



# Omakätilömalli – oppeja maailmalta

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Kevät 2024

Sanna Similä

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen  
Tekijä Sanna Similä  
Työn nimi Omakätilömalli – oppeja maailmalta  
Ohjaaja Paula Vikberg-Aaltonen

Tiivistelmä  
Vuosi 2024

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää omakätilömalliin sovellettavuutta sekä omakätilömalliin liittyviä hyötyjä ja haittoja. Tavoitteena oli tuottaa taustatietoa Naistenlinikalle sen arvioimiseksi, voisiko se hyödyntää omakätilömallia omassa toiminnassaan.

Suomen äitiyshuolto perustuu yhtäältä kattavaan perusterveydenhuollon neuvolajärjestelmään ja toisaalta erikoissairaanhoidossa hoidettavaan synnytykseen. Meillä ei ole käytössä omakätilömallia, jossa sama kätilö tai kätilötiimi hoitaisi asiakasta läpi koko äitiyshuollon aina raskauden seurannasta ja synnytyksen hoidosta lapsivuodeaikaan.

Opinnäytetyö toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Omakätilömallista ei ole saatavilla suomenkielistä tai Suomea koskevaa tutkimusta. Tiedonhaku kohdennettiin HAMK Finna-, Science Direct- ja PubMed-tietokantoihin maaliskuu-toukokuussa 2023. Kirjallisuuskatsauksen haku kohdentui eurooppalaiseen, englanninkieliseen, vertaisarvioituun ja sähköisesti saatavilla olevaan tutkimukseen vuosilta 2016–2023. Lopulliseen tutkimusaineistoon valikoitui 26 tutkimusartikkelia, jotka käsittelivät omakätilömallia.

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla tunnistettiin erilaisia omakätilömalleja, joissa kaikissa keskeistä oli hoidon jatkuvuus. Hoidon jatkuvuus tuki myönteistä asiakaskokemusta ja saattoi parantaa myös henkilökunnan työtyytyväisyyttä. Toisaalta hoidon jatkuvuus ei kaikissa omakätilömalleissa toteutunut läpi äitiyshuollon.

Omakätilömallin sovellettavuus Suomessa saattaa rakenteellisesta syistä olla vaikeaa. Suomessa on perinteikäs neuvola- ja synnytyssairaalajärjestelmä, jossa äitiyshuollon tehtävät jakaantuvat terveydenhoitajien ja kätilöiden kesken ja johon omakätilömallien kätilökeskeiset ratkaisut eivät sellaisenaan sovellu.

Avainsanat Äitiyshuolto, omakätilömallit, hoidon jatkuvuus

Sivut 40 sivua ja liitteitä 9 sivua

The purpose of this thesis was to review the applicability as well as the advantages and disadvantages of the caseload midwifery model. The thesis aimed to produce background information for the maternity hospital Naistenklinikka to assess whether it could apply the caseload midwifery model in its own practice.

In Finland antenatal services (neuvola) are offered by the comprehensive primary health care system whereas the actual childbirth takes place in the specialised health care. Caseload midwifery models where same midwife or small team of midwives provides care for women throughout the antenatal phase, childbirth and postnatal period do not exist in Finland.

The thesis was carried out as a systematic literature review. There is no research available on caseload midwifery models in Finnish or concerning Finland. The source material for the systematic literature review was obtained from the databases of HAMK Finna, Science Direct and PubMed in March-May 2023. The source material was limited to European research articles that were published between 2016 and 2023 in English, had been peer-reviewed and were electronically available. Eventually the source material comprised of 26 research articles on caseload midwifery models.

Through data-driven content analysis different caseload midwifery models were identified. Continuity of care was central in all of these models. Improved continuity of care supported positive customer experience and sometimes also improved job satisfaction. On the other hand in some models the care did not continue uninterrupted through all phases of maternity care.

The applicability of the caseload midwifery model in Finland can be challenging due to the Finnish system having developed differently. The Finnish maternity care system is based on separate antenatal and childbirth services – the tasks of which are divided between public health nurses and midwives – and thus the applicability of the midwife-centric solutions offered by caseload midwifery models can be poor.

**Keywords** Maternity care, caseload midwifery models, continuity of care

**Pages** 40 pages and 9 pages of appendices

# Sisällys

1	Johdanto .....	1
2	Äitiyshuolto Suomessa ja kätilön rooli muissa maissa .....	3
2.1	Laki, asetukset ja ohjeistus .....	3
2.2	Perusterveydenhuolto; äitiysneuvola .....	5
2.3	Erikoissairaanhoido; synnytyssairaala .....	7
2.4	Yhteistyö ja hoidon jatkuvuus suomalaisessa äitiyshuollossa .....	8
2.5	Äitiyshuoltoa maailmalta .....	11
3	Opinnäytetyön tavoite ja tutkimuskysymykset .....	13
4	Opinnäytetyön toteutus .....	14
4.1	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus .....	14
4.2	Keskeiset käsitteet .....	14
4.3	Aineistonkeruu .....	15
4.4	Mukaanotto- ja poissulkukriteerit .....	16
4.5	Aineiston analyysi sisällön analyysimenetelmällä .....	17
5	Tutkimustulokset .....	19
5.1	Omakätilömallin luonteenpiirteet .....	19
5.2	Omakätilömallin soveltaminen .....	20
5.2.1	Erilaiset omakätilömallit .....	20
5.2.2	Omakätilömallin kohderyhmät .....	21
5.2.3	Omakätilömallin järjestäminen .....	22
5.3	Omakätilömallin hyödyt ja haitat .....	23
5.3.1	Asiakkaan näkökulma .....	23
5.3.2	Puolisoiden ja pariskuntien näkökulma .....	24
5.3.3	Kätilöiden näkökulma .....	25
5.3.4	Hoitotulosten näkökulma .....	26
6	Pohdinta .....	28
6.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	28
6.2	Omakätilömallin sovellettavuus Suomessa .....	29
	Lähteet .....	32

## **Kuvat, taulukot ja kaavat**

Kuva 1 Tutkimusaineiston valintaprosessi

## **Liitteet**

Liite 1. Tutkimusaineisto keskeisine parametreineen

# 1 Johdanto

Syntyvyydestä, synnyttämisestä, niihin liittyvistä trendeistä ja asiakaskokemuksista käydään julkista keskustelua. Vastikään Helsingin Sanomat uutisoi synnytyspelosta johtuvasta keisarileikkausten määrän kasvusta, jonka katsotaan uhkaavan jopa potilasturvallisuutta. Syiksi epäillään mm. synnytysvalmennuksen loppumista ja puutteellista neuvolatoimintaa. (Sinkko-Westerholm HS, 2024). Samaan aikaan uutisoidaan myös kättilöiden kiireestä ja työuupumuksesta sekä sairaalan tilanpuutteesta (Aholainen HS, 2021; Jämsén, 2020).

Euroopan maissa on käytössä erilaisia omakättilömalleja, joita on syytä tarkastella myös suomalaista äitiyshuoltoa kehitettäessä. Niukkenevien resurssien ja henkilöstöpulan vaivaamalla alalla olisi tärkeää löytää tasapaino resurssien käytön ja hyvän asiakaskokemuksen välillä. Omakättilömallit saattavat tarjota tähän näkökulmia.

Omakättilömalleille tyypillistä on keskittyminen hoidon jatkuvuuteen kättilöjohtoisesti. Ne voivat kattaa koko äitiyshuollon raskaudenseurannasta synnytykseen ja lapsivuodeaikaan tai keskittyä vain ensin ja viimeksi mainittuun.

Omakättilömalleista puhuttaessa usein korostetaan niiden tuomia hyötyjä asiakaskokemukseen, työntekijätyytyväisyyteen ja hoitotuloksiin. Toisaalta hyötyjen ja haittojen syy-seuraussuhteita on kuitenkin vaikea osoittaa.

Suomen äitiyshuolto perustuu kattavaan neuvolajärjestelmään, eikä meillä ole toistaiseksi katsottu tarpeelliseksi ottaa käyttöön laajamittaisia omakättilömalleja. Meillä terveydenhoitaja työskentelee pääsääntöisesti neuvolassa ja vastaa raskaana olevan seurannasta ja kättilö puolestaan vastaa synnytyksen ja lapsivuodeajan hoidosta. Itse asiassa Suomen mallissa on paljon yhtäläisyyksiä niihin ulkomaisiin ratkaisuihin, joita omakättilömalleiksi kutsutaan.

Helsingissä sijaitseva Naistenklinikka on yksi HUS-alueen neljästä synnytyssairaalasta. Sairaala on iso jopa Euroopan mittakaavassa. Vauvoja syntyy vuosittain noin 8000–9000 (THL, 2023-e). Naistenklinikalla hoidetaan normaalien synnytysten lisäksi HUS-alueen vaikeimmat riskiraskaudet ja ennenaikaiset keskossynnytykset (HUS, n.d.-a).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää omakättilömallin sovellettavuutta sekä omakättilömalliin liittyviä hyötyjä ja haittoja. Opinnäytetyön taustalla on Naistenklinikan toimeksianto, jolle halutaan hankkia perustietoa omakättilömallin sovellutuksista eri maissa ja

pohtia, miten omakättilömallia voisi soveltaa suomalaisessa ja erityisesti Naistenklinikan kontekstissa.

## 2 Äitiyshuolto Suomessa ja kättilön rooli muissa maissa

Äitiyshuollolla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tapahtuvaa raskauden seuranta, synnytyksen hoitoa ja lapsivuodeaikaa, joka tarkoittaa aikaa, joka menee synnytyksestä toipumiseen – yleensä noin 6–12 viikkoa. Perusterveydenhuolto kattaa äitiysneuvolapalvelut sekä tarvittaessa terveyskeskuksen muut palvelut, kuten esim. ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti, suun terveydenhuolto ja psykologi. Osana perusterveydenhuoltoa tarjotaan myös sosiaalipalveluja, kuten lastensuojelu ja perheneuvola. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013, s. 23). Erikoissairaanhoidon vastaa puolestaan synnytyssairaalatoiminnasta kattava esimerkiksi äitiyspoliklinikat ja synnytysosastot (Kalliolehto, 2022, s. 7).

Julkisen sektorin ohella äitiyshuollon asiakkaan ja perheen tarpeisiin voivat vastata myös yksityisen puolen palveluntarjoajat, kuten esimerkiksi doula-palvelut ja yksityiset synnytysvalmennukset sekä kolmannen sektorin toimijat, kuten A-klinikat ja ensi- ja turvakodit (Kalliolehto, 2022, ss. 37, 61; Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013, s. 23). Tässä tutkimuksessa keskitytään ensin mainittuihin eli perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliseen raskauden seurantaan, synnytykseen ja lapsivuodeaikaan jättäen esim. perusterveydenhuollon laajemmat palvelut, lastenneuvolan palvelut sekä yksityisen sektorin palvelut käsittelemättä.

### 2.1 Laki, asetukset ja ohjeistus

Suomen äitiyshuollon keskeiset periaatteet – kuten asiakas- ja perhelähtöisyys, terveyden edistäminen, tasa-arvo, laatu, turvallisuus ja vaikuttavuus – perustuvat ihmisoikeuksiin, lainsäädäntöön, yleisiin ohjeisiin sekä sosiaali- ja terveystieteisiin linjauksiin (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013, s. 18; Suomen Kättilöliitto, 2004; STM, n.d.; Tuominen, 2016, s. 19).

Terveydenhuoltolain (1326/2010) tarkoituksena on mm. edistää ja ylläpitää väestön terveyttä ja hyvinvointia sekä taata palveluiden yhdenvertainen saatavuus, laatu ja potilasturvallisuus. Lisäksi lain tarkoitus on parantaa terveydenhuollon toimijoiden ja hyvinvointialueiden eri toimialojen välistä yhteistyötä. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010).

Terveydenhuoltolain 15 § mukaan hyvinvointialueen on järjestettävä alueensa raskaana olevien naisten ja perheiden neuvolapalvelut, joihin kuuluvat mm. sikiön ja naisten terveyden seuranta (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 15). Asiaa on tarkennettu valtioneuvoston



asetuksella (338/2011), joka edellyttää tarpeelliseksi arvioituja määräaikaista terveystarkastuksia (peruskäynnejä) sekä terveysneuvontaa ensi- ja uudelleensynnyttäjille. Lisäksi asetuksessa todetaan, että hyvinvointialueiden on tarjottava kaikille perheille suunnitelmalliset sekä tasoltaan yhtenäiset ja väestön tarpeet huomioonottavat äitiysneuvolapalvelut. Jokaisen hyvinvointialueen on hyväksyttävä yhtenäinen toimintaohjelma neuvolatoiminnalle. (Valtioneuvoston asetus 338/2011).

Terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevan lain (559/1994) tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palveluiden laatua varmistamalla, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet. Lisäksi laki sisältää säännökset terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuuksista, esimerkiksi ammattieettiset velvollisuudet, salassapito- ja täydennyskoulutusvelvollisuus. Terveydenhuollon ammattihenkilöitä ovat laillistetut, luvan saaneet tai nimikesuojatut ammattihenkilöt. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) kattaa potilaan oikeudet. Lain mukaan potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun. Lisäksi laissa säädetään potilaan oikeudet, jotka liittyvät hoitoon pääsyyn, tiedonsaantiin, itsemääräämisoikeuteen ja kiireellisyyteen. Laissa säädetään lisäksi mm. potilasasiakirjoista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Neuvolatyötä koskevat kansalliset ohjeistukset ja suositukset sekä uusin näyttöön perustuva tieto on koottu kaikille avoimeen ja maksuttomaan NEUKO-tietokantaan. Tietokannan avulla muun muassa määräaikaisten terveystarkastusten suorittaminen on toteutettavissa yhdenvertaisesti huomioiden kuitenkin yksilölliset tarpeet. Tietokannan sisällöstä ja päivityksestä vastaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL. (THL, 2023-a).

Määräaikaiset terveystarkastukset voivat määrällisesti vaihdella. Valtioneuvoston asetus (338/2011) edellyttää kuitenkin, että yksi käynneistä on oltava raskaudenaikainen laaja terveystarkastus ja yksi käynneistä on oltava kotikäynti synnytyksen jälkeen ensimmäisen lapsen saaneen perheen luokse. Lisäksi ensimmäistä lasta odottavalle perheelle on järjestettävä suun terveystarkastus sekä moniammatillista perhevalmennusta, joihin sisältyy vanhempainryhmätoimintaa. (Valtioneuvoston asetus 338/2011).

Valtioneuvoston asetus seulonnoista (339/2011) on osa raskaana olevan ehkäisevää terveydenhuoltoa. Kaikkiin raskaudenaikaisiin seulontoihin (varhaisraskauden yleinen

ultraääni, kromosomipoikkeavuuksien seula sekä vaikeiden rakennepoikkeavuuksien selvittämiseksi tehty ultraääni) osallistuminen on vapaaehtoista. Hyvinvointialueen on huolehdittava siitä, että raskaana olevalla on riittävästi tietoa muun muassa seulonnan tavoitteista ja vaikuttavuudesta sekä seulontaan mahdollisesti liittyvistä riskeistä. (Valtioneuvoston asetus 339/2011).

Äitiysneuvolapalveluihin on oikeutettu jokainen raskaana oleva asiakas ja lasta odottava perhe. Palvelut ovat asiakkaille maksuttomia ja vapaaehtoisia. (THL, 2023-b). THL:n vuonna 2021 teettämän asiakaspalvelukyselyn mukaan suomalaiset ovat yleisesti tyytyväisiä neuvolapalveluihin (THL, n.d.), ja palvelun kattavuus on Suomessa korkeaa luokkaa, sillä lähes kaikki raskaana olevat osallistuvat raskaudenaikaiseen neuvolaseurantaan (Tiitinen, 2022-a).

## 2.2 Perusterveydenhuolto; äitiysneuvola

Perusterveydenhuollon äitiysneuvolapalveluilla on keskeinen rooli koko perhettä koskevassa ennaltaehkäisevässä toiminnassa (THL, 2023-c). Terveystarkastaja on ennaltaehkäisevän ja terveyttä edistävän perusterveydenhuollon asiantuntija. Hän vastaa yleensä Suomessa raskaana olevan määräaikaisista terveystarkastuksista ja terveystarkastuksesta. (Terveystarkastajaliitto, n.d.).

Määräaikaisten terveystarkastusten ja terveystarkastuksen keskeisenä tavoitteena on turvata raskaana olevan ja sikiön terveys ja hyvinvointi. Toiminta on vastavuoroista ja tavoitteena on, että vanhemmat voivat aktiivisesti osallistua raskauden aikaiseen hoitoon ja, että he kokevat tulleensa kuulluksi, kokevat saavansa ajantasaista tietoa ja valmiuksia tulevaan elämänmuutokseen. (THL, 2023-c).

Terveystarkastusten perusrunko käsittää minimimäärän käyntejä, jotka on suunniteltu normaalisti eteneviin, matalan riskin raskauksiin. (Tiitinen, 2022-a). Ensisynnyttäjälle terveystarkastuksia suositellaan vähintään yhdeksän ja uudelleensynnyttäjälle vähintään kahdeksan (THL, 2023-b). Seurantaan riittävät yleensä tutkimukset, kuten raskaana olevan punnitseminen, verenpaineen mittaaminen, kohdun tunnistelu ja sikiön sydänäänten kuuntelu. Lisäksi hemoglobiinin mittaaminen sekä virtsan puhtaus on helppo tarkistaa useimpien käyntien yhteydessä. (Tiitinen, 2022-a).

Laajan terveystarkastuksen suorittaa terveydenhoitaja tai kätilö yhdessä lääkärin kanssa raskausviikoilla 13–18. (Tiitinen, 2022-a). Tarkastukseen voi osallistua myös raskaana olevan puoliso. Käynnin aikana käsitellään syntyvän lapsen, vanhempien ja koko perheen

terveyttä ja hyvinvointia laaja-alaisesti eri näkökulmista. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013, s. 108)

Neuvolalääkärille suositellaan kahta peruskäyntiä; yksi alku ja toinen loppuraskauden aikana. Ensimmäisen lääkärikäynnin aikana selvitetään muun muassa raskaana olevan lääkitys, krooniset sairaudet sekä mahdolliset gynekologiset sairaudet. Toinen, loppuraskauden lääkärikäynti liittyy lähestyvän synnytyksen suunnitteluun, jolloin muun muassa synnytykseen liittyvät riskitekijät tunnistetaan ja tarvittaessa asiakas lähetetään äitiyspoliklinikalle tarkempaa synnytyksen suunnittelua varten. Näin esimerkiksi, jos sikiö on perätilassa. Ylimääräiset, tarveharkintaiset lääkärintarkastukset voivat olla tarpeen, jos raskaana olevalla on esimerkiksi jokin krooninen sairaus tai jos esimerkiksi sairauslomalle on tarvetta. (Tiitinen, 2022-a).

Jälkitarkastuksen, joka on yleensä 5–12 viikkoa synnytyksestä, suorittaa neuvola. Tällöin arvioidaan muun muassa tuoreen äidin mieliala ja jaksaminen sekä huomioidaan mahdolliset masennuksen merkit. Myös imetykseen ja vauvanhoitoon sekä synnytykseen liittyvät kokemukset läpikäydään. Jälkitarkastuksen yhteydessä suunnitellaan myös mahdollista raskauden ehkäisyn tarvetta ja tapaa. (Tiitinen, 2022-a).

THL-tilastoista (2021–2022) selviää muun muassa äitiysneuvolakäyntien toteumat. Tilastoista käy ilmi, että esimerkiksi ensimmäistä lasta odottaville oli kirjattu hyvin vähän suun terveystarkastuksia ja laaja terveystarkastus toteutui vajaassa viidenneksessä kaikista alkaneista raskauksista. Vuosina 2021–2022 laaja terveystarkastus oli suunniteltu järjestettäväksi kunnissa hyvin kirjavasti raskauden eri vaiheissa ja tämä voi THL mukaan johtaa siihen, että äitiysneuvoissa on epäselvyyttä, milloin terveystarkastus tulisi kirjata laajaksi terveystarkastukseksi. Äitiysneuvolan määräaikaista terveystarkastuksia ja lisäkäyntejä asiakasta kohden oli 3,3 laajan terveystarkastuksen lisäksi. Määräaikaisten terveystarkastukset eivät siten toteutuneet määrällisesti tarkasteltuna valtakunnallisen suosituksen mukaisesti. (THL, 2023-d).

Vuonna 2019 yhtä täyttä työpäivää tekevää terveydenhoitajaa kohden oli 68 raskaana olevaa naista valtakunnallisen suosituksen ollessa enintään 76 raskaana olevaa kokopäivätoimista terveydenhoitajaa kohden (THL, 2021). Terveydenhoitajan tehdessä yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolatyötä, jolloin puolet ajasta on äitiysneuvolatyötä, hänen vastuullaan voi olla 38 raskaana olevaa naista. Lisäksi lukuja on aina tarkasteltava alueen demografian perusteella. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013, s. 309).

### 2.3 Erikoissairaanhoido; synnytyssairaala

Suomessa erikoissairaanhoidon palvelut, kuten äitiyspoliklinikkakäynnit ja synnyttäminen, ovat asiakkaalle maksullisia. Äitiyspoliklinikkakäynteihin vaaditaan lähete, mutta raskaudenaikaiset hätätilanteet (kuten verenvuoto) ja synnytyksen käynnistyminen eivät vaadi lähetettä. (Tiitinen, 2022-b). Lähetekäytännöistä sovitaan paikallisesti (Duodecim, 2020-a) ja jokainen synnytyssairaala laati neuvoloille tarkat ohjeet siitä, milloin raskaana oleva on lähetettävä erikoissairaanhoidon puolelle tutkimuksiin ja seurantaan. Joissakin tapauksissa, kuten aiemman raskauden vakava komplikaatio, äitiyspoliklinikkakäynti on tarpeellinen jo ennen raskauden alkua. (Tiitinen, 2022-b).

Alkuraskauden aikana raskaana oleva asiakas lähetetään äitiyspoliklinikalle arviota varten, jos asiakkaalla on taustalla vaikea pre-eklampsia (raskausmyrkytys), hyvin ennenaikainen synnytys, sikiökuolema tai sikiön vaikea kasvuhidastuma. Raskautta seurataan yhteistyössä neuvolan ja äitiyspoliklinikan kanssa, jos raskaana olevalla on esimerkiksi insuliini- tai tablettihoitoinen diabetes, epilepsia, autoimmuunisairaus, krooninen verenpainetauti, krooninen munuaissairaus, aiemmin sairastettu laskimotukos tai perinnöllinen hyytymistekijähäiriö. (Tiitinen, 2022-b).

Raskaan oleva lähetetään äitiyspoliklinikalle myös, jos epäillään esimerkiksi sikiön kasvuhidastumaa tai poikkeavan kookasta sikiötä. Myös pidempiaikainen anemia, raskausdiabetes, synnytyspelko ja raskauden yliaikaisuus ovat äitiyspoliklinikan käynnin aihe. (Tiitinen, 2022-b).

Terveystieteiden lain (1326/2010) 52 § on määritelty hoitoon pääsy. Lain mukaan hyvinvointialueet vastaavat siitä, että läheteeseen perustuvan ja kiireellisen hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin perustein. Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa läheteen saapumisesta sairaalaan. (Terveystieteiden laki 1326/2010 52 §). Äitiyspoliklinikkakäynnin ajankohdan määrittää sairauden vaikeusaste (Duodecim, 2020-a) ja käytännössä raskaudenaikaiset läheteet käsitellään aina kiireellisenä (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013, s. 294). Raskaana oleva voi myös itse soittaa synnytyssairaalan päivystykseen, jos epäilee esimerkiksi, että sikiö ei liiku normaalisti kohdussa (Duodecim, 2020-b).

Syntyvyys on Suomessa laskusuuntaista. Vuonna 2022 lapsia syntyi 45 186, mikä on 9 % vähemmän kuin edeltävänä vuonna. Synnytys tapahtuu lähes poikkeuksetta erikoissairaanhoidon puolella sairaalassa; vuonna 2022 99,2 % synnytyksistä tapahtui

sairaalassa. Keisarileikkausten osuus kaikista synnytyksistä on kasvanut tasaisesti vuodesta 2019, jolloin 16–17 % kaikista synnytyksistä tehtiin keisarileikkauksella. Vuonna 2022 jo joka viides synnytys päättyi keisarileikkaukseen (19,6 %). (THL, 2023-e).

Kätilöt työskentelevät pääsääntöisesti erikoissairaanhoidon puolella synnytyssairaalassa. Suomessa kätilö toimii normaalin alatiesynnytyksen ensisijaisena ja itsenäisenä hoitajana konsultoiden tarvittaessa lääkäriä. Kätilön tehtäviin kuuluvat muun muassa synnytykseen liittyvä ohjaus ja neuvonta, äidin tukena oleminen sekä äidin ja sikiön ja vastasyntyneen voinnin tarkka seuranta. Lisäksi kätilön tehtäviin kuuluvat jatkuva riskitekijöiden arviointi äidissä, sikiössä ja lapsessa sekä lääkärin avun hankkiminen ja tarvittaessa toimenpiteiden, kuten kalvojen puhkaisu ja välilihan leikkaus, suorittaminen. (Suomen Kätilöliitto, 2004).

Synnytykset voivat kestää useita tunteja ja joskus jopa yli vuorokauden. Synnytyksen pitkittyessä asiakasta voi hoitaa useampi eri kätilö. Synnytettyään nainen siirtyy sairaalassa lapsivuodeosastolle ja hänen hoidostansa vastaa osastolla työskentelevä kätilö. Lapsivuodeosastot ovat paikkoja, jonne perhe siirtyy synnytyksen jälkeen. Osastolla äidin ja vastasyntyneen vointia seurataan ja annetaan ohjausta muun muassa imetykseen ja vauvan hoitoon. (HUS, n.d.-c). Kotiuduttuaan sairaalasta hoitovastuu siirtyy jälleen neuvolalle ja terveydenhoitajalle. Kotikäynti pyritään tekemään 1-7vrk sisällä eritoten ensisynnyttäjille tai vastaavasti asiakas saa ajan vastaanotolle neuvolaan. (Hakulinen ym., 2023).

## **2.4 Yhteistyö ja hoidon jatkuvuus suomalaisessa äitiyshuollossa**

Synnyttäessään Suomessa nainen tarvitsee palveluita sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon puolelta. Tämä edellyttää tiivistä yhteistyötä äitiysneuvolan ja synnytyssairaalan välillä, jotta molemmille palveluntarjoajille muodostuisi yhtenäiset hoitolinjaukset ja kokonaiskuva palveluista. Tiedonkulku, tiedon vaihto, tiedon yhdenmukaisuus, sekä yhtenäiset lähete- ja konsultaatiokäytänteet ovat oleellisia asioita toiminnallisen kokonaisuuden saavuttamiseksi. Lisäksi äitiyshuollon eri toimijoiden työn tunteminen sekä ja suunnitelmallinen johtaminen edistävät yhteistyötä ja palveluiden yhteensovittamista. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013, s. 23).

Perusterveydenhuollossa hoidon jatkuvuutta pidetään yhtenä tärkeimmistä laatukriteereistä. Hoidon jatkuvuus on laaja-alainen käsite ja sen tarkka määrittäminen ja mittaaminen on vaikeaa. Jatkuvuutta voidaan tarkastella esimerkiksi Haggertyn ym. (2006) jaottelun mukaan, johon tutkija Tuominen (2016) viittaa. Näitä näkökulmia ovat 1) tiedon, 2) johtamisen sekä 3) hoidon tarjoajan ja potilaan välisen hoitosuhteen jatkuvuus. Tiedon jatkuvuudella tarkoitetaan

muun muassa hiljaisen tiedon käyttöön, tiedon kulkuun ja tallentamiseen liittyviä tekijöitä. Johtamisen jatkuvuudella tarkoitetaan puolestaan palveluiden yhdenvertaista tuottamista ja järjestämistä sekä asiakkaiden erilaiset tarpeet joustavasti mukaan ottavaa näkökulmaa. Hoitosuhteen jatkuvuus hoidon tarjoajan ja potilaan välillä edellyttää pysyvää hoitosuhdetta, mikä edesauttaa molemminpuolisessa luottamuksessa ja vastuunkannossa. (Tuominen, 2016, s. 24).

Kalliolehto (2022) on tutkinut äitiyshuollon vertikaalista integraatiota äitiyshuollosta vastaavien johtajien (n=8) näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin neljälle perusterveydenhuollosta ja neljälle erikoissairaanhoidosta vastaavalle johtajalle. Tutkimustuloksista käy ilmi, että äitiyshuollosta vastaavat johtajat kokivat nykyisen integraation toteutumisen haasteellisena äitiyshuollon rakenteesta ja raja-aidoista johtuen. Integraation haasteina sekä tulevaisuuden kehittämisen esteinä koettiin muun muassa erilliset hallintorakenteet, erillisen johtaminen, erilliset ja rajalliset resurssit, totut toimintamallit, työntekijöiden vastustus uusia toimintatapoja kohtaan, julkisen terveydenhuollon hidas uudistuminen sekä päättäjien tietämättömyyden äitiyshuollon kehittämistarpeista. (Kalliolehto, 2022, ss. 54–56).

Tutkimustuloksista selviää, että johtajat pitivät haasteellisena integraation toteutumiselle myös äitiysneuvoloiden ja synnytysairaalan välisten roolien osittaisen epäselvyyden sekä ammattikuntien väliset jännitteet terveydenhoitajien ja kättilöiden välillä. Näiden kahden toimijan välille toivottiin enemmän yhteistyötä, yhteisiä koulutuksia ja molemminpuolista osaamisen hyödyntämistä. Käytännön esimerkkinä ilmaistiin muun muassa työnkierto. Lisäksi synnytys- ja lastenlääkäreiden sekä kättilöiden jalkautumista ja osaamisen viemistä perusterveydenhuollon puolelle toivottiin enemmän. Kättilöt voisivat esimerkiksi pitää synnytyspelkovastaanottoa neuvolan puolella tai osallistua synnytysvalmennukseen laajemmin. Käytännön yhteistyötä ja integraatiota estävät kuitenkin ammattikuntien väliset eri toimintakulttuurit ja -tavat, yhteisen päämäärän puuttuminen, epäselvät roolit, epäluottamus ja epäasiallinen käytös. (Kalliolehto, 2022, ss. 43–48, 55, 64).

Hoidon jatkuvuus koettiin myös tärkeäksi asiaksi äitiyshuollossa. Tärkeänä pidettiin, että terveydenhoitaja ei vaihdu kovin usein. Toisaalta haasteena pitkässä hoitosuhteessa nähtiin se, että jotakin voi jäädä huomaamatta, jos yksi ja sama henkilö hoitaa perhettä pitkään. Integraation optimaaliselle toteutumiselle perheiden näkökulmasta johtajat nostivat esille omakättilömallin – kättilöistä tai kättilöistä ja terveydenhoitajista muodostetun tiimin. Esille nousi myös hybridimalli, jolloin äitiyshuollossa olisi erilaisia toimintamalleja, kuten

omakätilömalli tai perinteinen malli. Näistä perheet voisivat valita itselleen sopivimman. (Kalliolehto, 2022, ss. 51–52, 55).

Jos tutkimukseen osallistuneet johtajat saisivat päättää, tulevaisuuden äitiyshuollossa rakenteet ja resurssit olisi yhdistetty, jolloin asiakas saisi palvelut ”saman katon alta”. Tämä lisääisi asiakastyytyväisyyttä ja potilasturvallisuutta, helpottaisi hoitoon pääsyä ja vähentäisi turhia käyntejä ja yhteydenottoja. Asiakkaat, jotka tarvitsevat enemmän tukea sekä asiakkaat, jotka ovat vaarassa pudota järjestelmästä, hyötyisivät paremmin, jos yhteistyö ja tiedonkulku olisi tiiviimpää perussairaanhoidon ja erikoissairaanhoidon välillä. Synnytyksen jälkeinen aika ja kotiutumisvaihe nähtiin yhtenä osa-alueena, jonka hoitoprosessia pitäisi kehittää. Lyhentyneet sairaalassaoloajat luovat painetta äitiysneuvolan puolella, koska tällöin terveydenhoitajan pitää kyetä vastaamaan palveluntarpeeseen nopeammin. Neuvoloiden resurssipula nähtiin ajavan asiakkaita herkemmin takaisin erikoissairaanhoidon piiriin. (Kalliolehto, 2022, ss. 50, 52).

Tuominen (2016) vertasi väitöskirjatutkimuksessaan erillistä äitiys- ja lastenneuvolaa sekä yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolaa Suomessa ja tutki näiden neuvolamallien merkitystä vanhemmille. Yhdistetyllä neuvolla tarkoitetaan neuvolaa, jossa yksi ja sama terveydenhoitaja vastaa perheen seurannasta aina alkuraskaudesta lapsen kouluikään asti. Tällainen perusterveydenhuollon palvelurakenne on maailmanlaajuisesti ainutlaatuinen. Tutkimus tehtiin asiakkaiden näkökulmasta, mutta tutkimuksessa verrattiin myös molempien neuvolamallien vaikuttavuutta käyttäen äidin ja lapsen syntymärekisteritietoja. (Tuominen, 2016, ss. 4, 26).

Tutkimustulokset osoittivat hoitosuhteen jatkuvuuden tärkeyden ja hyödyn. Hoidon jatkuvuutta kokeneet äidit olivat tyytyväisempiä ja kokivat muun muassa saavansa enemmän tukea esimerkiksi liikuntaan ja terveysongelmiin. Tutkimuksessa todetaan, että tämä on terveyden edistämisen näkökulmasta parempi tulos verrattuna erilliseen äitiys- ja lastenneuvolaan. (Tuominen, 2022, ss. 77–78).

Tuomisen (2016) tutkimuksen mukaan hoidon jatkuvuus osoittautui hyödylliseksi eritoten paljon tukea tarvitseville, kuten masennusoireista kärsiville vanhemmille. Tutkimuksessa todetaan, että hoidon jatkuvuus suojaa vanhemmuuden kyvykkyyttä ja tulos voi viitata parempaan kommunikaatioon ja luottamukseen pitkäkestoisessa suhteessa ammattilaisen ja asiakkaan välillä. Tähän ovat puolestaan voineet vaikuttaa seikat, kuten esimerkiksi se, että masennusoireista kärsivä on uskaltanut kertoa ongelmistaan avoimemmin tutulle terveydenhoitajalle, joka on siten kyennyt paremmin vastaamaan asiakkaan tarpeisiin.

Tutkimustulosten mukaan molemmat neuvolamallit olivat kuitenkin yhtä vaikuttavia, eli malleilla ei ollut merkittävästi eroja äidin ja lapsen kliinisiin hoitotuloksiin. (Tuominen, 2016, ss. 4, 74, 78–79).

Tuomisen (2016) mukaan neuvolajärjestelmän ongelmana on rakenteellinen hajanaisuus, kansallisen ohjauksen puute sekä ammattilaisten väliset jännitteet. Laki ei säätele sitä, kuinka neuvolapalvelut organisoidaan. (Tuominen, 2016, ss. 9–10, 35).

THL:n vuonna 2021 teettämän asiakaspalautekyselyn mukaan suomalaiset arvostavat ja luottavat neuvolapalveluihin. Perheen hyvinvoinnin kokonaisvaltainen huomiointi, kohtaamisen kiireettömyys ja asianmukaisen tiedon saatavuus koettiin hyväksi. Kehitettävää löytyi myös ja negatiivinen palaute koski eritoten palveluiden resurssointia, järjestämistä ja organisointia. Hoidon jatkuvuutta samalta terveydenhoitajalta ja lääkäriltä toivottiin enemmän. Henkilökunnan (terveydenhoitajat ja lääkärit) suuri vaihtuvuus koettiin heikentävän muun muassa tiedonkulkua organisaatiossa, ja se vaikeutti myös luottamussuhteen kehittymistä asiakkaan ja ammattilaisen välille. Lääkäriaikojen huono saatavuus, neuvolaan pääsyn vaikeus ja yhteydenoton hankaluus koettiin haastavaksi ja parannusta toivottiin muun muassa sähköiseen ajanvarauspalveluun. Sähköisen tiedon tilalle toivottiin ammattilaisten pitämää ohjausta. (THL, n.d.)

## **2.5 Äitiyshuoltoa maailmalta**

Maailman terveysjärjestö WHO (2018) mukaan positiivinen synnytyskokemus koostuu useista eri asioista, ei vain terveen vauvan saamista. WHO suosittelee, että jokaisen raskaana olevan naisen tulisi saada kättilöjohtoista hoitoa raskaus-, synnytys- ja lapsivuodeaikana maissa, joissa on toimiva äitiyshuolto. Suositusten taustalla ovat WHO:n mukaan jo useamman vuosikymmenen ajan vallinneet huolestuttavat trendit, kuten synnytysten medikalisoituminen sekä normaalin synnytyksen kulkuun puuttuminen. Suositukset koskevat terveiden, niin kutsuttujen matalan riskin synnyttäjien raskautta ja synnytystä. Järjestö tosin mainitsee, että normaaliuden käsite ei ole yleismaailmallinen tai standardoitu. (WHO, 2018).

Äitiyshuoltoa toteutetaan maailmalla monin eri tavoin, mikä heijastaa kunkin maan terveystaloudellisia realiteetteja (Symon ym., 2016). Jopa maan sisäisissä toimintamalleissa voi olla suuria eroja. Julkisen ja yksityisen tarjoamat hoitomallit voivat erota toisistaan huomattavasti ja tämä voi lisätä epätasa-arvoisuutta (Donnellan-Fernandez ym., 2018).



Naisten valinnanvapaus ja itsemääräämisoikeuden parempi toteutuminen korkean tulotason maissa ovat tuoneet vaihtoehtoisia toimintamalleja äitiyshuoltoon (Symon ym., 2016).

Joissain maissa raskaudenaikaisesta hoidosta ja synnytyksestä vastaa yksinomaan lääkäri tai kättilö tai vastuu on jaettu – shared care. Pohjois-Amerikassa synnytyslääkäri vastaa valtaosasta raskaana olevien hoidosta ja lääkäri on myös paikalla synnytyksessä (Choudhary ym., 2020; Sandall ym., 2016). Uudessa-Seelannissa omakättilömalli on vallitseva äitiyshuollon malli (Offerhaus ym., 2020). Iso-Britanniassa kättilöillä on vahva rooli äitiyshuollon asiantuntijana ja kättilöiden tiimityöskentely on yleistä (NHS England, 2021). Maassa esimerkiksi kättilöjohtoiset (midwife-led) synnytysyksiköt matalan riskin synnyttäjille ovat yleisiä (Taylor ym., 2019). Hollannissa puolestaan kättilöiden hoitamat kotisyntytykset ovat Euroopan yleisimpiä (Galkova ym., 2020). Italiassa vallitsevana toimintamallina on yksityinen gynekologi, jonka valitsee enemmistö raskaana olevista naisista (66 %) (Poggianella ym., 2023).

Ruotsin, Tanskan ja Suomen äitiyshuollossa on samankaltaisuutta; raskautta seurataan perusterveydenhuollon puolella kättilön (Suomessa terveydenhoitajan) ja lääkärin sekä mahdollisesti muiden ammattilaisten yhteistyönä. Synnytys tapahtuu pääasiassa synnytysairaалassa, jossa asiakasta hoitaa sairaalan kättilö. (Hildingsson ym., 2020; Jepsen ym., 2018; Wassen ym., 2023). Ruotsissa (samoin kuin Suomessakin) kättilöiden työnkierto on synnytysairaалan sisällä mahdollista, mutta työnkierto äitiysneuvolan ja synnytysairaалan välillä on hyvin epätodennäköistä (Hildingsson ym., 2018).

Tanskassa puolestaan kättilöt voivat kiertää äitiysneuvolan ja synnytysairaалan välillä. Tällainen työskentelytapa on edellä kuvattua tavanomaista tapaa yleisempi; jopa 61 % maan äitiysneuvoloista ja synnytysairaaloista on käytössä jonkinasteinen hoidon jatkuvuuteen perustuva omakättilömalli. (Jepsen ym., 2016; Jepsen ym., 2018).

Kuten edellä tulee ilmi, äitiyshuollossa löytyy huomattavia variaatioita ja eroavaisuuksia jopa Euroopan sisällä siitäkin huolimatta, että kättilöt ovat monessa maassa ensisijaisia hoidon tarjoajia ja hoidosta vastaavia, ja kättilöiden koulutustaso on Euroopassa samankaltaista (Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/55/EU). Kättilöjohtoisista omakättilömalleista käydään jatkuvaa keskustelua siitä, onko toiminta turvallisia, mitkä ovat hyödyt ja haitat sekä tuoko toiminta esimerkiksi kustannussäästöjä (Sandall ym., 2016). Lisäksi eri toimintamallien sovellettavuutta eri maiden kontekstiin on tutkittu maailmanlaajuisesti jo useamman vuosikymmenen ajan ja näyttää siltä, että vertailu on varsin vaikeaa – tämän muutamia tutkijakkin toteavat suoraan (kts. esim. Escuriet ym., 2015).

Escuriet ym. (2015) tarkastelivat vertailuun käytettyjä työkaluja ja indikaattoreita. Tutkijat toteavat, että tapa, jolla äitiyshuoltoa ja muita terveydenhuollon palveluita mitataan, riippuu pitkälti siitä, kuka arvioinnin suunnittelee ja suorittaa, mitkä ovat tämän toiminnan tavoitteet ja minkälaisia päätöksiä sen seurauksena tehdään. Usein äitiyshuoltoa mitataan varsin teknisesti – seuraamalla esim. keisarileikkausten ja säännöllisten synnytysten osuutta kaikista synnytyksistä tai imettävien äitien osuus kaikista synnyttäjistä. Tutkijat ehdottavatkin, että mittaamiseen tulisi kehittää kokonaisvaltaisempia malleja. (Escuriet ym., 2015).

### **3 Opinnäytetyön tavoite ja tutkimuskysymykset**

Tämän opinnäytetyön tavoite on tuottaa taustatietoa Naistenklinikalle sen arvioimiseksi, voisiko se hyödyntää omakätilömallia omassa toiminnassaan.

Tutkimuskysymyksinä ovat

1. Miten omakätilömallia sovelletaan Euroopassa?
2. Mitä hyötyjä ja haittoja omakätilömalleihin liittyy?

## 4 Opinnäytetyön toteutus

### 4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyön menetelmänä on systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jonka avulla käydään läpi aiempaa tutkimusta olemassa olevan tiedon tunnistamiseksi, arvioimiseksi, tulkitsemiseksi ja yhdistämiseksi. Menetelmässä keskeistä on, että sillä pyritään tiivistämään olennainen tieto aihepiiristä ja tekemään keskeiset johtopäätökset ennalta asetettuihin tutkimuskysymyksiin kokonaiskuvan saamiseksi. (Vilkkä, 2023, s.16).

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus noudattaa järjestelmällistä protokollaa; aineisto kerätään tietyin, yhdenmukaisin kriteerein. Lähtökohtana on metodin tarkkuus, luotettavuus, yleistettävyyys, läpinäkyvyys, toistettavuus, kurinalaisuus ja järjestelmällisyys. (Vilkkä, 2023, s. 26, 52, 191).

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus valittiin, koska omakätilömallista ei ole saatavilla suomenkielistä tai Suomea koskevaa tutkimusta. Tarvitaan systemaattinen katsaus aiempaan kansainväliseen tutkimukseen, jonka jälkeen muissa tutkimuksissa voidaan syventyä aiheeseen tarkemmin. Tutkimuskysymysten vastaamiseksi on pyritty löytämään oleelliset ja tarkoituksenmukaisemmat vertaisarvioidut alkuperäistutkimukset noudattaen tarkkaa menettelytapaa.

### 4.2 Keskeiset käsitteet

Aiheeseen perehtyminen käynnistyi eräänlaisella esiselvitysvaiheella syksyllä 2022. Melko pian keskeisiksi käsitteiksi tunnistettiin englanninkieliset 'continuity of midwifery care' ja 'caseload midwifery' -käsitteet sekä ruotsinkielinen 'min barnmorska' -käsite. Näiden avainkäsitteiden kautta saatavilla oleva aineisto alkoi hahmottua ja esiselvitysvaiheessa käytetyn aineiston lähdeluetteloitten avulla aiheeseen perehtyminen laajeni ja myös helpottui.

Muita usein toistuvia englanninkielisiä käsitteitä olivat 'team midwifery model', 'caseload model' ja 'midwife-led continuity models'. Esiselvitysvaiheessa perehdyttiin myös Suomen äitiyshuoltoa koskevaan lainsäädäntöön ja yleisesti saatavilla olevaan tietoon, jota hyödynnettiin nykytilan kuvauksessa, mutta joka ei sinänsä ole osa tutkimusaineistoa.

Käsitteiden vivahde-erot tarkentuivat esiselvitysvaiheessa. Hoidon jatkuvuudesta käytetään englanninkielistä termiä 'continuity of care' ja omakätilötoiminnan yhteydessä näitä termejä on yhdistetty monin tavoin. Usein näkee käytettävän esimerkiksi termiä 'continuity of midwifery care'. Näillä käsitteiden vivahde-eroilla ei kuitenkaan tunnistettu olevan keskeistä merkitystä tämän tutkimuksen aiheeseen nähden.

'Caseload'-termillä – eli suoraan käännettynä tapausten määrä – viitataan omakätilötoiminnassa yhden kättilön hoidettavana olevien naisten määrään. Usein on myös niin, että tässä mallissa yksi kättilö hoitaa ja vastaa tietyistä määrästä naisia apunaan tietty määrä "taustakättilöitä". Tiimimallissa (team midwifery model) hoitovastuu on jaettu useamman kättilön kesken. Näissä eri variaatioissa kuitenkin tavoitteena on, että naista hoitaa tuttu – mutta ei välttämättä koko ajan sama – kättilö koko raskauden, synnytyksen ja toisinaan myös lapsivuodenajan.

Tässä tutkimuksessa omakätilömallilla viitataan kaikkiin edellä mainittuihin malleihin. Jos eroilla on erityistä merkitystä, on se kerrottu erikseen ko. asiakohdassa. Lääkärivetoisesta tai kättilön ja lääkärin kesken jaetuista toimintamalleista käytetään johdonmukaisempia ja ehkä helpommin ymmärrettäviä termejä, kuten esimerkiksi 'obstetrician-led model' tai 'shared model'.

### 4.3 Aineistonkeruu

Varsinainen tutkimusaineisto on kerätty kolmen pääkriteerin avulla: 1) se on saatavilla sähköisistä tietokannoista, 2) se on englanninkielistä ja 3) aineisto löytyy tietokannoista tiettyjen hakusanojen avulla (näistä alla lisää).

Sähköisistä tietokannoista on käytetty 1) HAMK Finna, 2) ScienceDirect ja 3) PubMed - tietokantoja. Kaikki mainituissa sähköisissä tietokannoissa julkaistut tutkimukset ovat vertaisarvioituja, joten ne täyttävät tieteen läpinäkyvyysvaatimuksen. Käytännön tekemistä viitoitti myös pääsy tietokantoihin. HAMK Finna on Hämeen ammattikorkeakoulun verkkokirjasto, johon opiskelijoilla on ilmainen pääsy ja josta löytyy lukuisia tutkimuksia eri tieteenaloilta (HAMK, n.d.). ScienceDirect on monitieteinen kokotekstitietokanta, joka tarjoaa vertaisarvioituja lehtiartikkeleita (ScienceDirect, n.d.). ScienceDirect tunnistettiin relevantiksi tietokannaksi esiselvitysvaiheessa, koska erityisesti useat ruotsalaiset tutkimukset viittaavat siihen. PubMed niin ikään on kattava kansainvälinen lääketieteen tietokanta, josta löytyy myös lähialojen, kuten hoito- ja terveystieteiden, viitteitä ja johon useat kansainväliset tutkimukset viittaavat (PubMed, n.d.).

Lopullinen tiedonhaku tehtiin maaliskoukokuussa 2023 mainittuihin tietokantoihin. Esiselvitysvaiheessa tunnistetulla englanninkielisellä hakusanalla 'continuity of midwifery care' saatiin yli 500 hakutulosta esimerkiksi HAMK Finna tietokannasta. Hakusanoilla 'continuity of midwifery care' OR 'caseload midwifery' hakutulokset vähenivät HAMK Finnassa 149 tutkimukseen. Aineistoa täytyi edelleen rajata jo pelkästään työekonomisista syistä.

#### **4.4 Mukaanotto- ja poissulkukriteerit**

Aineistoa rajattiin koskemaan tutkimuksia, jotka on julkaistu aikaisintaan vuonna 2016. Vuosi 2016 valikoitui rajaukseksi, koska esiselvitysvaiheessa tunnistettiin keskeiseksi tutkimukseksi Sandall ym. 2016, johon merkittävässä osassa sen jälkeen julkaistuja tutkimuksia viitattiin ja jonka myötä tieteellinen keskustelu aiheesta näytti lisääntyneen. Näin hakutulokset vähenivät esimerkiksi HAMK Finnassa tasan 100 kappaleeseen.

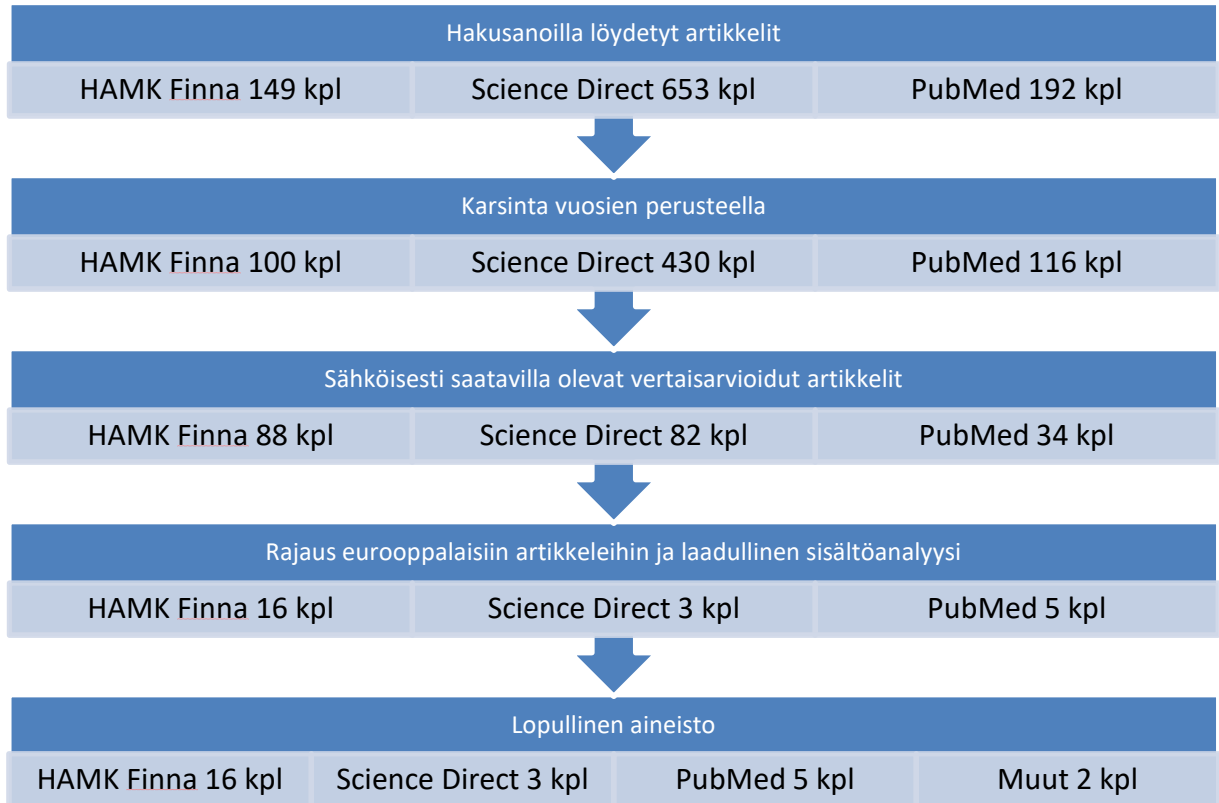
Hakutuloksia rajattiin edelleen koskemaan vain tutkimuksia, joista oli sähköisesti saatavilla koko teksti ja jotka oli vertaisarvioitu. HAMK Finna -tietokannassa hakutulokset vähenivät 88 kappaleeseen.

Tutkimusaineistoa löytyi eri puolilta maailmaa: Yhdysvalloista Australiaan ja Afrikasta Eurooppaan. Eritoten australialaisia tutkimuksia löytyi paljon. Tässä tutkimuksessa pääpaino oli eurooppalaisessa tutkimuksessa, jotta vertailu suomalaisen järjestelmään olisi helpompaa. Tämä rajasi aineistoa jo huomattavasti. Osasta tutkimuksista selvisi jo otsikosta tai tiivistelmästä, minkä maan äitiyshuoltojärjestelmää tutkimus käsitteli. Kuitenkin osassa aineistoa oli selvitetty esimerkiksi omakätilömallien vaikutuksia synnytystuloksiin tai kustannustehokkuutta maailmanlaajuisesti (kts. esim. Sandall ym.) ja näin esiselvitysvaiheessa tuli tutustuttua jonkin verran myös ei-eurooppalaiseen tutkimukseen ja osa näistä tutkimuksista päätyi myös tämän tutkimuksen aineistoksi.

Lopuksi tehtiin vielä laadullinen analyysi aineistosta, että se tosiasiasa vastaa tutkimuskysymyksiin eikä koske jotain erityisalaa, kuten esimerkiksi 'caseload midwifery and cystic fibroid' -aiheeseen. Näin aineistoksi määrittyi pääosin eurooppalainen, englanninkielinen, vertaisarvioitu ja sähköisesti saatavilla oleva aiempi tutkimus vuosilta 2016–2023. Lisäksi laadullisen analyysin myötä aineiston lähdeluetteloista tunnistettiin kaksi keskeistä, usein viitattua tutkimusta, jotka otettiin myös tämän tutkimuksen aineistoon. Lopulliseksi aineistoksi muodostui 26 aiemmin julkaistua tutkimusta. Kuva 1 havainnollistaa

tutkimusaineiston valinnan etenemisen. Liitteessä 1 on listattu koko tutkimusaineisto keskeisine parametreineen.

Kuva 1 Tutkimusaineiston valintaprosessi



#### 4.5 Aineiston analyysi sisällön analyysimenetelmällä

Sisällönanalyysi on tekstianalyysiä, jota hyödynnetään kirjallisuuskatsauksissa riippumatta siitä, analysoidaanko tutkimuskohteesta laadullista vai määrällistä tietoa. Sisällönanalyysin tavoitteena on luoda tiivis, sanallinen ja selkeä kuvaus tutkimuksen kohteena olevasta asiasta tai ilmiöstä kadottamatta aineiston sisältämää informaatiota. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 190, 198; Vilka, 2023, s.181).

Sisällönanalyysi voidaan tehdä kolmella eri tavalla: aineistolähtöisesti eli induktiivisesti, teorialähtöisesti eli deduktiivisesti tai teoriaohjaavasti eli abduktiivisesti. Aineistolähtöisessä analyysissä aineisto ohjaa analyysin tekoa. Tämä vaatii tutkijalta avoimuutta aineistolle ja kykyä analysoida aineistoa sen omilla ehdoilla ilman, että teorian tieto vaikuttaa aineistosta nousseisiin asioihin. Vastaavasti teorialähtöisessä analyysissä teoria ohjaa analyysin tekoa alusta lähtien ja aineistosta etsitään teorian perusteella tiettyjä asioita, käsitteitä tai

merkityksiä ja verrataan näitä jo olemassa olevaan tietoon. Teorialähtöinen analyysi soveltuu hyvin lähestymistavaksi, jos halutaan esimerkiksi testata teorian paikkansapitävyyttä uuden asian kohdalla. Teoriaohjaavassa sisällönanalyyssissä sekä teoria että aineisto ohjaavat analyysin tekoa. Tällöin analyysiyksiköt nousevat aineistosta, mutta niiden tulkintaa ohjaa olemassa oleva teoria. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, ss. 173–175, 178–181; Vilkkä, s. 181).

Aineistolähtöiseen sisällönanalyyssiin kuuluvat kolme työvaihetta: 1) aineiston pelkistäminen eli redusointi, 2) ryhmittely eli kusterointi ja 3) yleiskäsitteiden muodostaminen eli abstrahointi. Pelkistämisvaiheessa aineistosta etsitään tutkimukselle olennaiset kohdat, jotka pelkistetään ja kirjoitetaan tiivistettyyn muotoon. Ryhmittelyvaiheessa tiivistetyt tekstit ryhmitellään niin, että samaa asiaa tarkoittavat muodostavat alaluokan. Alaluokat nimetään sisältöä vastaavaksi. Yleiskäsitteiden muodostamisvaiheessa luokittelu jatkuu alaluokkien yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien vertailulla ja sisällöllisesti samanlaiset alaluokat yhdistetään yläluokaksi. Yläluokat nimetään alaluokkien sisältöä vastaavaksi. Yläluokkia yhdistämällä saadaan pääluokkia, jotka puolestaan nimetään aineistosta nousseen ilmiötä kuvaavan aiheen mukaan. Kaikkien näiden työvaiheiden kautta muodostuneesta asiakokonaisuudesta saadaan vastauksia tutkimukselle asetettuihin tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, ss. 174, 184–187, 189, 199–203; Vilkkä, 2023, s. 183).

Sisällönanalyysia analyysimenetelmänä on kritisoitu sen yksinkertaisuudesta ja väljästä soveltamisesta, jolloin tutkimustulokset riippuvat pitkälti tutkijan analyttisestä kyvystä ja oivaltamisen taidosta. Koska yleispätevää keksimisen logiikkaa ei ole, tutkijan täytyy saada lukija vakuuttuneeksi siitä, että hänen tutkimuksensa on luotettava. Lisäksi vaarana on, että tutkimuksesta tulee informaatioköyhä; jo tiedetyn asian uudelleenkerrota vailla uutta tietoa ja mielekkäitä johtopäätöksiä. Puhdas induktiivinen analyysi on lähes mahdottomuus, sillä analyysiä ohjaavat aina tutkimuskysymykset; tutkijan ennakkokäsitykset, oletukset ja ajatukset tutkittavasta ilmiöstä. (Salo, 2015, s.170, 172; Tuomi & Sarajärvi, 2018, ss. 176, 183–184, 190, 198).

Tämän tutkimuksen systemaattinen kirjallisuuskatsaus analysoitiin aineistolähtöisesti. Menetelmä valittiin, koska haluttiin analysoida, jäsenellä ja luoda tiivis ja yleistävä kuvaus omakätilömallista. Tästä aiheesta ei ole aiempaa suomenkielistä tutkimusta. Aineistoa analysoimalla ja tulkitsemalla pyrittiin löytämään merkityksiä tutkittavasta aiheesta aineiston ainutkertaisuutta kadottamatta.

Tutkimusaineistoon tutustuminen aloitettiin lukemalla aineistoa läpi useaan kertaan, jotta saatiin käsitys, mistä aineisto kertoo. Tässä vaiheessa tutkimuskysymykset vielä

tarkentuivat. Aineistoa järjesteltiin muun muassa tutkimuksen aiheen ja tavoitteen perusteella ja aineistosta etsittiin tutkimuskysymysten kannalta kiinnostavia ja oleellisia ilmauksia ja asioita. Tämä vaati jokaisen tutkimuksen tarkkaa läpikäyntiä ja epäolennaisen tiedon karsintaa. Tutkimuskysymysten kannalta relevantit asiat alleviivattiin ja pelkistettiin pariin lauseeseen tai ajatusviivaan kunkin kappaleen kohdalle. Samansisältöiset pelkistetyt lauseet tai ajatusviivat yliviivattiin samanvärisillä kynillä ja näin ryhmittely eri alaluokkiin oli helpompaa. Alaluokka nimettiin sisältöä vastaavaksi. Sisällöllisesti samanlaiset alaluokat yhdistettiin yhdeksi suuremmaksi kokonaisuudeksi, yläluokaksi ja yläluokka nimettiin alaluokkien sisältöä vastaavaksi.

## 5 Tutkimustulokset

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin perusteella tehty tutkimustulosten luokittelu jakautui kolmeen omakätilömallia kuvaavaan pääluokkaan. Näitä ovat omakätilömallin luonteenpiirteet, omakätilömallin soveltaminen ja omakätilömallin hyödyt ja haitat.

### 5.1 Omakätilömallin luonteenpiirteet

Tutkimusaineiston perusteella omakätilömallien taustafilosofiana näyttää olevan ajatus, että raskaus ja synnytys nähdään osana normaalia elämää ja synnytyksen annetaan edetä mahdollisimman luonnollisesti ilman tarpeettomia toimenpiteitä. Aineistossa tunnistetuissa omakätilömalleissa kätilö vastasi ensisijaisesti äitiyshuollon ammattilaisena sekä normaalin että riskiraskauksien, synnytyksen ja lapsivuodeajan hoidon suunnittelusta, organisoinnista ja toteutuksesta. Tarvittaessa asiakas ohjattiin myös muiden ammattilaisten hoidon piiriin ja esimerkiksi synnytys hoidettiin yhteistyössä lääkäreiden kanssa komplikaatioiden esiintyessä. (ks. esim. Fernandez Turienzo ym., 2020; Poggianella ym., 2023; Sandall ym., 2016; Bradford ym., 2022).

Kaikissa omakätilömalleissa hoidon jatkuvuus näyttäisi olevan yksi keskeisimmistä tavoitteista – englanniksi usein käytettiin termiä 'continuity of midwifery care'. Hoidon jatkuvuus toteutettiin joko nimetyn kätilön tai tiimin eri kätilöiden (tutulta, mutta ei välttämättä samalta) avulla. Pidempiaikaisen hoitosuhteen lisäksi hoidon jatkuvuudella pyrittiin takamaan riittävä hoidon saatavuus ja yhtenäinen tiedonkulku. Tutkimusten mukaan nämä hoidon jatkuvuuden osa-alueet näyttäisivät lisäävän asiakastytyväisyyttä, hoidon laatua, hoitotuloksia ja kustannustehokkuutta sekä kätilöiden työtyytyväisyyttä ja tiimityötä – hoidon



koordinointia. (ks. esim. Fahlbeck ym., 2022; Hildingsson ym., 2018; Olsson Markesjö, 2019; Perrimann ym., 2018; Poggianella ym., 2023; Sandall ym., 2016; Symon ym., 2017).

Hoidon jatkuvuuden taso eli missä määrin hoidon jatkuvuus saavutettiin läpi koko äitiyshuollon, vaihteli tutkimusten kesken. Joskus jatkuvuus toteutui läpi raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan (Olsson Maresjö, 2019), ja joissain tapauksissa jatkuvuutta oli vain raskauden seurannan osalta ja lapsivuodeaikana, mutta ei esimerkiksi synnytyksen yhteydessä (Dharni ym., 2021; Aune ym., 2020).

## **5.2 Omakätilömallin soveltaminen**

Aineistossa tunnistettiin useita erilaisia omakätilömalleja. Osaa sovellettiin kaikkiin synnyttäjiin ja paikoin niitä sovellettiin koskemaan vain tiettyä ryhmää raskaana olevista. Omakätilömallien soveltaminen ja järjestäminen vaikuttaisi kuitenkin olevan haasteellista esimerkiksi päivystystehtävissä. Onkin huomionarvoista, että synnytykset ovat luonteenomaisesti päivystystoimintaa.

### **5.2.1 Erilaiset omakätilömallit**

Tutkimusaineistosta voidaan tunnistaa kolme erilaisia omakätilömallia sen mukaan, miten ne on toteutettu: näistä voisi käyttää suomenkielisiä termejä tapausmääräinen omakätilömalli, tiimiomakätilömalli ja raskaudenseuranta- ja lapsivuodeaikaan keskittyvä omakätilömalli.

Tapausmääräisessä omakätilömallissa yksi nimetty kätilö – ”pääkätilö” - vastasi alueensa tietystä määrästä asiakkaita apunaan yleensä 2–4 taustakätilöä. Taustakätilöt huolehtivat asiakkaasta pääkätilön ollessa estynyt. Taustakätilöillä oli myös omat asiakkaat, joille he toimivat pääkätilönä. Pää- ja taustakätilöt muodostivatkin jonkinlaisen ryhmän, jotka tukivat toisiaan ja mallista voisi perustellusti käyttää nimitystä tiimiomakätilömalli – mutta tapausmääräisenä (caseload) omakätilömallina se osassa aineistoa esitellään. Tässä mallissa yhden kätilön vastuulla oli vuosittain tyypillisesti 35–60 asiakasta. Vaihteluväli on verraten suuri ja esim. asiakkaiden vaativuudessa saattoi olla isojakin eroja (Fernandez Turienzo ym., 2020; Jepsen ym., 2016; Jepsen ym., 2017; Jepsen ym., 2018; Hildingsson ym., 2020; Olsson Markesjö, 2019; Symon ym., 2016; Wassen ym., 2023).

Tiimiomakätilömalli (josta käytettiin myös nimitystä midwifery group practice) koostui useimmiten 2–6 kätilöstä. Asiakkaiden hoitovastuu oli jaettu tiimin kätilöiden kesken ja asiakas tapasi useimmiten useamman eri kätilön esimerkiksi raskaudenaikaisilla

seurantakäynneillään. Tavoitteena oli, että joku tiimin kättilöistä hoitaa myös synnytyksen ja asiakkaan hoito synnytyksen jälkeen (joko kotona tai sairaalassa) jatkuu tiimin kättilöiden turvin. Neuvolalla/sairaalalla saattoi olla useita tiimejä (Bradford ym., 2022; Wassen ym., 2023).

Raskaudenseuranta- ja lapsivuodeaikaan keskittyvässä omakättilömallissa hoidon jatkuvuus tutulta kättilöltä tai kättilötiimiltä rajoittui raskauden seurantaan ja synnytyksen jälkeiseen aikaan kotona. Tässä mallissa kättilöt eivät hoitaneet synnytyksiä. Pääpaino oli laadukkaassa raskaudenseurannassa. Esimerkiksi vastaanottoajat olivat pitkiä, kotikäyntejä voitiin tehdä jo raskausaikana. Välitön synnytyksen jälkeinen lapsivuodeajan hoito pyrittiin tekemään kotona tutun kättilön toimesta. Äidin voinnin, imetyksen, vastasyntyneen painon ja keltaisuuden seuranta tapahtui sairaalan sijaan kotona. Synnytyksen jälkeisiä kotikäyntejä tehtiin tarpeen mukaan. Tässä mallissa kättilöllä oli tyypillisesti 55–60/asiakasta/vuosi. (Aune ym., 2020; Dharni ym., 2021).

## **5.2.2 Omakättilömallin kohderyhmät**

Omakättilömalleissa kohderyhmät saattoivat vaihdella. Osassa tutkimuksista kohderyhmä olivat matalan riskin asiakkaat (esim. Poggianella ym., 2023) ja osassa taas korkean riskin asiakkaat (Fernandez Turienzo ym., 2020). Omakättilömallia oli sovellettu myös koskemaan esimerkiksi synnytyspelkoasiakkaita (Hildingsson ym., 2018; Larsson ym., 2020; Olsson Markesjö 2019) tai kaikkia raskaana olevia asiakkaita (Jepsen ym., 2018; Symon ym., 2016). Osa tutkimuksista käsitteli omakättilömallia, joka oli tarkoitettu asiakkaille, joilla välimatkat synnytyssairaalaan olivat pitkiä (Fahlbeck ym., 2022; Jepsen ym., 2018; Larsson ym., 2021).

Synnytyspelkoasiakkaille kohdennetussa omakättilömallissa synnytystä pelkäävät saivat raskaudenaikaista hoitoa omakättilöltä, ja tavoite oli, että omakättilö hoiti myös synnytyksen. Kaikilla raskaudenaikaisilla seurantakäynneillä painopiste oli asiakkaan emotionaalisen hyvinvoinnin lisäämisessä ja pelon käsittelyssä muun seurannan lisäksi. (Hildingsson ym., 2018).

Syrjäisen seudun asiakkaille kohdennetussa omakättilömallissa kättilö oli yleensä tavoitettavissa läpi vuorokauden ja tavoitteena oli, että kättilö kulkee vanhempien mukana sairaalaan ja on näin turvana matkan ollessa pitkä. Lisäksi tavoitteena oli, että sama kättilö jatkaa synnytyksen hoitoa sairaalassa (Fahlbeck ym., 2022; Hildingsson ym., 2020; Larsson ym., 2021).

### 5.2.3 Omakätilömallin järjestäminen

Omakätilömallien järjestämistapa vaihtelee huomattavasti eri maissa. Omakätilömalli voi olla vaikea järjestää täysimittaisena ja kattavana, jossa hoidon jatkuvuus tutulta kätilöltä toteutetaan läpi raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan etenkin, jos henkilöstöstä on pulaa ja erityisesti, jos malliin sisältyy päivystystoiminta. (Bradford ym., 2022; Dharni ym., 2021; Larsson ym., 2021).

Aineiston mukaan uutta toimintamallia kehitettäessä tärkeää on kyky johtaa tarvittavaa muutosta. Sovellettavat työehtosopimukset, riittävä henkilöstömitoitus, henkilöstön koulutus, toiminnan vapaaehtoisuus sekä paikallisten olosuhteiden huomioonottaminen ovat ensiarvoisen tärkeitä ja huomioonotettavia seikkoja. Muutosprosessin monimutkaisuus on myös huomioitava, jolloin työntekijöillä ja työnantajalla voivat olla erilaiset, jopa ristiriitaiset intressit. Oleellista olisi molempien osapuolten yhteinen ja selkeä päämäärä - mitä omakätilömallilla tavoitellaan, kuka/ketkä ovat kohderyhmänä, missä määrin hoidon jatkuvuus toteutetaan ja miten toimintaa seurataan. (Hildingsson ym., 2020; Larsson ym., 2021; Poggianella, ym., 2023; Ricchi ym., 2019; Symon ym., 2017; Taylor ym., 2019).

Ruotsissa omakätilömalli aloitettiin vuonna 2017 projektiluontoisella kokeilulla maaseudulla tilanteessa, jossa paikallinen synnytysairaala oli lopetettu alhaisen syntyvyyden vuoksi. Lopetetun sairaalan kätilöitä rekrytoitiin omakätilömalliin ja vapaaehtoisia palkattiin. Omakätilömallista – sen tavoitteista ja käytännön toteutuksesta (muun muassa päivystysvuorot) sovittiin, kätilöt saivat tarvittavaa koulutusta ja työtilat varustettiin asiaankuuluvien välinein. Lisäksi suunnitteluvaihe sisälsi opintokäynnin Tanskaan, jossa omakätilömalliin perehdyttiin konkreettisemmin. Kätilöt työskentelivät maaseudun neuvolassa ja päivystivät vuoron perään taatakseen hoidon jatkuvuuden myös synnytyksen ja lapsivuodeajan. (Larsson ym., 2021)

Min Barnmorska-projekti aloitettiin Tukholmassa vuonna 2018 takaamaan hoidon jatkuvuus eritoten synnytyspelkoasiakkaille. Projekti toteutettiin yhteistyössä Karoliinisen yliopistosairaalan ja alueen kahden äitiysneuvolan kanssa, jonne synnytyspelkoasiakkaiden hoito oli keskitetty. Molemmista äitiysneuvoloissa toimi kolmen kätilön tiimi. Tiimi takasi asiakkaan hoidon aina raskauden seurannasta ja synnytyksestä kotiutumiseen saakka. Synnytys ja varhainen lapsivuodeaika tapahtui Karoliinisessa sairaalassa ja jokaiselle asiakkaalle tarjottiin mahdollisuus varhaiseen kotiutumiseen. Jos asiakas kotiutui varhaisessa vaiheessa, tiimi huolehti äidin ja vastasyntyneen kotihoidosta ensimmäisen

viikon ajan, jonka jälkeen asiakas palasi tavanomaisen äitiys- ja lastenneuvolan hoidon piiriin. (Olsson Markesjö, 2019)

### **5.3 Omakätilömallin hyödyt ja haitat**

Omakätilömalleja on tutkittu niin asiakkaan, kätilön kuin hoitotulosten näkökulmasta. Osa tutkijoista on kuitenkin sitä mieltä, että omakätilötoiminnasta tiedetään itse asiassa vähän ja on erittäin vaikea tosiasiallisesti sanoa, mikä toimii ja mikä ei (Perriman ym., 2018; Symon ym., 2016). Omakätilömallit, jotka tarjoavat hoidon jatkuvuutta läpi koko raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan, ovat tutkijoiden mukaan monimutkaisia ja monipuolisia interventioita ja on vaikeaa todentaa ja aukottomasti osoittaa, mikä on syy ja mikä seuraus. (Bradford ym., 2022; Sandall ym., 2016).

#### **5.3.1 Asiakkaan näkökulma**

Asiakkaiden näkökulmasta omakätilömalli koettiin pääsääntöisesti positiiviseksi. Hoidon jatkuvuus lisäsi asiakkaiden tietoisuutta ja luottamusta omiin kykyihinsä sekä vahvisti asiakkaiden turvallisuuden- ja voimaantumisen tunnetta. Luottamusta ja turvallisuutta lisäsi entisestään se, jos tuttu kätilö oli paikalla myös synnytyksessä. Tällöin asiakkaan ei tarvinnut toistella toiveitaan, vaan hän kykeni luottamaan siihen, että omakätilö tietää asiakkaan taustat ja toiveet. Kaikella tällä oli yhteys positiiviseen synnytyskokemukseen. (Dharni ym., 2021; Fahlbeck ym., 2022; Hildingsson ym., 2018; Larsson ym., 2021; Olsson Markesjö, 2019; Perriman ym., 2018; Poggianella ym., 2023).

Omakätilömalleissa korostui kätilön ammatillinen, inhimillinen ja asiakasta arvostava asenne. Kätilön ammattitaitoa arvostettiin normaalin fysiologisen raskauden seuraajana ja synnytyksen asiantuntijana, jolloin tarpeettomia ja turhia toimenpiteitä pyrittiin välttämään. Esimerkiksi synnytyksen päätyminen normaaliin alatiesynnytykseen lisäsi positiivisia synnytyskokemuksia. (Dharni ym., 2021; Fahlbeck ym., 2022; Hildingsson ym., 2020; Jepsen, ym., 2017; Olsson Maresjö, 2019; Poggianella ym., 2023; Sandall ym., 2016).

Ajantasaisen, riittävän ja ristiriidattoman tiedon saanti koettiin oleelliseksi osaksi onnistunutta hoitosuhdetta. Oikean tiedon saanti lisäsi mahdollisuutta oman hoidon päätöksentekoon. Asiakkaat eivät halunneet olla vain hoidon kohteena vaan aktiivisia toimijoita. Sananvalta ja vapaus oman hoidon päätöksentekoon ja osallistuminen sekä kätilön kyky sitouttaa asiakas tekemään omaa hoitoa koskevia päätöksiä lisäsi asiakastyytyväisyyttä ja positiivisia synnytyskokemuksia. Kätilön kunnioitus asiakkaan päätöksiä kohtaan loi tunteen

tuomitsemattomasta lähestymistavasta. (Dharni ym., 2021; Jepsen, ym., 2017; Olsson Maresjö, 2019; Poggianella ym., 2023)

Asiakkaat arvostivat kättilön valmentavaa ja terapeutista otetta sekä kättilön kykyä tarjota emotionaalista tukea. Läheinen hoitosuhde lisäsi kommunikaation avoimuutta; asiakkaat uskaltautuivat avautua helpommin tutulle kättilölle esimerkiksi ahdistuksistaan ja peloistaan. Keskustelun dialogisuus ja kiireettömät vastaanottoajat sekä kättilön aito kiinnostus asiakkaan hoidosta loi tunteen naiskeskeisyydestä ja yksilöllisestä hoidosta. (Dharni, ym. 2021; Fahlbeck ym., 2022; Larsson ym., 2020; Olsson Maresjö, 2019; Poggianella ym., 2023).

Joustavat vastaanottoajat ja mahdollisuus tavoittaa kättilö ympärivuorokautisesti, myös viikonloppuisin ja pyhäpäivinä, koettiin asiakkaiden näkökulmasta hyödylliseksi. Tieto siitä, että kättilö on tavoitettavissa puhelimitse ja hänelle voi soittaa mistä asiasta tahansa, rauhoitti asiakasta ja vähensi osaltaan aiheettomia sairaalakäyntejä. Mahdollisuus saada yksi tai useampi kotikäynti synnytyksen jälkeen koettiin arvokkaaksi; ne antoivat asiakkaalle rauhan rentoutua ja keskittyä vauvaan ja imettämiseen sen sijaan, että hänen olisi tarvinnut lähteä neuvolaan tai sairaalaan tutkittavaksi. (Dharni ym., 2021; Fahlbeck ym., 2022; Hildingsson ym., 2018; 2022; Olsson Maresjö, 2019; Poggianella ym. 2023).

Pettymystä koettiin, jos hoidon jatkuvuus katkesi tai ei toteutunut luvutulla tavalla. Tiivis ja läheinen hoitosuhde kättilöön saattoi osaltaan estää asiakasta olemasta rehellinen, oma itsensä. Asiakas saattoi esimerkiksi ajatella, että on tärkeää näyttää kättilölle, että hän voi hyvin ja imetys toimii. Haittapuolena tai huolta ja hämmennystä herättävänä asiana koettiin myös mahdolliset erot tiimin kättilöiden asiakkaille tekemissä fyysisissä mittauksissa raskausaikana, kuten kohdun korkeuden mittaus. Siirtyminen normaaliin synnytyksen jälkeiseen äitiyshuoltoon aiheutti pelkoa järjestelmästä putoamiselle. Asiakas saattoi kokea, että on hukassa ja epä tietoinen, kenen puoleen kääntyä ongelmatilanteessa. (Fahlbeck ym., 2022; Jepsen, ym., 2017; Larsson, 2021; Olsson Maresjö, 2019; Poggianella ym., 2023).

### **5.3.2 Puolisoiden ja pariskuntien näkökulma**

Puolisoille tehdyssä omakättilötutkimuksessa korostui puolestaan vaimon kokema turvallisuuden tunne, minkä kautta puolisoikin kokivat olevansa turvassa. Osa puolisoista piti tärkeänä kättilön ammattitaitoa ja pätevyyttä, ei niinkään saman tai tutun kättilön merkitystä synnytyksen aikana. Osa puolestaan korosti tutun kättilön merkitystä juuri synnytyksen aikana. Se, että kättilö muisti ja tiesi pariskunnan synnytystoiveet ja yritti parhaansa mukaan toteuttaa

ne, lisäsi luottamusta, rentoutti ja toi tunteen yksilökeskeisestä hoidosta - pariskunnat kokivat olevansa enemmän kuin nimettömiä numeroita. (Jepsen, ym., 2017; Larsson & Thies-Lagergren, 2021).

Myös tasa-arvo ja osallisuus koettiin tärkeäksi. Puolisoiden mukaan omakättilömallissa kättilö otti heidät mukaan ja sitoutti heidät hoitoprosessiin, mikä puolestaan edisti tiimityötä ja esti ulkopuolelle jäämisen tunnetta. Kommunikaatio tutun kättilön kanssa koettiin luontevaksi ja avoimeksi. Mahdollisuus tavoittaa tuttu kättilö puhelimitse, esimerkiksi synnytyksen alkaessa, koettiin huojentavaksi. Lisäksi omakättilön kykyä ratkaista ongelmallisia tilanteita, kuten synnytyksen alkamiseen tai synnytysosastolle pääsyyn liittyviä tilanteet, arvostettiin. Synnytyksen jälkeiset tapaamiset tutun kättilön kanssa mahdollistivat synnytyksen läpikäymisen. (Jepsen ym., 2017; Larsson & Thies-Lagergren, 2021).

### 5.3.3 Kättilöiden näkökulma

Kättilöiden näkökulmasta omakättilömalli jakoi mielipiteitä puolesta ja vastaan. Omakättilömallia pidettiin vaativana, mutta myös palkitsevana. Työ omakättilömallissa koettiin joustavana ja luovuutta lisäävänä - kättilöt kykenivät muun muassa suunnittelemaan ja sovittamaan aikataulunsa asiakkaiden tarpeiden mukaan. Kyky toimia itsenäisenä päätöksentekijänä ja kyky hyödyntää laajasti koko osaamisaluetta näytti lisäävän kättilöiden luottamusta ammattitaitoonsa, sitoutumista työhönsä sekä työtyytyväisyyttä ylipäätään. Omakättilömalli tuki ammatillisten intressien – tavoitteiden ja odotusten – toteutumista ja omakättilömalli nähtiin myös keinona parantaa kättilötyön laatua. (Aune ym., 2020; Dharni ym., 2021; Hildingsson ym., 2023; Jepsen ym., 2016; Jepsen ym., 2017; Larsson ym., 2021).

Tärkeänä koettiin, että hoitosuhde asiakkaisiin alkaisi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa raskautta. Tällöin esimerkiksi ongelmien varhainen tunnistaminen helpottui ja räätälöity hoito oli helpompi toteuttaa. Hoidon jatkuvuus ja läheisen suhteen luominen asiakkaisiin lisäsi molemminpuolista luottamusta ja avoimuutta, mikä puolestaan auttoi kättilöitä tunnistamaan asiakkaiden tarpeita ja toiveita paremmin ja näin tarjoamaan yksilöllisempää hoitoa. Hoidon jatkuvuus koettiin erityisen tärkeäksi asiakkaiden kanssa, joilla oli mielenterveysongelmia tai muita terveydellisiä ongelmia, sekä asiakkaiden, jotka kuuluivat etnisiin vähemmistöihin ja joilla oli usein kielivaikeuksia. Hoitosuhteen päätyminen synnytyksenjälkeisten kotikäyntien avulla kuvattiin tärkeäksi muun muassa oman oppimisen reflektoinnin näkökulmasta; kotikäynneillä kättilöt saivat palautetta asiakkailta ja tämä puolestaan edesauttoi oman toiminnan kehittämisessä. (Aune ym., 2020; Dharni ym., 2021; Hildingsson ym. 2023; Jepsen ym. 2017; Larsson ym. 2021).

Omakätilömalleihin liittyvä päivystystoiminta koettiin etenkin vanhempien ja perheellisten kättilöiden kohdalla haasteelliseksi. Käytännön ongelmat, kuten työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen, aiheuttivat huolta ja jopa stressiä. Kättilöille, jotka olivat tottuneet tekemään kolmivuorotyötä (esimerkiksi synnytyssalikättilöt) päivystystoiminta ei aiheuttanut ongelmia. Päivystystoiminnan raskaus ja kuormittavuus sai osan kättilöistä jopa kyseenalaistamaan omakätilömallin hyötyjä ja kestävyyttä. Osa kättilöistä korosti hoidon jatkuvuuden tärkeyttä vain raskaus- ja lapsivuodeaikana, mutta ei varsinaisesti synnytyksen aikana. Tähän saattoi vaikuttaa kättilön mieltymys työskennellä vain sairaalan ulkopuolella ja epävarmuus synnytysten hoidossa. (Aune ym., 2020; Dharni ym., 2021; Hildingsson ym. 2023; Larsson ym., 2021; Taylor ym., 2019).

Osa kättilöistä koki uusien asioiden opettelun tai itsenäisen päätöksenteon haasteellisena varsinkin, jos riittävää koulutusta ja tukea ei ollut saatavilla. Tämä johti omakätilömallin ladun ja turvallisuuden kyseenalaistamiseen, jos ja kun kättilöiden oletettiin olevan asiantuntija läpi koko äitiyshuollon. (Larsson ym., 2021; Taylor ym., 2019).

#### **5.3.4 Hoitotulosten näkökulma**

Moni tämän tutkimuksen aineistoksi päätyneistä tutkimuksista viittaa jollain tavalla Sandall ym. (2016) tekemään tutkimukseen, jossa omakätilömallia verrattiin tavanomaiseen hoitomalliin. Tutkimuksessa todetaan, että omakätilömallista ei ole tunnistettu haittoja synnyttäjille tai vastasyntyneille. Esimerkiksi synnytyksen kulkuun puututtiin vähemmän. Instrumentaalisia synnytyksiä, välilihan leikkaamista, ennenaikaisia synnytyksiä tai vastasyntyneen kuolemia oli vähemmän. Asiakkaat synnyttivät todennäköisemmin alakautta. Sen sijaan esimerkiksi keisarinleikkausten tai repeämien määrässä ei ollut eroja. (Sandall ym., 2016).

Sandall ym. (2016) korostaa, että omakätilömalliin osallistuneet naiset olivat pääsääntöisesti matalan riskin synnyttäjiä, jolloin tutkimustuloksia ei voida yleistää koskemaan myös korkeamman riskin synnyttäjiä. Tutkimuksessa todetaan, että kustannusten arvioinnissa esiintyi epä johdonmukaisuutta ja tämä vaatisi lisätutkimusta. (Sandall ym., 2016).

Offerhaus ym. (2020) vertailivat omakätilömallia ja perinteistä äitiyshuoltoa Alankomaissa eritoten lääkärille lähetettyihin läheteiden määrään, synnytystapaan ja muihin perinataalisiin tuloksiin. Tutkimustuloksista selviää, että asiakkaat, jotka valitsivat omakätilömallin, olivat tyypillisesti hieman vanhempia, ensisynnyttäjiä, asuivat kaupungissa ja olivat taustoiltaan hollantilaisia. Lisäksi nämä asiakkaat valitsivat useammin (44,5 % vrt. 20,3 %)

synnytystavakseen kotisyntytyksen. Tutkimustuloksista selviää, että omakätilömallin asiakkaille kirjoitettiin vähemmän läheteitä kuin vastaavassa kohorttiryhmässä olleille (46,9 % vrt. 65,7 %). Lisäksi omakätilömalliin kuuluvat asiakkaat synnyttivät todennäköisemmin normaalisti alakautta (84,0 % vrt. 77,0 %), epätodennäköisemmin keisarinleikkauksella (9,4 % vrt. 14,2 %) ja kokivat vähemmän välilihan leikkaamista (16,0 % vrt. 26,4 %) tai muuta synnytyksen kulkuun puuttumista. Tilastollisia eroja ei ollut ennenaikaisissa synnytyksissä, synnytyksen jälkeisessä runsaassa verenvuodossa, vastasyntyneen voinnissa (apgar-pisteet) tai lapsikuolleisuudessa. Nämä kaikki lukemat olivat alhaisia molemmissa ryhmissä. Tutkijat mainitsevat, että tutkimus oli tosin liian pieni lapsikuolleisuuden ja vakavien synnytyskomplikaatioiden luotettavaan vertailuun. (Offerhaus ym. 2020).

Tutkijat eivät kyenneet päättämään aineiston pohjalta hoidon jatkuvuuden tasoa, mutta päättelivät, että omakätilömallin hoidon piiriin hakeutuneet asiakkaat olivat alun alkaenkin motivoituneet ja asennoituneet raskauden ja synnytyksen luonnollisen kulkuun ja täten nämä asiakkaat valitsivat mieluummin kotisyntytyksen sairaalasyntytyksen sijaan. (Offerhaus ym. 2020).

Jepsen ym. (2018) vertasi omakätilömallia tavanomaiseen äitiyshuollon malliin Tanskassa. Tutkimuksesta selviää, että useat tulokset, kuten ennenaikaiset synnytykset, instrumenttisyntytykset, epiduraalipuudutuksen käyttö alatiesynnytyksen yhteydessä, synnytyksen käynnistäminen ja kohdunsuun avautuminen sairaalaan saavuttaessa, olivat samankaltaisia omakätilömallin sekä tavanomaisen mallin välillä. Omakätilömallissa naiset kokivat vähemmän repeämiä. Pieni ja odottamaton ero liittyi tavanomaisen äitiyshuollon hyväksi vastasyntyneen alhaisempiin yhden ja viiden minuutin Apgar-pisteisiin, synnytyksen vauhdittamiseen lääketieteellisesti sekä hätäsektioiden määrään. Tutkimuksessa todetaan, että korkeampi hätäsektio-osuus voi omakätilömallissa selittyä asiakkaiden pidemmillä matkoilla sairaalaan. Eroa ei havaittu, jos matka oli yhtä pitkä. Vaikka tutkimuksen havainnot mahdollistavat vain varovaisten johtopäätösten tekemisen, tutkijat korostavat, että on tärkeää seurata ja arvioida uusia toimintamalleja paikallisessa kontekstissa, vaikka kansainvälinen tutkimusnäyttö viittaakin omakätilötoiminnan positiivisiin hoitotuloksiin. Asiakkaat eivät varsinaisesti hakeutuneet kyseisen omakätilötoiminnan piiriin, vaan käytännön sanelemana. (Jepsen ym., 2018).

Edellä todettuja tutkimustuloksia haastaa Wassen ym., (2023), joka vertaili maailmalla toteutettujen omakätilömallien ja ruotsalaisen tavanomaisen hoitomallin eroja. Tutkimuksen mukaan malleilla on vähän tai ei ollenkaan eroa äitien ja lasten kliinisissä



hoitotuloksissa. Pieni ero havaittiin kuitenkin keisarileikkausten määrässä omakätilömallin hyväksi. (Wassen ym., 2023).

Ruotsissa tehty tutkimus synnytyspelkoasiakkaille osoitti, että omakätilömallilla oli pelkoa alentava vaikutus ja suurin osa omakätilötoimintaan osallistuneista asiakkaita (8/10) synnytti normaalisti alakautta ja kaksi keisarinleikkauksella synnytyksen aikana ilmenneiden lääketieteellisten ongelmien vuoksi. Tutkimuksessa todetaan, että se tehtiin vain pienelle määrälle synnytyspelkoasiakkaita, eikä tuloksia voida yleistää koskemaan laajempaa väestöä. (Hildingsson ym., 2018).

Omakätilömalleihin liitetään usein oletus, että mallin tulisi olla kustannustehokas ja laatua parantava. Donnellan-Fernandez ym. (2018) tutkimuksesta selviää, että vaikka hoidon jatkuvuus ja ennaltaehkäisevä työ ovat ensisijaisen tärkeitä asioita terveydenhuollon alalla ja pitkäaikaiset sairaudet tulevat kalliiksi terveydenhuoltojärjestelmille, löytyy vain vähän näyttöä sille, että kätilöjohtoisen hoitomallit ongelmallisissa raskauksissa tukisi kustannustehokkuutta tai kliinistä tulosta (Donnellan-Fernandez ym. 2018). Esimerkiksi naisten kotiutumisen nopeuteen tutkimusaineisto ei juurikaan ota kantaa ja niiltä osin, kuin ottaa, sen vaikutus arvioitiin vähäiseksi – tosin kyseisen tutkimuksen kohteena ollut joukko oli pieni (n=7) (Olsson Markesjö, 2019). Aineistossa todetaan, että tutkimukset, joissa on yritetty mitata näitä kustannuksia osoittavat useita epäjohtonmukaisuuksia ja näiden tutkimusten soveltaminen heikentää pätevää äitiysmallien kustannusvertailua kehittyneissä maissa. Olennaista kestävän äitiysmallien kehittämisessä on juuri kustannustehokkuuden, resurssien ja kliinisten tulosten todisteet. (Donnellan-Fernandez ym. 2018).

## 6 Pohdinta

### 6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta tutkimuksen tekemisessä vastaa tutkija itse. Eettisten näkökohtien huomioonottaminen tarkoittaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkimuksessa käytettävät tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät täytyy olla paitsi kriittisen tarkastelun kestäviä, myös eettisesti kestäviä. Aikaisemmin julkaistua tutkimusta kunnioitetaan asiaankuuluvalla viittaustekniikalla, tarvittaessa tutkimusluvista huolehditaan ja rahoituslähteistä raportoidaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2023, ss. 11–14).

Tässä opinnäytetyössä on käytetty HAMKin viittausopasta, tutkimukselle ei varsinaisesti tarvittu lupaa, mutta se perustuu Naistenklinikan tilaukseen. Ulkopuolista rahoitusta ei tarvittu, koska kyseessä on opinnäytetyö. Aineiston hankinta on tehty systemaattisesti tietyin kriteerein, jotka on selitetty edellä ja jokainen tutkimukseen valikoitu artikkeli on arvioitu erikseen.

Myös tutkijan esteellisyys on otettava huomioon (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2023, s. 14). Tämän opinnäytetyön toteuttamisessa ei ole tunnistettu esteellisyyksiä, mutta on huomionarvoista todeta, että opinnäytetyön tekijä on aiemmin ollut työsuhteessa työn tilaajaan ja työskennellyt parikymmentä vuotta synnytyskättilänä Suomessa ja Englannissa. Tämä saattaa korostaa kättilön näkökulmaa ja vaikuttaa taustalla joihinkin päättelyketjuihin, mutta toisaalta se tuottaa myös arvokasta, laajaa taustaymmärrystä käsiteltävänä olevaan aiheeseen.

On myös todettava, että tekijällä on vain vähän kokemusta tutkimuksen tekemisestä. Sitä voidaan kuitenkin pitää luontevana, onhan kyseessä nimenomaan opinnäytetyö. Koska työ myös arvostellaan ja se päättyy aiemman ja mahdollisen tulevan työnantajan luettavaksi, on se kuitenkin pyritty tekemään niin objektiivisesti ja hyvin kuin mahdollista.

## **6.2 Omakättilömallin sovellettavuus Suomessa**

Suomalainen äitiyshuolto on kaikille sama. Edellä aiemmin kuvattu lainsäädäntökehikko takaa samat oikeudet asiakkaille ja velvollisuudet palveluntarjoajille. Suomessa ei juurikaan ole yksityisiä synnytys sairaaloita, vaan käytännössä kaikki synnytykset hoidetaan julkisella puolella aina raskauden seurannasta synnytykseen ja lapsivuodeaikaan. Terveystieteiden ja lääketieteen erikoisosaajat vastaa raskaudenaikaisesta seurannasta yhteistyössä neuvolalääkärin kanssa (shared model) ja kättilö synnytyksen hoidosta yhdessä synnytyslääkärin kanssa. Tehostettua ja kohdennettua erikoissairaanhoitoa on tarjolla ongelmallisissa raskauksissa. Asiakkaat saavat siis palvelunsa raskauden vaiheesta riippuen eri paikoista – neuvoloista tai synnytys sairaaloista.

Erilaisten omakättilömallien keskiössä on hoidon jatkuvuus. Niissä kättilöt vastaavat raskaudenseurannasta, synnytyksestä ja lapsivuodeajan hoidosta. Suomessa työ on jaettu neuvoloissa toimivien terveydenhoitajien ja synnytys sairaaloissa toimivien kättilöiden kesken. Tämä on keskeisesti ristiriidassa omakättilömallien kanssa eikä ehkä optimaalisella tavalla edistä hoidonjatkuvuutta.

THL:n mukaan äitiysneuvolan määräaikaiset terveystarkastukset eivät ole määrällisesti toteutuneet valtakunnallisen ohjeistuksen mukaisesti. Laajat terveystarkastukset toteutuivat vain vajaassa viidenneksessä kaikista alkaneista raskauksista. Ensisynnyttäjän suun terveystarkastuksia on kirjattu varsin vähän. Kunnissa on kirjavaa käytäntöä siinä, miten laajat terveystarkastukset kirjataan - tämä saattaa myös vääristää tilastoja. Raskaudenaikainen seuranta ei siis toteudu vaaditulla tavalla.

Suomalaiset asiakkaat ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä äitiyshuoltoon, mutta hoidon jatkuvuudessa on puutteita. THL:n teettämän neuvolakyselyn mukaan asiakkaat tyytymättömiä hoidon jatkuvuuteen, henkilökunnan vaihtuvuuteen, huonoon saatavuuteen/tavoittavuuteen, tiedonkulku on puutteellista, ja vastaanottoaikojen toistuva siirtyminen heikentävät palvelujärjestelmän luotettavuutta.

Perhevalmennustoiminta on siirretty synnytyssairaaloista neuvoloihin, joka osaltaan ei lisää hoidonjatkuvuutta. Asiakkaat eivät synnytysvalmennuksessa käydessään näe ja tutustu synnytyssympäristöönsä, joka saattaa lisätä synnytyspelkoa ja yllä mainittuja keisarileikkauksia. Suomessa sekä terveydenhoitajien että kätilöiden ammattitaito on korkeatasoista ja osaavaa, mutta asiakkaan näkökulmasta hoidon jatkuvuuteen tulee ilman muuta katkos siirryttäessä neuvolasta synnytyssairaalaan. Omakätilömallien vahvuus on, että asiakas tapaa synnyttämään tullessaan saman (tai saman tiimin) kätilön, jota on tavannut raskaudenseurannan aikana. Ehkä synnytyksiä hoitavalla kätilöllä voi olla sellaista annettavaa asiakkaalle myös raskaudenseurannan aikana, joka hälventää synnytyspelkoja ja edesauttaa hyvää asiakaskokemusta.

Suomessa siis perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido ovat erillään. Niillä on omat hallinnot, omat työntekijät ja omat toimintakulttuurit. Asiakas tarvitsee molempien palveluja ja joutuu sopeutumaan. Kätilöt tai terveydenhoitajat eivät kierrä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Monessa muussa Euroopan maassa, esimerkiksi Englannissa tai Tanskassa raskaudenseuranta voitiin toteuttaa sairaalan yhteydessä. Tällöin kätilöiden kiertäminen raskaudenseurannasta synnytyssalityöhön ja lapsivuodeajan hoitoon on luontevampaa ja helpompi järjestää – asiakkaan näkökulmasta hoidon jatkuvuus parani. Näitä järjestelyjä kutsutaan omakätilömalleiksi. Suomalainen malli ei itse asiassa ole kaukana esim. Englannissa käytössä olevasta omakätilömallista, jossa sama kätilö (tai tiimi) vastaa raskaudenseurannasta ja lapsivuodeajasta – Suomessa tätä työtä tekevät neuvoloiden terveydenhoitajat.

Nykyinen sääntely mahdollistaa sen, että kättilöt toimisivat myös äitiysneuvoissa. Käytännössä kättilöiltä kuitenkin vaaditaan lisäksi terveydenhoitajan tutkinto ja liikkuvuus on muutenkin vähäistä. Kättilöiden ammattitaidon ja ennen kaikkea kokemuksen tuominen asiakkaan saataville jo raskaudenseurantavaiheessa voisi tukea synnyttäjää monella tavalla.

Vaikka omakättilömalleja on erilaisia, tavoite niillä on sama – hoidon jatkuvuus. Vaikuttaisi kuitenkin, että missään Euroopan maassa omakättilömalli ei ollut vallitseva malli, vaan malli oli yksi äitiyshuollon vaihtoehtoista. Ruotsissa ja Tanskassa omakättilömallien suosio kasvaa. Malli on helpommin integroitavissa näihin maihin, koska kättilö vastaa raskaudenseurannasta. Järjestäminen on haasteellista täysimittaisena, koska synnyttäminen on luonteeltaan päivystystoimintaa. Tiimimalli näyttäisi olevan helpompi järjestää. Tiimimallissa vastuu asiakkaan hoidosta jakaantuu useammalle kättilölle ja päivystystoimintaa on vähemmän.

Tämän tutkimuksen aineiston perusteella näyttäisi siltä, että omakättilömallin hoitotulosten yksiselitteinen ja luotettava arviointi, tulosten yleistettävyyks sekä johtopäätösten tekeminen on vaikeaa. Hoitotulokset vaihtelevat ja riippuvat pitkälti tutkimuksen metodologisista lähtökohdista, esimerkiksi miten ja minkä maan kontekstissa tutkimus on tehty ja ketkä ovat olleet kohderyhmänä. Lisäksi omakättilömallien monimuotoisuus, järjestämistapojen erilaisuus ja ammattilaisten osaamistason laaja skaala eri maiden välillä tekee hoitotulosten arvioinnista problemaattisen.

Asiakkaan näkökulmasta tärkeää on siis hoidon jatkuvuus. Ideaalisti sama kättilö tai kättilötiimi hoitaisi asiakasta raskaudenseurannasta synnytykseen ja lapsivuodeaikaan. Tämän tutkimuksen alussa viitattiin uutiseen keisarileikkausten määrän kasvusta synnytyspelosta johtuen. Jos omakättilömallin toteuttaminen kerralla olisi liian suuri muutos suomalaiselle äitiyshuollolle, toivoisin, että se voitaisiin toteuttaa ainakin synnytyspelkoasiakkaille. Aiemmin todetut tutkimustulokset puhuvat tämän puolesta – omakättilömallin myötä pelko vähenee ja alatiesynnytykset lisääntyvät. Toisaalta ei välttämättä ole järkevää toteuttaa erilaisia, rinnakkaisia malleja. Suomalainen äitiyshuoltojärjestelmä on eurooppalaisittain erikoinen ja vaatisi paljon rohkeutta alkaa muuttaa kuitenkin monella tapaa hyvin toimivaa järjestelmää.

## Lähteet

Aholainen, S. (28.4.2021). Husin sairaalassa synnyttänyt äiti kertoo kättilöiden kiireestä: ”En uskaltaisi enää”. *Helsingin Sanomat*. <https://www.hs.fi/kaupunki/art-2000007946997.html>

Aune, I., Tysland, T., & Vollheim, S. A. (2021). Norwegian midwives' experiences of relational continuity of midwifery care in the primary healthcare service: A qualitative descriptive study. *Nordic journal of nursing research*, 41(1), 5–13.  
<https://doi.org/10.1177/2057158520973202>

Bradford, B. F., Wilson, A. N., Portela, A., McConville, F., Fernandez Turienzo, C., & Homer, C. S. E. (2022). Midwifery continuity of care: A scoping review of where, how, by whom and for whom? *PLOS global public health*, 2(10), e0000935.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000935>

Choudhary, S., Jelly, P. & Mahala, P. (2020). Models of maternity care: a continuity of midwifery care. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 9(6), 2666–2670.  
<https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/8445/5637>

Dharni, N., Essex, H., Bryant, M. J., de Chavez, A. C., Willan, K., Farrar, D., . . . Dickerson, J. (2021). The key components of a successful model of midwifery-led continuity of carer, without continuity at birth: Findings from a qualitative implementation evaluation. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 205.  
<https://doi.org/10.1186/s12884-021-03671-2>

Donnellan-Fernandez, R. E., Creedy, D. K., & Callander, E. J. (2018). Cost-effectiveness of continuity of midwifery care for women with complex pregnancy: A structured review of the literature. *Health economics review*, 8(32), 1–16.  
<https://doi.org/10.1186/s13561-018-0217-3>

Duodecim. (22.10.2020-b). *Sikiön kasvun ja voinnin seuranta äitiysneuvolassa*. Odottavan äidin käsikirja. Haettu 16.11.2023 osoitteesta  
<https://www.terveyskirjasto.fi/odk00018/sikion-kasvun-ja-voinnin-seuranta-aitiysneuvolassa>

- Duodecim. (22.10.2020-a). *Äitiysneuvolan ja synnytysairaalan yhteistyö*. Odottavan äidin käsikirja. Haettu 16.11.2023 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/odk00019>
- Escuriet, R., White, J., Beeckman, K. *et al.* (2015). Assessing the performance of maternity care in Europe: a critical exploration of tools and indicators. *BMC Health Services Research*, 15(491). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1151-2>
- Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/55/EU. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055>
- Fahlbeck, H., Johansson, M., Hildingsson, I., & Larsson, B. (2022). 'A longing for a sense of security' – Women's experiences of continuity of midwifery care in rural Sweden: A qualitative study. *Sexual & reproductive healthcare*, 33, 100759. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100759>
- Fernandez Turienzo, C., Bick, D., Briley, A. L., Bollard, M., Coxon, K., Cross, P., . . . Sandall, J. (2020). Midwifery continuity of care versus standard maternity care for women at increased risk of preterm birth: A hybrid implementation-effectiveness, randomised controlled pilot trial in the UK. *PLoS medicine*, 17(10), e1003350. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003350>
- Galková, G., Böhm, P., Hon, Z., Herman, T., Doubrava, R. & Navrátil, L. (2022). Comparison of frequency of home births in the member states of the EU between 2015 and 2019. *Global Pediatric Health*, 9(1–8). <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/2333794X211070916>
- Hakulinen, T., Korpilahti, U. & Wedenoja, S. (13.6.2023). Synnytyksen jälkeen kotikäynti tai vastaanottokäynti 1–7 vrk kukuttua kotiutuksesta. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 15.11.2023 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/nko/article/nla00025?toc=1112236>
- Hakulinen, T., Uotila-Laine, H. & Korpilahti, U. (2.2.2023). Äitiysneuvolapalvelut. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 15.11.2023 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/nko/article/nla00091?toc=1112236>
- HAMK. (n.d.). HAMK Finna / Hämeen ammattikorkeakoulun verkkokirjasto. <https://hamk.finna.fi/>

- Hildingsson, I., Fahlbeck, H., Larsson, B. & Johansson, M. (2023). "A perfect fit" – Swedish midwives' interest in continuity models of midwifery care. *Women and Birth*, 36(1).  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519222000804>
- Hildingsson, I., Karlström, A., & Larsson, B. (2020). A continuity of care project with two on-call schedules: Findings from a rural area in Sweden. *Sexual & reproductive healthcare*, 26, 100551. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100551>
- Hildingsson, I., Karlström, A., & Larsson, B. (2021). Childbirth experience in women participating in a continuity of midwifery care project. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 34(3), e255-e261.  
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.04.010>
- Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlstrom, A., & Haines, H. (2018). Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. *Sexual & reproductive healthcare*, 16, 50–55. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575617303178>
- HUS. (n.d.-a). *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Haettu 15.11.2023 osoitteesta <https://www.hus.fi/tietoa-meista/potilashoidon-organisaatio/naistentaudit-ja-synnytykset>
- HUS. (n.d.-c). *Synnyttäneiden osasto 61, Naistenklinikka*. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Haettu 20.11.2023 osoitteesta <https://www.hus.fi/potilaalle/sairaalat-ja-toimipisteet/naistenklinikka/synnyttaneiden-osasto-61-naistenklinikka>
- HUS. (n.d.-b). *Synnytys*. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Haettu 15.11.2023 osoitteesta <https://www.hus.fi/potilaalle/hoidot-ja-tutkimukset/synnytys#kotiutumisen-synnytyssairaalas>
- Jepsen, I., Juul, S., Foureur, M., Sørensen, E. E., & Nøhr, E. A. (2017). Is caseload midwifery a healthy work-form? - A survey of burnout among midwives in Denmark. *Sexual & reproductive healthcare*, 11, 102–106.  
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.12.001>
- Jepsen, I., Juul, S., Foureur, M.J. *et al.* Labour outcomes in caseload midwifery and standard care: a register-based cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 18(1), 481 (2018).  
<https://doi.org/10.1186/s12884-018-2090-9>

- Jepsen, I., Mark, E., Nøhr, E. A., Foureur, M., & Sørensen, E. E. (2016). A qualitative study of how caseload midwifery is constituted and experienced by Danish midwives. *Midwifery*, 36, 61–69. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.002>
- Jepsen I, Mark E, Foureur M, Nøhr EA, Sørensen EE. A qualitative study of how caseload midwifery is experienced by couples in Denmark. *Women Birth*. 2017 Feb;30(1): e61-e69. doi: 10.1016/j.wombi.2016.09.003. Epub 2016 Sep 21. PMID: 27665216.
- Jämsén, E. (3.2.2020). Synnyttäjät kertovat huonosta kohtelusta ja hoitajien kiireestä Naistenklinikalla – Jatkuvan muuttorumban keskellä työskentelee kokemattomia kättilöitä. *Yle*. <https://yle.fi/a/3-11158051>
- Kalliiolehto, J. (2022). *Äitiyshuollon vertikaalinen integraatio*. [pro gradu -tutkielma, University of Eastern Finland].  
[https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/28032/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20220899.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/28032/urn_nbn_fi_uef-20220899.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen T. (2013). *Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110521/THL\\_OPA2013\\_029\\_verkko.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110521/THL_OPA2013_029_verkko.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Larsson, B., Thies-Lagergren, L., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2021). Demanding and rewarding: Midwives experiences of starting a continuity of care project in rural Sweden. *European journal of midwifery*, 5(March), 8-9.  
<https://doi.org/10.18332/ejm/133573>



- Larsson, B., & Thies-Lagergren, L. (2021). Partners' expectations and experiences of the project 'Midwife All the Way': A qualitative study. *European journal of midwifery*, 5(June), 1–7. <https://doi.org/10.18332/ejm/136424>
- NHS England. (2021). *Delivering Midwifery Continuity of Carer at full scale. Guidance on planning, implementation and monitoring 2021/22*. [https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/10/B0961\\_Delivering-midwifery-continuity-of-carer-at-full-scale.pdf](https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/10/B0961_Delivering-midwifery-continuity-of-carer-at-full-scale.pdf)
- Offerhaus, P., Jans, S., Hukkelhoven, C., de Vries, R., & Nieuwenhuijze, M. (2020). Women's characteristics and care outcomes of caseload midwifery care in the Netherlands: A retrospective cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03204-3>
- Olsson Markesjö, G. (2019). Women's experience of pregnancy and childbirth in a continuity of care model. A qualitative study at Huddinge Hospital. Karolinska Institutet. <https://www.karolinska.se/49a170/contentassets/8ac7272ee34840f38eca681074df482f/womens-experience-of-pregnancy-and-childbirth-in-a-continuity-of-care-model..pdf>
- Perriman, N., Davis, D. L., & Ferguson, S. (2018). What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*, 62, 220-229. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.011>
- Poggianella S, Ambrosi E, Mortari L. Women's experience of continuity of midwifery care in North-Eastern Italy: A qualitative study. *Eur J Midwifery*. 2023 Feb 15;7:4. doi: 10.18332/ejm/159358. PMID: 36815945; PMCID: PMC9930607.
- PubMed. (n.d.). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Ricchi A, Rossi F, Borgognoni P, Bassi MC, Artioli G, Foa C, Neri I. The midwifery-led care model: a continuity of care model in the birth path. *Acta Biomed*. 2019 Jul 8;90(6-S):41-52. doi: 10.23750/abm.v90i6-S.8621. PMID: 31292414; PMCID: PMC6776178.
- Salo, U-M. (2018). *Simsalabim, sisällönanalyysi ja koodaamisen haasteet*. Teoksessa S. Aaltonen & R. Högbacka (toim.), *Umpikujasta oivallukseen – Reflektiivisyys empiirisessä tutkimuksessa* (ss.170, 172). Tampere University Press.

[https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/99323/umpikujasta\\_oivallukseen\\_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/99323/umpikujasta_oivallukseen_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5. Accessed 19 January 2024

ScienceDirect. (n.d.). <https://www.sciencedirect.com/>

Sinkko-Westerholm, P. (19.1.2024). Hus: Keisarileikkausten määrä uhkaa potilasturvallisuutta. *Helsingin Sanomat*. <https://www.hs.fi/kaupunki/art-2000010127124.html>

STM. (n.d.). *Sosiaali- ja terveystalvetuja koskeva lainsäädäntö*. Sosiaali- ja terveystalvetuministeriö. Haettu 20.11.2023 osoitteesta <https://stm.fi/sotetalvetut/lainsaadanto>

Suomen Kätilöliitto. (2004). *Laatua kätilötyöhön. Kätilötyön eettiset ja laadulliset perusteet*. [https://suomenkatiloliitto.fi/wp-content/uploads/2021/01/tiedolla\\_taidolla\\_tunteella1-1.pdf](https://suomenkatiloliitto.fi/wp-content/uploads/2021/01/tiedolla_taidolla_tunteella1-1.pdf)

Symon, A., Pringle, J., Downe, S., Hundley, V., Lee, E., Lynn, F., . . . Alderdice, F. (2017). Antenatal care trial interventions: A systematic scoping review and taxonomy development of care models. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1186-3>

Symon, A., Pringle, J., Cheyne, H., Downe, S., Hundley, V., Lee, E., . . . Alderdice, F. (2016). Midwifery-led antenatal care models: Mapping a systematic review to an evidence-based quality framework to identify key components and characteristics of care. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 168. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0944-6>

Taylor, B., Cross-Sudworth, F., Goodwin, L., Kenyon, S. & MacArthur C. (2019). Midwives' perspectives of continuity based working in the UK: A cross-sectional survey. *Midwifery*, 75, 127–137

Terveydenhoitajaliitto. (n.d.). Terveydenhoitajan ammatti. Haettu 16.12.2023 osoitteesta <https://www.terveydenhoitajaliitto.fi/ammatti-ja-koulutus/terveydenhoitajan-ammatti/>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010 15§.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#a1326-2010>

THL. (8.12.2022). *Määräaikaiset terveystarkastukset*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 16.2.2023 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/sote-palvelut/aitiys-ja-lastenneuvola/aitiysneuvola/maaraaikaiset-terveystarkastukset>

THL. (22.9.2023-a). *Neuko-tietokanta*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/sote-palvelut/aitiys-ja-lastenneuvola/neuko-tietokanta>

THL. (n.d.) *Neuvoloiden asiakaspalautekyselyt*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 20.11.2023 osoitteesta <https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/asiakas-palveluissa/asiakaskokemus/asiakaspalautekyselyt/neuvoloiden-asiakaspalautekyselyt>

THL. (2023-e). *Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2022*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 15.11.2023 osoitteesta <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet/perinataalitulasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet>

THL. (14.2.2023-d). *Terveystarkastusten ja muiden käyntien toteumat äitiys- ja lastenneuvolassa vuonna 2021 sekä kouluterveydenhuollossa lukuvuonna 2021–2022*. Haettu 20.11.2023 osoitteesta <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146076/Terveystarkastusten%20ja%20muiden%20k%C3%A4yntien%20toteumat%20%C3%A4itiys-%20ja%20lastenneuvolassa%20vuonna%202021%20sek%C3%A4%20kouluterveydenhuollossa%20lukuvuonna%202021%e2%80%932022%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- THL. (20.11.2023-c). *Äitiysneuvola*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.  
<https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/sote-palvelut/aitiys-ja-lastenneuvola/aitiysneuvola>
- THL. (20.11.2023-b). *Äitiys- ja lastenneuvola*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.  
<https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/sote-palvelut/aitiys-ja-lastenneuvola>
- THL. (2021). *Äitiys- ja lastenneuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstövoimavarat terveyskeskuksissa 2004–2019*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 8.1.2024 osoitteesta  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142961/URN\\_ISBN\\_978-952-343-701-2.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142961/URN_ISBN_978-952-343-701-2.pdf?sequence=1)
- Tiitinen, A. (25.4.2023). *Normaali synnytys*. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 16.11.2023 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00160>
- Tiitinen, A. (29.4.2022-b). *Raskauden seuranta sairaalan äitiyspoliklinikalla*. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 16.11.2023 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00881>
- Tiitinen, A. (29.4.2022-a). *Äitiysneuvolaseuranta*. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 15.11.2023 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00186>
- Tuominen, M. (2016). *Hyötyvätkö perheet äitiysneuvolan ja lastenneuvolan palvelujen yhdistämisestä? Vertaileva palvelujärjestelmätutkimus*. [Väitöskirja, Turun yliopisto].  
<https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/125185/AnnalesC426Tuominen.pdf?sequence=4&isAllo>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023. (2023). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2023*.  
[https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje\\_2023.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf)
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>

Valtioneuvoston asetus seulonnoista 339/2011

<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110339>

Vilkka, H. (2023). *Kirjallisuuskatsaus metodina, opinnäytetyön osana ja tekstilajina*. Art House Oy.

Wassén, L., Borgström Bolmsjö, B., Frantz, S., Hagman, A., Lindroth, M., Rubertsson, C., . . . Wallerstedt, S. M. (2023). Child and maternal benefits and risks of caseload midwifery – a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 23(1), 1-663. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05967-x>

WHO. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>

## Liite 1. Tutkimusaineisto keskeisine parametreineen aakkosjärjestyksessä

	Tekijä	Vuosi	Artikkeli	Tavoite	Menetelmä	Kieli	Tietokanta
1	Aune, I., Tysland, T. & Vollheim, S. A.	2020	Norwegian midwives' experiences of relational continuity of midwifery care in the primary healthcare service: A qualitative descriptive study	Kuvata, kuinka perusterveydenhuollon kätilöt kokevat suhteellisen hoidon jatkuvuuden, Norja	Syvähaastattelu kätilöille; n= 10	Englanti	HAMK Finna
2	Bradford, B.F., Wilson, A.N., Portela, A., McConville, F., Fernandez Turienzo, C. & Homer, C.S.E.	2022	Midwifery continuity of care: A scoping review of where, how, by whom and for whom?	Maailmanlaajuinen katsaus kätilöhoidon jatkuvuudesta; missä sitä toteutetaan, millä tavoin, kenen toimesta ja kenelle	Kirjallisuuskatsaus; 175 artikkelia	Englanti	HAMK Finna
3	Dharni, N., Essex, H., Bryant, M.J., Cronin de Chevez, A., Willan, K., Farrar, D., Bywater, T. & Dickerson, J.	2021	The key components of a successful model of midwifery-led continuity of carer, without continuity at birth: findings from a	Kuvata avaintekijät menestykselliseen kätilöhoidon jatkuvuusmalliin ilman hoidon jatkuvuutta synnytyksen aikana.	Puolistrukturoitu haastattelu;	Englanti	HAMK Finna

			qualitative implementation evaluation	Laadullinen arvio hoidon toteutumisesta kätilöiden ja naisten näkökulmasta, Iso-Britannia	- 7 kätilöä ja 15 naista, jotka osallistuivat omakätilömalliin  - 7 kätilöä ja 10 naista, jotka osallistuivat tavanomaiseen hoitomalliin		
4	Donnellan-Fernandez, R., Creedy, D. K. & Callander E. J.	2018	Cost-effectiveness of continuity of midwifery care for women with complex pregnancy: a structured review of the literature	Kriittisesti arvioida kätilöhoidon jatkuvuuden kustannustehokkuutta ongelmallisissa raskauksissa	Kirjallisuuskatsaus;  9 artikkelia	Englanti	HAMK Finna
5	Fahlbeck, H., Johansson, M., Hildingsson, I. & Larsson, B.	2022	" A longing for a sense of security" – Women's experiences of continuity of midwifery care in rural Sweden: A qualitative study	Kuvata, kuinka naiset kokevat kätilöhoidon jatkuvuuden Ruotsin maaseudulla ja antaa siten syvempää ymmärrystä siitä, mitä toiminta merkitsee naisille	Puolistrukturoitu haastattelu toimintaan osallistuneille naisille, n=33	Englanti	HAMK Finna

6	Fernandez Turienzo, c., Bick, D., Briley, A. L., Bollard, M., Coxon, K., Cross, P., Silverio, S.A., Singh, C., Seed, P.T., Tribe, R.M., Shennan, A.H. & Sandall, J.	2020	Midwifery continuity of care versus standard maternity care for women at increased risk of preterm birth: A hybrid implementation – effectiveness, randomised controlled pilot trial in the UK	Verrata kätilöhoidon jatkuvuusmallia tavanomaiseen hoitomalliin, sen toteutettavuutta, uskottavuutta ja klinisiä tuloksia naisilla, joilla on ennen aikaisen synnytyksen korkea riski, Iso-Britannia	Satunnaistettu kontrolloitu pilottitutkimus;  - interventioryhmä n=169  - kontrolliryhmä n=165	Englanti	HAMK Finna
7	Hildingsson, I., Fahlbeck, H., Larsson, B. & Johansson M.	2023	" A perfect fit" – swedish midwives' interest in continuity models of midwifery care	Tutkia ruotsalaisten kätilöiden halukkuutta työskennellä kätilöhoidon jatkuvuusmallissa	Verkkokysely, n= 2084 kätilöä	Englanti	Science Direct
8	Hildingsson, I., Karlström, A. & Larsson, B.	2020	A continuity of care project with two on-call schedules: Findings from a rural area in Sweden	Arvioida kahta päivystysaikataulua hoidon jatkuvuuden mahdollistamiseksi; projekti Ruotsin maaseudulla	Osallistava toimintatutkimushanke (tutkijat, kätilöt ja hankkeen vetäjä) sekä kyselytutkimus projektiin osallistuneille naisille, n= 226	Englanti	HAMK Finna



9	Hildingsson, I., Karlström, A. & Larsson, B.	2019	Childbirth experience in women participating in a continuity of midwifery care project	Tutkia naisten synnytyskokemuksia suhteessa taustatietoihin, synnytystuloksiin ja kätilöhoidon jatkuvuuteen Ruotsin maaseudulla	Kokeellinen kohorttitutkimus kätilöhoidon jatkuvuusprojektiin osallistuneille naisille, n= 226	Englanti	HAMK Finna
10	Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlstrom, A., & Haines, H.	2018	Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option	Testata muunneltua tapausmääräistä omakätilömallia synnytystä pelkääville naisille Ruotsissa	Kyselytutkimus malliin osallistuneille naisille, n= 10	Englanti	Science Direct
11	Jepsen, I., Juul, S., Foureur, M., Sorensen, E. E. & Nohr, E. A.	2017	Is caseload midwifery a health work-form? – A survey of burnout among midwives in Denmark	Tutkia tapausmääräisessä omakätilömallissa työskentelevien kätilöiden työuupumusta verrattuna muihin toimintamalleihin Tanskassa	Kyselytutkimus kätilöille, mallissa työskentelevät kätilöt, n= 6,  -muissa hoitomalleissa työskentelevät kätilöt, n= 44	Englanti	HAMK Finna

12	Jepsen, I., Juul, S., Foureur, M., Sorensen, E. E. & Nohr, E. A.	2018	Labour outcomes in caseload midwifery and standard care: A register- based cohort study	Verrata tapausmääräisen omakätilömallin ja tavanomaisen hoitomallin synnytystuloksia Tanskassa	Rekisteripohjainen kohorttitutkimus;  -naiset, jotka osallistuivat tapausmääräiseen omakätilömalliin, n= 2679,  -naiset, jotka osallistuivat tavanomaiseen hoitomalliin, n= 10 436	Englanti	PubMed
13	Jepsen, I., Mark, E., Nohr, E.A., Foureur, M. & Sorensen, E.E.	2016	A qualitative study of how caseload midwifery is constituted and experienced by Danish midwives	Kuvata tanskalaisten kätilöiden kokemuksia tapausmääräiseen omakätilömalliin osallistumisesta	Seuranta- ja haastattelututkimus, n= 13 kätilöä	Englanti	HAMK Finna
14	Jepsen, I., Mark, E., Nohr, E.A., Foureur, M. & Sorensen, E.E.	2017	A qualitative study of how caseload midwifery is experienced by couples in Denmark.	Kuvata tanskalaisten pariskuntien kokemuksia tapausmääräiseen omakätilömalliin osallistumisesta	Laadullinen haastattelututkimus, n=10 pariskuntaa		PubMed

15	Larsson, B. & Thies-Lagergren, L., Karlström, A. & Hildingsson, I.	2021	Demanding and rewarding: Midwives experiences of starting a continuity of care project in rural Sweden	Kuvata ruotsalaisten kättilöiden kokemuksia kättilöhoidon jatkuvuusprojektin kehittämisestä ja työskentelystä siinä	Laadullinen pitkittäishaastattelututkimus projektiin osallistuneille kättilöille, n= 4	Englanti	HAMK Finna
16	Larsson, B. & Thies-Lagergren, L.	2021	Partners' expectations and experiences of the project" Midwife All the Way": A qualitative study	Kuvata kumppaneiden odotuksia ja kokemuksia "Midwife All the Way"-projektiin osallistumisesta Pohjois-Ruotsin maaseudulla	Laadullinen haastattelututkimus synnyttävän naisen puolisolle, n=36	Englanti	HAMK Finna
17	Offerhaus, P., Jans, S., Hukkelhoven, C., de Vries, R., & Nieuwenhuijze, M	2020	Women's characteristics and care outcomes of caseload midwifery care in the Netherlands: A retrospective cohort study	Verrata tapausmääräisen omakättilömallin ja tavanomaisen hoitomallin tuloksia Hollannissa	Retrospektiivinen kohorttitutkimus;  -naiset, jotka osallistuivat tapausmääräiseen omakättilömalliin, n= 657  -naiset, jotka osallistuvat tavanomaiseen hoitomalliin, n= 1954	Englanti	HAMK Finna

18	Olsson Markesjö, G.	2019	Women's experience of pregnancy and childbirth in a continuity of care model	Kuvata naisten kokemuksia osallistumisesta Min Barnmorska-projektiin	Laadullinen haastattelututkimus, tapausmääräiseen omakätilömalliin osallistuneille naisille n= 7	Englanti	MUU
19	Perriman, N., Davis, D. L., & Ferguson, S.	2018	What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis	Tunnistaa ja syntetisoida maailmanlaajuisesti tutkimustuloksia kätilöhoidon jatkuvuusmalliin osallistuvien naisten näkökulmasta	Kirjallisuuskatsaus, 13 laadullista tutkimusartikkelia	Englanti	HAMK Finna
20	Poggianella, S., Ambrosi, E., & Mortari, L.	2023	Women's experience of continuity of midwifery care in North-Eastern Italy: A qualitative study	Analysoida kätilöhoidon jatkuvuushoiton osallistuneiden naisten kokemuksia Italiassa	Puolistrukturoitu haastattelu, n=11	Englanti	PubMed
21	Ricchi, A., Rossi, F., Borgognoni, P., Bassi, M. C., Artioli, G., Foa, C. & Neri, I.	2019	The midwifery-led care model: a continuity of care model in the birth path	Tutkia kätilöhoidon jatkuvuusmallin vaikuttavuutta ja	Kirjallisuuskatsaus, 14 tutkimusartikkelia	Englanti	PubMed

				sovellettavuutta Italian äitiyshuoltoon			
22	Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D.	2016	Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women	Vertailla maailmanlaajuisesti kätilöhoidon jatkuvuusmalleja muihin hoitomalleihin	Kirjallisuuskatsaus, 15 artikkelia	Englanti	MUU
23	Symon, A., Pringle, J., Cheyne, H., Downe, S., Hundley, V., Lee, E., . . . Alderdice, F.	2017	Antenatal care trial interventions: a systematic scoping review and taxonomy development of care models	Katsaus raskaudenaikaisiin hoitomalleihin	Kirjallisuuskatsaus, 153 tutkimusartikkelia	Englanti	HAMK Finna
24	Symon, A., Pringle, J., Cheyne, H., Downe, S., Hundley, V., Lee, E., . . . Alderdice, F.	2016	Midwifery-led antenatal care models: Mapping a systematic review to an evidence-based quality framework to identify key components and characteristics of care	Kartoittaa erilaisia raskaudenajan hoitomalleja tunnistukseen, mikä toimii ja mikä ei	Kirjallisuuskatsaus, 25 tutkimusartikkelia	Englanti	HAMK Finna

25	Taylor, B., Cross-Sudworth, F., Goodwin, L., Kenyon, S. & MacArthus, C.	2019	Midwives 'perspectives of continuity based working in the UK. A cross-sectional survey	Tutkia hoidon jatkuvuusmalleja, joita kätilöt ovat halukkaita ja kykeneviä omaksumaan, muutoksen esteitä ja sitä, mikä auttaisi kätilöitä työskentelemään hoidon jatkuvuusmalleissa, UK	Poikkileikkaustutkimus kätilöille, n=798	Englanti	Science Direct
26	Wassen, L., Borgström Bolmsjö, B., Frantz, S., Hagman, A., Lindroth, M., Rubertsson, C., Strandell, A., Svanberg, T., Wessberg, A. & Wallerstedt, S.M.	2023	Child and maternal benefits and risks of caseload midwifery – a systematic review and meta-analysis	Tarkastella tapausmääräisen omakätilömalliin liittyviä hyötyjä ja riskejä verrattuna tavanomaiseen ruotsalaiseen hoitomalliin	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, 8 satunnaistettua kontrolloitua tutkimusartikkelia	English	HAMK Finna

