

**Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen
käytänteet eri
synnytyssairaaloissa**

Henna-Riikka Minkkinen
Silja Koskinen

Opinnäytetyö
Tammikuu 2016
Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Tekijä(t) Koskinen, Silja Minkkinen, Henna-Riikka	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä 11.01.2016
	Sivumäärä 83	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen käytänteet eri synnytyssairaaloissa		
Tutkinto-ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Elina Tiainen, Helena Manninen		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen keskussairaala, naistenosasto		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä eli LYSY:ssä äiti ja vauva kotiutuvat sairaalasta 6-48 tunnin kuluttua synnytyksestä. Normaalisti kotiutuminen tapahtuu vastasyntyneen ollessa vähintään 48 tunnin ikäinen. Jokainen synnytyssairaala määrittelee omat kriteerinsä ja ohjeistuksensa lyhytjälkihoitoiselle synnytykselle.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa lyhytjälkihoitoisen synnytyksen yleisyyttä sekä käytänteitä Suomen synnytyssairaaloissa. Käytänteitä kartoitetaan henkilökunnalle ja potilaille laadittujen ohjeiden sekä kriteereiden pohjalta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen liittyviä ohjeita. Lisäksi tavoitteena on tuottaa materiaalia, jonka avulla sairaalat voivat yhtenäistää lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen liittyviä ohjeita ja käytänteitä.</p> <p>Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Synnytyssairaaloista kerätty aineisto käsitti lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteerit sekä hoitohenkilökunta- ja potilasohjeet. Vastausten lukumäärä oli kaksikymmentä (n=20). Tuloksista nousivat esille lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteereiden vaihtelevuus, imetyksen sujumisen tärkeys sekä kättilön keskeinen rooli. Tulosten perusteella huomiota tulisi kiinnittää erityisesti äidin psyykkiseen hyvinvointiin, kontrollitarkastusten järjestämiseen ja avohoidon toteuttamiseen. Yhtenäisten hoitokäytänteiden avulla voitaisiin edistää lyhytjälkihoitoisen synnytyksen tasa-arvoisuutta ja mallin toimivuutta.</p>		
Avainsanat (asiasanat) lyhytjälkihoitoinen synnytys, syntymän jälkeinen kättilötyö, ohjaus, laadullinen tutkimus		
Muut tiedot Aineiston luokittelutaulukot, 21 sivua.		

Author(s) Koskinen, Silja Minkkinen, Henna-Riikka	Type of publication Bachelor's thesis	Date 11.01.2016
	Number of pages 83	Language of publication: Finnish
		Permission for web publication: x
Title of publication Practices related to early postpartum discharge in different maternity hospitals		
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Supervisor(s) Elina Tiainen, Helena Manninen		
Assigned by Central Finland Central Hospital, Womens ward		
Description <p>In early postpartum discharge the mother and the new-born are released from the hospital in 6 to 48 hours after the delivery. The regular discharge usually takes place when the new-born is at least 48 hours old. Each hospital defines its own criteria and instructions for early postpartum discharge.</p> <p>The purpose of thesis was to examine the prevalence and practices of early postpartum discharge in the Finnish maternity hospitals. The practices were examined on the basis of the criteria and instructions for the nursing staff and patients. The aim was to provide information in order to improve the instructions. The aim was also to provide material that hospitals could use in order to unify the instructions and practices considering early postpartum discharge.</p> <p>The thesis was implemented with a qualitative research approach. The data collected from the maternity hospitals consisted of the criteria for early postpartum discharge and the instructions for nursing staff and patients considering the discharge model. The number of the respondents was twenty (20). The results highlighted the variety of the criteria between hospitals, the importance of successful breastfeeding before leaving the hospital and the midwife's role in arranging early postpartum discharge. Based on the results, it would be important to pay attention especially to the mother's mental wellbeing and arranging of control visits and outpatient care. With the help of standardised practices, it would be possible to promote equality as well as the functionality of the model of early postpartum discharge.</p>		
Keywords (subjects) Early postpartum discharge, postnatal midwifery, guidance, qualitative survey		
Miscellaneous Charts illustrating the classification of material, 21 pages		

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	4
2	LYHYTJÄLKIHOITOINEN SYNNYTYKS 5	5
2.1	Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteerit	6
2.2	Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen hyödyt	7
2.3	Lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen liittyvät haasteet ja ongelmat.....	8
3	OHJAUS LYHYTJÄLKIHOITOISESSA SYNNYTYKSESSÄ.....	10
3.1	Imetysohjaus	11
3.2	Vauvan hoidon ohjaus	12
3.3	Synnyttäjän itsehoidon ohjaus	13
3.4	Neuvolan rooli lyhytjälkihoitoisen synnytyksen toteuttamisessa	18
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	19
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	20
5.1	Tutkimuksen kohderyhmä ja aineistonkeruu.....	20
5.2	Aineiston analyysi.....	22
6	TUTKIMUSTULOKSET.....	25
6.1	Sairaaloiden lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteerit	26
6.1.1	Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteerit 6–48 tuntia synnytyksestä	27
	Raskauden kulku	27
	Synnytyksen kulku.....	28
	Lapsivuodeajan kulku.....	29
6.1.2	Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteerit 24–48 tuntia synnytyksestä	33
	Raskauden kulku	33
	Synnytyksen kulku.....	34
	Lapsivuodeajan kulku.....	35

6.2	Hoitohenkilökunta- ja potilasohjeet	38
6.2.1	Hoitohenkilökuntaohjeet.....	38
	Henkilökuntaohjeet ennen kotiutumista	38
	Kotiutumisen jälkeinen kontrollitarkastus.....	40
	Kotiutumisen jälkeinen seuranta.....	41
6.2.2	Potilasohjeet	42
	Potilasohjeet lyhytjälkihoitoisesti kotiutuville.....	42
7	POHDINTA.....	44
7.1	Tulosten tarkastelu.....	44
7.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	49
7.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	52
	LÄHTEET	55
	LIITE 1. Kyselyn kohderyhmä	59
	LIITE 2. Saatekirje	60
	LIITE 3. Taustatietolomake	61
	LIITE 4. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteerit/ Kotiutuminen 6-48 tuntia synnytyksestä	62
	LIITE 5. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteerit/ Kotiutuminen 24–48 tuntia synnytyksestä	71
	LIITE 6. Henkilökuntaohjeet/ Henkilökuntaohjeet ennen kotiutumista	77
	LIITE 7. Henkilökuntaohjeet/Kotiutuminen jälkeinen kontrollitarkastus.....	81
	LIITE 8. Henkilökuntaohjeet/Kotiutuminen jälkeinen seuranta.....	81
	LIITE 9. Potilasohjeet/Potilasohjeet lyhytjälkihoitoisesti kotiutuville	83
	KUVIOT	
	Kuvio 1. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteereiden luokittelurunko	23
	Kuvio 2. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen henkilökuntaohjeiden luokittelurunko	23
	Kuvio 3. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen potilasohjeiden luokittelurunko.....	24
	Kuvio 4. Raskauden kulun ylä- ja alaluokat	27

Kuvio 5. Synnytyksen kulun ylä- ja alaluokat	28
Kuvio 6. Lapsivuodeajan kulun ylä- ja alaluokat	30
Kuvio 7. Raskauden kulun ylä- ja alaluokat	33
Kuvio 8. Synnytyksen kulun ylä- ja alaluokat	34
Kuvio 9. Lapsivuodenajan kulun ylä- ja alaluokat	35
Kuvio 10. Henkilökuntaohjeet ennen kotiutumista ylä- ja alaluokat.....	38
Kuvio 11. Kotiutumisen jälkeinen kontrollitarkastus ylä- ja alaluokat.....	40
Kuvio 12. Kotiutumisen jälkeinen seuranta ylä- ja alaluokat	41
Kuvio 13. Potilasohjeet lyhytjälkihoitaisesti kotiutuville ylä- ja alaluokat.....	42

1 JOHDANTO

Synnytysten jälkeiset hoitoajat ovat lyhentyneet valtakunnallisella tasolla huomattavasti 1970-luvulta lähtien (Brown, Small, Argus, Dacis & Kraster 2009, 3–4). Suomessa muutos hoitoaikojen pituuksissa on tapahtunut viime vuosikymmenien aikana. Vuonna 1992 suomalaisista synnyttäjistä 54 % kotiutui neljänteen päivään mennessä. Vuonna 2012 vastaava luku oli 90 % ja synnyttäjistä 45 % kotiutui kahden päivän sisällä synnytyksestä. (THL 2014a, 111.)

Synnytyssairaalat pyrkivät lyhentämään sairaalajaksojen pituutta kotiuttamalla perheitä varhain synnytyksen jälkeen. Varhaisen kotiutumisen tulee olla perheen toiveena sekä äidin ja vastasyntyneen kannalta turvallista. (THL 2014a, 111.) Hoitoaikojen lyhentämisen taustalla ovat muun muassa taloudelliset tekijät. Lisäksi asiakkaina olevien äitien itsehoitovalmiudet ja tiedonsaantimahdollisuudet ovat lisääntyneet. Lyhytjälkihoitoinen synnytys eli LYSY on kehitetty vastamaan perheiden ja synnytys-sairaaloiden uudenvälisiin tarpeisiin. LYSY:ssä perhe kotiutuu 6–48 tuntia synnytyksen jälkeen (THL 2013, 253–254.) Varhaisen kotiutumisen käytänteet vaihtelevat maittain riippuen maan käytänteistä ja hoitoajan perinteistä. Tutkimuksissa on havaittu sekä hoitoaikojen lyhentymiseen liittyviä hyötyjä ja mahdollisuuksia että haittoja ja haasteita. (Brown ym. 2009, 3–4.) Hyödyiksi on nostettu muun muassa perhekeskeisyys ja asiakastyytyväisyys (THL 2013, 254). Sairaalahoidon lyhyt kesto edellyttää lapsivuodeosastolla tiivistä ohjausta sekä vastasyntyneen ja äidin huolellista seuranta (THL 2014a, 111). Neuvolan ja synnytyssairaalan välinen yhteistyö on keskeistä turvallisen lyhytjälkihoitoisen synnytyksen varmistamiseksi (THL 2013, 254–255).

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa lyhytjälkihoitoisen synnytyksen yleisyyttä sekä käytänteitä Suomen synnytyssairaaloissa. Käytänteitä kartoitetaan henkilökunnalle ja potilaille laadittujen ohjeiden sekä kriteereiden pohjalta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää lyhytjälkihoitoisen synnytyksen liittyviä ohjeita. Lisäksi tavoitteena on tuottaa materiaalia, jonka avulla sairaalat voivat yhtenäistää lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen liittyviä ohjeita ja käytänteitä. Yhteistyökumppanina toimi Keski-Suomen keskussairaala.

2 LYHYTJÄLKIHOITOINEN SYNNYTYKS

Synnytyksen jälkeinen hoitoaika on yksilöllinen ja riippuvainen niin synnytyksen kuluista kuin vastasyntyneen ja äidin voinnista. Tavallisesti kotiutuminen tapahtuu vastasyntyneen ollessa vähintään 48 tunnin eli kahden vuorokauden ikäinen, jolloin vastasyntyneelle voidaan tehdä luotettava lastenlääkärin tarkastus lapsivuodeosastolla. (Sariola, Nuutila, Sainio, Saisto & Tiitinen 2014, 329.) Vuonna 2012 keskimääräinen hoitoaika alatiesynnytyksen jälkeen oli 2,7 vuorokautta (THL 2014a, 111). Varhainen kotiutuminen voidaan jakaa lyhytjälkihoitoiseen ja polikliiniseen synnytykseen (Sariola, Nuutila, Sainio, Saisto & Tiitinen 2014, 329). Lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä äiti ja vauva kotiutuvat sairaalasta alle 48 tunnin kuluttua synnytyksestä. (THL 2013, 253.) Polikliinisessä synnytyksessä perhe kotiutuu vielä aiemmin eli 6–12 tuntia synnytyksestä. Joissakin sairaaloissa lyhytjälkihoitoisella synnytyksellä tarkoitetaan alle 36 tunnin kuluttua synnytyksestä tapahtuvaa kotiutumista. (Sariola ym. 2014, 334.)

Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen lähtökohtana on yksilöllisesti ja perhekeskeisesti toteutettu hoito synnytys- ja lapsivuodeosastoilla. Perhekeskeisyydellä tarkoitetaan asiakkaana olevan naisen kohtaamista paitsi yksilönä myös perheenjäsenenä sekä perheen monipuolista huomiointia osana hoitoprosessia. Perhekeskeisesti toimiva kättilö ymmärtää perheen voimavarat, yksilölliset piirteet ja perheen merkityksen. Perhekeskeisyyteen kuuluu puolison ja muiden läheisten osallistuminen hoitoon, läheisten kohtaaminen sekä läheisille kohdistettu tuki ja ohjaus. (Paananen & Väyrynen 2015, 29.) Vanhemmat ovat aktiivisia osallistujia lapsensa hoidossa ja lapsen liittyvässä päätöksenteossa. Hoitohenkilökunnan tulee kuitenkin hoitotyön asiantuntijoina arvioida lapsen tarpeita, jotka voivat välillä olla ristiriidassa perheen toiveiden kanssa. Keskeistä on hoitohenkilökunnan ja perheen vastavuoroinen kunnioitus ja yhteistyö. (Hallström & Lindberg 2012, 119.)

Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen onnistuminen edellyttää etukäteen suunnittelua ja valmisteluja. Perheellä tulee olla ennestään tietoa varhaisen kotiutumisen kriteereistä sekä toimintaperiaatteista. Sosiaalisten tekijöiden tulee olla kunnossa ja per-

heen tulee olla motivoitunut sekä sitoutunut varhaiseen kotiutumiseen. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen onnistumisen perusedellytyksenä on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiivis yhteistyö, jonka avulla varmistetaan, että hoitosuunnitelma vastaa perheen tarpeita. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen onnistumisen taustalla tulee olla neuvola, jolla on resursseja hoitaa kyseisiä perheitä sekä toteuttaa lyhytjälkihoitoisen synnytyksen vaatimia seuranta- ja tukitoimia. (Stakes 2007, 75.) Lisäksi synnytyssuunnitelman ja synnytyssairaaloiden polikliinisen työn merkitys korostuu (THL 2014a, 105).

2.1 Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteerit

Varhainen kotiutuminen edellyttää säännöllisesti edennyttä raskautta sekä matalan riskin synnytystä. Säännölliseksi synnytykseksi Maailman terveysjärjestö WHO määrittää synnytyksen, joka on matalariskinen sekä synnytyksen alkaessa, koko synnytyksen ajan että vauvan syntymähetkellä. Äidin ja vastasyntyneen tulee olla hyväkuntoisia myös synnytyksen jälkeen. (WHO 1996, 3–4). Suomessa matalan riskin synnytyksen ja synnyttäjän kriteerit vaihtelevat. WHO:n ja Ruotsin Socialstyrelsenin määritelmiiin pohjautuvan mallin mukaan matalan riskin synnytyksen kriteereiden mukaan synnytyksen tulee olla alatiesynnytys raskausviikoilla 37 – 42. Synnytykseen liittyvän riskin tulee olla matala avautumisvaiheen alkaessa sekä avautumis- ja ponnistusvaiheen ajan samaan tapaan kuin säännöllisen synnytyksen määritelmässä. Synnyttäjällä ei saa olla aiempaa obstetrista komplikaatiota tai perussairautta, joka vaikuttaa synnytyksen hoitoon. Lapsen tulee syntyä spontaanisti ja päätilassa (Raussi-Lehto 2015, 216)

Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus eli Stakes on laatinut vuonna 1999 suositukset lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteereistä sekä jatkohoidosta. Synnytyssairaaloilla voi olla käytössä myös muita ohjeita. Jokainen synnytyssairaala määrittelee omat kriteerinsä ja ohjeistuksensa lyhytjälkihoitoiselle synnytykselle. (STM 2007, 86.) Stakesin asettamien kriteereiden mukaan lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä gestatioin tulee olla yli 37 raskausviikkoa ja vastasyntyneen syntymäpainon pitää olla normaalirajoissa eli 2500–4500 grammaa. Apgar-pisteiden on oltava 1 minuutin iässä

yli 7 ja 2 minuutin iässä yli 8 sekä lämmön tulee olla 36,1–37,2°C. Lastenlääkärin tarkastuksessa ei todeta estettä kotiutumiseksi. Vastasyntynyt tulee tuoda lastenlääkärin tarkastukseen 3–5 vuorokauden iässä, jolloin tarkastetaan vastasyntyneen vointi ja selvitetään täytyykö perheen palata takaisin synnytysvuodeosastolle. Lisäksi on syytä varmistaa, että perheellä on käytettävissään kotona tukiverkosto. (Stakes 1999,75.)

Stakesin asettamien kriteerien lisäksi lapsivuodeosastoilla seurataan vauvan valmiuksia kotiutua. Ennen kotiutumista vastasyntyneen tulee läpäistä saturaatioseula saturoiden 95–100% (THL 2013, 263). Vastasyntyneen on virtsattava ja ulostettava normaalisti, kellastumisen riski on arvioitava sekä bilirubiinin seurantasuunnitelma tehtävä. Vastasyntyneellä ei saa olla merkkejä infektiosta eikä infektiota aiheuttavia riskitekijöitä. Vastasyntyneen verensokereiden tulee olla myös hyvällä tasolla. Lisäksi ennen kotiutumista täytyy äidin ja vauvan saada kaksi onnistunutta imetyskertaa. (Tammela 2008, 633–635.)

Stakesin kriteereiden mukaan synnyttäjän tulee olla terve ensi- tai uudelleensynnyttäjä. Äidillä ei saa olla lämpöä yli 38 astetta synnytyksen aikana ja verenpaineen tulee olla normaalilla tasolla (<140/90 mmHg). Jälkeisvaiheen tulee olla säännöllinen ja suurta verenvuotoa ei saa olla. Synnytyksen jälkeisenä seuranta-aikana äidin tulee pystyä virtsaamaan, verenpaineen ja jälkivuodon on oltava normaali, kohdun hyvin supistunut eikä ulkosynnyttimissä saa olla hematoomaa. Pienet repeämät ja episiotomia eivät ole este lyhytjälkihoitoisen synnytyksen onnistumiselle. (Stakes 1999, 75.)

2.2 Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen hyödyt

Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen hyötyjä voidaan tarkastella asiakastyytyvyyden, perhekeskeisyyden, turvallisuuden sekä taloudellisuuden näkökulmista. Varhaiseen synnytyksen jälkeiseen kotiutumiseen liittyy hyvä asiakastyytyvyys. Synnytyksen jälkeen äiti kaipaa usein lepoa, rauhaa ja turvallisuuden tunnetta. Lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä äiti pääsee varhain kotiin tuttuun ympäristöön. (Raussi-Lehto & Jouhki 2015, 283; Sariola ym. 2014, 350.) Joillekin äideille sairaalassa saatavilla oleva

apu luo turvallisuuden tunnetta (Björklund, Fjellvang & Åhlund 2012, 125). Toiset äidit taas kokevat sairaalassa turvattomuuden tunnetta. Monet äidit kokevat voimasta väsymystä synnytyksen jälkeen ja imetys valvottaa äitejä myös öisin. Sairaalo-olosuhteiden vieroksuminen sekä sairaalassa jaettu huone voivat edelleen hankaloittaa riittävää unen saantia. Lyhytjälkihoitoisen synnytys vastaa monien äitien yksilöllisiä toiveita kotiutumisen suhteen. Muun muassa kyseisistä syistä lyhytjälkihoitoisesti kotiutuneet perheet kokevat varhaisen kotiutumisen hyvänä, turvallisena ja luottavana valintana. (Kujanpää & Rajala 2004, 39; Sariola ym. 2014, 350.)

Hyvään asiakastyytyväisyyteen on lisäksi syynä lyhytjälkihoitoisen synnytyksen perhekeskeisyys. Koko perhe pääsee osallistumaan vastasyntyneen hoitamiseen sekä tustumaan uuteen perheenjäsenen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Lyhytjälkihoitoisen synnytys tukee siten vuorovaikutussuhteen muodostumista sekä äidin ja vauvan välille että vauvan ja muiden perheenjäsenten välille. (THL 2013, 254.) Vastuun jakaminen ja molempien vanhempien tasapuolinen osallistuminen on hyväksi sekä parisuhteen että vanhemmuuteen kasvun kannalta (Björklund ym. 2012, 127). Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen hyödyt kohdistuvat siten myös perheeseen kokonaisuutena.

Psyykkisen turvallisuuden tunteen lisäksi koti on ympäristönä fyysisesti turvallisempi esimerkiksi sairaalabakteereita vastaan. Kotona lapsentahtinen imetys mahdollistuu, mikä on sekä vastasyntyneen ja äidin etu. (Raussi-Lehto & Jouhki 2015, 283.) Maidonnousua ja imetyksen kokonaisvaltaista sujumista edesauttaa äidin rentoutuminen ja huoleton olo. Kotona kumppani voi tukea imetyksen sujumista esimerkiksi mahdollistamalla avullaan äidille levon. (Lidbeck, Hofsten & Coul 2012, 162.) Perheeseen kohdistuvien hyötyjen lisäksi lyhyet hoitoajat tarkoittavat säästöjä palvelujärjestelmässä. (THL 2013, 254).

2.3 Lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen liittyvät haasteet ja ongelmat

Lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen liittyvät haasteet ja ongelmat koskevat usein vastasyntyneen terveyttä. Lyhyen sairaalajakson vuoksi vastasyntyneen seuranta jää

myös lyhyeksi, jolloin ei välttämättä ehditä huomaamaan vastasyntyneen terveyttä vaarantavia tekijöitä. Kyseisiä riskejä ovat esimerkiksi hoitoa vaativat infektiot sekä synnynnäiset rakennepoikkeavuudet. Ongelmana on, että näiden vastasyntyneen terveyttä uhkaavien ongelmien oireet alkavat usein näkyä selkeästi vasta 1–2 vuorokauden iän jälkeen. Varhain kotiutuessa vastasyntyneen voinnin seuranta on suurem-
massa määrin vanhempien vastuulla. Tämä asettaa haasteita varsinkin ensisynnyttä-
jille, joilla ei ole aikaisemmista lapsista saatua kokemusta. Vanhemmat eivät välttä-
mättä osaa erottaa sairastunutta vauvaa terveestä vastasyntyneestä. Kotioloissa ei
myöskään ole käytettävissä sairaalassa olevaa laboratoriodiagnostiikkaa eikä vasta-
syntyneen painon seurantaan sopivaa vaakaa. Lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä
vastasyntyneellä on suurempi riski voimakkaalle kellastumiselle sekä kuivumiselle,
jotka voivat kotioloissa jäädä vanhemmilta huomaamatta. Mikäli moniammatillinen
yhteistyö neuvolan kanssa ei toteudu riittävän hyvin, voi tämä olla riski lyhytjälkihoi-
toisen synnytyksen turvalliselle toteutumiselle. (Tammela 2008, 633–635.)

Varhainen kotiutuminen asettaa haasteen imetysohjaukselle sekä maidon nousun
seuraamiselle. Puutteelliseksi jäänyt imetysohjaus ja siten myös äidin vaillinainen
luottamus imetyksen onnistumisen suhteen voi hankaloittaa imetyksen sujumista.
Haastetta lisäävät neuvoloiden rajalliset resurssit toteuttaa riittävää ja oikea-aikaista
imetysohjausta. (Järvenpää 2008, 1147–1148.) Äidin tulee myös olla varsin kykenevä
tarkkailemaan omaa fyysistä ja psyykkistä toipumistaan synnytyksestä. Äidin hyvin-
vointia uhkaavia tekijöitä ovat varhain kotiutuessa esimerkiksi pelko omasta pärjää-
misestä sekä synnytyksen jälkeisen masennuksen ja erilaisten lapsivuodeajan kompli-
kaatioiden varhainen tunnistaminen. (THL 2013, 254.) Vanhemmilta vaaditaan lisään-
tyntä valmiutta seurata äidin ja vastasyntyneen vointia. Haasteena lyhytjälkihoitoi-
sessa synnytyksessä on lisäksi sen edellyttämä runsas perheen ohjaus tiiviissä ajassa.
Tämä vaatii sairaalalta resursseja mahdollistaa kättilöiden riittävän ajan antaminen
perheille sekä kehittää osaamistaan. (Kujanpää & Rajala 2004, 46–50.) Mahdollisia
riskejä tulee arvioida etukäteen sekä kokonaisvaltaisesti että perhekohtaisesti, jotta
pystytään välttämään vastasyntyneelle ja äidin voinnille aiheutuvat haitat (THL
2014a, 112–113).

3 OHJAUS LYHYTJÄLKIHOITOISESSA SYNNYTYKSESSÄ

Ohjaus lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä tapahtuu terveydenhoitajien, kätilöiden sekä lääkäreiden kautta perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidoissa. Ohjauksen tulee tapahtua eri tahojen välisenä yhteistyönä laadittujen ohjeiden mukaisesti. Ohjauksen tavoitteena on turvata mahdollisimman ongelmaton lapsivuodeajan kulku. (THL 2014a, 112–113.) Lapsivuodeaika eli puerperium tarkoittaa noin 6–8 viikkoa ja enimmillään 12 viikkoa kestävää toipumisaikaa synnytyksestä (Sariola ym. 2014, 329; Nuutila & Ylikorkala 2011, 474). Lyhytjälkihoitoinen synnytys vaikuttaa syntymän jälkeiseen kätilötyöhön. Syntymän jälkeinen kätilötyö tarkoittaa aikaa synnytyksen IV:n vaiheen eli tehostetun tarkkailun vaiheen päättymisestä jälkitarkastukseen 5–12 viikkoa synnytyksen jälkeen.

Välitön syntymän jälkeinen kätilötyö käsittää synnytyssalista lapsivuodeosastolle siirtymistä seuraavia vuorokausia ennen lapsivuodeosastolta kotiutumista. Lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä välittömän syntymän jälkeisen kätilötyön vaihe tapahtuu osittain lapsivuodeosastolla sekä äitiysneuvolassa. Äidillä ja perheellä on isompi vastuu vaiheeseen kuuluvista tehtävistä. Välittömään syntymän jälkeiseen kätilötyöhön kuuluu äidin perustarpeista huolehtiminen, äidin fyysisen ja psyykkisen synnytyksestä palautumisen tukeminen sekä vastasyntyneen fyysisen voinnin ja adaptaation seuraaminen. Kätilö auttaa perhettä äidin itsehoidossa, vauvan hoidossa, imetyksessä sekä vuorovaikutussuhteen muodostamisessa. Lisäksi kätilö arvioi perheen valmiuksia kotiutua, mikä on lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä erityisen keskeistä. (Pietiläinen & Väyrynen 2015, 290–291.)

Lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä ohjauksen laatu nousee merkittävään rooliin, koska ohjaukseen käytettävä aika osastolla lyhenee. Laadun kannalta keskeistä on asiakaslähtöisyys, kattavuus sekä toimivan vuorovaikutussuhteen muodostaminen. Ohjauksen onnistuminen edellyttää sekä kätilön että äidin aktiivista osallistumista ohjaukseen. Kätilön ohjaus- ja kohtaamistaitojen merkitys korostuu, kun ohjausaika on lyhempi. Varhaisesti kotiutuvien perheiden parissa työskentelevien ammattilaisten tulisi ylläpitää sekä täydentää omaa osaamistaan ja ohjaustaitojaan. Ohjauksen

onnistuminen edellyttää erikoissairaanhoidolta sekä perusterveydenhuollolta tiivistä yhteydenpitoa. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen jälkeen erikoissairaanhoidon kättilöt tukevat perheitä eri auttamismuotojen kautta antamalla esimerkiksi puhelinohjausta. (THL 2014a, 112–113.) Vanhemmille tuodaan ohjauksen aikana esille yhteydenoton tärkeys, mikäli ongelmia kotona ilmenee (Sariola ym. 2014, 335). Henkilökunnan valmiuksiin antaa ohjausta tulee kiinnittää huomiota. Henkilökohtaisen ohjauksen antaminen voi olla haasteellista sekä ohjauksen määrä riittämätöntä. Kiire sekä henkilökunnan puutteelliset tiedot koskien lyhytjälkihoitoista synnytystä voivat heikentää perheiden saaman ohjauksen tasoa. (Kujanpää & Rajala 2004, 46–50.)

3.1 Imetysohjaus

Imetysohjauksen tulisi alkaa jo alkuraskauden aikana, jolloin perheen kanssa voidaan keskustella imetyssuunnitelmasta ja kartoittaa imetykseen vaikuttavia tekijöitä. Imetykseen liittyvän kirjallisen materiaalin tulisi tukea käytännön ohjausta ja auttaa vanhempia palauttamaan mieleen sairaalassa läpikäytyjä asioita. Sairaalassa imetysohjausta tulee toteuttaa WHO:n sekä Unicefin Vauvamyönteisyys-ohjelman mukaisesti, huomioiden ohjelman kaikki kymmenen askeletta. (Hannula, Kaunonen, Koskinen & Tarkka 2010, 2–4.) Lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä on keskeistä ohjata vanhempia ottamaan yhteyttä esimerkiksi neuvolaan tai imetystukiryhmiin, jos imetyksen kanssa ilmenee ongelmia kotioloissa. Yksilöllisessä imetysohjauksessa tulisi huomioida äidin ja puolison motivointi. Kättilön tuen lisäksi puolison ja perheen lähipiiriin antama jatkuva kannustus on merkittävässä roolissa imetyksen jatkumisen kannalta. Kyseisten keinojen avulla turvataan imetyksen onnistuminen myös kotiutumisen jälkeen. (Järvenpää 2008, 1147–1148.)

Synnytyssairaalassa annetun imetysohjauksen tehtävänä on opettaa vanhemmille imetyksen perustaitoja, kuten vauvan varhaisten nälkäviestien tunnistamista, hyvää imetysasentoa, vauvan rintaan tarttumista sekä hyvän imemisotteen ja tehokkaan imemisen tunnistamista. Vanhempia kehoitetaan tarkkailemaan imetystiheyttä ja huolehtimaan, että vauvaa imee rintaa vähintään kahdeksan kertaa vuorokaudessa. Lisäksi näytetään erilaisia herättelykeinoja, joilla saadaan uninen vauva heräämään

ruokailulle. Käsinlypsyn hallitsemisen avulla äiti voi kotioloissa tyhjentää rintojaan, jos vauva ei esimerkiksi saa täydestä rinnasta hyvää imemisotetta. Varhaisen kotiutumisen vuoksi on erityisen tärkeää, että vanhemmat osaavat tulkita riittävän maidon saannin merkkejä. Näihin kuuluvat vauvan tyytyväisyys ja nukahtaminen syömisen jälkeen, kastuneiden vaippojen määrä vauvan iän mukaisesti, ulosteen määrä ja pihkan muuttuminen maitokakaksi sekä ihon kimmoisuus. (Koskinen 2008, 79.) Samalla äitiä tulee kannustaa riittävään juomiseen, oikeanlaiseen ravitsemukseen sekä liikuntaan imettämisen aikana (Deufel & Montonen 2010, 12).

3.2 Vauvan hoidon ohjaus

Lapsivuodeosastolla vanhempia ohjataan mahdollisimman monipuolisesti turvalliseen vauvan hoitoon. Ohjauksen tulee vahvistaa vanhempien kykyjä ja itseluottamusta vastata vauvan tarpeisiin. Näin tuetaan mahdollisimman sujuvan vauva-arjen alkamista ja varhaisen vuorovaikutussuhteen muodostumista. Vanhempia ohjataan tulkitsemaan vauvan ilmeitä, eleitä ja ääntelyitä sekä käsittelemään vauvaa turvallisesti. (Pietiläinen & Väyrynen 2012, 298–299.) Kätilön tehtävänä on opastaa vanhempia vauvan ruokailurytmin lisäksi vauvan nukkumisrytmistä, joka kulkee lapsentahtisesti ruokailujen mukaisesti. Vanhempien kanssa tulee käydä läpi vauvan perushoitoon liittyvät asiat, kuten vaipan vaihto, päivittäiset pesut, kylvytys sekä ihon- ja navan hoito. Vanhempia ohjataan myös vauvan pukemisessa sekä ulkoilussa. (Fröjdh & Zamore 2015, 113–119.)

LYSY-hoitajien toteuttaman seurannan tulisi varmistaa, että synnytysvuodeosastolla sairaalahoitoa tarvitsevat vastasyntyneet tunnistettaisiin ennen kotiutumista. Lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä vastasyntyneen osastoseurantaan käytettävä aika on lyhyempi, joten vanhempia tulee ohjata erityisen huolellisesti seuraamaan vastasyntyneen vointia kotioloissa. Vanhempien saamaan ohjauksen tulisi antaa heille mahdollisimman hyvät edellytykset tunnistaa vastasyntyneen terveydentilan muutokset, kuten kellastuminen, kuivuminen tai infektiot. (Tammela 2008, 633–635.)

3.3 Synnyttäjän itsehoidon ohjaus

Synnyttäjää ohjataan itsehoitoon synnytyssalista lähtien. Ohjauksessa tulee kiinnittää erityisesti huomiota hygieniaan, synnytyksen jälkeisten komplikaatioiden ennaltaehkäisyyn, kehon muutoksiin, rintojen hoitoon, seksuaalisuuteen ja psyykkiseen hyvinvointiin.

Äitiä ohjataan hyvään **hygieniaan** heti synnytyksestä alkaen. Äidin tulee huolehtia sekä käsi- että intiimihygieniasta. Jälkivuoto on veristä ja runsasta synnytyksen jälkeen, jonka vuoksi äitiä ohjataan tekemään alapesuja käsisuihkulla sekä vaihtamaan sidettä aina vessassa käynnin yhteydessä. Jälkivuodon ajan äitiä kehoitetaan välttämään kylpyammeen sekä tamponin käyttöä sekä ohjataan käyttämään kondomia mahdollisten yhdyntöjen aikana. Hieneritys lisääntyy, mikä johtuu synnytyksen aiheuttamista hormonimuutoksista. Hyvä hygienia on keskeistä postpartuminfektioden ennaltaehkäisyssä. (Pietiläinen & Väyrynen 2015, 297–298.)

Synnytyksen jälkeiset komplikaatiot ovat mahdollisia, joten äitien tulee saada riittävä ohjausta oireiden tunnistamisesta ja ennaltaehkäisemisestä. Infektioista kärsii noin 5–10 % synnyttäneistä äideistä. Yleisimmät synnytyksen jälkeiset infektiot ovat endometriitti eli kohdun sisälimakalvon tulehdus, mastiitti eli rintatulehdus sekä virtsatietulehdus. Myös haavainfektio on mahdollinen. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 479–481.) Kohtutulehduksen sairastaa n. 6–8 % synnyttäneistä tavallisesti 5–10 vuorokauden kuluttua synnytyksestä. Äitejä ohjeistetaan hakeutumaan sairaalaan, mikäli heillä esiintyy kohtutulehduksen oireita eli alavatsakipua, kuumetta sekä lisääntyntä tai pahanhajuista jälkivuotoa. Rintatulehdus ilmenee usein 3–4 viikkoa synnytyksen jälkeen. (Norwitz, Belfort, Saade & Miller 2010, 138–141.) Oireita ovat kuume, rinnan aristavuus, kipu ja rajattu punoitus. Rintatulehduksista voi ennaltaehkäistä tehokkaasti ohjaamalla äitejä hyvään hygieniaan, tiehyttököksen ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen hoitoon sekä rintojen suojaamiseen viimalta. (Tiitinen 2014a.) Virtsatietulehduksen riskiä lisää synnytyksen yhteydessä erityisesti katetrointi. Virtsatietulehdus oireilee kirvelynä, lisääntyneenä virtsaamisen tarpeena sekä alavatsakipuna. (Käypä hoito -suositus 2013.) Episiotomian tai repeämän tulehtumisesta johtuvan haavainfektion

yleisimpiä oireita ovat haava-alueen punoitus, turvotus, kipu, märkäinen erite ja kuume. Äitiä ohjataan haavainfektion ennaltaehkäiseminen hyvällä hygienialla ja ilmakylvyillä sekä kehoitetaan hakeutumaan hoitoon, jotta voidaan määrittää mikrobi-lääkkeen aloittamisen tarve. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 481.)

Synnytyksen jälkeisessä ohjauksessa tulee huomioida vuotokomplikaatioiden riski. Keskiverto vuodoksi määritetään alatiesynnytyksen yhteydessä 500 ml. Synnytyksen jälkeen seurataan kohdun supistumista kohdun painamisen avulla, jotta kohdun atonia eli supistumisheikkous havaittaisiin mahdollisimman varhain. (Norwitz ym. 2010, 134–135.) Äidin on hyvä tietää, että myöhäinen eli yli 24 tunnin jälkeen tai 6 viikkoa synnytyksen jälkeen alkanut poikkeavan runsas vuoto johtuu useimmiten istukan tai kalvon osan jäämisestä kohtuun tai kohdunlimakalvon tulehduksesta (Norwitz ym. 2010, 134–135). Ennen kotiutumista äidille ohjeistetaan normaalin jälkivuodon tunnistaminen. Äitiä kehoitetaan seuraamaan jälkivuodon koostumusta, määrää, mahdollisten hyytymien kokoa sekä muutoksia jälkivuodossa. Tavallisesti jälkivuoto kestää noin 4–6 viikkoa. (Bengtsson 2015.) Kudoksen alle tai episiotomiahaavan kohdalle voi ilmaantua verenpurkauma eli hematooma. Äitiä ohjataan hakeutumaan hoitoon, jos hän havaitsee kotona voimakasta turvotusta tai lisääntyntä kovaa kipua emättimen seudulla. (Pietiläinen & Väyrynen 2015, 294.)

Raskauden ja synnytyksen aiheuttamat kehon muutokset voivat aiheuttaa äidille erilaisia fyysisiä vaivoja ja kuormittaa henkisesti. Synnytyksen yhteydessä tulleet limakalvovauriot, välilihan vauriot sekä eriasteiset repeämät ovat mahdollisia. Alapään turvotus ja kipu on yleistä. (Björklund ym. 2012, 122–125.) Asentohoidosta, viileästä kääreestä tai suihkuttelusta voi olla apua (Sariola ym. 2014, 336). Jälkisupistukset voivat olla kivuliaita kohdun palautuessa normaaliin kokoonsa. Ennen kotiutumista äidille ohjataan kivunhoito. Särkylääkkeiden käyttö synnytyksen jälkeen auttaa jälkisupistuskivun lisäksi turvotuksen ja repeämien aiheuttaman kivun hallintaan, laskee turvotusta sekä nopeuttaa äidin toipumista. (Bengtsson 2015; Fröjd & Zamore 2015, 110.) Rakon normaalin toiminnan palautuminen voi olla aluksi hankalaa, mikä oireilee esimerkiksi rakon puutteellisenä tyhjenemisenä tai virtsaamisen tarpeen tunteen heikkenemisenä. Tällöin rakko tulee katetroida. (Pietiläinen & Väyrynen 2015, 291–

292.) Ummetus on yleinen vaiva synnytyksen jälkeen, jonka vuoksi äitiä on hyvä ohjata liikkumaan, syömään kuitupitoista ruokaa, juomaan runsaasti sekä tarvittaessa käyttämään vatsanpehmiä. Samoin peräpukamat voivat vaivata. Ummetuksen hoitokeinojen lisäksi peräpukamavoiteen käytöstä voi olla hyötyä. (Bengtsson 2015.) Myös suonikohjut voivat olla ongelmana, mutta ne helpottavat yleensä itsestään parissa kuukaudessa (Nuutila & Ylikorkala 2011, 477). Matala lähtöhemoglobiini tai synnytykseen liittyvä verenvuoto voivat aiheuttaa anemian oireita; väsymystä sekä hengästymistä. Tämän vuoksi äitiä ohjataan rautapitoisen ruokavalion suosimiseen ja tarvittaessa rautavalmisteen käytön jatkamiseen tai aloittamiseen. (Bengtsson 2015.)

Fysiologiset muutokset voivat myös ilmetä synnytyksen jälkeisinä selkä- ja symfyyskipuina. Ohjaus ergonomian hyödyntämiseen vauvan hoidossa vähentää selkään ja symfyysiin kohdistuvaa rasitusta. Äitiä on syytä ohjata tasapainottamaan lepoa ja liikkeillä oloa synnytyksen jälkeen, jotta kohtu ja muu keho toipuisivat synnytyksestä. (Pietiläinen & Väyrynen 2015, 294–297.) Äitiä kehoitetaan aloittamaan reipas liikunta tai urheilu jälkitarkastuksen jälkeen. (Sariola ym. 2014, 350). Raskauden jälkeen äidin vatsalihakset sekä lantiopohjan lihakset ovat venyttäneitä ja niiden kuntoutukseen on syytä ohjata jo muutaman päivän kuluttua synnytyksestä. Lantiopohjan lihasten kuntouttaminen ennaltaehkäisee virtsanpidätysongelmia sekä erilaisia laskeumia. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 477.)

Rintojen asianmukainen hoito ennaltaehkäisee yleisimpiä rintojen kanssa esiintyviä ongelmia ja edesauttaa imetyksen onnistumista. Hyvää hygieniää tulee painottaa rintojen hoidossa ensimmäisestä päivästä lähtien. Rintojen suihkuttelu, kuivaus, liivien suojusten vaihto ja hyvä käsihygienia auttavat estämään bakteerien pääsyn rintoihin. (Tiitinen 2014b.) Maito nousee rintoihin keskimäärin 3–4 päivää synnytyksestä. Maidon noustessa rinnat voivat olla pinkeät ja arat. Rinnanpäät voivat kipeytyä esimerkiksi huonon imuotteen, tiheän imettämisen tai rinnanpäiden tottumattomuuden vuoksi tarttumisvaiheessa. (THL 2014b.) Rinnanpäihin tarkoitettu voide, äidin oma maitotippa ja ilmakylyt suojaavat rinnanpäättä ja edesauttavat haavaisen rinnanpäiden paranemista (Lidbeck ym. 2012, 174). Viileät kääreet tai kaalinlehdet voivat auttaa turvotukseen ja lämpö tuoda helpotusta kipuun sekä edesauttaa maidonherumista.

Ennen kotiutumista lapsivuodeosastolta äitiä neuvotaan pakkautuneiden rintojen, maitotiehyttökoksen sekä rintatulehduksen oireiden tunnistamisessa ja ennaltaehkäisyssä. Äidillä tulee olla tarvittavat tiedot ja taidot yleisimmissä ongelmatilanteissa toimimiseen. Äidille tulee ohjata esimerkiksi käsinlypsy sekä maidonerityksen kiihdyttäminen ja vähentäminen. (Tiitinen 2014b.) Rinnat tulee tarkastaa vähintään kerran kuukaudessa kyhmyjen varalta myös imetysaikana. Äidin pitää tietää milloin ja mistä hakea apua rintojen hoitoon liittyvissä kysymyksissä. Kannustus rinnoista huolehtimiseen ja äidin luottamus osaamisestaan toimia erilaisissa tilanteissa motivoi äitiä jatkamaan imetystä vastoinkäymisistä huolimatta. (THL 2014b.)

Seksuaalisuuteen liittyvän ohjauksen huomiointi on erityisen tärkeää synnytyksen jälkeen, jotta voidaan ennaltaehkäisevästi vaikuttaa seksuaalisuuteen liittyvien huoli-
lien ja vaivojen muodostumiseen. Seksuaalisuus on keskeinen osa sekä naisen, miehen että parisuhteen hyvinvointia. (THL 2014a, 10.) Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen voi olla hankalaa kätilölle ja perheelle, mutta synnytysairaala on otollinen paikka käsitellä seksuaalisuutta ja siihen liittyviä kysymyksiä. Keskeistä on luvan antaminen, potilaan kunnioittaminen ja asianmukainen informatiivinen ohjaus. Synnytyksellä ja lapsivuodeajalla voi olla vaikutuksia seksuaalisuuteen eri tavoilla. Fyysiset vaivat, kuten limakalvojen kuivuus, repeämät, episiotomiahaava ja niiden aiheuttama kipu voivat haitata seksielämää. (THL 2013, 136.) Synnyttäneellä naisella tai kumppanilla voi olla pelkoja koskien esimerkiksi synnyttäneen äidin kehoa, kivun aiheuttamista tai aiheuttamista sekä seksuaalista viehättävyyttä. Seksuaalinen halukkuus voi vähentyä juuri fyysisten vaivojen, pelkojen, hormonaalisten muutosten, väsymyksen, vanhemmuuteen totuttautumisen tai arjen muuttumisen myötä. Hellyys sekä läheisyys ovat tärkeitä ja ne edesauttavat parisuhteen hyvinvointia. (Björklund ym. 2012, 133; Lidbeck ym. 2012, 142.)

Raskauden ehkäisy tulee aina huomioida ennen kotiutumista. Ehkäisystä, esimerkiksi kondomin käytöstä, tulisi huolehtia heti ensimmäisestä synnytyksen jälkeisestä yhdynnästä alkaen, jos pariskunnalla ei ole toivetta uudesta raskaudesta pian synnytyksen jälkeen. Kotiutuessa äitiä ja partneria on hyvä kehottaa miettimään heille parhaiten sopivaa ehkäisymuotoa jo ennen 5–12 viikkoa synnytyksen jälkeen tapahtuvaa jälkitarkastusta. Imetyksen aikana sopivia luotettavia ehkäisymenetelmiä ovat muun

muassa kondomi, kuparikierukka ja pelkästään progestiinia sisältävät hormoniehkäisy menetelmät, kuten minipillerit, hormonikapselit sekä hormonikierukka. (Sariola ym. 2014, 350–353.)

Synnyttäneitä äitiä ohjataan seuraamaan omaa **psykkistä toipumista** synnytyksen jälkeen. Psykkinen sopeutuminen lapsen syntymään on yksilöllistä ja siihen vaikuttavat monet eri tekijät, kuten aikaisemmat mielenterveysongelmat. Yli puolella synnyttäneistä äideistä ilmenee synnytyksen jälkeistä herkistymistä. Tähän kuuluvia piirteitä ovat ohimenevä masentuneisuus, itkuisuus, mielialan vaihtelu, ruokahaluttomuus ja unettomuus. Oireet ovat vahvimmillaan 3 – 5 vuorokautta synnytyksestä ja ne häviävät tavallisesti muutamassa päivässä ja vähintään parissa viikossa. (Huttunen 2014.)

Noin 10–15 %:lle synnyttäneistä kehittyy synnytyksen jälkeinen masennustila, joka on oirekuvaltaan vakavampi ja pitkäkestoisempi. Äidillä voi ilmetä voimakasta ahdistuneisuutta, itkuisuutta sekä paniikkikohtauksia. Kiinnostus vastasyntyntä kohtaan voi olla niukkaa ja uniongelmat ovat mahdollisia. Äiti saattaa kärsiä voimakkaista syyllisyyden tunteista, itsetuhoisista ajatuksista sekä pakonomaisista peloista liittyen lapsen vahingoittamiseen. (Huttunen 2014.) Noin 0,1–0,2 %:lle äideistä kehittyy synnytyksen jälkeinen lapsivuodepsykoosi, joka ilmenee useimmiten 3–14 vuorokautta synnytyksestä. Psykoosi voi ilmetä syvänä masennuksena tai maniana, kuten yliaktiivisuutena, hajanaisuutena ja toimintakyvyn menetyksenä. Aistinharhat ja tarve itsensä tai vauvan vahingoittamisesta ovat myös mahdollisia. Valtaosa äideistä toipuu synnytyksen jälkeisestä psykoosista hyvin ja kykenee toimimaan aivan normaalisti äitinä. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 484; Sariola ym. 2014, 387.)

Äidille annettavan ohjauksen tehtävänä on auttaa perhettä tunnistamaan synnytyksen jälkeisen masennuksen oireet sekä riskitekijät. Esimerkiksi stressi, ongelmat parisuhteessa ja paineet hyvästä vanhemmuudesta voivat vaikuttaa synnytyksen jälkeisen masennuksen puhkeamiseen. Samoin aiemmin sairastettu masennus lisää riskiä sekä äidin että isän kohdalla. On tärkeää saada äiti ja perhe kuitenkin ymmärtämään masennuksen olevan täysin äidin tahdosta riippumaton tila. (Fröjd & Zamore 2015,

382; Huttunen 2014.) Äidille tulee antaa mahdollisuus purkaa synnytyksen herättämiä tunteita ja mahdollisia kysymyksiä synnytyskeskustelun avulla. Äitiä on hyvä kehottaa käsittelemään synnytyskokemusta myös kotiututtua, sillä varhain kotiutuessa kokemus on vielä hyvin tuore. Perheen tulisi olla tietoinen mahdollisuudesta olla yhteydessä kätilöön myös kotiutumisen jälkeen. (Lidbeck ym. 2012, 107.) Kätilön tehtävänä on kartoittaa perheen sosiaalisen tuen määrää ja kannustaa perhettä pyytämään apua läheisiltä ja tuttavilta. Perhettä rohkaistaan hakemaan tarvittaessa ammattiapua esimerkiksi neuvolan kautta, jottei perhe jää yksin huoltensa kanssa. (Huttunen 2014.)

3.4 Neuvolan rooli lyhytjälkihoitoisen synnytyksen toteuttamisessa

Neuvolan roolin tärkeys lyhytjälkihoitoisen synnytyksen toteutumisessa korostuu raskausaikana sekä perheen kotiutumisen jälkeen. Varhaiseen kotiutumiseen valmistautumisen tulisi alkaa raskausaikana perhevalmennuksissa sekä neuvolakäynneillä. Perheen olisi hyvä perehtyä raskauden aikana lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteereihin sekä haasteisiin. Vanhemmilla tulisi olla valmiudet vastasyntyneen seurantaan sekä synnyttäjän oman toipumisen tarkkailuun. (THL 2013, 254.)

Lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä perhe tulee normaalin neuvolaseurannan lisäksi uusintakäynnille sairaalaan kätilön tai lääkärin vastaanotolle vauvan kotiutumisiästä riippuen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen eli THL:n ohjeistuksen mukaan alle 36 tunnin iässä kotiutunut vastasyntynyt tulee uuteen lastenlääkärin tarkastukseen 1–4 vuorokautta kotiutumisen jälkeen. Lisäksi perheen vointi varmistetaan seurantakäynnillä, jos kotiutuminen tapahtuu alle 24 tunnin tai 37–48 tunnin iässä. (THL 2013, 255.) Neuvolan olisi hyvä jo raskausaikana kertoa uusintakäynnin välttämättömyydestä, sillä tämä voi vaikuttaa vanhempien varhaisen kotiutumisen toiveeseen välimatkan kotoa sairaalaan ollessa pitkä. Neuvolan kätilö tai terveydenhoitaja järjestää varhaisia kotiutujia varten kotikäynnin. Kotikäynnin ajankohtaa voidaan tarvittaessa aikaistaa, jotta mahdolliset ongelmat vauvan tai synnyttäneen voinnissa, varhaisessa vuorovaikutuksessa tai imetyksessä voitaisiin ennaltaehkäistä. (THL 2013, 144–145.)

Perheen tarpeiden perusteella perusterveydenhuollon kättilö tai terveydenhoitaja toteuttaa kotikäynnin moniammatillisesti. Kotikäynti voidaan toteuttaa esimerkiksi perheyöntekijän tai sosiaalityöntekijän kanssa. Kotikäynnillä selvitetään synnytyskoke-
musta ja synnytyksen kulkua, kartoitetaan äidin vointia ja toipumista, vastasyntyneen terveydentilaa sekä perheen sosiaalista verkostoa. (THL 2014a, 112–113.)

Varhaisessa kotiutumisessa sujuva tiedonkulku neuvolan ja synnytyssairaalan välillä on erityisen tärkeää, jotta neuvola saa riittävän kattavat tiedot perheen sairaalassa-
olijaksolta huolella laadittujen synnytys- ja kotiutuspaperien myötä. Vastasynty-
neen, äidin ja kokonaisuudessaan perheen hyvinvoinnin tarkkailu synnytyssairaalassa
jää lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä kestoaltaan lyhyeksi, joten neuvolalla on kes-
keinen rooli mahdollisten komplikaatioiden varhaisessa tunnistamisessa. Tavoitteena
olisi, että lyhytjälkihoitoinen synnytys tapahtuisi moniammatillisena yhteistyönä il-
man organisaatioiden välisiä rajoja. (THL 2013, 254–255.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYK- SET

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa lyhytjälkihoitoisen synnytyksen yleisyyttä
sekä käytänteitä Suomen synnytyssairaaloissa. Käytänteitä kartoitetaan henkilökun-
nalle ja potilaille laadittujen ohjeiden sekä kriteereiden pohjalta.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää lyhytjälki-
hoitoisen synnytyksen liittyviä ohjeita. Lisäksi tavoitteena on tuottaa materiaalia,
jonka avulla sairaalat voivat yhtenäistää lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen liittyviä
ohjeita ja käytänteitä.

Tutkimuskysymykset

1. Millaisia lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen liittyviä kriteereitä sairaaloilla on käy-
tössä?

2. Millaisia lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen liittyviä, hoitohenkilökunnalle suunnattuja, ohjeita sairaaloilla on käytössä?

3. Millaisia lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen liittyviä potilasohjeita sairaaloilla on käytössä?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö toteutetaan laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena. Se soveltui tutkimusmenetelmäksi opinnäytetyölle asetettujen tavoitteiden sekä tutkimustehtävien vuoksi. Laadulliselle tutkimukselle tyypillinen kokonaisvaltaisen tiedonhankinta toteutui opinnäytetyössä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 137, 164; Kylmä & Juvakka 2012, 31.)

Laadullinen tutkimus antoi tutkimusprojektille joustavuutta sekä mahdollisti tutkimuksen kehittymisen tutkimusprosessin aikana. Laadullisen tutkimuksen avulla oli mahdollista tarkastella aineistoa monitahoisesti ja käsittelemisen sekä teoriasidonnaisesti että aineistolähtöisesti (Hirsjärvi ym. 2013, 164; Kylmä & Juvakka 2012, 31). Aineiston kokoamisen sekä aineiston analysoinnin tarkka suunnittelu etukäteen ei ollut mahdollista. Laadulliselle tutkimukselle tyypillisesti tutkimuskysymykset tarkentuivat kerätyn aineiston mukaisesti tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi ym. 2013, 164, 174.)

5.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineistonkeruu

Tutkimuksen kohderyhmä on laadulliselle tutkimukselle tyypillisesti tarkkaan rajattu ja tarkoituksenmukaisesti valittu, jotta pystyttiin muodostamaan mahdollisimman rikas kuvaus tutkittavan ilmiön laadusta. (Kylmä & Juvakka 2012, 26–27.)

Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin kaikki Suomen kaksikymmentäseitsemän (27) synnytyssairaalaan kahdessakymmenessäyhdessä eri sairaanhoitopiirissä (LIITE 1),

jotta tutkimus antaisi kattavan kuvan LYSY-käytänteistä kansallisella tasolla. Synnytyssairaalosta yliopistollisia sairaaloita oli viisi ja keskus- tai aluesairaalaita kaksikymmentäkaksi.

Aineistonkeruumenetelmät tulee valita tutkimuskohtaisesti parhaimman soveltuvuuden mukaisesti. Tutkimuksen aineistonkeruumenetelminä käytettiin dokumenttien eli sairaalakohtaisten kriteerien, hoitohenkilökunta- ja potilasohjeiden sekä taustatietojen keräämistä, koska laadullinen tutkimus mahdollistaa useamman aineistonkeruumenetelmän hyödyntämisen. (Kylmä & Juvakka 2012, 64.) Kyseiset menetelmät valittiin kohderyhmän koon, kohderyhmän laajan alueellisen sijainnin sekä mahdollisimman yksityiskohtaiseen aineistoon pyrkimisen perusteella. Taustatietojen avulla kerättiin tietoja, jotka tukivat varsinaista tutkimusmateriaalia.

Tutkimusta varten kerätyistä dokumenteista lähetettiin pyyntö sähköpostitse synnytyssairaaloiden ylihoitajille tai hallintoylihoitajille saatekirjeen kanssa heinäkuussa 2015 (LIITE 2). Aineisto saatiin sairaalakohtaisesti joko ylihoitajilta tai lapsivuodeosastojen osastonhoitajilta. Sairaalat toimittivat materiaalit koskien lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteerejä sekä hoitohenkilökunta- ja potilasohjeita sähköpostitse tai kirjeitse. Tutkimuksen osana kerättiin taustatiedot kyselylomaketta hyödyntäen (LIITE 3). Kysymystyyppiä valittiin monivalintakysymykset, joita oli kuusi kappaletta. Monivalintakysymysten etuina olivat vastausten spesifisyys ja helppo analysointi. (Hirsjärvi ym. 2013, 201). Kysely toteutettiin standardoidusti eli asiat kysyttiin kaikilta täysin samalla tavalla (Hirsjärvi ym. 2013, 193).

Laadullisen tutkimuksen aineistolle tyypillistä on aineiston laajuus pienestä osallistujamäärästä huolimatta. Tutkimusta varten kerätty aineisto oli määrältään runsas, joka vastasi pyrkimystä saada mahdollisimman tarkka kuva tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2012, 27.) Vastauksia saatiin kesän ja syksyn 2015 aikana kahdestakymmenestä (20) synnytyssairaalasta. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteerit palautettiin neljästätoista (14) synnytyssairaalasta. Henkilökunnan ohjeistukset saatiin yhdestätoista (11) sairaalasta ja potilasohjeet yhdeksästä (9) sairaalasta. Taustatiedot

saatiin takaisin yhdeksästätoista (19) synnytyssairaalaista. Lisäksi osa sairaaloista lähetti lisämateriaalia, kuten perheille tarkoitettuja vastasyntyneen hoitoon liittyviä oppaita.

5.2 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi on tutkimuksen tärkein vaihe, jossa kerätty aineisto analysoidaan, sen sisältö tulkitaan sekä tehdään johtopäätöksiä (Hirsjärvi ym. 2013, 221). Aineiston analyysissä pyritään kerätyn aineiston tiivistämiseen sekä sen muuttamiseen tutkittavan ilmiön teoreettiseksi kuvaukseksi. Analysointitavaksi valikoitui sisällönanalyysi (Kylmä & Juvakka 2012, 66, 112–113.) Sisällönanalyysi toteutettiin yhdistelemällä teoriasidonnaisen ja aineistolähtöisen analyysin vaiheita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96–97, 109). Aineiston analyysivaiheessa kerättyyn materiaaliin tuli perehtyä systemaattisesti. Kerätty materiaali luettiin usean kertaan läpi ja sen sisältöön tutustuttiin. (Kylmä & Juvakka 2012, 112–113.)

Materiaaliin tutustumisen jälkeen sisällönanalyysissä edettiin aineiston pelkistämiseen eli redusointiin, jolloin aineistoa alettiin pilkkoa osiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109). Teoriasidonnaisessa sekä aineistolähtöisessä analyysissä analyysiyksiköiden ei tarvitse olla ennalta määriteltyjä tai harkittuja. Tutkimuksen tarkoituksen ja sille asetettujen tutkimuskysymysten perusteella analyysiyksiköiksi valikoituivat yksittäiset lauseet ja sanat. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.) Näitä alkuperäisilmauksia ryhdyttiin systemaattisesti poimimaan ja nostamaan esille muusta aineistosta. Valtaosaa alkuperäisilmauksista ei tarvinnut pelkistää, koska ne olivat valmiiksi pelkistetyssä muodossa. Pelkistämisen avulla tutkimuksen kannalta epäolennaista tietoa karsiutui pois sekä analysoitava aineisto tiivistyi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

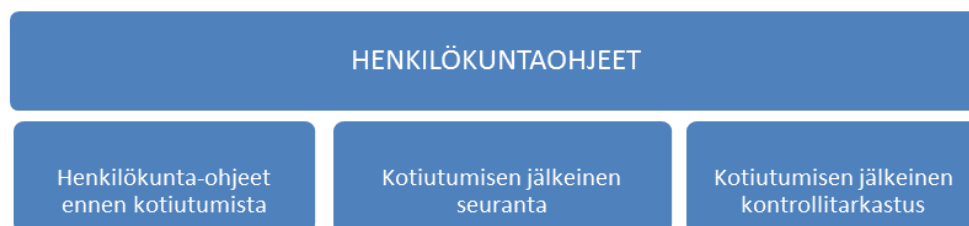
Analyysin seuraavassa vaiheessa siirryttiin luokitteluun, jolloin teoriasta muodostettiin luokittelurunko, jonka avulla aineistosta kerätyt ilmaukset luokiteltiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92–93). Luokittelurunko rakentui eri tavoin lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteereissä ja hoitohenkilökunta- ja potilasohjeissa. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteereissä luokittelurungon muodostivat kotiutuminen 6–48 tuntia synny-

tyksestä sekä kotiutuminen 24–48 tuntia synnytyksestä. Tähän luokitteluun päädyttiin, koska kriteerit alle 24h kuluttua synnytyksestä kotiututuville olivat yksityiskohdaisemmat, kuin 24–48 tunnin kotiutumiskäyttä koskevat kriteerit. 6–48 tuntia synnytyksestä tapahtuvan kotiutumisen kriteerit koskivat luokkana kaikkia kriteereitä. Teorian perusteella näiden luokkien alle muodostuivat luokat, jotka jaettiin raskauden kulkuun, synnytyksen kulkuun ja lapsivuodeajan kulkuun (Kuvio 1.).



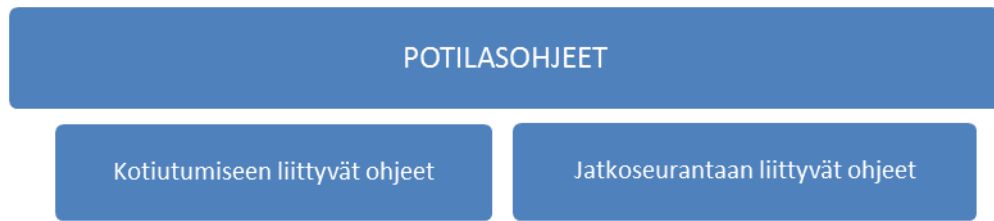
Kuvio 1. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteereiden luokittelurunko

Teoriaan pohjautuen hoitohenkilökuntaohjeiden luokittelurungoksi muodostuivat henkilökuntaohjeet ennen kotiutumista, kotiutumisen jälkeinen kontrollitarkastus sekä kotiutumisen jälkeinen seuranta. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen henkilökuntaohjeiden luokittelurunko

Teorian perusteella potilasohjeiden luokittelurungoksi muodostuivat kotiutumiseen liittyvät ohjeet ja jatkoseurantaan liittyvät ohjeet. (Kuvio 3.) Luokittelurunkojen hyödyntäminen helpotti aineiston jäsentelyä ja varmisti, että aineistosta nostettiin esille vain tutkimuksen kannalta oleellinen tieto. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 97, 108–109.)



Kuvio 3. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen potilasohjeiden luokittelurunko

Seuraavassa vaiheessa analyysia jatkettiin aineistolähtöisesti kunkin teoreettisen luokan sisällä. Samankaltaiset ilmaukset koottiin yhteen ja nostettiin erilleen muusta aineistosta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92–93). Samankaltaiset ilmaisut yhdistettiin alaluokiksi. Tässä vaiheessa hyödynnettiin käsitteellistämistä eli abstrahointia, jolloin kullekin alaluokalle annettiin sitä kuvaava teoreettinen nimi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111). Sisällönanalyysin tukena hyödynnettiin kvantifointia, jolloin samaan aihepiiriin kuuluvia ilmaisuja muutettiin mitattavaan muotoon. Tämän avulla pystyttiin laskemaan, kuinka monessa ohjeessa esiintyi sama ilmaus. Kvantifointi helpotti aineiston luettavuutta sekä auttoi hahmottamaan, mitkä pelkistetyt ilmaukset olivat merkittäviä tutkimuksen kannalta. (Eskola & Suoranta 2000, 164–165.)

Käsitteellistämistä jatkettiin yhdistämällä materiaalin pohjalta muodostuneet alaluokat yläluokiksi ja kullekin yläluokalle annettiin sitä kuvaava nimi. Poikkeuksen tekivät potilasohjeet, joissa alaluokat yhdistyivät teorian kautta muodostuneisiin yläluokkiin. Tämän jälkeen yläluokat yhdistyivät teorian kautta muodostuneisiin pääluokkiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 97, 108–111.) Tutkimuksen tuloksia kuvataan luokittelun lisäksi sanallisesti.

Taustatietoina kysyttiin lyhytjälkihoitoisen synnytyksen yleisyyttä, synnytysten vuotuista lukumäärää sekä lyhytjälkihoitoisten synnytysten lukumäärää. Lukumäärät olivat joko vuodelta 2014 tai sairaaloiden antamia keskimääriä. Lisäksi kysyttiin, oliko sairaaloilla potilas- ja henkilökuntaohjeita sekä lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen erikoistuneita kättilöitä. Sairaalat jaettiin neljään eri luokkaan vastanneiden synnytyssairaaloiden sekä synnytysten vuotuisen lukumäärän perusteella. Tämän jälkeen näiden

luokkien sisällä laskettiin lyhytjälkihoitoisten synnytyksen yleisyyttä sekä lyhytjälkihoitoisten synnytysten prosenttiosuutta kaikista synnytyksistä. Lisäksi laskettiin potilas- ja henkilökuntaohjeiden sekä lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen erikoistuneiden kättilöiden lukumäärää.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Sairaalat jaettiin taustietojen perusteella neljään eri luokkaan. Alle 1000 synnytyksen sairaaloita oli viisi (5), 1000–1999 synnytyksen sairaaloita oli kuusi (6), 2000–3999 synnytyksen sairaaloita viisi (5) ja yli 4000 synnytyksen sairaaloita neljä (4). Alle 1000 synnytyksen sairaaloista kolmella (60 %) oli käytössään LYSY-malli ja vuoden aikana 6,2 % synnytyksistä oli lyhytjälkihoitoisia synnytyksiä. 1000–1999 vuotuisen synnytyksen sairaaloista neljällä (66,7 %) oli käytössään LYSY-malli ja LYSY-synnytysten prosenttiosuus kaikista synnytyksistä vuoden aikana oli 7,25 %. Lyhytjälkihoitoinen synnytys oli käytössä jokaisessa 2000–3999:n synnytyksen sairaaloissa ja LYSY-synnytysten prosenttiosuus kaikista synnytyksistä oli vuoden aikana 12,4 %. Yli 4000 synnytyksen sairaaloissa jokaisessa oli käytössä LYSY-malli ja LYSY-synnytysten prosenttiosuus kaikista synnytyksistä vuoden aikana oli 13,9 %. Taustatietoihin vastanneiden sairaaloiden kaikista synnytyksistä vuoden aikana 12,2 % oli lyhytjälkihoitoisia synnytyksiä. Sairaalakohtaisesti lyhytjälkihoitoisen synnytyksen osuus kaikista synnytyksistä vuoden aikana vaihteli 1,5 %:n ja 34,3 %:n välillä. Yliopistollisissa sairaaloissa sen osuus vaihteli 10,4–16,0 %:n välillä. Taustatiedoista selvisi, että varhainen kotiutuminen oli yleisempää Etelä-Suomessa sekä suuremmissa synnytyssairaloissa.

LYSY-mallin käyttöönotto vaihteli sairaalakohtaisesti 1990-luvun puolesta välistä vuoteen 2014. Varhaiseen kotiutumiseen alettiin kiinnittämään huomioita vastausten perusteella useassa sairaalassa jo ennen LYSY-mallin käyttöönottoa 1990-luvun alusta lähtien. Kahdessa sairaalassa LYSY otettiin käyttöön pian Stakesin suositusten jälkeen vuosina 2000 ja 2001. Monet synnytyssairaalat kertoivat LYSY-mallin olleen siten käytössä muutamia tai useita vuosia. Suurimmassa osassa sairaaloita LYSY:n

käyttöönotto tapahtui 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen aikana. Sairaaloista neljässä (4) ei ollut lyhytjälkihoitoisen synnytyksen mallia käytössä vuonna 2015.

Suurimmassa osassa sairaaloita (11) kaikki osaston kätilöt hoitivat varhain kotiutuvia perheitä. Joissakin sairaaloissa myös lastenhoitajat osallistuivat LYSY-perheiden hoitoon. Vastanneista sairaaloista kuudessa (6) oli lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen erikoistuneita kätilöitä, henkilökunnalle laadittuja kirjallisia ohjeita lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä oli kuudessatoista (16) sairaalassa ja potilasohjeita kolmessatoista (13) sairaalassa.

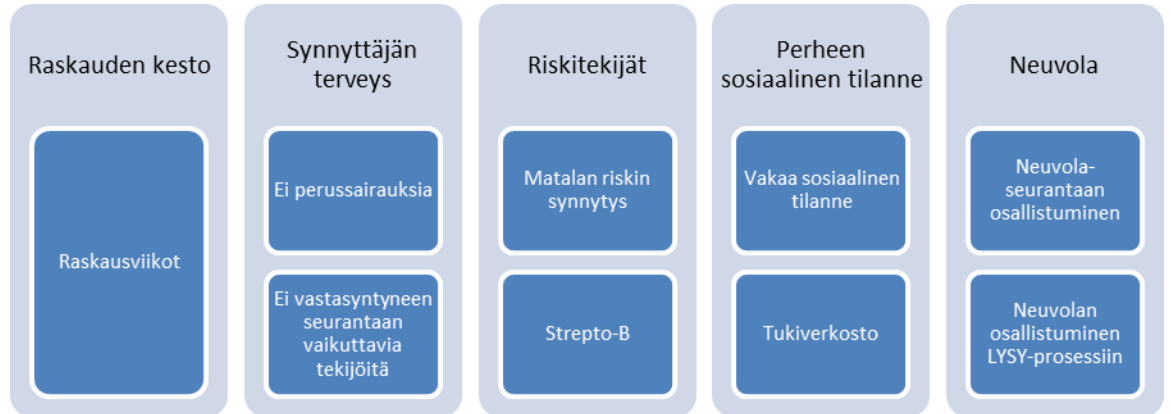
6.1 Sairaaloiden lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteerit

Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteereidensä lähettäneistä sairaaloista (14) suurimmassa osassa (11) oli käytössä kriteerit, jotka koskivat kaikkia varhaisia kotiutumisia. Kahdessa (2) sairaalassa oli lisäkriteerit koskien alle 24 tuntia synnytyksestä tapahtuvaa kotiutumista. Lisäksi yhdessä (1) sairaalassa oli eritelty polikliinisen synnytyksen kriteerit 0–12 tuntia synnytyksestä tapahtuvan kotiutumisen kohdalle. Kaikista sairaaloista kahdeksassa (8) oli erotettavissa yli 24 tunnin, mutta alle 48 tunnin kotiutumista koskevat kriteerit. Muissa sairaaloissa (6) kriteerit koskivat 6–48 tuntia synnytyksestä tapahtuvaa kotiutumista. Kaikki kriteerit (14) yhdistettiin yhdeksi luokaksi käsittämään lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteereitä kotiutumisen tapahtuessa 6–48 tuntia synnytyksestä (LIITE 4.). Toinen luokka käsittää 24–48 tuntia synnytyksestä koskettavia kriteereitä, jotka olivat kahdeksassa (8) sairaalassa (LIITE 5.).

Viidessä (5) sairaalassa lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteerit koskivat alle 36 tuntia ja yhdessä (1) sairaalassa alle 40 tuntia synnytyksestä kotiutumista. Suurimmassa osassa sairaaloista (8) ylärajana oli kuitenkin LYSY:lle tyypillinen alle 48 tunnin kuluttua synnytyksestä kotiutuminen. Neljässä (4) sairaalassa oli rajattu lyhytjälkihoitoisen synnytys tarkoittamaan 6–24 tunnin sisällä tapahtuvaa kotiutumista ja varhainen kotiutuminen 24–48 tunnin sisällä tapahtuvaa kotiutumista.

6.1.1 Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteerit 6–48 tuntia synnytyksestä

Raskauden kulku



Kuvio 4. Raskauden kulun ylä- ja alaluokat

Raskauden kulku muodostui viidestä yläluokasta, jotka olivat raskauden kesto, synnyttäjän terveys, riskitekijät, perheen sosiaalinen tilanne ja neuvola. Sairaalakohtaisissa kriteereissä **raskauden keston** tuli olla yhdeksässä (9) sairaalassa vähintään 38+0 raskausviikkoa. Kolmessa (3) sairaalassa raskausviikkojen oli oltava vähintään 39+0, jos kyseessä oli polikliininen synnytys. Yhdessä (1) sairaalassa raskauden keston täytyi olla 37+0-41+6 raskausviikkoa ja samaten yhdessä (1) vähintään 37+0 raskausviikkoa tai vaihtoehtoisesti vauvan syntymäpainon oli oltava vähintään 2500g. **Synnyttäjän terveydentilan** piti olla normaali; kuusissa (6) kriteereissä synnyttäjän tuli olla terve uudelleensynnyttäjä ja kuusissa (6) joko terve ensi- tai uudelleensynnyttäjä. Kahdessatoista (12) sairaalassa synnyttäjällä ei saanut olla vastasyntyneen tarkkailuun vaikuttavia sairauksia kuten gestaatiodiabetesta tai toksemiaa. Tasapainossa oleva perustauti, kuten astma, sallittiin yksissä (1) kriteereissä.

Jo raskausaikana havaittavissa olevia **riskitekijöitä** tuli olla mahdollisimman vähän. Raskautta koskevissa kriteereissä kolmessatoista (13) mainittiin yksisikiöinen raskaus ja kymmenessä (10) kulultaan säännöllinen raskaus. Lisäksi viidessä (5) sairaalassa äidin tuli olla Strepto-B negatiivinen. Vaihtoehtoisesti kahdessa (2) sairaalassa äidin piti saada antibioottiprofylaksia synnytyksen aikana, jos Strepto-B-näyte oli positiivinen.

Yhdessä (1) sairaalassa vastaamaton Strepto-B näyte ei ollut este varhaiselle kotiutumiselle, mikäli perhe sai vastasyntyneen infektioseurantalomakkeen. Perheen **sosiaaliseen tilanteen** tuli olla vakaa. Kahdeksassa (8) kriteereistä mainittiin, ettei perheellä saa olla sosiaalisia ongelmia tai niiden epäilyä. Kuudessa (6) kriteereistä tuotiin esiin kotona saatavilla olevalla apu ja kahdessa (2) kriteereistä kotona tuli olla paikalla tukihenkilö yhden vuorokauden ajan kotiutumisesta. **Neuvolan** rooli tuotiin esiin kolmessa (3) sairaalassa mainitsemalla neuvolan arvio soveltuvuudesta lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen. Lisäksi kuusi (6) sairaalaa edellytti raskaudenaikaista neuvolaseurainta.

Synnytyksen kulku



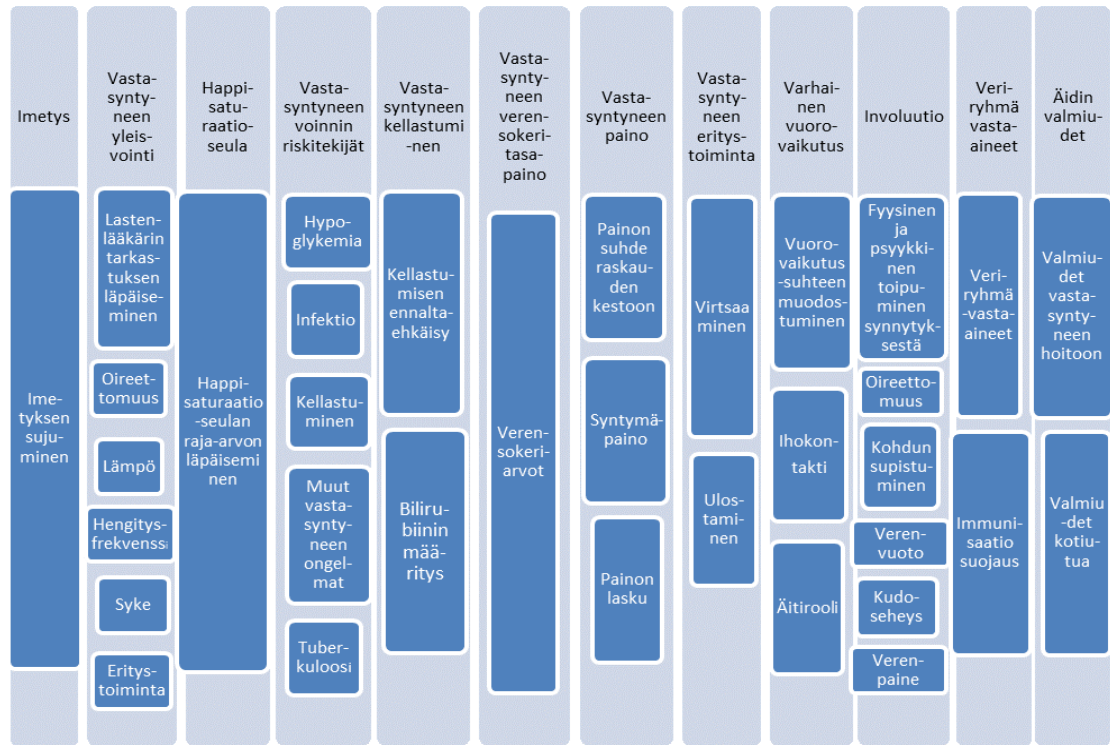
Kuvio 5. Synnytyksen kulun ylä- ja alaluokat

Synnytyksen kulku muodostui neljästä yläluokasta, jotka olivat avautumisvaihe, ponnistusvaihe, jälkeisvaihe ja tarkkailuvaihe. **Avautumisvaiheeseen** kuului kriteereissä lapsivedenmenoaika, jolle asetetut rajat vaihtelivat. Viidessä (5) sairaalassa lapsivedenmenosta synnytykseen tuli kulua alle 24 tuntia, neljässä (4) sairaalassa alle 18 tuntia ja kolmessa (3) alle 12 tuntia. Kolmessa (3) sairaalassa vauvasta piti ottaa CRP- ja PVK-arvot 12–24 tunnin iässä, jos lapsivedenmenosta oli 18–24 tuntia ja yhdessä (1) sairaalassa laboratorioarvojen oli oltava normaalit 12 tuntia vedenmenosta. Lapsiveden tuli olla kolmessa (3) sairaalassa väriltään kirkasta tai korkeintaan vaaleanvihreää. Yhden (1) sairaalan kriteereissä mainittiin kaikkien kivunlievitysvaihtoehtojen salliminen.

Ponnistusvaiheen kohdalla imukuppisynnytyksen salliminen mainittiin kahdessa (2) sairaalassa ja perätilasynnytyksen yhdessä (1) sairaalassa. Kymmenessä (10) sairaalassa edellytettiin säännöllistä alatiesynnytystä. Pieni repeämä tai episiotomia hyväksyttiin neljässä (4) sairaalassa. **Jälkeisvaiheen** säännöllinen kulku mainittiin erikseen kolmessa (3) sairaalassa. Yhdessä (1) sairaalassa jälkeisten tuli olla täydelliset ja lisäksi yhdessä (1) sairaalassa kotiutumislupa varmistettiin lääkäriltä kalvojen ollessa repaleiset. Verenvuodon oli oltava jälkeisvaiheessa yhdessä (1) sairaalassa alle 700ml. Kokonaisverenvuodon rajaksi määritettiin viidessä (5) sairaalassa alle 1000ml ja yhdessä (1) alle 800ml.

Tarkkailuvaiheeseen kuului äidin ja vastasyntyneen tarkkailu. Synnyttäjän lämmön tuli olla neljässä (4) sairaalassa normaali. Tämän lisäksi kolmessa (3) sairaalassa lämmön täytyi olla alle 38 astetta. Yhdessä (1) sairaalassa synnytyksen aikainen lämmön nousu hyväksyttiin, jos lämpö tasaantuu synnytyksen jälkeen ja laboratorioarvot olivat normaalit. Synnyttäjän verenpaineen tuli olla kahdessa (2) sairaalassa normaali, alle 140/90 mmHg. Vastasyntyneen voinnista kertovat Apgar-pisteet vaihtelivat sairaaloittain. Seitsemässä (7) sairaalassa Apgar-pisteiden tuli olla viiden minuutin iässä vähintään kahdeksan ja kahdessa (2) sairaalassa yhden ja viiden minuutin iässä vähintään kahdeksan. Apgareiden oli oltava yhdessä (1) sairaalassa yhden minuutin iässä vähintään seitsemän ja viiden minuutin iässä vähintään kahdeksan sekä yhdessä (1) sairaalassa yhden minuutin iässä vähintään kuusi. Vastasyntynyt ei saanut kärsiä syntymäasfyksiasta. Yhdessä (1) sairaalassa vauvan pH ja BE-arvojen tuli olla täten normaalit. Osassa sairaaloista oli rajat astrup pH-arvolle, jotka olivat kuudessa (6) sairaalassa yli 7.15 ja neljässä (4) sairaalassa yli 7.10. Yhdessä (1) sairaalassa arteria pH:n puuttuessa vena pH:n oli oltava yli 7.20.

Lapsivuodeajan kulku



Kuvio 6. Lapsivuodeajan kulun ylä- ja alaluokat

Lapsivuodeajan kulku muodostui kahdestatoista yläluokasta, jotka olivat imetyksen sujuvuus, vastasyntyneen yleinen vointi, happisaturaatioseula, vastasyntyneen voinnin riskitekijät, vastasyntyneen kellastuminen, vastasyntyneen verensokeritasapaino, vastasyntyneen paino, vastasyntyneen eritystoiminta, varhainen vuorovaikutus, involuutio, veriryhmävasta-aineet ja äidin valmiudet. **Imetyksen** sujuvuudesta edellytettiin jokaisen (14) sairaalan kriteereissä. Vähintään kahta onnistunutta imetykskertaa edellytettiin kolmessa (3) sairaalassa. Yhdessä (1) sairaalassa vaihtoehtoisesti pulloruokinnan tulti onnistua ja yhdessä (1) sairaalassa lisämaidon anto piti ohjata perheelle.

Jokaisessa (14) sairaalassa kotiutumisen edellytyksenä oli, että pediatri ei todennut **vastasyntyneen yleisvoinnissa** poikkeavuuksia ja myönsi tarkastuksessa kotiutumisen

luvan. Lisäksi mainittiin viidesti (5), ettei osastotarkkailussa saanut ilmetä poikkeavuuksia vauvan voinnissa. Vauvan vointia oli eritelty kriteereissä. Yksissä (1) kriteereissä huomioitiin erikseen vauvan jäntevyys, ärtyvyys ja väri. Samoin yksissä (1) kriteereissä mainittiin, ettei vastasyntyneellä saa olla ulkoista tai sisäistä verenvuotoa. Yksissä (1) kriteereissä ilmaistiin, että vastasyntyneen lämmön tulee olla normaali. Viidessä (5) sairaalassa toivotun lämmön rajoiksi oli määritetty 36,5–37,5 astetta ja neljässä (4) sairaalassa 36,5–37,5 astetta rectumista. Yhdessä (1) sairaalassa lämmön tuli olla 36,5–37,4 kahdessa mittauksessa. Hengitysfrekvenssi piti olla kolmessa (3) sairaalassa rajoissa 40–60 per minuutti ja kolmessa (3) alle 60 per minuutti. Kolmessa (3) sairaalassa oli kussakin sykkeelle sairaalakohtaiset rajat, jotka olivat yli 100 lyöntiä minuutissa, 80–175 lyöntiä minuutissa sekä 100–160 lyöntiä minuutissa.

Kaikissa (14) sairaaloissa vastasyntyneen piti läpäistä **happisaturaatioseula**. Kolmessa (3) sairaalassa mainittiin happisaturaatioseulan läpäiseminen ja yhdessätoista (11) sairaalassa oli rajat lukemalle ja mittaamiseen käytetylle raajalle. Näistä happisaturaation tuli olla kuudessa (6) sairaalassa vähintään 95 % ja yhdessä (1) vähintään 95 % oikeasta alaraajasta. Yksi (1) sairaala edellytti vähintään 95 %:n happisaturaatiota kahden tunnin iässä ja yksi (1) vähintään 95 %:n happisaturaatiota sekä ylä- ja alaraajasta yhdestä kahteen tuntiin syntymästä ja ennen kotiutumista. Lisäksi yhdessä (1) sairaalassa happisaturaation tuli olla vähintään 96 % ja yhdessä (1) vähintään 96 % oikeasta ylä- ja alaraajasta.

Vastasyntyneen vointia koskevia riskitekijöitä täytyi olla kriteereiden mukaan mahdollisimman vähän. Riskitekijöistä hypoglykemia mainittiin kolmessatoista (13) sairaalassa, infektio kahdeksassa (8) sairaalassa, kellastuminen yhdessä (1) sairaalassa ja muut vastasyntyneen ongelmat, kuten perheen aiemmalla lapsella todettu mahdollisesti periytyvä vastasyntyneen ongelma, seitsemässä (7) sairaalassa. Lisäksi yksissä kriteereissä (1) mainittiin kalmetoinnin tarpeen arviointi ja järjestäminen, mikäli vastasyntyneellä olisi riski sairastua tuberkuloosiin. Yhdessä (1) sairaalassa edellytettiin CRP-seuranta 12 ja 24 tunnin iässä ja oireettomuutta, jos vauvalla olisi infektion riskitekijöitä. **Vastasyntyneen kellastuminen** mainittiin kaikissa (14) kriteereissä, mutta

kriteereiden sisältö vaihteli. Neljässä (4) sairaalassa piti arvioida kellastumisen riskin ja samaten neljässä (4) tehdä seurantasuunnitelman tarvittaessa. Yksissä (1) kriteereissä mainittiin, ettei vauvalla saa olla kellastumista. Bilirubiiniarvoa mitattiin vaihtelevasti. Kahdessa (2) sairaalassa bilirubiiniarvo tuli määrittää 24–48 tunnin. Yhdessä (1) sairaalassa bilirubiiniarvo piti määrittää äidin ollessa Rh-negatiivinen ja samoin yhdessä (1) sairaalassa joko iholta tai verestä Rh-negatiiviselta äidiltä vauvan ollessa Rh-positiivinen ja Coombs-negatiivinen. Yhdessä (1) sairaalassa mahdollinen sinivalohoito tuli olla päättynyt ja kontrolliarvot normaalit.

Vastasyntyneen verensokeritasapainoa koskevat kriteerit vaihtelivat laajalti sairaaloittain. Yhdessä (1) sairaalassa edellytettiin, ettei vauvalla ollut verensokeriseurannan tarvetta. Yhdessä (1) sairaalassa verensokeritasoa tuli seurata ja seuranta läpäistä, mikäli vauvalla olisi hypoglykemian riskitekijöitä. Yksissä (1) kriteereissä poikkeavia verensokeriarvoja ei saanut esiintyä. Verensokeriarvoa (P-Gluk) koskevat raja-arvot olivat käytössä kolmessa (3) sairaalassa ja ne olivat kussakin erilaiset. Niiden mukaan P-Gluk-arvon tuli olla vähintään 3.0 mmol/l kahdessa peräkkäisessä mitauksessa, vähintään 2,8 mmol/l kuuden tunnin iässä tai vähintään 2.4 mmol/l.

Vastasyntyneen painon tuli olla normaali suhteessa raskauden keston, tarkoittaen kuudessa (6) sairaalassa SD -2,0- +2,0, eli syntymäpaino välillä 2800–4500 grammaa ja neljässä (4) sairaalassa SD -1,0 - +2,0, eli syntymäpaino välillä 3000–4500 grammaa. Kolmessa (3) sairaalassa oli kussakin omat rajat syntymäpainolle, jotka olivat vähintään 2500 grammaa, 2950–4550 grammaa sekä 3000–4490 grammaa. Samaten painon laskua koskevat rajat vaihtelivat. Painon laskun tuli olla kahdessa (2) sairaalassa alle 10 %, yhdessä (1) sairaalassa alle 7-8 % ja kahdessa (2) sairaalassa alle 7 %.

Vastasyntyneen eritystoiminnan tuli käynnistyä kriteereiden mukaan normaalisti. Vauvan piti virtsata ja ulostaa onnistuneesti ennen kotiutumista kuudessa (6) sairaalassa ja kolmessa (3) sairaalassa 24–48 tunnin ikään mennessä. Yhdessä sairaalassa (1) vanhempien tuli ottaa yhteyttä mikäli vauva ei ulostanut 36 tunnin ikään mennessä.

Varhainen vuorovaikutus huomioitiin yhdessä sairaalassa (1) varhaisen vuorovaikutussuhteen muodostumisen ja äitirooliin asettumisen osalta. Lisäksi yhdessä (1) sairaalassa ihokontaktin tuli toteutua ensisynnyttäjällä. **Involuution** tuli tapahtua äidin kohdalla normaalisti. Kahdessa (2) sairaalassa tuotiin esiin synnytyksestä toipuminen ja lisäksi kahdessa (2) huomioitiin erityisesti psyykkinen toipuminen. Osassa sairaaloista involuutiota oli eritelty tarkemmin. Oireettomuus infektion suhteen mainittiin viidesti (5), kohdun hyvä supistuminen kolmasti (3) ja normaali jälkivuoto samaten kolmasti (3). Verenpaineen tuli olla alle 140/90 mmHg kahdessa (2) sairaalassa sekä alle 140/90 mmHg mutta yli 90/60 mmHg yhdessä (1) sairaalassa. Lisäksi yksissä (1) kriteereissä mainittiin, että verenpaineen tulee olla normaali. Kolmessa (3) sairaalassa äidillä ei saanut olla ulkosynnyttimissä hematoomaa ja kahdessa (2) ei merkittävää hematoomaa. **Veriryhmävasta-aineita** ei saanut olla kuudessa (6) sairaalassa. Viidessä (5) sairaalassa Coombsin kokeen oli oltava negatiivinen, jos äiti oli Rh-negatiivinen, raskausaikana sikiö oli todettu Rh-positiiviseksi tai status ei ollut tiedossa. Anti D-suojauksen antaminen tarvittaessa mainittiin neljästi (4). **Äidin valmiudet** vastasyntyneen hoitoon mainittiin kuuden (6) sairaalan kriteereissä. Äidin valmiudet kotiutua huomioitiin yhdessä (1) sairaalassa edellytettäessä äidin turvallista oloa kotiutumisen suhteen. Lisäksi yhdessä (1) sairaalassa tuotiin esiin äidin motivaatio varhaiseen kotiutumiseen.

6.1.2 Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteerit 24–48 tuntia synnytyksestä

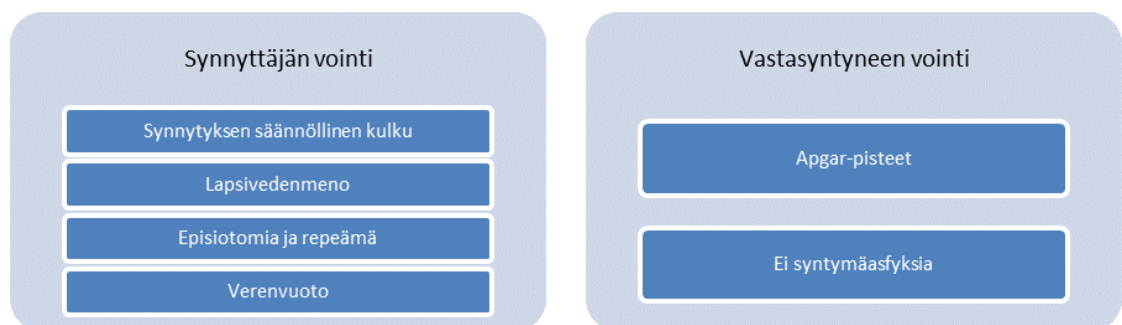
Raskauden kulku



Kuvio 7. Raskauden kulun ylä- ja alaluokat

Raskauden kulku muodostui neljästä yläluokasta, jotka olivat raskauden kesto, synnyttäjän terveys, riskitekijät ja perheen sosiaalinen tilanne. Sairaalakohtaisissa kriteereissä viidessä (5) **raskauden keston** tuli olla vähintään 38+0 raskausviikkoa. Yhdessä (1) sairaalassa raskauden keston täytyi olla 37+0-41+6 raskausviikkoa ja samaten yhdessä (1) vähintään 37+0 raskausviikkoa tai vaihtoehtoisesti vauvan syntymäpainon oli oltava vähintään 2500g (1). **Synnyttäjän terveydentilan** piti olla normaali; kaksissa (2) kriteereissä synnyttäjän tuli olla terve ensi- tai uudelleensynnyttäjä. Neljässä (4) sairaalassa synnyttäjällä ei saanut olla vastasyntyneen tarkkailuun vaikuttavia sairauksia kuten gestatiiodiabetesta tai toksemiaa. **Riskitekijöitä** tuli olla mahdollisimman vähän. Neljässä (4) sairaalassa raskauden kuului olla yksisikiöinen ja viidessä (5) kulultaan säännöllinen. Lisäksi kahdessa (2) sairaalassa äidin tuli olla Strepto-B negatiivinen. Vaihtoehtoisesti yhdessä (1) sairaalassa äidin piti saada antibioottiprofylaksia synnytyksen aikana, jos Strepto-B oli positiivinen. Perheen **sosiaalisen tilanteen** tuli olla vakaa. Kuusissa (6) kriteereistä mainittiin, ettei perheellä saa olla sosiaalisia ongelmia tai niiden epäilyä. Samoin kuusissa (6) kriteereissä tuotiin esiin kotona saatavilla olevalla apu ja kaksissa (2) kriteereissä tukihenkilön tuli olla kotona paikalla yhden vuorokauden ajan kotiutumisesta

Synnytyksen kulku



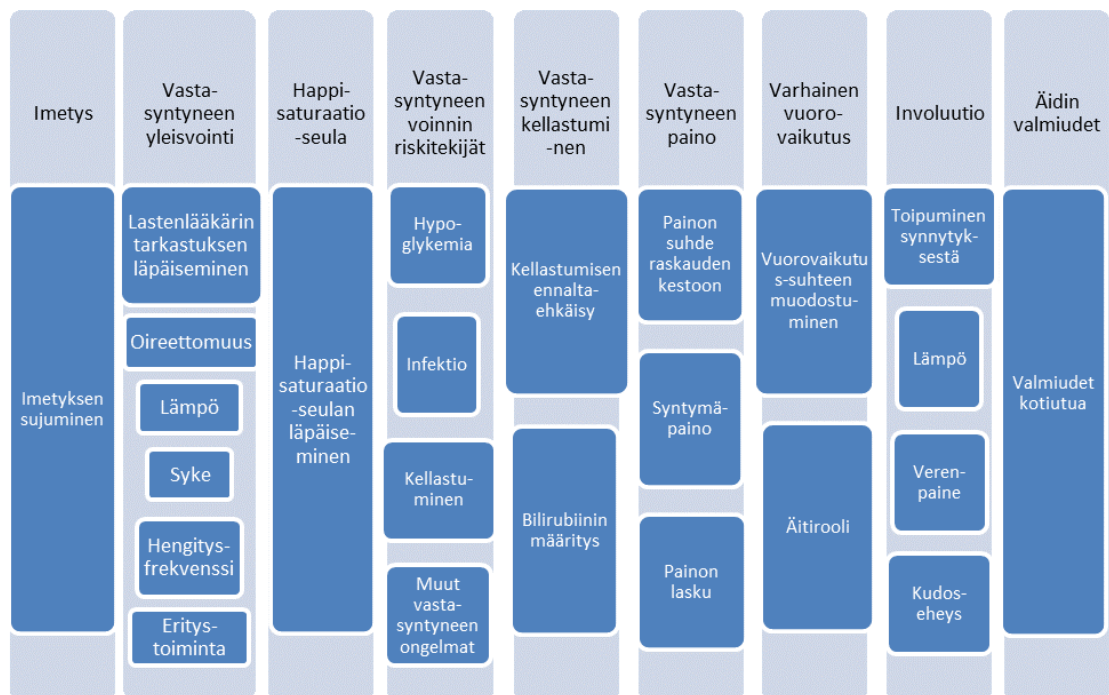
Kuvio 8. Synnytyksen kulun ylä- ja alaluokat

Synnytyksen kulku muodostui kahdesta yläluokasta, jotka olivat synnyttäjän vointi ja vastasyntyneen vointi. **Synnyttäjän voinnin** tuli olla läpi synnytyksen normaali ja viidessä (5) sairaalassa synnytyksen oli oltava säännöllinen alatiesynnytys. Kahdessa (2) sairaalassa lapsivedenmenoaika tuli olla alle kahdeksantoista tuntia ja yhdessä (1)

sairaalassa synnyttäjällä ei saanut olla infektion merkkejä. Yhdessä (1) sairaalassa verenvuodon oli oltava alle 700ml synnytyksen III-vaiheessa. Ensimmäisen tai toiseen asteen repeämän tai episiotomian salliminen mainittiin yksissä (1) kriteereissä.

Vastasyntyneen voinnin tuli olla hyvä heti syntymähetkestä alkaen. Sairaalasta riippuen Apgar-pisteiden oli oltava yksissä (1) kriteereissä yhden minuutin iässä vähintään kuusi, yksissä (1) yhden minuutin iässä vähintään seitsemän ja viiden minuutin iässä vähintään kahdeksan sekä yksissä (1) viiden minuutin iässä vähintään kahdeksan. Vastasyntynyt ei saanut kärsiä syntymäasfyksiasta. Yhdessä (1) sairaalassa vauvan pH- ja BE -arvojen tuli olla täten normaalit ja kahdessa (2) sairaalassa oli rajat asturup pH-arvolle, jotka olivat yli 7.10 ja yli 7.15.

Lapsivuodeajan kulku



Kuvio 9. Lapsivuodeajan kulun ylä- ja alaluokat

Lapsivuodeajan kulku muodostui yhdeksästä yläluokasta, jotka olivat imetyks, vastasyntyneen yleisvointi, happisaturaatioseula, vastasyntyneen voinnin riskitekijät, vastasyntyneen kellastuminen, vastasyntyneen paino, varhainen vuorovaikutus, involuutio

tio ja äidin valmiudet. **Imetyksen** sujumista edellytettiin jokaisen (8) sairaalan kriteereissä. Vähintään kahta onnistunutta imetyskertaa edellytettiin kolmessa (3) sairaalassa. Yhdessä (1) sairaalassa vaihtoehtoisesti pulloruokinnan tuli onnistua ja yhdessä (1) sairaalassa lisämaidon anto piti ohjata.

Jokaisessa (8) sairaalassa kotiutumisen edellytyksenä oli, että pediatri ei todennut **vastasyntyneen yleisvoinnissa** poikkeavuuksia ja myönsi tarkastuksessa kotiutumisluvan. Viisissä (5) kriteereissä mainittiin, ettei myöskään tarkkailussa saanut ilmetä poikkeavuuksia vauvan voinnissa. Vauvan vointia oli eritelty kriteereissä. Kolmissa (3) kriteereissä mainittiin, että lämmön tulee olla normaali. Kahdessa (2) sairaalassa lämmön piti pysyä normaalina vähintään kaksitoista tuntia ja kahdessa (2) sairaalassa lämmön normaalirajoiksi oli määritetty 36,5–37,5 astetta. Hengitysfrekvenssi tuli olla kolmessa (3) sairaalassa normaali vähintään kaksitoista tuntia ja kahdessa (2) sairaalassa rajoissa 40–60 per minuutti. Samaten kolmessa (3) sairaalassa vastasyntyneen sykkeen tuli olla normaali kaksitoista tuntia. Kolmessa (3) sairaalassa oli kussakin sykkeelle sairaalakohtaiset rajat, jotka olivat yli 100 lyöntiä minuutissa, 80–175 lyöntiä minuutissa sekä 100–160 lyöntiä minuutissa. Kaikissa (8) sairaaloissa vauvan eritystoiminnan tuli toimia normaalisti, tarkoittaen vauvan ulostamista ja virtsaamista ennen kotiutumista. Yhdessä sairaalassa (1) vanhempien tuli ottaa yhteyttä mikäli vauva ei ulostanut 36 tunnin ikään mennessä. Yhtä sairaalaa lukuun ottamatta kaikissa (7) sairaaloissa vastasyntyneen piti läpistä **happisaturaatioseula**. Kahdessa (2) sairaalassa mainittiin happisaturaatioseulan läpäiseminen ja viidessä (5) sairaalassa oli rajat lukemalle ja mittaamiseen käytetylle raajalle. Happisaturaation tuli olla yhdessä (1) sairaalassa vähintään 94 % kotiinlähtöpäivänä, yhdessä (1) vähintään 96 % oikeasta alaraajasta sekä yhdessä (1) vähintään 96 % oikeasta ylä- ja alaraajasta. Lisäksi kahdessa (2) sairaalassa happisaturaation tuli olla kahden tunnin iässä vähintään 95 % oikeasta yläraajasta ja toisesta alaraajasta.

Vastasyntyneen vointia koskevia riskitekijöitä täytyi olla kriteereiden mukaan mahdollisimman vähän. Riskitekijöistä hypoglykemia mainittiin neljässä (4) sairaalassa, in-

fektio kahdessa (2) sairaalassa, kellastuminen yhdessä (1) sairaalassa ja muut vastasyntyneen ongelmat, kuten perheen aiemmalla lapsella todettu mahdollisesti periytyvä vastasyntyneen ongelma, yhdessä (1) sairaalassa. Jos vauvalla olisi hypoglykemian riskitekijöitä, tulisi yhdessä (1) sairaalassa vointia seurata vähintään 36 tuntia ja verensokeriseuranta läpäistä. Samaten yhdessä (1) sairaalassa edellytettiin CRP-seuranta 12 ja 24 tunnin iässä ja oireettomuutta, jos vauvalla olisi infektion riskitekijöitä. **Vastasyntyneen kellastuminen** mainittiin kaikissa (8) kriteereissä, mutta kriteereiden sisältö vaihteli. Yhdessä (1) sairaalassa piti arvioida kellastumisen riski sekä tehdä seurantasuunnitelma tarvittaessa ja yhdessä (1) sairaalassa seurantasuunnitelma tehtiin Rh-negatiivisen äidin vauvalta. Neljissä (4) kriteereissä mainittiin, ettei vauvalla saanut olla kellastumista. Bilirubiiniarvoa mitattiin vaihtelevasti. Yhdessä (1) sairaalassa bilirubiiniarvo tuli määrittää iholta, yhdessä (1) iholta tai verestä 24–48 tunnin iässä sekä yhdessä (1) joko iholta tai verestä Rh-negatiiviselta äidiltä vauvan ollessa Rh-positiivinen ja Coombs-negatiivinen. Yhdessä (1) sairaalassa mahdollinen sinivalohoito tuli olla päättynyt ja kontrolliarvot normaalit.

Vastasyntyneen painon tuli olla normaali suhteessa raskauden keston, tarkoittaen neljässä (4) sairaalassa SD -2,0- +2,0, eli syntymäpaino välillä 2800–4500 grammaa ja yhdessä (1) sairaalassa SD -1,0 - +2,0, eli syntymäpaino välillä 3000–4500 grammaa. Yhdessä (1) sairaalassa syntymäpainon tuli olla 2950–4550 grammaa ja yhdessä (1) sairaalassa vähintään 2500 grammaa. Samaten painon laskua koskevat rajat vaihtelivat. Painon laskun tuli olla yhdessä (1) sairaalassa alle 10 %, kahdessa (2) sairaalassa alle 8 % ja yhdessä (1) sairaalassa alle 7 %.

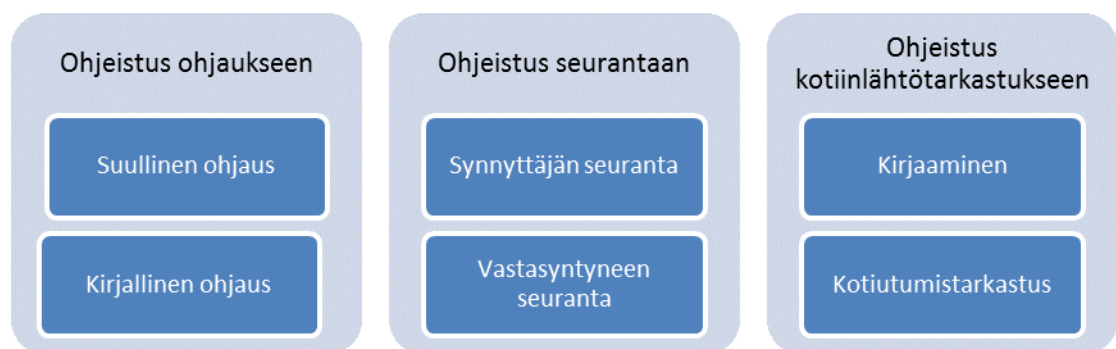
Varhainen vuorovaikutus huomioitiin yhdessä sairaalassa (1) varhaisen vuorovaikutussuhteen muodostumisen ja äitirooliin asettumisen osalta. **Involuution** tuli tapahtua äidin kohdalla normaalisti. Viidessä (5) sairaalassa tuotiin esiin lapsivuodeajan ongelmaton käynnistyminen. Osassa sairaaloista involuutiota oli eritelty tarkemmin. Yhdessä (1) sairaalassa äidin lämmön ja yhdessä (1) sairaalassa äidin verenpaineen tuli olla normaalit. Neljässä (4) sairaalassa äidillä ei saanut olla ulkosynnyttimissä merkit-

tävää hematoomaa. **Äidin valmiudet** vastasyntyneen hoitoon ja tarkkailuun mainittiin kahden (2) sairaalan kriteereissä. Äidin valmiudet kotiutua huomioitiin kolmessa (3) sairaalassa riittävän kotihoito-ohjauksen ja yhdessä (1) kotiinlähtötarkastuksen läpäisemisen muodossa. Lisäksi yhdessä (1) sairaalassa tuotiin esiin äidin motivaatio varhaiseen kotiutumiseen.

6.2 Hoitohenkilökunta- ja potilasohjeet

6.2.1 Hoitohenkilökuntaohjeet

Henkilökuntaohjeet ennen kotiutumista



Kuvio 10. Henkilökuntaohjeet ennen kotiutumista ylä- ja alaluokat

Henkilökuntaohjeet ennen kotiutumista (LIITE 6.) jaettiin ohjeistuksiin potilaan ohjauksesta, seurannasta ja kotiinlähtötarkastuksesta. **Ohjeistus potilaan ohjaukseen** muodostui kahdesta alaluokasta, joita olivat suullinen ja kirjallinen ohjaus. Kuudessa (6) henkilökunnanohjeessa oli mainittu suullinen vastasyntyneen hoidon ohjaus. Yhdeksässä (9) käytiin läpi vastasyntyneen voinnin seurannan ohjaus. Yhdeksässä (9) sairaalassa käytiin suullisesti läpi imetykseen liittyvät asiat sekä kotihoito-ohjeet.

Kirjallinen ohjaus oli vähäisempää kaikissa sairaaloissa. Neljällä (4) oli käytössään varhaisen kotiutujan ohjeet, yhdessä (1) sinivalohoito-opas sekä yhdessä (1) keltaisuu-

den seurannan ohje. Kotiutumiseen liittyvä potilasopas löytyi yhdeksästä (9) sairaalasta, joissa oli kerrottu yleisesti asioita, joita tuli huomioida kotiutumisen jälkeen vastasyntyneen sekä äidin voinnissa.

Ohjeistus potilaiden seurantaan synnytysvuodeosastolla muodostui synnyttäjän sekä vastasyntyneen seurannasta. Kuudessa (6) sairaalassa kiinnitettiin huomiota perheen sosiaalisiin valmiuksiin sekä kotona pärjäämiseen. Kymmenessä (10) henkilökunnan ohjeessa oli maininta siitä, että osastolla tuli seurata äidin vointia ja jaksamista. Imetyksen sujumisen seuranta nostettiin esille kymmenessä (10) sairaalassa. Äidin valmiudet hoitaa vastasyntynyttä oli mainittu viidessä (5) ohjeessa. Yhdessä (1) henkilökunnan ohjeessa oli lueteltu oireet, jotka vaativat äidin välitöntä hoitoa. Näitä oireita olivat esimerkiksi runsas verenvuoto, alavatsakipu, rintatulehdus sekä voimakas hengenahdistus.

Vastasyntyneen seurantaan liittyvistä ohjeista kymmenessä (10) oli mainittu vauvan yleisvointi, erilaiset mittaukset sekä syömisestä liittyvät asiat. Vain yhdessä (1) sairaalassa hoito-ohjeeseen oli koottu välitöntä hoitoa vaativat oireet. Vastasyntyneen oireista oli mainittu esimerkkeinä kellastuminen, huonovointisuus, väsymys, huono syöminen, etenkin oksentelu, kuume, raskas hengitys sekä jatkuva itkuisuus.

Ohjeistus potilaan kotiinlähtötarkastukseen muodostui kirjaamisesta sekä kotiutumistarkastuksesta. Kahdeksassa (8) sairaalassa ennen kotiutumista äitiä ja vastasyntynyttä koskevat tiedot, kuten synnytyskertomus, tuli täyttää huolellisesti. Lisäksi kätilöiden tuli kirjata osastolla tapahtuneesta seurannasta sairaalassa käytössä oleviin potilasjärjestelmiin.

Kotiutumistarkastuksessa arvioitiin äidin sekä vastasyntyneen valmiuksia kotiutua. Kuudessa (6) sairaalassa kätilö teki arvion siitä, oliko äiti kotiutumiskuntoinen. Kahdessa (2) sairaalassa gynekologi osallistui äidin kotiinlähtötarkastukseen. Toisessa näistä sairaaloista gynekologi osallistui aina arvioon ja toisessa vain silloin, jos kotiu-

tuvalle äidillä oli ollut esimerkiksi toksemiaoireita raskausaikana. Neljässä (4) sairaalassa oli käytössä ”tarkistuslista ennen kotiutumista”, jonka avulla varmistettiin, että kaikki kotiutumisen kannalta välttämättömät seurannat, havainnot sekä kirjaukset tulivat tehtyä. Tarkistuslistaan merkittiin esimerkiksi vauvan paino, lämpö sekä ravitsemukseen liittyviä huomiota. Jokaisessa (11) henkilökuntaohjeessa mainittiin lastenlääkärin osallistuminen vastasyntyneen kotiutumistarkastukseen.

Kotiutumisen jälkeinen kontrollitarkastus



Kuvio 11. Kotiutumisen jälkeinen kontrollitarkastus ylä- ja alaluokat

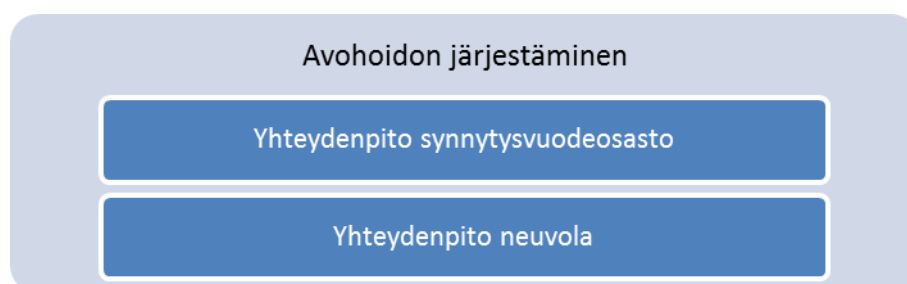
Kotiutumisen jälkeinen kontrollitarkastus (LIITE 7.) jaettiin äidin sekä vastasyntyneen kontrollitarkastukseen. **Äidin kontrollitarkastus** tapahtui kuudessa (6) sairaalassa. Näissä sairaaloissa äiti kutsuttiin jälkitarkastukseen vauvan kontrollitarkastuksen yhteydessä. Missään sairaalassa äitiä ei kutsuttu erikseen tarkastukseen.

Vastasyntyneen kontrollitarkastukset oli mainittu jokaisessa (11) hoitohenkilökuntaohjeessa. Kontrollitarkastuksen järjestämiseen liittyvät käytännöt vaihtelivat synnytysairaakohtaisesti. Neljässä (4) sairaalassa 24–36 tunnin iässä kotiutuva vauva kävi vain kättilön tarkastuksessa ja laboratoriokokeissa. Yhdessä (1) synnytysairalassa oli järjestetty käynti hoitajan vastaanotolle vastasyntyneen ollessa 1–2 vuorokauden ikäinen lääkäriin tarkastuksen lisäksi. Yhdessä (1) sairaalassa Rh-negatiivinen äiti tuli kutsua vauvan kanssa kontrollikäynnille 72 tunnin sisällä syntymästä.

Lastenlääkärin tarkastukseen liittyvät käytännöt vaihtelivat synnytysairaakohtaisesti. Vauvan ikä kotiutumishetkellä vaikutti lastenlääkärin tarkastuksen ajankohtaan. Kolmessa (3) sairaalassa vastasyntyneen tarkastus toteutettiin 2–4 vuorokauden iässä ja kahdessa (2) sairaalassa 2–3 vuorokauden iässä. Kolmessa (3) sairaalassa alle 24 tunnin iässä kotiutuva kutsuttiin tarkastukseen 2–5 vuorokauden iässä. Kolmessa (3) sairaalassa alle 36 tunnin ikäinen vauva kutsuttiin tarkastukseen 3–5 vuorokauden iässä, yhdessä (1) sairaalassa 2-3 vuorokauden iässä sekä yhdessä (1) sairaalassa alle 36 tunnin iässä kotiutuvan vauvan sekä äidin piti tulla kontrolliin 2–5 vuorokauden iässä.

Yhdessä (1) sairaalassa oli käytössä ohjeistus, jossa yli 36 tunnin ikäisen vauvaa ei tarvinnut tulla kontrolliin ja neljässä (4) synnytysairaalalla oli käytössään vastasyntyneen tarkistuslista lääkärin kontrollikäyntiä varten, johon tuli kirjata päivämäärä, vastasyntyneen ikä tutkimushetkellä, eritystoiminta, syntymäpaino, tämän hetkinen paino sekä painonlasku prosentteina ja lämpö. Tarkistuslistaan kirjattiin käynnin yhteydessä tehtyjen tutkimusten vastaukset, kuten laboratoriovastaukset sekä hoitajan tekemät tarkastukset, kuten kuulontarkastus OAE.

Kotiutumisen jälkeinen seuranta



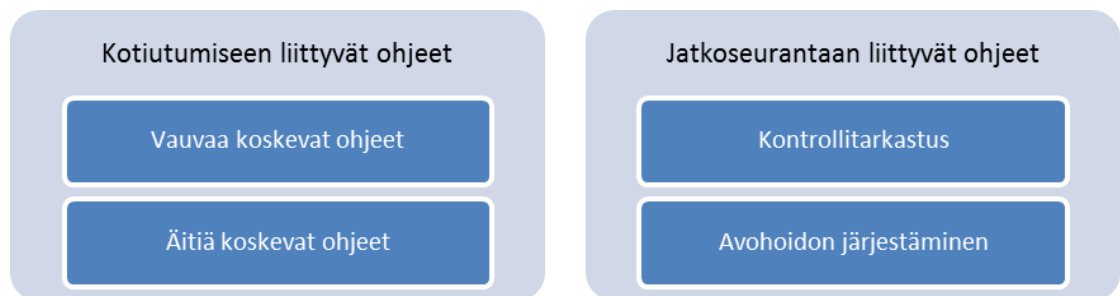
Kuvio 12. Kotiutumisen jälkeinen seuranta ylä- ja alaluokat

Kotiutumisen jälkeinen seuranta (LIITE 8.) muodostui **avohoidon järjestämisestä**. Avohoito muodostui sairaalan yhteydenpidosta kotiutuneen perheen kanssa sekä perheiden yhteydenpidosta neuvolaan. Avohoidon järjestäminen mainittiin kaikkien (11) sairaaloiden henkilökunnan ohjeistuksissa. Synnytysairaala vastasi kotiutu-

neesta perheestä lääkärin tarkastukseen asti, jonka jälkeen perheet siirtyivät normaaliin neuvolaseurantaan. Kolmesta (3) sairaalasta soitettiin aina perheelle kotiutumisen jälkeen. Yhdestä (1) sairaalasta otettiin yhteyttä perheeseen tarvittaessa ja neljästä (4) sairaalasta soitettiin kotiin, jos vauva kotiutui alle 24 tunnin iässä. Seitsemässä (7) hoitohenkilökunnan ohjeistuksessa ohjeistettiin antamaan perheelle yhteystiedot ongelmatilanteiden sattuessa kotioloissa. Kätilöiden oli mahdollista konsultoida lääkäreitä perheen tilanteesta, jos perhe soitti kotiutumisen jälkeen esille tulleesta ongelmasta. Perheen oli mahdollista palata osastohoitoon tilanteen sen vaatiessa. Yhdessä (1) sairaalassa oli käytössä LYSY-puhelinnumero. Kahdeksassa (8) sairaalassa mainittiin, että vanhempia tuli ohjata ottamaan yhteyttä neuvolaan mahdollisimman pian kotiutumisen jälkeen.

6.2.2 Potilasohjeet

Potilasohjeet lyhytjälkihoitoisesti kotiutuville



Kuvio 13. Potilasohjeet lyhytjälkihoitoisesti kotiutuville ylä- ja alaluokat

Potilasohjeet jaettiin kotiutumiseen sekä jatkoseurantaan liittyviin ohjeisiin. (LIITE 9.) **Kotiutumiseen liittyvä ohjaus** koostui vauvaa koskevista ja äitiä koskevista ohjeista. Kaikissa (9) vauvan kotiutumista koskevissa ohjeissa oli mainittu vauvan vointiin liittyvät häiriöt. Häiriöt ravitsemuksessa oli mainittu jokaisessa (9) ohjeessa. Kellastumiseen liittyvät oireet nostettiin esille neljässä (4) ohjeessa, yhdessä (1) sairaalassa oli potilasohjeiden rinnalle laadittu ohjeet sinivalohoidosta sekä yhdessä (1) ohjeistus kellastumista varten. Kuudessa (6) potilaalle annettavassa ohjeessa oli mainittu oireet, joista tuli ottaa yhteyttä sairaalaan. Viidessä (5) sairaalassa oli mainittu yleisesti vauvan hoitoon liittyviä asioita ja kahdella sairaalalla (2) oli potilasohjeissa käytännön

vauvanhoito-ohjeita, joissa nostettiin esille esimerkiksi vauvan puhtauteen ja lepoon liittyviä asioita. Äidin vointiin liittyvät ongelmat mainittiin neljässä (4) ohjeistuksessa, yhdessä (1) ohjeistuksessa oli mainittu yksittäisiä oireita, joita äidin tuli omassa voinnissaan huomioida.

Jatkoseurantaan liittyvät ohjeet jaettiin kontrollitarkastukseen sekä avohoidon järjestämiseen. Kontrollitarkastuksen ajankohta oli mainittu jokaisessa (9) potilasohjeessa. Viidessä (5) potilasohjeessa oli lyhyesti kerrottu käytännönohjeita liittyen kontrollitarkastukseen. Viidessä (5) potilasohjeessa mainittiin, että vauvalla otettiin verinäytteitä lääkärintarkastuksen yhteydessä. Neljällä (4) sairaalalla oli käytössään tarkistuslista lastenlääkärikäyntiä varten. Äiti ja hoitohenkilökunta täyttivät tarkastuslistaa, johon kirjattiin huomiota esimerkiksi vauvan voinnista, ravitsemuksesta tai oireista.

Avohoidon järjestämisessä oli huomioitu erityisesti yhteydenpito perheen ja sairaalan välillä. Kuudessa (6) ohjeessa mainittiin, että kätilö on yhteydessä kotiutuneeseen perheeseen. Jokaisessa (9) potilasohjeessa oli mainittu puhelinnumero osastolle, johon pystyi soittamaan ongelmatilanteiden ilmetessä. Kolmessa (3) ohjeessa äitiä ohjeistettiin soittamaan päivystyspoliklinikalle, jos ongelmia ilmeni hänen omassa voinnissaan. Neuvolaan ohjeistettiin olemaan yhteyksissä viidessä (5) potilasohjeessa.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimus on katsaus lyhytjälkihoitoisen synnytyksen tämänhetkisiin käytänteisiin Suomessa. Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa lyhytjälkihoitoisen synnytyksen yleisyyttä sekä käytänteitä Suomen synnytysairaaloissa. Käytänteitä kartoitettiin henkilökunnalle sekä potilaille laadittujen ohjeiden sekä kriteereiden pohjalta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voitaisiin kehittää lyhytjälkihoitoisen synnytyksen liittyviä ohjeita. Lisäksi tavoitteena oli tuottaa materiaalia, jonka avulla sairaalat voisivat yhtenäistää lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen liittyviä ohjeita ja käytänteitä.

Tutkimuksesta saadut tulokset ovat sairaaloiden käytettävissä mahdollistaen perehtymisen LYSY- käytänteisiin valtakunnallisella tasolla sekä sairaalakohtaisten käytänteiden vertaamiseen yleisiin käytänteisiin. Sopivalle asiakasryhmälle turvallisesti toteutettuna lyhytjälkihoitoinen synnytys on sekä potilasystävällinen että taloudellisesti kannattava hoitomuoto, jonka vuoksi sen kehittäminen tulisi nähdä mahdollisuutena (Raussi-Lehto & Jouhki 2015, 283). Tuloksista esille nousivat tarve yhtenäisille hoitokäytänteille, vastasyntyneen vointi, imetyksen sujuminen, äidin psyykkisen sekä kotiutumisen jälkeisen fyysisen hyvinvoinnin seuranta, kättilön rooli sekä avohoidon toteuttaminen.

Tuloksista korostui tarve **yhtenäisille lyhytjälkihoitoisen synnytyksen käytänteille**. Sairaalakohtaiset lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteerit noudattelivat jo pitkälti Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen eli Stakesin vuonna 1999 laatimia lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteereiden suosituksia. Sairaaloiden välistä vaihtelevuutta havaittiin varsinkin vastasyntyneen kriteereiden kohdalla sekä kontrollitarkastuksien toteuttamisessa. Tuloksia käsiteltäessä huomattiin, että Stakesin asettamien kriteerien tavoin kaikissa sairaaloissa huomioitiin raskauden, synnytyksen, lapsivuodeajan kulku sekä jatkohoidon järjestäminen vastasyntyneen ja äidin

osalta. (Stakes 1999, 75–77.) Ruotsissa on laadittu vuonna 2013 kätilötyötä, obstetriikkaa ja gynekologiaa sekä neonatalogiaa edustavien järjestöjen (SBF, SFOG & SNS) asettaman työryhmän toimesta yhtenäiset suositukset äidin ja lapsen synnytyksen jälkeiseen hoitoon. Kyseiset suositukset kattavat myös varhaisen kotiutumisen. (SBF ym. 2013, 2–3.) Yhtenäiset hoitokäytänteet edistäisivät tasa-arvoisen hoidon toteutumista sairaaloissa. Yhtenäisten hoitokäytäntöjen muodostumiseen vaikuttavat esimerkiksi organisaatiokulttuuri, organisaation johdon ja hoitohenkilökunnan asenteet, koulutus sekä moniammatillinen yhteistyö. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015.)

Vastasyntyneen seurantaan kiinnitettiin huomiota jokaisessa synnytys sairaalassa. Vastasyntyneen seurantaan liittyvät kriteerit olivat laajemmat kuin Stakesin asettamat kriteereiden suositukset, joka kertoo lisääntyneestä huomion kiinnittämisestä vastasyntyneen seurantaan. Stakesin suosituksissa numeeriset raja-arvot on asetettu vastasyntyneen gestaatioiälle, Apgar-pisteille, syntymäpainolle, painon pudotukselle sekä lämmölle (Stakes 1999, 75–76). Näiden lisäksi synnytys sairaaloiden kriteereissä ja ohjeistuksissa oli nostettu esille käytänteitä koskien keltaisuutta, verensokeritasapainoa, happisaturaatiota, hengitysfrekvenssiä, sykettä sekä painonpudotuksen seuranta. Muutamissa sairaaloissa oli näiden lisäksi ohjeita koskien GBS-positiivisuutta ja vihreää lapsivettä. (Tammela 2008, 633–635.)

Stakesin ohjeiden mukaan vastasyntynyt tulee tuoda lastenlääkärin tarkastukseen 3–5 vuorokauden iässä (Stakes 1999, 76). Ohjeista poiketen joissain sairaaloissa vastasyntyneen tarkastus oli jo 2 vuorokauden iässä tai se puuttui kokonaan. Monissa sairaaloissa vastasyntyneen ikä kotiutumishetkellä vaikutti lastenlääkärin tarkastusajan kohtaan. Tällöin yhdellä sairaalla pystyi olemaan useita eri ohjeita lastenlääkärin tarkastuksen ajankohdasta. Potilasohjeissa tulisi tulosten perusteella kiinnittää huomiota vastasyntyneen voinnin hälyttävien oireiden selkeään listaamiseen, jotta vanhemmat osaisivat olla tarvittaessa välittömästi yhteydessä sairaalaan. Joillakin sairaaloilla ei ollut lainkaan käytössä potilasohjeita lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen liittyen. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen riskit liittyvät pitkälti vastasyntyneen vointiin ja

ongelmien varhaiseen tunnistamiseen. Tämän vuoksi huolellisen osastotarkkailun lisäksi tulisi kiinnittää huomioita vanhempien suulliseen ja kirjalliseen ohjaukseen. (Tammela 2008, 633–635.)

Imetyksen sujumiseen oli kiinnitetty asianmukaisesti huomiota synnytyssairaaloissa, sillä imetyksellä on pitkäkantoisia vaikutuksia vauvan ja äidin terveyteen sekä varhaiseen vuorovaikutussuhteen (Lidbeck ym. 2012, 160). Imetyksen sujumisesta oli eritelty muutamissa sairaaloissa vauvan onnistuneella imemisellä ja vähintään kahdella onnistuneella imetyskerralla. Muutamissa sairaaloissa tuotiin esiin vaihtoehtoisesti pulloruokinnan sujuminen. Selkeän kuvan saaminen imetyksen sujumisesta voi olla kuitenkin lyhyessä ajassa haastavaa. Maidonnousu ei useimmiten ole vielä tapahtunut ennen kotiutumista, jonka vuoksi kätilöllä ei välttämättä ole riittävästi aikaa havainnoida ja tukea imetystä niin paljon kuin tahtoisivat LYSY:n työllistäessä kätilöä runsaasti lyhyessä ajassa (Sariola ym. 2014, 358).

Lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä sairaalassa annettu imetysohjaus vaikuttaa suuresti imetyksen sujumiseen kotioloissa, sillä imetyksen mahdollisimman ongelmaton alku on tärkeää imetyksen jatkumisen kannalta (Lidbeck ym. 2012, 162). Tästä syystä ensimmäisten päivien aikana vanhempien tulee saada asiantuntevaa ohjausta, mutta myös kannustusta sekä tukea. Kätilön tehtävänä on vahvistaa äidin luottamusta imetyksen onnistumiseen sekä maidon riittävyteen. Lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä hoitoaika on lyhyt, jonka vuoksi kätilön on osattava arvioida kuinka paljon vanhemmat pystyvät ottamaan tietoa vastaan ja minkälaista ohjausta perhe tarvitsee. (Koskinen 2008, 48, 73.) Stakesin suosituksissa imetyksestä on eritelty lapsentahtinen imetys, lisämaidon antamisen välttäminen ja vauvan hyvä imeminen (Stakes 1999, 76).

Äidin psyykkisen sekä kotiutumisen jälkeisen fyysisen hyvinvoinnin seuranta jäävät herkästi liian vähälle huomiolle lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä. Äidin kontrollitarkastus toteutui osassa synnytyssairaaloista, vastasyntyneen kontrollitarkastuksen yhteydessä. Missään sairaalassa ei kutsuttu äitiä erikseen jälkitarkastukseen. Äidin psyykkisen jaksamisen tukeminen tuotiin esiin kahden sairaalan kriteereissä tai oh-

jeistuksissa. Useimmissa sairaaloissa huomioitiin kuitenkin äidin perusterveys ja perheen vakaa sosiaalinen tilanne, jotka osaltaan käsittävät myös äidin psyykkistä hyvinvointia. Sekä Stakesin suositukset että tutkimustuloksissa kootut kriteerit ja ohjeistukset käsittelevät etupäässä äidin fyysistä hyvinvointia (Stakes 1999, 75–77). Potilasohjeiden perusteella äidin synnytyksen jälkeiseen vointiin liittyvät keskeiset asiat olisi hyvä esittää perheille myös kirjallisesti.

Äidin psyykkinen jaksaminen on asia, johon tänä päivänä tulisi kiinnittää erityisen hyvää huomiota lapsen syntymän yhteydessä. Synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastuu noin joka kymmenes äiti. (Sariola ym. 2014, 382–383.) Lyhyen hoitoajan ei tulisi poissulkea äidin ja kättilön välistä keskustelua äidin tunteista, jaksamisesta ja parisuhteesta. Kättilön tehtävänä on kuunnella ja auttaa ymmärtämään äitiyteen liittyviä tunteita, joihin voi kuulua välillä myös negatiiviset ajatukset vastasyntyntä kohtaan. Lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä äiti on jo kotiutunut mielialojen vaihtelun vaiheen ollessa vahvimmillaan, minkä vuoksi äitiä tulee ohjeistaa suhtautumaan näihin tunteisiin luonnollisena osana synnytyksen jälkeistä aikaa. (Huttunen 2014.) Äitirooliin asettuminen mainittiin yhden sairaalan kriteereissä kuten myös toimivan vuorovaikutussuhteen muodostumisen alkaminen ja ihokontaktin toteutuminen. Äidin vointia koskevat sairaalakohtaiset kriteerit olivat tutkimustulosten mukaan yhteneväisiä, mutta laajemmat kuin Stakesin asettamat kriteerit. (Stakes 1999,75.)

Tuloksista nousi esille **kättilön roolin** merkitys lyhytjälkihoitoisen synnytyksessä. Kättilö vastaa äidin voinnin arvioinnista. Stakesin suosituksista poiketen lääkärin tekemä tarkastus äidille ennen kotiutumista ilmeni ainoastaan kahden sairaalan kriteereissä (Stakes 1999, 75–76). Kättilön tekemä kotiinlähtötarkastus äidille on tänä päivänä yleinen käytäntö, jonka avulla varmistetaan kohdun supistuminen, rintojen kunto, imetyksen sujuminen, jälkivuodon normaalius, sekä repeämien ja muiden haavojen paraneminen (Sariola ym. 2014, 333). Lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä kättilö on lisäksi suurilta osin vastuussa vastasyntyneen voinnin tarkkailusta, kriteereiden täytymisen varmistamisesta, perheelle annettavasta ohjauksesta sekä jatkohoidon järjestämisestä. Suurin osa LYSY-mallin omaavista synnytyssairaaloista oli laatinut katta-

vuodeltaan vaihtelevat ohjeet hoitohenkilökunnalle tukemaan kätilöiden työtä. Joissakin sairaaloissa kätilöllä oli käytössään tarkistuslista ennen kotiutumista, joka voittulla tarpeeseen LYSY:n pitäessä sisällään runsaasti huomioitavia asioita. Tutkimustuloksissa ilmeni, että lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen erikoistuneita kätilöitä oli vastaanottaneista yhteensä kuudessa sairaalassa. Keskeisen roolin vuoksi kätilöiltä edellytetään sitoutumista ja joustavuutta lyhytjälkihoitoisen synnytyksen hoidossa (Tammela 2008, 633–635). Lisäksi keskeistä on kätilön motivaatio ammatilliseen kasvuun ja kehittymiseen.

Tuloksista esille nousi **avohoidon toteuttamiseen** liittyvät puutteet. Stakesin suosituksissa korostuu neuvolan rooli, joka mainittiin vain muutamissa sairaalakohtaisissa kriteereissä ja ohjeissa. Näissä mainittiin neuvolan arvio perheen soveltuvuudesta lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen sekä raskaudenaikainen neuvolaseuranta. Turvallisen varhaisen kotiutumisen tulisi olla huolellisesti suunniteltu, kuten Stakesin suosituksissa ilmaistaan. (Stakes 1999, 75.) Tämä edellyttää perheen informointia lyhytjälkihoitoisen synnytyksen mahdollisuudesta, edellytyksistä ja haasteista (THL 2013, 254). Synnytyssairaalan ja neuvolan yhteistyön toimiessa perheillä on parempi mahdollisuus saada ajantasaista ja paikkaansa pitävää tietoa lyhytjälkihoitoisen synnytyksen sairaalakohtaisista käytännöistä ennen synnytystä.

Sairaalan, neuvolan ja perheen välisen yhteistyön tarve tulee esiin myös jatkohoitoa järjestettäessä. Jatkoseurannan tulee esimerkiksi tapahtua turvallisesti myös viikonloppuisin. Kyseiset seikat eivät kuitenkaan käytännössä onnistu viikonloppuisin ja juhlapyhinä neuvoloiden työaikojen vuoksi. (Berglund 2015; Fröjd & Zamore 2015, 110.) Suositusten mukaan kätilön tulisi soittaa neuvolaan perheen kotiutuessa. (Stakes 1999, 75–76). Tämä suositus toteutui vain osassa sairaaloista. Synnytyssairaala on vastuussa lyhytjälkihoitoisesti kotiutuneista perheistä ensimmäiseen neuvolakäyntiin asti ja puhelinsoiton avulla hoitava sairaala pystyy kartoittamaan perheen tilannetta kotiutumisen jälkeen. Kauempana asuvien perheiden avohoidon toteuttamista lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä ei nostettu esille missään sairaalassa.

Ruotsissa alueesta riippuen tarjotaan neuvolan sairaanhoitajan tekemän kotikäynnin lisäksi vaihtoehtoisesti kätilön tekemää kotikäyntiä sekä kätilön soittoa vanhemmille kotiutumista seuraavana päivänä. Joillakin alueilla on myös käytössä kätilöiden toteuttama lapsivuodeosaston hoitoa vastaava toiminta perheen kotona, jossa kätilö käy perheen luona muutaman kerran vauvan ensimmäisen elinviikon aikana. (Berglund 2015; Fröjdh & Zamore 2015, 110.) Onnistunut jatko seuranta vaatii osapuolten yhteistyötä ja motivaatiota lyhytjälkihoitoisen synnytyksen toteuttamiseen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan LYSY:stä tulisi muotoutua yhtenäinen kokonaisuus ilman organisaatioiden välisiä rajoja. (THL 2013, 254–255.)

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta asiasta. Tämän vuoksi osana tutkimuksen arviointia tulee tarkastella eettisyyden ja luotettavuuden toteutumista tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden saavuttamiseksi, tutkimukseen liittyviä eettisyys- ja luotettavuuskysymyksiä pohdittiin jo ennen varsinaisen tutkimuksen toteuttamista. Tarkoituksena oli huomioida tutkimuksessa erityistä tarkkuutta vaativat piirteet sekä ennaltaehkäistä luotettavuutta ja eettisyyttä uhkaavien tilanteiden syntymistä tutkimuksen aikana. (Kylmä & Juvakka 2012, 67–68.)

Tutkimuksen eettisyys huomiointiin koko tutkimusprosessin ajan noudattaen rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta etenkin analysoinnissa ja tulosten käsittelyssä. Käytetyt tiedonhankinta, tutkimus- ja arviointimenetelmät täyttivät vaadittavat kriteerit ja soveltuivat käytettäväksi tieteellisessä tutkimuksessa. Tutkimuksen suunnittelu, toteutus, raportointi ja talletus tapahtuivat tieteellisen tiedon edellyttämällä tavalla. Tutkimuksesta varten kerätty teoria pohjautuu aiheesta kirjoitettuun materiaaliin sekä tutkimuskirjallisuuteen, jota on kerätty luotettavista tiedonlähteistä. Eettisten periaatteiden mukaisesti toisten tutkijoiden töitä kunnioitettiin ja lähteisiin viitattiin JAMK:n raportointiohjeita noudattaen. (Hirsjärvi ym. 2013, 24.)

Saatekirjeen, tutkimuslupalomakkeen ja tutkimussuunnitelman avulla varmistettiin, että tutkimukseen osallistuvilla synnytyssairaaloilla oli käytössään riittävästi tietoa itse tutkimuksesta sekä sen tarkoituksesta ja tavoitteista. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Saatekirjeet sekä muut tutkimukseen liittyvät asiakirjat osoitettiin synnytyssairaaloiden ylihoitajille tai hallintoylihoitajille. (Hirsjärvi ym. 2013, 25.) Kerätty aineisto käsiteltiin turvassa ulkopuolisilta tutkimusprosessin ajan sekä sen päätyttyä. Tietosuojaa säilyi tutkimusprosessin ajan, eikä saatuja tuloksia voi yhdistää tiettyyn synnytyssairaalaan. Tutkimuksen toteuttamisessa huomioitiin tutkimustyön edellyttämät vaatimukset tutkimuksen eettiselle toteuttamiselle ja päätökset tehtiin tätä kunnioittaen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 8-9.)

Tutkimuksen luotettavuus on erityisen tärkeää laadullisessa tutkimuksessa, jossa lähtökohdat ja tutkimusmenetelmät ovat tiettyjä tutkimustyyppisiä joustavampia (Yin 2013,50). Tämä asettaa haasteita opinnäytetyön luotettavuuden arvioinnille. Luotettavuuden kriteereihin kuuluvat uskottavuus, reflektiivisyys, siirrettävyys ja vahvistettavuus, joihin kiinnitettiin huomiota tutkimusprosessin eri vaiheissa. (Kylmä & Juvakka 2012, 127–128.)

Uskottavuuden kriteerillä arvioidaan tutkimuksen sekä sen perusteella saatujen tulosten uskottavuutta ja sen osoittamista. Uskottavuuden kannalta on merkittävää, että saadut tulokset pohjautuvat analysoitavaan aineistoon. (Kylmä & Juvakka 2012, 128.) Tutkimuksen uskottavuutta lisää se, että kerätty materiaali on kattava, jonka vuoksi eri synnytyssairaaloiden lyhytjälkihoitoisen synnytyksen tämänhetkisistä käytännöistä on mahdollista saada melko luotettava kuva. Tuloksien uskottavuutta tarkastellessa on kuitenkin huomioitava se, että kaikki synnytyssairaalat eivät osallistuneet tutkimukseen, jolloin saadut tulokset pohjautuvat vain tutkimukseen osallistuneiden synnytyssairaaloiden lähettämiin materiaaleihin.

Vahvistettavuuteen eli tutkimusprosessin kulun seurattavuuteen pyrittiin tutkimusprosessin tarkalla kuvaamisella. Kerätyn materiaalin analysointi toteutettiin noudattamalla tutkimusteoriaa sekä analysointiprosessin eri vaiheita. Kirjallisen kuvauksen

lisäksi tutkimusprosessia kuvattiin kuvioiden sekä taulukoiden avulla. (Eskola & Suoranta 2000, 165). Tutkimusprosessin ajan molemmat tutkijat kirjasivat ylös muistiinpanoja tekemistään huomioista ja tutkimussuunnitelmaa muokattiin niiden pohjalta. Tällä varmistettiin, että tutkimusprosessin kuvaus oli todenmukaista ja sen etenemisen seuraaminen lukijaystävällistä. Osa tutkimusta koskevista päätöksistä muovautui vasta tutkimusprosessin edetessä, mikä on laadulliselle tutkimukselle tyypillistä. Muistiinpanoja ei kuitenkaan kirjattu tutkimuspäiväkirjaan, jonka avulla olisi voitu lisätä tutkimuksen vahvistettavuutta sekä perustella miksi tiettyihin ratkaisuihin päädyttiin. (Kylmä & Juvakka 2012, 129.)

Reflektiivisyys tarkoittaa tutkimuksen toteuttajan pohdintaa omasta vaikuttamisesta aineistoon ja koko tutkimusprosessiin (Yin 2013, 50). Aineistoa kerätessä, analysoitaessa ja kirjoitustyössä pyrittiin mahdollisimman puolueettomaan lähestymistapaan. Haasteen tutkimuksen luotettavuuden toteutumiselle asetti aineistolähtöisen analyysin hyödyntäminen analysointimenetelmänä. Aineistolähtöisessä analyysissä tutkimuksen kannalta oleellinen tieto tulisi nousta aineistosta. Tästä huolimatta oleellisen tiedon nostaminen erilleen muusta aineistosta, pohjautuu tutkijan tekemiin subjektiivisiin havaintoihin. (Hirsjärvi ym. 2013, 164). Osittain tämän ongelman vuoksi analysoinnissa päädyttiin hyödyntämään teoriasidonnaista analyysia. Sen avulla varmistettiin, että aineistosta nostettiin esille teoriaan kytkeytyvää ja tutkimuksen kannalta oleellista tietoa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96–97, 109). Aineiston objektiiviselle tarkastelulle asetti haasteen se, että tutkimusmenetelmä oli tutkijoille vieras. Kerätty aineisto oli todella laaja ja sen analysointi osoittautui haastavaksi, vaikka analysointivaiheeseen osallistui kaksi tutkijaa ja tutkimusaikaväli oli pitkä.

Tutkimuksessa kiinnitettiin huomiota siirrettävyyteen eli tulosten mahdollisesta siirtämisestä toiseen tutkimusympäristöön. Siirrettävyys pyrittiin varmistamaan tutkimusprosessin tarkalla kuvauksella. Tutkimuksen toteuttaminen laadullisena asettaa haasteen siirrettävyyden toteutumiselle. Tätä pyrittiin helpottamaan kvantifiointia ja taulukointia hyödyntämällä. Näiden käyttö lisäsi tutkimuksen luotettavuutta ja mahdollistaa sen, että opinnäytetyön lukija pystyy itse tekemään johtopäätöksiä taulukoiden perusteella (Eskola & Suoranta 2000, 166). Tutkimusta varten kerätty laaja aineisto

lisää tutkimuksen hyödynnettävyyttä jatkossa ja antaa mahdollisuuden jatkotutkimuksien toteutumiselle.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimusten johtopäätöksinä voidaan esittää seuraavaa:

Yhtenäisten hoitokäytänteiden avulla olisi mahdollista vakaannuttaa lyhytjälkihoitoisen synnytyksen asemaa yhtenä synnytyksen jälkeisenä hoitomuotona. Yhtenäiset hoitokäytännöt edistäisivät hoidon tasa-arvoisuutta sekä selkeyttäisivät lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen liittyviä käytänteitä.

Vastasyntyneen voinnin seurantaan on kiinnitetty sairaaloissa monipuolisesti huomiota lapsivuodeosastoilla huomioiden esimerkiksi ravinnon turvaaminen ja oireeton vointi. Asianmukainen vastasyntyneen voinnin seuranta on kuitenkin välttämätöntä myös kotiutumisen jälkeen, sillä lyhytjälkihoitoisen synnytyksen riskit liittyvät etenkin vastasyntyneen vointiin. Tämän vuoksi tulisi kiinnittää erityistä huomiota kontrollitarkastukseen liittyviin käytänteisiin sekä perheiden suulliseen ja kirjalliseen ohjaamiseen. Kattavat kirjalliset potilasohjeet olisivat keino auttaa vanhempia muun muassa vastasyntyneen voinnin tarkkailussa kotona.

Äidin psyykinen ja fyysinen hyvinvointi tulee huomioida konkreettisesti osana lyhytjälkihoitoista synnytystä. Lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä äidin jaksamisen tarkkailu sekä synnytyksen ja äitiyden herättämien tunteiden käsittely jäävät lyhyen hoitoajan vuoksi herkästi vähäiseksi. Kätilön tulee tarjota riittävä psyykinen tuki varhaisesta kotiutumisesta huolimatta. Lisäksi hoitohenkilökunnan tulee arvioida varhaisen kotiutumisen turvallisuutta suhteessa äidin fyysisiin ja psyykkisiin resursseihin synnytyksen jälkeen ja perheen yksilölliseen tilanteeseen. Äideille järjestettävien

kontrollitarkastusten avulla voitaisiin varmistusta äidin palautumisesta synnytyksestä. Samalla olisi mahdollista kartoittaa äidin jaksamista kotona.

Lapsivuodeosaston kättilöllä on keskeinen rooli lyhytjälkihoitoisen synnytyksen toteutuksessa. Lyhyessä ajassa annettava ohjaus, äidin ja vastasyntyneen voinnin arviointi, imetyksen tukeminen ja jatkohoidon järjestäminen vaativat kättilöltä aikaa sekä oman osaamisen kehittämistä ja ylläpitoa. Kyseiset asiat tulee huomioida työpaikalla käytännön järjestelyissä sekä kättilöille järjestettävissä koulutuksissa. Myös kättilöiltä vaaditaan motivaatiota oman ammattitaidon kehittämiseen. Huolellisesti laadittujen lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteereiden ja henkilökuntaohjeiden avulla kättilö voitaisiin varmistua perheen soveltuvuudesta ja vaadittujen toimien toteutumisesta ennen kotiutumista. Kyseiset dokumentit voisivat toimia kättilön työkaluina osana lyhytjälkihoitoisen synnytyksen turvallista toteuttamista.

Avohoidon järjestämiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota, jotta varmistuttaisiin siitä, että lyhytjälkihoitoisesti kotiutuva perhe pärjää kotona sekä häiriöihin viittaavat oireet tunnistettaisiin mahdollisimman varhain myös kotioloissa. Neuvolan rooli lyhytjälkihoitoisen synnytyksen toteutumisessa tulee ilmetä sekä ennen synnytystä, että synnytyksen jälkeen. Käytännön tasolla tämä tarkoittaa neuvolan ajantasaista tuntemusta lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteereistä, lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen soveltuvien perheiden tunnistamista, neuvolan ja synnytysairaalan välillä toimivaa tiedonkulkua sekä resursseja toteuttaa kotikäyntejä. Kotikäyntien avulla myös kauempana asuvat perheet voisivat kotiutua lyhytjälkihoitoisesti. Neuvoloiden työajan tulisi toteutua niin, että myös viikonloppuisin voitaisiin varmistua siitä, että perheet kotiutuvat turvallisesti. Lisäksi olisi syytä pohtia, voisiko sairaalan kättilöt toteuttaa kotikäyntejä neuvolan ohella kuten esimerkiksi Ruotsissa? Synnytyssairaloilla tulisi olla valmiudet pitää puhelinyhteyttä kotiutuneisiin perheisiin. Selkeät yhteiset ohjeet edesauttavat neuvolan ja synnytyssairaalan välistä yhteistyötä.

Jatkotutkimusaiheet

Tutkimusta varten kerätty laaja tutkimusmateriaali on mahdollista hyödyntää jatko-tutkimusaiheissa Keski-Suomen keskussairaalassa. Jatkotutkimusaiheeksi sopisi polikliinisen synnytyksen käytänteiden kartoittaminen ja yhtenäisten kriteereiden laatiminen. Polikliininen synnytys on edelleen harvinaista Suomessa, mutta yleistä muualla Euroopassa ja Yhdysvalloissa (Sariola ym. 2014, 334). Tutkimuksessa otettiin huomioon polikliinisen synnytyksen kriteerit osana 6–48 tuntia synnytyksestä tapahtuvan kotiutumisen kriteereitä.

Jatkotutkimusaiheina voisi olla neuvolan rooli lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä sekä neuvoloiden käytänteet synnytyssairaalasta varhain kotiutuville perheille. Lyhytjälkihoitoinen synnytys vaatii toimiakseen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kiinteää yhteistyötä. Tiivis yhteistyö neuvoloiden kanssa takaa ohjauksen sekä seurannan jatkuvuuden myös kotiutumisen jälkeen. (THL 2013, 254–255.)

Tutkimuksen pohjalta voisi olla aiheellista tutkia myös sitä, miten perheiden turvallisuutta kotona voisi tukea avohoidon tai LYSY-polin keinoin. Olisiko puhelinyhteyden pitäminen perheisiin keino vähentää perheille kohdistuvaa vastuuta ja pystyttäisiinkö sen avulla tukemaan perheitä paremmin?

LÄHTEET

- Berglund, I. 2015. BB på väg och återbesök. Akademiska sjukhuset Viitattu 1.12.2015. <http://www.akademiska.se/sv/Verksamheter/Kvinnosjukvard/Mottagningar/BB-pa-vag-och-aterbesoksmottagning/>.
- Bengtsson, K. 2015. Symtomguide- kroppen efter förlossning. 1177 Vårdguiden. Viitattu 2.9.2015. <http://www.1177.se/>.
- Björklund, U., Fjellvang, H. & Åhlund, S. 2012. Vänta barn. En bok om graviditet, förlossning och första tiden med barnet. 11. uud. p. Stockholm: Gothia Förlag.
- Brown, S., Small, R., Argus, B., Davis PG. & Krastev, A. 2009. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. Raportti. Viitattu 8.5.2015. <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD002958.pdf>.
- Deufel, M. & Montonen, E. 2010. Onnistunut imetys. Helsinki: Duodecim.
- Eskola, J & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.
- Fröjd, M. & Zamore, M. 2015. Vi föräldrars stora bok om barn: graviditet, förlossning, föräldraskap, barn 0–6 år. Stockholm: Bonnier fakta.
- Hallström, I. & Lindberg, T. 2012. Julkaisussa Barnmedicin. Toim. Hanséus, K., Lagerkrantz, H. & Lindberg, T. 4. p. Lund: Studentlitteratur.
- Hannula L, Kaunonen, M., Koskinen, K. & Tarkka M-T. 2010. Raskaana olevan, synnytävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus – Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 16.5.2015. <http://www.hotus.fi/system/files/Imetysohjaus.pdf>.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15.-17. p. Keuruu: Otava.
- Hoitotyön tutkimussäätiö. 2015. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laadun parantaminen edellyttää yhteneviä näyttöön perustuvia käytäntöjä. Tiedote. Viitattu 29.11.2015. <http://www.epressi.com/tiedotteet/terveys/terveydenhuollon-laadun-parantaminen-edellyttaa-yhtenevia-nayttoon-perustuvia-kaytantoja.html>.
- HUS. 2015. Synnytykset. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 8.6.2015. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/synnytykset/Sivut/default.aspx>.
- Huttunen, M. 2014. Synnytyksen jälkeinen masennus. Lääkärikirja Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00505.

Järvenpää A-L, 2008. Miksi imetys ei onnistu Suomessa suositusten mukaisesti? Lääkärikirja Duodecim, 124, 10, 1147–1148. Viitattu 28.11.2015. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo97243.pdf>.

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

Kujanpää, K. & Rajala, K. 2004. Perheen ja hoitohenkilökunnan kokemuksia lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos: Pro gradu-tutkielma.

Käypä hoito -suositus. 2013. Virtsatieinfektiot. Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu 1.9.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=hoi10050.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1. – 2.p. Helsinki: Edita Prima.

Le May, A. & Holmes, S. 2012. Introduction to Nursing Research. Developing Research Awareness. London: Hodder Arnold.

Lidbeck, L., Hofsten, K. & Coull, M. 2012. Stora boken om barn. 7. p. Stockholm: Norstedts.

Norwitz, E.R., Belfort, M., Saade, G. & Miller, H. 2010. Obstetric clinical algorithms: management and evidence. John Wiley & Sons. E-kirja. Viitattu 31.08.2015. Janet.

Nuutila, M. & Ylikorkala, O. 2011. Julkaisussa Naistentaudit ja synnytykset. Toim. Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. 5. uud. p. Helsinki: Duodecim.

Paananen, U. & Väyrynen, P. 2015. Julkaisussa Kätilötyö. Toim. Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. 6. uud. p. Helsinki: Edita.

Pietiläinen & Väyrynen, P. 2015. Julkaisussa Kätilötyö. Toim. Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. 6. uud. p. Helsinki: Edita.

Raussi-Lehto, E. 2015. Julkaisussa Kätilötyö. Toim. Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. 6. uud. p. Helsinki: Edita.

Raussi-Lehto, E. & Jouhki, M-R, 2015. Julkaisussa Kätilötyö. Toim. Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. 6. uud. p. Helsinki: Edita.

Sariola, A-P., Nuutila, M., Sainio, S., Saisto, T. & Tiitinen, A. 2014. Odottavan äidin käsikirja. Helsinki: Duodecim.

SBF, SFOG & SNS. 2013. Säker vård efter förlossningen. Rekommendationer för vård efter förlossningen för modern och barnet. Svenska Barnmorskeförbundet, Svensk förening för obstetrik och gynekologi & Svenska Neonatalsektionen. Hoitotyön suositus. Viitattu 29.11.2015. <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2014/02/Saker-var-d-efter-forlossningen-2013.pdf>.

Stakes. 1999. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999. Toim. Viisainen, K.. Verkkojulkaisu. Viitattu 29.11.2015. http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/76178/op34_1999.pdf?sequence=1.

STM. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 10.5.2015. https://moodle.amk.fi/pluginfile.php/1677/mod_resource/content/7/Seksuaali-%20ja%20lis%C3%A4%C3%A4ntymisterveyden%20edist%C3%A4minen%20-%20toimintaohjelma%202007-2011.pdf.

Tammela, O. 2008. Varhain kotiutuvan vastasyntyneen seuranta. Suomen Lääkärelehti 63, 7, 633–636. Verkkojulkaisu. Viitattu 7.5.2015. <https://auth.fimnet.fi/login>, Fimnet.

THL. 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kirj. kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä. Toim. Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. Viitattu 11.5.2015. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110521/THL_OPA2013_029_verkko.pdf?sequence=1.

THL. 2014a. Edistä, ehkäise, vaikuta - Seksuaali ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Opas 33/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Toim. Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. Viitattu 10.5.2015.

THL. 2014b. Imetysohjelmat. Lastenneuvolan käsikirja. Toim. Koskinen, K. & Rova, M. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 23.8.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/las-tenneuvolakasikirja/tietopaketti/imetys/imetysohjelmat>.

Tiitinen, A. 2014a. Rintatulehdus. Lääkärikirja Duodecim. Julk. 21.10.2014. Viitattu 1.9.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00171

Tiitinen, A. 2014b. Imetysohjelmaa. Lääkärikirja Duodecim. Julk. 28.10.2014. Viitattu 23.8.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01021.

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

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 17.9.2015. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkoversio040413.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut.

Yin, R. 2013. Kvalitativ forskning från start till mål. Lund: Studentlitteratur.

YLE Uutiset. 2014. Synnytyssairaaloita enää 29 – määrä vähenee edelleen. Julkaisu. 5.5.2014. Viitattu 8.6.2015. http://yle.fi/uutiset/synnytyssairaaloita_enaa_29_maara_vahenee_edelleen/7193762.

WHO. 1996. Care in Normal Birth: a practical guide. A Report of a Technical Working Group. World Health Organization. Viitattu 9.5.2015.

http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1.

LIITTEET

LIITE 1. Kyselyn kohderyhmä

Yliopistolliset sairaalat:

Helsingin seudun yliopistollinen keskussairaala/ Naistenklinikka, Helsinki

Turun yliopistollinen keskussairaala, Turku

Oulun yliopistollinen sairaala, Oulu

Tampereen yliopistollinen sairaala, Tampere

Kuopion yliopistollinen sairaala, Kuopio

Alue- ja keskussairaalat

Ahvenanmaan keskussairaala, Maarianhamina

Etelä-Karjalan keskussairaala, Lappeenranta

Hyvinkään sairaala (HUS), Hyvinkää

Jorvin sairaala (HUS), Espoo

Kainuun keskussairaala, Kajaani

Kanta-Hämeen keskussairaala, Hämeenlinna

Keski-Pohjanmaan keskussairaala, Kokkola

Keski-Suomen keskussairaala, Jyväskylä

Kymenlaakson keskussairaala, Kotka

Kätilöopiston sairaala (HUS), Helsinki

Lapin keskussairaala, Rovaniemi

Lohjan sairaala (HUS), Lohja

Länsi-Pohjan keskussairaala, Kemi

Mikkelin keskussairaala, Mikkelä

Oulaskankaan sairaala, Oulainen

Pohjois-Karjalan keskussairaala, Joensuu

Porvoon sairaala (HUS), Porvoo

Päijät-Hämeen keskussairaala, Lahti

Satakunnan keskussairaala, Pori

Seinäjoen keskussairaala, Seinäjoki

Tyks Salon sairaala, Salo

Vaasan keskussairaala, Vaasa

Yhteensä 27 synnytyssairaala (HUS 2015, YLE Uutiset 2014).

LIITE 2. Saatekirje

Hei,

Olemme kaksi kättilöopiskelijaa Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä aiheenamme LYSY-käytänteet eri sairaanhoitopiireissä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kar- toittaa ja koota lyhytjälkihoitoisen synnytyksen tai vastaavanlaisten varhaisen kotiutumisen mallien käytänteitä Suomen synnytyssairaaloissa. Varhainen kotiutuminen käsittää synnytyk- set, joissa perhe kotiutuu alle 48 tunnin kuluessa synnytyksestä. Tavoitteena on lisäksi selvit- tää lyhytjälkihoitoisen synnytyksen yleisyyttä synnytyssairaaloissa sekä alueellisia eroja LYSY:n esiintyvyydessä. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii osastonhoitaja Anna-Maija Mökkönen Keski-Suomen keskussairaalaan naistenosastolta.

Arvostaisimme, jos voisitte vastata ohessa olevaan kyselyyn. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 5 minuuttia. Lisäksi pyytäisimme ystävällisesti liitteinä LYSY-kriteereitänne sekä mahdol- lisesti käytössänne olevia hoitohenkilökunta- ja potilasohjeita LYSY:stä. Kyselylomakkeen ja liitteet voitte palauttaa sähköpostitse osoitteeseen G5028@student.jamk.fi. Halutessanne voimme lähettää teille tutkimussuunnitelman sekä tutkimuslupalomakkeen.

Kiitos paljon yhteistyöstänne jo etukäteen!

Ystävällisesti,

Henna-Riikka Minkkinen ja Silja Koskinen

Hoitotyön koulutusohjelma
Jyväskylän ammattikorkeakoulu



LIITE 3. Taustatietolomake

Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan seuraaviin kysymyksiin.

Sairaalan nimi:

Sairaanhoidopiiri:

Synnytysten määrä vuodessa:

1. Onko synnytyssairaalassanne käytössä LYSY-malli perheen varhaiseen kotiutumiseen?

Kyllä:

Ei:

Muu malli, mikä?:

2. Mistä vuodesta lähtien LYSY on ollut käytössänne?

3. Kuinka monta LYSY-mallin mukaan kotiutunutta perhettä teillä on keskimäärin vuodessa?

4. Onko teillä käytössä kirjallista potilasohjetta LYSY:stä?

Kyllä:

Ei:

5. Onko teillä käytössä kirjallista ohjetta osaston kätilöille LYSY:stä?

Kyllä:

Ei:

6. Onko teillä osastollanne LYSY:yn erikoistuneita kätilöitä?

Kyllä:

Ei:

Kiitos kyselyyn vastaamisesta!

LIITE 4. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteerit/
Kotiutuminen 6-48 tuntia synnytyksestä

Lukumäärä	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
2	Terve ensi- tai uudelleensynnyttäjä	Ei perussairauksia	Synnyttäjän terveys	Raskauden kulku
4 4	Ei GDM Ei toksemiaa	Ei vastasyntyneen tarkkailuun vaikuttavia sairauksia		
4 5	Yksisikiöinen raskaus Säännöllinen raskaus	Matalan riskin raskaus	Riskitekijät	
2 1	Strepto-B negatiivinen Antibioottiprofylaksia synnytyksen aikana, jos Strepto-B positiivinen	Strepto-B		
6	Ei sosiaalisia ongelmia tai niiden epäilyä	Vakaa sosiaalinen tilanne	Perheen sosiaalinen tilanne	
6 2	Apua saatavilla kotona Kotona joku paikalla 1 vrk:n ajan kotiutumisesta	Tukiverkosto		
6	Raskaudenaikainen neuvolaseuranta	Neuvola-seurantaan osallistuminen	Neuvola	
3	Neuvolan arvio soveltuvuudesta LYSYYN	Neuvolan osallistuminen LYSY-prosessiin		
				Yhteensä: 14 sairaalaa

Lukumäärä	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
3	Kirkas tai vaaleanvihreä lapsivesi	Lapsivedenmeno	Avautumisvaihe	Synnytyksen kulku
	Lvm alle 24h			
5	Lvm alle 18h			
4	Lvm alle 12h			
3	Jos lvm 18-24 h, niin CRP ja PVK 12-24 h:n kuluttua synnytyksestä			
3	Labra-arvojen tulee olla normaalit 12h vedenmenosta			
1				
1	Kaikki kivunlievitysmenetelmät sallitaan	Kivunlievitys		
13	Säännöllinen alatiesynnytys	Säännöllinen kulku	Ponnistusvaihe	
2	Imukuppisynnytys sallitaan			
1	Perätilasynnytys sallitaan			
4	Pieni repeämä tai episiotomia sallitaan	Repeämä ja episiotomia		
3	Synnytyksen kolmas vaihe säännöllinen	Säännöllinen kulku		
1	Jälkeiset täydelliset	Jälkeiset	Jälkeisvaihe	
1	Jos kalvot repäilevät, tarvitaan kotiutumislupa lääkäriltä			

1	Verenvuoto alle 700ml III-vaiheessa	Verenvuoto		
5	Verenvuoto yhteensä alle 1000ml			
1	Verenvuoto yhteensä alle 800ml			
4	Synnyttäjän lämpö normaali	Synnyttäjän lämpö		
3	Lämpö alle 38			
1	Lämmön nousu hyväksytään, jos lämpö tasaantuu synnytyksen jälkeen ja labrat normaalit			
2	Synnyttäjän verenpaine normaali alle 140/90 mmHg	Synnyttäjän verenpaine		
7	Apgar 5min vähintään 8	Vastasyntyneen Apgar-pisteet	Tarkkailuvaihe	
2	Apgar 1min ja 5min vähintään 8			
1	Apgar 1min vähintään 7 ja 5 min vähintään 8			
1	Apgar 1min vähintään 6			
6	Arteria pH >7.15	Vastasyntyneen astrup-arvot		
4	Astrup pH >7.10			
1	Arteria pH:n puuttuessa vena pH >7.20			
1	pH ja BE normaalit			
				Yhteensä: 14 sairaalaa

Lukumäärä	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
14	Vauva imee onnistuneesti rinnalla	Imetyksen sujuminen	Imetys	Lapsivuodeajan kulku
3	Vähintään kaksi onnistunutta imetystä			
1	Vaihtoehtoisesti pulloruokinta onnistuu			
2	Ohjattu lisämaidon käyttö tarvittaessa			
14	Lastenlääkärin tarkastuksessa ei poikkeavaa ja kotiutumislupa myönnetty	Lastenlääkärin tarkastuksen läpäiseminen	Vastasyntyneen yleisvointi	
14	Tarkkailussa voinnissa ei poikkeavaa	Oireettomuus		
1	Jäntevyys, ärtyvyys, väri normaalit			
1	Lämpö normaali	Lämpö		
5	Lämpö 36,5–37,5			
4	Rectum lämpö 36,5–37,5			
1	Lämpö 36,5–37,4 kahdesti			
3	Hengitysfrekvenssi <60x/min	Hengitysfrekvenssi		
3	Hf 40–60x/min			

1	Syke 100–160x/min	Syke		
1	Syke säännöllinen yli 100x/min			
1	Syke 80–175x/min			
1	Ei sisäistä tai ulkoista verenvuotoa	Hemodynaamikka		
4	Happisaturaatioseula läpäisty	Happisaturaatioseulan raja-arvon läpäiseminen	Happisaturaatioseula	
6	SpO2 vähintään 95 %			
1	SpO2 vähintään 95 % oikeasta alaraajasta			
1	SpO2 vähintään 95 % kädestä ja jalasta 1-2h:n kuluttua syntymästä ja ennen kotiinlähtöä			
1	SpO2 vähintään 95 % 2 h:n iässä			
1	SpO2 vähintään 96 %			
1	SpO2 vähintään 96 % oikeasta kädestä ja jalasta			
13	Ei hypoglykemian riskitekijöitä	Hypoglykemia		

8	Ei infektion riskitekijöitä (esim. vihreä lapsivesi, pitkä lvm, korioamniotti, äidin hoitamaton GBS-kantajuus)	Infektio	Vastasyntyneen voimien riskitekijät
1	Jos infektion riskitekijöitä, niin CRP-seurannan oltava normaali 12 ja 24h:n iässä eikä infektion oireita.		
1	Ei kellastumisen riskitekijöitä	Kellastuminen	
7	Perheen aiemmalla lapsella ei vastasyntyneen ongelmia, joka voisi toistua	Muut vastasyntyneen ongelmat	
1	Kalmetoinnin tarve määritetty ja kalmetointi tarvittaessa järjestetty	Tuberkuloosi	
4	Kellastumisen riski arvioitu	Kellastumisen ennaltaehkäisy	

4	Bilirubiinin seuranta-suunnitelma tehty	Bilirubiinin määrittäminen	Vastasyntyneen kellastuminen
1	Ei kellastumista		
2	Bilirubiini määritetty 24-48h:n iässä		
1	Bilirubiini määritetty, jos äiti Rh-negatiivinen		
1	Bilirubiini mitattu ihomittarilla tai verestä, jos äiti Rh-negatiivinen ja vauva Rh-positiivinen ja Coombs-negatiivinen		
1	Bilirubiini tarvittaessa määritetty ja mahdollinen sinivalohoito päättynyt ja kontrolliarvot normaalit		
1	Ei verensokeriseurannan tarvetta	Verensokeriarvot	Vastasyntyneen verensokeritasapaino
1	Seuranta min. 36h, jos hypoglykemian riskitekijöitä ja seuranta läpäisty		
1	Ei poikkeavia verensokeriarvoja		
1	P-Gluk 3.0 tai enemmän kahdessa peräkkäisessä mittauksessa		
1	P-Gluk 6h:n iässä vähintään 2.8 mmol/l		
1	P-gluk 6h:n iässä vähintään 2.4 mmol/l		

6	SD -2,0 - +2,0 eli syntymäpaino 2800-4500g	Painon suhde ras- kauden keston	Vastasyntyneen paino	
4	SD -1,0 - +2,0 eli Syntymäpaino 3000-4500g			
1	Syntymäpaino 3000-4490g	Syntymäpaino		
1	Syntymäpaino 2950-4550g			
1	Syntymäpaino vä- hintään 2500g			
2	Painon lasku alle 10 %	Painon lasku		
1	Painon lasku 7-8 %		Vastasyntyneen eritystoiminta	
2	Painon lasku alle 7 %			
8	Virtsaaminen on- nistunut	Virtsaaminen		
3	Virtsaaminen on- nistunut 24-48h:n ikään men- nessä			
6	Ulostaminen onnis- tunut	Ulostaminen		
3	Ulostaminen onnis- tunut 24-48h:n ikään men- nessä			
1	Yhteys sairaalaan, jos ei ole ulostanut 36 tunnin ikään mennessä			

1	Vuorovaikutus äidin ja vauvan välillä sujunut hyvin	Varhaisen vuorovaikutussuhteen muodostuminen	Varhainen vuorovaikutus
1	Ihokontakti toteutunut ensisynnytyksellä	Ihokontakti	
1	Äitirooliin asettuminen sujunut hyvin	Äitirooli	
2	Synnytyksestä toipuminen käynnistynyt normaalisti	Fyysinen ja psyykinen toipuminen synnytyksestä	Involuutio
2	Psyykinen vointi hyvä		
4	Ei infektion merkkejä	Oireettomuus	
3	Kohtu hyvin supistunut	Kohdun supistuminen	
3	Jälkivuoto normaali	Verenvuoto	
3	Ei hematoomaa	Kudoseheys	
2	Ei merkittävää hematoomaa		
1	Verenpaine normaali	Verenpaine	
2	RR alle 140/90 mmHg		
1	RR alle 140/90 mmHg ja yli 90/60 mmHg		
6	Ei veriryhmävastaaineita	Veriryhmävastaaineet	

5	Jos äiti Rh-negatiivinen ja raskausaikana sikiö todettu Rh-positiiviseksi tai status ei tiedossa, niin Coombsin koe oltava negatiivinen	Veriryhmäimmuni- saation suojaus	Veriryhmävasta-ai- neet	
4	Anti-D annettu tar- vittaessa			
6	Valmiudet tark- kailla ja hoitaa vas- tasynty- nyttä	Valmiudet vasta- syntyneen hoitoon	Äidin valmiudet	
1	Turvallinen olo ko- tiutumisen suhteen	Valmiudet kotiu- tua		
1	Motivaatio varhai- seen kotiutumi- seen			
				Yhteensä: 14 sairaalaa

LIITE 5. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteerit/
Kotiutuminen 24–48 tuntia synnytyksestä

Lukumäärä	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
9	Vähintään H38+0	Raskausviikot	Raskauden kesto	
3	Vähintään H39+0, jos polikliininen synnytys			
1	Vähintään 37+0 tai sp yli 2500g			
1	H37+0-H41+6			
6	Terve uudelleen- synnyttäjä	Ei perussairauksia	Synnyttäjän ter- veys	
6	Terve synnyttäjä, mukaan lukien en- sisynnyttäjät			

12	Ei GDM	Ei vastasyntyneen tarkkailuun vaikuttavia sairauksia	Riskitekijät	Raskauden kulku
12	Ei toksemiaa			
1	Tasapainossa oleva perustauti (esim. astma) sallitaan			
13	Yksisikiöinen raskaus	Matalan riskin raskaus	Riskitekijät	Raskauden kulku
10	Säännöllinen raskaus			
5	Strepto-B negatiivinen	Strepto-B		
2	Antibioottiprofylaksia synnytyksen aikana, jos Strepto-B positiivinen		Perheen sosiaalinen tilanne	
1	Vastaamaton Strepto-B näyte ei ole este kotiutumiselle, jos vanhemmat saavat vastasyntyneen infekti seurantalomakkeen			
8	Ei sosiaalisia ongelmia tai niiden epäilyä	Vakaa sosiaalinen tilanne	Perheen sosiaalinen tilanne	
6	Apua saatavilla kotona	Tukiverkosto		
2	Kotona joku paikalla 1 vrk:n ajan kotiutumisesta			
				Yhteensä: 8 sairaalaa

Lukumäärä	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
5	Säännöllinen alatiesynnytyks	Synnytyksen säännöllinen kulku	Synnyttäjän vointi	Synnytyksen kulku
2	Lapsivedenmeno alle 18h	Lapsivedenmeno		
1	Synnyttäjällä ei infektion merkkejä			
1 3	Pieni repeämä (I-II asteen) tai episiotomia sallitaan	Episiotomia ja repeämä		
1	Verenvuoto alle 700ml III-vaiheessa	Verenvuoto		
1	Apgar 1min vähintään 6	Apgar-pisteet	Vastasyntyneen vointi	
1	Apgar 1min vähintään 7 ja 5min vähintään 8			
1	Apgar 5min vähintään 8			
1	pH ja BE normaalit	Ei syntymäasfyksiaa		
1	Astrup pH yli 7.10			
1	Astrup pH yli 7.15			
				Yhteensä: 8 sairaalaa

Lukumäärä	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
8	Vauva imee onnistuneesti rinnalla	Imetyksen sujuminen	Imetys	
3	Vähintään kaksi onnistunutta imetystä			
1	Vaihtoehtoisesti pulloruokinta onnistuu			

1	Lisämaidon anto ohjattu			Lapsivuodeajan kulku
8	Lastenlääkärin tarkastuksessa ei poikkeavaa ja kotiutumis-lupa myönnetty	Lastenlääkärin tarkastuksen läpäiseminen	Vastasyntyneen yleisvointi	
5	Tarkkailussa voinnissa ei poikkeavaa	Oireettomuus		
3	Lämpö normaali	Lämpö		
2	Lämpö normaali vähintään 12 tuntia			
2	Lämpö 36,5–37,5			
3	Hengitysfrekvenssi normaali vähintään 12 tuntia	Hengitysfrekvenssi		
2	Hf 40–60x/min			
3	Syke normaali vähintään 12 tuntia	Syke		
1	Syke säännöllinen yli 100x/min			
1	Syke 80–175x/min			
1	Syke 100-160x/min			
8	Virtsaaminen onnistunut	Eritystoiminta		
8	Ulostaminen onnistunut			
1	Otettava yhteyttä, jos vauva ei ole ulostanut 36h.n ikään mennessä			
2	Happisaturaatioseulan läpäisty	Happisaturaatioseulan läpäiseminen		
1	SpO2 yli 94 % kotiinlähtöpäivänä			

2	SpO2 2h:n iässä vähintään 95 % sekä oikeasta yläraajasta että toisesta alaraajasta		Happisaturaatio-seula	
1	SpO2 vähintään 96 % oikeasta alaraajasta			
1	SpO2 vähintään 96 % oikeasta ylä- ja alaraajasta			
2	Raajojen ero alle 3 %			
2	Ei infektion riskitekijöitä (esim. vihreä lapsivesi, pitkä lvm, korioamniotti, äidin hoitamaton GBS-kantajuus)	Infektio	Vastasyntyneen voinnin riskitekijät	
1	Jos infektion riskitekijöitä, niin CRP-seurannan oltava normaali 12 ja 24h:n iässä eikä infektion oireita			
1	Ei kellastumisen riskitekijöitä (rh-immunisaatio, aiemman lapsen sinivalohoito)	Kellastuminen		
1	Perheen aiemmalla lapsella ei periytyvää vastasyntyneen ongelmaa	Muut vastasyntyneen ongelmat		
1	Kellastumien riski arvioitu ja seuranta-suunnitelma tarvittaessa tehty	Kellastumisen ennaltaehkäisy	Vastasyntyneen kellastuminen	
4	Ei kellastumista			

1	Bilirubiiniarvo mitattu ihomittarilla	Bilirubiinin määrittäminen		
1	Bilirubiiniarvo määritetty iholta/verestä 24-48h:n iässä			
1	Bilirubiiniarvo mitattu ihomittarilla tai verestä, jos äiti Rh-negatiivinen ja vauva rh-positiivinen ja Coombs-negatiivinen			
1	P-Bil seurantasuunnitelma tehty Rh-negatiivisen äidin vauvalta			
1	Mahdollinen sinivalohoito päättynyt ja kontrolliarvot normaalit			
4	SD -2,0 - +2,0 eli syntymäpaino 2800-4500g	Painon suhde raskauden keston	Vastasyntyneen paino	
1	SD -1,0 - +2,0 eli syntymäpaino 3000-4500g			
1	Syntymäpaino 2950-4550g	Syntymäpaino		
1	Syntymäpaino vähintään 2500g			
1	Painon lasku alle 10 %	Painon lasku		
2	Painon lasku alle 8 %			
1	Painon lasku alle 7 %			
1	Vuorovaikutus äidin ja vauvan välillä sujunut hyvin	Vuorovaikutussuhteen muodostuminen	Varhainen vuorovaikutus	
1	Äitirooliin asettuminen sujunut hyvin	Äitirooli		

5	Lapsivuodeaika käynnistynyt ongelmattomasti	Toipuminen synnytyksestä	Involuutio	
1	Lämpö normaali	Lämpö		
1	Verenpaine normaali	Verenpaine		
4	Ulkosynnyttimissä ei merkittävää hematoomia	Kudoseheys		
2	Valmiudet hoitaa ja tarkkailla vastasyntynyttä	Äidin valmiudet vastasyntyneen hoitoon	Äidin valmiudet	
1	Äidin kotiinlähtökastus läpäisty	Äidin valmiudet kotiutua		
3	Äiti saanut kotihoito-ohjauksen			
1	Motivaatio varhaiseen kotiutumiseen			
				Yhteensä: 8 sairaalaa

LIITE 6. Henkilökuntaohjeet/ Henkilökuntaohjeet ennen kotiutumista

Lukumäärä	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka		
6	Vastasyntyneen hoidon ohjaus	Suullinen ohjaus	Ohjeistus ohjaukseen	Henkilökuntaohjeet ennen kotiutumista		
9	Vastasyntyneen voinnin seurannan ohjaus					
9	Imetykseen liittyvät asiat					
9	kotihoito-ohjeiden läpikäyminen suullisesti					
4	varhaisen kotiutujan ohjeet	Kirjallinen ohjaus			Henkilökuntaohjeet ennen kotiutumista	
1	Sinivalohoito-opas					
1	keltaisuuden seurannan ohje					
9	Kotiutumiseen liittyvä potilasopas					
6	Perheen sosiaaliset valmiudet ja kotona pärjääminen	Synnyttäjän seuranta	Ohjeistus seurantaan			Henkilökuntaohjeet ennen kotiutumista
10	Äidin voinnin ja jaksamisen seuranta					
10	Imetyksen sujuminen					
5	Valmiudet hoitaa vastasyntynyttä					
1	Hoitoa vaativat oireet					
10	Yleisvointi	Vastasyntyneen seuranta		Henkilökuntaohjeet ennen kotiutumista		
10	Mittaukset					
10	Syömisestä sujuminen					
10	Aineenvaihdunta					
1	Hoitoa vaativat oireet					
8	Äitiä ja vastasyntynyttä koskevien tietojen täyttäminen	Kirjaaminen	Ohjeistus kotiinlähtötarkastukseen		Henkilökuntaohjeet ennen kotiutumista	
8	Kirjaaminen osastoseurannasta					
6	Kätilön arvio äidin kotiutumisesta	Kotiutumistarkastus				Henkilökuntaohjeet ennen kotiutumista
2	Gynekologin tarkastus					
4	"Tarkistuslista ennen kotiutumista"					
11	Lastenlääkärin tarkastus					

Yhteensä: 11 sairaalaa

LIITE 7. Henkilökuntaohjeet/Kotiutuminen jälkeinen kontrollitarkastus

Lukumäärä	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
6	Äidin jälkitarkastus vauvan kontrollitarkastuksen yhteydessä	Poliklinikkakontrolli	Äidin kontrollitarkastus	Kotiutumisen jälkeinen kontrollitarkastus
1	Rh-negatiivinen äiti ja vauva kontrollikäynnille 72 h sisällä syntymästä	Poliklinikkakontrolli	Vauvan kontrollitarkastus	
1	Käynti hoitajan vastaanotolla vastasyntyneen ollessa 1-2 vrk ikäinen lääkärin tarkastuksen lisäksi			
4	Vain kätilön tarkastus 24–36 tunnin iässä sekä laboratoriotarkastukset			
3	Tarkastus 2-4 vrk iässä	Lastenlääkärin tarkastus	Vauvan kontrollitarkastus	
2	Tarkastus 2-3 vrk iässä.			
3	Alle 24 h iässä kotiutuva tarkastus 2-5 vuorokauden iässä.			
3	Alle 36 h iässä kotiutuvan tarkastus 3-5 vuorokauden iässä			
1	Alle 36 h iässä kotiutuvan tarkastus 2-3 vuorokauden iässä			
1	Alle 36 h iässä kotiutuvan vauvan sekä äidin kontrolliin 2-5 vrk iässä.			

1	Ei kontrollia, jos yli 36 tunnin ikäisen kotiutuessa			
4	Käytössä tarkistuslista lääkärin kontrollikäyntiä varten			
				Yhteensä 11 sairaala

LIITE 8. Henkilökuntaohjeet/Kotiutuminen jälkeinen seuranta

Lukumäärä	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
3	Soitto perheelle aina kotiutumisen jälkeen, yhdestä	Yhteydenpito synnytysvuodeosasto	Avohoidon järjestäminen	Kotiutumisen jälkeinen seuranta
1	Yhteys perheeseen tarvittaessa			
4	Soitto kotiin, jos vauva kotiutui alle 24 tunnin iässä.			
7	Yhteystietojen antaminen perheille ongelmatilanteiden sattuessa			
1	LYSY-puhelinnumero			
8	Vanhemmat ohjataan ottamaan yhteyttä neuvolaan	Yhteydenpito neuvola		
				Yhteensä 11 sairaalaa

LIITE 9. Potilasohjeet/Potilasohjeet lyhytjälkihoitoisesti kotiutuville

Lukumäärä	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
9	Vauvan vointiin liittyvät häiriöt	Vauvaa koskevat ohjeet	Kotiutumiseen liittyvät ohjeet	Potilasohjeet lyhytjälkihoitoisesti kotiutuville
9	Häiriöt ravitsemuksessa			
4	Kellastumiseen liittyvät oireet			
1	Ohjeistukset sinivalohoitoa varten			
1	Ohjeistus vastasyntyneen kellastumista varten			
6	Oireet, joista oltava yhteydessä synnytys-sairaalaan.			
5	Vauvan hoitoon liittyvät ohjeet			
2	Käytännönohjeita vauvan hoitoon			
4	Äidin vointiin liittyvät ongelmat	Äitiä koskevat ohjeet		
1	Oireet, joihin tulee kiinnittää huomiota			
9	Tarkastuksen ajankohta	Kontrollitarkistus	Jatkoseurantaan liittyvät ohjeet	
5	Käytännönohjeita liittyen kontrollitarkastukseen			
5	Laboratorionäyte lääkärintarkastuksen yhteydessä			
4	Käytössä tarkistuslista			

6	Kättilön yhteydenotto			
9	Puhelinnumero osastolle			
3	Puhelinnumero päivystyspoliklinikalle äitiä koskeissa ongelmissa	Avohoidon järjestäminen		
5	Mainittu yhteydenotto neuvolaan			
				Yhteensä 9 sairaalaa