

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

Huom! Tämä on rinnakkaistallenne.

**To cite this Article / Käytä viittauksessa alkuperäistä lähdettä:** Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E (2017). Hyvä syntymä Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2014–2020 painopistealueena. Teoksessa Jouni Tuomi & Anna-Mari Äimälä (toim.) Viisaat valinnat – terveenä raskaaksi, hyvä synnytys. Tampere: Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampereen ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja A. Tutkimuksia 22, 9-21.

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

## 2 Hyvä syntymä Edistä, ehkäise, vaikuta - Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2014-2020 painopistealueena

Eija Raussi-Lehto, THM, Kätilötyön lehtori, Metropolia AMK,  
vieraileva tutkija, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Reija Klemetti, FT, Dosentti, Tutkimuspäällikkö, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

### TIIVISTELMÄ

**E**distä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020 (Klemetti R & Raussi-Lehto E (toim.) 2014) on laadittu edistämään seksuaali- ja lisääntymisterveyttä lisäämällä tietoa, kehittämällä palveluja ja vahvistamalla seksuaalikasvatusta. Hyvä syntymä -toimintaohjelman painopistealueena antaa kansallisia ohjeita ja suosituksia hyvästä syntymän hoidosta, joita maassamme aiemmin ei ole ollut. Toimintaohjelma esittelee tavoitteita ja konkreettisia toimenpiteitä synnytyksen suunnitteluun, jatkuvaan syntymänaikaiseen tukeen, varhaisen vuorovaikutuksen tukeen, imetystukeen ja syntymän jälkeiseen keskusteluun. Tukemalla synnyttäjän ja hänen kumppaninsa voimavaroja edistetään perheiden seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Viva-hankkeessa implementoidaan toimintaohjelman mukaisia tavoitteita ja toimenpiteitä monipuolisesti.

### ABSTRACT

*The goal of the sexual and reproductive health 2014–2017 Action Programme is to promote sexual and reproductive health by increasing awareness, developing services and strengthening sexual education. One of the key point is Good Delivery Care. The aim is to promote health and welfare of mother, her newborn and the whole family by supporting a parturient's and her partner's own resources, reducing needless interference in the course of delivery and promoting early contact with the newborn. The goal of delivery care is to enable a holistic and empowering delivery experience to families and to support mothers in breastfeeding after the birth. By supporting a parturient and her partner the sexual and reproductive health of families is promoted. The Viva -project implements the goals of the Action Programme in a versatile way.*

## JOHDANTO

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2014–2020 (Klemetti & Raussi-Lehto 2014) tavoitteena on parantaa väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyttä, vähentää terveyseroja ja eriarvoisuutta ja nostaa seksuaali- ja lisääntymisterveyskysymyksiä esille siten, että seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen tulisi luontevaksi osaksi kaikkeen sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä opetustyöhön. Toimintaohjelman mukaan seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistetään tietoa lisäämällä, palveluja kehittämällä ja vahvistamalla seksuaalikasvatusta.

Toimintaohjelman kokonaistavoitteet kohdistuvat lapsiin ja nuoriin erityisesti seksuaalikasvatuksen kohderyhmänä, poikiin ja miehiin, jotta palvelut voitaisiin saada luontevaksi osaksi myös poikien ja miesten terveyspalveluja, kulttuurisensitiiviseen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseen sekä hyvään syntymän hoitoon.

Hyvä syntymä toimintaohjelman painopistealueena on tärkeä siksi, että kansallisia ohjeita tai suosituksia hyvästä syntymän hoidosta ei maassamme aiemmin ole ollut. Tieto siitä, että tukemalla synnyttäjän ja hänen kumppaninsa voimavaroja edistetään perheiden terveyttä, tulee toimintaohjelmassa näkyväksi synnytyksen suunnittelun, jatkuvan syntymänaikaisen tuen, varhaisen vuorovaikutuksen tuen, imetystuen ja synnytyskeskustelun kautta. Myös synnytyksen jälkeisen masennuksen varhainen tunnistaminen sekä perhesuunnittelu ovat toimintaohjelman mukaisina tavoitteina.

ViVa-hankkeen tavoitteena on terve raskaus, normaali synnytys – tietoa, tukea ja ohjausta perheen terveeseen elämäntapaan (Viva 2015). Hanke tukee Edistä, ehkäise, vaikuta – seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman tavoitteiden jalkauttamista raskauden ja synnytyksen osalta. Tietoa tuodaan tutuksi kaikille nuorille, nuorille aikuisille, raskaana oleville ja ammattilaisille ikään, kulttuuriin tai sukupuoleen katsomatta. Tietoa tuodaan esille monin eri menetelmin, kuten videoiden, blogien, oppaiden, artikkelien, nettipalveluiden, koulutuksen ja valmennuksen avulla. Uusinta tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveydestä tarvitaan, jotta voidaan tehdä tietoisia, viisaita ja kauaskantoisia valintoja lastenhankintaan liittyen, myös siksi, että hyvä syntymä nähdään rohkaisevana alkuna vanhemmuuteen ja voimaannuttavaan parisuhteeseen – siksi siihen on viisasta valmistautua!

## SYNTYMÄ SUOMESSA

Syntyvyys on ollut Suomessa viime vuosina laskussa. Kun vuonna 2010 Suomessa syntyi 61 371 lasta, vuonna 2015 luku oli 55 759 ja ennuste vuodelle 2016 on tätä lähes neljä prosenttia matalampi eli 53 619 lasta. Suomi on vähitellen pudonnut pois Euroopan suhteellisen korkean syntyvyyden maiden joukosta. (Miettinen 2015; THL 2016, THL 2017.) Vuonna 2015 syntyvyys oli Suomessa alhaisinta muihin Pohjoismaihin verrattuna. Suomessa lapsia syntyy eniten Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella: joka kolmas suomalainen syntyy jossakin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin viidestä synnytyssairaalaista. Lapin sairaanhoitopiirissä syntyy joka vuosi keskimäärin 2 % kaikista Suomessa syntyneistä lapsista. (THL 2016.)

Myös lapsiluvun odote eli kokonaishedelmällisyysluku on laskusuunnassa Suomessa. Vuonna 2010 kokonaishedelmällisyysluku naista kohden oli 1,87. Vuonna 2015 vastaava luku oli 1,65. Tämä kertoo lastenhankinnan kulttuurisesta muutoksesta; ihanteellinen lapsiluku on pienentynyt ja yhä useampi suomalainen tyytyy pienempään perheeseen kuin aiemmin. Lisäksi lastenhankinnan siirtäminen yhä myöhemmäksi on syynä keskimääräisen lapsiluvun pienenemiseen. (Miettinen 2015.) Euroopassa trendi on samansuuntainen, lastenhankintaa siirretään myöhemmäksi, usein hedelmällisen iän viimeiselle vuosikymmenelle, äidiksi tullaan vanhemmalla iällä ja sen seurauksena saadaan vähemmän lapsia fertiili-iässä eli 15–49-vuotiaina. (Adsera 2011) Synnyttäjien keski-ikä on noussut tasaisesti, vuonna 2015 kaikkien synnyttäjien keski-ikä oli 30,6 (ennuste vuodelle 2016 on 30,7 vuotta) ja ensisynnyttäjien 28,8 vuotta (ennuste vuodelle 2016 on 29 vuotta). Ensisynnyttäjien keski-ikä on vuodesta 2000 vuoteen 2015 noussut 1,2 vuodella ja kaikkien synnyttäjien keski-ikä on samassa ajassa noussut 0,7 ikävuodella. Ennakkotietojen mukaan joka viides (22 %) synnyttäjä oli täyttänyt 35 vuotta vuonna 2016, kun taas vuonna 2010 35-vuotiaita synnyttäjiä oli vain 18,4 %. (THL 2016, THL 2017.) Väestönmuutostietojen mukaan Suomessa lasten saanti on yleisintä 30–34-vuotiailla ja toiseksi yleisintä 25–29-vuotiailla ja 40–44-vuotiailla syntyvyys on jatkanut lievää kasvua. (Tilastokeskus 2016) Suomessa ensi- ja uudelleensynnyttäjien suhde on pysynyt melko samanlaisena: ensisynnyttäjien osuus on noin 41 prosenttia synnyttäjistä. (Tilastokeskus 2016.)

Keisarileikkausten määrä on Suomessa pysynyt kansainvälisesti katsottuna alhaisena: vuonna 2016 se oli 16,4 prosenttia. Imukuppisynnytyk-

sien määrä on lisääntynyt 9,4 prosenttiin. Myös epiduraalipuudutuksen käyttö on yleistynyt 75 prosenttiin alakautta synnyttäneillä ensisynnyttäjillä. Vaikkakin yliopistosairaaloissa epiduraalipuudutuksen käyttöä on eniten, on sen käyttö lisääntynyt myös pienissä sairaaloissa. Vähintään yhtä kivunlievitystä synnytyksen aikana sai 92 prosenttia kaikista alateitse synnyttäjistä 2015. Ei-lääkkeellistä kivunlievitystä (mm. akupunktio, aquarakkulat, hieronta, vesi ym.) käytettiin joka kolmannella (34,2 %) synnyttäjällä vuonna 2016. Välilihan leikkaus eli episiotomia tehtiin 21 prosentille kaikista alatiesynnyttäjistä. Ompelua vaatineita kolmannen ja neljännen asteen repeämiä esiintyi 1,2 prosentilla vuonna 2016. Synnytysten käynnistykset (vuonna 2010 oli 19 %) ovat lisääntyneet 26 prosenttiin. (THL 2016, THL 2017.) Synnytyksen hoitoon liittyvät suositukset ohjeistavat puuttumaan synnytyksen kulkuun vain tarpeen vaatiessa (WHO 1996; Klemetti & Raussi-Lehto 2014; ACOG 2017).

Vuonna 2015 joka kolmas (35 %) synnyttäjä oli ylipainoinen ( $\text{BMI} \geq 25$ ), ja lihavien osuus ( $\text{BMI} \geq 30$ ) oli 13 prosenttia. Yli 35-vuotiaista synnyttäjistä 40 prosenttia oli ylipainoisia ja 15 prosenttia lihavia. Lihavuuteen liittyy merkittäviä raskauteen ja synnytykseen liittyviä riskejä, kuten raskauden aikainen diabetes ja pre-eklampsia, lisääntynyt keisarileikkauriski, johon puolestaan liittyy hitaampi leikkauksesta toipuminen ja riski haava- ja kohdutulehduksiin. (THL 2016.)

Vaikka viime vuosina raskaana olevista tupakoitsijoista yhä useampi on ilmoittanut lopettaneensa tupakoinnin raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana, raskauden aikainen tupakointi on yhä yleistä nuoremmissa ikäryhmissä. Alle 20-vuotiaista ( $N=938$ ) synnyttäjistä jopa 48 prosenttia tupakoi alkuraskauden aikana vuonna 2015 ja tupakointia jatkoi 26 prosenttia nuorista raskaana olevista. Tupakoinnin lopetti 49 prosenttia kaikista synnyttäjistä vuonna 2016. (THL 2016, THL 2017.)

Synnytyksen jälkeinen masennus voi vaihdella lievistä oireista psykoottiseen masennustilaan. Raskauden aikainen masennus lienee yleisempää, mitä tilastoraportit kertovat ja se ennustaa myös synnytyksen jälkeistä masennusta (Klemetti ym. 2010). Myös isillä on todettu äidin masennukseen yhteydessä olevaan synnytyksen jälkeistä masennusta (Paulson & Bazemore 2010). Synnytyksen jälkeistä masennusta arvioidaan Suomessa olevan noin 9–16 prosentilla synnyttäneistä (Luoma ym. 2001, Korja ym. 2008); lapsivuode-

psykoosiin sairastuu 1–2 äitiä tuhannesta. Terveystenhoito henkilöstön hyvät vuorovaikutustaidot ja moniammatillinen yhteistyö ovat avainasemassa synnytyksen jälkeisen masennuksen mahdollisimman varhaisessa toteamisessa ja hoidossa ja perheen kokonaisvaltaisessa tukemisessa.

Vuonna 2015 noin puolet (50,8 %) raskauden keskeyttäneistä oli synnyttänyt ainakin kerran ennen keskeytystä. Vaikka raskaudenkeskeytysten kokonaismäärä on laskenut, on toistuvien keskeytysten osuus yhä kasvussa. Vuonna 2015 keskeytyksen läpikäynneistä naisista 38,2 prosentilla oli yksi tai kaksi aiempaa synnytystä, 12,6 prosentilla naisista synnytyksiä oli tätä useampi. (THL 2016.) Alustava keskustelu perhesuunnittelusta tulisi käydä viimeistään loppuraskauden aikana. Ehkäisytarpeen arviointi otetaan uudelleen esiin synnytyksen jälkeen sopivan ehkäisymenetelmän valitsemiseksi. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014.)

Merkittäviä synnyttäväväestössä esiintyviä piirteitä, jotka vaativat erityistä huomiota myös jatkossa ovat: synnyttäjien ikääntyminen, lihavuus, raskauden aikainen tupakointi nuoremmassa ikäryhmissä, synnytysten jälkeinen masennus ja pian synnytyksen jälkeen tehtävät raskaudenkeskeytykset.

## MUUTOKSET PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ

Raskaana olevien ja synnytyspalvelujen käyttö on muuttunut. Muutosta selittää osin se, että synnytystoiminta lakkautettiin viidestä sairaalasta vuosien 2010–2015 välisenä aikana. (THL 2016.) Vuoden 2013 alussa Suomessa toimi 30 synnytys sairaalaa ja vuonna 2015 synnytys sairaaloita oli 27 ja synnytyksiä 55 007. Tämänkin jälkeen on vielä lakkautettu synnytysyksikköjä. Synnytys sairaaloiden lakkauttaminen johtuu vuonna 2015 voimaantulleesta päivystysasetuksesta, jonka mukaan synnytystoiminnan jatkaminen edellyttää vähintään 1000 synnytystä vuodessa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014). Tuhannen synnytyksen vähimmäismäärä ei täyty kolmanneksessa jäljellä olevista Suomen 25 synnytys sairaalasta. Sosiaali- ja terveysministeriön antamalla määräaikaisella poikkeusluvalla (Nieminen 2016) toimiikin vielä muutama alle 1000 synnytystä vuodessa hoitavaa synnytys sairaalaa. Synnytyksiä hoitavalta sairaalalta edellytetään päivystysasetuksen 782/2014 mukaan valmiuksia kiireellisen hoidon antamiseen, kättilöitä ja leikkaushenkilökuntaa, nopeasti saatavilla olevia anes-

tesilogian, naistentautien- ja synnytysten sekä lastentautien erikoislääkäreitä sekä sopivat tilat, välineet ja laitteet.

Huomionarvoista on myös se, että äidin hoitoaika sairaalassa synnytyksen jälkeen on lyhentynyt viime vuosina olleen keskimäärin 2,7 päivää vuonna 2016. (THL 2017.) Tämä asettaa erityisiä vaatimuksia ammattilaisille synnyttävien perheiden ohjaamisessa seuraamaan synnytyksen jälkeistä palautumista ja vastasyntyneen vointia.

Sairaalan ulkopuolisten synnytysten määrä on noussut 2010–2015 välisenä aikana noin 35 % (THL 2016). Sairaalan ulkopuolinen synnytys on synnytys, joka tapahtuu jossakin odottamattomassa paikassa, kuten kotona, matkalla sairaalaan, yleisellä paikalla tai kulkuvälineessä (Äimälä 2015). Vuonna 2012 kaikista synnytyksistä matkalla sairaalaan oli 63 ja muista syistä suunnittelemattomia sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä oli 60, kun vuonna 2016 matkalla sairaalaan oli 92 synnytystä ja muita sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä oli 142, joista 45 oli suunniteltuja kotisynnytyksiä. Matkasynnytysten lisäys vuodesta 2012 vuoteen 2015 on 42,3 %. (THL 2014, THL 2016, THL 2017.) Matkasynnytykset eivät ole merkittävästi lisääntyneet Lapin sairaanhoitopiirin alueella, missä välimatkat ovat kaikkein pisimmät, esimerkiksi etäisyys Rovaniemen keskussairaalaan on Utsjoelta 450 km ja Kilpisjärveltä 425 km, vaan suurin lisäys sairaalan ulkopuolisissa synnytyksissä on tapahtunut Etelä-Suomessa tiheän sairaalaverkon alueella (Nieminen 2015).

Myös suunniteltujen kotisynnytysten määrä on Suomessa noussut useampana vuonna peräkkäin. Osin matkasynnytysten lisääntymisen myötä ovat myös kotisynnytykset nousseet yhteiskunnalliseen keskusteluun. Vuonna 2014 suunniteltuja kotisynnytyksiä oli 29 ja vuonna 2015 niitä oli 45, vaikka samaan aikaan syntyvyys koko maassa laski 3,5 prosenttia. (THL 2015; THL 2016.) Vuonna 2013 äitiysneuvoloille annettiin virallinen suositus kotisynnytyksistä (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013). Suunnitellulla avustetulla kotisynnytyksellä tarkoitetaan synnyttäjän omassa kodissa tai muualla sairaalan ulkopuolella tapahtuvaa synnytystä, jossa avustaa synnytyksen hoidon ammattilainen, kätilö tai lääkäri.

Englannissa Royal College of Midwives ja Royal College of Obstetricians and Gynaecologists ovat laatineet lausunnon, jossa tuetaan kotisynnytyksiä matalan riskin raskauksien osalta. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) on määrittänyt kansallisen ohjeistuksen, jonka



mukaan kaikkien matalan riskin synnyttäjien tulisi saada kuulla, että he voivat valita itse synnytyspaikkansa saaden sille hoitohenkilökunnan tuen. Suomalaisilla kotisynnyttäjillä kotisynnytyspäätökseen ovat olleet vaikuttamassa muun muassa aiempi synnytyskokemus, itsemääräämisoikeuden toteutuminen ja halu valita synnytyksen avustajat ja muut läsnä olevat henkilöt (Jouhki 2008.) Viimeaikaiset tutkimustulokset (Jouhki 2017) korostavat kotisynnytyksen luonnollisuutta ja sen valinneiden perheiden kokemusta synnytyksen ja synnytysympäristön hallinnasta sekä koko perheen, myös lasten osallistumista. Tutkimukset osoittavat, että kotisynnytyksissä interventioiden määrä on vähäisempi kuin sairaalasyntytyksissä (ACOG 2016; de Jonge ym. 2009; Halfdansdottir ym. 2014; Hodnett ym. 2013; Hutton ym. 2009; Janssen ym. 2009a; Wax ym. 2010).

## KOHDENNETUILLA TOIMENPITEILLÄ KOHTI HYVÄÄ SYNTYMÄÄ

Edistä, ehkäise, vaikuta – seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa esitetään konkreettiset tavoitteet ja toimenpiteet, joita toteuttamalla vastuutahot mahdollistavat Hyvän Syntymän kaikille synnyttäjille tasapuolisesti. Tavoitteet ja toimenpiteet esitetään koottuna taulukossa 1.

**Taulukko 1. Edistä, ehkäise, vaikuta -seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2014–2020 tavoitteet ja toimenpiteet Hyvään Syntymään liittyen:**

TAVOITE	TOIMENPITEET
Alueellinen eriarvoisuus vähenee synnytyksen ja sen jälkeisen ajan hoidossa.	Synnytyspalvelujen järjestämisestä vastuussa olevat alueelliset tahot, korkeakoulut ja tutkimuslaitokset selvittävät matkasynnytyksen ja operatiivisten synnytysten taustalla olevia syitä, sekä syitä alueellisille vaihteluille.
	Synnytyspalvelujen järjestämisestä vastuussa olevat alueelliset tahot kehittävät selkeitä synnyttäjien hoitoon liittyviä hoitopolkuja synnytys-sairaaloiden ja synnyttäjien kotikuntien välille.
Kaikilla raskaana olevilla on mahdollisuus osallistua synnytyksensä suunnitteluun ja synnytysvalmennukseen osana perhevalmennusta.	Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ammattihenkilöt käyttävät synnytysvalmennuksessa näyttöön perustuvaa ja alueellisesti ajanmukaista tietoa.
	Terveystoimijat ja kättilöt hyödyntävät synnytysvalmennuksessa asiakaslähtöisiä ja osallistavia menetelmiä sekä vertaistukea, esimerkiksi synnytystukihenkilötoimintaa.
	Kättilö, terveystoimija tai lääkäri laatii synnytyssuunnitelman yhdessä raskaana olevan kanssa perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa, kirjaa ja raportoi sen jatkuvuuden turvaamiseksi sekä huomioi synnytyssuunnitelmaa laadittaessa synnytyksen latenttivaiheen hoidon.



TAVOITE	TOIMENPITEET
Synnyttäjille suunnitellaan turvallinen ja rauhallinen synnytysympäristö, joka mahdollistaa yksityisyyden, liikkumisen ja rentoutumisen.	<p>Synnytysvalmennuksessa kätilöt tai terveydenhoitajat antavat ohjeita latenttivaiheen itsehoitoon, jotta synnyttäjät, joilla ei ole erityisiä raskautteen tai synnytykseen liittyviä riskitekijöitä, hallitsevat latenttivaihetta kotona tukihenkilön ja puhelimitse synnytysosaston henkilökunnan tuella.</p> <p>Synnyttämään lähdön ohjauksesta vastaavat kätilöt, terveydenhoitajat ja lääkärit huomioivat kodin ja sairaalan välisen matkan, jotta synnytys tapahtuisi siihen suunnitellussa ympäristössä.</p>
Syntymän aikainen kokonaisvaltainen tuki toteutuu kaikkien synnyttäjien hoidossa.	Kätilöt ja lääkärit toteuttavat kokonaisvaltaista, asiakaslähtöistä ja voimaannuttavaa syntymän hoitoa hyödyntäen synnyttäjän synnytys-suunnitelmaa.
<p>Syntymän hoidossa tuetaan synnyttäjää ja hänen perhettään voimaannuttavana synnytyskokemukseen.</p> <p>Synnytyksen hoidossa tuetaan synnyttäjän omia voimavaroja ja vältetään tarpeetonta puuttumista synnytyksen kulkuun.</p>	Kätilöt ja lääkärit huomioivat synnytyskokemukseen vaikuttavat osatekijät, mm. vuorovaikutuksen laadun, läsnäolon, kontrollin tunteen, päätöksentekoon osallistumisen, tiedonantamisen ja synnytysympäristön syntymän hoidossa.
Synnyttäjät saavat toiveitaan ja tarpeitaan vastaavaa kivunlievitystä siten, että he ovat tietoisia niihin liittyvistä eduista ja mahdollisista haitoista	<p>Raskautta tai synnytystä hoitavat terveydenhoitajat, kätilöt ja lääkärit antavat näyttöön perustuvaa ja paikallisen synnytys sairaalan tilannetta vastaavaa tietoa synnytyskivun lievittämisen mahdollisuuksista synnytysvalmennuksessa ja synnytyksen aikana</p> <p>Raskaana olevia ja synnyttäviä hoitavat terveydenhoitajat, kätilöt ja lääkärit päivittävät osaamistaan synnytyskivun hoidossa.</p> <p>Alueellisista synnytyspalveluista vastaavat tahot turvaavat synnytysympäristön, jossa erilaisten kivunlievitysmenetelmien käyttö on mahdollista. Kätilöt ja lääkärit tarjoavat monipuolisesti erilaista kivunlievitystä naisen toiveiden ja tarpeiden mukaan.</p>
Synnyttäneellä on myönteinen asenne ja riittävät tiedot ja taidot imetykseen.	<p>Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon terveydenhoitajat, kätilöt ja lääkärit antavat raskausaikana, synnytysvalmennuksessa ja syntymän jälkeen tietoa ihokontaktin tärkeydestä.</p> <p>Esimiehet huolehtivat, että kaikilla synnytys sairaalan kätilöillä ja neuvolan terveydenhoitajilla on imetysohjaajakoulutus sekä lääkäreillä osaamista imetyksen tukemiseen.</p> <p>Terveydenhoitajat, kätilöt ja lääkärit sekä vertaistuen antajat kehittävät yhteistyötään imetyksen tukemisessa.</p> <p>Lapsivuodeosaston osastonhoitajat organisoivat työn niin, että jokaisella perheellä on synnytys sairaalassa omahoitaja, joka ohjaa ja tukee imetyksessä ja vastasyntyneen hoidossa sekä varhaisessa vuorovaikutuksessa.</p>

TAVOITE	TOIMENPITEET
Kaikilla on mahdollisuus synnytyskeskusteluun ja synnytyskokemuksen läpikäymiseen synnytys-sairaalassa ja myöhemmin neuvolassa.	<p>Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ammattihenkilöt kiinnittävät erityistä huomiota imetyksen tukemisessa nuoriin, matalasti koulutettuihin ja yksinhuoltajiin.</p> <p>Synnytyksen hoidosta vastuussa olevat kätilöt ja lääkärit synnytyssairaalassa ja kätilöt ja terveydenhoitajat neuvolassa tarjoavat mahdollisuutta synnytyskeskusteluun kaikille synnyttäneille perheille. He tarjoavat traumaattisen synnytyksen kokeneille mahdollisuuden uuteen keskusteluun 4–6 viikon kuluttua synnytyksestä synnytyssairaalassa ja tarvittaessa tarjoavat traumaattisen kokemuksen läpikäymiselle tarvittavan tuen.</p>
<p>Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen palvelujen ja hoidon jatkuvuus toteutetaan asiakaslähtöisesti alueellisista lähtökohdista käsin.</p> <p>Lyhytjälkihoitoisten- ja kotisynnytysten hoito ja seuranta toteutetaan Äitiysneuvolaoppaan suositusten mukaisesti.</p>	<p>Neuvolan kätilö tai terveydenhoitaja järjestää varhaisia kotiutujia varten varhaisen kotikäynnin tai perheelle mahdollisuuden käydä sairaalassa kätilön tai lääkärin vastaanotolla.</p>
Äitiyshuollon asiantuntijoilla on erityisosaamista lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä ja sen jälkeisestä hoidosta.	<p>Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen jälkeen erikoissairaanhoidon kätilöt (kotisynnytyksissä synnytyksen hoitanut terveydenhuollon ammattihenkilö) tukevat perheen hyvinvointia mm. puhelinneuvonnalla ja varmista- malla tiedonkulun erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.</p> <p>Perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa terveydenhoitajat, kätilöt ja lääkärit ylläpitävät ja tarvittaessa täydentävät osaamistaan, jotta vastasyntyneen fyysisen voimien häiriöiden ja synnyttäneen synnytyksen jälkeiseen palautumiseen liittyvät riskit havaitaan ja diagnosoidaan riittävän ajoissa.</p>
Perheellä on riittävät valmiudet selviytyä turvallisesti kotona synnytyksen jälkeen.	<p>Terveydenhoitajat, kätilöt ja lääkärit perusterveydenhuollossa ja erikois- sairaanhoidossa ohjaavat yhteistyössä laadituin yhdenmukaisin ohjein perhettä vastasyntyneen vointiin ja synnytyksen jälkeiseen palautumi- seen liittyvien riskien tarkkailuun ja varhaiseen tunnistamiseen.</p>
Synnytyksen jälkeinen kotikäynti toteutetaan mahdollisuuksien mukaan jokaiseen perheeseen.	<p>Perusterveydenhuollon kätilö tai terveydenhoitaja toteuttaa koti- käynnin tarvittaessa moniammatillisesti esimerkiksi perhetyöntekijän tai sosiaalityöntekijän kanssa ja selvittää kotikäynnillä synnytyksen kulkua ja kokemusta, synnyttäneen vointia ja toipumista, vastasynty- neen vointia, perheyhteisön sosiaalista verkostoa ja mahdollista imetystuen ja lisäavun tarvetta.</p>

TAVOITE	TOIMENPITEET
Synnytyksen jälkeinen masennus tunnistetaan, ja synnyttänyt, kumppani ja muu perhe saavat tarvitsemansa hoidon ja tuen.	Perusterveydenhuollon ja/tai erikoissairaanhoidon ammattihenkilöiden tarvittaessa moniammatillisesti toteutettavaa kotikäyntiä hyödynnetään synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa.
	Alueelliset palvelujen järjestämisestä vastuussa olevat tahot varmistavat synnytyksen jälkeistä masennusta sairastavan hoitopolun olemassaolon ja toimivuuden.
	Perusterveydenhuollon ja/tai erikoissairaanhoidon terveydenhoitajat, kätilöt ja lääkärit käyttävät EPDS-lomaketta synnytyksen jälkeisen masennuksen seulonnassa jokaiselle äidille ja ohjaavat hoitopolun mukaisesti hoitoon.
	THL laatii synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta kansallisen hoitosuosituksen yhdessä alan asiantuntijoiden kanssa.
Jälkitarkastuksessa selvitetään synnyttäneen kokonaistilanne ja mahdolliset synnytysvauriot.	Terveydenhoitaja, kätilö tai lääkäri selvittää jälkitarkastuksessa äidin fyysisen kunnon lisäksi myös psyykkisen tilan, perheen psykososiaalisen tilanteen ja antaa perheen selviytymistä edistävää ohjausta ja tukea, keskustelelee perhesuunnittelusta sekä loppuraskaudessa että synnytyksen jälkeen ja antaa seksuaalneuvontaa yksilöllisesti tarpeen mukaan.
Synnytyksen jälkeisen ensimmäisen vuoden aikana tehtyjen raskaudenkeskeytysten määrä vähenee.	Jälkitarkastuksessa terveydenhoitaja, kätilö tai lääkäri tehostaa parisuhteen tukemista, synnytyksen jälkeisen ehkäisyn aloittamista ja siihen liittyvää neuvontaa erityisesti painottaen pitkäaikaisen ehkäisyn, kuten kierukoiden ja kapselien käyttöä.

## LOPUKSI

Terveydenhuollossa turvallisuutta voidaan tarkastella potilasturvallisuuden näkökulmasta, jolloin kaiken toiminnan on tarkoitus varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumiselta. Potilaan kannalta potilasturvallisuudella tarkoitetaan oikeaan aikaan tapahtuvaa oikeanlaista hoitoa, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. (THL 2017.) Tutkimusten mukaan on toistaiseksi turvallista synnyttää ja syntyä Suomessa. (Kassebaum, Bertozzi-Villa, Coggeshall ym. 2015; Mohangoo, Buitendijk, Szamotulska ym. 2011). Suomessa ja muissa Pohjoismaissa perinataaliterveys on hyvä moniin muihin Euroopan maihin verrattuna. Suomessa vastasyntyneiden ja synnyttäneiden naisten kuolleisuus on hyvin matala ja ennenaikaisten sekä pienipainoisten lasten osuus on pieni. (Zeitlin, Mohangoo, Delnord ym. 2013.)

On kuitenkin olemassa riski, että nykypäivän synnytyksen hoito altistaa synnyttäjän vakiintuneille rutiineille, kuten tuntemattomalle henkilökunnalle,

korkealle interventioiden määrälle ja yksityisyyden puutteelle. Näillä tekijöillä tiedetään olevan epäsuotuisia vaikutuksia synnytyksen etenemiselle. (Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala 2013.) Tästä syystä syntymän hoitoon liittyvien palvelujen tulisi ottaa laaja-alaisesti huomioon perheiden yksilölliset tarpeet ja palvelujen pitäisi olla naista voimaannuttavia. Kohtaamiset äitiyshuollon palveluissa, esimerkiksi synnytysvalmennus synnyttämiseen liittyvien pelkojen lievittäjänä ja vähentäjänä (Haapio 2017) ja synnytykseen valmentautumisen edistäjänä on osoittautunut merkitykselliseksi. Myös synnytysympäristön viihtyisyyteen pitäisi kiinnittää huomiota (Jouhki 2017).

## ALUEELLINEN TOIMEENPANO

Valitsemalla Hyvä Syntymä seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman painopistealueeksi halutaan parantaa palvelutuotannon työnjakoa, koordinoitua ja yhteistyötä sekä toteuttaa suunnitelmallista yhteistyötä alueen eri toimijoiden kanssa. Tämä edellyttää SOTE-alueilta aitoa halua Edistä, ehkäise, vaikuta, seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman käyttöönotolle siten, että toimeenpanon kokonaisuus nähdään valtakunnallisella tasolla ja asiakkaiden kautta tapahtuvana ajatteluna palvelujen järjestämisessä.

## LÄHTEET

ACOG 2016. The American College of Obstetricians and Gynecologists - Committee Opinion no. 669. Planned Home Birth. Verkkodokumentti. <<http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Planned-Home-Birth>>. Luettu 18.4.2017

Adsera, A. 2011. Where are the babies? Labor market conditions and fertility in Europe. *European Journal of Population* 27(1), 1–32.

de Jonge, A., Geerts, C.C., van der Goes, B.Y., Mol, B.V., Buitendijk, S.E. & Nijhuis, J.G. 2015. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG* 122 (5), 720–728.

Haapio, S. 2017. Synnytysvalmennus kättilötyön interventiona: Ensisynnyttäjien valmennuskokemukset ja valmennuksen vaikuttavuus. *Acta Universitatis Tamperensis* 2262. Tampere University Press. Tampere 2017.

Halldansdottir, B., Olafsdottir, O.A., Hildingsson, I., Smarason, A.K. & Sveinsdottir, H. 2016. Maternal attitudes towards home birth and their effect on birth outcomes in Iceland: A prospective cohort study. *Midwifery* 34, 95–104.

- Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, G.J. & Sakala, C. 2013. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Library. Issue 7, CD003766.
- Hutton, K., Cappelletti, A., Reitsma, A.H., Simioni, J., Horne, J., McGregor, C. & Ahmed, R.J. 2016. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. Canadian Medical Association Journal 188(5), E80–E90.
- Janssen, P.A., Henderson, A.D. & Vedam, S. 2009. The experience of planned home birth: views of the first 500 women. Birth 36(4), 297–304.
- Jouhki, M-R. 2017. Yhdessä oleminen, toimiminen ja yhteyden tunteminen. Perheen kokemus lapsen syntymisestä kotona Acta Universitatis Tamperensis 2270. Tampere University Press. Tampere 2017.
- Jouhki, M-R. 2008. Kotisynnytys valintana: synnyttäjän näkökulma. (Pro gradu -tutkielma) Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Kassebaum, N.J., Bertozzi-Villa, A., Coggeshall, M.S. ym. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013; a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2014; 384: 980–1004.
- Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.) 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Klemetti, R., Kurinczuk, J., Redshaw, M. 2010. Older women’s pregnancy related symptoms, health and use of antenatal services. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2010 Nov 26.
- Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. (toim.) 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Opas 33/2014. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-174-7>.
- Korja, R., Savonlahti, E., Ahlqvist-Björkroth, S., Stolt, S., Haataja, L., Lapinleimu, H. ym. 2008. Maternal depression is associated with mother-infant interaction in preterm infants. Acta Paediatrica 97(6), 724–30.
- Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin R. & Almqvist, F. 2001. Longitudinal Study of maternal depressive symptoms and child well-being. Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 40, 1367–1374.
- Miettinen, A. 2015. Perhebarometri 2015 Katsauksia E49/2015 Väestöliitto ry. Hansaprint Oy. Helsinki, 2015.
- Mohangoo, A.D., Buitendijk, S.E., Szamotulska, K. ym. 2011. From the Euro-Peristat Project. Gestational age patterns of fetal and neonatal mortality in Europe: the Euro-Peristat Project. PloS One 2011;6:e24727.
- Nieminen, K. 2016. Synnytysten keskittäminen lisää turvallisuutta. Lääkärilehti 25-32/2016 vsk 71. Verkkodokumentti <<http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/synnytysten-keskittaminen-lisaa-turvallisuutta/>> Luettu 18.4.2017.

Nieminen, K. 2015. Pienten synnytyssairaaloiden tulevaisuus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:35. Verkkodokumentti.

<[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126814/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3599-0.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126814/URN_ISBN_978-952-00-3599-0.pdf?sequence=1)> Luettu 18.4.2017.

Paulson, J.F. & Bazemore, S.D. 2010. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. The Journal of the American Medical 19;303(19), 1961–9.

THL. 2017. Potilasturvallisuus. Verkkodokumentti. <https://www.thl.fi/sv/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>. Luettu 23.4.2017.

THL, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2016. Tilastoraportti. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet/perinataalitalasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet>. Ennakkotiedot 2016. Luettu 4.8.2017

THL, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2015. Tilastoraportti. <[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131259/Tr\\_16\\_2016.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131259/Tr_16_2016.pdf?sequence=1)> Luettu 18.4.2017.

THL, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2014. Tilastoraportti. <[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126971/Tr19\\_15.pdf?sequence=5](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126971/Tr19_15.pdf?sequence=5)> Luettu 18.4.2017.

THL, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2013. Tilastoraportti. <[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116818/Tr23\\_14.pdf?sequence=3](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116818/Tr23_14.pdf?sequence=3)> Luettu 18.4.2017

Tilastokeskus 2016. Väestö. <[http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk\\_vaesto.html](http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html)> Luettu 18.4.2017.

Viva 2015. Lehistötiedote. Verkkodokumentti. <http://viva.blogs.tamk.fi/lehistotiedote/> Luettu 18.4.2017.

Wax, J.R., Lucas, F.L., Lamont, M., Pinette, M.G., Cartin, A. & Blackstone, J. 2010. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a meta-analysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology 203; 243.e1–8.

WHO 1996. Care in normal birth: a practical guide. Verkkodokumentti. [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/who\\_frh\\_msm\\_9624/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/) Luettu 18.4.2017

Zeitlin, J., Mohangoo, A.D., Delnord, M., Cuttini, M., The EURO-PERISTAT Scientific Committee. 2013. The second European Perinatal Health Report: documenting changes over 6 years in the health of mothers and babies in Europe. Journal of Epidemiology and Community Health 67 (12). Verkkodokumentti..

Äimälä, A-M. 2015. Matkasynnytys. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, P. Väyrynen, A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. (6., uudistettu painos.) Helsinki: Edita, 385–388.