



LAUREA

KIRJALLISET POTILASOHJEET RASKAUDEN KESKEYTYSHOIDOSSA



Järvinen, Sanna

Strandman, Jenni

Westerlund, Linda

2010 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Hyvinkää

**KIRJALLISET POTILASOHJEET
RASKAUDEN KESKEYTYSHOIDOSSA**

Järvinen Sanna
Strandman Jenni
Westerlund Linda
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2010

Sanna Järvinen, Jenni Strandman, Linda Westerlund

Kirjalliset potilasohjeet raskauden keskeytyshoidossa

Vuosi **2010** **Sivumäärä** **90**

Raskaudenkeskeytyksellä eli indusoidulla abortilla (abortus arte provocatus, aap) tarkoitetaan raskauden keinotekoisia päättämistä ennen 20. raskausviikkoa. Raskaudenkeskeytyksen hoidosta on laadittu Käypä hoito -suositus vuonna 2001 ja sitä on päivitetty vuonna 2007. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää käytössä olevien kirjallisten potilasohjeiden sisältöä ja niiden vastaavuutta raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositukseen. Mielenkiinnon kohteena oli, onko sairaaloilla yhteneväisiä käytäntöjä raskaudenkeskeytyksessä käytettävien lääkemäärien, toimintatapojen, seurantojen, ohjeiden ja jälkihoito-ohjeiden suhteen. Tavoitteena oli luoda kattavat Käypä hoito -suositukseen ja tuloksiin perustuvat potilasohjeet.

Aineisto saatiin Hyvinkään sairaalan naistentautien poliklinikalta ja se käsitti 43 sairaalasta saadut potilasohjeet. Aineisto koostui 89 potilasohjeesta, joista 54 oli lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjeita ja 35 kirurgisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjeita. Aineisto analysoitiin deduktiivista sisällön analyysiä käyttäen. Analyysirunko rakennettiin raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suosituksen perusteella. Koska lääkkeellinen ja kirurginen keskeytystapa ovat toimenpiteinä erilaiset, laadittiin kummallekin keskeytystavalle omat analyysirungot. Aineistosta poimittiin järjestelmällisesti analyysirunkojen mukaisia ilmauksia ja lopuksi aineisto kvantifioitiin.

Tulosten mukaan kirjallisten potilasohjeiden sisältö sekä ulkonäkö vaihtelivat runsaasti sairaaloittain. Yksittäinen potilasohje koskettaa kaikkia kyseiseen sairaalaan kuuluvia potilaita, jolloin eri sairaaloiden potilaat ovat eriarvoisessa asemassa keskenään. Monetkin tutkimistamme potilasohjeista eivät täytä hyvän potilasohjeen kriteereitä. Tulosten tarkastelun perusteella voimme todeta jälkitarkastukseen liittyvissä asioissa olevan eniten eroavaisuuksia sekä lääkkeellisen että kirurgisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjeissa. Jälkitarkastuksen suoritusajankohdasta, -tavasta ja suorittajista löytyi runsaasti eri vaihtoehtoja. Yllättävä johtopäätös oli, että asiantuntija-avun tärkeyttä psyyken tukemiseksi ei painotettu. Positiivinen johtopäätös oli, että lääkkeelliseen raskaudenkeskeytykseen liittyvä kipu oli huomioitu kaikissa potilasohjeissa. Huomionarvoista oli, että kaikissa kirurgisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjeissa ei mainittu, että toimenpide tehdään nukutuksessa tai puudutuksessa. Yli puolesta puuttui myös maininta anestesiaa edeltävästä ravinnosta.

Tutkimuksen tuottaman tiedon avulla luotiin uudet kirjalliset raskaudenkeskeytyksen potilasohjeet, joita ehdotamme lisättäväksi liitteeksi raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositukseen. Laadimme potilasohjeet on suunniteltu asiakaslähtöisesti. Potilaalle tarpeeton tieto on jätetty pois. Potilasohjeet ovat helposti muokattavissa kunkin sairaalan omia käytäntöjä palveleviksi.

Asiasanat raskaudenkeskeytykset, Käypä hoito -suositus, raskauden ehkäisy, potilaan ohjaaminen

Sanna Järvinen, Jenni Strandman, Linda Westerlund

Patient instructions for abortion treatment

Year	2010	Pages	90
------	------	-------	----

Abortion, induced abortion, (abortus arte provocatus, aap) means artificial ending of pregnancy before the 20th week of pregnancy. Käypä hoito recommendation about abortion was set in 2001, and updated in 2007. The purpose of this study was to find out the contents of the patient instructions which are used today and to compare them to the updated version of Käypä hoito recommendation of abortion. Main focus in this study was on finding out if different hospitals had common practices regarding medication, courses of action, follow-ups, instructions and especially post-ward instructions. Our goal was to create new patient instructions based on the results and recommendations of Käypä hoito.

Material was obtained from gynecological outpatient department of Hyvinkää hospital. It consisted of 89 patient instructions which were gathered from 43 different hospitals in Finland. There were 54 patient instructions about medical abortion and 35 patient instructions about surgical abortion. Material was analyzed by deductive content analysis. Because medical and surgical abortion differ, two different analysis frames were made. The material was systematically processed and expressions according to the analysis frame were picked up. In the end the material was quantified.

According to the results, the contents and the layout of the patient instructions varied in the hospitals, so patients from different areas are instructed differently. Only few of the instructions met the criteria of a decent patient instruction. Results showed that the instructions regarding the post-ward control differed most as to both medical and surgical abortion. Many alternatives were given to accomplish the post-ward control and there was variation concerning post-ward control time, practice and the person who performed the procedure. Surprisingly the importance of the help of and conversation with an experienced worker about psychological issues was not accentuated. Medical abortion related pain was well considered. We also noted that not all patient instructions mentioned that surgical abortion was performed under anesthesia. More than half of the instructions of the surgical abortion lacked the proper information of the pre-anesthetic diet.

Based on the results of this study, new patient instruction files were compiled. We suggest that they are included in the updated version of Käypä hoito recommendation. Patient instructions are designed to be client-oriented and to ignore the information not essential to patient. The instructions can be easily modified to adapt to the practice of each hospital.

Key Words abortion, Käypä hoito recommendation, contraception of pregnancy, patient instruction

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Kirjallisuuskatsaus	9
2.1	Seksuaalisuus ja raskauden alkaminen	9
2.2	Hedelmöityminen	10
2.3	Raskauden keskeyttäminen.....	10
2.3.1	Raskaudenkeskeytyksen historiaa.....	10
2.3.2	Raskaudenkeskeytys toimenpiteenä.....	11
2.3.3	Raskaudenkeskeytyksen hoitopolku	15
2.3.4	Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys	18
2.3.5	Kirurginen raskaudenkeskeytys.....	19
2.4	Raskaudenkeskeytys naisen kokemuksena	20
2.5	Raskauden ehkäisy	22
2.5.1	Ensimmäisiä ehkäisykeinoja	22
2.5.2	Hormonaalinen ehkäisy	23
2.5.3	Muita raskautta ehkäiseviä menetelmiä	24
2.5.4	Ehkäisyneuvonta	25
2.6	Potilaan ohjaaminen.....	26
2.6.1	Potilaan oikeudet saada ohjausta	26
2.6.2	Suullinen potilasohje.....	27
2.6.3	Kirjallinen potilasohje	28
2.6.4	Hyvä potilasohje	28
3	Tutkimustehtävä	29
4	Menetelmä ja aineisto	30
4.1	Laadullinen tutkimus	30
4.2	Aineiston hankinta ja kuvailu	31
4.3	Aineiston analyysi	31
5	Tulokset.....	33
5.1	Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys.....	33
5.1.1	Raskaudenkeskeytyksen suoritusaika ja -paikka	33
5.1.2	Keskeytyksen ensimmäinen vaihe.....	34
5.1.3	Keskeytyksen toinen vaihe	36
5.1.4	Keskeytyksen jälkeinen hoito.....	40
5.2	Kirurginen raskaudenkeskeytys	46
5.2.1	Ennen keskeytystä	46
5.2.2	Keskeytystoimenpide.....	49
5.2.3	Keskeytyksen jälkeinen hoito.....	51
6	Pohdinta	59

6.1	Tulosten tarkastelu	59
6.1.1	Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys	60
6.1.2	Kirurginen raskaudenkeskeytys.....	64
6.2	Tulosten luotettavuus ja eettisyys	66
6.3	Johtopäätökset ja ehdotelmät.....	67
7	Oma oppiminen.....	69
	Lähdeluettelo.....	70
	Kuvioluettelo	74
	Liiteluettelo.....	75

1 Johdanto

Kaikki raskaudet eivät ala toivottuina, ja noin joka kuudes todettu raskaus päättyykin keskeytykseen (Heikinheimo, Suhonen & Gissler 2007, 3507). Raskaudenkeskeytyksiä on aikaisemmin tehty ainoastaan kirurgisesti ja vuodesta 2000 vaihtoehtona on ollut lääkkeellinen raskaudenkeskeytys. Raskaudenkeskeytyksen lääkkeellinen vaihtoehto ei kuitenkaan ole lisännyt raskaudenkeskeytysten kokonaismäärää vuoteen 2008 mennessä. (THL 2009; Heikinheimo, Suhonen & Gissler 2007, 3507.)

Vuonna 1970 Suomessa tuli voimaan uusi raskaudenkeskeytyslaki. Tämä laki kumosi vuonna 1950 annetun lain raskauden keskeyttämisestä. Vuoden 1970 laki mahdollisti raskaudenkeskeytyksen saamisen myös pelkin sosiaalisin perustein. Vuonna 1969 Suomessa tehtiin 8 175 raskaudenkeskeytystä. Vuonna 1970 määrä oli suurentunut 14 757 raskaudenkeskeytykseen, joista 33 prosenttia oli tehty sosiaalisista syistä. Vuoden 1975 raskaudenkeskeytysten määrä (21 547) oli suurin tähän mennessä. Näistä 74,8 prosenttia oli tehty sosiaalisista syistä. Tämän jälkeen luvut ovat olleet laskusuunnassa. (THL 2009; Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2009b.) Vuonna 2008 raskaudenkeskeytyksiä tehtiin Suomessa 10 423 ja niistä lähes 70% (7 242) tehtiin lääkkeellisesti. Elämänoloihin liittyvistä tekijöistä ja sosiaalisista syistä tehtyjen raskaudenkeskeytysten määrä on yhä kasvussa. Raskaudenkeskeytysten määrän väheneminen johtuu alle 20-vuotiaille tehtyjen keskeytysten selkeästä vähenemisestä, kun taas 40-45 -vuotiaiden ja sitä vanhempien raskaudenkeskeytysten määrät kasvoivat vuonna 2008. (THL 2009.)

Sairaalat laativat potilasohjeita vastaamaan omia tarpeitaan ja resurssejaan. Tämä on johtanut potilasohjeiden kirjavuuteen ja sitä kautta mahdollisesti potilaiden eriarvoiseen hoitoon. Kirjallisten potilasohjeiden lisäksi saatava suullinen informaatio täydentää ohjausta. Potilasohjauksen tulee perustua saatavilla olevaan tutkittuun tietoon, käytännön asiantuntijoiden kokemuksiin sekä olemassa oleviin suosituksiin. (Hurskainen 2009; Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositus.)

Käypä hoito -suositukset ovat asiantuntijatyöryhmien laatimia yhteenvetoja ja ohjeita yksittäisistä sairauksista ja kansanterveydellisesti merkittävistä ongelmista. Niitä tehdään myös yhtenäistämään vaihtelevia hoitokäytänteitä ja auttamaan hoitohenkilökuntaa päätöksenteossa. Suositukset perustuvat alan parhaimpaan tutkimusnäyttöön, jonka suomalaiset asiantuntijat ovat arvioineet. Hoitosuosituksen tavoitteina ovat mahdollisimman hyvä hoito sekä yhteiset hoitokäytänteet, ja sitä kautta terveydenhuollon parempi laatu. Käypä hoito -organisaatio toimii itsenäisesti Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin yhteydessä. (Jallinoja, Kuronen & Patja 2006; Käypä hoito 2010; Paturi 2008.) Käypä hoito -suositukset ovat julkisia, kaikkien saatavilla olevia dokumentteja. Ne löytyvät Internet-osoitteesta www.kaypahoito.fi.

Tarve selvittää hoitomenetelmiä potilasohjauksen näkökulmasta syntyi huomiosta, että sairaaloissa oli erilaisia ohjeita raskaudenkeskeytysten jälkitarkastusten toteuttamiseen. Heräsi myös ajatus siitä, että ohjeissa saattaa olla muitakin puutteita ja eroavaisuuksia. Hyvinkään naistentautien poliklinikalla päätettiin selvittää asiaa ja kerätä kaikki Suomen keskeytyssairaaloiden potilasohjeet tarkasteltaviksi. Nopealla tarkastelulla kävi ilmi, että ohjeet olivat kovin eritasoisia. Ohjeita oli tarpeen tutkia tarkemmin ja luoda yhteneväiset ohjeet, joita sairaaloiden olisi helppo muokata omaan käyttöönsä sopiviksi. (Hurskainen 2009.)

Opinnäytetyön aiheen saimme huhtikuussa 2008. Kesän ajan tutustuimme raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositukseen ja syyskuussa tapasimme opinnäytetyömme ohjaavan opettajan. Aiheemme tarkentui Hyvinkään sairaalan naistentautien poliklinikalla käydyissä yhteistyöneuvotteluissa. Yhteyshenkilöinä ja asiantuntijaohjaajina toimivat dosentti Ritva Hurskainen, erikoistuva lääkäri Laura Trujillo-Acuna ja kätilö Sari Tuomi. Syksyllä 2008 saimme aineistomme, eli potilasohjeet lääkkeelliseen ja kirurgiseen raskaudenkeskeytykseen. Tämän jälkeen saimme vielä muutamia yksittäisiä ohjeita. Yhteensä aineisto käsitti 54 lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjetta ja 35 kirurgisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjetta 43 eri sairaalasta. Sairaalat, joissa tehdään 2-3 raskaudenkeskeytystä vuodessa, eivät ole mukana tutkimuksessa. Päätös siitä, mitkä sairaalat ovat mukana tutkimuksessa, tuli opinnäytetyömme tilaajalta, eli Hyvinkään sairaalalta.

Tässä työssä selvitettiin nykyisin käytössä olevien raskaudenkeskeytysten potilasohjeiden vastaavuutta Käypä hoito -suositukseen. Mielenkiinnon kohteena oli, onko sairaaloilla yhteneväisiä käytäntöjä raskaudenkeskeytysten lääkemäärien, toimintatapojen, seurannan, ohjeiden ja jälkihoito-ohjeiden suhteen. Tämän työn tuottaman tiedon avulla kehitettiin yhtenäiset ja toimivat potilasohjeet (Liite 5-8).

2 Kirjallisuuskatsaus

2.1 Seksuaalisuus ja raskauden alkaminen

Seksuaalisuus on jokaisen ihmisen läpi elämän kestävä, muuttuva ominaisuus; osa ihmisen persoonallisuutta sekä persoonallinen osa ihmistä. Se on laaja-alainen käsite, eikä sitä voida erottaa omaksi osakseen kuten fyysisyyttä, psyykkisyyttä ja sosiaalisuutta, vaan seksuaalisuus on kaikkea tätä. Voidaan myös puhua ihmisen itsetuntoa ja minäkuvaa vahvistavasta voimavara-
rasta, jonka tavoitteet ja ilmenemismuodot ovat joka ikävaiheessa ja elämäntilanteessa erilaiset. Seksuaalisuus saa vaikutteita kaikesta, mitä olemme kokeneet, niin hyvästä kuin pahastakin. Seksuaalisuus sisältää muun muassa yksilöllisen seksuaalisen kehityksen, biologisen sukupuolen ja sosiaalisen sukupuoli-identiteetin, seksuaalisen suuntautumisen, eroottisen mielenkiinnon, intiimiyden ja ajatuksen suvun jatkamisesta. Seksuaalisuus voidaan kokea ja ilmaista eri tavoin, kuten ajatuksin, fantasioin, uskomuksin, haluin, asentein, arvoin, ihmisuhteissa ja käyttäytymisessä. (Cacciatore 2006, 219; Rautiainen 2006, 227; Väestöliitto 2009b.)

Pienestä pitäen hyvä perusturvallisuus ja vuorovaikutus vanhempien kanssa luovat perustan tasapainoiselle tunne-elämälle ja seksuaalisuudelle (Hermanson 2008). Koko nuoren ympäristö toimii seksuaalikasvattajana; kodilla ja perheellä, koululla, ystävillä, harrastuksilla ja medialla on kullakin oma tehtävänsä (Väestöliitto 2009c). Seksuaalikasvatus on ongelmallista, sillä tällä hetkellä kasvattajana toimivilla ei itsellään ole kokemusta toimivasta ikään sidotusta seksuaalikasvatusmallista. Lapset ja nuoret eivät voi itse vastata omasta seksuaaliterveydestään, koska ovat tietämättömiä seksuaaliseen kanssakäymiseen liittyvistä riskeistä. Sen takia jokaisen lasten ja nuorten kanssa tekemisissä olevan aikuisen tulisikin tiedostaa oma vastuunsa myös seksuaalikasvattajana. Tärkeintä olisi ymmärtää kehityksen portaittaisuus ja se, että lapsen tai nuoren tulee saada elää jokainen askelma rauhassa ja edetä omaan tahtiinsa. (Cacciatore 2006, 205-206.)

Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittisessa ohjelmassa painotetaan seksuaalioikeuksien toteutumista. Naisten seksuaalioikeuksiin kuuluu oikeus päättää omasta seksuaalielämästään ja oikeus päättää mahdollisesta lasten hankinnasta ja lapsiluvusta. Jokaisella on myös oikeus saada seksuaalisuuteen liittyvää tietoa ja palvelua, esimerkiksi luotettavaa ehkäisyneuvontaa. (Väestöliitto 2006.) Aborttia ei pidä käyttää, eikä sen käyttöä pidä edistää, perhesuunnittelumenetelmänä. Jokaisella naisella on kuitenkin tarvittaessa oltava oikeus turvalliseen aborttiin, sillä vaaralliset ja laittomat abortit vaarantavat miljoonien naisten hengen ja terveyden eri puolilla maailmaa. (Väestöliitto 2010.)

Naiset valitsevat ja kokevat raskaudenkeskeytysmenetelmän hyvin yksilöllisesti. Päätökseen vaikuttavat monet tekijät, kuten eettiset ja moraaliset tekijät ja naisen henkilökohtaiset voimavarat. Ristiriitaiset tunteet ja epävarmuus päätöksen oikeellisuudesta vaikeuttavat päätöksentekoa. Nainen saattaa kokea päätöksentekoaajan liian lyhyeksi. (Ihme & Rainto 2008, 186.)

2.2 Hedelmöityminen

Raskaus alkaa hedelmöitymisestä. Hedelmöityminen kestää noin vuorokauden ajan (Ihme & Rainto 2008, 76). Naisen munasarjassa kypsyy munasoluja, joista yksi vapautuu kuukautiskierroksen keskivaiheilla. Munasolun irtoamista kutsutaan ovulaatioksi. Munasolu on hedelmöitymiskykyinen vain noin 24 tunnin ajan. Miehellä kivekset tuottavat 100 miljoonaa siittiötä päivässä. Siittiöt voivat elää naisen elimistössä 1-3 vrk. Yhdyntäessä siittiöt kulkevat emättimestä kohdun kaulakanavan ja kohtuontelon kautta munatorveen. Hedelmöityminen tapahtuu, kun siittiö ja munasolu kohtaavat munanjohtimessa. Yksi siittiö läpäisee munasolun kalvon. Hedelmöitynyt munasolu matkaa kohtuun mukanaan sekä naisen että miehen perimä. Munasolun hedelmöityminen käynnistää alkion kehityksen jo munanjohtimessa. (Bjälje, Haug, Sand, Sjaastaad & Toverud 2005, 407, 418-420.)

Kun hedelmöitys tapahtuu, kohdun limakalvo valmistautuu vastaanottamaan hedelmöityneen munasolun. Munasolu saapuu kohtuonteloon 3-4 vuorokauden kuluttua hedelmöityksestä jolloin se on jakautunut solurykelmäksi. Hedelmöitynyt munasolu on kohdussa noin kaksi vuorokautta, ennen kuin se kiinnittyy kohdun paksuuntuneeseen limakalvoon, ja raskaus alkaa. (Ihme & Rainto 2008, 76-77.)

2.3 Raskauden keskeyttäminen

2.3.1 Raskaudenkeskeytyksen historiaa

Laiton raskauden keskeyttäminen, eli ”sikiönlähdettäminen”, yleistyi Suomessa 1900-luvun alussa. 1930-luvulla laittomat raskaudenkeskeytykset syrjäyttivät toisen yleisen naisten tekemän, lapsiluvun säätelyyn pyrkivän rikoksen, eli lapsenmurhan. Laittomia raskaudenkeskeytyksiä tehtiin luultavasti jo aiemmilla vuosisadoilla, mutta ennen vuotta 1894 niitä ei mainittu yksinään rikostilastoissa, vaan tuomitut tapaukset tilastoitiin lapsenmurhina. On esitetty arvioita, että ennen vuoden 1950 aborttilakia Suomessa olisi tehty vuosittain 25 000- 30 000 laitonta raskaudenkeskeytystä, joista vain murto-osa tuli viranomaisten tietoon. (Meskus 2003, 212-213.)

Sikiönlähdetystä käytettiin ehkäisykeinona sekä naimattomien että naimisissa olevien keskuudessa. Ilmiön yleistymiseen vaikuttivat antiseptisten aineiden kehittyminen sekä uusien aborttitekniikoiden, erityisesti kohdunsisäisten menetelmien, kehittyminen. Myös seksuaalikulttuurin nykyaikaistuminen ja yksilöllisyyden halun synnyttämä tarve säännöstellä syntyvyyttä vaikuttivat laittomien aborttien lisääntymiseen. Yleistyessään laittomat raskaudenkeskeytykset muuttuivat erityisesti pääkaupunkiseudulla järjestäytyneeksi toiminnaksi, ja maksua vastaan raskaudenkeskeytyksiä tehneiden ”sikiönlähdettäjien” määrä kasvoi. Näistä ammatinharjoittajista suurin osa oli taloudellisesti heikosti toimeentulevia perheellisiä naisia, joilla ei ollut minkäänlaista lääketieteellistä koulutusta. Kuitenkin alalla toimi jonkin verran lääkäreitä ja kättilöitä. (Meskus 2003, 212-213.)

Laiton raskaudenkeskeytys oli vaarallinen naisen terveydelle, sillä ammattitaidottoman avustajan suorittamasta toimenpiteestä seurasi usein vaikeita tulehduksellisia jälkitauteja, jopa kuolema. Lääkäreiden keskuudessa raskauden keskeyttäminen tuomittiin jyrkästi ja terveydenhoitajat kiistivät kansan keskuudessa eläneen käsityksen, jonka mukaan tahallinen keskenmeno olisi pienempi rikos raskauden alussa kuin sen myöhäisemmässä vaiheessa. Lisäksi tahallista raskauden keskeyttämistä, kuten ehkäisyäkin, pidettiin ”siveellisyyttä loukkaavana tekona”. Raskauden keskeyttämisen katsottiin myös uhkaavan väestön olemassaoloa. (Meskus 2003, 214, 216.)

Julkisesti raskaudenkeskeyttämisen laillistamista alettiin puoltaa 1930-luvun loppupuolella. Keskenmenot jaettiin tällöin ”lääketieteellisten indikaatioiden perusteella aiheutettuihin, rikollisesti aiheutettuihin ja spontaaneihin keskenmenoihin”. Koska vuonna 1935 laillistettiin rotuhygieninen sterilisointi, pidettiin asiallisena, että myös aborttilaki antaisi mahdollisuuden puuttua niiden ihmisten lisääntymiseen, joita sterilisointilakikin koski. Samalla voimakas valistus puoskareiden suorittamien raskaudenkeskeytysten vaaroista lisääntyi. (Meskus 2003, 219-221, 226.)

2.3.2 Raskaudenkeskeytys toimenpiteenä

Raskaudenkeskeytys on ihmisen toimenpitein käynnistetty raskauden päättyminen, joka ei täytä synnytyksen määritelmää ja jossa sikiön ei tiedetä kuolleen kohtuun ennen keskeyttämistoimenpidettä. Raskaudenkeskeytyksellä eli indusoidulla abortilla (abortus arte provocatus, aap) tarkoitetaan raskauden keinotekoisia päättämistä ennen 20. raskausviikkoa. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston, Valviran, luvalla keskeytyksen voi tehdä sikiön vaikean poikkeavuuden perusteella ennen 24. raskausviikkoa. Raskaudenkeskeytys voidaan toteuttaa joko lääkkeellisesti tai kirurgisesti. Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys suoritetaan tabletein, jotka otetaan suun kautta tai annostellaan emättimeen. Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys on syytä erottaa jälkiesikäisyydestä. Jälkiesikäisyypilleri estää munasolun irtoamisen ja

vaikeuttaa hedelmöittyneen munasolun kiinnittymistä kohdun limakalvolle, jolloin raskaus ei pääse edes alkamaan. Kirurginen raskaudenkeskeytys suoritetaan kohdun imukaavinnalla yleisanestesiassa tai kohdunkaulan puudutuksessa. Toimenpiteessä kohdunkaula laajennetaan ja kohtuontelo tyhjennetään ja raskausmateriaali poistetaan. Hormonaalinen raskaudenehkäisy voidaan aloittaa heti keskeytyspäivänä. Hormoni- ja kuparikierukka voidaan asentaa kirurgisen keskeytyksen yhteydessä tai heti seuraavien kuukautisten jälkeen. Kuukautiset alkavat 4-7 viikon kuluttua keskeytyksestä. (Ehkäisyopas 2009; Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositus 2007; Väestöliitto 2009a.)

Suomessa laki raskauden keskeyttämisestä vuodelta 1970 sallii keskeytyksen naisen pyynnöstä, kun hänen esittämänsä perustelut vastaavat seuraavia laissa mainittuja edellytyksiä: raskauden kesto on enintään 12+0 viikkoa ja hakija on raskauden alkaessa alle 17-vuotias, täyttänyt 40 vuotta tai synnyttänyt neljä lasta. Päätöksen tekijäksi riittää tällöin yksi lääkäri. Raskauden keskeytykseen tarvitaan kahden lääkärin päätös, mikäli raskauden kesto on enintään 12+0 viikkoa ja lapsen synnyttäminen ja hoito olisivat hakijalle huomattava rasitus tai jos raskaus on alkanut väkisinmakaamisesta. Väkisinmakaamisesta pitää olla tehtynä rikosilmoitus ja siitä liitetään kopio lääkärin täyttämään AB 1 -lomakkeeseen, joka toimii lupana raskauden keskeyttämiseen. Raskaus voidaan keskeyttää kahden lääkärin päätöksellä myös silloin, jos äidin tai isän sairaus tai vamma rajoittaa heidän kykyään hoitaa lasta. Raskaus voidaan keskeyttää kahden lääkärin päätöksellä myös sen kestosta riippumatta, jos raskauden jatkuminen aiheuttaisi naisen terveydelle vaaraa. (Taulukko 1) (Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositus 2007; Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2009.)

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valviran) päätös raskaudenkeskeytykseen tarvitaan, jos lääkärin päätös on kielteinen tai kun on syytä epäillä sikiön vaikeaa sairautta tai vammaa raskauden keston ollessa enintään 20+0 viikkoa, tai luotettavalla tutkimuksella on todettu sikiön vaikea sairaus tai vamma raskauden keston ollessa enintään 24+0 viikkoa. Valviran lupa raskauden keskeyttämiseen tarvitaan myös raskauden keston ollessa 12+1 - 20+0 viikkoa ja mikäli lapsen synnyttäminen ja hoito olisivat hakijalle huomattava rasitus tai jos raskaus on alkanut väkisinmakaamisesta tai äidin tai isän sairaus tai vamma rajoittaa vakavasti heidän kykyään hoitaa lasta tai hakija on 17-vuotias raskauden alkaessa tai hakija on täyttänyt 40 vuotta raskauden alkaessa tai hakija on synnyttänyt yli neljä lasta. (Taulukko 1) (Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositus 2007; Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2009.)

Lausunnon keskeytystä varten voi antaa lääkäri, joka on valtion, kunnan tai kuntayhtymän palveluksessa tai joka on hakenut luvan lausuntojen antamiseen Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolta (Valvira). Virkalääkärien oikeus on sidottu hänen virkatyöhönsä eikä oikeuta lausunnon kirjoittamiseen yksityisvastaanotolla. Siihen on erikseen haettava Valviran

lupa. Lisäksi Valvira myöntää myös toimiluvat keskeytysairaaloille. Keskeytyksen suorittajan tulee olla laillistettu lääkäri ja raskaudenkeskeytyksiä tekevän sairaalan palveluksessa. Lääkkeellisessä keskeytyksessä suorittajalääkäriksi merkitään antiprogestiinihoidon määrännyt lääkäri. (Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositus 2007.)

Päätöksen tekijä	Perusteet
Yksi lääkäri	<p>Raskauden kesto enintään 12 + 0 viikkoa ja hakija raskauden alkaessa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alle 17-vuotias • täyttänyt 40 vuotta • synnyttänyt neljä lasta
Kaksi lääkäriä	<p>Raskauden kesto on enintään 12+0 viikkoa ja</p> <ul style="list-style-type: none"> • lapsen synnyttäminen ja hoito olisivat hakijalle huomattava rasitus • raskaus on alkanut väkisinmakaamisesta (tästä tulee olla tehtynä rikosilmoitus ja siitä on liitettävä kopio AB 1-lomakkeeseen) • äidin tai isän sairaus tms. rajoittaa vakavasti heidän kykyään hoitaa lasta <p>Raskauden kestosta riippumatta, jos raskauden jatkuminen aiheuttaisi hakijan hengelle tai terveydelle vaaran</p>
VALVIRA	<p>Jos lääkärin päätös on kielteinen</p> <p>Kun on syytä epäillä sikiön vaikeaa sairautta tai vammaa raskauden keston ollessa enintään 20+0 viikkoa</p> <p>Kun luotettavalla tutkimuksella on todettu sikiöllä olevan vaikea sairaus tai vamma, raskauden keston ollessa enintään 24+0 viikkoa</p> <p>Raskauden keston ollessa 12+1 - 20+0 raskausviikkoa ja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lapsen synnyttäminen ja hoito olisivat hakijalle huomattava rasitus • raskaus on alkanut väkisinmakaamisesta • äidin tai isän sairaus tai vamma rajoittaa vakavasti heidän kykyään hoitaa lasta • hakija on alle 17-vuotias raskauden alkaessa • hakija on täyttänyt 40 vuotta raskauden alkaessa tai • hakija on synnyttänyt yli 4 lasta

Taulukko 1: Raskaudenkeskeytyksen perusteet (Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositus 2007)

Raskaudenkeskeytystä ohjaava alkuperäinen laki on laadittu 17. helmikuuta 1950. Tätä lakia on päivitetty ja uusi laki tuli voimaan 1. kesäkuuta 1970. Tämän jälkeen lakiin on tehty vielä kaksi merkittävää muutosta. Vuonna 1978 säädettiin 12. raskausviikon rajasta, joka tarkoittaa, että raskautta ei saa keskeyttää 12. raskausviikon jälkeen ilman Valviran lupaa muun syyn kuin naisella olevan sairauden tai ruumiinvian vuoksi. Vuonna 1985 lakia muutettiin niin, että sikiön vaikean sairauden tai vamman vuoksi raskaudenkeskeytyksen voi saada 24. raskausviikkoon asti Valviran luvalla. Potilaalla on lain mukaan oikeus saada tietoa raskaudenkeskeytyksen kulusta ja siihen sisältyvistä riskeistä. (Toivonen 2004, 171; Laki raskauden keskeyttämisestä 24.3.1970/239.) Kansanterveyslain mukaan kunnalla on velvollisuus järjestää asukkailleen terveystarkastuksia ja -neuvontaa, mukaan lukien ehkäisyneuvonta ja lasta odottavan naisen neuvolapalvelut (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66). Lääkärin tulee antaa raskaudenkeskeytykseen päätyneelle naiselle ehkäisyneuvontaa, ennen kuin hän pääsee sairaalasta kotiin (Asetus raskauden keskeyttämisestä 1970).

Ennen raskaudenkeskeytyksen aloittamista potilaan tulee saada lääkärin lausunto AB 1 -lomakkeella terveyskeskus- tai yksityislääkäriltä. Lääkärin täyttämä AB 1 -lomake tarvitaan aina ja se toimii lähetteenä keskeytyssairaalaan sekä hakemuksena Valviralle, eli sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolle. AB 2 -lomakkeella laaditaan selvitys elämänoloista ja se liitetään AB 1 -lomakkeen mukaan, kun Valviralta haetaan lupaa myöhemmin kuin raskausviikolla 12+0 sosiaalisista syistä tehtävään keskeytykseen tai kun lausunnon antava lääkäri pyytää lisäselvitystä. AB 3 -lomake tarvitaan, kun keskeytyksen hakuperusteena on sikiön todettu tai epäilty sairaus tai vamma. AB 4 -lomake on ilmoitus suoritetusta keskeytyksestä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raskaudenkeskeytysrekisteriin. Ilmoitus on tehtävä kuukauden kuluessa toimenpiteestä. (Taulukko 2) (Ihme & Rainto 2008, 182; Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositus 2007.)

Lomake	Tarkoitus
AB 1	Tarvitaan aina (hakemus, lääkärinlausunto, päätös) Toimii <ul style="list-style-type: none"> • lähetteenä keskeytyssairaalaan • hakemuksena Valviralle
AB 2	Selvitys elämänoloista. Tulee liitteeksi AB 1 -lomakkeeseen kun: <ul style="list-style-type: none"> • Valviralta haetaan lupaa myöhemmin kuin raskausviikolla 12 + 0 sosiaalisista syistä tehtävään keskeytykseen • Lausunnonantajalääkäri pyytää lisäselvitystä
AB 3	Hakuperusteena on sikiön todettu tai epäilty sairaus tai vamma

Taulukko 2: Raskaudenkeskeytyksessä käytettävät lomakkeet (Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositus 2007)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa terveydenhuollon henkilökuntaa järjestämään potilaalle laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa sekä kohtelevaan potilasta hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen sekä siten, että hänen ihmisarvonsa ei tulisi loukatuksi. Potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri tulee ottaa mahdollisuuksien mukaan huomioon potilaan hoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.) Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee antaa potilaalle ymmärrettävää tietoa hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä ja eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista, sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä hoidosta päätettäessä. Alaikäisellä potilaalla on oikeus kieltää terveydentilaansa ja hoitoonsa koskevien tietojen antaminen huoltajalleen, mikäli ikänsä ja kehitystasonsa huomioon ottaen on kykeneväinen päättämään itse hoidostaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

2.3.3 Raskaudenkeskeytyksen hoitopolku

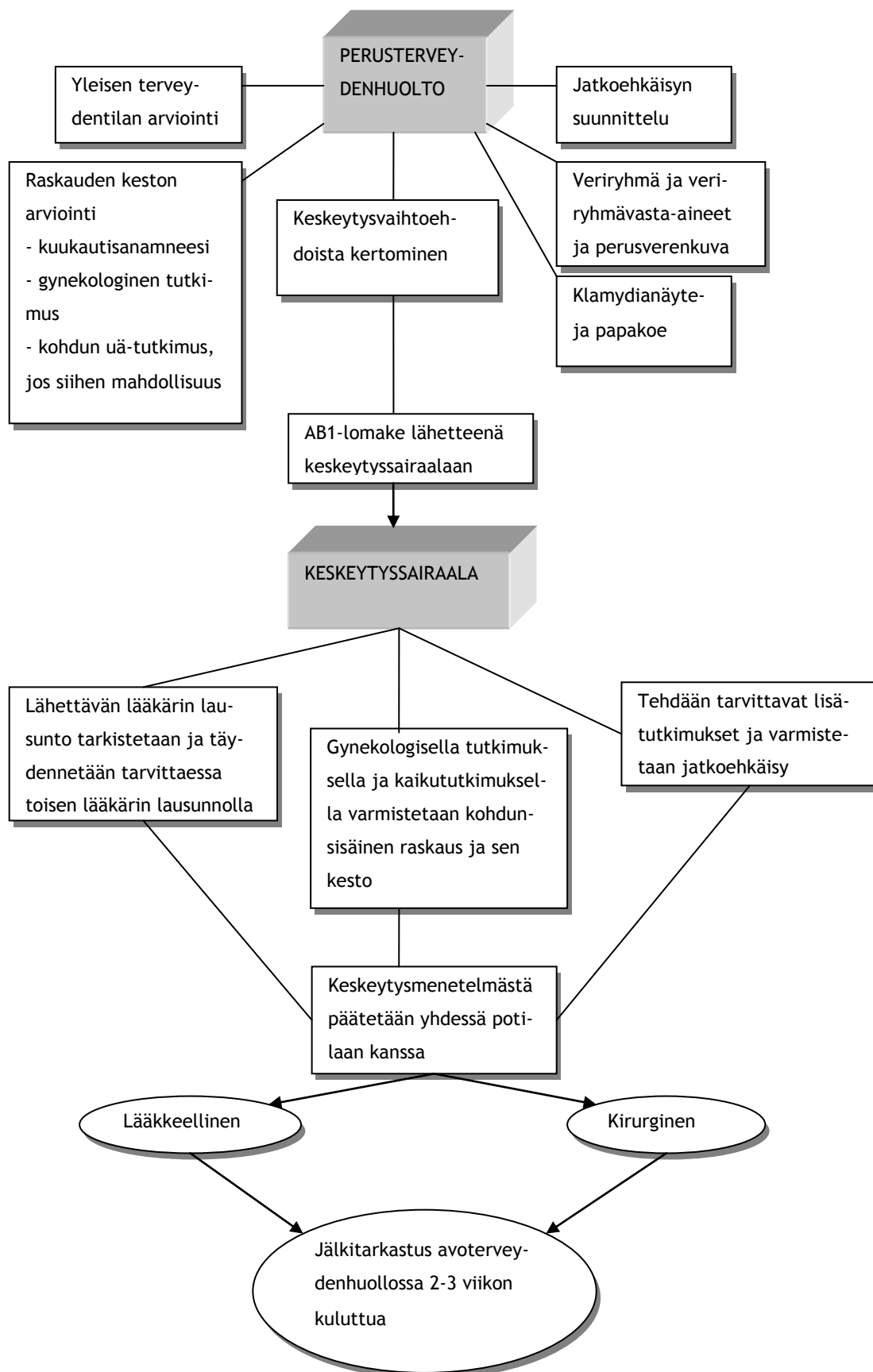
Raskaudenkeskeytyksen hoidosta on laadittu Käypä-hoito -suositus vuonna 2001 ja sitä on päivitetty vuonna 2007. Suosituksen ensisijaisena tavoitteena on ohjeistaa lääketieteellisesti turvalliseen, lainsäädäntöä noudattavaan ja potilaan yksilöllisyyttä huomioivaan raskaudenkeskeytykseen, joka toteutetaan yhteistyössä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa. Tavoitteena on myös edistää raskauden ehkäisyyn liittyvää neuvontaa, jota tulisi korostaa raskaudenkeskeytyksen yhteydessä erityisesti toistuvien raskaudenkeskeytysten välttämiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.) Vuonna 2007 tehdyn lakipäivityksen tärkeimpiä muutoksia olivat muun muassa raskauden keskeyttämisen mahdollisuus lääkkeellisesti kaikilla raskausviikoilla; myös raskausviikoilla 9-12, joilla se ei ennen ollut mahdollista. Toimenpide on tällöin hitaampi ja kivuliaampi sekä lääkeannos joudutaan usein toistamaan (Tiitinen 2009). Muita päivityksiä olivat keskeytyslääkkeen annostelu joustavasti ja jälkitarkastuksen suorittaminen. Päivitetyssä versiossa jälkitarkastus on veren hCG-pitoisuuden määrittäminen ja terveydenhoitajan suorittama haastattelu. (Heikinheimo, Suhonen & Gissler 2007, 3503).

Raskaudenkeskeytyspotilaan toimiva hoitoketju olisi tärkeää suunnitella alueellisesti. Osa naisista tarvitsee enemmän aikaa ja mahdollisesti keskusteluapua ennen päätöstä keskeytyksestä. Alueellisesti tulisi sopia, missä edeltävät tutkimukset tehdään, jotta välttyään päällekkäisiltä tutkimuksilta sekä viivytyksiltä. Käypä hoito -suosituksen mukaan (kuvio 1) perusterveydenhuollossa tulisi selvittää keskeytystä varten tarvittavat esitiedot, täyttää AB 1 -lomake, suunnitella jatkoehkäisy sekä kertoa keskeytysvaihtoehdoista. Perusterveydenhuollon tulisi myös määrittää raskauden kesto kuukautisanamneesin, gynekologisen tutkimuksen ja mahdollisesti myös ultraäänitutkimuksen avulla. Lisäksi perusterveydenhuollossa tulisi ottaa perusverenkuva, veriryhmä ja veriryhmävasta-aineet eli Rh-tekijä, klamydianäyte ja papakoe, jos edellisestä on yli vuosi aikaa. (Raskauden keskeytyksen Käypä hoito -suositus 2007.)

Edellä mainittujen toimenpiteiden ja kokeiden jälkeen potilas siirtyy erikoissairaanhoidon, jossa keskeytystavasta päätetään ja keskeytys suoritetaan. Erikoissairaanhoidossa lääkäri tarkistaa lähettävän lääkärin lausunnon (AB 1 -lomake) sekä täydentää sen tarvittaessa toisen lääkärin lausunnolla. Potilaalle tehdään vielä gynekologinen tutkimus ja kohdunsisäinen raskaus ja sen kesto varmistetaan ultraäänitutkimuksella. Potilas on saanut tietoa keskeytysvaihtoehtoista jo perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidon puolella tulee tehdä lopullinen päätös keskeytystavasta. Potilaalle annetaan tarvittaessa lisää tietoa raskaudenkeskeytysvaihtoehtoista, jotta hän pystyy tekemään päätöksen. Kun potilas on päättänyt keskeytystavan, hän saa kirjalliset potilasohjeet sekä suullisen ohjauksen valitsemastaan keskeytystavasta. Tämän jälkeen suunnitellaan toimenpiteen ajankohta. Tässä vaiheessa potilaalla tulee olla jatkoehkäisy suunniteltuna. (Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositus 2007.)

Rh-negatiivisia on suojattu anti-D-immunoglobuliinilla raskauden erityistilanteissa ja raskaudenkeskeytyksissä vuodesta 1968 lähtien. Veriryhmien epäsopivuus äidin ja sikiön välillä voi aiheuttaa sekä äidille että sikiölle vakavan hemolyyttisen anemian. Mikäli raskaana oleva on Rh-negatiivinen, eli häneltä puuttuu verestään Rh-tekijä, hänelle annetaan anti-D-immunoglobuliinia (200 mikrogrammaa) ruiskeena lihakseen 48-72 tunnin kuluessa raskaudenkeskeytyksestä. Jos raskaana oleva on Rh-positiivinen, ei toimenpiteitä aiheudu. (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus 2007; Ulander, Halmesmäki & Ämmälä 2004, 2897-2898.) Rh-profylaksia pitää antaa uudelleen 2-3 viikon kuluessa, mikäli raskaus ei keskeydy ja joudutaan uusintatoimenpiteeseen (Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositus 2007).

Raskaudenkeskeytyksen jälkitarkastus suoritetaan 2-4 viikon kuluttua keskeytyksestä. Keskeytyksen onnistuminen varmennetaan määrittämällä seerumin istukkagonadotropiinin (S-hCG) pitoisuus. Se on kaikukuvausta ja kliinistä tutkimusta varmempi tapa varmistaa kohdun tyhjeneminen. Verinäytteen voi käydä antamassa avoterveydenhuollossa. Onnistuneen keskeytyksen hCG-arvo on alle 500 IU/l kahden viikon kuluttua keskeytyksestä. (Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositus 2007.)



Kuvio 1: Käypä hoito -suosituksen mukainen raskaudenkeskeytyksen hoitopolku

2.3.4 Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys

Suomessa on tehty vuodesta 2000 lääkkeellisiä raskaudenkeskeytyksiä, joka on vaihtoehtona kohdun kaavinnalle eli raskauden keskeyttämiselle kirurgisesti. Lääkkeellisestä raskaudenkeskeytyksestä puhuttaessa tarkoitetaan antiprogestiinin (mifepristoni) ja prostaglandiinin (misoprostoli) yhdistelmällä aikaansaattua raskauden keskeytymistä. Antiprogestiinia (mifepristoni) otetaan 200mg:n tai 600mg:n kerta-annoksina suun kautta sairaalassa henkilökunnan läsnä ollessa. Molemmat annokset ovat yhtä tehokkaita. Prostaglandiinia (misoprostoli) annostellaan emättimeen 0,4-0,8 mg 36-48 tunnin kuluttua mifepristonin ottamisesta. Myös 1-3 vuorokauden välein otetut lääkkeet keskeyttävät raskauden. Mikäli vuoto on alkanut, lääkeaine voidaan ottaa myös suun kautta. Tämän raskaudenkeskeytyksen toisen vaiheen potilas voi suorittaa myös kotona, täysi-ikäisen henkilön läsnä ollessa. Antiprogestiini herkistää kohtua prostaglandiinin vaikutuksille, mikä aikaansaa kohdunkaulan pehmenemisen ja kohtulihaksen supistelun. Tämän seurauksena raskausmateriaali poistuu kohdusta. Tällä menetelmällä nukuutus ja kohtuun kohdistuva kirurginen toimenpide vältetään. Potilaat kokevat myös toimenpiteen luonnollisemmaksi ja yksityisemmäksi kuin kirurgisen keskeytyksen. Myös vähäisempi tulehdusriski on huomattava etu. (Kiviluoto 1999, 6; Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositus 2007; Terveyskirjasto 2006; Toivonen 2004, 174.)

Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys voidaan tehdä raskausviikkoihin 20 asti. Sikiön vaikean poikkeavuuden vuoksi keskeytys voidaan suorittaa Valviran luvalla raskausviikkoihin 24 asti. Alle 12 raskausviikkoa kestäneet raskaudet keskeytetään yleensä polikliinisesti, kun taas alle yhdeksän viikkoa kestäneet raskaudet keskeytetään lääkärin harkinnan mukaisesti joko poliklinikalla tai kotona. Yli 12 raskausviikkoa kestäneet raskaudet keskeytetään osastoseurannassa toimenpiteen kivuliaisuuden, keston sekä sikiön koon vuoksi. Hoitaja tarkkailee potilasta ja auttaa sikiön, istukan ja jälkeiset ulos. Hoitaja tarkistaa raskausmateriaalin ja jos istukka ja kalvot ovat täydelliset, eikä vuodossa ole hyytymiä, imukaavintaa ei todennäköisesti tarvita. Yli 12-viikkoisen raskauden keskeyttämiseen käytetään suurempi määrä prostaglandiinia (Cytotec®) kuin alle 12-viikkoisten raskauksien keskeytyksissä. (Ihme & Rainto 2008, 188; Kiviluoto 1999; Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositus 2007; Toivonen 2004, 174-175.)

Lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen onnistumisprosentit vaihtelevat raskauden keston mukaan. Alle seitsemän viikkoa kestänyt raskaus keskeytyy täydellisesti lääkkeillä 95-98 prosenttisesti. Raskausviikoilla seitsemästä yhdeksään raskaus keskeytyy 93-98 prosenttisesti, kun taas viikoilla yhdeksästä kahteentoista täydellinen onnistumisprosentti on 88-97. Yli 12-viikkoinen raskaus keskeytyy onnistuneesti yli 90 prosentissa tapauksista. Mikäli kohtuun jää raskausmateriaalia lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen jälkeen tai kohtu ei tyhjene lainkaan, kohtu tyhjennetään kirurgisesti. (Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositus 2007; Toivonen 2004, 175.)

Lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen vasta-aiheita ovat vaikea verenpainetauti, vaikea astma, jatkuva kortisonihoito, lisämunuaisten vajaatoiminta, antikoagulanttihoito, verenvuoto taipumus esim. von Willenbrantin tauti, sepelvaltimotauti, epäily kohdun ulkoisesta raskaudesta tai kierukkaraskaus, allergiat lääkaineille sekä kommunikaatiovaikeudet. (Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositus 2007; Halttunen 2007.) Relatiivisina vasta-aiheina ovat runsas tupakointi ja kaksoisraskaus (Hurskainen 2010).

Lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen haittapuolena kirurgiseen raskaudenkeskeytykseen verrattuna voi olla runsaampi verinen vuoto, joka kestää noin kaksi viikkoa. Raskausmateriaalin poistumiseen kohdusta kuluu myös pidempi aika. (Toivonen 2004, 174.) Lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen komplikaatioita voivat olla kipu, ripuli, pahoinvointi, oksentelu, infektio sekä vuoto-ongelmat eli runsas vuoto sekä kohtuun jäänyt raskausmateriaali. Mikäli raskaus ei keskeydy täydellisesti lääkkeillä, joudutaan suorittamaan imukaavinta. Noin viidessä prosentissa lääkkeellisistä keskeytyksistä joudutaan päätymään imukaavintaan runsaan vuodon sekä kohdun epätäydellisen tyhjenemisen vuoksi. Lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen pitkäaikaisvaikutuksista ei ole julkaistu tutkimuksia. (Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositus 2007.)

2.3.5 Kirurginen raskaudenkeskeytys

Kirurginen raskaudenkeskeytys eli imukaavinta tapahtuu päiväkirurgisena toimenpiteenä. Se tehdään yleensä nukutuksessa, joskus paraservikaali- eli kohdunkaulapuudutuksessa (Hurskainen 2010). Ennen toimenpidettä potilaalle voidaan antaa prostaglandiinia eli Cytotecia® pehmentämään ja laajentamaan kohdunkaulaa. Prostaglandiinin käytön etuina ovat komplikaatioiden, eli kohdunsuun repeämisen, kohdun seinämän puhkeamisen ja verenhukan riskien väheneminen. 0.4 mg misoprostolia asetetaan emättimeen tai kielen alle sairaalassa 3-4 tuntia ennen toimenpidettä. Vaihtoehtoisesti potilas voi asettaa misoprostolitabletit emättimeen tai ottaa ne suun kautta toimenpidettä edeltävänä iltana kotona. Toimenpiteessä kohdunkaula laajennetaan laajentimilla, minkä jälkeen kohtuontelo tyhjennetään imukärjellä. Turvallisuuden takaamiseksi kohdunsuu laajennetaan millimetrin laajemmaksi kuin imukärki. Lopuksi kohdun tyhjeneminen tarkistetaan vielä kyretillä. (Ihme & Rainto 2008, 183; Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositus 2007; Toivonen 2004, 173.)

Kirurgisen raskaudenkeskeytyksen etuja lääkkeelliseen keskeytykseen verrattuna ovat toimenpiteen nopeus, lyhyempi jälkivuodon kesto ja mahdollisuus anestesiaan. Koska toimenpide on invasiivinen, eli kudoksiin kajoava, menetelmän haittapuolina pidetään kohonnutta infektoriskiä sekä kohtuvaurion mahdollisuutta. (Ihme & Rainto 2008, 183.) Kirurgisen raskaudenkeskeytyksen komplikaatiot jaetaan välittömiin sekä myöhempisiin. Välittömiä ovat

runsas verinen vuoto, kohdun perforaatio eli puhkeaminen ja kohdunkaulan vaurio. Myöhempiä komplikaatioita ovat kohdun epätäydellinen tyhjeneminen ja infektio. Raskausmateriaalin epätäydellinen poistuminen aiheuttaa kliinisinä oireina pitkittynyttä veristä vuotoa, alavatsakipua ja kuumetta; tällöin toimenpide joudutaan uusimaan. Kirurgisessa keskeytyksessä olleista naisista noin kolme prosenttia joutuu uusintakaavintaan. (Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositus 2007.) Kirurgiseen keskeytykseen liittyvät välittömät komplikaatoriskit lisääntyvät raskauden edetessä (Heikinheimo ym. 2007, 3503). Komplikaatioita sujuneen kirurgisen raskaudenkeskeytyksen ei tiedetä lisäävän keskenmenojen tai kohdunulkaisen raskauden riskiä eikä heikentävän hedelmällisyyttä (Heikinheimo ym. 2007, 1878).

2.4 Raskaudenkeskeytys naisen kokemuksena

Suunnittelematon raskaus aiheuttaa naiselle stressiä sekä vaatimuksen selviytyä uudesta, odottamattomasta tilanteesta. Paniikki ja hätääntyminen ovat tavallisia tunteita, kun nainen tavallaan on kadottanut kontrollin omaan elämäänsä. Ei-toivottu raskaus saattaa aiheuttaa häpeän ja epäonnistumisen tunteita. Nainen voi tuntea vihaa itseään sekä seksikumppaniaan kohtaan ja esittää syytöksiä ehkäisyn laiminlyönnistä ja liiallisesta huolimattomuudesta. Viha tunteet voidaan kohdistaa myös terveydenhuoltoon, joka ei toimikaan niin nopeasti kuin nainen itse toivoisi. Suru siitä, ettei pysty antamaan lapselle sellaista elämää kuin tahtois, saattaa näyttäytyä vihana. (Helström 2007; Ihme & Rainto 2008, 187.)

Raskaudenkeskeytyksen läpikäyneen naisen kokemukseen keskeytyksestä vaikuttavat sosiaalinen ympäristö, fysiologiset oireet, keskeytyksestä päättäminen sekä hoitotyön laatu. Suurin osa (91 %) raskaudenkeskeytyksistä tehdään sosiaalisin perustein (THL 2008), joten elämäntilanne ja sosiaalinen ja ympäristö näyttävät olevan suurimmat vaikuttavat tekijät keskeytyksestä päätettäessä. Tähän liittyvät myös saatavilla olevan tuen tarve sekä sosiaalinen paine. Lapsen mahdollista tulevaisuutta perheessä pohditaan, kuten myös lapsen suhdetta isään, isovanhempiin ja nykyisiin tai tuleviin sisaruksiin. Nainen pohtii myös omaa rooliaan äitinä ja jaksamistaan raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. (Helström 2007; Ihme & Rainto 2008, 185-186.)

Nainen mieltii raskaudenkeskeytystä monesta eri näkökulmasta. Abortin mahdollisuus on saatanut käydä mielessä jo aikaisemmin, ennen raskautta. Päätöksentekoprosessiin vaikuttavat naisen oma asenne aborttiin sekä muut tunteet. Naisella saattaa olla eettisesti perusteltu kanta olla synnyttämättä lasta, josta ei pysty huolehtimaan. Toisaalta ajatus siitä, että omat vanhemmat olisivat päätyneet aborttiin hänen kohdallaan, on pelottava. Nainen voi myös päätyä ratkaisuun, joka sotii hänen maailmankatsomustaan ja mielipiteitään vastaan. Usein naiset pohtivat myös raskaudenkeskeytyksen vaikutusta tulevaisuuteen ja mahdolliseen uu-

teen raskauteen tai lapsettomuuteen. Tulevaisuuden pohdintaan sisältyy myös ehkäisyn suunnittelu. (Helström 2007; Ihme & Rainto 2008, 185-186.)

Raskaudenkeskeytyksen aikana ilmenevät fysiologiset oireet ja tuntemukset, kuten kipu, pahoinvointi ja ripuli saattavat myös vaikuttaa keskeytyspäätöksen tekemiseen (Helström 2007). Hoitohenkilökunnan pitäisi varmistaa, että raskaudenkeskeytystä harkitsevalla naisella on kaikki mahdollinen tieto keskeytysmenetelmistä ja muun muassa kivunlievityksestä (Ihme & Rainto 2008, 186). Kokemuksena kipu on hyvin yksilöllinen ja siihen vaikuttavat monet tekijät, esimerkiksi potilaan aikaisemmat kipukokemukset. Jokaisella ihmisellä on oma käsitys kivusta ja sen voimakkuudesta. Kivun systemaattinen arviointi on tärkeä osa kivun hallintaa; potilaan subjektiivinen arvio kivun voimakkuudesta on tärkeää selvittää esimerkiksi numeraalisen kipumittarin avulla. Potilaan kokema kipu tulee myös dokumentoida potilasasiakirjoihin. (Heinonen 2007.)

Potilaan ilmoittaessa kärsivänsä kivuista, hoitajan velvollisuutena on hyväksyä potilaan arvio ja huolehtia asianmukaisesta kivunhoidosta (Heinonen 2007). Lääkehoidon tarkoituksena on lievittää potilaan kokemaa kipua riittävän tehokkaalla annostelulla ja riittävän usein. Kivun ennaltaehkäisy on helpompaa kuin jo alkaneen kivun taltuttaminen. Akuutin kivun hoidossa lääkitys valitaan kivun voimakkuuden mukaan ja annosta säädellään lääkevasteen mukaan. (Kotovainio, Kuusisto & Mäenpää 2010.) Alle 12 viikkoa kestäneen raskauden keskeytyksestä aiheutuvan kivun hoitoon sopivia lääkkeitä ovat parasetamoli, tulehduskipulääkkeet ja opioidit (Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositus 2007).

Lievät psyykkiset oireet, kuten levottomuus, ahdistuneisuus ja jännittyneisyys, kuuluvat ihmisen normaaliin tapaan reagoida ajankohtaiseen henkiseen kuormittumiseen. Myös unettomuus on yleinen oire, jonka syyt ovat psykososiaalisia. (Lönnqvist 2005.) Hoitohenkilökunnan rooli raskaudenkeskeytystä harkitsevan tukijana on suuri. Näissä potilaskontakteissa korostuvat asiallinen kohtaaminen, hienotunteisuus ja luottamuksellisuus. Hoitotyön lähtökohta on psyykkisen tuen ja asiallisen tiedon antaminen ennen raskaudenkeskeytyspäätöksen tekemistä. Raskaudenkeskeytystä koskevissa keskusteluissa on usein vahvasti mukana eettinen ja moraalinen pohdinta. Hoitajan tulee tiedostaa, että käytöksellään hän viestittää tahtomattaankin omia asenteitaan potilaalle, joten tukeakseen raskaudenkeskeytyspotilasta hoitajan on työstettävä omia tunteitaan ja ajatuksiaan raskaudenkeskeytyksestä. Hoitajan on myös otettava huomioon eritystukea vaativat naiset. (Helström 2007; Ihme & Rainto 2008, 187.)

Käypä hoito -suosituksen näytönsasetekatsauksen (2007) mukaan raskaudenkeskeytysprosessissa erityistukea tarvitsevat hyvin nuoret naiset sekä naiset, joilla on avio-, perhe tai sosioekonomisia ongelmia tai merkkejä psyykkisestä sairaudesta. Myös aikaisempi raskaudenkeskeytykseen liittyvä komplikaatio tai myöhäinen keskeytysajankohta vaativat erityishuomiota ter-

veydenhuoltohenkilökunnalta. Huomioon tulee ottaa myös HIV-positiiviset naiset ja naiset, joiden raskaus on alkanut raiskauksen tai inestien seurauksena. (Käypä hoito -suositusten näytönasetekatsaus 2007.) Pahoinpidellyt ja hyväksikäytetyt naiset tarvitsevat erityistä tukea. Myös ei-toivotun raskauden alkaminen voi olla merkki hyväksikäytöstä ja väkivallasta, esimerkiksi miehen kieltäytyttyä ehkäisyn käytöstä. (Blaney 2009.)

2.5 Raskauden ehkäisy

2.5.1 Ensimmäisiä ehkäisykeinoja

1800-luvun loppupuolella käytetyimpiä ehkäisykeinoja olivat sellaiset, joissa ei käytetty mitään ehkäisyvälinettä. Näitä olivat pidättyminen eli abstinenssi, keskeytetty yhdyntä ja varmat päivät eli rytmimenetelmä. Näistä ei aiheutunut minkäänlaisia kustannuksia. Keskeytetty yhdyntä oli niin yleinen menetelmä 1800-luvun loppupuolella, että sitä ei edes pidetty ehkäisykeinona. 1800-luvulta vuoteen 1910 hyväksytyin keino rajoittaa lasten lukumäärää oli pidättyminen. Vielä lapsen syntymänkin jälkeen pareilla oli keinoja säännöstellä lapsilukuaan. Lapsi voitiin syntymän jälkeen surmata, jättää heitteille tai vaille hoitoa, antaa kasvatiksi tai adoptioon. Vielä lasten kasvaessakin perheen lapsilukua voitiin säädellä lähettämällä lapsi nuorena palvelukseen, oppipojaksi, opiskelemaan tai harjoittelemaan. Lapsi voitiin myös naittaa nuorena. Ihmiset eivät tuolloin vielä tietoisesti suunnitelleet lapsilukuaan, mutta lasten määrään vaikutettiin yhteiskunnan säädöksin ja normein. Näitä olivat muun muassa avioitumisikä, imettäminen ja seksuaaliset tabut. (Ritamies 2006, 33, 117-120.)

1800-luvun loppupuolella apteekista sai ostettua kondomeja, jotka olivat valmistettu kalan rakosta ja kumista. Teollisesti valmistettujen kondomien edeltäjät olivat jossain määrin tunnettuja myös kansan keskuudessa. Ne olivat erilaisia tuppia, kananmunan sisäkalvoja, joka sidottiin villalangalla terskan päälle, rukkasen peukaloita ja kankaasta itse tehtyjä kondomeja. 1800-luvun lopulla myös naisten teollisesti valmistetut ehkäisyvälineet yleistyivät. Nämä olivat kovasta kumista valmistettuja ja ympyränmuotoisia pessaareita. Ennen teollisesti valmistettuja pessaareita naiset asettivat kohtuun siittiöitä tappavassa öljyssä imeytetyn pesusienen. Sieni vedettiin yhdynnän jälkeen pois, jolloin emätin puhdistui. Yhdynnän jälkeen emätintä saatettiin huuhdella myös vedellä, jossa oli mm. lysolia, ruokasoodaa, etikkaa ja illodinia. Myös kuumassa sinappikylvyssä tai lumessa istuminen, rätvänän kukista tehty haude ja virtsaaminen olivat yhdynnän jälkeisiä keinoja raskauden ehkäisyyn. Nämä keinot tulivat parempaan tietoisuuteen vasta 1910-luvusta alkavalla ajanjaksolla ja olivat käytössä vielä 1950-luvulle saakka. 1960-luvun alussa markkinoille tuli ensimmäinen ehkäisytabletti, mikä antoi pareille entistä paremman mahdollisuuden lapsiluvun rajoittamiseen ja syntymän ajoittamiseen. (Ritamies 2006, 101-104.)

2.5.2 Hormonaalinen ehkäisy

1960-luvulla ensimmäinen ehkäisytabletti mullisti naisten elämän ja oli käännteentekevä askel ehkäisyhistoriassa. Nykypäivänä käytössä olevat ehkäisytabletit ovat hormonipitoisuudeltaan täysin erilaisia kuin 60-luvun pillerit. Suurin muutos on tapahtunut annostelun suhteen; päivittäisen annostelun rinnalle on tullut useita vaihtoehtoja. Vaihtoehtoiset hormonaalisen ehkäisytablettimallit voivat vähentää käyttäjästä johtuvia annosteluvirheitä. (Schering-Plough Corporation 2009.)

Hormonaalinen ehkäisy perustuu pyrkimykseen ehkäistä munasolun kehittyminen tai hedelmöityminen (Heikinheimo & Lähteenmäki 2004, 157). Hormonaalisessa ehkäisyssä käytetään naisten sukupuolihormoneja (estrogeeni ja keltarauhashormoni), jotka säätelevät munasolun kypsymistä munasarjoissa tai kohdun seinämää peittävän limakalvon paksuutta. Myös näiden hormoneiden synteettisiä vastineita voidaan käyttää. Lääkäri määrää sopivan ehkäisytablettimallin potilaan kanssa. Myös terveydenhoitaja voi aloittaa nuorelle ensimmäiset ehkäisytabletit. Valmisteen sopivuus varmistetaan yleensä kolmen kuukauden tai viimeistään puolen vuoden kuluttua. Myös jatkoseurannasta sovitaan. Hormonaaliset ehkäisytablettimallit voidaan jakaa kahteen ryhmään; estrogeenia ja keltarauhashormonia sisältäviin sekä pelkkää keltarauhashormonia sisältäviin. (Ehkäisyopas 2009, 2-3.)

Yhdistelmäehkäisyvalmisteita ovat ehkäisyrenkas, -laastari ja yhdistelmäehkäisytabletit. Ne sisältävät estrogeenia, keltarauhashormonia tai näiden synteettisiä vastineita. Näiden sisältämä keltarauhashormoni estää munasolun irtoamisen eli ovulaation munasarjoissa. Kohdunkaulan lima muuttuu siittiöitä läpäisemättömäksi. Estrogeenilla on vähäisempi vaikutus ehkäisytehoon, mutta sillä saadaan kuukautiskierto säilymään säännöllisenä. Nykyiset yhdistelmäehkäisyvalmisteet ovat suurimmaksi osaksi vähähormonisia (alle 30ug/vrk estrogeenia tai sen synteettistä vastinetta etinyyliestradiolia) ehkäisytehon vaarantumatta. (Ehkäisyopas 2009, 2.) Yhdistelmäehkäisyä kehitetään jatkuvasti erilaisilla kombinaatioilla ja lähes vuosittain markkinoille ilmestyy uusi ehkäisytabletti sekä vanhoja merkkejä poistuu (Tikka 2006, 606-607).

Yhdistelmäehkäisyvalmiste on yleensä nuoren naisen ensimmäinen ehkäisy sen runsaiden terveyshyötyjen takia. Sen etuihin kuuluvat säännölliset ja niukemmat kuukautiset, kuukautiskipujen lievittyminen sekä lievemmat PMS-oireet. Ehkäisytablettien käyttö vähentää myös anemiaa, androgeenisia häiriöitä kuten aknea ja liikakarvoitusta, endometriosisia, dysfunktionaalisia vuotoja, dysmenorreaa, kohdun limakalvon syöpää, kohdunulkoisia raskauksia, mastopatiaa, munasarjasyöpää, munasarjatulehduksia, myoomia sekä toiminnallisia kystia. Terveystta edistävien vaikutusten lisäksi ehkäisytablettien suosiota voidaan selittää sillä, että sen käyttö on käyttäjän omassa kontrollissa ja sitä pidetään tehokkaana ja turvallisenä. (Ehkäisyopas 2009, 2, 6; Heikinheimo & Lähteenmäki 2004, 157, 159.)

Pelkkää keltarauhashormonia sisältäviä ehkäisyvalmisteita ovat minipillerit, ehkäisyimplantaatti eli ihon alainen ehkäisykapseli, hormonikierukka ja ehkäisyinjektio. Nämä eivät sisällä estrogeenia, jonka takia kuukautiskierto ei välttämättä tule säännölliseksi, mutta yleensä vuoto niukkenee selvästi tai voi jäädä kokonaan pois. Implantaatti ja hormonikierukka saattavat olla sopivia ratkaisuja, mikäli yhdistelmävalmisteet eivät sovi, valmisteen säännöllinen ottaminen tuottaa vaikeuksia tai halutaan pidempiaikaista ehkäisyä. (Ehkäisyopas 2009, 2-3.)

2.5.3 Muita raskautta ehkäiseviä menetelmiä

Kondomi on kertakäyttöinen yleensä lateksinen suojuus, joka asetetaan jäykistyneen siittimen päälle. Siemennesteessä olevat siittiöt jäävät kondomin sisään eivätkä pääse naisen emättimeen. Oikein käytettynä kondomi suojaa sukupuolitaudeilta ja ehkäisee raskauden. Kondomeita on saatavilla helposti ja valikoima on laaja, joten kaikille pitäisi löytyä sopiva merkki. Myös naisille on oma kondomi, joka on polyuretaanimuovista valmistettu pussimainen kertakäyttöinen suojuus, jolla vuorataan emättimen seinämät sisältäpäin, jolloin siittiöiden pääsy kohtuun estyy. Siinä on myös liukastetta sekä siittiöitä tuhoavaa ainetta. Naisten kondomeissa ei ole valinnanvaraa, on vain yhtä kokoa ja väriä. (Ehkäisyopas 2009, 16-17.) Suomen markkinoilla on tällä hetkellä saatavilla Femidom-nimistä naisten kondomia, jota myyvät hyvinvarustetut apteekit ja erikoisliikkeet (Femidom, 2007).

Kuparikierukka asetetaan ja poistetaan lääkärin toimesta. Myös terveydenhoitajan voi posittaa kuperikierukan. Se on T:n mallinen esine, joka on valmistettu kuparista ja muovista. Sen vaihtoväli on viisi vuotta. Parhaiten kuparikierukka soveltuu synnyttäneille naisille, jotka elävät vakituudessa parisuhteessa. Kuparikierukka ei sovi naisille, joilla on taipumusta runsaisiin tai kivuliaisiin kuukautisiin, sillä sen sivuvaikutuksina saattaa ilmetä alavatsan kouristuksia, ristselkäkkipuja, sekä lisääntyneitä kuukautiskipuja ja -vuotoja. Kuparikierukka muuttaa kohdun ja munatorvien olosuhteita siittiöille epäedullisiksi ja häiritsee normaalia hedelmöitymistä. Vaikka hedelmöityminen tapahtuisi, munasolu ei kiinnity kohdun limakalvolle. Kierukan tarkkaa vaikutustapaa ei kuitenkaan tunneta. (Ehkäisyopas 2009, 18.)

Lopullisena pidettävä ehkäisymenetelmä on sterilisaatio, jota ennen on harkittava muita vaihtoehtoja. Sterilisaatio on käytännöllisesti katsoen lopullinen, mutta silti on hyvä muistaa, että sterilisaatiokaan ei takaa sataprosenttista ehkäisyvarmuutta. Sterilisaatiota valvotaan lailla ja sitä voidaan hakea sosiaalisin tai lääketieteellisin syin, ja silloin, jos muut ehkäisymenetelmät eivät sovi. Jokainen, jolla on yli kolme lasta tai on täyttänyt 30 vuotta, saa sterilisaation. (Ehkäisyopas 2009, 19.) Pareille tulisi antaa mahdollisuus keskustella asiantuntijan kanssa siitä, kumman sterilointimenetelmä olisi tarkoituksenmukaisempaa (Heikinheimo & Lähteen-

mäki 2004, 169). Sterilisaatiota haetaan lomakkeella, jonka potilas täyttää yhdessä lääkärin kanssa. Lomake toimii lähetteenä jatkotoimenpiteisiin. (Ihme & Rainto 2008, 64.)

Miehen sterilisaatio tehdään paikallispuudutuksessa katkaisemalla kivespussin tyven kohdalta kiveksistä tulevat siemenjohtimet. Noin kolme kuukautta toimenpiteen jälkeen siemennesteseen ei enää erity siittiöitä, mutta mies voi saada normaalin siemensyöksyn, joka koostuu rakkularauhasen ja eturauhasen tuottamasta nesteestä. Kolmen kuukauden kuluttua toimenpiteestä miehen siemennestenäytteestä varmistetaan, että siinä ei ole siittiöitä. Tämän jälkeen lisäehkäisy voidaan lopettaa. (Ehkäisyopas 2009, 19; Kivelä 2006, 574.)

Naisen sterilisaatio voidaan suorittaa kahdella eri tavalla; päiväkirurgisena toimenpiteenä nukutuksessa tai selkäydinpuudutuksessa vatsaontelon kautta tehtävänä tähystyksenä tai polikliinisesti emättimen kautta tähystämällä. Tätä emättimen kautta tehtävää toimenpidettä kutsutaan Essure -menetelmäksi. Siinä munanjohtimiin asetetaan mikroimplantit, joiden sisälle alkaa muodostua arpikudosta, joka kolmen kuukauden kuluessa tukkii munanjohtimet. Kirurgisessa vatsaontelon kautta tehtävässä sterilisaatiossa munanjohtimet painetaan umpeen tähystimen kautta käytettävällä puristimella. Näin munasarjoista irtoava munasolu ei pääse etenemään munanjohtinta pitkin kohtuun eikä hedelmöityä. (Ehkäisyopas 2009, 19; Ihme & Rainto 2008, 66.)

Jälkiehkäisy ei ole ehkäisymenetelmä, vaan sitä voidaan käyttää, mikäli käytössä oleva ehkäisy pettää. Jälkiehkäisyä voi hoitaa pillerein, joita yli 15-vuotiaat saavat apteekista ilman reseptiä. Jälkiehkäisytabletti sisältää keltarauhashormonia. Se estää munasolun irtoamisen ja vaikeuttaa hedelmöittyneen munasolun kiinnittymistä kohdun limakalvolle. Pilleri tulee ottaa mahdollisimman nopeasti yhdyntän jälkeen, kuitenkin viimeistään 72 tunnin kuluttua. Mitä nopeammin pillerin ottaa, sen parempi ehkäisyteho on. Jälkiehkäisyä voi hoitaa myös siten, että lääkäri asentaa kohtuun kuparikierukan. (Ehkäisyopas 2009, 20.)

2.5.4 Ehkäisyneuvonta

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman vuosille 2007- 2011. Sen tavoitteena on lisätä koko väestön, sekä parien että yksilöiden, seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Toimintaohjelmassa seksuaaliterveysneuvonta liitetään osaksi perusterveydenhuoltoa sekä erikoissairaanhoidon. Raskauden ehkäisyneuvontaa tehostetaan ja vastaanotolle on päästävä viipymättä; nuorten alle viikon sisällä. Alle 20 -vuotiaille ehkäisyneuvontaa tulee olla maksutonta. Paikkakunnasta riippuen potilas voisi saada yhdestä kuuteen ehkäisytablettiliuskaa ilmaiseksi. Raskauden ehkäisystä laaditaan laatuvaatimukset ja Käypä hoito -suositus. Toimintaohjelmassa on otettu myös kantaa lääkkeelliseen raskaudenkeskeytykseen; toimenpiteen turvallisuudesta huolehditaan ja erityishuomiota kiin-

nitetään toistuvien raskaudenkeskeytysten hoitoon ja ehkäisemiseen. Raskaudenkeskeytykseen päätyneelle tulee järjestää myös riittävä psykososiaalinen tuki. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2007, 3-4, 101.)

Ehkäisystä huolehtiminen on äärimmäisen tärkeää heti sukupuolielämän alkaessa, koska sukupuolielämään kuuluu paljon muutakin kuin lisääntymistarkoituksessa harrastetut yhdynnät. Nainen tulee sukukypsäksi kuukautisten alkaessa, noin 12-13 -vuotiaana, ja mies noin vuotta myöhemmin. Tällöin naisen elimistö on fyysisesti kypsä lisääntymään ja raskauden alkaminen on mahdollista. (Ehkäisyopas 2009, 2.) Yhtä kaikille sopivaa ehkäisymuotoa ei ole keksitty, mutta ehkäisyvaihtoehtoja on useita ja niistä löytyy lähes jokaiselle sopiva. Lähes puolet suomalaisista suosii ehkäisykeinona ehkäisytabletteja ja kondomia. Sopivan ehkäisymenetelmän löytäminen vaatii usein muutamien eri valmisteiden kokeilua. Elämäntilanne vaikuttaa aina ehkäisyn valintaan ja valinnassa on otettava huomioon ehkäisymenetelmän edut ja haitat. Ehkäisymenetelmän valintaan vaikuttavat lisäksi valmisteen turvallisuus, luotettavuus, mahdolliset sivuvaikutukset, systeemivaikutus, riippuvuus yhdyntätilanteesta, vaikutuksen kesto, hedelmällisyyden palautuvuus ehkäisyn lopettamisen jälkeen, terveyttä edistävät vaikutukset ja hinta. Asiantuntijat auttavat oikean ehkäisymenetelmän valinnassa. Valitun ehkäisymenetelmän haittavaikutukset täytyy tuntea, jotta ne osataan ehkäistä ja hoitaa. (Heikinheimo & Lähteenmäki 2004, 155-156.)

Raskauden alkamista voidaan ehkäistä hormonaalisilla ehkäisymenetelmillä, erilaisilla estemenetelmillä tai kuparikierukalla. Kondomi on ainoa ehkäisyväline, joka suojaaa myös sukupuolitaudeilta. Ehkäisymenetelmät eivät heikennä hedelmällisyyttä, lukuun ottamatta sterilisaatiota. Useilla ehkäisymenetelmillä on myös huomattavia terveyshyötyjä. Raskauden ja sukupuolitautilien ehkäisy on hedelmällisyyden ylläpitoa. (Ehkäisyopas 2009, 2-3.)

2.6 Potilaan ohjaaminen

2.6.1 Potilaan oikeudet saada ohjausta

Potilaan ohjaaminen on keskeinen osa kokonaishoitoa. Sen tavoitteena on antaa potilaalle tietoa, joka auttaa häntä toimimaan oman terveytensä kannalta mahdollisimman hyvin ja tukea häntä selviytymään tilanteessaan. Onnistunut potilasohjaus näkyy parhaimmillaan lyhyempinä hoitoaikoina ja vähentyneinä sairaalakäynteinä. Tieto auttaa potilasta ennakoimaan tulevia tilanteita ja valmistautumaan niihin. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 24-25.) Liiallisen tiedon antaminen peittää helposti alleen olennaisimman asian (Torkkola ym. 2002, 29). Hoitajan tulee sivuuttaa omat henkilökohtaiset näkemyksensä ja mielipiteensä ohjatesaan potilasta (Lahtinen 2006, 8).

Potilaalla on laillinen oikeus saada ymmärrettävää tietoa omaan terveydentilaansa liittyvistä asioista, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista terveyteensä. Potilaan oikeuksiin kuuluu saada tämä ohjaus siten, että hän ymmärtää sen, esimerkiksi omalla äidinkielellään tai viittoen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.) Laki velvoittaa hoitohenkilökuntaa siinä mielessä, että se asettaa vaatimukset potilaan saaman ohjauksen tasolle. Hoitajan antaman tiedon tulee olla näyttöön perustuvaa eli tieteellisesti havaittua tutkimusnäyttöä, toimintänäyttöä sekä kokemukseen perustuvaa näyttöä (Tuomi 2005, 107). Hoitajan tulee sitoutua huomioimaan ja kunnioittamaan potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä. Potilasohjaus tulee toteuttaa potilaan suostumuksella. (Lahtinen 2006, 6-7.)

Potilaan tulee saada kirjallista ja suullista ohjausta; kirjalliset ohjeet täydentävät suullista ohjausta ja toisinpäin. On tehty arvioita, joiden mukaan potilaat muistavat 10 prosenttia siitä, mitä he kuulevat ja 75 prosenttia siitä mitä näkevät. Sen sijaan asiat, jotka ovat käyty läpi sekä suullisesti että kirjallisesti, jäävät mieleen 90 prosenttisesti. (Kyngäs ym. 2007, 73.) Kirjallisen ohjeen avulla potilaan on helppo palauttaa mieleen saamansa suullisen ohjauksen sisältö ja halutessaan kerrata ohjeita. Pelkän suullisen ohjauksen haittapuolena on tiedon unohtuminen, kun taas kirjallinen ohje yksinään saattaa vaatia selvennystä. Kirjallisen ja suullisen ohjauksen tulee vastata potilaan tiedon tarvetta. Perehtyminen potilaan aikaisempiin potilasasiakirjoihin on aiheellista päällekkäisten ohjeiden ja toiston välttämiseksi. (Torkkola ym. 2002, 24-26, 29.) Näin ohjauksesta saadaan yksilöllistä. Tarkoituksena ei ole, että hoitaja luettelomaisesti kertoo potilaalle asioita, vaan ohjaustilanne etenee keskustelunomaisesti (Kyngäs ym. 2007, 87). Esimerkiksi pyytämällä potilasta toistamaan saamansa ohjauksen, hoitaja voi varmistaa, että potilas on ymmärtänyt ohjeen. Hyvään potilasohjaukseen kuuluu myös vertaistuen mahdollisuudesta kertominen. (Lahtinen 2006, 35.)

2.6.2 Suullinen potilasohje

Suullisen ohjauksen onnistuminen edellyttää hoitajalta hyviä vuorovaikutustaitoja ja vankkaa perehtyneisyyttä teoriaan. Lyhentyneet hoitoajat ja kiire luovat haasteita ohjaustilanteelle, sillä lyhyessä ajassa pitäisi luoda luottamuksellinen ja avoin ohjattava-ohjaaja -suhde. Hyvä vuorovaikutussuhde perustuu keskinäiselle kunnioitukselle, johon kuuluu rehellisyys ja vastavuoroisuus ja erityisesti potilaan mahdollisuus ilmaista omia tunteitaan. Hoitajan havainnointikyky on tärkeässä asemassa, sillä hänen tulee ymmärtää myös potilaan sanatonta viestintää. (Hankonen ym. 2006, 30-31.) Potilaan ilmeet ja eleet viestivät hänen psyykkisestä tilastaan, kuten esimerkiksi pelosta (Torkkola ym. 2002, 26-27). Keskustelun aikana potilaalla tulee olla mahdollisuus esittää kysymyksiä (Kyngäs ym. 2007,74).

Hoitajan ammattikielen käyttäminen ohjauksen aikana saattaa häiritä ohjauksen ymmärtämistä. Ohjauksen epäonnistumiseen voivat vaikuttaa hoitajan kiire tai välinpitämätön suhtautuminen.

tuminen, meluisa tai levoton ympäristö ja potilaasta lähtöisin olevat tekijät, kuten huono kuulo tai kiinnostuksen puute. (Hankonen ym. 2006, 31; Torkkola ym. 2002, 30.) Onnistunut ohjaustilanne vaatii rauhallisen ja kiireettömän ympäristön. Ympäristön mukavuus on osa miellyttävää ohjaustilannetta. Riittävä valaistus ja sopiva lämpötila vaikuttavat tilanteen ilmapiiriin. Ohjaajan ja ohjattavan tulisi istua samalla tasolla luontevan keskustelutilanteen takaamiseksi. Sopiva etäisyys keskustelijoiden välillä riippuu keskustelijoista ja on yleensä noin puoli metriä. (Hankonen ym. 2006, 26.)

2.6.3 Kirjallinen potilasohje

Kirjallisia potilasohjeita on erilaisia. Osa ohjeista lähetetään potilaalle kotiin ennen sairaaläkäyntiä, osa annetaan vasta toimenpiteen tai tutkimuksen jälkeen tai osa on vain koottu lista muistettavista asioista. Hoitajan tulisi varmistaa esimerkiksi seuraavalla käynnillä, että potilaan kotiin lähetty kirje on ymmärretty. Esimerkiksi ilmaisu ”ravinnotta” voi jäädä ohjeesta monelle epäselväksi. Tätä tulisi selventää muun muassa kellonajoin ja kertomalla saako potilas juoda vaikka on ravinnotta. Potilasohjeesta tulisi myös käydä ilmi, saako potilas ottaa lääkkeensä. Ohjeessa tulee olla selkeät yhteystiedot, johon potilas voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. (Torkkola ym. 2002, 25-26.)

Olennaista kirjallisessa ohjeessa on asioiden todenperäisyys. Potilaat haluavat tietoa omasta tilastaan ja saavat sitä kirjallisesta potilasohjeesta. Potilasohjeella on kaksi tavoitetta; palvella sekä laitosta että potilasta. Laitoksen tavoite on antaa potilaalle oikeaa tietoa, jotta hän osaa toimia oikein. Potilaiden tavoite taas on saada juuri hänelle suunnattua tietoa. Potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu potilaan saadessa kaiken olennaisen tiedon käyttöönsä. (Alaperä ym. 2006, 66-67.)

2.6.4 Hyvä potilasohje

Hyvässä kirjallisessa potilasohjeessa on selkeästi ilmoitettu kenelle ohje on suunnattu ja mikä sen tarkoituksena on. Sisältö etenee tärkeimmästä asiasta vähemmän tärkeään. Tällöin nekin potilaat, jotka lukevat vain alun ohjeesta, saavat tärkeimmän informaation. Tärkeimmän asian kertominen ensimmäisenä kertoo myös tekijän arvostuksesta lukijaa kohtaan. Ohjeen tärkein asia käy ilmi otsikosta, jota täydentävät väliotsikot. Sisällön tulee olla ajan tasalla ja vastata kysymyksiin ”mitä?”, ”miksi?”, ”miten?”, ”milloin?” ja ”missä?”. Hyvässä potilasohjeessa teksti on havainnollista yleiskieltä ja vastaa jo valmiiksi kysymyksiin, joita potilaalle saattaisi herätä keskustelun aikana. (Alaperä ym. 2006, 67; Kyngäs ym. 2007, 126; Torkkola ym. 2002, 42.)

Potilasohjeen tulee olla kirjoitettu selkokielellä ja helposti ymmärrettävästi. Kielen tulee olla kieliopillisesti sujuvaa. Hoitohenkilökunta ei voi olettaa potilaan tietävän samoja asioita kuin he, joten ohjeissa tulee olla mainittuna sellaisia asioita, joita hoitohenkilökunta pitää itseltään selvinä. Yhteen toimenpiteeseen on suunniteltu yleensä vain yksi ohje, eikä ennalta voida tietää potilaan tietoaustaa. Lääketieteellisiä termejä tulee välttää. Mikäli niitä kuitenkin on käytettävä, termit tulee selventää ja avata helposti ymmärrettävään muotoon. Lääketieteen sanastolautakunta on suomentanut lääketieteen termejä sekä tehnyt niistä ymmärrettäviä. (Torkkola ym. 2002, 46, 51-52.)

Potilasohjeen sisältämän tekstin tulee puhutella potilasta. Potilasohjetta laadittaessa tulee kiinnittää huomiota kenelle ohje suunnataan ja miksi. Aktiivi-muotoa käyttämällä potilas tietää ohjeen olevan juuri hänelle suunnattu. Teitittely on aina kohteliasta ja sitä tulisi suosia. Ohjeissa tulee välttää liian pitkiä virkkeitä, lyhenteiden käyttöä ja epäselvää tekijänilmausta. Esimerkiksi ilmaisusta ”Haastattelun jälkeen siirrytte leikkaussaliin”, ei käy ilmi, miten potilas sinne siirtyy; meneekö hän yksin vai viekö joku hänet sinne. (Alaperä ym. 2006, 67; Torkkola ym. 2002, 46-52.)

Siisti ulkoasu tukee potilasohjeen sisältöä. Hyvään potilasohjeeseen suositellaan käytettäväksi hillittyjä värejä musta-valkoisen tyylin sijaan. Kuitenkin musta-valkoinen ulkoasu on parempi kuin mahdollisia tunteita herättävät värit. Selkeässä kirjallisessa ohjeessa on helposti luettava kirjasintyyppi, riittävä kirjasinkoko ja selkeä tekstin asettelu. Tekstin korostamisesta alleviivauksin on kahta eri suositusta. Toisessa alleviivauksia suositetaan ja niitä pidetään hyvänä keinona korostaa, kun taas toisessa niitä suositellaan välttämään. Pääsääntöisesti tekstin lihavointia kuitenkin suositellaan. Kuvituksen suhteen tulee olla tarkka, sillä mitä tahansa kuvaa ei voi käyttää. Kuvaa valitessa tulee ottaa huomioon lukijan mahdolliset reaktiot sekä tekijänoikeuslaki. Tyhjää tilaa ei tarvitse pelätä potilasohjetta laatiessa, sillä se antaa lukijalle aikaa pohtia lukemaansa sekä tehostaa potilasohjeen rauhallista ulkoasua. (Alaperä ym. 2006, 68; Kyngäs ym. 2007, 127.)

3 Tutkimustehtävä

Tämän työn tarkoituksena oli selvittää nykyisin käytössä olevien raskaudenkeskeytystä koskevien potilasohjeiden vastaavuutta vuonna 2007 päivitettyyn Käypä hoito -suositukseen. Mielienkiinnon kohteena oli, onko sairaaloilla yhteneväisiä käytäntöjä raskaudenkeskeytysten lääkemäärien, toimintatapojen, seurantojen, ohjeiden ja jälkihoito-ohjeiden suhteen. Tässä työssä selvitettiin potilasohjeiden sisältöä ja työryhmä Hyvinkään sairaalassa selvitti hoitohenkilökunnan ohjeiden sisältöä. Tämän työn tuottaman tiedon avulla kehitettiin yhtenäiset ja toimivat potilasohjeet (Liite 5-8). Opinnäytetyötä ohjaavat tutkimuskysymykset olivat:

1. Millaista tietoa potilaat saavat kirjallisista potilasohjeista ennen toimenpiteeseen menoa?
2. Millaista tietoa potilaat saavat kirjallisista potilasohjeista liittyen raskaudenkeskeytykseen toimenpiteenä?
3. Millaista tietoa potilaat saavat kirjallisista potilasohjeista raskaudenkeskeytyksen jälkihoidon liittyen?

4 Menetelmä ja aineisto

4.1 Laadullinen tutkimus

Lähtökohtana kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä, että aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Tutkimuksessa on huomioitava, että todellisuus on moninainen, eikä sitä voida jakaa osiin mielivaltaisesti. Tarkastelun kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, ja jokaista tutkittavaa tapausta käsitellään ainutlaatuisena ja aineistoa tulkitaan sen mukaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa ei voida tehdä selkeää eroa tutkimustehtävän muotoilun, aineiston keruun ja analysoinnin välille, vaan ne tapahtuvat osittain samanaikaisesti ja vuorotellen tutkimuksen kulun ohjaamina. Laadullinen tutkimus on pätevää silloin, kun saadaan tietoa siitä ilmiöstä, josta oli tarkoituskin saada tietoa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 130, 158-160; Krause & Kiikkala 1996, 62, 72.)

Kvalitatiivinen tutkimus ei ole vain yhdenlainen hanke, vaan joukko mitä moninaisimpia tutkimuksia. Kaikille laadullisen tutkimuksen eri lähestymistavoille on yhteistä se, että niiden tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21.) Laadullisessa tutkimuksessa ei ole tarkoitus todentaa olemassa olevia totuuksia vaan pyritään löytämään tai paljastamaan tosiasioita. Kun halutaan saada puutteellisesti tunnetusta asiasta tai ilmiöstä uutta informaatiota, laadullinen tutkimus on tarkoituksenmukainen. Laadulliseen tutkimukseen kuuluu tutkimusprosessin eri vaiheiden kuvailu, analysointi sekä arviointi, koska tutkimuksen luotettavuus ilmenee tutkimusprosessin toteuttamisessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 158-160; Krause & Kiikkala 1996, 62, 72.)

Tämän työn aineisto koostui Suomen eri sairaaloista saaduista lääkkeellisen ja kirurgisen raskaudenkeskeytyksen kirjallisista potilasohjeista. Ohjeet muodostivat strukturoimattoman kokonaisuuden, jonka tarkasteluun laadullinen lähestymistapa oli sopiva.

4.2 Aineiston hankinta ja kuvailu

Opinnäytetyön aineisto käsitti Suomen raskaudenkeskeytyksiä tekevien sairaaloiden potilasohjeet. Materiaalin kerääminen aloitettiin keväällä 2008. Hyvinkään sairaalan naistentautien poliklinikalla laadittiin kirje (Liite 1), joka lähetettiin 47:een raskaudenkeskeytyksiä suorittavaan sairaalaan. Keskeytysairaalat lähettivät potilasohjeitaan sähköpostitse sekä kirjeitse Hyvinkään naistentautien poliklinikalle. Kesällä 2008 poliklinikalta otettiin uudelleen yhteyttä sairaaloihin, jotka eivät olleet lähettäneet ohjeitaan tai olivat lähettäneet vain esimerkiksi henkilökunnan ohjeet. Tästä huolimatta kaikista sairaaloista ei saatu raskaudenkeskeytysten potilasohjeita. Lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjeita saatiin 43 sairaalasta ja kirurgisia potilasohjeita 35 sairaalasta. Kirjeessä mainittuja lisäselvityksiä ei ole vielä tehty (Liite 1).

Yhdestätoista sairaalasta saimme kahdet erilliset lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjeet, sillä toimenpide on hieman erilainen riippuen siitä, miten pitkälle raskaus on edennyt. Yhdessä sairaalassa ei tehdä lainkaan lääkkeellisiä raskaudenkeskeytyksiä, ja kolmesta potilasohjesta ei saatu. Aineisto muodostui 54 lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjesta ja 35 kirurgisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjesta. Kirurgisista potilasohjeista kahdeksassa oli ainoastaan kotihoito-ohjeet ja yhdessä pelkkä toimenpiteeseen valmistautumisohe. Mikäli päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tulevan potilaan ohje oli liitteenä raskaudenkeskeytyksen potilasohjeessa, tai ainoana ohjeena, sitä ei otettu huomioon.

4.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on tutkimusaineiston analyysimenetelmä, joka on laadullisen aineistolähtöisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi. Sen avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Kerätty tietoaaineisto tiivistetään niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi. Olennaista on erotella aineistosta samanlaisuudet ja erilaisuudet. Tutkittava aineisto voi olla kvalitatiivista tai kvantitatiivista. Kvalitatiivisella, eli laadullisella aineistolla voidaan tarkoittaa mitä tahansa kirjalliseen muotoon saatettua materiaalia, esimerkiksi potilasohjesta. Analyysia aloitettaessa tutkijalla täytyy olla tiedossa analysoiko hän vain dokumentissa selkeästi ilmaistut asiat vai myös piilossa olevia viestejä. Jos myös piilossa olevia viestejä analysoidaan, sisältyy siihen usein tulkintaa. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21, 23; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.)

Analyysin voi tehdä aineistosta joko induktiivisesti tai deduktiivisesti. Induktiivisessa päätelyssä ei ole ennakkoajatusta tuloksista, vaan jäsenitys tapahtuu aineistoa tutkimalla. Deduktiivisen eli teoriaohjaavan päättelyn lähtökohtana on teoria, jonka ilmenemistä tarkastellaan

käytännössä. Tarkasteltavaa ilmiötä tutkitaan jo ennalta tiedetyn teorian mukaisesti. Deduktiivista sisällönanalyysia voidaan käyttää esimerkiksi silloin, kun halutaan tarkastella jo olemassa olevaa tietoa uudessa yhteydessä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 24; Tuomi & Sarajärvi 2002, 99; Kyngäs & Vanhanen 1999, 9.) Tässä työssä käytetään deduktiivista aineiston analysointimenetelmää.

Sisällönanalyysiprosessista voidaan erottaa selkeästi eri vaiheita. Teoriaohjaavan sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on muodostaa analyysirunko teorian pohjalta. Rungon sisälle muodostetaan erilaisia luokituksia aineistosta. Analyysirunko voi olla joko strukturoitu, jolloin aineistosta poimitaan asioita, jotka sopivat valmiiksi tehtyyn runkoon, tai strukturoimaton eli väljä, riippuen tutkimuksen tarkoituksesta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23; Tuomi & Sarajärvi 2002, 116-117.)

Tässä työssä käytettiin laadullista tutkimusotetta ja deduktiivista eli teoriaohjaavaa päättelytapaa. Käytetty teoria on Käypä hoito -suositus, jonka pohjalta laadittiin strukturoitu analyysirunko (Liite 2), joka muodostui kahdesta osasta; lääkkeellisestä ja kirurgisesta. Koska analyysirunko rakentui Käypä hoito -suosituksesta poimituista tärkeimmistä asioista, kummallekin keskeytystavalle laadittiin erilliset rungot, sillä toimenpiteet ovat erilaiset. Analyysirunko koostuu apukysymyksistä, joiden avulla aineistoa eli potilasohjeita oli helpompaa tarkastella. Käypä hoito -suosituksesta poimittiin raskaudenkeskeytyksen kulku ja potilaan kannalta merkittävä muu informaatio. Analyysirunkoon lisättiin vaihtoehtoja, jotka esiintyivät potilasohjeissa.

Analyysirungon laatimisen jälkeen aineisto pelkistettiin. Pelkistäminen tarkoittaa sitä, että aineistosta poimitaan järjestelmällisesti analyysirungon mukaisia ilmauksia. Mikäli tämän jälkeen analyysia halutaan vielä jatkaa, voidaan tehdä aineiston kvantifiointi. Tällöin lasketaan, kuinka monta kertaa tutkittava asia esiintyy aineistossa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23; Tuomi & Sarajärvi 2002, 116-117.)

Potilasohjeista etsittiin analyysirungossa mainittuja asioita. Kävimme aineistoa läpi ja merkitsimme analyysirunkoon asioita, joita löysimme potilasohjeista ja laskimme, kuinka monta kertaa etsityt asiat esiintyivät potilasohjeissa. Asetimme kriteeriksi, että tutkittavat asiat mainitaan selkeästi yleiskielellä. Analyysi perustui potilasohjeiden konkreettisiin ilmaisuihin. Emme ottaneet huomioon asioita, jotka saattoivat olla terveydenhuollon ammattihenkilöille tulkittavissa tekstistä. Analyysirungon mukaiset asiat syötettiin Excel-ohjelmaan, ja niistä muodostettiin tuloksia havainnollistavia kuvioita. Vaikka kirjallisen ohjeen tukena potilas saakin mitä todennäköisimmin suullisen ohjeistuksen, tässä työssä analyysi perustui tekstin sisältöihin.

5 Tulokset

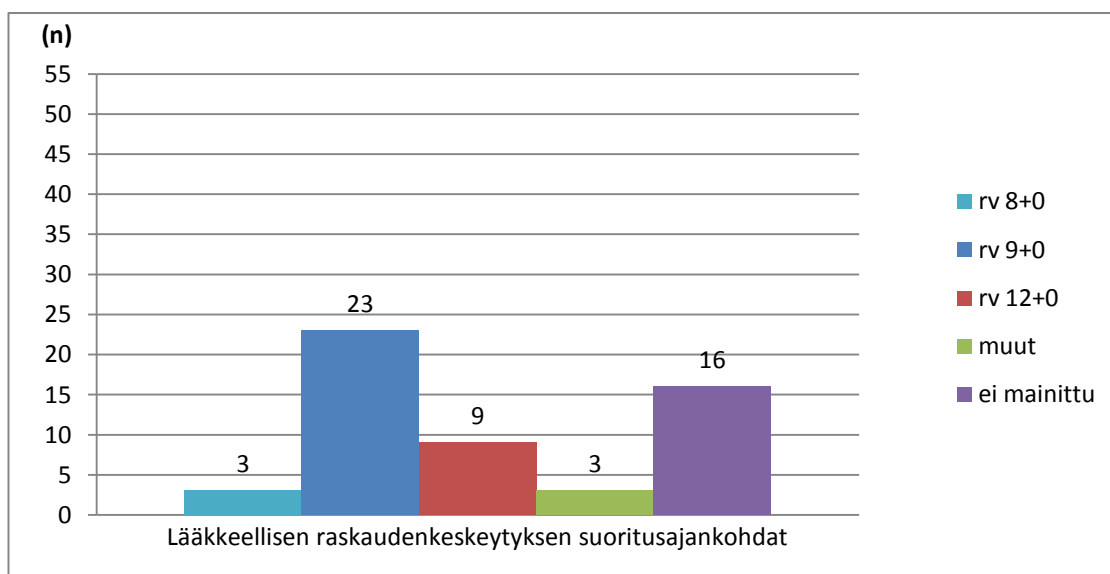
Aineisto käsitti 43 sairaalasta saadut 89 raskaudenkeskeytyksen potilasohjetta. Niistä 54 on lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjetta ja 35 kirurgisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjetta. Yhdestätoista sairaalasta saatiin kahdet erilliset lääkkeellisen keskeytyksen potilasohjeet riippuen raskauden kestosta. Kahdeksassa kirurgisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjeessa oli vain kotihoito-ohjeet ja yhdessä pelkkä toimenpiteeseen valmistautumishje.

Lääkkeellinen raskaudenkeskeytyks voidaan tehdä 24. raskausviikkoon asti. Raskaudenkeskeytyks voidaan suorittaa ilman Valviran lupaa raskausviikoille 12+0 saakka. Tämä aineisto koskee enintään 12+0 raskausviikoilla suoritettavien keskeytysten potilasohjeita.

5.1 Lääkkeellinen raskaudenkeskeytyks

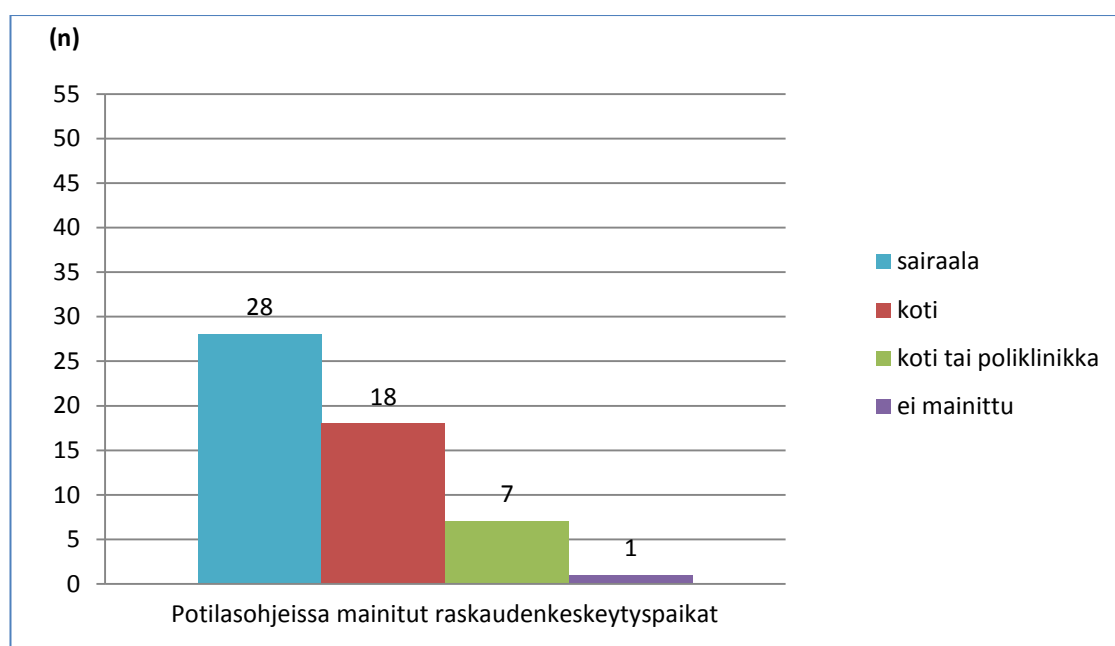
5.1.1 Raskaudenkeskeytyksen suoritusajankohta ja -paikka

Lähes puolet sairaaloista (n=23) suorittaa lääkkeellisiä raskaudenkeskeytyksiä raskausviikoilla 9+0. Lähes kolmasosa (n=16) potilasohjeista ei sisältänyt mainintaa keskeytyksen suoritusviikoista. Aineiston mukaan raskaudenkeskeytyks voitiin suorittaa lääkkeellisesti myös raskausviikoille 12+0 saakka (n=9) ja raskausviikoille 8+0 (n=3) saakka. Yksittäisiä vaihtoehtoja olivat enintään 9-10 raskausviikkoa (n=1), yli 9 mutta enintään 12 raskausviikkoa (n=1) ja enintään 10 raskausviikkoa (n=1) (kuvio 2).



Kuvio 2: Lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen suoritusajankohdat

Hieman yli puolet (n=28) potilasohjeista kuvasi lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen suorituspaikaksi sairaalan. Kolmasosassa (n=18) potilasohjeista kuvattiin mahdollisuutta suorittaa lääkkeellinen raskaudenkeskeytys kotona. Seitsemässä potilasohjeessa mainittiin mahdollisuus suorittaa lääkkeellinen raskaudenkeskeytys joko kotona tai sairaalassa. Yhdessä ohjeessa ei mainittu raskaudenkeskeytyksen suorituspaikkaa (kuvio 3). Kahdessa kolmasosassa (n=12) kotona tapahtuvan raskaudenkeskeytyksen potilasohjeista huomioitiin, että kotona tulee olla aikuinen henkilö raskauden keskeytymisen ajan. Kahdeksassa potilasohjeessa mainittiin, että kotona tulee olla aikuinen henkilö raskauden keskeytymisen ajan tarvittaessa.

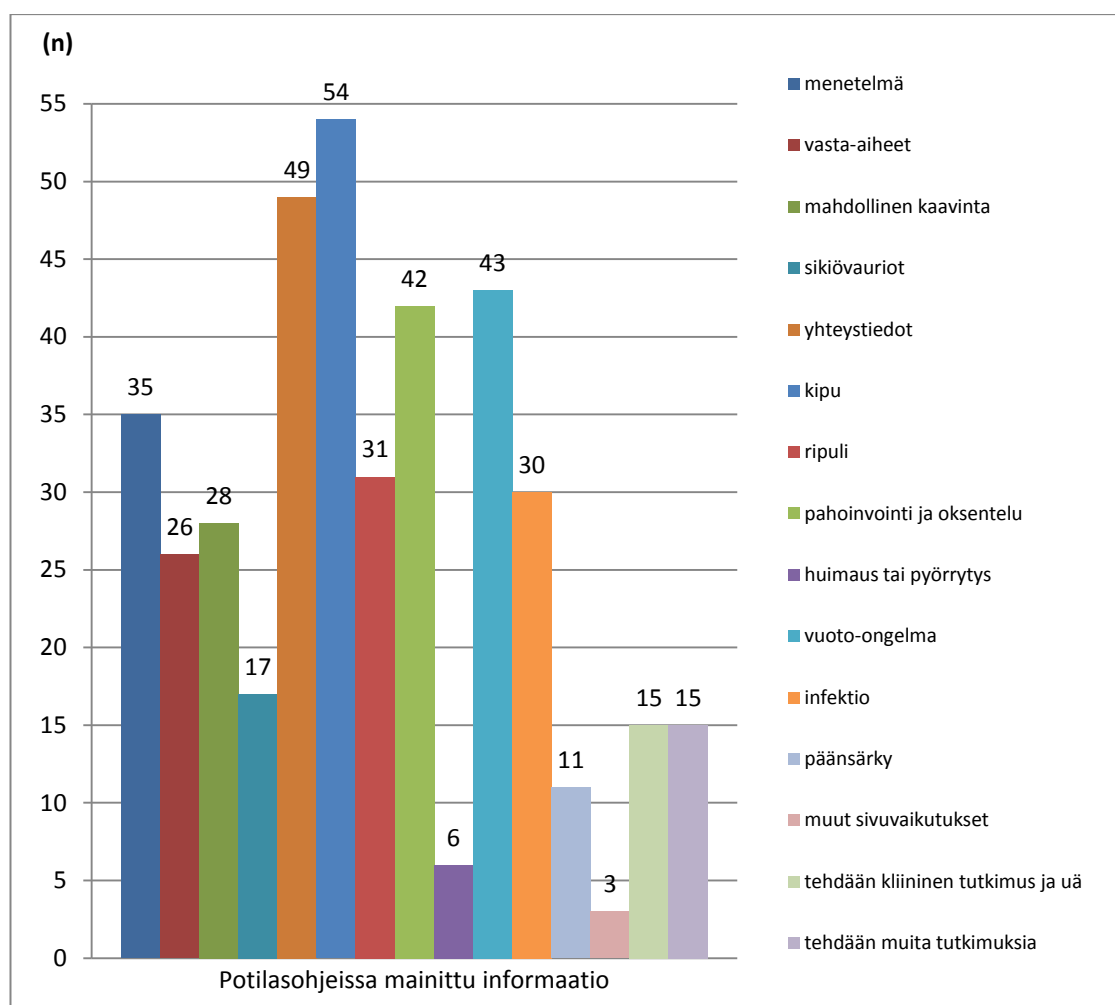


Kuvio 3: Potilasohjeissa mainitut raskaudenkeskeytyspaikat

5.1.2 Keskeytyksen ensimmäinen vaihe

Lähes kahdessa kolmasosassa (n=35) potilasohjeista oli kirjallista informaatiota raskaudenkeskeytysmenetelmästä, lähes puolessa (n=26) oli mainittu raskaudenkeskeytyksen vasta-aiheet ja vähän yli puolessa (n=28) potilasohjeista kerrottiin raskaudenkeskeytyksen onnistumisesta ja epäonnistuneen keskeytyksen jälkeisestä kaavinnasta. Noin kolmasosa (n=17) sisälsi tiedon toimenpiteen loppuun saattamisen tärkeydestä. Suurin osa (n=49) potilasohjeista sisälsi maininnan yhteydenottomahdollisuudesta tai sairaalan yhteystiedot. Kaikissa ohjeissa (n=54) huomioitiin raskaudenkeskeytyksestä aiheutuva kipu. Sivuvaikutuksina kuvattiin vuoto-ongelma (n=43), pahoinvointi ja mahdollinen oksentelu (n=42), ripuli (n=31), mahdollinen vuodosta aiheutuva infektio (n=30), päänsärky (n=11) sekä huimaus ja pyöräytys (n=6). Muita sivuvaikutuksia löytyi kolmesta potilasohjeesta. Niitä olivat sydämen tykytys (n=1), verenpaineen lasku (n=1) sekä yleisvoinnin huononeminen (n=1).

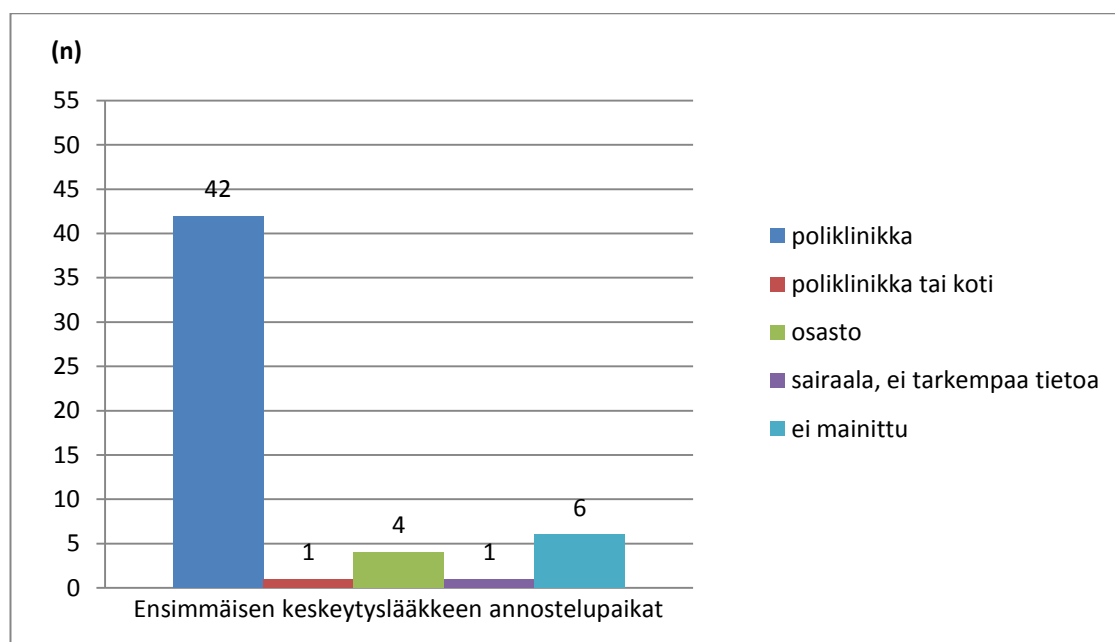
Raskauden keston varmistamisesta ensimmäisellä poliklinikkakäynnillä ei ollut mainintaa 24 potilasohjeessa. 15 potilasohjeen mukaan ensimmäisellä keskeytyskäynnillä tehdään ultraäänitutkimus ja kliininen tutkimus. Potilasohjeiden mukaan 15 sairaalassa oli erilainen käytäntö; kahdessa sairaalassa tehdään ainoastaan kliininen tutkimus ja lopuissa (n=13) ainoastaan ultraäänitutkimus (kuvio 4).



Kuvio 4: Potilasohjeissa mainittu informaatio

Potilasohjeista 44:ssä mifepristoni (Mifegyne®) mainittiin joko lääkeaine- tai kaupanimellä. Potilasohjeiden mukaan mifepristoni (Mifegyne®) annosteltiin poliklinikalla (n=42), osastolla (n=4) tai lääkkeenantopaikkaa ei mainittu (n=6). Käypä hoito -suosituksen mukaan mifepristoni tulisi ottaa sairaalaolosuhteissa hoitohenkilökunnan läsnä ollessa. Yhdessä potilasohjeessa vaihtoehtona oli ottaa mifepristoni joko poliklinikalla tai kotona. Yhdessä potilasohjeessa lääkkeenantopaikaksi nimettiin sairaala, mutta ohjeesta ei käynyt ilmi, oliko kyseessä poliklinikka vai osasto (kuvio 5). Kolmessa neljäsosassa (n=39) potilasohjeista kerrottiin mifepristo-

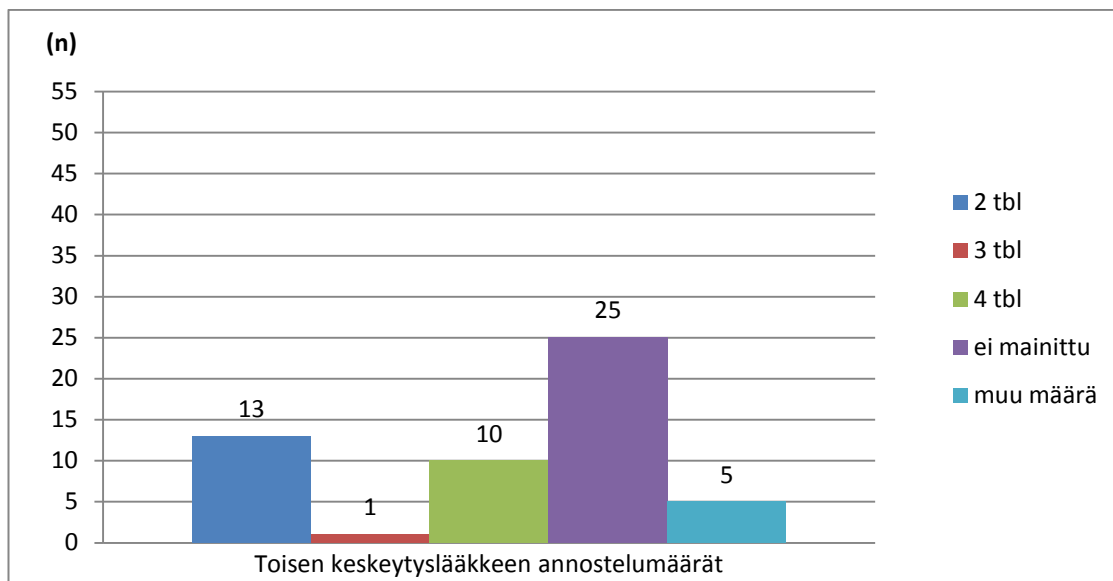
nin kohdunkaulaa pehmentävä vaikutus. Yhdeksässä potilasohjeessa todettiin, että potilaan tulisi ottaa yhteys sairaalaan, mikäli hän oksentaa mifepristonin ottamisen jälkeen.



Kuvio 5: Ensimmäisen keskeytyslääkkeen annostelupaikat

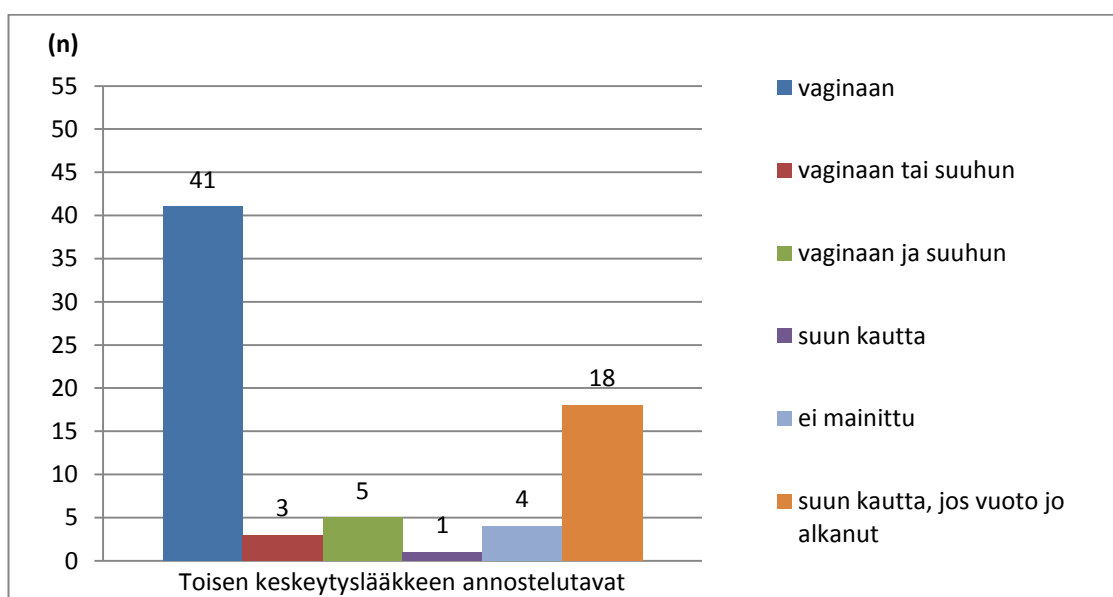
5.1.3 Keskeytyksen toinen vaihe

Käypä hoito -suositusten mukaan misoprostolia (Cytotec®) annostellaan 0.4-0.8 mg nieltynä, kielen alle tai emättimen kautta. Potilasohjeissa misoprostolin annosteluohje vaihteli. Potilasohjeiden mukaiset annosmäärät olivat: misoprostoli (1tbl=0,2mg) annosteltuna kaksi tablettia (n=13), neljä tablettia (n=10) ja kolme tablettia (n=1). Edeltävistä poikkeava ja suurempi määrä tabletteja ohjattiin annosteltavaksi viidessä potilasohjeessa. Misoprostolin annostelumääriä koskeva ohje puuttui lähes puolesta (n=25) potilasohjeista (kuvio 6). Misoprostoli mainittiin lääkeaine- tai kauppanimellä 44 potilasohjeessa. Kymmenessä ohjeessa lääkkeen nimeä ei mainittu.



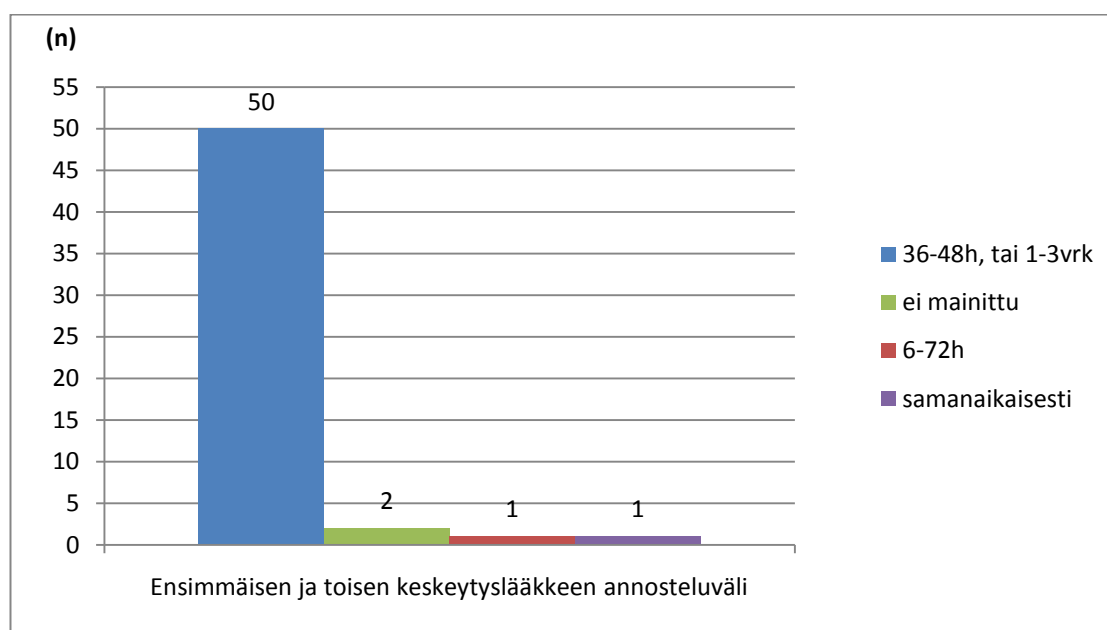
Kuvio 6: Toisen keskeytyslääkkeen annostelumäärät

Käypä hoito -suosituksesta käy ilmi, että emättimen kautta annosteltuna misoprostol aiheuttaa tehokkaammin supistuksia kuin suun kautta otettuna. Tällöin myös haittavaikutukset ovat vähäisemmät. Potilasohjeissa kerrottiin, että misoprostoli annostellaan emättimen kautta (n=41). Jos vuoto oli alkanut ensimmäisen keskeytyslääkkeen ottamisen jälkeen, misoprostoli ohjattiin ottamaan suun kautta (n=18). Muita vaihtoehtoja lääkkeen annostelemiseksi olivat: samanaikaisesti sekä vaginaan että suuhun (n=5), joko suun tai vaginan kautta (n=3) ja suun kautta (n=1) (kuvio 7).



Kuvio 7: Toisen keskeytyslääkkeen annostelutavat

Kahdessa kolmasosassa (n=36) potilasohjeista kerrottiin misoprostolin vaikutuksesta ja kolmasosasta (n=18) tämä tieto puuttui. Käypä hoito -suositukseen mukaan tehokkain supistusvaikutus aikaansaadaan antamalla misoprostolia 36-48 tuntia mifepristonin jälkeen. Kuitenkin keskeytyslääkkeiden antoväli voi kliinisen tehon kärsimättä vaihdella 1-3 vuorokauden välillä. Lähes kaikki potilasohjeet (n=50) informoivat, että misoprostoli annetaan 1-3 vuorokauden sisällä ensimmäisen keskeytyslääkkeen (mifepristonin) ottamisen jälkeen. Muita vaihtoehtoja olivat: mifepristonin ja misoprostolin ottaminen samaan aikaan (n=1), 6-72 tunnin välillä (n=1) tai maininta puuttui kokonaan (n=2) (kuvio 8).

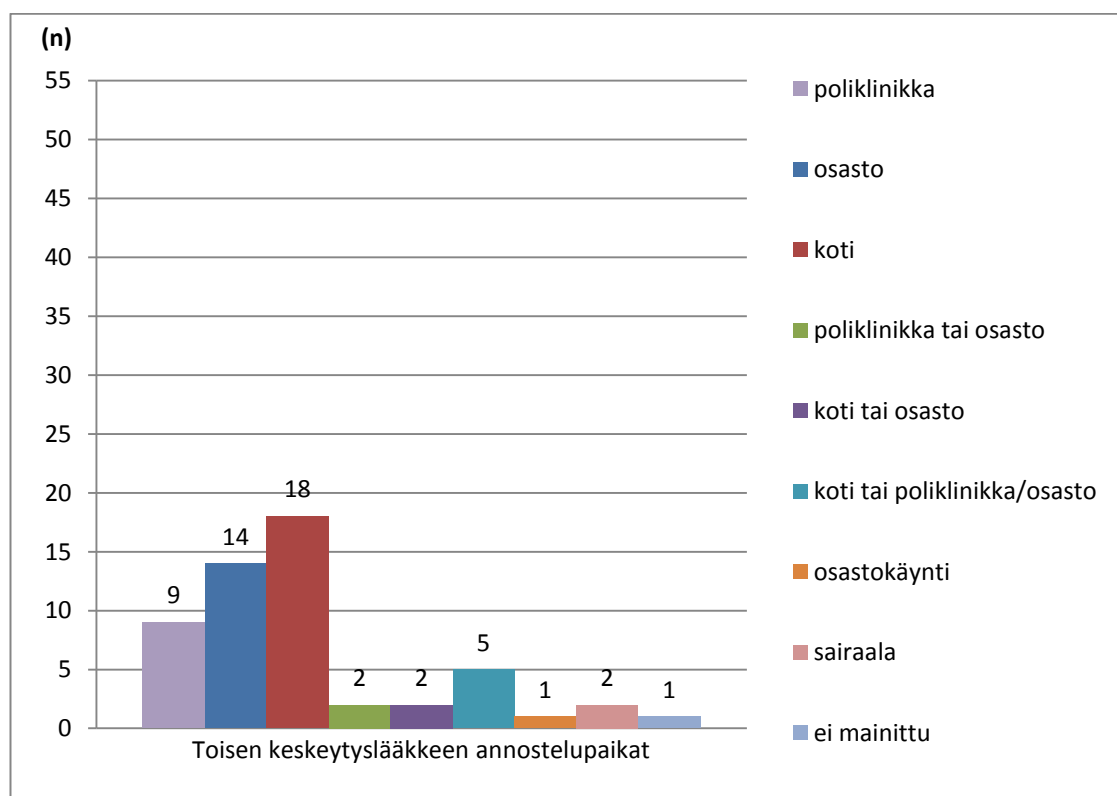


Kuvio 8: Ensimmäisen ja toisen keskeytyslääkkeen annosteluväli

Käypä hoito -suositukseen mukaan misoprostoliannos voidaan tarvittaessa toistaa neljän tunnin kuluttua. Lääkkeen toistamista koskeva maininta puuttui lähes kahdessa kolmasosassa (n=48) potilasohjeista. Sen sijaan muutamassa (n=6) potilasohjeessa kerrottiin misoprostoli-annoksen toistamisesta, mikäli vuoto ei ollut alkanut 4-6 tunnin kuluessa. Käypä hoito -suosituksessa ei oteta kantaa potilaan liikkumiseen misoprostolin annostelun jälkeen. Pienessä osassa potilasohjeita oli ohjeita liikkumisen suhteen: kuudessa ohjeessa ohjeistettiin olemaan makuulla vähintään yhden tunnin ajan misoprostolin vaginaalisen annostelun jälkeen ja yhdessä ohjeessa neuvottiin liikkumaan heti misoprostolin annostelun jälkeen. Rh-negatiivisille raskaudenkeskeyttäjille annettavaa Anti-D-immunoglobuliini -injektiota ei mainittu suurella osalla potilasohjeita (n=41). Potilasohjeista neljäsosassa (n=13) tästä oli maininta.

Käypä hoito -suosituksessa ohjataan, että potilasta tulisi seurata sairaalassa noin neljä tuntia misoprostolin annostelun jälkeen. Neljän tunnin seuranta-aika sairaalassa mainittiin lähes puolessa (n=26) aineiston potilasohjeista. Yhden potilasohjeen mukaan potilasta seurattiin sairaalassa vuodon alkamiseen asti. Kahdeksassa potilasohjeessa ei mainittu seuranta-aikaa. 19 potilasohjeessa ei mainittu seuranta-aikaa sairaalassa, sillä niissä misoprostolin annostelu suoritettiin kotona tai sitä ei mainittu.

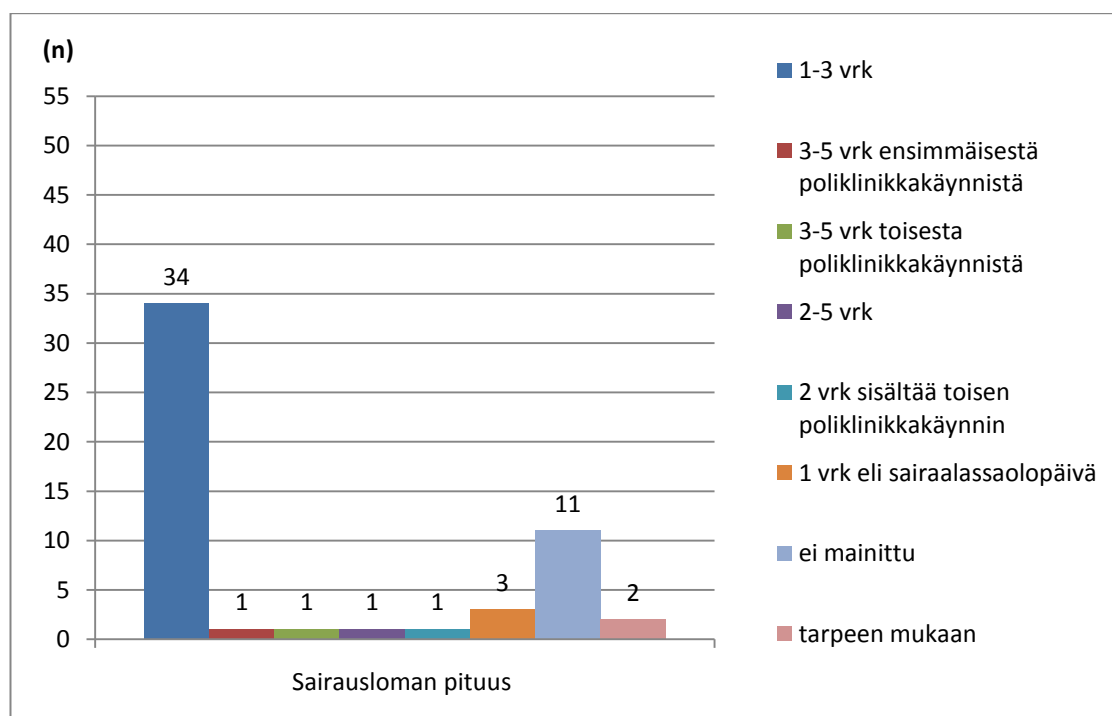
Alle 9 viikkoinen raskaus voidaan keskeyttää joko kotona tai sairaalaolosuhteissa. Kotikeskeytys soveltuu Käypä hoito -suosituksen mukaan parhaiten täysi-ikäisille. Noin kolmasosassa (n=18) potilasohjeista misoprostoli annosteltiin kotona, neljäsosassa (n=14) osastolla ja kuudesosassa (n=9) poliklinikalla. Raskaudenkeskeytys suoritettiin poliklinikalla tai osastolla (n=2), kotona tai osastolla riippuen raskausviikoista (n=2) ja joko kotona tai poliklinikalla tai osastolla (n=5). Yhden potilasohjeen mukaan misoprostolin annostelu tapahtui osastokäynnillä ja kahdessa ohjeessa annostelupaikaksi mainittiin sairaala, ilman erittelyä siitä, onko kyseessä osasto vai poliklinikka. Yhdessä ohjeessa ei mainittu, missä misoprostoli annostellaan (kuvio 9).



Kuvio 9: Toisen keskeytyslääkkeen annostelupaikat

Potilasohjeissa yleisin lääkkeellisestä raskaudenkeskeytyksestä johtuvan sairausloman pituus oli 1-3 vrk (n=34), kuten myös Käypä hoito -suosituksessa mainitaan. Sairausloman pituutta ei

mainittu 11 potilasohjeessa. Muita vaihtoehtoja olivat 3-5 vuorokautta ensimmäisestä poliklinikakäynnistä (n=1), 3-5 vuorokautta toisesta käynnistä (n=1), 2-5 vuorokautta (n=1), kaksi vuorokautta sisältäen toisen käynnin (n=1), yksi vuorokausi eli sairaalassaolopäivä (n=3) sekä sairausloma tarvittaessa (n=2) (kuvio 10).



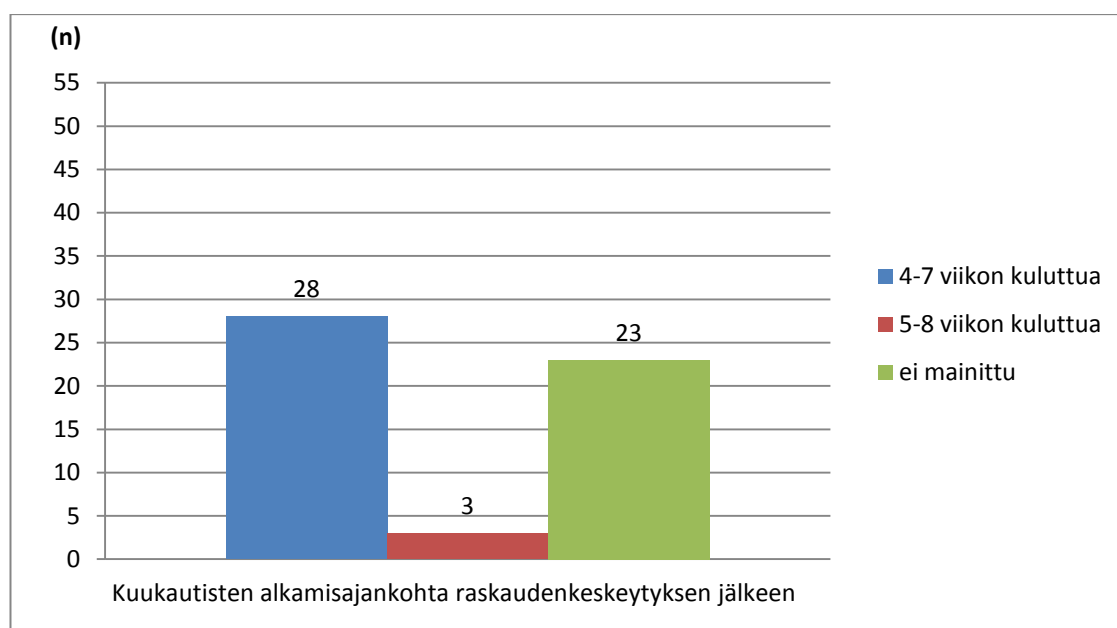
Kuvio 10: Sairausloman pituus

5.1.4 Keskeytyksen jälkeinen hoito

Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suosituksen mukaan kipulääkkeenä voidaan käyttää parasetamolia, tulehduskipulääkkeitä ja opioideja. Lähes kaikissa (n=53) potilasohjeissa ohjattiin käyttämään kipulääkkeitä tarvittaessa. Yleisimmin potilasohjeissa suositeltu kipulääke oli parasetamoli (n=22). Tulehduskipulääkkeitä suositeltiin lähes viidesosassa ohjeista (n=11). Kipulääkevaihtoehtona suositettiin myös parasetamolin ja kodeiinin yhdistelmää (n=8), mutta muuten opioideja ei mainittu potilasohjeissa. Yhdessä potilasohjeessa neuvottiin käyttämään Litalginia®. Osassa potilasohjeista mainittiin, että sairaala voi antaa potilaalle kipulääkettä mukaan kotiutumisen yhteydessä (n=11) tai potilas saa kipulääkeresepin (n=12).

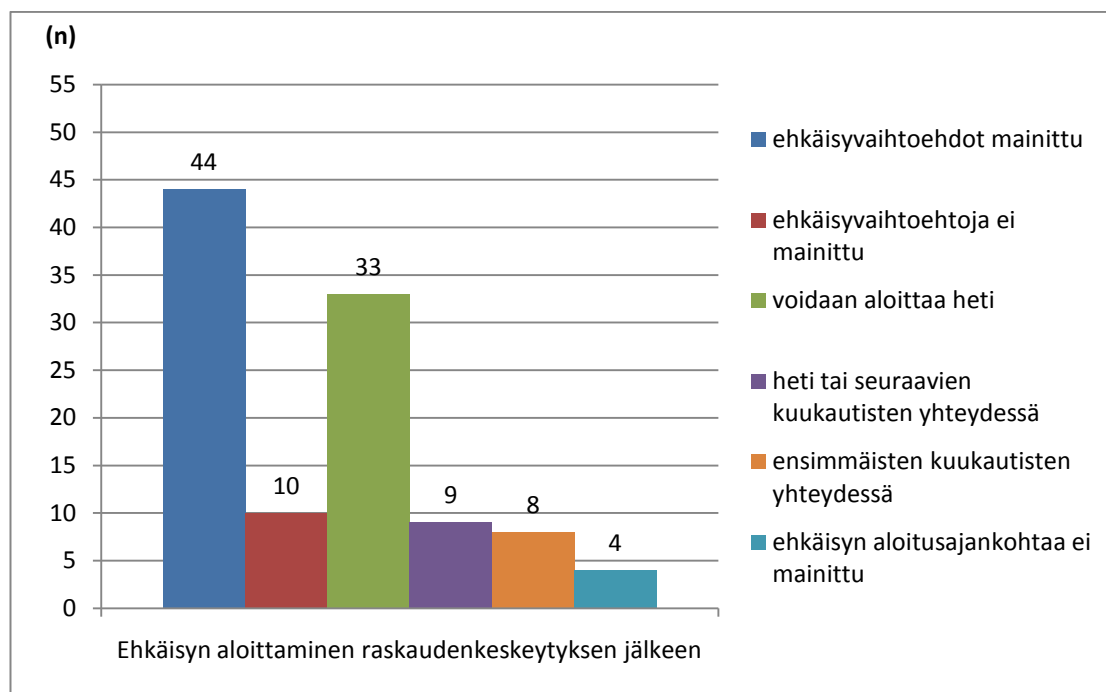
Käypä hoito -suosituksessa jälkivuodon pituudeksi mainitaan 10-14 vuorokautta, jopa neljä viikkoa ja tämä mainittiin lähes kaikissa (n=52) potilasohjeissa. Käypä hoito -suosituksesta poiketen yhdessä ohjeessa jälkivuodon pituudeksi kuvattiin 1-5 viikkoa ja yhdessä ohjeessa jälkivuodon pituutta ei kerrottu lainkaan. Noin kahdessa kolmasosassa (n=37) potilasohjeista mainittiin, että tamponin käyttö jälkivuodon aikana lisää tulehdusriskiä.

Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suosituksen mukaan kuukautiset alkavat 4-7 viikon kuluttua raskaudenkeskeytyksestä. Noin puolessa (n=28) potilasohjeista mainittiin Käypä hoito -suosituksessa esitetty kuukautisten alkamisajankohta. Muutamassa (n=3) potilasohjeessa kerrottiin kuukautisten alkavan 5-8 viikon kuluttua keskeytyksestä. Lopuista (n=23) potilasohjeista ei löydy mainintaa kuukautisten alkamisajankohdasta (kuvio 11).



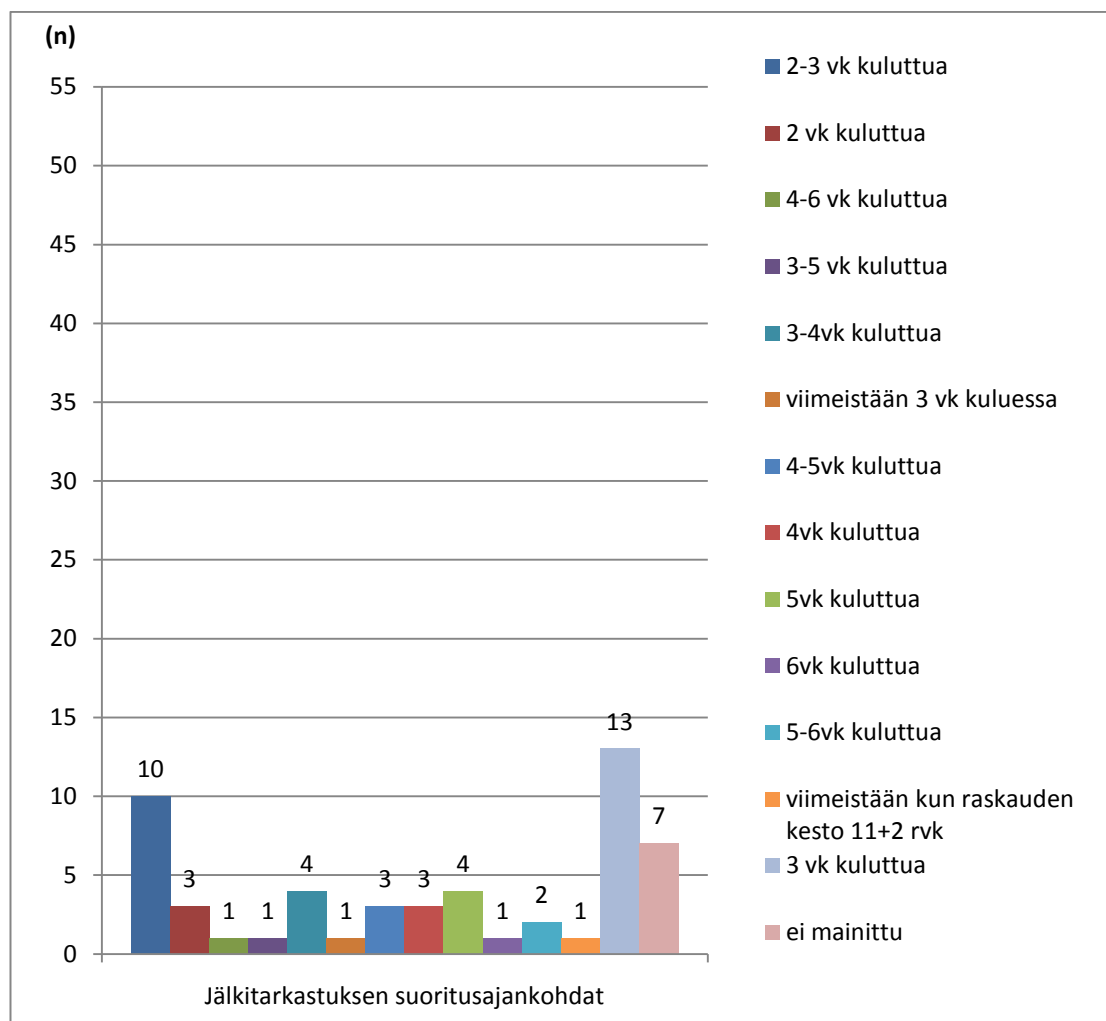
Kuvio 11: Kuukautisten alkamisajankohta raskaudenkeskeytyksen jälkeen

Eri ehkäisyvaihtoja oli kuvattu suuressa osassa (n=44) potilasohjeita. Viidesosassa (n=10) ei ollut mainintaa ehkäisyvaihtoehdoista. Hormonaalinen ehkäisy ohjeistettiin aloittamaan heti keskeytyksen jälkeen 33 potilasohjeessa. Kuudesosassa (n=9) potilasohjeista hormonaalinen ehkäisy voitiin vaihtoehtoisesti aloittaa heti tai ensimmäisten kuukautisten yhteydessä. Kahdeksan potilasohjeen mukaan ehkäisy neuvottiin aloittamaan ensimmäisten kuukautisten yhteydessä. Neljässä potilasohjeessa ei ollut mainintaa hormonaalisen ehkäisyn aloitusajankohdasta. Käypä hoito -suosituksessa ohjeistetaan aloittamaan hormonaalinen ehkäisy heti raskaudenkeskeytyksen yhteydessä (kuvio 12).



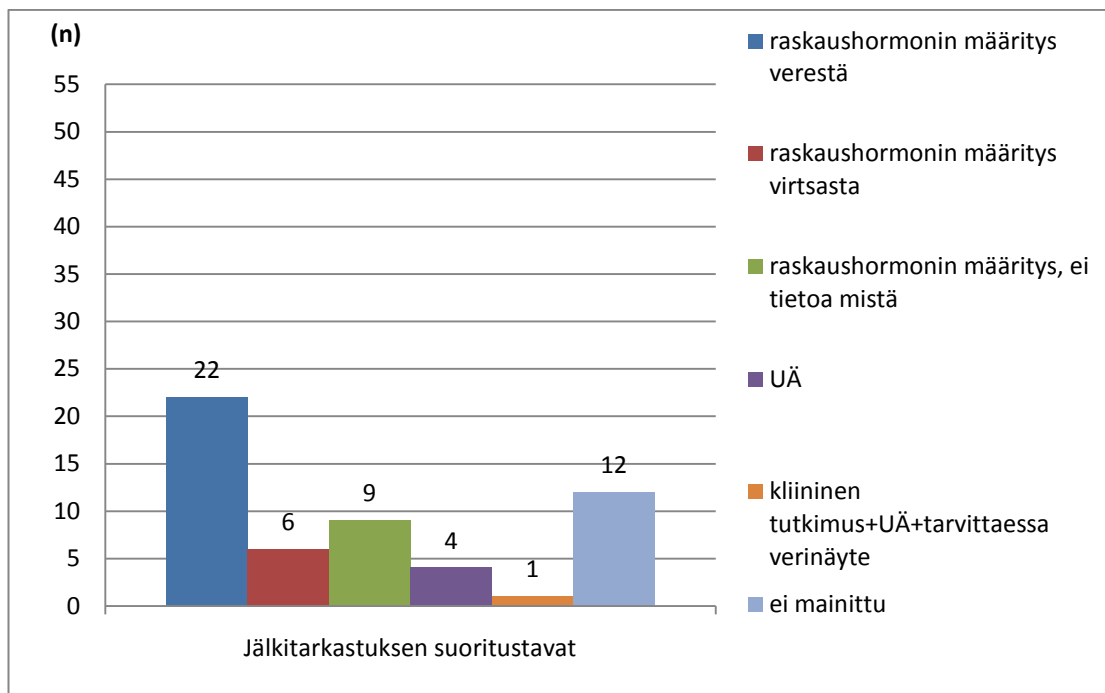
Kuvio 12: Ehkäisyn aloittaminen raskaudenkeskeytyksen jälkeen

Jälkitarkastuksessa varmistetaan raskauden keskeytyminen, ehkäisyn aloitus ja mahdollinen psyykkisen tuen tarve. Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suosituksessa painotetaan jälkitarkastuksen tärkeyttä. Jälkitarkastus suoritetaan 2-3 viikon kuluttua keskeytyksestä. Potilasohjeista löytyi runsaasti hajontaa jälkitarkastusten suoritusajankohdista. Jälkitarkastuksen ajankohtaa ei mainittu potilasohjeissa joko lainkaan (n=7), se ohjeistettiin suorittamaan kolmen viikon kuluttua (n=13), 2-3 viikon kuluttua (n=10), 3-4 viikon kuluttua (n=4), viiden viikon kuluttua (n=4), neljän viikon kuluttua (n=3), 4-5 viikon kuluttua (n=3) tai kahden viikon kuluttua (n=3). Muita vaihtoehtoja jälkitarkastuksen suorittamiseen olivat 5-6 viikon kuluttua keskeytyksestä (n=2), 4-6 viikon kuluttua (n=1), 3-5 viikon kuluttua (n=1), kolmen viikon kuluessa (n=1), kuuden viikon kuluttua (n=1) sekä viimeistään silloin, kun oletetun raskauden kesto on 11+2 viikkoa (n=1) (kuvio 13).



Kuvio 13: Jälkitarkastuksen suoritusajankohdat

Käypä hoito -suositusten mukaan seerumin hCG- pitoisuuden määrittäminen verestä on varmempi tapa määrittää kohdun tyhjeneminen kuin ultraäänitutkimus tai kliininen tutkimus. Potilasohjeiden mukaan jälkitarkastuksena oli raskaushormonin määrittäminen verestä (n=22) tai raskaushormonin määrittäminen virtsasta (n=6). Lähes neljäsosasta (=12) potilasohjeista puuttui maininta jälkitarkastuksesta. Muita jälkitarkastusta koskevia mainintoja olivat: raskaushormonin määrittäminen ilman tarkempaa näyttöönottotavan ohjetta (n=9), ultraääni (n=4) ja kliininen tutkimus sekä ultraääni ja raskaushormonin määrittäminen verestä tarvittaessa (n=1) (kuvio 14).

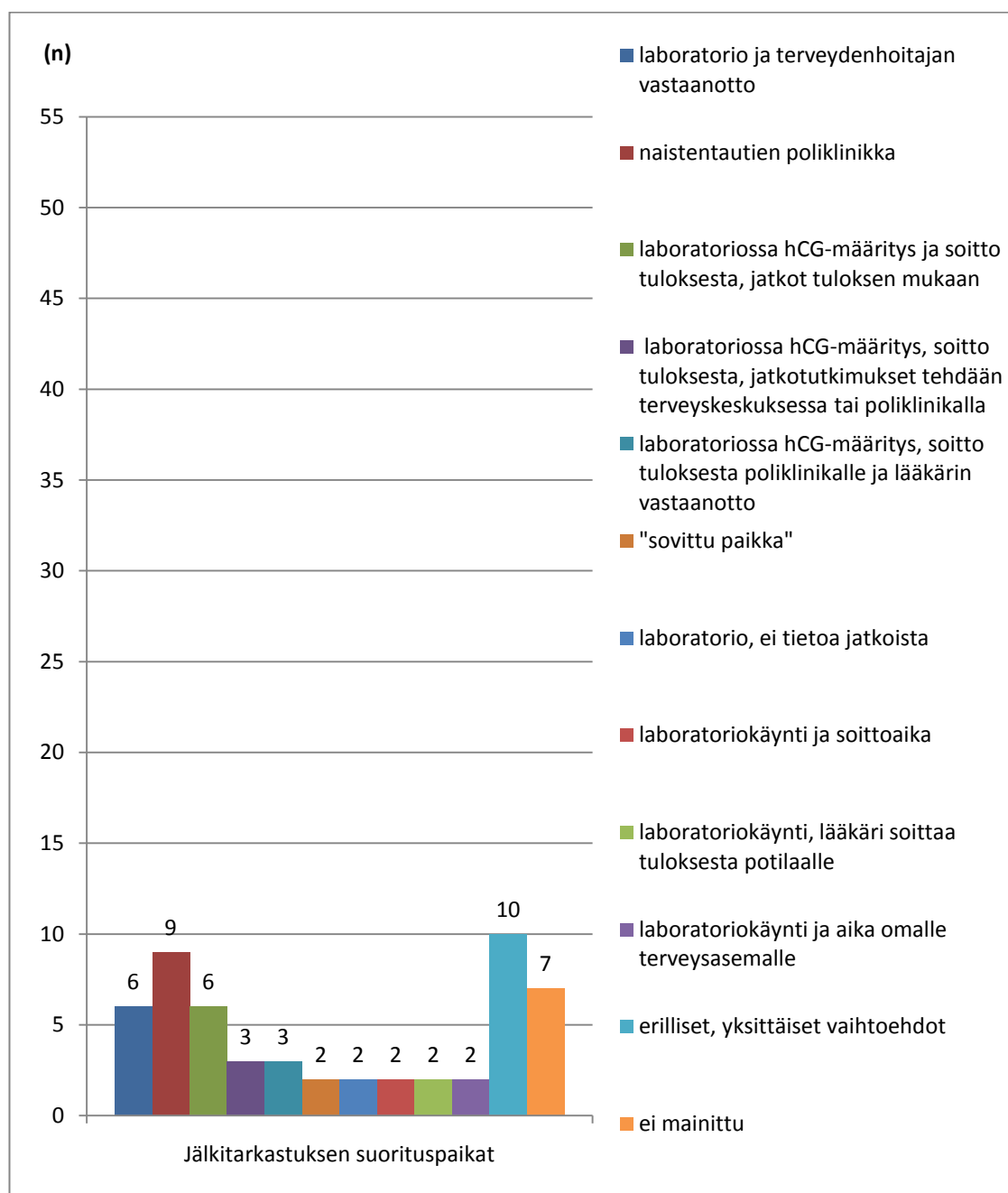


Kuvio 14: Jälkitarkastuksen suoritustavat

Käypä hoito -suosituksen mukaan ongelmitta sujuneen raskaudenkeskeytyksen jälkitarkastus tapahtuu avoterveydenhuollossa ja se voidaan toteuttaa terveydenhoitajan vastaanotolla. Aineistossa jälkitarkastuksen suorituspaikkojen valikoima oli laaja ja vaihtoehtoisia toimintatapoja mainittiin useita. Jälkitarkastus ohjattiin laboratorioissa tapahtuvana raskaushormonin määrittämisellä ja käyntinä avoterveydenhuollossa terveydenhoitajan vastaanotolla (n=6), naistentautien poliklinikalla (n=9) ja laboratorioissa raskaushormonin määrittämisellä, jonka jälkeen potilas soittaa tuloksesta ja jatkohoito määräytyy tuloksen perusteella (n=6). Seitsemästä potilasohjeesta viidestäkymmenestä neljästä puuttui maininta jälkitarkastuksen suorituspaikasta. Muita esitettyjä vaihtoehtoja olivat: potilas käy laboratorioissa raskaushormonin määrittämisessä, soittaa tuloksesta ja jatkotutkimukset tehdään joko terveyskeskuksessa tai poliklinikalla (n=3) tai potilas käy laboratorioissa raskaushormonin määrittämisessä ja soittaa tuloksesta poliklinikalle ja käy lääkärin vastaanotolla laboratoriokokeen tuloksesta riippumatta (n=3).

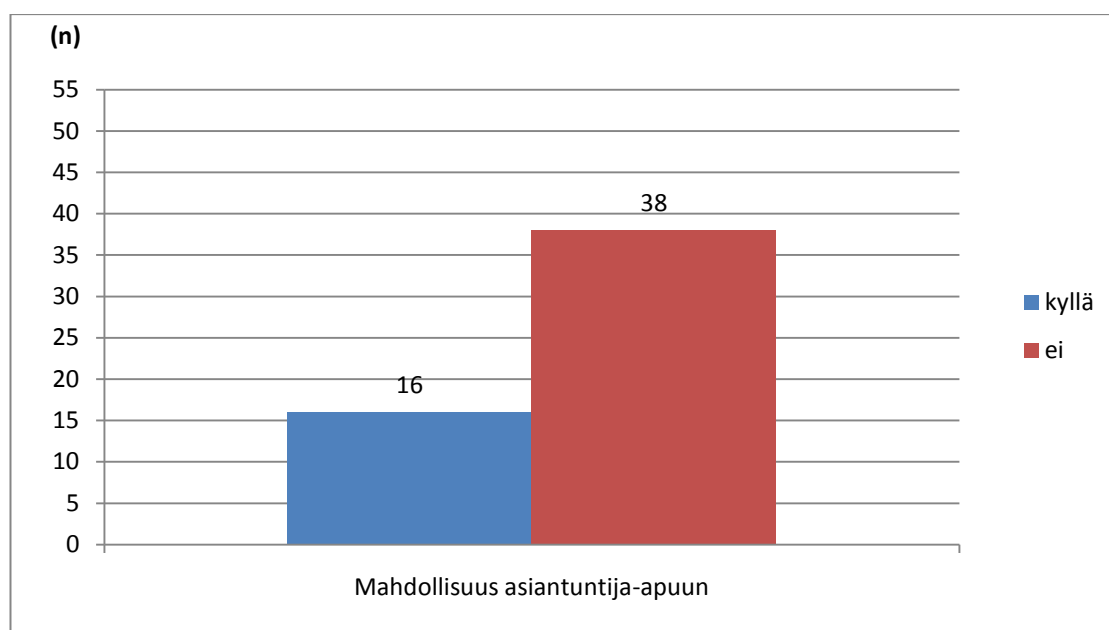
Edelleen jälkitarkastuspaikaksi potilasohjeissa neuvottiin ”sovittu paikka” (n=2), laboratorioikänti ilman tietoa jatkotoimenpiteistä (n=2), laboratoriokäynti sekä soittoaika (n=2), laboratoriokäynti, jonka jälkeen lääkäri soittaa tuloksesta potilaalle (n=2) sekä laboratoriokäynti ja aika omalle terveysasemalle (n=2). Potilasohjeissa mainittuja yksittäisiä jälkitarkastuksen suorituspaikkoja oli yhteensä kymmenen. Nämä olivat laboratorioissa tapahtuva raskaushormonin määrittäminen ja potilaan itse varaama aika terveyskeskuksesta tai yksityislääkäriltä (n=1), aika omalääkärin vastaanotolle (n=1), raskaushormonin määrittäminen laboratorioissa ja potilaan soitto tuloksesta naistentautien poliklinikalle (n=1), raskaushormonin määrittäminen laboratorioissa

ja soitto potilaalle positiivisesta tuloksesta (n=1), raskaushormonin määrittäminen laboratorioissa ja lääkärin soitto tuloksesta tarvittaessa (n=1), aika terveyskeskukseen tai yksityislääkärille (n=1), jälkitarkastuksen aiheellisuudesta sopiminen erikseen (n=1), terveydenhoitajan tai potilaan itse suorittama raskaustesti (n=1), potilaan suorittama testi ja soitto raskaudenkeskeytyspaikkaan, tuloksen ollessa positiivinen (n=1) ja naistentautien poliklinikka, mikäli raskaus ei ollut jo keskeytynyt osastolla, jolloin lähettävä lääkäri tai terveyskeskuslääkäri suoritti jälkitarkastuksen (n=1) (kuvio 15).



Kuvio 15: Jälkitarkastuksen suorituspaikat

Raskauden keskeytyksen Käypä hoito -suositus painottaa asiakkaan sosiaalista ja psyykkistä tukemista. Erityisesti tukea tarvitaan tilanteissa, joissa potilaalla on tai on ollut mielenterveysongelmia tai hän on alaikäinen. Keskusteluapua asiantuntijan kanssa psyyken tukemiseksi ei tarjottu noin kolmessa neljäsosassa (n=38) potilasohjeista (kuvio 16). Käypä hoito- suosituksen mukaan ajan tasalla olevat alueelliset ja valtakunnalliset tuki- ja auttamispisteet yhteystietoineen on hyvä ilmoittaa potilasohjeessa.



Kuvio 16: Mahdollisuus asiantuntija-apuun

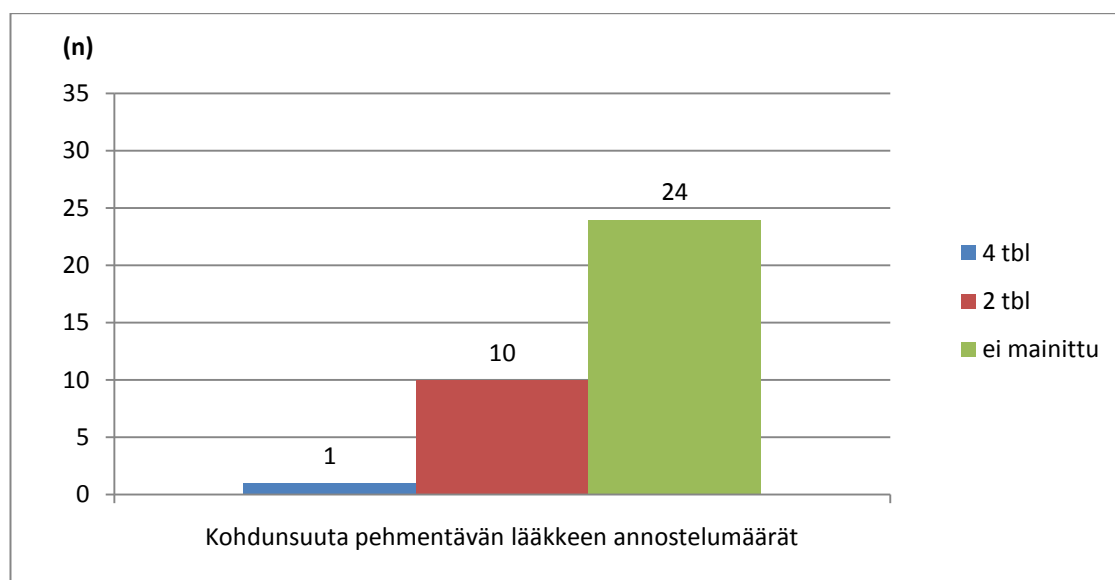
5.2 Kirurginen raskaudenkeskeytys

5.2.1 Ennen keskeytystä

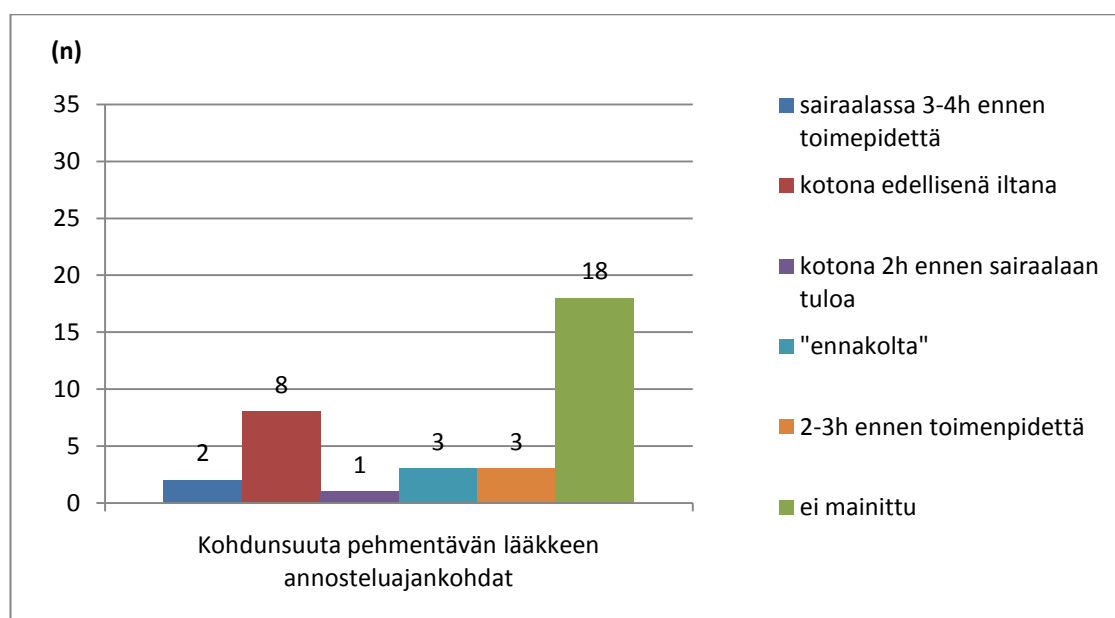
Kirurgisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjeita oli tässä aineistossa yhteensä 35 kappaletta. Kirurgisen raskaudenkeskeytyksen suorittamisen yläraja on 12+0 raskausviikkoa. Noin kahdessa kolmasosassa (n=23) potilasohjeista puuttui maininta raskaudenkeskeytyksen suorittamisen ylärajasta, kun taas noin yhdessä kolmasosassa (n=12) potilasohjeista tämä yläraja kävi ilmi.

Kirurgisessa raskaudenkeskeytyksessä käytettävää, kohdunsuuta pehmentävää lääkettä, misoprostolia, ei mainittu lääkeaine- eikä kauppanimellä 25 potilasohjeessa. Lopuissa (n=10) potilasohjeissa lääke mainittiin. Hieman yli kahdessa kolmasosassa (n=24) potilasohjeista misoprostolin annostelumäärää ei kerrottu. Kymmenen potilasohjeen mukaan misoprostolia annosteltiin 2 tablettia ja yhden ohjeen mukaan 4 tablettia (kuvio 17). Noin puolessa (n=18) potilasohjeista ei mainittu misoprostolin annosteluajankohtaa. Noin yhdessä neljäsosassa (n=8)

potilasohjeista misoprostoli ohjeistettiin annosteltavaksi kotona edellisenä iltana. Muita vaihtoehtoja annosteluajankohdiksi olivat: ”Ennakolta” (n=3), 2-3 tuntia ennen toimenpidettä (n=3), sairaalassa 3-4 tuntia ennen toimenpidettä (n=2) sekä kotona 2 tuntia ennen sairaalaan tuloa (n=1) (kuvio 18).



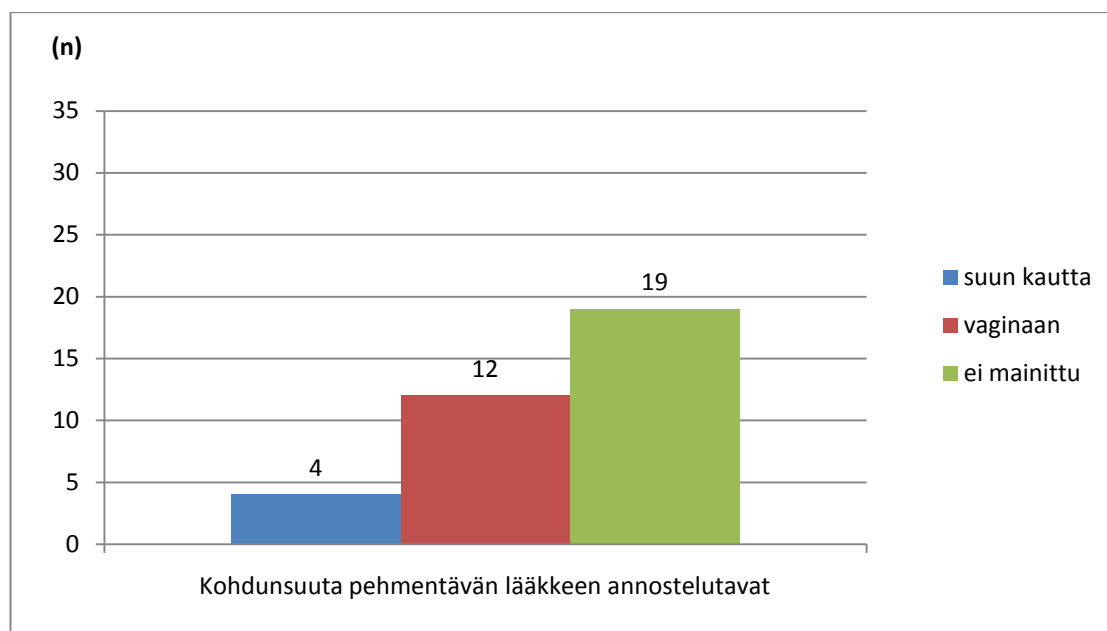
Kuvio 17: Kohdunsuuta pehmentävän lääkkeen annostelumäärät



Kuvio 18: Kohdunsuuta pehmentävän lääkkeen annosteluajankohdat

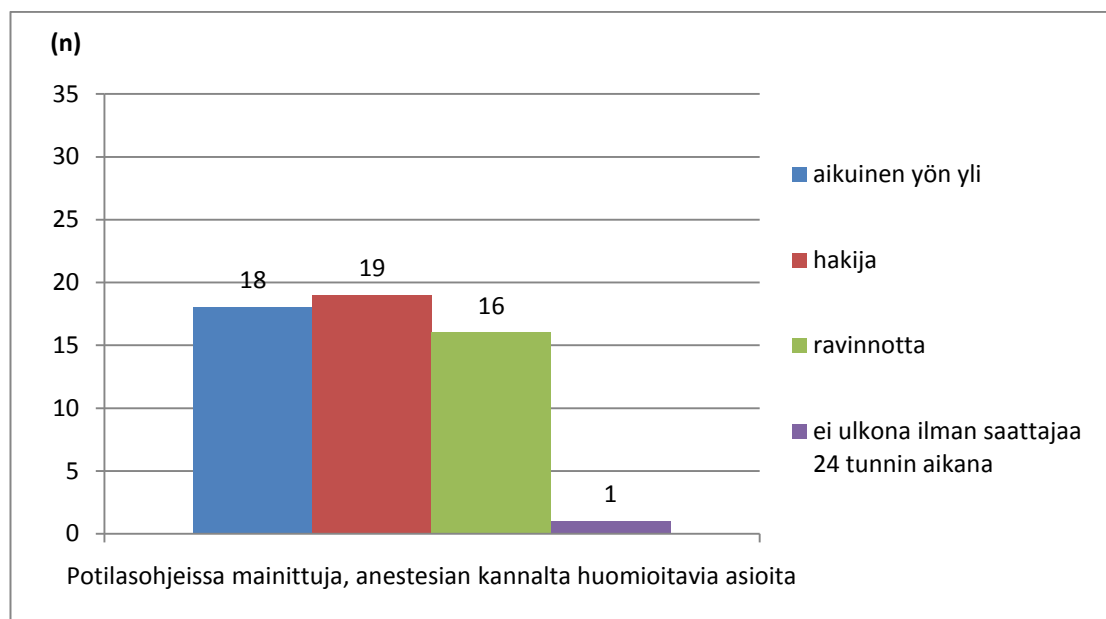
Misoprostolin annostelureitistä ei ollut mainintaa hieman yli puolessa (n=19) potilasohjeista, kun taas yhden kolmasosan (n=12) mukaan lääke annosteltiin vaginaan ja neljän potilasohjeen

mukaan lääke otettiin suun kautta (kuvio 19). Lääkkeen käyttötarkoitus kerrottiin hieman yli puolessa (n=19) potilasohjeista ja lopuissa (n=16) käyttötarkoitusta ei mainittu. Misoprostolin haittavaikutuksia Käypä hoito -suosituksen mukaan voivat olla kipu, ripuli, oksentelu ja hui-
maus. Potilasohjeissa misoprostolin sivuvaikutuksiksi mainittiin kipu (n=13), pahoinvointi (n=12), vuoto (n=11) ja alavatsan nipistely (n=1). 21 potilasohjetta ei sisältänyt tietoa miso-
prostolin sivuvaikutuksista.



Kuvio 19: Kohdunsuuta pehmentävän lääkkeen annostelutavat

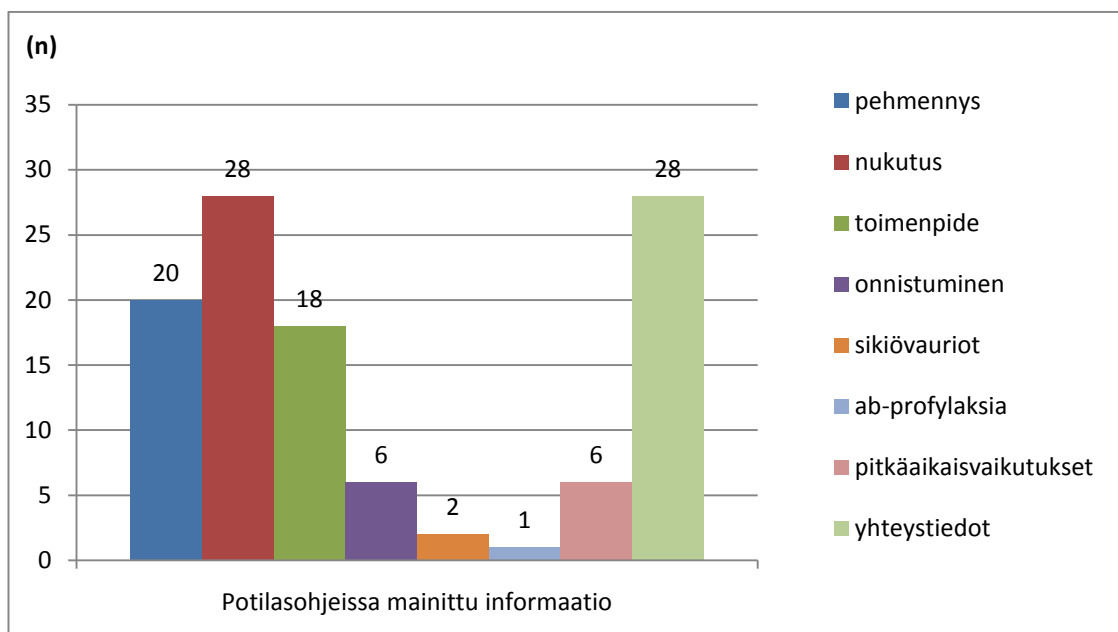
Anestesian jälkeen potilas ei saa ajaa itse autolla. Potilasohjeista hieman yli puolessa (n=19) mainittiin, että raskaudenkeskeytyksen jälkeen potilaalla tulisi olla hakija lähtiessään sairaalasta. Potilaalla tulee olla aikuinen henkilö seuranaan yön yli; tämä mainittiin noin puolessa potilasohjeista (n=18). Yhdessä ohjeessa oli maininta, että kirurgisen raskaudenkeskeytyksen jälkeen potilas ei saa ulkoilla ilman saattajaa 24:een tuntiin. Anestesiaa edeltävästi potilaan tulee olla syömättä ja juomatta aspiraatoriskin vuoksi. Vajaassa puolessa (n=16) potilasohjeista ohjattiin, että toimenpidettä edeltävästi potilaan tulee olla ravinnotta (kuvio 20).



Kuvio 20: Potilasohjeissa mainittuja, anestesian kannalta huomioitavia asioita

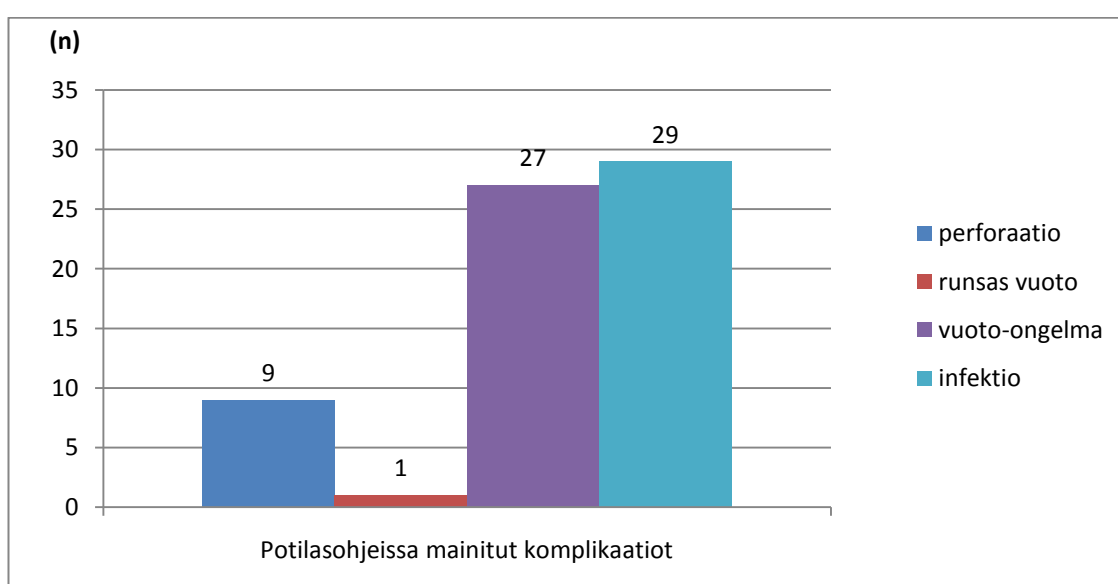
5.2.2 Keskeytystoimenpide

Toimenpide tehdään yleisanestesiassa ja raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suosituksen ohjeistuksen mukaan potilaalle annetaan 3-4 tuntia ennen toimenpidettä kohdunsuuta pehmentävää misoprostolia. Potilasohjeista neljässä viidesosassa (n=28) mainittiin, että toimenpiteeseen liittyy nukutus. Potilasohjeissa ei mainittu mahdollisuutta toimenpiteen suorittamiseen kohdunkaulan puudutuksessa. Potilasohjeista 20:ssä mainittiin kohdunkaulan pehmentäminen lääkkeellisesti ennen toimenpidettä. Puolet potilasohjeista (n=18) sisälsi kirjallista informaatiota toimenpiteen kulusta. Pienessä osassa (n=6) potilasohjeista kerrottiin uudesta kaavinnasta, mikäli ensimmäinen kaavinta epäonnistuu. Keskeytyksestä aiheutuvia pitkäaikaisvaikutuksia kuvattiin kuudessa ohjeessa. Näistä viidessä informoitiin toistuvien raskaudenkeskeytysten vaurioittavan kohdun kaulakanavan sulkijajärjestelmää, mikä lisää keskenmenojen ja ennen aikaisten synnytysten määrää. Yhdessä potilasohjeessa oli maininta, että toistuvien raskaudenkeskeytysten yhteydessä jälkiseurausten mahdollisuus kasvaa. Käypä hoito -suosituksen mukaan komplikaatioitta sujunut raskaudenkeskeytys ei heikennä tulevaa hedelmällisyyttä, eikä lisää spontaanin keskenmenon tai kohdunulkoisen raskauden riskiä. Sikiöpoikkeavuuden vuoksi tehtävää kaavintaa ei mainittu potilasohjeissa, raskaudenkeskeytyksen kesken jättämisestä aiheutuvasta sikiövauriosta mainittiin kahdessa ohjeessa. Kaavinnan yhteydessä mahdollisesti annettava antibioottiprofylaksia mainittiin yhdessä ohjeessa. Käypä hoito -suosituksesta käy ilmi, että Suomessa rutiininomainen antibioottiprofylaksia ei ole käytössä. Neljä viidesosaa (n=28) potilasohjeista sisälsi puhelinyhteystiedot raskaudenkeskeytyksen suorittavaan yksikköön (kuvio 21).



Kuvio 21: Potilasohjeissa mainittu informaatio

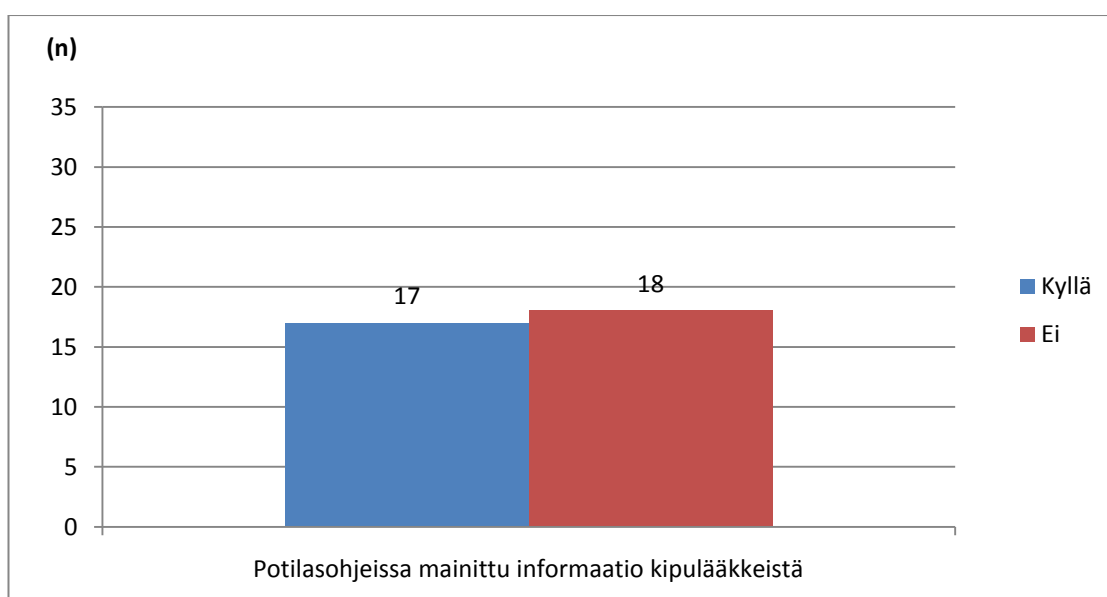
Käypä hoito -suosituksessa kirurgiseen raskaudenkeskeytykseen liittyvät komplikaatiot jaetaan välittömiin ja myöhäisiin. Välittömistä komplikaatioista perforaatio oli mainittu noin yhdessä neljäsosassa (n=9) potilasohjeista. Välittömiä komplikaatioita ovat myös runsas vuoto, josta löytyi maininta yhdestä potilasohjeesta ja kohdunkaulan vaurioituminen, jota ei mainittu potilasohjeissa lainkaan. Myöhäisempiä komplikaatioita ovat infektiot, joka mainittiin hieman yli neljässä viidesosassa (n=29) potilasohjeista ja kohdun epätäydellinen tyhjeneminen (vuoto-ongelma), joka mainittiin hieman alle neljässä viidesosassa (n=27) potilasohjeista (kuvio 22).



Kuvio 22: Potilasohjeissa mainitut komplikaatiot

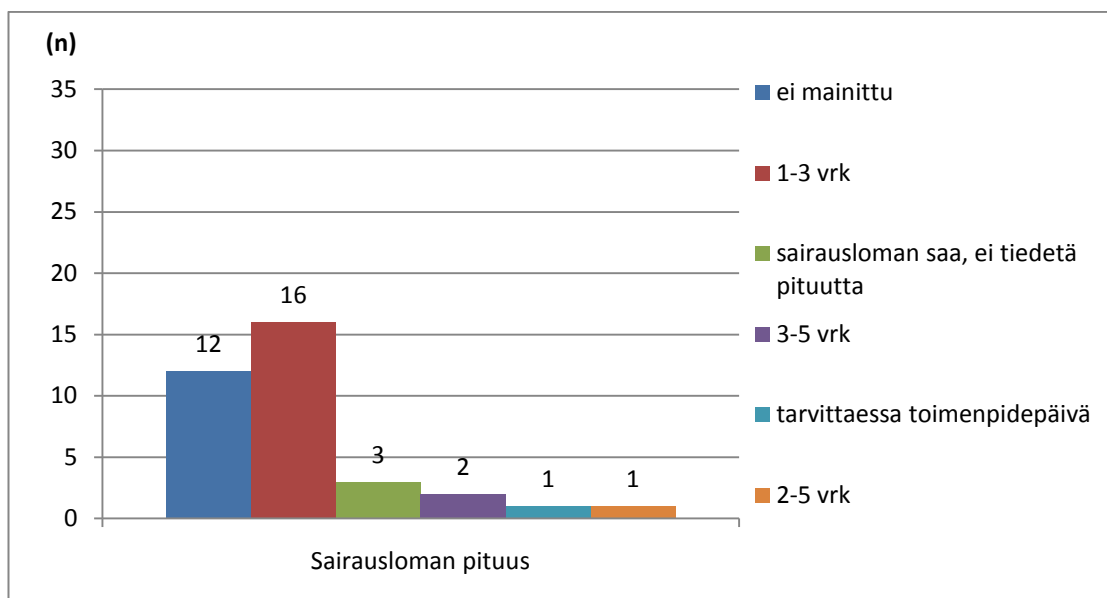
5.2.3 Keskeytyksen jälkeinen hoito

Lähes puolessa (n=17) potilasohjeista oli tietoa kipulääkkeistä. Käytettävänä kipulääkkeinä potilasohjeissa mainittiin reseptivapaat lääkkeet (n=5), tulehduskipulääkkeet (n=5) ja parasetamoli (n=3). Yhdessä ohjeessa neuvottiin ”toimimaan lääkärin ohjeen mukaan.” Viidessä ohjeessa ei mainittu, mitä kipulääkettä potilaan tulisi käyttää. Lähes puolessa potilasohjeista (n=18) ei ollut tietoa kipulääkkeistä (kuvio 23). Potilasohjeissa ei mainittu lainkaan saako potilas kipulääkereseptiä.



Kuvio 23: Potilasohjeissa mainittu informaatio kipulääkkeistä

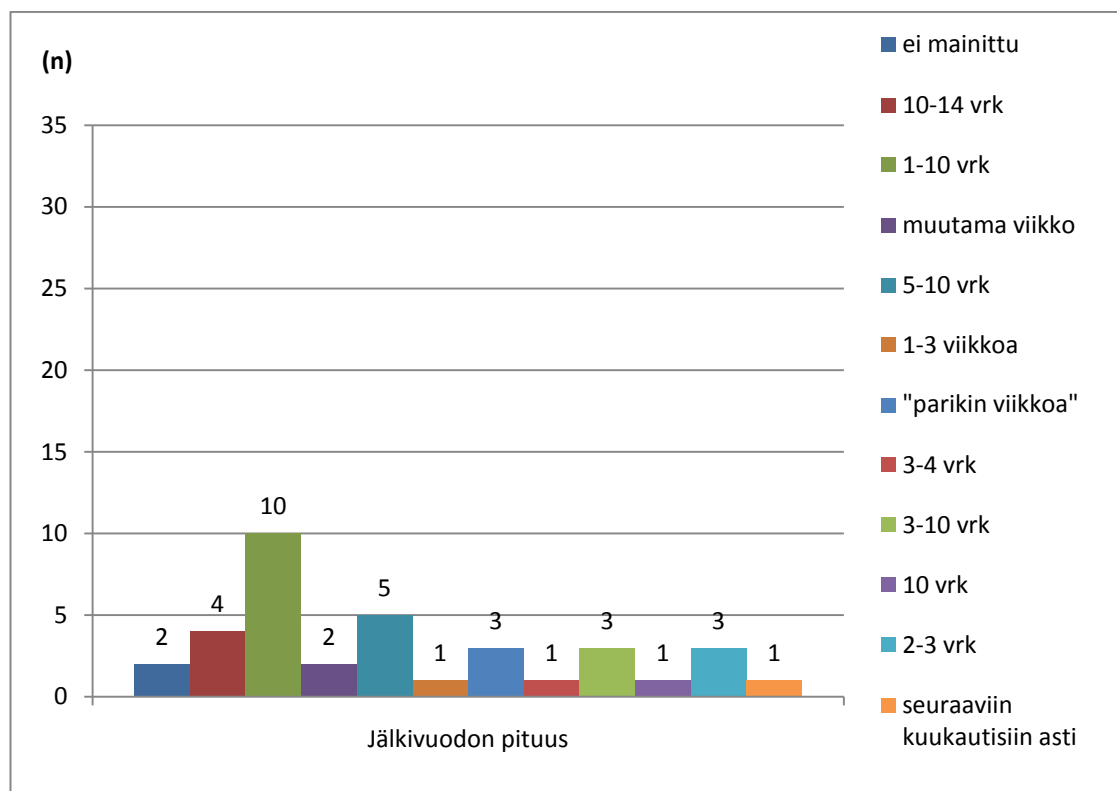
Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suosituksen mukainen sairausloma kirurgisen raskaudenkeskeytyksen jälkeen on 1-3 vuorokautta. Sama suositus löytyi hieman alle puolesta (n=16) potilasohjeista. Sairausloma ei mainittu noin yhdessä kolmasosassa (n=12) potilasohjeista. Pienessä osassa (n=3) potilasohjeista mainittiin sairausloma, mutta ei kerrottu sen pituutta. Muita potilasohjeissa mainittuja vaihtoehtoja sairausloman pituudeksi olivat 3-5 vuorokautta (n=2), tarvittaessa toimenpidepäivä (n=1) ja 2-5 vuorokautta (n=1) (kuvio 24).



Kuvio 24: Sairausloman pituus

Käypä hoito -suosituksessa mainitaan, että Suomessa annetaan Anti-D-immunoglobuliini -injektio kaikille Rh-negatiivisille äideille sekä kirurgisen että lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen yhteydessä. Jos joudutaan uusintatoimenpiteeseen, pistos uusitaan kolmen viikon kulluttua. Pääosassa (n=34) potilasohjeista ei mainittu Anti-D-immunoglobuliini -injektiota. Maininta Anti-D-immunoglobuliini -injektiosta Rh-negatiivisille äideille löytyi yhdestä kirurgisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjeesta, mutta sen uusimisesta ei ollut mainintaa.

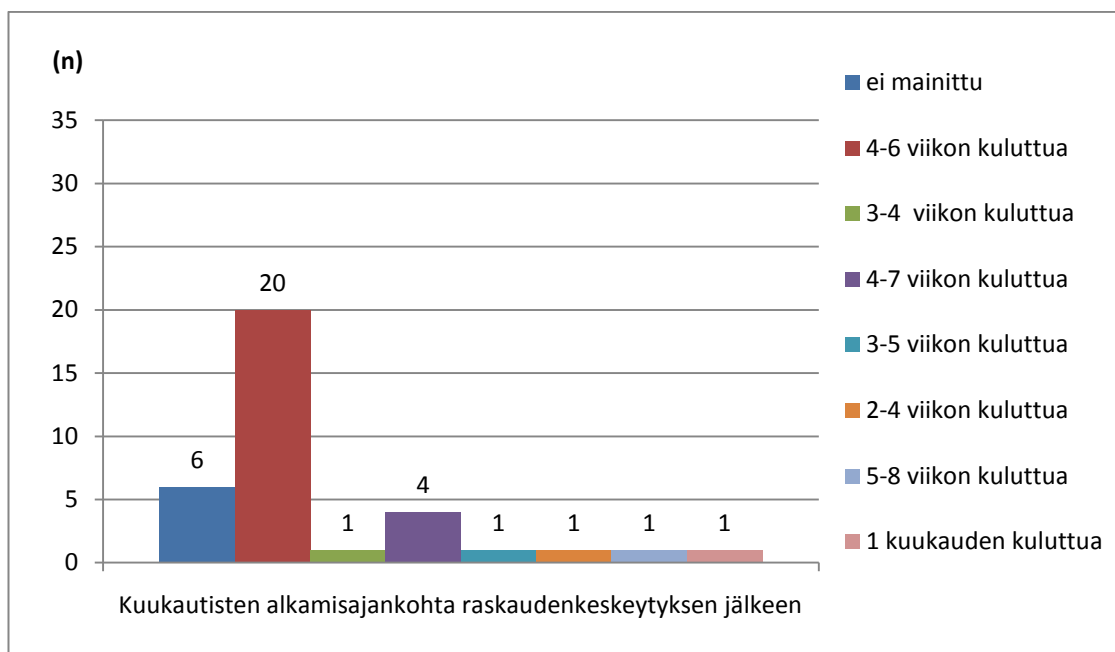
Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suosituksessa kerrotaan vuodon olevan niukkaa kirurgisen raskaudenkeskeytyksen jälkeen. Potilasohjeista kymmenessä mainittiin jälkivuodon pituudeksi 1-10 vuorokautta ja viidessä 5-10 vuorokautta. Muita vaihtoehtoja jälkivuodon pituudeksi olivat 10-14 vuorokautta (n=4), 2-3 vuorokautta (n=3), ja ”parikin viikkoa” (n=3). Yksittäisiä vaihtoehtoja olivat 3-4 vuorokautta (n=1), 3-10 vuorokautta (n=1), 10 vuorokautta (n=1), muutama viikko (n=1), 1-3 viikkoa (n=1) ja seuraaviin kuukautisiin asti (n=1). Kahdessa potilasohjeessa ei mainittu jälkivuodon pituutta (kuvio 25).



Kuvio 25: Jälkivuodon pituus

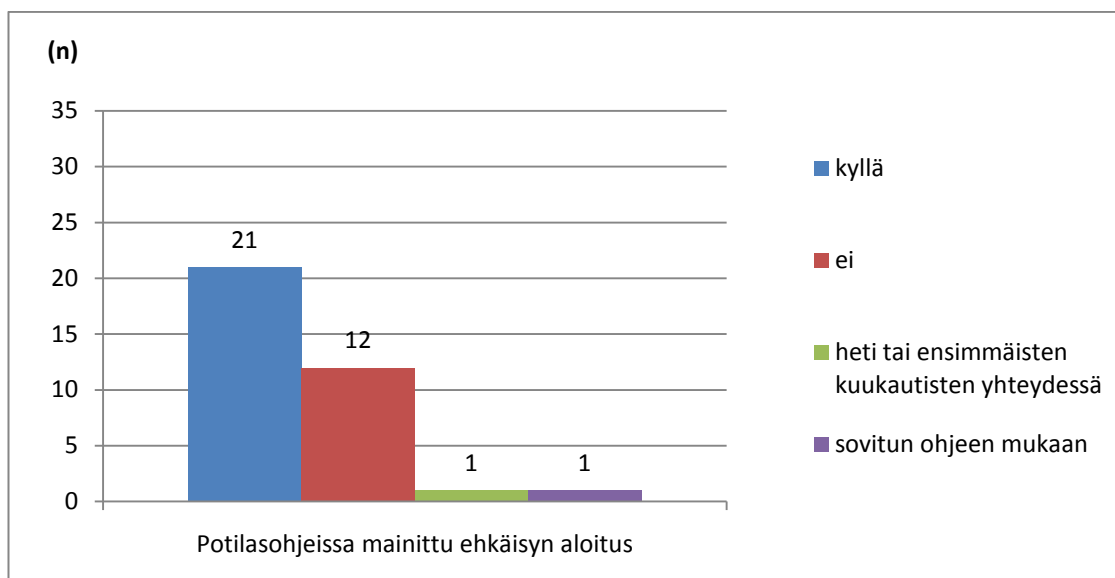
Tamponin käyttöä jälkivuodon aikana ei suositeltu yli neljässä viidesosassa (n=29) potilasohjeista. Pienessä osassa (n=6) potilasohjeista tästä ei ollut mainintaa. Myöskään raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suosituksessa ei mainita, että tamponin käyttö ei ole suositeltavaa tulehdusriskin vuoksi.

Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suosituksessa mainitaan, että ongelmitta sujuneen raskaudenkeskeytyksen jälkeen kuukautiset alkavat 4-7 viikon kuluttua. Hieman alle kolmessa viidesosassa (n=20) potilasohjeista kerrottiin kuukautisten alkavan 4-6 viikon kuluttua kirurgisesta raskaudenkeskeytyksestä. Pienessä osassa (n=4) potilasohjeista kuukautisten kerrottiin alkavan 4-7 viikon kuluttua keskeytyksestä. Yksittäisiä potilasohjeissa mainittuja vaihtoehtoja olivat 2-4 viikkoa (n=1), 3-4 viikkoa (n=1), yksi kuukausi (n=1), 3-5 viikkoa (n=1) ja 5-8 viikkoa (n=1). Kuudessa potilasohjeessa ei mainittu kuukautisten alkamisajankohtaa (kuvio 26).



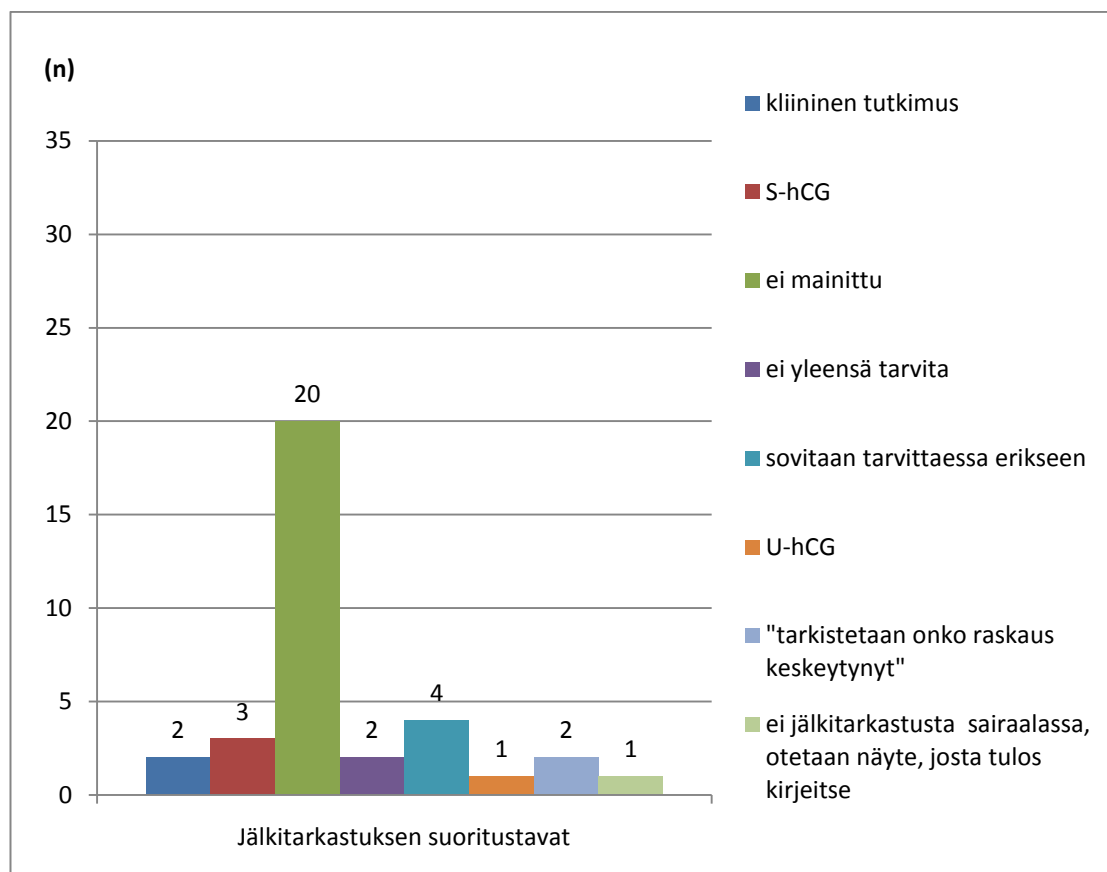
Kuvio 26: Kuukautisten alkamisajankohta raskaudenkeskeytyksen jälkeen

Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suosituksen mukaan luotettava ehkäisy on syytä aloittaa heti keskeytyksen jälkeen. Yhdistelmäehkäisy tai progestiiniehkäisy voidaan aloittaa heti keskeytyksen jälkeen ja kierukka voidaan asentaa kirurgiseen raskaudenkeskeytykseen liittyvän anestesian yhteydessä, jos kohdun riittämätön supistuminen tai runsas vuoto eivät ole esteenä. Ehkäisy huomioitiin lähes neljässä viidesosassa (n=27) potilasohjeista. Kahdeksassa potilasohjeessa ehkäisystä ei ollut mainintaa. Yli puolessa (n=21) potilasohjeista mainittiin useampi kuin yksi ehkäisykeino. Ehkäisyvaihtoehtoja ei mainittu kahdessa viidesosassa (n=14) potilasohjeista. Kolmessa viidesosassa (n=21) potilasohjeista hormonaalinen ehkäisy ohjattiin aloittamaan heti keskeytyksen jälkeen. Noin yhdessä kolmasosassa (n=12) potilasohjeista ehkäisyn aloittamisajankohtaa ei mainittu. Yhden potilasohjeen mukaan ehkäisy voidaan vaihtoehtoisesti aloittaa heti tai ensimmäisten kuukautisten yhteydessä ja yhden potilasohjeen mukaan hormonaalinen ehkäisy aloitetaan erikseen sovitun ohjeen mukaisesti (kuvio 27).



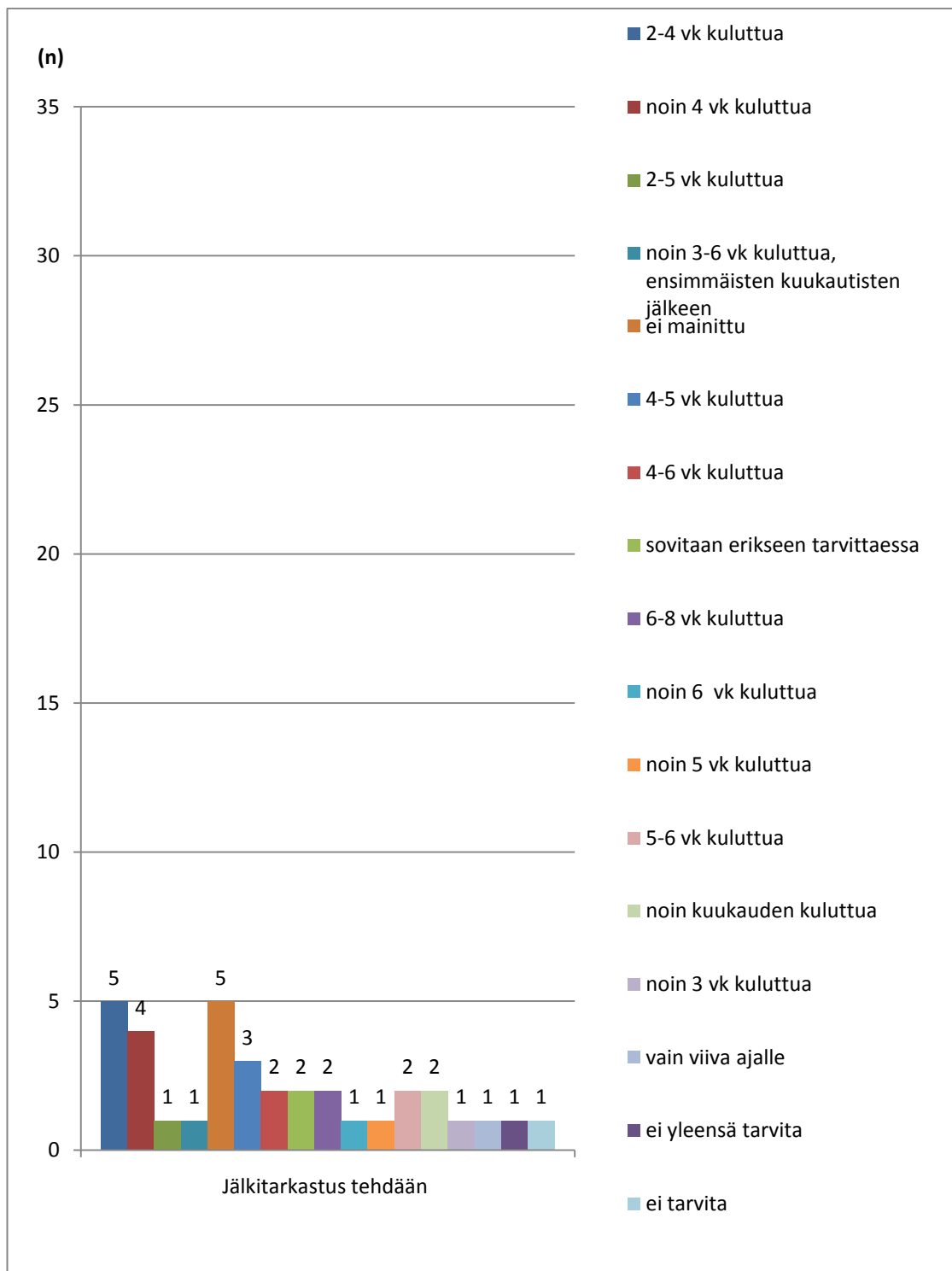
Kuvio 27: Potilasohjeissa mainittu ehkäisyn aloitus

Suurella osalla (n=30) potilasohjeista löytyi maininta kirurgisen raskaudenkeskeytyksen jälkitarkastuksesta. Maininta puuttui viidestä potilasohjeesta. Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito-suosituksessa kerrotaan jälkitarkastuksen olevan seerumin hCG-pitoisuuden määrittäminen laskimoverinäytteestä. Hieman alle kolmessa viidesosassa (n=20) potilasohjeista jälkitarkastuksen suoritustapaa ei mainittu. Potilasohjeissa ilmoitettuja vaihtoehtoja jälkitarkastuksen suorittamiseen olivat hCG-pitoisuuden määrittäminen laskimoverinäytteestä (n=3), jälkitarkastuksen sopiminen erikseen, mikäli sille oli tarvetta (n=4), kliininen tutkimus (n=2), maininta ”tarkistetaan, onko raskaus keskeytynyt”, mutta ei kerrottu miten (n=2) ja jälkitarkastusta ei tarvita (n=2). Yksittäisiä vaihtoehtoja olivat hCG-pitoisuuden määrittäminen virtsasta (n=1) sekä näytteenotto laboratoriossa, kertomatta mikä näyte oli kyseessä ja vastauksen lähettäminen kotiin kirjeitse (n=1) (kuvio 28).



Kuvio 28: Jälkitarkastuksen suoritustavat

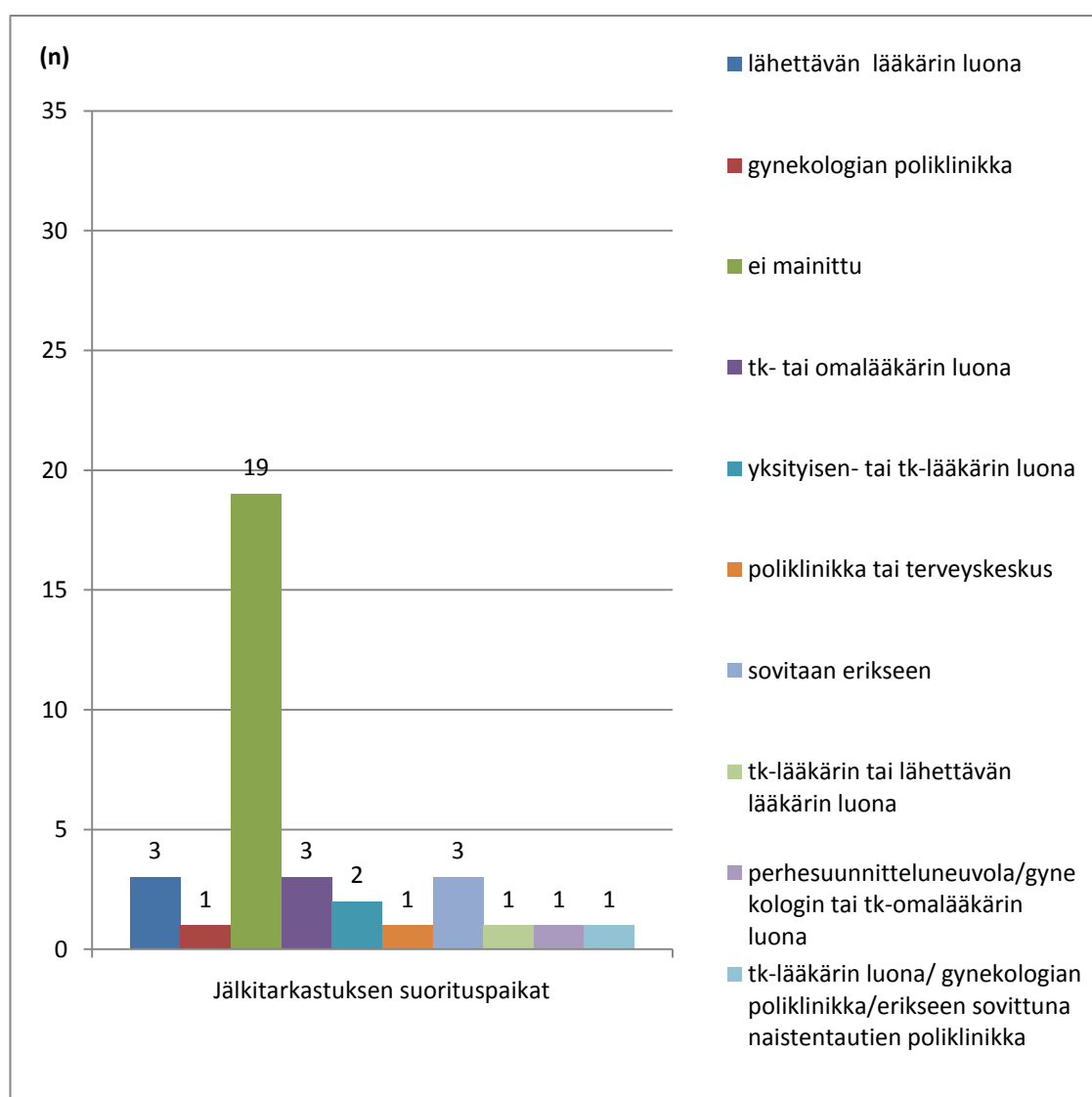
Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suosituksessa mainitaan, että kirurgisen raskaudenkeskeytyksen jälkitarkastus suoritetaan 2-4 viikon kuluttua keskeytyksestä. Tämä aikaväli mainittiin pienessä osassa (n=5) potilasohjeista. Jälkitarkastuksen suoritusaikajankohdasta ei mainittu viidessä potilasohjeessa. Neljän potilasohjeen mukaan jälkitarkastus suoritettiin noin neljän viikon kuluttua raskaudenkeskeytyksestä ja kolmen potilasohjeen mukaan 4-5 viikon kuluttua keskeytyksestä. Muita potilasohjeissa ilmoitettuja jälkitarkastuksen suoritusaikajankohdista olivat 4-6 viikon kuluttua (n=2), 5-6 viikon kuluttua (n=2), 6-8 viikon kuluttua (n=2), noin kuukauden kuluttua (n=2) sekä jälkitarkastuksen ajankohdan sopiminen erikseen (n=2). Yksittäisiä vaihtoehtoja olivat noin 3 viikon kuluttua (n=1), noin 5 viikon kuluttua (n=1), noin 6 viikon kuluttua (n=1), ensimmäisten kuukautisten jälkeen (n=1), noin 3-6 viikon kuluttua (n=1), 2-5 viikon kuluttua (n=1), ei tarvita (n=1) sekä ei yleensä tarvita (n=1). Yhdessä ohjeessa jälkitarkastuksen kohdalla oli tyhjä viiva, johon hoitohenkilökunta merkitsee jälkitarkastuksen päivämäärän (kuvio 29).



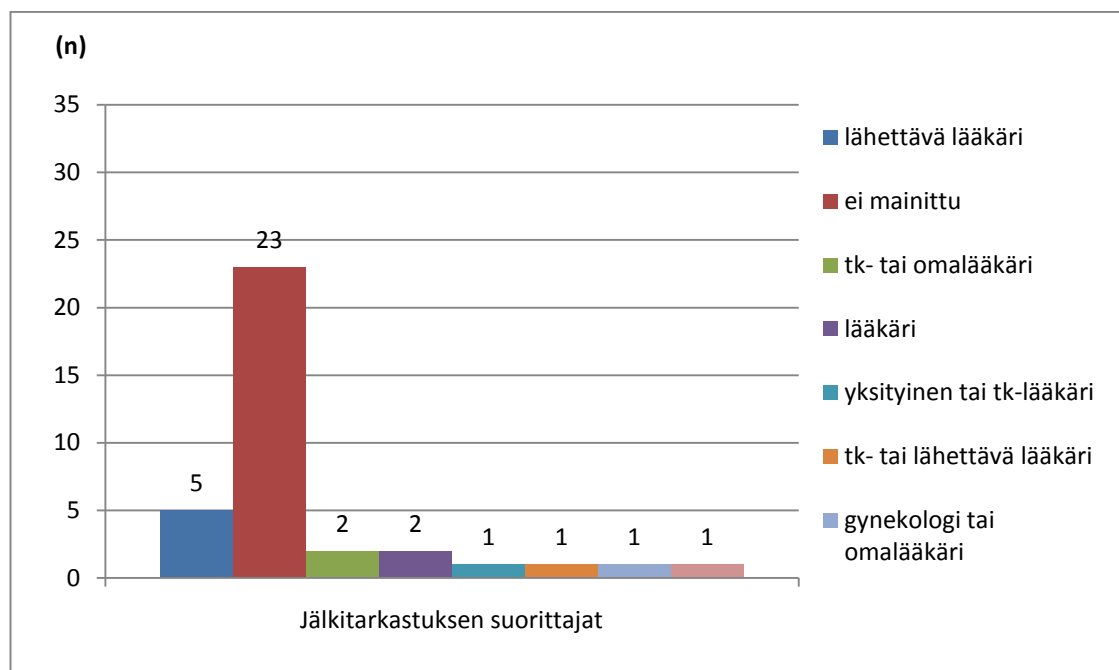
Kuvio 29: Jälkitarkastuksen suoritusajankohdat

Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suosituksessa kirurgisen raskaudenkeskeytyksen suorituspaikaksi mainitaan avoterveydenhuolto, kuten lääkkeellisessäkin raskaudenkeskeytyksessä. Yli puolessa (n=19) potilasohjeista ei mainittu, missä jälkitarkastus suoritetaan. Mainittuja vaihtoehtoja jälkitarkastuksen suorituspaikaksi olivat avoterveydenhuolto (n=3), lähettävän

lääkärin vastaanotto (n=3), terveyskeskus- tai omalääkäri (n=3), ”jälkitarkastus suoritetaan erikseen” (n=3) ja yksityis- tai terveyskeskuslääkärin vastaanotto (n=2). Yksittäisiä vaihtoehtoja olivat gynekologian poliklinikka (n=1), terveyskeskuslääkärin tai lähettävän lääkärin vastaanotto (n=1), poliklinikka tai terveyskeskus (n=1), perhesuunnitteluneuvola tai käynti gynekologin tai terveyskeskuksen omalääkärin luona (n=1) ja terveyskeskuslääkäri tai käynti gynekologilla tai naistentautien poliklinikalla erikseen sovittuna (n=1) (kuvio 30). Kahdessa kolmasosassa (n=23) potilasohjeista ei käynyt ilmi, kuka jälkitarkastuksen suorittaa ja yhdessä kolmasosassa (n=12) potilasohjeista jälkitarkastuksen suorittajaksi mainittiin lääkäri (kuvio 31). Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suosituksen mukaan jälkitarkastuksen voi suorittaa myös terveydenhoitaja.



Kuvio 30: Jälkitarkastuksen suorituspaikat



Kuvio 31: Jälkitarkastuksen suorittajat

Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suosituksessa painotetaan psyykkisen tuen saamisen tärkeyttä. Lähes kolmessa viidesosassa (n=20) potilasohjeista asiantuntija-avusta ei ollut mainintaa. Potilasohjeissa 15:ssä neuvottiin hakemaan tarvittaessa asiantuntija-apua psyykkisiin ongelmiin.

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön aihe on mielestämme tärkeä, sillä lääkkeellisen ja kirurgisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjeissa oli valtakunnallisesti suuria eroavaisuuksia, kuten tuloksista kävi ilmi. Esimerkiksi jälkitarkastuskäytännöt erosivat toisistaan huomattavasti. Koemme, että tämä johtaa raskaudenkeskeytykseen tulevien naisten eriarvoiseen kohteluun riippuen asuinpaikkakunnasta. Olemme myös yleisesti kiinnostuneita naisten seksuaaliterveyden edistämisestä sekä hyvästä potilaan ohjaamisesta. Hyvä potilasohjaus on tärkeää ja luo perustan potilaan kokonaishoidolle.

Tässä työssä käsiteltiin Suomen keskeytysairaaloitten potilasohjeita (lääkkeelliset ja kirurgiset raskaudenkeskeytykset, alle 12-raskausviikkoa) kvalitatiivisesti ja sitä, miten hoito-ohjeet noudattivat 4. syyskuuta 2007 annettua raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositusta. Yhdessä potilasohjeessa oleva puute saattaa koskettaa satoja, jopa tuhansia, ihmisiä sairaalasta

riippuen. Tämän vuoksi yksittäinenkin puuttellinen ohje voi vaikuttaa vuoden aikana lukuisiin naisiin ja heidän läheisiinsä.

Tarkastelimme aineistoa analyysirungon (Liite 2) avulla. Analyysirunko laadittiin Käypä hoito -suositusten pohjalta. Etsimme potilasohjeista analyysirungossa mainittuja asioita. Asetimme kriteeriksi, että tutkittavat asiat mainittiin potilasohjeissa selkeästi yleiskielellä. Emme ottaneet huomioon asioita, jotka saattavat terveydenhuollon ammattihenkilölle olla tulkittavissa tekstistä. Esimerkiksi potilasohjeista tuli käydä ilmi, että epäonnistuneen raskaudenkeskeytyksen jälkeen tulee tehdä kaavinta. Pelkkä maininta raskaudenkeskeytyksen epäonnistumisprosentista ei riittänyt, koska potilas ei tällöin tiedä, mitä epäonnistuneen raskaudenkeskeytyksen jälkeen tehdään.

Potilasohjeita tutkiessamme emme kyseenalaistaneet niissä esitettyjä käytänteitä, vaikka kaikki sairaalat eivät välttämättä toimi kuvaamallaan tavalla. Emme myöskään ottaneet huomioon, että tutkimamme potilasohjeet ovat suullisen ohjauksen tukimateriaaleja, vaan olemme ajatelleet, että ohjeissa tulee olla kaikki potilaan tarvitsema tieto. Mielestämme potilaan tulisi selvittää pelkällä kirjallisella ohjeella, mikäli potilas ei esimerkiksi muista saamiinsa suullisia ohjeita.

6.1.1 Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen avulla oli tarkoitus saada selville, millaista tietoa potilas saa kirjallisista potilasohjeista ennen toimenpiteeseen menoa. Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys voidaan suorittaa Käypä hoito -suositusten mukaan raskausviikoille 24 asti. Tutkimuksessa huomioimme ainoastaan raskauden ensimmäisellä kolmanneksella (≤ 12 rvk) tehdyt raskaudenkeskeytykset. Tuloksista kävi ilmi, ≤ 12 raskausviikkoa ei ollut yleisesti käytössä oleva suorituskohde. Yleisin lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen suorituskohde oli ≤ 9 raskausviikkoa. Tämä voi johtua siitä, että onnistumisprosentti laskee raskauden edetessä myöhemmille raskausviikoille. Lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen suorituskohde oli potilasohjeissa yleisesti huomioitu hyvin, mutta yhdestä ohjeesta keskeytyksen suorituskohde ei käynyt ilmi.

Toisen tutkimuskysymyksen avulla selvitettiin, millaista tietoa potilaat saavat kirjallisista potilasohjeista liittyen raskaudenkeskeytykseen toimenpiteenä. Potilaan tulee saada kirjallisesta potilasohjeesta tietoa hänelle tehtävästä toimenpiteestä. Raskaudenkeskeytystä harkitsevalla ja siihen valmistuvalla naisella tulee olla kaikki mahdollinen tieto keskeytysmenetelmistä ja muun muassa kivunlievityksestä (Ihme & Rainto 2008, 186). Huomionarvoista oli, että kaikissa lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjeissa oli informoitu mahdollisesta raskaudenkeskeytykseen liittyvästä kivusta. Positiivista oli myös se, että suuressa osassa lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjeissa oli mainittu Käypä hoito -suosituksessa olevat

sivuvaikutukset (ripuli, pahoinvointi, vuoto-ongelmat). Tieto auttaa potilasta ennakoimaan tulevia tilanteita ja valmistautumaan niihin (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 24-25). Raskaudenkeskeytykseen tulevan potilaan tulee saada yhteystiedot, johon hän voi ottaa yhteyttä ongelmatilanteessa. Olemme katsoneet riittäväksi, mikäli potilasohjeesta löytyy osaston tai poliklinikan puhelinnumero esimerkiksi ohjeen ylä- tai alatunnisteesta. Emme siis pitäneet kriteerinä, että potilasohjeessa on oltava erityinen kohta, missä puhelinnumero ilmoitetaan ongelmatilanteen sattuessa kohdalle. Positiivista on, että yhteystiedot löytyivät suurimmasta osasta potilasohjeita. Kuitenkin osa potilaista jäi ilman yhteystietoja, jolloin potilas saattaa tuntea olonsa turvattomaksi ja pelätä komplikaatioita enemmän kuin potilas, jolla on yhteystiedot hoitavaan yksikköön ongelmien varalle.

Käypä hoito -suosituksen mukaan ensimmäinen keskeytyslääke (mifepristoni, Mifegyne®) tulee ottaa henkilökunnan läsnä ollessa. Tuloksien mukaan näin toimittiin suurimmassa osassa keskeytysairaaloita. Tämä on hyvä asia, sillä potilaalla on mahdollisuus kääntyä hoitohenkilökunnan puoleen tarvittaessa. Toisen keskeytyslääkkeen (misoprostoli, Cytotec®) annostelumäärät vaihtelivat potilasohjeissa, osassa annoslumääriä ei mainittu. Tämä tieto ei mielestämme ole potilaalle välttämätön, mikäli toinen keskeytysvaihe suoritetaan sairaalassa. Tällöin henkilökunta annostelee lääkkeen ja uusii sen tarvittaessa. Kotona suoritettavassa keskeytyksessä tieto lääkemäärästä on tärkeää keskeytyksen onnistumiseksi. Lisäksi kotikeskeytystä suunniteltaessa lääkärin on otettava huomioon erityistukea vaativat naiset.

Useissa ohjeissa esiintyi misoprostolin kohdalla ilmaisu ”Ottakaa lääke”. Pohdimme, miten potilas ymmärtää kyseessä olevan ilmaisuuden, sillä misoprostoli voidaan annostella suun, emättimen tai peräsuolen kautta. Mikäli potilasohjeessa on kyseinen ilmaisu, olemme tulkinneet, että lääkkeen annostelutapaa ei ole mainittu. Mielestämme ilmaisu on tulkinnanvarainen, eikä ole riittävän selkeä. Oletamme, että kyseisen ohjeen luettuaan potilas ottaa lääkkeen suun kautta. Näin voi toimia, eikä virhettä ole tapahtunut, koska lääkkeen voi ottaa myös suun kautta. Kuitenkin vaginaalisesti annosteltuna lääke aiheuttaa parhaimman supistusvaikutuksen ja vähäisemmät haittavaikutukset (Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositus 2007).

Keskeytyslääkkeiden antovälin tietäminen on tärkeää raskaudenkeskeytyksen onnistumisen kannalta. Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suosituksen mukaan paras tulos saadaan annostelemalla toinen keskeytyslääke 36-48 tuntia ensimmäisen keskeytyslääkkeen jälkeen. Kliinisen tehon kärsimättä toinen keskeytyslääke voidaan annostella 1-3 vuorokauden kuluessa ensimmäisen keskeytyslääkkeen ottamisesta (Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositus 2007). Valtaosassa potilasohjeista lääkkeiden antovälin mainitsemista pidettiin tärkeänä, koska se on ilmoitettu suosituksen mukaisesti.

Sairausloman pituus on Käypä hoito -suosituksen mukaan 1-3 vuorokautta. Potilasohjeista 34:ssä mainittiin täsmälleen sama sairausloman pituus. Kuitenkin lähes viidesosasta potilasohjeista puuttui maininta sairauslomasta kokonaan. Se ei kuitenkaan välttämättä tarkoita sitä, että potilaat eivät saisi sairauslomaa laisinkaan. Mielestämme sairausloman pituus tulisi käydä ilmi potilasohjeesta, jotta potilas pystyisi ennakoimaan tulevat tapahtumat ja ilmoittamaan esimerkiksi työpaikalleen hyvissä ajoin poissaolostaan.

Kolmannella tutkimuskysymyksellä haluttiin selvittää, millaista tietoa potilaat saavat kirjallisista potilasohjeista raskaudenkeskeytyksen jälkihoitoon liittyen. Tamponin käyttö raskaudenkeskeytyksen jälkivuodon aikana lisää tulehdusriskiä merkittävästi (Hurskainen 2010). Tämän takia halusimme tutkia asiaa, vaikka sitä ei raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suosituksessa olekaan mainittu. Yli puolessa lääkkeellisen ja valtaosassa kirurgisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjeista kehoitettiin välttämään tamponin käyttöä. Tamponin käyttämiseen tottunut nainen ei välttämättä ajattele jälkivuodon olevan erilaista kuin kuukautisvuodon, ja toimii totutulla tavalla ajattelematta asiaa. Raskaudenkeskeytyksestä seuraavan jälkivuodon pituus on 10-14 vuorokautta ja se voi tuntua potilaasta pitkältä ajalta. Tämänkin takia tamponin käyttö voi tuntua helpommalta vaihtoehdolta siteisiin verrattuna. Potilaat eivät välttämättä tiedosta tamponin käyttöön liittyvää tulehdusriskiä ellei siitä ole erikseen mainittu.

Alle 12 viikkoa kestäneen raskauden keskeytyksestä aiheutuvan kivun hoitoon sopivia lääkkeitä ovat parasetamoli, tulehduskipulääkkeet ja opioidit (Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositus 2007). Mikäli potilas tarvitsee opioideja, lääkäri voi määrätä niitä reseptillä harkintansa mukaan. Jokaisessa lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjeessa oli mainittuna toimenpiteestä aiheutuva kipu. Yhtä ohjetta lukuun ottamatta, kaikissa ohjeissa ohjattiin käyttämään kipulääkkeitä. Mielestämme olisi tärkeää, että kaikissa ohjeissa ohjeistettaisiin kipulääkkeen käyttöön, jotta potilas välttyisi kivulta niin hyvin kuin mahdollista. Myös potilaat, jotka eivät yleensä käytä kipulääkkeitä, eivätkä ole tottuneet niiden käyttöön, uskaltaisivat ottaa kipulääkettä, kun siihen erikseen kehoitetaan.

Aineistossa esiintulleet kuukautisten alkamisajankohdat ovat 4-7 viikkoa ja 5-8 viikkoa. Huomion kiinnittivät suuri määrä potilasohjeita, jotka eivät maininneet kuukautisten alkamisesta mitään. Potilaan on kuitenkin tärkeää tietää, milloin seuraavien kuukautisten voi odottaa alkavan. Myös jälkivuoto saattaa sekoittaa kuukautisten odottelun; kuukautiset voivat alkaa neljän viikon kuluttua keskeytyksestä, jolloin jälkivuotoa voi vielä olla. Tämä tarkoittaa sitä, että verinen vuoto saattaa vaihtua suoraan jälkivuodosta kuukautisiin.

Jokin ehkäisyvaihtoehto mainittiin 44 ohjeessa. Uusi ei-toivottu raskaus voi alkaa heti raskaudenkeskeytyksen jälkeen, joten ehkäisy pitää olla suunniteltuna jo ennen raskaudenkeskeytykseen tuloa, jotta sen voi aloittaa heti keskeytyksen jälkeen. Tämä oli huomioitu 33 lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjeessa, mikä on yli puolet lääkkeellistä raskauden-

keskeytystä käsittelevästä aineistostamme. Kuitenkin aivan liian suuri osa potilaista jää ilman minkäänlaista tietoa ehkäisystä ja riski uuden raskauden alkamiseen on olemassa. Riittävällä ehkäisystä puhumisella ja sen tärkeyden painottamisella oikeaan aikaan, suuri osa raskaudenkeskeytyksistä voitaisiin välttää. On myös hyvin pieni todennäköisyys, että raskaus alkaa luotettavasta ja oikeinkäytetystä ehkäisystä huolimatta.

Eniten eroavaisuuksia ilmeni jälkitarkastuksen suorituspaikoissa ja suorittajissa. Käypä hoito -suosituksessa mainitaan, kuinka ongelmitta sujuneen raskaudenkeskeytyksen jälkitarkastus suoritetaan. Jälkitarkastus on seerumin hCG-pitoisuuden määrittäminen laskimoverinäytteestä avoterveydenhuollossa ja käynti terveydenhoitajan vastaanotolla. Käypä hoito -suosituksessa mainitaan, että lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen jälkitarkastus suoritetaan 2-3 viikon kuluttua lääkkeellisestä raskaudenkeskeytyksestä, sekä ennen kun keskeytetty raskaus olisi 12+0 raskausviikkoa. Mikäli raskaus on kestänyt yli 12+0 raskausviikkoa, raskautta ei voi keskeyttää ilman sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valviran) lupaa paitsi erityistapauksissa. Jos jälkitarkastus suoritetaan vasta viiden viikon kuluttua raskaudenkeskeytyksestä, joka on tehty raskausviikoilla 9+0, potilas tarvitsee Valviran luvan mahdollisesti jatkuvan raskautensa, joka on jo viikoilla 14+0, keskeyttämiseen. Potilasohjeista löytyi runsaasti hajontaa jälkitarkastuksen ajankohdista, suoritustavasta, sekä -paikasta.

Yhteensä 23 sairaalaa kuvasi lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen jälkitarkastuksen tapahtuvan Käypä hoito -suosituksen suosittamana ajankohtana. 22 sairaalan potilasohjeiden mukaan jälkitarkastus oli raskaushormonin määrittäminen verestä, kuten Käypä hoito -suosituksessa ohjeistetaan. Kuuden potilasohjeen mukaan jälkitarkastus suoritettiin täysin raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suosituksen suosittamalla tavalla. Toteamme, että sairaalat eivät ole päivittäneet käytäntöjään raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suosituksen ilmestyttyä vuonna 2007. Tähän voivat olla syynä vähäiset henkilöstövoimavarat sekä avoterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sopimat käytänteet. Yhteistyö voi olla puutteellista tai tarkoituksenmukaisesti sovittua avoterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Erilaiset toimintatavat ja käytänteet voivat olla hyviä, mutta mielestämme hyviäkin käytäntöjä kannattaa arvioida ja päivittää uuden tutkimustiedon mukaisiksi ja varmistaa, että toiminta on laadukasta kaikille osapuolille.

Joissakin potilasohjeissa jälkitarkastuksen yhteydessä mainittiin ”soittoaika”. Potilasohjeista ei kuitenkaan käynyt ilmi, soittaako potilas itse lääkärille tai hoitajalle, vai ottaako joku muu terveydenhuollon ammattihenkilö yhteyttä. Potilaan pitää saada tieto, pitääkö hänen soittaa tuloksesta johonkin vai odottaako hän yhteydenottoa. On oleellista tietää myös soiton ajankohta.

Asiantuntija-avun mahdollisuudesta psyyken tukemiseksi tulisi olla maininta potilasohjeissa. Myös raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suosituksessa painotetaan sosiaalista ja psyykkistä tukemista. Maininta asiantuntija-avun hakemisesta ja saamisesta puuttuu useammin potilasohjeista, kuin se on mainittu. Tämä voi johtaa siihen, että naiset eivät hae keskusteluapua, koska eivät tiedä keskusteluavun tarpeen yleisyydestä, vaan luulevat olevansa poikkeavia halutessaan keskustella asiantuntijan kanssa. Aihe on naiselle arka ja siksi siihen tulisi kiinnittää huomiota, sillä mielenterveyspalveluiden piiriin hakeutumisen kynnyks on korkea.

6.1.2 Kirurginen raskaudenkeskeytys

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tarkoitus oli saada selville, millaista tietoa potilas saa kirjallisista potilasohjeista ennen toimenpiteeseen menoa. Kirurginen raskaudenkeskeytys voidaan suorittaa raskausviikoille 12+0 saakka. Ennen kirurgista raskaudenkeskeytystä kohdunsuuta pehmentetään misoprostolilla. Kohdunsuuta pehmentävän lääkkeen, misoprostolin, annosteluajankohtaa ei mainittu noin puolessa potilasohjeista. Oletamme, että kolmessa potilasohjeessa esiintyvä ilmaisu ”ennakolta” tarkoittaa lääkkeen ottamista edellisenä iltana tai ennen sairaalan tuloa keskeytyspäivänä. Tällaisenaan ilmaisu ei ole selkeä eikä anna potilaalle riittävää informaatiota. Lääkkeen annosteluajankohta on potilaalle tarpeellinen tieto, sillä kyseessä oleva lääke voidaan ottaa joko keskeytyspäivän aamuna sairaalassa tai edellisenä iltana kotona. On myös otettava huomioon, että mikäli lääke annostellaan sairaalassa keskeytyspäivänä, toimenpidettä ei todennäköisesti suoriteta heti aamulla, vaan vasta 3-4 tunnin kuluttua lääkkeen ottamisesta. Lisäksi se voidaan annostella joko suun tai emättimen kautta. Yli puolessa potilasohjeista ei ollut tietoa misoprostolin annostelureitistä. Mikäli misoprostolin annostelu jätetään potilaan vastuulle, tulee hänen saada riittävä ohjeistus niin annosteluajankohdasta kuin -reitistäkin.

Kirurgiseen raskaudenkeskeytykseen liittyvän anestesian kannalta merkittäviä asioita on jätetty mainitsematta potilasohjeissa. Seitsemästä eri ohjeesta puuttui maininta siitä, että kirurginen raskaudenkeskeytys tehdään nukutuksessa tai puudutuksessa. Hieman yli puolesta potilasohjeista puuttui maininta anestesiaa edeltävästä ravinnottaolosta. Tämä olisi ehdotettoman tärkeä tieto potilaalle, sillä pahimmassa tapauksessa toimenpide voidaan joutua perumaan, mikäli potilas on syönyt. Kiinteää ruokaa ei tulisi nauttia kuuteen tuntiin ennen leikkauksista. Ei ole näyttöä, että kuutta tuntia lyhempi paasto kiinteän ruoan nauttimisen jälkeen olisi turvallista. Anestesiaa edeltävällä paastolla pyritään vähentämään mahan sisällön määrää ja happamuutta ja näin vähentämään regurgitaation ja siitä johtuvan aspiraation riskiä leikkauksen aikana (Leikkausta edeltävän arvioinnin Käypä hoito -suositus). Noin puolesta potilasohjeista puuttuu maininta siitä, että potilaalla tulee toimenpiteen jälkeen olla hakija ja aikuinen henkilö seuranaan yön yli. Tämä potilaan olisi tarpeellista tietää, sillä häntä ei yleensä kotiuteta sairaalasta ilman hakijaa. Osa naisista ei pidä kirurgista raskaudenkeskey-

tystä suurena toimenpiteenä, jolloin he eivät koe tarvitsevansa aikuisen henkilön läsnäoloa ja tukea toimenpiteestä seuraavan vuorokauden aikana.

Toisen tutkimuskysymyksen avulla selvitettiin, millaista tietoa potilaat saavat kirjallisista potilasohjeista liittyen raskaudenkeskeytykseen toimenpiteenä. Suuresta osasta potilasohjeista puuttui tieto kirurgisen raskaudenkeskeytyksen onnistumisesta ja epäonnistumista seuraavasta kaavinnasta. Vaikka suuri osa kirurgisista raskaudenkeskeytyksistä onnistuu, tulisi potilasohjeissa kuitenkin olla maininta epäonnistuneen keskeytyksen jälkeisestä uudesta kaavinnasta, jotta nainen on tietoinen tästäkin mahdollisuudesta. Toisaalta epäonnistumisen mahdollisuus on pieni, jolloin tieto saattaa turhaan hermostuttaa potilasta. Potilasohjeissa tulisi mainita myös toimenpiteeseen mahdollisesti liittyvät komplikaatiot, sillä potilaan tulee saada kaikki mahdollinen tieto valitsemastaan keskeytystavasta. Potilasohjeissa myöhäiset komplikaatiot mainittiin useammin kuin välittömät. Suurella osalla potilasohjeista ei ollut tietoa raskaudenkeskeytyksestä mahdollisesti aiheutuvista pitkäaikaisvaikutuksista. Yhteystiedot mainittiin suurella osalla potilasohjeita. Kuitenkin osasta ohjeista tiedot puuttuivat, jolloin potilaan on hankalampi ottaa yhteyttä keskeytysairaalaan ongelmatilanteessa. Mielestämme yhteystiedot tulee olla selkeästi ilmaistu potilasohjeessa, mieluiten niin, että potilas tietää kaikkina vuorokaudenaikoina mihin voi ottaa yhteyttä.

Kolmannella tutkimuskysymyksellä haluttiin selvittää, millaista tietoa potilaat saavat kirjallisista potilasohjeista raskaudenkeskeytyksen jälkihoitoon liittyen. Kirurgisen raskaudenkeskeytyksen jälkitarkastus on Käypä hoito -suositusten mukaan sama kuin lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen, eli seerumin hCG-arvon määrittäminen laboratorioissa ja käynti terveydenhoitajan vastaanotolla avoterveydenhuollossa. Ainoastaan kolmen potilasohjeen mukaan jälkitarkastus suoritettiin seerumin hCG-arvon määrittämisellä. Suurimmassa osassa potilasohjeita ei kerrottu, miten jälkitarkastus tehtiin. Jälkitarkastuksen suoritustapa olisi potilaan kannalta oleellinen tieto, sillä potilas varmaankin valmistautuu eri tavalla verikokeeseen kuin gynekologiseen tutkimukseen. Myöskään muutamasta potilasohjeesta löytynyt ilmaisu ”tarkistetaan onko raskaus keskeytynyt”, ei riitä. Tämän ilmauksen ongelma on se, ettei sekään kerro potilaalle, mitä jälkitarkastuksessa tapahtuu.

Kolmessa kirurgisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjeessa jälkitarkastuksen suorituspaikaksi mainittiin avoterveydenhuolto. Potilasohjeissa käytettiin ilmaisuja, joista voidaan päätellä, että jälkitarkastuksen suorituspaikka saattaa olla avoterveydenhuolto. Kolmessa potilasohjeessa jälkitarkastuksen suorittajaksi oli mainittu terveyskeskus- tai omalääkäri, joten on hyvin todennäköistä, että suorituspaikka on terveyskeskus eli avoterveydenhuolto. Muita tällaisia vaihtoehtoja olivat myös jälkitarkastuksen suorittaminen yksityisellä lääkäriellä tai terveyskeskuslääkäriellä sekä poliklinikalla tai terveyskeskuksessa, joten näissä vaihtoehdoissa on mahdollisuus, että jälkitarkastus suoritetaan Käypä hoito -suositusten ohjeistamalla tavalla.

Välttääksemme omien tulkintojen tekemistä, olemme ottaneet huomioon potilasohjeista ai-noastaan ne asiat, jotka ovat ilmaistu selkeästi.

Vaihtoehtoja jälkitarkastuksen suoritusajankohdaksi on myös kirurgisen raskaudenkeskeytyk-sen kohdalla runsaasti. Hämmästyttä herätti se, että kahden potilasohjeen mukaan jälkitar-kastusta ei välttämättä tarvita. Haitalliset, jopa henkeä uhkaavat, tekijät voivat jäädä huo-maamatta, mikäli jälkitarkastusta ei tehdä. Muidenkin invasiivisten toimenpiteiden jälkeen suoritetaan jonkinlainen jälkitarkastus tai kontrolli. Raskaudenkeskeytyksen jälkeen fyysisten tekijöiden lisäksi huomiota tulee kiinnittää myös psyyken tukemiseen ja ylläpitoon. Suurim-massa osassa potilasohjeita jälkitarkastuksen suorittaja jätettiin mainitsematta. Lopuissa potilasohjeissa mainitut kirurgisen raskaudenkeskeytyksen jälkitarkastuksen suorittajat olivat lääkäreitä. Terveystenhoitajaa ei mainittu, vaikka Käypä hoito -suositusten mukaan ongelmit-ta sujuneen raskaudenkeskeytyksen jälkitarkastuksen suorittajana voi olla terveystenhoitaja. On mahdollista, että ohjeissa, joissa suorittajaa ei mainittu, jälkitarkastuksen tekee käytän-nössä terveystenhoitaja. Koemme terveystenhoitajan olevan lähempänä potilasta, jolloin hän osaa huomioida myös potilaan psyykkisen tuen tarpeen. Koska jälkitarkastus voidaan hoitaa verikokeella, mietimme, onko tähän tarpeellista käyttää lääkäriresursseja. Kirurgisen raskau-denkeskeytyksen potilasohjeissa on sama ongelma kuin lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjeissa liittyen psyykkisen asiantuntija-avun saamiseen.

6.2 Tulosten luotettavuus ja eettisyys

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi liittyy tutkijaan, aineiston laatuun, ai-neiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Luotettavuus ilmenee tutkimusprosessin toteut-tamisessa. Tämän vuoksi laadulliseen tutkimukseen kuuluu tutkimusprosessin eri vaiheiden kuvailu, analysointi ja arviointi. Tutkijalla saattaa olla ennakkokäsitys siitä, mitä hän tulee havaitsemaan. Ennakkokäsitys voi vaikeuttaa tutkijan objektiivista havainnointia sekä estää havaitsemasta uusia ja odottamattomia asioita. Sisällöltään liian niukka aineisto ei sovi laa-dullisen tutkimuksen materiaaliksi. Sisällönanalyysin haasteena on kuinka hyvin tutkija pystyy pelkistämään aineistonsa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Analyysia varten muodostetut luokitteluperusteet tulisi kirjata ja perustella hyvin, koska ana-lyysia arvioidaan niiden perusteella. Tutkijan tulisi pystyä osoittamaan yhteys tuloksen ja aineiston välillä, jotta voidaan taata sisällönanalyysin tuloksen luotettavuus. Tutkijan ei tulisi tehdä aineistosta sellaisia johtopäätöksiä, joihin aineisto ei anna edellytyksiä. Laadullisen tutkimuksen onnistumiseksi tutkijalla tulisi olla myös kirjoittajan taitoja. (Krause & Kiikkala 1996,72; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 36-37; Nieminen 1997, 219-220).

Analyysin luotettavuuden turvaamiseksi tutkimme aineistoa pienissä erissä kolmeen kertaan. Luotettavuutta lisää se, että opinnäytetyöryhmämme kaikki jäsenet olivat aina paikalla tuo-

massa oman panoksensa aineiston läpikäymiseen. Koska tutkimme lukuisia potilasohjeita mo-
neen kertaan, oli vaarana, että luimme ohjeista sellaisia asioita, mitä niissä ei ollut mainittu.
Vaikka meillä oli ennakkokäsitys siitä, mitä tuloksista saattaisi ilmetä, tutkimme potilasohjei-
ta analyysirungon mukaisesti antamatta ennakkokäsityksen vaikuttaa analyysiin.

Aineisto koostui Suomen keskeytyssairaaloiden raskaudenkeskeytyksen potilasohjeista, jotka
saimme kaikista Suomen keskeytyssairaaloista, lukuunottamatta kolmea sairaalaa sekä sairaa-
loita, jotka tekevät 2-3 keskeytystä vuodessa. Aineistoa voidaan pitää luotettavana sen katta-
vuuden vuoksi. Tarve opinnäytetyölle lähti huomiosta, että sairaaloissa oli erilaisia ohjeita
raskaudenkeskeytysten jälkitarkastusten toteuttamiseen. Pyrimme kuitenkin laatimaan mah-
dollisimman yksityiskohtaisen rungon, jotta johtopäätös on tuloksiin perustuva.

Huomioimme opinnäytetyön tulosten tarkastelussa eettisyyden numeroimalla sairaalat. Käsit-
telimme sairaaloiden potilasohjeet numeroina, emmekä sairaaloiden tai paikkakuntien nimil-
lä. Näin ollen tuloksista ei käy ilmi, mikä sairaala on kyseessä. Myöskään numerot eivät käy
työstämme ilmi, vaan ne olivat ainoastaan omassa käytössämme analyysivaiheen ajan. Nume-
roidut potilasohjeet on hävitetty työn valmistuttua. Sairaaloiden anonymiteetti on turvattu
perusteellisesti.

6.3 Johtopäätökset ja ehdotelmat

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tutkimus oli aiheellinen, sillä potilasohjeista löytyi
runsaasti eroavaisuuksia. Potilasohjeiden eroavaisuudet johtunevat osaksi siitä, että sairaalat
laativat itse omat potilasohjeensa. Yksi ohje koskettaa kaikkia kyseiseen sairaalaan kuuluvia
potilaita, jolloin eri sairaaloiden potilaat ovat eriarvoisessa asemassa keskenään. Eroavaisuuksia
ja puutoksia löytyi merkittävästikin asioista, joita emme aluksi olettaneet löytävämme.
Luulimme, että sairaaloiden laatimat potilasohjeet olisivat sen verran laadukkaita, että poti-
laat saisivat niistä kaiken tarvitsemansa informaation. Laatimissamme kuvioissa ”ei mainin-
taa” oli useimmiten yleisin vaihtoehto, joka tarkoittaa sitä, että potilaalle tärkeitä asioita jää
mainitsematta, ja ohjeet eivät näin ollen ole tarpeeksi informatiivisia. Monetkaan tutkimis-
tamme potilasohjeista eivät täyty hyvän potilasohjeen kriteereitä.

Tulosten tarkastelun perusteella voimme todeta jälkitarkastukseen liittyvissä asioissa olevan
eniten eroavaisuuksia sekä lääkkeellisessä että kirurgisessa raskaudenkeskeytyksessä. Jälki-
tarkastuksen suoritusajankohdasta, -tavasta ja suorittajista löytyi runsaasti eri vaihtoehtoja.
Yllättävä johtopäätös oli, että asiantuntija-avun tärkeyttä psyyken tukemiseksi ei painotettu.
Positiivinen johtopäätös oli, että lääkkeelliseen raskaudenkeskeytykseen liittyvä kipu oli
huomioitu kaikissa potilasohjeissa. Huomionarvoista oli, että kaikissa kirurgisen raskaudenkes-

keytyksen potilasohjeissa ei mainittu, että toimenpide tehdään nukutuksessa. Yli puolesta puuttui myös maininta anestesiaa edeltävästä ravinnottaolosta.

Käypä hoito -suosituksen sekä opinnäytetyössä käytetyn aineiston ja saatujen tulosten pohjalta laadittiin neljä eri potilasohjeet. Potilasohjeita on neljä, koska halusimme, että potilaan saama ohje sopisi mahdollisimman hyvin hänen henkilökohtaiseen tilanteeseensa. Potilasohjeissa ei tulisi myöskään olla potilaalle tarpeetonta tietoa. Liiallisen tiedon antaminen peittää helposti alleen olennaisimman asian (Torkkola ym. 2002, 29). Esimerkiksi raskausviikoilla 11 keskeytykseen tulleen potilaan ei tarvitse lukea saamastaan potilasohjeesta, että raskausviikoilla 8 suoritettu raskaudenkeskeytys olisi saattanut sujua nopeammin ja kivuttomammin. Tästä syystä erottelimme ≤ 9 raskausviikon ja 9-12 raskausviikon lääkkeellisten raskaudenkeskeytysten potilasohjeet erillisiksi ohjeiksi. Myös kotona suoritettavaan raskaudenkeskeytykseen laadimme oman potilasohjeen, sillä se eroaa polikliinisten raskaudenkeskeytysten potilasohjeista ja lääkäri harkitsee sen soveltuvuutta jokaisen potilaan kohdalla erikseen. Jos lääkäri ei näe kotikeskeytystä jollekin potilaalle soveltuvana vaihtoehtona, vaihtoehtoa ei tarvitse esitellä potilaalle. Potilaan tulisi siis saada potilasohjeestaan tietoa, joka koskettaa juuri hänen keskeytystapaansa. Kirurgiseen raskaudenkeskeytykseen on yksi ohje, koska toimenpiteen suorittamiseen ei ole vaihtoehtoja, ja sen voi tehdä ainoastaan 12 raskausviikkoon asti.

Tamponin käyttöä jälkivuodon aikana ei suositella sen lisäämän tulehdusriskin vuoksi. Maininta puuttui Käypä hoito -suosituksesta, mutta halusimme laittaa sen potilasohjeisiimme, sillä mikäli asia jää mainitsematta potilaalle, seurauksena voi olla vakavakin infektio.

Käypä hoito -suosituksessa kerrotaan, että mifepristonia (Mifegyne®) voidaan käyttää 200mg:n tai 600mg:n kerta-annoksina. Molemmat annostukset ovat yhtä tehokkaita, eikä 600mg:n annostuksesta ole suurempaa hyötyä, mutta ei haittaakaan. Laitoimme laatimaamme lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen potilasohjeeseen annosmääräksi 200mg, koska emme näe syytä ottaa suurempaa annosta, kun vaikutus on sama.

Kirurgiselle sekä lääkkeelliselle raskaudenkeskeytykselle on olemassa Käypä hoito -suositus, jossa on ohjeet hyvän hoidon toteutumiselle. Käypä hoito -suositus on työmme perusta, jonka pohjalta olemme tutkineet potilasohjeita. Ehdotamme laatimiamme kirjallisia potilasohjeita lisättäväksi Käypä hoito -suositukseen, jossa ne olisivat kaikkien keskeytyssairaaloiden saatavilla. Näin ollen kirjallisten potilasohjeiden sisältö olisi sama, eikä potilaiden välille syntyisi epätasa-arvoa.

7 Oma oppiminen

Olemme oppineet runsaasti opinnäytetyöprosessimme aikana. Tiimityötaitomme ovat parantuneet ja olemme oppineet joustavuutta. Sähköinen viestintä on ollut suuressa roolissa työskennellessämme opettajamme ja yhteistyökumppaniemme kanssa, ja koemme siitä olleen suuren avun muun muassa aikatauluongelmissa. Yhteisen ajan puute onkin ollut suuri haasteemme opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa. Olemme oppineet perustelemaan kaiken kirjoittamamme, sillä ryhmässä kyseenalaistamme asioita keskustellessamme ja työstäessämme opinnäytetyötämme.

Teorian kokoaminen on ollut haasteellista, sillä opinnäytetyömme aiheesta ei ole kovinkaan paljon tutkimustietoa. Teoriatietoon tutustuminen on vienyt paljon aikaa. Osa työmme teoriasta oli meille entuudestaan tuttua asiaa, kun taas joihinkin aiheisiin jouduimme perehtymään alusta alkaen. Opinnäytetyömme aikana olemme oppineet hakemaan tietoa luotettavista lähteistä.

Ohjaava opettajamme on ollut suurena tukena työmme alusta loppuun saakka. Työelämäneudustaja dosentti Ritva Hurskainen on tarkistanut työmme teoriatiedot oikeiksi ja kättilö Sari Tuomi on kiitettävästi tuonut esille rakentavia ehdotuksia työmme sisältöön ja ylläpitänyt tiivistä yhteistyötä.

Lähdeluettelo

Painetut lähteet

Alaperä, P., Antila, E., Blomster, K., Hiltunen, H., Honkanen, A., Honkanen, R., Holtinkoski, T., Konola, A., Leiviskä, H., Meriläinen, S., Ojala, H., Pelkonen, E & Suominen, A. 2006. Kirjallinen potilasohjaus. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet -käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistopaino. 65-76.

Bjälje, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastaad, O. & Toverud, K. 2005. Suom. Meditrans Oy. Ihminen, fysiologia ja anatomia. Lisääntyminen. Helsinki: WSOY. 405-436.

Cacciatore, R. 2006. Lasten ja nuorten seksuaalisuus. Teoksessa Apter, D., Kaimola, K. & Väisälä, L. (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim. 205-221.

Hankonen, A., Kaarela, E., Palosaari, T., Pinola, K., Säkkinen, M., Tolonen, A. & Virola, M. 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet -käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistopaino. 23-31.

Heikinheimo, O., Suhonen, S., & Gissler, M. 2007. Voidaanko raskaudenkeskeytyksiä vähentää? Suomen lääkärilehti. 39/2007 vsk 62.

Heikinheimo, O., Hellbom, E., Martikainen, H., Mervaala, E., Rekonen, S., Ritamo, M., Suhonen, S. & Venhola, M. 2007. Raskaudenkeskeytys. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 15/2007 vsk 123.

Heikinheimo, O. & Lähteenmäki, P. 2004. Raskauden ehkäisy ja sterilisaatio. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim. 156-170.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki: Edita.

Kivelä, A. 2006. Gynekologiset sairaudet ja niiden lääketieteellinen hoito. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita. 568-588.

Kiviluoto, P. 1999. Väestöliiton julkaisussa Abortti. Helsinki.

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11(1) 3-12.

Lahtinen, M. 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet -käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistopaino. 6-9.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen prosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY. 21-44.

Meskus, M. 2003. Väestön elinvoima ja tahallinen keskenmeno. Raskauden keskeyttämisen politisoituminen 1900-luvun alun Suomessa. Teoksessa Helén, I. & Jauho, M. (toim.) Kansalaisuus ja kansanterveys. Helsinki: Gaudeamus. 211-232.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY 215-221.

Tikka, M. 2006. Raskauden ehkäisy. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita. 600-612.

Rautiainen, H. 2006. Ikääntyminen ja seksuaalisuus. Teoksessa Apter, D., Kaimola, K. & Väisälä, L. (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim. 226-240.

Ritamies, M. 2006. Sinappikylvystä ehkäisypilleriin - Suomalaisen perhesuunnittelun historia. Väestöliiton väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 44/2006. Helsinki: Väestöliitto.

Toivonen, J. 2004. Raskaudenkeskeytys. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Nais- tautiaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim. 171-175.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi - Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammi.

Tuomi, J. 2005. Hoitotyön teoreettiset ja käytännölliset perusteet. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Sähköiset lähteet

Asetus raskauden keskeyttämisestä 1970. Viitattu 17.9.2009.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1970/19700359>

Blaney, C. 2009. Abused woman have special needs. Viitattu 24.3.2010.
http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Network/v18_4/NW184ch4.htm

Ehkäisyopas 2009. Tietoa raskauden ehkäisymenetelmistä. Tulostettu 1.9.2009.
<http://www.ehkaisy.com/files/ehkaisyopas.pdf>

Femidom 2007. Naisten kondomin salaisuudet. Viitattu 9.3.2010. <http://www.femidom.fi/>

Heinonen, M. 2007. Kivun mittaaminen ja hyvä kivunhoito. Viitattu 15.3.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=102&p_artikkeli=reu00169&p_teos=reu&p_selaus=7269

Helstöm, L. 2006. Känslor och reaktioner hos abortsökande och personal. SFOG:n raportissa Inducerad abort. Viitattu 9.9.2009.
<http://www.sfog.se/ARG+intressegrupper/natupplaga/ARG54.pdf>

Hermanson, E. 2008. Seksuaalikasvatus. Viitattu 18.9.2009.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lok00040

Hurskainen, R. 2010. Sähköpostiviesti. 31.3.2010.

Hurskainen, R. 2009. Sähköpostiviesti. 11.9.2009.

Jallinoja, P., Kuronen, R. & Patja, K. 2006. Käypä hoito -suositukset kroonisten tautien ehkäisyssä: elintapamuutosten edistäminen terveydenhuollossa - Valtit hanke. Viitattu 27.11.2009.
<http://update.econnection.fi/yliopistokeskus/nestori/tiedostot/62/6fdc03d9b8bfcdb646a60fddc1d20d0.pdf>

- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. Viitattu 17.9.2009.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>
- Kotovainio, T., Kuusisto, P. & Mäenpää, L. 2010. Kivun lääkehoito. Viitattu 15.3.2010.
<http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>
- Käypä hoito 2010. Etusivu. Viitattu 11.2.2010. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu>
- Käypä hoito -suositus näytönasetekatsaus 2007. Raskaudenkeskeytys vaatii henkistä tukea. Viitattu 24.3.2010.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/nak02612>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 17.9.2009.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki raskauden keskeyttämisestä 24.3.1970/239. Viitattu 16.9.2009.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1970/19700239>
- Leikkausta edeltävän arvioinnin Käypä hoito -suositus 2008. Viitattu 23.3.2010.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50066#s25>
- Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus 2007. Valmisteyhteenveto. Viitattu 17.2.2010.
<http://spc.nam.fi/humspc/r/668945.xml?Template=/html/spctemplate.html>
- Lönnqvist, J. 2005. Mielenterveyden ongelmat. Terveyskirjasto. Viitattu 9.9.2009.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00028
- Paturi, M. 2008. Käypä hoito -suositukset. Viitattu 27.11.2009.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/ravitsemus/suositukset_ja_toimenpiteohjelmat/kaypa_hoito_-suositukset/
- Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositus 2007. Viitattu 6.10.2008.
http://www.kaypahoito.fi/kh/kh_julkaisu.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=hoi27050
- Schering-Plough Corporation 2009. Kehittyvää ehkäisyä. Viitattu 24.3.2010.
<http://www.ehkaisy.com/Fastfacts/RecentDevelopments/index.asp>
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2009. Viitattu 16.9.2009.
http://www.valvira.fi/luvut/raskauden_keskeyttaminen/lupa_raskauden_keskeyttamiseen
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007: 17. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007-2011. Viitattu 21.9.2009.
<http://pre20090115.stm.fi/pr1180335140613/passthru.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen - toimintaohjelma 2007-2010. Raskaudenkeskeytyksen hoito. Viitattu 9.2.2010.
<http://pre20090115.stm.fi/pr1169630707750/passthru.pdf>
- THL 2009. Raskaudenkeskeytykset 2008. Viitattu 1.2.2010.
<http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lisaantyminen/raskaudenkeskeytykset/index.htm>
- Terveyskirjasto 2006. Raskauden keskeytys lääkkeiden avulla. Viitattu 6.10.2008.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=pot00110
- Tiitinen, A. 2009. Raskauden keskeytys. Viitattu 16.3.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00166#s3

Ulander, V-M., Halmesmäki, E. & Ämmälä, P. Rh-immunisaation muuttuva hoito. Viitattu 17.2.2010. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo94681.pdf>

Väestöliitto 2010. Turvallinen raskaudenkeskeytys on jokaisen oikeus. Viitattu 9.2.2010. http://www.vaestoliitto.fi/kansainvalisyys/tietoa_ja_tutkimusta/turvallinen_raskaudenkeskeytys/

Väestöliitto 2009a. Raskaudenkeskeytys. Viitattu 16.9.2009. http://www.vaestoliitto.fi/seksuaaliterveys/seksuaaliterveysklinikan_nettipa/ammattilaiset/tietopankki/raskaus/raskauden_keskeytys/

Väestöliitto 2009b. Mitä seksuaalisuus on? Viitattu 17.9.2009. http://www.vaestoliitto.fi/murkun_kanssa/seksuaalisuus/mita_seksuaalisuus_on/

Väestöliitto 2009c. Seksuaalikasvatus. Viitattu 18.9.2009. http://www.vaestoliitto.fi/murkun_kanssa/seksuaalisuus/seksuaalikasvatus/

Väestöliitto 2006. Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. Viitattu 9.2.2010. <http://vaestoliitto.fi/bin.directo.fi/@Bin/a718209f4586e8767472ab9f4b6246fe/1265699705/application/pdf/231270/VL%20Sekstervpol%20ohjelma.pdf>.

Kuvioluettelo

Kuvio 1: Käypä hoito -suosituksen mukainen raskaudenkeskeytyksen hoitopolku.....	17
Kuvio 2: Lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen suoritusajankohdat	33
Kuvio 3: Potilasohjeissa mainitut raskaudenkeskeytyspaikat	34
Kuvio 4: Potilasohjeissa mainittu informaatio	35
Kuvio 5: Ensimmäisen keskeytyslääkkeen annostelupaikat.....	36
Kuvio 6: Toisen keskeytyslääkkeen annostelumäärät	37
Kuvio 7: Toisen keskeytyslääkkeen annostelutavat	37
Kuvio 8: Ensimmäisen ja toisen keskeytyslääkkeen annosteluväli	38
Kuvio 9: Toisen keskeytyslääkkeen annostelupaikat.....	39
Kuvio 10: Sairausloman pituus	40
Kuvio 11: Kuukautisten alkamisajankohta raskaudenkeskeytyksen jälkeen	41
Kuvio 12: Ehkäisyn aloittaminen raskaudenkeskeytyksen jälkeen	42
Kuvio 13: Jälkitarkastuksen suoritusajankohdat	43
Kuvio 14: Jälkitarkastuksen suoritustavat	44
Kuvio 15: Jälkitarkastuksen suorituspaikat.....	45
Kuvio 16: Mahdollisuus asiantuntija-apuun.....	46
Kuvio 17: Kohdunsuuta pehmentävän lääkkeen annostelumäärät	47
Kuvio 18: Kohdunsuuta pehmentävän lääkkeen annosteluajankohdat	47
Kuvio 19: Kohdunsuuta pehmentävän lääkkeen annostelutavat.....	48
Kuvio 20: Potilasohjeissa mainittuja, anestesian kannalta huomioitavia asioita	49
Kuvio 21: Potilasohjeissa mainittu informaatio	50
Kuvio 22: Potilasohjeissa mainitut komplikaatiot.....	50
Kuvio 23: Potilasohjeissa mainittu informaatio kipulääkkeistä	51
Kuvio 24: Sairausloman pituus	52
Kuvio 25: Jälkivuodon pituus	53
Kuvio 26: Kuukautisten alkamisajankohta raskaudenkeskeytyksen jälkeen	54
Kuvio 27: Potilasohjeissa mainittu ehkäisyn aloitus	55
Kuvio 28: Jälkitarkastuksen suoritustavat	56
Kuvio 29: Jälkitarkastuksen suoritusajankohdat	57
Kuvio 30: Jälkitarkastuksen suorituspaikat.....	58
Kuvio 31: Jälkitarkastuksen suorittajat	59

Liiteluettelo

Liite 1 Kirje sairaaloille	76
Liite 2 Analyysirunko	77
Liite 3 Tutkimuslupa.....	82
Liite 4 Potilasohje, lääkkeellinen raskaudenkeskeytys $\leq 9+0$ rvk	83
Liite 5 Potilasohje, lääkkeellinen raskaudenkeskeytys 9-12 rvk.....	85
Liite 6 Potilasohje, lääkkeellinen raskaudenkeskeytys kotona	87
Liite 7 Potilasohje, kirurginen raskaudenkeskeytys.....	89

14.5.2008

Hyvä Ylilääkäri,

olemme aloittamassa selvitystä raskaudenkeskeytysten (<12 rvk) käytännön toteutuksesta Suomen eri keskeytysairaaloissa. Tässä FinAAP-tutkimuksessa haluamme kartoittaa eri sairaaloiden hoitokäytäntöjä ja 9/07 ilmestyneen Käypähoitosuosituksen vaikutusta niihin. Selvityksen tarkoituksena on kehittää ja yhtenäistää raskauden-keskeytysten hoitoa sekä seuranta maassamme.

Pyytäisimme Sinua nimeämään sairaalastanne asiasta kiinnostuneen sairaalalääkärin ja/tai sairaanhoitajan yhteyshenkilöksemme auttamaan tietojen keräämisessä.

Itse tutkimus tehdään kahdessa eri vaiheessa:

- Nyt pyydämme teitä lähettämään meille sairaalanne raskaudenkeskeytyksiä (lääkkeelliset ja kirurgiset, alle 12 rvk) koskevat kirjalliset hoito-ohjeet (sekä henkilökunnalle että potilaille tarkoitetut) mahdollisimman pian, kuitenkin 23.6. mennessä
- Syksymmällä lähestymme teitä uudestaan yksityiskohtaisemmalla kysely-lomakkeella, jonka valmisteluun käytämme sairaaloilta saamiamme hoito-ohjeita

Eri keskeytysairaaloitten nimet pidetään tuloksia raportoidessa salassa ja tulokset raportoidaan muodossa ”yliopistosairaala / keskussairaala / muu sairaala”. Selvityksen tulokset on tarkoitus julkistaa tulevaisuudessa SGY:n kokouksessa ja tavoitteena on myös kirjoittaa tuloksista tieteellinen artikkeli alan lehteen.

Hoito-ohjeet yhteystietojenne kera voi lähettää sähköisesti tai postitse:

Sari Tuomi
sari.tuomi@hus.fi
Naistentautien poliklinikka
Sairaalank.1, 05850 Hyvinkää
Hyvinkään Sairaala

Kiitos mielenkiinnostanne ja vaivannäöstänne! Vastaamme myös mielellämme mahdollisiin kysymyksiinne.

Parhain terveisin,

Ritva Hurskainen
Osastonylilääkäri
Hyvinkään sairaala
019 xxxxxxxx
ritva.hurskainen@hus.fi

Oskari Heikinheimo
Kliininen opettaja
Naistenklinikka
050 xxxxxxxx
oskari.heikinheimo@hus.fi

Laura Trujillo Acuna
Sairaalalääkäri
Hyvinkään sairaala
019 xxxxxxxx
laura.trujilloacuna@hus.fi

Sari Tuomi
Kätilö
Hyvinkään sairaala
019 xxxxxxxx
sari.tuomi@hus.fi

KÄYPÄ HOITO -SUOSITUKSEN mukaiset potilasohjeet lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen hoitamisesta (*kursivoidut vaihtoehdot eivät ole Käypä hoito -suosituksen mukaisia*)

1. Onko ohjeissa mainittu, missä keskeytys voidaan suorittaa:

sairaalassa
kotona
kotona tai poliklinikalla/sairaalassa
Rh-negatiiviset poliklinikalla
kaikki yli 9 rvk tehdään sairaalassa
alle 9rvk kotona
kokonaan kotona tai eka tabletti poliklinikalla
ei mainittu

2. Milloin lääkkeellinen keskeytys voidaan tehdä:

raskausviikot enintään 7+0
raskausviikot enintään 9+0
raskausviikot enintään 12+0
raskausviikot enintään 8
raskausviikot yli 9
raskausviikot 9-12
raskausviikot enintään 9-10
raskausviikot enintään 10
ei mainittu

3. Ohjeissa on kirjallista informaatiota:

menetelmästä
vasta-aiheista
onnistumisesta, mahdollisesta kaavinnasta
sikiöpoikkeavuudesta
sikiövaurioista
yhteydenottomahdollisuudet

4. Lääkkeistä aiheutuvat komplikaatiot/sivuvaikutukset:

kipu
ripuli
pahoinvointi, oksentelu
huimaus/pyörrytys
vuoto-ongelma
infektio
pänsärky
mahdolliset muut vaihtoehdot

Ensimmäisellä käynnillä sairaalassa tehdään kliininen tutkimus sekä ultraäänitutkimus
mahdolliset muut vaihtoehdot

5. Mifegyne

Mifepristoni-lääke mainitaan (Mifegyne)
Mifepristoni-lääkettä ei mainita nimeltä (Mifegyne)

6. Missä mifepristoni-lääke annetaan:

poliklinikalla
osastolla
sairaalassa, ei tietoa missä siellä
ei mainittu
mahdolliset muut vaihtoehdot

Mainitaan, miksi lääke annetaan

Ei mainittu, miksi lääke annetaan

Jos potilas oksentaa 2 tunnin sisällä ensimmäisen lääkkeen otosta-> yhteys sairaalaan

7. Cytotec

Misoprostol-lääke mainitaan (Cytotec)

Misoprostol-lääkettä ei mainita nimeltä (Cytotec)

8. Miten paljon misoprostol-lääkettä annetaan (1tbl=0,2mg):

2tbl

3tbl

4tbl

ei mainittu

mahdolliset muut vaihtoehdot

9. Miten misoprostol-lääke annetaan:

vaginaan

vaginaan tai suun kautta

suun kautta

kielen alle

suun kautta, jos vuoto jo alkanut

ei mainittu

mahdolliset muut vaihtoehdot

10. Lääkkeen maininta

Ohjeissa on mainittu, miksi lääke annetaan

Ei ole mainittu, miksi lääke annetaan

Ohjeissa on mainittu, milloin annetaan:

36-48h, tai 1-3vrk

ei ole mainittu, milloin annetaan

mahdolliset muut vaihtoehdot

Misoprostol toistetaan jos vuoto ei ole alkanut 4-6 tunnin kuluessa lääkkeen ottamisesta

Misoprostolin toistoa ei mainittu

Lääkkeen ottamisen jälkeen:

makuulla vähintään 1 tunti

liikkeelle heti

11. Seuranta-aika

Seuranta-aika (noin 4 tuntia) osastolla/poliklinikalla mainitaan

Seuranta-aika kunnes vuoto alkaa

Seuranta-aikaa ei mainittu potilasohjeissa

Seuranta-aikaa ei mainittu, koska tehdään kotona

12. Onko ohjeissa mainittu, missä lääke annostellaan

poliklinikalla

osastolla

kotona

ei mainittu

mahdolliset muut vaihtoehdot

13. Ohjeissa on tietoa kipulääkkeistä

potilaille annetaan resepti

potilas saa mukaan lääkkeitä

14. Kipulääkkeenä käytetään:

parasetamoli

tulehduskipulääke

opioideit
mahdolliset muut vaihtoehdot

15. Sairausloman pituus on

1-3 vrk

ei mainittu

mahdolliset muut vaihtoehdot

16. Anti-D-immunoglobuliini

Ohjeissa on maininta Anti-D-immunoglobuliinin annosta Rh-negatiivisille

Ohjeissa ei ole mainintaa Anti-D-immunoglobuliinin annosta Rh-negatiivisille

17. Jälkivuodon pituus

10-14 vrk, jopa 4 vk

ei mainittu

mahdolliset muut vaihtoehdot

Tamponin käyttö on kielletty jälkivuodon aikana

18. Kuukautiset alkavat keskeytyksen jälkeen

4-7 viikon kuluttua

ei mainittu

mahdolliset muut vaihtoehdot

19. Ehkäisyvaihtoehdot

Ohjeissa on kerrottu ehkäisyvaihtoehdoista

Ohjeissa ei ole kerrottu ehkäisyvaihtoehdoista

hormonaalinen ehkäisy voidaan aloittaa heti

hormonaalinen ehkäisy voidaan aloittaa heti tai seuraavien kuukautisten alkaessa

hormonaalisen ehkäisyn aloitusta ei ole mainittu

mahdolliset muut vaihtoehdot

20. Milloin jälkitarkastus tehdään?

Jälkitarkastus alkuraskauden keskeytyksen jälkeen on pyrittävä tekemään ennen 12. raskausviikkoa.

2-3 viikon kuluttua keskeytyksestä

ei mainittu

mahdolliset muut vaihtoehdot

21. Miten jälkitarkastus tehdään?

raskaushormonin määrittäminen verestä

ei mainittu

mahdolliset muut vaihtoehdot

22. Missä jälkitarkastus tehdään?

avoterveydenhuolto

ei mainittu

mahdolliset muut vaihtoehdot

23. Asiantuntija-apu

Ohjeissa on maininta asiantuntija-avusta

Ohjeissa ei ole mainintaa asiantuntija-avusta

KÄYPÄ HOITO -SUOSITUKSEN mukaiset potilasohjeet kirurgisen raskaudenkeskeytyksen hoitamisesta (*kursivoidut vaihtoehdot eivät ole Käypä hoito -suosituksen mukaisia*)

1. Onko ohjeissa mainittu, milloin lääkkeellinen keskeytys voidaan tehdä?

Jos vastaus on kyllä.

raskausviikot enintään 12+0

2. Ohjeissa on kirjallista informaatiota

menetelmästä (pehmenitys [] , nukutus [] ja toimenpide [])

onnistumisesta, mahdollisesta uudesta kaavinnasta

että keskeytys voidaan tehdä sikiöpoikkeavuuden vuoksi

sikiövaurioista

antibioottiprofylaksiasta

toistuviin keskeytyksiin liittyvät pitkäaikaisvaikutukset

yhteydenottomahdollisuuksista (kysymykset, ongelmatilanteet)

komplikaatioista

Jos vastaus on kyllä.

Välittömät komplikaatiot:

Perforaatio/puhkeaminen

Runsas vuoto

Kohdunkaulan vaurioituminen

Myöhäisemmät komplikaatiot:

Runsas, pitkittynyt vuoto, residua

Infektio

Kipu

3. Lääkkeen maininta:

Ohjeissa on mainittu misoprostol-nimeltä.

Ohjeissa ei ole mainittu misoprostolia nimeltä.

Ohjeissa on mainittu, miten paljon lääkettä annetaan.

Ohjeissa ei ole mainittu miten paljon lääkettä annetaan.

Ohjeissa on mainittu, miten lääke annetaan?

vaginaan

suun kautta

Ohjeissa ei ole mainittu miten lääke annetaan.

Ohjeissa on mainittu, miksi lääke annetaan

Ohjeissa ei ole mainittu miksi lääke annetaan.

Ohjeissa on mainittu, milloin lääke annetaan.

sairaalassa 3-4 tuntia ennen toimenpidettä

kotona edellisenä iltana

Ohjeissa ei ole mainittu milloin lääke annetaan.

Ohjeissa on mainittu misoprostol -lääkkeen sivuvaikutuksista

Ohjeissa ei ole mainittu misoprostol -lääkkeen sivuvaikutuksista.

Ravinnotta

Hakija

Seuralainen yön yli

4. Onko ohjeissa tietoa kipulääkkeistä?

Jos vastaus on kyllä.

Annetaanko potilaalle resepti kipulääkkeistä?

Kipulääkkeenä käytetään

5.Sairausloman pituus on

1-3 vrk

ei mainittu

mahdolliset muut vaihtoehdot

6.Anti-D-immunoglobuliini

Ohjeissa on maininta Anti-D-immunoglobuliinin annosta Rh-negatiivisille

Ohjeissa ei ole mainintaa Anti-D-immunoglobuliinin annosta Rh-negatiivisille

Ohjeissa on maininta, että Anti-D-immunoglobuliinin joutuu uusimaan 3:n vkon kuluttua, jos joudutaan tekemään uusi kaavinta

Ohjeissa ei ole mainintaa, että Anti-D-immunoglobuliinin joutuu uusimaan 3:n vkon kuluttua, jos joudutaan tekemään uusi kaavinta?

7.Jälkivuodon pituus

10-14 vrk, jopa 4 vk

ei mainittu

mahdolliset muut vaihtoehdot

Tamponin käyttö on kielletty jälkivuodon aikana

8. Kuukautiset alkavat keskeytyksen jälkeen

4-7 viikon kuluttua

ei mainittu

mahdolliset muut vaihtoehdot

9.Ehkäisyvaihtoehdot

Ohjeissa on kerrottu ehkäisyvaihtoehdoista

Ohjeissa ei ole kerrottu ehkäisyvaihtoehdoista

hormonaalinen ehkäisy voidaan aloittaa heti

hormonaalinen ehkäisy voidaan aloittaa heti tai seuraavien kuukautisten alkaessa

hormonaalisen ehkäisyn aloitusta ei ole mainittu

mahdolliset muut vaihtoehdot

10. Milloin jälkitarkastus tehdään?

Jälkitarkastus alkuraskauden keskeytyksen jälkeen on pyrittävä tekemään ennen 12. raskausviikkoa.

2-3 viikon kuluttua keskeytyksestä

ei mainittu

mahdolliset muut vaihtoehdot

11. Miten jälkitarkastus tehdään?

raskaushormonin määrittäminen verestä

ei mainittu

mahdolliset muut vaihtoehdot

12. Missä jälkitarkastus tehdään?

avoterveydenhuolto

ei mainittu

mahdolliset muut vaihtoehdot

13. Kuka jälkitarkastuksen tekee?

terveydenhoitaja

lääkäri

14. Asiantuntija-apu

Ohjeissa on maininta asiantuntija-avusta

Ohjeissa ei ole mainintaa asiantuntija-avusta.



LAUREA - AMMATTIKORKEAKOULU

SOPIMUS HANKKEISTETUSTA OPINNÄYTETYÖSTÄ

Opinnäytetyön toimeksiantaja Hys lasten- ja nuortentutkimuksen tutkimus-
 Toimeksiantajan yhteystiedot Ritva Hurskainen
 Työelämän ohjaaja Echto Sari Tuomi
 Työelämän ohjaajan yhteystiedot

Opinnäytetyön tekijä Järvinen, Strandman, Westerlund
 Opinnäytetyön tekijän yhteystiedot

Opinnäytetyön ohjaaja Tarkiainen Raija
 Opinnäytetyön ohjaajan yhteystiedot

Opinnäytetyön nimi Raskauden keskeytyshoito potilasohjauksen
 Opinnäytetyön valmistumisajankohta toukokuu 2010
 näkökulmasta

Kuvaus toimeksiannettavasta opinnäytetyöstä Opinnäytetyö analysoi Suomen keskeytyslääkäreiden
toiminnan pohdasyytettä lääketieteell. ja kunn. raskauden keskeytykset, alueell.
laatuolosuhteita ja kriittisesti ja miten hoit-objekt. neidollavat
4.9.2007 linnetin kappaleittain

Miten tuloksia tullaan hyödyntämään?
Palosten avulla jottaan parantamaan hoit-objekt. ja
hoitohetkiä ja sen avulla pohdasyyt. ratkaisusta.
Onnostaan drulla roadaan myös miehen kappaleittain
olevien syyiden ratkaisusta.

Vastike

- toimeksiantaja maksaa opiskelijalle työn tekemisestä
- toimeksiantaja maksaa ammattikorkeakoululle työn tekemisestä
- toimeksiantaja ei maksa työn tekemisestä

Hypinään 7.11. 2008.
 Paikka ja aika

Ritva Hurskainen
 Dosentti, osaston ylläpitäjä
 Naistent. ja synn. erikoisääk.
 P.O. Box 212348

Toimeksiantajan allekirjoitus

Jenni Strandman
 Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus
Sanna Järvinen
hinda Westerlund

Polikliininen raskaudenkeskeytys $\leq 9+0$ rvk

Olette päätyneet lääkkeelliseen raskaudenkeskeytykseen. Raskaudenkeskeytys toteutetaan ottamalla kahta eri lääkettä, Mifegyneä® ja Cytotecia®. Nämä lääkkeet yhdessä aikaansaavat raskauden keskeytymisen ja kohtuontelon tyhjenemisen. Ensimmäisen keskeytyslääkkeen (Mifegyne®) jälkeen raskaudenkeskeytystä ei voi enää perua, sillä lääke saattaa aiheuttaa sikiövaurioita. Lääkkeellisistä raskaudenkeskeytyksistä onnistuu täydellisesti 95%. Mikäli kohtu ei tyhjene tai vuoto on erityisen runsasta, kohtuontelon tyhjentymiseksi tarvitaan kaavinta.

Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys ei sovi naiselle, joka on yli 35-vuotias ja tupakoi tai jolla on vaikea verenpainetauti, vaikea astma, jatkuva kortisonihoito, lisämunuaisen vajaatoiminta, verenhennushoito, verenvuototaipumus, sepelvaltimotauti, epäily kohdun ulkoisesta raskaudesta tai kierukkaraskaus, allergia käytettäville lääkeaineille tai kommunikaatiovaikeuksia.

Tällä käynnillä varmistetaan luotettava ehkäisy ja sen aloitus. Saatte myös ensimmäisen keskeytyslääkkeen (Mifegyne® 200mg). Lääke pehmentää kohdunkaulaa ja herkistää kohtua toisen keskeytyslääkkeen vaikutuksille. Jos oksennatte 2 tunnin sisällä lääkkeen ottamisesta, ottakaa yhteys teitä hoitavaan yksikköön uuden lääkkeen saamiseksi. Noin puolella potilaista vuoto alkaa Mifegynen® ottamisen jälkeen ja myös kipua saattaa esiintyä. Halutessanne saatte reseptin kipulääkettä varten.

Seuraavan kerran saavutte naistentautien poliklinikalle ____/____/____. Saatte 2 tablettia toista keskeytyslääkettä (Cytotec®) annosteltuna emättimeen. Jos vuoto on alkanut runsaana jo ensimmäisen keskeytyslääkkeen jälkeen, Cytotec® annostellaan suun tai peräsuolen kautta. Vointianne ja lääkkeen vaikutusta seurataan sairaalassa noin 4 tuntia. Jos vuoto ei tänä aikana ole alkanut, Cytotec® lääkeannos toistetaan.

Kaikki Rh-negatiiviset naiset saavat anti-D-immunoglobuliini -pistoksen, jonka tarkoitus on suojata mahdolliselta sikiön Rh-tekijän aiheuttamalta vasta-ainemuodostukselta.

Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys saattaa aiheuttaa kipua, pahoinvointia, ripulia ja huimausta. Saatte kipulääkettä aina tarvittaessa. Kipulääkkeinä käytetään parasetamolia, tulehduskipulääkkeitä ja keskivahvoja tai vahvoja kipulääkkeitä. Mahdollisesti saamienne voimakkaiden kipulääkkeiden vuoksi ette saa ajaa autoa.

Raskauden keskeyttäminen on aina iso päätös ja se voi herättää monenlaisia tunteita ja kysymyksiä. Teillä on oikeus keskustella ammattihenkilön kanssa. Henkilökunta ohjaa teidät halutessanne oman alueenne asiantuntijoiden vastaanotolle.

Sairaslomaa saatte 1-3 vuorokautta toisesta keskeytyspäivästä alkaen.

Jälkivuodon pituus on noin 1-2 viikkoa, joskus jopa 4 viikkoa. Vuoto voi olla kuukautisvuotoa runsaampaa ja sisältää hyytymiä.

Seuraavat kuukautiset alkavat 4-7 viikon kuluttua raskauden keskeyttämisestä.

Luotettava ehkäisy heti keskeytyksen jälkeen on tärkeää, sillä uusi ei-toivottu raskaus voi alkaa pian keskeytyksen jälkeen. Yhdistelmäehkäisyvalmisteet eli ehkäisytabletit, -laastari tai -rengas sekä progestiiniehkäisy eli minipillerit ja ihonalaiset implantit voidaan aloittaa heti keskeytyksen yhteydessä. Kierukkaehkäisin voidaan asettaa seuraavien kuukautisten yhteydessä. Jos päädytte kierukkaehkäisyyn, tulee teidän käyttää muuta ehkäisyä kierukan asettamiseen saakka.

Tulehdusriskin vuoksi uimista, saunomista, kylpemistä, tamponin käyttöä ja yhdyntää ei suositella verisen jälkivuodon aikana. Tulehduksen oireita ovat lisääntynyt alavatsakipu, pahanhajuinen tai pitkittynyt vuoto ja kuumeilu. Mikäli teille ilmaantuu edellä mainittuja oireita, ottakaa yhteyttä hoitavaan yksikköön.

Jälkitarkastus suoritetaan 2-4 viikkoa keskeytyksestä. Jälkitarkastus on tärkeä sillä siinä varmistetaan raskauden keskeytyminen. Kun keskeytys on sujunut ongelmitta, jälkitarkastus tehdään avoterveydenhuollossa ja sen voi tehdä terveydenhoitaja. Tällöin jälkitarkastus on verikoe.

Jos teille tulee kysyttävää liittyen raskaudenkeskeytykseen, ottakaa yhteyttä hoitavan yksikön puhelinnumeroon

virka-aikana _____

iltaisain, öisin ja viikonloppuisin _____

Raskaudenkeskeytys 9-12 rvk

Olette päätyneet lääkkeelliseen raskaudenkeskeytykseen. Raskaudenkeskeytys toteutetaan ottamalla kahta eri lääkettä, Mifegyneä® ja Cytotecia®. Nämä lääkkeet yhdessä aikaansaavat raskauden keskeytymisen ja kohtuontelon tyhjenemisen. Ensimmäisen keskeytyslääkkeen (Mifegyne®) jälkeen raskaudenkeskeytystä ei voi enää perua, sillä lääke saattaa aiheuttaa sikiövaurioita. Lääkkeellisistä raskaudenkeskeytyksistä onnistuu täydellisesti 95%. Mikäli kohtu ei tyhjene tai vuoto on erityisen runsasta, kohtuontelon tyhjentymiseksi tarvitaan kaavinta.

Raskausviikoilla 9-12 suoritettavissa raskaudenkeskeytyksissä kohtuontelo tyhjenee hitaammin kuin aikaisemmillä viikoilla tehdyissä keskeytyksissä ja hoitoaika on näinollen pidempi.

Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys ei sovi naiselle, joka on yli 35-vuotias ja tupakoi tai jolla on vaikea verenpainetauti, vaikea astma, jatkuva kortisonihoito, lisämunuaisen vajaatoiminta, verenhennushoito, verenvuototaipumus, sepelvaltimotauti, epäily kohdun ulkoisesta raskaudesta tai kierukkaraskaus, allergia käytettäville lääkeaineille tai kommunikaatiovaikeuksia.

Tällä käynnillä varmistetaan luotettava ehkäisy ja sen aloitus. Saatte ensimmäisen keskeytyslääkkeen (Mifegyne® 200mg). Lääke pehmentää kohdunkaulaa ja herkistää kohtua toisen keskeytyslääkkeen vaikutuksille. Jos oksennatte 2 tunnin sisällä lääkkeen ottamisesta, ottakaa yhteys teitä hoitavaan yksikköön uuden lääkkeen saamiseksi. Noin puolella potilaista vuoto alkaa Mifegynen® ottamisen jälkeen ja myös kipua saattaa esiintyä. Halutessanne saatte reseptin kipulääkettä varten.

Seuraavan kerran saavutte naistentautien poliklinikalle ____/____/____. Saatte 2 tablettia toista keskeytyslääkettä (Cytotec®) annosteltuna emättimeen. Jos vuoto on alkanut runsaana jo ensimmäisen keskeytyslääkkeen jälkeen, Cytotec® annostellaan suun tai peräsuolen kautta. Cytotec® lääkeannos toistetaan tarvittaessa. Vointianne ja lääkkeen vaikutusta seurataan sairaalassa noin 4 tuntia. Jos vuoto ei tänä aikana ole alkanut, Cytotec® lääkeannos toistetaan.

Kaikki Rh-negatiiviset naiset saavat anti-D-immunoglobuliini -pistoksen, jonka tarkoitus on suojata mahdolliselta sikiön Rh-tekijän aiheuttamalta vasta-ainemuodostukselta.

Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys saattaa aiheuttaa kipua, pahoinvointia, ripulia ja huimausta. Saatte kipulääkettä aina tarvittaessa. Kipulääkkeinä käytetään parasetamolia, tulehduski-

puläläkkeitä ja keskivahvoja tai vahvoja kipuläläkkeitä. Mahdollisesti saamienne voimakkaiden kipuläläkkeiden vuoksi ette saa ajaa autoa.

Raskauden keskeyttäminen on aina iso päätös ja se voi herättää monenlaisia tunteita ja kysymyksiä. Teillä on oikeus keskustella ammattihenkilön kanssa. Henkilökunta ohjaa teidät haluessanne oman alueenne asiantuntijoiden vastaanotolle.

Sairaslomaa saatte 1-3 vuorokautta toisesta keskeytyspäivästä alkaen.

Jälkivuodon kesto on noin 1-2 viikkoa, joskus jopa 4 viikkoa. Vuoto voi olla kuukautisvuotoa runsaampaa ja sisältää hyytymiä.

Seuraavat kuukautiset alkavat 4-7 viikon kuluttua raskauden keskeyttämisestä.

Luotettava ehkäisy heti keskeytyksen jälkeen on tärkeää, sillä uusi ei-toivottu raskaus voi alkaa pian keskeytyksen jälkeen. Yhdistelmäehkäisyvalmisteet eli ehkäisypillerit, -laastari tai -rengas sekä progestiiniehkäisy eli minipillerit ja ihonalaiset implantit voidaan aloittaa heti keskeytyksen yhteydessä. Kierukkaehkäisin voidaan asettaa seuraavien kuukautisten yhteydessä. Jos päädytte kierukkaehkäisyyn, tulee teidän käyttää muuta ehkäisyä kierukan asettamiseen saakka.

Tulehdusriskin vuoksi uimista, saunomista, kylpemistä, tamponin käyttöä ja yhdyntää ei suositella verisen jälkivuodon aikana. Tulehduksen oireita ovat lisääntynyt alavatsakipu, pahanhajuinen tai pitkittynyt vuoto ja kuumeilu. Mikäli teille ilmaantuu edellä mainittuja oireita, ottakaa yhteyttä hoitavaan yksikköön.

Jälkitarkastus suoritetaan 2-4 viikon kuluttua. Jälkitarkastus on tärkeä sillä siinä varmistetaan raskauden keskeytyminen. Kun keskeytys on sujunut ongelmitta, jälkitarkastus tehdään avoterveydenhuollossa ja sen voi tehdä terveydenhoitaja. Tällöin raskauden keskeytyminen varmistetaan verikokeella.

Jos teille tulee kysyttävää liittyen raskaudenkeskeytykseen, ottakaa yhteyttä hoitavan yksikön puhelinnumeroon

virka-aikana _____

iltaisina, öisin ja viikonloppuisin _____

Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys kotona ≤ 9 rvk

Olette päätyneet lääkkeelliseen raskaudenkeskeytykseen. Raskaudenkeskeytys toteutetaan ottamalla kahta eri lääkettä, Mifegyneä® ja Cytotecia®. Nämä lääkkeet yhdessä aikaansaavat raskauden keskeytymisen ja kohtuontelon tyhjenemisen. Ensimmäisen keskeytyslääkkeen (Mifegyne®) jälkeen raskaudenkeskeytystä ei voi enää perua, sillä lääke saattaa aiheuttaa sikiövaurioita. Lääkkeellisistä raskaudenkeskeytyksistä onnistuu täydellisesti 95%. Mikäli kohtu ei tyhjene tai vuoto on erityisen runsasta, kohtuontelon tyhjentymiseksi tarvitaan kaavinta.

Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys ei sovi naiselle, joka on yli 35-vuotias ja tupakoi tai jolla on vaikea verenpainetauti, vaikea astma, jatkuva kortisonihoito, lisämunuaisen vajaatoiminta, verenhennushoito, verenvuototaipumus, sepelvaltimotauti, epäily kohdun ulkoisesta raskaudesta tai kierukkaraskaus, allergia käytettäville lääkeaineille tai kommunikaatiovaikeuksia.

Tällä käynnillä varmistetaan luotettava ehkäisy ja sen aloitus. Saatte ensimmäisen keskeytyslääkkeen (Mifegyne® 200mg). Lääke pehmentää kohdunkaulaa ja herkistää kohtua toisen keskeytyslääkkeen vaikutuksille. Jos oksennatte 2 tunnin sisällä lääkkeen ottamisesta, ottakaa yhteys teitä hoitavaan yksikköön uuden lääkkeen saamiseksi. Noin puolella potilaista vuoto alkaa Mifegynen® ottamisen jälkeen ja myös kipua saattaa esiintyä. Halutessanne saatte reseptin kipulääkettä varten.

HUOM! Teillä tulee olla aikuinen henkilö seuranne keskeytysvuorokauden ajan.

Poliklinikalta saatte mukaanne 4 Cytotec® -tablettia. Asettakaa 2 -Cytotec®-tablettia emättimeen ____/____/____. Jos vuoto on alkanut runsaana jo ensimmäisen keskeytyslääkkeen jälkeen, ottakaa Cytotec® annos suun kautta. Mikäli vuoto ei ole 4 tunnin aikana alkanut, ottakaa toiset 2tbl Cytotecia®. Mikäli vuoto ei edelleenkään ala parin tunnin kuluessa, ottakaa yhteyttä alla mainittuun numeroon.

Raskaudenkeskeytys saattaa aiheuttaa kipua, pahoinvointia, ripulia ja huimausta. Ottakaa kipulääkettä aina tarvittaessa lääkärin ohjeen mukaan.

Raskauden keskeyttäminen on aina iso päätös ja se voi herättää monenlaisia tunteita ja kysymyksiä. Teillä on oikeus keskustella ammattihenkilön kanssa. Henkilökunta ohjaa teidät halutessanne oman alueenne asiantuntijoiden vastaanotolle.

Sairaslomaa saatte 1-3 vuorokautta toisesta keskeytyspäivästä alkaen.

Jälkivuodon kesto on noin 1-2 viikkoa, joskus jopa 4 viikkoa. Vuoto voi olla kuukautisvuotoa runsaampaa ja sisältää hyytymiä.

Seuraavat kuukautiset alkavat 4-7 viikon kuluttua raskauden keskeyttämisestä.

Luotettava ehkäisy heti keskeytyksen jälkeen on tärkeää, sillä uusi ei-toivottu raskaus voi alkaa pian keskeytyksen jälkeen. Yhdistelmäehkäisyvalmisteet eli ehkäisytabletit, -laastari tai -rengas sekä progestiini-ehkäisy eli minipillerit ja ihonalaiset implantit voidaan aloittaa heti keskeytyksen yhteydessä. Kierukkaehkäisin voidaan asettaa seuraavien kuukautisten yhteydessä. Jos päädytte kierukkaehkäisyyn, tulee teidän käyttää muuta ehkäisyä kierukan asettamiseen saakka.

Tulehdusriskin vuoksi uimista, saunomista, kylpemistä, tamponin käyttöä ja yhdyntää ei suositella verisen jälkivuodon aikana. Tulehduksen oireita ovat lisääntynyt alavatsakipu, pahanhajuinen tai pitkittynyt vuoto ja kuumeilu. Mikäli teille ilmaantuu edellä mainittuja oireita, ottakaa yhteyttä hoitavaan yksikköön.

Jälkitarkastus suoritetaan 2-4 viikon kuluttua keskeytyksestä. Jälkitarkastus on tärkeä sillä siinä varmistetaan raskauden keskeytyminen. Kun keskeytys on sujunut ongelmitta, jälkitarkastus tehdään avoterveydenhuollossa ja sen voi tehdä terveydenhoitaja. Tällöin raskauden keskeytyminen varmistetaan verikokeella.

Jos teille tulee kysyttävää liittyen raskaudenkeskeytykseen, ottakaa yhteyttä hoitavan yksikön puhelinnumeroon

virka-aikana _____

iltaisin, öisin ja viikonloppuisin _____

Kirurginen raskaudenkeskeytys

Olette päätyneet kirurgiseen raskaudenkeskeytykseen. Kirurginen raskaudenkeskeytys voidaan suorittaa, kun raskauden kesto on enintään 12+0 raskausviikkoa. Toimenpide tehdään nukutuksessa. Kohdunkaula laajennetaan, jonka jälkeen kohtuontelo tyhjenetään. Kirurgista raskaudenkeskeytystä helpotetaan kohdunsuuta pehmentävällä lääkkeellä nimeltään Cytotec®. Saatte sairaalasta mukaanne tämän lääkkeen. Annostelkaa lääke emättimeen toimenpidettä edeltävänä iltana. Cytotecin® ottamisen jälkeen raskaudenkeskeytystä ei voi enää perua, sillä lääke saattaa aiheuttaa sikiövaurioita.

Teidän tulee olla syömättä toimenpidettä edeltävästä illasta. Juomatta tulee olla vähintään 4 tuntia ennen toimenpidettä. Ravinnotta oleminen ennen leikkausta on tärkeää, sillä nukutettaessa mahan sisältöä saattaa joutua henkitorveen ja aiheuttaa siellä pahan tulehduksen.

Kirurgisista raskaudenkeskeytyksistä 97 % onnistuu. Toimenpiteen aikana tai sen jälkeen saattaa esiintyä komplikaatioita, jotka jaetaan välittömiin sekä myöhempisiin. Välittömiä ovat runsas verinen vuoto, kohdunseinämän puhkeaminen ja kohdunkaulan vaurio. Myöhempiä komplikaatioita ovat kohdun epätäydellinen tyhjeneminen ja infektio. Mikäli kohtu ei tyhjene kunnolla, oireina saattaa esiintyä pitkittynyttä veristä vuotoa, alavatsakipuja ja kuumetta. Tällöin toimenpide uusitaan.

Kirurgisen raskaudenkeskeytyksen jälkeen saattaa esiintyä kipua. Saatte kipulääkettä sairaalassa aina tarvittaessa. Kipulääkkeinä käytetään parasetamolia, tulehduskipulääkkeitä ja keskivahvoja tai vahvoja kipulääkkeitä. Reseptivapaata kipulääkettä kannattaa varata etukäteen kotiin.

Kaikki Rh-negatiiviset naiset saavat anti-D-immunoglobuliini -pistoksen, jonka tarkoitus on suojata mahdolliselta sikiön Rh-tekijän aiheuttamalta vasta-ainemuodostukselta.

Toimenpiteen jälkeen vointianne seurataan jonkin aikaa sairaalassa. Koska toimenpiteessä käytetään nukuttavia aineita, ette saa itse ajaa autoa toimenpidepäivänä vaan teillä tulisi olla hakija. Lisäksi teillä tulee olla aikuinen henkilö seuranne toimenpiteen jälkeisen yön yli.

Raskauden keskeyttäminen on aina iso päätös ja se voi herättää monenlaisia tunteita ja kysymyksiä. Teillä on oikeus keskustella ammattihenkilön kanssa. Henkilökunta ohjaa teidät halutessanne oman alueenne asiantuntijoiden vastaanotolle.

Sairaslomaa saatte 1-3 vuorokautta toimenpidepäivästä alkaen.

Jälkivuoto on niukkaa; vuoto kestää yleensä 1-10 vuorokautta.

Seuraavat kuukautiset alkavat 4-7 viikon kuluttua raskauden keskeyttämisestä.

Luotettava ehkäisy heti keskeytyksen jälkeen on tärkeää, sillä uusi ei-toivottu raskaus voi alkaa pian keskeytyksen jälkeen. Yhdistelmäehkäisyvalmisteet eli ehkäisytabletit, -laastari tai -rengas sekä progestiiniehkäisy eli minipillerit ja ihonalaiset implantit voidaan aloittaa heti keskeytyksen yhteydessä. Kierukkaehkäisin voidaan asettaa kirurgisen raskaudenkeskeytyksen yhteydessä.

Tulehdusriskin vuoksi uimista, saunomista, kylpemistä, tamponin käyttöä ja yhdyntää ei suositella verisen jälkivuodon aikana. Tulehduksen oireita ovat lisääntynyt alavatsakipu, pahanhajuinen tai pitkittynyt vuoto ja kuumeilu. Mikäli teille ilmaantuu edellä mainittuja oireita, ottakaa yhteyttä hoitavaan yksikköön.

Jälkitarkastus suoritetaan 2-4 viikon kuluttua keskeytyksestä. Jälkitarkastus on tärkeä, sillä siinä varmistetaan raskauden keskeytyminen. Kun keskeytys on sujunut ongelmitta, jälkitarkastus tehdään avoterveydenhuollossa ja sen voi tehdä terveydenhoitaja. Tällöin raskauden keskeytyminen varmistetaan verikokeella.

Jos teille tulee kysyttävää liittyen raskaudenkeskeytykseen, ottakaa yhteyttä hoitavan yksikön puhelinnumeroon

virka-aikana _____

iltaisina, öisin ja viikonloppuisin _____