

TIIVISTELMÄ

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. Helsinki 2007.
200 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, ISSN 1236-2050, 2007:17).
ISBN 978-952-00-2376-8 (nid.), ISBN 978-952-00-2377-5 (PDF)

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä on laatinut Suomen ensimmäisen kansallisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman. Tavoitteena on edistää väestön sekä pariskuntien ja yksilöiden seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Erityishuomiota kiinnitetään nuoriin. Ohjelma on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollossa toimiville työntekijöille ja heidän johtajilleen, keskeisille yhteistyötahoille ja kunnallisille luottamushenkilöille. Keskeisiä kohde-ryhmiä ovat myös sosiaali- ja terveydenhuollon opettajat sekä peruskoulujen, lukioiden ja eri asteisten ammatillisten oppilaitosten terveystiedon opettajat sekä opettajien kouluttajat. Toimintaohjelmaa voidaan hyödyntää myös sosiaali- ja terveysalan opetuksessa.

Toimintaohjelmassa linjataan lähivuosien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyötä, sen johtamista, palvelurakennetta, toimintatapoja ja osaamisen kehittämistä. Ohjelma sisältää 14 aihekokonaisuutta, joille on asetettu tavoitteet ja suunniteltu toimenpiteet:

Seksuaaliterveyteen liittyvä **neuvonta** integroidaan osaksi peruspalveluja sekä ehkäisevään työhön että sairaanhoitoon. Jokaisessa terveyskeskuksessa on käytettävissä seksuaalineuvojakoulutuksen saanut työntekijä ja sairaanhoitopiirien palveluksessa on erikoiskoulutuksen saaneita työntekijöitä. Neuvontapalveluissa otetaan huomioon sukupuolten välinen tasa-arvo sekä erilaisien vähemmistöjen ja erityisryhmien tarpeet.

Väestön seksuaali- ja lisääntymisterveystietouden parantamiseksi kehitetään kansalaisen terveystietoportin sisältöä. Asiakkaille jaettava valistusmateriaali tuotetaan terveystietoportin kautta. Ammattioppilaitosten opiskelijoiden terveystiedon opintoihin sisällytetään seksuaali- ja lisääntymisterveys. Vuosittain koko nuorten ikäluokalle jaettava valistuslehti otetaan uudestaan käyttöön. Ulkomaille matkaavien terveysinformaatiossa korostetaan sukupuolitaudeilta suojautumista. Lisäksi järjestetään aihekohtaisia kampanjoita.

Palvelut järjestetään toimintaohjelmassa määriteltyjen yhteisten periaatteiden mukaisesti osana kunta- ja palvelurakennemuutosta. Suurin osa seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluista säilyy lähipalveluina, osa keskitetään. Huolehditaan riittävästä henkilöstömitoituksesta ja työntekijäkohtaisesta asiakasmäärästä, työntekijöiden osaamisen ja työnjaon kehittamisestä, potilasturvallisuuden edistämisestä ja laadunhallinnasta sekä perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön organisoinnista saumattomina palveluketjuina.

Raskaudenajan, synnytyksen ja synnytyksen jälkeisessä hoidossa tavoitteena on varmistaa äidin, syntyvän lapsen ja koko perheen hyvinvointi sekä juurruttaa tutkimustietoon perustuvia hoitokäytäntöjä. Painoalueina ovat parisuhteen ja vanhemmuuden tukeminen, erityisryhmien palveluiden kehittäminen sekä palvelutarpeeseen vastaaminen entistä yksilöllisemmin. Raskautta edeltävässä neuvonnassa tavoitteena on lisätä hedelmällisyyteen liittyvää tietoa ja ehkäistä taha-

tonta lapsettomuutta. Raskauden aikana tehostetaan ylipainon ja alkoholinkäytön ehkäisyyn liittyvää ohjausta ja neuvontaa sekä päihteitä käyttävien äitien hoitoonohjausta. Perhevalmennuksesta laaditaan kansallinen hoitosuositus.

Raskauden ehkäisypalveluihin on päästävä viipymättä, nuorten viikon sisällä. Alle 20-vuotiaille raskauden ehkäisy järjestetään maksutta. Sairaanhoidopiirit turvaavat mahdollisuuden miesten sterilisaatioon. Raskauden ehkäisystä laaditaan Käypä hoito -suositus ja laatukriteerit.

Lääkkeellisten **raskauden keskeytysten** turvallisuudesta huolehditaan ja järjestetään riittävä psykososiaalinen tuki. Erityishuomiota kiinnitetään toistuvien raskaudenkeskeytysten hoitoon ja ehkäisemiseen.

Sukupuolitautilien torjumiseksi parannetaan väestön tietoutta ja lisätään kondomien käyttöä. Klamydiaa seulotaan kaikilta alle 25-vuotiailta raskauden ehkäisypalveluihin hakeutuvilta. Positiivisen näytteen antaneiden seksikumppaneiden tutkimukseen ja hoitoon saattamista tehostetaan. Klamydiainfektion hoidosta laaditaan Käypä hoito -suositus.

Seksuaalista väkivaltaa kokeneiden tunnistamista ja hoitoa tehostetaan, huomioiden erityisesti alaikäiset. Kehitetään seksuaalista väkivaltaa kokeneiden hoitoketjuja alkututkimuksesta jälkihoitoon ja otetaan huomioon pitkäaikaisseurauksien tunnistus ja hoito. Tehostetaan seksuaalisen väkivallan ehkäisytyötä erityisesti perusterveydenhuollossa ja sosiaalitoimissa.

Osaamisen kehittämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstöä peruskoulutukseen sisällytetään seksuaaliterveyden perusteet ja lisääntymisterveyden edistäminen. Lisätään imetysohjauksen ja seksuaaliväkivallan täydennyskoulutusta sekä ammatillisia opettajien opettajien pätevöitymistä.

Tilastointi- ja seurantajärjestelmien kehittämiseksi tehostetaan tiedonkeruuta. Kouluterveyskysely laajennetaan myös ammatillisiin oppilaitoksiin. Nuorisotutkimuksissa käsitellään myös seksuaalista väkivaltaa ja Kansanterveyslaitoksen aikuisväestön terveyskyselyssä ehkäisymenetelmien käyttöä. Seksuaaliterveyttä seurataan ajankohtaiskatsauksin ja Kouluterveyskyselyn seksuaaliterveysosuuksia raportoidaan säännöllisesti. Tilastoviranomaiset tehostavat alueellista raportointia ja sairaanhoidopiirit alueellisen tiedon hyödyntämistä. Sähköistä potilaskertomusjärjestelmää kehitetään kansallisten, alueellisten ja paikallisten tilastojen saamiseksi päätöksenteon tueksi.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimusta vahvistetaan ja sille luodaan rakenteet. Parannetaan alan tutkijoiden kansallista verkostoitumista ja vahvistetaan alan tutkimusperinnettä rahoittamalla tutkijakoulua ja/tai perustamalla tutkimusohjelma.

Työnjaon, yhteistyön ja koordinoinnin parantamiseksi perustetaan monialainen kansallinen yhteistyöelin ja organisoidaan pysyvä valtakunnallinen asiantuntijatyö KTL:n ja Stakesin kesken. Sairaanhoidopiirit ottavat vastuun seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyön koordinoinnista alueillaan. Kunnissa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyötä johdetaan ja kehitetään osana terveydenedistämistoimintaa.

Asiasanat: lisääntyminen, neuvonta, seksuaalikasvatus, seksuaalinen väkivalta, sukupuolitaudit, terveys, terveyspalvelut, terveyden edistäminen

SAMMANDRAG

Främjande av sexuell hälsa och fortplantningshälsa. Handlingsprogram 2007–2011. Helsingfors 2007. 200 s. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer, ISSN 1236-2050, 2007:17). ISBN 978-952-00-2376-8 (inh.), ISBN 978-952-00-2377-5 (PDF)

En arbetsgrupp som tillsatts av social- och hälsovårdsministeriet har utarbetat Finlands första handlingsprogram för främjande av sexuell hälsa och fortplantningshälsa. Målet är att främja den sexuella hälsan och fortplantningshälsan hos befolkningen samt par och individer. Särskild uppmärksamhet fås vid unga. Programmet är avsett för arbetstagare inom social- och hälsovården och deras chefer, centrala samarbetsparter och kommunala förtroendepersoner. Centrala målgrupper är även lärare inom social- och hälsovården och lärare i hälsokunskap vid grundskolor, gymnasier och yrkesläroanstalter på olika stadier samt lärarutbildare. Handlingsprogrammet kan även utnyttjas i undervisningen inom social- och hälsovårdsområdet.

I handlingsprogrammet ges riktlinjerna för det främjande arbetet inom sexuell hälsa och fortplantningshälsa under de närmaste åren, dess ledning, servicestruktur, sätt att arbeta och kompetensutveckling. Programmet innehåller 14 ämnesshelheter för vilka man har ställt upp mål och planerat åtgärder:

Rådgivning med anknytning till sexuell hälsa integreras som en del av basservicen samt förebyggande arbete och hälso- och sjukvården. På varje hälsovårdscentral finns en arbetstagare som fått utbildning i sexualrådgivning och sjukvårdsdistrikten har anställda med specialutbildning. Inom rådgivningstjänster beaktas jämställdhet mellan könen samt behoven hos olika minoriteter och grupper med särskilda behov.

För att förbättra **kännedomen om sexuell hälsa och fortplantningshälsa hos befolkningen** utvecklar man innehållet i medborgarnas portal för hälsoinformation. Den upplysningsinformation som delas ut till klienter produceras genom portalen för hälsoinformation. I studierna i hälsokunskap för studerande vid yrkesläroanstalter inkluderas sexuell hälsa och fortplantningshälsa. Upplysningstidningen som årligen delas ut till hela ungdomskullen tas i bruk på nytt. Inom hälsoinformationen till personer som åker utomlands betonar man vikten av att skydda sig mot könssjukdomar. Dessutom ordnar man ämnesspecifika kampanjer.

I handlingsprogrammet **ordnas tjänsterna** enligt fastställda gemensamma principer som en del av kommun- och servicestrukturereformen. En majoritet av tjänsterna inom sexuell hälsa och fortplantningshälsa bevaras som närtjänster medan andra koncentreras. Man skall sörja för en tillräcklig dimensionering av personal och klientantal per ar-

betstagare, utvecklande av arbetstagarnas kompetens och arbetsfördelning, främjande av patientsäkerhet och kvalitetsstyrning samt organisering av samarbetet inom primärvården, socialvården och den specialiserade sjukvården i form av obrutna servicekedjor.

Målet är att säkerställa välbefinnandet hos modern, barnet som skall födas och hela familjen **under graviditeten, förlossningarna och inom vården efter förlossningen** samt etablera den vårdpraxis som baserar sig på forskningsrön. Tyngdpunkterna är att stödja parförhållande och föräldraskap, utveckla tjänster för särskilda grupper samt möta servicebehovet mer individuellt än tidigare. Målet med rådgivningen före graviditeten är att öka kunskapen med anknytning till fertilitet och förebygga ofrivillig barnlöshet. Under graviditeten skall man effektivisera handledning och rådgivning med anknytning till förebyggande av övervikt och alkoholbruk samt anvisning till vård av mödrar som använder alkohol och narkotika. En nationell vårdrekommendation om familjeförberedelse utarbetas.

Tillträde till **förebyggande tjänster vid graviditet** skall ske utan dröjsmål, för unga inom en vecka. Förebyggande av graviditet för personer under 20 år ordnas avgiftsfritt. Sjukvårdsdistrikten säkerställer möjlighet för män till sterilisering. Om förebyggande av graviditet utarbetas en rekommendation för God medicinsk praxis och kvalitetskriterier.

Man sörjer för säkerheten vid medicinska **avbrytanden av graviditet** och ordnar tillräckligt psykosocialt stöd. Särskild uppmärksamhet fästs vid vård och förebyggande av upprepade avbrytanden av graviditet.

För att **förebygga könssjukdomar** förbättrar man kännedomen hos befolkningen och ökar användningen av kondomer. Screening för klamydia utförs på alla personer under 25 år som söker sig till förebyggande tjänster vid graviditet. Man effektiviserar tillvägagångssättet för att få sexpartner till personer som lämnat ett positivt prov till undersökning och vård. En rekommendation om God medicinsk praxis om vård av klamydiainfektion utarbetas.

Identifiering och vård av personer som upplevt **sexuellt våld** effektiviseras, och särskilt minderåriga beaktas. Man utvecklar vårdkedjor från första undersökningen till fortsatt vård för personer som upplevt sexuellt våld och beaktar identifiering och vård av långsiktiga följder. Man effektiviserar det förebyggande arbetet särskilt inom primärvården och socialvården.

För att **utveckla kunnandet** inkluderas grunderna i sexuell hälsa och sexualrådgivning i den grundläggande utbildningen för yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården. Fortbildning i handledning inom amning och sexualrådgivning samt meritering av lärare som undervisar yrkesutbildade personer ökas.

I syfte att utveckla **systemen för statistikföring och uppföljning** effektiviserar man informationsinsamlingen. Enkäten Hälsa i Skolan utvidgas även till yrkesläroanstalterna. I undersökningar om unga behandlar man även sexuellt våld och i Folkhälsoinstitutets hälsoenkät till den vuxna befolkningen användningen av preventivmedel. Man följer upp den sexuella hälsan genom aktuella översikter och man rapporterar regelbundet om

delen som behandlar sexuell hälsa i enkäten om skolhälsa. Statistikmyndigheterna effektiviserar den regionala rapporteringen och sjukvårdsdistrikten utnyttjandet av den regionala informationen. Systemet med elektroniska journalhandlingar utvecklas i syfte att kunna utnyttja nationella, regionala och lokala statistiker till stöd för beslutsfattande.

Man **förstärker forskningen inom sexuell hälsa och fortplantningshälsa** och man skapar grunderna för den. Man förbättrar nationellt nätverksbildande för forskare inom området och förstärker forskningstraditionen inom området genom att finansiera en forskningsskola och/eller inrätta ett forskningsprogram.

För att förbättra **arbetsfördelning, samarbete och koordinering** inrättas ett multidisciplinärt nationellt samarbetsorgan med många områden samt ett riksomfattande sakkunnigcentrum. Sjukvårdsdistrikten tar ansvar för att koordinera arbetet med att främja sexuell hälsa och fortplantningshälsa inom sina områden. I kommunerna leds och utvecklas arbetet med att främja sexuell hälsa och fortplantningshälsa som en del av den hälsofrämjande verksamheten.

Nyckelord: fortplantning, hälsa, hälsofrämjande, hälso- och sjukvårdstjänster, könsjukdomar, rådgivning, sexuell uppföstran, sexuellt våld

SUMMARY

Promotion of sexual and reproductive health. Action programme 2007–2011. Helsinki 2007. 200 pp. (Publications of the Ministry of Social Affairs and Health, Finland. ISSN 1236-2050, 2007:17). ISBN 978-952-00-2376-8 (paperpack), ISBN 978-952-00-2377-5 (PDF)

A working group appointed by the Ministry of Social Affairs and Health has compiled the first national action programme in Finland for the promotion of sexual and reproductive health. The objective is to promote the sexual and reproductive health of the population including both couples and individuals. Specific attention is paid to young people. The programme is designated for employees and their directors in social welfare and health care as well as for key partners and local government elected officials. Key target groups include also teachers in social welfare and health care as well as health education teachers in upper secondary school and vocational schools at different levels as well as their instructors. The action programme can also be utilised in education in the field of social welfare and health care.

The action programme defines the principles for promoting of sexual and reproductive health in the coming years as well as for developing the related management, service structure, methods, and competence. The programme consists of 14 thematic entities that have been assigned their own objectives and measures:

Sexual health **counselling** is integrated into basic services, preventive work, and medical treatment. Each health centre has an employer that has completed the training for sexual counsellors. Also the hospital districts have employees that have completed special training. The counselling services take into account equality between women and men as well as the specific needs of minorities and special groups.

In order to improve **the population's awareness of sexual and reproductive health** the contents of the citizen's health information portal are developed. The awareness-raising material distributed to the clients is produced through the health information portal. Sexual and reproductive health studies are included in the health education studies at vocational schools. An annual sexual education leaflet distributed to all young people is re-introduced. Health information distributed to people travelling abroad highlights protection against sexually transmitted diseases. Also campaigns focusing on specific themes are organised.

Services are organised as a part of the Project to Restructure Municipalities and Services in accordance with the general principles defined in the action programme. Most of the services on sexual and reproductive health remain as neighbourhood services, although

some services are centralised. Attention is paid to securing sufficient staff-to-client ratios and the number of clients per employee, to developing staff competence and the division of work between employees, to promoting patient safety and quality management as well as to organising the cooperation of primary health care, social services and specialised medical care in the form of seamless care chains.

The objective of **prenatal, birthing and postnatal services** is to ensure the wellbeing of the mother, the child to be born and the entire family as well as to anchor evidence-based care practices. The focus is on supporting the parents' relationship and parenthood, developing services for special groups and responding to service needs on a more individual basis. Pre-pregnancy counselling aims at increasing knowledge about fertility and at preventing unintentional infertility. Regarding services during pregnancy, improvements are introduced in guidance and counselling on the prevention of overweight and alcohol use as well as in referrals to treatment of mothers with substance abuse problems. A national recommendation is drawn up for prenatal training.

Access to **contraceptive services** must be immediate and for young people access must be arranged within a week. Contraceptives for everyone under 20 years of age are provided free of charge. The hospital districts secure a possibility for vasectomy. Current Care guidelines and quality criteria are drawn up for contraceptive services.

The safety of medical **abortion** is safeguarded and sufficient psychosocial support is arranged. Specific attention is paid to the treatment and prevention of repeated abortions.

In order to **prevent sexually transmitted diseases**, public awareness and the use of condoms are boosted. Each under 25-year-old person seeking contraceptive services is screened for Chlamydia. The sexual partners of those who tested positive are more effectively brought to tests and treatment. Current care guidelines are compiled for the treatment of Chlamydia infection.

Identification and treatment of persons who have experienced **sexual violence** is improved with special emphasis on under-aged persons. Improvements are introduced in the care chains for persons who have experienced sexual violence from the initial examinations to further care. Attention is also paid to the identification and treatment of long-term consequences. Prevention of sexual violence is intensified especially in primary health care and social services.

In order to **improve competence**, the basics of sexual health and promotion of reproductive health are included in the basic training of social welfare and health care professionals. More supplementary education on breastfeeding guidance and sexual counselling is introduced and the upgrading of qualifications for teachers that train professionals is increased.

Data collection is improved in order to develop **statistics and follow-up systems**. The School Health Promotion Study is expanded to cover also vocational schools. Youth studies discuss also sexual violence and a survey on adult health carried out by the National Public Health Institute deals also with the use of contraceptives. Sexual health

is monitored with reports on the current situation and the sexual health section of the school health survey is published regularly. Statistics authorities intensify their regional reporting and the hospital districts improve their use of regional data. The electronic patient record system is further developed in order to produce national, regional and local data for the support of decision-making.

Research on sexual and reproductive health is reinforced and structures are created for it. National networks of researchers in the field are improved and research in the field is reinforced by financing research schools and/or by establishing a research programme.

In order to improve **division of work, cooperation and coordination**, a multiprofessional national cooperation organ is established. In addition, permanent and regular national level expertise work is organised. The hospital districts answer for the coordination of the promotion of sexual and reproductive health in their respective areas. In the municipalities, the promotion of sexual and reproductive health is managed and developed as a part of health promotion.

Key words: counselling, health, health promotion, health services, reproduction, sex education, sexually transmitted diseases, sexual violence

LUKIJALLE

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma on ensimmäinen laatuun Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö tukee tällä toimintaohjelmalla väestön, parien ja yksilöiden seksuaali- ja lisääntymisterveyden vahvistamista. Ohjelmassa on määritelty seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen tavoitteet ja toimenpiteet vuosille 2007–2011 sekä toimeenpanovastuut paikallis- ja aluetasolla sekä keskushallinnossa.

Toimintaohjelman laatimisen kansallisina lähtökohtina olivat väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyden ongelmat sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyttä vaarantavat tekijät ja ilmiöt yhteiskunnassa. Ohjelmalla on myös kansainvälisiä lähtökohtia, jotka liittyvät eurooppalaisiin terveystieteisiin strategioihin ja yleismaailmallisiin ihmisoikeussopimuksiin. Ohjelman valmistuminen ajoittuu pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen työskentelyn alkuvaiheeseen. Tämä antaa hyvät mahdollisuudet sovittaa toimintaohjelman toimeenpano hallitusohjelman tärkeimpiin sosiaali- ja terveystieteisiin tavoitteisiin, joita ovat sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän rakenteiden uudistaminen ja terveyden edistämisen tehostaminen.

Toimintaohjelma perustuu ministeriön vuonna 2006 asettaman työryhmän laatimaan ehdotukseen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaksi. Työryhmän puheenjohtajana toimi ylijohtaja Kimmo Leppo sosiaali- ja terveysministeriöstä ja varapuheenjohtajana tulosaluejohtaja Maijaliisa Junnila Stakesista. Toimintaohjelmaa valmisteltiin työryhmän alaisuudessa kahdessa jaostossa. Seksuaaliterveyden jaoston puheenjohtajana toimi dosentti Elise Kosunen Tampereen yliopistosta/Stakesista ja varapuheenjohtajana ylitarkastajana Marjaana Pelkonen sosiaali- ja terveysministeriöstä. Lisääntymisterveyden jaoston puheenjohtajana toimi professori Risto Erkkola Turun yliopistosta ja varapuheenjohtajana ylitarkastaja Marjukka Vallimies-Patomäki sosiaali- ja terveysministeriöstä. Työryhmän ja jaostojen jäsenet ja työskentelyn aikana kuullut asiantuntijat käyvätkin ilmi liitteestä 1. Asiantuntijat antoivat arvokasta palautetta toimintaohjelman laatimisessa ja viimeistelyssä. Dosentti Elise Kosunen ja TtT Hanna-Leena Melander vastasivat toimintaohjelman kirjoittamisesta työryhmän ja jaostojen ohjauksessa. Projektipäällikkö Maija Ritamo toimi työryhmän sihteerinä ja teki runsaasti muuta valmistelutyötä. Sosiaali- ja terveysministeriö sai yhteensä 68 lausuntoa eri tahoilta kuten keskushallinnosta, lääninhallituksilta, oppilaitoksilta, sairaanhoitopiireistä, terveyskeskuksista ja järjestöiltä. Saadun palautteen perusteella toimintaohjelma viimeisteltiin.

Sosiaali- ja terveysministeriö suosittaa, että kunnat ja kuntayhtymät toimeenpanevat seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman linjaukset osana meillä olevaa kunta- ja palvelurakennemuutosta. Ohjelman toimenpiteistä suuri osa edellyttää kuntien opetustoimen ja muiden hallinnonalojen sekä kolmannen sektorin

vastuunottoa toimeenpanosta. Ohjelmaa voidaan hyödyntää myös sosiaali- ja terveysalan ammatillisessa koulutuksessa ja korkeakoulutuksessa. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa keskushallinnolle vastuutettujen toimenpiteiden toimeenpanon organisoinnista. Ministeriö tukee myös ohjelman tunnetuksi tekemistä yhteistyössä Stakesin, Kansanterveyslaitoksen ja Suomen Kuntaliiton sekä lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen kanssa. Ohjelman toimeenpanoa voidaan arvioida palvelurakennemuutoksen ja muun keskushallinnon toteuttaman arvioinnin yhteydessä.

Helsingissä 4.5.2007

Peruspalveluministeri Paula Risikko

SISÄLLYSLUETTELO

Tiivistelmä.....	3
Sammandrag	5
Summary	9
Lukijalle.....	13
1 JOHDANTO	19
2 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN OIKEUDET	24
3 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYTEEN LIITTYVÄN NEUVONNAN KEHITTÄMINEN	28
3.1 Seksuaalineuvonnan tarve ja kysyntä.....	28
3.2 Seksuaalineuvonnan nykytila.....	28
3.3 Seksuaalineuvonnan ja seksuaalisten toimintahäiriöiden hoidon integroiminen sosiaali- ja terveyspalveluihin	29
3.4 Miesten neuvontapalvelut	30
3.5 Nuorten seksuaalineuvonta	31
3.6 Vähemmistö- ja erityisryhmien neuvontapalvelut.....	31
4 VÄESTÖN SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYSTIETOUDEN PARANTAMINEN	36
4.1 Lasten ja nuorten seksuaaliopetus ja -kasvatus	36
4.2 Muu väestölle suunnattu informaatio ja viestintä	39
4.3 Palveluiden yhteydessä jaettava materiaali	42
4.4 Internet-pohjaiset ohjauspalvelut äitiyshuollossa	44
5 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN PALVELUIDEN ORGANISOINTI	47
5.1 Palveluiden järjestämisen tausta ja nykytila	47
5.2 Käyntimäärien kehitys.....	48
5.3 Palveluiden uudistamistarpeet	50
5.4 Kokemuksia palveluiden uudistamisesta	51
5.5 Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden osittainen keskittäminen	52
5.6 Periaatteet seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen järjestämisessä	54
6 RASKAUTTA EDELTÄVÄ NEUVONTA JA RASKAUDENAJAN HOITO	57
6.1 Raskautta edeltävän neuvonnan järjestäminen	57
6.2 Lapsettomuus	57
6.3 Suosituksia raskaudenajan hoitoon	58

6.4	Vanhemmuuden tukeminen ja synnytykseen valmentautuminen	60
6.5	Imetyksen ohjaus ja tukeminen.....	63
6.6	Verkostoituminen erityisryhmille palveluja tuottavien tahojen kanssa.....	65
6.7	Ylipainoisten äitien ohjaus ja seuranta.....	66
6.8	Päihteitä käyttävien äitien tunnistaminen ja hoito	67
6.9	Tupakoivien äitien ohjaus ja tukeminen	69
6.10	Raskauden ajan hoidon erityistilanteet	70
6.11	Keskenmenopotilaan jälkitarkastus ja psykososiaalinen tuki.....	71
7	SYNNYTYKSEN HOITO	77
7.1	Synnyttämisen ja synnytyksen hoidon trendejä	77
7.2	Synnytyskokemus	81
7.3	Ensitieto	82
7.4	Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen ja vierihoito	82
8	SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN HOITO	86
8.1	Lyhentyneet hoitoajat ja varhainen kotiutuminen	86
8.2	Synnytyskeskustelu	87
8.3	Imetyksen tukeminen	87
8.4	Kotikäynnit perheen tukena	89
8.5	Synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistaminen ja hoito	89
8.6	Jälkitarkastus ja synnytyksen jälkeinen raskauden ehkäisy	90
9	RASKAUDEN EHKÄISYPALVELUT	97
9.1	Ehkäisyn tarve tilastojen valossa	97
9.2	Ehkäisymenetelmien käyttö	99
9.3	Raskauden ehkäisypalvelut	101
9.4	Ehkäisypalveluiden kehittäminen.....	103
9.5	Yleis- vai erikoisosaamista?.....	104
10	RASKAUDENKESKEYTYKSEN HOITO.....	108
11	SUKUPUOLITAUTIEN TORJUNTA	111
11.1	Epidemiologia	111
11.2	Sukupuolitautilien tutkimus ja hoito	113
11.3	Tartunnan jäljitys ja kumppaneiden hoitoon saattaminen	113
11.4	Klamydian seulonta.....	113
11.5	Sukupuolitautilien ehkäisy	114
11.6	Omaehtoiseen testaukseen hakeutumisen tehostaminen	115
12	SEKSUAALINEN VÄKIVALTA	119
12.1	Epidemiologia	119
12.2	Seksuaalisen väkivallan välittömät ja pitkäaikaiset vaikutukset	120
12.3	Haasteet palvelujärjestelmälle seksuaalisen väkivallan uhrien ja tekijöiden hoidon kehittämiseksi.....	120
12.4	Seksuaalisen väkivallan ehkäisy.....	125
13	AMMATTIHENKILÖIDEN OSAAMISEN KEHITTÄMINEN JA TUKEMINEN.....	132
13.1	Perusopetuksen ja toisen asteen koulutuksen opetushenkilöstö.....	132

13.2	Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tutkintokoulutus	133
13.3	Sosiaali- ja terveydenhuollon täydennyskoulutus ja muu lisäkoulutus.....	137
13.4	Työnkuvan muutoksiin liittyvät koulutustarpeet.....	139
13.5	Sosiaali- ja terveysalan oppilaitosten opettajien koulutus.....	140
13.6	Hoitosuositukset ja sähköinen tukimateriaali ammattilaisille	140
14	TILASTOINTI- JA SEURANTAJÄRJESTELMIEN KEHITTÄMINEN	144
14.1	Seksuaali- ja lisääntymisterveyden nykyinen tiedonkeruu ja raportointi	144
14.2	Tilastojen ja rekistereiden tiedonkeruun ja raportoinnin kehittäminen	147
14.3	Seurantaindikaattoreiden kehittäminen	149
14.4	Avohoidon käyttilastointi ja sähköinen potilaskertomus	151
15	SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN TUTKIMUS	156
15.1	Seksuaali- ja lisääntymisterveys tutkimusalueena Suomessa.....	156
15.2	Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimuksen haasteet.....	158
15.3	Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimuksen rahoitus.....	159
16	TYÖNJAJON, YHTEISTYÖN JA KOORDINOINNIN KEHITTÄMINEN	163
16.1	Työnjako ja vastuut kansallisella tasolla	163
16.2	Kansallisen työnjaon, koordinaation ja yhteistyön kehittäminen	168
16.3	Alueellisen tason työnjako ja yhteistyö	171
16.4	Paikallisen tason työnjako ja yhteistyö	173
17	TOIMINTAOHJELMAN TOIMEENPANO JA SEN TUKEMINEN	177
17.1	Toimeenpanon tarkoitus, tavoite ja aikataulu	177
17.2	Avaintahot toimeenpanossa.....	177
17.3	Toimintaohjelmasta tiedottaminen.....	178
17.4	Toimeenpanon käynnistäminen ja sen tukeminen	179
17.5	Toimeenpanon seuranta ja arviointi	181
LIITTEET		
	Liite 1. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden työryhmä.....	182
	Liite 2. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden määritelmiä.....	185
	Liite 3. Kolmannen sektorin seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvä toiminta.....	186
	Liite 4. Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden vaihtoehtoisia rakenteita perusterveydenhuollossa	187
	Liite 5. Raskautta edeltävä neuvonta äitiyspoliklinikalla.....	189
	Liite 6. Synnytysosastoiden hyviä käytäntöjä synnytysvalmennuksen järjestämiseksi	190
	Liite 7. 10 henkilökohtaista kysymystä alkoholinkäytöstä (AUDIT)	191
	Liite 8. HIV-positiivisen äidin ja syntyvän lapsen seuranta ja hoito raskauden ja synnytyksen aikana sekä syntymän jälkeen	193
	Liite 9. Mielialalomake synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseksi (EPDS).....	194
	Liite 10. Stakesin lisääntymisrekisterin tietosisällöt	196
	Liite 11. Stakesin hoitoilmoitusrekisterin tietosisällöt.....	197
	Liite 12. Esimerkkejä äitiyshuollon toimijoiden paikallisesta yhteistyöstä	198

1 JOHDANTO

Nykytila ja tausta

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen on noussut 2000-luvulla eurooppalaisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen asialistalle. Maiden väliset erot seksuaali- ja lisääntymisterveydessä ovat Euroopassa suuria ja ongelmat maittain erilaisia historiallisista, kulttuurillisista ja kansantaloudellisista tekijöistä johtuen. Maailman terveysjärjestö WHO rohkaiseekin sekä globaalissa että Euroopan alueen strategiassa jäsenmaitaan laatimaan maakohtaiset seksuaali- ja lisääntymisterveyden ohjelmansa omista lähtökohdistaan (WHO 2001 ja 2004, ks. myös WHO 2006). Euroopan parlamentti on kiinnittänyt päätöslauselmassaan huomiota mm. nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyden parantamiseen (Euroopan parlamentti 2002).

Suomessa on 2000-luvun alussa tehty lainsäädännön uudistuksia ja muutoksia, jotka liittyvät samaa sukupuolta olevien parisuhteen rekisteröintiin, hedelmöityshoitoihin, vanhempainvapaaseen ja sikiön poikkeavuuksien seulontaan. Myös monissa sosiaali- ja terveysministeriön suosituksissa ja toimintaohjelmissa on käsitelty seksuaali- ja lisääntymisterveyttä osana laajempia kokonaisuuksia. Palvelujärjestelmää ei ole kuitenkaan tarkasteltu kokonaisuutena seksuaali- ja lisääntymisterveyden näkökulmasta, eikä eri toimialat ja hallinnontasot kattavaa kansallista toimintaohjelmaa ole laadittu.

Lisääntymisterveyden ja siihen liittyvien palveluiden kehittämistä on viimeksi linjattu vuonna 1999 suosituksissa äitiyshuollon seulontatutkimuksista ja yhteistyöstä (Stakes 1999). Uudet ohjeet sikiöseulonnoista on tarkoitus antaa kunnille vuonna 2007. Ohjeita seksuaaliterveyden edistämisestä on annettu kouluterveydenhuollon oppaassa (Stakes 2002) ja laatusuosituksessa (STM 2004), lastenneuvolaoppaassa (STM 2004) ja opiskeluterveydenhuollon oppaassa (STM 2006). Muita seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä ohjelmia ovat Toimintaohjelma lähi- ja parisuhdeväkivallan ehkäisemiseksi 2004–2007 sekä HIV-asiantuntijatyöryhmän laatima HIV-strategia (STM 2002). Perheiden hyvinvointia on tuettu vuoden 2007 alusta korottamalla äitiys- ja vanhempainrahaa ja tekemällä isäkuukauden pitäminen aikaisempaa joustavammaksi. Lastensuojelulain uudistuksessa (L 417/2007) korostetaan lasten ja nuorten kasvuolojen kehittämistä ja vanhempien tukemista heidän kasvatustehtävässään osana ehkäisevää lastensuojelua.

Suomessa väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyden tila on tilastollisesti tarkasteltuna hyvä kansainvälisestäikin vertaillen. Äitiyshuollon perinteiset osoittimet äitiyskuolleisuus, perinataalikuolleisuus sekä keskosena ja pienipainoisena syntyneiden osuudet syntyneistä ovat jo pitkään olleet maailman alhaisimpia. Raskauden keskeytysten määrä on pysynyt kohtuullisena, eikä HIV-epidemia ole levinnyt. Tilastojenkin näkökulmasta haasteita silti on, sillä raskaudenkeskeytysten ja sukupuolitautilien määrät ovat kehittyneet huonompaan suuntaan 1990-luvun puolivälin jälkeen. Synnytykset fertiili-ikänsä loppupuolella ja hedelmättömyys siihen liittyvine hoitoineen ovat yleistyneet.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueella on nähtävissä uhkatekijöitä, joiden taustalla ovat kansainväliset yhteiskunnalliset ja kulttuuriset muutokset. Näihin haasteisiin ei voi vastata pelkästään terveydenhuollon keinoin. Lisääntyvä alkoholin ja huumeiden käyttö altistaa seksuaaliselle riskikäyttäytymiselle ja väkivallalle. Länsimaisen yhteiskunnan seksualisoituminen on ilmiö, joka tavoittaa ylikansallisen median ja massaviihteen kautta laajat kansanjoukot. Suomessa seksualisoitumisen aikakausi alkoi 1990-luvun alussa (Nikunen ym. 2005). Ilmiö näkyy paitsi mainonnassa, aikakauslehtien sisällöissä, sähköisissä viestimissä ja viihdeteollisuudessa, myös leluissa ja lasten pukeutumiskulttuurissa.

Erityisen haavoittuvia seksuaalisväritteiselle viestinnälle ovat nuoret, jotka eivät kykene tietojensa ja vähäisen elämäkokemuksensa varassa arvioimaan saamaansa informaatiota suhteessa omaan ikäkauteensa. Liian aikaiset seksikontaktit sekä altistuminen seksuaaliselle hyväksikäytölle ovat pahimmillaan seurausta väärityneistä mielikuvista ja käsityksistä. Näistä on jo selviä merkkejä suomalaisessakin yhteiskunnassa. Seksualisoitunut kulttuuri vaikuttaa myös aikuisten parisuhteisiin luomalla epärealistisia odotuksia ja suorituspainetta. Vaikka seksuaalinen ilmapiiri on näennäisesti vapautunut, aikuisten tyytyväisyys omaan seksielämäänsä on heikentynyt 1990-luvulla (Haavio-Mannila ja Kontula 2001). Parisuhteista osassa voidaan huonosti, mikä näkyy mm. parisuhdeväkivaltana ja suurina erolukuina.

Toimintaohjelmassa käytetyt käsitteet

Lisääntymisterveyden käsite on esiintynyt kansainvälisessä sanastossa ainakin parin vuosikymmenien ajan, mutta *seksuaaliterveyden* käsitteen käyttö yleistyi vasta Kairossa vuonna 1994 pidetyn Yhdistyneiden Kansakuntien (YK) väestö- ja kehityskonferenssin hyväksymän käsitelmärittelyn jälkeen (Liite 2). Sen mukaan seksuaaliterveys sisältyy lisääntymisterveyden käsitteeseen. Konferenssin jälkeen seksuaaliterveyden asiantuntijat esittivät, että käsitteiden hierarkian tulisi olla päinvastainen (Ketting 1996). Seksuaaliterveys on edellytys lisääntymisterveydelle ja pitää sisällään enemmän asioita kuin lisääntymisterveys. Seksuaaliterveys on relevantti koko elämänkaaren ajan eikä vain lisääntymiskautena. Seksuaaliterveys on siten lisääntymisterveyttä laajempi käsite (Progress in Reproductive Health Research 2004a).

Kansainvälisesti katsoen terminologia ei ole edelleenkaan vakiintunutta. Taustalla on uskonnollisia, kulttuurisia ja poliittisia jännitteitä, joiden vuoksi monet ilmaisut ovat kiistanalaisia (RFSU 2004). Eurooppalaisissa yhteyksissä on 2000-luvulla käytetty usein rinnakkaisilmaisua seksuaali- ja lisääntymisterveys (sexual and reproductive health), ja käytäntö on valittu myös tähän toimintaohjelmaan. Tällä ei oteta kantaa käsitteiden sisäkkäisyyteen, vaan seksuaaliterveys ja lisääntymisterveys ymmärretään osin päällekkäisiksi lähikäsitteiksi.

Seksuaaliterveys ymmärretään tässä toimintaohjelmassa laaja-alaisesti WHO:n epävirallisen määritelmän mukaan (Liite 2). Sen mukaisesti seksuaaliterveydessä on kyse ko-

konaisvaltaisesta hyvinvoinnin tilasta, jonka edellytyksiä ovat positiivinen ja kunnioitava asenne seksuaalisuuteen sekä haluttaessa mahdollisuus nautinnollisiin ja turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin ilman pakottamisesta, syrjintää ja väkivaltaa. Kaikkien ihmisten seksuaalisten oikeuksien kunnioittaminen, suojeleminen ja toteuttaminen ovat niin ikään hyvän seksuaaliterveyden edellytyksiä.

Lisääntymisterveyspalveluilla ymmärretään tämän toimintaohjelman yhteydessä kaikkia niitä palveluita, jotka liittyvät raskauden ja synnytyksen suunnitteluun ja hoitoon. *Seksuaaliterveyspalveluita* puolestaan ovat kaikki palvelut, joissa jollain tavalla käsitellään ihmisen seksuaalisuutta tai seksuaalitoimintoja ja parisuhdetta. *Seksuaalineuvonta* on keskeinen osa seksuaaliterveyspalveluita, ja sillä tarkoitetaan Nummelinin mukaan ammatillista, henkilökohtaisessa vuorovaikutussuhteessa tapahtuvaa yksilöllisten, seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyä. *Seksuaaliopetuksella* tarkoitetaan koulun opetus suunnitelman mukaista toimintaa ja *seksuaalivalistuksella* joukkoviestinnän keinoin tapahtuvaa seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyä. (Nummelin 2000.)

Toimintaohjelman lähtökohdat

Toimintaohjelmassa seksuaali- ja lisääntymisterveys ymmärretään osaksi kansanterveyttä ja seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen osaksi terveyden edistämistä. Terveyden edistämistä on vahvistettu vuoden 2006 alussa voimaan tulleissa kansanterveyslain uudistuksissa ja linjattu Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategioissa 2015 (STM 2006a) ja Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa (STM 2001). Terveyden edistämisen laatusuosituksessa (STM 2006b) seksuaaliterveys on otettu yhdeksi aihealueeksi, ja suosituksen liitteessä käsitellään seksuaaliterveyden edistämistä kuntatasolla.

Tämän toimintaohjelman valmistuminen ajoittuu vaiheeseen, jossa terveyden edistäminen on kaikkiaan vahvassa muutosvaiheessa ja uudistaville ajatuksille on sosiaalinen tilaus. Pääministeri Matti Vanhasen II hallitusohjelmassa korostetaan terveyden edistämistä, jota varten valmistellaan erityinen politiikkaohjelma (Valtioneuvoston kanslia 2007). Terveyden edistämisen keskeisiä haasteita on sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen. Myös heikko seksuaali- ja lisääntymisterveys näyttää kasautuvan niille, joilla muutenkin on paljon terveyttä vaarantavia riskitekijöitä. Ministeriössä on käynnistetty kansallisen toimintaohjelman valmistelu terveyserojen kaventamiseksi. Stakesin, Kansanterveyslaitoksen ja Työterveyslaitoksen TEROKA-hankkeessa kootaan tietoa terveyseroista ja kehitetään toimintamalleja sosiaaliryhmien välisten terveyserojen kaventamiseksi (www.teroka.fi). Kunta- ja palvelurakennemuutoksella on tarkoitus muuttaa perusterveydenhuollon järjestämisen perusta oleellisesti ja luoda uusia rakenteita. Ajankohta on otollinen myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen kehittämiseksi osana palvelukokonaisuutta. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen palvelurakenteessa on puutteita kunta-, alue- ja kansallisella tasolla.

Muita lähtökohtia toimintaohjelman laatimiselle ovat palvelujen riittämättömyys ja epätasainen jakautuminen etenkin syrjäytymisvaarassa olevien ja vähemmistöryhmien nä-

kökulmasta sekä uudet hoitokäytännöt ja menetelmät, jotka pitäisi juurruttaa osaksi terveys- ja sosiaalipalveluja. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen viimeisenä vuonna 2007 keskeisiä kehittämiskohteita ovat terveyskeskustoiminta ja terveyden edistäminen. Myös sosiaalialan kehittämishankkeessa on yhtymäkohtia seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden kehittämiseen.

Toimintaohjelman tavoitteet, keskeinen sisältö, kohderyhmät ja rajaukset

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman tavoitteena on väestön sekä pariskuntien ja yksilöiden hyvän seksuaali- ja lisääntymisterveyden vahvistaminen. Ohjelmassa linjataan lähivuosien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyötä, sen johtamista, palvelurakennetta, toimintatapoja ja osaamisen kehittämistä. Väestön tietoutta seksuaali- ja lisääntymisterveydestä on parannettava, ja monipuolinen neuvonta on integroitava osaksi sosiaali- ja terveyspalveluja. Raskauden keskeytysten, ei-toivottujen raskauksien ja sukupuolitautilien ehkäisemiseksi on lisättävä kondomien käyttöä ja korostettava molempien osapuolten vastuullista käyttäytymistä seksuaalisuhteessa. Raskauden ajan, synnytysten ja synnytyksen jälkeisessä hoidossa tavoitteena on varmistaa äidin ja syntyvän lapsen terveys sekä koko perheen hyvinvointi. Lisäksi tavoitteena on tukea parisuhdetta ja vanhemmuutta, kehittää erityisryhmien palveluita sekä vastata palvelutarpeeseen entistä yksilöllisemmin. Toimintaohjelmassa kiinnitetään erityistä huomiota seksuaalisen väkivallan varhaisen tunnistamisen ja hoidon sekä ennalta ehkäisyn kehittämiseen. Tavoitteiden toteutumisen keskeisinä edellytyksinä ovat seksuaali- ja lisääntymisterveyden osaamisen vahvistaminen ja palvelurakenteen kehittäminen.

Koska kyseessä on monialainen ja monitieteinen ohjelma, sen toimeenpano perustuu eri sektoreiden ja hallinnonalojen yhteistyöhön. Ohjelma on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle, henkilöstölle, keskeisille yhteistyötahoille ja luottamushenkilöille. Keskeisiä kohderyhmiä ovat myös sosiaali- ja terveysalan opettajat ja opiskelijat sekä peruskoulujen ja lukiodien terveystiedon opettajat ja näitä opettajia kouluttavat tahot. Ohjelma kattaa 14 aihekokonaisuutta, joille on asetettu tavoitteet ja suunniteltu toimenpiteet vuoteen 2011. Kansallisella tasolla organisoidaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden pysyvä kansallisen tason asiantuntijatyö ja perustetaan kansallinen koordinaatio- ja yhteistyöelin. Alueellisella tasolla sairaanhoitopiireissä ehdotetaan nimettäväksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhteyshenkilö ja perustettavaksi alueellinen työryhmä. Paikallisella tai seudullisella tasolla seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyön koordinointia esitetään kuntien tai useamman kunnan yhteisen terveyden edistämisen yhteistyöryhmän tehtäväksi.

Toimintaohjelma on valmisteltu työryhmän saaman tehtäväksiannon mukaisesti, mikä rajaa käsitellyt aihepiirit. Ohjelmassa ei käsitellä aiheita, joista on hiljattain laadittu katsaus ja kattava ohjeistus kuten lasten seksuaalisesta hyväksikäytöstä (Taskinen 2003, Antikainen ja Taskinen 2006) tai tärkeät uudistukset olivat kesken työryhmän työn aikana (hedelmöityshoidot).

Ulkopuolelle on jätetty myös aiheet, joihin vaikuttamiseen tarvitaan kansainvälistä yhteistyötä, kuten ihmiskaupan ja prostituution ehkäiseminen ja niihin liittyvät terveyskysymykset.

Toimintaohjelma sisältää paljon suosituksia, jotka voidaan toteuttaa osana normaalia kehittämistoimintaa nykyisillä resursseilla. Joidenkin suositusten toteuttaminen voi aiheuttaa kunnille lyhyellä tähtäyksellä kustannuksia. Pitkällä tähtäyksellä suositusten toteuttaminen parantaa palvelujen saatavuutta, toimivuutta ja laatua. Kaikki uudistukset edellyttävät kuitenkin hyvää johtamista, osaavia työntekijöitä ja palvelujen tarkoituksenmukaista organisointia. Suurin osa suosituksista on luonteeltaan ennalta ehkäiseviä ja aikaan saavat toteutuessaan kustannussäästöjä. Esimerkiksi hyvin hoidettu ehkäisyneuvonta vähentää raskauden keskeytyksiä ja sukupuolitauteja ja niistä aiheutuvia komplikaatioita. Ylipainon ehkäiseminen raskauden aikana vähentää myöhemmin diabetesta ja muuta sairastavuutta. Ehkäisevän toiminnan vaikuttavuudesta on vakuuttavaa tieteellistä näyttöä (esim. Terveydenhuollon menojen hillintä...2007).

Lähteet

- Antikainen J, Taskinen S (toim.). Seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten ja lapsia hyväksikäyttäneiden nuorten hoito. Stakes. Helsinki, 2006.
- Euroopan parlamentti. Seksuaali- ja lisääntymisterveys ja seksuaali- ja lisääntymisterveystoimet. Mietintö. Naisten oikeuksien ja tasa-arvoasioiden valiokunta. Istuntoasiakirja A5-0223/2002 (www.europarl.eu.int/plenary/default_en.htm).
- Haavio-Mannila E, Kontula O. Seksin trendit: Meillä ja naapureissa. WSOY. Helsinki, 2001.
- Ketting E. Sexual health is something different. Choices. Sexual health and family planning in Europe. 1996;25(2):1. L 417/2007. Lastensuojelulaki. Valtion Säädospankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/laki/kokoelma/2007>. Luettu: 4.5.2007.
- Nikunen K, Paasonen S, Saarenmaa L. Jokapäiväinen pornomme – media, seksuaalisuus ja populaarikulttuuri. Vastapaino. Tampere, 2005.
- Nummelin R. Seksuaalikasvatusmateriaalit – pääkaupunkiseutulaisten nuorten näkemyksiä ja kokemuksia. Acta Universitatis Tamperensis 778. Tampereen yliopisto. Tampere, 2000.
- Progress in Reproductive Health Research. Sexual health – new focus for WHO. Nro 67/2004. http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html#3.
- RSFU. Breaking through. A guide to sexual and reproductive health and rights. The Swedish Association for Sexuality Education (RSFU). Stockholm, 2004.
- Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, Kirsi Viisainen (toim.). Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa, suositukset 1999. Stakes Oppaita 34. Helsinki, 1999.
- Stakes. Kouluterveydenhuolto 2002. Oppaita 51. Helsinki, 2002.
- STM. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki.
- STM ja Suomen Kuntaliitto. Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Oppaita 2004:8. Helsinki.
- STM. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015. – kohti sosiaalisesti kestävää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Julkaisuja 2006:14. Helsinki.
- STM. Suomen kansallinen HIV/AIDS –strategia. Työryhmämuistioita 2002:1. Helsinki.
- STM. Terveyden edistämisen laatusuositus. Julkaisuja 2006:19. Helsinki.
- STM. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. Julkaisuja 2001:4. Helsinki.
- STM. Lähisuhde- ja parisuhdeväkivallan ehkäiseminen 2004-2007. Esitteitä 2004:9. Helsinki.
- STM. Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:12. Helsinki, 2006.
- Taskinen S (toim.). Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpitelyn selvittäminen. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Oppaita 55. Stakes, Helsinki, 2003.
- Terveydenhuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys. Valtioneuvoston kanslian julkaisuja 4/2007, Helsinki.
- Valtioneuvoston kanslia. Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma. Helsinki, 2007.
- WHO. WHO Regional strategy on sexual and reproductive health. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2001.
- WHO. Reproductive health strategy. World Health Organisation. Geneva, 2004.

2 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN OIKEUDET

Kansainvälinen tausta

Seksuaali- ja lisääntymisterveydestä alettiin puhua oikeuksien näkökulmasta vuonna 1994 pidetyn Kairon väestö- ja kehityskonferenssin jälkeen. Kairon toimintaohjelmassa luovuttiin väestönkasvun rajoittamisen näkökulmasta lähteneistä tavoitteista, jotka olivat usein johtaneet yksilön kannalta epäinhimillisiin toimenpiteisiin. Tilalle tulivat yksilön ja ihmisoikeuksien näkökulmasta lähtevät tavoitteet, joihin kaikki 179 osanottajamaata sitoutuivat. Kairon kokouksessa määriteltiin seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteet, ja niitä koskevat oikeudet liitettiin osaksi yleismaailmallisia ihmisoikeuksia. (UNFPA 2004.)

Ihmisoikeuksista lähtevä ajattelu sai jatkoa vuonna 1995, jolloin Pekingin naistenkonferenssissa tunnustettiin, että naisten ihmisoikeudet sisältävät oikeuden vapaasti ja vastuullisesti päättää seksuaalisuuteen liittyvistä asioistaan. Kansainvälinen perhe-suunnittelujärjestö (IPPF) julkaisi samana vuonna 12-kohtaisen seksuaali- ja lisääntymisterveysoikeuksien julistuksen. (IPPF 1995.)

2000-luvulla seksuaali- ja lisääntymisterveyttä on alettu eurooppalaisissa asiakirjoissakin käsitellä oikeuksien näkökulmasta lähtien. Euroopan parlamentti on julkaissut päätöslauselman (2002) ja Euroopan neuvosto laatinut strategian (2004) seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ja niihin liittyvistä oikeuksista. Maailman terveysjärjestö on julkaissut Euroopan alueen strategian (WHO 2001). Keskeisiä asioita seksuaali- ja lisääntymisterveyden oikeuslähtöisessä ajattelussa ovat yksilöiden ja parien oikeus itse päättää lastensa lukumäärästä ja lasten ajoittamisesta. Sen toteuttamiseksi ihmisillä on oikeus saada seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevaa tietoa ja palveluita tarpeidensa mukaan. YK:n yleiskokouksen joulukuussa 2006 hyväksymään yleissopimukseen vammaisten oikeuksista sisältyy terveysartikla, jossa mainitaan erikseen seksuaali- ja lisääntymisterveys. Suomi on allekirjoittanut sopimuksen.

Oikeudet suomalaisessa lainsäädännössä

Suomalaisessa lainsäädännössä terveyspalveluihin liittyvistä oikeuksista säädetään perustuslaissa ja laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992, jäljempänä potilaslaki). Perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.

Potilaslaki säättää potilaan oikeudesta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun, itsemääräämiseen ja tiedon saamiseen. Lain mukaan hoito on jär-

jestettävä ja potilasta kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon hänen hoidossaan ja kohtelussaan. Potilaan osallistuminen hoitoaan koskevaan päätöksentekoon perustuu terveydenhuollon yleisiin oikeusperiaatteisiin ja lainsäädäntöön. Terveydenhuollon yleisten oikeusperiaatteiden mukaan potilaan kohtelussa on noudatettava integriteettiperiaatetta sekä otettava huomioon potilaan omat toivomukset ja edistettävä hänen omatoimisuuttaan ja osallistumistaan (Tuori 1995).

Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan potilaan oikeutta päättää henkilökohtaiseen koskemattomuuteensa puuttumisesta (HE 185/1991 vp). Tämä edellyttää, että potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan tai että hoidosta päätettäessä on kuultava hänen laillista edustajaansa, omaistaan tai läheistään. Potilaan taikka hänen edustajansa kieltäessä tietyn hoidon tai hoitotoimenpiteen potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen tai hänen edustajansa kanssa muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Kiireellistä hoitoa vaativissa tilanteissa on annettava tarpeellinen hoito, vaikka potilaan tahdosta ei saataisi selvitystä.

Potilaan tiedonsaantioikeus edellyttää selvityksen antamista hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, laajuudesta, riskitekijöistä, epäonnistumismahdollisuuksista sekä hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. Selvitys on annettava siten, että potilas ymmärtää sen sisällön riittävästi. Ellei potilas voi itse päättää hoidostaan, on vastaava selvitys annettava lailliselle edustajalle, omaiselle tai läheiselle, joka osallistuu hoitopäätöksen tekemiseen.

Vaikka hoidossa on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon potilaan yksilölliset tarpeet (L 785/1992), potilaalla ei ole oikeutta saada mitä tahansa hoitoa (STM 2004). Hoitoa koskevan päätöksenteon lähtökohtana on potilaan terveydentilaan perustuva tarveperiaate, ja hoidon tarpeen arvioinnin tulee perustua lääketieteellisesti hyväksyttäviin kriteereihin. Hoidon tarpeen arvioi ja hoidosta päättää terveydenhuollon ammattihenkilö, viime kädessä lääkäri (STM 2004).

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 812/2000, jäljempänä sosiaalihuollon asiakaslaki) koskee sekä viranomaisen että yksityisen järjestämää sosiaalipalvelua. Sosiaalihuollon asiakaslaki sisältää säännökset sosiaalihuollon asiakkaan itsemääräämisoikeudesta ja osallistumisesta, itsemääräämisoikeudesta erityistilanteissa (kuten sairauden aiheuttama tila), alaikäisen asiakkaan asemasta ja tietojen antamisesta asiakkaalle tai hänen edustajalleen (9 §, 10 § ja 11 §:n 3. mom).

Lasten ja nuorten oikeudet

Kairon väestökonferenssin asiakirjoissa kiinnitettiin ensimmäisen kerran huomiota siihen, että myös nuorisolla on oikeus seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluihin. Eräs kriittinen keskustelun aihe sen jälkeen on ollut alaikäisten oikeus luottamuksellisiin palveluihin. YK:n lapsen oikeuksien sopimuksen 12. artiklan mukaan lapselle, joka kyke-

nee muodostamaan omat näkemyksensä, taataan oikeus vapaasti ilmaista nämä näkemyksensä kaikissa häntä koskevissa asioissa. Lapsen näkemykset on otettava huomioon lapsen iän ja kehitystason mukaisesti. (Yleissopimus lapsen oikeuksista 1989.)

Suomessa laki potilaan asemasta ja oikeuksista säätelee alaikäisen oikeuksista samassa hengessä kuin kansainvälinen lapsen oikeuksien sopimus. Lain 7 pykälän mukaan alaikäistä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, jos hän ikänsä ja kehitystasonsa perusteella pystyy päättämään hoidostaan. Jos näin on, niin lain pykälän 9 mukaan hänellä on myös oikeus kieltää terveydentilaansa tai hoitoaan koskevien tietojen antaminen huoltajalleen tai muulle lailliselle edustajalleen. Luottamuksellisuus koskee silloin myös alaikäisen potilasasiakirjoja. Käytännön tilanteissa esimerkiksi raskauden keskeytystä tai ehkäisyä hoidettaessa alaikäistä neuvotaan ja rohkaistaan kertomaan itse asiasta vanhemmilleen. Mutta jos nuori ei halua niin tehdä, on tilanne joka kerta harkittava yksilöllisesti kokonaistilanteen ja nuoren edun mukaan. Jos alaikäinen arvioidaan kehitystasonsa puolesta kykeneväksi päättämään hoidostaan eikä tilanteeseen liity nuoren kehitystä vaarantavia seikkoja, on hänellä oikeus luottamukselliseen hoitoon. Mutta jos kokonaistilanne ja alaikäisen etu herättää ajatuksen lastensuojelun tarpeesta, menee lastensuojelulain mukainen ilmoittamisvelvollisuus salassapitovelvollisuuden edelle (Kai-vosoja ja Perheentupa 2000, Mahkonen 2003).

Lapsen oikeuksien kannalta merkittävää on myös lasten oikeus suojeluun. Lapsen oikeuksien sopimuksen artiklan 34 mukaan lasta tulee suojella seksuaaliselta hyväksikäytöltä ja artiklan 17 mukaan myös ikätasolleen sopimattomalta mediasisällöltä. Lapsella on oikeus parhaaseen mahdolliseen terveydentilaan (artikla 24). Sopimus korostaa vanhempien kasvatusvastuun ensisijaisuutta, ja tätä sopimuksen kohtaa korostetaan myös 1.1.2008 voimaan tulevassa uudessa lastensuojelulaissa (L 417/2007). Lastensuojelulain soveltamisesta on valmistunut uusi opas (Taskinen 2007).

Lähteet:

- Euroopan parlamentti 2002. Seksuaali- ja lisääntymisterveys ja seksuaali- ja lisääntymisoikeudet. Mietintö. Naisten oikeuksien ja tasa-arvoasioiden valiokunta. Istuntoasiakirja A5-0223/2002 (www.europarl.eu.int/plenary/default_en.htm).
- Euroopan neuvosto 2004. Resolution 1399 (2004). European strategy for the promotion of sexual and reproductive health and rights. (<http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta04/ERES1399.htm>)
- HE 137/1999. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä sosiaalihuoltolain muuttamisesta ja eräiksi niihin liittyviksi laeiksi. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/1999/19990137>. Luettu 29.12.2006.
- HE 185/1991 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista. Luettavissa: <http://www.eduskunta.fi>. Luettu: 7.12.2006.
- HE 252/2006. Hallituksen esitys Eduskunnalle. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2006/20060252>. Luettu: 10.1.2007.
- IPPF. Charter on sexual and reproductive rights. International Planned Parenthood Federation. Lontoo, 1995.
- Kaivosoja M, Perheentupa J. Lapset ja nuoret. Teoksessa: Koskenvuo K (toim.): Lääkärintyo ja laki. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 2000.
- L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> Luettu 5.4.2006.
- L 812/2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2000/20000812>. Luettu 29.12.2006.
- L 417/2007. Lastensuojelulaki. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/kokelma/2007>. Luettu: 4.5.2007.
- Mahkonen S. Lastensuojeluilmoitus. Gummerus kirjapaino. Jyväskylä, 2003.
- STM. Hoitoon pääsyn turvaaminen. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntatiedote 10/2004.
- Taskinen S. Lastensuojelulaki (417/2007) Soveltamisopas. Stakes Oppaita 65. Helsinki, 2007.
- Tuori K. Sosiaalioikeus. WSOY. Helsinki, 1995.
- UNFPA. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tila maailmassa. 10 vuotta YK:n väestö- ja kehityskonferenssista. Tiivistelmä YK:n väestörahasen vuosiraportista 2004. Saatavissa: <http://www.vaestoliitto.fi/kehitysyhteistyo/julkaisut/unfpa/>. Luettu: 7.12.2006.
- WHO. Regional strategy on sexual and reproductive health. Copenhagen 2001. Luettavissa: <http://www.who.dk/document/e74558.pdf>. Luettu 29.12.2006.
- WHO. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections 2006-2015. Key messages. Geneva, 2006.
- Yleissopimus lapsen oikeuksista 1989. Luettavissa: http://www.ihmisoikeudet.net/Lakijaturva/lakijaturva_3_4_a.html. Luettu 7.12.2006.

3 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYTEEN LIITTYVÄN NEUVONNAN KEHITTÄMINEN

3.1 Seksuaalineuvonnan tarve ja kysyntä

Seksuaalineuvonnan palvelutarpeesta ei ole selvää käsitystä, sillä aihetta on kartoitettu Suomessa vähän ja tieto on hajanaista. Jyväskylässä työterveyshuollon ja neuvolan asiakkaille tehtyyn kyselyyn vastanneista kolme neljäsosaa ilmoitti, että olisi tarvinnut seksuaalisuuteen liittyvää neuvontaa jossain elämänsä vaiheessa, yleisimmin nuoruudessa. Yleisimmin toivotut keskustelun aiheet olivat seksuaalinen haluttomuus, parisuhde ja raskausajan seksuaalisuus. (Gröhn ym. 1998.)

Sairauksiin liittyvää neuvontatarvetta kysyttiin vuoden 1992 FINSEX-tutkimuksessa, jolloin 6 % pitkäaikaissairaista ilmoitti tarvitsevansa seksuaalineuvontaa (Nurmi 1993). Kun tutkimus myöhemmin (1999) toistettiin, yksi kymmenestä nuoresta ja keski-ikäisestä ilmoitti sairauden häiritsevän seksuaalielämänsä ja 50. ikävuoden jälkeen haitat yleistyivät huomattavasti (Haavio-Mannila ja Kontula 2001). Syöpätautien klinikan potilaille tehtyyn kyselyyn vastanneista kolme neljästä piti tarpeellisena seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyä sairaalassa. Lähes kaikki toivoivat, että aloite tulee lääkäriltä tai hoitajalta, harva oli valmis ottamaan itse asian esille. Informaatiota toivottiin pääosin suullisena. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003.)

Erilaisten neuvontapalveluita tarjoavien organisaatioiden kokemus on, että seksuaalisuuteen liittyvä neuvontatarve on kasvussa. Erityyppiset seksuaaliset toimintahäiriöt ovat yleisiä. Kun suhtautuminen seksuaalisuuteen on avoimempaa kuin aiemmin ja lääketieteellinen teknologia on kehittänyt keinoja häiriöiden hoitoon, apua tullaan ehkä herkemmin hakemaan. Oma osuutensa on kulttuurin seksualisoitumisella ja kaupallisella markkinoinnilla, jotka sinällään herättävät kysymyksiä ja neuvontatarvetta.

3.2 Seksuaalineuvonnan nykytila

Järjestelmällistä oppilaitosten tarjoamaa seksuaalineuvoja ja -terapiakoulutusta on ollut tarjolla kymmenkunta vuotta (ks. luku 13), sitä ennen koulutusta ovat tarjonneet muun muassa kirkko ja järjestöt. Pääosa koulutetusta henkilökunnasta toimii kolmannella sektorilla ja yksityisinä palveluntuottajina, ja palvelut ovat jakaantuneet maassa epätasaisesti.

Seksuaalisista toimintahäiriöistä kärsivien ihmisten hoitoon hakeutumisen reittejä ei ole tutkittu, mutta oletettavasti yksityisen sektorin osuus on merkittävä. Lääketieteellisellä puolella ongelmia esitetään gynekologeille ja urologeille, jotka saattavat ohjata potilaan seksuaali- tai parisuhdeterapiaan yksityisen tai kolmannen sektorin palveluihin, jos niitä on saatavilla.

Kolmannella sektorilla on paljon toimijoita, joiden palveluihin sisältyy neuvontaa seksuaalisuuteen, seksuaaliterveyteen ja parisuhteeseen liittyvissä kysymyksissä (Liite 3). Joidenkin toimijoiden palvelut on suunnattu erityisryhmille, mutta nämä palvelevat myös ketä tahansa neuvoja tarvitsevaa. Esimerkiksi Suomen Punainen Ristin ja HIV-säätiön AIDS-tukikeskuksen kautta voi saada tukea ja neuvontaa paitsi HI-virukseen myös muissa seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa. Tavallisimpia seksuaalineuvojan tai -terapeutin vastaanotolle hakeutumisen syitä ovat nykyisin seksuaalinen haluttomuus (molemmilla sukupuolilla), erektiohäiriöt ja parisuhdeongelmat. Kirkon perheasiain neuvottelukeskusten rooli parisuhde- ja seksuaalineuvonnan palvelutuottajana on ollut merkittävä jo vuosikymmeniä. Neuvottelukeskusten vastaanotoilla käydään vuosittain lähes 100 000 neuvottelua. Seksuaalielämän kysymykset ovat tärkeä osa lähes jokaisen pariskunnan kanssa käytävää keskustelua.

Julkisten palvelujen puolella seksuaalineuvoja- tai terapiakoulutuksen saaneet työntekijät ovat sijoittuneet pääosin erikoissairaanhoidon. Viime vuosina osa keskussairaaloista on kouluttanut henkilökuntaa muun muassa urologisten, gynekologisten, diabetes- ja syöpäpotilaiden seksuaalineuvontaan. Lisäksi seksuaalineuvontaa on ollut tarjolla kuntoutuslaitoksissa joidenkin erityisryhmien kuntoutuksen yhteydessä (esim. selkäydinvammaiset, MS-potilaat, aivovaurion tai -vamman saaneet). Perusterveydenhuollon työntekijöiden kokemus on, että seksuaalisuuteen liittyvä neuvontatarve on kasvussa. Apua kysytään sekä lääkäreiltä että hoitajilta. Terveyskeskuksissa seksuaalineuvojakoulutuksen saaneita työntekijöitä on kuitenkin vähän (Sannisto ym. 2007), ja he toimivat pääosin neuvolatyössä. Etenkin ikääntyvien, pitkäaikaissairaiden ja vammaisten sekä seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen seksuaaliset tarpeet ovat palvelujärjestelmässä edelleen tabuluontoinen asia ja jäävät usein huomioimatta.

3.3 Seksuaalineuvonnan ja seksuaalisten toimintahäiriöiden hoidon integroiminen sosiaali- ja terveyspalveluihin

Lääkintöhallitus esitti jo vuonna 1980, että seksuaalineuvonnan olisi toteuduttava osana normaaleja terveyspalveluja. Periaate soveltuu edelleen palveluiden järjestämisen lähtökohdaksi. Aktiivista seksuaalisuuden puheeksi ottamista potilasta kunnioittavalla tavalla pitää lisätä kaikissa palveluissa. Perusterveydenhuolto on tässä avainasemassa, sillä seksuaalisuutta sivutaan lähes kaikissa työtehtävissä. Seksuaalineuvonnan integroiminen osaksi julkista palvelujärjestelmää edistäisi palveluiden tasa-arvoista saatavuutta maan eri osissa. Muidenkin kuin julkisen sektorin palveluntuottajien asema säilyy kuitenkin jatkossakin merkittävänä, sillä seksuaalineuvonnan verkoston luominen vie vuosia. Kolmannelle sektorille on myös kertynyt runsaasti kokemusta, jota voidaan hyödyntää ammattihenkilöstön ohjauksessa, konsultaatioissa ja täydennyskoulutuksessa.

Seksuaalisten toimintahäiriöiden selvittelyn alkuvaiheessa tarvitaan lääketieteellinen arviointi sairauksien poissulkemiseksi ja esimerkiksi lääkaineiden vaikutusten arvioimiseksi. Tämä soveltuu hyvin perusterveydenhuollon tehtäviin, kuten muidenkin oireiden

ensiselvittely. Jos häiriön taustalla on sairaus, seksuaaliongelmia hoidetaan osana potilaan kokonaisuhoitoa siellä, missä sairauden hoitovastuu on, olipa se perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa.

Jos seksuaalinen toimintahäiriöön ei ole elimellistä tai sairauteen liittyvää syytä, vaan se liittyy ennemminkin esimerkiksi parisuhteen dynamiikkaan, asiakas tarvitsee seksuaalineuvojan tai -terapeutin koulutuksen saaneen henkilön palveluita. Tarvittaessa erikoissairaanhoitotasoa pitäisi voida konsultoida myös seksuaaliongelman osalta.

Seksuaalineuvonta kuuluu oleellisena osana myös ehkäisevän terveydenhuollon palveluihin. Esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvolatyössä tulisi antaa enemmän tietoa ja neuvontaa parisuhdevaikeuksien ja pikkulapsiperheiden vanhempien eroamisen ehkäisemiseksi. Äitiyshuollon suositusten mukaan seksuaalineuvonta kuuluu neuvontasisältöihin (Stakesin... 1999). Tuoreen äitiys- ja lastenneuvolaselvityksen mukaan parisuhdetta ja seksuaalisuutta käsiteltiin yleisesti perhevalmennuksessa, mutta alle vuoden ikäisten lasten perheryhmissä huomattavasti vähemmän ja isäryhmissä sekä leikki-ikäisten lasten vanhempien ryhmissä hyvin harvoin (Hakulinen-Viitanen ym. 2005).

Ikä- ja elämänvaiheeseen soveltuva seksuaalineuvonta on osa ehkäiseviä terveyspalveluita.

Seksuaaliterveyden edistäminen sisältyy useisiin viimeaikaisiin ehkäisevän terveydenhuollon suosituksiin. Uusi lastenneuvolatyön opas suosittaa, että neuvolassa keskustellaan lapsen seksuaalisesta kehityksestä osana kokonaiskehitystä. Neuvolassa on oltava valmiuksia keskustella myös vanhempien parisuhteesta ja seksuaalisuudesta (STM 2004). Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon oppaat antavat suosituksia seksuaaliterveyden edistämisestä (Stakes 2002, STM 2006). Työterveyshuollossa on annettu ohjeita työelämässä esiintyvään seksuaaliseen syrjintään ja häirintään puuttumiseksi (Kauppinen ja Purola 2001). Työterveyshuollosta kysytään apua muiden asioiden ohella seksuaalisiin toimintahäiriöihin.

3.4 Miesten neuvontapalvelut

Seksuaaliterveyteen liittyvät palvelut samoin kuin seksuaali- ja lisääntymisterveyden ohjelmat ovat painottuneet pääosin naisiin. Kansainvälisissä seksuaaliterveyden edistämisen dokumenteissa kiinnitetään huomiota miesten osallisuuden lisäämiseen. Suomalaisessa tutkimuksessa on todettu, että miehet halusivat osallistua enemmän raskauden ehkäisyyn toteuttamiseen ja kustannuksiin (Sihvo ym. 1995). Vaikka neuvolapalveluissa korostetaan parisuhteen ja perheen huomioimista, monet isät kokevat edelleen jäävänsä niissä sivullisiksi (Kaila-Behm 1997, Mesiäislehto-Soukka 2005, Paavilainen 2003).

Kirkon perheasiain neuvottelukeskusten kokemus on, että miehillä on paljon parisuheteeseen liittyvää neuvonnan tarvetta, ja miesten yhteydenottojen määrä on jatkuvasti lisääntynyt. Yhteydenotot erilaisiin suoriin neuvontakanaviin viittaavat myös neuvontatarpeen kasvuun. Sekä kotimaisen että ruotsalaisen tutkimuksen mukaan puhelinneuvontaan soittaneiden miesten kysymykset liittyivät yleisimmin sukupuolielimiin tai niiden toimintaan (Hyrynkangas-Järvenpää 2000, Umefjord 2006).

Väestöliitossa on tarjolla erillisiä miesten seksuaaliterveyspalveluja. Henkilökohtaisten tapaamisten lisäksi neuvontaa saa myös puhelimitse ja verkon kautta (Miehen Aika – nettipalvelut, www.vaestoliitto.fi/miehen_aika/). Alkuisysäyksen tämän palvelun rakentamiseen antoi tutkimus 8-luokkalaisten seksuaaliterveystietojen tasosta. Tutkimuksen mukaan pojat tiesivät kaikista kysytyistä alueista vähemmän kuin tytöt (Kontula ym. 2001). Väestöliiton kokemukset osoittavat, että etenkin nuorilla miehillä on runsaasti neuvonta- ja palvelutarvetta tavallisissa, omaa seksuaalista kehitystä ja suoriutumista koskevissa kysymyksissä. Miesten kriisikeskuksessa asioineilla miehillä yhteydenoton viisi yleisintä syyluokkaa olivat erokriisi, psyykinen ja fyysinen terveys, parisuhdeongelma, oma väkivaltaisuus ja päihdeongelma. Seksuaaliongelmaksi oli pääsyy yhteydenottoon noin parilla prosentilla. Lähes kaikkien kanssa seksuaalisuus kuitenkin tuli esille asiakastyöskentelyssä ja noin joka kymmenennen asiakkaan kanssa käytiin laajempia siihen liittyviä keskusteluja. (Ensi- ja turvakotien liitto 2006.)

3.5 Nuorten seksuaalineuvonta

Nuorten tulisi saada apua ja neuvoja seksuaalisuutta koskeviin kysymyksiin helposti lähipalveluna. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollolla on tässä keskeinen merkitys, ja seksuaalineuvonta onkin valtakunnallisissa oppaissa osoitettu niiden tehtäväksi (Stakes 2002, STM 2006). Koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa toimivat ammattilaiset ovat tottuneet toimimaan nuorten kanssa. Vahvuuksiin kuuluu myös se, että palvelut ovat yhtä lailla molempien sukupuolten tavoitettavissa. Kouluterveydenhuollon henkilökunta osallistuu myös seksuaaliopetuksen toteutukseen ja suunnitteluun sekä oppilashuoltoon, jolloin kaikki toiminnat voivat tukea toisiaan.

3.6 Vähemmistö- ja erityisryhmien neuvontapalvelut

Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöille suunnatut erityispalvelut ovat Suomessa kolmannen sektorin järjestämiä. Seksuaalinen tasavertaisuus Seta ry:llä on 19 jäsenjärjestöä, joista suurimmalla osalla on omaa pääasiassa vapaaehtoisvoimin järjestettyä sosiaalipalvelutoimintaa. Seta ry:n yhteydessä toimii Transtukupiste, jonka perustehtävä on tarjota ja kehittää psykososiaalisia tukipalveluja sukupuolivähemmistöille ja sukupuoli-identiteetikysymyksissä tukea tarvitseville sekä heidän perheilleen. Sexpo säätiö antaa informaatiota ja verkkopohjaista neuvontaa kaikenlaisissa seksuaalisuutta käsittelevissä

kysymyksissä, lukuunottamatta lääketieteellisiä asioita. Lisäksi Sexpo säätiö antaa konsultaatioita ammattilaisille ja järjestää koulutusta. Helsingissä Sexpo säätiön kautta on saatavissa myös seksuaaliterapiapalveluja.

Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen asemaa julkisten sosiaali- ja terveystalvelujen käyttäjinä on Suomessa tutkittu niukasti (Lehtonen ym. 1997). Ulkomaisissa tutkimuksissa on todettu seksuaalivähemmistöihin kuuluvien kaihtavan tavanomaisia terveystalveluja, koska he kokevat talvelut syrjivinä tai eivät koe saavansa ongelmiaan tyydyttävästi käsitellyiksi (AMA 1996). Vähemmistöihin kuuluvilla on vastaavia kokemuksia myös suomalaisesta talvelujärjestelmästä. Tämä saattaa johtaa terveystalveluiden alikäyttöön ja mahdollisesti pitkällä aikavälillä heikompaan terveydentilaan.

Valtaväestöstä poikkeavan kulttuuritaustan omaavien osuus väestöstä kasvaa jatkuvasti. Perinteisten omien vähemmistökuulttuuriemme lisäksi talveluammateissa tarvitaan yhä laajenevaa monikulttuurista asiantuntemusta maahanmuuton yleistyessä. Seksuaaliterveyden aihealueilla kulttuuristen näkemysten eroavaisuudet tulevat selvästi esiin erilaisen uskomusten ja riittien muodossa ja erityisesti suhteessa naisten asemaan ja heidän oikeuteensa määrätä koskemattomuudestaan. Ilman riittävää valmentautumista monikulttuuriset kohtaamiset talvelujärjestelmässä aiheuttavat pettymyksiä niin asiakkaille kuin työntekijöille, kuten Suomen somaliväestön keskuudessa tehty tutkimus osoittaa (Degni 2004). Erilaisissa seksuaali- ja lisääntymisterveyden talveluissa on huomioitava myös se, että maahanmuuttajataustaisten henkilöiden perustiedot saattavat olla hyvin puutteelliset, koska seksuaalisuus on edelleen tabu monissa kulttuureissa.

Monikulttuurisuuden vuoksi talvelujärjestelmässä tarvitaan ammattitaitoisia tulkkauksia ja käänöspalveluita, joihin laki potilaan asemasta ja oikeudesta velvoittaa. Suurissa kaupungeissa on laadittu maahanmuuttajille materiaaleja heidän äidinkielellään. Väestöliiton Kotipuu tarjoaa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä koulutuksen ammattilaisille koulutusta ja konsultaatiota vanhemmuuteen liittyvissä monikulttuurisuuskysymyksissä.

Tyttöjen ympärileikkaukset on Suomessa rikoslain mukaan kriminalisoitu, mutta poikien ei-lääketieteellisiä ympärileikkauksia ei Suomessa ole kielletty eikä niistä ole omaa lainsäädäntöä. Poikien ei-lääketieteellisiä ympärileikkauksia koskevaa lainsäädäntötarvetta selvittänyt työryhmä (STM 2003) esitti asiasta omaa lakia, mutta työryhmän ehdotus ei ole vielä toteutunut. Työryhmän lakiluonnoksessa korostetaan huoltajan suostumusta ja tiedonsaantia sekä pojan kuulemista. Näistä tiedottaminen on tärkeää myös maahanmuuttajataustaisten perheiden talvelukontakteissa. Ihmisoikeusliitto ry:n asiantuntijaryhmä on laatinut suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle tyttöjen ja naisten ympärileikkauksesta Suomessa ja tuottanut sitä tukevan opetusfilmin (Kokonaishenkilö, The Whole Woman, Idil). Ihmisoikeusliitto järjestää myös koulutusta asiasta.

Pro-Tukipiste tuottaa talveluita prostituutiota tai muuta seksityötä tekeville tai tehneille. Matalan kynnyksen sosiaali- ja terveystalveluja on tarjolla pääkaupunkiseudulla, puhe- linneuvontaa on saatavissa valtakunnallisesti. Syksystä 2006 lähtien talveluita on ollut tarjolla myös miehille (Pro-Urho).

Vankilaan tai yhdyskuntaseuraamukseen tuomittujen terveystalveluista vastaa vankei-

hoidon terveydenhuoltoyksikkö. Tuomion saaneet muodostavat seksuaali- ja lisääntymisterveyden näkökulmasta haasteellisen erityisryhmän. Koulutustaso on yleensä alhainen ja terveyttä koskevat tiedot ovat keskimääräistä heikkomat. Sukupuoliteitse tarttuvia tauteja, hepatiitit ja HIV mukaan lukien, on monikertainen määrä muuhun väestöön verrattuna. Vankilassa olevat päihdeäidit ovat neuvonnan ja kuntoutuksen kannalta haasteellinen ryhmä.

Vammaisten ihmisten seksuaalisuus on usein edelleen tabu. Sekä vammaisten läheisillä että vammaisille palveluita tuottavalla ammattihenkilöstöllä on vaikeuksia suhtautua vammaisen henkilön, etenkin vammaisen naisen seksuaalisuuteen ja tarpeiden ilmaisuun. Vammaisella henkilöllä voi itselläänkin olla kasvatuksen myötä kehittyneitä itsearvostuksen puutetta ja kelpaamattomuuden tunteita, jolloin kaiken yhteisvaikutuksena seksuaalisuudesta muodostuu vammaiselta kielletty elämänalue. Pahimmillaan kieltämisestä johtuva tietämättömyys ja sosiaalinen kokemattomuus voi johtaa erilaiseen väkivaltaan ja hyväksikäyttöön, jolle altistuvat erityisesti kehitysvammaiset tytöt ja nuoret naiset (Viemerö 2001).

Tavoitteet:

- Seksuaalineuvontaa on saatavissa integroituna normaaleihin terveydenhuollon palveluihin.
- Seksuaalineuvonta toteutuu tasa-arvoisesti asiakkaan tarpeen mukaan riippumatta asiakkaan sukupuolesta, iästä, seksuaalisesta suuntautumisesta, kulttuuritaustasta tai muista yksilöllisistä ominaisuuksista.

Toimenpiteet:

1. Perusterveydenhuollon ehkäisevään työhön integroidaan seksuaaliterveyden edistämisen näkökulma.
 - Parisuhdetta ja seksuaalisuutta koskevaa neuvontaa annetaan raskauden aikana henkilökohtaisessa neuvonnassa ja perhevalmennuksessa, synnytyksen jälkeen ja raskaudenehkäisy palvelujen yhteydessä.
 - Lastenneuvolassa keskustellaan lapsen seksuaalisesta kehityksestä ja ohjataan vanhempia tukemaan tasapainoista kehitystä seksuaaliterveyden näkökulmasta. Tarvittaessa keskustellaan vanhempien kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä myös parisuhteessa.
 - Koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa tuetaan nuoren seksuaaliterveyden kehitystä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon oppaissa annettujen suositusten mukaisesti. Työterveyshuollossa toimivat kehittävät valmiuttaan käsitellä seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä.
 - Ikääntyvien palveluissa huomioidaan seksuaalisuus ja neuvonnan tarve.

2. Sairauksien hoitoon integroidaan seksuaaliterveyden edistämisen näkökulma.
 - Sairauksien ja hoitotoimenpiteiden vaikutukset seksuaaliseen toimintakykyyn huomioidaan hoitoon liittyvässä neuvonnassa ja ohjauksessa sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa.
 - Jokaisen terveyskeskuksen käytettävissä on ainakin yksi seksuaalineuvojan täydennyskoulutuksen saanut työntekijä, jolla on valmiudet myös erityisryhmien neuvontaan (seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt, vammaiset, maahanmuuttajat).
 - Seksuaalineuvontapalvelujen hankinnassa hyödynnetään myös yksityisen ja kolmannen sektorin palveluita.
 - Jokaisessa sairaanhoitopiirissä on asiantuntijoiden hyväksymän erikoiskoulutuksen saaneita työntekijöitä, jotka antavat erikoissairaanhoidon liittyvää seksuaalineuvontaa ja konsultaatioapua eri klinikoille sekä koordinoivat alueellista koulutusta.
 - Sairanhoitopiirit huomioivat alueellisissa koulutuksissa seksuaaliterveyden edistämisen sekä omana aihealueenaan että sairauksien hoitoon ja kuntoutukseen integroituna näkökulmana.
3. Seksuaalineuvontapalveluissa otetaan huomioon sukupuolten välinen tasa-arvo.
 - Nuorten palvelukontakteissa koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa sekä nuorisoneuvolassa huomioidaan poikien ja nuorten miesten neuvontatarve
 - Erityisesti miehille suunnattuja neuvontapalveluita lisätään ja muotoja sekä sisältöjä kehitetään.
4. Seksuaalineuvontapalveluissa otetaan huomioon erilaisten vähemmistöjen ja erityisryhmien tarpeet.
 - Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvilla on mahdollisuus saada asiantuntevaa neuvontaa oman alueensa julkisten sosiaali- ja terveystalveluiden piirissä.
 - Kunnallisten palveluiden työntekijät osaavat ohjata seksuaali- ja sukupuoli-vähemmistöihin kuuluvia asiakkaita järjestöjen antaman erityistiedon ja palvelujen piiriin sekä muihin julkisiin erityispalveluihin.
 - Maahanmuuttajien ja pakolaisten kulttuuritaustan erityistarpeet (kuten tulkkauksen tarve) huomioidaan seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvässä neuvonnassa.
 - Vammaisten palveluihin integroidaan seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa ja ohjausta.
5. Ammattilaisten valmiuksia seksuaalineuvontaan lisätään perus- ja täydennyskoulutusta sekä työnohjausta kehittämällä (ks. luku 13), huolehtimalla ajantasaisen materiaalin helposta saatavuudesta sekä ottamalla aihe huomioon johtamisessa.

Lähteet:

- AMA. Health care needs of gay men and lesbians in the United States. Council Report. American Medical Association. JAMA 1996;275(17):1354-9.
- Aspegren M, Pelttari R. Perhesuunnittelusta seksuaaliterveyteen. Opinnäytetyö. Seksuaalineuvokoulutus 1999 - 2000. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala. Jyväskylä, 1998.
- Degni F. The social and cultural determinants of the use of contraception among married somali women living in Finland. Stakes. Tutkimuksia 148. Helsinki, 2004.
- Ensi- ja turvakotien liitto ry. Sanasta miestä. Kokemuksia miesten kriisityöstä. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 36. Helsinki, 2006.
- Gröhn E, Jaakkola K, Ala-Luhtala R. Seksuaalisen terveyden edistäminen Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelukeskuksessa. Opinnäytetyö. Seksuaalineuvokoulutus. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Jyväskylä, 1998.
- Haavio-Mannila E, Kontula O. Seksin trendit meillä ja naapureissa. WSOY. Juva, 2001.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Haapakorva A. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Helsinki, 2005.
- Hyrnkangas-Järvenpää P. Lääkärin puhelinneuvonta. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 733. Tampere, 2000.
- Kaila-Behm A. Miehestä esikoisen isäksi. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 49. Kuopio, 1997.
- Kauppinen K, Purola M. Flirtti – häirintä – jännite. Seksuaalinen ahdistelu työpaikalla. Työterveyslaitos. Helsinki, 2001.
- Kellokumpu-Lehtinen P, Väisälä L, Hautamäki K. Syöpä ja seksuaalisuus. Duodecim 2003;199:237-46.
- Kontula O, Cacciatore R, Apter D ym. Koululaisten tiedot seksuaaliterveydestä. Väestöliitto, Väestötutkimuslaitos. Katsauksia E 11/2001. Helsinki, 2001.
- Lehtonen, J, Nissinen, J, Socada, M. (toim.) Hetero-olettamuksesta moninaisuuteen. Lesbot, homot, bi- ja trans-ihmiset sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaina. Edita, Helsinki, 1997.
- Mesiäislehto-Soukka H. Perheenlisäys isien kokemana – fenomenologinen tutkimus. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu, 2005.
- Nurmi T. Aikuisväestön seksuaalineuvonta sairaanhoidossa. Kirjassa: Kontula O, Haavio-Mannila E, (toim.) Suomalalaisten seksi. Tietoa suomalaisten sukupuolielämän muutoksesta. WSOY. Helsinki, 1993.
- Paavilainen R. Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen. Äitien ja isien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 906. Tampere, 2003.
- Sannisto T, Mattila K, Kosunen E. Raskauden ehkäisyneuvonta terveyskeskuksissa. Suomen Lääkärelehti 2007 (painossa).
- Sihvo S, Rahkonen O, Hemminki E. Unohdettu sukupuoli? Miesten rooli perhesuunnittelussa. Suomen Lääkärelehti 1995;50:3851-5.
- Stakes. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Stakes Oppaita 51. Helsinki, 2002.
- Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, Kirsi Viisainen (toim.). Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa, suositukset 1999. Stakes. Oppaita 34. Helsinki, 1999.
- STM. Poikien ympärileikkauksia koskevaa lainsäädäntötarvetta selvittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:39, Helsinki.
- STM. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki, 2004.
- STM. Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:12. Helsinki, 2006.
- Umeå University Medical Dissertations. New series No 1034. Umeå, 2006.
- Viemerö V. Utsatta och hjälplösa: våld mot handikappade kvinnor är vanligare än många tror. Meddelanden från Åbo Akademi 2001:16. Turku, 2001.

4 VÄESTÖN SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMIS-TERVEYSTIETOUDEEN PARANTAMINEN

4.1 Lasten ja nuorten seksuaaliopetus ja -kasvatus

Alle kouluikäisten ja alakoululaisten seksuaalikasvatuksen tulisi luoda pohjaa hyvälle ihmisuhteille ja toisten ihmisten kunnioittamiselle. Lisäksi seksuaalikasvatuksen tulisi kehittää ymmärrystä omasta kehosta ja itsemääräämisoikeudesta. Miehen ja naisen väliset erot ja lisääntymisen perusbiologia kuuluvat myös varhaiskasvatuksen aiheisiin (SIECUS 2004).

Suomessa varhaiskasvatuksen periaatepäätös (2002) sisältää linjauksen sukupuolten välisen tasa-arvon edistämisestä lasten hoidossa, kasvatuksessa ja opetuksessa. Niissä on kiinnitettävä huomiota kehityksellisiin eroihin tyttöjen ja poikien välillä, jotta varhaiskasvatus ja esiopetus tukisivat tasa-arvoisuuteen kasvamista (STM 2002).

Varhaiskasvatuksen suunnitelman perusteissa kasvatuksen päämääräksi todetaan henkilökohtaisen hyvinvoinnin edistäminen, toiset huomioon ottavien käyttäytymismuotojen ja toimintatapojen vahvistaminen sekä itsenäisyyden asteittainen lisääminen. Sukupuolten välinen tasa-arvo mainitaan kasvatuksen arvolähtökohdaksi, mutta varhaiskasvatuksen sisällölliset orientaatiot eivät mainitse erikseen lapsen seksuaalisen kehityksen tukemista (VASU 2005). Esiopetussuunnitelman perusteissa keskeisissä sisältöalueissa mainitaan terveyden kohdalla, että lasta ohjataan toiminnalla ja tapakasvatuksella myönteisiin ihmissuhteisiin ja tunne-elämän terveyteen sekä välttämään väkivaltaa (Opetushallitus 2000). Seksuaalisen kehityksen tukemista ei sisältökohdissa mainita erikseen.

Seksuaaliopetus kuului pakollisena peruskoulujen opetusohjelmaan vuodesta 1970 lähtien. Vuonna 1994 toteutetun opetussuunnitelmauudistuksen jälkeen seksuaaliopetus kouluissa väheni huomattavasti ja opetuksen toteutuksessa oli erittäin suuria koulujen välisiä eroja (Hannukkala 1999, Liinamo 2005).

Koululainsäädännön uudistus vuosituhaten alussa toi terveystiedolle itsenäisen oppiaineen aseman (Valtioneuvoston asetus 2001 ja 2002). Seksuaaliterveyteen liittyvät sisällöt ja tavoitteet esitettiin aiempaa selkeämmin ja laaja-alaisemmin uudistetuissa Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteissa (Opetushallitus 2004). Lisäksi oppilaiden hyvinvoinnin edistäminen ja terveen kasvun tukeminen koko kouluyhteisön toiminnassa korostuu uudessa opetussuunnitelmassa aiempaa enemmän, ja esimerkiksi useisiin oppiaineisiin ja aihekokonaisuuksiin voi sisältyä terveyden sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyden aiheita. Kouluissa uuden opetussuunnitelman mukaista opetus- ja kasvatustyötä on tullut toteuttaa viimeistään syyslukukaudesta 2006 lähtien.

Peruskoulun alaluokilla terveystieto ja seksuaaliopetus integroituvat muihin oppiaineisiin. Peruskoulun yläluokilla (7-9 luokat) terveystietoa opetetaan omana oppiaineenaan 114 tuntia. Terveystietoon sisältyy kuitenkin lukuisia terveysaiheita ja seksuaaliterveyteen liittyvän opetuksen määrä saattaa vaihdella huomattavastikin kouluittain.

Peruskoulun ala- ja yläasteen seksuaaliopetuksen tueksi on valmistettu verkko-opetusaineistoja, jotka löytyvät Opetushallituksen sivuilta (www.edu.fi).

Peruskoulun seksuaalikasvatus on avainasemassa, koska se tavoittaa koko oppivelvollisuusikäisen väestön.

Lukion opetussuunnitelma sisältää terveystietoa yhden pakollisen sekä kaksi valinnaista kurssia. Sisällöissä mainitaan myös seksuaaliterveyden aiheita. Ammatillisen perustutkinnon opetussuunnitelmassa terveystietoa on yksi opintoviikko ja opetuksen sisällöissä mainitaan terveyttä edistävät elintavat (tupakointi ja päihteet) sekä työturvallisuuteen ja toimintakykyyn liittyviä aiheita mutta ei lainkaan seksuaaliterveyttä. Lukiossa ja ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevat nuoret ovat selkeästi eriarvoisessa asemassa seksuaaliterveyden edistämisen näkökulmasta.

Terveystietoon sisältyvä seksuaaliopetus ja kouluterveydenhuollon toiminta pitäisi suunnitella yhteistyössä siten, että seksuaaliopetus ja -neuvonta täydentävät ja tukevat toisiaan muodostaen kokonaisuuden, jolla on seksuaaliterveyden edistämisen kannalta määritellyt yhteiset tavoitteet (Stakes 2002). Tavoitteen saavuttamiseksi koulun terveydenhoitajien pitää osallistua koulun opetussuunnitelman suunnitteluun ja kehittämiseen.

Yhteiskunnan seksualisoituminen asettaa haasteita kodin ja koulujen seksuaalikasvatukselle. Amerikkalaisissa tutkimuksissa on todettu, että nuorilla toistuva seksuaalisältöiselle medialle altistuminen on yhteydessä stereotyyppisiin ja pinnallisiin asenteisiin seksiä kohtaan sekä ylisuuriin oletuksiin ikätovereiden seksuaalisesta aktiivisuudesta ja seksuaalikokemusten yleisyydestä (Brown 2002, Ward 2003). Yhteiskunnalliset toimet, jotka tähtävät lasten suojelemiseen kehitystä vahingoittavalta seksualisoituneelta viestinnältä, ovat pääosin koulun vaikutusvallan ulkopuolella. Koulun seksuaalikasvatuksella voidaan kuitenkin tukea lasten ja nuorten suojaamiseen tähtäviä toimia esimerkiksi järjestämällä aiheesta vanhempainiltoja ja luomalla yhteisiä pelisääntöjä televisio- ja elokuvaviihteen ikärajojen noudattamisesta sekä Internetin käytöstä. Näitä toimia voidaan tukea myös koulun mediakasvatuksella ja turvataitokasvatuksella.

Koulujen seksuaaliopetuksessa pitää huomioida myös yhteiskunnan monikulttuuristuminen. Maahanmuuttajataustaisten lasten ja nuorten erilaiset lähtökohdat ovat haasteita sekä opetuksen sisällölle ja toteuttamiselle että kodin ja koulun yhteistyölle. Monissa uskonnoissa seksuaalisuus on edelleen tabu eikä sitä ole niin ollen lainkaan käsitelty lasten kasvatuksessa.

Peruskoulun kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisten sekä lukiolaisten seksuaaliterveystietojen kehitystä on seurattu Kouluterveyskyselyssä vuodesta 1996 lähtien muutamien opetussisältöjä koskevien kysymysten ja tietoväittämien avulla. Seurannan avulla on esimerkiksi selvinnyt, että poikien tietämys oli heikompaa kuin tyttöjen ja että su-

kupuolitauteja koskevat aihepiirit tunnettiin huonoiten (Liinamo 2005). Koulun seksuaaliopetuksen oppituntien määrä ja sisältöjen monipuolisuus selittivät merkittävästi peruskoulun yläluokkien oppilaiden hyvää tietotasoa. Vielä lukioiässäkin oppilaiden klamydiatietämys vaihteli sen mukaan, kuinka laajaa oli koulun seksuaaliopetus ollut (Kytömäki ym. 2005). Näin ollen mahdolliset muut tietolähteet eivät olleet paikanneet puutteellista kouluopetusta. Koulun seksuaalikasvatus on terveystieto-oppiaineen tultua aikaistunut ja opetukseen käytetty tuntimäärä kasvanut ja samalla koululaisten, erityisesti poikien tiedot seksuaaliterveydestä kohentuneet (Kontula ja Meriläinen 2007). Seksuaaliopetuksen toteuttamisen ja tulosten seuranta aika ajoin tehtävin kyselyin on aiheellista turvata jatkossakin ja laajentaa seuranta koskemaan myös toisen asteen ammatillisten oppilaitosten opiskelijoita. Stakes pilotoi Kouluterveyskyselyä ammattioppilaitosten opiskelijoilla vuoden 2007 syksyllä.

Asevelvollisten kutsuntatarkastus on viimeinen tilaisuus, jossa tavoitetaan käytännössä koko nuorten miesten ikäluokka. Terveyden edistämisen laatusuositus ehdottaa, että terveystarkastuksen yhteydessä huomioitaisiin myös seksuaaliterveys, jaettaisiin valistusmateriaalia ja tehtäisiin harkinnanvaraisesti klamydiatesti (STM 2006). Kutsuntatarkastusmenettelyn uudistaminen kokonaisuudessaan on vireillä, mutta asiasta ei ollut tehty päätöksiä vuoden 2007 kevääseen mennessä.

Seksuaaliterveyteen liittyvien aiheiden käsittelyä voidaan nivoa muuhun nuorten kanssa tapahtuvaan toimintaan. Rippikoulun käy valtaosa ikäluokasta. Sen yhteydessä annetaan seksuaalikasvatusta, jota tukemaan on hiljattain julkaistu aineistoja (AIDS-tukikeskus 2006, Kirkkohallitus 2005). Osa nuorista osallistuu Prometheus-leireille, joissa seksuaalisuus on yhtenä käsiteltävänä aihepiirinä. Partio toiminnan, liikunnan ja urheilun harrastuspiireissä liikkuu paljon nuoria, ja kuntien nuorisotoimi tarjoaa tiloja ja monenlaista toimintaa. Seksuaalikasvatus on vaikuttavuudeltaan selvästi parempaa, jos koko alueen ja yhteisön eri toimijat pyrkivät selkeästi samoihin tavoitteisiin.

Tavoitteet:

- Seksuaalikasvatus tavoittaa tasa-arvoisesti kaikki lapset ja nuoret.
- Seksuaalikasvatus sisältyy kaikkeen kasvatukseen ja opetustoimintaan varhaiskasvatuksesta toisen asteen koulutukseen.
- Eri ammattiryhmät ja toimialat tekevät yhteistyötä paikallisella, alueellisella ja valtakunnallisella tasolla siten, että seksuaalikasvatuksella ja terveystalvakuilla on yhtenäiset tavoitteet ja ne tukevat toisiaan.

Toimenpiteet:

- Lapsen ja nuoren seksuaalisen kehityksen tukeminen kirjataan tavoitteeksi varhaiskasvatuksen sekä esiopetuksen, perusopetuksen ja toisen asteen opetuksen suunnitelmiin.
- Lasten ja nuorten seksuaalikasvatuksessa käsitellään seksuaali- ja lisääntymisterveyden fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja eettisiä aiheita kehitystasoon soveltuvalla tavalla sekä tuetaan seksuaali-identiteetin kehittymistä.
- Seksuaaliopetuksessa sovelletaan monipuolisia opetusmenetelmiä siten, että ne antavat paitsi tiedollisia myös vuorovaikutuksellisia ja sosiaalisia valmiuksia (mm. turvataidot).
- Seksuaalikasvatukseen kehitetään monipuolisia oppimateriaaleja. Niiden päivityksestä huolehditaan ja niille kehitetään laadunvarmistusjärjestelmä Opetushallituksen johdolla.
- Ammatillisen perustutkinnon opetussuunnitelmassa terveystiedon opetuksen sisältöihin kirjataan seksuaaliterveyden opetus.
- Seksuaalikasvatuksessa ja seksuaalisen kehityksen tukemisessa tehdään yhteistyötä kotien kanssa (vanhempainillat, tiedottaminen koulussa annettavasta seksuaalikasvatuksesta sekä nuorten seksuaaliterveyspalveluista).
- Kouluissa ja oppilaitoksissa opettajat ja terveydenhoitaja tekevät yhteistyötä seksuaalikasvatuksen suunnittelussa, toteuttamisessa ja kehittämisessä (esim. tutustuminen seksuaaliterveyspalveluihin).
- Seksuaaliopetuksen toteutumista ja tuloksia seurataan määräajoin oppilaille tehtävillä kyselyillä peruskouluissa ja lukioissa sekä myös ammatillisissa oppilaitoksissa aloitettavissa kyselyissä (ks. luku 14).
- Seksuaalikasvatusta integroidaan syrjäytymisvaarassa oleville nuorille suunnattuihin hankkeisiin ja toimintoihin.
- Koulujen seksuaaliopetuksen tueksi laaditaan ohjaavaa aineistoa, jossa otetaan huomioon ikäkaudet, kohderyhmät ja kulttuuriset lähtökohdat.

4.2 Muu väestölle suunnattu informaatio ja viestintä

Väestön informoiminen tietoverkon kautta

Peruskoulun yhdeksäs luokka on viimeinen vaihe, jossa käytännössä koko ikäluokka on seksuaalikasvatuksen tavoitettavissa. Varusmiespalveluaikana tavoitetaan vielä suuri osa miespuolisesta ikäluokasta, mutta sen jälkeen tiedonsaanti on vaihtelevaa ja osin oman aktiivisuuden varassa molemmilla sukupuolilla. Kouluikässä karttunut tietoperusta vaatii kuitenkin tietojen päivittämistä sitä mukaa, kun elämäntilanteet vaihtuvat ja uutta tietoa tulee.

Seksuaaliterveyttä koskevaa tietoa on saatavissa lukuisista tietolähteistä, mutta tiedon laadun ja oikeellisuuden kriittinen arviointi edellyttää väestöltä hyvää perustietämystä.

Internetistä löytyy paljon seksuaalisuutta ja seksuaaliterveyttä koskevaa asiantietoa, mutta se on hajallaan eri osoitteissa ja hukkuu helposti epäasiallisen informaation sekaan. Lisäksi tiedon erottelua vaikeuttaa se, että seksuaaliterveyden käsitettä käytetään nykyisin puhtaasti kaupallisiin tarkoituksiin.

Aikuisikäisen väestön seksuaaliterveystiedon tarvetta tai hankintakanavia on maassamme tutkittu hyvin vähän. Taloustutkimus Oy:n vuoden 2005 selvityksessä todettiin, että väestön tietolähteet ehkäisymenetelmistä vaihtelevat ikäryhmittäin. Alle 20-vuotiailla koulu oli tärkein ja keski-ikäisillä naisilla gynekologin vastaanotto. Aikakauslehtien merkitys oli kohtalaisen suuri kaikissa ikäryhmissä, sen sijaan Internetin merkitys oli yllättävän vähäinen ikään katsomatta. Korkeimmillaan osuus oli 20–24-vuotiailla, joista noin neljännes katsoi Internetin olevan lisätiedon lähde tai tärkein tietolähde (Taloustutkimus Oy 2006).

Terveysviestinnän tuoreen selvityksen mukaan yleisesti terveystiedon tärkeimmät lähteet ovat terveydenhuollon ammattilaiset, viranomaiset, televisio, lähipiiriin kuuluvat ihmiset ja terveysalan järjestöt. Käytetyt lähteet vaihtelevat suuresti iän ja koulutustaustan mukaan. Korkeasti koulutetuille Internet on tärkein tiedonlähde, vähiten koulutetuille taas viranomaiset ja terveydenhuollon ammattilaiset. Iäkkäät ihmiset tavoittaa parhaiten televisio ja radio, alle 25-vuotiaat Internet (Terveyden edistämisen keskus 2005).

Väestölle suunnatun tiedon kanavoinnissa pitää huomioida eri ikäisen ja erilaisen koulutustaustan omaavat väestöryhmien tarpeet ja tiedonhakatottumukset. Tiedon pitää olla kieleltään selkeää ja helposti ymmärrettävää. Tietoa on toimitettava eteenpäin useita eri kanavia pitkin. Vaikka materiaalia tuotettaisiin monessa muodossa, sisällön tuotantoa keskittämällä voidaan välttää päällekkäistä työtä ja parantaa tiedon laatua.

Tiedon välittäminen väestölle tietoverkon kautta on ajankohtainen aihe koko Euroopassa. Euroopan unionilla on e-Eurooppaa koskeva toimintasuunnitelma, jonka periaatteita seuraillee oman maamme tietoyhteiskuntaohjelma. Sen pohjalta vuonna 2006 laaditun kansallisen tietoyhteiskuntastrategian tavoitteisiin kuuluu muun muassa, että kaikilla kansalaisilla on mahdollisuus hyödyntää tietoyhteiskunnan palveluita asuinpaikasta sekä sosiaalisesta ja taloudellisesta asemasta riippumatta (Kansallinen tietoyhteiskuntastrategia 2006).

Sosiaali- ja terveysministeriön tietoyhteiskuntaohjelmaan kuuluvalla hankerahoituksella maassamme kehitetään kansalaisen terveystietoporttia, jonka kautta kansalaiset voisivat saada terveyttä koskevaa luotettavaa tietoa yhden portaalin kautta. Valmisteluvastuun kantaa Kansanterveyslaitos, mutta teknisessä toteutuksessa on mukana FinnONTO-hanke ja Teknillinen korkeakoulu. Kansalaisen terveystietoportti luodaan uusimmilla tekniikoilla, joiden avulla useiden toimijoiden verkkosisällöt voidaan saada yhteiseen osoitteeseen. Sisällön tuotantoon osallistuu suuri määrä asiantuntijatahoja. Seksuaaliterveyden tietotuotannossa tarvitaan yhteistyötä muun muassa kolmannen sektorin kanssa, jossa on kokemusta ja tietotaitoa aihepiirin palveluista. Tavoitteena on, että päällekkäinen tiedontuotanto vähenee ja tiedon laatu paranee. Pidemmällä aikavälillä tavoitteena on, että saman portaalin kautta aukeaisivat myös kuntakohtaiset tiedot terveyspalveluista.

Kansalaisen terveystietoportin kautta väestö saa asiantuntijoiden tuottamaa ja tarkastamaa tietoa seksuaalisuudesta sekä seksuaali- ja lisääntymisterveydestä.

Terveystietoporttiin tuleva seksuaaliterveysinformaatio olisi suunniteltava siten, että se kattaa eri ikävaiheet ja elämäntilanteet sekä vähemmistöjen tarpeet. Seksuaaliterveyden näkökulma olisi integroitava myös muita aiheita käsitteleville sivuille, esimerkiksi matkailijan terveysneuvonnan yhteydessä annettaisiin neuvontaa sukupuoliteitse tarttuvista taudeista ja eri maissa rikolliseksi katsottavasta seksuaalikäyttäytymisestä.

Väestökampanjat

Laajamittaisia väestölle suunnattuja seksuaaliterveysaiheisia tiedottamiskampanjoita on järjestetty Suomessa viranomaistyönä viimeksi 1980-luvun ja 1990-luvun vaihteen molemmin puolin HIV:n torjumiseksi. Samaan aikaan muun HIV-ehkäisytyön kanssa käynnistyi kansainvälisestäkin ainutlaatuinen tiedotuskäytäntö: sosiaali- ja terveysministeriö alkoi lähettää vuosittain kaikille 16-vuotiaille (myöhemmin myös 15-vuotiaille) seksuaalivalistuslehden, jossa oli mukana kondomi ja kirje vanhemmille. Nuoret tunsivat lehden hyvin, ja sen lukemisella oli vahva yhteys seksuaaliterveystiedon tasoon (Liinamo 2005). Valistuslehteä jaettiin pilottivaihe mukaan lukien yhteensä 17 vuotta, mutta vuodesta 2004 alkaen jakelu on ollut keskeytyksissä. Lehden jakelu on tarpeen käynnistää uudelleen.

Seksuaaliterveyden edistämisen väestötason kampanjoiden myönteisistä vaikutuksista on näyttöä esimerkiksi Hollannista. Toistuvasti 1990-luvulla toteutettujen turvaseksikampanjoiden todettiin ylläpitävän, vakiinnuttavan ja edistävän turvaseksikäyttäytymisen determinantteja väestössä. Vaikutusten saamiseksi ja ylläpitämiseksi kampanjoiden toistaminen oli välttämätöntä (Yzer et al. 2000).

Nykyisin Suomessa ei ole mitään järjestelmällistä väestölle suunnattua tiedotusta tai kampanjointia seksuaaliterveysasioista. Nuorisolle suunnattuja kondomi- tai seksuaaliterveyskampanjoita järjestetään aika ajoin muiden kuin viranomaisten toimesta, samoin matkailijoille suunnattuja tietoiskuja sukupuolitaudeista. Kampanjatoiminnan suunnitelmallisessa toteuttamisessa tarvitaan yhteistyötä viranomaisten ja kansalaisjärjestöjen sekä muiden toimintaa jo järjestävien tahojen välillä. Tällä hetkellä julkisen hallinnon kentässä ei ole toimijaa, jonka tehtäviin kuuluisi väestön informoiminen seksuaali- ja lisääntymisterveyskysymyksissä ja jolle olisi osoitettu siihen tarvittavat resurssit.

4.3 Palveluiden yhteydessä jaettava materiaali

Internet ei ole vielä kaikille väestöryhmille läheskään niin tärkeä tiedonlähde kuin yleisesti oletetaan. Mitä alhaisempi koulutustaso, sitä todennäköisemmin henkilö ei lainkaan oma-aloitteisesti etsi terveyteen liittyvää tietoa. Vähiten koulutettujen tavoittamisessa terveydenhuollon ammattilaiset ovat siis avainasemassa (Terveyden edistämisen keskus 2005).

Palvelukontaktin suullista neuvontaa kannattaa täydentää kirjallisella materiaalilla. Jaettavia opaslehtisiä ja muuta vastaavaa materiaalia tulee lukuisista eri lähteistä. Jaettavan materiaalin kehittämistä, päivittämisestä tai laadunvalvontaa ei useinkaan ole vastuutettu paikallisella tasolla. Terveyden edistämisen keskus toteuttaa valtakunnallisesti terveyden edistämiseen tarkoitettua materiaalin laadunvalvontaa. Terveyskeskuksiin tilataan vähän sellaista jaettavaa materiaalia, josta terveyskeskus joutuu maksamaan. Varsin tavallista on kaupallista mainontaa sisältävän materiaalin jakaminen neuvonnan yhteydessä.

Terveyttä koskevan tiedon tuottaminen keskitetysti kansalaisen terveystietoporttiin tarjoaa mahdollisuuden siihen, että sama organisaatio tuottaa palveluiden yhteydessä potilaille tai asiakkaille jaettavan materiaalin. Materiaali olisi tulostettavissa verkon kautta, jonka jälkeen sitä voitaisiin monistaa paikallisiin tarpeisiin. Menettelytapa vähentäisi paikallisesti tehtävää, päällekkäistä työtä ja helpottaisi jaettavan materiaalin yhdenmukaisuuden, laadun ja ajantasaisuuden varmistamista.

Jaettavan kirjallisen ohjausmateriaalin tuotannossa ja valinnassa on noudatettava seuraavia kriteerejä:

- materiaali on ajantasaista
- materiaali pohjautuu näyttöön perustuvaan tietoon
- palvelujen käyttäjien äidinkieli, moninaisuus ja kulttuuri on huomioitu
- materiaali on puolueetonta
- materiaali ei ole kaupallista
- materiaali on kaikkien saatavissa esteettömästi.

Äitiyshuollossa jaettavan kirjallisen materiaalin on katettava kaikki sisältöalueet, jotka liittyvät asiakkaan/potilaan ohjaukseen. Raskauden ehkäisyneuvonnan yhteydessä jaettavan kirjallisen materiaalin tulee sisältää objektiivista ja näyttöön perustuvaa tietoa aloitetun tai aloitettavaksi aiotun ehkäisyn vaikutusmekanismista, oikeasta käytöstä, menettelystä joissain erityistilanteissa sekä sivu- ja haittavaikutuksista. Lisäksi ohjeissa on otettava huomioon sukupuolitaudeilta suojautuminen sekä annettava selvät ohjeet, mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa ja mistä saa tarvittaessa lisäinformaatiota.

Tavoitteet:

- Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevaa laadukasta ja ajantasaista tietoa tuotetaan kaikkien kansalaisten ulottuville luotettavia kanavia myöden.
- Kunnat ja sairaanhoitopiirit edistävät alueensa asukkaiden seksuaali- ja lisääntymisterveyttä yhteistyössä valtakunnallisen tiedontuottajan kanssa.
- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden aiheista järjestään säännöllisesti valtakunnallisia kampanjoita ajankohtaiseen tarvearviointiin perustuen.
- Kaikessa väestölle suunnatussa informaatiossa, viestinnässä ja materiaalituotannossa otetaan tasa-arvoisesti huomioon seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvat ihmiset.

Toimenpiteet:

- Kansalaisen terveystietoportin rakentaminen ja ylläpito turvataan riittävin resurssein.
- Kansalaisen terveystietoporttiin sisällytetään seksuaali- ja lisääntymisterveyden aihepiiri, jonka sisällön tuotannossa hyödynnetään laajasti eri asiantuntijatahoja, kolmas sektori mukaan lukien.
- Sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden yhteydessä jaettava asiakasmateriaali tuotetaan yhteistyössä kansalaisen terveystietoportin sisällön tuotannon kanssa ja liitetään portaalin sivuille.
- Toimintayksiköissä huolehditaan siitä, että ohjeet ovat helposti kaikkien niitä tarvitsevien asiakkaiden/potilaiden saatavissa – joko paperilla tai Internetissä tai niissä molemmissa.
- Käypä hoito -suositusten potilasversioista kerrotaan niille potilaille, joita ne koskevat ja annetaan Internetosoite, josta suositus löytyy.
- Kansalaisen terveystietoportista tiedotetaan väestölle kampanjalla useita mediakanavia käyttäen.
- Kunnat tiedottavat kotisivuillaan kuntansa seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluista ja sivuille rakennetaan linkit kansalaisen terveystietoporttiin.
- Seksuaalivalistuslehden postittaminen vuosittain kokonaisuudelle yhdelle ikäluokalle käynnistetään uudelleen viimeistään vuonna 2008.
- Seksuaaliterveyden aiheista järjestetään suunnitelmallista väestökampanjatoimintaa.
- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen koordinointi, yhteistyö kansalaisen terveystietoportin toimituskunnan kanssa, seksuaalisuutta sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevan tietotuotannon laadun ja ajantasaisuuden valvonta sekä seksuaaliterveyttä edistävän väestökampanjoinnin suunnittelu ja toteutus organisoidaan kansallisella tasolla (ks. luku 16).

4.4 Internet-pohjaiset ohjauspalvelut äitiyshuollossa

Internet-pohjainen ohjaus täydentää perinteisiä neuvolakäyntejä ja vahvistaa perheen omahoitoisuutta. Sitä toteutetaan Suomessa useilla eri tavoilla.

Internetissä toimiva neuvola antaa lasta odottaville perheille mahdollisuuden hankkia tietoa itsenäisesti, konsultoida asiantuntijaa sekä saada vertaistukea (Kouri ym. 2001 ja 2006, Salonen, 2006). Esimerkiksi Elämisen alkuun -projektissa (Kouri ym. 2001) kehitetyssä Nettineuvolassa perheillä on mahdollisuus saada tietoa raskaudesta, synnytyksestä, synnytyksen jälkeisestä ajasta, vastasyntyneen hoidosta sekä omasta terveydestä ja hyvinvoinnista. Asiakkailta on mahdollisuus konsultoida asiantuntijaa tietosuojatusta yhteydessä, ja he saavat kysymyksiinsä aina henkilökohtaisen vastauksen. Perheet voivat myös keskustella anonyyminä samassa elämänvaiheessa olevien perheiden kanssa. Asiantuntijat käyttävät omia nimiään osallistuessaan keskusteluun. Vanhemmat voivat saada vertaistukea Internetistä myös esimerkiksi erilaisten yhdistysten omilta Internetsivuilta ja muilta eri teemojen yhteyteen perustetuilta sähköpostilistoilta, mutta niiden sisällön säännöllinen seuranta ei ole käytännössä mahdollista.

Terveydenhuollon asiakkaat/potilaat voivat vähitellen käyttää uusia tieto- ja viestintätekniikoita myös terveysasioidensa hoitoon. Esimerkiksi Turun kaupungin terveystoimen WELLCOM-hankkeessa on mukana myös yhden terveysaseman äitiys- ja lastenneuvola (www.turku.fi). Joidenkin palveluiden käyttö edellyttää erillisen sopimuksen tekemistä. Palvelut sisältävät seuraavia mahdollisuuksia:

- Asiakas voi lähettää kysymyksen terveydentilastaan omalle asiantuntijalleen. Asiantuntijalla on käytössään asiakasta koskevat tiedot kaupungin terveystoimen terveyskeskusjärjestelmästä, ja hän vastaa kysymykseen viimeistään kolmantena arkipäivänä yhteydenotosta.
- Asiakas voi saada esimerkiksi laboratoriovastauksia tiedotteina ja samalla hoito-ohjeet.
- Vastaanottoaikoja kokeilutoimipisteiden vastaanotoille voi varata E-ajanvarauksen avulla.
- Asiakkaiden terveydentilasta ja terveystottumuksista kerätään ajantasaista tietoa terveystarkastusta varten verkkolomakkeiden avulla (E-terveyspalvelut/Sähköinen terveysasiointi 2006).

Synnytyssairaalat esittelevät toimintaansa ja tiedottavat palveluistaan myös sähköisesti. Esimerkiksi Kuopion yliopistollisen sairaalan Tutuks-palvelussa esitellään virtuaalitutustumiskäynnillä odottavan perheen mahdolliset eri hoitopolut synnytyssairaalassa. Palvelu on kaikkien käytettävissä Internetissä osoitteessa <http://www.synnytystutuksi.fi>.

Tavoitteet:

- Kaikilla tulevilla vanhemmilla on mahdollisuus käyttää palveluja myös Internetin kautta perinteisiä palveluja täydentävinä.

Toimenpiteet:

- Internet-pohjaiset palvelut kehitetään monialaisessa yhteistyössä ja tuoteistetaan, jolloin palvelut ovat kaikkien terveydenhuollon toimintayksiköiden hankittavissa.
- Internet-pohjaisten palvelujen testausta ja käyttöön juurruttamista jatketaan.
- Palvelujen käyttäjille tarjotaan mahdollisuus sähköiseen ajanvaraukseen ja omaseurantaan.
- Toimintayksikön Internet-sivuista vastaava henkilö päivittää lapsen saaville perheille suunnatun ohjeistuksen Internetissä aina, kun sisältö muuttuu joltain osin.

Lähteet:

- AIDS-tukikeskus. Jumalan silmissä ihme. Puhetta seksuaalisuudesta, ruumillisuudesta ja sukupuolisuudesta. Kirj. Järviö E, Kinnula A, Lankinen K, Sarajärvi M. Helsinki, 2007.
- Brown J. Mass media influences on sexuality. *Journal of Sex Research* 2002;39 (1): 42-45.
- E-terveyspalvelut/Sähköinen terveysasiointi 2006. Luettavissa: <http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=5786> Luettu:23.5.2006.
- Hannukkala M. Perhekasvatus peruskoulujen yläasteilla - oppimisaineiston kartoitusta ja tarkastelua vuosien 1994 - 1998 opetussuunnitelmien pohjalta. Kotitaloustieteen sivuainelaudaturtyö. Helsingin yliopisto. Helsinki, 1999.
- Kansallinen tietoyhteiskuntastrategia 2007–2015. Luettavissa: <http://www.tietoyhteiskuntaohjelma.fi/esittely> Luettu 3.10.2006.
- Kirkkohallitus. Jumalan silmissä KAUNIS tytöt ja pojat. Helsinki, 2005.
- Kontula O, Meriläinen H. Koulun seksuaalikasvatus 2000-luvun Suomessa. Väestötutkimuslaitos, Katsauksia 26/2007. Helsinki, 2007.
- Kouri P, Antikainen I, Saarikoski S, Wuorisalo J. Elämisen alkuun -projekti. Äitiyshuollon joustavan verkkopalvelun, Nettineuvolan kehittäminen Internetissä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:10. Helsinki, 2001.
- Kouri P. Development of maternity clinic on the net service. Views of pregnant families and professionals. Kuopio University Publications E. Social Sciences 131. Kuopio, 2006.
- Kytömäki A, Kosunen E, Rimpelä M. Klamydia ja hedelmättömyys – nuorten tiedot Kouluterveyskyselyssä 2000 – 2001. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2005;42:191-201.
- Lehtonen, J. Seksuaalisuus ja sukupuoli koulussa. Lähtökohtana heteronormatiivisuus ja ei-heteroseksuaalisten nuorten kertomukset. Yliopistopaino. Helsinki, 2003.
- Liinamo A. Suomalaisnuorten seksuaalikasvatus ja seksuaaliterveystiedot oppilaan ja koulun näkökulmasta. Arviointia terveyden edistämisen viitekehityksessä. Jyväskylän Yliopisto. *Studies in sport, physical education and health* 106. Jyväskylä, 2005.
- Liinamo A, Rimpelä M, Kosunen E, Jokela J. Vaikuttavatko seksuaaliopetus ja seksuaalivalistuslehti nuorten seksuaaliterveystietoihin? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2000;37:293-303.
- Nummelin R. Seksuaalikasvatusmateriaalit – pääkaupunkiseutulaisten nuorten näkemyksiä ja kokemuksia. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tampereensis* 778. Tampere, 2000.
- Opetushallitus. Esiopetuksen suunnitelman perusteet 2000. Luettavissa: <http://www.edu.fi/julkaisut/maaraykset/ops/esiops.pdf>.
- Salonen Anne. Lisääntymisterveyden jaoston kokous 15.6.2006.
- Opetushallitus. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet. Opetushallitus. Määräys 1/011/2004. Vammala, 2004. Luettavissa: <http://www.oph.fi/info/ops/>. Luettu 9.11.2004.
- SIECUS (Sexuality Information and Education Council of the United States). Guidelines for Comprehensive Sexuality Education. Kindergarten through 12th grade. 3rd edition. SIECUS, 2004. Luettavissa: <http://www.siecus.org>. Luettu 10.11.2006.
- Stakes. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Stakes. Oppaita 51. Helsinki, 2002.
- STM. Valtioneuvoston periaatepäätös varhaiskasvatuksen valtakunnallisista linjauksista. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:9. Helsinki, 2002.
- STM. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki, 2006.
- Taloustutkimus Oy. Julkaisematon tieto 2006.
- Terveyden edistämisen keskus. Terveyttä edistävän viestinnän suuntaviivat. Luettavissa: http://www.health.fi/index.php?page=jul_julkaisu&i=100335. Luettu: 4.9.2006.
- VASU.Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet. Stakes Oppaita 56. Helsinki, 2005. Luettavissa: <http://www.stakes.fi>.
- Valtioneuvoston asetus perusopetuslaissa tarkoitetun opetuksen valtakunnallisista tavoitteista ja perusopetuksen tuntijaosta 1435/2001.
- Valtioneuvoston asetus lukiokoulutuksen yleisistä valtakunnallisista tavoitteista ja tuntijaosta 955/2002.
- Ward L. Understanding the role of entertainment media in the sexual socialization of American youth: a review of empirical research. *Developmental Review* 2003; 23(3):347-388.
- Yzer M, Siero F, Buunk B. Can public health campaigns effectively change psychological determinants of safer sex? An evaluation of three Dutch campaigns. *Health Education Research* 2000;15:339-52.

5 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN PALVELUIDEN ORGANISOINTI

5.1 Palveluiden järjestämisen tausta ja nykytila

Äitiyshuollon ydintehtäväksi on määritelty odottavan äidin, sikiön, vastasyntyneen ja perheenjäsenten parhaan mahdollisen terveyden turvaaminen (Stakesin... 1999). Tavoitteena on raskaudenaikaisten häiriöiden ehkäisy, häiriöiden varhainen toteaminen sekä sujuva hoitoon ohjaaminen, tehokas hoito ja kuntoutus, hyvä synnytyksen hoito ja vastasyntyneestä huolehtiminen sekä perheen tukeminen sairauden tai vamman kohdalla. Lisäksi keskeistä on valmentaa vanhempia vanhemmuuteen, lapsen hoitoon ja lapsen tuomaan elämänmuutokseen sekä edistää perheiden terveitä elintapoja. (STM 2003.)

Äitiysneuvolat ovat oleellinen osa suomalaista raskaudenajan hoitoa. Ensimmäiset äitiysneuvolat perustettiin 1920-luvulla, ja vuonna 1944 turvattiin lailla kaikkien raskaana olevien naisten pääsy kunnallisten äitiysneuvolapalveluiden piiriin. Hallinnollisesti erilliset neuvolat siirrettiin Kansanterveyslailla vuonna 1972 muun perusterveydenhuollon yhteyteen. Samaan aikaan äitiysneuvolan kättilöiden virat muutettiin terveydenhoitajan viroiksi. Väestövastuun myötä 1980-luvun jälkipuoliskolla äitiysneuvolan terveydenhoitajan eriytynyttä tehtäväaluetta laajennettiin eri väestöryhmien sairauksia ehkäisevään ja hoitavaankin työhön (Hemminki 2003, ks. myös Koponen 1997).

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan vuonna 2004 terveydenhoitajista (n=1282) vain 5 % teki yksinomaan äitiysneuvolatyötä. Noin puolet äitiysneuvolatyötä tekevästä teki myös lastenneuvolatyötä. Osalla oli useita tehtäväalueita (Hakulinen-Viitanen ym. 2005). Pirstoutunut työnkuva koskee myös lasten ja nuorten ehkäiseviä palveluja ja neuvolalääkäreitä. Vuonna 2005 TAYS:n erityissairaanhoitopiirissä ehkäisyneuvolatyötä tekevästä terveyskeskuslääkäreistä puolet teki myös äitiys- ja lastenneuvolatyötä, ja valtaosa heistä muitakin tehtäväalueita (Sannisto ym. 2007).

Raskauden ehkäisyneuvonta tuli kuntien järjestettäväksi kansanterveyslain myötä 1972. Toimintaa ohjeistettiin alkuvaiheessa yksityiskohtaisesti, ja neuvolaverkosto perustettiin kattavasti koko maahan muutamassa vuodessa. Lääkintöhallitus antoi viimeiset kansalliset ohjeet toiminnasta vuonna 1982, mutta ne kumottiin vuonna 1991.

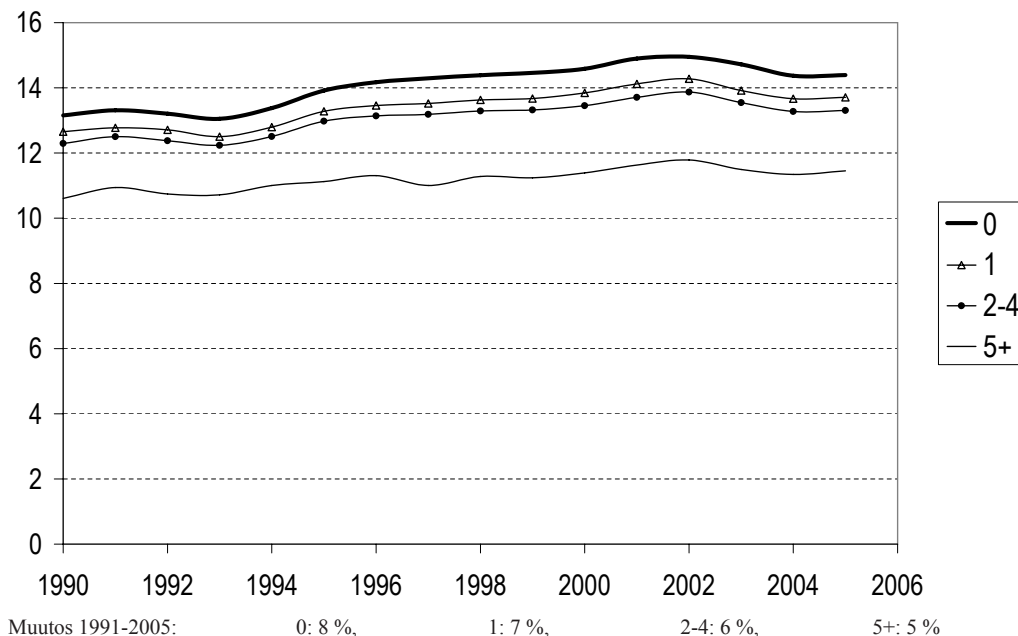
Vuonna 1995 noin kolmanneksessa terveyskeskuksista oli ehkäisyneuvola ja yhtä usein työ hoidettiin väestövastuisesti tai järjestelyt olivat jotain siltä väliltä (Koponen ym. 1998). Viimeaikaisten tutkimusten mukaan ehkäisyneuvonta on yleisesti yhdistetty osaksi äitiysneuvolatyötä, mikä on huomioitava äitiyshuollon uudistamissuunnitelmissa. Valtakunnallisessa neuvolaselvityksessä äitiys- ja lastenneuvoloissa työskentelevistä terveydenhoitajista 35 % antoi myös ehkäisyneuvontaa (Hakulinen-Viitanen ym. 2005). Koko maan terveyskeskusten johtajille tehdyn kyselyn (2005) mukaan terveyskeskuksista vähintään 70 %:ssa ehkäisyneuvonta oli yhdistetty äitiysneuvolatoimintaan (Rimpelä 2006). Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella syksyllä 2005 teh-

dyssä tutkimuksessa palvelut oli yhdistetty äitiysneuvolatoimintaan runsaassa puolessa terveyskeskuksista (Sannisto ym. 2007). Erillinen ehkäisyneuvola oli noin joka viidennessä terveyskeskuksessa, ja hieman tätä harvemmin ehkäisyneuvonta toteutettiin vastaanottotyön osana.

Muut seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät palvelut, kuten sukupuolitautien ja raskaudenkeskeytysten hoito ja hedelmättömyystutkimukset on hoidettu terveyskeskuksissa vaihtelevin tavoin yleensä vastaanottotoiminnan osana, eikä niitä ole keskitetty tai integroitu perhesuunnittelutoiminnan yhteyteen. Seksuaalneuvontaan koulutettua henkilöstöä on perusterveydenhuollossa hyvin vähän.

5.2 Käyntimäärien kehitys

Stakesiin kerätyt valtakunnalliset tilastot näyttävät ehkäisy- ja perhesuunnitteluneuvonnan käyntien vähentyneen vuodesta 1997 lähtien, mutta tilastot eivät välttämättä anna täyttä kuvaa toiminnan laajuudesta. Raskauden ehkäisyneuvontaa annetaan usein äitiysneuvolaan yhdistettynä tai lääkärin muun vastaanottotyön lomassa (Sannisto ym. 2007), eikä niiden kirjaantumisesta ehkäisyneuvontakäynneiksi ole varmuutta. Käyntejä tehdään myös muualle kuin neuvolaan, kuten koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon ja työterveyshuoltoon. Todennäköisesti nämäkään eivät aina kirjaudu ehkäisyneuvontakäynneiksi.

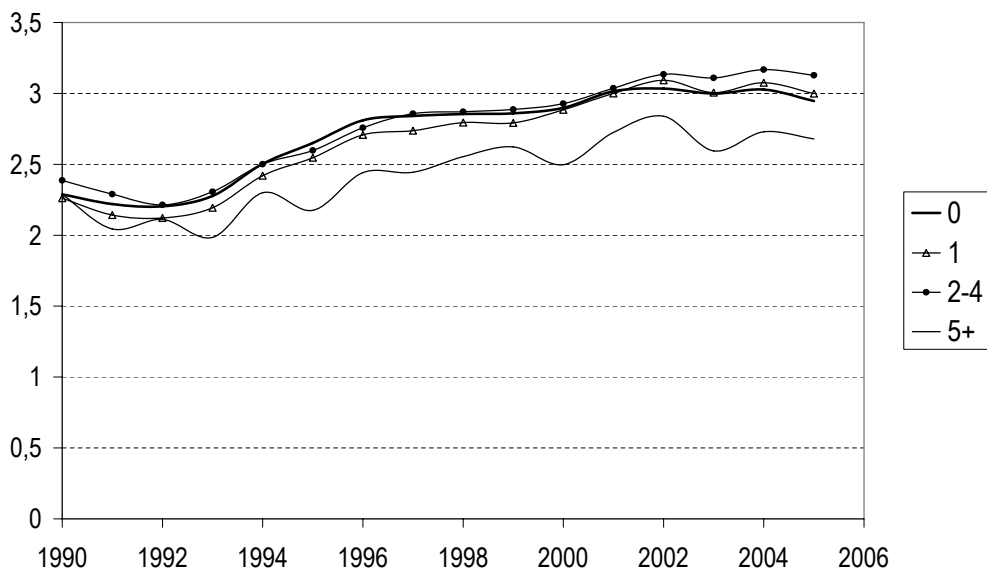


Kuvio 5.1. Neuvolakäyntien keskiarvo aiempien synnytysten määrän mukaan vuosina 1991-2005 (Stakes 2006b).

Äitiysneuvolakäynnit lisääntyivät 1993 ja 2002 välisenä aikana kaikilla äideillä iästä ja aiempien synnytysten määrästä riippumatta (Hartikainen 2003). Vuoden 2002 jälkeen käyntimäärien nousu on tasaantunut (kuvio 5.1). Vuonna 2005 ensisynnyttäjät kävivät äitiysneuvolassa keskimäärin 14,3 ja uudelleensynnyttäjät 13,3 kertaa.

Suosittelvat käyntimäärät äitiysneuvolassa ovat kasvaneet jonkin verran vajaan 20 vuoden aikana. Lääkintöhallituksen ohjekirje suositteli vuonna 1988 raskauden aikaisten neuvolakäyntien määräksi 12, joista 3-4 saattoi olla yksinomaan lääkärikäyntejä (Lääkintöhallitus 1988). Ohjekirje ei tehnyt eroa ensi- ja uudelleensynnyttäjien välillä. Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä antoi seuraavat suositukset vuonna 1995, jolloin suositus käyntimäärästä oli 14 (Stakesin... 1995). Uusituissa suosituksissa vuonna 1999 ohjeistetut käyntimäärät eivät lisääntyneet vuoteen 1995 nähden, päinvastoin ensisynnyttäjälle suositeltu terveydenhoitajakäyntien määrä väheni kahdella. Vuonna 1999 suositeltiin ensisynnyttäjille 12 käyntiä terveydenhoitajan ja 3 lääkärin vastaanotolla raskauden aikana. Uudelleensynnyttäjille vastaava suositus on 9 terveydenhoitajan ja 3 lääkärin käyntiä. (Stakesin... 1999.)

Käynnit äitiyspoliklinikalla ovat niin ikään lisääntyneet naisen iästä tai aikaisempien synnytysten määrästä riippumatta (Hartikainen 2003). Äitiyspoliklinikakäynneissä nousu on ollut äitiysneuvolakäyntejä suurempaa, ja nousu jatkui 1990-luvun alusta vuoteen 2002 (kuvio 5.2). Vuonna 2005 ensisynnyttäjät kävivät äitiyspoliklinikalla keskimäärin 3,0 ja uudelleensynnyttäjät 2,9 kertaa.



Muutos 1991-2005: 0: 33 %, 1: 40 %, 2-4: 37 %, 5+: 31 %

Kuvio 5.2. Poliklinikakäyntien keskiarvo aiempien synnytysten määrän mukaan vuosina 1991-2005 (Stakes 2006b).

Kaikkien synnyttäjien keski-ikä ja ensisynnyttäjien keski-ikä ovat molemmat pysytelleet suunnilleen samansuuruisena 1990-luvun puolivälistä lähtien (Gissler 2003). Yli 35-vuotiaiden synnyttäjien osuus on kuitenkin ollut pitkään nousussa. Viime vuosina heitä on ollut noin 19 %, kun vuonna 1987 osuus oli 13 % (Stakes 2006). Yli 35-vuotiaat raskaana olevat lähetetään ohjeiden mukaisesti alkuraskaudessa äitiyspoliklinikan tutkimuksiin (Yleislääkäriin käsikirja 1996).

Naisten raskaudenaikainen painonnousu, jota ei voida selittää lapsen koolla, on suurentunut 1960-luvun jälkeen Suomessa keskimäärin kilon (Kinnunen ym. 2003). Myös ylipainoisten äitien määrä on kasvussa väestön yleisen lihomisen myötä. Suuri painonnousu ja ylipaino altistavat raskauskomplikaatioille, erityisesti raskausdiabetekselle (Luoto 2006). Diabetesriskissä olevien äitien etsinnän tehostaminen on lisännyt äitiyspoliklinikalle tutkimuksiin lähetettävien äitien määrää. Äitiyspoliklinikalle lähetettävien määrää lisäävät myös esimerkiksi päihteitä käyttävät äidit ja synnytystä pelkäävät äidit. Hedelmättömyyshoitojen yleistyminen 1980-luvun jälkeen ja niiden myötä monisikiöisten synnytysten osuuden kasvu voivat selittää ainoastaan pienen osan äitiyspoliklinikakäyntien määrän kasvua, sillä raskauksista vain 2,5 % saa alkunsa hedelmättömyyshoidosta (Gissler 2003).

Väestövastuista toimintatapaa on kritisoitu, koska asiakasmäärät jäävät joillakin tehtäväalueilla kuten äitiysneuvonnassa pieniksi ja riittävää kokemusta ei siten kartu työn myötä (Hartikainen 2003, Sormunen ym. 2001). Sama koskee myös pieniä terveyskeskuksia väestövastuusta riippumatta. Tilannetta on edelleen hankaloittanut pula lääkäri työvoimasta (Hakulinen-Viitanen ym. 2005). Etenkin syrjäisempien alueiden terveyskeskukset ovat joutuneet tyytymään lyhytaikaisiin sijaisiin tai ”keikkalääkäreihin”. Kaikkiaan kokemuksen puutteen on arvioitu osaltaan vaikuttaneen lähetemäärien kasvuun (Hartikainen 2003.)

Äitiyspoliklinikoille lähetettävien äitien määrää on saattanut nostaa myös synnytyssairaaloiden määrän supistaminen, joka on jatkunut 1990-luvulla asti. Kun 1970-luvulla synnytyssairaaloita oli vielä 64, niitä on nyt enää 32. Äitiysneuvoloille tämä on usein merkinnyt myös lähisairaalan poliklinikan yhteydessä olevan konsultointimahdollisuuden häviämistä, jolloin lähikonsultoinnin sijaan tehdään lähete äitiyspoliklinikalle.

5.3 Palveluiden uudistamistarpeet

Sen jälkeen kun Suomessa 1990-luvun alussa purettiin normiohjausta ja siirryttiin informaatio-ohjaukseen, ehkäisevien palvelujen käynneistä tai henkilöstön mitoituksesta ei ole ollut sitovia määräyksiä. Neuvolapalveluiden organisointitapa, raskauden seurantaikäntien määrä ja työntekijäkohtaiset asiakasmäärät on voitu harkita kuntakohtaisesti. Kaikkialla maailmassa on havaittu toimenpiteiden ja tutkimusten lisääntyminen raskauden ja synnytysten hoidossa ilman, että niiden vaikuttavuudesta olisi aina kiistatonta näyttöä (Roundtable discussion 2006).

Asiantuntijoiden näkemysten mukaan äitiysneuvolajärjestelmää ja sen toimintamalleja on uudistettava (Hartikainen 2003, Hemminki 2003, Stakes 1999). Jos äitiysneuvolassa tulisi pystyä nykyistä enemmän ilman erikoissairaanhoidon tukea seuraamaan normaalia raskautta ja hoitamaan tiettyjä erityisryhmiä kuten alatiesynnytystä pelkääviä, olisi lisääntymiserveiden asiantuntemusta vahvistettava äitiysneuvolassa. Lisääntymiserveiden osaamisen vahvistaminen tukisi myös perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon moniammatillisia tiimejä. Tällöin erikoissairaanhoidon resursseja voitaisiin kohdistaa sellaisiin erityisryhmiin, joiden seuranta ja hoito on järjestettävä äitiyspoliklinikalla. Asiakkaiden lisääntyneet ongelmat, esimerkiksi päihteiden käyttö, lisäävät äitiyshuollon toimintayksikköjen työn määrää ja vaativuutta.

Seksuaaliterveyden kokonaisvaltaisen edistämisen kannalta on tärkeää, että palvelujen tasolla integroidaan toisiinsa vaikuttavia aihealueita. Laadukkaasti toteutettuna seksuaaliterveyden kokonaisvaltaisen edistäminen edellyttää erikoisosaamista, ja osaamisen keskittämisestä olisi todennäköisesti hyötyä. Esimerkiksi raskauden ehkäisyn järjestämisessä on huomioitava myös tautien ehkäisy, mikä edellyttää perusteellisempaa seksuaalikäyttäytymisen kartoitusta ja neuvontaa. Työhön on kuuluttava myös mahdollisten väkivaltakokemusten kysyminen ja tunnistaminen. Lisäksi työhön kuuluu käden taitoja ja kokemusta edellyttäviä toimenpiteitä, kuten kierukoiden ja kapselien laito.

Keskeinen uudistamislinja on lasten, nuorten ja heidän perheidensä palveluiden kokoaminen kunnissa niin kutsuttuihin perhepalveluverkostoihin tai perhekeskuksiin. Useassa 2000-luvun julkaisussa tehty ehdotus koskee myös äitiys- ja lastenneuvoloita (esim. STM 2004, STM 2006, Valtioneuvoston kanslia 2007). Palvelujen verkostoimisen etuja työntekijöille ovat moniammatillisen yhteistyön ja konstultoinnin helpottuminen, perheille monipuolisen varhaisen avun saaminen ja kunnan työntekijöiden tuntemaan oppiminen. Muita etuja ovat tiedonkulun parantuminen, päällekkäisyyksien tai puutteiden poistaminen ja tutkimus- ja hoitopolkujen rakentaminen. Osana Sosiaalialan kehittämishanketta ja Kansallista terveydenhuollon hanketta toteutetaan nk. PERHE-hanketta 2005–2007. Sen tavoitteena on uudistaa lapsiperhepalvelujen toimintakulttuuria ja toimintatapoja, edistää eri toimijoiden välistä kumppanuutta ja synnyttää perheiden välistä vertaistoimintaa. Perheiden omaa roolia asiakkaina ja lastensa kasvun asiantuntijoina vahvistetaan ja käytetään hyväksi (STM 2006). Vuoden 2007 alussa perhekeskustoiminnan valtakunnallisessa kehittämistyössä oli mukana 63 kuntaa, yhteensä 17 osahankkeessa (www.sosiaaliporssi.fi/PERHE-hanke). Valtaosa kuntien kehittämistyöstä tehdään seudullisena. Mukana olevien kuntien joukko kasvaa vuoden 2007 kehittämishankkeiden valtionavustuspäätösten myötä. Samanlaisten tavoitteiden mukaista kehittämistä tapahtuu myös muissa kunnissa. Karkeasti arvioiden mukana on jo kaikkiaan runsaat sata kuntaa.

5.4 Kokemuksia palveluiden uudistamisesta

Äitiysneuvolan toimintatapoja on joissain kunnissa muutettu siten, että esimerkiksi raskaudenaikaiset ultraääniseulonnat on siirretty keskusneuvoloihin. ”Jaetun” mallin mu-

kaan vastuu suunnitelluista raskaudenajan seurantakäynneistä on jaettu perusterveydenhuollon äitiysneuvoloiden ja erikoissairaanhoidon äitiyspoliklinikoiden kesken.

Raskauden ehkäisyneuvonnasta ei ole raportoitu laajempia kehittämishankkeita lukuun ottamatta kansalliseen terveydenhuollon hankkeeseen liittyviä kokeiluja, joista kerrotaan luvussa 13.4. Kenttätietojen mukaan terveyskeskuksissa on tehty esimerkiksi ratkaisuja, joissa toimenpiteet ja ehkäisyn aloitukset keskitetään, mutta ehkäisyn seuranta-käynnit tehdään omalääkärillä ja -hoitajalla.

Esimerkkinä toisenlaisesta raskauden seurantakäyntien järjestämisestä on Ruotsi, jossa sekä ensi- että uudelleensynnyttäjät kävivät 1990-luvun alusta lähtien äitiysneuvolassa kättilön ja lääkärin vastaanotoilla yhteensä 16 kertaa. 1990-luvun aikana käyntikertoja vähennettiin 13:een. Tämän jälkeen Socialstyrelsen suositti käyntimääräksi ensisynnyttäjille 9 käyntiä ja uudelleensynnyttäjille 7-8 käyntiä. Kun rutiinitarkastusten määrää vähennettiin, vapautui resursseja lisääntyneen riskin omaavien odottajien hoitoon. Toimintatapojen muutos on myös lisännyt mahdollisuuksia tarjota kättilöiden antamaa ehkäisyneuvontaa (Socialstyrelsen 2001). Äitiysneuvoloiden määrä Ruotsissa oli vuonna 2004 hieman alle 500 yli 100 000 synnyttäjää kohti (Arbetsgruppen för kvalitetssäkring i Mödrahälsovården 2004).

5.5 Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden osittainen keskittäminen

Vuonna 2004 Suomessa oli yli 800 neuvolaa, joissa on äitiysneuvolatoimintaa (Vuori 2006). Pienimmillään raskaana olevien asiakkaiden määrä voi olla alle 20 äitiä vuodessa (Sormunen ym. 2001).

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden osaamisen vahvistamiseen perusterveydenhuollossa on useita mahdollisuuksia. Toteuttamistapaan vaikuttavat muun muassa muutoksessa oleva kuntarakenne, maantieteelliset etäisyydet, työvoimatilanne ja jo olemassa oleva toimintakulttuuri, jonka perustalta uudistuksia lähdetään tekemään. Näistä syistä osaamisen vahvistaminen ei voi perustua yhteen, yhdenmukaiseen malliin.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden osaamista voidaan vahvistaa keskittämällä osa palveluista suurempien väestöpohjien seksuaali- ja lisääntymisterveyden yksiköihin, jotka tarjoavat aihealueen erikoisosaamista vaativia palveluja integroidusti. Keskitettyinä voidaan järjestää myös muita perheiden palveluita. Tietty osa seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluista on kuitenkin sellaisia, jotka on säilytettävä lähipalveluina ja ns. matalan kynnyksen palveluina.

Helposti tavoitettavina lähipalveluina järjestetään raskauden toteaminen, normaaliras-kauden seurantakäynnit, vanhemmuuden ja parisuhteen tukeminen, muu terveysneuvonta ja ennakoiva ohjaus, perhevalmennus, perustiedon antaminen seksuaalisuutta koskevissa kysymyksissä, sukupuolitautien tutkimus ja hoito, ehkäisy pillereiden aloitus ja seuranta sekä kaikkien raskauden ehkäisymenetelmien seurantakäynnit.

Nuorten seksuaaliterveyspalvelut on erityisen tärkeää järjestää lähipalveluina, sillä helppo pääsy vastaanotolle on nuorten ehkäisyn käytön tärkeimpiä edellytyksiä (ks. myös luku 9). Palvelut tulisi järjestää mahdollisuuksien mukaan erillisinä nuorisopalveluina, sillä nuorten kanssa työskentely vaatii omaa erityisosaamistaan (esimerkiksi kommunikaatiossa, kypsyystason arvioinnissa ja rajankäynnissä mahdollisissa lastensuojeluasioissa). Nuorisopalveluiden toteuttamistapa voi vaihdella paikkakunnan koon ja etäisyyksien mukaan. Ellei erillistä nuorten neuvolaa ole mahdollista järjestää vähäisen väestömäärän tai pitkien etäisyyksien vuoksi, nuorten tarvitsemia lähipalveluita on mahdollista kehittää koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa vahvistamalla sekä laajentamalla terveydenhoitajan toimintavaltuuksia.

Keskitetyn yksikön tehtäviksi soveltuvat raskausajan lääkärintarkastukset, ultraäänitutkimukset ja muut seulontatutkimukset, synnytysvalmennus, kierukoiden ja kapseloiden asetukset, raskauden ehkäisyn ongelmatilanteiden hoito, hedelmättömyysohjelmien hoito ja erityiskoulutusta edellyttävä seksuaalineuvonta. Myös äidit, joiden epäillään tai todetaan kuuluvan riskiryhmään, ohjattaisiin keskitettyyn yksikköön. Riskiraskauksien seuranta toteutettaisiin räätälöidysti yhteistyössä lähipalvelun kanssa.

Keskittämisen tavoitteena on luoda nykyistä paremmat edellytykset seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden laadunhallintaan ja potilasturvallisuuteen, kun asiakasmäärät työntekijää kohden ovat riittävän suuret. Toiminnan keskittäminen antaa nykyistä paremmat mahdollisuudet sijaisjärjestelyihin, täydennyskoulutukseen osallistumiseen ja henkilöstökoulutuksen järjestämiseen. Keskittäminen luo paremmat mahdollisuudet myös neuvolassa tarvittavien laitteiden ja välineiden hankintaan.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden uudistaminen on sovitettava yhteen niiden kuntamuutosten ja alueellisen kuntayhteistyön muutosten kanssa, jotka kunnat toteuttavat kunta- ja palvelurakennemuutuksesta annetun lain (169/2007, myöhemmin puitelaki) pohjalta (ks. myös Kuntaliitto 2007, STM ja Kuntaliitto 2007). Puitelain mukaan perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvät sosiaalitoimen tehtävät hoitaa vähintään 20 000 asukkaan kunta tai yhteistoiminta-alue. Tästä voidaan poiketa ainoastaan saaristossa, pitkien etäisyyksien takia tai kielellisten oikeuksien turvaamiseksi. Yhteistoiminta-alueen palvelut voidaan tuottaa kunnan, isäntäkunnan tai kuntayhtymän omana tuotantona tai palveluita voidaan hankkia muilta palveluntuottajilta. Puitelain mukaan kaupunkiseutujen kuntien tulee helpottaa palveluiden käyttöä yli kuntarajojen esimerkiksi työssäkäynnin perusteella. Puitelaisissa säädetään myös laajan väestöpohjan palveluiden ja erityistason sairaanhoidon järjestämisestä. Laajan väestöpohjan palveluihin kuuluvat erikoissairaanhoido, kehitysvammahuolto ja sosiaalihuollon erityispalvelut.

Kunta- ja palvelurakennemuutuksen lähtökohtina ovat terveyden, hyvinvoinnin ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen sekä väestön sosiaali- ja terveyspalvelutarpeeseen vastaaminen. Kuntien sosiaali- ja perusterveydenhuolto järjestetään toiminnallisena kokonaisuutena, johon kuuluvat vanhenevan väestön palvelut, mielenterveystyö, päihdehuolto sekä lasten ja nuorten hyvinvoinnin turvaaminen. Laaja-alainen ehkäisevä sosiaali- ja terveyspolitiikka edellyttää myös kunnan ja valtion muiden hallinnonalojen

palvelujen yhteensovittamista. Lähipalvelut turvataan väestöpohjaa kasvattamalla ja palveluiden tarjonta- ja tuottamistapoja uudistamalla. Lähipalveluita ovat muun ohessa neuvolat, pienten lasten hoidon tukeminen ja koulut. Väestöpohjan kasvattaminen antaa paremmat mahdollisuudet kehittää myös henkilöstön työnjakoa ja osaamista, parantaa mitoitusta ja rekrytointia sekä uudistaa toimintatapoja. Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä yksilön terveyttä ja hyvinvointia edistävien valintojen tukeminen perustuvat sekä sosiaali- ja terveydenhuollon että poikkihallinnolliseen toimintaan. (STM ja Kuntaliitto 2007).

5.6 Periaatteet seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen järjestämisessä

Kuntien alueellisen yhteistyön tai kuntaliitosten kautta sosiaali- ja terveystalvueluita tuottavien toimintayksiköiden määrä vähenee ja koko suurenee. Tämä tulee väistämättä heijastumaan myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden yksiköiden suurenemiseen ja toiminnan keskittymiseen. Työryhmän arvion mukaan tämä antaa uusia mahdollisuuksia myös työntekijöiden tietotaidon sekä potilasturvallisuuden ja toiminnan laadun kehittämiseen.

Liitteessä 4 on joitakin käytössä olevista malleista järjestää seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelut sekä mahdollisia uusia malleja. Eri kunnat ja kuntayhtymät ratkaisevat palveluiden järjestämisen maantieteellisten ja muiden olosuhteiden pohjalta. Vaihtoehdot eivät kata kaikkia mahdollisuuksia, eikä niitä ole esitetty paremmuusjärjestyksessä. Taulukko on tarkoitettu ainoastaan työvälineeksi erilaisten palvelujen järjestämistapojen tarkasteluun, ja oma tapa voi löytyä myös eri vaihtoehtoja yhdistämällä. Edellä kuvattujen tulevaisuuden näkökohtien pohjalta esitetään, että äitiysneuvola- ja perhesuunnittelupalvelujen organisoinnissa noudatetaan seuraavia periaatteita:

1. Perusterveydenhuolto on ensisijainen palvelujen järjestäjä.
2. Henkilöstömitoituksessa otetaan huomioon yhtäältä, että palvelutarpeisiin pysydytään vastaamaan yksilöllisesti ja toisaalta, että työntekijäkohtaiset asiakasmäärät ovat osaamisen varmistamisen kannalta riittävät. Muita keinoja osaamisen varmistamiseksi ovat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kiinteä yhteistyö, konsultaatiomahdollisuus organisaatioiden välillä ja sisällä sekä työntekijöiden työkierto, täydennyskoulutus ja yhteisten hoitokäytäntöjen tuntemisen varmistaminen muilla keinoin.
3. Neuvolapalvelut säilyvät pääosin lähipalveluina, mutta osa palveluista kuten sikiöseulonnat ja niihin liittyvä neuvonta sekä synnytysvalmennus keskitetään.
4. Nuorten seksuaaliterveyspalvelut järjestetään lähipalveluina ja mahdollisuuksien mukaan erillisinä nuorisopalveluina.
5. Keskitettyjä palveluita tuottavilla työntekijöillä on erikoisosaaminen aihealueeseen.

6. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö organisoidaan saumattomina hoitoketjuina ja yhteisistä toimintatavoista, hoito-ohjeista ja asiakkaille annettavista ohjeista sovitaan.
7. Palveluiden tarjonnassa on räätälöitävä yksilöllisiä vaihtoehtoja. Valtakunnalliset suositukset raskauden seurannasta päivitetään, ja niissä ohjeistetaan raskauden seurantakäynnit, niiden määrä, sisältö ja yksilöllinen suunnittelu. Käyntien määrän vähentäminen tarjoaa mahdollisuuden laajempaan palveluiden suunnitteluun ja tuottamiseen muilla seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueilla.
8. Peruspalveluiden tuottaminen perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kolmannen sektorin toimijoiden verkostoitumiseen. Verkostoa käytetään asiakkaan palvelutarpeen mukaisesti.

Lähteet:

- Arbetsgruppen för kvalitetssäkring i Mödrhälsövärderna (red.). Nationell sammanställning av årsrapporter för mödrhälsövärd, 2004.
- Gissler M. Hedelmällisyys Suomessa ennen, nyt ja tulevaisuudessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 2003;68:553-67.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Haapakorva A. Äitiys- ja lastenneuvolat Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Helsinki, 2005.
- Hartikainen A-L. Äitiysneuvolakäynnit lisääntyvät jatkuvasti – olisiko aihetta toiminnan arviointiin? *Suomen Lääkärilehti* 2003;58:2437-40.
- Hemminki E. Raskauksien hoidon vaikuttavuus. *Suomen Lääkärilehti* 2003;58:1209-11.
- Kinnunen T, Luoto R, Gissler M, Hemminki E. Pregnancy weight gain from 1960s to 2000 in Finland. *International Journal of Obesity* 2003;27:1572-7.
- Koponen P. Finnish public health nurses' experiences of primary health care based on the population responsibility principle. *Journal of Advanced Nursing* 1997;26:41-48.
- Kuntaliitto. Kunta- ja palvelurakennemuutos. Kunnat toteuttavat uudistuksen. 2. painos. Helsinki, 2007. L 169/2007. Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070169>. Luettu 18.4.2007.
- Luoto R. Lasta odottavien ja synnyttäneiden äitien ravinto- ja liikuntaneuvonnan vaikuttavuus. Esitys Neuvolapäivillä 30.-31.10.2006. Tiivistelmä.
- Nassar N, Roberst CL, Cameron CA, Olive EC. Diagnostic accuracy of clinical examination for detection of non-cephalic presentation in late pregnancy: cross sectional study. *BMJ* 2006;333:578-80.
- Opetusministeriö. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Helsinki, 2006.
- Pekurinen M, Junnila M, Idänpään-Heikkilä U, Wahlbeck K. Terveyspiiri. Eräs alueellisten sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisen malli. Stakes. Helsinki, 2006.
- Rimpelä Matti. Julkaisematon tieto 2006.
- Roundtable discussion: part 1. Why do women go along with this stuff? *Birth* 2006;33:154-8.
- Sannisto T, Mattila K, Kosunen E. Raskauden ehkäisyneuvonta terveyskeskuksissa. *Suomen Lääkärilehti* 2007 (painossa).
- Socialstyrelsen 2001 Övergripande kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens förslag. Stockholm, 2001.
- Sormunen S, Hemminki E, Koponen P. Terveystoimijien ja kättilöiden kokemuksuus raskauden seurannassa. *Suomen Lääkärilehti* 2001;56:2563-6.
- Stakesin perhesuunnittelun ja äitiysneuvonnan asiantuntijaryhmä 1992-1995. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiysneuvonossa. Suositukset 1995. Stakes Oppaita 27. Helsinki, 1995.
- Stakesin perhesuunnittelun ja äitiysneuvonnan asiantuntijaryhmä, Kirsi Viisainen (toim.). Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiysneuvonossa, suositukset 1999. Stakes Oppaita 34. Helsinki, 1999.
- Stakes. Äitiysneuvonnan asiantuntijaryhmä. Perhesuunnittelun ja äitiysneuvonnan palveluiden kehittäminen kunnissa. Julkaisematon aloite 13.3.1999.
- Stakes. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet - ennakkotiedot 2005. Stakes, 2006a. Luettavissa: <http://www.stakes.fi/Fl/Tilastot/Aiheittain/Lisaantyminen/synnyttajat/index.htm>. Luettu 26.10.2006.
- Stakes. Syntymärekisteri. Julkaisemattomia tietoja, 2006b.
- STM. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestävää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:14. Helsinki, 2006.
- STM. Terveystä ja hyvinvointia näyttöön perustavalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18. Helsinki, 2003.
- STM ja Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveydenhuolto kunta- ja palvelurakennemuutoksen edellyttämien toimeenpanosuunnitelmien valmistelussa. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton suositukset suunnittelussa huomioon otettavista asioista. Kuntakirje, 2007. Luettavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/ajank/palvraak/index.htm>. Luettu 18.4.2007.
- Valtioneuvoston kanslia. Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma. Helsinki, 2007.
- Vuori E. Stakes, 2.10.2006. Julkaisematon tiedonanto.

6 RASKAUTTA EDELTÄVÄ NEUVONTA JA RASKAUDENAJAN HOITO

6.1 Raskautta edeltävän neuvonnan järjestäminen

Raskautta edeltävää neuvontaa tarjotaan kaikille naisille ja heidän kumppaneilleen, jotka tarvitsevat spesialistin neuvontaa ennen raskaaksi tuloa joko lääketieteellisistä syistä tai perhesyistä. Neuvonta järjestetään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon alueelliseen sopimukseen perustuen. Neuvonta voidaan toteuttaa myös erikoissairaanhoidon konsultaation tukemana ja/tai sairaalan äitiyspoliklinikalla, jonne asiakas saa lähetteen terveyskeskuksesta. Liitteessä 5 esitetään, missä tapauksissa raskautta suunnittelevalle naiselle olisi tehtävä lähete äitiyspoliklinikalle (ks. myös Stakesin...1999, Ramsay ym. 2006).

6.2 Lapsettomuus

Lapsettomuuden yleisyydestä ei ole Suomessa kovin tarkkoja tietoja. Arviolta joka viides tai kuudes pari kärsii jossain elämänsä vaiheessa lapsettomuudesta. (Hippeläinen ja Räsänen 2002, Tiitinen 2002.) Lapsettomuustutkimusten käynnistämistä harkitaan, jos raskaus ei ole alkanut vuoden kuluessa sen säännöllisestä yrittämisestä. Ne voidaan aloittaa jo aiemminkin, jos tiedossa on hedelmällisyyttä alentavia seikkoja. Perusterveydenhuollossa tutkimukset alkavat pariskunnan yleisterveyden sekä gynekologisen ja seksuaalihistorian selvittämisellä. Tutkimusten laajuus ja kiireellisyys määräytyvät esitietojen ja kliinisten löydösten perusteella. Perusterveydenhuollossa voidaan kartoittaa taustatiedot ja tehdä kliininen tutkimus sekä naisen perushormonikokeet. (Hippeläinen ja Räsänen 2002.) Myös siemennestetutkimus voidaan tehdä perusterveydenhuollossa, jos näin on alueellisesti sovittu. Näiden jälkeen lapsettomuustutkimukset jatkuvat erikoissairaanhoidossa. Julkisen sektorin lisäksi yksityisellä sektorilla on merkittävä rooli näiden palveluiden tarjoajana.

Lapsettomuuden taustalla on monesti syitä, joita voitaisiin ehkäistä. Lisääntymisterveyttä edistävät klamydiainfektioiden ehkäisy ja tehokas hoito, normaalipainon säilyttäminen, iän vaikutuksen tiedostaminen hedelmällisyyden kannalta sekä tupakoimattomuus. Raskaudenehkäisy palveluissa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa olisi lisättävä seksuaaliterveyttä ja hedelmällisyyttä edistävää valistusta ja neuvontaa. Myös yhteiskunta- ja terveystieteellisillä toimenpiteillä on edistettävä yleisiä terveellisiä elämäntapoja. (Anttila 2002.)

Tavoitteet:

- Nuoret ja aikuiset tuntevat lapsettomuuden taustalla olevat syyt ja riskitekijät sekä riskien ehkäisy.
- Pitkäaikaisesti sairaan naisen terveydentila on mahdollisimman hyvä hänen raskaaksi tullessaan ja mahdollisen lääkkityksen käyttö on turvallista raskauden aikana.

Toimenpiteet:

- Koulujen terveystiedon opetuksessa käsitellään lapsettomuuden taustalla olevia syitä ja riskitekijöitä sekä riskien ehkäisyä.
- Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon asiakaskontakteissa annetaan soveltuvissa tilanteissa hedelmällisyyteen liittyvää valistusta.
- Pitkäaikaista sairautta sairastaville nuorille aloitetaan lapsen saamiseen liittyvä ohjaus jo fertiili-ikään tullessa sairautta hoitavan henkilökunnan toimesta.
- Terveystiedon toimintayksiköt yhteistyössä kolmannen sektorin kanssa suuntaavat nuorille ja aikuisille tiedotuskampanjoita lapsettomuuden riskitekijöiden ehkäisystä.
- Raskautta suunnittelevan, pitkäaikaissairautta sairastavan naisen terveydentila arvioidaan ensisijaisesti äitiyspoliklinikalla.

6.3 Suosituksia raskaudenajan hoitoon

Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä on antanut vuonna 1999 suositukset seulontatutkimuksista sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöstä ja työnjaosta äitiyshuollossa. Raskaana olevien varhaisraskauden yleisestä ultraäänitutkimuksesta sekä sikiön kromosomi- ja rakennepoikkeavuuksien seulonnasta säädetään vuoden 2007 alussa voimaan tulleella valtioneuvoston asetuksella (1339/2006). Uudet ohjeet sikiöseulonnoista ilmestyvät vuoden 2007 aikana. Niiden tarkoituksena on yhtenäistää seulontojen toteuttamista ja parantaa asiakkaiden neuvontaa. Tartuntatautiin raskaudenaikaisesta seulonnasta säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella (421/2004 ja 726/2006). Lastenneuvola lapsiperheiden tukena -opas (STM 2004) antaa myös ohjeita äitiysneuvolatoiminnan sisällöstä. Imetystä koskevat suositukset sisältyvät imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositukseen vuodelta 2004 (Hasunen ym. 2004) sekä Lastenneuvolaoppaaseen (STM 2004). WHO on julkaissut hyväksymänsä maailmanlaajuiset perinataalihoidon periaatteet (Taulukko 6.1) ja suositukset (WHO 1996, 2003).

Taulukko 6.1. WHO:n hyväksymät perinataalihoidon periaatteet

Periaate	Sisältö
1. Normaalin raskauden ja synnytyksen hoidossa on vältettävä medikalisaatiota.	Hoito on toteutettava minimimäärällä interventioita ja hoidossa on käytettävä mahdollisuuksien mukaan mieluummin vähän kuin paljon teknologiaa.
2. Hoidossa on käytettävä tarkoituksenmukaista teknologiaa.	Tarkoituksenmukaisella teknologialla tarkoitetaan toimintojen kokonaisuutta, johon kuuluvat menetelmät, tekniikat, varustus ja muut välineet, joita sovelletaan tietyn ongelman ratkaisemiseen. Tällä periaatteella pyritään vähentämään teknologian ylikäyttöä tai monimutkaisen teknologian käyttöä silloin, kun yksinkertaisempi menetelmä riittäisi tai voisi olla paras.
3. Hoidon on perustuttava näyttöön.	Näyttöön perustuva hoito tarkoittaa parhaan saatavilla olevan tutkimusnäytön ja satunnaistettujen prospektiivisten tutkimusten tuottaman tiedon käyttöä aina kun se on mahdollista ja sopivaa.
4. Hoidon on oltava porrastettu tarkoituksenmukaisesti.	Hoidon on perustuttava tehokkaaseen järjestelmään, jossa perusterveydenhuollosta lähetetään tarvittaessa erikoissairaanhoidon.
5. Hoidon on oltava moniammatillista.	Hoitoon osallistuvat kätilöt, synnytyslääkärit, neonatologit, sairaanhoitajat, perhe- ja synnytysvalmennusta pitävät henkilöt sekä sosiaalialan ammattilaiset.
6. Hoidon on oltava kokonaisvaltaista.	Hoidossa on otettava huomioon naisten, lasten ja perheiden älylliset, emotionaaliset, sosiaaliset ja kulttuuriset tarpeet, ei vain biologinen hoito.
7. Hoidon on oltava perhekeskeistä.	Naisen ja vastasyntyneen tarpeiden lisäksi hoidon tulee kohdistua naisen partneriin, lähiomaisiin ja ystäviin.
8. Hoidon on oltava kulttuurin huomioivaa.	Hoidossa tulee ottaa huomioon sekä sallia kulttuurisia variaatioita asiakkaiden odotuksissa.
9. Naisten on saatava osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.	-
10. Hoidossa on kunnioitettava naisten yksityisyyttä, arvokkuutta ja luottamuksellisuutta.	-

Lähde: Chalmers ym. (2001)

Tässä toimintaohjelmassa käsitellään raskaana olevien naisten ja heidän perheidensä hoidon kehittämisessä seuraavia teemoja:

- vanhemmaksi kasvu ja varhainen vuorovaikutus
- perhevalmennuksen kehittäminen
- imetyksen ohjaus ja tukeminen
- synnytyssuunnitelma
- synnytyspelon käsittely
- verkostoituminen erityisryhmille palveluja tuottavien muiden tahojen kanssa

- ylipainoisten äitien ohjaus ja seuranta
- alkoholinkäyttö, päihteitä käyttävien äitien tunnistaminen ja hoito
- tupakoivien äitien ohjaus ja tukeminen
- HIV - äiti-lapsitartuntojen ehkäiseminen
- keskenmenopotilaan jälkitarkastus ja psykososiaalinen tuki

Myös mainittujen erityisryhmien lisäksi hyvin nuorilla ja hyvin iäkkäillä synnyttäjillä on kohonnut riski oman terveyden ja myös sikiön kehityksen kannalta. Tämän vuoksi alle 17-vuotiaiden ja yli 40-vuotiaiden raskauksia on seurattava tavallista tarkemmin. Erityisiseurantaa saattavat tarvita myös naiset, joiden raskaus on alkanut lapsettomuushoitosten tuloksena.

Eräs tärkeä erityisryhmä ovat myös äidit, joilla on monisikiöraskaus. Monikkoraskaus on riskiraskaus, joka aiheuttaa aina sekä psyykkisiä, taloudellisia että myös sosiaalisia haasteita ja usein myös ongelmia, joissa monikkoperheet tarvitsevat tukea.

6.4 Vanhemmuuden tukeminen ja synnytykseen valmentautuminen

Vanhemmaksi kasvu ja varhainen vuorovaikutus

Vanhemmuutta ja varhaista vuorovaikutusta käsitellään laajasti tuoreessa suomalaisten asiantuntijoiden kirjoittamassa teoksessa Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus (Niemi ym. 2003) sekä Lastenneuvola lapsiperheiden tukena -oppaassa, jossa on liitteinä lomakkeet varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen (STM 2004).

Äidiksi ja isäksi kasvamisen tukeminen aloitetaan raskauden aikana, ja tukea jatketaan lapsen syntymän jälkeen äitiys- ja lastenneuvolassa. Vanhemmuus on monimuotoinen vuorovaikutusprosessi, joka alkaa kehittyä ja muotoutua jo oman varhaislapsuuden, lapsuuden, nuoruuden ja varhaisaikuisuuden aikana, ennen omaa vanhemmuutta. Vanhemman ja lapsen vuorovaikutus on molemminpuolista ja molemmilla on mahdollisuus kehittyä siinä. Varhainen vuorovaikutus alkaa jo raskauden aikana ruumiillisen dialogin muodossa. Siinä ovat mukana äidin ja isän mielikuvat eli representaatiot vauvasta, omasta vanhemmuudesta, vauvan äidistä/isästä ja omasta itsestä vauvana. Isän mielikuvat ovat syntyneet hänen vuorovaikutuskokemuksistaan itselle merkittävien ihmisten kanssa, ja isä voi olla ruumiillisessa dialogissa vauvan kanssa koskettelemalla häntä äidin vatsanpeitteen läpi (Siltala 2003). Jos vanhemmilla ei ole mielikuvia lapsesta, pitäisi heitä tukea niiden tunnistamisessa. Varhaisen vuorovaikutuksen pulmien on todettu lisäävän lapsen riskiä käyttäytymisen ja tunne-elämän oireisiin (Mäntymaa 2006). Havaitsemalla varhaisen vuorovaikutuksen ongelmat mahdollisimman aikaisin voidaan tunnistaa lapset, joiden psyykkinen kehitys on vaarassa vaikeutua.

Vanhempia ohjataan havainnoimaan vastasyntyneen viestejä ja vastaamaan niihin tarkoituksenmukaisesti.

Lapsen turvallinen kiintymyssuhde syntyy, kun tietyt tapahtumasarjat toistuvat monta kertaa. Lapsi huomaa mielekkäitä syy-seuraussuhteita, kun äiti syöttää hänet itkiessään nälkänsä tai vanhemmat tulevat lohduttamaan hänen itkiessään kaipuuta tai paha oloa. (Siltala 2003.) Jo raskaudenaikaisessa ohjauksessa on tärkeää korostaa tulleille vanhemmille näitä konkreettisia keinoja, joilla lapsen turvallisuuden kokemusta tuetaan.

Perhevalmennuksen kehittäminen

Riittävä tiedon saanti on merkittävä asia naisen raskauden ja synnytyksen aikaisten tunteiden kannalta. Tutkimusten mukaan perhevalmennuksella (Crowe ja von Bayer 1989, Melender 2002) ja tiedon saannilla yleensä (Drummond ja Rickwood 1997) on tärkeä rooli synnytykseen liittyvien pelkojen lievittämisessä. Tuoreessa neuvolaselvytyksessä (Hakulinen-Viitanen ym. 2005) yleisin ryhmätoiminnan muoto neuvolassa oli perhevalmennus. Sitä oli tarjolla runsaammin ensi- kuin uudelleensynnyttäjille. Perhevalmennuksessa otetaan huomioon myös yksin odottavien naisten sekä uus- ja monikkoperheiden tarpeet. Valtakunnallisessa monikkoperhevalmennusprojektissa (Häkkinen 2006) on laadittu ohjausmateriaalia perheille, joihin odotetaan useampaa kuin yhtä lasta (www.suomenmonikkoperheet.fi). Setan Sateenkaariperhetyöprojektissa on tuotettu aineistoa seksuaali- ja sukupuolivähemmistöistä lapsiperhenäkökulmasta (www.seta.fi/perheprojekti/). Perusterveydenhuollossa koko perhevalmennusta koordinoi äitiysneuvolan terveydenhoitaja tai kätilö. Vastuu synnytysteemasta voisi olla kätilöllä, jolla on aiheesta runsaasti synnytysairaalaossa hankittua tietoa. Myös sairaala voi järjestää synnytysvalmennusta. Liitteessä 6 on esitetty hyviä käytäntöjä synnytysairaaloitten järjestämissä synnytysvalmennuksissa.

Raskaudenaikaisessa perhevalmennuksessa suositellaan käsiteltävän ainakin seuraavia teemoja:

- raskauden herättämät erilaiset tunteet, odotukset ja ajatukset vanhemmilla
- raskauden ja imetyksen tuomat fyysiset ja psyykkiset muutokset
- synnytyksen jälkeisten mielialamuutosten kuten masennuksen ennakointi
- isän tai toisen vanhemman merkitys ja rooli perheessä
- lapsen tuomat muutokset parisuhteeseen ja perheen muuhun elämään
- synnytys
- vauvan varusteet

- vauvan hoito ja imetys, isän rooli imetyksessä ja vauvan hoidossa
- vanhempien yhteenkuuluvuuden tunne ja vanhemmuuden tuomat muutokset parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen
- perhe-etuudet, etenkin vanhempainvapaa
- perheiden palvelut kunnassa
- valmistautuminen kotiinpaluuseen synnytyssairaalaan (tavallisimmat pulmat, tuensaantimahdollisuudet)
- pari- ja lähisuhdeväkivallan ehkäiseminen.

Lähes kaikki aiheet sisältyvät myös Lastenneuvola lapsiperheiden tukena -oppaan (STM 2004) suosituksiin.

Perhevalmennuksen **synnytysteemassa** suositellaan käsiteltävänä seuraavia aiheita:

- synnytyksen kulku ja vaiheet
- poikkeavat tilanteet synnytyksessä
- synnytykseen valmistautuminen psyykkisesti ja harjoittelemalla
- synnytyksen suunnittelu sekä osallistuminen päätöksentekoon hoidosta
- isän, toisen vanhemman tai tukihenkilön rooli synnytyksessä, psykososiaalisen tuen merkitys
- kivun hallinta, kivun merkitys
- raskauteen ja synnytykseen liittyvät pelot ja niiden käsittely
- varhaisen ihokontaktin merkitys, vastasyntyneen ja vanhempien vuorovaikutus
- varhaisimetyksen merkitys, imetyksen suunnittelu, sairaalan toiminta imetyksen tukemiseksi (vierihoitoa koskevat järjestelyt, lisämaidon antamisen perusteet)
- informaatio synnytyssairaalaan

Teemaan suositellaan liitettäväksi tutustumiskäynti synnytyssairaalaan.

Perhevalmennuksen järjestämistä pienryhmissä suositellaan, sillä ne tarjoavat vanhemmille yhden mahdollisuuden saada vertaistukea. Vertaisryhmät tarjoavat sosiaalista tukea, joka on tärkeää esimerkiksi äitien ja isien selviytymisen kannalta lapsen synnyttyä (Tarkka 1996) ja lapsiperheen arjen hallinnassa. Vertaisryhmiä järjestetään sekä paikallisesti että Internetissä. Paikallisia vertaisryhmiä voivat järjestää neuvola ja esimerkiksi kolmas sektori (ks. STM 2004.) Äitiysneuvolatoimintaa voidaan järjestää myös ryhmäneuvolana (Hakulinen-Viitanen ym. 2005).

Synnytyssuunnitelma

Synnytyssuunnitelma edistää naisen itsemääräämisoikeutta ja hallinnan tunnetta synnytyksen aikana (Ryttyläinen 2005). Siihen kootaan naisen etukäteistoivomukset hoidosta synnytyssairaalassa. Suunnitelman laatiminen perustuu naisen ja kättilön käymiin keskusteluihin ennen synnytystä. Koska synnytyksenaikaisia tapahtumia ei voi varmuudella ennustaa, keskustellaan myös siitä mahdollisuudesta, että synnytyksessä ilmenee jotain poikkeavaa eikä synnytys sujukaan suunnitellulla tavalla (Hewson 2004). Synnytyssuunnitelma on osa sähköistä synnytyskertomusta ja potilasasiakirjoja. Suomessa synnytyssuunnitelma on käytössä joissain sairaaloissa, mutta palvelua ei ole toistaiseksi tarjolla kaikille raskaana oleville naisille.

Synnytyspelon käsittely

Synnytykseen liittyviin pelkoihin on tartuttava neuvolassa heti niiden ilmetessä ja käsiteltävä niitä asiakkaan tarpeiden mukaan. Synnytykseen liittyvä jännitys on normaalia, mutta voimakkailla peloilla voi olla vakavia ja pitkäaikaisiakin seurauksia. Tutkimusten mukaan peloilla voi olla yhteyttä esimerkiksi kielteiseen synnytyskokemukseen (Soet ym. 2003, Vallimies-Patomäki 1998), synnytyksen jälkeiseen masennukseen (Saisto ym. 2001a) sekä kipuihin synnytyksen aikana (Lang ym. 2006). Voimakkaasti pelkäävät naiset saattavat toivoa keisarileikkausta alatiesynnytyksen sijaan (esim. Gamble & Creedy 2001, Hildingsson ym. 2002).

Pelkojen käsittelyssä on tärkeää antaa naiselle tilaisuus käsitellä mahdollisia aikaisempia kielteisiä kokemuksiaan sekä antaa asiallista tietoa ja tukea. Pelkoja käsitellään myös perhevalmennuksessa. Tarvittaessa tehdään lähete äitiyspoliklinikalle, jos pelot haittaavat äidin elämää huomattavasti ja erityisesti, jos äiti toivoo keisarileikkausta, vaikka alatiesynnytykselle ei olisi estettä (Stakesin... 1999). Synnytyspelkojen hoidolla äitiyspoliklinikalla on mahdollista vaikuttaa siihen, että synnyttäjät valitsevat aluksi toivomansa keisarileikkauksen sijaan alatiesynnytyksen (Saisto ym. 2001b, Sjögren ja Thomassen 1997).

6.5 Imetyksen ohjaus ja tukeminen

Lasta odottavan perheen on saatava parasta mahdollista imeväisikäisen ruokintaa koskevaa tietoa ja tukea jo raskausaikana. Äidin hyvä ravitsemus luo pohjan rintaruokinnalle ja äidin jaksamiselle. (Hasunen ja Ryyänen 2005.) Imetyksen merkitys kansanterveyden edistämiskeinona on kasvanut, koska uutta tutkimustietoa imetyksen merkityksestä liikapainon, diabeteksen sekä sydän- ja verisuonitautien ehkäisyssä julkaistaan jatkuvasti (ks. esimerkiksi Erkkola 2006, WHO 2007). Sosiaali- ja terveysministeriö (Hasunen ym. 2004) suosittaa kuuden kuukauden täysimetystä Maailman terveysjärjestön WHO:n

kansainvälisen strategian mukaisesti. Tämän jälkeen suositellaan osittaista imettämistä vuoden ikään tai pidempäänkin, mikäli vanhemmat niin haluavat.

Tavoitteena 6 kuukauden täysimetus normaalipainoisina syntyneille lapsille.

Vuonna 2005 tehdyn selvityksen mukaan suomalaisäidit imettivät aiempaa hieman pidempään. Myös täysimetus oli aiempaa yleisempää. Kuukauden ikäisistä lapsista 87 %, kolmen kuukauden ikäisistä 76 % ja puoli vuotta täyttäneistä 60 % sai äidinmaitoa. Huolestuttavaa oli kuitenkin alle kuukauden ikäisten lasten täysimetyksen väheneminen ja runsas lisäruoan anto vastasyntyneille. Alueelliset vaihtelut olivat suuria. Vuonna 2005 alle kuukauden ikäisten täysimetyttyjen lasten osuus oli 60 %. Vuonna 2000 vastaava osuus oli 65 % ja vuonna 1995 68 %. (Hasunen ja Rynänen 2005.) Ruotsissa vastaava luku oli 71% vuonna 2003 ja Islannissa 67% vuonna 2001 (WHO Terveyttä kaikille -tietokanta 2006).

Vanhempien hyvät tiedot imetyksestä ovat yhteydessä imetyksen pidempään kestoon (Hannula 2003). Perhevalmennuksessa olisikin kerrottava imetyksen eduista ja perusteltava valtakunnallisten imetyssuositusten mukaista imetystä myös isille, koska isän tuki imetykselle on tärkeää äidin näkökulmasta (Hannula 2003) ja imetyksen jatkumisen kannalta (EU 2004a, b). Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen (Hasunen ym. 2004) mukaan ohjauksessa olisi saatava perustiedot

- imetyksen anatomiasta ja fysiologiasta
- imetyksen tekniikasta
- rintojen hoidosta
- imetysongelmien ennaltaehkäisystä
- kuinka itse toimimalla voi sairaalassa edesauttaa imetyksen käynnistymistä (varhainen ensi-imetus, vierihoito, vauvantahtinen imetus sekä pullojen ja tuttien välttäminen imetyksen varhaisvaiheessa).

Imetysohjauksen tukena käytetään uudistettuja vanhemmille tarkoitettuja oppaita. Rinnalla ja Imeväisen lapsen ruoka sisältyvät äitiyspakkaukseen ja Meille tulee vauva -kirjanen jaetaan kaikille vanhemmille äitiysneuvolasta. Henkilökunnan on tärkeää tuntea näiden kirjasten sisältö, jotta he voivat viitata niihin ja rohkaista vanhempia lukemaan niitä. Tutkimusten mukaan erityistä tukea imetykselleen tarvitsevat yksinhuoltajat sekä vähän koulutetut, nuoret ja tupakoivat äidit (Hasunen ym. 2004) sekä aiemmin imetyksessä epäonnistuneet tai lyhyen aikaa imettäneet uudelleensynnyttäjät (Hannula 2003). Erityistukea imetykselleen tarvitsevat myös monikkolapset saaneet äidit. Uudelleensynnyttäjien aiemmista imetyskokemuksista olisi keskusteltava neuvolakäynneillä. Mikäli imetus on ollut ongelmallista, olisi pohdittava ongelmien syitä ja vahvistettava

äidin itseluottamusta sekä tietoja siitä, kuinka toimimalla hän halutessaan voi onnistuneesti imettää tulevaa lastaan. HIV-positiivisten äitien ei tule imettää tartunnanvaaran vuoksi.

Hoitajat tarvitsevat imetysohjaajina toimiakseen riittävästi ajantasaista tietoa imetyksen terveysvaikutuksista, toimintatavoista ja säädöksistä, esimerkiksi äidinmaitokorvikkeiden markkinointikoodista, sekä kykyä ohjata imetykseen liittyviä taitoja. Tämä tietotaito saadaan imetysohjaajakoulutuksesta, joka olisi oltava kaikilla imettäviä äitejä ohjaavilla. Imetysohjaajakoulutus sisältyy kättilön ja terveydenhoitajan osaamisvaatimuskuvauksiin (Opetusministeriö 2006). Äidit arvostavat yksilöllistä ohjausta, jossa otetaan huomioon aiemmat kokemukset ja toiveet (Dykes 2005). Myös hoitajien osoittama empatia ja emotionaalinen tuki kuuluvat hyvään ohjaukseen (Tarkka ym. 1998). Äidit toivovat hoitajien tukevan heidän itseluottamustaan sekä rohkaisevan ja kannustavan imetykseen (Dykes 2005, Ingram ym. 2002).

6.6 Verkostoituminen erityisryhmille palveluja tuottavien tahojen kanssa

Erityisryhmiin kuuluvien asiakkaiden raskauden seuranta ja hoito edellyttävät verkostoitumista muiden palvelujen tuottajien kanssa. (Heimo 2002, ks. myös luku 5.3 ja 5.5). Näitä palveluja on saatavilla terveyskeskuksen ja sairaalan ohella esimerkiksi sosiaali-toimessa tai kolmannella sektorilla. Ammattihenkilöiden on osattava tunnistaa erityisryhmiin kuuluvat asiakkaat ja tietää, miten heitä hoidetaan ja mitä muita palveluita heidän auttamisekseen on käytettävissä. Tällaisia erityisryhmiä ovat ainakin seuraavat:

- päihhteitä väärinkäyttävät asiakkaat
- mielenterveysongelmista kärsivät asiakkaat
- perheet, joissa esiintyy perheväkivaltaa ja parisuhdeongelmia (ks. luku 12)
- maahanmuuttajat
- seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvat asiakkaat
- vammaiset asiakkaat
- perheet, joihin odotetaan sairasta tai vammaista lasta
- monikkolapsia odottavat perheet.

Joidenkin erityisryhmien seulontaa varten on käytettävissä kyselylomakkeita. Esimerkiksi lastenneuvolaoppaassa suositellaan, että parisuhdeväkivallasta kysytään kaikilta raskaana olevilta naisilta viimeistään raskauden kahden ensimmäisen kolmanneksen aikana. Kyselylomakkeita on julkaistu seuraavista aihealueista.

- synnytyspelko¹
- perhe- ja lähisuhdeväkivalta²

- alkoholin käyttö^{1,3} (myös liite 7, ks. myös luku 6.8)
- huumeiden käyttö³

1) Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä (1999).

2) STM (2004).

3) Päihdelinkki (www.paihdelinkki.fi/testit).

6.7 Ylipainoisten äitien ohjaus ja seuranta

Lihavuus on kasvava ongelma kaikissa kehittyneissä maissa (Wood 2006). Odottavan äidin ylipainoon liittyy raskausdiabeteksen ja kohonneen verenpaineen riski. Käytännöllisiä ongelmia tuottavat ulkotutkimuksen ja ultraäänitutkimuksen tekemisen vaikeus sekä mahdolliset virheet sydänäänien kuuntelussa ja verenpaineen mittauksessa. Ylipainoisilla äideillä on raportoitu enemmän yliaikaisuutta ja synnytyksen käynnistyksiä, keisarileikkauksia, epäonnistuneita toimenpidesynnytyksiä ja synnytyksen jälkeistä verenvuotoa. Komplikaatioita voi liittyä myös mahdolliseen anestesiaan. Lapsivuodeaikaan liittyy kohonnut tulehdusriski. Ylipaino on yhteydessä myös lapsen painoon ja terveyteen (Krishnamoorty 2006, Morin-Papunen ja Tapanainen 2005, Tiitinen ym. 2000).

Raskaudenajan painonnousutavoite on yksilöllinen ja määritellään asiakkaan kokonaistilanteen mukaan. Painonnousua arvioitaessa otetaan huomioon lähtöpaino, aiemmat painonmuutokset, rakenteelliset erot sekä loppuraskaudessa mahdollinen turvotus. Paino nousee raskauden aikana keskimäärin 12,5 kg. Jos naisen painoindeksi on yli 26, suositeltava painonnousu sikiön kehityksen kannalta on 7–11,5 kg. Jos painoindeksi on yli 29 ja naisella on muita gestatiidiabeteksen riskitekijöitä, tavoitteena on, että paino ei nouse raskauden aikana enempää kuin 6–8 kg. (Hasunen ym. 2004.)

Useimmat naiset ovat motivoituneita muuttamaan ruokavaliotaan raskauden aikana, ja pienetkin muutokset hillitsevät painonnousua. Neuvolassa äitiä voidaan pyytää pitämään ruokapäiväkirjaa, mikä auttaa usein huomaamaan itse turhat energianlähteet. Muutosten täytyy tuntua äidistä itsestään toteuttamiskelpoisilta. Painonnousua tasaa myös kaikenlainen liikunta. (Hasunen ym. 2004.) Merkittävästi ylipainoiset naiset voidaan ohjata erikoissairaanhoidon joko raskauden alussa tai jo raskauden suunnitteluvaiheessa. Jatkuvan seurannan, ohjauksen ja tuen lisäksi hoitoon kuuluvat ravitsemusterapeutin palvelut.

UKK-instituutin meneillään olevassa NELLI-tutkimuksessa (Neuvonta, elintavat ja liikunta neuvolassa) selvitettiin liikunta- ja ravitsemusneuvonnan vaikutusta fyysiseen aktiivisuuteen, ravintotottumuksiin, raskauden aikaiseen painonnousuun ja synnytyksen jälkeiseen painon palautumiseen. Koeneuvolojen terveydenhoitajat toteuttivat liikunta- ja ravitsemusneuvonnan intervention osana rutiinikäyntejä, kontrollineuvoloissa käynnit toteutuivat entiseen tapaan. Neuvonnan lisäksi koeneuvolojen äideillä oli mahdollisuus osallistua kerran viikossa vertaisryhmäliikuntaan omalla asuinalueella. Interventio lisäsi raskaana olevien naisten kasvisten, hedelmien ja marjojen käyttöä ja piti yllä runsaskui-

tuisen leivän osuutta kaikesta leivästä. Koeryhmäläiset säilyttivät kontrolliryhmäläisiä paremmin ennen raskautta olleen vähintään kohtuullisesti kuormittavan liikunnan määrän raskauden loppuun asti. Painonnousussa raskauden aikana ei ollut eroja. Koeryhmän äitien lapsista yksikään ei ollut suurikokoinen, mutta kontrolliryhmän lapsista 15 prosenttia oli suurikokoisia. (Luoto 2006.)

Ylipaino on merkittävä raskausdiabeteksen riskitekijä, mutta kaikista raskausdiabeteksen riskissä olevista naisista noin neljäsosa on normaalipainoisia. Heidän diabetesriskinsä tulee todennäköisesti sukutaustan kautta. Riskitekijöitä ovat myös aikuisiän diabetesta sairastava lähisukulainen, yli 40 vuoden ikä tai aiemmassa raskaudessa esiintynyt raskausdiabetes. Painonhallinta on yksi tekijä raskausdiabeteksen ehkäisyssä raskauden aikana (Ben-Haroush ym. 2003, Leinonen ja Teramo 1999). Raskausdiabeteksen hoidosta on valmisteilla Käypä hoito -suositus (ks. www.kaypahoito.fi). Myös ylipainoisen odottajan hoidosta ja raskaudenaikaisesta painonnoususta tarvitaan kansallinen hoito-suositus.

6.8 Päihteitä käyttävien äitien tunnistaminen ja hoito

Alkoholinkäytön yleisyydestä raskauden aikana ei ole ollut koko maan tasolla tarkkaa käsitystä, koska tietoa ei voida luotettavasti kerätä Stakesin syntymärekisteriin. Turussa tehdyssä tutkimuksessa 6 prosentilla odottavista äideistä oli päihderiippuvuus (Pajulo 2001). Epämuodostumarekisteriin ilmoitetuissa merkittävässä epämuodostumissa alkoholi on taustatekijänä noin 1 prosentissa tapauksista (Autti-Rämö ja Ritvanen 2005). Eri-laisten päihteiden sekakäyttö on suhteellisen tavallista, jolloin yksittäisen aineen osuutta ja vaikutuksia on vaikea arvioida. Alkoholi on kuitenkin useimmiten mukana sekakäytössä (Autti-Rämö ja Ritvanen 2005).

Sikiöaikainen alkoholialtistus voi johtaa laajuudeltaan ja vaikeusasteeltaan hyvin monimuotoiseen oireyhtymään (ks. Halmesmäki ja Autti-Rämö 2005). Runsas, jatkuva juominen voi aiheuttaa FAS-oireyhtymän (fetal alcohol syndrome). Lievemmissä tapauksissa oireyhtymä voi esiintyä epätäydellisenä (FAE, fetal alcohol effects) tai pelkästään keskushermoston toimintahäiriönä. Kansainvälisten ilmaantuvuuslukujen perusteella on arvioitu, että Suomessa syntyy vuosittain noin 600 lasta, joilla on sikiöaikaiseen alkoholialtistukseen liittyviä oireita (Halmesmäki ja Autti-Rämö 2005). Runsaan alkoholin käytön vähentäminen tai lopettaminen parantaa sikiön kasvu- ja kehityssuuntaa (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2005).

Satunnainen ja vähäinen alkoholin käyttö raskauden alussa ei liene haitallista, koska raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikaisen kohtuullisenkaan käytön ei ole todettu lisäävän epämuodostumien määrää. Keskushermoston toimintahäiriöiden osalta turvallisen käytön riskirajaa ei kuitenkaan tunneta, joten ainoa varmasti turvallinen valinta raskauden aikana on täysraittius (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2005). Alkoholista on turvallisinta pidättäytyä jo siinä vaiheessa, kun raskautta suunnitellaan.

Alkoholin riskikäytön tunnistamisessa ennaltaehkäisevä lähestymistapa merkitsee sitä, että kaikilta aikuispotilailta kysytään alkoholinkäyttöä ja myös humalajuomista. Varhainen riskikäytön tunnistaminen onnistuu parhaiten, kun se on osa kliinistä toimintaa. Ei ole näyttöä siitä, että kysyminen aiheuttaisi kiusaantumista tai tyytymättömyyttä (Alkoholi ja perusterveydenhuolto 2006).

WHO:n AUDIT-testi (liite 7) on riskikäytön tunnistamiseksi kehitetty kyselylomake. Siitä ja sen lyhyestä versiosta (AUDIT-C, joka sisältää AUDITin kolme ensimmäistä kysymystä) on olemassa luotettavaa tutkimustietoa. Neuvolaselvityksen (Hakulinen-Viitanen ym. 2005) mukaan viidesosa terveydenhoitajista käytti AUDIT-kyselyä säännöllisesti ja lähes kaksi viidesosaa tarvittaessa. Lääkäreistä vähän alle joka kymmenes hyödynsi testiä säännöllisesti, mutta lähes kaksi kolmasosaa hyödynsi sitä tarvittaessa.

Alkoholia ei tule käyttää lainkaan raskauden aikana.

Äitiysneuvolassa tehtävän AUDIT-kyselyn tulosten oikea tulkinta on tärkeää. AUDIT tai AUDIT-C eivät sovellu varsinaisesti raskauden aikaisen riskikäytön seulontaan, vaan ne toimivat lähinnä keskustelun apuna ja siinä mielessä niitä kannattaa käyttää. Jos raskaana oleva juo alkoholia esimerkiksi 2-3 kertaa viikossa ja 3-4 annosta kerralla, AUDITin pisterajat eivät vielä ylity, mutta määrät ovat raskauden kannalta selvä riski. Neuvonnan indikaationa ei siis voi pitää tavanomaisia pisterajoja, vaan sitä, että äiti ylipäättään juo raskauden aikana (pieniä määriä useita kertoja viikossa tai humalaan).

Jos AUDIT-kysely antaa aiheutta, voivat neuvolan työntekijät ja erityispalveluiden edustajat yhteistyössä miettiä, voiko neuvola tukea päiheteettömyyttä vai ohjataanko asiakas eteenpäin erityispalveluiden antaman hoidon ja tuen piiriin. Etenkin suurissa kaupungeissa on sovittu hoitoketjut, jotka määrittävät oikean vastuutahon ja takaavat oikea-aikaisen avun. Kokonaishoidossa on tärkeää, että palvelu- ja hoitoketjut toimivat. Jos päihdeongelma havaitaan vasta synnytyssairaalassa, äidin hoitoonohjauksen on tapahduttava sieltä käsin. Jos äidillä ja lapsella on äidin odotusaikaisesta päihdeidenkäytöstä johtuvia vieroitusoireita, on tilanne lapsen kannalta erittäin kriittinen ja hoitoonohjaus äärimmäisen tärkeää (Andersson 2006).

Päihdeäitien ohjaus synnytyksen jälkeen

Somaattisten haittojen lisäksi päihdeiden käyttö haittaa äidin ja lapsen välistä varhaista vuorovaikutussuhdetta. Päihdeiden käytön vaikutukset lapsen syntymän jälkeen, äidin vaikea psykososiaalinen tilanne sekä monesti hyvin huonot omat varhaiset hoivakokemukset vaikeuttavat äidin kykyä hoivata lastaan ja huolehtia hänestä erityisesti raskauden aikana, mutta myös myöhemmin. Äidin päihdeiden käyttö on yleisin syy pienten lasten huostaanottoihin Suomessa (Kalland ja Sinkkonen 2001).

Lapsi on riippuvainen äidin ratkaisusta ja käyttäytymisestä ja siksi on tärkeää kehittää päihdeongelman tunnistamista, hoitoa ja lapsen kehityksen tiivistä seuranta (Savonlahti ym. 2003). Neuvolat tarvitsevat erityiskoulutusta ja tukea havaitakseen äitien päihdeongelmat ja voidakseen paneutua päihteidenkäyttäjien seurantaan ja hoitoon motivointiin. Lapsen kannalta pienikin päihteettömyyden lisääntyminen voi olla merkityksellistä. Tärkeää on hoidon alkaminen mahdollisimman varhain raskauden aikana ja jatkuminen riittävän pitkään sellaisena, että siinä huomioidaan myös lapsen kehityksen seuraaminen ja tukeminen (Savonlahti ym. 2003).

Suomessa päihdeäitien ja heidän lastensa hoitoa on kehitetty lähinnä pioneeriluontoisesti, ja valtakunnallisesti hoitopaikkoja on riittämättömästi. Erityinen resurssien kohdistaminen näihin äiti-vauvapareihin tuottaa tuloksia. Hoitokontakti, jossa päihteettömyyden lisäksi voidaan keskittyä äitiyteen ja äidin ja vauvan suhteeseen näyttää suojaavan vauvoja, koska suorat ainevaikutukset vähenevät, äidillä on tukiverkosto äitiydelleen ja mahdollisten retkahdusten tapahtuessa vauvasta huolehtivat hänelle tutut hoivaajat (Savonlahti ym. 2003). Päihdeongelmien hoitoon erikoistuneita ensikoteja ja avopalveluyksiköitä on eri puolilla Suomea (ks. esim. www.ensijaturvakotienliitto.fi). Jälkimmäisessä toteutetaan päihdeongelmaisten odottavien äitien ja pienten vauvojen perheiden avohoittoa sekä ensikodista kotiutuvien jälkihoitoa. Lisäksi yksikkö tekee palveluverkostossa etsivää työtä, jonka tavoitteena on löytää päihdeongelmaiset äidit ja ohjata heidät hoitoon mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Sitä on toteutettu muun muassa neuvolassa järjestetyissä ryhmissä, yhteistyössä neuvolan työntekijän kanssa, sekä olemalla mukana perhevalmennuksessa keskustelemassa päihteiden riskeistä raskauden aikana ja pikkuvauva-aikana (Andersson 2006).

Käynnissä olevan tutkimuksen (Päihdeongelmaisten... 2006) alustavien tulosten mukaan päihdeongelmien hoitoon erikoistuneissa ensikodeissa kuntoutettavien äitien lasten kehitys on edennyt hyvin. Kenelläkään tutkimusryhmän äideistä ei ole ollut vakavia päihderetkahduksia lapsen ensimmäisen ikävuoden aikana eikä lasten huostaanottoja ole tarvittu. Äitien vuorovaikutuskykyjen yksilölliset erot ovat olleet suuria ja psyykkistä oireilua on esiintynyt paljon. Hoidon alussa ei voida ennakoida sitä, ketkä tulevat hyötymään hoidosta ja keiden vuorovaikutus vauvan kanssa kehittyy riittävän hyväksi. Kaikilla olisi oltava mahdollisuus hoitoon.

6.9 Tupakoivien äitien ohjaus ja tukeminen

Raskauden aikana tupakoivia naisia on viimeisten kymmenen vuoden aikana ollut kaikista synnyttäjistä noin 15 %. Vuonna 2005 tupakoinnin oli lopettanut raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana 22 %, kun vuonna 1995 luku oli 9 %. Alle 20-vuotiaista synnyttäjistä lähes puolet tupakoi raskauden aikana vuonna 2005, ja heistä 16 % lopetti tupakoinnin raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana. Yli 35-vuotiaista joka kymmenes tupakoi raskauden aikana ja joka viides lopetti tupakoinnin (Stakes 2006a).

Tupakoivia äitejä on ohjattava tupakoinnin lopettamiseen sekä neuvolassa että synnytys- ja sairaalassa sekä tuettava äidin savuttomuutta synnytyksen jälkeen. Ohjauksen tulee sisältää tietoa tupakoinnin haitoista äidille, synnytykselle ja lapselle sekä psyykkistä tukea. Myös isän tupakointi tulee huomioida ohjauksessa ja tavoitteena tulisi olla koko perheen savuttomuus. Ohjausta voidaan toteuttaa sekä yksilö- että ryhmäohjauksena (Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot: Käypä hoito -suositus 2002). Pienten lasten vanhempien tupakoinnin lopettamiseen liittyvää ohjausta on käsitelty myös Lastenneuvola lapsiperheiden tukena -oppaassa (STM 2004).

Tupakoinnin lopettamiseen tähtäävät ohjelmat vähentävät äidin tupakointia raskauden aikana ja siten pienentävät ennen aikaisten synnytysten ja pienen syntymäpainon esiintyvyyttä (Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot: Käypä hoito -suositus 2002)

Nikotiinikorvaushoitoa voidaan käyttää tukihoidona, jos äiti ei muuten pysty lopettamaan. Nikotiiniriippuvuus tulee arvioida ja hoito suunnitella sen perusteella. Raskauden aikana oleville ja imettäville naisille nikotiinivieroitushoito on aina parempi vaihtoehto kuin tupakointi, kun häikä ja tupakan kemikaalit eivät kuormita sikiön elimistöä. Nikotiini voi aiheuttaa lasten normaalia pienempää syntymäpainoa, koska se haittaa sikiön verenkiertoa. Rintamaitoon erittyvänä nikotiini aiheuttaa lapselle oireita. Näistä syistä korvaushoitona tulee suosia niitä valmistemuotoja, joiden vaikutus on hetkellistä (purukumi, kielenalustabletit), eikä jatkuvaa, kuten laastarissa. (Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot: Käypä hoito -suositus 2002.) Valmisteen käyttö kannattaa ajoittaa heti imetyksen jälkeen, jolloin elimistö ehtii hajottaa mahdollisimman suuren osan nikotiinista ennen seuraavaa imetystä. Koska merkittävä osa naisista lopettaa tupakoinnin raskauden aikana, neuvoloissa kannattaa kiinnittää huomio naisten tupakoinnin uudelleen aloittamisen ehkäisyyn.

6.10 Raskaudenajan hoidon erityistilanteet

HIV - äiti-lapsitartuntojen ehkäiseminen

Suomessa synnyttää vuosittain 10–20 HIV-positiivista äitiä. Tartuntoja äidistä lapseen on ollut korkeintaan yksi vuodessa. Maassamme ei ole tapahtunut yhtään tartuntaa äidistä lapseen silloin, kun äidin HIV-positiivisuus on ollut tiedossa ennen synnytystä (Salo 2006). Kaikille äitiysneuvolan asiakkaille tarjotaan mahdollisuus maksuttomaan ja luotamukselliseen HIV-testiin ja siihen liittyvään neuvontaan. Testaus mahdollistaa äidin tartunnan toteamisen jälkeen lapsen tartunnan lähes täydellisen ehkäisyyn, kun äiti käyt-

tää raskauden ja synnytyksen aikaista antiretroviraalilääkitystä ja lapsi saa syntymän jälkeen ehkäisylääkitystä (Heikinheimo ym. 2002). Järjestelmä on toimiva, eikä siihen tarvita muutoksia. Koska esimerkiksi huumeiden käyttö lisää riskiä syrjäytyä ja jäädä palveluiden ulkopuolelle ennen synnytystä, tilanteen seuranta eri tahoilla on kuitenkin tarpeen (Salminen 2006). HIV-positiivisen naisen raskaudenajan hoito toteutetaan äitiyspoliklinikan, infektiolääkärin ja lastenlääkärin yhteistyönä. Äidin ja lapsen hoito sekä synnytys suunnitellaan etukäteen. Liitteessä 8 kuvataan Heikinheimon ym. (2002) artikkelin mukaisesti hoidon yksityiskohdat raskauden ja synnytyksen aikana sekä syntymän jälkeen. Artikkelissa kuvataan myös toiminta tapauksissa, joissa äidillä todetaan synnytyksen aikana HIV-infektio tai sitä epäillään vahvasti. HIV-tartuntojen ehkäisemisessä äidistä lapseen on tärkeää, että kaikilla hoitoon osallistuvilla on jatkuvasti ajantasainen tieto äidin ja lapsen hoidosta ja seurannasta.

Ympärileikattujen naisten neuvonta

Ihmisoikeusliitto ry (2004) on antanut sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle suositukset tyttöjen ympärileikkausten ehkäisystä. Tyttöjen ympärileikkauksen ehkäisy alkaa jo äidin raskauden aikana äitiysneuvolassa. Suosituksessa käsitellään myös ympärileikattujen naisten neuvontaa ennen raskautta, terveysneuvontaa, ohjausta, synnytysvalmennusta, synnytyspelkojen käsittelyä ja vertaistukea raskauden aikana sekä kotikäyntiä ja neuvontaa synnytyksen jälkeen.

Suomi on sitoutunut ympärileikkauksen poistamiseen ratifioimalla Yhdistyneiden Kansakuntien lapsen oikeuksien yleissopimuksen. Naisten ja tyttöjen sukuelinten silpominen on Suomessa rikoslain mukaan rangaistava teko. Henkilö, joka etukäteen tietää törkeän pahoinpitelyn olevan valmisteilla, on rangaistuksen uhalla velvollinen ilmoittamaan siitä etukäteen viranomaiselle ja siten ehkäisemään teon toteutuminen. Ilmoitusvelvollisuus syrjäyttää salassapitovelvoitteet. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön velvollisuus on puuttua tilanteisiin, joissa lapsen terveys ja kehitys ovat uhattuja. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut esitteen naisten sukuelinten silpomiseen liittyvistä terveyshaitoista sekä lastensuojelullisista toimenpiteistä ja ilmoitusvelvoituksesta (www.stm.fi).

6.11 Keskenmenopotilaan jälkitarkastus ja psykososiaalinen tuki

Keskenmenon riski diagnosoidussa raskaudessa on noin 15 %. (Weeks ja Gemzell Danielsson 2006). Suomessa hoidettiin vuonna 2005 runsaat 15 000 keskenmenopotilasta erikoissairaanhoidossa (Stakes 2006b). Hoito voi olla odottava, jolloin puolet tapauksista hoituu ilman toimenpiteitä. Lääkkeellinen keskenmenon hoito vaatii kuitenkin kaavinnan noin 5–15 prosentissa tapauksista (Trinder ym. 2006, Zhang ym. 2005). Keskenmenon syy pyritään mahdollisuuksien mukaan selvittämään ja mikäli se vaikuttaisi seuraavan raskauden suunnitteluun, potilas on kutsuttava jälkitarkastukseen.

Keskenmenon kokeneelle naiselle ja hänen kumppanilleen on järjestettävä mahdollisuus saada psykososiaalista tukea. Sitä antavat sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön ohella esimerkiksi monet kolmannen sektorin toimijat, sairaalateologit ja kirkon perheneuvojat. Keskenmenoon liittyvä ahdistus voi jatkua useita kuukausia tapahtuman jälkeen (Brier 2004). Keskenmenon kokeneet naiset toivovat emotionaalista tukea (Nikcevic ym. 1998) sekä tietoa esimerkiksi lapsen saamiseen liittyvistä asioista jatkossa (Black 1991). Interventioista, joissa naisella on mahdollisuus keskenmenon jälkeen tavata ammattilainen ja keskustella subjektiivisesta kokemuksestaan, on saatu hyviä tuloksia (Brier 2004).

Tavoitteet:

- Asiakkaat kykenevät tekemään päätöksen sikiöseulontoihin osallistumisesta riittävän tiedon pohjalta.
- Jokainen raskaana oleva nainen saa ohjausta synnytykseen valmistautumisessa ja hänellä on tilaisuus osallistua synnytyksensä suunnitteluun.
- Alatiesynnytystä pelkäävä nainen saa tarvitsemaansa apua ja tukea, jotta keisarileikkaukseen ei tarvitse turvautua alatiesynnytyksen pelon vuoksi.
- Tuetaan 6 kk täysimetystä ja imetyksen jatkumista valtakunnallisten suositusten mukaan.
- Ylipainoinen odottaja tai normaalipainoinen raskausdiabeteksen riskissä oleva odottaja saa tarvitsemansa tiedon ja tuen ravinnon ja liikunnan vaikutuksesta raskausdiabeteksen ehkäisyyn.
- Odottava ja synnyttänyt äiti saa tarvitsemansa tiedon ja tuen raskautta edeltävään painoon palautumisessa synnytyksen jälkeen.
- Odottavien äitien alkoholinkäyttö vähenee.
- Päihteiden väärinkäyttö tunnistetaan äitiyshuollossa, ja äiti saa tarvitsemansa hoidon ja tuen päihteettömyyteen ja vanhemmuuteen.
- Raskauden ja imetyksen aikainen tupakointi vähenee.
- HIV-tartunnat äidistä lapseen ehkäistään.
- Keskenmenopotilaalla on mahdollisuus saada psykososiaalista tukea sairaalahoidon aikana ja halutessaan myös sen jälkeen.

Toimenpiteet:

- Sikiöseulontapalveluita keskitetään, neuvontaa kehitetään ja henkilökunnalle järjestetään koulutusta sikiöseulonnoista.
- Kokenut kättilö toteuttaa synnytysvalmennuksen osana perhevalmennusta.
- Naiselle annetaan mahdollisuus synnytys suunnitelman laatimiseen yhdessä synnytys sairaalan tai neuvolan työntekijän kanssa.
- Synnytyspelkoihin kiinnitetään huomiota sekä neuvolakäynneillä että perhevalmennuksessa ja uudelleensyntyäjille tarjotaan mahdollisuus käsitellä ammatihenkilön kanssa mahdolliset huonot synnytyskokemukset.
- Erityisryhmien seulontaan käytetään siihen soveltuvia kyselylomakkeita.
- Ylipainoisille äideille ja normaalipainoisille raskausdiabeteksen riskissä oleville äideille järjestetään riittävä ravitsemusta ja liikuntaa käsittelevä ohjaus ja heitä tuetaan tarvittavien elämäntapamuutosten toteuttamisessa.
- Työntekijöille järjestetään täydennyskoulutusta raskaana olevan ja synnyttäneen äidin liikunta- ja ravitsemusneuvonnasta.
- Päihteiden käytön tunnistamiseksi käytetään kaikille äideille AUDIT-lomaketta ja suositellaan, ettei alkoholia käytetä lainkaan raskauden aikana.
- Lasten näkökulmasta ongelmia ei aiheuta pelkästään vanhempien alkoholin suurkulutus. Myös vanhempien ajoittain harkitsematon alkoholin liikakäyttö luo turvattomuutta lasten kasvu ympäristöön. Siksi neuvolassa tulisi jo odotusaikana jakaa tietoa tuleville vanhemmille, sekä äideille että isille, alkoholin käytön vaikutuksista lapsiin. (STM 2007, ks. myös STM 2004.)
- Päihteitä käyttävien äitien sekä äidille ja lapselle tarkoitettuja hoitopaikkoja lisätään.
- Valtakunnallisesti kehitetään perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä HAL-hoitoketjut (huumeet, alkoholi, lääkkeet) ja päihteitä käyttävien äitien hoitopaikkoja lisätään.
- Odottavien ja imettävien äitien tupakoinnin lopettamista tuetaan ohjauksella, tarvittaessa nikotiinikorvaushoidolla.
- Kaikissa äitiä ja lasta raskauden ja synnytyksen aikana sekä syntymän jälkeen hoitavissa toimintayksiköissä varmistetaan, että käytössä on ajantasainen tieto HIV-tartuntojen ehkäisemisestä äidistä lapseen.
- Keskenmenopotilaille järjestetään tarvittava psykososiaalinen tuki.

Lähteet:

- Andersson Maarit. Henkilökohtainen tiedonanto 2006.
- Anttila L. Lapsettomuuden ennaltaehkäisy. Duodecim 2002;118:527-30.
- Autti-Rämö I, Ritvanen A. Miten selvitämme, lisääntyvätkö alkoholin aiheuttamat sikiövauriot? Pääkirjoitus. Suomen Lääkärilehti 2005;60:1388-9.
- Alkoholi ja perusterveydenhuolto. Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio -hoitosuosituksen yhteenveto. Työterveyslaitos ja Sosiaali- ja terveysministeriö, Alkoholiohjelma. Helsinki, 2006.
- Ben-Haroush A, Yogev Y, Hod M. Epidemiology of gestational diabetes mellitus and its association with type 2 diabetes. Diabetic Medicine 2003;21:103-13.
- Black RB. Women's voices after pregnancy loss: couples' patterns of communication and support. Social Work and Health Care 1991;16:19-36.

- Brier N. Anxiety after miscarriage: A review of the empirical literature and implications for clinical practice. *Birth* 2004;31:138-42.
- Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO Principles of perinatal care: The essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth* 2001;28:202-7.
- Crowe K, von Bayer C. Predictors of a positive childbirth experience. *Birth* 1989;16:59-63.
- Drummond J, Rickwood D. Childbirth confidence: validating the childbirth self-efficacy inventory (CBSEI) in an Australian sample. *Journal of Advanced Nursing* 1997;26:613-22.
- Dykes F. A critical ethnographic study of encounters between midwives and breast-feeding women in postnatal wards in England. *Midwifery* 2005;21:241-52.
- Erkkola M, Kronberg-Kippilä C, Knip M, Virtanen S. Ravitsemus elämänkaaren alkupäässä – tavoitteisiin matkaa. *Suomen Lääkärilehti* 2006;61:5029-35.
- EU. Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004a. Luettavissa: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm. Luettu 30.12.2004.
- EU. Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: review of interventions. European Commission, Directorate for Public Health, Luxembourg, 2004b. Luettavissa: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm. Luettu: 30.12.2004.
- Gamble JA, Creedy DK. Women's preferences for a cesarean section: incidence and associated factors. *Birth* 2001;28:101-10.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Haapakorva A. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Helsinki, 2005.
- Halmesmäki E, Autti-Rämö I. Fetaalialkoholisyndrooma: voidaanko lapsen ennustetta parantaa? *Duodecim* 2005;121:54-61.
- Hannula L. Imetysnäkömukset ja imetyksen toteutuminen. Suomalaisten synnyttäjien seurantatutkimus. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja - Ser. C Osa - Tom. 195. Scripta Lingua Fennica Edita. Turku, 2003.
- Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H, Lagström H, Lyytikäinen A, Nurttila A, Peltola T, Talvia S. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11. Helsinki, 2004.
- Hasunen K, Ryyänänen S. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:19. Helsinki, 2005.
- Heikinheimo O, Lehtovirta P, Skogberg K, Salo E, Ristola M, Ämmälä P. HIV-positiivinen synnyttäjä. *Duodecim* 2002;118:1405-9.
- Heimo E. Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa. Seurantatutkimus vuosina 1997-2000. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja - Ser. C Osa - Tom. 184. Scripta Lingua Fennica Edita. Turku, 2002.
- Hewson B. Informed choice in maternity care. In: Kirkham M (ed.) *Informed choice in maternity care*. Palgrave Macmillan, New York, 31-56, 2004.
- Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C, Waldenström U. Few women wish to be delivered by caesarean section. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002;109:618-23.
- Hippeläinen M, Räsänen M. Lapsettomuuden perustutkimukset. *Duodecim* 2002;118:497-502.
- Häkkinen H. Uusi monikkoperhevalmennuksen ohjausmateriaali huomioi kaksosia ja kolmosia odottavat. *Kättilölehti* 2006;111:100.
- Ihmisoikeusliitto ry. Tiilikainen M. (toim.) Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus Suomessa. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Kainuun Sanomat. Kajaani, 2004.
- Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery* 2002;18:87-101.
- Kalland M, Sinkkonen J. Finnish children in foster care: evaluating the breakdown of long-term placements. *Child Welfare* 2001;5:513-27.
- Krishnamoorthy U. Maternal obesity in pregnancy: is it time for meaningful research to inform preventive and management strategies? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2006;113:1134-40.
- Lang AJ, Sorrell JT, Rodgers CS, Lebeck MM. Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *European Journal of Pain* 2006;10:263-70.
- Leinonen P, Teramo K. Raskausdiabetes. *Duodecim* 1999;115:2345-55.

- Luoto R. Lasta odottavien ja synnyttäneiden äitien ravinto- ja liikuntaneuvonnan vaikuttavuus. Esitys Neuvolapäivillä 30.-31.10.2006. Tiivistelmä.
- Melender H-L. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth* 2002;29:101-11.
- Morin-Papunen L, Tapanainen P. Miten tytön lihavuus lapsuudessa ja murrosiässä heijastuu lisääntymiserveytyteen? *Duodecim* 2005;121:1899-1907.
- Mäkelä J. Kosketuksen merkitys lapsen kehityksessä. *Suomen Lääkärelehti* 2005;60:1543-9.
- Mäntymaa M. Early mother-infant interaction: Determinants and predictivity. Tampereen Yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 1144. Tampere, 2006.
- Niemelä P, Siltala P, Tamminen T. (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. WSOY. Juva, 2003
- Nikcevic AV, Kuczmierczyk AR, Nicolaidis KH. Personal coping resources, responsibility, anxiety and depression after early pregnancy loss. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 1998;19:145-54.
- Opetusministeriö. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Helsinki, 2006.
- Pajulo M. Early motherhood at risk: Mothers with substance dependency. *Acta Universitatis Turkuensis Sarja - Ser. D Osa - Tom. 439*. Turku, 2001.
- Päihdeongelmaisten äitien hoidosta hyviä tuloksia. Tiedote 19.9.2006. Ensi- ja turvakotien liitto ry. Luettavissa: <http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/tiedotteet/hyviatuloksia190906.html>. Luettu 1.11.2006.
- Ramsay JE, Greer I, Sattar N. ABC of obesity. Obesity and reproduction. *British Medical Journal* 2006;333:1159-62.
- Ryttyläinen K. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Naisspesifinen näkökulma. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 128. Kuopio, 2005.
- Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J-E, Halmesmäki E. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica* 2001a;80:39-45.
- Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J-E, Könonen T, Halmesmäki E. A randomized controlled trial of intervention in Fear of childbirth. *Obstetrics & Gynecology* 2001b;98:820-6.
- Salminen Mika. Henkilökohtainen tiedonanto 2006.
- Salo Eeva. Henkilökohtainen tiedonanto 2006.
- Savonlahti E, Pajulo M, Piha J. Päihdeäidit, vauvat ja varhainen vuorovaikutus. Teoksessa Niemelä P, Siltala P, Tamminen T. (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. WSOY. Juva, 2003.
- Siltala P. Varhainen vuorovaikutus kokemuksen ja tutkimuksen mukana. Teoksessa Niemelä P, Siltala P, Tamminen T. (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. WSOY. Juva, 2003, 16-43.
- Sjögren B, Thomassen P. Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica* 1997;76:948-52.
- Soet JE, Brack GA, DiIorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003;30:36-46.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus rokotuksista ja tartuntatautiin raskaudenaikaisesta seulonnasta (421/2004). Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040421>. Luettu 18.4.2007.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus rokotuksista ja tartuntatautiin raskaudenaikaisesta seulonnasta annetun sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen muuttamisesta (726/2006). Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2006/20060726>. Luettu 18.4.2007.
- Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, Kirsi Viisainen (toim.). Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa, suositukses 1999. Stakes Oppaita 34. Jyväskylä, 1999.
- Stakes. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2005. Stakes, 2006a. Luettavissa: <http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lisaantymisen/synnyttajat/index.htm> Luettu 28.12.2006.
- Stakes. Erikoissairaanhoidon rekisteri (vuodeosastohoidot ja poliklinikkakäynnit). Julkaisemattomia tietoja, 2006b.
- STM. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki, 2004.
- Tarkka M, Paunonen M, Laippala P. What contributes to breastfeeding success after childbirth in a maternity ward in Finland? *Birth* 1998;25:175-81.
- Tarkka M-T. Äitiys ja sosiaalinen tuki. Ensisynnyttäjän selviytyminen äitiyden varhaisvaiheesta. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis A* 518. Tampere, 1996.
- Tiitinen A. Lapsettomuus – laajeneva ongelma? *Duodecim* 2002;118:493-4.
- Tiitinen A, Rissanen A, Mustajoki P. Lihavuus ja naisen lisääntymiserveys. *Duodecim* 2000;116:495-501.
- Trinder J, Brocchurst P, Porter R, Read M, Vyas S, Smith L. Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of a randomised controlled trial (miscarriage treatment (MIST) trial). *BMJ*

7 SYNNYTYKSEN HOITO

7.1 Synnyttämisen ja synnytyksen hoidon trendejä

Synnytysten määrä kääntyi Suomessa laskuun 1990-luvun puolivälissä ja jälleen hienoiseen nousuun vuonna 2003. Vuonna 2005 synnytyksiä oli lähes 57 000 ja vuonna 2006 noin 59 000. (Stakes 2006a, b.) Kokonaishedelmällisyysluku vuonna 2005 oli 1,8 lasta hedelmällisyysikäistä naista kohti (Stakes 2006c). Perinataalikuolleisuus on ollut vuodesta 2003 lähtien 0,5 prosentin tasolla, mikä on muiden Pohjoismaiden ja Japanin ohella maailman matalimpia. Keskosten (alle 37 raskausviikkoa) osuus oli 5,1 % vuonna 2005 ja alle 2 500 g painoisina syntyneiden 4,3 %. Vuonna 2005 syntyi 208 alle 1 000 g painavaa lasta. Vastasyntyneiden teho-osastoille otettiin hieman yli 7 000 lasta ja hengityslaittehoidon tarve oli lähes 700 lapsella (Stakes 2006a). Äitiyskuolemia on Suomessa ollut vuodesta 1980 lähtien 0,005 % eli yksi kuolema 20 500 synnyttäjää kohden, mikä luku on maailman matalimpia (Gissler 2003).

Lähes kaikki suomalaiset syntyvät nykyään sairaalassa. Säännöllisen synnytyksen hoitaa kätilö, joka tarvittaessa konsultoi naistentautien ja synnytysten erikoislääkärinä synnyttäjän hoitoa koskevissa lääketieteellisissä kysymyksissä. WHO (1996, 2003) on myös antanut suosituksia synnyttäjän ja vastasyntyneen hoitoon. WHO:n perinataalihoidon periaatteet esitetään taulukossa 6.1, ja niissä on myös synnytyksen hoitoon liittyviä suosituksia.

WHO:n (1996) määritelmän mukaan normaali synnytys käynnistyy itsestään ja pysyy matalan riskin synnytyksenä avautumis- ja ponnistusvaiheen ajan. Lapsi syntyy raivotarjonnassa spontaanisti raskausviikolla 37 - 42. Synnytyksen jälkeen äiti ja lapsi voivat hyvin.

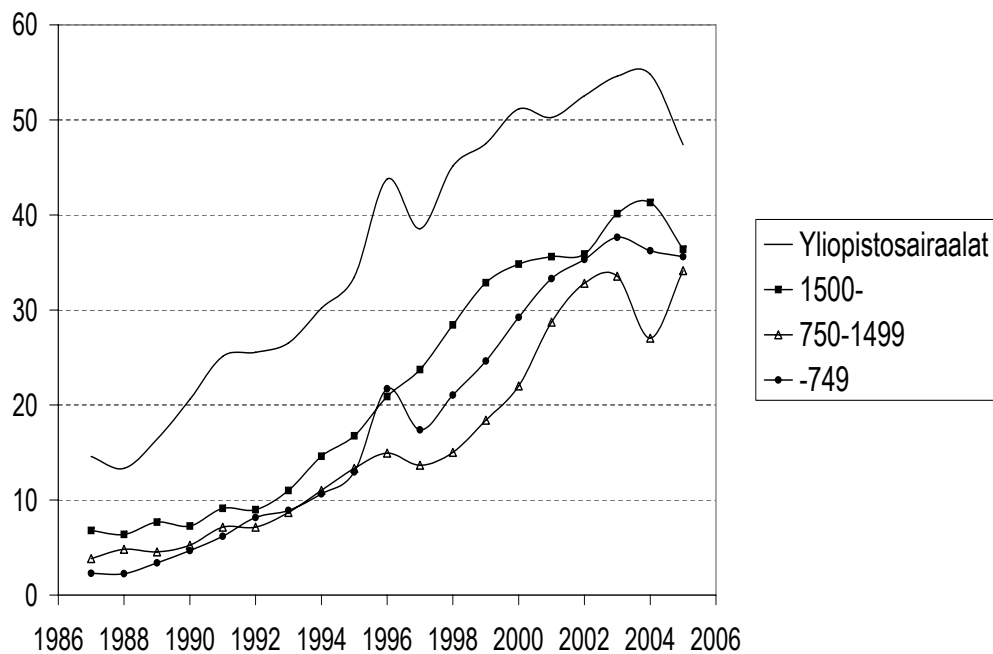
Synnytysten keskittäminen suurempiin sairaaloihin on jatkunut 1990-luvulla. Vuonna 2005 synnytyssairaaloita oli 32, kun Kätilöopiston sairaala, HYKS:n naistenklinikka ja Jorvin sairaala lasketaan yhdeksi sairaalaksi (Stakes 2006b). Lähes joka toinen synnytys hoidetaan yliopistosairaaloissa ja noin joka viides pienissä sairaaloissa, joissa on alle 1 500 synnytystä vuodessa. Ensisynnyttäjiä hoidetaan eniten suurten kaupunkien sairaaloissa ja yliopistollisissa sairaaloissa (Stakes 2004). Polikliinisten synnytysten osuus on pysytellyt 2000-luvulla 0,3–0,5 %:n tasolla. Suunniteltuja kotisyntytyksiä on vuosittain arviolta 15–20 (Stakes 2006b). Koska pienimmissä synnytyssairaaloissa ei ole saatavissa lastenlääkäripalveluita ympärivuorokautisesti, on esitetty, että keskittämistä tulisi edelleen tehostaa (Tammela ym. 2006).

Taulukko 7.1. Synnytystapa sairaalatyypeittäin vuonna 2005 (Stakes 2006b)

Sairaalityyppi	Alatiesynnytys % min-max	Perätilan ulosautto % min-max	Pihti, imukuppi % min-max	Keisarileikkaus % min-max	Yhteensä % (n)
Yliopistosairaalat	75,0 69,0-81,0	0,7 0,2-1,0	7,6 6,6-9,5	16,5 13,9-23,4	100 (25 300)
Keskussairaalat	75,6 70,4-80,1	0,5 0,1-1,6	7,0 4,7-10,4	16,8 13,0-24,5	100 (21 215)
Aluesairaalat	78,0 71,2-86,2	0,3 0,0-0,8	7,7 4,1-13,5	14,0 8,8-18,3	100 (9 426)
Yhteensä* (n)	75,9 (43 229)	0,6 (315)	7,3 (4 156)	16,1 (9 177)	100 (56 963)

*) Sisältää 1 022 synnytystä terveyskeskuksissa ja muissa sairaaloissa sekä kotisyntytykset.

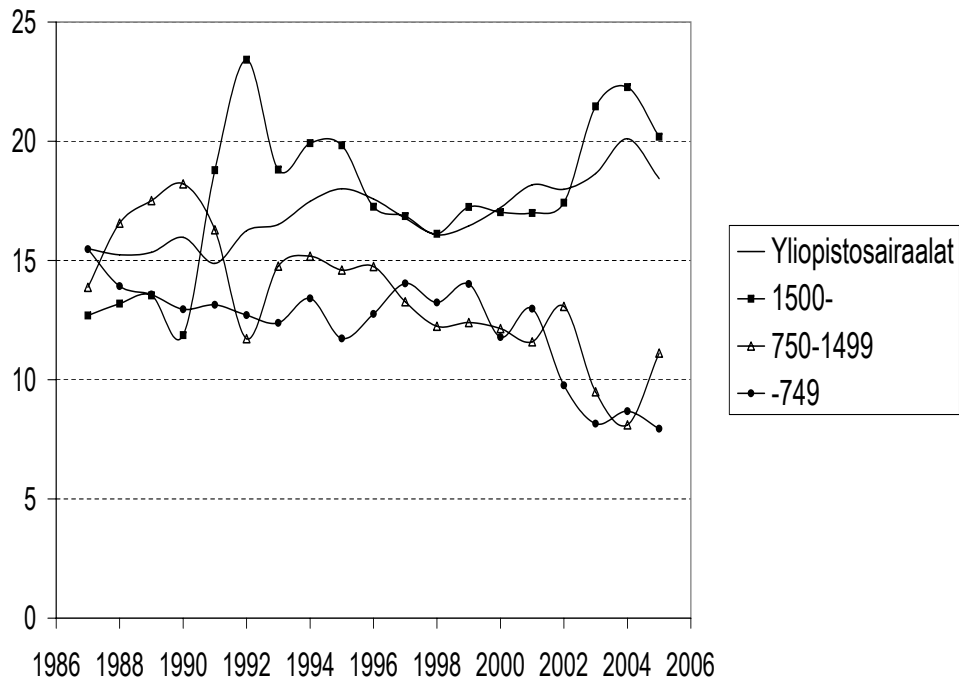
Vuonna 2005 synnyttäjistä vajaa 78 % sai vähintään jotain kivunlievitystä. Niistä yleisin oli epiduraalipuudutus, jonka sai kaikista alakautta synnyttäjistä vajaa 42 % (kuvio 7.1) ja alakautta synnyttäneistä ensisynnyttäjistä vajaa 67 %. Kymmenen vuotta aiemmin synnyttäjistä runsas viidennes sai epiduraalipuudutuksen. Paraservikaalipuudutuksen käyttö on jonkin verran vähentynyt, ja spinaalipuudutuksen käyttö on hieman lisääntynyt. Synnyttäjistä runsas 13 % sai sen vuonna 2005. Ilokaasua sai synnyttäjistä vajaa puolet. (Stakes 2006a.)



Luvut selitelaatikossa kuvaavat synnytysten määrää vuodessa.

Kuvio 7.1. Epiduraalipuudutusten osuus alatiesynnytyksistä vuosina 1987-2005, % (Stakes 2006b)

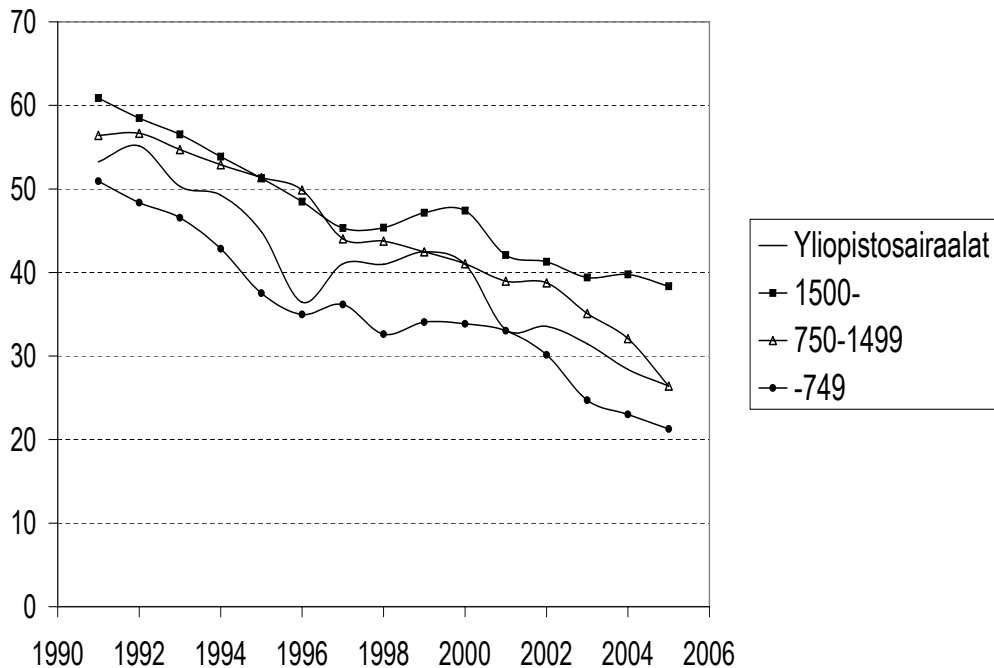
Keisarileikkaukset ovat yleistyneet vähitellen. 2000-luvulla ne ovat olleet 16,0-16,7 %:n tasolla (kuvio 7.2). Vuonna 2005 keisarileikkauksia tehtiin synnyttäjistä 16,1 %:lle, mutta osuuksissa oli suuria eroja sairaaloiden välillä (taulukko 7.1). Keisarileikkauksista 7,3 % oli suunniteltuja. Kymmenen vuotta aiemmin keisarileikkausten osuus oli yhden prosenttiyksikön pienempi. (Stakes 2006b.)



Luvut selitelatikkossa kuvaavat synnytysten määrää vuodessa.

Kuvio 7.2. Keisarileikkausten osuus vuosina 1987-2005, % (Stakes 2006b)

Lisääntyneistä toimenpiteistä poikkeuksena on ensisynnyttäjien episiotomia. Vuonna 2005 synnyttäjistä vajaalle kolmannekselle ja kymmenen vuotta aiemmin vajaalle puolelle tehtiin episiotomia (kuvio 7.3), (Stakes 2006b). Samaan aikaan kolmannen ja neljännen asteen repeämät alatiesynnytyksissä ovat lisääntyneet. Vuonna 2005 niitä tuli alatiesynnytyksissä 0,8 %:ssa, mikä on kuitenkin vähemmän kuin muissa Pohjoismaissa. Syyksi on esitetty suomalaisen synnytysperinteen mukaista välilihan aktiivista tukemista ponnistusvaiheen lopussa (Pirhonen ym. 2006).



Luvut selitelataatikossa kuvaavat synnytysten määrää vuodessa.

Kuvio 7.3. Episiotomiat alatiesynnytyksissä vuosina 1990-2005, % (Stakes 2006b)

Tutkimusten mukaan kaikki naiset eivät halua lääkkeellistä kivunlievitystä, vaan toivovat vaihtoehtoisia menetelmiä oman kivunhallintansa tukemiseen (ks. Vallimies-Patomäki 1998, Waldenström 2004). Kylpy/suihku, kosketus, hieronta, liikkuminen, sopiva asento, aquarakkulat sekä jatkuva synnytyksenaikainen tuki voivat olla tehokkaita kivunlievityksessä ja parantaa synnytyksen lopputulosta (Simkin ja O’Hara 2002, WHO 1996). Lisäksi WHO (1996) suosittaa erilaisia keskittymis- ja rentoutumistekniikoita, musiikin kuuntelua, akupunktiota sekä iholle annettavaa sähköistä hermostimulaatiota (transcutaneous electrical nerve stimulation).

Synnyttäjän jatkuva psykososiaalinen tuki edistää synnytyksen kulkua ja hyvää synnytyskokemusta.

Synnytyksenaikaisen jatkuvan tuen on todettu vähentävän lääkkeellisen kivunlievityksen ja operatiivisen synnytyksen todennäköisyyttä (Hodnett ym. 2003, WHO 1996) sekä tyytymättömyyttä synnytyskokemukseen (Hodnett ym. 2003). Lisäksi jatkuvan tuen etuina on mainittu lyhyempi synnytyksen kesto sekä vastasyntyneen parempi vointi Apgar-pisteillä arvioituna (WHO 1996). Tehokkaita tuen muotoja ovat emotionaalinen tu-

ki, fyysinen tuki, informointi ja ohjaus (Rosen 2004, WHO 1996), synnyttäjän puolesta puhuminen hoitotiimille sekä partnerille annettu tuki (Rosen 2004) ja jatkuva läsnäolo (WHO 1996). Myös kotimaisissa tutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia (Ryttyläinen 2005, Vallimies-Patomäki 1998). Kymmenessä suomalaisessa sairaalassa tehdyn tutkimuksen mukaan psykososiaalinen tuki synnytyksen hoitomuotona on kättilöille melko tuttua ja sitä käytetään tietoisesti melko paljon. Hyvin tuttua ja paljon käytettyä on episiotomian tarpeellisuuden arviointi ja välttäminen mahdollisuuksien mukaan säännöllisessä synnytyksessä. Veden vaikutus synnytyksen avautumisvaiheessa on kättilöille jonkin verran vieraampaa, eikä sitä myöskään käytetä kovin paljon. (Kalliomäki 2000.) Neuvolan työntekijöiden on tunnettava synnytyssairaalan tarjoamat eri vaihtoehdot kivun hallinnassa, ja ne on esiteltävä synnytysvalmennuksessa. Myös keisarileikkauspotilaat tarvitsevat tietoa ja tukea (ks. esimerkiksi Kiviniemi 2006).

7.2 Synnytyskokemus

Synnytyskokemus on moniulotteinen ilmiö, johon vaikuttavat sekä fyysiset että psykososiaaliset tekijät (Waldenström ym. 1996). Synnytyskokemuksella on yhteyttä naisen mielialaan synnytyksen jälkeen (Righetti-Veltama ym. 1998) sekä äidin ja lapsen välille syntyvään suhteeseen (Kumar 1997). Taulukossa 7.2 esitetään naisen synnytyskokemukseen vaikuttavia tekijöitä. Miehet ovat kuvanneet synnytyksessä mukana olemista ainutlaatuisena yhdessäolon kokemuksena puolison kanssa (Liukkonen ja Vehviläinen-Julkunen 1997, Mesiäislehto-Soukka 2005), elämän kohokohtana, vaikka myös vaikeana tehtävänä, vastuunottamisena puolisoista ja lapsesta, parisuhteen syventymisenä, isyyden konkretisoitumisena (myös Kaila-Behm 1997) ja isyyden merkityksen kasvamisena (Liukkonen ja Vehviläinen-Julkunen 1997). Miehet haluavat kokea itsensä tarpeellisiksi synnytyksessä ja auttaa puolisoaan (Mesiäislehto-Soukka 2005). Yhdessä sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa (Liukkonen ja Vehviläinen-Julkunen 1997) suurin osa miehistä arvioi saaneensa synnytyksessä paljon tietoa synnytyksen edistymisestä ja lapsen hyvinvoinnista sekä rohkaisua ja tukea vastasyntyneen hoitoon liittyvissä asioissa. Kuitenkin noin puolet miehistä arvioi, että tunteiden ilmaisussa ja omasta hyvinvoinnista huolehtimisessa (myös Kaila-Behm 1997) heitä tuettiin vain vähän. Naisen näkökulmasta jo raskauden aikana ajatus miehen mukana olosta synnytyksessä luo turvallisuuden tunnetta (Melender ja Lauri 2001) ja synnyttämään saapuessa ahdistus on harvinaisempaa, jos mies tulee mukaan synnytykseen (Vallimies-Patomäki 1998). Myös naisparin kohdalla synnyttävän naisen kumppanin rooli tulee asianmukaisesti huomioida.

Monikkolapset synnyttäneet äidit ja heidän kumppaninsa tarvitsevat erityistä tukea ja ohjausta. Jos lapset joutuvat pienipainoisuuden ja ennenaikaisuuden takia tehostettuun valvontaan, varhaisen vuorovaikutuksen toteutumiseen on kiinnitettävä huomiota.

Taulukko 7.2. Synnytyskokemukseen yhteydessä olevia tekijöitä tutkimuksissa

Myönteiseen synnytyskokemukseen yhteydessä olevia tekijöitä	Kielteiseen synnytyskokemukseen yhteydessä olevia tekijöitä
Koettu hallinnan tunne synnytyksessä ^{1,2,9}	Pelko/ahdistus ^{2,3,7}
Kättilöltä saatu tuki synnytyksen aikana ^{1,2,3}	Synnytyskipu ^{1,2,3}
Positiiviset odotukset synnytystä kohtaan ^{1,2}	Ensimmäinen synnytys ^{2,7}
Lapsen terveys ja täysiaikaisuus ^{1,3}	Synnytyksen pitkä kesto ^{1,8}
Vähäiset pelot ³	Toimenpiteet synnytyksessä (paitsi elektiivinen sektio) ¹
Vähäiset kivut ³	Odotettua vaikeampi synnytys ^{3,5}
Kipulääkkeen välttäminen ³	Epäsäännöllinen synnytys ³
Synnytyksen kokeminen odotettua helpompana ^{3,5}	Puutteellinen sosiaalinen tuki ³
Lapsen isän myönteinen suhtautuminen raskauteen ⁴	Puutteellinen varhaiskontakti ³
Lyhyempikestoisen synnytys ^{4,5}	Lapsen Apgar-pisteet 6-7 ⁵
Synnytystä hoitaneen kättilön ominaisuudet ⁴	Keisarileikkaus (erityisesti suunnittelematon) ⁸
Synnyttäjän päätöksentekotyylillä "harkitsematon äkkipäätävä" ⁵	Synnytyksen hyvin lyhyt kesto ⁸
Alatiesynnytys ⁵	-
Kättilö tuttu jo raskausajalta ⁶	-

1) Waldenström ym. (1996), 2) Waldenström (1999), 3) Vallimies-Patomäki (1998), 4) Tarkka (1996), 5) Ahonen (2001), 6) McCourt ym. (1998), 7) Ryding ym. (2003), 8) Stadlmayr ym. (2004), 9) Green ym. (2003)

7.3 Ensitieto

Synnytyssairaalan on varauduttava ensitiedon ja tuen antamiseen, kun perheeseen syntyy sairas, vammaisen tai kuollut lapsi tai lapsi on intersukupuolinen (sukupuolta ei voida yksiselitteisesti määrittellä ulkoisten sukupuoliominaisuuksien perusteella). Henkilökunnalle järjestetään koulutusta ensitiedon antamisesta sekä mahdollisuus keskustella ensitiedon antamiseen liittyvistä tunteistaan tai kokemuksistaan. Psykososiaalisena tutkimuotona voi toimia esimerkiksi ensitukiryhmä, joka kokoontuu tarvittaessa sekä vanhempia että henkilökuntaa varten. (esim. Hänninen 2004, Ilmakunnas ja Sinisaari-Eskelinen 2004.)

7.4 Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen ja vierihoito

Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen jatkuu heti lapsen syntymän jälkeen (ks. Luku 6). Äidille ja vastasyntyneelle annetaan tilaisuus riittävän pitkään ja häiriöttömään var-

haiseen ihokontaktiin, koska sillä on todettu olevan monia myönteisiä vaikutuksia (Anderson ym. 2003). Niitä ovat esimerkiksi

- imetyksen onnistuminen
- imetyksen pidempi kesto
- vastasyntyneen lämmön säilyminen
- vastasyntyneen verensokeritasapainon säilyminen
- vastasyntyneen vähäisempi itkeminen
- äidin lisääntynyt kiintymyksen osoittaminen.

Vierihoito on välitöntä jatkoa varhaiskontaktille. Vierihoidossa lastaan hoitaneet äidit imettävät useammin (Hannula 2003), ovat varmempia lapsen hoidossa ja kärsivät masennuksesta muita harvemmin (Waldenström ja Swenson 1996). Onnistuneessa varhaisessa vuorovaikutuksessa on kyse vanhempi-lapsi -parin yhteensopivuudesta, vuorovaikutuksen samantahtisuudesta ja vastavuoroisuudesta. Samantahtisuus riippuu vanhemman halusta ja taidosta sovittaa oma toimintansa lapsen tarpeisiin, rytmeihin ja vuorovaikutuksellisiin kykyihin. (STM 2004.) Lapsen hoitoon liittyvällä ohjauksella synnytyssalissa sekä lapsivuodeosastolla tuetaan vanhempien taitoja onnistuneeseen vuorovaikutukseen lapsen hoidossa. Hoitohenkilökunnan tulee myös vierihoidossa huolehtia vastasyntyneen asianmukaisesta ja riittävästä tarkkailusta.

Keskoslapsen ja monikkolasten syntyessä vanhemmat tarvitsevat erityistä asiantuntevaa ymmärrystä ja tukea kuntoutuakseen mahdollisimman nopeasti vauvan hoivaajiksi. Pikkukeskosten hoidossa keskeinen haaste on äitien ja isien auttaminen toimimaan keskosvauvojen teho-osastolla. Henkilökunta tarvitsee koulutusta oppiakseen tiedostamaan, miten vanhempien omat traumakokemukset sekä meneillään oleva suru ja hätä kuormittavat heitä. Henkilökunnan on opittava antamaan tilaa vanhemmille, jotta nämä pääsevät riittävän lähelle lastaan voidakseen virittäytyä huomioimaan ja ajattelemaan häntä. Lapsen syntyessä täysiaikaisena hän pääsee nopeasti vanhempien syliin ja huolehtivaan vuorovaikutukseen, jossa hänen käyttäytymisensä yksityiskohtia ja sävyjä otetaan huomioon. Keskosvauva joutuu pois tästä biologisesta ympäristöstä, ja täysiaikaisena syntyneeseen vauvaan verrattuna hän on yksin kiireisessä ja vauvan kannalta epäpersoonallisessa osastohoidossa. Tällaisissa olosuhteissa on tärkeää tukea vanhempien ja vauvan varhaista vuorovaikutusta, joka tapahtuu esimerkiksi kosketuksin, puhein ja katsein. (Schulman 2003.) Yksi tärkeä hoitomuoto on kenguruhoito, jolla on todettu olevan merkittävä positiivinen vaikutus lapsen kehitykselle sekä vanhemman ja lapsen väliselle vuorovaikutukselle (Feldman ym. 2002).

Toimenpiteet:

- Synnytyksen hoidossa vältetään tarpeettomia toimenpiteitä.
- Matalan riskin synnytyksen hoidosta laaditaan kansallinen hoitosuositus.
- Synnytyksessä huolehditaan naisen jatkuvasta psykososiaalisesta tuesta.
- Synnyttäjän psykososiaalisesta tukemisesta laaditaan kansallinen hoitosuositus.
- Synnyttävän naisen kivun hallintaa tuetaan tarjoamalla hänelle mahdollisuus valita sekä ei-lääkkeellisistä että lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä.
- Jokaisessa synnytyssairaalassa varaudutaan ensitiedon ja tuen antamiseen vanhemmille, joille syntyy sairas, vammainen, intersukupuolinen tai kuollut lapsi.
- Lapsen vanhemmille tarjotaan mahdollisuus lapsen hoitamiseen heti syntymän jälkeen sekä jatkuvaan, ympärivuorokautiseen vierihoidtoon.
- Häiriötön ja kiireetön ensi-imetys järjestetään mahdollisuuksien mukaan heti lapsen syntymän jälkeen.
- Varmistetaan, että HIV-positiiviset äidit eivät imetä.
- Kaikki äitiysneuvolassa, synnytyssairaalassa ja vastasyntyneiden teho-osastolla työskentelevät saavat koulutuksen varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen.
- Varhaisen vuorovaikutuksen tukemisesta laaditaan kansallinen hoitosuositus.

Lähteet:

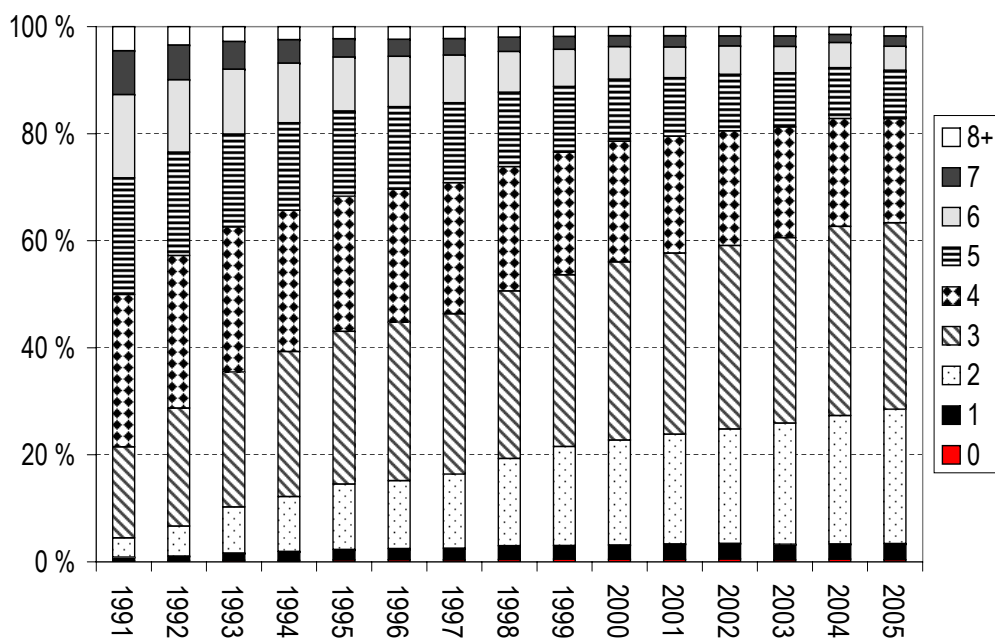
- Ahonen P. Matalan ja korkean riskin ensisynnyttäjien raskaudenaikaiset odotukset ja synnytyskokemukset. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja - Ser. C Osa - Tom. 167. Scripta Lingua Fennica Edita. Turku, 2001.
- Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, issue 2. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519, 2003.
- Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Weller A. Comparison of skin-to-skin (Kangaroo) and traditional care: Parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics* 2002;110(1):16-26.
- Gissler M. Hedelmällisyys Suomessa ennen, nyt ja tulevaisuudessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 2003;68(6):553-67.
- Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth* 1990;17:15-24.
- Hannula L. Imetyksenäkömukset ja imetyksen toteutuminen. Suomalaisien synnyttäjien seurantatutkimus. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja - Ser. C Osa - Tom. 195. Scripta Lingua Fennica Edita. Turku, 2003.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyer GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2003.
- Howell CJ, Kidd C, Roberts W, Upton P, Lucking L, Jones PW, Johanson RB. A randomised controlled trial of epidural compared with non-epidural analgesia in labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2001;108:27-33.
- Hänninen K. Kohtaamisen kokemuksia epävarmuuden näyttämöllä. Kokemuksellinen ensitieto vammaisen lapsen syntyessä. *Stakes, Tutkimuksia* 147. Helsinki, 2004.
- Ilmakunnas P, Sinisaari-Eskelinen M. Vammaisen lapsen syntyessä ensitietoa jaetaan tarpeeseen. *Impakti* 2004;6:14-5.
- Kaila-Behm A. Miehestä esikoisen isäksi. Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 49. Kuopio, 1997.
- Kalliomäki T. Kätilöt tutkimustiedon käyttäjinä synnytysten hoidossa. Kysely tutkimustiedon leviämistä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto, 2000.
- Kiviniemi K. Are you anxious, afraid or tense? Perioperative anxiety and empowering nursing prior, during, and after planned Caesarean operation. *Annales Universitatis Turkuensis. Sarja - Ser. D Osa - Tom. 704. Medica - Odontologica*. Turku, 2006.
- Kumar R. Anybody's child: severe disorders of mother-to-infant bonding. *British Journal of Psychiatry* 1997;171:175-81.

- Liukkonen A, Vehviläinen-Julkunen K. Isien kokemuksia synnytyksestä ja hoitotyön menetelmistä. *Hoitotiede* 1997;9:118-26.
- McCourt C, Page L, Hewison J, Vail A. Evaluation of one-to-one midwifery: Women's responses to care. *Birth* 1998;25: 73-80.
- Melender H-L, Lauri S. Security associated with pregnancy and childbirth – experiences of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology* 2001;22:229-39.
- Mesiäislehto-Soukka H. Perheenlisäys isien kokemana – fenomenologinen tutkimus. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu, 2005.
- Pirhonen J, Laine K, Pirhonen T, Gissler M. Suomalaisen synnytysperinteen vaaliminen on tärkeää. *Suomen Lääkärilehti* 2006;20:2205.
- Righetti-Veltama M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders* 1998;49:167-80.
- Rosen P. Supporting women in labor: Analysis of different types of caregivers. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2004;49:24-31.
- Ryding EL, Persson A, Onell C, Kvist L. An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica* 2003;82:10-7.
- Ryttläinen K. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Naisspesifinen näkökulma. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 128. Kuopio, 2005.
- Schulman M. Keskosvauvan ja vanhempien vuorovaikutuksen hoito. Teoksessa Niemelä P, Siltala P, Tamminen T. (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. WSOY. Juva, 2003.
- Simkin PP, O'Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002;186:131-59.
- Stadlmayr W, Schneider H, Amsler F, Burgin D, Bitzer J. How do obstetric variables influence the dimensions of the birth experience as assessed by Salmon's item list (SIL-Ger)? *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology* 2004;115:43-50.
- Stakes. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2004. Tilastotiedote 21/2005. Luettavissa: www.stakes.info/files/pdf/Tilastotiedote2005/Tt21_05.pdf. Luettu 16.8.2006.
- Stakes. Syntymärekisteri. Tiedonanto 15.11.2004.
- Stakes. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet - ennakkotiedot 2005. Stakes, 2006a. Luettavissa: <http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lisaantymisen/synnyttajat/index.htm>. Luettu 14.9.2006
- Stakes. Syntymärekisteri. Julkaisemattomia tietoja, 2006b.
- Stakes. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2005. Stakes, 2006c. Luettavissa: <https://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Tilasto/julkaisut/vuosikirja.htm#ankkuri2>. Luettu 14.9.2006
- STM. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki, 2004.
- Tammela O, Lehtonen L, Andersson S, Hallman M, Heinonen K, Leipälä J. Riittävätkö synnytyssairaaloiden resurssit vastasyntyneiden turvalliseen hoitoon? *Suomen Lääkärilehti* 2006;61:4957-8.
- Tarkka M-T. Äitiys ja sosiaalinen tuki. Ensisynnyttäjän selviytyminen äitiyden varhaisvaiheesta. *Acta Universitatis Tampensis A* 518. Tampere, 1996.
- Waldenström U. Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research* 1999;47:471-82.
- Waldenström U, Borg I-M, Olsson B, Sköld M, Wall S. The childbirth experience: A study of 295 new mothers. *Birth* 1996;23:144-53.
- Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 2004;31:17-27.
- Waldenström U, Swenson Å. Rooming-in at night in the postpartum ward. *Midwifery* 1996;7:82-9.
- Vallimies-Patomäki M. Synnytys naisen ja miehen kokemana. Tutkimus hoitokäytäntöjen yhteyksistä synnytystapaan ja synnytyskokemukseen. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 64. Kuopio, 1998.
- WHO. Care in normal birth: a practical guide. Maternal and newborn health/safe motherhood unit. Family and reproductive health. World Health Organization. Geneva, 1996.
- WHO. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice. Integrated management of pregnancy and childbirth. World Health Organization. Geneva, 2003.

8 SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN HOITO

8.1 Lyhentyneet hoitoajat ja varhainen kotiutuminen

Lapsivuodeajan hoito sairaalassa on lyhentynyt (Kuvio 8.1). Kun vuonna 1991 synnyttäjäistä noin 45 % kotiutui neljänteen päivään mennessä, vuonna 2005 vastaava luku oli noin 80 % ja yli neljäsosa kotiutui kahden päivän sisällä. Hoitopäivien keskiarvo synnytyksen jälkeen oli 3,4 päivää vuonna 2005. Alateitse synnyttäneiden hoitopäivien keskiarvo oli 3,2 ja keisarileikkauksella synnyttäneiden 4,5 päivää (Stakes 2006). Lyhentyneet hoitoajat lapsivuodeosastolla edellyttävät entistä tiiviimpää ohjausta lyhyessä ajassa sekä tehokasta vastasyntyneen voimien seurantaa sekä imetyksen ja koko perheen tukemista avoterveydenhuollossa.



Kuvio 8.1. Hoitopäivät synnytyksen jälkeen vuosina 1991-2005 (Stakes 2006b)

Lyhytjälkihoitoinen synnytys (LYSY) tarkoittaa äidin ja lapsen kotiuttamista 6-48 tunnin kuluttua synnytyksestä. Vastasyntyneen varhainen kotiuttaminen toteutetaan yksilöllisesti, ottaen huomioon mahdolliset riskitekijät (ks. Järvenpää 2002). Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä (1999) antoi suosituksessaan ohjeet lyhytjälkihoitoisen synnytyksen kotiuttamisedellytyksistä ja siihen liittyvästä terveydenhoitajan kotikäynnistä, lapsen ja äidin tarkastuksista sekä muista huomioonotettavista seikoista. Lisäksi sairaaloilla on omia ohjeita varhaisesta kotiutumisesta ja sen edellytyksistä (ks. esim. Järvenpää 2002). Tulevaisuudessa kotikäyntejä voi tulla korvaamaan asiakkaiden omaseuranta sekä sairaalan ja neuvolan toteuttama sähköinen seuranta.

Etenkin kaukana sairaalasta asuvien perheiden tarpeisiin vastaa potilashotelli, jossa perhe voi asua lyhytjälkihoitoisen synnytyksen jälkeen ja josta käsin on helppoa käydä lapsen kanssa tarkastuksessa lasten poliklinikalla. Varhaisia kotiutujia varten voidaan myös järjestää esimerkiksi poliklinikka, jossa kätilön vastaanotolla autetaan mahdollisissa imetysongelmissa, seurataan lapsen painoa ja seerumin bilirubiinia sekä tarvittaessa konsultoidaan lastenlääkärinä. Varhain kotiutuvan äidin ja lapsen voinnin seuranta voidaan toteuttaa myös neuvolan terveydenhoitajan varhaisena kotikäyntinä.

Tampereella tehdyssä tutkimuksessa perheiden kokemukset LYSY:stä olivat pääosin myönteisiä ja siitä toivottiin pysyvää käytäntöä. Perheet kokivat oman vastuunsa lisääntyneen, mutta sitä ei kuitenkaan pidetty liian suurena. LYSY-toiminta aiheutti jonkin verran epävarmuutta, ahdistusta, pelkoa ja henkistä uupumusta. Perheiden kokemukset olivat ohjausta lukuun ottamatta myönteisempiä kuin henkilökunnan. Lähes puolet perheistä koki, että ohjaus osastolla ei ollut riittävää. (Kujanpää ja Rajala 2004.)

8.2 Synnytyskeskustelu

Jokaiselle synnyttäneelle äidille on järjestettävä tilaisuus synnytyskeskusteluun synnytyssairaalassa joko synnytyksen hoitaneen tai lapsivuodeosaston kätilön kanssa (Dennet 2003). Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan suurin osa toivoo keskustelua synnytyksen hoitaneen kätilön kanssa, mutta vasta lapsivuodeosastolla (Olin ja Faxelid 2003). Äidille on tärkeää keskustella synnytyksestä myös neuvolan työntekijän kanssa. Synnytyskeskustelun on todettu synnytystavasta riippumatta vaikuttavan myönteisesti äidin psyykkiseen hyvinvointiin (Lavender ja Walkinshaw 1998). Keskustelu etenee äidin ehdoilla, ja siinä käsitellään hänen toivomiaan aiheita. Myös miehelle (ks. Kaila-Behm 1997) tai synnytyksessä mukana olleelle kumppanille järjestetään mahdollisuus osallistua synnytyskeskusteluun tai keskustella lapsen syntymästä, synnytyksestä ja vanhemmaksi tulemisesta sairaalassa ja neuvolassa.

8.3 Imetyksen tukeminen

Imetyksen tukeminen jatkuu heti lapsen syntymän jälkeen. Imetyksen edistämiseen liittyvä tutkimustieto tunnetaan hyvin ja sitä käytetään paljon suomalaisissa synnytysyksiköissä (Kalliomäki 2000). Vastasyntyneen annetaan olla äidin kanssa ihokontaktissa ensi-imetykseen asti. Se tapahtuu lapsen imemisvalmiuden mukaan 30–60 minuutin kuluessa synnytyksestä. Vastasyntyneelle annetaan pelkästään rintamaitoa, jos lääketieteelliset syyt eivät edellytä muuta. Lisäruuan perusteeton antaminen synnytyssairaalassa vähentää täysimetyksen todennäköisyyttä kotona. Ensisijaista on kuitenkin huolehtia lapsen riittävästä ravinnonsaannista. Myös äidin toiveet ja voimavarat tulee huomioida.

Käytännöt lisäruuan antamisessa ovat tällä hetkellä epäyhtenäisiä. Vierihoido ja lapsentahtinen imetys edistävät imetyksen onnistumista (Hasunen ym. 2004). Taulukossa 8.1 esitetään tutkimusnäyttöön perustuvia imetystä tukevia hoitokäytäntöjä. Imetysohjausta tulee antaa myös ns. ”tuplaimettäjille”, sillä monikkolasten äidit eivät usein koe saaneensa riittävästi opastusta ja tukea imetykseen (Kumpula 2006). Kotikäynti on todettu vaikuttavaksi keinoksi edistää imetystä. Kotikäynnit ovat kuitenkin vähentyneet (Hakulinen-Viitanen ym. 2005). Muita vaikuttavia käytäntöjä ovat imetyspoliklinikat (Adams 2001) ja puhelintuki (Fallon 2005).

Taulukko 8.1. Tutkimusnäyttöön perustuvia imetystä tukevia hoitokäytäntöjä

Varhaisvaihe	Lapsivuodeosasto	Kotikäynti
Imetysasentojen ohjaus ¹	Ohjaus äidin tarpeiden mukaan: imetyksen fysiologia, maidoneritys, imetysongelmat ja niiden ratkaisut ^{1,2,3}	Imetystilanteen havainnointi: imuote, imetysasento, äidin ja lapsen vuorovaikutus, imetyksen tehokkuus, maidon virtaus ^{1,5}
Vauvan imuotteen tarkistus ¹	Imetystekniikan ja -asentojen ohjaus ^{1,2,3}	Vastasyntyneen ravitsemustilan havainnointi ^{1,5}
Ohjaus ympärivuorokautiseen vierihoidtoon ¹	Imetystilanteen havainnointi ja arviointi ^{2,3}	Äidin kokemuksista ja tuntemuksista keskusteleminen sekä tarvittaessa ohjaus ongelmatilanteissa ^{1,4,5}
Ohjaus lapsentahtiseen tiheään imetykseen ¹	Sellaisten riskien arviointi, jotka vaikuttavat äidin ja lapsen kykyyn suoriutua imetyksestä onnistuneesti sekä tehostettu ohjaus ongelmatilanteissa ^{1,2,3}	
Ohjaus täysimetykseen välttämällä lisäruoan antoa, tutteja ja pulloja ¹	Käytännölliset imetysohjeet ^{1,2,3}	
	Äitien rohkaisu ja heidän itseluottamuksensa tukeminen ^{1,2,3}	

1) International Lactation Consultant Association 2005, 2) Dennis 2002, 3) Sikorski ym. 2003, 4) Hakulinen-Viitanen ym. 2001, 5) Adams 2001

Kansainvälisesti Baby Friendly Hospital -ohjelman mukaisilla hoitokäytänteillä on saavutettu hyviä tuloksia imetyksen edistämiseksi (EU 2004a, b). Suomessa on neljä Baby Friendly Hospital -sertifikaatin saanutta sairaalaa. Myös koko Suomessa käytänteitä olisi kehitettävä ohjelman mukaisesti. Sairaalan ja neuvoloiden olisi sovittava siitä, kuka vastaa imetysavun järjestämisestä ongelmallisissa imetystilanteissa synnytys sairaalasta kotiutumisen jälkeen, sekä nimetä imetysohjauksen kehittämisestä vastaava henkilö terveyskeskukseen (Pelkonen 2006). Kansallisella tasolla olisi harkittava imetysohjauksen specialistien (engl. International Board Certified Lactation Consultant) koulutuksen järjestämistä esimerkiksi Ruotsin ja Norjan tapaan (EU 2004a, b). Toistaiseksi Suomessa on yksi tällaisen koulutuksen saanut henkilö ja muutamia on koulutuksessa vuon-

na 2007. Imetysspesialistit voivat työskennellä sairaaloissa ja avoterveydenhuollossa, vastata imetysohjauksen kehittämisestä ja antaa konsultaatioapua ongelmatilanteissa. Koska tutkimusten mukaan vertaistuki edistää täysimetystä, terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä Imetyksen vertaistuen (ITU) kanssa kannattaa lisätä ja äitejä kannattaa ohjata käyttämään myös Internetin imetystietokantoja (EU 2004b). Myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskinäistä yhteistyötä tulisi lisätä ja imetysohjaus tulee toteuttaa yhdessä sovittujen linjausten mukaisesti. Keskoslasten, monikkolasten ja sairaiden vastasyntyneiden imetyksen tukemiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota.

8.4 Kotikäynnit perheen tukena

Vauvan ja äidin kotiinmenovaihe synnytyksen jälkeen on erityisen haavoittuvaa aikaa. Äiti on väsynyt ja koko perhe epävarma uudessa elämäntilanteessa. Etenkin ensimmäisen lapsen saanut perhe tarvitsee usein tukea.

Stakesin asiantuntijaryhmä (1999) on antanut suosituksen synnytyksen jälkeisestä kotikäynnistä. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena -oppaassa (STM 2004) suositellaan kotikäyntiä sekä ennen lapsen syntymää että syntymän jälkeen. Vuonna 2004 terveydenhoitajista 71 % teki kotikäynnin jokaiseen vastasyntyneen perheeseen. Raskauden aikaisen kotikäynnin jokaiseen perheeseen teki terveydenhoitajista vain 2 %, mutta lähes puolet teki sen tarvittaessa (Hakulinen-Viitanen ym. 2005). Kotikäynti kannattaa järjestää niin, että myös isä tai kumppani on paikalla. Hoidon jatkuminen saumattomasti synnytysairaalavaiheen jälkeen edellyttää, että synnytyssairaalalla ja neuvoloilla on yhtenevät ohjeet ja että synnytyssairalavaiheen tilanne on huolellisesti dokumentoitu ja välitetty neuvolaan. Perheen tulee myös tietää, kehen se voi ottaa yhteyttä apua tarvitessaan. Kotikäynti on erityisen tärkeä, jos tarvitaan avoterveydenhuollon ja sosiaaliviranomaisten yhteistyötä. Tällöin käynti voidaan tehdä yhdessä.

Äitiys- ja lastenneuvolan yhteistyössä on kiinnitettävä erityistä huomiota siirtymävaiheeseen, etenkin jos terveydenhoitaja vaihtuu. Äidit odottavat, että äitiysneuvolan tapaan myös lastenneuvolassa pidetään huolta äidin jaksamisesta ja parisuhteesta. Jos heidän epäily lastensuojelun tarpeesta, konsultoidaan lastensuojeluviranomaista heti.

8.5 Synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistaminen ja hoito

Synnytyksen jälkeisestä masennustilasta kärsii noin 10–15 % naisista (Depressio: Käypä hoito -suositus 2004). Masennusta lievempää alavireisyyttä, nk. synnytyksen jälkeistä herkistymistä, on sen sijaan jopa 80 %:lla synnyttäneistä. Vuonna 2002 joskus raskaana olleista naisista 29 % raportoi tunteneensa masennusta raskauden jälkeen (Luoto 2004). Heistä vajaa 2 % oli saanut masennukseen hoitoa. Masennustilan tunnistamiseen

on kehitetty ammattihenkilöiden käyttöön kyselylomakkeita, esimerkiksi EPDS-lomake (Liite 9). Neuvolasselvityksen (Hakulinen-Viitanen ym. 2005) mukaan lähes viidesosa terveydenhoitajista hyödynsi EPDS-lomaketta säännöllisesti ja kolmannes tarvittaessa. Lääkäreistä puolet käytti sitä tarvittaessa ja pieni osa säännöllisesti. Lomakkeen täyttööseen kuluu aikaa noin viisi minuuttia. Vastausvaihtoehdot on pisteytetty nolasta kolmeen. Jos yhteenlaskettu pistemäärä on 13 tai suurempi, on kyseessä todennäköisesti vakavasti masentunut äiti. Perusterveydenhuollossa suositellaan käytettäväksi pistemäärää 9–10 seulonnessa, jossa pyritään löytämään myös lievistä masennustilasta kärsivät äidit. Pisteytyksessä on huomioitava joidenkin kysymysten käänteisyys (pisteytysohjeet lomakkeen lopussa) (Cox ym. 1987, Eerola 1999).

Masennustilasta kärsivän äidin hoito on samansuuntaista kuin masennuksen hoito yleensä. Psykoterapeuttiset hoitomuodot ovat suositeltavia erityisesti silloin, kun äidin elämäntilanteeseen sisältyy depressiolle todennäköisesti altistavia ongelmia. Masennuslääkkeen käyttö ei yleensä estä imetystä, tosin fluoksetiin on raportoitu kumuloituneen äidinmaitoon (Depressio: Käypä hoito -suositus 2004). Synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa ei useinkaan tarvita raskaita lääkehoitoja, vaan ongelman tiedostaminen ja äidin tukiverkoston varmistaminen riittävät (Perheentupa 2003). Äitien omia selviytymiskeinoja ovat sosiaalisen tuen hakeminen, etäisyydenotto, liikuntaharrastus, rentoutuminen lukemalla, kognitiiviset keinot, uskonnollisuus ja huumori (Ylilehto 2005). Norjalaisen raportin mukaan riskiryhmiin kohdennetuilla psykososiaalisilla ja psykologisilla toimenpiteillä pystytään ehkäisemään synnytyksen jälkeisen masennuksen oireita. Kätilön tai terveydenhoitajan yksilölliset ja intensiiviset kotikäynnit synnytyksen jälkeen edistivät äidin mielenterveyttä. Myös synnytyksen jälkeen saatu vertaistuki sekä ohjailmaton neuvonta vähensivät masennusta. (Kiura 2006.) Sosiaalista tukea tarjotaan esimerkiksi vertaisryhmissä, joista Suomessa on saatu hyviä kokemuksia. Synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta tarvitaan myös kansallinen hoitosuositus.

Synnytyksen jälkeinen herkistyminen on normaali osa uuteen elämäntilanteeseen sopeutumista. Oireet häviävät yleensä parin viikon sisällä. Erityistä hoitoa ei tarvita, vain ymmärtämystä ja tukea. Herkistyminen lisää kuitenkin masennuksen vaaraa: 20 %:lla äideistä herkistymistä seuraa synnytyksen jälkeinen masennus (Perheentupa 2003).

Kun äidin masennuksen ydin on äidin ja vauvan suhteessa, pelkkä äidin yksilöhoito ei riitä, vaan hänen masennuksensa on nähtävä varhaisen vuorovaikutuksen häiriönä. Tällöin hoito on kohdistettava äidin ja vauvan välisen suhteen hoitamiseen. Jos taas äidin masennuksen painopiste ei ole hänen suhteessaan vauvaan, vuorovaikutus vauvan kanssa ei ole myöskään niin suuressa vaarassa häiriintyä. (Sarkkinen 2003a,b.) Masennuksen hoidossa tulee ottaa huomioon myös parisuhde ja muu perhe.

8.6 Jälkitarkastus ja synnytyksen jälkeinen raskauden ehkäisy

Jälkitarkastus tehdään 5–12 viikon kuluttua synnytyksestä. Jälkitarkastuksen sisältö on kuvattu Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmän (1999) suosituksessa. Lääkäreiden ohella lisäkoulutetut, kokeneet terveydenhoitajat ja kättilöt voivat tehdä synnytyksen jälkeisen jälkitarkastuksen neuvolassa (ks. Rajala ym. 2005, ks. myös luku 13.4).

Synnytyksen jälkeinen ehkäisy ei ole ollut maassamme riittävän tehokasta, sillä äideillä on kohonnut riski joutua raskauden keskeytykseen 6 – 8 kuukautta synnytyksen jälkeen (Vikat ym. 2002). Väestön tietämystä aiheesta samoin kuin henkilökunnan koulutusta neuvonnan antamiseen on lisättävä. Kondomi on yleisimmin käytetty ehkäisymenetelmä vielä vuosi synnytyksen jälkeenkin, ja sen varamenetelmä jälkiehkäisy tunnetaan huonosti. Lääketieteellisiin menetelmiin siirrytään suhteellisen hitaasti yhdyntöjen alkamiseen ja täysimetyksen antamaan ehkäisysuojaan nähden (Kosunen 2006).

Synnytyksen jälkeistä ehkäisyä on käsiteltävä äitiysneuvolassa loppuraskauden aikana, lapsivuodeosaston kotihoito-ohjauksessa ja synnytyksen jälkitarkastuksessa. Ehkäisyneuvonta tulee kuitenkin toteuttaa asiakasta kunnioittavalla tavalla huomioiden myös sen, että osa äideistä ei halua tai tarvitse raskauden ehkäisyä esimerkiksi uskonnollisen vakaumuksensa tai seksuaalisen suuntautuneisuutensa vuoksi.

Synnytyksen jälkeiseen ehkäisytarpeeseen ja ehkäisymenetelmän valintaan vaikuttavat muun muassa seksuaalisen aktiivisuuden palautumisen aikataulu, imetyksen määrä ja toiveet mahdollisen seuraavan lapsen ajoituksesta. Jos äiti ei imetä lainkaan, hormoni-toiminta normalisoituu nopeasti raskauden aikana vallinneesta tilasta ja munasolu voi vapautua jo kuuden viikon sisällä synnytyksen jälkeen (Perheentupa 2004).

Yksi syy suunnittelemattomiin raskauksiin synnytyksen jälkeen saattaa olla se, että imetyksen raskautta ehkäisevään tehoon luotetaan liikaa. Tuoreessa suomalaisessa tutkimuksessa 21 % yhdynnät aloittaneista äideistä ei käyttänyt mitään ehkäisyä kolmen kuukauden kuluttua synnytyksestä riippumatta siitä, olivatko lapset täydellä vai osittaisella imetyksellä (Kosunen 2006). Kansainvälisten suositusten mukaan imetys takaa riittävän luotettavan ehkäisyn vain, jos kaikki kolme seuraavaa kriteeriä täyttyvät: 1) imetys on täysimetystä; 2) kuukautiset eivät ole palanneet ja 3) lapsi on alle kuuden kuukauden ikäinen. Jos yksikin kriteereistä jää täyttymättä, on imetyksen ohella käytettävä muuta ehkäisyä, jos raskautta ei haluta (FFPRHC 2004). Amerikkalaisissa ohjeissa korostetaan, että imetysten väli saisi päivällä olla korkeintaan neljä tuntia ja yöllä kuusi tuntia (Queenan 2004). Toisin sanoen yölläkin tulee imettää, jos imetyksen ehkäisyteho halutaan varmistaa.

Noin kaksi kolmasosaa äideistä aloittaa yhdynnät kahden kuukauden sisällä synnytyksestä, neljä viidesosaa kolmen kuukauden sisällä (Barret ym. 2000, Kosunen 2006). Täysimetus vähenee suunnilleen samassa aikataulussa siten, että neljän kuukauden iässä enää 34 % vauvoista on täysimetyksellä (Hasunen ja Ryyänen 2005). Toisen tuoreen tutkimuksen mukaan täysimetyksen keskimääräinen kesto oli 1,5 kuukautta (Erk-

kola 2005). Imetyksen rinnalle tarvitaan siis raskauden ehkäisyä suhteellisen varhain ja usein ehkäisy on syytä aloittaa jo jälkitarkastuksessa (6–8 viikkoa synnytyksen jälkeen).

Raskauden ehkäisyn tulee olla kunnossa viimeistään silloin, kun lapsi alkaa saada lisäravintoa, ellei uutta raskautta haluta.

Kierukan asettamisesta synnytyksen jälkeen vallitsee jossain määrin erilaisia näkemyksiä. Perheentuvan katsauksen (2004) mukaan kierukka (kupari- tai hormonikierukka) voidaan haluttaessa asettaa jälkitarkastuksen yhteydessä, yleislääkäriin käsikirjan mukaan aikaraja olisi kahdeksan viikkoa synnytyksestä (Kivimäki 2006). Vuonna 2007 julkaistu tapausselostus ehdottaa perforaatoriskin vuoksi aikarajaksi kuusi kuukautta (Heinonen 2007). Ulkomaisten suositusten mukaan asettamisen aikaisin turvallinen ajankohta on neljä viikkoa alatiesynnytyksen jälkeen (FFRHC 2004, WHO 2004). Ajankohdasta riippumatta synnytyksen jälkeinen kierukan asetus edellyttää kokemusta ja erityistä huolellisuutta.

Hormonikierukan ohella myös muut keltarauhashormoniin perustuvat menetelmät (minipillerit, kapselit) voidaan aloittaa jälkitarkastuksen yhteydessä, imetyksestä riippumatta (Perheentupa 2004).

Kondomi on oikein käytettynä luotettava ehkäisymenetelmä, mutta käyttövirheet heikentävät sen tehoa niin, että todellinen Pearl-in indeksi (15) on huomattavasti korkeampi kuin kuparikierukalla (0,8) tai yhdistelmä- ja minipillereillä (8). Naisten kondomilla käyttövirheet huomioiva indeksi on 21 ja pessaarilla 16. (WHO 2004). Imetyksen aikaiseen ehkäisyyn estemenetelmät sopivat periaatteessa hyvin, koska mahdollisten käyttöhavereiden sattuessa mukana on kuitenkin imetyksen tuoma lisäsuoja. Jokaisen estemenetelmän ehkäisykseen valinneen äidin on kuitenkin käytön epäonnistumisen varalta saatava neuvonta hormonaalisesta jälkiehkäisystä, jota voidaan käyttää myös imetyksen aikana (Jälkiehkäisy: Käypä hoito -suositus 2005). Kahdessa äitiysneuvolassa tehdyssä tutkimuksessa vastasyntyneistä naisista 72 % ilmoitti tietävänsä, miten jälkiehkäisyä käytetään, mutta vain 7 % tunsikin aikarajan, jonka sisällä sitä voi käyttää (Kosunen 2006).

Kondomin käyttö imetyksen aikaisena ehkäisynä saattaa tuottaa vaikeuksia siksi, että elimistön vähäisen estrogeenimäärän vuoksi vaginan limakalvot ovat ohuet ja arat, mikä voi tehdä käytön epä mukavaksi ja epäsäännölliseksi. Ongelma helpottuu liukasteilla ja/tai paikallisesti annosteltavilla estrogeenivalmisteilla, mikä on syytä neuvonnassa tuoda esille. Naisten kondomin käytössä ongelmat saattavat olla vähäisemmät.

Yhdistelmäehkäisy pillereiden käyttöä on perinteisesti rajoitettu imetyksen aikana, koska niiden sisältämän estrogeenin on katsottu vähentävän maidon eritystä. Tutkimukset ovat kuitenkin vanhoja, ja ne on tehty pillereillä, jotka sisälsivät huomattavasti enem-

män etinyyliestradiolia kuin nykyiset valmisteet. Moderneilla ehkäisy pillereillä (etinyyliestradiolia 25–30 mikrogrammaa) ei ole julkaistu laadukkaita tutkimuksia (Truitt ym. 2006).

Nykyisten ohjeiden mukaan myös imettävät äidit voivat käyttää yhdistelmäpillereitä, kun kuusi kuukautta on kulunut synnytyksestä (FFRHC 2004, Kivijärvi 2006, WHO 2004). Sitä ennenkin (kolmen viikon ja kuuden kuukauden välillä) niitä voidaan erityis-tilanteissa käyttää, jos maidoneritys on vakiintunutta ja muut ehkäisymenetelmät eivät tule kyseeseen (FFRHC 2004, WHO 2004). Ei-imettävilläkään yhdistelmäehkäisy pillereitä ei pidä tromboosiriskin vuoksi aloittaa ennen kuin synnytyksestä on kulunut kolme viikkoa (WHO 2004).

Uudemmat hormonaaliset yhdistelmävalmistemuodot (ehkäisyrenkas ja -laastari) sisältävät etinyyliestradiolia kuten yhdistelmäehkäisy pilleritkin, ja niitä koskevat samat rajoitukset, joita edellä on esitetty.

Synnytyksen jälkeen voidaan myös suorittaa sterilisaatio joko äidille tai isälle. Tämän olisi oltava suunniteltua jo raskauden aikana. Mikäli äiti ilmoittaa sterilisaatiohalustaan vasta synnytyksen jälkeen, on syytä keskustella hänen kanssaan äidin ja perheen yleis-tilanteesta ikä ja lapsiluku huomioon ottaen. Näin voidaan vähentää tilanteita, joissa äiti synnytyksen jälkeisen sterilisaation jälkeen haluaisi kuitenkin sen purkua. Yhdeksän prosenttia raskauden keskeytyksistä tapahtuu vuoden sisällä synnytyksen jälkeen. On ilmeistä, että jälkitarkastukseen liittyvää raskauden ehkäisyneuvontaa olisi merkittävästi tehostettava. Sen vuoksi olisi lisättävä myös henkilökunnan koulutusta neuvonnan antamiseen. (Perheentupa 2004.)

Tavoitteet:

- Perheellä on riittävät valmiudet selviytyä turvallisesti kotona.
- Äidillä on myönteinen asenne ja riittävät tiedot ja taidot imetykseen.
- Molemmilla vanhemmilla on myönteinen asenne ja riittävät taidot vauvan hoitoon.
- Synnytyksen jälkeinen masennus tunnistetaan, ja äiti ja perhe saavat tarvitsemansa hoidon ja tuen.
- Synnytyksen jälkeisen ensimmäisen vuoden aikana tehtyjen raskaudenkeskeytysten määrä vähenee.

Toimenpiteet:

- Perhettä ohjataan ja tuetaan vanhemmuuteen sekä perhekohtaisesti että vertais-tukea käyttäen. Ohjaus sisältää parisuhteen ja seksuaalisuuden tukemisen sekä raskauden ehkäisyn.
- Perheitä tuetaan omatoimisuuteen, mutta myös hyödyntämään tai laajentamaan tukiverkkoaan.
- Jokaiselle synnyttäjälle tarjotaan mahdollisuus synnytyskeskusteluun synny-tyksen hoitaneen kätilön kanssa, lapsivuodeosastolla sekä neuvolassa.
- Kaikilla synnytyssairaalan kätilöillä ja neuvolan terveydenhoitajilla on imetys-ohjaajakoulutus sekä lääkäreillä riittävä koulutus imetyksestä.
- Jokaisella perheellä on lapsivuodeosastolla omahoitaja, joka ohjaa ja tukee ime-tyksessä ja vauvan hoidossa.
- Varhaisia kotiutujia varten järjestetään neuvolasta varhainen kotikäynti tai mah-dollisuus käydä sairaalassa kätilön vastaanotolla.
- Synnytyksen jälkeinen kotikäynti tehdään jokaiseen perheeseen. Tarvittaessa käynti tehdään yhdessä sosiaalityöntekijän kanssa.
- EPDS-lomaketta käytetään synnytyksen jälkeisen masennuksen seulonnassa jokaiselle äidille.
- Synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta laaditaan kan-sallinen hoitosuositus.
- Jälkitarkastuksessa selvitetään äidin fyysisen kunnon lisäksi myös perheen psy-kososiaalinen tilanne ja annetaan perheen selviytymistä edistävää ohjausta ja tukea.
- Synnytyksen jälkeiseen ehkäisyyn liittyvää neuvontaa tehostetaan, mukaan lu-kien jälkiehkäisyä koskeva informaatio.
- Synnytyksen jälkeisen ehkäisyn aloittamista jälkitarkastuksen yhteydessä lisä-tään.

Lähteet:

- Adams C, Berger R, Conning P, Cruikshank L, Dore K. Breastfeeding trends at a community breastfeeding center: an evaluative survey. *JOGNN – Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2001;30(4):392-400.
- Barret G, Pendry E, Peacock J ym. 2000. Women's sexual health and childbirth. *British Journal of Obstetric and Gynaecology* 2000;107:186 - 195.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 1987;150:782-6.
- Dennett S. Talking about the birth with a midwife. *British Journal of Midwifery* 2003;11:24-7.
- Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *JOGNN – Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2002;31(1):12-32.
- Depressio (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2004. Luettu: <http://www.kaypahoito.fi/> 16.11.2006.
- Eerola K. Mielenterveyden häiriöt ensisynnyttäjillä. Prospektiivinen tutkimus häiriöiden esiintyvyydestä ja riskitekijöistä sekä sosiaalisesta tuesta. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C Osa 154. Turku, 1999.
- Erkkola M. 2005. Diet in early life and antibody responses to cow's milk and type 1 diabetes associated autoantigens. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A24/2005. Helsinki, 2005.
- EU. Project on promotion of breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004a. Luettavissa: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm. Luettu 30.12.2004.
- EU. Project on promotion of breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: review of interventions. European Commission, Directorate for Public Health, Luxembourg, 2004b. Luettavissa: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm. Luettu: 30.12.2004.
- Fallon AB, Hegney D, O'Brien M, Brodribb W, Crepinsek M, Doolan J. An evaluation of a telephone-based postnatal support intervention for infant feeding in a regional Australian city. *Birth* 2005;32(4):291-8.
- FFPRHC (Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care). FFPRHC Guidance (July 2004). Contraceptive choices for breastfeeding women. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2004; 30:181 - 189. Luettavissa: <http://www.ffprhc.org.uk/>. Luettu: 10.11.2006.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Haapakorva A. Äitiys- ja lastenneuvolatyo Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Helsinki, 2005.
- Hasunen K, Ryyänänen S. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:19. Helsinki, 2006.
- Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H, Lagström H, Lyytikäinen A, Nurtila A, Peltola T, Talvia S. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11. Helsinki, 2004.
- Heinonen PK. Hormonierukka vatsaontelossa. *Suomen Lääkärelehti* 2007;62:1743-5.
- International Lactation Consultants Association. Clinical guidelines for the establishment of exclusive breastfeeding. International Lactation Consultants Association, 2005.
- Jälkiehkäisy (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Gynekologiyhdistyksen ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2005 (päivitetty 15.11.2005). Luettu: <http://www.kaypahoito.fi/> 10.11.2006.
- Järvenpää A-L. Onko vastasyntyneen varhainen kotiuttaminen vaaratonta? *Suomen Lääkärelehti* 2002;57:757-9.
- Kaila-Behm A. Miehestä esikoisen isäksi. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 49. Kuopion yliopisto, 1997.
- Kalliomäki T. Kätilöt tutkimustiedon käyttäjinä synnytysten hoidossa. Kysely tutkimustiedon leviämisestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto, 2000.
- Kiura E. Kotikäynnit ehkäisevät äitien masennusta. Suomenkielinen tiivistelmä alkuperäiskatsauksesta Larun, L. ym. 2005. Svangerskap og psykisk helse. Kvinners psykiske helse i forbindelse med svangerskap og første året etter fødsel. Kunnskapssenteret. http://www.kunnskapssenteret.no/filer/05_svangerskap_og_psykisk_helse_revidert_utg.pdf.
- HTA lyhyesti. *Impakti* 2006;3:17.
- Kivijärvi A. Hormonaalinen ehkäisy. Kirjassa: Kunnamo I, Alenius H, Hermanson E ym. (toim.): Lääkärin käsikirja 2006. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä, 2006.

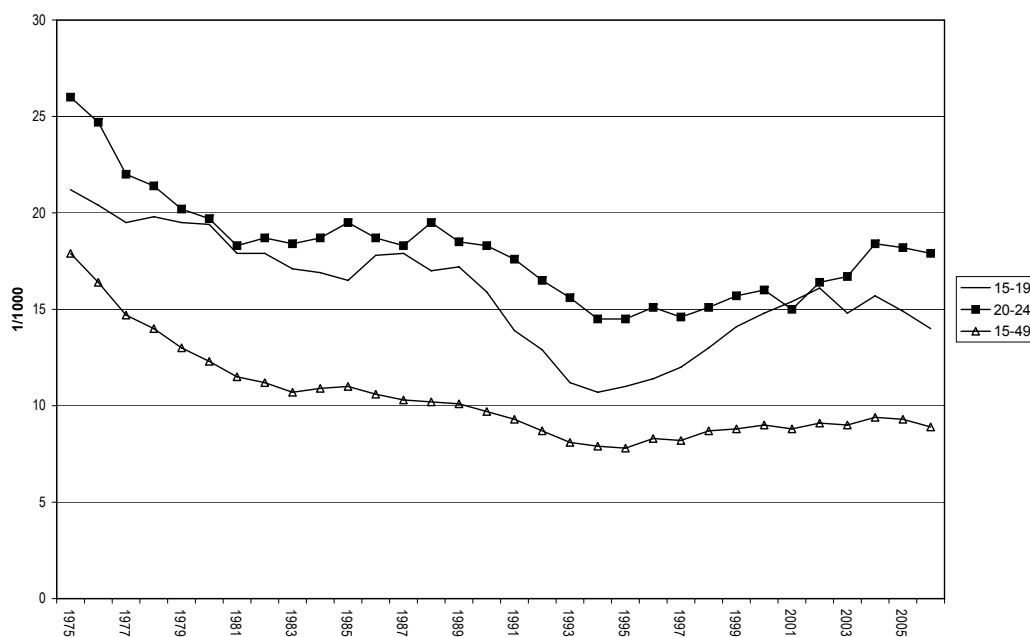
- Kosunen E. Raskauden ehkäisy ensimmäisenä vuonna synnytyksen jälkeen. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä, 2006. Luettavissa: <http://www.kirjasto.jypoly.fi/kirjasto/Opinnayte/Eopnayatteen.htm>.
- Kumpula Ulla. Suomen Monikkoperheet ry:n toiminnanjohtaja. Henkilökohtainen tiedonanto 2007.
- Kujanpää K, Rajala K. Perheen ja hoitohenkilökunnan kokemuksia lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos ja kasvatustieteen laitos. Tampereen yliopisto, 2004.
- Lavender T, Walkinshaw SA. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial. *Birth* 1998;25:215-9.
- Luoto R, Kinnunen TI, Koponen P, Kaaja R, Männistö S., Vartiainen E. Naisten lisääntymisterveys Suomessa. Tuloksia FINRISKI 2002 -tutkimuksesta. *Suomen Lääkärilehti* 2004;59:885-90.
- Olin R-M, Faxelid E. Parents' needs to talk about their experiences of childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2003;17:153-9.
- Pelkonen M. Imetystä tukemaan yhteistuumin. *Terveydenhoitaja* 2006;4-5:30-1.
- Perheentupa A. Raskauden ehkäisy imetysaikana. *Duodecim* 2004;120:1467-73.
- Perheentupa A. Synnytyksen jälkeinen masennus – onko vika hormoneissa? *Suomen Lääkärilehti* 2003;58:387-91.
- Queenan, J. 2004. Contraception and breastfeeding. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2004;47:734 - 739.
- Rajala K-R, Olli R, Illikainen K. HoLa -hoitajien toimenkuvan laajentaminen. Pilottiprojekti. Hankkeessa: Toimivan perusterveydenhuollon, ennaltaehkäisevän työn ja toimijoiden välisen yhteistyön kehittäminen Ylivieskan seutukunnassa ja lähikunnissa. Loppuraportti. Joulukuu 2005. Luettavissa: <http://www.oulusouth.com/index.asp>. Luettu 29.3.2006.
- Sarkkinen M. Dyadinen vauvan ja masentuneen äidin kotikäyntihoito. Teoksessa Niemelä P, Siltala P, Tamminen T. (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. WSOY. Juva, 2003b, 283-305.
- Sarkkinen M. Masentunut äiti – tyydyttävän äitiydenkokemuksen ulkopuolella. Teoksessa Niemelä P, Siltala P, Tamminen T. (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. WSOY. Juva, 2003a, 283-305.
- Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2003;17(4):407-17.
- Stakes. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2004. Tilastotiedote 21/2005. Luettavissa: www.stakes.info/files/pdf/Tilastotiedote2005/Tt21_05.pdf. Luettu 16.8.2006.
- Stakes. Syntymärekisteri. Julkaisemattomia tietoja, 2006.
- Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, Kirsi Viisainen (toim.). Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa, suositukset 1999. Stakes Oppaita 34. Jyväskylä, 1999.
- STM. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki, 2004.
- Truitt, ST, Fraser, A, Gallo, MF, Lopez, LM, Grimes, DA, Schulz, KF. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006.
- Vikat A, Kosunen E, Rimpelä M. Risk of postpartum induced abortion in Finland: A register-based study. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2002;34:84-90.
- Ylilehto H. Synnytyksen jälkeinen masennus – salpautunut ilo. Naisten lapsivuodeajan kokemusten salutogeeninen tarkastelu. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Oulu, 2005.
- WHO. 2004. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Third edition. World Health Organization. Luettavissa: http://www.who.int/topics/family_planning/en/. Luettu: 10.11.2006.

9 RASKAUDEN EHKÄISYPALVELUT

9.1 Ehkäisyn tarve tilastojen valossa

Suomessa ei ole tuoretta tutkimustietoa siitä, miten suuri osa raskauksista kaikkiaan on ollut suunniteltuja ja miten hyvin perheen koon suunnittelu ja lasten syntymän ajoittuminen onnistuvat. Päätelmät raskauden ehkäisyn tuloksellisuudesta on tehtävä siis raskauden keskeytystilastoihin perustuen. Lisäksi indikaattorina voidaan käyttää nuorten synnytyksiä, sillä valtaosa alle 20-vuotiaiden ja lähes kaikki alle 18-vuotiaiden synnytykseenkin johtaneista raskauksista on todennäköisesti suunnittelemattomia. Perusteluna tälle voidaan käyttää tietoja Tanskasta, joka on kulttuurisesti verrattavissa Suomeen. Siellä alle 20-vuotiaiden raskauksista 86 % oli alkanut suunnittelematta – johtivatpa ne keskeytykseen tai synnytykseen (Vikat ym. 2002a).

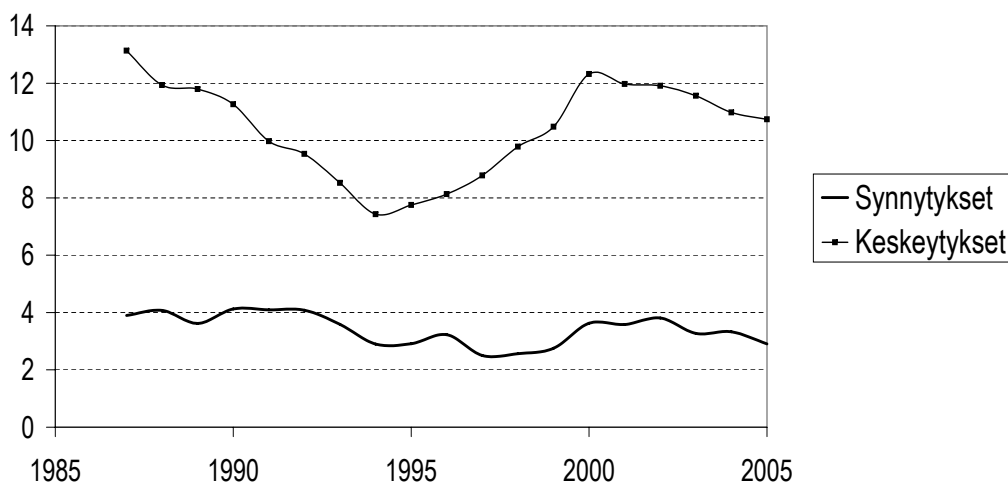
Raskauden keskeytykset vähenivät Suomessa lähes yhtäjaksoisesti 1970 -luvun puolivälistä 1990 -luvun puoliväliin saakka, minkä jälkeen lasku pysähtyi ja keskeytysten määrä on ollut 8–9 tuhatta 15–49-vuotiaista naista kohti (kuvio 9.1). Alle 25-vuotiailla keskeytykset ovat tämän jälkeen lisääntyneet ja 20–24-vuotiailla nousu on jatkunut viime vuosiin saakka. Neljännes kaikista keskeytyksistä tehdään 20–24-vuotiaille.



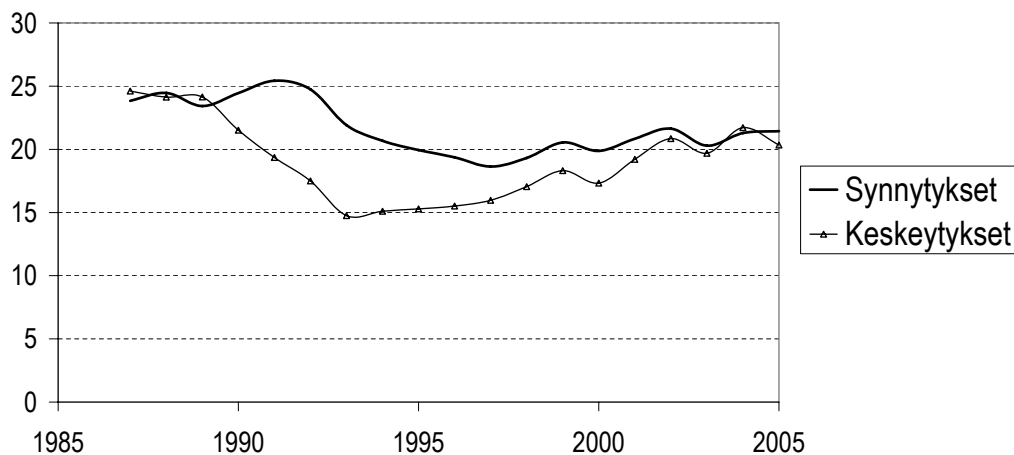
Kuvio 9.1. Raskauden keskeytykset alle 25-vuotiailla ja kaikilla 15 – 49 -vuotiailla tuhatta naista kohti, 1975 – 2006. Vuoden 2006 luvut ovat ennakkotietoja 15.3.2007 (Stakes 2007)

Alle 20-vuotiaiden synnytykset kääntyivät nousuun pari vuotta myöhemmin kuin keskeytykset, minkä jälkeen ne lisääntyivät 1997–2002. Väestöön suhteutettu synnytysluku kasvoi tänä aikana 9,0:sta 11,2:een tuhatta 15–19-vuotiasta tyttöä kohti (Gissler 2004). Vuoden 2002 jälkeen kehitys on ollut lievästi vähenevä.

Alaikäisillä (alle 18-vuotiailla) sekä keskeytysten että synnytysten trendit ovat olleet suunnilleen edellä kuvatun kaltaiset eli nousuvaiheen jälkeen ne ovat vähentyneet vuoden 2002 jälkeen (kuvio 9.2). Sen sijaan 18–19-vuotiailla vähenemisvaihetta ei ole havaittavissa, vaan sekä keskeytysten että synnytysten määrä on viime vuodet pysytellyt samoissa lukemissa eli hiukan yli 20 tuhatta tyttöä kohti (kuvio 9.3).



Kuvio 9.2. Synnytykset ja raskauden keskeytykset alle 18-vuotiailla tuhatta 15–17-vuotiasta naista kohti



Kuvio 9.3. Synnytykset ja raskauden keskeytykset 18–19-vuotiailla tuhatta naista kohti

Vuonna 2006 raskauden keskeytykseen hakeutuneista 38 % ei ollut käyttänyt mitään ehkäisyä raskauden alkaessa, alle 20-vuotiailla osuus oli 43 % (Stakes 2007). Vaikka raskauden ehkäisyyn aina liittyvä epäonnistumisen mahdollisuuskin huomioitaisiin, olisi periaatteessa ainakin kolmannes keskeytyksistä estettävissä ehkäisyä käyttämällä.

Viime vuosina keskeytykseen hakeutuneista on noin kolmannes ollut toimenpiteessä vähintään kerran aikaisemmin ja noin puolella on takanaan ainakin yksi synnytys (Stakes 2007). Molemmat ryhmät ovat siis olleet aiemmin terveydenhuollon palvelujärjestelmän piirissä. Periaatteessa heidän olisi palvelukontaktin yhteydessä pitänyt saada riittävästi ehkäisyneuvontaa estääkseen suunnittelemtoman raskauden alkamisen.

Perhesuunnittelun vaikeuksista kertoo se, että raskauden keskeytyksen riski on kohonnut 6–8 kk synnytyksen jälkeen (Vikat ym. 2002a). Synnytyksen jälkeinen ehkäisy ei siis toteudu tarvetta vastaavalla tavalla. Kahdessa äitiysneuvolassa tehdyssä tutkimuksessa ilmeni, että kondomi on tärkein ehkäisymenetelmä ainakin vuoden ajan synnytyksen jälkeen ja noin viidennes äideistä ei käytä mitään ehkäisyä noin kolme kuukautta synnytyksen jälkeen. Lisäksi lääketieteellisiin menetelmiin siirrytään melko myöhään (Kosunen 2006).

Yhteenvetona voidaan todeta, että lisääntymistilastojen valossa ehkäisy ei toteudu tarvetta vastaavasti etenkin nuorena, alle 25-vuotiaassa väestössä, mihin saattaa osaltaan vaikuttaa ehkäisypalvelujen tarjonta ko. ikäluokille. Heikkoja kohtia on myös synnytyksen ja keskeytyksen jälkeisen ehkäisyn toteutumisessa.

9.2 Ehkäisymenetelmien käyttö

Kouluterveyskyselyn mukaan peruskouluikäisistä jättää kokonaan ehkäisemättä 15-18 prosenttia (yhdyntäessä olleista laskettuna), lukiolaisilla osuudet ovat selvästi alhaisempia. Luvut eivät ole juurikaan muuttuneet viime vuosina. Kondomi on nuorten tärkein ehkäisymenetelmä, sillä ehkäisytarve on usein satunnaista seksuaalinelämän alkuvuosina ja kondomi suojaa paitsi raskaudelta myös seksitaudeilta. Käytettyjen menetelmien jakaumassa on viime vuosina ollut siirtymää kondomin käytöstä ehkäisytabletteihin – harvoin kuitenkin niiden yhdistelmään. Raskauden ehkäisyn näkökulmasta on siis siirrytty tehokkaamman ehkäisyn suuntaan, mutta sukupuolitautilien ehkäisemisen näkökulmasta heikompaan (Kosunen 2004).

Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan ehkäisytablettien käyttö lisääntyi 1980-luvulla ja saavutti suunnilleen nykyisen tasonsa 1990-luvun alussa. Sen jälkeen vaihtelu on ollut vähäistä. Kymmenvuotisjaksolla 1993–2003 tablettien käyttö lisääntyi merkittävästi 16-vuotiailla (16,7 % vs. 20,8 %), mutta ei 14- ja 18 -vuotiailla. Vuonna 2003 ehkäisytabletteja käytti 14-vuotiaista 2,8 % ja 18-vuotiaista 40,1 % (Falah Hassani ym. 2006).

Ehkäisyvälinemarkkinoille on tullut uusia hormonaalisia yhdistelmävalmisteita, jotka näkyvät myyntitilastoissa vuodesta 2003 lähtien. Ehkäisyrenkas on saavuttanut suosiota

etenkin nuorten keskuudessa, jossain määrin käytetään myös ehkäisylaastaria. Tutkimustietoa näiden menetelmien käytöstä ei ole saatavissa. Myyntilastojen mukaan ehkäisyrenkaiden ja -laastareiden osuus hormonaalisten yhdistelmävalmisteiden myynnistä oli 6 % vuonna 2005 ja vuoden 2006 osuudeksi arvioidaan 7 % (Lääkelaitos 2006).

Yliopisto-opiskelijoiden keskuudessa vuonna 2004 tehdyssä tutkimuksessa 19–35 -vuotiaista naisista 50 % käytti hormonaalisia menetelmiä ja 31 % kondomia. Vähintään viikoittain yhdynnässä olevilla hormonimenetelmien osuus oli 67 %:iin ja kondomin osuus noin neljännes. Ehkäisyn käytössä ei ollut mainittavia muutoksia vuoteen 2000 nähden. (Virtala ym. 2006). Muista kuin yliopisto-opiskelijoista ei vastaavaa tutkimusta ole tehty.

Aikuisväestön ehkäisykäytännöistä tieto on sirpaleisempaa eikä se ole samalla tavoin vertailukelpoista kuin nuorisotutkimuksissa. Ehkäisyn laiminlyövien osuuksista ei ole selkeää tietoa, koska raskautta haluavien osuutta ei tutkimuksissa ole aina yksiselitteisesti selvitetty. Seksuaalikäyttäytymistutkimuksen mukaan kondomin käyttö väheni 1990-luvulla (Haavio-Mannila ja Kontula 2001). Terveys 2000-tutkimuksen mukaan kondomi oli edelleen suosittu menetelmä: 20–29-vuotiaista naisista noin 40 % ilmoitti sen ehkäisykseen (Kosunen ym. 2004).

Terveys 2000 -tutkimuksessa alle 30-vuotiaat naiset ilmoittivat vähemmän ehkäisypillereiden käyttöä kuin samanikäiset Stakesin tutkimuksessa vuonna 1994. Yli 30-vuotiailla ehkäisypillereiden suosio oli kasvussa. Kierukkaa käytti alle 30-vuotiaista vain muutama prosentti, 30 ikävuoden jälkeen käyttäjien osuus oli vähintään viidenneksen luokkaa. Mitä vanhempi viisivuotiskäryhmä, sitä useammin valintana oli hormonikierukka (Kosunen ym. 2004).

Jälkiehkäisy vapautui itsehoitolääkkeeksi apteekkimyyntiin toukokuussa 2002. Silloin asetettiin toiveita raskauden keskeytysten vähenemiseen nimenomaan jälkiehkäisyä eniten käyttävien ikäryhmien (alle 25-vuotiaiden) osalta. Myytyjen pakkausten määrä kasvoi heti 62 % edellisvuodesta (Sihvo ym. 2003), mutta sittemmin myynnin nousu on ollut hitaampaa. Vuonna 2004 myytiin 89 600 pakkausta, noin neljä prosenttia edellisvuotta enemmän (Terveystilasto 2005). Keskeytystilastojen perusteella näyttää siltä, että jälkiehkäisyn itsehoidoksi vapauttamisella ei ole ollut toivottua vaikutusta nuorten ikäryhmien raskauden keskeytystarpeeseen.

Sterilisaatioiden määrä on puolittunut vuoden 1996 jälkeen, vuonna 2005 niitä tehtiin 6 923. Väheneminen johtuu pääosin naisten sterilisaation suosion alenemisesta. Miehillä tehtyjen sterilisaatioiden määrä nousi 1990-luvun alkupuolella aktiivisen palvelutarjonnan kehittämisen myötä. 2000-luvun puolella miesten sterilisaatioiden lukumäärä on ollut tasaisesti noin 1 600–1 800 vuodessa. Vuonna 2005 kaikista sterilisaatioista 26 % tehtiin miehille (Stakes 2006). Jos ehkäisyn tarve on pysyvä, on miehen sterilisaatio harkinnan arvoinen vaihtoehto.

9.3 Raskauden ehkäisypalvelut

Raskauden ehkäisyneuvonta tuli kuntien järjestettäväksi kansanterveyslain myötä 1972. Toimintaa ohjeistettiin alkuvaiheessa yksityiskohtaisesti ja neuvolaverkosto perustettiin kattavasti koko maahan muutamassa vuodessa. Viimeiset ohjeet toiminnasta annettiin vuonna 1982 (kumottu vuonna 1991). Joitain tietoja ehkäisyneuvonnasta on julkaistu vuodelta 1995, jolloin noin kolmanneksessa terveyskeskuksista oli ehkäisyneuvola, kolmannes hoiti työn väestövastuuisesti ja kolmanneksessa järjestely oli jotain siltä väliltä (Koponen ym. 1998). Sitten yhteiskunnallisten ja terveydenhuollon muutosten (talouslama, valtionosuusjärjestelmän purkaminen, väestövastuuseen siirtyminen, lääkäri-vaje) on arveltu heikentäneen erityisesti ehkäisevän terveydenhuollon kehitystä. Julkisuudessa on arveltu myös raskauden ehkäisypalvelujen joutuneen leikkausten kohteeksi.

Valtakunnalliset avoterveydenhuollon tilastot esittävät perhesuunnittelukäyntien vähenyneen vuodesta 1997, mutta tilastoinnin luotettavuutta ei tiedetä. Kouluterveydenhuollon palveluiden – ja siten kouluterveydenhuollon tarjoamien nuorten seksuaaliterveyspalveluiden – tiedetään olleen supistusten kohteena.

Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella syksyllä 2005 tehdyssä 63 terveyskeskuksen tutkimuksessa palvelut oli järjestetty 54 %:ssa terveyskeskuksista yhdistettynä äitiysneuvontaan. Erillinen ehkäisyneuvola oli 21 %:ssa ja 17 %:ssa ehkäisyneuvonta toteutettiin vastaanottotyön osana. Koko maan terveyskeskusten johtajille samana vuonna tehdyssä kyselyssä vastaukset ehkäisyneuvonnan järjestämistavasta eivät olleet yksiselitteisesti tulkittavissa. Ilmeistä oli kuitenkin, että valtaosassa äitiys- ja ehkäisyneuvonta oli yhdistettyä toimintaa (Rimpelä 2006).

Ehkäisyneuvonnassa keskeisenä seikkana pidetään palveluihin pääsyä ja palveluiden saavutettavuutta (access). Esteitä tälle voi ilmetä palvelujärjestelmässä monella tasolla (Taulukko 9.1). Tiedollisia ja kulttuurisia esteitä pidetään Suomessa yleisesti vähäisinä, sillä asenneilmasto on asialle myönteinen. Ehkäisy-tietoutta pidetään koululaistutkimusten perusteella hyvänä, mutta yksityiskohtaisempaa tutkimusta tiedon tasosta ei ole tehty. Aikuisväestön nykyisestä ehkäisy-tiedon tasosta ei ole tehty tutkimuksia.

Ehkäisyn kustannukset ovat Suomessa korkeat. Ehkäisyneuvonnan palvelukäynti on kansanterveyslain ja siihen liittyvän maksulain (L 734/1992) perusteella maksuton kaiken ikäisille riippumatta siitä, mihin käynti tehdään (ehkäisyneuvolaan, lääkärin vastaanotolle, kouluterveydenhuoltoon tms.). TAYS:n erityisvastuualueella tehdyn tutkimuksen mukaan ensimmäiset pillerit sai lähes aina ilmaiseksi keskimäärin neljäksi kuukaudeksi (Sannisto ym. 2007). Vakiintuneen käytännön mukaan terveyskeskus maksaa ehkäisyneuvontaan liittyvän ensimmäisen kierukan kustannukset ja seuraavat kierukat henkilö hankkii itse apteekista (STM 2002). Lisäksi synnytyksen ja raskauden keskeytyksen jälkeen ehkäisy on ilmaista osassa kunnista (Sannisto ym. 2007). Kaikissa muissa tilanteissa ehkäisyvälineistä joutuu pääsääntöisesti itse maksamaan. Esimerkiksi ehkäisy-pillereiden hinta on korkea moniin muihin maihin nähden. Iso-Britanniassa kaikki ehkäisymenetelmät ovat kokonaan ilmaisia silloin, kun palvelu haetaan julkisen

terveydenhuollon kautta. Ehkäisy on ilmaista nuorille asiakkaille myös joissain Pohjoismaissa (Apter 2006). Ulkomaisissa tutkimuksissa ehkäisyvälineiden ilmaisjakelu on arvioitu kustannustehokkaaksi toiminnaksi (Hughes ja McGuire 1996, Sonnenberg ym. 2004, Trussell ym. 1995).

Taulukko 9.1. Ehkäisyneuvonnan saavutettavuuden esteet (Welsh ym. 2006)

Esteen laatu	Kuvaus
Tiedollinen	Tieto välineistä ja palveluista
Maantieteellinen	Etäisyys palveluista
Taloudellinen	Ehkäisyvälineiden hinta, vastaanotolla käynnin kokonaiskustannukset
Psykososiaalinen	Pelot ja uskomukset, kulttuuriset käsitykset, uskonto
Hallinnollinen	Työnjako
Lääketieteellinen	Näyttöön perustumattomat rajoitukset ehkäisyvälineiden tarjonnassa Turhat tutkimukset ehtona ehkäisyn saamiselle

Ehkäisyasioissa hoitajan vastaanotolle pääsi noin puolessa toimipisteistä kolmessa päivässä, mutta lääkärin vastaanotolle joutui odottamaan yleisesti vähintään kaksi viikkoa. Osassa terveyskeskuksista odotusajat olivat hyvin pitkiä, pisimmillään kolme kuukautta. Palvelut oli rajattu alle 35-vuotiaille kahdessa suuressa kaupunkiterveyskeskuksessa. Kesäajan sulkuja oli noin puolessa keskuksista (17/33) keston ollessa keskimäärin kuukauden (Sannisto ym. 2007).

Nuorille tarkoitettu oma neuvola oli kolmessa kaupungissa. Kouluterveydenhuollon vastaanotolta sai ehkäisytabletteja viidesosassa terveyskeskuksista. Kondomin ilmaisjakelua ei kysytty, spontaanisti sen ilmoitti ani harva terveyskeskus (Sannisto ym. 2007). Nuorten palveluiden saatavuuden heikkenemiseen saattaa viitata se, että 1990-luvulla nuorten ehkäisytablettien käyttö oli vähentynyt pääkaupunkiseudulla (Falah Hassani ym. 2006).

Kouluterveydenhuollon ohjeet suosittelevat, että kouluterveydenhuollossa olisi mahdollisuus antaa nuorille tarvittaessa maksuttomia kondomeja sekä jälkiehkäisytabletteja. Toimivaksi on todettu käytäntö, jonka mukaan kouluterveydenhoitaja voi lääkärin ohjeiden mukaan tehdä ehkäisytablettien aloitukseen liittyvän haastattelun ja antaa aloituspakkauksen nuorelle mukaan. Samalla varataan aika ensimmäiseen tarkastukseen lääkärin vastaanotolle (Stakes 2002).

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) tarjoaa palveluita yliopisto-opiskelijoille. Ehkäisyn tarve on lääkärikäynnin syynä 12 %:ssa, ja se on tärkein yksittäinen yhteydenoton syy (Virtala ja Virjo 2005). Muiden oppilaitosten opiskelijat ovat olleet yliopisto-opiskelijoihin nähden eriarvoisessa asemassa terveydenhuoltopalveluihin pääsystä, mutta asiaan on odotettavissa korjausta. Ensimmäinen kansallinen opiskeluterveyden-

huollon opas (2006) antaa ohjeita mm. opiskelijoiden seksuaaliterveyspalveluista ja korostaa viivytyksetöntä pääsyä raskauden ehkäisy palveluihin (STM 2006).

Hormonaalista jälkiekhäisyä on ollut mahdollisuus hankkia reseptittä apteekista vuodesta 2002 lähtien, jos on täyttänyt 15 vuotta. Jälkiekhäisyn toteuttamisessa tarvitaan silti terveydenhuollon palveluita. Alle 15-vuotiaiden pitää periaatteessa hakea jälkiekhäisy edelleen terveydenhuollosta ja apteekin pitäisi ohjata jälkitarkastukseen alle 20-vuotiaat samoin kuin klamydiatartunnan mahdollisesti saaneet asiakkaat. Lisäksi terveyskeskuksen kautta pitäisi tarvittaessa saada kuparikierukka myös jälkiekhäisy tarkoitukseen (Jälkiekhäisy: Käypä hoito -suositus 2005).

9.4 Ehkäisy palveluiden kehittäminen

Raskauden ehkäisy palveluiden ydinajatuksia on viime vuosina ollut palveluiden kehittäminen kokonaisvaltaisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen suuntaan. Sopivan ehkäisymenetelmän valinta edellyttää haastattelua seksuaalikäyttäytymisestä, parisuhteen luonteesta ja elämäntilanteesta yleensä, mikä tarjoaa luontevan tilaisuuden myös sukupuolitautien ehkäisyyn, seksuaalineuvontaan ja esimerkiksi väkivaltakokemusten tai muiden vaikeuksien havaitsemiseen. Aiempaa enemmän huomiota tulisi kiinnittää myös ikää ja hedelmällisyyttä koskevaan neuvontaan (Klemetti 2006, Virtala 2007).

Ehkäisyneuvonnan palvelukäytäntöjä tulisi kehittää niin, että palveluissa huomioitaisiin myös pojat ja miehet. Joissain neuvoloissa on omaksuttu menestyksellisesti käytäntö, että asiakkaaksi tulleen tytön poikaystävä pyydetään mukaan ehkäisyn aloittamisen jälkeiselle ensimmäiselle seurantakäynnille. Näin on mahdollista antaa seksuaalineuvontaa molemmille osapuolille ja kasvattaa poikia, tulevaisuuden miehiä ja isiä osallisuuden perhe-elämässä.

Suomessa ehkäisyneuvonta on ollut hoitajavetoista eli asiakkaan alkututkimuksen ja seurannan toteuttavat pääosin neuvolan terveydenhoitajat tai kättilöt. Lääkärin vastaanotto on kuitenkin vaadittu lopullista menetelmän valintaa ja esimerkiksi reseptin allekirjoitusta sekä gynekologista tutkimusta varten. Myös ehkäisymenetelmän käytön seurantaan ovat kuuluneet säännölliset lääkärin tarkastukset.

Neuvonnan toteuttamisen työtavat ja henkilöstön välinen työnjako saattavat osaltaan vaikeuttaa ehkäisyn tavoitettavuutta (ks. taulukko 9.1). Vähentämällä tarpeetonta työtä ja jakamalla työtä uudelleen olisi mahdollista kehittää ja suunnata toimintaa niin, että ne palvelisivat mahdollisimman suurta määrää väestöä. Kättilöt ja muut hoitotyön ammattilaiset toteuttavat ehkäisyneuvontaa menestyksellisesti monissa maissa (Welsh ym. 2006). Lähin esimerkki on Ruotsi, jossa se on kättilöiden vastuulla.

Kansallisen terveydenhuollon hankkeen piirissä on ollut esillä rajatun reseptinkirjoitus-oikeuden antaminen hoitohenkilökunnalle, yhtenä esimerkkinä on ollut ehkäisy pillereiden määräämisoikeus. Myös kierukoiden asettaminen on ollut ehdolla yhdeksi lääkäriltä hoitajalle siirrettäväksi tehtäväksi. Tämä on toteutettu vuoden 2006 aikana Siikalatvan

terveyspalvelualueella ja Kalajoen terveyskeskuksissa ja kokemukset ovat olleet hyviä (Haarala 2006). Raskauden ehkäisyneuvonnan työnjakoa on kehitetty myös Joensuun terveyskeskuksessa jakamalla tehtävät lääkärin ja hoitajan kesken. Terveystenhoitaja voi muun muassa aloittaa ehkäisytabletit terveelle naiselle vuodeksi, laittaa ihonalaisen ehkäisykapselin, paikantaa kierukan ultraäänellä ja poistaa, mutta ei aseta (Joensuun terveyskeskus 2006, Schering-utiset 2006).

Kaikkiaan ehkäisyneuvolatoiminnan kehittämistoiminta on ollut hyvin vähäistä eikä siitä juuri löydy julkaisuja. Tämä johtunee osaltaan sekä valtakunnallisen ohjauksen että paikallisen vastuunjaon puutteista. TAYS:n erityisvastuualueen tutkimuksessa ei tullut esille yhtään kehittämishanketta vapaissa vastauksissa ja kolmanneksessa terveyskeskuksista ei oltu nimetty ehkäisyneuvonnan kehittämisestä vastaavaa työntekijää (Sannisto ym. 2007). Osaltaan kehittämistoiminnan vähäisyys voi johtua myös siitä, että toiminta on sulautettu äitiysneuvontaan suuressa osassa terveyskeskuksia.

9.5 Yleis- vai erikoisosaamista?

Kansanterveyslain voimaantulon jälkeen henkilökuntaa koulutettiin erikseen raskauden ehkäisyneuvontaan, koska kyseessä oli kokonaan uusi tehtäväalue. Sittemmin tehtävän erityisluonnetta ei ole enää korostettu ja se on siirretty osaksi äitiysneuvolatyötä, jopa osaksi vastaanottotoimintaa. Suurimmalla osalla ehkäisyneuvontaa tekevästä henkilökunnasta on hoidettavanaan paljon muita perusterveydenhuollon tehtäväalueita, eikä seksuaaliterveyteen liittyvä täydennyskoulutus ole järjestelmällistä (Sannisto ym. 2007).

Kansainvälisten suositusten mukaan ehkäisyneuvonnan henkilökunnan on oltava tehtävänsä koulutettuja ja täydennyskoulutuksen pitää olla säännöllistä. Ehkäisyneuvonta edellyttää monenlaista erikoisosaamista, jos asiaa hoidetaan laaja-alaisesti seksuaaliterveyden edistämisen näkökulmasta. Työ sisältää toimenpiteitä (kierukoiden, kapseleiden laitot) ja ehkäisyn ongelmatilanteiden hoito edellyttää ammatillista kokemusta. Seksuaaliterveysanamneesi on keskeinen osa toimintaa, mikä edellyttää hyviä vuorovaikutustaitoja. Lisäksi työntekijällä on oltava perustaidot seksuaalineuvonnassa ja hänen pitää olla selvillä omista asenteistaan ja suhteestaan seksuaalisuuteen. Alaikäisten kanssa asioidessa tarvitaan taitoja nuoren henkisen kypsyyden arviointiin erityisesti silloin, kun joudutaan harkitsemaan lastensuojelutoimenpiteitä.

Ehkäisyneuvonnassa, laajemmin ymmärrettynä seksuaaliterveyspalveluissa vaaditaan siis erityisosaamista, mikä puoltaa keskittämistä. Toisaalta pääsyn palveluihin on oltava helppoa erityisesti nuorille, mikä puoltaa lähipalvelun luonteista järjestelyä.

Tavoitteet:

- Jokaisella yksilöllä ja parilla on halutessaan mahdollisuus saada itselleen sopiva ehkäisy menetelmä.
- Alle 25-vuotiaiden raskaudenkeskeytykset vähenevät viiden vuoden kuluessa vähintään 1990-luvun puolivälissä vallinneelle tasolle.
- Toistuvien raskaudenkeskeytysten osuus vähenee.

Toimenpiteet:

1) Ehkäisyneuvontapalveluiden järjestäminen terveystieteissä

- Raskauden ehkäisyneuvontaa tarjotaan kansanterveystieteen ja siihen liittyvän maksulain mukaan maksutta ympärivuotisesti kaikille hedelmällisyydessä oleville ikäryhmille; raskauden ehkäisyn aloittamiseen ja seurantaan liittyvät tutkimukset sisältyvät näihin palveluihin.
- Ehkäisyn aloitus järjestetään viipymättä, nuorille asiakkaille viimeistään viikon sisällä yhteydenotosta.
- Palvelut keskitetään neuvolaan, jonka työntekijöillä on tarvittava erityisosaaminen: suuremmissa kunnissa/kuntayhtymissä erilliseksi ehkäisyneuvolaksi ja pienemmissä yksiköissä muun neuvolatoiminnan yhteyteen (ks. myös luku 5).
- Nuorten palveluissa huomioidaan luottamuksellisuus, helppo saavutettavuus (lähipalvelu) sekä mahdollisuus moniammatillisiin konsultaatioihin.
- Palvelukäytäntöjä kehitetään niin, että niissä huomioidaan myös pojat ja miehet.
- Ehkäisyneuvontapalveluja saa myös koulu- ja opiskeluterveydenhuollon kautta.
- Raskauden ehkäisyneuvontaan integroidaan kokonaisvaltainen seksuaaliterveyden edistäminen (sukupuolitautilien ehkäisy, seksuaaliterveysneuvonta, väkivallan ehkäisy). Ks. luvut 11 ja 12.

2) Ehkäisyvälineiden jakelu

- Ehkäisyvälineiden valikoima kattaa kaikki käytössä olevat menetelmät.
- Alle 20-vuotiaat saavat ehkäisyvälineet (esim. kondomit, pillerit) kokonaan maksutta.
- Raskauden keskeytyksen ja synnytyksen jälkeen ensimmäiset ehkäisyvälineet annetaan maksutta.

3) Ehkäisyneuvontaa antavan henkilökunnan osaaminen, tuki ja johtaminen

- Työntekijöille järjestetään ehkäisyneuvonnasta täydennyskoulutusta.
- Ehkäisyneuvonnan henkilöstöllä on moniammatillinen verkosto lastensuojeluyms. tilanteiden varalle.
- Ehkäisyneuvonnan toteuttamisesta laaditaan paikalliset toimintaohjeet.

- Terveyskeskukset ja apteekit sopivat paikkakuntaakohtaisesti alle 20-vuotiaiden jälkiehkäisyasiakkaiden jälkitarkastukseen ohjaamisesta sekä klamydiates-tiin pääsystä Käypä hoito -suosituksen mukaisesti.
- Terveyskeskukset nimeävät ehkäisyneuvonnan johtamisesta ja kehittämisestä vastaavat työntekijät, suuremmissa yksiköissä sekä lääkärin että hoitotyöntekijän.

4) Alueellinen ja valtakunnallinen tuki ehkäisyneuvontatyölle

- Sairaanhoidopiirit järjestävät alueellaan miehille mahdollisuuden sterilisointiin.
- Ehkäisyneuvontaa kehitetään kansainvälisten suositusten mukaisesti ja kehittämishankkeita rahoitetaan osana terveyttä edistävää toimintaa (mm. lääkärin ja hoitajien työnjaon kehittämiseksi).
- Raskauden ehkäisystä tehdään Käypä hoito -suositus.
- Raskauden ehkäisyneuvonnasta laaditaan laatukriteerit.

Lähteet:

- Apter D. Parempaa seksuaaliterveyttä nuorille. *Kansanterveys* 7/2006:12-3. Luettavissa: http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2006/nro_7_2006/. Luettu: 10.11.2006.
- Falah Hassani K, Kosunen E, Rimpelä A. The use of oral contraceptives among Finnish teenagers from 1981 to 2003. *Journal of Adolescent Health* 2006;39:649-55.
- Gissler M. Synnytykset ja raskauden keskeytykset. Kirjassa Kosunen E, Ritamo M (toim.): *Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen*. Stakes. Raportteja 282. Helsinki, 2004.
- Haarala Sinikka. Henkilökohtainen tiedonanto 2006.
- Haavio-Mannila E, Kontula O. Seksin trendit meillä ja naapureissa. WSOY. Juva, 2001.
- Hughes D, McGuire A. The cost-effectiveness of family planning service provision. *Journal of Public Health Medicine* 1996;18:189-96.
- Joensuun terveystakeskus. Tiedonanto 11.9.2006.
- Jälkiehkäisy (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Gynekologiyhdistyksen ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2005 (päivitetty 15.11.2005). Luettavissa: <http://www.kaypahoito.fi/>. Luettu: 10.11.2006.
- Klemetti R. The use of assisted fertilization in Finland: health effects and equity. Stakes. Research Reports, 158. Helsinki, 2006.
- Koponen P, Sihvo S, Hemminki E, Kosunen E, Kokko S. Raskauden ehkäisyneuvonta ja väestövastuu - palvelujen järjestäminen terveystakesuksissa ja naisten toiveet. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1998;35:220-8.
- Kosunen E. Seksuaalikäyttäytymisen muutokset. Kirjassa: Kosunen E, Ritamo M (toim.): *Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen*. Stakes. Raportteja 282. Helsinki, 2004.
- Kosunen E. Raskauden ehkäisy ensimmäisenä vuonna synnytyksen jälkeen. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Luettavissa: <http://www.kirjasto.jypoly.fi/kirjasto/Opinnayte/Opnaytteet.htm>. Luettu 7.11.2006.
- Kosunen E, Sihvo S, Nikula M, Hemminki E. Raskauden ehkäisy. Kirjassa: Koponen P ja Luoto R (toim.). *Lisäntymisterveys Suomessa*. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B5/2004. Helsinki, 2004.
- L 734/1992. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734>. Luettu 9.1.2007.
- Lääkelaitos. Julkaisematon tieto 2006.
- Rimpelä Matti. Julkaisematon tieto 2006.
- Sannisto T, Mattila K, Kosunen E. Raskauden ehkäisyneuvonta terveystakesuksissa. *Suomen Lääkärelehti* 2007 (painossa).

- Schering-utiset. Pohjoiskarjalainen malli perhesuunnitteluun. Kirj. Jukka Ruukki. Schering-utiset 1/2006, s. 12.
- Sihvo S, Gissler M, Närhi U, Kosunen E, Hemminki E. Vähensikö jälkiehkäisyreseptivapaus raskauden keskeytyksiä? Suomen Lääkärilehti 2003;58:2452–5.
- Sonnenberg FA, Burkman RT, Hagerty CG, Speroff L, Speroff T. Costs and net health effects of contraceptive methods. *Contraception* 2004;69:447-59.
- Stakes. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Stakes Oppaita 51. Helsinki, 2002.
- Stakes. Raskaudenkeskeytykset ja steriloinnit 2005. Tilastotiedote 20/2006. Luettavissa: <http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lisaantymisen/raskaudenkeskeytykset/index.htm>. Luettu 8.12.2006.
- Stakes. Raskauden keskeytykset vuonna 2006 – ennakkotiedot. Tilastotiedote 6/2007 (10.4.2007). Luettavissa: <http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lisaantymisen/raskaudenkeskeytykset/index.htm>. Luettu 25.4.2007.
- STM. Lääkkeitä koskeva kustannusvastuu kunnallisessa terveydenhuollossa ja potilaan oikeus sairausvakuutuskorvaukseen. STM:n kirje 5.8.2002. DNO 1/54/2002.
- STM. Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:12. Helsinki, 2006.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. Apteekkien asiakaslehti 1/2005.
- Trussell J, Leveque JA, Koenig JD, London R, Borden S, Henneberry J ym. The economic value of contraception: a comparison of 15 methods. *American Journal of Public Health* 1995;85:494-503.
- Vikat A, Kosunen E, Rimpelä M. Risk of post-partum induced abortion in Finland: a register-based study. *Perspectives on Reproductive and Sexual Health* 2002;43:84-90.
- Virtala A. Family planning among university students in Finland. *Acta Universitatis Tamperensis* 1218. Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Tampere 2007.
- Virtala A, Kunttu K, Huttunen T, Virjo I. Sexual intercourse and current contraceptive use among university students in Finland. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* (painossa, elektroninen julkaisu 8.2.2007).
- Virtala A, Virjo I. Consultations concerning contraception and induced abortions – trends in Finland 1986 – 2003. *Contraception* 2005;72:372-6.
- Welsh MJ, Stanback J, Shelton J. Access to modern contraception. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2006;20(3):323-38.

10 RASKAUDENKESKEYTYKSEN HOITO

Raskaudenkeskeytyksen hoidosta on annettu vuonna 2001 hoitosuositus (Raskaudenkeskeytys: Käypä hoito -suositus 2001), jonka päivitys on meneillään vielä keväällä 2007. Suosituksen ensisijaisena tavoitteena on lainsäädäntöä noudattava, potilaan yksilölliset tarpeet huomioon ottava ja lääketieteellisesti turvallinen raskaudenkeskeytys, joka toteutetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Tavoitteena on myös edistää raskaudenehkäisyyn liittyvää neuvontaa, jolla tuetaan toimivaa, hyvää ja turvallista parisuhdetta ja pyritään keskeytysten määrän vähentämiseen sekä erityisesti toistuvien keskeytysten estämiseen.

Käypä hoito -suositusten laatimisessa tarkoituksena on ollut, että yleisen näyttöön perustuvan suosituksen pohjalta laaditaan alueelliset ohjeet hoitoketjujen toiminnasta. Raskauden keskeytyksen hoidosta näitä on valmistunut tiettävästi yksi.

Raskaudenkeskeytystilastot viittaavat siihen, että keskeytyksen jälkeinen ehkäisyneuvonta ei ole tehostunut suosituksenannon jälkeen, sillä toistuvien keskeytysten osuus on viime vuosina ollut lievästi nousussa. Nykyisin kolmanneksella keskeytykseen tulevista on takanaan jo vähintään yksi aiempi keskeytys ja 10 %:lla vähintään kaksi (Stakes 2006). TAYS:n erityisvastuualueen terveyskeskuksissa kolmasosa terveyskeskuksista antoi ehkäisyn aloituksen ilmaiseksi raskauden keskeytyksen jälkeen (Sannisto ym. 2007).

Toistuvasti raskauden keskeytyksiin hakeutuviin on kiinnitettävä palvelujärjestelmässä tähänastista enemmän huomiota. Ulkomaiset tutkimukset osoittavat, että näillä asiakkailla on muita enemmän sosiaalisia ongelmia ja myös suurempi riski syrjäytymiseen kuin muulla väestöllä.

Raskauden keskeytyksissä ollaan siirtymässä kirurgisista menetelmistä lääkkeellisiin keskeytyksiin. Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys on turvallinen vaihtoehto, ja näin tehdäänkin jo yli puolet keskeytyksistä (Stakes 2006). Joissakin sairaaloissa on kokeiltu myös kotihoitoista lääkkeellistä keskeytystä. Vuonna 2006 on julkaistu raportteja lääkkeellisiin keskeytyksiin liittyneistä harvinaisista, mutta vakavista komplikaatioista (kuten vuodot, septiset sokit) ja jopa muutamista kuolemantapauksista runsaan neljän vuoden aikana (Gary ym. 2006, Zane ja Berg 2006). Lääkkeelliseen raskauden keskeytykseen pitää aina liittyä riittävä potilasinformaatio ja valvonta.

Raskauden keskeytys on viimeisen kymmenen vuoden aikana muuttunut pääosin polikliiniseksi lyhythoitoiseksi toiminnaksi. Tämän vuoksi potilaan psykososiaalinen hoito ja tehokkaan raskauden ehkäisyn suunnittelu on entistä enemmän lähettävän ja jälkitarastuksen tekevän tahon eli perusterveydenhuollon palvelujen varassa, mikä on huomioitava palveluiden toteuttamisessa. Jälkitarastuksen yhteydessä on selvítettävä myös psyykinen toipuminen, ja tarvittaessa asiakas ohjataan esimerkiksi terveyskeskuksen psykologille tai kirkon työntekijälle. Psykososiaalisen tuen muotona joillain paikkakunnilla on kokeiltu keskeytyksen läpikäyneiden vertaistukiryhmiä, mutta toimintaa ei ole vielä arvioitu.

Tavoitteet:

- Raskaudenkeskeytyshoito on turvallista ja korkealaatuista.
- Hoitoketjussa huomioidaan asiakkaan neuvontatarve kokonaisvaltaisesti.
- Toistamiseen raskauden keskeytykseen tulevien osuus vähenee.

Toimenpiteet:

1) Alueellisia hoitoketjuja kehitetään Käypä hoito -suositusten pohjalta.

- Sairaanhoidopiirit laativat alueelliset hoitokäytännöt vuoden 2008 loppuun mennessä.
- Sairaalat ja terveyskeskukset laativat toimipaikkakohtaiset käytänteet ja potilasohjeet.
- Sairaanhoidopiirit järjestävät aiheesta alueellista koulutusta.

2) Kotihoidossa toteutettavien lääkkeellisten raskaudenkeskeytysten turvallisuus varmistetaan.

- Pääsääntöisesti pitää jonkun toisen henkilön olla läsnä tai saatavilla.
- Alaikäisellä pitää olla aikuinen tukihenkilö mukana.
- Asiakkaalla on oltava yhteystiedot ja mahdollisuus tarvittaessa palata hoitavaan sairaalaan.
- Asiakas informoidaan suullisesti ja kirjallisesti oireista, jotka edellyttävät yhteydenottoa hoitavaan sairaalaan.

3) Raskaudenkeskeytyspotilaalle tarjotaan aina aktiivisesti mahdollisuutta keskusteluun ja psykososiaaliseen tukeen.

- Perusterveydenhuollossa varataan tavanomaista pidempi vastaanottoaika asian käsittelyyn lähetettä tehtäessä.
- Erikoissairaanhoidossa tuen tarve kartoitetaan kotiutusvaiheessa.
- Perusterveydenhuollossa jälkitarkastuksen yhteydessä arvioidaan fyysisen tilan ohella psyykinen toipuminen ja ohjataan tarvittaessa jatkohoitoon.

4) Keskeytyksen yhteydessä kiinnitetään erityistä huomiota raskauden ehkäisyn valintaan jatkossa.

- Toimenpiteen jälkeisestä raskauden ehkäisystä keskustellaan ja kirjallista opasmateriaalia jaetaan jo lähetekäynnillä.
- Raskaudenehkäisy on suositeltavaa aloittaa jo keskeytyksen yhteydessä, mutta viimeistään jälkitarkastuksessa.
- Alle 20-vuotiaille ehkäisyn aloitus (pillerit, ehkäisyrenkas tai kondomit 3 kk) annetaan maksutta.
- Kaikille keskeytyspotilaille annetaan 10 kondomin pakkaus ja ohjeet tulehdusten ja sukupuolitautilien välttämiseksi keskeytyksen jälkeen.

- 5) Toistamiseen raskauden keskeytykseen hakeutuvan jatkohoidon tarve arvioidaan kokonaisvaltaisesti.
- Keskustelussa kartoitetaan elämäntilanne ja suunnitellaan tarvittavat tukitoimenpiteet.
 - Kiinnitetään erityistä huomiota siihen, että raskauden ehkäisy saadaan järjestettyä asiakkaan hyväksymällä tavalla pitkäaikaisilla ehkäisy menetelmillä (esim. kapseli, kierukka).
- 6) Toimenpiteen jälkeen tehdään jälkitarkastus viimeistään ennen kuin 12 raskausviikkoa olisi täyttynyt keskeytetyistä raskaudesta.
- Tarkastuksen tekee ensisijaisesti terveydenhoitaja tai kättilö.
 - Varmistetaan raskauden keskeytyminen raskaustestin avulla.
 - Raskauden ehkäisy varmistetaan viimeistään tässä vaiheessa ja annetaan seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa.
 - Kartoitetaan psyykkinen toipuminen.
 - Terveydenhoitaja ohjaa tarvittaessa lääkärille tai psykologille.
- 7) Väestöä informoidaan.
- Kansalaisen terveystietoporttiin tuotetaan tietoa raskauden ehkäisystä ja raskauden keskeytyksestä (ks. luku 4.2).
 - Ko. verkkomateriaali tuotetaan myös muilla kuin kotimaisilla kielillä (englanti, venäjä).
 - Terveyskeskukset rakentavat sivuiltaan linkin ko. materiaaliin ja tuottavat sen pohjalta paikallista kirjallista ohjemateriaalia.

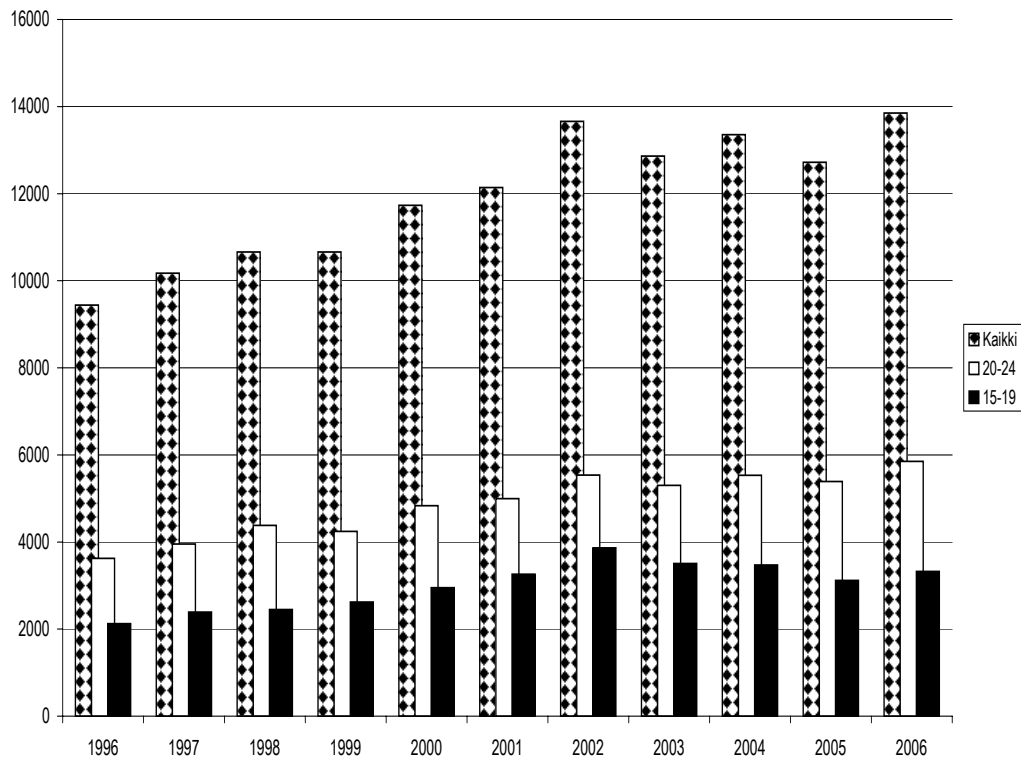
Lähteet:

- Gary MM, Harrison DJ. Analysis of severe adverse events related to the use of mifepristone as an abortifacient. *The Annals of Pharmacotherapy* 2006(40):191-7.
- Raskaudenkeskeytys (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2001 (päivitetty 20.8.2001). Luettavissa: <http://www.kaypahoito.fi/>. Luettu:10.11.2006.
- Sannisto T, Mattila K, Kosunen E. Raskauden ehkäisyneuvonta terveyskeskuksissa. *Suomen Lääkärilehti* 2007 (painossa).
- Stakes. Raskaudenkeskeytykset ja steriloinnit 2005. Tilastotiedote 20/2006. Luettavissa:<http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lisaantyminen/raskaudenkeskeytykset/index.htm>. Luettu 8.12.2006.
- Zane SB, Berg CJ. Deaths from Clostridium sordellii after medical abortion. *New England Journal of Medicine* 2006; 354:1645-7.

11 SUKUPUOLITAUTIEN TORJUNTA

11.1 Epidemiologia

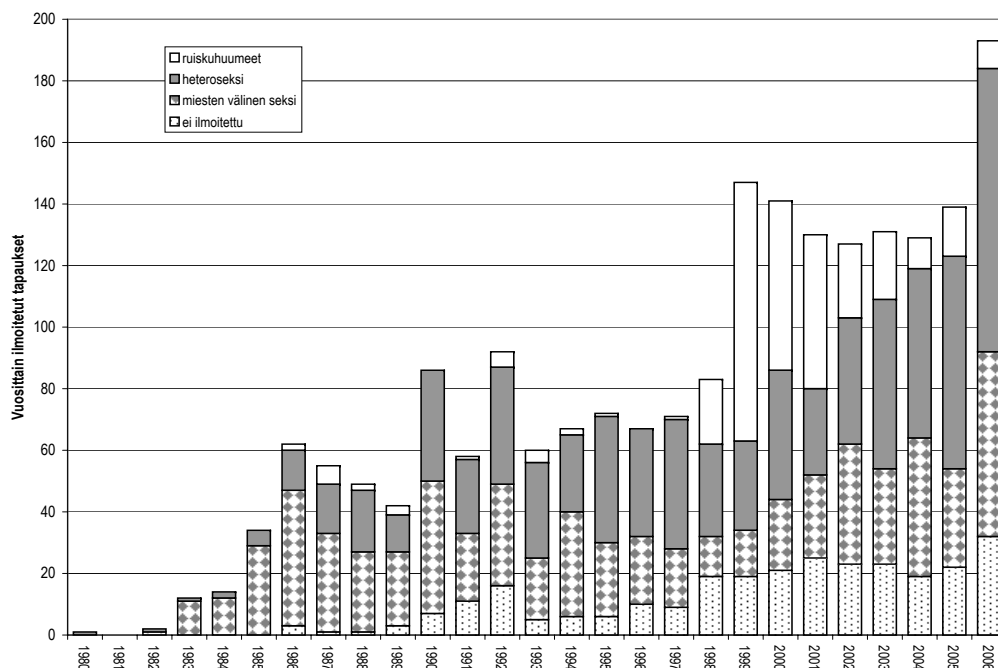
Sukupuoliteitse tarttuva klamydiainfektio on yleisin bakteerin aiheuttama sukupuolitauti. Tartuntatautirekisteriin ilmoitettuja klamydiatartuntoja oli paljon 1980-luvulla, mutta ne vähenivät 1990-luvun puoliväliin saakka. Sen jälkeen ilmoitukset lisääntyivät jyrkästi, mikä osittain johtui aiempaa herkemmästä diagnostiikasta, mahdollisesti myös lisääntyneestä näytteenotosta. Todellista trendiä ei voida arvioida ilman tietoa otettujen näytteiden määristä ja käytettyjen menetelmien jakauman muutoksesta. Vuodesta 2003 lähtien klamydiatartuntoja on ilmoitettu rekisteriin noin 13 000 vuodessa eli 250 sataatuhatta asukasta kohti (Kuvio 11.1). Vuonna 2006 tartuntojen määrä oli edellisvuotta korkeampi (Tartuntatautirekisteri 2006). Kaksi kolmasosaa tartunnoista on alle 25-vuotiailla.



Kuvio 11.1. Ilmoitettujen klamydiatartuntojen määrä 1996–2006.

Tippuri ja kuppa ovat vähentyneet Suomessa merkittävästi 1980-luvun jälkeen, eivätkä ilmaantuvuusluvut ole kasvussa. Uusia tippuritapauksia on vuosittain noin 200 (5/100,000) ja uusia kuppataapauksia noin 150. Suunnilleen puolet miesten taudeista tulee matkailun myötä ulkomailta. Naiset saavat tartunnan useammin kotimaassa.

Uusia HIV-tapauksia on 2000-luvulla todettu noin 130 vuodessa. Vuonna 2006 uusien HIV-tartuntojen määrä oli 194 eli nousua oli noin 50 % edeltävien vuosien tasoon verrattuna (Kuvio 11.2). Utta on se, että viime vuosina tartuntatieksi on ilmoitettu heteroseksuaalinen yhdyntä useammin kuin koskaan aiemmin (www.ktl.fi). Vuosittaiset tartunnat miesten välisessä seksissä ovat myös lisääntyneet selvästi 1990-luvun loppuun verrattuna.



Kuvio 11.2. Uusien HIV-tartuntojen määrä ja tartuntateiden jakauma 1980–2006.

Ihmisen papillomaviruksen (HPV) aiheuttama infektio on sukupuoliteitse tarttuvista taudeista ylivoimaisesti yleisin, mutta sen esiintyvyydestä ei ole saatavissa tilastollista seurantaa. Alle 32-vuotiailla kohdunkaulan syöpään yhteydessä olevien virustyyppien (HPV16 ja/tai HPV18) vasta-ainepositiivisten osuus oli 1980-luvulla 23 % ja 1990-luvulla 26 % (Kaasila ym. 2006). Ensimmäisen vuoden helsinkiläisopiskelijoilla “suuren riskin” virustyyppiä löytyy noin 30 %:lta.

Kohdunkaulan syövän ilmaantuvuus on yli kaksinkertaistunut 30–39-vuotiailla naisilla 1980-luvun alkuun nähden. Kohdunkaulan syövän ehkäisemistä rokotteella tutkitaan parhaillaan Suomessa laajalla nuorison seurantatutkimuksella (Lehtinen 2004). Rokote on tullut omakustanteisena myyntiin syksyllä 2006. Seksuaalikasvatuksella ja kondomin käytön edistämällä on silti edelleen tärkeä rooli HPV-tartuntojen ehkäisemisessä.

11.2 Sukupuolitautilien tutkimus ja hoito

Vaikka muut varsinaiset sukupuolitaudit kuin klamydia ovat tällä hetkellä suhteellisen harvinaisia, on kaikkien sukupuolitautilien diagnostinen valmius pidettävä perusterveydenhuollossa ajan tasalla epidemioiden torjumiseksi.

Nykyinen klamydian diagnostiikka perustuu ensivirtsasta tehtävään määritykseen. Menetelmä on helppokäyttöinen ja luotettava. Emättimen ns. pyyhkäisyinäytteellä saadaan myös riittävän luotettavia tuloksia, mikä on huomionarvoista kotinäytteenottomenetelmiä kehitettäessä (esim. kumppaneiden jäljityksen yhteydessä). Pyyhkäisyäytetekniikka ei ole Suomessa kliinisessä käytössä.

Klamydiatartunta hoidetaan nykyisin suun kautta otettavalla kerta-annoksella atsitromysiiniä, jolle ei ole havaittu vastustuskyvyn kehittymistä.

11.3 Tartunnan jäljitys ja kumppaneiden hoitoon saattaminen

Klamydian torjunnan tärkeimpiä haasteita on tartunnan saaneiden henkilöiden sukupuolikumppaneiden saaminen tutkimuksiin ja hoitoon. Vaikka ilmoituskäytännöt ovat muuttuneet siten, että lääkärin ei tarvitse enää tehdä havaitsemastaan klamydiatapauksesta ilmoitusta, tartunnan saaneen potilaan kumppaneiden jäljittäminen ja hoitoon saaminen kuuluu edelleen ensisijaisesti hoitavan lääkärin vastuulle (Kansanterveyslaitos 2003).

Kansanterveyslaitos on seurannut sukupuolitautilähtöjen riskitekijöiden, tutkimuksen ja hoidon tilannetta yksityiskohtaisemmin ns. sukupuolitautilien anturikeskusten verkoston avulla (Hiltunen-Back ym. 1998). Anturikeskuksista saadun tiedon perusteella tavallisin käytäntö lienee nykyisin se, että positiiviseksi todettu henkilö ilmoittaa itse kumppanilleen/kumppaneilleen tutkimuksen ja hoidon tarpeesta. Tutkimukseen ja hoitoon hakeutumista ei kuitenkaan valvota (Hiltunen-Back 2006). Nykyiset tartunnan jäljityksen ja kumppaneiden hoitoon saattamisen käytännöt vaativat tehostamista.

Tartunnan saaneen kumppaneiden tutkimuksen ja hoidon tehostamista on tutkittu Tanskassa tarjoamalla mahdollisuutta kotinäytteen ottoon. Tartunnan saaneeksi todettu toimittaa itse kumppanilleen näytteenottopakkauksen, ja näyte toimitetaan laboratorioon postitse. Käytäntö lisäsi hoitoon saatujen kumppanien määrää merkittävästi (Ostergaard ym. 2003). Vastaavanlainen kokeilu on Suomessa käynnissä pääkaupunkiseudulla.

11.4 Klamydian seulonta

Klamydiatartunnoista vähintään puolet on oireettomia. Oireettomanakin infektio voi edetä ja aiheuttaa kiinnikkeitä, jotka osalla infektion saaneista johtavat hedelmättömyyteen ja lisääntyneeseen kohdunulkaisen raskauden riskiin.

Klamydian seulonnat on periaatteessa osoitettu kustannusvaikuttavuudeltaan kannattaviksi (Honey ym. 2002, Paavonen ym. 1998). Epävarmuutta laskelmiin tuo kuitenkin se, että klamydiainfektion luonnollinen kulku tunnetaan huonosti. Väestölle suunnattuja seulontoja on tutkimusmielessä kokeiltu, mutta niiden ongelmana ovat olleet alhaiset osallistumisluvut. Väestöseulonnat eivät todennäköisesti tavoita niitä, jotka erityisesti pitäisi tavoittaa. Suomessa sosiaali- ja terveysministeriön seulontatyöryhmä on vuonna 2006 todennut, että Suomessa ei ryhdytä tekemään väestöpohjaisia klamydiaseulontoja.

Ruotsissa on tehty opportunistisia seulontoja 1980-luvulta lähtien. Laajin opportunistinen seulontakäytäntö lienee Englannissa, jossa klamydiatestiä tarjotaan kaikille alle 25-vuotiaille terveydenhuollon toimipisteeseen syystä tai toisesta hakeutuville asiakkaille (Department of Health 2004). Seulontakäytäntö aloitettiin vuonna 2002, ja sitä on laajennettu vaiheittain.

Suomessa ei ole annettu ohjeita tai suosituksia klamydiatestausten tekemisestä, paitsi raskauden keskeytykseen lähetettävän potilaan osalta (Raskaudenkeskeytys: Käypä hoito-suositus 2001). Osa terveyskeskuksista soveltaa opportunistista seulontaa raskaudenehkäisypalveluiden yhteydessä esimerkiksi siten, että kaikilta uusilta asiakkailta otetaan ehkäisyä aloitettaessa klamydiatesti tai se otetaan ensimmäisen seurantakäynnin yhteydessä kolmen kuukauden kuluttua. Terveyskeskuksista osa ottaa näytteen ehkäisyyn vuositar- kastuksessa, mikäli kumppani on vaihtunut.

11.5 Sukupuolitautilien ehkäisy

Klamydian nopea yleistyminen osoittaa, ettei sukupuolitauteja vastaan suojauduta riittävästi hyvin. Nuorisolle tehtyt kyselytutkimukset viittaavat kondomien suosion alentumiseen. Suojautumisen heikkous merkitsee sitä, että portti on auki klamydian ohella muillekin sukupuoliteitse tarttuville taudeille – kuten kupalle ja HIV:lle, joita molempia on paljon lähialueillamme, erityisesti Virossa ja Venäjällä.

Kondomin käyttö on edelleen ainoa menetelmä kaikkien sukupuoliteitse tarttuvien tautien torjunnassa. Käyttöä edistettiin monin väestölle suunnatuin kampanjoin HIV:n tultua yleiseen tietoisuuteen 1980-luvun lopulla. Sen jälkeen kondomin käyttö näyttikin väestötutkimusten perusteella yleistyneen. Sittemmin laajamittaisia väestökampanjoita ei ole järjestetty. Kondomin käyttöä on markkinoitu lähinnä kesäaikaan tietoisukujen ja esimerkiksi festivaaleille kohdistettujen kampanjojen avulla muiden kuin viranomaisten aloitteesta.

Nuorisoa ajatellen tärkeä kondomin käyttöä jarruttava seikka on niiden korkea hinta. Kondomien ilmaisjakelu tai hankintahinnan alentaminen edistäisi todennäköisesti niiden käyttöä.

HIV-ehkäisyyn tehostamista käsitellään tarkemmin valmisteilla olevassa STM:n monialaisen HIV-asiiantuntijaryhmän ehdotuksessa HIV- ja AIDS-ehkäisystrategiaksi vuosille 2007–2012.

HIV-infektion ehkäisyssä keskeiseksi tavoitteeksi on asetettava se, että tilanne Suomessa pysyy edelleen hallittavana. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että Suomen kansalaisten koti- tai ulkomailla saamien tartuntojen määrä ei nykyisestä kasva. Tämä edellyttää, että kaikilla Suomen kansalaisilla ja muilla Suomessa asuvilla on riittävän varhaisesta iästä lähtien oikeaa ja heidän kannaltaan olennaista tietoa tartuntatavoista ja todellisista riskeistä ja että julkisen vallan toimenpitein ylläpidetään yksilön mahdollisuuksia ja halua tehdä oikeita valintoja.

Koska merkittävä osa HIV-tartunnoista ja osa sukupuolitaudeista leviää miesten välisessä seksissä, yleisissä ehkäisykampanjoissa on huomioitava myös miesten välinen seksi. Homo- ja biseksuaalisille miehille on kohdennettava erityistä kohderyhmäkeskeistä valistusta.

Koska osa taudeista tulee lisääntyneen kaukomatkailun myötä, myös matkailijoiden terveysneuvonnassa on painotettava sukupuolitautilien riskiä ja kondomin käytön merkitystä.

11.6 Omaehtoiseen testaukseen hakeutumisen tehostaminen

Sukupuolitautiliepidemioiden torjunnan kannalta olisi tärkeää, että testeihin hakeuduttaisiin, kun tartunnan mahdollisuus on olemassa. Anturikeskusten kautta saaduista tiedoista ilmenee, että erityisesti nuorten hakeutuminen testauksiin on puutteellista. Niinpä anturikeskusten klamydiainfektiota sairastavista asiakkaista 30 % oli tartuttanut uuden kumppanin ennen hoitoon hakeutumista. Syynä puutteelliseen hoitoon hakeutumiseen on ainakin osittain tämän alueen terveystalvelujen riittämättömyys tai niiden vaikea saatavuus nuoren potilaan näkökulmasta (Hiltunen-Back 2006).

Testeihin hakeutumista on lisättävä sekä itse tauteja että palveluita koskevan informaation avulla. Oman klamydiatartuntariskin arvioimista varten on Keski-Suomessa kehitetty kysymyssarja, joka antaa tukea testiin hakeutumiseen. Lisäksi sukupuolitautiltesteihin pitää olla helppo ja suora pääsy ilman, että testaaminen leimaa asiakasta.

Tavoitteet:

- Klamydiatartuntojen määrä laskee vähintään viidenneksellä vuoden 2005 tasosta vuoteen 2012 mennessä.
- Suomessa tapahtuvien seksivälitteisten HIV-tartuntojen määrä saadaan laskemaan vuoteen 2012 mennessä.
- Tippuri- ja kuppamatartuntojen määrä ei nouse nykyisestä, eikä kotimaassa saatuja tartuntoja esiinny.
- Kohdunkaulan syövän ja sen esiasteiden esiintyvyys vähenee.

Toimenpiteet:

- 1) Väestön tietoutta sukupuolitaudeista, niiden ehkäisystä ja vaikutuksista lisääntymisterveyteen parannetaan.
 - Väestölle suunnattua tiedotusta sukupuolitaudeista lisätään valtakunnallisella verkkopohjaisella materiaalilla (kansalaisen terveystietoportti), johon terveyskeskukset voivat rakentaa linkin sivuiltaan ja jonka pohjalta voidaan tuottaa paikallisesti kirjallista materiaalia.
 - Ohjemateriaalia tuotetaan myös muilla kuin kotimaisilla kielillä (englanti, venäjä).
 - Väestölle suunnattua tiedotusta eri medioiden kautta lisätään.
 - Terveyskeskukset tiedottavat sivuillaan paikallisista palveluista ja menettelytavoista sukupuolitautia epäiltäessä.
 - Miesten välinen seksi ja siinä suojautuminen otetaan huomioon valistuksessa.
 - Ulkomaille matkustaville suunnatussa terveystiedotuksessa korostetaan sukupuolitaudeilta suojautumista (KTL:n matkailijainformaatio, matkailijoiden rokotuksia hoitavat toimipisteet).
 - Väestön omaehtoisesta testiin hakeutumisen edistämiseksi tuotetaan verkkopohjainen päätöksenteon tukimateriaali, jolla voi arvioida oman riskinsä ja joka tarvittaessa suosittelee testiin hakeutumista. Päätöksenteon tukimateriaali laitetaan kansalaisen terveystietoporttiin ja sitä levitetään painetussa muodossa myös terveydenhuollon toimipisteissä.
- 2) Kondomien käyttöä edistetään.
 - Kondomien saatavuutta parannetaan alentamalla alv-veroa.
 - Kondomien ilmaisjakelua nuorta väestöä hoitavissa terveydenhuollon toimipisteissä lisätään. Alaikäisille annetaan neuvontaa jakelun yhteydessä.
 - Käynnistetään pilottiluonteisesti tutkimushanke kondomin alennetun hinnan ja/tai ilmaisjakelun vaikutuksista hankintaan ja käyttöön sekä klamydian ja raskauden keskeytysten ilmaantuvuuteen.
- 3) Opportunistinen klamydian seulonta otetaan käyttöön valikoiduissa terveydenhuollon toimipisteissä.
 - Opportunistinen seulonta otetaan käyttöön kaikissa toimipisteissä, jotka hoitavat raskauden ehkäisyasiakkaita.
 - Klamydianäyte otetaan jokaiselta uudelta alle 25-vuotiaalta ehkäisyasiakkaalta hänen suostumuksellaan joko ensikäynnillä tai 3 kk:n kontrollissa sekä ensimmäisen vuoden seurantakäynnillä.
 - Myöhemmillä raskauden ehkäisyyn liittyvillä seurantakäynneillä näyte otetaan, jos kumppani on vaihtunut tai henkilöllä on aiemmin ollut klamydiatartunta.
 - Opportunistista seulontaa toteutetaan harkinnan mukaan myös muissa nuoren väestön terveydenhoitoon liittyvissä tilanteissa (koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, kutsuntatarkastukset, varusmiesten terveydenhuolto).

- 4) Klamydiapositiiviseksi todettujen henkilöiden sukupuolikumppanien tutkimukseen ja hoitoon saattamista tehostetaan.
 - Ensisijainen vastuu klamydiatartunnan saaneiden henkilöiden sukupuolikumppaneiden jäljittämisestä on hoitavalla lääkärillä.
 - Sukupuolitauteja diagnostisoivat ja hoitavat toimipisteet tehostavat klamydiatartunnan saaneiden henkilöiden sukupuolikumppaneiden saattamista tutkimuksen ja hoidon piiriin toimipaikan käytäntöjä ja tehtäväjakoa selkiyttämällä.
 - Uusia menetelmiä kumppaneiden tutkimisen lisäämiseksi testataan (esim. kotinäytteenottopakkausien jakelu).
- 5) Papilloomavirusrokotteen vaikutusta kohdunkaulan syövän ehkäisyyn tutkitaan.
 - Yläasteikäisten paikkakuntasatunnaistettu papilloomavirusrokotetutkimus käynnistetään.
- 6) Seurantajärjestelmiä ja niiden keräämien tietojen hyväksikäyttöä kehitetään.
 - Sukupuolitautilanteen seurantaan luodun anturijärjestelmän riskitiedot analysoidaan ja järjestelmää kehitetään arvioinnin tulosten perusteella.
 - Tartuntatautirekisterin tietojen analysoinnissa otetaan huomioon toteutettujen laboratoriotestausten määrä ja laatu, jotka tiedot kerätään laboratorioista.
 - Tartuntatautirekisterin sukupuolitauteja koskevien tietojen analyysia ja raportointimuotoja kehitetään yhdessä tietoa tarvitsevien tahojen kanssa tukemaan torjuntaa mahdollisimman tehokkaasti.
 - Kansanterveyslaitoksen sukupuolitautilien asiantuntijatoiminnassa ja torjunnassa tarvittavia resursseja vahvistetaan.
- 7) Terveystieteiden ammattihenkilöstön koulutusta sukupuolitaudeissa tehostetaan.
 - Terveystieteiden ammattihenkilöstön sukupuolitauteihin liittyvää täydennyskoulutusta tehostetaan.
 - Sairaanhoidopiirit järjestävät alueellista koulutusta sukupuolitautilien torjunnasta ja hoitokäytännöistä.
- 8) Klamydian tutkimuksesta, hoidosta ja ehkäisystä laaditaan Käypä hoito -suositus.

Lähteet:

- Department of Health. National Chlamydia Screening Programme (NCSP) in England. 2nd Edition. London, 2004. Luettavissa: http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/SexualHealth/SexualHealthGeneralInformation/SexualHealthGeneralArticle/fs/en?CONTENT_ID=4084098&chk=CSLxsK. Luettu 8.12.2006.
- Hiltunen-Back E, Haikala O, Kautiainen H ym. Anturiverkosto: uusi sukupuolitautien epidemiologinen seurantajärjestelmä Suomessa. Suomen Lääkärilehti 1998;53:1541-45.
- Hiltunen-Back Eija. Esitys Seksuaali- ja lisääntymisterveyden työryhmän seksuaaliterveyden jaoston kokous 27.3.2006.
- Honey E, Augood C, Templeton A ym. Cost effectiveness of screening for Chlamydia trachomatis: a review of published studies. Sexually Transmitted Infections 2002;78:406-12.
- Lehtinen M. Rokote hiljaista epidemiaa vastaan. Kirjassa: Kirjassa: Kosunen E, Ritamo M (toim.): Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Stakes. Raportteja 282. Helsinki, 2004.
- Kaasila M, Lehtinen M, Koskela P ym. Seksin yhteydessä tarttuvien papilloomavirusten alueittainen esiintyvyys. Kansanterveys7/2006. Luettavissa: <http://www.ktl.fi> Luettu: 12.9.2006.
- Kansanterveyslaitos. Tartuntatauti-ilmoittaminen. Ohjeet lääkäreille, terveyskeskuksille ja sairaanhoitopiireille. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja Dnro 558/44/2003. Helsinki, 2003.
- Ostergaard L, Andersen B, Moller JK, Olesen F, Worm AM. Managing partners of people diagnosed with Chlamydia trachomatis: a comparison of two partner testing methods. Sexually Transmitted Infections. 2003;79:358-61.
- Paavonen J, Puolakkainen M, Paukku M, Sintonen H. Cost-benefit analysis of first-void urine Chlamydia trachomatis screening program. Obstetrics and Gynecology. 1998;92:292-8.
- Raskaudenkeskeytys (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2001 (päivitetty 20.8.2001). Luettavissa: <http://www.kaypahoito.fi/>. Luettu: 10.11.2006.
- Tartuntatautirekisteri. Luettavissa: <http://www.ktl.fi/>. Luettu 27.10.2006.

12 SEKSUAALINEN VÄKIVALTA

12.1 Epidemiologia

Seksuaalisen väkivallan yleisyydestä on vaikea saada kokonaiskuvaa asian tabu-luonteesta johtuen. Väkivallasta yleensäkin suuri osa jää tulematta ilmi, ja todennäköisesti osuus on vielä suurempi, kun on kyse seksuaalisesta väkivallasta. Eri lähteisiin perustuvat tilastot ja toisaalta eri menetelmin tehdyt kyselytutkimukset antavat ristiriitaista tietoa. Viranomaisten tietoon tulevat lähinnä raiskaustapaukset, ja näistäkin ilmeisesti vain pieni osa. Seksuaalisen väkivallan tekijä on useimmiten uhrille tuttu, mikä nostaa kynnystä saattaa asia poliisin tietoon.

Osittain seksuaalinen väkivalta peittyi parisuhdeväkivallan käsitteen sisään, sillä ne esiintyvät usein päällekkäin. WHO:n arvion mukaan noin puolessa parisuhteissa ilmenevästä väkivallasta siihen liittyy myös seksuaalista väkivaltaa (WHO 2002). Suomalaisen tutkimuksen mukaan parisuhteessa elävistä naisista nuorimmat joutuvat muita ikäryhmiä useammin parisuhdeväkivallan uhriksi: 18–24-vuotiaista naisista 21 % oli kokenut parisuhdeväkivaltaa viimeisen vuoden aikana (Piispa ym. 2006). Kolmen äitiysneuvolan tutkimuksessa 18 % asiakkaista ilmoitti joskus kokeneensa väkivaltaa (Perttu 2004). Väkivaltaa esiintyy myös nais- ja miesparien suhteissa, mutta sen yleisyyttä ei ole tutkittu.

Seksuaalista väkivaltaa koetaan myös parisuhteen ulkopuolella. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksen mukaan parisuhteen ulkopuolista seksuaalista uhkailua oli naisista joskus kokenut 18 %, seksuaaliseen kanssakäymiseen pakottamisen yrityksiä 12 % ja seksuaaliseen kanssakäymiseen pakottamista 6 % (Piispa ym. 2006). Kun kysymys kohdennettiin alle 15-vuoden iässä koettuihin vastaaviin tapahtumiin, viidennes vastasi kokeneensa seksuaalista ahdistelua tai väkivaltaa sen ikäisenä (Piispa ym. 2006). Alaikäisissä uhreissa erottuvat pikkulasten lisäksi murrosikäiset tai puberteetin läpikäyneet tytöt. Jälkimmäiset kohtaavat seksuaalista väkivaltaa paitsi ”deittaillessaan”, myös esim. koulussa ja harrastuksissa (Salo ja Ståhlberg 2004) eli tilanteissa, joissa aikuisella on nuoreen opettajan, valmentajan tai vastaavaan asemaan perustuva auktoriteettisuhde. Nuorten seurustelusuhteissaan kokemaan seksuaaliseen hyväksikäyttöön ja väkivaltaan on viime aikoina kiinnitetty paljon huomiota kansainvälisessä kirjallisuudessa (Irwin ja Rickert 2005).

Nuorten kanssa työskentelevät ammattilaiset kertovat, että heidän työssään nousee entistä useammin esille erilaisia seksuaalisen hyväksikäytön, väkivallan ja pakottamisen kokemuksia. Aina tilanteisiin ei liity pakottamista tai väkivaltaa, vaan aikuisen ja suojaikärajaa nuoremman (alle 16-vuotiaan) suhde on kehittynyt ikään kuin ”seurustelusuhteen” luonteisesti. Kyseessä on kuitenkin lapsen luottamuksen väärinkäyttö ja rikoslain alainen hyväksikäyttötilanne. Väestöliiton seksuaaliterveysklinikalla tehdyssä selvityksessä väkivaltakokemuksia tuli esille yhdellä kymmenestä nuoresta asiakkaasta (Hermanson ym. 2005). Väestöliiton keväällä 2006 keräämät kyselytiedot (31 700 kahdeksaluokkalaista nuorta) vahvistavat vaikutelmaa siitä, että seksuaalisesti kaltoin kohdeltujen nuorten

määrä on yllättävän suuri. 15-vuotiaista tytöistä 11,5 prosenttia ja pojista 10,3 prosenttia oli kokenut seksuaalista hyväksikäyttöä. Niitä, joiden vakavimpana kokemuksena oli kehon intiimialueiden koskettelu vasten tahtoa, oli paljon, eli 9,2 prosenttia tytöistä ja 6,2 prosenttia pojista. Yhdyntään tai muuhun seksiin pakottamista ilmoitti yllättäen suurempi osuus pojista kuin tytöistä (pojista 4,1 %, tytöistä 2,3 % (Apter 2006).

12.2 Seksuaalisen väkivallan välittömät ja pitkäaikaiset vaikutukset

Seksuaalisen väkivallan seuraukset akuuttivaiheessa ovat samanlaisia kuin muiden traumaattisten tapahtumien jälkeen. Tapahtumaa voi seurata posttraumaattinen stressioireyhtymä joko välittömästi tai viiveellä. Jos seksuaalinen väkivalta ei tule tuoreeltaan ilmi, kokemus saattaa kriisiytyä kuukausien, jopa vuosien kuluttua (Ylikomi 2007).

Seksuaalinen väkivalta aiheuttaa kognitiivisia, emotionaalisia ja neurofysiologisia muutoksia, jotka altistavat mielenterveysongelmille ja saattavat ilmetä monenlaisena psyykkisenä ja somaattisena oireiluna (Heikinheimo ja Tasola 2004, Punamäki ja Ylikomi 2007). Kirjallisuudessa kuvattuja pitkäaikaisvaikutuksia on koottu taulukkoon 12.1.

Taulukko 12.1. Psyykkiset ja psykosomaattiset oireet koetun seksuaalisen väkivallan seurauksena (Makkonen ja Cacciatore 2006).

- masennus ja itsetuhoisuus
- vireystilan ja keskittymisen muutokset
- välttämiskäyttäytyminen ja pelot
- taantumisen, toimintakyvyn lasku, alisuoriutuminen
- kehonkuvan muutokset
- seksuaalisuuden muutokset
- somaattiset oireet

12.3 Haasteet palvelujärjestelmälle seksuaalisen väkivallan uhrien ja tekijöiden hoidon kehittämiseksi

Seksuaalinen väkivalta aiheuttaa palvelujärjestelmälle monenlaisia haasteita seulonnasta kroonisten tilanteiden hoitoon. Uhrien mahdollisimman varhaisella tunnistuksella ja hoidolla ehkäistään lisätraumatisoitumista ja -uhriutumista sekä seksuaalirikollisuutta. Akuuttitilanteessa, asian tullessa ilmi tuoreeltaan uhri tarvitsee asianmukaisen oikeuslääketieteellisen tutkimuksen, oikeusturvaansa liittyvää neuvontaa ja psykososiaalisia tukitoimia. Pitkittyneet tilanteet taas vaativat asiaan perehtynyttä diagnostiikkaa sekä tuki- ja terapiatoimia.

Väkivaltaa kokeneiden akuuttihoitoon liittyviä palveluita on viime vuosina kehitetty ja ohjeistettu (RAP – raiskatun akuuttiapu 2002). Akuutin vaiheen palveluiden edelleen kehittäminen on huomioitu myös kansallisessa ohjelmassa väkivallan vähentämiseksi (Oikeusministeriö 2005). Ammattihenkilöstö voi saada päivystysluonteista puhelinkonsultaatioapua mm. Tukinaisesta, Helsingin oikeuslääketieteelliseltä laitokselta ja joiltakin paikallisilta poliisilaitoksilta. Kehitystoimista huolimatta avun saanti ja laatu vaihtelevat huomattavasti eri puolilla maata, näin voidaan todeta Tukinainen ry:n valtakunnallisen puhelinneuvontaverkoston kautta saatujen kokemusten perusteella. Erityisesti huomiota on kiinnitettävä oikeuteen saada asianmukainen oikeuslääketieteellinen tutkimus ja yleensäkin uhrin oikeusturvaan samoin kuin uhrin psykososiaaliseen tukeen. (Ylikomi 2006). Näytteenottovälineistön saatavuudesta ja oikeuslääketieteellisten näytteiden säilytyksestä on kentällä ohjeisiin nähden ristiriitaisia käytäntöjä, jotka pahimmillaan johtavat siihen, että oikeuslääketieteellinen tutkimus jää tekemättä.

Pitkittyneissä tilanteissa terveydenhuollossa tarvitaan kykyä tunnistaa tilanne ja taitoja ottaa se hienovaraisesti esille keskusteluun. Aikaisemmat seksuaalisen hyväksikäytön tai väkivallan kokemukset eivät tule esille vastaanottotilanteissa, ellei niitä erikseen kysytä. Terveydenhuollon kohtaamisissa asiakas ei yleensä oma-aloitteisesti kerro historiaansa tai hän ei itsekään tunnista kokemustensa ja oireilunsa yhteyttä. Esimerkiksi pohjoismaisessa gynekologisten potilaiden kyselytutkimuksessa helsinkiläisistä tutkimukseen osallistuneista potilaista (n=583) vakavaa (penetraation sisältävää) väkivaltaa oli joskus kokenut 16,5 %. Jos lasketaan mukaan lieviksi luokitellut, ei fyysistä kontaktia sisältäneet kokemukset, hyväksikäytön kokemuksia oli 26,9 %:lla potilaista. Kuitenkin vain prosentti oli koskaan keskustellut asiasta gynekologinsa kanssa (Wijma ym. 2003).

Alaikäiset seksuaalisen hyväksikäytön tai väkivallan kohteeksi joutuneet eivät useinkaan osaa tai uskalla kertoa kokemuksistaan kenellekään. Palvelukontakteissa asia ilmenee työntekijöiden kokemuksen mukaan usein vasta pidemmän ajan kuluessa, luottamuksellisen hoitosuhteen kehittymisen myötä. Seksuaalisesta väkivallasta keskusteleminen voi olla nuorelle ylivoimaista jopa omassa terapiasuhteessaan, ellei häneltä erikseen kysytä eri kaltoin kohtelun muodoista. Julkisen palvelujärjestelmän piirissä tehdyissä tutkimuksissa kiinnittää huomiota se, että seurusteluikäiset nuoret puuttuvat lähes kokonaan poliklinikka-aineistoista, jotka on kerätty seksuaalisen hyväksikäytön tai väkivallan vuoksi hoitoon hakeutuneista alaikäisistä (Makkonen 2005, Piippo 2004). Tämä saattaa viitata siihen, että he jäävät kokonaan palvelujärjestelmän ulkopuolelle.

Väkivallasta kysyminen ei ole näihin päiviin saakka ollut rutiininomainen käytäntö terveydenhuollon toiminnassa. Esimerkiksi vuonna 2004 kerätyssä äitiys- ja lastenneuvola-aineistossa 79 % hoitajista ja 89 % lääkäreistä ei koskaan käyttänyt tai ei tuntenut mitään lomakkeita parisuhdeväkivallasta kysymiseksi (Hakulinen-Viitanen ym. 2005). Opiskeluterveydenhuollossa on käytössä toimipaikkakohtaisia lomakkeita ja niissä kysytään väkivallasta vaihtelevasti, kaikissa ei lainkaan (STM 2006).

Viime vuosien terveydenhuollolle suunnatuissa oppaissa on painotettu väkivallasta kysymistä osana rutiininomaista toimintaa. Perheessä esiintyvää väkivaltaa opastetaan kysymään laaja-alaisessa terveystarkastuksessa koulua aloitettaessa – tosin vanhempien

lasten tarkastusten yhteydessä siitä ei ole erikseen mainintaa (Stakes 2002). Äitiys- ja lastenneuvolatyötä varten on laadittu seulontalomake, jota opastetaan käytettäväksi raskauden kahden ensimmäisen kolmanneksen aikana ja viimeistään vauvan tullessa puolen vuoden ikään (Perttu 2004, Perttu ja Kaselitz 2006, STM 2004a). Lomakkeessa tiedustellaan myös seksuaalista väkivaltaa. Seulontalomakkeen lisäksi lastenneuvolaoppaassa on aihetta käsittelevä luku.

Seksuaalisen väkivallan aiheuttaman trauman käsittelyssä tarvitaan ammattitaitoista tukea ja osalle pitkäaikaista terapiaa (Ylikomi 2007). Väkivaltaa kokeneiden palvelutarjonta on tällä hetkellä satunnaista ja palveluiden saatavuudessa on alueellisia eroja. Erityis- palvelut ovat keskittyneet lähinnä suurimpiin kaupunkeihin (STM 2004b). Kolmannen sektorin palveluilla on merkittävä osuus seksuaalista väkivaltaa kokeneiden hoidossa. Tukinainen ry:llä on toimipisteet Helsingissä ja Jyväskylässä (elokuusta 2006 lähtien), mutta sen verkostot ja puhelinpalvelu ovat valtakunnallisia. Tyttöjen talo® -toiminta tarjoaa nuorille palveluja muutamalla paikkakunnalla. Sen asiakaskunnasta huomattava osa on heikossa asemassa olevia, syrjäytymisvaarassa olevia tyttöjä, monet myös lähi- suhdeväkivaltaa tai seksuaalista väkivaltaa kokeneita. Väestöliiton NUSKA-toiminta on alkanut vuonna 2006 Helsingissä ja sen tarkoituksena on kehittää ammattihenkilöstölle toimintamalli 12–16-vuotiaiden seksuaalista kaltoinkohtelua kokeneiden nuorten kohtaamiseen ja tukemiseen. Ensi- ja turvakotien liitto on lastensuojelujärjestö, jonka tarkoituksena on tukea vaikeissa ja turvattomissa oloissa eläviä lapsia ja perheitä sekä ehkäistä perhe- ja lähisuhdeväkivaltaa. Järjestöllä on 14 turvakotia ympäri maata ja lisäksi avopalveluja.

Poikien ja miesten kokema seksuaalinen väkivalta on vielä vaietumpi asia kuin naisten, mutta se on kuitenkin valitettavan yleistä. Miesuhreja on myös vaikeampi tavoittaa avun piiriin ilman erityisesti pojille ja miehille suunnattuja palveluja. Ruotsissa on tähän asiaan paneutunut terapia- ja tukikeskus, jonka kaltainen erityisasiantuntemusta omaava hoitopiste olisi tarpeen Suomessakin.

Maahanmuuttajataustaan saattaa liittyä monenlaista väkivaltaa tai sen uhkaa, joka perustuu kulttuurisiin eroihin (Haarakangas ym. 2000). Usein väkivalta on luonteeltaan seksuaaliterveyttä ja -oikeuksia vaarantavaa, esimerkkeinä kunniaväkivalta, pakkoavioliitot ja lasten ympärileikkaukset. Vaikka maahanmuuttajien kanssa tehtävän työn keskeisiä periaatteita on asiakkaan kulttuurin kunnioittaminen, väkivaltaa ei pidä oikeuttaa kulttuuriin kuuluvana. Työntekijän pitää työssään kaikin tavoin pyrkiä edistämään turvallisia olosuhteita ja auttamaan väkivaltaa kokeneita. Auttamistyöstä on hiljattain julkaistu sosiaali- ja terveysalalle suunnattu opas (Kyllönen-Saarnio ja Nurmi 2005). Monika-naiset ry auttaa väkivallan kohteeksi joutuneita maahanmuuttajanaaisia ja toimii väkivallan ehkäisemiseksi (Liite 3). Mannerheimin Lastensuojeluliitolla on meneillään kunniaväkivallan ehkäisyyn tähtäävä projekti.

Pakolaistaustaisilla henkilöillä saattaa olla henkilöhistoriassaan myös kidutuskokemuksia, joihin usein liittyy seksuaalista väkivaltaa niin miehillä kuin naisillakin. Näiden tilanteiden hoitoon on erikoistunut Diakonissalaitoksen yhteydessä Helsingissä toimiva Kidutettujen kuntoutuskeskus, jolla on sivutoimipiste Oulussa. Lisäksi maahanmuuttajien erityispalveluita tarjoaa Suomen Mielenterveysseuran SOS-keskus.

Seksuaalirikoksista tuomittiin vuonna 2005 ehdottomaan vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun 120 ihmistä (Tilastokeskus 2006). Kuopion vankilassa aloitettiin keväällä 1999 koko maata palveleva seksuaalirikoksista tuomittujen toimintaohjelma, jonka tarkoitus on vähentää rikoksen uusimisriskiä (Vankeinhoitolaitos 2006). Ohjelman malli (Sex Offender Treatment Programme) on saatu Englannista, jossa se on todettu tehokkaaksi pienen tai keskiuuren uusimisriskin omaavien seksuaalirikollisten hoidossa (Friendship ym. 2003). Myös Suomessa alustavat tulokset ovat hyviä. Haasteena on kehittää ohjelman jatkoksi soveltuvia kuntoutusohjelmia avohoitoon.

Tavoitteet:

- Seksuaalista väkivaltaa kokeneet pääsevät asianmukaiseen tutkimukseen ja hoitoon sukupuolesta, asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta.
- Seksuaalista väkivaltaa kokeneiden kokonaisvaltaista tutkimusta ja hoitoa parannetaan sekä akuuttivaiheessa, kriisiytymistilanteissa että pitkäaikaisesti oireilevilla.
- Uhrin oikeusturvaa kehitetään.
- Ammattihenkilöstön tietoisuutta, osaamista ja verkostoitumista kehitetään.

Toimenpiteet:

1) Seksuaalista väkivaltaa kokeneiden hoitoon hakeutumista palveluiden piiriin edistetään.

- Ns. matalan kynnyksen palveluita kehitetään julkisten peruspalveluiden piirissä, erityisesti nuorten erityistarpeet huomioiden.
- Varhaisen tutkimukseen ja hoitoon hakeutumisen merkityksestä ja palveluista tiedotetaan väestölle (kansalaisten terveystietoportti, terveyskeskusten ja kolmannen sektorin toimijoiden kotisivut, tiedotuskampanjat mediassa).
- Olemassa olevien kolmannen sektorin palveluiden jatkuvuus turvataan.

2) Seksuaalisen väkivallan kokemuksiin liittyvän oireilun tunnistamista parannetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.

- Väkivallasta kysyminen otetaan rutiiniksi terveydenhuollon palveluissa, erityisesti neuvoloissa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa.
- Kroonistuneiden tilanteiden syntymistä ehkäistään mahdollisimman varhaisella tunnistuksella.
- Erityistä huomiota kiinnitetään nuorten oireilun tunnistamiseen.

3) Kouluissa sekä sosiaali- ja nuorisotyön piirissä työskentelevien valmiuksia väkivallan ja erityisesti seksuaalisen väkivallan merkkien havaitsemiseksi parannetaan.

- Tietoisuutta ja asiaan puuttumista kehitetään koulutuksella, työnohjauksella ja yhteistyöllä lastensuojelun kanssa.

- 4) Seksuaalista väkivaltaa kokeneiden hoitoketju organisoidaan sairaanhoitopiireittäin.
- Seksuaalista väkivaltaa kokeneiden tarvitseman tuen ja hoidon järjestämiseen varaudutaan palvelujärjestelmän eri tasoilla.
 - Perusterveydenhuolto on avainasemassa traumaperäisten mielenterveyden häiriöiden ja niiden psykososiaalisten seurausten tunnistamisessa.
 - Hoitopolut ja -ketjut rakennetaan sairaanhoitopiireittäin ja laaditaan ohjeet alueellisista hoitokäytännöistä.
 - Kriisitilanteiden hoito keskitetään erityiskoulutetulle moniammatilliselle työryhmälle, joka on oltava jokaisessa sairaanhoitopiirissä.
 - Kroonisesti oireilevien on päästävä psykiatriseen konsultaation ja terapiaan.
 - Myös seksuaalisen väkivallan miesuhrit huomioidaan tuki- ja hoitojärjestelyissä.
- 5) Seksuaalista väkivaltaa kokeneiden akuuttivaiheen tutkimuksen ja hoidon saatavuutta ja laatua parannetaan.
- Uhrilla on pyynnöstään oikeus oikeuslääketieteelliseen tutkimukseen (myös ilman, että rikosilmoitusta on tehty).
 - Päivystyspisteissä on valmius oikeuslääketieteellisten tutkimusten asianmukaiseen suorittamiseen.
 - Poliisi- ja terveysviranomaiset laativat valtakunnalliset ohjeet oikeuslääketieteellisen tutkimuksen näytteenottopakkauksista, näytteiden säilyttämisestä ja rikosilmoitusmenettelystä.
 - Uhrin psykososiaalisen tuen tarve kartoitetaan, tukitoimet ja seuranta järjestetään. Alaikäiselle uhrille järjestetään aina lastensuojelullinen ja psykiatrinen arviointi.
 - Uhrille annetaan myös kirjalliset ohjeet.
- 6) Seksuaalista väkivaltaa kokeneen oikeusturvaa parannetaan.
- Akuuttivaiheen asianmukainen oikeuslääketieteellinen tutkimus ja näytteenotto ovat osa uhrin oikeusturvaa.
 - Uhria informoidaan hänen oikeusturvastaan (mm. mahdollisuudesta maksuttomaan oikeusavustajaan sekä tukihenkilöön oikeusprosessin ajaksi).
 - Akuuttitilanteissa alaikäisistä tehdään aina lastensuojeluilmoitus ja myöhäisemmässä vaiheessa esille tulleissa tilanteissa harkinnan mukaan.
 - Lastensuojelun resursseja lisätään.
- 7) Terveystieteiden ammattilaisten tueksi tarkoitettuja palveluja kehitetään ja niistä tiedottamista tehostetaan.
- RAP-kansio (Raikatun apu) päivitetään, siitä tiedottamista ammattihenkilöstölle tehostetaan ja se on oltava saatavilla kaikissa päivystystoimipisteissä.
 - Ammattihenkilöstön valtakunnallisista puhelinkonsultaatiomahdollisuuksista (mm. Tukinainen ry, Helsingin oikeuslääketieteen laitos, Tampereen poliisilaitos) tiedotetaan mm. terveysportin kautta.
 - Seksuaalista väkivaltaa kohdanneita hoitavilla ammattilaisilla on oltava työnohjaus.

- 8) Seksuaalirikollisten hoitoa ja hoitoon pääsyä parannetaan järjestämällä riittävä määrä hoitopaikkoja.
- Seksuaalirikosten uusimisriskin vähentämiseen tähtävää STOP-ohjelmaa jatketaan ja ohjelmalle kehitetään avohoitoon soveltuvia jatkokuntoutusohjelmia.
 - Alaikäisten seksuaalirikoksia tai seksuaalisesti loukkaavia tekoja tehneiden nuorten psykiatrinen tutkimus ja hoito keskitetään valtakunnallisesti.
- 9) Ammattilaisten koulutusta parannetaan.
- Ammattilaisten (terveys-, sosiaali-, kasvatus, opetusala sekä kirkon nuorisotyö) peruskoulutuksen pakollisiin opintoihin sisällytetään tietoa seksuaalisesta väkivallasta ja työnantajat huolehtivat seksuaalista väkivaltaa työssään käsittelevien työntekijöiden säännöllisestä täydennyskoulutuksesta.
 - Lääkäreiden perus- ja täydennyskoulutuksessa tehostetaan seksuaalista väkivaltaa kokeneiden oikeuslääketieteellisen tutkimuksen koulutusta.
 - Täydennyskoulutuksella kehitetään traumaperäisten mielenterveyden häiriöiden ja niiden psykososiaalisten seurausten arviointia ja hoitoa.
 - Koulutuksessa hyödynnetään kolmannen sektorin palveluissa karttunutta kokemusta väkivaltaa kokeneiden tutkimuksessa ja hoidossa.

12.4 Seksuaalisen väkivallan ehkäisy

Kansalliset ohjelmat ja hankkeet

Maassa on 2000-luvulla selvitetty ja ohjeistettu lasten perheissä kokeman seksuaalisen hyväksikäytön tutkimista ja hoitoa (Taskinen 2003, Antikainen ja Taskinen 2006), siksi insesti jätetään tässä käsittelyn ulkopuolelle.

Vuosien 2003–2007 hallitusohjelmassa väkivalta oli nostettu esille sukupuolten tasa-arvokysymyksenä ja kansalaisten turvallisuutta heikentävänä ilmiönä. Tuolloin tehostettiin keinoja puuttua perheväkivaltaan. Sosiaali- ja terveysministeriössä on toimintaohjelma 2004–2007 lähisuhte- ja perheväkivallan vähentämiseksi. Hankkeen puitteissa on julkaistu selvityksiä ja kuntiin suunnattuja oppaita väkivallan torjumiseksi.

Matti Vanhasen I hallituksen politiikkaohjelmiin kuuluneen tietoyhteiskunta-ohjelman yhtenä osatavoitteena on kaikkien kansalaisten tietotekniikan perustaitojen, medialukutaidon ja tietoyhteiskunnan palvelujenkäyttötaitojen edistäminen. Tähän liittyen ohjelman toteuttamissuunnitelmaan kuuluu toiminta-ohjelman laatiminen lapsille suunnatun mediaväkivaltaviihteen rajoittamiseksi toimeenpanoosien. Väkivaltaviihteen rajoittamishjelma on opetusministeriön vastuulla, ja sen valmistelu on aloitettu seminaarien ja työkokousten muodossa.

Väkivallan vähentämisen kansalliset toimenpiteet on kirjattu rikosentorjuntaneuvoston laatimassa kansallisessa ohjelmassa väkivallan vähentämiseksi (Oikeusministeriö 2005). Ohjelma on poikkihallinnollinen ja sisältää toimenpide-ehdotuksia, jotka ovat luonteeltaan primaarista (väkivaltaa ehkäiseviä), sekundääristä (väkivaltaisen käyttäytymisen riskitekijöihin kohdistuvia) ja tertiääristä (väkivaltaa jo kokeneiden hoitoa ja asemaa parantavia) preventiota. Ohjelma huomioi väkivallan kaikki osa-alueet, myös seksuaalisen väkivallan. Kansallisen väkivaltaohjelman ehdotukset raiskausten ja muun seksuaalisen väkivallan vähentämiseksi on esitetty taulukossa 12.2.

Taulukko 12.2. Kansallinen ohjelma väkivallan vähentämiseksi: Suositukset raiskausten ja muun seksuaalisen väkivallan vähentämiseksi (Oikeusministeriö 2005)

- Kehitetään ja koordinoidaan valistusta ja koulutusta, joka kohdistuu seksuaalirikosten potentiaalsiin tekijöihin, potentiaalsiin uhreihin ja niihin kolmansiin henkilöihin, jotka voivat omalla toiminnallaan vähentää väkivallan riskiä. Tämä tarkoittaa muun muassa turvallisuustaitoja, turvallisen seurustelun taitoja sekä kavereista huolehtimisen neuvoja peruskoululaisille ja muille. Asevelvollisille voisi olla oma ohjelma.
- Pyritään lisäämään seksuaalirikoksiin syylistyvien kiinnijäämisriskiä.
- Parannetaan raiskauksen ja muiden seksuaalirikosten uhreille tarjottavia palveluja. Kaikessa toiminnassa on pyrittävä estämään ja vähentämään uhrien leimautumista ja rikostutkinnasta aiheutuvaa lisähaittaa.
- Samalla kun korostetaan, että moraalinen ja oikeudellinen vastuu seksuaalirikoksista, samoin kuin muistakin rikoksista, on pelkästään niiden tekijöillä, otetaan huomioon ja neuvotaan, miten kaikki ihmiset ja potentiaaliset uhrit voivat vaikuttaa riskitilanteiden syntymiseen ja kehittymiseen.
- Varmistetaan, että maahanmuuttajille ja maassa vierailevilla on tarjolla riittävästi koulutusta ja esitteitä Suomen lainsäädännöstä ja tavoista. Vastaavasti suomalaisille tarjotaan informaatiota muiden kulttuurien seksuaalirikosnormeista.

Sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelma lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisemiseksi (2004–2007) on osa sosiaalialan kehittämishanketta. Ohjelmassa keskeistä ovat sosiaalipoliittisin keinoin toteutettavat ehkäisevät toimet sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittäminen. Toimintaohjelman tavoitteiden perusteella painopiste on sekundaaripreventiossa. Pää tavoitteina on parantaa perus-, tuki- ja erityispalveluverkostoa väkivallan uhreille ja tekijöille, tehostaa väkivaltaa kokevien lasten ja nuorten auttamista ja kehittää ammatillista osaamista. Toteutusta koordinoi STM, lääninhallitukset vastaavat alueellisesta toiminnasta (STM 2004b).

Väkivallan ehkäisytyöhön on valmistettu kunta-opas, joka ehdottaa kuntiin perustettavaksi poikkihallinnolliset työryhmät väkivallan vastaiseen työhön. Väkivaltatyöllä on oppaan mukaan oltava erillinen budjetti, joka ei ole sidottu sektorirajoihin. Opas korostaa peruspalveluiden ja erityispalveluiden kehittämistä väkivaltanäkökulmasta, huomioiden myös seksuaalisen väkivallan näkökulman. Ennalta ehkäisevässä työssä painotetaan turvataitokasvatusta ja väestölle tiedottamista (Ewalds 2005). Äitiys- ja lastenneuvolassa tehtävää työtä on kuvattu ja ohjeistettu aiemmassa hankkeessa (Perttu 2004).

Väkivaltaohjelmissa ja hankkeissa on toistaiseksi kiinnitetty melko vähän huomiota alaikäisten kokemaan muuhun kuin inestiluonteiseen seksuaaliseen väkivaltaan. Perheellisille ja parisuhteessa eläville suunnatut väkivaltaohjelmat eivät tavoita nuorisoa eivätkä ilman parisuhdetta eläviä nuoria aikuisia. Pakottamiselle ja väkivaltaisille kokemuksille altistuvat erityisesti varhain kehittyneet tytöt, joiden olisi saatava ajoissa kehitysvaihetta vastaavaa seksuaalikasvatusta, myös itsesuojelun näkökohdat huomioiden (Irwin ja Rickert 2005). Seksuaaliselle väkivallalle altistuvat herkemmin myös vallitsevia sukupuolinormeja haastavat lapset ja nuoret.

Väkivallaton kasvatusta

Maailman terveysjärjestö on julkaissut yleismaailmallisen raportin väkivallasta ja terveydestä vuonna 2002. Raportti on myös suomennettu (WHO 2005). Raportin pohjalta laaditun toimenpideohjelman mukaan yksilöiden välisen väkivallan (interpersonal violence) primaaripreventiosta paras näyttö on ohjelmista, joissa vaikutetaan lapsuuden ja nuoruudenaikaiseen kehitykseen yksilö- ja perhetasolla (WHO 2004).

WHO:n periaatteet tulevat näkyviin kansallisessa väkivaltaohjelmassa, mutta eivät vielä varhaiskasvatuksen tai perusopetuksen suunnitelmissa. Varhaiskasvatuksen valtakunnallisessa suunnitelmassa päätavoitteiksi esitetään lasten henkilökohtaisen hyvinvoinnin edistäminen, toiset huomioon ottavien käyttäytymistapojen ja toimintamuotojen vahvistaminen ja itsenäisyyden asteittainen lisääminen. Suunnitelmassa ei erikseen nimetä väkivallattomuuden tavoitetta tai seksuaalikasvatusta (VASU 2005).

Peruskoulun opetussuunnitelman perusteista löytyy väkivaltateema, mutta ei erikseen seksuaalisen väkivallan ehkäisyä (Opetushallitus 2004). Koulujen terveystiedon oppiaineeseen sisältyvän seksuaalikasvatuksen pitäisi sisältää itsemääräämisoikeuteen ja itsesuojeluun liittyviä tietoja ja taitoja eli turvataitokasvatusta, johon on kehitetty opetukseen soveltuvaa materiaalia (Lajunen ym. 2005).

Yleinen kouluympäristön hyvinvoinnista ja oppilaiden turvallisuudesta huolehtiminen eivät välttämättä kuitenkaan riitä seksuaalisen koskemattomuuden ja turvallisuuden varmistamiseksi koulu yhteisössä. Hollantilaistutkimuksen mukaan turvallisuudesta huolehtiminen erityisesti seksuaalisuuden näkökulmasta, kuten avoin ilmapiiri koulussa seksuaalisuudesta keskustelemiselle sekä aiheen käsittely oppitunneilla, oli oleellista seksuaalisen väkivallan ehkäisyn kannalta (Timmerman 2004). Koulukiusaamisen ehkäisyssä tulisi ottaa huomioon erityisesti myös seksualisoitu ja sukupuolittunut väkivalta, nimittely ja häirintä, kuten huorittelu ja homottelu (Aaltonen 2006, Sunnari ym. 2003).

Tavoitteet ja toimenpiteet seksuaalisen väkivallan ehkäisemiseksi

Kansallisessa ohjelmassa väkivallan vähentämiseksi (Oikeusministeriö 2005) on esitetty toimenpide-ehdotukset seksuaalisen väkivallan ehkäisemiseksi (taulukko 12.2). Ehdotukset sisältävät toimenpiteitä, jotka voi luokitella primaaripreventioksi (ennalta ehkäisevät toimet) ja sekundaari- ja tertiääritason toimenpiteiksi (silloin kun väkivalta on jo tapahtunut).

Tarkoituksen on, että taulukossa 12.2 esitetyt toimet ja kansallisen ohjelman ehdotukset väkivallan vähentämiseksi yleensä pannaan lähivuosina täytäntöön. Edellä on esitetty toimenpiteitä väkivaltaa kokeneiden palvelujen kehittämistä (sekundaaripreventiosta). Seuraavassa esitetään tarkennettuja toimenpiteitä seksuaalisen väkivallan ehkäisemiseksi (primaaripreventio). Ne on laadittu huomioiden viimeaikaisten hankkeiden tuottamat kokemukset ja suositukset.

Tavoitteet:

1. Alle kouluikäiset lapset saavat turvataitokasvatusta viimeistään esikoulussa.
2. Nuoret ovat tietoisia seksuaalioikeuksistaan, he osaavat puolustaa omia oikeuksiaan ja kunnioittaa toisten oikeuksia.
3. Lasten ja nuorten vanhemmat saavat tietoa lasten turvataidoista ja nuorten seksuaalioikeuksista ja tukea esim. päiväkodin, neuvolan tai koulun työntekijöiltä luodakseen rohkaisevan ja lämpimän suhteen lapseensa.
4. Terveystieteiden ammattihenkilöstö ja opetushenkilökunnalla on valmiudet kasvattaa väkivallattomuuteen ja puuttua pulmatilanteisiin mahdollisimman varhain sekä kiinnittää erityishuomiota seksuaalisoituneiden kiusaamiskäytännöjen ehkäisyyn.
5. Lapsia ja nuoria suojellaan media- ja viihdekulttuurin väkivaltaa sisältävältä viestinnältä.
6. Yleinen väkivaltakielteen ilmapiiri leviää koulu- ja opiskeluyhteisöissä ja työpaikoilla sekä terveyspalvelujärjestelmän kautta.
7. Yhteisöjen, kuten koulu- ja työyhteisöjen, turvallisuuden ja hyvinvoinnin edistämässä määritellään yhteisön rooli/toiminta erityisesti seksuaalisen turvallisuuden ja hyvinvoinnin näkökulmasta.
8. Seksuaalinen väkivalta vähenee suomalaisessa yhteiskunnassa.

Toimenpiteet:

- Väkivallattomuuteen kasvattaminen kirjataan varhaiskasvatuksen, esiopetuksen ja peruskoulujen turvallisuuteen ja hyviin ihmissuhteisiin tähtäävän kasvatuksen tavoitteeksi.
- Varhaiskasvatuksen ja peruskoulun väkivallattomuuteen tähtäävä kasvatusta kehitetään ja siihen sisällytetään seksuaalioikeuksien sekä yksilön koskemattomuuden ymmärtämiseen ja itsesuojeluun tähtäävien tietojen ja taitojen (turvataitojen) opetusta. Samoja teemoja käsitellään myös nuorisotyön piirissä sekä rippikoulussa ja sitä vastaavissa tilaisuuksissa.
- Em. tavoitteen saavuttamiseksi järjestetään täydennyskoulutusta varhaisopetuksen ja peruskoulujen opettajille sekä kehitetään opetusmateriaalia.
- Turvataidoista ja seksuaalioikeuksista tiedotetaan lasten vanhemmille.
- Äitiys- ja lastenneuvoloissa sekä koulu- ja opiskelu- ja työterveydenhuollossa toimitaan aktiivisesti seksuaalista ja muuta väkivaltavaa ehkäisevästi käsittelemällä aihetta mm. vastaanotoilla, perhevalmennuksessa ja vanhempain ryhmissä, ja seulotaan väkivaltaa kokeneita.
- Ehkäisevien palveluiden asiakkaille annettavat ohjeet uusitaan huomioiden seksuaalisen ja muun väkivallan vähentämisen näkökulma.
- Parisuhde- ja lähisuhdeväkivallan vähentämiseksi käynnistyneitä ohjelmia ja hankkeita jatketaan toimintakäytäntöjen juurruttamiseksi ja niissä tehdään näkyväksi myös seksuaalisen väkivallan näkökulma.
- Riskiryhmiin kuuluville nuorille suunnattua toimintaa tuetaan ja laajennetaan.
- Seksuaalista väkivaltaa käsitellään asevelvollisille annettavan seksuaalikasvatuksen yhteydessä.
- Monialaisin yhteiskunnallisin toimin tuetaan lapsille suunnatun mediaväkivaltaviihteen rajoittamista. Tähän tähtäävä tietoyhteiskuntaohjelmassa mainittu toimintaohjelma laaditaan ja pannaan toimeen.
- Peruskouluissa kehitetään kriittisen medialukutaidon opetusta ja annetaan ohjausta tietoverkon turvalliseen käyttöön ("nettietiketti").
- Kansalaisen terveystietoporttiin valmistetaan väestölle tietoa seksuaalisesta ja muusta väkivallasta sekä paikallisista palveluista ja niiden pohjalta valmistetaan painettua materiaalia palvelujen yhteydessä jaettavaksi.
- Seksuaalisen väkivallan kokemusten yleisyyttä kartoitetaan määrävälein nuorisotutkimusten (esim. Kouluterveyskysely, WHO-koululaistutkimus, Nuorten terveystapatutkimus) yhteydessä.

Lähteet:

- Aaltonen, S. Tytöt, pojat ja sukupuoli häiritä. Yliopistopaino, Helsinki, 2006.
- Antikainen J, Taskinen S (toim.). Seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten ja lapsia hyväksikäyttäneiden nuorten hoito. Stakes. Helsinki, 2006.
- Apter Dan. Henkilökohtainen tiedonanto, 2006.
- Ewalds H (toim.). Kenelle lyönnit kuuluvat. Kuntaopas pari- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisytyöhön. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:7. Helsinki, 2005.
- Friendship C, Mann R, Beech A. The prison-based sex offender treatment programme – an evaluation. Home Office Research, Development and Statistics Directorate Research Findings No. 205. London: Home Office, 2003. Luettavissa: <http://www.nicic.org/Library/018958>. Luettu: 10.11.2006.
- Haarakangas T, Ollus N, Toikka S. Väkivaltaa kokeneet maahanmuuttajanaiset – haaste turvakotipalveluille Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tasa-arvojulkaisuja 2000:3. Helsinki, 2000.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Haapakorva A. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Helsinki, 2005.
- Heikinheimo A, Tasola S. Vain muistamalla voi unohtaa. Seksuaalisesti hyväksikäytettyjen naisten ryhmäterapia. Tie toipumiseen. Kopijyvä Oy, Jyväskylä, 2004
- Hermanson E, Brandt P, Aho T, Apter D. Encountering an adolescent at a sexual health clinic. Luentolyhennelmä. Nordic Association for Clinical Sexology. The 28th NACS Conference 2005, Jyväskylä.
- Irwin CE ja Rickert VI. Coercive sexual experiences during adolescence and young adulthood: a public health problem. *Journal of Adolescent Health* 2005;36:359-61.
- Kyllönen-Saarnio E, Nurmi R. Maahanmuuttajanaiset ja väkivalta. Opas sosiaali- ja terveysalan auttamistyöhön. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:15. Helsinki, 2005.
- Lajunen K, Andell M, Jalava L, Kemppainen K, Pakkanen M. ja Ylenius-Lehtonen M. Turvataitoja lapsille. Stakes. Helsinki, 2005.
- Makkonen K ja Cacciatore R. Nuoren tytön seksuaalinen hyväksikäyttö – miten toimin? *Suomen Lääkärilehti* 2006;61:3849-52.
- Makkonen K, Mäkelä-Bengs P, Sajantila A, Salo E. Millaista akuutti- ja jatkohoitoa saa seksuaalisesti hyväksikäytetty nuori? *Suomen Lääkärilehti* 2005;60:4639-43.
- Oikeusministeriö. Kansallinen ohjelma väkivallan vähentämiseksi. Julkaisu 2005:2. Helsinki, 2005.
- Opetushallitus. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet. Opetushallitus. Määräys 1/011/2004. Helsinki, 2004. Luettavissa: <http://www.oph.fi/info/ops/>. Luettu 9.11.2004.
- Perttu S. Naisiin kohdistuva parisuhdeväkivalta ja sen seulonta äitiys- ja lastenneuvolassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:6. Helsinki, 2004.
- Perttu S, Kaselitz V. Parisuhdeväkivalta puheeksi – opas terveydenhuollon ammattihenkilöstölle äitiyshuollossa ja lasten terveyspalveluissa. Yliopistopaino. Helsinki, 2006.
- Piippo S. Survey of gynecological problems during childhood and early adolescence in an academic center. Tampereen Yliopisto. *Acta Universitatis Tampereensis* 1024. Tampere, 2004.
- Piispa M, Heiskanen M, Kääriäinen J, Siren R. Naisiin kohdistunut väkivalta 2005. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 225. HEUNI, Publication Series No. 51. Helsinki, 2006.
- Punamäki R-L, Ylikomi R. Raiskaustrauma I: Raiskauksen kokeminen altistaa psyykkisille ongelmille. *Suomen Lääkärilehti* 2007;62:757-61.
- RAP – raiskatun akuuttiapu. Seksuaalista väkivaltaa kokeneen tutkimus- ja hoito terveydenhuollon toimipisteissä (päivitetty vuonna 2002). Luettavissa: http://www.vaestoliitto.fi/mp/db/file_library/x/IMG/32879/file/rap02.pdf. Luettu: 10.11.2006.
- Salo E, Ståhlberg M-R. Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö. Kirjassa: Söderholm A, Halila R, Kivitie-Kallio S, Mertsola J, Niemi S (toim.). Lapsen kaltoinkohtelu. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 2004, s. 102-16.
- Stakes. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Stakes Oppaita 51. Helsinki, 2002.
- STM. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki, 2004a.
- STM. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäiseminen 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2004:9. Helsinki, 2004b.
- STM. Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:12. Helsinki, 2006.
- Sunnari, V, Kangasvuori, J, Heikkinen, M, Kuorikoski, N, toim. Leimattuna, kontrolloituna, normitettuna – seksuaalisoitunut ja sukupuoliistunut väkivalta kasvatuksessa ja koulutuksessa. Oulun yliopisto. Oulu, 2003.

- Taskinen S (toim.). Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpitelyn selvittäminen. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Oppaita 55. Stakes, Helsinki, 2003.
- Tilastokeskus. Syytetyt, tuomitut ja keskimääräiset rangaistukset rikoksittain, ensimmäinen oikeusaste 2005 (päivitetty 6.10.2006) Luettavissa: http://www.stat.fi/til/syyttr/2005/syyttr_2005_2006-10-06_tie_001.html. Luettu 10.11.2006.
- Timmerman M. Safe schools and sexual harrasment: The relationship between school climate and coping with unwanted sexual behaviour. *Health Education Journal* 2004;63, 2, 113-26.
- Vankeinhoitolaitos. Seksuaalirikoksista tuomittujen toimintaohjelma. Luettavissa: <http://www.vankeinhoito.fi/6349.htm>. Luettu 10.11.2006.
- VASU. Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet. Stakes Oppaita 56. Saarijärvi, 2005. Luettavissa: <http://www.stakes.fi>
- WHO. Preventing violence. A guide to implementing the recommendations of the world report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2004. Luettavissa: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/. Luettu: 10.11.2006.
- WHO. Väkivalta ja terveys maailmassa – WHO:n raportti. Lääkärien sosiaalinen vastuu ry ja Terveyden edistämisen keskus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2005. Luettavissa: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/. Luettu: 10.11.2006.
- Wijma B, Schei B, Swahnberg K ym. Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study. *Lancet* 2003;361:2107-13.
- Ylikomi Riitta. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden työryhmän seksuaaliterveyden jaoston kokous 11.5.2006.
- Ylikomi R, Punamäki R-L. Raiskastrauma II: Raiskauksen uhrin psyykkinen akuuttihoito ja hoitopolun rakentaminen. *Suomen Lääkärilehti* 2007;62:877-83.

13 AMMATTIHENKILÖIDEN OSAAMISEN KEHITTÄMINEN JA TUKEMINEN

13.1 Perusopetuksen ja toisen asteen koulutuksen opetushenkilöstö

Tavoitteena on, että lapsen seksuaalisen kasvun ja kehityksen tukeminen sisällytetään varhaiskasvatukseen ja esiopetuksen suunnitelmiin (ks. luku 4). Tavoite on huomioitava näiden alojen ammattilaisten tutkinto- ja täydennyskoulutuksessa. Lastentarhanopettajakoulutus siirtyi opistotasoisesta yliopistolliseksi koulutukseksi vuonna 1995. Ei ole olemassa selvityksiä siitä, minkä verran koulutus sisältää tietoa lapsen seksuaalisen kehityksen vaiheista ja sen tukemisesta.

Peruskoulun alaluokilla terveystietoa ei ole omana oppiaineenaan, vaan terveystieto (ja siten myös seksuaaliopetus) on integroitu muihin oppiaineisiin. Luokanopettajien koulutukseen sisältyy niukasti terveystietoa, seksuaaliopetusta tuskin lainkaan. Seksuaaliopetuksen aiheiden systemaattinen integroiminen alaluokkien opetukseen edellyttää peruskoulutuksen kehittämistä ja täydennyskoulutusta.

Terveystieto tuli peruskoulujen ja lukioiden oppiaineeksi vuonna 2004 koululainsäädännön uudistuksen myötä. Uuden opetussuunnitelman mukaisesti terveystietoa on tullut opettaa kouluissa viimeistään syyslukukaudesta 2006 lähtien. Terveystiedon opettajalta tulevaisuudessa vaadittava aineenopettajan pätevyys (ammattillisessa oppilaitoksessa ja lukiossa elokuusta 2011 ja peruskoulussa elokuusta 2012 lähtien) edellyttää terveystiedon aineopintojen suorittamista yliopisto-opintoina (A 614/2001). Terveystiedon aineopinnot sisältyvät Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksen sekä Turun yliopiston opettajankoulutuslaitoksen opetussuunnitelmiin. Lisäksi niitä voi opiskella Jyväskylän, Kuopion, Oulun ja Turun avoimissa yliopistoissa. Terveystietoa opettavat siirtymävaiheessa aineenopettajat, kuten liikunnan, biologian ja kotitalouden opettajat, joista osa on jo hankkinut pätevyyden tai on parhaillaan koulutuksessa. Terveystiedon opetukseen järjestetään myös suppeampaa täydennyskoulutusta, muun muassa Opetushallituksen rahoittamana koulutuksena.

Koska terveystieto sisältää suuren määrän aihealueita, seksuaaliterveyden osuus ei ole kovin suuri nykyisten aineenopettajien täydennyskoulutuksessa eikä myöskään varsinaisessa terveystiedon aineenopettajakoulutuksessa. Seksuaaliterveystiedon opettajien täydennyskoulutus on jatkossakin tarpeen.

Tavoitteet:

- Seksuaaliopetusta ja -kasvatusta antaa tehtävään koulutettu ammattihenkilöstö kaikilla opetusasteilla.

Toimenpiteet:

- Lastentarhanopettajien sekä muiden päiväkodissa työskentelevien sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöiden koulutukseen sisällytetään lapsen seksuaalista kehitystä ja sen tukemista käsittelevää aineistoa.
- Seksuaalisuuden ja sen moninaisuuden sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyden laaja-alainen ymmärtäminen ja tukeminen sisältyvät peruskoulun luokanopettajien opettajien koulutusten opetussuunnitelmiin.
- Seksuaalikasvatuksen täydennyskoulutusta opettajille ja muille ammattihenkilöille järjestetään säännöllisesti siten, että sitä on tarjolla maan eri osissa (esim. ammattikorkeakoulut).
- Lasten ja nuorten seksuaalikasvatukseen liittyvä opetus- ja neuvontamateriaali kootaan, luetteloidaan ja pidetään ajantasaisena saatavilla www-sivuilla.

13.2 Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tutkintokoulutus

Terveydenhuollon ammatinharjoittamista säännellään sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Sääntelyn tarkoituksena on potilasturvallisuuden, terveystalouden laadun sekä terveystalouden toimivuuden edistäminen (L 559/1994). EU:n jäsenmaissa säännellään lääkärin, sairaanhoitajan ja kättilön koulutusta sekä tutkintojen tunnustamista ammattipätevyyskriteerien tunnustamista koskevilla direktiivillä (2005/36/EY). Koska terveydenhuollon ammatinharjoittamisoikeus perustuu säännellyn koulutuksen suorittamiseen, terveydenhuollon erityisvaatimukset on otettava huomioon myös terveysalan koulutuksen laadullisessa ja määrällisessä ohjauksessa ja kehittämisessä.

Sosiaalihuoltoa määrittää laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (L 272/2005) ja kelpoisuuslakia täydentävä asetus (A 608/2005). Sosiaalityön neuvottelukunta on määritellyt kiireelliset toimenpiteet sosiaalityön vahvistamiseksi (STM 2003) ja todennut ammatinharjoittamislainsäädännön säätämisen tarpeellisuuden, mutta sosiaali- ja terveysministeriössä on ollut kantana, että kelpoisuusvaatimukset riittävät (Mäkinen 2006).

EU-tasolla ei ole olemassa sosiaalihuoltoa koskevia direktiivejä. Suomessa opetusministeriö hoitaa ulkomaalaisten tutkinnon vastaavuuden tunnistamisen. Suomeen pyrkivältä edellytetään sosiaalilainsäädännön täydentäviä opintoja sekä kieliopintoja. Joissakin Euroopan maissa käytössä ovat ammattirekisterit, joihin henkilö liitetään tiettyjen kriteerien perusteella. Yhteisten kriteerien luominen voisi olla haaste myös EU:n sisällä. Suomessa tarvittaisiin sitä varten ammatinharjoittamisrekisteri sosiaalihuollon työntekijöille.

Yliopistotutkinnot

Lääkärin peruskoulutuksessa seksuaali- ja lisääntymisterveyden keskeisiä aiheita opiskellaan erityisesti naistentautien ja synnytysten, urologian sekä iho- ja sukupuolitautilien oppialoilla. Perusterveydenhuollon äitiys- ja ehkäisyneuvolatyön opetus on järjestetty vaihtelevin tavoin eri tiedekunnissa gynekologian ja yleislääketieteen opettajien yhteistyönä siten, että opetuksesta ainakin osa toteutuu kentällä neuvolassa. Valmiista lääkäreistä puolet arvioi peruskoulutuksen antaman opetuksen vastaavan huonosti terveyskeskuksessa tehtävää työtä neuvolatyön osalta (Vänskä ym. 2005).

Sekä lääketieteen opettajien että opiskelijoiden keskuudessa tehtyjen selvitysten mukaan peruskoulutuksessa ovat hyvin esillä tietyt seksuaaliterveyden osa-alueet kuten raskauden ehkäisy, sukupuolitaudit ja seksuaalinen väkivalta. Kuitenkin monet keskeiset asiat kuten ikääntymiseen tai pitkäaikaissairauksiin liittyvät kysymykset, naisten seksuaali-ongelmat ja seksuaalisuuden moninaisuus jäävät hyvin vähälle käsittelylle tai puuttuvat kokonaan (Kosunen 2003, Närte ym. 2004, ks. myös Rautio 2006).

Erikoislääkärikoulutus on yliopistojen vastuulla ja se kestää noin kuusi vuotta. Erikoislääkärikoulutuksen sisältöjä ei ole tutkittu seksuaaliterveyden näkökulmasta. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden kannalta keskeiset erikoisalajat ovat naistentaudit ja synnytykset, urologia, yleislääketiede, iho- ja sukupuolitaudit, onkologia ja psykiatria, mutta seksuaalilääketieteellistä osaamista tarvitaan useilla muillakin erikoisaloilla.

Terveyden edistämisen koulutusta koskeneessa selvityksessä vuodelta 2004 oli mukana kaksi psykologian koulutusyksikköä. Seksuaaliterveyden alueelta toinen raportoi laajasti seksuaaliterveyteen liittyviä aiheita ja toinen vain kehitykseen, perheen vuorovaikutukseen ja seksuaalisen suuntautuneisuuteen liittyviä aiheita. Seksologia oli omana kurssinaan. Sosiaalityön koulutuksessa on paneuduttu seksuaaliseen hyväksikäyttöön ja väkivaltaan, seksuaaliseen suuntautuneisuuteen, sairauteen ja vammaisuuteen. Kaikissa koulutusyksiköissä aihepiirin ei kuitenkaan katsota liittyvän luontevasti sosiaalityön koulutukseen. Lastentarhaopettajien koulutus ei ollut mukana selvityksessä. (Rautio 2006.) Terveystieteiden kandidaatin ja maisterin koulutukset, joissa pääaineena on hoitotiede, terveyden edistäminen ja terveyskasvatus tai jokin muu terveystieteiden tieteenala, eivät sisällä seksuaali- ja lisääntymisterveyden opintoja, vaan osaaminen perustuu alan ammatilliseen tutkintoon, jota on mahdollisuus syventää esimerkiksi vapaavalintaisina opintoina, harjoittelun aikana tai opinnäytetyössä.

Ammattikorkeakoulututkinnot

Valmistuvien terveydenhoitajien seksuaaliterveyden asiantuntijuutta on selvitetty 1970-, 1980- ja 1990-luvuilla. Tänä aikana terveydenhoitajien asenteet olivat muuttuneet sällivimmiksi, ja yleinen tietotaso oli noussut. Vuonna 1995 valmistuneista terveydenhoitajista viidesosalla oli kuitenkin heikot tiedot seksuaaliterveydestä ja tuloksissa oli suuria eroja eri oppilaitosten välillä. (Nurmi 2000.) Sosiaali- ja terveysalan ammattikorke-

koulujen ja ammatillisten oppilaitosten vuosina 2002–2003 antamaa seksuaaliterveyden opetusta käsittelevä selvitys osoitti, että seksuaalisuutta koskevat integroidut tai vapaasti valittavat opinnot olivat lisääntyneet ja opettajat olivat pätevämpiä kuin 1990-luvulla tehdyissä selvityksissä. Kuitenkaan kaikki sosiaali- ja terveysalan opiskelijat eivät saaneet seksuaalisuuden tai seksuaaliterveyden opetusta (Nykänen ja Valkama 1998, Valkama ja Knuutila 2004).

Vuonna 2004 tehty selvitys terveyden edistämisen koulutuksesta sosiaali- ja terveysalalla osoitti, että seksuaaliterveyttä käsiteltiin eniten sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja kättilökoulutuksessa. Aihepiirin käsittelyssä sairaanhoitajakoulutuksessa oli kuitenkin painotuseroja eri oppilaitoksissa. Seksuaaliterveys oli usein integroitu ammattiaineisiin, jolloin sen käsittely riippui ainakin jonkin verran opettajan intresseistä. (Rautio 2006.)

Ammattikorkeakoulututkintojen osaamisvaatimukset laadittiin terveysalalle vuonna 2001 ja päivitettiin vuonna 2006 vastaamaan kotimaisia ja kansainvälisiä osaamisvaatimuksia. Ne toimivat suosituksina ammattikorkeakoulukohtaisten opetussuunnitelmien laadinnassa (Opetusministeriö 2006).

Sairaanhoitajan (AMK) osaamisvaatimuksissa seksuaaliterveys on terveyden edistämisen yksi keskeinen sisältöalue. Sairaanhoitajan koko tutkinnon laajuus on 210 opintopistettä (op), mutta osaamiskuvauksissa ei määritellä seksuaaliterveyden opintojen laajuutta. (Opetusministeriö 2006.) Ammattikorkeakoulukohtaisissa opetussuunnitelmissa seksuaali- ja lisääntymisterveys on sijoitettu eri opintojaksoihin, joiden kuvauksista ei aina selkeästi käy ilmi, missä laajuudessa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä opiskellaan. Kätilön (AMK) koulutus (270 op), terveydenhoitajan (AMK) koulutus (240 op) ja ensihoitajan (AMK) koulutus (240 op) sisältävät sairaanhoitajakoulutuksen (Opetusministeriö 2006).

Kätilötyön opintojen keskeiset sisällöt ovat (1) nuorten, perhettä suunnittelevien ja ikääntyvien naisten kätilötyö, (2) raskaana olevan naisen ja perheen kätilötyö, (3) synnyttävän naisen kätilötyö, (4) synnyttäneen naisen, vastasyntyneen ja perheen kätilötyö sekä (5) erityistarkkailua tarvitsevan vastasyntyneen kätilötyö. Kätilötyön ammattiopintojen laajuus on 90 op, joista 30 op toteutuu sairaanhoitajakoulutukseen sisältyvinä kätilötyön ammattiopintoina. Ammattitaitoa edistävästä harjoittelusta toteutuu kätilötyön toimintaympäristöissä vähintään 60 op (Opetusministeriö 2006).

Terveydenhoitajan koulutuksessa terveydenhoitotyö elämänsä eri vaiheissa -osaamisalue jaetaan elämänsä mukaan neljään alueeseen. Niistä ensimmäinen on lasta odottavien perheiden terveydenhoitotyö, joka käsittelee seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Toisena alueena on lasten, kouluikäisten, nuorten ja heidän perheidensä terveydenhoitotyö, jonka kuvauksessa on mainittu yhtenä terveysneuvonnan alueena seksuaaliterveys. Näiden opintojen laajuus ei käy ilmi osaamiskuvauksista (Opetusministeriö 2006).

Ensihoitajan koulutukseen sisältyy synnyttävän äidin, synnytyksen ja vastasyntyneen lapsen tunnistaminen ja ensihoito tilanarvion perusteella (Opetusministeriö 2006).

Sosionomikoulutuksessa käsitellään seksuaalisuutta sinänsä, kontekstina esimerkiksi nuori ja seksuaalisuus, ikääntyminen ja seksuaalisuus tai vammaisuus ja seksuaalisuus. Seksuaalisuutta sosiaalialan työssä käsitellään esimerkiksi asiakkaan näkökulmasta sekä työntekijä–asiakas -näkökulmasta. Edellä mainitut aiheet käsittävät korkeintaan noin yhden päivän lähiopetuksen.

Geronomi (AMK) on sosiaali- ja terveystieteiden vanhustyön asiantuntija, jonka koulutus (210 op) yhdistää sosiaali- ja terveystieteiden osaamista. Geronomin osaamisvaatimuskuvauksissa ei ole selkeästi seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä mainintoja (Opetusministeriö 2006).

Ammattikorkeakoulujen opetusta on kehitetty seksuaaliterveyden yhdysopettajien verkoston piirissä 1990-luvun lopulta lähtien. Verkosto on tuottanut virtuaaliammattikorkeakoulun kanssa seksuaaliterveyden edistämisen verkko-opetusmateriaalin, jonka laajuus on 15 op. Palautteet kokeilukoulutuksista ovat olleet myönteisiä. Vuoden 2006 alusta lähtien materiaalia on ollut laajasti hyödynnettävissä sosiaali- ja terveystieteiden eriasteisessa koulutuksessa verkko-opintoina ja lähiopetusmateriaalina omina erillisinä opintojaksoina, kokonaisuutena tai soveltuvina koosteina (<http://www.amk.fi/seksuaaliterveys>).

Sosiaali- ja terveystieteiden toisen asteen tutkinto (lähihoitajakoulutus)

Lähihoitajan koulutuksessa kaikille pakollisiin opintoihin sisältyy 2 opintoviikon (ov) laajuinen liikunta ja terveystieto, jonka yhtenä tavoitteena on ymmärtää, mikä merkitys mielenterveydellä, ihmissuhteilla ja seksuaalisuudella on yksilön toimintakykyyn. (Opetushallitus 2001.) Koulutusohjelmittain eriytyneissä ammatillisissa opinnoissa Lasten ja nuorten hoidon ja kasvatuksen koulutusohjelmassa (40 ov) seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvinä tavoitteina on, että opiskelija osaa hoitaa tervettä vastasyntyntä lasta, tukea äitiä ja perhettä vastasyntyneen hoidossa ja äitiyshuollon palvelujärjestelmän käytössä sekä ohjata ja tukea nuorta seksuaaliseen kehitykseen kuuluvissa asioissa. Vammaistyön koulutusohjelmassa (40 ov) yhtenä tavoitteena on, että opiskelija osaa tukea vammaisen henkilön seksuaalisuutta osana tämän identiteettiä ja persoonallisuutta. Vastaava tavoite on vanhustyön koulutusohjelmassa (40 ov). Nämä tavoitteet ovat koulutusohjelmien yksittäisten opintojaksojen yksittäisiä tavoitteita, eikä niihin liittyvien sisältöjen käsittelyn laajuus käy ilmi opetussuunnitelman ja näyttötutkinnon perusteista.

Tavoitteet:

- Sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivan ammattihenkilöstön perustutkinnot, yliopistotutkinnot mukaan lukien, sisältävät riittävät perustiedot seksuaalisuudesta ja sen moninaisuudesta sekä seksuaali- ja lisääntymisterveydestä.
- Koulutuksen aikana varmistetaan, että sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijat saavat ammattinsa vaatimat syvemmät tiedot seksuaali- ja lisääntymisterveydestä sekä valmiudet antaa seksuaalineuvontaa.

Toimenpiteet:

- Seksuaaliterveyden perustiedot sisältyvät sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkintoihin ja toisen asteen ammatillisiin tutkintoihin.
- Lääkärien peruskoulutuksessa seksuaalisuutta koskevia opetussisältöjä laajennetaan.
- Seksuaaliterveys sisällytetään myös muihin yliopistotasoisin tutkintoihin, jotka valmistavat sosiaali- ja terveysalan työtehtäviin (lastentarhanopettajat, sosiaalityö, psykologia).
- Seksuaaliterveyden edistäminen huomioidaan lääkäreiden erikoistumiskoulutuksessa, erityisesti yleislääketieteen, gynekologian, urologian, psykiatrian, lastentautien ja -psykiatrian ja onkologian koulutuksissa.
- Sosiaali- ja terveysalan koulutuksia kehitetään niin, että ne antavat valmiudet monimuotoistuvan asiakaskunnan kohtaamiseen.
- Virtuaaliammattikorkeakoulun ”Seksuaaliterveyden edistäminen” -aineiston päivittäminen ja kehittäminen turvataan riittävin resurssein.

13.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon täydennyskoulutus ja muu lisäkoulutus

Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on lakisääteinen täydennyskoulutusvelvollisuus, josta säädetään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa. Työnantajan velvollisuus on luoda edellytykset täydennyskoulutukseen osallistumiselle. Vuoden 2004 alusta kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidolakiin lisättiin säännökset sekä annettiin sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutuksesta. Sosiaali- ja terveysministeriö antoi myös valtakunnalliset suositukset terveydenhuollon täydennyskoulutuksesta (STM 2004). Uusilla säännöksillä täydennyskoulutusvelvoite laajennettiin koskemaan koko terveydenhuoltohenkilöstöä. Samalla täsmennettiin työntekijän ja työnantajan täydennyskoulutusvelvoitteita. Kunnallisen työmarkkinalaitoksen tehtävänä on seurata täydennyskoulutukseen osallistumista ja sen kustannuksia valtakunnan tasolla.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden täydennyskoulutus toteutetaan täydennyskoulutuksesta annettujen säännösten ja valtakunnallisen suosituksen mukaisesti. Täydennyskoulutus perustuu yhtäältä organisaation perustehtävään ja toiminnan kehittämiseen sekä toisaalta työntekijän osaamistarpeisiin. Täydennyskoulutuksen tavoitteena on tukea työntekijän ammatillisen osaamisen ja työn suunnitelmallista ja pitkäjänteistä kehittämistä. Täydennyskoulutus järjestetään mahdollisuuksien mukaan alueellisessa yhteistyössä, ja sen toteutumista on tarkoitus seurata sähköisen täydennyskoulutusrekisterin avulla. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden täydennyskoulutusta kehitetään niin, että se on luonteeltaan monitieteistä ja palvelee monipuolisesti koulutustaustaltaan erilaisia opiskelijoita.

Sosiaalihuoltolain (L 710/1982) muutos sosiaalihuollon henkilöstön täydennyskoulu-

tuksesta tuli voimaan vuonna 2005. Muutos tuli voimaan samanaikaisesti sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetun lain (L 272/2005) kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriö antoi kunnille ja kuntayhtymille myös Sosiaalihuollon täydennyskoulutussuosituksen (STM 2006). Sosiaalihuollon täydennyskoulutusvelvoite edellyttää, että kunnat huolehtivat henkilöstönsä riittävästä osallistumisesta vuosittain järjestettyyn täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutuksen on oltava suunnitelmallista ja liityttävä sosiaali- ja terveystoimen toimintakäytäntöjen ja palvelujärjestelmien kehittämiseen sekä paikallisiin, alueellisiin ja valtakunnallisiin strategisiin kehittämistavoitteisiin. Järjestämis- ja toteuttamistavasta päättävät kunnat.

Seksologian ja seksuaaliterveyden erityisosaaminen

Nykyisin seksuaaliterveyden nimikkeen alla tehtävää kliinistä neuvonta- ja terapiatyötä on nimitetty Suomessa aiemmin seksologiaksi. Monissa maissa alan järjestöt ja koulutus nimetään edelleen kliiniseksi seksologiaksi. Pohjoismaissa on noin 30 vuoden ajan toiminut kliinisten seksologien järjestö NACS (Nordic Association for Clinical Sexology), johon Suomi tuli mukaan vasta 1990-luvun lopulla.

Erityisen seksologian koulutuksen toivat Suomeen kirkko ja erilaiset järjestöt 1980-luvun alussa. Myöhemmin vähintään kolmen opintoviikon pituista koulutusta tarjosivat muun muassa Väestöliitto, A-klinikkasäätiö ja Lääkintöhallitus. Laajemmat koulutukset ovat vaihdelleet kolmesta 40 opintoviikkoon, ja ne on suoritettu yhden lukuvuoden ja pisimmät kolmen vuoden aikana (Ilmonen 2002).

Jyväskylän ammattikorkeakoulussa aloitettiin 1990-luvulla seksologian koulutus yhteistyössä NACS:n kanssa. NACS:n piirissä valmisteltiin vuosina 1997–1999 Pohjoismaisen Ministerineuvoston tuella seksologian koulutukselle yhteinen kolmiportainen malli, jota on käytetty perustana suomalaisen koulutuksen kehittämistyössä. Jyväskylän ammattikorkeakoulussa on vuodesta 1998 lähtien annettu kaksiportaista koulutusta: perustason seksuaalineuvojan koulutusta ja seksologian erikoistumiskoulutusta. Nykyisin perustason seksuaalineuvojakoulutusta on tarjolla 15–30 op:n laajuisena kuudessa ammattikorkeakoulussa.

Jyväskylässä toteutettiin ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon kokeiluna seksuaaliterveyteen suuntautunut koulutus (90 op) terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn koulutusohjelmassa 2003–2005. Pohjoismaista koulutusyhteistyötä jatketaan ylem্পään ammattikorkeakoulututkintoon liittyen tavoitteena jakaa asiantuntijuutta ja tuottaa esimerkiksi yhteisiä ja/tai yhteistyössä seksuaaliterveyden edistämisen maisteritasoisia opintoja. Tällä hetkellä Jyväskylän ammattikorkeakoulussa toteutetaan seksuaaliterveyden edistämisen master-tason opintoja Terveyden edistämisen koulutusohjelmassa vapaasti valittavina opintoina (3 op). Näitä voidaan jatkossa tarjota virtuaaliammattikorkeakoulun kautta myös muiden ammattikorkeakoulujen vastaaviin opintoihin.

Ammattikorkeakoulujen seksologian täydennyskoulutukseen hakeutuneet ovat olleet pääosin terveydenhuolto-oppilaitoksista tai ammattikorkeakoulusta valmistuneita. Yliopistotutkinnon suorittaneita on koulutuksessa ollut suhteellisen vähän.

13.4 Työnkuvan muutoksiin liittyvät koulutustarpeet

Kansallisen terveydenhuollon hankkeen eri henkilöstöryhmien keskinäistä työnjakoa koskevassa osahankkeessa kehitettiin hoitajien laajennettuja tehtäväkuvia (STM 2005). Seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueella uudet osaamisvaatimukset liittyvät laajennettuihin tehtävänkuviiin. Perusterveydenhuollossa näitä olivat

- alkuraskauden ultraäänitutkimukset äitiysneuvolassa
- uhkaavan ennenaikaisen synnytyksen arviointi äitiysneuvolassa
- säännöllisen synnytyksen jälkeinen jälkitarkastus äitiysneuvolassa
- kierukan laitto perhesuunnitteluneuvolassa

Erikoissairaanhoidon laajennetut tehtävänkuvat olivat

- ultraäänitutkimusten tekeminen
- normaalisynnyttäjän ja keisarileikkauspotilaan kotiutus
- synnytyspelkopoliklinikan vastaanoton pitäminen

Hankkeessa lainsäädännön muutostarpeiksi esitettiin

- äitiysneuvolassa toimivalle terveydenhoitajalle ja kättilölle oikeutta tehdä säännöllisen synnytyksen jälkeen jälkitarkastus, jonka perusteella annetaan todistus vanhempainrahaa varten
- äitiys- ja perhesuunnitteluneuvolassa toimivalle terveydenhoitajalle ja kättilölle rajattua lääkkeenmääräämis-oikeutta hiivatulehduksen, muiden gynekologisten tulehdusten, rintatulehduksen ja tiettyjen sukupuolitautien hoidossa sekä oikeutta uusien ehkäisytablettien reseptiä.

Nämä uudet osaamisalueet otetaan huomioon kättilön ja terveydenhoitajan tutkintoihin johtavaa koulutusta kehitettäessä ja lisäkoulutusta järjestettäessä. Ultraäänitutkimusten toteuttamisessa otetaan huomioon vuoden 2007 aikana sikiöseulonnoista annettavat ohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriössä valmistellaan työnjaon kehittämistä koskevat suositukset ja lakimuutosehdotukset. Kaikkeen työnkuvan muutoksiin liittyvään koulutukseen on sisällytettävä tietoa myös muuttuvasta palvelujärjestelmästä.

13.5 Sosiaali- ja terveysalan oppilaitosten opettajien koulutus

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia kouluttavien oppilaitosten opettajille ei ole määritelty pätevyysvaatimuksia seksologian tai seksuaaliterveyden aihealueella. NACS (Nordic Association of Clinical Sexology) on laatinut kriteerit seksologian opettaja- ja tutkijakoulutukselle. Suomessa ei kuitenkaan tällä hetkellä ole opettajille tarjolla koulutusta, joka täyttäisi nämä vaatimukset. Ammattikorkeakoulujen opettajista osa on suorittanut seksologian erikoistumisopinnot, joita voi tehdä pedagogisesti orientoituen Jyväskylän ammattikorkeakoulussa (ks. myös luku 13.3).

Tavoitteet:

- Seksuaaliterveysaiheissa ammattihenkilöstöä kouluttavat opettajat ovat koulutautuneet aihealueeseen.

Toimenpiteet:

- Seksologian ja seksuaaliterveyden koulutuksia julkisissa koulutusorganisaatioissa kehitetään pohjoismaisten asiantuntijoiden kanssa luodun kolmiportaisen mallin pohjalta. Kahden ensimmäisen tason (perusteet, erikoistumisopinnot) moniammatillisen koulutuksen jatkuvuus ja kehittäminen ammattikorkeakouluissa turvataan.
- Kliinisen seksologian ja seksuaaliterveyden edistämisen kolmannen tason koulutusta kehitetään yhteistyössä tiedekorkeakoulujen psykologian ja lääketieteellisen koulutuksen kanssa.
- Kliinisen seksologian erityisosaamisen varmistamiseksi kehitetään laaja-alaista terapeuttisiin menetelmiin perustuvaa asiantuntijakoulutusta.
- Opettajille, jotka opettavat seksuaalisuuteen liittyviä aihealueita, on järjestettävä systemaattisesti täydennyskoulutusta.
- Seksuaaliterveyden näkökulma ja sen ajankohtaiset haasteet integroidaan tarkoituksenmukaisesti valtakunnallisiin koulutuspäiviin. Käypä hoito -suositukset ja alueellisia hoito-ohjelmia, potilasohjeita, hoitoketjuja, yhteistyökäytäntöitä, työnohjaus- ja konsultaatiomenettelyjä tarkennetaan seksuaaliterveyden edistämisen näkökulmasta.

13.6 Hoitosuositukset ja sähköinen tukimateriaali ammattilaisille

Hoitosuositukset ovat parhaaseen tutkimusnäyttöön ja kliiniseen asiantuntemukseen perustuvia suosituksia päätöksenteon pohjaksi tietyn terveysongelman ratkaisemisessa.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecimin Käypä hoito -hanke tukee ja koordinoi laadukkaiden hoitosuosittelujen laadintaa ja levitystä Suomessa. Hanketta rahoittaa Raha-automaattiyhdistys, ja sen yhteistyöverkkoihin kuuluvat erikoislääkäriyhdistykset, suuri määrä kansanterveys- ja potilasjärjestöjä, sairaanhoitopiirit sekä FinOHTA.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä Käypä hoito -suosituksia on annettu viidestä aiheesta: kohdunulkoinen raskaus (päivitetty 2003), kortikosteroidihoito ennenaikaisen synnytyksen uhatessa (2000), raskaudenkeskeytys (2001, päivitetään 2007), jälkiehkäisy (2005) ja kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnytinten solumuutokset (2006). Keväällä valmisteltavina olivat suositukset raskausdiabeteksestä ja vastasyntyneen elvytyksestä/virvoituksesta.

Suomen Sairaanhoitajaliitolta Hoitotyön tutkimuslaitokselle siirtyneessä hankkeessa 'Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin' valmistellaan suositusta raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin/perheen imetysohjauksen ja tuen toteuttamisesta Suomessa (Suomen Sairaanhoitajaliitto 2006).

Uusia kansallisia hoitosuosituksia tarvitaan seuraavista aiheista:

- ylipainoisen odottajan hoito ja raskauden ajan painonnousu
- perhevalmennus
- matalan riskin synnytyksen hoito
- synnyttäjän psykososiaalinen tukeminen
- varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen
- synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistaminen ja hoito
- raskauden ehkäisy sekä
- klamydiainfektioiden tutkimus, hoito ja tartuntojen ehkäisy.

Perusterveydenhuollossa lääkärit suhtautuvat hoitosuosituksiin periaatteessa myönteisesti, mutta silti niitä hyödynnetään vähän. Hoitajien keskuudessa niihin suhtaudutaan myönteisimmin esimiestasolla (Mäntyranta ym. 2003). Käypä hoito -hankkeen periaatteena on ollut, että suosituksen valmistumisen jälkeen erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto työstävät ja laativat yhteistyötä edellyttävissä asioissa hoitoketjut. Tämä ei ole kuitenkaan toteutunut läheskään aina, ja hoitosuosittelujen ”jalkauttaminen” vaatii edelleen tehostamista. Aiheesta on vireillä useita tutkimus- ja kehittämishankkeita.

Ammattihenkilöiden työn tueksi tarkoitettu terveystietokanta (www.terveysportti.fi) on nykyisin käytännöllisesti kaikkien terveydenhuollon toimipisteiden käytettävissä, mutta pääsy eri tietokantoihin vaihtelee jonkin verran. Terveystietokannan lääkäri-tietokanta on käytettävissä lähes kaikilla terveyskeskuslääkäreillä ja päivittäinen käyttö on hyvin yleistä. Lääkäri-tietokantaa päivitetään jatkuvasti. Hoitohenkilöstöllä ei ole näihin päiviin saakka ollut pääsyä lääkäri-tietokantaan läheskään kaikkialla, mutta tämäkin mahdollisuus on yleistymässä.

Terveysporttiin sisältyvä sairaanhoitajan tietokanta on hoitotyön tietokanta, joka on kehitetty erillisenä lääkärin tietokannasta, eikä ohjeiden vastaavuutta ole kaikilta osin pysytty tarkistamaan. Sairaanhoitajan tietokanta ostetaan erikseen, eivätkä terveyskeskukset ole ostaneet sitä yhtä laajasti kuin lääkärin tietokantaa. Käytön yleisyydestä ei ole tutkimustietoa.

Tavoitteet:

- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelut perustuvat näyttöön perustuvaan tietoon, joka on helposti ammattihenkilöstön tavoitettavissa.

Toimenpiteet:

- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen alueelta laaditaan lisää kansallisia hoitosuosituksia kansanterveydellisesti merkittävistä aiheista.
- Kansallisten hoitosuosistusten käyttöönottoa tehostetaan tutkimus- ja kehittämishankkeista saatuun kokemukseen perustuen.

Lähteet:

- 2005/36/EY. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi, annettu 7 päivänä syyskuuta 2005, ammattipätevyyden tunnustamisesta. Saatavissa: http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/fi/oj/2005/l_255/l_25520050930fi00220142.pdf
- A 614/2001. Asetus opetustoimen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetun asetuksen 14 ja 28 §:n muuttamisesta. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010614>. Luettu 29.12.2006.
- A 608/2005. Asetus sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2005/20050608>. Luettu: 10.11.2006.
- Ilmonen T. Seksuaalivoukko- ja seksuaaliterapiakoulutuksen kartoitus 2002. Käsikirjoitus. Stakes ja Sexposäätiö.
- Kosunen E. Seksuaalisuuden käsittely lääkäreiden peruskoulutuksessa. Suomen Lääkärilehti 2003;58:4373-7.
- L 272/2005. Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050272>. Luettu: 28.12.2006.
- L 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. Luettu 28.12.2006.
- L 710/1982. Sosiaalihuoltolaki. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>. Luettu: 28.12.2006.
- Mäkinen Päivi. Henkilökohtainen tiedonanto 2006.
- Mäntyranta T, Kaila M, Varonen H, Mäkelä M, Roine R, Lappalainen J. Hoitosuositusten toimeenpano. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Helsinki, 2003.
- Nurmi T. Seksuaaliterveys ja terveydenhoitaja. Seksuaaliterveyden edistäminen ja terveydenhoitajaksi valmistuvien seksuaaliterveyden asiantuntijuus 1970-, 1980- ja 1990-luvuilla. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:13. Helsinki, 2000.
- Nykänen T, Valkama S. Perhesuunnittelun opetus terveydenhuolto- ja sosiaalialan koulutuksessa. Stakes ja Keski-Suomen terveydenhuolto-oppilaitos. Jyväskylä, 1998.
- Närte N, Seppänen M, Kosunen E. Sairaus ja seksuaalisuus – kyselytutkimus valmistuville lääkäreille. Suomen Lääkärilehti 2004;59:1817-23.
- Opetushallitus. Ammatillisen peruskoulutuksen opetussuunnitelman ja näyttötutkinnon perusteet. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto. Lähihoitaja. Opetushallitus. Helsinki, 2001.
- Opetusministeriö. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Helsinki, 2006.
- Rautio M. Terveyden edistämisen koulutus sosiaali- ja terveysalalla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:49. Helsinki, 2006.
- STM. Kiireelliset toimenpiteet sosiaaliryhmittämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:10. Helsinki, 2003.
- STM. Sosiaalihuollon täydennyskoulutus. Opas kunnille ja kuntayhtymille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:6. Helsinki, 2006.
- STM. Terveydenhuollon täydennyskoulutus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3. Helsinki, 2004.
- STM. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21. Helsinki, 2005.
- Suomen Sairaanhoidajaliitto. Näytöllä tuloksiin hoitotyön laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi. Luettavissa: http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/asiantuntijatyoryhmat/naytolla_tuloksiin/. Luettu 8.5.2006.
- Valkama S, Knuutila J. Selvitys seksuaaliterveyden opetuksesta sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakouluissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa vuosina 2002-2003. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Käsikirjoitus. Jyväskylä, 2004.
- Vänskä J, Hyppölä H, Halila H ym. Lääkäri 2003. Kyselytutkimus vuosina 1992-2001 valmistuneille lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:9. Helsinki, 2005.

14 TILASTOINTI- JA SEURANTAJÄRJESTELMIEN KEHITTÄMINEN

14.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden nykyinen tiedonkeruu ja raportointi

Suomen terveysseuranta perustuu terveystietorekistereihin ja -tilastoihin, joita täydentävät säännöllisesti tehtävät kyselytutkimukset. Erityisesti Stakes, Tilastokeskus, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos vastaavat terveyteen liittyvästä tilastoinnista. Ne ovat myös keskeisiä seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvien tietojen tilastoviranomaisia Työterveyslaitosta lukuun ottamatta.

Stakes kerää suurimman osan seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevista tilastoista. Pääosa tiedoista perustuu henkilötason rekisteritietoihin. Lisäksi hoitoilmoitusrekisteriin (aiemmin sairaaloiden poistoilmoitusrekisteri) kerätään tietoja seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvästä sairaalahoidosta (Taulukko 14.1). Yksityiskohtaiset tiedot lisääntymis- ja hoitoilmoitusrekisterin tietosisällöstä on esitetty liitteissä 10 ja 11.

Stakesin rekisteritietojen keruu perustuu lakiin ja asetukseen terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä (L 556/1989, A 774/1989). Lainsäädännön mukaan terveydenhuollon henkilöstö on rekisteröitävissä asioissa ilmoitusvelvollinen, eikä rekisteröitävien lupaa tarvitse kysyä. Henkilötietolain (L 523/1999) mukaan omien tietojen tarkastamisoikeus ei koske tilastointia varten kerättäviä tietoja.

Taulukko 14.1. Stakesin rekisteripohjainen tiedonkeruun nykytilanne (2006)

Lisääntymisrekisteri	Tilasto vuodesta	Rekisteri vuodesta
Syntymärekisteri		
- synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet	1987	1987
- pienet keskukset	2004	2004
Synnyttämisepämuodostumat	1963	1986
Raskauden keskeytykset	1950	1983
Steriloinnit	1939	1987
Hedelmöityshoidot	1992	ei rekisteritietoja
Hoitoilmoitusrekisteri		
- vuodeosastohoito	1967	1967
- toimenpiteelliset hoitokäytännöt	1994	1994
- poliklinikkahoidot	1998	1998

Rekisteripohjaisen tiedonkeruun lisäksi Stakes kerää tietoja keinoalkuisista hedelmöityksistä (IVF) klinikatasolla summattuna. IVF-toimintatietojen keruu on ollut tähän saakka vapaaehtoista ja perustunut hedelmöityshoitoja antavien klinikoiden ja Stakesin väliseen sopimukseen. Syksyllä 2006 hyväksytty hedelmöityshoitolaki muuttaa tiedonkeruun pakolliseksi, mutta valtakunnallinen tiedonkeruu säilyy tilastopohjaisena. Klinikoiden on kuitenkin ylläpidettävä hedelmöityshoidoista potilasrekisteriä.

Stakes kerää avohuollon toimintatilastoihin tiedot muun muassa kaikista äitiys- ja lastenneuvolakäyntien sekä ehkäisyneuvontakäyntien määrästä. Tietojen kattavuutta ei ole tutkittu, mutta kuntien tilastointijärjestelmien tiedetään olevan erilaisia, mikä heikentää tilastojen laatua ja kuntatietojen vertailua. Neuvolatoiminnan kattavuudesta ja sisällöstä ei toistaiseksi kerätä tietoja. Äitiysneuvolatoiminnasta saadaan tietoja myös syntymärekisteristä (ensimmäisen neuvolakäynnin ajoituksesta, kaikkien raskaudenaikaisten tarkastuskäyntien ja poliklinikkakäyntien määrästä), mutta tiedonkeruu kattaa ainoastaan synnytykseen päättäneet raskaudet.

Stakes julkaisee kustakin tietojärjestelmästä tilastotiedotteen, joka on maksutta saatavilla Stakesin kotisivuilta (www.stakes.fi/tilastot/) ja joka pyritään lähettämään tiedontuottajille, kuten synnytyssairaaloille ja hedelmöityshoitoja antaville klinikoille. Lisäksi lisääntymisterveyttä koskevia tilastoja julkaistaan Stakesin muissa tilastojulkaisussa sekä SOTKANet-tietopankissa (<http://www.sotkanet.fi>). Uusimmat tiedot pyritään julkaisemaan viimeistään tilastovuotta seuraavan vuoden kesäkuussa.

Virallisen tilastotoiminnan lisäksi Stakes on kerännyt vuodesta 1996 lähtien Kouluterveyskyselyllä seurantatietoa nuorten terveyskäyttäytymisestä. Kysely tehdään vuorovuosin itäisessä ja läntisessä osassa maata, kohteena ovat peruskoulun 8–9. luokkalaiset sekä lukion 1. ja 2. luokan opiskelijat. Toisen asteen ammatillisessa koulutuksessa kyselyä ei ole toteutettu vuoden 2001 jälkeen. Kouluterveyskysely kattaa aina seksuaalikäyttäytymisen ja ehkäisyn käytön sekä vaihtelevasti saadun seksuaaliopetuksen ja seksuaalitiedot. Stakesin sivuilla on raportoitu perusjakaumat ja kunnat saavat käyttöönsä omat tietonsa. Tietoja on myös SOTKANetissa. Perusteellisempi analysointi on ollut satunnaista resurssien puutteen vuoksi.

Tilastokeskus kerää tiedot parisuhteista (avioliitoista, avoliitoista ja rekisteröidyistä parisuhteista) ja lapsiperheistä sekä äitiys- ja lapsikuolleisuudesta. Samaa sukupuolta olevien suhteista rekisterissä näkyvät vain parisuhteensa rekisteröineiden tiedot, sillä avoliitossa asuvia samaa sukupuolta olevia pareja ei tilastoida. Tiedot kuolleena syntyneistä ja ensimmäisen elinviikon aikana kuolleista kerätään myös Stakesin syntymärekisteriin, ja näiden kahden tietojärjestelmän tiedot tarkastetaan keskenään tietojen luotettavuuden parantamiseksi. Tilastokeskuksen kuolemansyytietojen keruuta säätelee erillislainsäädäntö (L 459/1973, A 1973/948).

Tilastokeskus julkaisee vuosittain erillisjulkaisun kuolemansyytilastoista tilastovuotta seuraavan vuoden syksyllä. Kuolemansyytietoja on saatavilla myös Tilastokeskuksen kotisivuilta (<http://www.tilastokeskus.fi/til/ksyyt/index.html>) sekä StatFin-tilastopalvelusta.

Tilastokeskus kerää tiedot rikoksista tuomituista ja julkaisee ne vuosittain. Tilastoja tutkittavana olleista tapauksista pitää yllä poliisi. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos kokoaa ja raportoi vuosittain seksuaalirikollisuutta koskevia tietoja.

Kansanterveyslaitos vastaa sukupuolitautilien tilastoinnista ja HIV/AIDS-tilastoista. Lääkintöhallitus aloitti sukupuolitautilien tilastoinnin jo 1880-luvulla. 1990-luvun alussa tilastointi siirrettiin KTL:een. Nykyinen seuranta perustuu vuonna 1995 toimintansa alkaneeseen valtakunnalliseen tartuntatautirekisteriin, josta säädettiin vuonna 1986 annetussa tartuntatautilaissa ja -asetuksessa (L 583/1986 ja A 786/1986) sekä niiden myöhemmissä muutoksissa. Kaikilla kliinisen mikrobiologian laboratorioilla on velvoite ilmoittaa tekemistään klamydian, tippurin, kupan ja HIV-infektion varmentavista löydöksistä. Laboratorion ilmoittaminen tapahtuu 90 %:ssa automatisoituna laboratorioiden tietojärjestelmistä salattuna suoraan valtakunnallisen rekisterin tietojärjestelmään varmistaen korkean kattavuuden ja ilmoitusten teknisen laadun. Laboratorion ilmoitusten tietoja täydentämään lääkäreillä on velvoite ilmoittaa kaikista kuppa-, tippuri- ja HIV/AIDS-tapauksista tartuntatautirekisteriin. Tämän kattavuutta tukee laboratorioiden järjestelmiin rakennettu automatiikka, joka muistuttaa lääkäriä ilmoitusvelvollisuudesta hoitavalle lääkärille menevän laboratoriotuloksen osana. Lääkärin tekemiä ilmoituksia varten on kehitteillä sähköinen ilmoittamismenettely, jonka arvioidaan tulevan käyttöön vuonna 2008. Laboratorion ilmoitukset ovat rekisterissä keskimäärin viikon kuluttua näytteenottopäivästä.

Sukupuolitauteja koskevat tiedot, HIV-tilastoja lukuun ottamatta, ovat viikoittain päivitettyinä monipuolisesti käytettävässä tartuntatautirekisterin verkkopalvelussa. HIV-tilastot päivitetään kuukausittain. Tartuntatautirekisterin tiedoista laaditaan vuosiraportti.

Vuodesta 1995 lähtien on toiminut sukupuolitautilien vapaaehtoinen anturikeskuseuranta, johon kuuluu noin 15 sukupuolitautipoliklinikkaa, synnytyspoliklinikkaa, terveyskeskusta ja ylioppilaiden terveydenhoitojärjestelmän vastaanottopistettä eri puolilla Suomea. Järjestelmä kerää diagnostiikkaan, tartuntatapaan ja riskikäyttäytymiseen liittyviä tapauskohtaisia tietoja, jotka kerätään anonyymeina analyysia varten. Anturikeskuseurannan tapauksien määrä on noin 10-15 % valtakunnallisen tartuntatautirekisterin klamydia-, tippuri-, kuppa- ja HIV-tapauksista. Järjestelmä kerää tietoja myös herpes- ja kondyloma-infektioista. Anturikeskuseurannan analyysitietoja käsitellään verkoston yhteistoimintakokouksissa ja niistä on raportoitu suomalaisissa sekä kansainvälisissä aikakauslehdissä.

Kansanterveyslaitos vastaa myös valtaosasta aikuisväestöä koskevasta terveystieteiden tiedoista. Näistä tärkeimmät ovat joka vuosi toteutettava Aikuisväestön terveystietäytymisen -postikysely, joka toinen vuosi toteutettava Eläkeikäisen väestön terveystietäytymisen -postikysely, ja joka viides vuosi kerättävä Finriski-riskitekijätutkimus. Nämä sisältävät joitakin lisääntymisterveyttä koskevia kysymyksiä esimerkiksi ehkäisykäytöstä, hedelmättömyyden kokemisesta, kohdunpoistoista ja hormonihoidoista. Tiedonkeruuta ja raportointia ei kuitenkaan tehdä järjestelmällisesti eikä vuosittaisia tietoja ole saatavissa.

Muulla tehtävä seksuaali- ja lisääntymisterveyden tiedonkeruu

Stakesin Kouluterveyskyselyn (ks. edellä) ohella nuorten seksuaaliterveyteen liittyviä tietoja saadaan säännöllisesti seuraavista lähteistä:

- Nuorten terveystapatutkimus (NTT) on aloitettu vuonna 1977, ja se tehdään joka toinen vuosi koko maata edustavalle otokselle 12-, 14-, 16- ja 18-vuotiaista tytöistä ja pojista. NTT:stä saadaan tietoa seurustelusta ja ehkäisy pillereiden käytöstä, mutta ei muusta seksuaalikäyttäytymisestä. NTT:ta toteuttaa Tampereen yliopisto.
- Koululaisten terveystapattaminen -tutkimus on aloitettu vuonna 1984 ja se tehdään joka neljäs vuosi koko valtakunnan peruskouluja edustavien koulujen otokselle. Tietoja saadaan muun muassa kypsymisestä (13- ja 15-vuotiaat) sekä seksuaalikäyttäytymisestä ja ehkäisy pillereiden käytöstä (15-vuotiaat). Tutkimuksen toteuttaa Jyväskylän yliopisto yhteistyössä Maailman terveysjärjestön WHO:n kanssa.
- Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) on kerännyt tietoja yliopisto-opiskelijoiden terveydestä ja terveystapattamisesta (seksuaali- ja lisääntymisterveys mukaan lukien) kaksi kertaa. Kysely on suunniteltu toistettavaksi jatkossa neljän vuoden välein.
- Puolustusvoimien tekemä alokkaiden terveystapattaminen sisältää nuorten (pääasiassa miesten) seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä kysymyksiä, joiden raportointi on alkamassa.

14.2 Tilastojen ja rekistereiden tiedonkeruun ja raportoinnin kehittäminen

Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevat tilastot ja rekisterit ovat Suomessa jo nykyisin varsin kattavia ja korkealaatuisia. Tarpeita kokonaan uusille tiedonkeruun aiheille on vähän. Kehittämistarpeet liittyvät pääosin jo kerättävän tiedon tehokkaampaan hyödyntämiseen ja raportointiin.

Sosiaali- ja terveysministeriön vuosina 2002–2003 toiminut Sosiaali- ja terveyshuollon tietouudistus 2005 -työryhmä teki joitakin lisääntymisterveyden palveluiden tilastointia koskevia ehdotuksia (Hämäläinen ym. 2003). Osa silloin tehdyistä ehdotuksista on jo toteutunut tai toteutumassa (tiedonkeruu pienistä keskosista, hedelmöityshoitojen tilastoinnin pakollisuus). Työryhmän ehdotus lasten ja nuorten terveydentilan seurannan ja palveluiden käytön tietokeruujärjestelmästä on toteutumassa osana avoterveydenhuollon tilastoinnin uudistamista ja Lasten terveysseurannan kehittämistä (ks. luku 14.4). Ehdotus sterilointirekisterin lakkauttamisesta on selvitetty, ja todettu, ettei luotettavaa tietoa saada muista rekistereistä eikä rekisteriä siten voida lakkauttaa.

Tietouudistus 2005 -työryhmä esitti Stakesin syntymä- ja epämuodostumarekisterin ja Kansaneläkelaitoksen lääketietojen välisen tiedonvaihdon kehittämistä. Tätä varten on

perustettu erillishanke, jossa raskaudenaikaisen lääkealtistuksen tiedot voitaisiin viedä joustavasti syntymärekisteriin siten, että tästä voisi tulla pysyvä käytäntö vuonna 2007.

Tieto 2005 -hankkeen jälkeen on keskusteltu sikiöseulontoja koskevan tietojärjestelmän parantamisesta ja seulontatoiminnan vaikuttavuuden arvioinnin aloittamisesta. Nykyisin Stakesin syntymä-, epämuodostuma- ja hoitoilmoitusrekisteristä saa joitakin sikiöiden poikkeavuuksia koskevien seulontojen tietoja, mutta tietoja ei ole kerätty systemaattisesti ja kattavasti. Sikiöseulontatietojen kerääminen ja seulonnan vaikuttavuuden karkeakin arviointi on ongelmallista lukuisista syistä. Se edellyttäisi muun muassa tiedonkeruuta sekä äidistä että lapsesta/sikiöstä, useiden rekistereiden yhdistämistä, lapselle/sikiölle henkilötunnisteen kaltaista tunnistetietoa ja useista hoitopisteistä kertyvän tiedon yhdistämistä pitkällä aikavälillä. Eräs vaihtoehto olisi kerätä tiedot erilliselvityksin esimerkiksi viiden vuoden välein. Osa tiedoista voidaan kerätä ainoastaan otoksin, mutta myös yksilötason tietoja ja erillistiedonkeruuta tarvitaan.

Stakes on aloittanut vuonna 2006 kaksivuotisen, STM:n rahoittaman SAMPO-hankkeen, jolla on tarkoitus jatkaa Tieto 2005 -hankkeessa aloitettua kansallisia tietovarantoja koskevaan kartoitusta ja uudelleen arviointia. Hankkeen päätavoitteena on rakentaa Stakesiin eri tilastoja ja rekistereitä palveleva uusi, pysyvä tietojärjestelmäarkkitehtuuri, uudistaa tilastotuotannon käsittely- ja toimintaperiaatteet sekä luoda uudistettu prosessi- ja toimintamalli. Tavoitteena on, että hankkeen päätyttyä uusi tehostettu infrastruktuuri mahdollistaa tilastotuotantoa koskevien tehtävien sulauttamisen osaksi Stakesin pysyvää toimintaa mahdollisimman pienin resurssilisäyksin.

Stakesin tiedonkeruun lasketaan nopeutuvan tulevaisuudessa, kun rakenteilla oleva sähköinen tietojenkeruujärjestelmä mahdollistaa tietojen reaaliaikaisen keruun sairaaloista. Erityisesti tämä koskee hoitoilmoitusrekisterin, syntymärekisterin sekä raskaudenkeskeytys- ja sterilointirekisterin tietoja. Tiedonkeruun helpottuessa Stakesin on lisättävä alueellista raportointia sairaanhoitopiirien ja kuntien tarpeisiin. Kehittämistoimet edellyttävät riittävää resurssintia.

KTL:n tartuntatautirekisteri raportoi nykyisin vain uusien klamydiatartuntojen lukumäärän, mutta ei sitä, kuinka paljon näytteitä kaikkiaan on otettu ja kuinka iso osuus otetuista näytteistä on ollut positiivisia. Tieto otettujen näytteiden kokonaismäärästä olisi saatavissa nykyisistä laboratorioiden tekemistä ilmoituksista, mutta sitä ei ole koottu ja raportoitu vähäisistä henkilöresursseista johtuen (Ruutu 2006). Luotettavan tiedon saamiseksi klamydiatartuntojen epidemiologisesta tilanteesta kyseinen tieto olisi koottava ja klamydiatartuntojen määrän kehitys olisi ilmoitettava vuosiraporteissa myös suhteutettuna näytteenottoon. Yleisimpien sukupuoliteitse tarttuvien tautien esiintyvyyttä olisi periaatteessa mahdollista seurata myös äitiysneuvolassa kerättyjen seeruminäytteiden tutkimuksella.

Koulu- ja opiskelijakyselyihin perustuvalla tiedonkeruulla saadaan nykyisin koko väestön kattavaa tietoa nuorison terveyskäyttäytymisestä seksuaaliterveys mukaan lukien noin 16 vuoden ikään saakka. Sitä vanhempien opiskelijoiden seksuaalikäyttäytymisestä saadaan tietoa vain lukiolaisista ja yliopisto-opiskelijoista. Toistuvien kyselyjen ulkopuolelle jäävät toisen asteen ammatillisessa koulutuksessa olevat ja kokonaan koulujen

ulkopuolella olevat nuoret. Kuitenkin heidän terveytensä ja terveyskäyttäytymisensä on todettu muita samanikäisiä huonommaksi, ja systemaattinen tiedonkeruu on laajennettava koskemaan tätäkin väestöryhmää. Ammattikorkeakouluissa opiskeleville tehdystä kertaluonteisesta terveystarkastuksesta ei kysytty seksuaaliterveyteen liittyviä asioita (Erola 2004). Mikäli kysely myöhemmin toistetaan, seksuaaliterveys pitäisi liittää tutkittaviin aihepiireihin.

Kyselyillä ja rekisteritiedoilla tulisi koota nykyistä enemmän tietoa seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvien parisuhteista, elinoloista ja seksuaaliterveydestä.

Aikuisväestölle tehtävistä kyselyistä ei saada säännöllisesti tietoa ehkäisymenetelmien käytöstä ehkäisypillereiden käyttöä lukuun ottamatta. Tiedot ovat olleet erillisten tutkimusten varassa, joita on tehty epäsäännöllisesti melko pitkin välein ja erilaisilla menetelmillä, mikä heikentää tulosten vertailukelpoisuutta.

Nykyisin jo kerättävien seksuaali- ja lisääntymisterveyden tilasto- ja rekisteritietojen hyödyntämistä ja etenkin niiden yhdistettyä käyttöä on tehostettava edelleen sekä väestön terveyden seurannan että tutkimuksen tarkoituksiin. Käytön tehostamisen vaatimus koskee terveydenhuollon palveluita antavia yksiköitä, sosiaali- ja terveysministeriön alaisia tutkimuslaitoksia sekä yliopistoja, korkeakouluja ja ammattikorkeakouluja. Tilasto- ja rekisteritietojen käytön tehostaminen edellyttää rekisterien hyvää yhteistyötä ja tietojen ristikkäistä käyttöä. Sen vuoksi on tärkeää, että jatkossakin yksi viranomaisen kerää ja arkistoi lisääntymisrekisterien tiedot.

Lisääntymis- ja seksuaaliterveyttä kokoavien julkaisujen tekeminen ei kuulu nykyisin minkään toimijan tehtäviin.

14.3 Seurantaindikaattoreiden kehittäminen

Kansanterveyslain muutos (L 928/2005) edellyttää, että kunnat seuraavat terveyttä edistävän toiminnan toteutumista ja väestön terveyttä väestöryhmittäin omassa kunnassaan. Tähän tarvitaan indikaattoreiden eli osoittimien kehittämistä terveyttä edistävän toiminnan eri aloille, myös seksuaali- ja lisääntymisterveyteen.

Kansanterveyttä kuvaavien osoittimien kehittäminen on ajankohtaista myös kansainvälisesti. Euroopan unioni pyrkii luomaan kattavan kansanterveyden seurantajärjestelmän (ECHI eli European Community Health Indicators). Seurantajärjestelmien tilastollisia osoittimia on kehitetty EU:n kansanterveys- ja kuluttaja-asioiden pääosaston rahoittamissa lisääntymis- ja seksuaaliterveyden hankkeissa. Komission suunnitelmissa on ollut, että ECHI-järjestelmän toimeenpanon jälkeen jäsenmaita veloitetaan keräämään terveyttä koskevat ydintiedot. Seurannan toteuttamisen aikataulusta ei ole selvyttä tällä hetkellä.

EU-hankkeissa ehdotetuista osoittimista (Taulukko 14.2) Suomen nykyisistä tiedonkeruujärjestelmistä saadaan hyvin synnytyksiä ja vastasyntyneitä koskevat osoittimet. EU-hankkeen ehdotuksissa lisääntymisterveyden indikaattorit sisältävät tässä toiminta-

ohjelmassa seksuaaliterveyden aihealueita. Kaikkia näitä osoittimia varten ei ole vielä vakiintuneita tiedonkeruumenetelmiä.

Taulukko 14.2. Ehdotetut EU:n tasolla kerättävät perinataali- ja lisääntymisterveyden osoitintiedot

Perinataaliterveys (PERISTAT-hanke)	
Indikaattori	Tiedon kerääjä Suomessa
1. Kuolleena syntyneiden osuus	Stakes/Tilastokeskus
2. Neonataalikuolleisuus	Tilastokeskus
3. Imeväiskuolleisuus	Tilastokeskus
4. Syntymäpainon jakauma	Stakes
5. Raskauden keston jakauma	Stakes
6. Äitiyskuolleisuus	Tilastokeskus
7. Monisikiöisten synnytysten osuus	Stakes
8. Synnyttäjien ikäjakauma	Stakes/Tilastokeskus
9. Aiempien synnytysten jakauma	Stakes
10. Synnytystapa	Stakes
Lisääntymisterveys (REPROSTAT-hanke)	
Indikaattori	Tiedon kerääjä Suomessa
1. a) Raskaana olevien naisten HIV-testauksen hyväksyminen	KTL
b) positiiviset raskaana olevat naiset	KTL
2. Klamydian esiintyvyys	KTL vain uudet tapaukset
3. Kondomin käyttö viimeisessä korkean riskin yhdynnässä	Nuorisokysely*
4. Ensimmäisen yhdynnän mediaani-ikä	Ei ole saatavissa
5. Ehkäisyn käyttö ensimmäisessä yhdynnässä	Nuorisokysely*
6. Teini-ikäisten synnytyksluvut	Stakes, Tilastokeskus
7. Ehkäisyn käyttö	Ei kerätä järjestelmällisesti
8. Ensisyntyneiden keski-ikä	Stakes, Tilastokeskus
9. Kokonaishedelmällisyysluku	Tilastokeskus
10. Raskautta vuoden tuloksetta yrittäneiden osuus	Ei kerätä järjestelmällisesti
11. Lapsettomuushoidoista syntyneiden lasten osuus	Stakes, vain hedelmöityshoidoista syntyneet lapset
12. Raskaudenkeskeytysten määrä	Stakes
13. Kohdunpoiston kokeneiden naisten osuus	Stakes, vain uudet tapaukset
14. Hormonihoitoa saaneiden naisten osuus	Kelan lääketiedot
15. Virtsanpidätysongelmia kokeneiden naisten osuus	Ei kerätä järjestelmällisesti
16. Erektiohäiriön kokeneiden miesten osuus	Ei kerätä järjestelmällisesti
17. Itseraportoitu tyytyväisyys seksuaaliterveyteen	Ei kerätä järjestelmällisesti
18. Seksuaalista väkivaltaa kokeneiden osuus	Ei kerätä järjestelmällisesti

*) Nuorisokyselyt = Stakesin Kouluterveyskysely, Tampereen yliopiston Nuorison terveystapakysely, Jyväskylän yliopiston ja WHO:n yhteinen koululaiskysely

EU-hankkeen ehdottamista seksuaali- ja lisääntymisterveyden indikaattoreista Suomessa ei ole nykyisillä tiedonkeruujärjestelmillä saatavissa yhdyntöjen aloittamisen mediaani-ikä, koska kaikki väestöryhmät kattava tiedonkeruu loppuu peruskoulun päättävien ikäluokkaan (keski-ikä 15,8 vuotta) ja mediaani-ikä lienee 16 ja 17 ikävuoden välillä. Nykyisin peruskoulun loppuessa kerättävä tieto antaa kansallisesti riittävän kuvan kehityksen seuraamiseksi, mutta ei mahdollista suoraan kansainvälistä vertailua.

Teini-ikäisten (alle 20-vuotiaiden) synnytyksiä kuten muitakin synnytyksiä koskeva tieto kerätään meillä Tilastokeskuksen ja Stakesin lisääntymisrekisterin yhteistyönä. Tietoja ei raportoida yhtä nopeasti eikä yksityiskohtaisesti kuin tietoja raskauden keskeytyksistä. Tieto sekä nuorten synnytyksistä että keskeytyksistä tarvitaan seksuaaliterveyden kehityksen seurantaan, ja molemmat tiedot ovat tärkeitä myös alueellisesti eriteltynä. Valtakunnallisiin vuosiraportteihin olisi eriteltävä alaikäisten synnytykset ja keskeytykset omaksi indikaattorikseen.

EU-hankkeen ehdottamista indikaattoreista tiedonkeruu puuttuu kokonaan aikuisväestön ehkäisymenetelmien käytöstä (ehkäisy pillereitä käyttävien osuutta lukuun ottamatta). Tämä on seksuaaliterveyden kannalta keskeinen indikaattori, jonka systemaattinen tiedonkeruu olisi järjestettävä. Tietoa tarvitaan muun muassa palvelujärjestelmän toimivuuden arvioinnissa ja sitä kysytään usein myös kansainvälisiä vertailuja varten.

Kaikki EU-hankkeen kautta tulleet ehdotukset seksuaali- ja lisääntymisterveyden indikaattoreista eivät ole Suomen oloissa perusteltuja. Jatkossa on tärkeää, että seksuaali- ja lisääntymisterveyden indikaattoreiden kehittäminen jatketaan pääasiassa jo olemassa olevan tiedonkeruun pohjalta, kansainvälinen vertailtavuus mahdollisimman pitkälle huomioiden.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi tarvitaan myös palveluiden laadun kehittämistä ja laadun seuranta. Yleisten tilastollisten seurantaindikaattoreiden kehittämisen jälkeen laatuindikaattoreiden kehittäminen on seuraava tärkeä kehitysvaihe. Ansio-kasta laatutyötä on tehty monessa terveydenhuollon yksikössä, mutta niiden tekemä työ ei kuitenkaan mahdollista valtakunnallista vertailua. Stakesissa kehitetään kansallisia laadunseurantaindikaattoreita, jotka hyödyttävät myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen laadunseuranta.

14.4 Avohoidon käyntitilastointi ja sähköinen potilaskertomus

Valtakunnallista sähköistä potilastietojärjestelmää kehitetään Kansallisessa hankkeessa terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (Kansallinen hanke... 2005). Terveydenhuollon tietohallinnon kehittäminen on osa toimintojen ja rakenteiden uudistamista. Kuntien ja kuntayhtymien sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien yhteensopivuutta kehitetään siten, että samalla varmistetaan korkea tietoturvan ja tietosuojan taso (STM 2004). Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä tulee voimaan 1.7.2007. Lain nojalla luodaan yhteinen potilastiedon käsittely- ja arkistointijärjestelmä vuoteen 2011 mennessä.

Sähköisen tiedonkeruun yhtenäistäminen parantaa niin paikallisen, alueellisen kuin kansallisen tason tilastointia. Tämä koskee erityisesti niitä terveystietojärjestelmän osia, joiden tilastointi on puutteellista. Parhain esimerkki on perusterveydenhuolto ja neuvolatoiminta sen osana.

Perusterveydenhuollon tutkimuksen ja kehittämisen keskeinen hidaste on ollut tilastoinnin puute, minkä vuoksi tieto terveystietojärjestelmien sisällöistä on ollut erilliselvitusten varassa. Osana avohoidon tilastointiuudistusta Stakesissa on kehitetty ehdotus avohoidon käyntien luokituksista, jolla saadaan tietoa yksittäisten palvelutapahtumien sisällöistä. Palvelutapahtumaksi ymmärretään kaikki toiminnot, joissa asiakas tai hänen ongelmansa on ollut palvelunantajan käsiteltävänä ja josta kirjataan tietoa sähköiseen potilasasiakirjaan. Sairaanhoidon osuutta koskeva osuus on ollut pilotoitavana useilla kokeilupaiakkakunnilla vuosien 2005-2006 aikana. Luokitus kattaa sairaanhoitotoiminnan ohella myös terveysneuvonnan ja muun ehkäisevän toiminnan, josta on syksyllä 2006 saatu valmiiksi käyntitoimintoja kuvaavat luokitukset. Käyntien yksityiskohtaisempaa sisältöä kuvaava toimenpideluokitus on keväällä 2007 valmisteltavana. Suunnitteilla on, että muun muassa ammattiryhmät, yhteydenottotapa ja toiminnot (kuten äitiys- ja lastenneuvonta, ehkäisyneuvonta) eritellään nykyistä paljon tarkemmin.

Terveystietojärjestelmien keskeisiin haasteisiin kuuluu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lukuisten tietojärjestelmien yhteensovittaminen. Perusterveydenhuollossa käytetään neljää potilastietojärjestelmää ja erikoissairaanhoidossa niin ikään neljää järjestelmää, joiden välinen tiedonvaihto on saatava toimimaan. Lisäksi erikoissairaanhoidossa joillakin toiminnoilla on käytössä omia erillistietojärjestelmiään, joita käytetään hoitoa koskevien tietojen kirjaamiseen esimerkiksi synnytysten hoidossa, leikkaus- ja anestesiahoitoa sekä tehohoidossa. Perustietojärjestelmästä on voitava siirtää tarvittavat tiedot erillistietojärjestelmään ja vastaavasti sieltä on voitava siirtää jatkohoidon kannalta oleelliset tiedot perustietojärjestelmään.

Sähköisen potilastietojärjestelmän avulla on mahdollista koota terveydenhuollon toiminnan seurantaan, tutkimukseen ja kehittämiseen tarvittavaa tietoa, mutta sitä varten tieto on saatettava rakenteiseen muotoon. Potilastietojärjestelmän tietojen rakenteinen määrittely on meneillään vuonna 2007. Yhteiset ydintiedot on jo määritelty. Ydintiedoilla tarkoitetaan keskeisiä potilaan terveyden- ja sairaanhoidon tietoja kuten potilaan tunnistetietoja, tietoja potilaan ongelmista ja diagnooseista, fysiologisista mittauksista ja terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Niiden lisäksi määritellään tiettyjä tauti-, ongelma- ja erikoisalakohtaisia tietoja. Näitä ovat muun muassa äitiyshuoltoa ja lasten terveyttä koskevat tiedot. Tietojen rakenteisessa määrittelyssä tarvitaan yhdenmukaisia luokituksia, nimikkeistöjä tai sanastoja sekä koodistoja. Tällöin tiedot voidaan tallentaa yhtenäisellä tavalla maan kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä, joista tiedot ovat sitten kerättävissä kansallisiin tilastoihin.

Äitiyshuollon hoitoketjun tietojen määrittely -hankkeessa määritellään ne tiedot, joiden olisi siirryttävä äitiysneuvoloiden perustietojärjestelmästä synnytysairaalan perustietojärjestelmään ja siitä edelleen synnytysalissa käytettävään erillistietojärjestelmään. Lisäksi tietojärjestelmätoimittajien kanssa tuotetaan tarkempi toimintalähtöinen äitiyshuol-

lon tietojärjestelmäkokonaisuuden vaatimusmäärittely. Hankkeen tulokset on tarkoitettu hyödynnettäväksi valtakunnallisesti. Hankkeessa tuotetaan myös terveydenhuollon toimintayksiköille opas äitiyshuollon hoitoketjun tiedoista (Äitiyshuollon hoitoketjun tietojen määrittely 2006).

Lasten ja nuorten terveyden tilaa ja palveluiden käyttöä kuvaavaa tiedonkeruujärjestelmää kehitetään sosiaali- ja terveysministeriön vuoden 2004 lopussa käynnistämässä hankkeessa, jossa määritellään keskeisiä tietosisältöjä lasten ja nuorten terveysseurannan ja avoterveydenhuollon tilastoinnin kehittämiseksi. Lasten ja nuorten terveysseurannaa kehitetään KTL:lla ja avoterveydenhuollon tilastointia Stakesissa osana tilastouudistusta. Aggregoitujen tietojen kokoaminen mahdollistaa erillisselvityksistä, esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön joka viides vuosi tekemästä imeväisikäisten ruokinta -selvityksestä, luopumisen.

Tilastoviranomaiset pitävät tärkeänä, että sähköinen potilastietojärjestelmä ja rekisteriaineisto pysyvät erillisinä, toisin sanoen yhtä, koko terveydenhuollon kattavan rekisterin muodostamista ei pidetä tarkoituksenmukaisena. Tiedonvaihdon kansallisen sähköisen potilasjärjestelmän ja valtakunnallisten terveydenhuollon rekisterien välillä katsotaan parantavan rekisteri- ja tilastotietojen laatua, luotettavuutta ja nopeutta. Terveydenhuollon rekisterien tietosisällön laajentaminen ei kuitenkaan ole mahdollista ilman lainsäädännöllisiä muutoksia.

Tavoitteet:

- Kaikkien väestöryhmien seksuaali- ja lisääntymisterveyden säännölliseksi seuraamiseksi on luotettavat tiedonkeruumenetelmät ja tilastointitavat. Erityistä huomiota kiinnitetään riittävien tietojen saamiseen sosioekonomisten terveyserojen tunnistamiseksi ja kaventamiseksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden osalta.
- Sähköisen potilaskertomusjärjestelmän avulla saadaan tarvittavat tiedot myös seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden seurantaan, tilastointia, tutkimusta ja kehittämistä varten.

Toimenpiteet:

1) Tiedonkeruun tehostaminen

- Stakesin Kouluterveyskysely laajennetaan koskemaan toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevia nuoria. Pilotointi tehdään vuonna 2007.
- Nuorten terveyskyselyihin sisällytetään määrävälein seksuaalista väkivaltaa koskevia kysymyksiä.
- KTL:n aikuisväestön terveyskäyttäytyminen -kyselyn yhteydessä aletaan kerätä tietoa ehkäisy menetelmien käytöstä
- Stakes kehittää sikiöseulontojen tilastointia.
- Imetyksen tilastointi aloitetaan.
- Perustettavaksi ehdotettu seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhteistyöelin (luku 16) seuraa tiedonkeruun kokonaisuutta ja arvioi sen ajantasaisuutta.

2) Raportoinnin ja sen hyödynnettävyyden kehittäminen

- Kouluterveyskyselyn seksuaaliterveyttä koskevat osiot analysoidaan ja raportoidaan säännöllisesti määrävälein Stakesin ja KTL:n asiantuntijoiden yhteistyönä.
- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijaelin laatii joka toinen vuosi seksuaali- ja lisääntymisterveydestä kokoavan ajankohtaiskatsauksen. Vastaavat tiedot raportoidaan joka neljäs vuosi eduskunnalle annettavassa sosiaali- ja terveyskertomuksessa, seuraavan kerran 2010.
- KTL raportoi anturikeskusten kautta saadut keskeiset tiedot sukupuolitautitilanteesta säännöllisesti.
- KTL kokoaa laboratorioilmoituksista säännöllisin väliajoin tehtyjen klamydiatestien määrän ja raportoi ilmoitetut uudet tautitapaukset suhteutettuna testien määrään.
- Tilastoviranomaiset tehostavat raportointia alueellisiin tarpeisiin siten, että tiedonantajapalaute annetaan alueellisia yksiköitä parhaiten palvelevalla tavalla.
- Sairaanhoidopiirit ja terveyskeskukset hyödyntävät säännöllisesti olemassa olevia Stakesin, KTL:n ja Tilastokeskuksen tilastotietoja oman alueensa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi.
- Stakesin SAMPO-hankkeessa otetaan seksuaali- ja lisääntymisterveys omaksi kokonaisuudekseen kehitettäessä tilastotuotteiden koonteja kuntien, sairaanhoidopiirien ja koko maan näkökulmasta.

3) Seurantaindikaattoreiden kehittäminen

- Tilastoviranomaiset kehittävät seurantaindikaattoreita kansallisiin alueellisiin ja paikallisiin tarpeisiin kansainvälisen kehityksen huomioiden.
- Perustettavaksi ehdotettu seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhteistyöelin (ks. luku 16) seuraa indikaattoreiden ajantasaisuutta ja tekee ehdotuksia niiden kehittämisestä.

4) Sähköisen potilaskertomusjärjestelmän kehittäminen

- Keskeiset seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevat tiedot määritellään sähköistä potilaskertomusjärjestelmää varten rakenteisesti siten, että tiedoista on mahdollista koota paikallisia ja kansallisia tilastoja.

Lähteet:

- A 948/1973. Asetus kuolemansyyn selvittämisestä. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1973/19730948>. Luettu: 29.12.2006.
- A 786/1986. Tartuntatautiasetus. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1986/19860786>. Luettu 29.12.2006.
- A 774/1989. Asetus terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1989/19890774>. Luettu 29.12.2006.
- Erola H. Ammattikorkeakouluopiskelijoiden hyvinvointi 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:16. Helsinki 2004.
- Hämäläinen H, Gissler M ja Muuri A sekä työryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005. Palvelujärjestelmä ja sen toimivuus –ryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2003:21. Helsinki, 2003.
- Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. 2005. Sosiaali- ja terveysministeriö. Hankkeita. Päivitetty 12.10.2005. Luettavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/terveysprojekti.htx> Luettu 14.7.2006
- L 459/1973. Laki kuolemansyyn selvittämisestä. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1973/19730459>. Luettu: 29.12.2006.
- L 583/1986. Tartuntatautilaki. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1986/19860583>. Luettu 29.12.2006.
- L 556/1989. Laki terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1989/19890556>. Luettu: 29.12.2006.
- L 523/1999. Henkilötietolaki. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1999/19990523>. Luettu: 29.12.2006.
- L 928/2005. Laki kansanterveyslain muuttamisesta. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050928>. Luettu 29.12.2006.
- Ruutu Petri. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden työryhmän seksuaaliterveyden jaoston kokous 1.11.2006.
- STM. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:20. Helsinki, 2004.
- Äitiyshuollon sähköisen potilaskertomuksen rakenteiset tiedot. Opas. Luonnosversio 1.1 25.10.2006.

15 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN TUTKIMUS

15.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveys tutkimusalana Suomessa

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimuskenttä ei ole määriteltävissä yksiselitteisesti käsitteen laaja-alaisuuden ja erilaisten rajaamistapojen vuoksi. Seksuaaliterveyden tutkimus on monitieteellistä, ja sitä voidaan lähestyä seksologian alan määrittelyn kautta. Seksologia sisältää muun muassa terveystieteitä, yhteiskuntatieteitä, käyttäytymistieteitä, kulttuurin ja viestinnän tutkimusta. Lisääntymisterveys voidaan keinotekoisesti rajata raskauteen, synnytykseen ja hedelmällisyyteen liittyviin asioihin, mutta siitä huolimatta päällekkäisyys seksuaaliterveyden kanssa on ilmeinen.

Seksuaaliterveyden tutkimuksesta on vaikea saada kattavaa kuvaa, koska julkaisuja tuotetaan useilla tieteenaloilla. Yhtenäistä hakusanakäytäntöä ei ole, joten hakutulokset jäävät helposti puutteellisiksi. Vuoden 2000 jälkeen eri ulkomaisten ja kotimaisten julkaisujen tietokannoista tehdyn haun perusteella suomalaisten tekijöiden nimikkeitä löytyi runsaat 70 (Kontula 2006).

Yliopistot ja ammattikorkeakoulut

Lisääntymisterveyden kliininen tutkimus on perinteistä lääketieteellistä tutkimusta. Se sijoittuu yliopistoissa ja erikoissairaanhoidossa naistentautien ja synnytysten oppialaan, jonka piirissä tehdään valtaosa alan tutkimustyöstä. Seksuaaliterveyden aiheita tutkitaan muun muassa urologiassa (miesten seksuaaliset toimintahäiriöt) ja iho- ja sukupuolitautilien alalla. Alan suomalaista tutkimusta on julkaistu runsaasti niin kansainvälisissä kuin kotimaisissa lehdissä.

Seksuaaliterveyteen liittyvää tutkimusta on tehty terveystieteiden ohella eniten yhteiskuntatieteiden tieteenaloilla. Tutkimusyhteistyötä tarvittaisiin enemmän muun muassa kasvatustieteiden, psykologian ja viestinnän tutkimuksen kanssa. Suomessa on jo vakiintunutta, usein yliopistojen ja tutkimuslaitosten yhteistyönä tehtyä seksuaaliterveyden tutkimusta, jonka kautta saadaan jatkuvasti seurantaluonteista tietoa muun muassa väestön seksuaalikäyttäytymisestä (FINSEX/ Väestöntutkimuslaitos, Kouluterveyskysely/Stakes, WHO-koululaistutkimus/JyY) ja ehkäisy pillereiden käytöstä (Nuorten terveystapatutkimus/TaY, aikuisväestön terveyskäyttäytyminen/KTL). KTL:n ja yliopistojen yhteistyönä toteutettava HPV-rokotetutkimus on viime vuosien suurimpia tutkimushankkeita seksuaaliterveyden aihealueella.

Laadullista eli kvalitatiivista tutkimusta seksuaali- ja lisääntymisterveyden aiheista on tehty hoitotieteen piirissä. Hoitotieteen tutkijoita osallistuu myös pohjoismaiseen ”Barnafödande i Norden – ett vårdvetenskapligt kvalitativt nätverk” -tutkijaverkostoon. Laa-

dullista tutkimusta tarvittaisiin kaikkiaan enemmän seksuaali- ja lisääntymisterveyden aihepiiriin ilmiöiden syvällisempään ymmärtämiseen.

Ammattikorkeakouluissa tehdään paljon seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujärjestelmään ja asiakastyöhön suuntautuvia selvityksiä opinnäytetöinä ja työelämän yhteistyöhankkeina sekä soveltavana tutkimuksena.

Stakes

Stakesissa tehdään lisääntymisterveyteen liittyvää tutkimusta terveydenhuollon tulosalueen ”Käytäntöjen tutkimus” -ryhmässä, joka tutkii muun muassa lisääntymisterveyden palvelujärjestelmiä. Stakesissa on tehty kansainvälisesti merkittävää epidemiologista ja terveydenhuoltoa koskevaa tutkimusta. Suuri osa tästä on ollut rekistereihin pohjautuvaa. Stakesin lisääntymisterveyttä koskevat rekisterit ovat olleet tietolähteenä myös suurelle joukolle tutkimuksia, jotka on tehty Stakesin ulkopuolella tai yhteistyössä Stakesin kanssa.

Hyvinvointi-tulosalueella on toteutettu pienimuotoisia seksuaaliterveyden edistämisen tutkimushankkeita ja selvityksiä. Nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyvää tietoa saadaan vuosittaisesta Kouluterveyskyselystä. Joitakin perustietoja julkaistaan Stakesin verkkosivuilla, mutta kertyneen tiedon yksityiskohtaisempaan analysointiin ja raportointiin ei ole ollut resursseja.

Stakesin sisällä seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueella toimivat tutkijat ja muu henkilöstö ovat verkostoituneet ja järjestävät säännöllisiä tapaamisia, joissa toimintaa suunnitellaan ja koordinoidaan.

Kansanterveyslaitos

Kansanterveyslaitos toteuttaa laajaan seurantatietoon ja sen rekisteriyhdistämiseen perustuvaa tutkimusta klamydiainfektioiden riskitekijöistä, epidemiologiasta ja pitkäaikaisvaikutuksista sekä käynnistää yläasteikäisten paikkakuntasatunnaistetun papilloomavirusrokotustutkimuksen. Kansanterveyslaitoksella toteutetaan Aikuisväestön terveyskäyttäytymistutkimus vuosittain postikyselynä, FINRISKI-tutkimus viiden vuoden välein ja laaja terveystutkimus 10-15 vuoden välein (Mini Suomi, Terveys 2000). FINRISKI ja Terveys 2000 -tutkimuksissa on ollut erillinen lisääntymisterveysosio. Tämä mahdollistaa lisääntymisterveyteen liittyvien asioiden seurannan väestötasolla.

Työterveyslaitos

Työterveyslaitos on monitieteinen tutkimus- ja asiantuntijalaitos, joka toimii kuudella paikkakunnalla sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonalalla. Tavoitteena on, että työ-

elämä on terveellistä ja turvallista koko työuran ajan. Työtoksikologian alalla tutkitaan muun muassa työn vaikutuksia raskauksiin ja keskenmenoihin. Työhyvinvoinnin aihepiireihin kuuluvat muun muassa sukupuolinen syrjintä ja seksuaalinen häirintä työpaikoilla, josta Työterveyslaitos on tehnyt tutkimusta ja laatinut ohjeita työpaikoille.

Muu toiminta

Stakesin ja Kansanterveyslaitoksen tutkijaverkostojen (ks. edellä) lisäksi löyhemmin organisoituneita seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkijaverkostoja on Sosiaalilääketieteen yhdistyksellä (lisääntymisterveyden jaos) ja Suomen Seksologisella Seuralla (tutkimusjaosto). Nuorisotutkimusverkostossa ei ole tällä hetkellä suoranaisesti seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkijoita, mutta verkostossa tehdään aihepiiriä sivuavaa gender-tutkimusta. Naistutkimuksen ja lesbo-, homo- ja queer-tutkimuksen yhteydessä tehdään seksuaaliterveystietoa hyödyttävää tutkimusta jonkin verran (ks. www.helsinki.fi/jarj/sqs/).

Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskuksessa tehdään seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvää tutkimusta neuvoloiden asiakasperheiden ja työntekijöiden näkökulmasta. Tutkimusteemoja ovat muun muassa vanhemmuus ja parisuhde sekä niiden tukeminen neuvolan vastaanotoilla, perhevalmennuksessa ja kotikäynneillä. Nämä teemat sisältyvät lasta odottavien perheiden ja lapsiperheen arjen voimavaralomakkeisiin, joiden käytöstä kerätään palautetietoa. Tavoitteena on tunnistaa parhaimmat käytänteet. Lisäksi Neuvolakeskus osallistuu monitieteisessä tutkijaryhmässä äitiyshuollon palvelujen saatavuuden ja jatkuvuuden tutkimiseen.

15.2 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimuksen haasteet

Seksologialla tai seksuaaliterveydellä ei ole yhtään opetusvirkaa yliopistolaitoksessa, minkä vuoksi myöskään tutkimuksella ei ole yliopistollista ”kotipesää”. Tutkimusrahoituksen saaminen on lähes mahdotonta ilman tutkijoiden taustaorganisaatiota. Alan monitieteisyys vaikeuttaa myös osaltaan sijoittumista minkään olemassa olevan yliopistolaisen oppialan suojiin.

Seksologian ja seksuaaliterveyden tutkijat ovat sivutoimisia ja hajallaan eri yliopistoissa ja ammattikorkeakouluissa sekä sektoritutkimuslaitoksilla, mistä aiheutuu yhteistyön, koordinaation ja jatkuvuuden puute. Alalla ei ole järjestelmällistä verkostoitumista, ja esimerkiksi yhtään eri toimijoiden tuottamaa tutkijakoulua tai tutkimusohjelmaa ei ole käynnissä.

Korkealaatuisten terveydenhuollon rekistereidemme tietoja yhdistämällä on mahdollista saada suuriin aineistoihin perustuvaa, kansainvälisestäkin ainutlaatuista tutkimustietoa. Tätä mahdollisuutta on jo hyödynnettykin, mutta rekisteritietojen yhdistämistä voitaisiin hyödyntää vielä nykyistä tehokkaammin ja monipuolisemmin.

Toimintaohjelman laatimisen myötä on noussut esille useita seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen kannalta tärkeitä aiheita, joista tietoa puuttuu siitä huolimatta, että tieto on luonteeltaan perustavaa laatua tai koskee suuria väestöryhmiä. Tutkimusaiheita on koottu taulukkoon 15.1.

Taulukko 15.1. Esimerkkejä seksuaali- ja lisääntymisterveyden aiheista, joista tutkimustieto on puutteellista.

<ul style="list-style-type: none"> • seksuaali- ja lisääntymisterveyden sosioekonomiset erot • seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvä palvelutarve ja palveluiden saatavuus • palvelujärjestelmän ja palveluketjujen toimivuus ja kustannusvaikuttavuus • erityisryhmien palvelutarpeisiin vastaaminen äitiyshuollossa • lääkäreiden ja terveydenhoitajien/kätilöiden työnjaon kehittäminen seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluissa • väestön seksuaalinen hyvinvointi ja parisuhteet • seksuaaliasenteiden muutokset • aikuisväestön seksuaaliterveystiedot • mediakulttuurin vaikutukset seksuaalikäyttäytymiseen ja -terveyteen 	<ul style="list-style-type: none"> • maahanmuuttajien kokemukset seksuaali- ja lisääntymispalveluista, palvelutarpeet ja odotukset • seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen tarpeet, kohtelu ja kokemukset palveluissa • seksuaalisen väkivallan yleisyys • ehkäisymenetelmien käytön trendit • suunnitellun perhekoon ja lasten syntymän ajoituksen toteutuminen • synnytyspelkojen ehkäisy ja hoidon vaikuttavuus • synnytyksen jälkeisen masennuksen ehkäisy ja hoidon vaikuttavuus • perhevalmennuksen vaikuttavuus • episiotomian välttäminen ja välilihan tukeminen • imetyksen tukemisen hoitokäytännöt Suomessa
---	---

15.3 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimuksen rahoitus

Terveystieteellinen tutkimusrahoitus

Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ei mainita erikseen Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa tai sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa 2004–2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveys liittyy kuitenkin läheisesti moniin teemoihin, joita on haluttu painottaa viime vuosien suomalaisen yhteiskunnan tavoitteenasettelussa kuten syrjäytymisen ehkäiseminen, lasten ja nuorten terveyden edistäminen ja väkivallan vähentäminen. Ruotsissa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen on yksi kansanterveysohjelman 11 nimetystä aihealueesta.

Tutkimusrahoituksen näkökulmasta seksuaali- ja lisääntymisterveyden ongelma on, että aihepiirin yhteyttä terveyden ja hyvinvoinnin kokonaiskenttään ei vielä mielletä. Terveyden edistäminen on pitkään rajattu perinteisiin aiheisiin kuten tupakointiin, päihteiden käyttöön, ylipainoon ja liikuntaan. Seksuaaliterveyttä edistävä käyttäytyminen on vastaavalla tavalla oma aihealueensa, jolla on yhtymäkohtansa muihin terveys- tapoihin sekä sosioekonomisiin taustatekijöihin. Viime vuosina se on alkanutkin näkyä erilaisten ehkäisevän terveydenhuollon oppaiden ja terveyden edistämisen laatusuosituksen sisällöissä samoin kuin terveyden edistämisen määrärahoja koskevassa hakuoh-

jeessa. Kuitenkaan terveydenhuollon tutkimukseen suunnatuissa tutkimusohjelmissa seksuaali- ja lisääntymisterveyden aihealuetta ei ole toistaiseksi missään nimetty erikseen. Se ei kuulu myöskään minkään säätiön erikseen nimettyihin rahoituskohteisiin.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimuksen eri lähteistä saamasta rahoituksesta ei ole tehty selvityksiä. Seksuaaliterveyteen liittyvää tutkimusta ja kehittämistyötä on josain määrin rahoitettu Terveiden edistämisen määrärahoista. Olettavasti pääosa rahoituksesta tulee terveystieteellisen tutkimuksen piiristä. Erityisesti lisääntymisterveyden kliininen tutkimus on vahvasti painottunut erikoissairaanhoidon ja rahoitus tulee siten samoista lähteistä kuin erikoissairaanhoidon muukin tutkimusrahoitus.

Terveystieteellisen tutkimuksen tärkeimmät rahoituslähteet ovat terveydenhuollon yksiköille maksettava korvaus tutkimustyöstä eli erityisvaltionosuus (ns. tutkimus-EVO), josta osa kuluu tutkimuksen infrastruktuurin ylläpitämiseen ja vain osa (25–50 %) on kilpailutettavaa tutkimusrahoitusta (STM 2006).

Seksuaaliterveyden edistäminen on pääosin kunnissa ja perusterveydenhuollossa toteutettavaa työtä, joten sen tutkimusrahoitusta olisi paikannettava myös sinne. Terveyskeskusten on ollut mahdollista saada tutkimus-EVOa vuodesta 2000 lähtien. Vuoden 2004 asetusmuutoksella (10/2004) yliopistosairaalat veloitettiin ohjaamaan vähintään 10 % saamastaan tutkimus-EVOsta tutkimus- ja hoitomenetelmien vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta sekä terveystieteellisen tutkimuksen, erityisesti terveyskeskusten, toimintaa koskevaan tutkimukseen. Vuonna 2006 terveyskeskusten saama osuus koko tutkimus-EVOsta oli 3,7 % (STM 2006) ja summa menee vain pienelle osalle terveyskeskuksista (Mattila ja Mäkelä 2005). Valtion tarkastusviraston mukaan EVO-korvausta ei käytetä aina säännösten edellyttämällä tavalla, mikä näkyy erityisesti terveystieteellisen tutkimuksen kohdistuvan tutkimuksen vähäisyytenä (STM 2005). Muun muassa tämän vuoksi koko EVO-järjestelmän ja jakoperusteiden uudistus on meneillään vuonna 2007.

Sairaanhoidopiireissä EVO:n lisäksi rahaa tulee ulkopuolisilta tahoilta, joista tärkeimpiä ovat yksityiset säätiöt, Tekes, Suomen Akatemia, Euroopan Unioni, teollisuus ja ulkomaiset tutkimusrahoittajat (STM 2005). Keskeisillä terveystieteellisen tutkimuksen rahoittajilla on kullakin käynnissä mittava terveydenhuoltoon kohdistuva monivuotinen tutkimusohjelma (Sitra: Terveidenhuollon ohjelma 2004–2009, Tekes: Terveidenhuollon tiedeteknologiaohjelma FinnWell, Suomen Akatemia: Terveidenhuoltotutkimuksen ohjelma TERTTU 2004–2007). Rahoitusta ohjautuu jonkin verran myös perusterveydenhuollon tutkimukseen, mutta määrää on mahdoton arvioida (Mattila ja Mäkelä 2005). Monivuotisista tutkimusohjelmista tietyistä vain TERTTU-ohjelmassa on selvästi seksuaaliterveyspalveluihin liittyvä tutkimus osana isompaa konsortiotutkimushanketta (PERTTU, Perusterveydenhuollon tutkimuskonsortio, Tampereen yliopisto).

Muiden tieteenalojen seksuaaliterveyteen suuntaama tutkimusrahoitus

Seksuaaliterveyden edistäminen edellyttää tutkimusta myös terveystieteiden ulkopuolella tai vähintään tutkimusyhteistyötä eri tieteenalojen ja eri tutkimusorganisaatioiden vä-

lillä. Tällä tavoin toteutetun tutkimuksen rahoituskanavista tai -määristä ei ole olemassa kokonaiskuvaa.

Kansainvälinen tutkimusyhteistyö

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueella ei ole Euroopassa tutkimuskeskusta tai vastaavaa, joka pitkäjärjestyksellä kehittäisi ja koordinoisi eurooppalaista tutkimusyhteistyötä. Suomalaisilla yliopistoilla ja valtion tutkimuslaitoksilla on kuitenkin hankekoh- taista kansainvälistä tutkimusyhteistyötä esimerkiksi Virossa ja Pietarin alueella. Stakes koordinoi Kiinan maaseudun äitiyshuoltoa tutkivaa EU-hanketta ja äitiyshuollon hanke on meneillään myös Mosambikissa. Stakesin ulkomaanavun yksikön hankkeissa HIV/ AIDS ja sukupuolitautilien torjunta on ollut keskeinen aihe Luoteis-Venäjän projektissa ja Barentsin alueen projekti keskittyy kokonaan HIV/AIDS-teemaan (<http://idc.stakes.fi/EN/index.htm>). Ulkoministeriö on viime vuosina rahoittanut kehitysmaissa erityisesti äitiyshuoltoon liittyvää tutkimus- ja kehittämistoimintaa.

Tavoitteet:

- Seksuaaliterveyden tutkimustarpeet tunnistetaan (esim. tutkimusohjelmassa) ja tietoa niistä levitetään yliopistojen laitoksille ja ammattikorkeakouluille.
- Seksuaali- ja lisääntymisterveys tutkimusalue vahvistuu ja sille luodaan rakenteet.

Toimenpiteet:

- 1) Seksuaalikäyttäytyminen tunnistetaan yhdeksi terveyteen vaikuttavaksi tekijäksi ja seksuaaliterveyden tutkimus tunnustetaan osaksi terveyttä edistävää tutkimusta.
- 2) Seksuaali- ja lisääntymisterveyden aspektit huomioidaan Terveys 2015 -ohjelman mukaisissa tutkimus- ja hankerahoituksissa nuorten terveyden edistämiseksi ja sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseksi.
- 3) Seksuaaliterveyden tutkijoiden kansallista verkostoitumista ja tutkimusperinteen kehittymistä tuetaan rahoittamalla tutkijakoulua ja/tai perustamalla tutkimusohjelma.
- 4) Olemassa olevien seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkijaverkostojen yhteistyötä tiivistetään ja koordinoidaan sekä kotimaisen kertyvän tutkimustiedon hyödynnettävyyttä parannetaan.
- 5) Korkealaatuisten rekistereiden tuottaman tiedon hyödyntämistä (erityisesti eri rekistereiden tietoja yhdistämällä) tehostetaan suuntaamalla siihen riittävät voimavarat.
- 6) Tutkimus- ja kehittämistoiminnan EVO-rahoitus pidetään riittävänä ja varmistetaan, että perusterveydenhuollon palveluiden tutkimukseen ja terveydenhuoltotutkimukseen (seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelut mukaan lukien) suunnataan varoja palveluiden uudistamisen ja toimintaohjelman toteutumisen seuraamiseksi.
- 7) Kansainvälinen yhteistyö
 - Seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijayhteistyössä seurataan alan kansainvälistä tutkimusta, kokoaa ja välittää tietoja merkittävistä tuloksista kotimaisille toimijoille ja tutkijaverkostoille.
 - Kansainvälistä tutkimusyhteistyötä lisätään.

Lähteet:

- Kontula Osmo. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden työryhmän seksuaaliterveyden jaoston kokous 1.11.2006.
- Mattila J, Mäkelä M. Tutkimustoiminta terveyskeskuksissa: nykytila ja tulevaisuus. STM:n työryhmämuistioita 2005:4. Helsinki, 2005.
- STM. Valtion korvaus terveydenhuollon toimintayksiköille tutkimukseen ja koulutukseen. Järjestelmän ja rahoituksen kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:10. Helsinki, 2005.
- STM. Evo-tutkimusrahoituksen jakoperusteiden uudistaminen. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:34. Helsinki, 2006.
- Stakes: <http://idc.stakes.fi/EN/Policy/barents/policybarents.htm>.

16 TYÖNJAJON, YHTEISTYÖN JA KOORDINOINNIN KEHITTÄMINEN

16.1 Työnjako ja vastuut kansallisella tasolla

Sosiaali- ja terveysministeriö ja sen alaiset laitokset

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ohjaa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä ja palveluja tämän toimintaohjelman ohella lainsäädännön, sosiaali- ja terveyspoliittisten strategioiden, oppaiden ja laatusuositusten avulla. Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä aihekokonaisuuksia ovat muun muassa terveyden edistäminen, tartuntatautien ehkäiseminen, perhepolitiikan kehittäminen, varhaiskasvatuksen linjaaminen, lähi- ja parisuhdeväkivallan ehkäiseminen sekä palvelujärjestelmän kehittäminen. Kansallinen terveydenhuollon hanke, Sosiaalialan kehittämishanke sekä Kunta- ja palvelurakennemuutos vaikuttavat myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen rakenteeseen ja järjestämiseen. Matti Vanhasen II hallitusohjelman perusteella laadittava sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma ohjaa kehittämistyötä 2008-2011. Kansainvälistä yhteistyötä tehdään mm. WHO:n, EU:n ja YK:n kanssa. Ministeriön alaiset neuvottelukunnat kuten Kansanterveyden neuvottelukunta, Varhaiskasvatuksen neuvottelukunta, Lapsiasiain neuvottelukunta ja vuonna 2007 perustettava Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunta käsittelevät tehtäväksiänsä puitteissa väestön terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä kysymyksiä.

STM ohjaa Stakesia, Kansanterveyslaitosta, Työterveyslaitosta, Terveydenhuollon oikeusturvakeskusta, lääninhallituksia sekä muita hallinnonalansa virastoja ja laitoksia vuosittain laadittavilla tulossopimuksilla. Niissä sovitaan pidemmän ja lyhyemmän aikavälin tulostavoitteet ja voimavarat.

Kansanterveyslaitoksen (KTL) tehtävänä on seurata, valvoa ja tutkia väestön terveyttä ja sairauksien yleisyyttä sekä osallistua väestön terveyden edistämiseksi tarvittavaan selvitys- ja kokeilutoimintaan. Keskeisiä toiminta-alueita ovat tutkimus, asiantuntijatoiminta, kansanterveyden seuranta sekä palvelu- ja referenssilaboratoriotekävät. KTL vastaa siitä, että päätöksentekijöillä, eri alojen ammattilaisilla ja kansalaisilla on käytössään paras mahdollinen tieto valintojensa tueksi (www.ktl.fi/Esittely). KTL liitettiin vuonna 2005 kansanterveyslaissa tarkoitettuihin asiantuntijavirastoihin, joten sen kuntiin suuntautuva toiminta lisääntyy.

Kansanterveyslaitos perusti vuonna 2006 Oulun toimipisteeseensä Nuorten seksuaaliterveyden yksikön, joka toimii osana vuoden 2007 alusta käynnistynyttä Lasten ja nuorten terveyden osastoa. Uuden yksikön tavoitteena on kokonaisvaltaisesti parantaa nuorten seksuaaliterveyttä. Yksikön toimintaan kuuluu nuorten tyttöjen ja poikien papilloomavirusrokotustutkimus 25 paikkakunnalla, klamydiaseulonnan vaikuttavuustutkimus ja nuorten seksuaaliterveysneuvonnan kehittäminen.

Kansanterveyslaitoksen vastuulla ovat seuraavat seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät tehtävät:

- tartuntatautien seuranta ja torjunta, mm. tartuntatautirekisterin ylläpito (esim. sukupuoliteitse tarttuvat taudit), HPV-rokotetutkimus (nuorten seksuaaliterveyden yksikkö, Oulu) ja alkuraskauden infektiöseulonnat (Neuvolaserologian laboratorio)
- väestön terveyden ja terveyskäyttäytymisen seuranta (Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen, FINRISKI, Terveys 2000; Lasten terveysseurantajärjestelmä on kehitteillä). Kuntien tueksi valmistellaan järjestelmää, jonka avulla kunnat voivat seurata kuntalaisten terveyttä väestöryhmittäin
- nuorten seksuaalineuvonnan kehittäminen
- imetyksen edistäminen, jota varten on vuoden 2006 lopussa perustettu Kansallinen asiantuntijaryhmä (Lasten ja nuorten terveyden osasto, Oulu)
- terveyden edistämisen kuntayhteistyön vahvistaminen (hyvien käytäntöjen leviämisen tukeminen tiedotuksella, koulutuksella, opaskirjoja tuottamalla ja yhteistyöverkostoja rakentamalla)
- kansalaisen terveystietoportin perustaminen ja ylläpito.

Stakesin (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus) tehtävänä on edistää väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen toimivuutta ja arvioida hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavia muutoksia ja hyvinvointipolitiikan seurauksia. Ydintoimintoja ovat tutkimus, kehittäminen ja tietotuotanto.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyen Stakes:

- pitää yllä lisääntymisterveysrekistereitä ja -tilastoja sekä avoterveydenhuollon tilastoja (ks. luku 14)
- seuraa lasten ja nuorten terveyskäyttäytymistä (Kouluterveyskysely)
- toteuttaa lisääntymisterveyteen liittyviä tutkimushankkeita
- edistää seksuaaliterveyttä hankkeiden ja verkostoyhteistyön avulla (terveys-, sosiaali- ja opetustoimen ammattihenkilöstön yhteistyön ja osaamisen vahvistaminen)
- tekee yhteistyössä Puolustusvoimien kanssa asevelvollisten terveystutkimusta (mm. seksuaali- ja lisääntymisterveyden aiheista)
- laatii palveluiden laatukriteerejä
- kehittää palveluiden ja terveyden edistämisen vertaisarviointia (benchmarking)
- kehittää terveyden edistämisen paikallisia rakenteita ja johtamista (TEJO)
- välittää tietoa julkaisutoiminnallaan, verkkosivuillaan ja vuosittain järjestämällään tapahtumilla (Kouluterveyspäivät, Terve Kunta -päivät ja TerveSOS-tapahtuma)

- monissa kehittämishankkeissa sivutaan seksuaali- ja lisääntymisterveyttä esim. Varttua -hanke, varhaisen puuttumisen menetelmien kehittäminen (VARPU), PERHE-hanke, Aikalisä-hanke.

FinOHTA on Stakesissa toimiva terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö. Sen tavoitteena on edistää hyvien ja tieteelliseen näyttöön perustuvien menetelmien käyttöä Suomessa ja näin kehittää terveydenhuollon tehokkuutta ja vaikuttavuutta. Finohta välittää kotimaisen ja kansainvälisen arviointitutkimuksen tuloksia ja kokemuksia neljän julkaisusarjan avulla.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen (TEO) tehtävänä on osaltaan ylläpitää ja edistää potilasturvallisuutta sekä huolehtia terveystalouden laadusta. TEO pitää yllä terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriä, valvoo terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja vuodesta 2006 lähtien myös terveydenhuollon organisaatioita. Osa raskauden keskeyttämisestä ja sterilointia koskevista päätöksistä on säädetty TEO:n tehtäväksi.

Työterveyslaitos on monitieteinen tutkimus- ja asiantuntijalaitos, joka toimii kuudella paikkakunnalla sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonalalla. Tavoitteena on, että työelämä on terveellistä ja turvallista koko työuran ajan. Työhyvinvoinnin piiriin kuuluvia teemoja ovat muun muassa sukupuolisen syrjinnän ja seksuaalisen häirinnän ehkäisy työpaikoilla, joista aiheista Työterveyslaitos on tehnyt tutkimusta ja laatinut ohjeita työpaikoille.

Opetusministeriön hallinnonala

Opetusministeriön (OPM) vastuulla ovat yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen antama koulutus sekä ammatillinen koulutus. Opetusministeriö vastaa siten lähes kokonaisuudessaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tutkinto- ja peruskoulutuksesta.

Valtioneuvosto hyväksyy joka neljäs vuosi suunnitelman opetusministeriön hallinnonalan koulutuksen ja yliopistoissa harjoitettavan tutkimuksen kehittämisestä (Opetusministeriö 2004). Sekä yliopistot että ammattikorkeakoulut ovat sisäisessä päätöksenteossään itsenäisiä. Molemmat käyvät opetusministeriön kanssa tulosneuvottelut, joiden pohjalta tehdään kolmivuotiset tulossopimukset. Niissä sovitaan toiminnallisista ja määrällisistä tavoitteista, määrärahoista, seurannasta ja arvioinnista sekä toiminnan kehittämisestä. Vuosittain käytävissä tulosneuvotteluissa sovitaan mm. ammattikorkeakoulujen aloituspaikoista ja hankerahoituksesta. OPM antaa ammattikorkeakouluille suosituksia terveysalan osaamisvaatimuksista (ks. esimerkiksi Opetusministeriö 2006).

Opetushallitus on opetuksen kehittämisvirasto, joka vastaa muun muassa esi- ja perusopetuksen, lukio-opetuksen ja ammatillisen peruskoulutuksen kehittämisestä. Opetushallitus laatii perusopetuksen ja lukion opetussuunnitelmien perusteet, ammatillisten

tutkintojen ja näyttötutkintojen perusteet sekä parantaa koulutusta erilaisin kehittämissankkein. Tehtäviin kuuluu myös koulutuksen arviointi, tietopalveluiden tuottaminen ja koulutuksen tukipalvelut (mm. opettajien ja koulutoimen muun henkilökunnan jatkokoulutus).

Valtion elokuvatarkastamo on OPM:n alainen virasto, jonka tehtävä on tarkastaa Suomessa alle 18-vuotiaille esitettävät ja levitettävät kuvaohjelmat sekä rekisteröidä muut, tarkastuksen ulkopuolelle jäävät kuvaohjelmat ja vuorovaikutteiset kuvaohjelmat (tietokone- ja videopelit).

Oikeusministeriön hallinnonala

Oikeusministeriö ylläpitää ja kehittää oikeusjärjestystä ja oikeusturvaa sekä huolehtii demokratian rakenteista ja kansalaisten perusoikeuksista. Ministeriön tehtäväalueet ovat yhteydessä seksuaaliterveyden edistämiseen väkivaltaa ja erityisesti seksuaalista väkivaltaa ehkäisevän työn sekä seksuaalirikoksista tuomittujen hoidon ja rikosten uusimiskin vähentämiseen tähtäävien toimien osalta.

Oikeusministeriössä on valtioneuvoston asettama poikkihallinnollinen *rikosseuraamusalan neuvottelukunta*, joka tehtäväalueena on kriminaalihuollon ja vankeinhoidon kehittäminen ja mm. uusintarikollisuuden vähentäminen. *Rikoksentorjuntaneuvosto* on oikeusministeriön yhteydessä toimiva asiantuntija- ja yhteistyöelin, joka suunnittelee ja toteuttaa toimia rikollisuuden ehkäisemiseksi. Näihin kuuluu muun muassa väkivaltaa ehkäisevä työ mukaan lukien seksuaalisen väkivallan ehkäisy. Rikoksentorjuntaneuvosto on muun muassa valmistellut kansallisen ohjelman väkivallan vähentämiseksi vuonna 2005.

Rikosseuraamusvirasto on oikeusministeriön alaisuudessa toimiva keskusvirasto, joka vastaa yhdyskuntaseuraamusten ja vankeusrangaistusten täytäntöönpanon johtamisesta ja kehittämisestä. Viraston alaisuudessa toimii vankeinhoitolaitos, joka vastaa muun muassa seksuaalirikollisten hoidosta ja uusintarikollisuuteen tähtäävistä toimista.

Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos on oikeusministeriön alainen tutkimuslaitos, jolla on päävastuu rikollisuuden määrää, laatua ja kehitystä koskevan tiedon tuottamisesta. Laitos tuottaa vuosittaisen yhteenvedon rikollisuustilanteesta, jossa on eriteltyinä yhteenvedot raiskauksista, lapsiin ja nuoriin kohdistuneista seksuaalirikoksista ja muista seksuaalirikoksista. Tulossopimuksessa sovitaan tutkimushankkeista, jotka viime vuosina ovat kohdistuneet muun muassa väkivaltarikollisuuteen.

Muut hallinnonalat

Sisäministeriö vastaa aluehallintoon ja valtion paikallishallintoon liittyvien tehtävien ohella muun muassa yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpitämisestä. Sisäasiain-

ministeriössä toimii poliisin ylin johto eli poliisiosasto. Sen alaisuudessa toimivat muun muassa poliisin lääninjohdot, poliisin valtakunnalliset yksiköt ja poliisioppilaitokset. Seksuaalisen väkivallan ja hyväksikäytön tutkimukset kuuluvat ensisijaisesti poliisin virkatehtäviin, mutta niissä tarvitaan kiinteää yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten kanssa sekä kansallisella että paikallisella tasolla.

Työministeriö kehittää työelämän toimivuutta ja edistää työllisyyttä. Tavoitteena on alentaa rakenteellista työttömyyttä, torjua syrjäytymistä sekä varmistaa osaavan työvoiman saatavuus. Työministeriö vastaa työ- ja maahanmuuttopolitiikan linjauksista ja toimeenpanosta, rasmin ehkäisystä ja hyvien etnisten suhteiden edistämisestä sekä yhdenvertaisuuslain toimeenpanon ohjauksesta. Työministeriön alaisuudessa on toiminut Euroopan sosiaalirahaston kaudella 2001–2006 Equal-hankeohjelma, jonka tarkoituksena oli torjua sukupuoleen tai etniseen alkuperään liittyvää syrjintää työmarkkinoilla. Lisäksi ministeriö hallinnoi SEIS -projektia (Suomi Eteenpäin Ilman Syrjintää), joka edistää syrjimättömyyttä tiedottamalla ja kouluttamalla.

Puolustusministeriö vastaa muun muassa puolustusvoimista ja asevelvollisille annettavasta terveystarkastuksesta seksuaalikasvatus mukaan lukien. Palvelukseen astuville tehdään vuosittain varusmiesten terveystarkastus, jossa on kysymyksiä myös seksuaali- ja lisääntymisterveydestä.

Kuntaliitto

Kuntaliiton tehtävänä on edistää kuntien ja kuntayhtymien toimintaedellytyksiä, yhteistyötä ja elinvoimaa asukkaiden hyväksi. Tavoitteena on lisätä kaikkien palvelujen, myös sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottavuutta, saavutettavuutta ja vaikuttavuutta sekä turvata palvelut koko maassa. Kuntaliitto on mukana luomassa sähköistä potilaskertomusjärjestelmää, jolla on keskeinen merkitys muun muassa seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden kehittämisessä.

Suomen evankelisluterilainen kirkko

Kirkon toiminnoista seksuaali- ja lisääntymisterveyteen painottuvat sen rippikouluhankkeet, perheneuvonnan kehittäminen ja ”Väkivallasta sovintoon” -projekti vuoteen 2010. Perhekasvatuksessa tärkein projekti on 18–25-vuotiaille seurusteleville, avo- tai avioliitossa eläville tarkoitettu ihmissuhdekurssi.

Terveyden edistämisen keskus

Terveyden edistämisen keskuksen (Tekry) toiminnan tavoitteena on terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn aseman vahvistaminen yhteiskunnan eri aloilla terveys kaikissa

politiikoissa -ajattelun mukaisesti. Tekryn jäsenenä on 124 kansalais- ja potilasjärjestöä. Terveiden edistämisen viestintä on Tekryn keskeisiä tehtäväalueita, ja se tekee yhteistyötä kansalaisen terveystietoportin kanssa sisältöjen tuotannossa.

Kolmas sektori

Kolmannella sektorilla on suuri määrä yhdistyksiä ja järjestöjä, joilla on seksuaaliterveyteen liittyviä toimintoja. Kolmannella sektorilla on muun muassa asiakastyötä, väestölle ja ammattilaisille suunnattua informaatiotuotantoa ja verkkopalveluja. Osa toiminnoista on paikallista, osa alueellista tai valtakunnallista. Yhteenvedo kolmannen sektorin seksuaaliterveyden edistämiseen liittyvistä toiminnoista esitetään liitteessä 3.

Ammattijärjestöt

Edunvalvonnan ohella sosiaali- ja terveydenhuollon ja alan koulutuksen ammattijärjestöt kehittävät ammattikäytäntöjä ja järjestävät täydennyskoulutusta.

16.2 Kansallisen työnjaon, koordinaation ja yhteistyön kehittäminen

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen keskeisiä toimijoita ovat sosiaali- ja terveysministeriö, KTL ja Stakes sekä OPM ja OPH sekä TTL ja lukuisat järjestöt. Niiden välinen yhteistyö on ollut seksuaali- ja lisääntymisterveyskysymyksissä satunnaista. Keskeinen puute on kokonaisvastuun ja koordinaation puute, sillä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen kehittäminen edellyttää useiden hallinnonalojen säännöllistä yhteistyötä. Myös kolmannella sektorilla on merkittävää kokemusta muun muassa sellaisten seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen tuotannosta, jotka ovat julkisella sektorilla heikosti kehittyneitä. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueella on olemassa ja kehittymässä kansallisia verkostoja, mutta ne keskittyvät yleensä yhden kapean osa-alueen ympärille. Verkostoissa oleva tieto ja osaaminen eivät kohtaa toisiaan, jolloin monesti tehdään päällekkäistä työtä ja menetetään erilaisen asiantuntemuksen yhdistämisen tuoma synergia. Myös työnjako esimerkiksi tutkimus- ja kehittämistyön johtamisessa on joiltain osin epäselvä. Lisäksi on tärkeitäkin tehtäväalueita, joista vastuutus puuttuu kokonaan. Esimerkkejä näistä alueista ovat joukkoviestimien avulla toteutettu väestöinformaatio, väestökampanjoiden suunnittelu ja toteutus sekä palveluiden tukimateriaalituotanto.

Kansallisen koordinaation, yhteistyön ja kehittämistoiminnan vahvistamiseksi seksuaali- ja lisääntymisterveydelle tarvitaan sekä kansallinen määräajoin kokoontuva yhteis-

työelin että työtä käytännössä toteuttava asiantuntijayhteistyö. Väestölle suunnattavan informaation tuotannosta vastaavaa tahoja ei ole ollut aiemmin nimettynä lainkaan, mutta jatkossa tämä tehtävä hoituisi luontevasti samassa yhteydessä kansalaisen terveystietoportaalien tietotuotannon kanssa.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen valtakunnallinen yhteistyö ja koordinaatio voidaan organisoida sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimivan Kansanterveyden neuvottelukunnan jaoston tai ministeriön työryhmänä. Yhteistyöelimessä tulee STM:n ohella olla edustettuna OPM, Opetushallitus, Stakes, KTL, TTL, Kuntaliitto, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon edustus, kolmannen sektorin edustajat ja Raha-automaattiyhdistys. Yhteistyöelin voi aihekohtaisesti kutsua kokoukseen kuultaviksi asiantuntijoita ja muiden hallinnonalojen edustajia esimerkiksi oikeusministeriöstä tai sisäministeriöstä.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhteistyöelimen tehtävänä on:

- seurata ja arvioida seksuaali- ja lisääntymisterveyden ja niihin liittyvien palvelujen kansallista ja kansainvälistä kehitystä
- edistää ja koordinoita eri hallinnonalojen, kuntien, tutkimus- ja koulutuslaitosten, järjestöjen ja muiden tahojen välistä yhteistyötä seksuaali- ja lisääntymisterveyden kehittämiseksi
- tehdä ehdotuksia seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen pitkäjänteiseksi kehittämiseksi
- seurata alan ammattilaisten koulutuskysymyksiä ja edistää yhteistyötä olemassa olevien kouluttajaverkostojen kanssa (ammattikorkeakoulujen terveysalan koulutusjohtajien verkosto, Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto, lääketieteellisten tiedekuntien dekaanikokous) ja tehdä ehdotuksia koulutuksen kehittämiseksi
- toteuttaa muut ministeriön antamat tehtävät.

Sosiaali- ja terveysministeriö sopii Stakesin ja KTL:n kanssa tehtävissä tulossopimuksissa, miten seuraavat, säännöllistä ja pitkäkestoista asiantuntijatyötä edellyttävät tehtävät järjestetään STM:n hallinnonalalla:

- toimivien yhteyksien luominen yliopistoihin, ammattikorkeakouluihin ja toisen asteen ammatillisiin oppilaitoksiin sekä yhteistyön tekeminen kolmannella sektorilla toimivien seksuaaliterveyden asiantuntijoiden ja palvelutuottajien kanssa
- vastualueen valtakunnallinen seuranta ja siitä raportointi seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhteistyöelimelle ja muille toimijoille
- kansainvälisen ja kotimaisen tutkimuksen seuranta ja uusien tutkimustarpeiden kartoitus
- seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelurakenteen uudistamisen arviointi sekä työmenetelmien ja toimintatapojen kehittäminen ja niiden integroiminen terveys- ja sosiaalipalveluihin
- koulutustarpeiden seuraaminen ja ehdotusten tekeminen

- seksuaali- ja lisääntymiserveiden asiantuntijalausuntojen antaminen
- yhteistyö kansalaisen terveystietoportin tietotuotannon kanssa
- väestölle suunnatun kampanjatoiminnan suunnittelu ja käynnistäminen
- yhteistyö seksuaali- ja lisääntymiserveiden yhteistyöelimen kanssa (mm. esitysten teko käsiteltäviksi aiheiksi)
- yhteydenpito erilaisiin seksuaali- ja lisääntymiserveiden alalla toimivien ammattilaisten verkostoihin
- kansainvälinen yhteistyö STM:n kanssa sovittavan tehtäväjaon mukaisesti
- yhteistyö Opetushallituksen kanssa (seksuaaliterveyden edistämisen oppimateriaalin laadunvalvonta)
- yhteistyö seksuaali- ja lisääntymiserveiden tutkijoiden kanssa
- nuorisolle tarkoitettujen valistuslehtisten (Sixteen) päivittämisestä ja tuottamisesta huolehtiminen.

Kansalaisen terveystietoportin organisaatio:

- vastaa siitä, että terveystietoporttiin tulee seksuaali- ja lisääntymiserveiden liittyvää väestölle suunnattua informaatiota
- tuottaa verkkoon myös sellaista materiaalia, jota voidaan käyttää kunnissa asiakkaille jaettavana materiaalina
- tekee tietotuotannossa yhteistyötä edellä mainittujen seksuaali- ja lisääntymiserveiden yhteistyöelimen ja asiantuntijakeskuksen kanssa sekä osallistuu jaoston kokouksiin
- tekee tietotuotannossa yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa

Tavoitteet kansallisen työnjaon uudistamiselle ja kehittämiselle:

- Seksuaali- ja lisääntymiserveyttä ohjataan, kehitetään ja seurataan suunnitelmallisesti ja säännöllisesti kansallisella tasolla.
- Seksuaali- ja lisääntymiserveiden työnjaosta ja yhteistyöstä on sovittu, kaikki asianosaiset ovat siitä tietoisia ja yhteistyötä tehdään suunnitelmallisesti ja tavoitteellisesti.

Toimenpiteet kansallisen työnjaon uudistamiseksi ja kehittämiseksi:

- Perustetaan hallinnonalojen yhteistyökysymyksiä ja koordinoitua käsittelevä seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhteistyöelin.
- Valtakunnallinen pysyvä asiantuntijatyö organisoidaan Kansanterveyslaitoksen ja Stakesin yhteistyönä.
- Väestölle suunnatun seksuaalivalistusmateriaalin tuotanto osoitetaan kansallisen terveystietoportin organisaatiolle, jonka pysyvät ja riittävät resurssit turvataan. Terveystietoportin organisaatio tekee yhteistyötä ensimmäisessä ja toisessa kohdassa mainittujen elinten kanssa.

16.3 Alueellisen tason työnjako ja yhteistyö

Alueellisen tason toimijoista ensisijaisia ovat sairaanhoitopiirit ja niitä ylläpitävät kuntayhtymät ja läänihallitukset. Erikoissairaanhoitolain (L 1062/1989) mukaan sairaanhoitopiirin on huolehdittava alueellaan erikoissairaanhoitopalvelujen yhteensovittamisesta, yhteistyössä terveyskeskusten kanssa kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon toiminnallisesta kokonaisuudesta sekä täydennyskoulutuksesta. Kullakin erikoisalalla on yliopistosairaalan vastuualueella vastuu koulutuksen ja toimintojen järjestämisestä yhteistyössä keskussairaaloiden ja perusterveydenhuollon kanssa. Terveystietoportin täydennyskoulutuksen kehittämistä käsitellään luvussa 13.3. Tartuntatautilain (L 583/1986) mukaan tartuntatautiin vastustamistyön ohjaus kuuluu sairaanhoitopiireille. Lääninhallitusten tehtävänä on terveyspalvelujen ohjaaminen ja valvonta.

Terveystietoportin toimintoja ja rakenteita kehitetään Kansallisessa terveydenhuollon hankkeessa, jossa on tavoitteena perusterveydenhuollon järjestäminen seudullisina, toiminnallisina kokonaisuuksina sekä erikoissairaanhoidon toiminnallisen yhteistyön ja työnjaon uudelleen organisointi erityisvastuualueittain (STM 2002). Hankkeen viimeisenä vuonna 2007 keskitytään terveyskeskustoiminnan ja ehkäisevien palvelujen uudistamiseen. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen tavoitteena on, että tällä hetkellä kuntien vastuulla olevat palvelut saavat riittävän vahvan rakenteellisen ja taloudellisen perustan niiden järjestämiseen ja tuottamiseen turvaamiseksi tulevaisuudessa. Erityishuoltopiirien organisatorinen asema on muutoksessa. Niiden tulee kuitenkin kiinnittää erityistä huomiota kehitysvammaisten seksuaalivalvontapalvelujen turvaamiseen palvelurakenteita muutettaessa.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon säännöllistä yhteistyötä on luontevasti niissä aihepiireissä, joissa molemmat tasot toimivat jatkuvassa kliinisessä yhteistyössä ja erityisesti silloin, kun erikoissairaanhoidossa on olemassa selkeä kliinisestä työssä vastuussa oleva taho. Esimerkiksi äitiysneuvolan ja synnytyssairaalan asiakas on yhteinen, ja ne muodostavat hoitoketjun, jossa toimiva yhteistyö on hyvien hoitotulosten perusta. Äitiyshuollon toimijoiden yhteistyötä on kehitetty myös tiimityön avulla sekä kummitilötoiminnalla (Liite 6). Pääallekkäisiä toimintoja voidaan vähentää yhtenäisillä ja yh-

dessä luoduilla ja sovitulla hoitokäytännöillä, mitkä edellyttävät sitä, että synnyttäjän tiedot ovat reaaliaikaisesti käytettävissä eri organisaatioissa ja että yhtenevistä hoito- ja ohjaukseen käytännöistä on aina uusin tieto saatavissa (Kouri ym. 2001).

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö on vakiintumatonta niillä tehtäväläueilla, jotka ovat monialaisia eivätkä suoraan kuulu millekään kliiniselle erikoisalalle tai joissa ensisijainen toimija on perusterveydenhuolto (esimerkiksi väkivalta-työ, seksuaalivouonta, raskauden ehkäisy). Sairaanhoidopiirit nimeävät seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhteyshenkilöt, joiden kanssa kuntien työryhmät voivat tehdä yhteistyötä. Sairaanhoidopiirit perustavat määräaikaista työryhmiä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisten hoitoketjujen rakentamiseksi ja vastuiden määrittämiseksi. Esimerkkejä tällaisista tehtäväläueista ovat seksuaalisen väkivaltaa kokeneiden hoito ja erikoissosiaamista edellyttävä seksuaalivouonta.

Alueellisia toimijoita ovat myös yliopistot ja ammattikorkeakoulut, joiden tehtäviin kuuluu koulutuksen ohella tutkimus- ja kehittämissyhteistyö omilla alueillaan. Oppilaitokset toimivat koulutuksen ja palvelutuotannon rajapinnalla ja välittävät alueeltaan esiin tulevia lisääntymis- ja seksuaaliterveyden edistämisen tutkimus-, kehittämis- ja koulutustarpeita. Oppilaitokset tunnistavat ja ennakoivat lisääntymis- ja seksuaaliterveyden muutostarpeita ja muuttavat ne yhteistyössä esimerkiksi sairaanhoidopiiriin ja perusterveydenhuollon kanssa lisääntymis- ja seksuaaliterveyden osaamiseksi ja kehitystoiminnaksi. Ne myös välittävät uutta lisääntymis- ja seksuaaliterveyden tutkimustietoa alueensa toimijoille ja toimivat aktiivisesti alueensa verkostoissa. Osa oppilaitoksista toteuttaa lisääntymis- ja seksuaaliterveyden alueella työelämälähtöistä, palvelujärjestelmää kehittävää soveltavaa tutkimusta.

Tavoitteet:

- Sairaanhoidopiirit ottavat vastuun alueensa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen työnjaosta, koordinoinnista ja yhteistyöstä.
- Jokaisessa sairaanhoidopiirissä tehdään säännöllistä ja suunnitelmallista yhteistyötä alueen muiden toimijoiden kanssa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi.

Toimenpiteet:

- Sairaanhoitopiirit nimeävät seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhteyshenkilön.
- Sairaanhoitopiirit perustavat määräaikaisen alueellisen työryhmän seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen vauhdittamiseksi.
- Sairaanhoitopiirit tarkistavat seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluihin liittyvät toimintatavat, ohjeet ja yhteistyömuodot toimintaohjelman perusteella.
- Hoitoketjut rakennetaan toimintaohjelmassa nimetyistä aiheista (raskaudenkeskeytys, klamydian tutkimus, hoito ja ehkäisy, erityisosaamista vaativa seksuaalineuvonta, seksuaalista väkivaltaa kokeneiden hoito, päihdeäitien hoito, synnytyksen jälkeinen masennus, imetysohjaus suosituksen valmistuttua) perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä.
- Sairaanhoitopiirit järjestävät säännöllistä täydennyskoulutusta seksuaali- ja lisääntymisterveydestä.

16.4 Paikallisen tason työnjako ja yhteistyö

Kunnan tehtävänä on edistää väestönsä terveyttä ja järjestää riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Terveyden edistämistehtävän toteuttamista on vahvistettu vuoden 2006 alussa voimaantulleilla kansanterveyslain uudistuksilla (L 928/2005) sekä vuonna 2006 julkaistulla terveyden edistämisen laatusuosituksella (STM 2006).

Nykyisissä terveystakeskusorganisaatioissa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen vastuutahoksi hahmottuvat selvästi äitiyshuolto ja ehkäisyneuvonta sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto. Laaja-alaisesti ymmärrettynä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen integroituu kuitenkin moniin muihinkin perusterveydenhuollon tehtäväalueisiin. Taulukkoon 16.1 on koottu seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseen liittyviä tehtäviä perusterveydenhuollon eri toiminnoissa.

Taulukko 16.1. Terveyskeskuksen tehtävälueiden vastuut seksuaali- ja lisääntymis-terveyden edistämisessä

Tehtävälue	Seksuaali- ja lisääntymis-terveyden tehtävä
Vastaanotto toiminta (lääkäri, hoitaja)	Sairauksien ja terveysongelmien hoito ja siihen liittyvä seksuaalivouonta
Seksuaali- ja lisääntymis-terveyspalvelut	Seksuaalivouonta, sukupuolitautilien torjunta, seksuaalisen väkivallan ehkäisy, raskauden ehkäisy, raskauden suunnittelu, raskauden seuranta ja synnytyksen jälkeinen hoito, perhe- ja synnytysvalmennus, parisuhde- ja seksuaalivouonta, seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen neuvonta ja tuki, väkivallan ehkäisy
Lastenneuvonta	Lapsen seksuaalisen kehityksen tukeminen, vanhempien parisuhteen tukeminen, väkivallan ehkäisy
Kouluterveydenhuolto	Seksuaalivouonta ja -kasvatus, raskauksien ehkäisy, sukupuolitautilien torjunta, seksuaalisen väkivallan ehkäisy, seksuaaliopetus ja opetussuunnitteluun osallistuminen
Opiskeluterveydenhuolto	Seksuaalivouonta, raskauksien ehkäisy, sukupuolitautilien torjunta, seksuaalisen väkivallan ehkäisy
Työterveyshuolto ja työttömien vastaanotot	Seksuaalivouonta, seksuaalisen häirinnän ehkäisy työpaikoilla
Kotisairaanhoido	Pitkäaikaissairaiden, vammaisten ja ikääntyvien henkilöiden seksuaalisten tarpeiden huomioiminen, seksuaalivouonta
Vuodeosastohoido	Laitoshoidossa olevien seksuaalisten tarpeiden huomioiminen
lääkäiden terveysneuvonta	Ikääntymiseen ja pitkäaikaissairauksiin liittyvä seksuaalivouonta
Suun terveydenhuolto	Raskausajan hammashuolto, sukupuoliteitse tarttuvien tautien ja HIV:n diagnostiikka
Mielenterveyspalvelut	Sairauksien ja mielenterveysongelmien hoito ja niihin liittyvä seksuaalivouonta
Kuntoutus, fysioterapia	Seksuaalivouonta pitkäaikaissairauksien ja vammojen kuntouttamisessa, synnytyksen jälkeinen neuvonta
Seulonta	Kohdunsuun irtosolunäytteiden otto, seulontamammografia, raskaudenajan seulontanäytteet, klamydian opportunistinen seulonta

Kansanterveyslain osauudistuksessa kunnan kansanterveystyön tehtäviä täsmennettiin erityisesti terveysneuvonnan osalta ja työlle asetettiin seuranta- ja arviointivelvoite sekä yhteistyövelvoite. Kunnan tehtävänä on seurata asukkaidensa terveydentilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin, ottaa terveysnäkökohdat huomioon kaikessa toiminnassa ja tehdä yhteistyötä kunnan julkisten ja yksityisten tahojen kanssa.

Seksuaali- ja lisääntymis-terveyden edistämisen kannalta kunnan sisäisessä yhteistyössä terveystoimen ensisijaisia yhteistyökumppaneita ovat sosiaalitoimi sekä opetus- ja sivistystoimi. Yhteisiä pelisääntöjä tarvitaan muun muassa poliisin kanssa. Paikkakunnalla olevat yksityiset palvelut ja kolmannen sektorin toimijat huomioidaan yhteistyössä täydentävinä resursseina. Taulukkoon 16.2. on koottu esimerkkejä siitä, minkälaisissa asioissa kunnan sisäistä tai alueellista yhteistyötä tarvitaan seksuaali- ja lisääntymis-terveyden edistämisessä.

Taulukko 16.2. Terveydenhuollon yhteistyökumppanit ja keskeiset yhteistyöaiheet kunnan seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi

Sosiaalitoimi	Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tehtävä
- päiväkodit	Lasten seksuaalista kasvua ja kehitystä tukevat toimintatavat
- nuorisotoimi	Seksuaalisen väkivallan ehkäisy ja tunnistaminen; nuoren seksuaalista kasvua ja kehitystä tukevat toimintatavat seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt huomioiden
- lastensuojelu	Verkostojen luominen ja menettelytavoista sopiminen seksuaalista väkivaltaa ja riistoa epäiltäessä
- vanhustenhuolto	Ikääntyneiden seksuaalisten tarpeiden huomioiminen laitoshoidossa olevilla
- vammaishuolto	Vammaisten seksuaalisuuden ymmärtäminen ja huomioon ottaminen
Opetus- ja sivistystoimi	Perusopetuksen ja toisen asteen opetuksen seksuaaliopetuksen suunnittelu ja toteutus; oppilashuolto, työväenopiston opetus ja yleisötilaisuudet
Poliisi	Menettelytavat seksuaalista väkivaltaa tai riistoa kokeneiden oikeuslääketieteellisissä tutkimuksissa; täydennyskoulutus
Yksityiset palvelut	Seksuaalineuvonta ja -terapiapalvelut
Seurakunnat	muun muassa parisuhdekoulutus ja -neuvonta, rippikoulut
Kolmas sektori	Täydentävät palvelut, koulutus

Terveyden edistämisen laatusuositus esittää, että kunnissa määritellään poikkihallinnollisen terveyden edistämisen johtamisvastuu, työnjako ja hallinnonalat ylittävien tehtävien toimintakäytännöt (STM 2006). Käytännössä se tarkoittanee, että kuntien on perustettava uudelleen terveyden edistämisen monialaiset yhteistyöryhmät. Terveyskeskusjohtajille tehdyn kyselyn (2005) mukaan terveyden edistämisen yhdyshenkilö on nykyisin noin kolmanneksessa kunnista ja terveystieteiden yhdyshenkilö on noin puolessa. Suurimmassa osassa kunnista terveyden edistämisen johtamiseen käytetty työaika on vähäinen tai johtamiseen nimettyä henkilöä ei ole lainkaan (Rimpelä 2006).

Pienehköissä ja keskisuurissa kunnissa seksuaali- ja lisääntymisterveyden kunnan sisäiset yhteistyökysymykset voidaan käsitellä samassa terveyden edistämisen yhteistyöryhmässä kuin muutkin terveyden edistämiseen kuuluvat aiheet. Suurissa asutuskeskuksissa voi olla erillinen seksuaali- ja lisääntymisterveyden työryhmä. Pienissä kunnissa taas koko terveyden edistämistyö voisi rakentua alueelliselle yhteistyölle, jolloin työryhmä palvelisi useampaa kuntaa ja riittävä asiantuntemus eri aloilta mahdollistuisi.

Kunta- ja palvelurakenteen uudistamista käsittelevän Sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton (STM ja Kuntaliitto 2007) kirjeen mukaan suositellaan, että kunnassa tai yhteistoiminta-alueella (puitelaki 5 §) järjestetään ainakin ehkäisy- ja muu seksuaalineuvonta, sukupuolitautien torjunta sekä seksuaalisen väkivallan ehkäisy, varhainen tunnistaminen ja hoito. Laajaa väestöpohjaa (puitelaki 6 §) edellyttävät muun muassa erikoisosaamista edellyttävä seksuaalineuvonta ja seksuaalista väkivaltaa kokeneiden erityispalvelut.

Tavoitteet:

- Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ohjataan, johdetaan, kehitetään ja seurataan kunnissa osana terveydenedistämistoimintaa.

Toimenpiteet:

- Kunnalla on oma tai kuntien yhteistyöalueen pohjalta perustettu terveyden edistämisen yhteistyöryhmä, joka vastaa myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisestä kunnassa.
- Yhteistyöryhmässä ovat edustettuina vähintään sosiaali- ja terveystoimi, sekä opetus- ja sivistystoimi, poliisi, seurakunta ja kolmas sektori.
- Terveyden edistämisen yhteistyöryhmä tekee yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja paikallisten kolmannen sektorin toimijoiden kanssa.
- Terveyskeskuksen sisällä on sovittu seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvistä ohjausvastuista, toimintatavoista, (erityisesti seksuaalineuvonta, seksuaalisen väkivallan kohtaaminen), työnjaosta ja yhteistyöstä.

Lähteet:

- Kouri P, Antikainen I, Saarikoski S, Wuorisalo J. Elämisen alkuun -projekti. Äitiyshuollon joustavan verkkopalvelun, Nettineuvolan, kehittäminen Internetissä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:10. Helsinki, 2001.
- L 583/1986. Tartuntatautilaki. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1986/19860583>. Luettu 28.12.2006.
- L 1062/1989. Erikoissairaanhoidolaki. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>. Luettu 28.12.2006.
- L 928/2005. Laki kansanterveyslain muuttamisesta. Valtion säädöstietopankki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050928>. Luettu 29.12.2006.
- Opetusministeriö. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Helsinki, 2006.
- Rimpelä Matti. Julkaisematon tieto 2006.
- STM. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3. Helsinki, 2004.
- STM. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki, 2006.
- STM. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2002:6. Helsinki, 2002.
- STM ja Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveydenhuolto kunta- ja palvelurakennemuutoksen edellyttämien toimeenpanosuunnitelmien valmistelussa. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton suositukset suunnittelussa huomioon otettavista asioista. Kuntakirje, 2007. Luettavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/ajank/palvra/index.htm>. Luettu 18.4.2007.

17 TOIMINTAOHJELMAN TOIMEENPANO JA SEN TUKEMINEN

17.1 Toimeenpanon tarkoitus, tavoite ja aikataulu

Tämän toimeenpanosuunnitelman *tarkoituksena* on tukea Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman toimeenpanoa eri toimialoilla, hallinnon kaikilla tasoilla ja maan eri osissa. *Tavoitteena* on sitouttaa keskeiset tahot ja toimijat ohjelman tavoitteisiin ja ehdotettujen toimenpiteiden toteuttamiseen.

Toimintaohjelmaan sisältyvät toimenpiteet liittyvät rakenteellisiin ja toiminnallisiin muutoksiin terveys- ja sosiaalipalvelujärjestelmässä, koulutussektorilla ja eri sektoreiden yhteistyössä valtakunnallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla.

Ohjelma on tarkoitus toteuttaa osana kuntien palvelurakenteen ja ehkäisevien palvelujen uudistamista. Tätä varten sosiaali- ja terveysministeriö suosittaa kunnille toimintaohjelman käyttämistä hyväksi vuoden 2008 toiminta- ja taloussuunnitelmien laatimisessa sekä kunta- ja palvelurakennemuutostukseen liittyvien selvitysten valmistelussa valtioneuvostolle.

Tavoitteena on, että ohjelma tulee tunnetuksi vuoden 2007 aikana. Ohjelman toimeenpanovaihe päättyy, kun ohjelman ehdotusten toteuttaminen alkaa vakiintua osaksi normaalia toimintaa. Toimintaohjelman ehdotukset on laadittu vuosille 2007–2011.

17.2 Avaintahot toimeenpanossa

Keskeiset toimialat ohjelman toimeenpanossa ovat sosiaali- ja terveydenhuolto sekä yleissivistävä ja ammatillinen koulutus. Koska toimintaohjelma liittyy tasa-arvon edistämiseen, seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden yhdenvertaiseen saatavuuteen sekä väkivaltaohjelmiin, ohjelman toimeenpano koskee myös puolustusvoimia, oikeuslaitosta, poliisitointia ja työministeriön toimialaa.

Sosiaali- ja terveysministeriössä ohjelman toimeenpanosta vastaavat terveysosasto sekä perhe- ja sosiaaliosasto. Stakesin ja Kansanterveyslaitoksen tehtävät ohjelman toimeenpanossa määräytyvät laitosten perustehtävän, nykyisen työnjaon ja tulosopimusten mukaisesti. Opetusministeriön ja Opetushallituksen vastuuvirkamiehillä on keskeinen rooli yleissivistävään ja ammatilliseen koulutukseen liittyvien ehdotusten toimeenpanossa. Muita kansallisen tason keskeisiä toimijoita ovat Suomen Kuntaliitto, Väestöliitto sekä Terveystieteiden tutkimuskeskus ry.

Aluehallinnossa vastuutahoja ovat lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosasto, sivistysosasto sekä myös poliisiosasto. Sairaanhoidon johto vastaa toimintaohjelman alueellisesta toimeenpanosta ja erikoissairaanhoidon lakisääteisistä tehtävistä seksuaali- ja lisääntymistervey-

den edistämiseksi. Paikallisella tasolla toimeenpanosta vastaa kuntien ja kuntainliitton sosaali- ja terveystoimen johto. Terveysten edistämisen vastuuhenkilöt sairaalassa, terveystakeskuksessa ja kunnan keskushallinnossa ovat avainasemassa ohjelman käytännön toteutuksessa ja hallinnonalojen välisen yhteistyön koordinoinnissa. Poliisitoinen kanssa tarvitaan yhteistyötä paikallisten menettelytapojen sopimiseksi seksuaalista väkivaltaa kokeneiden tutkimisessa. Kolmannella sektorilla on tärkeä tehtävä seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen tarjoamisessa, pienten vähemmistöjen palvelutarpeeseen vastaamisessa, uusien toimintamallien kehittämisessä ja toiminnan epäkohtien esille nostamisessa.

Koulutusjärjestelmässä avainhenkilöitä ovat koulutusalan ja koulutusohjelmien johtajat sekä terveyst- ja sosiaalialan ammattihenkilöitä kouluttavat opettajat yliopistoissa, ammattikorkeakouluissa ja toisen asteen ammatillisissa koulutuksissa. Alan tutkimuksen edistäminen ja tutkijoiden yhteistyön tiivistäminen voi lähteä käyntiin yksittäisen laitoksen tai tiedekunnan aloitteesta.

Terveystiedon opettajat peruskoulussa ja lukiossa vastaavat toimintaohjelman käytöstä opetussuunnitelmien laatimisessa, opetuksen kehittämisessä sekä oppimateriaalina. Yliopistoissa, ammattikorkeakouluissa ja toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa avainhenkilöitä ovat koulutusalan ja koulutusohjelmien johtajat sekä terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja sosiaalihuollon ammatillista henkilöstöä kouluttavat opettajat. Myös alan ammatillisilla järjestöillä on tärkeä rooli ammatillisen täydennyskoulutuksen järjestämisessä. Alan tutkimuksen edistäminen ja tutkimusyhteistyön tiivistäminen edellyttävät yksittäisten laitosten tai tiedekuntien aloitteita sekä kansallista koordinaointia (ks. luku 16).

Jokaisella terveyst- ja sosiaalitoimen työntekijällä on lakisääteinen vastuu perusteltujen toimintatapojen käyttämisestä ja ammatillisen osaamisen jatkuvasta kehittämisestä. Avainhenkilöitä ovat ehkäisevän terveydenhuollon henkilöstö äitiyst- ja ehkäisyneuvoloissa, lastenneuvoloissa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa, seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijat erikoissairaanhoidossa sekä varhaiskasvatuksen, lastensuojelun ja nuorisotoimen henkilöstö.

17.3 Toimintaohjelmasta tiedottaminen

STM vastaa ohjelman valtakunnallisesta tiedottamisesta ja julkaisutoiminnasta. STM järjestää yhteistyössä Stakesin ja KTL:n kanssa keväällä 2007 valtakunnallisen seminaarin ohjelman tunnetuksi tekemiseksi ja toimeenpanon käynnistämiseksi. Ministeriö tiedottaa ohjelmasta myös muissa vuonna 2007 järjestämässään tilaisuuksissa. Toimintaohjelma on saatavilla STM:n kotisivuilta (www.stm.fi/julkaisut). Painettu toimintaohjelma lähetetään STM:n alaisille laitoksille, muille ministeriöille, Suomen Kuntaliitolle, lääninhallituksille, sairaanhoitopiireille, kunnille/terveyskeskuksille, alan koulutusyksiköille ja järjestöille.

Stakes, KTL, Kuntaliitto ja Opetushallitus tiedottavat ohjelmasta kotisivuillaan ja järjestävät ohjelmasta koulutustilaisuuksia. Stakesissa valmistetaan myös seksuaaliterveyden edistämisen kotisivut. Muita tärkeitä tiedottajia ovat alan ammatilliset ja muut järjestöt.

Lääninhallitukset ja sairaanhoitopiirit järjestävät alueellisia tiedotus- ja koulutustilaisuuksia. Eri hallinnonalojen johtajat kunnissa vastaavat ohjelman paikallisesta tiedottamisesta. Johtajat informoivat myös luottamushenkilöitä.

17.4 Toimeenpanon käynnistäminen ja sen tukeminen

Tarkoituksena on, että Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa hyödynnetään terveyden- ja sosiaalihuoltoa sekä opetustointia koskevassa strategia- ja kehittämistyössä.

Kunnat ja niiden terveyskeskukset

- perustavat kunnan tai kuntien yhteisen terveyden edistämisen yhteistyöryhmän ja nimeävät terveyden edistämisestä vastaavat viranhaltijat, mikäli näitä tahoja ei ole. Nämä tahot vastaavat seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen rakenteiden luomisesta, yhteistyön järjestämisestä ja muusta toimeenpanosta
- integroivat seksuaaliterveyden edistämisen ehkäisevään työhön ja sairauksien hoitoon ja kehittävät näiden palvelujen suunnittelua, seurantaa ja niistä tiedottamista
- ottavat erityiseksi kehittämisen kohteiksi nuorten palvelut ja seksuaalisen väkivallan ehkäisemisen, varhaisen tunnistamisen ja hoidon

Sairaanhoitopiirit

- tarkistavat toimintayksiköiden nykyiset seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevat toimintatavat, ohjeet ja yhteistyömuodot ja kehittävät niitä toimintaohjelman suuntaisesti yhdessä henkilökunnan kanssa
- nimeävät seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhteyshenkilöt ja huolehtivat heidän kouluttautumisestaan
- perustavat määräaikaisen työryhmän alueellisen toiminnan käynnistämiseksi ja pysyvien palvelurakenteiden luomiseksi
- käynnistävät alueellisten hoitoketjujen rakentamisen (mm. seksuaalinen väkivalta)
- kokoavat alueellisia ja seudullisia verkostoja ja asiantuntijaryhmiä (esim. äitiys- huollon alueellinen yhteistyöverkosto sairaanhoitopiireissä)

Sosiaalitoimessa

- tarkistetaan varhaiskasvatuksen sisällöt ja huolehditaan päivähoidon henkilöstön täydennyskoulutuksesta
- tehdään yhteistyötä väkivallan ehkäisyssä ja hoidossa terveystoimen ja muiden tarvittavien tahojen kanssa
- ohjelman tavoitteet ja sisällöt otetaan huomioon nuorisotyötä, vanhusten huoltoa sekä vammaispalveluja kehitettäessä

Terveys- ja sosiaalialan toisen asteen koulutuksessa, ammattikorkeakoulutuksessa ja terveystieteellisessä ja lääketieteellisessä yliopistokoulutuksessa ohjelmaa käytetään

- opetuksen sisältöjen kehittämiseen ja oppimateriaalina
- kouluttajien valmiuksien arviointiin ja kouluttautumiseen
- tutkimus- ja kehittämistyön suuntaamiseen seksuaali- ja lisääntymisterveyden tukemiseksi

Lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastot

- järjestävät alueellisia koulutustilaisuuksia
- ohjaavat ja valvovat seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä lääneissään, erityisesti yksityisiä sosiaali- ja terveyspalveluja ja nuorten saamia palveluja

Sosiaali- ja terveysministeriö yhdessä Stakesin, KTL:n, Suomen Kuntaliiton sekä OPM:n ja OPH:n edustajien kanssa

- järjestävät jokaisessa läänissä koulutus- ja työkokouksen, jossa välitetään uutta tietoa ja suunnitellaan ehdotusten toteuttamista alueella
- organisoivat teemaan liittyviä koulutussisältöjä omissa koulutustilaisuuksissaan (esim. Stakesin Terve Kunta -päivät, Kouluterveyspäivät, TerveSOS -tapahtuma, Kuntaliiton sairaalapäivät)

Ammattijärjestöt

- tukevat ohjelman toimeenpanoa alueellisessa ja paikallisessa yhteistyössä terveyspalvelujärjestelmän johtajien kanssa ja käsittelevät ohjelmaa koulutustilaisuuksissa, julkaisuissaan ja kotisivuillaan

Alan muut järjestöt

- tukevat toimintaohjelman toimeenpanoa omalla sektorillaan ja tekevät yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa

17.5 Toimeenpanon seuranta ja arviointi

STM organisoii ohjelman toimeenpanon säännöllisen seurannan. Vuonna 2009 STM järjestää valtakunnallisen seurantaseminaarin, jossa arvioidaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman toimeenpanon edistymistä ja tunnistetaan esiin nousseita ongelmia. Stakes arvioi ohjelman toimeenpanoa vuonna 2011. STM päivittää ohjelman viimeistään vuonna 2012.

Liite 1. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden työryhmä

Toimikausi: 1.2–31.12.2006

- Puheenjohtaja: osastopäällikkö, ylijohtaja Kimmo Leppo, sosiaali- ja terveysministeriö
- Varapuheenjohtaja: tulosaluejohtaja Maijaliisa Junnila, Stakes

Jäsenet:

- Osastonhoitaja Katriina Bildjuschkin, Turun terveystoimi
- Terveystuon tarkastaja, sosiaalineuvos Sirkka Jakonen, Itä-Suomen lääninhallitus
- Professori Lasse Kannas, Jyväskylän yliopisto
- Kehityspäällikkö Ritva Larjomaa, Suomen Kuntaliitto
- Hallitussihteeri Heidi Manns-Haatanen, sosiaali- ja terveysministeriö
- Professori Seppo Saarikoski, Kuopion yliopistollinen sairaala
- Tutkimusprofessori Erkki Vartiainen, Kansanterveyslaitos
- Opetusneuvos Elise Virnes, opetusministeriö

Pysyvät asiantuntijat:

- Ylilääkäri Dan Apter, Väestöliitto
- Professori Risto Erkkola, Turun yliopistollinen keskussairaala
- Terveystuonhoitaja Leila Hammerberg, Suomen Terveystuonhoitajaliitto
- Dosentti Elise Kosunen, Tampereen yliopisto ja Stakes
- Puheenjohtaja Merja Kumpula, Suomen Kätilöliitto
- Ylitarkastaja Marjaana Pelkonen, sosiaali- ja terveysministeriö
- Viestintäpäällikkö Arto Salo, Suomen sairaanhoitajaliitto
- Ylitarkastaja Marjukka Vallimies-Patomäki sosiaali- ja terveysministeriö
- Terveystuonkeskuslääkäri Mia Venhola, Suomen Lääkäriliitto

Sihteeri: Projektipäällikkö Maija Ritamo, Stakes

Kirjoittajat: dosentti Elise Kosunen ja TtT Hanna-Leena Melender

Seksuaaliterveyden jaosto:

- Puheenjohtaja: dosentti Elise Kosunen
- Varapuheenjohtaja: ylitarkastaja Marjaana Pelkonen

Jäsenet:

- Ylilääkäri Dan Apter, Väestöliitto
- Yliopettaja Arja Liinamo, Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia
- Projektipäällikkö Maija Ritamo, Stakes
- Tutkimusprofessori Petri Ruutu, Kansanterveyslaitos
- Yliopettaja Katri Ryttyläinen, Seksuaaliterveyden osaamiskeskus/Jyväskylän ammattikorkeakoulu
- Naistentautien erikoislääkäri Marita Räsänen, Kuopion yliopistollinen sairaala
- Terveystieteiden erikoislääkäri Tiina Verho, Tampereen terveyskeskus

Sihtööri: ylitarkastaja Maire Kolimaa, sosiaali- ja terveysministeriö

Lisääntymisterveyden jaosto:

- Puheenjohtaja: professori Risto Erkkola
- Varapuheenjohtaja: ylitarkastaja Marjukka Vallimies-Patomäki

Jäsenet:

- Kehittämispäällikkö Mika Gissler, Stakes
- Lehtori Leena Hannula, Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia
- Kätilö Rakel Lähdeaho, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
- Kätilö-terveydenhoitaja Terhi Tasanen, Tampereen sosiaali- ja terveystoimi
- Professori Katri Vehviläinen-Julkunen, Kuopion yliopisto

Sihtööri: TtT Hanna-Leena Melender, Turun yliopisto

Työskentelyn aikana kuullut asiantuntijat:

- Seksuaaliterapeutti Riitta Ala-Luhtala, Kataja ry
- Ylilääkäri Ilona Autti-Rämö, Stakes
- Kehittämispäällikkö Mika Gissler, Stakes

- Tutkimusprofessori Elina Hemminki, Stakes
- Iho- ja sukupuolitautilien erikoislääkäri Eija Hiltunen-Back, HUS
- Projektikoordinaattori Eija Hukka, Kansanterveyslaitos
- Ylilääkäri Ulla Idänpää-Heikkilä, Stakes
- Erityisasiantuntija Pentti Itkonen, sosiaali- ja terveysministeriö
- LKT Markku Kallio, Terveystieteiden tutkimuskeskus/Duodecim
- Dosentti Osmo Kontula, Väestöliiton Väestötutkimuslaitos
- Lastenlääkäri Katri Makkonen, HUSin Lasten klinikka
- Tutkimusprofessori Marjukka Mäkelä, FinOHTA
- TtT Riikka Pötsönen
- Kätilö Susanna Ruuhilahti, Tyttöjen talo
- Tutkija Anne Salonen, Tampereen yliopisto
- Tutkija Tuire Sannisto, Tampereen yliopisto
- Käyttöliittymäsuunnittelija Osma Suominen, Teknillinen korkeakoulu
- Psykologi Riitta Ylikomi, Tukinainen

Työskentelyn aikana saadut kirjalliset ehdotukset:

- Kehittämispäällikkö Maarit Andersen, Ensi- ja turvakotien liitto
- Laboratorionjohtaja Mika Salminen, Kansanterveyslaitos
- Erikoislääkäri Eeva Salo, HYKSin Lasten ja nuorten sairaala

TYKS-säätiö tuki toimintaohjelman valmistelua antamalla työhuoneen TtT Melenderin käyttöön.

Liite 2. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden määritelmiä

Kairon väestö- ja kehityskonferenssin¹ (1994) määritelmä lisääntymisterveydelle

Lisääntymisterveys tarkoittaa täyttä fyysistä, henkistä ja yhteiskunnallista hyvinvointia - ei pelkästään sairaudettomuutta tai vammattomuutta - kaikissa lisääntymiseen liittyvissä asioissa, toiminnoissa ja prosesseissa. Näin ollen lisääntymisterveys edellyttää, että ihmisillä on mahdollisuus tyydyttävään ja turvalliseen sukupuolielämään ja että heillä on kyky jatkaa sukuaan sekä vapaus päättää, käyttävätkö he tätä kykyään ja jos niin milloin ja kuinka usein. Viimeksi mainittu ehto sisältää sen, että miehillä ja naisilla on oikeus saada tietoa ja käyttää valintansa mukaisia turvallisia, tehokkaita ja hinnaltaan kohtuullisia ja hyväksytyjä perhesuunnittelumenetelmiä ja muita sellaisia valintansa mukaisia syntyvyyden säännöstelemiseksi, jotka eivät ole lainvastaisia, sekä oikeus saada asianmukaista terveydenhoitoa, jonka turvin naisille taataan turvallinen raskausaika ja synnytys sekä pariskunnalle parhaat mahdollisuudet saada terve lapsi. Lisääntymisterveyden yllä esitetystä määritelmästä seuraa, että lisääntymisterveydenhoidon katsotaan käsittävän kaikki ne menetelmät, tekniikat ja palvelut, jotka edesauttavat lisääntymisterveyttä ja hyvinvointia ehkäisemällä ennalta ja ratkaisemalla lisääntymisterveyden ongelmia. Se käsittää myös seksuaaliterveydenhoidon, jonka tarkoitus on elämän ja ihmissuhteiden rikastuttaminen eikä vain lisääntymiseen ja sukupuolitauteihin liittyvä neuvonta ja hoito.

Maailman terveysjärjestön (WHO) epävirallinen määritelmä seksuaaliterveydelle (työversio 2002)²

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

Suomenkieliset käännökset:

¹ Ulkoasiainministeriö. Kansainvälinen väestö- ja kehityskonferenssi Kairossa 5.-13.9.1994. Suomen valtuuskunnan raportti. Ulkoasiainministeriön julkaisuja 1995: 5. Helsinki, 1995.

² Kosunen E, Ritamo M (toim.). Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Stakes. Raportteja 282. Saarijärvi, 2004.

Liite 3. Kolmannen sektorin seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvä toiminta

Yhteenvedo vastauksista sähköiseen kyselyyn, joka lähetettiin 27 järjestölle marraskuussa 2006.

	Asiakastyötä (henkiökohtaisia)	Vertais tukitoimintaa	Luento- tai keskustelutilaisuuksia (väestölle)	Informaatiota väestölle	Väestölle suunnattua kampanjatoimintaa	Puhelinkonsultaatioita ammattilaisille	Informaatiota ammattilaisille	Täydennyskoulutusta ammattilaisille	Tutkimus- ja kehittämis-toimintaa
HIV-säätiö / Aids-tukikeskus	x	x		x	x	x	x	x	
Ihmisoikeusliitto ry	x	x		x		x	x	x	x
Kataja- Kestävän parisuhteen kasvu ry	x	x	x	x		x	x	x	x
Lapsettomien yhdistys Simpukka ry	x	x	x	x	x	x		x	x
Mannerheimin Lastensuojeluliitto ry	x			x					x
Miesten kriisikeskus / Ensi- ja turvakotienliitto ry	x	x				x		x	x
Monika-Naiset liitto ry	x	x	x	x		x		x	x
Pro-tukipiste ry	x	x		x		x		x	x
Punainen Risti	x		x	x	x		x	x	
Seta ry	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sexpo säätiö	x	x	x	x		x	x	x	x
Suomen Liikunta ja Urheilu	x			x			x		
Suomen Seksologinen Seura ry							x	x	
Väestöliitto	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Y-Säätiö		x		x	x	x		x	x

Liite 4. Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden vaihtoehtoisia rakenteita perusterveydenhuollossa

Vaihtoehdot	Rakenteet:	Henkilöstö	Toimintatavat
<p>Vaihtoehto 1</p> <ul style="list-style-type: none"> terveydenhoitajalla vähintään 40 äitiä/v. lisäksi lastenneuvola, usein myös ehkäisyneuvonta käytössä Suomessa 	<p>Edu:</p> <ul style="list-style-type: none"> lähineuvoloiden säilyminen <p>Huomioitavaa:</p> <ul style="list-style-type: none"> osa palveluista keskitetään, esim. sikroseulonnat 	<p>Edu:</p> <ul style="list-style-type: none"> työntekijäkohtainen hoidon jatkuvuus <p>Huomioitavaa:</p> <ul style="list-style-type: none"> äitiyshuollon ja ehkäisyneuvonnan osaamisen vahvistaminen vaatii erityisiä huomioita 	<p>Edu:</p> <ul style="list-style-type: none"> paikallinen terveydenhoitaja tuntee oman alueensa väestön <p>Huomioitavaa:</p> <ul style="list-style-type: none"> pienissä yksiköissä luotava konsultointimahdollisuudet
<p>Vaihtoehto 2</p> <ul style="list-style-type: none"> terveydenhoitajalla tai kättilöllä 80 äitiä/v., ei muita työskentelyalueita ehkäisyneuvonta erillisenä tai yhdistettynä käytössä Suomessa 	<p>Edu:</p> <ul style="list-style-type: none"> kustannustehokasta <p>Huomioitavaa:</p> <ul style="list-style-type: none"> jotain lähineuvoloita saatetaan joutua yhdistämään kunnan tai kuntayhtymän alueella 	<p>Edu:</p> <ul style="list-style-type: none"> hyvät mahdollisuudet osaamisen ylläpitämiseen ja kehittämiseen <p>Huomioitavaa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ei työntekijäkohtaista jatkuvuutta lastenneuvolaan 	<p>Edu:</p> <ul style="list-style-type: none"> mahdollisuus toiminnan tehostamiseen käyntimäärien yksilöllisemmällä suunnittelulla <p>Huomioitavaa:</p> <ul style="list-style-type: none"> sisäiset konsultointimahdollisuudet riippuvat rakenteista
<p>Vaihtoehto 3</p> <ul style="list-style-type: none"> äitiysneuvoloiden kesittäminen n. 20 000 asukkaan väestöpohjan mukaan asiakas tulee keskusneuvolaan tai työntekijä menee sivuvastaanotolle ehkäisyneuvonta osin erillisenä ja osin keskitettynä ei käytössä Suomessa 	<p>Edu:</p> <ul style="list-style-type: none"> kustannustehokasta mahdollisuus kesittää fyysisesti samaan yksikköön lastenneuvola- ja seksuaaliterveyspalvelut <p>Huomioitavaa:</p> <ul style="list-style-type: none"> lähineuvoloiden määrä vähenee asiakkaille matkakustannuksia 	<p>Edu:</p> <ul style="list-style-type: none"> hyvät mahdollisuudet osaamisen ylläpitämiseen ja kehittämiseen <p>Huomioitavaa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ei työntekijäkohtaista jatkuvuutta lastenneuvolaan henkilöstöstä osan työpiste tulee muuttamaan 	<p>Edu:</p> <ul style="list-style-type: none"> mahdollisuus toiminnan tehostamiseen käyntimäärien yksilöllisemmällä suunnittelulla sisäisen konsultaation mahdollisuus paremmat mahdollisuudet sijaisjärjestelyihin paremmat mahdollisuudet osallistua täydennyskoulutukseen <p>Huomioitavaa:</p> <ul style="list-style-type: none"> oman alueen väestön tuntemus heikkenee
<p>Vaihtoehto 4</p> <ul style="list-style-type: none"> lähineuvolan kättilöillä tai terveydenhoitajalla vähintään 80 äitiä/v. keskusneuvolan kättilöt: UÄ-seulonnat DM/A-ohjaus synnytysohjeistus keskenmenon jälkitar kastus väestöpohja n. 20 000 koordinaattorina kättilö: laadun varmistaminen ja seuranta alueella perehdytys, koulutus konsultaatiot yhteisäiset ohjeistukset yhteistyö sairaalan kanssa ehkäisyneuvonta osin erillisenä ja osin keskitettynä käytössä Suomessa joillakin suurilla paikkakunnilla 	<p>Edu:</p> <ul style="list-style-type: none"> lähineuvoloiden säilyminen erikoissairaanhoidon resursseja riskiraskauksien hoitoon kustannustehokasta koordinaattoriverkosto: ajankohtaista tietoa äitiyshuollon tilasta <p>Huomioitavaa:</p> <ul style="list-style-type: none"> osa palveluista keskitetään esim. sikroseulonnat asiakkaille matkakustannuksia 	<p>Edu:</p> <ul style="list-style-type: none"> hyvät mahdollisuudet osaamisen ylläpitämiseen ja kehittämiseen <p>Huomioitavaa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ei työntekijäkohtaista jatkuvuutta lastenneuvolaan 	<p>Edu:</p> <ul style="list-style-type: none"> paikallinen kättilö/terveydenhoitaja tuntee oman alueensa väestön mahdollisuus toiminnan tehostamiseen käyntimäärien yksilöllisemmällä suunnittelulla sisäisen konsultaation mahdollisuus paremmat mahdollisuudet sijaisjärjestelyihin paremmat mahdollisuudet osallistua täydennyskoulutukseen <p>Huomioitavaa:</p> <ul style="list-style-type: none"> keskusneuvolan kättilöillä ei oman alueen väestön tuntemusta

Vaihtoehdot	Rakenteet:	Henkilöstö	Toimintatavat
Vaihtoehto 5 • perusterveydenhuollon äitiysneuvola tuetaan sairaalan etäkonsultaatiolla • ehkäisyneuvonta erillisenä tai yhdistettynä • ei käytössä Suomessa	Rakenteet: Edut: <ul style="list-style-type: none"> • lähineuvolat säilyvät Huomioitavaa: <ul style="list-style-type: none"> • saattaa olla kalliimpaa kuin nykyinen 	Henkilöstö Edut: <ul style="list-style-type: none"> • nopea väyjä saada tukea päätöksenteon Huomioitavaa: <ul style="list-style-type: none"> • osaamiseen liittyvät ongelmat säilyvät: milloin etäkonsultaatio tarpeen? 	Toimintatavat Edut: <ul style="list-style-type: none"> • paikallinen terveydenhoitaja tuntee oman alueensa väestön Huomioitavaa: <ul style="list-style-type: none"> • toiminnan joustavuus paranee, kun tekniset ongelmat ratkaistaan
Vaihtoehto 6 • sairaalan kättilö toimii työkierron mukaisesti myös äitiysneuvolassa perusterveydenhuollossa • ehkäisyneuvonta erillisenä tai yhdistettynä • ei käytössä Suomessa	Rakenteet: Edut: <ul style="list-style-type: none"> • lähineuvolat säilyvät Huomioitavaa: <ul style="list-style-type: none"> • edellyttää kättilökoulutuksen lisäämistä 	Henkilöstö Edut: <ul style="list-style-type: none"> • kättilöllä laaja-alainen seksuaali- ja lisääntymisterveyden koulutus ja ajantasainen tieto riskiraskauksien ja synnytyksen hoidosta • sairaalan kättilön asiantuntemus laajenee äitiysneuvolaan Huomioitavaa: <ul style="list-style-type: none"> • ei työntekijäkohtaista jatkuvuutta lastenneuvolaan • työpiste muuttuu ajoittain 	Toimintatavat Edut: <ul style="list-style-type: none"> • kättilö vastaa raskauden seurannasta ja synnytyksvalmennuksesta Huomioitavaa: <ul style="list-style-type: none"> • oman alueen väestön pitkäaikaista tuntemusta ei synny
Vaihtoehto 7 • ehkäisyneuvola toimii omana yksikkönään, äitiysneuvola omanaan • käytössä Suomessa	Rakenteet: Edut: <ul style="list-style-type: none"> • kustannustehokasta Huomioitavaa: <ul style="list-style-type: none"> • lähipalveluiden määrä ehkäisyneuvonnassa vähenee • asiakkaille matkakustannuksia 	Henkilöstö Edut: <ul style="list-style-type: none"> • hyvät mahdollisuudet osaamisen ylläpitämiseen ja kehittämiseen Huomioitavaa: <ul style="list-style-type: none"> • ei työntekijäkohtaista jatkuvuutta ehkäisyneuvolasta äitiys- ja lastenneuvolaan 	Toimintatavat Edut: <ul style="list-style-type: none"> • sisäisen konsultaation mahdollisuus • paremmat mahdollisuudet sijaisjärjestelyihin Huomioitavaa: <ul style="list-style-type: none"> • väestövastuuseen toimintatapaan verrattuna ehkäisyneuvolan työntekijälle ei ehkä synny laaja-alaista asiakkaan terveyden tuntemusta

Liite 5. Raskautta edeltävä neuvonta äitiyspoliklinikalla

Raskautta suunnittelevalle naiselle olisi tehtävä alueellisesti sovitulla tavalla perusterveydenhuollosta lähete äitiyspoliklinikalle seuraavissa tapauksissa:

- naisella on akuutti tai krooninen sairaus
 - raskauden suunnittelu on välttämätöntä, jos naisella on joku seuraavista*: insuliinihoitoinen diabetes, vaikea epilepsia, LED, synnynnäinen tai hankittu sydänvika, tromboembolinen tauti, päihdeongelma, päihderippuvuus, suvussa suomalaisen tautiperinnön tauti, johon perhe haluaa selvitystä
 - raskauden suunnittelu on suositeltavaa, jos naisella on joku seuraavista*: vaikea verenpainetauti, todettu tai epäilty verenvuototauti, muu vakava verisuoniston tauti, epätasapainossa oleva kilpirauhasen toimintahäiriö, keuhkosairaus (esim. vaikeahoitoinen astma), hoidettu pahanlaatuinen kasvain, krooninen suoliston tauti, hepatiitti, kollageenitauti, synnyttelinten rakennepoikkeama tai neurologinen tauti
- aiempi ennenaikainen synnytys
- aikaisemmin kolme tai useampia peräkkäisiä keskenmenoja*
- naisen voimakas synnytyspelko*
- aikaisempi poikkeava synnytys, jonka läpikäyminen on jäänyt epätäydelliseksi (hätäsektio/imukuppi- tai pihtisynnytys/puutteellinen kivunhoito)
- aiempi lapsen sikiö- tai vastasyntyneisyyskauden kuolema tai vammautuminen*
- perinnöllisen sairauden epäily*
- aiempi lapsen hermostoputken sulkeutumishäiriö*
- naisella tai miehellä on vaikea mielenterveyden häiriö
- naisella on vaikea ylipaino (painoindeksi yli 35) (Ramsay ym. 2006): alueellisesti sovittava, miten ylipainoisten naisten raskautta edeltävä neuvonta, ohjaus ja tukeminen toteutetaan sairaanhoitopiireissä
- nainen* tai mies on HIV-positiivinen

*) sisältyy myös Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmän (1999) suositukseen

Liite 6. Synnytysairaaloiden hyviä käytäntöjä synnytysvalmennuksen järjestämiseksi

Sairaala	Hyvät käytännöt
Kätilöopiston sairaalan Haikaranpesä-yksikkö ¹	Synnytysten ja lapsivuodeajan hoidosta vastaavat kätilöt valmentavat perheet synnytykseen ja vastasyntyneen lapsen hoitoon. Ensi- ja uudelleensynnyttäjille järjestetään erilliset valmennukset. Ensisynnyttäjien valmennus sisältää kaksi kolmen tunnin valmennuskertaa, uudelleensynnyttäjille järjestetään yksi valmennuskerta. Tämän lisäksi parit voivat osallistua ryhmiin, joissa käsitellään äidin mielialojen muutoksia raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen sekä parisuhdetta ja seksuaalisuutta. Äideille järjestetään rentoutusharjoitusryhmiä. Isät voivat osallistua ryhmiin, joissa he voivat keskenään keskustella omista tuntemuksistaan. Valmennuksen jälkeen parit tekevät kätilön kanssa synnytys-suunnitelman, jossa käydään läpi perheen odotukset, näkemykset, mahdollisuudet ja pelot. Synnytyksen jälkeen arvioidaan synnytyksen tapahtumia suhteessa synnytysuunnitelmaan.
Pietarsaaren sairaala ²	Sairaala toteuttaa valmennuksen yhteistyössä seudun terveyskeskuksen neuvoloiden kanssa yhteistyössä siten, että neuvoloiden terveydenhoitajat toteuttavat valmennuksesta perhevalmennus- ja imetysoisuuden ja sairaalan kätilöt synnytysosuuden, joka on jaettu kahdelle illalle. Toisen tapaamisen yhteydessä käydään tutustumassa synnytysosastoon.
Pohjois-Karjalan keskussairaala ³	Sairaala järjestää synnytysvalmennusta, joka on sairaalan tarjoamaa palvelua synnyttäjille. Sairaalan antama informaatio pysyy paremmin ajan tasalla, kun tiedon kulku tapahtuu ilman välikäsiä. Sairaalan oma synnytysvalmennus toimii myös synnytystä pelkäävien äitien hoitovälineenä. Synnytysvalmennusta järjestetään kaksi kertaa kuukaudessa. Suositeltava osallistumisaika on 32.-34. raskausviikolla. Valmennus sisältää kaksi tuntia kestävästä luennon, videoesityksen ja kierroksen osastolla. Sisältö on standardoitu siten, että se ei muutu sen mukaan, kuka synnytysvalmennuksen pitää. Neuvolan valmennuksessa käsitellään parisuhteeseen, vanhemmuuteen ja imetykseen liittyvät asiat. Pohjois-Karjalan keskussairaalan järjestämä synnytysvalmennus on osallistujille maksutonta. Kuntalaskutuksessa se on sisällytetty ns. synnytyksenhoitopakettiin, joka on kunnille samanhintainen riippumatta siitä, osallistuivatko perheet valmennukseen vai eivät.

- 1) Kumpula M. Haikaranpesä – jatkuvuus synnyttäjän hoidossa. Teoksessa Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18. Helsinki, 2003.
- 2) Pajukangas-Viitanen M. Loppuuko synnyttäminen kaikissa pienissä sairaaloissa? Pietarsaaren sairaalan synnytystoiminta vaakalaudalla. Kätilölehti – Tidskrift för Barnmorskor 2002; 107(7):274-5.
- 3) Parviainen M. Tervetuloa synnyttämään! Kätilölehti – Tidskrift för Barnmorskor 2003;108(3):88.

Liite 7. 10 henkilökohtaista kysymystä alkoholinkäytöstä (AUDIT)

Maailman terveysjärjestön (WHO) laatima AUDIT-testi (Alcohol Use Disorders Identification Test), julkaistu mm. Alkoholiohjelma 2004-2007 –ohjelman internetsivuilla (www.alkoholiohjelma.fi)

Ole hyvä ja ympyröi se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa omaa tilannettasi.

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.

- 0 ei koskaan
- 1 noin kerran kuussa tai harvemmin
- 2 2-4 kertaa kuussa
- 3 2-3 kertaa viikossa
- 4 4 kertaa viikossa tai useammin

2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia? (Yksi alkoholiannos on: pullo (33 cl) keskiolutta tai siideriä; lasi (12 cl) mietoa viiniä; pieni lasi (8 cl) väkevää viiniä; ravintola-annos (4 cl) väkeviä.)

- 0 1-2 annosta
- 1 3-4 annosta
- 2 5-6 annosta
- 3 7-9 annosta
- 4 10 tai enemmän

3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- 0 ei koskaan
- 1 harvemmin kuin kerran kuussa
- 2 kerran kuussa
- 3 kerran viikossa
- 4 päivittäin tai lähes päivittäin

4. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?

- 0 ei koskaan
- 1 harvemmin kuin kerran kuussa
- 2 kerran kuussa
- 3 kerran viikossa
- 4 päivittäin tai lähes päivittäin

5. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisen vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

- 0 ei koskaan
- 1 harvemmin kuin kerran kuussa
- 2 kerran kuussa
- 3 kerran viikossa
- 4 päivittäin tai lähes päivittäin

6. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?
- 0 ei koskaan
 - 1 harvemmin kuin kerran kuussa
 - 2 kerran kuussa
 - 3 kerran viikossa
 - 4 päivittäin tai lähes päivittäin
7. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?
- 0 ei koskaan
 - 1 harvemmin kuin kerran kuussa
 - 2 kerran kuussa
 - 3 kerran viikossa
 - 4 päivittäin tai lähes päivittäin
8. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?
- 0 ei koskaan
 - 1 harvemmin kuin kerran kuussa
 - 2 kerran kuussa
 - 3 kerran viikossa
 - 4 päivittäin tai lähes päivittäin
9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?
- 0 ei
 - 2 on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
 - 4 kyllä, viimeisen vuoden aikana
10. Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista?
- 0 ei
 - 2 on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
 - 4 kyllä, viimeisen vuoden aikana

Laske nyt valitsemiesi vaihtoehtojen numerot yhteen. Näin saat henkilökohtaisen pistemääräsi.

Omat pisteeni _____
Päiväys _____

Alkoholinkäyttösi riskit

0-7	vähäiset
8-10	lievästi kasvaneet
11-14	selvästi kasvaneet
15-19	suuret
20-40	erittäin suuret

AUDIT-mittari on WHO:n kehittämä, eikä sitä saa toimipaikkakohtaisesti muuttaa.

Liite 8. HIV-positiivisen äidin ja syntyvän lapsen seuranta ja hoito raskauden ja synnytyksen aikana sekä syntymän jälkeen

Raskauden aikana	Synnytyksen aikana	Syntymän jälkeen
<p>Potilaat hoidetaan yhteistyössä sellaisten keskusten kanssa, joissa on kokemusta HIV-positiivisten naisten raskauden ja synnytyksen hoidosta¹</p> <p>Antiretroviraalinen yhdistelmä lääkitys aloitetaan infektiolääkärin ohjeen mukaan viimeistään raskausviikoilla 20–24¹</p> <p>Lääkitys aloitetaan viivyttelemättä, jos HIV-positiivisuus selviää myöhemmin raskauden aikana¹</p> <p>Hoitomyöntyvyyttä seurataan¹</p> <p>HI-viruspitoisuutta seurataan hoidon tehon arvioimiseksi¹</p> <p>HIV-positiivisen naisen synnytys suunnitellaan ennalta¹</p> <p>Lapsen HIV-iaäkitys suunnitellaan etukäteen¹</p>	<p>Lääkehoito synnytyksen aikana¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • äidin antiretroviraalinen lääkitys infektiolääkärin ohjeen mukaan • tsidovudiini-infuusio (2 mg/kg 1 t ajan, sitten 1 mg/kg kunnes lapsi on syntynyt) • sektion yhteydessä tsidovudiiniin anto aloitetaan 4 t ennen leikkausta <p>Äidin ja lapsen verikontaktin minimoiminen¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • ei kalvojen puhkaisua • ei kohdunsisäistä KTG-rekisteröintiä • ei mikroverinäytettä • episiotomian välttäminen • ulosautto pehmeällä imukupilla, jos välttämätön • viivyttelemätön induktio, jos lapsivedenmeno loppuraskaudessa ennen supistusten käynnistymistä • huolellinen tekniikka keisarileikkauksessa 	<p>Lääkehoito synnytyksen jälkeen¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • äidin jatko lääkitys infektiolääkärin ohjeen mukaan • rintamaidon erittyminen estetään dopamiiniagonistilla • lapsen lääkeprofylaksian ja seurannan ohjelmointi lastenlääkärin ohjeen mukaan <p>Lapsen ensimmäiset HIV-näytteet otetaan 2 vrk iässä²</p> <p>Synnytyssairaalaista varataan lapsen ensimmäinen lastenpoliklinikakäynti, joka tapahtuu lapsen ollessa 2-3 vk ikäinen. Jos lapsi ei ole saanut tartuntaa, voidaan seuranta lopettaa 1,5 v. iässä.³</p>

1) Heikinheimo O, Lehtovirta P, Skogberg K, Salo E, Ristola M, Ämmälä P. HIV-positiivinen synnyttäjä. Duodecim 2002;118:1405-9.

2) [http://www.arvosta.fi/HIV-lääkkeiden käyttö](http://www.arvosta.fi/HIV-lääkkeiden_käyttö). Luehtu 28.12.2006.

3) Fellman V, Luukkanen P. (toim.) Vastasyntyneiden tehohoito. 2. uud. p. Duodecim.Helsinki, 2006.

Liite 9. Mielialalomake synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseksi (EPDS)

Alkuperäinen lähde: Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry 1987;150:782-6.

Ole hyvä ja ympyröi vaihtoehto, joka parhaiten vastaa Sinun tunteuksiasi viimeisen kuluneen viikon aikana, ei vain tämänhetkisiä tunteuksiasi.

Viimeisten seitsemän päivän aikana

1. olen pystynyt nauramaan ja näkemään asioiden hauskan puolen
 - yhtä paljon kuin aina ennenkin
 - en aivan yhtä paljon kuin ennen
 - selvästi vähemmän kuin ennen
 - en ollenkaan
2. olen odotellut mielihyvällä tulevia tapahtumia
 - yhtä paljon kuin aina ennenkin
 - hiukan vähemmän kuin aikaisemmin
 - selvästi vähemmän kuin aikaisemmin
 - tuskin lainkaan
3. olen syyttänyt tarpeettomasti itseäni, kun asiat ovat menneet vikaan
 - kyllä, useimmiten
 - kyllä, joskus
 - en kovin usein
 - en koskaan
4. olen ollut ahdistunut tai huolestunut ilman selvää syytä
 - ei, en ollenkaan
 - tuskin koskaan
 - kyllä, joskus
 - kyllä, hyvin usein
5. olen ollut peloissani tai hädissäni ilman erityistä selvää syytä
 - kyllä, aika paljon
 - kyllä, joskus
 - ei, en paljonkaan
 - ei, en ollenkaan
6. asiat kasautuvat päälleni
 - kyllä, useimmiten en ole pystynyt selviytymään niistä ollenkaan
 - kyllä, toisinaan en ole selviytynyt niistä yhtä hyvin kuin tavallisesti
 - ei, useimmiten olen selviytynyt melko hyvin
 - ei, olen selviytynyt niistä yhtä hyvin kuin aina ennenkin

7. olen ollut niin onneton, että minulla on ollut univaikeuksia

- kyllä, useimmiten
- kyllä, toisinaan
- ei, en kovin usein
- ei, en ollenkaan

8. olen tuntenut oloni surulliseksi ja kurjaksi

- kyllä, useimmiten
- kyllä, melko usein
- en kovin usein
- ei, en ollenkaan

9. olen ollut niin onneton, että olen itkeskellyt

- kyllä, useimmiten
- kyllä, melko usein
- vain silloin tällöin
- ei, en koskaan

10. ajatus itseni vahingoittamisesta on tullut mieleeni

- kyllä, melko usein
- joskus
- tuskin koskaan
- ei koskaan

Kysymyksissä 1, 2 ja 4 vastausvaihtoehdot pisteytetään järjestyksessä ylimmästä alimpaan asteikolla 0-3. Kysymykset 4 sekä 5-10 ovat käänteisiä ja ne pisteytetään järjestyksessä ylimmästä alimpaan asteikolla 3-0

EPDS-mittari on validoitu useassa maassa, eikä sitä saa toimipaikkakohtaisesti muuttaa.

Liite 10. Stakesin lisääntymisrekisterin tietosisällöt

Rekisteri	Vuodesta (tilasto/rekisteri)	Keskeinen tietosisältö
Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet	1987/1987	<ul style="list-style-type: none"> tiedot kaikista Suomessa syntyneistä lapsista synnyttäjien tausta, raskauden ja synnytyksen aikainen hoito, vastasyntyneen terveys 7 vrk ikään asti ja vastasyntyneen hoito
Pienet keskoset	2004/2004	<ul style="list-style-type: none"> tiedot kaikista Suomessa alle 1500-grammaisena tai ennen 32. raskausviikkoa syntyneistä lapsista ennenaikaisuuden riskitekijät, synnytyksen aikainen hoito, vastasyntyneen terveys 40. raskausviikkoa vastaavaan ikään asti ja vastasyntyneen hoito
Synnyttämättömät epämuodostumat	1963/1986	<ul style="list-style-type: none"> tiedot kaikista Suomessa syntyneistä sikiöistä/lapsista, joilla on merkittävä synnyttämättömien epämuodostuma epämuodostumien riskitekijät, raskauden aikainen hoito, vastasyntyneen hoito ja vastasyntyneellä todetut epämuodostumat yhden vuoden ikään asti
Raskauden keskeytykset	1950/1983	<ul style="list-style-type: none"> tiedot kaikista Suomessa tehdyistä raskauden keskeytyksistä keskeytyspotilaan tausta, keskeytykseen ja keskeytystoimenpiteeseen liittyvät tiedot ja sairaalassa havaitut komplikaatiot
Steriloinnit	1939/1987	<ul style="list-style-type: none"> tiedot kaikista Suomessa tehdyistä steriloinneista sterilointipotilaan tausta, sterilointiin ja sterilointitoimenpiteeseen liittyvät tiedot ja sairaalassa havaitut komplikaatiot
Hedelmöityshoidot	1992/ei rekisteritietoja	<ul style="list-style-type: none"> tiedot kaikista Suomessa annetuista hedelmöityshoidoista hoitoja saaneiden naisten tausta, hedelmöitystoimenpidettä koskevat tiedot, alkaneet raskaudet, synnytykseen päätyneet raskaudet, hoidoista syntyneet lapset ja heidän terveytensä viikon ikään asti

Liite 11. Stakesin hoitoilmoitusrekisterin tietosisällöt

Rekisteri	Vuodesta	Keskeinen tietosisältö
Vuodeosastohoito	1967-	<ul style="list-style-type: none">• suomalaisten sairaaloiden vuodeosastojen hoitojaksot• potilaiden tausta, hoitoon tuleminen syy, hoitojakso, diagnoosit ja sairaalasta poistuminen
Toimenpiteelliset hoitojaksot	1994-	<ul style="list-style-type: none">• suomalaisten sairaaloiden toimenpiteelliset hoitojaksot• potilaiden tausta, hoitoon tuleminen syy, hoitojakso, diagnoosit, toimenpiteet ja sairaalasta poistuminen
Poliklinikkahoidot	1998-	<ul style="list-style-type: none">• suomalaisten sairaaloiden poliklinikkakäynnit• potilaiden tausta, hoitoon tuleminen syy, hoitojakso, diagnoosit ja sairaalasta

Liite 12. Esimerkkejä äitiyshuollon toimijoiden paikallisesta yhteistyöstä

Paikkakunta/alue	Toimintatavat/mallit
Tampereen äitiysneuvolat ja Tampereen yliopistollisen sairaalan synnytysklinikka ^{1,2}	<p>Tamperelaisen äitiyshuollon yhteistyön kehittämiseksi muodostettiin tiimejä äitiysneuvoloiden ja synnytysklinikan eri yksiköiden välille. Tiimit muodostettiin siten, että kuhunkin kuului edustajia sekä äitiysneuvolasta että synnytysairaalaista. Kullakin tiimillä oli oma ajankohtainen kehittämistehtävänsä:</p> <p>Tiimi 1: Vauvamyönteisyys-ajattelun hyödyntäminen neuvolassa. Koliikkivauvojen vauvahieronta ja vyöhyketerapia.</p> <p>Tiimi 2: Äitiyshuollon asiakkaan hoitopolun kuvaaminen.</p> <p>Tiimi 3: ”Yhdessä eteenpäin” -kaavakkeen laatiminen äitiyskortin rinnalle. Kaavakkeeseen kirjoittaa myös äiti.</p> <p>Tiimi 4: Esitietolomakkeen kehittäminen vierasmaalaisia asiakkaita varten.</p> <p>Hanke tuotti sekä kollektiivisia tuloksia että suoritustuloksia ja sen perusteella tunnistettiin seuraavia kehittämiskohteita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • äitiyshuollon omat, toimintaa ohjaavat arvot tulisi määrittää ja niiden tulisi olla samat yhteistä asiakasta palveleville organisaatioille • johdon tukea, arvostusta ja kunnioitusta tulee lisätä tiimityön tueksi • tiimeihin osallistujien työaikaan tulee sisällyttää riittävästi aikaa tiimityöhön osallistumiseen
Kuopio ³	<p>Synnytysklinikan ja neuvoloiden yhteistyömuotona kummineuvolatoiminta, jossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • jokaisella neuvolalla on oma kummikätilö sairaalassa • tarkoituksena kehittää yhteistyötä ja yhtenäistää ohjausta • kummikätilöt osallistuvat neuvolan perhevalmennuksiin • neuvolan terveydenhoitajat tutustuvat synnytysklinikkaan • kätilö tapaa sairaalaan tutustumiskäynnille tulevat perheet neuvolan perhevalmennuksessa ja huolehtivat omien perheidensä tutustumiskäynneistä pienryhmissä • synnytyspelosta kärsivät äidit saavat tarvitessaan henkilökohtaista valmennusta omalta terveydenhoitajaltaan ja kummikätilöltään • Kokemukset kummineuvolatoiminnasta ovat myönteisiä. Toimintaa on kehitetty alueittain tiimeiksi, jotka muodostuvat alueen äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajista ja kummikätilöistä. Niissä seurataan asiakaspalautetta ja kehitetään toimintaa.

1) Tantt K. 2001. Yhteistyöhön oppiminen äitiyshuollossa. Kätilölehti 2001;106(7):278-80.

2) Tantt K, Julin A-M. Äitiysneuvolat ja synnytysairaala yhteistyössä. Kätilölehti 2000;105(5):174-6.

3) Pelkonen M, Löthman-Kilpeläinen L. Neuvola lapsiperheiden tukena. Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista 1990-luvulla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2000:10. Helsinki, 2000.

- 2007: 1 Tasa-arvo valtatiellä. Hallituksen tasa-arvo-ohjelman 2004-2007 loppuraportti. (Julkaistaan ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 978-952-00-2258-7 (PDF)
- 2 Men and Gender Equality Policy in Finland.
ISBN 978-952-00-2269-3 (pb)
ISBN 978-952-00-2270-9 (PDF)
- 3 Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita.
ISBN 978-952-00-2275-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2276-1 (PDF)
- 4 HTP-arvot 2007. Haitallisiksi tunnetut pitoisuudet.
ISBN 978-952-00-2307-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2308-9 (PDF)
- 5 Seulontaohjelmat. Opas kunnille kansanterveystyöhön kuuluvien seulontojen järjestämisestä. Screeningprogram. Handbok för kommuner om ordnande av screening som ett led i folkhälsoarbetet.
ISBN 978-952-00-2309-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2310-2 (PDF)
- 6 Leena Tamminen-Peter, Maj-Britt Eloranta, Marja-Leena Kivivirta, Eija Mämmelä, Irma Salokoski, Arja Ylikangas. Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen. Opettajan käsikirja.
ISBN 978-952-00-2313-3 (nid.)
ISBN 978-952-00-2314-0 (PDF)
- 7 Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä.
ISBN 978-952-00-2317-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2318-8 (PDF)
- 8 Arbetsplatsen och företagshälsovården i samarbete om sjukskrivningspraxis
ISBN 978-952-00-2319-5 (inh.)
ISBN 978-952-00-2320-1 (PDF)
- 9 Nationell beredskapsplan för en influensapandemi. (Publiceras bara på Internet www.stm.fi).
ISBN 978-952-00-2325-6 (PDF)
- 10 National preparedness plan for an influenza pandemic. (Published only at Internet www.stm.fi).
ISBN 978-952-00-2326-3 (PDF)
- 11 Toimeentulotuki. Opas toimeentulotukilain soveltajille. 6. korj. p.
ISBN 978-952-00-2334-8 (nid.)
ISBN 978-952-00-2335-5 (PDF)
- 12 Utkomststöd. Handbok för tillämpning av lagen om utkomststöd.
ISBN 978-952-00-2336-2 (inh.)
ISBN 978-952-00-2337-9 (PDF)
- 13 Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus.
ISBN 978-952-00-2338-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2339-3 (PDF)
- 14 Sosiaalialan ammatillisen henkilöstön tehtävärakennesuositus. Toim. Pirjo Sarvimäki, Aki Siltaniemi.
ISBN 978-952-00-2366-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2367-6 (PDF)

- 2007: 15 Säker läkemedelsbehandling. Nationell handbok för genomförande av läkemedelsbehandling inom social- och hälsovården.
ISBN 978-952-00-2368-3 (inh.)
ISBN 978-952-00-2369-0 (PDF)
- 16 Kvalitetsrekommendation för främjande av hälsa.
ISBN 978-952-00-2372-0 (inh.)
ISBN 978-952-00-2373-7 (PDF)
- 17 Seksuaali- ja lisääntymiserveiden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011.
ISBN 978-952-00-2376-8 (nid.)
ISBN 978-952-00-2377-5 (PDF)