



Anni Heinonen

Perheheräämöhöhoitoon pääsyn toteutuminen Naistenklinikalla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Kätilö YAMK

Akuuttihoitotyön kehittäminen ja johtaminen

Opinnäytetyö

14.4.2022

Tekijä	Anni Heinonen
Otsikko	Perheheräämöhöitoon pääsyn toteutuminen Naistenlinikalla
Sivumäärä	33 sivua + 3 liitettä
Aika	14.04.2022
Tutkinto	Kätilö YAMK
Tutkinto-ohjelma	Akuuttihoitotyön kehittäminen ja johtaminen
Ohjaajat	Lehtori TtT Leena Hannula Ylihoitaja Satu Polkko
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, miten perheheräämöhöitoon pääsy toteutuu Naistenlinikalla ja mitkä tekijät vaikuttivat siihen. Työtä varten kerättiin aineistoa, joka analysoitiin määrällisin menetelmin. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää Naistenklinikan perheheräämön toimintaa ja lisätä siellä hoidettujen potilaiden määrää. Opinnäytetyön aihe muodostui Naistenklinikan perheheräämön toimintaa seuraavan ja kehittävän työryhmän tarpeista.</p> <p>Kaikissa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin synnytyssairaaloissa, myös Naistenlinikalla, on sitouduttu WHO:n vauvamyönteisyysohjelmaan, joka suosittelee ihokontaktia heti syntymän jälkeen, ensi-imetystä tunnin sisällä syntymästä ja jatkuvaa vierihoitoa. Jatkuva vierihoito toteutuu harvemmin keisarileikatuilla äideillä ja kestää lyhyemmän aikaa. Naistenlinikalla vuonna 2018 avatussa perheheräämössä myös keisarileikatuilla ja synnytyksen jälkeen toimenpiteisiin joutuneilla äideillä, sekä heidän vastasyntyneillään, on mahdollisuus vauvamyönteiseen hoitoon. Perheheräämöhoidossa äiti ja vastasyntynyt eivät toimenpiteen jälkeen joudu eroon toisistaan ja saavat ensi-imetykseen apua. Kaikki synnytyksen jälkeen heräämöseurantaa tarvitsevat äidit eivät kuitenkaan pääse perheheräämöhön joko lääketieteellisten syiden tai puutteellisen henkilökuntaresurssin vuoksi. Tavoitteena on ollut, että 70 % Naistenlinikalla synnytyksen jälkeen heräämöhoidetuista potilaista hoidettaisiin perheheräämössä.</p> <p>Tässä työssä selvitettiin synnytyksen jälkeen heräämöhoidettujen potilaiden jakautumista Naistenklinikan kahden heräämön välillä vuosina 2020–2021 ja perheheräämöhöitoon pääsyn estymisen syitä. Aineistoa kerättiin potilastietojärjestelmistä, HUS:n tilastoista, työvuorolistoista ja hoitajien toteuttamasta kirjanpidosta. Aineistosta selvisi, että Naistenklinikan perheheräämössä hoidettujen potilaiden määrä ja osuus kaikista synnytyksen jälkeen heräämöhoidetuista ovat kasvaneet. Vaikka perheheräämön potilasmäärät ovat kasvaneet, myös synnytyksen jälkeen heräämöhoidettujen potilaiden kokonaismäärä on kasvanut Naistenlinikalla, joten prosentuaaliseen tavoitteeseen ei olla päästy. Perheheräämöhön pääsy estyi noin puolissa tapauksista henkilökunnan puutteesta ja puolissa tapauksista lääketieteellisistä syistä. Valtaosa perheheräämöhöitoon pääsyn estymisistä tapahtui päivystysaikaan tai juuri ennen päivystysajan alkua. Perheheräämön työvuorolistojen seurannasta selvisi, että päivinä, jolloin perheheräämössä oli työskennellyt kätilö välivuorossa (klo 9–17) oli potilaita hoidettu siellä eniten.</p> <p>Johtopäätöksinä voidaan todeta, että perheheräämön potilasmäärien lisäämiseksi työvuorojen suunnittelussa kannattaisi kokeilla välivuoron priorisoimista jopa muiden vuorojen edelle. Perheheräämön potilasmäärien prosentuaalisen tavoitteen saavuttaminen samalla henkilökuntamäärällä on vaikeaa, jos synnytyksen jälkeen heräämöhöitoa tarvitsevien määrä jatkaa kasvuaan, joten kuukausittainen määrällinen tavoite voisi olla parempi.</p>	
Avainsanat	perheheräämö, keisarileikkaus, vauvamyönteisyys

Author	Anni Heinonen
Title	Access to family recovery room -care in the Women's hospital
Number of Pages	33 pages + 3 appendices
Date	14 April 2022
Degree	Master of Healthcare (Midwifery)
Degree Programme	Development and Leadership of Acute care
Instructors	Leena Hannula, Senior Lecturer, PhD Satu Polkko, Nursing director
<p>The purpose of this study was to describe how access to family wake-up care is realized at the Women's Clinic and what factors influenced it. For the study, data was collected and analyzed by quantitative methods. The aim was to produce information that could be used to develop the operation of the Women's Clinic's family recovery room and increase the number of patients treated there. The topic of the study was formed to answer the needs of the group that monitors and develops the Women's Clinic's family recovery room -care.</p> <p>All maternity hospitals in the Helsinki and Uusimaa hospital district, including Women's Clinic, are committed to the WHO's baby-friendly program, which recommends skin-to-skin contact immediately after birth, first breastfeeding within one hour of birth and continuous rooming-in. Continuous rooming-in is less common after cesarean section and lasts a shorter time. In the family recovery room of Women's Clinic, opened in 2018, mothers who undergo cesarean section or postpartum procedures, and their newborns, have access to baby-friendly care after childbirth. In the family recovery room -care, the mother and the newborn do not get separated after procedure and receive help with the first breastfeeding. However, not all mothers who need recovery room care after giving birth are able to access the family recovery room, either due to medical reasons or the lack of staff resources. The goal has been 70% of patients who need recovery room care after childbirth at the Women's Clinic would be treated in the family recovery room.</p> <p>In this study, the distribution of patients, who needed recovery room -care after childbirth, between the two recovery rooms of the Women's Clinic in 2020–2021 and the reasons for not accessing family recovery room -care were investigated. Data were collected from patient information systems, HUS statistics, staff schedules, and records collected by nurses. The data showed that the number and proportion of patients treated in the family recovery room has increased. Although the number of treated patients increased, the total number of patients who needed recovery room -care after giving birth also increased at the Women's Clinic so the percentage goal was not met. Access to the family recovery room was denied in about half of the cases due to a lack of staff and in half of the cases for medical reasons. Most barriers to accessing family recovery room -care occurred during on-call time or just before that. The monitoring of the family recovery rooms shifts revealed that on the days when a midwife had worked in a “middle” shift from 9-17 the number of patients treated was the biggest.</p> <p>In conclusion, to increase the number of patients in the family recovery room, it could be worthwhile to prioritize the shift from 9-17. Achieving the percentage goal of family recovery room patients with the same number of staff will be difficult if the number of patients in need of recovery room care after delivery continues to increase. Therefore, a monthly quantitative target could be better.</p>	
Keywords	family recovery room, family centered cesarean section, baby-friendly

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Synnytyksen jälkeinen seuranta heräämössä ja vauvamyönteisyys	2
2.1	Keisarileikkaus	2
2.2	Istukan käsin irrotus, kaavinta ja repeämän ompelu	4
2.3	Vastasyntynyt	4
2.4	Vauvamyönteisysohjelma	5
2.4.1	Ensi-imetys	5
2.4.2	Ihokontakti ja vierihoito	6
2.4.3	Keisarileikkaus ja vauvamyönteisyys	6
3	Työn tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset	9
4	Toimintaympäristön kuvaus	10
4.1	Perheheräämötöiminnan taustaa Naistenlinikalla	10
4.2	Naistenklinikan perheheräämö	11
5	Opinnäytetyön toteutus	13
5.1	Aineiston keruu	13
5.2	Aineiston analysointi	14
6	Tulokset	16
6.1	Synnyttäneiden heräämöpotilaiden jakautuminen	16
6.2	Perheheräämöhoidon estymisen syyt	19
6.3	Perheheräämön potilasmäärien kehitys ja siihen vaikuttavat tekijät	20
7	Pohdinta	26
7.1	Tulosten tarkastelu	26
7.2	Johtopäätökset ja kehitysehdotukset	27
7.3	Eettisyys ja luotettavuus	28
	Lähteet	30
	Liitteet	
	Liite 1. Heräämöpotilaiden jakautuminen	
	Liite 2. Perheheräämöhoidon estymisen syyt	
	Liite 3. Toteutuneet työvuorot ja potilasmäärät	

1 Johdanto

Kaikissa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin synnytyssairaaloissa, myös Naistenklinikalla, on sitouduttu imetyksen edistämisen toimintaohjelmaan eli WHO:n vauvamyönteisysohjelmaan, joka suosittelee ihokontaktia heti syntymän jälkeen, ensi-imeytystä tunnin sisällä syntymästä ja jatkuvaa vierihoitoa (Terveyskylä 2018). Ensi-imeytystä tunnin sisällä synnytyksestä lisää täysimetystä sekä imetyksen kestoa ja imetyksen edistäminen on vaikuttava keino lisätä kansanterveyttä (Hotus 2020). Ihokontakti ja vierihoito tukevat ensi-imeytyksen onnistumista, imetyksen jatkumista ja rintamaidon riittävyyttä (Jayasekara 2020). Suomessa jatkuva vierihoito toteutuu harvemmin keisarileikatuilla äideillä ja kestää lyhyemmän aikaa. Haasteet imetyksen onnistumisessa ja täysimetyksessä ovat tyypillisempiä ensisynnyttäjillä ja keisarileikatuilla äideillä. (Hakala 2019: 80—81.)

Vuonna 2021 Naistenklinikan synnytyksistä 23 % oli keisarileikkauksia ja enemmistö leikatuista ensisynnyttäjiä. Jos lasketaan mukaan alatiesynnytyksen jälkeen toimenpiteeseen joutuneet äidit, oli Naistenklinikalla vuonna 2021 heräämöhoidoa tarvitsevien synnyttäneiden osuus kaikista synnyttäneistä 27 %. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2022.) Lähes kolmasosa Naistenklinikan synnyttäjistä kuului siis riskiryhmään jatkuvan vierihoidon toteutumisen ja ensi-imeytyksen onnistumisen sekä näiden myötä täysimetyksen onnistumisen suhteen.

Ihokontakti ja perhekeskeinen hoito keisarileikkauksen aikana ja sen jälkeen on turvallinen, hyödyllinen ja toteutettavissa oleva toimintamalli, johon tulisi pyrkiä kaikkien vointinsa puolesta sopivien äitien ja vastasyntyneiden kohdalla (Frederick & Fry & Clowtis 2020: 304). Naistenklinikan synnytysosastolla syksyllä 2018 avatussa perheheräämössä keisarileikatuilla ja alatiesynnytyksen jälkeen toimenpiteisiin joutuneilla äideillä, sekä heidän vastasyntyneillään, on mahdollisuus vauvamyönteiseen hoitoon heti synnytyksen jälkeen. Perheheräämöhoidossa äiti ja vastasyntynyt eivät toimenpiteen jälkeen joudu eroon toisistaan, vaan ovat koko ajan samassa tilassa ja saavat ensi-imeytykseen apua.

Tavoitteena oli, että 70 % kaikista Naistenklinikan synnytyksiin liittyvien toimenpiteiden heräämöseurannoista tapahtuisi perheheräämössä mutta osuus on ollut noin 50—60 %. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, miten perheheräämöhoidoon pääsy

on toteutunut Naistenklinikalla ja mitkä tekijät vaikuttivat siihen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää Naistenklinikan perheheräämön toimintaa ja lisätä siellä hoidettujen potilaiden määrää. Opinnäytetyön aihe muodostui perheheräämön toimintaa seuraavan ja kehittävän työryhmän tarpeista.

2 Synnytyksen jälkeinen seuranta heräämössä ja vauvamyönteisyys

Keisarileikkaus on yleisin heräämöseurantaa vaativa synnytykseen liittyvä toimenpide. Muita heräämössä tapahtuvaa jälkiseurantaa vaativia synnytykseen liittyviä toimenpiteitä ovat istukan käsin irrotus, kaavinta ja vaikean välilihan/synnytyskanavan repeämän ompelu. Vauvamyönteisyydellä tarkoitetaan imetyksen suojelemista, edistämistä ja tukemista synnytyssairaaloissa, joissa hoidetaan raskaana olevia, synnyttäviä ja synnyttäneitä äitejä sekä imeväisikäisiä lapsia. (Lindén & Ilola 2013; Terveyskylä 2018.)

2.1 Keisarileikkaus

Keisarileikkausten eli sektioiden osuus kaikista synnytyksistä on Suomessa 16—17 %. Osuus on pysynyt lähes samana viimeisen 20 vuoden ajan, mutta oli vuonna 2019 korkeimmillaan (17,5 %). Noin puolet sektioista on ennalta suunniteltuja eli elektiivisiä, lopuissa leikkauspäätös tehdään päivystyksellisesti. Päivystykselliset sektiot jaetaan kiireellisiin ja hätäsektioihin. Kiireellisessä sektiossa pyritään lapsen syntymään 30 minuutin kuluessa leikkauspäätöksestä, hätäsektiossa 10 minuutin. Hätäsektioita oli kaikista sektioista vuonna 2019 5,1 %. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2020: 8; Tiitinen 2020.)

Käynnistynyt synnytys päättyy kiireelliseen/hätäsektioon useimmiten kohdun supistusehkeyden, sikiön asento- eli tarjontavirheen tai sikiön hapenpuutteen vuoksi. Yleisimmät syyt elektiiviselle sektiolle ovat sikiön perätarjonta tai muu poikkeava tarjonta, ahdas lantio sikiöön kokoon nähden, varhainen pre-eklampsia tai äidin voimakas synnytyspelko. (Tiitinen 2020.)

Sektio tehdään yleensä selkäpuudutuksessa (selkärangan spinaali- tai epiduraalilaitteella), hätäsektio kiireellisyytensä vuoksi nukutuksessa eli yleisanestesiassa. Leikkauksessa vatsanpeitteet avataan, kohdun seinämään matalalle tehdään

poikkiviilto, jota laajennetaan sivuille ja sikiökalvot puhkaistaan. Tämän jälkeen sikiö autetaan kohtuhaavasta ulos ja napanuora katkaistaan. Leikkaussalissa mukana oleva kätilö ottaa leikkaavalta lääkäriltä vauvan vastaan ja näyttää vauvaa vanhemmille, jonka jälkeen hän kuivaa, hieroen stimuloi vastasyntynyttä ja tarkastaa tämän voinnin. Hyvävointinen vastasyntynyt voidaan antaa äidin rinnalle ihokontaktiin tai vaihtoehtoisesti isän/tukihenkilön syliin ihoa vasten. Lääkäri jatkaa leikkausta, istukka painetaan kohdusta ulos ja tarkastetaan että kohtuun ei jää vuotoa. Kohtuhaava suljetaan ja äiti siirretään heräämöö. (Tiitinen 2020.)

Leikkauksen jälkeen anestesiahoitaja antaa heräämön hoitajalle potilaasta suullisen ja kirjallisen raportin, jolla varmistetaan hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus. Anestesiahoitaja tiedottaa tarvittaessa erikseen oleelliset tarkkailussa huomioitavat anestesiaan tai jälkihoitoon liittyvät asiat (Jalonen & Lindgren & Aromaa 2006: 53).

Heräämössä äiti kytketään heräämövalvontalaitteisiin, joista seurataan äidin pulssia, hengitystihyettä, verenpainetta ja happisaturaatioarvoja. Äidin kohtua painetaan vatsan päältä, tasaisin väliajoin, jotta kohdusta ulos tulevaa vuodon määrää voidaan arvioida ja kohdun supistumista seurata. Kohdun painanta ja hieronta myös aktivoivat kohtua supistumaan paremmin ja vähentävät näin jälkivuodon määrää. Kestokatettrin kautta tulevia virtsamääriä seurataan ja leikkaushaavan teippiä ja mahdollista tihku/kuultovuotoa seurataan. Äidin yleisvointia kysellään ja seurataan, kivun astetta kysellään ja tarpeen mukaan kipua lääkitään. Jalkojen ja alavartalon puutumisen häviämistä seurataan, kunnes polvien nostaminen koukkuun onnistuu. (Heikkilä & Humalajoki 2013: 11–12; Jalonen ym. 2006: 53.)

Heräämön henkilökunta on saanut postoperatiiviseen hoitoon koulutuksen. Hoitajan tietoa ja osaamista tarvitaan mm. lääkehoidon oikea-aikaisessa toteuttamisessa ja äitien toipumisen arvioimisessa ja etenkin mahdollisten komplikaatioiden tunnistamisessa. Anestesiahoitajat eivät ole koko aikaa heräämössä, vaan he käyvät katsomassa hoitettavina olevien äitien toipumista ja tarvittaessa heidät pyydetään heräämöö. Hätätilanteissa anestesiahoitajan on oltava välittömästi saatavilla. (Lukkari & Kinnunen & Korte 2007: 361–365.)

Sektiopotilaan postoperatiiviseen hoitoon kuuluu myös ensi-imetyksessä avustaminen ja/tai käsinlypsyn ohjaus. Heräämöseurannan pituus riippuu äidin voinnista, mutta on sektipotilailla yleensä noin kaksi tuntia. (Linden & Ilola 2013.)

2.2 Istukan käsin irrotus, kaavinta ja repeämän ompelu

Synnytykseen liittyvä verenvuoto on normaali, jos verenhukka alatiesynnytyksessä on enintään 500 ml ja keisarileikkauksessa enintään 1000 ml. Jos alatiesynnytyksen jälkeen vuotoa ei saada rauhoittumaan ja/tai istukkaa irtoamaan synnytyshuoneessa, pyydetään lääkäri arvioimaan tilannetta. Tarvittaessa synnyttäjä siirretään lääkärin määräyksestä leikkaussaliin jatkohoitoon. (Linden & Ilola 2013.)

Synnytyksen jälkeisen verenvuodon hoidossa tavallisimpia kirurgisia toimenpiteitä ovat istukan irrotus käsin ja kohtuontelon kaavinta, synnytyskanavan repeämien (kohdun-suu, emättimen seinämä, väliliha ja peräsuolen sulkijalihas) korjaukset ja kohdun tamponaatio eli vuotokohdan tukkiminen. Näiden toimenpiteiden jälkeinen seuranta tapahtuu heräämössä pääsääntöisesti samoja asioita seuraten kuin keisarileikkauksen jälkeen, mutta voi olla lyhytaikaisempaa riippuen potilaan voinnista. Jälkiseurannassa kiinnitetään huomiota kohtuun, synnytyskanavaan tai vatsaonteloon mahdollisesti kertyvään vereen, verihyytymiin tai nesteeseen. (Ahonen & Sainio & Pakarinen 2008.)

2.3 Vastasyntynyt

Riippumatta synnytystavasta vastasyntyneen vointia seurataan tarkasti adaptaatiovaiheen eli syntymän jälkeisten ensimmäisten kahden tunnin ajan. Kätilö antaa ns. Apgarin pisteet eli kuntopisteet sydämen sykkeestä, hengitystaajuudesta, jänteveydestä, ärtyvyydestä ja väristä. Pisteitä annetaan enintään kymmenen. Ensimmäiset pisteet annetaan yhden minuutin iässä, toiset viiden ja tarvittaessa kolmannet kymmenen minuutin iässä. Jos vastasyntyneen voinnissa ilmenee poikkeavaa, lastenlääkäri kutsutaan paikalle. Erityistarkkailua vaativa lapsi siirretään lastenosastolle. (TerveyskyläPRO 2017.)

Mikäli lapsen ja äidin vointi sallivat, laitetaan vastasyntynyt ihokontaktiin synnytystavasta riippumatta. Tällöin tulee huolehtia riittävästä peittelystä, jotta vastasyntyneen lämpö pysyy normaalina. Keisarileikkauksella syntyneiltä ihokontaktiin laitetuilta lapsilta mitataan happisaturaatiota eli valtimoveren happikyllästeisyyttä ja pulssia koko sektiosalihoidon ajan pulssioksimetrillä oikeasta yläraajasta. (TerveyskyläPRO 2017.)

Kättilö punnitsee istukan, sekä laskee ja kirjaa istukan suhteellisen painon. Napanuorasta otetaan verikaasunäytteet sekä napavaltimosta että -laskimosta. Kaikilta vastasyntyneiltä otetaan napaverestä myös kilpirauhasarvosta kertova tyreotropiini- eli TSH-näyte, jonka tarkoituksena on sulkea pois lapsen synnynnäinen kilpirauhasen vajaatoiminta. Vastasyntynyt tarkastetaan ulkoisesti heti syntymän jälkeen ja vielä uudestaan ensimmäisillä hoidoilla. Suu ja kitalaki tarkistetaan. Selkäranka tunnustellaan, samalla huomioidaan raajojen poikkeavuudet. Sormet ja varpaat lasketaan ja ihossa olevat syntymämerkit huomioidaan. Kaikki poikkeavuudet kirjataan ylös sekä kerrotaan ja näytetään vanhemmille. Tarvittaessa pyydetään lastenlääkäri katsomaan lasta. Lapsivuodeosastolle raportoinnin yhteydessä kerrotaan mahdollisista poikkeavuuksista ja huomioitavista asioista. (TerveyskyläPRO 2017.)

Vastasyntyneen hengityksen tulee olla vaivatonta. Vastasyntyneen ihon väriä seurataan, periferian eli kehon ääreisosien sinisyys on normaalia adaptaatiovaiheessa. Iho-kontaktissa vastasyntynyt pitää lämmön ja periferia lämpenee paremmin. Vanhempia ohjataan tarkkailemaan vastasyntyneen vointia, hengitystä, väriä ja imemistä ensi-imetyksen aikana. Ensimmäisillä hoidoilla, n.1,5 h iässä, ensi-imetyksen jälkeen, kättilö suorittaa vastasyntyneen mittaukset: pituus, paino, päänympäry ja lämpö. Viimeistään ennen kahden tunnin ikää vastasyntyneeltä otetaan happisaturaatioarvo, jonka on oltava yli 95 %, sekä oikeasta kädestä että jalasta. (TerveyskyläPRO 2017.)

2.4 Vauvamyönteisyysohjelma

Vauvamyönteisyysohjelma on Maailman terveysjärjestö WHO:n ja UNICEF:n vuonna 1991 lanseeraama maailmanlaajuinen näyttöön perustuva, terveyden edistämisen ohjelma, jonka tavoitteena on turvata, edistää ja tukea imetystä. Ohjelman runko (kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen), koostuu tutkimusnäyttöön perustuvista menetelmistä, joita käyttämällä voidaan tehokkaasti edistää imetystä. (Ikonen ym. 2019.)

2.4.1 Ensi-imetys

THL:n Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2018–2022 ja Vauvamyönteisyysohjelma (WHO & Unicef) suosittelevat ensi-imetystä tunnin sisällä syntymästä ja jatkuvaa vierihoitoa. Ensi-imetys tunnin sisällä synnytyksestä lisää täysimeytystä sekä imetyksen kestoa. Imetyksen edistäminen on vaikuttava keino lisätä kansan-

terveyttä. Imetys antaa suojaa infektioita vastaan, on yhteydessä joidenkin syöpien alhaisempaan esiintyvyyteen ja metabolisen oireyhtymän esiintyvyyteen aikuisiällä sekä parempaan kognitiiviseen suorituskyykyyn. (Rollins ym. 2016; Victora ym. 2016.)

2.4.2 Ihokontakti ja vierihoito

Varhaisella ihokontaktilla tarkoitetaan vastasyntyneen pääsemistä välittömästi syntymästä äidin iholle. Kuivattu vastasyntynyt asetetaan alasti vatsalleen ”sammakkoasentoon” niin, että mahdollisimman paljon äidin ja vastasyntyneen ihoa on vastakkain. Ihokontaktin tulisi jatkua ensi-imetykseen saakka tai vähintään tunnin verran (WHO 2018). Tutkimusten mukaan ihokontakti lisää ensi-imetyksen onnistumista ja sillä on selkeä positiivinen vaikutus myöhempään täysimetykseen. Varhaisen ihokontaktin toteutumisen ja vierihoidon välillä ensimmäisten vuorokausien aikana on selkeä yhteys. Äidit, joiden vastasyntyneet ovat iholla välittömästi synnytyksen jälkeen, ovat vierihoidossa enemmän. (Hakala 2019: 39.)

Vierihoidolla tarkoitetaan, että synnyttänyt äiti ja vastasyntynyt pysyvät synnytyssairaalassa yhdessä koko ajan kotiutukseen asti, synnytystavasta riippumatta. Vierihoito tukee imetyksen aloitusta, jatkumista ja riittävää maidontuotantoa. Jos äidin ja vastasyntyneen erottamiselle ei ole lääketieteellisiä perusteita, vierihoidon tulisi pyrkiä kaikissa synnytyksen jälkeisissä hoitopaikoissa. Vierihoito tukee äiti-lapsi-suhdetta, äidin luottamusta itseensä ja tarjoaa mahdollisuuden opettaa ja tukea äitiä alusta asti imetyksessä. (Jayasekara 2020.)

Äidin ja vastasyntyneen erottamisen kahden ensimmäisen tunnin ajaksi syntymän jälkeen on tutkittu vähentävän äidin herkkyyttä vastata lapsen tarpeisiin, lapsen itsesäätelykykyä, äidin ja lapsen välistä vastavuoroisuutta. Vaikka vierihoito toteutuisi myöhemmin ensimmäisten kahden tunnin jälkeen, se ei vähennä varhaisen erottamisen negatiivisia vaikutuksia. (Bystrova ym. 2009: 108.)

2.4.3 Keisarileikkaus ja vauvamyönteisyys

Ihokontakti ja vierihoito toteutuvat harvemmin ja lyhyemmän aikaa keisarileikatuilla kuin alateitse synnyttäneillä äideillä. Haasteet imetyksen onnistumisessa ja täysimetyksessä ovat tyypillisempiä ensisynnyttäjillä ja keisarileikatuilla äideillä. Ensisynnyttäjän ensi-

imetyksen alkamisen haasteena voi olla myös välilihan repeämä tai leikkaushaava, jonka ompeluun tarvitaan aikaa. (Hakala 2019: 80, 87.)

Suomalaisissa synnytyssairaaloissa lähes kaikki alateitse syntyneet vastasyntyneet pääsevät äitinsä iholle, mutta vain alle kolmannes keisarileikkauksella syntyneistä. Yleisimmät ihokontaktin toteutumisen esteet ovat keisarileikkaus ja vastasyntyneen vointiin liittyvät syyt. Ensi-imetykset onnistuu Suomessa huomattavasti keisarileikkattujen äitien kohdalla. Noin puolet keisarileikkauksella syntyneistä imi rinnalla alle tunnin iässä, kun kaikista vastasyntyneistä osuus oli 80 %. (Hakala & Laukkala & Kaakinen 2015; Hakala ym. 2017.)

Monissa maissa on viime vuosina kehitetty toimintamalleja, joissa varhainen ihokontakti, ensi-imetykset ja jatkuva vierihoito toteutuisivat myös keisarileikkauksessa ja sen jälkeen. Ensimmäisiä tällaisia toimintamalleja oli Englannissa lääkäreiden kehittämä ”luonnollinen” keisarileikkaus. Sitä on kuvattu alatiesynnytyksestä jäljittelevänä syntymänä, jossa lapsi synnytetään kohtuhaavasta rauhallisesti, kuivataan ja annetaan äidin rinnalle lähes katkeamattomaan ihokontaktiin. (Smith & Plaat & Fisk 2008.)

Norjassa, Oslossa vuonna 2007 alkaneessa ”ihokontakti keisarileikkauksessa”-projektissa pyrittiin vastasyntyneen katkeamattomaan ihokontaktiin syntymästä heräämöseurannan loppuun asti. Vastasyntyneen vitaleimot tarkistettiin syntymän jälkeen, jonka jälkeen hänet annettiin äidille ihokontaktiin leikkauksen loppuajaksi. Vastasyntynyt pysyi ihokontaktissa äidin siirtyessä leikkaukspöydältä sänkyyn ja heräämöseurantaan. Heräämössä hoitaja auttoi tarvittaessa imetyksessä. Henkilökunnan koulutus ja toiminnan valmistelu kestivät kuukausia, joiden aikana leikkaussalin, heräämön, synnytyssalin, lapsivuodeosastojen ja vastasyntyneiden tarkkailuosaston henkilökunta kävivät keskenään keskustelua valmisteluista ja käytännön ratkaisuista. Menetelmä arvioitiin kyselylomakkeilla vanhemmille, kätilöille ja heräämön hoitajille ja se sai positiivisen vastaanoton. Menetelmästä tuli standardikäytäntö Oslo Rikshospitaletissa. (Nylander & Holmark Kongsrud & Areklett & Hellenes & Forfang 2008.)

USA:ssa ensimmäinen ”hellävaraisen/pehmeän” keisarileikkauksen (gentle cesarean) toimintamalli kehitettiin Rhode Islandin osavaltiossa Brownin yliopiston yhteydessä toimivassa Memorial Hospital of Rhode Island -sairaalassa vuonna 2009. Hoitokäytäntöön kuului äidin ja vastasyntyneen jatkuva ihokontakti, jos molempien vointi sen mahdollisti, hiljainen ja rauhallinen leikkausympäristö sekä imetyksen mahdollistaminen jo

leikkaussalissa. Vuosina 2009–2012 sairaalassa tehtiin 144 ”gentle cesarean”-protokollan mukaista keisarileikkausta, joissa komplikaatioiden määrä ns. tavallisiin keisarileikkauksiin verrattuna oli samaa luokkaa tai matalampi. Tämän seurauksena ”gentle cesarean” otettiin sairaalassa tavanomaiseksi hoitokäytännöksi. (Magee & Battle & Morton & Nothnagle 2014: 690–691.)

Nashvillessä, Tennesseessä sijaitsevassa Vanderbilt University Hospitalissa alettiin vuonna 2013 toteuttaa perhekeskeistä keisarileikkausta (”family-centered cesarean”). Käytäntöjä oli suunniteltu ja valmisteltu vuodesta 2011 ja esikuvana toimi Englannissa kehitetty ”luonnollinen” keisarileikkaus. Sairaala keskittyi tuolloin toteuttamaan ”Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen” -suositusta ja hakemaan vauvamyönteisyssertifikaattia, joten perhekeskeisen keisarileikkauksen vaikutusta imetyksen onnistumiseen haluttiin kokeilla. Perhekeskeisessä keisarileikkauksessa korostettiin tukihenkilön merkitystä, leikkaussalin rauhallisuutta ja pyrittiin toteuttamaan katkeamaton ihokontakti ja ensi-imetys nopeasti syntymän jälkeen. Perhekeskeisiä keisarileikkauksia pystyttiin toteuttamaan vain virka-aikaan henkilökuntaresurssien mitoituksen vuoksi. Kahden vuoden seurantajakson aikana leikkaussalissa toteutuneiden ihokontaktien lisääntyessä myös kotiutuessa täysimettävien keisarileikkattujen äitien määrä lisääntyi. Keisarileikkaukokemuksen parantamista ja perhekeskeisyyteen pyrkimistä pidettiin jatkossa tärkeänä ja siihen pyrkimiseen kannustettiin kaikkia synnytyksiä hoitavia yksiköitä. (Schorn & Moore & Spetalnick & Morad 2015: 682–689.)

Australiassa New South Walesin terveysturvaviranomaiset asettivat alueen sairaaloille tavoitteeksi toteuttaa vauvamyönteistä hoitoa vuoteen 2016 mennessä. Tähän tavoitteeseen liittyen Sydneyssä sijaitsevassa sairaalassa (n. 3700 synnytystä vuodessa) tehtiin tutkimus, jonka tavoitteena oli selvittää keisarileikkauksen aikana ja jälkeen tapahtuvan ihokontaktin mahdollistavia ja esteenä olevia tekijöitä, havainnoida vaihtelevia käytäntöjä äidin ja vastasyntyneen hoidossa sekä selvittää äitien hoitoon liittyviä toiveita. Esteenä tai haasteena olevia tekijöitä olivat mm. henkilökunnan koulutuksen, ajan ja sopivien tilojen puute. Näiden esteiden ja haasteiden ylittämiseen saatiin henkilökunnan haastatteluissa ratkaisuehdotuksia ja ideoita käytäntöjen uudistamiseen. Tutkimuksen mukaan hoidon jatkuvuus ja henkilökunnan kokemus sekä erityisosaaminen juuri keisarileikkauksista voisivat lisätä ihokontaktin toteuttamista. (Stevens & Schmied & Burns & Dahlen 2016.)

Suomessa keisarileikkauksessa toteutuvan varhaisen ja katkeamattoman ihokontaktin sekä jatkuvan vierihoidon mahdollistamiseen on myös kehitetty viime vuosina toimintamalleja ja uusia tiloja. Pääkaupunkiseudun isoihin synnytysyksiköihin (Naistenklinikka ja Espoon sairaala) on rakennettu keisarileikkattujen ja synnytykseen liittyvien toimenpiteiden jälkiseurantaan tarkoitettut heräämötilat eli perheheräämöt. Monissa yliopisto- ja keskussairaaloitten synnytysyksiköissä perheen jatkuva yhdessäolo ja vastasyntyneen ihokontakti, eli ns. perheheräämötöiminta, pyritään toteuttamaan yleisissä heräämötiloissa.

Tutkimusten mukaan ihokontakti ja perheen yhdessäolo keisarileikkauksen aikana ja sen jälkeen, on turvallinen, hyödyllinen ja toteutettavissa oleva toimintamalli mutta vielä uusi monissa synnytysyksiköissä. Haasteena tämän toimintamallin toteuttamiselle ovat virallisten ohjeiden ja protokollien puuttuminen sekä tilojen ja hoitohenkilökunnan asenteiden muuttaminen. Toimintamallien suunnitteluun, kehittämiseen ja käyttöönottoon on käytetty apuna, ja suositellaan jatkossakin käytettävän, muiden yksiköiden kokemuksista kertovia raportteja ja niiden jakamista seminaareissa ja työryhmissä. (Balatero & Spilker & McNiesh 2019: 142–143; Frederick ym. 2020: 304.)

3 Työn tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää Naistenklinikkan perheheräämön toimintaa ja lisätä siellä hoidettujen potilaiden määrää. Tarkoituksena oli kuvata, miten perheheräämöhöitoon pääsy toteutuu Naistenklinikalla ja mitkä tekijät vaikuttavat siihen.

Tutkimuskysymykset olivat:

- Miten synnyttäneet toimenpidepotilaat jakautuvat Naistenklinikkan heräämön ja perheheräämön välillä?
- Mistä syistä perheheräämöhön pääsy estyy?
- Onko perheheräämön potilasmäärä lisääntynyt kahden vuoden seurantajakson (2020–2021) aikana ja mitkä tekijät olivat yhteydessä siihen?

4 Toimintaympäristön kuvaus

4.1 Perheheräämötoiminnan taustaa Naistenlinikalla

Naistenklinikan synnytys- ja leikkausosaston remontissa (2013–2017) sektiosalit siirrettiin ja erillinen perheheräämö rakennettiin synnytysosaston yhteyteen. Remontin ajaksi synnytystoiminta supistettiin Naistenlinikalla vain riskiraskauksiin ja siirrettiin pienempiin väistötiloihin. Väistön aikana aloitettiin ensimmäiset perheheräämöperehdytykset, silloin sekä synnytys- että leikkausosaston henkilökunnalle. Väistötiloissa oli kaksi sektiosalia ja pieni heräämö, jossa remontin ja väistön pitkittyessä perheheräämötoimintaa alettiin jo kokeilla. Äidin hoito heräämössä oli anestesiahoitajan vastuulla ja vastasyntyneen hoito kättilön vastuulla. Ajatuksena oli, että molemmat ammattiryhmät perehtyivät toisen osapuolen vastuualueisiin. Remontissa valmistuvan perheheräämön toimintaa vasta suunniteltiin eikä ollut selvää kenen vastuulle sen toiminta jää. (Kautto 2017.)

Perheheräämötoiminnan kokeilusta väistötiloissa jäi henkilökunnalle positiivinen kuva. Äidit tuntuivat voivan paremmin ja sietävän paremmin kipua. Myös vastasyntyneen iho-kontaktin ja ensi-imetyksen mahdollistaminen koettiin ja ymmärrettiin tärkeäksi ja hyödylliseksi sekä äidin että vastasyntyneen kannalta. (Kautto 2017.)

Remontin valmistuessa keväällä 2017 ei perheheräämötä pystytty heti avaamaan. Kätilöopiston sairaalan lakkauttaminen saman vuoden lopulla ja sen myötä Naistenklinikan synnytystoiminnan lähes kaksinkertaistuminen viivästytti avaamista entisestään. Ensimmäinen perheheräämökoulutus Naistenklinikan kätilöille järjestettiin helmikuussa 2018. Koulutettujen vähäisen määrän vuoksi perheheräämötoimintaa käynnistettiin kesän 2018 aikana siten, että heräämökättilöt työskentelivät perheheräämössä arkisin aamuvuoroissa hoitaen elektiivisiä sektiopotilaita. Vasta syksyllä 2018 Naistenklinikan perheheräämö aloitti vähitellen ympärivuorokautisen toimintansa leikkausosaston vastuuhoidajien perehdyttäessä uusia koulutuksen käyneitä kätilöitä heräämöhoitoon. Tavoitteeksi otettiin, että toiminta siirtyy vähitellen kokonaan synnytysosaston kätilöiden vastuulle, myös äitien hoidon suhteen, ja leikkausosaston hoitajat ovat vain tarvittaessa apuna. Tällä hetkellä perheheräämössä työskentelee pääsääntöisesti synnytysosaston kätilöitä ja se on myös hallinnollisesti osa synnytysosastoa.

4.2 Naistenklinikan perheheräämö

Naistenklinikan perheheräämössä on neljä heräämöpaikkaa sektiolla synnyttäneille tai alatiesynnytyksen jälkeen toimenpiteisiin joutuneille äideille. Perheheräämössä hoideetaan myös niiden äitien vastasyntyneet, jotka vointinsa puolesta eivät vaadi erityis seurantaa. Tavoitteena on, että äiti ja vauva eivät joudu eroon toisistaan, vauva pääsee ihokontaktiin heti synnyttyään ja ensi-imetys toteutuu n. tunnin sisällä syntymästä. Perheheräämöhoidossa äiti voi olla vauvan kanssa ensitunnit yhdessä ja tukihenkilö/isiä saa olla paikalla koko heräämöhoidon ajan. (HUS Naistenklinikka 2018.)

Perheheräämö sijaitsee synnytysosaston keskellä, lähellä osaston kolmea sektiosalia. Perheheräämössä työskentelee osa synnytysosaston kättilöistä, joita on koulutettu heräämöhoidon pienissä erissä. Tällä hetkellä koulutettuja 23 ja uusia koulutuksen keväällä 2022 aloittaneita 9. Kokonaisuudessaan synnytysosastolla on 109 vakanssia, mukaan lukien osastonhoitajan ja kolmen apulaisosastonhoitajan vakanssit. Naistenklinikalla hoidettiin vuonna 2021 9154 synnytystä, joista 2093 oli sektioita. Näistä sektioista 802 oli elektiivisiä, 1226 kiireellisiä ja 65 hätäsektioita. Alatiesynnytyksen jälkeisiä leikkaussalihoitoa ja heräämöseurantaa vaativia toimenpiteitä oli 396. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2022.)

Perheheräämövuoroihin on suunniteltu arkiamuuihin kaksi kättilöä ja ilta- yö- sekä viikonloppu-/pyhävuoroihin yksi kättilö. Maaliskuusta 2021 alkaen näiden vuorojen lisäksi on henkilökuntaresurssien riittäessä suunniteltu yksi kättilö arkisin välivuoroon (klo 9–17). Jos perheheräämössä ei ole potilaita, siirtyy heräämökättilö auttamaan synnytysosaston puolelle. Jos taas synnytysosaston puolella on rauhallista ja perheheräämössä kiirettä, siirretään mieluiten heräämötaitoisia kättilöitä sinne auttamaan. Heräämökoulutuksen käyneitä kättilöitä pyritään työvuoroissa sijoittamaan sellaisiin tehtäviin (esim. puhelinkättilöksi), joista heitä on helpompi tarvittaessa irrottaa perheheräämöön auttamaan. Myös heräämötaidoton kättilö voi auttaa tarvittaessa perheheräämössä vauvojen hoidossa. Heräämökättilöiden tueksi on nimetty joka vuorossa heräämöhoitaja Naistenklinikan leikkausosastolta, jolta voi tarvittaessa kysyä neuvoa ja apua. (HUS Naistenklinikka 2021.)

Arkiamuisin perheheräämökättilöt valmistelevat elektiiviset sektiopotilaat, ovat sektioissa mukana vastaanottamassa vauvat ja hoitavat vastasyntyneiden alkuseurannan.

Elektiivisiä sektioita tehdään Naistenklinikalla arkipäivisin yleensä 2–5. Jos heräämökätilöt eivät ehdi valmistella kaikkia sektiopotilaita ja/tai mennä sektioihin mukaan, he pyytävät apua synnytysosastolta. Elektiiviset sektiopotilaat ja vastasyntyneet pyritään hoitamaan sektion jälkeen perheheräämössä, jos heidän terveydentilansa ei vaadi erityistä seurantaä esimerkiksi perussairauden tai leikkauskomplikaatioiden vuoksi. Perheheräämön soveltuvista, ns. matalan riskin sektiopotilaista, on laadittu kriteerit mutta lopullisen päätöksen hoitopaikasta tekee hoitava anestesia-ääkäri. Elektiivisten sektioiden ohella joudutaan usein tekemään synnytyssalin puolelta kiireellisiä/hätäsektioita ja tämä voi viivästyttää elektiivistä sektiotoimintaa. Kiireelliset ja hätäsektiopotilaat pyritään myös hoitamaan perheheräämössä voinnin ja mahdollisuuksien mukaan. (HUS Naistenklinikka 2021.)

Perheheräämön avautuessa sovittiin, että perheheräämökätilö hoitaa yhtä äiti-vauvaparua tai vaihtoehtoisesti kahta äitiä samanaikaisesti. Sopimusta on maaliskuussa 2021 muutettu niin, että heräämökätilö hoitaa tarvittaessa kahta äiti-lapsi-paria toisen parin ollessa jo lähellä heräämöseurannan päättymistä. Perheheräämössä kätilön tehtäviin kuuluu leikatun äidin seurannan lisäksi vastasyntyneen seuranta ja hoito, ulkoinen tarkastelu, punnitseminen, pituuden ja päänympäryksen mittaaminen sekä imetyksessä avustaminen/käsinlypsyn ohjaaminen. Osa vastasyntyneistä tarvitsee jatkuvaa saturaatioseurantaä ja lääketieteellisistä syistä lisäruokaa. Seuranta perheheräämössä kestää yleensä n. kaksi tuntia, jonka jälkeen perhe siirtyy lapsivuodeosastolle. (HUS Naistenklinikka 2021.)

Ennen perheheräämön avautumista kaikki synnytysten jälkeinen heräämöseuranta tapahtui Naistenklinikan heräämössä, jossa on 12 heräämöpaikkaä ja potilaita seurannassa erilaisten gynekologisten toimenpiteiden jälkeen. Henkilökunta on pääosin leikkaussali-/anestesiahoitajia eikä heillä ole koulutusta vastasyntyneen hoitoon ja seurantaan. Aiemmin vauvan ja tukihenkilön oli mahdollista vieraillla äidin luona heräämössä kätilön saattamana. Perheheräämön toiminnan alkamisen jälkeen vierailu ei ole enää pääsääntöisesti sallittua.

Edelleen osa synnyttäneiden heräämöseurannasta tapahtuu Naistenklinikan heräämössä, jolloin äiti on erossa muusta perheestä ensimmäisten lapsen syntymän jälkeisten tuntien ajan. Osa otetaan toimenpiteen jälkeen lääketieteellisistä syistä, eli komplikaatioiden tai sairauden vuoksi, tarkempaan seurantaan Naistenklinikan heräämön, mutta osa päättyy sinne perheheräämön henkilökuntaresurssien puuttumisen vuoksi.

Myös keisarileikkausten lisääntyminen Naistenlinikalla vuodesta 2020 (keskimäärin n. 150/kk) vuoteen 2021 (keskimäärin n.170/kk) on lisännyt haasteita perheheräämöhoidon pääsyn toteutumiseen (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2022). Uusien koulutettujen perheheräämökätilöiden, synnytysosaston henkilökunnan sijoittelun ja työvuorojen uudelleen järjestämisen sekä heräämökätilöiden maksimipotilasmäärän kasvattamisen on toivottu auttavan perheheräämön potilasmäärien lisäämiseen.

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Aineiston keruu

Heräämöpotilaiden jakautumisesta kertova aineisto eli Naistenklinikan kahden heräämön potilasmäärät kerättiin Opera- ja Apotti-potilastietojärjestelmistä. Leikkaussalien ohjausjärjestelmä Opera oli Naistenlinikalla käytössä perheheräämön avautuessa 2018 ja korvautui Apotilla helmikuussa 2020 koko sairaalaa koskevan käyttöönoton yhteydessä. Kummastakaan järjestelmästä ei ole tällä hetkellä mahdollista saada eriteltyjä tilastoja Naistenklinikan heräämöissä hoidettujen potilaiden määrästä, vaan tilastot koskevat kaikkia Naistenklinikan heräämöpotilaita. Heräämöpotilaat on mahdollista rajata erikoisalana (Synnytykset 30A) mukaan, jonka jälkeen jokaisen potilaan osalta on käytävä tarkistamassa, kummassa heräämössä häntä hoidettiin. Samalla tilastoitiin sairaalan toiveesta tieto sektion kiireellisyydestä (elektiivinen/kiireellinen/hätä) ja anestesia-aihe. Potilasmäärät kerättiin koko perheheräämön toiminnan ajalta ja merkittiin excel-tilaukseen (Liite 1). Aineiston keräys aloitettiin syksyllä 2020 ja sitä jatkettiin vuoden 2021 loppuun.

Aineisto perheheräämöhoidon estymisen syistä kerättiin hoitajien kirjanpidolla. Jokaisen sektio-/synnytyksen jälkeisen toimenpidetilat siirtyessä hoitoon Naistenklinikan heräämöhön vastaanottava hoitaja kirjasi ylös synn hoitopaikan valikoitumiseen. Lisäksi kirjattiin päivämäärä ja kellonaika. Aineistoa kerättiin syyskuusta 2020 helmikuuhun 2021 jonka lisäksi tehtiin kuukauden seuranta lokakuussa 2021.

Henkilökuntaa suunnitellaan perheheräämövuo-roihin tietty määrä, mutta sen lisäksi sinne on tarkoitus sijoittaa mahdollisuuksien mukaan tarvittaessa avuksi enemmänkin synnytysosaston kätilöitä. Uuden välivuoron (klo 9–17) tarkoituksena on mahdollistaa päivän viimeistenkin elektiivisten sektiopotilaiden jälkihoito perheheräämössä. Toi-

saalta paikkaamattomat poissaolot ja kiiretilanteet synnytysosaston puolella voivat vähentää perheheräämön henkilökuntaa eli perheheräämön henkilökuntaresurssit voivat vaihdella paljonkin alkuperäisestä suunnitelmasta.

Koska haluttiin selvittää, kuinka suuri vaikutus synnytysosaston henkilökunnan sijoittelun uudelleen järjestämisellä ja uudella välivuorolla on perheheräämössä hoidettujen potilaiden määrään, kerättiin aineistoa perheheräämössä työskentelevän henkilökunnan määrästä ja samanaikaisesti hoidettujen heräämöpotilaiden määristä. Alun perin aineistoa oli tarkoitus kerätä perheheräämökätilöiden kirjanpidolla jokaisen työvuoron toteutuneesta työajasta lokakuussa 2021. Kerätty aineisto osoittautui kuitenkin liian suppeaksi ja merkitsemistavoissa oli paljon eroja. Laajempi aineisto päätettiin kerätä toteutuneista päivittäisistä työvuorolistoista elo-marraskuun 2021 osalta, jonka lisäksi Apotti-järjestelmästä laskettiin tältä aikaväliltä jokaisen päivän osalta synnytyksen jälkeen heräämöhoidetut potilaat sekä perheheräämössä, että Naistenklinikan heräämössä.

Välivuoroja alettiin suunnitella työvuorolistoihin keväällä 2021 mutta aluksi henkilökuntaresurssit eivät riittäneet kuin satunnaisiin välivuoroihin. Aineisto perheheräämössä työskennelleen henkilökunnan määrästä päätettiin kerätä aikaväliltä elo-marraskuu 2021, koska näinä kuukausina välivuoroja oli pystytty suunnittelemaan enemmän, joten niiden vaikutusta päästiin paremmin arvioimaan. Elokuulle välivuoroja suunniteltiin 18 arkipäivälle, joista 14 toteutui. Syyskuussa suunnitelluista 14 välivuorosta 13 toteutui. Lokakuulle välivuoroja suunniteltiin 11, joista 8 toteutui. Marraskuussa kuudesta suunnitellusta välivuorosta viisi toteutui. Tarkkaa jokaisen perheheräämön työvuoron toteutunutta työaikaa ei saatu selville mutta jo ennalta tiedetyt puutokset ja lisätty henkilökunta heräämön työvuoroissa pystyttiin huomaamaan. Aineisto kerättiin tammikuussa 2022.

5.2 Aineiston analysointi

Kerätty aineisto analysoitiin määrällisin menetelmin. Määrällisessä tutkimuksessa tutkimustieto saadaan numeroina tai ryhmittelemällä laadullinen aineisto numeeriseen muotoon. Kaikki mitattava tai joko ennen aineiston keräämistä tai sen jälkeen mitattavaksi muutettavissa oleva informaatio kelpaa määrällisen tutkimuksen aineistoksi. Määrällisessä tutkimuksessa käytettävien tilastollisten menetelmien valinta perustuu tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimusongelmiin. Analyysitapa pyritään ennakoimaan, mutta

käytännössä se löytyy kokeilemalla kyseiselle muuttujalle soveltuvia menetelmiä. Analyysitapa valitaan sen mukaan, ollaanko tutkimassa yhtä muuttujaa vai kahden tai useamman muuttujan välistä riippuvuutta ja muuttujien vaikutusta toisiinsa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017: 129.)

Aineisto potilaiden jakautumisesta heräämöjen välillä on kerätty valmiista potilasrekisteristä ja keräysvaiheessa ryhmitelty numeeriseen muotoon (Liite 1). Aineisto toteutuneesta henkilökunnan määrästä perheheräämössä kerättiin valmiiksi numeeriseen muotoon.

Aineisto perheheräämöhoidon estymisen syistä täytyi ensin muuttaa laadullisesta määrälliseen, numeeriseen muotoon ryhmittelemällä. Syyt ryhmiteltiin lääketieteellisiin ja resursseista johtuviin sekä mahdollisiin muihin syihin (Taulukko 1) ja näiden luokkien suhdetta tarkasteltiin. Liitteenä 2 on syyskuussa 2020 kerättyä ryhmiteltyä aineistoa. Ryhmittelyn teki omasta toiveestaan leikkausosaston apulaisosastonhoitaja ja toimitti aineiston opinnäytetyön tekijälle.

Taulukko 1. Perheheräämöhoidon estymisen syiden ryhmittely

Lääketieteellinen syy	Resursseista johtuva syy	Muu syy
runsas vuoto	ei perheheräämökätilöä	huono tiedonkulku
valvonta raskauteen liittyvän sairauden (mm. pre-eklampsia, HELLP, lapsivesiembolia), graavin obesiteetin (BMI yli 50), perussairauden tai muun terveydellisen syyn takia	perheheräämössä kätilöihin nähden maksimimäärä potilaita	ei tietoa, jäänyt epäselväksi

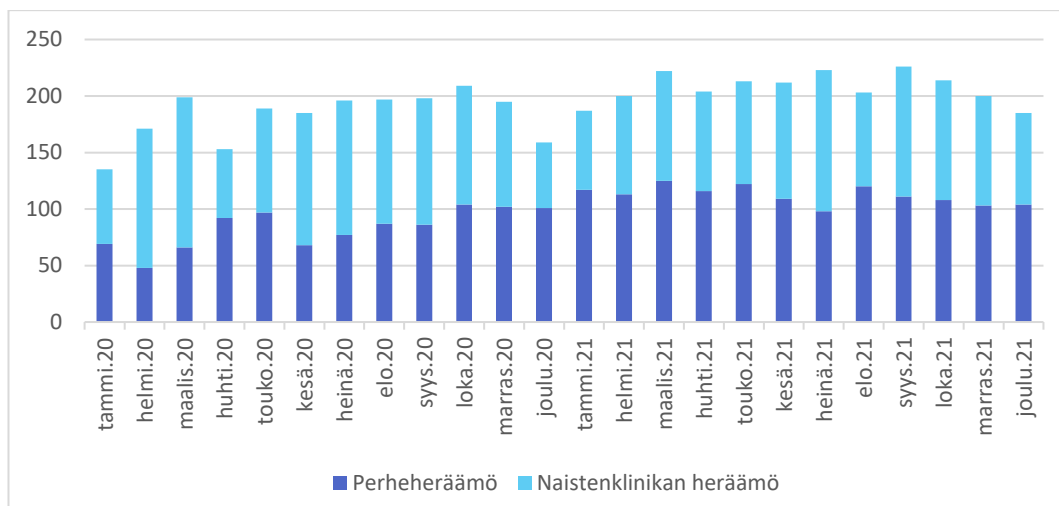
Perheheräämön päivittäiset toteutuneet työvuorot ja vastaavien päivien hoidettujen heräämöpotilaiden määrät kerättiin Excel-taulukkoon (Liite 3). Päivämäärät merkittiin värein toteutuneiden työvuoroyhdistelmien mukaan, jotta tiettyjen vuorojen potilasmäärien laskeminen olisi helpompaa.

Kerätystä aineistosta haluttiin selvittää miten Naistenklinikan kahdessa heräämössä hoidettujen synnyttäneiden potilaiden suhteellinen ja kokonaismäärä kehittyi sekä mitkä tekijät/muuttujat (henkilökuntaresurssit, lääketieteelliset syyt, työvuorojärjestelyt, synnytysten ja sektioiden kokonaismäärä) vaikuttivat siihen ja missä määrin. Kerättyjen lukujen kuukausittainen kehitys esitetään ajasta riippuvien kuvaajien avulla. Tarkempi analyysi muuttujien välisestä riippuvuudesta tehtiin käyttäen ristiintaulukointia, Pearsonin korrelaatiokerrointa ja pistekaavioita (scatter plot). Ristiintaulukoinnin, korrelaatiokertoimen ja pistekaavioiden avulla voidaan esittää tietoa siitä, miten eri muuttujat ovat riippuvaisia toisistaan ja vaikuttavatko havaitut asiat toisiinsa (Vilkkä 2007: 129).

6 Tulokset

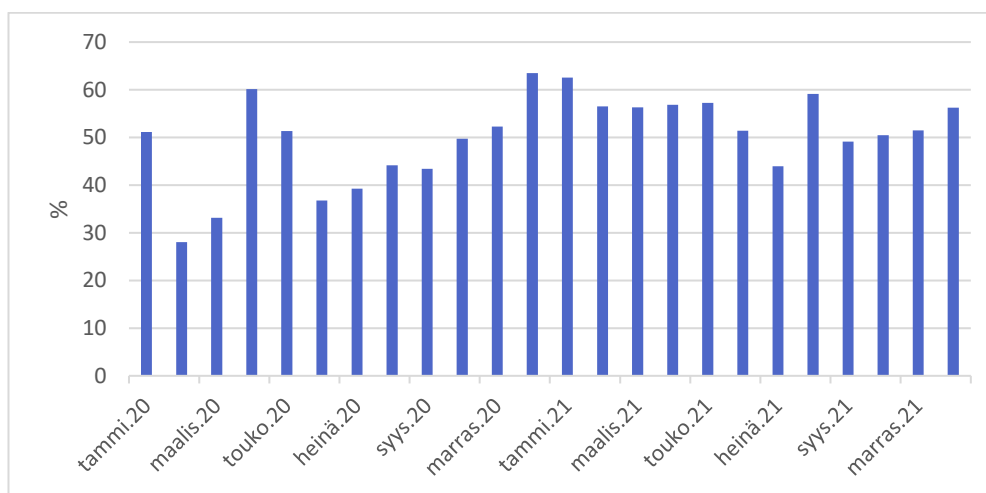
6.1 Synnyttäneiden heräämöpotilaiden jakautuminen

Kuviossa 1 näkyvät Naistenlinikalla synnyttäneiden heräämöhoidossa olleiden potilaiden määrät kuukausittain ja niiden jakautuminen kahden heräämön välillä vuosina 2020–2021. Määrät kerättiin koko perheheräämön toiminnan ajalta (syyskuu 2018–2021) mutta aineistoa analysoitaessa huomattiin, että vuosien 2018 ja 2019 Opera-järjestelmästä kerätyissä heräämöhoidettujen potilaiden määrissä täytyi olla puutteita. Sektioiden osuus kaikista synnytyksistä Naistenlinikalla (vuonna 2019 13 %) jäi aineiston perusteella huomattavasti alhaisemmaksi kuin koko Suomen tasolla (16–17 %). Naistenlinikalla hoidetaan koko HUSin alueen riskiraskaudet ja jopa kauempaakin Suomesta siirrettyjä potilaita riskiraskauksien vuoksi, joten sektioiden osuus on aina ollut keskimääräistä korkeampi. Koska vuosien 2018 ja 2019 luvut eivät vaikuttaneet luotettavilta, päätettiin tässä työssä tarkastella vain vuosia 2020 ja 2021, joiden luvut on kerätty Apotti-järjestelmästä.



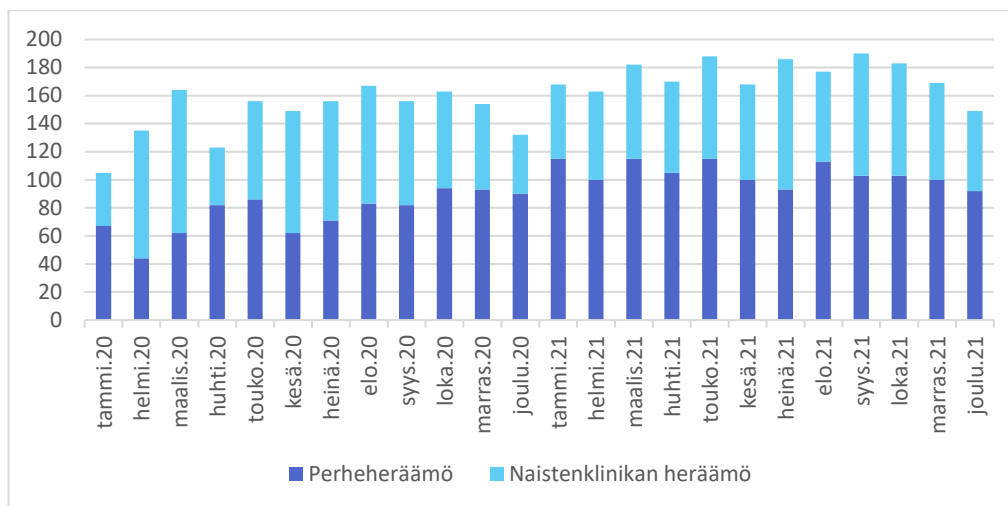
Kuvio 1. Synnytyksen jälkeen heräämöhoidettujen potilaiden määrien kehitys ja jakautuminen Naistenklinikalla 2020–2021.

Kuviossa 2 näkyy perheheräämössä hoidettujen potilaiden prosentuaalinen osuus koko Naistenklinikalla synnytyksen jälkeen heräämöhoidossa olleiden potilaiden määrästä vuosina 2020–2021. Keskimääräinen osuus vuonna 2020 oli 46 % ja vuonna 2021 54 %.

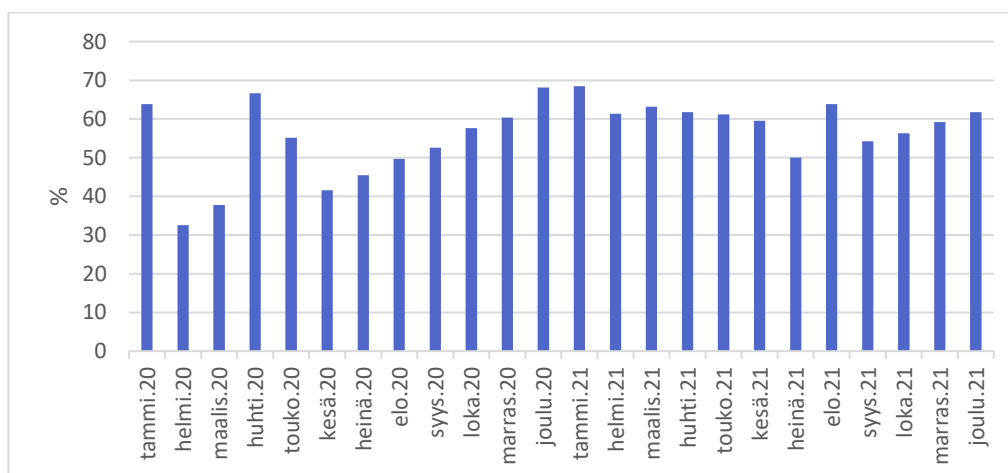


Kuvio 2. Perheheräämössä hoidettujen potilaiden osuus kaikista Naistenklinikalla synnytyksen jälkeen heräämöhoidetuista 2020–2021.

Kuvioissa 3 ja 4 on tarkasteltu vielä erikseen perheheräämössä hoidettujen sektiopotilaiden määrää ja osuutta kaikista Naistenklinikalla sektioista.



Kuvio 3. Keisarileikkattujen potilaiden määrät ja jakautuminen Naistenklinikan heräämöissä 2020–2021.

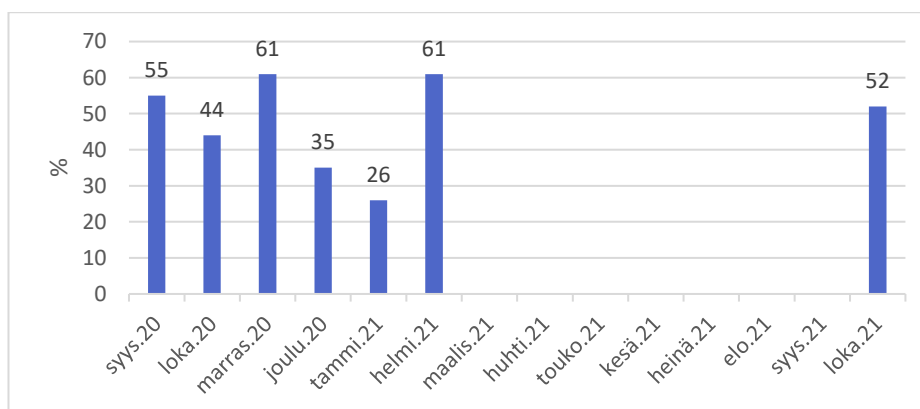


Kuvio 4. Perheheräämössä hoidettujen sektiopotilaiden osuus kaikista Naistenklinikan sektiopotilaista vuosina 2020–2021.

Perheheräämössä on ensisijaisesti hoidettu juuri sektiopotilaita, joiden heräämöseuranta on yleensä pidempikestoisempaa kuin muiden synnytyksen jälkeisten toimenpiteiden jälkeen ja vaikuttaa näin enemmän äidin ja vastasyntyneen yhdessäoloon. Perheheräämössä hoidettujen sektiopotilaiden keskimääräinen osuus kaikista Naistenklinikan sektiopotilaista oli vuonna 2020 53 % ja vuonna 2021 60 % eli osuudet ovat suuremmat pelkkien sektioiden osalta.

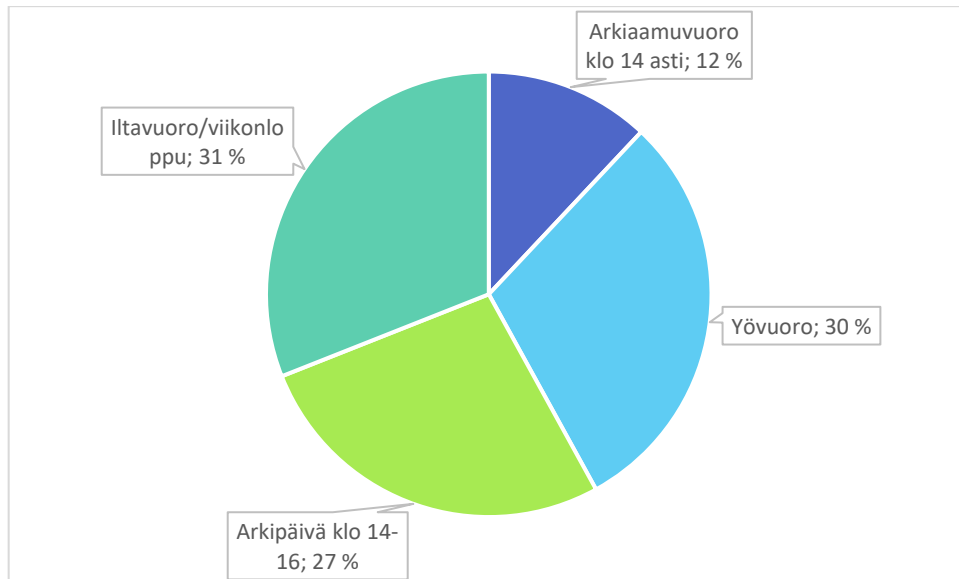
6.2 Perheheräämöhoidon estymisen syyt

Perheheräämöhoidon estymisen syistä saatiin aineistoa seitsemän kuukauden osalta (syys-joulukuu 2020 ja tammi-, helmi- sekä lokakuu 2021). Syiden merkitsemisprosentti kaikista Naistenklinikan heräämössä synnytyksen jälkeen hoidetuista oli korkein lokamarraskuussa 2020 ja lokakuussa 2021 (81–84 %). Syys- ja joulukuussa 2020 sekä tammi-helmikuussa 2021 syyt oli merkitty 26–40 % osalta. Perheheräämön pääsy estyi keskimäärin 48 % tapauksista perheheräämön henkilökuntaresurssipulan vuoksi ja lähestulkoon kaikissa muissa tapauksissa lääketieteellisistä syistä. Kuviossa 5 näkyy perheheräämön resurssipulan osuus kuukausittain perheheräämöhoidon estymisen syistä. Muutamissa tapauksissa (3,7 %) syynä oli huono tiedonkulku yksiköiden välillä tai syy jäi epäselväksi.



Kuvio 5. Perheheräämöhöitoon pääsyn estymisen syynä resurssipula – osuudet Naistenklinikan heräämössä synnytyksen jälkeen hoidetuista potilaista.

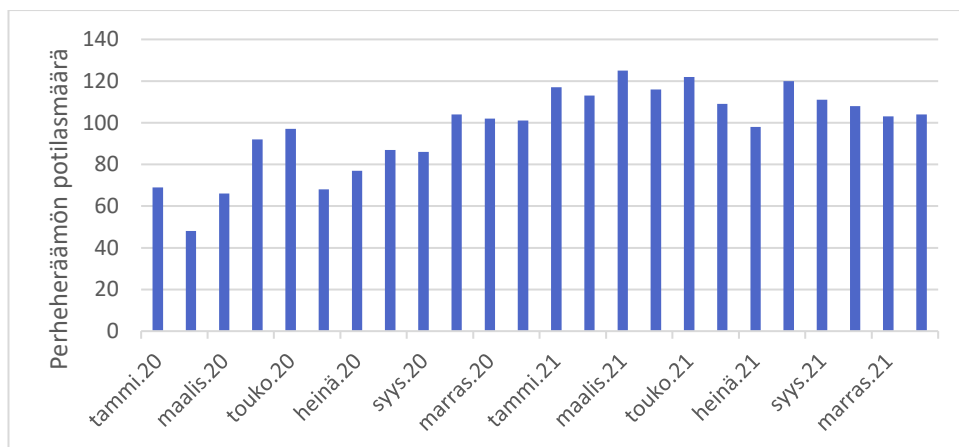
Valtaosa (keskimäärin 88 %) resurssipulan vuoksi perheheräämöhoidon estymisistä tapahtui päivystysajalla tai sitä edeltävällä ns. vuoronvaihtoajalla eli arkena klo 14–16. Kuviossa 6 näkyy resurssipulasta johtuvien perheheräämöhoidon estymisten keskimääräinen prosentuaalinen jakautuminen eri työvuorojen/ajankohtien välillä.



Kuvio 6. Resurssipulasta johtuva perheheräämöhöitoon pääsyn estyminen -jakautuminen työvuorojen/ajankohtien välillä.

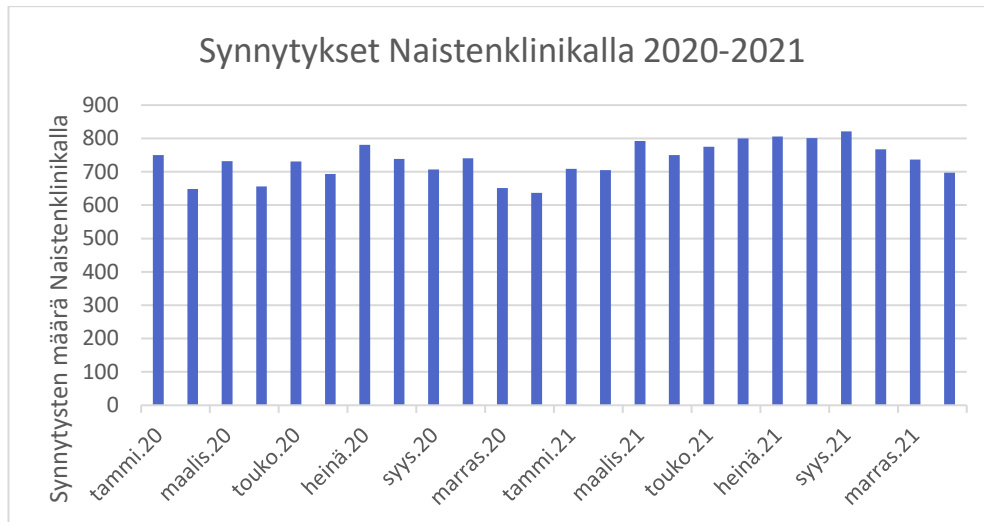
6.3 Perheheräämön potilasmäärien kehitys ja siihen vaikuttavat tekijät

Perheheräämössä hoidettiin vuonna 2020 yhteensä 997 ja vuonna 2021 1346 potilasta eli 349 potilasta enemmän kuin 2020. Perheheräämössä hoidettujen potilaiden määrien kehitys näkyy kuviossa 7.



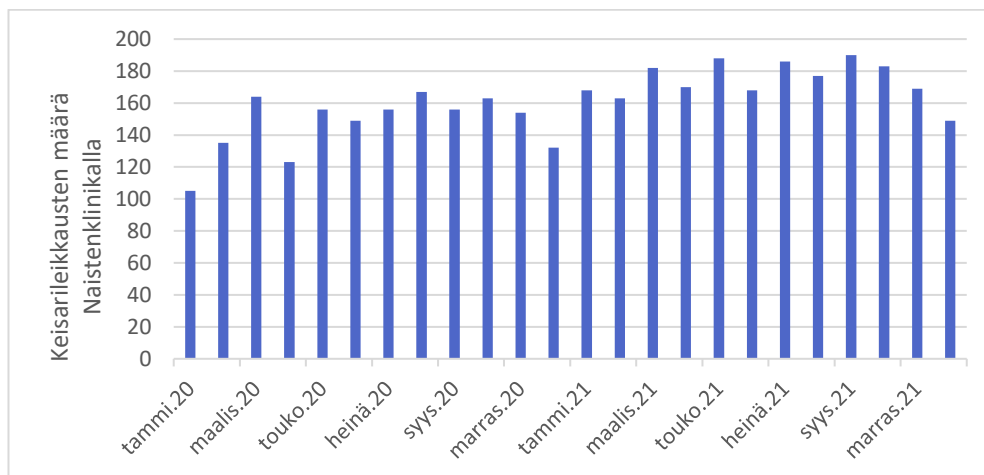
Kuvio 7. Perheheräämössä hoidettujen potilaiden määrät 2020–2021

Synnytysten määrä Naistenlinikalla oli vuonna 2020 8467 ja vuonna 2021 9160 eli 693 enemmän kuin 2020. Synnytysten määrät kuukausittain vuosina 2020 ja 2021 näkyvät kuviossa 8.

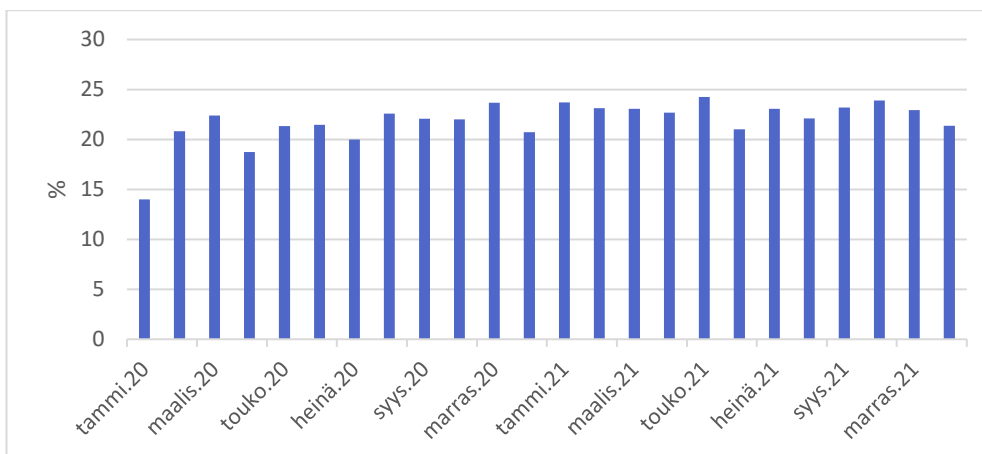


Kuvio 8. Synnytysten määrät Naistenlinikalla 2020–2021.

Keisarileikkauksia tehtiin Naistenlinikalla vuonna 2020 1760 ja vuonna 2021 2093 eli 333 enemmän kuin vuonna 2020. Keisarileikkausten osuus kaikista synnytyksestä oli vuonna 2020 21 % ja vuonna 2021 23 %. Keisarileikkausten määrien ja osuuksien kehitys näkyvät kuvioissa 9 ja 10.

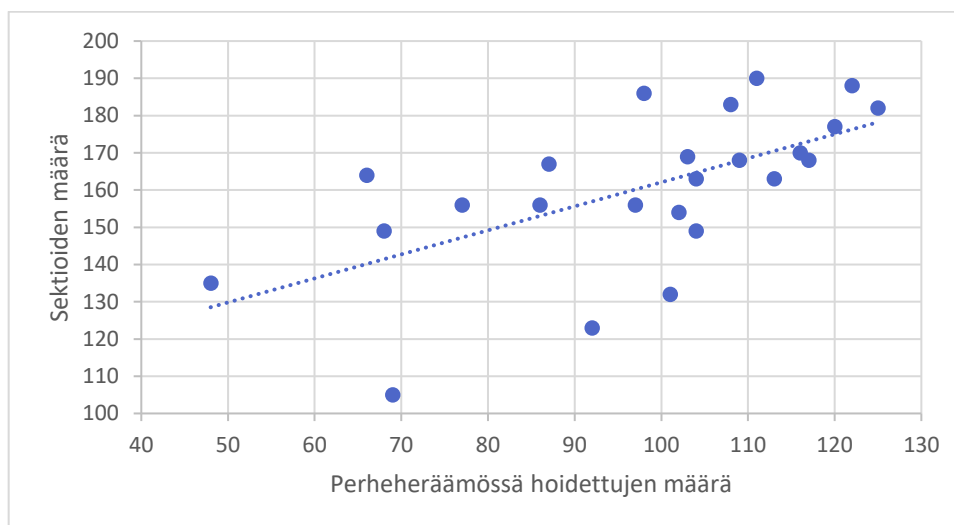


Kuvio 9. Keisarileikkausten määrät Naistenlinikalla 2020–2021.



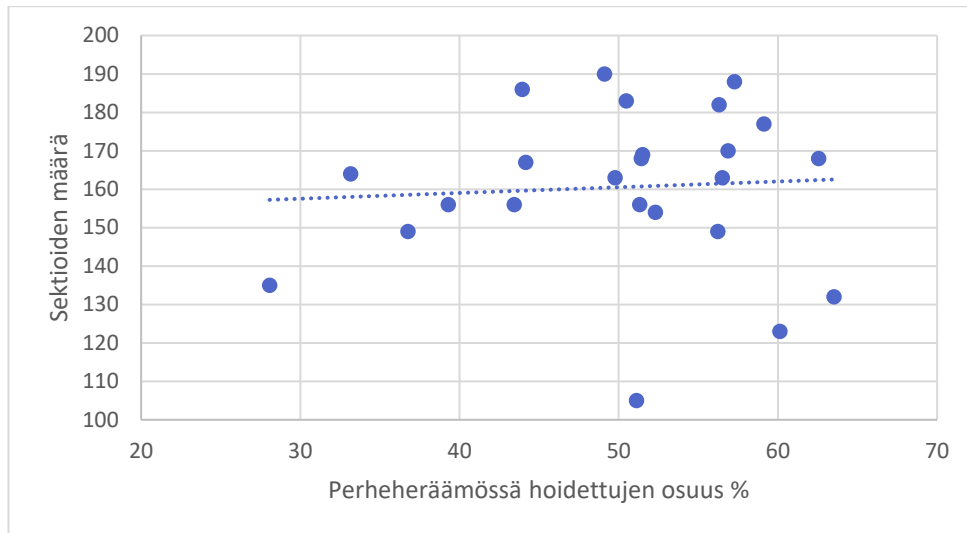
Kuvio 10. Keisarileikkausten osuus kaikista synnytyksistä Naistenlinikalla 2020–2021.

Perheheräämössä hoidettujen potilaiden määrän ja sektioiden määrän välillä havaittiin positiivinen Pearssonin korrelaatiokerroin 0,6 (95 % luottamusväli 0,3–0,8) eli mitä enemmän sektioita oli, sitä enemmän niitä hoidettiin perheheräämössä. Kuviossa 11 on korrelaatiosta kertova pistekaavio.



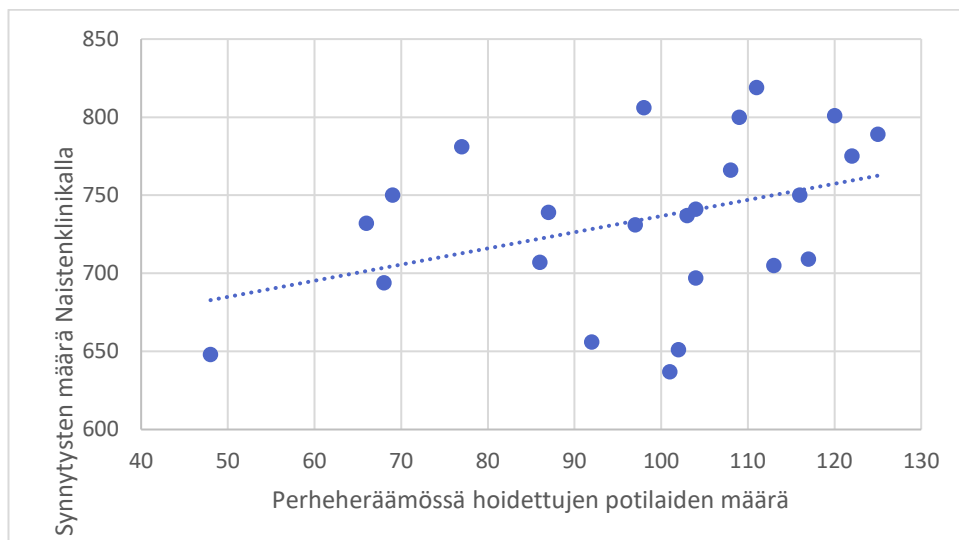
Kuvio 11. Perheheräämössä hoidettujen potilaiden ja Naistenklinikan sektioiden määrien välinen korrelaatio.

Perheheräämössä hoidettujen prosentuaalisen määrän ja sektioiden määrän välillä ei havaittu korrelaatiota (kuvio 12). Perheheräämössä hoidettujen potilaiden määrä siis kasvoi sektioiden määrän kasvaessa mutta prosentuaalinen osuus ei muuttunut.



Kuvio 12. Perheheräämössä hoidettujen potilaiden prosentuaalisten määrien ja Naistenklinikan-sektioiden määrien välinen korrelaatio.

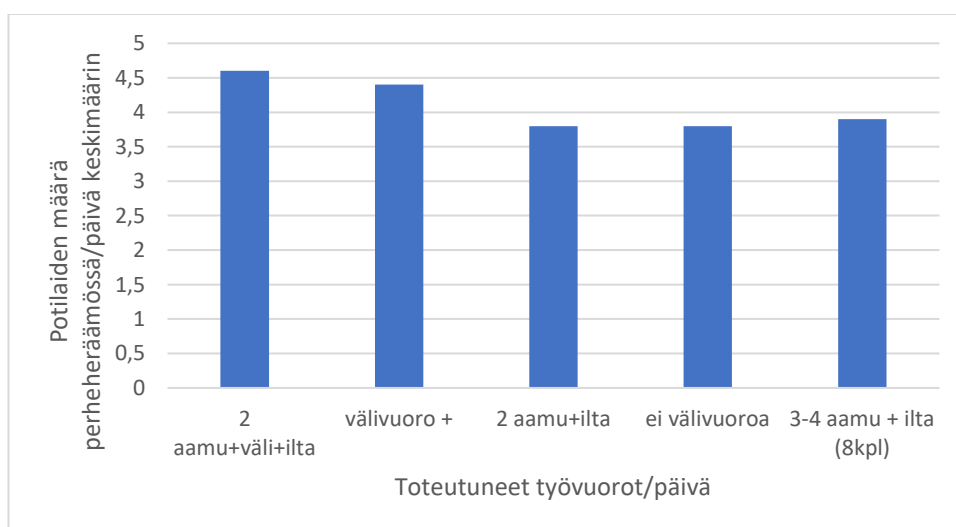
Perheheräämössä hoidettujen määrän ja synnytysten määrän välinen Pearssonin korrelaatiokerroin oli 0,4 (95 % luottamusväli 0–0,7) eli synnytysten lisääntyessä perheheräämössä hoidettujen potilaiden määrä ei ainakaan vähentynyt. Kuvioissa 13 on korrelaatiosta kertova pistekaavio.



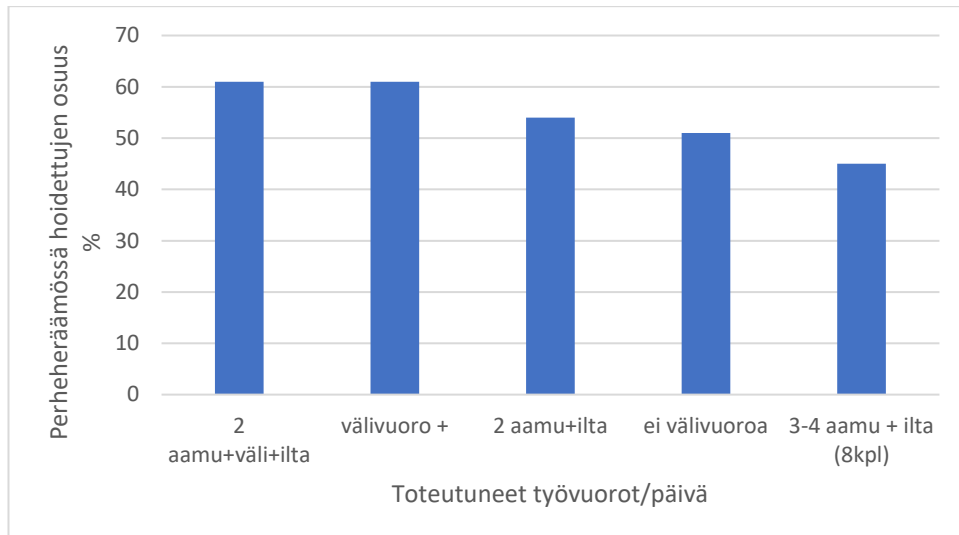
Kuvio 13. Perheheräämössä hoidettujen potilaiden ja Naistenklinikan synnytysten määrän välinen korrelaatio.

Perheheräämön päivittäisiä toteutuneita työvuoroja ja samanaikaisesti perheheräämössä hoidettujen potilasmääriä koskevan aineiston analysoinnissa keskityttiin arkipäiviin, jolloin perheheräämön toiminta on elektiivisten sektioiden vuoksi selvästi vilkkaampaa ja säännöllisempää kuin viikonloppuisin ja pyhäpäivinä. Arkipäivinä hoidettuihin potilasmääriin mahdollisesti vaikuttavia ennalta tiedettyjä puutoksia perheheräämön yövuoroista oli näiden neljän kuukauden aikana 15 ja niiden (arki)työtunnit jakautuivat lähes puoliksi välivuorollisten (49,5 h) ja välivuorottomien (55 h) päivien kesken.

Aineistosta eroteltiin erilaisia yhdistelmiä perheheräämön toteutuneiden aamu-, ilta- ja välivuorojen suhteen. Eri työvuoroyhdistelmät ja erilaisten toteutuneiden työvuoroyhdistelmien vaikutus perheheräämössä hoidettujen potilaiden määrään ja osuuteen kaikista Naistenklinikalla synnytyksen jälkeen heräämöhoidetuista potilaista näkyvät kuvioissa 14 ja 15. Suurin keskimääräinen potilasmäärä perheheräämössä/päivä (4,6) toteutui sellaisina arkipäivinä, jolloin kahden aamu- ja yhden iltavuorolaisen lisäksi perheheräämössä on työskennellyt välivuorolainen (kuvio 14). Näinä päivinä myös perheheräämössä hoidettujen potilaiden keskimääräinen osuus (61 %) kaikista Naistenklinikan synnytyksen jälkeen heräämöhoidetuista potilaista oli suurin (kuvio 15).



Kuvio 14. Toteutuneiden työvuorojen vaikutus perheheräämössä hoidettujen potilaiden määrään arkipäivinä elo-marraskuussa 2021.



Kuvio 15. Toteutuneiden työvuorojen vaikutus perheheräämössä hoidettujen potilaiden keskimääräiseen päiväkohtaiseen osuuteen kaikista Naistenlinikalla synnytyksen jälkeen heräämöhoidossa olleista arkipäivinä elo-marraskuussa 2021.

Arkipäivinä, jolloin välivuorolaista ei ollut kahden aamu- ja yhden iltavuorolaisen lisäksi, on perheheräämössä hoidettu keskimäärin 3,8 potilasta (kuvio 14) ja keskimääräinen perheheräämössä hoidettujen potilaiden osuus kaikista Naistenlinikalla synnytyksen jälkeen heräämöhoidoa tarvitsevista oli 54 % (kuvio 15). Välivuoron lisääminen ns. normaalien vuorojen lisäksi kasvatti siis päivittäistä perheheräämössä hoidettujen potilaiden määrää keskimäärin 0,8 potilaalla/päivä (95 % luottamusväli 0,1–1,5). Perheheräämössä hoidettujen potilaiden prosentuaalinen määrä kaikista Naistenklinikan synnytyksen jälkeen heräämöhoidetuista kasvoi keskimäärin 7 % /päivä mutta 95 % luottamusväli oli -3–17.

Jos tarkastellaan kaikkia vuoroja, joissa välivuoro toteutui mutta muista vuoroista saattoi olla puutteita, oli perheheräämössä hoidettujen potilaiden määrä keskimäärin 4,4/päivä (kuvio 14) ja osuus kaikista Naistenlinikalla synnytyksen jälkeen heräämöhoidetuista 61 % (kuvio 15). Jos tarkastellaan kaikkia välivuorottomia päiviä, myös niitä, joissa aamuvuorossa on ollut enemmän tai vähemmän kättilöitä kuin kaksi, oli perheheräämön päivittäinen keskimääräinen potilasmäärä 3,8 (kuvio 14) ja osuus kaikista Naistenlinikalla synnytyksen jälkeen heräämöhoidetuista keskimäärin 51 % (kuvio15). Välivuoron toteutuminen, huolimatta muista perheheräämön työvuoropuutoksista/liäsäyksistä, kasvatti siis perheheräämössä hoidettujen potilaiden määrää keskimäärin

0,5 potilaalla/päivä (95 % luottamusväli 0–1,1) ja prosentuaalinen osuus kasvoi keskimäärin 10 %/pvä (95 % luottamusväli 2–18).

Päivinä, joina välivuorolaista ei ollut mutta perheheräämön aamuvuorossa on työskennellyt 3–4 kättilöä ja iltavuorolainen, oli vain 8 kappaletta elo-marraskuussa 2021. Näiden päivien päivittäinen keskimääräinen potilasmäärä perheheräämössä oli 3,9 (kuvio 14) mutta perheheräämössä hoidettujen osuus kaikista Naistenlinikalla synnytyksen jälkeen heräämöhoidetuista oli keskimäärin vain 45 % (kuvio 15).

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelu

Synnyttäneiden toimenpidepotilaiden jakautumisessa Naistenklinikan kahden heräämön välillä on vuosina 2020–2021 tapahtunut muutosta tavoitteiden mukaiseen suuntaan. Perheheräämössä hoidettujen prosentuaalinen osuus kaikista Naistenlinikalla synnytyksen jälkeen heräämöhoidetuista kasvoi vuodesta 2020 vuoteen 2021 8 prosenttiyksikköä (46–54 %) ja sektion jälkeen heräämöhoidetuista 7 prosenttiyksikköä (53–60 %). Perheheräämössä hoidettujen osuus ei kuitenkaan ollut vielä tavoitetasolla (70 %).

Seurantakuukausina (syyskuu 2020 - helmikuu 2021 ja lokakuu 2021) perheheräämöhoidoon pääsy estyi keskimäärin lähes puolissa (48 %) Naistenklinikan heräämössä hoidetuista tapauksista perheheräämön henkilökuntaresurssien puuttumisen vuoksi. Lähes saman verran (keskimäärin 47 %) Naistenklinikan heräämössä hoidetuista synnyttäneistä potilaista hoidettiin siellä lääketieteellisen syyn vuoksi, muutamissa tapauksista syy jäi epäselväksi. Näinä kuukausina Naistenklinikan heräämössä hoidettiin keskimäärin 90 synnytyksen jälkeen heräämöseurantaa tarvitsevaa potilasta/kk (perheheräämössä keskimäärin 104 potilasta/kk) eli keskimäärin n. 43 potilasta/kk ei päässyt perheheräämöhoidoon koska perheheräämössä ei ollut tarpeeksi henkilökuntaa heitä hoitamaan. Jotta perheheräämössä hoidettujen tavoiteosuus (70 % Naistenklinikan synnytyksen jälkeen perheheräämöhoidoa tarvitsevista) olisi täytynyt, olisi perheheräämössä pitänyt hoitaa keskimäärin 136 potilasta/kk eli reilu 30 potilasta enemmän/kk.

Valtaosa resurssipulan aiheuttamasta perheheräämöhoidon estymisestä tapahtui päivystysajalla tai sitä edeltävänä vuoronvaihtoaikana (88 %) eli arkiamuvooroissa perheheräämöhoido pystyttiin toteuttamaan hyvin, kunnes vuorojen vaihde aamuvuorosta iltavuoroksi alkoi lähestymään ja potilaiden vastaanottamista perheheräämöhön jouduttiin jo ennalta rajoittamaan. Päivystysaikana esteeksi perheheräämöhöön pääsyyn muodostui usein se, että usean peräkkäisen/päällekkäisen toimenpiteen jälkeistä heräämöhöitoä ei ollut mahdollista toteuttaa perheheräämössä yhden kättilön voimin. Monesti perheheräämökättilö oli myös jouduttu päivystysaikana ottamaan synnytysosaston puolelle synnytyksiä hoitamaan.

Perheheräämön vuosittainen potilasmäärä lisääntyi usealla sadalla potilaalla vuodesta 2020 vuoteen 2021. Samalla myös synnytysten ja sektioiden vuosittaiset määrät lisääntyivät selvästi. Vaikka perheheräämössä työskentelevät kättilöt kuuluvat synnytysosaston henkilökuntaan eli siirtyvät tarvittaessa alatiesynnytyksiä hoitamaan, ei synnytysten määrän kasvu vähentänyt perheheräämöhöitoon pääsyn toteutumista määrällisesti eikä prosentuaalisesti. Kasvavaan perheheräämöhöidon tarpeeseen pystyttiin siis toistaiseksi vastaamaan, vaikka prosentuaalisiin tavoitemääriin ei potilaiden kokonaismäärän lisääntyä päästyään.

7.2 Johtopäätökset ja kehitysehdotukset

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää Naistenklinikan perheheräämön toimintaa ja lisätä siellä hoidettujen potilaiden määrää. Tarkoituksena oli kuvata, miten perheheräämöhöitoon pääsy toteutuu Naistenlinikalla ja mitkä tekijät vaikuttavat siihen. Tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset kerätystä aineistosta, mutta luotettavampaa tietoa mm. työvuorojen toteutumisen vaikutuksesta perheheräämössä hoidettuihin potilasmääriin saataisiin varmasti pidempiaikaisella työvuorojen ja samanaikaisten potilasmäärien seurannalla.

Suurimpiin päiväkohtaisiin potilasmääriin ja -osuuksiin kaikista Naistenklinikan synnytäneistä heräämähoidetuista potilaista päästiin perheheräämössä niinä arkipäivinä, kun siellä työskenteli kättilö aamu- ja iltavuorojen lisäksi välivuorossa (klo 9–17). Välivuoron toteutuminen, huolimatta mahdollisista puutoksista muissa perheheräämövoroissa, mahdollisti aineiston mukaan useampien potilaiden hoidon perheheräämössä kuin kättilöiden lisääminen esimerkiksi aamuvuoroon. Välivuoron hyödyllisyyteen viittaa myös

se, että n. kolmasosa perheheräämön pääsyn estymisistä tapahtui arkiamu- ja ilta-vuoron vaihteessa, kun perheheräämön jää klo 15 eteenpäin vain yksi kättilö. Näissä tapauksissa välivuorolainen olisi todennäköisesti mahdollistanut perheheräämön pääsyn, ainakin osassa tapauksista. Välivuoron suunnittelua perheheräämön työvuoroihin kannattaisi siis aineistosta saadun tiedon perusteella suosia, jopa muiden vuorojen kustannuksella.

Perheheräämössä on pystytty hoitamaan enimmillään 125 potilasta/kk (maaliskuussa 2021) mutta synnytyksen jälkeen heräämöhoidettujen kokonaismäärä oli tuolloin niin suuri, että osuus kaikista Naistenlinikalla hoidetuista oli vain 56 %. Jonain toisena kuukautena 70 % tavoite olisi tällä potilasmäärällä täytynyt ja ylittynytkin. Perheheräämön potilasmääriin kannattaisikin todennäköisesti asettaa vain kuukausittaiseen potilasmäärään tähtäävä tavoite niin kauan, kun henkilökunnan määrää ei pystytä merkittävästi lisäämään. Prosentuaaliseen tavoitteeseen on mahdotonta päästä, jos potilasmäärät jatkuvasti kasvavat.

Perheheräämön toiminnan kehittäminen jatkuu ja Naistenklinikan heräämöiden potilasmäärien seuranta on tarkoitus jatkaa synnytysosastolla. Opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää työvuorosuunnittelun tukena ja arvioitaessa perheheräämötoimintaan osoitettuja resursseja. Jatkossakin voisi olla hyödyllistä seurata perheheräämöhoidon toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä, erityisesti välivuorojen toteutumista ja sen vaikutusta potilasmääriin. Opinnäytetyötä varten kerättyjen tilastojen perusteella haettiin Naistenklinikan synnytysosastolle vuonna 2021 viittä lisävakanssia, jotka saatiin ja on täytetty 1.3.22 alkaen. On siis jo tunnistettu, että perheheräämötoiminta vaatii synnytysosastolle lisäresursseja.

7.3 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön potilasmääriä koskeva aineisto kerättiin potilastietojärjestelmästä, jolloin potilaiden nimet olivat opinnäytetyön tekijän nähtävissä. Henkilötietoja ei kuitenkaan kerätty, eikä aineistosta voida päätellä potilaiden henkilöllisyyttä. Apotti-ohjelmassa suurin osa heräämöhoitopaikkaa koskevista tiedoista on nähtävissä kuukausiraportista, jolloin varsinaisia potilastietoja ei tarvinnut avata. Yksittäisissä tapauksissa jouduttiin avaamaan potilaan tiedot, jotta hoitopaikka selviäisi. Hoitajien keräämään aineistoon Naistenklinikan heräämön päättymisen syistä ei kerätty henkilötietoja potilaista, joten hoitoa koskevia tietoja ei voida yhdistää tiettyyn henkilöön.

Eettistä ennakoarviointilausuntoa ei tarvittu koska kyse oli rekisteritutkimuksesta. Rekisteritutkimuksesta puhutaan, kun rekisteritietoja käytetään joko yhtenä tai ainoana tieteellisen tutkimuksen aineistona. Rekisteritietojen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että kirjauskäytännöt ovat asianmukaisia ja yhtenäisiä eli alun perin puutteellisen, epätäydellisen tai virheellisen kirjaamisen vuoksi rekisteritiedot voivat olla epäluotettavia. (Räisänen & Gissler 2012: 64.)

Tutkimuslupa haettiin HUS:lta. Opinnäytetyön tekijä on HUS:lla töissä, joten tietolupa rekistereihin myönnettiin tutkimusluvan myöntämisen yhteydessä kesäkuussa 2021. HUS:n työntekijänä opinnäytetyön tekijä on sitoutunut noudattamaan tietosuojan, tietoturvan ja salassapitoon liittyvää Suomen ja Euroopan unionin lainsäädäntöä, joten salassapito- ja tietoturvasitoumusta ei tarvinnut erikseen allekirjoittaa.

Koska opinnäytetyön tekijä työskentelee itse Naistenklinikan synnytysosastolla ja perheheräämössä, oli hänen tiedostettava, että omat kokemukset, ennakoasenteet ja mielipiteet eivät saaneet vaikuttaa aineiston keräämiseen ja tulosten analysointiin tai esittämiseen. Opinnäytetyön aineiston keräämis- ja analysointivaiheissa noudatettiin rehellisyyttä ja tarkkuutta. Aineisto on tallennettu opinnäytetyön tekijän henkilökohtaiselle tietokoneelle mutta jää osittain myös työelämän ohjaajan ja perheheräämötointia kehittävä ryhmän käyttöön jatkoa ajatellen.

Opinnäytetyön etenemisestä keskusteltiin säännöllisesti molempien ohjaajien kanssa. Määrällisen tutkimuksen ja tilastollisten menetelmien opettelu ja käyttö vaativat tekijältä paljon perehtymistä uusiin asioihin. Työtä esiteltiin säännöllisesti seminaareissa ja perheheräämötointia koskevissa kokouksissa ja siihen tehtiin muutoksia ohjaajien, opponentin, tilastollisten tutkimusmenetelmien asiantuntijan ja opiskeluryhmän kommenttien perusteella. Valmis työ on tarkastettu Turnitin-plagiaatintunnistusohjelmalla ja julkaistaan Theseus-tietokannassa. Opinnäytetyön tuloksia on jo esitelty ja tullaan esittelemään Naistenklinikan synnytysosaston ja leikkausosaston henkilökunnalle osastotunneilla. Opinnäytetyö on tekijälle ensimmäinen ylemmän korkeakoulututkinnon lopputyö ja itsenäisen tutkimustyön raportti.

Lähteet

Ahonen, Jouni & Sainio, Susanna & Pakarinen, Päivi 2008. Synnytykseen liittyvä mas-siivinen verenvuoto. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2008;124(1):41–9. Verk-kodokumentti. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo96964>>. Viitattu 5.4.2021.

Balatero, Joeline & Spilker, Arlene & McNiesh, Susan 2019. Barriers to Skin-to-Skin Contact after Cesarean Birth. MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursin 44 (3). 137–143.

Bystrova, Ksenia & Ivanova, Valentina & Edhborg, Maigun & Matthiesen, Ann-Sofi & Ransö-Arvidson, Anna-Berit & Mukhamedrahinov, Rifkat & Uvnäs-Moberg, Kerstin & Widstöm, Ann-Marie 2009. Early contact versus separation: effects on mother-infant in-teraction one year later. Birth 36. 97–109.

Frederik, Anita & Fry, Tena & Clowtis, Licia 2020. Intraoperative Mother and Baby Skin-to-Skin Contact During Cesarean Birth: Systematic Review. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 45 (5). 296–305.

Hakala, Mervi & Laukkala, Helena & Kaakinen, Pirjo & Elo, Satu 2015. Vauvamyönteisyyden nykytila Suomessa vastasyntyneen ihokontaktin toteutumisen osalta. Tutkiva Hoitotyö 13 (4). 15–24.

Hakala, Mervi & Kaakinen, Pirjo & Kääriäinen, Maria & Bloigu, Risto & Hannula, Leena & Elo, Satu 2017. The realization of BFHI Step 4 in Finland – initial breastfeeding and skin-to-skin contact according to mothers and midwives. Midwifery 50. 27–35.

Hakala, Mervi & Kaakinen, Pirjo & Kääriäinen, Maria & Bloigu, Risto & Hannula, Leena & Elo, Satu 2018. Implementation of Step seven of the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) in Finland – the rooming-in according to mothers and maternity ward staff. Euro-pean Journal of Midwifery 2. 9.

Hakala, Mervi & Kaakinen, Pirjo & Kääriäinen, Maria & Bloigu, Risto & Hannula, Leena & Elo, Satu 2019. Maternity ward staff perception of exclusive breastfeeding in Finnish maternity hospitals. <<http://www.europeanjournalofmidwifery.eu/Maternity-ward-staff-perceptions-of-exclusive-breastfeeding-in-Finnish-maternity,134846,0,2.html>>. Viitattu 6.5.2021.

Hakala, Mervi 2019. Ihokontaktin, ensi-imetyksen, vierihoidon ja täysimetyksen toteutu-minen synnytyssairaaloissa. Väitöskirja. Oulun yliopiston tutkijakoulu. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. <<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526223742.pdf>>. Viitattu 7.5.2021.

Heikkilä, Elina & Humalajoki, Raija 2013. Perheheräämö. Kehittämistehtävä. Taitava hoitaja -koulutus. Helsingin yliopistollinen keskussairaala. Naistentautien- ja lastentau-tien tulosityksikkö.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2022. HUS synnytysten määrät 2021. <<https://hussote.sharepoint.com/sites/00012/Toiminnan-ja-talouden-seuranta>>. Viitattu 8.2.2022.

HUS Naistenklinikka 2018. Synnytysosaston perehdytyskansio. Perheheräämötöiminta.

HUS Naistenklinikka 2021. Perheheräämökätilön työnkuva Naistenklinikka synnytysosasto.

Ikonen, Riikka & Parisod, Heidi & Tuomikoski, Annukka & Siltanen, Hannele & Hakulinen, Tuovi & Holopainen, Arja 2019. Vauvamyönteisyysohjelma käyttöön. Käsikirja yhtenäisten näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseen. Hotus Hoitotyön tutkimussäätiö. Verkkodokumentti. <<https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/10/netti-vauvamyönteisyys-kasikirja.pdf>>. Viitattu 8.12.2020.

Jalonen Jouko & Lindgren Leena & Aromaa Ulla. 2006. Obstetrinen analgesia ja anestesia. Suositus valvonnasta anestesian ja leikkauksen jälkeen (1998). Teoksessa Rosenberg Per & Alahuhta Seppo & Lindgren Leena & Olkkola Klaus & Takkunen Olli (toim.). 2. uudistettu painos 2006. Anestesiologia ja tehohoito. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Jayasekara, Rasika 2020. Breastfeeding: Rooming in. JBI Evidence Summary.

Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2018–2022. 2017. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL. Helsinki: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen Katri 2017. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Kautto, Marjut 2017. Kokemuksia perheheräämötöiminnasta Naistenklinikalla väistön aikana. Spirium 52 (2). 22–23.

Lindén, Heidi & Ilola, Tiina 2013. Keisarileikkaus (sektio), Synnytyksen jälkeinen verenvuoto. Sairaanhoitajan tietokannat. Anestesiahoitotyön käsikirja. Terveysportti. <<https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>>. Viitattu 5.4.2021.

Lukkari Liisa & Kinnunen Timo & Korte Ritva 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. WSOY oppimateriaalit.

Magee, Susanna R. & Battle, Cynthia & Morton, John & Nothnagle, Melissa 2014. Promotion of Family-Centered Birth With Gentle Cesarean Delivery Journal of the American Board of Family Medicine 27 (5). 690–693.

Moore, Elizabeth & Bergman, Nils & Anderson, Gene & Medley, Nancy 2016. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Nylander, Gro & Holmark Kongsrud, Sissel & Areklett, Gro & Hellenes, Kaja & Forfang, Karin 2008: Skin-to-skin contact after cesarean section and the first postoperative hours. Rikshospitaletin julkaisu (Norja).

Raskaana olevan sekä imeväisikäisen lapsen äidin sekä perheen imetysohjaus HO-TUS-hoitosuositus 2020. Hoitotyön tutkimussäätiö Hotus. Verkkodokumentti. <<https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2020/06/suositus-1.pdf>>. Viitattu 8.12.2020.

Rollins, Nigel & Bhandari, Nita & Hajeebhoy, Nemat & Horton, Susan & Lutter, Chessa & Martines, Jose & Victora, Cesar. 2016. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Verkkodokumentti. The Lancet 387, 475–490. <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/fulltext)>. Viitattu 6.5.2021.

Räisänen, Sari & Gissler, Mika 2012. Rekisteritutkimus – mahdollisuus hoitotieteessä. Hoitotiede 2012 (24): 38–49. Verkkodokumentti. <https://www.researchgate.net/publication/258452811_Rekisteritutkimus_-_mahdollisuus_hoitotieteessa>. Viitattu 4.5.2021.

Schorn, Mavis & Moore, Elizabeth & Spetalnick, Bennett & Morad, Anna 2015. Implementing Family Centered Cesarean Birth. Journal of Midwifery & Women's Health 60 (6). 682–690.

Smith, J. & Plaat, F. & Fisk, N. 2008: The natural cesarean: a woman-centered technique. An international journal of obstetrics & gynecology 115 (8). Verkkodokumentti. <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1471-0528.2008.01777.x>>. Viitattu 6.5.2021.

Stevens, Jeni & Schmied, Virginia & Burns, Elaine & Dahlen, Hannah 2016. A juxtaposition of birth and surgery: Providing skin-to-skin contact in the operating theatre and recovery. Midwifery 37. 41–48.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020. Tilastoraportti 48/2020. Perinataaltilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2019. <<https://www.thl.fi/tilastot/perinataaltilasto>>. Viitattu 20.10.2021.

TerveyskyläPRO 2017. HUS NaiS Kätilötyön ohjeet. Synnytyssalin hoito-ohjeet. Vastasyntyneen seuranta synnytyksen jälkeen. Verkkodokumentti. Viitattu 25.10.2021.

Terveyskylä 2018. Naistalo.fi: Vauvamyönteisyys. Verkkodokumentti. <<https://www.terveyskyla.fi/naistalo/palvelut/hus-naistentaudit-ja-synnytykset/synnytykset/vauvamy%C3%B6nteisyys>>. Viitattu 25.10.2021.

Tiitinen, Aila 2020. Keisarileikkaus. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Tietoa potilaalle. <<https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/dlk00873/search/sektio?db=207>>. Viitattu 21.10.2021.

Vauvamyönteisysohjelmat 2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL. Verkkodokumentti. <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ ja_ lastenneuvola/vauvamyonteisyys/vauvamyonteisysohjelmat>. Viitattu 8.12.2020.

Victora, Cesar & Bahl, Rajiv & Barros, Aluísio & França, Giovanny & Horton, Susan & Krusevec, Julia & Murch, Simon & Sankar, Jeeva & Walker, Neff & Rollins, Nigel 2016. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet* 387, 475–490. <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01044-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01044-2/fulltext)>. Viitattu 6.5.2021.

Vilkkä, Hanna 2007. Tutki ja mittaa: määrällisen tutkimuksen perusteet. E-kirja. Helsinki: Tammi.

WHO 2018. Ten steps to successful breastfeeding. <<https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals/ten-steps-to-successful-breastfeeding>>. Viitattu 8.12.2020.

Heräämöpotilaiden jakautuminen

Välitön postoperatiivinen hoitopaikka	tammi.20	helmi.20	maalis.20	huhti.20	touko.20
Perheheräämö sektio elektiivinen ya	0	0	0	0	0
Perheheräämö sektio elekt.puudutus	36	29	31	42	37
Perheheräämö päiv. sektio ya	1	1	2	0	0
Perheheräämö päiv.sektio puudutettu	30	14	28	40	49
Perheheräämö hätäsektio	0	0	1	0	0
Sektiot perheheräämössä yhteensä	67	44	62	82	86
Perheheräämö repeämät	1	3	3	5	7
Perheheräämö kaavinnat	1	1	0	5	4
Muu	0	0	1	0	0
Muut toimenpiteet perheheräämössä	2	4	4	10	11
N heräämö elekt.sektio ya	2	0	0	0	0
N heräämö elekt.sektio puudutettu	11	26	25	12	19
N heräämö päiv.sektio ya	3	0	1	1	0
N heräämö päiv. sektio puudutettu	20	63	68	23	45
N heräämö hätäsektio	2	2	8	5	6
Sektiot N heräämössä yhteensä	38	91	102	41	70
N heräämö repeämät	11	16	16	9	10
N heräämö kaavinnat+käsinirr.	10	15	15	11	12
N heräämö muu	1	1	0	0	0
Muut toimenpiteet N heräämössä	22	32	31	20	22
Valvonta	6				

Perheheräämöhoidon estymisen syyt

PVM	KLO	TMP	MIKSI ALAHERÄÄMÖÖN?
21.9.ma	19.52	sektio	pre-eklampsia /valvonta
21.9.ma	13.37	repeämän korjaus	Perheheräämöön ei mahdu
22.9.ti	00.19	sektio	pre-eklampsia/valvonta
22.9.ti	14.30	sektio	Perheheräämöön ei mahdu
22.9.ti	23.00	synnyttäneen kaavinta	vuoto 2500 ml
23.9.ke	03.00	synnyttäneen kaavinta	vuoto 3300 ml
23.9.ke	9.15.	sektio	Ei resursseja perheheräämössä
23.9.ke	12.18	synnyttäneen kaavinta	runsas vuoto
23.9.ke	11.58	sektio	resurssipula
23.9.ke	23.15	sektio	Perheheräämö ei voi ottaa
24.9.to		sektio	covid potilas
24.9.to	04.00	repeämän korjaus	Hepe ottaa vain yhden potilaan
24.9.to	12.24	istukan käsinirrotus	vuoto 1500 ml
24.9.to	00.58	sektio	pre-eklampsia /valvonta
24.9.to	17	sektio	hepessä jo 1 potilas
24.9.to	19.52	sektio	Hepe resurssit
25.9.pe	02.30	sektio	lievä pre-eklampsia
25.9.pe	13.30	sektio	HePestä alas RR-seurantaan
25.9.pe	22.00	sektio	resurssipula
26.9.la	00.00	sektio	resurssipula
26.9.la	13.49	repeämän korjaus	vuoto
27.9.su	13.29	sektio	valvonta
27.9.su	17	sektio	ei hepe-kätilöä
27.9.su	20	sektio	ei hepe-kätilöä
28.9.ma		sektio->uusintaleikkaus	valvontaan vuodon vuoksi
28.9.ma	14.21	sektio	ei hepe-kätilöä
28.9.ma	19.41	istukan käsinirrotus	ei hepe-kätilöä, vuoto
29.9.ti	11.08	sektio	ei hepe-kätilöä
29.9.ti	15.30	sektio	ei hepe-kätilöä
7	valvonta = lääketieteellinen		
6	vuoto= lääketieteellinen		
16	resurssi		
29	syyskuu yhteensä		21.9. alkaen

Toteutuneet työvuorot ja potilasmäärät

	1.8.2021	2.8.2021	3.8.2021	4.8.2021	5.8.2021	6.8.2021	7.8.2021
aamuvuoro	1	1	2	2	2	2	1
välivuoro	0	1	0	1	0	1	0
iltavuoro	1	1	1	1	1	1	1
yövuoro	1	1	1	1	1	1	1
hepessä hoidettu	2	5	3	2	5	3	5
kaikki hoidetut nkl	4	8	5	7	9	8	6
hepen osuus %	50	62,5	60	28,57143	55,55556	37,5	83,33333
viikonloppu	35						
välivuoro puutoksia (A/I:stä)	15						
välivuoro ei puutoksia (A/I:stä)	25						
3-4 aamussa + I	8						
2 A + I, ei välivuoroa	35						
ei väliv. + puutoksia (A/I:stä)	4						