

Neonataaliosastojen Vauvamyönteisyysohjelman (Neo-BFHI) suositusten toteutuminen vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoilla Suomessa

HANNAKAISA NIELA-VILÉN

TtT, erikoistutkija
Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos

AINO EZEONODO

sh YAMK, lehtori
Metropolia ammattikorkeakoulu

RAGNHILD MAASTRUP

PhD, IBCLC, clinical nurse researcher
Copenhagen University Hospital Rigshospitalet
Department of Neonatology

LAURA N. HAIIEK

MD, MSc, physician
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction générale de la santé publique
McGill University,
Department of Family Medicine
St. Mary's Hospital, St. Mary's Research Centre

LEENA HANNULA

TtT, lehtori
Metropolia ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata neonataaliosastojen Vauvamyönteisyysohjelman (Neo-BFHI) toteutumista vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoilla osastonhoitajien ja/tai imetysasiantuntijoiden näkökulmasta. Aineisto kerättiin poikkileikkaustutkimuksena vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoilta vuonna 2017. Jokaiseen osallistuvaan yksikköön (n=18) lähetettiin sähköinen Neo-BFHI -kyselylomake, joka sisälsi Likert-asteikkolisia ja dikotomisita väittämiä. Vauvamyönteisten käytäntöjen toteutuminen kuvautui korkeammilla pistemäärillä maksimin ollessa 100. Aineisto analysoitiin kuvailevin menetelmin.

Kevyintä tehohoitotaso (I-taso) edusti kaksi yksikköä, II-tason yksiköitä oli yhdeksän ja III-tason, eli vaativimman tehohoidon yksiköitä osallistui seitsemän. Vauvamyönteiset eli imetystä edistävät hoitokäytännöt toteutuivat kohtuullisen hyvin; kaikkien yksiköiden mediaanipistemäärä oli 74. Käytännöistä parhaiten toteutuivat äidin ja lapsen yhdessäolo ympäri vuorokauden sekä yksinomaan rintamaidon käyttö vastasyntyneen ravintona. Heikoimmin toteutuivat sairaalahoitossa olevien odottavien äitien tiedon-

ABSTRACT

Compliance with the Neo-BFHI recommendations in neonatal wards in Finland

Hannakaisa Niela-Vilen, PhD, Senior researcher
Aino Ezeonodo, RN, MHC, Senior Lecturer
Ragnbild Maastrup, PhD, IBCLC, Clinical nurse researcher
Laura M. Haiek, MD, MSc, Physician
Leena Hannula, PhD, Senior Lecturer

The aim of this study was to assess compliance with the Neo-BFHI recommendations in Finnish neonatal wards from the perspective of head nurses and/or breastfeeding specialists. Cross-sectional study design was used in data collection from the Finnish neonatal intensive care units in 2017. An electronic Neo-BFHI questionnaire was sent to each participating unit (n=18). The questionnaire included both Likert and dichotomized response scales. The high compliance with Neo-BFHI recommendations was indicated with higher scores from the questionnaire; the maximum score was 100. The data were analyzed with descriptive statistical methods.

The participating units represented level I (n=2), level II (n=9), and level III (n=7) neonatal units. Compliance with the baby-friendly, i.e. breastfeeding-favorable, practices was moderately good; the median score for all units was 74.

Saapunut 08.04.2020

Hyväksytty julkaistavaksi 23.08.2020

saanti imetyksen eduista ja maidonerityksestä sekä pulloruokinnan, huvitutin ja rintakumin välttäminen. Äidinmaidonkorvikkeiden kansainvälisen markkinointikoodin noudattaminen toteutui keskimäärin hyvin, mutta vaihtelu yksiköiden välillä oli suurta.

Kohtuullisen hyvästä mediaanipistemäärästä huolimatta jokaisessa yksikössä voitiin tunnistaa kehittämiskohteita. Ensisijaisesti jokaisen yksikön olisi laadittava imetyksen edistämisen toimintasuunnitelma, sillä se puuttui useasta yksiköstä.

Avainsanat: Hoitokäytännöt, Imetys, Tehohoito

Mothers and infants were enabled to remain together 24 hours a day in almost all units and breast milk was used as primary nutrition; these practices received the highest scores. The items concerning informing hospitalized pregnant women about the benefits of breastfeeding and the management of lactation and using alternatives to bottle feeding and using pacifiers and nipple shields only for justifiable reasons, scored the lowest. The median compliance with the International code of marketing of breastmilk substitutes was at a good level, however, the scores between the units varied.

Regardless of the reasonably good total median score, it was possible to identify areas for improvement in all units. It is recommended that each unit should develop a written breastfeeding policy because it was missing from quite many units.

Key words: Care practices, Breastfeeding, Intensive care

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?

- Imetys ja rintamaito hyödyttävät tehohoitoa tarvitsevia vauvoja sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä.
- Vastasyntyneiden tehohoitoyksiköt ovat perinteisesti asettaneet haasteita imetykselle.
- Neo-BFHI on perinteisen Vauvamyönteisysohjelman (BFHI) sovellus vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoille.

Mitä uutta tietoa artikkeli tuo?

- Neo-BFHI –ohjelman kolmesta ohjaavasta periaatteesta erityisesti äidin yksilöllisen tilanteen huomiointi toteutui hyvin kaikissa yksiköissä.
- Kokonaisuutena vauvamyönteiset, eli imetystä edistävät käytännöt toteutuivat vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoilla kohtuullisen hyvin.
- Kehittämistä on erityisesti sairaalahoitossa olevien odottajien ohjauksessa sekä tuttipullon, rintakumin ja huvitutin käytössä vain perustellusta syystä.

Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutukselle ja johtamiselle?

- Tulokset näyttävät ensimmäistä kertaa vauvamyönteisten käytäntöjen nykytilan Suomen vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoilla.
- Hoitotyön johtajien on oltava tietoisia vauvamyönteisten käytäntöjen tilasta sekä osallistuttava kehittämiseen yhdessä hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kanssa.
- Tulosten perusteella voidaan tunnistaa kehittämiskohteita vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoille imetyksen tukemiseksi.

Tutkimuksen lähtökohdat

Vajaa kuusi prosenttia suomalaislapsista syntyy ennenaikaisesti eli ennen 37 täyttä raskausviikkoa. Tehohoitoa synnytyksen jälkeen voi tarvita myös täysiaikaisena synty-

nyt vauva, esimerkiksi hengitysongelmien tai infektion takia. (Perinataalitalasto 2018.) Vuosittain vastasyntyneiden teho-osastohoito koskettaa siis tuhansia perheitä pelkästään Suomessa. Maailmanlaajuisesti ennenaikaisena syntyy jopa 15 miljoona lasta,

joten vastasyntyneiden tehohoitoa tarvitaan kaikkialla (WHO 2018a).

Imetys ja rintamaito hyödyttävät enneaikaisesti syntyneitä vauvoja sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä. Rintamaito suojaa keskosvauvaa erityisesti vakavilta komplikaatioilta kuten sepsikseltä ja nekrotisoivalta suolistotulehdukselta sekä turvaa vauvan kognitiivista kehitystä. Imetys suojaa myös äitiä esimerkiksi rintasyövältä. (Hair ym. 2016, Victora ym. 2016, Lechner & Vohr 2017.) Vastasyntyneiden tehohoitoyksiköt ovat perinteisesti asettaneet haasteita imetykselle; äiti ja lapsi on erotettu, imetyksen aloittamista on kontrolloitu ja pulloruokinta on ollut ensisijainen ruokintatapa (Davis ym. 2003, Maastrup ym. 2012.) Enneaikaisesti syntynyt vauva ei välttämättä pääse välittömästi syntymänsä jälkeen äidin rinnalle, mutta asiantunteva ohjaus ja kannustava ilmapiiri mahdollistavat imetyksen käynnistymisen ja jatkumisen (Maastrup ym. 2014). Enneaikaisesti syntyneen lapsen äidin on käynnistettävä maidontuotanto lypsämällä, mikä voi olla vaikeaa eikä aina toteudu optimaalisesti (Ikonen ym. 2018). Äidit tarvitsevatkin sekä tietoa että ohjausta, mutta myös emotionaalista tukea maidontuotannon käynnistämiseen, sen ylläpitämiseen sekä imetykseen (Ikonen ym. 2015, Niela-Vilen ym. 2015).

Vauvamyönteisyysohjelma (Baby-Friendly Hospital Initiative, BFHI) on UNICEF:n ja Maailman Terveysjärjestön vuonna 1991 lanseeraama ohjeisto imetyksen edistämiseksi ja suojelemiseksi (WHO 2018b). Vauvamyönteisyysohjelman tarkoituksena on mahdollistaa imetyksen aloittaminen, tukea kuuden kuukauden täysimetystä sekä osittaisen imetyksen jatkumista vähintään vuoden ikään. Ohjelman keskeinen sisältö on kiteytetty kymmeneen askeleeseen, jotka ohjaavat kliinisiä käytäntöjä imetystä edistäviksi. Ohjelmassa edellytetään myös äidinmaidonkorvikkeiden kansainvälisen markkinointikoodin (korvikekoodi) noudattamista. Korvikekoodin tavoitteena on

turvata imetys muun muassa rajoittamalla äidinmaidonkorvikkeiden mainontaa; korvikkeita ei saa olla näkyvillä terveydenhuollon tiloissa eikä korvikenäytteitä saa jakaa. (THL 2020a). Suomessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) koordinoi Vauvamyönteisyyssertifikaatteja, joita voidaan myöntää vauvamyönteisyysohjelman mukaisia käytäntöjä noudattaville yksiköille. Kun yksikön itsearviointi ja tilastointi osoittavat ohjelman kriteerien täyttyvän, THL:n asettama auditointiryhmä päättää arviointinsa perusteella viisi vuotta voimassa olevan sertifikaatin myöntämisestä. (THL 2020b.) Toistaiseksi vain pieni osa suomalaisista synnytyslaitoksista on hakenut ja saanut sertifikaatin.

Vauvamyönteisyysohjelmaa on perinteisesti sovellettu täysiaikaisten vastasyntyneiden parissa. Vuosina 2012–2015 pohjoismaiskanadalainen työryhmä laati näyttöön perustuvan Vauvamyönteisyysohjelman sovelluksen enneaikaisille ja sairaille vastasyntyneille, joka sai nimen Neonataaliosastojen Vauvamyönteisyysohjelma (Neo-BFHI). Neo-BFHI kattaa kaikki tehohoidon tasot ja sisältää kolme ohjaavaa periaatetta, jotka toimivat ohjelman perustana, alkuperäisen ohjelman kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen sovellettuna enneaikaisille ja sairaille vastasyntyneille sekä ohjeet korvikekoodin noudattamiseen. (Nyqvist ym. 2012, Nyqvist ym. 2013, Nyqvist ym. 2015). (Taulukko 1.) THL vastaa myös neonataaliosastojen vauvamyönteisyyssertifikaattien auditointiprosessista (THL 2020b).

Neonataaliosastojen Vauvamyönteisyysohjelman noudattamisesta tai sen sisältämien suositusten toteutumisesta Suomessa ei ole aiempaa tietoa. Mahdollisimman laajan alkukartoituksen tekeminen on perusteltua, jotta voidaan arvioida miten imetystä edistävät ja tukevat hoitokäytännöt toteutuvat nyt ja miten käytäntöjä olisi vielä mahdollista kehittää.

Taulukko 1. Neonataaliosastojen Vauvamyönteisyysohjelma (Neo-BFHI): kolme ohjaavaa periaatetta, sovelletut 10 askelta omistuneeseen imetykseen, äidinmaidonkorvikkeiden markkinointikoodi sekä kubbunkin osaan liittyvien aihealueiden määrä kyselylomakkeessa.

Neo-BFHI:n osa	Kuvaus	Aihealueiden lukumäärä
Ohjaava periaate 1	Henkilökunnan tulee suunnata huomionsa äitiin yksilönä ja hänen tilanteeseensa.	2
Ohjaava periaate 2	Yksikön tulee tarjota perhelähtöistä hoitoa, jota ympäristö tukee.	6
Ohjaava periaate 3	Terveystuhoitojärjestelmän tulee turvata katkeamaton hoitoketju raskaudesta kotiuttamisen jälkeiseen hoitoon.	3
Askel 1	Imetyksen edistämisestä työyhteisössä on valmistettu kirjallinen toimintasuunnitelma, jonka koko henkilökunta tuntee.	4
Askel 2	Henkilökunnalle järjestetään toimintasuunnitelman edellyttämää koulutusta ja harjoitteita, joilla välttämättömät taidot otetaan käyttöön.	5
Askel 3	Kaikille odottaville äideille, jotka ovat sairaalahoidossa uhkaavan ennenaikaisuuden vuoksi tai odottavat sairasta lasta, tulee antaa tietoa imetyksen eduista sekä maidonerityksen että imetyksen ylläpitämisestä.	2
Askel 4	Tue varhaista, jatkuvaa ja pitkäkestoista äidin ja lapsen ihokontaktia / kenguruhoitoa.	6
Askel 5	Ohjaa äitejä maidon tuotannon aloittamiseen ja ylläpitoon sekä varhaiseen imetykseen vauvan voinnin ollessa ainoa kriteeri	10
Askel 6	Vastasyntyneelle annetaan ainoastaan rintamaitoa, elleivät lääketieteelliset syyt muuta edellytä.	2
Askel 7	Mahdollista äidin ja lapsen yhdessäolo 24 tuntia vuorokaudessa.	3
Askel 8	Äitejä kannustetaan lapsentahtiseen (lapsen viestien mukaiseen) imetykseen, ja tarvittaessa osittain lapsentahtiseen imetykseen ennenaikaisen tai sairaan vastasyntyneen siirtymävaiheessa täysimetykseen.	4
Askel 9	Käytä vaihtoehtoja pulloruokinnalle ainakin kunnes imetys on hyvin vakiintunut. Huvitutin tai rintakumin käyttö vain perustelluista syistä.	5
Askel 10	Valmista vanhempia imetyksen jatkamiseen ja varmista tukipalveluiden piiriin pääsy kotiutuksen jälkeen.	4
Korvikekoodi	Äidinmaidonkorvikkeiden kansainvälisen markkinointikoodin ja soveltuvien päätöslauselmien noudattaminen.	7
Yhteensä		63

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata neonataaliosastojen Vauvamyönteisyysohjelman (Neo-BFHI) toteutumista suomalaisilla vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoilla osastonhoitajien ja/tai imetysasiantuntijoiden näkökulmasta.

Tutkimuskysymyksenä oli: Miten Neo-BFHI –ohjelman mukaiset suositukset toteutuvat vastasyntyneiden tehohoito- ja tarkkailuosastoilla?

Menetelmät

Asetelma

Tutkimus toteutettiin poikkileikkausasetelmassa vastasyntyneiden tehohoito- ja tarkkailuosastoilla Suomessa vuonna 2017 osana kansainvälistä hanketta (Maastrup ym. 2019). Kansainvälisessä 36 maan neonataaliosastojen vertailututkimuksessa (Maastrup ym. 2019) myös Suomen aineisto oli mukana. Tässä artikkelissa raportoidaan yksityiskohtaisemmin Suomen aineisto.

Kohderyhmä

Kohderymänä olivat kaikki vastasyntyneiden tehohoito- ja tarkkailuyksiköt Suomessa hoitotason luokitukselta riippumatta. Mitään poissulkukriteereitä osastoille ei ollut, eikä osastojen tarvinnut olla tietoisia neonaataliosastojen vauvamyönteisyysohjelmasta, sillä tutkimuksessa kartoitettiin imetykseen liittyvien hoitokäytäntöjen nykytilaa. Yhteensä 23 tehohoitoa tarjoavan yksikön osastonhoitajia lähestyttiin sähköpostitse kertomalla perustiedot tutkimuksesta. 18 yksikköä lupautui mukaan tutkimukseen ja näistä yksiköistä haettiin asianmukaiset tutkimusluvut.

Aineistonkeruu

Aineisto kerättiin Neo-BFHI -kyselylomakkeella. Kyselylomakkeen perustana käytettiin Neo-BFHI:n kehittämisen yhteydessä laadittua yksiköiden itsearviointityökalua (Nyqvist ym. 2015), josta kansainvälinen asiantuntijaryhmä modifioi tässä tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen muun muassa purkamalla monia asioita sisältäviä kysymyksiä erillisiksi väittämissä. Kyselylomake sisälsi yhteensä 63 aihealuetta kattaen koko Neo-BFHI-ohjelman (kolme ohjaavaa periaatetta, kymmenen askelta sekä korvikekoodi). (Taulukko 1.) Kukin aihealue saattoi sisältää useita väittämiä. Väittämiin vastattiin viisiportaisella Likert-asteikolla tai dikotomisella asteikolla (kyllä/ei). Kyselylomake kehitettiin englanniksi ja ranskaksi ja se esiteltiin. Suomen aineistonkeruusta vastannut tutkijaryhmä käänsi englanninkielisen kyselyn suomeksi.

Aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella EasyTrial -järjestelmän kautta lähettämällä sähköpostitse kutsu ja linkki kyselyyn kunkin yksikön osastonhoitajalle tai erikseen sovitulle yhteyshenkilölle 30.3.–31.7.2017 välisenä aikana. Kukin yksikkö sai siis yhden kyselylomakkeen. Kyselylomakkeen sai täyttää joko yksi henkilö tai osastolta valittu ryhmä niin, että vastaajina olivat yksiköiden imetys- ja rintamaitokäytännöt parhaiten tuntevat henkilöt. Kyselyn täyttämiseen arvioitiin kuluvan

noin yksi tunti. Kyselyä ei voinut palauttaa ennen kuin kaikki kentät oli täytetty. Yksiköihin, joiden kyselyä ei ollut palautettu, lähetettiin muistutuksia EasyTrial -järjestelmän kautta 3, 5 ja 6 viikkoa alkuperäisen kutsun lähettämisen jälkeen. Kaikki tutkimukseen suostuneet 18 vastasyntyneiden tehohoito- ja tarkkailuyksikköä vastasivat kyselyyn.

Aineiston analyysi

Kyselylomakkeen viisiportaiset Likert-asteikolliset vastaukset (Ei koskaan – Aina; Ei kukaan – Kaikki) pisteytettiin niin, että ”Ei koskaan”/”Ei kukaan” -vastauksista sai 0 pistettä, ”Aina”/”Kaikki” -vastauksista 100 pistettä ja ääripäiden välillä olevista vastauksista 25–50–75 pistettä. Dikotomisissa vastausvaihtoehdoissa ”Kyllä”-vastaus antoi 100 pistettä ja ”Ei” tai ”En tiedä” -vastaus 0 pistettä. ”En tiedä” -vaihtoehdosta annettiin 0 pistettä, koska suositusten toteutumiseksi välttämättömäksi katsottiin se, että vastaaja oli tietoinen käytännöstä yksikössä. Pistemäärä oli siis sitä korkeampi, mitä paremmin vauvamyönteinen, eli imetystä edistävä, käytäntö yksikössä toteutui.

Jokaiselle Neo-BFHI -ohjelman osalle (kolme ohjaavaa periaatetta, kymmenen askelta ja korvikekoodi, n=14) laskettiin pistemäärä, joka oli kuhunkin osaan sisältyvien väittämien vastausten keskiarvo. Väittämät, jotka eivät soveltuneet yksikölle (esimerkiksi, jos rintapumppuja ei ollut saatavilla) jätettiin huomiotta keskiarvoissa. Lisäksi jokaiselle yksikölle laskettiin kokonaispistemäärä, joka oli kaikkien osien (n=14) pistemäärien keskiarvo. Samaa hoitotasoa edustavien yksiköiden pistemääristä laskettiin mediaani (Md) ja vaihteluväli. Kaikille yksiköille laskettiin myös yhteinen mediaani, jota käytettiin myös kansainvälisessä vertailussa (Maastrup et al. 2019).

Eettiset näkökohdat

St. Maryn sairaalan eettinen toimikunta (Quebec, Kanada) antoi koko kansainvälis-

le tutkimushankkeelle puoltavan lausunnon. Erillistä eettistä lausuntoa ei Suomen aineistonkeruun osalta haettu, koska tutkimus käsitteli hoitokäytäntöjä eikä tutkimukseen osallistunut potilaita. Yksittäisten sairaaloiden tuloksia ei esitellä tutkimusraportissa, vaan sairaalat on yhdistetty hoitotason perusteella.

Tulokset

Osallistuneet yksiköt

Yhteensä 18 vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuyksikköä osallistui tutkimukseen. Kaksi yksikköä (11%) tarjosi hoitoa tasavointisille, vähintään 35-raskausviikolla syntyneille tai tätä nuoremmille ja sairaille vastasyntyneille hoidon aloituksen ennen siirtoa korkeamman hoitotason yksikköön (I-taso). Yhdeksän osastoa (50%) hoiti vähintään 32-raskausviikolla tai vähintään 1500 grammaa painavia vastasyntyneitä (II-taso). Seitsemän osastoista (39 %) tarjosi vaativaa tehohoitoa (III-taso), eli osastoilla hoidettiin alle 32-raskausviikolla syntyneitä ja alle 1500 grammaa painavia vastasyntyneitä ja niillä oli mahdollisuus mekaaniseen ventilaatioon. Viidellä näistä vaativimman hoitotason yksiköistä oli mahdollisuus hengityskonehoitoon sekä vastasyntyneiden kirurgiaan.

Yksiköissä oli keskimäärin 14 (vaihteluväli 4–29) potilaspaikkaa, 32 hoitajaa (vaihteluväli 5–140) ja 3 (vaihteluväli 1–9) lääkäriä. Seitsemän yksikköä (39%) ilmoitti, että heidän osastollaan työskentelee vähintään yksi imetysasiantuntija. Imetysasiantuntijan kriteereitä ei kyselyssä kuitenkaan määritelty erikseen. Neljä yksikköä sijaitsi sairaaloissa, joilla oli täysiaikaisten ja terveiden vauvojen imetyksen edistämisen käytäntöjen perusteella myönnetty Vauvamyönteisyyssertifikaatti. Aineistonkeruuajana vuonna 2017 yhdelläkään yksiköllä ei ollut neonataliosastojen erillistä sertifikaattia; neljä yksikköä ilmoitti olevansa sitoutunut tai tehneensä suunnitelman sertifikaatin hakemisesta. Kyselyyn kaikissa yksiköissä vastasivat pääosin osastonhoitajat sekä imetysasiantuntijat.

Vauvamyönteisyyden toteutuminen

Kokonaisuutena Neo-BFHI -ohjelmaan sisältyvät vauvamyönteiset eli imetystä edistävät käytännöt toteutuivat vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoilla kohtuullisen hyvin. Kaikkien yksiköiden mediaanipistemäärä oli 74, joskin vaihtelu oli suurta 53 pisteestä 85 pisteeseen. Kolme ohjaavaa periaatetta toteutuivat hyvin; erityisesti äidin yksilöllisen huomioimisen arvioitiin toteutuvan kaikissa yksiköissä erittäin hyvin (Md 88, vaihteluväli 75–100). Henkilökunnan arvioitiin siis kohtelevan äitejä sensitiivisesti ja empaattisesti ja tukevan äitejä tekemään tietoisien päätöksen koskien vastasyntyneen ruokintaa.

Kymmenestä askeleesta parhaiten toteutui äidin ja lapsen yhdessäolo ympäri vuorokauden (askel 7); käytännössä äidin läsnäoloa vauvansa luona ei juurikaan rajoitettu ja äidillä oli mahdollisuus yöpyä vauvansa lähellä. Toinen parhaiten toteutuneista käytännöistä oli rintamaidon käyttö vastasyntyneiden ravintona, elleivät lääketieteelliset syyt muuta edellyttäneet (askel 6). Heikoiten toteutuvaksi arvioitiin sairaalahoidossa olevien odottavien äitien tiedonsaanti imetyksen eduista ja maidonerityksestä (askel 3), mikä tässä kyselyssä viittasi vastasyntyneiden osaston hoitajan tarjoamaan tietoon ja ohjaukseen ennen synnytystä. Pullooruokinnan, huvitutin ja rintakumin välttäminen (askel 9) toteutui myös keskimäärin kohtuullisen huonosti, eli esimerkiksi vauvan mahdollisesti tarvitsema lisämaito annettiin tuttipullosta, vaikkei se olisi ollut välttämätöntä. Neo-BFHI -ohjelman mukaan tuttipullon, huvitutin ja rintakumin käyttöä tulisi välttää ilman perusteltua syytä, jotta imetyksen onnistuminen ei vaarantuisi - etenkin, jos äidin tavoitteena on täysimetys. Korvikekoodi toteutui keskimäärin hyvin (Md 75), mutta vaihtelu oli erittäin suurta (7–100). Äidinmaidonkorvikkeiden mainontaa, ilmaisnäytteitä tai lahjoja ei pääsääntöisesti ollut näkyvillä tai saatavilla, mutta kaikissa yksiköissä tämä ei täysin toteutunut. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Neonataaliostosten Vauvamyyntisysohjelman (Neo-BFH) toteutuminen vastasyntyneiden tebo- ja tarkkailuasteilla (n=18) Suomessa: medianit (Md) ja vaihteluvälit (vv).

	Ohjaava periaate 1	Ohjaava periaate 2	Ohjaava periaate 3	Askel 1	Askel 2	Askel 3	Askel 4	Askel 5	Askel 6	Askel 7	Askel 8	Askel 9	Askel 10	Markkinointikoodi	Kokonaispiste-määrä
Ideaalitulos	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
I-tason* yksiköt n=2	94 (88–100)	74 (69–78)	92 (83–100)	100 (100–100)	88 (80–95)	50 (0–100)	88 (82–93)	80 (63–98)	81 (75–88)	100 (100–100)	84 (81–88)	70 (65–75)	69 (56–81)	55 (11–100)	80 (77–84)
II-tason** yksiköt n=9	88 (75–100)	74 (43–83)	83 (67–100)	58 (0–100)	75 (53–88)	13 (0–88)	86 (66–93)	80 (55–100)	75 (50–100)	92 (42–100)	81 (25–88)	60 (15–90)	69 (50–94)	79 (7–96)	77 (53–85)
III-tason*** yksiköt n=7	75 (75–100)	72 (67–82)	75 (50–100)	75 (0–100)	73 (30–93)	38 (0–88)	77 (42–93)	80 (65–93)	88 (50–100)	92 (67–100)	75 (38–88)	40 (30–70)	81 (50–100)	68 (25–96)	69 (58–85)
Kaikki yksiköt n=18	88 (75–100)	73 (43–83)	83 (50–100)	75 (0–100)	78 (30–95)	13 (0–100)	84 (42–93)	80 (55–100)	88 (50–100)	92 (42–100)	78 (25–88)	63 (15–90)	72 (50–100)	75 (7–100)	74 (53–85)

* Fysiologisesti stabiilien 35–36+6 -raskausviikolla syntyneiden vastasyntyneiden hoito ja alle 35-raskausviikolla syntyneiden tai sairaiden vastasyntyneiden stabilointi ennen siirtoa korkeamman hoitotason yksikköön.

**Erityistason hoito vähintään 32-raskausviikolla tai vähintään 1500 grammaa syntyessään painaville vastasyntyneille, mahdollisuus lyhytkestoiseen mekaaniseen ventilaatioon tai CPAP-hoitoon.

*** Tehohoito vähintään 28-raskausviikolla tai vähintään 1000 grammaa syntyessään painaville vastasyntyneille, mahdollisuus mekaaniseen ventilaatioon (taso 3A) TAI Tehohoito alle 28-raskausviikolla ja alle 1000 grammaa syntyessään painaville vastasyntyneille, mahdollisuus hengityskonehoitoon ja vastasyntyneiden kirurgiaan (taso 3B).

Parhaiten ja heikoimmin toteutuvat askeleet eri hoitotason yksiköissä

Kymmenen askeleen toteutuminen vaihteli osastojen hoitotasojen välillä. I-tason eli kevyimmän tehohoidon yksiköissä (n=2) parhaiten toteutuivat askeleet 1 ja 7; molempien mediaanipistemäärä oli 100. Näissä molemmissa yksiköissä siis imetyksen edistämistä työyhteisössä oli valmistettu kirjallinen toimintasuunnitelma ja äidit ja lapset saivat olla rajoittamattomasti yhdessä vuorokauden ympäri. Heikoimmin toteutui sairaalahoidossa olevien naisten tiedonsaanti imetyksen eduista ja maidonerityksestä (askel 3, Md 50) eli näiden yksiköiden hoitajat eivät aina käyneet ohjaamassa raskaana olevia naisia ennen synnytystä. Toinen heikoimmin toteutuvista käytännöistä oli askel 10, eli vanhempien valmistaminen imetyksen jatkamiseen ja tukipalvelujen piiriin pääsy kotiutuksen jälkeen (Md 69). Eriyisiä resursseja imetyksen tukemiseksi kotiutumisen jälkeen ei välttämättä ollut tai niiden pariin ei ohjaus ei ollut systemaattista.

Myös II-tason tehohoidon yksiköissä (n=9) äidin ja lapsen yhdessäolo vuorokauden ympäri toteutui hyvin (askel 7, Md 92) eli yöpymismahdollisuus vauvan lähellä oli järjestetty lähes kaikissa yksiköissä. Toinen parhaiten toteutuva imetystä edistävä käytäntö oli varhainen, jatkuva ja pitkäkestoinen kenguruhoito (askel 4, Md 86), eli vauvat pääsivät vanhemman ihokontaktiin pääosin ensimmäisen vuorokauden aikana tai heti, kun vauvan vointi sen salli. Usein äitejä myös kannustettiin jatkamaan ihokontaktia vauvan kanssa koko sairaala-ajan. Osassa näistä yksiköistä imetyksen edistämistä varten laadittua kirjallista toimintasuunnitelmaa ei ollut lainkaan minkä takia askel 1 toteutui keskimäärin heikosti (Md 58). Myöskään II-tason yksiköiden hoitajat eivät käyneet tarjoamassa tietoa imetyksestä ja maidonerityksestä sairaalahoidossa oleville odottajille, josta osoituksena askel 3 sai hyvin alhaisen pistemäärän (Md 13). Korvikoodia noudatettiin keskimäärin parhai-

ten II-tason yksiköissä, joskin vaihtelu yksiköiden välillä oli suurta (Md 79).

Vaativan tehohoidon eli kaikkein pienimpiä ja sairaimpia vastasyntyneitä hoitavien III-tason yksiköiden (n=7) parhaimmin toteutuvat askeleet olivat 7 ja 6. Äitien läsnäoloa ei juurikaan rajoitettu ja yöpymisjärjestelyt mahdollistivat äidin ja lapsen yhdessäolon 24 tuntia vuorokaudessa (askel 7, Md 92). Vastasyntyneitä ruokittiin useimmiten ainoastaan rintamaidolla, elleivät lääketieteelliset syyt muuta edellyttäneet (askel 6, Md 88). Kuten kevyemmän hoitotason yksiköissä, myös III-tason yksiköissä heikoimmin toteutui sairaalahoidossa olevien naisten tiedonsaanti imetyksestä ja maidonerityksestä vastasyntyneiden osaston hoitajan toteuttamana (askel 3, Md 38). Lisäksi tuttipullojen käytön välttäminen oli vaikeaa korkeimman hoitotason yksiköissä. Tuttipulloa, tuttia ja rintakumia käytettiin myös ilman perusteltua syytä. (askel 9, Md 40). (Taulukko 2.)

Sairaalan Vauvamyönteisyys

Niillä teho- ja tarkkailuosastoilla, jotka sijaitsivat sairaaloissa, joilla oli aineistonkeruuhetkellä täysiaikaisten ja terveiden vauvojen imetystä edistävien käytäntöjen perusteella myönnetty Vauvamyönteisyysertifikaatti (n=4), Neo-BFHI:n mukaiset käytännöt toteutuivat keskimäärin paremmin kuin ei-vauvamyönteisten sairaaloiden (n=14) yksiköissä (mediaanipistemäärät 78 vs. 71). Kaikki yksittäiset askeleet lukuun ottamatta askelta 10, saivat vähintään saman tai korkeamman pistemäärän sertifioituissa sairaaloissa ei-sertifioituihin verrattuna.

Pohdinta

Tulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin ensimmäistä kertaa Vauvamyönteisyysohjelman mukaisten, eli imetystä edistävien käytäntöjen toteutumista vastasyntyneiden teho- ja

tarkkailuosastoilla henkilökunnan näkökulmasta. Keskimäärin imetystä edistävät ja tukevat käytännöt toteutuivat melko hyvin, mutta yksiköiden väliset erot olivat suuria. Alkuperäinen Vauvamyönteisyysohjelma on osoittautunut toimivaksi ja sovellettavaksi interventioksi eri maissa ja kulttuureissa (Saadeh & Casanovas 2009). Erityisesti sitoutuminen kymmenen askeleen osoittamisen käytäntöjen noudattamiseen on yhteydessä imetyksen lisääntymiseen terveillä ja täysiaikaisilla vauvoilla ja heidän äideillään (Pérez-Escamilla ym. 2016). Tämän tutkimuksen avulla saatiin kartoitettua ennenaikaisia ja sairaita vastasyntyneitä hoitavien yksiköiden imetystä edistävien käytäntöjen lähtötilanne, jonka perusteella kehittämistyöhön on mahdollista tarttua.

Kolmen ohjaavan periaatteen toteutuminen hyvin on lupaavaa, sillä ne muodostavat vauvamyönteisten käytäntöjen perustan ja kuvaavat sitä, että imetystä ja sen turvaamista pidetään tärkeänä vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoilla. Jokainen äiti huomioidaan yksilönä, hoito on perhekeskeistä eli osastot ovat rajoituksetta avoimia vanhemmille sekä imetyksen tuki jatkuu myös sairaalasta kotiuduttaessa suunnitellusti ja katkeamatta. Tuen jatkuvuuden varmistamiseksi myös hoitotyön johdon on tuettava imetysohjeita; imetyksen edistämiseksi tarvitaan kaikkien osapuolien sitoutumista asiaan (Hakulinen ym. 2017). Kymmenestä askeleesta, eli konkreettisista suosituksista imetyksen edistämiseksi ja tukemiseksi parhaiten toteutui äidin ja lapsen ympärivuorokautisen yhdessäolon mahdollistaminen mikä kuvastaa hyvin viime vuosien pyrkimystä kohti perhehuoneita ja perhekeskeistä hoitoa (Raiskila ym. 2014). Perhekeskeisyys teho-osastolla on vaikeasti määriteltävä käsite, mutta sen ajatellaan tarkoittavan ainakin jaettua vastuuta vastasyntyneen hoidosta, avointa tiedonvaihtoa ja kumppanuutta (Mikkelsen & Frederiksen 2011, Franck & O'Brien 2019). Vanhemmat viettävät teho-osastoilla vauvojensa kanssa

enemmän aikaa, mikäli heillä on mahdollisuus yöpyä osastolla (Raiskila ym. 2017). Jatkuva ja pitkäkestoinen läheisyys on ensiarvoisen tärkeää, jotta imetys voisi toteutua mahdollisimman vauvantahtisesti (Moore ym. 2016). Ilahduttavaa on rintamaidon käyttö ensisijaisena ruokana lähes kaikissa yksiköissä. Oman äidin maito on yleensä optimaalisin ravinto myös ennenaikaisesti syntyneille tai sairaille vastasyntyneille (Menon & Williams 2013).

Kaikissa yksiköissä huonoiten toteutui raskaana olevien tiedonsaanti imetyksestä ja maidonerityksestä. Kansainvälisestikin tämä askel toteutui heikoimmin (Maastrup ym. 2019). Tulos on todennäköisesti osin selitettävissä tähän liittyvien kysymysten muotoilulla. Kysely kohdentui teho- ja tarkkailuosastojen henkilökunnan tarjoamaan imetysohjaukseen ennen synnytystä. Sairaalahoidossa olevat raskaana olevat saattavat saada tietoa imetyksestä ja maidonerityksestä, mutta ohjaus toteutuu niiden osastojen henkilökunnan tarjoamana, missä naiset ovat hoidossa. Ennen synnytystä tarjottavan imetysohjauksen hyödyistä imetyksen kestolle ei ole kiistatonta näyttöä (Lumbiganon ym. 2016), mutta etenkin naiset, jotka ovat suunnitelleet imettävänsä, hyötyvät ohjauksesta (Ingram ym. 2010). Imetysohjaajakoulutus antaisi hoitajille käytännön työkaluja imetysohjaukseen. Toisaalta vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoilla työskentelee paljon hoitajia, joilla ei ole ollut imetysohjaajakoulutusta omassa perustai täydennyskoulutuksessaan. Imetysohjaajakoulutus on pakollisena vain kätilö- ja terveydenhoitajakoulutuksessa (Hakulinen ym. 2017). Hoitajien ja lääkärin imetysohjaajien koulutus lisää merkittävästi heidän hoitamiensa äitien imetyksen aloitusta (Balogun ym. 2016). Tähän olisi syytä kiinnittää enemmän huomiota, jotta ennenaikaisesti tai sairaan lapsen synnyttävät naiset saavat tasavertaiset mahdollisuudet valmistautua imetykseen ja maidonerityksen käynnistymiseen riittävästi.

Tuttipullojen käytön välttäminen sekä huvittien ja rintakumin käyttö vain perustelusta syystä oli haastavaa kaikissa yksiköissä ja erityisen haastavaa III-tason yksiköissä, missä hoidetaan kaikkein pienimpinä syntyneet ja sairaimmat vastasyntyneet. Tämä askel toteutui Suomessa heikommin (Md 63) kuin kansainvälisesti keskimäärin (Maastrup ym. 2019). Tuttipullojen käyttö on ollut yleistä, sillä maidon määrä ja syötöiden aikatauluttaminen ovat ohjanneet vauvojen syömistä teho-osastoilla. Tuttipullostas syöttäen maidon määrää on ollut helppo seurata ja vauvan painonnousu on edelleen tärkeä mittari niin hoitajille kuin vanhemmille. (Niela-Vilén ym. 2015.) Nykyisin tiedetään, että suoraan rinnasta imeminen ei rasita vauvaa enempää kuin tuttipullostas syöminen (Berger ym. 2009) ja syödyn maidon määrää voidaan mitata esimerkiksi syötöpunnituksilla. Syömisharjoitukset rinnasta tulee aloittaa yksilöllisesti vauvan voinin, ei raskausviikkojen tai painon mukaan (Hakulinen ym. 2017). Myös vaativimman hoitotason yksiköissä siirtyminen aikataulutetusta ruokinnasta vauvan viestien mukaiseen syömiseen on mahdollista, mutta se vaatii koko henkilökunnan ja myös vanhempien kouluttamista (Newland ym. 2013).

On tärkeää huomata, että kirjallista imetysohjauksen toimintasuunnitelmaa ei ollut läheskään kaikissa yksiköissä; II-tason yksiköistä se puuttui lähes puolelta. Kansainvälisessä vertailussa Suomen kokonaispistemäärä (Md 75) oli kuitenkin sama kuin kaikkien maiden keskiarvo (Maastrup ym. 2019). Toimintasuunnitelma antaa suuntaviivoja ohjaukselle ja viestin imetystä edistävästä käytännöistä koko henkilökunnalle, joten sen laatiminen ja siitä tiedottaminen on erittäin perusteltua. Tämä vaatii hoitotyön johtajien aktiivista mukanaoloa. (THL 2020a.) Toinen tarkastettava asia yksiköissä voisi olla korvikekoodin noudattaminen, sillä sen toteutuminen vaihteli lähes ääripäästä toiseen yksiköiden välillä. Äidinmaidonkorvikkeiden markkinointikoodi on kansainvälinen ja sen

tarkoituksena on suojella imetystä (WHO 1981). Jokaisen hoitajan tulisi tietoinen korvikekoodin sisällöstä, jotta voitaisiin varmistaa, ettei esimerkiksi tuttipulloja tai äidinmaidonkorvikkeita ole näkyvillä paikoilla osastoilla. Äidinmaidonkorvikkeilla ruokitaa tulisi esitellä vain sitä tarvitseville perheille. (THL 2020a.) Mielenkiintoista oli, että terveiden ja täysiaikaisten vauvojen imetystä onnistuneesti tukevissa eli Vauvamyönteisyyssertifikaatin saaneissa sairaaloissa myös vastasyntyneiden teho- tai tarkkailuosastot näyttivät omaksuneen enemmän vauvamyönteisiä käytäntöjä verrattuna ei-vauvamyönteisten sairaaloiden yksiköihin (Maastrup ym. 2019).

Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta lisää edustava otos suomalaisista vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoista. Suurin osa kutsutuista (18/23, 78%) osastoista suostui osallistumaan ja kaikki näistä osastoista myös vastasivat kyselyyn. Tutkimuksessa käytetty kyselylomake oli asiantuntijaryhmän kehittämä ja samaa lomaketta käytettiin kansainvälisessä tutkimuksessa kaikissa maissa. Suomenkielisen lomakkeen käännökseen osallistuneista tutkimusryhmän jäsenistä osa on myös toiminut Neo-BFHI –työryhmän jäsenenä, joten käytetty terminologia oli heille tuttua. Suomenkieliselle lomakkeelle ei tehty takaisinkäännöstä. Kyselyn vastauksissa näkyy ainoastaan hoitotyön johtajien sekä osastojen imetysasiantuntijoiden näkemys, mikä tulee huomioida tuloksia arvioitaessa. Aiemmin on todettu, että henkilökunnan näkemys vauvamyönteisten käytäntöjen noudattamisesta on myönteisempää kuin vanhempien (Haiek 2012).

Johtopäätökset

Imetystä edistävien käytäntöjen perusta näyttää olevan hyvällä tasolla vastasyntynei-

den teho- ja tarkkailuosastoilla Suomessa; rintamaitoa ja imetystä pidetään tärkeänä. Vanhempien läsnäolon merkitys ymmärretään ja vanhemmat saavat olla lapsensa luona ympäri vuorokauden mikä on myös imetyksen onnistumiselle keskeinen tekijä. Vanhempien läsnäolon mahdollistavien tilojen lisäksi tarvitaan myös asenteen muutosta ja vanhojen rutiinien kriittistä tarkastelua, jotta Vauvamyönteisyysohjelman mukaiset käytännöt voisivat toteutua vieläkin paremmin. Imetyksen edistämisen toimitasuunnitelma tulisi laatia jokaisella osastolla, sillä se on ensisijainen toimenpide käytäntöjen tarkastelussa ja niiden muuttamisessa samalla sitouttaen myös organisaatioiden ylempiä tasoja muutokseen. Vastasy-

tyneiden teho- ja tarkkailuosastoilla työskentelevillä hoitajille on järjestettävä imetysohjaajakoulutus, mikäli se puuttuu heidän pohjakoulutuksestaan. Koulutuksella voidaan lisätä tietoa esimerkiksi tuttipullojen käytön välttämisestä sekä korvikekoodin sisällöstä. Lisäksi sairaalahoidossa olevien odottajien imetysohjausta on sekä liittävä että kehitettävä.

VASTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu: HN-V, AE, RM, LNH, LH, aineistonkeruu: HN-V, AE, LH, aineiston analysointi: HN-V, RM, LNH, käsikirjoituksen kirjoittaminen: HN-V, käsikirjoituksen kommentointi: AE, RM, LNH, LH

LÄHTEET

- Balogun OO., O'Sullivan EJ., McFadden A., Ota E., Gavine A., Garner CD., Renfrew MJ. & MacGillivray S. (2016) Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* CD001688.
- Berger I., Weintraub V., Dollberg S., Kopolovitz R. & Mandel D. (2009) Energy expenditure for breastfeeding and bottle-feeding preterm infants. *Pediatrics* **124**(6), e1149–e1152.
- Davis L., Mohay H. & Edwards H. (2003) Mothers' involvement in caring for their premature infants: An historical overview. *Journal of Advanced Nursing* **42**(6), 578–586.
- Franck LS. & O'Brien K. (2019) The evolution of family-centered care: from supporting parent-delivered interventions to a model of family integrated care. *Birth Defects Research* **111**(15), 1044–1059.
- Haiek LN. (2012) Compliance with Baby-friendly policies and practices in hospitals and community health centers in Quebec. *Journal of Human Lactation* **28**(3), 343–358.
- Hair AB., Peluso AM., Hawthorne KM., Perez J., Smith DP., Khan JY., O'Donnell A., Powers RJ., Lee ML. & Abrams SA. (2016) Beyond necrotizing enterocolitis prevention: improving outcomes with an exclusive human milk -based diet. *Breastfeeding Medicine* **11**(2), 70–74.
- Hakulinen T., Otronen K. & Kuronen M. (toim.) (2017) Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2018–2022. Terveysten ja Hyvinvoinnin Laitos. <http://www.julkari.fi/handle/10024/135535> (25.8.2020)
- Ikonen R., Paavilainen E., Helminen M. & Kaunonen M. (2018) Preterm infants' mothers' initiation and frequency of breast milk expression and exclusive use of mother's breast milk in neonatal intensive care units. *Journal of Clinical Nursing* **27**(3–4), e551–e558.
- Ikonen R., Paavilainen E. & Kaunonen M. (2015) Preterm infants' mothers' experiences with milk expression and breastfeeding: an integrative review. *Advances in Neonatal Care* **15**(6), 394–406.
- Ingram L., MacArthur C., Khan K., Deeks JJ. & Jolly K. (2010) Effect of antenatal peer support on breastfeeding initiation: a systematic review. *Canadian Medical Association Journal* **182**(16), 1739–1746.
- Lechner BE. & Vohr BR. (2017) Neurodevelopmental outcomes of preterm infants fed human milk: a systematic review. *Clinics in Perinatology* **44**(1), 69–83.
- Lumbiganon P., Martis R., Laopaiboon M., Festin MR., Ho JJ. & Hakimi M. (2016) Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database of Systematic Reviews* CD006425.
- Maastrup R., Bojesen SN., Kronborg H. & Hallström I. (2012) Breastfeeding support in neonatal intensive care: A national survey. *Journal of Human Lactation* **28**(3), 370–379.
- Maastrup R., Hansen BM., Kronborg H., Bojesen SN., Hallum K., Frandsen A., Kyhnaeb A., Svarer I. & Hallström I. (2014) Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study. *PLoS One* **9**, e89077. doi: 10.1371/journal.pone.0089077

- Maastrup R., Haiek LN. & The Neo-BFHI Survey Group. (2019) Compliance with the "Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards" in 36 countries. *Maternal & Child Nutrition* **15**(2), e12690. doi: 10.1111/mcn.12690
- Menon G. & Williams TC. (2013) Human milk for preterm infants: why, what, when and how? *Archives of Disease in Childhood – Fetal and Neonatal Edition* **98**(6), F559–F562.
- Mikkelsen G. & Frederiksen K. (2011) Family-centred care of children in hospital - a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* **67**(5), 1152–1162.
- Moore ER., Bergman N., Anderson GC. & Medley N. (2016) Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* CD003519.
- Newland L., L'Huillier MW. & Petrey B. (2013) Implementation of cue-based feeding in a level III NICU. *Neonatal Network* **32**(2), 132–137.
- Niela-Vilén H., Axelin A., Melender H-L. & Salanterä S. (2015) Aiming to be a breastfeeding mother in a neonatal intensive care unit and at home: a thematic analysis of peer-support group discussion in social media. *Maternal & Child Nutrition* **11**(4), 712–726.
- Nyqvist KH., Häggkvist AP., Hansen MN., Kylberg E., Frandsen AL., Maastrup R., Ezeonodo A., Hannula L., Koskinen K. & Haiek LN. (2012) Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations for three guiding principles. *Journal of Human Lactation* **28**(3), 289–296.
- Nyqvist KH., Häggkvist AP., Hansen MN., Kylberg E., Frandsen AL., Maastrup R., Ezeonodo A., Hannula L. & Haiek LN. (2013) Expansion of the baby-friendly hospital initiative ten steps successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations. *Journal of Human Lactation* **29**(3), 300–309.
- Nyqvist KH., Maastrup R., Hansen MN., Häggkvist AP., Hannula L., Ezeonodo A. & Haiek LN. (2015) *The Neo-BFHI: The Baby-Friendly Hospital Initiative expanded for neonatal intensive care*. <http://www.ilca.org/main/learning/resources/neo-bfhi> (25.8.2020)
- Pérez-Escamilla R., Martínez JL. & Segura-Pérez S. (2016) Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Maternal & Child Nutrition* **12**(3), 402–417.
- Perinataaltilasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2018*. Tilastoraportti 49/2019. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos THL. <http://www.julkari.fi/handle/10024/138998> (25.8.2020)
- Raiskila S., Axelin A., Rapeli S., Vasko I. & Lehtonen L. (2014) Trends in care practices reflecting parental involvement in neonatal care. *Early Human Development* **90**(12), 863–867.
- Raiskila S., Axelin A., Toome L., Caballero S., Tandberg BS., Montiroso R., Norman E., Hallberg B., Westrup B., Ewald U. & Lehtonen L. (2017) Parents' presence and parent-infant closeness in 11 neonatal intensive care units in six European countries vary between and within the countries. *Acta Paediatrica* **106**(6), 878–888.
- Saadeh R. & Casanovas C. (2009) Implementing and revitalizing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Food and Nutrition Bulletin* **30**(2), S225–S229.
- THL 2020a. *Vauvamyönteisyysohjelmat*. Lapset, nuoret ja perheet. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos THL. https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ja_lastenneuvola/vauvamyonteisyys/vauvamyonteisyysohjelmat (25.8.2020)
- THL 2020b. *Vauvamyönteisyysertifikaatti*. Lapset, nuoret ja perheet. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos THL. https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ja_lastenneuvola/vauvamyonteisyys/vauvamyonteisyysertifikaatti (25.8.2020)
- Victoria CG., Bahl R., Barros AJD., Franca GBA., Horton S., Krasevec J., Murch S., Sankar MJ., Walker N. & Rollins NC. (2016) Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* **387**(10017), 475–490.
- WHO (1981) *International code of marketing of breast-milk substitutes*. World Health Organization. <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/en/> (25.8.2020)
- WHO (2018a) *Preterm birth. Key facts*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> (25.8.2020)
- WHO (2018b) *Baby-friendly Hospital Initiative*. World Health Organization. <https://www.who.int/nutrition/bfhi/en/> (25.8.2020)

Hannakaisa Niela-Vilén, TtT, erikoistutkija, Hoitotieteen laitos, 20014 Turun yliopisto, bmmiel@utu.fi

Aino Ezeonodo, sb YAMK, lehtori, Metropolia ammattikorkeakoulu, PL 4000, 00079 Metropolia, aino.ezeonodo@metropolia.fi

Ragnbild Maastrup, PhD, IBCLC, Clinical nurse researcher, Copenhagen University Hospital Rigshospitalet, Department of Neonatology, 2100 Copenhagen, Denmark, ragnbild.maastrup@regionh.dk

Laura N. Haiek, MD, MSc, physician, Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale de la santé publique, Québec, Canada, lauranhaiek@gmail.com

Leena Hannula, TtT, lehtori, Metropolia ammattikorkeakoulu, PL 4000, 00079 Metropolia, leena.hannula@metropolia.fi