



Turun yliopisto
University of Turku

HYÖTYVÄTKÖ PERHEET ÄITIYSNEUVOLAN JA LASTENNEUVOLAN PALVELUJEN YHDISTÄMISESTÄ?

Vertaileva palvelujärjestelmätutkimus

Miia Tuominen

Turun yliopisto

Lääketieteellinen tiedekunta
Kliininen laitos
Kansanterveystiede
Turun kliininen tohtoriohjelma
Turun lapsi- ja nuorisotutkimuskeskus

Työn ohjaajat:

Päivi Rautava
LKT, ehkäisevän terveydenhuollon professori
Turun yliopisto, kansanterveystiede
Tutkimusylilääkäri
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

Pia Ahonen
TtT, koulutus- ja tutkimuspäällikkö
Turun ammattikorkeakoulu,
Terveys ja hyvinvointi

Tarkastajat:

Tuovi Hakulinen
TtT, dosentti, tutkimuspäällikkö
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Riitta Luoto
LT, dosentti, tutkimusjohtaja
Tampereen yliopisto,
Terveystieteiden yksikkö

Vastaväittäjä:

Marjaana Pelkonen
THT, dosentti
Sosiaali- ja terveysministeriö,
Helsinki

Kannen kuva: Miia Tuominen ©

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck-järjestelmällä.

ISBN 978-951-29-6568-7 (Painettu/PRINT)

ISBN 978-951-29-6569-4 (Sähköinen/PDF)

ISSN 0082-6995 (Painettu)

ISSN 2343-3205 (Verkojulkaisu)

Painosalama Oy - Turku, 2016

ABSTRACT

Miia Tuominen

Do families benefit from the integration of the maternity health clinic and child health clinic services? Comparative health service research

University of Turku, Faculty of Medicine, Public Health

Annales Universitatis Turkuensis, Scripta Lingua Fennica Edita, Ser. C, Turku 2016.

The purpose of the study was to clarify the significance of the organisational model of the maternity and child health clinic services for the customers of these clinics. The aim of the study was to describe and compare the services of two different maternity and child health clinic models — a separate maternity clinic and child health clinic and an integrated maternity & child health clinic model from the point of view of mothers and fathers. First, based on the Finnish Medical Birth Register, women's maternity care service utilisation, and certain maternal and perinatal health outcomes were studied. Second, the parents' maternity and child health clinic service experiences and wishes regarding the future service were explored. Third, the parenting self-efficacy of the parents, in relation with parents' experienced loneliness and depressive symptoms were studied.

The study is a part of the multidisciplinary STEPS study that is being carried out by the Institute for Child and Youth Research at the University of Turku in the area of Turku University Hospital. The study population included families (N = 1797) which participated in the STEPS study 1.9.2007–31.3.2010 and women (N = 4480) who had given birth 1.1.2009–31.12.2009 in the area of Turku University Hospital. The data of the study consisted of information collected by postal questionnaires (follow-ups 4 months after the child's birth n = 995 mothers, n = 789 fathers and 18 months after the child's birth n = 987 mothers, n = 829 fathers) and of the Medical Birth Register indicators (n = 2741). In addition, information regarding the organisational model of maternity health clinics were collected from the maternity health clinics' administrators in the area of Turku University Hospital.

The results of the study showed that there were no clinically significant differences between the maternity health clinic and integrated maternity & child health clinic models concerning the explored maternity care utilisation-, birth- and infant-related health outcomes gathered from the Medical Birth Register. However, when comparing experiences of the parents, differences between the clinic models were found. The parents who had used the integrated maternity & child health clinic were more satisfied with several aspects of the service and they received more home visits than parents who had used the separate maternity clinic and child health clinic. Better service experiences found in the integrated maternity & child health clinics accumulated to the support related experiences received in the clinic. Furthermore, the relational continuity of care between the family and the public health nurse in the integrated maternity & child health clinic sheltered mothers' and fathers' parenting self-efficacy from the effects of depressive symptoms.

According to the results, organising the maternity and child health clinic services as an integrated clinic which enables relational continuity of care may be beneficial for families with small children. The results are in line with previous evidence regarding the benefits of the relational continuity of care between the care provider and the patient.

Keywords: maternity health clinic, child health clinic, parents, continuity of care

TIIVISTELMÄ

Miia Tuominen

Hyötyvätkö perheet äitiysneuvolan ja lastenneuvolan palvelujen yhdistämisestä? Vertaileva palvelujärjestelmä tutkimus

Turun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Kliininen laitos, Kansanterveystiede
Turun yliopiston julkaisuja, Scripta Lingua Fennica Edita, sarja C, Turku 2016.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää neuvolapalvelujen organisointitavan, eli neuvolamallin, merkitystä neuvolan asiakkaille. Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata ja verrata kahta eri neuvolamallia – äitiysneuvolaa ja lastenneuvolaa sekä yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolaa – käyttäneiden a) naisten äitiyshuollon palveluiden käyttöä, raskautta ja synnytystä sekä vastasyntyneen terveyttä kuvaavia syntymärekisterin osoittimia, b) vanhempien neuvolapalvelukokemuksia, neuvolapalvelujen käyttöä sekä tulevaisuuden neuvolapalveluun liittyviä toiveita, ja c) vanhempien itsearvioimaa vanhemmuuden kyvykkyyttä yleisesti sekä masennusoireita ja yksinäisyyttä kokevien vanhempien osalta.

Tutkimus on osa Turun yliopiston Lapsi- ja nuorisotutkimuskeskuksen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella toteutuvaa Hyvän kasvun avaimet -seurantatutkimusta. Tutkittavan perusjoukon muodostivat Hyvän Kasvun avaimet -seurantatutkimukseen 1.9.2007–31.3.2010 osallistuneet perheet (N = 1797) sekä 1.1.2009–31.12.2009 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä synnyttäneet naiset (N = 4480). Aineisto koostui kyselylomaketiedoista (mittauspisteet 4 kuukautta lapsen syntymän jälkeen n = 995 äitiä, n = 789 isää ja 18 kuukautta lapsen syntymän jälkeen n = 987 äitiä, n = 829 isää) ja syntymärekisterin tiedoista (n = 2741), joita täydennettiin neuvoloiden esimiehiltä kerätyllä tiedolla neuvolapalvelun organisointitavasta.

Tutkimuksessa äitiyshuollon palvelujen käyttöä sekä äidin ja lapsen terveyttä kuvaavissa syntymärekisterin osoittimissa ei todettu kliinisesti merkittäviä eroja äitiysneuvolan ja yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaiden välillä. Sen sijaan vanhempien kokemuksia verrattaessa neuvolamallien välillä havaittiin eroja. Tutkimustulokset osoittivat, että yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolaa käyttäneet äidit ja isät olivat tyytyväisempiä useaan neuvolapalvelun osa-alueeseen ja saivat enemmän kotikäyntejä kuin erillisen äitiysneuvolan ja lastenneuvolan asiakasvanhemmat. Yhdistelmäneuvolassa sisällöltään ja määrältään paremmaksi koetut palvelun osa-alueet painottuivat neuvolan tarjoamaan tukeen. Yhdistetyssä äitiys- ja lastenneuvolassa koettu terveydenhoitajan ja perheen välinen hoidon jatkuvuus suojaasi äitien ja isien vanhemmuuden kyvykkyyttä masennusoireiden vaikutuksilta.

Tutkimustulosten mukaan hoidon jatkuvuuden mahdollistava yhdistetty äitiys- ja lastenneuvola on vaikuttava ja perheille hyödyllinen tapa tuottaa neuvolapalvelut. Tulokset tukevat aikaisempaa tutkimusnäyttöä terveydenhuollon ammattihenkilön ja asiakkaan välisen hoidon jatkuvuuden hyödyistä.

Avainsanat: äitiysneuvola, lastenneuvola, neuvolapalvelut, vanhemmat, hoidon jatkuvuus

SISÄLLYSLUETTELO

ABSTRACT	3
TIIVISTELMÄ	4
SISÄLLYSLUETTELO	5
LYHENTEET	7
OSAJULKAISUT	8
1. JOHDANTO	9
2. KIRJALLISUUSKATSAUS.....	12
2.1. Ehkäisevät terveystalvetut osana perusterveydenhuoltoa	12
2.2. Neuvola	12
2.2.1. Neuvolan historia	14
2.2.2. Neuvolan henkilöstö ja moniammatillinen yhteistyö.....	16
2.2.3. Neuvolatoiminnan ohjaus	18
2.3. Neuvolapalvelujen organisointi	20
2.3.1. Äitiysneuvola	21
2.3.2. Lastenneuvola	22
2.4. Yhdistetty äitiys- ja lastenneuvola	23
2.5. Hoidon jatkuvuus	24
2.6. Neuvolapalveluihin liittyvät asiakkaiden kokemukset.....	28
2.7. Kirjallisuuskatsauksen yhteenveto	34
3. TAVOITTEET	36
4. AINEISTOT JA MENETELMÄT.....	37
4.1. Tutkimusasetelma	37
4.2. Hyvän kasvun avaimet -seurantatutkimus.....	40
4.3. Tutkittavat ja aineistot.....	41
4.4. Mittarit	42
4.4.1. Äitiyshuollon palvelujen käyttö, raskaus, synnytys ja vastasyntyneen terveys (I).....	43
4.4.2. Vanhempien neuvolapalvelukokemukset ja -toiveet (II, III, aikaisemmin julkaisematon).....	44
4.4.3. Vanhemmuuden kyvykkyys, yksinäisyys ja masennusoireet (IV)	46
4.5. Tilastolliset menetelmät	47
5. TULOKSET	49
5.1. Taustatiedot.....	49

5.2. Neuvolamallin yhteys äitiyshuollon palvelujen käyttöön, raskauden ja synnytyksen seurantaan ja kulkuun sekä vastasyntyneen terveyteen (I).....	52
5.3. Vanhempien neuvolapalvelukokemukset ja yhteys neuvolamalliin (II, III)	55
5.4. Neuvolamallin yhteys neuvolapalveluiden saatavuuteen ja käyttöön (III)	59
5.5. Tulevaisuuden neuvolapalveluihin kohdistuvat toiveet ja yhteys neuvolamalliin (aikaisemmin julkaisematon)	61
5.6. Hoidon jatkuvuuden yhteys vanhemmuuden kyvykkyyteen, yksinäisyyteen ja masennusoireisiin (IV)	63
6. POHDINTA	67
6.1. Päätulokset	67
6.2. Tulosten suhde aikaisempiin tutkimuksiin	69
6.2.1. Vanhempien neuvolakokemukset	69
6.2.2. Millainen on vanhempien toivoma tulevaisuuden neuvola?	71
6.2.3. Neuvolamallin ja hoidon jatkuvuuden merkitys vanhemmille	73
6.3. Tutkimuksen luotettavuus	79
7. JOHTOPÄÄTÖKSET	85
8. EHDOTUKSET NEUVOLATOIMINNAN KEHITTÄMISEEN JA JATKOTUTKIMUKSEEN	86
9. KIITOKSET	88
10. KIRJALLISUUS	90
ALKUPERÄISET JULKAISUT	99

LYHENTEET

Avohilmo	Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus
BDI II	Beckin depressiomittari (Beck's Depression Inventory II)
CI	Luottamusväli (confidence interval)
CFI	The Comparative Fit Index
EM	Expectation maximization
HKA	Hyvän kasvun avaimet -seurantatutkimus
KA	Keskiarvo
KH	Keskihajonta
OR	OR-luku, ristitulosuhde (odds ratio)
PSE	Vanhemmuuden kyvykkyys (parenting self efficacy)
RMSEA	The Standardized Root Mean Square Residual
STM	Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö
SVT	Suomen virallinen tilasto
Sote	Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistus
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
TLI	Tucker-Lewis indeksin indeksi (the Tucker-Lewis Index)
UCLA	UCLA-yksinäisyysmittari (The Revised UCLA Loneliness Scale)
Valvira	Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto
VNA	Valtioneuvoston asetus
VSSHPI	Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

OSAJULKAISUT

Tämä väitöskirjatutkimus perustuu seuraaviin osajulkaisuihin, joihin on viitattu tekstissä roomalaisin numeroin I–IV.

- I Tuominen M., Kaljonen A., Ahonen P., Mäkinen J., & Rautava P. (2016). A comparison of Medical Birth Register outcomes between maternity health clinics and integrated maternity and child health clinics in Southwest Finland. *International Journal of Integrated Care*, 16(3):1. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.2024>
- II Tuominen M., Kaljonen A., Ahonen P., & Rautava P. (2012). Does the organizational model of the maternity health clinic have an influence on women's and their partners' experiences? A service evaluation survey in Southwest Finland. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12:96. DOI: 10.1186/1471-2393-12-96
- III Tuominen M., Kaljonen A., Ahonen P., & Rautava P. (2014). Relational continuity of care in integrated maternity and child health clinics improve parents' service experiences. *International Journal of Integrated Care*, 14(4). DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.1451>
- IV Tuominen M., Junttila N., Ahonen P., & Rautava P. (2016). The effect of relational continuity of care in maternity and child health clinics on parenting self-efficacy of mothers and fathers with loneliness and depressive symptoms. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57, 193–200. DOI: 10.1111/sjop.12284

Julkaisulupa saatu julkaisuluvan haltijoilta.

Väitöskirjassa on raportoitu myös aikaisemmin julkaisemattomia tutkimustuloksia.

1. JOHDANTO

Neuvola on suomalaisille tuttu ja tärkeä paikka. Se on tukenut lasta odottavien ja lapsiperheiden terveyttä ja hyvinvointia jo 1920-luvulta alkaen. Neuvolatoiminnalle alussa asetettu tavoite, äitien ja lasten terveyden paraneminen, on saavutettu. Äitiys- ja imeväiskuolleisuus on maassamme nykyään hyvin alhainen. Esimerkiksi vuonna 2014 tuhatta elävänä syntyntä lasta kohden kuoli 2.2 lasta ensimmäisen ikävuotensa aikana. Vuonna 1950 vastaava kuolleiden lasten osuus oli 43.5 lasta. Äitiyskuolemia on ollut 2000-luvulla vain muutama vuodessa, kun vielä 1950-luvun alussa raskauteen tai synnytykseen kuoli vuosittain noin 150 äitiä. (SVT, 1952, 2016.) Pienten lasten rokotusohjelma on neuvolan toteuttamana kattava. Esimerkiksi kurkkumätää, jäykkäkouristusta, hinkuyskää ja poliota vastaan on rokotussuojattu yli 97 % vuonna 2012 syntyneestä ikäluokasta (THL, 2012). Näiden faktojen valossa on helppoa yhtyä yleiseen käsitykseen siitä, että pitkälti neuvolajärjestelmän ansiosta Suomi on nykyään maailman turvallisimpia maita saada lapsi.

Vuosisadassa neuvola on kehittynyt äitien ja lasten terveysneuvonta-asemasta koko perheen hyvinvointia edistäväksi, moniammatilliseksi palvelukokonaisuudeksi, jossa kohdataan lähes kaikki lasta odottavat ja alle kouluikäisten lasten perheet. Arvioiden mukaan vain 0.2–0.3 % naisista ei käytä äitiysneuvolapalveluja (THL, 2016a), ja alle kouluikäisistä lapsista 0.4–0.5 % ei ole lastenneuvolan seurannassa (Leino ym., 2007; THL, 2015). Tämä tarkoittaa, että vuosittain äitiysneuvoloissa asioi noin 60 000 raskaana olevaa naista sekä heidän puolisonsa, ja lastenneuvoloissa noin 420 000 lasta vanhempineen. Neuvola on siis perheiden keskuudessa varsin suosittu terveyspalvelu. Suomalaiset myös arvostavat neuvolaa. Asiakaspalaute on yleisesti hyvää (THL, 2016b), ja neuvola on äänestetty jopa suurimmaksi suomalaiseksi innovaatioksi Yleisradion yleisöäänestyksessä (2012). Neuvolaa voidaanakin hyvällä syyllä kutsua ehkäisevän terveydenhuoltomme menestystarinaksi.

Nykyisen neuvolajärjestelmän ongelma on kuitenkin sen rakenteellinen hajanaisuus. Äitiys- ja lastenneuvolapalvelut on organisoitu vaihtelevasti, jopa saman terveyskeskuksen sisällä (Hakulinen-Viitanen, Pelkonen, Saaristo, Hastrup & Rimpelä, 2008; Raussi-Lehto, Regushevskaya, Gissler, Klemetti & Hemminki, 2012). Tässä väitöskirjatutkimuksessa tarkastellaan kahta yleistä neuvolamallia; erillistä äitiysneuvolaa ja lastenneuvolaa, sekä yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolaa. Vanhemmille näiden neuvolamallien rakenteellinen eroavaisuus konkretisoituu vauvan syntymän jälkeen. Silloin erillisten äitiysneuvoloiden asiakasperheet siirtyvät uuteen lastenneuvolaan, kun yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaiden seuranta

jatkuu samassa, raskauden ajalta tutussa neuvolassa. Ihanteellisessa tapauksessa saman terveydenhoitajan, lääkärin ja perheen välinen yhteistyö voi yhdistetyssä äitiys- ja lastenneuvolassa jatkuu alkuraskaudesta lapsen kouluikään saakka. Suomalainen yhdistelmäneuvola ja sen mahdollistama hoidon jatkuvuus äitiyshuollon ja lasten ehkäisevien terveyspalvelujen välillä on kansainvälisesti ainutlaatuinen terveyspalvelu.

Vaikka eri tavoin organisoituja äitiys- ja lastenneuvoloita on toiminut Suomessa 1970-luvulta alkaen, neuvolamallin merkityksestä perheille tiedetään hyvin vähän. Tutkittua tietoa esimerkiksi siitä, saavatko perheet yhdenvertaiset palvelut erillisissä ja yhdistetyissä neuvoloissa, tai onko vanhempien kokemuksissa eroa näiden neuvolamallien välillä, ei ole saatavissa. Kannanottoja neuvolapalvelujen parhaasta rakenteesta, erityisesti äitiysneuvolan osalta, on silti esitetty runsaasti. Asiantuntijoiden mielipiteet jakautuvat karkeasti äitiys- ja lastenneuvolapalvelujen yhdistämiseen epäilevästi suhtautuvien (esim. Hemminki & Gissler, 2007) ja sen puolestapuhujien (esim. Rimpelä, 2007) kesken. On valitettavaa, että yhteistä näkemystä perheitä parhaiten palvelevasta neuvolamallista ei ole saavutettu. Tutkimustiedon niukkuus, kansallisen ohjauksen puute sekä eri ammattiryhmien väliset jännitteet ovat vaikeuttaneet neuvolapalveluiden rakenteiden yhtenäistämiseen tähtäävää päätöksentekoa.

Tämän väitöskirjatutkimuksen tekemistä ohjasivat neuvolatoiminnan yleiset tavoitteet; perheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä vanhemmuuden tukeminen (STM, 2004a; Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013). Tutkimuksessa selvitettiin vanhempien kokemusten ja arvioiden sekä objektiivisen rekisteritiedon perusteella miten kaksi eri neuvolamallia – äitiysneuvola ja lastenneuvola sekä yhdistetty äitiys- ja lastenneuvola – tukevat neuvolan tehtävien ja tavoitteiden toteutumista. Neuvolan henkilöstön toimintaa ja vuorovaikutusta ei tässä tutkimuksessa arvioitu. Neuvolapalveluja on aikaisemmin tutkittu tästä näkökulmasta vain vähän. Siksi kirjallisuuskatsauksessa ja tutkimustulosten pohdinnassa on hyödynnetty myös äitiyshuollossa ja lasten ehkäisevissä terveyspalveluissa tuotettua tutkimustietoa.

Tutkimuksen tavoitteena oli verrata äitiysneuvolaa ja yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolaa käyttäneiden naisten äitiyshuollon palveluiden käyttöä, raskautta, synnytystä sekä vastasyntyneen terveyttä kuvaavia syntymärekisterin osoittimia. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena oli kuvata ja verrata äitiysneuvolan ja lastenneuvolan sekä yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaiden neuvolapalvelukokemuksia ja -toiveita, neuvolapalveluiden käyttöä sekä itsearvioimaa vanhemmuuden kyvykkyyttä (parenting self-efficacy) yleisesti sekä masennusoireita ja yksinäisyyttä kokevien vanhempien osalta. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää neuvolapalvelujen

kehittämisessä ja yhtenäistämisessä osana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistusta.

2. KIRJALLISUUSKATSAUS

2.1. Ehkäisevät terveystalvet osana perusterveydenhuoltoa

Ehkäisevä terveystalvetu on julkisen terveydenhuollon tarjoama terveystalvetu, jonka tavoitteena on terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä sairauksien ehkäisy ja niiden tunnistaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Ehkäisevä terveystalvetu on käyttäjälleen vapaaehtoinen ja maksuton. (STM, 2013.)

Ehkäisevät terveystalvetut ovat osa perusterveydenhuoltoa, mikä tarkoittaa Terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326) mukaan ”kunnan järjestämää väestön terveydentilan seurantaa, terveyden edistämistä ja sen osana terveystalvetuuntaa ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinällistä kuntoutusta, työterveyshuoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa sekä päiivystystä, avosairaanhoidoa, kotisairaanhoidoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveystyötä ja päihdetyötä siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa”. Perusterveydenhuollon talvetut tuotetaan kunnan tai kuntayhtymän ylläpitämässä terveystalvetukeskuksessa.

2.2. Neuvola

Neuvola on kunnan järjestämä ehkäisevä terveystalvetu, joka on tarkoitettu raskaana oleville naisille, lasta odottaville perheille sekä alle kouluikäisille lapsille ja heidän perheilleen. Neuvolan yleisenä tehtävänä on perheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä vanhemmuuden tukeminen (STM, 2004a; Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013).

Tässä väitöskirjatutkimuksessa neuvolalla tarkoitetaan

- a) raskaana oleville naisille ja lasta odottaville perheille tarkoitettua **äitiystalvetu**,
neuvolaa,
- b) alle kouluikäisille lapsille ja heidän vanhemmilleen tarkoitettua **lastenneuvolaa** sekä
- c) edellä mainittujen neuvoloiden yhdistelmää, eli **yhdistettyä äitiystalvetu- ja lastenneuvolaa**.

Neuvolatalvetuilla tarkoitetaan äitiystalvetulan ja lastenneuvolan tarjoamia talvetuja, jotka muodostavat neuvolatalvetuljärjestelmän. Neuvolatalvetut järjestetään yhteistyössä kunnan muiden perhepalvetuljen tuottajien, kuten lastensuojelun ja varhaiskasvatuksen, sekä erikoissairaanhoidon ja muiden tarvittavien tahojen kanssa. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Neuvolan palveluja ovat määräaikaaiset ja tarpeen mukaan toteutetut terveystarkastukset, kotikäynnit sekä perhevalmennus ja muu ryhmätoiminta, joiden avulla perheille tarjotaan suunnitelmallista, tasoltaan yhtenäistä ja yksilöiden sekä väestön tarpeista lähtevää terveysneuvontaa, tietoa ja tukea (VNA 338/2011).

Neuvolapalveluihin sisältyvät

- sikiön terveen kasvun, kehityksen ja hyvinvoinnin sekä raskaana olevan ja synnyttäneen naisen terveyden määrääjain ja yksilöllisen tarpeen mukaan toteutettava seuranta ja edistäminen
- lapsen terveen kasvun, kehityksen ja hyvinvoinnin edistäminen sekä seuranta ensimmäisen ikävuoden aikana keskimäärin kuukauden välein, sen jälkeen vuosittain ja yksilöllisen tarpeen mukaisesti
- lapsen suun terveydentilan seuranta vähintään joka toinen vuosi
- vanhemmuuden ja perheen hyvinvoinnin tukeminen
- lapsen kodin ja muun kasvu- ja kehitysympäristön sekä perheen elintapojen terveellisyyden edistäminen
- lapsen ja perheen erityisen tuen ja tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen sekä lapsen ja perheen tukeminen ja tarvittaessa tutkimuksiin tai hoitoon ohjaaminen. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Suomalainen neuvola on kansainvälisesti tarkasteluna ainutlaatuinen terveyspalvelu. Sitä parhaiten vastaava palvelujärjestelmä löytynee Ruotsista, missä perusterveydenhuollon äitiyshuollon palvelut on järjestetty kättilövetoisissa äitiysneuvoloissa (mödravårdscentralen) ja lasten ehkäisevät terveyspalvelut erikoistuneiden sairaanhoitajien vastuulla olevissa lastenneuvoloissa (barnavårdscentralen). Lastenneuvolan sairaanhoitajan työ voi sisältää myös muita perusterveydenhuollon tehtäviä. (Socialstyrelsen, 2014a; 2014b.) Myös Norjassa, Tanskassa ja Islannissa perusterveydenhuollon äitiyshuollon palvelut ja lasten ehkäisevät terveyspalvelut tuotetaan osana julkista terveydenhuoltoa kättilön, erikoistuneen sairaanhoitajan, terveydenhoitajan tai lääkärin toteuttamana. Yksityissektorilla tuotettuja äitiyshuollon ja lasten ehkäiseviä terveyspalveluja käytetään Pohjoismaissa vain vähän. (Hiilamo, 2008.) Samankaltainen, joskin monimuotoisempi palvelujärjestelmä on Australiassa, jossa äitiyshuollon palveluja tuotetaan useilla erilaisilla julkisen ja yksityisen sektorin palvelumalleilla. Kättilön tai lääkärin tarjoamaan palvelukokonaisuuteen voi sisältyä raskauden seurannan lisäksi myös synnytyksen ja lapsivuodeajan hoito. Alle kouluikäisten lasten ja perheiden universaaleja, ehkäiseviä terveyspalveluja tarjoavat erikoistuneet sairaanhoitajat (child and family health nurse) ja yleislääkärit. (Australian Government, 2010, 2011.)

Ruotsissa ja Australiassa on toteutettu aktiivisesti äitiyshuoltoon ja lasten ehkäiseviin terveyspalveluihin kohdistuvaa palvelujärjestelmätutkimusta, jonka tuloksia on muun soveltuvan tutkimustiedon ohella hyödynnetty tässä väitöskirjatutkimuksessa neuvolatutkimuksen lisäksi.

2.2.1. Neuvolan historia

Neuvolan juuret juontavat 1800-luvun loppuun. Tuolloin Suomessa alkoi levitä innokkaiden lääkärien ajama terveydenhoitoaate, joka painotti terveysongelmiin puuttumista ja kansan valistusta. Koulutetuilla hoitajilla ja vapaaehtoisilla kansalaisjärjestöillä oli keskeinen rooli tässä uudessa, ehkäisevässä terveys- ja sosiaalityössä. 1900-luvulle tultaessa lastensuojelu oli tärkeä yhteiskuntapoliittinen tavoite, jonka edistämiseksi vapaaehtoiset kansalaisjärjestöt toimivat aktiivisesti. Äideille tarkoitettu avustus- ja neuvontatoiminta aloitettiin Lastensuojeluyhdistys Maitopisaran ylläpitämänä Helsingissä vuonna 1904. Yhdistys keskittyi maidon jakeluun sekä lastenhoidon neuvontaan, ja tarjosi myös terveystarkastuksia ja isorokkorokotuksia. (Siivola, 1985; Korppi-Tommola, 1990.)

Myöhemmin merkittävä osa lastensuojelun ja kansanterveyden edistämisestä, mukaan lukien neuvolatoiminnan kehittäminen, toteutui vuonna 1920 perustetun Kenraali Mannerheimin Lastensuojeluliiton suojissa. Neuvolatoiminnan käynnisti lastenlääkäri Arvo Ylppö, joka halusi tuoda Saksassa opiskellessa saamansa kokemukset sosiaalisesta lastenhoitotyöstä kotimaan perheiden avuksi. Vuonna 1922 Ylppön toimesta avattiin Helsingin Lastenlinnan halkovarastossa ensimmäinen lastenneuvola, jonka palveluihin kuuluivat lasten tarkastukset, vauvanhoidon ja imetyksen opastus, äitiyskurssit sekä vauvan vaatteita sisältäneen kiertokorin lainaaminen. Tasa-arvoisen ja sosiaalisen kansanterveystyön periaatteiden mukaisesti palvelut olivat maksuttomia ja avoimia kaikille. Hyviä tuloksia saavutettiin nopeasti. Neuvolan kirjoilla olleiden lasten kuolleisuus laski, ja äidit hyödynsivät mielellään neuvolan tarjoaman avun ja tuen. (Heydeman, 1980; Korppi-Tommola, 1990.)

Terveydenhoidolliseen valistustyöhön tarvittiin sen periaatteisiin ja tavoitteisiin koulutettua henkilökuntaa. Vuonna 1921 käynnistyi sairaanhoitajattarille tarkoitettu lisäkoulutus, huoltosisarkurssi, joka myöhemmin muuntui terveystisarkoulutukseksi. Lastenneuvolatoiminta laajeni Mannerheimin Lastensuojeluliiton ylläpitämänä nopeasti kaupunkeihin ja suurimpiin taajamiin. Toiminnan kasvaessa myös raskaana oleville naisille haluttiin järjestää ehkäisevää terveysneuvontaa. Vuonna 1926 perustettiin valiokunta ehkäisevän äitiyshuollon kehittämiseksi, ja ensimmäiset äitiysneuvolat avasivat ovensa Helsingissä ja Viipurissa. (Siivola, 1985; Korppi-Tommola 1990.) Kätilöille järjestettiin lastenhoitokursseja ja heidän työnkuvaansa sisällytettiin

synnytysten hoidon lisäksi raskauteen, synnytykseen ja lapsen hoitoon liittyvä äitiysneuvonta (Hänninen, 1965).

Neuvolatoiminta vakiintui julkiseen terveydenhuoltoon vuonna 1944, jolloin tulivat voimaan lait kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista (224/1944), sekä kunnan kättilöistä (223/1944) ja kunnallisista terveyssisarista (220/1944). Säädökset velvoittivat kuntia järjestämään koulutetun henkilöstön tarjoamat äitiys- ja lastenneuvolapalvelut kaikille raskaana oleville naisille sekä alle kouluikäisille lapsille ja heidän perheilleen. Näin jokainen vastasyntynyt lapsi saatiin terveydenhuollon ammattihenkilön seurannan piiriin. Neuvoloita varten kuntiin rakennettiin terveystaloja, joiden rahoittamiseen osallistuvat järjestöt, julkinen hallinto sekä yksityiset tahot (Siivola, 1985).

Vuonna 1972 Kansanterveyslain (66/1972 ja 928/2005) myötä neuvolatoiminta koki huomattavia muutoksia. Kunnankättilön ja terveyssisaren virat muutettiin terveydenhoitajan viroiksi. Neuvolasta tuli osa kunnan tai kuntayhtymän ylläpitämää terveyskeskusta, ja sen toiminta laajeni. Perheiden oli nyt mahdollista saada neuvolan kautta muun muassa suun terveydenhuollon, fysioterapeutin ja psykologin palveluja. Neuvolatoimintaa ohjasivat Lääkintöhallituksen yleis- ja ohjekirjeet sekä valtakunnalliset oppaat (Lääkintöhallitus, 1974, 1984, 1988, 1990).

1990-luvulla useat terveyspoliittiset uudistukset jättivät jälkensä neuvolatoimintaan. Vuosikymmenen alussa julkisten terveyspalvelujen valtionosuusjärjestelmä ja normiohjaus purettiin, mikä tarkoitti valtion kontrollin vähentymistä ja kuntien itsenäisen vastuun lisääntymistä neuvolapalvelujen järjestämisessä (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 733/1992). Samaan aikaan neuvolatoimintaan vaikutti väestövastuu, johon siirtyminen oli asetettu perusterveydenhuollon kehittämisen keskeiseksi tavoitteeksi jo 1980-luvun puolessa välissä (STM, 1985). Väestövastuun ideana oli tuottaa perusterveydenhuollon palvelut nimetyn henkilöstön voimin maantieteellisesti rajatulle alueelle, jossa oli noin 1500–5000 asukkaan väestöpohja. Väestövastuun toteuttamista ei säännelty valtakunnallisesti, ja siksi sen toteutustavat olivat vaihtelevia. (Koponen, Pellinen, Voutilainen & Liukko, 1993.) Nämä uudistukset johtivat kunnissa erilaisiin neuvolapalvelujen organisointitapoihin, kuten äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden yhdistämiseen, eriytettyihin sektorineuvoloihin (esim. äitiysneuvola, lastenneuvola, perhesuunnittelu-neuvola) ja vaihteleviin perusterveydenhuollon ja neuvolapalvelujen yhdistelmiin, esim. kouluterveydenhuollon ja lastenneuvolan yhdistämiseen (Koponen, 1997). Lisäksi neuvolatoiminnan lähtökohtia heikensi lama, jonka aiheuttamien kuntien säästötoimenpiteiden vuoksi ehkäiseviä terveyspalveluja karsittiin 1990-luvulla useissa terveyskeskuksissa. Seurauksena oli neuvolatoiminnan erilaistuminen, mikä ilmeni vuosina 2004 (Hakulinen-Viitanen, Pelkonen & Haapakorva, 2005) ja 2007 (Hakulinen-Viitanen ym., 2008) tehdyissä ensimmäisissä valtakunnallisissa neuvolaselvityksissä

kuntakohtaisesti vaihtelevana neuvolapalvelun laatuna. Neuvolajärjestelmän hajanaisuuden ja heikentyneiden toimintaedellytysten nähtiin uhkaavan varsinkin erityistä tukea tarvitsevien perheiden auttamista sekä terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiseen ja syrjäytymiskiirteen katkaisuun tähtäävää ehkäisevää työtä. Neuvolapalvelujen yhtenäisyyden ja asiakasperheiden tasa-arvon lisäämiseksi selvitysten tulosten pohjalta käynnistettiin neuvolatoimintaa ohjaavan valtioneuvoston asetuksen (380/2009) laatiminen (STM, 2009).

2000-luvulla neuvolapalveluja on kehitetty osana lasten, nuorten ja perheiden ehkäiseviä terveyspalveluja korostaen ennakoivan ja ehkäisevän toiminnan sekä perheiden erityisen tuen tarpeen varhaista tunnistamista, tuen järjestämistä ja terveyserojen kaventamista. (STM, 2001, 2004a, 2004b, 2006, 2008a, 2009, 2012a, 2012b; Lastensuojelulaki 417/2007; Opetusministeriö, 2007; Valtioneuvosto, 2007; Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2010; VNA 338/2011, aik. VNA 380/2009). Uudella vuosituonnilla lisääntyvästi kertynyt tieto vanhempien elinolojen, terveyden ja terveystottumusten yhteydestä lasten hyvinvointiin (esim. Paananen, Ristikari, Merikukka, Rämö & Gissler, 2012; Raitasalo & Holmila, 2014) on huomioitu neuvolatoiminnan painoalueissa. Äidin ja lapsen terveyden, kasvun ja kehityksen seurannan ja turvaamisen rinnalla neuvolatoiminnan tavoitteita on suunnattu entistä enemmän koko perheen psykososiaalisten ongelmien tunnistamiseen ja tarvelähtöiseen tukemiseen. Huomiota on kiinnitetty erityisesti vanhemmuuden ja parisuhteen voimavarojen vahvistamiseen sekä isien kohtaamiseen tasavertaisina vanhempina ja neuvolan asiakkaina (Säävälä, Keinänen & Vainio, 2001; Lammi-Taskula & Varsa, 2001; STM, 2004a, 2008b; Hakulinen-Viitanen ym., 2008; Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Hastrup, Wallin & Pelkonen, 2012; Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Bloigu & Pelkonen, 2014). Lasten ja perheiden palvelujen integraation myötä äitiys- ja lastenneuvolapalveluja on tuotettu myös moniammatillisissa hyvinvointineuvoloissa (Kangaspunta, Kilku, Punamäki & Kaltiala-Heino, 2004; Rimpelä, 2007; Rimpelä & Rimpelä, 2015) ja perhekeskuksissa (Valtioneuvosto, 2011; Halme, Kekkonen & Perälä, 2012; Rimpelä & Rimpelä, 2015). Neuvolan henkilöstöltä tämä on edellyttänyt uudenlaista työtettä sekä entistä laajempaa yhteistyötä muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajien, varhaiskasvatuksen, järjestöjen ja seurakuntien kesken.

2.2.2. Neuvolan henkilöstö ja moniammatillinen yhteistyö

Terveystieteiden tutkija ja lääkäri ovat neuvolapalvelujen keskeiset toteuttajat. *Terveystieteiden tutkija* on terveyden edistämisen ja kansanterveystyön asiantuntija, joka vastaa neuvolassa raskauden, lapsivuodeajan sekä lapsen kasvun ja kehityksen perusseurannasta, seulontatutkimuksista ja rokotuksista. Hänen avaintehtäviänsä ovat perheen terveysongelmien sekä tuen tarpeiden varhainen tunnistaminen ja tarpeenmukaisen tuen tarjoaminen. Työssä korostuu vanhemmuuden, parisuhteen ja

muiden perheen voimavarojen vahvistaminen, asiakaslähtöinen terveysneuvonta sekä perheen tarvitsemien palvelujen koordinointi. Vastaanottotyön lisäksi terveydenhoitaja tekee kotikäyntejä ja vastaa neuvolan ryhmätoiminnasta (esim. perhevalmennus) yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa. (STM 2004a; Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskus 2008; Haarala & Tervaskanto-Mäentausta, 2015.) Neuvoloissa työskentelee myös kättilöitä, joilla on useimmiten lisäksi terveydenhoitajan tutkinto. Raussi-Lehdon ym. (2012) äitiysneuvolatyön selvityksen mukaan valtaosalla äitiysneuvoloiden hoitajista on terveydenhoitajan tutkinto (75 %), ja viidesosalla (20 %) on terveydenhoitajan ja kättilön kaksoistutkinto. Pelkän kättilökoulutuksen saaneiden hoitajien osuus on pieni (5 %). Tässä väitöskirjatutkimuksessa neuvolassa työskentelevää terveydenhuollon laillistettua hoitotyön ammattihenkilöä nimitetään terveydenhoitajaksi.

Lääkäri on neuvolan lääketieteellisen toiminnan asiantuntija, joka osallistuu raskauden, lapsivuodeajan sekä lapsen terveyden ja kasvun seurantaan, vastaa sairauksien ja kehityksen poikkeavuuksien seulonnasta ja diagnostiikasta sekä terveydenhoitajan havaitsemien poikkeaminen tulkinnasta, ja suunnittelee jatkotoimenpiteet. Neuvolalääkäri tapaa perheet terveystarkastuksissa ja osallistuu tarvittaessa kotikäynneille. Hänen työssään korostuu laaja-alainen terveyden edistäminen (STM, 2004a; Hermanson ym., 2008; Vainiomäki & Rautava, 2013). Terveyskeskus nimeää neuvolatoiminnalle vastuulääkäriin, jonka tehtävänä on vastata neuvolapalveluiden tasosta, organisoinnista ja ajanmukaisuudesta lääketieteellisen toiminnan osalta (STM, 2004a, 2004b).

Neuvolassa työskentelevän terveydenhoitajan ja lääkärin työhön voi sisältyä myös muita ehkäisevän terveydenhuollon tehtäviä, kuten ehkäisy- ja perhesuunnittelutyötä, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa tai kotisairaanhoidoa. Monipuolinen yhdistelmätyö vaatii tekijältään laajaa osaamista ja sen jatkuvaa kehittämistä. Suosituksena on rajata neuvolassa toimivien terveydenhoitajien työ korkeintaan kahteen tehtäväalueeseen (Hakulinen-Viitanen ym., 2008). Työn kuormittavuutta säädellään henkilöstömitoituksella, joka määrittelee suositeltavan asiakasmäärän yhtä kokopäivätoimista neuvolan terveydenhoitajaa ja lääkäriä kohden (STM 2004b, 2009; Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013). Henkilöstömitoitussuosituksen toteutumisessa on tapahtunut 2000-luvulla myönteistä kehitystä, mutta edelleen on havaittavissa kuntien välisiä eroja (Hakulinen-Viitanen ym., 2005; Hakulinen-Viitanen ym., 2008; Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Bloigu & Pelkonen, 2014).

Neuvolan henkilöstö on velvoitettu *moniammatilliseen yhteistyöhön* perheen tarpeita vastaavan, yksilöllisen palvelukokonaisuuden turvaamiseksi. (VNA 338/2011). Moniammatillinen yhteistyö on määritelty kirjallisuudessa vaihtelevasti. Sitä kuvataan useilla ammattien (esim. multiprofessional, interprofessional) ja tieteiden (esim. multidisciplinary, cross-disciplinary) väliseen, eri tasoilla tapahtuvaan yhteistyöhön

viittaavilla käsitteillä (Leathard, 2003). Yleisesti moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan eri ammatteja edustavien henkilöiden yhteistyötä yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi saman organisaation sisällä tai eri organisaatioiden välillä (Isoherranen, 2012). Sosiaali- ja terveydenhuollossa moniammatillisen yhteistyön tulee perustua asiakkaan ja potilaan tarpeisiin. Pärnä (2012) tiivistää tämän tarkoittavan käytännössä sitä, ”että erilaisen koulutuksen saaneiden, eri ammattinimikkeillä ja monenlaisista taustayhteisöistä tulevien työntekijöiden olisi kyettävä tekemään yhteistyötä mahdollisimman hyvin asiakkaan parhaaksi, tuomaan oman ammattinsa erityisosaaminen ja tieto yhteiseen käyttöön sekä kohtaamaan joustavasti asiakkaat ja toisten ammattiryhmien edustajat”.

Terveydenhoitaja ja lääkäri muodostavat neuvolan moniammatillisen ydintiimin. He vastaavat työparina omien vastuualueidensa mukaisesti perheiden seurannasta ja toteuttavat yhdessä laajat terveystarkastukset (VNA 338/2011). Neuvolan laajempi moniammatillinen yhteistyö tapahtuu pysyvissä tai perheiden tarpeiden mukaan koolle kutsutuissa työryhmissä ja verkostoissa, joihin voi osallistua terveydenhoitajan ja lääkärin lisäksi terveyskeskuksen erityistyöntekijöitä (esim. psykologi, puheterapeutti, fysioterapeutti, suuhygienisti), kunnan sosiaali- ja perhepalvelujen (esim. lastensuojelu, perheneuvola, varhaiskasvatus) ja erikoissairaanhoidon asiantuntijoita sekä kolmannen sektorin ja seurakuntien työntekijöitä.

2.2.3. Neuvolatoiminnan ohjaus

Neuvolatoimintaa ohjaavat ja valvovat sosiaali- ja terveysministeriö (STM), sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto (Valvira) sekä aluehallintovirastot. Neuvolatoiminnan kehittämistä, seurannasta ja kuntien ohjauksesta vastaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (STM, 2016a.)

Neuvolatoiminnan sääntelyä on vahvistettu viime vuosina merkittävästi. 2010-luvulla voimaan tulleet Terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (338/2011; aik. 380/2009) painottavat lasten ja perheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä syrjäytymisen ehkäisyä ja terveyserojen kaventamista. Uudistetun lainsäädännön tavoitteena on varmistaa neuvolassa annettavan terveysseurannan ja -neuvonnan yhtenäinen taso, tarpeenmukaisuus ja säännöllisyys. Neuvolapalvelujen tuottamisessa tämä näkyy muun muassa veloitteena järjestää laajoja terveystarkastuksia, kotikäyntejä ja moniammatillisesti toteutettua perhevalmennusta. Neuvolapalveluja käyttämättömien perheiden tuen tarve on selvitettävä. Terveydenhuoltolain (1326/2010) ja asetuksen (338/2011) lisäksi Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) edellyttää neuvolan tunnistavan perheiden erityisen tuen tarpeet ja kohdentavan tukea sitä tarvitseville.

Neuvolapalvelujen sisältöä ja toteutustapoja ohjataan kansallisilla äitiysneuvolaa (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013) ja lastenneuvolaa (STM, 2004a) koskevilla suosituksilla. THL:n ylläpitämään sähköiseen lastenneuvolakäsikirjaan on koottu valtakunnallisten suositusten lisäksi materiaalia, työkaluja ja tietoa lastenneuvolatyön keskeisistä aihealueista (THL 2016d). Lastenneuvolan terveystarkastusten menetelmistä (Mäki, Wikström, Hakulinen-Viitanen & Laatikainen, 2014) sekä laajojen terveystarkastusten toteuttamisesta äitiys- ja lastenneuvolassa (Hakulinen-Viitanen ym., 2012) on annettu erilliset ohjeistukset.

Neuvolatoiminnan keskeiset periaatteet – *asiakas- ja perhelähtöisyys, terveyden edistäminen* sekä *laatu ja vaikuttavuus* – perustuvat ihmisoikeuksiin, lainsäädäntöön (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Lastensuojelulaki 417/2007; Terveystarkastuslaki, 2010/1326; VNA 338/2011) ja sosiaali- ja terveystieteiden informaatio-ohjaukseen (STM, 2004a, 2004b; STM 2009; STM 2012b; Hakulinen-Viitanen ym., 2012; Klemetti-Hakulinen-Viitanen, 2013; STM, 2016b).

Kielitoimiston sanakirjan (2016) mukaan asiakaslähtöisyys on asiakkaiden toiveista ja tarpeista lähtevää, asiakkaat huomioon ottavaa toimintaa. Terveyspalvelun tuottajilta asiakaslähtöinen toiminta edellyttää kattavaa tietoa asiakkaista ja heidän tarpeistaan sekä tiedon hyödyntämistä palvelujen kehittämisen perustana. Asiakaslähtöisessä terveyspalvelussa asiakas voi osallistua palvelujen kehittämiseen. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas, 2011.) Neuvolatoiminnassa asiakaslähtöisyys näkyy siinä, että jokainen vanhempi ja lapsi kohdataan lähtökohdistaan riippumatta yhdenvertaisesti, yksilöllisesti ja hänen itsemääräämisoikeuttaan arvostaen. Asiakaslähtöinen neuvolatoiminta on myös perhelähtöistä, jolloin vanhemman ja lapsen tarpeet huomioidaan sekä yksilön että perheyhteisön näkökulmista. Vanhemmat osallistetaan neuvolatoiminnan arviointiin ja kehittämiseen (STM, 2004a; Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013). Terveystarkastuksen periaate neuvolatoiminnassa sisältää muun muassa perheiden voimavarojen vahvistamisen, yhteisöllisyyden, varhaisen puuttumisen, vertaistuen hyödyntämisen ja moniammatillisuuden ulottuvuudet. Neuvolatyön laatu ja vaikuttavuus edellyttävät näyttöön perustuvaa, turvallista, tasa-arvoista ja oikeudenmukaista toimintaa, jota dokumentoidaan, arvioidaan ja kehitetään suunnitelmallisesti. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013; THL, 2016d.) Neuvolatoiminnan suunnitelmallisuus kunnassa turvataan laatimalla toimintaohjelma yhteistyössä sosiaalitoimen kanssa sekä nimeämällä neuvolatoiminnasta vastaava henkilö (VNA 338/2011).

Neuvolatoiminnan tavoitteiden toteutumista, neuvolapalvelujen käyttöä ja säännösten vaikutusta palvelujen kehittämiseen valvotaan ja seurataan valtakunnallisilla selvityksillä (Hakulinen-Viitanen ym., 2005; Hakulinen-Viitanen ym., 2008; Valvira, 2012; Wiss, Frantsi-Lankia, Koskinen & Saaristo, 2012; Hakulinen-Viitanen ym., 2014).

Niiden mukaan neuvolatoiminta on kehittynyt Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (1326/2010) ja valtioneuvoston asetuksen (338/2011) edellyttämällä tavalla. Kuitenkin esimerkiksi palvelujen yhtenäisyydessä, asiakkaiden osallisuuden lisäämisessä sekä henkilöstöresursseissa on havaittavissa sekä alueellisia että palvelukohtaisia eroja ja puutteita. (Valvira, 2012; Wiss ym., 2012; Hakulinen-Viitanen ym., 2014).

Neuvolatoimintaa dokumentoidaan ja myös seurataan rekistereiden avulla (THL, 2016a; 2016c). Neuvoloiden käynnit ja tapahtumatiedot tallentuvat yhtenäisten luokitusten ja koodistojen mukaisesti valtakunnalliseen perusterveydenhuollon avohoidon rekisteriin (Avohilmo) suoraan asiakastiedoista (THL, 2016c). Avohilmon mukaan vuonna 2015 äitiysneuvoloissa kirjattiin yli 800 000 vastaanottokäyntiä, joista 37 000 oli kotikäyntejä. Vastaavasti lastenneuvoloissa toteutui noin 1,4 miljoonaa vastaanottokäyntiä ja lähes 35 000 kotikäyntiä. (THL, 2016c). Äitiyshuollon palvelujen käyttöön, raskauden seurantaan, synnytykseen sekä äidin ja vastasyntyneen lapsen terveyteen liittyvät tunnusluvut kirjataan synnytyksen yhteydessä valtakunnalliseen syntymärekisteriin. Esimerkiksi äitiysneuvolatoimintaan liittyvien syntymärekisteritietojen perusteella tiedetään, että vuonna 2014 ensimmäinen raskauden seurantakäynti ajoittui keskimäärin raskausviikolle 9. Raskauden seurantakäyntejä toteutui yhteensä noin 15, joista sairaalan äitiyspoliklinikkakäyntejä oli noin neljä. (THL, 2016a).

2.3. Neuvolapalvelujen organisointi

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laki (1326/2010) ja valtioneuvoston asetus (338/2011) velvoittavat kunnat järjestämään äitiys- ja lastenneuvolapalvelut sisällöllisesti yhdenmukaisella tavalla, mutta ne eivät ohjaa palvelujen rakenteellista organisointia. Äitiys- ja lastenneuvolapalvelujen organisoinnista ei ole myöskään julkaistu kansallista suositusta. Neuvolapalvelut onkin Suomessa tuotettu vaihtelevilla malleilla (Hakulinen-Viitanen ym., 2005; Hakulinen-Viitanen ym., 2008; Rimpelä ym., 2008; Raussi-Lehto ym., 2012).

Vuonna 2007 tehdyn äitiys- ja lastenneuvolaselvityksen mukaan 22 % terveyskeskuksista järjesti neuvolapalvelut yhdistettynä äitiys- ja lastenneuvolana, 37 %:ssa oli erilliset äitiys- ja lastenneurolat, ja 39 %:ssa terveyskeskuksia toimi sekä erillisiä että yhdistettyjä neuvoloita (Hakulinen-Viitanen ym., 2008). Neuvolamallien vaihtelevuus näkyy myös 2008 toteutetussa äitiysneuvolaselvityksessä, jonka mukaan 20 % kunnista luotti yhdistettyyn äitiys- ja lastenneuvolaan, 16 % tarjosi palvelut erillisenä äitiysneuvolana ja 33 % oli yhdistänyt äitiysneuvolan ehkäisy- tai perhesuunnitteluneuvolaan. Jollain muulla tavalla äitiysneuvolapalvelut toteutti 31 % kunnista (Raussi-Lehto ym., 2012). Tieto neuvolapalveluiden organisoinnista kerätään THL:n valtakunnallisen neuvolaselvityksen yhteydessä syksyllä 2016.

2.3.1. Äitiysneuvola

Äitiysneuvola vastaa raskauden- ja lapsivuodeajan seurannasta perusterveydenhuollossa (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326). Sen tavoitteena on turvata raskaana olevan naisen ja sikiön terveys ja hyvinvointi, edistää koko perheen terveyttä ja hyvinvointia sekä syntyvän lapsen kehitysympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta. Tavoitteena on myös raskaudenaikaisten häiriöiden ehkäisy sekä kansanterveyden edistäminen. Äitiysneuvolassa todetaan raskausajan häiriöt ja ongelmat mahdollisimman varhain sekä järjestetään viiveetön hoito, apu ja tuki. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013.)

Äitiysneuvolan yksityiskohtaiset tavoitteet, tehtävät ja suositeltavat toimintatavat on määritelty 2013 julkaistussa Äitiysneuvolaoppaassa (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013), joka korvasi aikaisemman äitiysneuvolatyön suosituksen (Viisainen, 1999). Äitiysneuvolaopas painottaa äitiysneuvolan roolia väestön terveyserojen kaventamisessa ja syrjäytymisen ehkäisyssä muun muassa erityistä tukea tarvitsevien perheiden varhaisen tunnistamisen ja tukemisen, molemmille vanhemmille suunnatun terveysneuvonnan sekä moniammatillisen yhteistyön ja perheiden palveluohjauksen avulla (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013). Äitiysneuvolan toiminnassa noudatetaan myös Maailman terveysjärjestö WHO:n määrittelemiä perinataalihoidon (ajanjakso 22. raskausviikolta 6 vrk synnytyksen jälkeen) periaatteita (Chalmers, Mangiaterra & Porter, 2001).

Suomessa lasta odottavilla perheillä on lakisääteinen oikeus maksuttomiin sikiön kromosomi- ja rakennepoikkeavuuksien seulontoihin (VNA 339/2011). Äitiysneuvolassa vanhemmille annetaan sikiön poikkeavuuksien seulontaan liittyvää puolueetonta tietoa ja tukea päätöksenteossa.

Äitiysneuvolan määräaikaisten terveystarkastusten suositeltavaa määrää vähennettiin Suomessa vuodesta 2015 alkaen. Matalan riskin raskauksissa ensisynnyttäjille tarjotaan raskauden aikana vähintään yhdeksän ja uudelleensynnyttäjille vähintään kahdeksan terveystarkastusta, joista lääkärin tekemiä on kaksi. Terveystarkastusten määrässä ja niihin sisältyvässä terveysneuvonnassa huomioidaan kuitenkin yksilölliset tarpeet. Raskaudenaikaisten terveystarkastusten vähentäminen 8–12 käyntiin on todettu turvalliseksi Cochrane-katsauksessa sekä äidille että lapselle (Dowswell ym., 2015). Äitiysneuvolan määräaikaista terveystarkastuksista yksi on laaja terveystarkastus, johon kutsutaan molemmat vanhemmat. Laajassa terveystarkastuksessa arvioidaan vanhempien hyvinvointia ja koko perheen tuen tarvetta (VNA, 338/2011; Hakulinen-Viitanen ym., 2012). Synnytyksen jälkeen tehdään jälkitarkastus, jonka toteuttaa lääkäri, riittävän koulutuksen saanut terveydenhoitaja tai kätilö (Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta 437/2010).

Äitiysneuvolassa järjestetään ensimmäistä lastaan odottaville vanhemmille moniammatillisesti toteutettua ryhmämuotoista perhevalmennusta, johon sisältyy

synnytysvalmennus sekä vähintään yksi kotikäynti ennen lapsen syntymää tai sen jälkeen (VNA 338/2011; Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013; Klemetti & Raussi-Lehto, 2014). Äitiysneuvolaopas suosittelee kuitenkin kotikäynnin tarjoamista ensimmäistä lastaan odottaville perheille sekä raskausaikana että synnytyksen jälkeen, ja kaikille perheille synnytyksen jälkeen (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013.)

Riskiraskauksien seuranta ja hoito sekä äitiysneuvolassa tarvittava erikoissairaanhoidon tuki järjestetään sairaalan äitiyspoliklinikalla. Osa raskausajan ongelmista ja sairauksista voidaan kuitenkin hoitaa neuvolassa yhteistyössä äitiyspoliklinikan kanssa. Tämä edellyttää neuvolan ja äitiyspoliklinikan välisiä joustavia ja toimivia konsultaatio- ja lähetekäytäntöjä, sekä neuvolan henkilöstöltä erityisosaamista ja resursseja tarvittaviin lisäkäynteihin. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013; Klemetti & Raussi-Lehto, 2014.) Äitiysneuvolan ja synnytyssairaalan sekä äitiysneuvolan ja lastenneuvolan välinen sujuva yhteistyö ja tiedonsiirto ovat laadukkaan äitiysneuvolapalvelun edellytyksiä, joiden merkitys korostuu lapsen syntymän ja perheen sairaalasta kotiutumisen vaiheissa. Perheen erityisen tuen tarpeista riippuen äitiysneuvolan henkilökunta tekee yhteistyötä myös esimerkiksi lastensuojelun ja päihdetyön ammattilaisten kanssa. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013.)

2.3.2. Lastenneuvola

Lastenneuvolassa seurataan ja edistetään alle kouluikäisten lasten fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kasvua, kehitystä ja hyvinvointia, sekä tuetaan vanhempia lapsen kasvatuksessa ja hoidossa sekä parisuhteen hoitamisessa. Lastenneuvolan yleisenä tavoitteena on lasten kokonaisvaltaisen terveyden ja perheiden hyvinvoinnin parantaminen. Toiminnan terveystieteellisenä tavoitteena on perheiden välisten terveyserojen kaventaminen sekä seuraavan sukupolven terveyden ja vanhemmuuden voimavarojen vahvistaminen. (STM, 2004a, 2004b; Terveystieteellisen lain (1326/2010) 30.12.2010/1326.) Lastenneuvolakäsikirjassa (STM, 2004a; THL, 2016d) kuvataan lastenneuvolan yksityiskohtaiset tehtävät, joissa korostuvat lapsen kasvun ja kehityksen seurannan rinnalla muun muassa lapsen ja vanhemman kiintymyssuhteen, vanhemmuuden ja parisuhteen voimavarojen tukeminen, vanhempien vertaistuen mahdollistaminen sekä vanhempien osallisuus neuvolapalvelujen kehittämiseen. Lastenneuvolapalvelujen lähtökohtana ovat lapsen ja perheen yksilöllisten tarpeiden tunnistaminen, voimavarojen tukeminen ja dialogisuus. (Hakulinen-Viitanen ym., 2012.)

Perhe siirtyy äitiysneuvolasta lastenneuvolan asiakkaaksi yleensä pian lapsen syntymän jälkeen, joskin äidin ja lapsen siirtymisen ja asiakkaaksi kirjaamisen käytänteet vaihtelevat eri neuvoloissa. Lastenneuvolassa perheelle tarjotaan lapsen määräaikaista terveystarkastuksia vähintään 15, joista kolme ovat terveydenhoitajan ja lääkärin

yhdessä toteuttamia laajoja terveystarkastuksia lapsen ollessa 4 kuukauden, 18 kuukauden ja 4 vuoden ikäinen. Mittausten ja tutkimusten ohella terveystarkastuksissa kiinnitetään huomiota perheen terveyden ja hyvinvoinnin tekijöihin sekä tuetaan niitä edistäviä voimavaroja ja valintoja tarpeenmukaisella terveysneuvonnalla. (VNA 338/2011.) Lastenneuvola vastaa kansallisen rokotusohjelman toteuttamisesta alle kouluikäisten lasten osalta (STM, 2004a, 2004b; THL, 2016d).

Terveysneuvonnan ja tuen yksilöllinen tarve arvioidaan keskusteluissa lapsen ja perheen kanssa sekä erilaisten strukturoitujen testien tai kyselylomakkeiden avulla (Mäki ym., 2014; Hakulinen-Viitanen ym., 2012). Kotikäyntejä suositellaan tehtäväksi perheen erityisen tuen tarpeen selvittämiseksi ja tuen tarjoamiseksi (STM, 2009; VNA 338/2011). Jos määräaikaisessa terveystarkastuksessa tai kotikäynnillä herää huoli lapsen fyysisestä tai psykososiaalisesta kehityksestä, terveydestä, kehitysympäristöstä tai perheen hyvinvoinnista, tarvittavat jatkotutkimukset, tuki ja hoito suunnitellaan ja toteutetaan yhteistyössä perheen ja tarvittaessa muiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Lapsen sairauden, vammaisuuden ja kehitysviiveen seulonnassa löytyneiden poikkeavuuksien jatkotutkimukset ja hoito voidaan koordinoida lastenneuvolasta, mutta toteutetaan yleensä erityisasiantuntijan tai erikoissairaanhoidon palveluna. (STM, 2004a; Mäki ym., 2014; Hakulinen-Viitanen ym., 2012.)

2.4. Yhdistetty äitiys- ja lastenneuvola

Yhdistetty äitiys- ja lastenneuvola on yhtenäinen neuvola, jossa edellä kuvatut äitiysneuvolan ja lastenneuvolan palvelut on yhdistetty. Yhdistelmäneuvolan merkittävin ero erillisiin neuvoloihin verrattuna on hoidon jatkuvuus (continuity of care, continuity of patient care), joka ilmenee terveydenhoitajan ja perheen välisenä jatkuvana yhteistyösuhteena aina raskauden ensimmäisistä viikoista lapsen kouluikään saakka. Yhdistetyssä äitiys- ja lastenneuvolassa terveydenhoitaja ei siis vaihdu perheen siirtyessä vauvan syntymän jälkeen äitiysneuvolasta lastenneuvolaan. Ihanteellisessa tapauksessa vastaava hoidon jatkuvuus toteutuu myös perheen ja neuvolan lääkärin välillä. Hoidon jatkuvuutta on käsitelty tarkemmin luvussa 2.5.

Asiantuntijoiden mielipiteet äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden yhdistämisestä ovat vaihtelevia. Yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan mahdollistaman hoidon jatkuvuuden on nähty parantavan palvelun asiakas- ja perhelähtöisyyttä sekä syventävän luottamuksellista asiakassuhdetta perheen ja terveydenhoitajan välillä (Viljamaa, 2003; Rimpelä, 2007; Honkanen, 2008; Hakulinen-Viitanen ym., 2014). Äitiys- ja lastenneuvolan yhdistelmätyö on myös osa 2000-luvulla käynnistettyjen moniammatillisten perhekeskusten ja hyvinvointineuvoloiden konseptia, jonka tavoitteena on perheiden psykososiaalisen hyvinvoinnin entistä kattavampi turvaaminen sekä ongelmien varhainen tunnistaminen ja yksilöllisen tuen tarjoaminen (Kangaspunta, Kilku,

Punamäki & Kaltiala-Heino, 2004; Rimpelä, 2007; Valtioneuvosto, 2011; STM, 2012b; Hastrup, Hietanen-Peltola, Jahnukainen & Pelkonen, 2013; Rimpelä & Rimpelä, 2015). Äitiysneuvolan yhdistämistä lasten ja perheiden palveluihin on myös kritisoitu. Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen erikoistuneen äitiys- tai naistenneuvolan kannattajat ovat pelänneet äitiys- ja lastenneuvolan yhdistelmätyön johtavan muun muassa raskaudenaikaisten seurantakäyntien lisääntymiseen, synnytyssairaalan ja neuvolan välisen yhteyden sekä neuvolahenkilöstön äitiyshuollon erityisosaamisen heikkenemiseen (Hemminki, Malin & Kojo-Austin, 1992; Hemminki, 1998; Hartikainen, 2003; Hemminki, 2003; Hemminki & Gissler, 2007; Raussi-Lehto, Gissler, Rämö, Klemetti & Hemminki, 2013; Raussi-Lehto & Hemminki, 2015).

2.5. Hoidon jatkuvuus

Hoidon jatkuvuus on moniulotteinen käsite, jonka täsmällinen määrittely ja mittaaminen on vaikeaa (Freeman, Shepperd, Robinson, Ehrich & Richards, 2001; Haggerty ym., 2003; Saulz, 2003). Yleisesti sillä tarkoitetaan potilaan ja hoidon tarjoajan väliseen hoitosuhteeseen sekä hoidon koordinointiin, integrointiin ja tiedon jakamiseen liittyvää jatkuvuutta (Gulliford, Naithani & Morgan, 2006).

Terveyspalvelun käyttäjän näkökulmasta hoidon jatkuvuus toteutuu, kun hän kokee hoitoprosessinsa vaiheet koordinoituna ja saumattomana kokonaisuutena. Onnistuakseen tämä edellyttää palvelujärjestelmältä laadukasta tiedonsiirtoa ja kommunikointia eri organisaatioiden, ammattilaisten ja potilaan välillä, potilaan yksilöllisiin tarpeisiin perustuvaa joustavuutta sekä hoidon tarjoajien mahdollisimman pientä vaihtuvuutta. (Freeman ym., 2001.) Perusterveydenhuollossa hoidon jatkuvuutta pidetään tärkeänä laatuksena (McWhinney, 1998; Freeman, Olesen & Hjortdahl, 2003; Starfield, Shi & Macinko, 2005; Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee & Groenewegen 2010; Bodenheimer, Ghorob, Willard-Grace & Grumbach, 2014).

Hoidon jatkuvuutta kuvataan kirjallisuudessa usein Haggertyn ym. (2003) jaottelun mukaisesti kolmella tavalla: *tietoon* (informational continuity), *johtamiseen* (management continuity) ja *hoidon tarjoajan ja potilaan väliseen hoitosuhteeseen* (relational continuity) liittyen. Tiedon jatkuvuus liittyy hoidossa tarvittavan formaalin ja hiljaisen tiedon käyttöön, tallentamiseen ja siirtoon. Johtamisen näkökulmasta hoito on jatkuvaa silloin, kun eri ammattilaisten tai yksiköiden palvelut tuotetaan yhtenäisesti, ne täydentävät toisiaan ja joustavat potilaan tarpeiden mukaan. Hoidon tarjoajan ja potilaan välinen hoidon jatkuvuus edellyttää pysyvää hoitosuhdetta, jota leimaa molemminpuolinen luottamus ja vastuu. (Haggerty ym., 2003; Saulz, 2003; Guthrie, Saulz, Freeman & Haggerty, 2008.) Potilaille se tarkoittaa kokemusta siitä, että esimerkiksi lääkäri, joka tuntee hänet ja tietää mitä menneisyydessä on tapahtunut, voi vastata hoidosta jatkossakin (Haggerty ym., 2003.) Hoidon tarjoajan ja potilaan välinen hoidon

jatkuvuus on nähty keskeisenä, jopa kaikkein tärkeimpänä, laadukkaan ja asiakaslähtöisen terveydenhuollon ominaisuutena (Bergeson & Dean, 2006; Guthrie ym., 2008; Burge ym., 2011).

Terveyspalvelujen asiakaskontakteissa hoidon jatkuvuutta on tutkittu runsaasti, varsinkin lääkärin ja potilaan välisen hoitosuhteen näkökulmasta. Useissa katsauksissa on todettu lääkäri-potilassuhteen jatkuvuuden olevan yhteydessä potilaan tyytyväisyyteen saamaansa hoitoon (Cabana & Jee, 2004; Saultz & Albedaiwi, 2004; Pandhi & Saultz, 2006; Adler, Vasiliadis & Bickell, 2010). Sen on myös raportoitu parantavan ehkäisevän terveydenhuollon vaikuttavuutta sekä vähentävän erikoissairaanhoidon tarvetta ja terveydenhuollon kustannuksia (Saultz & Lochner, 2005; Kringos, ym., 2010). Omaa, nimettyä lääkäriä ja hoitosuhteen jatkuvuutta arvostavat ja siitä hyötyvät varsinkin paljon terveyspalveluja käyttävät ja erityistä tukea tarvitsevat henkilöt, kuten pitkäaikaissairaat (Kearley, Freeman & Heath, 2001; Schers ym., 2002; Nutting ym., 2003; Tarrant ym., 2003; Cabana & Jee, 2004; von Bültzingslöwen et al., 2006; Pandhi & Saultz, 2006), pienten lasten vanhemmat ja vanhuksat (Nutting ym., 2003; Pandhi & Saultz, 2006). Suomessa perusterveydenhuollon potilaiden on todettu arvostavan jatkuvaa hoitosuhdetta saman terveystakeskuslääkärin kanssa (Seilo, Koskela, Jääskeläinen & Mattila, 2009). Raivion, Holmberg-Marttilan ja Mattilan (2014) tutkimuksessa potilaat, joilla oli nimetty terveystakeskuslääkäri, arvioivat vastaanotokäynnin laadun paremmaksi kuin potilaat, jotka eivät yleensä asioineet saman lääkärin vastaanotolla. Hoidon jatkuvuus oli yhteydessä siihen, kuinka luottamukselliseksi potilaat kokivat vastaanottotilanteen ja miten he kokivat lääkärin kuuntelevan ja vastaavan kysymyksiin. Varsinkin iäkkäät potilaat hyötyivät nimetystä terveystakeskuslääkäristä.

Tässä väitöskirjatutkimuksessa hoidon jatkuvuudella tarkoitetaan *hoidon tarjoajan ja asiakkaan välistä, relationaalista hoidon jatkuvuutta*, jos asiayhteydessä ei ole toisin mainittu.

Hoidon jatkuvuus neuvolassa

Neuvolassa hoidon jatkuvuus ilmenee terveydenhoitajan, lääkärin ja perheen välisessä pysyvässä yhteistyösuhteessa. Aikaisempien tutkimusten mukaan vanhemmat arvostavat saman terveydenhoitajan ja perheen välistä hoidon jatkuvuutta neuvolassa (Heimo, 2003; Viljamaa, 2003; Hakulinen-Viitanen ym., 2007). Perhe on neuvolan terveydenhoitajan asiakkaana yleensä melko pitkään, mutta yhteistyösuhteen pituus vaihtelee neuvolamallista riippuen. Äitiysneuvolassa lasta odottavan perheen raskauden ja lapsivuodeajan seurannan kokonaisuudesta vastaa lähtökohtaisesti sama terveydenhoitaja. Vastaavasti lastenneuvolassa nimetty terveydenhoitaja huolehtii perheestä vastasyntyneisyyskaudelta lapsen kouluikään saakka. Yhdistetyssä äitiys- ja lastenneuvolassa sama terveydenhoitaja vastaa sekä raskausajan että

lastenneuvolavaiheen seurannasta, jolloin yhteistyö terveydenhoitajan ja perheen välillä voi jatkua vuosia, useampilapsisessa perheessä jopa vuosikymmeniä.

Äitiysneuvolan ja lastenneuvolan palvelut yhdistävää hoidon jatkuvuutta on tutkittu hyvin vähän. Asiakkaan näkökulmasta aihetta on tarkastellut Viljamaa (2003), jonka väitöskirjatutkimuksen tulosten mukaan vanhemmat toivovat, että äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa olisi sama terveydenhoitaja. Samaa mieltä oli myös enemmistö Hakulinen-Viitasen ym. (2007) tutkimukseen osallistuneista, hiljattain synnyttäneistä naisista. Nämä tutkimukset eivät kuitenkaan paljasta, miksi vanhemmat toivovat neuvolan terveydenhoitajan pysyvyyttä. Yhdeksi syyksi on arveltu sitä, että vanhemmat ovat huomanneet tutun neuvolan terveydenhoitajan merkityksen synnytyssairaalaan kotiutumisen ja ensimmäisten vauvan kanssa kotona vietettyjen viikkojen aikana. Synnytyksen jälkeen katkeamattomana jatkuva neuvolakontakti saattaa helpottaa siirtymää lasta odottavasta perheestä vauvaperheeksi, minkä varsinkin ensimmäisen lapsensa saaneet vanhemmat voivat kokea kuormittavana, epävarmuuden ja huolien leimaavana vaiheena (Forster ym., 2008; Deave, Johnson & Ingram, 2008).

Hoitosuhteen jatkuvuuden tiedetään edistävän asiakkaan ja häntä hoitavan ammattilaisen välistä luottamusta (Mainous, Baker, Love, Gray, & Gill, 2001; Sheppard, Zambrana & O'Malley, 2004). Vaittisen (2011) mukaan riittävä yhteinen aika ja yhteistyön jatkuvuus ovat edellytyksiä neuvolan terveydenhoitajan ja perheen välisen luottamuksen kehittymiselle. Yhdistelmäneuvolan mahdollistamassa pitkäkestoisessa yhteistyösuhteessa rakentuva luottamus terveydenhoitajan ja perheen välillä voi auttaa varsinkin erityistä tukea tarvitsevia vanhempia ottamaan neuvolassa puheeksi huoliaan ja ongelmiaan (Tammentie, Paavilainen, Tarkka & Åstedt-Kurki, 2009; Honkanen, 2008). Neuvolapalvelun organisointitavasta riippumatta hoidon jatkuvuuden täydellinen turvaaminen on kuitenkin usein vaikeaa. Työntekijöiden vaihdokset, sijaiset ja opiskelijoiden toteuttamat vastaanotot ovat arkitodellisuutta jokaisessa neuvolassa ja vaikuttavat asiakkaan kokemukseen oman hoitonsa jatkuvuudesta (vrt. Freeman, 2001). Näissä tilanteissa perheen kokonaistilannetta koskevan tiedonkulun varmistaminen on ensiarvoisen tärkeää.

Suomen lisäksi muissa maissa ei ole yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolaa vastaavaa perusterveydenhuollon palvelurakennetta, jossa äitiyshuollon ja lasten ehkäisevät terveyspalvelut on integroitu. Lisäksi suomalaisen neuvolan erityispiirre on se, että perheen seurannasta vastaa hoitotyön koulutuksen saanut terveydenhuollon ammattihenkilö (terveydenhoitaja tai kättilö). Tämä tarkoittaa, että neuvolassa hoidon jatkuvuus toteutuu pääsääntöisesti terveydenhoitajan ja perheen välillä. Siksi täysin vertailukelpoista tutkimusnäyttöä ei löydy kansainvälisestä kirjallisuudesta. Neuvolakontekstissa voidaan kuitenkin hyödyntää muun muassa äitiyshuollossa toteutettujen hoidon jatkuvuutta tarkastelevien tutkimusten tuloksia.

Hoidon jatkuvuus äitiyshuollon palveluissa

Äitiyshuollon kentällä on tutkittu paljon naisen ja kättilön välistä hoidon jatkuvuutta. Tulosten perustella tiedetään, että naiset toivovat ja arvostavat pysyvää hoitosuhdetta saman kättilön, kättilötimin tai lääkärin kanssa raskauden aikana (Hildingsson, Waldenström & Rådestad, 2002; van Teijlingen, Hundley, Rennie, Graham & Fitzmaurice, 2003; Novic, 2009; Jenkins, Ford, Morris & Roberts, 2015), sekä jatkuen synnytyksessä ja lapsivuodeajan hoidossa (Browne & Taylor, 2014; Jenkins ym., 2015; Sandall, Soltani, Gates, Shennan & Devane, 2015; Baas, Erwich, Wieggers, Cock & Hutton, 2015; Forster ym., 2016) tai useampien peräkkäisten raskauksien seurannassa (Jenkins ym., 2015).

Raskaudenaikainen hoidon jatkuvuus, eli saman terveydenhuollon ammattihenkilön toteuttama raskauden seuranta, koetaan tärkeänä äitiyshuollon laadun osatekijänä (Sword ym., 2012). Se lisää naisten tyytyväisyyttä äitiyshuollon palveluihin (Hildingsson & Rådestad, 2005; Novic, 2009; Brock, Charlton & Yeatman, 2014; Forster ym., 2016) ja vahvistaa luottamusta terveydenhuollon henkilöstöön (Sheppard ym., 2004). Kuitenkin Daveyn, Brownin ja Bruinsman (2005) tutkimuksen mukaan äitiyshuollon palveluihin liittyvään yleiseen tyytyväisyyteen vaikuttaa hoidon jatkuvuutta enemmän se, kokeeko nainen hoidon tarjoajan tuntevan hänet ja muistavan aikaisempien tapaamisten keskustelut. Vastaavasti Freemanin (2006) katsauksessa äitiyshuollon palvelun sisältö arvioitiin hoidon jatkuvuutta tärkeämmäksi tyytyväisyystekijäksi. Raskauden ja synnytyksen aikainen hoidon jatkuvuus voi olla yhteydessä myös synnytyskokemuksiin. Naiset voivat kokea synnyttäessään enemmän hallinnan ja levollisuuden tunteita jos tuttu, raskauden seurannasta huolehtinut kättilö on mukana synnytyksessä (Homer, Davis, Cooke & Barclay, 2002; Huber & Sandall, 2009).

Synnytyksen jälkeen äidin lapsivuodeajan seuranta ja synnytyksen jälkitarkastus toteutuu useimmiten äitiyshuollon palveluissa. Lapsen seuranta puolestaan siirtyy lasten ehkäisevien terveyspalvelujen piiriin (esim. Socialstyrelsen, 2014a, 2014b; Australian Government, 2010, 2011). Vanhemmille tämä merkitsee yhteistyön päättymistä äitiyshuollon ammattilaisen kanssa ja uuden asiakkuuden alkua lasten ehkäisevissä terveyspalveluissa. Suomalaista neuvolajärjestelmää lukuun ottamatta äitiyshuollon ja lasten ehkäisevät terveyspalvelut yhdistävä relationaalinen hoidon jatkuvuus on hyvin harvinaista. Siksi hoidon jatkuvuutta näiden palvelujen välillä on tutkittu lähinnä tiedonsiirron ja palvelujen organisoinnin näkökulmista (vrt. Haggerty ym., 2003). Useiden australialaisten tutkijoiden mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöt kokevat perheen siirtymän äitiyshuollon palveluista lasten ja perheiden ehkäiseviin terveyspalveluihin usein ongelmalliseksi, varsinkin jos perhe tarvitsee erityistä tukea. Siirtymävaiheen palvelujen laatua voivat heikentää erityisesti ammattilaisten ja organisaatioiden väliset kommunikaation ja tiedonsiirron ongelmat, joiden on todettu

johtuvan muun muassa ammattikuntien välisistä jännitteistä ja terveydenhuollon eri sektoreiden yhteistyön puutteista. (Homer ym., 2009; Schmied, 2010; Psaila, Fowler, Kruske & Schmied, 2014; Psaila, Schmied, Fowler & Kruske, 2014; Psaila, Kruske, Fowler, Homer & Schmied, 2014.) Lapsen syntymän jälkeen perheille tarjolla olevien terveyspalvelujen parantamiseksi on ehdotettu ammattilaisten ja organisaatioiden yhteistyötä, palvelujen koordinointia sekä moniammatillisia, integroituja palvelumalleja (Ekström, Widström & Nissen, 2006; Rodríguez & des Rivières-Pigeon, 2007; Schmied ym., 2010; Barimani & Hylander, 2012; Psaila, Fowler, Kruske & Schmied, 2014).

2.6. Neuvolapalveluihin liittyvät asiakkaiden kokemukset

Vanhemmat ovat Suomessa yleisesti tyytyväisiä neuvolapalveluihin (Viljamaa, 2003; THL 2016b; Perälä, Salonen, Halme & Nykänen, 2011). Myös kansainvälisten tutkimusten mukaan äitiysneuvolan ja -huollon (Hildingsson ja Rådestad, 2005; Wiegers, 2009; Hildingsson, Haines, Cross, Pallant & Rubertsson, 2013) sekä lastenneuvolan (Örtenstrand & Waldenström, 2005) palveluihin ollaan kokonaisuutena useimmiten tyytyväisiä.

Terveyspalveluihin liittyvän yleisen tyytyväisyyden mittaamiseen on kuitenkin suhtauduttu kriittisesti. Ongelmaksi on koettu muun muassa lähestymistavan sensitiivisyyden puute, jolloin kokonaisarvio palvelusta voi muodostua hyväksi, vaikka asiakas olisi tyytymätön johonkin palvelun osa-alueeseen. Myös vertailukohdan puuttuminen voi aiheuttaa näennäistä tyytyväisyyttä silloin, kun asiakas ei tunne palveluvaihtoehtoja tai hänen käytettävissään ei ole muita, nykyistä mahdollisesti parempia palveluvaihtoehtoja (van Teijlingen ym., 2003; Waldenström & Rudman, 2008). Yleisen tyytyväisyyden mittaamisen ohella tulisikin selvittää, mistä tekijöistä asiakkaan hyvä palvelukokemus muodostuu (Britton, 2012). Lisäksi on tärkeää tutkia mitä asiakkaat odottavat palvelulta, sillä odotusten tiedetään ennustavan asiakkaan kokemusta hoidon laadusta (Johansson, Oléni & Fridlund, 2002; Britton, 2012).

Tässä kirjallisuuskatsauksessa vanhempien neuvolakokemuksia tarkastellaan neuvolapalvelun rakenteiden ja prosessien sekä asiakkaan ja ammattilaisen välisen vuorovaikutuksen näkökulmista. Tarkastelussa on sovellettu Swordin ym. (2012) äitiys-huollon palvelujen laatua käsittelevässä katsauksessa esittämää luokittelua, joka perustuu Donabedianin (1998) hoidon laadun arvioinnin malliin. Vanhempien kokemusten taustoittamiseksi katsauksessa on käsitelty myös neuvolapalveluun liittyviä odotuksia.

Äitiys- ja lastenneuvolan palvelut kattavaa asiakaslähtöistä palvelujärjestelmätutkimusta on aikaisemmin toteutettu hyvin vähän (Pelkonen, Hakulinen & Perälä, 2005). Viljamaata (2003) lukuun ottamatta aikaisemmat väitöskirjatutkijat ovat tutkineet

vanhempien neuvolakokemuksia yleensä joko äitiysneuvolan (Kaila-Behm, 1997; Bondas, 2000; Hirvonen, 2000; Ahonen, 2001; Paavilainen, 2003; Ryttyläinen, 2005; Mesiäislehto-Soukka, 2005) tai lastenneuvolan (Pelkonen, 1994; Hakulinen-Viitanen, 1998) osalta. Lisäksi tutkimus on usein rajattu jonkin neuvolapalvelun osa-alueen, kuten terveystieteiden (Rautava, 1989), psykososiaalisen tuen (Heimo, 2002), verkkopalvelun (Kouri, 2006), perhevalmennuksen (Pietilä-Hella, 2010) tai perhetyön (Rautio, 2016) viitekehykseen.

Mahdollisimman kattavan kuvan saamiseksi vanhempien neuvolaan liittyvistä kokemuksista ja niihin yhteydessä olevista tekijöistä kirjallisuuskatsauksessa on hyödynnetty neuvolatutkimuksen lisäksi äitiyshuollon ja lasten ehkäisevien terveyspalveluiden kentällä tuotettua tutkimusasetelmaan soveltuvaa kirjallisuutta.

Neuvolapalvelun rakenteisiin liittyvät odotukset ja kokemukset

Vanhempien neuvolapalvelujen rakenteisiin liittyvistä odotuksista tiedetään melko vähän. Viljamaan (2003) mukaan äitien odotukset yleisesti neuvolapalveluja kohtaan ovat suurempia kuin isien. On myös todettu, että korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevat (Hakulinen-Viitanen ym., 2007) tai jo raskauden alkuvaiheessa raskaudesta ja synnytyksestä enemmän tietävät (Rautava, Erkkola & Sillanpää, 1991) äidit kohdistavat neuvolapalveluihin suurempia odotuksia ja enemmän kritiikkiä kuin heikommista lähtökohdista tulevat äidit.

Raskaudenaikaisten äitiyshuollon palvelujen odotetaan olevan helposti saavutettavia (Sword ym., 2012), turvallisia, laadukkaita ja yksilöllisiä (Small ym., 2014) sekä asiakas- ja perhekeskeisiä (Jenkins, Ford, Morris & Roberts, 2014). Palvelujen toivotaan mahdollistavan hoidon jatkuvuus niin, että raskauden seurannasta vastaisi sama terveydenhuollon ammattihenkilö tai tiimi (Hildingsson, Waldenström & Rådestadt, 2002; Ryttyläinen, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä, 2007; Hakulinen-Viitanen ym., 2007; Hildingsson, Andersson & Christensson, 2014; Jenkins ym., 2014). Myös neuvolapalvelujen rakenteen odotetaan tukevan hoidon jatkuvuutta; vanhemmat toivovat voivansa olla saman terveydenhoitajan asiakkaita äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa (Viljamaa, 2003; Hakulinen-Viitanen ym., 2007). Heimon (2002) mukaan vanhemmat odottavat neuvolapalveluilta joustavuutta, mikä ilmenee muun muassa toiveena vastaanottoajoista iltaisin.

Vanhemmat odottavat perhettä hoitavilta ammattilaisilta korkeatasoista kliinistä osaamista. Tämä on todettu niin äitiyshuollon palveluissa (Jenkins ym., 2014; Baas ym., 2015) kuin lastenneuvolassakin (Fägerskiöld, Wahlberg & Ek, 2001; Fägerskiöld, 2006). Odotus näyttää toteutuvan Suomessa hyvin; vanhemmat ovat yleisesti tyytyväisiä äitiys- ja lastenneuvoloiden henkilöstön osaamiseen ja asiantuntemukseen (THL, 2016b). Tyytyväisyys henkilöstön ammattitaitoon tulee esille myös Ryttyläisen (2005)

tutkimuksessa, johon osallistuneet naiset kokivat raskautensa seurannan olleen äitiysneuvolassa asiantuntevissa ja varmoissa käsissä. Myös Viljamaan (2003) mukaan vanhemmat pitävät neuvolan terveydenhoitajan asiantuntijuutta hyvänä. Kuitenkin myös kokemuksia äitiysneuvolan henkilöstön kokemattomuudesta, epävarmuudesta ja virheistä on raportoitu (Paavilainen, 2003).

Neurolapalvelun rakenteeseen liittyviä kokemuksia on tutkittu lähinnä asiakas-tyytyväisyyden, neuvolan palvelumuotojen ja neuvolatyön periaatteiden toteutumisen näkökulmista. THL:n kansallisen asiakaspalautekyselyn (THL, 2016b) mukaan vanhempien kokemukset neurolapalveluiden järjestelyistä ovat varsin hyviä. Erityisen tyytyväisiä ollaan palvelun luottamuksellisuuteen, ajan riittävyyteen terveydenhoitajan vastaanotolla, yleiseen kohteluun sekä asiakaspalveluun niin äitiysneuvolassa kuin lastenneuvolassakin. Henkilökunnan tavoitettavuudessa ja sähköisten palvelujen tarjonnassa olisi kuitenkin parannettavaa. Viljamaan (2003) tutkimukseen osallistuneet vanhemmat arvostivat sitä, että neuvola on lähellä kotia sijaitseva palvelu.

Laaja terveystarkastus on valtioneuvoston asetuksen (VNA 338/2011, aik. VNA 380/2009) myötä käyttöön otettu neuvolan ja kouluterveydenhuollon palvelumuoto (Hakulinen-Viitanen ym., 2012). THL:n Lapsiperhekysely 2012 -tiedonkeruuseen osallistuneista alle kouluikäisten lasten vanhemmista 57 % (n = 641) oli osallistunut laajaan terveystarkastukseen äitiys- tai lastenneuvolassa. Selvityksen mukaan palvelumuoto on perheille tarpeellinen; 78 % neuvolan tai kouluterveydenhuollon laajaan terveystarkastukseen osallistuneista vanhemmista koki tarkastuksen hyödylliseksi. (Halme, Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Pelkonen & Perälä, 2013.) Vanhempien on raportoitu kokevan tarpeellisiksi myös vauvan syntymän jälkeiset kotikäynnit (Kaila-Behm, 1997; Perälä, Pelkonen, Vehviläinen-Julkunen, Viisainen & Räikkönen, 1998; Heimo, 2002; Hakulinen ym., 2007), perhevalmennuksen (Perälä ym., 1998; Bondas, 2002; Heimo, 2002; Pietilä-Hella, 2010) sekä neuvolan perhetyön (Rautio, 2016). Myös neuvolan ryhmätoiminnan hyödyistä on näyttöä. Lapsen syntymän jälkeen jatkuvan, isät tasavertaisesti huomioivan perhevalmennuksen (Pietilä-Hella, 2010) sekä lastenneuvolan vanhempainryhmien on todettu tarjoavan vertaistukea ja laajentavan vanhempien sosiaalista verkostoa (Lefèvre, Lundqvist, Drevenholm & Hallström, 2016). Neuvolan kotikäyntien ja vanhempien ryhmätoiminnan tarjonta koetaan kuitenkin riittämättömäksi (Perälä ym., 2011).

Neurolatoimintaa ohjaavien periaatteiden toteutumisen osalta tiedetään, että asiakkaat kokevat neurolapalvelut melko asiakaslähtöisiksi, mutta ne eivät ole riittävän perhekeskeisiä (Viljamaa, 2003, Paavilainen 2003; Tammentie ym., 2009). Perhekeskeisyyden puute näkyy selvästi isien kokemuksissa. Isät näyttävät olevan tyytymättömämpiä neurolapalveluihin kuin äidit (Viljamaa, 2003) ja jäävät neuvolassa helposti sivustakatsojan rooliin (Kaila-Behm, 1997; Paavilainen, 2003; Mesiäislehto-

Soukka, 2005; Fägerskiöld, 2006; Tammentie ym., 2009). Tämä voi johtua esimerkiksi siitä, että neuvolan henkilökunta kohdistaa keskustelun ja huomionsa enemmän äidille (Wells & Sarkadi, 2012; Tiitinen & Ruusuvuori, 2012). Isät kokevat ulkopuolisuutta myös äitiyshuollon palveluissa (Finnbogadottir, Svalenius & Persson, 2003; Deave, Johnson & Ingram, 2008; Steen, Downe, Bamford & Edozien, 2012). Isän huomioiminen neuvolan tasavertaisena asiakkaana onkin hyvin tärkeää. Tammentien ym. (2009) mukaan isän sivuuttaminen voi johtaa jopa siihen, että hän ei jatkossa tule puolisonsa mukana neuvolaan.

Neuvolan palveluprosessiin liittyvät odotukset ja kokemukset

Vanhempien neuvolapalvelujen sisältöön liittyvät odotukset kohdistuvat yleisesti neuvolan tarjoamaan tietoon. Äitiysneuvolalta odotetaan esimerkiksi synnytykseen, sairaalan hoitokäytänteisiin ja imetykseen liittyvää tietoa (Mesiäislehto-Soukka, 2005; Hakulinen-Viitanen ym., 2007; Hildingsson, Andersson & Christensson, 2014). Tarjotun tiedon odotetaan olevan omaan elämäntilanteeseen sopivaa (Small ym., 2014). Swordin ym. (2012) katsauksen mukaan naiset toivovat äitiyshuollon ammattilaisilta erityisesti sekä omaan että lapsen terveyteen ja hyvinvointiin liittyvää tietoa. Riittävä tiedonsaanti äitiyshuollon palveluissa on merkittävä naisten tyytyväisyyttä (Hildingsson ym., 2013) sekä turvallisuuden, varmuuden (Paavilainen, 2003) ja hallinnan tunnetta ennustava tekijä (Ryttyläinen, 2005). Lastenneuvolassa äidit odottavat saavansa lapsen hoitoon ja terveyteen sekä imetykseen liittyviä neuvoja ja tietoa. Lastenneuvolan odotetaan tunnistavan myös lapsen mahdollisen sairauden oireet (Fägerskiöld ym., 2001; Fägerskiöld & Ek, 2003). Heimon (2002) mukaan äidit toivoisivat neuvolan tarjoavan enemmän tietoa parisuhteesta sekä raskauden ja synnytyksen vaikutuksista siihen.

Tiedon odotukseen vastataan neuvolassa vaihtelevasti. Vanhemmat kokevat saavansa neuvolan vastaanotto- ja kotikäynneillä sekä perhevalmennuksessa runsaasti raskauteen, synnytykseen ja terveyteen liittyvää tietoa, mutta perheen arkeen liittyviin aiheisiin, kuten äitiyteen ja isyyteen liittyviin tunteisiin, parisuhteeseen, seksuaalisuuteen tai työssäkäyntiin ei keskitytä riittävästi. (Tarkka, 1996; Perälä ym., 1998; Paavilainen, 2003; Viljamaa, 2003). Myös neuvolasta saadun tiedon koettua hyödyllisyyttä on tutkittu jonkin verran. Esimerkiksi synnytykseen valmentautumisessa naiset kokevat sen hyödyn vähäiseksi (Ahonen, 2001; Paavilainen, 2003), mutta miehet suuremmaksi (Jungmarker, Lindgren & Hildingsson, 2010). Neuvolasta saatu tieto näyttäisi kuitenkin valmentavan miehiä heikosti varhaiseen isyyteen. Jungmarkerin ja kollegoiden (2010) tutkimukseen osallistuneista ruotsalaisista miehistä vain 6 % oli täysin sitä mieltä, että äitiysneuvolassa tarjotaan riittävästi tietoa synnytyksen jälkeisestä ajasta. Myös naisten on todettu kokevan äitiyshuollon tarjoaman, synnytyksen jälkeiseen aikaan liittyvän tiedon ja valmennuksen puutteelliseksi (Ryttyläinen, 2005; Hildingsson ym., 2013). Lasta odottavat vanhemmat toivovatkin saavansa ammattilaisilta enemmän valmennusta vauvaperheen vanhempana selviämiseen sekä lapsen syntymän myötä parisuhteessa

tapahtuvien muutosten hallintaan (Fletcher, Silberberg & Galloway, 2004; Deave ym., 2008).

Neuvolalta odotetaan myös tukea. Viljamaan (2003) tutkimuksessa suurin osa vanhempien neuvolapalveluodotuksista kohdistui lapsen terveyden ja kehityksen tukemiseen. Sosiaalisen tuen osalta vanhemmat toivoivat neuvolalta eniten tietotukea, mutta myös tunnetukea, käytännön apua ja vertaistukea. Lastenneuvolalta äidit odottavat tukea muuttuneeseen elämäntilanteeseen, vanhemmuuteen ja parisuhteeseen (Tarkka, Lehti, Kaunonen, Åstedt-Kurki & Paunonen-Ilmonen, 2001; Heimo, 2002) sekä emotionaalista tukea omien tunteidensa, huoliensa ja väsymyksensä käsittelyyn (Fägerskiöld & Ek, 2003). Isät haluavat neuvolan tukevan raskauden aikana ensisijaisesti äitiä sekä huolehtivan hänen fyysisestä ja emotionalisesta hyvinvoinnistaan (Jungmarker ym., 2010), mutta tarvitsevat myös henkilökohtaista tukea raskauden ja varhaisen isyyden aikana (Steen ym., 2012). Mesiäislehto-Soukan (2005) mukaan miehet toivovat äitiysneuvolan henkilökunnan keskustelevan myös heidän omista tunteistaan ja kokemuksistaan ja että neuvolassa hyödynnettäisiin paremmin kokeneiden isien vertaistukea, esimerkiksi synnytykseen valmistettaessa. On kuitenkin hyvä muistaa, että osa neuvolan asiakasvanhemmista ei koe tarvitsevansa neuvolan tukea lainkaan (Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola & Pelkonen, 2014).

Vanhempien kokemukset neuvolan tuesta ovat vaihtelevia. Viljamaan (2003) mukaan vanhemmat ovat tyytyväisiä neuvolasta saamaansa lapsen terveyteen ja kehitykseen liittyvään tukeen. Tiedollisen tuen laadukkuutta kuvaa myös Piiraisen, Isolaurin, Huurteen, Hopun ja Laitisen (2004) tulos, jonka mukaan äidit kokevat neuvolan ravitsemusneuvonnan tarpeitaan vastaavaksi ja laadultaan hyväksi. Neuvolan tarjoama sosiaalinen tuki on vanhemmille hyödyksi. Sen on osoitettu olevan yhteydessä äitien lastenhoidosta selviämiseen vauvan ollessa 3 kk:n ikäinen (Tarkka, 1996) sekä vahvempaan kokemukseen perheen yhteenkuuluvuudesta ja joustavuudesta (Hakulinen, 1998). Riittävä, ammattilaisilta synnytyksen jälkeen saatu tuki on tärkeä äidin lapsivuodeajan hoitoon liittyvää tyytyväisyyttä ennustava tekijä (Hildingsson & Sandin-Bojö, 2011).

Neuvolan tuki vanhemmuuteen ei kuitenkaan ole aina riittävää (Viljamaa, 2003; Fägerskiöld, Timpka & Ek, 2003). Tämä näkyy esimerkiksi lastenneuvolavaiheessa siinä, että vaikka äidit ovat tyytyväisiä neuvolan tukeen lapseen liittyvissä asioissa, he kokevat että heidän omiin tarpeisiinsa ja terveyteensä ei kiinnitetä tarpeeksi huomiota (Örtenstrand & Waldenström, 2005; Fägerskiöld ym., 2001). Äidin erityisen tuen tarpeen, kuten depression, emotionaalisten ongelmien ja lapsen sairastelun, on havaittu olevan yhteydessä heikoksi koettuun lastenneuvolasta saatuun henkilökohtaiseen tukeen (Örtenstrand & Waldenström, 2005; Tammentie ym., 2009; Laitinen, Aho, Salonen & Kaunonen, 2013). Isät arvostavat lastenneuvolan asiakkaina tasavertaista, molemmille

vanhemmille suunnattua lapsen hoitoon, terveyteen ja kehitykseen liittyvää tukea ja neuvontaa (Fägerskiöld, 2006.), mutta voivat kokea neuvolassa sivullisuutta, jos annettu tuki on työntekijälähtöistä eikä perustu heidän omiin tarpeisiinsa (Kaila-Behm, 1997). Perheiden tuen tarpeen varhaiseen tunnistamiseen ja tuen järjestämiseen sitä tarvitseville on 2010-luvun taitteen lainsäädännön uudistusten myötä kiinnitetty neuvolassa erityistä huomiota. THL:n Lapsiperhekyselyn mukaan 80 % niistä neuvolan asiakasvanhemmista, jotka raportoivat tarvinneensa neuvolan tukea, oli tyytyväisiä saamaansa tukeen (Hakulinen-Viitanen ym., 2014).

Asiakkaan ja ammattilaisen väliseen vuorovaikutukseen liittyvät odotukset ja kokemukset

Terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan välinen vuorovaikutus on keskeinen hoidon laatua ja asiakkaan palvelukokemusta määrittävä tekijä (Campbell, Roland & Buetow, 2000). Myös ammattilaisten henkilökohtaiset ominaisuudet ja se, miten he työssään toimivat, vaikuttavat terveyspalvelujen asiakkaiden kokemuksiin (Entwistle, Firnigl, Ryan, Francis & Kinghorn, 2012).

Äitiyshuollon asiakkaiden odotusten tiedetään kohdistuvan yleisesti vuorovaikutukseen ja henkilökunnan ominaisuuksiin. Äitiyshuollon palveluja kokonaisuutena arvioitaessa henkilökunnan ominaisuuksien on todettu olevan naisille tärkeämpiä kuin palvelun rakenne ja puitteet (Jenkins ym., 2014). Naiset odottavat äitiyshuollon ammattilaisten olevan muun muassa ystävällisiä, suvaitsevaisia, helposti lähestyttäviä, rauhallisia ja kiireettömiä sekä kunnioittavan heidän omia näkemyksiään ja päätöksiään (Melender, 2006; Hildingsson & Thomas, 2007; Sword ym., 2012; Small ym., 2014). Raskauden seurannasta vastaavalta ammattihenkilöltä odotetaan rohkaisua ja kannustusta (Tarkka, 1996), ja hänen kanssaan halutaan luoda toimiva ja luottamuksellinen yhteistyösuhde (Luyben & Fleming, 2005; Small ym., 2014). Keskustelulle ja yksilölliselle ohjaukselle toivotaan riittävästi aikaa (Ryttläinen ym., 2007; Hildingsson ym., 2014). Naiset pitävät tärkeänä myös sitä, että henkilökunta huomioi tulevan isän ja kohtelee häntä osallistavasti (Ryttläinen, 2005; Hildingsson ym., 2014). Ruotsalaistutkijoiden mukaan naisten äitiyshuollon palveluihin kohdistamat odotukset ovat kasvaneet kunnioittavan, yksilöllisen kohtelun ja puolison osallistamisen osalta 2000-luvun alusta tähän päivään (Hildingsson ym., 2002; Hildingsson ym., 2014).

Heimon (2002) mukaan vanhemmat odottavat neuvolan terveydenhoitajan ja perheen välisen vuorovaikutuksen olevan luottamuksellista, avointa, positiivista, kiireetöntä, empaattista ja kiinnostunutta. Lastenneuvolan terveydenhoitajan odotetaan olevan helposti lähestyttävä ja saavutettavissa (Fägerskiöld & Ek, 2003) sekä luottavan äidin omiin vahvuuksiin vanhempana (Fägerskiöld ym., 2001). Myös terveydenhoitajan kyky asettua äidin asemaan ja tulkita tilannetta perheen näkökulmasta sekä pätevä neuvonta ja kliininen toiminta (esim. oikea-aikainen lääkäriin ohjaaminen) ovat keskeisiä tekijöitä

lastenneuvolan terveydenhoitajan ja äidin onnistuneessa kohtaamisessa (Fägerskiöld ym., 2003).

Vanhempien kokemukset neuvolan henkilökunnasta ja vuorovaikutuksesta näyttävät aikaisemman tutkimuksen valossa vaihtelevina. Viljamaan (2003) mukaan vanhemmat ovat pääosin tyytyväisiä vuorovaikutukseen neuvolan henkilöstön kanssa. Samansuuntaisia tuloksia on raportoitu Perälän ym. (2011) tutkimuksessa, jonka mukaan vanhempien mielestä neuvolan terveydenhoitajalle ja lääkärille on helppoa puhua lapsen ja perheeseen liittyvistä huolista. Tarkan (1996) tutkimukseen osallistuneista naisista valtaosa koki, että äitiysneuvolan terveydenhoitaja arvosti heitä äitinä. Naiset myös kokevat mahdollisuutensa osallistua päätöksentekoon äitiysneuvolassa melko hyviksi (Pelkonen, Perälä & Vehviläinen-Julkunen, 1998). Aikaisemmissa tutkimuksissa on raportoitu myös vanhempien kielteisiä vuorovaikutuskokemuksia. Äidit ovat esimerkiksi kokeneet tulleen kohdatuiksi äitiyshuollon palveluissa epäinhimillisesti, välinpitämättömästi ja mekaanisesti (Bondas, 2002; Novick, 2009). Heitä on mitätöity, holhottu ja kohdeltu tylysti (Paavilainen, 2003; Ryttyläinen, 2005). Tammentien ym. (2009) mukaan depressiosta kärsivät äidit voivat kokea kohtaamiset lastenneuvolan terveydenhoitajan kanssa syyllistäviksi ja tuomitseviksi sekä tuntea jäävänsä vaille yksilöllistä, perheen tarpeiden mukaista huomiointia.

2.7. Kirjallisuuskatsauksen yhteenveto

Kirjallisuuskatsauksessa kuvatut tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat on tiivistetty kuvioon 1. Lisäksi kuviossa esitetään tämän tutkimuksen asetelman kannalta merkittävät neuvolatoimintaan liittyvät tutkimustiedon puutteet.

NEUVOLA		
on ehkäisevä terveystalvelu kaikille lasta odottaville ja alle kouluikäisten lasten perheille.		
Neuvolatoiminnan tavoitteena on koko perheen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä vanhemmuuden tukeminen.		
Toiminnassa korostuu asiakas- ja perhelähtöisyys sekä moniammatillinen yhteistyö.		
TIEDETÄÄN	EI TIEDETÄ	
Palvelun lähtökohdat	<ul style="list-style-type: none"> • 1920-luvulla alkanut neuvolatoiminta on parantanut merkittävästi äitien ja lasten terveyttä Suomessa. • Nykyään lähes kaikki suomalaiset perheet käyttävät neuvolapalveluja. • Eri neuvolapalvelujen saatavuudessa ja käytössä on eroja (esim. kotikäynnit, ryhmätoiminta). • Neuvolatoiminnan sääntelyä, ohjausta ja seurantaa on vahvistettu 2010-luvulla → neuvolan uudet velvoitteet, tavoitteet ja työtavat. • Laki ei säätele neuvolapalvelujen organisoiminta. 	<p>Miten neuvolamalli vaikuttaa äitien ja lasten terveyteen sekä neuvolapalvelun saatavuuteen ja käyttöön?</p> <p>Miten neuvolamalli vaikuttaa lain ja suositusten toteutumiseen?</p> <p>Miten neuvolamalli vaikuttaa neuvolatoiminnan tavoitteiden ja periaatteiden toteutumiseen?</p>
Palvelun organisoiminti	<ul style="list-style-type: none"> • Neuvolapalvelut on organisoitu kunnissa vaihtelevasti. • Kaksi yleistä neuvolamallia: <ol style="list-style-type: none"> a) äitiysneuvola ja lastenneuvola, b) yhdistetty äitiys- ja lastenneuvola. • Asiantuntijoiden mielipiteet neuvolamalleista ovat ristiriitaisia. • Yhdistetty äitiys- ja lastenneuvola on ainutlaatuinen malli → kansainvälisen tutkimustiedon puute. 	<p>Mitkä ovat neuvolamallien vahvuudet ja heikkoudet?</p> 
Hoidon jatkuvuus	<ul style="list-style-type: none"> • Hoidon jatkuvuus potilaan ja hoidon tarjoajan välillä on hyödyllistä. • Yhdistetty äitiys- ja lastenneuvola mahdollistaa hoidon jatkuvuuden (= perheellä on sama terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa). 	<p>Onko neuvolan terveydenhoitajan/lääkärin ja perheen välinen hoidon jatkuvuus hyödyllistä? Millaisia mahdolliset hyödyt ovat?</p>
Asiakkaiden kokemukset	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat ovat yleisesti tyytyväisiä neuvolaan. • Vanhempien tyytyväisyys muodostuu neuvolapalvelun rakenteeseen, palveluprosessiin sekä henkilökuntaan ja vuorovaikutukseen liittyvistä odotuksista ja kokemuksista. • Yleisen tyytyväisyyden mittaamisen lisäksi tarvitaan neuvolapalvelun osa-alueisiin liittyvien odotusten ja kokemusten tutkimista. • Vanhempien kokemukset neuvolapalvelun eri osa-alueista ovat vaihtelevia. 	<p>Miten neuvolamalli vaikuttaa yleiseen asiakastytyväisyyteen?</p> <p>Miten neuvolamalli vaikuttaa vanhempien neuvolapalvelun eri osa-alueisiin liittyviin kokemuksiin?</p>

Kuvio 1. Kirjallisuuskatsauksen yhteenvedo

3. TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää neuvolapalvelujen organisointitavan, eli neuvolamallin, merkitystä neuvolan asiakkaille.

Tutkimuksen yleisenä tavoitteena oli kuvata ja verrata eri tavoin organisoituja neuvolapalveluja asiakkaan näkökulmasta. Tutkimuksen yksityiskohtaisina tavoitteina oli kuvata ja verrata kahta eri neuvolamallia – äitiysneuvolaa ja lastenneuvolaa sekä yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolaa – käyttäneiden

1. naisten äitiyshuollon palveluiden käyttöön sekä raskauteen, synnytykseen ja vastasyntyneen terveyteen liittyviä syntymärekisterin osoittimia (I)
2. vanhempien neuvolapalvelukokemuksia (II, III),
3. vanhempien neuvolapalvelujen käyttöä ja tulevaisuuden neuvolapalveluun liittyviä toiveita (III, aikaisemmin julkaisematon),
4. vanhempien kokemaa vanhemmuuden kyvykkyyttä yleisesti sekä masennusoireita ja yksinäisyyttä kokevien vanhempien osalta (IV).

Tutkimuksen tavoitteiden asettamista ohjasivat kirjallisuuskatsauksessa esitettyyn teoriaan perustuvat hypoteesit:

1. Koska äitiysneuvolan tehtävänä on turvata äidin, sikiön ja vastasyntyneen lapsen terveyttä, olettamuksena oli, että raskauteen, synnytykseen ja vastasyntyneen terveyteen liittyvissä syntymärekisterin osoittimissa ei ole eroja eri neuvolamalleja käyttäneiden äitien välillä.
2. Koska neuvolapalvelut tulee järjestää yhdenvertaisesti kaikille perheille, olettamuksena oli, että neuvolapalvelujen saatavuus ja käyttö on samanlaista molemmissa neuvolamalleissa.
3. Koska hoidon tarjoajan ja potilaan välinen hoidon jatkuvuus on hyödyllistä potilaalle, olettamuksena oli, että yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan mahdollistama pitkäkestoinen yhteistyösuhde saman terveydenhoitajan kanssa on hyödyllistä vanhemmille, esimerkiksi parantaen heidän neuvolapalvelukokemuksiaan.

4. AINEISTOT JA MENETELMÄT

4.1. Tutkimusasetelma

Tutkimus oli kvantitatiivinen, vertaileva poikkileikkaustutkimus, joka toteutettiin osana Turun lapsi- ja nuorisotutkimuskeskuksen monitieteistä Hyvän kasvun avaimet -seurantatutkimusta (Lagström ym., 2013).

Tässä tutkimuksessa neuvolapalveluja tutkittiin asiakkaan näkökulmasta. Tutkimuksessa tarkasteltiin vanhempien neuvolapalveluihin liittyviä kokemuksia ja toiveita sekä itsearvioitua vanhemmuuden kyvykkyyttä. Lisäksi tutkittiin raskauden seurantaan, synnytykseen ja vastasyntyneen terveyteen liittyviä, objektiivisia syntymärekisterin osoittimia. Näiden lopputulosmuuttujien vertailu tehtiin kahden neuvolamallin – äitiysneuvolan ja lastenneuvolan sekä yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan – asiakkaiden välillä.

Tutkimus koostui neljästä osatutkimuksesta, joiden tulokset on raportoitu osajulkaisuissa I–IV. Tutkimusasetelma on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Tutkimusasetelma

Tutkimuksen tavoite	Kahden neuvolamallin – äitiysneuvolan ja lastenneuvolan sekä yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan – palvelujen kuvaaminen ja vertaaminen asiakkaan näkökulmasta.			
Osa-	I	II	III, aikaisemmin julkaisematon	IV
tutkimukset ja tutkimusteemat	Äitiyshuollon palvelujen käyttö, raskauden ja synnytyksen seuranta ja kulku, vastasyntyneen terveys.	Vanhempien äitiysneuvolapalvelukokemukset	Neuvolapalvelujen saatavuus ja käyttö, vanhempien neuvolapalvelukokemukset ja -toiveet.	Vanhemmuuden kyvykkyys, masennus ja yksinäisyys.
Tutkimuskysymykset	Onko neuvolamalli yhteydessä a) äitiyshuollon palvelujen käyttöön, c) raskauden ja synnytyksen seurantaan ja kulkuun, d) vastasyntyneen terveyteen?	Millaisia ovat vanhempien kokemukset äitiysneuvolapalvelun sisällöstä ja määrästä? Onko neuvolamalli yhteydessä vanhempien äitiysneuvolapalvelukokemuksiin?	Millaisia ovat vanhempien neuvolapalvelukokemukset ja -toiveet? Onko yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan tarjoama hoidon jatkuvuus (2) yhteydessä a) koettuun vanhemmuuden kyvykkyyteen, yksinäisyyteen ja masennusoireisiin, b) yksinäisten ja masentuneiden vanhempien vanhemmuuden kyvykkyyteen?	Onko yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan tarjoama hoidon jatkuvuus (2) yhteydessä a) koettuun vanhemmuuden kyvykkyyteen, yksinäisyyteen ja masennusoireisiin, b) yksinäisten ja masentuneiden vanhempien vanhemmuuden kyvykkyyteen?
Tutkittavat	VSSH:ssa 1.1.2009–31.12.2009 synnyttäneet naiset (n = 2741), joiden neuvolamalli oli tiedossa.	Äidit (n = 995) ja isät (n = 789), jotka osallistuivat HKA-seurantatutkimukseen, joiden neuvolamalli oli tiedossa, ja ensimmäinen äitiysneuvolakäynti tapahtui 1.1.2008–31.5.2009.	Äidit (n = 987) ja isät (n = 829), jotka osallistuivat HKA-seurantatutkimukseen 18 kk:n mittauspisteessä.	Äidit (n = 987) ja isät (n = 829), jotka osallistuivat HKA-seurantatutkimukseen 18 kk:n mittauspisteessä.

Aineisto	Syntymärekisteri (THL). (1)	HKA-seurantatutkimus. (1) Mittauspiste 4 kk synnytyksen jälkeen.	HKA-seurantatutkimus. Mittauspiste 18 kk synnytyksen jälkeen.	HKA-seurantatutkimus. Mittauspiste 18 kk synnytyksen jälkeen.
Menetelmä ja analyysi	Rekisteritutkimus. Kuvaileva ja vertaileva tilastollinen analyysi.	Strukturoitu postikysely. Kuvaileva ja vertaileva tilastollinen analyysi.	Strukturoitu postikysely. Kuvaileva ja vertaileva tilastollinen analyysi.	Strukturoitu postikysely. Kuvaileva ja vertaileva tilastollinen analyysi.
Mittarit	Äitiyshuollon palvelujen käyttöä, raskauden ja synnytyksen seurantaa ja kulkua sekä vastasynty- neen terveyttä kuvaavat syntymärekisterin osoittimet.	Vanhempien neuvolapalvelukokemukset (Viljamaa 2003, muokattu).	Vanhempien neuvolapalvelukokemukset ja - toiveet, neuvolapalvelujen saatavuus ja käyttö (Viljamaa 2003, muokattu).	Itsearvioitu vanhemmuuden kyvykkyyden Self-Efficacy for Parenting Tasks Index (Coleman & Karraker, 2003), masennus BDI-II (Beek ym., 1996) ja yksinäisyys UCLA Loneliness Scale (Russell, Peplau & Cutrona, 1980).

HKA = Turun lapsi- ja nuorisotutkimuskeskuksen Hyvän kasvun avaimet -seurantatutkimus

THL = Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

VSSH = Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

¹ Lisäksi käytettiin VSSH:n neuvoloiden esimiehiltä kerättyä tietoa äitiysneuvolapalvelun organisoitavasta.

² Perheellä on sama terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa

4.2. Hyvän kasvun avaimet -seurantatutkimus

Turun lapsi- ja nuorisotutkimuskeskus on Turun yliopiston, Turun kauppakorkeakoulun, Åbo Akademin, Turun ammattikorkeakoulun, Humanistisen ammattikorkeakoulun, Diakonia-ammattikorkeakoulun ja Yrkes högskolan Novian yhteinen tutkimuskeskus, joka aloitti toimintansa 1.1.2007. Taustaorganisaatioihin kuuluvat myös Turun kaupunki ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Tutkimuskeskuksen tehtävänä on lapsiin ja nuoriin kohdistuvan tutkimuksen ja monitieteisten lähestymistapojen edistäminen jäsenkorkeakouluissa.

Hyvän kasvun avaimet (HKA) -seurantatutkimus on Turun lapsi- ja nuorisotutkimuskeskuksen päätutkimushanke. HKA-seurantatutkimus perustuu kohorttiin, joka kattaa kaikki Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä (VSSHP) 1.1.2008–31.3.2010 synnyttäneet äidit (kansalaisuus suomi, N = 9811) ja heidän lapsensa (N = 9936). Tästä kohortista mukaan seurantaan lähti 1797 naista ja heidän puolisonsa (n = 1658). Tutkittavien rekrytointi tapahtui VSSHP:n äitiysneuvoloissa raskauden ensimmäisellä kolmanneksella ja synnytyssairaaloiissa synnytyksen jälkeen 1.9.2007–31.3.2010. HKA-seurantatutkimuksen kattavuus on 18.3 % kohortista (N = 9811). Seuranta-tutkimusperheisiin syntyi lapsia 1827, joista on kaksosia 30. Perheitä seurataan raskauden ajasta aina lapsen aikuistumiseen saakka. Tieto kerätään posti- ja verkkokyselyjen sekä lapsen seurantakirjasten avulla. Lisäksi kerätään biologisia näytteitä ja toteutetaan vuosittain koko perheen tutkimuskäynnit. (Lagström ym., 2013.)

Tutkimuskeskuksen käytössä on VSSHP:n äitiysneuvolatiedot (N = 10422) sekä ikäluokan syntymärekisteritiedot koko maasta (N = 181962; THL-tunniste) ja VSSHP:n alueelta (N = 11070; henkilötunniste) 1.1.2008–31.3.2010. Aineistot säilytetään Turun lapsi- ja nuorisotutkimuskeskuksen lukituilla tietokoneilla.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja VSSHP:n eettinen toimikunta ovat myöntäneet HKA-seurantatutkimukselle tutkimusluvan 27.2.2007. Tutkimukseen osallistuvat vanhemmat ovat antaneet kirjallisen suostumuksen, ja heille on kerrottu mahdollisuudesta keskeyttää osallistuminen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. HKA-seurantatutkimuksen tutkimusasetelma ja aineistonkeruu on kuvattu yksityiskohtaisesti Lagströmin ym. (2013) artikkelissa. Tämän väitöskirjatutkimuksen tekijä ei ole osallistunut HKA-seurantatutkimuksen suunnitteluun, toteutukseen ja aineiston keruuseen ennen vuotta 2014.

4.3. Tutkittavat ja aineistot

Tutkimus perustui Turun lapsi- ja nuorisotutkimuskeskuksen HKA-seurantatutkimuksessa kerättyyn kyselyaineistoon (Lagström ym., 2013), Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen syntymärekisteriaineistoon (THL, 2016a) sekä VSSHP:n terveystieteiden keskuksista kerättyyn tietoon neuvolapalvelun organisointitavasta.

Kaikissa osatutkimuksissa hyödynnettiin HKA-seurantatutkimuksessa alkuraskauden aikana kerättyjä vanhempien perustietoja, tutkimusperheiden sosioekonomista tilannetta kuvaavia tietoja sekä syntymärekisteristä saatavia naisten perustietoja.

Osatutkimus I perustui THL:n syntymärekisteristä poimituihin VSSHP:n alueella 1.1.2009–31.12.2009 synnyttäneiden naisten (n = 2741) äitiyshuollon palvelujen käyttöön, raskauden ja synnytyksen seurantaan ja kulkuun sekä vastasyntyneen lapsen terveyteen liittyviin tietoihin. Tutkimukseen valikoitumisen ehtona oli, että naisen käyttämän äitiysneuvolapalvelun organisointitapa oli tiedossa. Tutkittavien naisten asiointi äitiysneuvolassa oli tapahtunut vuosien 2008 ja 2009 aikana. Aineisto kattaa 61 % kaikista samaan aikaan VSSHP:ssä synnyttäneistä naisista (n = 4480).

Osatutkimuksessa II käytettiin vanhemmilta HKA-seurantatutkimuksessa 4 kuukautta lapsen syntymän jälkeen postikyselyllä kerättyä aineistoa. Vanhempien kokemukset äitiysneuvolapalvelun sisällöstä ja määrästä kerättiin aikaisemmassa neuvolatutkimuksessa validoidulla mittarilla (Viljamaa, 2003), jota käytettiin tässä tutkimuksessa muokattuna (Ahonen, 2012). Aineisto rajattiin koskemaan naisia (n = 995) ja heidän puolisojaan (n = 789), joiden ensimmäinen äitiysneuvolakäynti toteutui 1.1.2008–31.5.2009 ja joiden äitiysneuvolapalvelun organisointitapa, eli neuvolamalli, oli tiedossa. Tutkimukseen osallistuneet vanhemmat olivat käyttäneet äitiysneuvolan palveluja vuosien 2008 ja 2009 aikana. Aineiston kattavuus oli naisten osalta 16 % kaikista VSSHP:n synnyttäjästä, joiden ensimmäinen äitiysneuvolakäynti toteutui 1.1.2008–31.5.2009.

Osatutkimuksessa III käytettiin äideiltä (n = 987) ja isiltä (n = 829) HKA-seurantatutkimuksessa 18 kuukautta lapsen syntymän jälkeen postikyselyllä kerättyä aineistoa. Vanhempien äitiys- ja lastenneuvolapalveluihin liittyvät kokemukset ja toiveet kerättiin aikaisemmassa neuvolatutkimuksessa validoidulla mittarilla (Viljamaa 2003), jota käytettiin tässä tutkimuksessa muokattuna (Ahonen, 2012).

Osatutkimuksessa IV käytettiin äideiltä (n = 987) ja isiltä (n = 829) HKA-seurantatutkimuksessa 18 kuukautta lapsen syntymän jälkeen postikyselyllä kerättyä aineistoa. Vanhemmat arvioivat vanhemmuuden kyvykkyytensä (Coleman & Karraker, 2003; Junttila, Aromaa, Rautava, Piha & Räihä, 2015) sekä yksinäisyyden (Russell,

Peplau & Cutrona, 1980; Junttila ym., 2013) ja masennuksen (Beck ym., 1996) tunteensa standardoiduilla mittareilla.

Osatutkimuksen III ja IV aineisto kattaa kaikki HKA-seurantatutkimuksen 18 kk:n mittauspisteessä mukana olleet perheet, joiden lapsi syntyi VSSHP:ssa 1.1.2008–31.3.2010. Vanhemmat vastasivat 18 kk:n mittauspisteen kyselyyn vuosina 2009–2011. Aineiston kattavuus äitien osalta on 10 % kaikista samaan aikaan VSSHP:ssä synnyttäneistä naisista (n = 9811).

Osatutkimuksissa I ja II tarvittiin tieto äitiysneuvolapalvelun organisointitavasta. Se kerättiin väitöskirjatutkimuksen tekijän toimesta VSSHP:n terveyskeskusten neuvolatyöstä vastaavilta esimiehiltä kesällä 2010. Aineiston keruu suoritettiin puhelinhaastatteluna ja sähköpostikyselynä. Vastajia pyydettiin selvittämään, miten äitiysneuvolapalvelut oli organisoitu terveyskeskuksessa vuosina 2008–2009. Tieto saatiin kaikista terveyskeskuksista, yhteensä 28 kunnan osalta. Kunnat jaettiin kahteen ryhmään sen perusteella, oliko äitiys- ja lastenneuvolapalvelut järjestetty erikseen vai yhdistettynä toisiinsa. Määräävänä tekijänä oli äitiysneuvolan ja lastenneuvolan yhdistyminen. Jos äitiysneuvolapalveluun oli yhdistetty esimerkiksi ehkäisyneuvola tai kouluterveydenhuolto, palvelu luokiteltiin äitiysneivolaksi. Kunnat (n = 9), joissa oli sekä erillisiä äitiysneuvoloita että yhdistettyjä äitiys- ja lastenneuvoloita eikä käytettävissä ollut asiakaskohtaisia tietoja neuvoloittain, tai joiden tiedot äitiysneuvolapalvelun organisoinnista eivät olleet luokiteltavissa luotettavasti tutkimuksen edellyttämällä tavalla, jätettiin pois tutkimuksesta. Tieto äitiysneuvolapalvelun organisointitavasta yhdistettiin HKA-seurantatutkimuksen aineistoon äidin kotikuntatiedon perusteella. Osatutkimuksissa I ja II tutkittujen äitien kotikunnat olivat Aura, Koski TL, Kustavi, Loimaa, Länsi-Turunmaa, Marttila, Masku, Mynämäki, Nousiainen, Oripää, Paimio, Punkalaidun, Sauvo, Somero, Taivassalo, Tarvasjoki, Turku, Uusikaupunki ja Vehmaa.

4.4. Mittarit

Tässä väitöskirjatutkimuksessa raportoidaan osa HKA-seurantatutkimuksen 4 kk:n ja 18 kk:n mittauspisteissä vanhemmilta kyselylomakkeilla kerätyistä tiedoista. Aineiston keruussa on käytetty seuraavia mittareita:

- Viljamaan (2003) muokattu (Ahonen, 2012) neuvolapalvelumittaristo
- Self-Efficacy for Parenting Tasks Index (Coleman & Karraker 2003) -mittarin käännetty ja suomalaisella aineistolla validoitu versio (Junttila ym., 2015)
- UCLA Loneliness Scale -mittarin (Russell ym., 1980) käännetty ja suomalaisella aineistolla validoitu versio (Junttila ym., 2013)
- Beck's Depression Inventory (BDI-II) (Beck ym., 1996)

Lisäksi raportoidaan syntymärekisterin (THL, 2016a) tietoja äitiyshuollon palvelujen käytöstä, raskauden ja synnytyksen seurannasta ja kulusta sekä vastasyntyneen lapsen terveydestä.

4.4.1. Äitiyshuollon palvelujen käyttö, raskaus, synnytys ja vastasyntyneen terveys (I)

Äitiyshuollon palveluiden käyttöä, raskauden ja synnytyksen seuranta ja kulkua mitattiin 22 tulosmuuttujalla ja vastasyntyneen terveyttä 8 tulosmuuttujalla (taulukko 2), jotka saatiin syntymärekisteristä tai muodostettiin syntymärekisterin tietojen perusteella (THL, 2016a). Selittävänä muuttujana oli neuvolamalli.

Taulukko 2. Tutkimuksen (I) tulosmuuttujina käytetyt syntymärekisterin tiedot

TULOSMUUTTUJAT

Äitiyshuollon palvelujen käyttö	Raskaus ja synnytys	Vastasyntynyt
Ensimmäinen seurantakäynti (rvk)	Raskauden kesto (rvk)	Syntymäpaino (g)
Käynnit sairaalan äitiyspoliklinikalla	Pre-eklampsia*	Syntymäpituus (cm)
Käynnit äitiysneuvolassa	Diabetes**	Apgarin pisteet < 7 (5 min)
Kaikki seurantakäynnit raskauden aikana	Synnytyksen kesto (h)	Keskonen
Myöhäinen ensikäynti (> 15 rvk)	Synnytystapa	synnytys ennen 32 rvk
Äitiyshuollon palvelujen vähäinen käyttö (1–5 käyntiä)	Alatie	synnytys ennen 37 rvk
Äitiyshuollon palvelujen runsas käyttö (< 17 käyntiä)	Perätila	Pienikokoisena syntynyt (SGA)
Seerumiseulonta	Imukuppi tai pihdit	Asfyksia
Kaikututkimus	Sektio	Hoito teho- tai valvontaosastolla
Sokerirasitustesti	Synnytyksen käynnistys	
Sairaalahoito raskauden aikana	Kivunlievitys synnytyksessä	
	Epiduraali	
	Ei lääkkeitä	
	kivunlievitystä	
	Fysiologinen synnytys***	
	Episiotomia	
	Äidin hoitopäivät sairaalassa	

* Raskauteen ja synnytykseen liittyvä verenpaineen nousu, valkuaisvirtsaus ja turvotus

** Patologinen sokerirasitustesti raskauden aikana

*** Alatiesynnytys ilman lääkkeitä kivunlievitystä ja lääketieteellisiä toimenpiteitä

(= synnytyksen käynnistys, kalvojen puhkaisu, oksitosiini, prostaglandiini, amnioninfuusio, episiotomia, istukan käsiniirrotus, kohdun kaavinta, välilihan 3.–4. asteen repeämän, äidin siirto toisesta sairaalasta, sikiöveren pH-määrittäminen, verensiirto äidille synnytyksen yhteydessä)

Syntymärekisteri on THL:n ylläpitämä virallinen tilasto, johon kerätään tiedot kaikista elävänä syntyneistä lapsista ja niistä kuolleena syntyneistä, joiden raskauden kesto on vähintään 22+0 viikkoa tai joiden syntymäpaino on vähintään 500 g. Sairaalat lähettävät syntyneiden lasten tiedot syntymärekisteriin paperi- tai verkkolomakkeella. Kotisynnytyksissä lomakkeen täyttämistä vastaa synnytyksessä avustanut kätilö tai lääkäri. Rekisteri sisältää vuodesta 2005 lähtien myös yksityiskohtaisempaa tietoa pienistä keskosista, joiden syntymäpaino on alle 1500 grammaa tai jotka syntyivät ennen raskausviikkoa 32+0. Syntymärekisteriä täydennetään Väestörekisterikeskuksen elävänä syntyneiden lasten tiedoilla sekä Tilastokeskuksen kuolleena syntyneiden ja ensimmäisen viikon aikana kuolleiden lasten tiedoilla. (THL 2016a.) Syntymärekisterin kattavuus ja laatu on arvioitu erinomaiseksi (Gissler ym., 1995).

4.4.2. Vanhempien neuvolapalvelukokemukset ja -toiveet (II, III, aikaisemmin julkaisematon)

HKA-seurantatutkimuksen 4 kk:n ja 18 kk:n mittauspisteiden kyselylomakkeen neuvolapalveluja mittaavat osiot perustuvat Viljamaan (2003) neuvolapalveluiden käyttöä sekä neuvolan palveluihin ja tukeen liittyvää asiakkaiden tyytyväisyyttä, odotuksia ja toiveita kartoittavaan mittariin. Mittarissa painottuu vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Sitä on käytetty muokattuna myös Perälän ym. (2011) valtakunnallisessa selvityksessä, jossa raportoitiin vanhempien kokemuksia kunnallisista perhepalveluista.

Viljamaan (2003) alkuperäisestä mittarista valittiin HKA-seurantatutkimuksen 4 kk:n ja 18 kk:n kyselylomakkeisiin yhteensä 95 muuttujaa. Lisäksi muokattuna kyselylomakkeisiin sisällytettiin 14 muuttujaa. Muuttujat valittiin ja muokattiin Turun ammattikorkeakoulun Neuvolatyö 2010-luvulle (Kymppi) -hankkeen asiantuntijoiden toimesta keväällä 2007 (kyselylomake 4 kk:n mittauspisteessä) ja keväällä 2009; kyselylomake 18 kk:n mittauspisteessä (Ahonen, 2012). Näistä muuttujista 71 on raportoitu tässä väitöskirjatutkimuksessa.

Vanhempien äitiysneuvolapalvelukokemuksia tutkittiin 4 kuukautta synnytyksen jälkeen neuvolapalvelun sisältöön ja määrään liittyviä kysymyksiä (n = 41) sisältävällä mittarilla, jonka yhdeksän osiota olivat terveyttä edistävä tieto, ryhmätoiminta, erityisasiantuntijoiden palvelut, tuki terveysongelmissa, ryhmätoiminta vanhemmille, tuki vanhemmuuteen, kotikäynnit, mahdollisuus vaikuttaa neuvolan asiakkaana ja lisäpalvelut. Mittarin osioiden perusteella muodostettiin summamuuttujat, joiden Cronbachin alfa-kertoimet vaihtelivat äideillä välillä 0.965–0.539 ja isillä 0.980–0.746. Koko mittarin Cronbachin alfa-kerroin oli äideillä 0.935 ja isillä 0.965. (Taulukko 3.) Vanhempia pyydettiin arvioimaan kokemuksensa äitiysneuvolapalvelun sisällöstä 5-portaisella Likert-asteikolla 1 (erittäin huono) – 5 (erittäin hyvä), ja saamastaan

äitiysneuvolapalvelun määrästä asteikolla 1 (ei lainkaan tai hyvin vähän) – 5 (erittäin paljon). Selittävänä muuttujana oli neuvolamalli.

Taulukko 3. Vanhempien äitiysneuvolapalvelukokemuksia 4 kuukautta synnytyksen jälkeen tarkastelevan mittarin osiot, niihin perustuvat summamuuttujat ja reliabiliteetit (Cronbachin alfa)

Mittarin osio/summamuuttuja	Sisältyvät muuttujat	Äidit	Isät
	n	α	α
NEUVOLAPALVELUN SISÄLTÖ			
Terveyttä edistävä tieto	4	0.897	0.951
Ryhmätoiminta	12	0.952	0.962
Erityisasiantuntijoiden palvelut*	2	0.793	0.810
Tuki terveysongelmissa	4	0.965	0.980
NEUVOLAPALVELUN MÄÄRÄ			
Ryhmätoiminta vanhemmille	5	0.878	0.929
Tuki vanhemmuuteen	5	0.810	0.906
Kotikäynnit	3	0.539	0.746
Mahdollisuus vaikuttaa neuvolan asiakkaana	3	0.752	0.914
Lisäpalvelut**	3	0.561	0.828

* Esim. psykologin tai fysioterapeutin palvelut

** Ryhmäneuvola, nettineuvonta, avoin vastaanotto ilman ajanvarausta

Neuvolapalvelun saatavuutta, käyttöä, vanhempien neuvolapalvelukokemuksia ja neuvolapalveluun liittyviä tulevaisuuden toiveita tutkittiin 18 kuukautta synnytyksen jälkeen mittarilla, joka koostui kolmesta osiosta. Mittari sisälsi yhteensä 30 kysymystä. Neuvolapalvelujen saatavuutta ja käyttöä selvitettiin monivalintakysymyksillä. Neuvolapalvelukokemusten tutkimiseksi vanhempia pyydettiin valitsemaan sopivin vastausvaihtoehto 5-portaisella asteikolla 1 (erittäin huono) – 5 (erittäin hyvä) sen mukaan, miten huonoksi tai hyväksi hän arvioi kyselylomakkeessa esitetyt neuvolapalveluun liittyvät asiat omassa neuvolassaan. Tulevaisuuden neuvolapalveluun liittyvien toiveiden selvittämiseksi vanhempia pyydettiin valitsemaan sopivin vastausvaihtoehto 3-portaisella asteikolla 1 (kyllä, mielellään) – 3 (ei ole tarpeen) sen perusteella, miten tarpeelliseksi tai tarpeettomaksi hän arvioi kyselylomakkeessa esitetyt neuvolapalvelun kehittämisehdot. Neuvolapalvelukokemuksia mittaavan osion (5-portaiset muuttujat) Cronbachin alfa-kerroin oli äideillä 0.879 ja isillä 0.897. Selittävänä muuttujana oli neuvolassa koettu hoidon jatkuvuus, joka selvitettiin kysymyksellä: ”Onko sinulla ollut sama terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa?”.

Tutkimuksessa haluttiin tarkastella erityisesti laadullisesti ja määrällisesti hyvää neuvolapalvelua kokeneita vanhempia (II, III). Siksi Likert-asteikolliset 5-portaiset ja 3-portaiset muuttujat luokiteltiin kaksiluokkaisiksi. Osatutkimuksessa II kokemukset neuvolapalvelun sisällöstä luokiteltiin arvoiksi ”hyvä” (hyvä + erittäin hyvä) ja ”huono tai neutraali” (erittäin huono + huono + ei huono eikä hyvä). Kokemukset neuvolapalvelun määrästä luokiteltiin arvoiksi ”paljon” (paljon + erittäin paljon) ja ”vähän” (ei lainkaan tai hyvin vähän + vähän + ei vähän eikä paljon). Arvot ”hyvä” ja ”paljon” asetettiin kuvaamaan vanhempien tyytyväisyyttä saamaansa neuvolapalveluun. Osatutkimuksessa III kokemukset neuvolapalvelusta luokiteltiin arvoiksi ”hyvä” (hyvä + erittäin hyvä) ja ”huono tai neutraali” (erittäin huono + melko huono + en osaa sanoa). Arvo ”hyvä” asetettiin kuvaamaan vanhempien tyytyväisyyttä saamaansa neuvolapalveluun.

Vanhempien toiveet tulevaisuuden neuvolapalvelusta (aikaisemmin julkaisematon) luokiteltiin arvoiksi ”tarpeellinen” (kyllä, mielellään) ja ”tarpeeton” (en osaa sanoa + ei ole tarpeen).

4.4.3. Vanhemmuuden kyvykkyys, yksinäisyys ja masennusoireet (IV)

Vanhemmuuden kyvykkyydellä (parenting self-efficacy) tarkoitetaan äidin tai isän käsitystä omista kyvyistään ja valmiuksistaan suoriutua erilaisista vanhemmuuteen liittyvistä tehtävistä (Coleman & Karraker, 2000; de Montigny & Lacharite, 2005). Vanhemmuuden kyvykkyys on yhteydessä siihen, miten vanhempi toimii lapsen kanssa ja millaiseksi vanhemman ja lapsen välinen suhde kehittyy (Cutrona & Troutman, 1986; Coleman & Karraker, 2000).

Tässä tutkimuksessa äitien ja isien kokeman vanhemmuuden kyvykkyiden mittaamiseksi käytettiin the Parenting Tasks Index -mittarin (Coleman & Karraker, 2003) käännettyä ja suomalaisella aineistolla validoitua versiota (Junttila ym., 2015), jonka viisi faktoria olivat: läsnäolo (Presence), emotionaalinen tuki (Emotional support), rutiinit (Routines), leikki (Playing) ja opettaminen (Teaching). Jokainen faktori koostui neljästä Likert-asteikollisesta väittämästä, joiden vastausvaihtoehdot vaihtelivat välillä 1 (täysin eri mieltä) ja 5 (täysin samaa mieltä). Mitä suurempi on vastaajan pistemäärä, sen vahvemmaksi hän kokee vanhemmuuden kyvykkyytensä. Faktorien summapistheet vaihtelivat 4–20.

Vanhemmat arvioivat kokemiansa masennusoireita Beck’s Depression Inventory II (BDI-II) -depressioasteikolla (Beck ym., 1996). BDI-II on laajasti käytetty mittari depression seulontaan, vaikeusasteen arviointiin ja hoidon seurantaan. Sen on todettu erottavan diagnosoidut masennuspotilaat luotettavasti terveistä verrokeista sekä lievää, keskivaikeaa ja vaikeaa masennusta sairastavat toisistaan (Beck ym., 1996). Tutkimuksessa käytetty mittarin suomalainen versio sisältää 21 kysymystä, pisteytettynä

0–3. Mitä suurempi on vastaajan pistemäärä, sitä enemmän hän kokee masennuksen oireita. Kysymysten summapistheet vaihtelivat välillä 0 ja 63. Yli 13 pistettä saaneet vanhemmat määriteltiin merkittävästi masennuksen oireita kokeneiksi (Lasa, Ayuso-Mateos, Va'zquez-Barquero, Díez-Manriquea & Dowrick, 2000).

Vanhempien kokemaa yksinäisyyttä tutkittiin UCLA Loneliness Scale -mittarin (Russell ym., 1980) käännetyllä ja suomalaisella aineistolla validoidulla versiolla (Junttila ym., 2013). Mittari perustuu Weissin (1973) teoriaan yksinäisyyden sosiaalisesta ja emotionaalista ulottuvuudesta. Sekä sosiaalisen että emotionaalisen yksinäisyyden faktorit sisältävät kuusi väittämää, joilla yksinäisyyden tunteiden toistuvuutta ja määrää arvioidaan asteikolla 1 (ei koskaan) – 4 (usein). Faktoreiden pistemäärät vaihtelivat 6–24 siten, että suurempi pistemäärä kuvastaa voimakkaampaa yksinäisyyttä.

Selittävänä muuttujana oli neuvolassa koettu hoidon jatkuvuus, joka selvitettiin kysymyksellä: ”Onko sinulla ollut sama terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa?”.

4.5. Tilastolliset menetelmät

Tutkimuksen selittävänä tekijänä oli neuvolamalli. Tilastollisia analyysejä varten aineistot luokiteltiin kahteen ryhmään: 1) erillistä äitiysneuvola käyttäneet vanhemmat ja 2) yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvola käyttäneet vanhemmat. Vertailu suoritettiin näiden ryhmien välillä, ja tilastolliset testaukset tehtiin erikseen äideille ja isille. Tilastollisesti merkitsevänä pidettiin p-arvoa, joka oli pienempi kuin 0.05. Aineistoja kuvattiin laskemalla tarkasteltavien muuttujien asteikosta riippuen frekvenssit, prosenttijakaumat, mediaanit, keskiarvot, keskihajonnat sekä minimi- ja maksimiarvot.

Osatutkimuksessa I neuvolamallien ja syntymärekisteritulomuuttujien välistä yhteyttä tutkittiin kaksisuuntaisen Studentin T-testin ja varianssianalyysin (vakioitu malli, taustamuuttuja kovariaattina) avulla jatkuvien muuttujien osalta ja Pearsonin χ^2 -merkitsevyydestin, Fisherin tarkkan testin sekä logistisen regressioanalyysin (vakioitu malli, taustamuuttuja kovariaattina) avulla kategoristen muuttujien osalta. Tulokset ilmoitettiin käyttämällä regressiokertoimia ja niiden 95 %:n luottamusvälejä.

Osatutkimuksessa II neuvolapalvelukokemuksia mittaavista muuttujista muodostettiin summamuuttujat, jotka perustuivat kyselylomakkeen teemoihin. Summamuuttujien sisäistä johdonmukaisuutta arvioitiin Cronbachin alfa-kertoimella.

Osatutkimuksissa II ja III neuvolapalvelukokemuksia ja -toiveita mittaavien dikotomisiksi luokiteltujen muuttujien analysointiin ja neuvolamallien välisten erojen tilastolliseen testaukseen käytettiin ristiintaulukointia, Pearsonin χ^2 -merkitsevyydestiä ja Fisherin tarkkaa testiä. Jatkuvien muuttujien osalta neuvolamallien välisten erojen

tilastollisessa testauksessa käytettiin kaksisuuntaista Studentin T-testiä tai Mann-Whitneyn U-testiä. Vastemuuttujissa havaittujen neuvolamallien välisten tilastollisesti merkitsevien erojen ja taustamuuttujien välisen yhteyden tutkimiseen käytettiin binaarista logistista regressioanalyysiä. Tulokset ilmoitettiin käyttämällä OR (odds ratio) -lukuja ja niiden 95 %:n luottamusvälejä. Puuttuvien arvojen määrä palautetuissa lomakkeissa oli vähäinen, alle 5 % muuttujien arvoista, eikä puuttuvia arvoja siksi imputoitu.

Osatutkimuksessa IV neuvolamallin yhteyttä vanhempien itsearvioimaan vanhemmuuden kyvykkyyteen, masennusoireisiin ja yksinäisyyteen tutkittiin ensin lineaarisella regressiomallilla. Seuraavassa vaiheessa testattiin rakenneyhtälömallilla, olivatko havaitut yhteydet erilaisia niillä vanhemmilla, joilla oli sama terveydenhoitaja äitiys- ja lastenneuvolassa ja niillä vanhemmilla, joilla oli eri terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa. Mallit sovitettiin kovarianssimatriisiin suurimman uskottavuuden menetelmällä (Muthen & Muthen, 2013). Mallien sopivuus arvioitiin laskemalla niiden $\chi^2(df)$, the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), the Comparative Fit Index (CFI), the Tucker-Lewis Index (TLI) and the Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) arvot. Mallien invarianttisuuden arvioinnissa käytettiin χ^2 - sekä CFI-erojen merkitsevyyden arviointia (Cheung & Rensvold, 2002). Kaikissa malleissa kontrolloitiin äidin ja isän iän, ammatillisen koulutuksen, asuinalueen ja asumismuodon vaikutus selitettäviin muuttujiin. Analyyseissä muuttujia käsiteltiin jatkuvina. Luokittelevaa muuttujaa lukuun ottamatta puuttuvat arvot käsiteltiin EM (expectation maximization) -menetelmällä (McKnight, McKnight, Sidani & Figueredo, 2007).

Tilastolliset analyysit tehtiin SAS- (versio 9.3, 9.4), SPSS- (versio 18.0 osatutkimukset II ja III, versio 20.0 osatutkimukset I ja IV) ja Mplus 7 (IV) -tilasto-ohjelmilla.

5. TULOKSET

5.1. Taustatiedot

Tutkimuksessa käytettiin soveltuvin osin HKA-seurantatutkimuksessa äitien alkuraskaudessa raportoimia taustatietoja äidin, isän ja perheen osalta (taulukko 4). Tutkimukseen osallistuneiden ja ei-osallistuneiden äitien syntymäkisteriin perustuvat taustatiedot ja vertailu on esitetty taulukossa 5.

Taulukko 4. Tutkimukseen (II–IV) osallistuneiden vanhempien taustatiedot. Hyvän kasvun avaimet -seurantatutkimuksessa kerätty tieto.

	Osallistujat (II) ¹		Osallistujat (III, IV) ²	
	Äiti N = 995 n (%)	Isä N = 789 n (%)	Äiti N = 987 n (%)	Isä N = 829 n (%)
Neurolamalli / hoidon jatkuvuus ³				
Äitiysneuvola ja lastenneuvola / ei hoidon jatkuvuutta	740 (76.4)		796 (83.0)	
Yhdistetty äitiys- ja lastenneuvola / hoidon jatkuvuus	228 (23.6) ⁴		163 (17.0) ⁵	
Ammatillinen koulutus ^{*6}				
Korkea	579 (59.2)	423 (44.6)	391 (54.4)	277 (37.1)
Matala	399 (40.8)	526 (55.4)	328 (45.6)	470 (62.9)
Fyysinen pitkäaikaissairaus ^{*7}	464 (48.0)	367 (39.0)	471 (49.3)	307 (38.6)
Psyykinen pitkäaikaissairaus [*]	35 (3.6)	17 (1.8)	32 (3.2)	12 (1.2)
Asuinpaikka				
Kaupunki	555 (56.6)		567 (58.7)	
Maaseutu	426 (43.4)		399 (41.3)	
Vanhempien asumismuoto				
Yhdessä	931 (95.4)		953 (96.6)	
Erikseen	45 (4.6)		34 (3.4)	
Perheen tulot / kk				
< 3000€	524 (53.2)		513 (53.1)	
≥ 3000€	459 (46.8)		453 (46.9)	

* Isiä koskevat tiedot ovat äitien raportoimia.

¹ Vanhemmat, jotka osallistuivat HKA-seurantatutkimukseen 4 kk:n mittauspisteessä ja joiden neurolamalli oli tiedossa. Äidin ensimmäinen äitiysneuvolakäynti toteutui 1.1.2008–31.5.2009 VSSHP:ssä.

² Vanhemmat, jotka osallistuivat HKA-seurantatutkimukseen 18 kk:n mittauspisteessä, ja äiti synnytti VSSHP:ssä 1.1.2008–31.3.2010.

³ Tieto hoidon jatkuvuudesta oli käytettävissä 97.2 %:n osalta (n = 959) tutkittuja (III ja IV).

⁴ Asuinpaikka: kaupunki n = 76, 33.6 %, maaseutu/taajama n = 150, 66.4 %.

⁵ Asuinpaikka: kaupunki n = 56, 36.4 %, maaseutu/taajama n = 98, 63.6 %.

⁶ Korkea koulutus = yliopisto, ammattikorkeakoulu; matala koulutus = opistoaste, muut koulutusasteet, ei peruskoulun jälkeistä koulutusta.

⁷ Sisältää allergiaa sairastavat.

Taulukko 5. Tutkimukseen (I–IV) osallistuneiden äitien syntymärekisteritietoihin perustuvat taustatiedot ja katoanalyysi

	Tutkitut¹	Kato- ryhmä²	Tutkitut³	Kato- ryhmä⁴	Tutkitut⁵	Kato- ryhmä⁶	
	(I) n (%)	n (%)	(II) n (%)	n (%)	(III, IV) n (%)	n (%)	p-arvo
Äiti (N)	2741	1739	995	5286	987	8824	
Ikä, (vuosia)	30.4 (4.988)	30.2 (5.182)	30.8 (4.503)	30.0 (5.199)	31.2 (4.401)	30.1 (5.204)	< 0.001
KA (KH) ⁷	min. 16.5– maks. 49.6	min. 16.7– maks. 47.6	min. 17.1– maks. 44.0	min. 14.9– maks. 49.5	min. 18.2– maks. 44.3	min. 14.9– maks. 49.5	
Ammatti⁸							< 0.001
Asiantuntija	-	-	165 (16.6)	536 (10.1)	255 (25.8)	1673 (19.0)	
Palvelu	-	-	85 (8.5)	390 (7.4)	92 (9.3)	1192 (13.5)	
Työntekijä	-	-	32 (3.2)	170 (3.2)	31 (3.1)	493 (5.6)	
Muu / ei tietoa	-	-	713 (71.7)	4190 (79.3)	609 (61.7)	5466 (61.9)	
Siviliisäät							< 0.001
Naimisissa	1502 (54.8)	971 (55.8)	600 (60.3)	2848 (53.9)	622 (63.9)	4713 (53.5)	
Naimaton	1208 (44.1)	755 (43.4)	389 (39.1)	2387 (45.2)	342 (35.1)	4005 (45.5)	
Muu	31 (1.1)	13 (0.8)	6 (0.6)	51 (1.0)	10 (1.0)	85 (1.0)	
Lapsia							< 0.001
1 ⁹	1278 (46.6)	732 (42.1)	541 (54.4)	2324 (44.0)	575 (59.0)	3859 (43.8)	
2 tai enemmän	1463 (53.4)	1007 (57.9)	454 (45.6)	2962 (56.0)	399 (41.0)	4944 (56.2)	
Abortti	394 (14.4)	258 (14.9)	124 (12.5)	781 (14.8)	103 (10.6)	1256 (14.3)	0.002
Synnytystapa							0.902
Alatie	2104 (76.8)	1345 (77.3)	769 (77.3)	4085 (77.3)	748 (76.8)	6777 (77.0)	
Perätila	23 (0.8)	16 (0.9)	14 (1.4)	48 (0.9)	11 (1.1)	86 (1.0)	
Imukuppi, pihdit	245 (8.9)	152 (8.7)	78 (7.8)	458 (8.7)	87 (8.9)	744 (8.5)	
Sektio	369 (13.5)	226 (13.0)	134 (13.5)	695 (13.2)	128 (13.1)	1196 (13.6)	

Lapsen syntymäpaino (g) KA (KH)	3508 (564.4) min. 230– maks. 5150	3509 (558.5) min. 192– maks. 6040	0.984	3487 (550.9) min. 420– maks. 5350	3513 (567.8) min. 230– maks. 6040	0.179	3512 (509.7) min. 241– maks. 5350	3512 (568.3) min. 192– maks. 6040	0.996
---------------------------------------	---	---	-------	---	---	-------	---	---	-------

¹ Äidit, jotka synnyttivät VSSH:ssä 1.1.2009–31.12.2009 ja joiden neuvolamalli oli tiedossa.

² Äidit, jotka synnyttivät VSSH:ssä 1.1.2009–31.12.2009 ja joiden neuvolamalli ei ollut tiedossa.

³ Äidit, jotka osallistuivat HKA-seurantatutkimukseen 4 kk:n mittauspisteessä, joiden neuvolamalli oli tiedossa ja joiden ensimmäinen äitiysneuvolakäynti toteutui 1.1.2008–31.5.2009 VSSH:ssä.

⁴ Äidit, jotka eivät osallistuneet HKA-seurantatutkimukseen ja joiden ensimmäinen äitiysneuvolakäynti toteutui 1.1.2008–31.5.2009 VSSH:ssä.

⁵ Äidit, jotka osallistuivat HKA-seurantatutkimukseen 18 kk:n mittauspisteessä ja jotka synnyttivät VSSH:ssä 1.1.2008–31.3.2010.

⁶ Äidit, jotka eivät osallistuneet HKA-seurantatutkimukseen ja jotka synnyttivät VSSH:ssä 1.1.2008–31.3.2010.

⁷ Ikä lapsen syntyessä

⁸ Tieto ei ole käytettävissä osatutkimuksessa I. Äidin ammattia ei ole kirjattu THL:n syntymärekisteriin vuonna 2009.

⁹ Ensisynnyttävä (I), yhden lapsen äiti (II–IV).

5.2. Neuvolamallin yhteys äitiyshuollon palvelujen käyttöön, raskauden ja synnytyksen seurantaan ja kulkuun sekä vastasyntyneen terveyteen (I)

Syntymärekisteriaineistoon perustuvan osatutkimuksen (I) tutkittavista naisista suurin osa oli käyttänyt erillisen äitiysneuvolan palveluita (80 %, n = 2178), ja viidennes heistä (20 %, n = 542) oli yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaita. Naisten äitiyshuollon palvelujen käyttöön liittyvien syntymärekisterin osoittimien vertailu on esitetty taulukossa 6, ja raskauteen, synnytykseen sekä vastasyntyneen terveyteen liittyvien osoittimien osalta taulukossa 7.

Syntymärekisterin osoittimissa havaitut tilastollisesti merkitsevät neuvolamallien väliset erot vakioitiin ryhmien välisessä vertailussa merkitseviksi osoittautuneilla taustamuuttujilla (ikä, lasten lukumäärä, lapsettomuushoito). Neuvolamalli ei ollut yhteydessä syntymärekisterin osoittimissa havaittuihin eroihin, lukuun ottamatta erillistä äitiysneuvolaa käyttäneiden naisten ensimmäisen äitiysneuvolakäynnin aikaisempaa ajankohtaa, joka selittyi neuvolamallilla sekä äidin iällä [$F(1, 2709) = 5.22, p = 0.022$], ensisynnyttäneisyydellä [$F(1, 2709) = 6.43, p = 0.011$] ja hedelmällisyysshoidolla [$F(1, 2709) = 14.73, p = 0.001$].

Taulukko 6. Äitiysneuvolaa ja yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolaa käyttäneiden naisten äitiyshuollon palvelujen käyttöön liittyvät syntymärekisteritiedot. (Alkuperäinen taulukko osajulkaisussa I.)

Syntymärekisterin osoitin	Äitiysneuvola	Yhdistetty äitiys- ja lastenneuvola		Vakioitu ¹
	n = 2178	n = 542		
	KA (KH)	KA (KH)	p-arvo	p-arvo
Ensimmäinen tarkastuskäynti (rvk)	8.8 (2.649)	9.5 (2.737)	< 0.001	0.003
Käynnit sairaalan äitiyspoliklinikalla	2.87 (2.508)	2.61 (2.170)	0.027	0.769
Käynnit äitiysneuvolassa	11.57 (3.575)	11.72 (3.062)	0.423	
Kaikki raskaudenaikaiset tarkastuskäynnit	14.42 (4.205)	14.35 (3.504)	0.681	
	n (%)	n (%)	p-arvo	p-arvo
Myöhäinen ensikäynti (> 15 rvk)	41 (1.9)	14 (2.6)	0.301	
Äitiyshuollon palvelujen vähäinen käyttö (1–5 käyntiä)	25 (1.1)	5 (0.9)	0.656	
Äitiyshuollon palvelujen runsas käyttö (> 17 käyntiä)	549 (25.2)	130 (24.0)	0.571	
Seerumiseulonta	100 (4.6)	16 (3.0)	0.091	
Ultraääniseulonta	2149 (98.7)	531 (98.0)	0.227	
Sokerirasitustesti	1352 (62.1)	304 (56.1)	0.011	0.386
Sairaalahoito raskauden aikana	145 (6.7)	21 (3.9)	0.015	0.124
Verenvuoto	13 (0.6)	1 (0.2)	0.327	
Kohonnut verenpaine	11 (0.5)	4 (0.7)	0.517	
Uhkaava ennenaikaisuus	16 (0.7)	2 (0.4)	0.553	
Muu syy	115 (5.3)	15 (2.8)	0.014	0.067

¹ Vakioitu ensisynnyttäneisyydellä, iällä ja hedelmällisyshoidolla.

Tilastolliset testit: Jatkuvat muuttujat; T-testi, kovarianssianalyysi (vakioitu). Luokitellut muuttujat; Pearsonin χ^2 -merkitsevyystesti ja Fisherin tarkka testi, logistinen regressioanalyysi (vakioitu).

Taulukko 7. Äitiysneuvola ja yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvola käyttäneiden naisten raskauteen, synnytykseen ja vastasyntyneen terveyteen liittyvät syntymärekisteritiedot. (Alkuperäinen taulukko osajulkaisussa I.)

Syntymärekisterin osoitin	Äitiysneuvola	Yhdistetty äitiys- ja lastenneuvola		Vakioitu ¹
	N = 2178	N = 542		
Äiti	KA (KH)	KA (KH)	p-arvo	p-arvo
Raskauden kesto (rvk)	39.7 (1.976)	39.7 (1.870)	0.796	
Synnytyksen kesto (min.)				
Avautumisvaihe	802.2 (551.085)	727.9 (531.159)	0.011	0.563
Ponnistusvaihe	35.3 (40.833)	31.3 (36.675)	0.054	0.186
Äidin hoitoaika sairaalassa (pv)	4.0 (2.082)	3.9 (2.086)	0.314	
	n (%)	n (%)	p-arvo	p-arvo
Pre-eklampsia	129 (5.9)	36 (6.6)	0.530	
Diabetes	316 (14.5)	76 (14.0)	0.773	
Synnytystapa			0.842	
Alatie	1675 (76.9)	418 (77.1)		
Perätila	17 (0.8)	6 (1.1)		
Imukoppi tai pihdit	197 (9.0)	45 (8.3)		
Sektio	289 (13.3)	73 (13.5)		
Synnytyksen käynnistys	400 (18.4)	94 (17.3)	0.581	
Kivunlievitys synnytyksessä				
Epiduraali	1254 (57.6)	265 (48.9)	> 0.001	0.148
Ei lääkkeellistä kivunlievitystä	373 (17.2)	113 (20.9)	0.049	0.518
Fysiologinen synnytys	612 (28.5)	170 (31.4)	0.191	
Episiotomia	244 (11.2)	44 (8.1)	0.037	0.099
Vastasyntynyt	KA (KH)	KA (KH)	p-arvo	p-arvo
Syntymäpaino (g)	3497.4 (571.879)	3507.5 (553.323)	0.038	0.167
Syntymäpituus (cm)	50.7 (2.481)	50.9 (2.321)	0.107	
	n (%)	n (%)	p-arvo	
Apgarin pisteet < 7 (5 min)	45 (2.1)	14 (2.6)	0.461	
Keskonen				
synnytys ennen täyttä 37 rvk	90 (4.2)	20 (3.8)	0.630	
synnytys ennen täyttä 32 rvk	17 (0.8)	3 (0.6)	0.781	
Pienikokoisena syntynyt (SGA)	46 (2.1)	7 (1.3)	0.216	
Asfyksia	171 (7.9)	34 (6.3)	0.213	
Lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla	226 (10.4)	59 (10.9)	0.729	

¹ Vakioitu ensisynnyttäneisyydellä, iällä ja hedelmällisyshoidolla.

Tilastolliset testit: Jatkuvat muuttujat; T-testi, kovarianssianalyysi (vakioitu). Luokitellut muuttujat; Pearsonin χ^2 -merkitsevyydesti ja Fisherin tarkka testi, logistinen regressioanalyysi (vakioitu).

5.3. Vanhempien neuvolapalvelukokemukset ja yhteys neuvolamalliin (II, III)

Vanhempien kokemukset äitiysneuvolapalveluista 4 kuukautta lapsen syntymän jälkeen (II) painottuivat neutraaliin kokemukseen; neuvolapalvelun sisältöön ja määrään liittyvien kokemusten keskiarvo oli 2.4 (maksimi 5). Äitiysneuvolapalveluista äidit arvioivat myönteisimmin osa-alueen ”terveyttä edistävä tieto” (KA 3.2, KH 0.802) ja isät osa-alueen ”ryhmätoiminta” (KA 3.1, KH 0.802). Lisäpalvelut olivat heikoin äitiysneuvolapalvelun osa-alue sekä äitien (KA 1.4, KH 0.594) että isien (KA 1.6, KH 0.839) mielestä.

Erillistä äitiysneuvolaa käyttäneiden äitien äitiysneuvolapalvelukokemusten keskiarvo oli 2.4 (KH 0.513), samoin isien 2.4 (KH 0.649). Yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolaa käyttäneiden äitien äitiysneuvolapalvelukokemusten keskiarvo oli 2.5 (KH 0.537) ja isien 2.4 (KH 0.698). Yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolaa käyttäneiden äitien äitiysneuvolapalveluarvioiden keskiarvo oli parempi kuin erillistä äitiysneuvolaa käyttäneiden äitien [$F(1, 718) = 4.579, p = 0.033$].

Kaksiluokkaisessa tarkastelussa vanhemmat arvioivat äitiysneuvolapalvelujen sisällön useimmiten huonoksi tai neutraaliksi (= ”huono tai neutraali” -arvioiden osuus yli 50 %) riippumatta neuvolamallista. Tästä poiketen äidit arvioivat saamansa ravitsemukseen liittyvän terveyttä edistävän tiedon pääsääntöisesti hyväksi sekä äitiysneuvolassa (53 %, $n = 288$) että yhdistetyssä äitiys- ja lastenneuvolassa (54 %, $n = 83$). Puolet erillistä äitiysneuvolaa käyttäneistä äideistä (49 %, $n = 231$) ja yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolaa käyttäneistä isistä (50 %, $n = 60$) arvioi synnytystä koskevan ryhmätoiminnan hyväksi.

Äitiysneuvolapalvelun määrä arvioitiin yleisesti vähäiseksi riippumatta neuvolamallista (= ”vähän” arvioiden osuus yli 50 %). Poikkeuksena oli palvelun osa-alue ”tietotuki”, jota äidit kokivat useimmiten saaneensa paljon sekä erillisessä äitiysneuvolassa (71 %, $n = 391$) että yhdistetyssä äitiys- ja lastenneuvolassa (68 %, $n = 108$). Lisäksi yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolaa käyttäneet äidit kokivat saaneensa pääsääntöisesti paljon kotikäyntejä synnytyksen jälkeen (53 %, $n = 84$). Lähes kaikki vanhemmat arvioivat isäryhmien ja ennen synnytystä tehtyjen kotikäyntien määrän vähäiseksi riippumatta neuvolamallista (= ”vähän” arvioiden määrä yli 95 %). Yli 85 % tutkimukseen osallistuneista vanhemmista arvioi saaneensa äitiysneuvolan tarjoamia lisäpalveluita vähän, ja yli 90 % heistä arvioi vanhempainryhmien määrän sekä mahdollisuutensa vaikuttaa äitiysneuvolapalvelun sisältöön vähäiseksi riippumatta neuvolamallista. Äitiysneuvolapalveluteemojen sisältämistä palvelun osa-alueista sisällöllisesti ja määrällisesti parhaiksi arvioidut osa-alueet olivat pääsääntöisesti samoja molemmissa neuvolamalleissa. Sen sijaan sisällöltään ja määrältään kaikkein heikoimmaksi arvioiduissa palvelun osa-alueissa oli jonkin verran eroja erillistä äitiysneuvolaa ja yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolaa käyttäneiden vanhempien välillä.

Neurolamallin yhteys vanhempien hyväksi kokemiin äitiysneuvolapalvelun osa-alueisiin on esitetty taulukossa 8. Erot palveluarvioissa neurolamallien välillä painottuivat yhdistetyn äitiys- ja lastenneurolan hyväksi. Poikkeuksia olivat perhevalmennus ja synnytystä koskeva ryhmätoiminta, jotka erillistä äitiysneuvolaa käyttäneet äidit arvioivat paremmaksi.

Vanhempien sosiodemografisten taustatietojen (ikä, lasten lukumäärä, ammatillinen koulutus, perheen tulot, oliko raskaus toivottu) vaikutus äitiysneuvolapalvelukokemuksissa havaittuihin tilastollisesti merkitseviin neurolamallien välisiin eroihin vakioitiin. Ensisynnyttäneisyys selitti neurolamallin vaikutuksen äitien hyvään kokemukseen perhevalmennuksesta ($p < 0.001$, OR 3.48, 2.43–4.97).

Taulukko 8. Äitiysneuvolaa ja yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolaa käyttäneiden vanhempien hyväksi arvioimat äitiysneuvolapalvelun osa-alueet sekä ryhmien väliset tilastollisesti merkitsevät erot. (Alkuperäinen taulukko osajulkaisussa II.)

ÄITIYSNEUVOLA- PALVELUARVIOT	Erillinen äitiysneuvola	Yhdistetty äitiys- ja lastenneuvola	Yhteensä	p-arvo*
	% (n)	% (n)	% (n)	
ÄITI				
Kokemus palvelusta hyvä				
Perhevalmennus	39.9 (204)	29.4 (42)	37.6 (246)	0.021**
Pienryhmätoiminta synnytyksestä	49.4 (231)	35.3 (47)	46.3 (278)	0.004
Tiedottaminen erityisasiantuntijoiden palveluista	27.0 (147)	36.8 (56)	29.2 (203)	0.019
Palvelua saatu paljon				
Vertaistuki	15.0 (82)	22.3 (35)	16.6 (117)	0.030
Mahdollisuus valita tai vaihtaa oma terveydenhoitaja	4.3 (24)	9.7 (15)	5.5 (39)	0.010
Kotikäynnit				
Ennen synnytystä	0.7 (4)	3.8 (6)	1.4 (10)	0.010
Vastasyntyneen luokse	20.0 (112)	53.2 (84)	27.3 (196)	<0.001
Perhe- ja parisuhdeasioissa	2.3 (13)	7.0 (11)	3.4 (24)	0.004
ISÄ				
Kokemus palvelusta hyvä				
Ryhmätoiminta – tupakointi	22.4 (94)	31.6 (36)	24.4 (130)	0.044
Ryhmätoiminta – päihteet	23.2 (97)	32.5 (37)	25.1 (134)	0.042
Tuki päihdeongelmissa	16.3 (72)	24.6 (29)	18.0 (101)	0.038
Tuki tupakointiongelmassa	17.2 (76)	28.0 (33)	19.5 (109)	0.009
Tuki perheväkivaltaongelmissa	15.5 (68)	27.1 (32)	18.0 (100)	0.003
Palvelua saatu paljon				
Kotikäynnit vastasyntyneen luokse	17.2 (80)	39.3 (53)	22.2 (133)	<0.001

* Käytetyt tilastolliset testit: Pearsonin χ^2 , Fisherin tarkka testi.

** Tilastollisesti merkitsevä ero selittyi ensisynnyttäneisyydellä binäärisessä logistisessa regressioanalyysissä.

18 kuukautta lapsen syntymän jälkeen (III) äidit arvioivat parhaaksi neuvolapalvelun osa-alueeksi lapsen kasvuun ja kehitykseen saamansa tuen ja isät neuvolan terveydenhoitajan asiantuntemuksen. Heikoimman arvion äideiltä sai vanhempien pienryhmien määrä ja isiltä neuvolan mielenterveyteen tarjoama tuki.

Hoidon jatkuvuus oli yhteydessä useisiin hyväksi arvioituihin neuvolapalvelun osa-alueisiin (Taulukko 9). Äidit, joilla oli ollut sama terveydenhoitaja äitiys- ja lastenneuvolassa arvioivat kotikäyntien ja erityispalveluiden riittävyyden, saamansa tuen vanhemmuuteen, liikuntaan ja terveysongelmiin sekä henkilökohtaisen lastenneuvolassa annetun tuen äidille ja isälle useammin paremmaksi kuin äidit, joilla oli eri terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa. Kotikäyntien riittävyyden ja tuen terveysongelmissa arvioivat useammin hyväksi myös isät, joilla oli sama terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa.

Vanhempien sosiodemografisten taustatietojen (ikä, lasten lukumäärä, asumismuoto, ammatillinen koulutus, perheen tulot) vaikutus neuvolapalvelukokemuksissa havaittuihin tilastollisesti merkitseviin neuvolamallien välisiin eroihin vakioitiin. Äidin korkeampi koulutus ($p = 0.020$, OR 1.65, 1.08–2.52) selitti hoidon jatkuvuuden vaikutuksen isän hyvään kokemukseen neuvolan antamasta tuesta mielen-terveysasioihin.

Taulukko 9. Vanhempien neuvolapalveluarviot lapsen ollessa 18 kk. Hyväksi arvioitujen neuvolapalvelujen prosenttiosuudet ja frekvenssit sekä neuvolassa koettu hoidon jatkuvuus. (Alkuperäinen taulukko osajulkaisussa III.)

NEUVOLAPALVELUN OSA-ALUE	Kaikki vastaajat % (n)	Hoidon jatkuvuus¹ % (n)	Ei hoidon jatkuvuutta² % (n)	p-arvo [*]
ÄITI (n = 967–981)	Hyvä³	Hyvä	Hyvä	
Työmuotojen nykyaikaisuus	63.5 (616)	68.9 (111)	62.3 (486)	0.111
Kotikäyntien riittävyys	34.7 (340)	51.5 (84)	32.0 (254)	< 0.001
Vanhempien pienryhmien riittävyys	9.3 (91)	9.3 (15)	9.4 (74)	0.969
Erityispalvelujen riittävyys (esim. psykologi, puheterapia)	19.3 (187)	30.0 (48)	17.2 (134)	< 0.001
Terveystenhoitajan asiantuntemus	83.8 (821)	87.7 (142)	83.0 (655)	0.144
Lääkärin asiantuntemus	79.4 (773)	79.5 (128)	79.3 (621)	0.956
Tuki vanhemmuuteen	60.8 (596)	70.6 (115)	58.9 (465)	0.006
Henkilökohtainen tuki äidille lastenneuvolassa	62.1 (608)	74.2 (121)	60.4 (475)	0.001
Henkilökohtainen tuki isälle lastenneuvolassa	18.3 (178)	25.6 (41)	17.3 (136)	0.014
Tuki parisuhde- ja perheasioissa	19.3 (189)	23.3 (38)	18.7 (147)	0.171
Tuki lapsen kasvussa ja kehityksessä	86.0 (843)	89.0 (145)	85.8 (676)	0.283
Tuki arkisissa lapsen hoitokysymyksissä	79.7 (781)	82.7 (134)	79.0 (623)	0.280
Tuki mielenterveysasioissa	16.4 (161)	18.5 (30)	16.2 (128)	0.466
Tuki terveysongelmissa (esim. päihteet, tupakointi)	10.3 (101)	14.8 (24)	9.4 (74)	0.040
Tuki ravitsemusasioissa	60.1 (590)	58.6 (95)	60.6 (479)	0.650
Tuki liikunnassa	35.3 (347)	44.4 (72)	33.4 (264)	0.007
ISÄ (n = 814–823)	Hyvä	Hyvä	Hyvä	
Työmuotojen nykyaikaisuus	53.2 (435)	55.0 (77)	53.1 (345)	0.679
Kotikäyntien riittävyys	31.7 (260)	44.7 (63)	28.9 (188)	< 0.001
Vanhempien pienryhmien riittävyys	14.9 (122)	17.1 (24)	14.3 (93)	0.396
Erityispalvelujen riittävyys (esim. psykologi, puheterapia)	15.3 (125)	19.4 (27)	14.5 (94)	0.143
Terveystenhoitajan asiantuntemus	73.0 (600)	73.9 (105)	73.0 (476)	0.819
Lääkärin asiantuntemus	67.3 (548)	62.7 (89)	68.2 (439)	0.207
Tuki vanhemmuuteen	52.1 (413)	58.2 (82)	50.8 (331)	0.115
Henkilökohtainen tuki äidille lastenneuvolassa	43.8 (358)	45.0 (63)	44.0 (286)	0.829

Henkilökohtainen tuki isälle lastenneuvolassa	38.5 (315)	43.6 (61)	37.5 (244)	0.184
Tuki parisuhde- ja perheasioissa	22.5 (184)	26.2 (37)	21.5 (140)	0.221
Tuki lapsen kasvussa ja kehityksessä	62.9 (516)	61.4 (86)	64.0 (418)	0.564
Tuki arkisissa lapsen hoitokysymyksissä	60.9 (501)	57.7 (82)	61.7 (403)	0.380
Tuki mielenterveysasioissa	14.1 (115)	19.9 (28)	13.1 (85)	0.037**
Tuki terveysongelmissa (esim. päihteet, tupakointi)	17.2 (141)	23.4 (33)	16.0 (104)	0.034
Tuki ravitsemusasioissa	42.8 (349)	37.9 (53)	44.4 (288)	0.154
Tuki liikunnassa	29.4 (240)	31.9 (45)	29.3 (190)	0.542

¹ Perheellä on sama terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa.

² Perheellä on eri terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa.

³ Vanhemman arvio palvelusta oli erittäin hyvä tai hyvä.

* Käytetty tilastollinen testi: Pearsonin χ^2 .

** Tilastollisesti merkitsevä ero selittyi puolison korkealla koulutuksella ($p = 0.020$, OR 1.65, 1.08–2.52) binaarisessa logistisessa regressioanalyysissä.

5.4. Neuvolamallin yhteys neuvolapalveluiden saatavuuteen ja käyttöön (III)

Äidit vastasivat neuvolapalvelujen käyttöön ja saatavuuteen liittyviin kysymyksiin lapsen ollessa 18 kuukauden ikäinen (III). Neuvolapalvelujen saatavuus, käyttö ja niiden yhteys neuvolassa koettuun hoidon jatkuvuuteen on esitetty taulukossa 10.

Kotikäyntejä tehtiin neuvolasta pääsääntöisesti synnytyksen jälkeen, ja niiden määrä vaihteli perheittäin yhdestä viiteen. Suurin osa vauvan syntymän jälkeisen kotikäynnin saaneista perheistä oli saanut yhden kotikäynnin (71 %, $n = 303$), ja neljännes perheistä oli saanut kaksi kotikäyntiä (26 %, $n = 110$). Muutama perhe oli saanut kolme kotikäyntiä tai enemmän (3 %, $n = 14$). Hoidon jatkuvuus oli yhteydessä kotikäyntien saatavuuteen. Perheet, joilla oli sama terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa, olivat saaneet enemmän kotikäyntejä kuin perheet, joilla oli eri terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa (65 % vs. 40 %, $p < 0.001$).

Neuvolan järjestämää vanhempien pienryhmätoimintaa ei ollut tarjolla suurimmalle osalle perheistä (76 %, $n = 738$). Äidit, jotka olivat osallistuneet neuvolan järjestämään vanhempainryhmään, kertoivat osallistuneensa esimerkiksi laajennettuun perhevalmennukseen, äiti-lapsiryhmään, perheryhmään tai äitikahvilaan.

Vanhempien sosiodemografisten taustatietojen (ikä, lasten lukumäärä, asumismuoto, ammatillinen koulutus, perheen tulot) vaikutus neuvolapalvelun saatavuudessa ja käytössä havaittuihin tilastollisesti merkitseviin neuvolamallien välisiin eroihin vakioitiin. Ensisyntyäneisyys ($p < 0.001$, OR 5.79, 3.63–9.21) sekä äidin ($p < 0.001$,

OR 2.71, 1.78–4.13) ja isän (p 0.010, OR 1.86, 1.16–2.99) nuorempi ikä selitti hoidon jatkuvuuden vaikutuksen neuvolassa käymiseen yhdessä puolison kanssa.

Taulukko 10. Neuvolapalvelujen saatavuus ja käyttö äitien (n = 987) raportoimana sekä neuvolassa koettu hoidon jatkuvuus. (Alkuperäinen taulukko osajulkaisussa III.)

NEUVOLAPALVELU (n = 959–983)	Kaikki vastaajat % (n)	Hoidon jatkuvuus ¹ % (n)	Ei hoidon jatkuvuutta ² % (n)	p-arvo*
Hoidon jatkuvuus ³				
Kyllä	17.0 (163)	-	-	
Ei	83.0 (796)	-	-	
Kotikäynti				< 0.001
Kyllä	43.6 (429)	64.8 (105)	39.5 (313)	
Raskauden aikana	0.4 (4)			
Synnytyksen jälkeen	43.1 (425)			
Ei	56.4 (554)	35.2 (57)	60.5 (479)	
Vanhempien pienryhmät				0.699
Kyllä	23.7 (229)	24.8 (40)	23.4 (182)	
Tarjottu, osallistunut	9.0 (87)			
Tarjottu, ei osallistunut	14.7 (142)			
Ei	76.3 (738)	75.2 (121)	76.6 (595)	
Perhevalmennus				0.630
Kyllä	71.3 (702)	72.2 (117)	70.8 (562)	
Tarjottu, osallistunut	57.7 (568)			
Tarjottu, ei osallistunut	14.7 (142)			
Ei	28.7 (282)	27.3 (44)	29.2 (232)	
Ryhmävastaanotto				0.287
Kyllä	5.2 (50)	6.8 (11)	4.8 (37)	
Tarjottu, osallistunut	2.3 (22)			
Tarjottu, ei osallistunut	2.9 (28)			
Ei	94.8 (912)	93.2 (150)	95.2 (735)	
Käynnit neuvolassa puolison kanssa				0.048**
Kyllä	83.9 (824)	78.5 (128)	84.8 (670)	
Aina tai lähes aina	23.1 (227)			
Muutaman kerran	55.3 (543)			
Yhden kerran	5.5 (54)			
Ei	16.1 (158)	21.5 (35)	15.2 (120)	

¹ Perheellä on sama terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa.

² Perheellä on eri terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa.

³ Hoidon jatkuvuus oli tiedossa 97.2 % (n = 959) osalta vastaajia. Tästä ja muuttujittain vaihtelevasta vastausprosentista johtuen totaali- ja ryhmäkohtaisissa prosenttiosuuksissa sekä frekvensseissä on vaihtelua.

* Käytetty tilastollinen testi: Pearsonin χ^2 .

**Tilastollisesti merkitsevä ero selittyi ensisynnyttäneisyydellä (p < 0.001, OR 5.79, 3.63–9.21) sekä äidin (p < 0.001, OR 2.71, 1.78–4.13) ja isän (p 0.010, OR 1.86, 1.16–2.99) nuoremmalla iällä binaarisessa logistisessa regressioanalyysissä.

5.5. Tulevaisuuden neuvolapalveluihin kohdistuvat toiveet ja yhteys neuvolamalliin (aikaisemmin julkaisematon)

Vanhemmat olivat yksimielisiä tulevaisuuden neuvolapalvelujen parhaasta järjestämistavasta. Lähes kaikki äidit (95 %, n = 915) ja isät (94 %, n = 734) pitivät parhaana vaihtoehtona mallia, jossa äitiysneuvola ja lastenneuvola toimivat saman katon alla. Erillisiä äitiys- ja lastenneuvolayksiköitä kannatti 5 % (n = 45) äideistä ja 3 % (n = 48) isistä.

Vanhempien neuvolapalvelun kehittämiseen liittyvät toiveet on esitetty taulukossa 11. Sekä äitien että isien mielestä tarpeellisin neuvolapalvelun kehittämisen osa-alue oli "neuvola ei pelkästään arvioi lapsia, vaan käynnistää erityistarpeessa olevien lasten hoitoa ja kuntoutusta". Äidit arvioivat vähiten tarpeelliseksi tulevaisuuden neuvolapalveluksi avoimen vastaanoton ilman ajanvarausta ja isät ryhmävastaanotot.

Hoidon jatkuvuus oli yhteydessä toiveeseen samasta terveydenhoitajasta äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa. Vanhemmat, joilla oli sama terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa, pitivät tätä hoitosuhteen jatkuvuutta tarpeellisena useammin kuin vanhemmat, joilla oli eri terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa (äidit 88 % vs. 59 % $p < 0.001$, isät 78 % vs. 63 % $p < 0.001$). Myös lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyvän pienryhmätoiminnan (60 % vs. 48 % $p = 0.005$) ja ryhmävastaanottojen (33% vs. 23 % $p = 0.009$) toivominen oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä hoidon jatkuvuuteen. Näitä palveluita toivoivat enemmän äidit, joilla oli eri terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa.

Taulukko 11. Vanhempien neuvolapalvelun kehittämiseen liittyvät toiveet lapsen ollessa 18 kk. Tärkeäksi arvioitujen neuvolapalvelujen prosenttiosuudet ja frekvenssit sekä neuvolassa koettu hoidon jatkuvuus.

TULEVAISUUDEN NEUVOLAPALVELU	Kaikki vastaajat % (n)¹	Hoidon jatkuvuus² % (n)¹	Ei hoidon jatkuvuutta³ % (n)¹	p-arvo[*]
ÄITI (n = 983–985)				
Sama terveydenhoitaja jatkaa äitiysneuvolasta lastenneuvolaan	63.6 (626)	87.7 (142)	58.6 (464)	< 0.001
Neuvola järjestää lapsen kehitykseen ja kasvatukseen liittyviä pienryhmiä	58.2 (572)	48.4 (78)	60.4 (478)	0.005
Neuvola ei pelkää arvioida lapsia, vaan käynnistää erityistarpeessa olevien lasten hoitoa ja kuntoutusta	92.8 (912)	95.7 (155)	92.3 (730)	0.127
Neuvolassa on avoin vastaanotto ilman ajanvarausta	31.3 (306)	28.4 (46)	31.3 (248)	0.470
Neuvolaan voi olla yhteydessä sähköisessä muodossa	82.3 (809)	82.5 (132)	81.8 (649)	0.843
Neuvolassa on tarjolla ryhmävastaanottoja	31.8 (313)	22.8 (37)	33.3 (264)	0.009
Neuvolassa on tarjolla apua parisuhteen ongelmiin	57.1 (562)	51.2 (83)	58.0 (460)	0.113
ISÄ (n = 814–823)				
Sama terveydenhoitaja jatkaa äitiysneuvolasta lastenneuvolaan	65.3 (541)	78.2 (111)	62.5 (411)	< 0.001
Neuvola järjestää lapsen kehitykseen ja kasvatukseen liittyviä pienryhmiä	32.5 (269)	26.8 (38)	34.1 (224)	0.091
Neuvola ei pelkää arvioida lapsia, vaan käynnistää erityistarpeessa olevien lasten hoitoa ja kuntoutusta	81.4 (674)	83.8 (119)	81.3 (534)	0.480
Neuvolassa on avoin vastaanotto ilman ajanvarausta	41.3 (342)	43.3 (61)	41.1 (273)	0.688
Neuvolaan voi olla yhteydessä sähköisessä muodossa	77.4 (641)	75.9 (107)	77.2 (508)	0.736
Neuvolassa on tarjolla ryhmävastaanottoja	15.5 (128)	13.5 (19)	15.9 (104)	0.478
Neuvolassa on tarjolla apua parisuhteen ongelmiin	33.6 (278)	30.8 (44)	34.0 (223)	0.452

¹ Vastaajat, jotka pitivät tarpeellisena neuvolapalvelun osa-alueen kehittämistä.

² Perheellä on sama terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa.

³ Perheellä on eri terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa.

* Käytetty tilastollinen testi: Pearsonin χ^2 .

5.6. Hoidon jatkuvuuden yhteys vanhemmuuden kyvykkyyteen, yksinäisyyteen ja masennusoireisiin (IV)

Neuvolassa koetun hoidon jatkuvuuden yhteyttä äitien ja isien kokemaan vanhemmuuden kyvykkyyteen, emotionaaliseen ja sosiaaliseen yksinäisyyteen sekä masennusoireisiin lapsen ollessa 18 kuukauden ikäinen selvitettiin osatutkimuksen IV ensimmäisessä vaiheessa. Tutkimuksen vakioituissa malleissa (lineaarinen regressiomalli, rakenneyhtälömalli) taustamuuttujina käytetyt vanhempien taustatiedot (ikä, ammatillinen koulutus, asuinpaikka ja asumismuoto) on esitetty taulukossa 12.

Äidit, joilla oli sama terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa arvioivat vanhemmuuden kyvykkyytensä osa-alueet ”läsnäolo”, ”leikki” ja ”opettaminen” heikommaksi sekä kokivat enemmän emotionaalista yksinäisyyttä kuin äidit, joilla oli eri terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa. Myös isät, jotka olivat kokeneet hoidon jatkuvuutta neuvolassa arvioivat vanhemmuuden kyvykkyytensä osa-alueen ”läsnäolo” matalammaksi kuin isät, joilla oli eri terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa. (Taulukko 12.)

Osatutkimuksen (IV) toisessa vaiheessa tutkittiin rakenneyhtälömallilla, onko masennusoireiden ja yksinäisyyden vaikutus vanhemmuuden kyvykkyyteen erilaista vanhemmilla, joilla oli sama terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa, ja niillä vanhemmilla, jotka eivät olleet kokeneet hoidon jatkuvuutta neuvolassa. Ensimmäisessä mallissa vanhempien kyvykkyydentunteiden ja yksinäisyyden sekä masennusoireiden väliset yhteydet laskettiin ryhmäkohtaisesti kiinnittämättä. Näin molemmille ryhmille saatiin omat regressiokertoimet vanhempien kyvykkyydentunteen vaikutuksesta heidän kokemalleen yksinäisyydelle ja masennusoireille. Mallin sopivuuden estimaatit (95 %:n luottamusvälillä) olivat: χ^2 (df) = 159.737 (100), CFI = 0.971, TLI = 0.904, RMSEA = 0.046 (CI 0.032–0.060) ja SRMR = 0.033.

Jotta mallien mahdollisia eroja voitiin testata tilastollisesti, seuraavassa rakenneyhtälömallissa yksinäisyyden ja masennusoireiden sekä vanhemmuuden kyvykkyyden väliset regressiot kiinnitettiin ryhmien välillä yhtäläisiksi. Mallin sopivuuden estimaatit (95 %:n luottamusvälillä) olivat: χ^2 (df) = 1146.384 (220), CFI = 0.696, TLI = 0.460, RMSEA = 0.114 (CI 0.107–0.120) ja SRMR = 0.111. Ryhmien välisten erojen tilastollinen merkitsevyys saatiin laskemalla kiinnittämättömän ja kiinnitetyn mallin χ^2 -arvojen muutos. Kiinnittämättömän ja kiinnitetyn rakenneyhtälömallin välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä, esimerkiksi $\Delta\chi^2$ (120) = 986,647, $p < 0.000$. Tämä tarkoittaa sitä, että malli, jossa regressiot oli kiinnitetty samoiksi, sopi aineistoon tilastollisesti merkitsevästi huonommin kuin malli, jossa molemmille ryhmille laskettiin omat kertoimet.

Näin voitiin todeta, että masennuksen, yksinäisyyden ja vanhemmuuden kyvykkyyden väliset yhteydet olivat erilaisia hoidon jatkuvuutta neuvolassa kokeneilla ja ei-kokeneilla vanhemmilla. Tulosten mukaan masennusoireita ja yksinäisyyttä kokevat äidit ja isät arvioivat vanhemmuuden kyvykkyydentunteensa heikommaksi kuin muut vanhemmat. Masennusoireiden osalta yhteyttä ei kuitenkaan löytynyt vanhemmilla, joilla oli ollut sama terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa. (Kuvio 2).

Taulukko 12. Hoidon jatkuvuutta neuvolassa kokeneet ja ei-kokeneet äidit ja isät. Kuvailevat tunnusluvut, standardoidut regressiokertoimet ja p-arvot. (Alkuperäinen taulukko osajulkaisussa IV.)

	Äidit												
	Hoidon jatkuvuus ^a				Ei hoidon jatkuvuutta ^b				Isät				
	Ka	S.D.	Ka	S.D.	Ka	S.D.	Ka	S.D.	Hoidon jatkuvuus	S.D.	Ei hoidon jatkuvuutta	S.D.	Regressiokerroin (p-arvo)
Ikä	31.8	4.80	31.0	4.21	4.21	.074 (.027)	34.3	5.52	5.17	5.17	32.9	5.17	.089 (.008)
Masennus	7.64	43.42	7.15	34.72	34.72	.029 (.420)	4.81	28.48	27.52	27.52	4.68	27.52	.008 (.825)
Sosiaalinen yksinäisyys	10.11	11.71	9.80	10.03	10.03	.041 (.259)	9.43	9.29	9.08	9.08	9.59	9.08	-.022 (.550)
Emotionaalinen yksinäisyys	9.61	11.97	9.07	8.43	8.43	.075 (.036)	9.59	7.82	8.41	8.41	9.30	8.41	.032 (.392)
Läsnäolo	17.14	4.88	17.66	4.18	4.18	-.105 (.003)	16.84	5.14	5.06	5.06	17.29	5.06	-.075 (.044)
Emotionaalinen tuki	17.77	3.57	17.90	3.31	3.31	-.037 (.301)	17.09	4.30	3.61	3.61	17.13	3.61	-.012 (.757)
Rutiinit	17.20	5.01	17.68	3.86	3.86	-.059 (.097)	15.82	5.95	6.40	6.40	16.33	6.40	-.057 (.128)
Leikki	14.74	10.09	15.73	8.99	8.99	-.139 (<.001)	16.27	6.50	7.68	7.68	16.11	7.68	.017 (.660)
Opettaminen	17.02	5.05	17.60	3.98	3.98	-.115 (.001)	16.86	5.08	4.94	4.94	17.01	4.94	-.027 (.472)
Ammatillinen koulutus ^c	N	%	N	%	%		N	%	N	%	N	%	
Korkea	121	79.1	602	82.6	82.6	-.124 (<.001)	104	68.9	496	70.2	496	70.2	-.080 (.017)
Matala	32	20.9	127	17.4	17.4		47	31.1	211	29.8	211	29.8	
Asuinpaikka ^d													
Maaseutu	98	63.6	277	37.9	37.9	-.196 (<.001)							
Kaupunki	56	36.4	453	62.1	62.1								
Asumismuoto ^d													
Avio-/avoliitto	142	94.0	696	95.9	95.9	-.032 (.345)							
Asuu erillään	9	6.0	30	4.1	4.1								

^a Sama terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa.

^b Eri terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa.

^c Korkea koulutus = yliopisto, ammattikorkeakoulu, opistoaste. Matala koulutus = muut koulutusasteet, ei peruskoulun jälkeistä koulutusta.

^d Perheiltannetta kuvaavat tiedot ovat äidin raportoimia.

6. POHDINTA

6.1. Päätulokset

Tässä tutkimuksessa äitiys- ja lastenneuvolapalveluja tutkittiin asiakkaan näkökulmasta. Tarkoituksena oli selvittää neuvolapalvelujen organisointitavan, eli neuvolamallin, merkitystä vanhemmille. Syntymärekisteritietoihin perustuvien tulosten mukaan äitiysneuvolan ja yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan palvelut ovat yhtä vaikuttavia. Vanhempien neuvolapalvelukokemuksissa ja -toiveissa sekä vanhemmuuden kyvykkyyden tunteessa havaittiin kuitenkin neuvolamallien välisiä eroja. Tulokset osoittivat yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan voivan tarjota perheille monia hyötyjä.

Onko neuvolamalli yhteydessä äitiyshuollon palveluiden käyttöön, raskauden ja synnytyksen seurantaan ja kulkuun sekä vastasyntyneen terveyteen?

Äitiyshuollon palvelujen käytössä ei ollut eroja äitiysneuvolaa ja yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolaa käyttäneiden naisten välillä, lukuun ottamatta ensimmäistä raskauden seurantakäyntiä, joka toteutui raskauden varhaisemmassa vaiheessa naisilla, jotka olivat erillisen äitiysneuvolan asiakkaita, ensisynnyttäjiä ja saaneet hedelmöityshoidon. Havaitun yhteyden kliininen merkitys (ensimmäinen käynti 0,7 viikkoa eli 4,9 päivää aikaisemmin) on vähäinen. Myöskään raskauden ja synnytyksen seuranta ja kulkua sekä vastasyntyneen lapsen terveyttä kuvaavissa syntymärekisterin tulosuuttajissa ei havaittu eroja eri neuvolamalleja käyttäneiden naisten kesken. Äitiysneuvolan ja yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan palvelut näyttäytyivät siis tässä tutkimuksessa yhtä vaikuttavina. Tulos oli hypoteesin mukainen.

Millaisia ovat vanhempien neuvolapalvelukokemukset ja -toiveet?

Vanhempien kokemukset äitiysneuvolapalvelun sisällöstä ja määrästä olivat vaihtelevia ja painottuvat huonoon tai neutraaliin arvioon. Kuitenkin suurin osa äideistä oli tyytyväisiä äitiysneuvolan tarjoamaan ravitsemustietoon ja äitiysneuvolassa saamaansa tietotuen määrään. 18 kuukautta lapsen syntymän jälkeen valtaosa vanhemmista arvioi hyväksi neuvolasta saadun lapsen kasvuun, kehitykseen ja hoitoon liittyvän tuen sekä terveydenhoitajan ja lääkärin asiantuntemuksen. Yli puolet vanhemmista piti hyvänä vanhemmuuteen saatua tukea. Isäryhmien ja ennen synnytystä tehtyjen kotikäyntien määrän arvioivat vähäiseksi lähes kaikki vanhemmat. Myös äitiysneuvolan tarjoamien lisäpalvelujen ja vanhempainryhmien määrää sekä vanhempien mahdollisuuksia vaikuttaa äitiysneuvolapalvelun sisältöön pidettiin yleisesti vähäisenä.

Vanhempien mielestä tulevaisuuden neuvolan tulisi olla saman katon alla toimiva yksikkö, jossa perheiden seurannasta vastaisi sama terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa. Vanhemmat pitivät tulevaisuudessa tärkeänä mahdollisuutta olla

neuvolaan yhteydessä sähköisessä muodossa. Myös erityistuen tarpeessa olevien lasten hoidon ja kuntoutuksen käynnistäminen nähtiin tarpeellisena neuvolatoiminnan kehittämiskohteena.

Onko neuvolamalli yhteydessä vanhempien neuvolapalvelukokemuksiin ja -toiveisiin sekä neuvolapalvelujen saatavuuteen ja käyttöön?

Neuvolamalli oli yhteydessä sekä 4 kuukauden että 18 kuukauden ikäisten lasten vanhempien neuvolapalvelukokemuksiin. Ennakko-oletuksen mukaisesti yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan mahdollistama hoidon jatkuvuus oli hyödyllistä vanhemmille.

Yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaat, eli ne vanhemmat, joilla oli sama terveydenhoitaja äitiys- ja lastenneuvolassa, arvioivat useat neuvolapalvelun osa-alueet sisällöltään tai määrältään paremmaksi kuin erillisen äitiysneuvolan asiakkaat. Yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaat myös toivoivat tulevaisuuden neuvolalta useammin hoidon jatkuvuutta kuin vanhemmat, joilla oli eri terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa.

Neuvolamalli ja hoidon jatkuvuus olivat yhteydessä myös neuvolapalvelujen saatavuuteen. Yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan asiakasperheet saivat enemmän kotikäyntejä. Tämä oli hypoteesin vastainen tulos, koska neuvolapalvelujen saatavuuden oletettiin olevan samanlaista molemmissa neuvolamalleissa.

Onko yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan mahdollistama hoidon jatkuvuus yhteydessä vanhemmuuden kyvykkyyteen?

Hoidon jatkuvuus oli yhteydessä vanhempien itsearvioimaan vanhemmuuden kyvykkyyteen, yksinäisyyteen ja masennusoireisiin. Yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaina äidit kokivat enemmän emotionaalista yksinäisyyttä ja molemmat vanhemmat osan vanhemmuuden kyvykkyyden ulottuvuuksistaan heikommiksi kuin niissä perheissä, jotka eivät kokeneet hoidon jatkuvuutta neuvolassa.

Yksinäisyyttä ja masennusoireita kokevat vanhemmat arvioivat vanhemmuuden kyvykkyytensä heikommaksi kuin muut vanhemmat. Vanhemman masennusoireet eivät kuitenkaan olleet yhteydessä heikommaksi koettuun vanhemmuuden kyvykkyyteen, jos perhe koki hoidon jatkuvuutta, eli heillä oli sama terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa. Yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan mahdollistama hoidon jatkuvuus näyttäisi siis suojaavan masennusoireista kärsivien äitien ja isien vanhemmuuden kyvykkyyden tunnetta.

6.2. Tulosten suhde aikaisempiin tutkimuksiin

6.2.1. Vanhempien neuvolakokemukset

Kansallisissa asiakastyytyväisyyskyselyissä neuvolapalvelujen laatu on arvioitu viime vuosina Suomessa yleisesti hyväksi (THL, 2016b), mutta aikaisemmissa neuvolapalvelun eri ulottuvuuksia tarkastelevissa tutkimuksissa vanhempien kokemukset näyttäytyvät vaihtelevimpina (esim. Heimo, 2002; Paavilainen, 2003; Ryttyläinen, 2005; Mesiäislehto-Soukka, 2005). Myös tässä tutkimuksessa vanhempien neuvolapalvelukokemukset olivat vaihtelevia.

Äitiysneuvolapalveluihin liittyvät kokemukset olivat kokonaisuutena tarkasteltaessa hieman neutraalia heikompia (II). Äitiysneuvolapalvelujen osa-alueet arvioitiin sisällöltään useammin huonoksi tai neutraaliksi kuin hyväksi, ja määrältään useammin vähäiseksi kuin paljoksi. Lähes kaikki vanhemmat arvioivat isäryhmien, ennen synnytystä tehtyjen kotikäyntien ja vanhempainryhmien määrän sekä mahdollisuutensa vaikuttaa neuvolapalvelun sisältöön vähäiseksi. Ennen synnytystä toteutuneiden kotikäyntien (Hakulinen-Viitanen ym., 2005; Hakulinen-Viitanen ym., 2008) ja neuvolan vanhempainryhmien (Perälä ym., 2011) vähäisyys on raportoitu myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Ryhmätoiminnan tarjonnan kasvattaminen ei kuitenkaan itsessään takaa vanhempien osallistumista. Esimerkiksi Ruotsissa lähes kaikille vanhemmille on tarjolla lastenneuvolan vanhempainryhmiä lapsen ensimmäisen ikävuoden aikana, mutta vain noin 40 % vanhemmista osallistuu näihin ryhmiin (Lefèvre ym., 2016). Neuvolan henkilökunnan tulisi aktiivisesti kutsua ja rohkaista vanhempia mukaan ryhmätoimintaan. Tämä olisi tärkeää etenkin isien osalta, koska heidän tiedetään usein jättävän väliin neuvolan vanhempainryhmät (Lefèvre, Lundqvist, Drevenhorn & Hallström, 2015).

Tutkimuksen aineiston keräämisen jälkeen neuvolapalveluja on kehitetty ja sisällöllisesti yhtenäistetty asetuksen (VNA 338/2011; aik. 380/2009) ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (1326/2010) edellyttämällä tavalla. Aineiston kerääminen neuvolatoimintaa ohjaavan lainsäädännön uudistusten jälkeen olisi todennäköisesti johtanut erilaisiin ja oletettavasti positiivisempiin tutkimustuloksiin. Toinen tutkimuksessa (II) havaittuja heikohkoja äitiysneuvolapalveluarvioita selittävä tekijä saattaa olla se, että tutkimukseen ei sisällynyt äitiysneuvolan henkilökunnan vuorovaikutuksen ja toiminnan tarkastelua. Päätelmää voidaan perustella sillä, että henkilökuntaan liittyvien kokemusten tiedetään olevan keskeisiä asiakastyytyväisyyden (Johansson ym., 2002; Entwistle ym., 2012; Jenkins ym., 2014) ja hoidon koetun laadun (Campbell ym., 2000; Britton, 2012) tekijöitä. Näiden kokemusten merkitys näkyy myös aikaisemmissa neuvolatutkimuksissa, joiden mukaan vanhemmat ovat tyytyväisiä erityisesti neuvolan henkilökunnan toimintaan (Viljamaa, 2003; THL 2016b). Vastaava trendi havaittiin myös tässä

tutkimuksessa lastenneuvolavaiheessa, jolloin noin 80 % äideistä arvioi neuvolan terveydenhoitajan ja lääkärin asiantuntijuuden hyväksi ja isät terveydenhoitajan asiantuntemuksen neuvolapalvelun parhaaksi osa-alueeksi (III). Koska kiinnostuksen kohteena oli neuvolapalvelujärjestelmän organisatorinen rakenne, tutkimuksessa ei tarkasteltu laajemmin neuvolan henkilökuntaan liittyviä kokemuksia. Tutkimuksen kohdistaminen neuvolan henkilökunnan toimintaan ja vuorovaikutukseen olisi voinut tuottaa myönteisemmän tutkimustuloksen vanhempien neuvolakokemuksista.

Tähän tutkimukseen, ja myös aikaisempiin neuvolatutkimuksiin (Fägerskiöld ym., 2003, Viljamaa, 2003) osallistuneet vanhemmat näyttävät arvostavan neuvolan tarjoamaa tiedollista tukea. Tutkimustulosten (II) mukaan äideistä noin 70 % koki saaneensa äitiysneuvolassa paljon (= paljon tai erittäin paljon) tietotukea. Tyytyväisyys neuvolasta saatuun tietotukeen havaittiin myös lastenneuvolavaiheessa (III), jolloin noin 80 % tutkituista äideistä ja noin 70 % isistä arvioi hyväksi (= hyvä tai erittäin hyvä) neuvolan tarjoaman tuen arkisiin lastenhoitokysymyksiin sekä lapsen kasvuun ja kehitykseen. Tulokset ovat neuvolapalvelujen tarpeenmukaisuuden näkökulmasta varsin positiivisia, sillä vanhempien tiedetään odottavan neuvolalta erityisesti tiedollista tukea (esim. Fägerskiöld ym., 2001; Heimo, 2002; Fägerskiöld & Ek, 2003; Mesiäislehto-Soukka, 2005; Hakulinen-Viitanen, 2007; Hildingsson ym., 2014). Tutkimustulosten (II, III) mukaan neuvoloissa onnistuttiin tiedollisen tuen alueella varsinkin ravitsemusohjauksessa; enemmistö äideistä koki neuvolasta saamansa tuen ja tiedon ravitsemukseen liittyen hyväksi. Äitien tyytyväisyys neuvolan ravitsemusohjaukseen on havaittu myös aikaisemmassa tutkimuksessa (Piirainen ym., 2004). Neuvoloiden perhekeskeisen ravitsemusohjauksen intensiivinen kehittäminen Suomessa viime vuosina (Siltanen, ym., 2014; Suomen Sydänliitto, 2016) lienee osaltaan vaikuttanut tutkimukseen osallistuneiden äitien myönteisiin kokemuksiin.

Tutkimuksen (III) yllättävä tulos oli 18 kuukauden ikäisten lasten vanhempien neuvolapalveluarvioiden ”en osaa sanoa” -vastausten osuus, joka vaihteli muuttujittain isillä 22 % (terveydenhoitajan asiantuntemus) – 80 % (erityisasiantuntijoiden palveluiden riittävyys) ja äideillä 4 % (tuki lapsen kasvuun ja kehitykseen) – 86 % (tuki terveysongelmissa) välillä. Vaikuttaisi siltä, että nämä vanhemmat eivät tunteneet neuvolan työmenetelmiä ja palveluja kovin hyvin. Onkin tarpeen pohtia, miksi esimerkiksi äidit eivät osanneet arvioida neuvolan terveysongelmiin tarjoamaa tukea, vaikka se on neuvolan perinteinen ja useimpia perheitä koskeva palvelun osa-alue? Kyselylomakkeessa kysymyksen yhteydessä esitetyt esimerkit tupakoinnista ja päihteiden käytöstä ohjasivat vastaajan mahdollisesti keskittymään vain näihin terveysongelmiin saadun tuen arviointiin. Siksi muihin yleisempiin terveysongelmiin, kuten ylipainoon tai unettomuuteen, neuvolassa saatu tuki saattoi jäädä huomioimatta. Tuloksessa näkynee myös se, että aineiston keruun aikana laajat terveystarkastukset eivät vielä olleet käytössä täysimittaisesti. Koska laajoihin terveystarkastuksiin

kutsutaan molemmat vanhemmat, ja niissä huomioidaan koko perheen terveystottumukset sekä tarjotaan tarpeenmukainen terveysneuvonta ja tuki (Hakulinen-Viitanen ym., 2012), voidaan vanhempien neuvolapalveluihin liittyvän tietoisuuden olettaa sittemmin parantuneen.

Vuonna 2007 tehdyn kansallisen selvityksen mukaan neuvolapalvelujen toteutuminen vaihteli eri terveyskeskuksissa. Esimerkiksi erityisasiantuntijoiden palvelujen saatavuus oli osin puutteellista: terveyskeskuksista 14 % ei järjestänyt lainkaan perhetyöntekijän ja 26 % ravitsemusterapeutin palveluja (Hakulinen-Viitanen ym., 2008). On siis todennäköistä, että kaikkia tutkimuksessa arvioituja palveluja, kuten vanhempien pienryhmiä, ei ollut tarjolla jokaisessa neuvoloissa. Lisäksi vanhemmalle ei ehkä kerrottu kattavasti neuvolan palveluista, tai hän ei käyttänyt niitä (esim. erityisasiantuntijoiden palvelut). Osa tutkimukseen osallistuneista isistä ilmoitti myös käyneensä neuvolassa hyvin harvoin, mikä selittää osaltaan heidän kyvyttömyyttään arvioida neuvolapalveluja. Isien epä tietoisuus voi myös kieliä heidän sivullisuudestaan neivolakäynneillä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että neuvolan henkilökunta kohdistaa huomionsa vastaanottotilanteessa enemmän äidille (Wells & Sarkadi, 2012; Tiitinen & Ruusu vuori, 2012). Isät kokevatkin jäävänsä neuvolassa helposti sivustaseuraajan rooliin (Kaila-Behm, 1997; Paavilainen, 2003; Mesiäislehto-Soukka, 2005; Fägerskiöld, 2006; Tammentie ym., 2009). Siksi omakohtaisen käsityksen saaminen neuvolapalveluista voi olla isälle vaikeaa. Neuvolassa annetun palveluohjauksen puutteet saattavat myös viivästyttää perheiden varhaisen avun saamista esimerkiksi lapsen psyykkisissä vaikeuksissa (Tuominen, Kettunen, Lindfors, Hjelt & Hakulinen-Viitanen, 2011). Terveystarkastajien ja lääkäreiden tulisikin kiinnittää huomiota neuvolatoiminnan esittelyyn yhdenvertaisesti molemmille vanhemmille niin, että he tietävät neuvolan tarjoamat palvelut ja osaavat hyödyntää niitä tarpeidensa mukaan. Laaja terveystarkastus tarjoaa erinomaisen mahdollisuuden tähän.

6.2.2. Millainen on vanhempien toivoma tulevaisuuden neuvola?

Tässä tutkimuksessa lähes kaikki vanhemmat pitivät tärkeänä, että äitiysneuvolan ja lastenneuvolan palvelut ovat saatavissa saman katon alta. Tämä neuvolapalvelujen saavutettavuuden kannalta varsin ymmärrettävä toive on raportoitu myös aikaisemmassa neuvolatutkimuksessa (Viljamaa, 2003). Neuvolapalvelujen saavutettavuutta, erityisesti useampilapsisten perheiden kohdalla, voitaisiin parantaa myös äitiys- ja lastenneuvolan yhdistelmätyöllä, jolloin terveydenhoitajan tai lääkärin vastaanottokäyntiin voidaan tarvittaessa sisällyttää sekä äidin että lasten terveystarkastukset. Tämä saattaisi myös vähentää asiakkaalle ja neuvolapalvelun tuottajalle aiheutuvia kustannuksia. Saatavissa ei ole tietoa siitä, miten ja kuinka paljon yhdistelmäneuvoloissa räätälöidään vastaanottokäyntejä perheiden äitiys- ja lastenneuvolapalveluihin liittyvien tarpeiden mukaan.

Suurin osa tutkimukseen osallistuneista vanhemmista toivoi myös, että perheellä voisi olla sama terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa. Tämän toiveen esittivät useammin ne vanhemmat, jotka kokivat hoidon jatkuvuutta neuvolassa. Voidaan siis päätellä, että näiden vanhempien kokemus jatkuvasta yhteistyöstä saman terveydenhoitajan kanssa äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa oli myönteinen, koska he halusivat suositella vastaavaa hoidon jatkuvuutta kaikille tulevaisuuden neuvolan asiakasperheille. Toive terveydenhoitajan ja perheen välisestä hoidon jatkuvuudesta äitiys- ja lastenneuvolassa on havaittu myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Viljamaa, 2003; Hakulinen-Viitanen ym., 2007). Tulosta tukevat myös useat äitiyshuollon tutkimukset, joiden mukaan naiset odottavat relationaalista hoidon jatkuvuutta raskauden seurannan aikana (Hildingsson ym., 2002; van Teijlingen ym., 2003; Ryttyläinen ym., 2007; Novic, 2009; Jenkins ym., 2014).

Aikaisemman tutkimuksen perusteella ei kuitenkaan tarkkaan tiedetä, miksi neuvolan terveydenhoitajan ja perheen välinen hoidon jatkuvuus on vanhemmille tärkeää. Yksi selittävä tekijä saattaa olla perheen erityinen tuen tarve. Tammentien ym. (2009) tulokset viittaavat siihen, että masentuneet äidit hyötyisivät tutun terveydenhoitajan tarjoamasta hoidon jatkuvuudesta siirtyessään synnytyksen jälkeen äitiysneuvolasta lastenneuvolan palveluihin. Heimon (2002) tutkimuksessa psykososiaalisen erityistuen tarpeessa olleiden perheiden äidit arvostivat yhteistyösuhdetta saman terveydenhoitajan kanssa äitiys- ja lastenneuvolassa, ja olivat pettyneitä, jos terveydenhoitaja vaihtui usein.

Meneillään olevan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen (sote) tavoitteena on parantaa palvelujen saatavuutta ja yhdenvertaisuutta. Digitalisaatiolla on keskeinen rooli näiden päämäärien saavuttamisessa (Valtioneuvosto, 2015; Sote- ja aluehallinto-uudistus, 2016). Tulevaisuuden neuvola toimii yhä enemmän verkossa ja tukee perheitä omahoidossa erilaisten sähköisten ratkaisujen avulla. Tätä väitöskirjaa kirjoitettaessa esimerkiksi ajanvarausten ja laboratoriotulosten hallinnointi verkossa, yhteys terveydenhoitajaan sähköisellä viestipalvelulla sekä tiedottaminen sosiaalisessa mediassa ovat käytössä jo monissa neuvoloissa. Kuitenkin vielä tutkimuksen aineistonkeruun aikana varsinaissuomalaisien vanhempien käytettävissä näytti olleen hyvin vähän neuvolan sähköisiä palveluja, sillä neuvonta netissä oli määrällisesti yksi kaikkein vähäisimmäksi arvioituista äitiysneuvolapalveluista (I). Tulosten mukaan vanhemmat suhtautuvat myönteisesti neuvolan verkkopalveluihin. Valtaosa tutkimukseen (aikaisemmin julkaisematon tulos) osallistuneista vanhemmista piti tarpeellisena mahdollisuutta olla neuvolaan yhteydessä sähköisessä muodossa. Tarve neuvolan sähköisten palvelujen ja henkilökunnan tavoitettavuuden parantamiseen on havaittu myös kansallisissa asiakasपालautekyselyissä (THL, 2016b). Tiedetään myös, että suomalaiset toivovat sähköisten terveyspalvelujen tarjoavan erityisesti luotettavaa terveystietoa ja hoitosuosituksia (Hyppönen, Hyry, Valta & Ahlgren, 2014). Näiden

toiveiden huomioiminen edellyttää neuvolalta perinteisesti vastaanotolla, kotikäynnillä tai perhevalmennuksessa tarjotun tiedon ja tuen jakamista myös verkossa. Muutos ei toteudu vain kansallisen ohjauksen ja kehittämistyön turvin; lisäksi neuvoloiden henkilökunnalta vaaditaan riittävää digitaalista osaamista ja avoimuutta uusille toimintatavoille. On todettu, että neuvolan terveydenhoitajien asenne verkkopalveluja kohtaan voi vaihdella luottavaisesta innokkuudesta epävarmuuteen ja epäilyyn (Kouri, Turunen & Palomäki, 2005). Verkkopalveluihin ja sosiaaliseen mediaan liittyvää täydennyskoulutusta tarvitaan turvaamaan neuvolan henkilökunnan osaaminen ja aktiivisuus sähköisten palvelumuotojen kehittämisessä.

Suurin osa tähän, kuten myös aikaisempaan neuvolatutkimukseen (Viljamaa, 2003), osallistuneista vanhemmista piti tärkeänä, että neuvolassa voitaisiin käynnistää erityistarpeessa olevien lasten hoitoa ja kuntoutusta. On tulkintakysymys, onko se kehittyvä neuvolapalvelu vai osa nykymuotoista neuvolatoimintaa. Hoidon ja kuntoutuksen käynnistäminen kuuluu neuvolan perustehtäviin, jos sen katsotaan alkavan silloin, kun terveydenhoitaja tai lääkäri huolestuu lapsen terveydestä ja puuttuu tilanteeseen. Toisaalta, sen voidaan ajatella olevan esimerkiksi vammaisen lapsen tarvitseman moniammatillisen hoidon ja kuntoutuksen toteuttamista osin neuvolassa, mikä olisi toteutuessaan uudenlainen neuvolapalvelu. Joka tapauksessa, tuloksessa voidaan nähdä myös aikaisemmissa neuvolatutkimuksissa havaittu pienten lasten vanhempien vahva odotus liittyen neuvolan rooliin lasten terveyden edistämässä sekä kasvun ja kehityksen seuraamisessa (Fägerskiöld, 2003; Viljamaa, 2003).

6.2.3. Neuvolamallin ja hoidon jatkuvuuden merkitys vanhemmille

Suomalaiset perheet ovat yleisesti tyytyväisiä neuvolapalveluihin (THL, 2016b), mutta aikaisemmin ei ole tutkittu, vaihtelevatko vanhempien kokemukset palvelujärjestelmän sisällä. Tässä tutkimuksessa neuvolamallien hyötyjä selvitettiin vertaamalla äitiysneuvoloiden ja lastenneuvoloiden sekä yhdistettyjen äitiys- ja lastenneuvoloiden asiakkaiden kokemuksia (II–IV). Asiakkailta kerätty subjektiivinen kokemustieto ei kuitenkaan yksin riitä osoittamaan neuvolamallien vaikuttavuutta ja hyötyjä. Siksi tutkimuksessa (I) vertailtiin myös eri neuvolamalleja käyttäneiden naisten ja heidän vauvojensa syntymärekisteritietoja.

Syntymärekisteritietoihin perustuvien tulosten mukaan äitiysneuvolaa ja yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolaa käyttäneiden naisten äitiyshuollon palvelujen käytössä ei ollut eroja. Neuvolamallien välillä ei havaittu eroja myöskään äidin ja lapsen terveyttä kuvaavissa syntymärekisterin osoittimissa. Sen sijaan äitiysneuvolaa ja lastenneuvolaa ja yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolaa käyttäneiden vanhempien neuvolapalveluihin ja vanhemmuuden kyvykkyyteen liittyvät kokemukset olivat erilaisia. Tulokset osoittivat yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan voivan tarjota perheille monia hyötyjä;

parempia palvelukokemuksia, enemmän kotikäyntejä sekä suojaa vanhemmuuden kyvykkyydelle.

Molemmat neuvolamallit ovat yhtä vaikuttavia

Äitiysneuvolaa ja yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolaa käyttäneiden naisten äitiyshuollon käyttöä, raskauden ja synnytyksen seuranta ja kulkua sekä vauvan terveyttä kuvaavissa syntymärekisterin osoittimissa ei tutkimuksessa havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja (I). Ainoa poikkeus oli ensimmäinen raskauden seurantakäynti, joka toteutui 0.7 raskausviikkoa aikaisemmin erillistä äitiysneuvolaa käyttäneillä naisilla, jotka olivat lisäksi ensisynnyttäjiä ja saaneet hedelmöityshoidon. Tätä tulosta voidaan pitää neuvolapalvelujen organisoinnin kannalta kliinisesti merkityksettömänä.

Tutkimuksessa vertailtujen syntymärekisteritietojen valossa molemmat neuvolamallit olivat siis yhtä vaikuttavia. Tutkimustulos on rohkaiseva, ja se voidaan tulkita kaikkien neuvolapalveluja käyttävien perheiden hyödyksi. Se osoittaa äitiysneuvolan vastaavan osaltaan äitien ja vastasyntyneiden lasten terveyden turvaamisesta neuvolajärjestelmän rakenteellisesta vaihtelevuudesta huolimatta. Myös monissa kansainvälissä tutkimuksissa on todettu, että vaikuttavia ja turvallisia äitiyshuollon palveluja voidaan tuottaa erilaisilla malleilla (Hemminki & Blondell, 2001; Di Mario, Basevi, Gori & Spettoli, 2005; Bernloehr, Smith & Vydellingum, 2005; Sandall ym, 2015).

Positiivisena tutkimustuloksena voidaan pitää myös sitä, että eri neuvolamalleja käyttäneiden naisten äitiyshuollon palvelujen käytössä ei havaittu eroja. Tulos ei tue aikaisemmin kirjallisuudessa esitettyjä arvioita, joiden mukaan laaja äitiys- ja lastenneuvolan yhdistelmätyö voisi olla yksi syy viime vuosikymmeninä lisääntyneeseen äitiysneuvolakäyntien määrään ja sairaalan äitiyspoliklinikalle lähettämiseen (Hemminki, Malin & Kojo-Austin, 1992; Hartikainen, 2003). Näiden tulosten perusteella voidaan myös ajatella, että esimerkiksi raskausajan seurantaan ja hoitoon liittyvät kustannukset olisivat mahdollisesti olleet samansuuruisia äitiysneuvolaa ja yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolaa käyttäneiden naisten osalta. Neuvolamallien kustannusvaikuttavuuden selvittämiseksi tarvitaan vertailevaa terveystaloustieteellistä tutkimusta.

Asiantuntijat ovat olleet huolissaan äitiys- ja lastenneuvolan yhdistelmätyöhön liitetystä henkilökunnan äitiyshuollon erityisosaamisen puutteesta ja sen vaikutuksista palvelun laatuun äitiysneuvoloissa (Hemminki & Gissler, 2007; Raussi-Lehto & Hemminki, 2015). Tässä tutkimuksessa vertailtujen äitiyshuollon palvelujen käyttöä sekä äidin ja vastasyntyneen terveyttä kuvaavien indikaattoreiden perusteella ei näytä siltä, että yhdistetyssä äitiys- ja lastenneuvolassa henkilökunnan osaamisen taso olisi heikompi kuin erillisessä äitiysneuvolassa. Terveystieteiden ja kättilöiden koulutukseen ja

osaamiseen liittyvät kysymykset ovat tätä väitöskirjaa kirjoitettaessa hyvin ajankohtaisia. EU-maita koskevan kättilökoulutuksen yhtenäistämisen (Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/55/EU) myötä Suomessa keskustellaan myös terveydenhoitajakoulutuksen uudistamisesta. Kehitteillä ovat sairaanhoitajakoulutuksen lisäksi suoritettavan terveydenhoitaja- tai kättilötyöhön suuntaavan syventävän koulutuksen toteutusmalli sekä tutkinnonjälkeisen 30–60 opintopisteen laajuisen erikoistumiskoulutuksen sisällöt. Laajaa osaamista vaativa äitiys- ja lastenneuvolan yhdistelmätyö voisi olla yksi erikoistumiskoulutuksesta hyötyvä tehtäväkenttä. Myös rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaavien terveydenhoitajien ja kättilöiden osaamista kannattaisi hyödyntää neuvolassa nykyistä paremmin. Neuvolan henkilökunnan koulutuksen ja neuvolapalvelun laadun välisen yhteyden tutkiminen on jatkossa tarpeellista.

Eri äitiysneuvolamallien vertailu syntymärekisteritietojen valossa tuotti neuvolatyön kehittämisen tueksi uutta tietoa äitiyshuollon palvelujärjestelmän ja lääketieteellisen toiminnan osalta. Lisäksi olisi ollut hyödyllistä tutkia kiinteämmin neuvolatyöhön ja sen vaikuttavuuteen liittyviä osoittimia, kuten potilastietojärjestelmään ja Avohilmo- rekisteriin kirjattuja neuvolaseurantaan liittyviä tietoja. Tämä olisi mahdollistanut eri neuvolamalleilla tuotettujen palvelujen saatavuutta ja käyttöä sekä koko perheen terveyttä kuvaavien indikaattoreiden kattavamman vertailun. Esimerkiksi neuvolamallin ja imetyssuositusten toteutumisen välisen yhteyden tutkiminen olisi ollut mielenkiintoista. Tutkimuksen toteuttaminen näistä lähtökohdista ei ollut tässä väitöskirjatutkimuksessa mahdollista. Rekisteri- ja potilastietojen valossa kannattaisi jatkossa tarkastella myös äitiysneuvolaoppaan (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013) suositusten toteutumista eri tavoin organisoiduissa äitiysneuvoloissa.

Parempia palvelukokemuksia yhdistelmäneuvolassa

Ensimmäinen tutkimuksessa (II, III) havaituista yhdistelmäneuvolan hyödyistä oli asiakastyytyväisyys, joka ilmeni vanhempien parempina kokemuksina usean neuvolapalvelun osa-alueen kohdalla. Paremmat palvelukokemukset painottuivat neuvolan tarjoamaan tukeen.

Tutkimuksessa (II) yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolaa käyttäneet vanhemmat olivat tyytyväisempiä joidenkin ryhmätoimintaan, tiedottamiseen ja terveysongelmissa tukemiseen liittyvien äitiysneuvolapalvelujen sisältöihin kuin erillisessä äitiysneuvolassa asioineet vanhemmat. Yhdistelmäneuvolan asiakkaat arvioivat myös saaneensa enemmän vertaistukea. Samansuuntainen yhteys hoidon jatkuvuuden mahdollistavan yhdistelmäneuvolan asiakkuuden ja parempien palvelukokemusten välillä havaittiin myös lastenneuvolavaiheessa (III). Tuolloin 18 kk:n ikäisten lasten äidit, joilla oli sama terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa, arvioivat neuvolassa saamansa tuen vanhemmuuteen, liikuntaan ja terveysongelmiin sekä

henkilökohtaisen lastenneuvolassa annetun tuen äidille ja isälle useammin hyväksi kuin äidit, joilla oli eri terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa. Nämä äidit olivat tyytyväisempiä myös erityispalveluiden riittävyteen. Myös isät, joilla oli sama terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa, arvioivat tuen terveysongelmissa paremmaksi kuin isät, jotka eivät kokeneet hoidon jatkuvuutta neuvolassa. On merkillepantavaa, että nämä hoidon jatkuvuutta neuvolassa kokeneiden vanhempien paremmaksi arvioimat tuen muodot, kuten liikuntaan ja vanhemmuuteen liittyvä tuki, ovat niitä neuvolapalvelun osa-alueita, joita laajojen terveystarkastusten ohje (Hakulinen-Viitanen ym., 2012) ja äitiysneuvolaopas (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013) painottavat. Saattaa siis olla, että hoidon jatkuvuus voi edesauttaa neuvolatyön uusien suositusten toteutumista. Tulokset vahvistavat useiden aikaisempien tutkimusten tuloksia, jotka ovat osoittaneet hoidon jatkuvuuden ja asiakastyytyväisyyden välisen yhteyden perusterveydenhuollon (Cabana & Jee, 2004; Saultz & Albedaiwi, 2004; Pandhi & Saultz, 2006; Adler ym., 2010) ja äitiyshuollon (Hildingsson & Rådestad, 2004; Novic, 2009; Sandall ym., 2015; Forster ym., 2016) palveluissa.

Toinen tässä tutkimuksessa (II, III) havaittu yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan hyöty oli kotikäyntien parempi saatavuus. Tutkimustulosten mukaan yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan mahdollistama terveydenhoitajan ja perheen välinen hoidon jatkuvuus tukee kotikäyntien toteutumista. Yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolaä käyttäneet, eli hoidon jatkuvuutta kokeneet vanhemmat, arvioivat kotikäyntien saatavuuden paremmaksi kuin erillisten neuvoloiden asiakkaat. Ero kotikäyntien saatavuudessa havaittiin sekä 4 että 18 kuukautta lapsen syntymän jälkeen. Lastenneuvolavaiheessa 65 % yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan asiakasäideistä raportoi saaneensa vähintään yhden kotikäynnin, kun vastaava luku erillisten neuvoloiden asiakkailta oli 40 %. Yhdistelmäneuvolan tarjoama pitkäkestoinen hoidon jatkuvuus voi siis auttaa terveydenhoitajaa kotikäyntien toteuttamisessa ja rohkaista vanhempia toivottamaan terveydenhoitaja tervetulleeksi kotiin, perheen yksityiselle alueelle. Neuvolamallin lisäksi myös muut tekijät, kuten neuvolatyön resurssit, johtaminen sekä henkilöstön ominaisuudet, ovat saattaneet vaikuttaa kotikäyntien toteuttamiseen. Mahdollisesti pienemmissä kunnissa, joissa suurin osa yhdistelmäneuvolaä käyttäneistä perheistä asui, neuvolan henkilökunnan vaihtuvuus on ollut pienempää ja asiakassuhteet pidempiä kuin kaupungissa. Myös kotikäyntiperinne on saattanut säilyä vahvempana maaseudulla, jossa työmuotoa ei ehkä 1990-luvulla karsittu siinä määrin kuin kaupungeissa. Näiden tekijöiden yhteyttä neuvolamallien välillä havaittuihin eroihin ei voitu tässä tutkimuksessa selvittää.

Neuvolan kotikäyntien saatavuus on vuodesta 2009 alkaen taattu asetuksella (VNA 338/2011, aik. 380/2009), joka edellyttää neuvoloita tarjoamaan ensimmäistä lasta odottaville tai ensimmäisen lapsen saaneille perheille vähintään yhden kotikäynnin.

Vanhemmat suhtautuvat neuvolan kotikäynteihin myönteisesti (Kaila-Behm, 1997; Perälä ym., 1998; Heimo, 2002; Hakulinen ym., 2007), ja tutkimusnäyttö kotikäyntien vaikuttavuudesta vanhemmuuden ja perheiden hyvinvoinnin tukemisessa on vahva (Kendrick ym., 2000; Bull, McCormick, Swann & Mulvihill, 2004). Kotikäyntien hyödyllisyys on osoitettu varsinkin erityistä tukea tarvitsevien perheiden auttamisessa, kun tavoitteena on esimerkiksi vanhempien päihteiden käytön (Olds ym., 2010) ja lapsen kaltoinkohtelun riskin (Barlow ym., 2007; Avellar & Suplee, 2013) vähentäminen tai keskosvauvan ja vanhempien välisen vuorovaikutuksen parantaminen (Goyal, Teeters & Ammerman, 2013). On siis selvää, että neuvolan kotikäyntien toteutumista kannattaa edistää. Tämän tutkimuksen mukaan äitiysneuvolan ja lastenneuvolan palvelujen yhdistäminen saattaisi olla yksi keino tähän. Tuloksia tarkasteltaessa on kuitenkin huomioitava, että ne kuvaavat neuvolatyöhön merkittävästi vaikuttaneen asetuksen (VNA 338/2011, aik. VNA 380/2009) voimaantuloa edeltävää ja hieman sen jälkeistä aikaa. Asetus on oletettavasti lisännyt kotikäyntien toteuttamista, ja mahdollisesti myös kaventanut tutkimuksessa kotikäyntien määrässä havaittuja neuvolamallien välisiä eroja.

Lähes kaikki lapsiperheet tavoittavana universaalina palveluna neuvola tarjoaa ainutlaatuisen mahdollisuuden väestön terveyden edistämiseen. Esimerkiksi neuvolan toteuttamalla liikuntaan ja ruokatottumuksiin liittyvällä terveysterveystuella on tärkeä rooli kansanterveyden uhkien, kuten lihavuuden ja sydän- ja verisuonitautien ehkäisyssä. Lasten hyvinvointiin kannattaa vaikuttaa vanhempien kautta. Kansalliseen syntymäkohorttitutkimukseen osallistuneiden vuonna 1987 syntyneiden lasten seuranta on osoittanut, että vanhempien elinolot, hyvinvointi ja terveyteen liittyvät tekijät ennustavat lapsen hyvinvointia pitkälle hänen tulevaisuuteensa (Paananen ym., 2012; Paananen, Ristikari, Merikukka & Gissler, 2013.). Tutkimus vahvistaa aikaisempaa näyttöä muun muassa vanhempien mielenterveysongelmien ja avioeron yhteydestä lapsen myöhempisiin mielenterveysongelmiin (Fryers & Brugha, 2013). Terveys- ja hyvinvointiongelmiin ylisukupolvisuuden mekanismeihin vaikuttaminen onkin yksi neuvolan tärkeimmistä tehtävistä. Siksi lasten ja perheiden palveluiden uudistamisesta päättävien kannattaa punnita hyvin tarkkaan, millainen neuvolapalvelurakenne auttaa onnistumaan tässä tehtävässä parhaiten.

Tässä tutkimuksessa (III) hoidon jatkuvuutta yhdistelmäneuvolassa kokeneet äidit saivat enemmän tukea esimerkiksi liikuntaan ja terveysterveystuella kuin äitiysneuvolaa ja lastenneuvolaa käyttäneet äidit. Yhdistetty äitiys- ja lastenneuvola ja sen mahdollistama hoidon jatkuvuus saattaisi siis tarjota erillisiä neuvoloita paremmat lähtökohdat perheiden terveyden edistämiseksi. Neuvolajärjestelmän kehittäminen yhdistelmäneuvoloita lisäämällä parantaisi neuvolapalvelun yhdenvertaisuutta tuomalla hoidon jatkuvuuden hyödyt nykyistä useamman perheen saataville.

Hoidon jatkuvuus suojaa vanhemmuuden kyvykkyyttä

Kolmas tutkimuksessa havaittu yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan hyöty ilmeni masennusoireista kärsivien äitien ja isien vanhemmuuden kyvykkyyden kokemuksissa (IV). Vahva vanhemmuuden kyvykkyyden tunne, eli positiivinen käsitys omista vanhemmuuden taidoista ja vanhempana selviytymisestä, on yhteydessä hyvään vanhemman ja lapsen väliseen vuorovaikutukseen sekä vanhempana toimimiseen (Cutrona & Troutman, 1986; Coleman & Karraker, 2000; Bloomfield ym., 2005). Vanhemmuuden kyvykkyyttä voidaan vahvistaa ammattilaisten tarjoamalla sosiaalisella tuella (Leahy-Warren, 2005; Leahy-Warren ym., 2012; Shorey, Wai-Chi, Yap & Hong-Gu, 2013). Aikaisempi tutkimus on osoittanut monen perheen hyvinvointia vaarantavan tekijän olevan uhka myös vanhemmuuden kyvykkyydelle. Esimerkiksi vanhemman väsymyksen (Whittaker & Cowley, 2012) ja masennuksen tiedetään olevan yhteydessä pienten lasten vanhempien heikompaan vanhemmuuden kyvykkyyden kokemukseen (Cutrona & Troutman, 1986; Leahy-Warren, McCarthy & Corcoran, 2012; Juntila ym., 2015).

Tämän tutkimuksen (IV) mukaan yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan mahdollistama hoidon jatkuvuus perheen ja saman terveydenhoitajan välillä ei ole tekijä, joka voisi yleisesti suojata vanhemmuuden kyvykkyyden tunnetta. Neuvolassa koetun hoidon jatkuvuuden merkitys vanhemmuuden kyvykkyyden turvaajana tuli kuitenkin esille masennusoireita kokeneilla äideillä ja isillä. Tutkimustulosten mukaan masennusoireet eivät olleet yhteydessä heikommaksi koettuun vanhemmuuden kyvykkyyteen niillä vanhemmilla, joilla oli sama terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa. Tulosta vahvistaa se, että yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaiden taustalla vaikuttivat useammin koettu emotionaalinen yksinäisyys, jotkut heikommaksi koetut vanhemmuuden kyvykkyyden ulottuvuudet sekä matalampi koulutustaso. Näistä hauraimmista lähtökohdista huolimatta masennusoireet eivät heikentäneet heidän vanhemmuuden kyvykkyyttään. Tulos on samansuuntainen useiden aikaisempien tutkimusten kanssa, jotka ovat osoittaneet hoidon jatkuvuuden olevan hyödyllistä erityisesti heikommassa asemassa oleville potilaille (Nutting ym., 2003; Pandhi & Saulz, 2006; von Bültzingslöwen ym., 2005).

Terveydenhoitajan ja perheen välinen hoidon jatkuvuus neuvolassa näyttäisi siis olevan hyödyllistä erityisesti paljon tukea tarvitseville vanhemmille. Samansuuntaisia, joskin hoidon jatkuvuuden puutteen näkökulmasta esitettyjä tuloksia ovat raportoineet Tammentie ja kollegat (2009), joiden mukaan masentuneet äidit kokivat vaikeaksi kertoa voinnistaan lastenneuvolan terveydenhoitajalle, johon he olivat tutustuneet vasta synnytyksen jälkeen. Riittävän yhteisen ajan ja hoidon jatkuvuuden merkitys luottamuksen syntymiselle vanhemman ja perhettä hoitavan ammattilaisen välillä on havaittu aikaisemmissa tutkimuksissa (Sheppard ym., 2004; Vaittinen, 2011). Myös tämän tutkimuksen tulokset saattavat viitata terveydenhoitajan ja perheen väliseen

parempaan kommunikaatioon ja luottamukseen pitkäkestoisessa yhteistyösuhteessa. Voidaan ajatella, että tutkimukseen osallistuneet masentuneet vanhemmat ovat ehkä uskaltaneet kertoa huolistaan avoimemmin terveydenhoitajalle, jonka olivat oppineet tuntemaan jo raskausaikana. Siksi terveydenhoitaja on mahdollisesti kyennyt paremmin tarjoamaan vanhemman tarvitsemaa tukea, mikä on osaltaan kannatellut häntä vanhemmuudessa. Tämän hoidon jatkuvuuden, luottamuksen ja tarpeenmukaisen tuen ketjun voidaan olettaa näkyneen tutkimustuloksissa masennuksen vaikutuksilta suojattuna vanhemmuuden kyvykkyyden tunteena. Päätelmää tukee myös tutkimuksessa (III) saatu tulos, jonka mukaan yhdistelmäneuvolan asiakasäidit kokivat neuvolan antaman tuen monilta osin paremmaksi kuin erillisen äitiysneuvolan ja lastenneuvolan asiakkaat.

Lapsen syntymän jälkeisestä masennuksesta arvioidaan kärsivän Suomessa 9–16 % äideistä (Luoma ym., 2001) ja kansainvälisissä tutkimuksissa noin 10 % isistä (Paulson & Bazemore, 2010). Kyseessä on siis isoa väestönosaa koskeva ongelma, joka voi heikentää monin tavoin perheiden hyvinvointia, jopa yli sukupolvien. Neuvolan tehtävä on tunnistaa vanhemman masennusoireet mahdollisimman varhain ja järjestää tarpeenmukainen moniammatillinen tuki ja hoito (Klemetti-Hakulinen-Viitanen, 2013). Tämän tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että jo neuvolan asiakkuus voi auttaa masennusoireista kärsiviä vanhempia, jos palvelu on järjestetty niin, että perheellä on sama terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa. Äitiys- ja lastenneuvolan yhdistelmätyön lisääminen olisi yksinkertainen, nykyisen palvelujärjestelmän puitteissa toteutettava keino edistää masentuneiden vanhempien tukemista neuvolassa. Terveydenhoitajan ja perheen välisen hoidon jatkuvuuden ja vanhempien psykososiaalisen tuen tarpeen tunnistamisen, tuen järjestämisen ja vaikuttavuuden yhteyksien selvittämiseksi tarvitaan kuitenkin lisää tutkimusta.

6.3. Tutkimuksen luotettavuus

Asetelma

Tämä tutkimus on ensimmäinen äitiysneuvolan ja lastenneuvolan sekä yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan välillä toteutettu vertaileva palvelujärjestelmätutkimus Suomessa. Tutkimuksessa neuvolapalveluja tarkasteltiin vanhempien näkökulmasta. Uuden, asiakaslähtöisen tiedon tuottaminen neuvolamallien eroista on tämän tutkimuksen selkeä vahvuus. Tuloksia voidaan hyödyntää kliinisessä neuvolatyössä, neuvolapalvelujen kehittämisessä ja johtamisessa sekä terveydenhoitajien ja lääkäreiden koulutuksessa.

Tutkimusasetelman ainutlaatuisuus voidaan tulkita myös tutkimuksen heikkoudeksi. Neuvolatutkimusta on toteutettu Suomessa 2000-luvulla melko vähän, ja tätä tutkimusta

vastaavaa vertailevaa palvelujärjestelmätutkimusta ei aikaisemmin lainkaan. Neuvola-palveluja on usein tutkittu työntekijän näkökulmasta tai mielenkiinnon kohteena on ollut jokin neuvolapalvelun osa-alue, kuten neuvolan tarjoama tuki, perhevalmennus tai kotikäynnit. Lisäksi lukuisten, arvokasta tietoa tuottaneiden neuvolatyön kehittämishankkeiden tuloksia on raportoitu hyvin harvoin tiedejulkaisuissa (Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen, 2000; Pelkonen ym., 2005). Tästä johtuen tutkimustulosten vertailu aikaisempiin neuvolatutkimuksiin jäi melko kapea-alaiseksi.

Tutkimuksen vertaileva asetelma perustui olemassa olevaan, rakenteellisesti vaihtelevaan neuvolapalvelurakenteeseen, eikä aikaa ja rahaa vaativaa koeasetelmaa tai interventiota tarvittu. Myös tutkimuksen lopputulosmuuttujina käytetty rutiinisti kerättävä syntymärekisteritieto lisäsi tutkimuksen taloudellisuutta ja paransi sen luotettavuutta. Lopputulostietojen keräämistä valmiista aineistosta ovat pitäneet taloudellisenä ratkaisuna myös Hemminki, Heikkilä, Sevon ja Koponen (2008), jotka käyttivät syntymärekisterin indikaattoreita vertailevan äitiyshuollon palvelujärjestelmä-tutkimuksensa lopputulosmuuttujina.

Tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää monitieteisen tutkimusryhmän asiantuntijuutta, joka kattoi terveydenhoitaja- ja kättilötyön, lastenlääketieteen, obstetriikan, ehkäisevän terveydenhuollon ja kasvatustieteiden osalta monipuolisesti neuvolatyön kentän. Neuvolatyön sisällön asiantuntemuksen lisäksi ryhmän jäsenillä on vahvaa kokemusta perusterveydenterveystieteiden johtamisesta, kehittämisestä, toiminnan organisoinnista ja koulutuksesta. Tämän monipuolisen osaamisen ansiosta tutkimuksen eri vaiheissa voitiin huomioida monien tieteidenalojen ja ammattikuntien näkemykset.

Tutkimuksessa vertailtujen neuvolamallien lisäksi neuvolapalveluja tuotetaan Suomessa myös muilla malleilla (Hakulinen-Viitanen ym., 2008). Tutkimuksessa ei vertailtu neuvolamalleja, joissa äitiys- tai lastenneuvolatyöhön on yhdistetty muita perusterveydenhuollon palveluja, kuten kouluterveydenhuolto, kotisairaanhoido tai hoitajavastaanotto, koska vertailtavat ryhmät olisivat tässä aineistossa jääneet liian pieniksi. Lisäksi rajausta puolsi se, että HKA-seurantatutkimus kohdistuu lapsiperheisiin, joiden kannalta juuri äitiys- ja lastenneuvolan palveluiden ja niitä yhdistävän hoidon jatkuvuuden tutkiminen on perusteltua.

Aineistot

HKA-seurantatutkimus perustuu laajaan kohorttiin, jonka koko (N = 9811 äitiä, N = 9936 lasta) mahdollistaa luotettavan tutkimuksen ja ryhmien välisen vertailun (Lagström ym., 2013). Käytettävissä on kohortin kattava monipuolinen rekisteri- ja potilasasiakirja-aineisto asianmukaisine tutkimuslupineen. Aineiston heikkoutena voidaan kuitenkin pitää sitä, että seurantaan on lähtenyt mukaan vain noin viidennes (n = 1797, 18.3 %) kohortin äideistä ja heidän puolisonsa (n = 1658). Alhainen osallistumisaktiivisuus

saattaa liittyä tutkimusasetelmaan ja rekrytoinnin puutteisiin. Sitoutuminen monivaiheiseen tutkimukseen vuosiksi on voinut tuntua poisjääneistä vanhemmista liian työläältä. On myös mahdollista, että terveydenhoitajat eivät ole ehtineet esitellä tutkimusta perheille riittävän hyvin paljon asiaa sisältävien alkuraskauden seurantakäyntien aikana. Puolisojen, eli lasten isien, mukanaolo on aineiston ehdoton vahvuus. Se mahdollistaa neuvolapalvelujen asiakas- ja perhelähtöisen tutkimisen ja kehittämisen huomioiden yhdenvertaisesti molempien vanhempien näkökulmat.

HKA-seurantatutkimuksessa mukana olevat äidit edustavat kohortin äitejä raskauteen ja synnytykseen liittyvien taustatietojen osalta. Sosiodemografiselta taustaltaan HKA-äidit kuitenkin eroavat muista kohortin äideistä; he ovat vanhempia sekä useammin naimisissa, ensisynnyttäjiä, kaupunkilaisia ja korkeammin koulutettuja. Lisäksi heille on tehty harvemmin abortti kuin kohortin muille äideille. (Lagström ym., 2013.) Eroavuus HKA:n äitien ja katoryhmän välillä voi heikentää tulosten yleistettävyyttä koko kohorttiin. Toisaalta, mukana olevien perheiden parempiosaisuuden voidaan ajatella vahvistavan saatuja tuloksia tutkittaessa vanhempien psykososiaalisia ongelmia.

Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että vanhempien raportoimia tietoja voitiin yhdistää ja verrata rekisteritietoihin. Myös tutkimukseen (I–IV) osallistuneiden ja osallistumattomien äitien taustatietojen vertailu tehtiin syntymärekisteritietojen perusteella. Tutkitut äidit edustavat tutkimuksesta poisjääneitä äitejä raskauteen ja synnytykseen liittyvien indikaattoreiden osalta, mutta ovat vanhempia sekä useammin asiantuntija-ammattissa (II–IV), yhden lapsen äitejä (I–IV), naimisissa (II–IV) ja kokeneet vähemmän abortteja (III, IV) kuin katoryhmien äidit. Isiä koskeva rekisteritietoihin perustuva katoanalyysi olisi osaltaan parantanut tutkimuksen luotettavuutta, mutta se ei ollut mahdollista käytettävissä olevan syntymärekisteriaineiston puitteissa. Näiden havaintojen vuoksi tutkimustulosten yleistettävyyteen suomalaisessa neuvola-asiakkaiden populaatiossa tulee tutkimusaineiston riittävästä koosta huolimatta suhtautua harkiten.

Tutkimuksessa (I, II) tarvittu tieto VSSHP:n äitiysneuvolapalveluiden organisoinnista ei ollut saatavissa rekistereistä tai potilasasiakirjoista. Tämän vuoksi se kerättiin terveyskeskusten neuvolatoiminnasta vastaavilta esimiehiltä. Rekisteristä saatava henkilötunnisteeseen perustuva neuvolamallitieto olisi lisännyt tutkimuksen luotettavuutta ja mahdollistanut kaikkien HKA-perheiden tutkimisen osatutkimuksissa I ja II. Tieto asiakkaan neuvolamallista kannattaisi tulevaisuudessa sisällyttää Avohilmo- rekisteriin kirjattaviin neuvolan käyntitietoihin.

Tutkimuksen vertaileva asetelma perustui äitiysneuvolapalvelujen organisointitapaan VSSHP:n alueella vuosina 2008–2009 (I, II) sekä äitien ilmoittamaan tietoon siitä, oliko perheellä ollut sama terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa vuosien 2008–2011 aikana (III, IV). Vertailtavat ryhmät olivat: äitiysneuvolaa ja yhdistettyä

äitiys- ja lastenneuvolaa käyttäneet vanhemmat (II) ja äidit (I) sekä vanhemmat, joilla oli sama terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa ja eri terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa (III, IV). Yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolaa käyttäneiden sekä hoidon jatkuvuutta neuvolassa kokeneiden vanhempien ryhmät olivat tutkimuksessa pienempiä (n = 163–542). Suurempi ryhmäkohti olisi voinut vahvistaa ryhmien välisessä vertailussa havaittuja tuloksia. Tulosten luotettavuutta lisää kuitenkin se, että tutkimuksessa (II, III) havaitut neuvolamallien väliset erot olivat samansuuntaisia ja painottuivat yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan eduksi. Lisäksi neuvolamallien väliset erot olivat pääsääntöisesti samansuuntaisia äitien ja isien ryhmissä.

Yhdistettyjä äitiys- ja lastenneuvoloita toimi yhteensä kuudessa maaseutukunnassa ja kaupungissa (I, II). Yhdistelmäneuvoloiden pienestä osuudesta johtuen tutkimuksessa ei raportoida nimettyjä kuntakohtaisia neuvolamallitietoja vanhempien ja neuvolan henkilökunnan tietosuojan turvaamiseksi. Yhdistetyt äitiys- ja lastenneuvolat olivat myös valtakunnallisesti erillisiä neuvoloita harvinaisempi neuvolapalvelun järjestämistapa 2010-luvun taitteessa (Hakulinen-Viitanen ym., 2008). Enemmistö yhdistelmäneuvolaa käyttäneistä (II) ja hoidon jatkuvuutta neuvolassa kokeneista (III, IV) vanhemmista asui maaseudulla tai taajamassa. Suurimmassa kaupungissa oli käytössä molempia neuvolamalleja, mutta valtaosa neuvoloista oli erillisiä äitiysneuvoloita ja lastenneuvoloita. Siksi tutkimusaineisto painottui äitiysneuvolaa ja lastenneuvolaa käyttäneisiin, kaupunkilaisiin perheisiin. Tämä on otettava huomioon tuloksia tarkasteltaessa, sillä kunnan kokoon ja muihin ominaisuuksiin liittyvät tekijät ovat voineet vaikuttaa neuvolatyön resursseihin, ja näin mahdollisesti myös vanhemman kokemuksiin saamastaan neuvolapalvelusta. Aikaisempi tutkimus on osoittanut, että laadukas neuvolapalvelu kumuloituu samoihin terveyskeskuksiin, joissa ehkäisevien terveyspalvelujen resursointiin ja kehittämiseen on ajan saatossa panostettu (Hakulinen-Viitanen ym., 2008). Neuvolapalvelunsa eri tavoin järjestäneiden kuntien vertailu esimerkiksi neuvolatyön kustannusten, henkilöstömitoitussuosituksen toteutumisen ja henkilöstön täydennyskoulutuksen osalta olisi tuottanut arvokasta lisätietoa neuvolapalvelujen saatavuuteen ja asiakkaan kokemuksiin yhteydessä olevista tekijöistä.

Tutkimustulosten äärellä on myös syytä pohtia, miten neuvolatoiminta on muuttunut aineiston keruusta tähän päivään, ja vaikuttavatko nämä muutokset tulosten hyödynnettävyyteen. On selvää, että lainsäädännön ja informaatio-ohjauksen uudistusten seurauksena neuvolapalvelut ovat kehittyneet muun muassa kotikäyntien ja määräaikaisten terveystarkastusten tarjonnan ja sisältöjen osalta. Lisäksi yhdistettyjen äitiys- ja lastenneuvoloiden määrä on arvioiden mukaan kasvanut 2010-luvulla. Siksi tutkimuksessa havaitut neuvolamallien väliset erot ovat saattaneet sittemmin tasoittua. Neuvolatyön tavoitteiden toteutumisen kannalta kuitenkin hyvin tärkeä ja palvelujärjestelmästä riippumaton tekijä on terveydenhoitajan, lääkärin ja perheen

välinen vuorovaikutus, jonka onnistumista ennustavat niin henkilökunnan kuin vanhempienkin yksilölliset ominaisuudet. Neuvolatutkimusten tuloksia arvioitaessa näiden inhimillisten tekijöiden vaikutus on otettava aina huomioon. Näiltä osin neuvolatyön lähtökohdat ovat säilyneet tutkimuksen kuluessa muuttumattomana.

Menetelmät

Tutkimuksessa käytettiin yleisiä, kansainvälisellä ja suomalaisella aineistolla validoituja mittareita (IV), muuttujia suomalaisessa neivolakontekstissa validoidusta mittarista (II, III) sekä syntymärekisterin tietoja (I). Validoitujen mittareiden ja luotettavan syntymärekisteritiedon (Gissler ym., 1995) käyttö paransivat tutkimuksen luotettavuutta.

Neurolapalvelujen saatavuutta, käyttöä sekä palveluihin liittyviä kokemuksia ja toiveita tutkittiin Viljamaan (2003) mittarin osittain muokatuilla (Ahonen, 2012) muuttujilla, joiden arvioitiin vastaavan parhaiten tutkittavaa ilmiötä (II, III). Mittarin sisältövaliditeettia lisää moniammatillisen neuvolatyön asiantuntijuuden sekä asiakasnäkökulman hyödyntäminen mittarin kehittämisvaiheessa (Viljamaa, 2003). Laajan alkuperäismittarin käyttäminen kokonaisuudessaan ei ollut tässä tutkimuksessa mahdollista, koska HKA:n monitieteisissä kyselylomakkeissa oli hyvin rajallisesti tilaa kunkin tutkimusryhmän kysymyksille. Alkuperäismittarin käyttö olisi parantanut tutkimuksen sisällöllistä validiteettia ja mahdollistanut neurolapalvelujen kattavamman tutkimisen.

Osatutkimuksessa II käytetyn mittarin summamuuttujien sisäinen johdonmukaisuus voidaan arvioida pääsääntöisesti hyväksi. Summamuuttujien Cronbachin alfakertoimien arvot olivat äideillä 0.965–0.539 ja isillä 0.980–0.746. Summamuuttujan ”kotikäynnit” sisäinen johdonmukaisuus oli äitien ryhmässä heikko Cronbachin alfakertoimen arvon ollessa 0.539. Myös summamuuttuja ”lisäpalvelut” sai äitien ryhmässä matalan alfakertoimen arvon, 0.561. Kotikäynnit-summamuuttuja rakentui selkeän, samaa ilmiötä kuvaavan käsitteen ympärille, mutta sen sisäistä johdonmukaisuutta heikensi synnytyksen jälkeen tehtyjen kotikäyntien muita kotikäyntimuotoja huomattavasti suurempi osuus. Lisäpalvelut-summamuuttujan muuttujia ”ryhmäneuvola”, ”nettineuvonta” sekä ”avoin vastaanotto ilman ajanvarausta” olisi voinut tarkastella muuttujittain. Toisaalta isien ryhmässä kyseisen summamuuttujan alfakertoimen arvo oli hyvä, 0.828. Mittaamisen reliabiliteettia tukee myös Viljamaan (2003) raportoidut, alkuperäismittarilla saadut tulokset koskien muun muassa vanhempien tyytyväisyyttä neivolalan henkilökunnan toimintaan sekä tulevaisuuden neurolapalveluihin liittyviä toiveita, jotka ovat samansuuntaisia tämän tutkimuksen tulosten kanssa.

Pitkä kyselylomake voi lisätä puuttuvien tietojen määrää ja heikentää näin tulosten luotettavuutta (Jepson, Asch, Hershey & Ubel, 2005). HKA:n monitieteiset, useita

mittareita sisältävät kyselylomakkeet ovat pitkiä ja saattavat olla vanhemmille työläitä vastata (Lagström ym., 2013). Tämä näkyy esimerkiksi 18 kk:n kyselyssä, johon vastanneista isistä moni oli kirjoittanut kyselylomakkeen kommenttikenttään huomautuksen, jossa kritisoitiin kyselyn pituutta. Neuvolapalveluihin liittyviin kysymyksiin vastaamista saattoi haitata myös niiden sijoittuminen kyselylomakkeen loppuun sekä 4 kk:n että 18 kk:n mittauspisteen kyselyssä. Moni tutkimukseen (III) osallistuneista isistä kommentoi lisäksi, että ei pystynyt vastaamaan kunnolla neuvolapalveluihin liittyviin kysymyksiin vähäisen tai puuttuvan nevolakokemuksensa vuoksi. Nämä seikat ovat todennäköisesti vaikuttaneet isien vastauksiin. Tutkimuksessa ei kerätty tietoa neuvolapalveluja kokonaan käyttämättömistä vanhemmista eikä nevolakäyntien määrästä. Tämän tiedon kerääminen olisi parantanut mittarin sisältövaliditeettia kattavuuden osalta.

7. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että yhdistetty äitiys- ja lastenneuvola voi olla pienten lasten perheille erillisiä neuvoloita hyödyllisempi tapa tuottaa neuvolapalvelut. Tutkimustulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

1. Tutkimuksessa vertailtujen äidin ja vastasyntyneen lapsen terveyttä kuvaavien syntymärekisterin osoittimien valossa erillinen äitiysneuvola ja yhdistetty äitiys- ja lastenneuvola olivat yhtä vaikuttavia. Tutkittujen neuvolamallien asiakkaat käyttivät äitiyshuollon palveluja yhtä paljon. Näiden tulosten pohjalta molempia neuvolamalleja voidaan suositella äitiysneuvolapalvelun toteuttamistavaksi. Sen sijaan vanhempien kokemusten ja toiveiden perusteella yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolaa voidaan pitää suositeltavana neuvolamallina.

2. Tutkimus osoitti, että yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan mahdollistama hoidon jatkuvuus terveydenhoitajan ja perheen välillä on hyödyllistä. Se voi lisätä vanhempien tyytyväisyyttä neuvolapalveluihin ja tarjota perheille enemmän tukea. Hoidon jatkuvuus siis edistää neuvolan keskeisen tehtävän, vanhemmuuden tukemisen, toteuttamista. Terveydenhuollon ammattihenkilön ja asiakkaan välisen jatkuvan hoitosuhteen hyödyistä on vahvaa tutkimusnäyttöä, mutta ei kuitenkaan äitiys- ja lastenneuvolassa. Tämä tutkimus vahvistaa aikaisempaa tutkimusnäyttöä neuvolaympäristössä saaduilla hoidon jatkuvuuden hyötyjä osoittavilla tuloksilla.

2. Kotikäynti on todettu vaikuttavaksi työmuodoksi, joka mahdollistaa perheen tuen tarpeen varhaisen tunnistamisen ja tuen räätälöimisen sitä tarvitseville. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolan mahdollistama hoidon jatkuvuus terveydenhoitajan ja perheen välillä voi edistää kotikäyntien toteutumista. Kotikäyntien saatavuuteen saattoivat tutkimuksessa vaikuttaa myös vanhemman asuinkuntaan ja neuvolatoiminnan resursseihin liittyvät tekijät.

3. Pienten lasten vanhemmat arvostavat hoidon jatkuvuutta ja sähköisiä palveluja neuvolassa. Tässä tutkimuksessa vanhemmat, joilla oli sama terveydenhoitaja äitiys- ja lastenneuvolassa, pitivät hoidon jatkuvuutta useammin tärkeänä tulevaisuuden neuvolapalveluna kuin vanhemmat, joilla oli eri terveydenhoitaja äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa. Havainto tukee tutkimustulosta hoidon jatkuvuuden ja asiakastyytyväisyyden välisestä yhteydestä neuvolaympäristössä.

4. Terveydenhoitajan ja perheen välinen hoidon jatkuvuus äitiysneuvolassa ja lastenneuvolassa voi olla hyödyllistä varsinkin erityistä tukea tarvitseville vanhemmille. Tämä on pääteltävissä tutkimukseen osallistuneiden masennusoireista kärsivien vanhempien perusteella, joiden vanhemmuuden kyvykkyyden tunnetta neuvolassa koettu hoidon jatkuvuus suoja.

8. EHDOTUKSET NEUVOLATOIMINNAN KEHITTÄMISEEN JA JATKOTUTKIMUKSEEN

Meneillään olevan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen (sote) tarkoituksena on vahvistaa peruspalveluja ja integroida sosiaali- ja terveystalvet asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi. (Sote- ja aluehallintouudistus, 2016). Uudistus toteutuu muun muassa hallituksen Lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelman avulla, jonka tavoitteena on lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin ja voimavarojen vahvistaminen painottaen ehkäiseviä palveluja ja varhaista tukea. Muutosohjelman avulla vahvistetaan vanhemmuuden tukea ja matalan kynnyksen palveluja esimerkiksi moniammatillista perhekeskustoimintaa kehittämällä. (STM, 2016b.) Hyvä johtaminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio on nähty soten onnistumisen tärkeimmiksi edellytyksiksi (Eronen, Lehtinen, Londen & Perälähti, 2016). Näitä elementtejä tarvitaan myös neuvolatoiminnan kehittämisessä ja yhtenäistämässä osana lapsi- ja perhepalvelujen muutosta.

Tätä väitöskirjaa kirjoitettaessa monet soten ratkaisut ovat vielä avoinna. Tiedossa on kuitenkin, että terveystalvet asiakkaan valinnanvapaus lisääntynee. On siis mahdollista, että jatkossa myös neuvolapalvelut voi valita nykyistä monimuotoisemmasta valikoimasta. Yksityisten neuvoloiden määrän ennustetaan kasvavan, ja palveluntuottajina saattavat tulevaisuudessa toimia myös kolmannen sektorin organisaatiot. Kilpailun kasvaessa palvelunjärjestäjän ja -tuottajan valti on tieto siitä, mitä vanhemmat neuvolapalvelulta odottavat ja millä perusteella he neuvolansa valitsevat. Tämän ymmärtämiseksi tarvitaan kansallista tutkimusta vanhempien neuvolaodotuksista ja -kokemuksista sekä neuvolatoiminnan kehittämis ehdotuksista kohdentuen myös neuvolan terveydenhoitajien ja lääkäreiden toimintaan.

Neuvolapalvelujen kehittämisen tulee pohjautua ajantasaiseen ja monikanavaiseen tietoon siitä, mikä on perheille tarpeen ja hyödyllistä. Lisäksi tarvitaan näyttöä eri neuvolamallien ja -palvelujen kustannuksista. Näitä asioita kannattaisi tulevaisuudessa tarkastella suhteessa kunnan kokoon ja lapsi- ja perhepalvelujen rakenteeseen. Vertailevan tutkimusasetelman mahdollistamiseksi olisi tärkeää, että neuvolamallitieto kirjattaisiin jatkossa Avohilmo-rekisteriin. Tämä loisi toteutuessaan erinomaiset lähtökohdat valtakunnalliselle neuvolapalvelujärjestelmätutkimukselle. Jatkossa myös ammattilaisilta olisi kysyttävä, kokevatko he neuvolan nykyiset työmuodot toimiviksi ja millaisia uusia menetelmiä, resursseja ja rakenteellisia ratkaisuja mahdollisesti tarvittaisiin? Tätä tarkastelua ei pidä tehdä vain neuvolajärjestelmän sisältä käsin, vaan siihen tulisi osallistaa kaikki lasta odottavien ja lapsiperheiden kanssa työskentelevät tahot sekä ammattiryhmät.

Hoidon jatkuvuuden hyödyistä on vahvaa tutkimusnäyttöä, joka pitäisi tunnustaa ja ottaa käyttöön neuvolatoiminnan kehittämisessä. Tämä toteutuisi käytännössä parhaiten järjestämällä neuvolapalvelut yhdistettynä äitiys- ja lastenneuvolana, joka toimisi osana perhekeskusta tai muuta lasten ja perheiden palvelut kokoavaa moniammatillista palvelukokonaisuutta. Silloin tulevaisuuden neuvola voisi olla asiakaslähtöinen ”yhden luukun neuvola”, jossa terveydenhoitaja ja lääkäri yhdessä pysyvän, moniammatillisen tiimin kanssa vastaisivat koko perheen terveyden ja hyvinvoinnin seurannan, edistämisen ja tuen tarpeisiin esikoisen odotuksesta aina kuopuksen kouluikään saakka.

Äitiys- ja lastenneuvolan yhdistelmätyö mahdollistaa pitkäkestoisen, tuttuutta ja luottamusta lisäävän yhteistyösuhteen perheen ja neuvolan henkilöstön välillä. Siksi se voi edistää perheen tuen ja avun tarpeiden varhaista tunnistamista sekä tuen tarjoamista osana määräaikaista terveystarkastuksia ja kotikäyntejä. Koska elintapojen pysyvä muutos vaatii aikaa, hoidon jatkuvuus voisi tukea myös terveysneuvonnan vaikuttavuutta. Esimerkiksi äidin raskausaikana omaksumat terveelliset elämäntavat saattaisivat jatkua synnytyksen jälkeen helpommin, jos hänen tukenaan lastenneuvolassa olisi tuttu, jo odotusaikana elämäntapamuutoksiin kannustanut terveydenhoitaja. Hoidon jatkuvuuden ja perheen terveystottumusten sekä niissä tapahtuvien muutosten välisen yhteyden selvittäminen olisikin jatkossa mielenkiintoinen tutkimusaihe. On kuitenkin muistettava, että tiedon ja johtamisen osalta hoidon jatkuvuutta voidaan edistää monin tavoin, vaikka äitiys- ja lastenneuvolapalvelut olisi tuotettu erillisissä neuvoloissa. Esimerkiksi vauvan syntymän jälkeen perheen saumaton siirtymä eri neuvolayksiköiden välillä voidaan varmistaa tehokkaalla tiedonsiirrolla ja kommunikoinnilla äitiysneuvolan, synnytyssairaalan ja lastenneuvolan henkilöstön sekä vanhempien kesken.

Neuvolapalvelujen kehittämiseen liittyvän päätöksenteon tueksi tarvitaan tietoa hoidon jatkuvuuden ja sen puutteen vaikutuksista terveydenhoitajan ja lääkärin työhön. Mahdollisuus jatkaa yhteistyötä perheen kanssa äitiysneuvolasta lastenneuvolaan olisi oletettavasti mielekästä myös terveydenhoitajalle ja lääkärille. Äitiys- ja lastenneuvolan yhdistelmätyö edellyttää työntekijältä laajaa osaamista ja sen jatkuvaa kehittämistä. Terveydenhoitajien ja lääkäreiden koulutuksessa naisten ja lasten terveyteen liittyvät sisällöt ovat pääosin erillisiä opintokokonaisuuksia. Lisäksi näiden työelämässä varsin tiiviisti yhdessä työskentelevien ammattilaisten perus- ja täydennyskoulutusta ei ole juurikaan integroitu, puhumattakaan muista neuvolan moniammatillisen tiimin ammattilaisista. Jatkossa myös koulutuksen soisi kehittyvän sote-uudistuksen hengessä neuvolatyön osa-alueet ja eri ammattiryhmien koulutustarpeet yhdistäväksi, asiakaslähtöiseen ja moniammatilliseen neuvolatyöhön valmentavaksi monitieteiseksi kokonaisuudeksi.

9. KIITOKSET

Toteutin tutkimukseni Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan kansanterveystieteen yksikössä ja Turun lapsi- ja nuorisotutkimuskeskuksessa vuosina 2010–2016. Olen tästä mahdollisuudesta hyvin kiitollinen.

Suurimmat kiitokset kuuluvat professori, tutkimusylilääkäri Päivi Rautavalle ja TtT, koulutus- ja tutkimuspäällikkö Pia Ahoselle, joiden asiantuntevassa ohjauksessa opin tieteellisen tutkimuksen perusteet. Kiireistään ja lukuisista velvollisuuksistaan huolimatta he jaksoivat aina ystävällisesti syventyä esittämiini kysymyksiin ja tukea tutkimukseni edistymistä. Olen ollut onnekas saadessani heidät ohjaajikseni.

Päivi Rautavalle osoitan erityiskiitokset hänen antamastaan esimerkistä avarakatseisena tutkijana. Hänen sydämellinen tapansa tehdä tieteiden rajat ylittävää yhdenvertaista yhteistyötä on vertaansa vailla. Häneltä olen oppinut, että laadukkaiden tutkimustulosten taustalta ei koskaan löydy vain ”minä”, vaan ”me”. Pia Ahosta kiitän erityisen lämpimästi tutkimukseni mahdollistamisesta niin monin tavoin. Jo vuosia sitten, väitöskirjan tuntuessa saavuttamattomalta tavoitteelta, hän luotti tutkimusideaani ja rohkaisi hakeutumaan jatko-opintoihin. Myöhemmin, hänen rauhalliset neuvonsa ja vankkumaton tukensa kannattelivat minua tutkimustyöni kaikissa vaiheissa.

THT, dosentti Marjaana Pelkosta kiitän suostumisesta vastaväittäjäkseni.

TtT, dosentti Tuovi Hakulista ja LT, dosentti Riitta Luotoa kiitän väitöskirjani esitarkastuksesta. Heidän kriittinen ja oivaltava palautteensa auttoi minua huomattavasti käsikirjoitukseni terävöittämisessä. Tuovi Hakulista kiitän lisäksi ohjausryhmäni jäsenenä toimimisesta.

Kiitän osajulkaisujen kirjoittamiseen osallistuneita kasvatopsykologian dosentti Niina Junttilaa sekä synnytys- ja naistentautiopin professori Juha Mäkistä. Niina Junttila ansaitsee erityiskiitokset neljännen osajulkaisun tilastollisista analyyseistä sekä tulosten tilastotieteellisestä tulkinnasta. Juha Mäkistä kiitän myös lämminhenkisestä ohjausryhmätyöskentelystä.

Olen kiitollinen Turun lapsi- ja nuorisotutkimuskeskuksen Hyvän kasvun avaimet -seurantatutkimukseen osallistuneille vanhemmille ja heidät tutkimukseen rekrytoineille terveydenhoitajille ja kättilöille. Ilman heitä tutkimukseni ei olisi voinut toteutua.

Kiitän FT, dosentti Hanna Lagströmiä, joka johti Turun lapsi- ja nuorisotutkimuskeskusta tutkimukseni aikana. Iloitsen siitä, että sain olla monitieteisen tutkimusryhmän jäsen.

Biostatistikko Anne Kaljosta kiitän tutkimuksen tilastollisista analyyseista ja tilastollisiin menetelmiin liittyvistä asiantuntevista neuvoista. Hänen ehtymätön ystävällisyytensä ja kärsivällisyytensä kokematonta tutkijaa kohtaan ansaitsee kunniamaininnan.

Kiitän englanninkielisten osajulkaisujen kieliasun viimeistelyyn osallistuneita tutkimussihteerit Heile Tofferia ja kielenkääntäjä Elli Sillanpäättä. Heidän ystävällinen ja osaava apunsa oli aina joustavasti saatavilla, joskus hyvin tiukkojenkin aikataulujen puitteissa.

Kiitän lämpimästi lähimpiä työ- ja tutkijatovereitani Turun ammattikorkeakoulussa ja Turun yliopistolla. Heiltä saamani vertaistuen ja kannustuksen avulla pystyin saavuttamaan tavoitteeni. Kiitos kaikesta! Erityiskiitokset joustavista työjärjestelyistä saavat täydennyskoulutuspäällikkö Tiina Aalto ja koulutusjohtaja Marjut Putkinen.

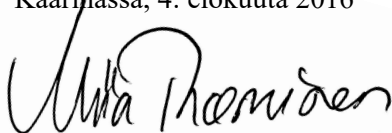
Kiitän Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriä saamastani valtion tutkimusrahoituksesta. Kiitän työnantajaani Turun ammattikorkeakoulua ja vararehtori Juhani Soinia mahdollisuudesta viimeistellä tutkimukseni sekä edistää monitieteistä tutkimus- ja kehittämissyhteistyötä Tohtorikiihdyttämö-toiminnan suojissa.

Tunnen syvää kiitollisuutta läheisistäni, joiden seurassa olen saanut unohtaa tutkimukseen ja opintoihin liittyvät paineet. Kiitän sisaruksiani perheineen sekä appivanhempiani. Kiitän ihastuttavia ystäviäni. Toivon runsasta jatkoa iloisille hetkillemme illallispöydässä, lenkkipoluilla, kaupunkilomalla tai missä tahansa, kaikki käy!

Haluan sydämestäni kiittää vanhempiani Anni ja Erkki Laasasta, jotka ovat rakkaudella ymmärtäneet ja auttaneet minua kaikissa käännteissäni. He antoivat elämälleni vahvan perustan, jonka varassa oli turvallista suunnata Keski-Pohjanmaan kyliltä maailmalle.

Lopuksi tärkeimmät kiitokset saa rakas, omintakeinen perheeni. Kiitän puolisoani Juhaa perheemme joukkuehengen määrätietoista edistämisestä. Hänen toimeliaisuutensa ja ilmiömäinen organisointikykyensä pitivät pelimme kasassa väitöskirjaprojektini aikana. Kiitän lapsiani Aleksia, Anttia, Toivoa ja Helmiä, jotka ovat jaksaneet osoittaa käsittämätöntä ymmärrystä tietokoneen ääreen liimautuneelle, hajamieliselle äidilleen. Kiitän heitä hassusta huumorista, halauksista, keskusteluista ja viesteistä, jotka antavat päiviini suunnattomasti iloa ja voimaa.

Kaarinassa, 4. elokuuta 2016



Miia Tuominen

10. KIRJALLISUUS

- Adler, R., Vasiliadis, A., & Bickell, N. (2010). The relationship between continuity and patient satisfaction: A systematic review. *Family Practice*, 27(2), 171–178.
- Ahonen, P. (2001). *Matalan ja korkean riskin ensisynnyttäjien raskaudenaikaiset odotukset ja synnytyskokemukset*. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.
- Ahonen, P. (toim.). (2012). *Uusia toimintatapoja äitiyshuoltoon. Kymppi-hanke moniulotteisena vaikuttajana*. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 137. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Australian Government (2010). The Australian Health Ministers' Conference. National Maternity Services Plan. Viitattu 2.4.2016. <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/maternityservicesplan>
- Australian Government (2011). National Framework for Universal Child and Family Health Services. Australian Government, Department of Health and Ageing. Viitattu 2.4.2016. <http://www.health.gov.au/>
- Avellar, S. A., & Supplee, L. H. (2013). Effectiveness of home visiting in improving child health and reducing child maltreatment. *Pediatrics*, 132 Suppl 2, 90–99.
- Baas, C. I., Erwich, J. J. H., Wiegers, T. A., Cock, T. P., & Hutton, E. K. (2015). Women's suggestions for improving midwifery care in the Netherlands. *Birth*, 42(4), 369–378.
- Barimani, M., & Hylander, I. (2012). Joint action between child health care nurses and midwives leads to continuity of care for expectant and new mothers. *International Journal of Qualitative Studies on Health Well-being*, 7. Viitattu 27.5.2015. <http://doi.org/10.3402/qhw.v7i0.18183>
- Barlow, J., Davis, H., McIntosh, E., Jarrett, P., Mockford, C., & Stewart-Brown, S. (2007). Role of home visiting in improving parenting and health in families at risk of abuse and neglect: Results of a multicentre randomised controlled trial and economic evaluation. *Archives of Disease in Childhood*, 92(3), 229–233.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, G.K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory–II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bergeson, S., & Dean, J. (2006). Systems approach to patient-centered care. *The Journal of the American Medical Association*, 296(23), 2848–2851.
- Bernloehr, A., Smith, P., & Vydellingum, V. (2005). Antenatal care in the European Union: A survey on guidelines in all 25 member states of the community. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 122(1), 22–32.
- Bloomfield, L., Kendall, S., Applin, L., Attarzadeh, V., Dearnley, K., Edwards, L. ym. (2005). A qualitative study exploring the experiences and views of mothers, health visitors and family support centre workers on the challenges and difficulties of parenting. *Health and Social Care in the Community*, 13, 46–55.
- Bodenheimer, T., Ghorob, A., Willard-Grace, R., & Grumbach, K. (2014). The 10 building blocks of high-performing primary care. *Annals of Family Medicine*, 12(2), 166–171.
- Bondas, T. (2000). *Att vara med barn: en vårdvetenskaplig studie av kvinnors upplevelser under perinatal tid*. Väitöskirja. Turku: Åbo Akademi.
- Bondas, T. (2002). Finnish women's experiences of antenatal care. *Midwifery*, 18(1), 61–71.
- Britton, J. (2012). The assessment of satisfaction with care in the perinatal period. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(2), 34–44.
- Brock, E., Charlton, K., & Yeatman, H. (2014). Identification and evaluation of models of antenatal care in Australia – A review of the evidence. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 54(4), 300–311.
- Browne, J., & Taylor, J. (2014). 'It's a good thing...': Women's views on their continuity experiences with midwifery students from one Australian region. *Midwifery*, 30(3), 108–114.
- Bull, J., McCormick, G., Swann, C., & Mulvihill, C. (2004). *Ante-and post-natal home-visiting programmes: A review of reviews: Evidence briefing*. Health Development Agency: London.
- Burge, F., Haggerty, J., Pineault, R., Beaulieu, M-D., Lévesque, J-F., Beaulieu, C., & Santor, D. (2011). Relational Continuity from the Patient Perspective: Comparison of Primary Healthcare Evaluation Instruments. *Healthcare Policy*, 7, 124–138.
- Cabana, M., & Jee, S. (2004). Does continuity of care improve patient outcomes? *The Journal of Family Practice*, 53(12), 974–80.
- Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, 51(11), 1611–1625.
- Chalmers, N., Mangiaterra, V., & Porter, R. (2001). WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. *Birth*, 28(3), 202–207.
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 9, 233–255.
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2000). Parenting self-efficacy among mothers of school-age children: Conceptualization, measurement and correlates. *Family Relations*, 49, 13–24.
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2003). Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behavior and developmental status. *Infant Mental Health Journal*, 24, 126–148.

- Cutrona, C. E., & Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development, 57*, 1507–1518.
- Davey, M. A., Brown, S., & Bruinsma, F. (2005). What is it about antenatal continuity of caregiver that matters to women? *Birth 32*(4), 262–271.
- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth, 8*, 30.
- de Montigny, F., & Lacharite, C. (2005). Perceived parental efficacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 49*, 387–396.
- Di Mario, S., Basevi, V., Gori, G., & Spettoli, D. (2005). *What is the effectiveness of antenatal care? Health Evidence Network report*, (Supplement). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Viitattu 13.4.2016. <http://www.euro.who.int/Document/E87997.pdf>.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *The Journal of the American Medical Association, 260*(12), 1743–1748.
- Dowswell, T., Carroli, G., Duley, L., Gates, S., Gulmezoglu, A. M., Khan-Neelofur, D., & Piaggio, G. (2015). Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 7*, CD000934.
- Ekström, A., Widström, A.-M., & Nissen, E. (2006). Does Continuity of Care by Well-Trained Breastfeeding Counselors Improve a Mother's Perception of Support? *Birth, 33*(2), 123–130.
- Entwistle, V., Firnigl, D., Ryan, M., Francis, J., & Kinghorn, P. (2012). Which experiences of health care delivery matter to service users and why? A critical interpretive synthesis and conceptual map. *Journal of Health Services Research and Policy, 17*(2), 70–78.
- Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/55/EU. Viitattu 1.5.2016. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/fi/TXT/?uri=CELEX%3A32013L0055>
- Eronen, A., Lehtinen, T., Londén, P., & Perälähti, A. (2016). *Sosiaalibarometri 2016. Erytiskatsaus toimeentulosta ja sote-uudistuksesta*. Helsinki: SOSTE Suomen sosiaali ja terveysty.
- Finnbogadóttir, H., Crang Svalenius, E., & Persson, E. (2003). Expectant first-time fathers' experiences of pregnancy. *Midwifery, 19*(2), 96–105.
- Fletcher, R., Silberberg, S. & Galloway, D. (2004). New Fathers' Postbirth Views of Antenatal Classes: Satisfaction, Benefits, and Knowledge of Family Services. *The Journal of Perinatal Education, 13*(3), 18–26.
- Forster, D., McLachlan, H., Rayner, J., Yelland, J., Gold, L., & Rayner, S. (2008). The early postnatal period: exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth, 8*, 27.
- Forster, D., McLachlan, H., Davey, M., Biro, M. A., Farrell, T., Gold, L., Flood, M., Shafiei, T., & Waldenström, U. (2016). Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: Results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth, 16*, 1.
- Freeman, G., Shepperd, S., Robinson, I., Ehrich, K., & Richards, S. (2001). *Continuity of care: Report of a scoping exercise for the national co-ordinating centre for NHS service delivery and organisation NCCSDO*. London: NCCSDO.
- Freeman, G. K., Olesen, F., & Hjortdahl, P. (2003). Continuity of care: An essential element of modern general practice? *Family Practice, 20*(6), 623–627.
- Freeman, L. (2006). Continuity of carer and partnership. A review of the literature. *Women and Birth, 19*(2), 39–44.
- Fryers, T., & Brugha, T. (2013). Childhood determinants of adult psychiatric disorder. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 9*, 1–50.
- Fägerskiöld, A., Wahlberg, V., & Ek, A. (2001). Maternal expectations of the child health nurse. *Nursing & Health Sciences, 3*(3), 139–147.
- Fägerskiöld, A., Timpka, T., & Ek, A. (2003). The view of the child health nurse among mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 17*(2), 160–168.
- Fägerskiöld, A., & Ek, A. (2003). Expectations of the child health nurse in Sweden: Two perspectives. *International Nursing Review, 50*(2), 119–128.
- Fägerskiöld, A. (2006). Support of fathers of infants by the child health nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 20*(1), 79–85.
- Gissler, M., Teperi, J., Hemminki, E., & Meriläinen, J. (1995). Data quality after restructuring a national medical registry. *Scandinavian Journal of Social Medicine, 23*(1), 75–80.
- Goyal, N. K., Teeters, A., & Ammerman, R. T. (2013). Home visiting and outcomes of preterm infants: A systematic review. *Pediatrics, 132*(3), 502–516.
- Gulliford, M., Naithani, S., & Morgan, M. (2006). What is 'continuity of care'? *Journal of Health Services Research & Policy, 11*(4), 248–250.
- Guthrie, B., Saultz, J. W., Freeman, G. K., & Haggerty, J. L. (2008). Continuity of care matters. *BMJ, 337*, a867.
- Haarala, P., & Tervaskanto-Mäentausta T. (2015). Terveystienhoitajan ammatillinen osaaminen. Teoksessa P. Haarala, H. Honkanen, O.-K. Mellin, T. Tervaskanto-Mäentausta. *Terveystienhoitajan osaaminen* (s. 19–24). Helsinki: Edita.

- Haggerty, J., Reid, R., Freeman, G., Starfield, B., Adair, C., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327(7425), 1219–121.
- Hakulinen, T. (1998). *The family dynamics of childbearing and childrearing families, related family demands and support received from child health clinics*. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M., & Haapakorva, A. (2005). *Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M., Saaristo, V., Hastrup, A., & Rimpelä, M. (2008). *Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen*. Raportteja 21. Helsinki: Stakes.
- Hakulinen-Viitanen, T., Koponen, P., Julin, A., Perälä, M., Paunonen-Ilmonen, M., & Luoto, R. (2007). Asiakasnäkökulma äitiyshuollon palvelujen saatavuuteen ja jatkuvuuteen. *Hoitotiede*, 19(6–7), 326–337.
- Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., Hastrup, A., Wallin, M., & Pelkonen, M. (2012). *Laaja terveystarkastus: Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon*. Opas 22, 2012. Helsinki: THL.
- Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., & Pelkonen, M. (2014). Äitiys- ja lastenneuvola sekä kouluterveydenhuolto perheen tukena. Teoksessa Lammi-Taskula, J. & Karvonen, S. (toim.). *Lapsiperheiden hyvinvointi 2014* (s. 242–256). Helsinki: THL.
- Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., Bloigu, A., & Pelkonen, M. (2014). *Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta sekä kouluterveydenhuolto-valtakunnallinen seuranta 2012*. Raportti 12, 2014. Tampere: THL.
- Halme, N., Kekkonen, M., Perälä, M.-L. (2012). *Perhekeskukset Suomessa. Palvelut, yhteistoiminta ja johtaminen*. Raportti 62, 2012. Tampere: THL.
- Halme, N., Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., Pelkonen, M., & Perälä, M. (2013). Laajat terveystarkastukset vanhempien näkökulmasta. Teoksessa M. Pelkonen, T. Hakulinen-Viitanen, M. Hietanen-Peltola, T. Puumalainen (toim.) *Hyvinvointia useammille – Lasten ja nuorten palvelut uudistuvat. Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan loppuraportti* (s. 68–74). Helsinki: STM.
- Hartikainen, A. (2003). Äitiysneuvolakäynnit lisääntyvät jatkuvasti – olisiko aihetta toiminnan arviointiin? *Suomen Lääkärilehti*, 22, 2437–2440.
- Hastrup, A., Hietanen-Peltola, M., Jahnukainen, J., & Pelkonen, M. (toim.) (2013). *Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen uudistaminen. Lasten Kaste-kehittämistyöstä pysyväksi toiminnaksi*. THL. Raportti 3, 2013. Tampere: THL.
- Heimo, E. (2002). *Erytistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa: Seuranta-tutkimus vuosina 1997–2000*. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.
- Hemminki, E., Malin, M. & Kojo-Austin, H. (1992). Äitiyspoliikklinikat Suomen äitiyshuollossa. *Suomen Lääkärilehti*, 47(10), 957–961.
- Hemminki, E. (1998). Joitakin vaihtoehtoja nykykäytännölle. Teoksessa S. Sihvo, & P. Koponen (toim.). *Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet* (s. 33–48). Raportteja 220. Helsinki: Stakes.
- Hemminki, E., Blondel, B., & Study Group on Barriers and Incentives to Prenatal Care in Europe (2001). Antenatal care in Europe: varying ways of providing high-coverage services. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 94(1), 145–148.
- Hemminki, E. (2003). Raskauksien hoidon vaikuttavuus. *Suomen Lääkärilehti*, 58(10), 1209–1211.
- Hemminki, E. & Gissler, M. (2007). Äitiysneuvolat – naistenneuvoloiksi vai hyvinvointineuvoloiksi. Teoksessa Heikkilä, M. & Lahti, T. (toim.). *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus* (s. 55–65). Helsinki: Stakes.
- Hemminki, E., Heikkilä, K., Sevón, T., & Koponen, P. (2008). Special features of health services and register based trials – experiences from a randomized trial of childbirth classes. *BMC Health Services Research*, 8, 126.
- Hermanson, E., Aito, H., Elfving, J., Hiltula, P., Isotalo, L., Järvenpää, K., & Santala, K. (2008). Lääkäri lastenneuvolassa: Vaativaa työtä koko perheen parhaaksi. *Suomen Lääkärilehti*, 63(14), 1303–1305.
- Heydeman Irma (toim.) (1980). *Suomen lapsen pitkä marssi. Mannerheimin Lastensuojeluliiton vaiheita ja Arvo Ylpön muistelemaa*. Porvoo: WSOY.
- Hiihmo, H. (2008). *Promoting Children's Welfare in the Nordic Countries*. Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2008:15. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.
- Hildingsson, I., Waldenstrom, U., & Radestad, I. (2002). Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: Number of visits, continuity of caregiver and general content. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 81(2), 1181–1125.
- Hildingsson, I., & Rådestad, I. (2005). Swedish women's satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *Journal of Advanced Nursing*, 52(3), 239–249.
- Hildingsson, I., & Thomas, J. E. (2007). Women's perspectives on maternity services in Sweden: Processes, problems, and solutions. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(2), 126–133.

- Hildingsson, I., & Sandin-Bojö, A-K. (2011). 'What is could indeed be better' — Swedish women's perceptions of early postnatal care. *Midwifery*, 27(5), 737–744.
- Hildingsson, I., Haines, H., Cross, M., Pallant, J., & Rubertsson, C. (2013). Women's satisfaction with antenatal care: Comparing women in Sweden and Australia. *Women and Birth*, 26(1), 9–14.
- Hildingsson, I., Andersson, E., & Christensson, K. (2014). Swedish women's expectations about antenatal care and change over time—A comparative study of two cohorts of women. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5(2), 51–57.
- Hirvonen, E. (2000). *Raskaus nuoren valintana: Etnografia alle 18-vuotiaiden nuorten raskaudesta, tulevasta vanhemmuudesta ja elämäntilanteesta sekä äitiysneuvolakäynneistä*. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Homer, C. S., Davis, G. K., Cooke, M., & Barclay, L. M. (2002). Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia. *Midwifery*, 18(2), 102–112.
- Homer, C. S., Henry, K., Schmied, V., Kemp, L., Leap, N., & Briggs, C. (2009). 'It looks good on paper': Transitions of care between midwives and child and family health nurses in New South Wales. *Women and Birth*, 22(2), 64–72.
- Honkanen, H. (2008). *Perheen riskiolot neuvolatyön kontekstissa. Näkökulmana mielenterveyden edistäminen*. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Huber, U., & Sandall, J. (2009). A qualitative exploration of the creation of calm in a continuity of carer model of maternity care in London. *Midwifery*, 25(6), 613–21.
- Hyppönen, H., Hyry, J., Valta, K., & Ahlgren, S. (2014). *Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi. Kansalaisten kokemukset ja tarpeet*. Raportti 033. Helsinki: THL.
- Hänninen, S-L. (1965). *Kätilötyön vaiheita*. Helsinki: Otavan kirjapaino.
- Isoherranen K. (2012). *Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä*. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Jenkins, M. G., Ford, J. B., Morris, J. M., & Roberts, C. L. (2014). Women's expectations and experiences of maternity care in NSW – what women highlight as most important. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 27(3), 214–219.
- Jenkins, M., Todd, A., Forsyth, R., Morris, J., & Roberts, C. (2015). Women's views about maternity care: How do women conceptualise the process of continuity? *Midwifery*, 31, 25–30.
- Jepson, C., Asch, D., Hershey, J., & Ubel, P. (2005). In a mailed physician survey, questionnaire length had a threshold effect on response rate. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58(1), 103–105.
- Johansson, P., Oleni, M., & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: A literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 337–344.
- Jungmarker, E. B., Lindgren, H., & Hildingsson, I. (2010). Playing second fiddle is okay – Swedish fathers' experiences of prenatal care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(5), 421–429.
- Junnila, R., Aromaa, M., Heinonen, O. J., Lagström, H., Liuksila, P., Vahlberg, T., & Salanterä, S. (2012). The weighty matter intervention: A family-centered way to tackle an overweight childhood. *Journal of Community Health Nursing*, 29(1), 39–52.
- Junttila, N., Ahlqvist-Björkroth, S., Aromaa, M., Rautava, P., Piha, J., Vauras, M. ym. (2013). Mothers' and fathers' loneliness during pregnancy, infancy, and toddlerhood. *Psychology and Education Journal*, 50, 98–104.
- Junttila, N., Aromaa, M., Rautava, P., Piha, J., & Rähä, H. (2015). Measuring multidimensional parental self-efficacy of mothers and fathers of children ages 1.5 and 3 years. *Family Relations*, 64(5), 665–680.
- Kaila-Behm, A. (1997). *Miehestä esikoisen isäksi*. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Kangaspunta, R., Kilku, N., Punamäki, R-L., & Kaltiala-Heino, R. (2004). Psykososiaalisen tuen tarve äitiys- ja lastenneuvolatyön haasteena. Kokemuksia Perheen hyvinvointineuvola -projektista. *Suomen Lääkärelehti*, 59(38), 3521–3525.
- Kansanterveyslaki 66/1972
- Kearley, K., Freeman, G., & Heath, A. (2001). An exploration of the value of the personal doctor–patient relationship in general practice. *British Journal of General Practice*, 51, 712–718.
- Kendrick, D., Elkan, R., Hewitt, M., Dewey, M., Blair, M., Robinson, J., & Brummell, K. (2000). Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, 82(6), 443–451.
- Klemetti, R., & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.) (2013). *Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan*. THL. Opas 29, 2013. Helsinki: THL.
- Klemetti, R., & Raussi-Lehto, E. (toim.) (2014). *Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020*. THL. Opas 33, 2014. Helsinki: THL.
- Kokko, S. (1997). Kunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen muuttuvat organisoitavat. Teoksessa H. Uusitalo & M. Staff (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus* (s. 49–71). Stakes, raportteja 214. Helsinki: Stakes.
- Koponen, P., Pellinen S., Voutilainen, S. & Liukko M. (1993). Käsitteitä väestövastuusta. Teoksessa S. Aro

- & M. Liukko (toim.) *VPK: Väestövastuuden perusterveydenhuollon kokeilut 1989–1992. Mikä muuttui* (s. 21–30). Stakes, raportteja 105. Helsinki: Stakes.
- Koponen, P. (1997). *Public health nursing on primary health care based on the population principle*. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Korppi-Tommola, A. (1990). *Terve lapsi – kansan huomen. Mannerheimin Lastensuojeluliitto yhteiskunnan rakentajana 1920–1990*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kouri, P., Turunen, H., & Palomäki, T. (2005). 'Maternity clinic on the net service' and its introduction into practice: Experiences of maternity-care professionals. *Midwifery*, 21(2), 177–189.
- Kouri, P. (2006). *Development of maternity clinic on the net service: views of pregnant families and professionals*. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Kringos, D. S., Boerma, W. G., Hutchinson, A., van der Zee, J., & Groenewegen, P. P. (2010). The breadth of primary care: A systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, 10, 65.
- Lagström, H., Rautava, P., Kaljonen, A., Räihä, H., Pihlaja, P., Korpilampi, P., & Niemi, P. (2013). Cohort profile: Steps to the healthy development and well-being of children (the STEPS study). *International Journal of Epidemiology*, 42(5), 1273–1284.
- Laitinen, M., Aho, A. L., Salonen, A. H., & Kaunonen, M. (2013). Äitien neuvolan terveydenhoitajalta saama sosiaalinen tuki lapsivuodeaikana. *Hoitotiede*, 25(3), 171–182.
- Laki kansanterveyslain muuttamisesta 928/2005
- Laki kunnallisista terveysasista 220/1944
- Laki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista 224/1944
- Laki kunnan kättilöistä 223/1944
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785
- Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta 437/2010
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 733/1992
- Lammi-Taskula, J., & Varsa, H. (2001). *Vanhemmuiden aika: Vanhemmuuden tukemisen käytännöt ja haasteet osana neuvoloiden ja päiväkotien työtä*. Aiheita 7, 2001. Helsinki: Stakes.
- Lasa, L., Ayuso-Mateosa, J., Vázquez-Barqueroa, J., Díez-Manrique, F., & Dowrick, C. (2000). The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *Journal of Affective Disorders*, 57(1–3), 261–265.
- Lastensuojelulaki 417/2007
- Leahy Warren, P. (2005). First-time mothers: Social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 479–488.
- Leahy-Warren, P., Mc Carthy, G., & Corcoran P. (2012). First-time mothers: Social support, maternal paternal self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 388–397.
- Leathard, A. (toim.) (2003). *Interprofessional collaboration: From policy to practice in health and social care*. New York: Routledge.
- Lefèvre, Å., Lundqvist, P., Drevenholm, E., & Hallström, I. (2016). Parents' experiences of parental groups in Swedish child health-care: Do they get what they want? *Journal of Child Health Care* 20(1), 46–54.
- Lefèvre, Å., Lundqvist, P., Drevenholm, E., & Hallström, I. (2015). Managing parental groups during early childhood: New challenges faced by Swedish child health-care nurses. *Journal of Child Health Care*, 19(3), 381–391.
- Leino, T., Koskeniemi, E., Saranpää, P., Strömberg, N., & Kilpi, T. (2007). Rokotuskattavuus edelleen huippuluokkaa. *Suomen Lääkärelehti*, 62, 739–743.
- Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin, R., ym. (2001). Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of American Academy Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 1367–1374.
- Luyben, A. G., & Fleming, V. E. (2005). Women's needs from antenatal care in three European countries. *Midwifery*, 21(3), 212–223.
- Lääkintöhallitus (1974). *Lääkintöhallituksen ohjeet lasten neuvolatoiminnan tehostamisesta terveyskeskuksissa*. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Lääkintöhallitus (1984). *Lastenneuvolan tukiaineisto*. Lääkintöhallituksen julkaisuja 53. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Lääkintöhallitus (1988). *Äitiyshuolto terveyskeskuksissa*. Lääkintöhallituksen ohjekirje nro 2/1988. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Lääkintöhallitus (1990). *Lastenneuvolaopas*. Lääkintöhallituksen opassarja nro 7. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Mainous, A., Baker, R., Love, M., Gray, D., & Gill, J. (2001). Continuity of care and trust in one's physician: Evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. *Family Medicine*, 33(1), 22–27.
- McKnight, P. E., McKnight, K. M., Sidani, S., & Figueredo, A. J. (2007). *Missing data: A gentle introduction*. New York: The Guilford Press.
- McWhinney, I. R. (1998). Primary care: Core values in a changing world. *BMJ*, 316(7147), 1807–1809.
- Melender, H. (2006). What constitutes a good childbirth? A qualitative study of pregnant Finnish women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(5), 331–339.

- Mesiäislehto-Soukka, H. (2005). *Perheenlisäyksen kokemuksen – fenomenologinen tutkimus*. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.
- Muthen, L. K., & Muthen, B. O. (2013). *Mplus version 7. Statistical analyses with latent variables*. Los Angeles, CA: Muthen & Muthen.
- Mäki, P., Wikström, K., Hakulinen-Viitanen, T., & Laatikainen, T. (toim.) (2014). *Terveystarkastukset lastenneuvolassa & kouluterveydenhuollossa – Menetelmäkäsikirja*. Oppaita, 14, toinen uudistettu painos. Helsinki: THL.
- Novic, G. (2009). Women's Experience of Prenatal Care: An Integrative Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(3), 226–237.
- Nutting, P. A., Goodwin, M. A., Flocke, S. A., Zyzanski, S. J., & Stange, K. C. (2003). Continuity of primary care: To whom does it matter and when? *Annals of Family Medicine*, 1(3), 149–155.
- Olds, D. L., Kitzman, H. J., Cole, R. E., Hanks, C. A., Arcoleo, K. J., Anson, E. A., & Bondy, J. (2010). Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: Follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(5), 419–424.
- Opetusministeriö (2007). *Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämissuunnitelma 2007–2011*. Opetusministeriön julkaisu 2007:4. Helsinki: Yliopistopaino.
- Paananen, R., Ristikari, T., Merikukka, M., Rämö, A., & Gissler, M. (2012). *Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimusaineiston valossa*. THL. Raportti 52. Helsinki: THL.
- Paananen, R., Ristikari, T., Merikukka, M., & Gissler, M. (2013). Social determinants of mental health: a Finnish nationwide follow-up study on mental disorders. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 67, 1025–1031.
- Paavilainen, R. (2003). *Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen. Äitien ja isien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta*. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Pandhi, N., & Saulz, J. (2006). Patients' Perceptions of Interpersonal Continuity of Care. *Journal of American Board of Family Medicine*, 19(4), 390–397.
- Paulson, JF., & Bazemore, SD. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its associations with maternal depression. A meta-analysis. *JAMA*, 303(19), 1961–1969.
- Pelkonen, M. (1994). *Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin*. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Pelkonen, M., Perälä, M-L., & Vehviläinen-Julkunen, K. (1998). Participation of expectant mothers in decision making in maternity care: results of a population-based survey. *Journal of Advanced Nursing*, 28(1), 21–29.
- Pelkonen, M., & Löthman-Kilpeläinen, L. (2000). *Neuvola lapsiperheiden tukena: Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista 1990-luvulla*. STM:n, 10, 2000. Helsinki: STM.
- Pelkonen, M., Hakulinen, T., & Perälä, M. (2005). Äitiys- ja lastenneuvolatutkimus: Analyysi Suomessa vuosina 1990–2003 tehdyistä tutkimuksista. *Hoitotiede*, 17(1), 43–53.
- Perälä, M., Pelkonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K., Viisainen, K., & Rääkkönen, O. (1998). Äitiyshuollon palvelut muutoksessa. Teoksessa S. Sihvo & P. Koponen (toim.) *Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen* (s. 33–48). Stakesin raportteja, 220. Helsinki: Stakes.
- Perälä, M-L., Salonen, A., Halme N., & Nykänen S. (2011). *Miten lasten ja perheiden palvelut vastaavat tarpeita? Vanhempien näkökulma*. Raportti 36, 2011. Helsinki: THL.
- Pietilä-Hella, R. (2010). *Tuntemattomista vertais-tuttaviksi. Esikoisäitien ja -isien perhevalmennus-prosessi Espoon uudentyyppisessä perhevalmennus-kokeilussa*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisu A, Tutkimuksia 29. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Piirainen, T., Isolauri, E., Huurre, A., Hoppu, U., & Laitinen, K. (2004). Dietary and health counseling in well-women (WW) and well-baby (WB) clinics in Finland. *Suomen Lääkärilehti*, 59(19), 2047–2053.
- Psaila, K., Fowler, C., Kruske, S., & Schmied, V. (2014). A qualitative study of innovations implemented to improve transition of care from maternity to child and family health (CFH) services in Australia. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 27(4), 51–60.
- Psaila, K., Kruske, S., Fowler, C., Homer, C., & Schmied, V. (2014). Smoothing out the transition of care between maternity and child and family health services: Perspectives of child and family health nurses and midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 151.
- Psaila, K., Schmied, V., Fowler, C., & Kruske, S. (2014). Discontinuities between maternity and child and family health services: Health professional's perceptions. *BMC Health Services Research*, 14, 4.
- Pärnä, K. (2012). *Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet*. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.
- Raitasalo, K., & Holmila, M. Alkoholinkäyttötapojen periytyminen ja vanhempien kasvatuskäytännöt. Teoksessa J. Lammi-Taskula & S. Karvonen (toim.) *Lapsiperheiden hyvinvointi 2014* (s. 196–204). Helsinki: THL.
- Raivio, R., Holmberg-Marttila, D., & Mattila, K. J. (2014). Patients' assessments of the continuity of primary care in Finland: A 15-year follow-up questionnaire survey. *The British Journal of General*

- Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 64(627), 657–663.
- Raussi-Lehto, E., Regushevskaya, E., Gissler, M., Klemetti, R., & Hemminki, E. (2012). *Äitiysneuvolatoiminta Suomessa 2000-luvulla. Kyselytutkimuksen perusraportti*. Helsinki: THL.
- Raussi-Lehto, E., Gissler, M., Rämö, A., Klemetti, S., & Hemminki, E. (2013). Äitiysneuvolatyö on järjestetty hajanaisesti. *Suomen Lääkärilehti*, 68(38), 2364–2369.
- Raussi-Lehto, E., & Hemminki, E. (toim.) (2015). *Äitiysneuvolat muuttuvassa terveydenhuollossa. Ehdotuksia rakenteiden uudistamiseksi 2015*. Työpäpaperi 17, 2015. Helsinki: THL.
- Rautava, P. (1989). *Health education in the Finnish maternity health care system: evaluation of effectiveness*. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.
- Rautava, P., Erkkola, R., & Sillanpää, M. (1991). The outcome and experiences of first pregnancy in relation to the mother's childbirth knowledge: The Finnish Family Competence Study. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1226–1232.
- Rautio, S. (2016). *Neuvolan perheyö vanhemmuuden vahvaisena tukena ja yhteistyönä*. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Rimpelä, M. (2007). *Hyvinvointineuvola lapsiperheiden tukena: Ideasta toteutukseen*. Helsinki: Stakes.
- Rimpelä, M., Happonen, H., Saaristo, V., Wiss, K., & Rimpelä, A. (2008). *Äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynnit, terveystarkastukset ja voimavarat 2007–2008*. Stakesin raportteja 40, 2008. Helsinki: Stakes.
- Rimpelä, M., & Rimpelä, M. (toim.) (2015). *Säästöjä lapsiperheiden palveluremontilla*. KAKS-kunnallisalan kehittämissektori. Tutkimusjulkaisuja Nro 93/2015. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Rodriguez, C., & des Rivieres-Pigeon, C. (2007). A literature review on integrated perinatal care. *International Journal of Integrated Care*, 7, 28.
- Russell, D., Peplau, L. A. & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality & Social Psychology*, 39, 472–480.
- Ryttyläinen, K. (2005). *Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana: Naisspesifinen näkökulma*. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Ryttyläinen, K., Vehviläinen-Julkunen, K., & Pietilä, A. (2007). Äitiyshuolto tulevaisuudessa – naisten näkemykset. *Tutkiva Hoitotyö*, 5(2), 22–28.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2015). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD004667.
- Saultz, J. W. (2003). Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine*, 1(3), 134–143.
- Saultz J.W., & Albedaiwi, W. (2004). Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Annals of Family Medicine* 2(5), 445–451.
- Saultz, J. W., & Lochner, J. (2005). Interpersonal continuity of care and care outcomes: A critical review. *Annals of Family Medicine*, 3(2), 159–166.
- Schers, H., Webster, S., van den Hoogen, H., Avery, A., Grol, R., & van den Bosch, W. (2002). Continuity of care in general practice: a survey of patients' views. *British Journal of General Practice*, 2002, 52, 459–462.
- Schmied, V., Mills, A., Kruske, S., Kemp, L., Fowler, C., & Homer, C. (2010). The nature and impact of collaboration and integrated service delivery for pregnant women, children and families. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23), 3516–3526.
- Seilo, N., Koskela, T., Jääskeläinen, J., & Mattila, K. (2009). Pitkäaikainen hoitosuhde on tärkeä terveyskeskuspotilaille. *Yleislääkäri*, 24(6), 27–30.
- Sheppard, V., Zambrana, R., & O'Malley, A. (2004). Providing health care to low-income women: a matter of trust. *Family Practice*, 21(5), 484–491.
- Shorey, S., Wai-Chi, C., Yap, S. C., & Hong-Gu, H. (2013). Maternal paternal self-efficacy in newborn care and social support needs in Singapore: A correlational study. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2272–2283.
- Siivola U. (1985). *Terveysisärs kansanterveytyössä*. Porvoo: WSOY.
- Siltanen, M., Aromaa, M., Hakulinen-Viitanen, T., Junnila, R., Laaksonen, C., Parisod, H., & Salanterä, S. (2014). A new participative, family-oriented health counseling approach for children and their families: A comparative qualitative analysis. *Journal of Community Health Nursing*, 31(2), 90–102.
- Small, R., Roth, C., Raval, M., Shafiei, T., Korfker, D., Heaman, M., McCourt, C., & Gagnon, A. (2014). Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 152.
- Socialstyrelsen (2014)a. *Kunskapsstöd för mödrhälsövärdar*. Viitattu 23.3.2016. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19328/2014-2-2.pdf>
- Socialstyrelsen (2014)b. *Vägledning för barnhälsövärdar*. Viitattu 23.3.2016. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf>
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014
- Sote- ja aluehallintouudistus (2016). Viitattu 20.3.2016. <http://alueuudistus.fi/etusivu>

- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502.
- Steen, M., Downe, S., Bamford, N., & Edozien, L. (2012). Not-patient and not-visitor: A metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery*, 28(4), 422–431.
- STM (1985). *Hallituksen terveyspoliittinen selonteko eduskunnalle 26.3.1985*. Helsinki: STM.
- STM (2001). *Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta*. STM:n julkaisuja, 2001,4. Helsinki: STM.
- STM (2004)a. *Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille*. STM:n oppaita, 2004, 14. Helsinki: STM.
- STM (2004)b. *Lastenneuvola lapsiperheiden tukena: suuntaaviivat lastenneuvolatoiminnan järjestämisestä kunnille*. STM:n julkaisuja 2004, 13. Helsinki: STM.
- STM (2006). *Terveiden edistämisen laatusuositus*. STM:n julkaisuja 2006, 19. Helsinki: STM.
- STM (2008)a. *Kansallinen terveysterojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011*. STM:n julkaisuja 2008, 16. Helsinki: STM.
- STM (2008)b. *Isien ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvoloissa*. STM:n selvityksiä 2008, 24. Helsinki: STM.
- STM (2009). *Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet*. STM:n julkaisuja 2009, 20. Helsinki: STM.
- STM (2012)a. *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (KASTE) 2008–2011 arviointi. Loppuraportti*. STM:n julkaisuja 2012, 12. Helsinki: STM.
- STM (2012)b. *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012–2015*. STM:n julkaisuja 2012, 1. Helsinki: STM.
- STM (2013). *Terveyspalvelut Suomessa*. Viitattu 23.2.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3389-7>
- STM (2016)a. *Neurolat*. Viitattu 2.4.2016. <http://stm.fi/neurolat>
- STM (2016)b. *Kärkikhanke. Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma*. STM:n raportteja ja muistioita 2016, 29. Helsinki: STM.
- Suomen Sydänliitto (2016). *Neuvokas perhe*. Viitattu 20.3.2016. <http://www.neuvokasperhe.fi/>
- Suomen Terveydenhoitajaliitto (2008). *Terveydenhoitajan ammatillisen osaamisen tunnistaminen*. Helsinki: Suomen Terveydenhoitajaliitto.
- Suomen virallinen tilasto (SVT) (1952). *VI Väestötilastoja B Kuolemansyyt 106 vuonna 1950: Tauluja*. Helsinki: Tilastollinen päätoimisto, 29.
- Suomen virallinen tilasto (SVT) (2016). *Kuolleet*. Viitattu 6.4.2016. <http://www.stat.fi/til/kuol/art.html>
- Sword, W., Heaman, M. I., Brooks, S., Tough, S., Janssen, P. A., Young, D., & Hutton, E. (2012). Women's and care providers' perspectives of quality prenatal care: A qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 29.
- Säävälä, H., Keinänen, E., & Vainio, J. (2001). *Isä neuvolassa: työvälineitä ja ajatuksia vauvaa odottavien ja hoitavien isien kanssa työskenteleville*. STM. Tasa-arvojulkaissuja, 2001. 8. Helsinki: STM.
- Tammentie, T., Paavilainen, E., Tarkka, M., & Åstedt-Kurki, P. (2009). Families' experiences of interaction with the public health nurse at the child health clinic in connection with mother's post-natal depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(8), 716–724.
- Tarrant, C., Windridge, K., Boulton, M., Baker, R., & Freeman, G. (2003). Qualitative study of the meaning of personal care in general practice. *BMJ*, 326, 1310.
- Tarkka, M-T. (1996). *Äitiys ja sosiaalinen tuki. Ensisyntyneiden selviytyminen äitiyden varhaisvaiheessa*. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Tarkka, M-T., Lehti, K., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). Äitien terveydenhoitajalta odottama tuki lapsen ollessa kolmen ja kahdeksan kuukauden ikäinen. *Hoitotiede*, 13(4), 216–226.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010
- THL (2012). *Rokotuskattavuus*. Viitattu 21.2.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/rokottaminen/kansallinen-rokotusohjelma/rokotuskattavuus>
- THL (2014). *Perusterveydenhuolto 2013*. Tilastoraportti 28, 2014. Helsinki: THL.
- THL (2015). *Lastenneuvola*. Viitattu 10.7.2016. https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ja_lastenneuvola/lastenneuvola
- THL (2016)a. *Syntyneet lapset*. Rekisteriseloste. Viitattu 1.4.2016. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tietoa-tilastoista/rekisteriselosteet/syntyneet-lapset>
- THL (2016)b. *Kansalliset asiakaspalautekyselyt terveyskeskuksiin. Neuvolakyselyn ja suun terveydenhuollon kyselyn tulokset 2014*. Viitattu 25.4.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/asiakas-ja-potilas/asiakaspalaute/kansalliset-kyselyt>
- THL (2016)c. *Avohilmo – Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2017 – Määrittelyt ja ohjeistus*. Viitattu 25.4.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-652-0>

- THL (2016)d. Lastenneuvolakäsikirja. Viitattu 1.4.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja>
- THL (2016)e. Rokottaminen. Viitattu 1.4.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/rokottaminen>
- Tiitinen, S., & Ruusuvoori, J. (2012). Engaging parents through gaze: Speaker selection in three-party interactions in maternity clinics. *Patient Education and Counseling*, 89(1), 38–43.
- Tuominen, A., Kettunen, T., Lindfors, P., Hjelt, R., & Hakulinen-Viitanen, T. (2011). Varhaisen avun viiveet lasten kehityksellisissä ja psyykkisissä vaikeuksissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 48, 182–195.
- Vainiomäki, P., & Rautava, P. (2013). Terveyden edistämien lääkärin työssä. Teoksessa M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski & K. Leppo (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt* (s. 289–299). Tampere: Juvenes Print.
- Vaittinen, P. (2011). *Luottamus terveydenhoitajan ja perheen asiakassuhteen moraalisenä ulottuvuutena*. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Valtioneuvosto (2007). Lasten, nuorten ja perheiden politiikkaohjelma. Viitattu 26.1.2016. http://www.minedu.fi/lapset_nuoret_perheet/index.html
- Valtioneuvosto (2011). *Politiikkaohjelmien loppuraportti. Vaalikausi 2007–2011*. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 6/2011. Helsinki: Yliopistopaino.
- Valtioneuvosto (2015). *Toimintasuunnitelma strategisen hallitusohjelman kärkihankkeiden ja reformien toimeenpanemiseksi*. Hallituksen julkaisusarja 13/2015. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Valtioneuvoston asetus (VNA) neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 380/2009
- Valtioneuvoston asetus (VNA) neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011
- Valtioneuvoston asetus (VNA) seulonnoista 339/2011
- Valvira (2012). *Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto*. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014. Valvontaohjelmia 1, 2012. Helsinki: Valvira.
- van Teijlingen E., Hundley, V., Rennie, A., Graham, W. & Fitzmaurice, A. (2003). Maternity satisfaction studies and their limitations: “What is, must still be best”. *Birth*, 30(2), 75–82.
- Viljamaa, M-L. (2003). *Neuvola tänään ja huomenna: Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki*. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Viisainen, K. (toim) (1999). *Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa: Suositukset 1999*. Oppaita, 34. Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Virtanen, P., Suonheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P., & Suokas, M. (2011). *Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen*. Tekesin katsaus 28/2011. Helsinki: Tekes.
- von Bultzingslowen, I., Eliasson, G., Sarvimäki, A., Mattsson, B., & Hjortdahl, P. (2006). Patients' views on interpersonal continuity in primary care: A sense of security based on four core foundations. *Family Practice*, 23(2), 210–219.
- Waldenström, U., & Rudman, A. (2008). Satisfaction with maternity care: how to measure and what to do. *Women's Health*, 4 (3), 211–214.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness. The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Wells, M. B., & Sarkadi, A. (2012). Do father-friendly policies promote father-friendly child-rearing practices? A review of Swedish parental leave and child health centers. *Journal of Child and Family Studies*, 21(1), 25–31.
- Whittaker, K., & Cowley, S. (2012). A survey of parental self-efficacy experiences: Maximising potential through health visiting and universal parenting support. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 3276–3286.
- Wiegers, T. A. (2009). The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9, 18.
- Wiss, K., Frantsi-Lankia, M., Koskinen, H., & Saaristo, V. (2012) *Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2011. Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta*. Ohjaus, 14; 2012. Helsinki: THL.
- Örtenstrand, A., & Waldenström, U. (2005). Mothers' experiences of child health clinic services in Sweden. *Acta Paediatrica*, 94(9), 1285–1294.