



Jaana Kivelä & Tanja Sankala

## **LASTENLÄÄKÄRI ON VASTASYNTYNEEN EDUNVALVOJA JA PUOLESTAPUHUJA**

Lastenlääkäreiden kokemuksia vastasyntyneen kotiutuessa lyhytjälkihoitoisesti

# **LASTENLÄÄKÄRI ON VASTASYNTYNEEN EDUNVALVOJA JA PUOLESTAPUHUJA**

Lastenlääkäreiden kokemuksia vastasyntyneen kotiutuessa lyhytjälkihoitoisesti

Kivelä Jaana  
Sankala Tanja  
Opinnäytetyö  
Syksy 2011  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma, Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

---

Tekijät: Kivelä, Jaana ja Sankala, Tanja

Opinnäytetyön nimi: Lastenlääkäri on vastasyntyneen edunvalvoja ja puolestapuhuja  
Lastenlääkäreiden kokemuksia vastasyntyneen lyhytjälkihoitoisesta kotiutumisesta

Työnohjaajat: Koskela, Terttu ja Paananen, Ulla-Kristiina

Työn valmistumislukukausi ja vuosi: Syksy 2011

Sivumäärä: 61 + 3 liitesivua

---

Synnytyksen jälkeiset hoitoajat ovat lyhentyneet viimeisten vuosien aikana. Lyhytjälkihoitoinen kotiutuminen (lysy) tapahtuu Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan äidin ja lapsen kotiutuessa 6–48 tunnin kuluttua synnytyksestä. Oulun yliopistollisessa sairaalassa (Oys) äidin ja vastasyntyneen lyhytjälkihoitoinen kotiutuminen tapahtuu 24–48 tuntia synnytyksen jälkeen. Lysy-kotiutumiseen on kehitelty tarkat kriteerit, joiden avulla kotiuttaminen voidaan tehdä mahdollisimman turvallisesti.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvailla tekijöitä, jotka olivat lastenlääkäreiden mielestä merkittäviä vastasyntyneen lyhytjälkihoitoiselle, turvalliselle kotiutumiselle. Tavoitteena oli tuottaa kokemuksellista tietoa lapsivuodeosaston henkilökunnalle ja kaikille, jotka toimivat lysy-perheiden kanssa. Näitä tietoja hyödyntäen perheille on mahdollista antaa entistä tarkempaa ohjausta lyhytjälkihoitoisesti kotiutuneen vastasyntyneen voinnin seurantaan, kuten vastasyntyneen kellastumisen tai infektion havaitsemiseen ja vastasyntyneen riittävän ravinnon saannin turvaamiseen. Lisäksi oppimistavoitteenamme oli syventää vastasyntyneen hoidon ja seurannan osaamistamme.

Tämä opinnäytetyö tehtiin laadullisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin haastattelemalla kolmea Oys:n lastenlääkärää, jotka olivat kotiuttaneet vastasyntyneitä lyhytjälkihoitoisesti. Haastattelut toteutettiin temahaastatteluna. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tutkimustuloksien perusteella lastenlääkärit kokivat olevansa lyhytjälkihoitoisessa kotiutustilanteessa ennen kaikkea vastasyntyneen edunvalvoja ja puolestapuhuja. Vastasyntyneen lysy-kotiutumiseen oli olemassa toimiva ja hyvin ohjeistettu malli. Lysy-kriteerien avulla saatiin hyvin poimittua pois sellaiset vastasyntyneet, jotka tarvitsivat vielä sairaalaseurantaa. Kotiutumiseen liittyi tiedostettuja riskejä, mutta viimeistään lysy-kontrollissa poikkeavuuksien oletettiin tulevan esille. Lyhytjälkihoitoisen kotiutumisen edut nähtiin selkeästi äitilähtöisinä.

Tutkimustuloksia voivat hyödyntää Oulun avoterveydenhuollon terveydenhoitajat, jotka syyskuussa 2011 ovat alkaneet tarkastaa lysy-kotiutuneita oululaisia vastasyntyneitä. Lisäksi tuloksia voidaan hyödyntää sairaalassa lysy-toiminnan kehittämiseen.

---

Asiasanat: Lyhytjälkihoitoinen synnytys, lyhytjälkihoitoinen kotiutuminen, vastasyntynyt, vastasyntyneen seuranta, lastenlääkärin kotiinlähtötarkastus

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing, Option of Midwifery

---

Authors: Kivelä, Jaana and Sankala, Tanja  
Title of thesis: Pediatrician`s Experiences of Early Postnatal Discharge  
Supervisors: Koskela, Terttu and Paananen, Ulla Kristiina  
Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2011  
Number of pages: 61 + 3 appendices

---

Post-childbirth treatment times have decreased in the last few years. Early postnatal discharge (EPD) takes place between 6 to 48 hours after the delivery according to the Social and Health Ministry. In Oulu University Hospital early postnatal discharge takes place between 24 to 48 hours after the delivery. There are strict criteria of EPD to make it as safe as possible for the mother and child.

The aim of our study was to describe the factors that were important for a safe early postnatal discharge according to pediatricians. The goal was to produce experiential information for the staff of the children's ward and to all those who work with EPD families. Also one of our goals was to deepen our know-how of newborn monitoring and treatment.

The study was done using qualitative research methods. The material was collected by interviewing three Oulu University Hospital pediatricians who had done EPD before. The interviews were theme interviews and the material was analysed using the method of material oriented content analysis.

According to the results pediatricians considered being the protectors and advocates of the newborn when performing EPD. With existing EPD criteria it was possible and easy to sift out the newborns who still needed hospital attention.

The results can be used by nurses of primary health care. Since September 2011 they have started to check newborn EPDs in Oulu. In addition the results can be used in hospitals to improve Early postnatal discharge.

With the help of this knowledge it is possible to give better and more exact instructions to families than ever before in cases like newborn jaundice becoming yellow, to detect infection and to ensure that a newborn has enough nutrition.

---

**Keywords:** Early postnatal discharge (EPD), newborn, follow-up of newborns, pediatrician's discharge check-up

# SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT .....	4
SISÄLLYS .....	5
1 JOHDANTO.....	7
2 VASTASYNTYNEEN KOTIUTUS LYHYTJÄLKIHOITOISESSA SYNNYTYKSESSÄ .....	9
2.1 Lyhytjälkihoitoinen synnytys toimintamuotona .....	9
2.2 Vastasyntyneen seuranta syntymän jälkeen .....	15
2.3 Lastenlääkärin kotiinlähtötarkastus.....	21
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	25
4 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN.....	27
4.1 Laadullinen tutkimus tutkimusmenetelmänä .....	27
4.2 Tutkimukseen osallistujien valinta.....	27
4.3 Teemahaastattelu.....	28
4.4 Aineiston keruu .....	29
4.5 Aineiston analyysi.....	30
5 LASTENLÄÄKÄRI ON VASTASYNTYNEEN EDUNVALVOJA JA PUOLESTAPUHUJA.....	33
5.1 Vastasyntyneen lyhytjälkihoitoinen kotiutuminen.....	34
5.1.1 Lysy-seulonta .....	34
5.1.2 Kriittiset tekijät.....	36
5.1.3 Lysin edut äitilähtöisiä .....	40
5.1.4 Huolen herääminen kotona ennen kontrollia .....	41
5.2 Kokemuksia Lysy-käytännöstä .....	42
5.2.1 Lysin käytännön toimivuus .....	42
5.2.2 Yhteistyön osatekijät .....	44
5.3 Suunnitelmat lysy-kontrollien siirrosta neuvolan terveydenhoitajille .....	45
5.3.1 Kokemus, koulutus ja konsultointi.....	46
5.3.2 Vastuu ja vapaaehtoisuus .....	46
5.3.3 Taloudellisuus .....	47

6 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	48
6.1 Lastenlääkäreiden kokemuksia vastasyntyneen lypsy-kotiutumisesta.....	48
6.2 Lastenlääkäreiden kokemuksia lypsy-käytännöstä .....	50
6.3 Lastenlääkäreiden ajatuksia lypsy-kontrollien siirrosta terveydenhoitajille .....	51
7 POHDINTA .....	52
7.1 Tutkimuksen eettisyys.....	52
7.2 Tutkimuksen luotettavuus .....	53
7.3 Omat oppimiskokemukset.....	55
7.4 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet .....	56
LÄHTEET .....	58
LIITTEET .....	62

# 1 JOHDANTO

Lapsen syntymä on aina merkittävä ja ainutkertainen tapahtuma vanhempien elämässä. Syntymän jälkeiseen aikaan liittyy suuria tunteita ja joskus myös huolta vastasyntyneen voinnista. Vanhemmat kaipaavat hoitohenkilökunnan tukea ja kannustusta uudessa elämänvaiheessa. Tähän tuen ja ajan antamiseen tulisi kaikkien vastasyntyneiden ja heidän perheidensä kanssa työskentelevien pyrkiä.

Lapsivuodeajan hoitoajat ovat lyhentyneet viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. 1980-luvulla ensisynnyttäjät olivat osastolla vauvan kanssa seitsemän vuorokautta ja uudelleen synnyttäjät viisi vuorokautta. (Keränen, haastattelu 11.1.2011.) Vuonna 1991 synnyttäjistä 45 prosenttia kotiutui neljänteen päivään mennessä, vuonna 2005 vastaava luku oli 80 prosenttia. Hoitopäivien keskiarvo oli silloin alateitse synnyttäneillä 3,2 päivää. 2000-luvulla myös lyhytjälkihoitoinen synnytys eli lypsy oli tehty mahdolliseksi Suomen synnytyssairaaloissa. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, toimintaohjelma 2007, 86.) Vaikka lypsy-toimintamalli on Suomessa suhteellisen nuori, se on yleistynyt viime vuosina voimakkaasti. Nykypäivän sairaalahoitoa leimaavat tehokkuus ja sen tuoma kiire. Lyhentyneet sairaalajaksot helpottavat osastojen kapasiteettiongelmia ja tulevat yhteiskunnalle edullisemmaksi.

Oulussa lyhytjälkihoitoinen kotiutuskäytäntö aloitettiin tammikuussa 2008, jolloin se koski ainoastaan oululaisia uudelleen synnyttäjiä. Vuoden 2009 alusta lypsy-käytäntö laajeni koskemaan kaikkia Oulun yliopistollisessa sairaalassa (Oys) synnyttäviä perheitä. Perheet kotiutuvat lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä 24–48 tunnin sisällä synnytyksestä ja vastasyntynyt käytetään kontrollikäynnillä 2–4 vuorokauden kuluttua kotiutumisesta. (Keränen, haastateltu 11.1.2011.)

Nopea kotiutuminen synnytyksen jälkeen asettaa monenlaisia haasteita sekä sairaalalle, avoterveydenhuollolle että perheelle. Perheiden tieto-taitopohja on hyvin vaihtelevaa vastasyntyneen hoidon osalta. Perheet tarvitsevat henkilökunnalta aikaa ja ohjausta, että he saavat riittävästi tietämystä vastasyntyneen hoidosta ja voinnista. Sen myötä myös perheiden turvallisuuden tunne lisääntyy. Vastasyntyneen elämässä ensimmäinen viikko on elintoimintojen kannalta ainutlaatuista aikaa. Silloin vastasyntyneen elimistö mukau-

tuu kohdun ulkopuoliseen elämään. Vastasyntyneen hoidon ja seurannan kannalta erityiskysymyksiä ovat riittävän ravinnon turvaaminen, kellastuminen ja rakenteellisten tai toiminnallisten poikkeavuuksien havaitseminen. (Luukkainen & Fellman 2010,43.)

Vastasyntyneen näkökulma on jäänyt vähäiselle huomiolle lypsy-kotiutumisia tutkittaessa. Koska lyhytjälkihoitoista kotiutumista on ollut Oulun seudulla lähes neljä vuotta, lastenlääkäreille on kertynyt tietoa vastasyntyneen varhaisesta kotiuttamisesta. Tästä nousi ajatus, että keskitymme selvittämään Oys:n lastenlääkäreiden kokemuksia vastasyntyneiden lyhytjälkihoitoisesta kotiutumisesta ja siihen liittyvistä kriittisistä tekijöistä ja eduista.

Aihe on mielestämme hyvin ajankohtainen. Tähän aiheeseen perehtymällä olemme saaneet syvennettyä osaamistamme vastasyntyneen hoidossa ja seurannassa. Tulevaisuudessa kätilöinä tarvitsemme tätä osaamista, koska kätilöiden osuus lyhytjälkihoitoisesti kotiutuvien vastasyntyneiden tarkistamisessa on lisääntynyt. Tarvitaan hyvää ammattitaitoa ja ymmärrystä, että toiminta olisi turvallista myös vastasyntyneen kannalta.



## **2 VASTASYNTYNEEN KOTIUTUS LYHYTJÄLKIHOITOISESSA SYNNYTYKSESSÄ**

Lyhytjälkihoitoisen synnytys tarkoittaa äidin ja vastasyntyneen kotiutumista 6–48 tunnin kuluttua synnytyksestä. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, toimintaohjelma 2007, 86.) Jotta lyhytjälkihoitoinen kotiutuminen on mahdollista, äidillä täytyy olla matalan riskin synnytys ja vastasyntyneen täytyy täyttää lyhytjälkihoitoiselle kotiutumiselle asetetut kriteerit.

Vastasyntyneen kotiutus on toteutettava yksilöllisesti, jolloin otetaan huomioon mahdolliset riskitekijät (Järvenpää 2002, 757). Lyhytjälkihoitoinen kotiutuminen sopii parhaiten uudelleensynnyttäjille, joilla on jo kokemusta vauvan hoidosta, koska vastasyntyneen ruokinta ja voinnin seuranta jäävät vanhempien vastuulle. Ensisynnyttäjältä puuttuu tämä aikaisempi kokemus terveen vastasyntyneen hoidosta. Vanhemmilla tulee olla mahdollisuus ottaa yhteyttä synnytyssairaalaan, jos ongelmia ilmaantuu ennen kontrolli käyntiä. (Deufel & Montonen, 2010; Järvenpää 2004, 343.)

### **2.1 Lyhytjälkihoitoinen synnytys toimintamuotona**

Lapsivuodeajan hoito ajat ovat lyhentyneet viimeisen 20 vuoden aikana. Ensisynnyttäjät olivat 1980-luvulla osastolla vauvan kanssa seitsemän vuorokautta ja uudelleen synnyttäjät viisi vuorokautta. (Keränen, haastattelu 11.1.2011.) Vuonna 1991 synnyttäjistä 45 prosenttia kotiutui neljanteen päivään mennessä, vuonna 2005 vastaava luku oli 80 prosenttia. 2000-luvulla myös lyhytjälkihoitoinen synnytys on tehty mahdolliseksi Suomen synnytyssairaaloissa. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, toimintaohjelma 2007, 86.) Lyhentyneet hoitoajat lapsivuodeosastolla edellyttävät entistä tiiviimpää ohjausta hoitohenkilökunnalta. Hoitoaikojen lyhentyminen vaatii myös tehokasta vastasyntyneen voinnin seurantaa sekä imetyksen ja koko perheen tukemista sairaalassa ja avoterveydenhuollossa. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, toimintaohjelma 2007, 86.) Beake, McCourt ja Bick (2005) toteavat tutkimuksessaan, että vanhemmat olettivat saavansa sairaalassaoloaikana tukea imetykseen, vauvan perushoitoon

ja henkistä tukea vanhemmuuteen. Kuitenkin vanhempien saama tuki oli usein puutteellista sairaalassaolon aikana lyhytjälkihoitoisessa kotiutumisessa.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on ensimmäisenä Suomessa ollut käytössä lypsytoimintamalli, jossa äidit ovat kotiutuneet toisena synnytyksen jälkeisenä päivänä (Tammela 2008, 635). Kokeilu aloitettiin vuonna 2003 ja vakinaistui vuonna 2004. Kujanpää ja Rajala (2004) ovat tutkineet kokemuksia lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä perheen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Kokemukset olivat myönteisiä, ja lypsy-toiminnasta toivottiin pysyvää käytäntöä. Perheet eivät kokeneet vastuun lisääntymistä liian suureksi. Tämä tutkimus osoitti, että yhtenä tärkeänä ehtona on, että perheillä on mahdollisuus puhelinyhteyden hoitohenkilökunnan kanssa ympäri vuorokauden. (Kujanpää & Rajala 2004, 24,61-63.) Perssonin ja Dykesin (2002) tutkimuksessa käy ilmi, että kättilöiden kannustava käytös tukee vanhemmuutta ja rohkaisee tietoon pohjautuviin valintoihin lyhytjälkihoitoisen kotiutumisen jälkeen. On tärkeää saada luotua turvallisuuden tunne vanhemmille, sillä se lisää perheen sisäisen kiintymyksen kehittymistä. Oulun seudun ammattikorkeakoulun kättilöopiskelijoiden opinnäytetyössä on tutkittu Oulun yliopistollisessa sairaalassa tapahtuvaa lypsy-toimintaa vanhempien kokemusten näkökulmasta. Tutkimustulosten perusteella vanhemmat kokivat tarvitsevansa enemmän informointia lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä ja ohjausta synnytyksen jälkeen etenkin vauvan hoitoon liittyen. Äidit kokivat osaston henkilökunnan toiminnan huolehtivaiseksi ja kättilöiden läsnäolon sekä avun saannin tärkeäksi synnytyksen jälkeen. (Ainali & Kauppi, 2011.)

On tärkeää, että lyhytjälkihoitoisen synnytyksen hoitokäytänteet ovat hyvin mietitty ja ohjeistusten on oltava selkeitä. Eri sairaanhoitopiireillä on erilaisia toimintamalleja asian suhteen. Suomessa olosuhteet vaihtelevat etäisyyksien, paikallisten olosuhteiden ja käytettävissä olevien resurssien mukaan. (Deufel & Montonen, 2010, 444.) Onpa käytäntö mikä tahansa, sen on palveltava kyseisen alueen tarpeita. On myös oltava mietittynä työnjako erikoissairaanhoidon ja avoterveydenhuollon neuvolapalveluiden välillä lyhytjälkihoitoisen toimintamallin suhteen. Kuopiossa on tutkittu ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä kättilöiden kokemuksia lysystä. Tutkimuksen perusteella lypsyä pidettiin hyvänä nykyaikaisena toimintatapana synnyttäjän ja vastasyntyneen hoidossa. Lysin kotiutuskriteerit koettiin hyväksi ja turvallisen kotiutumisen perustaksi. Myös perheen

ohjaus ja jälkiseuranta koettiin tärkeäksi, johon tulee taata riittävät ajalliset ja tiloihin liittyvät resurssit. (Moilanen & Niskanen, 2009.)

### **Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kriteerit Oulun yliopistollisessa sairaalassa**

Oulussa lyhytjälkihoitoisella synnytyksellä tarkoitetaan kotiutumista 24–48 tuntia synnytyksestä. Lyhytjälkihoitoisesti kotiutuville vastasyntyneille tulee lypsy-avohoitokäynti Oys:iin tai neuvolaan, 2–4 vuorokauden kuluttua sairaalasta lähdöstä. (Hoitoaika synnytyksen jälkeen, hakupäivä 8.12.2011.) Oulussa lyhytjälkihoitoista synnytystä on tarjottu tammikuun alusta 2008 pilottikokeiluna, jolloin luotiin lypsy-avohoitokäytäntö osaston 13 sisälle. Lyhytjälkihoitoinen synnytys oli aluksi kokeiluna oululaisille uudelleen synnyttäjille. Kokeilu laajennettiin pysyväksi käytännöksi tammikuussa 2009, jolloin lypsyasiakkaiksi pääsivät kaikki Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella synnyttävät. Edellytyksenä oli, että äiti ja vastasyntynyt täyttävät asetetut lypsy-kriteerit ja ovat valmiita tulemaan lypsy-kontrollikäynnille 2–4 vuorokauden päästä kotiutumisesta. (Keränen, haastattelu 11.1.2011.)

Perheen tulee olla motivoitunut ja sitoutunut lyhytjälkihoitoiseen kotiutumiseen. Perheellä tulee olla tarvittaessa mahdollisuus kotiapuun. Turvalliseen, hyvään toipumiseen täytyy olla hyvät sosiaaliset edellytykset, jotta lypsy kotiutuminen on mahdollista. Lisäksi lyhytjälkihoitoisen synnytyksen hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että se on etukäteen suunniteltua toimintaa. (Keränen, Raudaskoski & Saarela 2009; Laes 1999, 75.)

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (PPSHP) on laatinut ohjeet lyhytjälkihoitoisen kotiuttamisen tueksi. Sen mukaan synnyttäjän tulee olla terve ensi- tai uudelleensynnyttävä, jolla on täysiaikainen ja normaali raskaus (38 raskausviikkoa täynnä). Lapsivedenmenosta on kulunut alle 18 tuntia ennen synnytystä ja synnytys on normaali alatiesynnytys. Synnyttäjällä voi olla episiotomia eli välilihanleikkaus tai repeämä emättimessä. Vuoto heti synnytyksen jälkeen ei saa ylittää 1000 ml. Synnyttäjällä ei saa olla ulkosynnyttimissä merkittäviä hematoomia eikä esiintyä virtsaamisongelmia. Lyhytjälkihoitoisesti kotiutuvan synnyttäjän tulee olla kuumeeton (lämpö alle 38 C), sekä verenpaineen normaali tasolla. Tärkeää on myös se, että vastasyntynyt on ollut vierihoidossa ja imetys onnistuu. (Keränen, Raudaskoski & Saarela 2009.)

Lyhytjälkihoitoisesti kotiutuvan vastasyntyneen tulee vaikuttaa terveeltä ja hyväkuntoiselta. Vastasyntyneen napa-pH:n tulee olla yli 7.15 ja 1 minuutin apgarpisteiden vähintään seitsemän. Vastasyntyneen painon tulee olla 2950 gramman ja 4550 gramman välillä. Lapsi ei saa kuulua hypoglykemian eli matalan verensokerin riskiryhmiin. On tärkeää että vastasyntyneen hengitystiheys on 40–60 kertaa minuutissa, pulssi 80–175 kertaa minuutissa ja happisaturaatio 95 prosenttia tai enemmän kotiinlähtöpäivänä. Vastasyntyneen tulee olla virtsannut ja ulostanut ainakin kertaalleen ennen lypsy-kotiutusta, eikä paino saa olla laskenut yli kymmentä prosenttia syntymäpainosta. Veren bilirubiinin tulee olla normaalitasolla eikä vastasyntynyt saa olla keltainen. Jos synnyttäjän edelliset lapset ovat olleet sinivalohoidossa, lypsy-kriteerit eivät täyty. Vastasyntyneen lämmön tulee olla 36,5–37,5 C:n välillä, eikä lastenlääkärin tarkastuksessa saa ilmetä esteitä kotiutumiseksi. (Keränen, Raudaskoski & Saarela 2009). Liite 3.

Äitejä ja vastasyntyneitä, jotka ovat kotiutuneet 2–3 vuorokauden kuluttua synnytyksestä, kutsutaan Oys:n alueella varhaisiksi kotiutujiksi. Heille ei tule lypsy-avohoitokäyntiä sairaalaan. On tärkeää huomioida, että erityisesti varhain kotiutuvien kohdalla neuvolan terveydenhoitajan tekee kotikäynnin viikon sisällä kotiutumisesta. Oys:ssa varhain kotiutuvan äidin on varmistettava neuvolasta tapaamisen onnistuminen ennen kotiin lähtöä. (Keränen, haastattelu 11.1.2011; Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, toimintaohjelma 2007,87.) Normaalisti neuvolan kotikäynti tapahtuu muutaman päivän tai viimeistään kahden viikon kuluttua perheen kotiutumisesta (Järvenpää 2004, 343).

### **Kriittiset tekijät ja edut lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä vastasyntyneen kannalta**

Suurimpina uhkina vastasyntyneen lyhytjälkihoitoisessa kotiutumisessa on sairauksien viivästynyt tunnistaminen ja hoito. Etenkin sydänongelmien, voimakkaan kellastumisen ja hypernatremisen kuivumisen riski on lyhytjälkihoitoisesti kotiutuneilla vastasyntyneillä suurempi. Lisäksi riskinä pidetään vastasyntyneen nopeaa hoitoa vaativaa infektiota ja sitä, että rakennepoikkeamat voivat jäädä tunnistamatta ajoissa. Usein nämä alkavat näkyä vasta kahden vuorokauden iän jälkeen. Nämä ongelmat voivat tunnistamattomana vaarantaa vastasyntyneen terveyden. Lisäksi äidinmaidon riittävydestä ja oikeasta imemisotteesta on vaikea saada riittävää kuvaa kahden ensimmäisen vuorokauden

aikana. On löydettävä keinoja hallita lyhytjälkihoitoisen kotiutumisen riskejä niin, että haittatapaukset onnistutaan estämään. (Deufel & Montonen 2010, 442-443; Tammela 2008, 633-635; Järvenpää 2002, 757-759.)

Kun vauva kotiutuu varhain, alle 48 tunnin iässä, on selvää että osalle ilmaantuu hoitoa vaativia adaptaatioon eli mukautumiseen tai sairauksiin liittyviä ongelmia. Varhain, alle kahden vuorokauden iässä tehtävän lääkärintarkastuksen yhteydessä mahdollisuus tunnistaa merkittäviäkin vastasyntyneen ongelmia on puutteellisempi kuin myöhemmin tehtävän kotiinlähtötarkistuksen yhteydessä. Tästä johtuen Järvenpää on sitä mieltä, että vauvan lähtökohdista varhain kotiutuminen ei ole suositeltavaa. (Järvenpää 2004, 31.)

Etuina lyhytjälkihoitoisessa kotiutumisessa on vastasyntyneen ja vanhempien häiriötön kiintyminen, tutussa ympäristössä on paremmat edellytykset imetyksen onnistumiselle ja sairaalainfektioille altistuminen vähenee. Kotiutumisen varhaistumisen suuntaa ei kannata yrittää kääntää toiseen suuntaan. Terveen äidin ja vastasyntyneen kohdalla tähän kannattaa jopa pyrkiä. (Deufel & Montonen 2010, 442-443; Tammela 2008, 633-635; Järvenpää 2002, 757-759.)

### **Matalan riskin synnytys**

Synnytystä voidaan pitää täysiaikaisena, kun raskaus on kestänyt vähintään 37 viikkoa (Stefanovic 2009, 398). WHO:n mukaan synnytys on säännöllinen, kun se alkaa spontaanisti, eikä siihen liity tiedossa olevia riskejä. Säännöllisessä matalanriskin synnytyksessä lapsi syntyy päätilassa ja sekä äiti että lapsi voivat synnytyksen jälkeen hyvin. (Raussi-Lehto 2009, 209.)

Odottava äiti tulee yleensä synnytyssairaalaan supistusten ollessa säännöllisiä, napakan tuntuisia ja kivuliaita. Supistukset ovat säännöllisiä, kun ne toistuvat alle kymmenen minuutin välein ja ovat kestoaltaan 40–60 sekuntia. Ensisynnyttäjiä voi odottaa kotona pari tuntia säännöllisten supistusten alettua, jotta voidaan varmistua synnytyksen olevan todella käynnissä. Synnytyssairaalaan tulee lähteä myös, jos lapsivesi menee. (Raussi-Lehto 2009, 210-213; Sariola & Haukkamaa 2004, 325-327.)

Synnytys jaetaan neljään vaiheeseen. Ensimmäinen eli avautumisvaihe alkaa, kun kohtu supistelee säännöllisesti vähintään kymmenen minuutin välein pehmentäen ja avaten kohdunsuuta ja päättyy, kun kohdunsuu on täysin avautunut kymmeneen senttimetriin. (Janouch 2010, 55; Raussi-Lehto 2009, 210; Ihme & Rainto 2008, 110; Sariola & Haukkamaa 2004, 327.) Toinen synnytyksen vaihe on ponnistusvaihe, joka kestää aktiivisen ponnistamisen aloittamisesta vauvan syntymään saakka. Kolmas vaihe eli jälkeisvaihe on vauvan syntymän ja jälkeisten syntymän välinen aika, jolloin syntyvät istukka ja kalvot. (Janouch 2010, 56-57; Ihme & Rainto 2008, 110; Sariola & Haukkamaa 2004, 330-331.) Neljännellä vaiheella tarkoitetaan kahta tuntia jälkeisten syntymän jälkeen, jolloin synnyttäjää ja vastasyntynyt ovat tehostetussa seurannassa synnytysosastolla (Raussi-Lehto 2009, 210). Mahdolliset repeämät ja välilihanleikkaushaava ommellaan puudutuksessa myös tässä vaiheessa.

Kun synnytys etenee matalan riskin synnytyksenä ja äiti ja vastasyntynyt vauva voivat hyvin, äiti saa vauvan ihokontaktiin heti synnytyksen jälkeen. Ensimmäinen imetys pyritään toteuttamaan tarkkailuvaiheen aikana, koska sillä on todettu olevan myönteiset vaikutukset imetyksen jatkoa ajatellen. On todettu, että jos vauvoille on mahdollistettu varhainen ihokontakti, he imevät oikealla imemistekniikalla useammin kuin vauvat, jotka eivät ole olleet ihokontaktissa. (Lapsen synnyttyä, hakupäivä 29.11.2010; Deufel & Montonen 2010, 404; Raussi-Lehto 2009, 267.)

### **Äidin seuranta synnytyksen jälkeen**

Äidin synnytyksen jälkeisestä tarkkailusta huolehtivat synnytyssalin henkilökunta, synnyttäjien vuodeosaston henkilökunta ja kotiutumisen jälkeen neuvolan terveydenhoitaja tai kätilö. Äidin synnytyksen jälkeisellä tarkkailulla tarkoitetaan, sekä äidin fyysisen toipumisen seuranta, että psyykkisen voinnin tarkkailua. Synnyttäneiden vuodeosastolla seurataan kohdun supistumista, jälkivuodon määrää ja laatua ensitunteina tarkasti sekä mahdollisen episiotomian tai repeämän kuntoa. On tärkeää huolehtia juuri synnyttäneen äidin perustarpeista: syönnistä, suihkussa käynnistä ja imetyksestä sekä virtsautuksen sujumisesta. Äiti ja lapsi tarvitsevat paljon lepoa. (Väyrynen 2009, 270-271; Ylikorkala 2004, 495- 497.)

## **2.2 Vastasyntyneen seuranta syntymän jälkeen**

Vastasyntyneen elämässä ensimmäinen viikko on elintoimintojen kannalta ainutlaatuista aikaa. Vastasyntyneen elinjärjestelmissä tapahtuu muutoksia eli adaptaatiota ensimmäisten minuuttien, jopa päivien aikana. Muutokset sopeuttavat vauvan syntymän jälkeiseen elämään. Jotta voidaan havaita muutokset vastasyntyneen voinnissa, sitä tulee tarkkailla järjestelmällisesti syntymän jälkeen. (Luukkainen & Fellman 2010,43.)

Hyödyllisiä rutiiniseurantoja ensimmäisten päivien aikana ovat yleisvoinnin, hengityksen, sydämen sykkeen, ihon värin ja lämmön seurannat. (Luukkainen & Fellman 2010,37.) Kätilö tarkkailee lisäksi vastasyntyneen ihoa ja napaa, ravitsemusta ja painoa, pulautteluja ja oksenteluja sekä virtsausta ja ulostamista. Näiden lisäksi huomiota kiinnitetään vastasyntyneen mahdolliseen kellastumiseen ja infekioon, nukutusasentoon ja kivun hoitoon. On tärkeää huomioida mahdolliset poikkeavat oireet vastasyntyneellä ja käynnistää selvitykset mahdollisten synnynnäisten epämuodostumien toteamiseksi. Heti syntymän jälkeen kaikilta vastasyntyneiltä otetaan napaverestä TSH-näyte kilpirauhasseulaa varten. Tämän verinäytteen avulla voidaan sulkea pois hypotyreoosin eli kilpirauhasenvajaatoiminnan mahdollisuus. (Luukkainen & Fellman 2010 ,43-45; Järvenpää 2009, 279.)

Lapsen fyysiseen terveyteen liittyvien huomioiden lisäksi hoitaja havainnoi äidin ja perheen valmiuksia sekä tietoja lapsen hoitoon vaikuttavista taustatekijöistä. On erittäin tärkeää, että perheellä on riittävät valmiudet selviytyä vastasyntyneen kanssa kotona. Äidillä on oltava tietoa ja taitoa imetyksestä ja molemmilta vanhemmilta vaaditaan myönteistä asennetta vauvan hoitoon. Jotta vanhemmat voivat saavuttaa nämä valmiudet, terve vastasyntynyt pyritään pitämään syntymän jälkeen jatkuvasti vierihoidossa. Näin mahdollistetaan imetyksen onnistuminen, lapsenhoidon oppiminen ja perhesiteiden muodostuminen. (Järvenpää 2009, 279.)

### **Yleisvointi**

Vastasyntyneeltä mitataan ensilämpö peräsuolesta heti syntymän jälkeen, kun ensikon-takti äidin kanssa on ohi. Vastasyntyneen lämpö vaihtelee herkästi ympäristön lämmön

ja lihastyön, esim. itkun mukaan. Tästä johtuen lämpö olisi hyvä mitata ensimmäisinä elinpäivinä, kunnes tilanne vakiintuu. Sen jälkeen lämpö mitataan vain tarpeen mukaan. Jos vauva on uninen tai itkuinen, hänen ihonsa tuntuu kuumalta tai viileältä tai hänen painonsa on laskenut runsaasti, lämmön mittausta voi antaa viitteitä lapsen oireiden syystä. Lämpö mitataan digitaalimittarilla kainalosta. (Järvenpää 2009, 282.)

Vastasyntyntä hoidettaessa seurataan, miten hän ottaa kontaktia, onko hän tyytyväinen vai levoton ja miten hänet saadaan rauhoittumaan. Samalla seurataan myös mahdollisia neurologisia oireita, kuten tärinöitä, nykinöitä, jäykistelyä tai poikkeavia silmän liikkeitä. Hereillä olevat vastasyntyneet säpsähtelevät kovia ääniä ja voivat kääntää katseensa ääneen suuntaan. Tämä on aivan normaalia. Vauvaa käsitellessä havainnoidaan samalla hänen jäntevyyttä. (Järvenpää 2009, 279.)

Vastasyntynyt voi olla myös kipeä synnytyksessä tulleiden vammojen, erilaisten näytteenottojen tai toimenpiteiden takia. Kivun lievittämiseksi lasta hoidetaan rauhallisin ja varmoin ottein ja häntä voidaan rauhoittaa kapaloimalla hänet. Vältetään myös turhaa ja äkillistä liikuttelua, jotka aiheuttavat kipua vastasyntyneelle. Kipulääkettä voidaan antaa tarvittaessa. (Järvenpää 2009, 283.)

## **Hengitys ja verenkierto**

Vastasyntyneen adaptaatiohäiriöistä erityisen herkkiä alueita ovat verenkierto ja hengitys. Tämän vuoksi ne vaativat tarkkaa seurantaa. (Järvenpää 2004, 336.) Vastasyntyneen hengitystä seurataan ensimmäisenä elinpäivänä ja sen jälkeen tarpeen mukaan. Hengityksestä seurataan tiheyttä, vaivattomuutta ja laatua sekä sen vaikutusta lapsen ihon väriin. (Järvenpää 2009, 280.) Terveen vastasyntyneen hengitysfrekvenssi on 35–55 kertaa minuutissa, hengityksessä ei ilmene merkittäviä hengitystaukoja ja lapsen ihonväri on punakka. Jos vastasyntynyt hengittää tiheästi, yli 60 kertaa minuutissa tai hänen hengittämisessään on taukoja, hengitys on vaikeutunut sekä ihonväri sinertää tai on kalvaka, voinnin seurannan tulee olla jatkuvaa. Häneltä mitataan ensin happisaturaatio, jonka tulee olla alaraajasta mitatessa vähintään 95 prosenttia eikä ylä- ja alaraajamittauksissa saa olla merkittävää eroa. Jo 10 prosentin ero saturaatioiden välillä voi liittyä adaptaatiohäiriöön, synnynnäiseen sydänvikaan tai infektiin. (Luukkainen & Fellman 2010, 37-38,43; Järvenpää 2009, 280.)



Vastasyntyneen syke kuunnellaan joka työvuorossa ensimmäisenä elinpäivänä. Siinä kiinnitetään huomiota sydämen rytmiin ja mahdollisiin sivuääniin. Vastasyntyneen sydämen lyöntitiheys on normaalisti noin 120–160 kertaa minuutissa. (Luukkainen & Fellman 2010, 43; Järvenpää 2009, 280.)

### **Virtsaus ja ulostaminen**

Terve vastasyntynyt virtsaa 24 tunnin kuluessa syntymästään, useimmat jo pian syntymän jälkeen. Ensimmäisen päivän aikana vastasyntynyt virtsaa kohtalaisen paljon niukasta maidon saannista huolimatta. (Järvenpää 2009, 283.) Jos kuitenkin virtsamäärät ovat alussa vielä niukkoja, virtsassa voi esiintyä punertavaa uraattisakkaa. Se häviää virtsan määrän kasvaessa. Jos vastasyntynyt virtsaa ainakin kolme kertaa vuorokaudessa kolmen päivän ikään mennessä ja viisi kertaa vuorokaudessa sen jälkeen, saa hän riittävästi maitoa. Sen jälkeen niukka virtsamäärä kertoo useimmiten liian vähäisestä maidon saannista ja sen aiheuttamasta kuivumisesta. Vastasyntyneen munuaisten kyky väkevöidä ja laimentaa virtsaa on vielä puutteellinen. Tästä johtuen vastasyntyneet ovat alttiita neste- ja elektrolyyttihäiriöille. (Luukkainen & Fellman 2010, 41; Järvenpää 2004, 23.)

Vastasyntyneen suolisto on rakenteellisesti kypsä lapsen syntyessä, mutta sen toiminnalliseen sopeutumiseen kuluu päiviä, jopa viikkoja. Terve lapsi ulostaa kahden ensimmäisen vuorokauden kuluessa syntymästä lapsenpihkaa, tummaa sitkeää mekoniumia, josta suolisto on täyttynyt jo sikiökaudella. Useimmat vastasyntyneet ulostavat jo pian syntymänsä jälkeen. Kun lapsi alkaa saada maitoa, ulosteisiin tulee tyypillinen imelä tuoksu ja niiden väri muuttuu ruskean ja vihreän sävyjen kautta normaaliksi keltaiseksi maitoulosteeiksi 4–5 päivän ikään mennessä. (Järvenpää 2009, 283.) Terve vastasyntynyt voi ulostaa jopa 10 kertaa päivässä tai hänellä voi vastaavasti olla 3–4 päivää ulostamisen välillä. (Luukkainen & Fellman 2010, 40.) Jos vastasyntynyt on kipeä ja hänellä on pahanhajuista vetistä ulostetta, täytyy hänet tutkia tarkemmin ja selvittää, onko kyse jostain vakavammasta suoliston ongelmasta. (Järvenpää 2009, 283.)

## **Kellastuminen**

Sikiöaikana istukka on huolehtinut lapsen kuona-aineiden poistosta. Lapsen synnyttyä maksa huolehtii tästä tehtävästä. Vastasyntyneellä veren punasolujen määrä suhteessa aikuiseen on suuri. Tarpeettomat punasolut hajoavat ja muodostavat hajoamistuotteen bilirubiinia. Hajonnut bilirubiini erittyy sapsen mukana suolistoon. Osa bilirubiinista imeytyy takaisin verenkiertoon. Vastasyntyneen maksan kyky bilirubiinin hajottamiseen on vajavaista ja kehittymätöntä. Toisilla vastasyntyneillä bilirubiinin poistuminen elimistöstä on hitaampaa kuin toisilla. Tämän johdosta hajoamattoman bilirubiinin pitoisuus voi nousta veressä jopa kymmenkertaiseksi aikuiseen verrattuna ja aiheuttaa vastasyntyneen kellastumisen. (Järvenpää 2009, 288-290.)

On ihan normaalia, että vastasyntynyt kellastuu jossain määrin ensimmäisinä elinpäivinä. Kellastuminen voi vaikuttaa vauvaan niin, että hän on vaisu, eikä hän jaksa imeä. Tämä johtaa vauvan kuivumiseen ja bilirubiinitason nousuun. (Luukkainen & Fellman 2010, 42; Deufel & Montonen 2010, 410.) Kun vastasyntynyt saa enemmän maitoa, myös bilirubiinipitoisuus alkaa laskea. Tämä ns. fysiologinen kellastuminen saavuttaa huippunsa 3–4 vuorokauden iässä ja häviää yleensä kahden viikon ikään mennessä. Järvenpään mukaan 60 % vastasyntyneen kellastumisista tapahtuu 48 tunnin jälkeen syntymästä. (Järvenpää 2002, 757).

Ensimerkkejä vauvan kellastumisesta ovat ihon ja silmänvalkuaisten muuttuminen keltaisiksi. Epäiltäessä vastasyntyneen kellastuneen, hänen bilirubiinipitoisuutta arvioidaan ensin ihomittarilla, joka antaa summittaisen arvion bilirubiinitasosta. Jos arvo ylittää lapsen kypsyysikää vastaavan raja-arvon tai lapsella on muita oireita kellastumisesta kuten uneliaisuus, hänelle tehdään bilirubiinimääritys verestä. Jos bilirubiinipitoisuus on korkea, lapsi laitetaan sinivalohoitoon. Sen avulla bilirubiini hajoaa tehokkaasti ja näin saadaan edistettyä bilirubiinin poistumista elimistöstä. Hoitamattomana bilirubiini voi vahingoittaa vastasyntyneen kehittyviä aivoja ja johtaa jopa kuolemaan. (Luukkainen & Fellman 2010, 42-43; Deufel & Montonen 2010, 420; Järvenpää 2009, 288-289.)

## **Ravinnon saanti**

Rintamaito on parasta ravintoa terveelle vastasyntyneelle. Hän saa siitä ravitsemuksellisesti kaiken tarvitsemansa D-vitamiinia lukuun ottamatta. Syntymän jälkeen vastasyntyneen elimistön eri nestetilojen suhteelliset osuudet muuttuvat ja solunulkoisen nestemäärä vähenee. Tämän johdosta hänen painonsa laskee. Myös niukka maidonsaanti on edesauttamassa vastasyntyneen painonlaskua. Normaali painonlasku vastasyntyneellä on 5–7 prosenttia syntymäpainosta, suurempi lasku voi olla merkki kuivumisesta. Jos vauva syö hyvin ja saa riittävästi maitoa, paino kääntyy nousuun 3–4 päivän iässä. Vauvan pitäisi saavuttaa syntymäpaino kahden viikon ikään mennessä. (Luukkainen & Fellman 2010, 40, Deufel & Montonen 2010, 420.)

Vastasyntyneen ravitsemustilaa arvioidaan seuraamalla lapsen painoa, eritteitä, syömistheyttä, imemisen voimaa, aterioinnin kestoa ja lapsen tyytyväisyyttä syömisensä jälkeen (Järvenpää 2009, 282). Vastasyntyneellä normaali painonlasku on kaksi prosenttia syntymäpainosta päivässä kolmen vuorokauden ikään saakka. Jos vauvalla on useita matalia verensokeriarvoja, oma äidinmaito voi olla alkuun riittämätöntä ja vauva tarvitsee lisämaitoa. On tärkeää, että vauvan terveydentila tarkastetaan heti, kun liian suuri painonlasku huomataan ja hänelle annetaan riittävästi maitoa. (Luukkainen & Fellman 2010, 40; Järvenpää 2009, 282.)

Vastasyntyneellä on hamuamis-, imemis- ja nielemisrefleksit. Näiden johdosta vauva on valmis imemään jo heti syntymänsä jälkeen. Vastasyntyneen imemisen tarkkailu on tärkeää. Siitä voi nähdä imemisotteen ja sen, kuinka vahvasti ja kuinka kauan vauva jaksaa imeä kerrallaan ja kuinka tiheästi vauva on rinnalla imemässä. (Deufel & Montonen 2010, 118; Järvenpää 2009, 279; Salpa 2007, 17.)

Pulauttelut ovat tavallisia terveillä vastasyntyneillä. Ensimmäisen elinvuorokauden aikana vauva pulauttelee vatsaan kertynyttä lapsivettä ja se voi vaikuttaa häiritsevästi vauvan imemishalukkuuteen rinnalla. Maitopulautukset alkavat, kun vauva alkaa saada runsaammin ravintoa. Jos vauva on pulautteluherkkä, hänen painoaan kontrolloidaan. Oksennukset ovat selkeästi runsaampia kuin pulautukset ja niiden syy on selvitettävä pikaisesti, varsinkin jos ne ovat verisiä tai vihreitä, suihkumaisia tai runsaita. (Järvenpää 2009, 283.)

## **Infektiot**

Infektiot ovat mahdollisia, koska vastasyntyneiden immuunivaste on kehittymätön. (Järvenpää 2009, 341.) Vastasyntyneeltä seurataan infektion merkkejä, kuten hengitysoireita, lämmönvaihteluita, käsittelyarkuutta ja itkuisuutta. Yleisimpiä vastasyntyneiden yleisinfektioiden aiheuttajia on beetahemolyyttinen streptokokki (GBS), jota on joka viidennen synnyttäjän emättimen limakalvolla. Jos synnyttämään tulevalla äidillä tiedetään olevan streptokokki emättimen limakalvolla, hänelle annetaan antibioottia neljän tunnin välein vauvan syntymään asti. Tällä pyritään ehkäisemään vastasyntyneen infektio. (Järvenpää 2009, 280-281.)

Stafylokokki-bakteeri aiheuttaa pintainfektioita, kuten konjunktiviittia tai iho- ja napainfektioita. (Järvenpää 2009, 342.) Silmien sidekalvon tulehduksessa eli konjunktiviitissa silmäluomelta tulee vaaleaa, märkäistä eritettä. Staphylococcus aureus-bakteeri aiheuttaa iholle ohutseinäisiä märkärakkuloita, joissa on kellertävää juoksevaa nestettä. Tätä kutsutaan Pemfigus-taudiksi eli märkäruveksi. Tämä on erittäin tarttuva ja voi levitesään aiheuttaa sairaalassa osastoepidemian. (Järvenpää 2009, 281-282.)

## **Iho ja napa**

Terveen vastasyntyneen iho on punakka. Tämä johtuu veren korkeasta hemoglobiinipitoisuudesta (n.180 g/l) ja ihon ohuudesta. Vastasyntyneen ihon värin seuranta on tärkeää, jotta voidaan havaita poikkeava syanoosi, kalpeus tai keltaisuus. Ihon kimmoisuutta seuraamalla voidaan havaita vastasyntyneen mahdollinen kuivuus, jos maidon saanti on ollut riittämätöntä. (Järvenpää 2009, 280.)

Vastasyntyneen napa puhdistetaan päivittäin puhtaaseen veteen kostutetulla pumpulipuikolla. Napa pyritään pitämään kuivana ja puhtaana infektoitumisen välttämiseksi. Antiseptisellä aineella puhdistamista tarvitaan vain silloin, jos navassa on hajua tai se erittää. (Järvenpää 2009, 282.)

### 2.3 Lastenlääkärin kotiinlähtötarkastus

Lastenlääkäri tekee tarkastuksen jokaiselle vastasyntyneelle ennen kotiutumista. Tarkastus tehdään rauhallisessa, lämpimässä huoneessa vauvan ollessa lämpösäteilijän alla tai päällä. Tällä pyritään ehkäisemään alastoman vauvan reagointi kylmälle ja sen aiheuttama itku. Tarkastusta tehdessä vauvan olisi hyvä olla vähintään kahden vuorokauden ikäinen. Tässä vaiheessa hengityksen ja verenkierron mahdolliset adaptaatiolöydökset ovat yleensä hävinneet. Näitä ovat esim. ohimenevä sydämen sivuääni tai nopeutunut hengitys. Ennen lääkärintarkastusta vauva punnitaan painonkehityksen näkemiseksi. (Luukkainen & Fellman 2010, 44; Järvenpää 2009, 294-295.)

Vanhempien on tärkeää olla mukana tarkastuksessa. Lääkäri kartoittaa kätilöltä ja vastasyntyneen äidiltä arviot vauvan voinnista, erityksestä ja imetyksen sujuvuudesta. Hoitaja antaa tietoa myös perheen voimavaroista vauvaa hoitaessa sekä mahdollisista erityishuomioista. Lääkäri arvioi samalla vauvan keltaisuuden astetta. Tarkastuksessa vanhemmat voivat esittää lääkärille mieltä painavia kysymyksiä. On tärkeää, että varmistetaan perheen valmiuksista vastasyntyneen hoitoon liittyen ennen kotiutumisen tapahtumista. (Luukkainen & Fellman 2010, 44; Järvenpää 2009, 294-295.)

Lastenlääkäri tarkastaa vauvan systemaattisesti edeten, sulkien pois erilaisia synnynnäisiä ja vastasyntyneisyyskauteen liittyviä sairauksia sekä ohimeneviä, mutta vakavasti lapsen terveyttä uhkaavia häiriöitä. Näitä ovat esim. hypoglykemia ja hyperbilirubineemia. Koko tutkimuksen ajan lastenlääkäri tarkkailee vauvan ulkoista olemusta, reagointia tutkimukselle, valppautta ja voimaa sekä käyttäytymistä. Hän myös havainnoi vauvan poikkeavia liikkeitä. Vauvan itkun voimakkuus ja äänen laatu huomioidaan tutkimusta tehtäessä. (Järvenpää 2009, 295; Lehtonen 2008,732.)

Tarkastuksessa kerrotaan perheelle, mihin he voivat ottaa yhteyttä, jos heille kotiutumisen jälkeen tulee kysymyksiä vauvan vointiin liittyen. Jos vastasyntyneen tarkastuksessa ilmenee jotain poikkeavaa, vauvalle annetaan uusi tutkimusaika lääkärille. (Järvenpää 2009, 296.)

## Eri elinryhmien tutkiminen

Tarkastuksen alkuvaiheessa vauvalta kuunnellaan sydän- ja hengitysäänet sekä rinnan että selän puolelta. Vauva pyritään pitämään rauhallisena ja hiljaa riisumatta vielä kaikkia vaatteita hänen päältään, jotta äänten kuunteleminen on mahdollista.

Vastasyntyneellä on toimiva hermojärjestelmä, joka mahdollistaa hengityksen. Syntymän hetkellä vauva vetää keuhkot täyteen ilmaa, samalla hänen hengitystoimintansa käynnistyy. Keuhkojen täyttymisestä johtuvien paineolosuhteiden ja hapetuksen muuttuminen aiheuttaa sikiöaikaisten verireittien, valtimotiehyeen ja foramen ovalen eli eteisten välisen aukon sulkeutumisen. Keuhkot ja sydänäänet kuuntelemalla lääkäri varmistaa näiden muutosten tapahtuneen. Hengitysäänistä kuunnellaan symmetrisyys ja puhtaus ja samalla pystytään tarkastamaan hengityksen vaivattomuus ja tiheys. Sydänäänistä arvioidaan sydämen sykkeen tiheyttä, tasaisuutta ja äänten sointia ja voimaa. (Järvenpää 2009, 296; Gerhardt 2004, 46; Järvenpää 2004, 19.)

Silmien tarkastuksessa katsotaan punaheijasteet ja silmien reagoiminen valoon. Vastasyntyneellä on toimiva näköjärjestelmä, joka antaa vauvalle mahdollisuuden seurata liikkeitä ympärillä ja nähdä lähellä olevat kasvot. Vauvan kuulo on tarkastettu etukäteen kuuloseulan avulla, jonka tulokseen lääkäri ottaa kantaa. Päästä tunnustellaan kallon luiden saumojen aukiolo ja liikkuvuus sekä aukileiden koko. Suusta katsotaan limakalvojen ja suulaen eheys sekä suun ja kielen liikkeet. Vauvan iho tutkitaan kauttaaltaan, että nähdään mahdolliset näpyt, punoitukset ja hautumat myös taivepaikoista. Samalla arvioidaan ihon väri ja kimmoisuus sekä napatyngän kunto. (Järvenpää 2009, 296-297.)

Lastenlääkäri etenee järjestelmällisesti selkärankaa tunnustellen kohti genitaalialuetta. Sieltä tarkastetaan peräaukon sijainti. Tyttövauvalta katsotaan vaginan sijainti, poikavauvalta kivesten laskeutuminen, peniksen koko ja virtsaputken aukon sijainti. Lääkäri tunnustelee vatsan pehmeuden ja myötäävyyden, maksan reunan sijainnin, munuaisten kärjen sekä olka- ja reisivaltimopulssien voimakkuudet. Lääkäri arvioi myös vauvan ulkonäköä kauttaaltaan; vartalon, pään ja raajojen suhteita ja rakennetta. Lopuksi lääkäri tarkastaa lonkat; niiden paikoillaan pysymisen ja niiden loitontumisen symmetrisesti ja riittävästi. (Luukkainen & Fellman 2010, 44; Järvenpää 2009, 296-297.)

## Neurologinen tutkiminen

Vastasyntyneen kotiinlähtötarkastukseen kuuluu myös neurologinen tutkimus. Siinä arvioidaan vastasyntyneen aisteja, valppautta, reagoitiherkkyyttä ja lihasten voimaa ja symmetrisyyttä. Samalla tarkastetaan myös varhaisheijasteiden voimakkuus ja symmetrisyys. Vastasyntyneellä aivorunko ja sensomotorinen eli aistimiseen ja liikkumiseen liittyvä aivokuori ovat ne aivojen osat, joiden aineenvaihdunta on aktiivisinta. (Järvenpää 2009, 297; Gerhardt 2004, 46.)

Vauvan syntymän aikaisella raskausviikkotilanteella on selkeä vaikutus hänen lihasvoimaansa. Mitä aikaisemmilla viikoilla vauva on syntynyt, sitä hennompi on hänen lihasvoimansa ja sitä väsyvämpi hän on. Lastenlääkäri tarkastaa kotiinlähtötarkastuksessa vastasyntyneen raajojen jänteiden jännityksen, pään kannatuksen käsistä kohotettaessa ja vatsamakuulla pidettäessä. (Järvenpää 2009, 297.)

Vastasyntyneeltä tarkastetaan myös varhaisheijasteet. Moron heijaste eli säpsähdysheijaste kuvaa aivorungon toimintaa. Reaktio kuvaa vauvan pään hallinnan kehitystä. Kun lapsen pään annetaan äkisti, mutta varovasti pudota taaksepäin, hänen yläraajat loiton-tuvat, ojentuvat ja sitten koukistuvat. Hän myös usein alkaa itkemään. Lääkäri arvioi reaktion nopeutta, voimaa, laajuutta ja symmetrisyyttä. (Järvenpää 2009, 297; Salpa 2007, 17.)

Tarttumisheijasteessa vauvan sormet ja varpaat koukistuvat tutkijan sormen ympärille, kun vauvan kämmeniä tai jalkapohjia painetaan. Vauvan tarttumisote on tiukka, eikä hän pysty irrottamaan otettaan. Lääkäri arvioi heijasteen vahvuutta ja symmetrisyyttä. (Järvenpää 2009, 297; Salpa 2007, 18.)

Asymmetrinen tooninen niskaheijaste (ATN) kertoo vastasyntyneen lihasvoimasta ja sen symmetrisyydestä. Sen ärsykkeenä toimii pään kiertoliike. Tätä tutkittaessa vauvan pää käännetään sivulle, jolloin sen puolen raajat ojentuvat ja ne ovat jäykemmät kuin toisen puolen raajat. Reaktion tulisi olla samanlainen molemmilla puolilla. Tarkastetaan myös vastasyntynyt reaktio silloin, kun hänet asetetaan mahalleen. Lapsi tuo yleensä käden nenän tasolle sille puolelle, minne pää on kääntynyt. (Järvenpää 2009, 297-298; Salpa 2007, 18)

Automaattista kävelyheijastetta tutkittaessa vastasyntynyt nostetaan pystyasentoon ja häntä tuetaan pöydän pintaa vasten. Tällöin vauva ojentaa vartalonsa ja alkaa ”kävellä”. Kävelyrytmin tulisi olla säännöllinen ja koordinaation hyvä. (Järvenpää 2009, 297-298; Salpa 2007,18.)



### **3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET**

Tarkoituksenamme oli kuvailla tekijöitä, jotka ovat lastenlääkäreiden mielestä merkittäviä vastasyntyneen lyhytjälkihoitoiselle, turvalliselle kotiutumiselle. Halusimme selvittää, mitä kriittisiä tekijöitä ja mitä hyötyjä lypsy-kotiutumiseen liittyy. Lisäksi halusimme saada selville niitä tekijöitä, joiden vuoksi perheet ovat ottaneet yhteyttä sovittua kontrollia aikaisemmin. Näitä tietoja hyödyntäen perheille on mahdollista antaa entistä tarkempaa ohjausta lyhytjälkihoitoisesti kotiutuneen vastasyntyneen voinnin seurantaan, kuten vastasyntyneen kellastumisen tai infektion havaitsemiseen ja vastasyntyneen riittävän ravinnon saannin turvaamiseen. Ennen haastatteluja lisäsimme yhden uuden kysymyksen lypsy-kontrollien siirtosuunnitelmista avopuolelle terveydenhoitajien tehtäväksi. Kiinnostuimme asiasta, kun kuulumme tästä uudesta suunnitelmasta syksyllä 2011.

Tavoitteena pidimme sitä, että Oys:n osasto 13:n hoitohenkilökunta ja avoterveydenhuollon terveydenhoitajat saavat mahdollisesti uutta tietoa vastasyntyneen varhaisen kotiutumisen kriittisistä asioista. He voivat miettiä nykykäytäntöjä, tunnistavat mahdolliset kehittämistarpeet ja tarvittaessa muuttavat toimintaansa paremmin perheitä tukevaksi. Pitkän aikavälin tavoitteena pidimme sitä, että toiminnan kehittymisestä asiakkaat eli lyhytjälkihoitoisesti kotiutuvat perheet hyötyvät saamalla enemmän tietoa vastasyntyneen voinnin tarkkailuun. Henkilökohtaisena tavoitteena oli harjaantua laadullisen tutkimuksen tekemisessä sekä kehittää ammattitaitoa vastasyntyneen varhaiseen seurantaan, hoitoon ja tarkastamiseen.

#### **Tutkimustehtävä**

Tällä tutkimuksella haetaan vastausta seuraaviin tutkimustehtäviin:

1. Millainen on vastasyntyneen lyhytjälkihoitoinen kotiinlähtötarkastus lastenlääkärin arvioimana?
2. Millaisia kokemuksia lastenlääkäreillä on vastasyntyneen lyhytjälkihoitoisesta kotiutumisesta?

3. Mitä lastenlääkäri ajattelee lypsy-kontrollien siirtosuunnitelmista avoterveydenhuollon terveydenhoitajille?

## **4 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN**

Päädyimme laadulliseen eli kvalitatiiviseen tutkimukseen, koska tavoitteenamme oli ymmärtää todellisuutta vastasyntyneen lyhytjälkihoitoisesta kotiuttamisesta lastenlääkäreiden kokemana. Laadullinen tutkimus mahdollistaa hyvin kokemusperäisen tiedon ja yksittäisen tapauksen tutkimisen.

### **4.1 Laadullinen tutkimus tutkimusmenetelmänä**

Mielestämme laadullinen tutkimus sopi tutkimusmenetelmäksi parhaiten, koska se antoi mahdollisuuden nostaa aineistolähtöisesti esille kaikki tähän ilmiöön kuuluvat asiat. Laadullisessa tutkimuksessa aineistosta ei tehdä päätelmiä, mutta ajatuksena on kuitenkin se, että yksityisessä toistuu yleinen. Kun tutkimme yksityistä tapausta riittävän tarkasti, saamme näkyviin sen, mikä ilmiössä on merkittävää ja usein toistuvaa. Näin tutkittavasta ilmiöstä saadaan mahdollisimman kokonaisvaltainen kuva. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2009, 161; Tuomi & Sarajärvi 2009, 85; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2004, 170-171.)

Laadullisuus tulee opinnäytetyössämme esille siinä, että valitsimme haastattelujen tiedonantajiksi lyhytjälkihoitoista kotiutusta tekeviä lastenlääkäreitä. Heillä on laaja tieto vastasyntyneen kokonaisvaltaisesta voinnista ja tutkimisesta sekä lyhytjälkihoitoiseen kotiuttamiseen liittyvistä kriteereistä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on pyrkimyksenä pikemmin löytää tai paljastaa tosiasioita, kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä (Hirsjärvi ym., 2009, 161). Tutkimustulosten pohjalta kokosimme lastenlääkäreiden esille tuoman kokemuksen vastasyntyneen lyhytjälkihoitoisesta kotiutumisesta.

### **4.2 Tutkimukseen osallistujien valinta**

Laadullisen tutkimuksen suunnitteluun kuuluu konkreettisten järjestelyjen ja menettelytapojen päättäminen. Valitsimme tutkimuksen toteutustavaksi teemahaastattelun. Haastattelut teimme lyhytjälkihoitoisia kotiutuksia tekeville lastenlääkäreille Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Lastenlääkärit olivat tiedon saannin kannalta sopivin ammattiryh-

mä, koska heillä on laajin asiantuntemus vastasyntyneen hoidosta ja seurannasta. Mielestämme lastenlääkärit valikoituivat hyvin sen mukaan, ketkä lääkärit tekivät osasto 13 vastasyntyneiden kotiinlähtötarkastuksia. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että haastateltavana olevat henkilöt tietävät ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä on henkilökohtaista kokemusta asiasta. Tutkimuksen kannalta ratkaisevaa ei ole aineiston koko, vaan se, miten syvästi ja kestävästi se tulkitaan. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 85; Hirsjärvi ym., 2004, 166; Eskola & Suoranta, 2001, 61.)

Kirjoitimme sähköpostikirjeen, jolla lähestyimme kolmea lastenlääkärää. Saimme kahdelta haastatteluun myöntyvän ja yhdeltä kieltävän vastauksen. Kysyimme vielä yhtä lastenlääkärää kasvotusten haastateltavaksi ja hän lupautui. Mukaan valikoitui kaksi valmista lastenlääkärää ja yksi erikoistuva lastenlääkäri. Päädyimme sopimaan haastatteluaikat ja -paikat kunkin haastateltavan lastenlääkärin kanssa erikseen heidän aikataulujensa mukaan. Kaikki haastatteluun osallistuvat lastenlääkärit halusivat, että haastattelu suoritetaan heidän työhuoneessa. Hyvän tutkimuskäytännön edellytysten mukaisesti varmistimme sen, että haastateltavat saivat ennen haastattelua kaiken oleellisen tiedon siitä, mitä aihetta haastattelu koski. Näin he pystyivät tekemään päätöksen vapaaehtoisesta osallistumisesta tutkimukseen. (Hirsjärvi ym. 2004, 26-27).

### **4.3 Teemahaastattelu**

Päädyimme keräämään aineistomme teemahaastattelun avulla. Haastattelu on siinä suhteessa ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä, että siinä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Perehdyimme vastasyntyneen ja äidin syntymän jälkeiseen seurantaan sekä lypsy-käytäntöön useita lähteitä käyttäen. Teorian mukaan teemahaastattelun tekeminen edellyttää haastattelijoilta huolellista aihepiiriin perehtymistä sekä haastateltavien tilanteen tuntemista. Näin haastattelu voidaan kohdentaa juuri tiettyihin teemoihin. Teemamme perustuivat tutkimuksen viitekehukseen eli siihen, mitä me tutkittavasta ilmiöstä jo tiesimme. (Hirsjärvi ym. 2004,193-194; Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, sillä siinä aiempien tutkimusten ja aihepiiriin tutustumisen pohjalta laaditaan aihepiirejä, teemoja. Ne ovat kaikille haastateltaville samoja, mutta niissä liikutaan joustavasti ilman tiukkaa etenemisreittiä. Puhumis-

järjestys on vapaa, eikä kaikkien haastateltavien kanssa tarvitse käsitellä kaikkia asioita yhtä laajasti. Haastattelutilanteessa on mahdollisuus tarttua johonkin yksittäiseen sanaan tai lauseeseen ja pyytää haastateltavaa selventämään ja syventämään vastausta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75; KvaliMOTV-menettelmäopetuksen tietovaranto 2006, hakupäivä 30.11.2010; Hirsjärvi ym. 2004,193-194; Eskola & Suoranta 2001,86.) Laadimme yhdessä teemahaastattelunrunгон (Liite 1) ennen tutkimusluvan hakemista.

#### **4.4 Aineiston keruu**

Tässä tutkimuksessa haastattelut tehtiin kahden kättilöopiskelijan yhteistyönä. Teimme kaksi haastattelua huhtikuussa 2011 ja kolmannen toukokuun alussa. Haastattelut kestivät lastenlääkäreiden työhuoneissa noin puoli tuntia ja aikaa haastattelulle oli varattu tunti. Haastattelutilanne oli kaikissa haastatteluissa rauhallinen, eikä mitään keskeytymisiä tullut.

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruussa lähestytään tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman avoimesti esimerkiksi tekemällä aluksi väljiä haastattelukysymyksiä. (Kylmä & Juvakka, 2007,64). Ensimmäisen haastattelun kohdalla kysymykset olivat väljiä, emmekä mielestämme osanneet tehdä riittävästi tarkentavia kysymyksiä. Nauhoitimme haastattelut nauhurin lisäksi kännykkäämme. Ensimmäisen haastattelun kohdalla tämä osoittautui tarpeelliseksi, koska ääni ei ollut tallentunut ollenkaan nauhurille. Litteroimme eli kirjoitimme auki sanasta sanaan nauhoitetun aineiston aina ennen seuraavaa haastattelua. Sen jälkeen kävimme haastatteluaineiston läpi tehden yhteenvetoa ja pohtien lisäkysymyksiä seuraavaa haastattelua varten. (Hirsjärvi ym. 2009, 222.) Aukikirjoitettua tekstiä tuli 4–5 sivua jokaisesta haastattelusta, yhteensä 13 sivua.

Haastatteluissa olimme molemmat läsnä. Toinen suoritti varsinaisen haastattelun, toinen toimi kuuntelijana ja tarkkailijana kirjaten samalla ylös tarkentavia kysymyksiä ja huomioita haastattelusta. Oli helpompi pitää haastattelu oikeassa suunnassa, kun toinen samalla kirjasi lisäkysymyksiä (Kylmä & Juvakka, 2007, 80). Koimme hyväksi, että molemmat pääsimme haastattelemaan vuorollamme. Huomasimme haastatteluiden edessä, että kehityimme haastattelijoina ja osasimme nostaa paremmin esille lisäkysymyksiä. Pidimme tärkeänä sitä, että haastateltavalla olisi halutessaan oikeus kuunnella nauhoite ja muuttaa ja kommentoida sanomaansa. Kysyimme kahdelta haastateltavalta, ha-

luavatko he kuunnella ja tarkastaa nauhat jälkikäteen, mutta he eivät halunneet. Ensimmäiseltä haastateltavalta unohdimme kysyä, haluaisiko hän tarkistaa nauhan.

#### 4.5 Aineiston analyysi

Valitsimme haastatteluaineistoin käsittelyyn aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmän. Aloitimme analyysin aineiston pelkistämällä eli redusoinnilla. Pelkistäminen voi olla joko informaation tiivistämistä tai pilkkomista osiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Litteroiduista aineistoista karsimme tutkimukselle epäolennaisen pois. Aluksi luimme ja alleviivasimme erivärisillä kynillä haastatteluista nousevia olennaisia asioita. Kokosimme ne tietokoneella uudelle pohjalle. Erottelimme tässä vaiheessa eri haastattelut omilla väreillä.

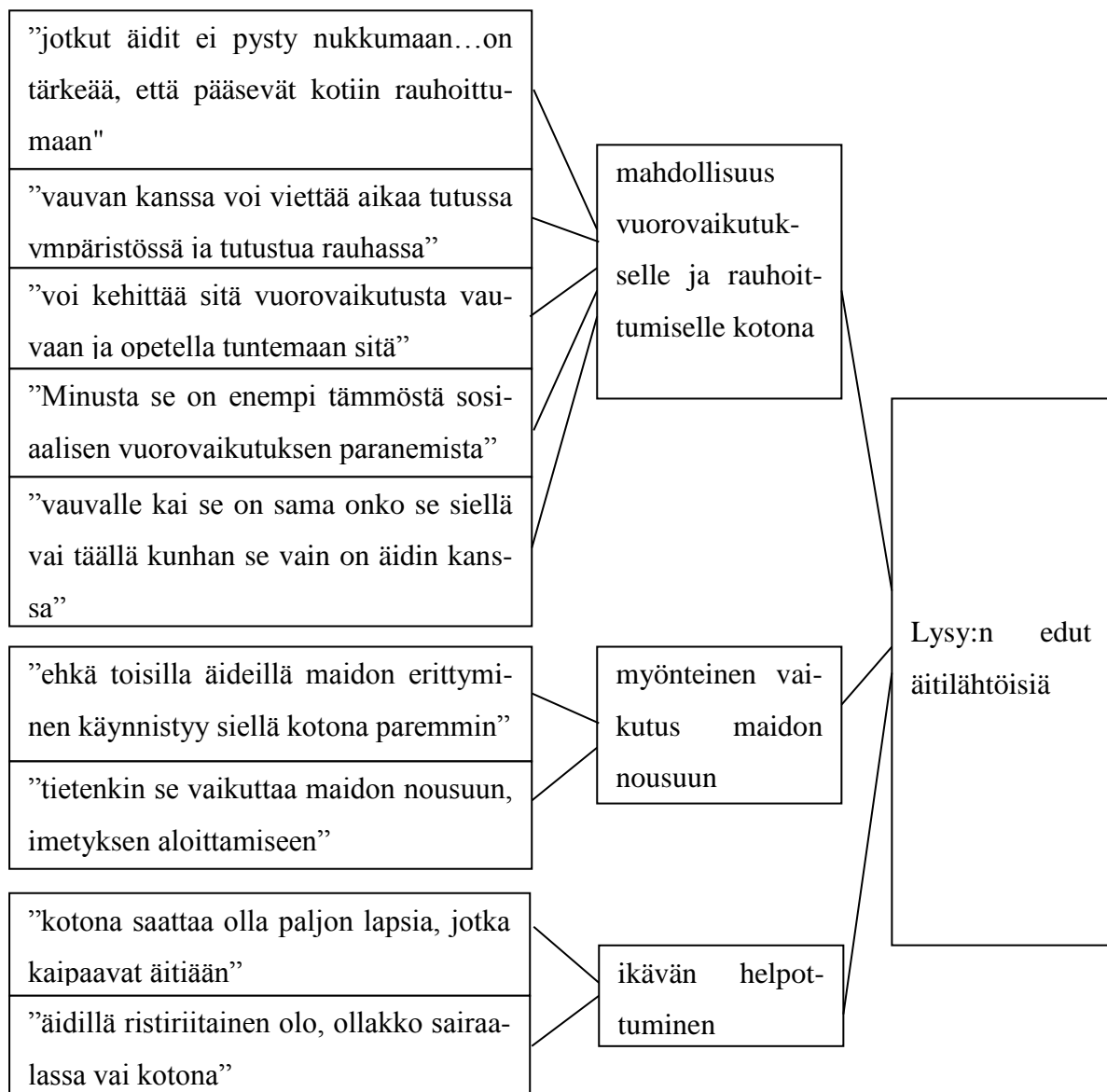
Toisessa vaiheessa aineisto ryhmiteltiin eli klusteroititiin. Ryhmittelyssä aineistosta nousevat alkuperäisilmaukset käydään huolellisesti läpi. Sen jälkeen aineistosta etsitään samankaltaisuuksia, eroavaisuuksia ja pyritään löytämään tutkimustehtävän kannalta olennaiset asiat. Sitten aineisto ryhmitellään, jolloin samaa tarkoittavat käsitteet muodostavan luokan. Luokat nimetään sisältöä kuvaavalla nimellä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110; Eskola & Suoranta 2001, 176.) Kokosimme pelkistetyistä aineistoista samaa tarkoittavia ilmaisuja jälleen uudelle pohjalle. Luokittelimme esille tulleita asioita erilaisten otsikoiden alle. Opinnäytetyön ohjauksen jälkeen toukokuussa 2011 havaitsimme, että olimme antaneet tutkimuskysymysten johdatella liikaa analysointia. Lähdimme analysoimaan aineistoa uudestaan ja aloimme kerätä esiin aineistosta nousevia näkökulmia. Näin saimme muodostumaan alaluokkia aineistolähtöisesti.

Aineiston ryhmittelyn jälkeen seurasi asiakokonaisuuksien luominen eli abstrahointi. Tämän vaiheen tarkoituksena oli muodostaa olennaisia ja valikoituja käsitteitä vastasyntyneen lyhytjälkihoitoisesta kotiutumisesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111.) Tämän vaiheen koimme työläänä. Teimme alustavan piirroksen paperille luokista, jotka aineistosta nousivat. Havaitsimme, että aineistosta nousi yhdeksän yläluokkaa. Näistä yläluokista muodostui kolme pääluokkaa. Näistä muodostui yhdistävä luokka: Lastenlääkäri on vastasyntyneen edunvalvoja ja puolestapuhuja. Seuraavassa kuviossa on esimerkki analyysin polusta.

Alkuperäiset lainaukset

Alaluokat

Pääloukka



Kuvio 1. Esimerkki analyysin polusta

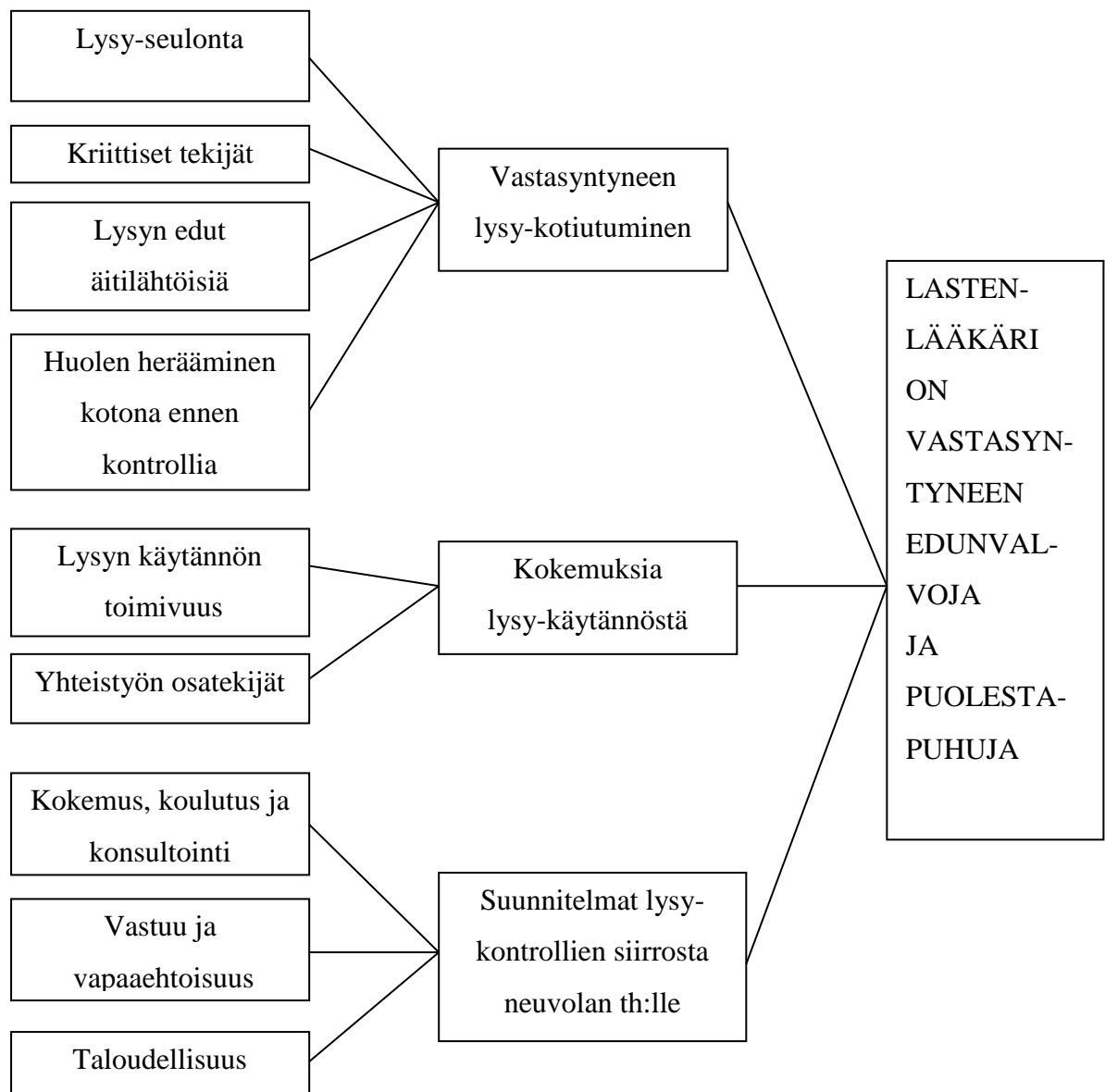
Teimme työtä kumpikin kotonamme ja lähetimme analyysin tuotosta sähköpostilla toisillemme. Kävimme läpi myös toistemme analyysia. Heinäkuussa 2011 jaoimme keskenämme yläluokkien tulosten kirjoittamista. Näin mahdollistimme tehokkaan ajan käytön. Kesän 2011 aikana työstimme analyysin valmiiksi. Tapasimme kolmen viikon välein Oulussa, jolloin muokkasimme ja teimme lopulliset luokittelut yhdessä sekä kirjoitimme tutkimustulokset. Nämä tapaamiset olivat hyviä ja innoittavia. Yhdessä työsken-

telymme on aina ollut hyvin intensiivistä; silloin kun tehdään, niin tehdään keskittyneesti ja tosissaan.



## 5 LASTENLÄÄKÄRI ON VASTASYNTYNEEN EDUNVALVOJA JA PUOLESTAPUHUJA

Lastenlääkäreiden mukaan lyhytjälkihoitoisessa kotiutumisessa tärkeää on vastasyntyneen hyvästä voinnista varmistuminen. Tähän liittyen halutaan varmistua vanhempien valmiuksista hoitaa lyhytjälkihoitoisesti kotiutunutta vastasyntyntä. Lysy-kotiutumisen edellytyksenä on myös vastasyntyneen kontrollissa käyttäminen.



Kuvio 2 Lastenlääkäreiden kokemuksia vastasyntyneen lyhytjälkihoitoisesta kotiutumisesta

Edellä on esitetty kuvio 2 yhdistävän luokan muodostumisesta. Aineistosta nousi kolme pääluokkaa: Vastasyntyneen lypsy-kotiutuminen, Kokemuksia lypsy-käytännöistä ja Suunnitelmat lypsy-kontrollien siirrosta neuvolan terveydenhoitajille. Käytimme haastatteluista poimittuja suoria lainauksia kuvatessamme yläluokkien muodostumista.

## **5.1 Vastasyntyneen lyhytjälkihoitoinen kotiutuminen**

Vastasyntyneen lyhytjälkihoitoisesta kotiutumisesta saatiin yläluokat Lypsy-seulonta, Lysyn kriittiset tekijät, Lysyn edut äitilähtöisiä ja Huolen herääminen kotona ennen kontrollia.

### **5.1.1 Lypsy-seulonta**

Lastenlääkärit kuvasivat, että kätilöt tekevät alustavan seulonnan mahdollisista lyhytjälkihoitoisesti kotiutuvista perheistä ja tarkistavat lypsy-kriteerien täyttymisen. Myös lastenlääkäri tarkistaa kriteerien täyttymisen vastasyntyneen kannalta. Äidin raskauden ja synnytyksen sekä vauvan vastasyntyneisyyskauden on täytynyt sujua normaalisti, jotta lypsy-kotiutuminen on mahdollista.

*Nää lypsykriteerit täytyy tietenkin täytyä. Mutta kätilö tuo sen lapsen siihen tarkastuslistalle ja siinä vaiheessa hän on käynyt läpi jo sen että täytäkö vastasyntynyt kriteerit, mutta lasten lääkäri katsoo ne vielä uudelleen.*

*Pitää olla niin sanotusti terve vastasyntynyt, joka on kaikin puolin sekä synnytyksen aikana käyttäytynyt normaalisti, sitten synnytys on sujunut normaalisti ja vastasyntyneisyyskausi on alkanut normaalisti.*

Kätilö tarkistaa lyhytjälkihoitoisesti kotiutuvilta vastasyntyneiltä happisaturaation ja bilirubiiniarvon ennen lastenlääkärin tarkastusta. Nämä kuuluvat lypsy käytäntöihin aina. Lastenlääkärit korostivat sitä, että vastasyntyneen täytyy osata ja jaksaa syödä ennen kotiutumistaan. Paino ei saa olla vastasyntyneellä liikaa laskussa. Painonlaskun pitää olla selvästi alle 10 prosenttia kotiutumisvaiheessa.

*Lysyläisinä kotiutuvilta lapsilta kätilö mittaa happisaturaation uudemman kerran, vaikka se on katsottu jo siellä synnytyssalissa siinä vaiheessa, kun vauva on siirtymässä synnytyssalista vuodeosastolle.*

*Bilirubiinia tulee katottua sinällään niinku tarkemmin ja että vähä niinku ennakoiden, että voisko olla riskissä kellastua.*

*Vastasyntyneen pitää olla reipas, että hän osaa syödä.*

*Kiinnitän huomiota siihen painonkehitykseen ja imetyksen onnistumiseen, ettei niissä herää mitään huolta, että ne kriteerit täyttyy sinällään.*

Lastenlääkäri tarkasti kaikki vastasyntyneet tarkasti, riippumatta siitä, milloin vastasyntynyt on kotiutumassa. Lyhytjälkihoitoisesti kotiutuvan vastasyntyneen tarkastus ei käytännössä poikkeakaan mitenkään lastenlääkäriin kotiinlähtötarkastuksesta. Yksi haastatelluista kertoi pyrkivänsä kuuntelemaan sydäntä alle kahden vuorokauden ikäisinä kotiutuvilta vielä normaalia tarkemmin. Lastenlääkäriin kotiinlähtötarkastukseen kuului aina sydämen ja keuhkojen kuuntelu, reisivaltimopulssien tunnustelu, vatsan sekä pään aukileiden, -saumojen ja -luiden tunnustelu. Tarkistuksessa katsotaan myös lonkat, solisluut, suulaki ja tutkitaan primitiiviheijasteet. Vastasyntyneeltä mitataan päänympäryys, katsotaan genitaalit ja ihon väri ja kunto.

*Käytännössä ihan sama tarkastus. Sama status käydään läpi kotiin lähtiessä. Vauvasta katotaan ensinnäkin se, että se näyttää niinku pärjäävän, on semmonen jäntevä, hyvänvärinen, ei oo keltanen eikä sininen.*

*Vastasyntyneet tutkitaan aina tarkasti, riippumatta siitä, onko se milloin lähdössä kotiin. Kotiinlähtötarkastuksessahan kuunnellaan sydän, keuhkot, tunnustellaan reisivaltimopulsaatiot, tunnustellaan vatsa, katsotaan lonkat, että ne ovat paikoillaan, tutkitaan kaikki varhaisheijasteet, palpoidaan kallon luut, saumat, aukileet. Palpoidaan suulaki ja tutkitaan primitiiviheijasteet. Mitataan päänympäryys, katsotaan genitaalit ja ihonkunto.*

*Kuuntelee sitä sydäntä tarkemmin kuin näillä täysaikasilla. Jotenki itellä on semmonen ajatus, että sydäimestä se on eniten huoli kaiken kaikkiaan.*

### **5.1.2 Kriittiset tekijät**

Lysy-kriteerit olivat tarkat ja niiden avulla saadaan seulottua pois suurin osa lypsy-kotiutumiseen soveltumattomista vastasyntyneistä. Seulonnasta huolimatta lääkärit kokivat, että on muutamia kriittisiä tekijöitä, jotka toivat haastetta lypsy-kotiutumiseen.

Sairaalassaoloaika lyhytjälkihoitoisesti kotiutuvalla äidillä ja vastasyntyneellä on lyhyt, jolloin vastasyntyneen hoitoon ja imetykseen liittyvä ohjaus täytyy tapahtua lyhyessä ajassa. Äidin pitää kotiutuessaan pystyä huolehtimaan vastasyntyneen ja usein muunkin perheen tarpeista. On tärkeää, että hän osaa myös reagoida, jos vastasyntyneen voinnissa kaikki ei vaikuta normaalilta, ja ottaa yhteys lapsivuodeosastolle.

*Paljonhan se jää äidin kontolle.*

*Imetys on täytynyt käydä läpi siellä osastolla ollessa. Äidin on täytynyt sisäistää ne ohjeet ja myöskin osata toteuttaa niitä käytännössä, tutustua siihen vauvaan ja miten vauva käyttäytyy ja että äiti pystyy huolehtimaan vauvan tarpeista ja reagoida vauvan tarpeisiin.*

Lastenlääkärit toivat esille, että bilirubiiniarvon nousu valohoitorajan yläpuolelle on mahdollista vielä kotonakin, vaikka jokaiselta lyhytjälkihoitoiseen kotiutukseen ajatellulta vauvalta tarkastettiin bilirubiiniarvo ennen lastenlääkärin kotiinlähtötarkastusta. Saatu arvo asetettiin käyrästölle, jonka pohjalta arvioitiin, onko vastasyntyneen bilirubiini korkea tai riskissä nousta niin korkeaksi, että hän tarvitsisi sinivalohoitoa. Bilirubiiniarvo vaikutti merkittävästi vastasyntyneen mahdollisuuteen kotiutua lyhytjälkihoitoisesti.

*Bilirubiini on aika usein, mistä jää kiinni.*

*Sitten se bilirubiini on vähän niinku toinen asia.*

Lastenlääkäreiden mielestä synnynnäisen sydänvian havaitseminen 24–48 tunnin ikäiseltä vastasyntyneeltä voi olla haasteellista. Vastasyntyneen adaptaatio voi olla kesken ja sydämen verenkierto ei ole vielä normalisoitunut. Jokaisen vastasyntyneen saturaatio tarkastetaan uudelleen ennen lypsy-kotiutustilannetta. Sellaiset viat, jotka vaikuttavat vastasyntyneen veren hapettumiseen, jäävät hyvin tässä seulassa kiinni. Kuitenkin on olemassa sellaisia sydänvikoja, jotka voivat jäädä huomaamatta.

*Voi olla näitä, että ei kuulu mitään sydän vikaa siinä vaiheessa, kun lähtevät kotia ja sitten onkin vikaa.*

*Vaikka vastasyntynyt tarkistetaan huolella, kaikki sydänviat eivät tule esille siinä vaiheessa. On tiettyjä sydänvikoja, joita ei voi saada kiinni siinä ihan ensimmäisten päivien aikana. Että se on tietenkin pieni riski aina, mutta elämähän on riskejä täynnä.*

*Tietenkin se, että kaikenlaisia ongelmia ei pysty niin pieneltä vauvalta vielä saamaan esille. Myöhemmin voi kuulua pahakin sydänvika. Ykski päivä voi olla ratkaseva, että se sivuääni kuuluu. Että siinä on se riski ja sillä riskillä mennään.*

Lastenlääkärit korostivat myös olemassa olevaa vastasyntyneen riskiä saada infektio. Jos infektoriski on selkeästi kohonnut esimerkiksi äidin streptokokki-infektion vuoksi, vastasyntynyt ei voi kotiutua lyhytjälkihoitoisesti. On mahdollista, että vastasyntynyt vaikuttaa kotiutustilanteessa terveeltä, mutta hän alkaa oireilla infektiosta johtuen pian kotiutumisen jälkeen.

*Infektiot on myös toinen asia. Vastasyntynyt voi sairastua infektiin, vaikeaan sepsikseen siinä ensimmäisten päivien aikana. Ja välttämättä se ei tule esille siinä, kun lapsi on lähdössä kotiin alle kahden vuorokauden iässä.*

*Onhan näissä myöskin se infektoriski-asia. Ja jos joillaki on vähä semmosia lieviä riskitekijöitä, niin niitä korostaa sitten.*

Lysy-kriteerit rajaavat hyvin pois vastasyntyneet, jotka eivät vielä jaksaa syödä ja painon lasku on ollut liiallista sairaalassaolo aikana. Lastenlääkäreiden mukaan kotona voi kuitenkin tulla ongelmia, jotka liittyvät vastasyntyneen ravinnonsaantiin ja suolistoon. Äidin maidoneritys saattaa käynnistyä kotona niin hitaasti, että vastasyntynyt ei saa riittävästi rintamaitoa. Paino ei lähde nousemaan tai jopa laskee. Suolistossa voi olla myös rakenteellinen vika, joka estää normaalin ruokinnan ja painonkehityksen. Tämä voi tulla ilmi vasta kotiutumisen jälkeen.

*Painonkehitys on tärkeää. Lastenlääkärin toive on , että se ois nousussa siinä vaiheessa, kun lähetään kotiin, mutta harvoinha se nykyisin ennää on.*

*Voi olla joku syömisen ongelma, joka ei tuu vielä esille kotiutus tilanteessa. Joku pitkällä suolistossa oleva atresia tai muu sellainen, joka estää normaalin ruokkimisen.*

Ongelmalliseksi lastenlääkärit kokivat ensisynnyttäjien lysy-kotiuttamisen. Oys:n kriteerit sallivat sen ensisynnyttäjälle, mutta käytännössä kukaan lastenlääkäreistä ei kotiuttanut ensisynnyttäjää lyhytjälkihoitoisesti. Vastauksissa korostui äidin kokemuksen puute vastasyntyneen hoidossa ja seurannassa. Lastenlääkärit korostivat sitä, että sairaalassa äidit saavat tarpeellista tukea ja ohjausta imetykseen ja vastasyntyneen hoitoon.

*Ensisynnyttäjän lysy- kotiutumisessa on aika lailla riskiä. Ko musta tuntuu, että ei ne äitit nii hirviästi sielä kotona sitä ohjausta saa. Eikä hänellä välttämättä oo sitä kokemusta vauvan hoijosta. Että jos jotaki tulee, niin ymmärtääkö se äiti oikiasti sielä kotona, että nyt on niinku ongelma käsillä.*

*No emmää päästä sitä kotiutumaan lysysti.*

Yksi lastenlääkäri toi esille myös sairaalasta lähdön omalla vastuulla. Se on erittäin harvinaista, mutta joskus vanhemmat haluavat lähteä kotiin lastenlääkärin suositusten vastaisesti. Heille kerrotaan perusteellisesti syyt, joiden vuoksi lyhytjälkihoitoista kotiutusta ei suositella. Vanhemmilta pyydetään allekirjoitukset lappuun, jolla he todistavat lähtevänsä omalla vastuulla. Suurimmassa osassa tapauksista vanhemmat kuitenkin ym-

märtävät syyt, joiden vuoksi vastasyntynyt tarvitsee vielä sairaalaseurantaa ja luopuvat lypsy-kotiutumisesta. Lastenlääkäreille omalla vastuulla kotiutuminen on hankalaa. Ongelmien tullessa vanhempien allekirjoittama lappu ei poista hoitavan lääkärin vastuuta vastasyntyneen tilanteesta.

*On niitä tullu joskus, mutta mä oon kyllä pitäny kovat palopuheet siitä, että tää ei oo oikeen.*

*Oon pyytäny ne sitte ja selittäny riskit ja pyytäny niiltä allekirjotukset. Että tässä niinku oikeesti ollaan tosissaan ja että tää ei oo ihan ok. Mutta ei näitä paljon oo. Vaikka ne vanhemmat kirjottavat sen lapun, että lähtevät omalla vastuullaan, se ei poista hoitavan lääkärin vastuuta tietenkään.*

*Kyllä ne äitit sen hyväksyy, jos on sellanen syy, että vauvan takia pitää olla pitempään.*

*Mää en oo kertaakaan kotiuttanut.*

### 5.1.3 Lysin edut äitilähtöisiä

Lastenlääkäreiden mielestä lypsy-kotiuttamisen edut olivat ennen kaikkea äitilähtöisiä. Vastasyntyneen kannalta varsinaisia etuja ei tullut esille. Vastasyntyneelle on tärkeintä saada olla äitinsä kanssa. Merkittävänä ei pidetty vauvan kannalta sitä, missä äiti ja vastasyntynyt ovat. Toisaalta äidin näkökulmasta katsoen lastenlääkärit pitivät lyhytjälkihoitoisen synnytyksen etuna kodin tuomaa rauhaa vuorovaikutukselle ja vastasyntyneeseen tutustumiselle. Monet äidit kokevat saavansa paremmin levättyä ja nukuttua kotona kuin sairaalassa.

*Lysyssä on hyviä puolia. Tietenkin lasten lääkäri katsoo aina vauvan kannalta sitä asiaa, äidit voivat tietenkin katsoa sitä myös omalta kannaltaan.*

*Toki kotiympäristö antaa sen mahdollisuuden, että vauvan kanssa voi viettää aikaa tutussa ympäristössä ja tutustua rauhassa ja kehittää sitä vuorovaikutusta lapseen ja opetella tuntemaan omaa vauvaa.*

*Vauvalle kai se on aika lailla sama, onko se siellä vai täällä, kunhan se on vain äidin kanssa.*

Lastenlääkäreiden mukaan osa äideistä koki nopean kotiutumisen vaikuttavan myönteisesti maidon nousuun ja imetykseen. Myönteinen vaikutus maidon nousulle tulee todennäköisesti rentoutumisen ja rauhoittumisen kautta, joka sairaala olosuhteissa voi olla vaikeaa.

*Siinä on hyviä puolia. Tietenkin se vaikuttaa maidon nousemiseen, imetyksen aloittamiseen.*

*Toisilla äideillä maidon erittyminenkin käynnistyy siellä kotona paremmin. Siitä nyt ei mitään tieteellistä näyttöä ole, mutta toiset kokevat niin. Minusta se on enempi tämmöistä sosiaalisen vuorovaikutuksen paranemista, mutta se on tosi tärkeää.*



Osa lastenlääkäreistä näki lyhytjälkihoitoisen kotiutumisen etuna ikävän helpottumisen, jos äiti pääsee kotiutumaan nopeasti. Synnyttäjän isommat lapset saattavat ikävöidä äitiään kovasti. Äidillä voi myös olla kova ikävä perhettään. Ikävä aiheuttaa ristiriitaisia tunteita synnyttäneelle äidille, eikä äiti pysty rentoutumaan ja rauhoittumaan.

*Kotona saattaa olla paljon lapsia, jotka kaipaavat äitiä ja äidillä on ristiriitainen olo, ollakko sairaalassa vai kotona.*

Lysin etuna lastenlääkäreiden kannalta koettiin se, että nyt oli olemassa valmis skeema eli toimintamalli äidin ja vastasyntyneen nopealle kotiutumiselle. Aiemmin alle kolmen vuorokauden ikäisen vastasyntyneen kanssa kotiin haluavia ei katsottu nopeasti. Lysytoimintamalli on mahdollistanut turvallisen ja kontrolloidun kotiutumisen 24–48 tunnin ikäisen vastasyntyneen kanssa. Yksi lastenlääkäreistä toi esille toimintamallin helpottavan vaikutuksen lastenlääkärin työn kannalta. Enää ei tarvitse tiukkasävyisesti keskustella nopean kotiutumisen ongelmallisuudesta.

*Mutta ku nyt on kontrollit ja valmis sheema olemassa, niin kokonaan semmonen keskustelu on jääny pois. Että kyllä ne äitit sen hyväksyy, että jos on sellanen syy, että vauvan takia pitää olla pitempään. Nyt nää äitit pääsee ihan virallisen sheeman mukaan kotiutumaan ja kun kontrollit on, niin se on ihan sillain turvattu.*

#### **5.1.4 Huolen herääminen kotona ennen kontrollia**

Lastenlääkäreiden mukaan vanhemmat ottivat yhteyttä sairaalaan hyvin harvoin ennen lysisy-kontrollia. Äidillä oli saattanut tulla huoli vastasyntyneen riittävästä maidon saannista ja hän halusi painon tarkistusta. Vastasyntynyt voi olla väsähtänyt, syödä huonosti tai hän on kellastunut. Äidit voivat kokea myös pelkoa ja epävarmuutta tavallisissa mukautumiseen liittyvissä asioissa, esimerkiksi jos vastasyntynyt purskutti lapsivettä. Yhteyttä otettiin yleensä osasto 13:n kätilöihin, jotka tekevät lysisy-kontrollit. Lääkäreille tulee yhteydenottoja erittäin harvoin.

*Minun korviin ei kyllä monta yhteydenottoa oo tullu, mutta kyllä ne yhteydenotot on sinne osastolle.*

*Ja sitten tietenkin osa vauvoista saattaa olla vielä tällaisia, eivät oo vielä heränneet sieltä syntymäendorfiineistaan, että ovat tällaisia purskuttajia ja ei niin kauhean pirteitä. Äidillä on huoli siitä, saako vauva riittävästi ruokaa, että mikä sillä on nyt, kun se pulauttaa näitä maitoja.*

*Kellastuminen olla sellainen tai joku että ei syö. Haluavat painon tarkistusta tai äitillä on joku syöttämisiongelma.*

## **5.2 Kokemuksia Lysy-käytännöstä**

Aineistosta nousi yläluokiksi Lysin käytännön toimivuus ja Yhteistyön osatekijät. Yhdistäväksi pääluokaksi muodostui Kokemuksia lysy-käytännöstä. Lysin käytännön toimivuus-yläluokkaan nousi asioita, jotka vaikuttivat ja olivat merkittäviä lysy-kotiuttamisen toiminnan kannalta. Yhteistyön osatekijät-yläluokkaan kerääntyi yhteistyötahot, jotka mahdollistivat lyhytjälkihoitoisen kotiutumisen.

### **5.2.1 Lysin käytännön toimivuus**

Lastenlääkärit pitivät lysy-toimintamallia uudelleensynnyttäjille sopivana kotiutusmuotona. Kukaan ei mielellään kotiuttanut ensisynnyttäjiä lyhytjälkihoitoisesti, vaikka se nykyisten lysy-kriteerien mukaan on mahdollista.

*Ensisynnyttäjien kohdalla aina katsotaan tapauskohtaisesti. Mutta pääsääntöisesti en ehkä suosittelen lysyä ensisynnyttäjille, koska äiti tarvitsee enemmän ohjausta.*

Lastenlääkäreiden mukaan epävarmuuksien seulonta ja poissulkeminen on tärkeä osa lysy-toimintamallia. Lastenlääkärit pyrkivät varmistamaan äidin ja vastasyntyneen edellytykset kotona selviytymiselle. Kriteereitä, jotka lysy-kotiutumiselle on asetettu, pidettiin yleisesti hyvinä, toimivina ja tarpeellisina. Ne selkeyttivät ja antoivat raamit, mietittäessä kotiutumista alle 48 tunnin sisällä syntymästä. Lisäksi kriteerien koettiin seuloavan hyvin vastasyntyneen kannalta oleellisia riskitekijöitä.

*Sitä vähä kyselemällä hakee, että onko jotaki tämmöistä epävarmuutta äidilläkin vielä näissä asioissa, voiko lähtyä aikaisemmin kotia.*

*Että kyllä ne vauvat aika mukavasti osataan poimia pois sieltä, jotka ovat ehdolla lypsykotiutumaan, mutta jotka eivät sitten pääsekkään, sillä heille saattaakin tulla joku ongelma.*

*Oys:sin lysykriteerit ovat ihan järkevät.*

Lastenlääkärit pyrkivät tuomaan vastasyntyneen kannalta nousevat riskit esille, mutta vanhempien pelottelua pyrittiin välttämään. Keskustelua vanhempien kanssa pidettiin tärkeänä. Erityisesti keskustelun merkitys kasvoi, jos lypsy- kotiutuminen jouduttiin perumaan jostain vauvan voinnissa ilmenneestä syystä.

*Käytännössä ei sitä epävarmuutta voi perheelle siirtää. Että pitää sen niinku omanaan tavallaan. Kertoo niille, että mitä kannattaa tarkkailla. Että ehkä pyrkii sellain aktiivisemmin kertomaan niitä asioita ja että jos tulee jotain, pitää sitte ymmärtää olla yhteydessä aikasemmin.*

*Kyllä siinä tulee mainittua riskitekijöistä, mutta emmää niinku ala pelottelemaan ja maalailemaan mitään.*

*Olen yleensä keskustellut äidin kanssa ja kun rauhallisesti keskustelee ja purkaa sen tilanteen minkä vuoksi vauva ei vielä ole kotikuntoinen, lähes kaikille äideille se informaatio on riittävä.*

Lastenlääkärit kokivat lypsy-kontrollikäynnit hyväksi ja tarpeellisiksi. Kontrollikäynti tuli jo 2–3 päivän päästä lapsivuodeosastolta lähdöstä, jolloin kätilö tarkastaa vastasyntyneet uudelleen. Alle 36 tunnin sisällä syntymästä kotiutuneet vastasyntyneet tarkisti kontrollikäynnillä lastenlääkäri. Kontrollikäyntiin luotettiin, koska siinä oletettiin viimeistään jäävän rakenteelliset poikkeavuudet kiinni.

*Mää luotan siihen, että me kuitenkin nähään sillon, ku ne äitit tulee siihen kontrollikäynnille. Että siinä vaiheessa viimestään jäis kiinni joku krouvi vika.*

*Sehän yleensä tulee nopeasti se lysis-kontrolli. Lysykontrolli päivät ovat maanantai, keskiviikko ja perjantai. Siinä on yleensä niin, että kun perjantaina kotiutetaan, niin maanantaina tulee jo kontrolliin, maanantaina kotiutuva keskiviikkona ja keskiviikkona kotiutuva perjantaina.*

### **5.2.2 Yhteistyön osatekijät**

Lyhytjälkihoitoista kotiutusta tehdään monen osatekijän yhteistyönä. Lastenlääkärit kokevat olevansa ennen kaikkea vastasyntyneen edunvalvoja ja puolestapuhujia. Lastenlääkärin tarkastuksen tarkoitus on varmistua vastasyntyneen voinnista, sulkea pois poikkeavuudet ja kotiutumisen esteet.

*Mutta lastenlääkäri katsoo yleensä sitä vauvaa. Lastenlääkäri on sen vauvan puolesta puhuja ja edunvalvoja.*

*Mutta kotiutus on aina niin kuin vauvan mukaan. Lastenlääkäri arvioi vauvan kokonaistilannetta, hän ei tuijota johonkin yhteen numeroon.*

Lastenlääkärit korostivat myös yhteistyötä kätilöiden kanssa. Yhteistyön toimivuus ja luottamus kätilöiden ammattitaitoon oli tärkeää lysis- kotiuttamisen kannalta. Kätilöt arvioivat ja toivat esille näkemyksensä kotiutumisen mahdollisuuksista lastenlääkärille.

*Mutta sillon tällön käyvään keskustelua kätilöiden kanssa, että onko tämä nyt lysis-kriteerit täyttävä ja onko tämä yleensä lysisläinen vai onko varhainen kotiutuja, että mikä tämä on.*

*Yleensä se viesti tulee jo sitten kätilöiltä käsin. Jotenki semmonen luotto sinne kätilö puolelle on, että harvoin menee ristiin ajatukset. Käytännössä ei koskaan, että he olis huolissaan ja minä en olis huolissaan.*

Lysy-kontrollikäynti Oys:ssa on toteutettu syksyyn 2011 saakka niin, että kokeneet kätilöt tekivät vastasyntyneelle tarkastuksen 2–3 vuorokauden kuluttua kotiutumisesta. Alle 36 tunnin iässä kotiutuneet vastasyntyneet tarkasti kuitenkin lastenlääkäri. Kontrollikäynti tapahtui lapsivuodeosastolla Oys:ssa. Kätilö konsultoi lastenlääkäriä, jos havaitsi jotain poikkeavaa vastasyntyneen voinnissa.

*Meillä kätilöt tarkastaa lysykotiutujat, jotka lähtevät kotiin yli 36 tunnin iässä.*

Yksi lastenlääkäri korosti hyvän neuvolaseurannan merkitystä ja tärkeyttä lysykotiutumiseen. Synnyttäjän taustojen tietäminen on tärkeää. Se helpotti lyhytjälkihoitoisen kotiutumisen päätöksentekoa, koska tietämällä synnyttäjän taustat on mahdollista kartoittaa osa riskitekijöistä, jotka ovat esteenä lysy-kotiutukselle.

*Se, että miksi uskaltaa päästää, perustuu siihen, että meillä on hyvä raskauden aikainen neuvolaseuranta. Että kuitenkin tausta on niin hyvin tiedossa.*

Yhdeksi yhteistyön osatekijäksi nousi perhe. Lastenlääkäreiden oli tärkeää varmistua siitä, että perhe pärjäsi kotona lyhytjälkihoitoisesti kotiutuneen vastasyntyneen kanssa ja pärjäämisen edellytykset olivat olemassa. Lysy-kriteereihinkin on kirjattu perheen riittävän kotiavun saannin ja tukiverkon tärkeys.

*Tokihan sitä täytyy ajatella perheen ja lapsen kannalta, että kotonahan se paras paikka tietenkin on. Positiivisena asianahan se koetaan, jos se on sekä äidille että lapselle eduksi.*

### **5.3 Suunnitelmat lysy-kontrollien siirrosta neuvolan terveydenhoitajille**

Oys:n ja Oulun kaupungin perusterveydenhuollon välillä on käyty neuvotteluja tämän vuoden aikana mahdollisuudesta siirtää lysy-kontrollit neuvolan terveydenhoitajien tehtäväksi. Muutos koskisi oululaisia, yli 36 tuntia syntymän jälkeen kotiutuvia vastasyntyneitä. Muutos lysy-kontrolleihin oli suunnitteilla syksyille 2011. Tämän johdosta nostimme asian esille.

Lysy-kontrollien siirrosta terveydenhoitajille nousi kolme yläluokkaa. Ensimmäiseksi yläluokaksi nousi Kokemus, koulutus ja konsultointi. Toiseksi yläluokaksi muodostui Vastuu ja vapaaehtoisuus. Kolmanneksi yläluokaksi nousi Taloudellisuus.

### **5.3.1 Kokemus, koulutus ja konsultointi**

Lastenlääkärit eivät nähneet periaatteellista estettä siihen, että lysy-kontrollit siirrettäisiin terveydenhoitajille. Kuitenkin kaikki korostivat hyvän perehdytyksen ja koulutuksen tärkeyttä ennen tarkastusten siirtoa. Jotta käytäntö toimii, lysy-tarkastuksia tekevällä henkilöllä pitää olla kokemusta vastasyntyneen varhaisesta seurannasta. Lisäksi tarkastuksia pitää olla usein, että ammattitaito lysy-tarkastuksien tekemiseen säilyy. Tarkastuksen tekijällä pitää olla myös mahdollisuus konsultoida lastenlääkäreitä vaivattomasti. Osa lastenlääkäreistä epäili, pystytäänkö lyhyellä aikataululla mahdollistamaan tarvittavan tiedon ja taidon siirtäminen terveydenhoitajille.

*Jos niitä tarkastuksia sillälaililla jatkuvasti tulee, että säilyy taito, nii emmä näkis siinä mittää estettä. Mutta pitäis olla sitte, että on kans koulutettu siihen.*

*Mää aattelen että se kuuluu meille justiinsa sen takia, että on kokemusta enemmän.*

*Minun mielestä se on aika kova riski niillä ottaa, että mä ihimettelen miten ne uskaltaa ottaa. Täällä on kuitenkin totuttu vastasyntyneen aivan varhaisen vaiheen seurantaan ja niitten oireitten ettimiseen ja se vaatii kyllä koulutusta.*

### **5.3.2 Vastuu ja vapaaehtoisuus**

Lastenlääkärit korostivat terveydenhoitajien vapaaehtoisuuteen perustuvaa mahdollisuutta tarkastaa lysy-kotiutuneita vastasyntyneitä. He kokivat ongelmallisena sen, jos terveydenhoitajat veloitetaan tekemään tarkastuksia ilman omaa halukkuutta ja riittä-

vää valmiutta kyseiseen tehtävään. Vauvoja tarkastaessa terveydenhoitajat joutuvat ottamaan vastuun tekemästään tarkastuksesta.

*Kyllä se hänelle soveltuu, jos hän on sinut sen kanssa ja että hän on tottunut ottamaan vastaan semmosia.*

*Se on hälyttävää, jos se jostaki ylhäältä käsin tulee, ja he ajattelevat, että se ei kuulu niinku neuvolalle*

*Mää luotan siihen täysin että se toimii. Mutta se vaatii sen kouluttamisen ja vapaaehtoisuuden, että haluaa tehdä sitä työtä.*

### **5.3.3 Taloudellisuus**

Lastenlääkärit nostivat esille lypsy-kontrollien siirtämiseen terveydenhoitajille myös taloudellisen näkökulman. Maksavalle kunnalle on huomattavasti edullisempaa, jos lypsy-kontrollikäynnit voidaan toteuttaa omana avoterveydenhuollon palveluna. Lastenlääkärit kokivat taloudellisten seikkojen olevan todennäköisin syy kontrollien siirron taustalla.

*Paljon halvempaa käydä avopuolella, kuin tulla tänne sairaalan puolelle.*

## 6 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Lyhytjälkihoitoinen synnytys on yleistynyt ja löytänyt paikkansa suomalaisessa synnytyksen jälkeisessä hoitokäytännössä. Oulun yliopistollisessa sairaalassa lyhytjälkihoitoista synnytystä on toteutettu neljä vuotta. Näiden vuosien aikana toiminta on kokenut monenlaisia muutoksia, erityisesti lypsy-kontrollien osalta.

### 6.1 Lastenlääkäreiden kokemuksia vastasyntyneen lypsy-kotiutumisesta

Lastenlääkäreiden mielestä lyhytjälkihoitoiseen kotiuttamiseen oli löytynyt selkeä toimintamalli. Kätilöt toteuttivat alustavan arvioinnin vastasyntyneen mahdollisuuksista kotiutua lyhytjälkihoitoisesti. Kätilöiden toimesta vastasyntyneeltä tarkistettiin happisaturaatio ja bilirubiini verestä sekä painon kehitys. Keräsen, Raudaskosken ja Saarelan (2009) laatiman lypsy-toimintaohjeen mukaan tärkeää on myös se, että vastasyntynyt on ollut vierihoidossa ja imetys onnistuu. Jos vastasyntynyt täytti lypsy-kriteerit, kätilö esitti vastasyntyntä tarkastettavaksi lyhytjälkihoitoisesti. Lastenlääkärit korostivat sitä, että lastenlääkärin tarkastus vastasyntyneen kohdalla on aina perusteellinen ja menee saman toimintamallin mukaan. Siihen ei vaikuta se, monentenako päivänä syntymän jälkeen vastasyntynyt on kotiutumassa. Järvenpään mukaan (2009, 295) lastenlääkäri tarkastaa vauvan systemaattisesti edeten, sulkien pois erilaisia synnynnäisiä ja vastasyntyneisyyskauteen liittyviä sairauksia sekä ohimeneviä, mutta vakavasti lapsen terveyttä uhkaavia häiriöitä.

Lastenlääkäreiden mielestä lyhytjälkihoitoiseen kotiutumiseen liittyi myös selkeitä riskejä. Lyhyt sairaalassaoloaika toi haasteen riittävälle imetyksen ja vastasyntyneen hoidon ohjaukselle. Suuri vastuu jäi vanhemmille itselleen vastasyntyneen voinnin seurannasta. Lastenlääkäreiden mukaan suurin riski liittyi vastasyntyneen terveyttä koskeviin asioihin. Bilirubiini voi kohota vielä kotonakin valohoitorajan yli. Kaikki sydänviat eivät välttämättä tule esille lypsy-kotiutustilanteessa. Myös vastasyntyneen infektiot saattavat ilmetä viiveellä. Mahdollisuus varmistua vastasyntyneen riittävästä ravinnonsaannista koettiin haasteelliseksi, koska painon lasku ei ole vielä pysähtynyt yhden, kahden



vuorokauden ikäisellä vastasyntyneellä. Lisäksi suoliston rakennepoikkeavuus voi joskus jäädä havaitsematta. Ongelmalliseksi lastenlääkärit kokivat ensisynnyttäjien lypsykotiuttamisen. Oys:n kriteerit sallivat sen ensisynnyttäjälle, mutta käytännössä kukaan haastatelluista lastenlääkäreistä ei kotiuttanut ensisynnyttäjää lyhytjälkihoitoisesti. Vastauksissa korostui äidin kokemuksen puute vastasyntyneen hoidossa ja seurannassa. Tammelan artikkeli (2008, 633-635) tukee lastenlääkäreiden ajatuksia. Sen mukaan etenkin sydänongelmien, voimakkaan kellastumisen ja hypernatremisen kuivumisen riski on lyhytjälkihoitoisesti kotiutuneilla vastasyntyneillä suurempi. Lisäksi riskinä pidetään vastasyntyneen nopeaa hoitoa vaativaa infektiota ja sitä, että rakennepoikkeamat voivat jäädä tunnistamatta ajoissa. Riskeistä huolimatta lastenlääkärit kokivat, että lyhytjälkihoitoinen kotiuttaminen tapahtuu valvotusti ja kontrolloidusti kotiuttamiskriteerien pohjalta ja kontrollikäynnillä uskottiin löydettävän loput poikkeamat vastasyntyneen voinnissa.

Lastenlääkäreiden mielestä lyhytjälkihoitoisen kotiutumisen edut olivat selkeästi äitilähetoisiä. Vastasyntyneen kannalta merkittävänä ei pidetty sitä, missä äiti ja vastasyntynyt ovat, vaan tärkeintä hänelle on saada olla äitinsä kanssa. Äidin näkökulmasta katsoen lastenlääkärit pitivät lypsyn etuna kodin tuomaa rauhaa vuorovaikutukselle ja vastasyntyneeseen tutustumiselle. Monet äidit kokevat saavansa paremmin leväytyä ja nukkuttua kotona kuin sairaalassa. Deufelin ja Montosen mukaan (2010,443) etuina lyhytjälkihoitoisessa kotiutumisessa on vastasyntyneen ja vanhempien häiriötön kiintyminen. Lisäksi tutussa ympäristössä on paremmat edellytykset vauvantahtiseen imetykseen ja sen myötä imetyksen onnistumiseen.

Lastenlääkäreiden mukaan vanhemmat ottivat yhteyttä sairaalaan hyvin harvoin ennen lypsy-kontrollia. Äidin huoli saattaa herätä vastasyntyneen riittävästä maidon saannista ja hän haluaa painon tarkistusta jo ennen kontrollia. Vastasyntynyt voi olla väsähtänyt, syödä huonosti tai hän on kellastunut. Äidit voivat kokea myös pelkoa ja epävarmuutta tavallisissa mukautumiseen liittyvissä asioissa, esimerkiksi jos vastasyntynyt purskuttaa lapsivettä. Kujanpään ja Rajalan (2004, 24,61-63) tutkimuksessa todettiin, että yhtenä tärkeänä ehtona lypsy-kotiutumiselle on, että perheillä on mahdollisuus puhelinyhteyden hoitohenkilökunnan kanssa ympäri vuorokauden. Oys:ssa on sovittu, että vanhemmat ottavat yhteyttä ennen lypsy-kontrollia osaston 13 kättilöön.

## 6.2 Lastenlääkäreiden kokemuksia lypsy-käytännöstä

Lastenlääkärit pitivät lypsy-toimintamallia uudelleensynnyttäjille sopivana kotiutusmuotona, koska heillä on jo kokemusta vastasyntyneen hoidosta ja seurannasta. Tätä tukee myös Deufelin ja Montosen ajatukset, joiden mukaan (2010, 443–444) vastasyntyneelle voi kotona kehittyä ongelmia, jotka vanhempien pitää pystyä tunnistamaan. Ensisynnyttäjältä puuttuu kokemus terveen vastasyntyneen tarkkailusta. Lastenlääkäreiden mielestä tärkeä osa lypsy-toimintamallia on epävarmuuksien seulonta ja poissulkeminen. Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (PPSHP) on laatinut ohjeet lyhytjälkihoitoisen kotiuttamisen tueksi. (Keränen, Raudaskoski & Saarela, 2009.) Lypsy-kotiutumiselle asetettuja kriteereitä pidettiin yleisesti hyvinä, toimivina ja tarpeellisina. Ne selkeyttivät ja antoivat raamit, mietittäessä kotiutumista alle 48 tunnin sisällä syntymästä. Lisäksi kriteerien koettiin seulovan hyvin vastasyntyneen kannalta oleellisia riskitekijöitä. Jos kotiutustilanteessa vastasyntyneellä havaittiin jotain erityistä seurannan aihetta, lastenlääkärit keskustelivat vanhempien kanssa asiasta ja ohjasivat tarvittaessa yhteydenottoon ennen kontrollia. Lastenlääkärit kokivat lypsy-kontrollikäynnit hyviksi ja tarpeellisiksi. Kontrollikäyntiin luotettiin ja siinä uskottiin viimeistään jäävän rakenteelliset poikkeavuudet kiinni.

Lastenlääkärit kokivat olevansa lyhytjälkihoitoisessa kotiutustilanteessa ennen kaikkea vastasyntyneen edunvalvojia ja puolestapuhujia. Hyvän raskauden aikaisen neuvolaseurannan merkitystä ja kirjaamisen tärkeyttä pidettiin merkittävänä lypsy-kotiutumiseen. Sen avulla pystyttiin kartoittamaan osa riskitekijöistä. Lastenlääkärit korostivat yhteistyötä kätilöiden kanssa. Yhteistyön toimivuus ja luottamus kätilöiden ammattitaitoon koettiin tärkeäksi lypsy-kotiuttamisen kannalta. Lypsy-kontrollikäynti Oys:issä on toteutettu syksyyn 2011 saakka niin, että kokeneet kätilöt tekivät vastasyntyneelle tarkastuksen 2–3 vuorokauden kuluttua kotiutumisesta. Alle 36 tunnin iässä kotiutuneet vastasyntyneet tarkasti kuitenkin lastenlääkäri. Lastenlääkärit nostivat yhdeksi yhteistyön osatekijäksi perheen. Lastenlääkäreiden oli tärkeää varmistua siitä, että perhe pärjäsi kotona lyhytjälkihoitoisesti kotiutuneen vastasyntyneen kanssa ja pärjäämisen edellytykset olivat olemassa. Järvenpäänkin (2009, 294–295) mukaan on tärkeää, että varmistutaan perheen valmiuksista hoitaa vastasyntynyt ennen kotiutumista.

### **6.3 Lastenlääkäreiden ajatuksia lypsy-kontrollien siirrosta terveydenhoitajille**

Lastenlääkärit korostivat hyvän perehdytyksen ja koulutuksen tärkeyttä terveydenhoitajille, ennen kuin tarkastukset siirretään heidän tehtäväksi. Jotta käytäntö toimii, lypsy-tarkastuksia tekevällä henkilöllä pitää olla kokemusta vastasyntyneen varhaisesta seurannasta ja tarkastuksia pitää olla usein ammattitaidon ylläpitämiseksi. Heillä tulee olla mahdollisuus konsultoida lastenlääkärinä vaivattomasti.

Lastenlääkärit korostivat myös terveydenhoitajien vapaaehtoisuuteen perustuvaa mahdollisuutta tarkastaa lypsy-kotiutuneita vastasyntyneitä. He kokivat ongelmallisena sen, jos terveydenhoitajat veloitetaan tekemään tarkastuksia ilman omaa halukkuutta ja riittävää valmiutta kyseiseen tehtävään, koska he joutuvat kantamaan vastuun tekemästään työstä. Lastenlääkärit kokivat taloudellisten seikkojen olevan todennäköisin syy kontrollien siirron taustalla. Deufelin ja Montosen (2010, 444) mukaan jokaisen synnytyssairalan ratkaisuihin lypsy-tarkastuksista vaikuttavat paikalliset olosuhteet ja käytettävissä olevat resurssit.

## 7 POHDINTA

Lyhytjälkihoitoinen kotiuttaminen ja lypsy-kontrollikäynnit ovat herättäneet monenlaisia tunteita henkilökunnassa. Toimintamalli on muuttunut useaan kertaan. Syyskuussa 2011 Oulun kaupungin terveydenhoitajat ovat alkaneet tarkastaa oululaisten äitien lypsy-kotiutuneita vastasyntyneitä. Seuraava muutos on tulossa tammikuussa 2012. Silloin muut lypsy-kotiutuneet siirtyvät osastolta 13 äitiyspoliklinikan kättilöiden tarkastettavaksi. Mielestämme on tärkeää huomioida, että muutoksissa saadaan säilytettyä turvallinen vastasyntyneen kontrollikäynti. Lypsy-tarkastuksia tekevälle henkilökunnalle on turvattava riittävä ja laadukas perehdytys sekä taattava konsultaatiomahdollisuus.

### 7.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkijana joutuu miettimään eettisiä kysymyksiä tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Eettiset kysymykset liittyvät useimmiten tutkimuskohteen ja tutkimusmenetelmän valintaan, aineiston hankintaan, tutkittavien kohteluun, saadun tiedon luotettavuuteen tai tutkimustulosten vaikutuksiin (Kuula, 2006, 11.) Eettisten kysymysten huomioiminen on erittäin tärkeä osa laadukasta tutkimustyötä. Tunnistaessaan eettiset ongelmakohdat tutkija voi tehdä eettisesti asiallisia ratkaisuja. (Eskola & Suoranta, 2001, 52.)

Olemme pohtineet jo aiheenvalintavaiheessa eettisiä perusteluja tutkimustyölle. Aiheen valinta ja tutkimuskysymysten muodostaminen ovat merkittäviä eettisiä ratkaisuja (Kylmä & Juvakka, 2007, 144.) Mielestämme on eettisesti perusteltua, että lyhytjälkihoitoista vastasyntyneen kotiuttamista tutkitaan ja tarkastellaan mahdollisimman monelta eri näkökulmalta. Emme ole löytäneet siitä aikaisempaa tutkimusta lastenlääkäreiden näkökulmasta katsottuna. Mielestämme ei riitä, että tutkitaan ainoastaan vanhempien kokemuksia aiheesta. Vastasyntyneen vointi ja seuranta ovat merkittävä osa lyhytjälkihoitoista synnytystä.

Olemme käyttäneet runsaasti lähteitä teoriaosan kokoamisessa. Lähteiden valinnassa olemme pyrkineet valikoimaan alan asiantuntijoiden kirjoittamia artikkeleita ja näin varmistamaan viitekehyksen luotettavuuden. Varmistimme tutkimuksemme eettisyyttä

anomalla tutkimuslupaa maaliskuun alussa 2011 Oys:n lasten ja naisten tulosaluejohtaja Päivi Tapanaiselta. Hyvän tutkimuskäytännön edellytysten mukaisesti varmistimme myös sen, että haastateltavat saivat ennen haastattelua kaiken oleellisen tiedon siitä, mitä aihetta haastattelu koski. Näin he pystyivät tekemään päätöksen vapaaehtoisesta osallistumisesta tutkimukseen. (Kylmä & Juvakka, 2007, 149; Hirsjärvi ym. 2004, 26–27.) Tiedostimme myös haastattelun kohteena oleviin lastenlääkäreihin liittyvän eettisen haasteen. Ongelmallisuutta voisi tuoda se, että lastenlääkärit valikoituvat pienestä joukosta ja voivat olla tunnistettavissa, vaikka heidän henkilötietoja ei missään vaiheessa julkaistakaan. Olemme huolehtineet tutkimuksen kaikissa vaiheissa tiedonantajien nimettömyyden säilyttämisestä. (Eskola & Suoranta, 2001, 57.)

Käsittelimme tutkimusaineistoa luottamuksellisesti. Haastattelumateriaalit olemme säilyttäneet niin, ettei kukaan ulkopuolinen ole niitä päässyt lukemaan. Poistimme myös haastattelut nauhurista heti litteroinnin jälkeen. Tutkimuksen valmistuttua huolehdimme aineistomme oikeaoppisesta hävittämisestä. (Kuula, 2006, 64, 129.)

## **7.2 Tutkimuksen luotettavuus**

Laadullisen tutkimuksen arvioinnissa selvitetään, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on pystytty tuottamaan. Viime kädessä luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä, koska arvioinnin kohteena on tutkijan tutkimuksessaan tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. Luotettavuutta voidaan arvioida yleisillä luotettavuuskriteereillä tai eri menetelmiin liittyvillä luotettavuus kriteereillä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127; Vilkkä 2005, 158-159.)

Haastattelun luotettavuutta lisätäksemme suoritimme haastattelut yhdessä. Samalla nauhoitimme haastattelut, jotka myöhemmin aukikirjoitettiin sanasta sanaan. Molempien mukanaolo kaikissa haastatteluissa oli hyvä asia. Se helpotti analyysiä ja toi luotettavuutta, koska haastattelun sisältö oli molemmille heti tuttua. Luotettavuuden varmistamiseksi huomioimme sen, että käsitteiden merkitykset olivat samat haastateltavilla ja meillä haastatteliijoilla. Pidimme tärkeänä myös sitä, että haastateltavilla olisi halutesaan mahdollisuus kuunnella, muuttaa ja kommentoida sanomaansa. Ensimmäisen haas-

tattelun jälkeen kuitenkin unohdimme kysyä sen haastateltavalta. Muiden haastattelujen jälkeen kysyimme siitä, mutta he eivät kokeneet kuuntelua tarpeelliseksi.

Luotettavuuden kannalta on ollut tärkeää, että haastattelun avulla saadun aineiston pohjalta tehdyt tulkinnat ja johtopäätökset ovat olleet yhteneväisiä alkuperäisen aineiston kanssa. Näin tutkijoina turvasimme tutkimuksen kannalta tärkeän validiteetin eli sen, että olemme temahaastattelun avulla saaneet vastauksen tutkimuskysymyksiimme. (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Eskola & Suoranta 2001, 211- 213). Alustavan analysoinnin teimme niin, että jaoin aineiston kahtia ja analysoimme yksin oman osamme. Merkkasimme eri väreillä kunkin haastateltavan vastaukset meidän laatimiin tutkimuskysymyksiin. Tämän jälkeen vaihdoimme ja tarkistimme toistemme analysoimat tekstit. Erikseen analysointi voi myös parantaa luotettavuutta, jos molemmat tutkijat ovat löytäneet samoja asioita aineistosta. Huomasimme nostaneemme samoja asioita aineistostamme. Toukokuussa 2011 kävimme sisällönohjauksessa, jossa huomasimme, että olimme antaneet tutkimuskysymysten johdatella luokittelua. Sen jälkeen otimme uuden suunnan analysointiin eli luokittelimme tekstiä sisällöstä nousevista asioista käsin.

Analysoimme haastatteluja yhdessä ja erikseen kesällä 2011. Aloitimme luokittelun ja pelkistämisen yhdessä, etsimme samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia aineistosta. Teimme alustavan piirroksen luokista, jotka aineistosta nousi. Havaitimme että aineistosta nousee lisää yläluokkia ja yksi uusi pääluokka. Näimme kolmen viikon välein kesällä toisiamme. Nämä tapaamiset olivat hyviä ja innoittavia. Yhdessä työskentelymme on aina ollut hyvin intensiivistä. Silloin kun tehdään, niin tehdään keskittyneesti ja toisissaan. Mielestämme luotettavuutta on lisännyt monimuotoinen aineiston käsittely ja saumaton yhteistyö.

Kaikessa tutkimustoiminnassa olemme pyrkineet välttämään virheitä. Syksystä 2010 alkaen olemme pitäneet päiväkirjaa opinnäytetyön etenemisestä. Koemme tämän myös lisäävän luotettavuutta. Opinnäytetyömme aineiston tulkinnassa halusimme pysyä totuudessa ja välttimme omia tulkintoja ja värityksiä, jotta tutkimus ei sisältäisi ristiriitaisuuksia. Saadut tutkimustulokset pohjautuvat temahaastattelun avulla kerättyyn aineistoon ja tarkkaan, huolelliseen analyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134; Eskola & Suoranta 2001, 213.) Olemme käyttäneet suoria lainauksia haastatteluista, jotka lisäävät luotetta-

vuotta ja elävöittävät loppuraporttia. Lainauksien pohjalta myös lukija saa käsityksen siitä, minkä pohjalta tutkimustulokset ovat nousseet.

### **7.3 Omat oppimiskokemukset**

Aloitimme opinnäytetyön suunnittelun jo toisella opiskeluviikolla syksyllä 2010. Halusimme tehdä työn yhdessä, joten aloimme määrätietoisesti miettiä sopivaa opinnäytetyön aihetta. Kiinnostuimme lypsy-toimintamallista aiheen ajankohtaisuuden vuoksi. Lopullinen aiheen valinta muotoutui keskusteluissa opettajien ja osasto 13 osastonhoitajan kanssa. Halusimme tutkia lypsyä vastasyntyneen näkökulmasta lastenlääkäreitä haastatteleamalla, koska aihetta ei ollut tarkasteltu siitä näkökulmasta aikaisemmin.

Olemme kokeneet parityöskentelyn sopivan meille hyvin. Parin kanssa työskennellessä kumpikin on halunnut pitää kiinni sovituista tavoitteista ja aikatauluista. Olemme työn joka vaiheessa toimineet suunnitelmallisesti ajankäytön suhteen. Kesällä 2011 yhteisen ajan löytäminen oli haasteellista kesätöiden ja eri paikkakunnilla asumisen vuoksi. Pidimme kuitenkin tärkeänä, että tapasimme kesälläkin opinnäytetyön merkeissä kolmen viikon välein. Näin työ eteni ja aihe pysyi mielessä hyvin. Syksyllä 2011 olemme koontuneet joka keskiviikkoamu tekemään opinnäytetyötä harjoitteluista huolimatta. On ollut mukava huomata, että yhteistyömme on ollut saumatonta ja ”yhteen hiileen puhaltamista”.

Olemme oppineet laadullisen tutkimuksen tekemistä. Aineiston keruussa olemme hyödyntäneet monenlaisia tiedonhakumenetelmiä, kuten kirjallisuus, elektroniset tietokannat ja haastattelut. Käytimme myös kirjaston informaattikon ohjausta. Päätimme jo syksyllä 2010, että teemme valmistavan seminaarin mahdollisimman huolellisesti ja laajasti. Tämä työ on palkinnut nyt raportin kirjoitusvaiheessa, kun olemme saaneet siirtää lähes valmista tekstiä lopulliseen työhömmme.

Koimme haastattelutilanteet mukavina ja opettavaisina. Ensimmäinen haastattelutilanne jännitti ja lisäkysymyksien tuottaminen oli vaivalloista. Seuraavissa haastatteluissa keskustelun ohjaaminen sujui paremmin. Haastattelujen tekeminen toi tunteen opinnäytetyön etenemisestä, että olemme päässeet asian ytimeen. Haastattelujen purkaminen sana sanalta oli työläs vaihe, mutta aineiston määrä oli kuitenkin sopiva. Aineiston ana-

lysoinnin koimme mukavana, mutta paljon aikaa vievänä vaiheena. Tässä vaiheessa saimme konkreettisesti nähdä, mitä asioita aineistosta nousi esille ja millaisia luokkia muodostui.

Opinnäytetyön tekemisen myötä tieto vastasyntyneen varhaisesta seurannasta ja lyhytjälkihoitoiseen kotiutumiseen vaikuttavista tekijöistä on lisääntynyt huomattavasti. Työn edetessä käsityksemme lypsy-kriteerien toimivuudesta ja lastenlääkärien perusteellisesta kotiinlähtötarkistuksesta on vahvistunut. Olemme ymmärtäneet myös sen, että lypsy- kriteerien täyttymisen varmistaminen on olennainen osa myös kättilön työtä. Työskentely vastasyntyneen parhaaksi tapahtuu moniammatillisena tiiminä. Koemme, että valmiudet ja rohkeus vastasyntyneen seurantaan ja hoitoon ovat merkittävästi lisääntyneet opinnäytetyötä tehdessä.

#### **7.4 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet**

Olemme hyötäneet lyhytjälkihoitoiseen kotiuttamiseen perehtymisestä paljon. Tietoa vastasyntyneen seurannasta ja hoidosta tarvitaan sekä erikoissairaanhoidossa että avoterveydenhoidossa työskennellessä.

Ajattelemme, että tutkimustuloksistamme hyötyisivät eniten avoterveydenhuollon terveydenhoitajat, jotka Oulussa ovat alkaneet tarkastaa lypsy-kotiutuneita vastasyntyneitä. Syyskuussa 2011 lypsy-toimintamalliin tuli muutoksia, kun lypsy- kontrollit siirtyivät oululaisten synnyttäjien osalta Oulun kaupungin terveydenhoitajien tehtäväksi. Kuulimme suunnitellusta muutoksesta keväällä 2011, ennen lastenlääkäreiden haastatteluja. Tämän vuoksi halusimme kysyä teemahaastattelussamme myös, mitä mieltä lastenlääkärit ovat tulevasta suunnitelmasta. Olemme menossa joulukuussa 2011 Oulun kaupungin avoterveydenhuollon sektoripalaveriin kertomaan opinnäytetyön tuloksista. Toivomme tilaisuuden herättävän keskustelua lisäkoulutuksen tarpeellisuudesta lypsy-kontrollien tekemiseen. Opinnäytetyömme tuloksia voidaan hyödyntää myös lapsivuodeosastolla palautteen muodossa. Olisi hyvä välittää osaston henkilökunnalle lastenlääkäreiden näkemyksiä lypsy- tarkistuksista ja yhteistyön toimivuudesta. Aiomme viedä valmiin opinnäytetyön osastolle 13 yleisesti luettavaksi.



Jatkotutkimusaiheet nousevat mielestämme pääasiassa avoterveydenhuollon puolelta. Olisi hyvä selvittää, millaisena neuvolan terveydenhoitajat ovat kokeneet lypsykontrollikäyntien suorittamisen ja ovatko he saaneet riittävästi koulutusta, ohjausta ja aikaa lypsykontrollien tekemiseen. Onko lypsytoiminta perustunut vapaaehtoisuuteen ja millaisena terveydenhoitajat kokevat vastuun? Millaiset ovat todelliset säästöt lypsykontrollien siirrosta neuvoloihin? Projektityönä voisi tehdä opaskansion terveydenhoitajien työn tueksi lypsytoimintamallista ja siihen voisi liittyvä esite lypsytoiminnasta perheille annettavaksi. Myös Oys:n kätilöiden kokemuksia lyhytjälkihoitoisesta seurannasta ja ohjauksen riittävydestä olisi hyvä tutkia.

## LÄHTEET

Ainali, M. & Kauppi, M. 2011. Synnyttäneiden kokemuksia lyhytjälkihoitoisesta kotiutamisesta. Opinnäytetyö. Oamk.

Beake, S., McCourt, C. & Bick, D. 2005. Women's views of hospital and community-based postnatal care: the good, the bad and indifferent. Evidence Based Midwifery, 2005 Dec; 3 (2): 80-6 (36 ref).

Deufel, M. & Montonen, E. 2010. Onnistunut imetys. Helsinki: Duodecim. 118, 404, 410, 433, 442-444.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2001. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Jyväskylä. 52, 57, 86, 176, 211- 213.

Gerhardt, S. 2004. Rakkaus ratkaisee. Varhaisen vuorovaikutuksen merkitys aivojen kehittymiselle. Helsinki: Edita Prima Oy, 46.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita, Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 26-27, 166, 170-171,193-194 .

Hirsjärvi, S., Remes,P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita, Helsinki: Tammi, 161, 222, 231.

Hoitoaika synnytyksen jälkeen. PPSHP, Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Haku-päivä 8.12.11,  
[http://www.ppsHP.fi/synnytys\\_ja\\_naistentaudit/prime101.aspx](http://www.ppsHP.fi/synnytys_ja_naistentaudit/prime101.aspx)

Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki, Edita Prima, 110.

Janouch, K. 2010. Synnytys. Keuruu: OTAVA, 55-57.

Järvenpää, A-L. 2009. Vastasyntyneen hoito lapsivuodeosastolla. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, P. Väyrynen & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima, 279-293.

Järvenpää, A-L. 2004. Vastasyntynyt. Teoksessa O. Ylikorkala & A. Kauppila, (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 336-337, 342-344.

Järvenpää, A-L. 2004. Vastasyntynyt. Teoksessa J. Petäjä & M.A. Siimes (toim.) Lasketaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 23, 31.

Järvenpää A-L, 2002. Onko vastasyntyneen kotiutuminen vaaratonta? Suomen lääkäri-lehti 57 (7), 757-759.

Keränen, R., Oys osasto 13, Haastattelu 11.1.2011.

Keränen, R., Raudaskoski, T. & Saarela, T., 28.1.2009 Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, OYS. Lyhytjälkihoitoinen synnytys. Työohje henkilökunnalle.

Kujanpää, K & Rajala, K. 2004. Perheen ja hoitohenkilökunnan kokemuksia lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä. Pro gradu -työ. Tampereen yliopisto hoitotieteen laitos. 24,61-63.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetikka- Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Osuuskunta Vastapaino. Tampere. 11, 64, 129.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima oy. Helsinki. 64, 80, 127, 144, 149.

Laes, E 1999. Lyhytjälkihoitoinen synnytys(LYSY)

--> [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/haku?haku=lysy&pikahaku=true&x=0&y=0](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/haku?haku=lysy&pikahaku=true&x=0&y=0)

Lapsen synnyttyä. PPSHP, Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri, synnyttäjien vastaanotto, Hakupäivä 29.11.2010.

[http://www.ppsHP.fi/potilaat\\_laheiset/prime101/prime116/prime103/prime104.aspx](http://www.ppsHP.fi/potilaat_laheiset/prime101/prime116/prime103/prime104.aspx)

Lehtonen, L. 2008. Varhain kotiutuvan vastasyntyneen seuranta vaatii ammattitaitoa ja kokemusta. Suomen Lääkärilehti, 63 (8), 732.

Luukkainen, P. & Fellman, V. 2010. Terve vastasyntynyt. Teoksessa J. Rajantie, J. Mertsola & M. Heikinheimo (toim.) Lastentaudit. Helsinki: Duodecim, 38-48.

Moilanen, H. & Nevalainen, M. 2009. Kätilöiden kokemuksia lyhytjälkihoitoisen synnytys-toiminnan aloituksesta Kuopion yliopistollisen sairaalan lapsivuodeosastolla. Opinnäytetyö. Savonia- ammattikorkeakoulu.

Persson, E. & Dykes, A-K. 2002, Parents' experience of early discharge from hospital after birth in Sweden. Midwifery. Volume 18, issue 1, March 2002, 53-60.

Raussi-Lehto, E. 2009. Syntymän hoidon tarve. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, P. Väyrynen & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 209-232.

Salpa, P. 2007. Lapsen liikkumisen kehitys. Tammi. 17-18.

Sariola, A. & Haukkamaa, M. 2004. Normaali synnytys, teoksessa O. Ylikorkala & A. Kauppila. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki. Duodecium. 325-331.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, toimintaohjelma 2007-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17, Hakupäivä 22.11.2010, [http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/A3B6229B-CC75-49D7-B569CEF2565A0E1/0/julk\\_2007\\_17\\_sexterveys\\_paino.pdf](http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/A3B6229B-CC75-49D7-B569CEF2565A0E1/0/julk_2007_17_sexterveys_paino.pdf)

Stefanovic, V. 2009. Uhkaava ennenaikainen synnytys. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, P. Väyrynen & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 398-407.

Tammela, O. 2008. Varhain kotiutuvan vastasyntyneen seuranta. Suomen lääkärilehti 7, 633-636

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi, 75, 85, 108-111, 134.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Tammi, Helsinki. 158-159.

Väyrynen, P. 2009 Välitön synnytyksen jälkeinen kätilötyö, Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, P. Väyrynen & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 269-278.

Ylikorkala, O. 2004. Lapsivuodeaika ja sen komplikaatiot, teoksessa O. Ylikorkala & A. Kauppila. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki. Duodecium. 495-498.

# LIITTEET

## LIITE 1

### TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

1. Millainen on lastenlääkäri tekemä kotiinlähtötarkastus lyhytjälkihoitoisesti kotiutuvalle vastasyntyneelle?
  - Poikkeako se tavallisesta lastenlääkärin kotiinlähtötarkastuksesta?
  - Kiinnitätkö johonkin osa-alueeseen erityishuomiota lypsy-kotiutuksia tehdessä?
  - Mitä mieltä olet oys:n lypsy-kriteereistä?
  - Onko ohjeistuksen määrä riittävä?
2. Millaisena koet vastasyntyneen lyhytjälkihoitoisen kotiuttamisen?
3. Millaisia kriittisiä tekijöitä lyhytjälkihoitoiseen kotiutumiseen liittyy?
  - Miksi ne ovat kriittisiä tekijöitä?
  - Tuovatko nämä jotain erityishaasteita työhösi?
  - Miten tuot nämä tekijät esille perheelle?
  - Kuinka usein et kotiuta perhettä näiden tekijöiden vuoksi heidän toiveestaan huolimatta?
4. Mitä etuja lyhytjälkihoitoisessa kotiutumisessa on?
  - Miten tärkeinä pidät näitä etuja siihen nähden, että perhe kotiutuisi vasta 3-4 vrk synnytyksen jälkeen?
5. Millaisten ongelmien vuoksi perhe ottaa yhteyttä sairaalaan sovittua lypsy-kontrollia aikaisemmin?
  - Onko tällaisia tilanteita usein?
  - Minne he ottavat yhteyttä?
  - Minne heidät ohjataan?
6. Mitä lastenlääkäri ajattelee lypsy-kontrollien siirtosuunnitelmista avoterveydenhuollon terveydenhoitajille?

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin  
kuntayhtymä

LUPA TUTKIMUKSELLE/OPINNÄYTETYÖLLE  
(täytettävä koneella)

lasten ja naisten tulosalue / <i>Lasten ja naisten v.o. / 25000</i>		DIAARINRO: <i>65/2011</i>	
klinikka / laitos		vastuuyksikkönro	
1. Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet <i>Kivelä Jaana / Sankala Tanja</i>		Henkilötunnus
	Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka <i>Oamk</i>		Nykyinen virka / toimi / opiskelija <i>kätilöopiskelijat</i>
	Kotiosoite		Postinro ja -paikka
	Puhelin toimeen	Puhelin kotiin	Sähköpostiosoite <i>o0kija00@students.oamk.fi / o0sata00@students.oamk.fi</i>
	Suoritettu tutkinto <i>sairaanhoitaja / terveydenhoitaja</i>		Suoritusvuosi <i>1989 / 1998</i>
2. Tutkimusprojektiä tai tutkimusta koskevat tiedot (Diaarinro) Katsota hallinto-keskuksen tiedote 3/2003)	Tutkimusprojektin lyhyt nimi <i>Vastasyntynyt kotiutu lyhytjätkähoitoisesti, lastenlääkäreiden kokemuksia</i>		
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> julkinen <input type="checkbox"/> salainen		Tutkimusaika <i>1.4-24.6.2011</i>
	Pääkaavanumero <i>902</i>		Alihakusana muut tutkimukset
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> opinnäyte (ammattikorkeakoulu) <input type="checkbox"/> gradu <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääketiede) <input type="checkbox"/> väitöskirja		
	Anoja on <input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija <input type="checkbox"/> muu tutkija <input checked="" type="checkbox"/> opiskelija		Anoja osallistuu potilastyöhön <input type="checkbox"/> kyllä <input checked="" type="checkbox"/> ei
	Tutkimuksen vastuuhenkilö (Laki lääk. tutk. 488/1999 § 5) / ohjaaja / päättökija <i>menetelmäohjaaja Terttu Koskela ja sisällönohjaaja Ulla Kristiina Paananen Oamk</i>		
	Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät <i>lasten ja naisten tulosalue</i>		
	Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), joille anotaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitoumus jokaiselta liitteestä)		
	Tutkimuksen rahoitussuunnitelma ► Erillinen liite		
	Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuvista vuosittaisista suoranaista kustannuksista <input type="checkbox"/> Aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys <input type="checkbox"/> Ei aiheuta sairaalalle kustannuksia mitään		
Ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja <input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain		Rahoittaja	Sopimuksen nro
Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> KEVO		Projektin numero (EVO, KEVO, TUKE)	
Päivämäärä <i>12.3.2011</i> Anojan allekirjoitus ja nimen selvitys <i>Jaana Kivelä ja Tanja Sankala</i>			
3. Lausunnot	Tarvittavat lausunnot ja luvat		
	<input type="checkbox"/> Ei tarvetta	lähetyspäivä	
Luvat	<input type="checkbox"/> Shp:n eettinen toimikunta		
	<input type="checkbox"/> <sup>1)</sup> ETENE - <sup>2)</sup> TUKIJA		
	<input type="checkbox"/> Lääkelaitos <sup>3)</sup> <input type="checkbox"/> STM <sup>4)</sup> <input type="checkbox"/> TEO <sup>5)</sup>		

4. PÄÄTÖS	Tutkimustulosten omistusoikeus <input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta <input type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta	
	Päätös <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi <input type="checkbox"/> Anomus käsitelty johtoryhmässä	
	Päätöksentekijä <input checked="" type="checkbox"/> tulosyksikön johtaja / vastuualueen johtaja / ylihoitaja <input type="checkbox"/> johtajayliääkäri / hallintoylihoitaja <input type="checkbox"/> hallitus	
	Päivämäärä <i>170311</i>	Allekirjoitus <i>[Signature]</i>
LOMAKKEEN SÄILYTYS - Tutkija (tutkimuksen ajan) - Päätätjä (arkistointi)		

<sup>1)</sup> ETENE= Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta

<sup>2)</sup> TUKIJA= Valtakunnallinen tutkimuseettinen jaosto

<sup>3)</sup> Lääkelaitokselta ilmoitetaan 60 pv:n kuluessa onko huomautettavaa. Ellei ilmoitusta tule, tutkimus voidaan aloittaa.

<sup>4)</sup> Rekisteritutkimukset

<sup>5)</sup> Kudoslaki (101/2001) ja asetus (594/2001) sekä Hallintokeskuksen tiedote 7/2002 (luvat).



## LYHYTJÄLKIHOITAINEN SYNNYTYS

24–48 tuntia synnytyksestä

- vähintään 24 tuntia täynnä kotiinlähöpäivän klo 8.00 mennessä
- jos kotiinlähöpäivänä klo 12.00 on 48 tuntia täynnä, ei tarvitse varata LYSYpkl-aikaa

### KOTIUTTAMINEN

LAPSEN, ÄIDIN JA SOSIAALISET KRITTEERIT TÄYTTÄVÄT

PERHE	motivoitunut ja sitoutunut varhaiseen kotiutukseen kotiapu järjestyksessä sosiaaliset edellytykset ovat olemassa
SYNNYTTÄJÄ	terve ensi- tai uudelleensynnyttäjä täysiaikainen ja normaali raskaus (38 rv täynnä) lapsivedenmenosta alle 18 tuntia ennen synnytystä normaali alatiesynnytys episiotomia/ repeämä mahdollinen III- ajanvaiheen vuoto alle 1000 ml ulkosynnyttimissä ei merkittävää hematoomaa ei virtsaamisongelmia lämpö alle 38 RR normaali vierihoito toteutunut imettäminen onnistuu
VASTASYNTYNYT	vaikuttaa terveeltä ja hyväkuntoiselta napa-pH $\geq 7.15$ ; 1 min Apgar $\geq 7$ paino 2950-4550g ei kuulu hypoglykemian riskiryhmiin hengit.40-60x/min, pulssi 80-175x/min, happisatur. $\geq 95\%$ lähöpäivänä virtsanut ja ulostanut ainakin kertaalleen painon lasku ei saa ylittää 10 % syntymäpainosta bilirubiini normaali, ei keltainen, ei immunisaatiota, edellisillä lapsilla ei sinivalohoitoa lämpö 36,5–37,5 C lastenlääkärin tarkastuksessa ei estettä kotiutumiselle
LASTENLÄÄKÄRIN TARKASTUS KÄTILÖN TARKASTUS	vastasyntyneelle kotiinlähöpäivänä aamuvuorossa synnyttäjälle kotiinlähöpäivänä iltavuoron kätilö
POTILAAN/PERHEEN OHJAUS	kotiutumisaika iltapäivällä potilas ilmoittaa terveydenhoitajalle kotiinlähöpäivänä vastasyntyneen ja synnyttäjän kirjallinen kotihoito-ohje mahdollinen paluu sairaalahoitoon osastolle 13 puhelinneuvonnan opastus - neuvolan terveydenhoitaja ma-pe - LYSYhoitajap 315 3078 ma pe klo 8-15, päivystysaikana p 315 3130/ 315 3040 /osasto, josta kotiutunut
<p>AJANVARAUS SYNNYTTÄJÄN TUNNUKSILLE AVOHOITOKÄYNNILLE ”LYSY-POLILLE” Oberon- ohjelmaan 2-4 päivän kuluttua kotiutuksesta(osastonsihteerin, äitiyskortti mukaan VASTASYNTYNEEN EPIKRIISI JA HOITOTYÖN YHTEENVETO sähköisenä neuvolaan poistumispäivän jälkeisenä päivänä (allekirjoitukset!) LYSYN VUODEOSASTOHOIDON HINTALUOKKA muodostuu DRG:n mukaan</p>	

lyhytjälkihoitoinen synnytyks-1.doc

Postiosoite:  
PL 24  
90029 OYS

Puhelin: (08) 315 2011  
Telefax: (08) 315 4499

Internet: <http://www.ppsph.fi/>

keranra





**POHJOIS-POHJANMAAN SAIRAAN-  
HOITOPAIIRIN KUNTAYHTYMÄ**  
OYS

Naistentaudit ja genetiikka

TYÖOHJE

2 (2)

28.1.2009 R. Keränen /T. Raudaskoski/ T. Saarela

### **AVOHOITOKÄYNTI LAPSIVUODEOSASTOLLE 13/II ("LYSY-POLI")**

ILMOITTAUTUMINEN, sihteerille

Oberon – järjestelmä kuntalaskutus: hintaluokka 33  
potilaalle: poliklinikkalasku  
käyntityyppi = 2  
maksuluokka: yleinen  
matkakorvauslomake perheelle

LYSY-HOITAJAN HAASTATTELU JA TUTKIMUS alle 48 tunnin iässä kotiutuneille  
VASTASYNTYNYT

yleistila  
paino  
keltaisuusarvio (iho, bilichek, s-bil)  
- jos vauva on alle 4 vrk ja bilichek yli 250 umol/l, tilataan laboratorion s-bil,  
jos vastasyntynyt on yli 4 vrk ikäinen, on seulontaraja 275 umol/l  
hengitys 40-60x/min, pulssi 80-175x/min, happisaturaatio >95 %  
kuulontutkimus, jos ei tehty tai +/- ja foniatria ei ole tarkistanut

SYNNYTTÄJÄ

imetys  
muu vointi

LASTENLÄÄKÄRIN TARKISTUS lääkärin tutkimuhuoneessa, jos vastasyntynyt on kotiutunut alle 36  
tunnin iässä (myös pkl-synnytykset) tai muille, jos lysis-hoitaja on havainnut ongelman

DOKUMENTOINTI

äitiyskortti  
lastenlääkärin sanelu, jakelu neuvolaan  
hoitajan kirjaus ESKOn päiväsuunnitelmiin

HOITOISUUSLUOKITTELU

polikliinisen hoitoisuusluokitusohjeen (polihoi-ohje) mukaan

### **SINIVALOHOITON PALAUTUVAT**

osastolle 13, ei perhehuoneeseen  
äiti ja vauva yhdessä (muuten lapsi menee lasten ja nuorten ty:öön)  
potilasmaksu, vuodeosaston vuorokausimaksu synnyttäjälle (ei lapselle)  
vuodeosastohoidon kuntalaskutus