

TIIVISTELMÄ

Hasunen Kaija. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2000. Helsinki, 2002. 71 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, ISSN 1236-2115; 2001:12.)
ISBN 952-00-1067-X

Talvella 2000 tehtiin valtakunnallinen selvitys imeväisikäisten ruokinnasta Suomessa. Selvitykseen osallistui 63 terveyskeskusta/kansanterveystyön kuntayhtymää. Tietoja saatiin 8812 alle vuoden ikäisen lapsen ruokinnasta. Selvitys antaa poikkileikkauksen lasten ruokinnasta. Se oli jatkoa vuonna 1995 tehdylle selvitykselle. Lasten neuvolakäynnillä kysyttiin, mitä ravintoa lapsi oli saanut neuvolakäyntiä edeltäneen vuorokauden aikana.

Lähes kaikki vastasyntyneet saivat rintamaitoa. Kuukauden ikäisistä lapsista rintamaitoa saaneita oli 87 %, kolme kuukautta täyttäneistä 74 % ja puoli vuotta täyttäneistä 51 %. Yksinomaan äidinmaidonkorviketta saaneita oli vastasyntyneistä (<1kk) 8 %. Rintaruokinnassa oli alueellisia eroja. Vuoden 1995 tilanteeseen verrattuna imetyksessä on tapahtunut edistymistä alle kuukauden ikäisiä lukuunottamatta kaikissa ikäryhmissä.

Täysimetettyjä oli alle kuukauden ikäisistä 65 %, kolme kuukautta täyttäneistä 45 % ja neljän kuukauden ikäisistä vain 14 %. Vuoteen 1995 verrattuna vastasyntyneiden täysimetys ei ole yleistynyt. Sen sijaan 1-4 kk ikäisten täysimetys oli yleistynyt selvästi.

Nesteen ja ravinnon antaminen pullosta jo vastasyntyneille on tavallista. Alle kuukauden ikäisistä 54 % sai jotain pullosta. Äidinmaidonkorviketta pullosta sai alle kuukauden ikäisistä joka kolmas, kolmen kuukauden ikäisistä lähes joka toinen.

Kiinteiden lisäruokien antaminen on siirtynyt myöhemmäksi viiden vuoden takaiseen tilanteeseen verrattuna. Lähes kaikki alle 1-vuotiaat lapset saivat suositusten mukaisesti D-vitamiinivalmistetta.

Asiasanat: D-vitamiini, imetys, imeväisikäiset, äidinmaidonkorvikkeet, ravitsemus, äidinmaito

SAMMANFATTNING

Kaija Hasunen. Amning och kost - barn i spädbarnsåldern i Finland år 2000. Helsingfors, 2002. 71 s. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter, ISSN 1236-2115; 2001:12.) ISBN 952-00-1067-X

I början av år 2000 utförde Social- och hälsovårdsministeriet en riksomfattande undersökning om amning av och kost hos barn under ett år. Totalt 63 hälsovårdscentraler/samkommuner för folkhälsoarbete runt om i landet deltog i undersökningen. Information inkom gällande 8812 under ettåriga barns matningsvanor. Utredningen ger en tvärsnittsbild gällande matning av spädbarn. Utredningen var en fortsättning på en utredning som gjordes år 1995. I samband med rådgivningsbesök frågades föräldrar vad för slags näring barnet fått under dygnet före besöket på rådgivningen.

Nästan alla nyfödda barn fick bröstmjolk. Vid en månads ålder fick 87 % av barnen bröstmjolk, vid tre månaders ålder 74 % och vid sex månaders ålder 51 %. Åtta procent av de nyfödda (<1 månad) fick uteslutande modersmjölksersättning. Det fanns regionala skillnader i amningen. Jämfört med situationen år 1995 har det skett framsteg i antalet barn som ammas i alla åldersgrupper med undantag av barnen under en månads ålder.

65 % av barnen yngre än en månad ammadades enbart. Vid tre månaders ålder ammadades 45 % av barnen helt och enbart 14 % vid fyra månaders ålder. Jämfört med situationen år 1995 har uteslutande amningen inte blivit vanligare. Däremot har uteslutande amning av åldersgrupperna 1-4 månader blivit klart vanligare.

Det är vanligt att ge vätska och näring ur flaska redan till nyfödda. 54 % av all barn under en månad fick vätska/näring i någon form ur flaska. En tredjedel av barnen yngre än en månad och nästan hälften av barnen i åldern tre månader fick modersmjölksersättning ur flaska.

Jämfört med situationen för fem år sedan ger man fast tilläggskost till barn senare än tidigare. Nästan alla barn under ett år fick D-vitaminpreparat enligt rekommendationerna.

Nyckelord: amning, D-vitamin, modersmjölksersättning, modersmjolk, näring, spädbarn

SUMMARY

Kaija Hasunen. Infant feeding in Finland 2000. Helsinki, 2002. 71p. (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-2115; 2001:12.) ISBN 952-00-1067-X

In 2000 the Ministry of Social Affairs and Health carried out a nation wide survey of the breastfeeding and complementary feeding among the Finnish children under one year of age. Altogether 63 primary health care centres participated in the survey. Data was received on the feeding practices regarding 8812 infants in total. The survey gives a cross sectional picture of breastfeeding and complementary feeding of children under one year of age. The survey was a follow-on to the survey carried out in 1995. The primary health care nurses asked mothers about the feeding of their infants during 24 hours prior to the visit at the child welfare clinics.

Nearly all newborn babies were breastfed. At the age of one month 87 % of babies were breastfed, at the age three months 74% and at six months 51%. One out of four infants were receiving breastmilk at the age of 11 months. Eight per cent of the infants less than one month old were receiving infant formula exclusively. There were regional differences in the breastfeeding. Compared to the breastfeeding in 1995 there was a clear progress in all the age groups, with the infants below the age one month as an exception.

Sixty-five per cent of infants less than a month were being exclusively breastfed, at the age of three months 45% and at the age of four months 14% only. There was no progress in the exclusive breastfeeding of the infants below the age one month but there was a positive trend in all other age groups in exclusive breastfeeding.

Giving infants water and nourishment by bottle is common. Fifty-four per cent of infants below the age of one month were receiving some liquid by bottle. One third of them were receiving infant formula by bottle, and nearly one out of two at the age three months.

Giving infants complementary foods has shifted to a later age compared to the situation in 1995. Nearly all infants were receiving vitamin D supplements according to the recommendations.

Key words: Breastfeeding, breast milk, feeding, infant formula, vitamin D

Lukijalle

Hyvä alku elämälle – äidin halu antaa lapselle paras alku on vahva motivaatio rintaruokintaan. Useimmiten kuitenkin terveydenhuollon ammattilaisten osana on auttaa äitiä rintaruokinnan aloittamisessa ja tukea häntä päätöksesssä ylläpitää rintaruokintaa.

Terveydenhuoltohenkilöstö on hyvin tietoinen rintaruokinnan eduista. Monet tekijät yhteiskunnassa ovat kuitenkin johtaneet siihen, ettei rintaruokinta olekaan luonteva ja itsestään selvä tapa ruokkia vastasyntyntä.

Terveydenhuollon arkipäivässä on joskus vaikea luoda sellaisia olosuhteita ja toimintatapoja, jotka auttavat rintaruokinnan varhaisvaiheen onnistumisessa ja tekevät sen jatkumisen helpoksi ja luontevaksi. Lyhentyneet hoitoajat synnytysairaaloissa, henkilöstön vaihtuvuus ja suoriutumispaineet ovat huonontaneet mahdollisuuksia rauhalliseen ohjaukseen. Hyvästä tiedon- saannista ja tehokkaasta äitiysneuvolatoiminnasta huolimatta äidit tarvitsevat kotiuduttuaan apua ja tukea imetysongelmien kanssa kamppaillessaan. Aikainen kotiutuminen, äidin väsymys ja masennus, tukiverkoston hatarus asettavat paineita perusterveydenhuollolle ja luovat tarpeita uudenlaisten toiminta- ja tukimallien kehittämiseen. Terveydenhuollon ammattilaisten asenteet, taidot ja työkäytännöt ovat perusta rintaruokinnan tukemisen onnistumiselle.

Viime vuosina työkäytäntöjä on muutettu useissa kehittämishankkeissa hyvin tuloksin. Valtakunnalliset ja paikalliset koulutusohjelmat ovat parantaneet valmiuksia käytännön ohjaukseen ja imetysongelmien ratkaisuun. Monet rintaruokinnan edistämishankkeet ovat osoittaneet myös sen, että hyvät tulokset eivät pysy yllä itsestään ja ilman jatkuvia ponnistuksia. Imeväisikäisten ruokinnan valtakunnallinen ja paikallinen seuraaminen voi toimia työn arvioinnin tukena ja laadun kehittäjänä.

Tämä selvitys imeväisikäisten ruokinnasta kertoo valtakunnallisesti ja alueellisesti rintaruokinnan yleisyydestä ja kehityksestä. Kiitokset kaikille terveydenhuollon työntekijöille, jotka ovat oman työnsä ohella koonneet tutkimusaineiston. Kiitokset myös niille pikkulasten ravitsemuksesta kiinnostuneille

asiantuntijoille, jotka ovat lukeneet raportin luonnoksia ja esittäneet rakentavia ja virittäviä ajatuksia.

Jarkko Eskola
Osastopäällikkö, ylijohtaja

Sisältö

TIIVISTELMÄ	3
SAMMANFATTNING	4
SUMMARY	5
Lukijalle	7
Sisältö	9
Rintaruokinnan edistäminen	11
Maailman terveysjärjestö rintaruokinnan edistäjänä	11
Vauvamyönteinen Suomi	12
Imeväisten ravitsemussuosituksiset	14
Katsaus imeväisikäisten ruokintaselvityksiin	14
Tutkimusaineisto ja menetelmät	17
Rintaruokinnan kriteerit	19
Tulokset	21
Rintaruokinta	21
Täysimetys	27
Rintaruokinnan lopettaminen	32
Pulloruokinta	33
Kiinteä lisäruoka	35
Vitamiini- ja kivennäisainevalmisteiden käyttö	38
Yhteenveto ja johtopäätökset	39
Lähdeviitteet	43
Liitteet	46
Maailman Terveysjärjestö: Asiantuntijakonsultaatio yksinomaisen rintaruokinnan optimaalisesta kestosta 28. -30.3.2001	46
Imeväisikäisten ja pikkulasten ravitsemus	48
Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen	50
Rintaruokinnan kriteerit	51
Selvityspyyntö	52
Kyselyn suorittaminen	55
Liitetaulukot 1-11	62

Rintaruokinnan edistäminen

Maailman terveysjärjestö rintaruokinnan edistäjänä

Sopivat ruokintatavat ovat perustavan tärkeitä imeväisikäisten ja pikkulasten selviytymiselle, kasvulle, kehitykselle, terveydelle ja ravitsemukselle kaikkialla. Maailman terveysjärjestö (WHO) ja YK:n lastenapurahasto (UNICEF) ovat julkilausumissaan ja ohjelmissaan korostaneet rintaruokinnan merkitystä ja sen elvyttämistä vastasyntyneiden ja pienten lasten terveyden ja ravitsemuksen ylläpitämiseksi ja kohentamiseksi siellä, missä se on taantumassa.

WHO:n ja UNICEF:n kokouksessa vuonna 1990 hyväksyttiin Innocenti- julistus rintaruokinnan suojelemiseksi, edistämiseksi ja tukemiseksi. Julistuksen tavoite on: ”Kaikille naisille tulee mahdollistaa yksinomainen rintaruokinta ja kaikkia vauvoja tulisi ruokkia yksinomaan äidinmaidolla syntymästä 4-6 kuukauden ikään. Sen jälkeen lapsia tulisi ruokkia rintamaidolla, samalla kun he saavat sopivasti ja riittävästi lisäravintoa, kahden vuoden ikään tai pidempäänkin”.

Erityisesti kehitysmaiden lasten terveyden turvaamiseksi on ollut paineita nostaa yksinomaisen rintaruokinnan tavoiteikää ja myöhentää lisäruoan aloittamisikä. Jatkuvan keskustelun vuoksi WHO laati julkaistuun tutkimustietoon perustuvan selvityksen yksinomaisen rintaruokinnan optimaalisesta kestoista. Selvityksen tulokset julkistettiin maaliskuussa 2001 järjestetyssä asiantuntijakonsultaatiossa (liite 1). Tämän perusteella järjestön yleiskokous toukokuussa 2001 hyväksyi julkilausuman imeväisikäisten ja pikkulasten ruokinnasta vedoten jäsenmailhin yksinomaisen rintaruokinnan ylläpitämiseksi kuuden kuukauden ikään saakka (WHA 54, liite 2).

WHO:n yleiskokous hyväksyi jo v. 1981 äidinmaidonkorvikkeiden kansainvälisen markkinointikoodin (ks. Hasunen ym. 1989). Koodi koskee terveydenhuoltohenkilöstöä sekä kaikkia niitä, jotka valmistavat tai jälleenmyyvät ja markkinoivat äidinmaidonkorvikkeita ja niitä vastaavia valmisteita. Koodi velvoittaa jokaisen jäsenmaan edistämään rintaruokintaa ja valvomaan äidinmaidonkorvikkeiden ja imeväisten muiden ravinto-valmisteiden markki-

nointia sekä jakamaan puolueetonta tietoa ja aineistoa pikkulasten ravinnosta sekä työntekijöille että perheille. Koodin äidinmaidon-korvikkeiden markkinointia sekä pakkausmerkintöjä koskevien ohjeiden keskeinen sisältö on kirjattu EY:n ja Suomen äidinmaidonkorvikkeita koskeviin säädöksiin (STMp 1994/807 ja 808, KTMp 1997/485, ks. myös Hasunen ym. 1989).

Vuonna 1989 WHO ja UNICEF käynnistivät maailmanlaajuisen ohjelman, Baby Friendly Hospital Initiative (Vauvamyönteinen sairaala-aloite), jonka tavoitteena on imetyksen suojeleminen, edistäminen ja tukeminen. Ohjelman sisällön muodostavat kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen. Nämä sisältävät tiivistetysti tutkimukseen pohjautuvaa tietoa niistä keinoista, jotka edistävät imetyksen onnistumista (WHO 1989). Kansainväliseksi tavoitteeksi on asetettu, että 80 % neljän-kuuden kuukauden ikäisistä lapsista olisi täysimetettyjä ja että imetystä jatkettaisiin vähintään yhden vuoden ikään. Ohjelma korostaa riittävän motivaation luomista ja osaamisen saavuttamista ja ylläpitämistä.

Vuonna 1991 julkistettiin vauvamyönteisyys-ohjelman arviointiperusteet, jotka pohjautuvat kymmenen askeleen ohjelmaan (UNICEF 1992) (liite 3). Ohjelma koskee kaikkia yksiköitä, joissa hoidetaan raskaana olevia, synnyttäviä ja synnyttäneitä äitejä sekä niitä, joissa hoidetaan vastasyntyneitä ja imeväisikäisiä lapsia.

WHO ja UNICEF seuraavat ja raportoivat rintaruokinnan ja sitä tukevien toimenpiteiden kehittymistä säännöllisesti.

Vauvamyönteinen Suomi

WHO:n ja UNICEF'in Baby Friendly Hospital Initiative- ohjelman pohjalta on laadittu Suomen oloihin soveltuva toimintamalli (Stakes 1994). Vauvamyönteisyys ohjelman 10 askeleen kriteeristö antaa työkaluja työkäytäntöjen vaiheittaiseen arviointiin (Hasunen ym 1997). Imetyskäytännön laadun kehittäminen on prosessi. Jatkuvaan laadun kehittämiseen tarvitaan työkaluttuuria, jossa työote on tutkimuksellinen ja käytäntöjä arvioiva ja kehittävä.

Vauvamyönteisyysohjelman mukaisia kehittämishankkeita on käynnissä eri puolilla maatamme. Mielenkiinto ja sitoutuminen vaihtelee sairaaloittain. Joillakin alueilla on tehty useita vuosia työtä henkilöstön valmiuksien parantamiseksi ja alueellisen yhteistyön tehostamiseksi. Henkilökunnan motivoituminen ja sitoutuminen näkyy rintaruokintatutkimusten tuloksissa.

Kolme sairaalaa on saanut vuoteen 2001 mennessä kansainvälisen vauvamyönteisyystunnuksen (Länsi-Uudenmaan aluesairaala 1996, Keski-Suomen keskussairaala 1997 ja Vammalan aluesairaala 1999). Vastaavasti Ruotsissa lähes tulkoon kaikki ohjelman tarkoittamat yksiköt on arvioitu ja ne ovat saaneet kyseisen tunnuksen (Yngve & Sjöström 1999).

Entisessä Keski-Suomen läänissä /Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä imetyksen edistäminen on ollut koko 1990-luvun erityisenä kehittämisen kohteena. Jyväskylässä ohjelma käynnistyi osana valtakunnallista ITU-projektia (1992) ja jatkui tästä pilottiprojektina. Vuonna 1996 valmistui alueellinen ohjelma, jonka tavoitteena on yhtenäistää sairaalan ja perusterveydenhuollon hoitokäytäntöjä (Vauvamyönteinen Keski-Suomi 1997). Jyväskylä laati imetyksen edistämisen toimintasuunnitelman. Osana hanketta on seurattu lasten imetystä ja lisäruokintaa vuodesta 1992 alkaen (Sihvola ym. 1998, Sihvola 2001).

Imetyksen tehostamiseen tähtääviä toimenpiteitä on tehty myös mm. Pohjois-Karjalassa. Siellä on tehostettu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä ja levitetty tietoa vauvamyönteisyysohjelmasta.

Vauvamyönteisyys-ohjelman toteuttamiseksi terveydenhuolto-oppilaitokset ja ammattikorkeakoulut ovat yhdessä sairaaloiden kanssa järjestäneet ohjelman mukaista koulutusta. Valtakunnallisia imetysohjaajien kouluttajakursseja on järjestetty Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Päteviä kouluttajia Suomessa on nyt 90. Suurin osa koulutetuista on ollut sairaaloiden henkilöstöä, mukana jossain määrin myös perusterveydenhuollossa toimivia (Parviainen 2001).

WHO:n kymmenen askelen ohjelma soveltuu huonosti perusterveydenhuollon toimintojen arviointiin, mikä Suomen kannalta on pulmallista. Toiminnan arvioinnin ja kehittämisen tulisivat rakentua perusterveydenhuollon ja sairaalan yhteistyölle. Norjassa ohjelman nimeksi ja toimintamalliksi valittiin ”mor-barn vennlig initiativ”. Poistamalla nimestä sana sairaala Norjassa haluttiin osoittaa sairaalan ulkopuolisten terveyspalvelujen tärkeyttä ja lisäämällä sana ”äiti” pyrittiin painottamaan äidin hyvästä hoidosta ja voinnista huolehtimista.

Ammattilaisten antaman imetysohjauksen ja rintaruokinnan tuen lisäksi vertaisryhmien merkitys imetyksen onnistumiseen voi olla huomattava. Vapaaehtoistyöntekijät eli doulat ovat äitejä, joilla on omia imetyskokemuksia ja jotka haluavat tukea toisia. Suomessa toimi keväällä 2001 imetystukiryhmiä yli 20 paikkakunnalla (Parviainen 2001). Imetystukea saa myös internet-sivuilta.

Vauvamyönteisyys-ohjelman ja neuvoloiden imetysohjauspalvelujen tueksi ja niitä täydentämään on myös kehitetty tietotekniikka hyödyntäviä, vuorovaikutteisia ohjelmia. Esimerkiksi Elämisen alkuun-projekti (1996-2001) on tarkoitettu täydentämään neuvolapalveluja ja luomaan yhteismallia neuvoloiden, sairaaloiden ja kotien välillä (Pohjois-Savon ammattikorkeakoulu 1999)

Imeväisten ravitsemussuositukset

Ensimmäiset yhtenäiset suomalaiset imeväisikäisten ravitsemussuositukset ovat 1970-luvun puolivälistä. Vuonna 1989 silloinen lääkintöhallitus julkaisi ensimmäiset valtakunnalliset suositukset imeväisikäisten lasten sekä odottavien ja imettävien äitien ravitsemuksesta (Hasunen ym 1989). Vuonna 1994 sosiaali- ja terveysministeriö suositti terveydenhuollolle osoittamallaan kirjeellä kiinteän lisäruoan aloittamisien siirtämistä kolmesta kuukaudesta neljään kuukauteen. Samaan aikaan alettiin lisätä EY-säädösten ja kansainvälisen käytännön mukaisesti A- ja D-vitamiineja äidinmaidonkorvikkeisiin ja teollisiin lastenvelieihin. Tarvetta A-vitamiinin lisääntöön valmisteenä ei tämän johdosta enää ollut ja D-vitamiinin annostelu muutettiin riippuvaksi lasten rintamaidon ja äidinmaidonkorvikkeen saannista (Sosiaali- ja terveysministeriö 1994). EY:n lastenruokasäädökset vaikuttivat myös kaupan olevien lastenruokien ikäsuosituksiin siten, että kiinteiden teollisten lisäruokien alin ikäraja lastenruokien pakkausmerkinnöissä on Suomessa kuten muissakin yhteisön maissa ollut 4 kk vuodesta 1997 alkaen (KTMP 1997/789).

Valtakunnalliset lapsiperheiden ravitsemussuositukset uudistettiin vuonna 1997 Lapsi, perhe ja ruoka-kirjan uusittuna painoksena (Hasunen ym. 1997). Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten suositukset koskevat terveitä lapsia. Kirjassa on myös suosituksia tavallisimpien erityisruokavalioiden koostumuksesta ja järjestämisestä.

Katsaus imeväisikäisten ruokintaselvityksiin

Rintaruokintaan investoiminen on investoimista terveyteen. Rintaruokinta on luonnollinen imeväisikäisen ruokintatapa, ja rintamaidolla on monia terveydellisiä ja ravitsemuksellisia etuja sitä korvaaviin vaihtoehtoihin verrattuna. Rintamaidossa on hyvin imeytyvässä muodossa kaikki terveen lapsen ensimmäisten elinkuukausien aikana tarvitsemat ravintoaineet D-vitamiinia lukuun ottamatta. Onnistunut imetus luo hyvän pohjan äiti-lapsisuhteen kehittymiselle, jonka merkitystä on viimeaikoina erityisesti korostettu. Rintaruokinnan eduista on kirjoitettu yksityiskohtaisemmin lukuisissa artikkeleissa, oppikirjoissa ja valtakunnallisissa lapsiperheiden ravitsemussuosituksissa (Fleischer Michaelsen ym. 2000, Hasunen ym. 1997).

Suomessa imetykseen on yleensä suhtauduttu myönteisesti eikä meillä ole esimerkiksi kulttuuriin sidoksissa olevia esteitä rintaruokinnalle. Pitkä äitiysloma ja muu sosiaaliturva ovat viimeisten kahdenkymmenen vuoden ajan tukeneet rintaruokinnan jatkumista pitkäänkin.

Maassamme on tehty rintaruokinnan yleisyydestä ja kestosta selvityksiä 1920-luvulta alkaen. Sitä vanhemmasta tilanteesta on vain perimätietoa. Useimmat näistä tutkimuksista ovat olleet paikallisia tai alueellisia ja ne ovat osoitta-

neet vaihtelua sekä rintaruokinnan yleisyydessä että kestossa. Selvitykset on tehty erilaisin menetelmin, mikä vaikeuttaa kehityksen kuvailua. Imetystä koskevat tiedot eivät ole yleensä, joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta (esim. Virtanen ym. 1991), eritelleet täysimetystä ja osittaista rintaruokintaa.

Rintaruokittujen lasten osuus pieneni hitaasti viime vuosisadan alusta 60- ja 70-lukujen vaihteeseen, jolloin imetysluvut olivat alhaisimmillaan (Verkasalo 1968, Hultin ym. 1977). Teollisten äidinmaidonkorvikkeiden yleistyminen, varhainen lisäruokien anto ja jäykät syöttörutiinit sekä toisaalta naisten työelämään osallistuminen lyhyine äitiyslomineen vähensivät imetystä huomattavasti. Ensimmäiset ns. adaptoidut äidinmaidonkorvikkeet tulivat Suomessa markkinoille v. 1974 ja ne merkitsivät samalla äidinmaidonkorvikkeiden läpimurtoa (Bäckström 1979). Korvikemaito oli todellinen, jopa suositeltu vaihtoehto.

1970-luvulla tehdyt sosiaalipoliittiset ratkaisut tukivat äitien mahdollisuutta imettää lastaan aikaisempaa kauemmin. Samalla lastenlääkärit alkoivat kiinnittää erityistä huomiota rintaruokintatilanteeseen ja imetyskäytäntöä alettiin tukea. Muun muassa Mannerheimin lastensuojeluliiton aineisto tähdensi rintaruokinnan merkitystä. Alueelliset rintaruokinnan edistämishjelmat 1980-luvulla alkoivat tuottaa tulosta siten, että esimerkiksi 70-80-lukujen taitteessa Kajaanissa kuusi kuukautta imettäneiden äitien määrä nelinkertaisui viidessä vuodessa. Pirkanmaalla puolestaan 80-luvun loppupuolella kaksi äitiä kolmesta imetti puoli vuotta (Verronen 1988). Virtanen ym. (1991) koko maata edustavassa aineistossa puolet lapsista sai rintamaitoa 8-9 kk. Hoito-henkilökunnan ja henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa annetun tuen merkitys imetyksen onnistumiselle todettiin huomattavaksi (Verronen ym. 1981).

Vuonna 1995 tehdyn valtakunnallisen selvityksen mukaan lähes kaikki äidit imettivät sairaalasta lähtiessään. WHO:n rintaruokinnan kriteerien (liite 4) mukaisesti täysimetettyjä oli alle kuukauden ikäisistä lapsista 68 %. Tämän jälkeen täysimetettyjen määrä pieneni ikäryhmittäin nopeasti niin, että neljän kuukauden ikäisistä 10 % lapsista oli yksinomaisella rintaruokinnalla. Puolen vuoden ikäisistä lapsista hieman yli puolet sai osittain rintamaitoa (Hasunen ym. 1996). Muissa selvityksissä rintamaitoa puolen vuoden iässä saaneiden määrä oli 90-luvun alkupuolella noin 60 % (Jalava, Liuksila 1993, ITU-projekti 1992, Kumpula ym. 1995, Tamminen 1990).

Vauvamyönteinen Keski-Suomi-selvityksen mukaan v. 1995 syntyneistä lapsista 90 % sai rintamaitoa kahden kuukauden iässä ja 62 % puolen vuoden iässä. Täysimetettyjä oli neljän kuukauden iässä 42 % ja puolen vuoden iässä 5% (Sihvola ym. 1998). Vastaavasti v. 1997 syntyneistä keski-suomalaisista puolen vuoden ikäisistä lapsista sai rintamaitoa 77% ja täysimetettyjä oli neljän kuukauden iässä 54 % (Sihvola 2001).

Länsi-Uudenmaan Vauvamyönteinen sairaala- koulutusohjelman yhteydessä tehdyn selvityksen mukaan yksinomaan rintaruokinnalla 1-3 kuukauteen

olleiden lasten määrä nousi vuoden 1994 47 %:sta vuoden 1996 68 %:iin ja 3-6 kuukauden ajan täysimetyksellä olleiden määrä vastaavasti 41%:sta 55%:iin (Westerlund ja Saari-Kemppainen 1998).

Vantaalaisten vauvojen äidinmaitokausi v. 1997 oli samankaltainen kuin koko maassa v.1995. Alle kuukauden ikäisistä täysimetettyjä oli 57%, kaksi kuukautta täyttäneistä 62% ja neljä kuukautta täyttäneistä 20%. Rintaruokittuja lapsia oli kuusi kuukautta täyttäneistä 52%. Selvityksestä kävi ilmi äitien imetyksaikasiunnetelmien ja todellisen imetyksen keston ero. Aikeet ja todellisuus poikkesivat erityisesti lapsen ensimmäisten elinkuukausien aikana. Lähes kaikki äidit aikoivat jatkaa imettämistä lapsen täytettyä kolme kuukautta. Vain 70% oli tehnyt näin todellisuudessa (Tepora ym.1999).

Kymenlaaksossa 1995-96 tehtyjen selvitysten mukaan imetyksaktiivisuus oli 2-5 kuukautta synnytyksestä 76-77 %. Vuonna 1996 puolet äideistä oli lopettanut imetyksen lapsen ollessa kahden kuukauden ikäinen. Myöskään tässä selvityksessä äitien toiveet imetyksen kestosta ja todellisuus eivät kohdanneet. Selvityksessä ei kysytty erikseen täysimetystä eikä myöskään lasten ikää, mikä vaikeutti tulosten tarkastelua (Leppäkases 1997).

Tutkimusaineisto ja menetelmät

Alle 1-vuotiaiden lasten imetyksen ja ruoankäytön selvitys tehtiin yhteistyössä lääninhallitusten sosiaali- ja terveystieteiden kanssa. Selvityksessä noudatettiin samaa menettelyä kuin vastaavassa selvityksessä vuonna 1995, jolloin sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta (Stakes) vuosina 1993-95 toiminut imetyksen edistämisyöryhmä selvitti imetyksen tilaa ja alle yksivuotiaiden lasten ruoankäyttöä osana vauvamyönteisyysohjelman kehittämistä ja soveltamista Suomessa (Hasunen ym.1996).

Imeväisikäisten ruokailun selvittäminen oli tällä kertaa kirjattu lääninhallitusten vuoden 2000 tulostavoitteisiin. Terveystieteiden tarkastajille lähetettiin kirje, jossa heitä pyydettiin valitsemaan tutkimukseen osallistuvat terveyskeskukset siten, että ne alueellisesti edustaisivat sekä pieniä että suuria kuntia (liite 5). Terveyskeskukset voivat olla samoja tai eri kuin vuoden 1995 selvityksessä. Lääninhallituksia pyydettiin ilmoittamaan sosiaali- ja terveysministeriöön terveyskeskusten halukkuudesta osallistua tutkimukseen sekä arvio näiden tarvitsemista tutkimuslomakemääristä. Näin valittujen terveyskeskusten lisäksi selvitykseen hakeutui suoraan joitakin toimipisteitä. Nyt tehtyyn selvitykseen osallistuneista 63 terveyskeskuksesta 37 osallistui vuoden 1995 selvitykseen.

Tutkimus suoritettiin vastaavana ajankohtana kuin vuonna 1995 eli 17.1.-11.2.2000 välisenä aikana. Kaikilta kyseisenä aikana lastenneuvoloissa käyneiden 2 viikon - 12 kuukauden (syntyneet 12.2.-31.12.1999 välisenä aikana) ikäisten lasten vanhemmilta/ lapsen mukana olleelta hoitajalta tiedusteltiin liitteessä esitetyn lomakkeen mukaisesti, mitä ravintoa lapsi oli saanut neuvolassa käyntiä edeltäneen 24 tunnin aikana (liitteet 6.1-6.3, 7.1-7.3). Lomake oli sama kuin aikaisemmassa selvityksessä käytetty.

Helsingin kaupungin terveysviraston eettinen toimikunta antoi lausunnon tutkimuksen suorittamisesta.

Tutkimuksessa mukana olleiden lastenneuvoloiden kirjoissa oli neuvoloiden antamien tietojen mukaan 12.2. -31.12.1999 välisenä aikana syntyneitä lapsia

yhteensä 15286. Koko maassa syntyi vuonna 1999 noin 57 500 lasta. Ravinnonkäyttölomakkeita palautettiin yhteensä 8922 kappaletta. Tietoja imeväisikäisten ravinnonkäytöstä saatiin näin 58 %:ilta ko. neuvoloiden kirjoissa olevista lapsista. Terveystietojen mukaan tutkimuksesta suoraan kieltäytyneitä äitejä tai lapsen mukana olleita henkilöitä oli vain muutama (11). Joillakin näistä oli kieliongelmiä (3), lapsen kanssa oli isä tai ulkopuolinen hoitaja, joka ei tiennyt lapsen ruokinnasta edellisenä päivänä (3), tai syynä kieltäytymiseen oli haluttomuus tai kiire (5).

Vastauslomakkeista hylättiin 110. Hylkäämisen syynä oli lapsen ikä, eli lapset, jotka eivät olleet syntyneet 12.2.1999-31.12.1999 välisenä aikana (N=105) tai puuttuvat henkilötiedot (N= 5); yksittäisen tiedon puuttuminen lomakkeella ei kuitenkaan johtanut hylkäämiseen. Hyväksytysti täytettyjä lomakkeita saatiin yhteensä 8812 lapsesta, mikä vastaa 15 % vuonna 1999 syntyneistä lapsista. Lapsista tyttöjä oli 4325 ja poikia 4418. Lomakkeilla ei ollut merkintää 69 lapsen sukupuolesta.

Tutkimukseen osallistuneet terveystieteiden keskus/kansanterveysyön kuntayhtymät (N= 63) ja niissä tutkimukseen osallistuneet lapset ikäryhmittäin on esitetty liitetaulukossa 1. Taulukossa 1 on vastaavasti lasten lukumäärät lääneittäin.

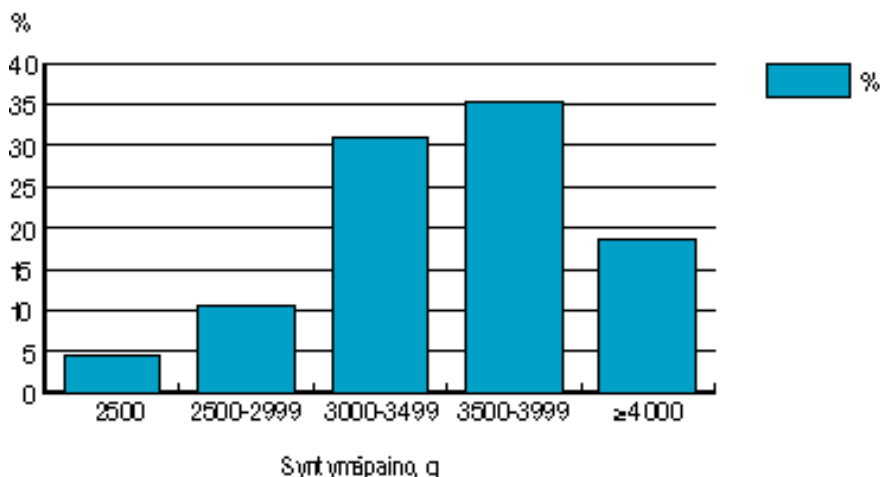
Ikäryhmittely perustui lasten ruokintasuositukseen (Hasunen ym. 1997) ja oli sama kuin vuoden 1995 selvityksessä. Ikäryhmät esitetään kuukauden iästä alkaen täysinä ikäkuukausina.

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuneet lapset lääneittäin iän mukaan

	Lapsen ikä, kk									
	Kaikki	<1	≥1	≥2	≥3	≥4	≥5	≥6-8	≥9-11	>11
Lääni	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Etelä-Suomi	3886	107	374	404	432	456	522	754	552	285
Länsi-Suomi	3250	97	290	382	415	421	409	554	444	238
Itä-Suomi	1283	39	125	146	137	166	165	245	179	81
Oulu	80	0	16	9	9	13	8	10	10	5
Lappi	194	8	19	24	18	23	27	31	27	17
Ahvenanmaa/Åland	119	5	9	15	13	8	20	24	17	8
Kaikki	8812	256	833	980	1024	1087	1151	1618	1229	634

Aineistossa oli 387 lasta (4 %), joiden syntymäpaino oli alle 2500g, 2500-2999 grammaa painavia oli 920 (10,5 %) ja vastaavasti 301 lasta (3,4%), joiden syntymäpaino oli 4500 g tai enemmän (kuvio 1). Syntymäpaino puuttui 37 lomakkeelta.

Kuvio 1. Tutkimukseen osallistuneet lapset syntymäpainon mukaan prosentteina



Raskausviikkojen lukumäärä oli 967 tapauksessa (11%) 37 viikkoa tai vähemmän ja vastaavasti 640 tapauksessa (7%) 42 viikkoa tai enemmän.

Tutkimuksen tulokset esitetään pääosin lääneittäin. Vertailtavuuden vuoksi osa tuloksista esitetään myös lääninhallitusten alueellisten palveluyksiköiden /vanhan lääninjaon perusteella. Heinola siirtyi lääninuudistuksen yhteydessä Mikkelin läänistä Etelä-Suomen lääniin. Vanhan lääninjaon mukaisessa luokittelussa se on luokiteltu edelleen Mikkelin alueellisen palveluyksiyön piiriin kuuluvaksi.

Läänikohtaisessa ikäryhmätarkastelussa aineistot jäivät Ahvenanmaan maakunnan, Oulun ja Lapin läänien osalta hyvin pieniksi.

Rintaruokintaa ja täysimetystä koskevat tulokset esitetään myös sairaanhoitopiireittäin. Myös tässä useihin ikäryhmiin kuului vain muutamia lapsia (liitetaulukko 4). Tulostamiseen päädyttiin kuitenkin palautteen antamiseksi tutkimukseen osallistuneille terveyskeskuksille. Terveyskeskuskohtaiset peruslistaukset ja lääni-/ toimipistekohtaiset tulokset on esitetty liitetaulukoissa.

Rintaruokinnan kriteerit

Maailman terveysjärjestön määritelmien mukaisesti täysimetyksellä tarkoitetaan imeväisikäisten ruokintaa, jolloin lapselle ei anneta muuta ravintoa kuin rintamaitoa, ei edes vettä (liite 4). Veden antaminen terveille rintaruokituille on useissa yhteyksissä ja kannanotoissa todettu tarpeettomaksi.

Suomessa veden antaminen lapsille on totuttu tapa ja sitä on suositeltu useissa aikaisemmissa imeväisten ravinnosta annetuissa oppaissa. Uusimmissa suosituksissa (Hasunen ym 1997) on lähestytty WHO:n kantaa: ”Yksinomaan imetetty tai pelkkää äidinmaidonkorviketta saava lapsi ei juuri tarvitse vettä, vaan hän tyydyttää nesteen tarpeen maidolla. Yksinomaisessa imetyksessä lapsi saa ainoastaan äidinmaitoa ja mahdollisesti pieniä määriä vettä lusikalla. Turhaa tuttien ja tuttipullojen käyttöä vältetään”.

Tässä selvityksessä täysinmetys/yksinomainen rintaruokinta on tulkittu samoin kuin kuin vuoden 1995 selvityksessä: Lapsi saa rintamaitoa, mahdollisesti vettä pullosta, mukista tai lusikasta ja lisäksi D-vitamiini- ja mahdollisesti muita ravintoainevalmisteita (esimerkiksi fluoria tai keskostippoja).

Osittain imetetyillä lapsilla tarkoitetaan tässä aineistossa lapsia, jotka saavat rintamaidon ohella äidinmaidonkorviketta, imeväisikäisten erityisvalmistetta tai velliä pullosta tai muuta ravintoa.

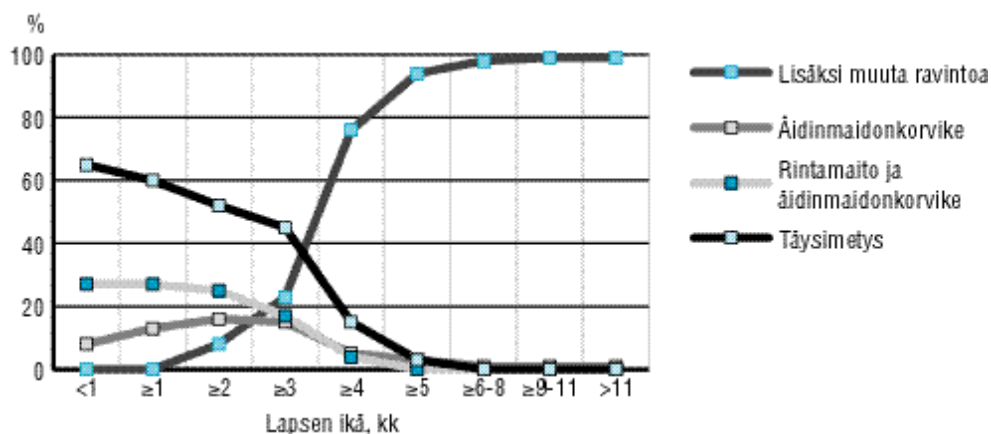
Rintaruokinta/imetys- käsitteiden käyttö ei rajaa pois äidinmaidonkorvikkeen tai muun ravinnon antamista.

Tulokset

Seuraavassa tarkastellaan lasten ruokintaa ikäkuukausittain ja alueittain. Täysimetystä tarkastellaan vain asian kannalta merkityksellisissä 0-6 kuukautta vanhojen lasten ryhmissä, rintaruokintaa, korvikeruokintaa ja muuta lasten ravinnon saantia sen sijaan kaikkien 0-12 kuukauden ikäisten lasten ryhmissä.

Kuviossa 2 ja liitetaulukossa 2 on esitetty lasten ruokinnan kehitys ikäryhmittäin koko maassa.

Kuvio 2. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa v. 2000, % ikäryhmään kuuluneista lapsista



Rintaruokinta

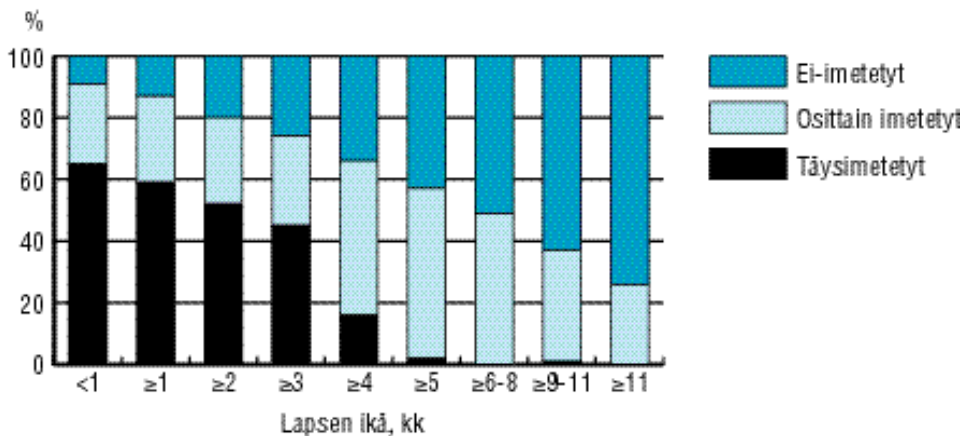
Terveyskeskuskohtaiset tiedot rintaruokinnasta on esitetty liitetaulukossa 3.

Tämän aineiston mukaan lähes tulkoon kaikki vastasyntyneet lapset (91%) saivat rintamaitoa.

DIPP-ravintotutkimusaineiston (Type 1 Diabetes Prediction and Prevention) mukaan Oulun ja Tampereen yliopistosairaaloissa vuosina 1997-99 syntyneistä vauvoista käytännössä kaikki (99%) saivat synnytysairaalassa rintamaitoa (Virtanen ym., julkaisematon tieto). Vantaalla alle kuukauden ikäisistä vuoden 1997 tutkimuksessa rintamaitoa saaneita oli 95 % (Tepora ym. 1999), tässä aineistossa 90%.

Kuukauden ikäisistä lapsista 87 % sai rintamaitoa yksinomaan, äidinmaidonkorvikkeen ja/tai muun ravinnon kanssa, vaihdellen Lapin läänin 79 %:sta Ahvenanmaan 100 %:iin ja kolmen kuukauden ikäisistä lapsista vastaavasti kolme lasta neljästä, vaihdellen läänikohtaisesti Lapin 61%:sta Oulun 78 %:iin (kuvio 3, taulukko 2).

Kuvio 3. Rintamaitoa saaneet lapset, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

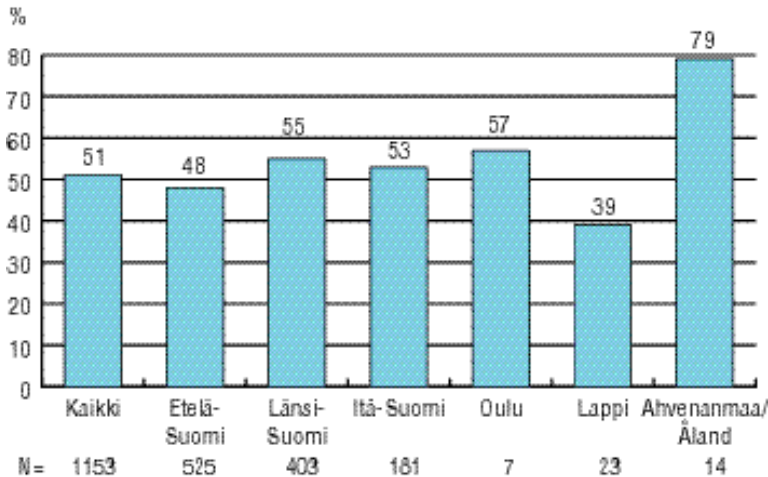


Taulukko 2. Rintamaitoa saaneet lapset lääneittäin, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

	Lapsen ikä, kk								
	<1	≥1	≥2	≥3	≥4	≥5	≥6-8	≥9-11	>11
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Kaikki	91	87	80	74	66	57	49	37	26
Etelä-Suomi	94	89	82	77	64	57	46	35	24
Länsi-Suomi	88	86	79	74	67	60	52	41	31
Itä-Suomi	95	83	78	71	68	54	51	35	25
Oulu	-	87	89	78	77	50	30	50	40
Lappi	87	79	50	61	48	48	29	30	6
Ahvenanmaa/Åland	100	100	53	69	100	65	71	29	0

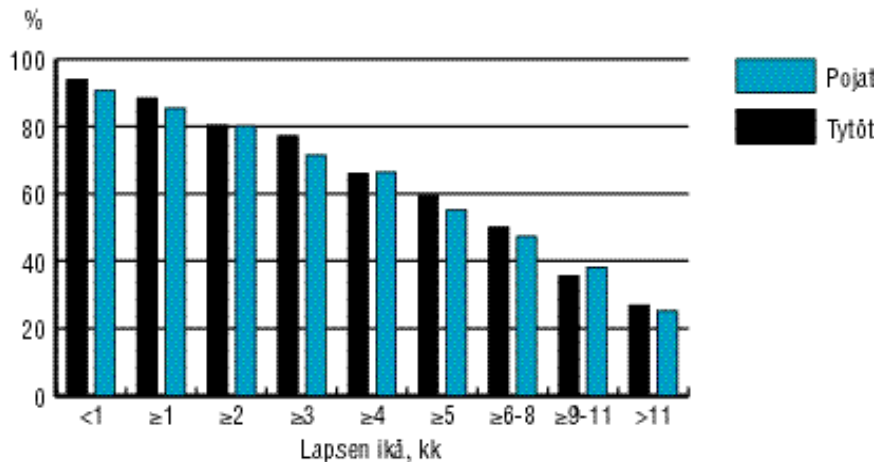
Lähellä puolen vuoden ikää (lapsen ikä ≥ 5 kk) runsaat puolet lapsista sai rintamaitoa. Juuri 6 kuukautta täyttäneistä 51 % sai rintamaitoa (kuvio 4). Rintaruokittuja oli tämän ikäisistä suhteellisesti eniten Länsi-Suomessa ja Ahvenanmaalla. Noin vuoden iässä joka neljäs lapsi sai rintamaitoa.

Kuvio 4. Rintamaitoa saaneet puolivuotiaat (6 kk) lapset lääneittäin, % ikäryhmään kuuluneista lapsista



Tyttöjen ja poikien rintaruokinnassa oli pieniä eroja. Tyttövauvojen rintaruokinta oli useimmissa ikäryhmissä muutaman prosenttiyksikön yleisempää kuin poikavauvojen rintaruokinta (kuvio 5)

Kuvio 5. Rintaruokinta lapsen sukupuolen mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista



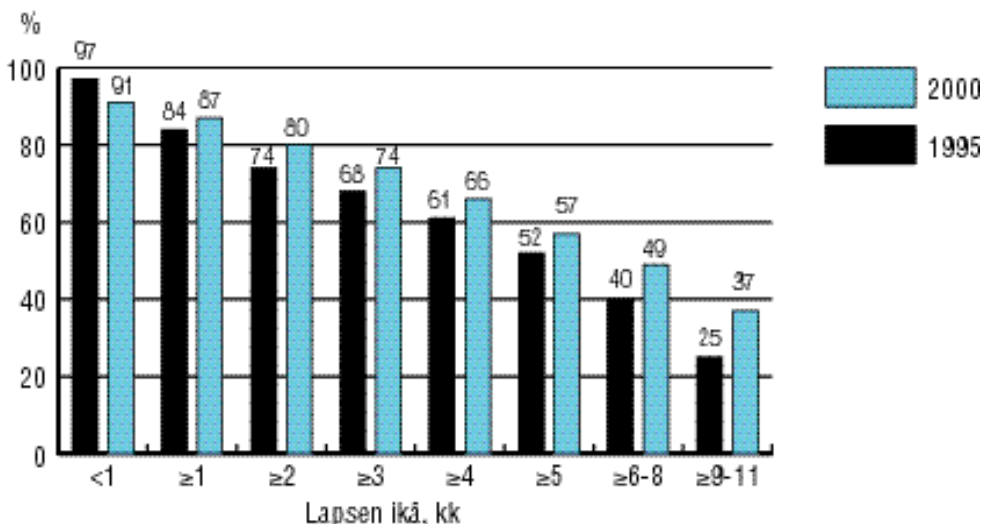
Taulukossa 3 ja liitetaulukossa 4 on esitetty rintaruokintatilanne sairaanhoitopiireittäin. Kolmen kuukauden ikäisistä keskimääräistä useammat lapset saivat rintamaitoa Kanta-Hämeen, Kymenlaakson ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien alueilla, lähellä puolen vuoden ikää olevista lapsista Päijät-Hämeen, Kymenlaakson, Vaasan, Keski-Suomen ja Etelä-Pohjanmaan alueilla.

Taulukko 3. Rintamaitoa saaneet lapset sairaanhoitopiireittäin, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

	Lapsen ikä, kk			
	<1 %	≥3 %	≥5 %	>11 %
Kaikki	91	74	57	26
Sairaanhoitopiiri				
HUS	94	74	55	24
Varsinais-Suomi	84	69	52	26
Satakunta	87	69	53	24
Kanta-Häme	100	82	56	30
Päijät-Häme	100	50	65	0
Kymenlaakso	94	84	63	18
Etelä-Savo	100	75	48	29
Itä-Savo	50	0	100	0
Pohjois-Karjala	100	78	54	25
Pohjois-Savo	88	66	57	20
Keski-Suomi	91	70	67	42
Etelä-Pohjanmaa	94	78	72	29
Vaasa	100	75	77	31
Keski-Pohjanmaa	100	88	62	36
Pohjois-Pohjanmaa	-	78	50	33
Länsi-Pohja	75	60	42	8
Lappi	100	67	100	0
Ahvenanmaa/Åland	100	69	65	0

Viiden vuoden takaiseen tilanteeseen verrattuna imetyksessä on tapahtunut kohentumista kaikissa muissa ikäryhmissä paitsi alle kuukauden ikäisten keskuudessa (kuvio 6). Rintaruokinta on yleistynyt ikäryhmittäin vaihdellen 5-12 %-yksikköä. Lisäys oli suurin lähellä vuoden ikä olevien lasten ryhmässä.

Kuvio 6. Rintamaitoa saaneet lapset ikäryhmittäin vuosina 1995 ja 2000, % ikäryhmään kuuluneista lapsista



Rintaruokinnan kestossa onkin tapahtunut erityisen selvä myönteinen kehitys. Muun ravinnon ohella rintamaitoa sai vuoden 2000 alussa joka toinen puoli vuotta täyttäneistä (1995 40 %). Vuonna 1995 lähellä vuoden ikää (9-11 kk) olevista lapsista 25 % sai rintamaitoa, nyt vastaava osuus 37 %. Yli 11 kk:n ikäisistä rintamaitoa sai tässä aineistossa 26 % lapsista.

Kehitys nykyisten läänien sisällä näyttää olleen vaihtelevaa (taulukko 4). Etelä-Suomen läänissä myönteinen kehitys näkyy kaikkien alueellisten palvelupisteiden toimialueilla (entiset läänit) ja on erittäin huomattavaa entisen Hämeen läänin alueella. Länsi-Suomen läänissä kokonaisuutena muutosta ei ollut juuri tapahtunut; Vaasan ja Keski-Suomen alueella kolmen kuukauden ikäisten lasten rintaruokinta näytti jopa vähentyneen. Itä-Suomen läänissä kehitys Pohjois-Karjalassa oli muita alueita voimakkaampaa.

Keski-Suomessa v. 1995 samalla peruslomakkeella tehdyn alueellisen selvityksen mukaan 72 % kolmen kuukauden ikäisistä lapsista sai rintamaitoa, kun tässä selvityksessä vastaava osuus oli 66 %. Vuonna 1997 syntyneitä lapsia koskeneen alueellisen tutkimuksen mukaan vastaava osuus oli 89%. Suuret erot saattavat osittain johtua tutkimuksiin osallistuneista terveyskeskuksista. Valtakunnallisessa selvityksessä Keski-Suomesta oli mukana neljä alueellisen selvityksen 10 terveyskeskuksesta/ kttky:stä. Keski-Suomen selvitys tehtiin lisäksi pitkittäistutkimuksena. Alueellisen selvityksen mukaan imetysluvuissa oli melko paljon vaihtelua terveyskeskuksittain (Sihvola 2001). Jyväskylän erilliselvityksessä esimerkiksi v. 1997 syntyneistä kolmen kuukauden ikäisistä lapsista 87 % sai rintamaitoa (Lyytikäinen 2000). Käsillä olevassa aineistossa Jyväskylän naapurikunnassa Palokassa 75 % kolmen kuukauden ikäisistä (N=24)

sai rintamaitoa. Jyväskylän seudun poikkeavuuteen voi yliopistokaupunkina vaikuttaa opiskelijoiden suuri määrä. Rintaruokinnan yleisyyden ero vuosien 1997 ja 2000 tutkimusten välillä voi kertoa myös siitä, että saavutetut hyvät tulokset eivät ole pysyviä, vaan hyvän tilanteen ylläpitämiseksi on tehtävä koko ajan täysipainoista työtä.

Taulukko 4. Rintamaitoa saaneet lapset alueittain entisen läänijaon/läänien alueellisen palvelupisteen mukaisesti, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

	Lapsen ikä, kk							
	<1		≥3		≥5		≥9-11	
	1995	2000	1995	2000	1995	2000	1995	2000
Koko maa	97	91	68	74	52	57	25	37
Etä-Suomi								
Uusimaa/Helsinki	94	93	66	74	49	55	30	33
Häme/Hämeenlinna	100	100	52	82	48	56	23	31
Kymi/Kouvola	100	89	73	84	52	63	31	45
Länsi-Suomi								
Turku ja Pori/Turku	94	84	69	69	55	51	17	32
Keski-Suomi/Jyväskylä	97*	91	72*	66	56*	67	35*	42
Vaasa	100	97	85	71	52	69	35	51
Itä-Suomi								
Mikkeli	100	100	54	68	50	55	7	36
Pohjois-Karjala/Joensuu	100	100	59	78	44	54	14	31
Kuopio	100	88	78	76	60	57	15	39
Oulu	100	-	67	78	57	50	20	50
Lappi	100	87	50	61	56	48	27	30
Ahvenanmaa/Åland	100	100	92	69	83	65	31	29

*Erillisselvitys. Vauvamyönteinen Keski-Suomi (Sihvola ym 1998)

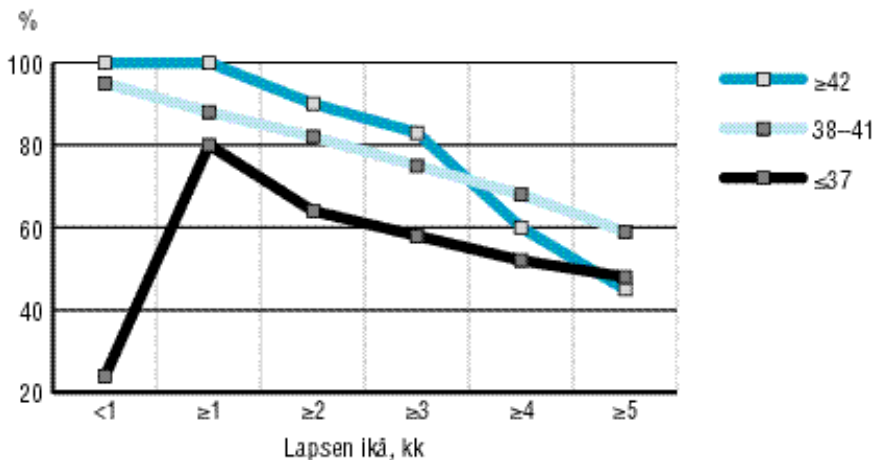
Oululaisista ja tamperelaisista vv. 1997-99 syntyneistä vauvoista DIPP-tutkimusaineiston perusteella rintamaitoa sai vuoden iässä 15 % (Virtanen ym., julkaisematon tieto).

Vantaalla vuonna 1997 rintamaitoa sai juuri alle vuoden ikäisistä lapsista 14 % (Tepora ym.) ja tässä aineistossa 28 %. Koko Uudenmaan alueella muutos vv. 1995-2000 oli 30%:sta 33 %:iin.

Tässä tutkimuksessa ei tutkittujen määrä mahdollistanut neuvolakohtaisten erojen tarkastelua, mutta esimerkiksi Vantaalla 1997 tehdyssä selvityksessä palvelualueiden välillä oli huomattavia eroja imetettyjen lasten osuuksissa (Tepora ym. 1999). Samanlaisia tuloksia on saatu myös Jyväskylässä tehdyissä selvityksissä (Sihvola ym. 1998).

Ennenaikaisesti (eli 37:nnellä raskausviikolla tai sitä ennen) syntyneiden rintaruokinta oli harvinaisempaa kuin täysaikaisesti syntyneiden (38-41 raskausviikkoa). Kolmen kuukauden iässä ennenaikaisesti syntyneistä noin joka toinen (58 %) sai rintamaitoa, kun täysikäisistä sai kolme lasta neljästä, yliaikaisesti syntyneistä (42 viikkoa tai sen jälkeen) suhteellisesti vielä vähän useampi (kuvio 7, liitetaulukko 7).

Kuvio 7. Rintaruokinta raskauden keston mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista



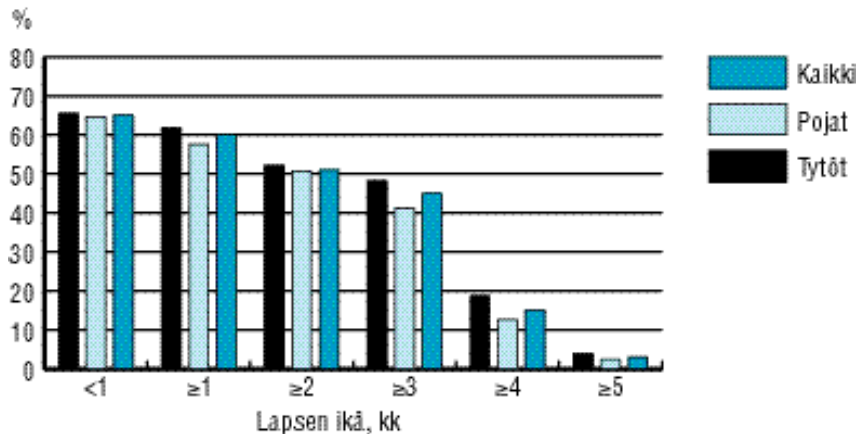
Täysimetys

Kansainvälinen tavoite on, että neljän kuukauden ikäisistä lapsista 80% on täysimetettyjä. Tämä tavoite ei Suomessa toteudu. Alle kuukauden ikäisistä lapsista tämän selvityksen mukaan 65 % oli täysimetettyjä (kuviot 8-9, liitetaulukko 5). Täysimetettyjen määrä alkoi ikäryhmittäin pienentyä siten, että kuukauden täyttäneistä lapsista heitä oli runsaat puolet ja kolme kuukautta täyttäneistä hiukan alle puolet, mutta neljä kuukautta vanhoista lapsista enää joka kuudes ja viisi kuukautta vanhoista kolme prosenttia.

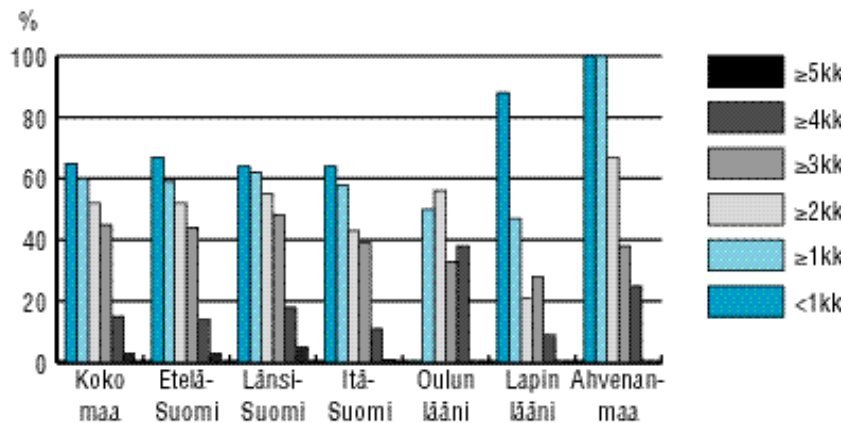
DIPP- tutkimusaineiston mukaan täysimetys kesti keskimäärin 2 kk ja puolet äideistä lopetti täysimetyksen lapsen ollessa 1,8 kk vanha (Virtanen ym., julkaisematon tieto).

Tyttövuojen täysimetys oli jonkin verran yleisempää kuin poikavuojen (kuvio 8). Samanlainen havainto on muistakin viimeaikaisista rintaruokintatutkimuksista (esim. Sihvola ym. 1995)

Kuvio 8. Täysimetys lapsen sukupuolen mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista



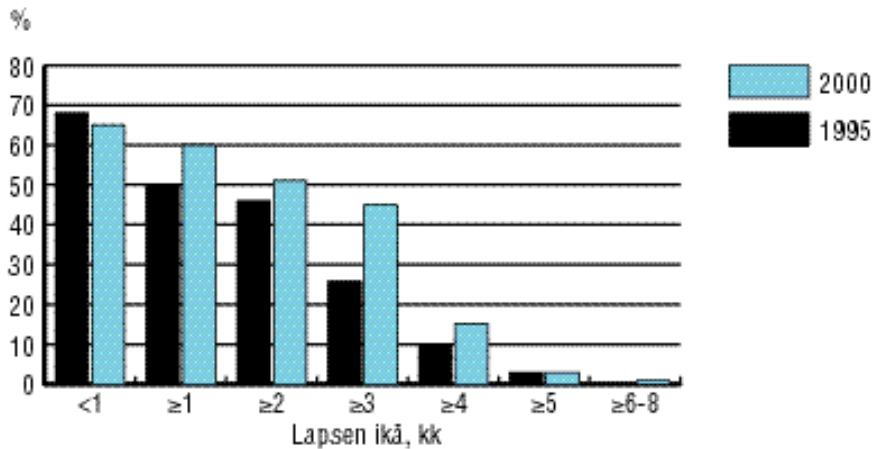
Kuvio 9. Täysimetys lääneittäin lapsen iän mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista



Yksinomaisessa rintaruokinnassa on alueellisia eroja (kuvio 9, liitetaulukko 5). Ahvenanmaalla pienimmät imeväisikäiset ovat kaikki yksinomaisella rintaruokinnalla, vastaavasti Lapin läänissä täysimetys on muuta maata harvinaisempaa. Lasten pienet määrät ikäryhmissä näillä alueilla eivät kuitenkaan oikeuta pidemmälle meneviin johtopäätöksiin. Länsi-Suomen läänin, erityisesti entisen Keski-Suomen läänin alueella yksinomainen rintaruokinta on muuta maata yleisempää.

Vuoden 1995 tilanteeseen verrattuna näyttää siltä, ettei täysimetys ole yleistynyt vastasyntyneiden osalta. Sen sijaan on nähtävissä selvä myönteinen muutos 1-4 kuukauden ikäisten lasten kohdalla (kuvio 10).

Kuvio 10. Täysimetys lapsen iän mukaan vuosina 1995 ja 2000, % ikäryhmään kuuluneista



Vuoden 1994 syksyyn saakka lasten ruokintasuositusten mukaisesti suositeltiin asteittaista kiinteän ruoan aloittamista kolmen kuukauden iästä lapsen tarpeiden mukaan. Tässä vaiheessa kiinteän ruoan suositeltavaa aloittamisikää myöhennettiin 4-6 kuukauteen. Vuoden 1995 alussa tehdyn selvityksen mukaan kolmen kuukauden ikäisistä vauvoista vain joka neljäs oli täysimetetty, neljän kuukauden ikäisistä vastaavasti 10 %.

Taulukossa 6 on esitetty täysimetys sairaanhoitopiireittäin. Sairaanhoitopiirien keskinäistä vertailua hankaloittaa pienet ikäryhmät eräissä sairaanhoitopiireissä (ks. liitetaulukko 4). Alle kuukauden ikäisten täysimetys näytti onnistuneen keskimääräistä paremmin Kanta-Hämeen, Pohjois-Karjalan ja Keski-Suomen sairaanhoitopiireissä, kolme kuukautta täyttäneiden osalta näiden lisäksi Kymenlaaksossa ja Etelä-Savossa.

Taulukko 6. Täysimetys sairaanhoitopiireittäin, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

Sairaanhoitopiiri	N	Lapsen ikä, kk					
		<1 %	≥1 %	≥2 %	≥3 %	≥4 %	≥5 %
HUS	2386	66	60	50	40	16	3
Varsinais-Suomi	1074	60	60	48	45	16	3
Satakunta	522	53	49	57	39	24	6
Kanta-Häme	875	74	58	57	53	8	3
Päijät-Häme	58	0	100	45	17	27	0
Kymenlaakso	549	56	56	52	55	9	6
Etelä-Savo	223	50	50	64	50	7	3
Itä-Savo	22	50	0	0	0	80	0
Pohjois-Karjala	491	81	60	26	39	12	2
Pohjois-Savo	565	53	61	49	36	11	0
Keski-Suomi	507	82	71	68	57	32	9
Etelä-Pohjanmaa	649	69	69	60	44	9	4
Vaasa	98	100	69	67	75	0	0
Keski-Pohjanmaa	400	64	56	56	64	16	6
Pohjois-Pohjanmaa	87	0	50	45	33	31	0
Länsi-Pohja	141	75	44	20	27	6	0
Lappi	46	50	67	29	33	25	0
Ahvenanmaa/Åland	119	100	100	67	38	25	0
KAIKKI	8812	65	60	51	41	15	1

Keski-Suomea lukuun ottamatta myönteinen kehitys on tämän aineiston perusteella nähtävissä koko maassa, joskin muutoksen suuruudessa on alueittain vaihtelua (taulukko 7). Keski-Suomen viiden vuoden takainen hyvä täysimetystilanne näyttää taittuneen lähemmäksi koko maan tasoa. Vuonna 1995 Keski-Suomen läänissä kolmen kuukauden ikäisistä lapsista oli täysimetettyjä 64 % (Sihvola ym. 1998), tässä selvityksessä vastaavasti 57 %, neljän kuukauden ikäisistä vastaavasti v. 1995 42%, (Lyytikäinen 1997), v. 1997 54% (Sihvola 2001) ja v. 2000 32%.

Taulukko 7. Yhden ja kolmen kuukauden ikäisten lasten täysimetys entisen läänijaon/läänien alueellisten palvelupisteiden mukaisesti vuosina 1995 ja 2000, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

	Lapsen ikä, kk			
	≥1		≥3	
	1995	2000	1995	2000
Koko maa	50	59	26	45
Etelä-Suomi				
Uusimaa/Helsinki	44	60	28	40
Häme/Hämeenlinna	49	59	16	52
Kymi/Kouvola	51	55	31	54
Länsi-Suomi				
Turku ja Pori/Turku	55	55	24	42
Keski-Suomi/Jyväskylä	82*	71	64*	57
Vaasa	59	66	35	55
Itä-Suomi				
Mikkeli	43	52	31	41
Pohjois-Karjala/Joensuu	45	60	22	39
Kuopio	54	61	31	36
Oulu	46	50	25	33
Lappi	50	47	29	28
Ahvenanmaa/Åland	67	100	17	38

*Erillisselvitys. Vauvamyönteinen Keski-Suomi (Sihvola ym 1998)

Entisen Hämeen läänin alueella 3 kuukautta täyttäneiden täysimetys on yleistynyt 36 %-yksiköllä, kun taas entisen Kuopion läänin alueella muutos on ollut 5 %-yksikön luokkaa. Molemmilla alueilla vuonna 1995 osallistuneet kunnat olivat mukana myös vuoden 2000 selvityksessä.

Ennen aikaisesti syntyneistä harvemmat lapset olivat yksinomaisella rintaruokinnalla kuin täysiaikaisina syntyneistä. Esimerkiksi 3 kuukauden iässä ennen aikaisesti syntyneistä oli täysimetettyjä 28 % , täysiaikaisista vastaavasti 46 %. Myös yliaikaisesti syntyneiden täysimetys oli harvinaisempaa kuin 38-41-viikkoisten.

Rintaruokinnan lopettaminen

Tässä selvityksessä ei kysytty erikseen rintaruokinnan kestoa, vaan haluttiin saada poikkileikkaustieto rintaruokinnasta ja muusta imeväisikäisten ikäisten ruokinnasta vuoden 2000 alussa. Lomakkeella kysyttiin kuitenkin vapaamuotoisesti rintaruokinnan lopettamisen syitä. Aineistoa käsiteltäessä lopettamisen pääasiallisimpia syitä tarkasteltiin lapseen liittyviksi, maidon erittymiseen liittyviksi tai äitiin liittyvinä syinä. Lapseen liittyviä perusteluja olivat esimerkiksi lapsen sairaus, pitkä sairaalassa olo synnytyksen jälkeen tai ilmaisut lapsi lopetti, lapsi ei halunnut. Äitiin suoranaisesti liittyviä perusteluja olivat äidin sairaus ja lääkitys, mukaan lukien ehkäisyn aloittaminen tai rintojen tulehtuminen sekä muut syyt kuten töihin meno, äidin väsyminen tai haluttomuus. Kolmannen kokonaisuuden muodostivat maidon erittymiseen liittyvät maininnat, kuten maitoa ei alkanut erittyä, maito väheni/tarvitsi lisämaitoa ja maito loppui. Koska vastaukset olivat vapaamuotoisia, eivät äideiltä saadut tiedot ole toisiaan poissulkevia eivätkä yksiselitteisiä. Lomakkeilla oli selkeiden vastausten ohella monisanaisia selvittelyjä, joiden luokittelu jäi selvityksen laatijan tulkintaan (liitetaulukko 8).

Rintaruokinnan lopettamisen syitä ilmoitettiin kaikkiaan 3259 lomakkeella. Lapsen sairaus oli ilmoitetuista lopettamisen syistä verrattain harvinainen, 4% tapauksista. Yksittäisistä terveyssyistä yleisin olivat lapsen allergia (37 tapaus-ta). Keskosuus ilmoitettiin rintaruokinnan lopettamisen syyksi 34 tapauksessa ja kaksosten hoitamiseen liittyvät ongelmat 36 lapsen kohdalla.

Lapsen kerrottiin lopettaneen tai lapsi ei jaksanut tai malttanut syödä rintaa 12 %:ssa lopettaneista. Lapseen liittyviä syitä olivat äitien mukaan myös itkuisuus ja jatkuva syöttäminen tai hampaiden puhkeaminen

Uusi raskaus ilmoitettiin lopettamissyiksi 29 kertaa. Äidin sairaus tai jokin lääkitys oli rintaruokinnan lopettamisen synnä 6 %:ssa ilmoituksista. Tämän lisäksi kipeät rinnanpäät, kipeät rinnat, rintatulehdukset tai muut rintoihin liittyvät ongelmat esitettiin lopettamisperusteiksi joitakin kertoja (1 %).

Maidon erittymiseen liittyvät ongelmat esitettiin useimmiten rintaruokinnan lopettamissyiksi. Äitien kertoman mukaisesti maidon erittyminen ei lähtenyt käyntiin 199 tapauksessa (6%). Maidon kerrottiin vähentyneen tai lapsen tarvinneen lisämaitoa joka neljännessä tapauksessa ja kolmessa tapauksessa kymmenestä maidon yksinkertaisesti ilmoitettiin loppuneen. Äidit mainitsivat usein, että pullo vieroitti lapsen rintaruokinnasta. Myös pulloruokinnan help-pous oli verrattain usein todettu yksittäinen syy. Näin yli puolessa tapauksista synnä oli maidon väheneminen/loppuminen. Vuoteen 1995 verrattuna maidon loppuminen rintaruokinnan lopettamisen synnä on yleistynyt, mikä todettiin myös Keski-Suomen selvityksessä (Sihvola 2001).

Äidin osalta lopettamisen yleisin lopettamisen syy oli väsymys ja/ tai stressi. Muita syitä olivat äidin halu tai päätös lopettaa, äidin työhön meno tai opiskelu sekä levottomat yöunet.

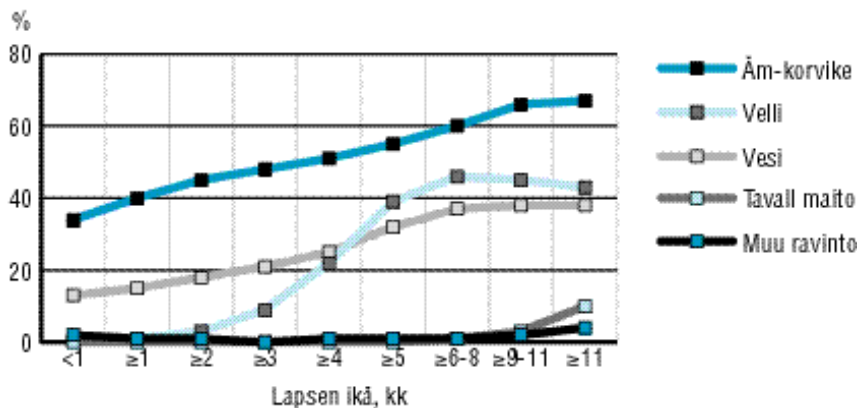
Lopettamissyiksi ilmoitettiin myös oman äidin malli. Nyt synnytyksiässä olevien naisten äidit ovat ikäluokkaa, joka 70-luvulla palasi työelämään 3 kuukauden äitiysloman jälkeen ja jolloin rintaruokintaluvut olivat alhaisimmillaan.

Perheessä tapahtuneet muutokset, avioero, puolison kuolema, isän vaatimus lopettaa tai sisarusten mustasukkaisuus mainittiin joissakin yksittäisissä tapauksissa, samoin kuin äidin alkoholi- tai huumeongelma ja lapsen huostaanotto. Äidin tupakointi mainittiin joitakin kertoja. Kulttuuriset syyt, esimerkiksi vietnamilaisilla, näyttävät myös olevan yhtenä syynä lyhyeen imettämiseen.

Pulloruokinta

Tuttipullojen käyttö ensimmäisinä elinviikkoina häiritsee oikean imemistekniikan oppimista ja maitomäärän herkkää säätelyä. Tässä aineistossa 56 % alle kuukauden ikäisistä lapsista sai vettä ja/tai muuta ravintoa pullostasta. Vettä pullostasta saaneita lapsia oli alle kuukauden ikäisistä 13%, mikä on selvästi vähemmän kuin 5 vuotta aikaisemmin (42%). Ravitsemussuositusten mukaan pelkkää rintamaitoa tai äidinmaidonkorviketta saava terve lapsi ei tarvitse vettä lainkaan. Veden tarjoaminen yleistyi lasten alkaessa saada lisäravintoa (kuvio 11, liitetaulukko 9).

Kuvio 11. Ravintoa tai vettä pullostasta saaneet lapset iän mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista.



DIPP- tutkimuksen mukaan pankkimaidon antaminen synnytyssairaalassa näyttää olevan tavallista (73 % syntyneistä) , vaikka terve, täysiaikaisena syntynyt vauva ei nykykäsityksen mukaan tarvitse lisäruokaa. Tässä sairaalakohtaiset käytännöt näyttävät poikkeavan (Virtanen ym., julkaisematon tieto).

Äidinmaidonkorvikkeiden käyttö yksinomaisena ravintona, rintamaidon tai muun ravinnon ohella yleistyy lasten iän mukaisesti. Kun alle kuukauden vanhoista sai äidinmaidonkorviketta pullosta joka kolmas lapsi, sai kolmen kuukauden ikäisistä jo lähes joka toinen ja puoli vuotta täyttäneistä 60 %.

Äidinmaidonkorvikkeen anto poikavauvoille alkoi aikaisemmin kuin tyttövauvoille. Ero alkoi ilmetä kuukauden iässä, jolloin tytöistä 38% sai äidinmaidonkorviketta, pojista 42%. Ero oli suurin kolme kuukautta vanhojen lasten ryhmässä (tytöt 44%, pojat 52%).

Yksinomaan äidinmaidonkorviketta maitonaan saaneita oli vastasyntyneistä 8 % ja kuukauden vanhoista 12%, (liitetaulukko 10).

Äidinmaidonkorvikkeiden antaminen oli Lapin läänissä muuta maata yleisempää, Länsi-Suomessa taas keskimääräistä harvinaisempaa (taulukko 8).

Taulukko 8. Äidinmaidonkorviketta pullosta saaneet lapset lääneittäin, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

	Lapsen ikä kuukausia									
	<1 %	≥1 %	≥2 %	≥3 %	≥4 %	≥5 %	≥6-8 %	≥9-11 %	>11 %	
Koko maa	36	40	45	48	51	55	60	66	67	
Lääni										
Etelä-Suomi	35	40	46	49	51	56	62	68	70	
Länsi-Suomi	36	38	41	44	49	51	59	62	63	
Itä-Suomi	36	42	56	39	54	60	100	71	72	
Oulu	-	50	44	56	31	75	80	70	50	
Lappi	38	53	63	67	78	67	77	74	65	
Ahvenanmaa	0	0	33	62	13	50	46	71	25	

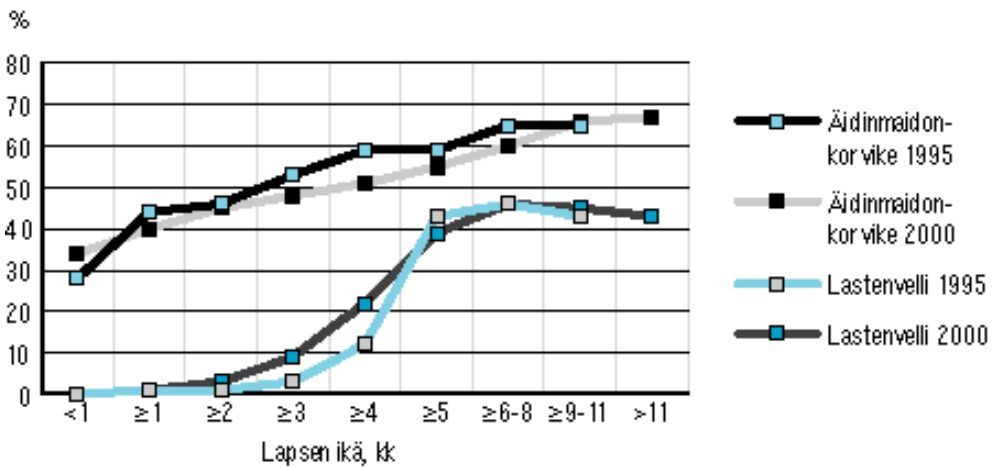
Äidinmaidonkorvikkeen anto vastasyntyneille näyttää tämän selvityksen mukaan selvästi yleistyneen. Viisi vuotta sitten yksinomaan äidinmaidonkorvikkeella ruokittuja alle kuukauden ikäisiä oli vain 2 % ja äidinmaidonkorviketta rintamaidon ohella saaneita 28 % (kuvio 12).

Teollisia lastenveljejä sai alle 4 kuukauden ikäisistä 3 %. Vellien pakkausmerkinnöissä on ruokintasuositusten ja säädösten mukaisesti ikäsuosituksena 4-5 kuukauden iästä alkaen riippuen siitä, onko valmistusaineena peruna-

porkkana/maissi- vai viljavalmistete. Varsin huomattavalle määrälle lapsia annetaan näitä valmisteita kuitenkin suositeltavaa ikää aikaisemmin.

Lastenvellien yleistynyt käyttö ilmentyy äidinmaidonkorvikkeiden käytön vähenemisenä alle puolen vuoden ikäisillä aikaisempaan selvitykseen verrattuna. Pullosta lastenvelliä yksinomaisena maitona saaneita oli puolen vuoden ikäisistä 9 % ja äidinmaidonkorviketta yksinomaisena maitovalmisteena saaneita vastaavasti 20 %.

Kuvio 12. Äidinmaidonkorviketta ja lastenvelliä pullosta saaneet lapset vuosina 1995 ja 2000 lapsen iän mukaan, %



Kiinteä lisäruoka

Lisäruoan antamisesta esitetyt suositukset ovat vaihdelleet huomattavasti vuosien mittaan. 50-luvulla suositeltiin raakamehujen antamista 3-4 viikon iästä ja raakaraasteita 2-3 kuukauden iästä. 60-luvulla kolmeviikkoiselle suositeltiin annettavaksi tuoremehujen ohella banaania ja pari viikkoa myöhemmin juuresraasteita. 70-luvun alkupuolella mehujen varhainen aloittaminen jatkui kuten aikaisemminkin, lisäksi lihaa, kalaa ja kananmunaa suositeltiin jo kolme kuukautta vanhoille (Lyytikäinen 1995).

Vuosikymmenen loppupuolella alettiin lisäravinnon antoa myöhäistää. Tuoremehujen aloittaminen siirrettiin kuuden viikon ikään ja tuoreraasteiden sekä soseiden antaminen noin kahden kuukauden ikään. Kasvissoseita voi antaa kolmen kuukauden iästä alkaen, samoin velli- ja puuroaterioita. Äitiyspakkauksessa jaetun oppaan (Syntyvä lapsesi. Lastensuojelun Keskusliitto 1978) uusitus painoksessa mehujen aloittamisikä myöhennettiin kahteen kuukauteen. Lääkintöhallituksen suosituksessa 1989 lisäruokien aloittamiseksi suositeltiin aikaisintaan 3-4 kuukauden ikää. Ensimmäisiksi lisäruoiksi suositel-

tiin perunaa, kasviksia, hedelmiä ja marjoja soseina. Lihaa ja viljaa suositeltiin noin 5-6 kk:n iästä. Makeita mehuja ei suositeltu lainkaan imeväisikäisille.

Vuoden 1994 heinäkuussa sosiaali- ja terveysministeriö suositti terveydenhuollolle osoittamallaan kirjeellä (DNo 44/623/92, 27.7.1994) lisäruoan aloittamisen siirtämistä neljän kuukauden iän saakka. Perusteena tälle suositukselle oli lisääntynyt tieto lapsen ravinnontarpeesta sekä rintaruokinnan ja erityisesti täysimetyksen edistäminen. Lisäruoan aloittaminen neljän kuukauden iästä oli myös vakiintunut käytäntö monissa eurooppalaisissa maissa. Euroopan Unionin lastenruokia koskevien säädösten mukaan lastenruokien ikäraja ei saa olla alle neljä kuukautta (Komission direktiivi 96/5/EY, Kauppa- ja teollisuusministeriön päätös lastenruoista 789/1997).

Uusimmissa lastenravitsemusta koskevissa suosituksissa (Hasunen ym 1997) korostetaan lapsen yksilöllisiä tarpeita. Lapset tarvitsevat keskimäärin 4-6 kuukauden iästä lähtien lisäruokaa. Jos rintamaitoa on niukasti voidaan kiinteä lisäruoka aloittaa jo kolmen kuukauden iässä. Imetyksen jatkuvuuden kannalta on parempi antaa soseruokaa kuin siirtyä äidinmaidonkorvikkeiden tai lastenvellien käyttöön.

Ensimmäisiksi lisäruoiksi sopivat peruna, kasvikset, marjat ja hedelmät soseina. Kasvis-tuoreraasteita suositellaan vasta puolen vuoden iästä alkaen. Lihaa ja viljaa aletaan antaa lapselle noin 5-6 kuukauden iästä alkaen. Koska viljan gluteeni on voimakas allergeeni, viljan aloittaminen vasta puolen vuoden iästä on perusteltua. Puolen vuoden iästä alkaen kaikille lapsille tulisi jo antaa rintamaidon/äidinmaidonkorvikkeen ohella muuta ravintoa.

Maailman terveysjärjestön uudessa asiantuntijasuosituksessa todetaan lisäruoan tarve kuuden kuukauden iässä edelleen jatkuvan rintaruokinnan ohella.

Tässä tutkimusaineistossa noin joka neljäs lapsi (26 %) sai jotain kiinteä lisäruokaa kolmen kuukauden iässä ja neljä kuukautta täyttäneistä lapsista 80 %. Yhdelle lapselle kymmenestä annettiin jotain kiinteää ravintoa, pääasiassa kasvis-, hedelmä- ja/tai marjasoseita jo kahden kuukauden iässä. Viiden kuukauden iässä lähes kaikille lapsille annettiin lisäruokaa (kuvio 13, liitetaulukko 11).

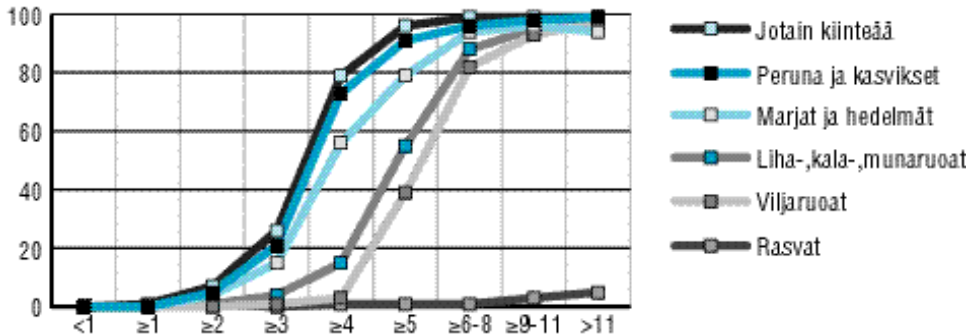
Yksittäiset lapset saivat liha-, kala-, munaruokaa alle neljän kuukauden ikää (noin 2 % ikäryhmiin 0-3 kk kuuluneista lapsista), neljän kuukauden vanhoista 15 %. Useimmiten liharyhmän ruokien aloittaminen ajoittui 5 kuukauden ikään, jolloin puolet lapsista sai jotain tähän ruokaryhmään kuuluvaa.

Viljaruokien antaminen alle viiden kuukauden ikäisille oli harvinaista (1 % ikäryhmiin 0-4 kk kuuluneista lapsista). Viiden kuukauden ikäisistä viljaruokia sai lähes 40 % ja 6-8 kuukauden ikäisistä 82 %.

DIPP- tutkimuksessa puolelle lapsista alettiin antaa peruna/porkkanasosetta 3,5 kk:n iässä, hedelmää ja/tai marjaa 4 kk:n, viljaa lähellä puolen vuoden ikää (Virtanen ym., julkaisematon tieto).

Läänien välillä ei lisäruoan aloittamisessa ollut juurikaan eroja (liitetaulukko 11).

Kuvio 13. Kiinteän lisäruoan saanti lapsen iän mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista



Kiinteiden lisäruokien antaminen on myöhentynyt viiden vuoden takaiseen selvitykseen verrattuna (taulukko 9). Tuolloin puolet lapsista sai muuta ruoka kuin rintamaitoa tai äidinmaidonkorviketta kolmen kuukauden iästä alkaen ja lähes 20 %:lle annettiin lisäruokaa jo kahden kuukauden iässä. Myöhentymistä on tapahtunut kaikkien elintarvikeryhmien osalta. Lastenvellien lisääntynyt käyttö jonkin verran selittää muutosta. Kun vuonna 1995 pullosta annettavia lasten vellejä sai kolmen kuukauden ikäisistä vain 3 %, oli osuus tämän selvityksen mukainen osuus 9 % ja vastaavasti neljän kuukauden ikäisistä 12 ja 22%.

Taulukko 9. Kiinteän lisäruoan saanti vuosina 1995 ja 2000 3-5 kuukauden ikäisillä, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

	Lapsen ikä, kk					
	≥3		≥4		≥5	
	1995	2000	1995	2000	1995	2000
Peruna ja kasvikset	46	21	80	73	92	91
Marjat ja hedelmät	39	15	71	56	89	79
Viljaruoat	3	1	15	3	63	39
Liha-,kala-,munaruokat	1	4	10	15	61	55
Rasvat	1	0	2	1	3	1
Jotain kiinteää	59	26	88	79	96	96

Vitamiini- ja kivennäisainevalmisteiden käyttö

Kaikille lapsille tulee Suomen oloissa antaa D-vitamiinia valmisteena kahden viikon iästä alkaen luuston terveen kehityksen turvaamiseksi. Annostus riippuu lastenruokinnasta (Sosiaali- ja terveysministeriö 1994).

Taulukko 10. D-vitamiinivalmisteen saanti lapsen ruokinnan mukaan ikäryhmittäin, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

	Lapsen ikä kuukausia									
	<1 %	≥1 %	≥2 %	≥3 %	≥4 %	≥5 %	≥6-8 %	≥9-11 %	>11 %	
Rintamaito, yksinomaan	84	94	97	95	98	96	96	98	96	
Rintamaito, äidinmaidonkorvike ja/tai teollinen velli	81	92	90	90	90	90	92	93	92	
Äidinmaidonkorvike, yksinomaan	90	83	84	86	87	89	91	93	92	
Kaikki	83	94	94	93	94	93	93	95	92	

Äidinmaidonkorvikkeisiin on lisätty D-vitamiinia vuodesta 1994 alkaen. Muiden vitamiini- ja kivennäisainevalmisteiden rutiininomaiselle käytölle ei ole perusteita terveille, täysiaikaisille lapsille.

Kuukauden iästä alkaen noin 93 % lapsista sai D-vitamiinivalmistetta (taulukko 10). Ikäryhmien välillä ei ollut mainittavia eroja. Vuoden 1995 selvityksessä vastaava osuus oli noin 95 %. Ero johtuu ainakin osittain äidinmaidonkorvikkeiden käytöstä. Täysimetetyistä 1-5 kuukauden ikäisistä lapsista 95 % sai valmistetta ja äidinmaidonkorviketta saaneista 90 % ja vastaavasti yksinomaan korviketta saaneista 87 %. Äidinmaidonkorvikkeiden sisältämä D-vitamiini riittää yksinomaisella korvikeruokinnalla tyydyttämään lapsen D-vitamiinitarpeen, jos korvikkeen käyttömäärä on noin litran verran päivässä. Kahden kuukauden ikäinen lapsi käyttää maitoa yksilöllisesti vaihdellen 700-1000 ml/ vrk. Tässä ikäryhmässä 16 % yksinomaan äidin maidonkorviketta saaneista lapsista ei saanut lainkaan D-vitamiinivalmistetta. Selvityksessä ei kysytty käytetyn äidinmaidonkorvikkeen määrää, joten D-vitamiinin saannin riittävyys jää arvailujen varaan.

Mikäli äidinmaidonkorvikkeen käyttö yksinomaisena maitona on runsasta ja samalla annetaan valmistetta, voi ongelmaksi muodostua D-vitamiinin liiallinen saanti. Tässä aineistossa lähellä vuoden ikää olevista yksinomaan äidinmaidonkorviketta maitonaan saaneista 92 % käytti lisäksi D-vitamiinivalmistetta.

Vantaalla 1997 tehdyssä selvityksessä keskimäärin 67 % lapsista ensimmäisen elinvuoden aikana oli saanut D-vitamiinivalmistetta lusikalla tai mukista, puolen vuoden ikäisistä 73 % ja 11-12 kk:n ikäisistä 62 % (Tepora ym. 1999). Samanlaiseen tulokseen oli päädytty Sihvolan selvityksessä 1993. Vantaan selvityksestä ei käynyt ilmi muulla tavoin D-vitamiinivalmistetta saaneiden lasten osuus. Tutkijoiden arvio on kuitenkin, etteivät kaikki vantaalaislapset saaneet suositusten mukaista päiväannosta D-vitamiinivalmistetta. Nyt tehdyssä selvityksessä 91 % kaikista vantaalaisvauvoista (N=858) oli saanut vitamiinivalmistetta tutkimusta edeltäneen 24 tunnin aikana.

Tamperelaisaineistossa (Virtanen ym., julkaisematon tieto) D-vitamiinivalmisteita käyttäneiden osuus oli 3 kk täyttäneiden ryhmässä 95 % ja vuoden ikäisistä 83%, mikä vastasi tämän aineiston tulosta.

Käytettäessä äidinmaidonkorviketta rintamaidon ohella valmisteen anto on tarpeen, joskin annostus on suhteessa käytetyn korvikkeen määrään. Joihinkin haastattelulomakkeisiin oli kirjoitettu huomautus valmisteen antamisen unohtumisesta. Ala-Houhalan ja työtovereiden mukaan (1995), samoin Hyppösen ym. (2001) aineistossa löydettyjen riisitautitapausten kohdalla D-vitamiinilisän annossa on ollut täydellistä laiminlyömistä tai epäsäännöllisyyttä. Tässä aineistossa todetut 5 % täysimetettyä ja 10 % osittain äidinmaitokorviketta ruokittua ovat potentiaali D-vitamiinin niukan saannin riskiryhmä.

Fluorivalmisteita annettiin pienelle ryhmälle lapsia (5 % puoli vuotta täyttäneistä) ja selvästi vähemmän kuin vuonna 1995 . Nykyisen käsityksen mukaan fluorin paikallinen vaikutus on merkittävämpää kuin systeeminen vaikutus.

Muista vitamiini- ja kivennäisainevalmisteista yleisimmin käytettiin keskostippoja tai rautavalmisteita, mutta kokonaisuutena käyttö oli harvinaista (2%). Samantasoinen tulos on tamperelaisaineistossa (Virtanen ym., tieto julkaisematon)

Yhteenveto ja johtopäätökset

Imeväisikäisten ruokinta on vahvasti sidoksissa tietoon lasten ravitsemuksesta ja hygieniasta, ruokintasuosituksiin, terveydenhuollon käytäntöihin ja koko yhteiskunnan antamiin mahdollisuuksiin. Imetyksen edut sekä lapselle että äidille ovat tulleet selvästi esiin lukuisissa alan tutkimuksissa. Tätä selvitystä tehtäessä maassamme suositeltiin yksinomaista rintaruokintaa 4-6 kuukauden ikään ja imetyksen jatkamista vuoden ikään saakka.

Maailman terveysjärjestön asiantuntijat (WHO 2001) ovat suosittaneet täysimetystä kuuden kuukauden ikään saakka ja sen jälkeen rintaruokintaa muun ravinnon ohella kahden vuoden ikään saakka.

Vauvamyönteisyys-ohjelma on WHO:n ja UNICEF:n käynnistämä ohjelma, jonka tavoitteena on imetyksen suojeleminen, edistäminen ja tukeminen. Imetyksen kestoa voidaan pitää yhtenä äitiys- ja perusterveydenhuollon toiminnan arviointiperusteena.

Tämä poikkileikkaustutkimus, jonka aineisto on koottu tammi-helmikuussa 2000, antaa kuvan suomalaisten imeväisikäisten lasten ruokinnasta. Tutkimus oli toisinto vuonna 1995 tehdylle selvitykselle. Selvitykseen osallistui 63 terveyskeskusta/ kansanterveystyön kuntayhtymää eri puolilta maataamme. Terveystoimijat kysyivät 17.1.-11.2.2000 välisenä aikana neuvoloissa käyneiden alle vuoden ikäisten lasten (N=8812) vanhemmilta/hoitajalta lasten ruokintaa neuvolakäyntiä edeltäneen vuorokauden ajalta yksinkertaista lomaketta käyttäen.

Suomalaiset äidit ovat motivoituja imettämään. Lähes kaikki äidit imettivät sairaalasta lähdettäessä. Rintamaitoa (yksinomaan, äidinmaidonkorvikkeen tai erityisvalmisteen kanssa) sai alle kuukauden ikäisistä lapsista 91 %. Yksinomaan rintaruokittuja oli vastaavasti 63 %. Pelkkää äidinmaidonkorviketta sai tässä ikäryhmässä 8 %, mikä oli selvästi enemmän kuin viisi vuotta aikaisemmin tehdyssä selvityksessä (2%).

Suomessa imetetään pitkään, mutta täysimetystavoite 4-6 kuukauden ikään toteutuu edelleenkin varsin harvoin. Tosin suunta on ollut ilahduttavasti parempaan. Kun v. 1995 yksinomaan rintaruokittuja oli kolmen kuukauden ikäisistä 26 %, oli vastaava osuus tässä selvityksessä 45 % ja neljän kuukauden ikäisistä vastaavasti 10 % ja 15 %.

Rintaruokinta on aivan vastasyntyneitä lukuun ottamatta yleistynyt ikäryhmittäin vaihdellen 5-12 %-yksikköä. Kehitys maan eri puolilla on myös ollut vaihtelevaa. Muun ravinnon ohella rintamaitoa saaneita 5 kuukautta täyttäneitä oli tämän selvityksen mukaan 57 % lapsista, vuonna 1995 vastaavasti 52%. Ongelmaryhmänä näyttäisivät olevan alle kuukauden vanhat lapset, joiden imetys on vähentynyt vuoden 1995 tasosta 97%, tämän selvityksen 91%:iin.

Veden antaminen pullosta on selvästi vähentynyt vuoden 1995 tilanteesta. Nyt alle kuukauden ikäisistä vain 13 % sai vettä pullosta, vuonna 1995 vastaavasti 42 %.

Muun ruoan antaminen on myöhentynyt. Vuonna 1995 muuta ruokaa äidinmaidon tai äidinmaidonkorvikkeen lisäksi saaneita oli neljän kuukauden ikäisistä 88 %, tässä selvityksessä 80 %.

D-vitamiinia, joka on ainoa terveiden, täysaikaisten lasten tarvitsema lisävitamiini, sai 93 % lapsista. Määrä on hiukan pienempi kuin aikaisemmassa selvityksessä. Ero johtuu ainakin osittain siitä, että äidinmaidonkorvikkeisiin on lisätään nykyisin D-vitamiinia. Kun osalla lapsista D-vitamiinin saanti saat-

taa suositukseen nähden olla niukka, se voi jakautuman toisessa päässä olla jopa liiallista, jos runsaan äidinmaidonkorvikkeen käytön ohella lapselle annetaan lisätä vitamiinivalmistetta.

Tässä selvityksessä ei kysytty rintaruokinnan kestoa. Sen sijaan äidit voivat selvittää avoimeen kysymykseen rintaruokinnan lopettamisen syitä. Useimmiten syyksi mainittiin maidon väheneminen/lapsen lisämaidon tarve tai maidon loppuminen.

Tämä selvitys oli poikkileikkaus aikavälillä 12.2.-31.12.1999 syntyneiden lasten rintaruokintatilanteesta tammi-helmikuussa 2000. Selvityksessä ei kysytty lapsen äidin tai hoitajan henkilötietoja eikä mahdollisia rintaruokintaan vaikuttavia tekijöitä. Muiden selvitysten mukaan tiedetään kuitenkin, että imetyksen onnistuminen on yhteydessä äidin ikään, koulutukseen, perhetilanteeseen, tupakoimattomuuteen, normaaliin synnytykseen ja synnyttäneisyyteen sekä lapsen syntymäpainoon ja täysiaikaisuuteen (Lyytikäinen 2000, Sihvola 2001, Tepora ym 1999).

Terveystuotojärjestelmän merkitys rintaruokinnan edistämässä ja tukemisessä on keskeinen. Rintaruokinnan tukeminen on erityisen kriittistä ensimmäisinä synnytyksen jälkeisinä viikkoina. Sairaalassaoloajat ovat jatkuvasti lyhentyneet, jolloin imetys pääsee kunnolla alkuun vasta kotioloissa. Myös ongelmat tulevat esiin kotiuttamisen aikoihin tai sen jälkeen. Tärkeä onkin tukea ja ohjata äitejä heti kotiin siirryttäessä. Avainasemassa ovat sosiaalisen lähiverkoston tuki, neuvolasta saatavat palvelut, mutta myös kaikki muu kodin arkea helpottava apu, kuten kotiapu.

Tämän ja aikaisempien lasten ruokintutkimusten perusteella rintaruokintatilannetta ja erityisesti täysimetystä voidaan parantaa vastaamaan kansainvälisiä suosituksia esimerkiksi seuraavilla toimenpiteillä:

- Kaikkien äitien ja lasten parissa työskentelevien tietoja ja taitoja imetyksen perusteista parannetaan. Rintaruokinnan opetuksen tulisi olla keskeisesti mukana terveydenhuoltohenkilöstön koulutuksessa kaikilla tasoilla. Kaikille kättilöille ja neuvolaterveydenhoitajille tulisi tarjota mahdollisuus osallistua WHO:n kriteerit täyttävään imetysohjauskoulutukseen. Koulutusta voidaan järjestää alueellisesti. Jo koulutukseen osallistuneille mahdollistetaan tietojen uudistaminen ja kokemusten vaihto sopivalla, esimerkiksi alueellisella täydennyskoulutuksella.
- Synnytyssairaaloiden toimintamalleja kehitetään ”Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen” - ohjelman mukaisiksi.
- Jokaiseen synnytyssairaalaan ja terveyskeskukseen laaditaan kirjallinen rintaruokinnan ohjauksen ja tukemisen työsuunnitelma, joka on koko henkilöstön tiedossa. Rintaruokinta kirjataan äitiyshuollon toiminnallisiksi kriteereiksi sairaalassa.
- Terveystuollossa perehdytään huolella WHO:n äidinmaidonkorvikkeiden kansainvälisen markkinointikoodiin ja Suomen äidinmaidonkorvikkeita

koskeviin säädöksiin ja toimitaan näiden mukaisesti. Säädökset koskevat myös erityisäidinmaidonkorvikkeita. Äitiyspakkauksista on jo viime vuonna poistettu huvitutti. Varhainen tutin käyttö vähentää huomattavasti imetystä.

- Synnyttäneiden äitien kotiuttamista ei kiirehdi. Varhaiset rintaruokintakokemukset ja tuki ovat tärkeitä, kun hoitoajat ovat lyhentyneet.
- Rintaruokinnan opastuksen oikea-aikaisuuteen ja saatavuuteen on syytä kiinnittää erityistä huomiota. Avun tulisi olla helposti ja välittömästi saatavilla. Siirtymävaihe synnytyssairaalasta kotiin on erityisen kriittinen. Yhteistyössä synnytyssairaaloiden ja vapaaehtoistahojen kanssa neuvolat voivat etsiä uudenlaisia ratkaisuja välittömän avun tarjoamiseen ympärivuorokautisesti.
- Vapaaehtoisryhmät toimivat useilla paikkakunnilla ja internet-sivuilla aktiivisesti. Neuvolat tiedottaa äideille näistä ryhmistä ja myös opastaa niin sovittaessa niiden toimintaa.
- Neuvolan työntekijöillä on valppautta ja herkkyyttä aistia äidin ja perheen tilanne. Rintaruokinnan vaikeudet ovat usein yhteydessä äidin ja perheen elämäntilanteeseen. Kunnassa paneudutaan perhetyön kehittämiseen.
- Äidin ravitsemustilaan ja jaksamiseen kiinnitetään riittävää huomiota.
- Lisäruoan antamissa lapselle otetaan huomioon lapsen kokonaisravitsemus.
- Imetysneuvonnan kehittämisen tuloksellisuutta on syytä arvioida säännöllisesti, esimerkiksi kolmen- viiden vuoden välein tehdyillä selvityksillä.
- Asiakasnäkökulma on hyvän ammattitaidon perusta. Asiakastyytyväisyyttä palveluihin kartoitetaan säännöllisesti.

Herpaantumiseen neuvontatyössä ei ole varaa. Hyvien asioiden saavuttaminen ja ylläpitäminen vaativat jatkuvaa työtä, yhteistä näkemystä ja neuvolatyössä herkkyyttä sille, mikä kussakin perheessä on paras ratkaisu ja menettelytapa. Vauvamyönteisyys-ohjelmaa tarvitaan edelleen imetysohjauksen laadun kehittämiseen. Imetyksen edistäminen, suojeleminen ja tukeminen eivät ole vain neuvoloiden ja synnytyssairaaloiden tehtävä. Kun koko yhteisö äidin ja lapsen ympärillä on vauvamyönteinen, imetys onnistuu.

Lähdeviitteet

Ala-Houhala M, Sorva R, Pelkonen A ym. Riisitaudin uusi tuleminen - esiintyvyys, diagnostiikka ja hoito. *Duodecim* 11:337-344, 1995

Bäckström L. Imeväisten ravitsemukseen liittyviä keskeisiä kysymyksiä Helsingissä 1976. *Kätilölehti* 3:113-118, 1979

Fleischer Michaelsen K, Weaver L, Branca F, Robertson A. Feeding and Nutrition of Infants and Young Children. WHO Regional Publications, European Series No. 87. 2000

Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H ym. Lapsi, perhe ja ruoka. Lääkintöhallituksen julkaisuja, Terveyden edistäminen, Sarja Tilastot ja selvitykset 7/1989

Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H ym. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1997:7

Hasunen K, Sairanen S, Heinonen K, Lyttikäinen A. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa 1995. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1996:2

Hultin H, Opas R, Sarna S. Imeväisten terveystalvet Suomessa 1972-1973. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 14/1977

Hypönen E, Läärä E, Reunanen A ym. Are low intake of vitamin D and suspicion on rickets associated with the risk of Type 1 diabetes? - Evidence from a birth-cohort study in Northern Finland. *The Lancet*, in press. (Myös Hypönen E. Growth and Nutrition in the Etiology of Type 1 Diabetes. *Acta Universitatis Tamperensis* 831)

ITU-projekti. Imetyksen kehittäminen. Jyväskylän kaupungin terveyskeskus. Osaraportti 1992

Jalava T, Liuksila PR. Imetys- lapsen hyvinvoinnin osatekijänä. Neuvola 1993:1:16-17

Kumpula M, Lyytikäinen A ym. Vauvamyönteinen Keski-Suomi - vuonna 1992 syntyneiden lasten imetys ja sairaalan hoitokäytännöt. Dialogi 1995:2:24-25

Leppäkases T. Imetysohjannan yhdenmukaistaminen ja tehostaminen Kymenlaakson keskussairaalassa ja Anjalankosken, Kotkan ja Pyhtään äitiys- ja lastenneuvoloissa. Terveystieteiden aikakauslehti 7/1997

Lyytikäinen A. Harharetkien jälkeen paluu luonnonmukaiseen imetykseen. Neuvola 2: 8-10, 1995

Lyytikäinen A. Vauvamyönteisyys-ohjelma Jyväskylässä: Imetys- ja ravitsemusseuruun tuloksia. Terve Kunta-päivät 20.-21.1.2000. Helsinki

Parviainen M. Rinnalla - kaikkensa antaneena ilman stressiä. Kätilölehti 3/2001:100-102

Pohjois-Savon ammattikorkeakoulu. Elämisen alkuun-projekti 1996-2001. Esite ja moniste. 1999

Sihvola V. Vauvamyönteinen Keski-Suomi. Imetys vuonna 1997. Länsi-Suomen lääninhallituksen julkaisu nro 2/2001

Sihvola V, Lyytikäinen A, Poikajärvi K. Vauvamyönteinen Keski-Suomi. Imetys vuonna 1995. Länsi-Suomen lääninhallitus. Sosiaali- ja terveystieteiden osasto. Jyväskylän palveluyksikkö. Julkaisu nro 23/1998.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. A- ja D-vitamiinivalmisteiden annostelu, lisäruokinnan aloittamisikä. Dno 44/623/94, 27.7.1994

Stakes. Vauvamyönteisyysohjelma. Ohjelma imetysohjauksen jatkuvaan laadun kehittämiseen. 1994

Tamminen T. Äidin masennus, imetys ja varhainen vuorovaikutus. Acta Universitatis Tamperensis. Ser A vol 304, Tampereen yliopisto 1990. 177 s. Tampere

Tepora E, Nurttila A, Sairanen S, Riihelä J. Vantaalaisen vauvan äidinmaito-kausi vuonna 1997. Vantaan kaupunki. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan julkaisu nro C:14:1999

UNICEF. The Global Criteria for the WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative. UNICEF Guidelines 1992

Vauvamyönteinen Keski-Suomi, alueellinen hoito-ohjelma. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri ja Keski-Suomen lääninhallitus. 1997

Verkasalo M. Rintaruokinta yleistynyt. *SuomLääkL* 35:1981-1983, 1981

Verronen P. Rintaruokinnan edistäminen synnytyssairaalassa ja lastenneuvoloissa. *Acta Universitatis Tamperensis Ser A*, vol 253, Tampereen yliopisto 1986

Verronen P, Lammi A, Mäkelä I ym. Rintaruokinnan edistäminen synnytys-sairaalassa ja lastenneuvoloissa. *Duodecim* 97:1768-1775, 1981

Virtanen S, Räsänen L, Aro A ym. Infant feeding in younger than 7 years old Finnish children with newly diagnosed insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Care* 14:415-417, 1991

Westerlund A ja Saari-Kemppainen A. Rintaruokinta ja imetysohjaus Länsi-Uudenmaan aluesairaalassa vuosina 1994 ja 1996. *Kätilö-lehti* 103:5:1998:20

WHO/UNICEF. A Joint WHO/UNICEF Statement. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding. The Special Role of Maternity Services. Geneva 1989

Yngve A, Sjöström M. Breastfeeding in th Nordic countries: Insufficient surveillance and co-ordination. *Scand J Nutr* 43:153-157, 1999

Liitteet

Liite 1

Maailman Terveysjärjestö: Asiantuntijakonsultaatio yksinomaisen rintaruokinnan optimaalisesta kestosta 28. - 30.3.2001

Yhteenveto

Asiantuntijat perehtyivät noin 3000 lähdeviitteeseen. Kuitenkin saatavilla oleva tieto yksinomaisen rintaruokinnan optimaalisesta kestosta oli hyvin niukkaa. Asiantuntijat totesivat, ettei tutkimustiedosta ilmene yksinomaisesta rintaruokinnasta kuuden kuukauden ikään saakka olevan haittaa imeväisikäisten kasvulle väestötasolla, keskimäärin. Tutkimusaineistot olivat kuitenkin riittämättömiä sen poissulkemiseksi, että joillakin kuusi kuukautta yksinomaisesti rintaruokituilla lapsilla olisi ollut kasvun hidastumisen kohonnut riski, erityisesti sellaisissa väestöissä, joissa äidit olivat aliravittuja ja joissa sikiökautinen kasvun hidastuminen oli yleistä.

Yhden tutkimuksen mukaan (Honduras) kuusi kuukautta yksinomaisesti rintaruokituilla lapsilla oli huonompi rautaravitsemus kuin vain neljä kuukautta täysimetetyillä ja sen jälkeen osittain rintaruokituilla. Tämä havainto on sovellettavissa väestöihin, joissa äidin rautastatus ja imeväisikäisen rautavarastot eivät ole optimaalisia.

Saatavilla ole tietoviittaa siihen, että yksinomainen rintaruokinta kuusi kuukautta suojaa gastrointestinaalisilta infektioilta. Tämä oli tärkein kuusi kuukautta jatkuneen yksinomaisen rintaruokinnan etu verrattuna neljän kuukauden mittaiseen täysimetykseen ja sitä seuranneeseen osittaisen osittaiseen rintaruokintaan, kehittyvissä maissa.

Asiantuntijakonsultaatio päätteli/, että yksinomaisella rintaruokinnalla kuuden kuukauden ikään saakka on useita etuja lapselle ja äidille. Kuitenkin,

yksinomainen rintaruokinta kuuden kuukauden ikään voi johtaa raudanpuutosanemiaan siihen herkillä lapsilla. Lisäksi, käytettävissä oleva tieto on riittämätöntä sulkemaan pois useita muita mahdollisia riskejä, jotka liittyvät kuuden kuukauden kestoiseen yksinomaiseen rintaruokintaan, mukaan lukien kasvun heikkeneminen ja muiden ravintoaineiden puutokset, joillakin lapsilla. Kaikissa oloissa, nämä riskit täytyy suhteuttaa yksinomaisen rintaruokinnan suomiin etuihin, erityisesti sairastumisen ja kuolleisuuden vähenemiseen.

Käytännön suositukset

Asiantuntijakonsultaatio suositti yksinomaista rintaruokintaa kuuden kuukauden ajan, jonka jälkeen annetaan lisäruokaa ja jatketaan rintaruokintaa. Tämä suositus soveltuu väestölle. Asiantuntijat totesivat, että jotkut äidit eivät kykene tämän suosituksen noudattamiseen, tai eivät valitse sitä; heitä tulee tukea lapsen ravitsemuksen optimoimiseen.

Asiantuntijat totesivat, että yksinomaan rintaruokittujen lasten määrä voidaan tehdä suureksi, jos huolehditaan seuraavista mahdollisista ongelmista:

- Raskaana olevien ja imettävien äitien ravitsemustila
- Imeväisikäisten ravintoaineiden saanti alueilla, joissa esiintyy runsaasti puutostiloja kuten rauta, sinkki ja A-vitamiini
- Yksittäisten imeväisikäisten perusterveydenhuolto, ml kasvun ja ravintoaineiden puutteen kliinisten merkkien seuranta

WHO:n asiantuntijat toteavat lisäravinnon tarpeen kuuden kuukauden iässä ja suosittavat ravitsemuksellisesti riittävän, turvallisen ja lapselle soveltuvan lisäravinnon antamista jatkuvan rintaruokinnan ohella.

Asiantuntijat myös toteavat, että yksinomainen rintaruokinta kuuden kuukauden ikään on harvinaista. Kuitenkin he myös toteavat, että useissa maissa on ajan kuluessa tapahtunut huomattavaa kehitystä, erityisesti siellä missä imetyksen tukea on saatavilla. Näiden suositusten toteuttamisen perusedellytys on, että imettävät äidit saavat riittävästi sosiaalista ja ravitsemukseen liittyvää tukea.

Liite 2

Maailman Terveysjärjestön yleiskokous (54. WHA) 14.-22. toukokuuta, 2001
Tiivistelmä vetoomuksista jäsenmaille

Imeväisikäisten ja pikkulasten ravitsemus

Yleiskokous kehottaa jäsenmaita

1. toteamaan että jokaisella on oikeus turvalliseen ja ravitsevaan ruokaan, yhdenmukaisesti sen kanssa, että jokaisella on oikeus riittävään ruokaan ja perustava oikeus vapautteen nälästä ja että kaikki mahdollinen on tehtävä tämän oikeuden täydeksi toteutumiseksi
 - ja kutsumaan kaikkia yhteiskunnan lohkoja yhteistyöhön imeväisikäisten ja pikkulasten ravitsemuksen parantamiseksi
2. ryhtymään tarvittaviin toimiin jäsenvaltioina Lasten Oikeuksien Peruskirjan toteuttamiseksi tehokkaasti,
3. asettamaan tai vahvistamaan instituutioiden ja yhteiskunnan lohkojen välisiä keskustelufoorumeja, joissa kaikki osapuolet ovat mukana, että saavutettaisiin kansallinen yksimielisyys strategioista ja politiikoista mukaan lukien sellaiset politiikat, jotka tukevat työssä käyvien naisten rintaruokintaa,
 - ja kehittämään osallistavia mekanismeja innovatiivisten ja aloitteellisten ravitsemusohjelmien ja projektien perustamiseksi ja toteuttamiseksi
4. vahvistamaan toimintoja ja kehittämään uusia lähestymistapoja kuusi kuukautta jatkuvan yksinomaisen rintaruokinnan suojelemiseksi, edistämiseksi ja tukemiseksi, ottaen huomioon WHO:n asiantuntijakonsultaation havainnot yksinomaisen rintaruokinnan optimaalisesta kestosta ja turvallisen
 - ja sopivan lisäravinnon antamiseksi rintaruokinnan jatkuessa kahden vuoden ikään tai edelleen,
5. tukemaan Vauvamyönteinen Sairaala Aloitetta ja luomaan mekanismeja, mukaan lukien säännökset, lainsäädäntö ja muut toimet, jotka tähtäävät sairaaloiden ajoittaiseen arviointiin
 - ja varmistamaan standardien ylläpitäminen ja aloitteen pitkäkestoinen pysyvyys ja luotettavuus
6. parantamaan lisäruokia ja ruokintatapoja varmistamalla terve ja kulttuuriin soveltuva äitien ravitsemusneuvonta, suositellen mahdollisimman laajaa alkuperäisten, runsaasti ravintoa sisältävien ruokien käyttöä
 - ja antamaan etusija alle kaksivuotiaiden lasten ravitsemusohjeiden kehittämiseksi ja terveydenhuoltohenkilöstön ja yhteisöjen johtajien kouluttamiselle ja näiden viestien mukaan ottamiselle terveyttä ja ravintoa koskevaan tiedottamiseen, kasvatukseen ja tiedonvälittämiseen.
7. vahvistamaan kasvun ja ravitsemuksen seurantaa, kohdistuen huomio yhteisöstrategioihin
 - varmistamaan, että kaikki virheellisesti ravitut lapset, niin kuntatasolla kuin sairaaloissa, diagnosoidaan ja hoidetaan oikein

- kehittämään, toteuttamaan tai vahvistamaan kestäviä keinoja pikkulasten ja hedelmällisessä iässä olevien naisten raudan, A-vitamiinin ja jodin puutteen vähentämiseksi käyttäen strategioina yhdistellen elintarvikkeiden täydentämistä, ravintoainevalmisteita ja ravinnon monipuolisuutta, keinoina soveltuvat ruokatottumukset, jotka ovat kulttuurille tyypillisiä ja perustuvat paikalliseen ruokaan, ja muita yhteisöpohjaisia lähestymistapoja
- 8. vahvistamaan kansallisia mekanismeja WHO:n Kansainvälisen äidinmaidonkorvikkeiden markkinointikoodin ja vastaavien WHO:n resoluutioiden maailmallisen toteutumisen varmistamiseksi, huomioon ottaen pakkausmerkinnät ja kaikenlainen mainonta ja markkinointi kaikentyypisissä viestimissä
- 9. toteamaan ja arvioimaan saatavilla oleva tieteellinen näyttö rintaruokinnan aiheuttaman HIV-tartuntavaaran ja rintaruokinnasta pidättymisen tasapainon välillä
 - varmistamaan HIV-positiivisten äitien vauvojen riittävä ravitseminen
 - lisäämään testausten ja neuvonnan vapaa-ehtoista ja luottamuksellista saatavuutta
 - toteamaan, että jos korvikeruokinta on hyväksyttävissä, kestävää ja turvallista, suositellaan että HIV-positiiviset äidit eivät imetä
 - muutoin suositellaan yksinomaista rintaruokintaa ensimmäisten elin-kuukausien aikana
 - ja heitä jotka valitsevat muita vaihtoehtoja rohkaistaan käyttämään niitä ilman kaupallisia vaikuttimia
- 10. tekemään kaikki voitava kaikkien naisten suojaamiseksi HIV-infektioon riskiltä erityisesti raskauden ja imetyksen aikana
- 11. vahvistamaan tietojärjestelmiä virheravitsemuksen ja ravinnosta johtuvien sairauksien yleisyyden ja maantieteellisen levinneisyyden arvioimiseksi

Liite 3.

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 imetys onnistuu
4. Äitejä autetaan varhaisimetykseen 30-60 minuutin kuluessa synnytyksestä lapsen imemisvalmiuden mukaan.
5. Äitejä opastetaan imetykseen ja maidon erityksen 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 vuorokaudess.
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.

Liite 4 .

Rintaruokinnan kriteerit

Ruokintatapa	Edellytys lapsen ravinnoksi	Sallii lapselle lisäksi	Ei salli annettavaksi lapselle
Yksinomainen rintaruokinta/ täysimetyt (Exclusive breastfeeding)	rintamaito	vitamiini- ja hiveneinevalmisteet, lääkkeet	muu ravinto
Pääasiallinen rintaruokinta (Predominant breastfeeding)	rintamaito pääasiallisena ravintona	nesteet(vesi, mehut ORS), rituaalijuomat, vitamiini- ja hiveneinevalmisteet, lääkkeet	muu ravinto, erityisesti rintamaitoa korvaavat ruokaiset nesteet
Lisäruokinta (Complementary feeding)	rintamaito, kiinteät tai puolikiinteät ruoat	muut juomat, nesteet, myös rintamaitoa korvaavat	-
Rintaruokinta (Breastfeeding)	rintamaito	-	-
Pulloruokinta (Bottle feeding)	nesteet tai puolikiinteät ruoat pullosta	myös rintamaito pullosta	

Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2000

Stakes ja sosiaali- ja terveysministeriö yhteistyössä lääninhallitusten kanssa selvittivät v.1995 neuvolahaastatteluihin perustuen imeväisikäisten ruokintaa Suomessa (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1996:2, liite). Tietoja saatiin kaikkien läänien alueelta 47 terveyskeskuksesta/kansanterveystyön kuntayhtymästä.

Nyt on kulunut pian viisi vuotta selvityksen laatimisesta. Sekä perusterveydenhuollossa että synnytyssairaaloissa on ollut runsaasti aktiviteetteja rintaruokinnan tukemiseksi, ml. Vauvamyönteinen Suomi-ohjelma ja siihen liittyvä ohjaus- ja koulutustoiminta. Pikkulasten ravitsemus-suosituksia on myös täsmennetty (Lapsi, perhe ja ruoka, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1997:7). Siksi on aihetta arvioida uudelleen imeväisikäisten ruokintaa.

Lääninhallitusten ja STM:n välisessä tulossopimuksessa vuodelle 1999 on yhdeksi avaintulokseksi mainittu lääninhallitusten osallistuminen imeväisikäisen ruokintaa koskevaan valtakunnalliseen selvitykseen (Avaintulos 2.5.7.)

Selvitys on vertailtavuuden vuoksi tarkoitus tehdä samalla tavalla ja samana ajankohtana kuin edellinenkin eli 16.1.-12.2.2000 välisenä aikana, jolloin haastatellaan kaikki tutkimukseen osallistuvissa neuvoloissa käyvät 2 viikon-12 kuukauden ikäisten lasten vanhemmat.

Selvitystä varten STM pyytää, että lääninhallitusten terveydenhuollon tarkastajat valitsevat alueeltaan selvitykseen halukkaita terveyskeskuksia, jotka edustaisivat sekä pieniä että suuria kuntia. Terveyskeskukset voivat olla mielellään samoja kuin v. 1995 mutta myös muut toimipisteet tulevat kyseeseen (ks. STM:n selvityksiä, liitetaulukko 11).

Tiedot osallistuvista terveyskeskuksista sekä terveyskeskusten yhteys-henkilöistä ja arvio tarvittavasta lomakemäärästä pyydetään toimittamaan lokakuun aikana neuvotteleva virkamies Kaija Hasuselle, joka myös antaa lisätietoja selvityksen suorittamisesta (os. Sosiaali- ja terveysministeriö, PL

267, 00171 Helsinki, e-mail kaija.hasunen@stm.vn.fi, puh. 09 160 4035, fax 09 160 4429).

STM lähettää terveystieteiden keskuksille toimintaohjeet, edellisen selvityksen tulosraportin sekä tarvittavan määrän haastattelulomakkeita.

Johtaja Tapani Melkas

Neuvotteleva virkamies Kaija Hasunen

Tiedoksi: Läänihallitusten terveydenhuollon tarkastajat

IMEVÄISIKÄISTEN RUOKINTA 2000

Hyvä terveydenhoitaja

Suomessa äidit ovat hyvin motivoituneita imettämään ja lähes kaikki äidit imettävät sairaalasta poistuessaan. Imetyshalukkuus on vaihdellut eri aikoina. Alhaisimmillaan imetysluvut olivat 1960- ja 70-lukujen vaihteessa, jolloin noin 10 % äideistä imetti puoli vuotta. Imetyksen arvostuksen nousun ja tehokkaan toiminnan ansiosta 80-luvun lopulla liki 70 % äideistä imetti kuusi kuukautta.

Viisi vuotta sitten suoritetun selvityksen mukaan puolen vuoden ikäisistä lapsista joka toinen sai rintamaitoa muun ravinnon ohella ja vielä lähellä yhden vuoden ikää joka neljäs (Imeväisikäisten ruokinta Suomessa 1995, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1996:2). Tavoite yksinomaisesta rintaruokinnasta 4-6 kuukauden ikään toteutui kuitenkin harvoin. Kolmen kuukauden iässä 26 % vauvoista oli yksinomaisesti rintaruokittuja. Tähän varmaan vaikutti vielä syksyyn 1994 saakka ollut suositus asteittaisesta kiinteän ruoan aloittamisesta kolmen kuukauden iästä alkaen.

Rintaruokinnassa on alueellisia ja kuntakohtaisia eroja. Terveyskeskusten omista selvityksistä on tullut ilmi myös kunnan sisäisiä vaihteluja.

Maailman terveysjärjestö ja Yhdistyneiden Kansakuntien lastenrahasto korostavat imetyksen merkitystä vauvan hyvinvoinnin turvaajana. Stakesin asettama imetyksen edistäminen- työryhmä valmisti näiden laatimien ohjelmien pohjalta Suomeen soveltuvan toimintamallin (Vauvamyönteinen Suomi. Ohjelma imetyskäytännön jatkuvaan laadun kehittämiseen. Stakes 1994). Malli toimii imetysohjauksen ja lasten ravitsemusneuvonnan laadusta kiinnostuneiden työyhteisöjen arviointi- ja kehittämismallina. Useissa kunnissa ja sairaaloissa on imetyksen edistämiseen paneuduttu ponnekkaasti.

Nyt on syytä tarkastella lasten ruokintatilannetta uudestaan. Noin 60 terveyskeskusta tai kuntayhtymää eri puolilta maamme on ilmoittanut halukkuutensa osallistua tähän selvitykseen. Tutkimuksen tulokset julkaistaan raporttina. Tutkimukseen osallistuvat työyhteisöt saavat palautteena raportin sekä kuntakohtaiset tulokset. Näin palaute voi toimia oman työn arvioinnin tukena ja laadun kehittäjänä.

Liite 6.2

KYSELYN SUORITTAMINEN

Tämän saatekirjeen mukana työyksikköosi lähetetään terveyskeskuksen arvioima määrä **alle 1-vuotiaiden lasten imetys- ja ruoankäyttö-**haastattelulomakkeita. Täytä lomakkeessa kohdat 1- 4. Kysymysten no 5 - 9 vastaukset saat neuvolakortista.

Vastaa kysymyksiin no 10-13 haastatteleamalla lapsen vanhempaa/vanhempia.

HUOM! Tärkeää on kysyä nimenomaan **neuvolakäyntiä edeltäneen 24 tunnin aikaista** imetystä ja ruoankäyttöä. Tarvittaessa voit kopioida lomaketta lisää tai tilata allekirjoittaneelta.

Toimi näin:

1. Täytä lomake jokaisesta 12.2.1999 - 31.12.1999 syntyneestä lapsesta, joka käy neuvolassa ajalla 17.1.- 11.2. 2000.
2. Jos lapsen vanhempi kieltäytyy haastattelusta, tee tästä merkintä taustatietolomakkeeseen.
3. Säilytä täytetyt lomakkeet työyksikkösi koko tutkimuksen ajan.
4. Täytä taustatietolomake.
5. Tarkista, että taustatietolomakkeessa on yhteystietosi palautteen saamiseksi.
6. Palauta täytetyt haastattelulomakkeet niputettuna heti kyselyn jälkeen (11.2.2000) yhdessä taustatietolomakkeen kanssa. Merkitse nippuun vielä työyksikkösi nimi.
7. LOMAKKEIDEN PALAUTUSOSOITE:

Neuvotteleva virkamies Kaija Hasunen
Sosiaali- ja terveysministeriö
PL 267
00171 Helsinki

Vastaa mielelläni kysymyksiin. Jos en ole tavoitettavissa, voit jättää soitto-pyyntösi osastosihteerille Seijalle Perttulalle, puh. 09 160 4029. Jos käytettävissäsi on sähköposti, niin lähetä viestisi tai kysymyksesi osoitteeseen : kaija.hasunen@stm.vn.fi.

Avustasi ja yhteistyöstä kiittäen

Kaija Hasunen
neuvotteleva virkamies
puh. 09 160 4035, 050 55 444 19
fax. 09 160 4492

Liite 6.3

**LOMAKE, jolle kerätään tausta- ja lisätietoja ALLE 1-VUOTIAIDEN
LASTEN IMETYS- JA RUOANKÄYTTÖ-kyselyä varten**

1. Neuvolan/toimipisteen nimi: _____
2. Terveyskeskuksen nimi: _____
3. Lääni/ alueellinen palveluyksikkö: _____
4. Neuvolan kirjoissa olevien 12.2.1999 - 31.12.1999 syntyneiden lastenlukumäärä: _____
5. Tutkimuksesta ajalla 17.1. - 11.2. 2000 kieltäytyneiden yhteismäärä:

6. Tutkimuksesta kieltäytymisen syy/syitä: _____

LOMAKE palautetaan yhdessä niputettujen täytettyjen alle 1-vuotiaiden lasten imetys- ja ruoankäyttö- haastattelulomakkeiden kanssa osoitteella:

Neuvotteleva virkamies Kaija Hasunen
Sosiaali- ja terveysministeriö
PL 267
00171 Helsinki

Vastaajan nimi: _____
Osoite: _____

ALLE 1-VUOTIAIDEN LASTEN IMETYS JA RUOANKÄYTTÖ (neivolakäyntiä edeltävien 24 tunnin aikana)

Kyselyllä selvitetään alle 1-vuotiaiden lasten imetyksen kestoa ja ruoankäyttöä neivolakäyntiä edeltäneen 24 tunnin aikana. Selvitys on osa vauvamyönteisyys -ohjelmaa ja se antaa tietoa imetyksen kestosta ja lasten ravitsemussuositusten toteutumisesta.

Tämä lomake täytetään kaikista 12.2.1999 - 31.12.1999 syntyneistä lapsista, jotka käyvät neivolassa 17.1.2000 - 11.2.2000 välisenä aikana.

1. Neivolalla nimi: _____
2. Terveyskeskuksen nimi: _____
3. Lääni/alueellinen palveluyksikkö: _____
4. Neivolakäynnin päivämäärä |_|_|_|_|_|_|_|_| 5. Lapsen syntymäaika |_|_|_|_|_|_|_|_|
p p k k v v syntymäaika p p k k v v
6. Lapsen syntymäpaino |_|_|_|_|_| g 7. Lapsen sukupuoli |_| tyttö |_| poika
8. **Täydet** raskausviikot syntymähetkellä |_|_|_| vk
9. Lapsen desimaali-ikä neivolakäynnillä |_|, |_|_|_| v kyllä ei
10. Onko lapsi saanut neivolakäyntiä edeltävien 24 tunnin aikana rintamaitoa? |_| |_|
11. Onko lapsi saanut neivolakäyntiä edeltävien 24 tunnin aikana **tuttipullosta**:
 - äidinmaidonkorviketta |_| |_|
 - velliä |_| |_|
 - pelkkää vettä |_| |_|
 - sokerivettä |_| |_|
 - tavallista maitoa, mitä _____ |_| |_|
 - muuta, mitä _____ |_| |_|
12. Onko lapsi saanut neivolakäyntiä edeltävien 24 tunnin aikana:
 - fluorivalmistetta |_| |_|
 - A-D- tai D-vitamiinivalmistetta |_| |_|
 - muuta vitamiini- tai hivenainevalmistetta, mitä? _____ |_| |_|
 - perunaa/muita kasviksia |_| |_|
 - marja-/hedelmäsosetta |_| |_|
 - puuroa/veliä/leipää |_| |_|
 - lihaa/kanaa/kalaa/munaa |_| |_|
 - tavallista maitoa/maitovalmistetta, mitä? _____ |_| |_|
 - rasvaa, mitä? _____ |_| |_|
 - muuta, mitä? _____ |_| |_|
13. Imetyksen lopettamisen syy/syyt? _____

KIITOS VASTAUKSESTASI !

Täytetyt lomakkeet palautetaan niputettuna HETI kyselyn päättymisen jälkeen (11.2.2000) yhdessä kyselystä taustatietolomakkeen kanssa osoitteella:

Neuvotteleva virkamies Kaija Hasunen Sosiaali- ja terveysministeriö PL 267 00171 Helsinki

Liite 7.1

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET 30.11.1999

Avdelning för förebyggande social- och hälsovårdspolitik
AMNING OCH KOST HOS BARN UNDER ETT ÅR

Bästa hälsovårdare

I Finland är mödrarna mycket motiverade att amma och så gott som alla mödrar ammar när de lämnar sjukhuset. Hur länge amningen pågår har varierat under de senaste decennierna. De lägsta siffrorna är från decennieskiftet 60/70-talet då endast cirka 10 % av mödrarna ammade i ett halvt år. Tack vare ammandets ökade uppskattning och effektivt arbete var situationen i slutet av 80-talet den, att nästan 70 % av mödrarna ammade i sex månader.

Enligt den riksomfattande undersökningen som utfördes av Stakes och social- och hälsovårdsministeriet 1995 fick vart annat barn under sex månader bröstmjolk vid sidan av annan mat, och vart fjärde barn vid ett års ålder. (Imeväisikäisten ruokinta Suomessa 1995. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 1996:2, Sammanfattning på svenska). Målet av exklusiv bröstuppfödning fram till 4 - 6 månaders ålder uppnåddes sällan. Vid tre månaders ålder var endast 26 % av spädbarnen helammade. Orsaken kan ha varit att rekommendationen att stegvis införa fast mat vid tre månaders ålder ändrades först hösten 1994.

Det finns regionala och lokala variationer i bröstuppfödning. Enligt hälsovårdscentralernas egna utredningar finns det variationer även inom kommunerna, mellan stadsdelar och/eller rådgivningsbyrådistrikt.

Världshälsoorganisationen (WHO) och Förenta Nationernas Barnhjälpfond (UNICEF) betonar amningens betydelse för att skydda barnets välmående. Arbetsgruppen för främjande av amning tillsatt av Stakes har utgivit en i Finland anpassad verksamhetsmodell som följer WHO's och UNICEF's program (Baby Vänlig Finland. Program för kontinuerlig utveckling av amningspraktiken. Stakes 1994). Modellen fungerar också som ett utvärderings- och utvecklingsredskap för arbetsgemenskaper som är intresserade av att förbättra kvaliteten på handledningen i amning och kostrådgivning. Flera kommuner och sjukhus har med iver vidtagit åtgärder för att främja amning.

Nu är det skäl att på nytt evaluera barnens kosthållning. Cirka 60 hälsovårdscentraler eller kommunförbund för hälsovården har visat sitt intresse för att delta i denna utredning. Resultaten utges som en rapport. Arbetsgemenskaper vilka deltar i undersökningen får rapporten samt resultaten av sin egen kommun. Uppföljningsrapporten kan således fungera som ett medel för självvärdering och kvalitetsutveckling.

Liite 7.2

SVARA PÅ SÅ HÄR:

Med detta följebrev skickas till din arbetsenhet (på basis av antalet årligen födda barn) ett uppskattat antal frågeformulär som gäller **amning och näring hos barn som inte fyllt ett år**. Fyll i punkterna 1-4. Svaren på frågorna 5-9 får du från rådgivningskortet.

Svara på frågorna 10-13 genom att intervjua föräldern/föräldrarna.

OBS det viktigt att fråga om amning och näring **under de 24 timmar som föregått besöket** på rådgivningen. Om det behövs flere blanketter kan du kopiera blanketten eller beställa av undertecknad.

Gör så här:

1. Fyll i blanketten om varje barn som fötts under **tiden 12.2.-31.12.1999 och som besöker rådgivningen under perioden 17.1.-11.2.2000**.
2. Om barnets förälder vägrar att bli intervjuad, gör en anteckning på bakgrundsblanketten.
3. Bevara de ifyllda blanketterna i din arbetsenhet under hela undersökningstiden.
4. Fyll i bakgrundsblanketten.
5. Meddela dina kontaktuppgifter för att få återrapport.
6. Återsänd de ifyllda blanketterna **genast** efter undersökningsperioden (11.2.2000) tillsammans med bakgrundsuppgifter. Anteckna på blankettbunten namnet på din arbetsenhet.

ADRESS UNDER VILKEN
BLANKETTERNA ÅTERSENDS:

Konsultativ tjänsteman Kaija Hasunen
Social- och hälsovårdsministeriet
P.Box 267
00171 Helsingfors

Jag svarar gärna på frågor. Om jag inte är anträffbar kan du lämna ett meddelande till avdelningssekreterare Seija Perttula, tel 09 160 4029. Om du har tillgång till e-post, kan du skicka ditt meddelande eller frågor på adressen: kaija.hasunen@stm.vn.fi.

Tack för samarbetet
Kaija Hasunen

Liite 7.3

BLANKETT

På vilken bakgrunds- och tilläggsuppgifter insamlas för förfrågan om amning och bruket av kost för barn som inte fyllt ett år

1. Rådgivningsbyråns namn: _____
2. Hälsocentralens namn: _____
3. Län: _____
4. Antalet barn som finns upptagna i böckerna och som fötts under tiden
12.2.1999 - 31.12.1999

5. Antalet personer som vägrat delta i undersökningen: _____
6. Orsak/orsaker till vägran att delta i undersökningen: _____

BLANKETTEN återsänds **tillsammans** med de ifyllda frågeformulären om amning och näring för **barn som inte fyllt ett år** under adressen:
Konsultativ tjänsteman Kaija Hasunen
Social- och hälsovårdsministeriet
P.Box 267
00171 Helsingfors

Svargivarens namn. _____
Adress: _____
Telefonnummer: _____

Liitetaulukko 1. Tutkimusaineisto terveystieteiden /ktt ky:n ja lasten iän mukaan lääneittäin (N 8812)

Läni Terveystieteiden	Lapsen ikä, kk									Kaikki
	<1	≥1	≥2	≥3	≥4	≥5	≥6-8	≥9-11	≥11	
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Etelä-Suomi										
Espoo*	21	62	62	80	77	97	137	91	53	680
Hanko*	0	6	4	6	4	7	8	7	3	45
Heinola*	1	2	11	6	11	17	7	3	0	58
Helsinki*	1	7	4	6	2	3	8	5	2	38
Hyvinkää*	6	31	27	30	26	24	44	34	14	236
Hämeenlinnan seutu*	8	35	23	32	32	34	59	44	22	289
Janakkala*	5	8	16	12	21	13	30	24	8	137
Järvenpää*	10	35	20	30	29	39	52	36	14	265
Kotka*	10	30	29	37	45	43	62	45	31	332
Kouvola-Valkeala*	6	16	19	23	25	28	45	31	24	217
Lammi-Tuulos*	3	7	5	2	7	2	12	6	2	46
Lounais-Häme*	3	15	20	19	29	28	29	29	12	184
Loviisanseutu*	1	12	10	5	6	10	26	18	5	93
Parikkala*	2	1	0	1	5	0	4	2	3	18
Riihimäen seutu	4	17	30	23	25	32	32	40	16	219
Vantaa*	20	73	101	108	98	127	156	114	61	858
Vihti*	6	17	23	12	14	18	43	23	15	171
Länsi-Suomi										
Alajärvi	2	9	7	11	10	8	9	14	16	86
Alavus	1	9	10	12	7	7	8	8	4	66
Eura	1	5	5	10	4	5	11	6	9	56
Harjavallan seutu	1	2	3	3	3	8	6	6	6	38
Huittisten seutu*	1	8	8	12	8	12	13	10	7	79
Ilmajoki	0	3	5	7	10	8	10	5	9	57
Jämsän seutu	3	11	10	17	24	13	23	15	8	124
Kannus*	0	2	2	5	8	7	7	9	6	46
Kauhajoki	0	5	3	10	7	7	9	9	7	57
Kauhavan seutu	0	0	0	0	3	1	1	0	1	6
Kimitoön*	3	5	11	6	3	7	7	7	0	49
Kokkolan seutu*	8	22	29	40	28	31	49	27	5	239
Korpilahti-Muurame	1	7	10	6	13	11	13	15	7	83
Kristiinanseutu	1	5	2	2	4	6	12	4	5	41
Lappajärvi	0	3	0	2	3	2	2	2	0	14
Lapua	3	9	12	11	10	11	14	10	6	86
Laukaa	1	8	6	14	13	13	14	9	5	83

Lääni Terveyskeskus	Lapsen ikä, kk									Kaikki N
	<1 N	≥1 N	≥2 N	≥3 N	≥4 N	≥5 N	≥6-8 N	≥9-11 N	≥11 N	
Länsi-Suomi										
Luvia	0	4	7	3	3	0	5	2	1	25
Närpes	0	11	1	2	7	7	10	11	8	57
Palokka	6	20	18	24	35	20	50	22	22	217
Perhönjokilaakso*	1	5	11	13	13	8	16	16	8	91
Pori	12	28	40	44	32	46	53	42	27	324
Salon seutu	8	14	28	28	35	29	38	29	25	233
Seinäjoen seutu	8	16	25	15	32	24	35	40	22	217
Toholampi*	2	3	6	0	1	4	2	3	3	24
Turku*	24	65	103	104	97	102	109	82	10	696
Uusikaupunki	5	4	6	10	5	10	8	21	7	76
Ähtärinjärvi	2	6	11	4	2	1	14	16	4	60
Itä-Suomi										
Joensuu*	5	33	35	31	34	35	62	43	21	299
Kangaslampi*	0	1	1	0	0	1	0	0	1	4
Keski-Karjala	4	8	3	10	17	6	13	15	9	85
Kiihtelys-Pyhäselkä	4	3	5	6	2	6	10	8	3	47
Koillis-Savo*	1	2	2	0	2	2	3	2	0	14
Kuopio*	13	42	41	55	58	63	74	49	11	406
Lapinlahti*	1	1	8	4	5	4	8	9	2	42
Lieksa	3	8	4	7	5	7	8	15	3	60
Siilinjärvi, Maaninka*	2	2	25	8	16	12	16	16	6	103
Mikkelin seutu	6	26	22	16	27	29	51	22	24	223
Oulu										
Kuusamo*	0	16	9	7	13	6	9	10	4	74
Kärsämäki	0	1	0	2	0	2	1	0	0	6
Lappi										
Inari*	3	3	2	3	1	2	7	7	2	30
Kemi*	4	16	15	15	16	24	21	18	12	141
Kolari*	1	0	5	0	3	1	2	2	2	16
Kuivaniemi	0	0	2	0	3	0	1	0	1	7
Ahvenanmaa/Åland										
Åland *	5	9	15	13	8	20	24	17	8	119

* osallistui vuoden 1995 tutkimukseen

**Liitetaulukko 2. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa v. 2000
lapsen iän mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista**

	Lapsen ikä, kk																	
	<1		≥1		≥2		≥3		≥4		≥5		≥6-8		≥9-1-1		>11	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Täysimetus	167	65	498	60	505	52	457	45	168	15	38	3	7	0	1	0	1	0
Rintamaito ja äidinmaidon korvike	69	27	225	27	241	25	172	17	43	4	5	0	4	0	1	0	0	0
Äidinmaidonkorvike	20	8	106	13	159	16	158	15	55	5	29	3	21	1	11	1	4	1
Lisäksi muuta ruokaa	0	0	4	0	75	8	237	23	821	76	1079	94	1586	98	1216	99	629	99
Kaikki	256	100	833	100	980	100	1024	100	1087	100	1151	100	1618	100	1229	100	634	100

Liitetaulukko 3. Tutkimukseen osallistuneet lapset ja rintamaitoa saaneet lapset terveyskeskuksittain lasten iän mukaan (N 8812)

Terveyskeskus	Lapsen ikä, kk																	
	<1		≥1		≥2		≥3		≥4		≥5		≥6-8		≥9-11		≥11	
	K*	R**	K	R	K	R	K	R	K	R	K	R	K	R	K	R	K	R
Alajärvi	2	2	9	8	7	5	11	7	10	4	8	5	9	5	14	11	16	6
Alavus	1	1	9	8	10	9	12	7	7	4	7	4	8	4	8	3	4	1
Espoo	21	20	62	59	62	51	80	62	77	58	97	52	137	68	91	31	53	12
Eura	1	0	5	2	5	4	10	8	4	3	5	5	11	8	6	4	9	4
Hanko	0	0	6	6	4	1	6	3	4	3	7	2	8	3	7	1	3	1
Harjavalan seutu	1	1	2	2	3	3	3	3	3	3	8	6	6	2	6	4	6	1
Heinola	1	1	2	2	11	9	6	3	11	7	17	11	7	1	3	2	0	0
Helsinki	1	1	7	5	4	4	6	4	2	1	3	1	8	3	5	3	2	0
Huittisten seutu	1	1	8	7	8	4	12	10	8	7	12	8	13	7	10	4	7	1
Hyvinkää	6	6	31	24	27	22	30	20	26	14	24	13	44	19	34	11	14	2
Hämeenlinnan seutu	8	8	35	29	23	19	32	26	32	21	34	20	59	32	44	14	22	8
Ilmajoki	0	0	3	1	5	5	7	6	10	7	8	7	10	5	5	2	9	2
Inari	3	3	3	3	2	2	3	2	1	1	2	2	7	3	7	5	2	0
Janakkala	5	5	8	8	16	14	12	11	21	9	13	9	30	14	24	6	8	4
Joensuu	5	5	33	28	35	27	31	24	34	21	35	20	62	32	43	13	21	5
Jämsän seutu	3	2	11	11	10	10	17	9	24	13	13	9	23	13	15	7	8	2
Järvenpää	10	9	35	33	20	20	30	18	29	19	39	26	52	26	36	13	14	3
Kangaslampi	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0
Kannus	0	0	2	2	2	2	5	5	8	6	7	4	7	3	9	7	6	2
Kauhajoki	0	0	5	5	3	3	10	9	7	2	7	2	9	3	9	5	7	0
Kauhavan seutu	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	1	1	1	1	0	0	1	0
Kemi	4	3	16	12	15	7	15	9	16	6	24	10	21	4	18	3	12	1
Keski-Karjala	4	4	8	7	3	2	10	8	17	13	6	3	13	5	15	6	9	3
Kiihtelys-Pyhäselkä	4	4	3	2	5	4	6	5	2	0	6	1	10	7	8	4	3	0
Kimitoön	3	3	5	4	11	5	6	3	3	2	7	3	7	3	7	3	0	0
Koillis-Savo	1	1	2	2	1	0	0	0	2	2	2	2	3	1	2	1	0	0
Kokkolan seutu	8	8	22	21	29	24	40	35	28	24	31	20	49	25	27	18	5	2
Kolari	1	1	0	0	5	2	0	0	3	1	1	1	2	2	0	2	0	0
Korpilahti-Muurame	1	1	7	7	10	7	6	6	13	11	11	6	13	8	15	9	7	3
Kotka	10	10	30	25	29	23	37	31	45	24	43	27	62	29	45	23	31	6
Kouvola-Valkeala	6	5	16	15	19	15	23	20	25	17	28	18	45	20	31	11	24	4
Kristiinanseutu	1	1	5	4	2	2	2	2	4	3	6	6	12	5	4	1	5	3
Kuivaniemi	0	0	0	0	2	1	0	0	3	3	0	0	1	0	0	1	0	0
Kuopio	13	11	42	38	41	31	55	35	58	40	63	33	74	40	49	18	11	2
Kuusamo	0	0	16	14	9	8	7	6	13	10	6	2	9	3	10	5	4	2
Kärsämäki	0	0	1	0	0	0	2	1	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0
Lammi-Tuulos	3	3	7	5	5	5	2	1	7	3	2	1	12	7	6	1	2	1
Lapinlahti	1	1	1	1	8	8	4	3	5	5	4	3	8	2	9	5	2	0
Lappajärvi	0	0	3	3	0	0	2	2	3	3	2	2	2	2	2	1	0	0
Lapua	3	3	9	9	12	11	11	8	10	7	11	9	14	8	10	2	6	3
Laukaa	1	1	8	7	6	6	14	10	13	11	13	9	14	11	9	3	5	2
Lieksa	3	3	8	5	4	4	7	5	5	3	7	5	8	3	15	2	3	1
Loimaan seutu	3	3	1	1	3	3	0	0	1	0	1	0	6	3	4	1	1	1
Lounais-Häme	3	3	15	15	20	18	19	13	29	17	28	13	29	17	29	13	12	1
Loviisan seutu	1	1	12	12	10	9	5	3	6	3	10	6	26	7	18	6	5	2
Luvia	0	0	4	4	7	7	3	2	3	2	0	0	5	1	2	0	1	1
Mikkelin seutu	6	6	26	19	22	17	16	12	27	17	29	14	51	27	22	7	24	7
Närpes	0	0	11	11	1	1	2	1	7	6	7	4	10	8	11	5	8	1
Palokka	6	6	20	19	18	16	24	18	35	25	20	14	50	31	22	8	22	10
Parikkala	2	1	1	1	0	0	1	0	5	4	0	0	4	0	2	1	3	0
Perhonjokilaakso	1	1	5	3	11	10	13	11	13	10	8	5	16	9	16	10	8	4
Pori	12	11	28	20	40	34	44	27	32	16	46	19	53	20	42	11	27	5
Riihimäen seutu	4	4	17	12	30	22	23	21	25	17	32	18	32	12	40	11	16	4
Salon seutu	8	7	14	14	28	24	28	20	35	20	29	15	38	18	29	2	25	6
Seinäjoen seutu	8	7	16	14	25	21	15	13	32	23	24	19	35	16	40	13	22	8
Siilinjärvi, Maaninka	2	2	1	1	25	20	8	6	16	12	12	8	16	8	16	6	7	2
Toholampi	2	2	3	1	6	4	0	0	1	0	4	2	2	1	3	1	3	0
Turku	24	19	65	53	103	73	104	74	97	66	102	56	109	53	82	35	10	3
Uusikaupunki	5	4	4	4	6	5	10	6	5	1	10	3	8	4	21	5	7	1
Vantaa	20	18	73	64	101	81	108	88	98	70	127	72	156	69	114	36	61	17
Vihti	6	6	17	17	23	18	12	7	14	7	18	8	43	21	23	8	15	4
Ähtärinjärvi	2	2	6	6	11	10	4	4	2	2	1	0	14	9	16	9	4	1
Åland	5	5	9	9	15	15	13	9	8	8	20	13	24	17	17	5	8	0
Kaikki	256	236	833	725	980	788	1024	762	1087	720	1151	661	1618	788	1229	455	634	165

* K=Kaikki

**R= Rintaruokitut

Liitetaulukko 4. Rintamaitoa saaneet lapset sairaanhoitopiireittäin

Sairaanhoitopiiri	Lapsen ikä, kk																		
	<1		≥1		≥2		≥3		≥4		≥5		≥6-8		≥9-11		>11		
	K	R	K	R	K	R	K	R	K	R	K	R	K	R	K	R	K	R	
HUS	2386	65	61	241	220	251	206	277	205	256	175	325	180	474	216	328	109	167	41
Varsinais-Suomi	1074	43	36	89	76	151	110	148	103	141	89	149	77	168	81	143	46	42	11
Satakunta	522	15	13	47	35	63	52	72	50	50	31	71	38	88	38	66	23	50	12
Kanta-Häme	875	23	23	82	69	94	78	88	72	114	67	109	61	162	82	143	45	60	18
Päijät-Häme	58	1	1	2	2	11	9	6	3	11	7	17	11	7	1	3	2	0	0
Kymenlaakso	549	16	15	46	40	48	38	60	51	70	41	71	45	107	49	76	34	55	10
Etelä-Savo	223	6	6	26	19	22	17	16	12	27	17	29	14	51	27	22	7	24	7
Itä-Savo	22	2	1	2	2	1	0	1	0	5	4	1	1	4	0	2	1	4	0
Pohjois-Karjala	491	16	16	52	42	47	37	54	42	58	37	54	29	93	47	81	25	36	9
Pohjois-Savo	565	17	15	46	42	76	60	67	44	81	59	81	46	101	51	76	30	20	4
Keski-Suomi	507	11	10	48	44	44	39	61	43	85	60	57	38	100	63	61	27	40	17
Etelä-Pohjanmaa	649	16	15	58	54	73	64	72	56	84	55	69	50	102	53	104	46	71	21
Vaasa	98	1	1	16	15	3	3	4	3	11	9	13	10	22	13	15	6	13	4
Keski-Pohjanmaa	400	11	11	32	27	48	40	58	51	50	40	50	31	74	38	55	36	22	8
Pohjois-Pohjanmaa	87	0	0	16	14	11	9	9	7	16	13	8	4	11	3	10	5	6	2
Länsi-Pohja	141	4	3	16	12	15	7	15	9	16	6	24	10	21	4	18	3	12	1
Lappi	46	4	4	3	3	7	4	3	2	4	2	3	3	9	5	9	5	4	0
Ahvenanmaa/ Åland	119	5	5	9	9	15	15	13	9	8	8	20	13	24	17	17	5	8	0
	8812	256	236	833	725	980	788	1024	762	1087	720	1151	661	1618	788	1229	455	634	165

K = Kaikki

R= Rintaruokitut

Liitetaulukko 5. Täysimetyks lääneittäin lapsen iän mukaan

	Lapsen ikä, kk																										
	<1		≥1		≥2		≥3		≥4		≥5		≥6-8		≥9-11		>11										
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%									
	K	T	K	T	K	T	K	T	K	T	K	T	K	T	K	T	K	T									
Koko maa	256	167	65	833	498	60	980	505	52	1024	457	45	1087	168	15	1151	38	3	1618	20	1	1229	7	1	634	1	0
Etelä-Suomi	107	70	67	374	221	59	404	210	52	432	190	44	456	64	14	522	17	3	754	12	2	552	2	0	285	0	0
Länsi-Suomi	97	62	64	290	179	62	382	212	55	415	201	48	421	77	18	409	19	5	554	6	1	444	5	1	238	1	0
Itä-Suomi	39	25	64	125	72	58	146	63	43	137	53	39	166	18	11	165	2	1	245	1	0	179	0	0	81	0	0
Oulun lääni	0	0	0	16	8	50	9	5	56	9	3	33	13	5	38	8	0	0	10	0	0	10	0	0	5	0	0
Lapin lääni	8	7	88	19	9	47	24	5	21	18	5	28	23	2	9	27	0	0	31	0	0	27	0	0	17	0	0
Ahvenanmaa/ Åland	5	5	100	9	9	100	15	10	67	13	5	38	8	2	25	20	0	0	24	1	4	17	0	0	8	0	0

K= Kaikki

T= Täysimetyks

Liitetaulukko 7. Rintaruokinta raskauden keston mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

Raskauden kesto,vk	Lapsen ikä, kk					
	<1	≥1	≥2	≥3	≥4	≥5
	%	%	%	%	%	%
≤37	24	80	64	58	52	48
38-41	95	88	82	75	68	59
≥42	100	100	90	83	60	45

Liitetaulukko 8. Äitien ilmoittamia imetyksen lopettamissyitä, % maininnoista

	N	%
Maitoa ei alkanut erittyä	199	6,1
Maito loppui	966	29,6
Maito väheni/ lapsi tarvitsi lisämaitoa	771	23,5
Lapsi lopetti/ ei jaksanut/ ei malttanut	397	12,2
Äidin sairaus/ lääkitys	198	6,1
Lapsen sairaus	116	3,5
Rintaongelmat	48	1,5
Kaksoset	36	1,1
Keskosuus	34	1,0
Uusi raskaus	29	0,9
Muu syy	465	14,4
- Äidin halu lopettaa	48	
- väsymys /stressi/ hankaluus/ masennus	75	
- töihin meno	26	
- ei motivaatiota/kyllästynyt	22	
- kulttuuri	11	
- ajan puute	7	
- pullo vieroitti	26	

Liitetaulukko 9. Ravintoa tai vettä pullosta saaneet lapset iän mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

	Lapsen ikä, kk								
	<1	≥1	≥2	≥3	≥4	≥5	≥6-8	≥9-11	≥11
Äidinmaidonkorvike	34	40	45	48	51	55	60	66	67
Vesi	13	15	18	21	25	32	37	38	38
Teollinen lastenvelli	0	1	3	9	22	39	46	45	43
Sokerivesi	0	0	1	0	1	1	0	1	0
Tavallinen maito	0	0	0	0	0	0	1	3	10
Muu ravinto	2	1	1	0	1	1	1	2	4

Liitetaulukko 10. Yksinomaan äidinmaidonkorviketta maitona saaneet lapset lääneittäin iän mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

Lääni	N	<1		≥1		≥2		≥3		≥4		≥5		≥6-8		≥9-11		>11	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Etelä-Suomi	3886	107	6	374	11	404	16	432	18	456	16	522	15	754	17	552	23	285	28
Länsi-Suomi	3250	97	11	290	13	382	17	415	21	421	21	409	17	554	18	444	20	238	30
Itä-Suomi	1283	39	5	125	17	146	22	137	23	166	17	165	19	245	18	179	29	81	30
Oulu	80	0	0	16	12	9	11	9	11	13	15	8	37	10	10	10	40	5	0
Lappi	194	8	12	19	21	24	46	18	33	23	34	27	22	31	32	27	22	17	29
Ahvenanmaa	119	5	0	9	0	15	0	13	24	8	0	20	15	24	8	17	29	8	0
Kaikki	8812	256	8	833	12	980	17	1024	20	1087	18	1151	17	1618	18	1229	23	634	28

Liitetaulukko 11. Kiinteän lisäruoan saanti lapsen iän mukaan, % ikäryhmään kuuluneista lapsista

	Lapsen ikä, kk				
	≥2 %	≥3 %	≥4 %	≥5 %	≥6-8 %
Peruna ja kasvikset					
Etelä-Suomi	5	21	77	90	96
Länsi-Suomi	4	19	67	92	97
Itä-Suomi	5	24	77	91	97
Oulu	0	22	54	100	100
Lappi	12	50	71	96	100
Ahvenanmaa/ Åland	0	20	62	80	100
Marjat ja hedelmät					
Etelä-Suomi	4	14	56	87	93
Länsi-Suomi	4	14	53	84	95
Itä-Suomi	3	19	67	86	94
Oulu	0	33	31	100	100
Lappi	4	22	65	92	100
Ahvenanmaa/ Åland	0	0	13	70	96
Viljaruoat					
Etelä-Suomi	1	5	20	59	88
Länsi-Suomi	1	3	11	51	88
Itä-Suomi	1	3	11	48	86
Oulu	0	11	8	50	90
Lappi	0	17	13	66	88
Ahvenanmaa/ Åland	0	20	25	45	96
Liha-, kala-, munaruoat					
Etelä-Suomi	0	1	3	41	83
Länsi-Suomi	0	0	1	31	80
Itä-Suomi	0	0	4	38	86
Oulu	0	0	0	50	80
Lappi	0	5	0	41	84
Ahvenanmaa/ Åland	0	0	0	15	70
Rasvat					
Etelä-Suomi	0	0	0	1	1
Länsi-Suomi	0	0	1	1	1
Itä-Suomi	0	1	0	0	1
Oulu	0	0	0	0	0
Lappi	0	0	4	4	3
Ahvenanmaa/ Åland	0	20	0	5	0

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS RAPPORTER
REPORTS OF THE MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH
ISSN 1236-2115
2001:

- 1 Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa.
ISBN 952-00-0913-2
- 2 Ulla Reina-Knuutila. Ikä, työkyky ja tuottavuus.
ISBN 952-00-0923-X
- 3 Proceedings of the European Conference on Promotion of Mental Health and Social Inclusion.
Toim. Juha Lavikainen, Eero Lahtinen, Ville Lehtinen
ISBN 952-00-0926-4
- 4 Matti Heikkilä, Tuukka Lahti. Työttömyysturvan karenssi. Subjekttiivinen tulkinta ja siirtyminen toimeentulotuelle.
ISBN 952-00-0944-2
- 5 Werner Burkart, Henri Métivier, John Stather, Terttu Vartiainen. International Evaluation of the Research Activities of Radiation and Nuclear Safety Authority (STUK).
ISBN 952-00-0976-0
- 6 Pasi Ylipaavalniemi. Vammaisten ja vajaakuntoisten työllistämisen kokonaiskartoitus.
ISBN 952-00-1009-2
- 7 Eila Korpivuoma, Ilkka Pirttilä. Terveyskeskukset ja ikääntyvä työvoima.
ISBN 952-00-1011-4
- 8 Päivi Rantanen, Mirja Mäkelä, Riitta Alaja, Kari Luotonen, Kaija Seppä. Päihteet ja ajokortti. Rattijuoppojen hoitoonohjausprojektin loppuraportti.
ISBN 952-00-1016-5
- 9 Yhteenveto sosiaali- ja terveysministeriön ja lääninhallitusten sairaanhoitopiirien psykiatrian valvontakäynneistä.
ISBN 952-00-1021-1
- 10 Ympäristöterveydenhuollon toimintaedellytykset. Loppuraportti.
ISBN 952-00-1024-6
- 11 Lasten- ja nuortenpsykiatrian valtionavustuksen käyttö vuonna 2000.
ISBN 952-00-1038-6
- 12 Kaija Hasunen. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2000.
ISBN 952-00-1067-X
- 13 Interventiomahdollisuudet huumeiden käyttäjien päihdeongelmiin somaattisen sairaalahoidon aikana.
ISBN 952-00-1075-0