

Seulontatutkimukset
ja
yhteistyö äitiyshuollossa
Suositukset 1999

Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä

Kirsi Viisainen (toim.)



STAKES

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus

Oppaita 34

ISBN 951-33-0922-3 (verkkojulkaisu)

Helsinki 1999

ISBN 951-33-0836-7 (painettu julkaisu)

ISSN 1236-0724

Gummerus Kirjapaino Oy

Jyväskylä 1999

Sisällys

Lukijalle	7
Suosituksset ja hoito-ohjelmat äitiyshuollossa	9

I Äitiyshuollon seulontatutkimukset 13

1 Raskauden seuranta	15
1.1 Raskausajan kohonnut verenpaine/pre-eklampsia	18
1.2 Virtsan tutkimukset	19
1.3 Raskausdiabetes	19
1.4 Hemoglobiini	21
1.5 Veriryhmäimmunisaatiotutkimukset	22
1.6 Kaikututkimus	23
1.6.1 Lasketun ajan määrittäminen	24
1.7 Sikiön sydänäänien seuranta	24
1.8 Sikiön liikkeiden tarkkailu	25
1.9 Kohdunpohjan mittaus	26
1.10 Painon seuranta	27
1.11 Infektioseulonnat	27
1.11.1 Virusinfektiot	27
1.11.2 Bakteeri-infektiot	31
1.11.3 Zoonosit	34
1.12 Äidin jälkitarkastus	35
2 Sikiö- ja kantajaseulonnat	39
2.1 Määritelmät ja tavoitteet	39
2.2 Sikiöseulontojen käyttö Suomessa	40
2.3 Seulontojen yleiset periaatteet	40
2.4 Tavallisimmat sikiöseulontamenetelmät	42
2.4.1 Kaikututkimus	42
2.4.2 Seerumiseulonta	43
2.4.3 Sikiön kromosomitutkimus äidin iän perusteella	44
2.4.4 Sikiöseulontamenetelmien vertailua	44
2.5 Tautigeenin kantajien seulonta	48
2.6 Sikiöseulontojen eettiset kysymykset	48
2.7 Sikiöseulontojen järjestämisen perusteet	50
2.8 Suositukset sikiöseulonnoista	51
3 Vastasyntyneen seulonta	55

II Äitiysneuvolan ja synnytyssairaalan yhteistyö	57
4 Yhteistyön keinot äitiyshuollossa	59
5 Suositus asiakkaan ohjaamisesta äitiyspoliklinikalle	63
5.1 Raskauden suunnittelu	64
5.2 Alkuraskaus	66
5.2.1 Esitiedot	67
5.2.2 Sikiöseulonnat	67
5.2.3 Nykyraskauden oireet	67
5.3 Keskiraskaus	69
5.3.1 Pre-eklampsia	69
5.3.2 Uhkaava ennenaikaisuus	69
5.3.3 Kohdun kasvun poikkeamat	69
5.4 Loppuraskaus	70
5.4.1 Pre-eklampsia	70
5.4.2 Sikiön kasvu	70
5.4.3 Tarjonta	70
5.4.4 Raskaushepatoosi	70
5.4.5 Genitaalierpes	71
5.4.6 Synnytystavan arviointi	71
5.4.7 Lasketun ajan ylitys	71
5.5 Päivystyslähetteen aiheet	72
5.6 Perinnöllisyysneuvontaa tarvitsevat perheet	73
6 Lyhytjälkihoitoinen synnytys (LYSY)	75
7 Perhe- ja synnytysvalmennus	79
8 Päähteet ja raskaus	83
9 Synnytyspelko	89
10 Imetys	93
11 Synnytyksen jälkeinen ehkäisy	97
12 Synnytyksen jälkeinen masennus	103
13 Raskauden keskeytyminen, lapsen kuolema tai vammaisuus	109
13.1 Kriisin vaiheet	109
13.2 Ensitieto	110
13.3 Yleisiä periaatteita lapsensa menettäneiden tai vammaisen lapsen saaneiden perheiden hoidossa	111
13.4 Lapsen menetykseen sekä keskenmenoon liittyviä käytännön asioita	113
14 Äitiyshuollon kustannuksista	117

15 Laatu äitiyshuollon yhteistyössä	121
16 Uusi raskauden seurantalomake	123
Asiantuntijaryhmä ja muut kirjoittajat	127
Lukujen vastuukirjoittajat	128
Liitteet	
Liite 1. Uusi raskauden seurantalomake	129
Liite 2. Potilastiedote niskaturvotusseulonnasta	135
Liite 3. Potilastiedote seerumiseulonnasta	136
Liite 4. Potilastiedote lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä	139
Liite 5. Kymmenen kysymystä alkoholinkäytön selvittämiseksi	143
Liite 6. Synnytyspelkkokysely	144
Liite 7. Rintaruokinnan kriteerit WHO:n mukaan	145
Liite 8. Mielialalomake (EPDS)	146
Liite 9. Ohje keskenmenopotilaalle	148
Liite 10. Perinnöllisyysneuvontaa antavat klinikat	152
Liite 11. Tietolähteitä sikiövaurioita aiheuttavista altisteista	153

Lukijalle

Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä valmisteli suositukset seulontatutkimuksista sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöstä ja työnjaosta äitiyshuollossa ensimmäisen keran vuonna 1995. Suositus tehtiin tuolloin tarkentamaan lääkintöhallituksen vuonna 1988 antamaa ohjetta äitiysneuvolatoiminnasta. Suosituksen pohjana käytettiin alan kirjallisuuden ja asiantuntijoiden kannanottojen lisäksi äitiyshuollon yksiköille suunnattua kyselyä yhteistyön nykytilanteesta ja kehittämistarpeista.

Tässä uusitussa vuoden 1999 suosituksessa keskeinen muutos edelliseen painokseen on laaja katsaus ja kannanotot sikiö- ja kantajaseulontoihin; alalla tapahtunut kehitys kiirehti suositusten uusimista. Sikiöseulonnoille on omistettu kokonainen luku (2), jossa käsitellään myös seulontojen yleisiä perusteita ja sikiöseulontojen etiikkaa. Oppaaseen on otettu uusia teemoja: synnytyspelko (luku 9), imetys (luku 10) ja synnytyksen jälkeinen ehkäisy (luku 11). Lisäksi esitellään äitiyshuollon uusittu lomakkeisto (luku 16 ja liite 1). Kaikki aikaisemmassa painoksessa olleet luvut ja liitteet on sisällöllisesti tarkistettu ja osin uusittu kokonaan. Luvun 1 infektioseulontakappale on edellistä painosta huomattavasti laajempi ja kattavampi.

Vuoden 1999 painoksen suositusten tieteellinen perusta on tarkistettu Cochrane-tietokannasta (Update Software), johon on koottu tieteellinen näyttö raskauteen ja synnytykseen liittyvien tutkimusten ja hoitojen vaikuttavuudesta. Suositustekstissä on viitattu Cochrane-tietokannan katsaukseen alaviitteellä aina kun suosituksen taustaksi on osoitettavissa systemaattiseen katsaukseen ja tutkimusten meta-analyysiin perustuva tieteellinen näyttö. Tätä suositusta laadittaessa on käytetty vuoden 1999 1. CD-rom -versiota tietokannasta. Ilman alaviitettä olevat suositukset perustuvat parhaaseen kotimaiseen asiantuntija-arvioon, ja niiden perustana ovat kirjallisuusviitteet, sekä Cochrane-katsausviitteet, on koottu kunkin luvun loppuun. Raskauden keston viitataan kokonaisten raskausviikkojen luvulla, siten merkinnällä ”raskausviikolla 13—15” tarkoitetaan raskauden kestoa 13+1—16+0.

Opas ei pyri olemaan kaiken kattava äitiyshuollon käsikirja. Siinä on keskitytty raskaudenaikaisiin seulontatutkimuksiin sekä kysymyksiin, joissa hoidon joustava ohjaus, yhteistyö ja porrastus ovat keskeisiä. Seulontatutkimuksilla löytyvien tai muiden raskausajan ja synnytyksen ongelmien

hoitoon ei yleensä ole otettu kantaa. Ongelmien hoitoa koskeviin kysymyksiin löytyy mm. lähes kaikkien keskussairaaloiden käytössä olevasta Cochrane-tietokannasta runsaasti tietoa. Monia muitakin teemoja olisi voitu käsitellä; suuri osa äitiyshuollon sisällöstä, kuten terveys- ja ravitsemusneuvonta sekä perheiden sosiaalinen tuki jää oppaan rajauksen ulkopuolelle.

Suosittelujen tarkistukseen ovat osallistuneet kaikki perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmän jäsenet. Lisäksi merkittävän panoksensa ovat antaneet professori Pertti Aula (luku 2), dosentti Sami Ikonen (luku 3), perinnöllisyyslääketieteen erikoislääkäri Annukka Ritvanen (luvut 2, 5, 7 ja 13), dosentti Erja Halmesmäki ja professori Kaija Seppä (luku 8) sekä LL Terhi Saisto (luku 9), joille asiantuntijaryhmä esittää parhaat kiitoksensa. Asiantuntijaryhmä haluaa myös kiittää kirjaa luonnosvaiheessa kommentoineita tahoja: Kehitysvammaliitto, Kunnallislääkärit, Suomen perinatologinen seura, Suomen terveydenhoitajaliitto ja sosiaali- ja terveysministeriö. Asiantuntijaryhmä vastaa kuitenkin kirjan sisällöstä.

Oppaaseen viitattaessa suositellaan käytettäväksi muotoa:

Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, Kirsi Viisainen (toim.): Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa, suositukset 1999. Stakes Oppaita 34. Jyväskylä, 1999.

Suosituksset ja hoito-ohjelmat äitiyshuollossa

Äitiyshuollon ydintehtävänä on turvata odottavan äidin, sikiön, vastasyntyneen ja perheenjäsenten paras mahdollinen terveys. Pyrkimyksenä on raskaudenaikaisten häiriöiden ehkäisy, häiriöiden varhainen toteaminen ja sujuva hoitoon ohjaaminen, tehokas hoito ja kuntoutus, hyvä synnytyksen hoito ja vastasyntyneestä huolehtiminen sekä perheen tukeminen sairauden tai vamman kohdatessa. Työn tulee perustua luotettavaan tietoon ja se tulee toteuttaa tehokkaasti annettujen voimavarojen turvin.

Laajemmin äitiyshuollon tavoitteena on edistää tulevien vanhempien terveyttä ja hyvinvointia sekä auttaa heitä suhtautumaan myönteisesti perhe-elämään ja perheen asemaan yhteiskunnassa. Äidin, isän ja koko perheen tulisi voida tuntea lapsen odotus, syntymä ja imeväisen hoito turvalliseksi ja perhe-elämää rikastuttavaksi kokemukseksi. Valmistautuminen vanhemmuuteen ja lapsen kasvatukseen luovat pohjan pitkään jatkuvalle kypsymiselle. Odottavat vanhemmat edellyttävät äitiyshuollolta terveydentilan seurannan ja hoidon lisäksi sosiaalista ja henkistä tukea ja apua uudessa elämäntilanteessa: lapsen ja erityisesti ensimmäisen lapsen suunnittelussa, odotuksessa ja synnytyksessä.

Kunnallinen neuvolajärjestelmä on Suomessa toiminut yli 50 vuotta. Väestö luottaa neuvoloihin ja käyttää niiden palveluja ahkerasti. Luottamus ilmenee myös kasvavina odotuksina. Valistunut väestö haluaa lisää tietoa ja mahdollisuuksia osallistua omaa terveyttään koskevien päätösten tekoon. Lisääntyvät yksityiset äitiyshuollon palvelut haastavat kunnallisia neuvoloita ottamaan asiakkaiden tarpeet entistä paremmin huomioon.

Luotettava tieto äitiyshuollon perustaksi

Äitiyshuollon toiminnan tulee pohjautua luotettavaan tietoon sekä seulon-tojen osuvuudesta että ennaltaehkäisyyn ja hoitojen vaikuttavuudesta. Kasvava osa terveydenhuollon käytössä olevista toimenpiteistä perustuu vankkaan tieteelliseen näyttöön. Raskauden ja synnytyksen hoidossa voimme tukeutua poikkeuksellisen laajaan, hyvin arvioituun aineistoon, sillä Cochrane-kirjasto sisältää useita satoja katsauksia raskauden ja synnytyksen tutki-

muksessa ja hoidossa käytettävistä keinoista. Jokainen katsaus kokoaa yhteen tietoa jopa kymmenistä eri tutkimuksista ja kertoo yksityiskohtaisesti, miten eri toimenpiteet vaikuttavat raskauden ja synnytyksen kulkuun tai lapsen ennusteeseen. Cochrane-tietokantakirjasto on saatavissa CD-romilla, ja sitä päivitetään neljästi vuodessa. Tietokantaan voi tutustua myös internetissä osoitteessa www.cochrane.org.

Tämä opas on kansallinen *hoitosuositus* äitiyshuollon seulonnoista ja yhteistyöstä. Se on asiantuntijoiden perusteltu kannanotto, jonka tarkoituksena on auttaa terveydenhuoltohenkilöstöä ja potilasta päätöksenteossa. Suositukset on tarkistettu Cochrane-tietokannasta, mutta yksittäisten suosituslauseiden taustaksi ei ole tehty systemaattista kirjallisuushakua, jos tietokanta ei ole antanut vastausta. Tämän suosituksen seuraava päivitys perustuu toivottavasti jo systemoituihin, raskauden ajan seulontoja ja niiden organisointia koskeviin Käypä hoito -suosituksiin.

Hoito-ohjelma perustuu hoitosuositukseen. Sen laativat samalla maantieteellisellä alueella toimivat terveydenhuollon yksiköt yhdessä, ottaen huomioon alueen erityispiirteet, kuten rakenteet, välimatkat ja kustannukset. Hoito-ohjelma tarkentaa hoitosuositusta, ja siinä esitetyt poikkeamat suosituksesta perustellaan ohjelmassa. *Hoitoketjun* rakentamisen perustaksi kansallinen hoitosuositus soveltuu hyvin; on tärkeää huolehtia siitä, että suosituksen päivittyessä myös hoitoketjun sisältö tarkistetaan tarpeen mukaan.

Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito käsikkäin

Äitiyshuollon palveluista vastaavat perusterveydenhuollossa kunnalliset ja yksityiset äitiysneuvolat sekä erikoissairaanhoidossa äitiyspoliklinikat ja synnytysosastot. Näiden yksiköiden voimavarat ja henkilökunnan ammattitaito on mitoitettu vastaamaan yhdessä työnjaon pohjalta raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan hoidollisiin tarpeisiin. Jotta palvelut niiden käyttäjien näkökulmasta muodostaisivat aukottoman kokonaisuuden, on äitiysneuvolan ja äitiyspoliklinikan yhteistyön ja työnjaon oltava suunnitelmallista ja jatkuvaa. Hoitosuositukset tarjoavat pohjan päätöksille, mutta vastuu äitiyshuollon hoitokäytännöistä ja tulosten seurannasta on alue- ja paikallistasolla.

Perusterveydenhuollon vahvuuksina ovat raskauden seurannan jatkuvuus, tavallisten ongelmien hoito kodin lähellä ja yksilöiden terveyden sitominen koko perheen ja yhteisön terveyteen sekä sosiaalisiin verkostoihin.

Äitiysneuvoloiden työmuotoina ovat terveystarkastukset seulontoineen, henkilökohtainen ohjaus ja perhevalmennus. Erikoissairaanhoidon puolestaan vastaa raskauden ajan ongelmien ja sairauksien tutkimuksista ja hoidoista sekä synnytysten hoidosta.

Asiakkaiden tarpeet ja odotukset palvelujärjestelmää kohtaan muuttuvat ajan mukana. Palvelujen laajuutta ja tasoa säätelevät lääketieteen, terveydenhuollon teknologian ja hoitotieteen kehitys sekä yhteiskunnallinen tilanne. Terveydenhuollon toiminta perustuu entistä enemmän toimenpiteiden vaikuttavuuden arviointiin ja tehtävien priorisointiin. Uudet tekniset ratkaisut, kireä talous ja kuntien itsenäisyys terveydenhuollon suunnittelussa ovat johtaneet äitiyshuollon palvelujen sisältöjen ja toimintamallien vaihteluun.

Sujuva yhteistyö ja hyvä tiedon kulku eivät kuitenkaan merkitse muuttosta terveydenhuollon salassapitovelvollisuuteen. Lupa tietojen antamiseen kysytään aina, kun tietoa siirretään muuten kuin äitiyshuollon asiakkaan itse kuljettamana. Jos äiti tai perhe ei halua jonkin tiedon kulkevan hoitopaikasta toiseen, on heidän tahtoaan noudatettava.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon perinteisesti hyvin toimiva työnjako äitiyshuollossa on sopinut esimerkiksi muulle terveydenhuololle. Suomalainen kattava neuvolajärjestelmä seulontoineen on osaltaan nostanut äitien ja pikkulasten terveydentilan maailman parhaiden joukkoon. Näiden suositusten toivotaan tukevan alueellisten hoito-ohjelmien uusimista ja koulutusta yhteistyön tehostamiseksi, jotta saavutettu hyvä taso voidaan säilyttää.

Hoitosuositus käyttöönne

Tämä suositus edustaa parhaita käytettävissä olevaa tietoa Suomessa keväällä 1999. Asiantuntijaryhmän pyrkimyksenä on ollut täydentää ja uusia vuoden 1995 suosituksia niiltä osin missä muutos on ollut nopeinta. Tavoitteena on pitää suositus ajan tasalla eli päivittää sitä vastaisuuden tarpeen mukaan, uuden tekniikan tai tutkimustulosten antaessa aiheita. Ammattilaisten kannattaa lisäksi seurata, mistä aiheista ilmestyy Käypä hoito -suosituksia.

Äitiyshuollon työntekijöiden vastuulle jää nyt alueellisten hoito-ohjelmien tarkistaminen, niistä tiedottaminen ja käytäntöjen seuraaminen hoidon laadun näkökulmasta. Alueen erityispiirteet voidaan ottaa huomioon porrastuksessa; selvät poikkeamat tämän suosituksen ohjeista tulisi perus-

tella. Asiantuntijaryhmä toivoo saavansa palautetta oppaasta, etenkin alueellisten hoito-ohjelmien laadinnasta. Toivomme, että lukijat lähettäisivät kopion omalla alueella laaditusta hoito-ohjelmasta asiantuntijaryhmälle (sihteeri Sari Kautto, Stakes, PL 220, 00531 Helsinki). Myös muut kommentit ja parannuksia koskevat ehdotukset ovat tervetulleita. Ryhmälle voi myös esittää toivomuksia muiden äitiyshuollon suositusten uudistamisesta.

Tämä opas on jaettu kaikkiin maamme terveyskeskuksiin ja synnytystä hoitaviin sairaaloihin. Lisätilaukset voi osoittaa Stakesin julkaisuyksikköön, puhelin (09) 3967 2190, faksi (09) 3967 2450. Internetissä tilauslomake on osoitteessa <http://www.stakes.fi/tietovarannot/p1910.htm>.

I

Äitiyshuollon seulontatutkimukset

1 Raskauden seuranta

Neurolatarkastuskäyntien vähimmäismääräksi ehdotetaan ensisynnyttäjillä 13—17 käyntiä ja uudelleensynnyttäjillä 9—13 käyntiä¹ (ks. taulukko 1). Näihin tarkastuksiin sisältyy kaksi tarkastusta synnytyksen jälkeen. Raskaustestiin tulevien asiakkaiden kanssa on keskusteltava tarvittaessa tupakan² ja alkoholin käytön lopettamisesta. Nainen voi itse tehdä raskaustestin tai se voidaan tarvittaessa tehdä terveyskeskuksessa. Kun äiti ottaa yhteyttä äitiysneuvolaan, terveydenhoitaja/kätilö antaa tietoja ja ohjeita ja sovitaan ensimmäisestä neuvolakäynnistä, joka tapahtuu yleensä raskausviikolla 8—12. Ensimmäinen käynti tehdään yleensä terveydenhoitajan vastaanotolle.

Lääkärin suorittamaan neurolatarkastukseen kuuluu kohdunsuun statuksen tutkiminen alkuraskaudessa ja raskausviikolla 24—28 sekä tarvittaessa epäiltäessä uhkaavaa ennenaikaista synnytystä. Kohdun kaulaosan lyheneminen tai avautuminen ennen raskausviikkoa 30 voi merkitä ennenaikaisesti tapahtuvaa synnytystä. Kohdunsuun statuksen luotettava tutkiminen edellyttää riittävää kliinistä osaamista. Kohdunkaulan tila voidaan selvittää entistä tarkemmin myös kaikututkimuksella (Taipale ja Hiilesmaa 1998).

Suomeen muualta muuttaneiden synnyttäjien raskaudenaikainen seuranta voi vaatia erityistutkimuksia (esim. keuhkoröntgenkuvaus, B- ja C-hepatiittivasta-ainetutkimukset).

Taulukossa 1 on eritelty äitiysneuvolakäynnit ensi- ja uudelleensynnyttäjillä sekä käyntien yhteydessä suoritettavat tutkimukset.

Ensimmäisten 12 raskausviikon aikana pyritään välttämään kaikenlaisia kemiallisia ja fysikaalisia altisteita, ellei niille ole erityisen vahvoja indikaatioita (lisätietoa sikiövaurioita aiheuttavista altisteista ks. liite 11).

¹ Tavanomaisen seurannan lisäksi annettava ylimääräinen sosiaalinen tuki riskiraskauden aikana (kotikäynnit, säännölliset käynnit äitiyspoliklinikalla, puhelinkontrollit jne.) ei vaikuta raskauden ja synnytyksen kulkuun (Hodnett 1999).

² Tupakoinnin lopettamista tukevat vähentävät loppuraskauden tupakointia ja sekä vaikuttavat jossain määrin syntymäpainoa lisäävästi ja ennenaikaisia synnytyksiä vähentävästi (Lumley ym. 1999).

Taulukko 1. Yhteenveto raskauden seurantakäynneistä.

Käynti	Raskaus- viikot	Tutkimukset	Keskustelunaiheet
1	TH E, U 8 - 12	RR, paino, Hb, veriryhmä, veriryhmä- vasta-aineseula, kardioliipiini, HBsAg, HIV, U-gluk, U-prot, U-bakt	Raskauden perheelle tuomat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset; huomioidaan äidin työ ja sen mahdollisesti aiheuttamat ongelmat. Terveysneuvonta; erityisesti ravitsemus, tupakka ja päihdekäyttö. Seksuaalisuus raskauden aikana, lantionpohjalihakset. In vitro -sikiöseulonnoista, myös kirjallisena.
2	L E, U 8 - 12 E, U 13 - 19	Gynekologinen tutkimus Sikiöseulontatutkimus(kset)*	Informaatio sikiöseulonnoista. Lantionpohjalihakset.
3	TH E, U 13 - 15	RR, paino, U-gluk, U-prot, sikiön sydämen syke (Doppler-laitteella)	Terveysneuvonta; erityisesti liikunta, lepo, parisuhde ja mieliala. Tukiverkko raskauden aikana ja sen jälkeen. Vapaa-ajan harrastukset.
4	TH E, U 17 - 20	RR, paino, U-gluk, U-prot, sikiön sydämen syke, lasketun ajan tarkistus, sikiön liikkeet	Terveysneuvonta; erityisesti parisuhde, jaksaminen kotoon ja töihin. Vanhemmuuteen valmentaminen. Suun terveydenhoito.
5	TH E, U 24 - 26	Perustutkimukset, Hb, veriryhmävasta- aineseula (Rh (D) -negatiivisilta)	Terveysneuvonta; erityisesti ravitsemus, liikunta ja seksuaalisuus. Perhevalmennuksista (myös isäryhmät). Informaatio turvaetuksista (KELA).
6	L E, U 28	Perustutkimukset, kohdunsuun tila	Selviytyminen työssä. Pre-eklampsian oireet.
7	TH E 30	Perustutkimukset	
8	TH E, U 32	Perustutkimukset	Terveysneuvonta; imetys ja imetyksen merkitys, ihokontakki. Isän tärkeys äidille ja lapselle, isyyden merkitys miehellä. Tutustumiskäynneistä synnytyssairaalaan. Informaatio suun terveydenhoitoon, mahdollisesta ennen aikaisesta synnytyksestä. Keskustelu seksuaalielämästä ja uudelleensynnyttäjille mahdollisista tukiverkkoista.
9	TH E 34	Perustutkimukset, sikiön tarjonta	Terveysneuvonta; erityisesti synnytys ja siihen liittyvät asiat. Vauvan tarvikkeet, liikenneturva (odottavan äidin ja vauvan välillä).

10	TH, L	E, U	36	Perustutkimukset, kohdunsuun tila, sikiön tarjonta, painoarvio, synnytystavan arvio, Hb, veriryhmävasta-aineseula Rh (D) -negatiivisilta ja niiltä RH (D) -positiivisilta, jotka saaneet verensiirtoja tai joiden lapsia hoidettu keltauuden takia.	Terveysneuvonta; Vanhempien synnytyspelot. Synnytystännöt erityisesti kivunlievityksessä.
11	TH	E	37	Perustutkimukset, sikiön tarjonta	Terveysneuvonta; erityisesti synnytystä ennakoivat merkit
12	TH	E, U	38	Perustutkimukset, sikiön tarjonta	Terveysneuvonta raskauden viimeisen kuukauden aikana
13	TH	E	39	Perustutkimukset, sikiön tarjonta	- valmentautuminen vauvan syntymiseen, isän rooli
14	TH	E, U	40	Perustutkimukset, sikiön tarjonta	- synnytykseen liittyviä kysymyksiä
15	TH	E, U	41	Perustutkimukset, sikiön tarjonta, liiketarkkailun aloittaminen, lapsiveden määrän arviointi, lähete synnytysraajaan yliaikaisuuden seuranta varten	- synnytystä ennakoivat merkit ja sairaalaan lähtö - vanhempia askarruttavat kysymykset - aika synnytyksen jälkeen, vanhemmuus, isyysloma, maiden ehkäisy synnytyksen jälkeen. Tukiverkko.
16	TH	E, U	Heti pp	Kotikäynti, kliininen tutkimus	Vauvanhoito, imetys, vanhemmuuteen liittyvät asiat (pääsääntöisesti raskauden ehkäisy), mielialat. Terveysneuvonta; erityisesti ravitsemus, lepo ja liikunta hygienia, päihitteet, informaatio jälkitarkastuksesta.
17	TH, L	E, U	5 - 12 pp	Jälkitarkastus, gynekologinen tutkimus, Hb, U-gluk, U-prot, U-bakt	Terveysneuvonta; erityisesti ravitsemus, liikunta ja levominen. Imetys. Vanhempina jaksaminen, oma aika, isän Seksuaalisuus, raskauden ehkäisy.

Lyhenteet: TH = terveydenhoitaja/kätilä, L = lääkäri, E = ensisynnyttävä, U = uudelleensynnyttävä, pp = synnytyksen jälkeen (post partum).

Perustutkimukset = verenpaine, kohdunpohjan mittaus, paino, sikiön sydämensyke, virtsan proteiini ja glukoosi (liuskatestit).

* Sikiöseulontatutkimukset: viikolla 16 - 19 kaikututkimus vatsa-anturilla tai viikolla 13 - 14 kaikututkimus emätinanturilla (niskaturvotus) (ja viikolla 19 - 20 rakenanturilla) tai viikolla 15 - 16 seerumiseulonta ja viikolla 16 - 19 kaikututkimus vatsa-anturilla.

1.1 Raskausajan kohonnut verenpaine/pre-eklampsia

Verenpaine on mitattava jokaisella neuvolakäynnillä. Verenpaineen mittaus on suoritettava oikein (istuen, vähintään 15 minuutin levon jälkeen, riittävän pitkä ja leveä mansetti obeeseilla äideillä).

Pre-eklampsian mahdollisimman varhainen toteaminen on äitiysneuvolaseurannan tärkein päämäärä. Tämän vuoksi joudutaan raskauden viimeisen kolmanneksen aikana tihentämään neuvolatarkastuksia lähestyttäessä laskettua aikaa. Kohonnut verenpaine ja proteinuria ovat vain osa pre-eklampsian oireistoa. Pre-eklampsian varhainen diagnosointi edellyttää huomattavaa kliinistä kokemusta ja äidin oireiden tarkkaa tuntemista. Noin 20 %:lla pre-eklampsiapotilaista ei ole subjektiivisia oireita.

Matalan riskin äideille (uudelleensynnyttäjät, joilla edellisissä raskauksissa ei ollut verenpaineen kohoamista) neuvolatarkastuksia voidaan tehdä harvemmin kuin ensisynnyttäjille³. Lisääntyneen riskin äideille (esim. edellisessä raskaudessa pre-eklampsia, LE-tauti tai kroonista verenpainetautiä potevat) tarkastuksia on tehtävä vielä tiheämmin kuin ensisynnyttäjille.

Määritelmät

Raskaudenaikainen verenpaine on kohonnut, jos vähintään kahdesti yli kuuden tunnin välein todetaan systolinen paine ≥ 140 mmHg tai diastolinen paine ≥ 90 mmHg.

- Jos verenpainetaso alkuraskaudessa on matala, katsotaan verenpaine kohonneeksi, jos systolinen paine kohoaa ≥ 30 mmHg tai diastolinen ≥ 15 mmHg.
- Proteinuria tarkoittaa, että vuorokausivirtsassa on valkuaista $\geq 0,3$ g/l.
- Pre-eklampsialla tarkoitetaan kohonneen verenpaineen ja proteinurian esiintymistä yhtäaikaisesti raskausviikon 20 jälkeen.
- Liitännäispre-eklampsialla tarkoitetaan pre-eklampsian esiintymistä kroonisesti sairaalla äidillä (tavallisesti munuaissairaus, diabetes tai verisuonisairaus).
- Alkuraskaudessa on arvioitava huolellisesti raskaushypertension ja pre-eklampsian riskit. Riskitekijöitä ovat kohonnut verenpaine ennen raskautta tai raskauden alussa, krooniset sairaudet, yli 35 vuoden ikä, äidillä tai sisarilla todettu verenpainetauti tai pre-eklampsia sekä raskausdiabetes.

³ Matalan riskin raskauksien tarkastuskäyntien määrän kohtuullinen vähentäminen ei vaikuta raskauden ja synnytyksen tuloksiin (Villar ja Khan-Neelofur 1999).

1.2 Virtsan tutkimukset

Virtsan proteiini ja glukoosi tutkitaan liuskatesteillä jokaisella neuvolakäynnillä. Tarvittaessa voidaan antaa myös äidille näitä liuskoja kotona tehtävää lisäseurantaa varten. Jos virtsassa todetaan proteiinia (ja verenpaine on normaali), on syytä tutkia virtsan bakteerit viljelyllä. Yksikin glukosuriahavainto aamuvirtsanäytteestä johtaa kahden tunnin sokerirasitustestin suorittamiseen (ks. 1.3 raskausdiabetesseulonta). Alkuraskaudessa tehdään jokaiselle raskaana olevalle myös virtsan bakteeriviljelytutkimus oireettoman bakteriurian toteamiseksi (ks. infektioseulonnat 1.11.2).

1.3 Raskausdiabetes

Raskausdiabeteksella tarkoitetaan raskauden aikana todettua sokeriaineenvaihdunnan häiriötä riippumatta sen patogeneesistä. Helsingin ja Kuopion alueilla tehdyssä tutkimuksessa todettiin patologinen sokerirasitus (yksi poikkeava arvo kolmesta näytteestä) 6,5—7,5 %:lla raskaana olevista naisista. Kaksi tai kolme poikkeavaa arvoa todettiin kuitenkin ainoastaan 0,9 %:lla. Itä-Suomessa diabetesta esiintyy muuta maata enemmän, minkä vuoksi alueellisesti on käytetty suosituksena erilaisia arvoja. Vaikka hoitokäytännöt olisi hallinnollisesti järjestetty eri tavalla, olisi tarkoituksenmukaista, että alueelliset hoito-ohjelmat laadittaisiin asiantuntijaryhmän suosituksen perusteella samojen raja-arvojen mukaisiksi.

Raskausdiabeteksen diagnoosi tehdään oraalisella 75 gramman kahden tunnin sokerirasituskokeella. Taulukossa 2 on esitetty raskausdiabeteksen diagnoosikriteerit, jotka perustuvat Helsingin alueen äitiysneuvoloissa tehtyyn tutkimukseen. Verensokerin patologiseksi raja-arvoksi on valittu 97,5 persentiili. On huomattava, että laskimoveren ja kapillaariveren arvot eroavat toisistaan. Raskaana olevilla plasman glukoosiarvot ovat käytännössä samat kuin kapillaarikokoveren.

Sokerirasituskoe suositellaan tehtäväksi raskausviikolla 26—28 niille äideille, joilla on raskausdiabeteksen riskitekijöitä (taulukko 3). Näiden riskitekijöiden perusteella sokerirasituskoe joudutaan suorittamaan noin 30 %:lle suomalaisista synnyttäjistä.

On tärkeitä, että 2 tunnin sokerirasituskoe tehdään täydellisenä (määritetään paastoarvo, 1 t:n arvo ja 2 t:n arvo). Koetta ennen suositellaan runsashiilihydraattista dieettiä kolmen päivän ajan. Jos äidillä on ainoastaan yksi patologinen arvo rasituskokeen kolmesta arvosta, dieetti riittää hoi-

doksi⁴. Dieettiohjeet annetaan äitiysneuvolassa. Näissä tapauksissa sikiön kasvua seurataan 4—6 viikon välein äitiyspoliklinikalla. Jos sokerirasituskokeen arvoista kaksi tai kolme arvoa on patologista, tehdään verensokerin vuorokausikäyrä synnytyssairaalassa, jotta nähtäisiin, riittääkö dieettihoito pitämään äidin verensokerin normaalina vai onko aloitettava insuliinihoito dieettihoidon lisäksi. Kolmasosa äideistä tarvitsee insuliinihoitoa dieettihoidon lisäksi (0,3 % kaikista synnyttäjistä). Näiden äitien raskauksia seurataan kuten insuliinipuutosdiabeetikkojen raskauksia.

Virtsan glukoosi tutkitaan kaikilta raskaana olevilta jokaisen neuvolaikäynnin yhteydessä. Jos alkuraskaudessa todetaan toistuvasti glukosuriaa tai jos edellisessä raskaudessa todettiin raskausdiabetes, sokerirasituskoete on syytä tehdä jo alkuraskaudessa. Jos tällöin saadaan normaali tulos, koe on syytä uusia raskausviikolla 26—28. Äideille, joille sokerirasitustestiä ei ole tehty, mutta joille ilmaantuu riskitekijöitä 28 raskausviikon jälkeen (esim. epäillään makrosomista sikiötä), testi on syytä tehdä mahdollisimman pian. Koe on hyvä tehdä myös aivan raskauden viimeisten viikkojen aikana toisaalta obstetristen riskien vuoksi ja toisaalta siksi, että naisen on hyödyllistä tietää, onko hänellä suurentunut riski sairastua myöhemmin aikuistyyppin diabetekseen.

Taulukko 2. Raskausdiabeteksen diagnoosiperusteet. Diagnoosi tehdään oraalisella 75 gramman kahden tunnin sokerirasituskokeella. Tulos on poikkeava, kun se saavuttaa tai ylittää taulukossa esitetyt arvot (Hyvönen 1991, Teramo ym. 1993).

	0 t	1 t	2 t
Laskimokokoveri (vB)	4,5	9,1	7,9 mmol/l
Kapillaarikokoveri (cB)	4,8	10,0	8,7 mmol/l
Laskimoplasma (vP)	4,8	10,0	8,7 mmol/l

⁴ Näyttöä diabeteksen dieettihoidon vaikutuksista synnytystoimenpiteiden määrään tai lapsen synnytyksen jälkeisen hypoglykemian riskin muutoksiin ei ole (Walkinshaw 1999).

Taulukko 3. Raskausdiabeteksen riskitekijöitä.

-
1. Sokeria aamuvirtsassa (yksikin havainto riittää)
 2. Ylipainoinen synnyttävä (BMI ennen raskautta ≥ 25 kg/m²)
 3. Synnyttänyt yli 4 500 g:n painoisen lapsen
 4. ≥ 40 -vuotias synnyttävä
 5. Kookas sikiö (≥ 2 SD normaaliarvoista)
 6. Aikaisemman raskauden aikana todettu diabetes
-

1.4 Hemoglobiini

Hemoglobiinin tulisi olla yli 110 g/l ensimmäisessä trimesterissä. Plasma-volyymi suurenee raskausviikolle 24 saakka enemmän kuin hemoglobiinin määrä lisääntyy, minkä vuoksi toisessa trimesterissä normaali hemoglobiinin alaraja on 100 g/l.

Hemoglobiini kontrolloidaan neuvolassa raskausviikolla 8—12, 24—26 ja 36. Työryhmän jäsenten välillä ei vallitse yksimielisyyttä raskaudenaikaisen rautalääkityksen antamisesta rutiininomaisesti kaikille raskaana oleville. Kansainvälisestäikään asiantuntijoiden käsitykset ehkäisevän rautalääkityksen tarpeellisuudesta eivät ole yksimieliset⁵. Raskauden aikana rauta imeytyy ravinnosta tavallista tehokkaammin. Raudan saantiin vaikuttaa ruoan monipuolisuus. Raudan saanti on hyvä, kun ruokavaliossa on runsaasti täysjyväviljaa, tuoreita kasviksia, marjoja ja hedelmiä, kohtuullisesti lihaa, kalaa ja maitovalmisteita ja niukasti rasvaa ja sokeria. Samalla turvataan myös muiden ravintoaineiden hyvä saanti.

Jos alkuraskauden hemoglobiinitaso on matala, aloitetaan rautalääkitys raskausviikon 12 jälkeen. Myöhemmin havaittava matala arvo antaa aiheen lääkityksen välittömään aloittamiseen. Ensimmäisen trimesterin rautalääkitys saattaa olla sikiölle haitallinen. Sekä anemian hoidossa että mahdollisessa ehkäisyssä annos 50 mg Fe⁺⁺ päivässä on riittävä.

Rautalääkitykseen on lisättävä foolihappoa epilepsialääkkeitä käyttävillä sekä muilla äideillä, joilla foolihapon saanti voi olla riittämätöntä (yksipuolista ravintoa käyttävät, alkoholin suurkuluttajat). Foolihappoprofy-

⁵ Rutiininomainen rautalisä raskauden aikana vähentää matalan hemoglobiinin esiintyvyyttä synnytyksessä ja kuusi viikkoa sen jälkeen, mutta vaikutuksista äidin ja lapsen kuntoon ei ole näyttöä (Mahomed 1999).

laksiasta neuraaliputken sulkeutumishäiriön riskin vähentämiseksi on kerrottu tarkemmin luvussa 5.1.

1.5 Veriryhmäimmunisaatiotutkimukset

Kaikista äideistä otetaan ensimmäisellä neuvolakäynnillä verinäyte veriryhmävasta-aineseulontatutkimusta varten. Samasta näytteestä tutkitaan myös äidin ABO- ja Rh (D) -veriryhmä. Veriryhmävasta-aineseulonta on keskitetty koko maassa yhteen laboratorioon (SPR:n Veripalvelun veriryhmäosasto) luotettavuuden ja tietojen tallentamisen sekä myöhemmissä raskauksissa mahdollisesti todettavien veriryhmävasta-ainepitoisuuksien seuraamista varten.

Rh (D) -negatiivisilta äideiltä otetaan lisäksi näytteet raskausviikolla 24—26 ja 36. Lisäksi otetaan raskausviikolla 36 verinäyte Rh (D) -positiiviselta aikaisemmin verensiirtoja saaneelta tai jos aikaisemmin syntynyt lapsi on hoidettu heti syntymän jälkeen kellastumisen vuoksi.

Äideiltä, joilla todetaan raskauden kannalta merkityksellinen veriryhmävasta-aine, seurataan vasta-ainepitoisuutta kuukausittain. Vuonna 1998 SPR:n Veripalvelussa tutkittiin 63 941 äidin näyte, joista 266 äidillä (0,4 %) oli raskauden kannalta merkityksellinen vasta-aine (taulukko 4). Näistä oli 188 Rh (D) -positiivista ja 78 Rh (D) -negatiivista. Kun äidissä todetaan veriryhmäimmunisaatio, vastaus lähetetään neuvolan lisäksi alueen yliopistolliseen keskussairaalaan äitiyspoliklinikalle jatkotutkimusten ja hoidon tarpeen arvioimisen vuoksi.

Anti-D-immunoglobuliinia (1 annos) on annettava Rh (D) -negatiivisille äideille raskaudenaikaisten toimenpiteiden (esim. istukkanäytetutkimus, lapsivesipunktio, raskauden keskeytys, perätilan ulkokäännös tai sen yritys), raskauskomplikaatioiden (spontaani keskenmeno, kohdunulkoinen raskaus) ja synnytysten yhteydessä⁶ lapsen ollessa Rh (D) -positiivinen. Sikiöstä äitiin tapahtuvassa massiivisessa verenvuodossa Rh (D) -negatiiviselle äidille on annettava useita annoksia (10—20 annosta) anti-D-immunoglobuliinia Rh (D) -immunisaation estämiseksi. Alkuraskauden diagnostisia toimenpiteitä suorittavan yksikön on tiedettävä äidin veriryhmä ja huolehdittava asianmukaisesta anti-D-immunoglobuliinin antamisesta.

⁶ Synnytyksen jälkeen 72 tunnin kuluessa annettu anti-D-immunoglobuliini vähentää äidin immunisoitumista (Crowther ja Middleton 1999). Ensimmäisen raskauden raskausviikoilla 28 ja 34 Rh-negatiivisille äideille annettu anti-D-immunoglobuliini vähentää immunisaatoriskiä (Crowther ja Keirse 1999).

On huomattava, että raskauden kannalta merkitseviä veriryhmävasta-aineita on Rh-järjestelmän ohella useita muita (ks. taulukko 4) ja myös ne on tutkimuksessa löydettävä, minkä vuoksi tutkimusten keskittäminen on järkevää.

Taulukko 4. Seulonnoissa äideillä (N = 266) todettujen raskauden kannalta merkityksellisten vasta-aineiden jakauma eri veriryhmäjärjestelmiin vuonna 1998 (SPR Veripalvelu).

Veriryhmä-järjestelmä	Vasta-aineet	$t \leq 2^*$	$2 < t < 16$	$t \geq 16$	Yhteensä
Rh	anti-D, -DC, -DE, DCE	(145)**	16	49	65
	anti-E	45	9	3	57
	anti-c, cE	28	10	4	42
	muut (anti-C, -C ^w , -C ^x , -e, -Ce, -f)	8	5	1	14
Kell	anti-K	18	13	19	50
	anti-UI ^a , -Kp ^a	4	2		6
Duffy	anti-Fy ^a , -Fy ^b	13	4	6	23
Muut	esim. M, N, S, Kidd, LW	30	3	2	35
Yhteensä					266

* t = Titteri.

** Anti-D-suojauksen seurauksena löytynyt heikko vasta-aine.

1.6 Kaikututkimus

Raskaudenaikaisella sikiön kaikututkimuksella on monta tavoitetta⁷. Sen tarkoituksena on todeta sikiöiden lukumäärä ja elossa olo, varmistaa raskauden kesto pää-perämittauksella (tarkkuus 5—7 vrk raskausviikoilla 7—12) tai biparietaalimittauksella (tarkkuus 7—10 vrk raskausviikoilla 13—19) sekä selvittää istukan paikka ja sen suhde kohdunsuuhun. Sikiöiden lukumäärän, istukan sijainnin ja raskauden keston määritykset ovat yleensä varsin luotettavia. Kaikututkimus antaa myös vanhemmille hyvin merkityksellisen ja tärkeän mahdollisuuden ensi kertaa “nähdä” sikiö. Kaikututkimuksella havaitaan myös sikiön rakennepoikkeavuuksia ja kromosomivioista johtuvia muutoksia. (Kaikututkimuksesta sikiöseulontana, ks. luku 2.4.1.)

⁷ Rutiinomaisten alkuraskauden kaikukuvasseulontojen seurauksena monisikiöisten raskauksien diagnoosiin päästään varhaisemmin, käynnistyksen yliaikaisuuden takia vähenevät ja perinataalikuolleisuus vähenee. Kuolleisuuden väheneminen on seurausta vaikeiden anomalioiden varhaisemmasta havaitsemisesta ja keskeytyksistä (Neilson 1999a).

1.6.1 Lasketun ajan määrittäminen

Mahdollisimman tarkan lasketun ajan määrittäminen on perusedellytys obstetristen komplikaatioiden ja sikiön kasvun häiriöiden toteamisessa ja niiden menestykselliselle hoitamiselle. Lapsen synnyttäminen mahdollisimman oikea-aikaisesti riskiraskauksissa edellyttää myös, että raskauden kesto ja laskettu aika ovat luotettavasti tiedossa.

Kaikututkimus on luotettavin menetelmä raskauden keston määrittämiseksi⁸ raskausviikolle 20 asti, minkä jälkeen sen tarkkuus merkittävästi huononee. On muistettava, että kaikututkimuksella suoritettu raskauden keston määritystarkkuus on ± 6 päivää parhaimmissakin tapauksissa. Viimeisistä kuukautisista määritetty laskettu aika korjattuna kuukautiskierron pituudella on tarkkuudeltaan keskimäärin ± 14 päivää. Äidin tuntemista ensimmäisistä sikiön liikkeistä arvioitu laskettu aika on niin epätarkka, että sitä ei pidä lainkaan käyttää. Sen sijaan yksittäistapauksissa hedelmöittymisen ajankohta saattaa olla tarkkaan tiedossa (esim. IVF, inseminaatio), jolloin sitä käytetään ensisijaisesti lasketun ajan määrittämisessä. Raskaustestin muuttumisesta positiiviseksi on myös joissakin tapauksissa hyötyä arvioitaessa todennäköisintä laskettua aikaa.

Raskauden seurantalomakkeissa on kohta “todennäköisin laskettu aika”, johon kaikututkimuksella tai muulla luotettavalla menetelmällä saatu korjattu laskettu aika merkitään (ks. liite 1). Äitiysneuvoloiden tulee noudattaa tätä todennäköisintä laskettua aikaa mm. äitiysloman alkamisajankohtaa laskettaessa.

1.7 Sikiön sydänäänten seuranta

Sikiön sydämensyke (“sydänäänet”) voidaan todeta äitiysneuvolassa yksinkertaisella auskultaatiolla tai Doppler-laitteella. Joissakin neuvoloissa on poikkeuksellisesti ultraäänilaitte käytettävissä sikiön sydämensykkeen toteamiseksi. Doppler-laitteella tai auskultaatiolla todettu sikiön sydämensyke osoittaa sikiön olevan elossa. Äidille sikiön sydämensykkeen kuuleminen on luonnollisesti tärkeää.

Doppler-laitteella sikiön sydämensyke on todettavissa lähes poikkeuksetta raskausviikosta 12 alkaen. Ennen raskausviikkoa 12 Doppler-kuunte-

⁸ Rutiininomaisten kaikukuvausseulontojen seurauksena raskauden keston arvio paranee (Neilson 1999a).

lua ei pidä tehdä, koska seurauksena on usein äidin huolestuminen ja turha sairaalaan lähettäminen tapauksissa, joissa sikiön sydämensyke ei todeta.

Raskausviikon 12 jälkeen sikiön sydämensyke todetaan Doppler-laitteella jokaisen neuvolakäynnin yhteydessä. Auskultaatiolla sikiön sydämensyke on todettavissa luotettavasti raskausviikon 18 jälkeen.

Jos sikiön sydämensyke todetaan harvaksi ($< 110/\text{min}$), kyseessä saattaa olla napanuoran puristuminen ja/tai suurten verisuonten puristuminen kohdun alla (supiinisyndrooma) raskauden viimeisessä kolmanneksessa. Äidin asentoa on tällöin muutettava ja todettava sikiön sykkeen palautuminen normaaliksi. Erittäin harvinainen sikiön sydämen johtoradan katkos aiheuttaa pysyvästi harvan sykkeen ($< 80/\text{min}$). Synnynäinen johtoradan katkos voi kehittyä jo raskausviikolla 19.

Sikiön sydämensykkeessä voi esiintyä myös epäsäännöllisyyttä. Tavallisin sikiön rytmihäiriö on ylimääräisten lyöntien (ekstrasystolia) esiintyminen. Kyseessä on useimmiten hyvänlaatuinen toiminnallinen sykkeen muutos. Mikäli ylimääräisiä lyöntejä esiintyy useammin kuin joka 10. lyönti tai niitä todetaan toistuvien käyntien yhteydessä, äiti on lähetettävä synnytys sairaalan äitiyspoliklinikalle tarkempiin tutkimuksiin.

1.8 Sikiön liikkeiden tarkkailu

Normaalin sikiön liikemäärä pysyy samansuuruisena synnytykseen saakka. Raskausviikon 32 jälkeen äidin tuntemien sikiön liikkeiden luonne kuitenkin muuttuu jonkin verran lapsen kasvamisen ja lapsiveden määrän vähentämisen seurauksena. Äidin suorittamalla sikiön liikkeiden tarkkailulla voidaan seurata sikiön vointia suhteellisen luotettavasti raskauden viimeisten viikkojen aikana. Normaaliraskauksissa liiketarkkailua ei suositella. Riskiraskauksissa liiketarkkailua voidaan käyttää muiden seurantamenetelmien lisäksi. Lasketun ajan ylityttyä suositellaan liiketarkkailun aloittamista raskausviikolla 41. Liiketarkkailun onnistuminen edellyttää huolellista neuvontaa ja äidin motivointia.

Liiketarkkailu suoritetaan levossa yhden tunnin aikana. Jos äidin toteamien sikiön liikkeiden määrä on tänä aikana < 10 , jatketaan tarkkailua toinen tunti tai toistetaan yhden tunnin seuranta jonkin ajan kuluttua. Jos edelleen sikiön liikkeiden määrä on < 10 , äidin on mentävä synnytys sairaalan vastaanotolle samana päivänä sikiön sydämen sykkeen rekisteröintiä varten.

1.9 Kohdunpohjan mittaus

Kohdunpohjan mittauksen edellytyksenä on, että raskauden kesto tiedetään mahdollisimman tarkasti, että mittaus suoritetaan oikein ja että tulos merkitään asianmukaisesti raskauden seurantalomakkeisiin käyrälle. Mittaustapa vakioidaan seuraavin keinoin:

1. Tutkimus tapahtuu neuvolassa normaalisti käytössä olevassa gynekologisessa asennossa.
2. Virtsarakko on tyhjä, niin kuin muulloinkin kohdun kokoa arvioitaessa.
3. Tutkittavan perä on pöydän reunan tasolla.
4. Mittanauha painetaan häpyluun yläreunaan ja mitta otetaan kohdun korkeimmasta kohdasta kevyesti, painamatta nauhaa syvälle vatsan peiteisiin. Kolmannen raskauskolmanneksen aikana mitataan pitkin sikiön pituusakselia (huom. perä on usein jommankumman kylkikaaren alla).

Kohdunpohjan mittauksen tarkoituksena on löytää tapaukset, joissa sikiön kasvu on normaalista poikkeava (hidastunut tai nopeutunut) tai kohdun tilavuus on muista syistä poikkeava (lapsiveden niukkuus tai runsaus, monisi-kiöiset raskaudet, patologisen suuri istukka).

Hälytysrajana pidetään yli 2 cm:n poikkeamaa keskiarvokäyrästä, jolloin aloitetaan liikelaskenta ja mittaus on kontrolloitava kahden viikon sisällä. Etenkin mittaajan vaihtuessa saattaa mittaustulos muuttua erilaisen tekniikan takia ja tällöin mittaustulos on toisen henkilön tarkastettava. Jos poikkeama säilyy, on äiti lähetettävä synnytyssairaalan äitiyspoliklinikalle.

On muistettava, että parhaassakin tapauksessa kohdunpohjan mittaus kykenee löytämään ainoastaan 50—60 % vaikea-asteisista sikiön kasvun hidastumistapauksista (syntymäpaino alle -2 standardideviaatiota)⁹. Uudelleensynnyttäjät osaa useimmiten arvioida syntymättömän lapsensa koon melko tarkasti. Uudelleensynnyttäjän arviota lapsen painosta tulisikin käyttää entistä enemmän hyväksi.

⁹ Kohdunpohjan mittauksen kyky löytää todelliset kasvun poikkeamat on rajallinen, ja kokeneen henkilön tekemä palpaatio on yhtä luotettava. Mittauksista ei ole osoitettu haittoja (Neilson 1999b).

1.10 Painon seuranta

Lapsen syntymäpaino on yhteydessä sekä äidin painoon raskauden alussa että painonnousuun raskauden aikana. Suositeltava painonnousu raskauden aikana on alipainoisille naisille (BMI 18,5—19,9) 12,5—18,0 kg, normaali-painoisille naisille (BMI 20,0—25,9) 11,4—16 kg ja ylipainoisille naisille (BMI > 26,0) 7,0—11,5 kg (Scientific Committee for Food 1993). Riittävä painonnousu ja ruokavalion monipuolisuus ovat tärkeitä seurattavia asioita alipainoisilla naisilla, hyvin nuorilla naisilla sekä ylipainoisilla naisilla, joilla on takanaan toistuvia laihdutusyrityksiä tai vaikeuksia hyväksyä omaa nykypainoaan tai muita syömisen säätelyyn liittyviä ongelmia.

1.11 Infektioseulonnat

Virukset, bakteerit ja parasiitit aiheuttavat arviolta 2—3 % vastasyntyneen sairauksista ja kehitysvammaisuudesta. Raskaudenaikainen infektio voi aiheuttaa keskenmenon, ennenaikaisen synnytyksen, sikiön kuoleman, epämuodostuman tai vammautumisen. Raskaudenaikaisten infektioiden oirekirjo ulottuu rajusta kuumeesta oireettomaan infektiin ja ilmenee joskus sikiössä vasta vuosien kuluttua. Raskauteen liittyvät muutokset äidin immunologiassa lisäävät äidin herkkyyttä erityisesti solunsisäisten mikrobien aiheuttamille infektioille.

Neuvolassa seulotaan tällä hetkellä kuppaa, hepatiitti B-, HIV- sekä virtsatieinfektioita. Vaikka muiden infektioiden suhteen ei yleistä seulontaa suositella, on infektio-tilanne tutkittava tartuntaa epäiltäessä.

1.11.1 Virusinfektiot

B-hepatiitti

Suomessa hepatiitti B-viruksen (HBV) esiintyvyys raskaana olevilla on nousussa maahanmuuttajien määrän mukana. HBV voi tarttua sikiöön joko raskauden tai synnytyksen aikana veriteitse. Tartuntavaara on jopa 90 %, jos äiti on sekä HBsAg- että HBeAg-positiivinen. Suomessa syntyy vuosittain noin 70 lasta, joilla on riski saada HBV-tartunta äidiltään. Viruksen DNA:n määrä äidin veressä korreloi sikiön infektiovaaraan. Keisarileikkaus ei suojaa lasta tartunnalta.

HBV:n neuvolaseulonta aloitettiin Suomessa vuonna 1994. Neuvolaseulonta perustuu hepatiitti B-viruksen pinta-antigeenin (HBsAg) toteamiseen alkuraskauden verinäytteestä. HBsAg-positiivisten äitien lapset suojataan heti syntymän jälkeen hepatiitti B-immunoglobuliinilla ja rokottamalla. Rokotus ehkäisee hyvin tartunnan äidiltä lapselle (85—95 %) ja rokotusohjelma toimii Suomessa erinomaisesti.

C-hepatiitti

Hepatiitti C-virus (HCV) on tavallisin kroonisen hepatiitin aiheuttaja, jonka esiintyvyys Suomessa on noin 0,01 %. Diagnoosi perustuu vasta-ainetestiin tai viruksen RNA:n määrittämiseen PCR-testillä. Vertikaalisen tartunnan vaara on noin 5 % ja korreloi äidin veren HCV RNA:n määrään. HCV-vasta-ainepositiivisilta äideiltä on syytä tarvittaessa tutkia tartuttavuus (PCR) ja sen perusteella ottaa kantaa imetykseen. Imetys saattaa lisätä lapsen tartuntariskiä. HCV-rokotetta ei ole, joten neuvolaseulonta ei ole toistaiseksi perusteltua.

HIV

HIV voi tarttua sikiöön raskauden, synnytyksen tai imetyksen aikana. Suomessa on todettu noin 200 HIV-positiivista naista, joiden keski-ikä on 28 vuotta. Kolmasosa uusista tartunnoista todetaan naisilla. HIV-infektio ei vähennä naisen hedelmällisyyttä eikä vaikuta raskauden kulkuun tai aiheuta sikiöepämuodostumia. Raskaudenaikainen tai pelkästään synnytyksen yhteydessä annettu zidovudiiniehkäisy vähentää kahdella kolmasosalla vertikaalisen tartunnan riskiä¹⁰. HIV-positiivisten äitien synnytykset on Suomessa toistaiseksi hoidettu yleisten obstetristen periaatteiden mukaisesti invasiivisia toimenpiteitä välttämällä. HYKS:n naistenklinikassa vuosina 1991—1998 synnyttäneiden 23 HIV-positiivisen naisen kaikki syntyneet lapset ovat olleet HIV-negatiivisia. Ennen synnytyksen käynnistymistä tehty keisarileikkaus vähentää tartunnanvaaraa edelleen jonkin verran (The European mode of delivery collaboration 1999; The International perinatal HIV group 1999).

HIV-vasta-ainetestiä tarjotaan kaikille ensimmäisellä neuvolakäynnillä (ks. Leinikki ja Holmström 1999). Neuvolaseulonnassa todetaan vuosittain keskimäärin viisi uutta HIV-positiivista tapausta.

¹⁰ Zidovudiini vähentää HIV-infektion siirtymisriskiä äidiltä sikiölle. Lääkkeen pitkäaikaisvaikutuksia lapselle ei tiedetä (Brocklehurst 1999).

Herpes simplex -virus

Suurin osa genitaalierpestopauksista on herpes simplex tyyppi 2:n (HSV-2) aiheuttamia, pienempi osa herpes simplex tyyppi 1:n (HSV-1) aiheuttamia. HSV-2:n esiintyvyys aikuisväestössä Suomessa on noin 17 %, mutta kaksi kolmasosaa HSV-2 -seropositivisista aikuisista ei tiedä sairastaneensa genitaalierpestä.

Suomessa esiintyy kymmenkunta vastasyntyneen herpestulehdusta vuodessa. Neonataaliherpeksen vaara on suuri (noin 33 %) genitaalierpeksen ensiepisodin yhteydessä, mutta pieni (3 %) genitaalierpeksen uusintaepisodin yhteydessä. Uusintaepisodin yhteydessä äidin vasta-aineet suojaavat sikiötä tartunnalta.

Raskaudenaikaista HSV-2 -vasta-aineseulontaa on ehdotettu USA:ssa seronegatiivisten HSV-2 -infektioille alttiiden synnyttäjien löytämiseksi. Ne HSV-2 -seronegatiiviset, joilla ei myöskään ole suojaavia HSV-1 -vasta-aineita, ovat erityisen alttiita raskaudenaikaiselle genitaalierpeksen ensiepisodille. Suomessa neonataaliherpes on kuitenkin niin harvinainen, ettei serologiseen seulontaan ole aihetta.

Papilloomavirus

Papilloomavirustyyppejä (human papilloma virus, HPV), tunnetaan yli 80, joista parikymmentä aiheuttaa genitaalinfektioita. HPV voi tarttua sikiöön synnytyskanavasta, mutta aiheuttaa vastasyntyneen infektion erittäin harvoin. Synnytyskanavaa ahtauttavat kondyloomat on syytä hoitaa raskauden aikana kirurgisesti tai hiilidioksidilaserilla. Raskaudenaikainen HPV-seulonta ei ole aiheellista.

Parvorokko

Parvovirus B19:n aiheuttamaa parvorokkoa esiintyy enimmäkseen lapsilla. Aikuisen parvorokko ilmenee niveleireina, mutta raskauden aikana virus voi tarttua sikiöön aiheuttaen anemian ja sen seurauksena sikiön hydropsin. 10—15 % sikiön ei-immunologisista hydropstopauksista johtuu parvovirusinfektioista. Sikiödiagnostiikka perustuu kaikikutkimukseen ja viruksen osoittamiseen napasuonipunktiolla otetusta sikiön verinäytteestä. Koska parvovirusinfektio on harvinainen eikä siihen ole spesifistä hoitoa, seulonta ei ole aiheellista.

Sytomegalovirus

Sytomegalovirus aiheuttaa rauhaskuumeen ja on tavallisin synnyntäisen infektion aiheuttaja, jonka seuraukset voivat ilmetä vastasyntyneessä vasta vuosien kuluttua neurologisina oireina tai vähitellen kehittyvänä kuulovammana. Sytomegalovirusinfektio on tavallisin syy infektion aiheuttamaan psykomotorisen kehityksen häiriintymiseen. Vajaalla puolella fertiili-ikäisistä naisista ei ole suojaavia vasta-aineita. Seronegatiivisista 1—4 %:n on arvioitu sairastuvan primaari-infektioon raskauden aikana. Primaari-infektiossa tartuntariski äidiltä lapselle on 30—50 % ja uusintainfektiossa noin 1 %.

Hyvä käsihygienia ja eritekontaktien välttäminen ovat tärkeitä sytomegalovirusinfektion ehkäisyssä, koska virusta on eritteissä. Päiväkotien henkilökunta kuuluu erityiseen riskiryhmään, koska infektoituneet lapset erittävät virusta esimerkiksi virtsaan ja sylkeen. Neuvolaseulonta ei ole aiheellista, koska spesifistä hoitoa ei ole.

Vesirokko

Aikuisella varicella-zosterviruksen aiheuttama vesirokko on harvinainen, koska valtaosa aikuisväestöstä on sairastanut sen jo lapsena. Varicellavirus leviää istukan läpi sikiöön noin joka neljännessä tapauksessa. Alkuraskauden infektio saattaa vaurioittaa sikiön raajoja, silmiä ja aivoja. Ns. vesirokko-oireyhtymä on kuitenkin harvinainen. Useimmiten sikiö sairastaa lievän vesirokon, johon ei liity vakavia, pysyviä haittoja. Suomessa on arvioitu, että vuosittain noin 2 000 raskaana olevaa naista on alttiina vesirokolle ja noin 30 sairastuu vesirokkoon raskauden aikana. Raskaana olevan naisen, kuten yleensä aikuisten, vesirokko voi olla rajuoireinen ja siihen voi liittyä keuhkokuume. Hoitona voidaan käyttää asikloviiriä, joka tosin ei estä sikiön infektoitumista (ks. 5.5).

Sikiön kannalta tilanne on hankalin, jos äidin vesirokko ilmenee viisi vuorokautta ennen tai kaksi vuorokautta synnytyksen jälkeen. Tällöin vastasyntyneelle voi kehittyä raju vesirokko (kuolleisuus 25 %), koska äidille ei ehdi kehittyä sikiötä suojaavia vasta-aineita.

Vesirokkovasta-aineseulontaa ei neuvoloissa toistaiseksi tehdä. Seronegatiivisuuden selvittäminen on kuitenkin mahdollista vasta-ainemäärityksellä (ELISA-testi). Eläviä heikennettyjä varicella-zoster viruksia sisältävä vesirokkorokote on saatavissa. Vesirokkorokotus ei tällä hetkellä kuulu lasten rokotusohjelmaan.

Vihurirokko

Vihurirokko on käytännössä voitettu sairaus, koska Suomessa nykyiset synnyttäjäikäluokat on pääsääntöisesti rokotettu sitä vastaan. Vihurirokkovasta-aineseulonta lopetettiin Suomessa 1993. Viimeksi raskaudenaikainen vihurirokko on todettu Suomessa vuonna 1988. Kuitenkin on huomioitava, että maahanmuuttajia ei välttämättä ole rokotettu. Epäselvissä tapauksissa äidin vihurirokkovasta-aineet tutkitaan ja tarvittaessa äiti rokotetaan synnytyssairaalassa synnytyksen jälkeen.

1.11.2 Bakteri-infektiot

Virtsatietulehdus

Oireetonta bakteriuriaa esiintyy 5—10 %:lla raskaana olevista naisista ja oireista kystiittiä 1—2 %:lla. Ruotsissa arvioidaan oireetonta bakteriuriaa esiintyvän 2 %:lla ja virtsatieinfektioita 0,1 %:lla äideistä. Muualla, mm. Skotlannissa nämä luvut ovat selvästi korkeampia: 12 %:lla oli bakteriuriaa ja 4 %:lla virtsatieinfektio raskauden aikana. Anamneesi on tärkeä raskaudenaikaisen virtsatieinfektion riskin arvioinnissa. *Escherichia coli* aiheuttaa yli 80 % raskaudenajan virtsatieinfektioista.

Oireeton bakteriuria voi aiheuttaa vakavia komplikaatioita raskauden aikana (mm. ennenaikaisia synnytyksiä ja munuaistulehduksia). Liuskatestit eivät ole riittävän herkkiä oireettoman bakteriurian toteamiseksi (Tincello ja Richmond 1998). Sen vuoksi tulee jokaiselle raskaana olevalle tehdä alkuraskaudessa virtsan bakteeriviljelytutkimus.¹¹ Riskiryhmiin kuuluvilta (esim. aikaisemmin toistuvia virtsatieinfektioita, ennenaikaisia kohdun supistuksia) näyte tutkitaan joka trimesterissä. Raskaudenaikainen oireetonkin bakteriuria tulee hoitaa bakteerilääkkein¹².

Bakteerivaginoosi

Bakteerivaginoosi (BV) on tavallisin emätintulehduksen aiheuttaja. BV lisää ennenaikaisen lapsivedenmenon ja ennenaikaisen synnytyksen vaaraa. BV:ssä emättimen normaali laktobasillivoittoinen flora on muuttunut niin,

¹¹ Oireettoman bakteriurian hoito vähentää pyelonefriitin ja ennenaikaisen synnytyksen riskiä (Smaill 1999).

¹² Lyhyt hoitajakso (3 tai 7 päivää) riittää. Kerta-annoshoidon vaikuttavuudesta raskauden aikana ei ole selkeää näyttöä (Villar ym. 1999).

että vallitsevina ovat anaerobiset hajua aiheuttavat laktobasilleja virulentimmat bakteerit.

Satunnaistetut kontrolloidut hoitotutkimukset valikoimattomilla aineistoilla eivät toistaiseksi ole vakuuttaneet siitä, että raskaudenaikaisella BV-seulonnalla ja hoidolla voitaisiin merkittävästi vähentää keskossynnytyksiä tai muita raskauteen, synnytykseen tai lapsivuoteeseen liittyviä infektiokomplikaatioita. Poikkeuksena ovat riskisynnyttäjät, joilla on aikaisempi ennenaikainen synnytys. BV:n syysuus muuten selittämättömän keskossynnytyksen aiheuttajana on kuitenkin edelleen epäselvä, eikä neuvolaseulonta ole toistaiseksi perusteltua¹³.

B-ryhmän streptokokki

B-ryhmän streptokokki (*Streptococcus agalactiae*) kuuluu 15—30 %:ssa vaginan bakteeriflooraan. Yleensä se ei aiheuta kliinistä tulehdusta, mutta vahvaan bakteerikolonisaatioon liittyy ennenaikaisen lapsivedenmenon ja keskosuuden vaara. B-ryhmän streptokokki voi aiheuttaa vastasyntyneen sepsiksen. Lapsi voi saada tartunnan synnytyksen aikana synnytyskanavasta, mutta runsaskin bakteerimäärä aiheuttaa infektion vain 1—3 %:lle vastasyntyneistä.

Raskaana olevia seulottiin B-streptokokin suhteen useissa maamme synnytyssairaaloissa vielä 1990-luvun alussa vastasyntyneen sepsiksen ehkäisemiseksi, mutta sittemmin seulonnasta on luovuttu luotettavien pikatestien puuttumisen takia. Lisäksi kolonisaatio vaihtelee raskauden kuluessa vähentäen seulonnan kustannusvaikuttavuutta. Nykyisin B-streptokokkiviljely tutkitaan vain ennenaikaisen vedenmenon yhteydessä sekä erityisesti riskiryhmiltä (esim. uhkaava ennenaikainen synnytys, edellisellä lapsella sepsis).

Klamydia

Sukupuoliteitse tarttuva klamydiatulehdus (*Chlamydia trachomatis*) on edelleen huomattavan yleinen parantuneesta diagnostiikasta ja hoidosta huolimatta (Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases 1998). Suomessa todetaan vuosittain yli 10 000 tapausta. Kaksi kolmasosaa infektiosta todetaan alle 25-vuotiailla, joilla klamydia lisää hedelmättömyyden riskiä. Vastasyntynyt saa tartunnan äidin synnytyskanavasta. Altistuneilla kla-

¹³ Rutiininomainen BV-seulonta ei vähennä ennenaikaisuuden esiintyvyyttä (Brocklehurst ym. 1999).

mydiaperäisen silmän sidekalvotulehduksen vaara on 20—50 % ja pneumonian vaara 10—20 %. Äidin hoitamaton klamydiainfektio lisää myös korianamnioniitin ja ennenaikaisen synnytyksen vaaraa. Pilottitutkimuksena tehdyssä neuvolaseulonnassa klamydiainfektio todettiin 2,3 %:lla ensimmäisen neivolakäynnin yhteydessä.

Klamydiainfektion oireettomuus on ongelma, jonka takia tarvittaisiin tehokasta seulontaa nuorten terveystarkastusten yhteyteen, myös neuvoloihin. Ensivirtsanäytteestä tehtävää klamydiaseulontaa suositellaan nuorille (alle 25-vuotiaille) äideille ensimmäisen neivolakäynnin yhteydessä.

Tippuri

Tippuri (*Neisseria gonorrhoea*) on häviämässä monista länsimaista, niin myös Suomesta. Venäjällä ja Baltiassa tauti on yleinen. Tippuritapauksia todetaan Suomessa nykyisin noin 200 vuodessa. Tippurin harvinaisuuden vuoksi raskaudenaikaisesta seulonnasta ja vastasyntyneiden perinteisestä Credeen profylaksiasta on luovuttu jo vuosia sitten.

Kuppa

Raskaudenaikainen hoitamaton kuppa aiheuttaa sikiön infektoitumisen lähes aina johtaen ennenaikaiseen synnytykseen, sikiökuolemaan tai kongenitaaliseen syfilikseen. Kolmannes *Treponema pallidum* -tartunnan saaneista sikiöistä syntyy kuolleena, kolmanneksella on oireinen synnynnäinen kuppa ja suurimmalla osalla lopuistakin kupan oireet puhkeavat myöhemmin. Synnynnäinen kuppa voidaan ehkäistä, jos äidille annetaan asianmukainen mikrobilääkehoito ennen raskausviikon 16 loppua. Siksi näyte tulee ottaa viikolla 8—12.

Suomessa ja muissa länsimaissa kongenitaalinen syfilis on hävitetty alkuraskauden serologisella seulonnalla. Raskaudenajan kuppaseulonta on jatkunut maassamme jo 50 vuoden ajan. Seulonnan jatkamisen merkitystä korostaa lähialueiden epidemiatilanne. Neuvoloiden ottamista verinäytteistä seulonta tehdään ensin epäspesifisellä kardioliipiinivasta-ainetestillä, jossa positiiviseksi todetut tutkitaan edelleen spesifisellä *Treponema*-testillä (TPHA). Seulonnan ansiosta synnynnäistä kuppaa ei ole todettu vuoden 1981 jälkeen. Vuonna 1995 neuvolaseulonnassa todettiin kuusi uutta kuppataruntaa, joista neljä maahanmuuttajilla. Vuonna 1998 tartuntoja todettiin 11.

Listeria

Listeriabakteeri (*Listeria monocytogenes*) esiintyy maaperässä, pintavesissä ja kasveissa. *Listeria* voi joutua rehuihin ja kotieläinten suolistoon ja edelleen elintarvikkeisiin (esim. maitovalmisteet, riittämättömästi kypsennetyt liha- ja kalatuotteet). *Listeria* pystyy lisääntymään hyvin vaihtelevissa olosuhteissa, jopa jääkaappilämpötilassa. Vaikka raskaus altistaakin listeriainfektiolle, listerian aiheuttama infektio on kuitenkin niin harvinainen, että seulontatutkimuksiin ei ole aihetta.

Tuberkuloosi

Keuhkotuberkuloosi on edelleen ajankohtainen sairaus Suomessa. Maahanmuuttajat ovat selvä riskiryhmä. Keuhkoröntgenseulonta ei ole aiheellinen Suomessa, mutta riskiryhmiin kuuluvien röntgenkuvaus ennen synnytystä on aiheellinen (huono yleiskunto, pitkäaikainen yskä, maahanmuuttajat, tuberkuloosialtistus). Röntgenkuvaus tehdään epäilyn herätessä, ei kuitenkaan ennen raskausviikkoa 12. Sopiva ajankohta on raskausviikolla 35—38. Vastasyntyneiden BCG-rokotus kuuluu suomalaiseen rokotusohjelmaan.

1.11.3 Zoonoosit

Toksoplasmoosi

Toxoplasma gondii on loinen, jonka aiheuttamat infektiot ovat tavallisia Keski-Euroopassa, mutta harvinaisia Pohjoismaissa. Yleensä toksoplasmainfektio on oireeton tai lieväoireinen jääden toteamatta. Suomalaisista raskaana olevista naisista 80 % on seronegatiivisia toksoplasman suhteen ja siten alttiita toksoplasman aiheuttamalle primaari-infektiolle raskauden aikana. Toksoplasma siirtyy noin 40 %:ssa sikiöön, jolloin se voi aiheuttaa synnynnäisen toksoplasmoosin. Suomessa arvioidaan olevan vuosittain noin 130 raskauden aikaista primaarista toksoplasman aiheuttamaa infektiota, joten 50—60 vastasyntyntä saa vuosittain synnynnäisen toksoplasmoosin.

Toksoplasma leviää kissan ulostekontaminaation välityksellä. Toksoplasmatartunnan voi saada myös kontaminoituneista vihanneksista tai huonosti kypsennetystä lihasta. Lähes puolessa primaari-infektioista myös sikiö infektoituu. Infektio voi jatkua lapsella kroonisena niin, että se todetaan vasta vuosien kuluttua. Vastasyntyneellä voi olla keskushermoston kehi-

tyshäiriöitä ja silmämuutoksia, joskin taudin ilmenemismuotojen kirjo vaihtelee suuresti.

Raskaudenajan toksoplasmaseulontaa on suositeltu, koska seulonnan kustannusvaikuttavuus on osoitettu (Lappalainen ym. 1995). Käytännössä neuvolaseulontoja ei vielä ole toteutettu.

1.12 Äidin jälkitarkastus

Synnytyksen jälkitarkastus suoritetaan 5—12 viikon kuluttua synnytyksestä. Käynnin tarkoituksena on tarkistaa äidin terveydentila, toipuminen synnytyksestä ja psyykkinen jaksaminen, tarjota äidille tietoa ehkäisystä, imeytyksestä, lantionpohjan lihasten kuntoutuksesta ja lapsenhoidosta sekä kirjoittaa lääkärintodistus jälkitarkastuksesta sosiaalietuksia varten.

Äidin ja perheen kanssa keskustellaan heidän yleisvoinnistaan, parisuhteen toimivuudesta ja miten he jaksavat lapsen kanssa. Äidin mahdollisia masennusoireita arvioidaan erityisesti (ks. luku 12). Jos epäillään uupumusta, on kotiin pyrittävä järjestämään lapsenhoito- tai kotiapua. Myös imetyks- ja ehkäisytilanne (ks. luvut 10 ja 11), sekä ulosteen ja virtsan pidätyskyky selvitetään ja tarvittaessa tarjotaan neuvontaa. Äidiltä tiedustellaan myös viimeisen Papa-näytteen ottoaika. Jos tutkimuksesta on kulunut yli viisi vuotta, ohjelmoidaan uusi näytteenotto, kun kuukautiset ovat palanneet.

Gynekologisessa tutkimuksessa kiinnitetään huomiota mahdollisen episiotomia- tai keisarileikkausarven paranemiseen, emättimen ja kohdun mahdolliseen laskeumaan, virtsan ja ulosteen pidätyskykyyn, portioon, kohdun palautumiseen normaalin kokoiseksi ja kohdun sivuelinten tilaan. Lisäksi tarkistetaan rinnat.

Kirjallisuus

Brocklehurst, P.: Interventions aimed at decreasing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999.

Brocklehurst, P., Hannah, M., McDonald, H.: Interventions for treating bacterial vaginosis in pregnancy (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999.

Crowther, C. A., Keirse, M. J. N. C.: Anti-D administration during pregnancy for preventing Rhesus isoimmunization (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999.

Crowther, C. A., Middleton, P.: Anti-D administration after childbirth for preventing Rhesus isoimmunization (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999.

The European Mode of Delivery Collaboration. *Lancet* 353: 1035—39, 1999.

Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases. *MMWR* 47:RR-1, 1998.

Hodnett, E. D.: Support during pregnancy for women at increased risk (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999.

Hyvönen, K.: Gestaatiidiabeteksen esiintyvyys ja seulonta. Väitöskirja, Kuopion yliopiston julkaisuja, Kuopio 1991, s. 1—165.

The International Perinatal HIV Group: The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1. A meta-analysis of 15 prospective studies. *N Engl J Med* 340: 977—987, 1999.

Lappalainen, M., Sintonen, H., Koskiniemi, M. ym.: Cost-benefit analysis of screening for toxoplasmosis during pregnancy. *Scand J Infect Dis* 27(3): 265—72, 1995.

Leinikki, P., Holmström, P. (toim.): HIV-tietopaketti perusterveydenhuollossa toimiville. HIV-seulonta äitiysneuvolassa. Kansanterveyslaitos, 1999.

Lumley, J., Oliver, S., Waters, E.: Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999.

Mahomed, K.: Routine iron supplementation during pregnancy (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999.

Neilson, J. P.: Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999a.

Neilson, J. P.: Symphysis-fundal height measurement in pregnancy (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999b.

Paavonen, J., Heinonen, P. K.: Infektiot ja raskaus. *Duodecim* 114: 2260—9, 1998.

Pihkala, J., Hakala, T., Voutilainen, P., Raivio, K.: Uudet suomalaiset sikiön kasvukäyrät. *Duodecim* 105: 1540—6, 1989.

Scientific Committee for Food: 31 Series: Nutrient and energy intakes for the European Community. Office for official publications of European Communities, Luxembourg 1993.

Smaill, F.: Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999.

STM ohjeen Nro 1993:26 yleisten vapaaehtoisten terveystarkastusten järjestäminen, kohdan 4. muuttaminen. STM määräyskokoelma 1997:47. Helsinki 1997.

Taipale, P., Hiilesmaa, V.: Sonographic measurement of uterine cervix at 18—22 weeks' gestation and the risk of preterm labor. *Obstet Gynecol* 92: 902—907, 1998.

Tartuntatautilain mukaiset yleiset terveystarkastukset. STM määräyskokoelma 1993:26. Helsinki 1993.

Teramo, K., Haukkamaa, M., Leinonen, P., Raivio, K., Saltevo, J., Tick, T., Virtamo, H., Sampo-Mäkinen, T.: Diabetes ja raskaus. Hoito- ja seurantasuositus, insuliinipuutosdiabetes ja gestatiidiabetes. *Diabetes, lääkäri* liite, syyskuu 1993.

Tincello, D. G., Richmond, D. H.: Evaluation of reagent strips in detecting asymptomatic bacteriuria in early pregnancy: prospective case series. *BMJ* 316: 435—437, 1998.

Villar, J., Khan-Neelofur, D.: Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999.

Villar, J., Lydon-Rochelle, M. T., Gülmezoglu, A. M.: Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999.

Walkinshaw, S. A.: Dietary regulation for 'gestational diabetes' (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999.

Yleisten vapaaehtoisten rokotusten järjestäminen. STM ohje 114/02/92.

2 Sikiö- ja kantajaseulonnat

2.1 Määritelmät ja tavoitteet

Sikiöseulonnalla tarkoitetaan raskaana oleviin naisiin kohdistettuja seulontoja, joiden tavoitteena on todeta sikiön sairaus tai vamma. Tämä pyritään tekemään niin aikaisin, että havaitun taudin hoito voidaan suunnitella optimaalisesti tai haluttaessa laillinen raskaudenkeskeytys on mahdollinen. Jos sikiöllä on luotettavalla tutkimuksella todettu vaikea sairaus tai ruumiinvika, on raskaudenkeskeytys Suomessa mahdollinen raskausviikon 23 loppuun asti ($\leq 24+0$).

Geneettisessä kantajaseulonnassa etsitään peittyvästi periytyvän sairauden tautigeenin kantajia. Tavoitteena on tunnistaa sairautta aiheuttavia geenejä X-kromosomissa kantavat naiset (pojilla 50 %:n todennäköisyys saada tauti) tai parit, joista molemmat kantavat sairautta aiheuttavaa geeniä (lapsella 25 %:n todennäköisyys saada tauti).

Diagnostisilla sikiötutkimuksilla tarkoitetaan sikiön kehityshäiriön tai periytyvän taudin selvittämistä, kun sellaista epäillä joko seulontojen, perheen aikaisempien raskauksien tai muun syyn perusteella. Periytyvien tautien sikiötutkimuksia edeltää yleensä perinnöllisyysneuvonta. Diagnostisia sikiötutkimuksia ei käsitellä tarkemmin tässä suosituksessa.

Sikiöseulonnat ja geneettiset seulonnat eroavat muusta raskauden seurannasta siinä suhteessa, että kaikkiin löydettyihin ongelmiin ei ole olemassa parantavaa hoitoa. Tarkoituksena on siksi antaa sikiön äidille (vanhemmille) mahdollisuus raskauden keskeytykseen poikkeavuuden löytyessä. Keskeytyspäättös on luonteeltaan sellainen, että jos seulontaan osallistuvan tulee olla selvillä mahdollisuudesta joutua harkitsemaan raskauden keskeyttämistä. Seulontoja tarjottaessa ja niistä tiedotettaessa tulee ottaa tämä huomioon.

Kyse ei kuitenkaan ole vain raskauden keskeytyksestä tai jatkamisesta. Sikiön rakennepoikkeavuuden löytyminen kaikututkimuksessa voi myös parantaa lapsen ennustetta. Se vaikuttaa usein synnytysajankohdan ja -tavan valintaan sekä loppuraskauden seurantaan. Monia sikiön rakennepoikkeavuuksia voidaan hoitaa kirurgisesti lapsen synnyttyä. Tulokset ovat selvästi parempia, jos rakennepoikkeavuus on etukäteen tiedossa ja äiti synnyttää lapsen sairaalassa, jonka yhteydessä on korkeatasoinen lastenkirurginen hoitoyksikkö.

Tautigeenien kantajaseulonnat eroavat muista seulonnoista siinä suhteessa, että niiden antama tieto ei liity vain kyseiseen raskauteen, vaan se on elinikäinen ja antaa tietoa myös sukulaisten geeneistä.

2.2 Sikiöseulontojen käyttö Suomessa

Suomessa keskiraskauden kaikukuvausseulonta aloitettiin 1970-luvulla. Se on edelleenkin yleisin sikiöseulonta. Äidin iän perusteella seulontana tehtävät lapsivesitutkimukset otettiin käyttöön 1970-luvulla ja istukkanäytetutkimus 1980-luvulla. Äidin seerumin alfafetoproteiinisulonta (AFP) keskushermoston kehityshäiriöiden ja synnynnäisen nefroosin toteamiseksi aloitettiin 1970-luvun lopulla, ensin Kuopion yliopistosairaalan alueella. 1990-luvulla aloitettiin seerumiseulonta Downin oireyhtymän (21-trisomia) seulomiseksi. Seulontojen tarjoamisesta päättävät nykyisin kuntien terveyslautakunnat, joten käytäntö vaihtelee kunnittain. 93 % kunnista tarjosi kaikukuvausseulontaa vuonna 1993 (Santalahahti ym. 1998). Kahdessa kolmasosassa kuntia oli käytössä Down-seerumiseula vuonna 1995 (Asmala 1995).

Suomessa on 1990-luvulla keskeytetty sikiöindikaatioiden perusteella vuosittain 220—250 raskautta. Noin puolessa keskeytyksen syynä on ollut sikiön kromosomipoikkeavuus, näistä noin puolessa Downin oireyhtymä. Hieman alle puolessa tapauksista keskeytys tehdään sikiöllä todettujen rakenteellisten poikkeavuuksien vuoksi ja noin joka kymmenes sikiöindikaatiokeskeytys tehdään sikiön perinnöllisen sairauden tai sen riskin vuoksi. Vuosittain tehdään kymmenkunta keskeytystä äidin sairauden, lääkityksen tai muun altistuksen sikiölle aiheuttaman riskin vuoksi. Hermostoputken sulkeutumishäiriöiden määrä syntyneillä lapsilla on seulontojen aikana vähentynyt. (Annukka Ritvanen, Stakes 1999, henkilökohtainen tiedonanto.)

2.3 Seulontojen yleiset periaatteet

Seulonnalla etsitään oireettomilta henkilöiltä tiettyä tautia tai tilaa systemaattisesti. *Diagnostiikassa* pyritään etsimään potilaan oireiden syy tai selvittämään tarkemmin tutkimuksin, onko seulontatestissä positiivisen tuloksen saaneella henkilöllä todella etsitty tauti (Sackett ja Holland 1975). Seulontaa tarjotaan määritellylle väestöryhmälle ilman yksilöllistä harkintaa, kun taas diagnostiseen testiin hakeudutaan (Wildschut ym. 1996). Kun si-

kiöseulontojen käytön laajuutta pohditaan, on ratkaisevan tärkeää erottaa toisistaan seulonta ja diagnostinen toiminta.

Testin *sensitiivisyys* (herkkyys) kuvaa, kuinka hyvin testi löytää henkilöt, joilla todella on etsitty tauti tai tila: miten suuri osa näistä havaitaan eli saa positiivisen seulontatuloksen. Positiivinen seulontatulokset henkilöllä, jolla on etsitty tauti, on oikea positiivinen vastaus. Muut positiiviset tulokset ovat väärää positiivisia. Testin *positiivinen ennustearvo* kuvaa, miten suurella osalla kaikista testiposiitivisista on todellisuudessa etsitty tila. Testin *spesifisyys* (tarkkuus) taas kertoo, miten hyvin testi tunnistaa henkilöt, joilla ei ole etsittyä tautia tai tilaa: miten suuri osa tämän taudin suhteen terveistä henkilöistä saa negatiivisen seulontatuloksen. Kun seulotulla ei ole tautia eikä testitulokseen siihen viittaa, on seulontatulokset oikea negatiivinen. Tulos on väärä negatiivinen, jos henkilöllä on etsitty tauti tai tila, mutta seulontatulokset on kuitenkin negatiivinen. Taulukossa 5 on esimerkki siitä, miten tyyppinen seulontatesti tunnistaa etsityn taudin.

Taulukko 5. Seulontatestillä saatavia tuloksia. Luvut on laskettu Suomessa yhtenä vuonna syntyville lapsille, kun etsittävä tauti on 0,2 %:lla kaikista. Käytössä on melko hyvä testi, jonka herkkyys on 98 % ja spesifisyys 96 %.

<i>TESTI A</i>	<i>Tauti on</i>	<i>Ei tautia</i>	<i>Yhteensä</i>
Testi positiivinen (+)	118	2 395	2 513
Testi negatiivinen (-)	2	57 445	57 487
Yhteensä	120	59 880	60 000

- Testin herkkyys 98 % → testi havaitsee 118 todellista tautia 120:stä.
- Testin spesifisyys 96 % → testi tunnistaa 4 % terveistä (2 395 lasta) virheellisesti taudin kantajiksi.
- Testin positiivinen ennustearvo, eli oikeiden positiivisten osuus kaikista testin positiivisiksi osoittamista = $118/2\ 513 = 5\ %$.

Testin herkkyys ja spesifisyys riippuvat toisistaan. Kun herkkyyttä lisätään, vähenee tarkkuus. Mitä paremmin testi tunnistaa kaikki todelliset taudit, sitä enemmän se tuottaa myös väärää positiivisia tuloksia. Herkän testin positiivinen ennustearvo on matala. Yleensä käytetään ensin herkkää seulonaa, ja sen jatkotutkimuksena tehdään hyvin spesifinen testi positiivisen tuloksen saaneille. Jos jo ensimmäisessä seulonnassa käytetään hyvin spesifistä testiä, jää osa etsittävästä taudeista havaitsematta. Siksi on punnittava

tarkoin seulottaville vääristä positiivisista tai negatiivisista vastauksista aiheutuvat haitat. Geenitestit ovat muista poiketen sekä erittäin herkkiä että spesifisiä.

Maailman terveysjärjestö WHO julkaisi vuonna 1968 luettelon seulonnan periaatteista (Wilson ja Jungner 1968). Nämä peruskriteerit ovat yhä ajankohtaiset (taulukko 6). Osallistumisen vapaaehtoisuus sekä riittävä informointi ennen osallistumista ja seulonnan eri vaiheissa ovat nousseet uusiksi keskeiseksi periaatteiksi, jotka soveltuvat myös sikiö- ja geeniseulontoihin.

Taulukko 6. Seulonnan periaatteet WHO:n mukaan (Wilson ja Jungner 1968).

1. Seulonta kohdistuu tärkeään kansanterveysongelmaan
2. Seulottavalla taudilla on piilevä esiaste tai oireeton vaihe
3. Kyllin luotettava ja eettisesti hyväksyttävä seulontatesti on olemassa
4. Havaittavan taudin esiasteelle tai oireettomalle vaiheelle on hyväksyttävä hoito
5. Positiivisen seulontatuloksen varmentamiseen ja varmennetun taudin hoitoon on voimavaroja
6. Seulontakustannukset ovat realistiset suhteessa muuhun terveydenhuoltoon
7. Seulonta on jatkuvaa

2.4 Tavallisimmat sikiöseulontamenetelmät

2.4.1 Kaikututkimus (ultraäänitutkimus)

Raskaudenaikaisella sikiön kaikututkimuksella on monta tavoitetta, joista sikiön poikkeavuuksien seulonta on vain yksi (ks. luku 1.6). Sikiöseulontana kaikututkimus voidaan tehdä kahtena eri ajankohtana: keski- tai alkuras-kaudessa.

Keskiraskauden kaikututkimus. Tällä hetkellä tavallisin sikiöseulonta on raskausviikolle 16—19 ajoittuva kaikututkimus vatsanpeitteiden kautta. Suorittajana Suomessa toimii kaikututkimuksen tekemiseen koulutettu lääkäri, terveydenhoitaja, kättilö tai röntgenhoitaja. Rakennepoikkeavuuksien löytyminen vaihtelee tutkimuksen suorittajan kokemuksen ja myös käytettävän laitteen mukaan. Aivojen vaikeista epämuodostumista löytyy lähes 100 %, sydämen kehitysvirheistä taas vain 10—15 %.

Alkuraskauden kaikututkimus emätinanturilla. Uutena seulontatutkimuksena on eräillä alueilla käytössä emättimen kautta tehtävä kaikututkimus, joka tehdään ensimmäisen raskauskolmanneksen lopulla, raskausviikolla 13—14. Tutkimuksessa etsitään 3 mm:n tai sitä suurempaa sikiön niskaturvotusta. Menetelmä edellyttää tutkijalta hyvää perehtyneisyyttä ja hyvät laitteet. Suomessa tehdyssä tutkimuksessa raskausviikon 13—14 kaikututkimuksella seuloutui 0,8 % sikiöistä jatkotutkimuksiin (istukkanäyte tai lapsivesipunktio). Seulonnan herkkyys on kohtalainen: Downin oireyhtymistä löytyi 54 %, kaikista trisomioista 62 % ja kaikista kromosomivioista 69 %. Seulonnan positiivinen ennustearvo on samoin kohtalainen (24 %): kolmella neljästä testiposiitivisesta ei ollut poikkeavaa kromosomistoa istukka- tai lapsivesitutkimuksessa (Taipale ym. 1997).

Viimeisen raskauskolmanneksen kaikututkimuksesta seulontatarkoituksessa ei ole todettu olevan hyötyä.

Vanhempien on saatava riittävästi tietoja kaikukuvausseulonnan tarkoituksesta ja sen mahdollisista seurauksista ennen tutkimusta. Useimmissa kunnissa keskiraskauden kaikututkimus on monitarkoituksellisuutensa vuoksi vakiintunut käytäntö. Tutkimuksen koettu rutiininomaisuus ja sen antama tärkeä, tunnesiteitä vahvistava mahdollisuus “nähdä” sikiö ensi kerran hämärtävät tutkimuksen sikiöseulontatarkoitusta vanhempien mielessä.

2.4.2 Seerumiseulonta

Seerumiseulonnalla haetaan Downin oireyhtymää, keskushermostoputken sulkeutumishäiriötä ja synnynnäistä nefroosia. Seeruminäyte otetaan äidiltä raskausviikolla 15—16. Myös varhaisempia (raskausviikon 12—13) seerumiseulontoja on kehitetty, ja niitä kokeillaan Suomessakin.

Kun äidin seerumin koriongonadotropiini (hCG)- ja alfafetoproteiini (AFP) -määritysten tulokset suhteutetaan äidin ikään ja raskauden keston, tunnistaa seerumiseula raskauksista noin 5 %:n riskiryhmän, josta kromosomitutkimuksella (tavallisimmin lapsivesitutkimuksella) löytyy noin 60 % 21-trisomisista sikiöistä. Positiivisen seulontatuloksen raja on asetettu vastaamaan yli 35-vuotiaiden naisten riskitasoa Downin syndrooman suhteen ($\geq 1:350$ elävänä syntyneistä lapsista. Riskiryhmän lapsivesitutkimuksissa löytyy yksi Downin oireyhtymä 40—100 seerumiseulaposiitivista kohti (esim. Salonen ym. 1997).

Downin oireyhtymän seerumiseulonta toimii parhaiten yli 35-vuotiailla äideillä, nuoremmilla testi on epätarkempi. Tulosten arvioinnissa luotet-

tava tieto raskauden kestosta on tärkeä. Oletettua lyhyempi raskauden kesto lisää väriiden positiivisten tulosten määrää.

Äidin seerumin poikkeava AFP-arvo voi viitata mm. sikiön selkäydinkohjuun, keskushermoston epämuodostumaan, vatsanpeitteiden sulkeutumishäiriöön tai synnynnäiseen nefroosiin. Jatkotutkimuksina selvitetään sikiön rakenteet tarkoin kaikututkimuksin ja kromosomit lapsivesi- tai istukkapunktiolla. Vaikka lisätutkimuksissa ei havaittaisi epämuodostumia, seurataan raskauksia, joissa on todettu korkea AFP-arvo, tavanomaista tarkemmin niihin liittyvien lisääntyneiden loppuraskauden ongelmien takia. Tällaisia ongelmia ovat sikiön hidastunut kasvu, pre-eklampsia sekä ennenaikainen synnytys. Korkeasta AFP-arvosta huolimatta lapsi voi myös syntyä terveenä ja ongelmitta.

Ennen verinäytteen ottoa on tärkeätä selvittää äidille/vanhemmille, mistä seulonnassa on kysymys. Tällöin on korostettava näytteen antamisen vapaehtoisuutta samoin kuin sitä, että ns. positiivinen tulos ei tarkoita kromosomipoikkeavuuden toteamista vaan kuulumista riskiryhmään. Edelleen on korostettava, että Downin syndrooman seerumiseulonta ei anna varoitusta useimmista sikiön rakennevirheistä.

2.4.3 Sikiön kromosomitutkimus äidin iän perusteella

1960-luvun lopulla aloitettiin sikiötutkimukset lapsivedestä äidin iän perusteella, koska Downin oireyhtymän ja muiden trisomioiden riski suurenee äidin iän myötä. Äidin ikä on edelleen sekä Suomessa että muissa maissa käytössä seulontana tehtävän sikiön kromosomitutkimuksen perusteena. Seulontaikäraja kunnissa vaihtelee 35:stä 40 vuoteen. Istukkanäytteen käyttöönotto 1980-luvulla on edelleen korostanut ikäkriteerein tehtävän tutkimuksen merkitystä. Istukkanäyte otetaan raskausviikolla 11—12 ja lapsivesinäyte viikolla 14—15. Istukkanäytteen tulos valmistuu tavallisesti noin viikossa ja lapsivesinäytteen tulos noin kahdessa viikossa.

2.4.4 Sikiöseulontamenetelmien vertailua

Varhaisella kaikukuvausseulonnalla löydetään vähemmän rakennepoikkeavuuksia kuin raskausviikolla 16—19 tehtävällä, mutta sen avulla löydetään Downin syndrooma yhtä usein kuin seerumiseulonnalla ja lisäksi löydetään muita kromosomipoikkeavuuksia sekä voidaan saada varhainen epäily mm.

sydänvioista (katso luku 1.6). Varhaisen kaikukuvausseulonnan etuna on, että vääriä positiivisia löydöksiä on selvästi vähemmän kuin seerumiseulonnassa. Seerumiseulontaa käytettäessä joudutaan tekemään huomattavasti enemmän turhia lapsivesipunktioita kuin käytettäessä varhaista kaikukuvausseulontaa. Puntioon liittyy noin 0,5—1 %:n keskenmenoriski.

Kromosomitutkimusten tulosten valmistuminen istukkanäytteestä vaatii noin viikon, lapsivesinäytteestä noin kaksi viikkoa. Äidit voivat kokea suurta ahdistusta positiivisen seulontatuloksen jälkeen odottaessaan kromosomitutkimuksen tulosta. Vaikka tarkempi tutkimus osoittaisi seulontatuloksen virheelliseksi, joillakin äideillä epäily ja huoli sikiön terveydestä jatkuu loppuraskauden ajan. On esitetty myös sikiöseulontojen muuttavan raskauden “koeluonteiseksi” naisen mielessä. Nainen voi kokea raskauden todelliseksi ja varsinaisesti alkaneeksi vasta kun sikiöindikaatioin tehdyn raskaudenkeskeytyksen mahdollisuus väistyy (Santalahti 1998). Kun kromosomitutkimus tehdään seulontana äidin iän perusteella, välttyy suuri joukko äitejä seerumiseulan virheelliseen positiiviseen tulokseen liittyvästä, usein ahdistavasta jatkotutkimuksen ajankohdan ja valmistumisen odotusajasta. Keskeytykset sikiöindikaatioin voidaan tehdä raskauden varhaisemmassa vaiheessa. Sikiön kromosomitutkimus osoittaa kaikki kromosomipoikkeavuudet eikä pelkästään Downin syndrooman 21-trisomiaa. Toisaalta sekä istukka- että lapsivesipunktioihin liittyy keskenmenon riski myös terveille sikiöille (ks. taulukko 7b).

Varhaisella kaikututkimuksella jäävät seulomatta synnynnäinen nefroosi ja muut korkeita AFP-arvoja aiheuttavat sikiön rakennepoikkeavuudet. Suuri osa näistä, lukuun ottamatta synnynnäistä nefroosia, voi kuitenkin löytyä raskausviikolla 18—20 tehtävässä sikiön rakennekaikututkimuksessa.

Taulukossa 7a on vertailtu Downin oireyhtymän eri seulontamenetelmien tuloksia eri-ikäisten äitien raskauksissa. Lähtökohtana ovat Suomessa vuonna 1997 keskeytetyt raskaudet ja syntyneet lapset sekä havaitut Down-oireyhtymät (Syntymärekisteri 1997, Epämuodostumarekisteri 1997) sekä seulonnan herkkyys ja spesifisyys (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 1993, Torgerson 1996, Taipale ym. 1997). Seerumiseula- ja kaikututkimusvaihtoehdoissa sikiön kromosomitutkimus on oletettu tehtäväksi vain seulontapositiivisille, ja sen aiheuttaman keskenmenon riskiksi on arvioitu 0,5—1 %.

*Taulukko 7a. Downin oireyhtymän seulontavaihtoehdot. Lihavoidulla on merkitty taso, jossa löytyvien Down-sikiöiden lukumäärä on suurempi kuin keskeytyvien normaaliraskauksien. (Salonen ym. 1993, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 1993, Torgerson 1996, Epämuodostus-
 marekisteri 1997, Taipale 1997.)*

<i>Seerumiseula</i>					
<i>Äidin ikä</i>	<i>Lapsia/v</i>	<i>Down/v</i>	<i>Oikeat +</i>	<i>Väärät +</i>	<i>Keskeytyy</i>
< 25	11 016	7	2	220	1..2
25 - 29	19 898	15	6	597	3..6
30 - 34	18 620	37	19	1 303	7..13
35 - 39	8 220	42	32	1 644	8..16
40 -	1 811	35	34	1 195	6..12
Yhteensä	59 565	136	93	4 960	25..49

<i>Äidin ikä</i>	<i>Varhainen kaikututkimus</i>			<i>Sikiön kromosomitutkimus</i>	
	<i>Oikeat +</i>	<i>Väärät +</i>	<i>Keskeytyy</i>	<i>Oikeat +</i>	<i>Keskeytyy</i>
< 25	4	66	0..1	7	55..110
25 - 29	8	119	0..1	15	99..199
30 - 34	20	112	0..1	37	93..186
35 - 39	23	49	0..1	42	41..82
40 -	19	11	0..1	35	9..18
Yhteensä	73	357	2..4	136	298..596

Oikeat += Löytyvät Down-sikiöt, Väärät += Virheellisesti Down-sikiöiksi epäillyt,
 Keskeytyy = Tutkimuksen takia keskeytyvien raskauksien määrä.

Taulukossa 7b on 35—39-vuotiaiden raskaudet kumuloitu vuosien 1993—1996 ajalta sekä verrattu Down-sikiöiden esiintyvyyttä ikäryhmittäin siihen, miten monta keskenmenoa kaikille suoraan tehtävä kromosomitutkimus laskennallisesti tuottaisi eri-ikäisillä äideillä.

Taulukko 7b. Down-sikiöiden määrä vuosittain ja keskenmenoriskin suuruus 35—39-vuotiailla äideillä, jos kromosomitutkimus tehdään ensitutkimuksena. (Epämuodostumarekisteri, Stakes).

Äidin ikä	Lapsia/v	Down/v	Keskenmenoja/v	
			0,5 %*	1 %*
35	2 301	8	12	23
36	1 882	10	9	19
37	1 499	11	7	15
38	1 141	7	6	11
39	905	10	5	9

* Sikiötutkimuksista aiheutuva keskenmenon riski.

Eri menetelmien herkkyys ja spesifisyys sekä raskauksien keskeytymisen riski voivat vaihdella mm. tekijän kokemuksen, käytettävän laitteiston ja vuotuisten tutkimusmäärien mukaan. Seerumiseulonta on menetelmästä kustannuksiltaan matalin, kromosomitutkimus kallein. Halutessaan äidit voivat hakeutua kaikkiin tutkimuksiin myös yksityissektorille. Iäkkäämpien synnyttäjien osuus on suhteellisesti lisääntynyt koko 1990-luvun (taulukko 8), ja väestön hyvät tiedot seulontavaihtoehdoista lisäävät tarvetta asiantuntevaan neuvontaan. Nämä seikat on myös hyvä ottaa huomioon päätettäessä kunnan sikiöseulontaohjelmasta. Suoraan kromosomitutkimukseen ohjattavien ikäraja vaihtelee nykyisin kunnittain 35 ja 40 vuoden välillä.

Taulukko 8. Yli 35-vuotiaiden osuus synnyttäjistä Suomessa (%).

Vuosi	35 - 39-v.	≥ 40-v.	≥ 35-v.
1991	11,2	2,5	13,7
1992	11,4	2,6	14,0
1993	11,5	2,5	14,0
1994	12,0	2,5	14,5
1995	12,5	2,8	15,3
1996	13,3	2,8	16,1
1997	13,8	3,0	16,8

2.5 Tautigeenin kantajien seulonta

Tautigeenin kantajien seulonnalla pyritään geenitestin avulla tunnistamaan riskiparit, joissa molemmat vanhemmat ovat samaa tautia aiheuttavan geenivirheen kantajia. Tekniset valmiudet yhä useamman tautia aiheuttavan geenivirheen toteamiseen lisääntyvät nopeasti. Nykyisin voidaan esimerkiksi usean ns. suomalaisen tautiperintöön kuuluvan taudin geenivirhe osoittaa jopa yhdestä verinäytteestä. Tällä hetkellä Suomessa ei ole meneillään yhtään tautigeenin kantajien seulontaohjelmaa. Valmiudet esimerkiksi synnyttävän nefroosin kantajaseulontaan ovat kuitenkin olemassa.

2.6 Sikiöseulontojen eettiset kysymykset

Sikiöseulontoja tulee pohtia myös eettiseltä kannalta, sillä seulontapäätökset nojaavat tietojen lisäksi myös arvoihin. Eettisiksi ongelmakohtiksi noussevat toisaalta raskaana olevan naisen oikeus tietää tai olla tietämättä sikiön vammaisuuden mahdollisuudesta ja toisaalta sikiön ja lapsen oikeus elämään. Näihin kysymyksiin ei ole mustavalkoisia vastauksia. Yhteiskunta eli hoitojärjestelmästä vastaavat päättäjät joutuu ottamaan kantaa siihen, mitkä ovat sellaisia ruumiinvikoja tai vammoja, joiden seulomismahdollisuutta väestölle tarjotaan. Äiti tai vanhemmat taas joutuvat ratkaisemaan, osallistuako seulontaan ja mahdollisiin jatkotutkimuksiin sekä keskeytetäänkö raskaus, jos sikiöllä todetaan poikkeavuus.

Eettiset kysymykset yhteisön tasolla

Pohjimmiltaan kysymys on terveyden ja vammaisuuden arvosta. Tiettyjen epämuodostumien ja vammojen seulontamahdollisuuden tarjoaminen perustuu oletukseen, että seulottavien vammojen aiheuttama rasitus tai muut ongelmat ovat sitä luokkaa, että vanhemmat voivat katsoa aiheelliseksi raskaudenkeskeytyksen. Yhteisö ottaa tämän näkökulman vammaisuuteen silloin, kun se päättää tarjota testiä kaikille tasapuolisesti. Päätös seulontaan osallistumisesta ja testitulosten käytöstä on kuitenkin yksin vanhempien vastuulla. He joutuvat pohtimaan, millaiseen vanhemmuuteen he ovat valmiita ja mihin heidän voimavaransa riittävät. Yhteisön tehtävänä on tukea vanhempia löytämään itselleen oikea päätös ja kantamaan sen seuraukset. Seulontamahdollisuuden tarjoaminen ei milloinkaan voi olla velvoite seulontaan osallistumiseen eikä seulonnasta kieltäytyviä tai tietoisesti vammai-

sen lapsen synnyttäviä vanhempia pidä missään olosuhteissa syyllistää, vaan tukea kaikin mahdollisin tavoin. Hoitojärjestelmällä on vastuu tarjota oikeata tietoa sekä velvoite kunnioittaa yksilön päätöksiä ja tukea yhdenvertaisuutta. Niin vammaisilla kuin terveilläkin lapsilla on oikeus syntyä toivottuna. Yhteiskunnan, joka tarjoaa mahdollisuuden sikiöseulontaan sitä haluaville vanhemmille, tulee myöskin suunnata riittävästi voimavaroja vammaisten ja heidän perheidensä elämänlaadun turvaamiseen.

Seulontamahdollisuuden tarjoaminen osana julkista terveydenhoitojärjestelmää edellyttää myös, että seulontojen kustannukset ovat hyväksyttävät suhteessa muuhun terveydenhuoltoon. Kaikkia mahdollisia sikiöseulontoja ei tarjotakaan julkisesti rahoitettuina. Myös yksityisesti on saatavilla sikiötutkimuksia, joita vanhemmat voivat halutessaan ostaa. Näidenkin testien tulokset johtavat usein päätöksiin, jotka toteutetaan julkisessa terveydenhuollossa. Seulonnan kustannus-hyötyanalyysin tekeminen vammaisuuden kustannuksiin vertaillen on eettisesti pulmallista. Käytettyjen rahallisten arvotusten perustelut voidaan valita monin eri tavoin.

Eettiset kysymykset yksilön tasolla

Seulontojen tarjoamisen periaate on, että naisella ja hänen puolisoillaan on mahdollisuus halutessaan saada tietoa lapsen mahdollisesta vammasta tai epämuodostumasta; samalla heidän tulee ymmärtää edessään mahdollisesti oleva päätös raskauden jatkamisesta. Vanhempien päätösvalta ei merkitse, että he olisivat vastuussa lapsensa vammaisuudesta, jolleivät he halua osallistua seulontoihin tai hakea raskaudenkeskeytystä.

Jokaisen sikiöseulontojen kanssa työskentelevän on ymmärrettävä ne kysymykset, joita lasta odottava nainen ja pariskunta mahdollisesti joutuvat pohtimaan testiin osallistuessaan ja testituloksen saatuaan. On eettisesti väärin asettaa ketään tällaisen kysymyksen eteen valmistelematta. Raskauden myöhäinen keskeytys sikiön vamman takia on psyykkisesti raskaampi ratkaisu kuin varhainen, sosiaalisin perustein tehty abortti. Raskaana olevien tulee saada edeltä käsin riittävästi asianmukaista tietoa päätöksistä, joita seulontaan osallistuminen voi vaatia. Positiivisen seulontatuloksen saatuaan vanhemmat tarvitsevat nopeasti asiantuntevaa tietoa jatkotutkimuksista. Oman tarpeensa mukaan heille tulee myös antaa, joko heti ensiseulonnan jälkeen, jatkotutkimusten aikana tai viimeistään niiden varmistettua mahdollisen vamman, tietoja sen laadusta, vammaisena elämisestä ja tukimahdollisuuksista. Kaikki ratkaisut pohjautuvat vanhempien yksilöllisiin arvoihin ja tilanteeseen. Halua olla tietämättä on myös kunnioitettava.

2.7 Sikiöseulontojen järjestämisen perusteet

Sikiö- tai kantajaseulonnan aloittamista harkittaessa tulee siis ottaa huomioon sekä WHO:n yleiset seulontaperiaatteet: seulottavan taudin yleisyys ja vaikeus, mahdollisuudet sen hoitoon, seulonnan tekniset edellytykset sekä palvelujärjestelmän edellytykset järjestää seulonnat neuvontoineen asianmukaisesti (taulukko 6), että sikiöseulontojen erityispiirteet. Ainakin seuraavista kysymyksistä tulisi keskustella yhteisössä avoimesti, myös arvojen erilaisuutta pohtien:

1. *Seulottavan taudin tärkeys kansanterveysongelmana.* Kaikkien seulontatestiä käytössä on harkittava, onko seulottava tauti tai tila niin yleinen ja vaikea, että sen seulonta on perusteltua.
2. *Mahdollisuudet hoitaa seulottavaa tautia.* Vain muutamien sikiöseulonnalla löytyvien tilojen kohdalla voidaan taudinkulkuun vaikuttaa hoidollisesti.
3. *Hoidon hyväksyttävyyys.* Kun seulonnan ja jatkotutkimusten tuloksena on mahdollisuus valita raskauden keskeyttäminen sikiöindikaatioin, on seulonnan eettistä perustaa ja siihen liittyviä arvoja pohdittava huolellisesti ja avoimesti.
4. *Seulonnan tekniset edellytykset.* Käytettävien testien luotettavuutta ja eettistä hyväksyttävyyttä arvioitaessa tulee keskustella oikeiden ja väärin testitulosten vaikutuksista sekä tutkimusten aiheuttamista riskeistä. *Väärät positiiviset* tulokset aiheuttavat tarpeetonta huolta. *Väärät negatiiviset* löydökset ovat myös pulmallisia: negatiivisen seulontatuloksen jälkeen syntyvä vammaisuus voi olla vaikeammin hyväksyttävä kuin lapsi, josta seulontatietoa ei ollut. *Diagnostisten tutkimusten riskit* on minimoitava. Lapsivesi- ja istukkanäytetutkimuksiin liittyy 0,5—1 %:n keskenmenoriski (ks. taulukko 7b).
5. *Vapaaehtoisuuden periaate ja seulontaan osallistuvien omien arvojen kunnioittaminen.* Lasta odottavien vanhempien tulee kaikissa vaiheissa saada tehdä ratkaisunsa ilman painostusta suuntaan tai toiseen. Suhtautuminen aborttiin tai keskenmenoon voi vaikuttaa merkittävästi päätöksiin osallistua seulontoihin. Eri ihmisten käsitykset hyväksyttävistä riskeistä vaihtelevat. Terveystieteiden ammattilaisten tulee toimia tuomatta esiin omia arvonäkemyksiään.
6. *Tiedon ja tuen tarjoaminen.* Sikiöseulontoihin osallistuvat tarvitsevat päätöksensä pohjaksi asianmukaista ja oikeaa tietoa sekä tukea sopeutumisessaan usein vaikeisiin ratkaisuihin. Palvelujärjestelmän on pys-

tyttävä kaikissa tilanteissa takaamaan riittävä, vastaanottajan omaksumiskyvyn huomioon ottava, sisällöltään neutraali tiedottaminen sekä tarpeen vaatima tuki ja hoitoon ohjaaminen naisille ja heidän puolisoilleen. Tietoa ja tukea tarvitaan sekä ennen seulontoja että niiden aikana ja jälkeen.

7. *Koulutus ja konsultointi.* Kaikkien seulontoihin osallistuvien ammattilaisten (lääkärit, kätilöt, terveydenhoitajat, röntgenhoitajat jne.) pitää olla asianmukaisesti koulutettuja ja saada tarpeen mukaan täydennyskoulutusta. Konsultointi tulee järjestää selkeäksi ja nopeaksi yli ammattikuntarajojen.
8. *Jatkotutkimusten keskittäminen.* Epäiltäessä sikiön rakennepoikkeavuutta äiti on lähetettävä yksikköön, jossa on hyvä kokemus sikiön rakenteiden kaikututkimuksista. Vanhempien kanssa käytävät keskustelut lapsen ennusteesta sekä pohdinta mahdollisesta raskaudenkeskeytyksestä edellyttävät hyvää obstetrista asiantuntemusta, kokemusta sekä konsultointia erityisesti perinnöllisyyslääkäreiden, lastenlääkäreiden, lastenkirurgien ja sosiaalityöntekijöiden kanssa. Käytännössä tällaisia yksiköitä ovat lähinnä yliopistolliset keskussairaalat. Keskeytys on syytä tehdä paikassa, jossa sikiön diagnoosi voidaan varmistaa jatkotutkimuksin. Tämä on tärkeää myöhempien raskauksien suunnittelulle.

2.8 Suositukset sikiöseulonnoista

Menetelmät

- Jos raskauden aikana tehdään vain yksi kaikukuvausseulonta, se ajoitetaan raskausviikolle 16—19. Jos äiti kieltäytyy rakennetutkimuksista, kaikukuvausseulontaa ei tehdä lainkaan.
- Downin syndrooman sikiöseulontakäytännöksi suositellaan varhaista kaikukuvausseulontaa raskausviikolla 13—14 tai seerumiseulontaa viikolla 15—16. Molempia ei pidä tehdä.
- Yli 39-vuotiaille tarjotaan mahdollisuus sikiön kromosomitutkimukseen, joko istukanäytteestä raskausviikolla 11—12 tai lapsivesinäytteestä viikolla 14—15. 35-vuotiaille ja sitä nuoremmille tehdään ensin seerumiseulonta tai varhainen kaikukuvaus ja vain seulontapositiivisille tehdään sikiön kromosomitutkimus. 36—38-vuotiaiden synnyttäjien seulontaa voidaan toteuttaa jommallakummalla tavalla. Suoran kromosomitutkimuksen ikäraja riippuu siitä, halutaanko minimoida keskenmenon

riski vai maksimoida Down-sikiöiden löytymisen mahdollisuus. Ikäraja on syytä asettaa ja perustella selkeästi.

- Varhaisen kaikututkimuksen tai seerumiseulonnan lisäksi voidaan tehdä toinen kaikututkimus keskiraskaudessa. Sen tavoitteena on erityisesti löytää sellaiset rakenneviat, joissa tehostettu raskauden seuranta parantaa ennustetta, ja se on syytä tehdä vasta viikolla 18—20.

Tiedottaminen ja tukeminen

Äidille tai pariskunnalle tulee antaa tietoa seulonnoista näytteen ottoa tai tutkimusta edeltävällä käynnillä harkinta-ajan takaamiseksi. Vanhempien tarpeiden ja omaksumiskyvyn mukaista tietoa ja tukea on annettava seulonnan joka vaiheessa. Perheet tarvitsevat tietoa myös muista kuin lääketieteellisistä asioista kuten sosiaaliturvasta, vammaisten palveluista sekä koulutus- ja työmahdollisuuksista. Psykososiaalista tukea voivat tarvita sekä raskaudenkeskeytykseen päätyneet että raskauttaan jatkavat vanhemmat.

Koulutus ja resurssointi

Ennen sikiöseulontaa tulee henkilökunnalle antaa siihen riittävä koulutus sekä varmistaa tiedotuksen, neuvonnan ja tuen vaatimat voimavarat. Ammattilaisten tulee olla selvillä seulottavien tautien yleisyydestä, luonteesta, ennusteesta ja hoitomahdollisuuksista.

Käytäntöjen yhteneväisyys

Seulontalinjauksissa tulisi pyrkiä alueellisiin tai koko maan kattaviin käytäntöihin. Kuntien välisiin eroihin seulonnan tarjoamisessa on harvoin perusteluja, ja vaihtelevat käytännöt luovat tarpeetonta eriarvoisuutta. Yhteinen päätöksenteko mahdollistaa perusteellisemmän ja monipuolisemman keskustelun. Käsitukset ja tutkimustieto eri menetelmistä muuttuvat nopeasti. Vanhentuneiden menetelmien käytöstä poistaminen ja turhien tutkimusten aiheuttamien kustannusten välttäminen edellyttävät joustavaa päätöksentekoa.

Tarvittava asiantuntemus päätöksenteossa

Seulontakäytäntöjä ohjaavia päätöksiä valmisteltaessa tulee raskautta ja synnytystä koskevan asiantuntemuksen lisäksi olla käytettävissä seulottavaksi aiotun taudin kliininen, epidemiologinen ja geneettinen tuntemus,

hoitotieteellinen, psykologinen ja eettinen asiantuntemus. Välittömät seuraamukset hoitojärjestelmälle, niiden mukana tiedotuskustannukset, tulee huomioida.

Päätökset kantajaseulonnoista

Tautigeenien kantajien seulonnan erityispiirteiden ja -vaatimusten selvittäminen äidille/vanhemmille edellyttää muita raskaudenaikaisia seulontoja perusteellisempaa informaatiota ja neuvontaa. Tällaisten seulontojen käynnistämiseksi on noudatettava STM:n geeniseulontatyöryhmän suosituksia (STM 1998).

Kirjallisuus

Asmala, K.: Downin oireyhtymän seulonta Suomessa. *Suom Lääkäril* 25: 2585—88, 1995.

Lastensuojelun Keskusliitto/YTRY: Unelmia ja tätä päivää. Moniste 15.4.1994.

Neilson, J. P.: Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999.

The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: Report of RCOG Working Party on Biochemical Markers and the Detection of Down's Syndrome. RCOG Press, 1993.

Rutinmässig ultraljudsundersökning under graviditet. SBU-rapport nr 139. SB Offset, Tukholma, 1998.

Saari-Kemppainen, A., Karjalainen, O., Ylöstalo, P., Heinonen, O. P.: Ultrasound screening and perinatal mortality: Controlled trial of systematic one-stage screening in pregnancy. *Lancet* 336: 387—91, 1990.

Sackett, D. L., Holland, W. W.: Controversy in the detection of disease. *Lancet* 1975;ii:357—359.

Salonen, R., Simola, K. O., Harjulehto-Mervaala, T., Aro, T., Saxén, L.: Downin oireyhtymän esiintyminen ja sikiödiagnostiikka Suomessa 1984—88 *Duodecim* 109, 681, 1993.

Salonen, R., Turpeinen, U., Kurki, L. ym.: Alkuraskauden seerumiseulonta Helsingissä: tulokset ja äitien mielipiteet. *Duodecim* 113: 2548—55, 1997.

Santalahti, P.: Prenatal screening in Finland - availability and women's decision making and experiences. STAKES Research report 94. Jyväskylä, 1998.

Santalahti, P., Hemminki, E.: Use of prenatal tests in Finland. *Eur J Public Health* 8: 8—14, 1998.

STM Geeniseulontatyöryhmän suositus. STM työryhmämuistioita 1998:5.

Torgerson, D.: The impact of maternal age on the cost effectiveness of Down's syndrome screening. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 103: 581—583, 1996.

Taipale, P., Hiilesmaa, V., Salonen, R., Ylöstalo, P.: Sikiön niskaturvotus ja kromosomihäiriöt. *Duodecim* 113: 2540, 1997.

Wildschut, H. I. J., Weiner, C. P., Peters, T. J. (eds.): *When to screen in obstetrics & gynecology*. WB Saunders, London, 1996.

Wilson, J. M. G., Jungner, G.: *The principles and practice of screening for disease*. Public Health Papers, 34. Geneva: World Health Organisation, 1968.

3 Vastasyntyneen seulonta

Suomessa on käytössä napaverestä tehtävä TSH-määritys synnynnäisen kilpirauhasen vajaatoiminnan toteamiseksi. Mikäli tulos ylittää ns. hälytysrajan, asiasta ilmoitetaan puhelimitse ao. sairaalaan, missä otetaan kontrolli-TSH ja myös T4-näyte sekä aloitetaan tyroksiinilääkitys. Jos diagnoosi osoittautuu oikeaksi, hoitoa jatketaan. Jos se taas osoittautuu vääräksi positiiviseksi, hoito lopetetaan, eikä jatkotutkimuksia enää tehdä.

Hypotyreoosin lisäksi myös monien muiden vastasyntyneiden metabolisten sairauksien seulontaan on olemassa käytännön mahdollisuudet. Tällaisia sairauksia ovat fenyylketonuria, galaktosemia, vaahterasiirappitauti, homokystinuria, biotinidaasin puute, sirppisolutauti, kystinen fibroosi, synnynnäinen lisämunuaishyperplasia ja tyrosinemia. Näistä sairauksista ainoastaan kahta viimeksi mainittua esiintyy merkittävässä määrin Suomessa. Näiden seulontaa ei toistaiseksi kuitenkaan ole katsottu aiheelliseksi. On kuitenkin muistettava Suomen ulkopuolelta muuttaneiden synnyttäjien vastasyntyneiden seulonnan erityiset syyt.

Tutkimusluonteisesti maassamme on käynnissä vastasyntyneiden napaverestä tehtävä geeniseulonta nuoruusiän diabetesriskin kartoittamiseksi.

Seulonnaksi voidaan katsoa myös jokaiselle vastasyntyneelle tehtävä kliininen tutkimus, jossa pyritään selvittämään lapsen kypsyysaste, neurologinen status sekä rakenteelliset poikkeavuudet (kuten ulkoiset epämuodostumat, sydänviat, lonkkaluksaatio).

II

Äitiysneuvolan ja synnytyssairaalan yhteistyö

4 Yhteistyön keinot äitiyshuollossa

Äitiyshuollon tuloksellisuus edellyttää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon systemaattista, tiivistä ja toisiaan arvostavaa yhteistyötä, jolla on Suomessa pitkät perinteet. Maassa on syntynyt erilaisia toimivia käytäntöjä yhteistyön ylläpitämiseksi. Yhteistyötä hankaloittaa joskus kilpailu asiakkaita etenkin samalla alueella toimivien sairaaloiden välillä.

Äitiyshuoltoa tulisi tarkastella kokonaisuutena, palveluketjuna. Palveluketjulla tarkoitetaan saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaa ja organisaatorajat ylittävää palveluprosessien kokonaisuutta, josta väestövastuisella yksiköllä on seurantavastuu (STM 1998).

Saumattoman hoito- ja palveluketjun tavoitteita ovat (STM 1998):

- asiakaslähtöisyys, asiakkaan itsemäärääminen ja hänen tarpeistaan organisoituva ketju, johon asiakas osallistuu ja vaikuttaa aktiivisesti.
- palveluketju osana asiakkaan hyvinvointia, terveyttä ja itsenäistä selviytymistä tukevaa sosiaalista verkostoa.
- saumaton, organisaatorajat ylittävä palvelu, organisaatorajat ovat asiakkaalle näkymättömiä, tieto liikkuu, auttajat konsultoivat, asiakas liikkuu vain, kun se on välttämätöntä.
- palvelu ja hoito on koko ajan hallinnassa riippumatta siitä, mikä yksikkö kulloinkin palvelua antaa. Asiakas on selvillä palveluketjun kokonaisuudesta.
- esteetön tiedonkulku ja tietosuojan paraneminen, asiakkaalla on itsemääräämisoikeus tietoihinsa.

Saumaton hoito- ja palveluketju edellyttää

- palveluketjuun kuuluvien prosessien tunnistamista
- toimintojen uudelleenorganisoimista asiakkaan näkökulmasta
- palveluprosessin ketjuttamista saumattomiksi kokonaisuuksiksi
- prosessien muodostaman kokonaisuuden hallinta organisaatio- ja ammattikuntarajat ylittävällä yhteistyöllä
- tiedon saantia, välitystä ja yhteistyötä tukevaa teknologiaa
- paikallisia ratkaisumalleja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen, potilaiden, omaisten, järjestöjen ja muun sektorin yhteistyössä.

Alueellinen yhteistyö

Sairaanhoitopiirissä tulee sopia hoidon porrastuksesta ja työnjaosta keskus-sairaalan sekä alueen muiden sairaaloiden synnytysosastojen ja äitiyspoli-
klinikoiden, terveyskeskusten ja yksityisten äitiyshuollon yksiköiden kes-
ken. *Yhteisissä tapaamisissa* sovitaan äitiyshuollon tavoitteet, toimintalinjat,
hoitokäytännöt ja seuranta.

Äitiyshuollon ammattitaidon ylläpitämiseksi on säännöllinen ja syste-
maattinen *alueellinen täydennyskoulutus* tärkeää. Koulutuksessa voidaan
käsitellä uusia hoitokäytäntöjä sekä äitiyshuollon ongelmia eri alojen asian-
tuntijoiden — myös asiakkaiden — kanssa ja samalla antaa palautetta puo-
lin ja toisin. Täydennyskoulutusta tarvitsevat sekä lääkärit että hoitohenki-
lökunta, sekä yhdessä että erikseen.

Alueelliset hoito-ohjelmat, kuten äitiyspoliklinikalle lähettämisen kri-
teerit, tai lyhytjälkihoitoisen synnytyksen käytännöt, valmistellaan ja pide-
tään ajan tasalla yhteistyössä koko toiminta-alueen yksiköiden kanssa. Sa-
malla alueella ei enää tulisi olla käytössä keskenään ristiriitaisia eikä yhden
laitoksen yksinään laatimia ohjeita. Hoito-ohjelmat tulisi laatia tuoreimpaan
tieteelliseen näyttöön pohjautuvien hoitosuosituksen avulla ja poikkeamat
suosituksista on tarpeen perustella.

Tiedon kulku ja sen kehittäminen

Hoidon turvallisuuden ja jatkuvuuden takaamiseksi on tiedonvälitys äitiys-
poliklinikan ja äitiysneuvolan yhteistyössä olennaista. Ajan tasalla olevat
yhteystiedot ovat välttämättömät. Äitiyskortti, esitietolomake ja lähetteet
selvittävät äitiyspoliklinikalle äitiysneuvolan keräämää tietoa synnyttäjistä
ja hänen raskaudestaan, väliepikriisit ja synnytystiedot taas kulkevat sairaa-
lasta neuvolaan. Lyhentyneet hoitoajat synnytyksen jälkeen edellyttävät
epikriisien ja muun tiedon nopeaa kulkua äitiysneuvoloihin. Samoin *ajan-
varausten* sujuvuus molempiin suuntiin on tärkeää.

Perinteisen kirjallisen tiedon siirron rinnalle on tullut puhelin, faksi ja
sähköposti. Läheteiden elektronista siirtoa neuvoloista synnytyssairaalaan
kokeillaan. *Tietosuojasta* on pidettävä huolta ja asiakkaan suostumus tie-
don siirtoon tulee varmistaa. Synnytyksiä hoitavissa sairaaloissa ja perus-
terveydenhuollossa voidaan nimetä äitiyshuollon *vastuuhenkilöt*, joiden
kautta yhteydet toimivat parhaiten. *Konsultaatioyhteydet* molempiin suun-
tiin, myös hoitohenkilökunnan välillä, ovat yhteistyölle eduksi.

Ryhmätyön uudet muodot palvelevat yhteistä asiakasta. Äitiysneuvolan mahdollisuus konsultoida puhelimitse äitiyspoliklinikan lääkäriä tai kättilää säästää odottavan äidin mahdollisilta turhilta käynneiltä, samoin KTG-käyrän lähettäminen ja tulkinta puhelimen välityksellä. Erityistapauksissa voidaan tarvita jopa neuvolan terveydenhoitajan käyntiä synnytysosastolla joko lapsen tai synnyttäjän ongelmien vuoksi. Synnyttäjän ja perheen ottaminen mukaan päätöksentekoon niin äitiysneuvolassa kuin äitiyspoliklinikalla lisää tietoa ja turvallisuutta sekä hoitoon sitoutumista.

Yhteistyön kehittäminen

Henkilökunnan *työkierto* ja *tutustuminen toisen toimintaan*, (esim. tutustumiskäynnit synnytyssairaaloiden ja äitiysneuvoloiden välillä) lisäävät tietoa yhteistyökumppanien työympäristöstä. Ne mahdollistavat avoimen keskustelun työhön liittyvistä odotuksista, tutustuttavat ongelmiin ja voimavaroihin. Erityisen tärkeää tämä on mm. perhevalmennuksen tavoitteiden ja sisällön määrittämisessä.

Eräänä yhteistyömuotona joissakin sairaanhoitopiireissä on äitiysneuvolan ja synnytyssairaalan välillä käynnistetty ns. kummikätilötoiminta. Sairaalan synnytysosaston kättilöillä on kummialueena esimerkiksi kunta tai terveyskeskuksen osa-alue. Kummikätilö toimii yhteyshenkilönä äitiysneuvolaan päin, tiedottaa uusista hoitokäytännöistä. Terveydenhoitaja tietää keneen ottaa yhteyttä erilaisissa yhteistyökysymyksissä ja synnyttäjien ongelmissa. Yhteyden ottaminen on helpompaa kun molemmat tuntevat toisensa. Kummikätilö voi toteuttaa yhdessä terveydenhoitajan kanssa perhevalmennuksen synnytystä koskevan osuuden.

Äitiyshuollon *yhteistyön laatua* voidaan myös arvioida. Esimerkiksi ennen potilaan neuvolaan paluuta tulleiden epikriisien osuus antaa kuvan synnytyssairaalan toiminnasta. Yksikköä voidaan verrata itseensä tai toisiin vastaaviin yksiköihin. Näin voidaan seurata hoidon porrastuksen toteutumista, vähentää mahdollisia tarpeettomia käyntejä sekä löytää keinoja, joilla yhteistyön taso entisestään kohentuu.

Taulukko 9. Äitiyshuollon yhteistyön keinoja.

<u><i>Tiedon kulku</i></u>	<u><i>Yhteistyön kehittäminen</i></u>
ajantasaiset yhteystiedot	työkierto
vastuuhenkilöt	tutustumiskäynnit
ajanvarausjärjestelmät	alueellinen täydennyskoulutus
ryhmätyö	yhteistyön laadun seuranta
asiakkaan osallistuminen	
	<u><i>Alueelliset yhteistyörakenteet</i></u>
	alueelliset tapaamiset
	yhteiset hoito-ohjeet
	porrastuskäytäntö

Kirjallisuus

STM: Saumaton hoito- ja palveluketju, asiakaskortti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 1998: 8.

5 Suositus asiakkaan ohjaamisesta äitiyspoliklinikalle

Hoitosuositus on tarkoitettu äitiysneuvolassa toimivien kättilöiden, terveydenhoitajien ja lääkäreiden toiminnan tueksi, kun he tekevät hoitopäätöksiä asiakkaan kanssa. Yhdessä oman alueen äitiyspoliklinikan kanssa suositukset voidaan muokata alueellisiksi tai paikallisiksi hoito-ohjelmiksi. Paikallinen harkinta ja tarvittaessa konsultointi etenkin mutkikkaissa tapauksissa on suotavaa.

Lähete osoitetaan äitiyspoliklinikan lääkärille, joka saamiensa tietojen perusteella harkitsee käynnin tarpeen ja kiireellisyyden. Sen mukaan asiakas kutsutaan tarvittaessa tutkimuksiin. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken on yleensä hyvä selvittää, johtaako lähete pysyvään tai toistuvaan polikliiniseen seurantaan vai riittääkö kertakonsultaatio.

Raskautta on poikkeuksetta tarpeen seurata äitiysneuvolassa silloinkin, kun äidin jatkuvan sairauden, keinoalkuisen raskauden tms. takia jatkuva äitiyspoliklinikan seuranta on tarpeen. Terveysneuvonta, perheen tukeminen ja raskauteen liittyvien sosiaalisten etujen järjestelyt sujuvat luontevimmin perusterveydenhuollossa.

Lähettäjälle annetaan aina palaute. Jos alkuperäinen lähete on osoitettu suoraan muulle erikoisalalle, olisi varmistettava tiedon kulku äitiyspoliklinikalle. Potilaalle ja perheelle tulee myös antaa selvät tiedot siitä, miksi lähete kirjoitetaan ja mitä sen seurauksena on odotettavissa. Puoliso tai muu tukihenkilö on aina tervetullut mukaan poliklinikalle, jos odottava äiti sitä toivoo. Lähetteet tehdään aina äidin luvalla.

Sähköpostin avulla voitaisiin läheteiden käsittelyä nopeuttaa, mutta toistaiseksi vain harvoin on käytettävissä tähän tarvittavaa tekniikkaa. Etenkin tietosuoja-asiat ovat vaikeasti ratkaistavissa. Avoimia internetyhteyksiä ei potilaskohtaisissa asioissa saa käyttää.

5.1 Raskauden suunnittelu

Erityisesti pitkäaikaissairautta potevien naisten raskauksien suunniteltu alkaminen edellyttää asiantuntevia palveluja terveyskeskuksissa. Tähän tarvitaan erityisosaamista, jotta raskauden alkaminen voitaisiin ajoittaa sopivasti. Suunnittelematon raskaus saattaa olla huomattava psyykkinen, sosiaalinen ja jopa fyysinen terveyshaitta.

Ennen raskauden alkua olisi hyvä, jos tietyissä tapauksissa voitaisiin asioista neuvotella jo etukäteen oman äitiysneuvolan ja tarvittaessa äitiyspoliklinikan kanssa. Kaikista alla olevista ongelmista on hyvä tehdä lähete äitiyspoliklinikalle. Lähetteessä olisi myös hyvä ottaa kantaa siihen, onko lähettäjän mielestä syytä potilaan käyntiin henkilökohtaisesti vai voidaan-ko ongelma hoitaa paikallisesti ja lähetteen tarkoituksena on ainoastaan tiedottaa kyseisestä ongelmasta.

Äidin akuutit tai krooniset sairaudet

Näiden tautien kohdalla on syytä paikallisesti neuvotella työnjaosta avohoidon ja erikoissairaanhoidon välillä.

Raskauden suunnittelu on välttämätöntä, jos äidillä on

- insuliinihoitoinen diabetes
- vaikea epilepsia
- LED
- synnynnäinen tai hankittu sydänvika
- tromboemboolinen tauti
- päihdeongelma
- suvussa suomalaisen tautiperinnön tauti, johon tämä perhe haluaa selvitystä
- HIV.

Raskauden suunnittelu olisi hyväksi, jos äidillä on

- vaikea verenpainetauti
- verenvuototauti (todettu tai epäilty)
- muu vakava verisuoniston tauti
- kilpirauhasen toimintahäiriö
- keuhkosairaus (esim. vaikeahoitoinen astma)
- hoidettu pahanlaatuinen kasvain
- krooninen suoliston tauti

- hepatiitti
- kollageenitauti
- synnyttelinten rakennepoikkeama tai
- neurologinen tauti.

Aikaisemman raskauden tapahtumat

Raskauden suunnittelu on tarpeen, jos anamneesissa on

- 3 tai useampia peräkkäisiä keskenmenoja
- aikaisempi poikkeava synnytys, jonka läpikäyminen jäänyt epätäydelliseksi
 - * hätäsektio/imukuppi/pihtisynnytys
 - * puutteellinen kivunhoito
- vammaisen lapsi
- lapsen menetys
- synnytyspelko.

Perinnöllisen sairauden epäily

Jos äidillä, isällä, aikaisemmalla lapsella tai muulla lähisukulaisella on todettu tai epäilty perinnöllinen tauti, tulee perheelle kertoa perinnöllisyysneuvonnan mahdollisuudesta ja tarvittaessa ohjata heidät neuvontaan. Asian hoidon nopeuttamiseksi lähettäjän olisi hyvä selvittää epäillyn taudin nimi ja hankkia tarvittavat luvat sukulaisten sairauskertomusten käyttöön.

Hermostoputken sulkeutumishäiriöiden ennaltaehkäisy

Kaikille raskautta suunnitteleville ja raskaana oleville naisille suositellaan monipuolista, runsaasti foolihappoa sisältävää ruokaa (täysjyväviljaa, tuoreita kasviksia, marjoja ja hedelmiä), jotta he saavat päivittäin vähintään 0,4 mg foolihappoa. Tällöin foolihappoa sisältävien vitamiinivalmisteiden käyttö hermostoputken sulkeutumishäiriöiden ehkäisemiseksi ei ole tarpeellista. Päivittäistä 0,4 mg:n foolihappolisää tablettina voivat käyttää myös raskautta suunnittelevat ja sen alkuvaiheessa olevat naiset, joilla foolihappoa runsaasti sisältävän ravinnon käyttö on vähäistä sekä myös monipuolista ruokaa syövät naiset halutessaan varmistaa foolihapon riittävän saannin¹⁴.

Foolihappoa sisältävien vitamiinivalmisteiden käyttö on tarpeen hermostoputken sulkeutumishäiriöiden ennaltaehkäisyssä, jos perheessä on

¹⁴ Foolihappolisä normaaliraskauksissa ei vaikuta raskauden lopputulokseen (Mahomed 1999a).

aiemmin esiintynyt hermostoputken sulkeutumishäiriö (isä, äiti, aiempi lapsi tai sikiö), jolloin riski saada tällaista häiriötä sairastava lapsi on tavanomaista suurempi. Suojalääkityksenä annetaan päivittäin 4 mg:n foolihappolisä tablettina¹⁵ (STM:n asiantuntijaryhmän suositus 1999). Lääkityksen tulee tapahtua lääkärin valvonnassa, ja ennen foolihappolääkityksen aloittamista ja tarvittaessa myös lääkitymisen aikana varmistetaan, ettei potilaalla ole B₁₂-vitamiinin puutetta. Koska foolihappolisän antama suoja ei ole täydellinen, tulee korkeariskisten perheiden raskauksissa edelleen tarjota sikiödiagnostiikkaa sitä haluaville ja ohjata heidät yliopistosairaaloiden sikiödiagnostiikkiin yksiköihin jo raskauden alussa.

Päivittäin käytetään 0,4 mg:n foolihappolisää tablettina erityistilanteissa, joita ovat:

- eräiden lääkkeiden käyttö (epilepsialääkkeet, pitkäaikainen sulfalääkitys, klomifeenihoito),
- eräät äidin sairaudet (esim. diabetes, keliakia, imeytymishäiriöt),
- runsas alkoholin käyttö ja hyvin yksipuolinen ruokavalio,
- hermostoputken sulkeutumishäiriöiden esiintyminen kauempana suvussa.

Epilepsialääkkeitä käyttävien naisten raskauksissa on syytä harkita sikiötutkimuksia foolihappolisän käytöstä huolimatta.

Foolihappolisän käyttö aloitetaan, kun raskauden ehkäisy lopetetaan tai viimeistään niiden kuukautisten alussa, joiden jälkeen raskauden toivotaan alkavan, ja sitä jatketaan raskausviikon 12 päättymiseen asti. Monivitaminivalmisteita ei tule yliannostella foolihapon saamiseksi, koska tällöin muiden vitamiinien (esim. A-vitamiinin) ja hivenaineiden saanti saattaa ylittää suositellun määrän.

5.2 Alkuraskaus

Ensimmäisellä neuvolakäynnillä tulisi vanhemmille antaa kirjallisena tiedot siitä, mitä seulontoja raskauden aikana on mahdollista tehdä ja mitä tässä kunnassa tarjotaan. Käytettävistä olevista seulonnoista on syytä laatia kirjalliset esitteet (liitteenä 2 ja 3 on esimerkkejä kaikukuvaus- ja seerumi-seulontaohjeista). Nämä ohjeet on hyvä laatia yhteistyössä alueellisesti. Vanhempien tulee olla tietoisia ratkaisuksista, joita he saattavat joutua teke-

¹⁵ Hedelmöityksen aikainen foolihappolisä vähentää keskushermostoputken sulkeutumishäiriöiden esiintymistä (Lumley ym. 1999).

mään seulontahavaintojen perusteella, sekä siitä, että he voivat halutessaan kieltäytyä osallistumasta seuluntoihin (ks. luku 2).

5.2.1 Esitiedot

Äitiyspoliklinikalle harkitaan tarvittaessa tässä vaiheessa lähetettäväksi ne äidit, joilla on kohdassa 5.1 todettuja ongelmia ja joiden ongelmia ei ole selvitetty raskauden suunnitteluvaiheessa. Raskauden suunnittelussa käyneiden kohdalla tarkistetaan, että suunnitelma on tehty ja toimitaan saatujen ohjeiden mukaan. Synnytystavan suunnittelukäynti on syytä aikaistaa aivan alkuraskauteen *etenkin uudelleensynnyttäjillä*. Tällöin vältetään vääriltä ennakoasenteilta eikä neuvolan ja äitiyspoliklinikan välille muodostu tietokatkoa. Lisäksi äiti lähetetään äitiyspoliklinikalle, jos esitiedoissa on

- aikaisempi kohdunsuun heikkous
- aikaisempi pienipainoinen (alle 2 500 g) lapsi
- aikaisempi enneaikainen (varhemmin kuin raskausviikolla 37 syntynyt) lapsi
- ympärileikkaus
- synnytyspelko (katso myös luku 9).

5.2.2 Sikiöseulonnat

Kaikukuvausseulonnat, ks. 2.4.1; seerumiseulonta, ks. 2.4.2.

5.2.3 Nykyraskauden oireet

a. Verenvuoto

- jos sikiö on elossa ja verenvuoto vähäistä, kontrolloi myöhemmin uudelleen
- jos sikiötä ei todeta tai sikiö on kuollut, ohjaa hoitopaikkaan
- jos paikallisesti ei ole saatavissa ultraäänitutkimusta, ohjaa hoitopaikkaan.

Useimmiten oireet ovat niin vähäiset, että lähetys seuraavana aamuna syömättä ja juomatta on riittävä. Muista kuitenkin kohdunulkoisen raskauden mahdollisuus (Suomen Gynekologiyhdistys 1998). Lähetete osoitetaan joko

naistentautien tai äitiyspoliklinikalle paikallisten sopimusten mukaan. Jos kohtu on lähes tyhjentynyt eikä kohdunulkoisen raskauden riskiä ole todettavissa, ei kaavintaa aina tarvitse tehdä. Käytäntö on syytä sopia paikallisesti.

b. Raskauspahoinvointi

Lääkehoitoa tarvitaan vain poikkeustapauksissa¹⁶. Jos todetaan yli 2 kg:n painonmenetys viikossa, nestehoito voi olla tarpeen ja sitä varten potilas ohjataan oman terveyskeskuksen vuodeosastolle tai synnytysairaalaan.

c. Anemia

Jos Hb on ensimmäisellä raskauskolmanneksella alle 110 g/l, harkitaan rautalääkityksen aloittamista raskausviikolla 13¹⁷ (ks. 1.4). Jos Hb on alun perin alle 90 g/l, lähete äitiyspoliklinikalle on aiheellinen.

d. Virtsan sokeri

Yksikin aamuvirtsan glukosuriahavainto johtaa kahden tunnin sokerirasi-tukseen (ks. 1.3). Jos todetaan raskausdiabetes, ohjataan potilas äitiyspoli-
klinikalle.

e. Virtsan albumiini

Jos löydös ei johdu virtsatietulehduksesta, jatkotutkimukset äitiyspolikli-
nilla ovat aiheellisia (ks. 1.2).

f. Muut lähetysaiheet

Äitiyspoliklinikalle lähetetään aina kun

- raskaus on alkanut lapsettomuushoidon ansiosta
- todetaan monisikiöinen raskaus.

Äiti, jolla on monisikiöinen raskaus, on hyvä lähettää mahdollisimman no-
peasti, jotta voidaan luotettavasti tutkia sikiöiden plasentaatio (mono-diko-
rilaalinen) sekä perheen niin halutessa kromosomipoikkeavuusriski niska-
turvotus-mittauksella.

Paikallisten sopimusten mukaan lähetetään mahdollisesti myös:

- nuoret ja vanhat (alle 18- tai yli 35-vuotiaat) ensisynnyttäjät
- runsaasti (yli 10 savuketta päivässä) tupakoivat

¹⁶ Pyridoksiini (B₆-vitamiini) on mahdollisesti hyödyllistä pahoinvoinnin vähentäjänä, mutta vai-
kutuksista lapsen tiedetään vähän (Jewell and Young 1999).

¹⁷ Rutiininomainen rautalisä raskauden aikana vähentää matalan hemoglobiinin esiintyvyyttä
synnytyksessä ja kuusi viikkoa sen jälkeen, mutta vaikutuksista äidin ja lapsen kuntoon ei ole näyt-
töä (Mahomed 1999b).

- alkoholin, lääkkeiden tai huumeiden väärinkäyttäjät
- vesirokko (ks. 1.11.1 ja 5.5 kohta e).

5.3 Keskiraskaus

Keskiraskaudessa otetaan edelleen huomioon aikaisemmin mainitut ongelmat. Erityistä huomiota kiinnitetään oireisiin, jotka voivat ennakoida seuraavia vaaratilanteita, ja niiden ilmaantuessa lähetetään äiti arvioitavaksi äitiyspoliklinikalle.

5.3.1 Pre-eklampsia

Pre-eklampsialla tarkoitetaan kohonneen verenpaineen ja proteinurian yhtäaikaista esiintymistä raskauden kestätyä yli 20 viikkoa. Tilan varhainen toteaminen on äitiysneuvolaseurannan tärkein kohde. Katso tarkemmin luvusta 1.1.

Jos todetaan pre-eklampsiaan sopivat oireet, ohjataan synnyttävä äitiyspoliklinikalle. Päivystyslähetteen aiheet: ks. 5.5.c.

5.3.2 Uhkaava ennenaikaisuus

Uhkaava ennenaikaisuus tarkoittaa kohdunsuun tilan olennaista muutosta keskiraskaudessa verrattuna alkuraskauden tilanteeseen. Tilanearviossa huomioidaan äidin tuntemat supistukset, verinen vuoto ja lisääntynyt valkovoito. Muista infektion mahdollisuus, etenkin klamydia.

5.3.3 Kohdun kasvun poikkeamat

Symfyysi-fundus mitan seuranta aloitetaan raskauden kestätyä 24 viikkoa (ks. 1.9). Yli 2 cm:n poikkeama normaalikäyrästä johtaa kontrolliin 2 viikon kuluttua. Liikelaskenta aloitetaan välittömästi (ks. 1.8). Jos poikkeama säilyy kontrollissa, lähetetään äiti jatkotutkimuksiin.

Pieni mitta voi viitata kasvuhäiriöön tai vähävetisyyteen, suuri mitta runsasvetisyyteen, makrosomiaan tai monisikiöisyyteen. Mittaukseen liit-

tyy useita virhelähteitä, mutta todettuun poikkeamaan on kuitenkin syytä suhtautua vakavasti ja selvittää asia kaikututkimuksella.

5.4 Loppuraskaus

Loppuraskaudessa kiinnitetään huomiota edelleen mahdollisiin pre-eklampsian oireisiin, sikiön kasvuun ja tarjontaan.

5.4.1 Pre-eklampsia

Jos todetaan pre-eklampsiaan sopivat oireet, ohjataan synnyttävä äitiysoyliklinikalle. Päivystyslähetteen aiheet: ks. 5.5.e.

5.4.2 Sikiön kasvu

Katso kohta 5.3.3. Loppuraskaudessa pienenevä symfyysi-fundus -mitta voi merkitä myös tarjoutuvan osan laskeutumista tai vesimäärän vähenemistä.

5.4.3 Tarjonta

Kun kysymyksessä on perätarjontaepäily, synnyttävä lähetetään tilanteen varmistamiseksi ja synnytystavan suunnittelua varten raskausviikolla 35–36 äitiysoyliklinikalle. Tarjonta olisi hyvä varmistaa ennen lähetystä paikallisesti kaikututkimuksella.¹⁸ Perätarjonnan syynä voi olla etisistukka tai kohdun poikkeava rakenne.

5.4.4 Raskaushepatoosi

Kutinan syynä voi olla raskaushepatoosi. Tauti esiintyy yleensä raskauden kestänyä yli 28 viikkoa. Jos äidillä todetaan kohonneita arvoja maksaent-syymeissä, lähetetään potilas äitiysoyliklinikalle heti. Jos kutina ilmenee

¹⁸ Ulkokäännös lasketussa ajassa vähentää perätarasynnytyksiä ja keisarileikkauksia. Ulkokäännöksen epäonnistumista ennustavat tarjoutuvan osan kiinnittyminen, vaikeus löytää sikiön pää palpaa-tiossa ja kohdun lihasjännitys (Hofmeyr 1999a), ulkokäännös ennen laskettua aikaa ei vaikuta syn-nytytuloksiin (Hofmeyr 1999b).

raskauden kestänyt yli 36 viikkoa tai potilas on keltainen, lähetetään hänet välittömästi ilman edeltäviä laboratoriotutkimuksia. Jos aiemmassa raskaudessa on ollut raskaushepatoosi, tutkitaan neuvolassa raskausviikolla 36 S-ALAT ja fS-sappihapot, vaikka kutinaa ei tässä raskaudessa olisikaan.

5.4.5 Genitaalierpes

Pyritään varmistamaan diagnoosi ja merkitään tulos äitiyskorttiin. Ilmoitus synnytyssairaalaan voidaan tehdä kirjallisesti sen harkitsemia toimenpiteitä varten (ks. 1.11.1). Äitiä neuvotaan lisäksi ottamaan asia itse puheeksi äitiyspoliklinikalla tai synnytysvastaanotolla.

5.4.6 Synnytystavan arviointi

Synnytystavan arviointi on syytä tehdä mahdollisimman varhain (ks. 5.2.1). Loppuraskaudessa lähetetään ne, joilla epäillään

- lantionahtautta tai
- sikiön makrosomiaa.

5.4.7 Lasketun ajan ylitys

Kun raskaus on kestänyt 41 raskausviikkoa, tehdään lähete äitiyspoliklinikaseurantaan. Paikallisesti seurannan aloitus vaihtelee (10—14 vrk yli lasketun ajan). Äidille on hyvä kertoa jälleen, että normaali raskauden kesto on 37—42 viikkoa. Jos liikelaskentaa ei ole aloitettu aikaisemmin, on se syytä aloittaa viimeistään tässä vaiheessa. Yliaikaisuustermiä ei ole syytä käyttää alle 42 viikon raskauksissa. Päätös synnytyksen käynnistyksestä tulee tehdä yhdessä äidin kanssa¹⁹.

¹⁹ Yliaikaisen synnytyksen käynnistäminen ei vaikuta keisarileikkauksen todennäköisyyteen (Crowley 1999a).

5.5 Päivystyslähetteen aiheet

Raskauden kestosta riippumatta potilas lähetetään päivystyksenä äitiyspoliklinikalle seuraavissa tapauksissa:

a) *Epäily sikiön voinnin huononemisesta:*

- poikkeava sikiön syke
 - * alle 120 tai yli 160 yli 10 minuutin ajan
 - * jatkuva lisälyöntisyys
 - * sykkeen kuulumattomuus.
- sikiön liikkeet vähentyneet
 - * alle 5/30 min tai 10/60 min.

b) *Verenvuoto*

Niukkakin vuoto voi olla varoitus etisistukasta tai istukan ennenaikaisesta irtoamisesta. Tarvittaessa nestesiirto kuljetuksen ajaksi sekä ilmoitus puhe-limitse synnytyssairaalaan.

c) *Oireinen tai vakava pre-eklampsia*

Välittömästi synnytysvastaanotolle lähetetään, jos

- verenpaine on noussut yli raja-arvojen ja
 - virtsan albumiini on selvästi positiivinen,
- etenkin jos äidillä on subjektiivisia oireita (pääsärky, silmäoireet, rinnan-
aluskipu).

Rajatapauksissa on syytä neuvotella asiasta puhelimitse.

d) *Ennenaikainen synnytys*

Ennen raskausviikkoa 37 lähetetään päivystyksenä potilaat, joilla on

- epäily lapsivedenmenosta tai
- säännöllisiä supistuksia (alle 15 minuutin välein toistuvat, kivuliaat supistukset).

Raskausviikolla 37 ja sen jälkeen potilaat hakeutuvat näillä indikaatioilla normaalisyntyttäjinä synnytysvastaanotolle.

Jos synnytyksen uhka on ilmeinen aivan lähitunteina raskausviikoilla 24—34, neuvottele synnytyssairaalan lääkärin kanssa kortisonilääkkeestä äidille ennen siirtoa²⁰.

²⁰ Antenataalinen kortisonilääkitys vähentää ennenaikaisina syntyneiden lasten kuolleisuutta, RDS-oireyhtymää ja intraventrikulaarisia verenvuotoja. Hoidon teho on parhain yli 24 tuntia ennen syntymää aloitettuna (Crowley 1999b).

e) *Vesirokko*

Vesirokko on vakava tauti raskaana olevalle (ks. 1.11.1). Tartuntavaaran vuoksi ei vesirokkoa sairastavaa äitiä pidä lähettää äitiyspoliklinikalle vaan esimerkiksi sisätautien tai infektio­poliklinikalle.

Jos epäillään vesirokkokontaktia pyritään varmistamaan immuniteetti joko anamnestisilla tiedoilla tai vesirokkovasta-ainetutkimuksella. Laboratorioläheteeseen laitetaan tällöin maininta siitä, että halutaan tietää vain mahdollinen immuniteetti. Vastaus pyydetään kiireellisesti esim. faksina. Jos raskaana oleva ei ole sairastanut vesirokkoa, harkitaan zoster hyperimmuniseerumihoitoa, jos kontaktista on alle 4 vrk. Tämän hoidon antoa rajoittaa seerumin saatavuus, eikä tehokkaan ole täydellinen. Hoidon tarkoituksena on suojata äitiä.

5.6 Perinnöllisyysneuvontaa tarvitsevat perheet

Jos perheen aikaisemmalla lapsella, toisella tai molemmilla vanhemmista tai muilla lähisukulaisilla on perinnöllinen tai sellaiseksi epäilty tauti, tulee perheelle kertoa perinnöllisyysneuvonnan mahdollisuudesta. Erityisen tärkeää aiheesta puhuminen on, jos asia on jo tuntunut aiheuttavan huolestuneisuutta perheessä. Kaikkein sopivimmin perinnöllisyysneuvonta ajoittui­si raskauden suunnitteluvaiheeseen, mutta myös raskauden aikana asioita voidaan selvittää.

Perinnöllisyysneuvonta sisältää kyseisen, usein harvinaisen, sairauden diagnoosin varmistamisen, taudinkuvan seikkaperäisen pohtimisen perheen kanssa sekä periytymistavan ja toistumisriskin selvittämisen perheelle. Vaikka sikiödiagnoosi ultraääni-, kromosomi- tai geenitutkimusten avulla on yhä useammin mahdollinen, ei sellaista kuitenkaan ole tarjolla valtaosassa perinnöllisistä taudeista. Sikiödiagnoosin mahdollisuus mietitään kussakin tapauksessa erikseen.

Perinnöllisyysneuvontaan ja mahdolliseen sikiödiagnostiikkaan hakeutuminen on aina perheen oma ratkaisu. Neuvolan tehtävä on huolehtia siitä, että tällainen mahdollisuus on perheen tiedossa ja että he tietävät, miten neuvontaan voi hakeutua.

Perinnöllisyysneuvontaa on tarjolla kaikissa yliopistosairaaloissa ja lisäksi Väestöliiton perinnöllisyysklinikassa Helsingissä. Viimeksi mainit­tuun asiakas voi ottaa suoraan yhteyttä, ja palvelu on maksutonta. Muissa perinnöllisyysyksiköissä vaaditaan lähete ja maksusitoumus normaaliin ta-

paan. Liitteenä 10 on luettelo perinnöllisyysneuvontayksiköistä osoitetietoineen.

Kirjallisuus

Crowley, P.: Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999a.

Crowley, P.: Prophylactic corticosteroids for preterm delivery (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999b.

Jewell, D., Young, G.: Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999.

Hofmeyr, G. J.: External cephalic version at term (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999a.

Hofmeyr, G. J.: External cephalic version before term (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999b.

Lumley, J., Watson, L., Watson, M., Bower, C.: Periconceptual supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999.

Mahomed, K.: Routine folate supplementation in pregnancy (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999a.

Nutrition Reviews: Folate supplements prevent recurrence of neural tube defects. Nutrition Reviews 50: 22—4, 1992b.

Mahomed, K.: Routine iron supplementation during pregnancy (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, 1, 1999. Update Software, Oxford.

STM:n asiantuntijasuositus: Foolihappo ja hermostoputken sulkeutumishäiriöt. 1999, painossa.

Suomen Gynekologiyhdistys ry.: Kohdunulkoisen raskauden hoitosuositus. Duodecim 114: 2368, 1998.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta: KomM 1998:7.

6 Lyhytjälkihoitoinen synnytys (LYSY)

Lyhytjälkihoitoisella synnytyksellä tarkoitetaan äidin ja lapsen kotiuttamista 6—48 tunnin kuluttua synnytyksestä vuorokauden ajasta riippuen.²¹ Kun äiti (tai perhe) on valinnut LYSY:n, niin sen onnistumisen perusedellytyks on, että siitä sovitaan yhteisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ja laaditaan yhdessä hoitosuunnitelmat. Neuvolassa tai sairaalassa, paikallisesti sovitulla tavalla, pitää myös olla resurssit äidin ja lapsen hyvään jälkihoitoon, esimerkiksi viikonloppuisin päivystyksenä tehtäviin kotikäynteihin. Sairaalan ja avohoidon yhteistyön on oltava tiivistä ja motivoitunutta, ja molemmat sitoutuvat myös sovittuihin hoitokäytäntöihin.

Hoidon edellytyksenä on myös, että kyseessä on terveen synnyttäjän täysiaikainen raskaus. Hyvin lyhyestä hoitojaksosta Suomessa on ollut kokemuksia lähinnä uudelleensynnyttäjillä (esim. liite 4). Turvalliseen kotona tapahtuvaan toipumiseen pitää olla hyvät sosiaaliset edellytykset. Äidin ja perheen on oltava motivoituneita tähän hoitomuotoon, tiedettävä mitä siihen sisältyy sekä sitouduttava sen ehtoihin. LYSY:n onnistumisen kannalta on erittäin tärkeää, että se on etukäteen hyvin suunniteltu. Yhteistyön on sujuttava kaikkina viikonpäivinä.

Kotiuttamisedellytykset

1. Synnytyksen aikana:

- alatiesynnytys raivotarjonnassa
- lapsivedenmenosta < 24 tuntia
- lämpö synnytyksen aikana < 38 astetta
- pieni episiotomia tai repeämä sallitaan
- kaikki kivunlievitysmenetelmät sallitaan
- synnytyksen kolmas vaihe säännöllinen, ei merkittävää verenvuotoa
- verenpaine normaali (< 140/90 mmHg).

2. Seurannan aikana, äiti:

- RR alle 140/90 mutta yli 90/60 mmHg
- jälkivuoto normaali
- kohtu supistunut

²¹ Synnytyksen jälkeen 48 tunnin kuluessa kotiutetut äidit imettivät useammin 6 kk tai kauemmin, kuin myöhemmin kotiutetut (Renfrew 1999).

- ulkosynnyttimissä ei hematoomia
- virtsaaminen sujuu
- imettäminen onnistuu.

3. *Seurannan aikana, lapsi:*

- paino normaalirajoissa (2 500—4 500 g)
- gestaatioikä vähintään 37 viikkoa
- Apgar: 1 min ≥ 7
5 min ≥ 8
- imee hyvin
- lämpö 36,1—37,2°C sängyssä
- tarkkailussa ei poikkeavaa (väri, jäntevyys, ärtyvyys)
- lastenlääkärin tarkastuksessa ei poikkeavaa.

Seuranta synnytyssalissa on kaksi tuntia, jatkoseuranta erityisesti lyhytjälkihoitoista synnytystä varten varatuissa tiloissa, jossa isän tai tukihenkilön läsnäolo mahdollista. Kotiutus tapahtuu aikaisintaan kuusi tuntia synnytyksestä lastenlääkärin ja synnytyslääkärin tarkastuksen jälkeen. Sairaala-sta kätilö ilmoittaa puhelimitse neuvolaan synnyttäjän kotiutumisen. Lastenlääkäri tarkastaa lapsen ennen kotiutusta, jolloin äiti saa neuvolakortin mukaan.

Seuraavana päivänä kotiutumisesta neuvolan terveydenhoitaja-kätilö tekee kotikäynnin. Kotikäynti on suositeltavaa myös viikonloppuna. Kotikäynnillä tarkastetaan lapsen tila (paino kannettavalla vaa'alla) ja imetyksen onnistuminen. Paino ei saa laskea enemmän kuin 7 % syntymäpainosta. Äideille suositellaan tiheitä imetyksiä lapsentahtisesti ja lisämaidon antamista vältetään. Jos käyntiä ei pystytä järjestämään, voi sairaalan kätilö olla puhelimitse yhteydessä perheeseen viikonloppun aikana. Tarvittaessa synnyttäjää ja lasta voidaan pyytää takaisin sairaalaan, jos jotakin poikkeavaa ilmenee keskustelun aikana. Lisäkotikäyntejä neuvolasta tehdään tarpeen mukaan.

4. *Terveydenhoitajan kotikäynti 1—2 vrk:n kuluttua:*

Lapsen

- lämpö
- paino ($\leq 7\%$)
- imeminen, virtsaus, uloste
- keltaisuus
- jäntevyys, ärtyvyys, hengitys, pulssi

- napa
- oikean imemisotteen tarkistaminen
- äidin/perheen vointi ja jaksaminen.

5. *Synnytytosaston puhelinvarmistus viikonloppuisin:*

- lämpö
- onko ongelmia; keltaisuus, imeminen, yleistila.

6. *Poliklinikkakontrolli 3—5 vrk:n sisällä:*

- lastenlääkärin tutkimus
- BCG-rokotus
- mahdolliset laboratorionäytteet
- paino.

Lapsi tuodaan 3—5 vrk:n sisällä lastenlääkärin tarkastukseen sairaalaan. Kätilö tutkii myös äidin samalla sairaalakäynnillä. Jos mitään poikkeavaa ei ilmene, äiti ja lapsi jatkavat normaaleja neuvolakäyntejä tämän jälkeen. Jos ongelmia esiintyy ennen polikliinista kontrollia, voi perhe tai terveydenhoitaja ottaa yhteyden synnytytosastolle.

7. *Aikaisemman yhteydenoton aiheet ja toimenpiteet:*

- napa: liekkikuvio, poikkeuksellisen paha haju → poliklinikalle, näyte
- iho: näpyt → kylvetykset, ilmakylyt
rakkulat → poliklinikalle
- yleisinfektiot: epäily → poliklinikalle
yleiskunto ↓, ärtyisyys/jäntevyys
lämpö ↑ ↓
heikko imeminen/imetysongelmat ↓
hengitys > 70, pulssi ↑
- silmänvalkuaisissa näkyvä keltaisuus: → S-Bil poliklinikalla.

Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen jälkeiset poliklinikkakäynnit tehdään joko synnytyssairaalaan tai lasten poliklinikalle paikallisen sopimuksen mukaisesti.

Hyvinkään aluesairaalan kokemuksen mukaan tämä hoitomuoto soveltuu valikoiduille äideille, eikä se ole näyttänyt lisäävän äidin ja lapsen sairastuvuusriskiä. Onnistumisen edellytyksenä on myös hyvä yhteistyö riittävien voimavaroain varustetun neuvolajärjestelmän kanssa.

Kirjallisuus

Renfrew, M. J., Lang, S.: Early versus late discharge from hospital after childbirth (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999.

7 Perhe- ja synnytysvalmennus

Perhe- ja synnytysvalmennuksen tarkoituksena on tukea vanhemmuuteen valmistautumista ja synnytyksen onnistumista. Vanhemmuus on aikuisen elämän suurimpia haasteita. Siirtyminen vanhemmuuteen voi joillekin olla helppoa, mutta monet kokevat hyötyvänsä perhe- ja synnytysvalmennuksen tarjoamasta avusta. Vaikka ensisynnyttäjien tiedot lapsen saamisesta ovat usein hyvät eivätkä pariskunnat kaipaa suoraa tietojen jakamista, he tarvitsevat ammattilaisten ja toistensa tukea. Perhevalmennusryhmät ovat siksi oleellinen osa äitiyshuoltoa. Perhevalmennusta tulisi tarjota erilaisille lasta odottaville perheille, kuten monikkoperheille, heidän tarpeistaan lähtien. Myös vähemmistöryhmillä tulisi olla mahdollisuus perhevalmennukseen kulttuurinsa ja oman kielensä puitteissa. Perhe- ja synnytysvalmennuksessa on kiinnitettävä entistä tarkemmin huomiota myös isien odotuksiin ja tarpeisiin.

Päävastuu valmennuksen toteutuksesta on neuvolan kättilö-terveydenhoitajan²², mutta valmennuksen sisältö voidaan laatia yhteistyössä perusterveydenhuollon muiden asiantuntijoiden sekä sairaalan kanssa. On muistettava, että perheen tarpeet ovat etusijalla. Valmennuksen onnistumiseksi on tärkeää, että neuvola on selvillä sen sairaalan hoitokäytännöistä, joihin vanhempia valmennetaan. Tutustumiskäynti synnytyssairaalaan on hyödyllinen vanhemmille. Sairaalan on myös tunnettava neuvolan valmennuksen sisältö. Hoitokäytännöistä ja niiden muutoksista on hyvä keskustella esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyökokouksissa.

Vanhemmilta tulleen palautteen perusteella valmennus tulisi aloittaa raskauden puolivälissä. Vanhemmat toivovat eri ammattiryhmien asiantuntevaa, ajan tasalla olevaa tietoa

- raskauden kulusta ja kehityksestä sekä siihen liittyvistä tunne-elämän muutoksista
- synnytyksen kulusta ja eri synnytystavoista
- kivun lievityksestä synnytyksessä
- poikkeavista synnytyksistä ja synnytyspeloista (ks. luku 9)

²² Naiset, joita hoiti sama kättilö raskauden ja synnytyksen aikana, osallistuivat useammin valmennukseen, joutuivat harvemmin ennen synnytystä sairaalaan ja tarvitsivat vähemmän farmakologista kivunlievitystä synnytyksessä. Vastasyntyneet tarvitsivat harvemmin resuskitaatiota. (Hodnett 1999).

- lapsivuodeajasta
- lapsen hoidosta ja imetyksestä (ks. luku 10)
- isän roolista raskauden aikana, synnytyksessä ja lapsen hoidossa
- sosiaalisen tuen merkityksestä raskauden ja synnytyksen aikana sekä pienen lapsen hoidossa.

Neuvolassa lastenhoitoa, imetystä ja lapsivuodeajan hoitoa on hyvä käsitellä aivan raskauden lopussa sekä synnytyksen jälkeen, jolloin myös lastenneuvolan terveydenhoitaja voi osallistua tilaisuuteen. Sairaalaan tehtävän tutustumiskäynnin aikana kätilöt kertovat sairaala-ajan hoidosta ja hoitokäytännöistä.

Tutkimusten ja kokemuksen mukaan perhevalmennus onnistuu parhaiten pienryhmätoimintana. Suositeltava ryhmän koko on 4—6 paria, jolloin keskustelulle on paremmat edellytykset. Ryhmän kokoonpanossa on myös hyvä ottaa huomioon ryhmän tietotaso. Siten voidaan tarjota heikomman tietotason omaaville perheille heidän tarvitsemaansa tukea sekä auttaa heitä myönteisempään synnytyskokemukseen. Samalla vältetään asioista paremmin perillä olevien perheiden turhautuminen.

Synnytysvalmennuksessa on hyvä tuoda esiin myös mahdollisuus, että syntyvällä lapsella normaalista seulontatuloksesta huolimatta voi olla epämuodostuma. Jotakin poikkeavuutta havaitaan 10—15 %:lla vastasyntyneistä ja merkittäviä epämuodostumia on 2—3 %:lla (Ritvanen ja Peippo 1998).

Perhevalmennuksen tueksi ollaan kehittämässä myös tietokoneavusteisia ohjelmia, kuten Kuopion seudulla kokeiluna aloitettu virtuaalinen kotineuvola. Kyselyillä on hyvä selvittää vanhempien neuvonnan tarpeet ja sen pohjalta suunnitella ryhmän kokoonpano ja valmennuksen sisältö vanhempien tarpeita paremmin vastaavaksi. Onnistuneesti kootut ryhmät saattavat jatkaa tapaamisiaan synnytyksen jälkeen, tukien toisiaan lapsen hoitoon, imetykseen ja kasvatukseen liittyvissä pulmissa. Hyviä kokemuksia on saatu myös isäryhmissä.

Lisätietoja:

Kuopion seudun kotineuvolan osoite internetissä: www.kotineuvola.net.

Kirjallisuutta

Hodnett, E.: Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999.

Hovi, A.-M.: Perhevalmennuksen laadunvarmistus. "Hyvä perhevalmennus" -laatumittarin kehittäminen ja kuvaus. Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen laitos. Kansanterveystieteen julkaisuja M 153, 1998.

Kaila-Behm, A.: Miehestä esikoisen isäksi. Kuopion yliopiston julkaisuja E, yhteiskuntatieteet 49. Kuopio 1997.

Meille tulee vauva II. Tuplaonni. Opaskirja monikkolasten vanhemmille. Stakes 1998.

Paunonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K.: Perhe hoitotyössä — teoria, tutkimus ja käytäntö. WSOY, 1999.

Ritvanen, A., Peippo, M.: Synnynnäiset epämuodostumat. Kirjassa: Aula, P., Kääräinen, H., Leisti, J. (toim.) Perinnöllisyyslääketiede. Duodecim, Helsinki 1998.

Vallimies-Patomäki, M.: Synnytys naisen ja miehen kokemana. Tutkimus hoitokäytäntöjen yhteyksistä synnytystapaan ja synnytyskokemukseen. Kuopion yliopiston julkaisuja E, yhteiskuntatieteet, Kuopio 1998.

Vekaravihkanen, Väestöliitto, 1999.

8 Päihteet ja raskaus

Nuorten naisten tupakointi, päihteiden sekakäyttö ja huumeiden käyttö ovat lisääntyneet vuosi vuodelta. Raskaudenaikainen tupakointi heikentää istukan verenvirtausta ja hidastaa sikiön kasvua. Tupakoivilla äideillä on myös enemmän raskauskomplikaatioita (mm. ennenaikaisia supistuksia ja synnytyksiä, kohonnutta verenpainetta ja istukan ennenaikaista irtoamista) kuin tupakoimattomilla. Passiivinen tupakointi on myös pienten lasten sairauksien riskitekijä. Neuvolassa tuleekin suositella tupakoinnin lopettamista sekä odottaville äideille että isille heti alkuraskaudessa.

Runsas tupakointi on yhteydessä lääkkeiden ja alkoholin suurkulutukseen. Reseptilääkkeistä käytetään eniten väärin bentsodiatsepiinijohdoksia, uni- ja rauhoittavia lääkkeitä. Ne läpäisevät istukan, ja esimerkiksi suurten diatsepaamiannosten tiedetään eläinkokeissa aiheuttaneen solunjakautumis- ja lisääntymishäiriöitä sikiön aivokudoksessa. Diatsepaami kertyy sikiöön, menee äidinmaitoon ja sen puoliintumisaika on pidempi kuin esimerkiksi oksatsepaamin. Jos raskaana oleva potilas todella tarvitsee tämän ryhmän lääkkeitä, tulee pyrkiä mahdollisimman lyhytvaikutteisiin valmisteisiin sekä tarkistaa annokset minimihoitotasolle. Mahdolliseen väärinkäyttöön tulee puuttua voimakkaasti ja varmistaa, ettei potilas kierrä lääkäriltä toiselle hankkimassa lisää lääkkeitä. Sikiöriskien (kasvun hidastuminen, hapenpuute ja intrauteriininen kuolema) vuoksi lääkkeitä väärinkäyttävä äiti kuuluu äitiyspoliklinikan seurantaan.

Äidin runsas alkoholinkäyttö raskauden aikana on yleisin tunnetuista lapsen kehitysviivästymään johtavista sikiöaikaisista syistä. Sikiön vaurioituminen riippuu alkoholin nauttimistavasta, alkoholi-altistuksen kestosta ja käytetystä viikoittaisesta alkoholimäärästä. Erityisen herkkä alkoholin vaikutukselle on keskushermosto, sillä sen kehittyminen ajoittuu pitkälle ajanjaksolle.

Huumeiden käyttäjien lapsista noin neljännes syntyy alipainoisina ja noin neljänneksellä on vaikeita vieroitusoireita. Huumeiden käyttäjät kuuluvat myös B- ja C-hepatiitti- sekä HIV-riskiryhmiin.

Päihdeongelman tunnistaminen

Alkoholia tai muita päihteitä käyttävän äidin tunnistaminen ei ole aina helppoa, koska raskaana oleva nainen usein salaa asian viimeiseen asti ja “kokoaa itsensä” neuvolakäyntiä varten. Vasta kun kyseessä on pitkäaikainen ja runsas alkoholin tai päihteiden liikakäyttö, voi äidin käyttäytymisestä ja ulkonäöstä päätellä mistä on kysymys. Toisaalta, etenkin riippuvuuden ollessa lievä, raskaus on vahva motivoiva tekijä kannustettaessa äitiä päihdeittämyyteen.

Ensimmäisellä neuvolakäyntikerralla tulohaastattelun yhteydessä kysytään äidin ja koko perheen alkoholin ja muiden päihteiden käyttöä. Jo asian esille nostaminen, ns. mini-interventio, vaikuttaa myönteisesti ongelman tiedostamiseen ja omaehtoiseen tarkkailuun. Tupakoinnin, keskushermostoon vaikuttavien aineiden väärinkäytön sekä päihteiden sekakäytön yleisyys on syytä muistaa. Haastattelussa luodaan avoin ja turvallinen ilmapiiri, jossa äiti rohkenee rehellisesti kertoa päihteiden käytöstään. Mikäli asialle ei ensimmäisellä kerralla ole otollinen ilmapiiri, annetaan joka tapauksessa kirjallista tietoa päihteiden käytön riskeistä raskauden aikana. Epäiltäessä päihdeongelmaa sovitaan uusintakäynti pikaisesti. Jos päihdeongelma todetaan tai epäily siitä on vahva, on syytä konsultoida äitiyspoliikklinikkaa ja motivoida äitiä hoitoon. Tärkeää on, että päihteitä käyttävien äitien mukana vastaanotoilla kävisi myös lapsen isä tai joku muu äidille läheinen tukihenkilö.

Päihdeäitien raskauden aikana tiivis yhteistyö niin perusterveydenhuollon hoitotiimin (lääkäri, terveydenhoitaja, sosiaalityöntekijä, psykologi) kuten myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon äitiyspoliikklinikan välillä on olennaista äidin ja lapsen parhaan mahdollisen selviytymisen takaamiseksi. Päihdeongelmaiset äidit ja perheet tarvitsevat tietoa alkoholin ja muiden päihteiden vaikutuksista raskauteen ja sikiöön. Moralisointi tai syyllistäminen ei ole asiallista, vaan äitiä tulee motivoida omaan hoitoonsa ja tukea päihteidenkäytön lopettamisessa tai vähentämisessä.

Alkoholinkäyttöä koskevan haastattelun helpottamiseksi on kehitetty useita kysymyssarjoja, joita voi käyttää apuna juomatapoja selvittäessä. Liitteenä 5 on esimerkkejä haastattelukysymyksistä.

Hoito-ohjelma

Päihdeongelmaiset äidit ovat tehostetun äitiyshuollon tarpeessa. Alueellisesti tulisi neuvotella ja sopia terveydenhuollon ja sosiaalihuollon työntekijöiden kesken siitä, mitä tehostetut äitiyshuollon palvelut olisivat, sekä sovitettava tarvittavasta henkilökunnan koulutuksesta. Synnytyksen jälkeen äiti tarvitsee edelleen apua ja tukea kotiin. Tässä yhteistyö erikoissairaanhoidon ja avoterveydenhuollon sekä myös sosiaalitoimen kesken on välttämätöntä.

Hoito-ohjelma toteutetaan yhteistyössä hoitoryhmän ja äidin sekä hänen perheensä ja tukihenkilöiden kanssa. Hoitotyön periaatteena on kokonaisvaltainen, holistinen hoitotyö, jossa korostuvat herkkyys, välittäminen ja huolenpito sekä selvät sopimukset. Päihdeongelmaisten raskaus vaatii erityisseurantaa ja tutkimuksia, tiheästi toistuvia hoitokäyntejä sekä tarvittaessa sairaalahoitoa tai asumista päihdeongelmaisten ensikodissa tai muussa vastaavassa.

Hoidon jatkuvuus on tärkeää eli että sama tiimi, samat työntekijät vastaavat äidin hoidosta koko raskauden ajan ja mahdollisesti vielä sen jälkeenkin.

Helsingin Naistenklinikalla on saatu jo usean vuoden ajalta hyviä kokemuksia äitiyspoliklinikan päihteidenkäyttäjien erityisvastaanotosta. Päihteitä käyttäviä äitejä hoitaa poliklinikalla aina sama hoitotiimi, johon kuuluu lääkäri, kättilö ja sosiaalityöntekijä sekä tarvittaessa myös lastenlääkäri. Äitien seuranta tapahtuu äitiyspoliklinikan lisäksi edelleen myös omassa neuvolassa. Tiivis yhteistyö äitiyspoliklinikan ja äitiysneuvolan työntekijöiden kesken on ollut edellytys tuloksekkaalle toiminnalle. Hoito tapahtuu pääasiassa avohoitona ja osastohoitojaksoja on suhteellisen vähän.

Ensi- ja turvakotien liitto koordinoi vuonna 1998 alkanutta Pidä kiinni -projektia, jonka tarkoituksena on kehittää hoitojärjestelmä päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille. Toiminnan tavoitteena on ehkäistä sikiövaurioita tukemalla naisen päihteettömyyttä raskauden aikana, tukea toimivan vuorovaikutuksen syntymistä äidin ja vauvan välillä, sekä edistää vauvaikäisten tervettä kehitystä perheissä, joissa molemmilla vanhemmilla tai äidillä on päihdeongelma. Päihdeongelmaisten äitien ensikotitoiminnasta on rohkaisevia kokemuksia Helsingin Oulunkylän ensikodista. Turussa on avattu 1999 toinen ensikoti, joka on erikoistunut päihdeongelmaisten vauvaperheiden hoitoon. Ensikotiin voi hakeutua sosiaalitoimiston, äitiysneuvolan tai äitiyspoliklinikan kautta tai omasta aloitteestaan. Asiakkaita voidaan ottaa ympäri Suomea.

Lisätietoja:

Ensi- ja turvakotien liitto, Museokatu 24 A, 00100 Helsinki, (09) 454 2440, faksi (09) 4542 4430, www.ensikotienliitto.fi

Oulunkylän ensikoti, Kantakyläntie 23, 00640 Helsinki, (09) 728 3586, faksi (09) 724 8265

Avopalveluyksikkö Pesä, Ensikodintie 4, 00510 Helsinki, (09) 774 1325
Ensikoti Pinja, Pirttilähteenkatu 25, 20320 Turku, (02) 278 1200, faksi (02) 278 1202

Kirjallisuutta

Auvinen, A.: Elämä vyyhdessä. Naisten selviytymiskeinojen kehittäminen -projektin raportti. A-klinikkasäätiön raporttisarja 19, Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 15, 1996.

Granfelt, R.: Kertomuksia naisten kodittomuudesta. Suomalaisen kirjallisuuden seura 1998.

Halmesmäki, E.: Huumeita käyttävät naiset: äitiyshuollon uusi riskiryhmä? *Duodecim* 105: 1191—1196, 1989.

Halmesmäki, E., Autti-Rämö, I.: Alkoholinkäytön vaikutukset raskauteen ja synnyvän lapsen ennusteeseen. *Suomen Lääkärilehti* 10: 1025—1028, 1994.

Halmesmäki, E., Kari, A.: Huumeet ja raskaus. *Duodecim* 114: 2109—2114, 1998.

Halmesmäki, E., Kinnunen, K.: Raskaudenaikaisen alkoholinkäytön yleisyys ja taustatekijät. *Duodecim* 109: 1070—1074, 1993.

Holopainen, K.: Äitiys on mahdollisuus. Päihdeongelmaisten äitien kuntoutus Oulunkylän ensikodissa. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 17, 1998.

Kukko, H., Halmesmäki, E.: Prenatal care and counseling of female drug-abusers: effects on drug abuse and prenatal outcome. *Acta Obstet Gynecol Scand* 78: 22—26, 1999.

Salaspuro, M., Kiianmaa, K., Seppä, K. (toim.): Päihdelääketiede. *Duodecim*, Jyväskylä, 1998.

Seppä, K., Koivula, T., Sillanaukee, P.: Drinking habits and detection of heavy drinking among middle-aged women. *Br J Addiction* 87: 1703—1709, 1992.

Seppä, K., Mäkelä, R.: Heavy drinking in hospital patients. *Addiction* 88: 1377—1382, 1993.

Seppä, K., Löf, K., Sinclair, D., Sillanaukee, P.: Hidden alcohol abuse among women. *Br J Psychiatry* 164: 544—546, 1994.

Seppä, K., Sillanaukee, P., Koivula, T.: The efficiency of a questionnaire in detecting heavy drinkers. *Br J Addiction* 85: 1639—1645, 1990.

Seppä, K.: Intervention in alcohol abuse among macrocytic patients in general practice. *Scand J Prim Health Care* 10: 217—222, 1992.

Seppä, K., Mäkelä, R., Sillanaukee, P.: Psykykenlääkkeiden liittyminen naisten alkoholinkäyttöön. *Suomen Lääkärilehti* 47: 2807—2809, 1992.

Sillanaukee, P. ym.: Alkoholihaittojen sekundaaripreventio — perusterveydenhuollon tärkeä haaste. *Suomen Lääkärilehti* 49: 671—675, 1994.

Taitto, A.: Kuka minä sitten olen? Riippuvuus ja siitä toipuminen. A-klinikkasäätiön raporttisarja 21, Saarijärvi 1998.

9 Synnytyspelko

Lähes jokainen raskaana oleva nainen jännittää synnytystä. Tämä on luonnollinen reaktio ja auttaa kohtaamaan uuden tilanteen. Voimakas synnytyspelko sen sijaan on foobinen, suhteeton ja epärealistinen pelko, joka on haitallinen sekä naiselle itselleen että raskauden ja synnytyksen kululle. Jopa joka viides raskaana oleva pelkää synnytystä niin paljon, että se varjostaa raskautta ja kuluttaa voimia. Voimakkaasta synnytyspelosta kärsii noin 6 % synnyttäjäistä (Suonio ym. 1993, Areskog ym. 1981).

Synnytyspelolle altistaa aikaisempi huono synnytyskokemus, erityisesti aikaisempi keisarileikkaukseen päätyneet alatiesynnytysyritys (Ryding 1991). HYKS:n Naistenklinikalla 47 % synnytyspelkoisista toissynnyttäjäistä oli kokenut ensimmäisen synnytyksensä niin järkyttävänä, että ei tutkimuksessa osannut eritellä tarkemmin pelkonsa syytä. Myös naisen persoonallisuus, elämäntilanne ja elämänhistoria vaikuttavat. Väkivaltaiset kokemukset, kuten raiskaus tai inesti, kivuliaat tai nöyryyttävät gynekologiset tutkimukset tai toimenpiteet (erityisesti raskaudenkeskeytys) heijastuvat synnytyspelkoon. Tyytymättömyys parisuhteeseen, sosiaalisen tuen puute, työttömyys ja tuleva yksinhuoltajuus ovat yhteydessä synnytyspelkoon, samoin kuin yleinen ahdistuneisuus, masentuneisuus, haavoittuvuus, alemmuudentunteet ja huono itsetunto (Saisto ym. 1999). Samat tekijät heikentävät henkistä hyvinvointia synnytyksen jälkeen (Viinamäki ym. 1994). Isien pelkoja on tutkittu hyvin vähän, mutta ilmeisesti oman ahdistuneisuuden vuoksi isien on usein vaikea tukea puolisoaan alatiesynnytykseen; ja joskus nimenomaan isä vaatii keisarileikkausta (Sjögren 1997).

Mitä pelätään?

Synnyttäjä pelkää eniten kipua, avuttomuutta, omien voimien ja itsehallinnan menettämistä, omaa huonoa "synnytystekniikkaa", toimenpiteitä sekä huonoa kohtelua tai yhteistyökyvyttömyyttä henkilökunnan taholta. Voimakas oman kehon vaurioitumisen, mielenterveyden järkkymisen tai kuolemanpelko ovat harvinaisempia. Synnytyskyvyttömyyden pelkoon liittyy lapsen vaurioittamisen pelko.

Synnytyspelon seuraukset

Raskaudenaikaista ahdistuneisuutta ja synnytyspelkoa kokeneilla synnytyskokemus on useammin kivulias ja negatiivinen ja heillä on suurempi riski sairastua lapsivuodemasennukseen (Areskog ym. 1984). Kovaa kipua kokeneilla on enemmän vaikeuksia sopeutua äitiyteen ja vastasyntyneiden hoitoon (Fridh ja Gaston-Johansson 1990).

Pelko ja ahdistuneisuus voivat käynnistää synnytyksen ennenaikaisesti, mutta toisaalta myös estää synnytyksen luonnollisen käynnistymisen ja johtaa yliaikaisuuteen ja synnytyksen käynnistykseen (Barnett ja Parker 1986). Pelko voi pitkittää synnytystä ja lisätä kivunlievityksen tarvetta synnytyksessä. Pelokkailla äideillä on suurentunut riski joutua päivystyskeskisarileikkaukseen. Synnytyspelkoisilla on myös paljon neuvola- tai sairaaläkäyntejä selvittämättömien vatsakipujen vuoksi.

Synnytyspelon hoidon periaatteet

Hoidon varhainen aloitus. Synnytystä voimakkaasti pelkäävät tulisi lähettää neuvolasta jo alkuraskaudessa synnytysairaalan erityispoliklinikalle. Pelkoa ei tule vähätellä tai siirtää sen käsittelyä myöhemmäksi. Pelosta puhuminen on naiselle yleensä vaikeaa, ja asiaan kannattaa tarttua heti tilaisuuden tullen. Tutkimuskäytössä on myös kyselylomakkeita, joilla synnytyspelkoa voidaan kartoittaa ja ottaa näin asia puheeksi neuvolassa (liite 6).

Hoidon jatkuvuus. Synnytyspelon hoito on yleensä tuloksellista, kun se aloitetaan riittävän varhain ja toteutetaan hoidon jatkuvuutta korostavalla erityispoliklinikalla. Jatkuva hoitosuhde vahvistaa turvallisuuden tunnetta ja luottamusta tehtäviin sopimuksiin.

Tukeminen ja kunnioitus. Synnytyspelon hoidon pyrkimys on auttaa naista hallitsemaan odotustaan ja synnytystään ja osoittaa, että hänen tunteitaan kunnioitetaan niin, että hän saamansa tuen avulla synnyttää normaalisti ja ottaa synnytyksen vastaan sellaisena kuin se on.

Moniammatillisuus. Hoitotiimiin kuuluvat gynekologi, kättilö ja mahdollisuuksien mukaan myös psykologi. Hoito perustuu asialliseen informaatioon, psykologiseen tukeen, synnytysvalmennukseen ja tarvittaessa lyhytterapiaan. Samat asiat käydään tarvittaessa läpi useita kertoja niin, että odottavalla äidillä on riittävästi tietoa, johon toiveensa ja käsityksensä perustaa.

Suunniteltu synnytys. Synnytys pyritään esimerkiksi kivunlievityksen osalta suunnittelemaan etukäteen. Synnytyksen suunnittelun on havaittu lisäävän uskallusta normaaliin synnytykseen ja luottamusta hyvään synnytyksen hoitoon.

Sitoutuminen suunnitelmiin. Synnytyssalin henkilökunta sitoutuu tehtyyn suunnitelmaan, ja näin synnyttäjät voi tulla sairaalaan rauhallisena ja luottavaisena. Ruotsissa tehostetun neuvonnan ja lyhytterapian jälkeen yli puolet keisarileikkausta pyytäneistä synnytti alakautta ja koki synnytyksen odotuksiaan helpompana ja vähemmän kivuliaana (Sjögren 1998).

Keisarileikkaus ei hoida pelkoa. Vaikeimmissa synnytyspelkotilanteissa, tai jos pelkoa ei ehditä raskauden aikana hoitaa (esim. synnyttäjän haikautuessa hoitoon vasta loppuraskaudessa), voidaan tehdä keisarileikkaus. Se ei kuitenkaan hoida pelkoa, vaan siirtää ongelman seuraaviin raskausiin, joissa se voi jopa lisätä pelkoa. Keisarileikkaukseen ei koskaan tulisi päätyä ilman synnytyspelon asianmukaista tutkimusta ja hoitoyritystä.

Synnytyspelko, varsinkin hoitamaton, on yleensä voimakkaimmillaan pari viikkoa ennen synnytystä. Joskus tarvitaan tässä vaiheessa intensiivistä päivystysluonteista tilanteen hoitoa, että hätiköidyiltä keisarileikkaukspäätöksiltä vältytään.

Synnytyspelon ehkäisy

Vaikean synnytyksen kokeneille mahdollisesti syntynyt emotionaalinen trauma on synnytyskomplikaatio, jonka hoito tulee aloittaa ennen kotiutumista (synnytyksen läpikäynti, debriefing). Hoitamaton emotionaalinen trauma voi johtaa posttraumaattiseen stressihäiriöön ja estää uuden lapsen hankkimisen.

Synnytyspelon ehkäisy kuuluu jokaisen neuvolan ja synnytyssairaalan velvollisuuksiin. Asianmukainen tiedottaminen, esim. alueen synnytyssairaalan kivunlievityskäytännöistä, psykologinen näkökulma synnytysvalmennuksessa, mahdollisuus tutustua synnytyssairaalaan, hyvä tiedonkulku ja yhteiset linjat neuvolan ja sairaalan välillä luovat synnyttäjälle luottavaisen ja turvallisen olon.

Kirjallisuus

- Areskog, B., Uddenberg, N., Kjessler, B.: Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 12: 262—266, 1981.
- Areskog, B., Uddenberg, N., Kjessler, B.: Postnatal emotional balance in women with and without antenatal fear of childbirth. *J Psychosom Res* 28: 213—220, 1984.
- Barnett, B., Parker, G.: Possible determinants, correlates and consequences of high levels of anxiety in primiparous mothers. *Psychol Med* 16: 177—185, 1986.
- Fridh, G., Gaston-Johansson, F.: Do primiparas and multiparas have realistic expectations of labor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 69: 103—109, 1990.
- Ryding, E. L.: Psychosocial indications for cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 70: 47—49, 1991.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J.-E., Halmesmäki, E.: Psychosocial characteristics in women fearing vaginal childbirth and their spouses. (julkaisematon käsikirjoitus).
- Sjögren, B.: Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 18: 266—272, 1997.
- Sjögren, B.: Fear of childbirth and psychosomatic support. *Acta Obstet Gynecol Scand* 77: 817—825, 1998.
- Suonio, S. ym.: Synnytystä koskevat pelot. *Suomen lääkäri* 32: 3133—3138, 1993.
- Viinamäki, H., Rastas, S., Tukeva, L. ym.: Synnyttäneiden henkinen hyvinvointi. *Duodecim* 110: 139—144, 1994.

10 Imetys

Imettäminen on luonnollinen pikkulapsen ruokintatapa, ja rintamaidolla on monia terveydellisiä ja ravitsemuksellisia etuja. Rintamaito sisältää kaikki imeväisen tarvitsemat ravintoaineet hyvin imeytyvässä muodossa D-vitamiinia lukuun ottamatta. Onnistunut imetys luo hyvän pohjan äiti-lapsisuhteen kehittymiselle. Teollisuusmaissa HIV-positiivisille äideille suositetaan imetyksestä pidättäytymistä. Kehittyvissä maissa, joissa infektioaudit ja aliravitseminen ovat yhä pienten lasten tärkeimmät kuolinsyyt, imetystä suositellaan kaikille synnyttäneille, myös HIV-infektoituneille, naisille (Global Programme on AIDS 1992).

Suomessa imetykseen on perinteisesti suhtauduttu myönteisesti ja äidit ovat yleensä hyvin motivoituneita. Yhteistyö synnytyssairaaloiden ja äitiys- ja lastenneuvoloiden kesken on luonut hyvät edellytykset imetyksen ohjaukselle. Pitkä äitiysloma on myös mahdollistanut imetyksen jatkamisen.

Rintaruokinnan pituudesta tai yleisyydestä maassamme on tehty selvityksiä 1920-luvulta lähtien. Rintaruokittujen lasten osuus pieneni hitaasti vuosisadan alusta 1960—1970-lukujen vaihteeseen, jolloin imetyksluvut olivat alhaisimmillaan. Yksi äiti kolmesta imetti tuolloin lastaan kolmen kuukauden ikään ja yksi kymmenestä kuusi kuukautta (Verkasalo 1968, Hultin 1977). Alueelliset rintaruokinnan edistämishjelmat 1980-luvulla alkoivat tuottaa tulosta siten, että vuosikymmenen loppupuolella esimerkiksi Pirkanmaalla kaksi äitiä kolmesta imetti puoli vuotta (Verronen 1988). Vuonna 1995 tehdyn valtakunnallisen haastatteluselvityksen mukaan lähes kaikki äidit imettivät sairaalasta lähtiessään. WHO:n rintaruokinnan kriteerien (liite 7) mukaisesti alle kuukauden ikäisistä lapsista 68 % oli täysimetettyjä. Tämän jälkeen täysimetettyjen lasten määrä pieneni ikäryhmittäin nopeasti siten, että neljän kuukauden ikäisenä 10 % lapsista oli yksinomaisella rintaruokinnalla. Puolen vuoden ikäisistä lapsista hieman yli puolet sai osittain rintamaitoa (Hasunen ym. 1996).

Suomalaisessa terveydenhuollossa, jossa äidinmaitokeskusten toiminta on tehokasta ja voidaan luottaa korkeatasoiseen hygieniaan, olisi aiheellista myös pohtia ja täsmentää yksinomaisen rintaruokinnan määritelmää. Kansainvälisen ohjelman kriteereiden mukaan yksinomaiseen imetykseen ei kuulu tuttipullosta annettu äidinmaito. Poikkeuksellisissa tilanteissa, mm. ennen aikaisesti syntyneen, pienen ja/tai sairaan lapsen hoidossa saatetaan alkuun joutua turvautumaan tuoreen tai luovutetun äidinmaidon antoon joko

tuttipullosta tai syöttöletkulla valuttaen. Yksinomaisen imetyksen on mahdollista onnistua näinkin alkuvaikeuksien jälkeen.

Vauvamyönteisyysohjelma

Vuonna 1989 WHO ja UNICEF käynnistivät maailmanlaajuisen ohjelman, jonka tavoitteena on imetyksen suojeleminen, edistäminen ja tukeminen. Ohjelman sisältö koostuu kymmenestä askeleesta, jotka sisältävät tiivistetynä tutkimukseen pohjautuvan tiedon niistä keinoista, jotka edistävät ja tukevat imetyksessä onnistumista (WHO 1989) (taulukko 10). Kansainväliseksi tavoitteeksi on asetettu, että 80 % neljän–kuuden kuukauden ikäisiä lapsista olisi täysimetettyjä ja että imetystä jatkettaisiin vähintään yhden vuoden ikään.

Vuonna 1991 julkaistiin vauvamyönteisyysohjelman kriteerit, jotka pohjautuvat kymmenen askeleen ohjelmaan (UNICEF 1992). Kymmenen askeleen ohjelma koskee kaikkia niitä yksiköitä, joissa hoidetaan raskaana olevia, synnyttäviä ja synnyttäneitä äitejä sekä niitä, joissa hoidetaan vastasyntyneitä ja imeväisikäisiä lapsia. Ohjelma on työstetty Suomen olosuhteisiin (Vauvamyönteisyysohjelma 1994). Ohjelmaa voidaan käyttää imetysohjauksen laatumittarina sekä sairaalassa että perusterveydenhuollossa. Kymmenen askeleen toteuduttua työyksikkö voi tavoitella kansainvälistä vauvamyönteisyystunnusta.

Taulukko 10. Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen.

1. Imetyksen edistämisestä on työyhteisössä valmistettu kirjallinen toimintasuunnitelma, jonka koko henkilökunta tuntee.
2. Henkilökunnalle järjestetään toimintasuunnitelman edellyttämää koulutusta.
3. Kaikki odottavat äidit saavat tietoa imetyksen eduista sekä siitä, miten imetykseen onnistuu.
4. Äitejä autetaan varhaisimetykseen 30 - 60 minuutin kuluessa synnytyksestä lapsen imemisvalmiuden mukaan.
5. Äitejä opastetaan imetykseen ja maidonerityksen ylläpitämiseen siinäkin tapauksessa, että he joutuvat olemaan erossa lapsestaan.
6. Vastasyntyneelle annetaan ainoastaan rintamaitoa, elleivät lääketieteelliset syyt muuta edellytä.
7. Äidit ja lapset saavat olla vierihoidossa 24 tuntia vuorokaudessa.
8. Äitejä kannustetaan lapsentahtiseen (lapsen viestien mukaiseen) imetykseen.
9. Imetetyille vauvoille ei anneta huvitutteja eikä heitä syötetä tuttipullosta.
10. Imetystukiryhmien perustamista tuetaan ja odottavia ja imettäviä äitejä opastetaan niihin.

Ohjelman suomalaiset hankkeet

Vauvamyönteisysohjelman mukaisia kehittämishankkeita on vireillä eri puolella Suomea. On tehty alueellisia imetysselvityksiä, ja useat synnytys-sairaalat noudattavat vauvamyönteisysohjelmaa joko sellaisenaan tai soveltaen. Kansainvälisen vauvamyönteisyystunnuksen sai aluesairaaloista ensimmäisenä Länsi-Uudenmaan aluesairaala vuonna 1996 ja keskussairaaloista Keski-Suomen keskussairaala vuonna 1998. Keski-Suomen läänissä imetyksen edistäminen on ollut koko 1990-luvun erityisenä kehittämisen kohteena. 1996 valmistui alueellinen hoito-ohjelma, jonka tarkoituksena on yhtenäistää sairaalan ja perusterveydenhuollon hoitokäytäntöjä (Vauvamyönteinen Keski-Suomi 1997).

Terveydenhuolto-oppilaitokset, ammattikorkeakoulut yhdessä sairaaloiden kanssa ovat järjestäneet lukuisia kansainvälisen ohjelman mukaisia 18 tunnin imetysohjaajakursseja. Imetysohjaajien kouluttajakursseja on järjestetty Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Toistaiseksi suurin osa täydennyskoulutettavista on ollut sairaaloiden henkilökuntaa, mutta myös lastenneuvoloitten terveydenhoitajille on järjestetty koulutusta. Avoterveydenhuollossa vauvamyönteisysohjelman kriteereiden mukainen työn arviointi ja kehittäminen on toistaiseksi jäänyt vähäiseksi, toisaalta kymmenen askeleen ohjelma sellaisenaan ei sovellu avoterveydenhuollon arviointiin.

Suomessa vauvamyönteisysohjelman ulkoisen arvioinnin ulottaminen ainoastaan sairaalan toimintaan ei ole riittävää vaan arvioinnin kehittämisen tulisi lähteä avoterveydenhuollon ja sairaalan yhteistyön näkökulmasta. Maassamme ei myöskään ole kansallista koordinaattoria tai muuta tahoa, joka keskitetysti ohjaisi, kouluttaisi, tiedottaisi sekä keräisi tietoja vauvamyönteisysohjelman etenemisestä. Tällaisen kansallisen koordinaattorin asettaminen jokaiseen WHO:n jäsenvaltioon on asetettu ohjelman tavoitteeksi vuonna 1990.

Lisätietoa:

Sähköpostikeskustelufoorumeita:

www.lists.oulu.fi/imetystukilista

www.lists.oulu.fi/lapsiperhelista

Kansallinen imetysohjaus-verkoston [www](http://www.ktho.pspt.fi)-kotisivu:

www.ktho.pspt.fi/imetys.htm

Kirjallisuutta

- Global Programme on AIDS. Consensus statement from the WHO/UNICEF consultation on HIV transmission and breast-feeding. *Weekly Epidemiol Rec* 67: 177—84, 1992.
- Hasunen, K., Sairanen, S., Heinonen, K., Lyytikäinen, A.: Imeväisikäisten ruokinta Suomessa 1995. *STM:n selvityksiä* 1996: 2.
- Hultin, H.: Imeväisten terveydenhoito Suomen lastenneuvoloissa 1960-luvulla. *Lääkintöhallituksen tutkimuksia* 11/1973. Helsinki.
- Jalava, T., Liuksila, P.: Imetys — lapsen hyvinvoinnin osatekijänä. *Neuvola* 1: 15—16, 1993.
- Kumpula, M., Lyytikäinen, A., Poikajärvi, K., Sairanen, S.: Vauvamyönteinen Keski-Suomi — vuonna 1992 syntyneiden lasten imetys ja sairaalan hoitokäytännöt. *Dialogi* 2:24—25, 1995.
- Renfrew, M. J., Lang, S.: Feeding schedules in hospitals for newborn infants (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999.
- Renfrew, M. J., Lang, S.: Interventions for improving breastfeeding technique (Cochrane Review). Tietokannassa: The Cochrane Library, Issue 1. Update Software, Oxford, 1999.
- Sihvola, V., Lyytikäinen, A., Poikajärvi, K.: Vauvamyönteinen Keski-Suomi. Imetys vuonna 1995.
- Tamminen, T.: Äidin masennus, imetys ja varhainen vuorovaikutus. *Acta Universitatis Tamperensis. Ser A vol 304*. Tampereen yliopisto 1990.
- Tepora, E., Nurttila, A., Sairanen, S., Riihelä, J.: Vantaalaisen vauvan äidinmaitokausi vuonna 1997. Vantaan kaupunki, sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan julkaisuja. C:14, 1999.
- Vauvamyönteinen Keski-Suomi, alueellinen hoito-ohjelma. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri ja Keski-Suomen Läänihallitus, 1997.
- Vauvamyönteisyysohjelma. Ohjelma imetysohjauksen jatkuvaan laadun kehittämiseen. *Stakes* 1994.
- Verkasalo, M.: Rintaruokinta yleistynyt. *Suom Lääkäril* 35: 1981—1983, 1981.
- Verronen, P., Lammi, A., Mäkelä, I., Saarikoski, S., Tamminen, T., Visakorpi, J. K.: Rintaruokinnan edistäminen synnytyssairaalassa ja lastenneuvolassa. *Duodecim* 97: 1768—1775, 1981.
- WHO/UNICEF: A Joint WHO/UNICEF Statement. Protecting, promoting and supporting. The special role of maternity services. Geneva 1989.
- UNICEF: The Global Criteria for the WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative. UNICEF Guidelines, 1992.
- Virtanen, S., Räsänen, L., Aro, A. ym.: Infant Feeding in Finnish Children <7 Yr of Age With Newly Diagnosed IDDM. *Diabetes Care*.

11 Synnytyksen jälkeinen ehkäisy

Raskauden aikana luotu hyvä kontakti neuvolaan helpottaa luottamuksellista keskustelua synnytyksen jälkeisestä perhesuunnittelusta ja ehkäisyn aloittamisesta. Periaatteessa on käytettävissä koko Suomessa markkinoilla oleva laaja ehkäisymenetelmien valikoima, mutta imetystilanne vaikuttaa oleellisesti menetelmän valintaan ja aloitusajankohtaan. Uusi raskaus voi alkaa suunniteltua varhemmin, koska osittaistakin imetystä saatetaan pitää tehokkaana ehkäisymenetelmänä. Myös menetelmien oletetut haitat imettävälle lapselle saattavat lykätä ehkäisyn riittävän varhaista aloitusta.

Kansainvälisen perhesuunnittelujärjestöjen liiton (IPPF:n) suositusten mukaan (Evans ja Huezo 1997) synnytyksen jälkeisen perhesuunnittelun yleiset periaatteet ovat:

- imetystä kannustetaan
- imettämistä ei lopeteta ehkäisymenetelmän aloittamiseksi
- ehkäisymenetelmän käyttö ei saa haitata imettämistä eikä vastasyntyneen terveyttä.

Heti synnytyksen jälkeen naisen kehossa tapahtuu suuria hormonimuutoksia, joiden seurauksena muun muassa maidon eritysvaihe käynnistyy ja mieliala on hyvin herkkä lapsen tarpeille. Imetyksen aloittaminen heti synnytyksen jälkeen on luonnollinen keino supistaa kohtua ja vähentää synnytyksen jälkeistä verenvuotoa.

Naisella, joka ei imetä, munasolun kypsyminen ja irtoaminen (ovulaatio) voi tapahtua jo kuukauden kuluttua synnytyksestä. Imettävillä äideillä amenorrea ja hedelmätön vaihe voi kestää kahdesta kuukaudesta jopa kahteen vuoteen. Imetyksen vaikutus hypotalamus-aivolisäket toimintaan lisää prolaktiinituotantoa ja pitää LH-pitoisuutta matalana estäen näin munasarjojen toiminnan alkamista. Imetysvälien pidentyessä ja lisäruokinnan alkaessa imetyksen vaikutus vähenee, jolloin munasarjojen toiminta elpyy, ja sen myötä kuukautiskierto ja ovulaatio käynnistyvät.

Imetys raskaudenehkäisyssä

Rintaruokinta on vauvan terveyden kannalta tärkeä asia. Lisäksi imettämisen itsessään antaa 98 %:sen suojan uudelta raskaudelta (Evans ja Huezo 1997, Hight-Laukaran ym. 1997, Vekemans 1997) edellyttäen, että

- synnytyksestä on enintään kuusi kuukautta
- kuukautiset eivät ole vielä alkaneet
- imetetään säännöllisesti eikä lapsi saa lainkaan lisäravintoa.

Säännöllinen imetys tarkoittaa, että imetetään aina kun lapsi sitä haluaa, päivällä vähintään neljän tunnin välein ja yöllä kuuden tunnin välein (Blumenthal ja McIntosh 1996). Kuukautisten alkamiseksi ei katsota vielä yhden päivän kestoista tiputteluvuotoa. Imetyksen antamaan ehkäisysuojaan (Lactational Amenorrhea Method, LAM) vaikuttaa jossain määrin esimerkiksi ravitsemustaso. Huono ravitsemustila pidentää amenorreaa (Rojnik ym. 1995, Labbok ym. 1997).

Imettävillä äideillä ensimmäinen kuukautisvuoto yleensä edeltää ensimmäistä ovulaatiota, mikäli vuoto alkaa ensimmäisen 6 kuukauden aikana. Myöhemmin ovulaatio saattaa tapahtua ennen ensimmäistä vuotoa, jolloin menetelmän luotettavuus huomattavasti vähenee.

Oikein ohjattuna menetelmä sekä edesauttaa imettämistä että hoitaa ehkäisyn. Se edellyttää perusteellista keskustelua asiakkaan kanssa menetelmän vaatimuksista, erityisesti säännöllisen imettämisen merkityksestä, ja valmiutta siirtyä käyttämään toista menetelmää, kun edellytykset eivät enää ole voimassa. Henkilökunnan positiivinen asenne on onnistumisen edellytys. Imettäminen raskaudenehkäisynä antaa aikaa pohtia pitempiaikaisempia ehkäisymenetelmiä.

Raskaudenehkäisy, kun ei imetetä

Mikäli nainen ei imetä synnytyksen jälkeen ja halutaan ehkäistä raskautta, ehkäisy on aloitettava varsin pian. Menetelmän valinnassa noudatetaan samoja periaatteita kuin muulloinkin. *Yhdistelmäehkäisytablettien* käyttö suositellaan aloitettavaksi kolme viikkoa synnytyksestä, tai ensimmäisten kuukautisten yhteydessä, jos ei ole vaaraa tulla raskaaksi aikaisemmin. Kolmen ensimmäisen viikon aikana synnytyksen jälkeen tromboosiriski on kohonnut, jolloin ei ole turvallista, eikä tarpeenkaan, vielä käyttää yhdistelmäehkäisytabletteja. Samaten *minipillereiden* käytön aloitus tai *ehkäisykapselien asennus* sopii kolme viikkoa synnytyksen jälkeen.

Raskaudenehkäisy imetyksen aikana

Viimeistään silloin kun imetyksen väli pitenee ja/tai lapselle ruvetaan antamaan lisäravintoa on siirryttävä käyttämään muuta ehkäisyä. Ei-hormonaaliset menetelmät ovat ensisijaisia. Jos haluttu perhekoko on saavutettu, voidaan ajatella *sterilisaatiota*. Menetelmä vaatii kuitenkin peruuttamattomuutensa takia tarkkaa harkintaa. Jos päätös on kypsytynyt jo alkuraskaudessa, voi toimenpiteen tehdä naiselle jo synnytyssairaalassa pienellä leikkauksella navan alta, kun kohtu on vielä iso. Suositeltavampaa on tehdä sterilisaatio päiväkirurgisena tähystystoimenpiteenä esimerkiksi 3—6 kuukauden kulluttua synnytyksestä, sillä välittömästi synnytyksen jälkeen tehtyihin sterilisaatioihin näyttää liittyvän jonkin verran enemmän katumisia ja menetelmän pettämisiä. Miesten sterilisaatiot ovat toimenpiteenä pienempiä ja yleistyessä Suomessa. Miehelle toimenpide voidaan sinänsä tehdä milloin tahansa, mutta jos se tehdään pian synnytyksen jälkeen, ehtii toimenpiteen teho varmistua ennen synnyttäjän hedelmällisyyden palautumista (Elomaa 1997).

Estemenetelmien käyttö sopii hyvin imetyksen aikana (Diaz ja Croxatto 1993). *Kondomi* on oikein käytettynä luotettava ehkäisykeino, jonka etuna on lisäksi sukupuolitautilien ehkäisy. Harvinaista luonnonkumiallergiaa lukuun ottamatta sillä ei ole sivuvaikutuksia. Imetysvaiheen aikana kondomin käyttö voi ärsyttää kuivia limakalvoja, minkä vuoksi liukastusaineen käyttö on usein tarpeen — tällöin on käytettävä vesiliukoista liukastetta, joka ei haurastuta kondomia. *Pessaari* täytyy yleensä vaihtaa suurempaan, mikäli se on ollut käytössä ennen raskautta (Elomaa 1997). *Spermisideistä* saattaa kulkeutua pieni määrä vaikuttavaa ainetta äidinmaitoon. Tällä ei ole todettu olevan haittavaikutuksia imeväiseen. Emätinäritys on spermisidien käytön yleinen sivuvaikutus erityisesti imetyksen aikana. *Rytminen menetelmän* ja siihen liittyvien menetelmien käyttö on hankalaa ja epäluotettavaa imetyksen aikana, kun kuukautiskierto on epäsäännöllistä.

Kuparikierukka voidaan erikoistilanteissa asentaa välittömästi synnytyksen jälkeen (10—30 minuuttia istukan irtoamisesta) tai mieluummin jälkitarkastuksen yhteydessä 6—8 viikon kuluttua synnytyksestä, koska silloin poistumisriski on pienempi. Imetyksen aikainen, lähellä synnytystä tapahtuva kierukan asettaminen vaatii erityistä huolellisuutta (Diaz ja Croxatto 1993), koska kohdun lihaseinämä on vielä pehmeä ja siten asetukseen liittyvä perforaation mahdollisuus on suurempi.

Pelkkää *keltarauhashormonia* sisältävät hormonaaliset ehkäisymenetelmät eivät vähennä maidon eritystä, eivätkä ole haitaksi imeväiselle. Näi-

tä menetelmiä ovat ns. minipillerit, ihonalaiset hormonikapselit, kohdunsisäinen hormonikierukka sekä keltarauhashormoniruiskeet. Jos imettää, niin näiden menetelmien suositeltava aloitusajankohta on aikaisintaan 6 viikkoa synnytyksestä (Diaz ja Croxatto 1993). *Hormonikierukan* asennukseen pätevät samat seikat kuin kuparikierukan. Sen etuna voidaan pitää pääasiallisesti paikallista hormonivaikutusta ja hyvin pientä hormonimäärää verenkierrossa. Hormonikierukan on todettu sopivan hyvin imetyksen aikaiseksi ehkäisymenetelmäksi (Heikkilä ym. 1982, Heikkilä ja Luukkainen 1982).

Yhdistelmäehkäisytabletit sisältävät keltarauhashormonin lisäksi estrogeenia, mikä vähentää maidon tuotantoa varsinkin imetyksen alkuvaiheessa. Puolen vuoden imetyksen jälkeen tällaista vaikutusta ei enää ole todettu, mutta yhdistelmätabletit aloitetaan yleisesti vasta imetyksen jälkeen (Diaz ja Croxatto 1993).

Jos ehkäisy kaikesta huolimatta pettää

Jälkiehkäisyä voidaan käyttää myös imetyksen aikana. Jälkiehkäisytabletit sisältävät samoja hormoneja kuin yhdistelmäehkäisytabletit. Jälkiehkäisy on hyvä aloittaa niin pian kuin mahdollista, mutta viimeistään 72 tuntia suojaamattoman yhdynnän jälkeen. Paras teho saavutetaan 24 tunnin kuluessa aloitetulla ehkäisyllä. Käytännössä tämä tarkoittaa, ettei yöllä tarvitse lähteä päivystykseen jälkiehkäisyä hakemaan, mutta seuraavan päivän kuluessa hoito olisi hyvä aloittaa. Ajoissa otettu hoito estää raskauden alkamisen 98 %:ssa tapauksia. Ajoituksen varmistamiseksi olisi perusterveydenhuollossa huolehdittava hoidon joustavasta saatavuudesta. Joissain tapauksissa jälkiehkäisytabletit voi antaa joustavasti esim. ehkäisyneuvolasta tai kouluterveydenhuollosta.

Jälkiehkäisytablettien sisältämät hormonit erittyvät pienissä määrin rintamaitoon. Ei kuitenkaan ole näyttöä, että näin lyhyestä hoidosta olisi lapselle haittaa, mutta halutessaan äiti voi lypsää maidon yhden tai kahden päivän ajan hukkaan ja jatkaa sen jälkeen imetystä (Elomaa 1997).

Kuparikierukan asettaminen viiden vuorokauden kuluessa suojaamattomasta yhdynnästä on tehokas jälkiehkäisymenetelmä. Kierukan etuna on se, että jatkoehkäisy tulee samalla hoidetuksi.

Synnytyksen jälkeinen seksi

Synnytyksen jälkeen emättimen limakalvo voi olla kuiva ja aristava ja jälkivuotoa voi jatkua muutamia viikkoja. Väsymys tai uusi perhetilanne voivat vaikuttaa paljon seksuaalisiin haluihin: äidin ja naisen roolien yhdistäminen ei aina suju hetkessä, ei myöskään perheellisen isän ja miehen. Tilanne saattaa hämmentää, mutta asiat ovat yleensä ratkaistavissa juttelemalla ja kokeilemalla.

Vanhempien välinen hellyys ja läheisyys ovat hyvin tärkeitä seikkoja vanhemmuuteen kasvamiselle, parisuhteelle, sekä vauvan kasvulle. Kaikki mikä lähentää vanhempia on tärkeää! Yhteiset keskustelut, pienet vapaa- hetket vauvan nukkuessa sekä koskettaminen ovat tärkeitä. Äitiys tuo mukanaan uudenlaista vastuuta ja joskus tunteen, että on kovin yksin. Isä puolestaan voi tuntea olevansa ulkopuolinen, äidin kiinnittäessä kaiken huomionsa uuteen vauvaan. Vanhemmuuden ja vastuun jakaminen yhdistää ja helpottaa seksuaalisuuden uutta löytymistä. Seksuaalisuutta voi toteuttaa hellyytenä, hyväilynä ja läheisyytenä niin kauan kun alapäässä on vielä arkuutta. Yhdyntöille ei ole estettä silloin, kun kumpikin niitä haluaa eivätkä ne ole kivuliaita. Limakalvojen kuivuus voi hormonitilanteen vuoksi jatkua pitkäänkin synnytyksen jälkeen. Silloin liukastusvoiteiden käyttö on avuksi.

Kirjallisuus

Blumenthal, P. D., McIntosh, N.: *Pocket Guide for Family Planning Service Providers*. JHPIEGO Corporation, Baltimore 1996.

Diaz, S., Croxatto, H. B.: Contraception in lactating women. *Curr Opin Obstet Gynecol* 5: 815—22, 1993.

Elomaa, K.: Synnytyksen ja abortin jälkeinen ehkäisy. *Duodecim* 113: 1176—1181, 1993.

Evans, I., Huerdo, C. (toim.): *Family Planning Handbook for Health Professionals*. International Planned Parenthood Federation, London 1993.

Heikkilä, M., Haukkamaa, M., Luukkainen, T.: Levonorgestrel in milk and plasma of breast-feeding women with a levonorgestrel-releasing IUD. *Contraception* 25: 41—49, 1982.

Heikkilä, M., Luukkainen, T.: Duration of breastfeeding and development of children after insertion of a levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive device. *Contraception* 25: 279—292, 1982.

Hight-Laukaran, V., Labbok, M. H., Peterson, A. E., Fletcher, V., von Hertzen, H., Van Look, P. F.: Multicenter study of the Lactational Amenorrhea Method (LAM): II. Acceptability, utility, and policy implications. *Contraception* 55: 337—46, 1997.

Labbok, M. H., Hight-Laukaran, V., Peterson, A. E., Fletcher, V., von Hertzen, H., Van Look, P. F.: Multicenter study of the Lactational Amenorrhea Method (LAM): I. Efficacy, duration, and implications for clinical application. *Contraception* 55: 327—36, 1997.

Rojnik, B., Kosmelj, K., Andolsek-Jeras, L.: Initiation of contraception postpartum. *Contraception* 51: 75—81, 1995.

Vekemans, M.: Postpartum contraception: the lactational amenorrhea method. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2: 105—11, 1997.

12 Synnytyksen jälkeinen masennus

Synnytyksen jälkeinen masennus on tavallinen ilmiö. Selvää mielialan laskea ja toimintakykyä haittaavaa väsymystä esiintyy ensimmäisinä synnytyksen jälkeisinä kuukausina yli puolella äideistä ja 6 kuukauden kuluttua vielä 10—15 %:lla. Synnytyksen jälkeen sairaalahoitoon selvän psykoosin vuoksi hakeutuu noin 3 äitiä tuhannesta. Masennus ei välttämättä mene itsestään ohi, vaan oireita on usein havaittavissa vielä 12—15 kuukauden kuluttua synnytyksestä. Tyypillisesti oireita on saattanut esiintyä jo ennen synnytystä ja sairastuminen tapahtuu hyvin nopeasti synnytyksen jälkeen, usein kuukauden kuluessa. Hoitamattoman synnytyksen jälkeisen masennuksen harvinainen, mutta äärimmäisen vakava seuraus saattaa olla lapsen surmaaminen, usein osana laajennettua itsemurhayritystä. Suomessa näitä traagisia tapauksia esiintyy muutama vuodessa.

Varhainen vuorovaikutus

Vastasyntyneen kehitys tapahtuu vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Vuorovaikutusta muokkaavat sekä ympäristötekijät että lapsen yksilölliset ominaisuudet. Kyse on yksilön ja ympäristön välisestä sopeutumisesta. Erittäin tärkeää käytännön työssä on muistaa, että lapsen kehitys ei edellytä täydellistä, ihanteellista ympäristöä, vaan riittävän hyvää vanhemmuutta. Riittävän hyvä vanhemmuus on kykyä luoda yksilöllinen, molempien osapuolten ominaispiirteet huomioiva suhde, jossa sekä lapsi että vanhempi voivat toteuttaa omia kehitysmahdollisuuksiaan.

Toisin kuin aikaisemmin ajateltiin, vauvaa ei enää pidetä nk. “tyhjänä tauluna”. Vauvojen on osoitettu kykenevän jo hyvin varhain valikoimaan ympäristön ärsykeitä, ja vastasyntyneet ovat erilaisia synnynnäisiltä reagointitapumuksiltaan eli temperamentiltaan. Esimerkiksi vauvan aktiviteetti, ärtyvyys, se kuinka nopeasti hän kykenee rauhoittumaan ja kuinka hän suhtautuu muutoksiin ympäristössään, ovat temperamentin osatekijöitä. Lapsen yksilöllinen temperamentti asettaa omat vaatimuksensa ympäristölle, puhutaan “vaikeasta” ja “helposta” temperamentista (Thomas ym. 1969).

Aktiivinen ja vaativa ns. “vaikea” temperamentti on reagointimalli, jonka ympäristö helposti kokee rasittavana. Äiti saattaa turhautua ja kokea itsensä kyvyttömäksi tyydyttämään lapsen tarpeet. Äidin reagoimassa lapsen vaatimukseen “epäsuotuisalla” tavalla lapsi jää vaille tarvitsemaansa myönteistä

vuorovaikutusta ja käyttäytyy entistä hankalammalla tavalla. Näin syntyy kielteinen noidankehä, joka lisää vakavan masennuksen kehittymisen riskiä niin äidin kuin lapsenkin osalta.

Toisaalta “vaikean” temperamentin lapsi osaa vaatia ja ottaa ympäristöstään enemmän — sellaista lasta on vaikeampi jättää huomioimatta — ja tällä tavalla lapsen ominaisuudet toimivat myös suojaavina tekijöinä, jos äidin masennus ei ole liian syvä.

“Helpon” temperamentin omaavalla lapsella taas on riski jäädä hoivaa ja huomiota vaille tilanteessa, jossa ympäristö ei jaksa huomioida lasta riittävästi. Vauva saattaa reagoida vetäytymällä vuorovaikutuksesta välttääkseen toistuvat pettymykset. Vetäytyvästi reagoivan masentuvan vauvan oireita on hankalampi havaita kuin ärtyisän, itkuisen ja vaativan vauvan masennusta, joka herättää ympäristön huomion, vaikkakin usein aiheuttaen negatiivisia reaktioita.

Vastasyntyneen terve kehitys on riippuvainen ympäristön hoivasta ja tuesta. Kymmenen viime vuoden aikana on yhä vakuuttavammin osoitettu varhaisen vuorovaikutuksen merkitys pitkälle aikuisuuteen sekä ihmissuhteiden malleissa että psyykkisissä häiriöissä.

Masennuksen merkit

Kun masentuneen äidin ja vauvan vuorovaikutus häiriintyy, vauva voi joutua sekä hoidon laiminlyönnin että fyysisen tai emotionaalisen pahoinpiteilyn kohteeksi. Masentunut äiti ei reagoi vauvaan, ei vastaa vauvan viesteihin eikä houkuttele vauvaa kehitykselle välttämättömään myönteiseen vuorovaikutukseen. Äiti voi käyttäytyä *vetäytyvästi*, jolloin vauva jää yksin oman itsensä varaan. Osa lapsista pystyy jonkin verran hakemaan emotionaalista turvaa ja voimaa itsestään, toiset ovat paljon haavoittuvampia äidin masennukselle. Toiset masentuneet äidit taas käyttäytyvät ylihuolehtivasti ja *tunkeutuvasti*, heidän on vaikea erottaa vauvan tunteita ja tarpeita omistaan. Osalla äideistä masennus näkyy selvänä *vihamielisyytenä lasta kohtaan*.

Merkit, jotka äidin olemuksessa ja käytöksessä voivat viitata masennukseen, ovat mm. väsymys, saamattomuus, hoitamattomuus, elämänhalun tai kiinnostuksen kohteiden katoaminen, unen tai ruokahalun häiriintyminen. Liitteenä 8 on kysymyksiä äidin mielialan kartoittamiseksi. Äidin ja vauvan vuorovaikutus voi myös olla poikkeavaa. Jos äiti ei ole kiinnostunut vauvasta, ei iloitse sen kehityksestä tai kokee, ettei lapsi ole kiinnostunut tai välitä hänestä, tulee tilanteeseen puuttua heti. Varsinkin jos äiti kokee lapsen olevan vihamielinen tai torjuva tai tuntee itsensä kyvyttömäksi tyydyt-

tämään lapsen tarpeita, on asiaa selvitettävä ja riittävä lähiympäristön tuki-
verkosto rakennettava nopeasti.

Äidin masennus voi lapsella johtaa turvattoman kiintymyssuhteen
muodostumiseen. Tämä näkyy usein ilottomuutena, energian puutteena ja
kontaktista vetäytymisenä, tai lapsi voi olla poikkeuksellisen ärtyvä ja vai-
keasti tyynytettävä. “Koliikkivauva” saattaa myös olla masentunut vauva.
Huono pituuden ja painon kasvu tai kielellisen tai motorisen kehityksen
viivästyminen on tavallista. Leikki-ikäisenä oireilu näkyy huonona sosiaa-
lisena ja emotionaalisen sopeutumisen ja kouluiässä usein oppimisen ja
käyttäytymisen ongelmina.

Masentunut tarvitsee kokonaisvaltaista apua

Jos äidin masennus ei ole vielä siirtynyt vauvan masennukseksi, vauva pys-
tyy ottamaan ympäristöstään emotionaalista tukea ja on kiinnostunut ja hy-
vässä vuorovaikutuksessa muitten kanssa. Jos ympäristöstä ei löydy kor-
vaavia ihmissuhteita vauvalle, siirtyy äidin masennus puutteellisen vuoro-
vaikutuksen kautta vauvan sisäiseksi masennukseksi. Tällöin edes korjaava
ympäristö ei enää saa vauvaa vuorovaikutukseen, vaan tarvitaan monen-
laista käytännön tukea ja terapeuttisia hoitomenetelmiä, usein sekä äidille
että vauvalle yhdessä.

Masentuneen äidin *konkreettinen lapsen- ja kodinhoitoapu* on usein
välttämätöntä, kuitenkin niin ettei äiti koe sen vain vahvistavan omia epä-
onnistumisen ja kyvyttömyyden tunteitaan. *Asiantunteva keskusteluapu* ja
tarvittaessa *lääkitys* tukevat äidin selviämistä. On tärkeää, että perustason
hoito ei katkea, vaikka mukana olisi mielenterveystyön ammattilaisiakin.
Usein neuvolan terveydenhoitaja ja lääkäri ovat ne, jotka parhaiten voivat
seurata myös lapsen kehitystä ja turvallisuutta. *Vertaisryhmät*, joita monis-
sa neuvoloissa on järjestetty, ovat osoittautuneet tehokkaaksi avuksi, joka
jatkuu usein vauvavaiheen ylikin. Samoin monilla paikkakunnilla on jo *äiti-
vauvaryhmiä*, jotka kuntouttavat sekä äitiä että vauvaa. Isä tulee kytkeä tii-
viisti hoitoon.

Isän merkitys on suuri

Lapsen kehityksen kannalta äidin masennus on ongelmallista; usein lapsen
masennus jatkuu, vaikka äidin masennus lievittyikin. Hyvin tärkeitä ovat
lähiympäristön muut aikuiset, jotka voivat huolehtia lapsesta ja turvata hy-
vää varhaista vuorovaikutusta. *Isän merkitys* on tässä ymmärrettävästi kes-

keinen. Vaikka vauvan varhaisin vuorovaikutussuhde syntyy yleensä äitiin, on vauvalla jo hyvin varhain kiinnostusta ja kykyä kiintyä myös muihin ympäristön ihmisiin. Isän rooli ei ole vain äitiä tukeva, vaan isällä on tärkeä oma merkitys. Isien huomioon ottaminen vastaanottoaikoja järjestettäessä on viisasta.

Ratkaisevan tärkeää on isän läsnäolo ja vuorovaikutuksen jatkuvuus, koska lapsen sosiaaliset taidot ovat ensimmäisinä elinkuukausina hyvin vähäiset ja hänen täytyy voida harjoitella “tutussa vuorovaikutuksessa”. Vanhemman tehtävänä on auttaa lasta säätelemään tunnetiloja, kun lapsi itse ei siihen vielä pysty. Lapsen kasvaessa ja kehittyessä kyky suoriutua ja nauttia vuorovaikutuksesta myös muitten aikuisten kanssa lisääntyy ja lapselle merkittäväksi muodostuvat ne ihmiset, jotka ovat aidosti ja myönteisesti kiinnostuneita lapsesta. Masentuneen ihmisen on vaikea jaksaa ylläpitää riittävän myönteistä vuorovaikutusta lapseen. Siksi äidin lievä, hoitamattomana pitkittyvä synnytyksen jälkeinen masennus on lapsen kehityksen kannalta yhtä vaarallinen kuin sinänsä syvempi ja rajumpi synnytyksen jälkeinen psykoottinen masennus.

Neuvolatoiminta vastaa uusiin haasteisiin

Synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistaminen on haaste neuvolatyölle, ja Stakes on aloittanut valtakunnallisen kehittämishankkeen, jossa terveydenhoitajia koulutetaan varhaisen vuorovaikutuksen häiriöiden tunnistamiseen. Vanhemmuuden tukemisessa on olennaista luoda suhde vanhempiin jo *raskauden aikana kotikäynnillä*, jolloin voidaan konkreettisesti miettiä selviämistapoja tulevia ongelmatilanteita varten. Olennaista on *oppia kuuntelemaan* ja lähteä äidin ja perheen tarpeista. *Asiakaslähtöinen työs-kentelyote*, joka pohjaa *myönteisen palautteen* tietoiseen käyttöön, mahdollistaa arkaluontoisistakin asioista puhumisen. Äidille osoitetaan konkreettisesti, miten tärkeä hän vauvalle on ja miten *vauva reagoi äitiin*. Pilottihankkeen tulokset ovat lupaavat: terveydenhoitajat ovat olleet erittäin tyytyväisiä siihen, että heillä vihdoin on hallussaan systemaattinen menetelmä, joka helpottaa ongelmallisten asioiden työstämistä vanhempien kanssa ja jolla varhaista vuorovaikutusta voi konkreettisesti tukea.

Riskiryhmiin kuuluvat äidit olisi *tunnistettava jo raskauden aikana*. Nämä äidit tarvitsevat enemmän aikaa vastaanotolla sekä konkreettista tukea ja apua sopeutumisessaan raskauteen, synnytykseen, lapsen hoitoon ja vanhemmuuteen. Asioista on syytä puhua, vanhemmat haluavat saada tukea ja turvata lapsensa kehityksen. Vaikeita aiheita ovat vauvan herättämät

kielteiset tunteet, seksuaalisuhteeseen liittyvät asiat, päihdeongelmat, väkivalta ja mielenterveysongelmat perheessä.

Yhteistyö on välttämätöntä

Neuvolan ja sairaalan välillä on sovittava, kuinka tiedonkulku neuvolasta sairaalaan parhaiten hoidetaan, jotta masentunut äiti saa parhaan mahdollisen tuen synnytyksen aikana, lapsen hoidossa ja imetyksessä²³. Negatiiviset kokemukset pyritään estämään ennalta. Jos ongelmat ilmenevät sairaalassa, tulee neuvolaan ottaa yhteyttä äidin luvalla, jotta kotikäynti voidaan järjestää nopeasti ja tapaamisten määrää voidaan lisätä suhteessa äidin tuen tarpeeseen.

Äidin ja perheen hoitoon kuuluu *verkostomainen työtapa*, jossa hyödynnetään perheen ja läheisten ihmisten lisäksi hoitotiimin kaikkia ammattiryhmiä: kätilö-terveydenhoitajaa, lääkäriä, psykologia ja sosiaalityöntekijää. Vaikeimmissa tapauksissa on hyvä yhteistyö mielenterveystyön asiantuntijoiden kanssa tärkeää.

Lisätietoa:

Väestöliiton Perheverkko ma—to klo 10—12 puh. (09) 6127 102. Lisämaksuton neuvontapuhelin antaa käytännön tukea ja neuvontaa mm. synnytyksen jälkeisessä alakulossa.

Äimä ry. (Äidit irti synnytysmasennuksesta): Sanna Turunen, Paimiontie 31, 81280 Uimaharju, puh. (013) 771 777.

²³ Synnytyksen jälkeen annettu lisätuki (ylimääräiset kotikäynnit) sosiaalisesti heikoissa oloissa oleville äideille vähentää lapsiin kohdistuvaa väkivaltaa ja lapsen huomiotta jättämistä (Hodnett ja Roberts 1999).

Kirjallisuutta

Davis, H., Cox, A., Day, C. ym.: Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen neuvolassa, opas terveydenhoitajien koulutukseen. Moniste. Stakes, 1998.

Murray, L.: The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 543—562, 1992.

Puura, K.: What children tell and adults notice. *Acta Universitatis Tamperensis* 605, 1998.

Stern, D. N.: *Interpersonal World of the Infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York, Basic Books, 1985.

Taipale, V.: *Lasten mielenterveystyö*. 3. painos. WSOY, Porvoo, 1998.

Tamminen, T.: Vanhemman sairauden merkitys. Kirjassa: Räsänen, E., Moilanen, I., Tamminen, T., Almqvist, F. (toim.): *Lasten- ja nuorisopsykiatria*, s. 330—334. Duodecim, Jyväskylä, 1996.

13 Raskauden keskeytyminen, lapsen kuolema tai vammaisuus

Lapsensa menettäneiden tai vammaisen lapsen saaneiden vanhempien hoito on aina vaikeaa ja haasteellista myös kokeneelle ammatti-ihmiselle. Hyvällä hoidolla perhettä voidaan auttaa kriisi- ja surutyössä ja siten myöhemmin tukea hyväksymään lapsensa vamma tai menetys. Siksi on tärkeää selkiinnyttää näiden potilasryhmien hoitolinjat niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa.

13.1 Kriisin vaiheet

Lapsen kuolema tai vammaisuus on perheelle aina suuri murhenäytelmä. Kriisivaihe on kulultaan usein samankaltainen, olipa kyseessä lapsen kuolema, vammaisuus tai sikiön menetys. Usein surutyö etenee kolmessa vaiheessa. Alun *sokkivaiheessa* vanhempien on vaikea omaksua suuria tietomääriä. Jos äiti kotiutuu tässä vaiheessa, jää hänelle usein kuva siitä, että hänelle ei ole kerrottu mitään tapahtuneesta. Annetusta tiedosta hyväksytään ehkä vain osa ja loppu torjutaan. Sokkivaihe kestää yleensä muutamasta päivästä useaan viikkoon.

Seuraavaksi perhe käy läpi kriisin *reaktiovaiheen*. Tietoa voidaan edelleen osittain torjua, samalla kun esiin nousee voimakkaita tunteita (viha, suru). Aikaisemmat menetykset voivat nousta uudelleen pinnalle, jolloin esimerkiksi varhaisen vaiheen keskenmeno saattaa käynnistää yllättävän vaikean masennuksen. Onkin tärkeää pyrkiä ymmärtämään, mitä lapsen vammaisuus tai kuolema juuri näille vanhemmille merkitsee. Lapsen pieni ja hoidettavissakin oleva vamma tai sairaus voi olla vanhemmille suuren huolen aihe. Vanhemmat voivat kokea syyllisyyttä tapahtuneesta tai hakea syyllisiä ympäristöstä. On tärkeää että tässä vaiheessa hoitoon osallistuvat henkilöt joko sairaalassa tai avohoidossa eivät asetu puolustuskannalle. Tärkeää on kuunnella ja auttaa perhettä pääsemään tästä vaiheesta eteenpäin.

Reaktiovaiheen mentyä ohi alkaa kriisin läpityöskentely, eli *korjaamisvaihe*. Tämä johtaa tilanteen vähittäiseen hyväksymiseen. Vaikka vahvat tunteet ja masennus vielä voivat palata, on katse jo nostettu eteenpäin. Vanhemmat alkavat suuntautua uudelleen kohti elämää. Olisi tärkeää, että aina-

kin merkkejä tähän vaiheeseen siirtymisestä olisi havaittavissa ennen hoitosuhteen päättymistä.

Kaiken sairauteen tai kuolemaan liittyvän asiantiedon lisäksi olisi neuvolan tärkeää tietää, missä vaiheessa vanhemmat ovat surutyössä kotiutukseen. Neuvolan kanssa on myös sovittava siitä, miten mahdolliset jatkoselvitykset tapahtuvat. Jälkitarkastus voidaan hyvin tehdä omassa terveyskeskuksessa, mutta lopullisten tutkimusten selvittyä on tärkeää, että hoitava sairaala järjestää keskustelun molempien vanhempien kanssa. Tällöin voidaan sopia menettelystä mahdollisessa seuraavassa raskaudessa ja antaa tietoa jatkotutkimuksista perinnöllisten tautien kohdalla.

13.2 Ensitieto

Lapsen vamma tai sairaus

Lapsen vammaisuus voidaan havaita jo raskauden aikana tai vasta synnytyksessä. Ensimmäinen tieto siitä tulee yleensä yllätyksenä. Syntyneestä vahvasta epäilystä on annettava tietoa ilman turhia viivytyksiä mieluummin niin, että molemmat vanhemmat ovat läsnä. Yhä useammin tieto odotettavan lapsen huonosta ennusteesta tulee esiin jo raskauden aikana suoritettavien *seulontatutkimuksien* johdosta. Ongelma on tällöin jopa vaikeammin käsiteltävissä kuin synnytyksen jälkeen, koska usein tässä tilanteessa on vain epäily taudista tai vammasta. On tärkeää, että neuvolassa ja sairaalassa puhutaan samaa kieltä. Informaation sisällöstä on yhdessä sovittava, jotta hoitolinjat ja hoitokäytännöt ovat yhtenevät. Näin voidaan välttää tilanteet, joissa vanhemmat kokevat heiltä odotettavan päätöksiä, joihin he eivät ole valmiita.

Perhe tarvitsee *aikaa sopeutuakseen* tilanteeseen ja voidakseen paremmin ottaa kantaa ja valmistautua jatkohoitoon. Tänä aikana perhettä ei jätetä yksin tunteittensa kanssa, vaan perheelle sovitaan *tukihenkilöt*.

Keskenmeno tai lapsen kuolema

Lapsen kuolema tai keskenmeno tapahtuu lähes aina yllättäen ja ennalta arvaamatta. Ensitieto lapsen kuolemasta tulee antaa *viivyttelemättä*, mieluiten molempien vanhempien läsnä ollessa, rauhallisessa ympäristössä, kii-reettömästi. Vanhemmat tarvitsevat aikaa tapahtumien selkiinnyttämiseen ja surutyön käynnistämiseen. Liitteenä 9 on Tampereen yliopistollisen sai-

raalan potilasohje keskenmenon kokeneelle. Hoitohenkilökunnan on joustettava aikatauluun vanhempien tunteisiin ja tarpeisiin sopivaksi. Kuolleen lapsen, myös hyvin pienen tai epämuodostuneen, näkeminen ja sylissä pitäminen kuoleman jälkeen helpottaa vanhempien surutyön onnistumista. Vanhempien tulisi voida jättää hyvästit lapselleen rauhallisessa paikassa, kiireettä. Syntymää koskevat asiakirjat, hiuskiehkura tai jalanjälki ovat myöhemmin tärkeä merkki siitä, että lapsi on ollut olemassa (Kohner 1993). Vanhempien halutessa myös valokuva tai ultraäänikuva on hyvä muisto. Lapsesta voi ottaa valokuvan myös kun raskaus keskeytetään sikiön sairauden takia. Vanhemmat saattavat pyytää asiakirjoja tai kuvia itselleen myös vuosien kuluttua.

On muistettava, että perhe on menettänyt lapsen raskauden kestosta huolimatta; keskusteluissa on vältettävä sanoja sikiökuolema, abortti tms. ja puhuttava mieluummin lapsesta. Erityisesti aiemmin raskaudenkeskeytyksen kokneiden naisten kohtaamiseen on kiinnitettävä huomiota. Aiempi keskeytys voi aiheuttaa voimakkaita syyllisyyden kokemuksia ja pelkoja uudessa raskaudessa.

13.3 Yleisiä periaatteita lapsensa menettäneiden tai vammaisen lapsen saaneiden perheiden hoidossa

Tiedon tarve. Viestinnän tulee olla selkeää, toivoa antavaa, rehellistä ja herkkää perheen reaktioille. Kriisissä olevan perheen on vaikea vastaanottaa tietoa, ja annetut tiedot voivat unohtua täysin. Informaatiota on siis *toistettava* esittämättä epäilyjä siitä, että edellinen hoidon antaja olisi jättänyt jotakin kertomatta. Vanhempia askarruttaa lähes poikkeuksetta tapahtuneen syy, vammaisuuden laatu ja lapsen ennuste sekä mahdollinen toistumisriski tulevissa raskauksissa. Jos herää epäily perinnöllisestä taudista, tulee perheelle kertoa perinnöllisyysneuvonnan mahdollisuudesta (ks. liite 10). Perhe harkitsee itse neuvontaan hakeutumisen ajoituksen.

Tiedon kulku. Jos epäily lapsen vammasta tai sairaudesta syntyy avohoidossa, lähetetään äiti jatkotutkimuksiin ja -hoitoon mahdollisimman pian. Jos asia havaitaan synnytyssairaalassa, on hyvä ottaa yhteyttä asiakkaan luvalla tämän äitiysneuvolaan. Usein näin saadaan arvokkaita tietoja suvussa jo mahdollisesti todetuista taudeista ja niistä tehdyistä usein laajoistakin selvityksistä. Vanhemmille on selvitettävä eri hoitopaikkojen ja ammattiryhmien välisen *tiedonsiirron merkitys* heidän kokonaishoitonsa kannalta ja heiltä on myös pyydettävä lupa siihen. Luvan saaminen kirjataan sairaus-

kertomukseen. Kun lupa on saatu perheeltä, neuvolahenkilökunnalla on mahdollisuus ottaa yhteys sairaalaan (tai päinvastoin) ja kertoa tilanne, jotta perheen ei itse tarvitse selvittää tulositytään ollessaan ehkä vielä sokki-vaiheessa.

Yksilöllisyys ja kunnioitus. Vanhempien ja perheen hoidon on vastattava heidän yksilöllisiä tarpeitaan ja tunteitaan. Henkilökunnan on kannustettava erilaisten tuntemuksien esiin tuomista surutyön helpottamiseksi. Vanhempia tulee kohdella kunnioittavasti ja arvokkaasti aikuisina, vastuullisina ihmisinä. Vanhempien menetys pitää tunnustaa ja hyväksyä heidän tuntemuksensa ja kokemuksensa oikeutettuina.

Vanhemmat tarvitsevat yhteyden neutraalisti suhtautuviin ammattilaisiin, jotka auttavat heitä pääsemään itselleen oikeaan ratkaisuun vaikeassa tilanteessa. Kun sikiö todetaan vaikeasti vammaiseksi, vaatii päätös niin raskauden keskeyttämisestä kuin sen jatkamisesta — ehkä tietäen, että lapsi kuolee vastasyntyneenä — pitkäaikaista yhteyttä perheeseen. Vanhempien syyllistämiseen ei milloinkaan ole oikeutta.

Kulttuurierot. On huomioitava myös perheiden kulttuuritausta, sillä eri kulttuureissa ja uskontokunnissa suhtaudutaan keskenmenoihin, lapsen sairauteen, kuolemaan ja hautamiseen hyvin eri tavoin ja toimintatavat saatavat vaihdella suuresti.

Hoidon jatkuvuus. Hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että kaikkia perheen kanssa läheisesti tekemisissä olevia ammatti-ihmisiä on hyvin informoitu perheen tilanteesta, sairaalan ja avohuollon yhteisistä hoitolinjoista, yhteiskunnan tarjoamista palveluista ja tukimuodoista kuin myös itse kriisistä ja sen hoidosta ja surutyöstä. Perheelle valitaan *tukihenkilöt* — vastuuhoitajat — sekä sairaalasta että avohuollosta. Vanhemmille on hyvä myös tiedottaa eri yhdistysten toiminnasta esimerkiksi näiden tarjoamista tukiperhe- tai auttava puhelin -palveluista (ks. yhteystietoja luvun lopussa). Perheen niin toivoessa heidän valitsemansa ulkopuolinen tukihenkilö voi osallistua hoitokäynteihin. Eri ammattiryhmien, esimerkiksi hoitohenkilökunnan, sosiaalityöntekijän ja sairaalateologin välinen yhteistyö on tärkeää, ja yhteiset hoitoneuvottelut selkeyttävät perheen hoitoa.

Hoitosuhteiden loppuun saattaminen. Tukea ja ymmärtämystä tarvitaan myös lapsen syntymän jälkeen. Vaikka vammaisen lapsen saanut tai lapsensa menettänyt perhe säilyttää hoitosuhteensa sairaalan vastuuhoitajaan, on tärkeää, että sairaalasta myös otetaan yhteys neuvolaan, jotta tarvittaessa voidaan järjestää nopeasti kotikäynti tai tapaaminen perheen kanssa. On kaikille osapuolille tärkeää, että hoitosuhteet niin sairaalassa kuin avohuollossa saatetaan loppuun ja näin voidaan surutyötä tehdä kaikkien tukihenkilöi-

den kanssa. Surulle, niin perheen kuin hoitohenkilökunnankin, on annettava aikaa.

Työnohjaus. Kaikki lapsensa menettäneiden, sairaan tai vammaisen lapsen saaneiden perheiden kanssa tekemisissä olevat ammattiryhmät tarvitsevat työnohjausta sekä mahdollisesti lisäkoulutusta saadakseen tukea näiden perheiden hoidossa sekä työstääkseen omia tunteuksiaan ja suruaan.

13.4 Lapsen menetykseen sekä keskenmenoon liittyviä käytännön asioita

Kuolleena syntynyt lapsi

Kuolleena syntyneeksi katsotaan sikiö tai vastasyntynyt, joka syntyessään on painanut vähintään 500 grammaa, tai raskauden kesto on vähintään 22 raskausviikkoa eikä syntymähetkellä lapsella ole todettu elonmerkkejä. Kuoleman syyn selvittäminen on tärkeää, sillä siten voidaan ehkä löytää keinot estää tilanteen toistuminen mahdollisessa seuraavassa raskaudessa. Selvitys auttaa myös henkilökuntaa suojautumaan mahdollisilta myöhemmin esiin nousevilta hoitovirhe-epäilyiltä. Vain tarkan kuolinsyyn selvittelyn avulla voidaan varmistaa esimerkiksi raskauden aikana tehtyjen tutkimusten osuvuus. Äidiltä pyydetään tässä tilanteessa kirjallinen suostumus ruumiinavukseen.

Kuolemaan liittyvistä asiakirjoista huolehtii sairaala. Vanhempien velvollisuus on huolehtia lapsen hautaamisesta. Käytännön asioiden hoidossa auttavat sosiaalihoitaja ja sairaalateologi huomioiden luonnollisesti kunkin perheen uskonnolliset käsitykset. Eri uskontokuntien käytännöistä on olemassa kirkon sairaalasielunhoidon keskuksen vuonna 1966 toimittama yleiskatsaus (Soivio 1996). Ruumiinavaukseen on eri uskontokunnilla hieman erilaisia kannanottoja, mutta useimmiten tutkimus sallitaan, kun sen merkitys selvitetään omaisille. Ongelmana on eräiden uskontokuntien, kuten juutalaisten ja islaminuskoisten, vaatimus nopeasta hautauksesta. Kuolleena syntynyt lapsi voidaan siunata ja hänelle voidaan antaa nimi. Käytäntö voi kuitenkin vaihdella eri seurakunnissa. Asia on syytä varmistaa yhdessä oman seurakunnan tai yhteisön kanssa. Yhteydenpidossa auttavat sairaalan sosiaalihoitaja ja sairaalateologi.

Syntymän jälkeen kuolleen lapsen jatkotutkimuksista ja tarvittavista asiakirjoista huolehtii tavallisesti sairaalan lastenosasto. Muilta osin menettellään kuten kuolleena syntyneen lapsen kohdalla.

Jokaisella synnyttäneellä äidillä on oikeus äitiysrahaan, kun raskaus on kestänyt vähintään 154 päivää ja hän on ollut sairausvakuutettuna Suomessa välittömästi ennen laskettua synnytysaikaa vähintään 180 päivää. Äitiysraha alkaa aikaisintaan 50 ja viimeistään 30 arkipäivää ennen laskettua synnytysaikaa. Äitiysrahakausi päättyy, kun etuutta on maksettu 105 arkipäivältä. Jos lapsi syntyy kuolleen tai kuolee äitiysrahakauden aikana, ei perheellä ole oikeutta vanhempainrahaan. Jos lapsi kuolee isyysrahakaudella, etuus isälle maksetaan kauden loppuun.

Keskenmeno tai keskeytys

Keskenmenoksi katsotaan raskaus, joka on kestänyt alle 22 viikkoa ja jossa kuollut sikiö painaa alle 500 grammaa. Keskenmenoksi katsotaan myös raskaus, joka on kestänyt yli 22 viikkoa, mutta alle 24 viikkoa, jos raskaus on keskeytetty Terveystieteiden tutkimuskeskuksen luvalla sikiön sairauden tai vamman perusteella.

Etenkin pitemmälle kestäneissä raskauksissa pyritään keskenmenon syy selvittämään patologin suorittaman tutkimuksen avulla. Tähän tutkimukseen ei tarvita potilaan lupaa.

Kun todetaan raskauden keskeytyneen tai kyseeseen tulee raskaudenkeskeytys, voi olla hyvä keskustella asiakkaan kanssa etukäteen, halutaanko sikiö haudata. Sielunhoidollisista syistä tälle ei ole estettä (Pohjolan-Pirhonen 1993). Hautaamispakkoa ei näissä tapauksissa kuitenkaan ole, vaan sairaala voi hoitaa asian omaisten puolesta. Jos potilas ei heti osaa ottaa kantaa hautaamiseen voidaan patologian osaston kanssa sopia ajasta, jonka sisällä päätös tulee tehdä. Hautaamiseen liittyvistä käytännön asioista on syytä neuvotella oman seurakunnan tai muun yhteisön kanssa. Alle 22-viikkoisen sikiön hautaamista varten tarvitaan vapaamuotoinen lääkärin kirjoittama todistus siitä, että hautaamiselle ei ole estettä. Vanhemmat, joilla on tapahtuneeseen liittyviä uskonnollisia tai sielunhoidollisia kysymyksiä, voivat näissä asioissa ottaa yhteyttä sairaalateologian tai oman seurakuntansa pappiin. Muihin uskontokuntiin tai yhteisöihin kuuluvat ohjataan vastavasti keskustelemaan oman yhteisönsä kanssa.

Sairauslomaa kirjoitetaan riippuen raskauden kestosta, tavallisesti loman pituus on 1—3 viikkoa.

Lisätietoja. Vanhemmat voivat saada tukea ja tietoa mm. seuraavista yhdistyksistä:

- *Lastensuojelun keskusliitto*, Pitkäaikaissairaiden ja vammaisten lasten vanhempainyhdistysten yhteistyöryhmä (jäsenenä yli sata vammais- ja vanhempainyhdistystä), Armfeltintie 1, 00150 Helsinki puh. (09) 329 6011, sähköposti lskl.toimisto@lastensuojelunkeskusliitto.fi
- *Käpy ry. Kätkyt- ja lapsikuolemaperheiden yhdistys*. Sellukatu 5 A, 33400 Tampere. Auttava puhelin 0800-95959, sähköposti kapy@sci.fi
- *Lapsettomien tuki ry.* PL 233, 00121 Helsinki, sähköposti lapsettomien.tuki@vip.fi

Kirjallisuus

Helminen, M. (toim.): Ensitedosta evästä elämänhallintaan. Lastensuojelun keskusliitto Pitkäaikaissairaiden ja vammaisten lasten vanhempainyhdistysten yhteistyöryhmä (YTRY). Helsinki 1995.

Kansalaisen käsikirja. Internet: <http://www.opas.vn.fi/index.htm>.

Kohner, N.: The loss of a baby: Parents' needs and professional practice after early loss. Kirjassa: Dickenson, D., Johnson, M. (toim.): Death, dying and bereavement. Sage, London 1993.

Laes, E., Tick, T.: Ensitedon antaminen, kun perheeseen syntyy vammaisen lapsi. Kirjassa: Vienonen, M. (toim.) Äitiyshuollon käsikirja. Lääkintöhallitus 1990.

Manneri, T. (toim.): Vaiettu suru. Lapsen kuolema ja perheen tukeminen. Lastensuojelun keskusliiton julkaisu 88, Helsinki 1992.

Miscarriage, stillbirth and neonatal death. Guidelines for professionals. SANDS (Stillbirth and Neonatal Death Society), London, 1991.

Pohjolan-Pirhonen, C.: Elämänkaaren alku sairaalateologin työssä. Sielunhoidon aikakauskirja 6, 1993.

Ravn, B.: Sikiökuolema. Kätilölehti 5, 1985.

Saarinen, E. (toim.): Sairaana ja vammaisen lapsen hyvä elämä. Lastensuojelun keskusliitto. Edita, Helsinki, 1998.

Talonen, M.: Enkeliveli. Stakes, 1996.

Soivio, J. (toim.): Vakaumuksen kunnioittaminen. Suomen evankelisluterilainen kirkko. Kirkkohallitus. Kirkon sairaalasielunhoidon keskus 1966.

Väisänen, L.: Lapsen menetys. Perheen suru ja toipuminen. Kirjapaja, Helsinki, 1999.

14 Äitiyshuollon kustannuksista

Taloudellinen tilanne ja valtiosuusuudistus ovat käynnistäneet kustannuslaskennan terveydenhuollon yksiköissä. *Kustannusajattelu* on tullut terveydenhuoltoon jäädäkseen, mutta vielä on pitkä matka siihen, että kyettäisiin keskustelemaan kokonaiskustannuksista. Esimerkiksi yhden synnyttäjän hoitoketjua, johon kuuluvat sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon toimet raskauden ja synnytyksen aikana, ei vielä ajatella kokonaisuutena. Kukin hoitopaikka arvioi omia kustannuksiaan. Terveydellinen lopputulos ja hoidon hyöty tulisi suhteuttaa *kokonaiskustannuksiin*.

Yksikkötasolla tavoitteena on kustannusten vastaavuus, eli toiminnan menot katetaan saatavilla tuloilla. Kustannuslaskennan kehittyessä on päästy *erikoisalakohlaiseen hinnoitteluun* aikaisemmin käytetyn koko sairaalan keskimääräisten hintojen sijasta. Eri erikoisalat sairaaloissa ovat määritelleet palvelujensa hinnat itsenäisesti, ja siten palvelujen ja hintojen vertailu eri sairaaloiden välillä on vaikeaa. Puhtaasti erikoisalan omien kustannusten (henkilöstön palkkaus, tilojen kunnossapito, laite- ja materiaalihankinnat ym.) lisäksi hintoihin sisällytetään välillisiä kustannuksia eli sairaalan muusta toiminnasta johtuvia menoja. Tällöin jokaisen erikoisalan hintoihin vaikuttavat esimerkiksi sairaalan koko ja toiminnan järjestelyt, miten tehokkaasti sairaala kokonaisuutena toimii. Suomen Kunnallisliiton selvityksen mukaan sairaaloiden laskutushinnoissa on suurta vaihtelua. Esimerkiksi vuodeosastoitoisen normaalisynnytyksen ylimmän ja alimman laskutushinnan suhde oli 3,4 (vaihtelu 3 940—13 362 mk) vuonna 1999 (Punnonen 1999).

*Taulukko 11. Erikoissairaanhoidon laskutushintoja eräästä sairaanhoito-
piiristä vuonna 1997.*

<i>Ryhmä</i>	<i>Hinta 1997</i>	<i>Toimenpide</i>
1	210,00	* Kaikukuvausseulonta * KTG-tutkimus * Lääkärin puhelinkonsultaatio
2	360,00	* Lähetekäynti * Riskiraskauden seuranta * Päivystyskäynti varsinaisena työaikana * Synnytyksen jälkitarkastus
3	800,00	* Synnytyssalin tarkkailupotilas (ei sisäänkirjoitettu) * Ulkokäännös * Vaativa kaikututkimus * Päivystyskäynti varsinaisen työajan ulkopuolella
4	2 480,00	* Sikiön kromosomitutkimus * Kaikukuvausohjatut sikiöön kohdistuvat toimenpiteet

Terveyskeskuksissa kustannuslaskenta ei ole vielä niin yksityiskohtaista kuin erikoissairaanhoidossa. Terveyskeskukset laskuttavat jäsenkuntiaan yleensä *keskimääräisen avohoidon käynnin hinnan* mukaan, joissakin terveyskeskuksissa on laskettu lähinnä omaa toimintaa varten neuvolatoiminnan tai terveysneuvonnan kustannuksia. Tehyn selvityksen mukaan äitiysneuvolaikäynnin hinta oli keskimäärin 172 mk (vaihteluväli 117 mk—226 mk) ja äitiyspoliikkikäynnin hinta 494 mk (250—745 mk) (Pokki ja Markkanen 1998).

Kokonaisajattelussa kustannukset ja laatu

Kunnat ovat ristiriitaisessa tilanteessa ollessaan samanaikaisesti palvelujen maksajia ja ostajia. Taloudellisen tilanteen heikentyessä kunnat ja kuntayhtymät ovat antaneet työntekijöilleen ohjeita potilaiden lähettämisestä erikoissairaanhoidon. Kunnissa korostetaan erityisesti lähettämissyitä ja edellytetään, että erikoissairaanhoidon lähetettäessä tulee aina olla lähete, eli asukkaat eivät omatoimisesti voisi hakeutua erikoissairaanhoidon. Joissakin kunnissa on alettu tehdä itse aikaisemmin erikoissairaanhoidosta ostettuja palveluja, esimerkiksi ultraäänitutkimuksia odottaville äideille.

Äitiyshuollon työntekijöiden niin perusterveydenhuollossa kuin äitiyspoliklinikoilla tulisi löytää yhteiset toimintalinjat ja sopia alueellisesti hoidon *tarkoituksenmukaisesta porrastuksesta*. Tällöin potilas tutkitaan ja hoidetaan oikeaan aikaan siinä terveydenhuollon toimipisteessä, jossa on riittävä asiantuntemus ja varustus. Porrastuksen toimiessa potilas siirretään perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon ja päinvastoin lääketieteellisesti katsoen oikealla hetkellä, indikaatioiden mukaan.

Palvelujen käyttöä ei saa ohjata vain hinta; myös tarvittava laatu on otettava huomioon. Kustannusajattelu ei saa merkitä sitä, että perusterveydenhuollosta ei lähetetä potilaita riittävän ajoissa erikoissairaanhoidon tai sitä, että erikoissairaanhoido “pitää potilaita itsellään”, vaikka heidän hoitonsa ei sitä enää edellyttäisi. Tämä on tärkeää paitsi eettisesti myös hyvien hoitotulosten saavuttamiseksi, laadun varmistamiseksi ja kustannusten säästämiseksi. Hyvällä yhteistyöllä voidaan karsia tutkimusten tarpeetonta toistamista, ajoittaa käynnit oikein ja varmistaa myös potilaan luottamus ja tyytyväisyys hyvin toimivaan palvelukokonaisuuteen. Toimivat palveluketjut vähentävät hoidon päällekkäisyyttä ja siten myös kustannuksia.

Kirjallisuus

Pokki, H., Markkanen, K.: Lapsenpäästäjiä ja viisaita vaimoja. Selvitys äitiyshuollosta terveyskeskuksissa ja synnytysairaaloissa. TEHY ry. Sarja B: Selvityksiä 4/1998.

Punnonen, H.: Sairaaloiden vuosi 1999. Suomen Kuntaliitto. Helsinki, 1999.

15 Laatu äitiyshuollon yhteistyössä

Hoidon ja neuvonnan hyvä laatu sekä toimiva yhteistyö on äitiyshuollon asiakkaille tärkeää. Äitiyshuollon laatua voidaan seurata monien eri mittarien eli laatukriteerien avulla. Laatukriteeri on laadun määrittämisen perustaksi valittu ominaisuus. Jos kriteeri toimii viitteenä palvelun laadun vaihtelusta, voidaan sitä kutsua *laatuindikaattoriksi*. Äitiyshuollon työn tärkeintä tulosta, äitien ja syntyvien lasten terveyttä, kuvaavat monet indikaattorit: äitiys- ja imeväiskuolleisuus, Apgar-pisteet, syntymäpaino, gestatioajan pituus jne. Hoitoprosessin laatua voidaan mitata vaikkapa seuraamalla äitiyshuollon käyntien kokonaismäärää raskausaikana, hoitajaksojen pituutta synnytysosastoilla, sektioden, hätäsektioiden ja muiden toimenpiteiden osuutta synnytyksissä ja yllätysperätilojen määrää. Äitien ja perheiden tyytyväisyys neuvontaan ja hoitoon on tärkeä laadun kuvaaja. Äitiyshuollon pitkäaikaisvaikutusten (esim. hyvän vanhempi-lapsisuhteen vaikutusta lapsen psyykkiseen kehitykseen) mittaaminen on toistaiseksi osoittautunut kovin haastavaksi, eikä tällaisia kriteerejä ole vielä kehitetty.

Monia näistä kriteereistä voidaan seurata valtakunnallisista tilastoista (esim. syntymärekisteristä ja hoitoilmoitusrekisteristä), valmiita lomakkeita käyttäen (esim. potilastytyväisyys) tai hoitoyksikön omista toimintatiedoista. Osa mittareista on yhteispohjoismaisia, ja työn laatua voidaan siis verrata myös naapurimaihin. Perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä valmistelelee vuoden 1999 aikana ehdotuksen siitä, mitä laatukriteereitä olisi tarpeen ja mahdollista ottaa valtakunnalliseen käyttöön.

Yhteistyötä kuvaavista laatukriteereistä asiantuntijaryhmä teki ehdotuksen vuonna 1995 julkaistussa seulontasuosituksessa. Tiedossamme ei ole, miten paljon näitä kriteerejä on Suomessa käytetty. Useimmat hyvän yhteistyön kriteereistä ovat edelleen ajankohtaisia, vaikka mm. tietojärjestelmien kehittyminen (elektroniset lähetteet) onkin tehostanut monia yhteistyön muotoja.

Hyvän yhteistyön kriteerejä:

Yhteistyön rakenteet

- * yhteinen, ajantasainen ohje lähettämisestä
- * ajantasaiset tiedot yhteyshenkilöistä
- * yhteiset, säännölliset täydennyskoulutukset
- * malli yhteistyöongelmien tunnistukseen ja selvitykseen
- * mahdollisuus toimia toisen portaan työpaikassa tutustumassa 1—2 viikkoa

Yhteistyöprosessit

- * toiseen yksikköön tutustuneiden osuus äitiyshuollon työntekijöistä
- * läheteiden määrä/äitiyshuollon asiakas/vuosi
- * palautettujen tai tarpeettomien läheteiden osuus kaikista
- * väärällä kiireellisyydellä lähetettyjen määrä
- * päivystysläheteiden osuus kaikista
- * jonotusajat
- * palautteen viive (montako vrk pkl-käynnin jälkeen saadaan käyntitiedot äitiysneuvolaan)
- * tarpeettomasti toistettujen tutkimusten määrä
- * yhtenäinen tiedotus kivunlievityksestä
- * asianmukaisen potilasohjeen (esim. ultraääniseulonnan jatkotutkimus) saaneiden osuus kaikista tutkituista
- * puhelinkonsultaatioiden onnistuminen (miten usein työntekijä saa toisen portaan yhdyshenkilöltä tarpeelliset tiedot ensi yrittämällä)

Kirjallisuus

STM, Stakes, Kuntaliitto: Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1999.

16 Uudet raskauden seurantalomakkeet

Hoidon ja ohjauksen kirjaaminen on osa raskaudenajan kokonaisuhoitoa. Yhteisesti sovitulla kirjaamis- ja merkintätavoilla voidaan parantaa hoidon ja ohjauksen laatua, lisätä hoidon turvallisuutta ja toimia tavoitteellisesti ja taloudellisesti. Maassamme on ollut yhtenäinen kirjaamiskäytäntö äitiyshuollossa 1980-luvun alusta, jolloin otettiin käyttöön terveys- ja sairauskertomukset sekä sairaaloissa että terveyskeskuksissa. Suomen Kuntaliitto on vastannut terveys- ja sairauskertomusjärjestelmän ylläpidosta, sekä nyt käytössä olevien äitiyshuollon lomakkeiden laatimisesta. Lomakkeet ovat palvelleet lasta odottavia perheitä, äitiyshuollon työntekijöitä ja muita terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja toimineet moniammatillisen työn välineinä hoidon eri tasoilla.

Käytäntö ohjasi uudistusta

Suomen Kuntaliitto kartoitti terveyskeskusten käytössä olevien äitiyshuollon lomakkeiden toimivuutta pienellä satunnaistetulle joukolle lääkäreitä, terveydenhoitajia ja kättilöitä suunnatulla kyselyllä. Tavoitteena oli selvittää, mitä puutteita kirjaamiskäytännössä koettiin olevan ja miten sitä tulisi kehittää. Palaute työstettiin pienessä asiantuntijaryhmässä. Ryhmä suunnitteli uudet lomakemallit, joita arvioitiin Stakesin äitiyshuollon asiantuntijaryhmässä. Lomakkeiden tietosisältö, rakenne ja esitystapa pyrki palvelemaan hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia siten, että kirjaaminen tukee potilaan hoidon yksilöllisyyttä, joustavaa etenemistä ja jatkuvuutta myös hoitoyksiköstä toiseen siirryttäessä. Tavoitteena ei ole ollut tiukka normittaminen. Yksityiskohtaisesta työnjaosta ja kirjaamiskäytännöstä tulee sopia paikallisesti terveyskeskuksissa. Riittävät ja asianmukaiset merkinnät selkiinntävät ja vahvistavat potilaan ja terveydenhuollon henkilökunnan oikeusturvaa, turvaavat hoitoa koskevaa tiedonsaantia sekä edistävät luottamuksellisten hoitosuhteiden syntymistä. Kattava dokumentaatio on myös laadun arvioinnin edellytys.

Äitiyshuollon kertomuksen muodostavat kolme lomaketta: raskauden seurantalomake ja hoitosuunnitelmalomake (ks. liite 1) sekä äitiyskortti. Konsultaatio- ja lähetelomakkeita ei tässä yhteydessä ole paperimuotoisena uusittu. Suomen Kuntaliitto antoi kesällä 1998 suosituksen organisaatioiden välisestä tiedonsiirrosta (OVT-sanomasuosituksen). Se on sovelletta-

vissa myös äitiyshuollon käyttöön, kun hoitoyksiköillä on ATK-järjestelmät käytössään. Konekielisesti käsiteltynä äitiyshuollon tiedot tulevat noudattamaan manuaalijärjestelmän periaatteita. Konekielisen asiakas- ja potilaskertomuksen määrittelytyötä tehdään parhaillaan Suomen Kuntaliitossa.

Rakenne ja sisältö uudistettiin

Uusi raskauden seurantalomake noudattaa pitkälti edeltäjänsä rakennetta. Lomakkeessa on kiinnitetty enemmän huomiota tiedon kronologiseen etenemiseen ja vähennetty saman tiedon toistuvaa kirjaamista. Lomakkeen etusivulle kirjataan henkilö- ja toimipaikkatietojen lisäksi synnyttäjän esitiedot, tiedot aikaisemmista raskauksista ja synnytyksistä, tietoja perheen merkittävistä sairauksista, terveystottumuksista ja voimavaroista. Lomakkeen keskiaukeama on kokonaisuudessaan varattu raskauden kliinisen tilan seurannalle.

Lomakkeen takasivulle siirretään yhteenvetotiedot synnytyksestä ja äidin ja lapsen voinnista sairaalasta lähtiessä. Sivulle kirjataan myös äidin ja lapsen vointi lapsivuoteen aikana. Loppuyhteenvedossa on hyvä kiinnittää erityistä huomiota myös lapsen ja vanhempien vuorovaikutukseen. Vanhempien herkkyys lapsen tarpeille ja kyky sopeuttaa oma toimintansa niihin kertoo hyvästä vuorovaikutuksesta. Merkinnät tehdään lyhyesti niistä huomioista, joilla on käyttöarvoa lapsen siirtyessä äidin kanssa lastenneuvolan asiakkaiksi. Sivulle tehdään myös merkinnät jälkitarkastuksesta, muusta hoidosta ja ohjauksesta huomioiden esimerkiksi mahdollinen raskauden ajan masennus.

Äitiyshuollon kertomuslomakkeisiin otetaan uutena lomakkeena käyttöön raskauden seurannan liitelehti. Se toimii hoitosuunnitelman tavoin: lomakkeelle kirjataan hoitotyön prosessimallia apuna käyttäen hoidon ja ohjauksen yksilölliset päätavoitteet ja osatavoitteet. Hoitoa suunnitellaan ja seurataan lomaketta päivittäen. Tietojen kirjauksessa ovat apuna koodit: A = fyysisessä hyvinvoinnissa huomioitavaa, B = psyykkisessä hyvinvoinnissa huomioitavaa, C = sosiaalisessa hyvinvoinnissa huomioitavaa, D = terveystottumusten ja perushoidossa huomioitavaa ja E = perheen voimavaroissa ja perheolosuhteissa huomioitavaa. Fyysisen tilan seurannasta tehdään runsaasti merkintöjä myös raskauden seurantalomakkeelle, joten paikallisesti on sovittava menettelytavoista, jotta vältetään päällekkäiseltä kirjaamiselta.

Psyykkisestä hyvinvoinnista kiinnitetään huomiota esimerkiksi minäkuvaan, itsetuntoon, elämäntyydytykseen ja mahdollisiin odotusajan pel-

koihin. Sosiaalisesta hyvinvoinnista huomion kohteena ovat esimerkiksi työhön, asemaan ja rooliin liittyvät tiedot sekä luonnollisesti lähiverkostojen toimivuus ja harrastukset. Terveyskäyttäytymisessä ja perushoidossa keskeisiä ovat huomiot ravinto-, liikunta- ja lepotottumuksista. Myös tupakoinnista, alkoholin tai muiden päihteiden käytöstä tehdään riittävät merkinnät. Perheen voimavaroja ja olosuhteita arvioidaan parisuhteen, vuorovaikutuksen, itsenäisyyden ja riippuvuuden näkökulmasta. Tärkeää on myös muodostaa käsitys perheen asumiseen ja muihin fyysisiin olosuhteisiin liittyvistä asioista.

Äitiyskortti rakentuu raskauden seurantalomakkeen tiedoista ja se toimii myös tiedon välittäjänä terveyskeskuksen ja synnytyssairaalan välillä.

Raskauden seurantajaksosta tehdään merkinnät myös terveys- ja sairauskertomuksen yhdistelmälomakkeelle ainakin silloin, kun raskauden seurantaan on liittynyt havaintoja tai toimenpiteitä, joilla on merkitystä uudelle raskaudelle tai synnyttäjän kokonaisterveydelle.

Äitiyshuollon kertomus on osa perusterveydenhuollon terveys- ja sairauskertomusta, jonka muut osat ovat tarvittaessa myös äitiyshuollon asiantuntijoiden käytössä. Äitiyshuollon merkintöjen laajuus on hyvä sopia paikallisesti terveyskeskuksissa siten, että synnyttäjän terveys- ja sairauskertomuksen muualla tallennettu tieto mahdollisuuksien mukaan hyödynnetään suoraan äitiyshuoltoon. Päällekkäiskirjaus ja saman tiedon uudelleen tallentaminen eri palveluyksiköihin ei ole tarkoituksenmukaista.

Lomakkeiden käyttöönotto

Terveyskeskuksiin toimitetaan lomakemallit käyttöohjeineen kevään 1999 kuluessa. Uudet lomakkeet terveyskeskukset voivat ottaa käyttöön omien suunnitelmiensa ja aikataulujensa mukaan. Käyttöönottoa suunniteltaessa on erityisesti sovitettava yhteistyötä ja kirjaamista lastenneuvolan kanssa, varsinkin silloin kun toteutuksesta vastaa eri henkilöstö. Tietojen välittäminen synnytyssairaalaan seurannan eri vaiheissa vaatii myös päivitystä. Kirjaamiseen tavoitteena kaikissa vaiheissa tulee olla hoidon ja ohjauksen kokonaishallinta riippumatta siitä, missä kirjaamiset on suoritettu.

Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, 1997 - 2000

Marjukka Mäkelä (puheenjohtaja)	Dosentti, M.Sc., yleislääketieteen erikoislääkäri	Kehittämispäällikkö, Stakes, Palvelut ja laatu -yksikkö
Kari Teramo (varapuheenjohtaja)	Professori, naistentautien ja synnytysten sekä perinatologian erikoislääkäri	Osastonylilääkäri (synnytukset), Helsingin yliopistollinen keskussairaala, Naistenklinikka
Dan Apter	Dosentti, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri	Ylilääkäri, Väestöliitto, Seksuaaliterveysklinikka
Elina Hemminki	Professori, LKT	Tutkimusprofessori, Stakes, Terveydenhuollon tutkimusyksikkö
Pentti Jouppila	Professori, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri	Ylilääkäri, Oulun yliopisto, Naistenklinikka
Pentti Kero	Neonatologian dosentti	Ylilääkäri, Turun yliopistollinen keskussairaala, lastenklinikka
Maire Kolimaa	THM, terveydenhoitaja	Ylitarkastaja, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Sosiaali- ja terveyspalveluosasto
Esko Laes	LKT, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri	Apulaisyliääkäri, Keski-Suomen keskussairaala
Ritva Larjomaa	Sairaanhoidajajohtaja, erikoissairaanhoitaja	Erityisasiantuntija, Suomen Kuntaliitto
Jorma Paavonen	LKT, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri	Professori, Helsingin yliopisto
Kristiina Poikajärvi	THL, erikoissairaanhoitaja-kätilö	Terveydenhuollon tarkastaja, Länsi-Suomen lääninhallitus, sosiaali- ja terveysosasto, Jyväskylä
Majja Ritamo	VTK	Projektipäällikkö, Stakes, Väestö, ympäristö ja elinolot -yksikkö
Ulla Saarela	Kätilö-terveydenhoitaja	Helsingin kaupungin terveysvirasto, Myllypuron neuvola
Sirpa Sairanen	LL	Terveyskeskuslääkäri, Vantaan terveyskeskus
Arto Salo	TtK, sairaanhoidajajohtaja, terveydenhoitaja	Ylihoitaja, Turun kaupungin terveystoimi
Anna-Liisa Similä	Sairaanhoidajajohtaja, kätilö	Ylihoitaja, Kanta-Hämeen keskussairaala
Merja-Maaria Turunen	LL, lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri	Ylilääkäri, Stakes, Palvelut ja laatu -yksikkö
Maj Törn-Luukkaa	Sairaanhoidonopettaja, erikoissairaanhoitaja-kätilö	Sairaanhoidon opettaja, Focum, Folkhälsans yrkesutbildningsinstitut
Eeva-Liisa Vakkilainen	Sairaanhoidajajohtaja, erikoissairaanhoitaja-kätilö, terveystieteiden	Ylitarkastaja (emerita), Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö
Marjukka Vallimies-Patomäki	THM (väit.)	Ylitarkastaja, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Sosiaali- ja terveyspalveluosasto
Katri Vehviläinen-Julkunen	THT, dosentti, erikoissairaanhoitaja-kätilö	Professori, vararehtori, Kuopion yliopisto
Martti Virtanen	LKT	Kehittämispäällikkö, Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tietoteknologian osaamiskeskus
Sari Kautto, (sihteeri)		Projektisihteeri, Stakes, Väestö, ympäristö ja elinolot -yksikkö
Kirsi Viisainen, (sihteeri)	LL, MA	Tutkija, Stakes, Terveydenhuollon tutkimusyksikkö

Stakesin asiantuntijaryhmän ulkopuoliset kirjoittajat

Pertti Aula	Professori, perinnöllisyyslääketieteen erikoislääkäri	Professori, lääketieteellisen genetiikan osasto, Helsingin Yliopisto
Sami Ikonen	Perinatologian dosentti	Osastonylilääkäri, Tampereen yliopistollinen keskussairaala, Lastenkliniikka
Erja Halmesmäki	Dosentti, naistentautien ja synnytysten sekä perinatologian ja hallinnon erikoislääkäri	Apulaisyliääkäri, Helsingin yliopistollinen keskussairaala, Naistenkliniikka
Terhi Saisto	LL	Sairaalaalääkäri (naistentaudit), Helsingin yliopistollinen keskussairaala, Naistenkliniikka

Lukujen vastuukirjoittajat

- Luku 1 Kari Teramo, Jorma Paavonen
- Luku 2 Kari Teramo, Elina Hemminki, Pentti Jouppila, Pertti Aula, Marjukka Mäkelä, Kirsi Viisainen
- Luku 3 Sami Ikonen
- Luku 4 Anna-Liisa Similä
- Luku 5 Esko Laes
- Luku 6 Esko Laes
- Luku 7 Katri Vehviläinen-Julkunen
- Luku 8 Erja Halmesmäki
- Luku 9 Terhi Saisto
- Luku 10 Sirpa Sairanen
- Luku 11 Dan Apter
- Luku 12 Merja-Maaria Turunen
- Luku 13 Maj Törn-Luukkaa, Esko Laes, Marjukka Mäkelä, Kirsi Viisainen
- Luku 14 Anna-Liisa Similä
- Luku 15 Marjukka Mäkelä, Sirpa Sairanen
- Luku 16 Ritva Larjomaa

Liite 1

HUOM! Kopiot pitäisi saada alkuperäisistä papereista, koska kopiot ovat huonot!

Niskaturvotusseulonta

Raskauden 11 -13 (14) viikolla tehtävässä ultraäänitutkimuksessa on sikiön iän ja eräiden vaikeiden rakennevikojen lisäksi mahdollista tutkia sikiön kromosomipoikkeavuusriskiä ns. niskaturvotustutkimuksella. Niskaturvotustutkimuksella löydetään suunnilleen sama määrä kromosomipoikkeavuuksista kuin kaksoisseulalla. Etuna on se, että tulos on heti käytettävissä ja vääriä hälytyksiä tulee vain viidesosa siitä mitä kaksoisseulalla.

Yleistä niskaturvotusseulontaa ei ole toistaiseksi mahdollista tarjota äitiyspoliklinikan toimesta. Neuvoilat voivat harkintansa mukaan lähettää tutkittavaksi tiettyihin erikoisryhmiin kuuluvia raskaana olevia. Jos muiden tutkimusten lisäksi toivotaan niskaturvotus-seulontaa on äitiä etukäteen informoitava asiasta kuten kaksoisseulaan osallistuttaessa. Samalla on selvitettävä äidin halukkuus pelkkään s-AFP-tutkimukseen (kts. myöhemmin).

Jos niskan alueella todetaan normaalia suurempi turvotus ihon alaisessa kudoksessa on joka neljännellä sikiöllä kromosomipoikkeavuus. Tavallisimmin vika on ns. trisomia, joista yleisin on Downin taudin aiheuttava 21-trisomia. Muut trisomiat ovat 13- ja 18-trisomia, jotka johtavat sikiön kohdunsisäiseen tai pian syntymän jälkeiseen menehtymiseen. Turvotuksen voivat aiheuttaa myös eräät muut harvinaisemmat ongelmat.

Niskaturvotuksen syynä katsotaan olevan hetkellinen sydämen toiminnan vajavuus. Tilanne korjautuu kun sikiön munuaiset alkavat toimia kunnolla. Tätä toiminnan vajavuutta esiintyy useimmin niillä sikiöillä, joilla kromosomipoikkeavuus häiritsee sikiön kypsymistä.

Niskaturvotusseulonnalla on mahdollista tunnista 60 - 80 % niistä raskauksista, joissa sikiöllä on ns. Downin syndrooma. Tämä on tavallisin kehitysvammaisuutta aiheuttava sikiön sairaus. Näillä lapsilla on kolme kappaletta kromosomi 21:tä. Yksi ylimääräinen kromosomi aiheuttaa muutokset, joista kehitysvammaisuuden ohella tavallisimmat muut löydökset ovat sydänvika, tyypilliset kasvojen piirteet, pienikasvuisuus ja tulehdusherkkyyt. Leukemiaan esiintyvyys on myös tavallista yleisempää. 40 ikävuoden jälkeen heille tulee myös tavallisesti Alzheimerin tyyppinen taudinkuva. Keskimääräinen ikä niillä Downin tautia sairastavilla yksilöillä, jotka ovat selvinneet varhaislapsuuden ohi, on noin 50 vuotta.

Niskaturvotustutkimus tehdään tavallisesti emättimen kautta emätinaturilla. Tulos on välittömästi käytettävissä. Jos lopullinen varmuus löydöksestä halutaan, annetaan aika lapsivesitutkimukseen noin 15 raskausviikolle. Päätöstä tehtäessä on huomioitava lapsivesitutkimukseen liittyvä 0,5 - 1,0 %:in keskenmenoriski.

Niskaturvotustutkimuksessa ei selviä kohonneeseen s-AFP:hen liittyvät riskit. Etenkin synnynnäisen suomalaistyyppisen munuaisvian riski jää tässä seulonnassa selvittämättä. Jos tämä asia halutaan selvittää, on 15. raskausviikolla mahdollista tutkia pelkästään s-AFP ja silloin huomioidaan vain kohonneet arvot. Lähetteen tähän tutkimukseen saa äitiyspoliklinikalta niskaturvotustutkimuksen yhteydessä.

Kun tutkimuksiin liitetään niskaturvotustutkimus nousee käynnin hinta tämän hetken hinnaston mukaan 350 mk:sta 520 mk:aan.

9.6.98
Esko Laes
AYL
Äitiyspoliklinikka
KSSH ky

SEULONTA- TUTKIMUS

Luettavaksi ennen seulontaan osallistumista

Keski-Suomen Keskussairaala
Naistentaudit
40620 Jyväskylä

Hyvä odottava äiti !

Suomessa vuosittain syntyvästä 60 000 lapsesta 98 % syntyy terveenä. Ai-noastaan noin 2 %:lla syntyvistä lapsista on vaikea kehitysvamma. Downin tauti on yksi tavallisimmista kehitysvammaisuuden syistä. Tauti johtuu ylimääräisestä kromosomista ja yhdellä 600 lapsesta todetaan tämä poikkeavuus. Nuorella synnyttäjällä riski synnyttää Downin tautia sairastava lapsi on vähäisempi ja riski kasvaa äidin ikääntyessä.

Nykyisin on mahdollista tutkia äidin verinäytteestä kaksoisseulatus-tutkimuksella mainittua riskiä. Riski ei vielä tarkoita sitä että lapsella on sairaus. Tutkimuksessa huomioidaan äidin ikä sekä kaksi raskauteen liittyvää hormonia. Jos testi tehdään kaikille 3 000:11e vuosittain synnyttävälle keski-suomalaiselle äidille, heistä 200:11a on riski kohonnut seulonnan perusteella. Kun tilanteen varmistamiseksi heille omasta toivomuksesta tehdään lapsivesipunktio, todetaan lopulta noin 6 kehitysvammaista sikiötä. Osalla näistä havaitaan Downin tauti ja lisäksi paljastuu muita kromosomihäiriöitä sekä eräitä rakennepoikkeavuuksia (esimerkiksi selkäydinkohju tai synnynnäinen, vaikea munuaisvika). Keskimäärin joka 50 lapsivesipunktiossa todetaan Downin tauti.

Lapsen vammaisuus ei aina ole perheelle raskas taakka. Jos olette valmis ottamaan vastaan kaikki syntyvät lapset, vammaisetkin, ei seulontatutkimus varmaankaan ole Teitä varten.

Samoin päätöstä tehdessä on muistettava lapsivesitutkimuksen aiheut-tama noin 0,5—1 % keskenmenovaara.

Jos lapsivesitutkimuksessa todetaan lapsella vaikea kehitysvamma, joh-taisiko tilanne raskaudenkeskeytykseen?

Jos haluatte osallistua kehitysvammaisuuden riskiseulontaan, kertokaa siitä neuvolanne terveydenhoitajalle. Häneltä saatte myös lisätietoa kehi-tysvammaisuudesta.

Verikoe otetaan 15.—16. raskausviikolla ja näyte tutkitaan Keski-Suo-men keskussairaalan laboratoriossa muutaman päivän sisällä. Heti tulosten valmistuttua ottaa äitiyspoliklinikan kättilö puhelimitse yhteyttä niihin äi-teihin, joille seulonnasta tulee hälytys. Samalla varataan aika äitiyspolikli-nikalle keskustelua varten. Isän olisi hyvä olla tällöin mukana. Jos äiti haluaa jatkotutkimuksilla selvittää, onko lapsella epäiltyä poikkeavuutta, varataan aika lapsivesitutkimusta varten muutaman päivän päähän äitiyspoliklinikalle. Verikokeen tuloksista lähtee lisäksi aina kirjallinen vastaus neuvolaan.

Lapsivesitutkimuksessa otetaan ohuella neulalla näyte vatsapeitteiden läpi lapsivedestä. Lopullinen tutkimus tapahtuu kromosomitutkimukseen

erikoistuneessa laboratoriossa. Vastaus saadaan Downin taudissa sekä muissa ns. trisomioissa noin 10 työpäivän jälkeen ja muissa harvinaisemmissa poikkeavuuksissa 3—4 viikon kuluttua. Selkäydinhalkion ja synnyntäisen vaikean munuaisvian aiheuttama muutos tutkitaan K-S keskussairaalan laboratoriossa ja vastaus saadaan muutamassa päivässä.

Lapsivesitutkimuksen tuloksen ilmoittaa äitiyspoliklinikan kättilö puhelimitse ja kirjeitse äidille. Jos tulos on poikkeava, annetaan Teille aika poliklinikalle mahdollisimman pian keskustelemaan eri vaihtoehdoista. Joissain sikiön rakennevioissa on mahdollista harkita vamman korjaamista synnytyksen jälkeen. Kromosomivioissa tulee kuitenkin harkittavaksi vain se, jatketaanko raskautta vai anooko äiti raskauden keskeytystä. Päätöksen raskaudenkeskeytyksestä tekee aina äiti. Lupa toimenpiteeseen haetaan Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselta.

Tarvittavat lausunnot tehdään äitiyspoliklinikkakäynnin yhteydessä. Raskauden keskeytys on tehtävä ennen 24. raskausviikkoa.

Seulonnalla ja siihen liittyvällä lapsivesitutkimuksilla voidaan löytää 60 % Downin taudista. Nuorilla äidellä osuvuus on noin 30 % ja vanhemmilla noin 80—90 %. Lisäksi löydetään suuri osa selkäydinhalkioista ja synnyntäisistä, vaikeista munuaistaudeista (Kongenitaalinefroosi). Satunnaisesti löytyy muitakin harvinaisia kromosomipoikkeavuuksia ja rakennevikoja Lapsivesitutkimukseen liittyvällä ultraääni tutkimuksella voidaan lisäksi todeta muita sikiön poikkeavuuksia,

Valitettavasti millään tutkimuksella ei ole mahdollista varmistaa lapsen täydellistä terveyttä, mutta jos riskiseulasta ei ole tullut hälytystä kasvava mahdollisuus terveeseen syntymään huomattavasti.

KAIKKIIN SEULONTOIHIN
OSALLISTUMINEN ON
VAPAAEHTOISTA

LYHYTJÄLKIHOITAINEN SYNNYTYS

KESKI-SUOMEN KESKUSSAIRAALASSA
1998

HYVÄ SYNNYTTÄJÄ JA KOKO PERHE

Harkitsette lyhytjälkihoitoista (= poliklinista) synnytystä. Suomessa asiat ovat maailmanlaajuisesti järjestetyt poikkeuksellisesti, kun synnyttäjät jäävät synnytyksen jälkeen useaksi päiväksi sairaalaan. Monissa länsimaissa, joissa on vastaava elintaso, synnytyksen jälkeen perhe pääsee kotihoitoon. Tästä on monia etuja, kun valinta lyhytjälkihoitoiseen synnytykseen on tapahtunut oikein. Tärkeintä on tietysti perhekeskeisyys eli äiti ja isä voivat alusta pitäen tutuissa olosuhteissa hoitaa ja tutustua uuteen lapseen. Myös sairaalabakteerien aiheuttama infektioriski lapselle ja äidille on selvästi pienentynyt, kun äiti ja lapsi eivät joudu osastolle lainkaan.

Lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä avainasemassa on oma neuvola ja sen terveydenhoitaja. Myös synnytyksen tulee olla täysin normaali.

Toivon, että mahdollisimman moni synnyttäjä ja perhe voisivat käyttää lyhytjälkihoitoisen synnytyksen mahdollisuutta hyväkseen.

Tämän tiedotteen lopussa on sairaalamme vauvamyönteisyysohjelma. Se on ohjeellinen ja kaikissa ratkaisuissa kunnioitamme äidin ja perheen mielipiteitä, vaikka ne eroaisivat meidän ohjelmastamme.

Tiedotteessa on puhelinnumerot eri synnytysten toimipisteisiin, näistä saa tietoa epäselvissä asioissa.

LYHYTJÄLKIHOITOISEN SYNNYTYKSEN EDELITYKSET

1. Äiti on terve uudelleensynnyttäjä, edellisen lapsen kanssa imetys on onnistunut. Raskaus on sujunut normaalisti ja raskauden kesto on synnytushetkellä täydet 37 raskausviikkoa.
2. Lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä on sovittu neuvolassa etukäteen terveydenhoitajan kanssa. Terveydenhoitaja sitoutuu tekemään kotikäynnin noin yhden vuorokauden kuluttua synnytyksestä ja tarpeen mukaan myöhemminkin. Jos terveydenhoitaja ei itse pääse kotikäynnille, täytyy tehdä varasuunnitelma. Kotikäynnin tekemisen voi sopia jonkin toisen kättilön, esim. yksityisneuvolan kättilön kanssa. Yksityisneuvolan kotikäynnit ovat maksullisia.
3. Äiti on käynyt yhdessä puolisonsa kanssa 36.raskausviikolla äitiyspoliklinikalla polikliinisen synnytyksen suunnittelussa. Lääkärin tarkastuksessa käydään läpi edellinen synnytys ja lapsivuodeaika, nykyinen raskauden kulku. Lisäksi lääkäri tutkii sikiön hyvinvoinnin ja edellytykset normaalille synnytykselle. Kaikkien edellämäinittujen tulee olla normaaleja.
Äitiyspoliklinikkakäynnin yhteydessä synnytyssalin tai äitiyspoliklinikan kättilö kertoo lyhytjälkihoitoisen synnytyksen käytännön toteutumisesta sekä esittelee tarvittaessa synnytyssalin tilat.
4. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen jälkeen kotiutuminen tapahtuu 6—24 tunnin kuluttua synnytyksestä. Äiti tarvitsee kotona toisen aikuisen tukea ja apua, jotta hänellä itsellään on mahdollisuus vastata vastasyntyneen vauvan tarpeisiin.

Äidin ja perheen itsehoitovalmiudet:

Yleiset itsehoitovalmiudet liittyvät normaalin arkielämän kulkuun ja toimintakyvyn ylläpitoon. Lapsen syntyminen lisää teidän vanhempien itsehoitovaatimuksia. Teillä vanhemmilli tulee olla yhteinen näkemys ja varmuus siitä, että selviydytte sekä omasta että vastasyntyneen hoidosta perheen aikaisempien lapsien hoidon lisäksi.

Perheen ja isän rooli:

Perheen aikaisempien lasten hoito ja huomiointi korostuu usein vauvan syntymän jälkeen; tässä on isällä merkittävä rooli.

Isyysloma on tarpeen, jotta isä voi olla kotona äidin apuna ja tukena arkipäivän rutiinien “pyörittämisessä”. Näin äiti voi täysipainoisesti keskittyä vastasyntyneen hoitoon. Ellei isällä ole mahdollisuutta jäädä isyyslomalle, voi joku muu aikuinen ihminen olla kotona äidin apuna.

LYHYTJÄLKIHOITOISEN SYNNYTYKSEN KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS

Kun synnyttäjä täyttää lyhytjälkihoitoiselle synnytykselle asetetut edellytykset, hän lähtee sairaalaan normaalisti synnytyksen alettua. Synnytyksen tulee sujua normaalisti. Muut kivunlievitysmenetelmät ovat mahdollisia lyhytjälkihoitoisesti synnyttävälle, paitsi epiduraalipuudutus. Epiduraalipuudutuksen käyttö synnytyksessä poissulkee varhaisen kotiutumisen mahdollisuuden, koska meillä puudutuksessa käytetään puudutteen ja kipulääkkeen yhdistelmää. Tämä lääkitys voi aiheuttaa äidille yllättävän hengityslaman vielä useita tunteja puudutuksen loputtua. Seurannan aikana äidin voinnin tulee olla normaalia ja vastasyntyneen alkuimetyksen pitäisi onnistua ennen kotiinlähtöä.

Lastenlääkäri tarkastaa lapsen kuuden tunnin kuluttua synnytyksestä. Jos lapsen voinnissa ei ilmene mitään poikkeavaa, voidaan perhe kotiuttaa. Vauva kalmetoidaan ennen kotiinlähtöä. Rh-negatiivisen äidin lapsesta tutkitaan veriryhmä ja Rh-tekijä sairaalassaoloaikana. Jos lapsen Rh-tekijä on positiivinen, annetaan äidille anti-D-suojarokotus ennen kotiinlähtöä.

Kotiutuminen tapahtuu aikaisintaan kuuden tunnin kuluttua synnytyksestä, päiväsaikaan klo 8—18. Jos synnytys tapahtuu myöhään illalla tai yöllä, perhe on synnytyssaliosastolla yön yli seuraavaan aamuun, jolloin lastenlääkäri tutkii lapsen ja synnytyslääkäri tai kättilö tekee äidille tarkastuksen.

Perhe itse huolehtii yhteydenoton omaan terveydenhoitajaan joko sairaalasta käsin tai kotiuduttuaan.

Synnytys tai sen jälkeinen hoito voivat muuttaa lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kulkua. Myös synnyttäjä voi halutessaan muuttaa suunnitelmaa ja jäädä synnyttäneiden vuodeosastolle jatkohoitoon.

Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen hoidosta peritään synnyttäjältä yhden vuorokauden hoitopäivän hinta.

MISTÄ APUA, JOS KOTONA TULEE ONGELMIA?

Neuvolan terveydenhoitaja tai kätilö tekee kotikäynnin ensimmäisenä vuorokautena synnytyksestä ja tarpeen mukaan myöhemminkin.

Sekä äitiin liittyvissä että lapsen liittyvissä ongelmissa voi ottaa yhteyttä sairaalaan kaikkina vuorokaudenaikoina. Myös imetysasioissa voi kääntyä tarvittaessa sairaalan kätilöiden puoleen. Puhelimitse voidaan neuvotella mahdollisesta käynnistä sairaalassa joko kätilön luona tai tarvittaessa lääkärin vastaanotolla.

Yhteydenotot joko synnytyssaliin, ympäri vuorokauden tai äitiyspoliklinikalle, virka-aikana tai synnytyssosastolle 6, ympäri vuorokauden.

VAUVAMYÖNTEISYYSOHJELMA

1. Toimintasuunnitelmaa noudatetaan kaikissa niissä yksiköissä, joissa hoidetaan raskaanaolevia, synnyttäviä ja synnyttäneitä äitejä ja heidän vastasyntyneitään tai muita imeväisikäisiä.
2. Kaikki odottavat äidit ja isät saavat tietoa imetyksen eduista ja sen onnistumisesta. Jokaisella vastasyntyneellä on mahdollisuus ihokontaktiin ja varhaisimetykseen, ellei äidin tai lapsen vointi ole esteenä.
Perhehuoneet mahdollistavat koko perheen yhdessäolon. Äitiä ja lasta ei eroteta toisistaan, muun kuin lääketieteellisen syyn takia ja silloinkin mahdollisimman lyhyeksi ajaksi. Vierihoidossa äiti oppii tuntemaan lapsensa ja vastaamaan hänen tarpeisiinsa.
Vastasyntyneelle ei tarjota huvituttia, ei äidinmaidon korvikkeita eikä ruokita tuttipullosta, elleivät lääketieteelliset syyt sitä vaadi tai vanhemmat nimenomaan halua.
4. Lapsestaan erossaoleville äideille opetetaan rintojen lypsäminen kauden tunnin kuluessa synnytyksestä. Äitiä kannustetaan jatkamaan lypsämistä noin kolmen tunnin välein, myös öisin, siihen saakka kun lapsi pystyy imemään. Tiheät lypsyt lisäävät maidoneritystä.
5. Äidin ja vastasyntyneen tiedot pyritään lähettämään nopeasti avoterveydenhuoltoon perheen kotiutuessa. Äidillä on mahdollisuus saada tietoja imetystukiryhmistä.
6. Hoidon laatua, äitien, isien ja koko perheen tyytyväisyyttä ja ohjauksen vaikutusta arvioidaan seurantatutkimuksilla.

Kymmenen kysymystä alkoholinkäytön selvittämiseksi

- esimerkkikysymyksiä äitiysneuvolan käyttöön

Olut:

1. Montako kertaa viikossa juot olutta?
2. Montako pulloa (tölkkiä) kerralla?
3. Juotko koskaan enemmän?

Viini:

4. Montako kertaa viikossa juot viiniä?
5. Montako lasia kerralla?
6. Juotko koskaan enemmän?

Väkevä alkoholi:

7. Montako kertaa viikossa juot väkevää alkoholia (viinaa, viskiä, konjakkia tms.)?
8. Montako drinkkiä kerralla?
9. Juotko koskaan enemmän?
10. Ovatko juomatottumuksesi muuttuneet viimeksi kuluneen vuoden aikana?

Neljä kysymystä, kun arvelet asiakkaallasi olevan alkoholiongelman

- esimerkkikysymyksiä äitiysneuvolan käyttöön

	Kyllä	Ei
1. Onko sinusta koskaan tuntunut siltä, että sinun pitäisi vähentää juomistasi?	___	___
2. Ovatko ihmiset käyneet hermoillesi, kun he ovat arvostelleet alkoholinkäyttöäsi?	___	___
3. Oletko koskaan kokenut syyllisyyttä alkoholinkäyttösi vuoksi tai onko oma alkoholinkäyttösi harmittanut sinua?	___	___
4. Onko sinun koskaan täytynyt ottaa alkoholia ensimmäiseksi aamulla rauhoittaaksesi hermojasi tai päästäksesi eroon krapulasta?	___	___

Jos kyllä-vastauksia on vähintään kaksi tai kolme, alkoholismin mahdollisuus on hyvin todennäköinen.

(Lähde: Halmesmäki, E.: Alkoholistiäitien tehostettu tukeminen. Äitiyshuollon käsikirja 1990.)

Kysymyssarja synnytyspelosta

Hyvä äitiysneuvolan asiakas!

HYKS:n Naistenklinikalla kehitetään uusia menetelmiä äitiys- ja synnytysvalmennukseen. Tämän vuoksi neuvolassa kysytään tulevaan synnytykseen liittyviä kysymyksiä. Niille äideille, jotka kokevat synnytyksen hankalaksi tai ahdistavaksi, tarjotaan mahdollisuus käydä etukäteen Naistenklinikalla keskustelemassa ja suunnittelemassa synnytystä. Terveydenhoitajasi tekee tarvittaessa lähetteen Naistenklinikalle, josta otetaan Sinuun yhteyttä.

Pyydämmekin nyt Sinua vastaamaan oheisiin kysymyksiin ja palauttamaan kaavakkeen terveydenhoitajallesi ennen 20 raskausviikon täyttymistä.

Nimi:

Syntymäaika:

Neuvola:

Synnytyksen laskettu aika:

SUHTAUTUMINEN TULEVAAN SYNNYTYKSEEN

- | | |
|---|------------|
| 1. Onko sinun joskus vaikea rentoutua, koska ajattelet tulevaa synnytystä? | Kyllä / ei |
| 2. Pelkäätkö joutuvasi paniikkiin synnytyksen aikana? | Kyllä / ei |
| 3. Pelkäätkö huutavasi kontrolloimattomasti synnytyksen aikana? | Kyllä / ei |
| 4. Oletko aina pelännyt synnytystä? | Kyllä / ei |
| 5. Oletko joskus ajatellut, että synnyttäminen on jotenkin luonnotonta? | Kyllä / ei |
| 6. Näetkö painajaisunia synnytyksestä? | Kyllä / ei |
| 7. Pelkäätkö repeäväsi synnytyksessä? | Kyllä / ei |
| 8. Pelkäätkö kivuliaita pistoksia synnytyksen aikana? | Kyllä / ei |
| 9. Pelkäätkö menettäväsi itsehallinnan synnytyksessä? | Kyllä / ei |
| 10. Pidätkö keisarileikkausta parempana synnytystapana kuin alatiesynnytystä? | Kyllä / ei |

Kiitos vastauksestasi!

(Pelkopoliklinikalle lähetetään, jos kyllä-vastauksia 5 tai enemmän tai myönteinen vastaus viimeiseen kysymykseen)

Rintaruokinnan kriteerit WHO:n mukaan

<i>Ruokintatapa</i>	<i>Edellytys lapsen ravinnoksi</i>	<i>Sallii lapselle lisäksi</i>	<i>Ei sallita annettavaksi lapselle</i>
Yksinomainen rintaruokinta/ täysimetys (exclusive breastfeeding)	Rintamaito	Vitamiini- ja hivenaineet, lääkkeet	Muu ravinto
Pääasiallinen rintaruokinta (predominant breastfeeding)	Rintamaito pääasiallisena ravintona	Nesteet (vesi, mehu, ORS), rituaalijuomat, vitamiini- ja hivenaineet, lääkkeet	Muu ravinto, erityisesti rintamaitoa korvaavat tai ruokaisat nesteet
Lisäruokinta	Rintamaito, kiinteät tai puolikiinteät ruoat	Muut juomat ja nesteet, myös rintamaitoa korvaavat	
Rintaruokinta (Breastfeeding)	Rintamaito		
Pulloruokinta (Bottlefeeding)	Nesteet tai puolikiinteät ruoat pullosta	Myös rintamaito pullosta	

Mielialalomake EPDS-lomake

Ole hyvä ja ympyröi se vaihtoehto, joka eniten vastaa Sinun tuntemuksiasi viimeksi kuluneen viikon aikana, ei vain tämänhetkisiä tuntemuksiasi.

Viimeisten seitsemän päivänä aikana

1. Olen pystynyt nauramaan ja näkemään asioiden hauskan puolen
 0. Yhtä paljon kuin aina ennenkin
 1. En aivan yhtä paljon kuin ennen
 2. Selvästi vähemmän kuin ennen
 3. En ollenkaan

2. Olen odotellut mielihyvällä tulevia tapahtumia
 0. Yhtä paljon kuin aina ennenkin
 1. Hiukan vähemmän kuin aikaisemmin
 2. Selvästi vähemmän kuin aikaisemmin
 3. Tuskin ollenkaan

3. Olen syyttänyt tarpeettomasti itseäni, kun asiat ovat menneet vikaan
 0. Kyllä, useimmiten
 1. Kyllä, joskus
 2. En kovin usein
 3. En koskaan

4. Olen ollut ahdistunut tai huolestunut ilman selvää syytä
 0. Ei, en ollenkaan
 1. Tuskin koskaan
 2. Kyllä, joskus
 3. Kyllä, hyvin usein

5. Olen ollut peloissani tai hädissäni ilman erityistä selvää syytä
 0. Kyllä, aika paljon
 1. Kyllä, joskus
 2. Ei, en paljonkaan
 3. Ei, en ollenkaan

6. Asiat kasautuvat päälleni
 0. Kyllä, useimmiten en ole pystynyt selviytymään niistä ollenkaan
 1. Kyllä, toisinaan en ole selviytynyt niistä yhtä hyvin kuin tavallisesti
 2. Ei, useimmiten olen selviytynyt melko hyvin
 3. Ei, olen selviytynyt yhtä hyvin kuin aina ennenkin

Liite 9

Perinnöllisyysneuvontaa antavat klinikat

HYKS

Perinnöllisyyslääketieteen laitos

PL 406 (Haartmaninkatu 2 B)

00029 HYKS

Puh. (09) 4717 2189

HYKS

Sikiötutkimusyksikkö

Naistenklinikka

PL 140 (Haartmaninkatu 2)

00029 HYKS

Puh. (09) 4717 3606

KYS

Kliinisen genetiikan poliklinikka

PL 1777

70211 Kuopio

Puh. (017) 172 720

OYS

Perinnöllisyyslääketieteen klinikka

Kajaanintie 50

90220 Oulu

Puh. (08) 315 3218

TAYS

Kliinisen genetiikan yksikkö

PL 2000

33521 Tampere

Puh. (03) 247 5507

TYKS

Kliinisen genetiikan yksikkö

PL 52

20521 Turku

Puh. (02) 2611 390

VÄESTÖLIITON PERINNÖLLISYYSKLINIKKA

PL 849 (Kalevankatu 16)

00101 Helsinki

Puh. (09) 6162 2246

Tietolähteitä sikiövaurioita aiheuttavista altisteista

Teratologinen tietopalvelu/Väestöliitto

Teratologinen tietopalvelu on maksuton puhelinpalvelu, joka antaa tietoa teratogeeniestä. Teratogeenillä tarkoitetaan sellaisia ulkoisia tekijöitä, joilla on haitallinen vaikutus hedelmällisyyteen tai kehittyvään sikiöön. Teratogeeninä voivat olla äidin käyttämät lääkkeet, äidin infektiot ja rokotukset, sekä erilaiset ympäristö- ja työaltistukset (esim. kemikaalit ja säteily).

Teratologinen tietopalvelu vastaa myös äidin imetyksenaikaista lääkitystä koskeviin kysymyksiin.

Teratologiseen tietopalveluun voivat ottaa yhteyttä

- raskautta suunnittelevat tai jo lasta odottavat äidit ja isät
- imettävät äidit
- lääkärit ja muut terveydenhuollon ammattihenkilöt
- apteekit
- viranomaiset.

Teratologinen tietopalvelu ei puutu äidin, raskauden tai lapsen hoitoon. Palvelu antaa vain tietoa jonkin ulkoisen tekijän sikiövaikutuksista.

Työaltisteet ja raskaus/Työterveyslaitos

Työssä altistumisen mahdollisia sikiöhaittoja koskeviin kyselyihin vastaa keskitetysti Työterveyslaitos. Sinne voi ottaa yhteyttä joko äiti itse tai häntä hoitava terveydenhuollon ammattilainen. Työterveyslaitos ottaa myös kantaa erityisäitiysloman tarpeellisuuteen.

Yhteystiedot:

Teratologinen tietopalvelu

Väestöliitto

PL 849

00101 Helsinki

puh: (09) 641 716 arkisin klo 9—11

faksi: (09) 645 018

sähköposti: heli.malm@vaestoliitto.fi

Työaltisteita koskeva neuvonta

Työterveyslaitos

Topeliuksenk. 41 a A

00250 Helsinki

puh: (09) 47 471

faksi: (09) 241 2414

Internet: <http://www.occuphealth.fi/ttl/osasto/tl/tietolomake.htm>

sähköposti: htas@occuphealth.fi