



**RASKAUDENKESKEYTYSPOTILAAN
(RASKAUSVIIKOILLA 12–20) HOITOPOLKU
KESKI-SUOMEN KESKUSSAIRAALASSA**

**Outi Koistinen
Katja Korhonen
SHO5S**

**Opinnäytetyö
Joulukuu 2008**

Sosiaali- ja terveysala



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Tekijä(t) KOISTINEN, Outi KORHONEN, Katja	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 56+10	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____saakka	
Työn nimi Raskaudenkeskeytspotilaan (raskausviikoilla 12–20) hoitopolku Keski-Suomen keskussairaalassa.		
Koulutusohjelma Hoitotyö		
Työn ohjaaja(t) RYTTYLÄINEN, Katri & TIAINEN, Elina		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen keskussairaalan operatiivinen osasto 4		
Tiivistelmä <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia raskaudenkeskeytykseen raskausviikoilla 12–20, tulevan naisen hoitopolku Keski-Suomen keskussairaalassa. Työyksiköt, joiden toimintaa tässä opinnäytetyössä tarkastellaan, ovat operatiivinen osasto 4, naistentautien poliklinikka sekä päiväkirurgian yksikkö. Tavoitteena oli selkeyttää työnjakoa eri toimijoiden välillä, lisätä raskaudenkeskeytspotilaan hoidon sujuvuutta ja kuvata potilaan kokonaisvaltainen kulku Keski-Suomen keskussairaalan eri yksiköiden välillä.</p> <p>Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Lisäksi hyödynnettiin valmiita aineistoja, joita olivat tässä tapauksessa potilasasiakirjat. Opinnäytetyönä tehtävässä tutkimuksessa haastateltiin kolmea sairaanhoitajaa sekä yhtä lääkäriä. Teemahaastatteluiden rinnalla tutustuttiin neljän raskaudenkeskeytspotilaan potilasasiakirjoihin. Opinnäytetyön aineiston analyysissä sovellettiin laadullista sisällön analyysia.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksena syntyi raskausviikoilla 12–20 raskaudenkeskeytyksen läpikäyvän potilaan hoitopolku, jossa kuvattiin vuokaaviona potilaan kulku keskussairaalassa ja hänen hoitoonsa osallistuvat ammattiryhmät sekä heidän osuutensa hoitoprosessissa. Hoitopolku nähtiin pääosin selkeänä ja toimivana. Myös yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa koettiin sujuvana. Hoitopolun vahvuutena pidettiin hoitotyön osuutta ja sairaanhoitajan rooli raskaudenkeskeytspotilaiden hoidossa nähtiin merkittävänä. Henkilökunta näki kuitenkin tarpeellisenä hoitopolun ajantasaisen päivittämisen ja potilaan ohjausmateriaalin yhdenmukaistamisen. Henkilökunnalla tulisi myös olla enemmän aikaa panostaa raskaudenkeskeytspotilaan tukemiseen ja ohjaukseen hoitopolun eri vaiheissa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Raskaudenkeskeytys, hoitopolku, naistentaudit		
Muut tiedot		

Author(s) KOISTINEN, Outi KORHONEN, Katja	Type of Publication Bachelor´s Thesis	
	Pages 56+10	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title The care pathway of a patient having abortion (at 12-20 weeks`gestation) in Central Finland Central Hospital		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) RYTTYLÄINEN, Katri & TIAINEN, Elina		
Assigned by Central Finland Central Hospital, an operative unit 4		
Abstract The purpose of this thesis was to define the care pathway of women having abortion at 12-20 weeks` gestation in Cetral Finland Central Hospital. Under the examination was the operation of different care units which participate in care of women having abortion. The aim of thesis was to define the work distribution between different care units and to add functionality in care or nursing of patient having abortion. The aim was also to represent the patients` overall course between care units in Central Finland Central Hospital. The research was implemented as an individual theme interview for three nurses and for one gynaecologist. In addition four patient documents were examined. The research method is qualitative and the results were analyzed by applying content analysis. As a result of this thesis was formed the care pathway of a patient going through an induced abortion. The care pathway was represented as a flow chart which indicated patient`s progression in Central Hospital and the actions of occupational groups who take part in the patient care. The care pathway was seen mostly clear and functional. The cooperation with primary health care worked also well. The strong area in the care pathway in this thesis was the contribution of nursing. The nurse`s role in caring for the women having an abortion was seen significant. The nursing staff saw it important to update the care pathway regularly and standardize the guidance material. The nursing staff should have more possibilities to invest time in supporting and guiding the patient trough out the care pathway.		
Keywords Abortion, Care pathway, Women`s health		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1.	<i>JOHDANTO</i>	5
2.	<i>RASKAUDENKESKEYTYS SUOMESSA</i>	7
2.1.	Lainsäädäntö.....	7
2.2.	Yleisyys.....	8
2.3.	Raskaudenkeskeytysmenetelmät.....	9
2.4.	Raskaudenkeskeytyspotilas terveydenhuollossa.....	11
3.	<i>RASKAUDENKESKEYTYS POTILAAN HOITOTYÖ</i>	13
3.1.	Naisten kokemus hoidosta ja tiedontarve.....	13
3.2.	Enemmän tukea tarvitsevien tunnistaminen.....	14
3.3.	Ohjaus ja neuvonta.....	15
3.4.	Ehkäisyneuvonta ja jälkitarkastus	17
4.	<i>HOITOSUOSITUKSESTA TOIMINTAOHJEEKSI</i>	18
5.	<i>OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET</i>	20
6.	<i>OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS</i>	21
6.1.	Opinnäytetyön lähestymistapa	21
6.2.	Aineisto	22
6.3.	Aineistonkeruumenetelmät	23
6.4.	Aineiston analyysi	24
7.	<i>TUTKIMUKSEN TULOKSET</i>	27
7.1.	Hoitotyö naistentautienpoliklinikalla	27
7.1.1.	Hoidon tarve ja hoitopolun alku.....	27
7.1.2.	Lääkärintarkastus naistentautien poliklinikalla.....	28
7.1.3.	Sairaanhoidajan toteuttama hoito naistentautien poliklinikalla.....	30
7.1.4.	Raskaudenkeskeytyspäätös varma.....	31
7.1.5.	Raskaudenkeskeytyspäätös epävarma	33
7.1.6.	Yli 12 raskausviikon toteaminen naistentautien poliklinikalla.....	34
7.2.	Hoitotyö naistentautien osastolla	36
7.2.1.	Hoidon toteutus	36
7.2.2.	Hoidon toteutus lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen epäonnistuessa.....	39
7.3.	Näkemyksiä hoitopolun vahvuuksista ja kehittämistarpeista	40
7.4.	Yhteenvedo tuloksista.....	42
8.	<i>POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET</i>	45
8.1.	Tutkimustulosten tarkastelu	45
8.2.	Oman oppimisprosessin tarkastelu	48
8.3.	Luotettavuus ja eettiset kysymykset	49
8.4.	Johtopäätökset.....	52
9.	<i>JATKOTUTKIMUSAIHEET</i>	52

<i>LÄHTEET</i>	54
<i>LIITTEET</i>	57
Liite 1. Raskaudenkeskeytys (KSSHP)	57
Liite 2. Raskauden keskeytys sikiöindikaatioin < 24 rvk (geneettinen) ja sosiaalisin indikaatioin 12–20 rvk (KSSHP, ohje tarkoitettu henkilökunnan käyttöön)	60
Liite 3. Teemat	62
Liite 4. Esimerkki aineiston analyysistä	63
Liite 5. Opinnäytetyön yhteistyösopimus/ lupa-anomus	64

KUVIOT

Kuvio 1 Siirtyminen perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon	28
Kuvio 2 Lääkärintarkastus naistentautien poliklinikalla ennen raskaudenkeskeytystä .	29
Kuvio 3 Sairaanhoidajan toteuttama hoito naistentautien poliklinikalla - yli 12 rvk, keskeytyspäätös varma	32
Kuvio 4 Sairaanhoidajan toteuttama hoito naistentautien poliklinikalla - yli 12 rvk, keskeytyspäätös epävarma	33
Kuvio 5 Yli 12 rvk toteaminen naistentautien poliklinikalla.....	35
Kuvio 6 Hoitajakäynti (2.käynti) naistentautien poliklinikalla, kun yli 12 rvk on todettu poliklinikalla	35
Kuvio 7 Hoidon toteutus naistentautien osastolla.....	38
Kuvio 8 Hoidon toteutus lääkkeellisen keskeytyksen epäonnistuessa	39
Kuvio 9 Raskaudenkeskeytyspotilaan (raskausviikoilla 12–20) hoitopolku Keski-Suomen keskussairaalassa	43

1. JOHDANTO

Viimeisten vuosikymmenien aikana on tämän laatuinen keskenmeno (rikollinen abortti) käynyt yhä tavallisemmaksi. Naiset, jotka vastoin tahtoaan ovat tulleet raskaiksi, koettavat keskeyttää sen kaikenlaisilla lääkkeillä. Tällainen yritys epäonnistuu kuitenkin melkein aina, sillä ei ole olemassa mitään varmasti sikiönlähdetävää ainetta. Jotkut saattavat toisinaan viedä toivottuun tulokseen, mutta samalla nainen joutuu hengenvaaraan. (Naisten oma lääkärikirja 1954, 132–133.)

1950-luvulla Suomen aborttilaki salli raskaudenkeskeytyksen pääasiassa silloin, jos lapsen synnyttämisestä olisi voinut olla naisen terveydelle pysyvää haittaa tai jos raskaus oli seurausta väkisinmakaamisesta. Naisten oman lääkärikirjan (1954) mukaan yleinen oikeustaju ei sallinut aborttia ainoastaan sosiaalisista syistä. Tuohon aikaan rikollinen abortti oli hengenvaarallinen toimenpide ja laillinenkin abortti saattoi joskus johtaa steriliteettiin, ellei jopa kuolemaan. (Naisten oma lääkärikirja 1954, 133–134.) Raskaudenkeskeytyksen hoitomenetelmät ovat kehittyneet paljon noista ajoista. Kirurgisista keskeytysmenetelmistä on siirrytty lääkkeellisiin keskeytyksiin. Raskaudenkeskeytys on muuttunut pääosin polikliiniseksi toiminnaksi. (STM 2007, 108.) Suomessa raskaudenkeskeytys tehdään useimmiten sosiaalisista syistä ja vakavat komplikaatiot tai pitkäaikaisvaikutukset ovat kovin harvinaisia (Käypä hoito – suositus 2007). Kehitettävääkin löytyy, kuten raskaudenkeskeytyspotilaan yksilöllisten tarpeiden huomioiminen sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön sujuvuus (Rainto 2004, 36; STM 2007, 108–109).

Maailman terveysjärjestö WHO kehottaa jäsenmaitaan laatimaan maakohtaiset seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmat. Suomessakin Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut toimintaohjelman vuosille 2007–2011. Tilastollisesti sekä kansainvälisesti Suomen väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyden tila on hyvä, silti maamme raskaudenkeskeytystilastot osoittavat haasteita. Lääkkeellisten raskaudenkeskeytysten turvallisuudesta tulisi huolehtia ja huomion tulisi kohdistua entistä paremmin toistuvien raskaudenkeskeytysten hoitoon sekä ehkäisemiseen (STM 2007, 4). Lisäksi synnytystä seuraavan

vuoden aikana tehtyjen raskaudenkeskeytysten määrää tulisi saada vähennettyä (STM 2007, 91).

Suomessa on annettu vuonna 2001 raskaudenkeskeytyksen hoidosta hoitosuositus, joka on kokonaisuudessaan päivitetty syksyllä 2007. Suosituksen tarkoituksena on, että alueellisia hoitokäytäntöjä kehitetään sen pohjalta ja sen lisäksi sairaalat laativat omat toimipaikkakohtaiset käytänteet. (STM 2007, 108–109.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia raskaudenkeskeytykseen raskausviikoilla 12–20, tulevan naisen hoitopolku Keski-Suomen keskussairaalaan. Työyksiköt, joiden toimintaa tässä opinnäytetyössä tarkastellaan, ovat operatiivinen osasto 4, naistentautien poliklinikka sekä päiväkirurgian yksikkö. Tavoitteena oli selkeyttää työnjakoa eri toimijoiden välillä, lisätä raskaudenkeskeytyspotilaan hoidon sujuvuutta ja kuvata potilaan kokonaisvaltainen kulku Keski-Suomen keskussairaalan eri yksiköiden välillä. Opinnäytetyö tehtiin Keski-Suomen keskussairaalan toimeksiannosta.

2. RASKAUDENKESKEYTYS SUOMESSA

Raskaudenkeskeytys eli indusoitu abortti on määritelty Käypä hoito -ohjeessa (2007) raskauden keinotekoisena päättämisenä ennen 20. raskausviikkoa. Keskeytyksessä synnytyksen kriteerit eivät täyty eikä sikiö ole kuollut kohtuun spontaanisti. Terveysturvakeskus voi antaa luvan keskeytykseen sikiödiagnostisista syistä raskausviikolle 24 asti. (Käypä hoito – suositus 2007.)

2.1. Lainsäädäntö

Raskaudenkeskeytys nostaa esiin myös eettisiä ongelmia, jotka liittyvät sikiön tai äidin terveyteen, alkion kehitysvaiheisiin tai perheen elämän arvoihin. Siksimonissa maissa onkin olemassa laki raskaudenkeskeytyksistä, joka antaa suuntaviivat, joiden puitteissa toimia ja joiden perusteella raskaus voidaan keskeyttää. (Leino-Kilpi 2004a, 178.) Naisella itsellään on oikeus saada tietoa keskeytykseen liittyvistä asioista. Hänen tulisi myös saada hyväksyntää ja tukea päätöstä tehtäessä. (Eskola ja Hytönen 2002, 88.)

Suomessa laki raskaudenkeskeytyksistä (L 24.3.1970/239) on vuodelta 1970. Se asettaa keskeytyksen perusteluiksi sikiön terveyden vaarantamisen, kyvyn huolehtia tulevasta lapsesta ja synnyttäjän iän. Raskauden voi keskeyttää, jos nainen ei ole täyttänyt 17 vuotta tai on täyttänyt 40 vuotta. Lisäksi, jos raskaus on alkanut raiskauksen yhteydessä, sikiöllä on vakava kehityksellinen häiriö tai vanhemmilla on rajoitteita lapsen hoitamisen suhteen, raskaudenkeskeytykseen voidaan lain mukaan päätyä. Laki raskaudenkeskeytyksistä velvoittaa myös terveydenhuollon yksiköitä huolehtimaan asianmukaisesta ehkäisyneuvonnasta. (L 24.3.1970/239.)

Terveysturvakeskus (myöhemmin TEO) myöntää luvat sairaaloille toimia keskeytyspaikkana. Lausunnon raskauden keskeytyksestä antavalla lääkäriellä on oltava TEO:n lupa toimia kyseisessä tehtävässä. Yhden lääkärin päätöksellä voidaan keskeytys tehdä alle 17- tai yli 40 -vuotiaille tai jo neljä lasta synnyttäneelle, muutoin tarvitaan kahden lääkärin suostumus. Jos

raskaus on kestänyt yli 12 viikkoa, keskeytykseen tarvitaan lupa TEOlta. Lisäksi TEO:n lupa keskeytykseen tarvitaan, jos lääkärin päätös on kielteinen tai sikiöllä epäillään olevan vakava sairaus tai muu vamma. Lupaa raskaudenkeskeytykseen haetaan lomakkeella jokaisessa tapauksessa TEOlta. AB1 -lomake sisältää itse hakemuksen, lääkärinlausunnon sekä päätöksen. Yli 12 raskausviikon keskeytyksissä vaaditaan lisänä AB2-lomake, joka sisältää tiedot hakijan elämänoloista ja muista asiaan liittyvistä olosuhteista. (Käypä hoito – suositus 2007.)

2.2. Yleisyys

Stakesin mukaan vuonna 2007 Suomessa tehtiin 10 533 aborttia. Vuoden 2006 vastaava luku oli 10 645, mikä tarkoittaa sitä, että raskaudenkeskeytysten määrä laski 1,5 %. Väestömäärään suhteutettuna keskeytysten määrä kuitenkin lisääntyi molempina vuosina 25–29 –vuotiaiden sekä 30–34 vuotiaiden ikäryhmissä. Raskaudenkeskeytysten määrä on ollut laskusuuntaista viimeisten muutaman vuoden ajan. Vuonna 2006 keskeytyksiä oli jopa 3 % vähemmän edellisvuoteen verrattuna. 2000-luvulla erityisen huimassa laskussa on ollut alle 20-vuotiaiden raskaudenkeskeytysten määrä. Raskaudenkeskeytyksistä vain 7 % tehdään raskausviikon 12 jälkeen. Syyt raskaudenkeskeyttämiseen ovat pysyneet samoina. Sosiaaliset syyt ovat yleisin peruste. Vuonna 2007 keskeytyksen syistä 90,7 % oli juuri sosiaalisia. Eniten abortteja tehtiin 20–24 -vuotiaille. Yli 12 raskausviikolla tapahtuvia keskeytyksiä oli vuonna 2007 758, mikä on 7,2 % kaikista keskeytyksistä. Keskeytykseen tulevista noin 61,4 % sanoi käyttäneensä ehkäisyä raskauden alkaessa. Jälkiehkäisyä käyttäneitä oli 3,1 %. (Raskaudenkeskeytykset vuonna 2006, 2007.)

Stakesin tilastojen (2005) mukaan Suomessa tehdään vähiten raskaudenkeskeytyksiä muihin Pohjoismaihin verrattuna, ja Ruotsissa eniten. Yhteensä Pohjoismaissa tehdään vuosittain noin 76 000 raskaudenkeskeytystä. Maailmanlaajuisesti abortteja tehdään 46 miljoonaa joka vuosi (Safe abortion 2003).

2.3. Raskaudenkeskeytysmenetelmät

Raskaudenkeskeytys voidaan tehdä kahdella tavalla: kirurgisesti tai lääkkeiden avulla. Lääkkeiden avulla tehtävä keskeytys yleistyy jatkuvasti. Vuonna 2007 63,8 % raskaudenkeskeytyksistä oli lääkkeellisiä. (Raskaudenkeskeytykset vuonna 2007.) Tässä opinnäytetyössä esitetään raskaudenkeskeytysmenetelmät Käypä hoito- ohjeen mukaisesti. Liitteissä 1 ja 2 ovat Keski-Suomen keskussairaalan ohjeet raskaudenkeskeytyksistä. Keski-Suomen keskussairaalan ohjeet raskaudenkeskeytyksen toteutuksesta ovat pitkälti yhteneväiset Käypä hoito – ohjeen kanssa.

Kirurginen raskaudenkeskeytys

Raskaudenkeskeytys tehdään anestesiassa imukaavinnalla. Kohtuontelo tyhjenetään ja imukyretillä poistetaan sekä tarkistetaan materiaalin poistuminen. Ennen toimenpidettä kohdunkaulaa laajennetaan misoprostolilla, mikä estää kohdun repeämistä, pienentää mahdollisuutta kohdun seinämän puhkeamiseen ja suurempaan verenhukkaan sekä auttaa kohdun tyhjentymisessä. Kirurgisen tavan haittoja verrattuna lääkkeelliseen on suurempi mahdollisuus raskauden jatkumiseen, täydellisen tyhjennyksen epäonnistuminen sekä korkeampi tulehdusvaara. (Käypä hoito – suositus 2007; Toivonen 2004, 173.)

Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys

Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys tehdään yleensä, kun raskausviikkoja on alle 9 tai yli 12. Se voidaan suorittaa myös viikoilla 9-12. (Käypä hoito – suositus 2007.) Lääkkeellinen keskeytys tehdään ilman anestesiaa, jolloin toimenpiteestä toipuminen on nopeampaa. Se on myös luonnollisempi tapa keskeyttää raskaus verrattuna kirurgiseen (Toivonen 2004, 174).

Lääkkeellisen keskeytyksen huonoja puolia ovat pitempikestoinen jälkivuoto, yleensä noin kaksi viikkoa, mutta jopa neljään viikkoon saakka. Sivuvaikutuksia voivat olla voimakkaat kivut, oksentelu ja ripuli. Lääkkeellistä keskeytystä ei voida suorittaa, jos naisella on todettu vaikea astma, pitkä kortisonihoito, antikoagulanttihoito, verenvuototaipumus, sepelvaltimotauti, allergia käytettäville lääkkeille tai on aihetta epäillä kohdunulkopuolista raskautta. (Käypä hoito

– suositus 2007; Toivonen 2004, 174.)

Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys ennen raskausviikkoa 12

Keskeytys saadaan aikaan antiprogestiinin ja prostaglandiinin yhteisvaikutuksella, jolloin kohtu tyhjentyy ja alkava raskaus poistuu verenvuotona. Antiprogestiini eli mifepristoni estää prostaglandiinin sitoutumisen reseptoriinsa, mikä on raskauden etenemiselle välttämätön. Se myös herkistää kohtua prostaglandiinin vaikutukselle. Prostaglandiinin eli misoprostolin tehtävä on pehmitellä kohdunkaulaa ja supistaa kohtulihasta. Suurin vaikutus misoprostolilla saadaan, kun se annetaan 36–48 tuntia mifepristonin jälkeen. (Käypä hoito – suositus 2007; Toivonen 2004, 174.) Mifepristoni 200 mg otetaan suun kautta sairaalassa. Misoprostolin anto on tarkoituksenmukaista ajoittaa 2-4 vuorokauden päähän, annos on 0,4 mg suun kautta tai 0,4–0,8 mg emättimeen. Seuranta-aika sairaalassa on prostaglandiinin jälkeen neljä tuntia. (Käypä hoito – suositus 2007.)

Raskausviikkoja ollessa alle 9 raskaudenkeskeytys voidaan toteuttaa poliklinisesti, osittain kotona. Tällöin naiselle annetaan mifepristoni-annos poliklinikalla, mutta hän saa kotiin mukaansa misoprostoli-annoksen, jonka hän ottaa yhdestä kolmeen vuorokauden kuluttua omatoimisesti. Osittain kotona tapahtuva keskeytysvaihtoehto sopii parhaiten täysi-ikäisille naisille. Myöhemmillä raskausviikoilla potilaan hoito on aiheellista toteuttaa osastolla, koska keskeytys etenee hitaammin, misoprostolia joudutaan usein antamaan lisää ja haittavaikutusten esiintyminen on yleisempää. (Käypä hoito – suositus 2007.)

Raskaudenkeskeytysmenetelmät raskausviikoilla 12–20

Raskaudenkeskeytys viikoilla 12–20 tapahtuu aina lääkkeellisesti. Erot aiempien viikkojen keskeytykseen ovat suurempi prostaglandiini annos ja pidempi sairaalassa oloaika. Nainen saa ensin 200 mg mifepristonin ja 1-2 kahden vuorokauden jälkeen sairaalassa 0,4–0,8 mg misoprostolia emättimeen. Misoprostolia annetaan tarvittaessa 0,4 mg lisäannoksia kolmen tunnin välein. Lisäannoksia voi antaa 4-6 kertaa vuorokaudessa. Raskaus keskeytyy keskimäärin 6-8 tuntia prostaglandiinin aloituksesta, mikäli näin ei tapahdu hoito voidaan uusida tai antaa oksitosiini-infuusio. Mikäli naisella on veren Rh-tekijä

negatiivinen, hän saa keskeytyksen jälkeen anti-D-immunoglobuliini pistoksen rutiinisti, jotta ongelmia ei tulisi mahdollisissa myöhemmissä raskauksissa. Raskauden keskeytyminen varmistetaan ennen kotiutumista sairaalasta. Jos istukka ei ole poistunut ja verenvuoto on runsasta, kaavintaa käytetään tarvittaessa keskeytyksen läpiviemiseen. (Käypä hoito – suositus 2007; Toivonen 2004, 175.)

2.4. Raskaudenkeskeytyspotilas terveydenhuollossa

Suomessa terveydenhuollon palvelut on järjestetty porrasteisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken. Yleensä potilaan tai asiakkaan hoito alkaa perusterveydenhuollossa, josta potilas tarvittaessa saa lähetteen erikoislääkärille. (Saranummi, Kivisaari, Väyrynen ja Hyppö 2005, 7-8.) Perusterveydenhuollon palveluita on koko väestön saatavilla kuntien terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa sekä yksityisillä lääkäriasemilla. Ainoastaan pieni osa perusterveydenhuollon potilaista tarvitsee erikoissairaanhoidon palveluita. (Mattila 2005.) Porrastetussa terveydenhuoltojärjestelmässä erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan sen erikoislääkärijohtoista osaa. Erikoissairaanhoidon tehtäviin kuuluvat sairauksien tutkimus, hoito, ennaltaehkäisy ja kuntoutus. Lukuun ottamatta kiireellisiä tapauksia erikoissairaanhoidon pääsy vaatii lääkärin lähetteen. (Teperi 2005.) Lähetettäessä potilas perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon on kyse konsultaatiosta tai hoitoon lähettämisestä. Toimivan terveydenhuoltojärjestelmän perustana on joustava yhteistyö ja hyvä tiedonkulku perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. (Mattila 2005.)

Naisen halutessa raskauden keskeyttämistä raskausviikoilla 12–20, hänet ohjataan menemään ensiksi terveyskeskukseen. Perusterveydenhuollossa arvioidaan, kuinka perusteet raskauden keskeyttämiselle täyttyvät ja lupaa keskeytykseen haetaan TEOlta (Raskauden keskeyttäminen 2007). Perusterveydenhuollossa kerätään tarvittavat esitiedot raskaudenkeskeytyksestä suunnittelevalta naiselta, täytetään vaadittavat lomakkeet, kerrotaan naiselle hänen vaihtoehdoistaan sekä mahdollisista keskeytysmenetelmistä ja mietitään valmiiksi sopiva jatkoehkäisy menetelmä (Käypä hoito – suositus 2007). Perustervey-

denhuollossa neuvotaan naista raskaudenkeskeytykseen liittyvissä asioissa ja ohjataan sairaalaan hakeutumisessa (Raskauden keskeyttäminen 2007).

Raskaudenkeskeytystapauksessa käytettävä hakemuslomake lääkärinlausuntoineen toimii lähetteenä keskeytyssairaalaan. Raskaudenkeskeytystä edeltävistä tutkimuksista perusterveydenhuollossa tehdään naisen yleisen terveydentilan arviointi, raskauden keston arviointi ja otetaan tarvittavat näytteet sekä verikokeet. Alueellisesti tulisi olla sovittu, missä vaiheessa kyseiset raskaudenkeskeytystä edeltävät tutkimukset tehdään. Päällekkäisten tutkimusten välttäminen on potilaan edun mukaista ja lisäksi samalla säästetään myös hoitavan tahon aikaa, vaivaa ja varoja. Perusterveydenhuollosta raskaudenkeskeytyspotilas siirtyy erikoissairaanhoidon, mutta hänen hoitonsa päättyy usein perusterveydenhuoltoon. Perusterveydenhuollon tehtävänä on tarvittaessa järjestää raskaudenkeskeytystä seuraava jälkitarkastus. (Käypä hoito – suositus 2007.)

Erikoissairaanhoidossa keskeytyssairaalan tehtävinä ovat varsinaisen raskaudenkeskeytyksen suorittaminen asiantuntevasti ja potilasystävällisesti, sekä tarvittaessa jatkoehkäisymenetelmän tarjoaminen. Vaadittavat lomakkeet tarkistetaan sekä täydennetään. Keskeytysmenetelmä päätetään yhteistyössä potilaan kanssa. Erikoissairaanhoidossa tehdään aina gynekologinen tutkimus sekä ultraäänitutkimus, joilla varmistetaan raskauden kesto ja paikka, mahdolliset synnytyselinten infektiot sekä rakennepoikkeavuudet. Tarvittaessa tehdään myös lisätutkimuksia. (Käypä hoito – suositus 2007.) Raskaudenkeskeytykset tehdään nykyään usein polikliinisesti (raskauden keston ollessa alle 9 viikkoa), jolloin keskeytyspotilaan psykososiaalinen hoito, kuten myös jatkoehkäisyn suunnittelu ovat yhä enemmän lähettävän ja jälkitarkastuksen tekevän tahon, eli perusterveydenhuollon varassa. Keskeytykset viikoilla 12–20 tehdään aina osastolla. (STM 2007, 108.) Erikoissairaanhoidossa tulee kuitenkin vielä erikseen sopia jälkitarkastuspaikasta ja varmistaa jatkoehkäisy (Käypä hoito – suositus 2007).

3. RASKAUDENKESKEYTYSPOTILAAN HOITOTYÖ

3.1. Naisten kokemus hoidosta ja tiedontarve

Kaiken kaikkiaan raskaudenkeskeytyspotilaiden kokemuksia selvittäneitä tutkimuksia on Suomessa tehty melko vähän. Kristiina Poikajärvi (1998) on tutkinut, miten raskaudenkeskeytyspotilaat ovat kokeneet keskeytyspotilaan hoitoketjun toimivuuden. Hänen tutkimustulostensa mukaan potilaat pelkäävät henkilökunnan syyllistävästä asennesta. He toivovat heiltä huomiota sekä persoonallista ja ystävällistä kohtelua. (Poikajärvi 1998, 1-2, 41, 61, 83.)

Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitoketju oli yleisesti koettu liian moniportaisena ja joustamattomana. Tämä näkyi muun muassa siinä, että potilaiden mielestä heidän toiveitaan ei huomioitu tarpeeksi, odotusajat olivat ajoittain pitkiä ja eri yksiköissä tehtiin päällekkäisiä tutkimuksia. (Poikajärvi 1998, 83, 90.) Kaiken kaikkiaan hoidon jatkuvuudessa on koettu ongelmia. Odottelu prosessin eri vaiheissa oli ollut epämukavaa sekä päätöksen pitävyydestä puhuminen useaan eri otteeseen. Raskaudenkeskeytyspotilaat olivat pitäneet asiaa arkaluonteisena ja henkilökohtaisena. (Rainto 2004, 33, 36.)

Toiminta raskaudenkeskeytysprosessissa oli koettu rutiininomaisena. Naisilla olisi ollut tarvetta keskustella tunteistaan ja tilanteestaan enemmän lääkärin ja hoitajan kanssa ennen ja jälkeen keskeytyksen. (Poikajärvi 1998, 41, 83.) Naiset toivovat keskusteluissa huomioitavan henkisen puolen sekä psyykkiset että fyysiset vaikutukset. (Sihvo ja Kosunen 1998, 55–56.) Naiset olisivat erityisesti halunneet keskustella siitä, millaisia tunteita keskeytysmenetelmä tai itse keskeytys voi aiheuttaa. Edelliseen liittyen naiset halusivat tietää, mistä he saisivat tarvittaessa keskusteluapua. (Keränen 2006, 30–31, 36–38.) Esiintulleita tunteita prosessin eri vaiheissa olivat esimerkiksi Rainnon (2004) tutkimuksessa pelko, paha olo, helpotus, huono omatunto sekä katumus. Raskaudenkeskeytys raskausviikoilla 12–20 voi aiheuttaa suurta ahdistusta, koska keskeytysprosessilla on vaikutusta naisen psyykkiseen ja fyysiseen puoleen (Huntington 2002).

Suurin osa raskaudenkeskeytykseen tulevista naisista arvioi tiedon tarpeensa vähintään kohtalaiseksi (Keränen 2006, 36). Vaikka kokemus tiedonsaannista on ollut potilailla hyvä, lisätieto oli koettu tarpeelliseksi. Tiedon vähyys on aiheuttanut epävarmuuden tunnetta ja pelkoja. (Rainto 2004, 35.) Potilaat toivoivat saavansa tietoa ja asiantuntevaa ohjausta, jotta he pystyisivät toteuttamaan hyvää itsehoitoa ja toimimaan omaa terveyttään edistävasti. Eniten naiset toivoivat saavansa tietoa siitä, kuinka he pystyvät itse vaikuttamaan raskaudenkeskeytyksen aiheuttamiin oireisiin ja mikä on heidän oma vastuunsa toimenpiteen onnistumiseksi. Naiset pitivät siis tärkeimpänä tietoa, miten he voivat itse osallistua hoitoon. Lisäksi he halusivat tietää, kuinka toimenpide vaikuttaa heidän normaaliin jokapäiväiseen toimintaansa. (Keränen 2006, 27–29, 37.)

Naiset pitivät tärkeänä sitä, että he saivat tietoa raskaudenkeskeytyksen biologisista ja fysiologisista vaikutuksista liittyen etenkin komplikaatioihin. He toivoivat tietoa mahdollisten komplikaatioiden oireiden tunnistamisesta, tietoa komplikaatioiden ehkäisemisestä sekä tietoa verenvuodosta mahdollisena komplikaationa. (Keränen 2006, 27–29, 37.) Lisäksi naiset toivoisivat saavansa enemmän tietoa myös keskeytyksen mahdollisista vaikutuksista hedelmällisyyteen tai seuraaviin raskauksiin. (Sihvo ja Kosunen 1998, 55). Ongelmitta sujuneella raskaudenkeskeytyksellä ei ole vaikutusta hedelmällisyyteen, eikä se lisää riskiä saada keskenmeno tai kohdunulkoinen raskaus. Etenkin toistuvat raskaudenkeskeytykset voivat kuitenkin lisätä ennenaikaisen synnytyksen riskiä. (Käypä hoito – suositus 2007.)

3.2. Enemmän tukea tarvitsevien tunnistaminen

Raskaudenkeskeytykseen liittyy aina sekä positiivisia että negatiivisia tunteita, kuten helpotus tai syyllisyys ja katumus. Useimmiten tunteet ovat lieviä, ohimeneviä, keskeytyksen lähipäivinä tai lähiviikkoina ilmeneviä tunteita. (Harris 2004, 106.) Pääasiassa naisille riittää keskustelu peruskäynneillä lääkärin tai hoitajan kanssa (Poikajärvi 1998, 419) sekä tieto mahdollisista keskustelu-

avun tarjoajista (Keränen 2006, 38). Keskeytysasiakkaan psyykkiselle selviytymiselle on kuitenkin olemassa erityisiä uhkatekijöitä, jotka olisi hyvä tunnistaa ja huomioida (Harris 2004, 106–107; Käypä hoito – suositus 2007). Uhkatekijöitä ovat esimerkiksi myöhäinen keskeytysajankohta, toistuvat keskeytykset, vaikeus tehdä keskeytyspäättös, suunniteltu raskaus, itsesyytökset sekä keskeytykseen liittyvä painostus (Harris 2004, 106–107.) Tukea psyykkiseen selviytymiseen voi tarvita mahdollisesti myös nainen, jolla on aiempia mielialaongelmia, epävarma taloudellinen tilanne tai puutteellinen sosiaalinen verkosto. (Käypä hoito – suositus 2007.)

Raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito – suosituksessa (2007) kehoitetaan kiinnittämään erityistä huomiota alaikäisten raskaudenkeskeytyspotilaiden tukemiseen, sillä nuorilla voi raskaudenkeskeytys olla merkki riskikäyttäytymisestä. (Käypä hoito – suositus 2007.) Vasta synnyttäneiden naisten joukko on myös erityisryhmä keskeytyspotilaiden joukossa. Keskeytysten riski on kohonnut 6-8 kuukautta synnytyksen jälkeen eli ehkäisyneuvonta ei kaikilta osin toteudu parhaalla mahdollisella tavalla. (STM 2007, 99.)

Joillakin raskaudenkeskeytyspotilailla voi olla tarvetta keskustella asiantuntijan, kuten sosiaalityöntekijän tai psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa. Potilasta tulisi siinä tapauksessa ohjata, mihin hän voi halutessaan ottaa yhteyttä tuen ja avun saamiseksi. (Käypä hoito – suositus 2007.) Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistuksen mukaan jokaiselle raskaudenkeskeytyspotilaalle tulisi aina tarjota mahdollisuus keskusteluun ja psykososiaaliseen tukeen, jonka lisäksi tuen tarvetta tulisi arvioida hoidon kaikissa vaiheissa (STM 2007, 109).

3.3. Ohjaus ja neuvonta

Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyössä ohjauksella ja neuvonnalla on yhteyttä siihen, kuinka tyytyväinen potilas on saamaansa hoitoon. Näin on erityisesti toteutettaessa lääkkeellistä keskeytystä, jolloin nainen osallistuu itse enemmän koko keskeytysprosessiin. Lääkkeellinen keskeytys vaatii aktiivisuutta potilaalta itseltään, vie enemmän aikaa verrattuna kirurgiseen keskey-

tykseen ja samalla nainen on tietoisempi vuodosta sekä supistelusta. Lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen edellytyksiä ovat riittävä ohjaus, neuvonta sekä tuki. Keskeytystä ennen keskusteltaessa on tärkeää tarjota naiselle mahdollisuus pohtia ja purkaa tunteitaan sekä keskustella hänen vaihtoehtoistaan ja eri keskeytysmenetelmistä. Potilaalle tulee tarjota tietoa ja mahdollisuuksia osallistua omaan hoitoonsa sekä päätöksentekoon. (Breithart 2000, 26–27.)

Ennaltaehkäisevä neuvonta auttaa vähentämään keskeytyksen jälkeisiä ongelmia. Keskustellen kannustetaan naista tunnistamaan syitä, jotka ovat johdaneet päätökseen keskeyttää raskaus ja pohtimaan, millaisia tunteita keskeytys voi saada hänessä aikaan. Naisen tulee pystyä arvioimaan kykyjään sekä voimavarojaan käsitellä keskeytyskokemusta. Hoitaja voi auttaa naista tunnistamaan tukiverkostonsa, lisätä naisen itseluottamusta ja tukea häntä. Hoitaja antaa tietoa liittyen raskaudenkeskeytykseen ja sen mahdollisiin seurauksiin. Edelliseen liittyen on tärkeää korjata naisen virheellisiä tietoja. (Harris 2004, 107–108.)

Ohjausta tai neuvontaa annettaessa kartoitetaan ja lisätään naisen voimavaroja. Ohjaukseen kannattaa sisällyttää keskustelu yleisimmistä sivuvaikutuksista, kuten aiheutuvasta kivusta sekä vuodosta, lääkeohjaus etenkin kipulääkkeiden käytöstä ja ehkäisyneuvonta. Naiselle tulee kertoa keinoista hallita oireita, miten tunnistaa oireet, joista huolestua ja kuinka toimia todellisessa ongelmatilanteessa. Hänen on myös hyvä tietää mahdollisuudesta joutua imukaavintaan. (Breithart 2000, 29–30, 32.) Raskaudenkeskeytyksen jälkeen naista tulee ohjata ottamaan yhteyttä keskeytyssairaalaan mahdollisten ongelmien ilmetessä. Lisäksi jälkitarkastuksen tärkeydestä ja sen ajankohdasta tulee antaa tietoa. Kaikki ohjeet tulisi antaa suullisesti sekä kirjallisesti. (Käypä hoito – suositus 2007.)

3.4. Ehkäisyneuvonta ja jälkitarkastus

Raskaudenkeskeytyksen yhteydessä tulee painottaa raskauden ehkäisyn valintaa jatkossa. Keskeytyksen jälkeistä ehkäisyä olisi tärkeää miettiä jo läheteikäynnillä. (STM 2007, 109.) Luotettava raskaudenehkäisy tulisi aloittaa mahdollisimman pian keskeytyksen jälkeen tai viimeistään jälkitarkastuksessa. Yhdistelmäehkäisy, kuten ehkäisytabletit, -laastari tai -rengas, on mahdollista aloittaa heti, kun taas kierukka voidaan asettaa seuraavien kuukautisten yhteydessä. Myös progestiiniehkäisy, tarkoittaen minipillereitä, ihonalaisia implantteja tai progestiiniiruiskeita, voidaan aloittaa välittömästi keskeytyksen jälkeen. (Käypä hoito – suositus 2007.)

Viime vuosina raskaudenkeskeytysprosessin läpikäyneistä naisista joka kolmannelle oli tehty joskus aiemmin vähintään yksi keskeytys ja puolet heistä oli synnyttänyt ainakin kerran. Ehkäisyneuvonta terveydenhuollon palvelukontaktien yhteydessä ei siis ole riittävää tai se on tehotonta. (STM 2007,99,105.) Varsinkin synnyttävät naiset ovat monesti yhteyksissä terveydenhuoltoon ja käyvät lisäksi synnytyksen jälkeen jälkitarkastuksessa, jolloin ehkäisyneuvontaa olisi ideaalista antaa (Suhonen ja Heikinheimo 2008). Samoin puutteita on esimerkiksi keskeytyksen jälkeisen ehkäisyn toteutumisessa. Sosiaali- ja terveysministeriö onkin määrittänyt yhdeksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen tavoitteeksi toistuvien keskeytysten osuuden vähenemisen. (STM 2007, 99, 105.) Suhonen ja Heikinheimo (2008) esittävät ratkaisuksi artikkelissaan muun muassa pojille ja miehille tarjottavaa ehkäisyneuvontaa, neuvontapalveluiden helpompaa lähestyttävyyttä ja keskeytyksen jälkeisen ehkäisyneuvonnan laadun parantamista niin, että naisen koko elämäntilanne otetaan paremmin huomioon.

Jälkitarkastuksessa varmistetaan raskauden keskeytyminen ja arvioidaan ehkäisyn aloitus. Lisäksi kartoitetaan sosiaalisen tai psyykkisen tuen tarvetta (Käypä hoito – suositus 2007). Tarkastuksen tekijän on hyvä kysyä naisen tunteista ja voinnista, vastata mahdollisiin kysymyksiin, kuunnella, ohjata sekä neuvoa. Tärkeää olisi myös selvittää, kuinka nainen on kokenut keskeytysprosessin. (Breithart 2000, 32.) Jälkitarkastus kannattaa ajoittaa alkuraskauden

keskeytyksen jälkeen ennen 12. raskausviikkoa ja muulloin mielellään 2-4 viikkoa keskeytyksen jälkeen. Ongelmitta sujuneen raskaudenkeskeytyksen jälkitarkastus voidaan tehdä perusterveydenhuollossa terveydenhoitajan toimesta, mutta joskus on tarpeen sopia jälkitarkastusaika keskeytyssairaalaan. (Käypä hoito – suositus 2007.)

Raskauden keskeytyminen voidaan varmasti todeta seerumin hCG-pitoisuudella ja sen laskulla (Käypä hoito-suositus 2007). HCG eli koriongonadotropiini on istukkahormoni, joka ylläpitää keltarauhashormonin progesteronieritystä raskauden alussa (Haukkamaa ja Sariola 2000). HCG -arvo pienenee jo alle kahdessa viikossa, jos raskaus on keskeytynyt, mutta on alle mittausrajan vasta viiden viikon kuluessa. HCG -pitoisuuden määrittämistä käytetään myös yli 12-raskausviikon jälkeisissä keskeytyksissä. Se on esimerkiksi kaikukuvausta luotettavampi tapa todentaa raskauden keskeytyminen. (Käypä hoito- suositus 2007.)

4. HOITOSUOSITUKSESTA TOIMINTAOHJEEKSI

Suomessa asiantuntijat ovat laatineet tutkimusnäyttöön perustuvia kannanottoja tietyn taudin tai oirekuvan hoidosta. Kyseisiä kannanottoja nimitetään valtakunnallisiksi hoitosuosituksiksi, jotka kattavat sairauden hoidon kuvauksen lisäksi myös sen ehkäisyn, toteamisen ja kuntoutuksen. Hoitokäytäntöihin yksittäisellä suosituksella voidaan vaikuttaa parhaiten laatimalla siitä alueellinen tai paikallinen sovellus, jota on tarkoitus hyödyntää aktiivisesti käytännön työssä. Hoitosuosituksen aktiivisen soveltamiseen ja toimenpanoon ryhdytään usein silloin, jos tietyn potilasryhmän hoidossa tai seurannassa on havaittu ongelmia työntekijöiden tai potilaiden kokemina. Voi esimerkiksi olla, että työyksikön tai alueen omat käytännöt ovat vanhentuneita, potilaita jää vaille hoitoa, samantyyppiset potilasvalitukset toistuvat tai työnjako on epäselvä. (Mäntyranta, Kaila, Varonen, Mäkelä, Roine ja Lappalainen 2003, 7, 12–14.)

Hoitosuositukseen pohjautuvia hoito-ohjelmia tai toimintaohjeita on erilaisia sekä kattavuudeltaan erisuuruisia. Niiden kaikkien tavoitteena on kuitenkin

havaittujen ongelmien ratkaisu. Kun ohjeelle todetaan olevan tarvetta, alkaa sen laatiminen. Laatimisessa on oleellista moniammatillinen yhteistyö sekä kyseisen potilasryhmän hoitoon aktiivisesti osallistuvien mukanaolo, jotta keskeiset ongelmat tulevat selkeästi esille. Toimintaohjetta laadittaessa on järkevää keskittyä kuvaamaan hoidon porrastus, työnjako, vastuuhenkilöt sekä yhteystiedot. (Mäntyranta ym. 2003, 9, 12–13.)

Alueellisessa hoitoketjussa tai hoito-ohjelmassa tarkastellaan jonkin tietyn potilasryhmän hoitoa ja hoidon porrastusta tietyllä alueella, kuten Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Hoitoketjussa selvitetään, missä vaiheessa ja kenen toimesta tulisi toteuttaa kyseessä olevan sairauden tms. ennaltaehkäisy, diagnostiikka sekä hoito, sisältäen myös hoidon sisällön kuvauksen. Siinä kuvataan kokonaisuudessaan perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä muiden sektoreiden tehtävät tietyn potilasryhmän hoidon vaiheissa. Hoitoketjusta ilmenevään hoidon porrastukseen sisältyy oletus, että perusterveydenhuolto sekä erikoissairaanhoido ottavat myös vastuun potilaan hoidon järjestämisestä, kuten hoitoketjussa on suunniteltu. Hoitoyksiköiden vastuu jakautuu sen mukaisesti, kenen päätökset ovat hoidon kannalta ratkaisevia kussakin hoidon vaiheessa, ja missä potilaan asiaa käsitellään pisimpään. Laatimalla alueellisia hoitoketjuja pyritään varmistamaan hoidon saatavuus ja laadukkuus sekä turvataan eri yksiköiden työrauha. (Hoitosuosituksista hoitoketjuksi – opas hoitoketjun laatimiseen ja toimeenpanoon 2006, 7-8.)

Mietittäessä tietyn potilasryhmän hoitoa ja työyksiköiden työn jakoa yksittäisen sairaalan tai esimerkiksi kunnan sisällä, puhutaan hoitopolusta. Hoitopolun rinnalla käytetään myös käsitettä paikallinen toimintaohje, jonka sisältö on melko lailla sama. Toimintaohjeella tarkoitetaan usein laajempaa ohjeistusta tietyn sairauden hoidosta, sen järjestämisestä ja moniammatillisesta työnjaosta sairaalan sisällä. Hoitopolusta ei välttämättä käy ilmi hoidon sisältö. (Mäntyranta, Kaila, Varonen ym. 2003, 7-9.) Tässä opinnäytetyössä laaditaan hoitopolku, josta ilmenevät raskaudenkeskeytyspotilaan hoitoon osallistuvat ammattiryhmät sekä heidän osuutensa raskaudenkeskeytysprosessin eri vaiheisiin. Hoitopolkuun sisältyy myös tarkasteltavan potilasryhmän hoidon kuvaus.

Erilaiset hoitoketjut sekä hoitopolut on tarkoitettu käytettäväksi toimintaohjeena pyrittäessä toteuttamaan toimivaa ja järkevästi porrastettua hoitoa. Ihanteellisessa tilanteessa nämä toimintaohjeet tukevat työntekijän päätöksentekoa ja tehostavat työyksiköiden välistä viestintää. Yhteenvedona voidaan todeta laadukkaaseen tutkimustietoon perustuvan hoitoketjun tai – polun edistävän osaltaan hyvien hoitotulosten saavuttamista. Tuloksellisen ja tehokkaan toimintaohjeen toimivuuden edellytyksinä ovat kuitenkin sen helppo saatavuus ja ohjeesta tiedottaminen. Jo toimintaohjetta laadittaessa tulisi siihen sisällyttää suunnitelma sen aktiivisesta toimeenpanosta. Sekä alueelliset hoitoketjut että paikalliset toimintaohjeet ovat julkisia, joten kaikilla haluavilla tulisi olla mahdollisuus tutustua niihin vaivattomasti. Nykyään välttämättömänä julkaisutapana voidaan pitää helposti saatavilla olevaa sekä ajantasaista elektronista julkaisua. (Hoitosuosituksesta hoitoketjuksi – opas hoitoketjun laatimiseen ja toimeenpanoon 2006, 7-8, 15–16.)

5. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on laatia raskaudenkeskeytykseen raskausviikoilla 12–20, tulevan naisen hoitopolku Keski-Suomen keskussairaalassa. Hoitopolku pohjautuu yleiseen raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito -suositukseen. Hoitopolun luomisen tavoitteena oli selkeyttää työnjakoa eri toimijoiden välillä, lisätä raskaudenkeskeytyspotilaan hoidon sujuvuutta ja kuvata potilaan kokonaisvaltainen kulku Keski-Suomen keskussairaalan eri yksiköiden välillä. Hoitopolussa kuvataan raskaudenkeskeytyspotilaan hoitoon osallistuvat ammattiryhmät sekä heidän osuutensa raskaudenkeskeytyshoitoprosessin eri vaiheisiin. Opinnäytetyöhön ei sisällytetty sikiödiagnostisista syistä tehtäviä raskaudenkeskeytyksiä.

6. OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1. Opinnäytetyön lähestymistapa

Opinnäytetyön aineiston keruussa sovellettiin kvalitatiivista eli laadullista lähestymistapaa. Laadullinen tutkimus pyrkii selventämään tutkimuskohteena olevaa ilmiötä tutkimukseen osallistuvien ihmisten näkökulmasta. Laadullisessa terveystutkimuksessa ollaan kiinnostuneita henkilöistä ja heidän terveydestään sekä niihin liittyvistä ilmiöistä. (Kylmä ja Juvakka 2007, 16–17, 26.) Kun halutaan tarkastella jotakin ilmiötä uudesta näkökulmasta, halutaan saada siitä yksityiskohtaista tietoa tai pyritään selvittämään syy-seuraus-suhteita, on laadullinen tutkimusmenetelmä oikea valinta (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2007, 134 ja 160). Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmän avulla ilmiötä havainnoidaan erilaisten kokemusten pohjalta, tutkitaan siihen vaikuttavia osatekijöitä ja yhdistetään lopulta havainnot todellisuutta kuvaavaksi teoriaksi. Muita kyseisen tutkimusmenetelmän ominaispiirteitä ovat lopullisten tutkimustehtävien tarkentuminen prosessin kuluessa, aineistonkeruu avoimin menetelmin sekä tutkimukseen osallistuvien henkilöiden tarkoituksenmukainen valinta. (Kylmä ja Juvakka 2007, 29–31.)

Tähän opinnäytetyöhön valittiin laadullinen lähestymistapa, koska haluttiin lisätietoa raskausviikoilla 12–20 raskaudenkeskeytykseen tulevien naisten hoitopolusta. Tavoitteena oli saada yksityiskohtaista ja kokemusperäistä tietoa siitä, miten keskeytyspotilaiden hoitopolku keskeytyssairaalassa etenee, liittyykö siihen ongelmakohtia ja kuinka yksiköiden välinen yhteistyö sujuu. Tavoitteena oli myös saada selville, kuka tekee ja mitä keskeytysprosessin eri vaiheissa. Näiden tietojen saamiseksi oli tärkeää selvittää prosessiin osallistuvien henkilöiden kokemuksia ja näkökulmia ja analysoida potilasasiakirjoja. Opinnäytetyön tavoitteen huomioiden laadullinen tutkimusmenetelmä on tarkoituksenmukaisin tapa tarkastella raskaudenkeskeytyspotilaiden hoitoa ja sen kulkua.

6.2. Aineisto

Laadulliseen tutkimukseen valitaan osallistujat tarkoituksenmukaisuuden perusteella. Tästä käytetään usein termiä harkinnanvarainen otanta. Harkinnanvaraista otantaa käytettäessä haastateltavina ovat tarkoin valitut henkilöt, jotka palvelevat tutkimuksen tavoitetta tai asiakirjat, jotka esittävät tavanomaisia tapauksia tutkittavasta asiasta. Kohderyhmän valinnassa tärkeimpänä kriteerinä on tiedon laadukkuus. Laadullisessa tutkimuksessa on kyse aineiston perusteellisesta analysoinnista, jolloin yksikin tapaustutkimus voi riittää tutkimuksen onnistumiseen. Kohderyhmä on siis yleensä pieni, mutta tarkkaan mietitty. (Eskola ja Suoranta 1998, 15 ja 18).

Haastateltavia valitessa on oleellista löytää sellaisia henkilöitä, joilla on monipuolista kokemusta haastatteluteemoista. Valinnassa tulisi lisäksi painottaa haastateltavien asiantuntijoiden motivoituneisuutta sekä taitoa kertoa kokemuksistaan haastattelutilanteessa. (Kylmä ja Juvakka 2007, 80.) Opinnäytetyössä haastateltiin 1 lääkäriä sekä 3 sairaanhoitajaa joten kustakin raskaudenkeskeytyspotilaan hoitoon osallistuvasta työyksiköstä (naistentautien poliklinikka, päiväkirurgia ja naistentautien osasto) haastateltiin yhtä hoitajaa. Aineiston kannalta nähtiin riittävänä haastatella ainoastaan yhtä sairaanhoitajaa/kätilöä kustakin työyksiköstä. Tämän lisäksi saatiin mukaan lääkärin näkökulmaa raskaudenkeskeytyspotilaan (raskausviikoilla 12–20) hoitopolkuun. Useammat haastattelut eivät olisi enää tuoneet merkittävästi uutta tietoa ja lisäksi aineiston koko haluttiin säilyttää helposti hallittavana.

Haastattelut olivat yksilöhaastatteluita ja ne tehtiin Keski-Suomen keskussairaalan tiloissa. Haastateltavat henkilöt valitsi raskaudenkeskeytyspotilaiden hoitoon osallistuvien työyksiköiden osastonhoitaja tai apulaisosastonhoitaja. Valinnassa huomioitiin haastateltavien kokemus raskaudenkeskeytyspotilaiden hoidosta sekä heidän halukkuutensa osallistua haastatteluun. Haastatteluiden alussa pyydettiin haastateltavien lupa nauhoittamiseen. Haastattelut tallennettiin nauhalle, jonka jälkeen opinnäytetyön tekijät litteroivat haastattelut. Litteroituna haastatteluaineiston koko oli yhteensä 25 sivua, fonttikoolla 12 kirjoitettuna.

Myös potilasasiakirjat olivat opinnäytetyön aineistoa. Osaston 4 osastonhoitaja etsi ja valitsi opinnäytetyössä käytettävät potilasasiakirjat. Potilasasiakirjoihin perehdyttiin ainoastaan osaston 4 tiloissa. Potilasasiakirjojen valinta perustui siihen, kuinka hyvin kunkin potilastapauksen pohjalta voitiin päätellä tyypillisen raskaudenkeskeytysasiakkaan (raskausviikoilla 12–20) hoidon etenevän Keski-Suomen keskussairaalassa. Sopivia potilastapauksia löytyi 4 kappaletta ja kaikki valitut potilastapaukset olivat vuodelta 2008. Potilasasiakirjoista luettiin gynekologian hoitokertomukset sekä hoitajien kirjaamat hoitotyön suunnitelmat ja toteutukset koskien raskaudenkeskeytystä.

6.3. Aineistonkeruumenetelmät

Laadullisessa tutkimuksessa on tarkoituksenmukaista käyttää aineistonkeruumenetelmiä, joiden avulla saadaan esille tutkittavien näkökulmia ja ainutlaatuisia kokemuksia. Näitä menetelmiä ovat esimerkiksi haastattelut, havainnointi sekä erilaisten dokumenttien perusteelliset analyysit (Hirsjärvi ym. 2007, 160). Tässä opinnäytetyössä käytettiin yhtenä aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelua saadaksemme tietoa työntekijöiden kokemuksista jo olemassa olevan hoitopolun toimivuudesta. Lisäksi hyödynnettiin valmiita aineistoja, joita olivat tässä tapauksessa potilasasiakirjat.

Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelumenetelmä on suhteellisen vapaa tapa kerätä tietoja. Haastattelun aihealueet ovat tiedossa ja teemahaastattelurunko on tehty, mutta tarkkoja kysymyksiä ei ole etukäteen suunniteltu. Teemahaastattelujen määrän voi tutkija itse valita vapaasti, sillä niiden lukumäärä ei vaikuta aineiston tulkinnan mahdollisuuksiin. (Hirsjärvi ja Hurme 2000, 48.) Haastatteluiden teemat on esitetty liitteessä (Liite 3). Laadullisessa tutkimuksessa, kuten myös tässä opinnäytetyössä, on aineistonkeruuta ajatellen hyvä, että tutkimukseen osallistujat voivat osaltaan ohjata tutkimuksen etenemistä. Kovin tarkkaan suunnitellut haastattelukysymykset antavat suppeita vastauksia, jolloin aineiston laadullinen analyysi vaikeutuu. Näin ollen, etenkin haastattelun alkuvaiheessa, haastattelun teemat eivät saisi olla liian rajattuja. (Kylmä ja Juvakka 2007, 64.)

Haastattelun ja erityisesti juuri teemahaastattelun käyttö tämän opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä oli perusteltua, koska haastattelemalla asiantuntijoita saatiin aineistoksi raskaudenkeskeytyspotilaidenhoitoon osallistuvien monipuolista kokemustietoa. Teemahaastatteluja tekemällä pystyttiin opinnäytetyön tekijöinä vaikuttamaan haastattelujen aihepiireihin. Toisaalta haastateltaville tarjottiin mahdollisuus kertoa avoimesti kokemuksistaan ja näkemyksistään raskaudenkeskeytyspotilaan hoitoprosessista.

Laadullisessa tutkimuksessa tietoa kerätään avoimesti, jolloin se mahdollistaa myös eri menetelmien yhdistelemisen. Kirjalliset aineistot laadullisessa tutkimuksessa ovat sallittuja. (Kylmä ja Juvakka 2007, 27.) Aina ei ole tarpeen kerätä kokonaan uutta aineistoa vaan on hyödyllisempää käyttää jo olemassa olevia dokumentteja, joita voivat olla esimerkiksi erilaiset tilastot, henkilökohtaiset kirjeet/päiväkirjat sekä organisaatioiden asiakirjat. (Eskola ja Suoranta 1998, 119.) Tässä opinnäytetyössä perehdyttiin teemahaastatteluiden rinnalla myös potilasasiakirjoihin. Potilasasiakirjoista selvitettiin yksittäisen potilaan kohdalla toteutunutta hoitopolkua Keski-Suomen keskussairaalassa sekä työnjakoa raskaudenkeskeytyspotilaiden hoitoon osallistuvien yksiköiden välillä. Potilasasiakirjat tukivat haastatteluista saatuja materiaaleja ja antoivat esimerkkejä potilaiden hoitopolun toteutumisesta keskussairaalassa.

6.4. Aineiston analyysi

Sisällön analyysi on menetelmä, jolla järjestelmällisesti tutkitaan kerättyä aineistoa. Tämä analyysimenetelmä soveltuu hyvin strukturoimattoman aineiston käsittelyyn. Tällaisia aineistoja ovat esimerkiksi kirjeet, puheet, artikkelit tai muut kirjalliset materiaalit. Laadullista aineistoa käsitellään niin, että se saadaan tiivistettyyn muotoon, ja siitä löydetään tutkimuksen kohdetta kuvaavia käsitteitä. Analyysin pohjalta on mahdollista luoda malli, joka on käsitteitä sekä niiden tärkeysjärjestystä ja suhteita kuvaava kokonaisuus. (Kyngäs ja Vanhanen 1999, 4-5; Kylmä ja Juvakka 2007, 112.)

Ennen varsinaista analysointiprosessia päätetään, analysoidaanko aineistosta selkeästi esille nousevat asiat vai huomioidaanko myös piilomerkitykset. Piilomerkityksiä analysoitaessa tutkijan oma tulkinnan osuus voi vaikuttaa tutkimustulokseen. Analysointi on deduktiivista, kun sitä ohjaa jokin aikaisempaan tietoon perustuva runko, malli tai teema. Tällaisen analyysirungon sisälle on mahdollista muodostaa kategorioita aineistolähtöisesti. (Kyngäs ja Vanhanen 1999, 3-7.) Mikäli aineisto saadaan teemahaastatteluiden avulla, analyysivaiheessa voidaan teemahaastattelurunkoa käyttää hyvin apuna etsimään teemojen mukaisia ilmaisuja (Eskola ja Suoranta 1998, 153).

Tässä opinnäytetyössä sovellettiin pääosin deduktiivista sisällön analyysia. Lisäksi aineksia analyysiin otettiin myös induktiivisesta eli aineistolähtöisestä sisällön analyysistä, jotta analyysiin saatiin mukaan myös aineistosta esiin nousevia, alustavien teemojen ulkopuolisia kategorioita. Aineiston analyysiä ohjasi eniten hoitosuosituksen mukainen hoitoprosessin ajallinen eteneminen sekä työnjako työyksiköiden (naistentautien poliklinikka, naistentautien osasto ja päiväkirurgia) välillä. Analysoitaessa työyksiköiden sisällä tehtävää hoitotyötä, sitä ohjasivat haastatteluissa käytetyt teemat. Samaa analysointimenetelmää käytettiin sekä teemahaastatteluista saadun aineiston että potilasasiakirjojen analysointiin. Ennen analyysiä nauhoitettu haastatteluaineisto kirjoitettiin puhtaaksi ja potilaspapereista tehtiin muistiinpanot käyttäen apuna samoja teemoja kuin haastatteluissa.

Teorialähtöisessä sisällön analyysissä aineistosta etsitään tutkimustehtävään liitettäviä ilmaisuja, jotka listataan pelkistetyssä muodossa. Seuraavana ilmaiset ryhmitellään luokkiin teorialähtöisesti. Jos luokkien sisälle kasaantuu paljon ilmaisuja, voidaan niitä yhdistellä aineistolähtöisesti kategorioihin. (Latvala ja Vanhanen-Nuutinen 2003, 31–32.) Aineistolähtöisesti muodostettuja kategorioita pyritään abstrahoimaan eli käsitteellistämään, jolloin niille muodostetaan yhteisiä yläkategorioita. Kategorioiden yhdistämistä jatketaan kunnes se ei enää ole sisällön kannalta mahdollista. Kategoriat nimetään sisältöä kuvaavasti tuttuja käsitteitä apuna käyttäen. (Kyngäs ja Vanhanen 1999, 6-7.)

Opinnäytetyön aineiston analyysi aloitettiin syventymällä aineistoon. Aineistoa luettiin läpi useaan kertaan ja siitä etsittiin samankaltaisuuksia sekä eroavaisuuksia. Kumpikin opinnäytetyön tekijä perehtyi aineistoon ensin itsenäisesti ja alleviivasi litteroidusta aineistosta sekä potilasasiakirjoista tehdyistä mui-
tiinpanoista teemojen mukaisia ilmaisuja. Eri teemat merkittiin sovitulla väreillä. Itsenäisen luokittelun jälkeen opinnäytetyön tekijät perehtyivät aineistoon vielä yhdessä keskustellen ja vertailivat tulkintojensa yhdenmukaisuutta. Teemoittain jaotellut ilmaisut pelkistettiin, ja pelkistysten pohjalta muodostettiin aineistolähtöisesti luokkia (vrt. Kyngäs ja Vanhanen 1999), jotka taas järjestettiin työyksiköiden perusteella yläluokkiin. Analysoinnissa edettiin tiedossa olevan hoitoprosessin ajallisen rakenteen mukaisesti työyksiköstä toiseen. Aineiston ollessa jaoteltu työyksiköittäin, analysointia jatkettiin tarkastelemalla kunkin työyksikön hoitotyön osuutta teemahaastattelurungon mukaisesti. Esimerkki aineiston analyysistä on esitetty liitteessä 4. Liitteestä ilmenee naisten-
tautien poliklinikalla toteutettava ohjaus ja neuvonta.

Aineistoa analysoitaessa havaittiin, että osa tärkeistä hoitopolkuun liittyvistä asioista jäi luokittelun ulkopuolelle, kun ne eivät sopineet teemarungon mukaisiin teemoihin. Sen vuoksi analyysiin otettiin mukaan aineksia myös induktiivisesta sisällön analyysistä. Lisäksi tarkasteltaessa kunkin työyksikön hoitotyön osuutta teemarungon mukaisesti huomattiin, että eri työyksiköissä painottuivat eri teemat. Näin ollen muodostui hyvinkin suppeita luokkia. Lisää ongelmia ilmeni, kun luokittelemalla saatuja tuloksia sovitettiin hoitopolun rakenteeseen. Teemarungon mukaisen rakenteen vuoksi tuloksia ei ollut mahdollista raportoida selkeästi. Yritettäessä kuvata hoitopolkua ajallisesti etenevänä prosessina, teemoittain muodostettuja luokkia ei saatu esitettyä kokonaisuuksina. Näin ollen päädyttiin kirjoittamaan, jo tehtyä luokittelua apuna käyttäen, haastattelukertomusten pohjalta tarinat hoitoprosessin etenemisestä. Tarinoiden avulla saatiin kuvattua tärkeitä hoitoprosessin vaiheita, jotka eivät olisi tulleet ilmi luokittelun mukaisessa raportoinnissa. Tarinoiden pohjalta muodostui kokonaisvaltainen hoitopolku.

7. TUTKIMUKSEN TULOKSET

Opinnäytetyön tulokset on pyritty esittämään ajallisesti oikein etenevänä tarinana, sen mukaan miten raskaudenkeskeytyspotilaan (raskausviikoilla 12–20) hoito etenee Keski-Suomen keskussairaалassa. Tuloksiin on lisätty autenttisia lainauksia haastatteluista elävöittämään ja havainnollistamaan raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyötä. Tulosten perusteella on muodostettu kuvioita kustakin hoitopolun vaiheesta ja ne on esitetty tulosten lomassa. Kuviot yhdistämällä on syntynyt vuokaavio, jossa on kuvattu raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolku (raskausviikoilla 12–20) Keski-Suomen keskussairaалassa. Vuokaavio on kokonaisuudessaan kuviossa 9. Vuokaavion laadintavaiheessa sitä näytettiin keskussairaalan naistentautien osaston henkilökunnalle, jolta saatiin kaaviosta suullista palautetta. Palautteen mukaan opinnäytetyön tuloksena laadittu hoitopolku vastaa todellisuutta, eikä muutosehdotuksia tullut esille.

7.1. Hoitotyö naistentautien poliklinikalla

”...yli 12-raskausviikon keskeytys on aina vähän isompi juttu...se on sikiö, joka sieltä pitää synnyttää.”

7.1.1. Hoidon tarve ja hoitopolun alku

Tulosten mukaan hoidon tarpeeksi määrittyi lääkkeellinen raskaudenkeskeytys. Syitä, miksi raskaudenkeskeyttäminen viivästyy raskausviikoille 12–20 voivat olla esimerkiksi sosiaaliset ongelmat, vaikeus tehdä keskeytyspäätös, nuori-ikä, tietämättömyys, ehkäisyn pettäminen sekä fyysiset tekijät kuten epäsäännölliset kuukautisvuodot. Nämä taustatekijät vaikuttavat raskaudenkeskeytyspotilaan ohjauksen ja tuen tarpeeseen. Hoidon tavoitteeksi kuvattiin turvallinen raskaudenkeskeytys.

Potilaat tulevat Keski-Suomen keskussairaalaan omasta terveyskeskuksesta. Sieltä otetaan yhteyttä naistentautien poliklinikalle ja kysytään vastaanottoaikaa. *”Tavallisesti ne ohjautuu sillä lailla, että ne on vastaanotolla siellä avopuolella, joko perhesuunnitteluneuvolassa tai sitten jollakin muulla vastaanotolla.”* Samalla naistentautien poliklinikan hoitaja selvittää, mikä on raskau-

den arvioitu kesto. Mikäli raskauden on arvioitu kestäneen yli 12 viikkoa, tarkistetaan onko AB1-lomake toimitettu TEOlle. Koska TEO:n päätös tarvitaan, poliklinikka-aika varataan niin, että päätös on ehtinyt potilaalle tulla jo kotiin. Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolun alkua on havainnollistettu kuviossa 1.

Kuvio 1 Siirtyminen perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon



Joskus raskausviikot on arvioitu perusterveydenhuollossa todellista pienemmiksi, joten mahdollisesti raskauden keston todetaan olevan yli 12 viikkoa vasta poliklinikalla. Tässä tapauksessa poliklinikalla täytetään uudet raskaudenkeskeytyslomakkeet ja potilas hakee TEOlta lupaa raskaudenkeskeytykseen. *"TEOllehan paperit menee ja TEOltahan pitää olla lupa näissä yli 12 raskausviikoissa. Ja senhän voi laittaa suoraan terveyskeskuksesta tai täältä näin. Riippuen siitä missä vaiheessa on todettu 12-raskausviikot."* Yleensä vastaanotto naistentautien poliklinikalla tapahtuu viikon kuluttua, jota ennen potilaalta on otettu perusterveydenhuollossa perusverenkuva, veriryhmä ja veriryhmävasta-aiheet.

7.1.2. Lääkärintarkastus naistentautien poliklinikalla

Potilaan saapuessa naistentautien poliklinikalle, hän ilmoittautuu sihteerille, jonka jälkeen hoitaja käy hänet hakemassa lääkärin vastaanotolle. Hoitaja tarkistaa, että TEO:n päätös on mukana ja se on myöntävä. *"Se on hirveen tärkeä et se on mukana (TEO:n päätös)."* Samalla tarkastetaan myös, että tarvittavat laboratoriovastaukset ovat saatavilla.

Lääkärin vastaanottoon sisältyy pääsääntöisesti toimenpiteitä ja hoitoa sekä jatkosuunnitelman tekeminen. Ohjausta ja neuvontaa lääkärin vastaanotolla ei juurikaan anneta. Kuviossa 2 on kuvattu lääkärin tarkastuksen sisältöä naistentautien poliklinikalla. Lääkäri selvittää potilaan terveydentilan, käytössä olevat lääkkeet, aiemmat raskaudet, keskeytykset sekä synnytykset. Hän kysyy käytetyn ehkäisyn sekä viimeisten kuukautisten alkamispäivän. Lääkäri keskustelee asiakkaan kanssa, onko keskeytyspätös varma. Lääkärin tekemiin tutkimuksiin kuuluu ultraäänitutkimus, jolla varmistetaan raskausviikot ja lisäksi hän selvittää gynekologisen statuksen. Jos keskeytykselle ei löydy estettä, lääkäri tarkistaa jatkoehkäisymenetelmän ja kirjoittaa tarpeen mukaan sairauslomaa 1-2 päivää. Keskeytystä hakevan naisen tulisi kuitenkin suunnitella jatkoehkäisy yhdessä perusterveydenhuollon lääkärin tai terveydenhoitajan kanssa. *”Et avopuolenhan pitäis käyä hirveen tarkkaan nää kaikki asiat läpi.”* Poliklinikan lääkäri neuvoo naista käymään jälkitarkastuksessa omassa terveyskeskuksessa. *”Lääkäri sanoo sen sit siellä, et sit hakeudut jälkitarkastukseen omaan terveyskeskukseen neljän viikon päästä. Ne menee jos ne menee.”*

Kuvio 2 Lääkärintarkastus naistentautien poliklinikalla ennen raskaudenkeskeytystä

Naistentautien poliklinikka

Lääkärintarkastus:

- Terveydentilan kartoitus ja gynekologinen anamneesi
- Keskustelu keskeytyspäätöksen varmuudesta
- Ultraäänitutkimuksessa todetaan rvk 12–20
- Jatkoehkäisyn varmistaminen
- Jälkitarkastukseen ohjaus
- Keskeytyslääkkeiden määräys

Lääkärin toteuttaman hoidon sisältö oli kirjattu potilaspapereihin lyhyesti, mutta selkeästi. Potilasasiakirjojen pohjalta pystyttiin muodostamaan selkeä kuva hoitopolun sisällöstä lääkärin vastaanotolta, sen sijaan haastattelut antoivat lääkärin osuudesta potilasasiakirjoja suppeammin tietoa. Lääkärin osuus raskaudenkeskeytyspotilaan hoidosta käytiin lyhyesti läpi, sen sijaan kaikki haastateltavat korostivat ohjauksen ja neuvonnan tärkeyttä.

Keskeytyksessä käytettävien lääkkeiden määräykset olivat joissakin potilaspauksissa kirjattu poliklinikan lääkärin tekstiin, mutta ei kaikissa. Joihinkin potilaspapereihin oli myös kirjattu lääkehoidon suunnitelma merkitsemättä lääkeannoksia. *”..potilas saa Mifegynen. Parin päivänkuluttua osastolla 4 Cytotecit..”* Lisäksi lääkemääräyksissä Cytotec®-annosten suuruuksissa oli pientä vaihtelua. Lääkehoito oli kuitenkin pääasiassa toteutettu sairaanhoitopiiriin Raskauden keskeytys sikiöindikaation < 24 rvk (Geneettinen) ja sosiaalisiin indikaatioin 12–20 rvk – ohjeen mukaisesti (Liite 2.).

7.1.3. Sairaanhoitajan toteuttama hoito naistentautien poliklinikalla

Lääkärin vastaanoton jälkeen, poliklinikan sairaanhoitaja huolehtii käytännön asioista sekä keskustelee ja ohjaa potilasta. *”Ohjaus ja neuvonta, siinä kyllä hoitajilla on hirveen iso rooli”*. Sairaanhoitaja tiedustelee potilaan taustatietoja, keskeytykseen johtaneita syitä ja varmuutta keskeytyspäätöksestä. Haastattelussa hoitajat korostivat hoitajien tilanneherkkyttä, kykyä arvioida asiakkaan tuen tarvetta. Hoitajan tehtävä on tukea asiakasta päätöksen teossa ja mahdollistaa turvallinen ja hyväksyvä ilmapiiri päätökselle.

”...hänellä (hoitajalla) pitäisi olla aina tuntosarvet vähän niinku pystyssä, sillä tavalla että miten nää nuoret naiset asiaa käsittelevät.”

”...ei ikinä saa syyllistää.”

”...hoitajan tehtävä on olla niinku potilaan asianajaja.”

Ohjausta ja keskustelua toteutetaan potilaslähtöisesti. Mikäli hoitaja huomaa, että potilas tarvitsee lisäkeskusteluapua, hän ottaa yhteyttä esimerkiksi psykiatriseen sairaanhoitajaan tai sosiaalityöntekijään. Näin tehdään myös silloin, kun havaitaan, että potilaan sosiaalinen verkosto on puutteellinen tai hän on alaikäinen. *”Hoitaja hirveen herkästi näkee millonka kaikki ei oo niinku kunnossa. Sit tuleeki kysyttyä sullei, et haluaisit sä vielä jonkun kanssa puhua...”* *”Ja onko tosiaan sillä se tukiverkko niin vahva, että se sitte selviää.”* Toistuvasti keskeytykseen tulevien kanssa keskustellaan enemmän syistä ja taustoista. *”Mutta sitte jos on uusijoita, että ne käy vuoden välein. Niitä joutuu sitte jututtaa vähä enemmän, että mikä siellä mennee niinku vinoon.”*

Potilasasiakirjoihin poliklinikkakäynneistä kirjaaminen oli sisällöltään niukkaa. Papereihin oli kirjattu raskaudenkeskeytyspäättökseen varmuus, keskeytyksen aloittavan lääkityksen anto sekä jatkohoidon suunnitelma. Toteutettu ohjaus ja neuvonta oli kirjattu puutteellisesti tai ei lainkaan. Mikäli papereihin oli kirjattu ohjauksen antaminen, sen sisältö ei kuitenkaan käynyt ilmi merkinnöistä. Yhteensä neljästä potilasasiakirjasta oli tehty merkintä kirjallisen ohjausmateriaalin antamisesta. Tulokset raskaudenkeskeytyspotilaalle annetusta ohjauksesta ja neuvonnasta perustuvat pääasiassa haastatteluaineistosta saatuihin tietoihin. Haastatteluissa ohjauksen sisältö kuvattiin monipuolisesti ja sen tärkeys tuotiin selkeästi esille.

7.1.4. Raskaudenkeskeytyspäättös varma

Sairaanhoitaja keskustelee potilaan kanssa raskaudenkeskeytyspäättökseen varmuudesta ja selvittää päätökseen johtaneita tekijöitä. Keskustelun jälkeen, keskeytyspäättökseen ollessa selkeä hoitaja antaa potilaalle keskeytyksen aloittavan lääkkeen Mifegyne® 200 milligrammaa suun kautta. Potilas ottaa lääkkeen poliklinikalla hoitajan läsnä ollessa. Samalla annetaan lääkeohjausta. Hoitaja käy läpi raskaudenkeskeytyksen etenemistä ja antaa kirjallisen potilasohjeen raskaudenkeskeytyksistä, yksilöllisen suullisen ohjauksen lisäksi. Potilasohjeessa Sinulle, raskaudenkeskeytykseen päätyneet (Riukula ja Roivas 2004) käsitellään yleisesti raskaudenkeskeytystä, raskaudenkeskeytysmenetelmiä sekä jälkihoitoa.

”...noviisihoitaja tukeutuu siihen, et ainii, mites siinä kirjassa sanottii siitä ohjauksesta ja neuvonnasta.”

”Se on niinku semmosta vuoropuhelua sen potilaan kanssa.”

”Ja mehän käyään potilaan kanssa sellaset rauhalliset keskustelut, mitä tulee tapahtumaan missäkin vaiheessa.”

Hoitaja kysyy vielä jatkoehkäisystä ja antaa tarpeen mukaan ehkäisyneuvontaa. *”Jos ei ole (tuttu ehkäisymenetelmä) niin sitten me ohjataan niitten käyttö ja motivoidaan niiden huolelliseen ja säännölliseen käyttöön.”* Sairaanhoitajan toteuttaman hoidon sisältö naistentautien poliklinikalla, raskaudenkeskeytyspäättökseen ollessa varma, on koottu kuvioon 3.

**Kuvio 3 Sairaanhoidajan toteuttama hoito naistentautien poliklinikalla
- yli 12 rvk, keskeytyspäättös varma**

>12 rvk, keskeytyspäättös varma:

- Keskustelu ja tuki
 - Taustatietojen tiedustelu
 - Varmuus päätöksestä
 - Tarvittaessa lisäkeskusteluavun tarjoaminen
 - Sosiaalisen verkoston laajuus
- Ohjaus ja neuvonta
 - Raskaudenkeskeytyksen eteneminen
 - Kirjallinen ohjausmateriaali
 - Lääkeohjaus
 - Ehkäisyneuvonta
- Lääkehoidon toteutus
 - Mifegyne® 200 mg p.o.
- Jatkosuunnitelma
 - Yhteystietojen anto
 - Ajanvaraus naistentautien osastolle 2 päivän päähän
 - Tarvittavien laboratoriokoepyyntöjen teko
 - Sähköisen hoitokertomuksen kirjoitus

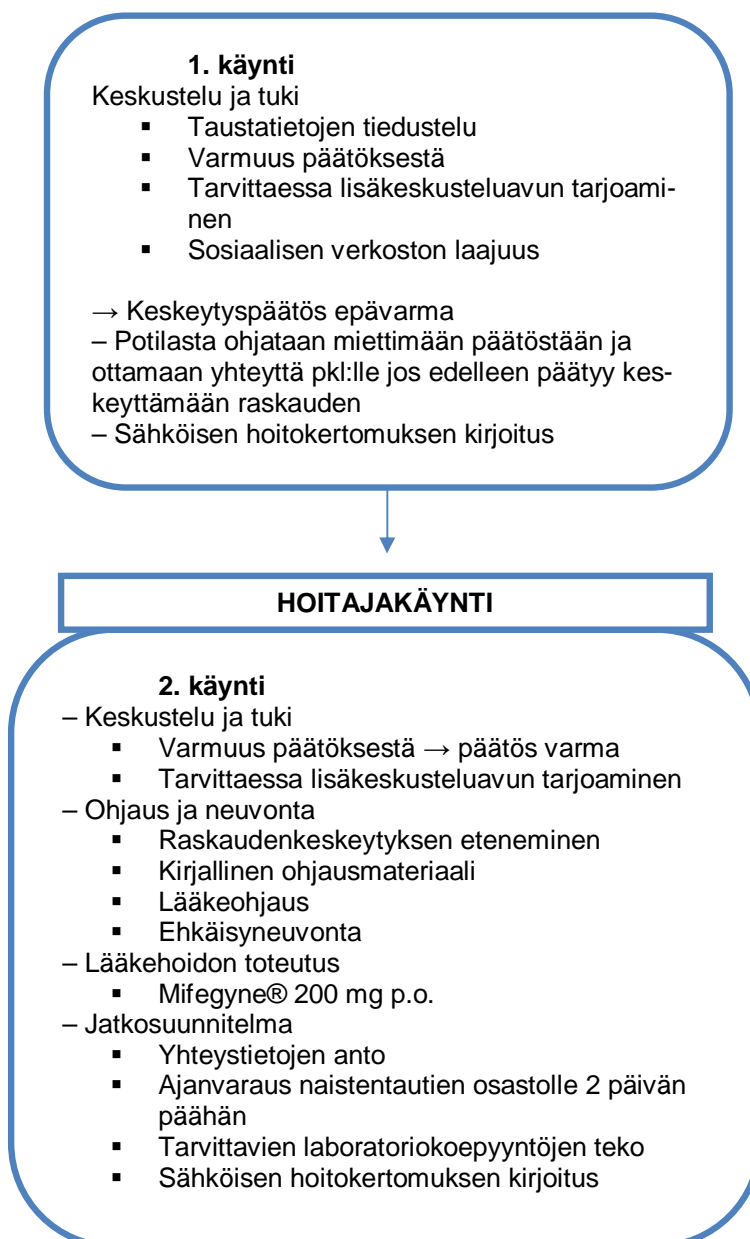
Raskaudenkeskeytyspotilaan hoidon jatkuvuus pyritään varmistamaan monin eri keinoin. Poliklinikalla potilaalle laaditaan selkeä jatkosuunnitelma ja hänelle annetaan tietoa hoidon etenemisestä. Potilas saa puhelinnumerot naistentautien poliklinikan sekä osaston 4 hoitajien kanslioihin. Häntä ohjataan olemaan yhteydessä, jos tulee kysyttävää tai muuten tarvetta keskustelulle sekä silloin, jos ilmenee ongelmia. Tilanteen mukaan naisille annetaan myös erilaisten tukipalveluiden yhteystietoja, joista saa lisätietoa sekä keskusteluapua. Tällaisia tukipalveluja ovat esimerkiksi Mobile ja Tukinainen.

Hoitaja varaa potilaalle ajan kahden päivän päähän osastolle 4 raskaudenkeskeytystä varten. *"Sithän nää potilaat menee kahen päivän päästä aina osastolle sitä kohdun tyhjentämistä varten."* Jos raskaudenkeskeytyminen on suunniteltu varmistettavaksi määrittämällä seerumin hCG - pitoisuus, hoitaja tekee laboratoriopyynnön ja tulostaa siitä lähetteen potilaan papereiden väliin. Tällöin hän myös varaa potilaalle puhelinajan vastausten kuulemista varten. Kaikista raskaudenkeskeytyspotilaista kirjoitetaan lopuksi sähköinen hoitokertomus. *"Sitte me kirjojetaan hoitosuunnitelma näistä totta kai. Se on tärkeä."* Hoitosuunnitelmasta ilmenee poliklinikalla tehty hoitotyön toteutus ja jatkosuunnitelma.

7.1.5. Raskaudenkeskeytyspäättös epävarma

Hoitaja varmistavaa raskaudenkeskeytyspäättöksen pitävyyden keskustelemalla potilaan kanssa ja selvittämällä miten raskas päätöksen tekeminen on ollut tai mitkä tekijät päätökseen ovat vaikuttaneet. Jos tulee ilmi, että päätös ei ole vielä varma, hoitaja ohjaa potilasta vielä miettimään tilannetta ja ottamaan yhteyttä sitten kun päätös on varma. *”Sitte voi kuule sanoo iha hyvin, että sää voit kuule mennä vielä kotii tätä mieltii.”* Mikäli potilas edelleen haluaa keskeyttää raskauden, on hän yhteydessä poliklinikalle, sieltä hänelle varataan uusi aika. Kun päätös tehdään ennen 20. raskausviikkoa, raskaus voidaan edelleen keskeyttää TEO:n luvalla. Tämä toinen poliklinikakäynti on ns. hoitajakäynti. Hoitotyö keskeytyspäättöksen ollessa epävarma on esitetty kuviossa 4.

Kuvio 4 Sairaanhoidajan toteuttama hoito naistentautien poliklinikalla - yli 12 rvk, keskeytyspäättös epävarma



Toisella poliklinikkakäynnillä sairaanhoitaja keskustelee potilaan kanssa uudelleen keskeytyspäätöksestä ja arvioi potilaan tuen tarvetta. Tarvittaessa potilaan on mahdollista saada lisäkeskusteluapua esimerkiksi psykiatriselta sairaanhoitajalta. Keskeytyspäätöksen ollessa varma potilas saa keskeytyksen aloittavan lääkkeen. Hoitaja antaa myös kirjallista ja suullista ohjausta raskaudenkeskeytyksestä ja sen etenemisestä. Tarvittaessa annetaan myös ehkäisyneuvontaa. Lopuksi hoitaja tekee potilaalle jatkohoitosuunnitelman samalla tavalla kuin yleensäkin yli 12 raskausviikon raskaudenkeskeytyksissä ja kirjoittaa potilaasta sähköisen hoitokertomuksen.

7.1.6. Yli 12 raskausviikon toteaminen naistentautien poliklinikalla

Ajoittain käy niin, että perusterveydenhuollossa on määritetty raskauden keston olevan alle 12 viikkoa, mutta naistentautien poliklinikalla lääkäri havaitsee-kin ultraäänitutkimuksella raskauden olevan luultua pidemmällä. Tuloksissa nämä yllätyksenä yli 12-raskausviikon keskeyttäjät nousivat omaksi potilasryhmäkseen. Heidän kulkunsa hoitopolulla eroaa hieman muista raskaudenkeskeytykseen raskausviikoilla 12–20 tulevista potilaista, koska heille tulee ylimääräinen hoitajakäynti poliklinikalla. Tätä hoitopolun osuuden sisältöä on tiivistetty kuvioihin 5 ja 6.

Jos keskeytyssairaalan lääkäri ei yhdy lähetteen kirjoittaneen lääkärin lausuntoon, hän antaa AB1-lomakkeeseen kieltävän päätöksen. TEO:n päätös on tarpeen, kun raskauden todetaan kestäneen yli 12 viikkoa, joten täytetään uusi AB1-lomake. Lomakkeen liitteeksi tulee keskeytystä hakevan naisen kirjoittama selvitys hänen elämäntilanteestaan sekä raskaudenkeskeytystoiveen syistä (AB2-lomake). *”Mielellään pitäis kirjoittaa sit sellanen oma tarina siitä, miks mä en voi jatkaa raskautta enkä pysty synnyttää.”* Hoitaja avustaa hakemuksen täyttämässä, mutta nainen itse lähettää hakemuksen postitse TEO:lle. Hoitaja varaa hänelle uuden ajan siten, että nainen on ehtinyt saada postissa TEO:n päätöksen. Yleensä aika on mahdollista varata jo seuraavalle viikolle. Samalla hoitaja voi jo varata potilaalle ajan osastolle 4 raskauden keskeyttämistä varten. Hän tarkistaa myös, että potilaan verikoevastaukset ovat riittävän tuoreet raskaudenkeskeytyksen aikaan.

Kuvio 5 Yli 12 rvk toteaminen naistentautien poliklinikalla

1. käynti

- > 12 raskausviikot todettu ultraäänitutkimuksessa naistentautien poliklinikalla
- TEO:n lupa tarvitaan
- Täytetty uusi AB1-lomake, liitteeksi potilaan oma kertomus keskeytyksen syistä (AB2-lomake)
- Keskustelu ja tuki
 - Taustatietojen tiedustelu
 - Varmuus päätöksestä
 - Tarvittaessa lisäkeskusteluavun tarjoaminen
 - Sosiaalisen verkoston laajuus
- Hoitaja varaa ajan 2. käynnille
- Tarvittavien laboratoriokoepyyntöjen teko
- Sähköisen hoitokertomuksen kirjoitus

Toisella poliklinikalla käynnillään nainen ei enää tapaa lääkäriä, vaan ainoastaan hoitajan. Tällä hoitajakäynnillä tarkistetaan TEO:n päätöksen olevan myönteinen, keskustellaan potilaan kanssa keskeytyspäätöksen pitävyydestä ja kartoitetaan tuen tarvetta. Potilas saa käynnillä raskaudenkeskeytyksen aloittavan Mifegyne®-lääkkeen ja hoitaja antaa raskaudenkeskeytykseen liittyvän suullisen sekä kirjallisen ohjauksen. Hoitaja myös huolehtii jatkosuunnitelman tekemisestä tai toteuttamisesta, järjestää tarvittavat kontrollit ja kirjoittaa käynnistä sähköisen hoitokertomuksen asiakkaan papereihin. Hoitaja siis toteuttaa kyseisellä käynnillä pitkälti samaa hoitotyötä, kuin muillakin keskeytysasiakkaiden poliklinikkakäynneillä.

Kuvio 6 Hoitajakäynti (2.käynti) naistentautien poliklinikalla, kun yli 12 rvk on todettu poliklinikalla

HOITAJAKÄYNTI

2. käynti

- TEOlta myönteinen päätös
- Keskustelu ja tuki
 - Varmuus päätöksestä
 - Tarvittaessa lisäkeskusteluavun tarjoaminen
- Ohjaus ja neuvonta
 - Raskaudenkeskeytyksen eteneminen
 - Kirjallinen ohjausmateriaali
 - Lääkeohjaus
 - Ehkäisyneuvonta
- Lääkehoidon toteutus
 - Mifegyne® 200 mg p.o.
- Jatkosuunnitelma
 - Yhteystietojen anto
 - Ajanvaraus naistentautien osastolle 2 päivän päähän
 - Tarvittavien laboratoriokoepyyntöjen teko
 - Sähköisen hoitokertomuksen kirjoitus

7.2. Hoitotyö naistentautien osastolla

7.2.1. Hoidon toteutus

Yli 12 raskausviikon keskeytykset hoidetaan aina osastolla, yleensä viikonloppuna. Hoidon toteutuksesta vastaa sairaanhoitaja, yleensä kätilö. *”Periaatteessa se on niinku kätilöille enemmän...jotka niitä on enemmän hoitanu ja on halukkaita.”* Lääkäri osallistuu hoitoon ainoastaan tarvittaessa. Raskaudenkeskeytyspotilas saapuu osastolle 4 aamulla. Hän on ollut ravinnotta. Hoitaja vastaanottaa hänet ja ohjaa huoneeseen. Naiselle pyritään tarjoamaan yhden hengen huone, jossa potilas saa olla mahdollisimman rauhassa. Tukihenkilö voi olla mukana. Hoitaja tarjoaa keskustelumahdollisuutta, kyselee voinnista ja mielialasta. *”...pitää sillei rauhotella niitä sillei, et nille tulee sellanen turvallinen olo tästäki prosessista.”... ”...pitää jotenki kuulostella sitä ihmistä, et mikä on se fiilis.”* Potilaalla on myös mahdollisuus tavata osastolla psykiatrista sairaanhoitajaa, mikäli hän kokee tarvitsevansa enemmän henkistä tukea.

Raskaudenkeskeytyspotilaalle kerrotaan päivän kulusta ja siitä, kuinka keskeytyminen yleensä etenee. *”Hoitaja käy sitte läpi nämä keskeytysasiat, miten ne tapahtuu.”* Sairanhoitaja myös selvittää, onko keskeytyminen jo alkanut Mifegynen® vaikutuksesta eli tarkistaa vuodon määrä. Keskeytyslääkkeiden määräykset voivat olla kirjoitettu gynekologian hoitolehdelle, mutta jollei näin ole lääkehoito toteutetaan Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ohjeiden mukaisesti (liite 2). Osastolla toteutettavan lääkehoidon suunnitelmana on antaa Cytotec® 0,2 milligrammaa kaksi tablettia vaginaalisesti. Tämä toistetaan tarvittaessa noin kolmen tunnin välein, enintään 5 kertaa. Lääkkeen laiton jälkeen naista kehoitetaan olevan makuuasennossa noin tunnin ajan. Sen jälkeen ohjataan olemaan enemmän liikkeellä, koska se lievittää kipuja ja tehostaa supistuksia. *”...mut muuten pitäs liikkua, suositeellaan et tehokkaammin vaikuttaa.”*

Potilas on osastolla ravinnotta niin kauan kunnes keskeytyminen on tapahtunut. Tarvittaessa häntä nesteytetään suonensisäisesti. Potilaalta seurataan osastolla vuodon määrää, kipuja, yleisvointia sekä pahoinvointia. Kipulääkettä

annetaan tarpeen mukaan. Kipulääkkeeksi saatetaan antaa esimerkiksi Panadolia®, Litalginia® tai Tramalia®.

Kun potilaan vuoto alkaa olla runsaampaa, hänelle viedään portatiivi. Tällöin voidaan paremmin arvioida vuodon määrää sekä saadaan raskausmateriaali tarkasteltavaksi. Hoitaja tarkistaa myös, että sikiön ja jälkeisten poistuminen on täydellistä. *”...sen näkee jo silmällä, millon se sikiö on sieltä syntynyt.”* Raskausmateriaalin poistumisen jälkeen seurataan vielä vuotoa. Joskus lääkäri voi ultraäänellä varmistaa kohdun tyhjentyneen. Potilaan voidessa hyvin ja vuodon ollessa niukkaa, hän saa syödä. Tämän jälkeen hän voi kotiutua. *”Pääpiirteissään ne lähtee illaks kotiin.”* Potilas saa suulliset ja kirjalliset kotihoito-ohjeet *”...pitää myös sanoa seki, että ei saa jäädä yksin vetvomaan eikä vatkaamaan näitä asioita.”* Rh-negatiivisille raskaudenkeskeytyspotilaille annetaan osastolla keskeytyksen jälkeen anti-D-immunoglobuliini-injektio. Jos raskaudenkeskeytyksen on suunniteltu tarkastettavaksi hCG-pitoisuudella, potilas saa lähetteen verikokeeseen kotiutuksen yhteydessä. Poliklinikan lääkäri on myös yleensä ohjannut potilasta käymään jälkitarkastuksessa omassa terveyskeskuksessaan. Kuviossa 7 on koottuna hoidon toteutuksen sisältö naisten tautien osastolla.

Tulosten perusteella raskauden keskeytyminen tarkistetaan usein S- hCG – pitoisuuden määrittämisellä. Yhden haastattelun perusteella hCG -pitoisuutta ei tarvitsisi tarkistaa rutiininomaisesti, koska raskauden keskeytyessä raskausviikoilla 12–20 keskeytyminen havaitaan selvästi. *”Ei katota näiltä sitä (S-hCG-pitoisuutta) kun nää synnyttää.”* Toisaalta yhdestä haastattelusta sekä potilastapauksista kävi ilmi, että hCG – pitoisuuden määrittäminen jokaiselle keskeytyspotilaalle. *”Rutiinisti me yleensä katotaan kaikilta S-hCG siinä reilun kuukauden päästä.”* Potilastapausten perusteella oli havaittavissa erilaisia käytäntöjä, minkä ajan kuluttua pitoisuuden määrittäminen tehtiin. Aika vaihteli kahdesta viikosta neljään viikkoon.

Kuvio 7 Hoidon toteutus naistentautien osastolla

Osasto 4

- Hoidon toteutuksesta vastaa sairaanhoitaja/kättilö
- Potilas on ravinnotta kunnes raskaus on keskeytynyt ja vuoto normaalia
- Hoidon toteutus
 - Keskustelu ja psyykkisen tuen tarjoaminen, tarvittaessa potilaalla on mahdollisuus tavata psykiatrinen sairaanhoitaja
 - Kerrotaan päivän kulusta
 - Lääkehoito
 - Cytotec® 0,4 mg p.v. toistetaan tarvittaessa 3 tunnin välein ad. 5 kertaa
 - kipulääkitys
 - Nestehoito tarpeen mukaan
- Seuranta keskeytyksen aikana ja jälkeen
 - Vuoto
 - Kipu
 - Pahoinvointi
 - Yleisvointi
 - Kohdun tyhjentyminen ja raskausmateriaali
- Joissain tapauksissa lääkäri tarkistaa ultraäänellä kohdun tyhjentyneen
- Sähköistä hoitokertomusta kirjoitetaan läpi hoitajakson



- Raskaus on keskeytynyt ja potilas voi kotiutua
- Suullinen ja kirjallinen kotihoito-ohjaus
- Rh-negatiivisille potilaille anti-D-immunoglobuliinin anto
- Jatkosuunnitelma
 - Tarvittaessa lähete hCG-pitoisuuden määrittämiseen
 - Jälkitarkastus terveyskeskuksessa lääkärin ohjeiden mukaan

Raskaudenkeskeytyspotilaiden hoidon suunnitelma oli kirjattu potilaspapereihin selkeästi. Hoitotyön toteutuksen kirjaaminen ei kuitenkaan vastannut aina suunnitelmaa. Osassa potilastapauksista hoidon suunnittelussa oli huomioitu esimerkiksi vuodon seuranta sekä potilaan psyykkisen voinnin tarkkailu. Tällaista seurantaa tai tarkkailua ei ollut kuitenkaan kirjattu hoitotyön toteutukseen. Myös ohjauksen kirjaaminen oli vähäistä. Potilaspapereista ei käynyt lainkaan ilmi ohjauksen sisältö ja kotihoito-ohjeiden antaminen oli kirjattu vain yhdessä tapauksessa. Kirjaaminen keskittyi paljon lääke- ja nestehoidon toteutukseen.

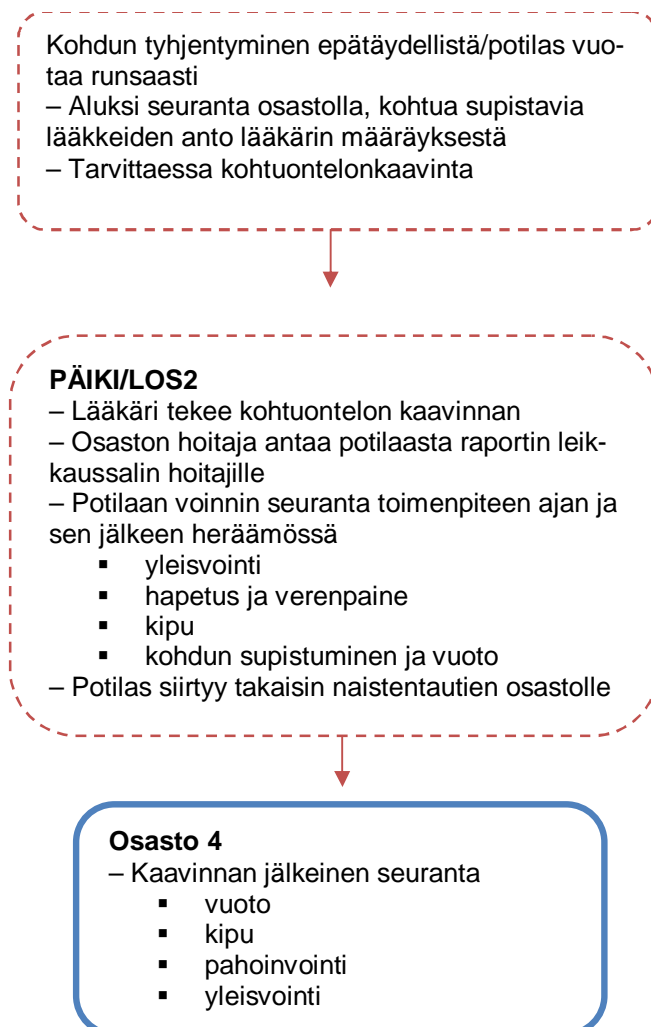
7.2.2. Hoidon toteutus lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen epäonnistuessa

Lääkkeellisesti raskautta keskeytettäessä on mahdollista, että kohtu ei tyhjene täydellisesti tai vuoto jatkuu runsaana. Näissä tapauksissa, ellei vuoto ole liian runsasta, voidaan aluksi seurata tilannetta osastolla ja tarpeen mukaan lisätä kohtua supistavaa lääkettä. Jos lääkkeen annosta ei ole apua ja tilanne pysyy ennallaan, täytyy potilaalle tehdä kohtuontelon kaavinta. Tällöin potilas viedään osastolta leikkaussaliin, yleensä joko päiväkirurgiaan tai leikkausosastolle 2. Kaavintapotilaiden hoitopolkua havainnollistetaan kuviossa 8.

Ennen leikkaussaliin siirtymistä osaston hoitaja antaa potilaasta raportin leikkaussalin henkilökunnalle. ”...viedään saliin, esitellään salin henkilökunta ja pyritään luomaan sellanen turvallinen ympäristö.” Toimenpide tehdään nukutuksessa. Ennen nukutusta potilas laitetaan gynekologiseen asentoon.

Kohtuontelon kaavinnan eli abrasion tekee lääkäri. Jos istukka on vielä kiinni, se irrotetaan aborttipihdeillä. Kohtuontelo tarkistetaan imulla ja lopuksi tehdään kyrettikaavinta. Toimenpide kestää muutamia minuutteja.

Kuvio 8 Hoidon toteutus lääkkeellisen keskeytyksen epäonnistuessa



Toimenpiteen jälkeen potilas herätetään ja hänet siirretään heräämöhön, jossa seurataan potilaan kipua, kohdun supistumista, vuotoa, hapetusta, verenpainetta ja yleisvointia. Kun potilaan vointi sallii, heräämöstä ilmoitetaan osastolle, että hänet voi hakea takaisin. *”Sitten kun hän on tuossa hereillä ja alkaa vastailemaan, nii siinä vaiheessa aletaan jo soittamaan osastolle hakemaan...”*

Osastolla potilaalta seurataan vielä vuotoa, kipua, pahoinvointia ja yleisvointia. Hän saa myös kotihoito-ohjeet. Vuodon ollessa normaalia ja potilaan pystyessä kävelemään, virtsaamaan ja syömään hän voi kotiutua. Hän ei kuitenkaan saa itse ajaa autoa ja hänen seuranaan tulee olla joku aikuinen yön yli.

7.3. Näkemyksiä hoitopolun vahvuuksista ja kehittämistarpeista

Teemahaastatteluihin tuli esiin kovin vähän ajatuksia raskaudenkeskeytyspotilaan (raskausviikoilla 12–20) hoitopolun toimivuudesta Keski-Suomen keskussairaalassa. Pääpiirteissään hoitopolku nähtiin selkeänä ja toimivana. Myös yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa koettiin sujuvana.

”...se (hoitopolku) on niin selkee niin kaikki tietää, miten se kulkee.”

”Tietyllä tavalla mun mielestä...se (hoitopolku) on aika selkee.”

”...vahvuus on mun mielestä se, kun...jokainen kulkee tätä hoitopolkua pitkin, jokainen taho.”

Hoitopolun vahvuuksina pidettiin hoitotyön ja hoitajien osuutta ja yleensäkin hoitajien rooli raskaudenkeskeytyspotilaiden hoidossa nähtiin merkittävänä.

”...tää, mikä toimii on tää hoitajien rooli.”

”...hoitajat tekee sitte ison työn...”

”Mut mun mielestä se on vahvuus tuo...mitä hoitajat käy läpi sen potilaan kanssa.”

”...siinä keskeytyspotilaassa on tosiaan aika paljon työtä ja se on hoitajapainotteinen.”

Yhtenä hoitopolun kehittämishaasteena nähtiin sen kattava päivittäminen. *”Tulee erilaisia lääkkeitä ja tule erilaisia käytäntöjä, nii ne pitäs päivittää sillä lailla, että ne näkis tuolla periferiassakin, miten se hoitopolku kulkee...et ne pitäs päivittää, että siellä ei ois vanhentunutta tietoo.”* Toisaalta haastattelussa todettiin samalla, että raskaudenkeskeytyspotilaiden hoitoa ja tulevia uudistuksia käydään kyllä läpi naistentautien alueellisissa koulutuksissa. Kehittämishaasteena nähtiin myös ohjausmateriaalin yhdenmukaistaminen. *”Pyritty siihen, että yhdenmukaistettas näitä hoito-ohjeita... Ne ei oo yks yhteen... Josakin vaiheessa varmaan.”*

Haastatteluissa toivottiin, että raskaudenkeskeytyspotilaille pystyttäisiin antamaan enemmän aikaa hoitopolun eri vaiheissa.

”Ei pysty antamaan sellasta ohjausta ja neuvontaa, jota haluais antaa...nääh on niinku vaikeita asioita, eikä näitä pysty äkkiä sutasemaan.”

”No hoitopolussa vois antaa enemmän aikaa sille potilaalle.”

”...ku kysyt mihin vois satsata nii se olis se aika.”

Erityisesti haluttaisiin panostaa hyvän ohjauksen antamiseen sekä potilaan yksilölliseen, kiireettömään kohtaamiseen.

Opinnäytetyötä tehtäessä ja tarkasteltaessa sen tuloksia kehittämishaasteita havaittiin esimerkiksi raskaudenkeskeytyspotilaan jatkohoitosuunnitelman yhdenmukaistamisessa. Tämä sen vuoksi, että havaittavissa oli vaihtelevia käytäntöjä, siitä kuinka raskaudenkeskeytyminen varmistetaan. Puutteita havaittiin myös lääkemääräysten sekä hoitotyön kirjauksessa. Lääkemääräysten kirjaamisessa oli vaihtelua ja hoitotyön toteutuksen osalta oli annetusta ohjauksesta ja neuvonnasta kirjattu vähäisesti jos lainkaan. Koko aineiston perusteella jäi myös epäselväksi, kuinka aktiivisesti raskaudenkeskeytyspotilaan tuen ja keskustelun tarvetta arvioidaan hoitopolun eri vaiheissa. Kokonaisuudessaan hoitopolku havaittiin kuitenkin hyvin toimivaksi.

7.4. Yhteenveto tuloksista

Kuviossa 9 on esitetty raskaudenkeskeytykseen raskausviikoilla 12–20 tulevan potilaan hoitopolku kokonaisuudessaan vuokaaviona. Raskaudenkeskeytyspotilas (raskausviikoilla 12–20) siirtyy erikoissairaanhoidon perusterveydenhuollosta lähetteellä. Hoito Keski-Suomen keskussairaalassa alkaa naistentautien poliklinikalla. Poliklinikalla potilas tapaa samalla käynnillä sekä lääkärin että sairaanhoitajan/kätilön. Potilaalle tehdään tarvittavat tutkimukset ja hän saa raskaudenkeskeytykseen liittyvän ohjauksen. Sairaanhoitaja antaa potilaalle keskeytyksen aloittavan lääkkeen. Potilas ottaa lääkkeen poliklinikalla, jonka jälkeen hänen hoitonsa jatkuu naistentautien osastolla toisena päivänä lääkkeen otosta. Potilaan keskeytyspäätöksen ollessa epävarma, hän voi vielä pohtia päätöstä, jolloin hänen tulee varata uusi käynti poliklinikalle. Jos raskausviikot 12–20 todetaan vasta poliklinikalla, potilaan täytyy anoa TEOn lupaa ja tulla toiselle hoitajakäynnille luvan saatuaan.

Naistentautien osastolla potilaan hoidon toteutuksesta vastaa sairaanhoitaja/kätilö. Raskaus keskeytetään lääkkeellisesti, ja potilaan vointia seurataan osastolla kunnes raskaus on keskeytynyt ja potilas on kotikuntoinen. Kohdun tyhjentyneen ollessa epätäydellistä tai vuodon ollessa runsasta, kohtuontelon kaavinta leikkaussalissa voi olla tarpeen. Raskauden keskeytyminen voidaan varmistaa ultraäänellä tai myöhemmin S-hCG-pitoisuuden määrittelyllä. Jälkitarkastuksessa potilas voi käydä omassa terveyskeskuksessa.

Raskaudenkeskeytyspotilas

Perusterveydenhuollosta varataan aika naistentautien poliklinikalle

>12 rvk
-TEO:n hakemus täytetty tk:ssa ja myönteinen päätös tullut

<12 rvk
-lähetteenä AB1-lomake

Naistentautien poliklinikka, 1. käynti

Lääkärin tarkastus:

- Terveystilan kartoitus ja gynekologinen anamneesi
- Keskustelu keskeytyspäätöksen varmuudesta
- Ultraäänitutkimuksessa todetaan rvk 12–20
- Jatkoehkäisyn varmistaminen
- Jälkitarkastukseen ohjaus
- Keskeytyslääkkeiden määräys

Hoitotyö naistentautien poliklinikalla, 1. käynti

>12 rvk, keskeytyspäätös varma:

- Keskustelu ja tuki
 - Taustatietojen tiedustelu
 - Varmuus päätöksestä
 - Tarvittaessa lisäkeskusteluavun tarjoaminen
 - Sosiaalisen verkoston laajuus
- Ohjaus ja neuvonta
 - Raskaudenkeskeytyksen eteneminen
 - Kirjallinen ohjausmateriaali
 - Lääkeohjaus
 - Ehkäisyneuvonta
- Lääkehoidon toteutus
 - Mifegyne® 200 mg p.o.
- Jatkosuunnitelma
 - Yhteystietojen anto
 - Ajanvaraus naistentautien osastolle 2 päivän päähän
 - Tarvittavien laboratoriokoepyyntöjen teko
 - Sähköisen hoitokertomuksen kirjoitus

>12 rvk, päätös epävarma

- Keskustelu ja tuki
 - Taustatietojen tiedustelu
 - Varmuus päätöksestä
 - Tarvittaessa lisäkeskusteluavun tarjoaminen
 - Sosiaalisen verkoston laajuus
- Keskeytyspäätös epävarma
- Potilasta ohjataan miettimään päätöstään ja ottamaan yhteyttä pkl:lle jos edelleen päätyy keskeyttämään raskauden
- Sähköisen hoitokertomuksen kirjoitus

> 12 raskausviikot todettu ultraäänitutkimuksessa naistentautien poliklinikalla

- TEO:n lupa tarvitaan
- Täytetty uusi AB1-lomake, liitteeksi potilaan oma kertomus keskeytyksen syistä (AB2-lomake)
- Keskustelu ja tuki
 - Taustatietojen tiedustelu
 - Varmuus päätöksestä
 - Tarvittaessa lisäkeskusteluavun tarjoaminen
 - Sosiaalisen verkoston laajuus
- Hoitaja varaa ajan 2. käynnille
- Tarvittavien laboratoriokoepyyntöjen teko
- Sähköisen hoitokertomuksen kirjoitus

Hoitotyö naistentautien poliklinikalla, hoitajakäynti (2. käynti)

- Keskustelu ja tuki
 - Varmuus päätöksestä → päätös varma
 - Tarvittaessa lisäkeskusteluavun tarjoaminen
- Ohjaus ja neuvonta
 - Raskaudenkeskeytyksen eteneminen
 - Kirjallinen ohjausmateriaali
 - Lääkeohjaus
 - Ehkäisyneuvonta
- Lääkehoidon toteutus
 - Mifegyne® 200 mg p.o.
- Jatkosuunnitelma
 - Yhteystietojen anto
 - Ajanvaraus naistentautien osastolle 2 päivän päähän
 - Tarvittavien laboratoriokoepyyntöjen teko
 - Sähköisen hoitokertomuksen kirjoitus

- TEO:ta myönteinen päätös
- Keskustelu ja tuki
 - Varmuus päätöksestä
 - Tarvittaessa lisäkeskusteluavun tarjoaminen
- Ohjaus ja neuvonta
 - Raskaudenkeskeytyksen eteneminen
 - Kirjallinen ohjausmateriaali
 - Lääkeohjaus
 - Ehkäisyneuvonta
- Lääkehoidon toteutus
 - Mifegyne® 200 mg p.o.
- Jatkosuunnitelma
 - Yhteystietojen anto
 - Ajanvaraus naistentautien osastolle 2 päivän päähän
 - Tarvittavien laboratoriokoepyyntöjen teko
 - Sähköisen hoitokertomuksen kirjoitus

Saapuminen naistentautien osastolle 2.päivänä poliklinikka käynnistä

Osasto 4

- Hoidon toteutuksesta vastaa sairaanhoitaja/kättilö
- Potilas on ravinnotta kunnes raskaus on keskeytynyt ja vuoto normaalia
- Hoidon toteutus
 - Keskustelu ja psyykkisen tuen tarjoaminen, tarvittaessa potilaalla on mahdollisuus tavata psykiatrinen sairaanhoitaja
 - Kerrotaan päivän kulusta
 - Lääkehoito
 - Cytotec® 0,4 mg p.v. toistetaan tarvittaessa 3 tunnin välein ad. 5 kertaa
 - kipulääkitys
 - Nestehoito tarpeen mukaan
- Seuranta keskeytyksen aikana ja jälkeen
 - Vuoto
 - Kipu
 - Pahoinvointi
 - Yleisvointi
 - Kohdun tyhjentymisen ja raskausmateriaali
- Joissain tapauksissa lääkäri tarkistaa ultraäänellä kohdun tyhjentyneen
- Sähköistä hoitokertomusta kirjoitetaan läpi hoitojakson

Kohdun tyhjentymisen epätäydellistä/potilas vuotaa runsaasti

- Aluksi seuranta osastolla, kohtua supistavia lääkkeitä lääkärin määräyksestä
- Tarvittaessa kohtuontelonkaavinta

PÄIKI/LOS2

- Lääkäri tekee kohtuontelon kaavinnan
- Osaston hoitaja antaa potilaasta raportin leikkaussalin hoitajille
- Potilaan voimien seuranta toimenpiteen ajan ja sen jälkeen heräämössä
 - yleisvointi
 - hapatet ja verenpaine
 - kipu
 - kohdun supistuminen ja vuoto
- Potilas siirtyy takaisin naistentautien osastolle

- Raskaus on keskeytynyt ja potilas voi kotiutua
- Suullinen ja kirjallinen kotihoito-ohjaus
- Rh-negatiivisille potilaille anti-D-immunoglobuliinin anto
- Jatkosuunnitelma
 - tarvittaessa lähete S-hCG-pitoisuuden määrittämiseen
 - jälkitarkastus terveyskeskuksessa lääkärin ohjeiden mukaan

Osasto 4

- Kaavinnan jälkeinen seuranta
 - vuoto
 - kipu
 - pahoinvointi
 - yleisvointi

8. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1. Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia hoitopolku potilaalle, jolle tehdään raskaudenkeskeytys raskausviikoilla 12–20 Keski-Suomen keskussairaalassa. Tavoitteena oli kuvata raskaudenkeskeytyspotilaan hoitoon osallistujat sekä hoidon sisältö. Lisäksi selvitettiin kokemuksia hoitopolun toimivuudesta. Opinnäytetyön tuloksena muodostettiin vuokaavio hoitopolusta (Kuvio 8).

Raskaudenkeskeytyksistä selvästi yli puolet tehdään aivan alkuraskaudessa ja ainoastaan alle kymmenesosa raskausviikoilla 12–20. Raskaudenkeskeytys voidaan toteuttaa kirurgisesta tai lääkkeellisesti, mutta lähivuosina yleisemmäksi hoitokäytännöksi on tullut lääkkeellinen keskeytys. Lääkkeellisen keskeytyksen myötä on mahdollistunut myös alkuraskauden keskeyttäminen poliklinisesti. Raskausviikoilla 12–20 keskeytys tehdään lääkkeellisesti ja aina osastolla. (Käypä hoito – suositus 2007.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirillä on oma ohje (liite 2.) raskaudenkeskeyttämisestä viikoilla 12–20. Ohjeessa kerrotaan muun muassa keskeytyksessä käytettävä lääkehoidon suunnitelma, joka on yhteneväinen raskaudenkeskeytyksen Käypä hoito – suosituksen ohjeiden kanssa. Opinnäytetyön aineistona käytetyissä potilasasiakirjoissa esiintyi vaihtelevuutta lääkemääräyksissä sekä niiden kirjaamisessa. Kaikissa potilaspapereissa ei ollut lääkärin tekemää merkintää lääkemääräyksistä ja eräässä tapauksessa lääkehoidon suunnitelma oli kirjattu ilman lääkevahvuuksia tai – annoksia. Näissä tapauksissa lääkehoito oli toteutettu sairaanhoitopiirin ohjeen mukaisesti. Mahdollisesti lääkehoidon suunnitelman kirjaamista potilaspapereihin ei pidetä tarpeellisena, jos oletuksena on, että hoidon toteutuksessa toimitaan aina sairaanhoitopiirin ohjeen mukaisesti.

Tutkimuksen tuloksissa korostui hoitohenkilökunnan sekä poliklinikan suuri rooli raskaudenkeskeytyspotilaiden hoidossa. Poliklinikalla sairaanhoitaja/kätilö vastaa potilaan ohjauksesta ja neuvonnasta sekä keskustelee potilaan kanssa raskaudenkeskeytykseen liittyvistä asioista. Sairaanhoitaja myös

huolehtii lääkehoidon toteutuksesta ja keskeytyspotilaan hoidon jatkuvuudesta. Naistentautien osastolla raskaudenkeskeytyspotilas ei välttämättä tapaa lainkaan lääkäriä, vaan sairaanhoitaja/kättilö vastaa raskaudenkeskeytyksen hoidon toteutuksesta kokonaisuudessaan.

Haastatteluissa hoitajat toivat esiin raskaudenkeskeytyspotilaiden kohtaamiseen liittyviä taitoja ja tekijöitä. Erityisesti painotettiin hoitajien tilanneherkkyyttä sekä kykyä arvioida potilaiden tuen tarvetta. Hoitajat pitivät tärkeänä syyllistävien asenteiden välttämistä ja hyväksyvän ilmapiirin luomista. Poikajärven (1998) tutkimuksen mukaan raskaudenkeskeytyspotilaat pelkäävät henkilökunnan syyllistävää asennetta ja toivovat sen sijaan ystävällistä, yksilöllistä kohtelua.

Raskaudenkeskeytyspotilaat kokevat tarvetta keskustella tilanteestaan sekä keskeytyksen aiheuttamista tunteista lääkärin ja hoitajan kanssa. Lisäksi naisia kiinnostaa, mistä he saavat tarvittaessa keskusteluapua. (Poikajärvi 1998, 41,83; Keränen 2006, 30–31, 36–38.) Keski-Suomen keskussairaalassa sekä lääkäri että erityisesti sairaanhoitaja keskustelevat raskaudenkeskeytyspotilaan kanssa keskeytyspäätöksestä sekä keskeytykseen liittyvistä asioista. Tarvittaessa myös psykiatrinen sairaanhoitaja tai sosiaalityöntekijä käy keskustelemassa potilaan kanssa ja potilaalle annetaan erilaisten tukipalveluiden yhteystietoja.

Arvioitaessa potilaan tuen ja keskustelutarvetta huomioidaan erityisesti alaikäiset potilaat, toistuvasti raskaudenkeskeytykseen tulevat sekä ne, joiden sosiaalinen tukiverkko on puutteellinen. Raskaudenkeskeytyspotilaan psyykkisen selviytymisen uhkatekijöitä olisikin hyvä pystyä tunnistamaan (Harris 2004, 106–107; Käypä hoito – suositus 2007). Tällaisia uhkatekijöitä ovat esimerkiksi myöhäinen keskeytysajankohta, nuori ikä sekä sosiaaliset tai psyykkiset ongelmat. (Käypä hoito – suositus 2007.) Aineiston perusteella jäi kuitenkin epäselväksi, kuinka aktiivista tuen ja keskustelutarpeen arviointi on. Erityisesti osastolla hoidon painopiste on varsinaisen keskeytyksen toteutuksessa sekä potilaan fyysisen voinnin seurannassa.

Haastateltavat korostivat yksilöllisen ja potilaslähtöisen ohjauksen tärkeyttä ja kertoivat joistakin ohjauksen aihepiireistä. Ohjauksen tarkemmasta sisällöstä saatiin silti melko vähäisesti tietoa. Haastatteluissa mainittiin myös kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö, mutta toteutettu ohjaus ja neuvonta oli kirjattu puutteellisesti potilaspapereihin ja ainoastaan yhteen potilasasiakirjaan oli tehty merkintä kirjallisen ohjausmateriaalin antamisesta. Naistentautien poliklinikalla potilaille annetaan potilasohje Sinulle, raskaudenkeskeytykseen päätyneet. Osastolla kirjallisena ohjeena potilasohjeen lisäksi ovat monisteet Raskaudenkeskeytyksen jälkeen ja Kotihoito-ohjeet kohtuontelon tyhjennyksen ja kaavinnan jälkeen. Keräsen (2006) tutkimuksen perusteella raskaudenkeskeytyspotilaat toivovat saavansa asiantuntevaa ohjausta sekä tietoa erityisesti siitä, kuinka he pystyvät itse vaikuttamaan raskaudenkeskeytyksen aiheuttamiin oireisiin ja muutenkin osallistumaan omaan hoitoonsa. Naiset myös toivovat tietoa raskaudenkeskeytykseen liittyvistä komplikaatioista, niiden tunnistamisesta sekä ehkäisemisestä. (Keränen 2006, 27–29, 37.)

Aineiston perusteella raskauden keskeytyminen tarkistetaan Keski-Suomen keskussairaalassa usein seerumin hCG -pitoisuuden määrittämisellä. Tästä käytännöstä saatiin kuitenkin haastatteluaineistosta ristiriitaista tietoa. Lisäksi potilasasiakirjojen perusteella havaittiin vaihtelevuutta siinä, missä vaiheessa pitoisuuden määrittäminen raskaudenkeskeytyksen jälkeen tehdään. Kaikki haastateltavat eivät nähneet hCG-pitoisuuden määrittämistä tarpeellisena, koska keskeytettäessä raskaus viikoilla 12–20 raskausmateriaalia pystytään hyvin tarkastelemaan keskeytymisen tapahduttua. Aineiston mukaan joissain tilanteissa lääkäri saattaa tarkistaa kohdun tyhjentymisen myös ultraäänitutkimuksella naistentautien osastolla. Seerumin hCG -pitoisuuden määrittäminen on varmin tapa tarkistaa kohdun riittävä tyhjentymisen lääkkeellisen keskeytyksen jälkeen ja luotettava tulos saadaan jo kahden viikon kuluttua keskeytyksestä (Käypä hoito – suositus 2007).

Tulosten mukaan Keski-Suomen keskussairaalassa poliklinikkakäynnillä varmistetaan keskeytyspotilaan ehkäisymenetelmä keskeytyksen jälkeen ja annetaan ehkäisyneuvontaa, jos se on tarpeen. Ehkäisyn aloitus ei kuitenkaan ole keskeytyssairaalan tehtävä vaan siitä huolehtii perusterveydenhuolto yhdessä keskeytyspotilaan kanssa (Käypä hoito – suositus 2007).

Aineistosta nousivat selkeästi esiin tietyt hoitopolun osuudet, jotka eivät teoria- tiedosta käyneet ilmi. Aineiston, haastatteluaineiston sekä potilasasiakirjojen, perusteella havaittiin raskaudenkeskeytspotilaan hoitopolun olevan hieman erilainen silloin jos keskeytyspäättös on epävarma. Jos naistentautien poliklinikalla käy ilmi, ettei raskaudenkeskeytyspäättös ole täysin varma, potilaalle voidaan järjestää lisäkeskusteluapua ja ohjata häntä rauhassa miettimään päätöstään. Potilas ottaa sitten uudelleen yhteyttä keskeytysairaalaan jos hän päätyy keskeyttämään raskauden. Aineistosta nousi myös esiin sellaisten raskaudenkeskeytyspotilaiden hoitopolku, joiden raskaus onkin oletettua pidemmällä. Potilaan saapuessa naistentautien poliklinikalle alkuraskaudenkeskeytystä varten, ultraäänitutkimuksessa voidaankin havaita raskauden keston olevan yli 12 viikkoa. Tällaisessa tapauksessa potilasta ohjataan poliklinikalla TEO:n luvan hakemisessa ja hän tulee uudelle poliklinikkakäynnille TEO:n päätöksen saatuaan.

8.2. Oman oppimisprosessin tarkastelu

Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen laatiminen, kuten myös koko opinnäytetyöprosessin läpi vieminen, oli mielenkiintoista sekä opettavaista, mutta sopivan lähdetiedon löytäminen tuotti hankaluuksia. Raskaudenkeskeytyksistä yleensä löytyi kohtalaisesti tietoa, mutta raskaudenkeskeyttämisestä raskausviikoilla 12–20 ja siihen liittyvistä erityispiirteistä löydettiin suppeasti tutkimustietoa. Tietoa haettiin sekä kotimaisista että englanninkielisistä terveysalan artikkelitietokannoista. Lisäksi tutustuttiin raskaudenkeskeytystä käsittelevään kirjallisuuteen, tutkimusjulkaisuihin, hoito-ohjelmiin ja –suosituksiin. Alusta asti haasteellista oli myös opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden selkiyttäminen, koska yhteistyötaholla tapahtui henkilöstömuutoksia. Henkilö, joka alun alkaen ehdotti opinnäytetyön aihetta, siirtyi pois silloisista työtehtävistään jo ennen kuin opinnäytetyön tarve ja tarkoitus ehtivät selkiytyä, joten opinnäytetyön merkitys yhteistyötaholle jäi määrittelemättä tarkemmin.

Hoitopolun muodostaminen tulosten mukaan oli johdonmukaista ja osittain haastavaa. Haastateltavat kertoivat selkeästi omista kokemuksistaan raskaudenkeskeytspotilaan hoitotyöstä, joita täydensivät potilaspapereihin tutustu-

minen. Koottu materiaali antoi hyvin tietoa keskeytyspotilaan etenemisestä hoitopolulla ja sen hoitotyön sisällöstä. Aineiston analysoinnin ongelmat tulivat varsinaisesti ilmi vasta, kun havaittiin ongelmia tulosten raportoinnissa. Sekä aineiston analysoinnin, että raportoinnin vaikeuksiin vaikutti suurelta osin teemarungon onnistuvuus. Jo aineiston analyysin alkuvaiheessa huomattiin vaikeuksia sovittaa kaikkia aineistosta esiin nousseita, hoitopolun kannalta tärkeitä asioita teemarungon mukaisiin luokkiin. Teemarunko oli osittain puutteellinen tai liian suppea ja sen teemoissa ei ollut otettu huomioon kaikkia hoidon osa-alueita. Kaikki teemat eivät myöskään sopineet eri työyksiköissä toteuttavan hoidon sisällön analysointiin ja eri työyksiköissä painottuivat selkeästi eri teema-alueet. Jotta tulosten raportointi olisi mahdollisimman selkeää, hoitoprosessi päädyttiin kuvaamaan haastattelukertomusten pohjalta koottuna polkuna, teemoittain muodostettujen kokonaisuuksien sijaan. Tulokset on pyritty esittämään johdonmukaisesti aikajärjestyksessä, käyttäen apuna myös sisällön analyysissä käytettyjä teemoja. Opinnäytetyö vastasi sille asetettuun tarkoitukseen sekä täytti tavoitteet.

8.3. Luotettavuus ja eettiset kysymykset

Kuten tutkimuksen, myös opinnäytetyön eettisyyttä ohjaa osaltaan lainsäädäntö. Yksityisyyden suoja mainitaan perustuslaissa, ja tutkijalla on velvollisuus suojella tutkittavien yksityisyyttä. (Mäkinen 2006, 146.) Henkilötietolaki on esimerkki laista, joka määrittelee rajat, joiden sisällä tutkimuksen tulee olla. Toinen laki, joka on otettu huomioon tässä työssä, on laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Sen mukaan potilasasiakirjoihin liittyy salassapitovelvollisuus. (Kylmä ja Juvakka 2007, 139–143.)

Tätä opinnäytetyötä tehtiin tutkimusetiikan sääntöjä noudattaen. Tutkimusprosessi ja tehdyt ratkaisut on kuvattu tarkasti opinnäytetyön suunnitelmassa sekä lopullisessa opinnäytetyön raportissa. Luvan opinnäytetyönä tehtävälle tutkimukselle antoi naistentautien yksikön ylilääkäri (Liite 5 Opinnäytetyön yhteistyösopimus/lupa-anomus).

Haastattelut nauhoitettiin, jonka jälkeen nauhoja säilytettiin niin kauan, kun ne

oli saatu kirjalliseen muotoon. Opinnäytetyön tekijät litteroivat itse kaikki haastattelut. Haastattelut sekä potilasasiakirjoihin tutustuminen tehtiin luottamuksellisesti, jolloin anonymiteetti säilyi. Potilasasiakirjat saatiin luettavaksi osaston 4 sihteereiltä ja niihin tutustuttiin ainoastaan osaston 4 tiloissa. Potilaat ja haastateltavat eivät olleet tutkimusaineistossa tunnistettavissa, eikä henkilötietoja kirjoitettu muistiin.

Luotettavuus on yksi tärkeimmistä tutkimukseen liittyvistä piirteistä. Tutkimusta täytyy pystyä tarkastelemaan kriittisesti, ja tutkijan itsensä pitäisi koetella tutkimuksen luotettavuutta. (Mäkinen 2006, 102.) Laadullisesti luotettavia tuloksia syntyy, kun analysoidaan koko aineistoa. Luotettavuus kärsii, jos tutkittavasta aineistosta jättää jonkun osan huomiotta esimerkiksi sen vaikeuden vuoksi. (Leino-Kilpi 2004b, 292.) Tässä opinnäytetyössä luotettavuus pyrittiin takaamaan soveltamalla sekä aineistolähtöistä että teorialähtöistä sisällön analyysia. Tällainen sisällön analyysin soveltaminen mahdollisti aineistosta esiin nousseiden tärkeiden asioiden mukaan ottamisen. Käytetty analyysitapa on pyritty selittämään yksityiskohtaisesti opinnäytetyön raportissa.

Haastateltavia henkilöitä ei valittu satunnaisesti vaan tutkimuksen tarkoitusta silmällä pitäen. Haastateltavilla henkilöillä oli monipuolista kokemusta raskaudenkeskeytyspotilaista. Haastateltavien valikoinnin tavoitteena oli saada mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta aiheesta, jotta analysoitavaa aineistoa saataisiin riittävästi. Ennen haastattelun tekemistä haastateltaville kerrottiin opinnäytetyön tekijöiden nimet, opinnäytetyön aihe ja tarkoitus sekä aineistonkeruumenetelmästä. Heitä informoitiin myös haastatteluiden vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta. Haastateltavilta pyydettiin lupa haastatteluiden nauhoittamiseen.

Koska aineistonkeruumenetelmänä oli teemahaastattelu, tarkkoja kysymyksiä ei tehty ennakkoon. Tämä antoi haastatelluille mahdollisuuden kertoa laajasti tutkittavasta ilmiöstä omin sanoin. Haastattelutilanteessa huomattiin kuitenkin ajoittainen tarve tehdä jatkokysymyksiä. Jatkokysymyksiä esitettiin, kun vastaus kyseessä olevaan teemaan oli liian suppea tai poikkesi varsinaisesta aiheesta. Kysymysten asettelussa pyrittiin olemaan johdonmukaisia sekä vält-

tämään liikaa johdattelua.

Aineistonkeruumenetelmänä käytetty potilaspapereihin tutustuminen ja teemahaastatteluiden tekeminen oli tutkimuksen kannalta hyvä asia. Potilaspapereista kävi selkeästi ilmi raskaudenkeskeytyspotilaalle tehdyt tutkimukset, toimenpiteet ja seuranta. Teemahaastattelut puolestaan lisäsivät tietoa hoitopolun sisällöstä ja antoivat tietoa potilaan hoidon tarpeesta, kohtaamisesta sekä annetusta ohjauksesta. Potilasasiakirjat olivat hyvä tiedonlähde opinnäytetyölle, vaikka kirjaamisen laatu vaikutti jonkin verran saatavan tiedon määrään. Papereihin tutustuessa huomattiin, että joissakin tapauksissa hoitotyön toteutuksesta oli kirjattu hyvin niukkasanaisesti, jos opinnäytetyö olisi tehty pelkkien potilaspapereiden avulla, hoitopolun sisältö olisi jäänyt kapeaksi ja teemahaastatteluja olisi pitänyt tehdä enemmän.

Aineiston analyysin luotettavuutta pyrittiin vahvistamaan sillä, että kumpikin opinnäytetyöntekijä luki läpi saatua materiaalia itsenäisesti ja merkitsi tekstiin kohtia teemojen mukaisesti ja muodosti näin alustavia luokkia. Seuraavaksi saatuja luokkia tarkasteltiin yhdessä, jonka tuloksena muodostuivat lopulliset luokat. Tutkimuksen tuloksia raportoidessa apuna käytettiin alkuperäisiä lainauksia haastatteluista, jotta opinnäytetyön lukijalla olisi mahdollisuus arvioida tehtyjen tulkintojen todenmukaisuutta. Sitaattien valinnassa pyrittiin säilyttämään haastateltavien anonymiteetti.

Tulosten uskottavuutta ja luotettavuutta lisää tutkijan perusteellinen paneutuminen asiaan sekä asian tarkastelu useasta eri näkökulmista. Tutkijan tulisi myös tehdä huomioita itsestään tutkimuksen tekijänä ja siitä kuinka paljon hän vaikuttaa prosessiin. (Kylmä ja Juvakka 2007, 127–129.) Tutkimussuunnitelmaa tehdessä opinnäytetyön tekijät paneutuivat tutkittavaan aiheeseen ja keskustelivat siitä prosessin eri vaiheissa, jotta näkökulmat vaihtuisivat ja opinnäytetyötä osaisi tarkastella myös kriittisesti. Tulosten perusteella muodostettua hoitopolkua, tässä tapauksessa vuokaaviota, näytettiin sen teko vaiheessa naistentautien osastolla. Osaston henkilökunnalla oli mahdollisuus antaa suullista palautetta ja huomioita. Hoitopolun koettiin kuitenkin vastaavan todellisuutta eikä muutos- tai lisähuomioita osaston henkilökunnalta tullut.

8.4. Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tuloksena laadittiin vuokaavio raskaudenkeskeytykseen raskausviikoilla 12–20 tulevan potilaan hoitopolku Keski-Suomen keskussairaalassa. Opinnäytetyössä selvitettiin myös henkilökunnan näkemyksiä hoitopolun vahvuuksista sekä kehittämishaasteista.

Johtopäätöksinä tulosten perusteella voidaan todeta seuraavaa:

1. Raskaudenkeskeytyspotilaan (raskausviikoilla 12–20) hoitopolku koetaan selkeänä sekä toimivana ja hoitotyön osuus nähdään polun tärkeimpänä vahvuutena.
2. Sairaanhoitajat/kätilöt kokevat ettei raskaudenkeskeytyspotilaan tukemiseen ja ohjauksen ole riittävästi aikaa.
3. Raskauden keskeytymisen varmistamisessa, raskausviikoilla 12–20 tehdyn keskeytyksen jälkeen, ei toimita yhtenäisen käytännön mukaan.

9. JATKOTUTKIMUSAIHEET

Raskaudenkeskeytys raskausviikoilla 12–20 on aihe, josta on löydettävissä melko vähäisesti tutkittua tietoa hoitotyön näkökulmasta. Raskaudenkeskeytyspotilaiden tiedon tarvetta, tuen tarvetta ja kokemuksia on tutkittu enimmäkseen yleisesti tai koskien alkuraskauden (alle 12 raskausviikkoa) keskeytyksiä. Jatkotutkimusaiheiksi tästä opinnäytetyöstä nousivat esiin raskaudenkeskeytyspotilaan omat kokemukset hoitopolusta ja hoitotyöstä Keski-Suomen keskussairaalassa. Lisäksi voisi olla tarpeen kartoittaa raskaudenkeskeytyspotilaan ohjaukseen ja neuvontaan liittyviä seikkoja. Onko ohjaus tarpeeksi tavoitteellista ja kuinka hyvin se vastaa potilaiden tiedon tarvetta? Entä mitä asioista sairaanhoitajat/kätilöt pitävät tärkeinä raskaudenkeskeytyspotilaiden ohjauksessa ja neuvonnassa. Tämän opinnäytetyön aineistoa kerätessä, haastatte- luissa sairaanhoitajat toivat selkeästi esiin hoitajien kohtaamistaitojen ja tilan- neherkkyyden merkitystä raskaudenkeskeytyspotilaiden kohtaamisessa. Tästä

tuli ajatus, että voisi olla hyvä kartoittaa tarkemmin sairaanhoitajien/kätilöiden kokemuksia raskaudenkeskeytyspotilaiden kohtaamisesta sekä heidän valmiuksiaan kohdata raskaudenkeskeytyspotilaita, erityisesti raskausviikoilla 12–20 raskauden keskeyttäviä.

Muina jatkotutkimusaiheina nousivat esiin raskaudenkeskeytyspotilaiden tuen tarpeen kartoittaminen keskeytyssairaalassa ja varsinkin myöhemmin keskeytyksen jälkeen sekä toisena aiheena perusterveydenhuollossa tehtävän jälkitarkastuksen yleisyys ja merkitys. Voisi olla myös tarpeen selvittää ehkäisyneuvonnan laatua perusterveydenhuollossa, jotta saataisiin vähennettyä toistuvasti raskaudenkeskeytykseen hakeutuvien naisten määrää.

LÄHTEET

- Breitbart, V. 2000. Counseling for medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 183, 2, 26-33. Viitattu 30.8.2007. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Elsevier ScienceDirect.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Porvoo: WSOY.
- Haukkamaa, M & Sariola, A. 2000. Normaali Raskaus. Teoksessa Naisten-taudit ja synnytykset. Vammala:Duodecim, 303–309.
- Harris, A. 2004. Supportive counseling before and after elective pregnancy termination. *Journal of Midwifery & Women's Health* 49, 2, 105-112. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Elsevier ScienceDirect.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13 p., osin uud. painos. Keuruu: Tammi.
- Hoitosuosituksesta hoitoketjuksi – opas hoitoketjun laatimiseen ja toimeenpääntöön. 2006. Käypä hoito – suositusten opas pdf-tiedostona. Viitattu 20.6.2007. [Http://www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi), hoitoketjut.
- Huntington, A.2002. Working with women experiencing mid-trimester termination of pregnancy: the integration of nursing and feminist knowledge in the gynaecological setting. *Journal of Clinical Nursing* 11, 2, 273-279. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Cinahl
- Keränen, K. 2006. Raskaudenkeskeytykseen tulevan naisen tiedontarve ja toteutunut tiedonsaanti. Pro gradu –tutkielma. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos, hoitotiede.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä:Gummerus
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki:Edita.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, 1, 3-12.
- Käypä hoito –suositus. 2007. Raskaudenkeskeytys. Duodecim. Viitattu 12.9.2007. [Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), raskaudenkeskeytys
- L 24.3.1970/239. Laki raskauden keskeyttämisestä. Laki Finlexin sivustolta. Viitattu 30.7.2007. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY, 21–43.
- Leino-Kilpi, H. 2004a. Etiikka kättilötyössä. Teoksessa Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY, 172–185.
- Leino-Kilpi, H. 2004b. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY, 284–298.
- Mattila, K. 2005. Perusterveydenhuolto. Terveyskirjasto-verkkopalvelu. Viitattu 12.1.2008. [Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), suomalaisten terveys, terveyspalvelut sekä terveyteen ja sairauteen liittyvät sosiaalipalvelut ja sosiaaliturva.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Tammi.
- Mäntyranta, T., Kaila, M., Varonen, H., Mäkelä, M., Roine, R. & Lappalainen, J. 2003. Hoitosuosituksen toimeenpano. Käypä hoito – suositusten opas pdf-tiedostona. Viitattu 5.9.2007. [Http://www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi), hoitoketjut.
- Naisten oma lääkärikirja. 1954. Toim. Anna Laurent. Porvoo: WSOY.
- Poikajärvi, K. 1998. Raskaudenkeskeytysprosessi asiakkaiden arvioimana. Licensiaattityö. Kuopion yliopisto, Terveystieteiden koulutusohjelma.
- Rainto, S. 2004. Raskaudenkeskeytysasiakkaiden hoitokokemuksia. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Raskaudenkeskeytykset vuonna 2006 -ennakkotiedot. 2007. Stakesin tilastotiedote. Viitattu 15.9.2007. [Http://www.stakes.fi](http://www.stakes.fi), tilastot, raskaudenkeskeytys.
- Raskauden keskeyttäminen. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivusto. Päivitetty 25.7.2007. Viitattu 14.11.2007. [Http://www.stm.fi](http://www.stm.fi), vastualueet, terveydenhuolto, terveyspalvelut.
- Riukula, M. & Roivas, M. 2004. Sinulle, raskaudenkeskeytykseen päätyneet. Potilasohje. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.
- Safe Abortion. 2003. WHO:n opas Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Viitattu 15.8.2007. [Http://www.who.fi](http://www.who.fi), abortion.
- Saranummi, N., Kivisaari, S., Väyrynen, E. & Hyppö, H. 2005. Terveystieteiden uudistaminen. Systemiset innovaatiot ja asiantuntijapalvelut muutoksen ajureina. Teknologiaakatsaus 180/2005. Helsinki: TEKES.
- STM. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Viitattu 10.6.2007. [Http://www.stm.fi](http://www.stm.fi), julkaisut, 2007, toukokuu.

Sihvo, S. & Kosunen, E. 1998. Naisten kokemuksia raskaudenkokemuksista. Teoksessa Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Saarijärvi:Gummerus, 49–63.

Suhonen, S & Heikinheimo, O. 2008. Kun raskauden ehkäisy epäonnistuu. Duodecim 124, 4, 457–461.

Teperi, J. 2005. Erikoissairaanhoido. Terveyskirjasto-verkkopalvelu. Viitattu 12.1.2008. [Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), suomalaisten terveys, terveystalvelut sekä terveyteen ja sairauteen liittyvät sosiaalipalvelut ja sosiaaliturva.

Toivonen, J.2000. Raskaudenkeskeytys. Teoksessa Naistentaudit ja synnytykset. Vammala:Duodecim, 164–168.

LIITTEET

Liite 1. Raskaudenkeskeytys (KSSHP)



KESKI-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI
Naistentaudit ja synnytys
Gynekologia

1(3)

Alueellinen hoitokäytäntö

RASKAUDENKESKEYTYS

1. LAINSÄÄDÄNTÖ

- **<12 rvkoa yhden** tai kahden lääkärin päätöksellä (AB1 ja tarvittaessa AB2)
 - *sikiöindikaatioissa lupa aina TEO:lta (AB1+AB3)
- **12-20 rvkoa** lupa TEO:lta (AB1+AB3 TEO:lle)
 - *jos sikiöllä todettu vaikea vamma, niin keskeytys mahdollista 24 rvkoon saakka

2. EDELTÄVÄT TUTKIMUKSET

- **avoterveydenhuollossa**
 - raskaustesti (kotitesti käy)
 - yleinen terveydentila ja gynekologinen tutkimus, raskauden keston arviointi,
 - psyykkisen ja sosiaalisen erityistuen tarpeen arviointi
 - klamydia
- **joko avoterveydenhuollossa tai sairaalassa**
 - pvk, veriryhmä (ellei tiedossa), veriryhmävasta-aineet (ei saa olla yli 5 vrk vanhempi)
 - UÄ-tutkimus
 - papa, jos edellisestä yli 1 vuosi

Alka keskeytykseen varataan suoraan naistentautilin poliklinikalta
arkisin klo 8-8.30 ja 13-14.30 puh. (014) 269 1423

3. KESKEYTYSMENETELMÄT

- **kirurginen <12 rvkoa**
 - kohdunsuun pehmennys 400 ug misoprostolilla noin 4 tuntia ennen tmp
 - ainakin synnyttämättömille ja >9 rvkoa oleville, misoprostolin voi tarvittaessa ottaa kotonakin edellisenä iltana joko p.v. tai p.o.
 - yleisanestesiassa imukyretointi
 - päiväkirurginen tmp, SVA tmp-päivä + 1vrk
 - ei varsinaisia vasta-aiheita
 - jälkitarkastus kuten lääkkeellisessä

Ohjeen laatija(t): EL M Helste

Hyväksytty: Yl H Sundström
Päiväys: 23.5.2005

Julkisuustaso: MediKes / Duodecim alueelliset hoito-ohjelmat
Asiasanat: raskaudenkeskeytys,gynekologia



Kirurginen keskeytys voidaan suorittaa yhdellä sairaalakäynnillä (pkl + päiki). Edellytyksenä komplisoitumaton tilanne ja edeltävien tutkimusten ottaminen avoterveydenhuollossa.

- lääkkeellinen <9 rvkoa

- ensisijainen <7 rvkoa
- annostelu:
 1. Pkl:lla mifepristoni 200 mg p.o. (Mifegyne) ja 24-48 tunnin kuluttua misoprostoli 600 ug (Cytotec) vaginaalisesti tai jos vuotoa niin p.o.
 2. ellei vuotoa ole tullut, niin 4 tunnin kuluttua annetaan 400 ug misoprostolia lisää
- raskaus keskeytyy yleensä jo 4-6 tunnin aikana, 24 tunnissa noin 90%
- vuoto voi kestää 2-3 viikkoa
- SVA 2 vrk alkaen Cytotec-päivästä, tarv. takautuvasti Mifegynen annosta
- sivuvaikutuksina pahoinvointi, alavatsakipu ja ripuli

- lääkkeellinen keskeytys 9-12 rvkoa

1. mifepristoni 200 mg p.o.
2. misoprostoli 600 ug vaginaalisesti tai suun kautta osastolla 24-48 tuntia myöhemmin
3. ellei vuotoa ole tullut, niin misoprostoli 400 ug 3 tunnin välein max 3 kertaa
4. ellei vieläkään vuotoa, niin lääkärin tutkimus

- kotikeskeytys <9 rvkoa

5. komplisoitumaton tilanne (ehkäisy sovittu etc.), perusterve 18-40 -vuotias
6. kotona täysi-ikäinen 'tukihenkilö/ avustaja'
7. annostelu sama kuin sairaalakeskeytyksessä
8. Mifegyne 200 mg sairaalassa
9. kotiin mukaan Metopram + Panacod -resepti sekä Cytotecit (3 + 2 tabl)
10. **hyvä informointi!!!**

- vasta-aiheita lääkkeelliseen keskeytykseen

- | | |
|-------------------------------------|--------------|
| • yli 35 vuoden ikä, jos ei terve | suhteellinen |
| • tupakointi yli 10 savuketta/vrk | suhteellinen |
| • huonossa tasapainossa oleva astma | ehdoton |
| • lisämunuaissairaudet | ehdoton |
| • jatkuva kortisonilääkitys | ehdoton |
| • verenvuototaipumus | ehdoton |

Ohjeen laatija(t): EL M Helste

Hyväksytty: Yl H Sundström
Päiväys: 23.5.2005

Julkisuustaso: MediKes / Duodecim alueelliset hoito-ohjelmat

Asiasanat: raskaudenkeskeytys, gynekologia



4. KOMPLIKAATIOT

- runsas vuoto harvinaista (verensiirto alle 1%:lle)
- kirurgisen keskeytyksen jälkeen reabraasio 2-3 %:lle
- lääkkeellisen jälkeen abraasio 5-7 %:lle
- pitkittynyt vuoto >3 vkoa -> infektion ja residuan poissulku

5. JÄLKITARKASTUS

- komplisoitumaton tilanne

- kvantitatiivinen hCG tk:ssa noin 3 vkon kuluttua (alle 12 rvkoa)
- poliklinikalla tarkistetaan hCG:n tulos, tarvittaessa soitto potilaalle tai potilas saa soittoaajan
- jos hCG alle 2000 IU/l ja asiat kunnossa, niin muuta ei tarvita (raskaustesti voi olla positiivinen ad 5-6 viikkoa keskeytyksestä)

- komplisoitunut tilanne

- ehkäisy epäselvä, toistuvat keskeytykset, psyykkisiä ongelmia etc.
- kvantitatiivinen hCG ja lääkärin/ terveydenhoitajan tarkastus avoterveydenhuollossa 3-4 vkon kuluttua
- arvioitava tapauskohtaisesti

6. EHKÄISY

- ehkäisynä pillerit, laastarin ja renkaan voi aloittaa keskeytystä seuraavana päivänä
- klerukan asennus mieluiten vasta kuukautisten aikana

7. MUUTA

- **anti-D** annetaan tarvittaessa Mifegynen annon yhteydessä, mikäli veriryhmää ei tiedossa, niin lähete laboratorioon ja anti-D seuraavana päivänä

Liite 2. Raskauden keskeytys sikiöindikaatioin < 24 rvk (geneettinen) ja sosiaalisiin indikaatioin 12–20 rvk (KSSHP, ohje tarkoitettu henkilökunnan käyttöön)



Raskauden keskeytys sikiöindikaation <24 rvk (Geneettinen) ja sosiaalisiin indikaatioin 12-20 rvk

1. Ennen keskeytystä

Poliklinikalla potilaasta otetaan PVK, veriryhmä, x-veri, vas, PLV, klamydia.
Potilaan hoito osasto 4:lla. Keskeytyksen hoito os 4 <22rvk ja synnytyssalissa ≥22rvk. Lääkärin harkinnan mukaan hoito synnytyssalissa myös varhaisilla viikoilla.

Jos potilaan papereissa ei ole myönteistä TEO:n lausuntoa päätöksestä, varmistettava asia puhelimitse ennen toimenpiteen aloitusta. Puhelimitse saadusta tiedosta merkintä sairauskertomukseen. Päätös pyydetään suoraan os 4:lle.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus

Lintulahdenkatu 10 tai PL 265
00530 Helsinki 00531 Helsinki

JOS ON KIIRE: ÄLÄ LÄHETÄ POSTILOKEROON

Puh 09-772920 keskus, lyhytvalinta 4558 - pyydä Lea Simola
fax 09-77292138

Geneettisessä keskeytyksessä syytä kysyä haluaako perhe haudata sikiön vai jätetäänkö asia sairaalan hoidettavaksi.

2. Keskeytyksen suoritus

Poliklinikalla annetaan antiprogestiini Mifegyne 200mgx1 p.o. Ilmoitus osastolle 4, jonne potilas tulee 24-48 t kuluttua.

Cytotec 2 tabl (0.4 mg) vaginaan 3 tunnin välein ad 5 kertaa. Mikäli runsas vuoto, niin NaCl 0.9- tai Gelofusin-infuusio ja tarvittaessa punasoluja. Cytotec suun kautta, jos vuoto runsasta.

Aiemmin sektoiduilla annostelu sama, mutta seurattava erityisesti vatsakipua.

Ellei raskaus ole keskeytynyt, annetaan illalla Mifegyne 200 mg x p.o. ja seuraavana päivänä voidaan jatkaa uudelleen Cytotecein tai voi aloittaa sulprostoni-infuusion (Nalador)

3. Toimenpiteet keskeytymisen tapahduttua

Jos kaavinta katsotaan aiheelliseksi, tehdään se päivystyksenä.

Rh-negatiivisille potilaille annetaan anti-D-gammaglobuliinirokotus.

Geneettisen keskeytyksen sikiötutkimukset:

Ohjeen laatija(t): El Parviainen, El M Helste
Hyväksytty:
Päiväys:29.11.2004

Julkisuustaso: osasto
Asiasanat: gynekologia, obstetriikka, geneettinen keskeytys, keskeytys, raskauden keskeytys



Sikiön ulkotarkastus. Löydökset kuvaillaan sairauskertomukseen. Kiinnitetään huomiota poikkeaviin piirteisiin, sikiön vartalon, pään ja raajojen suhteisiin. Kuvataan mahdolliset epämuodostumat kuten huuli-suulakihalkio, raajojen virheasennot, ylimääräiset sormet ja varpaat, napavarren tyrä, selkärangan alueen defektit jne. Sikiö punnitaan, mitataan pituus, jalkaterän pituus ja päänympäryys.

Kromosomitutkimusta varten otetaan mahdollisuuksien mukaan verta sydänpunktiolla 0.5-2ml heparinisoihtuun ruiskuun. (Ruiskuun vedetään hepariinia ja poistetaan saman tien). Lisäksi näyte istukasta: noin 1 x 1 cm pala sikiön puoleisesta osasta istukkaa kalvorakenteen alta aivan napanuoran läheltä. Näyte voidaan ottaa myös esim sikiön reidestä niin että lihasta tulee mukaan. Aseptinen näytteen käsittely tärkeää! Säilytys huoneenlämmössä. Näyte toimitetaan kemian laboratorioon näytteenkäsittelyhuoneeseen ennen klo 9. Jos kromosomitulos on jo olemassa ei näytettä tässä vaiheessa enää oteta!

< 22 rvk: Yhteinen **PAD-lähete** sikiöstä ja istukasta. Maininta lähetteeseen, jos vanhemmat haluavat haudata sikiön.

≥ 22rvk: Obduktiolähete ja istukan PAD-pyyntö. Sikiöntutkimiseen ei tarvita avauslupaa vanhemmilta.

SIKIÖTÄ EI LAITETA FORMALIINIIN, VAAN OBDUKTIO-OSASTON KYLMIÖÖN

Sikiön rtg-kuvaukseen lähete harkinnan mukaan.

Sikiön valokuvaus päiväsaikaan, kuvauksen suorittaa patologian osaston obduktioapulainen.

4. Jatkoimenpiteet osastolla

Maidon erityksen lopettamiseksi > 15 rvk kirjoitetaan resepti tabl Dostinex 2 tabl x1 24 tunnin sisällä keskenmenosta. (Sos ja gen. kesk.)

TEO:lle ilmoitus keskeytyksestä. (Sos. ja gen. kesk.)

Epikriisistä jäljennös KYS:N genetiikan osastolle yhteisistä potilaista (gen. kesk.).

Jälkitarkastus yleensä omaan terveyskeskukseen. (Sos. ja gen. kesk)

Jälkikeskustelusta sopiminen (geneettinen kesk): Synnytysyksikön osastonylilääkärin vastaanotolle kaikkien vastausten valmistuttua. Synnytysyksikön vuodeosasto hoitaa kutsumisen, kun asia käsitelty perinataalimeetingissä.

Vaikka kyseessä on <22 rvk geneettisessä keskeytyksessä ja sikiö kuitenkin halutaan omaisten toimesta **haudata**, on heidän sovittava asiasta oman seurakunnan tai vastaavan kanssa. Patologian lähetteessä on mainittava haluavatko omaiset haudata sikiön. Omaisille kerrotaan että sikiötä säilytetään **kuukauden** ajan patologian osastolla. Päätös hautaamisesta on tehtävä tämän ajan kuluessa.

Hautaamista varten annetaan seuraavansisältöinen todistus:

Sikiön hautaamiselle ei estettä.

Lääkärin allekirjoitus ja pvm.

Liite 3. Teemat

HAASTATTELUN JA POTILASASIAKIRJOISSA KÄYTETTÄVÄT TEEMAT

1. Työyksikössä raskaudenkeskeytyspotilaalle (raskausviikoilla 12–20) toteutettava hoito.

- Hoidon tarve
- Toimenpiteet ja hoito
- Seuranta ja tarkkailu
- Ohjaus ja neuvonta

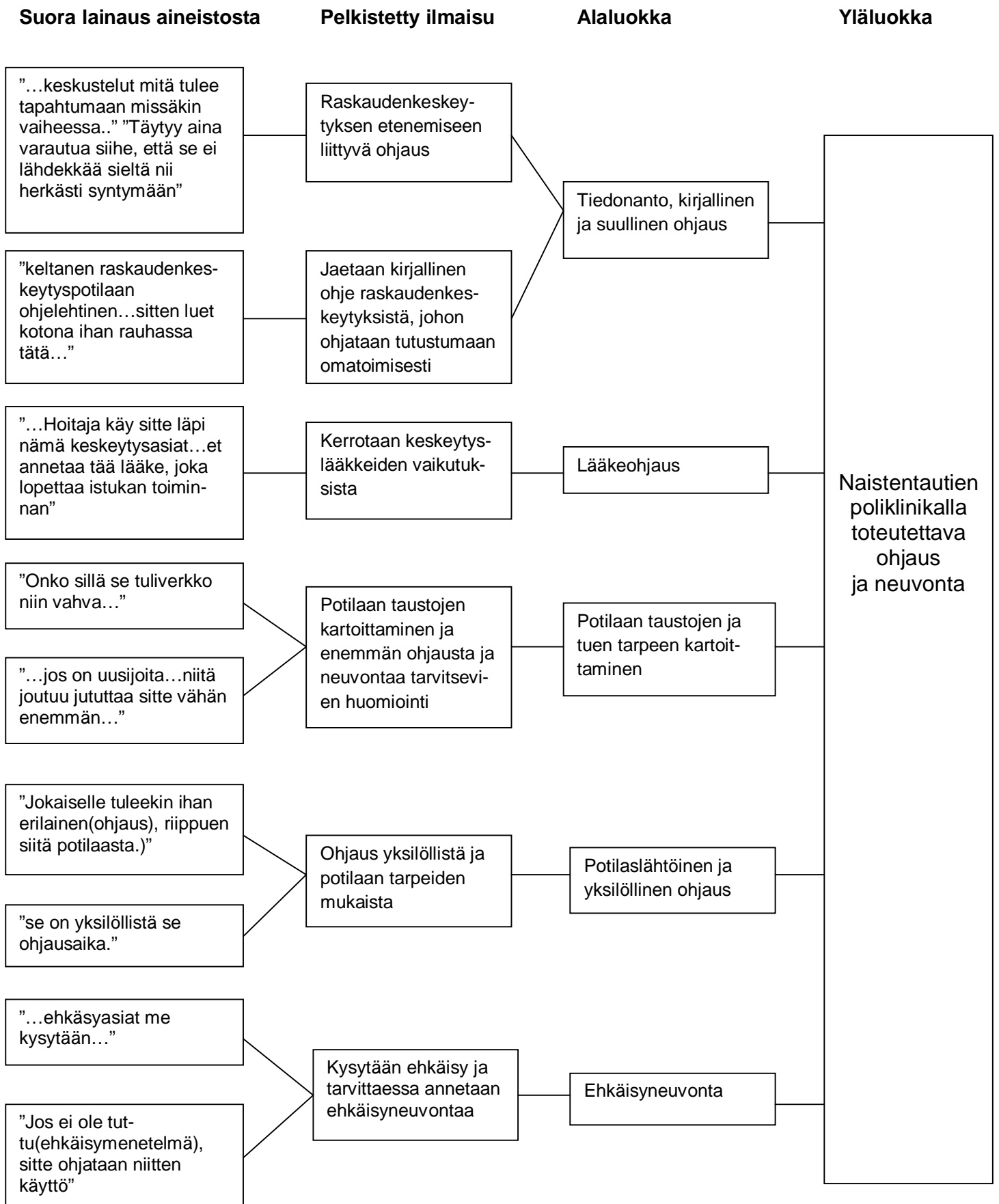
2. Sairaalajakson/hoitosuhteen päätyminen

- Ohjaus ja neuvonta
- Jatkosuunnitelma

3. Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolun toimivuus

- Vahvuudet
- Kehittämishaasteet

Liite 4. Esimerkki aineiston analyysistä



Liite 5. Opinnäytetyön yhteistyösopimus/ lupa-anomus

JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU
ja terveysala
opinnäytetyöryhmä

1/3

OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS

Olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan hoitotyön ja kättilötyön opiskelijoita. Pyydämme lupaa toteuttaa opinnäytetyötämme yhteisössänne. Opinnäytetyöt toteutetaan Keski-Suomen keskussairaalan toimiksimme kautta.

Opinnäytetyön aihe/nimi

Raskaudenkeskeytyspotilaan (raskausviikoilla 12–20) hoitopolku Keski-Suomen keskussairaalaossa, operatiivisella osastolla 4, naistentautien poliklinikalla ja päiväkirurgian yksikössä

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia raskaudenkeskeytykseen, raskausviikoilla 12–20, tulevan naisen hoitopolku ja tarkentaa raskaudenkeskeytyspotilaan hoidon porrastusta Keski-Suomen keskussairaalaossa. Tavoitteena on luoda paikallinen toimintaohje, joka pohjautuu yleiseen raskaudenkeskeytyksen hoitosuositukseen. Hoito-ohjelmasta ilmenevät raskaudenkeskeytyspotilaan hoitoon osallistuvat ammattiryhmät sekä heidän osuutensa raskaudenkeskeytysprosessin eri vaiheisiin. Hoitopolun luomisen tarkoituksena on selkeyttää työnjakoa eri toimijoiden välillä, lisätä raskaudenkeskeytyspotilaan hoidon sujuvuutta ja kuvata potilaan kokonaisvaltainen kulku Keski-Suomen keskussairaalan eri yksiköiden välillä. Opinnäytetyöhön ei sisällytetä sikiödiagnostisista syistä tehtäviä raskaudenkeskeytyksiä.

Opinnäytetyön aineisto muodostuu avainhenkilöiden haastatteluilta ja valituista potilasasiakirjoista. Tarkoituksena on haastatella 3 sairaanhoitajaa/kättilöä sekä 1 lääkäriä. Potilasasiakirjat valitaan yhteistyössä henkilökunnan kanssa. Potilasasiakirjoihin tutustumisen tarkoituksena on tarkentaa raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolkua ja auttaa havaitsemaan siinä mahdollisesti esiintyviä poikkeamia.

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

Syky 2008.

Opinnäytetyön tekijät sitoutuvat:

- Noudattamaan vaitiolo- ja salassapitovelvollisuutta ja toimimaan muutenkin kunnioittaen yksityisyyden suojaa, henkilötietolakiä sekä lakia potilaan asemasta ja oikeuksista.
- Siihen, että tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys ei käy ilmi opinnäytetyön raportissa.
- Selvittämään tutkimukseen liittyvät asiat yhteistyötaholle.
- Toimimaan yhteistyötahon toiveiden mukaisesti
- Raportoimaan opinnäytetyön tuloksista yhteistyötaholle ja toimittamaan opinnäytetyön raportti ja hoitopolku yhteistyötaholle.

Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty

Keväällä 2008.

Ohjaavat opettajat

THM, lehtori Elina Tiainen ja TtT, yliopettaja Katri Ryttyläinen

JYVÄSKYLÄN
 TAITTIKORKEAKOULU
 erveysala
 ryhmä

2/3

Opinnäytetyön yhteistyötaho

- Hyväksyn opinnäytetyön tekemisen yhteisössämme ja sitoudumme
 (esim. ohjaamaan opinnäytetyön tekijää, avustamaan materiaalikuluissa)

Opinnäytetyön tekijät veloitetaan (esim. raportoimaan yhteistyötaholle)

- En hyväksy opinnäytetyön tekemistä yhteisössämme, miksi
raportoimaan suullisesti osasto kokouk-
sesssa ja jättämään 2 kirjallista raporttia
1 osastolle
1 yhtiötoimialalle

Tarvitaanko muita lupa-anomuksia ei kyllä, mitä

JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysala
Opinnäytetyöryhmä

3/3

Käsitelty johtoryhmässä

Paikka ja aika 22.15.2008

30.4.08 JKL

P. Aukke

Yhteistyötaho Paulina Aukke
p 2693557

Katari Lyytikäinen

Ohjaava opettaja puh. 040 8488624

Paikka ja aika 5.15.2008

Outi Kos

Opinnäytetyön tekijä

Yhteystiedot 040-7408747

Katari Lyytikäinen

Opinnäytetyön tekijä

Yhteystiedot 040 8258362
00577@jamk.fi