluihin pääsyn rajoituksia kysyttiin niiltä terveyskeskuksilta, joissa oli erillinen tai äitiysneuvolan yhteydessä toimiva ehkäisyneuvola. Vastauksia saatiin 33. Kahden suuren kaupungin terveyskeskuksissa palvelut oli rajattu alle 35-vuotialle. Poikkeuksia olivat toisessa kierukkaehkäisyaloitus, synnytyksen jälkeisen ehkäisyhoito sekä psykososiaalisista tai psykiatrisista ongelmista kärsivät, toisessa synnytyksen jälkeinen ehkäisy kolmen vuoden ajan. Ehkäisyneuvonnan täydellisiä tai osittaisia toimintasulkuja kesällä 2005 ilmoitti 17 vastaajaa 33:sta. Täydellisiä 2–10 viikon mittaisia toimintasulkuja oli yhdeksässä terveyskeskuksessa.

Kehittämismäärä ja täydennyskoulutus

Perhesuunnittelupalvelujen kehittämisestä vastaava lääkäri löytyi johtavien lääkärin mukaan 20 (43 % vastanneista) terveyskeskuksesta. Palvelujen kehittämisestä vastaava hoitaja oli hoitotyön johtajien vastausten perusteella 22 (38 % vastanneista) terveyskeskuksessa. Yhdeksässä terveyskeskuksessa oli nimetty molemmat, 24:ssä jompikumpi. Lopuissa kumpaakaan kehittämisvastuuseen nimettyä työntekijää ei ollut tai tietoa ei saatu.

Johtavista lääkäreistä 14 arvioi terveyskeskuksen ehkäisyneuvontatyötä tekevien lääkärin saavan alan täydennyskoulutusta säännöllisesti, mutta useimmat (n = 33, 67 % vastanneista) katsoivat koulutuksen jäävän satunnaiseksi. Hoitotyön johtajista 25 ilmoitti hoitajien koulutuksen olevan säännöllistä ja 30 (52 % vastanneista) satunnaista.

Tulokset toimipaikkatason kyselystä

Ehkäisyneuvonta lääkärin ja hoitajien työssä

Suurella osalla lääkäreistä oli laaja työnkuva (taulukko 5). Tavallisimmat tehtävät ehkäisyneuvonnan ohella olivat sairausvastaanotto (93 % vastanneista), päivääikainen päivystysvas-

Taulukko 2.

Raskauden ehkäisyneuvontaa toteuttavien toimipaikkojen lääkärin (n = 72) ja hoitajien (n = 100) taustatiedot.

Taustatieto	Lääkärit		Hoitajat	
	n	%	n	%
Sukupuoli				
Nainen	58	81	100	100
Mies	14	19	0	0
Ikäryhmä, v				
Alle 35	7	10	9	9
35–44	24	33	21	21
45–54	29	40	48	48
55 tai yli	12	17	22	22
Lääkärin erikoistumiskoulutus				
Yleislääketieteen erikoislääkäri	39	54		
Naistentautien ja synnytysten el.	3	4		
Muu erikoislääkäri	1	1		
Yleislääket. erikoistuva lääkäri	5	7		
Ei erikoistunut/erikoistumassa	21	29		
Tieto puuttuu	3	4		
Lääkärin toimenkuva				
Väestövastuulääkäri	33	46		
Muu terveyskeskuslääkäri	31	43		
Neuvolalääkäri	3	4		
Muu	5	7		
Hoitajan peruskoulutus				
Terveydenhoitaja			92	92
Sairaanhoitaja/erikoissairaanhoitaja			53	53
Kättilö			37	37
Hoitajan täydennyskoulutus				
Seksuaalineuvoja			5	5
Työkokemus terveyskeskuksessa, v				
0–2	6	8	6	6
3–5	3	4	5	5
6–10	11	15	12	12
Yli 10	52	72	77	77

taanotto (83 %), äitiysneuvolatyö (82 %), lastenneuvolatyö (58 %) ja kotisairaanhoido (58 %). Hoitajien työnkuva oli suppeampi. Siihen kuului ehkäisyneuvonnan lisäksi yleisimmin äitiysneuvolatyö (81 % vastanneista), aikuisneuvonta (65 %) ja sairausvastaanotto (44 %).

Lääkäreistä 54 % ja hoitajista 26 % teki neuvolatyötä niin, että työkuvaan kuului sekä äitiys- ja lastenneuvola että ehkäisyneuvonta. Lääkäreistä 26 teki ehkäisyneuvontatyötä myös ajanvarausvastaanotolla neuvolatyön lisäksi ja kymmenen ainoastaan vastaanotolla.

Lääkärit ilmoittivat käyttävänsä ehkäisyneuvontaan keskimäärin 10 tuntia kuukaudessa (vaihteluväli 1–60 tuntia) ja hoitajat 7 tuntia viikossa (15 min – 39 tuntia) (taulukko 5). Ehkäisyasiakkaan käynnille varattu aika oli tavallisimmin

lääkärin vastaanotolle 20 tai 15 minuuttia ja hoitajan vastaanotolle 30 minuuttia. Hoitajien mukaan pidempiä vastaanottoaikoja annettiin yleisesti, erityisesti ehkäisyneuvonkävynille ja nuorille asiakkaille.

Hoitajilta kysyttiin arvioitua keskimääräistä odotusaikaa ehkäisyneuvontaan (kuvio 2). Pääsy hoitajan vastaanotolle oli pääsääntöisesti nopeaa, mutta lääkärin vastaanotolle pääsy oli selvästi hitaampaa. Pisimmillään odotusajat olivat hoitajalle 60–90 päivää ja lääkärille 60 päivää.

Lääkäreistä 15 % ja hoitajista 23 % vastasi, ettei ollut saanut lainkaan seksuaaliterveyteen liittyvää täydennyskoulutusta kahden edellisen vuoden aikana (taulukko 5). Muuttamalla yksittäisillä työntekijöillä koulutustunteja oli kertynyt satoja liittyen seksuaalineuvonnan täydennyskoulutukseen.

Taulukko 3.

Taustatiedot Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen terveyskeskuksista (n = 63).

Taustatieto	n	%
Terveyskeskuksen hallinto¹		
Itsenäinen kunta	42	67
Kuntayhtymä	21	33
Kieli²		
Suomenkielinen	55	87
Ruotsinkielinen tai kaksikielinen	8	13
Väestöpohja³		
Alle 8 000 asukasta	23	37
8 000–14 999 asukasta	19	30
15 000–49 999 asukasta	16	25
Yli 50 000 asukasta	5	8
Lääkärit väestövastuussa⁴		
Kyllä	29	46
Ei	34	54
Terveystoimijat väestövastuussa⁴		
Kokonaan	3	5
Osittain	34	54
Sektorityössä	21	33
Tieto puuttuu	5	8

¹Tiedot saatiin Kuntaliiton tiedostosta.

²Tiedot saatiin koulutusvastaavilta.

³Tiedot saatiin johtavilta lääkäreiltä, puuttuvat tiedot (n = 14) kerättiin Kuntaliiton tiedostoista sekä kuntien ja terveyskeskusten internet-sivuilta.

⁴Tiedot saatiin hoitotyön johtajilta.

Taulukko 4.

Ehkäisyneuvontapalvelujen järjestäminen Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen terveyskeskuksissa.¹

Neuvontapalvelun järjestäminen	n	%
Erillisessä ehkäisyneuvolassa	13	21
Yhdistetyssä äitiys- ja ehkäisyneuvolassa	34	54
Väestövastuualueen neuvolassa	5	8
Osana muuta vastaanottotyötä	11	17
Yhteensä	63	100

¹Tiedot saatu johtavalta lääkäriltä 49 terveyskeskuksesta, 14 terveyskeskuksen osalta tieto kerätty muiden työntekijäryhmien kyselyistä.

Ehkäisyvälineiden ilmaisjakelu

Ehkäisyä aloittaville annettiin käytännöllisesti katsoen kaikissa toimipaikoissa ehkäisytabletteja ilmaiseksi ja runsaassa kolmanneksessa synnytyksen tai raskauden keskeytyksen jälkeen (taulukko 6). Ehkäisytabletteja annettiin ilmaiseksi myös vaihdettaessa haittavaikutusten takia pillereistä toisiin 48 %:ssa toimipaikoista. Ilmaisjakelun kesto oli keskimäärin 4 ja pisimmillään 9 kuukautta. Ehkäisyrenkaan ja/tai ehkäisyvälineen ilmaisjakelua oli jonkin verran vähemmän. Renkaita ja/tai laastareita ilmoitettiin annettavan maksutta keskimäärin 4 kuukaudeksi.

Kahdessa kolmesta toimipaikasta kuparikierukka oli maksuton aloitettaessa kierukkaehkäisyä ensimmäisen kerran ja yhdessä neljästä synnytyksen jälkeen. Hormonikierukan saattoi saada maksutta pääasiassa silloin, kun samalla hoidettiin runsaita kuukautisvuotoja.

Hoitajilta tiedusteltiin myös, saavatko asiakkaat ehkäisyvälineitä terveyskeskuksen kautta alennettuun hintaan apteekkihintaan verrattuna. Toimipaikoista 25:ssä oli tarjolla ainakin yksi ehkäisyväline alennettuun hintaan: kuparikierukka 23:ssa, hormonikierukka 15:ssä ja ehkäisykapselit kahdessa toimipaikassa.

Ohjeet ja käyntien kirjaaminen

Kun kysyttiin terveyskeskuksessa käytössä olevaa ehkäisyneuvonnan kirjallista ohjetta, erosivat lääkärin ja hoitajien antamat vastaukset toisistaan. Lääkärit ilmoittivat yleisimmin käytössä olevan Lääkärin käsikirjan ja tietokannan ja hoitajat terveyskeskuksen oman ohjeen (taulukko 7).

Ehkäisyneuvontakäyntien kirjaamiseen käytettiin yleisimmin sähköisen potilas-/terveyskertomuksen lomaketta, mutta lähes yhtä usein vielä Ehkäisyneuvonnan alkuhaastattelu ja seuranta -lomaketta (Kuntalomake 3440).

Pohdinta

Tutkimus tehtiin Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen terveyskeskuksissa. Alueen kunnat edustavat 25 prosenttia maamme kunnista ja niissä on yhteensä noin 1,2 miljoonaa asukasta. Kaupunkimaisten, taajaan asuttujen ja maaseutumaiden kuntien jakauma alueella vastaa valtakunnallista tilastollisen kuntaryhmittelyn mukaista jakautumaa (23). Tulokset antavat todennäköisesti melko hyvän

kuvan koko maan tilanteesta.

Hoitotyön johtajien ja hoitajien vastausprosentit olivat varsin hyviä. Lähes kaikista toimipaikoista saatiin hoitajan ja huomattavasta osasta myös lääkärin vastaus. Myös johtavien lääkärrien ja ehkäisyneuvontatyötä tekevien lääkärrien vastausaktiivisuutta voi pitää hyvänä verrattuna lääkäriskyselyjen yleiseen vastausaktiivisuuteen. Tutkimukseemme osallistumista ja todennäköisesti myös sen luotettavuutta lienee edistänyt pyrkimyksemme kohdistaa kysely säännöllisesti ehkäisyneuvontatyötä tekeville vastaajille henkilökohtaisesti. Valtakunnallisissa äitiys- ja lastenneuvolaselityksessä vuonna 2005, jossa kyselylomakkeet lähetettiin lääninhallitusten kautta terveyskeskuksiin, vastausaktiivisuus jäi huomattavasti pienemmäksi (24).

Ehkäisyneuvontaa antavat terveyskeskuksissa pääosin tietyt työntekijät keskitetysti. Väestövastuuperiaate ei ole ehkäisyneuvontapalvelujen osalta edennyt niin pitkälle kuin siirtymävaiheessa arveltiin (25). Vuosikymmenen takaisessa tutkimuksessa 27 %:ssa kunnista ehkäisyneuvontapalvelut oli kokonaan sisällytetty väestövastuuseen toimintaan (20). Väestövastuu ei kuitenkaan ole yksiselitteinen käsite, ja rajanveto erilaisten palvelumuotojen kesken on hankalaa. Tulosten perusteella ei voida varmuudella sanoa, onko väestövastuusesti järjestetty ehkäisyneuvonta vähentynyt vuosikymmenen takaiseen tilanteeseen verrattuna. Joka tapauksessa kokonaan väestövastuusesti järjestetty ehkäisyneuvonta ei ole kovin yleistä eikä väestövastuu yksinään riitä selittämään ehkäisyneuvonnassa ilmenneitä ongelmia.

Tavallisimmin ehkäisyneuvontapalveluja tarjottiin terveyskeskuksissa äitiysneuvolan yhteydessä. Tulos on samansuuntainen tuoreen valtakunnallisen selvityksen kanssa, jossa 35 % äitiys- ja/tai lastenneuvolatyötä tekevästä terveydenhoitajista ilmoitti myös ehkäisyneuvonnan kuuluvan tehtävälueisiinsa (24). Ehkäisyneuvonnan yhdistäminen äitiysneuvolatyöhön ei ole kuitenkaan ongelmatonta. Ensinnäkin, palvelujen käyttäjille – etenkin nuorille – ei välttämättä ole selvää, että ehkäisyä tarvitessaan heidän tulisi hakeutua äitiysneuvolaan. Toiseksi, ehkäisyneuvontatyön kehittäminen saattaa yhdistetyssä neuvolassa jäädä vähemmälle huomiolle panostettaessa arvostettuun ja ohjeistettuun äitiysneuvolatyöhön. Näin ehkäisyneuvonnalle on käynyt jo valtakunnallisella tasolla: sitä ei ole kuvattu tai ohjeistettu itsenäisenä palvelutehtävänä yli kahteenkymmeneen vuoteen. Äitiysneuvolatyön osanakin se on lähes kokonaan sivuutettu sekä ohjeissa että selvityksissä. Tässä tutkimuksessa lukuisat työntekijät ilmaisivatkin huolensa ehkäisyneuvonnan asemasta: moni koki tekevänsä tärkeäksi kokemaansa työtä muiden tehtäviensä ohessa, vailla riittävää arvostusta ja kehittämismahdollisuuksia.

Yhdessätoista terveyskeskuksessa lääkärin ehkäisyneuvontapalveluja oli tarjolla ainoastaan tavanomaisen ajanvarausvastaanoton yhteydessä. Tämä järjestely saattaa heikentää palvelujen saatavuutta, laatua ja pitkäjänteistä kehittämistyötä. Ehkäisyneuvonta ei tällöin yleensä toteudu aiemman ohjeistuksen (8) mukaisesti lääkärin ja terveydenhoitajan yhteistyönä. Lain edellyttämä ehkäisyneuvontakäynnin maksuttomuus tai tilastointi terveysneuvontakäynniksi saattavat silloin jäädä toteutumatta. Valmius toimenpiteisiin, kuten

kierukan tai kapseleiden asetukseen, ei vastaanotolla aina ole riittävä. Tämä puolestaan voi supistaa tarjolla olevien ehkäisymenetelmien valikoimaa. Koposen ym. työssä suurin osa ehkäisyneuvontapalveluja käyttävistä naisista toivoi

Taulukko 5.

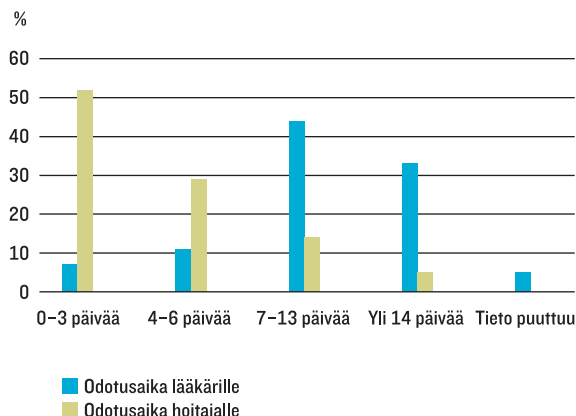
Raskauden ehkäisyneuvontaa toteuttavien toimipaikkojen lääkärin (n = 72) ja hoitajien (n = 100) työtä kuvaavia tietoja.

Työtehtävien kuvaus	Lääkärit		Hoitajat	
	n	%	n	%
Tk-työn eri tehtävälueiden lukumäärä työntekijöillä				
1-3	10	14	35	35
4-5	18	25	48	48
6-8	29	40	17	17
9-11	15	21	0	0
Työntekijällä enemmän kuin kolme terveysneuvontatyön ¹ tehtäväluetta	31	43	14	14
Ehkäisyneuvontatyön määrä keskimäärin				
Kuukaudessa				
enintään 8 t	47	65		
yli 8 t	25	35		
Viikossa				
alle 4 t			53	53
4-8 t			28	28
yli 8 t			17	17
Tieto puuttuu			2	2
Vastaanottokäynnille varatun ajan pituus				
10-15 min	26	36	4	4
16-20 min	42	58	5	5
21-25 min	1	1	6	6
26-30 min	3	4	63	63
Yli 30 min	0	0	20	20
Tieto puuttuu	0	0	2	2
Seksuaaliterveyteen liittyvä koulutus kahden viime vuoden aikana				
Ei lainkaan	11	15	23	23
Alle 4 tuntia	18	25	18	18
4-10 tuntia	28	39	28	28
Yli 10 tuntia	7	10	22	22
Tieto puuttuu	8	11	9	9

¹Ehkäisyneuvonta, äitiys- tai lastenneuvolatyö, koulu- tai opiskelijaterveydenhuolto.

Kuvio 2.

Odotusaika raskauden ehkäisyneuvontaan lääkärin ja hoitajan vastaanotolle hoitajien (n = 100) vastausten mukaan.



terveyskeskuksen ehkäisyneuvontapalvelujen toteutuvan vastaanottotyöstä erillisessä toimipaikassa, kuten yhdistetyssä äitiys- ja ehkäisyneuvolassa tai erillisessä ehkäisyneuvolassa (20).

Nopea palvelujen piiriin pääsy on keskeistä laadukkaassa ehkäisyneuvonnassa (5,26,27,28). Hoitajan vastaanotolle pääsikin viimeistään kolmantena arkipäivänä runsaassa puolessa toimipaikoista. Sen sijaan lääkärien vastaanotoille odotusajat olivat selvästi pidempiä. Muutamissa toimipaikoissa oli hoitajan tai lääkärin vastaanotolle jonotettava jopa kahdesta kolmeen kuukautta, mikä on ehdottomasti liian pitkä aika. Valtakunnallisesti ei ole ennaltaehkäisevän työn osalta annettu aikarajoja hoitoon pääsystä. Englannissa merkittävä osa seksuaaliterveyden ongelmista (tahattomat raskaudet, raskauden keskeytykset, sukupuolitaudit) on yhdistetty riittämättömään seksuaaliterveyspalvelujen tarjontaan ja viivästyneeseen palveluihin pääsyyn (4). Brittiläisten suositusten mukaan ehkäisyneuvontaan tulee päästä kahden arkipäivän kuluessa (4). Omassa tutkimuksessamme tämä

tavoite toteutui hoitajan vastaanotolle pääsystä 35 %:ssa toimipaikoista.

Julkisessa keskustelussa on viime vuosina esiintynyt huoli ehkäisyasiakkaiden hoidolle terveyskeskuksissa asetetuista rajoituksista (29). Tutkimuksessamme kuitenkin ehkäisyneuvolan palvelut olivat lähes kaikissa terveyskeskuksissa tarjolla ilman rajoituksia. Keskitetyt ehkäisyneuvolapalvelut oli rajattu alle 35-vuotiaille kahdessa suuressa kaupungissa, joten nämä rajoitukset koskevat suurta asiakasmäärää. Suuri osa ikäraajat ylittävistä naisista hakeutuu yksityissektorille, vaikka heille tarjottaisiinkin vaihtoehtona käyttää terveyskeskuslääkärin vastaanottopalveluja. Esimerkiksi kierukan asennus ei käytännössä terveyskeskuksessa sairausvastaanotolla aina onnistu, vaikka muodollisesti palvelut olisivatkin tarjolla. Kansanterveyslaki ei siten näiden asiakkaiden kohdalla toteudu.

Ainakin osittaiset toimintasulut koskivat kesällä 2005 usean terveyskeskuksen ehkäisyneuvolatoimintaa. Pisin sulkujakso oli kymmenen viikkoa. Vaikka korvaavia palveluja olisikin tarjolla, ovat pitkät keskeytykset toiminnassa uhka palvelujen piiriin pääsulle. Valtakunnallisessa neuvolaselvityksen mukaan äitiysneuvoloiden toimintaa oli kesäaikana supistettu eri tavoin 69 %:ssa terveyskeskuksista (24).

Ehkäisyvälineiden ilmaisjakelukäytännöt vaihtelivat suuresti terveyskeskusten välillä ja käytännöissä oli eroja jopa niiden sisällä eri toimipaikkojen kesken. Lääkintöhallitus esitti vuonna 1982 kaikkien tuolloin käytössä olleiden ehkäisyvälineiden, mukaan lukien kondomit, maksutonta jakelua ehkäisyä aloitettaessa. Uusia ohjeita ei ole sittemmin annettu. Käytäntöjen yhtenäistämiseksi Suomessa olisi aiheellista antaa ajankohtaiset suositukset ilmaisjakelusta terveyskeskuksille, huomioiden erityisesti ehkäisyn aloitus, ehkäisy raskauden keskeytyksen jälkeen sekä nuoret asiakkaat.

Englannissa kansallisten suositusten mukaan tulee ehkäisyasiakkaan saada nopeasti ja maksutta käyttöönsä valitse-

Taulukko 6.

Ehkäisyvälineiden ilmaisjakelu toimipaikoissa hoitajien (n = 100) vastausten mukaan.

Ehkäisytilanne	Ehkäisy-	Ehkäisy-	Kupari-	Hormoni-
	pillereit	rengas/ laastari	kierukka	kierukka
	%	%	%	%
Ehkäisyä aloitettaessa	99	77	62	9
Synnytyksen jälkeen	41	32	24	0
Raskauden keskeytyksen jälkeen	35	27	9	0
Muussa tilanteessa	13	9	14	23
Ei ilmaisjakelua	0	14	21	69
En tiedä/tieto puuttuu	0	7	4	6

Taulukko 7.

Raskauden ehkäisyneuvontaa toteuttavien toimipaikkojen lääkärin (n = 72) ja hoitajien (n = 100) vastausten jakauma kirjallista ohjeistusta ja tietojen kirjaamista koskeviin kysymyksiin.

Kysymys kirjallisesta ohjeistuksesta	Lääkärit		Hoitajat	
	n	%	n	%
"Mitä seuraavista kirjallisista ohjeista raskauden ehkäisyneuvonnan toteuttamisesta ensisijaisesti noudatatte terveyskeskuksessanne?"				
Terveyskeskuksen omaa ohjetta	20	28	64	64
Lääkintöhallituksen ohjekirjettä vuodelta 1982	5	7	21	21
Yleislääkärin käsikirjan ja tietokannan ohjetta	30	42	4	4
Muuta ohjetta	3	4	4	4
Ei mitään ohjetta	7	10	2	2
En tiedä	7	10	3	3
Tieto puuttuu	0	0	2	2
"Onko terveyskeskuksessanne käytössä ehkäisyasiakkaiden alkuhaastattelun ja -tutkimuksen apuna jokin seuraavista lomakkeista?"				
Sähköisen potilaskertomuksen ehkäisyn seurantalomake	29	40	47	47
Ehkäisyneuvonnan alkuhaastattelu ja seuranta ¹	26	36	42	42
Terveyskeskuksen oma lomake	4	6	8	8
Muu lomake	2	3	4	4
Ei ole erillistä lomaketta käytössä	14	19	12	12
En tiedä	4	6	0	0

¹Kuntalomake 3440

mansa ehkäisymenetelmä, myös kondomi- ja jälkiehkäisy (4). Myös Hollannissa lääkärin määräämät ehkäisyvälineet ovat asiakkaalle maksuttomia (30) ja Ruotsissa ehkäisyvälineitä tarjotaan alennettuun hintaan (31). Myös muissa Pohjoismaissa harjoitetaan ehkäisyvälineiden ilmaisjakelua alle 20-vuotialle nuorille (32), mitä käytäntöä Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittisessa ohjelmassa ehdotetaan myös Suomeen (33). Tutkimustiedon valossa ehkäisyvälineiden ilmaisjakelu säästää terveydenhuollon kustannuksia ja on sitä kustannustehokkaampaa, mitä luotettavampia menetelmiä käytetään (34,35,36).

Perhesuunnittelupalvelujen kehittämisestä vastaava lääkäri ja hoitaja olivat molemmat nimettävissä vain yhdeksässä terveyskeskuksessa. Palveluja kehittävä ja koordinoiva taho olisi erityisen tarpeen väestövastuuperiaatteella toimivissa yksiköissä, joissa ehkäisyneuvontatyötä tehdään hajautetusti. Työn sisällön kehittämisen ohella tarvitaan näkemystä palvelujen kokonaisuudesta ja mahdollisuutta päätöksentekoon – johtamista. Johtamisen ja kehittämisen ongelma koskee laajemminkin terveyskeskusten ennaltaehkäisevää työtä (24,37).

Johtamisen ja suunnittelun puutteista kertonevat myös käytössä olevia ehkäisyneuvontatyötä koskevia kirjallisia ohjeita ja seurantalomakkeita koskevat tulokset. Saman terveyskeskuksen sisällä eri toimipaikoissa oli käytössä eri ohjeita ja lomakkeita ja vastaukset erosivat myös ammattiryhmien kesken. Kansainvälisen perhesuunnittelujärjestöjen liiton IPPF:n suositusten mukaan ehkäisyneuvontaa antava työntekijä tarvitsee selkeät kirjalliset ohjeet palvelujen laadun takaamiseksi (2).

Työntekijöiden koulutuksen suunnitelmallisuudessa ja säännöllisyydessä näyttää tämän työn valossa olevan kehittämistarpeita. Merkittävä osa työntekijöistä ei ollut saanut lainkaan seksuaaliterveyteen liittyvää täydennyskoulutusta kahden viime vuoden aikana. Sosiaali- ja terveysministeriön täydennyskoulutussuositus (38) ja neuvolaselvitykseen liittyvät suositukset (24) painottavat ammattitaidon jatkuvaa kehittämistä. Myös kansainväliset suositukset korostavat esimiesten velvollisuutta tunnistaa työntekijöiden koulutustarpeet ja turvata tarvittavaan koulutukseen pääsy (2).

Lopuksi

Kansanterveyslaki velvoittaa kuntia järjestämään ehkäisyneuvontapalvelut maksutta kaikille niitä tarvitseville. Terveyskeskusten palvelujen järjestämistavat vaihtelevat ja kehittämistarpeita on etenkin palveluihin pääsyn ja ehkäisyvälineiden ilmaisjakelun yhtenäistämiseksi. Myös toiminnan johtamiseen ja täydennyskoulutukseen tulee panostaa aiempaa enemmän. Suuntaviivoja laaja-alaiselle kehittämiselle saadaan sosiaali- ja terveysministeriössä valmisteilla olevasta seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmasta (39).

Tästä asiasta tiedettiin

- Kuntien tehtävänä on järjestää maksutonta raskauden ehkäisyneuvontaa.
- Raskaudenkeskeytysten määrä on lisääntynyt nuorissa ikäryhmissä.
- Terveyskeskusten ehkäisyneuvonnan järjestämistavoista ei ole ajankohtaista tutkimustietoa.

Tämä tutkimus opetti

- Raskauden ehkäisyneuvontaa tarjotaan terveyskeskuksissa vaihtelevin järjestelyin.
- Tavallisimmin ehkäisyneuvontaa toteutetaan äitiysneuvolan yhteydessä.
- Palveluihin pääsyssä on puutteita ja ehkäisyvälineiden ilmaisjakelun käytännöt ovat kirjavampia.
- Palvelujen kehittämisessä ja johtamisessa on haasteita.

Kirjallisuutta

- 1 WHO regional strategy on sexual and reproductive health. Kööpenhamina: WHO regional office for Europe 2001.
- 2 Medical and service delivery guidelines for sexual and reproductive health services. 3. painos. Lontoo: International Planned Parenthood Federation 2004.
- 3 Better prevention, better services, better sexual health – The national strategy for sexual health and HIV. Lontoo: Department of Health 2001. www.dh.gov.uk/assetRoot/04/05/89/45/04058945.pdf.
- 4 Recommended standards for sexual health services. Medical Foundation for AIDS & Sexual Health 2005. http://www.medfash.org.uk/publications/documents/Recommended_standards_for_sexual_health_services.pdf.
- 5 Kols AJ, Sherman JE. Family planning programs: improving quality. *Popul Rep J* 1998;47:1–39.
- 6 Medical eligibility criteria for contraceptive use. 3. painos. Geneve: World Health Organization 2004. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562668.pdf>.
- 7 Selected practice recommendations for contraceptive use. 2. painos. Geneve: World Health Organization 2004. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562846.pdf>.
- 8 Lääkintöhallitus. Ohjeet raskauden ehkäisyneuvonnasta. Lääkintöhallituksen ohjekirje nro 2346/02/82. Helsinki 1982.
- 9 Suomen Gynekologiyhdistys ry:n hoitosuositusryhmä. Raskaudenkeskeytys. Käypä hoito -suositus. Duodecim 2001;117:2084–94.
- 10 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Gynekologiyhdistyksen ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Jälkiehkäisy. Käypä hoito -suositus. Duodecim 2006;122:114–22.
- 11 Äitiyshuolto terveyskeskuksissa. Lääkintöhallituksen ohjekirje nro 2/1988. Helsinki: Lääkintöhallitus 1988.
- 12 Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Suuntaviivat lastenneuvolatoiminnan järjestämisestä kunnille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:13. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. <http://www.stm.fi/Resource.phx/julkai/Julkaisu-2004.htx>.
- 13 Kouluterveysneuvonlaatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto 2004. <http://www.stm.fi/Resource.phx/julkai/Julkaisu-2004.htx>.
- 14 Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:12. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. <http://www.stm.fi/Resource.phx/julkai/Julkaisu.htx>.
- 15 Hemminki E, Sihvo S, Koponen P, Kosunen E. Quality of contraceptive services in Finland. *Qual Health Care* 1997;6:62–8.
- 16 Raskaudenkeskeytykset ja steriloinnit 2004. Stakes. Tilastotiedote 22/2005. <http://www.stakes.info/2/1/2.1.2.asp>.
- 17 Vikat A, Kosunen E, Rimpelä M. Risk of post-partum induced abortions in Finland: a register-based study. *Perspect Sex Reprod Health* 2002;43:84–90.
- 18 Terveyskeskuskäynnit vuosina 1985–2004. Stakes Tilastotiedote 27/2005. <http://www.stakes.info/2/8/72.8.5.asp>.
- 19 Sihvo S, Hemminki E, Koponen P ym. Raskauden ehkäisy ja terveyspalveluiden käyttö. Tuloksia väestöpohjaisesta tutkimuksesta 1994. Stakes Aiheita 27/1995. Helsinki: Stakes 1995.

- 20 Koponen P, Sihvo S, Hemminki E, Kosunen E, Kokko S. Raskauden ehkäisyneuvonta ja väestövastuu – palvelujen järjestäminen terveyskeskuksissa ja naisten toiveet. *Sosiaalilääket Aikakausl* 1998;35:220–3.
- 21 Marjamäki P. Muutokset eräissä ehkäisevän sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnoissa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1994:12. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 1994.
- 22 Latikka AM, Perälä ML, Hemminki E, Taskinen S. Kouluterveydenhuollon muutokset 1992–1994. *Suom Lääkäri* 1995;50:349–53.
- 23 Tilastokeskus. Tilastollinen kuntaryhmitys 2005. http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;374;36984;31661;106757;106759;76262.
- 24 Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Haapakorva A. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.
- 25 Kosunen E. Tuloksellista perhesuunnittelua 1970–80-luvuilla – pettävätkö palvelut 1990-luvulla? Kirjassa: Rimpelä M, Ritamo M, toim. Raskauden keskeyttäminen – suomalaisia valintoja 1990-luvulla. Stakes Raportteja 126. Jyväskylä: Stakes 1993:133–43.
- 26 Bertrand JT, Hardee K, Magnani RJ, Angle MA. Access, quality of care and medical barriers in family planning programs. *Int Fam Plan Perspect* 1995;21:64–9, 74.
- 27 Paine K, Thorogood M, Wellings K. The impact of the quality of family planning services on safe and effective contraceptive use: a systematic literature review. *Hum Fertil (Camb)* 2000;3:186–93.
- 28 Welsh MJ, Stanback J, Shelton J. Access to modern contraception. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006;20:323–8.
- 29 Lindberg M. Läänihallitus: Raahen ehkäisyväestötoimikunta. Helsingin Sanomat 3.2.2005;8.
- 30 Hardon A. Reproductive health care in the Netherlands: would integration improve it? *Reprod Health Matters* 2003;11:59–73.
- 31 Danielsson M, Sundstrom K. Chapter 6: reproductive health. *Scand J Public Health Suppl* 2006;67:147–64.
- 32 Apter D. Parempaa seksuaaliterveyttä nuorille. *Kansanterveys* 2006;7:12–3. http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2006/nro_7_2006/.
- 33 Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. Helsinki: Väestöliitto 2006. <http://www.vaestoliitto.fi/vaesto-perhetutkimus/julkaisut/verkkajulkaisut/>.
- 34 Trussell J, Leveque JA, Koenig JD ym. The economic value of contraception: a comparison of 15 methods. *Am J Public Health* 1995;85:494–503.
- 35 Hughes D, McGuire A. The cost-effectiveness of family planning service provision. *J Public Health Med* 1996;18:189–96.
- 36 Sonnenberg FA, Burkman RT, Hagerly CG, Speroff L, Speroff T. Costs and net health effects of contraceptive methods. *Contraception* 2004;69:447–59.
- 37 Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K ym. Terveystiedon edistäminen kunnan kansanterveysystössä: Suunnittelu, johtaminen, seuranta ja arviointi. Peruseräraportti kyselystä terveyskeskuksijohdolle. Helsinki: Stakes 2006. www.stakes.fi/hyvinvointi/khs/tkkykely.
- 38 Terveystiedon huollon täydennyskoulutusohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaata 2004:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.
- 39 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö 2007 (painossa).

Tuire Sannisto

LL, tutkija

Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos, yleislääketiede
tuire.sannisto@uta.fi

Kari Mattila

professori, ylilääkäri

Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos, yleislääketiede
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, yleislääketieteen vastuualue

Elise Kosunen

professori (mvs.), ylilääkäri

Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos, yleislääketiede
Stakes

English summary

Contraceptive counselling at health centres

Background The Primary Health Care Act (1972) obliged Finnish municipalities to provide family planning services free of charge. Today, hardly any data on these services exist. However, induced abortions have increased since the mid 1990s, particularly among young women and this raises the question of whether public family planning services have deteriorated. The aim of this study was to examine the current status of contraceptive services at health centres.

Methods The survey was conducted by e-mail at health centres in Tampere University Hospital District (N=63) in autumn 2005. The questionnaires were sent to the chief physicians (response rate 78%) and the directors of nursing (95%) as well as to 122 health centre physicians (69%) and 128 nurses (92%) who were actively practicing contraceptive counselling in their health centres. We finally analyzed data from 105 units, with 72 responses from physicians and 100 from nurses.

Results Contraceptive services were organized by a variety of arrangements, most commonly combined with maternity clinics (n = 34, 54%). At 11 health centres contraceptive counselling was offered primarily as a medical consultation in a physician's surgery. Access to counselling by nurse was available within three days in 52% of the units but waiting times to counselling by a doctor were substantially longer. Oral contraceptives were given free of charge for 3–6 months in virtually all units, but otherwise delivery of free contraception varied a lot between the units. One third of health centres had appointed nobody to be in charge of managing and developing family planning services.

Conclusions Family planning services are provided at municipal health centres in multiple ways. Access to counselling is sometimes inadequate and delivery of free contraception varies, suggesting inequality in services. More attention must be given to managing and developing of contraceptive services at health centres.

Tuire Sannisto

M.D., Researcher

University of Tampere, Medical School, General Practice
tuire.sannisto@uta.fi

Kari Mattila

Elise Kosunen

Promotion of adolescent sexual health in primary care: survey in Finnish health centres

Tuire Sannisto and Elise Kosunen

Medical School, Department of General Practice, University of Tampere, Tampere, Finland

ABSTRACT **Objectives** To describe adolescent sexual health services in primary care in Finland, focusing on services for contraceptive counselling, sexually transmitted infections and abortion.

Methods Service provision, accessibility and practices were surveyed in all 63 health centre organizations (HCOs) in a hospital district in Western Finland via separate e-mailed questionnaires to chief physicians ($n = 49$, response rate 78%), directors of nursing (58, 92%), doctors (49, 78%) and nurses (62, 98%).

Results Dedicated youth clinics existed in only three HCOs. In others, services were provided in family planning, maternity or outpatient clinics. The average wait for contraceptive consultation was 4.8 days to a nurse and 12.5 days to a doctor. In 15 HCOs doctors stipulated a minimum age for combined hormonal contraception. Free supply of contraceptives was often limited to initiation. On-site instructions for chlamydia screening existed in 11 HCOs. Nurses could test for chlamydia without doctor's involvement in 46 HCOs. School nurses participated actively in sexuality education in secondary schools.

Conclusions Adolescent sexual health services were generally adequately available in the HCOs studied. However, services tailored for adolescents were rare. Some medical barriers to access to contraception were found. To improve the system, further involvement of nurses in service provision is recommended.

KEY WORDS Adolescent; Sexual health services; Contraception; Sexually transmitted infections; Chlamydia; Abortion; Counselling; Primary health care

INTRODUCTION

Increasing interest in adolescents' sexual and reproductive health and rights has emerged in Europe over recent years^{1–5}. Beside unintended pregnancies and sexually transmitted infections (STIs)^{5,6}, adolescents today are exposed to confusing and distorted sexual messages from the mass media and the entertainment industry, which can affect their sexual behaviour and

well-being^{7,8}. To support all aspects of adolescent sexual health, education and counselling are needed^{3,7,9} and access to youth-friendly sexual health services is a crucial element in this domain³. The European Parliament's Resolution on Sexual and Reproductive Health and Rights calls upon the governments of member states 'to improve and extend

Correspondence: Tuire Sannisto, MD, University of Tampere, Medical School, FI-33014 University of Tampere, Finland. Tel: +358 40 544 3601. Fax: +358 3 3551 6722. E-mail: tuire.sannisto@uta.fi

young people's access to health services (family planning [FP] youth centres, in schools etc.) and to tailor these services to their preferences and requirements¹.

The main elements in comprehensive sexual health services are: (1) contraceptive care, (2) abortion care, (3) prevention, diagnosis and treatment of STIs, including HIV, and (4) services addressing psychological and sexual problems¹⁰. Adolescents, have, however, additional needs and preferences, as recognized and emphasized in several publications, e.g., regional strategies and recommendations^{3,11–13}. For instance, services should be easy to access, available in various settings, confidential, comprehensive and affordable to young people. Generally, these requirements are best met in primary health care. The ideal

setting for service provision is held to be an open-access youth clinic with fully integrated sexual health services^{3,14}. The elements of adolescent sexual health services in primary care are set out in Table 1 and the characteristics of good service provision in Table 2.

In Finland, the sexual health of adolescents is generally good and, from a European perspective, teenage pregnancy and abortion rates are low⁵. Nonetheless, the earlier positive trends in adolescent abortion and *Chlamydia trachomatis* infection rates have reversed since the mid-1990s^{15–17}, and this raises the question whether service provision is adequate. As a result of municipal autonomy, health centre services are diversified, and neither the quality of sexual health services for adolescents nor the support needed by service providers are regulated at national level.

Table 1 Elements of adolescent sexual health services in public primary health care (based on the literature and authors' views)

Elements	Key issues
<i>Core elements</i>	
Contraceptive care	Information and counselling Full range of methods available Free supply of methods (including condoms and emergency contraception) Pregnancy testing and decision support Follow-up Screening of cervical cytology and STIs Reproductive health checks (offered)
Abortion care	Counselling and medical assessment Referral Post-abortion examination Psychological support
STI services	Information and counselling Diagnosis and treatment Screening (especially chlamydia) Contact tracing
Sexual health counselling	Charting the need for counselling (e.g., experiences of sexual violence or abuse) Counselling at basic level Referral to specialized services
<i>Complementary elements</i>	
Other reproductive health services	Information, diagnosis and treatment of common gynaecological complaints (e.g., PMS, amenorrhoea)
Vaccinations	Human papillomavirus Hepatitis B (those at risk)
Community services	Contribution to sexuality education in schools Other activities in community (e.g., public lectures and events, outreach services and other services outside health care settings)

Table 2 Characteristics of good adolescent sexual health service provision in primary care (based on the literature and authors' views)

Facilities
Easy, open access with close location
Convenient opening hours
Drop-in services or/and short waiting times by appointment
Services available in various settings (e.g., in school health care)
Sufficient consultation times
Quick referral when needed (e.g., to social worker, psychologist, services for drug abusers)
Telephone and e-mail counselling available
Information leaflets and Internet-based counselling pages and programmes available
Service characteristics
Integrated services
Free or inexpensive services
Confidentiality
High-quality
Involvement of adolescents in improving the services
Professionals
Adequate training
Good communication skills
Youth-friendly, non-judgemental attitude
Comprehensive approach
Alertness to observe need for child protection

Moreover, information on adolescent sexual health services in primary health care has been based on common knowledge while research-based data are lacking. New data on the status quo are needed to improve service provision.

The purpose of this study was to chart the provision of adolescent sexual health services in Finnish health centre organizations (HCOs). Using data gathered from HCO chief physicians, nursing directors, doctors and nurses, the core elements of these services (contraceptive counselling, STI and abortion services, sexual health counselling), including certain specific aspects of sexual education, were explored at organizational level in health centres, namely: (1) arrangement of service provision, (2) access to services, (3) practices related to initiation of contraception, (4) screening and contact tracing of chlamydia infection, and (5) matters related to sexual health counselling and sexual education.

Background of adolescent sexual health service provision in Finland

Adolescent sexual health services are provided as part of publicly funded primary health care. The Primary Health Care Act of 1972 required every municipality to establish a health centre that would provide primary curative, preventive and public health services for its population¹⁸. In the centres, preventive services include, among others, maternity care, family planning and school health services. Doctors, mainly general practitioners, and public health nurses work together to supply these services. Health centre activities are often arranged at several locations; for instance, FP services may be located at more than one health station. Except for school health care, specific clinics for adolescents are rare and teenagers are usually served along with other clients. Even outside public health care, youth services offered by profit or non-profit organizations are limited.

As prevention and treatment of STIs have since the 1930s been statutory, both testing and treatment for these infections are provided free of charge. Today, chlamydia is the commonest STI in Finland¹⁵, while until quite recently HIV infections have been extremely rare¹⁵. Public primary health care also plays an active role in abortion services. For an abortion in hospital, a doctor's (usually primary care doctor's) assessment and permission is required¹⁹.

At the same time as public health centres were established in the 1970s, sexual education was added to the Finnish school curricula and, except during the late 1990s, remained mandatory²⁰. The national guidelines for school health care services recommend not only that personnel contribute to the planning and implementation of sexual education but also that initiation of contraception and STI testing be made available at schools²¹. School nurses provide sexual health counselling, but its quantity and quality may vary considerably²².

METHODS

The survey was conducted between September 2005 and January 2006 in the Pirkanmaa Hospital District, Province of Western Finland. This hospital district covered 107 municipalities with a total of 63 HCOs, which were the objects of the study. The district included one large city, several middle-sized or small

towns, and sparsely populated rural areas. The HCOs were responsible for providing primary health care services to a total of 1.2 million inhabitants.

The invitation to participate in the study went out via e-mail to all chief physicians and nursing directors, and to doctors and nurses most experienced in FP in their HCOs. The survey was conducted online, non-anonymously using Internet-based survey software (Webropol Oy, Finland). The questionnaires were prepared separately for all professional groups and included structured, semi-structured and open questions. Chief physicians ($n=63$) and nursing directors ($n=61$) were asked about the organization and arrangement of adolescent sexual health services (Table 3). Detailed information on the services was sought from one doctor and one nurse in each municipality involved in an HCO. When no designated employees represented the FP services in a given HCO, questionnaires were sent to several doctors and nurses working there. Altogether, forms were sent to 122 doctors and 128 nurses.

After two reminders (at this time also as a paper questionnaire was sent), 49 chief physicians and 58 nursing directors responded (Table 3). Overall 83 doctors and 118 nurses responded; of these, one doctor and one nurse were selected to represent one HCO, these informants representing 49 and 62, respectively, of all 63 HCOs. For inclusion, the respondent had to meet one of the following criteria: (1) employee in a youth clinic (if available); or (2)

employee in the largest health station of an HCO (if several available); or (3) employee most involved in FP. The selected persons' answers were assessed by comparing them with other answers from the same HCO.

The data were analysed with SPSS for Windows Version 13.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA). The results are given as frequencies, means and medians.

RESULTS

One HCO served a population of between 2080 and 204,000 residents (median 11,000). Twenty-one (33%) HCOs served more than one municipality (up to six). The informant doctors were specialists in general practice in 26 HCOs and other specialists (two in obstetrics and gynaecology) or doctors in training in seven other sites. Of the informant nurses, 57 were public health nurses; 23 of these were also trained midwives. Six HCOs reported employing a nurse with specific training in sexual health counselling.

Provision of services

A dedicated youth clinic providing contraceptive counselling for adolescents and young people existed only in three HCOs (Table 5). In other HCOs adolescents used the same services as all other clients in need of contraception (Table 4). A specific FP clinic for all ages existed in 11 HCOs, while in 39 HCOs FP

Table 3 Informants in 63 health centre organizations (HCOs)

Profession	Number of informants		Questions asked about
	<i>n</i>	%	
Chief physicians	49	78%	Background characteristics of HCOs, provision of services concerning contraception (doctors), abortion and STIs; screening instructions for chlamydia, partner notification
Directors of nursing	58	92%*	Provision of services by nurses, services in school health care, chlamydia testing by nurses, sexuality education
Doctors	49	78%	Specialist training, time reserved for a consultation, questions concerning initiation of contraception, expedited access to consultation for abortion requests, chlamydia testing of OC users, sexual health counselling
Nurses	62	98%	Vocational training, time reserved for and waiting times to a consultation, free supply of contraceptives, sexual health counselling

*There was no director of nursing in two HCOs.

services were provided combined with other preventive services, usually with maternity care. Similarly, in ten HCOs FP services were offered for adolescents mainly in doctor's consultation in the HCO outpatient clinic.

School health nurses provided contraceptive counselling in schools in half of all HCOs, but doctors' services were available in only one third (Table 5).

Table 4 Background characteristics of the health centre organizations ($n=63$)*

	<i>n</i>	%
Population cared for		
Less than 8000	23	37
8000–14,999	19	30
15,000–49,999	16	25
50,000 and more	5	8
General arrangement of contraceptive services		
A specific family planning clinic	13	21
Combined with maternity and/or child health care	39	62
Doctor's consultation in the HCO outpatient clinic	11	17

*Data on those HCOs whose chief physicians did not respond ($n=14$) were completed, when possible, from the files of the Association of Finnish Local and Regional Authorities, the responses of other informants and the Internet pages of the HCOs and the municipalities.

Initiation of contraceptive pill use in the school health care was possible in 12 HCOs (19%), whereas in most organizations the school nurse contacted the HCO FP clinic to make an appointment for the pupil ($n=26$; 41%) or advised the pupil how to make the appointment herself (15; 24%).

Other services related to sexual health, i.e., STI services and assessment for abortion, mostly were not integrated within contraceptive counselling. In only nine HCOs (14%) could the FP clinic also cater for patients seeking advice for a possible STI and for abortion applicants. In most HCOs, a doctor in the outpatient clinic managed both STI patients (number of HCOs = 37; 59%) and abortion applicants (45; 71%). Longer consultation times with a nurse or with a doctor were offered to abortion applicants by 29 (46%) and 12 (19%) HCOs, respectively.

Access to services

Access to a nurse's consultation by appointment was usually fairly quick (Table 5): the average waiting time (in working days) was 4.8 days (range 0–75 days), and the median three days. For a consultation with a doctor, the delay was greater, with a mean of 12.5 (range 2–60) and a median of 10 days.

Young clients seeking contraception could consult a nurse without advance appointment in 31 HCOs (Table 5). Although the setting of walk-in service was not specifically asked, ten HCOs reported that such facilities were available only in school health care

Table 5 Adolescents' access to sexual health services in the health centre organizations ($n=63$)

	Yes		No		Missing information*	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
A specific youth clinic available	3	5	60	95	0	0
Access to contraceptive counselling without appointment	31	49	25	40	7	11
Waiting time to nurse's consultation within 3 days	35	56	27	43	1	2
Waiting time to doctor's consultation less than 14 days	39	62	20	32	4	6
Nurse(s) had time allocated for telephone counselling	23	37	34	54	6	10
Nurse available for contraceptive care at school	31	49	27	43	5	8
Doctor available for contraceptive care at school	18	29	36	57	9	14
Expedited access to a doctor's consultation when seeking abortion	41	65	8	13	14	22

*Answers missing to the whole questionnaire or to a certain question, or the answer 'cannot say' has been chosen.

(among other clients or patients). FP nurses offered specific hours for telephone counselling in 23 HCOs (Table 5).

Initiation of contraception

The average time reserved for a consultation for contraception was 31 min for a nurse (range 15–53 min) and 18 min for a doctor (range 10–30 min). Nurses offered longer consultation to young clients in 32 HCOs (51%) and in 38 (60%) organizations when initiating contraception.

Aspects of initiation of oral contraception (OC) for young clients are presented in Table 6. At two HCOs a minimum age (13 and 15 years) was set for starting combined hormonal contraception (combined oral contraceptives [COCs], vaginal ring or transdermal patch). In 13 HCOs, doctors applied their own age limit for combined hormonal contraception, on average 14.3 years (range 13–16 years).

Table 6 Initiating oral contraceptives in 63 health centre organizations (information gathered from doctors)

	<i>n</i>	%
'Is there an accepted minimum age for initiating combined hormonal contraception in your unit?'		
Yes, a jointly agreed minimum age	2	3
No, but I myself apply a minimum age	13	21
No minimum age	34	54
Missing information*	14	22
'When is the first pelvic examination usually performed in your unit on young clients commencing use of oral contraceptives?'		
At the visit when the pills are initiated	28	44
At the first follow-up visit	19	30
At some other time	2	3
Missing information*	14	22
'Is testing for <i>Chlamydia trachomatis</i> infection included in the initiation procedure when planning to start combined oral contraceptives?'		
Yes	24	38
No	25	39
Missing information*	14	22

*Pertains to the whole questionnaire.

A pelvic examination was done on young clients starting to use contraceptive pills most often at the first visit (Table 6). However, in nearly one third of the HCOs the examination was postponed to the first follow-up visit. Twenty-four HCOs tested for *Chlamydia trachomatis* when initiating COCs.

COCs, progestogen-only pills (POPs), vaginal rings and levonorgestrel-releasing intrauterine systems (LNG-IUS) were provided in every HCO. Methods not available included depot-medroxyprogesterone acetate injections in 32 (51%), subdermal implants in 17 (27%), transdermal patches in three (5%) and copper-releasing intrauterine devices (IUDs) in one (2%) organization. Fourteen HCOs failed to provide data on contraceptive initiation.

Information on free supply of contraceptives was obtained from 62 HCOs. All except one delivered OCs when initiating contraception, the mean duration of free supply being 4.3 months (range 2–9 months). Free OCs were also supplied when changing preparation in 26 (41%) and after abortion in 21 (33%) HCOs. Vaginal rings or transdermal patches were supplied for initiation in 46 (73%) HCOs for 3.7 months on average (range 1–9 months). IUDs were free for first-time users in 40 (64%) and LNG-IUS in four (6%) organizations.

In 13 (21%) HCOs the young could obtain an additional supply of free contraceptives (usually OCs) in exceptional situations, mostly because of socio-economic problems. Condoms were said to be distributed in only one HCO, and not more than two condoms per person. Free emergency contraception was available in only 21 (33%) HCOs.

Screening and contact tracing of chlamydia infection

On-site instructions for systematic screening for genital *C. trachomatis* infection were available in 11 HCOs (Table 7). Nurses were allowed to perform testing for chlamydia infection independently without doctor's involvement in most HCOs, usually in connection with FP ($n=44$; 70%) and school health care (37; 59%). In the follow-up of OC users, regular testing for *C. trachomatis* was routine practice in only five HCOs, while in 34 (54%) the test was performed if needed (data missing from 20 HCOs).

In most HCOs the doctor asked those in whom chlamydia was diagnosed to inform their partner(s)

Table 7 Aspects of management of genital *Chlamydia trachomatis* infection in the health centre organizations (n = 63)

	Yes		No		Missing information*	
	n	%	n	%	n	%
On-site instructions available for screening of chlamydia infection	11	18	38	60	14	22
Nurses allowed to test for chlamydia independently without doctor's involvement	46	73	9	14	8	13
A patient seeking advice for STI is usually directed to contact						
a doctor in an outpatient clinic	37	59	12	19	14	22
a family planning clinic	15	24	34	54	14	22
a unit for STIs/transmitting diseases	7	11	42	67	14	22
The most usual mode of contact tracing after diagnosis of chlamydia: patient referral	40	64	9	14	14	22

*Answers missing to the whole questionnaire or to a certain question, or the answer 'cannot say' has been chosen.

and advise them to have themselves tested (*patient referral*²³) (Table 7). Only three organizations contacted the partners directly (*provider referral*²³) and one used *conditional referral* (that is, if patient referral fails, the staff will notify the partner[s]²³). In only few HCOs did nurses take an active part in contact tracing.

Sexual health counselling and sexuality education

To assess sexual health counselling practices, it was asked how often the four following issues were discussed with a client initiating contraception: current and previous relationships, sexual problems and STI prevention (Table 8). Informant nurses brought these themes up more actively than doctors.

At community level, school nurses in secondary schools carried out sexuality education (SE) by giving lessons (n = 50; 79%), by participating in planning of SE at school (29; 46%) and by arranging excursions to a FP clinic (13; 21%). In 28 (44%) HCOs nurses took part in SE aimed at the population, most often by addressing meetings for schoolchildren's parents.

DISCUSSION

Overall, three core elements of sexual health services for adolescents, i.e., contraceptive and STI counselling and assessment and referral for induced abortion, were found to be adequate in Finnish primary health care.

However, outside school health care services specially tailored for adolescents were scant. Organization of the services and counselling practices varied widely within the system. Indeed, some medical barriers²⁴ to adolescents' access to contraception were found. Time between appointment and visit to a nurse was in general acceptable and consultation time sufficient. Most HCOs also offered a wide choice of contraceptive methods, but free supply of contraceptives was common only for first-time users. Systematic screening for chlamydia was infrequent. School nurses actively participated in sexuality education in secondary schools.

A dedicated clinic for adolescents existed in only three HCOs. Contraceptive counselling for youths was otherwise provided mainly in conjunction with adult services such as maternity care, which may not appear inviting to an adolescent. These arrangements are partly explained by geographical circumstances: the establishment of specialized clinics in sparsely populated areas is hardly feasible. On the other hand, if minor rural municipalities were to establish joint, centralized youth clinics, distances might prove a significant barrier to service. In England, for example, dedicated young people's clinics are few in rural areas but common in urbanized areas²⁵. Some studies have indicated that adolescents themselves do not necessarily demand separate youth clinics provided conveniently located good-quality services are available in friendly and non-judgemental context^{26,27}.

Table 8 Sexual health counselling upon initiation of contraception in health centre organizations ($n=63$) by informant doctors and nurses

'How often do you usually discuss the following issues when initiating contraception?'	Doctors		Nurses	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Current relationship				
With almost every client	19	30	39	62
With at least every other client	13	21	14	22
With fewer clients/Never	15	24	4	6
Missing information/cannot say	16	25	6	10
Earlier sexual relationships				
With almost every client	6	10	14	22
With at least every other client	10	16	20	32
With fewer clients/Never	30	48	20	32
Missing information/cannot say	17	27	9	14
Sexual problems				
With almost every client	2	3	9	14
With at least every other client	14	22	21	33
With fewer clients/Never	30	48	26	41
Missing information/cannot say	17	27	7	11
Prevention of STIs				
With almost every client	23	37	44	70
With at least every other client	16	25	12	19
With fewer clients/Never	8	13	1	2
Missing information/cannot say	16	25	6	10

One solution in providing more tailored sexual health services for adolescents even in sparsely populated areas is development of existing, readily available school health services. For instance, after careful counselling the school nurse could supply free OCs for the first months and subsequently refer the client to a doctor, preferably in the school health clinic, otherwise in the local FP or maternity clinic. Our findings suggested that such a practice – also nationally recommended²¹ – was implemented in only few HCOs.

Whether in school clinic or other HCO unit, reinforcement of nurses' authority in service provision would be vital in enhancing adolescents' access to sexual health services and contraception. Some recent studies indicate that services provided by nurses (instead of doctors) may improve accessibility²⁸ and even lower teenage pregnancy rates²⁹. Moreover, considering the current shortage of doctors in health centres, the nurses' role is of utmost importance. However, in Finland only doctors are entitled to

prescribe drugs, including OCs (only emergency contraception pills are available over-the-counter after the age of 15). In Sweden, by contrast, trained midwives are authorized to prescribe OCs³⁰. Extension of this authority to nurses is currently under consideration in Finland.

In every sixth HCO, contraceptive services were provided by a doctor in an outpatient clinic. Many adolescents, however, find consulting a GP for contraception troublesome because of difficulties in making an appointment, long waiting times, fear of embarrassment and concerns about confidentiality^{31,32}. Delays in securing an appointment – as in our study was often the case – can create a bottleneck in contraceptive provision and may even hinder adolescents, often impatient and ambivalent, from obtaining it. The requirement to visit a doctor for contraceptives may thus be seen as a medical barrier to accessibility²⁴. Moreover, adolescent clients' visits related to such matters are for many doctors infrequent, and they may thus not be very well prepared to attend to their specific needs.

In addition to restrictions in prescribing, other medical barriers to the availability of contraception emerged. Even if the range of contraceptive methods available was in general good, there were exceptions. Subdermal contraceptive implants, particularly useful for adolescents in selected situations, were not applied in more than a quarter of the HCOs. Secondly, in 15 HCOs doctors stipulated a minimum age for initiation of combined hormonal contraception, whereas neither international guidelines^{33–35} nor Finnish textbooks set age limits for the safe use of this mode in adolescence (only regular use of hormonal contraception before menarche is not advised³⁵). The common conception is that use of reliable contraception outweighs any risks involved if set against the consequences of denying it, for example unwanted pregnancies. An adolescent girl seeking contraception may also be seen to act responsibly and should not be denied it without grounds. In this study two doctors also brought up the need for parental consent. Although in Finland access to and provision of all sexual health services are available to adolescents without parental consent, communication with parents is encouraged.

Fear of pelvic examination is common among adolescents³⁶ and may in some cases prove an obstacle to seeking contraception. Consequently, it should not be a prerequisite to provision of hormonal

contraception nor to monitoring long-term use^{33,37,38}, even if it is part of good sexual and reproductive health assessment. In this study, pelvic examination was in most cases undertaken during the visit when contraception was started. A decidedly more favourable approach would be to postpone the eventual examination until follow-up, when a confidential relationship between client and staff may have developed.

Economic accessibility to contraception³⁹ is vital for adolescents. Unlike other appointments with a health centre doctor, all visits to HCOs for FP here are free of charge by law. Laboratory tests, e.g., for STIs, pregnancy and cervical cytology tests (although sometimes limited⁴⁰), are likewise free. In this study the supply of free contraceptives was often restricted to initiation of contraception, in contrast for example to England (free supply of all contraceptives)⁴¹ or the Netherlands (free doctor-prescribed contraceptives)⁴². Additional supplies to young clients were rare and condom provision was virtually non-existent. Distribution of condoms could be a valuable tool in promoting STI prevention among adolescents, for whom condoms, and especially dual protection, may be too expensive. It might also help to reach adolescent males and offer new opportunities for sexual health promotion^{26,43}.

Provision of condoms, screening for STIs and contact tracing are the basic tools in the prevention of STIs among adolescents. At the time of the study no national guidelines existed on screening for *C. trachomatis* but on-site instructions were reported by 11 HCOs. Testing was fairly common upon initiation of OCs and also during follow-up if deemed necessary (e.g., a new partner). In 14% of the HCOs nurses could not test for chlamydia without doctor's permission. Efforts to restrict chlamydia infection should be enhanced by providing nurses with more appropriate means of identifying the condition^{44,45}. The contact tracing process would also benefit from nurses' contribution. Even though provider referral is more effective than patient referral in cases of non-gonococcal urethritis (that is, chlamydia)²³, it may prove too laborious in primary care settings. The process might be made more effective by using conditional referral as well, but this approach applied to only one HCO in this study. Nurses participated in contact tracing in only few HCOs.

Management of STIs and assessment for abortion were not integrated into contraceptive counselling but

in most cases took place in HCO outpatient clinics. In view of the interrelatedness of adolescents' sexual health problems⁴⁶, integration of all these services into a single unit or under the same service providers might prove ideal. Such an arrangement could facilitate young clients' use of services in offering an opportunity for wide-range sexual health counselling. Nonetheless, according to a recent UK evaluation of one-stop shop models for sexual health provision, an integrated *mindset* is equally or more important than the establishment of integrated services⁴⁷. Mindful of the larger picture, a professional in primary health care can provide comprehensive sexual health services, at least to some extent, irrespective of service site.

The first national action programme for the promotion of sexual and reproductive health in Finland was launched in May 2007⁴⁸. It addresses most weaknesses of service provision discovered in the present study by emphasizing sexual health services tailored for adolescents in terms of close location, confidentiality, expeditious access to contraceptive services (initiation of contraceptive method within a week), services within school health care and the comprehensive approach. Supplies of free contraceptives (including condoms) to all under 20 and screening for chlamydia focusing primarily on contraceptive users under 25 were introduced. In addition, the Finnish evidence-based Current Care Guidelines for emergency contraception and abortion⁴⁹ were confirmed. The effectiveness of this programme in improving adolescent sexual health service provision must still be determined.

The present survey covered 63 HCOs, which accounted for about 25% of all HCOs in Finland and served one fifth of the population. Selection of HCOs was based on previous collaboration and existing networks, thus ensuring good response rates and reliability of data. The HCOs involved represented organizations differing in size and urban/rural distribution in the same proportions as generally in Finland. The findings thus probably reflect the situation in the whole country.

One manifest weakness in the study is that the data were obtained from survey material not specifically investigating adolescent services but all types of sexual health services. For instance, the picture of school health care is incomplete in that the survey was not directed to school nurses and doctors but to their superiors. Furthermore, the study focused on doctors'

and nurses' responses from the most representative HCO units, this often meaning the largest health stations so that practices in smaller units are not fully presented.

CONCLUSION

A good range of basic adolescent sexual health services is available in Finnish health centres, but various barriers to their full utilization were identified. The tailoring of services to teenagers does not necessarily require major financing but a rethinking of service processes and existing resources. To improve services, further involvement of nurses in their provision is recommended. Since involvement of adolescents

themselves in improving sexual health services targeted at their age group has been strongly advocated^{3,50}, it would be important to investigate how their expectations (as users or potential users of services) are met.

Conflict of interest: The authors have acted as salaried part-time research physicians in HPV vaccine studies funded by GlaxoSmithKline and Merck & Co., Inc. at the University of Tampere, Finland. E.K. also participated in the first study as an expert on adolescent sexual health surveys.

Sources of funding: Academy of Finland, Research Programme on Health Service Research, and the Ministry of Social Affairs and Health.

REFERENCES

1. European Parliament resolution on sexual and reproductive health and rights (2001/2128 (INI)). P5_TA(2002)0359. European Parliament, 2002.
2. Imamura M, Hannaford P, Astin M, et al. *REPROSTAT 2: A systematic review of factors associated with teenage pregnancy in the European Union. Final report.* University of Aberdeen, 2006. Accessed 5 May 2008 from: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/action1_2003_27_en.htm
3. *A guide for developing policies on the sexual and reproductive health & rights of young people in Europe.* IPPF European Network 2007. Accessed 26 February 2008 from: <http://www.ippfen.org/en/Resources/Our+Publications/Policy+Guide.htm>
4. Lazarus J, Liljestrand J. *Sex and young people in Europe: A research report of the Sexual Awareness for Europe Partnership.* The SAFE Project 2007. Accessed 19 May 2008 from: http://www.ySAFE.net/SAFE/index.php?option=com_content&task=category§ionid=4&id=27&Itemid=51
5. Avery L, Lazdane G. What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008;13:58–70.
6. Fenton K, Lowndes C. Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union. *Sex Transm Infect* 2004;80:255–63.
7. Strasburger V. Adolescents, sex, and the media: ooooo, baby, baby—a Q & A. *Adolesc Med Clin* 2005;16: 269–88.
8. L'Engle K, Brown J, Kenneavy K. The mass media are an important context for adolescents' sexual behavior. *J Adolesc Health* 2006;38:186–92.
9. Haggstrom-Nordin E, Sandberg J, Hanson U, et al. 'It's everywhere!' Young Swedish people's thoughts and reflections about pornography. *Scand J Caring Sci* 2006;20:386–93.
10. *Better prevention, better services, better sexual health – The national strategy for sexual health and HIV.* Department of Health, 2001. Accessed 20 May 2008 from: www.dh.gov.uk/assetRoot/04/05/89/45/04058945.pdf
11. *WHO Regional strategy on sexual and reproductive health in Europe.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001. Accessed 26 February 2008 from: http://www.euro.who.int/reproductivehealth/guidelines/20021015_1
12. *European strategy for the promotion of sexual and reproductive health and rights. Resolution 1399 (2004).* Council of Europe, 2004. Accessed 26 February 2008 from: <http://www.assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/adoptedText/ta04/ERES1399.htm>
13. *European strategy for child and adolescent health and development.* World Health Organization Regional Office for Europe, 2005. Accessed 26 February 2008 from: http://www.euro.who.int/childhealthdev/strategy/20060919_1
14. Jones E, Forrest J, Goldman N, et al. Teenage pregnancy in developed countries: Determinants and policy implications. *Fam Plann Perspect* 1985;17:53–63.

15. *Infectious diseases in Finland 2006*. Publications of the National Public Health Institute B 13/2007. Helsinki: National Public Health Institute, 2007. Accessed 20 May 2008 from: <http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/infe/julkaisut/>
16. *Induced abortions and sterilisations 2006. Statistical Summary 24/2007*. STAKES National Research and Development Centre for Welfare and Health 2007. Accessed 20 May 2008 from: <http://www.stakes.fi/EN/tilastot/statisticsbytopic/reproduction/abortionsandsterilisations.htm>
17. Hiltunen-Back E, Haikala O, Kautiainen H, et al. Nationwide increase of Chlamydia trachomatis infection in Finland: Highest rise among adolescent women and men. *Sex Transm Dis* 2003;30:737–41.
18. Järvelin J. *Health care systems in transition. Finland*. European Observatory on Health Care Systems 2002. Available at: <http://www.euro.who.int/document/e74071.pdf>
19. Knudsen L, Gissler M, Bender S, et al. Induced abortion in the Nordic countries: special emphasis on young women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:257–68.
20. Wellings K, Parker R. *Sexuality education in Europe – A reference guide to policies and practices*. IPPF European Network 2006. Accessed 20 May 2008 from: <http://www.ippfen.org/en/Resources/Our+Publications/Sexuality+Education+in+Europe.htm>
21. *Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskoululle ja kunnille (School health care 2002. A guide for school health care, comprehensive schools and municipalities)*. Stakes, Oppaita 51. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health and Stakes, 2002:54–57. Accessed 18 March 2008 from: http://www.stakes.fi/FI/Julkaisut/verkkojulkaisut/muita/Oppaita51_2002.htm
22. Tossavainen K, Turunen K, Jakonen S, et al. School nurses as health counsellors in Finnish ENHPS schools. *Health Education* 2004;104:33–44.
23. Mathews C, Coetzee N, Zwarenstein M, et al. Strategies for partner notification for sexually transmitted diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005;3.
24. Shelton J, Angle M, Jacobstein R. Medical barriers to access to family planning. *Lancet* 1992;340:1334–5.
25. French R, Mercer C, Kane R, et al. What impact has England's Teenage Pregnancy Strategy had on young people's knowledge of and access to contraceptive services? *J Adolesc Health* 2007;41:594–601.
26. Nwokolo N, McOwan A, Hennebry G, et al. Young people's views on provision of sexual health services. *Sex Transm Infect* 2002;78:342–5.
27. Reeves C, Whitaker R, Parsonage R, et al. Sexual health services and education: Young people's experiences and preferences. *Health Educ J* 2006;65:368–79.
28. Hansen T, Skjeldestad F. Adolescents: Is there an association between knowledge of oral contraceptives and profession of provider? *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2007;12:303–8.
29. Hippisley-Cox J, Allen J, Pringle M, et al. Association between teenage pregnancy rates and the age and sex of general practitioners: cross sectional survey in Trent 1994–7. *BMJ* 2000;320:842–5.
30. Danielsson M, Sundstrom K. Reproductive health. *Scand J Public Health* 2006;67(Suppl.):147–64.
31. Donovan C, Mellanby A, Jacobson L, et al. Teenagers' views on the general practice consultation and provision of contraception. The Adolescent Working Group. *Br J Gen Pract* 1997;47:715–8.
32. Churchill R, Allen J, Denman S, et al. Do the attitudes and beliefs of young teenagers towards general practice influence actual consultation behaviour? *Br J Gen Pract* 2000;50:953–7.
33. *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. 3rd edn. Geneva: World Health Organization, 2004. Accessed 20 May 2008 from: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/>
34. *Contraception in adolescence (Issues in adolescent health and development)*. Geneva: World Health Organization, 2004. Accessed 20 May 2008 from: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/discussion/en/
35. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFPRHC Guidance. Contraceptive choices for young people. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2004;30:237–50.
36. Larsen S, Kragstrup J. Expectations and knowledge of pelvic examinations in a random sample of Danish teenagers. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995;16:93–9.
37. Stewart F, Harper C, Ellertson C, et al. Clinical breast and pelvic examination requirements for hormonal contraception: Current practice vs evidence. *JAMA* 2001;285:2232–9.
38. Scott A, Glasier A. Are routine breast and pelvic examinations necessary for women starting combined oral contraception? *Hum Reprod Update* 2004;10:449–52.
39. Bertrand J, Hardee K, Magnani R, et al. Access, quality of care and medical barriers in family planning programs. *Int Fam Plann Perspect* 1995;21:64–69,74.
40. Sannisto T, Mattila K, Kosunen E. Raskauden ehkäisyneuvonta terveyskeskuksissa (Contraceptive counselling at health centres). *Suom Lääkäril* 2007;62:2185–92.
41. *Recommended standards for sexual health services*. London: Medical Foundation for AIDS & Sexual Health 2005. Accessed 20 May 2008 from: <http://www.medfash.org.uk/publications/current.html>
42. Hardon A. Reproductive health care in The Netherlands: Would integration improve it? *Reprod Health Matters* 2003;11:59–73.

43. Gibbins J, Connell F, Lester H, et al. Birmingham's condom distribution scheme – an opportunity to promote sexual health in a primary setting. *Br J Gen Pract* 2001;51:142.
44. Feroli K, Burstein G. Adolescent sexually transmitted diseases: New recommendations for diagnosis, treatment, and prevention. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2003;28:113–8.
45. Challenor R, Henwood E, Burgess J, et al. Effective role redesign: An audit of outcomes following the introduction of a new nurse-led service. *Int J STD AIDS* 2006;17:555–7.
46. Rogstad K, Ahmed-Jushuf I, Robinson AJ. Standards for comprehensive sexual health services for young people under 25 years. UK national survey. *Int J STD AIDS* 2002;13:420–4.
47. *Evaluation of one-stop models of sexual health provision. Final Report 2007*. The National Evaluation of One Stop Shops for Sexual Health, 2008. Accessed 22 May 2008 from: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_083200
48. *Promotion of sexual and reproductive health. Action programme 2007–2011*. Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2007:17. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health 2007. Accessed (with English summary) 4 March 2008 from: http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/11503/summary_en.htm
49. *Finnish Current Care Guidelines*. Accessed 22 May 2008 from: http://www.kaypahoito.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=6&p_navi=3038&p_sivu=3237
50. *Key issues in the implementation of programmes for adolescent sexual and reproductive health*. Geneva: World Health Organization, 2004. Accessed 22 May 2008 from: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/fch_cah_04_3/en/index.html

MAIN RESEARCH ARTICLE

Provision of contraception: a survey among primary care physicians in Finland

TUIRE SANNISTO^{1,2} & ELISE KOSUNEN³

¹Department of General Practice, Medical School, University of Tampere, Tampere, Finland, ²Centre of General Practice, Pirkanmaa Hospital District, Tampere, Finland, and ³Ylöjärvi Health Centre, Ylöjärvi, Finland

Abstract

Objective. To investigate self-reported practices of contraceptive provision among primary care physicians. **Design.** A cross-sectional questionnaire study. **Setting.** All community health centers ($n = 63$) in an university hospital area in Western Finland. **Sample and methods.** A total of 122 health center physicians involved in contraceptive counseling (CC) were invited to participate in self-administered survey. Data were obtained on initiation of contraceptive methods and the limits and contraindications applied when prescribing combined hormonal contraception (CHC), and they were assessed against Finnish and WHO guidelines. **Main outcome measures.** Distribution of initiated contraceptive methods and of examinations and tests included, application of limits and contraindications in relation to age, smoking, body mass index or weight, blood pressure (BP) and migraine with aura when prescribing CHC (combined oral contraceptives (COCs), vaginal ring and contraceptive patch). **Results.** Responded physicians ($n = 83.68\%$) said they most frequently prescribed the COC pill. Progestin-only pills, levonorgestrel-releasing intrauterine system and copper-releasing intrauterine device were also provided regularly. Most of the respondents routinely took numerous examinations and tests when initiating contraception, including also unnecessary ones. There were gaps in their knowledge about the limits and contraindications for CHC. For example, 41% of the respondents did not recognize migraine with aura as a contraindication and only 19% reported applying the recommended BP limit of 140/90 mmHg. **Conclusions.** The range of contraceptives available and examinations and tests offered were comprehensive. However, the inadequate procedures regarding assessment of contraindications for CHC suggests that updating CC practices is challenging in primary care.

Key words: Practices, physicians, female contraception, contraindications, primary health care

Introduction

In Finland, the publicly funded system of primary health care has provided free contraceptive counseling (CC) since 1972 (1). Contraceptive care is also available through private health care and non-governmental organizations, but the public health care system is the biggest provider (2). In keeping with the Primary Health Care Act, every local authority in the country runs a community health center (henceforth health center), an organization which provides all publicly funded primary health care services, including CC (1).

At these health centers, most of the physicians who provide CC (involving initiating contraceptive

methods) are general practitioners with or without specialist training. Earlier, CC was provided through dedicated family planning (FP) clinics, with midwives or public health nurses working closely with physicians. Today, after a relaxation of central government guidance and control in the early 1990s, the service provision scene is more diverse than before (3). Physicians, however, continue to play a crucial role in contraceptive care because nurses are not allowed to prescribe contraceptives (or any drugs).

International evidence-based and consensus-driven norms for safe contraceptive care are set out in the World Health Organization's Medical Eligibility Criteria (WHOMEC) and Selected Practice Recommendations

for Contraceptive Use (WHOSPR) (4–6). Finland had not yet officially adapted these guidelines to local population needs and the national health care system, unlike UK (7), for example. Indeed since the last governmental instructions published in 1982, national health authorities have not given any guidelines for CC to support service providers and to improve service quality. However, the Physician's Desk Reference and Database (PDRD), a collection of Finnish clinical practice guidelines for primary care that has been available since 1989 (8), does include guidance on CC, such as choosing a contraceptive method and contraindications.

We could not identify any studies about the use of WHOMEK or WHOSPR recommendations in clinical practice, or about adherence to these guidelines. However, a recent US study found that at least 6% of oral contraceptive (OC) users have one or more contraindications (9). For example, some smoking women continue to receive OCs after age 35 (9,10). This and other similar findings raise the question of what actually happens in contraceptive consultation; how the professionals apply the guidelines? There is also a scarcity of information on the examinations and tests undertaken upon initiation of contraceptive methods; this knowledge would be important when identifying medical barriers to access contraception.

This study investigated self-reported practices of contraceptive provision among Finnish primary health care physicians involved in CC. More specifically, we were interested in initiation of contraceptive methods and the limits and contraindications applied when prescribing combined hormonal contraception (CHC, including combined oral contraceptives (COCs), vaginal ring and contraceptive patch).

Material and methods

The survey was conducted between September 2005 and January 2006 in the Expert Responsibility Area of Tampere University Hospital in Western Finland. At that time the area comprised of five hospital districts, 107 municipalities (including one larger city, several middle-sized or small towns, and sparsely populated rural areas) and a total of 63 health centers, each run by one local authority or by joint municipal boards representing up to six municipalities. Together, these organizations were responsible for primary health care service provision to 1.2 million citizens (one fifth of the Finnish population). The Scientific Postgraduate Committee of the Medical School approved the research plan.

First, a short questionnaire was sent out to each health center in order to identify the physicians most

involved in providing FP services. In health centers that served several municipalities, a physician was recruited to represent each municipality. Contact information was also gathered for several physicians in the three largest towns and in 12 other health centers providing FP services in multiple locations. Missing information was completed by phone.

Second, invitations to participate in the study went out to 122 physicians via email with a linked online questionnaire including structured, semi-structured and open questions. Physicians at bilingual health centers or working in Swedish-speaking areas ($n = 12$) received the forms both in Finnish and Swedish. Two reminders were sent out; the latter included a paper questionnaire.

The reported practices were assessed against the PDRD, WHOMEK and WHOSPR recommendations of 2004. However, since PDRD recommendations are neither official national guidelines nor has WHOMEK or WHOSPR been translated into Finnish, the aim was to compare the physician's self-reported practices with the best knowledge available at the time, not to discover their *adherence* to the guidelines.

The respondents were given a list of examinations and tests from where they could choose the ones that were usually undertaken in their clinic when planning to initiate contraception (either at the first visit or at the first follow-up visit after three months) (Table 1). The responses were viewed with PDRD and WHOSPR recommendations on which examinations or tests should be done routinely before providing a method of contraception. PDRD of 2004 advised blood pressure (BP) and weight measurements, pelvic and breast examinations and a Pap smear to be undertaken when initiating any contraceptive method. WHOSPR classifies possible examinations and tests into three classes (from A to C) according to their significance for safe and effective use of the contraceptive method. The classifications of examinations and tests included here are set out in Table 1.

The limits and contraindications applied when prescribing CHC in relation to age, smoking, body mass index (BMI) or weight, BP and migraine with aura were asked using a structured question presented with results in Table 2. The responses were compared with PDRD and WHOMEK, whose recommendations are presented in Table 2. WHOMEK classifies the conditions affecting eligibility for the use of each contraceptive method under four categories: 1 = 'a condition for which there is no restriction for the use of the contraceptive method', 2 = 'a condition where the advantages of using the method generally outweigh the theoretical or proven risks', 3 = 'a condition where the theoretical or proven risks usually outweigh

Table 1. Examinations and tests reported to be usually undertaken when planning to initiate COCs or intrauterine contraception^a presented with WHOSPR classifications (see superscripts and footnote) and PDRD recommendations (recommended examinations and tests in boldface) of 2004.

	COCs Yes <i>n</i> (%)	IUD Yes <i>n</i> (%)	LNG-IUS ^b Yes <i>n</i> (%)
BP	82 (99)^A	54 (65)^C	63 (76)^C
Pelvic examination	80 (96)^C	81 (98)^A	79 (95)^A
BMI or weight	70 (84)	40 (48)	47 (57)
Pap smear^c	62 (75)^C	73 (88)^C	70 (84)^C
Breast examination^d	39 (47)^C	30 (36)^C	32 (39)^C
Chlamydia ^e	36 (43) ^C	16 (19) ^B	15 (18) ^B
Liver enzymes ^f	27 (33)	1 (1)	3 (4)
Hemoglobin	13 (16) ^C	24 (29)^B	16 (19) ^B
Pregnancy test ^g	4 (5)	7 (8)	6 (7)
Ultrasound	3 (4)	2 (2)	2 (2)
HIV ^c	0 (0) ^C	0 (0) ^B	0 (0) ^B

^AWHOSPR Class A = Essential and mandatory in all circumstances for safe and effective use of the contraceptive method (blood pressure measurement included because it is always available in Finnish health care settings).

^BWHOSPR Class B = Contributes substantially to safe and effective use, but implementation may be considered within the public health and/or service context.

^CWHOSPR Class C = Does not contribute substantially to safe and effective use of the contraceptive method.

^aEither at the first visit or at the first follow-up visit after three months.

^bMissing answers: *n* = 2 (except 'breast examination' *n* = 8).

^cWHOSPR: Cervical cancer screening.

^dMissing answers: COCs *n* = 5, vaginal ring/patch *n* = 6, IUD *n* = 6, LNG-IUS *n* = 8.

^eWHOSPR: STI/HIV screening: laboratory tests.

^fWHOSPR: Routine laboratory tests.

^gMissing answer: IUD *n* = 1.

Note: COC, combined oral contraceptive; IUD, copper-releasing intrauterine device; LNG-IUS, levonorgestrel-releasing intrauterine system; BMI, body mass index; BP, blood pressure.

the advantages of using the method' and 4 = 'a condition which represents an unacceptable health risk if the contraceptive method is used'. Categories 3 and 4 were both considered contraindications to contraceptive use.

The following variables were dichotomized when analyzing the respondents' characteristics and limits and contraindications for CHC use; (1) Personal characteristics: gender, age, year of graduation from medical school, specialist training, work experience at health center, hours of vocational training in sexual health during last two years, physicians' self-assessment of knowledge or skills in CC, and physicians' perception of the meaningfulness of CC work and (2) Characteristics of work in health center: range of tasks at health center, primary site of CC, hours of CC per month and instructions used for CC (any, PDRD) (Table 3). The association of these variables with the limits and contraindications used for CHC was tested.

Four questions which could most clearly be defined correct or incorrect by PDRD were chosen (the correct response(s) in parenthesis): (1) applying a minimum age ('No minimum age'), (2) maximum age for a healthy, but smoking woman (35 years), (3) identifying migraine with aura (PDRD: 'focal migraine') as a contraindication ('Jointly agreed restrictions' or 'I apply restrictions myself'), and (4) maximum BP (140/90 mmHg). These questions were also combined into a new variable. All responses were classified as 'correct' or 'other', the latter including the incorrect and the missing answers.

Statistical analysis

Descriptive statistics (means, medians, standard deviations and cross-tabulation) and Pearson's chi-square test were used for statistical analysis of the data. All analyses were conducted using the Statistical Package for Social Sciences version 13.0 for Windows (SPSS).

Results

Altogether 83 physicians (68% of all 122) from 49 (78% of all 63) health centers responded. The mean age of the respondents was 45.6 years (range 26–62). Forty-five (54%) respondents worked in a health center serving more than one municipality. Other background characteristics of the respondents are shown in Table 4.

Most respondents practised CC in a clinic serving both pregnant women and FP clients. Nine of them worked in a clinic exclusively dedicated to FP (Table 5). The respondents practised CC on average 9.3 hours a month (range 0–60, SD 10.9), the median being 4.5 hours. CC work was most often based on PDRD guidelines (Table 5).

The most frequently initiated contraceptive method was COC pill, which 49% of the respondents prescribed weekly, followed by levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS, 19%), progestin-only pill (POP, 17%), copper-releasing intrauterine device (IUD, 10%) and vaginal ring (7%) (Table 6). Progestin-releasing implant, depot-medroxyprogesterone acetate (DMPA) injection and contraceptive patch were provided infrequently, and only three respondents fitted diaphragms.

Table 1 shows which examinations and tests were usually undertaken when planning to initiate the most common contraceptive methods, either at the first visit or in connection with the first follow-up visit after three months, according to the respondents. BP readings were routinely undertaken, and also BMI or weight was

Table 2. Reported limits and contraindications for prescribing combined hormonal contraception by respondents presented with WHOME C categories and PDRD recommendations of 2004.

	<i>n</i>	%	Mean	SD	Range	WHOME C	PDRD
Minimum age (year)						Use after menarche: 1	No limitations stated
'A jointly agreed minimum age in our clinic'	4	5	14.0	1.4	13.0–15.0		
'I apply a minimum age myself'	21	25	14.4	0.9	13.0–16.0		
'No minimum age'	58	70					
Maximum age for a healthy, non-smoking woman						Age ≥ 40: 2	Primarily a pill with estradiol valerate after age 40
'A jointly agreed maximum age'	9	11	39.4	1.7	35.0–40.0		
'I apply a maximum age myself'	36	43	41.5	3.5	35.0–50.0		
'No maximum age'	38	46					
Maximum age for a healthy, smoking woman						Age ≥ 35 and smoking:	Contraindicated after age 35
'A jointly agreed maximum age'	20	24	35.1	1.7	30.0–40.0	< 15 cigarettes/day: 3	
'I apply a maximum age myself'	54	65	35.2	2.8	30.0–42.5	≥ 15 cigarettes/day: 4	
'No maximum age'	9	11					
Maximum BMI or weight (kg)						BMI ≥ 30: 2	No limitations stated
'A jointly agreed maximum BMI'	3	4	35.3	3.5	32.0–39.0		
'I apply a maximum BMI'	8	10	32.8	3.6	29.5–38.0		
'I apply a maximum weight'	5	6	85.0	10.8	70.0–95.0		
'No maximum BMI or weight'	66	80					
Missing information	1	1					
Maximum blood pressure (mmHg)						Systolic 140–159 or diastolic 90–99: 3	Contraindicated if hypertension. If raises > 140/90, switch to another preparation or to POPs
'A jointly agreed maximum BP'	12	15				Systolic ≥ 160 or diastolic ≥ 100: 4	
Systolic			136	6.4	120–140		
Diastolic			87	7.3	70–100		
'I apply a maximum BP myself'	44	53					
Systolic			148	8.2	135–160		
Diastolic			93	4.6	85–100		
'No maximum BP'	26	31					
Missing information	1	1					
Migraine with aura						4	Contraindicated if focal or crescendo-type migraine
'Jointly agreed restrictions'	11	13					
'I apply restrictions myself'	38	46					
'No restrictions'	34	41					

WHOME C Categories: 1 = A condition for which there is no restriction for the use of the contraceptive method; 2 = A condition where the advantages of using the method generally outweigh the theoretical or proven risks; 3 = A condition where the theoretical or proven risks usually outweigh the advantages of using the method and 4 = A condition which represents an unacceptable health risk if the contraceptive method is used.

Note: WHOME C, WHO's Medical Eligibility Criteria; PDRD, physician's desk reference and database; BMI, body mass index; BP, blood pressure; POP, progestin-only pill.

frequently measured, in concordance with PDRD guidance (Table 1). Furthermore, pelvic examination and Pap smear testing were often undertaken, irrespective of the chosen method of contraception. Testing of Chlamydia and liver enzymes was relatively common when initiating COCs. Less than one third of the respondents checked the client's hemoglobin level when initiating IUD use.

As many as 25 (30%) of the respondents said they applied a minimum age restriction for the initiation of CHC (Table 2). An even larger number (45.54%) applied a maximum age limit for prescribing CHC for healthy non-smoking women. Nine (11%) respondents had no age limits for smoking women, and among the respondents who did apply age limits, 13 said they prescribed CHC even for smokers aged over 35. Two thirds of the respondents (56.67%) reported applying a maximum BP limit, but that limit varied

widely. Only 16 (19%) respondents said that they applied the limit of 140/90 mmHg, which is recommended by PDRD and WHOME C (Category 3). If the limit was jointly agreed upon at the clinic where the respondent was working, it was stricter than the ones the respondents applied by themselves. Thirty-four respondents (41%) did not identify migraine with aura as a contraindication. Among the respondents who reported using restrictions (*n* = 49), 46 specified the ones they applied: 17 (37%) considered CHC being fully and 29 (63%) relatively contraindicated. None of the respondents notified that smoking would affect their decision on whether or not to prescribe CHC to a migraineur.

In an examination of how the respondents' limits and contraindications for CHC use were associated with their background characteristics, the only significant connection (*p* = 0.018, <0.05) was found

Table 3. Reported limits and contraindications for combined hormonal contraception use and respondents' characteristics.

	Minimum age		Maximum age for smokers 35		Migraine with aura identified as a contraindication		Maximum blood pressure 140/90 mmHg		Scoring 3 or 4 correct responses to 1-4	
	Correct <i>n</i> (%)	Other ^a <i>n</i> (%)	Correct <i>n</i> (%)	Other ^a <i>n</i> (%)	Correct <i>n</i> (%)	Other ^a <i>n</i> (%)	Correct <i>n</i> (%)	Other ^a <i>n</i> (%)	Yes <i>n</i> (%)	No <i>n</i> (%)
All (<i>n</i> = 83)	58 (70)	25 (30)	50 (60)	33 (40)	49 (59)	34 (41)	16 (19)	67 (81)	31 (37)	52 (63)
<i>(1) Personal characteristics</i>										
Gender										
Female	47 (70)	20 (30)	39 (58)	28 (42)	40 (60)	27 (40)	14 (21)	53 (79)	28 (42)	39 (58)
Male	11 (69)	5 (31)	11 (69)	5 (31)	9 (56)	7 (44)	2 (13)	14 (88)	3 (19)	13 (81)
<i>p</i>	0.913		0.439		0.801		0.444		0.087	
Age (years)										
<45	21 (60)	14 (40)	22 (63)	13 (37)	21 (60)	14 (40)	8 (23)	27 (77)	14 (40)	21 (60)
≥45	37 (77)	11 (23)	28 (58)	20 (42)	28 (58)	20 (42)	8 (17)	40 (83)	17 (35)	31 (65)
<i>p</i>	0.094		0.678		0.879		0.480		0.670	
Year of graduation from medical school										
≤1985	32 (73)	12 (27)	26 (59)	18 (41)	24 (55)	20 (46)	7 (16)	37 (84)	14 (32)	30 (68)
>1985	26 (67)	13 (33)	24 (62)	15 (39)	25 (64)	14 (36)	9 (23)	30 (77)	17 (44)	22 (56)
<i>p</i>	0.548		0.820		0.377		0.409		0.269	
Specialist training										
Yes	38 (68)	18 (32)	35 (63)	21 (38)	38 (68)	18 (32)	12 (21)	44 (79)	24 (43)	32 (57)
No	18 (72)	7 (28)	14 (56)	11 (44)	10 (40)	15 (60)	4 (16)	21 (84)	6 (24)	19 (76)
<i>p</i>	0.709		0.580		0.018		0.571		0.104	
Work experience in health center (years)										
≤10	15 (71)	6 (29)	11 (52)	10 (48)	13 (62)	8 (38)	5 (24)	16 (76)	8 (38)	13 (62)
>10	43 (69)	19 (31)	39 (63)	23 (37)	36 (58)	26 (42)	11 (18)	51 (82)	23 (37)	39 (63)
<i>p</i>	0.858		0.394		0.757		0.542		0.935	
Vocational training in sexual health in past 2 years (hours)										
<4	26 (74)	9 (26)	19 (54)	16 (46)	19 (54)	16 (46)	5 (14)	30 (86)	12 (34)	23 (66)
≥4	23 (61)	15 (40)	23 (61)	15 (40)	22 (58)	16 (42)	10 (26)	28 (74)	12 (32)	26 (68)
<i>p</i>	0.211		0.590		0.756		0.204		0.806	
'I have adequate knowledge in CC'										
Agree ^b	42 (70)	18 (30)	36 (60)	24 (40)	38 (63)	22 (37)	13 (22)	47 (78)	25 (42)	35 (58)
Other ^c	16 (70)	7 (30)	14 (61)	9 (39)	11 (48)	12 (52)	3 (13)	20 (87)	6 (26)	17 (74)
<i>p</i>	0.969		0.942		0.199		0.373		0.189	
'I have adequate skills in CC'										
Agree ^b	42 (70)	18 (30)	37 (62)	23 (38)	36 (60)	24 (40)	13 (22)	47 (78)	24 (40)	36 (60)
Other ^c	16 (70)	7 (30)	13 (57)	10 (44)	13 (57)	10 (44)	3 (13)	20 (87)	7 (30)	16 (70)
<i>p</i>	0.969		0.668		0.773		0.373		0.420	
'I find CC work meaningful'										
Fully agree	33 (72)	13 (28)	25 (54)	21 (46)	30 (65)	16 (35)	8 (17)	38 (83)	18 (39)	28 (61)
Other ^d	25 (68)	12 (32)	25 (68)	12 (32)	19 (51)	18 (49)	8 (22)	29 (78)	13 (35)	24 (65)
<i>p</i>	0.681		0.221		0.202		0.627		0.708	
<i>(2) Characteristics of respondent's work in health center</i>										
Range of tasks in health center										
≤6	30 (73)	11 (27)	28 (68)	13 (32)	27 (66)	14 (34)	7 (17)	34 (83)	16 (39)	25 (61)
≥7	28 (67)	14 (33)	22 (52)	20 (48)	22 (54)	20 (48)	9 (21)	33 (79)	15 (36)	27 (64)
<i>p</i>	0.518		0.139		0.212		0.615		0.755	
Primary site of CC										
FP clinic ^e	28 (68)	13 (32)	25 (61)	16 (39)	27 (66)	14 (34)	10 (24)	31 (76)	18 (44)	23 (56)
Other	30 (71)	12 (29)	25 (60)	17 (41)	22 (52)	20 (48)	6 (14)	36 (86)	13 (31)	29 (69)
<i>p</i>	0.756		0.893		0.212		0.243		0.223	
Hours of CC per month										
<5	29 (71)	12 (29)	24 (59)	17 (42)	21 (51)	20 (49)	6 (15)	35 (85)	14 (34)	27 (66)
≥5	27 (68)	13 (33)	25 (63)	15 (38)	27 (68)	13 (33)	10 (25)	30 (75)	16 (40)	24 (60)
<i>p</i>	0.753		0.715		0.136		0.241		0.585	
Instructions used for CC^f										
Yes	45 (67)	22 (33)	40 (60)	27 (40)	38 (57)	29 (43)	12 (18)	55 (82)	22 (33)	45 (67)
No	13 (81)	3 (19)	10 (63)	6 (38)	11 (69)	5 (31)	4 (25)	12 (75)	9 (56)	7 (44)
<i>p</i>	0.270		0.837		0.379		0.518		0.082	

Table 3 (Continued)

	Minimum age		Maximum age for smokers 35		Migraine with aura identified as a contraindication		Maximum blood pressure 140/90 mmHg		Scoring 3 or 4 correct responses to 1-4	
	Correct <i>n</i> (%)	Other ^a <i>n</i> (%)	Correct <i>n</i> (%)	Other ^a <i>n</i> (%)	Correct <i>n</i> (%)	Other ^a <i>n</i> (%)	Correct <i>n</i> (%)	Other ^a <i>n</i> (%)	Yes <i>n</i> (%)	No <i>n</i> (%)
All (<i>n</i> = 83)	58 (70)	25 (30)	50 (60)	33 (40)	49 (59)	34 (41)	16 (19)	67 (81)	31 (37)	52 (63)
PDRD as instructions										
Yes	23 (64)	13 (36)	20 (56)	16 (44)	21 (58)	15 (42)	8 (22)	28 (78)	11 (31)	25 (69)
No	35 (75)	12 (26)	30 (64)	17 (36)	28 (60)	19 (40)	8 (17)	39 (83)	20 (43)	27 (57)
<i>p</i>	0.298		0.445		0.909		0.552		0.263	

^aIncorrect or missing answer.

^b'Fully' or 'almost agree'.

^c'Almost disagree', 'cannot say' or answer missing.

^d'Almost disagree', 'fully disagree', 'cannot say', 'not suitable to answer', answer missing (*n* = 2).

^eFP clinic or combined maternity and FP clinic.

^f'Yes': Any instructions, 'No': no instructions or 'do not know'.

Note: CC, contraceptive counseling; FP, family planning; PDRD, Physician's Desk Reference and Database.

Table 4. Background characteristics of the respondents (*n* = 83).

	<i>n</i>	%
Age, years		
≤34	7	8
35-44	28	34
45-54	34	41
≥55	14	17
Gender		
Female	67	81
Male	16	19
Specialist training		
Specialist in general practice	47	57
Trainee in general practice	6	7
Other specialist degree	3	4
Non-specialist	24	29
Missing information	3	4
Work experience at health center		
≤10 years	21	25
>10 years	62	75
Self-assessed CC knowledge: 'I have adequate knowledge in CC'		
Fully agree	17	21
Agree to some extent	43	52
Other ^a	23	28
Self-assessed CC skills: 'I have adequate skills in CC'		
Fully agree	19	23
Agree to some extent	41	49
Other ^a	23	28
Perceived meaningfulness of CC work: 'I find CC work meaningful'		
Fully agree	46	55
Agree to some extent	22	27
Other ^b	15	18

^a'Disagree to some extent', 'cannot say', answer missing (*n* = 2).

^b'Disagree to some extent', 'fully disagree', 'cannot say', 'not applicable', answer missing (*n* = 2).

Note: CC, contraceptive counseling.

between specialist training and identifying migraine with aura as a contraindication; 38% of specialists (or those in specialist training) as opposed to 10% of

Table 5. Characteristics of respondents' (*n* = 83) CC work.

	<i>n</i>	%
Primary site of CC		
FP clinic	9	11
Combined maternity and FP clinic	32	39
Combined maternity, child health and FP clinic	16	19
Outpatient clinic	11	13
Other ^a	15	18
CC, hours/week		
<4	24	29
4-9	32	39
>9	26	31
Missing information	1	1
Instructions used for CC		
PDRD guidelines	36	43
On-site instructions	22	27
National instructions from 1982	6	7
Other instructions	3	4
No instructions	8	10
Do not know	8	10
Vocational training in sexual health, hours/last 2 years		
None	14	17
≤4	33	40
>4	28	34
Missing information	8	10

^aMaternity clinic, school health clinic, student health clinic, occupational health clinic or youth clinic.

Note: CC, contraceptive counseling; FP, family planning.

non-specialists recognized the contraindication (Table 3). Looking at the total scores for the four questions as shown in Table 3, five (6%) respondents scored the maximum of four correct answers, 26 (31%) three, 26 (31%) two, 23 (28%) one and three (4%) had no correct answers. In cross-tabulation, non-use of CC instructions, female gender, specialist training of respondent, self-rated adequate CC knowledge and primary site of CC work being FP clinic (or combined

Table 6. Frequencies of initiation of contraceptive methods by the respondents.

Contraceptive method	Every week <i>n</i> (%)	Every month <i>n</i> (%)	At most a couple of times a year <i>n</i> (%)	Never <i>n</i> (%)	Missing information ^a <i>n</i> (%)
COC pills	41 (49)	38 (46)	2 (2)	1 (1)	1 (1)
POPs	14 (17)	34 (41)	31 (37)	2 (2)	2 (2)
Vaginal ring	6 (7)	35 (42)	39 (47)	1 (1)	2 (2)
Contraceptive patch	1 (1)	16 (19)	57 (69)	7 (8)	2 (2)
IUD	8 (10)	28 (34)	38 (46)	9 (11)	0 (0)
LNG-IUS	16 (19)	42 (51)	20 (24)	4 (5)	1 (1)
Implant	0 (0)	0 (0)	43 (52)	36 (43)	4 (5)
DMPA injection	1 (1)	1 (1)	24 (29)	54 (65)	3 (4)
Diaphragm ^b	0 (0)	0 (0)	3 (4)	74 (89)	6 (7)

^aMissing answer or 'do not know'.

^bCurrently available only to order in Finland.

Note: IUD, copper-releasing intrauterine device; LNG-IUS: levonorgestrel-releasing intrauterine system; DMPA, depot-medroxyprogesterone acetate injections; COC, combined oral contraceptive; POP, progestin-only pills.

clinic with maternity care) seemed to be associated with answering more questions correct, but none of these connections were statistically significant.

Discussion

The findings here indicate that a good variety of contraceptive methods is available in primary care health centers in Finland. Many different examinations and tests are given when initiating contraception, even to excess. Some apparent shortcomings were identified in reported clinical practices, most notably the failure to recognize migraine with aura as a contraindication for CHC.

The single most frequently initiated method was the oral contraceptive pill. Indeed, OC is the most commonly used method of reversible medical contraception in Finland (11), as in most other European countries and North America (12,13). IUD and LNG-IUS were fitted more often than in many other Western countries (12,13); intrauterine contraception is traditionally quite common in Finland (14). Other long-acting reversible methods, implants and DMPA, were rarely initiated, which may reflect a lack of skills and negative attitudes towards these methods (15). Vaginal barrier methods, such as the diaphragm, have not gained widespread use in Finland and their provision was minimal in this study.

Marked shortcomings were discovered in the limits and contraindications for CHC applied by the respondents, when assessed with the recommendations of PDRD and WHOMEK. Particularly, 41% of the respondents failed to recognize migraine with aura as a contraindication. Previously, the quality of physicians' consultations for prescribing OCs has been studied with simulated patients (16,17). In a Flemish study, general practitioners asked about

migraine in only 6 out of 28 consultations (17). Given the high prevalence of migraine in young women (18), the client's history of headaches should be examined before initiating CHC use. Even though OC use itself may not be significantly associated with stroke as previously suggested (19), OC users with a history of migraine carry an increased risk of ischemic stroke (20). Moreover, migraine with aura, OC use and smoking together multiplies the risk of stroke (21). In Finnish medical journals, 'classic migraine' was presented as a contraindication at the first time in 1997. However, the term 'migraine with aura' was introduced in the PDRD handbook only in 2006.

BP measurement is important in assessing a woman's eligibility for CHC use (6,22). In the studies with simulated patients, physicians took the BP in 64% (17) and 47% of consultations (16). In our study, almost all respondents included BP measurements in the routines of CHC initiation. However, less than 70% of them reported they applied any upper BP limit, and there was marked variation in the limits reported. The lowest levels (120 mmHg systolic and 70 mmHg diastolic) are not supported by the current literature, whereas the highest figures reported (160/100) are unacceptably high in Finnish settings today. Only a minority of respondents applied the recommended limit of 140/90 mmHg.

Many other tests and examinations were also undertaken when initiating contraception. Unexpectedly, one third of the respondents reported they took tests to check the liver enzyme levels of women initiating CHC. National instructions published in 1982 did recommend liver enzyme testing for nulliparous women after starting COCs. Even revoked in 1991, these instructions still seemed to affect the CC practices in several health centers. While such routines are groundless and cause additional costs, some routines, even well-intentioned 'reproductive health

check' procedures, may present medical barriers to accessing contraception (23,24). For instance, a pelvic examination was often undertaken when initiating CHC. Here, national and international guidelines are inconsistent; PDRD of 2004 advised to undertake the exam when initiating any contraceptive method, whereas WHOSPR only when initiating intrauterine contraception (6). The routine of pelvic and breast examinations upon initiation of other than intrauterine methods must be questioned, especially with young clients (25).

Likewise, there are no grounds for routine Pap smear testing in connection with CHC initiation (6). These clients are usually adolescents or young women who have recently become sexually active. Cervical screening starting earlier than two to three years after the onset of vaginal intercourse is inappropriate because it may lead to over-diagnosis of lesions that will regress spontaneously, and to inappropriate interventions (26,27). Nevertheless, PDRD in 2004 recommended Pap smear testing of all women initiating contraception. The national organized screening program in Finland begins from age 30, but some municipalities screen also women aged 25 (26). On the other hand, tests for chlamydia infection, and when initiating IUD use, hemoglobin measurements, were not taken often enough.

Similarly, applying of age limits for CHC use was inappropriate to a certain extent. First, the proportion of respondents ignoring the restrictions for smoking women was rather high. Second, given that neither PDRD nor international guidelines offer any unambiguous minimum or maximum age limits for CHC (4,28,29), surprisingly many respondents reported such limits. If the limits are actually applied, that would give cause for real concern about adolescent access to contraception. The finding that more than half of the respondents reported a maximum age of around 40 for CHC use by healthy, non-smoking women, is somewhat ambiguous. Presumably, the fact that in the questionnaire the definition of CHC included only the products with ethinyl estradiol component, but not the preparation with estradiol valerate promoted by PDRD for women after 40, explains the reported low maximum age in part. In a small Canadian survey among obstetrics and gynecology residents, 74% of the respondents considered COC use safe for non-smoking women up to menopause (30). However, recent findings of a Finnish study demonstrating several adverse metabolic and inflammatory outcomes in OC users support criticism for CHC use by women in their 40's (31).

Overall, primary care physicians mostly seemed to provide contraceptive care acceptably. However, quite a few of them followed outdated or even unsafe

practices. For this, at least three possible explanations can be suggested. First, our earlier findings indicate that only some health centers actively manage and develop their FP services (32). Second, physicians' continuing medical training in FP is occasional in most health centers (32). To promote quality performance and to meet clients' needs in the rapidly advancing field of modern contraception, a robust framework for staff training and continuing professional development is essential (33).

Finally, good quality counseling requires that clinical practice guidelines are regularly updated and adequately implemented. The instructions and guidelines used by the physicians in this study were not fully appropriate, particularly the outdated ones from 1982, which may partly explain the finding that use of CC instructions was not associated with better CHC prescribing. Even though the PDRD recommendations have been markedly improved since 2004, thorough Finnish-language evidence-based guidelines for contraception are still missing. The first national action program for the promotion of sexual and reproductive health launched in 2007 (34) calls for national evidence-based Current Care Guidelines (<http://www.kaypahoito.fi>) for contraception, as did several respondents in this study (unpublished data). Given these results, accurate guidelines backed up with a careful implementation strategy using comprehensive approaches and clinically integrated methods would be more than welcome in primary health care.

This survey involved physicians from 49 health centers covering a large population and municipalities of different sizes and levels of urbanization in Finland. Most of the respondents were CC experts in their health centers and therefore had a special interest in the issues studied, which may have contributed to the response rate. At the same time, the focus on expert physicians, who provide a great deal of CC services in their health centers, probably means our results are more valid than they would have been with a random sample of health center physicians. On the other hand, the results are not generalizable to all physicians working in health centers.

Importantly, we did not study the actual performance of physicians, but their own reports of their practices. It is possible therefore that the responses have been affected by social desirability bias and the results may partly reflect respondents' views of ideal practices over their actual ones. The structured questions may also have affected the responses: for example, some respondents found answering the questions of limits and contraindications for CHC difficult because they prefer to view the client as whole rather than consider specific qualities. Furthermore, the

results regarding the examinations and tests undertaken probably do not describe solely physicians' practices. For instance, the reported high activity in BP measuring may reflect the fact that most respondents worked in clinics where a nurse probably takes care of the measuring and other routines prior to a visit to the physician. Nevertheless, we suggest the findings portray professional practices at the health centers of the study area, and probably also reflect practices elsewhere in Finland to some extent.

On the basis of our findings we conclude that the CC system in Finnish health centers, which dates back to the 1970s, continues to perform reasonably well. The examinations and tests reported to be offered are comprehensive, as is the range of contraceptives. However, the initiation of contraception appears rather medicalized. This may create barriers to access for young people in particular, which warrants further research on the topic. Furthermore, updating CC practices seems challenging in primary care. Our study highlights the importance of good management of CC services, continuing medical training, updated clinical practice guidelines and appropriate quality management. The national action program for the promotion of sexual and reproductive health in Finland provides useful tools for these purposes.

Acknowledgements

The authors are grateful to the Academy of Finland (the Research Programme on Health Service Research), the Ministry of Social Affairs and Health, and the Pirkanmaa Hospital District (Competitive Research Funding) for funding this research.

Declaration of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

References

- Rimpelä M, Rimpelä A, Kosunen E. From control policy to comprehensive family planning: success stories from Finland. *Promot Educ.* 1996;3:28–32,48.
- Hemminki E, Sihvo S, Koponen P, Kosunen E. Quality of contraceptive services in Finland. *Qual Health Care.* 1997;89:62–8.
- Sannisto T, Kosunen E. Promotion of adolescent sexual health in primary care: survey in Finnish health centres. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2009;14:27–38.
- World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd edn. Geneva: World Health Organization, 2004. Available online at: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241562668/en/index.html. (accessed 25 June, 2009).
- World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use 2008 update. World Health Organization, 2008. Available online at: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241562668/en/index.html. (accessed 25 June, 2009).
- World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. 2nd edn. Geneva: WHO, 2004. Available online at: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241562846/en/index.html. (accessed 25 June, 2009).
- Stephen G, Brechin S, Glasier A. Using formal consensus methods to adapt World Health Organization Medical Eligibility Criteria for contraceptive use. *Contraception.* 2008;78:300–8.
- Mäkelä M, Kunnamo L. Implementing evidence in Finnish primary care. Use of electronic guidelines in daily practice. *Scand J Prim Health Care.* 2001;19:214–7.
- Shortridge E, Miller K. Contraindications to oral contraceptive use among women in the United States, 1999–2001. *Contraception.* 2007;75:355–60.
- Kosunen E, Rimpelä A, Kaprio J, Berg M. Oral contraception and smoking. Time trends for risk behaviour in Finland. *Eur J Public Health.* 1997;7:29–33.
- Haavio-Mannila E, Kontula O. Sexual trends in the Baltic Sea area. Helsinki: the Population Research Institute, 2003. Available online at: http://www.vaestoliitto.fi/tutkimus/vaestontutkimuslaitoksen_julkais/verkkojulkaisut/sexual_trends_in_the_baltic_sea/. (accessed 25 June, 2009).
- Skouby SO. Contraceptive use and behavior in the 21st century: a comprehensive study across five European countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2004;9:57–68.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World contraceptive use 2007. United Nations; 2008. Available online at: <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2007/contraceptive2007.htm>. (accessed 25 June, 2009).
- Makkonen K, Hemminki E. Different contraceptive practices: use of contraceptives in Finland and other Nordic countries in the 1970s and 1980s. *Scand J Soc Med.* 1991;19:32–8.
- Wellings K, Zhihong Z, Krentel A, Barrett G, Glasier A. Attitudes towards long-acting reversible methods of contraception in general practice in the UK. *Contraception.* 2007;76:208–14.
- Tatum C, Garcia SG, Goldman L, Becker D. Valuable safeguard or unnecessary burden? Characterization of physician consultations for oral contraceptive use in Mexico City. *Contraception.* 2005;71:208–13.
- Peremans L, Rethans JJ, Verhoeven V, Debaene L, Van Royen P, Denekens J. Adolescents demanding a good contraceptive: A study with standardized patients in general practices. *Contraception.* 2005;71:421–5.
- Hagen K, Zwart JA, Vatten L, Stovner LJ, Bovim G. Prevalence of migraine and non-migrainous headache – head-HUNT, a large population-based study. *Cephalalgia.* 2000;20:900–6.
- Yang L, Kuper H, Sandin S, Margolis KL, Chen Z, Adami HO, et al. Reproductive history, oral contraceptive use, and the risk of ischemic and hemorrhagic stroke in a cohort study of middle-aged Swedish women. *Stroke.* 2009;40:1050–8.
- Curtis K, Mohllajee A, Peterson H. Use of combined oral contraceptives among women with migraine and nonmigrainous headaches: a systematic review. *Contraception.* 2006;73:189–94.
- MacClellan LR, Giles W, Cole J, Wozniak M, Stern B, Mitchell BD, et al. Probable migraine with visual aura and risk of ischemic stroke: the stroke prevention in young women study. *Stroke.* 2007;38:2438–45.

22. Curtis KM, Mohllajee AP, Martins SL, Peterson HB. Combined oral contraceptive use among women with hypertension: a systematic review. *Contraception*. 2006;73:179–88.
23. Shelton J, Angle M, Jacobstein R. Medical barriers to access to family planning. *Lancet*. 1992;340:1334–5.
24. Bimla Schwarz E, Saint M, Gildengorin G, Weitz TA, Stewart FH, Sawaya GF. Cervical cancer screening continues to limit provision of contraception. *Contraception*. 2005;72:179–81.
25. Scott A, Glasier AF. Are routine breast and pelvic examinations necessary for women starting combined oral contraception?. *Hum Reprod Update*. 2004;10:449–52.
26. Käypä hoito -suositus. Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnyttinten solumuutokset - diagnostiikka, hoito ja seuranta. [Diagnosis, treatment and follow-up of cytological changes in the cervix, vagina and vulva] (in Finnish. English summary available). Available online at: <http://www.kaypahoito.fi/>. (accessed 25 June, 2009). *Duodecim*. 2006;122:1808–33.
27. Saslow D, Runowicz CD, Solomon D, Moscicki AB, Smith RA, Eyre HJ, et al. American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *CA Cancer J Clin*. 2002;52:342–62.
28. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFPRHC Guidance (October 2004). Contraceptive choices for young people. *J Fam Plan Reprod Health Care*. 2004;30:237–50.
29. ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology. ACOG Practice Bulletin. The use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001;75:93–106.
30. Garcia M, Fisher WA. Obstetrics and gynaecology residents' self-rated knowledge, motivation, skill, and practice patterns in counselling for contraception, STI prevention, sexual dysfunction, and intimate partner violence and sexual coercion. *J Obstet Gynaecol Can*. 2008;30:59–66.
31. Morin-Papunen L, Martikainen H, McCarthy MI, Franks S, Sovio U, Hartikainen AL, et al. Comparison of metabolic and inflammatory outcomes in women who used oral contraceptives and the levonorgestrel-releasing intrauterine device in a general population. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199:529.e1–10.
32. Sannisto T, Mattila K, Kosunen E. Raskauden ehkäisyneuvonta terveyskeskuksissa [Contraceptive counselling at health centres] (in Finnish. English abstract available.) *Suom Lääkäril*. 2007;62:2185–92.
33. Medical Foundation for AIDS & Sexual Health. Recommended standards for sexual health services. London: Medical Foundation for AIDS & Sexual Health endorsed by Department of Health, 2005. Available online at: <http://www.medfash.org.uk/publications/current.html>. (accessed 25 June, 2009).
34. Ministry of Social Affairs and Health. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. [Promotion of sexual and reproductive health. Action programme 2007–2011.] Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2007. (in Finnish. English abstract available). Available online at: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1058193#fi. (accessed 25 June, 2009).

ORIGINAL ARTICLE

Initiation of postpartum contraception: A survey among health centre physicians and nurses in Finland

TUIRE SANNISTO & ELISE KOSUNEN

Medical School, Department of General Practice, University of Tampere, and Pirkanmaa Hospital District, Centre of General Practice, Tampere, Finland

Abstract

Objective. To examine self-reported professional practices of postpartum contraceptive counselling at Finnish community health centres. **Design.** A survey study with self-administered online questionnaires. **Setting.** All local municipalities (n = 107) in the Expert Responsibility Area of Tampere University Hospital in Western Finland in 2005. **Subjects.** A total of 69 (64% of 107) health centre physicians and 80 (75%) nurses performing postpartum check-ups. **Main outcome measures.** Contraceptive method most often initiated or recommended to breastfeeding women at postpartum visit; timing of postpartum initiation of hormonal and intrauterine contraceptive methods in relation to breastfeeding and resumption of menses. **Results.** The most common contraceptive method initiated or recommended to breastfeeding women by both physicians (41%) and nurses (45%) was the condom, followed by progestin-only pills and intrauterine contraception. Few professionals recommended breastfeeding (lactational amenorrhea) as the only contraceptive method. Only eight (12%) physicians inserted a copper-releasing intrauterine device and five (7%) a levonorgestrel-releasing intrauterine system typically at the postpartum visit; the majority delayed the insertions until the resumption of menses. Fifty-three (77%) physicians initiated combined oral contraceptives mostly when breastfeeding was terminated and menses had returned. Over half of the municipalities involved in the study did not provide any medical contraceptives free of charge postpartum. **Conclusion.** Professionals' reports indicate that initiation of effective contraceptive methods is delayed after childbirth. In order to promote better postpartum contraception practices, updated evidence-based guidelines are needed.

Key Words: Breastfeeding, contraception, contraceptive agents, nurses, postpartum period, primary care physicians, primary healthcare

Concerns about inadequate postpartum contraception have been raised around the world [1–3]. In Finland, the risk of induced abortion peaks at six to eight months after childbirth [4], suggesting that contraceptive counselling after delivery may be sub-optimal. A Danish study has proposed that short intervals between pregnancies are mostly unplanned [5]. Besides causing psychosocial stress, short intervals are associated with adverse perinatal outcomes [6–8] and maternal health risks [9]. Consequently, clinicians have been advised to recommend at least 12-month intervals between pregnancies [8]. This underscores the importance of effective postpartum contraception.

A high proportion of women resume sexual activity by the sixth postpartum week [3,10]. Non-

breastfeeding women may ovulate as early as four weeks after delivery [11]. In breastfeeding women, lactation can serve as a contraceptive method for up to six months, but only if it is full and if menstruation has not returned [10,12]. In Finland the median duration of exclusive breastfeeding is less than two months [13], indicating its limited utility for contraceptive purpose and highlighting the need for other methods.

Virtually all medical contraceptive methods (hormonal and intrauterine contraception) are considered eligible for postpartum use, even though evidence-based data are limited [14]. The only methods that are not recommended by most international guidelines during the first six months of breastfeeding are combined hormonal contraceptives (CHC,

Postpartum contraception is often suboptimal. Problems with counselling and service provision may be a contributing factor.

- The initiation of intrauterine and hormonal contraceptive methods is unnecessarily delayed.
- Because of the extensive use of condoms for postpartum contraception, it is important that emergency contraception, including intrauterine device, is readily available as a back-up method.
- Updated evidence-based guidelines are needed for postpartum contraception.

including combined oral contraceptives [COCs], vaginal ring, and contraceptive patch) [15,16].

Postpartum visits in primary healthcare settings provide an obvious opportunity for contraceptive counselling [1,10]. In Finland, such visits are made 5–12 (most typically 6–8) weeks after childbirth, usually at the community health centre maternity clinic, which in most cases also provides contraception. If not, maternity clinics cooperate with family planning clinics within the same organization. Both health centre physicians and public health nurses or midwives provide sexual and reproductive health services including contraceptive counselling, but physicians are responsible for initiating medical methods. Various recommendations are in place to support the work of these professionals, such as national directions from 1999 [17] and instructions in the leading Finnish clinical handbook and database [18], but they are not fully consistent.

The purpose of this study was to examine self-reported professional practices of postpartum contraceptive counselling using surveys among health centre physicians and nurses. Special focus was given to the initiation of medical contraceptive methods in relation to breastfeeding and the resumption of menses.

Material and methods

The survey was conducted between September 2005 and January 2006 in the Expert Responsibility Area of Tampere University Hospital in Western Finland as part of a larger survey on sexual health services [19]. At the time the area comprised 107 local municipalities (including towns of different sizes and sparsely populated rural areas) and 63 community health centre organizations (henceforth health centres),

each run by one local authority or a joint municipal board representing up to six municipalities. Together, these organizations provided primary healthcare services to one-fifth of the Finnish population.

To identify and recruit physicians and nurses most closely involved in providing family planning services, a simple electronic questionnaire was sent to each health centre. In cases where a health centre served several local municipalities, one physician and one nurse were recruited to represent each municipality. In those municipalities that provided family planning services in multiple locations ($n=15$), more than one professional was recruited. Invitations to participate in the study were e-mailed to 122 physicians and 128 nurses together with a link to the online questionnaire, which included structured and open questions as well as space for any additional information. The wordings of the questions are given in the Tables and in the Results.

After two reminders, 83 (68%) physicians and 118 (92%) nurses responded. Among them, 69 physicians and 92 nurses performed postpartum check-ups and from their responses, one physician's and one nurse's response (usually of a professional working in the largest health station) for each local municipality were included in the analysis, resulting in 62 and 79 responses, respectively. In addition, three physicians and one nurse served more than one (two to six) municipality, and their responses were multiplied to represent each of them. Thereafter, the physicians' responses represented 69 (64%) and nurses' 80 (75%) of all 107 municipalities in the study area. In all, responses were obtained (either from a physician or a nurse) from 94 (88%) municipalities.

The data were analysed with SPSS for Windows Version 13.0. The results are given as frequencies, means, and medians.

Results

The mean age of the physicians was 44.6 (range 26–62) and that of nurses 47.7 years (28–61). Half of the physicians were specialists in general practice (Table I). In seven municipalities the physician was a specialist in obstetrics and gynaecology. One-third of the nurses had qualified both in public health nursing and midwifery. The majority of the professionals had more than 10 years' experience of work at health centres. The municipalities involved had an average population of 9961, the median being 5683 (range 1291–98,413).

The contraceptive method most often initiated or recommended for breastfeeding women at postpartum visit by both physicians and nurses was the condom, followed by progestin-only pills (POPs), copper-releasing intrauterine device (IUD), and

Table I. Background characteristics of respondents.

	Physicians n = 69 n (%)	Nurses n = 80 n (%)
Age (years)		
<40	20 (29)	11 (14)
40–49	35 (51)	34 (43)
≥50	14 (20)	35 (44)
Sex		
Female	59 (85.5)	80 (100)
Male	10 (14.5)	0 (0)
Specialist training		
Specialist in general practice	34 (49)	
Trainee in general practice	5 (7)	
Other specialist degree	8 (12)	
Non-specialist	20 (29)	
Missing information	2 (3)	
Nurse education (multiple choice)		
Public health nurse		77 (96)
Midwife		32 (40)
Both		29 (36)
Specific training in sexual health counselling	0 (0)	3 (4)
Work experience at health centre, years		
0–10	23 (33)	18 (22.5)
>10	46 (67)	62 (77.5)

levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) (Table II). Responses to the question “Do you recommend breastfeeding as the only contraceptive method?” were as follows: three (4%) physicians and none of the nurses said “Yes, sometimes”; 10 (15%) physicians and 10 (13%) nurses said “Yes, but rarely”; and 56 (81%) physicians and 69 (86%) nurses said “Never”. None of the professionals reported recommending breastfeeding as the only method of contraception “often”. There was one missing nurse response (1%).

Most physicians initiated POPs irrespective of breastfeeding or menstruation (Table III), but usually started CHC when breastfeeding was finished and menses had returned. There was more variation in the timings of IUD and LNG-IUS insertions, but the majority of physicians would not use these methods unless menses had resumed. Furthermore, 30% of the physicians waited for the termination of breastfeeding before inserting LNG-IUS.

According to the nurses, over half of the municipalities involved did not provide any medical contraceptives (oral contraceptives [OCs], vaginal ring/contraceptive patch, IUD or LNG-IUS) free of charge postpartum (Table IV). Among the municipalities that did provide free contraceptives, the most common method was OCs.

Table II. Contraceptive methods most commonly initiated or recommended¹ for breastfeeding women at postpartum visit by physicians and nurses representing 69 and 80 municipalities in primary care, respectively.

	Physicians n (%)	Nurses n (%)
Condom	28 (41)	36 (45)
Progestin-only pills	23 (33)	22 (28)
Copper-releasing intrauterine device	10 (15)	7 (9)
Levonorgestrel-releasing intrauterine system	3 (4)	4 (5)
Missing information	5 (7)	11 (14)

Notes: ¹Open questions, (1) physicians: “Which contraceptive method do you initiate or recommend most commonly to a breastfeeding mother at postpartum visit?”, (2) nurses: “Which contraceptive method do you recommend most commonly to a breastfeeding mother at postpartum visit?”.

Forty-nine (71%) physicians reported that their health centre was prepared to provide IUD insertion as emergency contraception. Among nurses, 31 (39%) said this was possible and 21 (26%) were not aware of the health centre’s policy.

Discussion

According to the physicians and nurses in this study, the condom was the prime contraceptive method for breastfeeding women making postpartum counselling visits. Only a few of these experienced professionals recommended breastfeeding as the only contraceptive method. With the exception of progestin-only pills, the initiation of medical contraceptive methods was often postponed until breastfeeding was terminated and menses had returned. Contraceptives were supplied free of charge postpartum in less than half of the municipalities involved.

We were unable to locate any comparable previous research describing professional practices of initiating postpartum contraception. However, postpartum use of contraceptive methods has been studied in various populations [1–3,20–22]. The use of different methods varies markedly from one country to another. Intrauterine contraception seems to be more frequent in Finland than in some other Western countries [1,20]. Our findings regarding the popularity of condom use and the late initiation of medical contraceptives are consistent with an earlier Finnish report on contraceptive use after delivery [23] and with unpublished data available. Even though reports from other countries are not available for direct comparisons, studies on postpartum contraceptive use suggest that medical methods are initiated earlier in many other countries [1,3,20–22].

Table III. Usual timings of postpartum initiation of medical contraceptive methods by physicians representing 69 municipalities in primary care.

Alternatives	POPs n (%)	IUD n (%)	LNG-IUS n (%)	Implants n (%)	COCs n (%)	Ring/patch n (%)
Postpartum visit	19 (28)	8 (12)	5 (7)	1 (1)	0 (0)	0 (0)
Before resumption of menses, irrespective of BF	32 (46)	20 (29)	18 (26)	15 (22)	0 (0)	1 (1)
Menses resumed, irrespective of BF	8 (12)	37 (54)	22 (32)	4 (6)	0 (0)	1 (1)
BF finished, irrespective of resumption of menses	1 (1)	0 (0)	2 (3)	3 (4)	15 (22)	15 (22)
BF finished and menses resumed	5 (7)	3 (4)	21 (30)	16 (23)	53 (77)	50 (73)
Never	3 (4)	1 (1)	1 (1)	24 (35)	1 (1)	1 (1)
Cannot say or missing information	1 (1)	0 (0)	0 (0)	6 (9)	0 (0)	1 (1)

Note: "When do you usually initiate the following contraceptive methods postpartum?" POP_s=progestin only pills, IUD=copper releasing intrauterine device, LNG-IUS=levonorgestrel-releasing intrauterine system, COCs=combined oral contraceptives, BF=breastfeeding.

The repertoire of postpartum contraceptive methods applied here was appropriate. Indeed, the problems discovered relate to the timing of the initiation of different methods. Only a few physicians reported a practice of IUD or LNG-IUS insertion at postpartum visits. International guidelines consider intrauterine contraception appropriate from four weeks after delivery [15,16] but the most important Finnish ones from six to eight weeks onwards [17,18]. Moreover, some experts recommend awaiting resumption of menses or until six months postpartum, stressing that there would be an increased risk of uterine perforation earlier, especially during breastfeeding [24,25]. Even though the subject has been controversial, there is evidence that earlier insertions without waiting for the first menses (even from four weeks postpartum) would be safe, especially if carried out by experienced professionals [26,27].

Combined hormonal contraception could also be started earlier. Most physicians did not initiate

CHC until menses had resumed, even if breastfeeding had ended. However, the first ovulation may occur before menstruation resumes even in lactating women [28]. This favours the initiation of CHC use immediately after the termination of breastfeeding. Also, current guidelines accept CHC use during lactation from six months postpartum [15,16], because no adverse effects on child health or development have been described or potential negative effects on lactation confirmed so far [29].

Most professionals said they never recommended breastfeeding as the only method of contraception. The result is in line with the findings of a Scottish study among postpartum women [1]. The lactational amenorrhea method (LAM) could benefit both mother and infant by enhancing breastfeeding and serving as an "introductory method" to medical contraception [30]. However, from this point of view the postpartum visit may come too late. Indeed information on LAM should be given during prenatal

Table IV. Supply of contraceptives free of charge postpartum by nurses representing 80 municipalities in primary care.

Contraceptive methods available free of charge	n (%)	Quantity of supplies (months)	Mean	Median	Range
Oral contraceptives (OCs)	33	(41%)	4	3	3 – 9
Vaginal ring or patch	23	(29%)	4	3	3 – 9
Copper-releasing intrauterine device (IUD)	20	(25%)			
Levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS)	0	(0%)			
Number of contraceptive methods available free of charge					
One method					
OCs	5	(10%)			
IUD	1	(2%)			
Two methods					
OCs and ring/patch	9	(14%)			
OCs and IUD	4	(6%)			
Three methods (OCs, ring/patch, IUD)					
No methods available	45	(56%)			
Missing information	2	(3%)			

Note: Data extracted from multiple-choice questions "In which situations (and OCs, ring/patch: for how long) can a client receive OCs/vaginal rings or contraceptive patches/IUD/LNG-IUS free of charge", response option "Postpartum" ("Yes"/"No").

visits at maternity clinics, emphasizing that all three criteria of the method must be met to achieve contraceptive effect [10].

Because of the extensive use of condoms for postpartum contraception, it is important that emergency contraception (EC) is readily available as a back-up method. Hormonal EC (available over the counter in Finland) is not contraindicated during breastfeeding [15], but if it is delayed EC using IUD is effective at least up to five days after intercourse [31]. Our results suggest that physicians in Finland may be compliant with inserting IUDs with this indication, but established practices are lacking at many health centres.

This survey involved physicians from 69 and nurses from 80 municipalities out of a total of 107 in a large hospital district. We were unable to reach maternity care professionals from each municipality, because the study primarily involved family planning services instead of maternity care. However, most of the respondents also worked at maternity clinics [32] and performed postpartum check-ups.

We extracted one physician's and one nurse's response for each local municipality in the analysis, which may create selection bias. Nevertheless, the physician's response was to be selected in only six and the nurse's in seven municipalities. The selected responses were also compared with other responses from the same municipality and adjusted to them if markedly divergent.

It is noteworthy that our research focused on professionals' reports of their practices, not on their actual performance. Their responses, therefore, may have been affected by social desirability bias. However, the responses from both physicians and nurses (including the results concerning the timing of the initiation of contraceptive methods not shown here, and excluding EC with IUD) were very uniform, which supports our view that the results do reflect actual clinical practices.

The responses may also have been affected by the use of structured questions. It is obviously difficult to reduce the management of a complex clinical counselling situation into one structured response. The respondents were therefore especially encouraged to use the open spaces in the questionnaires to add explanatory comments, which were then used to interpret the responses where relevant. All in all, we suggest that this study provides a good general overview of postpartum contraceptive practices in public primary healthcare services in the study area and also reflects practices elsewhere in Finland.

To conclude, timing of the initiation of contraception after childbirth is critical when aiming to avoid unplanned pregnancies. Professionals' reports

indicate that initiation of medical contraceptive methods is delayed after childbirth. In the light of the guidelines effective contraceptive methods could be initiated earlier postpartum. The results of our study lend support to many of the ideas put forward in the 2007 national action programme for the promotion of sexual and reproductive health in Finland [33], including continuing medical training for health professionals and the formulation of updated national guidelines for contraception. Despite challenges in implementation and adherence [34,35], evidence-based guidelines offer a basis for modern clinical performance. The programme also states, like earlier national instructions, that the first postpartum contraceptive method should be provided free of charge, which was not the case in the majority of the municipalities in our study.

However, even if contraceptive counselling and availability are optimized, woman's views and decisions on postpartum contraception are influenced by a number of other factors, such as recovery from delivery, contraceptive experiences and preferences, the resumption of sexual activity, and, importantly, desire for a subsequent pregnancy. Qualitative studies could help to shed more light on these factors.

Acknowledgements

The authors are grateful to the Academy of Finland, the Research Programme on Health Service Research, the Ministry of Social Affairs and Health, and the Pirkanmaa Hospital District (Competitive Research Funding) for providing funding for this study.

References

- [1] Glasier AF, Logan J, McGlew TJ. Who gives advice about postpartum contraception? *Contraception* 1996;53:217–20.
- [2] Ross JA, Winfrey WL. Contraceptive use, intention to use and unmet need during the extended postpartum period. *Int Fam Plann Perspect* 2001;27:20–7.
- [3] Vihlyayeva E, Nikolaeva E, Brandrup-Lukanow A. Contraceptive use and family planning after labor in the European part of the Russian Federation: 2-year monitoring. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2001;6:219–26.
- [4] Vikat A, Kosunen E, Rimpelä M. Risk of postpartum induced abortion in Finland: A register-based study. *Perspect Sex Reprod Health* 2002;34:84–90.
- [5] Kaharuza FM, Sabroe S, Basso O. Choice and chance: Determinants of short interpregnancy intervals in Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:532–8.
- [6] Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: A meta-analysis. *JAMA* 2006;295:1809–23.
- [7] DaVanzo J, Hale L, Razzaque A, Rahman M. Effects of interpregnancy interval and outcome of the preceding pregnancy on pregnancy outcomes in Matlab, Bangladesh. *BJOG* 2007;114:1079–87.

- [8] DeFranco EA, Stamilio DM, Boslaugh SE, Gross GA, Muglia LJ. A short interpregnancy interval is a risk factor for preterm birth and its recurrence. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:264.e1–264.e6.
- [9] Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Kafury-Goeta AC. Effects of birth spacing on maternal health: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196:297–308.
- [10] Speroff L, Mishell DR, Jr. The postpartum visit: It's time for a change in order to optimally initiate contraception. *Contraception* 2008;78:90–8.
- [11] Campbell OM, Gray RH. Characteristics and determinants of postpartum ovarian function in women in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:55–60.
- [12] Van der Wijden C, Kleijnen J, Van den Berk T. Lactational amenorrhoea for family planning. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;4.
- [13] Erkkola M, Pigg HM, Virta-Autio P, Hekkala A, Hyppönen E, Knip M, et al. Infant feeding patterns in the Finnish type I diabetes prediction and prevention nutrition study cohort. *Eur J Clin Nutr* 2005;59:107–13.
- [14] Levitt C, Shaw E, Wong S, Kaczorowski J, Springate R, Sellors J, et al. Systematic review of the literature on postpartum care: Selected contraception methods, postpartum Papanicolaou test, and rubella immunization. *Birth* 2004;31:203–12.
- [15] World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2004. Available at: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241562668/en/index.html.
- [16] Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care. FFRHC Guidance (July 2004): Contraceptive choices for breastfeeding women. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2004;30:181–9.
- [17] Viisainen K, editor. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999 [Screening and collaboration in maternity care. Recommendations 1999]. Helsinki: STAKES National Research and Development Centre for Welfare and Health; 1999. Available at: www.stakes.fi/verkkojulkaisut/Muut/op34_1999.pdf.
- [18] Lääkärin käsikirja ja tietokanta. Duodecim Medical Publications. [English version EBM Guidelines]. Available at: <http://www.duodecimpublications.com/>.
- [19] Sannisto T, Kosunen E. Promotion of adolescent sexual health in primary care: Survey in Finnish health centres. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2009;14:27–38.
- [20] Van Wouwe JP, Lanting CI, van Dommelen P, Treffers PE, van Buuren S. Breastfeeding duration related to practised contraception in the Netherlands. *Acta Paediatr* 2009;98:86–90.
- [21] Zhang LY, Liu YR, Shah IH, Tian KW, Zhang LH. Breastfeeding, amenorrhoea and contraceptive practice among postpartum women in Zibo, China. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2007;7:121–6.
- [22] Wilson TE, Koenig L, Ickovics J, Walter E, Suss A, Fernandez MI, et al. Contraception use, family planning, and unprotected sex: Few differences among HIV-infected and uninfected postpartum women in four US states. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;33:608–13.
- [23] Kosunen E, Sihvo S. Vakiintuneita tapoja ja uusia tuulia raskauden ehkäisyssä [Established ways and new trends in contraception]. In: Sihvo S, Koponen P, editors. Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen – palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet [From family planning to reproductive health – use of healthcare services and need for their further development]. Saarijärvi: STAKES National Research and Development Centre for Welfare and Health; 1998. p. 21–32.
- [24] Andersson K, Ryde-Blomqvist E, Lindell K, Odland V, Milsom I. Perforations with intrauterine devices: Report from a Swedish survey. *Contraception* 1998;57:251–5.
- [25] Caliskan E, Öztürk N, Dilbaz BO, Dilbaz S. Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2003;8:150–5.
- [26] Mishell DR, Jr, Roy S. Copper intrauterine contraceptive device event rates following insertion 4 to 8 weeks post partum. *Am J Obstet Gynecol* 1982;143:29–35.
- [27] Chi IC, Potts M, Wilkens LR, Champion CB. Performance of the copper T-380A intrauterine device in breastfeeding women. *Contraception* 1989;39:603–18.
- [28] Lewis PR, Brown JB, Renfree MB, Short RV. The resumption of ovulation and menstruation in a well-nourished population of women breastfeeding for an extended period of time. *Fertil Steril* 1991;55:529–36.
- [29] Truitt ST, Fraser AB, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;2.
- [30] Peterson AE, Perez-Escamilla R, Labboka MH, Hight V, von Hertzen H, Van Look P. Multicenter study of the lactational amenorrhoea method (LAM) III: Effectiveness, duration, and satisfaction with reduced client-provider contact. *Contraception* 2000;62:221–30.
- [31] Zhou L, Xiao B. Emergency contraception with Multiload Cu-375 SL IUD: A multicenter clinical trial. *Contraception* 2001;64:107–12.
- [32] Sannisto T, Mattila K, Kosunen E. Raskauden ehkäisyneuvonta terveyskeskuksissa [Contraceptive counselling at health centres]. English summary. *Suom Lääkäril [Finnish Medical Journal]* 2007;62:2185–92.
- [33] Ministry of Social Affairs and Health. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011 [Promotion of sexual and reproductive health. Action programme 2007–2011]. English summary. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2007. Available at: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3584.pdf&
- [34] Alanen SI, Johannala-Kemppainen R, Ijäs JJ, Kaila M, Klockars M, Mäkelä M, et al. Evaluation of current care effectiveness: A survey of hypertension guideline implementation in Finnish health centres. *Scand J Prim Health Care* 2007;25:232–6.
- [35] Midlov P, Ekesbo R, Johansson L, Gerward S, Persson K, Nerbrand C, et al. Barriers to adherence to hypertension guidelines among GPs in southern Sweden: A survey. *Scand J Prim Health Care* 2006;26:154–9.

ERRATUM

Initiation of postpartum contraception: A survey among health centre physicians and nurses in Finland

SANNISTO T & KOSUNEN E

Scand J Prim Health Care 2009;27:244–9 DOI: 10.3109/02813430903234914

On page 247, Table IV should have read:

Table IV. Supply of contraceptives free of charge postpartum by nurses representing 80 municipalities in primary care.

	n	(%)	Quantity of supplies (months)		
			Mean	Median	Range
Contraceptive methods available free of charge					
Oral contraceptives	33	(41%)	4	3	3 – 9
Vaginal ring or patch	23	(29%)	4	3	3 – 9
Copper-releasing intrauterine device (IUD)	20	(25%)			
Levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS)	0	(0%)			
Number of contraceptive methods available free of charge					
One method					
OCs	5	(10%)			
IUD	1	(2%)			
Two methods					
OCs and ring/patch	9	(14%)			
OCs and IUD	4	(6%)			
Three methods (OCs, ring/patch, IUD)	14	(18%)			
No methods available	45	(56%)			
Missing information	2	(3%)			

Note: Data extracted from multiple choice questions “In which situations (and OCs, ring/patch: for how long) can a client receive OCs/ vaginal rings or contraceptive patches/IUD/LNG-IUS free of charge”, response option “Postpartum” (“Yes”/“No”).

The publisher apologizes to the authors of the article and our readers for these composition errors.

Scand J Prim Health Care Downloaded from informahealthcare.com by University of Tampere on 10/10/10
For personal use only.

Quality of the contraceptive service structure: A pilot study in Finnish health centre organisations

Tuire Sannisto^{*}, Vesa Saaristo[†], Timo Ståhl[†], Kari Mattila^{*} and Elise Kosunen^{*‡}

^{*}Medical School, Department of General Practice, University of Tampere, Tampere, & Pirkanmaa Hospital District, Centre of General Practice, Tampere, [†]National Institute for Health and Welfare, Tampere, and [‡]Ylöjärvi Health Centre, Ylöjärvi, Finland

ABSTRACT **Objectives** To evaluate the quality of the contraceptive service structure in health centre organisations (HCOs) in western Finland and to establish whether the characteristics of the HCOs are associated with the quality measured.

Methods Survey data were collected from all HCOs in a university hospital area in western Finland ($N=63$). Quality was evaluated using a score of ten indicators. Associations between the score and the characteristics of the HCOs were studied using rank correlation analysis and a multivariate ordered logit model.

Results Among 51 HCOs yielding complete data for the evaluation, the quality score ranged from 3 to 10, the mean being 5.8. From 25 variables studied, 'a chief nursing officer or leading nurse engaged in the HCO' ($p=0.001$) and 'an appointed person responsible for management of health promotion' ($p=0.006$) were found to be associated with a good score in the rank correlation analysis, and they also remained significant in multivariate analysis (Odds Ratio [OR] = 11.5, 95% confidence interval [CI] 2.3–56.5 and OR = 5.9, 95% CI 1.6–21.5, respectively).

Conclusions In the majority of the HCOs involved, the quality of service structure was rated average, but there was much variation between the HCOs. The results of the multivariate analysis emphasise the importance of good management of services.

KEY WORDS Contraception, Contraceptive services, Primary health care, Quality, Quality indicators, Service structure

INTRODUCTION

The quality of family planning (FP) services has been of special scientific and policy interest, especially since the late 1980s. In 1994, the International Conference on Population and Development in Cairo shifted the global focus of population issues from reduction of fertility to the sexual and reproductive rights of the

individual¹, including the right to good-quality FP services in primary health care².

The quality of care in FP (hereafter, contraception) is a complex and multidimensional concept³. According to Donabedian's classical framework, the quality of care can be assessed focusing on structure, process or

Correspondence: Tuire Sannisto, MD, University of Tampere, Medical School, Department of General Practice, FIN-33014, Finland.
Tel: +358 40 5443601. Fax: +358 3 3551 6722. E-mail: tuire.sannisto@uta.fi

outcome⁴. On the other hand, the perspective on quality may be that of health care professionals, an organisation, a client or a sponsor⁵. After the release of Judith Bruce's framework⁶, the quality has often been assessed from a client's standpoint in the field of contraceptive services and the importance of high-quality client-provider interaction has been recognised⁷. For example, the outcome of perceived good quality in contraceptive care has been shown to be associated with improved consistency in contraceptive use^{8,9}.

For high-quality contraceptive care, an adequate system of service provision offers a favourable basis¹⁰. 'Structure' in contraceptive services refers to readiness of the system to provide services, including infrastructure, availability and accessibility of services and contraceptive methods, counselling aids, staff guidance and training as well as management. Various recommendations and standards are available for these structures¹¹⁻¹⁵, common key principles being easy and timely access to services, sufficient time for consultation, full choice of contraceptive methods available, and adequate guidance and training of service providers. Especially for young clients, integration with other aspects of sexual health, such as prevention and screening of sexually transmitted infections (STIs), is also important^{16,17}. These principles fit well with the World Health Organisation (WHO) framework for youth-friendly services^{18,19}. However, uniform global standards for quality have not been set, since the formulation of measurable quality indicators suitable for all countries, cultures and service settings would not be feasible²⁰.

The quality of contraceptive services has been studied in Finland with only one population-based nationwide survey in 1994²¹. From the client's perspective, the overall quality of services was good, but waiting times for appointments were longer in public services (health centre organisations, HCOs) than in private clinics, and women using public services were less satisfied with the way they were treated. Despite these findings, the quality of service delivery systems in HCOs, which constitute the most widely used source of contraceptive services^{21,22}, has not so far been studied in more detail. Moreover, the current shortage of medical staff in many HCOs may have further affected preventive services such as contraceptive care.

The purpose of this study was to evaluate the quality in the systems of contraceptive service

provision (service structure) in health centre organisations in western Finland, using a set of quality indicators developed and data collected from HCOs, and to study whether the characteristics of the HCOs are associated with the quality of their service structure.

Health centre organisations and contraceptive service provision in Finland

A HCO provides primary curative, preventive and public health services to its population, often in multiple locations²³. HCOs were established after the launch of the Primary Health Care Act in 1972. They are maintained by local authorities of one or several municipalities. The central activity is outpatient medical care, but a large variety of other services, including preventive and occupational health care as well as inpatient care, is provided. Preventive services, including for instance FP, maternity and child health care, are provided statutorily, usually in separate or combined preventive care clinics. The services mostly operate an appointment system instead of walk-in clinics.

In HCOs, health centre physicians, who are mainly general practitioners, are responsible for initiating clinical contraceptive methods, while the role of nurses (usually public health nurses or midwives) is important in counselling and follow-up. Traditionally, contraceptive services have been provided in designated clinics with physicians and nurses working closely together, but since the transition in the general system of providing HCO services in the 1990s²³, patterns of service provision have diversified²⁴. During the recent decades, national guidance on contraceptive service delivery has been minimal. Concomitantly, the earlier positive trends in adolescent abortion rates were reversed in the mid-1990s²⁵, this raising a concern for the quality of contraceptive service provision in public health care.

METHODS

Developing the quality indicator set

The aim was to identify a sufficient but limited number of quality indicators which would cover the most central aspects of contraceptive service structure. Two researchers acquainted with FP services (TS, EK)

chose the indicators in consensus. Primarily, global evidence-based (WHO, International Planned Parenthood Federation) and national Finnish guidelines were used. Secondly, national guidelines and recommendations from other developed countries (UK) as well as guidelines prepared by established FP organisations were taken into account. Thirdly, the research literature was consulted. Indicators appropriate in clinic settings in a developed country, and relevant especially in Finland, were chosen. As the set was designed to represent different aspects of service provision, high internal consistency, that is, strong correlations between the indicators, was not expected. A set of ten indicators (Table 1) was formed covering the core elements of contraceptive service provision, i.e., contraceptive counselling (by consultation and telephone), initiation of contraceptive methods,

choice of contraceptive methods (including economic accessibility²⁶), integration with other sexual health services (STIs), support to providers (guidelines and training), and management of services. Access to contraception was emphasised. The indicators and their detailed justifications were as follows:

(1) *Contraceptive client's waiting time for contraceptive counselling is at most two days*

The national action programme on sexual and reproductive health (SRH)²⁷ promotes timely access to contraceptive counselling. British standards for National Health Service (NHS)-funded services¹³ as well as the Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care¹⁴ define the recommended access as within two working days, which was set here as the cut-off point.

Table 1 The quality indicator set and percentage of health centre organisations (HCOs) satisfying the indicators (Yes)

No.	Aspect of quality	Indicator	Informant	Yes (N=51*)	
				n	%
1	Access (waiting time)	Contraceptive client's average waiting time for contraceptive counselling is at most two days	Nurse	18	35
2	Access (waiting time)	Contraceptive client's average waiting time to initiation of contraception is at most seven days	Nurse	16	31
3	Counselling	Time allocated for contraceptive consultation is at least 20 minutes	Nurse	50	98
4	Staff guidance	Written guidelines or on-site instructions for contraceptive counselling are in use	Nurse	34	67
5	Appropriate constellation of services (access)	Telephone counselling is available	DN**	21	41
6	Choice of methods	Contraceptive implant is available	Nurse	32	63
7	Choice of methods, economic access	Supply of contraceptives free of charge: at least three methods are available (first contraception)	Nurse	29	57
8	Integration of sexual health services	Chlamydia test is easily available within contraceptive services	DN	41	80
9	Management	Appointed person(s) is/are in charge of developing family planning services	DN, CP†	30	59
10	Training, management	Professionals involved with contraceptive counselling receive systematic in-service and further training	DN	23	45

*The number of HCOs with complete data to indicator questions.

**DN=director of nursing

†CP=chief physician

(2) Contraceptive client's waiting time for initiation of contraception is at most seven days

The national action programme on SRH²⁷ states that initiation of contraceptive methods is to be arranged without delay, for young people within a week. The UK standards expect 'prompt access to chosen method'¹³. The cut-off point was set at seven days. Since in Finland physicians have the responsibility for initiating all clinical contraceptive methods, the waiting time for physician's contraceptive consultation was used in the analysis.

(3) Time allocated for contraceptive consultation is at least 20 minutes

Sufficient consultation times are essential in providing high-quality care^{7,28}. In the UK, the Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care has set a standard of at least 20 minutes to be allocated for consultation (a new consultation, a new contraceptive method, etc.)¹⁵. This standard was applied as the cut-off point. In the analysis, the time allocated for a nurse's consultation was used.

(4) Written guidelines or on-site instructions for contraceptive counselling are in use

As expressed in Finnish²⁷ and many international recommendations and standards^{11,14,29}, contraceptive service staff should be provided with practice guidelines. Guidelines were expected to be in use to meet the criterion. The analysis here established whether nurses had on-site instructions in use.

(5) Telephone counselling is available

To make it easier especially for young clients to engage service providers, it is important to offer several routes for counselling, including the telephone^{15,24,30}. Telephone counselling was expected to be available to meet the criterion. We studied here whether nurse(s) had times allocated specifically for telephone counselling.

(6) Contraceptive implant is available

Clients should have access to a full choice of contraceptive methods^{7,13,14,27}, including combined oral contraceptives, vaginal ring, contraceptive patch, progestin-only pills, copper-bearing intrauterine device (Cu-IUD), levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) and contraceptive implant. The availability of the contraceptive implant,

an infrequently used contraceptive method^{31,32}, was chosen as an indicator of a wide variety of methods.

(7) Supply of contraceptives free of charge: at least three methods are available when obtaining first contraception

Access to a wide variety of contraceptive methods should also entail the supply of contraceptives free of charge or inexpensively (*economic accessibility*²⁶). As the specific national recommendation on free supply of all contraceptives to young persons under 20²⁷ was published after collection of the survey data, an earlier recommendation on free supply of the method to be initiated to all clients³³ was applied. Supplying at least three methods (oral contraceptives; vaginal rings or contraceptive patches; a Cu-IUD; or a LNG-IUS) free of charge was considered an adequate performance.

(8) Chlamydia test is easily available within contraceptive services

Integration of comprehensive sexual health promotion, including prevention and screening of STIs, with contraceptive services is a widely accepted principle^{16,17,27,33}. Availability of Chlamydia testing without referring the client to another provider or service unit was expected. Here, the fluency of Chlamydia testing was examined by enquiring whether nurse(s) were allowed to test for Chlamydia without physician's involvement (in Finnish settings, it is usually physicians who refer patients for laboratory tests).

(9) Appointed persons are in charge of developing family planning services

Contraceptive services need to be actively managed and developed¹¹. At least one person (medical or nursing staff or both) should be specifically appointed to be in charge²⁷, this being used as a criterion. This has not been self-evident in Finland, as the services are provided amongst a variety of other preventive and curative services and obviously their priority has not been very high.

(10) Professionals involved with contraceptive counselling receive systematic in-service and further training

Adequate and systematic training of staff is a prerequisite for contraceptive services of high quality^{11,27,33}. Systematic arrangement of provider's

training was expected. Here, nurses' training was enquired after.

Survey data

The data for analysis of the quality of service structure in HCOs were collected as part of a survey on sexual health services in HCOs conducted between September 2005 and January 2006 in the Expert Responsibility Area of Tampere University Hospital in western Finland²⁴. The area is one of five such regions in Finland, covering five hospital districts, and at the time of the study, 107 municipalities and a total of 63 HCOs. The HCOs were then run by one local authority or by joint municipal boards representing up to six municipalities, and together they were responsible for primary health care service provision to 1.2 million citizens (one fifth of the Finnish population). The Scientific Postgraduate Committee of the Medical School approved the research plan.

E-mailed invitations to participate in an online self-administered survey went out to all chief physicians ($N=63$) and directors of nursing (chief nursing officer, leading nurse, head nurse in preventive care or other nurse in charge of, e.g., FP services, $N=61$) in the HCOs of the study area. The nurses most closely involved in FP were also invited from each municipality. In those municipalities providing FP services in multiple locations ($n=15$), more than one nurse was recruited. Based on the literature and authors' views, a number of topics concerning the arrangement of contraceptive services in HCOs were included in the survey. The questionnaires were prepared separately for all professional groups and they included structured, semi-structured and open questions as well as space for any additional information.

After two reminders (the latter including a printed questionnaire), 49 (78%) chief physicians and 58 (92%) nursing directors responded. Of the 128 nurses invited, 118 (92%) representing 62 (98%) HCOs replied. Thus, the respondents comprised 49 chief physicians, 58 nursing directors and 62 nurses. More than one nurse's response was available from 29 HCOs. The process of selecting nurse's response to represent the HCO has been described earlier²⁴. If the selected answer was markedly divergent or missing, the other responses were taken into account. Seven-

teen HCOs yielded altogether 22 responses, which were replaced or completed using other responses.

Quality score for contraceptive service structure

Answers to all questions representing quality indicators were received from 51 HCOs. In the remaining 12 HCOs, one up to five (mean 2.4) indicator questions were unanswered. The HCOs with complete data were included in the analyses.

The quality indicator questions were dichotomised to make the measure more practical. A sum variable named *Quality Score for Contraceptive Service Structure* (QSCSS, response variable) was created. The score assigned to a HCO was the number of indicators met. A service provision system of average quality was expected to meet at least half of the indicators. Further, eight or more indicators met was considered to indicate adequate service structure. Thus, QSCSS was classified into three categories, representing poor (0–4 points), average (5–7 points) and good (8–10 points) quality.

Characteristics of the HCOs

Data for the characteristics of the HCOs (explanatory variables) for the bivariate and multivariate analyses were obtained from four sources. First, nine statistical variables representing the population and the district served by the HCOs in 2005 were derived from the data banks of Statistics Finland³⁴ (Table 2). For these continuous variables, the means for HCOs which provided health services for several municipalities were calculated from the absolute figures for the municipalities involved (with two exceptions, see Table 2). Second, six variables describing HCOs and their organisation of services were extracted from the survey data on sexual health services described above (Table 3). Third, nine variables concerning the resources and health promotion activities of HCOs were obtained from national survey data provided by the chief physicians (or other HCO heads) of all Finnish HCOs in the autumn of 2005³⁵ (Table 3). This postal survey was carried out by the STAKES National Research and Development Centre for Welfare and Health with a response rate of 84% in the area of the present study. Fourth, a variable was included indicating satisfaction with the services of the outpatient clinic in the HCO (response to the

Table 2 Statistical characteristics for the districts and population of the 63 health centre organisations (HCOs) in 2005

	Median	Interquartile range*	Range
Population cared for	10 533	6220–20211	2080–204337
People aged 15–24 of all inhabitants, %	11.1	10.2–12.6	7.9–15.0
People aged over 65 of all inhabitants, %	19.8	17.2–22.3	10.4–27.9
Proportion of families with children, %**	39.6	36.5–41.5	32.7–49.9
Tax revenue, €/inhabitant	2215	2048–2466	1790–2939
Relative indebtedness, %**	37.7	30.9–45.4	8.5–79.9
Net costs of social affairs and health services, €/inhabitant	2380	2257–2449	1931–3011
Net costs of primary health care, €/inhabitant	482	405–566	262–783
Net costs of specialised health care, €/inhabitant	773	703–828	570–1099

*The middle 50% of the values fall within the interquartile range.

**The figures for the HCOs caring for several municipalities are means, which have been calculated from the relative figures of the participating municipalities.

Table 3 Characteristics describing the infrastructure, service organisation and health promotion activities of the health centre organisations (HCOs)

	Yes		N*
	n	%	
More than one municipality cared for	21	33	63
Language Finnish (monolingual)	55	87	63
Deficit of medical staff in relation to budget**	43	80	54
Deficit of nursing staff (public health nurses) in relation to budget**	9	16	55
Unoccupied physician's vacancies	22	48	46
Patient care organised with personal doctor system	29	46	63
Municipal strategic plan for public health work**†	20	36	55
Action programme for health promotion**†	15	29	51
Appointed person responsible for management of health promotion**	37	69	54
Chief nursing officer or leading nurse engaged in HCO**	48	77	62
Contraceptive services arranged in preventive care clinic‡	52	83	63
A work group developing preventive care**	32	58	55
Policy programme for reducing the number of abortions**	9	18	51
Policy programme for the screening and prevention of Chlamydia infection**	19	37	52
Private physicians' contraceptive services available nearby	32	51	48

*N is the number of HCOs with information available.

**Data obtained from national survey data provided by the chief physicians of all HCOs35.

†In the analyses, the figures were classified into five categories (no deficit, less than 10%, 10–30%, 30–50%, more than 50% deficit).

‡In designated family planning clinic or combined with maternity and/or child health clinic.

statement: 'The service in the HCO was so good that I can recommend it to my family and friends' was 'Fully agree') in a patient satisfaction assessment made in 2005 in the study area³⁶.

Statistical methods

A bivariate analysis of the associations between the QSCSS and the characteristics of the HCOs involved

was carried out with Spearman's rank correlation test. The correlation between each pair of variables was calculated in all cases offering valid data on the two variables. The QSCSS was considered as an ordinal response variable with seven effective levels (scores 3–8, 10). An ordered logit model was fitted to the data. The model can be seen as an extension of the logistic regression model for the case of more than two ordered response categories. The characteristics of 51 HCOs included in the analyses and of those excluded were compared using Pearson's chi square test and Student's *t*-test. The analyses were carried out using SPSS for Windows Version 16.0.

RESULTS

Quality of service structure in the HCOs

Among the 51 HCOs yielding complete data on the indicator questions, the percentages of single quality indicators satisfied varied between 31% and 98% (Table 1). The most conspicuous shortcomings were long waiting times for initiation of contraception (indicator [Ind] 2) and contraceptive counselling (Ind 1) as well as telephone counselling (Ind 5) not being provided. Sufficient time allocated for counselling (Ind 3) and availability of Chlamydia testing (Ind 8) were the indicators most often met.

The QSCSS ranged from 3 to 10 while the mean was 5.8. The score was classified as poor in nine (18%),

average in 34 (67%), and good in eight (16%) HCOs (Figure 1).

Correlations between the quality indicators

Four statistically significant but rather small correlations (coefficients varying between 0.280 and 0.296) were found between the quality indicators among the 51 HCOs; three of these were correlations between indicator 1 ('Contraceptive client's waiting time for contraceptive counselling is at most two days') and indicators 2 ('Contraceptive client's waiting time for initiation of contraception is at most seven days'), 5 ('Nurse[s] have time allocated for telephone counselling') and 6 ('Contraceptive implant is available'). The fourth significant correlation emerged between the quality indicators 9 ('Appointed person[s] are in charge of developing FP services') and 10 ('Professionals involved with contraceptive counselling receive systematic in-service and further training').

Associations between the QSCSS and characteristics of the HCOs

In bivariate rank correlation analysis, two variables were found to be associated with the QSCSS ($p < 0.05$), namely 'chief nursing officer or leading nurse engaged in HCO' ($p = 0.001$) and 'appointed person responsible for management of health promotion' ($p = 0.006$) (Table 4).

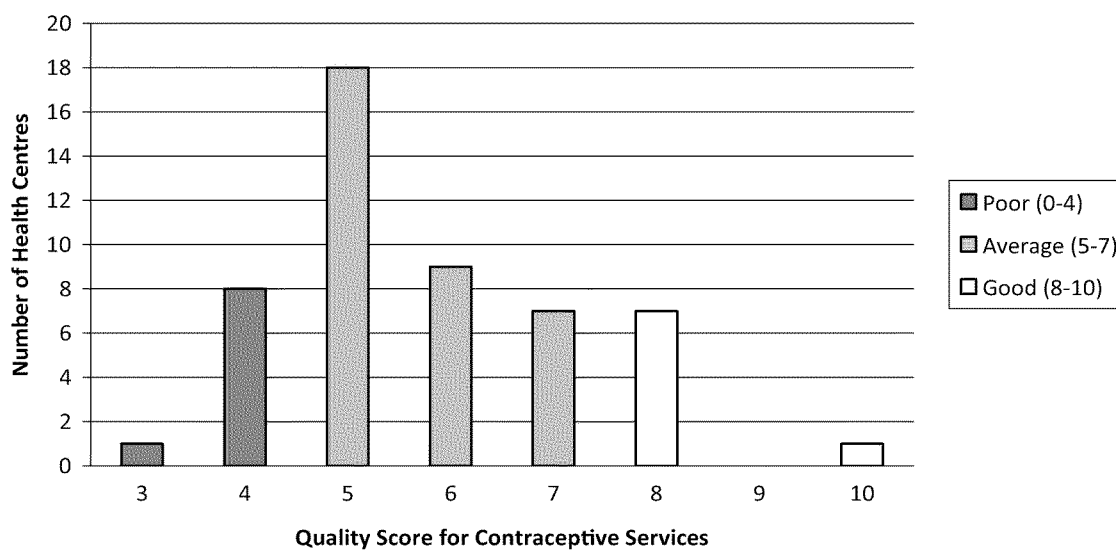


Figure 1 The distribution of health centre organisations (HCOs, $N = 51$) according to the quality score for contraceptive service structure.

The only two variables with a correlation coefficient with the response variable significant at the 90% confidence level ($p < 0.1$) were included in the multivariate analysis. Both variables had a regression parameter significant at the 95% level ($p < 0.05$) in the model: 'chief nursing officer or leading nurse engaged in HCO' ($p = 0.003$, Odds Ratio [OR] = 11.5, 95% confidence interval [CI]

2.3–56.5) and 'appointed person responsible for management of health promotion' ($p = 0.007$, OR = 5.9, 95% CI 1.6–21.5) (Table 5). The model predicted that if a HCO involves both a chief nursing officer or leading nurse and an appointed person responsible for the management of health promotion, the probability of having a score below five (poor) was 5%, and the probability of a score of

Table 4 Rank correlation coefficient (ρ) between the quality score for contraceptive service structure and the explanatory variables of health centre organisations (HCOs; $N = 51$). Statistically significant ($p < 0.05$) correlations are in bold

Explanatory variable	ρ	p	N
Population cared for	0.136	0.341	51
Proportion of people aged 15–24 of all inhabitants, %	−0.013	0.929	51
Proportion of people aged over 65 of all inhabitants, %	−0.028	0.843	51
Proportion of families with children, %	0.087	0.543	51
Tax revenue, €/inhabitant	0.142	0.322	51
Relative indebtedness, %	0.063	0.659	51
Net costs of social affairs and health services, €/inhabitant	0.038	0.789	51
Net costs of primary health care, €/inhabitant	−0.067	0.642	51
Net costs of specialised health care, €/inhabitant	0.183	0.199	51
Proportion of patients highly satisfied with outpatient clinic services	−0.082	0.625	38
More than one municipality cared for	0.046	0.747	51
Language Finnish (monolingual)	0.077	0.593	51
Deficit of medical staff in relation to budget	0.070	0.649	45
Deficit of nursing staff (public health nurses) in relation to budget	−0.183	0.224	46
Unoccupied physician's vacancies	−0.186	0.278	36
Patient care organised with personal doctor system	0.089	0.533	51
Municipal strategic plan for public health work	0.096	0.526	46
Action programme for health promotion	0.167	0.290	42
Appointed person responsible for management of health promotion	0.404	0.006	45
Chief nursing officer or leading nurse engaged in HCO	0.445	0.001	51
Contraceptive services arranged in preventive care clinic	0.040	0.778	51
A work group developing preventive care	0.048	0.749	46
Policy programme for reducing the number of abortions	0.132	0.406	42
Policy programme for the screening and prevention of Chlamydia	0.213	0.171	43
Private physicians' contraceptive services available nearby	0.257	0.114	39

Table 5 An ordered logit model for the quality score for contraceptive service structure and the explanatory variables of health centre organisations (HCOs). Regression parameters (β) of the explanatory variables, their standard errors (s.e.) and p values for a Wald χ^2 test of significance, odds ratios (ORs) and their confidence intervals (CIs) are presented

Explanatory variable	β	s.e.	Wald χ^2	Sig.	OR	95% CI
Chief nursing officer or leading nurse engaged in HCO	2.44	0.813	9.01	0.003	11.5	2.3–56.5
An appointed person responsible for management of health promotion	1.77	0.662	7.17	0.007	5.9	1.6–21.5

Table 6 Prediction given by multivariate model for probability of four classes of quality score for contraceptive service structure (according to whether a chief nursing officer or a leading nurse or an appointed person responsible for management of health promotion is engaged in a health centre organisation)

Score	Neither	Chief nursing officer or leading nurse	Appointed person responsible for management of health promotion	Both
0–4	79%	25%	40%	5%
5	18%	50%	46%	29%
6–7	2%	18%	11%	38%
8–10	1%	6%	3%	28%

at least eight (good) was 28% (Table 6). If neither professional was present, the probability of a poor score was 79% and of a good score 1%.

Description of the excluded HCOs

The HCOs excluded from the statistical analyses because of inadequate data ($n=12$) were smaller than the 51 included (mean population 6 654 vs. 22 094, $p=0.002$), had contraceptive services less often arranged in the preventive care clinic (58% vs. 88%, $p=0.027$) and lower tax revenues in their area (2 122 vs. 2 305 € per inhabitant, $p=0.014$) as well as a smaller proportion of people aged 15–24 in their population (10% vs. 12%, $p=0.019$). They were also more often run by only one municipality (92% vs. 61%, $p=0.048$). Using the data available, the QSCSS in these HCOs ranged from 1 to 6 with a mean score of 3.4. The criterion most often met (8 HCOs out of 12) was indicator 3 ('Time allocated for contraceptive consultation is at least 20 minutes'), followed by indicator 1 ('Contraceptive client's average waiting time for contraceptive counselling is at most two days') met in seven HCOs. Limited choice of contraceptives free of charge (indicator 7) was the clearest deficiency in the service provision of these HCOs (indicator met in two HCOs). Indicators 5, 8 and 10 were the most often unanswered ones, each with five missing answers.

DISCUSSION

Assessed with the quality measure developed, the quality of contraceptive service structure was rated average in the majority of the HCOs involved. However, the quality varied substantially between HCOs. In the rank correlation analysis, 'a chief nursing officer or leading nurse engaged in the HCO' and 'an appointed person responsible for management of health promotion' were found to be associated with a good score, and they also remained significant in multivariate analysis. Thus, the results emphasise the importance of good management of services.

The average quality score of 5.8 for contraceptive service structure in this study is congruent with the results of an earlier evaluation of other preventive health services in Finnish HCOs; the average number of quality indicators met in a nationwide study was five in maternity care and four in child health care³⁷, all three indicator sets having a maximum score of ten. Since we found no international report on the quality of contraceptive service provision fully comparable to our study and settings, there is no possibility for direct comparisons. Overall, much of the internationally published research to date has pertained to FP programmes in the developing world and would not be applicable to settings in developed countries. Studies in developed countries are fewer³⁸ and often focused on the client's views on quality and interactions between provider and client instead of structures of service provision.

Sufficient time allocated for counselling and the availability of Chlamydia testing in most HCOs were the strengths of the service provision. Instead, the most apparent shortcomings in the service provision were long waiting times for the initiation of contraception and contraceptive counselling as well as telephone counselling not being available. Our findings of delayed access to contraceptive services are in line with those of a previous population-based study²¹. In Finnish primary care, waiting times have been a long-standing problem and a policy issue²². The waiting times defined acceptable in the measure were rather short, since we aimed to emphasise prompt access to services which is especially important to adolescent clients^{19,24}.

It is important to notice that deficiency of medical or nursing staff in a HCO did not explain poor quality

in our analyses, nor the economic situation of the district of the HCO (which is responsible for its financing). In contrast, factors related to good quality in bivariate and multivariate analyses were a chief nursing officer or leading nurse engaged in HCO as well as an appointed person responsible for the management of health promotion. According to the multivariate model, if both chief nursing officer (or leading nurse) and appointed person responsible for management of health promotion were lacking in a HCO, the probability of a poor score was 79% and the probability of a good outcome only 1%. Conversely, having them both predicted that the probability of having a poor score was 5%, and of good 28%.

Interpretation of the results of the multivariate model is not unambiguous. Having both a chief nursing officer and a person responsible for the management of health promotion in a HCO indicates better management capacity and health promotion activity of the organisation, and probably this is also reflected in the provision of contraceptive services. Even so, the small HCOs without chief nursing officer (or other nurse responsible for contraceptive services) were excluded from the analyses, because the indicator questions aimed at the officer were unanswered. Thus, the size of a HCO may have greater role in quality than the model would imply. Nevertheless, a similar finding identifying the importance of chief nursing officer or a leading nurse has previously emerged in our studies on child and school health services (unpublished). Having an appointed person responsible for the management of health promotion may reflect a positive and active approach in the field, this conceivably leading to better designing and resource allocation for contraceptive services. During the economic recession in the 1990's, some HCOs discontinued their posts of chief nursing officer. Many experts have revealed deficiencies in the management of Finnish HCOs³⁹⁻⁴¹. Our findings suggest that investment in management resources in HCOs may result in better provision of services.

This study had a number of limitations. First, there were some weaknesses in the survey data used. Above all, the number of HCOs involved was relatively small, resulting in wide confidence intervals of the odds ratios in multivariate analysis. As in any survey, the responses of professionals may have been affected by the social desirability bias. Also, 12 HCOs were excluded from statistical analyses by reason of missing

data, and their profile differed from that of those included. However, we would suggest that our results provide an adequate overview of the contraceptive service structure in HCOs in western Finland. Even if the sample size was limited, 51 HCOs represented a fifth of all Finnish HCOs in 2005. Our sample was not random and therefore the results cannot formally be generalised to all Finnish HCOs; we nonetheless assume that the findings to some extent reflect service provision also elsewhere in Finland.

Second, the quality measure did not cover all possible attributes of the contraceptive service structure, such as follow-up systems. Our unpublished data show that follow-up of contraceptive clients was satisfactory in HCOs (even though recall systems were not applied) and a follow-up indicator would not have differentiated HCOs from each other. Further, we did not explore items often assessed in evaluating FP services in developing countries, for example facilities of care or patient record systems^{3,42}, as they are generally known to be adequate in Finland²³. In addition, certain data concerning service management, for example a written strategy for services and mechanisms of monitoring them⁴³ were not gathered. In the case of Finland, many HCOs are very small (occupying less than eight physicians) and questions of specific strategy for contraceptive service provision would not have been applicable in these units.

Quality indicators are recommended to be assessed for acceptability, feasibility, reliability, sensitivity to change and validity⁴⁴. We consider the acceptability of the data gathered and the feasibility of its collection good, taking into account the good response rates in the survey and also positive comments of the respondents. The reliability varied to some extent between the indicators by reason of the features of the survey data used. There was some disparity between nurses' responses in some HCOs, but the responses were carefully chosen and if needed, formulated, to be as representative as possible. Nevertheless, the circumstances in the largest units of the HCOs may be slightly overrepresented. Regarding validity, the questionnaires on sexual health services in HCOs were specifically designed for this survey, since validated questions were not available. Based on the current literature, we consider the chosen indicators valid for the purpose. Generally, the indicator set was practical and differentiated well among the HCOs involved in this pilot study. The measure was

multifaceted but simple enough for fluent quality assessment of service structure. It also appeared to be realistic in that one HCO achieved the maximum score.

To conclude, appropriate contraceptive service structure is a base for good-quality service processes and outcomes. Our previous reports have explored some inadequacies in the clinical practices of contraceptive care provided by the same HCOs^{45,46}. Similarly, this study indicates challenges in quality improvement and emphasises the importance of good management of contraceptive services. The indicator set applied proved useful in the evaluation of HCO services. We suggest that the measure could be feasible as a means of self-assessment of HCOs or other service settings in primary care. Even though developed within Finnish primary care, we propose that the

measure could also be adapted in different service settings in developed countries after modification as required.

ACKNOWLEDGEMENTS

Tuire Sannisto and Elise Kosunen received funding from the Academy of Finland (the Research Programme on Health Service Research), the Ministry of Social Affairs and Health, and the Pirkanmaa Hospital District (Competitive Research Funding). The authors would like to thank MA Riitta-Liisa Hauki-lahti for her assistance in processing the data.

Declaration of interest: The authors report no conflicts of interest. The authors alone are responsible for the contents and writing of the paper.

REFERENCES

1. Bergman Y, ed. *Breaking through. A guide to sexual and reproductive health and rights*. Stockholm: The Swedish Association for Sexuality Education (RFSU) 2004.
2. Report of the international conference on population and development, 5–13 September 1994; Cairo, Egypt. Cairo: United Nations 1994.
3. Hong R, Montana L, Mishra V. Family planning services quality as a determinant of use of IUD in Egypt. *BMC Health Serv Res* 2006;6:79.
4. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988;260:1743–8.
5. Blumenthal D. Quality of care – what is it? *N Engl J Med* 1996;335:891–4.
6. Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. *Stud Fam Plann* 1990;21:61–91.
7. Paine K, Thorogood M, Wellings K. The impact of the quality of family planning services on safe and effective contraceptive use: a systematic literature review. *Hum Fertil (Camb)* 2000;3:186–93.
8. Koenig MA, Hossain MB, Whittaker M. The influence of quality of care upon contraceptive use in rural Bangladesh. *Stud Fam Plann* 1997;28:278–89.
9. RamaRao S, Lacuesta M, Costello M, et al. The link between quality of care and contraceptive use. *Int Fam Plann Perspect* 2003;29:76–83.
10. Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M, et al. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. *Fam Pract* 2005;22:215–22.
11. Powlson M, ed. *Medical and service delivery guidelines for sexual and reproductive health services*, 3rd edn. London: International Planned Parenthood Federation, 2004.
12. *Key issues in the implementation of programmes for adolescent sexual and reproductive health*. Geneva: World Health Organization, Department of Child and Adolescent Health and Development 2004.
13. *Recommended standards for sexual health services*. London: Medical Foundation for AIDS & Sexual Health 2005.
14. *Service standards for sexual health services*. London: Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2006.
15. *Service standards for workload in contraception*. London: Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2008.
16. Rogstad KE, Ahmed-Jushuf IH, Robinson AJ, et al. Standards for comprehensive sexual health services for young people under 25 years. *Int J STD AIDS* 2002; 13:420–4.
17. *Evaluation of one-stop shop models of sexual health provision. Final Report 2007*. OSS The National Evaluation of One Stop Shops for Sexual Health. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_083200 (Accessed April 2010).

18. *Adolescent friendly health services. An agenda for change.* Geneva: World Health Organization 2002.
19. Tylee A, Haller DM, Graham T, et al. Youth-friendly primary-care services: How are we doing and what more needs to be done? *Lancet* 2007;369:1565–73.
20. Jain A, Bruce J, Mensch B. Setting standards of quality in family planning programs. *Stud Fam Plann* 1992;23:392–5.
21. Hemminki E, Sihvo S, Koponen P, et al. Quality of contraceptive services in Finland. *Qual Health Care* 1997; 6:62–8.
22. Ettelt S, Nolte E, Mays N, et al. *Health care outside hospital. Accessing generalist and specialist care in eight countries.* World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.
23. Vuorenkoski L, Mladovsky P, Mossialos E. Finland: Health system review. *Health Syst Transit* 2008;10:1–168.
24. Sannisto T, Kosunen E. Promotion of adolescent sexual health in primary care: Survey in Finnish health centres. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2009;14:27–38.
25. *Induced abortions and sterilisations 2008.* National Institute for Health and Welfare http://www.stakes.fi/tilastot/raskaudenkeskeytykset/Tr15_09.pdf (Accessed April 2010).
26. Bertrand JT, Hardee K, Magnani RJ, et al. Access, quality of care and medical barriers in family planning programs. *Int Fam Plann Perspect* 1995;21:64–9 & 74.
27. *Promotion of sexual and reproductive health. Action programme 2007–2011.* English summary. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health 2007.
28. Campbell SM, Hann M, Hacker J, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ* 2001;323:784–7.
29. *Selected practice recommendations for contraceptive use*, 2nd edn. Geneva: World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research 2004.
30. Peckham S. Preventing teenage pregnancy: delivering effective services for young people. *Health Education* 1997;97:103–9.
31. Cibula D. Women's contraceptive practices and sexual behaviour in Europe. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008;13:362–75.
32. *World contraceptive use 2007.* United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Accessed April 2010 from: <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2007/contraceptive2007.htm>
33. *Terveyden edistämisen laatusuositus (Quality recommendation for health promotion).* Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health 2006.
34. *Statistics Finland.* http://www.stat.fi/index_en.html (Accessed April 2010).
35. Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K, et al. *Terveyden edistäminen kunnan kansanterveystyössä: Suunnittelu, johtaminen, seuranta ja arviointi. Peruseräraportti kyselystä terveyskeskusjohtajalle [Health promotion in municipal public health work: Planning, management, observation and evaluation. Primary report of a survey to health centre management].* Helsinki: STAKES National Research and Development Centre for Welfare and Health 2006.
36. Raivio R, Jääskeläinen J, Holmberg-Marttila D, et al. Assessment of patient satisfaction in primary health care – reliable information and benchmarking. English abstract. *Suom Lääkäril* 2008;63:2622–6.
37. Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Saaristo V, et al. *Maternity and child health clinic activities 2007. Results and development of monitoring.* English abstract. Helsinki: STAKES National Research and Development Centre for Welfare and Health 2008.
38. Becker D, Koenig MA, Kim YM, et al. The quality of family planning services in the United States: findings from a literature review. *Perspect Sex Reprod Health* 2007;39:206–15.
39. Kinnunen J, Kivinen T, Lammintakanen J, et al. Henkilöstövoimavarojen johtamisen merkitys terveydenhuollon kehittämisessä [The significance of the management of human resources in developing health care]. In Ashorn U, and Lehto J, eds. *Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta.* Jyväskylä: STAKES National Research and Development Centre for Welfare and Health 2008:97–115.
40. Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K, et al. *Health promotion in health centres in Finland 2008.* English abstract. Helsinki: National Institute for Health and Welfare 2009.
41. Lammintakanen J, Kivinen T, Saranto K, et al. Strategic management of health care information systems: Nurse managers' perceptions. *Stud Health Technol Inform* 2009; 146:86–90.
42. Agha S, Do M. The quality of family planning services and client satisfaction in the public and private sectors in Kenya. *Int J Qual Health Care* 2009;21:87–96.
43. Newman M, Bardsley M, Morgan D, et al. Health authority commissioning for quality in contraception services. *Qual Health Care* 1998;7:142–8.
44. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, et al. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003;326:816–9.
45. Sannisto T, Kosunen E. Initiation of postpartum contraception: A survey among health centre physicians and nurses in Finland. *Scand J Prim Health Care* 2009;27:244–9.
46. Sannisto T, Kosunen E. Provision of contraception: A survey among primary care physicians in Finland. *Acta Obstet Gyn Scand* 2010;89:636–45.