

Please note! This is a self-archived version of the original article.

Huom! Tämä on rinnakkaistalenne.

To cite this Article / Käytä viittauksessa alkuperäistä lähdettä: Kukko, S-K. (2017). Matalan riskin synnytys – kokemuksia uuden hoitomallin käyttöönotosta. Teoksessa Jouni Tuomi & Anna-Mari Äimälä (toim.) Viisaat valinnat – terveenä raskaaksi, hyvä synnytys. Tampere: Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampereen ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja A. Tutkimuksia 22, 238-247.

URL: <http://julkaisut.tamk.fi/PDF-tiedostot-web/A/22-Viisaat-Valinnat.pdf>

26 Matalan riskin synnytys - kokemuksia uuden hoitomallin käyttöön otosta

Sanna-Kaisa Kukko, kättilö, terveydenhoitaja (YAMK), TtM-opiskelija,
osastonhoitaja, Tampereen yliopistollinen sairaala

TIIVISTELMÄ

Suomessa synnyttäminen on turvallista. Synnyttäjien hoitoon osallistuu ammattitaitoinen henkilökunta ja sairaaloissa on valmiudet myös hätätilanteiden hoitoon. Tämä saattaa johtaa ylihoitamiseen ja tarpeettomaan puuttumiseen synnytyksessä. Tampereen Yliopistollisessa sairaalassa luotiin matalan riskin synnytyksen hoito-ohjeet, jonka tavoitteena on vähentää synnytyksenaikaisia tarpeettomia toimenpiteitä. Tässä artikkelissa kuvataan nämä hoito-ohjeet, toiminnan muutoksen vaikutuksia synnytykseen ja vastasyntyneen vointiin sekä uuden mallin käytäntöön jalkauttaminen.

ABSTRACT

It is safe to give birth in Finland. The hospitals are prepared for emergencies and the staff participating in labour is highly professional. However, this might lead to unnecessary care and unfounded interfering with labour. A set of guidelines how to assist in low-risk labour was created in Tampere University Hospital. The aim is to reduce unnecessary procedures in labour. This article describes these guidelines, what impact the change had in labour and wellbeing of the newborn, and how this new model was implemented into practice.

JOHDANTO

Synnytys on hyvin luonnollinen asia. Siitä huolimatta synnytyksestä on tullut yhä enenevässä määrin toimenpiteitä sisältävä medikalisoitunut prosessi. Sairaaloissa tarjotaan parasta mahdollista hoitoa, mutta tämä kääntyy joskus tarpeettomaksi ylihoitamiseksi (Sandin-Bojö ym. 2006) ja synnytystä hoitavalta henkilökunnaltakin on välillä hämärtynyt normaalin ja epänormaalin raja (Halmesmäki & Saisto 2002; Alfirevic ym. 2017).

Sairaalasynnytysten vaihtoehdoksi ovat tulleet varsinkin Suomen ulkopuolella kotisyntytykset ja kättilöjohtoiset synnytysyksiköt. Fysiologisen

synnytykseen pyrkiminen on hyödyllistä synnyttäjälle, syntyvälle lapselle, hoitavalle kättilölle ja koko organisaatiolle. Mikäli voidaan välttyä imukupisynnytykseltä tai keisarileikkaukselta, alenevat kustannukset, äiti on todennäköisesti tyytyväisempi, vauvaa ei tarvitse erottaa äidistä ja kättilöllekin normaalisti päättynyt synnytys tuottaa ammatillista tyytyväisyyttä. On tilanteita, jolloin synnytykseen on puututtava, mutta usein maltti ja kättilön kannustus, tuki ja lääkkeettömien vaihtoehtojen tarjoaminen tuottavat positiivisia tuloksia synnytyksen etenemisessä.

MATALAN RISKIN SYNNYTYYS

Kuinka sitten voitaisiin vähentää tarpeetonta puuttumista synnytyksiin? Vuonna 2013 tehdyn kirjallisuuskatsauksen mukaan synnytyksenaikaisia toimenpiteitä lisääviä tekijöitä olivat tavanomainen synnytyssairaala, interventiot itsessään, sillä yksi interventio johtaa toiseen ja synnyttäjän korkea ikä. Toimenpiteitä vähentäviä tekijöitä sen sijaan olivat äidin korkea koulutus, alle 25 vuoden ikä ja kotona tai kättilöjohtoisessa yksikössä synnyttäminen. (Kukko 2013.) Sairaala synnytyspaikkana oli katsauksen mukaan toimenpiteitä lisäävä tekijä ja kättilön hoitama synnytys vähentävä tekijä. Voitaisiinko toimintatapoja muokkaamalla saada sairaalasta yksikkö, joka tukisi synnytyksen normaalia etenemistä?

Synnytyksen hoitoon on yleisesti olemassa hyvät ja selkeät ohjeet. Viime vuosien aikana on sairaaloissakin herätty miettimään fysiologista synnytystä tukevia toimintamalleja. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen -toimintaohjelmassa 2007–2011 suositeltiin matalan riskin synnytyksen kansallisen hoitosuosituksen laatimista. Tampereen Yliopistollisessa sairaalassa lähdettiin kehittämään asiaa ja vuosien 2012–2013 aikana toteutettiin Matalan riskin synnytyksen kriteerit -projekti ja sen jatkoksi Matalan riskin synnytyksen kriteerit -jatkoprojekti. Näiden projektien tuotoksena luotiin Taysin omat hoito-ohjeet. Tässä artikkelissa kuvataan nämä hoito-ohjeet, toiminnan muutoksen vaikutuksia synnytykseen ja vastasyntyneen vointiin sekä uuden mallin käytäntöön jalkauttaminen.

MATALAN RISKIN SYNNYTTÄJÄN MÄÄRITELMÄ

Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan normaalisyntyminen on sellainen, jossa synnyttäjällä on perusterveys, raskausviikot ovat 37–41+6 ja vain yksi vauva on syntymässä pää edellä. Synnytys on käynnistynyt spontaanisti ja etenee päätyen alatiesynnytykseen. Lisäksi äiti ja lapsi voivat synnytyksen jälkeen hyvin. Normaalisyntytyksen määritelmässä mainitaan jatkuvan riskinarvion tarpeellisuus ja kuten synnytyksen luonteeseen kuuluu, tilanne voi muuttua milloin vain. (WHO 1999.)

Taysin Matalan riskin synnytyksen projektin tarkoituksena oli tuottaa selkeät kriteerit, jolla voidaan tunnistaa matalan riskin synnyttäjät ja kuvata synnytyksen hoitoprosessi. Tavoitteena oli vähentää turhia interventiota ja lisätä näyttöön perustuvaa synnytyksen hoitoa sekä kättilöiden että lääkäreiden työssä. Projektiryhmä määritteli tulovaiheen kriteereiksi seuraavat:

- Yksisikiöinen raskaus (elävä lapsi)
- Rv 37–41+6
- Raivotarjonta
- Syke ja supistuskäyrä tulovaiheessa normaali
- Spontaanisti käynnistynyt synnytys
- Lapsivedenmenosta alle 48 h, ei infektiomerkkejä, normaalin värinen lapsivesi
- Äidin BMI alle 35 ennen raskautta
- Ensisynnyttäjän ikä 18–40

POISSULKUKRITEERIT

- Krooniset sairaudet lukuun ottamatta tasapainossa olevaa hypotyreoosia tai ruokavaliohoitoista diabetesta
- Hyytymishäiriö
- Säännöllinen lääkitys 20 raskausviikon jälkeen (paitsi Thyroxin)
- Lääke-, huume- tai alkoholiongelman
- Hepatoosi
- Diabetes (muu kuin DMA)

- Raskaudenaikainen hypertensio diagnoosina
- Pre-eklampsia diagnoosina
- Vihreä lapsivesi
- Pieni tai suuri sikiö raskausviikkoihin nähden (alle 2,5, kg tai yli 4,5 kg)
- Aiempi synnytyskomplikaatio (esim. verenvuoto yli 3000 ml, fetus mortus)
- Aiempi kohtuarpi

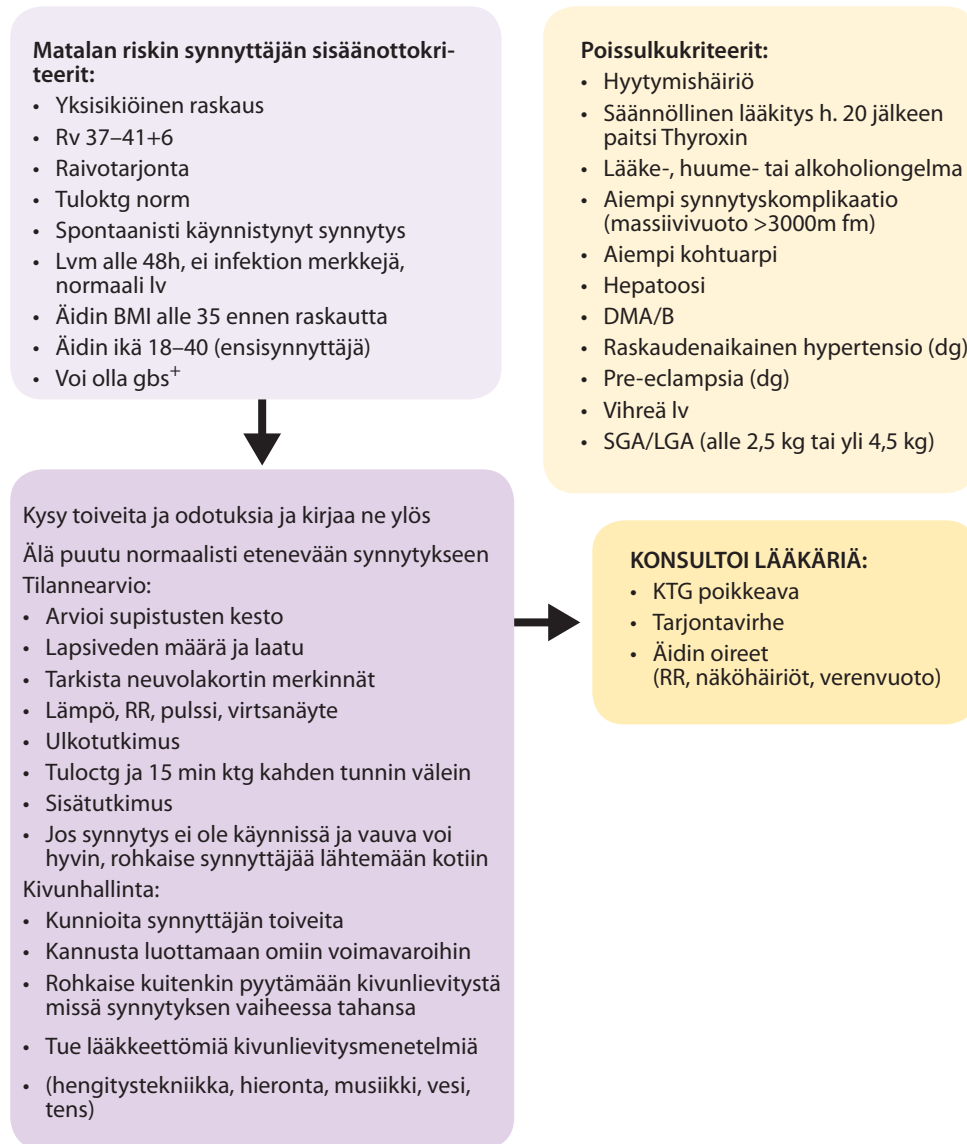
MATALAN RISKIN SYNNYTTÄJÄN HOITO

Synnyttäjän tullessa sairaalaan tehdään tulovaiheen arvio. Mikäli kriteerit täyttyvät, kirjataan synnyttäjä matalan riskin synnyttäjäksi (MARISKI). Hoidon lähtökohtana on ajatus, että matalan riskin synnyttäjää voidaan hoitaa vähemmällä rutiininomaisilla toimenpiteillä kuin riskisynnyttäjää. Riskinarviossa tunnistetaan paitsi nämä MARISKI-synnyttäjät, myös synnyttäjät, jotka vaativat tarkempaa huomiota.

Tiedetään, että tarpeeton puuttuminen normaaliin synnytysprosessiin, kuten kalvojen puhkaus tai synteettinen oksitosiini-infuusio lisäävät sekä äidin että lapsen komplikaatioiden riskiä (Romano & Lothian 2008). Sen sijaan normaalisyntytystä tukevat menetelmät kuten liikkuminen, hyvän asennon hakeminen ja äidin tarpeisiin vastaaminen sekä lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käyttäminen kirjattiin matalan synnytyksen hoito-ohjeen osaksi. Koska synnytyksen kulkua ei voi ennalta tietää, voidaan tilanteen mukaan muuttaa hoitosuunnitelmaa missä synnytyksen vaiheessa tahansa.

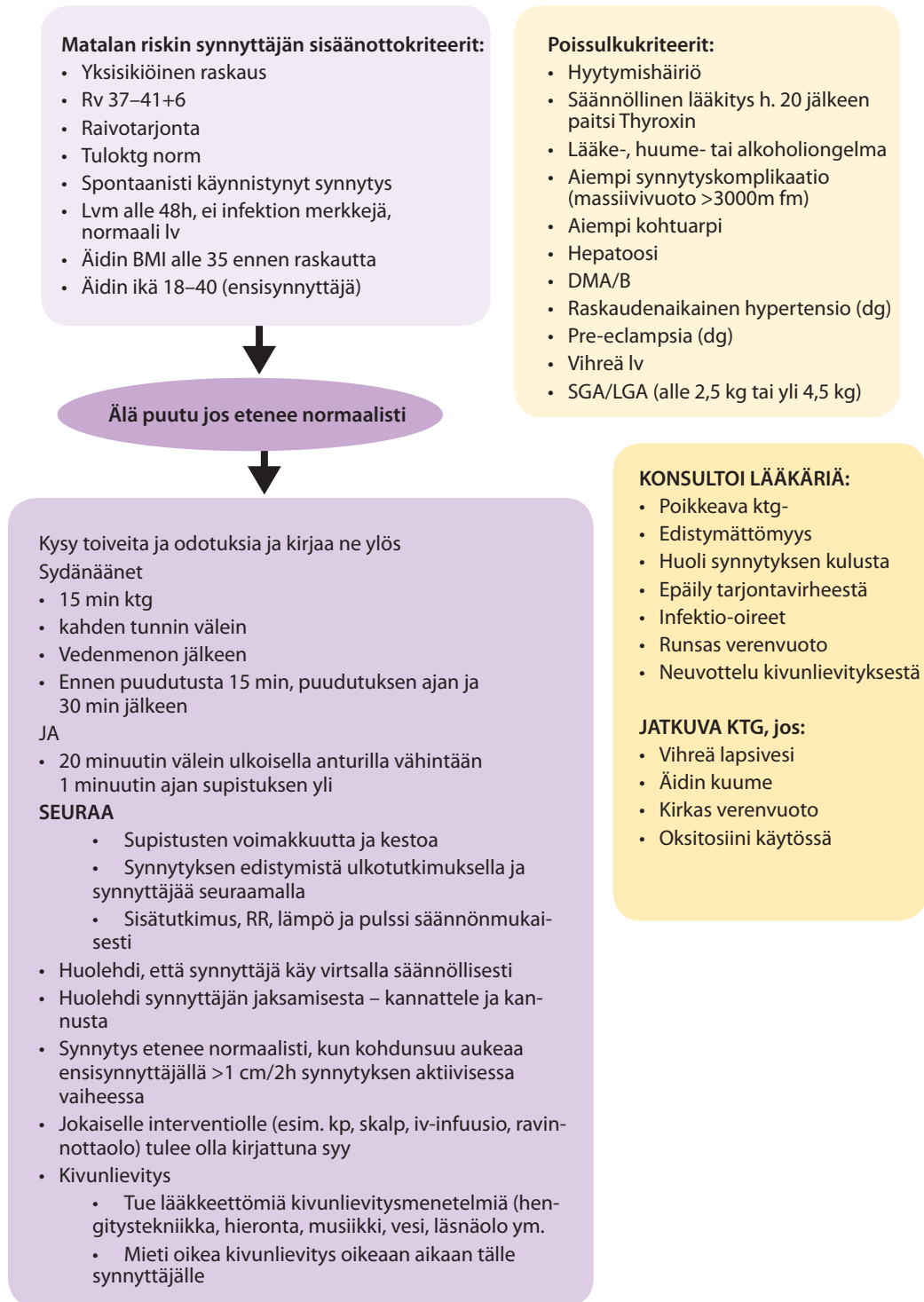
Matalan riskin synnyttäjän prosessin hoito-ohje on jaettu kolmeen osaan. Latenssivaiheella (kuvio 1), synnytyksen aktiivisella vaiheella (kuvio 2) ja ponnistusvaiheella (kuvio 3) on omat ohjeet. Joka vaiheessa on tärkeää huomioida synnyttäjän toiveet ja odotukset, kirjata ne synnytyskertomukseen sekä tukea ja rohkaista synnyttäjää. Prosessikuvaukseen lisättiin erikseen lääkärin konsultointia vaativat tilanteet. Poikkeava sykekäyrä, tarjontavirhe, äidin oireilu, infektiioireet, synnytyksen edistymättömyys, runsas verenvuoto, pitkittynyt ponnistusvaihe tai kättilön huoli synnytyksen kulusta ovat tällaisia tilanteita. Prosessin kuvaus kokonaisuudessaan on yhdistettävissä kuvioiden 1, 2 ja 3 avulla.

Latenssvaihe (SVO, 4a)



Kuvio 1. Matalan riskin synnyttäjän hoito-ohje. Latenssvaihe

Synnytys käynnissä, avautumisvaihe (svo, synnytyssali)



Kuvio 2. Matalan riskin synnyttäjän hoito-ohje: Synnytyksen aktiivinen vaihe

Synnytyksen ponnistusvaihe

Sydänäänet

- Jatkuva ktg ponnistusvaiheessa
- Tunnin välein sisätutkimus, RR, pulssi, lämpö
- Arvioi eteneminen, myös sikiön tila ja tarjonta
- Kun kohdunsuu on ollut tunnin täysin auki eikä ponnistuta, arvioi tilanne
- Mieti mikä ponnistusasento on synnyttäjälle paras, vältä selkäasentoa
- Huolehdi nesteytyksestä ja kivunlievityksen tarpeesta
- Tarjoa tukea ja rohkaisua
- Ensisynnyttäjän aktiivinen ponnistusvaihe voi kestää 2 h
- Uudelleensynnyttäjän tunnin

KONSULTOI LÄÄKÄRIÄ:

- KTG poikkeava
- Aktiivinen ponnistusvaihe kestänyt yli 60 min
- Jos tarjoutuva osa ei laskeudu
- Poikkeava kipu

- Harkitse episiotomiaa
 - Ensisynnyttäjän imukuppisynnytyksessä
 - Jos ensisynnyttäjällä avonainen/muu poikkeava tarjonta
 - Odotettavissa suuri lapsi
 - Poikkeavat sydänäänet
 - Vihreä puuromainen lapsivesi

Kuvio 3. Matalan riskin synnyttäjän hoito-ohje: Ponnistusvaihe

Vaikka pääajatuksena oli tehdä hoito-ohjeistus matalan riskin synnyttäjille, voi ohjetta käyttää monin osin kaikkien synnyttäjien hoidossa. Erityisesti toivottiin lääkkeettömien kivunlievitysten, liikkumaan kannustamisen ja kätilön läsnäolon ja tuen vaikuttavan positiivisesti synnytyksen kulkuun ja estävän rutiininomaista kalvojenpuhkaisua ja synteettisen oksitosiinin käyttöä.

PROJEKTIN JALKAUTTAMINEN

Jotta uusi hoitomalli tulee osaksi potilaan hoitoa, sen jalkauttamiseen eli implementointiin täytyy kiinnittää erityistä huomiota. Käytännön esteitä voivat esimerkiksi olla tiedon puute, unohtaminen tai johtamiseen liittyvät esteet (Prior ym. 2008). Tämän projektin tuotoksena luotua mallia jalkautettiin seuraavan vuoden ajan jatkoprojektissa.

Vuosien 2012–2014 aikana henkilökunnalle järjestettiin useita koulutuksia. Projektiryhmän jäsenet veivät mallia eteenpäin omalla esimerkillään ja ohjasivat samalla kollegoita. Mallin käyttöönoton aikana tehdyssä kyselyssä henkilökuntaa pyydettiin vastaamaan synnyttäjän syömistä, liikkumista, liikkumaan kannustamista, synnyttäjälle tehtyjä toimenpiteitä sekä kättilön asenteisiin ja omaan työtapaan liittyviin kysymyksiin. Vastaaajista kaksi kolmasosaa totesi oman työtapsansa muuttuneen ja koki saaneensa luvan käyttää kättilön taitoja synnyttäjän hoidossa (ilman turhia puuttumisia). Työtapsojen muuttuminen ilmeni esimerkiksi niin, että kättilöt kehoittavat synnyttäjiä enemmän liikkeelle, kokeilivat enemmän lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä ja antoivat synnytyksen edetä omaan tahtiin synnytyksen aikana. Projektin loppukyselyssä todettiin, että synnyttäjät saivat syödä useammin ja heitä kannustettiin liikkumaan enemmän kuin ennen. Lisäksi kalvojenpuhkaisu tehtiin harvemmin ja matalan riskin synnyttäjät olivat harvemmin jatkuvalla sykekäyrällä kuin alkumittauksen aikana. Oksitosiinin vähentynyt käyttö synnytyksissä tosin herätti myös kritiikkiä. Kaikilla kyselyyn vastanneilla työtyytyväisyys oli kuitenkin joko parantunut tai pysynyt ennallaan projektin loppuvaiheessa.

Jatkoprojektin aikana seurattiin uuden mallin vaikutuksia, varsinkin vastasyntyneiden voinnin osalta. Seuranta-aikana vastasyntyneiden syntymänaikaisessa voinnissa ei ollut muutosta eikä jaksottainen sykeseuranta näyttänyt vaikuttavan vastasyntyneen vointiin. Projektin loppuvaiheessa mitattiin kättilöiden synnytyksessä käyttämiä hoitomenetelmiä (ruoan antaminen, kalvojenpuhkaisu, iv-kanyylin laitto, katetrointi, liikkumaan kannustaminen) ja oksitosiinin käyttöä. Todettiin, että matalan riskin synnytyksen hoitomallin käyttöönoton jälkeen vuonna 2012 oksitosiinia käytettiin aluksi vähemmän kuin ennen (52 %), mutta jo kaksi vuotta projektin loppumisen jälkeen oksitosiinin käyttö nousi ja oksitosiinia sai 60 % synnyttäjistä.

POHDINTA

Tutkimustiedon tai hoitosuosituksen jalkautuminen käytännön toimintata- vaksi kestää noin 10–15 vuotta (Melnik & Fineout-Overholt 2015). Tässä matalan riskin synnytyksen kriteerit-projektissa innokkaimmat ottivat ma- talan riskin toimintamallin nopeasti osaksi omaa työtapaansa, osalla muu- tos tapahtui hitaammin. Selkeä ohjeistus kannusti kuitenkin kokeilemaan. Kuten Prior (2008) toteaa, uuden toimintatavan käyttöön ottamiseen voi vaikuttaa puutteellinen tieto tai unohtaminen. Näihin on pyritty vaikut- tamaan Mariski-koulutuksilla sekä ohjeilla. Koulutuksen tulisi kuitenkin olla jatkuvaa asian esillä pitämistä ja muistuttelua, koska muuten palataan herkästi vanhoihin totuttuihin tapoihin. Esimiehen vaikutus hoitomallin käyttöön ottoon ja sen pysyvyyteen on myös huomattava. Esimerkiksi kehityskeskustelut ovat esimiehelle hyvä tilaisuus vaikuttaa työntekijän asenteisiin. Työntekijällä on hyvä tilaisuus reflektoida omaa osaamistaan kokeillessaan uusia tapoja hoitaa synnyttäjää.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa (2007) suositel- tiin matalan riskin synnytyksen hoitosuosituksen laatimista. Kansallista suo- situsta ei vielä ole laadittu, mutta Matalan riskin synnytyksen kriteerit -pro- jektissa tuotettiin kansallinen perusta aiheelle. Tampereen mallia on esitetty useiden sairaaloiden edustajille sekä Suomessa että kansainvälisesti. Turun ja Oulun yliopistosairaaloiden sekä Helsingin sairaanhoitopiirin synnytys- sairaaloiden edustajat kävivät tutustumassa Mariski-projektiin keväällä 2015. Samana keväänä projektia esiteltiin European congress on intrapartum care -kongressissa Portossa. Helsingin sairaanhoitopiirissä toiminut Noriski- työryhmä laati oman mallin matalan riskin synnyttäjille. Tämä Haikaramalli poikkeaa vain hieman Tampereen mallista (Saari-Kemppainen 2016). Haika- ramallin mukaista synnytyksen hoitoa toteutetaan Kätilöopiston, Jorvin ja Naistenklinikan sairaaloissa (HUS 2016). Huomion kiinnittäminen normaali- synnytykseen ja sitä tukeviin menetelmiin on hyvä asia. On toivottavaa, että kaikki suomalaiset synnytyslaitokset ottaisivat käyttöön näyttöön pe- rustuvia hoitomenetelmiä ja kohdentaisivat rajallisia resurssejaan järkevästi.

LÄHTEET

Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G.M.L. & Cuthbert, A. 2017. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD006066. DOI: 10.1002/14651858.CD006066.pub3.

Halmesmäki, E. & Saisto, T. 2002. Onko täysiaikainen synnytys luonnollinen tapahtuma vai lääketieteellinen ongelma? *Duodecim* (118), 2157–2178.

HUS. 2016. Haikaramallinen synnytyksen hoito ja Perhepesä-osasto vastaavat synnyttäjien toiveisiin. [http://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/Haikaramallinen-synnytyksen-hoito-ja-Perhepesä-osasto-vastaavat-synnyttäjien-toiveisiin.aspx](http://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/Haikaramallinen-synnytyksen-hoito-ja-Perhepesa-osasto-vastaavat-synnyttajien-toiveisiin.aspx)

Kukko, S-K. 2013. Nykytilan kartoitus normaalisynnytyksen hoitamisessa. Tampereen ammattikorkeakoulu. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/55492/Kukko_Sanna_Kaisa%20%20Nykytilan%20kartoitus%20normaalisynnytyksessa.pdf;sequence=1.

Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. 2015. Evidence-based practice in nursing & healthcare. Philadelphia; Wolters Kluwer.

Prior, M., Guerin, M. & Grimmer-Somers, K. 2008. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies – a synthesis of systematic review findings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 14, 888–897.

Romano, A.M. & Lothian, J.A. 200. Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 37, 94–105. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00210.x.

Saari-Kemppainen, A. 2016. Matalan riskin synnytykset: Haikaramalli. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/HYKS-NaiS/luennot/Documents/Alueellinen%20koulutus%209.11.2016.pdf>

Sandin-Bojö, A-K., Larsson, B., Axelsson, O. & Hall-Lord, M-L. 2006. Intrapartal care documented in a Swedish maternity unit and considered in relation to World Health Organization recommendations for care in normal birth. *Midwifery* 22, 207–217.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen: Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö: 2007:17

WHO. Care in normal birth: a practical guide. 1999. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/