

Kristiina Poikajärvi, Marjukka Mäkelä

**SEKSUAALITERVEYSPALVELUT PUNTARISSA
Onko neuvola järjestelmää uudistettava?**

32/998

ISBN 951-33-0684-4
ISSN 1236-9845

Stakesin monistamo, Helsinki 1998

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	1
2. NYKYTILAN TAUSTAA	3
2.1. Äitiysneuvolat	4
2.2. Väestövastuu	5
2.3. Teknologian kehitys	7
2.4. Äitiysneuvoloiden asiakasrakenteen muuttuminen	8
3. ÄITIYSNEUVOLASTA SEKSUAALITERVEYTEEN	11
3.1. Perhesuunnittelu	12
3.1.1. Sukupuolikasvatus	12
3.1.2. Raskauden ehkäisy	15
3.1.3. Hedelmättömyys	20
3.1.4. Adoptiot	23
3.1.5. Perinnöllisyysneuvonta	25
3.2. Raskaus ja synnytys	26
3.2.1. Keskenmenot	26
3.2.2. Raskauden keskeytys	27
3.2.3. Raskaus, synnytys ja lapsivuode	30
3.3. Muu seksuaaliterveys	35
3.3.1. Vaihdevuodet	35
3.3.2. Gynekologiset seulonnat	37
3.3.3. Sukupuolitaudit	38
4. SEKSUAALITERVEYTTÄ TUKEVIEN TERVEYS- PALVELUJEN ORGANISAATIO	41
4.1. Nykytilan yhteenveto	41
4.2. Toiminnan kehittämisen haasteita	41
4.3. Vaihtoehtoisia toimintamalleja	43
5. SEKSUAALITERVEYTTÄ TUKEVIEN PALVELUJEN TULEVAISUUS?	46
6. KIRJALLISUUS	47

1. JOHDANTO

Stakesin vuonna 1997 asetettu perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä päätti ensimmäisessä kokouksessaan, että sen kolmivuotisen toimintakauden aikana tulisi aktiivisesti nostaa esiin kysymyksiä äitiyshuollon ja perhesuunnittelun muutostarpeesta. Yhdeksi käsiteltävistä aiheista valittiin seksuaaliterveyteen liittyvien terveystalvelujen kokonaisuus. Aihetta selvittelemään asetettiin ensin asiantuntijaryhmän jäsenistä koottu työryhmä (Elina Hemminki, Taru Mikkola, Esko Laes, Kristiina Poikajärvi ja Eeva-Liisa Vakkilainen). Alustavan selvityksen perusteella asiantuntijaryhmä päätti, että aiheesta on tarpeen koota yhteen oleelliset tiedot ja julkaista ne raporttina perustaksi laajemmalle keskustelulle.

Raporttia laatimaan asiantuntijaryhmä pyysi terveydenhuollon tarkastaja Kristiina Poikajärven (ESH, THL) Länsi-Suomen lääninhallituksesta. Syksyn 1997 aikana koottiin aineisto tätä raporttia varten kirjallisuudesta ja asiantuntijoita haastattelemalla. Olemme pyrkineet käyttämään tuoreimpia saatavilla olleita aineistoja ja kuvaamaan erityisesti niitä toiminta-alueita, joissa viime vuosina on tapahtunut suuria muutoksia. Tavoitteena ei ole ollut kattavasti viitteistetty esitystapa; monista käsitellyistä aiheista on tekeillä näyttöön perustuva hoitosuositus, joka perustelee toimintatavat yksityiskohtaisemmin kuin tässä on ollut tarkoituksenmukaista. Tärkeitä lähteitä ovat olleet Stakesin rekisterit ja tilastot, Perhesuunnittelu 2000 -hankkeen osittain Keski-Suomessa tehdyt selvitykset ja verkostolehdet sekä lisääntymisterveyspalveluja koskeva väestökysely, jonka tulokset on julkaistu Stakesin Raportteja-sarjassa (Sihvo ja Koponen 1998). Asiantuntijaryhmä teki kokouksessaan joulukuussa 1997 myös SWOT-analyysin erilaisista palvelujen järjestämisen vaihtoehdoista. Palvelujen kustannustiedot on saatu pääasiassa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin vuoden 1997 hinnastosta.

Perinteinen äitiyshuoltoon ja perhesuunnitteluun keskittyvä neuvolatyö on 1990-luvulla laajentunut uusille alueille. Muutoksen taustalla vaikuttavat monet tekijät, kuten väestön seksuaalikäyttäytymisen muutokset, teknologinen kehitys, terveystalvelujen rakenteelliset ja toiminnalliset muutokset sekä julkisen talouden vaikeudet. Seksuaaliterveyteen liittyvät terveystalvelut ovat nykyisin hajallaan eri tuottajilla, ja niiden tarjonta vaihtelee huomattavastikin maan eri osissa. Joidenkin palvelujen tarjoajia on paljon ja toiminta on osittain päällekkäistä ja puutteellisesti koordinoitua. Toisia palveluja on supistettu merkittävästi viime vuosina ja säästöt näyttävät kohdistuneet etenkin ennaltaehkäisevään työhön. Terveystalvelujen tämän alueen päämäärät, seksuaalisen hyvinvoinnin ja terveyden ylläpito ja edistäminen, eivät toteudu tasa-arvoisesti nyky-Suomessa.

Jos pidämme kiinni terveydenhuoltomme peruseriaatteista, tasa-arvosta ja korkealaatuisesta hoidosta, on tarpeen miettiä, vastaako äitiysneuvolan toimintamalli nykytarpeita. Tulisiko terveystalvelujen ottaa selvemmin vastuulleen koko seksuaalisuuteen liittyvien terveystalvelujen kirjo? Onko tehtävänä silloin asiallisen tiedon tarjonta, hoitoon ohjaus vai hoidon koordinointi? Mitkä talvelut tulisi varmistaa kaikkien saataviksi, missä voidaan käyttää seulan omaa maksuvalmiutta? Aika keskustelulle tuntuu oikealta, kun samoihin aikoihin pohditaan myös lastenneuvoloitten asemaa ja lasten terveydenhuollon mahdollisia järjestelytapoja (Hermanson 1997). Samat muutostekijät ovat synnyttäneet keskustelun myös tällä rinnakkaisella saralla. Lisääntymisterveyden osalta on myös saatu paljon uutta tietoa suomalaisista käytännöistä ja koetuista palvelutarpeista (Sihvo ja Koponen 1998).

Tämän julkaisun tavoitteena on tuoda lisääainestoa jo käynnistyneeseen keskusteluun perhesuunnittelun, äitiyshuollon ja koko lisääntymis- ja seksuaaliterveyden palvelujen tarpeesta, tarjonnasta ja laadusta. Se toimii myös pohjana syyskuussa 1998 järjestettävälle seminaarille, jossa pohditaan tarkemmin palvelujen järjestämisen eri vaihtoehtoja. Perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä toivoo, että tämä julkaisu osaltaan edistää seksuaaliterveyttä tukevien palvelujen järjestämistä tehokkaasti, väestön tarpeita vastaavalla tavalla.

2. NYKYTILAN TAUSTAA

Äitiys- ja lastenneuvolat ovat olleet terveydenhuoltomme tärkeä rakenneosa yli 50 vuoden ajan. Kun neuvolatoiminta käynnistyi, oli sekä äitiys- että imeväiskuolleisuus Suomessa korkea. Silloin pidettiin tärkeänä järjestää ajanmukainen raskauden seuranta koko maassa sekä tarjota tietoa raskauden ja lapsen kasvatuksen tueksi tarkoitetuista sosiaalisista avustuksista. Syntyvyys oli korkea, teknologian määrä ja taso matala. Sikiön vointia seurattiin kuuntelemalla sydänääniä; äidin terveysongelmille oli vähän tehtävissä. Tärkeimmät käytettävissä olevat hoitokeinot olivat asianmukaisen ravinnon lisäksi vuodelepo sekä itse synnytykseen liittyvät toimenpiteet.

Teknologia ja yhteiskunnalliset muutokset ovat vaikuttaneet voimakkaasti raskauden seurantaan, synnytyksen hoitoon ja perhesuunnitteluun. Neuvolatoiminnan käynnistymisen jälkeen käyttöömme ovat tulleet tehokkaat verenpainelääkkeet, raskaustestit, laillinen raskauden keskeytys, vihurirokrokotus, Rh-immunisaation estämiskeinot, monien tulehdustautien diagnoosi- ja hoitokeinot sekä sikiöseulonnan mahdollisuudet. Pihtisyntytyksistä on siirrytty uudempaan teknologiaan ja synnytyksen suunnittelu voi alkaa jo ennen raskautta. Samaan aikaan perhekokoo on pienentynyt ja ensisyntyttäjien keski-ikä noussut. Perhesuunnittelun perustana on nykyään kouluissa annettava sukupuolikasvatus, jossa parhaassa tapauksessa käsitellään biologisten perusasioiden lisäksi myös seksuaalisuuden psyykkisiä ja sosiaalisia puolia. Seksuaalisuutta koskeva teknologia tarjoaa myös keinoja kohdunkaula- prostata- ja rintasyövän varhaiseen tunnistamiseen, hormonikorvaus-hoitoihin sekä erilaisten toiminnallisten häiriöiden ja seksuaali-identiteetin ongelmien hoitoon.

Terveyspalvelujen tavoitteena oli aikaisemmin **lisääntymisterveyden** tukeminen, eli hedelmällisyyden säilyttäminen ja toivottujen lasten saaminen perheelle sopivana aikana. Palvelutarpeet ovat laajentuneet käsittämään myös muun seksuaalisuuteen liittyvän terveyden (Lähtenmäki 1997). Tavoitteena on seksuaalinen hyvinvointi riippumatta siitä, tähtääkö hoito ja neuvonta terveiden lasten saamiseen. **Seksuaaliterveys** sisältää siten sekä lisääntymisterveyden että muut sukupuolielämään ja -elimiin liittyvät ilmiöt, joilla on terveyslottuvuus. Terveyslottuvuudella voidaan tarkoittaa terveysongelmaa, terveyden ylläpitoa ja edistämistä tai asian muunlaista käsittelyä terveydenhuollossa (Hemminki 1998). Taulukkoon 1 on koottu perinteiset ja uudet seksuaaliterveyttä tukevat terveyspalvelut.

Taulukko 1. Seksuaaliterveyttä tukevat terveyspalvelut ennen ja nyt

<i>Perinteiset toiminnot</i>	<i>Uudet toiminnot</i>
<i>Perhesuunnittelu</i>	
Sukupuolikasvatus (biologiset tekijät) Raskauden ehkäisy	Sukupuolikasvatus (myös psyykkiset ja sosiaaliset tekijät) Hedelmättömyyden hoito Adoptiot Perinnöllisyysneuvonta
<i>Raskaus ja synnytys</i>	
Raskaus Synnytys Lapsivuode	Keskenmenot Sikiöseulonnat Keskeytykset
<i>Muu seksuaaliterveys</i>	
Sukupuolitaudit Gynekologiset seulonnat	Uudet seksitaudit Vaihdevuodet ja niiden jälkeinen aika Toiminnalliset häiriöt (impotenssi ym.) Seksuaalinen identiteetti

Myös terveydenhuollon rakenteet ovat jatkuvan muutoksen kohteena sekä Suomessa että maailmalla. Kätilöiden tehtävänä oli 1940-luvulla hoitaa sekä raskauden seuranta, synnytys että lapsivuodeaika. 1990-luvulla synnytyksiä hoitavien ja avohoidossa raskautta seuraavien ammattilaisten keskinäiset yhteydet eivät aina ole kovin vahvat. Sama kätilö ei enää juuri koskaan seuraa äitiä raskauden alusta lapsivuoteeseen asti. Äitiyshuollon lisäksi on myös perhesuunnittelun palvelujärjestelmä muutoksen tarpeessa (Kosunen ja Rimpelä 1997). Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon työnjako vaihtelee paikasta toiseen melkoisesti; samoin julkinen palvelutarjonta vaihtelee erityisesti uusien teknologioiden osalta, mutta myös perinteisemmän äitiys- ja ehkäisyneuvonnan kohdalla kunnasta toiseen. Väestövastuu on laajentanut lääkärien, terveydenhoitajien ja kätilöiden työkenttää. Entistä vähäisemmät raskaudet jakautuvat perusterveydenhuollossa nyt entistä useammalle hoitajalle.

Kunnallisen terveydenhuollon palvelujen rinnalla on aina ollut yksityistä tarjontaa. Teknologinen kehitys näyttää osaltaan lisänneen myös yksityisen tarjonnan määrää. 1990-luvulla ovat julkisetkin palvelutuottajat osittain siirtyneet väljemmin säädeltyyn markkinatalousperusteiseen ajatteluun ja nostaneet työnsä laadun ja kustannustehokkuuden kilpailuvalteiksi. Kuluttajan valinnanmahdollisuudet ovat ainakin näennäisesti lisääntyneet. Todellista valinnanvapautta rajoittaa se tosiasia, että kunta maksajana saa viimeisen sanan erikoissairaanhoidon palvelujen tarjoajasta ja pitkälti sisällöstäkin. Etenkin uudempien teknologioiden saatavuus ja käyttö näyttävät vaihtelevan melkoisesti asuinpaikasta riippuen.

Tässä luvussa tarkastellaan lyhyesti äitiysneuvolatoyn perinteitä sekä niitä terveydenhuollon rakenteita ja sisältöjä, joiden muutokset ovat tehneet tarpeelliseksi keskustelun neuvolatoiminnan uudesta orientaatiosta. Tärkeitä taustatekijöitä väestövastuun, teknologisen kehityksen sekä äitiysneuvoloiden asiakasrakenteen muutosten lisäksi ovat pyrkimys näyttöön perustuvaan terveydenhuoltoon (Saarelma 1997), kuntatalouden ongelmat, priorisoinnin tarve sekä laadunhallinta, joita ei tässä käsitellä yksityiskohtaisesti. Lienee itsestään selvää, että palveluja suunniteltaessa niiden vaikuttavuus tulee tuntea; julkisesti tulisi rahoittaa vain vaikuttaviksi osoitettuja toimenpiteitä; niin julkisesti kuin osin yksityisesti rahoitettujen palvelujen laadun tulee olla tasaisen hyvä; tarjottavien toimenpiteiden karsinta niukkuuden vallitessa tulee tehdä avoimesti ja tasa-arvoisesti sekä lisääntymisterveyspalvelujen sisällä että niiden ja muiden terveyspalvelujen välillä; samasta terveysongelmasta kärsivien asiakkaiden tulisi saada samantasoiset palvelut asuinpaikasta riippumatta; ja että kaiken tämän toteutumista seurataan kriittisesti.

2.1. Äitiysneuvolat

Suomessa äitiysneuvontatyön ovat aloittaneet yksityiset kansanterveysjärjestöt. Mannerheim-liitto perusti ensimmäisen äitiysneuvolan vuonna 1926. Vuonna 1944 säädettiin lait kunnallisista terveyssisarista ja kätilöistä sekä kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista. Lain mukaan jokaisessa kunnassa tuli olla äitiys- ja lastenneuvola, jonka "tehtävänä on valistusta levittämällä sekä apua antamalla ja tarvittaessa opastamalla äitejä tarkoituksenmukaisesti käyttämään hyväkseen äitiys- ja perhelisäavustuksia vähentää raskauden aikaan, synnytykseen ja lapsivuoteeseen liittyviä terveydellisiä vaaroja, edistää tulevien äitien ruumiillista ja henkistä terveyttä sekä lasten syntymistä mahdollisimman terveinä ja voimakkaina samoin kuin lastenhoidossa ja -kasvatuksessa ohjata vanhempia siten että lapsilla on suotuisat mahdollisuudet säilyttää terveytensä ja kehittyä hyvin". Neuvontatyö tapahtui äitiysneuvoloissa järjestettyjen lääkärin ja kätilön vastaanottojen, äideille järjestettyjen

valmennuskurssien ja kättilön suorittamien kotikäyntien yhteydessä (Rauramo ja Harpa 1961, Eskola ym. 1987).

Nykyinen neuvolajärjestelmä perustuu Kansanterveyslakiin vuodelta 1972. Sen mukaisesti kunnan on ylläpidettävä terveysneuvontaa, johon luetaan mm. raskauden ehkäisyneuvonta ja kunnan asukkaiden yleisten terveystarkastusten järjestäminen.

Lääkintöhallituksen ohjekirjeessä (1988) suositeltiin äitiysneuvolan terveydenhoitajien/kättilöiden määrä mitoittavaksi siten, että yhtä terveydenhoitajan/kättilön virkaa kohden laskettavien odottavien äitien määrä olisi noin 80 vuodessa. Vastaavasti yhtä äitiysneuvolalääkäreitä kohden laskettujen odottavien äitien määrä olisi noin 800 vuodessa, jos lääkäri teki pelkästään äitiysneuvolatyötä. Noin 80 odottavan äidin raskauden aikaisten ja synnytysten jälkeen tapahtuvien tarkastusten tekemiseen lääkärille tuli varata ainakin puoli työpäivää viikossa. Henkilökunnan mitoituksessa oli lisäksi huomioitava pitkistä matkoista johtuvat tekijät sekä väestörakenteesta johtuvat syyt (esim. suurten kaupunkien asuinalueet, joissa sosiaaliset ongelmat voivat kasautua). Asiakaspalvelun sekä työn suunnitelmallisuuden ja jatkuvuuden vuoksi suositeltiin samojen henkilöiden työskentelemistä äitiyshuollossa mahdollisimman pysyvästi. Sijaisjärjestelyssä kehoitettiin pyrkimään siihen, että muutamat terveyskeskuksen vakinaisista lääkäreistä ja terveydenhoitajista perehtyvät äitiyshuoltoon ja voivat toimia äitiysneuvolan vakinaisten työntekijöiden sijaisena tarvittaessa. Terveyskeskusten ulkopuolelta tulevien lyhytaikaisten sijaisten käyttöä äitiysneuvolatyössä tuli välttää. (Lääkintöhallitus 1988).

2.2. Väestövastuu

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kriisiytyminen 1980-luvulla johti useisiin muutoksiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon työtä pyrittiin kehittämään sisällöllisesti kokonaisemmaksi, yhteistyötä pyrittiin lisäämään, asiantuntijuutta kokoamaan eri tavoin ja palvelua muuttamaan asiakaslähtöisemmäksi ja avuhooltoon painottuvammaksi. Yksi kehittämishankkeista oli 1980-luvulla alkanut omalääkärikokeilu, sen jatkeena väestövastuisen perusterveydenhuollon kokeilu (VPK) ja alueellisen väestövastuun projekti (AVV) (Elovainio ym. 1997).

Väestövastuun perusideana oli nopeampi, tehokkaampi ja laadukkaampi palvelujärjestelmä, joka pystyisi vastaamaan kunkin alueen väestön tarpeisiin ja tavoitteisiin. Tavoite laajeni yhden ammattiryhmän (lääkäreiden) työn muutoksesta ensin koko perusterveydenhuollon ja sitten koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän työn ja toiminnan kehittämiseksi. Väestövastuun tavoitteena oli antaa peruspalvelut tietyille väestölle tiettyjen ammattilaisten voimin siten, että hoitosuhteet ovat mahdollisimman pysyviä ja että väestö tietää keihin ottaa yhteyttä terveyteen liittyvissä kysymyksissä (Elovainio ym. 1997).

Alueellinen väestövastuu ymmärretään kunnissa eri tavoin. Terveystenhuollon laajalla väestövastuisella toiminnalla tarkoitetaan esimerkiksi tilannetta, jossa palveluista useimmat (sairaanhoidon vastaanotto toiminta, aikuisten terveysneuvonta, äitiys- ja lastenneuvolatoiminta sekä kotisairaanhoito) toteutetaan väestövastuisella toimintatavalla ja toiminnan toteuttamiseen osallistuvat lääkärit, terveyskeskusavustajat, sairaanhoitajat, kotisairaanhoitajat sekä terveydenhoitajat. Tässä muodossa

terveydenhuollon väestövastuuta toteutetaan 22%:ssa kunnista. Väestövastuu on pisimmällä kotisairaanhoidossa ja kotipalvelussa (Elovainio ym. 1997).

Väestövastuusta on todettu olevan hyötyä etenkin ongelma-asiakkaiden palveluiden järjestämisessä. Vastuuväestön liian suuri koko voi aiheuttaa sen, että yksittäiselle asiakkaalle ei jää riittävästi aikaa. Laaja-alainen työnkuva vaatii enemmän erilaisia tietoja ja taitoja kuin sektoroitunut työtapo. Myös täydennyskoulutuksen merkitys kasvaa (Korhonen 1996).

Palvelujärjestelmän muutosten seurauksena on lisääntymisterveydenhuollon piiriinkin kuuluvissa palveluissa tapahtunut muutoksia. Tarkasteltaessa äitiysneuvolapalveluita terveydenhoitaja/kätilö ja lääkärikohtaiset odottavien äitien lukumäärät ovat pienentyneet. Esimerkiksi Helsingin kaupungin synnyttäjien lukumäärät lääkäriä kohti vuonna 1996 vaihtelivat 25:stä 192:een synnyttäjään (keskimäärin 61synnyttäjää/lääkäri). Terveydenhoitajilla vaihtelu oli 13:sta 92:een (keskimäärin 29synnyttäjää/terveydenhoitaja) (Helsingin kaupunki 1997).

Keski-Suomen terveystieteiden keskuksissa kartoitettiin vuonna 1997 terveydenhoitaja/kätilö kohtaiset synnyttäjien lukumäärät 31.8.1997 poikkileikkaustilanteen mukaan (ei kuvaa koko vuoden määriä). Työntekijäkohtaiset synnyttäjien lukumäärät vaihtelivat kolmesta 95:een (taulukko 2) (Poikajärvi 1997a).

Taulukko 2. Terveydenhoitaja/kätilökohtainen synnyttäjien lukumäärä Keski-Suomen terveystieteiden keskuksissa 31.8.1997 (poikkileikkaustilanne) (Poikajärvi 1997a)

Synnyttäjien lkm	Terveystieteiden keskus											
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1-10	1	4			1	2	5				5	
11-20		5		1	5		3	2	2		4	1
21-30	1						1	2	1	2	1	1
31-40					2				1	2	1	7
41-50		1	1			1		1			1	2
51-60					1	1						3
61-70					1	1						2
71-80					1							
81-90												
91-100					1							
th:t äith:ssa	2	10	1	1	12	5	9	5	4	4	12	16
kaikki th:t	5	11	3	1	18	10	11	8	5	11	18	22

2.3. Teknologian kehitys

Lisääntymisterveyttä koskeva tieto ja siihen liittyvä teknologia ovat muuttuneet suomalaisten äitiysneuvoloitten toiminta-aikana dramaattisesti. 1940-luvun kainosta aikuisvalistuksesta, kondomeista ja keskeytetystä yhdynnästä on pitkä matka 1990-luvun vapaamieliseen seksuaalisuutta koskevaan keskusteluun, hedelmöityshoitoihin ja vakiintuneisiin syöpäseulontoihin.

Kenties merkittävin teknologinen muutos on ollut nykyisin itsestään selvänä pidetty mahdollisuus raskauden tehokkaaseen ehkäisyyn (Kosunen ja Sihvo 1998). Ehkäisytablettien ja kierukoiden myötä lapsia ei enää saada vaan "hankitaan". Kun naisten koulutustaso samalla on kohonnut ja opiskelusta ansiotyöhön siirtymisen ikä noussut, alkaa synnyttäjien keski-ikä lähestyä kolmeakymmentä vuotta. Tämä aiheuttaa uusia tarpeita raskauden seurannassa, synnytysten hoidossa ja varsinkin raskauksien alkuun saattamisessa. Kaksi sadasta nykyisin syntyvästä suomalaisesta on keinoalkuisesti hedelmöitetty (Gissler 1998a). Keinoalkuisten raskauksien käynnistykseen ja hoitoon tarvittavan teknologian ja tietotaidon taso on korkea; menetelmät kehittyvät ja vaatimukset kasvavat nopeasti.

Sikiön kromosomiperäisten ja rakenteellisten poikkeavuuksien seulonta verikokeiden ja sittemmin myös ultraäänen avulla käynnisti jo kauan sitten keskustelun teknologian ja vapaamman aborttilainsäädännön yhdistelmän aiheuttamista eettisistä kysymyksistä. Geeniteknologia on 1990-luvulla tuonut vielä uusia mahdollisuuksia ja pohdintoja (Kääriäinen 1997). Useiden perinnöllisten sairauksien diagnostiikka on mahdollista jo ennen raskautta tai sikiöaikana. Tämän teknologian kehitys on erittäin nopeaa ja vaatii terveydenhuollon ammattilaisilta aktiivista tilanteen seuranta. Uusista mahdollisuuksista tiedottaminen lisääntymisterveyspalvelujen käyttäjille on sinänsä vaativa tehtävä.

Sukupuolitautien hoidossakin teknologia on muuttunut tautikirjon myötä. Seksuaalikäyttäytymisen muutokset ja ihmisten entistä suurempi liikkuvuus rajojen yli ovat tuoneet mukanaan sukupuolitautien määrän kasvun ja valikoiman laajenemisen (Haikala 1994). Mikrobilääkkeitä kehitetään kilpaa mikrobien muuttuvan resistenssin kanssa. Uusi tulokas HI-virus on haastanut terveydenhuollon ja terveyskasvatuksen ammattilaiset etsimään keinoja taudin leviämisen estämiseen ja sen hallintaan myös raskauden aikana (Salo ym. 1998).

Teknologian kehitykseen liitetään usein ensimmäiseksi laitteisto. Monien palvelujen, esim. seulontojen ja synnytysten hoidon osalta joudutaan pohtimaan keskittämisen ja hajasijoittamisen hyötyjä ja haittoja. Laitteet ovat kalliita eikä niitä kannata kaikkialle hankkia; esim. uudet ultraääniseulonnat (niskapoimu) (Taipale ym. 1997) edellyttävät paitsi hyviä laitteita myös kyllin monien raskaana olevien vuosittaista seulontaa, jotta osuvuus pysyy hyvänä. Päivystysvalmiuksien ylläpito vaatii sekä ajanmukaista laitteistoa että riittävää henkilöstömäärää. Myös asiakkaiden vaatimukset kasvavat teknisen kehityksen ja tietotaidon lisääntymisen vuoksi.

Seksuaaliterveyteen liittyvien seulontojen valikoima on monipuolistunut. Lakisäätteisten seulontojen vaikuttavuutta voidaan arvioida suhteessa kuolleisuuteen ja elämänlaatuun (esim. Hakama ym. 1997). Äitiysneuvoloiden tarjoamat seulonnat vaihtelevat kunnasta toiseen. Hieman vähäisempää vaihtelua on sukuelinten syöpien seulonnassa. Teknologian näkökulmasta tärkeää on keskustella seulontojen kattavuudesta, herkkydestä ja spesifisyydestä sekä siitä, millaiset ovat niiden avulla saavutetut todelliset terveysvaikutukset.

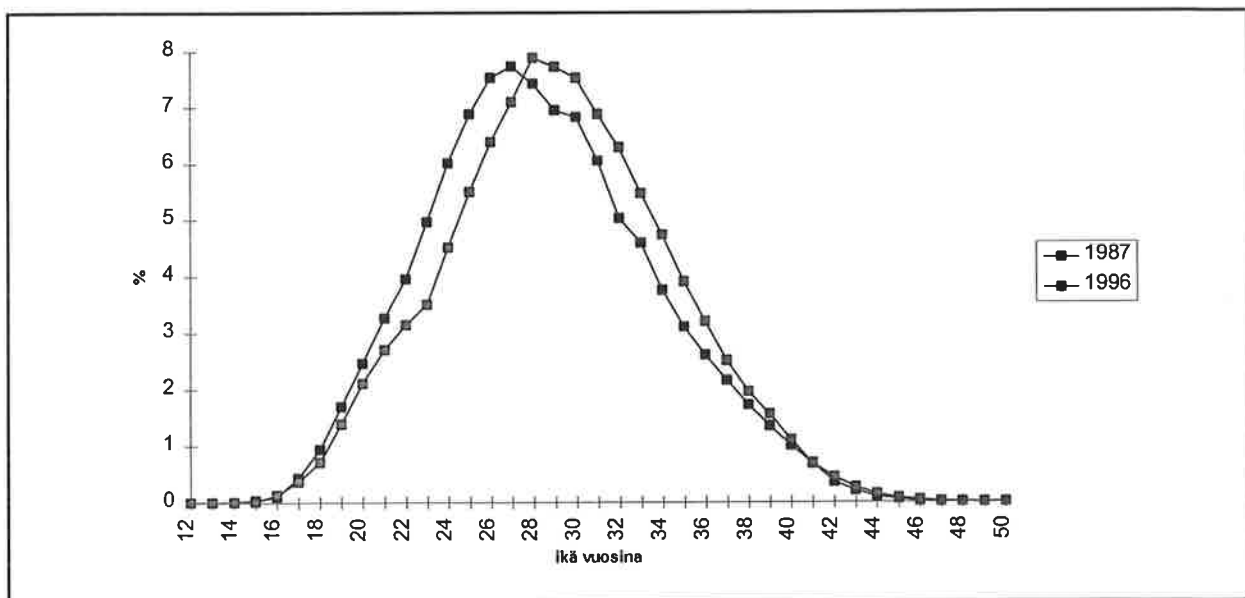
Miehen seksuaaliterveys on samoin laajentunut siemennesteanalyseista hedelmättömyyden, impotenssin ja miehen vaihdevuosien hoitoon sekä miehen reversiibelien ehkäisymenetelmien etsintään (Härkönen ja Pelkonen 1996, Huhtaniemi 1998). Molempia sukupuolia koskevat entistä avoimempi

suhtautuminen homo- ja biseksuaalisuuteen, lisääntyvä seksuaaliongelmien hoitoon suuntautuva palvelutarjonta sekä uudet mahdollisuudet sukupuoli-identiteetin häiriöiden hoitoon. Nämä tärkeät alueet jouduttiin tiukan aikataulun vuoksi rajaamaan tässä julkaisussa käsiteltyjen aiheiden ulkopuolelle, mutta myös ne kuuluvat osaksi seksuaaliterveyspalvelujen järjestämistä.

Tieteellinen näyttö, kliininen kokemus, terveydenhuollon voimavarat ja asiakkaan omat valinnat ovat ne tukipisteet, joiden varaan terveydenhuollon päätöksenteko on aina rakentunut. Samoihin pilareihin nojataan tulevaisuudessakin (Saarelma 1997). Uutta on se, että päätökset pyritään tekemään avoimesti kaikki niihin vaikuttavat seikat esittäen. Hyvinkin erilaisten tautien hoitokustannuksia voidaan vertailla keskenään laskemalla NNT-luku (number needed to treat). Se kertoo monenko ihmisen tulee saada tiettyä hoitoa, jotta saavutettaisiin yksi tavoiteltu lopputulos kuten terveen lapsen syntymä, tai vältettäisiin yksi ei-toivottu tapahtuma, esim. halvaus tai kuolema (Sackett ym. 1997).

Teknologia tuo uutta tietoa myös terveydenhuollon asiakkaille. Näyttöön perustuva ajattelutapa tuo entistä avoimemmin ja selvemmin esiin eri vaihtoehtojen edut ja haitat. Yhden asiantuntijan kliininen kokemus ja tieto ei enää määrää toimintamalleja, vaan ne luodaan yhteistyössä palvelujen käyttäjien, tuottajien ja rahoittajien kesken. Nykyaikainen, Internetin käyttöön tottunut potilas osaa itse hakea tietoa päätöstensä tueksi ja käsitellä mutkikkaita, monia näkökohtia sisältäviä vaihtoehtoja yhdessä lääkäriinsä kanssa. Seksuaaliterveyden kysymykset ovat usein hyvin henkilökohtaisia, ja senkin takia potilas tai asiakas on oikeutettu saamaan käyttöönsä luotettavimman mahdollisen tiedon.

2.4. Äitiysneuvoloiden asiakasrakenteen muuttuminen

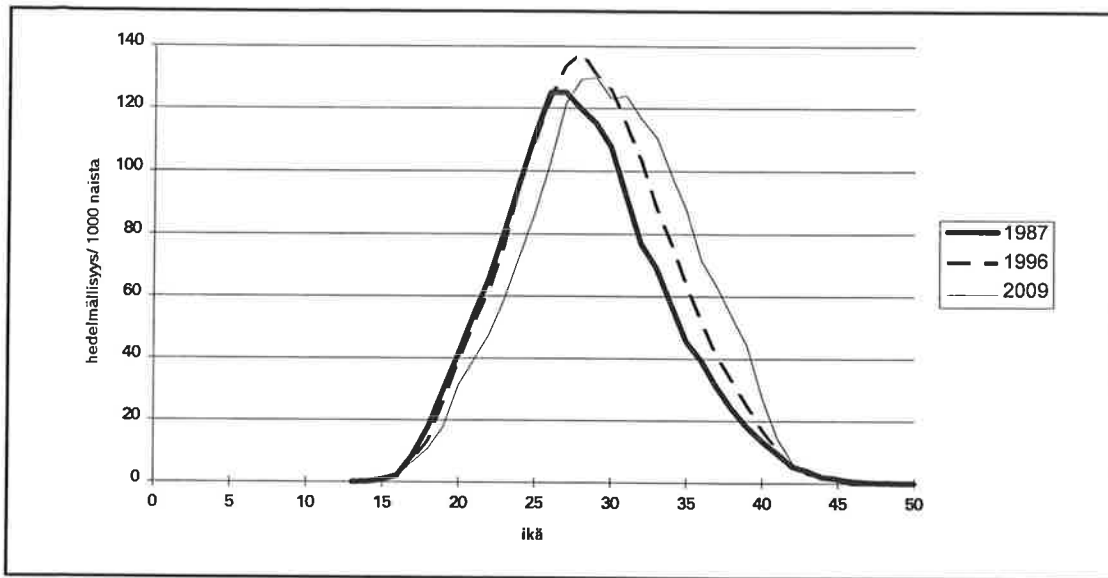


Kuvio 1. Synnyttäjien ikäjakauma % vuosina 1987 ja 1996. (Gissler 1997)

Synnyttäjien keski-ikä on noussut Suomessa koko 90-luvun ajan. Ensisynnyttäjät ovat nyt yli 27-vuotiaita (27,6 vuonna 1995) ja kaikkien synnyttäjien keski-ikä lähenee 30 ikävuotta. Synnyttäneisyys vanhemmissa ikäryhmissä on noussut (kuvio 1). Synnyttäjät vanhenevat ja synnyttäneisyys lisääntyy korkean sosioekonomisen tason omaavien synnyttäjien keskuudessa (lapset hankitaan vanhempana). Synnyttäjien keski-ikänsä nousuun on vaikuttanut mm. naisten koulutustason paraneminen. Suomalaisista

synnyttäjistä korkeakoulututkinnon on suorittanut yli 28%. Vuodesta 1991 vuoteen 1994 synnyttäneisyys lisääntyi 9% korkean sosioekonomisen aseman omaavien henkilöiden keskuudessa kun taas työntekijäryhmissä synnyttäneisyys vähentyi 10% samana aikana (Gissler 1997). Synnyttäjien tiedon taso ja kriittisyys lisääntyy. Iäkkäät synnyttäjät ovat vaativampia hoitaa ja myös raskauden riskit ovat suurempia nuorempiin nähden.

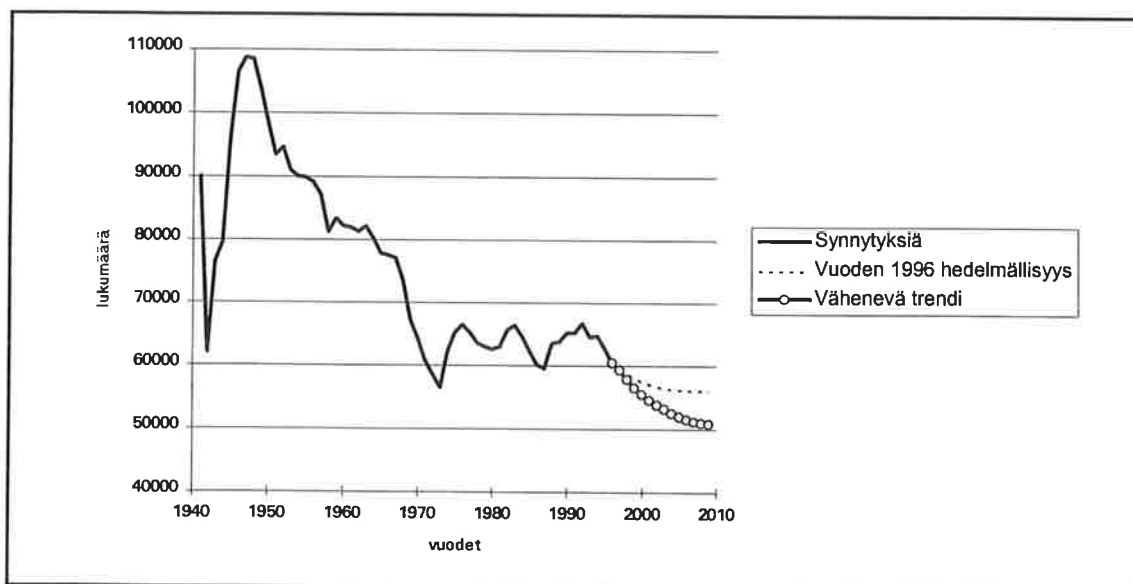
Mikäli synnytykset kehittyvät hedelmällisyysennusteen (kuvio 2) mukaisesti on vuonna 2009 odotettavissa yhä iäkkäämpien naisten synnytyksiä.



Kuvio 2.

Ikäryhmittäiset hedelmällisyysluvut vuosina 1987, 1996 ja 2009 (ennuste) (Gissler 1997)

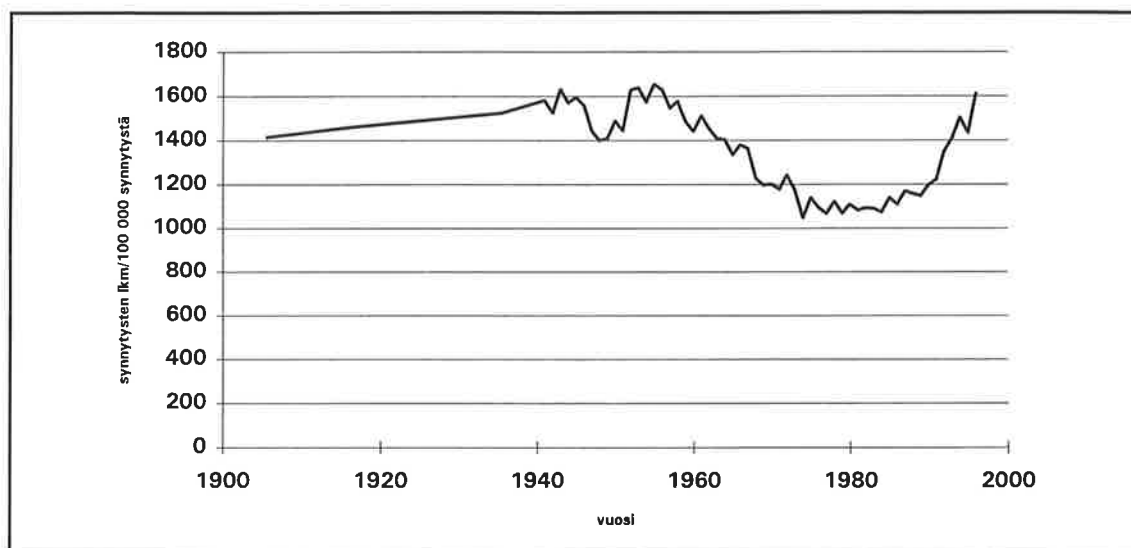
Suomessa lapsia syntyy noin 60 000 vuodessa. Synnytysten määrän ennustetaan kuitenkin laskevan vuoteen 2010 mennessä (kuvio 3).



Kuvio 3. Synnytysten määrä vuosina 1941-2009. (Gissler 1997)

1990-luvulla äitiyskuolemia (raskauden aikana tai kuuden viikon kuluessa raskauden päättymisen jälkeen kuolleiden määrä) on Suomessa ollut n. 5/100 000 elävänä syntynyttä ja imeväiskuolleita (yhden vuoden ikään mennessä kuolleiden määrä) 4 tuhatta elävänä syntynyttä kohti (Gissler 1997). Tilastojen mukaan Suomessa kuoli 1995 6-7 lasta 1000 synnytystä kohti. Perinataalikuolleisuus ei todennäköisesti enää vähene (vuosina 1993-1996 pysynyt lähes samana = 6.9).

Monisikiöisten synnytysten määrä on viime vuosina lisääntynyt (kuvio 4). Niiden osuus kaikista synnytyksistä vuonna 1987 oli 1.2 % ja vuonna 1996 1.6 %. Monisikiöisten lasten osuus kaikista syntyneistä lapsista oli vuonna 1987 2.3 % ja vuonna 1996 3.2% (Gissler 1997). Monisikiöisten synnytysten lukumäärän lisääntymiseen vaikuttaa hedelmättömyyshoitojen lisääntyminen (erityisesti koeputkihedelmöitys ja hormonihoitot).



Kuvio 4. Monisikiöiset synnytykset 100 000 synnytystä kohti. (Gissler 1997)

3. ÄITIYSNEUVOLASTA SEKSUAALITERVEYTEEN

Palveleeko nykyinen äitiysneuvolajärjestelmä hyvin seksuaaliterveyden hoitoa? Olemme tarkastelleet tätä kysymystä kertomalla mahdollisimman tarkoin nykytilanteesta, asiakasmääristä ja tiedossa olevista vaihteluista tutkimus- ja hoitokäytännöissä. Asiakkaiden toivomukset palvelujen järjestämisestä on esitetty enimmäkseen Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen -raportin pohjalta (Sihvo ja Koponen 1998). Tässä luvussa kuvataan perhesuunnittelun, raskauden ja synnytyksen sekä kolmen muuhun seksuaaliterveyteen liittyvän teeman kohtaamista terveydenhuollossa. Tekstissä esitetään myös nykyaasteita ja uusia ratkaisumalleja, jos sellaisia on tiedossa. Taulukkoon 3 on koottu tiedot palveluja käyttävien ryhmien koosta vuosittain.

Taulukko 3. Lisääntymisterveyspalveluiden kohderyhmän koko tai asiakasmäärä. Lähteet: Kansanterveyslaitos 1997, Tilastokeskus 1997, Sotka 1997, Syöpärekisteri 1997, Gissler 1998b, Hemminki 1998, puhelinhaastattelut/kyselyt adoptioyksiköihin ja perinnöllisyysneuvontaklinikoille

<i>Alue</i>	<i>Kohderyhmän koko ja/tai asiakasmäärä</i>	
sukupuolikasvatus		
oppilaita/vuosi	n. 200 000	v.1996
ehkäisy/perhesuunnittelu		
Ehkäisyssä olevat		
naiset 15-49-vuotiaat	1 255 011	v.1996
miehet 15-64-vuotiaat	1.92 milj	v.1996
ehkäisyn käyttäjät	724 600	v.1994
sterilisaatiot	14 394	v.1996
30-44 v. naisia	569 687	v.1996
yli 30 v. miehiä	1.42 milj.	v.1996
hedelmättömyys		
hoidossa	16 300	v.1994
IVF-syklit	6425	v.1996
lapsettomuus		
adoptiohakemuksia/v	n. 300	v.1996
adoptioita ulkomailta	192	v.1997
kotimaasta	n. 50*	v.1997
keskenmenot	10 700	v.1995
keskeytykset	10 437	v.1996
perinnöllisyysneuvonta	asiakkaiden lukumäärää mahdoton arvioida klinikoiden erilaisen rekisteriöintitavan vuoksi	
raskaus ja synnytys		
raskauksia	109 438	v.1995
käyntejä poliklinikalla	158 998	v.1995
hoitajaksoja osastolla	97 785	v.1991
synnytyksiä	62 767	v.1995
vaihdevuodet 50-54 vuotiaat naiset	166 200	v.1996
gynekologiset seulonnat		
mammografiat	170 000	v.1996
papat	180 000	v.1996
sukupuolitauteja (ilmoitetut) n. 11 000	v.1996	
HIV-testauksia	85 000	v.1996

**vain järjestöjen kautta adoptoidut. Ei valtakunnallista tietoa kunnissa tehdyistä adoptioista (esim. perheen sisäiset adoptiot ja isommat lapset)*

3.1. Perhesuunnittelu

Perhesuunnittelu tarkoittaa yksittäisten ihmisten valintoja seksuaalisuutensa toteuttamisessa suhteessa lisääntymiseen. Perhesuunnittelupalvelut ovat ammattiauttajien (lääkäri, hoitohenkilökunta ym.) toimintaa asiakassuhteissa ihmisten tukemiseksi heidän perhesuunnitteluvalinnoissaan ja tämän toiminnan organisoimista. Perhesuunnittelupalvelujen päämääränä on edistää seksuaalista hyvinvointia ja terveyttä sekä taata mahdollisimman onnellinen ja turvattu perhe-elämä ja antaa jokaiselle lapselle mahdollisuus syntyä toivottuna. palvelut sisältävät ei-toivottujen raskauksien ehkäisyyn, ehkäisymenetelmien valintaan ja käytön seurantaan, hedelmättömyyden ja seksitautien ehkäisyyn ja hoitoon, sekä raskauden keskeytyshoitoon liittyvää neuvontaa, hoitoa ja seurantaa (Stakes 1994, Sihvo ym. 1995). Perhesuunnitteluun kuuluu siten myös lapsettomuuden hoito ja syntyvyyden säännöstely (Hytönen ym. 1987). Vuoden 1988 Lääkintöhallituksen ohjekirjeessä kehoitettiin terveyskeskuksia tiedottamaan äitiysneuvolan palveluista raskautta suunnitteleville naisille ja pareille. Ensimmäinen neuvolakäynti tuli mahdollistaa ennen raskauden alkamista. Käynnin tarkoituksena oli selvittää parin terveydentila, tarkistaa riski- ja perintökijät sekä ohjata pari jatkohoitoon ellei raskaus ala vuoden kuluessa. Tätä käytäntöä ei ole yleensä otettu käyttöön terveyskeskuksissa. Palvelusta ei ole tiedotettu väestölle, jotta he olisivat osanneet palveluun hakeutua.

3.1.1. Sukupuolikasvatus

*Koulujen sukupuolikasvatus

Sukupuolikasvatukselle on vaikea löytää selkeää määritelmää. Ihmissuhde- ja sukupuolikasvatus on määritelty kasvatukseksi, jolla "pyritään antamaan mahdollisimman hyvä perustieto läheisten, usein läpi elämän kestävien ihmissuhteiden kehittymiseen ja ylläpitämiseen sekä niihin sisältyvään sukupuolisuuteen, ja samalla pyritään auttamaan ihmisiä läheisiin ihmissuhteisiin ja sukupuolielämään liittyvissä ongelmissa. Kasvatuksen päämääränä on, että ihminen kokee sukupuolisuuden itsessään ja muissa luonnollisena, oleellisena ja persoonallisuutta rikastuttavana osana, pystyy luomaan ja ylläpitämään kestäviä ja lämpimiä ihmissuhteita sekä kokee sukupuolielämän mahdollisimman onnellisena ja täysipainoisena" (Nummelin 1997,36).

Sukupuolikasvatuksella ja -opetuksella voidaan merkittävästi lisätä nuorten tietoja seksuaalisuudesta ja syntyvyyden säännöstelystä. Sillä on voitu vaikuttaa suvaitsevien asenteiden vahvistamiseen seksuaalisuutta ja muita ihmisiä kohtaan. Opetus on parantanut nuorten ehkäisytaitoja ja lisännyt ehkäisyn käyttöä, mikä on myös johtanut teiniraskauksien vähenemiseen (Kontula 1997). Koulujen kiinnittäessä aktiivisesti huomiota sukupuolikasvatukseen lisääntyy oppilaiden tietous seksuaaliasioista. Tämä näkyy mm. Kouluterveytustutkimuksen tuloksista verrattaessa vuosien 1995 ja 1996 koululaisten vastauksia Keski-Suomessa (Liinamo ym. 1996).

Sukupuolikasvatus on perinteisesti hoidettu kouluissa. Sukupuolikasvatusta annetaan 7., 8. ja 9. luokkalaisille ja se painottuu 9 luokkalaisille annettavaan opetukseen. Vuosina 1995-1996 kolmasosa kouluista antoi merkittävässä määrin opetusta 7. luokalla, 60% 8. luokalla ja neljä viidesosaa 9. luokalla. Opetussisällöt monipuolistuivat 9. luokalla (Kontula 1997). Sukupuolikasvatuksen tavoitettavissa on vuosittain n. 200 000 oppilasta maamme peruskouluissa (taulukko 4).

Taulukko 4. Oppilaiden lukumäärät vuonna 1995 peruskoulujen 7-9 luokilla (Tilastokeskus 1996)

<i>Oppilaiden lukumäärä</i>	<i>joista tyttöjä</i>	<i>merkittävästi opetusta saa</i>
7. lk 67 308	32 628	22 400
8. lk 65 034	31 721	39 000
9. lk 64 300	31 492	51 400
<i>Yht.</i> 196 642	95 841	112 800

Koulumaailmassa on tapahtunut muutoksia 1990-luvulla. Koulujen itsenäinen päätäntävalta on lisääntynyt ja koulukohtaiset opetussuunnitelmat on otettu käyttöön (Kontula 1997). Terveyskasvatus ja perhekasvatus ovat aihekokonaisuuksia, joita koulu voi valita opetettavaksi, mikäli haluaa. Liikunnan ja kotitalouden tuntimäärien vähentyessä terveys- ja perhekasvatuksen tunnit ovat supistuneet tai jopa poistuneet (Kontula 1997). Vuoden 1998 alusta voimaan tullut koululaki mahdollistaa koulu- ja kuntakohtaisesti vielä suuremmat vaihtelut opetuksessa, joskin opetussuunnitelmien perusteisiin ei tule muutoksia.

Koulukohtaisen harkintavallan lisääntyminen opetuksen sisällöstä vaikuttaa myös sukupuolikasvatukseen. Kontulan (1997) tutkimuksen mukaan vuonna 1996 sukupuoliopetus oli mainittu koulujen opetussuunnitelmassa 83 %:ssa kouluista. Yksityiskohtainen sukupuoliopetuksen suunnitelma oli 11 prosentilla kouluista. Sukupuoliopetus oli melko huonosti koordinoitua ja puolet (53%) kouluista arvioi opetuksen supistuvan lähitulevaisuudessa.

Sukupuolikasvatusta kouluissa toteuttavat pääasiassa naiset (kahdessa koulussa kolmesta). Poikien sukupuolikasvatuksen näkökulmasta miespuolisten opettajien lisääminen olisi tärkeää. Sukupuoliopetuksen painotusta tulisi myös siirtää kaksi vuotta aikaisemmaksi (7 luokalle). Koulun sukupuolikasvatuksen tulevaisuus on uhanalainen. Terveyskasvatukseen varattuja tunteja supistetaan tai poistetaan kokonaan. Sukupuolikasvatuksen määrä ja laatu tulee vaihtelevaan koulusta toiseen nykyistä enemmän (Kontula 1997).

***Terveystarkastuksen osuus sukupuolikasvatuksessa**

Suomalaisten koulujen sukupuolikasvatuksen erityisenä vahvuutena ja lisäresurssina on ollut kouluterveydenhuolto, jossa seksuaalasiat tulevat erityisesti esille vuotuisten terveystarkastusten yhteydessä. Kouluterveydenhoitajat ovat pitäneet Kontulan (1997) kyselyn mukaan ainakin joka toisessa koulussa myös varsinaisia sukupuolikasvatuksen oppitunteja. Kun terveydenhoitajat osallistuvat opetukseen heidän osuutensa on yleensä 1-3 tuntia/luokka (Lehtonen 1996). Terveystarkastajat jakavat lisäksi luokissa erilaisia esitteitä ja kondomeja ja jättävät niitä koulun julkisiin tiloihin ja muutoin oppilaiden saataville. Reilu 1/3 tytöistä ja 1/5 pojista käy muulloinkin kuin oppituntien tai terveystarkastusten yhteydessä keskustelemassa seksuaaliasioista kouluterveydenhoitajan kanssa. Monet tulevat hädissään pelätessään raskaaksi tuloa tai sukupuolitauteja. Terveystarkastajalta saa usein myös ehkäisytabletteja tai jälkiehkäisyä ja terveydenhoitaja toimii myös naisen mallina nuorelle tytölle (Kontula 1997). Vuoden 1996 kouluterveydenhuollon tutkimuksen (Liinamaa ym. 1996) mukaan suurin osa oppilaista (62%) oli melko

tyytyväisiä ja n. 18% erittäin tyytyväisiä kouluterveydenhuollon toimintaan silloin kun haluaisi henkilökohtaisesti keskustella esim. seksistä.

Kouluterveydenhuolto tekee koululaisille (7-9 lk.) määräaikaistarkastuksen yleensä 8 luokalla. 1/3 kouluista oli järjestänyt vuosina 1995-1996 vierailuja terveyskeskuksen ehkäisy- tai perhesuunnitteluneuvolaan (Kontula 1997). Kouluterveydenhoitajan läsnäolo koulussa on tärkeää. Esimerkiksi raskauden ehkäisyyn liittyvistä ongelmista, mielenterveysongelmista ja seksuaalisesta hyväksikäytöstä oppilaat kertovat kouluterveydenhoitajalle. Kouluterveydenhuolto on kuitenkin useissa kunnissa siirtymässä kouluista terveyskeskuksiin. Jo vuonna 1993 viidesosassa kunnista lääkärit ja 4 %:ssa kunnista terveydenhoitajat keskittivät kouluterveydenhuollon hoitamisen terveyskeskuksiin. Muutossuunnan ennakoidaan jatkuvan tulevaisuudessakin kouluista pois päin (Latikka ym. 1995 a ja b).

Kouluterveydenhuollon virat ja työpanos vähenevät. Vuonna 1994 viidennes kunnista oli vähentänyt lääkäreiden työpanosta, 18 kuntaa oli poistanut terveydenhoitajan viran ja 1/5 kunnista terveydenhoitajan virkoja ja työpanosta oli yleensä vähennetty. Terveystarkastusten väheneminen on keskeisin muutos kouluterveydenhuollon terveydenhoitajien ja lääkäreiden toimenkuvuissa. Lääkäreiden tekemiä terveystarkastuksia oli vähentänyt kolmannes kunnista (33%), terveydenhoitajien tarkastuksia oli karsittu jonkin verran vähemmän. Useat kunnat vähensivät samanaikaisesti sekä lääkäreiden että terveydenhoitajien tekemiä terveystarkastuksia kouluterveydenhuollossa. Vapautuvia voimavaroja ei käytetä kouluterveydenhuollon uusiin toimintoihin. Koululaisille ja opiskelijoille pidettyjen ryhmätilaisuuksien osuus väheni vuonna 1991 noin puoleen vuodesta 1989 (Latikka ym. 1995 b). Väestövastuu on myös vaikuttanut kouluterveydenhuoltoon siten, että väestövastuualueilla koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon käyntien määrä on vähentynyt enemmän kuin vertailupaikkakunnilla. Erityisesti terveydenhoitajan asiakaskäynnit olivat vähentyneet (Latikka ym. 1995 a ja b).

Kontula (1997) arvioi että ilman kouluterveydenhuollon panosta nuorten tiedolliset valmiudet sukupuoliasioissa voisivat olla merkittävästi nykyistä heikommat. Tämän voimavaran säilyminen olisi turvattava. Kun terveyskasvatusta ja perhekasvatusta on supistettu, tai ne on kokonaan poistettu, voi terveydenhoitajan tai koululääkärin opetuspanoksen lisääminen ainakin kohtuullisessa määrin korvata sukupuolikasvatukselle näistä muutoksista koituvat puutteet. Väestövastuun idea on joissakin tapauksissa ristiriidassa sen kanssa että terveydenhoitaja voisi toimia tehokkaasti omalla koulullaan (esim. koululaiset ohjataan terveyskeskuksiin terveystarkastuksiin, samalla koululla voi olla kolmekin eri terveydenhoitajaa).

Kontulan (1997) mukaan koulun sukupuolikasvatuksen tulevaisuuden ratkaisee koulun eri henkilöstöryhmien välisen yhteistyön lisääminen. Nykytilanteessa koulujen sukupuolikasvatukseen kohdistuu erilaisia odotuksia. Vanhemmat odottavat koulujen hoitavan osuutensa sukupuolikasvatuksesta (esim. Palokan yläasteella tehdyn vanhempainkyselyn mukaan (Palokan terveydenhuollon kuntayhtymä 1992)) ja kouluilla opettajat odottavat kouluterveydenhuollon hoitavan sukupuolikasvatuksen (osittain - riippuu koulusta). Kouluterveydenhuollon kehitys vaikuttaa kuitenkin siltä, että resursseja supistetaan jatkuvasti, kaikilla kouluilla ei enää pidetä kouluterveydenhoitajan tai lääkärin vastaanottoa (siirretty terveyskeskuksiin) eivätkä terveydenhoitajat tai lääkärit osallistu sukupuolikasvatuksen toteuttamiseen. Tämän kehityksen lisäksi kaikki koulut eivät välttämättä jatkossa sisällytä opetussuunnitelmiinsa sukupuolikasvatusta tai terveystopetusta lainkaan.

3.1.2. Raskauden ehkäisy

Suomessa on noin miljoona 18-44-vuotiasta naista, joiden keskuudessa raskaus, raskauden ehkäisy ja lisääntymisterveyteen liittyvät seulonnat ovat tärkeitä syitä terveystalouden käytölle. Vuonna 1994

arviolta neljännes 18-44-vuotiaiden naisten lääkärisäkäynneistä tehtiin raskauden ehkäisyn vuoksi (Hemminki ym.1998). Kyseessä on siis merkittävä terveystalouden käytön syy.

Kuntien tulee järjestää kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä terveysneuvonta, johon kuuluu myös raskaudenehkäisy (Kansanterveyslaki 1972 14 §). Terveyskeskuksissa on ollut erillisiä perhesuunnittelu/ehkäisyneuvoloita, joissa tätä on toteutettu. Viime vuosina ehkäisyneuvoloita on kuitenkin oltu lopettamassa joillakin paikkakunnilla ja hajautettu toiminta terveysasemille. Raskauden ehkäisy ja muiden perhesuunnittelupalvelujen järjestämistapa vaihtelee siis kunnittain. Joissakin kunnissa se on järjestetty erillisenä ehkäisyneuvolana, joissakin osana väestövastuutoimintaa, joissakin osana äitiysneuvolatoimintaa tai osana koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoa. Vuonna 1994 18 % terveyskeskuksista oli tehnyt muutoksia perhesuunnittelupalveluissa (Sihvo ym. 1995).

Naisen ikä ja asuinpaikkakunta vaikuttavat palveluiden käyttöön. Nuoret käyttävät pääasiassa julkisia palveluita ja vanhemmat naiset yksityissektoria. Maaseudulla ehkäisyneuvolat ovat tärkein hoitopaikka, kun taas pääkaupunkiseudulla palveluiden käyttö keskittyy yksityisvastaanotoille ja opiskelijaterveydenhuoltoon. Gynekologi on hoidon antaja noin puolessa hoitokontakteista. Terveystaloudenhoitajien rooli on tärkeämpi maaseudulla asuville. Maaseudulla ongelmana on gynekologipalveluiden heikko saatavuus ja naislääkäreiden puuttuminen. Naislääkärillä asiointi on tärkeää erityisesti nuorille (Sihvo ym. 1995). Miesten osallistuminen raskaudenehkäisyn takia vastaanotoille on vain 5% . Siihen vaikuttaa mm. tiedon puute sekä se, ettei miesten roolia pidetä tarpeeksi esillä (Sihvo ja Viisainen 1998). Suurin osa ehkäisyvälineistä ja menetelmistä on myös suunniteltu naisille. Naiset toivovat useimmiten (49%) yhdistettyä äitiys- ja ehkäisyneuvolaa, vain 12 % kannattaa raskauden ehkäisyn ja raskauden seurannan hoitamista yhdistettynä muuhun vastaanottotoimintaan. 79% naisista kannattaa sitä, että raskauden ehkäisyä ja äitiysneuvolatoimintaa hoitaa näihin asioihin keskittynyt terveydenhoitaja tai kättilö. Vain 12% käyttäisi näissä asioissa samaa terveydenhoitajaa, jonka luona käy muiden terveyteen liittyvien asioiden takia (Hemminki ja Koponen 1998).

Terveyskeskuksiin suunnattujen perhesuunnittelukäyntien lukumäärät esitetään taulukossa 5. Sen mukaisesti terveyskeskusten käyntimäärät näyttävät vähenevän, mikä tukee oletusta siitä, että naiset kääntyvät ehkäisyasioissa yksityisen terveydenhuollon ja gynekologien puoleen. Sihvon ym. (1995) kyselyn mukaan yksityinen terveydenhuolto koetaan julkista mieluisampana käyntipaikkana raskauden ehkäisyyn liittyvissä kysymyksissä. Alle 20-vuotiaista puolet asioi mieluiten ehkäisyneuvolassa. Lähes kaikki toivovat gynekologin vastaanotolle. Tutun lääkärin haluaisi 40%, neljännes haluaa jonkun muun kuin tutun lääkärin ja enemmistö asioisi mieluiten naislääkärin kanssa (Sihvo ym. 1995).

Taulukko 5. Perusterveydenhuollon perhesuunnittelukäyntien lukumäärät lääkärillä ja terveydenhoitajilla/kätilöillä Suomessa vuosina 1994-1996 (Sotka 1997)

Vuosi	Perhesuunnittelu-käynnit lääkärillä	Perhesuunnittelukäynnit th/kätilöllä
1994	132 091	162 210
1995	127 668	156 531
1996	129 542	154 562

*Ehkäisyn tekniikat

Kierukka ja ehkäisypillerit hallitsevat suomalaista ehkäisykäytäntöä. Alle 30-vuotiaiden ehkäisypillereiden käyttö on kaksinkertaistunut 1980-luvun aikana. Ehkäisypillereiden käyttäjiä maassamme oli n. 220 000 1990-luvun alkuvuosina. Vuonna 1994 tutkimukseen osallistuneista alle 30-vuotiaista naisista ehkäisypillereitä tai kierukkaa käytti noin puolet. Ehkäisypillereitä, kierukkaa, kapseleita tai sterilisaatiota käytti ehkäisyyn noin 80% alle 25-vuotiaista ja 62-72% sitä vanhemmista naisista (Kosunen ja Sihvo 1998).

Keski-Suomessa selvitettiin terveyskeskusten käytäntöjä maksuttomien ehkäisypillereiden ja kierukoiden tarjonnan osalta vuosina 1994-1996. Vuonna 1994 sai Jyväskylää lukuun ottamatta kaikista läänin terveyskeskuksista (11) ensimmäisen kierukan maksutta (ei hormonikierukkaa). Vuoteen 1996 mennessä kaksi muuta terveyskeskusta alkoi velottaa kierukasta. Muissa terveyskeskuksissa saa kierukan maksutta edelleen. Ehkäisypillereitä sai maksutta vuonna 1993 yhdeksästä terveyskeskuksesta kolmen kuukauden ajaksi silloin kun kyseessä oli ensimmäinen ehkäisy. Kahdessa terveyskeskuksessa pillerit sai maksutta kuudeksi kuukaudeksi. Vuonna 1996 viisi terveyskeskusta jatkoi kolmen kuukauden käytäntöä, yksi 6 kuukautta, kolme 9 kuukautta ja kaksi antoi pillerit maksutta vuodeksi. Yhden terveyskeskuksen alueella annettiin pillerit alle 18-vuotiaille 9 kuukaudeksi ja yli 18-vuotiaille 3 kuukaudeksi silloin kun kyseessä oli ensimmäinen ehkäisy. Maksuttomien ehkäisypillereiden saatavuus terveyskeskuksissa parantui seurantavuosien aikana (Poikajärvi 1997b).

Jälkiehkäisyllä tarkoitetaan joko hormonien käyttöä (tabletteina) 72 tunnin kuluessa suojaamattomasta yhdynnästä tai kierukan asentamista 5 päivän sisällä suojaamattomasta yhdynnästä. Suomessa on saanut jälkiehkäisytabletteja vuodesta 1987. Vuonna 1996 jälkiehkäisyyn tarkoitettuja pakkauksia myytiin 32 600 kpl (Kosunen ja Sihvo 1998).

Jälkiehkäisyn käyttö keskittyy nuoriin ikäluokkiin. Vuoden 1994 (Kosunen ja Sihvo 1998) kyselyn mukaan 9% 18-19-vuotiaista ja 10% 20-24-vuotiaista oli ainakin kerran käyttänyt menetelmää. 25-29-vuotiaiden ryhmässä käyttökokemusta oli 4%:lla ja yli 30-vuotiaissa 1-3%:lla. Jälkiehkäisyn käyttäjistä 77% oli synnyttämättömiä. Nuorten parissa jälkiehkäisyn käyttö on edelleen lisääntynyt. Vanhemmat ikäryhmät tuntevat jälkiehkäisyn ja sen käytön selvästi huonommin kuin nuoremmat naiset. Naiset suhtautuvat myös jonkin verran kielteisesti jälkiehkäisyn käyttöön (Kosunen ja Sihvo 1998).

Vuonna 1996 kartoitettiin Keski-Suomen terveyskeskuksissa jälkiehkäisykäytäntöjä (tabletit). Käytännöt vaihtelevat paljon eri terveyskeskuksissa. Terveyskeskusten välisen vaihtelun lisäksi myös saman terveyskeskuksen eri terveysasemilla voi käytännöissä olla suuria eroja. Jälkiehkäisytabletteja saa kaikissa terveyskeskuksissa lääkärin ajanvaraus- ja päivystystsvastaanoilta. Suurimmassa osassa

niitä saa myös ehkäisy-/perhesuunnitteluneuvolasta. Joissakin terveyskeskuksissa saa jälkielehköisyä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon sekä työterveyshuollon vastaanotoilta. Yli puolessa terveyskeskuksista vain lääkärit antavat jälkielehköisyä, kun taas viidessä terveyskeskuksessa pillereitä voivat antaa joustavasti myös terveydenhoitajat/kätilöt/sairaanhoitajat (joko pilleripakkaus tai ko. neuvolan lääkärin kirjoittama resepti). Jälkielehköisyä käyttöä seurataan heikosti. Vain yksi terveyskeskus seurasi jälkielehköisyä antamista ja jälkietarkastuskäyntejä. Joissakin terveyskeskuksissa ei jälkietarkastusta säännönmukaisesti järjestetä (Poikajärvi 1996, Kosunen ja Poikajärvi 1998).

Vuonna 1996 (Sihvo ym. 1997) tehdyn gynekologista itsehoitoa koskevan lääkärikyselyn mukaan suurin osa lääkäreistä olisi valmis helpottamaan jälkielehköisyä saatavuutta, mutta pitäisi jakelun kuitenkin terveydenhuollon ammattilaisilla. Lääkäreiden näkemysten mukaan ensivaiheessa jälkielehköisytablettien määräsoikeus tulisi laajentaa terveydenhoitajille. Saatavuuden helpottamista kannattivat erityisesti terveyskeskuksissa työskentelevät lääkärit. Terveydenhoitajien ohjaus katsottiin tarpeelliseksi mm. jälkietarkastuksen ohjauksen, jatkoehköisyä ja tarpeettoman käytön kontrolloijana.

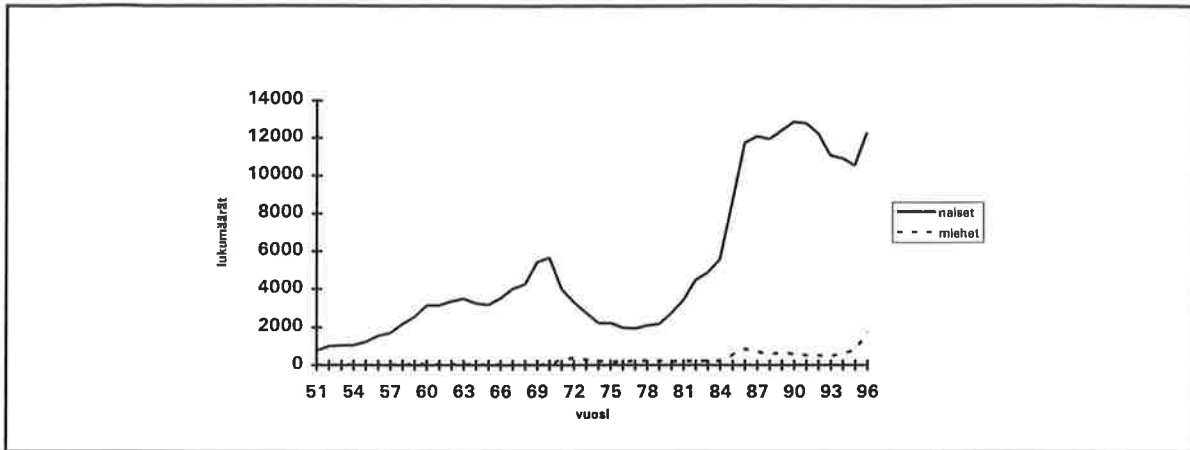
Jälkielehköisyä käytöstä ja käytännöistä ei ole kattavaa tietoa. Jälkielehköisyyttä tiedottaminen ja tietäminen on heikohkoa ja saatavuus vaihtelee alueellisesti, mikä aiheuttaa eriarvoisuutta asiakkaiden keskuudessa. Todennäköisesti jälkielehköisyyllä on kuitenkin ollut vaikutusta alhaisiin aborttilukuihimme. Koska jälkielehköisyyttä tiedetään vähän ja sitä käytetään vähän tulisi jälkielehköisyä käytöstä saada valtakunnallinen hoitosuositus sekä alueelliset ohjeet ja sopimukset yhteisten hoitokäytäntöjen toteuttamiseksi. Jälkielehköisyä käytön markkinoiminen ensielehköisyksi ei kuitenkaan ole tavoiteltavaa.

Hiljattain synnyttäneet käyttävät pääasiassa **kondomia ehköisy menetelmänä**. Vuonna 1994 tehdyn kyselyn (Kosunen ja Sihvo 1997) mukaan sinä vuonna synnyttäneistä 25-29-vuotiaista naisista 74% käytti kondomia ehköisyyn. Edellisenä vuonna synnyttäneistä käytti kondomia 30% ja 30% oli aloittanut ehköisy pillerit. Synnytyksen jälkeiseen ehköisyyn tulisi terveydenhuollossa kiinnittää erityistä huomiota sillä raskauden keskeytyksiä on viime vuosina tehty runsaasti 1-2 vuoden sisällä synnyttäneille naisille (Rimpelä ym. 1995, Kosunen ja Sihvo 1998).

Sterilisaatiolla tarkoitetaan sukuelinten muuttamista hedelmättömäksi. Kyseessä on pysyväksi tarkoitettu ehköisy. Naisen sterilisoinnissa katkaistaan/suljetaan munajohdot ja miehiltä vastaavasti siemenjohdot. Sukurauhasten toimintaa ei tuhota ja sukuhormonien erityis jatkuu (Eskola ym. 1987).

Sterilisaation saa omasta hakemuksesta jos hakija on täyttänyt 30 vuotta tai hakijalla on kolme alaikäistä lasta. Em. tapauksessa suorittajalääkärin lausunto ja ilmoitus riittävät. Ennen toimenpidettä hakijan kuuluu saada tietoa sterilisaation merkityksestä ja vaikutuksista. Toimenpiteen saa suorittaa Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen hyväksymässä sairaalassa toimiva laillistettu lääkäri. Sterilisaatioista tehdään ilmoitukset Stakesiin (Sterilisointilaki 1970, Sterilisointiasetus 1985).

Sterilisaatioiden lukumäärä Suomessa on kasvanut tasaisesti 1980-luvun puoleen väliin saakka, jolloin tapahtui merkittävä sterilisaatioiden määrän lisäys. Vuonna 1995 koko maassa tehtiin naisille 10 554 ja miehille 800 sterilisaatiota (Rasmus ja Kunas 1996). Vuonna 1986 tehtiin n. 12 600 sterilisaatiota, joista naisille 11753. 1986 jälkeen sterilisaatioita on tehty vuosittain naisille n.10 000-12 000 ja miehille n. 500-700. Vuonna 1996 naisille tehtiin 12 579 ja miehille 1803 sterilisaatiota (Rasmus 1997) Erityisesti miesten vasektomioiden osuus on lisääntynyt huomattavasti (kuviot 5).



Kuvio 5. Sterilisaatioiden lukumäärä Suomessa 1951-1996. (Gissler 1997).

Vuonna 1996 Stakesin Perhesuunnittelu 2000-hanke järjesti sterilisaatioista työkokouksia ja aihe oli esillä julkisuudessa. Turun työkokouksessa (maaliskuussa 1996) oli teemana vasektomia tarkoituksena nostaa se varteenotettavaksi ehkäisymenetelmäksi muiden menetelmien rinnalle. Korostettiin että vasektomia on osa kokonaisvaltaista perhesuunnittelua ja sen tulisi olla esillä aina silloin kun naispotilaan kanssa keskustellaan ehkäisystä. TYKSin naistenlinikalla aloitettiin elokuussa 1995 käytäntö, jossa miehet voivat hakeutua vasektomioihin naistenlinikalle. Vuonna 1996 otettiin Väestöliiton Helsingin klinikalla ja TYKSissä käyttöön ns. no-scalpel-vasektomia. Menetelmän etuna on se että siemenjohtimet pystytään vetämään esille pienen reiän kautta kivespussiin tehtävästä viillosta ja komplikaatoriski on perinteistä menetelmää pienempi (Stakes 1996).

Tämän hetkisistä miehen ehkäisymenetelmistä vasektomia on kondomin ohella tärkein. Pohjoismaista miesten prosentuaalinen osuus kaikista sterilisaatioista on ollut Tanskassa ja Norjassa vajaa 30%, Ruotsissa vajaa 20%, Islannissa 5-6% ja Suomessa 5%. Suomessa tehdään suhteellisesti eniten sterilisaatioita Pohjoismaissa ja sterilisaatiot kohdistuvat pääasiassa naisiin (Stakes 1996b).

Eniten sterilisaatioita tehtiin vuonna 1995 30-44-vuotiaille naisille ja samanikäisille miehille. Tosin miesten ryhmässä merkittävän osuuden muodostavat myös 45-49-vuotiaat. Miesten vasektomiat ovat eniten lisääntyneet Uudenmaan, Turun ja Porin sekä Hämeen lääneissä.

Naisille tehtävät sterilisaatiot toteutetaan yleensä naistenklinikoilla kun taas miesten sterilisaatiot hoidetaan kirurgian klinikoilla. Sterilisaatioita tehdään sekä miehille että naisille pääkaupunkiseudulla sekä suurimmissa kaupungeissa julkisen ja yksityisen sektorin sairaaloissa ja klinikoilla. Esimerkiksi Uudellamaalla tehtiin vuonna 1995 miehille vasektomioita 13 organisaatiossa, joista 4 oli yksityisellä sektorilla ja 1 terveyskeskus. Miehille on tarjontaa useammin terveyskeskuksissa kuin naisille. Suurimmassa osassa maata sterilisaatiot tehdään julkisen sektorin toimesta (Rasmus ja Kunnas 1996).

MIEHEN STERILISAATIO TUNNETAAN VIELÄ HUONOSTI

- * 36-vuotias mieslääkäri, jonka perheessä kaksi lasta, kertoo: Vaimo käytti aluksi ehkäisytabletteja, joista ongelmia. Vaimo ei halunnut kierukkaa, käyttäneet vuosia kondomia, miehelle kehittynyt kumiallergia. Pariskunta pohti ensiksi vaimon sterilisaatiota, mutta perheen lopullisesta koosta ei vielä oltu varmoja. Sitten ilmestyi Lääkärilehden artikkeli ehkäisymenetelmistä, jossa miehen sterilisaation kohdalla kerrottiin mahdollisuudesta luovuttaa spermaa Väestöliiton spermapankkiin, mikäli lapsiluku ei vielä ole täysi. Tämä ratkaisi asian miehen sterilisaation hyväksi. Tuttavamiehelle oli myös tehty sterilisaatio, josta hänellä oli hyvä kokemus.
- * Sterilisaation teki keskussairaalassa urologi kirurgian yksikössä paikallispuudutuksessa. Toimenpide (1 cm viilto kivespussiin) kesti kaikkiaan 30 min, jonka jälkeen kahden tunnin seuranta. Itse leikkaus oli jonkin verran kivulias, minkä jälkeen kipuilua esiintyi viikon verran kotona. Toimenpiteen jälkeen mies sai kirjallisen potilasohjeen ja sperman keräilypurkit; näyttein seurattiin tietty aika siittiöiden häviämistä spermasta.
- * Tärkeä yksityiskohta oli, että urologi ei alun perin tiennyt mahdollisuudesta luovuttaa spermaa "pankkiin". Kyseisen sairaanhoitopiirin alueella ei ole kirjallisia ohjeita sterilisaatiota harkitseville naisille tai miehille.

Suomessa voitaisiin lisätä huomattavasti miesten sterilisaatioiden lukumäärää. TYKSin naistenklinikan kokemusten mukaan tarjontaa lisäämällä syntyy myös kysyntää (Erkkola 1997). TYKS tiedotti terveyskeskuksiin sekä tiedotusvälineissä miesten mahdollisuudesta hakeutua naistenlinikalle sterilisaatioon. Tämä lisäksi reilusti miesten sterilisaatioiden määrää. Puolisot yleensä saattavat miehet toimenpiteeseen ja osallistuvat siten prosessiin.

Sterilisaatioiden lisääminen raskauden ehkäisymenetelmänä edellyttää asiakkaille jaettavia kirjallisia ohjeita, joita voidaan jakaa sekä terveyskeskuksissa että yksityissektorilla. Työterveyshuolto on myös ratkaisevassa asemassa ehkäisytietoutta jaettaessa. Erityisen tärkeää miesten sterilisaatioista keskusteltaessa on tiedottaa sperman pakastusmahdollisuudesta. Tämä voi olla ratkaiseva tekijä monen miehen sterilisaatioharkinnassa. Kirurgisesta ehkäisystä olisi hyvä laatia sairaanhoitopiirikohtaiset hoito-ohjelmat asiakasohjeineen.

Perhesuunnittelun teknologian kehityksessä tapahtuu monenlaista. Painopiste on ollut viime vuosina pitkäaikaisehkäisymenetelmien kehittämisessä. Naisten kondomi on tulossa vaihtoehdoksi miesten kondomin rinnalle. Naisten hormoniehkäisyssä yritetään löytää luonnon steroideja vastaavia hormonivaihtoehtoja, jotka soveltuisivat myös imetyksen aikaiseen ehkäisyyn. Ehkäisyimplantit kehittyvät ja ehkäisyrenkaita kehitellään. Aborttipillerin käytöstä kiistellään ja luonnonmukaista ehkäisyä käyttäviä pyritään auttamaan myös teknologian keinoin (virtsan hormonipitoisuuksien kotianalyysimenetelmä). Miesten käyttöön kehitellään hormonaalisia ehkäisyvaihtoehtoja ja immunologiaan perustuvaa ehkäisyä (Lähteenmäki 1997).

Ehkäisypalveluiden kehittämiseksi naiset esittävät seuraavia kehittämistarpeita (Sihvo ym. 1995): Tiedotuksen ja valistuksen lisääminen, erityisesti nuorille tiedotusta ja koulujen valistusta, raskauden ehkäisyyn liittyvien palveluiden käytön helppo saatavuus ja ehkäisyneuvolapalveluiden olemassaolo,

gynekologiapalveluiden saatavuuden parantaminen terveyskeskuksiin, hoitomaksujen alentaminen tai maksuttomuus, palveluiden keskittäminen ehkäisyneuvoloihin, henkilökunnan koulutus, ehkäisyvälineiden helpompi saatavuus, maksuttomien ehkäisyvälineiden jakaminen ja uusien kehittäminen (myös miehille).

3.1.3. Hedelmättömyys

Kun raskaus ei biologisesti hedelmällisyysikäisten parisuhteessa ala vuoden yrittämisen aikana katsotaan lääketieteellisesti olevan kyseessä heikentynyt hedelmällisyys tai hedelmättömyys. Hedelmällisyysikäisiksi määritellään 15-49-vuotiaat naiset. Miesten hedelmällisyyttä ei ole määritelty. Englantilaisen arvion mukaan vuoden raja antaa hedelmättömyyden yleisyydeksi n. 15% ja kahden vuoden raja 5-10%. Hedelmättömyys lisääntyy naisen iän myötä: 20-25v n. 3%, 35-39v n. 9% ja 40-45v n. 12% (Stakes 1996a).

Vuonna 1989 tehdyn kyselytutkimuksen perusteella arvioidaan, että n. 35 000 biologisesti hedelmällisyydessä olevaa naista Suomessa on kokenut ainakin vuoden mittaisen hedelmättömyysjakson. Noin 15% biologisesti hedelmällisessä iässä olevista pareista kärsii jossakin elämänsä vaiheessa hedelmättömyydestä (Stakes 1996a). Vuonna 1994 tehdyn kyselyn mukaan 16% naisista oli kokenut lapsettomuutta. Heistä 67% oli hakenut lääkäriltä apua lapsettomuuden hoitoon. Lääkäriltä apua hakeneista 71% oli käynyt yksityisellä gynekologilla, 30% julkisessa sairaalassa, 17% terveyskeskuslääkärillä ja 5% muulla lääkäriä (Malin ym. 1997). Yleensä ensimmäinen hoitokontakti tehdään yksityisgynekologille tai terveyskeskuslääkärille, joka lähettää tarvittaessa erikoissairaanhoidon. Terveyskeskuslääkärin tai julkisen sairaalan gynekologin luona käyneistä 40% oli käynyt myös yksityisellä gynekologilla (Malin ym. 1998).

Hedelmättömyyshoidoilla tarkoitetaan hedelmöityskyvyn häiriön lääketieteellistä hoitoa. Hoidot jakautuvat kolmeen pääryhmään sovelletun teknologian mukaan:

*Hormonihoidot (käynnistävät naisen munarakkulan kypsytymisen tai miehen siittiötuotannon)

*Leikkaushoidot (korjataan hedelmöityskyvyn häiriöitä, jotka johtuvat munajohtimen vaurioista tai sterilisaatiosta, myoomakohdusta, muusta kohtuviasta tai endometriosista)

*Hedelmöityshoidot (avustetaan hedelmöitymistä *keinosiemennyksellä*, jossa siittiöitä ruiskutetaan kohtuonteloon tai *koeputkihedelmöityksellä*, jossa elimistön ulkopuolella laboratorio-olosuhteissa järjestetään siittiön ja munasolun kohtaaminen, tarkistetaan normaali hedelmöityminen ja siirretään alkio kohtuun. Hedelmöityshoitoja edeltää useimmiten hormonihoido)

Hoitoavusteinen hedelmöityminen tarkoittaa lääketieteellisen hoidon avulla käynnistynyttä alkion kehitystä. Hoitoavusteisen hedelmöityksen menetelmiin voidaan lukea koeputkihedelmöitys (IVF=in vitro fertilization), mikrohedelmöitys (ICSI=intracytoplasmic sperm injection) ja pakastealkion siirto (FET=frozen embryo transfer). Edelliset toteutetaan joko parin omilla munasoluilla ja siittiöillä tai luovutetuilla munasoluilla, siittiöillä tai alkiolla.

Stakesin työryhmä arvioi että vuonna 1996 keinosiemennyshoidossa oli yhteensä n. 1400 paria ja koeputkihedelmöityshoidossa n. 2000 paria (yht. hedelmöityshoidoissa n. 3500 paria/vuosi).

Leikkaushoitoja tehdään hoitoyksiköiden ilmoitusten mukaan n. 500 vuodessa. Hormonihoidoista saavien potilaiden lukumäärää ei pystytä arvioimaan (Stakes 1996).

Suomessa koeputkihedelmöityshoidot (IVF) on aloitettu vuonna 1982, ensimmäinen lapsi syntyi 1984 kyseisen hoidon seurauksena. Hoitotilastojen kerääminen on aloitettu vuonna 1992 HYKSin toimesta ja vuonna 1995 tilastointi siirrettiin Stakesiin koko maan osalta. Aloitettujen IVF-hoitojen määrä on kasvanut 40% vuodesta 1992 vuoteen 1996 (taulukko 6).

Taulukko 6. IVF-hoitojen määrä 1992-1996 (Gissler ja Tiitinen 1997,1998).

	1992	1993	1994	1995	1996
Kierrot	2200	2640	2810	2568	2984
Punktiot	2092	2548	2704	2463	2871
Siirrot	1709	2149	2179	2019	2482
Raskauksia	446	556	540	510	791
Synnytyksiä	332	429	400	385	590

Mikrohedelmöityshoitojen määrä on kasvanut vuoden 1993 33 punktiosta (0 synnytystä) vuoden 1996 1480 punktioon (joista 282 synnytystä). Yhteensä julkisella ja yksityisellä sektorilla toteutettavien hoitojen (IVF, ICSI, FET ja munasoluluvovutus) lukumäärä on kasvanut vuoden 1992 2405:stä vuoden 1996 6425:een. Vuosina 1991-1995 oli yhteensä 2258 IVF- tai vastaavasta hoidosta alkanutta synnytystä, joista syntyi 2883 lasta (Gissler ja Tiitinen 1997,1998). (vuonna 1993 589 lasta, v.1994 690 lasta) (Stakes 1996a). Koeputkihedelmöitysten, mikroinjektioiden ja alkiopakastusten määrät ovat lisääntyneet 16% vuodesta 1996 vuoteen 1997 (Gissler 1998a).

Vuonna 1995 päättyi synnytykseen noin 75% IVF-hoidoista, ICSI-hoidoista 79% ja pakastetun alkion siirroista 65% alkunsa saaneista raskauksista. Hoitoa antavien klinikoiden välillä on huomattavia eroja mitattaessa hoidon laatua synnytysten määrällä yhtä punktiota kohtaan. Klinikavaihtelu IVF-hoitojen kohdalla on 6-28% (ka. 19%) ja ICSI-hoidoissa 11-25% (ka. 22%) (Gissler ja Tiitinen 1997).

Yhdellä hoitokerralla siirrettyjen alkioiden määrä on vähentynyt 1990-luvulla: vuonna 1992 3 tai enemmän alkioita siirrettiin 44%:ssa IVF-hoidoista ja vuonna 1995 23%:ssa. Vuosina 1991-1995 24% IVF-raskauksien synnytyksistä oli monisikiöisiä (synnytyksiä 2258 lapsia 2883) (muilla 1% monisikiöisiä). Vuonna 1995 monisikiöisiä synnytyksiä oli IVF-hoidoista 25%, mikrohedelmöityksistä 30% ja pakastetun alkion siirroista alkunsa saaneista raskauksista 17%. Pienipainoisten osuus IVF-raskauksista alkunsa saaneista lapsista oli 24%, muilla synnyttäjillä 4%. Vain 54% IVF-lapsista syntyi alateitse (muista synnytyksistä 79% syntyi alateitse vuonna 1995). IVF-hoitojen yhteydessä yli puolet äideistä oli ollut sairaalahoidossa raskauden aikana (Gissler ja Tiitinen 1997, Gissler 1998b).

Vuonna 1997 annettiin IVF-hoitoja 19 klinikassa (vuonna 1996 15:ssa klinikassa, joista 7 toimi julkisella sektorilla. Vuonna 1994 (Gissler ja Tiitinen 1997) lähes kaksi kolmesta aloitetusta hoitosyklistä tapahtui yksityisellä sektorilla, vuonna 1995 60% ja vuonna 1996 53%. Vuonna 1997 yksityiset klinikat toteuttivat noin 50% IVF-hoidoista, 61% ICSI-hoidoista ja 59% pakastetun alkion siirroista (Gissler ja Tiitinen 1997,1998).

Yli 40% hoitoja saaneista äideistä oli 30 vuotta täyttäneitä. Julkisella sektorilla IVF-hoitoa saaneiden ikä on alempi: Vuonna 1995 7% julkisella sektorilla hoidetuista naisista oli 40 vuotta täyttäneitä,

yksityisellä sektorilla 19%. Samanlaista eroa ei esiintynyt muiden hoitomuotojen kohdalla. Julkisella sektorilla hoidettiin enemmän munajohdinvian vuoksi tai muusta naisesta johtuvan hedelmättömyyden vuoksi hoidon tarpeessa olevia. ICSI-hoidoista yli puolet tehtiin miehestä johtuvasta hedelmättömyydestä ja nämä hoidot tehtiin suurimmaksi osaksi (71%) julkisella sektorilla. Syntymärekisterin mukaan hoitoja saaneet äidit olivat muita useammin naimisissa, tupakoivat muita äitejä vähemmän ja kuuluivat useammin korkeimpaan sosiaaliluokkaan kuin muut äidit (Gissler ja Tiitinen 1997).

Lapsettomuushoidoissa olleista naisista lähes puolet on tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja 16% on tyytymättömiä. Eniten tyytymättömyyttä hoidoissa aiheuttaa hoitohenkilökunnan huono kohtelu asiakkaita kohtaan. Lapsettomuushoitoja kohtaan ilmaistaan myös enemmän tyytymättömyyttä kuin yleensä potilaskyselyissä. Hyvä potilas-lääkärisuhde esiintyy naisten mielestä useammin yksityisessä klinikassa kuin julkisessa sairaalassa. Muita tyytymättömyyttä aiheuttavia tekijöitä hoidoissa ovat hoitoprosessin hidas eteneminen, pitkät odotusajat, jonot (jopa vuosi julkisella sektorilla) ja tutkimusten toisto. Negatiivisena koetaan myös henkilökunnan vaihtuminen (hoitava lääkäri vaihtuu usein julkisella sektorilla) (Malin ym. 1997b).

Kaikista IVF-hoidoissa olevista henkilöistä ei ole valtakunnallista tietoa, koska asiakaskohtaista seurantaa ei tehdä. Syntymärekisteristä selviävät vain synnyttäneet hoidon saajat. Asiakkaiden kotipaikkoja ei tiedetä, joten hoidon tarpeen alueellista jakautumista on vaikea päätellä. Asiakkaiden kulkemista hoitopaikoista toiseen (julkinen, yksityinen) on myös mahdotonta päätellä. Samat asiakkaat voivat saman vuoden aikana olla hoidossa useammassa hoitopaikassa. Hoitopaikat jakautuvat valtakunnallisesti siten että pohjoisin IVF-hoitoja antava klinikka sijaitsee Oulussa. Pääkaupunkiseudulla on luonnollisesti eniten tarjontaa hoitopaikoista. Lääneittäin tarkasteltuna IVF-synnytysten osuus vuosina 1991-1994 oli suurin Uudenmaan, Mikkelin ja Kymen lääneissä, pienin Ahvenanmaan ja Kuopion lääneissä (Gissler ym. 1996).

Hoitojen hinnat asiakkaille vaihtelevat sen mukaisesti minkä organisaation hoidossa asiakas on. Julkisen terveydenhuollon hoidoissa asiakkaat maksavat itse lääkkeet ja poliklinikkamaksut. Säätiöiden yms. organisaatioiden hoidossa olevat asiakkaat maksavat lääkkeiden lisäksi hoidosta tietyn hinnan joka vaihtelee 2000 markasta ylöspäin. Yksityisen sektorin hinnat vaihtelevat. Usein asiakkaat joutuvat maksamaan lääkkeiden lisäksi itse n. 6000 markkaa/hoitokerta sekä lisäksi alkioden pakastusmaksun. Lääkkeiden omavastuuosuus vuodessa on 3240,40 mk (v.1998).

IVF-hoitojen vuosittaiset kustannukset on arvioitu n. 21-22 miljoonaksi markaksi. 1990-luvun alkupuolella hedelmättömyyshoitojen lisäksi muut terveyspalveluiden kustannukset olivat IVF-äitien raskauden aikaisten neuvolakäyntien osalta 38% suuremmat, sairaalahoidon kustannukset ennen synnytystä 190% ja synnytyksen jälkeen 94% korkeammat muihin synnyttäjiin nähden (Gissler ym. 1996).

Hedelmättömyyshoitoihin ohjaus vaihtelee alueittain. Terveyskeskuksilla lienee liian vähäinen rooli hoitoonohjauksessa, koska suuri osa asiakaskunnasta hakeutuu hoitoon yksityisten gynekologien kautta. Hedelmällisyyteen liittyvistä asioista naiset tarvitsevat myös lisävalistusta (Hemminki ja Kosunen 1998).

Hedelmättömyysongelmaa ei ole tiedostettu riittävästi perusterveydenhuollossa, jotta asiakkaiden ohjaamiseen ja tukemiseen olisi kiinnitetty tarpeeksi huomiota. Kuitenkin vastaanotoilla ja neuvoloissa

on annettu hormoni-injektioita asiakkaille. Asiakkaiden kannalta kaikkien hoidossa mukana olevien tahojen (julkinen, yksityinen) tulisi kuitenkin toimia yhtenäisesti. Tämän vuoksi esim. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri on valmistanut alueellisen hoito-ohjelman hedelmättömyyshoidoista. Myös valtakunnallista hoitosuositusta valmistellaan (Duodecim ja Gynekologiyhdistys). Hedelmättömyyshoitoja koskeva laki Sukusolujen ja alkioiden käyttö lääketieteellisissä hedelmöityshoidoissa on myös valmistelussa (Oikeusministeriö 1997).

3.1.4. Adoptiot

Suomen lainsäädännön mukaan adoptiolapsen voi saada 25 vuotta täyttänyt aviopari tai yksinäinen henkilö. Avoliitossa asuvat eivät voi adoptoida lasta. Hakijalla tulee olla hyvä terveys ja elinolot niin taloudellisesti kuin sosiaalisesti kunnossa. Lapsen ja vanhemman ikäero ei voi olla enempää kuin 40-45 vuotta. (Laki lapseksiottamisesta 153/1985 ja asetus 154/1985, Stakes 1996). Suomessa syntyy vähän lapsia, joita vanhemmat tarjoavat adoptoitaviksi. Suomessa adoptoidaan vuodessa noin 150 lasta, joista kotimaisia adoptioita on n. 40-50. Ulkomaisten adoptioiden määrä on kasvussa: vuonna 1997 ulkomailta adoptoitiin Suomeen 192 lasta (Sosiaali- ja terveysministeriö 1998).

***Kotimainen adoptiopalvelu**

Ottolapsineuvontaa antavat sosiaalilautakunnat sekä ottolapsitoimistot, joilla on sosiaali- ja terveysministeriön lupa (Pelastakaa Lapset ry). Ottolapsineuvonta on lakisääteistä ja asiakkaille maksutonta ja se edeltää aina alaikäisen lapsen adoptoimista. Neuvonnan tarkoituksena on valvoa lapsen etua sekä auttaa lasta, lapsen vanhempia ja lapseksiottajia ennen adoption vahvistamista ja tarvittaessa sen jälkeen.

***Kansainvälinen lapseksiottamispalvelu**

Kansainvälisten adoptioiden suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle. Erityisenä asiantuntijaviranomaisena toimii Suomen kansainvälisten lapseksiottamisasioiden lautakunta, joka on STM:n alainen. Kansainvälistä lapseksiottamispalvelua antavat Suomessa ne sosiaalilautakunnat ja yhteisöt, jotka ovat saaneet sosiaali- ja terveysministeriön luvan: Pelastakaa Lapset ry, Interpedia ry ja Helsingin kaupungin sosiaaliviraston perheasiaintoimisto. Ottolapsineuvontaa antavat kuntien sosiaalilautakunnat.

***Adoptioiden kysyntä ja välitys**

1.5.1985-1.9.1997 lapseksiottamisasioiden lautakunnalle oli tehty noin tuhat ilmoitusta Suomeen saapuneista lapsista (ulkomaisista adoptioista). Adoptioista oli vahvistamatta ilmoitushetkellä 53. Vuonna 1985 ulkomaisia adoptioita oli 11, 1990 54, 1994 127, 1996 144 ja vuonna 1997 192 adoptiota. Lapsen luovuttajamaista suurin oli Venäjä (265 lasta). Muita suuria luovuttajamaita olivat Kolumbia (206), Thaimaa (153), Etiopia (134) ja Intia (72). Luovutetuista lapsista 260 oli alle vuoden vanhoja, 255 1-2-vuotiaita, 130 2-3-vuotiaita ja loput vanhempia (Sosiaali- ja terveysministeriö 1997,1998).

Ulkomaisia adoptioita haettiin vuonna 1985 38, joista 4 oli yksinäistä naishakijaa. Vuonna 1990 hakijoita oli 112 (12 yksinäisiä naisia), 1994 132 (9 naista), 1996 163 hakijaa (8 yksinäistä naista). Vuosina 1985-1996 lupahakemuksia kansainvälisiin adoptioihin tehtiin yhteensä 1213, joista 90 oli yksinäistä naista ja 1 mies (kyseessä oli perheen sisäinen adoptio). Hakijoista lapsettomia oli 989 (81,4%). Hakijoiden ikä jakautui seuraavasti: Naisista 30-34 vuotiaita oli 26% ja miehistä 21%. 35-39-vuotiaita oli naisista 39% ja miehistä 39%. 40-44-vuotiaita oli naisista 24% ja miehistä 27%.

Miehet olivat hiukan naisia vanhempia adoptioita haettaessa. 80% hakijoista puhui suomea äidinkielenään. Lapsen toivottu ikäraja oli suurimmalla osalla (88%) alle 5 vuotta, alle 2-vuotiasta toivoi 44%. Adoptiot jakautuivat välittäjien kesken seuraavasti: Interpedia 59%, Pelastakaa Lapset 29% ja Helsingin kaupunki 12%. Hakijat jakaantuivat lääneittäin seuraavasti: Uusimaa 38%, Vaasa 17%, Turun ja Porin lääni 11% ja Hämeen lääni 11% ja muut 23% (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 1997).

***Pelastakaa Lapset ry**

Pelastakaa Lapset ry:llä on 5 toimistoa eri puolilla Suomea (Helsinki, Joensuu, Jyväskylä, Tampere, Oulu). Järjestö toimii ottolapsineuvonnan sekä kansainvälisen lapseksiottamispalvelun antajana (Pelastakaa Lapset ry 1997).

30-40 suomalaista lasta saa vuosittain adoptiokodin Pelastakaa Lapset ry:n kautta. Vuonna 1996 kotimaista lasta (otto- tai sijoituskotilasta) toivovia hakemuksen palauttaneita perheitä oli asiakkaina 687. 185 perhettä jätti hakemuksen vuonna 1996 (uusia hakemuksia 39 enemmän kuin vuonna 1995). Ottolapsisijoituksia tehtiin 32 (taulukko 7) (vuonna 1995 28). Perheiden odotusaika neuvonnan alkamisesta ottolapsen saamiseen oli 3-5 vuotta. Kaikki ottolapseksi sijoitetut olivat vauvaikäisiä, näistä 9 sijoitettiin perheeseen suoraan synnytysairaalaan. Sijaishoitosten kysyntä on vähentynyt viime vuosina johtuen osittain perheiden lisääntyneestä kiinnostuksesta kansainvälisiin adoptioihin. Vuonna 1996 sijoitettiin 51 lasta sijaishoitotihoon (Pelastakaa Lapset ry 1997).

Taulukko 7. Pelastakaa Lapset ry:n välittämät adoptiot vuosina 1970-1996

	1970	1980	1988	1990	1992	1994	1996
<i>Kotimaan adoptiot</i>	243	101	62	50	22	31	32
<i>Kansainväliset adoptiot</i>			12	29	41	42	72

Pelastakaa Lapset ry hoitaa vuosittain 40-50 ulkomaisten lasten adoptiota. Ulkomaalaista lasta toivoi 297 perhettä, joista hakemuksen jätti 94 vuonna 1996 (53 hakemusta enemmän kuin edellisellä vuonna). Vuoden 1996 aikana adoptiohakemuksia oli vireillä Venäjällä, Kiinassa, Thaimaassa, Puolassa ja Chilessä. Suomeen tuli yhteensä 72 lasta (29 enemmän kuin 1995). Lapsia adoptoitiin Venäjältä 67, Kiinasta 3 ja Thaimaasta 2. Eniten tuli Suomeen 4-8-vuotiaita sekä 0-2-vuotiaita lapsia (Pelastakaa Lapset ry 1997).

Kansainvälistä adoptiolasta toivovat perheet maksavat adoptiopalmaksun 6800 mk Pelastakaa Lapset ry:lle. Kansainvälisen adoption hinta perheelle kaikki kustannukset mukaan lukien (sisältää em. palvelumaksun) vaihtelee 20 000 - 50 000 markan välillä. Suurimmat kustannukset muodostuvat matka- ja oleskelukustannuksista lasta haettaessa (Pelastakaa Lapset ry 1997).

***Interpedia ry**

Interpedia ry välittää kansainvälisiä adoptioita. Interpediaan on vuosittain rekisteröity n. 70-90 uutta adoptioasiakasta (pariskuntia tai lasta yksin hakevia naisia). Lukumäärät ovat nousussa, ja parina viime vuonna lapsia on sijoitettu n. 50. Vuonna 1997 sijoitettujen lasten lukumäärä on arviolta 80-90. Valtaosa adoptioon hakeutuneista on tahattomasti lapsettomia. Interpedia pystyisi tällä hetkellä sijoittamaan suomalaisiin perheisiin enemmänkin lapsia, mikäli hakijoita olisi enemmän. Yleensä kaikki, jotka ovat päätyneet adoptoimaan ja ovat saaneet kansainvälisen lapseksiottamislautakunnan luvan adoptoida ulkomailta, saavat Interpedian kautta lapsen. Keskimääräinen odotusaika asiakkaaksi tulosta lapsen sijoittamiseen on ollut n. 2,5 vuotta (Monto 1997).

*Helsingin kaupungin sosiaaliviraston perheasiaintoimisto toimii myös adoptioiden välittäjänä. Se on välittänyt Suomeen 126 ulkomaalaista lasta adoptoitavaksi, näistä 21 vuonna 1997. Kansainvälistä adoptiopalvelua annettiin vuoden 1997 aikana 252:lle henkilölle, lupia kansainväliseen adoptioon myönnettiin 44. Vuonna 1997 adoptioidenhakijaperheistä 37 oli Helsingistä ja muualta Suomesta 89.

Kansainvälisten adoptioiden määrällinen seuranta on mahdollista sen tarkan kontrollin vuoksi. Kotimaisten adoptioiden tarkkaa lukumäärää ei ole tiedossa, koska kunnissa toteutettavat esim. perheen sisäiset adoptiot eivät ole valtakunnallisen seurannan piirissä. Adoption mahdollisuuksista ja sen käytännön toteuttamistavoista tiedotetaan ilmeisen hajanaisesti sekä perusterveydenhuollossa että erikoispalveluissa. Palvelutarjonta on keskittynyt suuriin kaupunkeihin.

3.1.5. Perinnöllisyysneuvonta

Perinnöllisyysneuvontaa annetaan kaikissa yliopistosairaaloissa ja Väestöliiton perinnöllisyysklinikassa Helsingissä. Asiakkaat voivat ottaa suoraan yhteyttä Väestöliiton klinikalle, jossa palvelu on maksutonta. Muille klinikoille vaaditaan lähete ja maksusitoumus oman alueen sairaanhoitopiiriltä. Perinnöllisyysneuvonnan kysynnästä ja asiakasmäärästä on vaikeaa saada kokonaiskuvaa neuvontaa antavien klinikoiden vaihtelevan rekisteröintitavan vuoksi. Joissakin klinikoissa tilastoidaan kaikki käynnit, joissakin klinikoissa voidaan erotella perinnöllisyysneuvontaa saavat perheet tai henkilöt lukumääräisesti. Lisäksi osa klinikoista rekisteröi puhelinkonsultaatiot ja neuvonnat erikseen.

Esimerkiksi Tampereen yliopistollisessa sairaalassa oli perinnöllisyysneuvontakäyntejä 154 vuonna 1997; lukuun sisältyy osa perinnöllisyyslääkäreiden konsultaatioista. Turun yliopistollisessa keskussairaalassa oli vuonna 1997 sikiödiagnostiikkaan liittyviä potilaskäyntejä 392; poliklinikalla perinnöllisyysneuvonnassa tai diagnostisessa konsultaatiossa kävi 326 potilasta ja osastokonsultaatioita tehtiin 185. Yhteenlaskettu potilasmäärä oli näin ollen 903. Kuopion yliopistollisen sairaalan kliinisen genetiikan yksikössä oli 516 käyntiä vuonna 1997 (näistä 18 perinnöllisyysneuvontaa, 46 perinnöllisyystutkimusta, 214 sikiön sairauden diagnostiikkaan kuuluvaa lapsivesi- tai istukkatutkimusta, 13 perinnöllisyyselvitystä, 35 perinnöllisyysneuvontaa ja laboratoriotutkimusta sekä 190 ultraäänitutkimusta). Helsingin yliopiston perinnöllisyyslääketieteen laitoksen potilasmäärä oli 685 ja HYKSin naistenklinikon sikiötutkimusyksikön 629 vuonna 1997. Aineistosta puuttuvat Oulun yliopistollisen sairaalan tiedot. Väestöliiton perinnöllisyysklinikalla hoidettiin 684 asiakasta vuonna 1997. Näistä 82% oli uusia asiakkaita. Uusia palvelupyynnöitä vuoden aikana tuli 920, mikä on 4% enemmän kuin edellisenä vuonna. Teratologiseen tietopalveluun tuli 500 yhteydenottoa. [Lähteet: Puhelinhaastattelut (Hyks/Salonen/Juurakko, Kys/Luostarinen, Tays/Simola, Tyks/Lisinen, Väestöliitto/Somer) ja niiden pohjalta toimitetut toimintatilastot vuodelta 1997].

Perinnöllisyysneuvonnan tarve on ilmeinen. Seulontojen lisääntyminen äitiyshuollossa aiheuttaa lisääntyvää tiedon tarvetta sekä väestön että ammattihenkilöstön keskuudessa. Neuvoloissa työskentelevät terveydenhoitajat/kättilöt ja lääkärit sekä synnytyssairaaloiden henkilökunta joutuvat työssään vastaamaan asiakkaiden lisääntyviin kysymyksiin. Tämä kasvattaa osaltaan konsultaatioiden tarvetta perinnöllisyysneuvontayksiköihin.

3.2. Raskaus ja synnytys

3.2.1. Keskenmenot

Keskenmenolla tarkoitetaan raskauden keskeytymistä ennenkuin sikiö on elinkykyinen. Aikarajana pidetään 22 raskausviikkoa. Jos raskauden tarkka kesto ei ole tiedossa käytetään sikiön painoa (alle 500g) raskauden keskeytymisen ja ennenaikaisen synnytyksen rajana (Eskola ym. 1987).

Keskenmenojen tarkkaa lukumäärää ei pystytä määrittämään. Itsestään keskeytyneiden raskauksien määrää ei pystytä arvioimaan, koska nainen ei aina itsekään tiedä raskauden alkamisesta. Diagnostisoituja keskenmenoja on n. 6000 vuodessa. Sairaaloiden poistoilmoituksista saadaan vain sellaiset keskenmenot, jotka edellyttävät toimenpidettä tai hoitopäiviä sairaalassa. Hemmingin (1998) arvion mukaan keskenmenoja oli 10 700 vuonna 1995, mikä on samaa suuruusluokkaa raskauden keskeytysten kanssa. Raskaaksi tulevien naisten keski-ikä nousu lisänee tulevaisuudessa keskenmenojen lukumäärää. Myös kohdunulkoisia raskauksia lisäävät tulehdukset ja ilmeisesti jotkut ehkäisymenetelmät (Erkkola 1997).

Kliinisesti todetuista raskauksista 10-15% keskeytyy. Jos keskenmenoihin laskettaisiin ne hedelmöityneiden munasolujen menetykset, jotka tapahtuvat ensimmäisinä päivinä hedelmöityksen jälkeen, taajuus olisi jopa 31-62%. Joidenkin arvioiden mukaan alkaneista raskauksista arvioidaan keskeytyvän jopa 75% (Erkkola 1997). Noin 80% keskenmenoista tapahtuu ennen 13. raskausviikkoa. Yleisin keskenmenon syy on sikiön kromosomipoikkeavuus (50-60%). Toistuvissa keskenmenoissa myös naisen ikä vaikuttaa poikkeavuuksien esiintymiseen. Toistuvasta keskenmenosta kärsivä ja kromosomipoikkeavuuden omaava pari tulee ohjata perinnöllisyysneuvolaan, jossa pyritään arvioimaan keskenmenon uusiutumiseriski. Toistuvista keskenmenoista kärsivien naisten raskauksia tulee seurata äitiyspoliklinikoissa tai muissa keskenmenopotilaiden hoitoon perehtyneissä erikoisklinikoissa, koska nämä raskaudet ovat muutenkin riskialttiita (10-28% lapsista syntyy ennenaikaisesti ja sikiön kasvun hidastuma todetaan 10-30% raskauksista) (Tulppala ja Ylikorkala 1997).

Keskenmenopotilaiden hoitoon on kiinnitetty vähän huomiota ehkä sairaaloiden pienien potilasmäärien vuoksi. Vuonna 1994 tehdyn kyselytutkimuksen mukaan (Hemminki 1997) keskenmenon kokeneista naisista 97% oli käynyt lääkärillä ja 74% oli hoidettu sairaalassa. Sairaaloiden ilmoitusten mukaan 84%:lle vuonna 1988 ja 88%:lle vuonna 1995 oli tehty kaavinta.

Vuoden 1997 aikana keskenmenopotilaiden hoito on nostettu tarkasteluun keskeytyshoitojen rinnalle. Esimerkiksi Tampereen yliopistollinen sairaala on kiinnittänyt huomiota keskenmenopotilaan hoitoon mm. laatimalla potilasohjeen ja osanottokortin sekä toteuttamalla toimenpiteen jälkeisen seurantasoinnin kotiin viikon kuluttua raskauden keskeytymisestä. Keskenmenon kokeneet naiset kokivat seurantasoinnin positiivisena, koska se auttoi heitä työstämään keskenmenoja uudella tavalla

(Hakama ym. 1997). Myös Väestöliitto on kehittänyt keskenmenopotilaan hoitokäytäntöä (Stakes 1997).

Keskenmenoon liittyy kuolemaan verrattava surutyö. Asiantuntijan antama tieto keskenmenon syistä ja seuraavan raskauden onnistumismahdollisuuksista on tärkeä. Menetyksen psyykinen työstäminen, tuki ja tehostettu seuranta voivat parantaa myös seuraavan raskauden ennustetta. Potilaan ja puolison (sekä muun perheen) tukeminen on tärkeää, koska menetyksen psyykinen työstäminen, tuki ja tehostettu seuranta voivat parantaa myös seuraavan raskauden ennustetta (Tulppala ja Ylikorkala 1997). Miesten mukaanotto suruprosessiin on vaikeammin kohdattavissa, koska mies ei koe konkreettisesti lapsen menettämistä.

Keskenmenopotilaiden kokemuksista ja toiveista on vähän tietoa. Hakaman (1997) selvityksen mukaan naiset kokevat keskenmenon menetyksenä. Sairaalahoidolta he toivovat joustavuutta ja sujuvuutta. Yksin jääminen koetaan sairaalassa negatiivisena. Naiset toivovat henkilökunnalta aikaa paneutua heidän asiaansa, sekä mahdollisuutta tulla jälkeensä keskustelemaan keskenmenosta. (olisiko tämä perusterveydenhuollon tehtävä?) Naiset haluavat myös kirjallista potilasinformaatiota keskenmenon syistä, yleisyydestä ja tunteista, joita keskenmeno herättää. Seuraavan raskauden kohdalla naiset uskovat pelkäävänsä uutta keskenmenoa, mikä asettaa haasteita äitiysneuvolatoiminnalle (keskustelu, sydänäänien kuuntelu, ylimääräinen ultraääni) (Hakama 1997).

Keskenmenon kuntalaskutushinta on Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä 2650 mk (jos potilas kotiutuu samana päivänä). Potilas maksaa normaalin poliklinikkamaksun.

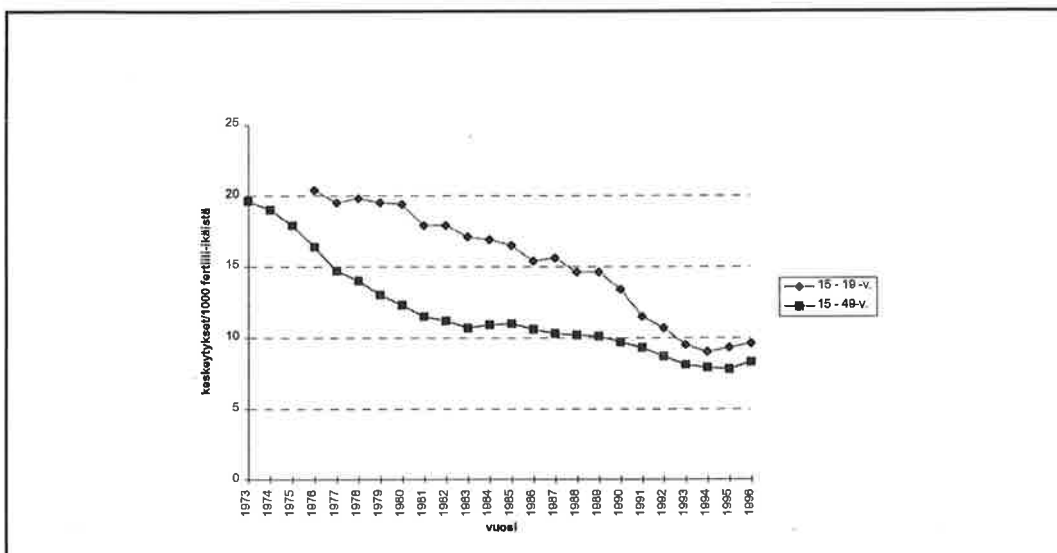
Keskenmenojen hoitokäytännöistä ja optimaalisista hoitopaikoista ei ole laajemmin keskusteltu terveydenhuollossa. Hoitokäytännöissä ollaan menossa suuntaan, jossa aktiivista interventiota vältetään. Tällöin sairaaloiden rooli hoidossa vähenisi, mikä asettaa uudenlaisia vaatimuksia terveyskeskuksissa annettavalle hoidolle. Keskenmenopotilaiden hoitokäytännöistä tai ohjauksesta terveyskeskuksissa ei ole koottua tietoa. Todennäköisesti käytännöt vaihtelevat huomattavasti. Äitiysneuvolan asiakkuus loppuu myös raskauden keskeytymiseen. Keskenmenon jälkeinen psyykinen tuki terveyskeskuksissa lienee järjestämättä. Perusterveydenhuollon rooli keskenmenopotilaan hoidossa tulisi ottaa paremmin huomioon. Tarve keskenmenojen hoitosuositukselle ja -ohjelmalle on ilmeinen.

3.2.2. Raskauden keskeytys

Nykyinen laki raskauden keskeyttämisestä on peräisin vuodelta 1970 ja siihen on tehty muutoksia 1979. Lain mukaan raskaus voidaan naisen pyynnöstä keskeyttää lääketieteellisellä, sosiaalisella, eettisellä, synnytys- ja ikä-, eugeenisella ja lapsenhoitokyvyn rajoitusperusteella. Raskautta ei saa muun syyn kuin naisella olevan sairauden tai ruumiinvian vuoksi keskeyttää kahdentoista raskausviikon jälkeen. Raskauden saa keskeyttää **yhden lääkärin päätöksellä** kun raskaus on kestänyt alle 12 raskausviikkoa ja kun hakija on raskauden alkaessa alle 17-vuotta, täyttänyt 40 vuotta tai synnyttänyt 4 lasta. **Kahden lääkärin päätöksellä** keskeytyksen saa kun raskaus on kestänyt alle 12 raskausviikkoa ja kun lapsen synnyttäminen ja hoito olisivat hakijan elämänolojen ja muiden olosuhteiden vuoksi hänelle huomattava rasitus, raskaus on seurausta väkisinmakaamisesta tms., äidin tai isän sairaus tms. rajoittaa vakavasti heidän kykyään hoitaa lasta tai raskauden jatkuminen tai synnyttäminen sairauden tms. vuoksi aiheuttaisi hakijan hengelle tai terveydelle vaaran. **Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen (TEO) päätöksellä** raskauden voi keskeyttää kun raskaus on kestänyt yli 12 ja alle 20 raskausviikkoa, kun lääkärin päätös on kielteinen (valitusasia), aina kun epäillään että sikiöllä

on sairaus tai ruumiinvika tai tämä on jo todettu sekä 24 raskausviikkoon saakka kun luotettavalla tutkimuksella on todettu vaikea sikiön sairaus tai ruumiinvika. **Keskeytyslausunnon** voi antaa laillistettu lääkäri (valtion, kunnan tai kuntainliiton palveluksessa oleva tai TEOn luvan saanut muu lääkäri). Keskeytyksen saa suorittaa vain Terveystieteiden tutkimuskeskuksen luvan saaneessa sairaalassa. **Keskeytyksen suorittajalääkäri**nä voi toimia jokainen tällaisen sairaalan palveluksessa toimiva laillistettu lääkäri (Laki raskauden keskeyttämisestä 1970, Asetus raskauden keskeyttämisestä 1970).

Raskauden keskeytykset ovat vähentyneet Suomessa nykyisen aborttilain aikana (kuvio 6). Matalin keskeytysluku saavutettiin vuonna 1995 jolloin keskeytettiin 9 884 raskautta, ensimmäisen kerran alle 10 000. Vuonna 1996 keskeytysten lukumäärä nousi jälleen hieman 10 437:ään (8,3 keskeytystä tuhatta 15-49-vuotiasta naista kohti). Keskeytysten lisääntyminen tapahtui kaikissa alle 40-vuotiaiden ikäryhmissä. Ennakkotiedon mukaan vuonna 1995 alkanut alle 20-vuotiaiden keskeytysten lukumäärän nousu näyttää edelleen jatkuvan (Stakes 1997, Rasimus 1998).



Kuvio 6. Raskaudenkeskeytysten määrä tuhatta 15-19 vuotiasta ja 15-49-vuotiasta naista kohti vuosina 1973-1996 (Rasimus 1998).

Verrattuna muihin Pohjoismaihin aborttiluvut ovat Suomessa alhaisimmat. Aborttimäärien kehitys on ollut samansuuntainen kaikissa Pohjoismaissa (Kosunen 1993, Rasimus 1993, 1998, Stakes 1997). **Alueellisesti** eniten abortteja tehdään Lapin läänissä (10,7/1000 15-49-vuotiasta naista) ja Ahvenanmaalla, vähiten Mikkelin (6,4) ja Vaasan läänissä. Kaupunkien väliset erot keskeytysmäärissä ovat huomattavia. Vaikuttavaksi tekijöiksi on arveltu ehkäisypalvelujen saatavuutta ja asenne-eroja. Vuonna 1996 abortit vähenivät ainoastaan Keski-Suomen ja Oulun lääneissä. (Kosunen 1993, Rimpelä 1993a ja b, Rasimus 1998). Keski-Suomessa on panostettu viime vuosina perhesuunnitteluun ja seksuaalikasvatukseen. Tämä ilmenee myös koululaisille tehdyissä kyselyissä nuorten lisääntyneenä tietoisuutena seksuaaliasioista (Liinamo ym. 1996, Kontula 1997).

Ikäryhmittäin tarkasteltuna abortteja tehdään eniten 20-24-vuotiaille ja 25-29-vuotiaalle (Vuonna 1996 15,5/1000 20-24-vuotiasta naista ja 14,0/1000 25-29-vuotiasta). Nuorille tehdään vain 15%

keskeytyksistä. Vuonna 1991 tehtiin Suomessa 11.5 aborttia/1000 alle 20-v. tyttöä. Määrä on Euroopan alhaisimpia. Nuorien alle 20-vuotiaiden aborttiluku oli Suomessa alhaisimmillaan vuonna 1994 (9,0 tuhatta 15-19-vuotiasta tyttöä kohti). Tämän jälkeen on alkanut aborttien määrän hienoinen nousu (vuonna 1995 9,3, vuonna 1996 9,6 ja vuonna 1997 10,0 (ennakkotieto) (Kosunen 1993, Rasimus 1993, 1998, Stakes 1997).

Raskauden keskeytysten perusteet Suomessa voidaan jakaa kolmeen ryhmään: Ikä- ja lapsilukuperusteet, sosiaaliset perusteet ja muut perusteet (sisältää äidin tai sikiön terveyteen liittyvät syyt). Vuonna 1996 oli ikä perusteena 9,3 %:ssa kaikista raskauden keskeytyksistä. Muut kuin ikä tai sosiaaliset syyt perusteena tehtyjen keskeytysten suhteellinen osuus on jatkuvasti pienentynyt. Suurin osa (yli 80%) vuodesta 1983 lähtien tehdyistä aborteista on tehty sosiaalisiin perusteisiin. Vuonna 1996 sosiaalisten syiden perusteella keskeytettiin 86,8% kaikista raskaudenkeskeytyksistä. 17- alle 20-vuotiaiden naisten raskauden keskeytyksissä sosiaaliset syyt olivat perusteina lähes 100 %:ssa. Lääketieteellisiin perusteisiin tehtyjen aborttien osuus on alle 1%. Aborttia ei käytetä Suomessa yleensä ehkäisykeinona (Vuorjoki ym. 1991, Kosunen 1993, Rimpelä 1993a). Keskeytysilmoituslomakkeen mukaan vuosittain yli 60% keskeytyspotilaista on käyttänyt jotain ehkäisykeinoa raskaaksi tullessaan. Ilman ehkäisyä raskaaksi tulleet on 30%. Palvelujen piirissä (synnyttäneet, aikaisempi keskeytys, keskenmeno) on ollut yli puolet keskeytyksessä käyneistä. Vuosittain noin 3000 aiemmin keskeytyksen kokenutta naista tulee raskaudenkeskeytykseen (Rasimus 1998).

1990-luvulla palvelujärjestelmässä on tehty muutoksia, jotka saattavat vaikuttaa aborttitilanteeseen. Kouluterveydenhuollon palveluita on vähennetty, ehkäisyvälineiden ilmaisjakelua on supistettu terveyskeskuksissa ja seksuaaliopetuksen määrää kouluissa on vähennetty. Ehkäisyvälineiden hinnat ovat kohonneet (esim. ehkäisytablettien hinnat kohosivat n. 30% vuonna 1994) (Stakes 1997).

Suomessa raskauden keskeytykset tehdään sairaaloissa toisin kuin monissa muissa maissa, joissa tehtävä kuuluu perhesuunnittelupisteisiin tai erillisille aborttiklinikoille. Aborttirekisterin mukaan vain 40% keskeytyksistä tehdään polikliinisesti. Kuitenkin Puolakan ja Rimpelän (1995) erilliskyselyn mukaan sairaalat ilmoittivat v. 1994 tekevänsä 3/4 keskeytyksistä polikliinisesti. Hoitokäytännöt vaihtelevat sairaaloittain sekä raskaudenkeskeytysajankohdan että hoidettavan paikan mukaan (polikliininen vai vuodeosastohoito) (Rimpelä ym. 1995). Suomessa tehdään keskeytykset yleisesti myöhemmässä raskauden vaiheessa kuin esimerkiksi Hollannissa. Turun kaupungin sairaalassa tehdään keskeytykset varhaisemmilla viikoilla kuin muualla Suomessa. Miesten osallistuminen keskeytysasioihin on Suomessa vähäistä. Miehet kuitenkin haluaisivat osallistua prosessiin enemmän (Sihvo ja Viisainen 1998). Toimenpiteeseen osallistuminen tukihenkilönä on tällä hetkellä vaikeaa tilajärjestelyjen tai henkilökunnan haluttomuuden vuoksi, kuitenkin Hollannissa yli 1/3:ssa keskeytyksistä mies osallistuu aborttia edeltäneisiin ja jälkikäteen käytäviin keskusteluihin sekä on paikalla itse toimenpiteessä (Sihvo ja Kosunen 1998).

Keskeytyspotilaat ovat pääosin tyytyväisiä saamaansa kohteluun, mutta toiminnan rutiininomaisuus koetaan sairaaloissa negatiivisena. Kolmanneksella naisista on tarvetta keskusteluun lähinnä abortin psyykkisistä vaikutuksista. 14% abortin kokeneista naisista ei ole puhunut abortista kenenkään kanssa, 6% turvautui sosiaalihoitajan tai psykologin käyntiin ennen keskeytystä. Neljännes naisista haluaisi keskustella enemmän ennen aborttia ja kolmannes vielä abortin jälkeen - suurin osa sekä hoitajan että lääkärin kanssa (Sihvo ja Kosunen 1998).

Keskeytyspotilaat eivät saa riittävästi tietoa hoitoprosessin aikana (Hemminki ja Kosunen 1998). Prosessi koetaan liian moniportaisena, monimutkaisena ja hitaana. Terveyskeskukset ja sairaalat antavat ristiriitaista informaatiota hoidosta. Vastaanotoilla ei ole aikaa eikä tilaa keskusteluun, vaikka suuri osa potilaista haluaisi käsitellä tuntemuksiaan. Henkilökunnan tulisi avata keskustelu. Osa potilaista toivoisi myös vertaiskeskusteluryhmiä. Hoito koetaan myös liian teknisenä. Intimiteetin suojaamiseen sairaalavaiheen aikana tulisi myös kiinnittää aiempaa enemmän huomiota. Keskeytyspotilaat toivovat myös inhimillisempää, ystävällisempää ja asiallisempaa kohtelua hoitohenkilöstön ja lääkärin taholta. Henkilökunnan syyllistävä käytös ja moralisointi koetaan ahdistavana. (Poikajärvi 1997c, 1998, Sihvo ja Kosunen 1998). Aborttipotilaiden kohdalla erityispalveluiden (psykologi, sosiaalityöntekijä, sairaalapastori) tarve on vähäinen. Sen sijaan potilaiden ilmaisemalla keskustelun tarpeella tarkoitetaan riittävää tiedon saantia prosessin eri vaiheissa, keskustelua henkilökunnan kanssa sekä inhimillistä kohtelua (Sihvo ja Kosunen 1998).

Raskauden keskeytyksen kuntalaskutushinta sairaalassa koostuu toimenpidettä edeltävästä poliklinikkakäynnistä (440mk) ja toimenpiteestä (2740 mk) (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 1997). Jotkut asiakkaat käyvät poliklinikalla kerran ennen toimenpidettä ja jotkut asiakkaat tulevat suoraan toimenpiteeseen. Asiakas maksaa käynneistään normaalin poliklinikkamaksun.

Raskauden keskeytyshoidoista tarvitaan valtakunnallista hoitosuositusta ja alueellisia hoito-ohjelmia. Valtakunnallista hoitosuositusta valmistellaan parhaillaan Duodecimin ja Gynäkologiyhdistyksen johdolla. Alueellisia hoito-ohjelmia on tehty jo mm. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä.

Raskaudenkeskeytysten hoitokäytäntöjä kehitettäessä on erityisesti huomioitava perusterveydenhuollon rooli hoitoprosessissa. Polikliinisten keskeytysten yleistyessä ja hoidon porrastuksen tehostuessa osa keskeytyspotilaista tulee sairaalaan suoraan toimenpiteeseen. Lähettävän ja jälkitarkastuksen tekevän henkilöstön rooli potilaan ohjaajana ja tukijana korostuu. Keskeytyspotilaiden psyykinen tukeminen terveydenhuollossa on heikkoa sekä toimenpidettä ennen että sen jälkeen.

3.2.3. Raskaus, synnytys ja lapsivuode

Äitiyshuollon tavoitteena on turvata odottavan äidin, sikiön, vastasyntyneen ja perheenjäsenten paras mahdollinen terveys. Pyrkimyksenä on raskaudenaikaisten häiriöiden ehkäisy, häiriöiden varhainen toteaminen ja sujuva hoitoon ohjaaminen, tehokas hoito ja kuntoutus, hyvä synnytyksen hoito ja vastasyntyneestä huolehtiminen sekä sairaiden ja vammaisten tukeminen (Stakes 1995).

Äitiyshuollon palveluista vastaavat perusterveydenhuollossa äitiysneuvolat ja erikoissairaanhoidossa äitiyspoliklinikat ja synnytysosastot. Äitiysneuvolan ja äitiyspoliklinikan työnjaon on oltava suunnitelmallista ja jatkuvaa, jotta palvelut muodostavat käyttäjien näkökulmasta aukottoman kokonaisuuden. Vastuu äitiyshuollon hoitokäytännöistä ja tulosten seurannasta on alue- ja paikallistasolla (Stakes 1995).

Perusterveydenhuolto huolehtii raskauden seurannasta ja perheiden ohjauksesta ja tukemisesta. Erikoissairaanhoito vastaa raskauden ajan ongelmien ja sairauksien tutkimuksista ja hoidosta sekä synnytysten hoidosta (Stakes 1995).

***Raskaus**

Raskauden seuranta tapahtuu äitiysneuvoloissa. Syntymärekisterin tietojen perusteella vuonna 1995 neuvolassa käyneiden äitien osuus oli 99,7%. Naiset hakeutuvat äitiyshuollon piiriin varhaisessa vaiheessa, keskimäärin kymmenennellä raskausviikolla (1/4 ennen kahdeksannen raskausviikon alkua

(Hemminki ja Gissler 1993, Gissler ja Hemminki 1994). Raskauden aikaisten neuvolakäyntien määrä on lisääntynyt parin viimeisen vuoden aikana. Vuonna 1993 synnyttäjällä oli n. 15 neuvolakäyntiä ja vuonna 1995 n. 16 neuvolakäyntiä (Gissler ym. 1996a). Neuvolakäyntien vähimmäismääräksi suositellaan ensisynnyttäjien kohdalla 13-16 käyntiä ja uudelleensynnyttäjillä 9-12 käyntiä (taulukko 8) (Stakes 1995). Iäkkäät synnyttäjät käyvät paljon neuvolassa. Myös ensisynnyttäjien osuus paljon neuvolassa käyvistä on hieman korkeampi kuin keskimääräisesti neuvolassa käyvillä (Gissler ja Hemminki 1994).

Taulukko 8. Yhteenveto äitiysneuvolakäyntien tutkimuksista (Stakes 1995)

			Raskaus- viikot	Tutkimukset
1.	TH, L	E, U	8 - 12	RR, paino, gyn.status, Hb, Veriryhmä, veriryhmäva.seula, kardiolipiini, HBsAg, toksoplasmava, U-gluk, U-prot, U-bakt
2.	TH	E, U	14	RR, U-gluk, U-prot, mahd.Down veriseula (16.-17. viik)
			16 - 20	Ultraääniseula
3.	TH	E, U	24 - 26	RR, Hb, Veriryhmäva.seula (Rh-negatiivisilta), Toksoplasm. U-gluk, U-prot, SF-mitta
4.	TH, L	E, U	28	RR, kohdunsuun status, SF-mitta, U-gluk, U-prot
5.	TH	E	30	RR, SF-mitta, U-gluk, U-prot
6.	TH	E, U	32	RR, SF-mitta, U-gluk, U-prot
7.	TH	E	34	RR, SF-mitta, U-gluk, U-prot
8.	TH, L	E, U	36	Tarjonta, RR, Hb, Veriryhmä va.seula (Rh-negatiivisilta sekä Rh-positiivisilta, jotka saaneet verensiirtoja tai joiden lapset saaneet hoitoa keltaisuuden takia). Toksoplasm. SF-mitta, U-gluk, U-prot
9.	TH	E	37	RR, SF-mitta, U-gluk, U-prot
10.	TH	E, U	38	RR, SF-mitta, U-gluk, U-prot
11.	TH	E	39	RR, SF-mitta, U-gluk, U-prot
12.	TH	E, U	40	RR, SF-mitta, U-gluk, U-prot
13.	TH	E, U	41	RR, SF-mitta, lapsiveden määrän arviointi, lähete synn.sair:laan ya.seurantaan
14.	TH	E, U	Heti pp	Kliininen tutk., kotikäynti
15.	TH, L	E, U	5 - 12 pp	Jälkitarkastus, sisätutkimus, Hb, U-gluk, U-prot, U-bakt

Neuvolapalvelujen kattavuus ja saatavuus on Suomessa hyvä. Kehittämistä vaativia asioita ovat mm. vastaanottoaikojen laajentaminen ja puhelinneuvonnan lisääminen (usein neuvoloissa vain tunti tiettyyn kellon aikaan). Synnyttäjien ikärakenteen kehityksen huomioonottaen neuvolan ja äitiyspoliklinikoiden kuormitus tulee lisääntymään, mikäli hoitokäytännöt pysyvät nykyisen kaltaisina eikä synnytysten määrä huomattavasti vähene.

Äitiyspoliklinikan rooli raskauden seurannassa on selkeästi vahvistumassa. Vuoden 1990 jälkeen synnyttäneillä on merkitsevästi useammin (66%) äitiyspoliklinikkakäyntejä kuin 1985-1989 synnyttäneellä (58%). Monisyntyttäjät (61%) käyttivät myös useammin äitiyspoliklinikkapalveluja kuin ensisyntyttäjät (50%). Äitiyspoliklinikan roolin voimistumiseen ovat vaikuttaneet lähetekäytännön muutokset äitiyspoliklinikoille (kansalliset ja alueelliset) sekä työn ja resurssien jaossa tapahtuneet muutokset perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

Syntymärekisterin mukaan raskaana olevien naisten äitiyspoliklinikkakäyntien osuus on lisääntynyt vuosina 1990-1996 73 %:sta 83%:iin. Samanaikaisesti äitiysneuvola ja -poliklinikkakäyntien lukumäärät asiakasta kohti ovat lisääntyneet. (Perälä ym. 1998) Raskauden aikaisen hoidon sairaaloihin siirtymiseen vaikuttavat mm. hoidon jatkuvuuden puuttuminen (raskauden ja synnytyksen hoito eri organisaatioissa eri henkilöiden toimesta), uudet tekniset välineet (hankittu sairaaloihin) ja ammattiryhmien keskinäiset jännitteet (gynekologit ja kättilöt vs. yleislääkärit ja terveydenhoitajat) (Hemminki ym. 1992). Perusterveydenhuollon äitiysneuvolakäyntien kehitys esitetään taulukossa 9.

Taulukko 9. Perusterveydenhuollon äitiysneuvolakäyntien lukumäärät lääkärillä ja terveydenhoitajilla/kättilöillä Suomessa vuosina 1994-1996 (Sotka 1997, Gissler 1997).

<i>Vuosi</i>	<i>Äitiysneuvolakäynnit lääkärillä</i>	<i>Äitiysneuvolakäynnit th/kättilöllä</i>	<i>Synnytysten lukumäärä</i>
1994	242 067	840 052	64 726
1995	230 026	801 136	62 767
1996	222 437	782 575	60 102

Naiset ovat yleensä tyytyväisempiä äitiysneuvolakäynteihin kuin äitiyspoliklinikkakäynteihin. Tyytymättömyyttä poliklinikkakäynneillä aiheuttavat pitkät odotusajat, potilaan ja lääkärin välinen kommunikaatio, käyntien rutiinisuus, lääkärin vaihtuminen eri käyntikerroilla ja epävarmuus käyntien tarpeellisuudesta (Kojo-Austin ym. 1993).

Yksityislääkärin vastaanotolla oli käynyt raskauden aikana 22% vuoden 1994 tutkimukseen vastanneista naisista. Heistä suurin osa oli korkeakoulututkinnon suorittaneita, ylempiä toimihenkilöitä, jotka asuivat kaupungeissa (Perälä ym. 1998).

Synnytys- ja perhevalmennuksiin osallistuminen on yleistä. Ensisyntyttäjistä osallistui 91% ja monisyntyttäjistä 68%. Vuosina 1985-1989 synnyttäneistä osallistui perhevalmennukseen 78% ja vuosina 1990-1994 synnyttäneistä 70%. Ensisyntyttäjille erittäin hyödylliseksi perhevalmennuksen arvioi 56% ja hyödylliseksi 36%. Terveydenhoitajan synnytyksen jälkeen tekemät kotikäynnit ovat edelleen yleisiä. Vuoden 1994 kyselyyn vastanneista 6 %:n luo kotikäyntiä ei tehty. Vuosina 1985-1989 synnyttäneistä 98%:n luo tehtiin kotikäynti. Vuosina 1990-1994 synnyttäneistä 89% sai kotikäynnin. Kotikäyntejä pidetään hyödyllisenä. Vain 11% kokee kotikäynnin vähemmän hyödylliseksi ja 2% ei

lainkaan hyödylliseksi. Maaseudulla asuvat pitävät kotikäyntiä hyödyllisempänä kuin kaupunkilaiset. Eniten synnytys- ja perhevalmennuksista sekä kotikäynneistä hyötyvät vähän peruskoulutusta saaneet ja nuoret (Perälä ym. 1998).

Naiset arvioivat osallistumisensa päätöksentekoon neuvolassa kohtalaisiksi, mutta eri vaihtoehtoista tulisi keskustella enemmän sekä vahvistaa naisten itseluottamusta. Erityisen tärkeänä naiset pitävät neuvontaa raskaudesta ja lapsivuodeajasta, terveydentilaan ja tottumuksiin liittyvistä asioista sekä lapsen syntymään valmistautumisesta. Naisten osallistumisessa päätöksentekoon on melko suuria alueellisia eroja, mikä kertoo mm. hoitotyön laadun vaihteluista maan eri osissa. Puolet naisista antaisi neuvolakäyntien määrän olla ennallaan, joka kolmas lisäisi ensisynnyttäjien käyntejä ja joka viides vähentäisi uudelleen synnyttävien käyntejä (Perälä ym. 1998).

Äitiysneuvolassa käsiteltiin vastaajien mielestä riittämättömästi raskauden ajan masennusta (46%). Kolmasosan mielestä riittämättömästi käsitellään myös imetystä ja synnytyksen jälkeistä toipumista. Perheen tilanteeseen liittyviä asioita, kuten perheen taloudellista tilannetta, puolisoiden välistä suhdetta, sukupuolielämää ja äidin työssä käymistä käsitellään myös riittämättömästi (Perälä ym. 1998).

*Synnytys

Kansainvälisen tautiluokituksen mukaan synnytys on sellaisen raskauden päätyminen, jossa syntyy vähintään yksi elävä lapsi tai kuollut lapsi, joka painaa vähintään 500 grammaa tai jonka gestaatioikä on 22 viikkoa. Synnytyksen määrä on vähenemässä (taulukko 10) (Gissler ym. 1996a).

Taulukko 10. Synnytysten ja lasten lukumäärät vuosina 1991-1997 (Gissler ym. 1996a, Gissler 1998b).

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Synnytyksiä	65 268	66 742	64 563	64 726	62 767	60 102	58 745
Lapsia	66 114	67 683	65 496	65 730	63 694	60 990	59 613

Vuonna 1995 Suomessa oli 46 synnytyksiä hoitavaa sairaalaa. Synnytysten määrät vaihtelevat kahdeksasta 5042:een. Alle 500 synnytystä hoitaneita sairaaloita oli 15, 500-1000 synnytystä toteutui 10 sairaalassa, 1000-2000 toteutui 11 sairaalassa ja loput 10 sairaalaa hoitivat kukin yli 2000 synnytystä (Gissler ym. 1996a).

Lähes kaikki synnytykset tapahtuvat sairaalassa. Syntymärekisterin mukaan 0,9% synnytyksistä on polikliinisia ja kotisyntyisiä 0,01% (Viisainen ym. 1998) Matka- ja kotisyntyisiä on vuosittain keskimäärin 57, joista suunniteltuja kotisyntyisiä on noin 10 vuodessa (Hemminki 1997a). Vuonna 1995 ensisynnyttäjien keski-ikä oli 27,6 v ja kaikkien synnyttäjien 29,7 vuotta (Gissler ym. 1996a). Vuoden 1994 kyselyn (Perälä ym. 1998) mukaan naisille mieluisin synnytyksen paikka on sairaala varsinkin ensisynnytyksen kohdalla. Myöhemmissä synnytyksissä joka seitsemäs valitsisi polikliinisen synnytyksen ja muutamat kotisyntyisen.

toimenpiteistä kivunlievitys, sikiön elektroninen valvonta ja keisarileikkaus ovat yleistyneet 1990-luvulla (taulukko 11). Oksitosiinin käytön ja kalvojen puhkaisemisen yleisyys ei ole muuttunut. Episiotomian tekeminen on harvinaistunut (Gissler ym. 1996a).

Taulukko 11. Syntymärekisterin trendejä 1991-1995 % (Gissler ym. 1996a)

	1991	1992	1993	1994	1995
Synnytyksiä (N)	65268	66742	64563	64726	62767
<i>Kivunlievitys (%)</i>					
epiduraali	15,4	16,0	17,1	19,2	21,9
paraservikaali	16,7	17,3	18,3	19,9	21,4
ilokaasu	41,4	44,4	44,5	45,9	46,5
vähintään jotain	63,6	67,4	68,0	69,3	71,4
<i>Toimenpiteitä (%)</i>					
keisarileikkaus	14,6	14,7	14,9	15,4	15,7
kalvojen puhkaisu	45,9	46,7	47,6	47,4	46,1
oksitosiini	35,9	36,2	36,3	36,9	36,8
episiotomia	48,2	47,7	45,0	42,8	39,8
sikiön el. valvonta	73,2	79,9	81,5	83,1	83,8

Synnytysten hoitokäytännöt eroavat sairaaloittain. Samantasoisten sairaaloiden välinen vaihtelu osoittaa, että toimenpiteiden yleisyyttä määräävät muutkin tekijät kuin äidin ja lapsen tila. Eri sairaaloiden omaksumat toimintatavat ovat keskeinen toimenpiteiden yleisyyteen vaikuttava tekijä. (Hemminki ja Gissler 1993) Esimerkiksi keisarileikkausten osuudessa on suuria sairaalakohtaisia eroja. Gisslerin ja Nenosen (1997) tutkimuksen mukaan kahdessa sairaalassa vuosina 1992-1994 oli tilastollisesti merkitsevästi vähemmän ja kuudessa sairaalassa enemmän keisarileikkauksia koko maan keskiarvoon nähden. Sairaالاتasoittain tarkasteltuna vakioitujen sairaalakohtaisten frekvenssien ero on yliopistosairaaloilla 2,3-kertainen, keskussairaaloilla 1,3-kertainen ja aluesairaaloilla 2,0-kertainen. Tarkasteltaessa hoitokäytäntöjä keisarileikkausten jälkeisten alatiesynnytysten avulla maan keskiarvosta poikkeavia sairaaloita löytyy vielä enemmän. 13 sairaalassa oli tilastollisesti merkitsevästi vähemmän ja viidessä enemmän alatiesynnytyksiä kuin koko maassa. Sairaالاتasoittain tarkasteltuna frekvenssien erot pienenevät samoin kuin keisarileikkausten kohdalla (yliopistosairaalat 1,5-kertainen, keskussairaaloilla 1,9-kertainen ja aluesairaaloilla 2,2-kertainen ero) (Gissler ja Nenonen 1997).

Synnytysten hoitokäytännöt eroavat myös muiden tekijöiden suhteen. Esimerkiksi vastasyntyneiden erityishoitoon siirrossa on sairaalakohtaisia eroja. Vaihtelu on samansuuntaista kuin muillakin synnytystoimenpiteillä ja hoitokäytännöillä (Hemminki ym. 1996).

Ennenaikaisten synnytysten ja pienipainoisten osuus on kasvanut vuoden 1987 jälkeen, mutta samalla perinataalikuolleisuus on vähentynyt. Syntymän jälkeinen sairaalahoido on lyhentynyt myös lapsilla. Vuonna 1987 viikon iässä oli kotona 76% lapsista, vuonna 1991 86% ja vuonna 1995 91% lapsista (Gissler ym. 1996a).

Synnytyksen hintaesimerkit vuodelta 1997 (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 1997)

		kuntalaskutus
Normaalisynnytys		1420 mk
Synnytys johon liittyy toimenpide tai epiduraalipuudutus		1710 mk
Keisarileikkaus		1900 mk
Keisarileikkaus päivystyksenä		2650 mk
Polikliininen synnytys		2650 mk
Polikliinisen synnytyksen kulut muodostuvat seuraavasti:		
polikliinisen synnytyksen pakettihinta	2650 mk	2650 mk
lisäksi poliklinikkamaksu synnyttämään		
tullessa jos lääkäriä ei tarvita	240 mk	
jos lääkäri tarvitaan		710 mk
lisäksi 36 rvk:lla tehtävä pkl-käynti	440 mk	440 mk
yht.	3330 mk	3800 mk

Synnyttäjät maksavat sairaalalle normaalin vuorokausimaksun.

***Lapsivuode**

Merkittävä muutos synnytyksen jälkeisessä hoitokäytännössä on synnytykseen liittyvän sairaalahoidon lyhentyminen. Vuonna 1991 äideistä 12% oli sairaalassa viikko synnytyksen jälkeen kun taas vuonna 1995 enää 3,4% (Gissler ym. 1996a).

Synnytyksen jälkeisessä hoidossa on viime vuosina kiinnitetty huomiota mm. imetysohjaukseen ja sairaaloiden hoitokäytäntöihin vauvamyönteisyyttä tukevaksi (Kumpula ym. 1995, Hasunen ym. 1996). Muita keskustelua herättäviä aiheita ovat olleet synnytyksen jälkeinen masennus, johon tulee kiinnittää huomiota myös neuvolassa. Synnytyksen jälkeistä masennusta esiintyy 10-15 prosentilla äideistä (Stakes 1995). Synnytyksen jälkeiseen raskauden ehkäisyyn tulisi myös paneutua (Rimpelä ym. 1995). Polikliinisten synnytysten toteuttaminen vaatii myös perusterveydenhuollolta uudenlaisia valmiuksia lapsivuoteisen äidin ja lapsen terveydentilan seuraamisessa sekä koko perheen tukemisessa. Se edellyttää myös perusterveydenhuollolta valmiutta joustaviin työaikoihin.

3.3. Muu seksuaaliterveys

3.3.1. Vaihdevuodet

Vaihdevuosien (klimakterium) aikana naisen hedelmällinen ikä päättyy munasarjojen toiminnan lakatessa. Menopausi (kuukautiset loppuvat) tapahtuu keskimäärin 48-50 vuoden iässä. Arvioidaan että noin kolmasosalla naisista on vaikeita ja kolmasosalla kohtalaisen vaikeita vaivoja vaihdevuosien aikana (Eskola ym. 1987,196).

Vuoden 1996 lopussa 50-54-vuotiaita naisia oli 166 200 (Tilastokeskus 1997), joista menopaussissa 1/5 (noin 33 000 naista vuodessa).

Hormonihoidolla tarkoitetaan naissukupuolihormonivalmisteiden käyttöä vaihdevuosien aikana ja niiden jälkeen vaihdevuosiin liittyvien oireiden lievittämiseen, biologisen vanhenemisen hidastamiseen ja tiettyjen tautien (sydän- ja verisuonitaudit, osteoporoosi) ennaltaehkäisyyn. Hoidon käyttöalueet ovat laajat ja indikaatiot vaihtelevat. Hormonihoitoja käytetään muutamasta kuukaudesta kymmeneen vuosiin (yli 30 vuottakin). Hormonihoidot ovat olleet kiistanalaisia sivuvaikutusten ja hoidon hyötyjen arvioinnin vuoksi (Topo 1997).

Hormonihoidon käyttö oli harvinaista Suomessa vuonna 1976 (45-64-vuotiaista käytti 4%). Käyttäjistä suurin osa oli alle 55-vuotiaita, pääkaupunkiseudulla asuvia ja pidemmälle koulutettuja (enemmän kuin kansakoulu). Hormonihoidon käyttö lähes viisinkertaistui vuoteen 1989. 60-64-vuotiaiden hormonihoidon käyttö kasvoi prosentista neljääntoista vuodesta 1976 vuoteen 1989. Käyttö levisi myös nopeasti pääkaupunkiseudulta muihin kaupunkeihin ja hitaammin maaseudulle. Alueelliset erot olivat selviä. Hormonihoidon käyttö säilyi yleisempänä pidemmälle koulutettujen keskuudessa. (Topo 1997). Lääkintöhallituksen osteoporoosityöryhmän mietintö vuodelta 1985 suosittaa hormonihoitojen käyttöä lähes kaikille postmenopausissa oleville naisille osteoporoosin ehkäisemiseksi. Tämän suosituksen perusteella arvioituna hormonihoitojen käyttö vaihdevuosi-ikäisten naisten keskuudessa on liian alhaista (Topo ym. 1991).

Suomalaisten lääkkeiden myyntilukujen perusteella hormonihoidot lisääntyivät 1980-luvulla voimakkaasti. Kasvu hidastui hiukan 1991-1992. Pohjoismaisittain tarkasteltuna vuonna 1981 hormonihoitoja käyttivät eniten tanskalaiset, Ruotsissa käytettiin myös enemmän kuin Suomessa. Norjassa hormonihoitoja käytettiin vähiten. Vuonna 1992 Suomessa ja Ruotsissa olivat myyntiluvut korkeimmat. (Topo 1997). Vuonna 1993 hormonikorvaushoitoa vaihdevuosisoireisiin sai 140 000 suomalaista naista, nykyisin puolet 50-54-vuotiaista naisista ja yhteensä lähes 200 000 naista käyttää estrogeenia vaihdevuosisoireiden hoitoon. Vuonna 2000 määrän arvellaan nousevan liki 230 000:een (Helsingin Sanomat 20.11.1997).

Suuri osa naisista saa eniten tietoa vaihdevuosista tiedotusvälineistä, toiseksi ystäviltä ja muilta naisilta ja kolmanneksi gynekologeilta. Keski- tai ylempään sosiaaliluokkaan kuuluvat vaihdevuosi-ikäiset naiset saavat eniten tietoa gynekologeilta. Media on myös heille tärkeä tiedon lähde. Ensimmäinen vaihdevuosiklinikka perustettiin Helsinkiin vuonna 1989 vaihdevuosi-ikäisten naisten ja tutkijoiden palvelemiseksi (Topo 1997).

Osa naisista hakeutuu lääkärille saadakseen tietoa vaihdevuosista ja mahdollisesta lääkityksestä. Lääkärit saattavat kuitenkin tulkita käynnin lääkkeen tarpeeksi ja määräävät naisille hormonihoitoa. Vaihdevuosi-ikäisille naisille määrätään myös muun syyn takia tehdyllä lääkärissä käynnillä helposti hormonihoitoja. Lääkärit ehdottavat naisille hormonikorvaushoitoa useammin kuin naiset itse toivovat. Suurin osa (86%) niistä joille hoitoa oli ehdotettu käytti sitä. Gynekologilla käyneistä kolme neljästä ilmoitti että lääkäri oli suositellut heille hormonihoitoa kun taas muilla lääkäreillä käyneistä alle puolelle oli suositeltu ko. hoitoa. Gynekologien vastaanotoille hakeutuu enemmän niitä naisia, jotka toivovat hormonihoitoa (Topo 1997).

Hormonihoitojen arvosta ei tunnu olevan laajaa yhteisymmärrystä lääketieteellisissä julkaisuissa. Lääkärikunta on valmiimpi ennalta ehkäisevän hormonihoidon käyttöön kuin naisten mielipiteet osoittavat. Potilas-lääkärisuhteen luonteen vuoksi tämä ennakoinee hormonihoidon lisääntymistä. Hormonihoitojen lisääntymiseen vaikuttavat myös gynekologien määrän lisääntyminen, lääkäreiden positiivinen suhtautuminen hormonihoitoihin sekä naisten lisääntynyt tiedon taso (Topo 1997).

Julkisen terveydenhuollon osuutta vaihdevuosi-ikäisten naisten hoitamisessa on vaikea arvioida. Pienempien kaupunkien ja kuntien terveyskeskuksissa asioi todennäköisesti paljonkin naisia ko. hoitojen vuoksi. Myös työterveyshuollon osuus voi olla merkittävä. Naisvaltaisten työpaikkojen työterveyshuollon lääkäreiden kommenttien mukaan jopa 20% heidän asiakkaistaan asioi vaihdevuosiongelmiensa takia vastaanotoilla. Pääkaupunkiseudulla ja isoimmissa kaupungeissa naiset saattavat kuitenkin merkittävästi hakeutua yksityisten gynekologien hoitoon.

3.3.2. Gynekologiset seulonnat

Kansanterveyslaki (14§) velvoittaa kunnat järjestämään seulontoja ja muita joukkotarkastuksia. Kansanterveysasetuksessa (802/92) määritellään mammografiaan perustuvan rintasyöpäseulonnan kohderyhmäksi 50-59-vuotiaat naiset ja kohdun kaulaosan syöpää ehkäisevän seulonnan kohderyhmäksi 30-60-vuotiaat naiset. Asetus ei määrittele tarkemmin montako ikäluokkaa seulotaan, joten tulkinnot vaihtelevat huomattavasti kunnittain. Vuoden 1996 lopussa 30-59 vuotta täyttäneitä naisia oli 1091 700 ja 50-59-vuotiaita naisia oli 311 600 (Tilastokeskus 1997).

Seulonnat järjestetään joko kunnan omana toimintana tai ostopalveluna syöpäjärjestöiltä ja muilta yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Suurista kaupungeista ainakin Helsinki ja Tampere tekevät itse sekä mammografia- että irtosoluseulonnat ja Lahti mammografiat. Espoo hoitaa tutkimukset ostopalveluna yksityisiltä palvelujen tuottajilta hintakilpailun mukaan. Suomen Syöpäyhdistys ylläpitää joukkotarkastusrekisteriä, jonne kuntien olisi vuosittain ilmoitettava itse tehdyt tai ostopalveluna hankittujen seulontojen kutsu- ja tarkastustiedot (Stakesin kirje kunnille 26.6.1996 (Reijo Salmela, Matti Hakama). Käytännössä läheskään kaikki kunnat eivät ole hoitaneet ilmoitusvelvollisuuttaan. Jotkut palvelujen tuottajat ovat tehneet suoraan ilmoitukset rekisteriin, mutta osa jättää tiedot ilmoittamatta. Tällä hetkellä ei ole tarkkaa valtakunnallista tietoa siitä kuinka paljon seulontoja tehdään ja kuinka suurina kunnittaiset vaihtelut ovat.

Seulontanäytteistä 2/3 tutkitaan syöpäjärjestöjen laboratorioissa. Vuonna 1991 löytyi 129 kohdun kaulaosan syöpätapausta. Vuonna 1995 uusia tapauksia löytyi jo 175 (nousua yli kolmannes). Seulontoihin osallistuu reilu 2/3 kutsutuista (Elovainio 1997). Syöpäjärjestöjen järjestämiin kohdunkaulan syövän (Papa) joukkotarkastuksiin kutsuttiin vuonna 1996 184 472 naista, joista tutkimuksiin osallistui 72%. Mammografian osalta viimeiset tiedot ovat vuodelta 1995, jolloin seulontoihin kutsuttiin 108 258 naista, joista tutkimuksiin osallistui 89% (taulukko 12).

Taulukko 12. Syöpäjärjestöjen järjestämiin kohdunkaulan syövän irtosolututkimuksiin (Papa) ja mammografiaseulontoihin kutsutut ja osallistuneet (%) vuosina 1993-1996. (Joukkotarkastusrekisteri 1997)

	<i>Papa</i> <i>kutsutut</i>	<i>osallistui %</i>	<i>Mammografia</i> <i>kutsutut</i>	<i>osallistui %</i>
1993	218 246	72	101 271	90
1994	225 778	72	94 080	90
1995	216 635	71	108 258	89
1996	184 472	72	-	-

Syöpäjärjestöjen arvion (Hemminki 1998) mukaan mammografia joukkotarkastuksissa kävi vuonna 1996 arviolta 170 000 naista ja kohdun kaulan irtosolututkimuksissa (joukkotarkastukset) arviolta 180 000 naista. Arviot sisältävät syöpäjärjestöjen ja kuntien itse tekemät/ostamat seulonnat.

Mammografian ja kohdun kaulan irtosolututkimusten osalta on muistettava myös että osa naisista käy omaehtoisesti tutkimuksissa joko gynekologilla tai syöpäjärjestöjen ja muiden yksityisten organisaatioiden tutkimuksissa. Osa kunnista kutsuu lisäksi tiettyjen ikäryhmien naisia joukkotarkastuksiin edellyttäen naisten maksavan itse kustannukset.

3.3.3. Sukupuolitaudit

Tartuntataudilla tarkoitetaan sellaista sairautta tai tartuntaa, jonka aiheuttavat elimistössä lisääntyvät pieneliöt (mikrobit) tai niiden osat tai loiset. Tartuntatautina pidetään myös pieneliön myrkyä (toksiiniä) aiheuttamaa tilaa. Tartuntataudit leviävät ihmisestä toiseen. Tartuntatautien vastustamistyön asiantuntijalaitoksena toimii Kansanterveyslaitos, joka ylläpitää tartuntatautirekisteriä. Lääkäreiden tulee tehdä ilmoitus toteamastaan yleisvaarallisesta ja ilmoitettavasta tartuntatautitapauksesta. Sukupuolitaudeilla tarkoitetaan sukupuoliteitse, yleensä yhdynnässä tarttuvia tauteja. Näistä yleisvaarallisiin tartuntatauteihin kuuluu kuppaa, ilmoitettaviin HIV, klamydia, sankkerit ja tippuri (Tartuntatautilaki ja -asetus 1986).

Tartuntatautien vastustamistyö (ehkäisy, varhaistoteaminen, sairastuneeksi epäillyn tutkimus, hoito ja lääkinnällinen kuntoutus) kuuluu osaltaan terveyskeskuksille ja sairaanhoitopiireille. Sairanhoitopiirien tulee järjestää aiheesta koulutusta alueellaan sekä osallistua seulontatutkimusten järjestämiseen. Terveyskeskusten tulee huolehtia aiheeseen liittyvästä terveyskasvatuksesta, järjestää kuntalaisten saataville terveyskasvatusaineistoa sekä huolehtia tartunnan saaneiden tutkimuksesta ja hoidosta (Tartuntatautilaki ja -asetus 1986).

Sukupuolitaudit aiheuttavat vaihtelevasti paikallisoireita (kutinaa, valkovuotoa, limakalvoärsytystä), mutta tartunta voi myös olla varsin oireeton. Esim. tippuritartunnan saaneista naisista jopa 40% jää oireettomiksi. Poikkeuksena on herpesvirus (HSV-2), jonka ensitartunta aiheuttaa usein kuumeisen, kivuliaan taudin. Genitaalierpes ilmaantuu myös uudestaan muutamia kertoja vuodessa. HIV-tartunta aiheuttaa pysyvän infektion, joka voi alkaa kuumetautina tai aluksi olla jopa oireeton. HI-virus heikentää isäntänsä immuunipuolustusta ja altistaa siten muille tulehduksille ja syöpätaudeille (Tiilikainen ym. 1996).

Pitempään hoitamattomaksi jäänyt tippuri tai klamydia voi levitä sisäsynnyttimiin ja aiheuttaa tulehduksen myötä kohdunulkoisia raskauksia tai infertiliteetin. Klamydia voi levitä myös miehillä virtsaputkea pitkin ylöspäin ja aiheuttaa lisäkivestulehduksen, joka molemminpuolisena voi johtaa steriliteettiin. Tippuri taas voi muuttua yleisinfektioksi ja aiheuttaa märkäisiä nivel tulehduksia. Hoitamaton kuppaa kehittyy yleisinfektioksi, joka oireilee eri puolilla elimistöä ja tartuttaa edelleen. Myöhäisvaiheen oireeton kuppaa voi vaurioittaa hermostoa, mutta ei enää tartuta muita; poikkeuksena on leviäminen istukan kautta sikiöön. Synnynäistä kuppaa estää äitiysneuvoloissa tehtävä serologinen seulonta (Tiilikainen ym. 1996).

Raskauden aikana sikiöön voi levitä myös äidin kantama HI-virus. Äidin raskauden aikainen hoito vähentää lapsen tartunnan riskiä. Raskauden aikana lapsi voi saada äidiltään myös muihin kuin

sukupuolitauteihin kuuluvia infektioita (sytomegalovirus, vihurirokko, toksoplasma). Synnytyksen aikana alateitse syntyvä lapsi voi saada äidiltään tippuri-, klamydia- tai herpestartunnan. Tippuri voi aiheuttaa vastasyntyneille silmätulehduksen, joka hoitamattomaa voi vaurioittaa sarveiskalvon pysyvästi. Noin puolet klamydian kantajalle syntyvistä lapsista saa synnytyksessä tartunnan, ja heistä puolelle kehittyy silmätulehdus. Sen komplikaationa voi ilmetä keuhkoklamydia. Molemmat taudit paranevat yleensä oireettomiksi. Herpestartunta voi vastasyntyneellä rajoittua silmiin, suuhun ja iholle tai aiheuttaa aivotulehduksen taikka vaikean yleisinfektion, joka hoidettunakin aiheuttaa kuolleisuutta ja pysyviä vammoja. KONDYLOOMAINFECTIO on naisille kohdunkaulan syövän riskitekijä; mahdollinen yhteys syöpään on myös klamydialla ja HSV-2:lla (Tiilikainen ym. 1996).

Tartuntatautilain mukaisessa lääkäreiden ja laboratorioden ilmoituksiin perustuvassa seurannassa todetaan vuosittain n. 11 000 sukupuoliteitse tarttuvaa tautia. Näistä klamydian aiheuttamia on n. 10 000, tippurin alle tuhat, HIV-tapauksia 50-100 ja lisäksi n. 50 kuppaa ja muutama sankkeri (Haikala 1994). Sukupuolitautilannetta seuraa Kansanterveyslaitos.

Vuodesta 1995 lähtien on Kansanterveyslaitos koordinoinut sukupuolitautilien tutkimushanketta (**sukupuolitautilien anturikeskukset**), joka jatkuu edelleen. Kyseessä on vapaaehtoisuuteen perustuva seurantajärjestelmä, jossa on mukana sukupuolitautilien erikoispoliklinikoita (Helsinki, Turku, Tampere, Kuopio ja Oulu), terveyskeskuksia (Lappeenranta, Kauhajoki, Ivalo), Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (Helsinki ja Oulu) sekä naistentautien poliklinikoita (Helsingin naistenklinikka ja OYS naistenklinikka) (Haikala 1997).

Sukupuolitautilien erikoispoliklinikoilla tiedon keruu tapahtuu kaikilta potilailta. Potilaat täyttävät anamneesilomakkeen, jonka sairaanhoitaja tai lääkäri tarkistaa. Klinikkoilla seurataan HIV-, kuppaa-, tippuri-, klamydia-, herpes simplex-, kondylooma- ja sankkeriasiakkaita. 95% potilaista täyttää anamneesilomakkeen, joka tallennetaan nimettömänä (ei henkilöllisyyteen sidottuna). Terveyskeskuksissa, YTHS:llä ja naistenklinikoilla lomakkeen täyttävät vain ne potilaat joilla todetaan klamydia, tippuri, kuppaa tai HIV. (Haikala 1997). Vuosilta 1995 ja 1996 on tiedot 18 500 käynnistä. Näistä klamydiatartuntoja oli vuonna 1995 13% (1087) ja vuonna 1996 11,3% (1145). Anturikeskuksissa todetaan n. 12 % koko maan klamydiatapauksista (Kansanterveyslaitos 1996).

Tippuritapausten määrä vähenee jatkuvasti Suomessa. Ilmoitettujen tapausten määrä on laskenut puoleen vuodesta 1994 (493 tapausta). Vuonna 1996 todettiin 226 tapausta. Tautia esiintyy enemmän miehillä (vuonna 1996 70%). Suomessa saatuja tartuntoja on 49%. Ulkomailta saaduista tartunnoista 58% oli saatu Venäjältä. Vuonna 1995 tartunnan saaneiden miesten keski-ikä oli 32 ja naisten 28 vuotta (Kansanterveyslaitos 1996, 1997).

Vuonna 1996 ilmoitettiin 9438 **klamydiatapauksia** (*Chlamydia trachomatis*), joista naisilla 63% (enemmistö 15-24-vuotiailla). Laboratorioden ilmoituksiin perustui 8696 ja lääkäreiden ilmoituksiin 7601 (yhteisiä ilmoituksia 6859). Tartunnan saaneiden naisten keski-ikä oli 22 vuotta ja miesten 25 vuotta vuonna 1995. Klamydiatapaukset ovat vähentyneet vuosittain lievästi (Kansanterveyslaitos 1996, 1997).

Suomessa ilmoitetut **kuppatapaukset** ovat lisääntyneet vuodesta 1992 toisin kuin muissa Pohjoismaissa. Vuonna 1995 ilmoitettiin 122 kuppatapauksia (kaksinkertainen määrä edelliseen vuoteen verrattuna) ja vuonna 1996 ilmoitettiin 217 tapausta. 62% tapauksista todettiin miehillä. Naisista 34% ja miehistä

16% oli ulkomaalaisia. Naisten tartunnoista puolet ja miesten joka neljäs oli saatu kotimaasta. Suurin osa ulkomaan tartunnoista saadaan Venäjältä (Kansanterveyslaitos 1996, 1997).

Vuoden 1996 aikana Suomessa tehtiin 85 000 HIV-vasta-ainetutkimusta. Testissä käyneiden määrä on kuitenkin hieman pienempi. SPR tutkii lisäksi luovutetut veriyksiköt (365 578 testiä vuonna 1996). Vuonna 1996 todettiin Suomessa HIV-tartunta 36 suomalaisella miehellä (61% miesten seksin välityksellä) ja 12 naisella sekä 13 ulkomaalaisella miehellä ja 8 naisella (yht. 69). AIDSiin sairastui vuonna 1996 22 henkilöä, joista 2 naista. AIDSiin on sairastunut viime vuosina 20% HIV-tartunnan saaneista alle vuoden kuluessa tartunnan toteamisesta viivästyneen tartunnan toteamisen vuoksi. (Kansanterveyslaitos 1997). Vuonna 1995 todettiin 72 uutta HIV-infektiota. Vuosittain todettujen HIV-tartuntojen ilmaantuvuus 100 000 asukasta kohden on vaihdellut 11 ja 18 välillä (ei selkeää lasku- tai noususuuntaa) (Kansanterveyslaitos 1996).

Suomessa tiedetään noin 800 henkilön saaneen HIV-tartunnan. Naisten tartuntojen määrä on 1990-luvulla kasvanut (vuoden 1996 loppuun mennessä 154 naista); valtaosa on tartunnan toteamishetkellä ollut alle 39-vuotiaita. Naisten tartunnoista yli 80% on saatu heteroseksin yhteydessä. Vuonna 1993 aloitetussa Kansanterveyslaitoksen testauksessa on vuosittain todettu 5-6 tartuntaa raskaana olevilla naisilla. (Leinikki ja Holmström 1997) Vuonna 1996 tutkittiin 62 545 näytettä, joista viidellä raskaana olevalla todettiin HIV (Kansanterveyslaitos 1997).

Sosiaali- ja terveysministeriön päätöksellä tehostettiin raskaana olevien naisten HIV-testausta 1.1. 1998 alkaen, jolloin kaikille raskaana oleville tuli tarjota äitiysneuvolakäynnin yhteydessä maksutonta HIV-testiä. Testi tehdään samassa yhteydessä kun äidistä otetaan verinäyte muiden tartuntatautien tutkimista varten. Tehostetun HIV-seulonnan tavoitteena on hyödyntää uuden lääkehoidon keinoja ja mahdollisuuksien mukaan estää HIV-positiiviselle äidille syntyvän lapsen tartunta. Seulonnan aloittamisella kaikissa neuvoloissa pyritään myös HIV-tartuntojen vähentämiseen tähtäävän neuvontatyön tehostamiseen. HIV-terveyskasvatus kuuluu äitiys- ja lastenneuvoloiden, perhe- ja nuorisoneuvoloiden, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon sekä yleensä koko terveydenhuollon toimintakenttään (Leinikki ja Holmström 1997).

Herpes ja kondylooma eivät ole ilmoitettavia tartuntatauteja joten niiden yleisyyttä ei tarkkaan tiedetä. Herpes voi kuitenkin aiheuttaa vastasyntyneelle vakavia ongelmia, mikäli lapsi syntyy alateitse rakkulavaiheen aikana. Herpeksen yleisyyttä raskauden aikana ovat selvittelleet Arvaja ym. (1997) tutkimuksessaan. HSV1 vasta-aineita esiintyi 70% naisista raskauden aikana ja HSV2 vasta-aineita 16 %:lla ensimmäisen trimesterin neuvolakäynnillä.

Sukupuolitauteja hoidetaan Suomessa sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. Terveyskeskukset vastaavat pääasiassa sukupuolitautilien hoidosta, mutta pienemmistä kunnista mennään todennäköisesti isommille paikkakunnille tai yksityissektorille hoidattamaan ko. tauteja intimitteettiongelmiensa takia. Pääkaupunkiseudulla ja suurimmissa kaupungeissa on perustettu yksityisiä sukupuolitautilinikoita. Sukupuolitaudit on tällä hetkellä Suomessa osittain erillisjärjestelmän ja lainsäädännön alainen, osittain integroitu normaaliin terveydenhuoltoon, mutta irrallisena muusta lisääntymisterveydenhuollosta. Poikkeuksen muodostavat jotkut sukupuolitautilien seulonnat raskauden aikana. Seksuaalikasvatuksen, ehkäisymenetelmän valinnan sekä lapsettomuuden, keskenmenojen ja ennenaikaisten synnytysten ehkäisyn kannalta integrointi muuhun lisääntymisen terveydenhuoltoon olisi tarpeen.

4. SEKSUAALITERVEYTTÄ TUKEVIEN TERVEYSPALVELUJEN ORGANISAATIO

4.1. Nykytilan yhteenveto

Seksuaaliterveyttä tukevia terveyspalveluja käytetään runsaasti - kohderyhmänä on vuosittain yli miljoona suomalaista - mutta niiden tarjonta ja käyttö vaihtelee alueittain. Palveluja tarjoavat vaihtelevasti julkisesti rahoitetut pääosin kunnalliset tahot, sairausvakuutuksen osittain tukema yksityissektori sekä osin julkisesti, osin yksityisin varoin rahoitettu kolmas sektori (järjestöt, säätiöt tms.). Taulukossa 13 on esitetty viitteellisesti, miten palvelutarjonta eri kysymyksissä nykyisin jakautuu tuottajien kesken.

Taulukko 13. Seksuaaliterveyspalveluiden pääasialliset tuottajat Suomessa 1998

	<i>Julkinen sektori</i>	<i>Yksityissektori</i>	<i>Kolmas sektori</i>
sukupuolikasvatus	+++	-	+
ehkäisy/perhesuunnittelu			
ehkäisy	++	++	+
sterilisaatiot	+++	+	+
hedelmättömyys	++	++	+
lapsettomuus/adoptio	+	-	+
keskenmenot	+++	+	+
keskeytykset	+++	+	
perinnöllisyysneuvonta	+++	-	+
raskauksien hoito	+++	+	+
synnytys	+++	+	-
lapsivuode	+++	+	-
vaihdevuodet	++	++	+
gynekologiset seulonnat			
mammografiat	++	+	++
papat	++	+	++
sukupuolitaudit	++	++	+

4.2. Toiminnan kehittämisen haasteita

Monilla toiminta-alueilla on tarvetta palvelujen sisällön kehittämiseen. Samalla mietitään, ovatko nykyiset toimintamallit parhaita mahdollisia. Kehittämispaineet ovat osittain ristiriitaisia - esim. erityisosaamisen kannalta tietyt toiminnat kannattaisi keskittää, mutta hoidon hyvän saatavuuden ja hoitosuhteen jatkuvuuden kannalta riittävä hajauttaminen on hyödyksi. Kuntien ratkaisut poikkeavat toisistaan monissa kohdissa ja monista syistä. Esimerkiksi tiheä yksityisten gynekologien verkosto hoitaa suuremmissa kaupungeissa samoja terveysongelmia, jotka maaseudulla itsestään selvästi kuuluvat terveyskeskuksen asiantuntemuksen piiriin.

Joidenkin perusasioiden hoitamisen tavat nousevat jo keskeisistä terveystieteellisistä linjauksista. Asiakkaan on päästävä riittävän nopeasti ja helposti vastaanotolle, josta tulee tarjota riittävä apu tai ohjata eteenpäin. Yhtenäiset, kaikille selkeät hoitokäytännöt ja terveysneuvonnan maksuttomuus ovat tärkeitä periaatteita. Apua on pystyttävä tarjoamaan mieluiten jo silloin, kun ongelmaa ei vielä ole - vaikuttavuus on silloin paras. Myös tuoreen, luotettavan tiedon tarjoaminen sekä miehille että naisille on suuri haaste tilanteessa, jossa teknologia muuttuu nopeasti ja uusia mahdollisuuksia avautuu jatkuvasti, mutta myös kustannukset kasvavat.

Perhesuunnittelun kehittämisen haasteita terveyskeskuksissa ovat esim. ehkäisyongelma-asiakkaat. Koulutoimen kanssa yhteistyössä on ajoissa pystyttävä tarjoamaan tietoa nuoren kehityksestä, seurustelusta ja seksuaalisuudesta. Ehkäisypalvelujen tulee olla helposti saavutettavissa ja maksuttomia (esim. ensimmäiset ehkäisytabletit vuoden ajaksi). Tulehdusten kattava seulonta ja hoito on kannattavampaa kuin jälkitautien hoito (Savolainen 1997). Savolaisen mielestä on myös tosiasia että naiset ymmärtävät naisten ongelmat - ja miehet miesten - paremmin etenkin perhesuunnitteluun ja seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Iso haaste on saada miehet neuvonta-asiakkaiksi. Lapsettomuuden alkututkimuksissa ja hoidossa terveyskeskus pystyy lisäämään panostaan ja sitä kautta lienee mahdollista vähentää myös kustannuksia (Savolainen 1997).

Hedelmättömyys ja lapsettomuushoidot ovat nopeimmin kasvavia seksuaaliterveyden toiminta-alueita. Yhteiskunnallisesti on epäselvää, tulisiko lapsettomuushoittojen kuulua peruspalveluihin vai ovatko ne ylimääräistä hyvää, jonka ihmiset voivat omalla kustannuksellaan hankkia. Lapsettomuuden ehkäisyä ja hoitoja ei tähän asti ole yksiselitteisesti hyväksytty peruspalveluihin kuuluvaksi. Hoitojärjestelmä on kirjava, tarjonta on paljolti yksityisellä puolella, työnjako eri tasojen välillä sopimatta ja saatavuus vaihtelee alueen ja sosiaaliryhmän mukaan. Usein parit siirtyvät suoraan erityistasolle sivuuttaen perusterveydenhuollon. Erityispainetta toiminnalle asettavat potentiaaliset terveysriskit sekä äidille että syntyville lapsille sekä eettiset ja lainsäädännölliset asiat. Samoin **adoptioiden** suhteen palvelutarjonta on osittain vaikeasti löytyvää ja kustannukset rajoittavat niiden käytön mahdollisuuksia selvästi.

Keskenmeno on terveydenhuollossa pitkään vaiettu aihe. Keskenmenoista sinänsä, niiden optimaalisesta hoitopaikasta tai hoitotavasta on käyty hyvin vähän keskustelua. Hoito tapahtuu sairaalassa; äitiysneuvolan asiakkuus katkeaa keskenmenoon äkillisesti ja yleensä ilman jälkikontaktia. Neuvonta ja psyykinen tuki ovat suurimmaksi osaksi jääneet hoitamatta ainakaan järjestelmällisesti. Keskenmenoja on vuosittain suunnilleen yhtä paljon kuin raskauden keskeytyksiä. Molemmista voi jäädä uusissa raskauksissa ilmeneviä tai muuten perheelle tarpeettoman raskaalta tuntuvia ongelmia, joita ilmeisesti voitaisiin ehkäistä varsin kohtuullisella panostuksella. Hoidon uudelleen järjestämiselle on vahva sosiaalinen tilaus.

Äitiysneuvolatoiminta on monenlaisten paineiden ja muutosten alainen. Jo edellinen asiantuntijaryhmä mietti seulontoja ja yhteistyötä äitiyspoliklinikan ja äitiysneuvoloitten välillä (Stakes 1995). Suurimmat ongelmat liittyvät toiminnan sisältöön, sen oletettuihin ja todellisiin ongelmiin. Onko asiantuntemus riittävää, onko henkilökunta oikeata ja oikein koulutettu, käytetäänkö saatavilla olevaa tietoa tehokkaasti, riittävätkö voimavarat hyvään hoitoon? Monet mahdollisuudet voivat jäädä toteutumatta terveydenhuollon supistuspaineissa. Pidetäänkö kiinni kotikäynneistä, mikä on perhevalmennuksen sisältö ja laajuus, kuinka tunnustetaan sosiaalisesti riskialttiit äidit ja miten heitä voidaan tukea? Etenkin teknologinen kehitys tuo paineita käyntien siirtoon erityisosaamisen luokse, sairaaloiden poliklinikoille.

Toisena vaihtoehtona on suurten keskusneuvoloiden perustaminen, joka muodollisesti pitäisi työn erikoissairaanhoidon ulkopuolella, mutta hävittäisi perusterveydenhuollosta jatkuvuuden.

Synnytysten hoito on suomalaisessa järjestelmässä irrotettu muista äitiyshuollon hoitopaikoista, hoidonantajista ja hoitodeologiasta. Raskaus ei ole sairaus, mutta synnytykset on sekä äidin että lapsen turvallisuuden vuoksi keskitetty sairaaloihin. Lisäperusteluna on suurten yksiköiden parempi tehokkuus. Samalla synnytyksissä on siirrytty yhä lyhyempään sairaalahoitoon, joka ainakin näennäisesti lisää tehokkuutta. Laskelmissa ei aina ole otettu huomioon synnyttäjälle koituvia kustannuksia eikä perusterveydenhuollossa lisääntyvää työtä. Tarpeet ovat erilaiset kaupungeissa ja haja-asutusalueilla.

Hoidon jatkuvuuden puute on keskeinen ongelma. Tiedon kulku neuvoloista synnytyssairaalaan ja takaisin ei vielä kukaan suju ongelmitta. Jatkuvuutta voisi lisätä joko siten, että synnytykset tapahtuvat kotona tai terveyskeskuksessa, äitiysneuvolakätilö seuraa äitiä sairaalaan avustamaan synnytystä tai äitiysneuvolatoiminta siirretään osaksi synnytyssairaalaan. Ensiksi mainittu vaihtoehto on epätodennäköinen, toinen vaatisi suuren rakenteellisen muutoksen kätilöiden toimenkuvassa ja työn laadussa ja kolmas tarkoittaisi naisen elämään kuuluvan normaalin ilmiön seurannan siirtämistä erikoissairaanhoidon. Siksi lienee parasta, että hyväksytään hoidon jatkuvuuden puute ja pyritään vähentämään sen aiheuttamia ongelmia erilaisin järjestelyin. Yksi niistä olisi jalkauttaa sairaaloiden erikoislääkäreitä konsultaatiotehtäviin äitiysneuvoloihin. Tätä ehdotti myös edellinen asiantuntijatyöryhmä.

Naiselle **vaihdevuodet** merkitsevät lisääntymisen loppua. Niihin liittyvät terveydenhuollon tarpeet eivät siis enää ole lisääntymisterveyden piirissä, mutta seksuaaliseen terveyteen ne kuuluvat. Naisen kannalta käsitellään selvästi samalle elämän alueelle kuuluvia kysymyksiä. Myös henkilökunnan osaamisessa kyse on jatkumosta. Nykyinen kirjava järjestelmä, jossa mm. syöpäseulonnat hoidetaan lähes irrallaan perusterveydenhuollosta, kaipaa selkeyttämistä myös tällä alueella.

Sukupuolitaudit ovat osittain erillisjärjestelmän ja lainsäädännön alaisia; osittain niiden hoito on integroitu perusterveydenhuoltoon, mutta toimii irrallisena muusta lisääntymisterveydenhuollosta. Poikkeuksen tästäkin muodostavat sukupuolitautilien seuloimat raskauden aikana. Seksitautien kohdalla on erityisen huolella mietittävä, miten ihmiset tahtovat hoidon järjestettäväksi ja miten yksilön intimitteettisuoja turvataan.

Myös **muiden seksuaaliterveyttä tukevien palvelujen** linkittäminen helpottaisi sekä asiakkaiden pääsyä palveluiden piiriin että palvelujen antajien ammattitaidon säilymistä ja kehittymistä. Sukupuolikasvatuksen, ehkäisymenetelmän valinnan sekä lapsettomuuden hoidon, keskenmenojen ja ennenaikaisten synnytysten ehkäisyn integrointi muuhun lisääntymisterveydenhuoltoon olisi hyödyllistä. Selkeä reitti palvelujen saamiseen kysymyksen laadusta riippumatta tukisi riittävän aikaista ongelmien havaitsemista ja hankalampien pulmien ennalta ehkäisemistä.

4.3. Vaihtoehtoisia toimintamalleja

Lisääntymisterveyspalveluiden organisointiin on erilaisia mahdollisuuksia. Vaihtoehtoisia tapoja ovat **nykytilanne**, jossa palvelut tuotetaan osittain julkisessa, osittain yksityisessä terveydenhuollossa. **Perusterveydenhuolto ensilinjana** lisääntymisterveyspalveluissa on myös huomionarvoinen vaihtoehto, koska joillakin lisääntymisterveyden alueilla ei palveluja säännönmukaisesti tuota kukaan

tai hoito jää asiakkaan näkökulmasta pirstaleiseksi. **Erikoissairaanhoito** voi myös toimia **ensilinjana** joissakin tapauksissa. Suomalaisessa palvelujärjestelmässä epäsuosituin vaihtoehto lienee malli, jossa palvelut tuotetaan pelkästään **markkinamekanismien perusteella**. Tällöin on uhkana se, ettei "tuottamattomia" ehkäisevän terveydenhuollon palveluja tarjota kukaan. Perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijatyöryhmä pohti kokouksessaan 1.12. 1997 lisääntymisterveyspalvelujen nykytilannetta ja vaihtoehtoa, jossa perusterveydenhuolto toimisi ensilinjana lisääntymisterveyspalveluissa. Taulukossa 14 esitetään tämän pohdinnan tulokset.

Taulukko 14. SWOT-analyysi neuvolatoiminnan muutoksista 1.12.1997

Nykyinen järjestelmä

<p>Hyvä saatavuus Näyttää halvalta -> saatavuus ↑ (Osa) eriytyminen -> sen asian laatu ↑ Valinnanvapaus Hyvä kattavuus (osassa alueita) R & S & LH perustehtävä Kolmen tahon vastuu: pth, esh, yksit.</p> <p><i>S= vahvuudet</i></p>	<p>(Osa) pieni volyyymi Lääkäreiden heikko sitoutuminen (arvostuksen puute) Yhteys lisääntymisterveyden ilmiöstä toiseen huono Joidenkin alueiden sisältö ja organisointi hoitamatta Hedelmöityshoito puuttuu Kolmen tahon vastuu: pth, esh, yksit.</p> <p><i>W=heikkoudet</i></p>
<p><i>O=mahdollisuudet</i></p> <p>“Kansan tuki“ (äitiyshuolto) Hyvä historia äitiyshuollossa (kätilöt)</p>	<p><i>T=uhkat</i></p> <p>Alueelliset erot Organisaatiomuutokset terveydenhuollossa “Asiakaspula“ -> eri sektorit ja toimijat kilpailee Arvostus päättäjien joukossa (edelleen) alas (ehkäisevä, naiset), talous</p>

Ensilinjan työnjako PTH/ESH välillä (ei sisällä yksityissektoria)

<p>Suora hakeutuminen erikoissairaanhoitoon ja yksityissektorille poissa Kattava 1. kontaktin tarjonta -> lähete Perusterveydenhuolto & erikoissairaanhoito erikoistuminen Tuloksellisuus (historia)</p> <p><i>S= vahvuudet</i></p>	<p>Päällekkäisyys Yhteistyön puute Ei tunneta toista toimijaa</p> <p><i>W=heikkoudet</i></p>
<p><i>O=mahdollisuudet</i></p> <p>Kilpailu (laatu) Aktiivinen yhteistoimintahakuisuus Toimiva vastuunjako Kehityksen siemen</p>	<p><i>T=uhkat</i></p> <p>Kompetenssiongelma (pth - esh) Kilpailu (taloudellinen) Kustannusten hallinta</p>

Perusterveydenhuolto ensilinjana

<p>- sukupuoli- ja seksuaaliterveyskasvatus + perhesuunnittelu + ehkäisy Sukupuolitaudit + seuranta, + kampanjat, +/- hoito Hedelmättömyys + saatavuus, + hoitoon ohjaus, + ehkäisy Sukupuoliterveyskasvatus + saatavuus, + tuttuus Keskenmenot - saatavuus, seuranta, hoito Perhesuunnittelu + saatavuus, + tuttuus Sukupuolitaudit + saatavuus, + tuttuus Raskaudenkeskeytys + ohjaus, + tuki PAPA + saatavuus Adoptio + ohjaus toisille viranomaisille</p> <p><i>S= vahvuudet</i></p>	<p>Synnytys turvallisuus Keskenmenot tietotaidon puute Hedelmättömyyshoito - teknologia, - tietotaito Sukupuolitaudit - hoito, - teknologian ja tiedon puute, - hyväksyttävyyden, jos pakollista hakea aina perusterveydenhuollon kautta</p> <p><i>W=heikkoudet</i></p>
<p><i>O=mahdollisuudet</i></p> <p>Jos toteutuu, vahvistuu perusterveydenhuollon osaaminen Gatekeeping</p>	<p><i>T=uhkat</i></p> <p>Jos talous heikkenee, vähenee perhesuunnittelu, ehkäisy, seksuaaliterveyskasvatus Konsultoin gynekologin saatavuus perusterveydenhuollossa Gatekeeping</p>

Markkinavoimat

<p>Kilpailu kustannukset Laadun paraneminen Joustavuus Valinnanvapaus Byrokraattisuus</p> <p><i>S=vahvuudet</i></p>	<p>Yhteistyö synnytyslaitoksiin Taloudellinen eriarvoisuus Sosiaaliluokkaerot</p> <p><i>W=heikkoudet</i></p>
<p><i>O=mahdollisuudet</i></p> <p>Kilpailu</p>	<p><i>T=uhkat</i></p> <p>Laaduntarkkailun heikkous Hintojen määräytyminen Suositusten huomioiminen Laatuero kasvavat? Väliinputoajat Alueellinen eriarvoisuus</p>

5. SEKSUAALITERVEYTTÄ TUKEVIEN PALVELUJEN TULEVAISUUS?

Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä on halunnut koota pohja-aineiston keskusteluun, jossa pohditaan seksuaaliterveyttä tukevien terveydenhuollon palvelujen kokonaisuutta. Monet muutokset antavat aiheen kyseenalaistaa nykyisten toimintamallien riittävyyttä väestön seksuaaliterveyden yllä pitämisessä. Teknologian nopea kehitys, syntyvyyden aleneminen, uudet ja vanhat seksitaudit ja lisääntyvä kustannustietoisuus nostavat monia kysymyksiä esiin. Erityistä huolta aiheuttaa kuntien nykyinen, sekä laadultaan että sisällöltään varsin vaihteleva palvelujen tarjonta. Terveys - myöskään seksuaaliterveys - ei suomalaisen yhteiskunnallisen ajattelun mukaan saisi riippua asuinpaikasta tai varallisuudesta. Millainen organisaatio siten kattaisi tarpeet tasapuolisesti ja kustannustehokkaasti?

Seksuaaliterveyttä tukevien palvelujen järjestäminen voidaan ratkaista monilla erilaisilla toimivilla tavoilla. Voi olla mielekäästä pyrkiä kokeilemaan eri alueilla erityyppisiä ratkaisuja seuraten ja arvioiden niiden toimivuutta ja vaikuttavuutta. Asiantuntijaryhmä ei halua ehdottaa valmista ratkaisua, ainoastaan tarjota ainekset mielekkään keskustelun syntymiselle. Palvelujen käyttäjien ja rahoittajien sekä niitä tuottavien ammattilaisten ja organisaatioiden on yhdessä pohdittava, miten palvelut saadaan tarjolle tasapuolisesti.

Milloin on kyseessä kaikille kunnan asukkaille kuuluva peruspalvelu, milloin ylimääräinen hyvä? Mitä palveluja tai potilasryhmiä priorisoidaan, jos kaikkeen ei ole varaa? Mistä voidaan ajatella ihmisten kantavan itse vastuuta kukkarollaan tai valinnoillaan; miten pitkälle haluamme medikalisoida ihmisten tavallista elämää? Haluammeko pitää yllä useita erillisjärjestelmiä ja tukea niiden välistä hyvää viestintää vai haluammeko yksinkertaistaa palvelujen käyttäjän reittiä ja tukea hoidon jatkuvuutta? Asiantuntijaryhmä toivoo, että tämä raportti ja sen pohjalta syksyllä 1998 pidettävä seminaari tuovat aineksia hyviin, toimiviin ratkaisuihin. Samankaltaiset kysymykset nousevat esiin myös muilla terveydenhuollon alueilla, kuten lasten tai vanhusten terveydenhuollossa. Pysyvää on vain muutos.

KIRJALLISUUS

Arvaja ym. (1997) Julkaisematon lähde.

Asetus raskauden keskeyttämisestä 29.5.1970/359.

Elovainio L. (1997) Kohdun kaulaosan syöpäluvuissa käänne huonompaan. *Syöpä-Cancer* 4/1997, 2 vsk..

Elovainio L. (1997) Helsingin Sanomat 7.10.1997

Elovainio M, Kalliomäki-Levanto T, Kivimäki M. (1997) Työ, yhteistyö ja asiantuntemuksen jakautuminen väestövastuisessa tai alueellisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Stakes Tutkimuksia* 89/1997. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.

Erkkola R. (1997) Perhesuunnittelun kehittämisen haasteet. *Stakes Perhesuunnittelu 2000 verkostolehti* 15/1997

Eskola K, Hytönen E, Komulainen S. (1987) Äitiyshuolto ja naistentautien sairaanhoito. WSOY, Porvoo.

Eskelin K toim. (1933) Kotilieden lääkärikirja. WSOY. Porvoo.

Gissler M. (1997) Syntymärekisteri. Stakes.

Gissler M, Hemminki E. (1994) Äitiysneuvoloitten käyttö - tietoja syntymärekisteristä. *Terveystieteitä* 4: 5-7.

Gissler M, Hemminki E. (1998) Pregnancy-related violent deaths. *Scand J Soc Med.* In press.

(1996a) Perinataalitulokset 1995. *Stakesin tilastotiedote* 16/1996.

Gissler M, Malin Silverio M, Hemminki E. (1996b) Koeputkihedelmöityksestä syntyneet lapset Suomessa 1991-1994. Julkaisussa *Stakes* (1996): Hedelmättömyyshoitoja koskevien lakiesitysten valmistelun kiirehtimiseksi. *Stakesin työryhmän ehdotus. Aiheita* 14/1996. *Stakesin monistamo.* Helsinki.

Gissler M, Nenonen M. (1997) Valtakunnallisten terveysrekisterien käyttö laadunhallinnassa Osa II Lisääntymisrekisterien laatuindikaattoreista. *Suom Lääkäril* 33:3929-33.

Gissler M, Tiitinen A. (1997) Suomen IVF-tilastot 1992-1996. *Stakes. Tilastotiedote* 12/1997. *Stakesin monistamo.* Helsinki.

Gissler M, Tiitinen A. (1998) Suomen IVF-tilastot 1992-1997. *Stakes. Tilastoraportti* 11/1998.

Gissler M. (1998a) Jo yli 2 % lapsista saa alkunsa koeputkihedelmöityksellä. *Stakesin tiedote* nro 35/1998.

Gissler M. (1998b) Syntymärekisteri. Stakes.

Haikala O. Kansanterveyslaitos (1994). Luonnos sukupuolitautilien anturikeskusjärjestelmäksi 12.10.1994.

Haikala O. Kansanterveyslaitos (1997). Suullinen tiedonanto 8.10.1997

Hakama K. (1997) "Ne on niin herkkiä hetkiä" - naisten kokemuksia keskenmenoista. Keskenmeno- ja keskeytyspotilaan tukeminen - työkokous Stakesissa 23.9.1997. Tampereen yliopistollinen sairaala, Stakes, Tampereen yliopiston terveystieteen laitos. Moniste.

Hakama K, Surakka T, Flinkkilä S. (1997). Keskenmenopotilaan hoitoprosessin parantaminen Tampereen yliopistollisen sairaalan naistenklinikassa. Loppuraportti 17.9.1997. Tampereen yliopistollinen sairaala naistenklinikka. Moniste.

Hakama M, Pukkala E, Kallio M, Heikkilä M. (1997) Mammografiaseulonnan vaikuttavuus Suomessa. *Duodecim* 113:2171-3.

Hasunen K, Sairanen S, Heinonen K, Lyytikäinen A. (1996) Imeväisikäisten ruokinta Suomessa 1995. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 1996:2.

Helsingin kaupunki. Terveystieteiden tutkimuskeskus (1997). Toiminnan laatu ja potilastyytyväisyys terveystieteiden tutkimuskeskuksessa 1996. Raportteja 1/1997.

Helsingin Sanomat 20.11.1997. Hormonihoito vähentää masennusta ja lykkää dementian puhkeamista.

Hemminki E, Malin M, Kojo-Austin H. (1992) Äitiyspoliklinikat Suomen äitiyshuollossa. *Suom Lääkäril* 47:957-61.

Hemminki E, Gissler M. (1993) Raskauden ja synnytyksen hoitokäytännöt Suomessa vuonna 1991. *Suom Lääkäril* 48:2079-84.

Hemminki E, Gissler M, Saarikoski H. (1996) Vastasyntyneen ja äidin erottaminen toisistaan Suomessa 1991 ja 1994.

Hemminki E. (1998) Treatment of miscarriage - Current practice and rationale. *Obst. Gyn.* 91: 247-253.

Hemminki E. (1998) Johdanto. Teoksessa Sihvo Sinikka ja Koponen Päivikki (toim.): Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. Stakes Raportteja 220, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi:1-4.

Hemminki E, Koponen P. (1998) Lisääntymisterveyspalvelut Suomessa. Teoksessa Sihvo Sinikka ja Koponen Päivikki (toim.): Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. Stakes Raportteja 220, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi:5-20.

- Hemminki E, Kosunen E.* (1998) Naisten tiedot lisääntymisestä: Terveyskasvatuksen tarvetta? Teoksessa Sihvo Sinikka ja Koponen Päivikki (toim.): Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. Stakes Raportteja 220, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi: 81-9.
- Hermanson E.* (1998) Lapset perusterveydenhuollossa: Katsaus lastenneuvolan kehitykseen, visio tulevaan. Stakes Aiheita 24/1997, Stakesin monistamo, Helsinki.
- Huhtaniemi I.* (1998) Andrologia ensi vuosituhanella. Duodecim 114:9-11.
- Härkönen M, Pelkonen R.* (1996) Tarvitseeko mies androgeeneja? Duodecim 112:1123-8.
- Kansanterveysasetus 21.8.1992/802
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66
- Kansanterveyslaitos (1996) Tartuntataudit Suomessa vuonna 1995. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja KTL B6/1996. Oy Edita Ab, Helsinki.
- Kansanterveyslaitos (1997) Tartuntataudit Suomessa vuonna 1996. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja KTL B4/1997. Oy Edita Ab, Helsinki.
- Keski-Suomen sairaanhoitopiiri (1997) Hoitopalvelujen hinnasto 1.1.1997. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin talousosasto. Moniste.
- Kojo-Austin Hi, Malin M, Hemminki E.* (1993) Women's satisfaction with maternity health care services in Finland. Soc Sci Med 37:633-8
- Kontula O.* (1991) Nuorten tiedontarve. Teoksessa Kontula Osmo (toim.): Seksistä - kuinka puhua nuorille? Otava, Keuruu. s.37-52.
- Kontula O. (1997) Yläasteen sukupuolikasvatus lukuvuonna 1995-1996. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1997:3. Oy Edita Ab, Helsinki.
- Korhonen K.* (1996) Kuinka hoitokäytännöt muuttuvat? - Perusterveydenhuollon näkökulma. Julkaisussa Hermanson Terhi ja Mäkelä Marjukka (toim.): Kohti tarkoituksenmukaisia hoitokäytäntöjä. Stakes Aiheita 26/1996.
- Kosunen E.* (1993) Teini-ikäisten raskaudet ja ehkäisy. Stakes raportteja 99/1995. Gummerus, Jyväskylä.
- Kosunen E, Rimpelä M.* (1997) Perhesuunnittelun palvelujärjestelmä. Duodecim 113:1198-1202.
- Kosunen E, Poikajärvi K.* (1998) Jälkiehkäisyjakelu Keski-Suomessa. Terveystieteiden tutkimuskeskus 5:10-2.
- Kosunen E, Sihvo S.* (1998) Vakiintuneita tapoja ja uusia tuulia raskauden ehkäisyssä. Teoksessa Sihvo Sinikka ja Koponen Päivikki (toim.): Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja

kehittämistarpeet. Stakes Raportteja 220, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi: 21-32.

Kumpula M, Lyytikäinen A, Poikajärvi Ka, Sairanen S. (1995) Vauvamyönteinen Keski-Suomi. Vuonna 1992 syntyneiden lasten imetys ja sairaalan hoitokäytännöt. Dialogi 2:24-5.

Kääriäinen H. (1997) Perinnöllisten tautien geeniterapia - missä mennään? Duodecim 113:2233-4.

Laki lapseksiottamisesta 153/1985 ja asetus 154/1985

Laki raskauden keskeyttämisestä 24.3.1970/239

Latikka A-M, Perälä M-L, Hemminki E, Taskinen S. (1995 a) Kouluterveydenhuollon muutokset 1992-1994. Suom Lääkäril 50:349-353.

Latikka A-M, Perälä M-L, Hemminki E, Taskinen S. (1995b) Miten käy kouluterveydenhuollon? Sairaanhoitaja 6:26-8.

Lehtonen M. (1996) Seksuaalikasvatus peruskoulun yläasteilla Keski-Suomessa kevät 1996. Keski-Suomen lääninhallitus. Jyväskylä.

Leinikki P, Holmström P, toim. (1997) HIV-tietopaketti perusterveydenhuollossa toimiville. HIV-seulonta äitiysneuvoloissa. Kansanterveyslaitos. Edita Oy.

Liinamo A, Rimpelä M, Kosunen E, Huhtala H, Jokela J, Siivola M. (1996) Haasteita nuorten seksuaalikasvatukseen: Kouluterveytustutkimus Keski-Suomen läänin peruskoulujen yläasteilla 1995 ja 1996. Keski-Suomen lääninhallitus. Yleissarja. Julkaisuja 2/1996. Jyväskylä.

Lähteenmäki P. (1997) Mitä teknologia tarjoaa vuoden 2000 jälkeen? Stakesin Perhesuunnittelu 2000 verkostolehti 15/1997.

Lähteenmäki P. (1997) Raskauden ehkäisystä seksuaaliterveyden hoitoon. Duodecim 113:1157-8.

Lääkintöhallitus (1988) Äitiyshuolto terveystieteissä Ohjekirje 2/1988.

Malin M, Sihvo S, Hemminki E. (1997a) Lapsettomuutta kokeneiden naisten hoitotyytyväisyys. Julkaisussa Stakes (1997) Mikä on laatua hedelmättömyyshoidoissa? Aiheita 49/1997. Stakesin monistamo. Helsinki.

Malin M, Räikkönen O. (1998) Naisten kokemuksia hedelmättömyyden hoidoista - roosaa ja verenpunaista. Teoksessa Sihvo Sinikka ja Koponen Päivikki (toim) Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. Stakes Raportteja 220, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi: 65-79.

Monto T. (1997) Tietoja kansainvälisistä adoptioista-kirje 1.11.1997.

Nummelin R. (1997) Seksuaalikasvatusmateriaalit - Millaista seksuaalisuutta nuorille? Stakes raportteja 206/1997. Gummeruksen kirjapaino Oy. Saarijärvi.

Oikeusministeriö (1997) Sukusolujen ja alkioiden käyttö lääketieteellisissä hedelmöityshoidoissa. Työryhmän ehdotus 14.10.1997.

Palokan terveydenhuollon kuntayhtymä (1992) Kouluterveydenhuollon ITU-raportti. Moniste.

Pelastakaa Lapset ry (1997) Toimintakertomus 1996.

Perälä M-L, Pelkonen M, Vehviläinen-Julkunen K, Viisainen K, Räikkönen O. (1998) Äitiyshuollon palvelut muutoksessa. Teoksessa Sihvo Sinikka ja Koponen Päivikki (toim.) Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. Stakes Raportteja 220, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi: 33-48.

Poikajärvi K. (1996) Jälkiehkäisy Keski-Suomessa. Stakesin Perhesuunnittelu 2000 verkostolehti 11/1996. Stakesin monistamo. Helsinki.

Poikajärvi K. (1997a) Terveydenhoitaja/kättilökohtainen synnyttäjien lukumäärä Keski-Suomen terveyskeskuksissa 31.8.1997. Kysely. Julkaisematon aineisto.

Poikajärvi K. (1997b) E-pillereiden ja kierukoiden maksuttomuus terveyskeskuksissa. Stakesin Perhesuunnittelu 2000 verkostolehti 15/1997. Stakesin monistamo. Helsinki.

Poikajärvi K. (1997c) Raskaudenkeskeytysprosessi asiakkaiden kokemana. Stakesin Perhesuunnittelu 2000 verkostolehti 19/1997. Stakesin monistamo. Helsinki.

Poikajärvi K. (1998) Raskaudenkeskeytysprosessi asiakkaiden arvioimana. Licensiaattityö. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Puolakka J, Rimpelä M. (1995) Milloin päiväkirurgiana, milloin vuodeosastolla? Ylilääkärien mielipiteitä raskaudenkeskeytyksistä. Suom Lääkäril 50:3600-4.

Rasimus A, Kunnas S. (1996). Palaute sairaaloille. Steriloimiset raskaudenkeskeyttämis- ja steriloimisrekisterin mukaan. Stakesin moniste 1.10.1996. Stakesin monistamo. Helsinki.

Rasimus A. (1997a) Raskaudenkeskeyttämis- ja steriloimisrekisteri ennakkotietoja vuoden 1996 steriloinneista. Stakes.

Rasimus A. (1997b) Aborttitilasto 1996. Stakes.

Rasimus A. (1998). Aborttitilasto 1996. Moniste, joka sisältää alustavia tietoja myös vuodelta 1997. Stakes.

Rauramo L, Harpa L. (1961) synnytysoppi ja naistentaudit. WSOY. Porvoo.

Rimpelä M, Ritamo M, Rasimus A. (1995) Voidaanko aborttien määrää vielä vähentää? Dialogi 4:33-35.

Saarelma O. (1997) Pätevä tieto - käypä hoito. Duodecim 113:1343-9.

Sackett D L, Richardson W S, Rosenberg W, Haynes R B. (1997): Evidence-based medicine: How to practice & teach EBM. Churchill Livingstone, London 1997: 133-46.

Salo E, Savonius H, Leinikki P, Paavonen J, Suni J, Lähdevirta J. (1998) HIV-positiiviset äidit ja heidän lapsensa. *Duodecim* 114:417-22.

Savolainen T. (1997) Perhesuunnittelun kehittämisen haasteet terveyskeskuksissa. *Perhesuunnittelu 2000 verkostolehti* 15/1997.

Sihvo S, Hemminki E, Koponen P, Kosunen E, Malin-Silverio M, Perälä Ma-L, Räikkönen O. (1995) Raskauden ehkäisy ja terveyspalveluiden käyttö. Tuloksia väestöpohjaisesta tutkimuksesta 1994. *Stakes Aiheita* 27/1995, Stakesin monistamo, Helsinki.

Sihvo S, Koponen P (toim.). (1998) Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. *Stakes Raportteja* 220, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.

Sihvo S, Kosunen E. (1998) Naisten kokemuksia raskaudenkeskeytyksistä. Teoksessa *Sihvo Sinikka ja Koponen Päivikki (toim.) Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. Stakes Raportteja* 220, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi 1998:49-63.

Sihvo S, Viisainen K. (1998) Miehet kumppaneina perhesuunnittelussa ja synnytyksissä. Teoksessa *Sihvo Sinikka ja Koponen Päivikki (toim.) Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. Stakes Raportteja* 220, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi: 91-101.

Sihvo Sinikka, Ahonen R, Hemminki E, Tölä M-L. (1997) Kuuluuko jälkiehkäisy käsikauppaan? *Posterit Lääkäripäivät 1997.*

Sosiaali- ja terveysministeriö (1997) Suomen kansainvälisen lapseksiottamisasioiden lautakunta. Rekisteri.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1998) Suomen kansainvälisen lapseksiottamisasioiden lautakunta. Rekisteri.

Sotka (1997) Stakesin tietokanta.

Stakes (1994) Perhesuunnittelupalvelujen kehittäminen vuoteen 2000. *Stakes Aiheita* 3/1994. Stakesin monistamo, Helsinki.

Stakes (1995) Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. *Suosituks* 1995. *Oppaita* 27/1995. Gummerus Kirjapaino O., Jyväskylä.

Stakes (1996a) Hedelmättömyyshoitoja koskevien lakiesitysten valmistelun kiirehtimiseksi. Stakesin työryhmän ehdotus. *Aiheita* 14/1996. Stakesin monistamo, Helsinki.

Stakes (1996b) Stakesin Perhesuunnittelu 2000 verkostolehti 11/1996.

Stakes (1997a) Perhesuunnittelu 2000, Verkostolehti 19/1997.

Stakes (1997b) Aborttien väheneminen pysähtynyt. Tiedote Nro 88/97 31.10.1997

Steriloimisasetus 24.5.1985/427

Steriloimislaki 24.4.1970/283

Syöpärekisteri/Joukkotarkastusrekisteri (1997). Suomen Syöpäyhdistys.

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

Tartuntatautilaki 25.7.1986/583

Tartuntatautiasetus 31.10.1986/786

Tiilikainen A S, Vaara Mi, Vaheri A. (1996) Lääketieteellinen mikrobiologia. Kustannus Oy Duodecim, Vammala 1996.

Tilastokeskus (1996) Yleissivistävät oppilaitokset 1995

Tilastokeskus (1997) Naiset ja miehet numeroina. WWW-sivut.

Topo P, Klaukka T, Hemminki E, Uutela A. (1991) Use of hormone replacement therapy in 1976-89 by 45-64 year old Finnish women. *J Epid Comm Health* 45:277-80.

Topo P. (1997) Dissemination of Climacteric and Postmenopausal Hormone Therapy in Finland - an Example of the Social Shaping of a Medical Technology. *Stakes. Research Reports* 78/1997. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Tulppala M, Ylikorkala O. (1997) Miksi raskaus keskeytyy - ja joillakin naisilla jopa toistuvasti? *Duodecim* 113:109-16.

Viisainen K, Gissler M, Räikkönen O, Perälä Ma-L, Hemminki E. (1997). Interest in alternative birth settings in Finland. *Acta Obst Gyn Scand* (painossa).