



Dominique van Ipenburg

Kätilöjohtoinen yksikkö

Kätilöjohtoisen yksikön toiminta normaali synnytyksen edistämiseksi

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Kätilötyö AMK SXL20K1

Kätilötyön tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

19.03.2023

Tekijä	Dominique van Ipenburg
Otsikko	Kätilöjohtoinen yksikkö
Sivumäärä	24 sivua + 3 liitettä
Aika	19.3.2023
Tutkinto	Kätilö (AMK)
Tutkinto-ohjelma	Kätilötyön tutkinto-ohjelma
Ohjaajat	Lehtori, TtT Maija-Riitta Jouhki
<p>Raskaus ja synnytys ovat luonnollisia ja normaalia prosesseja. Nykyään suurin osa synnytyksistä tapahtuu sairaaloissa. Sairaalat ovat yleensä hyvin varustettuja niitä varten, joihin liittyy suurempia riskejä, jotta voidaan varmistaa synnyttäjän ja lapsen turvallisuus. Koska myös matalan riskin synnytykset tapahtuvat korkean riskin laitoksissa, synnytystä ei enää ymmärretä normaalina tapahtumana.</p> <p>Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan hoitomuotoa, jossa kätilöllä on täysi vastuu normaaleissa synnytyksissä. Tämä hoitomuoto tapahtuu niin sanotuissa kätilöjohtoisissa yksiköissä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia synnytyksen normaaliuden edistämistä kätilöjohtoisen hoitomallien avulla. Tätä varten olen käynyt huolellisesti läpi kahdeksan aihetta käsittelevää artikkelia. Olen tehnyt analyysin laadullisesti induktiivisella tavalla ryhmittelemällä tuloksia, jotka yhdessä vastaavat tutkimuskysymykseen mahdollisimman hyvin.</p> <p>Tuloksena syntyi neljä pääluokkaa. (1) Tiedottaminen, valmistautuminen ja voimaantuminen; (2) synnytysympäristö; (3) ammattihenkilöt; (4) kätilöjohtoisen yksikön olemassaolo sekä suhde sairaalaan.</p> <p>Synnyttäjän ja hänen perheensä tulisi olla hoidon ytimessä. Kätilöön, joka käyttää aikaa ammatillisen suhteen luomiseen, yleensä luotetaan. Synnyttäjällä on parempi synnytyskokemus, kun hänellä on valmiudet synnyttää luonnollisesti. Kätilöjohtoisen yksikön kodinomainen ympäristö tukee synnyttämistä luonnollisesti, sillä siellä ei käytetä lääkinnällisiä laitteita. Matalan riskin synnyttäjällä, joka on pois medikalisoitusta ympäristöstä, on paremmat mahdollisuudet synnyttää normaalisti ilman lääketieteellisiä interventioita, kuten epiduraalipuudutusta tai keisarinleikkausta. Kätilöt, jotka ovat synnyttäjän ja hänen perheensä mukana, ovat erikoistuneet tarjoamaan matalan riskin hoitoa. Jos synnytyksen aikana ilmenee riski, esimerkiksi jos synnytys etenee liian hitaasti tai jos synnyttäjä toivoo lääkkeellistä kivunlievitystä, kätilö ohjaa synnyttäjän synnytysosastolle.</p> <p>Aiheen valinnallani ja selvittämällä, miten kätilöjohtoinen yksikkö edistää normaalia synnytystä, toivon voivani tukea tämäntyyppisen hoitomallin kehittämistä. Ulkomailla tällaiset yksiköt ovat olleet osa julkista terveydenhuoltojärjestelmää jo vuosia. Monet tutkimukset tukevat tällaista kätilöjohtoisten yksiköiden myönteistä vaikutusta normaaliin synnytykseen. Muutamissa tutkimuksissa ei havaita merkittävää eroa tuloksissa, mutta ei myöskään haittaa. Suomalainen synnytyshoitomalli, josta tämä mahdollisuus puuttuu kokonaan, voisi hyötyä tästä.</p>	
Avainsanat	Kätilöjohtoinen yksikkö, synnytyspaikka, normaali synnytys, matala riski

Author	Dominique van Ipenburg
Title	Midwifery-led unit
Number of Pages	24 pages + 3 appendices
Date	19 th of March 2023
Degree	Bachelor of Healthcare
Degree Programme	Nursing and Healthcare - Midwifery
Instructors	Senior Lecturer, PhD Maija-Riitta Jouhki
<p>Being pregnant and giving birth is a natural and normal process. Nowadays most births are taking place in hospitals. Hospitals are usually highly equipped for births with higher risks, to ensure safety for the birthing person and the child. Because low risk births are also taking place in a high-risk equipped facility, birth overall is no longer seen as a normality.</p> <p>In this thesis I will take a closer look at a care model in which the midwife has full responsibility for normal births. This type of care takes place in so-called midwife-led units. The goal of this thesis is to investigate the promotion of normality of birth done through midwifery-led models of care. Eight papers on this topic are being reviewed semi-systematically and analyzed in a qualitative inductive way. This means that I will group results together so that they answer my research question as well as possible.</p> <p>As a result, four topics came up. 1) Informed, prepared and empowered; 2) the birth environment; 3) the professional; 4) the existence of a midwifery-led unit and the relationship to the hospital.</p> <p>The birthing person and their family should be the focus of care. A midwife who invests time in building a professional relationship with them is usually trusted. The birthing person will have a better birthing experience, when they are empowered to give birth naturally. The domestic environment of a midwifery-led unit supports giving birth naturally, due to the absence of medical equipment. A low-risk birthing person in a non-medical environment has a higher chance of having a normal birth without medical interventions such as epidural analgesia or a caesarean section. The midwives who accompany the birthing person and their family are specialized in providing low-risk care. In the event that a risk occurs during labor, if for example the delivery progresses to slow, or if the birthing person wishes for medicinal pain relief, the midwife will have the birthing person referred to an obstetric ward.</p> <p>By addressing this topic and identifying how a midwifery-led unit contributes to the promotion of normal childbirth, I hope to support the development of this type of care model. Abroad, such units have been part of regular health care system for many years. Many studies endorse the positive effect of this type of midwifery-led units on normal deliveries. A few studies see no significant difference in outcome, but also no harm. The Finnish birthing care model, which lacks this possibility altogether, could benefit from this.</p>	
Keywords	Midwifery-led unit, birthplace, normal birth, low-risk

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Synnytyspaikka	2
2.1	Sairaala	2
2.2	Koti	2
2.3	Suunnittelematon synnytys sairaalan ulkopuolella	3
2.4	Kätilöjohtoinen yksikkö	3
2.5	Kätilöjohtoinen yksikkö Suomessa	4
3	Normaalisynnytys	4
3.1	Normaali fysiologinen synnytys	5
3.2	Myönteinen synnytyskokemus	5
4	Raskauden ja synnytyksen riskitasot	6
5	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja kysymys	7
6	Opinnäytetyön menetelmä	7
6.1	Kirjallisuuskatsaus	7
6.2	Aineiston keruu ja valinta	7
6.3	Aineiston kuvaus ja analyysi	8
7	Tulokset	10
7.1	Tiedottaminen, valmistautuminen, voimaantuminen	10
7.2	Synnytysympäristö	11
7.3	Ammattihenkilöt	12
7.4	Kätilöjohtoisen yksikön olemassaolo sekä suhde sairaalaan	14
8	Tulosten pohdinta	15
9	Johtopäätökset	18
10	Eettisyys ja luotettavuus	18
11	Jatkotutkimusehdotukset	19
	Lähteet	20
	Liitteet	

Liite 1. Esimerkki alaluokan synnystä

Liite 2. Luokittelu

Liite 3. Artikkelitaulukko

1 Johdanto

Vuonna 2021 maailmassa syntyi noin 134 miljoonaa vauvaa (United Nations 2022: 13), mikä on noin 367 tuhatta vauvaa päivässä, eli reilu 4 vauvaa per sekuntia. Vuonna 2021 Euroopassa syntyi noin 4,071 miljoonaa vauvaa (eurostat 2023), josta 49 726 vauvaa Suomessa (THL 2022). Monet eurooppalaiset naiset synnyttävät sairaaloissa. Kotisynnytyksiä Euroopan tasolla tapahtuu vähemmän kuin 1 %, paitsi Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Islannissa (1,4 % - 3,7 %) (Euro-Peristat project 2013: 94). Suurin poikkeus on Alankomaat, jossa vuonna 2021 synnytti 13,7 % kotonaan (Perined 2022).

Myös Suomessa yleisin synnytyspaikka on sairaala. Vuonna 2021 sairaalasyntyneiden määrä oli 99,3 %. Suunniteltujen kotisynnytysten määrä samana vuonna oli 117, mikä on ~0,24 %. Kolmas mahdollinen synnytyspaikka voi olla mikä tahansa suunnittelematon sairaalan ulkopuolinen synnytys, mukaan lukien matkasynnytykset, joita oli yhteensä 208, eli ~0,42 %. (THL 2022.)

On toinenkin vaihtoehtoinen paikka synnytystä ja raskauden seuranta varten. Ulkomailla tämä muoto tunnetaan useilla eri nimillä, esimerkiksi englanniksi: *birth centre*, *midwifery center* tai *midwifery-led unit* (Stevens & Alonso 2020: 2). Kätilöjohtoisessa yksikössä tapahtunut synnytys määritellään synnytykseksi joko sairaalan ulkopuolella ja/tai kodin ulkopuolella. (Cheyney & Bovbjerg & Leeman & Vedam 2019: 9 ; Hermus & Boesveld & Hitzert & Franx & de Graaf ym. 2017: 6.)

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan kätilöjohtoisen yksikön (KY) hoitomallia, jossa kätilöllä on täysi vastuu normaaleissa synnytyksissä. Opinnäytetyön menetelmänä toimii kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jossa haasteena on päästä laajasta aineistosta selkeisiin tuloksiin, jotka vastaavat tutkimuskysymykseeni. Laadullisen induktiivisen sisällönanalyysin kautta luokitellaan aineistoa yhä tiiviimpiin ryhmiin. Aluksi luodaan selkeä kehys, jonka rajoissa tulokset ovat merkityksellisiä. Lopuksi tulokset asetetaan jälleen laajempaan kokonaisuuteen. Näin annetaan näkemys, millä tavoin KY voi olla osa matalan riskin synnytyksiä ja siten edistää normaalia synnytystä.

2 Synnytyspaikka

Vauva voi syntyä missä päin maailmaa tahansa. Tässä luvussa tarkastellaan ensiksi sairaala, jossa on yleisesti tiedossa, että voi saada erikoistunutta apua. Sitten kotisyntyys, jota ajatellaan luonnollisempaan synnytysympäristönä. Lopuksi kättilöjohtoisia yksiköitä ja miltä ne ovat muuallakin länsimaissa.

Synnytyspaikkaan liittyy tietynasteinen tekninen sekä ammatillinen apu. Paikan käyttötarkoitus määrää pitkälti myös sen ulkoasun. Hätätilanteessa etäisyydellä erikoisapuun on merkitystä synnytyspaikan suhteen.

2.1 Sairaala

Sairaala on yleisin syntymäpaikka. Suomessa tätä paikkaa suositellaan turvallisuussyistä kaikille raskaana oleville. (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013: 242, 257.) Synnyttäjät ja tukihenkilöt saapuvat sairaalaan omalla kuljetuksella tai ambulanssilla (Raussi-Lehto 2021: 221–222). Sairaalan henkilökuntaan kuuluvat muun muassa synnytyslääkärit (obstetrikot), joilla on lopullinen vastuu yksiköstä, ja sairaalakättilöt. Periaatteessa synnyttäjän apuna on kättilö, ja obstetrikon apua pyydetään tarvittaessa. (Raussi-Lehto 2021: 217.)

Sairaalassa on mahdollista saada lääkkeellistä kivunlievitystä. Siellä suoritetaan myös instrumentaalinen synnytys, kuten imukuppisyntyys. Leikkaukset, kuten keisarileikkaus, istukan käsin irrotus tai 3.–4. asteen repeämän ompelu, kuuluvat myös yksinomaan sairaalahoitoon. (Uotila 2021a: 575–584.) Jos sikiön tiedetään syntyvän tietyn poikkeavuuden kanssa, hoito keskittyy yliopistosairaaloihin (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013: 242).

2.2 Koti

Suunniteltu kotisyntyys tapahtuu synnyttäjän kotona. Raskaana oleva ja hänen perheensä voivat valita tämän itse vastoin sairaalasyntyksen suositusta. Itsenäinen kättilöpari seuraa perhettä jo raskauden aikana. Raskausviikkojen 38+0 ja 42+0 välisenä aikana he ovat saatavilla ympärivuorokautta synnytystä varten. Kotikättilöt ovat myös osittain vastuussa jälkihoidosta ja muutaman viikon jälkeen he keskustelevat synnytyksestä koko perheen kanssa.

Tiettyjen edellytysten tulee täytyä, jotta kotisynnytys olisi mahdollisimman turvallinen. Raskauden aikana arvioidaan, olisiko raskaana oleva matalan riskin synnyttäjää. Ammattilaisen ohjauksessa synnytys on hyvin valmisteltu. Lisäksi kättilöt ja perhe sopivat hoitovastuusta hoitosopimuksessa, jossa puhutaan avoimesti riskeistä. Vanhempien toiveesta tai kättilöiden arvion mukaan voidaan milloin tahansa päättää siirtyä sittenkin sairaalaan. (Raussi-Lehto & Jouhki 2021: 286–288; Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013: 256–259.)

2.3 Suunnittelematon synnytys sairaalan ulkopuolella

Joskus synnytys voi tapahtua odotettua nopeammin. Tällöin vauva voi syntyä suunnittelematta kotona, autossa tai muualla ilman ammattilaisen läsnäoloa. Tällaisessa tilanteessa voidaan kuitenkin välittää synnyttäjälle tai synnyttäjää avustavalle tukihenkilölle puhelimitse neuvoja. Sairaalaan saapuessa arvioidaan synnytyksen vaihe ja tehdään tarvittavat terveystarkastukset synnyttäneelle sekä vastasyntyneelle. (Äimälä 2021a: 385–388.)

2.4 Kättilöjohtoinen yksikkö

Kättilöjohtoisen yksikön (KY) kannalta on olennaista, että yksikön johtajana toimii kättilö. Kättilö voi esimerkiksi olla laitoksen omistaja tai osaston johtaja. Hoitoa tarjoavat itsenäiset kättilöt tai normaaleihin synnytyksiin erikoistunut kättilötiimi. Hoito on keskittynyt matalan riskin raskaana oleville ja heidän perheille. Monissa tapauksissa kokonaisvaltaista kättilöhoitoa annetaan raskauden alusta aina muutama viikko synnytyksen jälkeiseen aikaan asti. (Stevens & Alonso 2020; Hermus ym. 2017; AABC 2017; Laws & Lim & Tracy & Sullivan 2009.)

KY:n ympäristö on kodinomainen, siellä ei ole lääkinnällisiä esineitä tai ne ovat poissa näkyvistä. Perustason ensihoitoa voidaan tarjota. KY on täysin osa terveydenhuoltojärjestelmää. Arvot, kuten perhelähtöisyys, aktiivisesti osallistuminen, rohkaisu ja kannustus, hyvin valmistautuneet asiakkaat ja itsemääräämisoikeus ovat erittäin tärkeitä. Tavoitteena on synnytyskokemuksen ja hoidon kannalta paras mahdollinen lopputulos. (Stevens ym. 2020; Hermus ym. 2017; AABC 2017; Laws ym. 2009.)

Komplikaation sattuessa potilas siirretään sairaalaan. Se, kuinka kauas synnyttäjää on matkustettava, riippuu KY:n sijainnista. Itsenäinen kättilöjohtoinen yksikkö on kauempana sairaalasta. Hätätilanteessa synnyttäjää on siirrettävä autolla tai ambulanssilla sai-

raalaan. Yhdistetty kätilöjohtoinen yksikkö sijaitsee sairaalan alueella tai sairaalan sisällä erillisenä osastona. Siirto synnytysosastolle onnistuu yleensä pyörätuolilla tai sairaalasängyssä. Sisäinen kätilöjohtoinen yksikkö on osa synnytysosastoa. Siinä tapauksessa synnyttäjää ei siirretä, mutta lääkäri voi tulla paikalle. (Hermus 2017: 4)

2.5 Kätilöjohtoinen yksikkö Suomessa

Suomessakaan kätilöjohtoiset yksiköt eivät ole täysin tuntemattomia. Niillä on myös eri nimityksiä, kuten synnytystupa, matalan riskin synnytysyksikkö tai kätilövetoinen synnytysyksikkö.

Helsingissä Kätilöopistossa oli vuosina 1996–2015 Haikaranpesä-niminen osasto. Tämä osasto pyrki erityisesti tarjoamaan kokonaisvaltaista kätilöhoitoa raskaana oleville, matalan riskin synnyttäjille ja heidän perheellensä perinataalisesti. Osasto oli sitoutunut synnytykseen, imetykseen, psykologiseen hyvinvointiin ja seksuaalisuuteen liittyvään koulutukseen. Kätilöt olivat erikoistuneet avustamaan synnytyksiä myös ilman lääkinnällistä apua. Sekä perheet, jotka saivat siellä hoitoa, että opiskelijat, jotka työskentelivät siellä valvotusti, olivat erittäin tyytyväisiä. Kätilöopiston sairaala, jonka osasto Haikaranpesä oli osasto, tuki yksimielisesti Haikaranpesän toimintoa. (Tuominen 2015: 19.)

Vuonna 2013 Suomen Kätilöliitto käynnisti hankkeen, jonka tavoitteena on perustaa Haikaranpesän kaltaisia osastoja lisää Suomeen yhteistyössä sairaaloiden kanssa (Järvi 2013). Satakunnan keskussairaalassa otettiin vuonna 2018 käyttöön tavallisella synnytysosastolla huone, joka on sisustettu kodinomaisempaan ilmapiiriin, jossa nimenomaan tavoitteena on avustaa matalan riskin synnytyksiä mahdollisimman luonnollisesti. (Laakso 2018 & Kallio 2018.) Tässä tapauksessa on kuitenkin kyseessä synnytysympäristön huone eikä varsinainen KY.

3 Normaalisyntyminen

Kätilö on normaalisyntyksiä hoitamaan erikoistunut ammattihenkilö. Kätilö antaa ennakko-ohjausta, kuten koulutusta ja hoitoa raskauden aikana. Hän ohjaa synnytystä tiedolla ja taidolla. Synnytyksen jälkeen myös vastasyntyneen hoito kuuluu hänen vastuulleen. Kätilö tukee raskaana olevaa/synnyttävää henkilöä koko tämän prosessin ajan ja opastaa koko perhettä muuttuvassa tilanteessa. Normaaliin ohjaukseen kuuluu poikkeusten havaitseminen ja asianmukainen reagointi niihin. (ICM 2017; ICM 2014: 1.)

Myös Buckley (2015) puoltaa synnytyksiä, joihin puututaan mahdollisimman vähän. Hän kuvaa hormonien monimutkaista vuorovaikutusta synnytyksen aikana, joka on kehittynyt täydelliseksi tuhansien vuosien evoluution myötä. On saavutettavissa monia etuja, kun luonnollisia hormoneja häiritään mahdollisimman vähän, kuten myönteinen kokemus, imetyksen onnistuminen, synnyttäjän nopeampi toipumisprosessi ja äidin ja lapsen hyvä varhainen suhde rakentaminen. Edellyttäen, että se voidaan tehdä turvallisesti. Tähän vaikuttaa esimerkiksi hyvää valmistautumista, synnyttäjän fysiologiseen synnytykseen sitoutunutta asennetta sekä stressiä vähentävää ja mukavuutta lisäävää ei-lääketieteellistä hoitoa.

3.1 Normaali fysiologinen synnytys

Ihminen eliölajina näkökulmasta katsottuna synnytys voidaan fysiologisesti määritellä normaaliksi, kun synnytys käynnistyy spontaanisti ja jatkuu myös spontaanisti. Spontaanisti käynnistyminen tapahtuu joko säännöllisillä supistuksilla tai lapsivedenmenolla. Vauva syntyy alateitse täysviikkoisena (H37+0–H41+6). Synnytyksen jälkeen äiti ja lapsi voivat hyvin. (Technical Working Group, WHO 1997: 121.) Synnytystä pidetään joka tapauksessa rasittavana sekä synnyttäjän keholle että vauvan terveydelle. Synnytykseen liittyvää kipua pidetään myös normaalina ja jopa synnytysprosessia tukevana. (Raussi-Lehto 2021: 216-281.)

Maiden välillä on suuria eroja interventioiden käyttämisessä. Myös siinä, miten maat laskevat interventiot tilastoja varten. Silti on jonkin verran yksimielisyyttä siitä, mitä pidetään kuulumattomana. Drey & Macfarlane (2016) vertasivat useita eri Euroopan maista peräisin olevia normaalin synnytyksen määritelmiä. Keisarileikkaussynnytystä ja synnytyksen käynnistämistä pidettiin ehdottomasti normaaliin synnytykseen kuulumattomana. Episiotomian leikkaaminen, lääkkeellinen kivunlievitys ja instrumentaalinen synnytys katsotaan useimmiten myös kuulumattomaksi.

3.2 Myönteinen synnytyskokemus

Henkisestä näkökulmasta katsottuna synnytystä koskevat myös inhimilliset arvot. Taherin & Takianin & Taghizadehin & Jafarin & Sarafrazin (2018: 12) mukaan normaalin synnytyksen toteutuminen liittyy siis muun muassa synnyttäjän luotettavalta henkilöltä saamaan jatkuvaan tukeen ja raskauden aikana hyvän valmistautumisen synnytykseen.

Kättilön on oltava tietoisia siitä, että raskaus ja synnytys vaikuttavat suuresti jokaisen perheen elämään. Eettiset arvot, kuten inhimillisyys ja itsemääräämisoikeus, ovat aina voimassa. Siksi on tärkeää, että ammattilaiset pystyvät jakamaan tietoa riittävän ajoissa ja luotettavasti. Näin perheen tulisi itse pystyä tekemään omat perustellut päätöksensä. (ICM 2014.)

4 Raskauden ja synnytyksen riskitasot

Raskauden aikana arvioidaan säännöllisesti, aiheuttaako raskauden raskaana olevalle ja/tai sikiölle terveystarpeita. Synnytyksessä riskinarviointia tapahtuu koko ajan. Joskus riski on olemassa jo ennen raskaaksi tulemistä. Matalan riskin tapauksissa seuranta on riittävää. Jos riski on kohonnut tai korkea, on arvioitava, riittääkö intensiivisempi seuranta vai tarvitaanko interventio tai jopa erikoissairaanhoidoa. (Uotila 2021b: 352–353.)

Raskauden ja synnytyksen riskin määrittäminen voi olla erilaista. Sillä on merkitystä, onko synnyttäjällä aiempaa kokemusta raskaudesta ja synnytyksestä. Esimerkiksi aiempi keisarileikkaus, instrumentaalinen synnytys ja runsas verenvuoto synnytyksen jälkeen ovat merkkejä kohonneesta riskistä. Terveysongelma voi ilmetä myös äkillisesti. Saattaa jopa olla, että raskaana olevalla on tietty perussairaus, mutta seurannan perusteella näyttää siltä, että se ei aiheuta ylimääräistä terveystarpeita raskauden tai synnytyksen yhteydessä. Riskinarviointi tehdään yksilöllisesti. (Äimälä 2021b: 401–403.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä Tampereen yliopistollinen sairaala (Tays 2021) on laatinut listan termeistä, joita sovelletaan matalan riskin synnytyksiin. Synnyttäjällä ei saa olla aktiivista kroonista sairautta. Hän ei saa olla vakavasti ylipainoinen (painoindeksi yli 35). Ensisynnyttäjän iän tulisi olla 18–40 vuotta. Alkanut synnytys ei saisi kestää yli 48 tuntia, ja lapsiveden tulisi olla selvästi infektiotonta.

Myös sikiön osalta Taysilla (2021) on säännöksiä matalan riskin arvioimiseksi. Sikiöiden lukumäärän pitäisi olla yksi. Sikiön on oltava pitkittäistilassa, pää alaspäin. Sikiö syntyy spontaanisti raskausviikkojen 37-41+6 välillä. Sairaalassa sikiön seuranta kardiokografialla ei saa aiheuttaa huolta.

Yhdysvaltalaisessa Danilackin & Nunesin & Phippsin (2015) tutkimuksessa vertailtiin yli 10 miljoonaa syntymätodistusta. Tällöin he määrittivät ensin, kuinka monessa tapauksessa oli kyse absoluuttisesti matalasta riskistä. Korkean riskin määrittelemiseksi he

sovelsivat 19 tekijän luettelo, ja kun vähintään yksi tekijä oli ilmeinen, raskaus luokiteltiin välittömästi korkean riskin raskaudeksi. Danilack ym. (2015) tulkitsivat myös tietojen puuttumisen korkeaksi riskiksi. Tutkimuksen mukaan absoluuttisten matalan riskin raskauksien määrä oli 38,4 %. Sen jälkeen tarkasteltiin odottamattomia komplikaatioita synnytyksen yhteydessä listalta, jossa on 21 kriteeriä. Vähintään yhden täytyessä synnyttävä potilas kuului välittömästi komplikaatioryhmään. Matalan riskin ryhmästä komplisoitumattomien synnytysten osuus oli 71,3 %.

5 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja kysymys

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten kättilöjohtoinen synnytysyksikkö voi edistää normaalia synnytystä länsimaissa. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää normaaliuden edistämässä Suomessa.

Tutkimuskysymys on: Edistääkö kättilöjohtoinen yksikkö normaalia synnytystä matalan riskin synnyttäjillä?

6 Opinnäytetyön menetelmä

6.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksia on useita erilaisia. Tässä opinnäytetyössä käyttämäni menetelmä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Tutkimuskysymykseen soveltuvat artikkelit kuvailevat kättilöjohtoisen yksikön (KY) ilmiötä laajasti. Silti valittu rajaus, normaali synnytys ja matala riski, osoittavat tarkemman suunnan aineiston valitsemisessa. Olen pyrkinyt keräämään aineiston mahdollisimman systemaattisesti. Johdonmukaisuus syntyy analyysissä lähinnä ryhmittelyn kautta. (Kangasniemi & Utriainen & Ahonen & Pietilä & Jääskeläinen ym. 2013.)

6.2 Aineiston keruu ja valinta

Olen käyttänyt tiettyjä kriteerejä kaikkiin artikkeleihin. Kaikkien artikkeleiden on oltava vertaisarvioituja. Artikkelin saa olla enintään 10 vuotta vanhoja eli julkaistu vuonna 2013 tai myöhemmin. Koska tieto on peräisin ulkomailta, on käytetty vain englanninkielisiä artikkeleita. Maissa, joissa tutkimusta KY:stä on tehty, tulisi vastata suomalaista terveydenhuollon järjestelmää eli tieto perustuu länsimaisen lääketieteen viitekehykseen.

Valitsemani artikkelit tarjoavat tietoa vähintään yhdestä KY:öön sovellettavasta keskeisestä aiheesta; synnytyssympäristön, synnytyskokemuksen ja kätilöiden vaikutus. Taulukossa 1 esitetään PICOS-mallin mukaiset termit. Tämä sisältää mukaanotto- ja poissulkukriteerit.

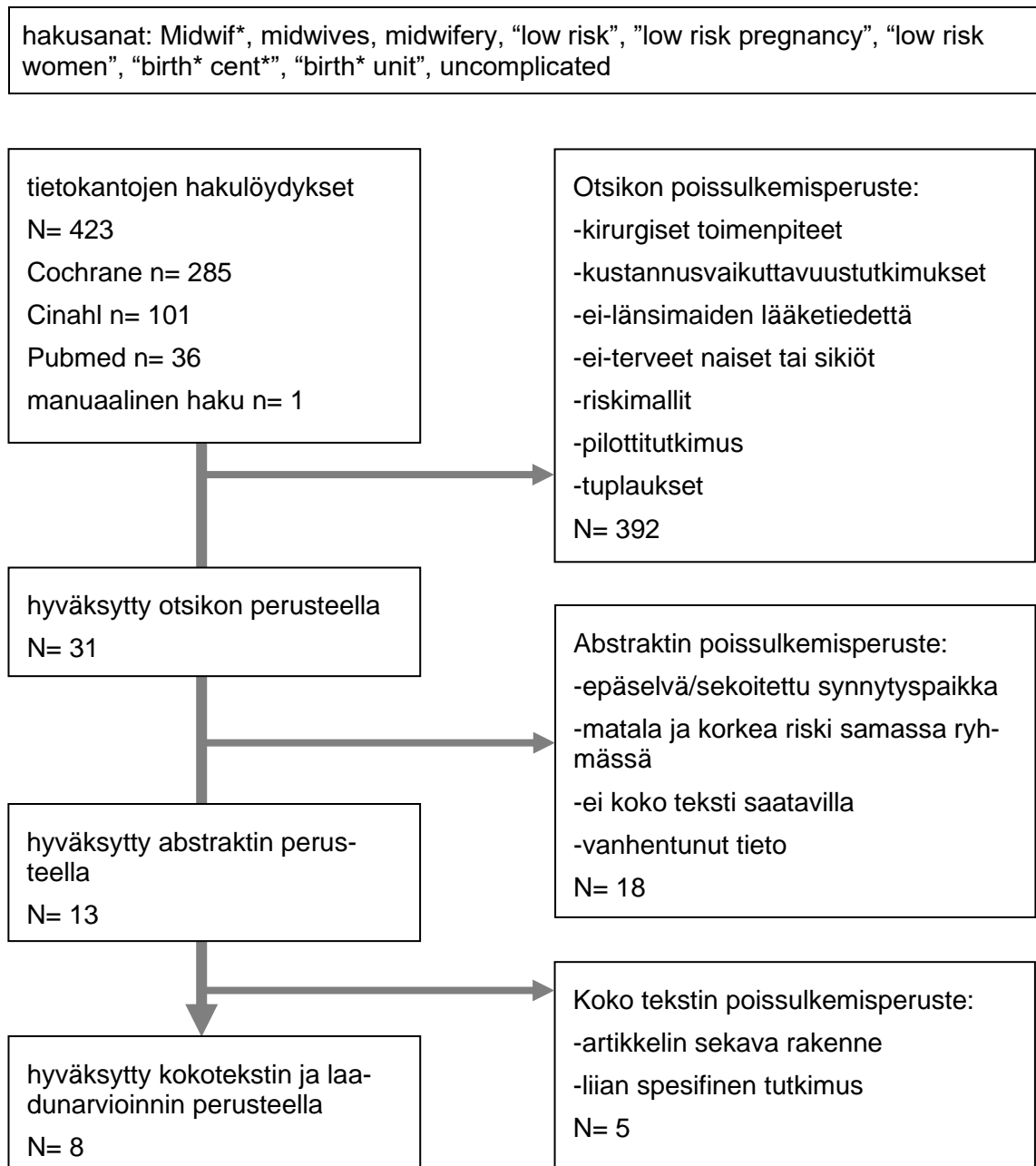
Taulukko 1. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit kirjallisuuskatsauksen aineistoon.

Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
P) Kohderyhmä	
perusterveet synnyttäjät matalan riskin ryhmä KY sijaitsee länsimaisten lääketieteen maassa	ei-yksinomainen matalan riskin ryhmä maassa, jossa ei ole länsimaista lääketiedettä
I) Interventio	
kätilön johdolla raskausaikainen tarkistus ja/tai synnytysseuranta kaikki KY:n muodot synnytyspaikkojen vertailu	synnytyspaikka on suunnitellusti ainoastaan obstetrisella yksiköllä tai kotona
C) Verrokki-interventio	
muu kuin KY synnytyspaikana	
O) Tulokset	
johtamisen struktuuri hoitolinjojen sääntely kätilön rooli kätilön kokemukset synnyttäjien kokemukset varusteet	interventiomenetelmät kustannustutkimukset politiikka
S) Tutkimusasetelma	
vertaisarvioidut artikkelit	systemaattinen kirjallisuuskatsaus, meta-analyysi

6.3 Aineiston kuvaus ja analyysi

Etsin kolmesta hakukoneesta artikkeleita hakusanoilla, ja tuloksena oli 244 artikkelia., johon lisäsin yhden manuaalisesti. Tarkistin ensin kaikki artikkelit yleisesti. Valitsin 13

artikkelia, jotka luin kokonaan. Niistä jäi viisi analyysin ulkopuolelle, joten säilyi hallittavissa oleva määrä artikkeleja (kuvio 1).



Kuvio 1. Tiedonhaun taulukko systemaattisen katsauksen prosessista.

Olen ottanut ilmaisia artikkelien tulososiosta. Valitut ilmaukset vastasivat jonkin verran kysymykseeni kuvaamalla jotakin KY:stä suhteessa normaalin synnytyksen edistämiseen. Digitaalisen kääntäjän avulla olen kääntänyt ilmaukset suomeksi. Jokaisen il-

maisun kohdalla olen nostanut esiin sen ytimen pelkistämällä sitä omiin sanoin. Pelkistyksen olen ryhmitellyt teemoittain alaluokkiin (esimerkki liite1). Nämä alaluokat taas olen yhdistänyt suuremmiksi yläluokkien teemoiksi. Jotta kysymykseen voisin vastata selkeästi, olen ryhmitellyt kaikki teemat jälleen kerran pääluokkiin (liite 2).

Otin tähän opinnäytetyön analyysiin mukaan kahdeksan tutkimusta. Ne on julkaistu vuosina 2015–2022. Kaksi tutkimusta on Alankomaista (Hitzert & Hermus & Scheerhagen & Broesveld & Wiegers ym. 2016, Hitzert & Hermus & Scheerhagen & Broesveld & Wiegers ym. 2016), kaksi Tanskasta (Fischer Christensen & Overgaard 2017, Lorentzen & Andersen & Jensen & Fogsgaard & Foureur ym. 2021), yksi Yhdysvalloista (Neerland & Delkoski & Skalisky & Avery 2022), yksi Belgiasta (Welffens & Derisbourg & Costa & Englert & Pintiaux ym. 2019), yksi Englannista (Miah & Adamson 2015) ja vielä yksi Irlannista (Healy & Humphreys & Kennedy 2017). Alankomaiden tutkimukset kuuluvat The Dutch Birth Centre Study-hankkeen aikana tehtyihin tutkimuksiin, joista on yhteensä julkaistu kuusi artikkelia. Viidessä artikkelissa käytetään tietoja matalan riskin synnytyksistä (Welffens ym. 2019, Fischer Christensen ym. 2017, Lorentzen ym. 2021, Hitzert ym. 2016, Hermus ym. 2017). Kolme artikkelia perustuu obstetrikoiden ja kättilöiden haastatteluihin (Neerland ym. 2022, Miah ym. 2015, Healy ym. 2017).

7 Tulokset

Systemaattisessa sisällönanalyysissä nousi esiin neljä pääluokan teemaa, jotka edistävät normaalin synnytyksen toteutumista kättilöjohtoisissa yksiköissä (KY) matalan riskin synnyttäjille. Ne ovat: (1) Tiedottaminen, valmistautuminen ja voimaantuminen; (2) synnytysympäristö; (3) ammattihenkilöt; (4) kättilöjohtoisen yksikön olemassaolo sekä suhde sairaalaan. Tässä luvussa tarkastellaan artikkeleiden tuloksista esiin noussut tietämys. Tulosten kohdalta olen tehnyt viittaukset artikkeleihin ja sivunumeroihin artikkelitaulukon (Liite 3) mukaisesti.

7.1 Tiedottaminen, valmistautuminen, voimaantuminen

Se, miten raskaudesta ja synnytyksestä ajatellaan, riippuu pitkälti jo maan kulttuurista ja julkisesta mielipiteestä. Esimerkiksi maissa, joissa on vallitseva sairaalasyntytyskulttuuri, raskaana oleva nainen itse saattaa pitää raskautta ja synnytystä erityisen riskialttiina. Tämä näkökulma aiheuttaa pelkoa synnytykseen liittyen. (1: 8.) Näiden raskaana olevien naisten silmissä vaihtoehtoinen synnytyspaikka ei ole kovin houkutteleva (1: 8 & 5: 373). Jopa lääkärit ja kättilöt epäilevät, voisiko kättilöjohtoinen järjestelmä koskaan menestyä, koska naiset näyttävät luottavan lääkäreihin enemmän (5: 373).

Jo raskauden aikana luottamuksen rakentaminen normaaliuteen on olennaisen tärkeää. Luottamus kasvaa ajan myötä, kun raskaana oleva tutustuu henkilökuntaan ja synnytysympäristöön. (1: 3.) Kätilön luottamus normaaliin kulkuun säteilee raskaana olevaan (1: 5). KY:ssä raskauden aikana luotu suhde jatkuu synnytyksen aikana (1: 6).

Luottamuksen rakentaminen perustuu rehellisyyteen. Kätilö käyttää aikaa ja avoimuutta luoden ilmapiirin, jossa ajatukset ja epäilykset voidaan ilmaista avoimesti. (1: 4.) Raskaana oleva nähdään tässä yhteydessä henkilönä, jolla on parhaat tiedot omasta kehostaan. Jaetuissa tiedoissa keskitytään raskaana olevan ja omaisten tarpeisiin. (1: 5.)

KY:ssä synnytykseen valmistautuminen on erittäin tärkeää, ja fysiologisen synnytyksen kulusta keskustellaan etukäteen. Kätilöt ottavat puheeksi myös raskaana olevan oman kykynsä synnyttää luonnollisesti. Synnyttäjältä kysytään, onko hän sitoutunut synnyttämään fysiologisesti. (1: 6.)

Kätilön tukemana raskaana oleva voi tehdä itse tietoon perustuvia päätöksiä ja kehittää luottamuksen omaan kehoonsa. Kätilöt pitävät erittäin tärkeänä, että raskaana olevalla on synnytyksenaikana mukanaan tuttu kätilö. Nämä prosessit takaavat terveemmän raskauden ja suuremman varmuuden normaalista synnytyksestä. (1: 5,7)

Raskaana oleva ja tämän perhe, jotka harkitsevat vaihtoehtoista synnytyspaikkaa, osallistuvat yleensä aktiivisemmin itse raskauden ja synnytyksen kulkuun (2: 118). He pitävät siitä, että heitä kuunnellaan KY:ssä huolellisesti. He tietävät, että heidän odotetaan osallistuvan päätöksentekoon. Näin raskaana oleva ja hänen läheisensä kehittävät yhdessä luottamusta omaan kehoonsa, synnytysprosessiin ja sen luonnolliseen kulkuun. (1: 5.)

7.2 Synnytysympäristö

KY:n ulkoasu on tarkoituksella erilainen kuin huone obstetrisen yksikössä (OY). Tavoitteena on luoda viihtyisä ympäristö, jossa sekä raskaana oleva että hänen tukihenkilönsä tuntevat olonsa tervetulleeksi. KY:n huoneessa hoitovälineet ja sairaalalaitteet (jos niitä on) on sijoitettu pois näkyvistä. Valon voimakkuus on säädettävissä. Käytössä on esineitä (esim. jumppapallo, roikkuva liina, matot), jotka kutsuvat synnyttäjää olemaan aktiivinen. Tarkoituksena on, että sänky on siirretty pois huoneen keskeltä, jotta huomio ei kiinnittyisi siihen. Huoneen asettelussa on siten otettu huomioon myös synnyttäjän ja hänen tukihenkilönsä liikkumatila. (1: 3 & 4: 502.)

KY:öön tutustuneet ihmiset tunsivat olonsa siellä mukavaksi. He kokivat kodikkan ilmapiirin ja yksikön palvelut miellyttäviksi. KY:n synnytyskokemusta kuvattiin samanlaiseksi kuin sairaalasynnytystä itsenäisen kättilön valvonnassa (7: 74). Turvallisuuden kannalta oli myös tärkeää, missä määrin kättilöt itse tunsivat olonsa mukavaksi ympäristössä (6: 6). Ainoa paremmaksi koettu synnytyspaikka oli koti itsenäisen kättilön valvonnan alla (8: 6). Kättilöt uskovat, että viihtyvyys vaikuttaa myönteisesti synnytyskokemukseen (4: 502).

KY:n viihtyisä ilmapiiri on saattanut vaikuttaa siihen, että synnyttäjät valitsivat lääkkeettömän kivunlievityksen useammin kuin epiduraalin. Näin ollen ammetta käytettiin enemmän sekä avautumisvaiheen että synnytyksen aikana. (3: 5 & 6: 5.)

Jos synnytys tapahtuu sisäisessä KY:ssä, uusi perhe jää synnytyksen jälkeen samaan huoneeseen, jossa synnytys tapahtui. Perheet eivät missään tapauksessa pidä tätä vastenmielisenä. (7: 74.) Yhdistetyssä KY:ssä tai sisäisessä KY:ssä, uusi perhe voidaan siirtää lapsivuodeosastolle. Vanhemmat voivat myös valita lyhyemmän oleskelun sairaalaympäristössä. KY:n asiakkaat verrattuna OY:n asiakkaisiin valitsevat useammin jäädä vähemmän aikaa (2: 118).

Siirto KY:stä OY:öön lisääntyneen synnytysriskin vuoksi oli yleistä 5–44 % (2: 118 & 3: 6 & 8: 7). Siirtojen suurempi määrä oli selvästi yleisempää juuri avatuissa kättilöyksiköissä (2 & 3). Vuoden sisällä siirtojen määrä väheni merkittävästi, ja oli enimmillään 20–25 % (2: 118 & 3: 6). Siirto obstetriseen yksikköön mistä tahansa paikasta vaikutti kielteisesti synnytyskokemukseen erityisesti ihmisarvon, välittömän huomion ja perushoidon kaltaisilla alueilla. Siirretyn synnyttäjän mielestä synnytyshuoneen ja henkilökunnan vaihtuminen ei ollut ongelma. (7: 74.)

OY:n nykyaikaiset synnytyshuoneet voivat olla jo niin miellyttävästi sisustettuja, että ero synnytysympäristöhuoneisiin on erittäin pieni (6: 6). Huoneen sisustusten muuttaminen synnytyspaikan pysyessä samana ei kuitenkaan vaikuta synnytyksen normaaliin kulkuun (6: 4).

7.3 Ammattihenkilöt

Ammattilaiset pitävät kättilöitä ensisijaisena vaihtoehtona normaalin synnytyksen avustamisessa (5: 370). Sairaalassa synnyttävien matalan riskin synnyttäjien hoitamassa on useammin obstetrikkoja (5: 371). Normaali synnytys on jokaisen synnytyspaikan tavoite jokaiselle ammattikätilölle (4: 504). Koska valtaosa synnytyksiä hoitavista kättilöistä työskentelee sairaaloissa, heidän työnsä haasteena liittyvät taitojen kehittämiseen korkean

riskin olosuhteita varten. Vaikka he saattavat yhtä mielellään ohjata synnytystä mahdollisimman normaalisti, sairaalakätilöt ovatkin tiukemmin kiinni sairaalan sääntöihin. (5: 372–373). Kotisyntyys itsenäisen kätilön avulla sen sijaan on tunnettu siitä, että siihen puututaan luonnolliseen kulkuun huomattavasti vähemmän (8: 5).

KY:n kätilöitä koulutetaan lisää normaalien synnytysten avustamiseen. KY:ssä he saavat myös enemmän kokemusta normaaleista synnytyksistä. Sen vuoksi heidän näkökulmansa synnytyksen ohjaamiseen on olennaisesti erilainen. (1: 7 & 5: 372). Esimerkiksi yhdistetyn KY:n ja sisäisen KY:n työntekijöitä avustavat itsenäiset kätilöt, joilla on paljon kokemusta kotisyntytyksistä (4: 503).

Kun raskauden ja syntymän matka tapahtuu kokonaan KY:ssä, raskaana oleva ja hänen perheensä kohtaavat yleensä vähemmän vaihtuvia ammattihenkilöitä kuin neuvola-sairaala-polulla. (1: 5.) Näin ollen vastaavat kätilöt pystyvät myös tarjoamaan kokonaisvaltaista hoitoa. Tarjottu hoito on yksilöllisempää, kunnioittavampaa ja ennakkoluulottomampaa. Kulttuuriselle ja hengelliselle sopeutumiselle on enemmän tilaa, raskaana olevan ja hänen perheensä toiveet ohjaavat enemmän. (1: 3,4 & 7: 73). Todellisen yhteyden luominen rakentaa suhdetta, joka perustuu luottamukseen (1: 4).

Kokeneet sairaalakätilöt kokevat myös olevansa etäännyneempiä raskaana olevasta naisesta ja hänen hoitotarpeisiinsa vastaamisesta, mikä johtuu osittain hallinnollisen työn ja riskinarvioinnin suuresta osuudesta. Tämän seurauksena he harvemmin uskaltavat tehdä omia päätöksiä ja konsultoivat enemmän lääkäreitä. (1: 7 & 5: 372). Lääkärit uskovat, että hoitovastuun määrittämistä ja virheiden tekemisen pelkoa pidetään tärkeämpinä kuin synnyttäjakeskeistä hoitoa (5: 371).

Nykyään kätilöopiskelijat saattavat kohdata opintojensa aikana synnytyksiä vain sairaalassa. Siellä synnytyksen aikana tehdään suuremmassa määrin toimenpiteitä. Luonnollisten synnytysten näkemisen puute vähentää myös kokemusta normaalista synnytyksestä ja uskoa siihen. (5: 372, 374.)

Kätilöjohtoisen yksikön lähtökohtana on, että synnytys on normaali. Ne kerrat, jolloin näin ei tapahdu, ovat poikkeuksia. KY on vakuuttunut siitä, että ihmiskeho kykenee synnyttämään. (1: 5,7)

7.4 Kätilöjohtoisen yksikön olemassaolo sekä suhde sairaalaan

Kätilöjohtoisen yksikön ilmiön tuntemattomuus vaikuttaa siihen, ettei sitä voida valita todelliseksi vaihtoehdoksi (4: 500). Ihmiset, jotka valitsevat synnytyksen KY:ssä, voi jakaa kahteen ryhmään. Ensisynnyttäjät ovat yleensä korkeammin koulutettuja ja arvostavat aktiivista suhtautumista omaan raskausprosessiinsa (2: 119 & 7: 74). Uudelleen synnyttäjät tekevät sen päätöksen yleensä sen jälkeen, kun ensimmäisestä synnytyksestä on saatu kielteisiä kokemuksia (1, 6). KY:ä pidetään hyvänä vaihtoehtona niille, jotka olisivat voineet synnyttää kotonakin, mutta eivät halua sitä tehdä. Todellisen valinnan tekeminen edellyttää hyvää ja valaisevaa keskustelua odottavien vanhempien kanssa. (8: 11.)

OY:öön verrattuna KY:ssä synnyttäneet naiset ilmoittivat, että sekä synnytyksen aikana että synnytyksen jälkeen heidän kohtaamisensa ihmisarvoisesti ja itsemääräämisoikeustarpeensa huomioitiin paremmin. Heidän mielestään synnytys oli luottamuksellisempi ja synnytyksen jälkeinen perushoito parempi. (7: 73.)

Kotisyntytyksen valinnut ryhmä antaa itselleen jatkuvasti korkeammat pisteet kuin kaikki muut ryhmät synnytykokemuksen osalta (7: 73 & 8: 6). Kotisyntytysryhmä sai paremmat pisteet ihmisarvojen kohtaamisen, itsemääräämisoikeuden, sosiaalisten näkökohtien, omia päätöksien tekemisen ja hoitojatkuvuuden osalta verrattuna KY:n ryhmään (7: 73).

Synnytyspaikasta riippumatta, kätilöt pitivät synnytykokemusta tärkeänä perheille. Myönteiseen kokemukseen kuuluu yleensä normaali synnytys, mahdollisimman vähän toimenpiteitä ja terve lopputulos synnyttäneelle ja lapselle. (4: 504.) OY:öön verrattuna toimenpiteitä, kuten keisarinleikkausta, epiduraalista kivunlievitystä, episiotomiaa ja synnytyksen käynnistämistä, oli huomattavasti vähemmän KY:ssä (3: 4–5 & 2: 118). Synnytykset KY:ssä olivat suuremmassa määrin normaaleja, eikä luonnolliseen kulkuun ei puututtu (3: 4). Äidin ja lapsen terveys oli yhtä hyvä kuin OY:ssä. Esimerkiksi vastasyntyneen sairastuvuus (KY: 0,5–3,6 %, OY: 0–6,1 %) (2: 120 & 8: 8) tai äidin kuolleisuus (0 %) (8: 8) ovat jo yleisesti ottaen harvinaisia. (2: 120 & 3: 5 & 7: 74 & 8: 7–8, 11.) Luonnollisia synnytyksiä ilman interventioita, kuten muun muassa epiduraalipuudutuksen käyttöä, keisarileikkausta, episiotomiaa, synnytyksen käynnistämistä, oli kuitenkin enemmän uudelleen synnyttäjillä kuin ensisynnyttäjillä, paikasta riippumatta. (8: 7–8.)

Joskus on kuitenkin elintärkeää siirtyä valitusta synnytyspaikasta OY:öön. Merkittäviä syitä tähän olivat synnytyksen liian hidas eteneminen, verenvuoto (3: 5–6) tai lääkkeellisen kivunlievityksen tarve (2: 118). Synnytyksen jälkeiset siirtymät liittyivät repeämään, verenvuotoon ja istukkaan, joka ei irtoa olenkaan tai josta jää osia kohtuun (2: 118 & 3: 4, 6). Jos vastasyntyneen kanssa ilmenee ongelmia, voi olla tarpeen mennä sairaalaan. Vastasyntyneiden teho-osastolle ottamista tapahtuu kuitenkin vähemmän kuin OY:llä syntyneillä lapsilla (2: 120 & 3: 5 & 7: 75).

Turvallisuus on etusijalla. Sekä raskaana olevan naisen että kättilön turvallisuuden takaamiseksi eri ammattilaisten välillä on oltava luottamuksellinen suhde (5: 372). Ammattilaisten tieto KY:n hoitomuodon mahdollisuuksista on puutteellista (1: 8). Ammatillaiset, jotka tukevat KY:n mahdollisuuksia, ovat yleensä pikemminkin yksilöitä kuin koko organisaatio (5: 371).

8 Tulosten pohdinta

Tässä katsauksessa tarkasteltiin kättilöjohtoisen yksikön (KY:n) eri ominaisuuksia ja sitä, millä tavoin ne edistävät normaalia synnytystä. Kun KY:ä verrataan muihin, tutumpiin synnytyspaikkoihin, kuten sairaalaan ja kotiin, on helpompi ymmärtää, mitä lisäarvoa KY voi tuoda. Kaikki tarkastellut artikkelit koskivat vain matalan riskin raskauksia ja synnytyksiä, joten synnytyspaikkojen keskinäinen vertailu oli merkityksellisempää.

Jos noudatamme Danilackin & Nunesin & Phippsin (2015) tutkimuksessa sovellettuja tiukkoja sääntöjä, matalan riskin komplisoitumattomia synnytyksiä olisi mahdollista tapahtua ainakin 27,4 % kaikista synnytyksistä. En ole pystynyt tarkistamaan suomalaisia tietoja näistä prosenttiosuuksista, joten on oletus, että voimme soveltaa tätä suoraan suomalaiseen väestöön. Kun sovelletaan Yhdysvaltojen tilastoja, Suomen 49 726 synnytyksestä vuonna 2021 tämä tarkoittaisi 13 625:tä matalan riskin komplisoitumatonta synnytystä Suomessa. Ei ole mahdollista määrittää etukäteen, milloin riskejä ilmenee ja kenen kohdalla. Siksi ammatillinen seuranta ja erikoislääkärin saatavuus on edelleen erittäin tärkeää. Silti ainakin matalan riskin raskaudeksi määritellyssä osassa synnytys voitaisiin useimmissa tapauksissa toteuttaa ilman erikoisapua. Näin KY voisi myös keventää sairaalan sisäistä työkuormaa.

Raskauden aikainen seuranta sekä synnyttäminen KY:ssä luovat erityisen tärkeän luottamussuhteen synnyttäjän, hänen perheensä ja kättilön välille. Näin synnyttäjä ja hänen perheensä ovat hyvin valmistautuneita ja aktiivisia osallistujia perinataali prosessissa.

Tämä on yhdenmukaista niiden havaintojen kanssa, joiden mukaan kunnollinen valmistautuminen voi ehkäistä (varhaisia) interventioita ja johtaa myönteisempään kokemukseen normaalista synnytyksestä. (Taheri ym. 2018.)

Suomalainen tutkimus (Luoma & Melender & Rajalla & Kanste 2020) osoittaa, että synnyttäjät kokevat synnytyksen yleensä myönteisenä. Erityisesti muun muassa ammatillisuuden, etiikan ja sosiaalisuuden alueilla. Synnyttäjät mainitsivat vielä kehitettäviä alueita, kuten valintoihin vaikuttaminen, asianmukainen tiedottaminen kivunlievityksestä ja oma tunteellinen hallinta tilanteeseen. On upeaa, että tyytyväisyys on niin korkealla tasolla ja että olemme Suomessa jo pitkälle edistyneet tärkeillä henkisillä alueilla. Suomalaisilla olisi siis varaa kehittyä juuri niillä osa-alueilla, joihin KY keskittyy, ja saavuttaa ehkä vielä positiivisempia tuloksia synnytyskokemuksissa.

WHO (2016) julkaisi suosituksia KY:n toteuttamiseksi kehittyneissä maissa. He mainitsivat KY:n kehittämisen edellytyksenä hyvin toimivan kätilöjärjestelmän olemassaolon. WHO:n suosituksissa korostetaan myös hyvän yhteistyön merkitystä sairaalan kanssa. Koska turvallisuus ja sujuva siirto kiire tai hätätapauksissa ovat erittäin tärkeitä kaikille osapuolille. WHO suosittelee myös investoimaan riittävään työvoimaan ja jaksamiseen. KY:n kätilöiden työ on erikoistunut kokonaisvaltaiseen hoitoon normaaleissa synnytyksissä. Tämä filosofia on tärkeää, jotta KY:ssä tarjotulle hoidolle voidaan luoda oma identiteetti.

Koska KY voi tarjota synnytyshoitoa vain matalan riskin potilaille, tiloja voidaan käyttää eri tavoin. Sairaalatekniikan poissaolo muuttaa ympäristön ilmeen kodinomaisemmaksi ja ystävällisemmäksi. Tämä antaa myös kokemuksen normaaliudesta. (Breedlove & Rathbun 2019: 30.) Materiaalien, kuten tyynyjä, palloja, peittoja ja ammetta tuovat enemmän mahdollisuuksia valita vapaasti, mikä asento sopii synnyttäjälle. Valon ja äänen asettaminen ympäristöön ja se, että tekniset sairaalavälineet eivät häiritse tai rajoita synnytystä, saa ympäristön tuntumaan rauhallisemmalta. (RCM 2012.)

Olza & Uvnas-Moberg & Ekström-Bergström & Leahy-Warren & Karlsdottir ym. (2020) yhteisessä tutkimuksessa tutkijat esittävät laajan ehdotuksen myönteistä synnytyskokemusta koskevan ajattelun uudistamiseksi. Se asettuu vastakkain vallitsevan tavan vaikuttaa lääketieteellisin tavoin pyrkiä parantamaan synnytyskokemusta. Kuten esimerkiksi synnytyskivun poistaminen lääkkeellisesti tai synnytyspelon hoitaminen keisarileikkauksella. Olza ym. korostavat fyysisen kosketuksen myönteistä vaikutusta ja sopivan synnytysympäristön tuomaa rauhallisuutta. Tässä yhteydessä he mainitsevat erityi-

sesti luonnollisen oksitosiinin vapautumisen myönteisen vaikutuksen. Se edistää fysiologista synnytystä ja psykologista muutosta vanhemmaksi ja antaa vahvan voimaantuneen tunteen. Kaikki eivät löydä rauhaa kotona, ja sairaalaympäristö voi olla vieraannuttava monestakin syystä. Synnytysympäristö, kuten KY:ssä, ja normaali henkilökohtainen tuki tutulta kättilöltä voivat auttaa merkittävästi.

Synnytys ja synnytyspaikka ovat merkityksellisiä koko perheelle. Hyvän valinnan tekeminen edellyttää, että valinnan mahdollisuus on olemassa ja että vaihtoehtoja koskevat tiedot ovat hyvin perustellut. Valinta ei perustu pelkästään siihen, synnytetäänkö luonnollisesti vai medikalisoitusti. Hyvä synnytyskokemus, terveellinen lopputulos, läheisen tuki, ammatillinen ohjaus, turvallisuus, kulttuuri, etäisyys laitoksesta ja tarjottu julkinen terveydenhuolto vaikuttavat kaikki asiaan. (Hálfhánsdóttir & Blix & Lindgren & Schroll 2022: 182–183.)

Sairaalan ulkopuolella synnyttäminen on toistuvasti osoittautunut turvalliseksi (Birthplace in England Collaborative Group 2011; Scarf & Rossiter & Vedam & Dahlen & Ellwood 2018; Jolles & Montgomery & Blankstein Breman & George & Craddock 2022). Heidän artikkeleissaan käsitellään kehittyneitä maita, joissa terveydenhuolto on länsimaisen lääketieteen mukaista. Kotona tai kättilöjohtoisessa yksikössä synnyttävät täyttävät maan asettamat matalan riskin raskauden ja synnytyksen kriteerit. Yleisesti ottaen on todettu matalan riskin ryhmän osalta, että synnytys obstetrisen osaston ulkopuolella vaikuttaa myönteisesti normaalin, fysiologisen synnytyksen todennäköisyyteen. Sairaalan ulkopuolella tapahtuvalla synnytyksillä lääketieteellisiä interventioita olivat vähemmän, sen myötä sairastavuusriski oli huomattavasti pienempi. (Birthplace in England Collaborative Group 2011 ; Scarf ym. 2018; Jolles ym.2022.)

Suomi on edistyneen maa, jossa on poikkeuksellisen hyvä raskauden ja synnytyksen terveydenhuolto. Yhdessä Norjan ja Ruotsin kanssa Suomen imeväiskuolleisuus on 2,1 lasta tuhatta kohti. Islannissa se on vain 1,1/1000 ja tanskassa 3/1000. Joka tapauksessa kaikki nämä pohjoiset maat ovat alle Euroopan imeväiskuolleisuuden keskiarvon, joka on 3,4 tuhatta kohti. (Eurostat 2021.) Mutta suuri ero näihin maihin on se, että Suomi on ainoa maa, joka ei tue mitään muuta vaihtoehtoa kuin sairaalaa synnytyspaikkana. Näissä maissa sekä kotisynnytyksiä että KY:tä pidetään erityisen laadukaina. Erityisesti turvallisuuden, luottamuksen kehittymisen ja rauhallisen ympäristön luomisen osalta. Näissä maissa tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet, että KY-synnytyspaikalla on myönteinen vaikutus synnytyskokemukseen, ja lääketieteellisiin toimenpiteisiin on vähemmän tarvetta. (Hálfhánsdóttir ym. 2022: 187–190.)

9 Johtopäätökset

Tutkimusartikkeleita tarkastelemalla on luotu kuva kätilöjohtoisen yksikön merkityksestä normaalin synnytyksen edistämisessä. Edistämistä ei ole mahdollista kehittää synnytysosastolla esimerkiksi vain huonetta sisustamalla.

On olennaista, että matalan riskin hoitoa tarjotaan muussa ympäristössä, pienen kätilöryhmän toimesta. Kätilöt rakentavat luottamussuhteen perheisiin ajan myötä. Valmisteluilla on myönteinen vaikutus synnytyskokemukseen ja uskoon sen normaalista kuluista. Mikäli tilanne on poikkeava, normaalin synnytyksen hoitoon erikoistunut kätilö siirtää synnyttäjän toiseen yksikköön. Siirto tehdään hyvässä yhteisymmärryksessä obstetrisen yksikön kanssa. Laadukkaan ja turvallisen hoidon tarjoaminen on yhteinen tavoite. Raskauden ja synnytyksen normaalius muodostaa kätilöjohtoisen yksikön identiteetin.

10 Eettisyys ja luotettavuus

Koska tämä opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, se ei edellytä eettisen toimikunnan hyväksyntää. Tämän tekstin tuloksia varten käsitellyillä artikkeleilla on tarvittaessa eettinen hyväksyntä (Neerland ym. 2022 & Fischer Christensen ym. 2017 & Hermus ym. 2017). Tässä tekstissä on otettu huomioon alkuperäisten kirjoittajien työ TENKin (2013) eettisyyden sääntöjen mukaisesti. Lähdeluettelo ja lähdeviittaukset on laadittu mahdollisimman kunnioittavasti. Tekstin viimeisin versio on tarkistettu plagioinnin tarkistamiseksi Turnitin-ohjelmalla, jossa plagiointi-luku oli 16%. Ohjelman plagioinniksi tunnistamat kohdat sijoittuvat lähteisiin ja alkuperäisten ilmauksien kohdalle (ks. liite 1). Ilman lähdeluetteloa ja alkuperäisiä ilmauksia plagiointi-luku on <1%.

Tämän opinnäytetyön vaikutusten arvioimiseksi on tärkeää esittää luotettavia tuloksia. Tässä työssä on vahvuuksia mutta myös rajoituksia. Kuvaan seuraavassa, miten laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä (Kylmä & Juvakka 2007: 127–129) sovellettiin tässä työssä.

Kirjoitin tekstin itse. Taustani ei ole suomalainen, mikä tekee suomenkielisestä ilmaisusta opinnäytetyön tasolla haastavaa. Oikean suomenkielisen kirjoituksen laatimiseksi käytin apuna DeepL-kääntäjää. Pyysin apua myös suomenkielisiltä tekstin luettavuuden parantamiseksi. Olen ottanut huomioon useiden henkilöiden kommentit ja parantanut tekstiä sen perusteella.

Omasta kulttuuritaustastani ymmärrän hollantilaisen ja belgialaisen synnytyspaikkajärjestelmän. Opiskelun kautta tutustuin suomalaisen synnytyspaikkajärjestelmän teoriaan. Minulla on selvä kannatus normaalisynnytyksiä kohtaan, mistä myös kiinnostukseni tähän aiheeseen on johtunut.

Prosessissa oli tilanteita, joissa sain palautetta opponenttien kautta ja ohjaajani opastuksella. He pitivät valittujen artikkeleiden laatua luotettavana. Artikkelit ovat vertaisarvioituja. Julkaisukanavan mukaan kuusi artikkeleiden lehdistä on perustasolla (Liite 3 nr: 1, 2, 3, 5, 6, 8), yksi sen alapuolella (liite 3 nr 4) ja yksi johtavalla tasolla (liite 3 nr 7).

Analyysin tein yksin. Olen tehnyt sen mahdollisimman huolellisesti, ja siihen käytin riittävästi aikaa. Ohjaajani piti pääluokkia tunnistettavina ja luotettavina. Liitteitä 1, 2 ja 3 tarkistamalla lukija voi itse arvioida artikkelien ja tulosten luotettavuutta. Käsitteiden avaaminen luvussa 1–3 antaa myös selkeän kehyksen, jonka sisällä tuloksia voidaan tulkita.

11 Jatkotutkimusehdotukset

Haluaisin tämän opinnäytetyön avulla puoltaa kätilöjohtoisen yksikönjärjestelmän käyttöönottoa Suomessa. Haikaranpesässä kehitetty työ lopetettiin vain kahdeksan vuotta sitten. Siellä hoidossa olleiden asiakkaiden, työntekijöiden ja organisaation kokemuk-
sista on vielä varsin mahdollista tehdä tutkimusta. Historiallisen merkittävyyden lisäksi tutkimus voisi myös antaa realistisen kuvan tällaisen järjestelmän toteutettavuudesta Suomessa.

Ennen yhdistetyn kätilöjohtoinen yksikön perustamista on tarpeen tehdä kehitystutkimusta. Tätä varten tulisi selvittää resurssit (raha, henkilöstö, tilat ym.). Järjestelmään motivoituneiden kätilöiden tulisi saada lisäkoulutusta. Sairaалalta tulisi saada riittävä, mieluiten täysi tuki turvallisuuden takaamiseksi. Vaihtoehdon tulisi saada myös moraalista ja taloudellista tukea hallitukselta. Tätä varten olisi hyödyllistä tehdä tutkimuksia, kuten henkilöstökyselyjä, kustannustehokkuutta koskevia tutkimuksia ja poliittisia kannatuskyselyjä.

Lähteet

AABC, 2017. Definition of birth center. American association of birth centers. <https://assets.noviams.com/novi-file-uploads/aabc/pdfs-and-documents/PositionStatements/AABC_PS_-_Defn_BC.pdf>. (luettu 3.3.2023.)

Birthplace in England Collaborative Group; Brocklehurst, Peter & Hardy, Pollyanna & Hollowell, Jennifer & Linsell, Louise & Macfarlane, Alison & McCourt, Christine & Marlow, Neil & Miller, Alison & Newburn, Mary & Petrou, Stavros & Puddicombe, David & Redshaw, Maggie & Rowe, Rachel & Sandall, Jane & Silverton, Louise & Stewart, Mary 2011. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 343 (d7400).

Breedlove, Ginger & Rathbun, Lesley 2019. Facility Design - Reimagining Approaches to Childbirth in Hospital and Birth Center Settings. *Journal of perinatal and neonatal nursing* 33(1). 26–34.

Buckley 2015. Executive Summary of Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. *The Journal of Perinatal Education*, 24(3). 145–153.

Cheyney, Melissa & Bovbjerg, Marit L. & Leeman, Lawrence & Vedam, Saraswathi 2019. Community Versus Out-of-Hospital Birth: What's in a Name? *Journal of Midwifery & Women's Health* 64 (1). 9–11.

Danilack, Valery A. & Nunes, Anthony P. & Phipps, Maureen G. 2015. Unexpected complications of low-risk pregnancies in the United States. *American journal of obstetrics and gynecology* 212 (6). 1–6.

Drey, Nick & Macfarlane, Alison 2016. 'Normal birth' - Definitions and differences between countries. Paris: Europeristat. <https://www.europeristat.com/images/Paris_2016_meeting/Analyses/Normal_birth.pdf>. (luettu 4.3.2023.)

Euro-Peristat project with SCPE and Eurocat. 2013. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. <<https://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf>>.

Eurostat 2021. Infant mortality sharply declined over the past decades. <<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210604-1>>. (luettu 14.3.2023.)

Eurostat 2023. Live births (total) by month. <<https://ec.europa.eu/eurostat/en/>>. (luettu 28.02.2023.)

Fisher Christensen, Louise & Overgaard, Charlotte 2017. Are freestanding midwifery units a safe alternative to obstetric units for low-risk, primiparous childbirth? An analysis of effect differences by parity in a matched cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 17(14): 1–10.

Hálfhánsdóttir, Berglind & Blix, Ellen & Lindgren, Helena & Schroll, Anne-Mette 2022. 14 / Place of birth. Teoksessa Lundgren, Ingela & Blix, Ellen & Gottfredsdóttir, Helga & Wikberg, Anita & Nøhr, Ellen Aagaard (toim.). Theories and perspectives for Midwifery – a Nordic view. 1. painos. Ruotsi: Studentlitteratur. 181–193.

Healy, Sandra & Humphreys, Eileen & Kennedy, Catriona 2017. A qualitative exploration of how midwives' and obstetricians' perception of risk affects care practices for low-risk women and normal birth. *Women and Birth* 30: 367–375.

Hermus, M.A.A. & Boesveld, I.C. & Hitzert, M. & Franx, A. & de Graaf, J.P. & Steegers, E.A.P. & Wieggers, T.A. & van der Pal-de Bruin, K.M. 2017. Defining and describing birth centres in the Netherlands - a component study of the Dutch Birth Centre Study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 17 (210). 1–11.

Hermus, Marieke A.A. & Hitzert, Marit & Boesveld, Inge C & van den Akker-van Marle, M. Elske & van Dommelen, Paula & Franx, Arie & de Graaf, Johanna P. & van Lith, Jan M.M. & Luurssen-Masurel, Nathalie & Steegers, Eric A.P. & Wieggers, Therese A. & van der Pal-de Bruin, Karin M. 2017. Differences in optimality index between planned place of birth in a birth centre and alternative planned places of birth, a nationwide prospective cohort study in The Netherlands: results of the Dutch Birth Centre Study. *BMJ open* 7: 1–12.

Hitzert, Marit & Hermus, Marieke A.A. & Scheerhagen, Marisja & Boesveld, Inge C. & Wieggers, Therese A. & van den Akker-van Marle, M. Elske & van Dommelen, Paula & van der Pal-de Bruin, Karin M. & de Graaf, Johanna P. 2016. Experiences of women who planned birth in a birth centre compared to alternative planned places of birth. Results of the Dutch Birth Centre Study. *Midwifery* 40: 70–78.

ICM = International Confederation of Midwives

ICM 2014. Core document – Philosophy and Model of Midwifery Care. Päivitetty 2014. <<https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>>. (luettu 4.3.2023.)

ICM 2017. Core document – International Definition of the Midwife. Päivitetty 2017. <<https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>>. (luettu 4.3.2023.)

Jolles, Diana R. & Montgomery, Tiffany M. & Blankstein Breman, Rachel & George, Erin & Craddock, Jai & Sanders, Sarah & Niemczyk, Nancy & Stapleton, Susan & Bauer, Kate & Wright, Jennifer 2022. Place of Birth Preferences and Relationship to Maternal and Newborn Outcomes Within the American Association of Birth Centers Perinatal Data Registry, 2007-2020. *Journal of perinatal and Neonatal nursing* 36 (2). 150–160.

Järvi, Ulla 2013. Kätilöliitto ehdottaa synnytystupia. *Lääkärilehti*. (luettu 1.3.2023)

Kallio, Liisa 2018. Synnytystupa tarjoaa välivaihtoehdon kotisyntymykselle – videotykillä voi heijastaa perheen toivomana vaikka luontokuvia tai meren kohinaa. Yle uutiset. (luettu 1.3.2023.)

Kangasniemi, Mari & Utriainen, Kati & Ahonen, Sanna-Mari & Pietilä, Anna-Maija & Jääskeläinen, Petri & Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4). 291–301.

Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013. Äitiysneuvolaopas – Suosituksia äitiysneuvolantoimintaan. Tampere: THL.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laakso, Antti 2018. Synnytystupa käyttöön Satakunnan keskussairaalassa. Yle uutiset. (luettu 1.3.2023.)

Laws, Paula J. & Lim, Carylyn & Tracy, Sally & Sullivan, Elizabeth A. 2009. Characteristics and practices of birth centres in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 49. 290–295.

Lorentzen, Iben Prentow & Andersen, Charlotte S. & Jensen, Henriette Svenstrup & Fogsgaard, Ann & Foureur, Marlyn & Lauszus, Finn Friis & Nohr, Ellen Aagaard 2021. Does giving birth in a “birth environment room” versus a standard birth room lower augmentation of labor? – Results from a randomized controlled trial. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology X* 10: 1–7.

Luoma, Tujia & Melender, Hanna-Leena & Rajalla, Mira & Kanste, Outi 2020. Äitien tyytyväisyys synnytyksenaikaiseen hoitoon: kysely kolmessa keskussairaalassa. *Hoitotiede* 32 (4). 238–249.

Miah, Rukeya & Adamson 2015. Creating a culture of ‘safe normality’: developing a new inner city alongside midwifery unit. *British Journal of Midwifery* 23: 498–508.

Neerland, Carrie E. & Delkoski, Stephanie L. & Skalisky, Arielle E. & Avery, Melissa D. 2022. Prenatal care in US birth centers: Midwives' perceptions of contributors to birthing People's confidence in physiologic birth. *BIRTH issues in perinatal care* 00: 1-11

Olza, Ibone & Uvnas-Moberg, Kerstin & Ekström-Bergström, Anette & Leahy-Warren, Patricia & Karlsdottir, Sigfridur Inga & Nieuwenhuijze, Marianne & Villarme, Stella & Hadjigeorgiou, Eleni & Kazmierczak, Maria & Spyridou, Andria & Buckley, Sarah 2020. Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLoS ONE* 15(7). 1–15.

Perined 2022. Onderstaande cijfers gaan over alle kinderen (een- of meerlingen) geboren in 2021 bij een zwangerschapsduur van $\geq 22+0$ weken of indien ontbrekend >500 gram (WHO definitie). Utrecht: Peristat. <www.peristat.nl>. (luettu 28.02.2023)

Raussi-Lehto, Eija 2021. 5 - Matalan riskin synnytys. Teoksessa Harvala, Ulla & Pietiläinen, Sirkka & Raussi-Lehto, Eija & Äimälä, Anna-Mari (toim.). Kätilötyö. 8. painos. Helsinki: Edita. 216–282.

Raussi-Lehto, Eija & Jouhki, Maija-Riitta 2021. Suunniteltu kotisyntyys. Teoksessa Harvala, Ulla & Pietiläinen, Sirkka & Raussi-Lehto, Eija & Äimälä, Anna-Mari (toim.). Kätilötyö. 8. painos. Helsinki: Edita. 286–288.

RCM = The Royal College of Midwives Trust

RCM 2012. Positions for Labour and Birth. Teoksessa Munro, Jane & Jokinen, Mervi (toim.). Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour. 1–9.

Stevens, Jennifer R. & Alonso, Cristina 2020. Commentary: Creating a definition for global midwifery centers. *Midwifery* 85. 1–4.

Scarf, Vanessa L & Rossiter, Chris & Vedam, Saraswathi & Dahlen, Hannah G & Ellwood, David & Forster, Della & Foureur, Maralyn J & McLachlan, Helen & Oats, Jeremy & Sibbritt, David & Thornton, Charlene & Homer, Caroline S E 2018. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery* 62. 240–255.

Taheri, Mahshid & Takian, Amirhossien & Taghizadeh, Ziba & Jafari, Nahid & Sarafraz, Nasrin 2018. Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive health* 15(73). 1–13.

Tays = Tampereen yliopistollinen sairaala

Tays 2020. Kotisyntyys. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin (PSHP) < [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Raskaus_ja_synnytys_hoitoohjeet/Kotisyntyys\(76649\)>](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Raskaus_ja_synnytys_hoitoohjeet/Kotisyntyys(76649)>). (luettu 3.3.2023.)

Tays 2021. Matalan riskin synnytys. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin (PSHP). Päivitetty 2021. < [https://www.tays.fi/fi-FI/Raskaus_ja_synnytys/Synnytys/Matalan_riskin_synnytys\(50158\)>](https://www.tays.fi/fi-FI/Raskaus_ja_synnytys/Synnytys/Matalan_riskin_synnytys(50158)>). (luettu 5.3.2023.)

Technical Working Group, World Health Organization 1997. Care in Normal Birth: A Practical Guide. *Birth* 24 (2). 121–123.

TENK = Tutkimuseettinen neuvottelukunta

TENK 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Kustantaja: Opetus- ja kulttuuriministeriö.

THL = Terveystieteiden tutkimuslaitos

THL 2022. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2021. Suomen virallinen tilasto SVT. <<https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022112867358>>. (luettu 28.02.2023)

Tuominen, Tujia 2015. Supporting families in a baby Friendly Hospital. Teoksessa WHO. European compendium of good practices in nursing and midwifery towards Health 2020 goals. 19.

United Nations 2022. World Population Prospects 2022. New York: Department of Economic and Social Affairs. <<https://population.un.org/wpp>>.

Uotila, Jukka 2021a. Synnytysoperaatiot. Teoksessa Harvala, Ulla & Pietiläinen, Sirkka & Raussi-Lehto, Eija & Äimälä, Anna-Mari (toim.). Kätilötyö. 8. painos. Helsinki: Edita. 573–585.

Uotila, Jukka 2021b. Riskiraskauden ennakointi ja seuranta. Teoksessa Harvala, Ulla & Pietiläinen, Sirkka & Raussi-Lehto, Eija & Äimälä, Anna-Mari (toim.). Kätilötyö. 8. painos. Helsinki: Edita. 352–359.

Welffens, Karine & Derisbourg, Sara & Costa, Elena & Englert, Yvon & Pintiaux, Axelle & Warnimont, Michèle & Kirkpatrick, Christine & Buekens, Pierre & Daelemans, Caroline 2019. The “Cocoon,” first alongside midwifery-led unit within a Belgian hospital: Comparison of the maternal and neonatal outcomes with the standard obstetric unit over 2 years. BIRTH issues in perinatal care 47: 115–122.

WHO = World Health Organization

WHO 2016. E.2: Midwife-led continuity of care (MLCC). Teoksessa World Health Organization (toim.). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 89–90.

Äimälä, Anna-Mari 2021a. Matkasynnytys. Teoksessa Harvala, Ulla & Pietiläinen, Sirkka & Raussi-Lehto, Eija & Äimälä, Anna-Mari (toim.). Kätilötyö. 8. painos. Helsinki: Edita. 385–388.

Äimälä, Anna-Mari 2021b. Varautuminen korkean riskin synnytykseen. Teoksessa Harvala, Ulla & Pietiläinen, Sirkka & Raussi-Lehto, Eija & Äimälä, Anna-Mari (toim.). Kätilötyö. 8. painos. Helsinki: Edita. 400–403.

Liite 1. Esimerkki alaluokan synnystä

Alkuperäinen ilmaus	Käännös	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
The AMU was designed so as not to resemble a hospital ward, for example, there are no posters or health and safety notices and an absence of medical equipment. The lighting is adjustable, birthing balls, mats, stools and hanging cloths are all available to the women. 4, 502	YKY on suunniteltu niin, ettei se muistuta sairaalaosastoa, eikä siellä esimerkiksi ole julisteita tai terveys- ja turvallisuusilmoituksia eikä siellä ole lääkinnällisiä laitteita. Valaistus on säädettävissä, synnytyspallot, matot, jakkarat ja riippuliinat ovat naisten käytettävissä. 4, 502	YKY:n sisustus ei muistutakaan synnytyssaliin. naiset voivat käyttää ja säädä huoneessa olevia esineitä.	kättilöjohtoisen yksikön huoneen käytännöllisyys edistää luonnollista käyttäytymistä
(...) they (midwives) need to feel confident in the new environment to ensure patient-safety. 6, 6	(...) heidän (kättilöiden) on tunnettava olonsa turvalliseksi uudessa ympäristössä potilasturvallisuuden varmistamiseksi. 6, 6	Kättilön luottamus ympäristössä luo turvallisuutta.	
(...) water birth (...) and up-right birth position (...) were significantly more prevalent in the FMU group than in the OU group. 3, 5	(...) vesisynnytys (...) ja synnytysasento seistaan (...) olivat huomattavasti yleisempiä IKY-ryhmässä kuin OY-ryhmässä. 3, 5	IKY:ssä synnytystapa voi olla yleisemmin vesisynnytys tai seisova synnytys.	
The cozy atmosphere around the bathtub with the special light setting and the wooden furniture [in the birth environment room] may have influenced the woman's choice of bathtub for pain-relief and reduced the need for an epidural. 6, 5	Kylpyammeen ympärillä vallinnut kodikas ilmapiiri, erityinen valaistus ja puiset huonekalut [synnytysympäristön huoneessa] ovat saattaneet vaikuttaa siihen, että nainen valitsi kylpyammeen kivunlievityksenä ja vähensi epiduraalin tarvetta. 6, 5	Synnytysympäristön huoneen ilmapiiri on saattanut vaikuttaa ei-lääkkeellistä kivunhoitomenetelmien käyttöön.	
None of the women who stayed postpartum in the same room as during birth found it a problem. 7, 74	Yksikään niistä naisista, jotka olivat synnytyksen jälkeen samassa huoneessa kuin synnytyksen aikana, ei kokenut sitä ongelmaksi. 7, 74	Samassa huoneessa olemisen synnytyksen aikana ja sen jälkeen ei tuonut mitään haittoja.	

Liite 2. Luokittelu

Alaluokka	Yläluokka	pääluokka
nykyajan ongelma: synnytykseen liittyvä pellon kulttuuri	Synnyttäjän kielteinen oletus normaali synnytyksen mahdollisuudesta	hyvin informoidut, valmistautuneet ja voimaantunnut synnyttäjä ja perheensä
nykyajan ongelma: väärinkäsitys, että vain pieni osa ihmisistä voi turvallisesti synnyttää sairaalan ulkopuolella		
Raskaana olevia luottavat enemmän lääkäreihin kuin kätilöihin.		
nykyajan ongelma: synnytys nähtiin aina korkeana riskinä jopa terveellisille ihmisille.		
Raskaana olevien odotus on lääketieteellinen interventio raskauden aikana.		
Luottamus rakentuu ajan myötä	Huolellisesti rakennettu luottamus kätilöön, ympäristöön ja itseen voimaannuttaa synnyttäjä	
Kätilön luottamus normaali synnytykseen luottaa synnyttäjän luottamus normaali synnytykseen.		
tuttu kätilö synnytyksen aikana lisääntyy luottamusta ja varmuutta		
raskauden aikana synnyttäjän voimaantuminen siirtyy synnytykseen		
aika viettäminen synnytyspaikassa ennen syntymää lisääntyy luottamusta		
rehellisyys lisääntyy luottamusta	Normaali synnytyksen tietoja ja kätilöjohtoinen yksikön arvoja kommunikoidaan rehellisesti ja asiakaslähtöisesti	
synnytysvalmennus pidetään tärkeänä.		
synnyttäjä on tiedon jakamiseen keskipiste		
synnyttäjän luottamus normaaliin synnytykseen otettu puheeksi.		
Vaihtoehtojen hakijat pitävät tärkeinä osallistua aktiivisena perinataalisesti.		
Odottaja ja perhe osallistuvat päätöksentekoon		

	Oman valintansa tehneet perheet suhtautuvat raskauteen ja synnytykseen sitoutuneesti	
päätöksenteko lisääntyy luottamus omaan kehoon ja terveeseen raskauteen ja synnytykseen		
Viihtyvyyys synnytyspaikassa myönteisen synnytyskokemuksen edistämiseksi.	Seuranta ja synnytys kätilöjohtoisessa yksikössä koetaan miellyttäväksi, huonompi kuin kotisyntyisyys ja yhtä hyvä kuin yksityisen kätilön avustama sairaalasyntyisyys	synnytysympäristön vaikutus synnytyksen kulkuun
Synnyttäminen kätilöjohtoisessa yksikössä tai sairaalassa kätilön valvonnan alle on kokemuksen kannalta vertaileva.		
Synnytys kätilöjohtoisessa yksikössä on sama kokemus kuin sairaalasyntyisyys yksityisen kätilön valvonnassa.		
Paras kokemus normaali synnytyksestä on sekä ensisynnyttäjille että uudelleensynnyttäjille kotisyntyisyys.		
Kokemus kätilöjohtoisen hoidon kanssa saa naiset ymmärtämään ja arvostamaan sitä.		
Kätilöjohtoisen yksikön ympäristö ja palvelut olivat monilta naisilta hyvää.		
Pariteetti ei vaikuttaa positiivisiin (spontaani synnytys) tuloksiin syntyä IKY:ssä.	Kätilöjohtoisessa yksikössä interventioiden määrä (keisarileikkaus, lääkkeellinen kivunlievitys, instrumentaalisynnytys ja episiotomia) on vähemmän kuin obstetrisessa yksikössä	
Epiduraali kivunlievitys harvemmin käytössä IKY:ssä		
IKY:ssä tapahtuu harvemmin instrumentaalinen synnytys tai käynnistys.		
IKY:ssä synnyttämiseen liittyy vähemmän komplikaatioita ja tapahtuu spontaanimpaa kuin OY:ssä.		
Todennäköisyys saada keisarileikkaus on pienempi IKY:ssä.		
Käynnistyksiä, epiduraalipuudutuksia, keisarilaikkauksia, episiotomeja ja vietty aikaa sairaalassa synnytyksen jälkeen olivat vähemmän YKY:ssä kuin tavallisessa OY:ssä		
Naiset, jotka siirtyivät KY:stä OY:ön, eivät välittäneet huoneen tai hoitajan vaihtamista.	Siirrolla on negatiivinen vaikutus synnytyskokemukseen yleisesti,	

Kaikki siirrot vaikuttivat negatiivisesti synnytyskokemusarviointiin.	huoneen tai vastuuhenkilön vaihtaminen ei haittaa	
viihtyisää kodinomainen tila lisääntyy luottamusta	kättilöjohtoinen yksikön kodinomaisen ulkonäön vaikutus synnyttäjälle	
Tavallinen synnytyshuone saattaa olla jo asianmukaisesti sisustettu synnytystä varten.		
YKY:n sisustus ei muistuttaa synnytyssaliin.		
YKY:n huoneessa on mahdollisimman paljon tilaa olla aktiivinen.		
naiset voivat käyttää ja säädä huoneessa olevia esineitä.	kättilöjohtoisen yksikön huoneen käytännöllisyys edistää luonnollista käyttäytymistä	
Kättilön luottamus ympäristössä luo turvallisuutta.		
IKY:ssä synnytystapa voi olla yleisemmin vesisynnytys tai seisova synnytys.		
Synnytysympäristön huoneen ilmapiiri on saattanut vaikuttaa ei-lääkkeellistä kivunhoitomenetelmien käyttöön.		
Samassa huoneessa oleminen synnytyksen aikana ja sen jälkeen ei tuonut mitään haittoja.		
nykyajan ongelma: synnytyksen medikalisaatio	medikalisoitunut ympäristö vaikuttaa medikalisaation käyttöön	
Matalan riskin naisten hoito tapahtuu yhä enemmän turhasti obstetriikoilla.		
Synnytysympäristönhuone ei ole vähentänyt interventioita synnytyksen aikana.		
Kotisyntytyksessä tapahtuu huomattavasti vähemmän interventiota kuin kättilöjohtoisessa yksikössä, kuten lääkkeellistä kivunlievitystä, synnytyksen käynnistyminen ja siirtoja.		
kättilöjohtoinen yksikön asenne on, että normaali synnytys on todennäköinen.	kättilöjohtoinen yksikön arvot, normaalin synnytyksen kulttuurin edistäminen	ammattihenkilöiden vaikutus synnytysympäristössä
uskomus kehon kykyyn synnyttää on keskeinen kättilöjohtoisessa mallissa		

KY:ssä kuunnellaan odottajille ja perheelle		
Itsenäisellä kätilöllä on sopivat taidot (toimia autonomisesti).		
hoidon jatkuvuus luotaa luottamusta ja varmuutta		
Kätilön asenne luo hoitokulttuuri.		
nykyajan ongelma: puuteellinen koulutus luonnollisista synnytyksistä	kätilön tarve täydennyskoulutukseen, jotta pystyttäisiin huolehtimaan normaalista synnytyksestä	
Kätilöjohtoinen hoito vaati sopeutumista erilaisiin työtapoihin.		
Kätilö, synnytyspaikka tahansa, haluaa edistää normaali synnytystä.		
Kätilöjohtoisissa yksikössä täydennyskoulutuksien aiheita ovat normaalisyntyksen edistämiseksi.		
Vaikka kätilö on tietoinen normaalisyntyksen arvosta, hän voi toimia edelleen interventionmallin mukaan.		
harvat kätilöt puolustavat synnytyksen normaaliutta ja luottamusta siihen	Kätilön on opittava käsittelemään normaalia synnytystä	
Kokemus edesauttaa luottamaan normaalisyntykseen		
Kätilöopiskelijat eivät tutustu normaali synnytykseen.		
Synnyttäjän kokonaan kunnioittaminen luo turvallisuuden tunnetta.	Kunnioittavan ja asiakaskeskeisen hoidon tarjoaminen rakentaa turvallisuuden suhdetta.	
aito tutustuminen rakentaa suhdetta.		
vähemmän henkilökuntaa pienemmässä ympäristössä		
ennakkoluuloton henkilökunta lisääntyy luottamusta		
synnyttäjä on oman kehonsa asiantuntija		
(Liiallinen) kirjaaminen ja riskinarvioinnit vievät kauemmas naiskeskeisestä hoidosta.		

Epäsuotuisia tuloksia välttämiseksi, kätilöt eivät toimi optimaalisesti.	kätilöiden itsensä harjoittama val- lan/autonomian horjuttaminen		
Kätilöiden epävarmuuden vuoksi, lääkärit kutsutaan apuun.			
Hoitovastuu pidetään tärkeämmin kuin naiskeskeinen hoito.			
nykyajan ongelma: kätilöyksikön tuntemattomuus	kätilöjohtoinen yksikön arvoa kos- kevan tiedon puuttuminen	Tieto kätilöjoh- toisen yksikön olemassa- olosta sekä kannustava ja kunnioittava suhde sairaa- laan	
Sairaalahallinto kokonaisuudessaan ei tue kätilöjohtoinen hoitomalli.			
Kätilöjohtoinen yksikkö tarjoa valinnanvapaus.	Kätilöjohtoinen yksikkö tarjoa vaihtoehdon sekä koti- että sai- raalasyntytukseen		
Joten perheet voivat tehdä perusteltu valinnan synnytyspaikasta, on tärkeä selittää selkeästi hyvät ja huonot puolet synnytyspaikanvaihtoehdoista.			
Kätilöjohtoinen synnytysyksikön valinta perustuu aikaisempiin kielteisiin kokemuksiin.			
Kätilöjohtoinen yksikkö on hyvä valinta, jos ei halua synnyttää kotona.			
Perheiden tyytyväisyys synnytyskokemukseen voi liittyä normaalseen synnytykseen, ilman puuttumista, josta johtaa hyviin tuloksiin.	Erlaiset synnytyspaikat voivat tar- jota tietynlaista tukea inhimillisiin arvoihin nähden, mikä voi edistää normaalia synnytystä		
Naiset kätilöjohtoisessa yksikössä kokevat synnytyksen aikana OY:ön verrattuna enemmän ihmisarvoa, autonomia, luottamuksellisuutta ja sosiaalista huomaavaisuutta.			
Synnytyksen jälkeen kätilöjohtoisessa yksikössä olevia naisia kokivat ihmisarvoa, au- tonomia ja peruspalveluita enemmän kuin OY:ssä olevia.			
Synnytyksen jälkeen toteutuu kotona synnyttäjille sosiaalinen huomaavaisuus ja va- linnanvapaus ja jatkuvuus paremmin kuin kätilöjohtoisessa yksikössä.			
Kotisynnytyksessä toteuttaa ihmisarvoinen ja itsemääräämisoikeuden hoitoa parem- min kuin kätilöjohtoisessa yksikössä.			
perinataalitulokset ovat vertailevia kätilöjohtoisessa yksikössä ja kätilöavusteinen sai- raalasyntytksen välissä.			Haitalliset fyysiset tulokset syn- nyttäneelle sekä vauvalle ovat

3/4-asteen repeämät samaa IKY sekä OY ryhmissä.	yhtä suuret kättilöjohtoisissa yksiköissä kuin synnytysaleissa NB: esiintyy harvoin molemmissa ryhmissä.	
IKY:ssä välilihaa repeämät olivat vähemmän.		
Vastasyntyneiden sairastuvuuden määrä on samaa YKY:ssä ja OY:ssä.		
Instrumentaalisynnytyksiä ja verenvuotojen määrä olivat samaa YKY:ssä ja OY:ssä.		
Vastasyntyneet voivat yhtä hyvin IKY:ssä kuin OY:ssä.		
siirron tärkein syy oli epiduraali kivunlievityksenä.	sytä synnytyksen siirtämiseen kättilöjohtoisesta yksiköstä obstetrisen yksiköön	
Synnytyksen jälkeen repeämät, verenvuoto ja istukan jääminen olivat tärkeintä syytä siirtoihin.		
siirron tärkeintä syitä olivat synnytyksen hidas eteneminen ja jälkeinen verenvuoto.		
Lääkäreiden ja kättilöiden välinen luottamissuhde voi edistää muutosta kättilöjohtoiseen hoitomalliin.	Lääkäreiden ja kättilöiden välinen ammatillinen suhde	
Kättilön ammattikuvakseen kuuluu normaali synnytys, silti obstetriikka on yhä enemmän ilmeinen normaali synnytystapauksissa.		

Liite 3. Artikkelitaulukko

Lyhenteet: IKY = itsenäinen kättilöjohtoinen yksikkö

KS = kotisyntyminen

KY = kättilöjohtoinen yksikkö

OY = obstetrinen yksikkö = synnytyssali

SKY = sisäinen kättilöjohtoinen yksikkö

YKY = yhdistetty kättilöjohtoinen yksikkö

nr	Ensimmäinen tekijä, vuosi, maa	Otsikko	Lehti julkaisutaso	Menetelmät aineisto	Tutkimuksen tarkoitus	Keskeisimmät tulokset
1	Neerland, Yhdysvallat, 2022	Prenatal care in US birth centers: Midwives' perceptions of contributors to birthing People's confidence in physiologic birth	BIRTH issues in perinatal care 1	laadullinen kuvaileva tutkimus, puolistrukturoituja haastatteluja 6 IKY:ä, 12 kättilöyksikön kättilöä	kuvata yhdysvaltalaisen IKY synnytystä edeltävän hoidon malleja. Miten tämän hoidon osatekijät edistävät synnyttäjien luottamusta kykyynsä synnyttää fysiologisesti.	Kuusi teemaa nousi esiin: synnytyskeskuksen fyysinen tila ja hoidon organisointi, kättilötyön ulottuvuudet synnytyskeskuksessa, hoidon jatkuvuus ja saumaton palvelu, voimaantunut synnyttävä, fysiologinen synnytys normatiivisena sekä sairaalaparadigma ja yhdysvaltalaiset synnytyskulttuurit
2	Welffens, Belgia, 2019	The "Cocoon," first alongside midwifery-led unit within a Belgian hospital: Comparison of the ma-	BIRTH issues in perinatal care 1	kohorttitutkimus Erasme teaching hospital, YKY "cocoon", 1.3.2014 – 29.2.2016	Matalan riskin naiset, jotka on valittu tiukkojen kriteerien perusteella, joiden perusteella on keskimääräistä epätodennäköisempää, että he joutuisivat CS:n, toimenpiteen tai augmentaation kohteeksi. n= 984.	YKY verrattuna OY: keisarinleikkausten osuus oli 10,3 % verrattuna 16,0 % synnytyksen käynnistämisen osuus oli 16,3 % verrattuna 30,5 epiduraalisen analgesian osuus oli 24,9 % verrattuna 59,1

		ternal and neonatal outcomes with the standard obstetric unit over 2 years		<p>Matalan riskin naiset, jotka on valittu tiukkojen kriteerien perusteella, joiden perusteella on keskimääräistä epätodennäköisempää, että he joutuisivat CS:n, toimenpiteen tai käynnistyksen kohteeksi.</p> <p>n= 984.</p> <p>naiset, jotka suunnittelevat synnytystä YKY:ssa n= 590 (naisten tulokset laskettiin tähän ryhmään myös siirron jälkeen).</p> <p>naiset, jotka suunnittelevat synnytystä OY:ssä n= 394</p>	<p>naiset, jotka suunnittelevat synnytystä YKY:ssa n= 590 (naisten tulokset laskettiin tähän ryhmään myös siirron jälkeen).</p> <p>naiset, jotka suunnittelevat synnytystä OY:ssä n= 394</p>	<p>episiotomian osuus oli 6,8 % verrattuna 14,5</p> <p>Haitalliset vastasyntyneiden tulokset eivät lisääntyneet. Siirtoja synnytyksen aikana oli 21,1 % ja synnytyksen jälkeen 7,1 %.</p>
3	Fischer Christensen, Tanska, 2017	Are freestanding midwifery units a safe alternative to obstetric units for low-risk, primiparous childbirth? An analysis of effect differences by parity in a matched cohort study	<p>BMC Pregnancy and Childbirth</p> <p>1</p>	<p>sekundaarinen analyysi sovitetun kohorttitutkimuksen tiedoista</p> <p>2 IKY and 2 OY pohjois tanskassa, 3.2004 – 10.2008</p> <p>Matalan riskin naiset, julkisesti rahoitettu</p>	<p>Synnytyspaikan vaikutus perinataaliseen ja äidin sairastavuuteen ja synnytystoimenpiteiden käyttöön erilainen pariteetin mukaan niiden matalan riskin synnyttäjien keskuudessa, jotka aikovat synnyttää Pohjois-Tanskan alueella sijaitsevassa itsenäisessä kättilöyksikössä tai synnytysosastolla.</p>	<p>IKY verrattuna OY:</p> <p>IKY:ssä, huomattavasti todennäköisemmin komplisoitumaton, spontaani synnytys ja hyvät tulokset äidin ja lapsen kannalta. Synnyttäjät tarvitsivat harvemmin keisarileikkausta, instrumentaalista synnytystä, käynnistettyä synnytystä tai epiduraali kivunlievityksenä.</p>

				<p>terveydenhuolto, kätilö ensisijaisena hoitajana.</p> <p>IKY:ssa synnyttämään aikovat naiset n= 839</p> <p>Vastaava kontrolliryhmä OY:ssä n= 839</p>		
4	Miah, Englanti, 2015	Creating a culture of 'safe normality': Developing a new inner city alongside midwifery unit.	British journal of midwifery 0	<p>Puolistrukturoidut haastattelut</p> <p>5 YKY kätilöä, 5 OY kätilöä, 5 kätilöyksikön johtajaa</p>	Tutkia, miten kätilöt ja kätilöyksikön johtajat pyrkivät tarjoamaan naisille valinnanvapaus luomalla OY:n erillisen palvelun ennen YKY:n avaamista.	<p>YKY:n kehittämisen ansiosta henkilökunta kokee, että matalan riskin synnyttäjät voivat valita "turvalisesti tavallisuus" synnytyskokemukseksi.</p> <p>luoda hoitokulttuuri, joka eroaa yliopistollisesta yksiköstä, mutta joka kuitenkin hyötyy läheisen lääketieteellisen hoidon koetusta turvallisuudesta. Erillistä kulttuuria luodaan synnyttäjille vallinnanvapaudella valitsemaan YKY muiden vaihtoehtojen sijasta, YKY:n ympäristö ja sisustus sekä rekrytoimalla osaava henkilökunta, jolla on pätevyyttä ja luottamusta kykynsä tarjota naislähtöistä hoitoa.</p>
5	Healy, Ir-lanti, 2017	A qualitative exploration of how midwives' and obstetricians' perception of risk affects care practices	Women and Birth 1	<p>laadullinen tutkimus, puolistrukturoitu haastattelu ja analysointi temaattisesti</p> <p>OY, YKY ja KS, 25 kätilöä ja obstetriikkaa</p>	Kuvata kätilöiden ja synnytyslääkäreiden käsitys riskistä hoitokäytäntöihin normaalisti synnyttävien ja matalan riskin synnyttäjien kohdalla.	Tulokset jaettiin neljä osioon: (1) ammatillinen autonomia ja hierarkia äitiyshuollossa; (2) kätilöjohtoinen hoito aliarvostettuna ja tukemattomana pyrkimyksenä; (3) painopisteen siirtyminen normaaliuden tavoittelusta riskinhallintaan;

		for low-risk women and normal birth				ja (4) raskauden näkeminen "riskilinssin" läpi.
6	Lorentzen, Tanska, 2021	Does giving birth in a "birth environment room" versus a standard birth room lower augmentation of labor? – Results from a randomized controlled trial	European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology X 1	satunnaistettu kontrolloitu tutkimus Herning Hospital Denmark, OY tai 'synnytys ympäristö huone', 2015-2018 matala riskin ensisynnyttäjät n= 680, satunnaistettu OY n= 340, synnytys ympäristö huone n= 340	Tutkitaan fyysisen synnytysympäristön vaikutusta kätilön työhön ja naisten synnytyskokemuksiin. Lähdekohtana on hypoteesi, että synnytysympäristöön on kiinnitettävä enemmän huomiota, jotta voidaan parantaa eräitä nykyaikaisen synnytyskäytännön haasteita, kuten esimerkiksi lisääntyvää synnytyslääkkeiden käyttöä ja synnytysajan tehtävien toimenpiteiden määrää.	Synnytysympäristö verrattuna OY: synnytyskäynnistymisen, osalta ei havaittu eroja. Synnytysympäristön huoneessa useammat naiset käyttivät kylpyammetta, kun taas epiduraali käytön vähines. Komplisoitumattoman synnytysmahdollisuus oli lähes samanlainen, samoin kuin synnytysajan kesto molemmissa ryhmissä.
7	Hitzert, Alankomaat, 2016	Experiences of women who planned birth in a birth centre compared to alternative planned places of birth. Results of the Dutch Birth Centre Study	Midwifery 2	poikkileikkaustutkimus, jolla tehtiin regressioanalyyskejä. Tutkimus on osa Alankomaiden kätilöjohtoinen synnytysyksikön tutkimusta. 82 kätilö yksikköä, 8.-12. 2013 syntymäpaikan valinnan mukaan: YKY/IKY n= 263	Arvioida synnytystä YKY/IKY:ssä suunnittelevien naisten kokemuksia äitiyshuollosta ja verrata niitä vaihtoehtoisin suunniteltuihin synnytyspaikkoihin käyttämällä WHO (World Health Organization) herkkyysaluiden käsitettä.	naisilla, jotka suunnittelivat synnyttävänsä IKY/YKY:ssä: (1) oli samankaltaisia kokemuksia kuin naisilla, jotka suunnittelivat synnyttävänsä SKY:ssä. (2) heillä oli huomattavasti epäsuotuisampia kokemuksia kuin naisilla, jotka suunnittelivat KS. (3) oli huomattavasti parempia kokemuksia kuin naisilla, jotka suunnittelivat synnyttävänsä OY:ssä. Synnytysajan aikana eroja havaittiin ihmisarvon, autonomian, luotamuksellisuuden ja sosiaalisten

				KS n= 350 SKY n= 262 OY n= 115		näkökohtien osa-alueilla. Synnytyksen jälkeisenä aikana eroja havaittiin ihmisarvon, autonomian ja peruspalvelujen osalta. Yli 80 prosenttia IKY/YKY:ssä hoitoa saaneista naisista arvioi tilat, saapumis- ja poistumishetken sekä jatkuvuuden synnytyskeskuksessa hyväksi.
8	Hermus, Alankomaat, 2017	Differences in optimality index between planned place of birth in a birth centre and alternative planned places of birth, a nationwide prospective cohort study in The Netherlands: results of the Dutch Birth Centre Study	BMJ open 1	ennakoiva kohorttitutkimus. Tutkimus on osa Alankomaiden kätilöjohtoinen synnytyskeskikön tutkimusta. 21 KY:ä, 46 OY:a , 110 KS kätilöä 1.7.2013 – 31.12.2013 matalariski synnyttäjiä n= 3455 suunniteltu synnytyspaikka IKY/YKY n= 1668 SKY n= 701 KS n= 1086	Vertailla optimaalisuusindeksiä (OI-NL2015) matalan riskin raskaana olevilla naisilla, jotka aloittavat synnytyksen yksityisen kätilön vastuulla. Vertailla kolme suunniteltua synnytyspaikkaa (IKY/YKY:ssä, SKY:ssä, KS:ssä) keskenään.	OI-NL2015:ssa ei ollut eroja niiden raskaana olevien naisten kohdalla, jotka suunnittelivat synnyttävänsä IKY/YKY:ssä, verrattuna niihin, jotka suunnittelivat synnyttävänsä SKY:ssä. kotona synnyttämistä suunnittelevilla naisilla oli korkeampi OI-NL2015 arvo kuin IKY/YKY suunnittelevilla naisilla. Erot olivat suurempia uudelleen-synnyttäjille kuin ensisynnyttäjällä naisilla.