

Silja-Elisa Eskolin
Jannika Vuori

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen
toteutuminen Helsingin terveystieteiden
terveysasemilla

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Silja-Elisa Eskolin ja Jannika Vuori Seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen toteutuminen Helsingin terveyskeskuksen terveysasemilla 35 sivua + 5 liitettä 26.4.2011
Tutkinto	Terveystenhoitaja (AMK), Sairaanhoidtaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Terveystenhoitotyö, Hoitotyö
Ohjaaja(t)	Yliopettaja Arja Liinamo Lehtori Eija Raussi-Lehto
<p>Helsingin terveyskeskuksen organisaatiomuutoksen jälkeen raskauden ehkäisy- ja lisääntymispalveluiden järjestämistä arvioidaan ja palvelujen mahdollista uudelleen organisointia harkitaan. Viime vuosien aikana Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä sukupuolitautien määrät ovat varsinkin nuoren väestön keskuudessa lisääntyneet. Raskaudenkeskeytysten määrä on pysynyt lähes ennallaan muualla, paitsi Helsingissä, jossa varsinkin 20–24-vuotiaiden sekä synnyttäneiden raskaudenkeskeytykset ovat jopa lisääntyneet. Toimintojen muutosvaiheessa on koettu tarpeelliseksi arvioida seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen ja palvelujen toteutumista.</p> <p>Tässä opinnäytetyössä selvitettiin seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä ja erityisesti ehkäisy- ja lisääntymispalveluiden järjestämistä terveysasemilla. Opinnäytetyö on osa Metropolia Ammattikorkeakoulun hanketta Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen osana terveydenhuollon peruspalveluja ja alan ammatillista koulutusta (2009–2011). Helsingin terveyskeskus on hankkeen yhteistyöorganisaatio. Opinnäytetyö on luonteeltaan tapauskuvaus palvelujen toteutumisesta Helsingin kaupungin terveysasemilla. Selvitys tehtiin kahden eri aineiston pohjalta. Ensimmäinen aineisto muodostuu syksyllä 2009 Helsingin terveyskeskuksen terveysasemilta (N=26) ylilääkäri Satu Suhosen keräämän kyselyn vastauksista raskauden ehkäisy- ja lisääntymispalveluiden järjestämisestä terveysasemilla. Aineisto käsiteltiin terveysasemakohtaisesti. Keväällä 2011 toteutettiin täydentävä aineistonkeruu verkkokyselyllä, johon vastasi 28 ehkäisy- ja lisääntymispalveluiden hoitajaa terveysasemilta. Verkkokyselyaineiston analyysiyksikkönä oli kyselyyn vastannut hoitaja. Kevään 2011 kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa tämän hetkistä tilannetta seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen toteutumisesta terveysasemilla. Verkkokyselyn kysymysten laatimisen pohjana käytettiin Sosiaali- ja terveysministeriön Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa terveyskeskuksille suunnattuja suosituksia. Strukturoidut vastaukset koottiin Excel-taulukoihin. Avointen kysymysten vastaukset käsiteltiin sisällön erittelyn avulla.</p> <p>Syksyn 2009 aineiston mukaan 92 %:ssa terveysasemia (N=26) ehkäisy- ja lisääntymispalvelut järjestettiin sekä avovastaantolla että neuvolassa. Terveysasemista 42 %:lla oli nimetty ehkäisyvastuuhoitaja ja 31 %:lla ehkäisyvastaalääkäri. Pilleriehkäisyyn aloitti 60 %:lla asemista aina lääkäri. Kierukkaehkäisyä käsittelevissä vastauksissa ilmeni huomattavaa käytäntöjen vaihtelua asema- ja aluekohtaisesti. Kevään 2011 kyselyn tuloksissa nousivat esiin erot työyhteisöjen toimintatapojen välillä. Vastanneista hoitajista (N=28) 89 % ilmoitti, että toimintaan tarvitaan yhtenäisiä käytäntöjä. Selvitysten tulosten mukaan tarve sekä ehkäisy- ja lisääntymispalveluiden organisoimiselle että Helsingin kaupungin sisäiselle ohjeistukselle on suuri. Työnjaon selkeyttäminen lääkärin ja hoitajan välillä ehkäisy- ja lisääntymispalveluiden järjestämisessä olisi tarpeen. Palveluja olisi tarpeellista keskittää, selkeyttää ja oikein kohdentaa. Tämän lisäksi nousi esiin tarve henkilöstön koulutuksen lisäämiselle.</p>	
Avainsanat	seksuaaliterveyspalvelut, ehkäisy- ja lisääntymispalvelut, terveysasema

Author(s) Title Number of Pages Date	Silja-Elisa Eskolin and Jannika Vuori Implementation of the Sexual and Reproductive Health Services in the Health Centers of Helsinki. 35 pages + 5 appendices 26 April 2011
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Public Health Nursing, Nursing
Instructor(s)	Arja Liinamo, Senior Lecturer Eija Raussi-Lehto, Lecturer
<p>After the organizational change that was made in the Health Center of Helsinki, the contraception services are under evaluation and there is a consideration of the possibility to rearrange the services. In recent years, the number of sexually transmitted diseases in the Hospital District of Helsinki and Uusimaa has increased particularly among the young population. The number of abortions in Finland has been staying almost at the previous level except in Helsinki where particularly the abortions of 20–24 year-old women and women that have given birth have increased. In time when the functions may be changing, it has been seen as necessary to evaluate the implementation of the sexual and reproductive health promotion and services.</p> <p>In this final project, information was collected on the sexual and reproductive health promotion and especially how the contraception services have been arranged in the health centers of Helsinki. Final project was a part of a project of the Metropolia University of Applied Sciences called "Improving sexual and reproductive health promotion as a part of the basic services of the health care and professional education" (2009–2011). The City of Helsinki Health Center was a collaborative organization in this final project. This was a case description of the services in the City of Helsinki Health Centers and it consists of the analysis of two separate research materials. The first material consists of an enquiry that was carried out in the Autumn 2009. The answers were collected from the health centers (N=26) by the senior physician Satu Suhonen. The study examined the implementation of the contraception services in health centers. The supplementary collection of material was implemented with a web enquiry in the spring 2011 and it collected answers from 28 nurses that are responsible for the contraception services. In the material from the web enquiry, a nurse who answered it was considered as a one analysis unit. The purpose of the enquiry in spring 2011 was to survey the current situation of the sexual and reproductive health services implementation in the health centers. The recommendations for the health centers of Ministry of Social Affairs and Health's plan of action of the sexual and reproductive health was used as a guideline when the questions to the web enquiry were created. In both materials, the structured answers were opened to Excel charts. The open answers were processed with the help of the content analysis.</p> <p>According to the material from autumn 2009, the contraception services were arranged both in the health center and in the child and maternity clinic in 92% of the health centers. Of the health centers 42% had an appointed nurse in charge of the contraception and 31% informed that there was an appointed doctor. Pill contraception was started always by a doctor in 60% of the health centers. Answers that discussed the contraception by an intrauterine device showed remarkable difference between practices and means depending on the health center and the area. From the enquiry in spring 2011 emerged particularly the difference between the various respondents work community's ways of actions. Of the nurses who responded to the enquiry 89% (N=28) declared that there is a need for coherent practices. According to the results of the two enquiries, there is a great need for the organization of the contraception services and for internal directions of health centers of Helsinki. Particularly the distribution of work concerning contraception services between nurses and doctors should be clarified because it would improve the staff capability to work in the aforementioned field. It would be necessary to centralize, clarify and allocated the services correctly. There is also a need to increase the education of the staff.</p>	
Keywords	sexual health, contraception services, health center

Sisälllys

1	Johdanto	1
2	Seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteistö	2
3	Raskaudenkeskeytykset ja sukupuolitaudit – Tilastoja	4
3.1	Raskaudenkeskeytykset	4
3.2	Sukupuolitaudit	6
4	Seksuaali- ja lisääntymisterveyden strategiat	8
4.1	Seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelut Euroopassa	9
4.2	Seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelut Suomessa	10
4.2.1	Terveydenhuollon ehkäisypalveluja koskeva lainsäädäntö	10
4.2.2	Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2007–2011	11
4.2.3	Aiemmat tutkimukset ja palvelujen toteutuminen	14
4.2.4	Palvelut Helsingissä	15
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	16
6	Tutkimusaineisto, menetelmä ja tutkimuskysymykset	17
6.1	Kysely raskauden ehkäisypalvelujen järjestämisestä syksyllä 2009	17
6.1.1	Tutkimuskysymykset	17
6.2	Kysely terveysasemien ehkäisystä vastaaville hoitajille keväällä 2011	18
6.2.1	Tutkimuskysymykset	20
7	Tulokset	20
7.1	Raskauden ehkäisypalvelujen järjestäminen terveysasemilla syksyllä 2009	20
7.1.1	Ehkäisypalveluiden järjestäminen ja pilleriehkäisyn aloittaminen	20
7.1.2	Kierukkaehkäisy	21
7.2	Ehkäisystä vastaavien hoitajien kuvaukset ehkäisypalveluista keväällä 2011	23
7.2.1	Ehkäisypalvelujen toteutuminen suhteessa suosituksiin	23
7.2.2	Sukupuolitaudit	26
7.2.3	Mielipiteet käytännöistä	27
7.2.4	Lisäkoulutus ja sen tarve	28
7.3	Yhteenveto keskeisistä tuloksista	29
8	Pohdinta	30
8.1	Opinnäytetyö prosessina	33
	Lähteet	34
	Liitteet	
	Liite 1. Syksyn 2009 kyselylomake	
	Liite 2. Syksyn 2009 kyselyn vastaukset taulukoina	
	Liite 3. Kevään 2011 kyselyn saatekirje	
	Liite 4. Kevään 2011 kyselylomake	
	Liite 5. Kevään 2011 kyselyn vastaukset taulukoina	

1 Johdanto

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelut nousivat ensimmäisen kerran puheenaiheeksi jo 1960-luvulla käydyissä aborttikeskusteluissa, joissa korostettiin erityisesti terveysneuvonnan ja seksuaalikasvatuksen tehostamista. Keskustelujen myötä aihepiiri huomioitiin vuonna 1972 tehdyssä Kansanterveyslaissa ja palvelujen toteuttaminen muotoutui osaksi kuntien terveyskeskuspalvelujärjestelmää. Ehkäisyneuvonta oli aloitettu 90 %:ssa kuntia vuoteen 1976 mennessä. Silloin yleisenä toimintamallina oli keskittää ehkäisyneuvonta muutamille terveydenhoitajille ja lääkäreille. 1980-luvulla alkanut väestövastuullinen toimintamalli laajensi vastuun ehkäisystä kaikille terveydenhuollon toimijoille. Tähän päivään mennessä seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen järjestäminen on ehtinyt kokea monenlaisia muutoksia. Palvelujen kehittämiseen ja toteuttamiseen on kuitenkin ryhdytty kiinnittämään erityistä huomiota sekä maailmanlaajuisesti että Suomessa oikeastaan vasta 1990-luvun alkupuolella, kun Kairossa järjestetyssä Väestö ja kehitys -konferenssissa määritettiin käsite "lisääntymisterveys" (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007). Helsingin terveyskeskuksessa tapahtui organisaatiomuutos 1.1.2009. Tällöin neuvola toiminta eriytyi täysin omaksi yksikökseen avoterveydenhoidosta. Kyseisen organisaatiomuutoksen jälkeen ei ole vielä selkeää linjaa siitä, kenen vastuulla ehkäisyneuvontapalveluiden järjestäminen on. Tällä hetkellä ehkäisyasiat hoidetaan siellä mihin asiakas hakeutuu. Tämän vuoksi on tarve tarkastella toiminnan toteutumista seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi.

Tämä opinnäytetyö on osa Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Helsingin sekä Keravan terveyskeskusten toteuttamaa hanketta Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen osana terveydenhuollon peruspalveluja ja alan ammatillista koulutusta (2009–2011). Hankkeen tavoitteena on arvioida ja kehittää seksuaaliterveyden edistämisen toteutumista työntekijän ja nuoren asiakkaan sekä kunnan peruspalvelujen näkökulmasta. Taustana hankkeessa ja myös tässä työssä toimii Sosiaali- ja terveysministeriön vuosille 2007–2011 tekemä Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma. Työtä ovat ohjanneet tämän lisäksi myös toimintaohjelmasta tehty väliarvio (Ritamo – Pelkonen – Nikula 2010), WHO:n suositukset seksuaali- ja lisääntymisterveydestä (WHO 2006) sekä Suomen Kansanterveyslaki (28.1.1972/66). Tulossa oleva uudistettu Terveydenhuoltolaki on myös aihetta käsitteleviltä osiltaan huomioitu.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä tietoa Helsingin kaupungin terveyskeskuksen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toteutumisesta sekä ehkäisypalvelujen järjestämisestä terveysasemilla. Työ muodostui kahden eri aineiston analyysistä, joista ensimmäiseksi käsiteltiin syksyllä 2009 Helsingin terveyskeskuksen terveysasemilta (N=26) kerätyn kyselyn vastaukset raskaudenehkäisy palvelujen järjestämisestä terveysasemilla. Toinen aineisto kerättiin keväällä 2011 terveysasemien ehkäisystä vastaaville hoitajille (N=28) toteutetulla verkkokyselyllä. Molemmat aineistot analysoitiin keväällä 2011. Työn tarkoituksena oli selvittää seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen järjestämistä Helsingin kaupungin terveysasemilla käytäntöjen kehittämistä varten.

2 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteistö

Seksuaalisuus (sexuality) on jokaisen ihmisen perusoikeus ja olennainen osa ihmisen hyvinvointia, elämänlaatua ja terveyttä. Seksuaalisuus-käsitettä kuvataan WHO:n määritelmään perustetussa Väestöliiton seksuaalipoliittisen ohjelman muotoilemassa suomenkielisessä näkemyksessä seuraavalla tavalla:

Seksuaalisuus on ihmisenä olemisena keskeinen ominaisuus koko elämän ajan. Se sisältää seksuaalisen kehityksen, biologisen sukupuolen, sosiaalisen sukupuoli-identiteetin ja sen mukaisen roolin, seksuaalisen suuntautumisen, eroottisen mielenkiinnon, nautinnon ja intiimiyden sekä suvun jatkamisen. – Seksuaalisuuteen ja sen ilmaisuun vaikuttaa biologisten, psykologisten, sosiaalisten, taloudellisten, poliittisten, kulttuuristen, eettisten, oikeudellisten, historiallisen ja uskonnollisten sekä henkisten tekijöiden vuorovaikutus. (Väestöliitto 2006: 8.)

Lisääntymisterveys (reproductive health) -käsite muodostettiin Kairon Väestö ja kehitys-konferenssissa vuonna 1994. Sen mukaan lisääntymisterveys tarkoittaa täyttä fyysistä, henkistä ja yhteiskunnallista hyvinvointia – ei pelkästään sairaudettomuutta tai vammattomuutta – kaikissa lisääntymiseen liittyvissä asioissa, toiminnoissa ja prosesseissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: 185.) Duodecimin Lääketieteen termit -kirjassa käsite määritellään yksinkertaisesti hedelmällisyydeksi ja kyvyksi saada terveitä lapsia toivottuna aikana (Nienstedt ym. 2007: 414).

Seksuaaliterveys (sexual health) –käsite tuli ensimmäisen kerran Maailman terveysjärjestön WHO:n määrittelemäksi jo vuonna 1975. Tämä ensimmäinen määritelmä pohjautui järjestön vuonna 1946 laatimaan yleiseen terveyden määritelmään. Seksuaaliter-

veyden määritelmää laajennettiin WHO:n toimesta vuonna 1987 ja viimeisin, seksuaaliterveyden kokonaisvaltaisesti kartoittava määritelmä laadittiin vuonna 2002:

Seksuaaliterveys on seksuaalisuuteen liittyvän fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila; siinä ei ole kyse vain sairauden, toimintahäiriön tai raihnaisuuden puuttumisesta. Hyvä seksuaaliterveys edellyttää positiivista ja kunnioittavaa asennetta seksuaalisuuteen ja seksuaalisiin suhteisiin sekä mahdollisuutta nautinnollisiin ja turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin ilman pakottamista, syrjintää ja väkivaltaa. Hyvän seksuaaliterveyden saavuttaminen ja ylläpitäminen edellyttää kaikkien ihmisten seksuaalisten oikeuksien kunnioittamista, suojelemista ja toteuttamista. (WHO 2006: 5.)

Seksuaalioikeudet (sexual rights) on muotoiltu IPPF:n vuonna 2008 julkaisemassa seksuaali- ja lisääntymisoikeuksien julistuksessa. YK:n ihmisoikeusjulistukseen pohjautuvat kymmenen seksuaalioikeutta kuuluvat kaikille, ja ne ovat osaltaan ohjeistamassa seksuaaliterveyden palvelujen toteutumista. Julistuksen määrittelemät pykälät sisältävät oikeudet mm. tasa-arvoon, fyysiseen ja henkiseen vapauteen sekä terveyteen. Erityisesti tähän työhön liittyvät oikeus koulutukseen ja tiedonsaantiin sekä oikeus päättää naimisiinmenosta, perheen suunnittelusta, perheen perustamisesta ja lasten hankkimisesta. (IPPF 2008: 6–7.) WHO:n seksuaalioikeuksien määrittelyyn kuuluu myös oikeus parhaaseen saavutettavissa olevaan terveydentilaan suhteessa seksuaalisuuteen. Kyseiseen oikeuteen mukaan luetaan myös oikeus seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden saatavuuteen. (WHO 2002: 5.)

Seksuaaliterveyspalvelujen on määritelty Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa sisältävän kaikki ne palvelut, joissa jollain tavalla käsitellään ihmisen seksuaalisuutta tai seksuaalitoimintaa ja parisuhdetta (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2007: 21). Väestöliiton mukaan palveluihin lukeutuvat muun muassa seuraavat: seksuaalikasvatus, ehkäisy, hedelmättömyyshoidot, adoptio, keskenmenoon liittyvä hoito ja neuvonta, raskaudenkeskeytykset, perinnöllisyysneuvonta, raskauksien hoito, synnytys, vaihdevuodet, gynekologiset seurannat, seksitautien testaus ja hoitaminen. (Väestöliitto 2011.)

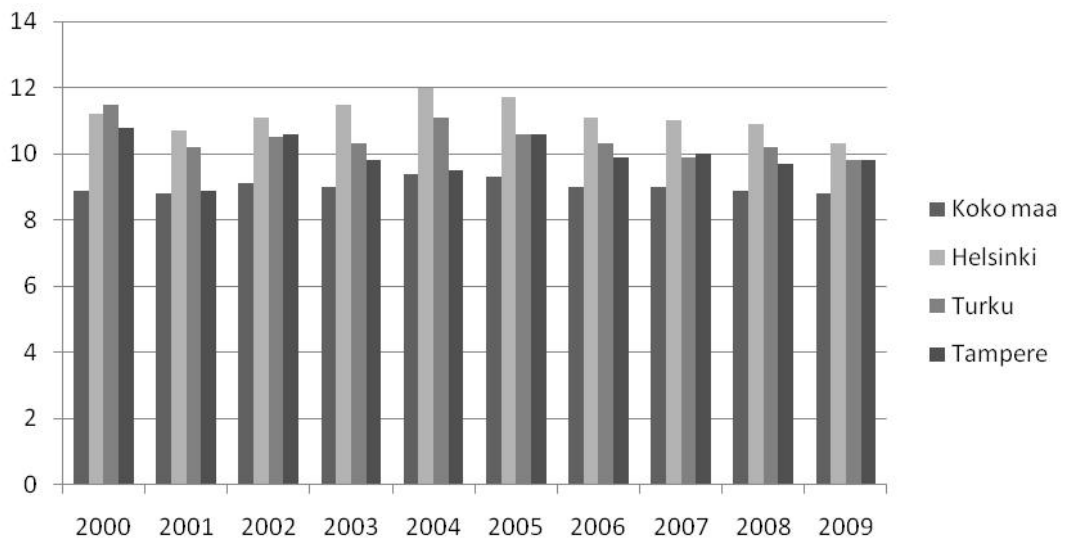
Raskauden ehkäisy (contraception) on IPPF:n mukaan mikä tahansa keino, jolla ehkäistään raskautta (IPPF 2011). Lääketieteen termistö määrittelee raskauden ehkäisyksi raskauden alkamisen ehkäisyksi, jolla joko estetään hedelmöitys tai hedelmöittyneen munasolun kiinnittyminen kohtuun (Nienstedt ym. 2007: 605).

3 Raskaudenkeskeytykset ja sukupuolitaudit – Tilastoja

Kansanterveyslain toimeenpanon jälkeen raskaudenehkäisy palvelut vakiintuivat osaksi terveyskeskuksien toimintaa. 1970-luvun puolesta välistä lähtien käytäntöjen muutokset alkoivat näkyä jyrkästi pienenevinä raskaudenkeskeytyslukuina. Raskaudenkeskeytysten väheneminen jatkui muutoksista huolimatta välillä tasaantuen aina 1990-luvun puoliväliin saakka, jolloin määrät vakiintuivat 8–9 keskeytykseen tuhatta naista kohti vuodessa. (Kosunen 2005: 2253.)

3.1 Raskaudenkeskeytykset

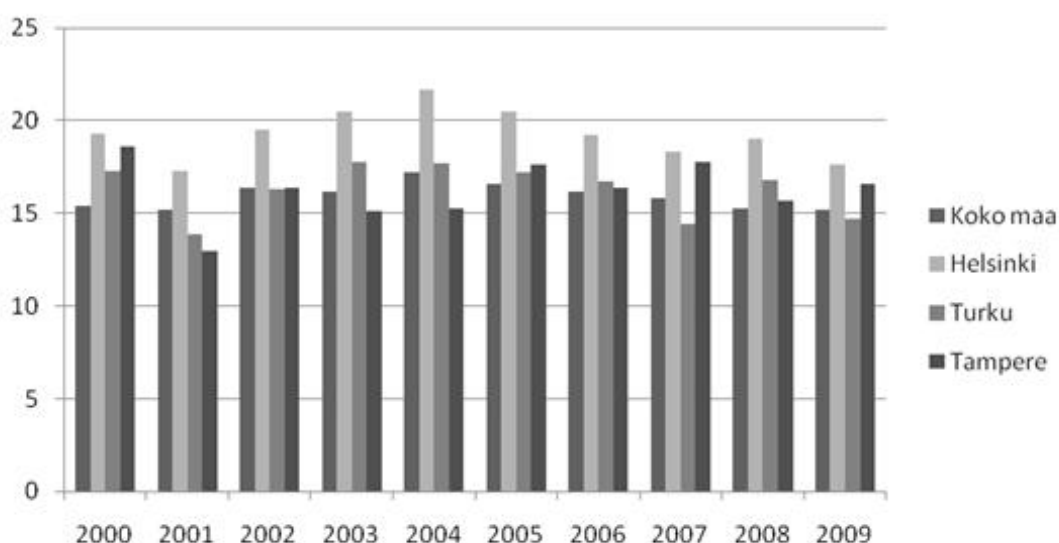
Saatuja tuloksia toteutetuista raskauden keskeytyksistä voidaan pitää hyvänä mittarina seksuaaliterveyden edistämisen tämänhetkisestä tilanteesta sekä kehityssuunnista. Seurattujen naisten ikä on ollut 15–49-vuotta. Vuosina 2004–2005, ennen Seksuu- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman aloittamista, on näissä tilastoissa havaittavissa selkeää nousua koko maan tilastoissa. Valtakunnallisesti toimintaohjelman käyttöön oton aikoihin vuosina 2007 ja 2008 raskaudenkeskeytyslukuissa tapahtui laskua. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Raskaudenkeskeytykset 15–49-vuotiailla naisilla / 1000 vastaavanikäistä naista (THL: Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2010).

Myös Helsingissä 15–49-vuotiaiden raskaudenkeskeytykset ovat vähenemässä, sillä vuonna 2009 keskeytyksiä oli 10,3 tuhatta vastaavanikäistä naista kohden. Sama luku vuonna 2008 oli 10,9/1000 naista. (Heino – Gissler – Soimula 2009b: liitetaulukko 2; Heino – Gissler – Soimula 2010: liitetaulukko 2.) Helsingissä määrät ovat kuitenkin koko maahan suhteutettuna suurempia. Kun vuonna 2009 tehtiin valtakunnallisesti 8,9 raskaudenkeskeytystä tuhatta 15–49-vuotiasta naista kohden, Helsingissä raskaudenkeskeytyksiä tehtiin saman ikäryhmän naisille 10,3/1000. Eniten raskaudenkeskeytyksiä 15–49-vuotiaille naisille tehtiin Ahvenanmaan maakunnassa (11,5/1000) ja Länsi-Pohjassa (11,3/1000). (Heino ym. 2010: liitetaulukko 2.)

Euroopan tasolla vuonna 2003 tilastoitiin 15–44-vuotiailla naisilla 28 raskaudenkeskeytystä tuhatta naista kohti. Pohjois-Euroopassa (Kanaalisaaret, Tanska, Viro, Suomi, Islanti, Irlanti, Latvia, Liettua, Norja, Ruotsi, Iso-Britannia) samat tilastot olivat 17 keskeytystä tuhatta vastaavanikäistä naista kohti. (Sedgh – Henshaw – Singh – Åhman – Shah 2007: 1341–1342.) Pohjoismaissa (Tanska, Suomi, Islanti, Norja, Ruotsi) raskaudenkeskeytyksiä tehtiin 15–49-vuotiaille 13,7/1000 naista kohti vuonna 2007. Kaikista Pohjoismaista Suomessa on tehty vähiten 15–49-vuotiaiden naisten raskaudenkeskeytyksiä vuodesta 1983 lähtien. (Heino – Gissler – Solmula 2009a: taulukko 3.) Voidaan siis todeta, että verrattaessa muun Euroopan tilanteeseen Suomen määrät ovat varsin pieniä. Tarkasteltaessa yksityiskohtaisemmin tilastoista nousee kuitenkin esiin ilmiöitä, joita voidaan pitää huolestuttavina. Esimerkiksi Helsingissä raskaudenkeskeytykset alle 25-vuotiailla ovat jälleen alkaneet lisääntyä vuodesta 2007, kun taas koko Suomen trendi on ollut samanaikaisesti laskussa (Kuvio 2).



Kuvio 2. Raskaudenkeskeytykset alle 25-vuotiailla /1000 15–24 -vuotiasta naista (THL: Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005 – 2010).

Valtakunnallisesti huolestuttavaa on myös se, että runsas kolmannes (34 %) raskaudenkeskeytyspotilaista ei ollut käyttänyt mitään ehkäisyä yhdynnässä ollessaan. Kyseinen luku on vaihdellut 30–35 % vuodesta 1980 lähtien. Lisäksi vuonna 2009 34,7 %:lla raskaudenkeskeytyspotilaista oli takana ennestään vähintään yksi aikaisempi raskaudenkeskeytys. (Heino ym. 2010: liitetaulukko 8 ja 9.)

3.2 Sukupuolitaudit

Sukupuolitautilien torjunta kuuluu tärkeänä osana seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseen. Tartuntatautilain mukaan sukupuolitaudit on rinnastettu muihin tartuntatauteihin. Tartuntataudit jaetaan yleisvaarallisiin, ilmoitettaviin ja muihin tauteihin. Sukupuolitaudeista klamydia (*Chlamydia trachomatis*), tippuri (*Neisseria gonorrhoeae*) ja HIV-infektio ovat ilmoitettavia tartuntatauteja, ja niiden tutkimus ja hoito on tartuntatautilain mukaan asiakkaalle maksutonta kunnallisissa hoitopaikoissa. Kuppa (*Treponema pallidum*) on tartuntatautilaissa luokiteltu yleisvaaralliseksi tartuntataudiksi. (Aho – Hiltunen-Back 2007.) Tartuntatautilain 23.§ velvoittaa lääkäreitä tekemään tartuntatauti-ilmoituksen epäilemistään tai toteamastaan yleisvaarallisesta tai ilmoitettavasta tartuntatautitapauksesta (Tartuntatautilaki 25.7.1986/583). Sukupuolitautilien anturikeskus, joka koostuu suurimmista sukupuolitautilien poliklinikoista, tilastoi valtakunnallisia tartuntoja tehtyjen ilmoitusten perusteella. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) sukupuolitautiltartuntoja tilastoidaan paljon vuosittain. (Hulkko ym. 2010: 35.)

Klamydiainfektio on yleisin bakteerin aiheuttama sukupuolitauti Suomessa. Niitä ilmoitettiin 13 317 kappaletta vuonna 2009. Klamydiatapaukset ovat vähentyneet Suomessa vuodesta 2008 vuoteen 2009 reilun 550 tapauksen verran. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä klamydian ilmaantuvuus on ollut suurta ja tilastollisesti HUS:ssa oli kolmanneksi eniten klamydia tartuntoja vuonna 2009 (284/100 000). Etenkin nuorten osuus klamydiatapauksissa on suuri. Sukupuolitautilien anturikeskuksen mukaan valtaosa klamydiatartunnoista on kotimaista alkuperää. (Hulkko ym. 2010: 35.)

Tippuri ja kuppa ovat huomattavasti klamydiaa harvinaisempia sukupuolitauteja. Vuonna 2009 tartuntatautirekisteriin ilmoitettiin 239 tippuritapausta ja 198 kuppatapausta. Valtakunnallisesti tippuritapausten määrä lisääntyi vuoteen 2009 ja kuppatapaukset

vähenevät. Tilastojen mukaan tippuritapauksia on ilmoitettu eniten Helsingissä ja Kymenlaakson-, sekä Etelä- ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiireissä. Kupan ilmaantuvuus on ollut suurinta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä vuonna 2009. Tällöin HUS:ssa tilastoiitiin 6,6 kuppatapausta 100 000 asukasta kohden. (Hulkko ym. 2010: 35, 37.)

HIV-infektion yleisin tartuntapa on seksi. Vuonna 2009 Suomessa todettiin 180 uutta HIV-tartuntaa, mikä on 32 tartuntaa enemmän kuin vuonna 2008. Aikaisempaan tilanteeseen nähden huomattavaa on se, että HIV tartunnat heteroseksin välityksellä ovat lisääntyneet. Heteroseksitartuntoja todettiin yhteensä 86 vuonna 2009, joka on 22 tartuntatapausta enemmän kuin vuonna 2008. Tartuntataudit Suomessa 1995–2009 (2010) tilastoraportin mukaan merkittävä osa suomalaisten heteroseksitartunnoista liittyy matkailuun. (Hulkko ym. 2010: 37–39.)

Koska klamydia on selkeästi yleisin sukupuolitauti, sen torjunta on todella tärkeää. Sukupuolitautilien torjunnassa tärkeässä osassa on tartunnan jäljitys, sillä esimerkiksi klamydiatartunnoista vähintään puolet on oireettomia. Haasteena on tartunnan saaneiden henkilöiden seksikumppaneiden saaminen tutkimuksiin ja hoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: 113.) Tartuntatautilain 7§:n mukaan terveyskeskuksen tartuntataudeista vastaavan lääkärin on otettava selvää epäillyn tai todetun tartuntataudin laadusta ja sen levinneisyydestä sekä ryhdyttävä tarpeellisiin toimenpiteisiin taudin leviämisen estämiseksi (Tartuntatautilaki 25.7.1986/583). Todellisuudessa seksikumppaneille ilmoittaminen jää kuitenkin usein potilaan omalle vastuulle. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen aktiivisuus onkin jatkossa tärkeässä osassa tartunnan jäljittämisessä. (Hiltunen-Back – Reunala 2005: 17.) Ehdotetussa Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa 74§ Tartuntataudit vastaa nykyistä lainsäädäntöä, joten muutoksia tartuntatauteja koskevaan lainsäädäntöön ei ole näillä näkymin tulossa. (HE 90/2010 vp).

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2007–2011 kehottaa kaikkia raskaudenehkäisyasiakkaita hoitavia toimipisteitä ottamaan erityisesti klamydian torjunnassa käyttöön opportunistisen seulontamenetelmän, jota on käytetty jo mm. Ruotsissa ja Englannissa. Opportunistinen klamydian seuranta toteutuu terveysasemalla, kun klamydianäyte otetaan jokaiselta uudelta alle 25-vuotiaalta ehkäisyasiakkaalta joko ensikäynnillä tai 3kk:n kontrollissa sekä ensimmäisen vuoden seurantakäynnillä. Kla-

mydianäyte otetaan myös myöhemmillä raskauden ehkäisyyn liittyvillä seurantakäynteillä jos asiakkaan kumppani on vaihtunut tai henkilöllä on aikaisemmin ollut klamydiatartunta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: 116.)

4 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden strategiat

Kairon väestö- ja kehityskonferenssissa vuonna 1994 luodun mm. seksuaali- ja lisääntymisterveyttä käsittelevän 20-vuotisen toimintaohjelman otti omakseen yhteensä 179 maata. Yhtenä keskeisenä tavoitteena ohjelmassa on ollut ottaa kantaa ja kehittää seksuaali- ja lisääntymisterveyttä sekä niiden edistämiseksi toteutettavia palveluja. Vaikka ohjelmassa otetaankin kantaa useilla eri tasoilla, sen keskeisenä huomion kohteena on ollut valtioiden sisällä tapahtuvaan toimintaan luodut suositukset. Paljon edistystä on tapahtunut ja toimintaan on ryhdytty, kuten todistavat esimerkiksi Suomessa vuonna 2007 ja Iso-Britanniassa vuonna 2001 käynnistetyt kansalliset seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmat. Kuitenkin WHO:n vuonna 2004 julkaisemassa lisääntymisterveyden strategiassa todetaan, että strategian luomisen aikaan naisten kansainvälisestä terveyshaittojen taakasta 20 % laskettiin muodostuvaksi lisääntymis- ja seksuaaliterveyden ongelmista, kun mukaan lasketaan äitien ja vastasyntyneiden kuolleisuus, gynekologiset syövät, sukupuolitaudit sekä HIV/AIDS. Miehillä vastaavaksi luvuksi katsottiin 14 %. Nämä luvut eivät kuitenkaan edes kata koko kirjoa, sillä niistä puuttuvat esimerkiksi sellaiset gynekologiset ongelmat, jotka liittyvät kuukautiskierron häiriöihin tai kivuliaisuuteen sekä raskauden keskenmenot. (WHO 2004.)

Lähtökohtaisesti kansainvälisten toimijoiden huomio on kiinnittynyt toimintaohjelmia laadittaessa ja tavoitteita asetettaessa ensisijaisesti kehitysmaiden tarpeisiin, sillä raskauteen ja äitiyteen liittyvät kuolemat tapahtuvat lähes 100 %:sti kehitysmaissa (WHO 2004). Kansainvälisesti on kuitenkin havaittu, että vaikka raskauteen liittyvä äitien ja vastasyntyneiden kuolleisuus ei ole kehitysmaiden kaltainen ongelma Euroopassa, on alueella omat vaikeat terveydelliset haasteensa myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden näkökulmasta. (Ketting – Esin 2010.) Palvelujärjestelmien hajanaisuus ja maakohdainen yksilöllisyys ovat yksi esimerkki haasteita luovasta tekijästä Euroopassa. Osataan näistä syistä johtuen myös WHO laati vuonna 2001 52:lle Euroopan alueeseen kuuluvalla jäsenmaalleen oman strategian, joka on tarkoitettu ohjaamaan maita luo-

maan omat kansalliset toimintaohjelmansa seksuaali- ja lisääntymisterveyden parantamiseksi. WHO:n mukaan luodun strategian toteuttamisesta ovat ensisijaisesti vastuussa valtiolliset laitokset ja järjestöt.

4.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelut Euroopassa

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden toteuttamiseen Euroopassa on kiinnitetty varsin vähän huomiota viimeisen kymmenen vuoden aikana huolimatta WHO:n vuoden 2001 strategiasta. Tutkimuksia siitä, millä erilaisilla tavoilla maat toteuttavat näitä palveluita perusterveydenhuollossaan ei oikeastaan ole olemassa. (Ketting – Esin 2010.) Selvää on kuitenkin se, että jo itsessään maiden välillä oleva palvelujärjestelmien eroavaisuus luo hyvin monivärisen kentän seksuaaliterveyden edistämisen alueelle. Evert Kettingin ja Aysegül Esinin tekemän lajittelun mukaan käytössä olevat järjestelmät on mahdollista jakaa neljään malliin, jotka ovat:

Perhelääkäri-malli (Alankomaat, Iso-Britannia, Unkari, Romania): Asiakkaan ensisijainen hoitaja on aina perhelääkäri tai lähiklinikan oma yleislääkäri, jotka vastaavat myös 80–90 %:sta asiakkaiden seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvistä asioista. Perhelääkäri ohjaa asiakkaan eteenpäin tilanteissa, jossa omat resurssit eivät riitä asiakkaan auttamiseen.

Terveyskeskus-malli (Ruotsi, Suomi, Portugal): Moniammatillinen ryhmä, koostuen mahdollisesti yleislääkäreistä, kättilöistä, hoitajista, psykologeista sekä muista ammattilaisista, tarjoavat asiakkaille seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluja tyypillisesti terveyskeskusympäristössä.

Yksityinen gynekologi –malli (Esimerkiksi Saksa ja Puola): Yleislääkärien ja terveyskeskusten rooli seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämässä on käytännössä erittäin pieni ja jopa olematon. Näissä asioissa naiset ottavat suoraan yhteyttä omaan gynekologiinsa. Palvelut toteutetaan useimmiten gynekologin omalla yksityisellä vastaanotolla. Miehet ottavat yleensä yhteyttä dermatologiin tai urologiin, mutta vain vakavissa tilanteissa.

Sairaalan poliklinikka –malli (Useimmat keski- ja Itä-Euroopan maat): Tiettyihin sairaaloihin sijoitetut poliklinikat toteuttavat käytännössä kaikki ne tehtävät, jotka malleissa 1. ja 2. ovat perhelääkärin tai terveyskeskuksen hoidettavina. Poliklinikat hoitavat avopotilaita tietyltä maantieteelliseltä alueelta. Esimerkiksi Latviassa sairaaloiden poliklinikoita on uudelleen organisoitu terveyskeskuksiksi.

Edellä esitettyjen palvelujärjestelmien lisäksi on myös olemassa monia Euroopan maita, jossa useat mallit menevät päällekkäin. Lisäksi voidaan myös erotella viides malli, joka kuitenkin esiintyy vain ja ainoastaan Turkissa. Siellä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen on keskitetty joiltain osin terveyskeskusten kaltaisille äitien ja lasten terveys/perhesuunnittelu –klinikoille. Varsinaisten perusterveydenhuollon palvelujärjestelmiin sisällytettyjen toimintamallien lisäksi monissa maissa on erillisiä klinikoita tai keskuksia, jotka tarjoavat seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluita väestölle. Nämä klinikat ovat kuitenkin useimmissa maissa nuorille suunnattuja. Aikaisemmin yleiset perhesuunnitteluklinikat ovat monista Euroopan maista sen sijaan hävinneet lähes kokonaan. (Ketting – Esin 2010.)

4.2 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelut Suomessa

4.2.1 Terveysthuollon ehkäisyveluja koskeva lainsäädäntö

Tällä hetkellä Suomen kunnalliset terveyspalvelut perustuvat Kansanterveyslakiin. Sen 14 §:n mukaan kunnan tulee huolehtia asukkaiden terveysneuvonnasta ja terveystarvikuksista mukaan lukien ehkäisyneuvonta ja erilaiset neuvolapalvelut. (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.) Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja koskevan lain mukaan Kansanterveislain edellä mainitut palvelut ovat asiakkaalle maksuttomia (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734).

Läkelain (395/1987) 65 §:ssä ehkäisyveluja käsitellään toteamalla, että terveysasemalta voidaan luovuttaa vastikkeetta kansanterveislain 14 §:n 1 momentin 1 kohdassa tarkoitettuun kansanterveydelliseen valistustyöhön ja raskaudenehkäisyneuvontaan ja 4 kohdassa tarkoitettuun valistus- ja ehkäisytoimintaan käytettäviä lääkkeitä (Läkelaki 10.4.1987/395).

Tasavallan presidentti vahvisti uuden Terveydenhuoltolain 30.12.2010 ja se tulee voimaan 1.5.2011. Voimaan tullessaan laki yhdistää kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon toiminnan ja palvelujen sisältöä koskevat säännökset. Lakiehdotukseen on sisällytetty myös tekniset muutokset kansanterveyslakiin, erikoissairaanhoidon lakiin ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettuun lakiin. Terveydenhuoltolakiesityksen perusteluissa on otettu huomioon Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2007–2011 esittämät toimenpiteet raskauden ehkäisy- ja neuvontapalvelujen kehittämiseksi, sukupuolitautilien torjumiseksi sekä seksuaaliväkivaltan integroimiseksi kaikkiin terveyspalveluihin. Terveydenhuoltolain yksityiskohtaisissa perusteluissa todetaan Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmaan vedoten, että raskauden ehkäisyneuvontaa ja sukupuoliteitse tarttuvien tautien ehkäisyä ja vähentämistä sekä yleensä seksuaaliterveyden edistämistä on tarpeen tehostaa erityisesti nuorilla. Varsinaisessa ehdotuksessa tulevaksi Terveydenhuoltolaksi terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia koskevan 13 §:n mukaan terveysneuvonta on sisällytettävä kaikkiin terveydenhuollon palveluihin ja kunnan on järjestettävä alueensa asukkaille myös ehkäisyneuvontaa ja muita seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistäviä palveluja. Seksuaaliterveyden edistäminen on sisällytetty myös opiskeluterveydenhuoltoon koskevan 17 §:ään. Kouluterveydenhuoltoon koskevassa 16 §:ssä seksuaaliterveyden edistämistä ei ole mainittu. Voimaan jäävään sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakasmaksuja koskevaan lakiin on ehdotettu muutoksia, jotka koskevat maksuttomia terveyspalveluja. Kunnan tarjoama ehkäisyneuvonta ja neuvolapalvelut on kuitenkin edelleen ehdotettu asiakkaalle maksuttomaksi palveluksi. (HE 90/2010 vp: 1, 103, 168–170, 221.)

4.2.2 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2007–2011

Vuonna 2007 Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä laati Suomen ensimmäisen kansallisen toimintaohjelman seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi. Tämän toimintaohjelman tavoitteena on ollut edistää väestön, pariskuntien ja yksilöiden seksuaalisuuteen ja lisääntymiseen liittyviä terveydellisiä tekijöitä. Toimintaohjelmassa otetaan kantaa erityisesti nuoriin, mutta se sisältää myös laaja-alaisia valtakunnallisia ohjeita ja suosituksia, jotka koskevat koko väestöä. Toimintaohjelma mm. linjaa sitä, miten seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyötä, johtamista, palvelurakennetta, toimintatapoja ja osaamista tulisi vuosien 2007–2011 aikana kehittää ja se on jaettu 14 aihekokonaisuuteen.

Toimintasuunnitelmassa annetaan myös yksityiskohtaisia suosituksia ja tavoitteita terveyspalvelujen toteuttamiseen terveysasemilla. Valtakunnallisesti ehkäisypalveluiden tavoitteiksi asetettiin alle 25-vuotiaiden raskautustenkeskeytysten väheneminen viidessä vuodessa vähintään 1990-luvun puolivälissä vallinneelle tasolle, toistuvien raskautusten keskeytysten osuuksien väheneminen sekä se, että jokaisella yksilöllä ja parilla olisi halutessaan mahdollisuus saada käyttöönsä itselleen sopivin ehkäisymenetelmä. (Sosi- ja terveysministeriö 2007: 105.)

Valtakunnallisten tavoitteiden pohjalta suositeltavista toimenpiteistä tässä työssä keskeiset suositukset sisältävät ehkäisyneuvontapalvelujen järjestämisen terveyskeskuksissa, ehkäisyvälineiden jakelun, ehkäisyneuvontaa antavan henkilökunnan osaamisen, tuen ja johtamisen sekä alueellisen ja valtakunnallisen tuen ehkäisyneuvolatyölle. Raskauden ehkäisyneuvontapalvelut tulisi tarjota kansanterveystyön ja siihen liittyvän maksulain mukaan maksutta ympärivuotisesti kaikille hedelmällisyydessä oleville ikäryhmille ja raskauden ehkäisyn aloittamiseen sekä seurantaan liittyvät tutkimukset tulisi sisällyttää näihin palveluihin. Ehkäisyn aloitus tulisi järjestää viipymättä, nuorille asiakkaille viimeistään viikon sisällä siitä kun asiakas ottaa yhteyttä terveyskeskukseen. Työntekijöillä tulisi olla tarvittava erityisosaaminen ja tästä johtuen palvelut tulisivat keskittämään neuvolaan. Pienissä yksiköissä palvelut voitaisiin toteuttaa muun neuvolatoiminnan yhteydessä, suuremmissa kunnissa olisi suositeltavaa järjestää toiminta erillisessä ehkäisyneuvolassa. Erityisesti nuorten palveluissa tulisi huomioida luottamuksellisuus, helppo saavutettavuus (lähipalvelu) sekä mahdollisuus konsultointiin moniammatillisesti. Nuorten asiakkaiden huomioimiseksi ehkäisyneuvontapalveluja tulisi saada myös koulu- ja opiskeluterveydenhuollon kautta. Ehkäisyneuvonnassa esitettävien ehkäisyvälineiden valikoiman tulisi kattaa kaikki käytössä olevat menetelmät ja alle 20-vuotiaiden tulisi saada ehkäisyvälineet kokonaan maksutta. Raskaudenkeskeytyksen ja synnytyksen jälkeiset ensimmäiset ehkäisyvälineet tulisi myös antaa asiakkaille maksutta. Ehkäisyneuvonnan tulisi olla osa kokonaisvaltaista seksuaaliterveyden edistämistä, johon kuuluisivat myös sukupuolitautilien ehkäisy, seksuaaliterveysneuvonta sekä väkivallan ehkäisy. (Sosi- ja terveysministeriö 2007: 105–106.)

Jotta ehkäisyneuvonta olisi ajantasaista ja palvelisi asiakkaita tulisi ehkäisyneuvontaa antavan henkilökunnan osaamisesta huolehtia mm. järjestämällä täydennyskoulutusta, huolehtia siitä että henkilöstöllä on olemassa moniammatillinen verkosto esimerkiksi lastensuojelu tilanteiden varalta. Ehkäisyneuvontaan tulisi myös laatia paikalliset ja

yhtenäiset toimintaohjeet ja terveyskeskusten sekä apteekkien tulisi laatia paikkakuntakohtaisesti alle 20-vuotiaisen jälkiehkäisyasiakkaiden jälkitarkastukseen ohjaamisesta sekä klamydiatestiin pääsystä Käypä hoito –suositusten mukaisesti. Tämän lisäksi kaikkien terveyskeskusten tulisi nimetä ehkäisyneuvonnan johtamisesta ja kehittämisestä vastaavat työntekijät. Suurempien yksiköiden kohdalla olisi syytä nimetä sekä lääkäri että hoitotyöntekijä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: 105–106.)

Toimintasuunnitelmassa otetaan laajasti kantaa myös sukupuolitautilien vähentämiseen ja ehkäisyyn. Tavoitteena on erityisesti klamydian, seksivälitteisten HIV-tartuntojen sekä muiden Suomessa esiintyvien sukupuolitautilien määrän laskeminen sekä kohdunkaulan syövän ja sen esiasteiden esiintyvyyden vähentäminen. Tavoitteiden pohjalta luodut suositeltavat valtakunnalliset toimenpiteet on jaoteltu toimintasuunnitelmassa kolmeen kategoriaan. Tämän työn näkökulmalle merkittävimmät aihepiirit sukupuolitautilien vähentämisen ja ehkäisyn suosituksissa koskevat väestön tietouden parantamista, kondomien käytön edistämistä sekä opportunistisen klamydian seulonnan käyttöönottoa valikoiduissa terveydenhuollon toimipisteissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: 115–117.)

Suosituksen mukaan terveyskeskusten tulee tiedottaa sivuillaan paikallisista palveluista ja menettelytavoista sukupuolitautilia epäiltäessä, lisäksi väestön tietoisuutta tulee parantaa korostamalla sukupuolitaudeilta suojautumista matkailijoiden terveysneuvonnassa. Kondomien käyttöä tulee edistää lisäämällä kondomien ilmaisjakelua ensisijaisesti nuorta väestöä hoitavissa terveydenhuollon toimipisteissä. Jakelun yhteydessä tulee huomioida myös alaikäisille annettava neuvonta. Sukupuolitautilien vähentämiseksi ja ehkäisemiseksi toteutettava opportunistinen klamydian seulonta tulee ottaa käyttöön kaikissa toimipisteissä, joissa hoidetaan raskaudenehkäisyasiakkaita. Näyte tulee ottaa jokaiselta uudelta alle 25-vuotiaalta ehkäisyasiakkaalta hänen suostumuksellaan joko ensikäynnillä tai kolmen kuukauden kontrollissa sekä ensimmäisen vuoden aikana toteutettavalla seurantakäynnillä. Myöhemmillä ehkäisyyn liittyvillä seurantakäynneillä näyte tulee ottaa, jos kumppani on vaihtunut tai asiakkaalla on aikaisemmin ollut klamydiatartunta. Lisäksi toimintaohjelmassa korostetaan muun muassa klamydiaposiitiviksi todettujen henkilöiden sukupuolikumppanien tutkimukseen ja hoitoon saamisen tehostamista, seurantajärjestelmien ja niiden keräämien tietojen hyväksikäytön kehittä-

tämistä sekä terveydenhuollon ammattihenkilöstön sukupuolitauteja koskevan koulutuksen tehostamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: 115–117.)

4.2.3 Aiemmat tutkimukset ja palvelujen toteutuminen

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toteutumista on tutkittu hyvin vähän sekä kansainvälisesti että valtakunnallisesti. Suomessa merkittävin ja tuorein terveyskeskusten seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluita käsittelevä tutkimus on vuodelta 2010 (Sannisto 2010: 12). Sannisto tutki seksuaaliterveyspalvelujen toteutumisesta terveyskeskuksissa syyskuun 2005 ja tammikuun 2006 välisenä aikana TAYS:n erityisvastuualueella. Aineisto kerättiin sähköisellä kyselyllä alueen terveyskeskusten johtavilta lääkäreiltä ja hoitotyön johtajilta sekä ehkäisyneuvontatyötä tekeville lääkäreille ja hoitajille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2007–2011 on julkaistu vasta TAYS:n erityisvastuualueella toteutetun aineistonkeruun jälkeen. Sen puitteissa on tehty väliarvio vuonna 2010, josta on mahdollista saada jonkinasteinen kuva lähtötilanteesta (Ritamo – Pelkonen – Nikula 2010).

Terveyden edistämistä terveyskeskuksissa kuvaava Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen vuonna 2009 valmistunut raportti antaa kuvan palvelujärjestelmien kirjosta, joissa ei vaikuttaisi olevan kovinkaan selviä linjauksia tai toimintatapoja. Käytänteet vaihtelevat niin kuntakohtaisesti kuin kuntien sisäisissä palveluissakin. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman myötä järjestelmään on alettu kiinnittää enemmän huomiota, mutta hyvin vaihtelevasti. Esimerkkinä voidaan mainita, että neljä viidestä terveyskeskuksesta ei vuoteen 2008 mennessä ollut käsitellyt ohjelmaa lainkaan lautakunnassa tai muulla tavoin luottamushenkilöstöhallinnon tasolla. Eniten ohjelmasta on keskusteltu hoitohenkilökunnan keskuudessa. Positiivisena voidaan kuitenkin pitää sitä, että neljäsosassa terveyskeskuksia oli päivitetty tai hyväksytty toimeenpanosuunnitelma meneillä olleen valtuustokauden aikana seksuaaliterveyden edistämiseksi. (Kosunen 2009: 232, 241.) Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmasta (2007–2011) vuonna 2010 tehdyn väliarvion mukaan terveyskeskukset ovat selkeästi edistyneet seksuaaliterveyden edistämässä. Myös Helsingissä ja pääkaupunkiseudulla on huomioitu Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2007–2011. Pääkaupunkiseudulle on laadittu ohje sukupuolitautilien hoidosta. (Ritamo – Pelkonen – Nikula 2010: 10, 15.) Ohjeessa määritellään sukupuolitautilien tutkimus ja hoidon porrastus pääkaupunkiseudun terve-

yskeskuksissa (Perusohje sukupuolitautilien tutkimiseen terveyskeskuksessa 2009.) Lisäksi seksuaaliterveyden edistäminen ja lapsiin kohdistuvan väkivallan ennaltaehkäisy on sisällytetty Helsingin lasten- ja nuorten hyvinvointisuunnitelmaan 2009–2012 (Ritamo ym. 2010: 15).

4.2.4 Palvelut Helsingissä

Helsingin väkiluku vuoden 2009 lopussa oli 583 350 asukasta (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009). Samana vuonna 37 % helsinkiläisistä käytti avosairaanhoidon lääkärin vastaanottopalveluja ja 39 % terveydenhoitajan vastaanottopalveluja (Helsinkiläiset terveysterveysten käyttäjinä 2010). Työn kohteena olevaan Helsingin terveyskeskukseen kuuluu 26 terveysasemaa, joilla toteutetaan seksuaaliterveyden edistämistä osana muita palveluita. Lisäksi seksuaaliterveyden edistämistä on toteutettu keskitetyssä ehkäisyneuvolassa 1.10.2007 alkaen.

Helsingin terveyskeskuksen Internet-sivuston mukaan ehkäisyyn liittyvissä asioissa terveysasemalle tuleva asiakas ohjataan terveydenhoitajan alkuhaastatteluun silloin, kun kyseessä on ehkäisyn aloitus. Lääkärintarkastuksen suorittaa omalääkäri, ehkäisyasioista vastaava lääkäri tai koululääkäri. Lääkärin tarkastukseen kuuluu gynekologinen tutkimus, rintojen tutkimus ja verenpaineen mittaaminen. Tarvittaessa lääkäri määrää otettavaksi irtosolunäytteen eli PAPA-kokeen, verikokeita ja klamydianäytteen. Helsingin kaupungin Internet-sivujen mukaan hormonaalisen tai kierukkaehkäisyn aloittamisen jälkeinen seuranta käynti toteutetaan 3–6 kk kuluttua ehkäisyn aloittamisesta, jonka jälkeen seuranta jatkuu vuosittaiskontrollien. Ehkäisyyn liittyvä lääkärikäynti on asiakkaalle maksuton. (Ehkäisyasiakas terveysasemalla 2010.)

Helsingin terveyskeskuksen keskitetty ehkäisyneuvonta perustettiin palvelemaan erityisesti helsinkiläisiä nuoria tietyissä seksuaaliterveyden kysymyksissä. Helsingin kaupungin Internet-sivujen ohjeiden mukaan alle 25-vuotiaat nuoret ehkäisyn aloittajat saavat valita oman terveysasemansa tai keskitetyn ehkäisyneuvonnan palvelut (Ehkäisyneuvonta 2010). Nuoret raskauden keskeytystä hakevat (kaikki alle 17-vuotiaat ja 17 vuotta täyttäneet sekä kaikki alle 19-vuotiaat ja 19 vuotta täyttäneet, joilla on ollut aikaisempi raskauden keskeytys) toivottaisiin ohjattavan terveysasemilta keskitettyyn ehkäisyneuvontaan.

Keskitettyssä ehkäisyneuvonnassa tulisi suorittaa kierukan laitot synnyttämättömille ja imettäville naisille, joiden kuukautiset eivät ole vielä synnytyksen jälkeen alkaneet. Kierukan asennus tai poisto suoritetaan keskitetyssä ehkäisyneuvonnassa silloin, kun toimenpide ei syystä tai toisesta ole omalla terveysasemalla onnistunut. Ehkäisykapselit asennetaan ja poistetaan ainoastaan keskitetyssä ehkäisyneuvonnassa. Ongelmalliset ehkäisy hoidetaan keskitetyssä ehkäisyneuvonnassa. Tällaiseksi voidaan luokitella esimerkiksi tilanne, jossa sopivan ehkäisyn löytyminen on hankalaa perussairauksien tai aiempien ehkäisyongelmien takia. Vammaisten ja liikuntarajoitteisten ehkäisyn suunnittelu ja gynekologiset tarkastukset kuuluvat Helsingin terveyskeskuksen ohjeiden mukaan keskitetyn ehkäisyneuvonnan piiriin silloin, kun tutkimukset eivät omalla terveysasemalla onnistu.

Terveysasemat huolehtivat edelleen ongelmattoman ehkäisyn seurannasta ja ehkäisyn peruspalveluiden tuottamisesta. Terveysasemat voivat tarvittaessa konsultoida keskitetyn ehkäisyneuvonnan lääkäreitä tai hoitajia (Ohjaus terveyskeskuksen keskitettyyn ehkäisyneuvontaan 2008).

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Helsingin terveyskeskuksessa tapahtui organisaatiomuutos 1.1.2009. Tällöin neuvolatoiminta eriytyi täysin omaksi yksiköksen avoterveydenhoidosta. Kyseisen organisaatiomuutoksen jälkeen ei ole vielä selkeää linjausta siitä, kenen vastuulla ehkäisyneuvontapalveluiden järjestäminen on. Tällä hetkellä ehkäisyasiat hoidetaan siellä mihin asiakas hakeutuu. Tämän vuoksi on tarve tarkastella toiminnan toteutumista seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi. Lisäksi Helsinkiä sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriä koskevat raskaudenkeskeytys- ja sukupuolitautilastot antavat aiheita huoleen.

Työn tarkoituksena oli kerätä tietoa Helsingin kaupungin terveyskeskuksen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toteutumisesta sekä ehkäisy palvelujen järjestämisestä terveysasemilla. Tavoitteena oli saada kokoon laajemmin sellaista tietoa ja materiaalia, jota on mahdollista käyttää tulevaisuudessa palvelujärjestelmää kehitettäessä. Tämä tutkimus oli luonteeltaan tapauskuvaus palvelujärjestelmien toteutumisesta Hel-

singin kaupungin terveysasemilla. Tämä selvitys muodostettiin kahdesta erillisestä aineistosta, joista ensimmäinen kerättiin syksyllä 2009 ja myöhempi keväällä 2011.

6 Tutkimusaineisto, menetelmä ja tutkimuskysymykset

6.1 Kysely raskaudenehkäisy palvelujen järjestämisestä syksyllä 2009

Ensimmäinen analysoitava aineisto koostuu Helsingin kaupungin terveyskeskuksen terveysasemien henkilökunnalle tehdyn sisäisen kyselyn tuloksista. Kyselykaavakkeen (liite 1) loi ja kyselyn toteutti ylilääkäri Satu Suhonen. Kysely on ensisijaisesti suunnattu terveysasemien ylilääkäreille, mutta vastaajina oli myös muissa toimissa olevia. Kyselylomake toimitettiin kaikille terveysasemille (N=26), ja kaikilta saatiin myös vastaus. Kyselyyn vastattiin syyskuun ja marraskuun välisenä aikana vuonna 2009.

Kyselylomake muodostui yhdeksästä kysymyksestä, joista kysymykset 1–4 sekä 6 ovat monivalintakysymyksiä ja kysymykset 5, 7 ja 8 ovat avoimia kysymyksiä. Yhdeksäs kysymys muodostaa näiden kahden kysymystyyppin välimuodon sisältäen sekä strukturoidun että strukturoimattoman vastausvaiheen. Vastaukset on koottu Excel-ohjelmalla ja tulokset esitetään kahdessa erillisessä taulukossa (liite 2). Liitteen ensimmäinen taulukko sisältää kysymykset 1–5 ja keskittyy ehkäisy palveluiden järjestämiseen ja pillerihäikäisyn aloittamiseen terveysasemilla. Tässä taulukossa kysymykset kaksi (Onko terveysasemallanne nimetty ehkäisyn vastuuterveystenhoitaja?) ja kolme (Onko terveysasemallanne nimetty ehkäisyn vastuulääkäri?) on yhdistetty. Toisessa taulukossa esitetään vastaukset kysymyksiin 6–8, jotka keskittyvät kierukkaehkäisyn toteuttamiseen. Molemmissa taulukoissa terveysasemat on jaoteltu sijainnin mukaan aakkosjärjestykseen, jotta vertailu mahdollistuu. Yhdeksännen kysymyksen vastaukset on taulukoitu strukturoidulta osalta ja avoimen osan vastaukset kuvaillaan sanallisesti.

6.1.1 Tutkimuskysymykset

Kevään 2009 aineistolle esitettävät tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten ehkäisypalvelut oli järjestetty ja miten pilleriehkäisy aloitettiin terveysasemilla syksyllä 2009?
 - Hoidettiin ehkäisyä avoterveydenhuollossa, neuvolassa vai molemmissa?
 - Kuka aloitti ehkäisypillerit ja oliko aloitus keskitetty tietyille henkilöille?
 - Oliko terveysasemalla nimetty ehkäisystä vastaava lääkäri ja/tai hoitaja?

2. Miten kierukkaehkäisyn toteuttaminen oli järjestetty terveysasemilla syksyllä 2009?
 - Millä terveysasemilla kierukkaehkäisyä toteutettiin?
 - Miten kierukkamäärät sekä kierukoita asettavat lääkärit jakautuivat terveysasemien välillä?
 - Miten kierukanlaiton jälkitarkastus toteutui eri terveysasemilla?

3. Oliko asemien palveluissa eroa alueiden (Pohjoinen, Läntinen, Itä, Keskusta) välillä?

6.2 Kysely terveysasemien ehkäisystä vastaaville hoitajille keväällä 2011

Kevään 2011 aineisto koostuu Helsingin kaupungin terveyskeskuksen terveysasemilla avosairaanhoidossa toimiville ehkäisystä vastaaville hoitajille osoitetun verkkokyselyn tuloksista. Kyselyn sisällön luomisessa pohjana käytettiin Sosiaali- ja terveysministeriön seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa esitettyjä terveyskeskuksille suunnattuja toimintaohjeita ja suosituksia. Suosituksista huomioitiin pääasiassa ne, jotka käsittelivät ehkäisypalvelujen järjestämistä sekä sukupuolitautilien seulontaa. Tutkimuslupa aineiston keräämiseen haettiin Helsingin terveyskeskuksen tutkimustoiminnan koordinaatioryhmältä. Kyselyn saatekirje (liite 3) toimitettiin jaettavaksi keskitetysti terveyskeskuksen johtavan ylihoitajan kautta terveysasemien osastonhoitajille, joita pyydettiin kohteliaasti välittämään tiedot kyselystä mahdollisesti terveysasemallaan toimiville ehkäisystä vastaaville hoitajille. Kysely oli löydettävissä Metropolian omalta e-lomake alustalta (<https://elomake.metropolia.fi>). Vastausaika kyselylle oli 14.2.–28.2.2011. Syksyllä 2009 kerätyn aineiston perusteella lähtökohtainen arvio oli, että vastauksia saataisiin noin kymmenen. Lopullinen vastaajien määrä oli kuitenkin huomattavasti suurempi (N=28). Vastaajien määrään on saattanut vaikuttaa se, että kyselyä ei osoitettu erikseen nimetyille vastuuhoitajille, koska tällaista nimikettä ei virallis-

ti työkentällä ole vielä käytössä. Kaikki vastaajat kuitenkin identifioivat itsensä vastauksissaan erityisesti ehkäisyn parissa työskenteleviksi.

Kyselylomake (liite 4) sisälsi yhteensä yksitoista kysymystä, joista kysymykset 2, 3 ja 7 ovat monivalintakysymyksiä. Kysymykset 1, 4, 6 ja 11 muodostuvat monivalintakysymyksistä, joita on mahdollista täydentää avoimella vastauksella. Kysymykset 5, 8, 9 ja 10 ovat avoimia kysymyksiä. Kyselylomake on jaettu viiteen osa-alueeseen. Kysymykset 1–4 käsittelevät ehkäisypalveluja, kysymykset 5 ja 6 sukupuolitautien huomioonottamista toteutettavassa terveysneuvonnassa, 7 ja 8 vastaajan mielipidettä nykyisin terveysasemallaan olevista käytännöistä ja kysymykset 9–11 vastaajan omaa koulutustaustaa. Kyselyssä ei kartoitettu vastaajien toimipaikkoja tai muita selkeästi identifioivia tietoja, koska tämän katsottiin laskevan kynnystä kyselyyn vastaamiseen ja tarkoituksena oli selvittää yleisesti ehkäisypalvelujen tilannetta asian parissa avosairaanhoidossa työskentelevien hoitajien näkökulmasta. Vastaukset koottiin Excel-taulukoihin (liite 5). Lisäksi tulokset kysymyksistä 1–4 (taulukko 1), 5–6 (taulukko 2) 7 ja 11 (taulukko 3) on esitetty taulukoissa, jotka esitetään tulosten kuvausten yhteydessä kappaleessa seitsemän. Avoimiin kysymyksiin annettuja vastauksia käsiteltiin sisällön erittelyllä, soveltaen luokittelevaa lähestymistapaa aineiston järjestämiseksi. Luokittelussa vastaukset jäsennetään sisältönsä mukaan ryhmiin ja se on yksinkertaisin aineiston järjestämisen muoto, jossa aineisto voidaan esittää selkeänä taulukkona. Koska työn aineisto oli varsin vähäinen, tämän katsottiin metodina palvelevan parhaiten työn tavoitetta saada selkeää tietoa yksinkertaisessa muodossa. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 93.)

Vastaajien taustatietoja kartoitettiin kysymyksiin (9 ja 10) vastasi 27 vastaajaa (93 % N=28) koko kyselyyn vastanneista. Kysymykseen vastanneista ehkäisyn parissa työskentelevistä hoitajista (n=27) 23 ilmoitti koulutustaustakseen terveydenhoitajan tutkinnon. Sairaanhoidajan tai kätilön koulutuksen saaneita oli molempia kaksi vastanneista (7 %). Hoitajien kokemus ehkäisyneuvonnan parissa työskentelystä vaihteli muutamasta kuukaudesta lähes kolmeen kymmeneen vuoteen. Vastanneista (n=27) neljä oli työskennellyt ehkäisyneuvonnan parissa alle vuoden, seitsemän 1–5 vuotta, viisi 6–10 vuotta, kuusi 11–20 vuotta ja kaksi yli 20 vuotta. Yksi vastaajista ilmoitti, että hänen toimipisteessään ehkäisykäynnit menevät suoraan lääkärille. Tämän lisäksi yksi vastaaja jätti ilmoittamatta ajan määrään, joten vastausta ei voitu sijoittaa oikeaan ryhmään.

6.2.1 Tutkimuskysymykset

Kevään 2011 aineistolle esitettävät tutkimuskysymykset olivat:

1. Toteutuivatko ehkäisypalvelut terveysasemilla Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman (2007–2011) suositusten mukaisesti?
 - Saivatko alle 20-vuotiaat terveysasemalta ehkäisyvälineitä maksutta?
 - Kuinka pitkä aika kului yhteydenotosta vastaanotolle pääsemiseen?
 - Millä aikavälillä ensiehkäisyn aloittamisen seurantakäynti toteutui?
 - Mitä sisältyi terveysasemalla toteutettuun ehkäisyneuvontaan?
2. Toteutuivatko sukupuolitautilien seulonnat Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman (2007–2011) suositusten mukaisesti?
 - Missä tilanteissa terveysasemilla toteutui systemaattinen sukupuolitautilien seulonta?
 - Huomioitiinko sukupuolitaudit ja seksuaalikäyttäytyminen matkailijoiden terveysneuvonnassa?
3. Miten ehkäisystä vastaavat hoitajat kokivat palvelujen toimivan tällä hetkellä?
 - Koettiin sisäinen ohjeistus ehkäisypalvelujen toteuttamisesta tarpeelliseksi?
 - Miten vastaajat kokivat, että ehkäisypalveluja voisi perusterveydenhuollossa kehittää?

7 Tulokset

7.1 Raskaudenehkäisy palvelujen järjestäminen terveysasemilla syksyllä 2009

7.1.1 Ehkäisy palveluiden järjestäminen ja pilleriehkäisyn aloittaminen

Ehkäisy palveluiden järjestämistä kartoittavaan kysymykseen oli saatu lääkäreiden vastaus kaikilta asemilta (N=26). Kahdellakymmenellä neljällä terveysasemalla määritettiin, että ehkäisy toteutui sekä avovastaanotolla että äitiysneuvolassa. Ainoastaan Pitäjän-

mäen ja Malmin terveysasemilla ehkäisyä ilmoitettiin toteutettavan vain avovastaanotolla. Käytännöt nimetyin ehkäisyn vastuuhenkilön suhteen vaihtelivat. Yhdeltätoista terveysasemalta (N=26) ilmoitettiin, että asemalla oli nimetty ehkäisyn vastuuhoitaja. Näistä hoitajista kolmen kerrottiin kuitenkin toimivan neuvolassa, eli heitä ei virallisesti lasketa terveysaseman avosairaanhoidon henkilökuntaan kuuluviksi. Noin joka kolmannella terveysasemalla (n=8) oli nimetty ehkäisyn vastuulääkäri syksyllä 2009. Tämän lisäksi kahdella terveysasemalla (N=26) oli avopuolella vastuutehtävään nimitetty sekä lääkäri että terveydenhoitaja. Poikkeuksena vastauksissa esiintyivät läntisen alueen terveysasemat, joista yhdelläkään ei ollut vastuutehtävään nimettyä terveydenhoitajaa eikä lääkäriä syksyllä 2009. (Liite 2. Taulukko 1.)

Selvityksen mukaan viidellätoista niistä asemista, joilta kysymykseen pilleriehkäisyn aloittamisesta oli hyväksyttävästi vastattu (n=25), ilmoitettiin, että tapauksissa, joissa mitään erityistä ei ollut, ehkäisytabletit aloitti vain lääkäri. Yhdeltä terveysasemalta saatua vastausta ei huomioitu koska kysymykseen oli annettu kaksi vastausta, jotka olivat keskenään ristiriidassa. Malmin terveysasemalla ehkäisyn aloitti aina ensisijaisesti terveydenhoitaja, jos mitään erityistä ei ollut todettu. Puistolassa ehkäisytabletit saattoi ongelmattomissa tapauksissa aloittaa kuka tahansa terveydenhoitajista. Tämän lisäksi hoitaja saattoi aloittaa ongelmattomissa tapauksissa ehkäisytabletit yhdeksällä muulla terveysasemalla. Yhteensä terveysasemilta (N=26) ilmoitettiin Helsingissä olevan 12 pilleriehkäisyn aloittavaa hoitajaa Puistolassa terveysaseman hoitajien lisäksi. Suutarilassa pilleriehkäisy aloitettiin terveydenhoitajan ja lääkärin yhteistyönä. (Liite 2. Taulukko 2.)

7.1.2 Kierukkaehkäisy

Syksyllä 2009 22 terveysasemalta (N=26) ilmoitettiin, että heillä laitetaan kierukoita. Töölön terveysasemalla kierukoiden laitto oli tarkoitus aloittaa tulevaisuudessa, kun resurssit sen mahdollistavat. Se laskettiin tässä yhteydessä vielä kuuluvaksi terveysasemiin, jotka eivät asentaneet kierukoita syksyllä 2009. Helsingin kaupungin terveysasemilla laitettiin kyselyn vastausten mukaan vuonna 2009 keskimäärin vähintään noin 222 kierukkaa kuukaudessa. Ylilääkäri Satu Suhoselta saadun tiedon mukaan toteutuneet kierukan laitot olivat kuitenkin kaikilla asemilla määrällisesti vastauksissa annettu- ja arvioita vähäisemmät. Laskettaessa kierukoiden keskimääräisiä kuukausikohtaisia

laittomääriä huomioitiin asemien ilmoittama vähimmäismäärä. Määrät eivät jakautuneet tasaisesti eri alueille. Kaksi eniten kierukoita laittavaa terveysasemaa sijaitsi Itäisellä alueella. Herttoniemessä asennettiin 35 kierukkaa (16 % N=222) ja Vuosaarella 30 kierukkaa (14 % N=222) kaikista Helsingin terveysasemilla kuukaudessa asennetuiksi ilmoitetuista kierukoista. Vähiten kierukoita asennettiin Keskustan alueella, jossa vain puolet asemilta vastanneista lääkäreistä (Kallio, Koskela, Vallila) ilmoitti, että terveysasemallaan asennetaan kierukoita. Pohjoisella ja Läntisellä alueella kaikki asemat ilmoittivat, että kierukoita asennetaan. Yhdeksällä niistä terveysasemista, joilla kierukoita asennettiin (n=22), oli yksi asennuksia toteuttava lääkäri. Enimmillään lääkäreitä oli Maunulan (4 lääkäriä) sekä Haagan (4–5 lääkäriä) terveysasemilla.

Kierukoiden jälkitarkastuksen ajankohdassa oli runsasta vaihtelua. Kymmenen tähän kysymykseen vastanneista terveysasemista (n=21) ilmoitti jälkitarkastuskäynnin toteutuvan aina 3–6 kuukauden kuluessa kierukan asettamisesta eli Helsingin kaupungin suosituksen mukaisesti riippumatta siitä, oliko kyseessä ensimmäinen kierukka vai ei. Kolme kierukoita asentavista asemista (n=21) ilmoitti käytäntöön vaikuttavan sen, oliko kyseessä ensimmäinen kierukka. Jos kyseessä oli ensimmäinen kierukka, jälkitarkastus toteutettiin asemasta riippuen 3–6 kuukauden sisällä kierukan asettamisesta. Jos asiakkaalla oli ollut aiemmin kierukka, toteutettiin jälkitarkastus kaikilla kolmella asemalla vuoden kuluttua asettamisesta. Koskelan terveysasemalla käytäntönä oli, että asiakas soittaa kolmen kuukauden kuluttua kierukan asetukselta terveydenhoitajalle, joka varasi tarvittaessa vastaanottoajan joko lääkärille tai hoitajalle. Kahdella vastanneista terveysasemista jälkitarkastus suoritettiin tavallisesti 6–12 kuukauden sisällä, ja neljällä asemalla vuoden kuluttua toimenpiteestä.

Kierukan jälkitarkastuksen tekijää koskevaan kysymykseen saatiin vastaus 24 terveysasemalta. Jälkitarkastuksen suoritti aina lääkäri 17 terveysasemalla (n=24). Neljällä terveysasemista jälkitarkastuksen suoritti aina ensisijaisesti terveydenhoitaja. Kontulan terveysasemaa lukuun ottamatta kaikilta kierukoita asentavilta terveysasemilta oli vastattu myös selvityksen viimeiseen kysymykseen jälkitarkastuksen sisällöstä. Vastauksen olivat antaneet myös Itäkeskus ja Viiskulma, jotka kuitenkin edeltävässä kysymyksessä olivat ilmoittaneet, ettei kierukoita terveysasemalla asenneta. Kysymykseen laskettiin vastatuksi näin ollen yhteensä 23 asemalta (n=23).

Niillä asemilla, joissa jälkitarkastuksen ensisijaisesti suoritti terveydenhoitaja (4 asemaa), tarkastukseen kuului asiakkaan haastattelemine sekä kierukan lankojen tarkistus. Vuosaaren terveysasemalla hoitaja ilmoitettiin erikseen myös ohjaavan asiakkaan haastattelun perusteella tarpeen mukaan laboratorio- tai PAPA-kokeeseen. Myös Oulunkylän ja Laajasalon terveysasemilta ilmoitettiin hoitajan ohjaavan asiakkaan laboratoriokokeisiin tarvittaessa. Koskelassa hoitajan tekemä haastattelu toteutettiin kolmen kuukauden kuluttua kierukan asennuksesta puhelimitse ja vastaanotto järjestettiin tarvittaessa. Lääkärin suorittamaan jälkitarkastukseen ilmoitettiin terveysasemilla (n=23) kuuluvan vähintään gynekologisen statuksen tarkistus. Tämän lisäksi seitsemältä asemalta ilmoitettiin erikseen jälkitarkastukseen kuuluvan myös haastattelun. Laakson, Paloheinän ja Suutarilan terveysasemilta ilmoitettiin myös, että tarvittaessa asiakkaalle tehtiin PAPA-tutkimus. Ultraäänitutkimus ilmoitettiin tehtäväksi tarvittaessa Kallion, Viiskulman ja Pihlajanmäen terveysasemilla.

7.2 Ehkäisystä vastaavien hoitajien kuvaukset ehkäisypalveluista keväällä 2011

7.2.1 Ehkäisypalvelujen toteutuminen suhteessa suosituksiin

Saatuun vastausten mukaan ehkäisyvälineitä jaettiin Helsingin terveysasemalla vaihtelevasti. Kaksikymmentäkuusi vastannutta hoitajaa (N=28) kertoi ensimmäisen kysymyksen vastauksissa alle 20-vuotiaiden saavan toimipisteessään ehkäisyvälineitä maksutta kolmeksi kuukaudeksi. Kahden hoitaja vastauksissa huomioitiin erikseen myös se, että ilmaisia ehkäisyvälineitä jaettiin kaikenikäisille, jos kyse on ensimmäisestä ehkäisy menetelmästä. Kahdessa vastauksessa ilmoitettiin, ettei ilmaisia ehkäisyvälineitä jaettu maksutta alle 20-vuotiaille.

Kaikissa hoitajien vastauksissa mainittiin jaettaviksi ehkäisyvälineiksi vähintään e-pillereitä. Seitsemäntoista niistä vastaajista (n=26), jotka kertoivat asemalta jaettavan ilmaisia ehkäisyvälineitä, mainitsi erikseen jaettavien ehkäisyvälineiden koskevan ensimmäistä ehkäisyä. Kolme hoitajaa mainitsi pillereiden rinnalla vaihtoehdoksi ehkäisyrenkaan. Kolmen kuukauden pillerien ja ehkäisyrenkaan lisäksi ensimmäisen kierukan maksuttomaksi mainitsi kuusi vastaajaa. Näiden lisäksi myös ensimmäisen ehkäisykapseli mainittiin maksuttomaksi neljän hoitajan vastauksessa. Laastari mainittiin yhdeksi maksuttomista kolmeksi kuukaudeksi tarjottavista ehkäisy menetelmistä vain yhden

hoitaja vastauksessa. Kondomit mainittiin kuuden hoitajan vastauksessa, joista yksi hoitaja kertoi kondomien olevan ainoa maksuttomana jaettava ehkäisyväline. Kondomien ilmaiseksi jaettavat määrät vaihtelivat vastaajasta riippuen. Kaikkien vastanneiden joukosta löytyi myös yksi, jonka mukaan hänen toimipaikassaan mikä vain ensimmäinen ehkäisy oli alle 20-vuotiailla maksuton.

Ehkäisyn aloittamista varten vastaanotolle pääsemiseen kulunut keskimääräinen aika vaihteli hoitajien vastauksissa. Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelman esittämän suositellun ajan eli viikon sisällä vastaanotolle pääsi kahdeksassa annetuista vastauksista (N=28). Viikon tai kahden (8–14 vuorokautta) sisällä ensiehkäisynaloitukseen pääsi seitsemän vastauksen mukaan. Suurin osa, eli 11 vastaajaa ilmoitti, että vastaanotolle ehkäisyn aloittamista varten pääsi 15–21 vuorokauden sisällä yhteydenotosta. Kahden vastaajan mukaan heidän toimipisteessään kului yli 22 vuorokautta ennen kuin asiakas sai ajan ehkäisyn aloittamista varten.

Ehkäisyn aloittamisen jälkeinen seurantakäynti toteutui terveysasemilla Helsingin kaupungin ohjeiden puitteissa melko hyvin. Seitsemäntoista vastaajaa (N=28) mainitsi, että seurantakäynti toteutui Helsingin terveyskeskuksen määrittelemän ajan mukaisesti 3–6 kuukauden kuluttua ehkäisyn aloittamisesta. Neljän vastaajan mukaan ensimmäinen seurantakäynti toteutettiin yleensä alle kolmen kuukauden kuluessa. Kuuden vastaajan mukaan seurantakäynti toteutui 7–12 kuukauden ja yhden mukaan yli vuoden kuluttua ensimmäisen ehkäisyn aloittamisesta.

Terveysasemalla hoitajien toteuttaman ehkäisyneuvonnan sisältöä koskevaan kysymykseen vastasivat kaikki kyselyyn osallistuneet (N=28). Kolmetoista vastaajaa ilmoitti, että terveysasemalla toteutettuun ehkäisyneuvontaan sisältyy haastattelu seksuaalikäyttäytymisestä, parisuhteen luonteesta ja elämäntilanteesta sekä keskustelu ehkäisyvaihtoehtoista ja sukupuolitautilien ehkäisystä. Vain neljä vastanneista ilmoitti, että heidän terveysasemallaan toteutettavaan ehkäisyneuvontaa kuului lisäksi myös seksuaalisen väkivallan ehkäisy ja tunnistaminen. Kahdessa annetussa vastauksessa ilmoitettiin, että hoitajan toteuttama ehkäisyneuvonta sisältää vain keskustelun ehkäisyvaihtoehtoista ja sukupuolitautilien ehkäisystä. Näistä toinen vastaaja mainitsi myös, että haastattelun toteuttivat pääasiassa lääkärit. Jäljelle jäävissä seitsemässä vastauksessa jäi vaihtelevasti puuttumaan joku seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toiminta-

ohjelman suositusten mukaisista aihealueista seksuaalisen väkivallan ehkäisyn ja tunnistamisen lisäksi. (Taulukko 1.)

Toimintaohjelman mukaisten aiheiden lisäksi vastaajat kertoivat ehkäisyneuvonnan sisältävän mm. keskustelun yleisestä terveydentilasta ja terveystottumuksista sekä mahdollisista ehkäisyn vasta-aiheista. Yksi vastaaja toi lisäksi tämän kysymyksen yhteydessä esille, että ehkäisyneuvonta toteutuu hyvin vaihtelevasti, koska Helsingissä ei ole päätetty ehkäisyprosessista. Tämän vuoksi asiakkaat tulevat vaihtelevasti joko lääkärille tai hoitajalle. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Kevään 2011 kyselyn kysymysten 1–4 taulukoidut vastaukset.

Kysymys	Vastausvaihtoehdot	n
1. Saavatko alle 20-vuotiaat terveysasemallanne ehkäisyvälineitä maksutta?	Kyllä	25
	Ei	2
	<i>Yhteensä</i>	<i>27</i>
2. Kuinka kauan keskimäärin kestää yhteydenotosta, että ehkäisy asiakas pääsee vastaanotolle ehkäisyn aloittamista varten?	0–3 vrk	0
	4–7 vrk	8
	8–14 vrk	7
	15–21 vrk	11
	Yli 22 vrk	2
	<i>Yhteensä vastanneita</i>	<i>28</i>
3. Milloin asiakas tulee keskimäärin seurantakäynnille ensimmäisen ehkäisyn aloittamisen jälkeen?	Alle 3kk	4
	3–6 kk	17
	7–12 kk	6
	Yli 12 kk	1
	<i>Yhteensä vastanneita</i>	<i>28</i>
4. Mitä terveysasemallanne toteutettu ehkäisyneuvonta sisältää?	Haastattelu seksuaalikäyttäytymisestä	23
	Haastattelu parisuhteen luonteesta	21
	Haastattelu elämäntilanteesta	25
	Keskustelu ehkäisyvaihtoehdoista	28
	Sukupuolitautilien ehkäisy	27
	Seksuaalisen väkivallan ehkäisy/tunnistaminen	4
	Muuta	9
	<i>Yhteensä vastanneita</i>	<i>28</i>

7.2.2 Sukupuolitaudit

Sukupuolitautilien systemaattista seulontaa koskevaan kysymykseen vastasi 25 hoitajaa eli 90 % kaikista kyselyyn osallistuneista (N=28). Neljä vastanneista (n=25) kuvasi seulonnan toteutuvan systemaattisesti niin ensiehkäisyn aloittajilta, kumppanin vaihduttua kuin ensikäynnilläkin jos asiakkaalla on aikaisemmin todettu sukupuolitauti. Lisäksi vastaajat mainitsivat seulontaa toteutettavan myös, jos asiakkaalla on oireita, tarpeen vaatiessa sekä raskaudenkeskeytyksen yhteydessä. Neljä vastaajaa ilmoitti seulonnan toteutuvan säännöllisesti ensiehkäisyä aloittavien kohdalla. Heistä kolme mainitsi, että tämän lisäksi seulontaa toteutetaan ensisijaisesti silloin kun asiakas ottaa yhteyttä, joko oireellisena tai oireettomana itse testiä toivoen. Yksitoista vastaajaa eli suurin osa vastanneista (n=25) ilmoitti, ettei seulontaa toteuteta toimipisteessään systemaattisesti, vaan yleensä lähinnä asiakkaan pyynnöstä tai muuten tarpeen mukaan. Yksi vastaaja mainitsi, että sukupuolitauteja seulotaan systemaattisesti ainoastaan ehkäisyn kolmen kuukauden kontrollissa. (Taulukko 2.)

Matkailijoiden terveysneuvontaan sisältyvä ohjaus sukupuolitauteihin ja seksuaalikäyttäytymiseen liittyen toteutui saatujen vastausten mukaan hieman suositeltua huonommin. Yhdessätoista vastauksessa (N=28) hoitajat ilmoittivat, ettei matkailijoiden terveysneuvonnassa oteta esille sukupuolitauteja tai seksuaalikäyttäytymistä. Näistä kahdessa vastauksessa mainittiin, ettei varsinaista matkailijoiden terveysneuvontaa toteuteta heidän toimipisteessään. Seitsemäntoista vastaajista ilmoitti edellä mainittujen aiheiden kuuluvan osaksi terveysasemallaan toteutettavaa matkailijoiden terveysneuvontaa. Keinoja asian esille ottamiseen olivat mm. keskustelu ja muistuttelu riskeistä, riskikäyttäytymisestä, kondomin käytöstä sekä siitä miltä rokotukset suojaavat ja miltä eivät. Useissa vastauksissa huomioitiin se, mikä on asiakkaan matkan kohdemaana. Vastausten joukossa oli maininta myös siitä, että on hyvä muistuttaa asiakasta käyttämään erityisesti kotimaisia kondomeja. Lisäksi yhdessä vastauksessa mainittiin myös, että turvaseksistä keskustellaan erityisesti nuoremman väestön kanssa. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Kevään 2011 kyselyn kysymysten 5–6 vastaukset.

Kysymys	Vastausvaihtoehdot	n
5. Seulotaanko sukupuolitauteja systemaattisesti terveysasemallanne...	...ensiehkäisyn aloittajilta	9
	...ehkäisykäynnillä kumppanin vaihduttua	7
	...ensikäynnillä jos asiakkaalla on aikaisemmin todettu sukupuolitauti	6
	...muulloin	21
	<i>Yhteensä vastanneita</i>	<i>26</i>
6. Otetaanko matkailijoiden terveysneuvonnassa esiin sukupuolitaudit ja seksuaalikäyttäytyminen?	Kyllä	17
	Ei	11
	<i>Yhteensä vastanneita</i>	<i>28</i>

7.2.3 Mielipiteet käytännöistä

Vastanneiden hoitajien mukaan Helsingin sisäinen ohjeistus ehkäisypalvelujen toteuttamisesta olisi tarpeellinen työn tueksi. Ohjeistuksen tarpeellisuutta koskevaan kysymykseen vastanneista 25 (N=28) koki Helsingin sisäisen ohjeistuksen ehkäisypalvelujen toteuttamisesta olevan tarpeellinen terveydenhuollon avovastaanotolla. (Taulukko 3.)

Kehitysehdotuksia seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluihin liittyen saatiin paljon ja vastaukset olivat monipuolisia. Kyseistä aihealuetta koskevaan kysymykseen vastasi 22 koko kyselyyn vastanneista hoitajista (N=28). Terveysasemien yhtenäisiä käytäntöjä ja ohjeistusta ehdotti kolme (n=22) ja palvelujen keskittämistä kannatti viisi vastanneista. Kolme vastanneista koki, ettei ehkäisyneuvonnalle ole riittävästi aikaa. Tähän ongelmaan ratkaisuksi ehdotettiin muun muassa lisää aikaa neuvonnan toteuttamiseen sekä lisää henkilökuntaa. Neljä hoitajaa näki erillisen vastaanottotoiminnan tai yhden koulutetun vastuuhenkilön hyvänä kehittämistapana, joka helpottaisi myös muiden terveysasemalla toimivien työtaakkaa ja takaisi hoitajan perehtyneisyyden ehkäisyasioihin. Yksi vastanneista hoitajista mainitsi myös, että erillisen vastaanottotoiminnan tai vastaanottajan lisäksi olisi hyvä, että myös muita avosairaanhoidossa toimivia koulutettiin jatkuvasti. Näin myös taattaisiin hyvätasoinen ehkäisyneuvonta kaikille asiakkaille. Neljä vastanneista hoitajista kokikin lisäkoulutuksen ja säännöllisen koulutuksen tarpeelliseksi, jotta tiedot pysyvät ajan tasalla. (Liite 5. Taulukko 6.)

Yksi vastanneista (n=22) ehdotti ehkäisyn aloitusta kokonaan terveydenhoitajan työtehtäväksi ja vuosikontrollien jakamista lääkärin ja hoitajan kesken vuorovuosittain. Tällöin potilaan ehkäisyreseptin uusiminen tapahtuisi vuorovuosin hoitajan kautta ja vuorovuosin lääkärikäynnillä. Lisäksi gynekologinen tarkastus ja PAPA-näyte otettaisiin lääkärin vastaanotolla joka toinen vuosi. Kehittämisehdotuksissa mainittiin myös kampanjointi niiden nuorten aikuisten ehkäisyasioista, jotka eivät ole koulu- tai opiskeluterveydenhuollon piirissä sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen kohdentaminen nuoriin ja ulkomaalaisiin esim. "matalankynnyksen" paikkoja lisäämällä. Esiin tuotiin myös, että olisi hyvä jos raskaudenkeskeytyksen jälkiseurantaa toteutettaisiin vielä kolmen kuukauden kuluttua keskeytyksestä ehkäisyasioiden merkeissä. Matkailijoiden informaatioon sisällytettävä sukupuolitauteineuvonta ja sukupuolitautiltestien kasvatettava tarjonta mainittiin myös kehittämissuosituksissa. (Liite 5. Taulukko 6.)

7.2.4 Lisäkoulutus ja sen tarve

Vastanneiden hoitajien saamassa raskaudenehkäisyä koskevassa lisäkoulutuksessa on eroja ja kokemukset sen riittävydestä vaihtelivat. Vastanneista 17 (n=28) ilmoitti saaneensa lisäkoulutusta tehtävänsä. Tarkentavaan kysymykseen koulutuksen laadusta ja riittävydestä vastanneista hoitajista 11 (n=18) toi erikseen ilmi, ettei heidän saamansa koulutus ole ollut riittävää ja tarve on edelleen suuri. Seitsemän vastaajista kertoi olleensa jossain vaiheessa Helsingin kaupungin järjestämässä koulutuksessa. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tai muun sairaanhoitopiirin järjestämässä koulutuksessa oli ollut neljä vastaajista. Lääkefirmojen kerrottiin järjestävän laadukasta koulutusta, mutta niissä keskitytään vain firmojen omiin tuotteisiin. Tiedon koettiin myös muuttuvan ja vanhenevan hyvin nopeasti, esim. ehkäisyvalmisteet muuttuvat jatkuvasti ja lisää tietoa tulee. Omaehtoisien opiskelun mainitsi erikseen neljä vastaajaa. Vastauksissa tuotiin esille myös, että erityisesti koulutus seksuaaliterveydestä ja seksuaalisuudesta olisi tarpeen valmisteista saatavan informaation lisäksi. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Kevään 2011 kyselyn kysymysten 7 ja 11 vastaukset.

Kysymys	Vastausvaihtoehdot	n
7. Koetteko tarpeelliseksi Helsingin sisäisen ohjeistuksen ehkäisypalvelujen toteuttamisesta terveydenhuollon avovastaanotolla?	Kyllä	25
	En	3
	<i>Yhteensä</i>	<i>28</i>
11. Oletteko saanut lisäkoulutusta raskaudenehkäisystä?	Kyllä	17
	En	10
	<i>Yhteensä</i>	<i>27</i>

7.3 Yhteenveto keskeisistä tuloksista

Syksyn 2009 kyselyn tuloksista keskeisimpinä voidaan pitää sitä, että vain alle puolelta asemista löytyi kyselyn toteuttamisen aikaan nimetty ehkäisyvastuuhoitaja ja tätäkin harvemmalta asemalta nimetty ehkäisyvastuulääkäri. Kahdellatoista asemalla (N=26) ei ollut ainoatakaan nimettyä ehkäisyvastuuhenkilöä. Erityisesti esiin nousi Läntinen alue, jossa yhdelläkään terveysasemalla ei ollut nimettyä henkilöä näissä tehtävissä. Huomattava ero asemien välillä on myös siinä, kuka aloitti pilleriehkäisyn ongelmattomissa tapauksissa. Yli puolet asemista ilmoitti, että pilleriehkäisyn aloitti aina lääkäri. Poikkeuksena vastauksista esiin nousi Puistolalan terveysasema, jossa kaikkien terveydenhoitajien kerrottiin voivan aloittaa ehkäisy ongelmattomissa tapauksissa. Tulosten mukaan lähes kaikilla Helsingin terveysasemilla asennettiin kierukoita ja ilmoitetut keskimääräiset kuukausittaiset kierukkojen määrät vaihtelivat huomattavasti asemien välillä.

Kevään 2011 kyselyyn vastanneiden ehkäisystä vastaavien hoitajien (N=28) mukaan näytti siltä, että alle 20-vuotiaat saavat terveysasemilla ehkäisyvälineitä maksutta, joskin annetut ehkäisyvälineet vaihtelevat huomattavasti. Kaikissa vastauksissa mainittiin kuitenkin jaettavien välineiden joukkoon ehkäisytabletit. Asiakas pääsi vastaanotolla ehkäisyn aloittamista varten 15–21 vuorokauden sisällä yhteydenotosta suurimmassa osassa tapauksia. Lähes yhtä moni vastaaja ilmoitti aloituksen toteutuvan 8–14 vuorokauden sisällä. Yli puolet vastaajista ilmoitti seurantakäynnin toteutuvan 3–6 kuukauden kuluttua ehkäisyn aloittamisesta. Jopa kuusi vastaajaa ilmoitti seurantakäynnin toteutuvan vasta 7–12 kuukauden kuluttua. Ehkäisyneuvonnan sisällöstä keskeisenä tuloksena nousi se, että vain neljä vastaajaa ilmoitti ehkäisyneuvonnan toimipaikkaan sisältävän kaikki kyselyssä esitetyt vaihtoehdot mukaan lukien seksuaalisen väkivallan

ehkäisyn ja tunnistamisen. Sukupuolitauteja ei myöskään seulottu useimpien vastaajien mukaan systemaattisesti ja vain hieman yli puolet vastaajista kertoi että sukupuolitaudit ja seksuaalikäyttäytyminen otetaan puheeksi matkailijoiden terveysneuvonnassa. Lähes kaikki vastaajat kokivatkin, että työkentällä olisi selkeä tarve terveyskeskuksen sisäiselle ohjeistukselle ehkäisy palveluiden toteuttamisesta ja että myös tarve säännöllisesti saatavalle lisäkoulutukselle olisi suuri.

8 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoitus oli kerätä tietoa tämän hetkisestä tilanteesta seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden toteutumisesta ja palvelujärjestelmän tilanteesta Helsingin terveyskeskuksessa. Yhdessä työn kaksi aineistoa antoivatkin varsin kattavasti tietoa palveluiden toteutumistavoista ja työkentällä tällä hetkellä käytössä olevista käytänteistä. Syksyn 2009 kohdalta tavoitteen saavuttamiseen varmasti vaikutti se, että se kyseessä oli puolitoista vuotta vanha lähdemateriaali ja on todennäköistä, että tilanne useilla terveysasemilla on jo ehtinyt muuttua. Kevään 2011 vastauksista olisi mahdollisesti saatu enemmänkin yksityiskohtaisempaa tietoa, jos vastaajilta olisi kysytty myös toimipaikkaa. Koska terveysasemilla kuitenkin työskentelee vain rajallinen määrä ehkäisyistä vastaavia hoitajia, olisi tämä tehnyt vastaajista identifioitavia ja vaikuttanut vastaajien anonymiteettiin. Tämä olisi todennäköisesti myös vaikuttanut vastausmääriin ja vastausten sisältöön. Tarkoituksensa tulevaisuudessa käytettävän materiaalin keräämiseksi työn voidaan katsoa saavuttaneen varsin hyvin.

Käytettävän metodin valitseminen työhön oli aluksi haasteellista aineistojen vähäisen määrän ja erilaisuuden vuoksi. Päätös käsitellä aineistoa ensisijaisesti tapauskuvauksena kuitenkin selvensi lähestymistapaa ja helpotti työn toteuttamista. Vastausten jakaminen taulukoihin oli pienen otannan ja kyselyiden rakenteiden vuoksi toimiva tapa jaotella ja selkeyttää aineistoa sen tulkintaa varten. Vaikka sisällön analyysia käytettiin lähinnä ohjaamaan kysymysten sisällön tulkintaa, toimi se hyödyllisenä apuvälineenä käsiteltäessä materiaalien avoimia kysymyksiä.

Syksyllä 2009 toteutetun kyselyn tulkinnassa tuli vastaan muutamia tulosten käsittelyä vaikeuttaneita yksityiskohtia. Merkittävimmäksi näistä tekijöistä nousi ero vastanneiden

henkilöiden virka-aseman välillä. Kysely suunnattiin alun perin ensisijaisesti terveysasemien ylilääkäreille, mutta useilla terveysasemilla vastaaminen oli delegoitu toiselle taholle. Tämä johtui osaltaan siitä, että esimerkiksi pienillä terveysasemilla ei ylilääkäriä välttämättä edes ole. Kyselyyn oli näin ollen vastannut myös apulaisyllilääkäreitä, ehkäisyyn vastuulääkäreitä, terveyskeskuslääkäreitä ja hoitajia. Ammattikuntien erilainen näkökulma toimintaan oli havaittavissa erityisesti niiden terveysasemien vastauksissa, joista oli annettu enemmän kuin yksi vastaus (Kivikko ja Kontula). Vastaukset näiden terveysasemien osalta erosivat keskenäänkin toisistaan mm. siinä kuka voi ehkäisyyn terveysasemalla aloittaa. Esimerkiksi Kivikon terveysasemalta saaduista neljässä vastauksessa kahdessa kerrottiin ehkäisyyn aloittajan olevan aina lääkäri, kun taas kahdessa muussa vastauksessa ehkäisyyn saivat aloittaa myös terveydenhoitajat. Näissä vastauksissa ei kuitenkaan ollut esitetty ehkäisyyn aloittavien terveydenhoitajien määrää. Niiden terveysasemien vastaukset, joilta kyselyyn oli saatu useampi kuin yksi vastaus päädyttiin esittämään työssä vastauksia karsimatta.

Kierukkaehkäisyä käsittelevien kysymysten haasteeksi muodostui erityisesti se, mitä vastaajien käyttämällä termeillä tarkoitettiin jälkitarkastuksen yhteydessä. Vastaajat olivat käyttäneet useita lähelle toisiaan kuuluvia synonyymeja määrittämään jälkitarkastuksessa toteutettavia toimenpiteitä. Niiden moninaisuuden vuoksi ja koska työn toteuttamisen vaiheessa tarkan vastaajan tarkoittaman merkityksen selvittäminen olisi ollut mahdotonta, työssä päädyttiin käsittelemään vastaukset ryhtymättä tulkitsemaan tarkoitettua sisältöä pidemmälle konkreettisten suuntaviivojen ollessa vajavaiset. Niinpä vastaukset huomioitiin siinä asussa, jossa ne oli alkuperäisissä vastauspapereissa esitetty ja niiden tulkitsemisessa konsultoitui ylilääkäri Satu Suhosta. Osassa vastauslomakkeita tulkintaa vaikeutti lisäksi se, ettei vastauksia oltu merkitty selvästi tai kysely oli lähtökohtaisestikin täytetty puutteellisesti. Kohdat, jotka vastaajat olivat jättäneet tyhjiksi, huomioitiin tässä työssä esitetyissä taulukoissa kysymysmerkillä ja jätettiin pois niistä työn prosentuaalisista määrityksistä joissa käsiteltiin vastauksen antaneita terveysasemia.

Kevään 2011 aineiston käsittelyssä nousi luotettavuuden kannalta esiin erityisesti se, että yhdeksäs kysymys (Kuinka kauan olet toiminut hoitajana ehkäisyneuvonnan parissa?) olisi voitu toteuttaa strukturoidusti vastausten esittämisen helpottamiseksi. Lisä-

koulutusta käsittelevän yhdenkymmentä kysymyksen jatkokysymys, jossa tiedusteltiin saadun koulutuksen sisältöä, olisi voinut sisältää myös kysymyksen siitä kuinka kauan aikaa edellisestä lisäkoulutuksesta oli kulunut. Kuitenkin kevään 2011 kyselyn luotettavuuteen vaikutti todennäköisesti eniten se tavoittiko kysely oikeat kohdehenkilöt. Koska tiedossa ei ollut terveysasemien ehkäisystä vastaavien hoitajien määrää tai henkilöllisyyttä kyselyä ei voitu toimittaa suoraan kohdehenkilöille. Koska edellä mainitusta syystä vastaajia ei haluttu identifioida myöskään toimipaikkansa mukaan, ei ole varmuutta siitä onko kaikilta terveysasemilta vastattu vai jakautuvatko vastaukset epätasaisesti eri terveysasemien välillä.

Tuloksia tarkasteltaessa on havaittavissa, että Sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelman sekä Helsingin kaupungin suositukset toteutuivat terveysasemilla vain osittain ja hyvin vaihtelevasti. Kun katsotaan saatuja tuloksia suositusten valossa nousevat palvelujen järjestymättömyys sekä ohjeellisten aikarajojen noudattaminen keskeisimmiksi ongelmiksi. Toimintaohjelman mukaan palvelut olisi keskitettävä tietyille taholle ensisijaisesti siksi, että kaikille asiakkaille voitaisiin taata asiantuntevaa neuvontaa. Useat kevään 2011 kyselyyn vastanneet hoitajat toivat esille kokemuksensa koulutuksen ja resurssien riittämättömyydestä, joka osaltaan varmasti vaikuttaakin siihen, ettei ehkäisyneuvonnan tai matkailijoiden terveysneuvonnan sisältö useissa vastauksissa vastannut toimintaohjelman esittämiä suosituksia. Jaettavat ehkäisyvälineet vaihtelivat myös hyvin paljon ja vain muutama vastannut hoitaja ilmoitti tarjolla olevan suositusten mukaisesti kaikki olemassa olevat vaihtoehdot. Suuressa osassa vastauksia läheskään kaikki asiakkaat eivät päässeet tarkastukseen tai vastaanotolle ohjeiden ja suositusten mukaisten aikarajojen sisällä. Myös sukupuolitautilien ehkäisyn ja vähentämisen näkökulmasta ongelma vaikuttaisi olevan juuri yhtenäisten linjausten puutteessa. Esimerkiksi sukupuolitautilien systemaattinen seulonta oli vastauksissa huomattavan vähäistä verrattaessa toimintaohjelman asettamiin suosituksiin eikä hoitajilla ollut selkeää linjaa siitä milloin seulontoja tulisi tehdä. Näin ollen, vaikka ehkäisypalveluiden toteuttamiseen on enenevässä määrin kiinnitetty huomiota, ei tilanne vielä vastaa asetettuja tavoitteita.

Kevään 2011 kyselyyn vastanneet hoitajat toivat vastauksissaan ilmi lisäresurssien tarpeen, joka varmasti myös on osaltaan syy siihen miksi suositukset eivät täysin toteudu. Vastausten perusteella voidaan sanoa, että tarve ehkäisypalvelun prosessin selkeyttä-

miselle ja Helsingin kaupungin sisäiselle ohjeistukselle on suuri. Varsinkin työnjaon selventäminen lääkärin ja hoitajien vastuualueiden välillä parantaisi työntekijöiden kykyä toimia ehkäisy- ja palveluiden parissa. Tilanteen parantamiseksi toimintojen keskittäminen, selkeyttäminen ja oikein kohdentaminen esimerkiksi nimeämällä kaikille terveysasemille ehkäisyvastuuhoitajat, joiden työnkuva suunnattaisiin selkeästi ensisijaisesti ehkäisy- ja palveluihin, olisi tarpeellista. Koulutuksen seksuaali- ja lisääntymisterveydestä tulisi olla nykyistä säännöllisempää ja monipuolisempaa, sisältäen ehkäisyvalmisteiden tuntemuksen lisäksi myös tietoa seksuaalisuuden merkityksestä ihmisen kokonaisvaltaiselle terveydelle. Jotta käytännöt muodostuisivat tehokkaammiksi ja palvelisivat paremmin asiakkaita ja henkilökuntaa, on jatkossa tarpeellista tutkia tarkemmin sitä millainen on työtä tekevien ammattilaisten tieto- ja taitotaso seksuaali- ja lisääntymisterveydessä. Lisäksi olisi hyödyllistä selvittää terveysasemakohtaisemmin toimintamalleja ja suosittelujen toteutumista, jotta voitaisiin saada tietoa myös mahdollisesti työkentällä hyvin toimivista tavoista.

8.1 Opinnäytetyö prosessina

Tämä opinnäytetyö oli osaltamme haastava, mutta mielenkiintoinen projekti. Koimme työlle ja omalle kehityksellemme hyödylliseksi erityisesti sen, että saimme toteuttaa keväällä 2011 täydentävän kyselyn. Täydentävä kysely antoi työhön lisää ajantasaista tietoa sekä hyödynnettävää materiaalia. Sen myötä työn näkökulma laajeni. Kokonaisuutena työ eteni suunnitelmien mukaan ja toteutui aikataulussa sen jälkeen kun työn varsinainen muoto oli saatu selkeytettyä. Koemme, että olemme saaneet olla mukana projektissa, jolla tulee olemaan toivottavasti vielä rakentava vaikutus terveyden edistämiseen helsinkiläisten keskuudessa.

Lähteet

- Aho, Kimmo – Eija, Hiltunen-Back 2007. Tartuntatautilain säännökset. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=tes00016>. Luettu 17.11.2010.
- Ehkäisyasiakas terveysasemalla. 2010. Helsingin kaupungin terveyskeskus. Verkkodokumentti. Päivitetty 15.8.2010. <http://www.hel.fi/hki/terke/fi/Terveyspalvelut/Ehk_isyneuvola/Ehk_isyasiakas+terveysasemalla>. Luettu 24.9.2010.
- Ehkäisyneuvonta. 2010. Helsingin kaupungin terveyskeskus. Verkkodokumentti. Päivitetty 5.8.2010 <http://www.hel.fi/hki/terke/fi/Terveyspalvelut/Ehk_isyneuvola>. Luettu 24.9.2010.
- Heino, Anna – Gissler, Mika – Soimula, Anne 2009a. Pohjoismaiset raskaudenkeskeytystilastot 2007. Tilastoraportti. Hki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Heino, Anna – Gissler, Mika – Soimula, Anne 2009b. Raskaudenkeskeytykset ja steriloinnit 2008. Tilastoraportti. Hki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Heino, Anna – Gissler, Mika – Soimula, Anne 2010. Raskaudenkeskeytykset 2009. Tilastoraportti. Hki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- HE 90/2010. Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi. Annettu eduskunnalle 11.6.2010.
- Helsingiläiset terveyspalvelujen käyttäjinä. 2010. Helsingin kaupungin terveyskeskus. Verkkodokumentti. Päivitetty 21.7.2010. <http://www.hel.fi/hki/terke/fi/terveystoimen+esittely/Terveyspalvelujen+k_ytt_>. Luettu 24.9.2010.
- Hiltunen-Back, Eija – Reunala, Timo 2005. Klamydia lisääntyy. Duodecim 121 (1). 16–18.
- Hulkko, Terhi – Lyytikäinen, Outi – Kuusi, Markku – Seppälä, Sade – Ruutu, Petri (toim.) 2010. Tartuntataudit Suomessa 1995–2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Helsinki: Yliopistopaino.
- IPPF 2008. Sexual rights: an IPPF declaration. International Planned Parenthood Federation (IPPF). Lontoo.
- IPPF 2011. What is contraception? International Planned Parenthood Federation. <<http://www.ippf.org/en/Resources/Contraception/What+is+contraceptioc.htm>> Luettu 14.3.2011.
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

- Ketting, Evert – Esin, Aysegül 2010. Integrating sexual and reproductive health in primary health care in Europe: position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care* 18 (4). 269–82.
- Kosunen, Elise 2005. Opiskeluikäisten raskaudenkeskeytykset lisääntyvät. *Duodecim* 121 (21). 2253–2254.
- Kosunen, Elise 2009. Seksuaaliterveys. Teoksessa Rimpelä, Matti ym. (toim.) 2009. *Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: raportti 19/2009*. 232–243.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734.
- Läkelaki 10.4.1987/395.
- Nienstedt, Walter – Kellosalo, Juhani – Rautiainen, Eija – Pernaa, Minna – Salmi, Ulla – Pirttimaa, Hannele 2007. *Lääketieteen termit – Duodecimin selittävä suursanakirja*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Ohjaus terveyskeskuksen keskitettyyn ehkäisyneuvontaan. Helsingin kaupungin terveyskeskus. *Tiedote* 21.11.2008.
- Perusohje sukupuolitautilien tutkimiseen terveyskeskuksessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. Päivitetty 13.5.2009.
<http://www.ktl.fi/portal/suomi/terveyden_ammattilaisille/tartuntataudit_ja_epidemiologia/perusohje_sukupuolitautilien_tutkimiseen_terveyskeskuksessa>. Luettu 24.10.2010.
- Ritamo, Maija – Pelkonen, Marjaana – Nikula, Minna 2010. *Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen; Väliarviointi sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmasta vuosille 2007–2011*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Sannisto, Tuire 2010. *Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa. Akateeminen väitöskirja*. Tampere: Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos.
- Sannisto, Tuire – Mattila, Kari – Kosunen, Elise 2007. Raskauden ehkäisyneuvonta terveyskeskuksissa; Kyselytutkimus TAYS:n erityisvastuualueella. *Suomen lääkäri-lehti* 62 (22). 2185–2192.
- Sedgh, Gilda – Henshaw, Stanley – Singh, Susheela – Åhman, Elisabeth – Shah, Iqbal H. 2007. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet* 379 (9595). 1338–1345.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. *Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007: 17*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Tartuntatautilaki 25.7.1986/583.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009. Verkkodokumentti.
<<http://uusi.sotkanet.fi/taulukko/Fy/110/3/3C/0/127/>>. Luettu 24.9.2010.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Väestöliitto 2011. Seksuaaliterveys – Sanakirja. Verkkodokumentti.
<http://www.vaestoliitto.fi/ammattilaiset/seksuaaliterveys/tietoa_seksuaalseksuaaliterv/sanakirja/>. Luettu 14.3.2011.

Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. 2006. Helsinki: Väestöliitto.

WHO 2002. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002. World Health Organization. Geneva.

WHO 2004. Reproductive health strategy. World Health Organization. Geneva.

WHO 2006. Defining sexual health. Report of technical consultation on sexual health. 28-31 January 2002. World Health Organization. Geneva.

Syksyn 2009 kyselylomake

Kysely raskaudenehkäisy palveluiden järjestämisestä

Syksy 2009

Terveysasema:

Vastaajan nimi ja virkanimike:

Pvm:

1. Hoidetaanko terveysasemallanne ehkäisyä

avo-vo:lla
äitiys-nlassa
molemmissa

2. Onko terveysasemallanne nimetty ehkäisyn vastuuterveydenhoitaja

kyllä
ei
jos, kyllä nimi:

3. Onko terveysasemallanne nimetty ehkäisyn vastuulääkäri

kyllä
ei
jos kyllä, nimi:

4. Kuka aloittaa ehkäisy pillerit jos mitään erityistä ei ole?

th
sekä th että lääkäri
aina lääkäri
ehkäisyä ei asemallamme aloiteta

5. Jos ehkäisyn aloitus on keskitetty tietyille th:lle, kuinka monta näitä th on?

6. Laitetaanko terveysasemallanne kierukoita?

kyllä
ei

7. Kuinka monta kierukkaa keskimäärin kuukaudessa laitetaan?

8. Kuinka moni lääkäri asettaa kierukoita?

9. Jälkitarkastus kierukan laitton jälkeen

milloin
kuka

th
lääkäri

mitä tarkastus sisältää?

th
lääkäri

Syksyn 2009 kyselyn vastaukset taulukoina

Taulukko 1. Raskauden ehkäisypalvelujen järjestäminen syksyllä 2009

Terveysasemat	Hoidetaanko terveysasemallanne ehkäisyä?		Onko terveysasemallanne nimetty ehkäisyvastuuhenkilö?				Kuka aloittaa ehkäisypillerit jos mitään erityistä ei ole?		Kuinka monta ehkäisyä aloittavia Th:ta on?
	Avo- vo:lla	Äitiys- nlassa	Th		Lääkäri		Th	Lääkäri	
			Kyllä	Ei	Kyllä	Ei			
Keskusta									
Kallio	x	x		x	x			x	–
Koskela	x	x	x (Nla)		x		x	x	1
Lauttasaari	x	x		x	x			x	–
Töölö	x	x		x		x		x	–
Vallila	x	x	x (Nla)		x		x	x	2
Viiskulma	x	x	x (2kpl)			x		x	–
Yhteensä	6	6	3	3	4	2	2	6	3
Länsi									
Haaga	x	x		x		x		x	–
Kannelmäki	x	x		x		x		x	–
Laakso	x	x		x		x		x	–
Malminkartano	x	x		x		x		x	–
Munkkiniemi	x	x (Jt)		x		x		x	–
Pitäjänmäki	x			x		x		x	–
Yhteensä	6	5		6		6		6	0
Pohjoinen									
Jakomäki	x	x	x			x		x	–
Malmi	x		x		x		x (1sij.)	x	1
Maunula	x	x		x		x		x	–
Oulunkylä	x	x	x			x	x	x	1
Paloheinä	x	x		x		x		x	–
Pihlajanmäki	x	x		x		x		x	–
Puistola	x	x	x		x		x	x	Kaikki
Suutarila	x	x		x		x		x	–
Yhteensä	8	7	3	4	2	6	4	8	2+
Itä									
Herttoniemi	x	x	x (Nla)		x		x	x	2 (+1 Nlassa)
Itäkeskus	x	x	x			x	x	x	3
Kivikko	x/x/x/x	x/x/x/x		x/x/?/x		x/x/x/x	x/x	x/x	?/?/?/?
Kontula	–/x	x/x		?/x		?/x		–/x	–
Laajasalo	x	x	x		x			x	–
Vuosaari	x	x	x			x	x	x	2
Yhteensä	6	6	4	2	2	4	4	6	8

Taulukko 2. Kierukkaehkäisy Helsingin kaupungin terveysasemilla syksyllä 2009

Terveysasemat	Laitetaanko		Kuinka monta	Kuinka moni	Jälkitarkastus kierukan		
	terveysasemalla				kierukkaa	lääkäri	laiton jälkeen
	kierukoita?		laitetaan	asettaa			Milloin?
	Kyllä	Ei			terveysasemalla/kk?	kierukoita?	
Keskusta							
Kallio	x		5-6	1	3kk		x
Koskela	x		12	1-2	3kk (Soitto)	Tarv.	Tarv.
Lauttasaari		x	-	1	-		
Toöbö		x (vielä)	?	1 (+1)	?		
Vallila	x		12-15	2	6kk		x
Viiskulma		x	-	-	jos muualta		x
<i>Yhteensä</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>29-(33)</i>	<i>6-(8)</i>		<i>1</i>	<i>4</i>
Länsi							
Haaga	x		10	4-5	12kk		x
Kannelmäki	x		10	3	3kk		x
Laakso	x		5	1 (+1)	12kk		x
Malminkartano	x		6	2	3kk		x
Munkkiniemi	x		3-4	1 (keskitetty)	3kk		x
Pitäjänmäki	x		1-2	1 (jatkossa 2)	?		x
<i>Yhteensä</i>	<i>6</i>	<i>0</i>	<i>35-(37)</i>	<i>12-(15)</i>			<i>6</i>
Pohjoinen							
Jakomäki	x		4-8	1	3kk		x
Malmi	x		25	2	6kk/12kk		x
Maunula	x		2-3	4	12kk		x
Oulunkylä	x		10	3	3kk	x	x (tarv.)
Paloheinä	x		5-10	3	6 (-12)kk		x
Pihlajanmäki	x		16	2	?		x
Puistola	x		15	1	3-4kk/12kk	x	x
Suutarila	x		6	1	12kk		x
<i>Yhteensä</i>	<i>8</i>	<i>0</i>	<i>86-(93)</i>	<i>17</i>		<i>2</i>	<i>8</i>
Itä							
Herttoniemi	x		35	2	3-6kk	x	
Itäkeskus		x	-	-	3kk	x	
Kivikko	x/x/x/x		-/-/-0-3	1/1/-1	6-12kk/12kk/-/-		x/x/-/x
Kontula	?/x		??	?/1	??		?/x
Laajasalo	x		10	2	3kk	x	(x)
Vuosaari	x		30	3	3kk/12kk	x (jtv)	x (jtv)
<i>Yhteensä</i>	<i>5</i>	<i>1</i>	<i>75-(78)</i>	<i>9</i>		<i>4</i>	<i>4</i>

Kevään 2011 kyselyn saatekirje

Hyvä Osastonhoitaja / Ehkäisyvastuuhoitaja

Selvitämme opinnäytetyössämme seksuaali- ja lisääntymispalvelujen toteuttamista Helsingin terveysasemilla. Opinnäytetyömme on osa Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Helsingin sekä Keravan terveyskeskusten toteuttamaa hanketta Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen osana terveydenhuollon peruspalveluja ja alan ammatillista koulusta (2009–2011). Taustana hankkeessa ja myös opinnäytetyössä toimii Sosiaali- ja terveysministeriön vuosille 2007–2011 tekemä Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma. Helsingin terveyskeskuksen yhteyshenkilönä tutkimuksessa toimii Yliääkäri Satu Suhonen. Lupa tämän kyselytutkimuksen suorittamiseen on saatu Helsingin terveyskeskuksen tutkimustoiminnan koordinaatioryhmältä (TUTKA).

Kysely on suunnattu terveysasemilla työskentelevät nimetyille ehkäisyvastuuhoitajille. Jos terveysasemallanne on nimetty ehkäisyvastuuhoitaja toivomme, että voitte välittää tämän saatekirjeen kyseiselle henkilölle. Kyselystä on rajattu ulkopuolelle neuvolassa työskentelevät ehkäisyvastuuhoitajat.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, mutta toivoisimme kohdehenkilöiden vastaavan kyselyyn. Kyselyssä ei eritellä vastaajien henkilöllisyyttä tai toimipaikkaa. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Vastaaminen vie noin 10–15 minuuttia. Vastausaika päättyy 28.2.2011.

Kyselyyn pääsee vastaamaan oheista linkkiä painamalla.

<https://elomake.metropolia.fi/lomakkeet/3340/lomake.html>

Ystävällisin terveisin

Silja-Elisa Eskolin

Terveydenhoitajaopiskelija

Metropolia AMK

Jannika Vuori

Sairaanhoitajaopiskelija

Metropolia AMK

Arja Liinamo

Yliopettaja

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Satu Suhonen

Yliääkäri

Helsingin terveyskeskus

Kevään 2011 kyselylomake

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen toteutuminen Helsingin terveys-
asemilla keväällä 2011

Ehkäisypalvelut

1. Saavatko alle 20-vuotiaat terveysasemallanne ehkäisyvälineitä maksutt

- Kyllä
- Ei
- Jos kyllä, mitä ja kuinka pitkälle ajalle?

2. Kuinka kauan keskimäärin kestää yhteydenotosta, että ehkäisyasiakas pääsee vastaanotolle ehkäisyn aloittamista varten?

- 0-3 vrk
- 4-7 vrk
- 8-14 vrk
- 15-21 vrk
- Yli 22 vrk

3. Milloin asiakas tulee keskimäärin seurantakäynnille ensimmäisen ehkäisyn aloittamisen jälkeen?

- Alle 3 kk
- 3-6 kk
- 7-12 kk
- Yli 12 kk

4. Mitä terveysasemallanne toteutettu ehkäisyneuvonta sisältää? (Valitse kaikki sopivat vaihtoehdot)

- Haastattelu seksuaalikäyttäytymisestä
- Haastattelu parisuhteen luonteesta
- Haastattelu elämäntilanteesta
- Keskustelu ehkäisyvaihtoehdoista
- Sukupuolitautilien ehkäisy
- Seksuaalisen väkivallan ehkäisy/tunnistaminen
- Muuta, mitä?

Sukupuolitaudit

5. Seulotaanko sukupuolitauteja systemaattisesti terveysasemallanne... (Valitse kaikki sopivat vaihtoehdot)

- ...ensiehkäisyn aloittajilta
- ...ehkäisykäynnillä kumppanin vaihduttua
- ...ensikäynnillä jos asiakkaalla on aikaisemmin todettu sukupuolitauti
- ...muulloin, milloin?

6. Otetaanko matkailijoiden terveysneuvonnassa esiin sukupuolitaudit ja seksuaalikäyttäytyminen?

- Kyllä
- Ei
- Jos kyllä, miten?

Mielipide käytännöistä

7. Koetteko tarpeelliseksi Helsingin sisäisen ohjeistuksen ehkäisypalvelujen toteuttamisesta terveydenhuollon avovastaanotolla?

- Kyllä
- En

8. Miten mielestänne seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluita tulisi perusterveydenhuollossa kehittää?

Koulutus

9. Kuinka kauan olette toimineet hoitajana ehkäisyneuvonnan parissa?

10. Mikä terveydenhuollon tutkinto/tutkinnot teillä on?

11. Oletteko saaneet lisäkoulutusta raskaudenehkäisystä?

- Kyllä
- En
- Jos kyllä, millaista ja koetteko sen riittäväksi?

Kevään 2011 kyselyn vastaukset taulukoina

	1. Saavatko alle 20-vuotiaat terveysasemallanne ehkäisyvälineitä maksutta?	Jos kyllä, mitä ja kuinka pitkälle ajalle?
1	x	3kk aloituspakkaus: E-pilleri; Meliane/Mercilon, Yasmin/Yaz/ Cerazette tai Nuva Ring rengas.
2	x	3 kk, ensimmäiset pillerit/rengas/kierukka.
3	-	
4	x	Ensimmäiset e-pillerit 3 kuukaudeksi. Kondomeja 10 kpl, jos tulee aiheeseen liittyvälle käynnille.
5	x	Kondomeja, kaupungin kamppanian ajan. Ensimmäisen kierukan tai 3kk:n e-pillerit.
6	x	Kondomi ad 5 kpl tai arvion mukaan, lähinnä ohjauksellisesti.
7	x	3kk, pillerit, kierukka, rengas
8	x	Ensimmäinen hormonaalinen ehkäisy 3kk:ksi, ensimmäiset kapselit, ensimmäinen kupari- tai hormonikierukka
9	x	E-pillerit 3 kk, kondomeissa ei rajoituksia, kierukka 5 v, kapselit 3 v.
10	x	E-pillerit 3kk, ensimmäinen hormonikierukka on ilmainen sekä e-rengas (Nuvaring).
11	x	En osaa sanoa mitä kaikkea. Tiedän, että esim. e-pillerit aloituspakkaus 3kk saa mm.
12	-	
13	x	3kk ajaksi pillerit tai kierukan tai Nuvaring ehkäisyrenkaat, kun kyseessä ensimmäinen ehkäisy.
14	x	3kk pillerit,renkaat. Ensimmäinen kierukka
15	x	3 kk:n pillerisatsin, eli aloitus pakkauksen ja kondomeja.
16	x	E-pillereiden aloituspakkauksen 3 kk
17	x	E-pillerit 3 kk, kierukka
18	x	Pillerit, ensimmäiset, ensimmäinen kierukka tai mikä vain ensimmäinen ehkäisy.
19	x	3 kk e-pillerien aloituspakkaus. Kondomeja muutamia.
20		Minkä ikäinen vaan, jos on ensimmäinen ehkäisykeino ja 3kk:ksi.
21	x	3kk
22	x	E-pillerit, laastari, ehkäisyrengas 3 kk:ksi, lisäksi kierukka, ehkäisykapselit.
23	x	3 kk
24	x	Ensimmäinen hormonaalinen ehkäisy, 1. pillerit tai rengas 3kk, sekä ensikierukka.
25	x	Jos kyseessä ensimmäinen hormonaalinen ehkäisy, niin saavat 3kk aloituspakkauksen ehkäisy pillereihin tai ehkäisyrenkaaseen.
26	x	1. hormonaalinen ehkäisy, 3kk e-pillerit/Nuvaring
27	x	3 kk, Yasminpillerit
28	x	Kaikki saavat ensimmäisen ehkäisyn (e-pilleri, rengas, laastari, kapseli, kierukka) 3kk ilmaiseksi.

x = Kyllä, - = Ei

	2. Kuinka kauan keskimäärin kestää yhteydenotosta, että ehkäisyasiakas pääsee vastaanotolle ehkäisyn aloittamista varten?	3. Milloin asiakas tulee keskimäärin seurantakäynnille ensimmäisen ehkäisyn aloittamisen jälkeen?
1	8–14 vrk	3–6 kk
2	8–14 vrk	3–6 kk
3	15–21 vrk	yli 12 kk
4	15–21 vrk	7–12 kk
5	Yli 22 vrk	7–12 kk
6	4–7 vrk	3–6 kk
7	4–7 vrk	3–6 kk
8	15–21 vrk	3–6 kk
9	8–14 vrk	3–6 kk
10	15–21 vrk	alle 3 kk
11	15–21 vrk	7–12 kk
12	15–21 vrk	3–6 kk
13	4–7 vrk	3–6 kk
14	15–21 vrk	3–6 kk
15	8–14 vrk	3–6 kk
16	15–21 vrk	7–12 kk
17	Yli 22 vrk	7–12 kk
18	4–7 vrk	3–6 kk
19	8–14 vrk	alle 3 kk
20	8–14 vrk	3–6 kk
21	4–7 vrk	alle 3 kk
22	15–21 vrk	3–6 kk
23	15–21 vrk	7–12 kk
24	8–14 vrk	alle 3 kk
25	4–7 vrk	3–6 kk
26	4–7 vrk	3–6 kk
27	15–21 vrk	3–6 kk
28	4–7 vrk	3–6 kk

4. Mitä terveysasemallanne toteutettu ehkäisyneuvonta sisältää?							
	Haastattelu seksuaalikäyttäytymisestä	Haastattelu parisuhteen luonteesta	Haastattelu elämäntilanteesta	Keskustelu ehkäisyvaihtoehdoista	Sukupuolitautilien ehkäisy	Seks. väkivallan ehkäisy/tunnistaminen	Muuta, mitä?
1	x	x	x	x	x		
2	x	x	x	x	x	x	
3		x	x	x	x		
4	x	x	x	x	x		
5	x	x	x	x	x		Rintojen tutkiminen, RR, paino, pituus, tupakointi, päihteiden käyttö, muut elintavat
6	x	x	x	x	x		
7	x	x	x	x	x		
8	x	x	x	x	x		Mahdolliset ehkäisyn vasta-aiheet.
9	x		x	x	x		Gyn. anamneesi
10			x	x	x		Keskustellaan mikä ehkäisy on pot:lle paras mahdollinen.
11	x	x	x	x	x		
12	x	x	x	x	x	x	
13	x	x	x	x	x		Tällä hetkellä toteutuu vaihtelevasti, koska Hgissä ei ole päätetty ehkäisyprosessia. Osa naisista tulee vain lääkäreille, osa myös hoitajalle, jos ottavat tarjotun hoitaja ajan vastaan.
14				x	x		
15		x	x	x	x		
16				x	x		Lääkäri haastattelee pääasiassa potilaat.
17	x	x	x	x	x		
18	x	x	x	x	x		
19	x		x	x	x		
20	x	x	x	x	x	x	
21	x		x	x	x		
22	x	x	x	x	x		
23	x	x	x	x			
24	x		x	x	x		
25	x	x	x	x	x	x	Yleinen terveydentila
26	x	x	x	x	x		Yleinen terveydentila/ muut sairaudet
27	x	x	x	x	x		
28	x	x		x	x		Terveystottumukset

x = Sisältyy toteutettavaan ehkäisyneuvontaan

5. Seulotaanko sukupuolitauteja systemaattisesti terveysasemallanne...				
	...ensi- ehkäisyn aloittajilta	...ehkäisy- käynnillä kumppanin vaihduttua	...ensikäynnillä jos asiakkaalla on aikaisem- min todettu sukupuolitauti	...muulloin, milloin?
1				Jos oireita. Oireeton henkilö halutes- saan.
2				Asiakaslähtöisesti, tarjotaan mahdollisuutta kaikille.
3				Pyynnöstä.
4				Ei seulota systemaattisesti.
5				
6				Asiakkaan tarpeen mukaan ja aloittees- ta tai keskustelun perusteella esim. jos satunnaisia suhteita.
7				Potilaan pyynnöstä seulotaan.
8	x			Kun asiakas ottaa yhteyttä ja haluaa varmistua, ettei ole sp-tauteja. Oireisil- ta.
9				3 kk.n kontrollissa
10	x			Silloin, kun potilas ottaa yhteyttä, joko on oireeton tai oireellinen.
11		x	x	
12	x			Potilaan pyynnöstä.
13	x	x		Aina kun potilas haluaa tai on epäily tartunnasta tai oireita.
14	x	x		
15				Jos on oireita tai huoli tartunnasta.
16				Kun asiakas niin pyytää, oireiden perusteella.
17		x	x	Tarpeen vaatiessa.
18				Tarpeen mukaan, mitä asiakas kertoo.
19	x			
20				Asiakkaan toiveesta tai oireiden perusteella.
21	x	x	x	Raskaudenkeskeytyksen yhteydessä.
22	x	x	x	Oireillessa.
23				
24			x	Ehkäisyn aloittajilta tarvittaessa.
25				Tarvittaessa, haastattelun perusteella.
26				Tarvittaessa, haastattelun perusteella.
27				
28	x	x	x	

x = Seulonta toteutuu systemaattisesti

6. Otetaanko matkailijoiden terveysneuvonnassa esiin sukupuolitaudit ja seksuaalikäyttäytyminen?		
	Kyllä/Ei	Jos kyllä, miten?
1	-	
2	x	Muistutellaan, että on suuri riskitekijä ulkomailla.
3	x	Itse otan puheeksi vastaanotolla.
4	x	Puhumalla kondomin käytöstä.
5	x	Informoimalla riskeistä, muistuttamalla kotimaisten kondomien käytöstä.
6	x	Aina hepatiittirokotusten yhteydessä, lisäksi keskusteluosiossa muuta yleistä turvallisuutta.
7	-	Matkailijoiden neuvontaa ei toistaiseksi tapahdu meidän ta:lla.
8	-	En tiedä, koska meillä ei ole aloitettu vielä vars. matkailijoiden terv.neuvontaa.
9	x	Info tulee usein rokotuksien yhteydessä miltä suojaa/miltä ei. Muistuttelut turvaseksistä varsinkin nuoremman väestön kanssa.
10	x	Puhutaan kondomin käytöstä!
11	x	Esim. rokotusneuvonnassa sptautien ennaltaehkäisystä puhutaan vertais"toimenpiteestä".
12	x	Etenkin kaukoidän matkustajia pyritään muistuttamaan seksiteitse tarttuvista sukupuolitaudeista.
13	x	Puhutaan riskikäyttäytymisestä matkalla, kondomien mukaan ottamisesta matkalle ja rokotuksista.
14	x	
15	-	
16	-	
17	-	
18	x	Tarvittaessa, keskustelun mukanaantuomien ajatusten myötä.
19	-	
20	x	Muistutetaan kondomin käytöstä perustellen.
21	-	
22	-	
23	-	
24	x	Yleensä rokotuksiin liittyen. Muutenkin, jos keskustelussa ilmenee asiaan liittyvää.
25	x	Keskustelemalla, maa ja riskit huomioiden.
26	x	Keskustelemalla ja matkakohteesta riippuen.
27	-	
28	x	Kondomi-info.

x = Kyllä, - = Ei

	7. Koetteko tarpeelliseksi Helsingin sisäisen ohjeistuksen ehkäisypalvelujen toteuttamisesta terveydenhuollon avovastaanotolla?	8. Miten mielestänne seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluita tulisi perusterveydenhuollossa kehittää?
1	x	Yhtenäiset ohjeet koko kaupungin alueella. Sellaista on valmisteltu ja se on ilm. tulossa vuoden aikana, toivottavasti.
2	x	Työnjaon selkiyttäminen neuvolan ja avoterveydenhuollon välillä.
3	x	
4	x	Lisäämällä henkilökuntaa, jotta aiheesta puhumiseen riittäisi aikaa.
5	x	Ehkäisyn aloituksen voisi tehdä terveydenhoitaja lääkärin sijaan. Myös vuosikäyntejä voisi "jakaa" siten, että joka toinen vuosi e-pillerires uusimiseen ei tarvitsisi käyntiä lääkärillä vaan pt voisi käydä vth:n vo:lla (joka vie res lääkärille uusittavaksi) ja joka toinen vuosi lääkärillä, jolloin gyn-tark+papa.
6	x	Parasta olisi erillinen vastaanotto toiminta / vastaanottaja mutta ohella jatkuva koulutus norm avosairaanhoiton vastaanotoille satunnaisempia kulkijoita varten.
7	x	Keskittäminen eli ehkäisyneuvolat takaisin.
8	x	Keskittämällä.
9	-	Matalan kynnyksen paikkoja joihin voisi tulla ilman ajanvarausta/lyhyellä varoajalla(vrt nuorten avoimet ovet). Kampanjointia nuorien aikuisten ehkäisyasioista jotka eivät enää ole koulu/ opiskeluterveydenhuollon parissa. Raskaudenkeskeytyksen jälkiseuranta vielä 3 kk.n kohdalla ehkäisyasioiden merkeissä.
10	x	Enemmän koulutusta.
11	x	
12	x	Keskittää palvelut ennaltaehkäisyn kannalta neuvolatyön- ja terveydenedistämisen yksikköön.
13	x	Selkeä prosessi ja työnjako pitäisi olla, sekä käyntien sisällöstä ohje
14	x	
15	x	Sukupuolitauteja tulisi tarjota useammin.
16	x	
17	x	
18	x	Samanlaiset käytännöt joka terv.as ja koulutusta aina säänn.väliajoin, jotta uudetkin saavat tiedon ja vanhat pysyvät ajantasalla.
19	x	Oman ta:n kohdalla olisi kauhean hyvä, jos pelkkää ehkäisyneuvonnan työtä voisi tehdä yksi terveydenhoitaja kokopäiväisesti. Alue on todella suuri (ja vain yksi hoitaja tekee ehkäistä oman alueensa ohessa), joten listat ovat aina ruuhkaiset ja hoitaja joutuu venymään.
20	x	Ehdottomasti kouluttaa yksi vastuhenkilö joko neuvolaan(jonka työhön asia luontuu selkeästi) tai terveysasemalle. On turha kaikkien omahoitajien "osata" kaikkia näitä(kin) nippelitietoja ja niiden päivityksiä kaiken muun sairaudenhoidon ohella.
21	x	
22	x	Ko. palvelut neuvolan palveluiksi, lisäksi enemmän resursseja/toimipisteitä, jotka perehtyneet nuorten ehkäisyyn/seks.terveyteen. Keskitetty ehk.neuvola Kalliossa ei pysty ottaamaan kuin pienen osan ja yl. ottavat vain "ongelmatapauksia". Kaikki muut nuoret, jotka ikänsä puolesta kuuluisivat Kallioon, tulevat ta:lle, jossa aika ei tahdo riittää kuin perusasioiden läpikäyntiin, nuoret tarvitsisivat enemmän aikaa!
23	-	
24	-	Kohdentamalla oikein (nuoret, ulkomaalaiset).
25	x	Lisäkoulutus.
26	x	Lisäkoulutusta olisi hyvä saada enemmän. Mielestäni perusterveydenhuollossa ehkäisyneuvonnan palveluita voisi enemmän keskittää ihan yksittäisellä terveysasematasolla.
27	x	Keskittää.
28	x	Matkailijoille sukupuolitaudeista enemmän infoa. Ehkäisyneuvontaan enemmän aikaa!

x = Kyllä, - = Ei

	9. Kuinka kauan olette toimineet hoitajana ehkäisyneuvonnan parissa?	10. Mikä terveydenhuollon tutkinto/tutkinnot teillä on?
1	n. 18 vuotta	Apuhoitaja, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja
2	n. 15 vuotta	Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja
3	2,5 kuukautta	Terveydenhoitaja/sairaanhoitaja AMK
4	27 vuotta	Terveydenhoitaja
5	Nykyisessä toimipisteessä ehkäiskäynnit menevät suoraan lääkärille.	Lähihoitaja, Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja AMK
6	Avosairaanhoidossa 25 vuotta	Terveydenhoitaja
7	n. 20 vuotta	Terveydenhoitaja
8	Olen omahoitaja, joten en ole toiminut vars. ehkäisyneuvonnan parissa. Muutaman vuoden ehkäisyneuvonnan aloituskäynnit ovat olleet terv.hoitajilla.	Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja
9	10 vuotta	Kätilö/sairaanhoitaja
10	Muutaman vuoden, n. 5 vuotta	Terveydenhoitaja/sairaanhoitaja
11	Nyt kuukausi. 1999-2009 väestövastuu työssä, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa.	Terveydenhoitaja
12	15 vuotta	Terveydenhoitaja AMK, Sairaanhoitaja YAMK/ Master of the Health care
13	n. 10 vuotta	Sairaanhoitaja + terveydenhoitaja (vanhamuotoiset)
14		Terveydenhoitaja
15	1/2 vuotta	Terveydenhoitaja
16	2 ?	Terveydenhoitaja
17	1.5 vuotta	Sairaanhoitaja AMK
18	yli 5 vuotta	Terveydenhoitaja
19		
20	16 vuotta	Sairaanhoitaja AMK
21	Ehkäisyneuvola on terv.asemalla erikseen, mutta epäsäännöllisesti niitä tulee myös muillekin hoitajille. Noin 3 vuotta.	Terveydenhoitaja AMK
22	n. 4 vuotta	Terveydenhoitaja AMK
23	2 vuotta	Terveydenhoitaja
24	10 vuotta	Terveydenhoitaja/Kätilö
25	8 vuotta	Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja AMK
26	6 kuukautta	Terveydenhoitaja/sairaanhoitaja AMK
27	20 vuotta	Terveydenhoitaja
28	1 vuotta	Kätilö/sairaanhoitaja

	11. Oletteko saanut lisäkoulutusta raskauden-ehkäisystä?	Jos kyllä, millaista ja koetteko sen riittäväksi?
1	x	Kaupungin omia ip-koulutuksia, harvoin lääkefirmojen iltaluentoja. Lisäkoulutustarvetta on lähinnä seksuaalisuuden alueelta.
2	x	Luentoja, "rohtopaja" perhesuunnittelusta työpaikalla. Lisätarvetta on aina.
3	-	Itsekin täytyy päivittää tietoja. Ehkäisy on pieni osa työtä tällä hetkellä, rutiini puuttuu.
4	x	Erilaisia ajankohtainpäiviä, KOS:an antamaa koulutusta, lääketehaiden infoja ja oman työnantajan antamaa koulutusta.
5	x	H:gin kaupungin järjestämän ehkäisyn liittyvän 3-4h koulutuksen.
6	x	Lääkäriluennot, lisää tarvitaan.
7	x	Jatkuva säännöllinen koulutus olisi tarpeellista.
8	-	
9	x	Lääkefirmat järjestävät laadukasta koulutusta mutta yleensä vain omista tuotteistaan.
10	x	Varmaan 5 vuotta sitten. Lisäkoulutus olisi tarpeen!
11		
12	x	v. 2009, 2010 puolipäivää. Tosin ehkäisyvalmisteet muuttuvat niin nopeasti, että niiden perässä pysyminen on haasteellista.
13	x	Pilleri ja kierukkaehkäisystä. Ei koskaan ole tietoa riittävästi, tieto muuttuu, vanhenee.
14	-	
15	-	
16	-	
17	-	
18	x	Kokoajan hyvä päivittää tietoja. Koulutus oli hyvä kättilöopistolla, mutta siitä jo aikaa... Lääkefirmojen koulutusta myös hyvä saada, koska heillä on hyviä ja nopeita tietopaketteja sekä voi kysellä.
19	-	
20	x	1. Puolen päivän luento huippuvauhdilla. 2. Itse opiskellen. Ei missään tapauksessa riittävää!
21	-	
22	x	Lähinnä lääke-edustajien kautta. Lisää koulutusta tarvittaisiin. Enemmän myös seksuaaliterveydestä yleisemminkin, ei pelkästään valmistekoulutusta.
23	-	
24	-	
25	x	Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä sekä Helsingin terveysasemat osastolla sisäistä koulutusta ja HUS:n koulutusta. Omaehtoinen kouluttautuminen.
26	x	HUS, terveysaseman sisäistä ja omaehtoistakoulutusta. Lisäkoulutusta ei koskaan ole liikaa.
27	x	KOS täydennyskoulutusluentoja.
28	x	Kaikille suunnattu ehkäisykoulutus v. 2009. Lisäksi lääkefirmojen ehkäisykoulutusta. Kaikki !! Koulutus on hyvästä.

x = Kyllä, - = Ei