

Sanna Lopperi

KÄTILÖVASTAANOTTO

Opinnäytetyö
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2018



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Sanna Lopperi	Sairaanhoitaja (YAMK)	Tammikuu 2018
Opinnäytetyön nimi		74 sivua 15 liitesivua
Kätilövastaanotto		
Toimeksiantaja	Essote, Etelä-Savon sosiaali ja terveystalouden kuntayhtymä	
Ohjaaja	Elisabet Montonen	
Tiivistelmä	<p>Mikkelin sairaalalokampukselle valmistuu keväällä 2019 Perhetalo. Tämä uusi kokonaisuus yhdistää perusterveydenhuoltoa, sosiaalityötä ja erikoissairaanhoitoa. Perhetaloon tulee yhdistetty yksikkö, johon kuuluvat synnytysyksikkö, synnytysvuodeosasto, raskaana olevien seurantaosasto, vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosasto ja lastenosasto. Tilojen riittävyydestä on kuitenkin noussut huoli. Uudet tilat eivät tule riittämään nykyisillä potilasmäärillä. Tätä ongelmaa voitaisiin hillitä kehittämällä toimintaa esimerkiksi siten, että mahdollistetaan lyhemmat synnytyksen jälkeiset hoitajaksot.</p> <p>Kun perheet ovat kotiutuneet vastasyntyneen ollessa alle 36 tuntia vanha, lastenlääkäri tekee uusintatarkastuksen sairaalassa vastasyntyneen ollessa 3–5 vuorokautta vanha. Tämän uusintatarkastuksen lisäksi vastasyntynyt voi tarvita muun muassa paino- ja bilirubiinikontrollia. Nämä perheet tarvitsisivat usein myös erityistä tukea ja apua imetyksen kanssa.</p> <p>Vastasyntyneen uusintatarkastukset suoritetaan tällä hetkellä synnytysvuodeosaston tiloissa muun työn ohessa. Imetysongelmissa oleville perheille ei ole resursoitu aikoja eikä tiloja. Myös neuvolan kotikäyntiajat ovat rajalliset. Essoten alueella ei ole tarjolla tällä hetkellä terveydenhuollon ammattilaisten järjestämää imetystukea tai -apua sitä erityisesti tarvitseville. Kansallisen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä on kuitenkin ohjeistanut sairaanhoitopiirejä luomaan alueelliset hoitopolut nopean avun järjestämiseksi imetysongelmissa oleville perheille.</p> <p>Kätilövastaanotto, jossa kätilö yhdessä lastenlääkärin kanssa hoitaisi uusintatarkastukset, vastasyntyneiden kontrollikäynnit ja toimisi itsenäisesti imetysvastaanottoa pitäen, tarjoaisi ratkaisun edellä mainittuihin ongelmakohtiin.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata kätilövastaanoton toiminnan suunnittelussa huomioon otettavia tekijöitä. Tarkoituksena oli myös benchmarkata jo toiminnassa olevien kahden kätilövastaanoton toimintaa ja luoda edellytykset toiminnan aloittamiselle. Teoriatiedon ja benchmarkkausten avulla johdin työyksikössä kaksi ideariittä, joiden pohjalta toiminta päästään aloittamaan.</p>	
Asiasanat	kätilö, vastaanotto, hoitajavastaanotto	

Author (authors)	Degree	Time
Sanna Lopperi	Master of Social Services and Health Care, Leadership and Development	January 2018
Thesis title		
Midwife reception		74 pages 15 pages of appendices
Commissioned by		
Essote, Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalveluiden kuntayhtymä		
Supervisor		
Elisabet Montonen		
Abstract		
<p>A family house Perhetalo is under construction on Mikkeli Hospital Campus and will be ready in the spring of 2019. This new entity will combine primary health care, social work and specialized medical care. Perhetalo will house a new combined unit which includes a birth unit, a postnatal unit, a prenatal unit, an intensive care and observation unit for newborns and a children's unit. However, concern about the adequacy of the space has been raised. With the current number of patients this new unit is going to be too small. Enabling shorter post natal treatment courses could be one solution to curbing this problem.</p>		
<p>In cases where the family is discharged with a newborn baby under 36 hours old, a pediatrician will conduct a re-examination for the baby at the age of 3 to 5 days in the hospital ward. In addition to the re-examination the newborn might need, among other things, weight or bilirubin control. Families that are discharged early are often in need of special support and help with breastfeeding as well.</p>		
<p>The re-examinations for the newborns are currently executed in the maternity ward alongside daily routine work. No resources in terms of time and space have been allocated to the support of the families with breastfeeding problems. Also the resources of the Public Health maternity clinic nurses and midwives to make home calls are limited. Currently there is no professional help available in the Essote area for families in need of special support for breastfeeding. The National expert group for promoting breastfeeding has given guidelines for hospital districts to create a regional care path to provide help quickly to families who have problems in breastfeeding.</p>		
<p>Midwife reception, where a midwife together with a pediatrician could take care of re-examinations, controls for the newborn, and would work independently running a breastfeeding clinic would solve the abovementioned problems.</p>		
<p>The objective of this thesis was to describe the factors which must be taken into consideration in the planning of the midwife clinic. The aim of the thesis was also to benchmark the two midwife clinics that are already operating, and provide the prerequisites to start a new clinic. By combining theoretical knowledge and the results of the benchmarking we arranged within our work unit two brainstorming sessions that provided the basis on which the midwife clinic can be founded.</p>		
Keywords		
Midwife, reception, nurse clinic		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS	7
3	DEMINGIN YMPYRÄ KEHITTÄMISPROSESSIN JÄSENTÄJÄNÄ.....	7
4	PLAN - OPINNÄYTETYÖN SUUNNITTELUVAIHE.....	8
4.1	Nykytilanteen kuvaus.....	9
4.1.1	Perhetalon tilojen kartoitus, tulokset ja siitä nousseet suositukset.....	10
4.1.2	Synnytyksen jälkeinen varhainen kotiutuminen	13
4.1.3	Varhaisesti synnytyksen jälkeen kotiutuvien perheiden hoito	16
4.2	Imetysvastaanoton tuomia etuja	18
4.2.1	Imetyksen edistäminen Suomessa sekä imetyssuositukset.....	19
4.2.2	Imetyksen etuja ja imetysohjaus.....	20
4.3	Vastaanottotoiminta ja sitä säätelevä lainsäädäntö	22
4.3.1	Vaadittava osaaminen vastaanottotyöhön	24
4.3.2	Erilaiset vastaanottomallit ja hoitajavastaanoton etuja.....	25
4.4	Kuopion yliopistollisen sairaalan kättilöpoliklinikan benchmarkkaus.....	29
4.5	Lohjan sairaalan kättilöpoliklinikan benchmarkkaus	33
4.6	Oulaskankaan sairaalan vieripoliklinikka	35
5	DO - TOTEUTUSVAIHE	36
5.1	Ensimmäinen ideariihä työyksikössä marraskuussa 2017	36
5.2	Toinen ideariihä työyksikössä joulukuussa 2017	39
5.2.1	Vaikutuksia perheiden hoitoon.....	39
5.2.2	Mahdollisia riskejä ja ei-toivottuja asioita	40
5.2.3	Toiminnan mahdollisia vaikutuksia kuntiin, henkilöstöön ja sidosryhmiin.....	41
6	CHECK – ARVIOINTIVAIHE JA ACT – KEHITTÄMISVAIHE	44
7	POHDINTA.....	45
7.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	46
7.2	Opinnäytetyön prosessin arviointia	47

LIITTEET

Liite 1. 10 askelta onnistuneeseen imetykseen

Liite 2. Tutkimuslupa

Liite 3. Ideariihien osallistuville infokirje

Liite 4. Polikliininen synnytys

Liite 5. LYSY, lapsen kriteerit varhaiselle kotiutumiselle

Liite 6. LYSY, äidin kriteerit varhaiselle kotiutumiselle

Liite 7. LYSY, varhain (alle 36 tunnin iässä) kotiutunut vastasyntynyt

Liite 8. Haastattelukysymyksiä ideariihien

Liite 9. Uuden toiminnan suunnittelun ohje

1 JOHDANTO

Mikkelin sairaalakampukselle valmistuu keväällä 2019 Perhetalo. Tämä uusi kokonaisuus yhdistää perusterveydenhuoltoa, sosiaalityötä ja erikoissairaanhoidon. Samasta rakennuksesta on mahdollista perheiden saada kokonaisvaltaista palvelua, joka on kustannustehokasta. (ESPER-hankesuunnitelma 2016.)

Perhetalon kolmanteen kerrokseen tulee yhdistetty yksikkö, johon kuuluvat synnytys- ja lastenyksikkö eli raskaana olevien seurantaosasto, synnytysvuodeosasto, synnytyssalit, vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosasto ja lastenosasto. Tämän yhdistetyn osaston tilojen riittävydestä on kuitenkin noussut huoli. Uudet tilat eivät tule riittämään nykyisillä potilasmäärillä. Tämän huolen pohjalta on kerätty 1.6.2015 - 31.5.2016 tietoa tilojen käytöstä Perhetalon kolmanteen kerrokseen tulevien osastojen osalta. Tulosten pohjalta tehdyissä skenaarioissa kävi selväksi, että uudet Perhetalon tilat tarvitsevat ylivuotopaikkoja muilta osastoilta. Tätä ongelmaa voitaisiin hillitä kehittämällä toimintaa esimerkiksi siten, että mahdollistetaan lyhemmät synnytyksen jälkeiset hoitojaksot. Tällä hetkellä synnytyksen jälkeen keskimääräinen hoitojakso osastolla on 2,9 päivää. (Jaatinen ym. 2016, 9, 54.)

Essoten eli Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymän alueella lyhytjälkihoitoisesti kotiutuvat synnyttäjät eli äidit, jotka kotiutuvat vauvan ollessa alle 36 tunnin ikäinen, tulevat uusintatarkastukseen sairaalaan synnytysvuodeosastolle vauvan ollessa 3–5 vuorokauden ikäisiä. Tämän uusintatarkastuksen lisäksi vastasyntynyt voi tarvita muun muassa paino- ja bilirubiinikontrollia. Nämä perheet tarvitsisivat usein myös erityistä tukea ja apua imetyksen kanssa. (Putkinen 2017.)

Vastasyntyneen uusintatarkastukset suoritetaan tällä hetkellä synnytysvuodeosaston tiloissa muun työn ohessa. Imetysongelmissa oleville perheille ei ole resursoitu aikoja, eikä tiloja. Myös neuvolan kotikäyntiajat ovat rajalliset. Erityistä tukea tai apua imetyksen kanssa tarvitseville perheille ei ole tällä hetkellä Essoten terveystieteiden palveluilla tarjota.

WHO:n eli Maailman terveysjärjestön 10 askelta onnistuneeseen imetykseen -suositus antaa ammattilaisille ohjeistusta imetyksen tukemiseen työssään (liite 1). Kansallisen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä on myös ohjeistanut sairaanhoitopiirejä luomaan alueelliset hoitopolut nopean avun järjestämiseksi imetysongelmissa oleville perheille. (Hannula ym. 2010, 4.)

Kätilövastaanotto, jossa kätilö yhdessä lastenlääkärin kanssa hoitaisi uusintatarkastukset, vastasyntyneiden kontrollikäynnit ja toimisi itsenäisesti imetysvastaanottoa pitäen, tarjoaisi ratkaisun edellä mainittuihin ongelmakohtiin.

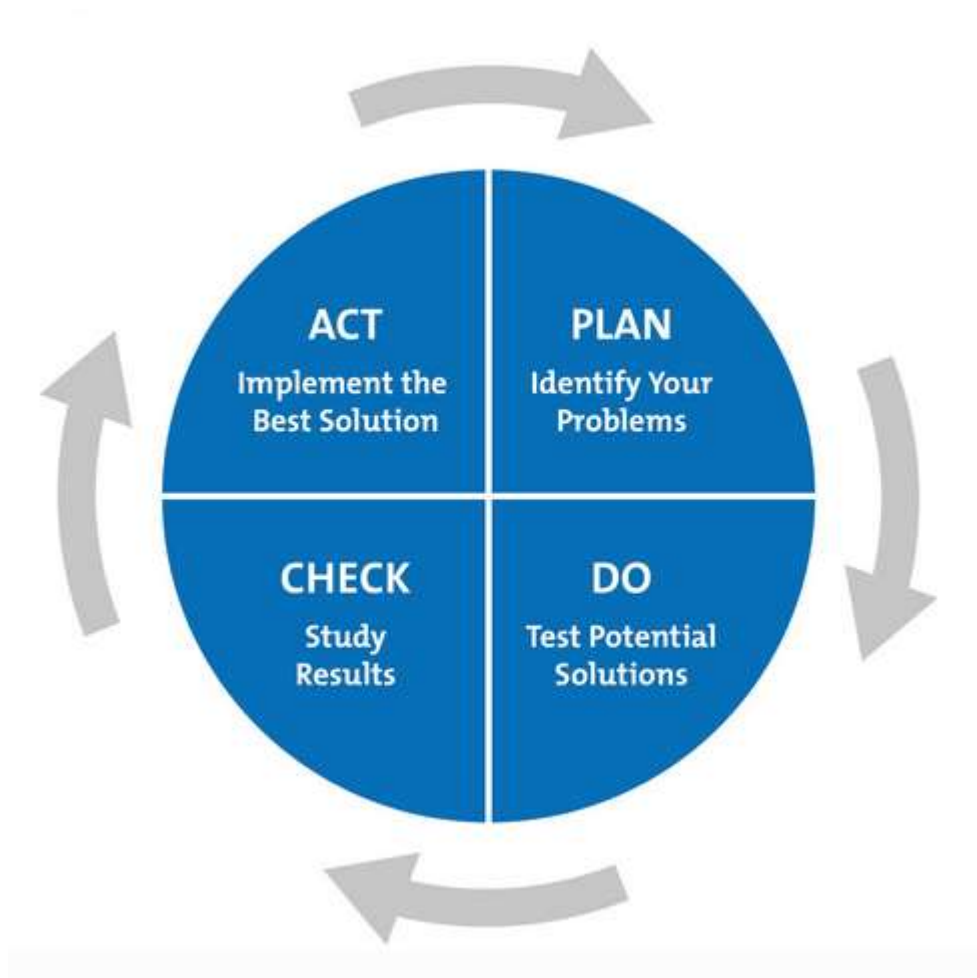
2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kuvata kätilövastaanoton toiminnan suunnittelussa huomioon otettavia tekijöitä. Tarkoituksena on myös benchmarkata jo toiminnassa olevien kätilövastaanottojen toimintaa ja luoda edellytykset toiminnan aloittamiselle.

Tässä työssä oli tarkoituksena, että hoitohenkilökunta osallistuu toimintaan ja muutokseen tuomalla esiin omaa asiantuntijuuttaan ja näkemyksiään kätilövastaanoton toiminnasta ja siihen liittyvistä mahdollisuuksista. Eri ammattiryhmien kuten kätilöiden, pediatrien, gynekologien ja neuvolan terveydenhoitajien yhteistyö ja näkemykset toiminnasta ovat ensiarvoisen tärkeitä. Uudella toiminnalla tulisi olemaan vaikutusta kaikkien edellä mainittujen ammattiryhmien toimintaan. Tarkoitukseni oli ensin benchmarkata kaksi synnytyssairaala, joissa on kätilövastaanottotoimintaa. Benchmarkauksella kerättyjen tietojen ja mallien lähdekirjallisuudesta saatujen tietojen avulla lähdemme työstämään Essotelle sopivaa mallia kätilövastaanotosta.

3 DEMINGIN YMPYRÄ KEHITTÄMISPROSESSIN JÄSENTÄJÄNÄ

Suunnittelu- ja kehittämistoiminta voidaan vaiheistaa Demingin jatkuvan kehittämisen ympyrän mukaan (kuva 1): plan (suunnittele), do (toteuta), check (tarkista) ja act (kehitä) (Piirainen 2007).



Kuva 1. Demingin ympyrä (Will 2016)

Demingin ympyrässä toistuvat neljä vaihetta: plan – do – check – act. Kun ympyrä sulkeutuu, alkaa uusi kierros alusta, ja tämä toistuu useita kertoja peräkkäin, jotta päästäisiin kohti parempaa laatua. Demingin ympyrä soveltuu johtamiseen sekä toiminnan kehittämiseen. Tämän jatkuvan kehittämisen malli on oikea silloin, kun halutaan parantaa toimintaa ja saavuttaa halutut tavoitteet. (Laaksonen ym. 2012, 49–50; Pesonen 2007, 63–65.)

4 PLAN - OPINNÄYTETYÖN SUUNNITTELUVAIHE

Suunnitteluvaiheessa selvitetään nykyinen tilanne ja tämänhetkiset ongelmat yhdessä työyhteisössä. Arkipäivän ongelmat ja haasteet identifioidaan ja arvioidaan ja ne muotoillaan tutkimusongelmaksi. (Metsämuuronen 2001, 31.) Jotta tavoitteet saavutetaan, on suunniteltava, mitä muutoksia tulisi toteuttaa (Piirainen 2017).

Tässä luvussa käsittelen lähdekirjallisuuden avulla uuden Perhetalon tilojen kartoituksen tuloksia ja tämän pohjalta nousseita suosituksia. Käsittelen myös käytäntöjä ja tutkimustietoa, jotka liittyvät synnytyksen jälkeiseen varhaiseen

kotiutumiseen ja imetysvastaanoton tuomiin etuihin sekä vastaanottotoimintaan ja hoitajavastaanoton tuomiin etuihin. Kahdessa sairaalassa suorittamani benchmarkkaukset ovat myös olennainen osa tätä suunnitteluvaihetta. Kaikki nämä osa-alueet liittyvät vahvasti kätilövastaanoton toiminnan perusteisiin.

Benchmarkkaukset Kuopion yliopistolliseen sairaalaan ja Lohjan sairaalaan suoritin syksyllä 2017. Marraskuussa 2017 johdin ensimmäisen eri ammattiryhmien yhteisen ideariihen, jossa esittelin muiden sairaaloiden mallit ja lähdimme tämän jälkeen yhdessä miettimään ja ideoimaan minkälainen malli olisi paras Essote:lle. Tarkoitukseni oli, että ryhmässä olisi mukana yksi pediatri, yksi gynekologi, kaksi neuvolan terveydenhoitajaa ja kolme kätilöä. Tein benchmarkkaukset ja johdin osastotunnit tutkimusluvan saamisen jälkeen (liite 2).

Ensimmäisessä ideariihessä esittelin osallistujille infokirjeen, (liite 3) jossa kerrotaan mm. osallistumisen olevan vapaaehtoista. Ideariihen alustukseksi esittelin muiden sairaaloiden toimintamallit ja tämän jälkeen keskustelimme ja ideoimme. Toinen tapaaminen pidettiin kuukauden sisällä ensimmäisestä.

4.1 Nykytilanteen kuvaus

Vuonna 2014 terveydenhuoltomenot olivat Suomessa 19,5 miljardia euroa. Erikoissairaanhoidon osuus koko osuudesta oli 6,8 miljardia euroa. (Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2014.) Jos sosiaali- ja terveydenhuollon menot pysyvät nykyisellä tasolla, arvioidaan niiden kasvavan 2,4 prosenttia vuodessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksella eli sote-uudistuksella on tarkoitus supistaa kasvunopeus 0,9 prosenttiin. Kustannusten kasvua pyritään hillitsemään resurssien oikea-aikaisella ja tehokkaalla käytöllä ja sujuvilla hoito- ja palveluketjuilla. Palveluissa painotetaan ennaltaehkäisyä ja hyvinvoinnin edistämistä. (Sote-uudistus 2017.)

Suomen terveydenhuolto uudistetaan kokonaisuudessaan lähivuosina vastaamaan 2000-luvun terveyden ja hyvinvoinnin haasteita. Uudistuksessa on tarkoitus madaltaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajaa. (STM

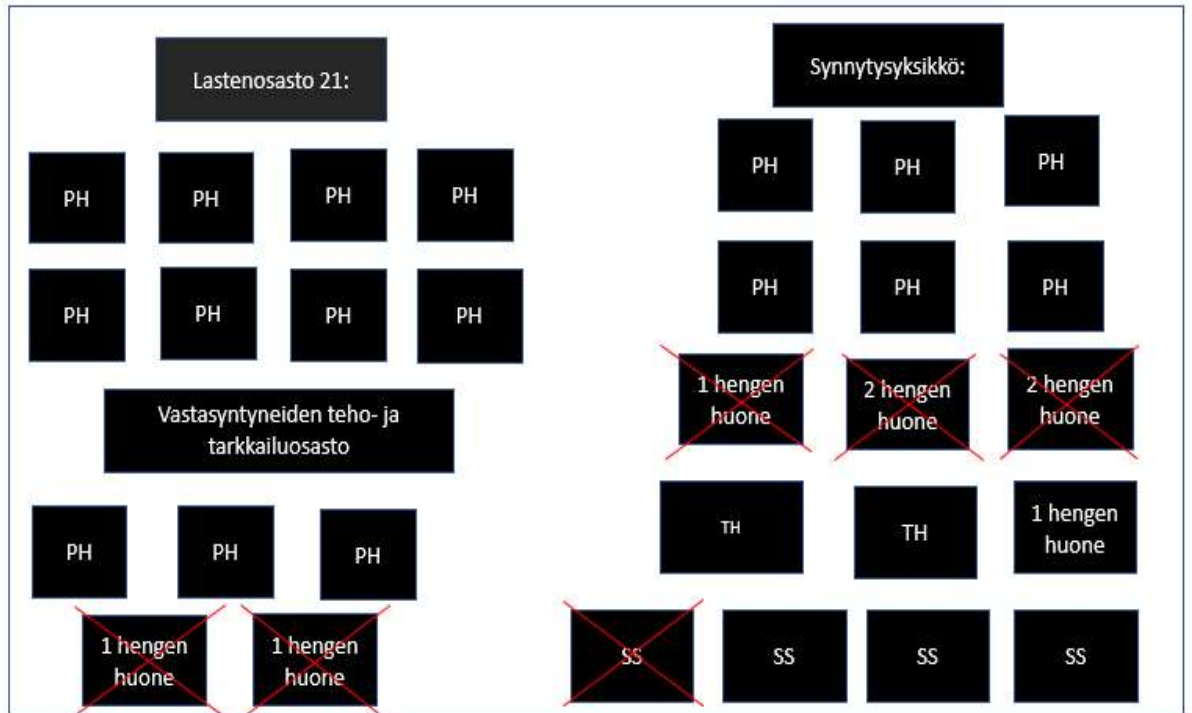
2013, 38.) Sote-uudistuksella, halutaan turvata yhdenvertaiset, asiakaslähtöiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveystalvet koko maassa. Palvelujärjestelmien selkeyttäminen ja sosiaali- ja terveystalveluiden yhdistäminen mahdollistavat palveluiden toteuttamisen uusilla keinoilla ja henkilöstön toimiminen yli organisaatorajojen helpottuu. (Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus 2015, 1.)

Mikkelin kaupungin perusterveydenhuolto, soveltuvien osien sosiaalityö ja erikoissairaanhoido yhdistyvät yhdeksi kokonaisuudeksi nykyiselle sairaalakampukselle. Hankkeella tavoitellaan kustannusvaikuttavampaa ja parempaa palvelua alueellemme. Tulevaisuudessa sairaalakampukselta saa niin peruskun erityispalveluja. Uudistamisen keskeisiä tavoitteita ovat entistä parempi ja sujuvampi palvelu, sosiaali- ja terveystalvustusten hallinta sekä viihtyisä työympäristö henkilökunnalle. (ESPER-hanke 2016.)

Perhetalo, joka valmistuu keväällä 2019, tulee olemaan kokonaisuus, jossa sijaitsevat Mikkelin kaupungin neuvolat, lasten kehityksen tukiyksikkö, perheoikeudelliset talvelut, perhetyö, äitiystalvastaanotto, lastentautien ja -neurologian vastaanotot. Oman osastoryhmän muodostavat vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosasto, lastenosasto, raskaana olevien seurantaosasto, synnyttäneiden vuodeosasto sekä synnytyssalit. Suunnittelun lähtökohtana on parantaa lapsiperheiden palvelua ja potilasturvallisuutta, yksinkertaistaa hoitopolkua sekä tukea toiminnan tehokkuutta. Tavoitteena tällä kokonaisuudella on muodostaa toimivat alueelliset lähitalvelut ja erityispalvelut naisille ja lapsille. (ESPER-hankesuunnitelma 2016.)

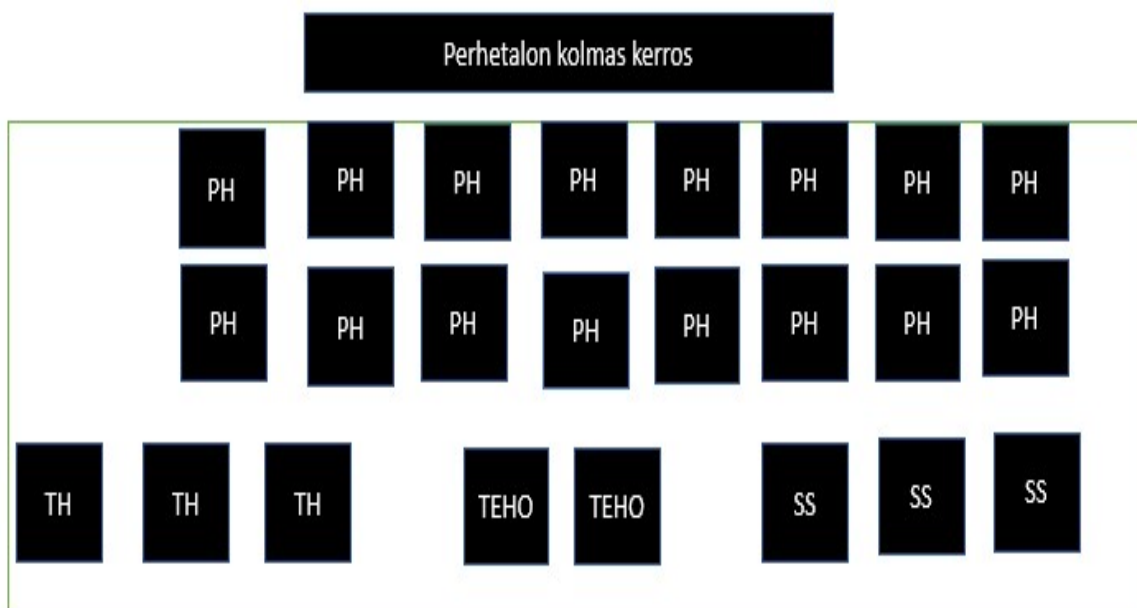
4.1.1 Perhetalon tilojen kartoitus, tulokset ja siitä nousseet suositukset

Synnytys- ja lastenyksikössä, eli raskaana olevien seurantaosastolla, synnytysvuodeosastolla, synnytyssaleilla, vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastoilla ja lastenosasto 21:llä on tällä hetkellä käytössä yhteensä 17 perhehuonetta, 4 synnytyssalia, 2 tarkkailuhuonetta, 2 kahden hengen huonetta ja 2 yhden hengen huonetta. (Synnytyksen jälkeen 2016.) Perhetalon uusien tilojen myötä sairaansijat vähentyvät kahdeksalla paikalla (kuva 2).



Kuva 2. Nykyiset tilat. PH tarkoittaa perhehuonetta, TH on tarkkailuhuone ja SS on synnytys-sali. Rasti huoneen päällä tarkoittaa huoneen poistumista Perhetaloon muutettaessa

Uusissa Perhetalon tiloissa tulee olemaan yhteensä 16 perhehuonetta, kolme tarkkailuhuonetta, kaksi vastasyntyneiden tehohoitopaikkaa ja kolme synnytys-salia (kuva 3). Sairaansijat tulevat vähentymään kahdeksalla paikalla. Huoneet ovat koko osastoryhmän käytössä, huoneita ei ole merkitty pelkästään jonkun tietyn potilasryhmän käyttöön.



Kuva 3. Tulevat tilat. Tilanne Perhetalossa osastojen ollessa yhtenäinen. PH tarkoittaa perhehuonetta, TH on tarkkailuhuone ja SS on synnytys sali

Perhetalon kolmannen kerroksen tilojen riittävydestä nousikin suuri huoli jo suunnitteluvaiheessa. Tämän vuoksi 1.6.2015 - 31.5.2016 kerättiin synnytys- ja lastenyksikössä eli raskaana olevien seurantaosastolta, synnytysvuodeosastolta, synnytys salista, vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastolta ja lastenosasto 21:llä aineistoa potilastunnusteiden, ajoittumistietojen ja diagnoosien kautta. (Jaatinen ym. 2016, 3, 6–7.)

Edellä mainitun retrospektiivisen kartoituksen lisäksi tehtiin tutkimus reaaliajassa. Henkilökunta täytti 18.7- 2.8.2016 lomakeseurantaa. Tämän seurannan avulla saatiin tietoa synnytys saliin saapuneiden eri potilasryhmien hoitoaikojen pituudesta sekä eri tilojen kuormittuvuudesta. Myös eri osastojen vastaanotoilla tehtyjen käyntien kestot ja tutkimushuoneiden tutkimusmäärät ja kestot kartoitettiin. Synnytys salien sekä tarkkailuhuoneiden siivousajat ja siivouksen odotusajat kartoitettiin myös. (Jaatinen ym. 2016, 17.)

Nykyisillä potilasmäärillä ja Perhetaloon suunnitelluilla tiloilla muodostuu merkittävämmäksi ongelmaksi potilashuoneiden riittävyys. Tätä voidaan hillitä esimerkiksi kehittämällä toimintaa siten, että mahdollistetaan lyhemmät synnytyksen jälkeiset hoitajakset (kuva 4). Tällä hetkellä synnytyksen jälkeen keskimääräinen hoitajakso osastolla on 2,9 päivää. Vaikka hoitajaksoja lyhennetään ja kotiutumista aikaistetaan kotiutumispäivänä, ei ylivuotopaikkojen tarve

kuitenkaan kokonaan poistu. Jos hoitoaika osastolla lyhentyi 2,5 vuorokauden yli 48 tuntia kestäneiden osastojaksojen kohdalla, lyhentyisi 330 synnyttäjän hoitoaika vuorokaudella ja perhehuoneiden käyttö kahdella potilaalla olisi marginaalista. (Jaatinen ym. 2016, 9, 54.)



Kuva 4. Eripituisten hoitajaksojen vaikutus Perhetalon potilashuoneiden riittävyyteen

Kätilövastaanotto toimisi jatkoseurantapaikkana näille varhaisesti kotiin lähteneille, joiden vauva on kotiutuessa alle 36 tuntia vanha. Osastolle ei tarvitsisi jäädä yön yli seurantaan pelkän aamulla otettavan painokontrollin tai laboratorikokeiden vuoksi. Perhe voisi mennä yöksi kotiin ja tulla lääkärin määräämänä ajankohtana kätilövastaanotolle kontrollikäynnille. Tämänkaltainen toiminta vähentäisi osaston kuormitusta ja säästäisi kustannuksissa.

4.1.2 Synnytyksen jälkeinen varhainen kotiutuminen

Synnytyksen jälkeen perhe kotiutuu äidin ja vauvan voinnin mukaan. Pediatri suorittaa aina ennen kotiinlähtöä vastasyntyneelle kotiinlähtötarkastuksen. Mikäli vauva on alle 36 tuntia vanha, tulee perhe uusintatarkastukseen synnytysvuodeosastolle vauvan ollessa 2–5 vuorokautta vanha. (Synnytyksen jälkeen 2016.)

Uusintatarkastukset suoritetaan synnytysvuodeosastolla muun työn ohessa. Osastolla olevien perheiden määrää ja hoitoisuutta on vaikea ennakoida työvuorosuunnittelussa, työ on päivystysluonteista. Kaikki uusintatarkastukseen

tulevat perheet tulevat osastolle samaan kellonaikaan, jolloin kätilö tekee tarvittavat lääkärin määräämät mittaukset vauvalle. Näitä mittauksia ovat esimerkiksi paino ja bilirubiinin mittaaminen, mahdollinen kuulotutkimus sekä äidin haastattelu. Tämän jälkeen pediatri tarkastaa vauvan ja antaa mahdolliset vauvan jatkohoitoa koskevat ohjeet. Tähän käytetty työaika merkataan lisätö-resurssi-kaavakkeelle. Toisinaan perheet joutuvat odottamaan pitkiäkin aikoja, jotta pääsevät tarkastukseen. Osastolla ei ole varattu perheille erityistä ohjaustilaa tai huonetta, jossa vauvaa voisi imettää tai antaa imetysohjausta tämän käynnin yhteydessä. (Putkinen 2017.)

Suomessa äidit kotiutuvat synnytyksen jälkeen yhä nopeammin. Vuonna 1992 synnyttäjäistä 54 prosenttia kotiutui viimeistään neljäntenä synnytyksen jälkeisenä päivänä. Vuonna 2012 synnyttäneistä neljäntenä päivänä oli kotona jo 90 prosenttia. Samaisena vuonna 45 prosenttia synnyttäneistä kotiutui kahden päivän sisällä synnytyksestä. Hoitopäivien keskiarvo alateitse synnyttäneillä oli 2,7 päivää. (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 111.)

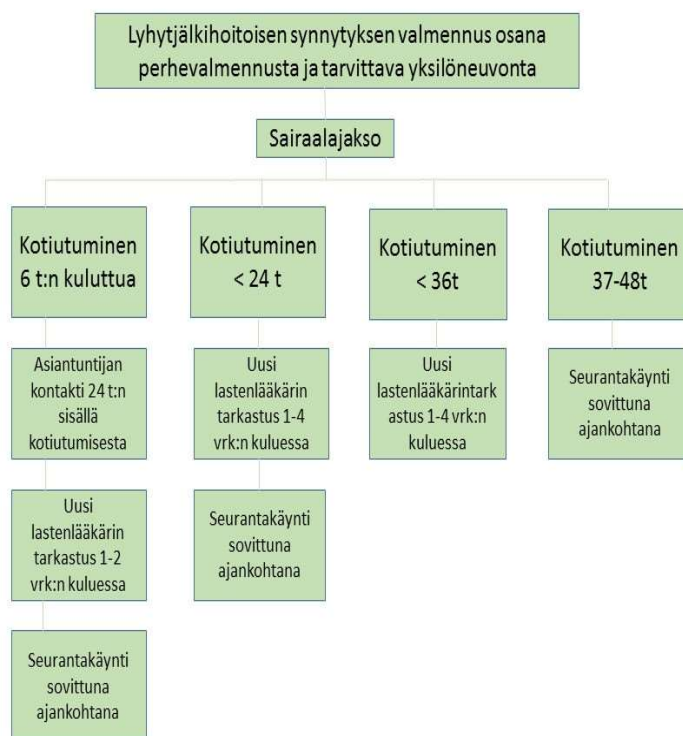
Lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä eli LYSY:ssä synnyttänyt äiti ja lapsi voivat kotiutua sairaalasta 6–48 tunnin kuluttua synnytyksestä (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 111). LYSY:ä voidaan suositella terveille äideille, joilla on ollut säännöllinen raskaus ja synnytys ja jotka toivovat nopeaa kotiutumista synnytyssairaalasta. Lisäksi vastasyntyneen voinnissa ei saa ilmetä merkittävää riskiä infektiolle, hypoglykemiariskiä, kellastumisriskiä eikä muutakaan poikkeavaa, joka voi olla varhaisen kotiutumisen este. Näitä kaikkia tulee ennaltaehkäistä tehokkaalla seurannalla. Kätilön tehtävänä onkin huolehtia äidin ja vastasyntyneen jälkiseurannasta. Tähän kuuluu myös arviointi siitä, liittyykö kotioloissa selviytymiseen pelkoja tai masennusta. Näitä riskejä voidaan vähentää toimivalla seurantajärjestelmällä, johon myös synnyttäneet perheet kokevat voivansa luottaa. (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 25; Raussi-Lehto & Jouhki 2015, 283.)

LYSY:n edellytyksinä ovat myös hyvät sosiaaliset edellytykset. Perheen tulee olla motivoitunut tähän hoitoon, ja niiden tulee sitoutua sen ehtoihin. (Viisainen 1999, 75.) LYSY:n turvallisuus edellyttää, että järjestelmä tarjoaa vähintään yhden seurantakäynnin joko sairaalassa tai kotona. Myös puhelinneuvonta on

järjestettävä kotona oleville. (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 254.)

Hoitojaksojen lyhentymiseen ovat vaikuttaneet perheiden valveutuneisuus, toiveet, itsehoitovalmiudet, tiedonsaannin lisääntyminen sekä taloudelliset tekijät. Kun sairaalassaoloaika lyhenee, syntyy palvelujärjestelmässä säästöjä. Oma koti tarjoaa koko perheelle parhaan suojan sairaalan bakteereja vastaan. Lapsentahtinen imetys ja varhaisen vuorovaikutuksen kehittyminen sekä koko perheen yhdessäolo mahdollistuvat parhaiten kotioloissa. (Raussi-Lehto & Jouhki 2015, 383.)

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (TYKS) tutkimus (Kotisaari & Kukkola 2012, 49.) osoittaa, että terveydenhuoltolaki 1326/2010 mahdollistaa asiakkaillemme vapauden valita hoitopaikkansa. Perheet ovat entistä tietoisempia vaihtoehtoista ja mahdollisuuksista. Kun vaatimukset lisääntyvät, pakottaa se toimintayksiköt parantamaan prosesseja ja seuraamaan toimintaansa ja saavutettuja lopputuloksia. Parhaimmillaan valinnanvapaus lisää asiakaskeskeisyyttä, vähentää järjestelmäketteryyttä, parantaa hoitotuloksia ja lisää hoitomyönteisyyttä. (Kotisaari & Kukkola 2012, 49.) Kuvassa 5 esitellään LYSY:n järjestämistä (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 255).



Kuva 5. LYSY:n järjestäminen (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 255)

4.1.3 Varhaisesti synnytyksen jälkeen kotiutuvien perheiden hoito

Useissa maissa sairaalan kättilö tekee kotikäynnin varhaisesti synnytyksen jälkeen kotiutuneiden perheiden luokse. Suomessa kättilöiden tekemiä kotikäyn-
tejä varhaisesti kotiutuville on tehty esimerkiksi Tampereella. Nämä käynnit
kuitenkin lopetettiin potilashotellin toiminnan alkamisen myötä 2014. Tämän
jälkeen perheet ovat Tampereen alueelta tulleet uusintatarkastuksiin kättilöpoli-
klinikalle, joka toimii kaikkina arkinpäivinä Tampereen yliopistollisen sairaalan
yhteydessä olevassa potilashotellissa. (Huovinen 2018.)

Maailmanlaajuisesti kasvava käytäntö kotiutua nopeasti synnytyksen jälkeen
on otettava tarkemmin huomioon lapsivuodeajan hoidossa. Australialainen tut-
kimus osoitti, että siellä kotiin tarjottavaa hoitoa voitaisiin parantaa mm. mietti-
mällä, kuinka hoitoa voitaisiin toteuttaa enemmän myös äideille suunnatta-
vaksi. (Foster ym. 2016, 172–179.) Sairaalapaikkojen vähyyden vuoksi tilat
lapsivuodeosastoilla ovat vähentyneet koko Australiassa. Nopeita kotiutumisia
synnytyksen jälkeen joudutaan toteuttamaan ilman valmistautumista siihen
raskausaikana. Ensisynnyttäjät ovat kokeneet nopeat, ennakoimattomat kotiu-
tumiset turvattomina, eivätkä kotikäynnit tuo samanlaista turvaa heille kuin sai-
raalassa oleminen. (McLachlan ym. 2009, 128–133.) Australian Victoriassa
syntyy vuosittain 63 000 lasta. Kotiutuminen on mahdollista heillä ensimmäi-
sen vuorokauden aikana. Synnytyksen jälkeinen hoito osastolla koetaan kii-
reiseksi. Joustavalle mallille, joka tarjoaa parempaa jatkuvuutta, on suuri
tarve. (McLachlan ym. 2008, 358–370.)

Ruotsissa varhaisen kotiutumisen yhteydessä tehdään perheen luo kotikäynti,
jonka suorittaa sairaalan kättilö. Perheeseen tehdään niin monta kotikäyntiä
neljänteen synnytyksen jälkeiseen päivään saakka kuin perhe haluaa. Yh-
teyttä voidaan pitää myös puhelimitse. Näiden kontaktien yhteydessä täyte-
tään tarkistuslistaa, jotta äidin ja lapsen voinnista saadaan tarvittavat tiedot.
Viidentenä synnytyksen jälkeisenä päivänä perhe tulee uusintatarkastukseen
sairaalaan. Myös ensisynnyttäjät ovat olleet tyytyväisiä tämänkaltaiseen syn-
nytyksen jälkeiseen seurantaan. (Johansson ym. 2010, 131–137.)

Toisessa ruotsalaistutkimuksessa oli kartoitettu äitien tyytyväisyyttä kahden synnytyksen jälkeisen viikon aikana. Tutkimus koski synnytyssairaalassa annettua hoitoa ennen ja jälkeen synnytyksen ja lastenneuvolan hoitoa. Käytännönä on, että synnytysvuodeosasto on hoitovastuussa perheestä ensimmäisen synnytyksen jälkeisen viikon. Seuraava terveydenhuollon kontrolli on 6–12 viikon kuluttua. Yhteistyö neuvolan ja synnytyssairaalan välillä on tärkeää, jotta hoidon jatkuvuus voidaan taata. Neuvolan hoitajat ovat avainasemassa, koska he tuntevat äidit parhaiten. Olisikin suositeltavaa, että he koordinoisivat ensimmäisen synnytyksen jälkeisen viikon hoitoa. He osaavat tunnistaa ne äidit, jotka tarvitsevat enemmän tukea. (Barimani ym. 2015, 409–417.)

Brittitutkijoiden tekemässä systemaattisessa tutkimuskatsauksessa todettiin, että vaikka terveydenhoitajilla ja kätilöillä on sama päämäärä perheiden hoidossa ja vaikka järjestelmää on yritetty integroida, voi yhteistyö olla silti haastavaa. Toisen ammattiryhmän työnkuva voi olla epäselvä. Tiimityöskentely yli organisaatorajojen helpottuu, jos eri tahot ovat yhteistyössä jo hyvissä ajoin. Työ nähdään tällöin tiimityöskentelynä, jolloin myös joustavuus lisääntyy. (Aquino ym. 2016, 193–206.)

Norjalaistutkimuksessa kätilöiden tekemät kotikäynnit nopean kotiutumisen jälkeen on koettu tärkeinä äitien mielestä. Kätilöiden antama tuki varhaisessa vaiheessa kotona auttaa äitejä uskomaan, että he selviävät äitiydestä. Erityisen hyväksi koettiin, jos sama kätilö, joka hoiti synnytyksen, teki myös kotikäynnin. Äidit kokivat myös erittäin hyväksi ne kotikäynnit, jonka suoritti sama hoitaja, joka tunsivat heidät jo raskausajalta. (Dahlberg ym. 2016, 57–62.)

Sveitsiläisessä tutkimuksessa terveydenhuollon ammattilaisen tekemät kotikäynnit koettiin tärkeäksi äidin ja lapsen hyvinvoinnin kannalta. Palvelu, johon kuului kotikäynti ja 24 tuntia auki oleva puhelinapu, tarjoaa vanhemmille avun parhaiten. (Kurth ym. 2015.)

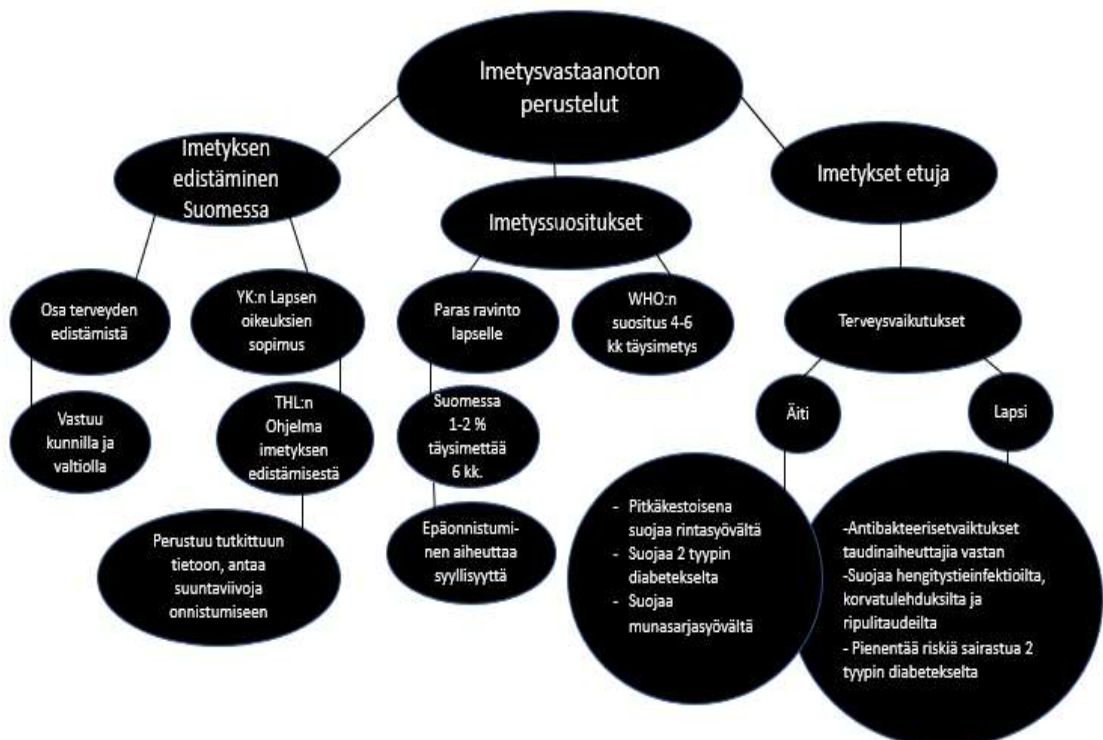
Brittiläisessä tutkimuksessa tehtiin synnytysvuodeosastolla 62 lapselle tarkastus joko erikoistuvan lääkärin tai kätilön toimesta. Tutkimustuloksissa havaittiin, että kätilöiden tekemät tarkastukset olivat laadultaan parempia kuin eri-

koistuvan lääkärin tekemät tarkastukset. (Bloomfield ym. 2003, 176–180.) Kätilöiden on todettu olevan tyytyväisempiä työnsuorituksiinsa, sekä myös äidit ovat tyytyväisempiä tarkastuksiin, kun sen on suorittanut kätilö (Baker 2010, 416).

4.2 Imetysvastaanoton tuomia etuja

Kätilön työssä yksi tärkeistä osa-alueista on imetysohjauksen osaaminen (Kätilökoulutus 2016). Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjauksesta on annettu hoitotyön suositus (Hannula ym. 2010, 4). Tässä suosituksessa on mainittu imetyspoliklinikan olevan tukimuoto, jonka avulla voitaisiin yhdistää sekä ammatillinen että vertaistuki.

Imetyksellä on lukuisia terveyttä ja hyvinvointia edistäviä vaikutuksia, niin äidin kuin lapsenkin kannalta (kuva 6) (Deufel & Montonen 2010, 37; Imetyksen edistäminen Suomessa 2009, 28). Oheisessa kuvassa on esitelty imetyksen edistämisen tuomia etuja, imetyssuosituksia sekä seikkoja, joihin perustuu imetyksen edistäminen Suomessa.



Kuva 6. Imetysvastaanoton perustelut

4.2.1 Imetyksen edistäminen Suomessa sekä imetyssuositukset

Imetyksen edistäminen on osa terveyden edistämistä, josta vastuu on ensisijaisesti julkisella vallalla eli valtiolla ja kunnilla (kuva 6). Imetyksen edistäminen voi olla koordinoimatonta, ja synnytyssairaaloiden sekä neuvoloiden mahdollisuudet auttaa imetyspulmissa ovat riippuvaisia paikallisista resursseista, työntekijöiden tietotaidosta sekä päättäjien valveutuneisuudesta. (Imetyksen edistäminen Suomessa 2009, 22.)

Imetyksen edistämistä säätelevät myös lait ja asetukset. Keskeisin kansainvälinen säädös on YK:n vuodelta 1989 oleva Lapsen oikeuksien sopimus. Suomi on osaltaan sitoutunut noudattamaan tätä sopimusta, jossa valtioiden on varmistettava, että koko väestö saa tietoa ja opetusta terveydestä, ravinnosta sekä imetyksen eduista. Euroopan unionilla on ravitsemusta koskevia asiakirjoja, joihin sisältyy vaatimus imetyksen suojelemisesta, tukemisesta ja edistämisestä. EU:ssa on myös tehty yhteinen toimintasuunnitelma imetyksen edistämisestä Euroopassa. (Imetyksen edistäminen Suomessa 2009, 22–23.)

Imetyksen tukemisella tarkoitetaan imetysmyönteistä asennetta ja tekoja, sekä yleisesti että yksilötasolla. Tukemista ovat auttaminen käytännön ongelmissa, rohkaiseminen, henkinen tukeminen sekä tiedon välittäminen. Suomessa imetystä tuetaan ohjeilla, suosituksilla ja säädöksillä. (Imetyksen edistäminen Suomessa 2009, 18.)

Terveydenhuoltolain 4. luvun 33. § määrittää, että sairaanhoitopiirien kuntayhtymät vastaavat alueen erikoissairaanhoidon palvelujen sovittamisesta väestön ja perusterveydenhuollon tarpeiden mukaisesti. Sairaanhoitopiiriin on myös annettava sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, joita perusterveydenhuollon ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä on julkaissut vuonna 2009 ensimmäisen kansallisen ohjelman imetyksen edistämiseksi. Tämä on tarkoitettu kaikille terveysalan ammattilaisille, opiskelijoille, kouluttajille sekä tutkijoille, jotka työskentelevät imeväisikäisten parissa. Kyseinen ohjelma antaa suuntaviivoja imetysohjauksen tueksi synnytyssairaaloissa sekä äitiys- ja lastenneuvoloissa. Neuvot ja ohjeet perustuvat tutkittuun tietoon toimivista

imetysohjauskäytännöistä sekä imetyksen terveysvaikutuksista. (Imetyksen edistämisen toimintaohjelma 2014.)

Äidinmaito on parasta ravintoa lapselle. Se sisältää kaikki lapsen tarvitsemat ravintoaineet D-vitamiinia lukuun ottamatta. Kuuden ensimmäisen elinkuukauden aikana äidinmaito riittää ainoaksi ravinnoksi useimmille normaalipainoisina syntyneille lapsille. Täysimetystä eli yksinomaan äidinmaitoa ravinnoksi suositellaan kuuden kuukauden tai vähintään neljän kuukauden ikään saakka. Suomessa keskimääräinen imetyksen kesto on 7–8 kuukautta, josta täysimetyksen kesto on vain kaksi kuukautta. Kuuden kuukauden täysimetykseen pääsee ainoastaan 1–2 prosenttia suomalaisista vauvoista. (Syödään yhdessä 2016, 64.) Hannulan mukaan (2003, 102) suomalaisista äideistä vain kahdeksasosa suunnitteli imettävänsä alle puoli vuotta. Unicef ja WHO suosittelevat imetyksen jatkamista kahden vuoden ikään saakka tai vieläkin pidemmälle. (Global Strategy for Infant and Young Child Feeding 2003, 7–8.) Äitien mielestä imetyksen ennenaikainen päättyminen voi puolestaan taas saada tuntemaan syyllisyyttä (Riihonen 2010, 5). Imetyksen ohjauksen verkostossa on Suomessa puutteita (Imetyksen edistämisen Suomessa 2009, 21), ja äidit jäävät selviämään yksin vaihtelevien neuvojen kanssa (Riihonen 2010, 5).

4.2.2 Imetyksen etuja ja imetysohjaus

Imetyksellä on lukuisia terveysvaikutuksia niin äidille kuin lapsellekin, myös kehittyneissä maissa (Cattaneo ym. 2006, 540; Quigley ym. 2007, 837–842). Rintamaito sisältää lukuisia terveydelle edullisia yhdisteitä, ja yksi niistä on laktoferriini-proteiini, jolla on antibakteerisia vaikutuksia taudinaiheuttajia vastaan (Manzoni ym. 2009). Rintamaito sisältää myös esimerkiksi oligosakkariideja, jotka estävät bakteerien kiinnittymistä epiteelisoluihin ja vaikuttavat näin suolen solujen toimintaan. Oligosakkaridi-yhdisteillä voi olla myös hyviä vaikutuksia keskushermoston kehityksessä. (Bode 2012.) Imetys suojaakin lasta hengitystieinfektioilta ja ripulitaudeilta. Tämä puolestaan vähentää sairaalahoidon tarvetta ja näin säästää kustannuksia. Tämän vuoksi imetys onkin myös sekä taloudellista että ekologista. (Cattaneo ym. 2006, 540–546; Quigley ym. 2007.) Imetyksen on osoitettu suojaavan alle kaksi vuotiaita korvatulehduksilta ja sen on laskettu ehkäisevän jopa 72 % ripulitaudeista ja 57 % hengitystieinfektioista johtuvista sairaalahoidoista (Victoria ym. 2016).

Pitkäkestoisen imetyksen on todettu pienentävän riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen ja myöhemmän iän ylipainoon (Horta ym. 2015, 30–37). Äidin kalapitoinen ravitsemus imetysaikana ja näin ollen rasvahappojen saanti imeväisiässä, voi myös suojata lasta sairastumasta tyypin 1 diabetekseen (Niinistö ym., 2017, 1223).

Imetyksen positiivisia terveysvaikutuksia myös äideille on olemassa lukuisia. Sen on todettu pitkäkestoisena suojaavan äitejä myöhemmältä rintasyövältä sekä suojaavan tyypin 2 diabetekselta sekä munasarjasyövältä. Imetys ei kuitenkaan näyttäisi vaikuttavan osteoporoosin ilmenemiseen. Myös pitkään jatkuvalla imetyksellä on yhteys äitien vähäisempään masennusoireiluun. On kuitenkin todennäköisempää, että masennus itsessään vähentää imettämisen todennäköisyyttä. (Victoria ym. 2016, 475–490.)

Imetysohjauksella tarkoitetaan terveydenhuollon ammattilaisen antamaa ohjausta, tietoa ja tukea. Oleellinen osa tätä ohjausta on käytännöllinen opastus sekä imetystä koskeviin valintoihin vaikuttaminen motivoimalla perhettä. (Imetyksen edistäminen Suomessa 2009, 18.) Imetysohjauksen päätavoite on lapsen riittävän ravinnonsaannin turvaaminen, toimiva imetys ja äidin hyvinvoinnin lisääminen. Imetys on naiselle henkilökohtainen ja herkkä asia, joka kuuluu äitiyteen. Äidit toivovat tulevansa ymmärretyiksi ja kuulluiksi sekä löytävänsä myönteiset ratkaisut mahdollisiin ongelmiin. Näihin tavoitteisiin päästäkseen imetysohjaajan on osattava vuorovaikutustaidot suuren tietotaidon lisäksi. (Koskinen 2008, 50–51.)

Dennis (2002) ja Sikorski ym. (2003) ovat todenneet, että voidakseen toimia imetyksen tukijoina terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat näyttöön perustuvaa koulutusta. (Imetyksen edistäminen Suomessa 2009, 93.) Suomalaisessa kättilökoulutuksessa kättilön osaamistavoitteisiin kuuluu synnyttäneen äidin ja perheen ohjaaminen terveyttä edistävästi ja perhekeskeisesti. Yhtenä keskeisenä sisältönä tähän kuuluu imetys. (Pienimaa 2014, 13.)

Imetysohjaajakoulutus on WHO:n ja Unicefin 20 tunnin koulutus, joka antaa osallistujille imetysohjauksessa tarvittavat perusvalmiudet. Koulutuksen tavoitteena on vauvamyönteisyys. Imetysohjaajakouluttajat ovat saaneet WHO:n ja

Unicefin Vauvamyönteisysohjelman mukaisen kouluttajakoulutuksen. Näillä ammattihenkilöillä on pätevyys antaa imetysohjaajakoulutusta. (Imetyksen edistäminen Suomessa 2009, 19.) Mikkelin keskussairaalassa kaikilla kätilöillä on imetysohjaajakoulutus. Imetysohjaajakouluttajakoulutus on neljällä kätilöllä. Terveystoimintakoulutuksessa WHO:n suositusten mukainen imetysohjaajakoulutus on pakollinen vain osassa ammattikorkeakouluja (Imetyksen edistäminen Suomessa 2009, 91).

IBCLC eli International Board Certification Lactation Consultant on imetyksen erityisasiantuntija. Sertifikaatin myöntää kansainvälinen International Board of Lactation Consultant Examiners eli IBLCE. Tutkintonimekkeen saadakseen, on henkilöllä oltava riittävä imetyškoulutus, kliinistä kokemusta ja hyväksytysti suoritettu koe. Nimikkeen saa viideksi vuodeksi kerrallaan, minkä jälkeen se on uusittava. (Imetyksen edistäminen Suomessa 2009, 17.) Mikkelin keskussairaalassa ei työskentele tällä hetkellä yhtään IBCLC-sertifikaatin saanutta hoitotyöntekijää tai lääkärää.

Kansallisen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä on esittänyt alueellista työnjakoa ja yhteistyötä koskevan toimenpiteen, jonka mukaan jokaisen sairaanhoitopiirin tulisi nimetä imetyksestä vastaava aluekoordinaattori. Sairaanhoitopiirejä on myös ohjeistettu luomaan alueelliset hoitopolut nopean avun järjestämiseksi eli 1–3 päivän aikana järjestetty apu imetysongelmissa oleville perheille. (Imetyksen edistäminen Suomessa 2009, 121, 124.)

4.3 Vastaanotto toiminta ja sitä säätelevä lainsäädäntö

Etelä-Savon sosiaali- ja terveystoimintalaitosten poliklinikka-sana on poistunut käytöstä vuonna 2016. Vuoden 2017 alusta käytetään vastaanotto-nimitystä. (Etsoten poliklinikat muuttuivat vastaanottoiksi 2016.)

Fagerholm (2014, 4) määrittelee THL:n eli Terveystoimintalaitoksen (2009) mukaan vastaanotto toiminnan seuraavasti: vastaanotolla tarkoitetaan sairaalan yhteydessä toimivaa vastaanotto-, hoito- tai tutkimuspaikkaa, johon ei sisälly sairaalassa yöpymistä. Vastaanotolla tapahtuvalla toiminnalla tarkoi-

tetaan palveluita, toimenpiteitä tai menetelmiä, kuten hoitopäivää, lääkärikäyntejä, leikkauksia tai tutkimuksia tai näiden yhdistelmiä, kuten hoitojaksoja, hoitoketjuja tai hoidettuja potilaita.

Vastaanotto toiminnan merkitys on kasvanut sairaaloissa (Swan ym. 2005, 253). Vastaanottokäyntejä oli erikoissairaanhoidossa vuonna 2014 noin 8,8 miljoonaa. Tämä on 320 000 käyntiä enemmän kuin vuotta aiemmin. (Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2015, 48.) Tämän suuntaiseen muutokseen ovat vaikuttaneet sekä hoitomenetelmien että teknologian kehittyminen (Moore & Hasting 2006, 241). Hoitokäytännöt ovat muuttuneet, koska potilaiden tutkimuksia ja hoitoja on siirretty osastolta vastaanotoille. Tämän myötä myös hoitajien työn merkitys on kasvanut vastaanotoilla. (Green ym. 2012, 119–20.)

EU-lainsäädännön kautta viranomaiset säätelevät terveydenhuollon toimintaa niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin. Terveydenhuollon ammattihenkilölainsäädännön tehtävänä on varmistaa potilasturvallisuus ja edistää terveydenhuollon palveluita. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994.) Tänä päivänä työelämässä työntekijältä vaaditaan syvällistä osaamista sekä jatkuvaa kehittymistä muuttuvassa toimintaympäristössä. Henkilöstön osaaminen onkin olennainen osa työpaikan toimintastrategiaa, yhteistoimintaa ja johtamista. (Haapa-aho ym. 2009, 10.) Jotta näissä tavoitteissa onnistuttaisiin, määrittelee Terveydenhuoltolaki (1326/2010, 5. §) sairaanhoitopiirin tai kuntayhtymän huolehtimaan siitä, että terveydenhuollon ammattihenkilöstö osallistuu riittävästi terveydenhuollon ammattikoulutukseen.

Terveydenhuoltolain tarkoituksena on mm. vahvistaa perusterveydenhuoltoa, edistää terveyspalveluiden saatavuutta sekä palveluiden tehokasta tuottamista. Erikoissairaanhoidon palveluita tuodaan lähemmäksi potilasta, kun perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä tiivistetään ja yksiköitä yhdistetään. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Erikoissairaanhoidon lain (1062/89) mukaan hoitajavastaanotolla tarkoitetaan riittävän terveydenhuollon koulutuksen ja kokemuksen omaavan henkilön pitämää potilasvastaanottoa. Vastaanotolla hoitaja itsenäisesti vastaa potilaan hoidosta ennalta sovitun työnjaon mukaisesti.

4.3.1 Vaadittava osaaminen vastaanottotyöhön

Hoitajien työ vastaanotoilla painottuu potilaiden ohjaukseen ja hoitoon. Hyvin moninaiset toimintaympäristöt ja moniammatillinen yhteistyö eri ammattiryhmien kanssa ovat tyypillistä hoitajan työtä vastaanotoilla. (Swan ym. 2006, 316.)

WHO (1992), Naistentautien ja synnytyslääkäreiden liitto FIGO (1991) ja Kansainvälinen Kätilöliitto (1990) ovat hyväksyneet oheisen kätilön määritelmän: ”Kätilön tekemä työ on vastuullista ja vaativaa. Kätilön on kyettävä antamaan tarvittaessa ohjausta neuvontaa naisille raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen aikana. Kätilön on kyettävä hoitamaan synnytykset omalla vastuullaan sekä hoitamaan vastasyntyntä sekä pientä lasta. Tähän kuuluu myös ennaltaehkäisevät toimenpiteet, epänormaalin tilan selvittäminen niin äidissä kuin lapsessa. Naisten ja heidän perheidensä terveysneuvonta ja -kasvatus on tärkeä osa kätilön työtä”. (Suomen Kätilöliitto 2017.)

EU:n Kätilödirektiivi 80/155/EEC artikla 4 määrittelee kohdassa 9: ”Kätilön tehtävä on hoitaa ja tarkkailla äitiä lapsivuoteen aikana ja antaa äideille tarvittavaa ohjausta lapsen hoidosta varmistuakseen siitä, että äiti kykenee mahdollistamaan vastasyntyneen lapsen optimaalisen kehityksen”.

Suomen Kätilöliitto (2004, 10) on julkaissut laatutyöryhmän valmisteleman Laatusuositukset kätilötyöhön – kätilötyön eettiset ja laadulliset perusteet, jossa se määrittelee kätilötyön laatuksiteereitä (taulukko 1).

Taulukko1. Kätilötyön laatu. Tulos- ja prosessikriteerit (Kätilöliiton laatutyöryhmä 2004)

TULOSKRITEERIT**PROSESSIKRITEERIT****3. Raskaana olevan ja synnyttäneen naisen hoito**

- Asiakas kokee saavansa tukea ja apua raskauden ja lapsivuoteen aikana.
- Asiakas osaa hoitaa itseään ja lastaan raskauden ja lapsivuoteen aikana.
- Asiakas ja hänen perheensä valmentautuu tulevaan synnytykseen, vauvanhoitoon, imetykseen ja vanhemmuuteen.
- Asiakas kokee saavansa riittävästi asiaan kuuluvaa tietoa raskauteensa liittyvistä asioista, synnytyksestä ja lapsivuodeajasta ja mahdollisista häiriöistä.
- Asiakas saa asiantuntevaa hoitoa ja ohjasta riskiraskauksissa.
- Kätilö luo luottamuksellisen ja toimivan hoitosuhteen perheen kanssa.
- Kätilö ohjaa ja tukee perhettä valmistautumaan synnytykseen ja lapsen vastaanottamiseen.
- Kätilö tukee äitiä ja perhettä vastasyntyneen hoidossa ja imettämässä.
- Kätilö tarkkailee raskaana olevan ja synnyttäneen vointia ja tekee luotettavasti kaikki neuvolassa suoritettavat tutkimukset sekä ryhtyy tarvittaviin hoito- tai muihin jatkotoimenpiteisiin tilanteen sitä edellyttäessä.
- Kätilö tunnistaa riskiraskaudet ja ohjaa asiakkaan ajoissa asianmukaiseen hoitoon.
- Kätilö tekee yhteistyötä muiden alojen erityisasiantuntijoiden kanssa.

4.3.2 Erilaiset vastaanottomallit ja hoitajavastaanoton etuja

Vastaanottoja voidaan järjestää erilaisilla malleilla. Lääkäri-hoitajatyöparit voivat työskentelevät vastaanotoilla joko samoissa tai eri tiloissa. Tämä malli voidaan toteuttaa usealla eri tavalla. Työtilat voivat olla erilliset tai yhteiset. Myös järjestys, miten potilas kulkee hoitajalle tai lääkärille, voidaan toteuttaa eri tavoin. (Säilä 2005, 30–32.)

Vastaanotoilla voi olla erilaisia malleja myös puhelinvastaanoton järjestämisestä. Potilaille voi olla järjestetty puhelinaika, jolloin potilaat soittavat itse vastaanotolle. Puhelinaika voi olla päivittäin, mutta myös harvemmin. On myös mahdollista, että potilaita voidaan ohjata soittamaan ilman soittoaikoja, eli soittaa voi silloin, kun on tarve. Vastaanoton yhteystiedot annetaan päivystysluonteisia yhteydenottoja varten. Puheluilla varmistetaan potilaan hoidon onnistuminen vastaanottojen välisenä aikana. Puheluiden avulla saatetaan myös välttyä ylimääräisiltä vastaanottokäynneiltä. Puhelintoiminnalla lisätään hoidon

joustavuutta, lisätään turvallisuuden tunnetta ja jatkuvuutta. (Säilä 2005, 34–35.)

Vastaanotto voi olla myös moniammatillista toimintaa. Etu potilaan näkökulmasta on, että hänen asioitaan voidaan tarkastella kokonaisvaltaisesti yhdellä kertaa. Moniammatilliseen tiimiin voi kuulua asiakkaan tarpeista riippuen esimerkiksi fysioterapeutti, lääkäri, kättilö tai sosiaalityöntekijä. Moniammatillista vastaanottotoimintaa järjestetään tarvittaessa tai säännöllisesti. (Säilä 2005, 37–38.)

Hoitajavastaanottomallilla tarkoitetaan vastaanottoa, jossa potilas tapaa muuta henkilökuntaa mutta ei lääkäriä. Omia vastaanottoja on esimerkiksi kuulontutkijoilla, jalkaterapeuteilla, seksuaaliterapeuteilla, sairaanhoitajilla ja kättilöillä. Lähes kaikilla eri erikoisaloilla on hoitajavastaanottotoimintaa. Näillä vastaanotoilla toteutetaan toimenpiteitä, tutkimuksia, neuvontaa ja ohjausta. Hoitajan vastaanotolla työ painottuu potilaan henkiseen hyvinvointiin ja siitä huolehtimiseen. Vastaanotoilla käydään läpi käytännön asioita, samoin ohjeistusta elämäntapoihin, ruokavalioon ja painonhallintaan. Hoitajien antama ohjaus ja neuvonta pyrkivätkin lisäämään asiakkaiden valmiuksia itsehoitoon. (Säilä 2005, 25–26.) Hoitajalla tulee aina kuitenkin olla mahdollisuus konsultoida lääkäriä tarvittaessa (Salin 2011, 14).

Vastaanottojen kasvaneet kävijämäärät ja vastaanotoilla annettu vaativakin hoito ovat laajentaneet sekä muuttaneet siellä työskentelevien hoitajien tehtävänkuvia. Myös työnjako hoitajien ja lääkäreiden välillä on muuttunut. (Helle-Kuusjoki 2005, 33–34.) Hoitajat toimivat vastaanotoilla myös aiempaa itsenäisemmin (Williamson 2008, 187).

Hoitajan pitämä vastaanottokäynti voi olla maksullinen vastaanottokäynti tai sarjakäynti, mutta myös potilaalle maksuton käynti, josta lasku menee kotikunnalle. Säännöllisesti toistuvat käynnit ovat potilaalle maksullisia sarjakäyntejä. Erilliset neuvonta- tai ohjauskäynnit ovat maksullisia vastaanottokäyntejä. Käynnit hoitajalla ovat osa potilaan kokonaishoitoa. Neuvonta- ja ohjauskäynneillä on suuri merkitys potilaille, sillä näillä käynneillä potilas saa keinoja selviytyä arjen ongelmista. (Säilä 2005, 27.)

Kuusniemen ym. (2009) mukaan vastaanottoimintojen tavoitteena on lisätä potilasturvallisuutta ja potilastyytyväisyyttä. Kun potilaan sairaalassaoloaika lyhentyy, pienentyvät myös hoidon kustannukset. (Fagerholm 2014, 2.) Yhteiskunta säästää sairaalakuluissa, kun asiakkaat ovat kotona nopeammin (Järvenpää 2002, 757).

Suomessa yli puolet hoitajista tekee viikoittain tai jopa useammin työtehtäviä, jotka olisivat siirrettävissä esimerkiksi sihteereille, farmaseuteille tai laitoshuoltajille. Työvoiman hukka on suuri ja taloudellinen merkitys huomattava, koska työt on kohdennettu väärin. Hoitajilla tulisivatkin olla mahdollisuus työskennellä tehtävissä, jossa vaaditaan oman työn asiantuntijuutta ja joka mahdollistaa ammatillisen osaamisen oikeanlaisen hyödyntämisen. (Väänänen 2007, 37–41.)

Jotta sairaalan henkilökunnan työpanos saataisiin optimaalisesti käyttöön, edellyttää se myös päällekkäisen työn poistamista. Hoitohenkilökunnan osaamisen oikeanlainen hyödyntäminen esimerkiksi laajentamalla tehtävänkuvaa auttaisi parantamaan terveyspalveluiden saatavuutta ja lääkäri työvoiman riittävyyttä. (Kärkkäinen ym. 2006, 2651.) Hoitajien vastaanotoilla käyneet ovat myös itse arvioineet, että tämän kaltainen toiminta vähentää lääkärissä käyneitä, mikä myös säästäisi lääkärin työaikaa (Tuomikoski 2007, 45). Hyvätasoisen hoidon takaamiseksi on tärkeää, että oikea määrä ihmisiä työskentelee oikeanlaisissa ja koulutustaan vastaavissa tehtävissä. Hoitajien siirtyessä uudennlaisiin tehtäviin on tärkeää hyödyntää koko hoitoon osallistuvaa tiimiä uusien toimintamallien suunnittelussa. Tällöin potilaalle taataan paras hoito. (Williams ym. 2013, 46.)

Hoitajien pitämällä vastaanotolla asiakkaan saama tehokas neuvonta mahdollistuu parhaiten. Kun hoitajien ja lääkäreiden välillä on sovittu selkeä työnjako, selkeyttää se molempien ammattiryhmien työajankäyttöä. Työnjaon muutoksilla säästetään myös vastaanottoiminnan kustannuksia. Myös lääkäreiden vastaanottoaikojen saatavuutta voidaan lisätä näillä keinoin. (Peltonen 2009, 171.)

Hoitajien rooli asiantuntijoina sekä osaamisen vaativuus ovat kasvaneet. Myös hoitajien itsenäinen toiminta vastaanotoilla on lisääntynyt. (Bodle ym., 2008,

116–118.) Hoitajien myös usein oletetaan automaattisesti olevan ohjaajia ja empaattisia potilaitaan kohtaan (Hargie ym. 2009, 77). Hoitajien vastaanottoajat ovat pidempiä kuin lääkäreiden. Hoitajilla on tämän myötä myös enemmän aikaa asiakkaiden kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen. Näiden asioiden myötä asiakkaat ovat tyytyväisempiä hoitajien kuin lääkäreiden vastaanottoihin. (Horrocks ym. 2002; Härkönen ym. 2007, 5–8; Tuomikoski 2007, 45.) Vastaanottoilla käyneet potilaat ovatkin arvioineet saaneensa käynneillä ohjausta hyvin tai erinomaisesti (Palonen ym. 2012, 114). Hoitajilla onkin yleensä paremmat valmiudet ohjaamiseen, koska hoitajat ovat läheisemmin kontaktissa asiakkaidensa tai potilaidensa kanssa. Tästä johtuen hoitajilla on usein ohjausvastuu, mutta myös kyky arvioida potilaiden ohjaustarpeita. (Säilä ym. 2006, 7.)

Hoitajavastaanottojen on osoitettu myös kansainvälisissä tutkimuksissa olevan joustavia ja taloudellisestikin kannattavia (Kelly ym. 2017, 48; Whiteford ym. 2016, 240). Potilaiden on myös todettu kertovan hoitajalle herkemmin ongelmistaan ja noudattavan hoitosuosituksia paremmin kuin pelkästään lääkärin vastaanotolla käyneet. (Kelly ym. 2017, 48.) Hoitajien on koettu ottavan potilaat yksilöllisesti huomioon, ja hoidon jatkuvuus on koettu hyväksi. Myös hoitajien tietotaito on ollut hyvä ja hoitajat ovat osanneet vielä erikseen varmistaa, että potilas ymmärtää ohjauksen. (Cook ym. 2017.) Hoitajavastaanottojen ei ole todettu myöskään lisäävän riskiä huonompiin hoitotuloksiin (Ndosi 2013, 15; Schadewaldt ym. 2010, 53), päinvastoin hoitajien toteuttamalla seurannan on todettu parantavan hoitotuloksia (Kuethe ym. 2013).

Oulun yliopistollisessa sairaalassa hoitajavastaanoton hyödyntäminen neurologisten potilaiden kontrollikäynneillä on myös tutkimusten mukaan nopeuttanut potilaiden hoitoon pääsyä. Hoitajavastaanoton hyödyntäminen on myös vaikuttanut, että kuntalaskutushinnat ovat pienempiä kuin ennen tätä toimintamallia. (Jyrinki 2014, 538.)

Salinin ym. (2012, 423–426) tekemän laajan kansainvälisen katsauksen mukaan potilaat olivat erityisen tyytyväisiä pediatrian hoitajavastaanottoihin. Merkittävänä etuna hoitajavastaanotoilla oli myös hoitoon pääsy tavoiteajassa, omahoitaja joka kohteli persoonallisesti, hoidon tarve arvioitiin kokonaisvaltaisesti ja hoidon koordinointi oli hyvää.

Brittiläisessä tutkimuksessa oli kartoitettu yleislääkäreiden asennetta astmasta kärsivien lasten hoidon suuntaamisesta enemmän hoitajavastaanotoille. Lääkäreistä 90 prosenttia suosisi enemmän hoitajien pitämää vastaanottoa ja 84 prosenttia lääkäreistä uskoi lasten hyötyvän enemmän asiaan perehtyneen hoitajan vastaanotosta kuin yleislääkärin vastaanotosta. (Frost & Daly 2010, 32.)

Tampereen yliopistollisessa sairaalassa neurologian poliklinikalla on aloitettu vuonna 2013 hoitajien itsenäinen vastaanottotoiminta. Toiminta on osoittautunut tehokkaaksi sekä tuottavaksi. Myös potilaat ovat olleet tyytyväisiä ja lääkäriresurssit on saatu tehokkaammin hyödynnettyä. Ensikäynnit ovat järjestyneet aikaisempaa nopeammin ja tällä on ollut myös positiivisia vaikutuksia jonoihin. (Rainesalo ym. 2016, 2280–2281.)

4.4 Kuopion yliopistollisen sairaalan kättilöpoliklinikan benchmarkkaus

Benchmarkkaamisella tarkoitetaan vertaiskehittämistä. Siinä organisaatiot vertailevat prosessejaan ja toimintaansa toisen organisaation kanssa. Tällä menetelmällä opitaan hyviltä esikuvilta heidän parhaista käytännöistä. Menetelmän tavoitteena on saavuttaa parannuksia omassa toiminnassa. Benchmarkkaus toteutetaan yleensä vierailamalla organisaatioon, jonka kanssa toimintaa halutaan vertailla. (University of Eastern Finland, 2018.)

Kuopion yliopistollisessa sairaalassa syntyy vuosittain 2500 vauvaa. Heidän sairaalassaan toimii imetys- ja hoitajavastaanotto kahtena päivänä viikossa. Aamupäivän ajat ovat varattu imetyspoliklinikalle, ja iltapäivän ajat ovat tarkoitettu hoitajapoliklinikalle, jossa käyvät mm. varhaisesti syntymän jälkeen kotiutuneet (kuva 9). Tämä toiminta alkoi vuonna 2015. (Feodoroff 2017.)

Kuopion malli	
Klo 8.30 imetyspoliklinikka-aika 90 minuuttia	Imetyspoliklinikan asiakkaina: <ul style="list-style-type: none"> - Vauvan kotiinlähtöpaino pudonnut yli 8 % syntymän jälkeen - Vauvalla kotiutuessa suuri lisämaitotarve - Äidin rinnanpäätt rikki - Alle 37 raskausviikolla syntynyt vauva - SGA-diagnoosi vauvalla + paino laskussa kotiutuessa - Äiti epävarma imetyksen onnistumisesta
Klo 10.00 imetyspoliklinikka-aika 90 minuuttia	
Klo 11.30.-1200 Terveydenhoitajien soittoaika	Hoitajapoliklinikan asiakkaana: <ul style="list-style-type: none"> -Aika voi olla joko pelkästään hoitajalle tai sekä hoitajalle että lääkärille. Lääkäri määrittelee tämän. - Alle 36 tuntia synnytyksestä kotiutuneet - Paino ja bilirubiinikontrollit - Polikliinisesti synnyttäneet - Kotona synnyttäneet - Vauvan paino pudonnut yli 10 %
Ruokatauko 30minuuttia	
Klo 12.30 hoitajapoliklinikka-aika 45 minuuttia	
Klo 13.15 hoitajapoliklinikka-aika 45 minuuttia	
Klo 14.00 hoitajapoliklinikka-aika 45 minuuttia	

Kuva 7. Kuopion kättilöpoliklinikan malli aikataulusta ja asiakkaista

Kuopiossa imetyspoliklinikan tavoitteena on tarjota ammatillista, asiantuntevaa ja näyttöön perustuvaa ohjausta imetyksen haasteisiin. Ohjausta ja tukea annetaan yksilöllisesti, äidin omien imetystavoitteiden mukaisesti. Imetyspoliklinikka toimii maanantaisin ja torstaisin klo 8.30 - 11.30. (Feodoroff 2017.)

Asiakkaaksi imetyspoliklinikalle voivat hakeutua sairaanhoitopiirin alueella asuvat imettävät äidit ja perheet noin kuukauden ajan synnytyksen jälkeen. Myös imetyksen suunnittelukäyntejä on mahdollista saada jo raskausaikana. Käyntiä imetyspoliklinikalle suositellaan erityisesti, jos vauvalla on sairaalasta kotiutuessa tarve suurille lisämaitomäärille, äidin rinnanpäätt ovat rikki, jos vauvan paino on pudonnut yli 8 % syntymän jälkeen, jos vauva on ennenaikainen eli alle 37 raskausviikolla syntynyt, vauvalla on SGA-diagnoosi eli vauva on pienipainoinen raskauden keston nähden ja paino on vielä laskussa kotiutuessa, jos äiti on epävarma, selviytykö imetyksestä tai äidin edellinen imetys ei ole onnistunut (kuva 7). (Feodoroff 2017.)

Ajan imetyspoliklinikalle voi saada kotiutumisen yhteydessä tai neuvolan kautta. Jos perhe on jo kotiutunut sairaalasta, voi terveydenhoitaja saada perheelle ajan soittamalla osaston sihteerille, joka varaa ajan ja ilmoittaa sen äidille. Tämän soiton yhteydessä sihteeri pyytää äidin sähköpostiosoitteen tai

kotiosoitteen. Äidille lähetetään joko sähköinen tai paperinen ”Tervetuloa imetyspoliklinikalle” -esite. Mahdollinen uusintakäynti voidaan varata ensikäynnin yhteydessä. (Feodoroff 2017.)

Yhdelle imetyspoliikkikäynnille on varattu aikaa 1,5 tuntia (kuva 7). Viikossa on siis yhteensä neljä imetyspoliikka-aikaa tarjolla. Käynnin aikana kartoitetaan imetyksen kokonaistilanne, tarkastellaan ongelmakohtia ja tehdään suunnitelma jatkosta äidin toiveita kuunnellen. Käynti kirjataan potilastietojärjestelmään ja neuvolaan lähetetään yhteenveto. Tarvittaessa neuvolaan ollaan myös puhelinyhteydessä ja sovitaan jatkohoidosta yhdessä. Terveystenhoitajille on järjestetty omat soittoaajat mahdollisia konsultaatioita varten. Aikoja on kaksi kertaa viikossa imetyspoliikkivastaanottopäivien lopussa. (Feodoroff 2017.)

Imetyspoliikkilla työskentelee kolme synnytysvuodeosastolla työskentelevää kättilöä. Heillä on kättilökoulutuksen lisäksi imetysohjaajakouluttajakoulutus. Kolmen viikon aikana jokaisella on yleensä kaksi poliikkapäivää, ja he itse suunnittelevat lomansa niin, että poliikkatoiminta toimii lomista huolimatta ympäri vuoden. Äidit maksavat imetyspoliikkikäynnistä normaalin poliikkikamaksun, joka Kuopion yliopistollisessa sairaalassa on 41,20 €. Jos äidille tehdään pelkkä puhelinohjaus, menee laskutukseen ainoastaan kuntalasku. Käynneistä ei tehdä hoitotyön luokituksia. (Feodoroff 2017.)

Kuopion yliopistollisessa sairaalassa on mahdollista kotiutua poliikkisesti synnytyksen jälkeen, eli tällöin kotiutuminen tapahtuu 6–24 tunnin kuluttua synnytyksestä. Asiasta on sovittava etukäteen yhdessä perheen, neuvolan ja synnytysvuodeosaston kättilön kanssa. Mikäli kotiutumisesta ei ole suunniteltu etukäteen, on kotiutuminen mahdollista vähintään 24 tunnin seurannan jälkeen (poliikkisen synnytyksen edellytykset liitteessä 4). Varhaisella kotiutumisella tarkoitetaan alle 48 tunnin iässä kotiutumista. Kriteerit varhaiselle kotiutumiselle lapsen osalta liitteessä 5 ja äidin osalta liitteessä 6 määrittelevät tarkkaan, ketkä voivat kotiutua varhaisesti. (Feodoroff 2017.)

Hoitajapoliikkatoiminta toimii maanantaisin ja torstaisin imetyspoliikkivastaanoton jälkeen. Hoitajapoliikkivastaanoton avulla pyritään varmistamaan vastasyntyneiden turvallinen

kotiutuminen (kuva 9). Poliklinikalla työskentelee kättilö yhteistyössä lastenlääkärin kanssa. (Feodoroff 2017.)

Suurin asiakasryhmä hoitajapoliklinikalla ovat alle 36 tunnin kuluttua synnytyksestä kotiutuneet perheet. Mikäli vauvalla on kotiutuessa ikää yli 36 tuntia, ei hoitajapoliklinikalle varata aikaa. Poliklinikalla voivat käydä myös vauvat, joiden painoa tai kellastumista seurataan. Sairaalasta kotiutumisen yhteydessä hoitajapoliklinikalle varataan aika aina, jos vauva kotiutuu alle 36 tunnin kuluttua synnytyksestä, mikäli perhe on synnyttänyt polikliinisesti tai suunnitellusti kotona tai mikäli vauvan paino on pudonnut yli 10 %. Alle 36 tunnin iässä kotiutuneet, polikliinisesti synnyttäneet ja kotona synnyttäneet tarvitsevat aina poliklinikkakäynnillä lastenlääkärin tarkistuksen. Aika poliklinikalle varataan 3–5 vuorokauden päähän syntymästä. Tarvittaessa aikoja hoitajapoliklinikalle voidaan varata myös SGA-diagnoosin saaneille vauvoille, jos heidän painonsa on vielä laskussa kotiutuessa. Painon laskemisen vuoksi poliklinikalle tuleville tehdään lastenlääkärin tarkistus vain tarvittaessa. (Feodoroff 2017.)

Kättilön tehtäviin kuuluu vastaanoton pitämisen lisäksi kotiutuneiden vauvojen laboratoriovastauksien tarkistaminen. Käytännössä tämä toimii niin, että kotiutumisen yhteydessä kotiuttava kättilö merkitsee hoitajapoliklinikan vastaanoton kirjalle lapsen henkilötiedot. Lisätiedot kohtaan merkitään laboratoriotulokset, jotka lapselta otetaan. Vastauksen tarkistanut poliklinikan kättilö konsultoi poliklinikan lääkäriä vastauksista. Niinä päivinä, kun poliklinikka ei ole auki, osaston vastuukättilö tarkistaa kirjalta laboratoriotulokset ja konsultoi niistä lääkäriä. (Feodoroff 2017.)

Hoitajavastaanoton kesto on 45 minuuttia, ja aikoja on molempina poliklinikkapäivinä kolme. Samoin kuin imetyspoliklinikkakäynnit, myös hoitajapoliklinikkakäynnit maksavat perheelle 41,20 €. Puheluista menee ainoastaan kuntaan lasku. Kättilöllä on käytössä tarkistuslista (liite 7), jonka kättilö täyttää ennen lastenlääkärin tekemä tutkimusta. (Feodoroff 2017.)

Osaston kättilöt ovat kokeneet uusintatarkastusten siirtymisen poliklinikalle hyvänä asiana. Tämä käytäntö on selkeästi rauhoittanut osaston toimintaa. Myös perheet ovat olleet erittäin tyytyväisiä tähän toimintamalliin. Toiminnan kannattavuudesta tai tuloksista ei ole tehty tutkimusta. (Feodoroff 2017.)

4.5 Lohjan sairaalan kättilöpoliklinikan benchmarkkaus

Lohjan sairaalassa syntyy vuosittain noin 1000 lasta. Raskausviikkoja tulee synnyttäjällä olla vähintään 35, ja raskauden tulee olla yksisikiöinen, että voi synnyttää Lohjalla. Polikliininen hoitajavastaanotto toimii kaksi kertaa viikossa (kuva 9). Toiminta aloitettiin vuonna 2011. Toiminnasta tai sen tuloksista ei ole tehty tutkimusta. (Vaara & Sohl 2017.)

Lohjan malli	
Klo 8.30 imetyspoliklinikka-aika 90 minuuttia	Imetyspoliklinikan asiakkaina: -Ajan saavat kaikki, jotka kotiutuessa tarvitsevat lisämaitoja -Kättilö arvioi perheen kanssa yhdessä tarpeen imetyspoliklinikka-ajalle perheen kotiutuessa -Lähetteen saa neuvolasta -Perhe voi itse varata ajan
Klo 8.30 imetyspoliklinikka-aika 90 minuuttia	
Ruokatauko 30 minuuttia	Uusintatarkastusten asiakkaat: -Vauvat, jotka ovat kotiutuneet alle 24 tunnin iässä -Jos perhe kotiutuu, kun vauva on alle 24 tuntia vanha, kättilö soittaa perheelle kotiin
Klo 12.00 Uusintatarkastusaika (pyydetty tulemaan 11.45)	
Klo 12.15 Uusintatarkastusaika (pyydetty tulemaan 12.00)	
Klo 12.30 Bilirubiini- / paino- / kuulokontrolliaika	
Klo 12.30 Bilirubiini- / paino- / kuulokontrolliaika	
Klo 14.00 imetyspoliklinikka-aika 90 minuuttia	

Kuva 8. Lohjan kättilöpoliklinikan malli aikataulusta ja asiakkaista

Kättilövastaanotto toimii Lohjalla tiistaisin ja perjantaisin. Poliklinikkakäynneistä perheiltä veloitetaan poliklinikkamaksu, joka on Lohjalla 32,70 €. Mikäli imetyspoliklinikkakäynntejä tai muita kontrollikäynntejä kertyy perheelle kolme tai enemmän, peritään käynneistä sarjahoitomaksu, joka on 9 €/ käynti. Vastaanotto toiminnassa on mukana 4 kättilöä, jotka tekevät töitä myös synnytys- ja synnytysvuodeosastolla sekä gynekologisella osastolla ja äitiyspoliklinikalla. Kaksi heistä on imetysohjaajakoulutuksen saanut ja kaksi imetysohjaajakouluttajakoulutuksen saanut. (Vaara & Sohl 2017.)

Aamupäivän kaksi vastaanottoaikaa eli 8.30 ja 10.00 sekä iltapäivän aika klo 14.00 on tarkoitettu imetyspoliklinikalle. Käyntiaika on 90 minuuttia, johon sisältyy kirjaaminen. Aamupäivän kahden vastaanottoajan jälkeen kättilölle on varattu puolen tunnin ruokatauko (kuva 8). (Vaara & Sohl 2017.)

Imetyspoliklinikalle saavat ajan kaikki perheet, joiden vauva kotiutuessaan sairaalasta käyttää lisämaitoa. Kotiutumisen yhteydessä kättilö arvioi yhdessä perheen kanssa, tarvitsevatko he aikaa imetyspoliklinikalle. Neuvolasta saa tarvittaessa myös lähetteen poliklinikalle, mutta myös perheet voivat itse soittaa ja varata ajan imetyspoliklinikalle. Imetyspoliklinikan puhelin on auki kaiken aikaa, ja synnytysvuodeosaston kättilö vastaa perheiden imetyskysymyksiin silloin, kun imetyspoliklinikka ei ole auki. Perheille voidaan varata näin myös tarvittaessa aika kättilön vastaanotolle, mikäli ongelma ei ratkea puhelimessa. Neuvolan terveydenhoitajilla on myös mahdollisuus konsultoida imetyspoliklinikan kättilöitä. Yhteistyö on sujunut hyvin, ja perheet ovat saaneet nopeasti apua imetysongelmiin. (Vaara & Sohl 2017.)

Uusintatarkastukset ajoittuvat iltapäivään. Näihin tarkastuksiin tulevat vauvat, jotka ovat kotiutuneet alle 24 tunnin iässä. Kättilö suorittaa sovitut mittaukset ja tekee kuulotutkimuksen, minkä jälkeen lastenlääkäri tarkistaa vauvan. Nämä ajat ovat kestoaltaan 30 minuuttia. Mikäli perhe kotiutuu vauvan ollessa alle 24 tuntia, soittaa kättilö perheelle seuraavana päivänä ja kysyy perheen kuulumiset. Yli 24 tunnin iässä kotiutuneille vauvoille ei varata aikaa uusintatarkastukseen sairaalaan, vaan perheet menevät neuvolaan 2–4 vuorokauden kuluttua kotiutumisesta. (Vaara & Sohl 2017.)

Vastaanotolla on iltapäivällä aikoja K-vitamiinin antamiseen p.o, bilirubiinipaino- tai kuulokontrolliin. Bilirubiinimääritykset tehdään kotiutuneilta aina verikokeilla. Kun poliklinikka ei ole auki eli maanantaisin, keskiviikkoisin, torstaisin ja lauantaisin vuodeosastolle iltavuoroon tulija ottaa vastaan klo 13.00 alkaen painokontrollissa kävijät ja tarkistaa bilirubiinivastaukset. Tällä järjestelyllä on varmistettu, että laboratoriovastaukset tarkistetaan ja kättilöllä on tähän mitoitettu aika olemassa. (Vaara & Sohl 2017.)

4.6 Oulaskankaan sairaalan vieripoliklinikka

Tein sähköpostitse haastattelun Oulaskankaan sairaalaan vieripoliklinikka-toimintaan liittyen. Oulaskankaan sairaala on Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin yksi tulosalue. Synnytyismäärä on vuodessa noin 900 lasta. Sairaala on matalan riskin synnytyssairaala rajoittaen esim. tyypin 1 diabeetikot pois. Raskausviikkojen tulee olla vähintään 36, jotta Oulaskankaalla voi synnyttää. (Hakala 2017.)

Oulaskankaalla vieripoliklinikka toimii kaikkina viikonpäivinä, ja toiminta käynnistettiin heillä lokakuussa 2016. Perheille varataan tarvittaessa aika vastaanotolle kotiutumisen yhteydessä. Myös terveydenhoitajan tai vanhempien soiton perusteella voidaan varata aika. Syyt, joiden vuoksi perheet tulevat vieripoliklinikalle, voivat olla esim. bilirubiinikontrolli, painokontrolli, lastenlääkärin tarkastus, sydämen uusintakuuntelu, calmette-rokote, imetysongelmat ja äitien haavan tarkastus. (Hakala 2017.)

Käyntejä vastaanotolla on keskimäärin 30 kuukaudessa, eikä työhön ole erikseen resursoitu hoitajaa. Vastaanoton työt jaetaan aamulla ja hoidosta voi vastata lastenhoitaja, sairaanhoitaja tai kättilö. Muutoin he tekevät normaalia osastontyötä. Oulaskankaan sairaalassa on yksi virassa oleva lastenlääkäri, joka huolehtii osastolla olevien vastasyntyneiden hoidosta, kotiinlähtötarkistuksista, vieripoliklinikan vastasyntyneistä ja lastenpoliklinikasta neljänä päivänä viikossa. (Hakala 2017.)

Vieripoliklinikka mahdollistaa nopean kotiutumisen. Perheille voidaan varata sekä hoitaja- että lääkärikäynti. Vieripoliklinikka toimii ajanvarausperusteisesti, jolloin perhe voi esittää toiveen tuloajasta, ja myös tulee sovittuna aikana. Palaute vastaanottotoiminnasta on ollut positiivista ja läheltä piti -tilanteita ei ole tämän vuoksi sattunut. (Hakala 2017.)

Laskutuksen käytännöt on jaettu niin, että bilirubiini-, paino- ja kuulokontrollit sekä soittoajat ovat perheille maksuttomia. Kuntalaskutus tehdään kaikista käynneistä. Muussa sairaalassa synnyttäneille hoitaja- tai lääkärikäynnistä tulee sekä perheelle että kunnalle lasku. (Hakala 2017.)

5 DO - TOTEUTUSVAIHE

Työyksikössämme yhteistoiminnallista kehittämistä toteutettiin benchmark-kausten ja teoriatiedon selvittämisen jälkeen ideariihien avulla. Johdin kaksi osastotuntia, jossa kättilöt, neuvoloiden terveydenhoitajat ja lastenlääkäri ottivat kantaa ja kehittivät yhdessä Essotelle sopivaa mallia kättilövastaanotosta. Keskustelua herätti paljon uuden toiminnan mukanaan tuomat hyödyt sekä perheiden että työntekijöiden kannalta.

Yhteistoiminnallisessa kehittämisessä mukana olevat osallistuvat kehittämiseen tuomalla omat näkökulmansa ja kysymykset esille yhteisissä keskusteluissa. Osallistuminen on keskeistä, jotta kehittämistoiminta onnistuu. Tutkija ohjaa ja opastaa osallistujia, mutta eteneminen tapahtuu toimijoiden omillakin ehdoilla. (Toikko & Rantanen 2009, 89–98.) Osallistavalla toiminnalla on tarkoitus edistää eri toimijoiden välistä dialogia ja vuorovaikutusta. Tällä tavoin kehittämistoimintaan saadaan myös läpinäkyvyyttä. (Heikkinen 2006, 32–33.) Prosessoinnin aikana tutkija ja työyhteisö keskustelevat tuloksista, joita on saatu kartoitusvaiheessa sekä niiden merkityksestä työyhteisölle. Tämän vaiheen tarkoituksena on löytää todelliset ongelmat, tiedostaa ja hyväksyä ne, jotta mahdollinen muutos saataisiin aikaiseksi. Ongelman ratkaisuksi on mahdollista esittää muutoksia toimintatapoihin tai luoda kokonaan uusia toimintamalleja. (Lauri 1997, 116; Piirainen 2007.)

5.1 Ensimmäinen ideariihi työyksikössä marraskuussa 2017

Johdin ensimmäisen 1,5 tuntia kestävästä ideariihien kättilövastaanoton toimintamallista osastokokouksessa 9.11.2017. Paikalla oli yksi pediatri, kuusi sairaalassa työskentelevää kättilöä, osastonhoitaja, Mikkelin neuvoloiden perheohjaaja ja Mäntyharjun lastenneuvolan terveydenhoitaja.

Kerroin aluksi opinnäytetyöni taustoista ja syistä, joiden vuoksi olen kokenut tärkeäksi lähteä kehittämään uutta toimintamallia työyksikköömme. Kävin läpi vastaanoton perustamisen syitä (esim. Perhetalo, jossa paikkamäärä supistuu, osastoa kuormittavat uusintatarkastukset, imetyspoliklinikan puuttuminen).

Kävin alustuksessa läpi myös Kuopion ja Lohjan vastaanottoimintojen pääperiaatteet. Pohdimme yhdessä, mitä hyvää ja toisaalta mitä meidän toimintamme kannalta ei niin hyvää on Lohjan ja Kuopion malleissa. Oulaskankaan toimintamallin sain sähköpostitse vasta tämän osastokokouksen jälkeen.

Ehdotin seuraavanlaista mallia, jossa mielestäni olisi Lohjan ja Kuopion toimintojen hyvät puolet, jotka palvelisivat myös parhaiten meidän toimintaamme (kuva 9). Tarkoituksenmukaisesti jätin mallin hyvin yksinkertaiseksi, jotta itse toiminta olisi kaikille selkeä.

Kätilövastaanotto, ehdotus ensimmäisessä ideariihessä:

- kahtena päivänä viikossa**
- kolme kätilöä vastuussa**

Aamupäivällä imetysvastaanotto:

- käyntiaika 90 minuuttia, sisältäen kirjaamisen**
- ajan saisi kotiutumisen yhteydessä tarvittaessa, itse soittamalla, terveydenhoitajan varauksella**

Iltapäivällä uusintatarkastukset:

- alle 36 tunnin iässä kotiutuneille sekä kontrollikävijöille**
- kuulo-, paino-, bilirubiini- ja kontrollikävijät**
- käyntiaika ensin kätilölle, joka tekee tarvittavat mittaukset**
- kokonaisaika vastaanotolla 45 minuuttia sisältäen kirjaamisen**

Kuva 9. Ehdotus kätilövastaanotosta ideariihen alustukseksi

Ideariihemme oli erittäin yksimielinen siitä, että tämänkaltainen toiminta olisi sairaalallemme ensiarvoisen tärkeää. Toiminnan kannalta on erittäin hankalaa se, että perheet tulevat samaan kellonaikaan uusintatarkastuksiin eikä jo kotiutuneille imetysongelmallisille ole tarjota tällä hetkellä mitään käytännön apua sairaalasta käsin. Myös neuvoloiden terveydenhoitajille imetysvastaanotto tarjoaisi konsultointiapua ongelmatilanteissa ja tarjoaisi paikan, johon ohjata perheet, jotka tarvitsevat nopeasti apua imetyksen kanssa tai joiden imetyks on kriisiytynyt jonkun ongelman vuoksi.

Mikäli terveydenhoitajat huomaavat vastaanotto- tai kotikäynneillään vauvoilla poikkeavuuksia, joihin tarvitsee reagoida nopeasti, esimerkiksi kuivumista, infektion merkkejä tai voimakasta kellastumista, on perheen hoitopaikka silloin päivystys tai lastentautien vastaanotto.

Kätilöt toivat vahvasti esille myös sen ongelman, että perheet jäävät ylimääräiseksi vuorokaudeksi sairaalaan esimerkiksi vastasyntyneen punnituksen tai imetyksen tarkistamisen vuoksi. Nämä asiat voitaisiin helposti tarkistaa sairaalan kätilövastaanotolla, eikä sairaalassa vietettyjä vuorokausia kertyisi niin paljon.

Aluksi pohdittiin, mitkä viikonpäivät olisivat sopivimmat vastaanotolle. Nykyisin uusintatarkastukset ovat maanantaisin ja perjantaisin. Toiminnan kannalta voisi kuitenkin olla järkevämpää, että vastaanotto toimisi maanantaisin ja torstaisin. Todettiin, että toimintamme kannalta olisi järkevää myös, jos aamupäivän ajat olisivat imetysvastaanoton aikoja. Ensimmäinen aika voisi olla vasta klo 9.00. Yksi ajanvaraus olisi kestoaltaan 90 minuuttia, ja siihen kuuluisi kirjautuminen. Tärkeäksi asiaksi nostettiin se, että tämän vastaanoton tulisi olla matailan kynnyksen paikka ja kaikilla perheillä tulisi olla siihen mahdollisuus. Pohdittiin myös, voisiko ensimmäinen käynti olla perheille ilmainen, vastaanottojen käyntimaksut voivat nousta monille perheille liian korkeiksi. Erityiseksi ryhmäksi imetysvastaanotolle nousi keskusteluissa kireän kielijänteen uudelleen arviointi ja näiden vauvojen lähettäminen tarvittaessa korva-, nenä ja kurkkutautien vastaanotolle. (Kuva 10.) Kireän kielijänteen mahdollisen katkaisun tekee sairaalassamme aina korva- nenä- ja kurkkutauteihin erikoistunut lääkäri.

Iltapäivän vastaanottoajat olisivat uusintatarkastuksia, bilirubiini- ja painokontrolliaikoja, kuuloseuloja sekä rokotusaikoja. Pohdittiin myös, voisivatko kätilöt aloittaa rokotukset tämän toiminnan myötä. Iltapäivällä vastaanoton kätilö myös tarkistaisi osastolta kotiutuneiden laboratoriovastaukset ja tekisi mahdolliset soitot koteihin. (Kuva 10.)

**Ensimmäisen ideariihen ehdotus kättilövastaanotosta:
-kahtena päivänä viikossa, maanantai ja torstai**

Aamupäivällä imetysvastaanotto:

- ensimmäinen aika klo 9.00, ajanvarauksen kesto 90 minuuttia
- matalan kynnyksen paikka, johon kaikilla tulisi olla mahdollisuudet päästä
- ensimmäinen käynti ilmainen?
- kireän kielijänteen uudelleen arvioinnit ja lähettäminen erikoislääkärille

Iltapäivällä uusintatarkastukset:

- ruokatauon jälkeen uusintatarkastukset sekä kontrollikävijät: paino-, kuulo-, bilirubiini-kontrollit
- kättilöt aloittaisivat rokotukset?
- kotiutuneiden vauvojen laboratoriovastausten tarkistaminen ja tulosten ilmoittaminen lääkärille ja perheille

Kuva 10. Ideariihen ehdotus kättilövastaanotosta

Tärkeäksi koettiin, että myös terveydenhoitajilla olisi mahdollisuus olla helposti yhteydessä kättilövastaanotolle ja konsultoida esimerkiksi imetysongelmatilanteissa. Uuden toiminnan uskottiin rauhoittavan osaston toimintaa, jonne uusintatarkastukset ovat tällä hetkellä keskittyneet. Näillä näkymin toimintaa päästään käynnistämään jo kevättalvella.

5.2 Toinen ideariihi työyksikössä joulukuussa 2017

Johdin toisen ideariihen osastotunnilla joulukuussa 2017. Tässä ideariihessä käytin apuna haastattelukysymyksiä, (liite 8) jotka olivat johdettu vuoden 2011 Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden johtoryhmän tekemästä uuden toiminnan suunnittelun ohjeesta (liite 9). Paikalla oli seitsemän talon kättilöä, yksi neuvolan terveydenhoitaja ja osastonhoitaja. Tällä kertaa paikalla oli kolme samaa kättilöä kuin edellisellä kerralla. Aluksi kävimme läpi edellisen ideariihen yhteenvedon.

5.2.1 Vaikutuksia perheiden hoitoon

Herättelin keskustelua kysymyksellä, mihin tällaista toimintaa, erityisesti imetysvastaanottoa, tarvitaan, koska neuvolajärjestelmä on Suomessa hyvä ja toimiva.

Normaali neuvolan kotikäyntiaika on tällä hetkellä 120 minuuttia, johon sisältyy matkat neuvolan ja kodin välillä, itse kotikäynti ja kirjaaminen. Mikkelin neuvolan terveydenhoitaja myös kertoi, ettei neuvoloissa ole tällä hetkellä kunnollisia tiloja, jotka mahdollistaisivat imetysohjauksen antamisen neuvolakäyntien yhteydessä (kuva 11). Terveydenhoitajilla on taitoa ohjata imetykseen liittyvissä asioissa, mutta taitojen päivittäminen olisi myös tärkeää. Neuvolakäynnin kesto on 45 minuuttia, josta imetykselle jää mahdollisesti aikaa kymmenisen minuuttia kaikkien pakollisten mittausten ja tutkimusten jälkeen. Tässä ajassa ei voida paneutua imetysoongelmiin tai edes perusasioihin kunnolla.

Synnytysvuodeosaston ja synnytyssalin kätilöt kertovat ohjaavansa perheitä olemaan imetysongelmissa yhteydessä neuvolaan tai kolmanteen sektoriin. Kätilöt myös toivat esille, että perheet soittavat paljon osastolle kotiutumisen jälkeen, jos imetyksen kanssa on ongelmia. Puhelimessa annetaan ohjausta parhaalla mahdollisella tavalla, jonka työtilanne sillä hetkellä sallii. Synnytysvuodeosaston kätilöiden kokemuksen mukaan imetysvastaanoton puuttuminen ja tieto, ettei perheille ole tarjolla ammattimaista apua imetysongelmissa, vaikuttaa myös kotiutusaikoihin. Perheitä on järkevämpi ja turvallisempikin pitää osastohoidossa vielä vuorokausi tai kaksi lisää, jos imetyksessä on ongelmia. Sama asia toistuu myös kätilöiden mukaan varhaista kotiutumista suunnittelevien kohdalla. On helpompaa pitää perhe sairaalassa ja varmistaa esimerkiksi painonlaskun normaali käyttäytyminen osastolla kuin päästää perhe kotiin tietäen, että seuraava kontrolli voi olla vasta useiden päivien päästä (kuva 11). Tämä puolestaan kuormittaa osastoa ja pidentää perheiden sairaalassaoloaikaa.

5.2.2 Mahdollisia riskejä ja ei-toivottuja asioita

Lastentautien vastaanotolla on tällä hetkellä käytäntö, että pelkästä hoitajakäynnistä peritään ainoastaan kuntalasku. Käynnit ovat siis perheille ilmaisia.

Riskejä pohdittaessa puheeksi nousivatkin erityisesti käyntien hinnat. Kätilöt kokivat, että normaali poliklinikan käyntimaksu on liikaa useimmille perheille. Samalla rahalla perhe viettää jo yhden vuorokauden sairaalassa tai hankkii isot määrät korvikemaitoa lapselle. Toisaalta, jos perheeltä ei peritä lainkaan

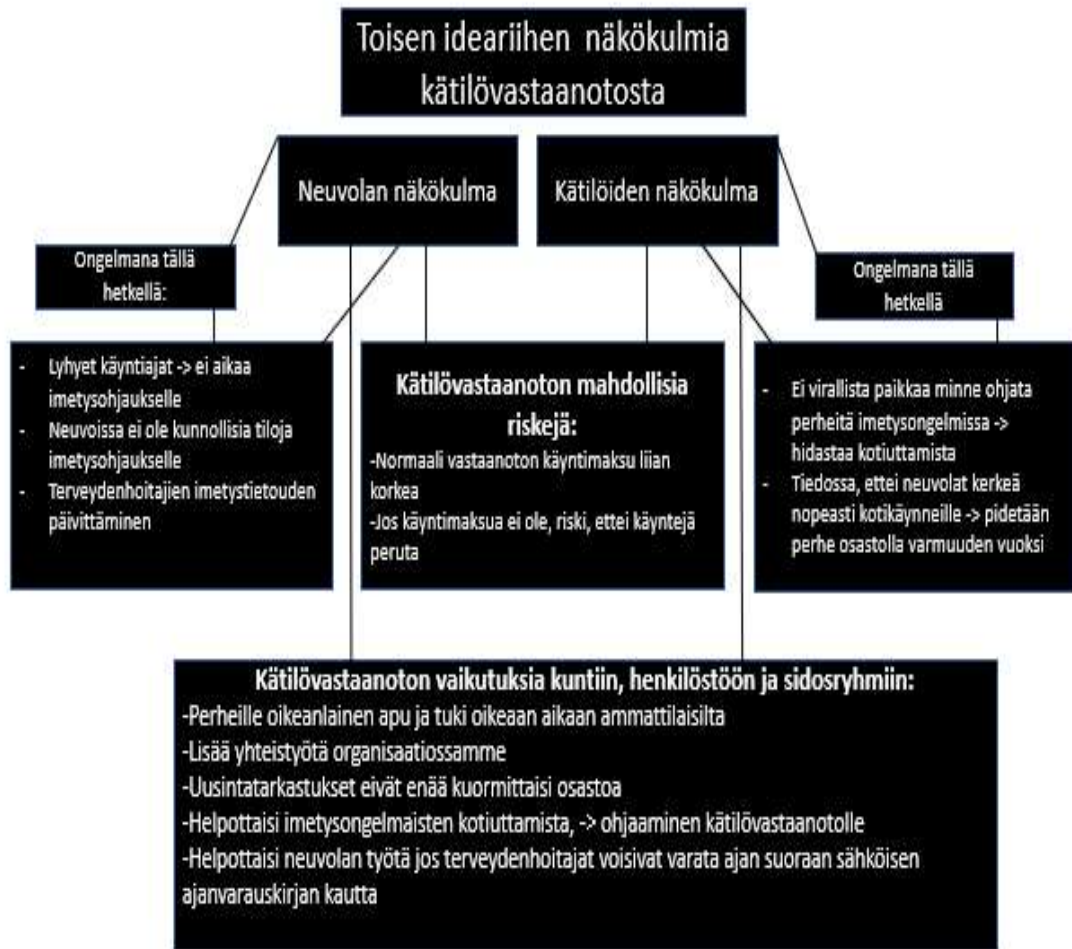
käyntimaksua, on olemassa riski, että käyntejä ei peruta esteen sattuessa (kuva 11).

5.2.3 Toiminnan mahdollisia vaikutuksia kuntiin, henkilöstöön ja sidosryhmiin

Kätilöt ja terveydenhoitaja kokivat erityisen hyväksi kätilövastaanoton toiminnassa sen, että perheet saivat oikeanlaista apua ja tukea oikeaan aikaan ammattilaiselta. Toiminnan uskottiin myös lisäävän entisestään yhteistyötä.

Erityisen hyväksi kätilöt kokivat, että uusintatarkastukset saataisiin osaston kuormituksesta pois. Toiminnan ajateltiin myös helpottavan imetysongelmaitten kotiuttamista, kun perheet voitaisiin ohjata tarvittaessa imetysvastaanotolle. Kun perheillä olisi tieto, että he saavat apua ammattilaiselta, ei kotiutuminen kenties olisi niin jännittävää.

Toiminnan uskottiin myös helpottavan neuvolan työtä. Mikäli terveydenhoitajat voisivat varata itse ajat imetysvastaanotolle sähköisen ajanvarausjärjestelmän kautta, jäisivät ylimääräiset soittelukin pois. Terveydenhoitajat voisivat kirjata lapsen ja perheen tiedot yhteisesti sovitulle erikoisala-lehdelle, joka toimisi samalla esitietona imetysvastaanoton kätilölle.



Kuva 11. 2. ideariihen näkökulmia kättilövastaanotosta

Kättilövastaanoton toiminta on suunniteltu alkavan kevättalvella 2018, ja tätä varten tullaan avaamaan myös yksi uusi kättilön toimi. Kuvissa 12 ja 13 esitellään nykytilannetta Essotessa ja vuoden 2019 tilannetta, kun Perhetalo alkaa toimimaan. Nykyisellään perheiden saamat palvelut ovat hajallaan ja toimipisteet useassa eri paikassa. Uuden Perhetalon myötä toiminnot yhdistyvät ja perheiden saamat palvelut löytyvät saman katon alta. Tämä tulee helpottamaan myös ammattilaisten työtä. Uskon, että perheet saavat ongelmiinsa nopeammin apua jo yhden käynnin aikana.



Kuva 12. Nykytilanne Essote:ssa. Toiminnot ovat hajallaan, mutta yhteistyössä keskenään



Kuva 13. Tulevaisuus Perhetalossa vuonna 2019. Palvelut löytyvät saman katon alta. Tämä helpottaa myös yhteistyötä ja perheiden asiointia

Perhetaloon muutto tapahtuu 2019 kevään aikana. Tuolloin synnytysyksikkö, johon kuuluvat raskaana olevien osasto, synnytysvuodeosasto sekä synnytys-salit, vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosasto sekä lastenosasto ovat saman käytävän varrella. Alemmasta kerroksesta, saman katon alta löytyvät Mikkelin neuvolat, äitiys- ja sikiöseulontavastaanotot sekä myös kätilövastaanotto. To-

dennäköistä on, että kättilövastaanotto on yhteisnimitys kaikille kättilöiden hoitamille vastaanottotoiminnoille (synnytyspelko-, HAL-, diabetes-, imetysvastaanotto ja uusintatarkastukset). Uskon, että toisiaan lähellä olevat palvelut ovat eduksi niin palveluja käyttäville perheille kuin meille hoitotyön ammattilaisillekin.

Kuvassa 14 on esitelty ehdotus kättilövastaanoton ajanvarauksista ja tiivistetty kättilöiden pediatriin ja neuvoloiden terveydenhoitajien esille tuomat pääkohdat toimintaan liittyen.

Ehdotus kättilövastaanoton ajanvarauskirjan pohjasta ja moniammatillisen ideariihen tuottamat pääkohdat toimintaan liittyen	
Klo 8.30 imetysvastaanottoaika 90 minuuttia	Imetysvastaanotto: <ul style="list-style-type: none"> - Ajan saaminen mahdollisimman helppoa: itse varaamalla, kotiutumisen yhteydessä, neuvolasta suoraan varaamalla - Palvelisi myös neuvoloiden terveydenhoitajia - Kireän kielijänteen uudelleen arviointia
Klo 10.00 imetysvastaanottoaika 90 minuuttia	
Klo 11.30–12.00 Terveydenhoitajien soittoaika	Uusintatarkastukset / kontrolliajat: <ul style="list-style-type: none"> - Pienentävät osaston kuormitusta - Helpottavat neuvoloiden painetta kotikäyntien suhteen - Tarjoavat nopealla aikataululla apua - Kättilöiden tekemät rokotukset keventävät lääkäreiden työtä
Ruokatauko 30 minuuttia	
Klo 12.30 Uusintatarkastusaika 45 minuuttia (pyydetään tulemaan 12.15)	
Klo 13.15 Uusintatarkastusaika 45 minuuttia (pyydetään tulemaan 13.00)	
Klo 14.00 Bilirubiini- / paino- / kuulokontrolliaika	
Klo 14.30 imetyspoliklinikka-aika 90 minuuttia	

Kuva 14. Ehdotus kättilövastaanoton ajanvarauksista ja pääkohdat toimintaan liittyen

6 CHECK – ARVIINTIVAIHE JA ACT – KEHITTÄMISVAIHE

Check- eli arviointivaiheessa on tarkoitus arvioida todellista lopputulosta odotettuun tulokseen (Kankaanranta 2016). Koska kättilövastaanotto ei ala toimimaan opinnäytetyöni aikana, jää tämä vaihe pois työstäni. Työelämässä tämä vaihe kuitenkin toteutetaan, kun toiminta on ollut käynnissä vuoden ajan. Tuolloin on tarkoitus pitää osastotuntien yhteydessä uudet ideariihet ja kerätä hen-

kilökunnan ajatuksia ja parannusehdotuksia toiminnan kehittämistä. Arvioinnissa on tärkeää ottaa huomioon uuden toiminnan aiheuttama mahdollinen työajan säästäminen, tehokkuus ja mahdolliset vaikutukset esimerkiksi kotiutusaikoihin. Henkilökunnan ja asiakkaiden tyytyväisyys uudesta toiminnasta tuo myös tärkeää tietoa toiminnan kehittämistä ajatellen. Asiakas- ja henkilökunnan tyytyväisyyskysely voidaan suorittaa esimerkiksi Webropol-kyselyllä.

Act- eli kehittämisvaiheessa on tarkoitus tehdä korjauksia toimintamalliin tarpeen mukaan (Meurman 2016). Tämä vaihe seuraa check-vaihetta myös työelämässä tehtyjen ideariihien ja toiminnan vaikuttavuuden tutkimisen jälkeen. Toimintaa muutetaan tarvittaessa, ja tämän jälkeen pdca-kehä lähtee uudelleen alusta.

7 POHDINTA

Mikkelin sairaalakampukselle valmistuva Perhetalo yhdistää perusterveydenhuoltoa, sosiaalityötä ja erikoissairaanhoidtoa. (ESPER-hankesuunnitelma 2016). Uuden Perhetalon kolmanteen kerrokseen tulevat sijoittumaan synnytysyksikkö eli raskaana olevien osasto, synnytysvuodeosasto ja synnytysalit sekä vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosasto ja lastenosasto. Käyttöön tulevat tilat ovat kuitenkin liian pienet nykyisillä potilasmäärillä ja hoitoajoilla. Tätä ongelmaa voitaisiin hillitä kehittämällä toimintaa esimerkiksi siten, että mahdollistetaan lyhemmät synnytyksen jälkeiset hoitojaksot. (Jaatinen ym. 2016, 9, 54.)

Kartoitusten pohjalta ja henkilökohtaisesta kokemuksesta työelämässä imetysvastaanoton puuttumisesta nousi idea tehdä opinnäytetyö tästä aiheesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata kätilövastaanoton toiminnan suunnittelussa huomioon otettavia tekijöitä. Tämän vastaanoton toimintaan kuuluisi vastasyntyneille tehtävät uusintatarkastukset sekä imetysvastaanotto. Tarkoituksena oli myös benchmarkata jo toiminnassa olevien kätilövastaanottojen toimintaa ja luoda edellytykset toiminnan aloittamiselle.

7.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Kun tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, voi tutkimus olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa sekä tulokset uskottavia. Noudatettaessa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja tulosten arvioinnissa noudatetaan tällöin tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.)

Tietoa ja tutkimuksia hakiessani yllätyin Suomessa tehtyjen tutkimusten vähydestä hoitajavastaanoitoista. Suomen terveydenhuoltoa on jossain määrin harhaanjohtavaa verrata esimerkiksi brittiläiseen järjestelmään. Esimerkiksi pohjoismaisissa tutkimuksissa oli tietoa kätilöiden tekemistä kotikäynneistä, mutta tietoa kätilöiden pitämistä vastaanotoista ei ollut. Myöskään mistään benchmarkkaamastani sairaalasta ei ollut tehty tutkimuksia jo toiminnassa olevista kätilövastaanoitoista.

Tutkijan on perustettava tiedonhankintansa oman alan tieteelliseen kirjallisuuden tuntemiseen, riittäviin havaintoihin ja oman tutkimuksen analysointiin (Vilka 2015, 43 - 44). Kun valitaan tutkimusaihe, on se myös eettinen päätös. Onkin selvitettävä, kenen ehdoilla ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Tutkimustehtävää ja tutkimuksen tarkoitusta määriteltäessä nämä valinnat ilmenevät. (Sarajarvi & Tuomi & 2009, 129.) Mielestäni tälle opinnäytetyölle oli selkeä, käytännöstä lähtevä tarve. Toiminnan aloittaminen palvelisi sekä Esso-
tea, että alueen perheitä. Käytin tässä opinnäytetyössäni paljon kansainvälisiä tutkimuksia, ja sain mielestäni kattavan tietoperustan vastaanotto toiminnan aloittamisen pohjaksi.

Yksi tärkeä osa kerätessä tutkimusaineistoa on tutkittavien informointi. Tällä on merkitystä aineiston jatkokäyttäjille, aineistoa arkistoivalle organisaatiolle sekä tutkimusryhmälle. Tutkittava informoidaan asianmukaisesti, jotta tutkittava voi antaa tietoon perustuvan suostumuksen osallistumisestaan tutkimukseen. Jos informointi on huolellista, lisää se myös prosessin läpinäkyvyyttä ja tutkittavan luottamusta, että häntä koskevia tutkimusaineistoja käsitellään vastuullisesti koko tutkimuksen ajan. Huolellinen informointi on tärkeää myös tutkijan itsensä kannalta. Tällöin tutkijalle on selvää, kuinka aineistoa voi käsitellä

ja kuinka tutkimustuloksista raportoidaan. Informointi toimii dokumenttina siitä, mitä tutkittava ja tutkija ovat sopineet. Eettisesti on tärkeää informoida tutkittavaa myös aineiston arkistoinnista jatkokäyttöä varten. (Aineistohallinnan käsikirja 2016.)

Benchmarkkausten yhteydessä kerroin haastateltavilleni opinnäytetyöstä ja kerroin heille avoimesti taustatiedoista, miksi teen tästä aiheesta opinnäytetyötäni. Heidän osallistumisensa oli täysin vapaaehtoista tähän työhön. Molempien ideariihien alussa näytin haastateltaville osoitetun kirjeen (liite 3) ja muistutin, että osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja tilaisuudesta voi poistua koska tahansa. Tutkimuslupani oli myös esillä ideariihen aikana.

7.2 Opinnäytetyön prosessin arviointia

Tutkimus voidaan vaiheista Demingin jatkuvan kehittämisen ympyrän mukaan (kuva 1) käyttäen vaiheita plan (suunnittele), do (toteuta), check (tarkista) ja Act (kehitä) (Piirainen 2007). Opinnäytetyössäni käyttämä Demingin jatkuvan kehittämisen malli soveltui mielestäni erittäin hyvin asettamiini tavoitteisiin ja tarkoitukseen. Se toimii käytännön työssä ja muistuttaa siitä, että toiminnan kehittäminen ei pysähdy koskaan.

Teoria- ja tutkimustietoa hoitajavastaanotto toiminnasta Suomessa on olemassa yllättävän vähän. Kansainvälistä tutkimustietoa löytyy, mutta kättilöiden työtä ja toimintaa ajatellen olisi erityisen mielenkiintoista, jos tutkimusta juuri tästä erikoisalasta olisi löytynyt enemmän.

Tutustuminen kahteen erilaiseen synnytyssairaalaan ja perehtyminen näiden toimintamalliin kättilövastaanoista oli todella mielenkiintoista ja herätti paljon ajatuksia ja ideoita siitä, kuinka voisimme kehittää toimintaa enemmänkin juuri tällä tavalla. Uskon, että juuri benchmarkkausten avulla saatu tieto ja kokemukset olivat yksi tärkeimmistä tietolähteistä tämän opinnäytetyön kannalta. Käytäntö on lähellä tätä toimintaa ja myös erityisen tärkeää kättilöille, terveydenhoitajille ja pediatrialle, jotka olivat mukana ideariihissä kehittämässä kättilövastaanottoa juuri meidän sairaalallemme. Yllätyksekseni benchmarkkaamieni

sairaaloiden kätilövastaanottotoimintaa ei ollut kuitenkaan arvioitu niiden toiminnan aloittamisen jälkeen. Kokemustietoa hoitajilta oli kysely sanallisesti ja heidän mielestään toiminta on kannattavaa ja hyödyllistä.

Teoriatiedon, tutkimusten ja benchmarkkausten avulla saatujen tietojen ja kokemusten avulla tein alustavan esityksen kätilövastaanoton toiminnasta ensimmäiseen työyksikön ideariihien. Tämä puolitoista tuntia kestäväns ensimmäisen tilaisuuden aikana uusi toiminta herätti paljon kiinnostusta ja keskustelua. Oli erityisen hyvä, että paikalla oli sairaalan kätilöiden lisäksi neuvoloissa työskenteleviä terveydenhoitajia sekä sairaalan pediatri. Uskon, että näin saimme kattavasti erilaisia näkökulmia ja kokemuksia siitä, millainen vastaanotto palvelisi perheitä alueellamme parhaiten.

Kätilöt ovat tunnetusti itsenäisiä ja uskaltavat tarttua rohkeasti haasteisiin työssään. Tämänkaltaisen toiminta, jota ideariihissä käytiin läpi, olisi monen mielestä omaan ammattiin sopivaa ja toisi myös vaihtelua omaan työnkuvaan.

Asettamiini tavoitteisiin eli toiminnan suunnittelussa huomioon otattaviin tekijöihin löysin mielestäni kattavasti tutkittua tietoa ja kirjallisuutta niin Suomesta kuin muualta maailmasta. Tutkitun tiedon ja benchmarkkausten avulla, sekä työyhteisön vahvalla ja ammattitaitoisella mukanaololla sain koottua pohjan kätilövastaanoton aloittamiselle Essotessa.

Koko opinnäytetyön työstämisen ajan sain vahvaa tukea ja kannustusta työyhteisön kätilöiltä. Tämä lisäsi motivaatiota työn tekemiseen, sillä kätilöistä välittyi vahvasti ajatus tämän toiminnan tärkeydestä sekä heille että perheille. Uskon, että koko työyhteisö odottaa kätilövastaanoton toiminnan aloittamista ja luotan siihen, että myös perheet saavat tärkeää apua ja tukea tämän toiminnan myötä.

Kevättalvella 2018 alkaa Essotessa toimia uusi kätilövastaanotto. Tätä vastaanottoa varten on avautumassa myös uusi kätilön toimi. Opinnäytetyöni toimii pohjana tämän uuden toiminnan aloituksessa. Uskon, että toiminta päästään aloittamaan nopeammin tekemäni pohjatyön ansiosta. Työssäni käyt-

tämä benchmarkkaus muista samanlaisista vastaanotoista, ja läpi käymäni kirjallinen materiaali on tukeva pohja aloittaa tämä toiminta Essotessa. Organisaationi saama hyöty tästä opinnäytetyöstä onkin mielestäni merkittävä.

Kätilön työ on erittäin itsenäistä ja sitä tulisi myös jatkossa kehittää siihen suuntaan. Kätilövastaanoton kaltaisella toiminnalla saadaan myös resursseja kohdennettua paremmin. Kätilöt ottavat enemmän vastuuta varhain kotiutuneista perheistä ja tekevät itsenäistä ohjaustyötä vastaanotolla. Synnyttäjiä tullaan tulevaisuudessa kotiuttamaan entistä nopeammin tilaratkaisujen sekä kustannussäästöjen vuoksi. Kätilöiden pitämä vastaanotto tarjoaakin ratkaisun Essotelle useampaan ongelmaan.

LÄHTEET

- Aineistonhallinnan käsikirja. 2016. Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. WWW-dokumentti. Päivitetty 12.1.2016. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/tutkittavien-informointi.html#osal-informoinnin-merkitys> [viitattu 2.5.2016].
- Aquino, M., Olander, E., Needle, J. & Bryar, R. 2016. Midwives and health visitor's collaborative relationships: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *International Journal of Nursing Studies* 62, 193–206. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://ac.els-cdn.com.ezproxy.xamk.fi:2048/S0020748916301171/1-s2.0-S0020748916301171-main.pdf?_tid=3e49aefc-1150-11e7-a8ed-00000aacb35d&acdnat=1490442379_9647396d9b30c4d2a242b059428fbbf1 [viitattu 20.3.2017].
- Baker, K. 2010. Midwives should perform the routine examination of the newborn. *British Journal of Midwifery* 7, 416.
- Barimani, M., Oxelmark, L., Johansson, S. & Hylander, I. 2015. Support and continuity during the first 2 weeks postpartum. *Scandinavian Journal of Caring Science* 29, 409–417. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://web.a.ebsco-host.com.ezproxy.xamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=eaf54254-d77f-430d-ae04-e7292aff6f02%40sessionmgr4008&vid=0&hid=4104> [viitattu 20.3.2017].
- Bloomfield, L., Rogers, C., Townsend, J., Wolke, D. & Quist-Therson, E. 2003. The quality of routine examinations of the newborn performed by midwives and SHOs; an evaluation using video recordings. *Journal of Medical Screening* 4, 176–180. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1258/096914103771773267> [viitattu 25.11.2017].
- Bode, L. 2012. Human milk oligosaccharides: Every baby needs a sugar mama. *Glycobiology* 22, 1147–1162. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://academic.oup.com/glycob/article/22/9/1147/1988076> [viitattu 14.12.2017].
- Bodle, J., Duffy, S. & Binney, D. 2008. Patient satisfaction with outpatient hysteroscopy performed by nurse hysteroscopists. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 103, 116–118.
- Cattaneo, A., Ronfani, L., Burmaz, T., Quitero-Romero, S., Macaluso, A. & Mario, S. 2006. Infant feeding and cost of Health care: A cohort study. *Acta Paediatrica* 95, 540–546. WWW-artikkeli. Saatavissa: <https://www.clinical-key.com/#!/content/medline/2-s2.0-16825133> [viitattu 13.12.2017].
- Cook, O., McIntyre, M., Recoche, K. & Lee, S. 2017. Experiences of gynecological cancer patients receiving care from specialist nurses: a qualitative systematic review. JBI database of systematic reviews and implementation reports. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/medline/2-s2.0-28800057> [viitattu 30.12.2017].

Dahlberg, U., Haugan, G. & Aune, I. 2016. Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery* 39, 57–62. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://ac.els-cdn.com.ezproxy.xamk.fi:2048/S0266613816300535/1-s2.0-S0266613816300535-main.pdf?tid=d2c34eb8-1163-11e7-9b9b-00000aacb361&acdnat=1490450789_bafc6d4cbb18ff754cba791872cf1e0d [viitattu 5.4.2017].

Deufel, M. & Montonen, E. 2010. Onnistunut imetys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

ESPER-hanke. 2016. ESPER-esite. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.esshp.fi/esper> [viitattu 9.5.2016].

ESPER-hankesuunnitelma. 2016. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.esshp.fi/esper> [viitattu 9.5.2016].

Essoten poliklinikat muuttuvat vastaanotoiksi. WWW-dokumentti. Päivitetty 12.12.2016. Saatavissa: <http://www.essote.fi/essoten-poliklinikat-muuttuvat-vastaanotoiksi/> [viitattu 11.2.2017].

EU:n Kätilödirektiivi 80/155/EEC.

Erikoissairaanhoidolaki 1062/89. WWW-dokumentti. Päivitetty 1.2.2017. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062> [viitattu 12.2.2017].

Fagerholm, N. 2014. Sairaaloiden somaattisten poliklinikoiden hoitotyön henkilöstömitoitus –tunnusluku- ja asiantuntijaperusteinen mallinnus. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1604-4/urn_isbn_978-952-61-1604-4.pdf [viitattu 12.2.2017].

Feodoroff, P. 2017. Asiantuntijahaastattelu 3.8.2017. Kuopion yliopistollinen sairaala. Kätilö.

Foster, D., McKay, H., Powell, R., Wahlstedt, E., Farrel, T., Ford, R. & McLachlan, H. 2016. The structure and organisation of home-based postnatal care in public hospitals in Victoria, Australia: A cross-sectional survey. *Woman and Birth* 29, 172–179. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://ac.els-cdn.com.ezproxy.xamk.fi:2048/S1871519215003224/1-s2.0-S1871519215003224-main.pdf?tid=e54f3bda-1156-11e7-ba59-00000aab0f6c&acdnat=1490445237_b6cea2b032715aaeaa0728f861e99e35 [viitattu 20.3.2017].

Frost, S. & Daly, W. 2010. Nurse-led asthma services for children and young people: a survey of GPs' views. *Pediatric nursing* 22, 32. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.xamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=ed71f6e1-ccd5-4198-acee-4da9f13029d7%40sessionmgr4010> [viitattu 30.12.2017].

Global strategy for infant and young child feeding. 2003. World Health Organization Geneva. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. WWW-dokumentti. Saatavissa:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/1/9241562218.pdf?ua=1&ua=1> [viitattu 24.4.2016].

Green, E., Prayra, C., Stewart, J., McLennan, C., Bland, R., Dus, T., Langhorn, M., Beattie, K., Cheung, A., Hertz, S., Sechter, H., Burns, J., Angus, H. & Sawka, C. 2012. Determining Resource Intensity Weights in Ambulatory Chemotherapy Related to Nursing Workload. *Canadian Oncology Nursing Journal* 122, 119–120. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.clinical-key.com/#!/content/medline/2-s2.0-22764587> [viitattu 20.12.2017].

Haapa-aho, M., Koskinen, M.-K. & Kuosmanen, I. 2009. Työnjakomallit –laajennetaanko tehtävänkuvaa vai siirretäänkö tehtäviä. Tehyn julkaisusarja. PDF-julkaisu. Saatavissa: https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2009/2009_f_3_tyonjakomallit_id_51.pdf [viitattu 12.2.2017].

Hakala, M. 2017. Sähköpostihaastattelu 22.11.2017. Kätilö. Lohjan sairaala

Hannula, L. 2003. Imetysnäkömukset ja imetyksen toteuttaminen. Suomalaisen synnyttäjien seurantatutkimus. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Hannula, L., Kaunonen, M., Koskinen, K. & Tarkka, M.-T. 2010. Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus – Hoitotyön suositus. Hoitotyön Tutkimussäätiö ja suosituksen kirjoittajat. WWW-dokumentti. Päivitetty 31.8.2010. Saatavissa: http://www.hotus.fi/system/files/imetysohjaus_sum.pdf [viitattu 19.4.2016].

Hargie, O., Brataas, H. & Thorsnes, S. 2009. Cancer patient's sensemaking conversations with cancer nurses in outpatient clinics. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 26, 77. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.ajan.com.au/Vol26/26-3_Hargie.pdf [viitattu 30.12.2017].

Heikkinen, H. L. T. 2006. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, L.T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark Oy.

Helle-Kuusjoki, T. 2005. Tehtävänsiirroista hoitajavastaanottoon. Sairaanhoidajien toimenkuvan laajentaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Horrocks, S., Anderson, E. & Salisbury, C. 2002. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal* 324, 819–823. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC100791/> [viitattu 7.12.2017].

Horta, B., Loret de Mola, C. & Victora, C. 2015. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica* 104, 30–37.

WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.13133/full> [viitattu 15.12.2017].

Huovinen, L. 2018. Asiantuntijahaastattelu Tampereen yliopistollisen sairaalan kätilövastaanoton toiminnasta 21.1.2018.

Härkönen, E., Suominen, T., Kankkunen, P., Renholm, M. & Kärkkäinen, O. 2007. Hoitajavastaanotot erikoissairaanhoidon poliklinisessä hoitotyössä – potilaiden kuvaus tyytyväisyydestään. *Tutkiva hoitotyö* 1, 5–11.

Imetyksen edistäminen Suomessa. 2009. Toimintaohjelma 2009-2012. Kansallisen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. Raportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Imetyksen edistämisen toimintaohjelma. 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 11.12.2014. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/imetyksen-edistamisen-toimintaohjelma> [viitattu 17.4.2016].

Jaatinen, O., Halonen, J. & Kosunen, T. 2016. ESPER Perhetalon 3. kerroksen simulaatio, loppuraportti.

Johansson, K., Aarts, C. & Darj, E. 2010. First-time parents' experiences of home-based postnatal care in Sweden. *Upsala Journal of Medical Sciences* 115, 131–137. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2853791/> [viitattu 8.4.2017].

Jyrinki, A. 2014. Toimiva työnjako parantaa laatua. *Lääkärilehti* 8, 538.

Järvenpää, A-L. 2002. Onko vastasyntyneen varhainen kotiuttaminen vaarantonta? *Suomen lääkärilehti* 7, 757.

Kankaanranta, J. 2016. Riskiperusteinen ajattelu sekä johdon sitoutuneisuus. WWW-dokumentti. ISO 9001:2015. Saatavissa: <http://www.qk-karjalainen.fi/fi/artikkelit/iso-90012015-riskiperusteinen-ajattelu-seka-johdon-sitoutuneisuus/> [viitattu 25.1.2018].

Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä. 2013. Synnytykseen valmistautuminen. Teoksessa Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.) Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Kelly, J., Garvey, D., Biro, M. A. & Lee, S. 2017. Managing medical service delivery gaps in a socially disadvantaged rural community: a Nurse Practitioner led clinic. *Australian Journal of Advanced Nursing* 34, 48. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.ajan.com.au/Vol34/Issue4/5Lee.pdf> [viitattu 29.12.2017].

Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. 2016. Edistä, ehkäise, vaikuta. Seksuu- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116162/THL_OPAS33_VERKKO9.3.2016.pdf?sequence=3 [viitattu 5.2.2017].

Koskinen, K. 2008. Imetysohjaus. Helsinki: Edita.

Kotisaari, M.-L. & Kukkola, S. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.

Kuethe, M. C., Vaessen-Verberne, A., Elbers, R. & MC Van Aalderen, W. 2013. Nurse versus physician-led care for the management of asthma. Cochrane Database of Systematic Reviews. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.xamk.fi:2048/doi/10.1002/14651858.CD009296.pub2/full> [viitattu 30.12.2017].

Kurth, E., Krähenbüh, K., Eicher, M., Rodman, S., Fölml, L., Conzelmann, C. & Zwmp, E. 2015. Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital – a focus group study. BMC Health Services Research BMC series. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1300-2/open-peer-review> [viitattu 5.4.2017].

Kärkkäinen, O., Tuominen, J., A., Seppälä, A. & Karvonen, J. 2006. Lääkärien ja hoitajien välisen työnjaon kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä. *Suomen Lääkärilehti* 24, 2651.

Kättilökoulutus 2016. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.tamk.fi/katilo-paiva#Koulutuksen%20tavoite>. [viitattu 7.5.2016].

Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994. WWW-dokumentti. Päivitetty 1.2.2017. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559> [viitattu 12.2.2017].

Lauri, S. 1997. Toimintatutkimus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY

Manzoni, P., Rinaldi, M. & Cattani, S. 2009. Bovine Lactoferrin Supplementation for Prevention of Late-Onset Sepsis in Very Low-Birth-Weight Neonates. A Randomized Trial. *JAMA*. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/184658> [viitattu: 14.12.2017].

McLachlan, H., Gold, L., Forster, D. A., Yelland, J., Rayner, J. & Rayner, S. 2009. Women's views of postnatal care in the context of the increasing pressure on postnatal beds in Australia. *Women in Birth* 22, 358–370. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://ac.els-cdn.com.ezproxy.xamk.fi:2048/S1871519209000456/1-s2.0-S1871519209000456-main.pdf?tid=9c9a4f12-1163-11e7-8826-00000aab0f27&acdnat=1490450698_de871895acc7d4244cc7ebfd2b2c4a67 [viitattu 17.3.2017].

Metsämuuronen, J. 2001. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Helsinki: International Methelp Oy.

- Meurman, M. 2016. Lean kehittämisen välineenä / MS SOSTE 2016. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.slideshare.net/MarkusMeurman/lean-kehittamisen-vlineen-ms-soste-201> [viitattu 20.1.2018].
- Moore, M. & Hasting, C. 2006. The Evolution of an Ambulatory Nursing Intensity System. Measuring Nursing Workload in a Day Hospital Setting. *The journal of nursing administration* 36, 241. PDF-julkaisu. Saatavissa: https://www.ena.org/practice-research/Documents/StaffingGuide-line/Moore_2006.pdf [viitattu 11.2.2017].
- Niinistö, S., Takkinen, H-M., Erlund, I., Ahonen, S., Toppari, J., Ilonen, J., Veijola, R., Knip, M., Vaarala, O. & Virtanen, S. M. 2017. Fatty acid status in infancy is associated with the risk of type 1 diabetes-associated autoimmunity. *Diabetologia* 60, 1223–1233. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00125-017-4280-9> [viitattu 15.12.2017].
- Ndosi M. 2013. The outcome and cost-effectiveness of nurse-led care in people with rheumatoid arthritis: a multicentre randomised controlled trial. *Annals of the Rheumatic Diseases*. Nursing standard. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://web.a.ebsco-host.com.ezproxy.xamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=a965e32d-63f9-4452-a84b-a1a195c14901%40sessionmgr4006> [viitattu 30.12.2017].
- Palonen, M., Aho, A-L., Koivisto, A-M., & Kaunonen, M. 2012. Hoitoisuuden yhteys potilaiden arvioihin ohjauksesta erikoissairaanhoidon aikuispoliikkoina. *Hoitotiede* 24, 114–124. PDF-DOKUMENTTI. Saatavissa: <http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/se/h/0786-5686/24/2/hoitoisu.pdf> [viitattu 11.2.2017].
- Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Vertaileva tutkimus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1078-2/urn_isbn_978-951-27-1078-2.pdf [viitattu 10.1.2018].
- Pesonen, H. 2007. Laatu! Asiantuntijaorganisaation laatuopas. Juva: WS Bookwell Oy,
- Pienimaa, A-K. 2014. Kätilön ammatillisen osaamisen kuvaus. Kätilökoulutuksesta valmistuvien osaamisalueet, tavoitteet ja keskeiset sisällöt. Metropolia Ammattikorkeakoulu. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.metropolia.fi/fi-leadmin/user_upload/Sosiaali_ja_terveys/K%C3%A4til%C3%B6ty%C3%B6/Katilon_ammattillisen_osaamisen_kuvaus.pdf [viitattu 7.5.2016].
- Piirainen, A. 2007. Ongelman ratkaiseminen & parantaminen palvelu- ja tuotanto-organisaatiossa. Quality Konowhow Karjalainen Oy. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.qk-karjalainen.fi/fi/artikkelit/ongelman-ratkaiseminen-and-parantaminen-palvelu-ja-tuotanto-orga/> [viitattu 16.5.2017].
- Putkinen, M. 2017. Asiantuntijahaastattelu 6.5.2017. Mikkelin keskussairaala. Kätilö.

Quigley, M., Kelly, Y. & Sacker, A. 2007. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. *Pediatrics* 119, 837–842. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/medline/2-s2.0-17403827> [viitattu 14.12.2017].

Rainesalo, S., Hietala, S., Alanen, S., Numminen, H., Peltola, J. & Liimatainen, S. 2016. Sairaanhoidajan vastaanotolle on kysyntää neurologian poliklinikalla. *Lääkärilehti* 37, 2280–2281. WWW-dokumentti. Päivitetty 16.9.2016. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/tyossa/raportit-ja-kaytannot/sairaanhoidajan-vastaanotolle-on-kysyntaa-neurologian-poliklinikalla/> [viitattu 30.12.2017].

Raussi-Lehto, E. & Jouhki, M-R. 2015. Lyhytjälkihoitoinen synnytys. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. (toim.) *Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika*. Helsinki: Edita.

Riihonen, R. 2010. Pullonpyörittäjän opas. Tietoa vauvaperheille äidinmaidonkorvikkeista, osittaisimetyksestä ja äidinmaidon pumppaamisesta. Väestöliitto. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/992f3866770e895c70de14f5a9c8d452/1513060427/application/pdf/816691/PULLONPYORITTAJAT-2016.pdf> [viitattu 7.6.2017].

Salin, S. 2011. Avohoitotoiminnan kehittäminen PSHP:ssä osana VeTEHH-hanketta. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://docplayer.fi/7484071-Avohoitotoiminnan-kehittaminen-pshp-ssa-osana-vetehh-hanketta.html> [viitattu 16.5.2017].

Salin, S., Liimatainen T., Holmberg-Marttila, D. & Aalto P. 2012. Erikoissairaanhoidon hoitajavastaanottojen hyödyistä kansainvälistä näyttöä. *Lääkärilehti* 6, 423–426. WWW-dokumentti. Päivitetty 10.2.2012. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/erikoissairaanhoidon-hoitajavastaanottojen-hyodyista-kansainvalistanayttoa/#reference-2> [viitattu 12.2017].

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Schadewaldt, V. & Schultz, T. 2010. A systematic review on the effectiveness of nurse-led cardiac clinics for adult patients with coronary heart disease. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*. 8(2):53-89, 2010. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://ovidsp.ovid.com.ezproxy.xamk.fi:2048/sp-3.27.2b/ovid-web.cgi?&S=FOHAPDHIPBH-FILPIFNFKHBDGHEDCAA00&Link+Set=S.sh.21%7c5%7csl_190 [viitattu 29.12.2017].

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus 2015–2019. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://stm.fi/documents/1271139/1332838/Sote-uudistuksen+tietolehtinen+9_2015/a6f19294-ea52-4c47-b13f-ba15c571e843 [viitattu 17.3.2017].

Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Suomen yliopistopaino.

Sote-uudistus 2017. THL. WWW-dokumentti. Päivitetty 20.1.2017. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/rahoitus> [viitattu 17.3.2017].

STM 2013. Terveysthuolto Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2 (2013). PDF-julkaisu. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104557/URN_ISBN_978-952-00-3389-7.pdf?sequence=1 [viitattu 17.3.2017]

Suomen Kätilöliitto 2004. Laatuä kätilyöhön – kätilyön eettiset ja laadulliset perusteet. PDF-julkaisu. Päivitetty 8.6.2004. Saatavissa: https://asiakas.kotisivukone.com/files/suomenkatiloliitto.kotisivukone.com/tiedostot/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf [viitattu 12.2.2017].

Suomen Kätilöliitto 2017. Kätilön työ. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.suomenkatiloliitto.fi/katilon-tyo> [viitattu: 12.2.2017].

Synnytyksen jälkeen 2016. Essote. WWW-dokumentti. Päivitetty 19.10.2016. Saatavissa: <http://www.essote.fi/asiakkaalle/palvelut/synnytykset/synnytysopas/synnytyksen-jalkeen/> [viitattu 1.2.2017].

Syödään yhdessä. –Ruokasuositukset lapsiperheille 2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print. PDF-dokumentti. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129744/KIDE26_FINAL_WEB.pdf?sequence=1 [viitattu 23.4.2016]

Swan, B. A. & Griffin, K. F. 2005. Measuring Nursing Workload in Ambulatory Care. *Nursing economic* 5, 253–259. WWW-dokumentti. Saatavissa; <http://jdc.jefferson.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1005&context=nursfp> [viitattu 11.2.2017].

Swan, B. A., Conway-Phillips, R. & Griffin, K. F. 2006. Demonstrating the value of the RN in ambulatory care. *Nursing economic* 6, 315–322. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://jdc.jefferson.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1012&context=nursfp> [viitattu 11.2.2017].

Säilä, T. 2005. Polikliinisen hoidon toimintamallit – tutkimus erikoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -työ. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/92803/gradu00618.pdf?sequence=1> [viitattu 12.2.2017].

Säilä, T., Mattila, E., Kaunonen, M. & Aalto P. 2006. Polikliinisen hoidon kehittäminen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 7/2006.

Terveysthuoltolaki 1326/2010. WWW-dokumentti. Päivitetty 1.2.2017. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P5> [viitattu 12.2.2017].

Terveysthuollon menot ja rahoitus 2014. THL. WWW-dokumentti. Päivitetty 28.6.2016. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja->

[terveydenhuollon-talous/terveydenhuollon-menet-ja-rahoitus](#) [viitattu 17.3.2017].

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere University Press.

Tuomikoski, J. 2007 Sairaanhoidajan uudistunut vastaanotto toiminta asiakkaan itsehoidon tukena. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -työ.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Helsinki: Edita Prima Oy.

University of Eastern Finland 2018. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.uef.fi/benchmarking> [viitattu 20.2.2018].

Vaara, S. & Sohl, H. 2017. Asiantuntijahaastattelu 4.9.2017. Lohjan sairaala. Kättilöt

Victoria, C., Bahl, R., Barros, A., Franca, G., Horton, S., Krusevec, J., Murch, S., Sankar, M., Walker, N. & Rollins, N. 2016. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet* 387, 475–490. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.clinicalkey.com#!/content/journal/1-s2.0-S0140673615010247?scrollTo=%23hI0000938> [viitattu 15.12.2017].

Viisainen, K. 1999. Lyhytjälkihoitoinen synnytys (LYSY). Seulontatutkimukset ja yhteistyö äityshuollossa. Suositukset. STAKES. Oppaita 34. Helsinki: Gummerus. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76178/op34_1999.pdf?sequence=1 [viitattu 5.2.2017].

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Väänänen, T. 2007. Sairaanhoidajien tehtäväkuva, Suomen sairaanhoitajaliiton jäsenkysely 2004. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -työ.

Whiteford, C., White, S. & Stephenson, M. 2016. Effectiveness of nurse-led clinics on service delivery and clinical outcomes in adults with chronic ear, nose and throat complaints: a systematic review. Joanna Briggs Institute. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://ovidsp.ovid.com.ovidproxy.xamk.fi:2048/sp-3.27.2b/ovidweb.cgi?&S=FOHAPDHIPBHFILPIFNFKHBDGHED-CAA00&Link+Set=S.sh.21%7c2%7csl_190 [viitattu 30.12.2017].

Will, B. 2016. Scrum vs. Kanban. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.linkedin.com/pulse/scrum-vs-kanban-brian-will> [viitattu 1.2.2017].

Williams, J., Mirza, A., To, K., Tzifa, K., McClelland, L. & Mat, D. 2013. Removal of foreign bodies from children's ears: a nurse-led clinic. *Nursing Standard* 27, 43–46. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com.ovidproxy.xamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=27a9d84f-2df3-4c06-a4d5-43ce74a1dd14%40sessionmgr4009> [viitattu 30.12.2017].

Williamson, T. 2008. The Shift of Oncology Inpatient Care to Outpatient Care: The Challenge of Retaining Expert Oncology Nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 12, 186–189. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://web.b.eb-sco-host.com.ezproxy.xamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=6307a6dd-7a4f-462f-9166-67f8baa547d1%40sessionmgr10> [viitattu 7.12.2017].

10 Askelta onnistuneeseen imetykseen

*Suositus imetyksen suojelemisesta, edistämisestä ja tukemisesta **

Haaste vauvamyönteisyyden kehittämiseksi työyhteisölle, joissa hoidetaan odottavia ja synnyttäneitä äitejä, sekä vastasyntyneitä ja imeväisikäisiä lapsia

1. Imetyksen edistämisestä on työyhteisössä valmistettu kirjallinen toimintasuunnitelma, jonka koko henkilökunta tuntee
2. Henkilökunnalle järjestetään toimintasuunnitelman edellyttämää koulutusta
3. Kaikille odottaville äideille jaetaan tietoa imetyksen eduista sekä siitä, miten imetys onnistuu
4. Äitejä autetaan varhaisimetykseen 30 – 60 minuutin kuluessa synnytyksestä lapsen imemisvalmiuden mukaan
5. Äitejä opastetaan imetykseen ja maidonerityksen ylläpitämiseen siinäkin tapauksessa, että he joutuvat olemaan erossa lapsestaan
6. Vastasyntyneille annetaan ainoastaan rintamaitoa, elleivät lääketieteelliset syyt muuta edellytä
7. Äidit ja vauvat saavat olla vierihoidossa 24 tuntia vuorokaudessa
8. Äitejä kannustetaan lapsentahtiseen (lapsen viestien mukaiseen) imetykseen
9. Imetetyille vauvoille ei anneta huvituttia eikä heitä syötetä tuttipullosta (Tuttia ei suositella käytettäväksi ennen kuin vauva on oppinut hyvän imemistekniikan ja äidinmaidon määrä on tasaantunut)
10. Imetystukiryhmien perustamista tuetaan, ja odottavia ja imettäviä äitejä opastetaan niihin


*AJoint WHO/UNICEF Statement Protecting Promoting and Suoporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services, 1989.



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS



SUOMEN KÄTILÖLIITTO -
FINLANDS BARNMORSKEFÖRBUND ry

Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen ky.	Viranhaltijapäätös	Pykälä	Sivu
Johtajaylilääkäri	8.6.2017	Mu 29	1
1. Asia	Tutkimusluvan myöntäminen Lopperi Sanna		
2. Asiaselostus	Kätilövastaanotto -toimintamallin kehittäminen ESSOTE:lle Tutkija: Sanna Lopperi, Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen (yamk) Tutkimuksen tavoitteena on benchmarkkauksella kerättyjen tietojen ja mallien avulla työstää ESSOTE:lle sopiva malli kätilövastaanotosta. Idearäiheen kutsutaan mukaan yksi pediatri, yksi gynekologi, kaksi neuvolan terveydenhoitajaa ja kolme kätilöä.		
3. Päätös	Myönnän luvan tutkimuksen suorittamiseen Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymässä edellyttäen, että tutkija kuvaa suunnitelman tutkimuksen myötä toteutettavan toimintamallin käyttöönoton prosessista uuden toiminnan suunnittelulomakkeella johtajaylilääkärille ja johtajaylihoitajalle.		
4. Päätös asetettu yleisesti nähtäväksi, paikka ja aika	Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän kirjaamo 12.6.2017 klo 9.00-15.00.		
5. Allekirjoitus, paikka ja pvm	Mikkelissä 8.6.2017		
	 Jarmo J Koski Johtajaylilääkäri		
6. Lisätiedot	Lisätietoja päätöksestä antaa johtajaylilääkäri Jarmo J Koski, puh. 044 351 2541 tai sähköposti jarmo.koski(at)essote.fi.		
7. Jakelu	Sanna Lopperi osastonhoitaja Päivi Yrjönen		
8. Muutoksenhaku	Muutosta tähän päätökseen saa hakea Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallitukselta kirjallisella oikaisuvaatimuksella 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Tarkemmat kirjalliset oikaisuvaatimusohjeet saa päätöksentekijältä tai kirjaamosta, puh. 044 351 2874.		
9. Tiedoksiantajan allekirjoitus	Pvm <u>9.6.2017</u> Tiedoksiantaja 		

Kirje haastateltaville

Hei Sinä perheiden hoidon ammattilainen!

Opiskelen Mikkelin ammattikorkeakoulussa ja teen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyönä suunnitelma kätilövastaanoton perustamisesta. Pyydän nyt Sinua osallistumaan opinnäytetyöhöni.

Tutkimuslupa tähän työhön on saatu Essote:lta

Osallistuminen tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista ja voitte keskeyttää osallistumisenne tai kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen missä vaiheessa tahansa, syytä tälle ei myöskään tarvitse ilmoittaa.

Kerään aineiston kahden ideariihen avulla joka toteutetaan syys- ja marraskuussa 2017. Aikaa yhteen tilaisuuteen varataan noin yksi tunti. Ajankohta haastatteluihin sovitaan yhdessä.

Juuri Sinun osallistumisesi olisi tärkeää. Yhdessä voisimme saada aikaan toimivan kätilövastaanoton mallin alueellemme!

Opinnäytetyön ohjaajana toimii Elisabet Montonen, sekä mentoreina työelämästä ylihoitaja Pirjo Löytty ja osastonhoitaja Päivi Yrjönen

Vastaan mielelläni, mikäli Sinulla on jotain kysyttävää opinnäytetyöstäni.

Ystävällisesti:

Sanna Lopperi, YAMK-opiskelija, Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

sannapiiu.lopperi@gmail.com Puh: 050-3621611

Polikliininen synnytys

Laatija: Harkio Arja, Sankilampi Ulla

Hyväksyjä: Orden Maija-Riitta

Kuvaus: Edellytykset ja ohjeet polikliinisen synnytyksen hoitoon

POLIKLIININEN SYNNYTYYS

tarkoittaa synnytystä, jonka jälkeen äiti ja lapsi pääsevät kotiin 6-24 tunnin kuluttua synnytyksestä.

1. Synnyttäjän edellytykset synnyttämään tullessa ja synnytyksen jälkeen (1. kriteerit):

Synnytyksestä on etukäteen sovittu avoterveydenhuollon terveydenhoitajan ja synnytyssalin/ synnytysosasto 2301 kanssa: huomio perheen sosioekonomisiin edellytyksiin sekä turvalliseen kotona tapahtuvaan toipumiseen ja hoitoon.

Kotiutuminen on mahdollista vain arkipäivänä.

Raskausaika on sujunut normaalisti ja äidillä ei ole käytössä säännöllistä lääkitystä raskausaikana

Yksisikiöinen raskaus

Kyseessä on uudelleensynnyttäjä, eikä häntä ole todettu GBS:n (betahemolyyttinen streptokokki) kantajaksi

Äidillä ei ole veriryhmävasta-aineita (esim. anti-D)

Raskauden kesto on 38 viikkoa tai enemmän. ($\geq 38+0$)

Synnytys on sujunut normaalisti alateitse ilman avustavia toimenpiteitä, eikä ole käytetty epiduraalipuudutusta.

Jälkeiset ovat täydelliset ja synnytyksen III vaihe on ollut normaali (ei istukan käsinirroitus)

Tavallinen episiotomia tai pieni repeämä sallitaan.

Verenpaine on normaali raskauden ja synnytyksen aikana (alle 140/90)

Verenvuoto synnytyksessä on normaali (< 600 ml.)

Rh-negatiivisen äidin lapsen napaverestä pyydetään heti veriryhmämääritys. Vastaus saadaan tunnin kuluttua.

2. Lapsen edellytykset, jotta kotiutuminen 6-24 iässä on mahdollista (2. kriteerit)

Terveen uudelleensynnyttävä-äidin normaali yksikiöinen raskaus ja synnytys

Apgar vähintään 7/8 ja napa-arteria-pH ≥ 7.15 (jos otettu)

Syntymäpaino 2.8-4.4 kg ja paino normaali raskauden keston nähden (-1.9- + 2 SD)

Lämpö 36.5 – 37.5 astetta

Ei hypoglykemia-riskkejä (raskausdiabetes, toksemia, monisikiöisyys)

Ei infektio-riskitekijöitä (varhainen lapsiveden meno > 18 tuntia, äidin korionamnioniitti, äidin antibioottihoidettu tai hoitamaton GBS-kantajuus, vihreä lapsivesi)

Perheen aiemmalla lapsella ei sairautta, joka voisi toistua

Sosiaaliset asiat kunnossa (äiti pystyy huolehtimaan lapsesta)

Kaksi onnistunutta imetystä ja / tai ohjattu lisämaidon käyttö

Virtsannut, ulostanut

Sydämen syke tasainen, 100-160/min

Hengitysfrekvenssi 40-60/min: ____/min (hoitaja)

Lääkärin ja hoitajan tutkimana ”terve”

Läpäissyt happikyllästeisyysseulan (erillinen ohje)

Keltaisuusriskitekijöitä ei ole (ks. erillinen ohje) ja bilirubiinin määrittäminen sovittu tarvittaessa

Nukutusasento-ohjaus annettu

Kotihoito- ja lyhytjälkihoitoisen synnytyksen (LYSY) ohjeet annettu

Kuuloseula-aika sovittu (jälkitarkastuksen yhteydessä)

Jatkoseuranta sovittu

soitto (os. 2301 hoitaja/ kaikille): pvm _____ klo _____ (n. 24 h kotiutuksesta)

tarkastuskäynti KYSssä os.2301 (hoitaja ja lastenlääkäri 3-5 vrk iässä)

pvm: _____ klo _____

LYSY-hoitajan yhteystiedot: p: _____

Päivystyspkl:n yhteystiedot: p: _____

3. Äidin edellytykset kotiutuessa (3. kriteerit):

Verenpaine 140/90 - 90/60

Ei infektio-oireita (lämpö < 38°C astetta)

Kohtu on hyvin supistunut

Jälkivuoto normaali

Ulkosynnyttimissä ei ole merkittäviä verenpurkauksia

Virtsaaminen ja liikkuminen onnistuvat

Ei epänormaaleja kipuja

Alkuimetys onnistuu

Äidin psykososiaalinen tilanne on selvitetty etukäteen

Anti-D-immunoglobuliinisuojaus annetaan Rh-negatiiviselle äidille, jos lapsi on Rh-positiivinen

Jos äidin kriteerit täyttyvät synnyttämään tullessa (1. kriteerit):

Kun äiti tulee synnyttämään, kätilö soittaa terveydenhoitajalle.

klo 8-21, ei yöaikaan.

Jos äidin ja vastasyntyneen kriteerit täyttyvät synnytyksen jälkeen (1-3 kriteerit):

Synnytyslääkäri tarkastaa äidin voinnin synnytyksen jälkeen

Hoitava kätilö/ lastenhoitaja ja lastenlääkäri tarkastavat lapsen voinnin yllä olevan listan mukaisesti, ja sopivat jatkoseurannan. Lastenlääkäri tarkastaa lapsen virka-aikana klo 8-15.30. Jos päivystystyö huomioiden on mahdollista, lastenlääkäri voi tarkastaa lapsen myös päivystysaikana

Kätilö soittaa uudelleen terveydenhoitajalle synnytyksen jälkeen, jotta voidaan sopia kotikäynti vuorokauden sisällä kotiutuksesta. Perjantaina on soitettava klo 13 mennessä.

Annetaan Polikliinisen synnytyksen kotihoito-ohjeet.

Äidistä laaditaan hoitotyön epikriisi, josta ilmenee äidin ja lapsen vointi kotiutushetkellä.

Viikonloppuisin ei ole mahdollisuutta polikliiniseen synnytykseen (terveydenhoitajilla ei ole päivystystä).

Kotona

Terveydenhoitaja tekee kotikäynnin ensimmäisenä päivänä, lisäkäynnit tarpeen mukaan.

Äidin komplikaatiot hoidetaan lähimmässä terveyskeskuksessa ja hätätapaukset KYSin ensiapupoliklinikalla.

Lapsi käy jälkitarkastuksessa 3-5 vrk iässä vierihoidto-osastolla (2301) virka-aikana

Päivystykselliset ongelmat hoidetaan KYSin lastentautipäivystyksessä

Lapsella on normaali neuvolaseuranta.

Soittomahdollisuus virka-aikana neuvolaan ja päivystysaikana osastolle 2301 (puh. 172 334).

LYSY, LAPSEN KRITEERIT varhaiselle kotiutumiselle

Laatija(t): Toivanen Sanna

Vastuuhlö:

Hyväksyjä: Sankilampi Ulla

Kuvaus: joiden toteuduttua varhainen kotiutuminen on mahdollista

LAPSEN KRITEERIT, joiden toteuduttua varhainen kotiutuminen (alle 48 h iässä) on mahdollista (lastenhoitaja/kätilö ja lastenlääkäri täyttävät ennen kotiutusta)

Terveen äidin normaali yksisikiöinen raskaus ja synnytys

Gestaatioikä $\geq 38+0$, alatiesyntymä (ongelmaton imukuppiulosautto ei este)

Apgar vähintään 7/8 ja napa-arteria-pH ≥ 7.10

Syntymäpaino ≥ 2.8 kg ja alle 4.5 kg ja paino normaali raskauden kestoon nähden (-1.9 - +2 SD) (lapsen syntymäpaino on -2.0-+2.0 SD (tarkastettava: www.kasvukayrat.fi)

Ei hypoglykemia-riskejä (raskausdiabetes, toksemia, monisikiöisyys, beetasalpaajalääkitys)

Ei infektiotekijöitä (varhainen lapsiveden meno >18 tuntia, äidin korionamnioniitti, äidin hoitamaton GBS-kantajuus, vihreä lapsivesi)

Perheen aiemmalla lapsella ei sairautta, joka voisi toistua

Sosiaaliset asiat kunnossa (äiti pystyy huolehtimaan lapsesta)

2 onnistunutta imetystä ja ohjattu lisämaidon käyttö

Virtsannut, ulostanut

Sydämen syke tasainen, 100-160/min

Hengitysfrekvenssi 40-60/min: ___ /min (hoitaja)

Lääkärin ja hoitajan tutkimana "terve"

Painon lasku < 7% syntymäpainosta

Läpäissyt happikyllästeisyysseulan (erillinen ohje)

Bilirubiini määritetty 24-48 h iässä (transkutaani- tai seerumimittaus) ja seuranta sovittu tarvittaessa ("Keltaisuuden seulonta ja seuranta"-ohje).

Kirjallinen ja suullinen ohjaus keltaisuudesta annettu (Tiedote vanhemmille "Vastasyntyneen keltaisuus")

Nukutusasento-ohjaus annettu: selällään!

Kotihoito- ja lyhytjälkihoitoisen synnytyksen (LYSY) ohjeet annettu

Jatkoseuranta sovittu

tarkistuskäynti KYS:ssa os 2301 (jos vauva tarkastettu alle 36 h iässä, hoitaja ja lääkäri)

pvm: _____ klo: _____

Tarvittavat yhteystiedot annettu. Osaston puhelinnumero 017-172334 tai lastenpäivystys sairaanhoitaja 044-7172767

LYSY, ÄIDIN KRITEERIT varhaiselle kotiutumiselle

Laatija(t): Harkio Arja
Vastuuhenkilö: Harkio Arja
Hyväksyjä: Alanne Leena
Kuvaus: ohje hoitohenkilökunnalle

RASKAUS

Terve synnyttäjä - tasapainossa oleva perustauti, joka ei vaikuta lapsen seurantaan hyväksytään (esim. astma)

Synnytys $h \geq 38 + 0$, alatiesynnytys (ongelmaton imukuppiulosautto ei ole este)

Valmis tulemaan vauvan kanssa kontrollikäynnille sairaalaan, jos vauva tarkistettu alle 36 h iässä

Tukihenkilö kotona - 1vrk:n ajan kotiutumisesta oltava läsnä koko ajan

Sosiaaliset asiat kunnossa

Jos jotain epäilyttävää ilmenee ennen kotiutumista, keskusteltava asiasta yhdessä lääkärin kanssa

NORMAALI SYNNYTYS

Alatiesynnytys (ongelmaton imukuppiulosautto ei ole este)

subjektiivisesti äidin vointi hyvä

psykykinen tasapaino

fyysinen vointi

synnytyksestä äidillä hyvä kokemus

vuotomäärä synnytyksen aikana alle 1000 ml

jälkivuoto normaali

Infektioriskit

Lämmön nousu synnytyksen aikana hyväksytään, jos lämpö on tasaantunut ja mahdolliset kontrolloidut laboratorioarvot normaalit.

alle 18 tuntia lapsiveden menosta hyväksyttävä raja.

subjektiivinen vointi hyvä

ei kuumeilua

laboratorioarvojen tulee olla normaalit 12 – tunnin kontrollissa veden menon jälkeen

synnytyskanavan vauriot

normaali repeämä/episiotomia (I –II astetta) hyväksytään

jälkeisten täydellisyys

Jos kalvot repaleiset, tarkistetaan kotiutumiseen lupa vielä lääkäriltä, 2303

este kotiuttamiselle

repaleinen istukka on este varhaiselle kotiutumiselle

LAPSIVUODEAIKA

normaali fyysinen ja psyykkinen toimintakyky

äiti on valmis kotiutumaan

palautuminen synnytyksestä lähtenyt hyvin alkuun

normaali lapsivuodeajan vointi

imetyks lähtenyt onnistuneesti käyntiin

perheen sosiaaliset asiat kunnossa

kyettävä huolehtimaan vastasyntyneestä omatoimisesti

virtsaus onnistuu, jos katetroitu plv ennen kotiuttamista

rh- äiti, huolehdittava tarvittaessa anti-d immunoglobuliini ennen kotiuttamista

kotihoito ohjeet lapsivuodeajasta käyty läpi ja äiti ymmärtää ne

LYSY, varhain (alle 36 h iässä) kotiutunut vastasyntynyt

Laatija:

Vastuuhenkilö: Sankilampi Ulla

VARHAIN (< 36 H IÄSSÄ) KOTIUTUNUT VASTASYNTYNYT

TARKISTUSLISTA 3-5 VRK KONTROLLIKÄYNNILLÄ (hoitaja täyttää ennen lääkärin tutkimusta).

LAPSEN NIMI JA HENKILÖTUNNUS (tarra)**TUTKIMUSPÄIVÄ** _____**IKÄ TUTKIMUSHETKELLÄ** _____ vrk _____ h**RAVITSEMUS:** rintamaito korvike ___ dl/vrk herää itse herätettävä

syö _____ h välein

ERITYSTOIMINTA:

ulostaminen _____ kertaa/vrk

kastelu

_____ vaippaa/vrk

PAINO _____ g**SYNTYMÄPAINO** _____ g**PAINONLASKU**

_____ %

KAINALOLÄMPÖ _____ °C

Sydämen syke tasainen, 100-160/min. Syke _____ / min

Hengitysfrekvenssi 40-60/min: ____ /min (hoitaja)

Uusi happikyllästeisyysseulan _____

Tc-Bil _____, jos > 200 umol/l, P-Bil _____

kuuloseulonta tehty, tulos _____

hoitajan tarkastamana terve

lääkärin tarkastus suoritettu (erillinen sanelu, jatkotutkimukset tarvittaessa)

JATKOSEURANTA

Jatkoseuranta neuvolassa

Bil-kontrolli: Pvm _____ Soitto vastauksesta: _____ Ei tarpeen

Jatkoseuranta muualla, missä _____

Lupa lapsen sairauskertomuksen tarkastamiseen 3 kk iässä saatu

_____ (huoltajan allekirjoitus)

Haastattelukysymyksiä joihin otetaan kantaa ryhmätilanteissa

Mitä toimintoja vastaanotto voisi pitää sisällään?

Uusintatarkastukset, KTG-kontrollit, kotikäynnit, imetysvastaanotto, diabetesvastaanotto, pelkovastaanotto, HAL-vastaanotto

Mitä vaikutuksia uudella toiminnalla on perheiden hoitoon?

Minkälaiset perheet hyötyisivät tästä toiminnasta?

Minkälaista ennakointia ja ohjausmateriaalia tarvittaisiin raskausaikana?

Miten tiedonkulku hoidetaan perheiden, neuvolan ja sairaalan välillä?

Minkälaisia riskejä, sivuvaikutuksia tai muita epätoivottuja asioita uudella toiminnalla voi olla?

Miten uusi toiminta vaikuttaa perheiden elämänlaatuun, sosiaalisiin olosuhteisiin tai toimeentuloon?

Liittykö uuteen toimintaan eettisiä tai psykologisia pohdintoja?

Mitä vaikutuksia uudella toiminnalla on henkilöstöön, muihin yksiköihin, sidosryhmiin ja kuntiin?

Miten toiminnan käyttöönotto vaikuttaa yhteistyöhön muiden sairaaloiden, alueiden tai perusterveydenhuollon kanssa ja mitä vaikutuksia tällä on hoitoketjuun?

Uuden toiminnan kuvaaminen hoidon alusta kotiutukseen hoitoprosessina.

Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvet

UUDEN TOIMINNAN SUUNNITTELU

Toiminnan suunnittelun kohde	Toiminnan suunnittelussa huomioon otettavat tekijät
Uuden toiminnan kuvaaminen	<p>Uuden toiminnan kuvaaminen ja sen tavoitteet.</p> <p>Uudistuksen tarpeellisuus, perusteet ja hyödyt.</p> <p>Miten uusi toiminta korvaa aikaisemmat käytännöt.</p> <p>Kuka tai mikä taho ehdottaa aihetta (sairaala, osasto, henkilö)</p> <p>Jos kysymyksessä terveydenhuollon menetelmä, mikä?</p> <p>Mitä muita tahoja ehdotus koskee?</p> <p>Miten uusi ehdotettu menetelmä eroaa nykykäytännöstä?</p> <p>Onko tutkimusnäyttö koottu kirjallisuudesta ja arvioitu?</p>
Uudistuksen vaikuttavuus	<p>Uuden toiminnan vaikutus potilashoittoon</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnostisointiin - hoitoon, hoivaan, kuntoutukseen ja ehkäisyyn <p>Onko menetelmällä riskejä, sivuvaikutuksia tai muita epätoivottuja vaikutuksia?</p> <p>Onko muualla Suomessa tai muissa maissa menellään selvityksiä tai tutkimuksia menetelmän vaikutuksista?</p> <p>Suosittelieeko Käypä Hoito, erikoislääkäriyhdistys, Halo-arviointi tai jokin muu taho menetelmän käyttöä?</p> <p>Onko odotettavissa, että menetelmä vaikuttaa potilaan elämänlaatuun, sosiaalisiin olosuhteisiin tai toimeentuloon</p> <p>Liittykö menetelmään erityisiä eettisiä tai psykologisia pohdintoja?</p>
Potilashoitaja/Organisaatio	<p>Mitä vaikutuksia menetelmällä on henkilöstöön, muihin yksiköihin, sidosryhmiin ja kuntiin?</p> <p>Sopiiko menetelmä nykyisiin, fyysisiin olosuhteisiin vai edellyttääkö uuden rakentamista?</p> <p>Miten menetelmän käyttöönotto vaikuttaa muiden osastojen toimintaan tai palveluihin?</p>

	<p>Miten menetelmän käyttöönotto vaikuttaa</p> <ul style="list-style-type: none"> - tietojärjestelmiin ja arkistointiin - tilastointiin - dokumentaatiokeskuksen toimintaan <p>Miten menetelmän käyttöönotto vaikuttaa yhteistyöhön muiden sairaaloiden, alueiden tai perusterveydenhuollon kanssa? Vaikutukset hoitoketjuun.</p> <p>Käytetäänkö menetelmää muualla kuin tässä sairaalassa?</p>
Toimintaprosessi	Uuden toiminnan kuvaaminen hoidon alusta kotiutukseen hoitoprosessina käyttäen esim. QPR-portaalia.
Talous	<p>Kustannukset organisaation näkökulmasta</p> <ul style="list-style-type: none"> - perustamis- ja investointikustannukset - jatkuvat toimintakustannukset - ennuste kustannusten kehittämisestä <p>Vertaa vanhan toiminnan kustannuksia uuden toiminnan kustannuksiin.</p> <p>Mitä kustannuksia aiheutuu muille sairaaloille ja tahoille uuden toiminnan kautta menetelmän otosta?</p> <p>Mitä epävarmuustekijöitä talouslukuihin sisältyy?</p>
Henkilöstö	<p>Henkilöstörakenne, määrä ja niiden perusteet.</p> <p>Uuden toiminnan edellyttämät ammatilliset valmiudet eri ammattiryhmillä.</p> <p>Uuden toiminnan edellyttämä koulutustarve (esitys koulutuksen järjestämisestä tai hankkimisesta aikatauluineen ja kustannuksineen).</p> <p>Rekrytointi ja perehdytys.</p> <p>Toimipaikka- ja jatkokoulutus.</p> <p>Henkilöstön urasuunnittelu.</p>
Tarvittavat ohjeistot	<p>Henkilöstön toiminta- ja hoito-ohjelmat.</p> <p>Potilasohjeet.</p> <p>Muut ohjeet.</p>