

# Äitiysneuvolapalvelut ja äitiyshuollon innovaatioiden kehittäminen

Raskautta ja synnytystä pidetään merkittävänä tapahtumina sekä naiselle että hänen lähipiirilleen, joten niihin liittyvään keskusteluun liittyy voimakkaita tunne- ja arvolutauksia. Synnytykseen olennaisesti liittyvän inhimillisen luomiskyvyn vaakakupin painona voi olla myös keskenmenoja, raskaudenaikaisia häiriöitä, synnytyskomplikaatioita ja pahimmassa tapauksissa äitiys- ja lapsikuolemia.

Äitiyshuollon toimintojen perimmäisenä tarkoituksena on turvata raskaana olevan naisen ja kehittyvän sikiön terveys raskauden ja synnytyksen aikana, havaita kummankin terveyteen ja hyvinvointiin kohdistuvat uhkatekijät sekä toimia niiden poistamiseksi tai vähentämiseksi ja siten edistää perheen edellytyksiä selviytyä uuden perheenjäsenen mukanaan tuomista vaatimuksista.

Äitiysneuvonnan alku on oikeastaan jo 1800-luvun lopulla, jolloin synnytyslääkäri Adolphe Pinard (1844–1934) avasi äitiysneuvolan Pariisiin ja kehitti menetelmiä raskauden seuraamiseksi ja turvaamiseksi. Tosin lääkäreiden ja kättilöiden mahdollisuudet auttaa naisia ongelmatapauksissa olivat tuolloin melko vähäiset. Vähitellen äitiys- ja lastenneuvoloiden toiminta sisällytettiin eri maiden terveydenhuollon järjestelmiin ja lainsäädäntöihin.

Suomen ensimmäiset äitiysneuvolat avasivat ovensa 1920-luvulla. Äitiysavustuslaki vaatepakkausineen ja raha-avustusineen tuli voimaan vuonna 1938. Äitiysavustuspakkaus oli hyvin suosittu varsinkin taloudellisesti niukkoina sota-vuosina. Myöhemmin 1950-luvulla lakimuutos edellytti kuppataudin toteamiseksi tarvittavaa verikoetta valtion antaman äitiysavustuksen ehdoksi. Näin saatiin jokseenkin kaikki raskaana olevat tarkastuksiin ja synnyttävien kuppatauti pian kokonaan hävitetyksi maastamme.

Vuoden 1944 laki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista sekä lait kunnankättilöistä ja kun-

nallisista terveystoimintavaroista velvoitti kaikkiin kuntiin sekä äitiys- että lastenneuvolat. Äitiysneuvolassa toimivat tavallisesti kunnanlääkäri ja kunnankättilö seuraten raskaana olevan ja sikiön terveydentilaa ja hyvinvointia. Tutkimuksia tehtiin mm. synnytysehdelytysten toteamiseksi, kohdun koon ja sikiön kehityksen seuraamiseksi, kuppataudin ja tippurin sekä keuhkotuberkuloosin toteamiseksi. Äitiysvoimistelukurssilla valmisteltiin raskaana olevia synnytyksen vaatimiin ponnistuksiin. Äitiysneuvontaan kuului myös synnytyksen jälkitarkastus. 1970-luvulla mahdollistettiin isien osallistuminen neuvolan toimintoihin.

Kansanterveyslaki vuonna 1972 muutti kunnallista äitiysneuvolatoimintaa. Terveydenhoitajien ja kättilöiden tehtävät yhdistettiin ja väestövastuun toteuttaminen oli trendi – vuonna 1992 kaikki äitiysneuvolan kättilön virat muutettiin terveydenhoitajan viroiksi. Lääketieteen historioitsija ja lääketieteen ja kirurgian tohtori Arno Forsiuksen mukaan tällöin ”...*syntyi myös tarve perustaa keskussairaaloihin erityisiä vastaanottoja erikoislääkärin tutkimusta ja hoitoa tarvitsevia äitiysneuvoloiden asiakkaita varten, koska vaihtuville lääkäreille ei kehittynyt riittävästi kokemusta äitiysneuvonnan alalta*” (1).

Lempeä syntymä, kotisyntynyt tai sairaalasyntynyt mahdollisimman kodinomaisella tavalla ovat pikkuhiljaa nostaneet päätään. Synnytys voimaannuttavana kokemuksena, jossa synnytystä ei pidetä sairauteen verrattavana tilana, vaan naisen elimistön luonnollisena fysiologisena tapahtumana, on yhä enemmän esillä.

2000-luvulla merkityksellistä on ollut synnytyssairaalaverkoston supistaminen ja synnyttävien määrän väheneminen. Vaikka tulevaisuuden ennustaminen on vaikeaa, asiantuntijoiden yhteinen näkemys on, ettei 10 vuoden takaisiin hedelmällisyyslukuihin ole paluuta. Nykyisin asiak-

kaat ovat entistä iäkkäämpiä, ja nuorten synnyttäjäin keskimääräinen painoindeksi on selkeässä nousussa, asiakkaat ovat aiempaa useammin kroonisesti sairaita, taustalta löytyy yhä enemmän mielenterveysongelmia ja synnytyspelkoa – kaikki tämä edellyttää äitiysneuvolahenkilöstöltä entistä enemmän osaamista riskiraskauksien tunnistamiseen ja hoitoon.

Äitiyshuollossa tavoitteena on toimiva palveluketju, jossa raskaana olevan, synnyttäjän, synnyttäneen ja hänen perheensä hoito on hallinnassa, riippumatta hoitoa antavasta yksiköstä. Palveluja tarjotaan perusterveydenhuollon äitiys- ja lastenneuvoloissa, perhesuunnittelu- ja ehkäisyneuvoloissa sekä erikoissairaanhoidon synnytysairaaloitten äitiyspoliklinikoilla, raskaana olevien osastoilla sekä synnytys-, lapsivuode- ja naistentautien osastoilla.

1.1.2023 voimaan astuvat uudet hyvinvointialueet. Osassa niistä perus- ja erityistason toimintoja on jo integroitu, mm. yhteensopivilla tietojärjestelmillä, joilla turvataan tiedonkulkua näiden äitiyshuollon eri yksiköiden välillä. Nähtäväksi jää, miten tuleva integraatio vaikuttaa äitiyshuollon palveluketjujen laatuun ja miten sitä mitataan.

Ylilääkäri Ritva Halila sosiaali- ja terveysministeriöstä pohti Lääkäriliiton järjestämässä Neuvola 100 vuotta -juhlaseminaarissa, tarvitaanko neuvoloita tulevaisuudessa:

*Sadassa vuodessa maailma on muuttunut paljon ja kysymys siitä, onko tässä ajassa uni-versaalille, jokaiselle äidille ja lapselle suunnatulle terveyden seurantapalvelulle tarvetta. Mikäli vastaus on kyllä, resurssit neuvolatoimintaan on turvattava. Jos vastaus on ei, on mietittävä, miten vastaavat palvelut järjestettäisiin toisiin (2).*

Yhteiskunta, joka arvostaa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä – ja niihin liittyviä oikeuksia, raskaana olevia, synnyttäjiä, naisia, lapsia ja perheitä – arvostaa myös kätilöitä. Mutta kuunnellaanko kätilöitä, kun palveluja kehitetään? Kuuluuko keskusteluissa tutkittu tieto? Neuvoloissa korostetaan hoidon jatkuvuutta, mutta sillä tarkoitetaan sellaista jatkuvuutta, jossa hoidetaan raskaana olevia siihen saakka, kunnes synnytys on edessä. Sen jälkeen taas jatketaan jatkumoa synnytyksestä esimerkiksi lapsen kouluikään saakka.

Tällä jatkuvuus käsitteellä automaattisesti siirretään syrjään kätilöt, pois omimmalta työsalta. 4,5-vuotisen koulutuksen keskeisin sisältö rakentuu raskauksien, synnytysten ja lapsivuoteisten hoitoon. Osaamisen laatua säädellään tarkasti EU-direktiiveillä. Kun rakenteellisesti jatkumo ulotetaan lapsen kouluikään saakka, on selvää, että se osaaminen kätilöiltä puuttuu. Julkisessa keskustelussa nykyistä jatkuvuusajattelua tunnutaan pitävän yleisenä totuutena. Käytännössä tämä johtaa päällekkäiseen kouluttamiseen.

Kilpailevia näkökulmia on kuitenkin syytä nostaa rohkeasti esiin, erityisesti tänä aikana, jolloin resurssista on jatkuvaa pulaa. Joten kätilöosaamista olisi saatava äitiysneuvoloihin, jotta Suomessa täytyisivät EU-direktiivien vaatimukset. Kätilöjohtoista mallia, jossa kätilö tai kätilötiimivastaavarakauden, synnytyksen ja synnytyksen jälkeisestä ajasta, suosittelevat yhteisessä julkilausumassaan myös WHO, YK:n väestöraho, UNICEF sekä ICM, ICN, FIGO ja IPA – kansainväliset kätilöiden, hoitajien, gynekologien ja obstetrikkojen sekä lastenlääkäreiden järjestöt (3).

Kätilöiden sijoittuminen äitiysneuvoloihin mahdollistaisi myös katkeamattoman jatkumon raskauden suunnittelusta esimerkiksi synnytyksen jälkitarkastukseen saakka, sekä esimerkiksi työkierron erikoissairaanhoidossa äitiyspoliklinikoilla, antenataali-, synnytys- ja lapsivuodeosastoilla. Tämä mahdollistaisi myös sen, että päällekkäiset koulutusvaatimukset pystyttäisiin tältä osin purkamaan.

Mutta myös muunlaisia innovatiivisia palvelukombinaatioita voisi ottaa rohkeasti arvioitavaksi. Esimerkiksi äitiysneuvola voisi olla osana laajempaa seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluita, jotka luontevasti nivoisivat yhteen äitiyshuollon, raskauksien ehkäisyn, keskeytykset, keskenmenot, lapsettomuuden, vaihdevuosi-ongelmat ja seksitaudit tutkimuksineen, hoitoinen ja seulontoineen. Ruotsissa nämä ovat kätilökeskuksia, jossa toiminnat toteutetaan gynekologin tuella läpi koko naisen elämänsä ajan.

Viime vuosina terveydenhuoltojärjestelmät ovat kehittyneet yhä monimutkaisemmiksi, jolloin ne ovat erityisen haasteellisia uusille innovaatioille. Eräs esteistä on terveystieteiden, tekniikan ja liiketoiminnan alojen pitämisestä erillään.

Stanfordin yliopistossa aloitettiin 2000-luvun alussa Biodesign-opetusohjelma (4), joka antaa järjestelmällisen rakenteen uusien innovaatioiden kehittämiseksi. Jo yli 4,3 miljoonaa potilasta on hoidettu tällaisten hankkeiden tuottamalla innovaatioilla. Suomessa Biodesign Finland -ohjelma aloitettiin vuonna 2016. Ohjelmaa koordinoi Aalto-yliopisto, mutta mukana ovat myös Helsingin yliopisto, HUS ja Metropolia AMK. Tähän vuoteen mennessä ohjelmassa on koulutettu 26 innovaatiotutkijaa.

## MISTÄ OIKEASTAAN ON KYSE?

Maailmanlaajuinen Biodesign-ohjelma rakentuu monitieteellisen innovaatiotutkijaryhmän prosessille, joka korostaa uusien innovaatioiden tarvelähtöisyyttä. Ohjelmaan sisältyy teoreettista koulutusta lääketieteellisen teknologian innovaatioiden suunnittelusta ja liiketoiminnan lähtökohdista sekä moniammatillisen innovaatiotutkijaryhmän jalkautuminen terveydenhuollon valittuun toimintaympäristöön tekemään havaintoja. Havainnot kirjataan ja kirjatut havainnot analysoidaan järjestelmällisesti. Esiin tuotuja tarpeita tutkitaan ja seulotaan lukuisten muuttujien avulla, esimerkiksi kliinisten vaikutusten, markkinoiden ja potilasvaikutusten suhteen.

Verkostoituminen alan asiantuntijoiden kanssa sekä tarpeiden suodattaminen myös sidosryhmien taholta on oleellista, jolloin potilaiden ja hoidon tarjoajien lisäksi esimerkiksi omaisten, rahoittajien ja muiden keskeisten sidosryhmien tarpeet tulee huomioida. Etenemissuunnitelman laatimiseksi hankitaan myös ymmärrystä teknisestä toteutettavuudesta, tarvittavista resursseista ja henkilöstöstä.

Prosessi on sekä iteratiivinen että syklinen. Systemaattinen eteneminen rajoittaa taipumusta edetä prosessissa ennen syvällistä ymmärrystä sen todellisesta tarpeesta. Samalla prosessi tarjoaa mekanismin objektiivisesta arvioinnista, joka kertoo ehdotetun ratkaisun todellisesta hyödyllisyydestä.

Viimeaikaiset sosiaali- ja terveysministeriön sekä lehdistön ulostulot ovat yhdensuuntaisia: Suomen perusterveydenhuollon kriisiyttää hoidon jatkumattomuus ja aliresursointi, joka puolestaan heijastuu muuhun terveydenhuoltoon kasvavina kustannuksina ja ongelmina. Terveys- huollon palveluketjuja pidetään pitkinä, katkeilevina ja tukkoisina. Työntekijät lähtevät, koska

he eivät pysty vaikuttamaan työhönsä tai ylipäänsä suoriutumaan siitä. Lisäksi vallalla on jatkuva yksittäisten kohteiden näennäiskehittäminen, vaikka tarvittaisiin koko palvelurakenteiden ja -prosessien järjestämistä tarkoituksenmukaisiksi kokonaisuuksiksi.

Väitöskirjan aineistoa kerättiin jo vuonna 2008. Äitiysneuvolapalvelut olivat jo silloin yhtä hajanaisia kuin vuonna 2022. Erityistä tukea tarvitsevien raskaana olevien, kuten esimerkiksi synnytystä pelkäävien, hoitopolkuja olisi kehitettävä toimiviksi kokonaisuuksiksi. Palvelujen heikkoudet kohdentuivat vähäiseen syntyvyyteen ja sen vaikutuksiin osaamisen ylläpitämiselle. Ongelmia aiheuttivat epäyhtenäiset tietojärjestelmät ja epäselvät prosessit.

Äitiysneuvolapalvelujen vahvuutena pidettiin monialaista ja moniammatillista yhteistyötä ja kokeneita ammattilaisia. Äitiysneuvolapalvelujen kehittämisessä on nykyistä paremmin huomioitava kättilöosaamisen ja lääketieteen erityisasiantuntemuksen hyödyntäminen, perhekeskeisten prosessien kehittäminen sekä moniammatillinen yhteistyö perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon välillä. Yhtenevä valtakunnallinen järjestelmä ja sen johdonmukainen seuranta toimisivat laadukkaiden palvelujen perustana. Toimintojen tarvelähtöiselle kehittämiselle antaa Biodesign-prosessi uudenlaisen rakenteen, jossa moniammatillisten tiimien osamista voidaan hyödyntää innovatiivisten palvelurakenteiden kehittämisessä.

## LÄHTEET:

1. Arno Forsius. Äitiysneuvonnan kehitysvaiheita [https://www.phtutkimusseura.fi/a-forsius/ait\\_neuv.html](https://www.phtutkimusseura.fi/a-forsius/ait_neuv.html) (Luettu 03.09.2022).
2. Satavuotias neuvolatoiminta on uusien haasteiden edessä. Kosonen Sari. Lääkärilehti 8.9.1922 <https://www.laakarilehti.fi/> (Luettu 14.09.2022)
3. Defining competent maternal and newborn health professionals Background document to the 2018 joint statement by WHO, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO and IPA: definition of skilled health personnel providing care during childbirth. World Health Organization 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272817/9789241514200-eng.pdf> (Luettu 14.09.2022).
4. <https://biodesign.stanford.edu/> (Luettu 14.09.2022).

EIJA RAUSSI-LEHTO  
Sh, esh-kätilö, THM  
Terveysthuollon lehtori, Metropolia  
Ammattikorkeakoulu  
Projektitutkija, Aalto-yliopisto

*Terveysthuollon maisteri Eija Raussi-Lehdon väitöskirja Äitiysneuvolapalvelut ja äitiyshuollon innovaatioiden kehittäminen, tarkastettiin Aalto-yliopiston neurotieteen ja lääketieteellisen tekniikan laitoksessa 7.10.2022. Vastaväittäjänä toimi dosentti, Johtajaylilääkäri Jyrki Jalakanen Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä ja ohjaajina professori Risto Ilmoniemi Aalto-yliopistosta, tutkimusprofessori Mika Gissler, Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksesta ja tutkimusprofessori, emer. Elina Hemminki, Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksesta.*