

**PAPERITTOMIEN NAISTEN LISÄÄNTYMISTERVEYS JA ÄITIYSHUOLLON
PALVELUIDEN KÄYTTÖ HELSINGISSÄ – REKISTERITUTKIMUS**

Janita Tasa
Pro gradu-tutkielma
Hoitotiede
Preventiivinen hoitotiede
Itä-Suomen yliopisto
Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Helmikuu 2019

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ ABSTRACT

1	JOHDANTO	1
2	PAPERITTOMAT TERVEYDENHUOLLON ASIAKKAINA	3
2.1	Keskeisten käsitteiden määrittelyä	3
2.2	Tiedonhaun toteutus	7
2.3	Paperittomien oikeus terveydenhuoltoon Suomessa	8
2.4	Paperittomien oikeus terveydenhuoltoon muissa Pohjoismaissa	12
2.5	Paperittomien naisten äitiysterveys ja -huolto kansainvälisten tutkimusten valossa	15
2.5.1	Paperittomien raskaana olevien naisten sosiodemografiset taustatiedot	15
2.5.2	Paperittomien naisten äitiysterveys	16
2.5.3	Paperittomien naisten raskauksien seuranta	17
2.5.4	Paperittomien naisten synnytysten kulku ja vastasyntyneiden vointi	20
2.6	Yhteenvedo tutkimusten lähtökohdista	22
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET ..	25
4	TUTKIMUSMENETELMÄT	26
4.1	Rekisteritutkimus tutkimusmenetelmänä	26
4.2	Aineiston keruu	26
4.3	Aineiston analysointi	28
5	TUTKIMUSTULOKSET	30
5.1	Paperittomien raskaana olevien naisten taustatiedot	30
5.1.1	Sosiodemografiset taustatiedot	30
5.1.2	Naisten perussairaudet, terveystottumukset ja raskaushistoria	33
5.2	Paperittomien naisten raskauksien kulku	35
5.2.1	Raskauden seurannan toteutuminen ja tulkkipalveluiden käyttö	35
5.2.2	Raskaustutkimukset	40
5.3	Paperittomien naisten synnytysten kulku	43
5.3.1	Paperittomien naisten synnytykset ja niiden lopputulos	43
5.3.2	Synnytyksessä käytetty kivunlievitys, synnytysrepeämät ja synnytyksen jälkeinen verenvuoto	45
5.3.3	Vastasyntyneiden kunto ja lapsivuodeaika	46
5.4	Keskeisten tutkimustulosten yhteenvedo	48
6	POHDINTA.....	50
6.1	Tutkimustulosten tarkastelua.....	50
6.2	Tutkimuksen eettisyys ja tietosuojatietosuojat	55
6.3	Tutkimuksen luotettavuus	57
7	JOHTOPÄÄTÖKSET, SUOSITUKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET	60
	LÄHTEET	61

LIITTEET

LIITE 1. Tiedonhakuprosessin kuvaus.

LIITE 2. Tutkimusartikkeleiden taulukointi.

LIITE 3. Muuttujaluettelo.

Tasa, JanitaPaperittomien naisten lisääntymisterveys ja äitiys-
huollon palveluiden käyttö Helsingissä –
Rekisteritutkimus

Ohjaajat:

Pro gradu-tutkielma, 73 sivua, 3 liitettä (7 sivua)
Professori, THT Katri Vehviläinen-Julkunen ja
TtT, dosentti, yliopistonlehtori Päivi Kankkunen

Helmikuu 2019

Paperittomien määrä on Suomessa lisääntynyt maahan suuntautuneen muuttoliikkeen ja kielteisten turvapaikkapäätösten myötä. Paperiton on henkilö, joka oleskelee maassa ilman virallista oleskeluoikeutta. Paperittomia arvioidaan Suomessa olevan noin 3000–4000, joista raskaana olevia tavataan Helsingin terveydenhuollossa vuosittain 15–20. Suomessa paperittomilla on lain mukaan oikeus kiireelliseen sairaanhoitoon omakustanteisesti. Kuitenkin kunnallisen päätöksenteon myötä esimerkiksi Helsingissä paperittomilla raskaana olevilla naisilla on laaja pääsy terveystieteiden palveluiden pariin. Kansainvälisen kirjallisuuden mukaan paperittomat naiset kohtaavat terveystieteiden palveluihin hakeutumisessa useita esteitä, ja rajallinen pääsy terveystieteiden palveluihin lisää riskiä heikompaan terveyteen. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Helsingissä oleskelevien paperittomien raskaana olevien naisten taustatietoja, äitiyshuollon palveluiden käyttöä, sekä heidän raskautensa ja synnytystensä kulkua.

Tutkimus toteutettiin retrospektiivisenä rekisteritutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin toukokuussa 2018 Helsingin kaupungin sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilasasiakirjoista vuosilta 2014–2018. Kyseessä on kokonaistutkimus (N=62). Aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics 24 for MAC-ohjelmalla, ja aineistoa kuvataan tilastollisin perustunnusluvin.

Tulosten mukaan paperittomat naiset tulivat laajasti eri puolilta maailmaa, heidän keski-ikänsä oli 28 vuotta, ja valtaosa heistä oli parisuhteessa. Naiset muuttivat maahan yleisimmin perhesi-teen vuoksi. Paperittomista naisista viidellä prosentilla todettiin HIV- ja kolmella prosentilla hepatiitti B-tartunta. Paperittomien naisten raskauden seuranta oli puutteellista. Naisista 60 % aloitti neuvolaseurannan toisen tai kolmannen raskauskolmanneksen aikana ja 71 %:lla käyntimäärät olivat riittämättömät. Pääkaupunkiseudun synnytyssairaaloissa syntyi tutkimusvuosien aikana 47 lasta. Naisista 70 % synnytti säännöllisesti alateitse, 17 % imukuppiavusteisesti ja 13 % keisarinleikkauksella. Ennenaikaisia synnytyksiä ei esiintynyt. Naisista yli 70 % sai epidu-
raalipuudutuksen synnytyskipuja lievittämään. Valtaosa paperittomista lapsista syntyi hyvä-
voituisina – vain yhdellä vastasyntyneellä napa-arterian pH oli alle 7.10. Paperittomista vau-
voista 62 % kotiutui täysimetettyinä, ja keskimääräinen sairaalassaoloaika oli neljä päivää.

Tämä tutkimus tuo uutta tietoa Suomessa vähän tutkittuun aiheeseen. Tietoa voidaan hyödyntää terveydenhuollon ammattilaisten ja johtajien koulutuksen tukena, ja lisäksi paperittomille raskaana oleville naisille suunnattujen palveluiden suunnittelussa ja kehittämisessä. Jatkossa tarvitaan lisää tutkimusta paperittomien naisten seksuaali- ja lisääntymisterveydestä eri tutkimusmenetelmin sekä kaikkiin paperittomiin kohdistuvaa terveystutkimusta.

Asiasanat: Paperiton, oikeus terveydenhuoltoon, raskaus, synnytys ja rekisteritutkimus.

Tasa, Janita

Reproductive health and the use of maternal health care services among undocumented pregnant women in Helsinki – A register-based study

Master's Thesis, 73 pages, 3 appendices (7 pages)

Supervisors:

Professor, PhD Katri Vehviläinen-Julkunen and
PhD, docent, university lecturer Päivi Kankkunen

February 2019

In Finland, the number of undocumented migrants has increased due to a surge in migration and asylum rejections. An undocumented migrant is a person who resides within a country without an official residence permit. In Finland, an estimated number of undocumented migrants is 3000–4000 persons. Out of these, 15–20 pregnant women annually seek health care services in Helsinki. Currently, by legislation undocumented migrants are entitled to acute medical care at their own expenses. However, Helsinki City Council has granted undocumented pregnant women a wide access to health care services. International studies suggest that undocumented women face various types of challenges when seeking health care services, and a limited access to those services increases the risk of adverse health outcomes. The purpose of this study was to describe the general background information of undocumented pregnant women, their use of maternal health care services and the outcome of their pregnancies and deliveries.

The study was conducted as a retrospective register-based study, and the sample consists of the total population of undocumented migrant women (N=62) over the time period 2014–2018. The data were gathered in May 2018 from the patient records administered by the city of Helsinki and the Helsinki and Uusimaa Hospital District. The data were analyzed with IBM SPSS Statistics 24 for MAC-program, and it is represented with statistical parameters.

The results indicate that undocumented migrant women came from various countries, their mean age was 28 years, and most of them were in a relationship. Family ties was the most common reason to migrate to Finland. The antenatal follow-up was found inadequate – 60 % of women commenced antenatal visits during the second or third trimester and among 71 %, the number of antenatal visits was discovered deficient. Over the sample period, there were altogether 47 children born in the maternity hospitals of the capital region. 70 % of women underwent an uncomplicated vaginal delivery, 17 % of births were vacuum-assisted and 13 % of births were cesarean sections. Premature births were not detected in the data. During labor, 70 % of women used epidural anesthesia as a pain relief method. Most babies were born in a good condition – only one of them exhibited an umbilical arterial pH-sample below 7.10. 62 % of babies were discharged from hospital fully breastfed, and the average stay in a hospital took four days.

This study sheds some light on a topic that has been scarcely researched in Finland. The results from this study are particularly useful for training health care professionals and managers as well as in designing and developing services targeted at undocumented pregnant women. In the future, more research is needed on the general health of undocumented migrants and on sexual and reproductive health of undocumented women.

Keywords: Undocumented migrant, right to health care, pregnancy, birth, register-based study.

TAULUKKO- JA KUVIOLUETTELO

	Sivu
Taulukko 1. Välilihan repeämien luokittelu (ICD-10 2011).	6
Taulukko 2. Paperittomien yleisin kotimaa tutkimuskirjallisuuden mukaan.	15
Taulukko 3. Paperittomien raskauksien seurannan aloitus tutkimuskirjallisuuden mukaan.	18
Taulukko 4. Synnytystapa ja ennenaikaiset synnytykset tutkimuskirjallisuuden mukaan.	21
Taulukko 5. Paperittomien raskaana olevien ikä ja siviilisääty (N, n, %, ka, SD, Min, Max).	30
Taulukko 6. Paperittomien naisten äidinkieli/asiointikieli ja maahanmuuton syy (N, n %).	32
Taulukko 7. Naisten terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät taustatiedot (N, n, %, ka, SD, Min, Max).	34
Taulukko 8. Paperittomien naisten aikaisemmat raskaudet (N, n, %).	35
Taulukko 9. Paperittomien naisten raskauden seurannan toteutuminen (N, n, %).	36
Taulukko 10. Neuvola- ja erikoissairaanhoidon käynnit ja käyntimäärät (N, n, %, ka, SD, Min, Max).	39
Taulukko 11. Paperittomien naisten raskausajan seulontatutkimukset (N, n, %).	42
Taulukko 12. Paperittomien naisten synnytys, synnytyksen ajankohta ja kesto (N, n, %, ka, SD, Min, Max).	44
Taulukko 13. Kivunlievityksen käyttö, repeämien ja verenvuodon määrä (N, n, %).	46
Taulukko 14. Vastasyntyneiden hyvinvointi, imetys ja sairaalassaoloaika (N, n, %, ka, SD, Min, Max).	47
Kuvio 1. Paperittomien naisten kotimaa (N=60) (%).	31
Kuvio 2. Raskaana olevien naisten paperittomuuden syyt (N=60) (%).	33
Kuvio 3. Ensimmäisen neuvolakäynnin ajankohta (N=55) (%).	37
Kuvio 4. Neuvolakäyntien lukumäärä ennen synnytystä (N=62) (%).	38
Kuvio 5. Tulkin käyttö asiakaskohtaamisissa (N=62) (%).	40
Kuvio 6. Käytetty kivunlievitys synnytyksen aikana (N=47) (%).	45

LYHENTEET

APG	Apgar-pisteet
BMI	Body mass index, painoindeksi
EU	Euroopan Unioni
GBS	B-ryhmän beetahemolyyttinen streptokokki, <i>Streptococcus agalactiae</i>
GC	Global Clinic, paperittomien klinikka
HIV	Human immunodeficiency virus
HUS	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
ICD-10	Kansainvälinen tautiluokitus
Kela	Kansaneläkelaitos
MDRs	Moniresistentit gramnegatiiviset sauvat
MRSA	Metissilliinille resistentti <i>Staphylococcus aureus</i> -bakteeri
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence, Iso-Britannian kansallinen laatujärjestö
RV	Raskausviikot
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
WHO	World Health Organization, Maailman terveysjärjestö
YK	Yhdistyneet kansakunnat

1 JOHDANTO

Paperittomat ovat moninainen ja erittäin haavoittuvassa asemassa oleva väestöryhmä (Munro ym. 2013, de Jong ym. 2017, Paloma-käsikirja 2018). Paperittomia on yksittäisistä henkilöistä perheisiin, lapsista iäkkäisiin ja lukutaidottomista yliopistotutkinnon suorittaneisiin (Jauhiainen ym. 2017). Paperittomista erityisesti naisten asema on heikko (Munro ym. 2013), ja heidän on vaikea selviytyä ilman vahvaa tukiverkostoa (Jauhiainen ym. 2017). Paperittomien määrää Suomessa on vaikea arvioida (Keskimäki ym. 2014, Jauhiainen ym. 2017, Kuusio ym. 2017). Määrä muuttuu jatkuvasti (Jauhiainen ym. 2017), ja sen uskotaan lisääntyvän maahan suuntautuvan muuttoliikkeen (Salmi ym. 2016) sekä kielteisten turvapaikkapäätösten myötä (Jauhiainen ym. 2017). Sosiaali- ja terveysministeriön (STM), Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL), ja Turun yliopistossa julkaistun tutkimuksen mukaan paperittomia on Suomessa 3000–4000 henkilöä (Keskimäki ym. 2014, Jauhiainen ym. 2017, STM 2018). Raskaana olevien määrästä ei ole tarkkaa tietoa. Helsingin Global Clinicillä (GC), paperittomien klinikalla, ja Helsingin neuvoloissa tavataan vuosittain 15–20 paperitonta raskaana olevaa naista (Löthman-Kilpeläinen 2017, Korniloff 2018). Muihin Pohjoismaihin verrattuna paperittomien määrä maassamme on pieni. Vuonna 2014 Ruotsissa oli noin 10 000–50 000, Norjassa 12 000–18 000 ja Tanskassa 1000–5000 paperitonta henkilöä (Kuusio ym. 2017).

Paperittomien henkilöiden määrän kasvaessa on tärkeää tunnistaa ja huomioida tähän väestöryhmään liittyviä tarpeita (Munro ym. 2013). Useissa Euroopan maissa onkin huomattu paperittomien henkilöiden kasvava terveyspalveluiden tarve (Smith & LeVoy 2017). Oikeus terveydenhuoltoon vaihtelee eri maissa (Biswas ym. 2012, Melberg ym. 2017), ja monissa oikeus hoitoon on hyvin rajallinen (Smith ym. 2016, Smith & LeVoy 2017). Suomessa paperittomilla on oikeus lainsäädännön mukaan kiireelliseen hoitoon omakustanteisesti (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326). Terveyspalveluiden rajaaminen ja vain kiireellisen hoidon tarjoaminen nostavat terveydenhuollon kustannuksia (FRA 2015, Salmi ym. 2016, Smith ym. 2016, Kuusio ym. 2017), jotka ovat moninkertaiset oikea-aikaiseen ennaltaehkäisevään hoitoon verrattuna (FRA 2015, Trummer ym. 2016). Monissa maissa kunnallisen autonomisen päätöksenteko-oikeuden myötä kaupungit ovat alkaneet tarjota paperittomille henkilöille laajemman pääsyn terveyspalveluihin (Smith & LeVoy 2017). Näin on toimittu myös osassa Suomea.

Paperittomien naisten hoitoon pääsy on hankalaa, ja he kohtaavat useita esteitä terveyspalveluihin hakeutumisessa, joita voivat olla lainsäädäntö, terveydenhuollon kustannukset,

kulttuuriset ja/tai kielelliset haasteet (Smith & LeVoy 2016). Naiset kuitenkin tarvitsevat erityisiä terveydenhuollon palveluita raskauden ja synnytyksen aikana (FRA 2011). Paperittoman asema, elämän epävarmuus ja turvattomuus (Munro ym. 2013, Smith ym. 2016), heikot elinolosuhteet (Kuusio ym. 2017, Paloma-käsikirja 2018) sekä rajallinen pääsy terveydenhuoltoon lisäävät riskiä heikompaan terveyteen ja terveyden lopputuloksiin (Munro ym. 2013, Smith ym. 2016, Kuusio ym. 2017). Maailman terveysjärjestön (WHO) ja Äitiysneuvolaoppaan suositusten mukaan jokaisen naisen tulisi saada laadukasta hoitoa raskauden, synnytyksen ja synnytyksen jälkeisenä aikana (Klemetti & Hakulinen 2013, WHO 2016). Raskauden aikaisen seurannan tarkoituksena on taata äidin ja lapsen paras mahdollinen hyvinvointi, ja sen avulla voidaan ennaltaehkäistä sekä vähentää raskauden ja synnytyksen ajan komplikaatioita (Klemetti & Hakulinen 2013, Munro ym. 2013, WHO 2016). Laajentamalla paperittomien naisten oikeutta terveydenhuoltoon on mahdollista vaikuttaa suotuisasti raskauden ja synnytyksen lopputulokseen sekä syntyvien lasten hyvinvointiin (Wherry ym. 2017).

Terveydenhuollon ammattilaisilla on usein puutteellinen tieto paperittomien oikeuksista hoitoon (Kvamme & Ytrehus 2015, Statskontoret 2016, de Jong ym. 2017), ja selkeiden ohjeiden puuttuminen sekä vaihtelevat käytännöt eri kaupungeissa hankaloittavat ammattilaisten työtä (Salmi ym. 2016, Statskontoret 2016). Terveyspalveluiden järjestäminen ja terveydenhuollon ammattilaisten epäselvä asema selkiytyisi, jos kansallinen lainsäädäntö luotaisi paperittomien yhtäläisestä oikeudesta hoitoon. Palveluiden tasa-arvoinen tarjoaminen myös vähentäisi paperittomien inhimillistä hätää ja kärsimystä. (Kuusio ym. 2017.) Tiedon tuottaminen ja ammattilaisten kouluttaminen ovat tärkeitä ilmiön tunnistamisen, yhdenvertaisen, kohdennetun ja tehokkaan hoidon tarjoamiseksi (Munro ym. 2013, Statskontoret 2016).

Paperittomuutta on tutkittu kansainvälisesti verrattain vähän (de Jong ym. 2017), ja Suomessa tehtyä tutkimusta paperittomista on hyvin vähän (ks. Salmi ym. 2016, Jauhiainen ym. 2017, Tjukanov 2018). Suomalaista tutkimusta paperittomien naisten lisääntymisterveydestä ei ole löydettävissä. Tutkitun tiedon avulla voitaisiin vastata erilaisiin paperittomuuden haasteisiin entistä paremmin (Jauhiainen ym. 2017). Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata Helsingissä oleskelevien paperittomien raskaana olevien naisten taustatietoja, äitiyshuollon palveluiden käyttöä, sekä heidän raskautensa ja synnytystensä kulkua.

2 PAPERITTOMAT TERVEYDENHUOLLON ASIAKKAINA

2.1 Keskeisten käsitteiden määrittelyä

Paperiton

Paperittomuutta ei ole määritelty lainsäädännössä (Salmi ym. 2016, Jauhiainen ym. 2017) eikä Suomessa tai kansainvälisesti ole yhteisesti hyväksyttyä määritelmää käsitteelle (Jauhiainen ym. 2017). Paperiton on henkilö, joka oleskelee maassa ilman vaadittavaa oleskeluoikeutta. Henkilön oleskelulupa on voinut umpeutua tai maahantulo ei ole ollut laillista. (Keskimäki ym. 2014, Jauhiainen ym. 2017, Smith & LeVoy 2017, STM 2018.) Turvapaikanhakijan oleskelu muuttuu laittomaksi, kun kielteinen turvapaikkapäätös astuu lainvoimaiseksi (STM 2017). Suomeen jääneitä kielteisen turvapaikkapäätöksen saaneita henkilöitä kutsutaan myös uuspaperittomiksi (Jauhiainen ym. 2017).

Edellä mainittujen lisäksi paperittomiin rinnastetaan paperittoman kaltaisessa asemassa olevat henkilöt. Nämä henkilöt ovat maassa laillisesti, mutta heidän oikeutensa terveyspalveluihin on rajallinen. (Keskimäki ym. 2014.) Paperittoman kaltaisessa asemassa olevia henkilöitä ovat Euroopan Unionin (EU) kansalaiset, joilla ei ole vakuutusturvaa omassa maassaan, ja oleskeluluvan omaavat henkilöt, joiden vakuutusturva on päätynyt tai se ei ole tarpeeksi kattava (Keskimäki ym. 2014, STM 2018). Myös oleskelulupaa odottavat henkilöt kuuluvat paperittomien ryhmään (STM 2018).

Englannin kielessä paperittomista henkilöistä käytetään yleensä termejä *undocumented*, *irregular* tai *unregistered migrant* tai *immigrant*. Suomessa viranomaiskielessä saatetaan puhua paperittomien sijaan laittomasti maassa oleskelevista henkilöistä (STM 2017). Tässä tutkimuksessa paperittomista ja paperittoman kaltaisessa asemassa olevista henkilöistä puhutaan yleisesti paperittomina.

Äitiysterveys

Äitiysterveydellä tarkoitetaan yleensä naisen terveyttä raskauden, synnytyksen ja synnytyksen jälkeisenä aikana. Äitiysterveydellä viitataan muun muassa kroonisiin sairauksiin, epäterveellisiin elintapoihin kuten tupakointiin ja alkoholin käyttöön, sekä psyykkisiin tarpeisiin. Laadukas raskausajan seuranta ja synnytyksen hoito lisäävät positiivisia kokemuksia raskauden aikana sekä vähentävät raskauteen ja synnytykseen liittyviä riskejä ja komplikaatioita. (WHO 2018.) Tässä tutkimuksessa äitiysterveydestä puhuttaessa viitataan edellisten lisäksi paperittomien naisten raskaushistoriaan – aikaisempiin keskenmenoihin, raskauden keskeytyksiin ja

synnytyksiin. Tutkimuksessa raskaana oleviin naisiin viitattaessa puhutaan myös synnyttäneistä naisista.

Äitiyshuolto

Äitiysneuvolan tehtävänä on turvata ja edistää raskaana olevan naisen, perheen, sikiön ja vastasyntyneen lapsen terveyttä ja hyvinvointia (Klemetti & Hakulinen 2013). Suomessa terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326, 15 §) ohjaa kuntia neuvolapalveluiden järjestämisestä, ja valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (583/217, 18 §) ohjaa sairaanhoitopiirien kuntayhtymiä huolehtimaan synnytyksen hoidon järjestämisestä. Neuvolat ja sairaalat yhdessä muodostavat palveluketjun raskauden ja synnytyksen hoitoa varten. Tässä tutkimuksessa äitiyshuollosta puhuttaessa viitataan neuvolatoimintaan sekä synnytyssairaalan järjestämään raskausajan ja synnytyksen hoitoon.

Raskauskolmannekset

Raskauden kestoksi on määritelty 280 päivää, 40 raskausviikkoa (rv). Raskaus on jaettu raskausviikkojen mukaisesti kolmeen kolmannekseen. Ensimmäinen raskauskolmannes ajoittuu viikoille 1–12, toinen kolmannes viikoille 13–26 ja kolmas kolmannes viikoille 27–40. (Väyrynen 2012.)

Riittävä raskausajan seuranta

Tässä tutkimuksessa mukailaan THL:n, Iso-Britannian kansallisen laatujärjestön (NICE) ja WHO:n suosituksia riittävästä raskausajan seurannasta. THL suosittelee matalanriskin raskauksissa 8–9, NICE 7–10 ja WHO kahdeksan käyntiä (NICE 2012, Klemetti & Hakulinen 2013, WHO 2016). Tässä tutkimuksessa riittäväksi raskausajan seurannaksi katsotaan 8–10 käyntiä ennen synnytystä. Neuvolakäyntien riittävyyden määrittelyssä mukailaan Wilson-Mitchell ja Rummensin (2013) tutkimuksessa käytettyä luokittelua. Täysin riittämätön neuvolakäyntien määrä on 0–3, riittämätön 4–7, riittävä 8–10 ja enemmän kuin riittävä on yli 11 käyntiä.

Raskausajan seulontatutkimukset

Raskaana olevilla naisilla on Suomessa mahdollisuus osallistua maksuttomiin raskausajan seulontatutkimuksiin. Seulontatutkimuksia, joita raskaana oleville tarjotaan, ovat ultraäänitutkimukset, sokerirasituskoet, B-ryhmän beetahemolyyttinen streptokokkinäyte (GBS) ja infektiöseuloista HIV, hepatiitti B ja kuppa. (Klemetti & Hakulinen 2013.)

Naisilla on mahdollisuus osallistua raskautensa aikana maksuttomasti kahteen kättilön tekemään ultraäänitutkimukseen. Tutkimusten tarkoituksena on muun muassa arvioida raskauden kestoa ja tutkia sikiön mahdollisia rakennepoikkeavuuksia. Varhaisraskauden ultraäänitutkimus tehdään raskausviikoilla 10–13 ja rakenneultraäänitutkimus raskausviikoilla 18–21. (Klemetti & Hakulinen 2013, Nykänen ym. 2017.)

Sokerirasituskokeella seulotaan ja diagnosoidaan raskausdiabetesta. Sokerirasituskoe tehdään pääsääntöisesti kaikille raskaana oleville naisille raskausviikoilla 24–28. Jos naisella todetaan alkuraskaudessa sokerin erittymistä virtsaan, hänen BMI (body mass index, painoindeksi) on vähintään 35, hänellä on aikaisemmin ollut raskausdiabetes tai hänen lähisuvussaan on tyyppin 2 diabetesta, tehdään sokerirasituskoe jo raskausviikoilla 12–16 (Klemetti & Hakulinen 2013, Käypähoito-suositus 2013).

GBS-infektio on yksi merkittävimmistä vastasyntyneen infektiosairauksista, joka voi aiheuttaa lapselle vakavan infektion, ja sen seurauksena kuoleman tai vammautumisen. GBS-näyte suositellaan seulottavaksi raskaana olevilta raskausviikoilla 35–36. (Klemetti & Hakulinen 2013.) Nykykäytäntö Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) alueella on, että GBS-näyte otetaan synnytysairaalassa naisen tullessa synnyttämään.

Tarkempia ohjeistuksia paperittomilta raskaana olevilta otettavista infektioseulonnoista antavat ”Paperittomien raskaana olevien naisten äitiysneuvolaseuranta Helsingissä”-ohje ja HUS:n Haikarakansion ”Paperittoman hoidon erityispiirteet”-ohje. Näiden ohjeiden mukaan kaikilta paperittomilta raskaana olevilta tulee seuloa HIV, hepatiitti B ja C sekä kuppa. Klamydianäyte otetaan oireilevilta naisilta. (Helsingin kaupunki 2016, Haikarakansio 2018.)

Haikarakansion ohjeen (2018) mukaan paperittomilta naisilta tulee seuloa raskauden aikana ongelmamikrobinäytteet (MRSA ja/tai MDRs), jos nainen on ollut viimeisimmän vuoden aikana sairaalanhoidossa ulkomailla, asunut pakolaisleirillä, vastaanottokeskuksessa tai samankaltaisissa olosuhteissa, tai jos paperiton nainen on asunoton. Helsingin kaupungin (2016) ohjeistuksessa ongelmamikrobinäytteet ohjeistetaan ottamaan noin kuukausi ennen laskettua aikaa. Ohjeistuksessa ei tarkemmin todeta, keneltä näytteet otetaan. Ohjeistuksissa suositellaan myös tuberkuloosin seulontaa – keuhkokuva ohjataan ottamaan paperittomilta naisilta, jos he tulevat suuren tuberkuloosiriskin maista tai oireilevat.

Välilihan repeämät

ICD-10 (2011) kansainvälisen tautiluokituksen mukaan välilihan repeämät jaotellaan neljään eri repeämän asteeseen. Repeämän luokittelu, ja niiden määritelmät ovat nähtävissä taulukossa 1.

Taulukko 1. Välilihan repeämien luokittelu (ICD-10 2011).

Välilihan repeämä	
1. asteen repeämä	Välilihan ihon, häpyhuulien, emättimen ja/tai emättimen pohjukan repeäminen synnytyksessä
2. asteen repeämä	Välilihan ja emättimen lihasten, lantionpohjan repeytyminen synnytyksessä
3. asteen repeämä	Peräaukon sulkijalihaksen tai peräsuolen ja emättimen väliseinän repeytyminen synnytyksessä
4. asteen repeämä	Peräaukon ja/tai peräsuolen limakalvon repeytyminen synnytyksessä

Sikiön napaveren pH-arvo ja Apgar-pisteet

Synnytyksenaikaisen hapenpuutteen ja vastasyntyneen voinnin arvioimisessa voidaan käyttää apuna napaveren pH-arvoa (Yeh ym. 2012) ja Apgar-pisteitä (Apgar 1953, Leinonen ym. 2018). Suurin riski vakaville vastasyntyneen neurologisille häirtavaikutuksille on vastasyntyneen napa-arterian pH:n ollessa alle 7.10 ja matalin, kun napa-arterian pH on 7.26–7.30 (Yeh ym. 2012). Tässä tutkimuksessa napa-arterian pH-arvot on luokiteltu kolmeen luokkaan: alle 7.10 (matala), 7.10–7.20 (raja-arvoinen) ja yli 7.20 (normaali).

Apgar-pisteitä annetaan 0, 1 tai 2 vastasyntyneen fysiologisista merkeistä: syke, hengitys, lihasjänteisyys, ärtyvyys ja ihon väri (Apgar 1953). Suomessa Apgar-pisteitä annetaan yleensä yksi, viisi ja kymmenen minuuttia lapsen syntymän jälkeen. Yleisimmin pisteistä raportoidaan yhden ja viiden minuutin pisteet. Lisäksi käytäntönä on joissakin sairaaloissa, että viiden minuutin pisteitä ei raportoida, jos ensimmäisen minuutin pisteet ovat 9–10. Matalat Apgar-pisteet (0–3) yhden ja viiden minuutin iässä ovat yhteydessä lapsen pitkäaikaiseen sairastavuuteen. (Leinonen ym. 2018.) Tässä tutkimuksessa raportoidaan yhden ja viiden minuutin Apgar-pis-

teet. Apgar-pisteet on luokiteltu kolmeen ryhmään kuvaamaan vastasyntyneen vointia synnytyksen jälkeen: 0–3 (matala), 4–6 (raja-arvoinen) ja 7–10 (normaali) (American Academy of Pediatrics 2006).

2.2 Tiedonhaun toteutus

Tutkimuksen teoreettinen tausta muodostuu kahdesta osasta, josta ensimmäinen osa käsittelee paperittomien oikeutta terveydenhuoltoon Pohjoismaissa. Toisessa osassa kuvataan paperittomien naisten taustatietoja, sekä heidän raskautensa ja synnytystensä kulkua kansainväliseen kirjallisuuteen perustuen.

Tietoa paperittomien oikeudesta terveydenhuoltoon haettiin tarkastelemalla Yhdistyneiden kansakuntien (YK) ja EU:n kansainvälisiä sopimuksia sekä eri Pohjoismaiden kansallista lainsäädäntöä. Näiden lisäksi tietoa haettiin kansainvälisistä tieteellisistä julkaisuista. Tieto paperittomien oikeudesta hoitoon Suomessa ja Ruotsissa perustuu maiden kansallisen lainsäädännön tarkasteluun sekä THL:n ja Ruotsin valtionkonttorin julkaisemiin raportteihin (ks. Keskimäki ym. 2014, Statskontoret 2016). Norjan ja Tanskan oikeudellista tilannetta kuvataan neljän tieteellisen artikkelin, THL:n ja Euroopan verkoston raporttien perusteella (ks. Keskimäki ym. 2014, European Network 2017). Mukaan valitut tieteelliset artikkelit löytyivät epäsystemaattisella haulla ja paperittomien kanssa työskentelevien asiantuntijoiden suositusten perusteella. Norjan ja Tanskan kansallista lainsäädäntöä ei kielitaidon puutteen vuoksi ollut mahdollista tulkita.

Tutkimustietoa paperittomien raskaana olevien naisten taustatiedoista, sekä heidän raskautensa ja synnytystensä kulusta haettiin systemoidusti tammi-helmikuussa 2017 ja tiedonhakua täydennettiin marraskuussa 2018. Tietokantahakuja tehtiin neljään tietokantaan: Mediciin, Cinahliin, PubMediin ja Scopukseen. Englanninkieliset hakusanat johdettiin sanoista paperiton, raskaus, synnytys ja synnytyksen lopputulos. Tietoa haettiin vuosilta 2000–2018, ja artikkelin julkaisukieleksi valittiin suomi tai englanti. Laajaan vuosirajaukseen päädyttiin, sillä aikaisemmin luetun kirjallisuuden perusteella oli tiedossa, että paperittomia raskaana olevia on kansainvälistikin tutkittu rajallisesti.

Tiedonhaku tuotti yhteensä 849 viitettä, joista valittiin sisäänottokriteerien mukaisesti otsikoita, tiivistelmiä ja koko tekstiä lukemalla tutkimukseen mukaan otettavat artikkelit. Lisäksi manuaalihaun perusteella valittiin mukaan yksi tutkimusartikkeli. Tutkimukseen valikoitui mukaan

yhteensä 19 kansainvälistä julkaisua. Suomalaisesta tietokannasta, Medicistä, ei löytynyt teollista tutkimusta paperittomista raskaana olevista naisista. Valituista artikkeleista suurin osa oli tehty Pohjois-Amerikassa (n=9). Muina tutkimusmaina olivat Alankomaat (n=3), Sveitsi (n=2), Kanada (n=2), Tanska (n=1), Portugal (n=1) ja Italia (n=1). Tiedonhaun prosessin kuvaus sisäänotto- ja poissulkukriteerein on nähtävissä liitteenä 1, ja tutkimusartikkelit on taulukoitu liitteeseen 2.

2.3 Paperittomien oikeus terveydenhuoltoon Suomessa

Suomessa kunnat ovat vastuussa terveyttä edistävien palveluiden ja sairaanhoidon järjestämisestä (Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989, Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326). Oikeus terveyden- ja sairaanhoitoon perustuu Suomessa maassa asumiseen ja kotikuntaoikeuteen. Kotikunta määräytyy kuntalain perusteella, ja tieto kotikunnasta kirjataan väestötietojärjestelmään. Suomessa asuva henkilö on oikeutettu terveyspalveluihin kotikuntalaisen asiakasmaksulla siinä kunnassa, missä hän asuu. Jos henkilöllä ei ole kotikuntaa, selvitetään, onko hänellä oikeus hoitoon EU-lainsäädännön, kansainvälisen sairaanhoito- tai sosiaaliturvasopimuksen tai Suomen lainsäädännön perusteella. Jos henkilöllä on osoittaa oikeutensa hoitoon hoito-oikeustodistuksella (esimerkiksi eurooppalainen sairaanhoitokortti), annetaan se hänelle edellä mainittujen säännösten edellyttämässä laajuudessa. (Kela 2015.)

Suomessa ei ole lainsäädäntöä, jossa erityisesti mainittaisiin paperittomien oikeudesta terveydenhuoltoon. STM on luonut suosituksia paperittomien hoitamisesta (”Kunnille suositukset laittomasti maassa oleskelevien kiireelliseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon” ja ”Maahanmuuttajataustaisten lasten ja raskaana olevien naisten oikeus terveydenhuollon palveluihin Suomessa”) (STM 2017a, STM 2017b). Lisäksi sisäministeriö (2016) on laatinut toimenpideohjelman laittoman maassa oleskelun ehkäisemiseksi, jossa annetaan ohjeistuksia paperittomien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Oikeudesta terveydenhuoltoon, joka koskettaa myös paperittomia, säädellään kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa, Suomen perustuslaissa, lainsäädännössä ja kuntien itsehallinnollisissa päätöksissä.

Kansainväliset ihmisoikeussopimukset

Kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa tunnustetaan oikeuden terveyteen ja terveydenhoitoon kuuluvan kaikille. Useammassa YK:n ja EU:n ihmisoikeussopimuksessa nostetaan esiin erityisesti äitien ja lasten oikeudet. Suomi ja muut Euroopan maat ovat sitoutuneet noudatta-

maan näitä ihmisoikeussopimuksia, mutta rikkovat osin velvoitteitaan paperittomien terveydenhuollon osalta (Cuadra 2012). Seuraavassa kuvataan keskeisimmät kansainväliset sopimukset, joissa todetaan oikeuden terveyteen kuuluvan kaikille ja erityisesti mainitaan äitien ja lasten oikeus terveydenhuoltoon.

Ihmisoikeuksien yleismaallinen julistus (1948), artikla 25: jokaisella tulee olla oikeus riittävään terveyteen ja hyvinvointiin sekä riittäviin terveyspalveluihin. Erytyisesti äidit ja lapset ovat oikeutettuja erityiseen hoitoon ja huolenpitoon. Jokaisen lapsen tulisi saada nauttia yhteiskunnan suojelusta.

Asetus taloudellisista, sosiaalisista ja sivistyksellisistä oikeuksista (1976), artikla 10 ja 12: äideille on myönnettävä erityistä suojelua ennen ja jälkeen lapsen syntymän. Kaikkia lapsia on suojeltava ja autettava ilman syntyperää tai muihin seikkoihin perustuvaa syrjintää. Lisäksi jokaisella tulee olla oikeus nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja mielenterveydestä, ja on luotava sellaiset olosuhteet, jossa pystytään turvaamaan jokaiselle lääkärin ja sairaaloiden palvelut.

Kaikkinainen naisten syrjinnän poistamista koskeva yleissopimus (1986), artikla 12: sopimusvaltioiden tulee varmistaa naisten syrjimättömyys terveydenhuollossa ja varmistettava tasavertainen pääsy palveluihin, mukaan lukien perhesuunnittelupalvelut. Lisäksi valtioiden on varmistettava naisille asianmukaiset palvelut raskauden ja synnytyksen aikana, sekä sen jälkeen. Palvelut tulee tarvittaessa tarjota maksuttomasti.

Lapsen oikeuksia koskeva yleissopimus (1991), artikla 24: lapsilla on oikeus nauttia parhaasta mahdollisesta terveydentilasta ja sairauksien hoidosta. Sopimusvaltioiden on taattava asianmukainen terveydenhuolto raskaana oleville naisille ja synnyttäneille äideille, ja varmistuttava, että kaikki lapset saavat välttämättömän lääkärin- ja terveydenhoidon. Yksikään lapsi ei saa joutua luopumaan oikeuksistaan terveyspalveluihin. Asetus painottaa perusterveydenhuollon kehittämistä ja ehkäisevää terveydenhuoltoa.

Paperittomien ihmisoikeudet (2006), artikla 13: paperittomilla tulee olla oikeus vähintään kiireelliseen sairaanhoitoon. Valtioiden tulisi tarjota kokonaisvaltai-

sempaa hoitoa, jossa haavoittuvimpien ryhmien kuten lasten, vammaisten, ras-
kaana olevien ja ikäihmisten erityistarpeet huomioidaan. Erityisesti lasten tulisi
saada nauttia samanlaisesta suojelusta kuin maan muut lapset.

Suomen lainsäädäntö

Suomen perustuslain (11.6.1999/731) 19 §:n mukaan jokaisella on oikeus välttämättömään
huolenpitoon, ja julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät terveystalvet. Lisäksi 22 §:n
mukaan julkisen vallan on turvattava perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen.

Kaikilla Suomessa oleskelevilla henkilöillä on oleskelun luonteesta ja asuinpaikasta riippu-
matta oikeus kiireelliseen sairaanhoitoon julkisessa perus- ja erikoissairaanhoidossa (Erikois-
sairaanhoitolaki 1062/1989, 3 §, Terveystalvetlaki 30.12.2010/1326, 50 §). Annetun hoidon
tulee olla laadukasta ja ihmisarvoa loukkaamatonta. Terveystalvetluon ammattilaisen on var-
mistuttava siitä, että potilas ymmärtää hänen hoitoonsa liittyvistä asioista – tulkkauksia on
mahdollisuuksien mukaan järjestettävä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 5 §.)
Kiireelliseen sairaanhoitoon kuuluu myös kiireellinen suun terveystalvetluo, mielenterveys-
hoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki (Terveystalvetlaki 30.12.2010/1326, 50 §).

*Kiireellinen sairaanhoito tarkoittaa ”äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäai-
kaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä
arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman
vaikeutumista”. (Terveystalvetlaki 30.12.2010/1326, 50 §.)*

Paperittomilla henkilöillä ei ole kotikuntaa Suomessa eivätkä he välttämättä kuulu EU-lainsääd-
ännön tai muihin Suomen solmimiin kansainvälisten sopimusten piiriin. Näin ollen he ovat
oikeutettuja lainsäädännön mukaiseen kiireelliseen sairaanhoitoon. (Kela 2015.) Kunta voi pe-
riä annetusta hoidosta maksun, jos henkilöillä ei ole kotikuntaoikeutta, ja hänelle on annettu
terveystalvetluolain 50 §:n mukaista kiireellistä sairaanhoitoa. Hoidosta perittävät maksu saa
olla enintään palvelun tuottamisesta aiheutuneiden kustannusten suuruinen. (Laki sosiaali- ja
terveystalvetluon asiakasmaksuista 3.8.1992/734, 13 §, Asetus sosiaali- ja terveystalvetluon
asiakasmaksuista 9.10.1992/912, 24 §.) Maksuista huolehditaan hoidon antamisen jälkeen
(STM 2018). Lain mukaan terveystalvetluon maksut voidaan kuitenkin jättää perimättä tai niitä
voidaan alentaa, jos periminen vaarantaa henkilön toimeentulon edellytyksiä (Laki sosiaali- ja
terveystalvetluon asiakasmaksuista 3.8.1992/734, 11 §).

Kansaneläkelaitos (Kela) voi korvata valtion varoista kunnalle julkisen terveydenhuollon palvelusta aiheutuneet kustannukset. Kunnan on korvausta hakiessa osoitettava, että kustannuksia on yritetty periä potilaalta. (Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta 1201/2013, 20 §, STM 2017a). Jos kunta jättää perimättä tai alentaa terveydenhuollon kustannuksia, ei kunnalla ole oikeutta hakea valtion korvausta maksuihin (STM 2017a, STM 2017b).

Kunnallinen päätöksenteko

Suomessa kunnat voivat itsenäisesti määritellä tarjoamiaan terveystalvueluita ja voivat niin päättäessään mahdollistaa paperittomille kiireellistä sairaanhoitoa laajemman pääsyn terveystalvueluihin. Jos kunta päättää tarjota laajempia terveystalvueluita paperittomille, vastaa kunta niistä aiheutuvista kustannuksista kokonaan itse (STM 2017a, STM 2017b).

Helsingin, Espoon, Vantaan, Tampereen ja Turun kaupungit ovat päättäneet tarjota osalle paperittomista pääsyn laajempiin terveystalvueluihin. Näissä kaupungeissa paperittomilla raskaana olevilla naisilla ja alle 18-vuotiailla lapsilla on oikeus samoihin terveystalvueluihin samaan asiakasmaksumintaan kuin kuntalaisilla. (Helsinki 2014, Espoo 2016, Turku 2016, Tampere 2017, Vantaa 2017.) Lisäksi Helsingissä on vuonna 2018 alettu tarjota välttämätöntä sosiiaali- ja terveydenhuoltoa kaikille paperittomille samaan hintaan kuin kuntalaisille (Helsingin kaupunki 2018). Paperittomien välttämättömän hoidon laajentamisesta päätettiin myös Espoossa joulukuussa 2018 (Espoon kaupunki 2018). Edellä olevien lisäksi Tampereella ja Turussa on jätetty valtuustoaloitteet paperittomien välttämättömien palveluiden järjestämisestä (Tampereen kaupunki 2017, Turun kaupunki 2018). Jauhiaisen ym. (2017) mukaan on myös muita kuntia, jotka tarjoavat laajempia terveystalvueluita paperittomille, mutta nämä kunnat eivät ole tiedottaneet asiasta julkisesti.

Välttämättömällä sairaanhoidolla tarkoitetaan hoitoa, joka ei voi odottaa henkilön paluuta kotimaahansa. Hoidon tarkoituksena on, että henkilö voi turvallisesti jatkaa maassa oleskelua alkuperäisen suunnitelmansa mukaisesti. Välttämättömän sairaanhoidon tarve voi ilmaantua esimerkiksi raskauden tai synnytyksen johdosta. Terveystalvueluon ammattilainen arvioi välttämättömän hoidon tarpeen. (Kela 2015.) Helsingin kaupungin ”Paperittomien hoito terveystalvueluilla”-ohjeistuksessa välttämätön hoito on määritelty seuraavanlaisesti (Helsingin kaupunki 2018):

Välttämätöntä hoitoa ovat kaikki sairaudet, jotka voivat hoitamattomana huonontaa potilaan terveydentilaa. Välttämättömiä hoidettavia pitkäaikaissairauksia

ovat muun muassa sydän- ja verisuonitaudit, astma, psyykkiset sairaudet, syöpätaudit ja kaikki sairaudet, joille säännöllinen lääkitys on välttämätöntä. Infektioiden hoito ja kiireellinen hammashoito ovat välttämätöntä hoitoa. Lisäksi rokotuksia ja raskauden ehkäisy palveluita tarjotaan. Erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ohjattu jatkohoito on välttämätöntä hoitoa.

Vapaaehtoistoiminta

Terveyden- ja sairaanhoitoa tarjotaan paperittomille henkilöille julkisen terveydenhuollon lisäksi vapaaehtoisvoimin toimivilla paperittomien klinikoilla eri puolilla Suomea. Global Clinic-toimintaa on Helsingissä, Lahdessa, Turussa, Tampereella, Joensuussa ja Oulussa. Helsingissä GC on toiminut vuodesta 2011 alkaen, ja vapaaehtoisina toimivat muun muassa lääkäreitä, sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, kättilöitä, psykologeja, hammaslääkäreitä ja suuhygienistejä. GC tarjoaa kiireetöntä hoitoa, ohjausta ja neuvontaa veloituksetta. Hoitomahdollisuudet klinikalla ovat hyvin rajalliset. (Global Clinic 2018.) Helsingin klinikka on auki kerran viikossa, kolme tuntia illassa. Klinikalla työ on terveyden- ja sairaanhoidon lisäksi neuvontaa ja palveluihin ohjaamista. Ne paperittomat asiakkaat, joilla on oikeus lainsäädännön tai kunnallisten päätösten puitteissa hoitoon julkisessa terveydenhuollossa ohjataan oikeaan toimipisteeseen hoidon tarpeen arviota varten. (Korniloff 2018.)

2.4 Paperittomien oikeus terveydenhuoltoon muissa Pohjoismaissa

Ruotsi

Vuonna 2013 Ruotsissa astui voimaan laki, jossa säädellään paperittomien oikeudesta terveydenhoitoon (Lag 2013:407). Laissa paperittomiksi katsotaan henkilöt, jotka oleskelevat maassa ilman virallista oleskelulupaa. EU-maista tulleita henkilöitä, joilla ei ole sairausvakuutusta, ei katsota paperittomiksi. Jos näistä maista tulevilla henkilöillä ei ole eurooppalaista sairaanhoidokorttia, voidaan palveluja tarjota, mutta hoidosta voidaan periä sen todelliset kustannukset. (Keskimäki ym. 2014, Statskontoret 2016.) Ruotsin valtionkonttorin mukaan tarvitaan selkeämpää linjausta ilman sairausvakuutusta olevien EU-kansalaisten oikeuksista hoitoon, sillä heidän määränsä maassa on lisääntynyt (Statskontoret 2016).

Ruotsissa aikuiset (yli 18-vuotiaat) paperittomat ovat oikeutettuja välttämättömiin terveystalveluihin – hoitoon, jota ei voida lykätä aiheuttamatta henkilölle välitöntä terveystalvelu riskiä (vård som inte kan anstå). Talveluihin kuuluvat myös hammashoito, äitiyshuollon talvelut, ehkäisy-

neuvonta, raskauden keskeytysten hoito ja terveystarkastukset. Paperittomat lapset ovat oikeutettuja kaikkiin samoihin terveystarkastuksiin kuin muut Ruotsissa asuvat lapset. (Lag 2013:407, Keskimäki ym. 2014, Statskontoret 2016.) Paperittomat maksavat saamastaan lääkärinhoidosta 50 kruunua (noin 5 euroa) ja muun terveydenhuollon ammattilaisen hoidosta 25 kruunua (noin 2,50 euroa). Alle 18-vuotiailta ja raskaana olevilta äitiyshuollon asiakkailta ei peritä asiakasmaksuja. Myös terveystarkastukset ja tartuntalainmukainen hoito ovat maksuttomia. Paperittoman maksukyvyttömyys ei kuitenkaan estä hoitoon pääsyä. (SFS 2013:412, Keskimäki ym. 2014, Statskontoret 2016.)

Vuonna 2015 Ruotsissa rekisteröitiin 30 000 paperittoman terveydenhuollon käyntiä. Määrä lisääntyi yli puolella (56 %) edellisvuoteen verrattuna. Myös Ruotsissa läänit saavat tarjota paperittomille henkilöille laajempia terveystarkastuksia kuin mihin laki määrää. Kuudessa läänissä tarjotaan paperittomille henkilöille laajat terveydenhuollon palvelut. (Statskontoret 2016.) Myös kolmas sektori tarjoaa paperittomille terveydenhoitoa. Punainen Risti ja Rosengrenskan vapaaehtoisvoimin toimiva klinikka tarjoavat paperittomille ohjausta, neuvontaa ja terveydenhoitoa. Vuoden 2013 lakiuudistuksen myötä paperittomien klinikoiden tarve on vähentynyt. Tarve ei ole kuitenkaan poistunut, sillä osalla pääsy terveydenhuoltoon voi toisinaan estyä, ja Ruotsin lainsäädännön tulkinta paperittomista on rajallinen. (Röda Korset 2014, Rosengrenska 2018.)

Norja

Norjan lainsäädännön mukaan paperittomilla on oikeus kiireelliseen ja vain välttämättömään (absolutely necessary) sairaanhoitoon perus- ja erikoissairanhoidossa (Keskimäki ym. 2014, Kvamme & Ytrehus 2015, European Network 2017, Melberg ym. 2017). Vain välttämättömällä hoidolla tarkoitetaan hoitoa, jota ei voida lykätä aiheuttamatta kuolemaa, pysyvää vammautumista tai vakavaa haittaa tai kipua. Vain välttämättömään terveydenhoitoon kuuluvat myös vastasyntyneiden, raskauden keskeytysten, tarttuvien tautien ja vakavien mielenterveyden ongelmien hoito. (European Network 2017.) Kiireellisen ja vain välttämättömän hoidon kriteerit ovat hyvin samankaltaiset. Raskaana olevat naiset ovat oikeutettuja raskausajan hoitoon, ja alle 18-vuotiailla lapsilla on pääsy samoihin terveystarkastuksiin kuin massa pysyvästi asuvilla lapsilla. (Kvamme & Ytrehus 2015.)

Terveyden- ja sairaanhoidon kustannukset muodostavat usein esteen palvelujen saamiselle tai niihin hakeutumiseen (Keskimäki ym. 2014, European Network 2017, Melberg ym. 2017). Pa-

perittomilta henkilöiltä voidaan veloittaa saamastaan hoidosta sen täydet kustannukset. Poikkeuksen hoitomaksuihin muodostavat psykiatrinen pakkohoito ja tiettyjen tartuntatautien hoito. (Keskimäki ym. 2014, European Network 2017.) Kvammen ja Ytrehusin (2015) mukaan raskaajan hoito on maksutonta perusterveydenhuollossa, ja European Networkin (2017) raportin mukaan raskaana oleva voi välttyä äitiyshuollon maksuilta, jos hänellä on näyttöä maksukyvyttömyydestä.

Julkisen sairaanhoidon lisäksi paperittomien terveydenhuollosta vastaa kolmas sektori samoin kuin Suomessa ja Ruotsissa. Kirkon ja Punaisen Ristin ylläpitämä pääosin vapaaehtoisvoimin toimiva paperittomien klinikka on tarjonnut paperittomille perusterveydenhuollon palveluita maksuttomasti vuodesta 2009 alkaen. Klinikalla voidaan ottaa laboratoriotutkimuksia ja lähettää potilaita jatkohoitoon erikoissairaanhoidon puolelle. Norjan paperittomien klinikka-toimintaa on Oslossa ja Bergenissä. Oslon klinikka on auki kaksi kertaa viikossa ja Bergenin kerran viikossa. (Keskimäki ym. 2014, Melberg ym. 2017, Norges Røde Kors 2018.)

Tanska

Tanskassa paperittomilla on oikeus kiireelliseen sairaanhoitoon, johon kuuluvat hoito äkillisen sairastumisen, kroonisten tautien vaikeutumisen ja synnytyksen aikana (Biswas ym. 2012, Keskimäki ym. 2014). Hoitoa tulee antaa samaan tapaan kuin maan muille asukkaille. Kiireetöntä hoitoa voi paperittomille tarjota, jos terveysvaiva sitä vaatii eikä hoito voi odottaa henkilön kotiinpaluuseen asti. (Biswas ym. 2012.) Paperittomilla lapsilla on oikeus kiireellisen hoidon lisäksi ennalta ehkäiseviin palveluihin, kuten rokotuksiin, hammashoitoon ja kouluterveydenhuoltoon. Näiden lisäksi paperittomilla on mahdollisuus osallistua HIV-testaukseen neuvonta-klinikoilla tai julkisen sektorin hoitopaikoissa. HIV-testaus on ilmaista, mutta mahdollinen sairauden hoito ei. (Keskimäki ym. 2014.)

Tanskassa kiireellinen sairaanhoito on paperittomille ilmaista, kuitenkin synnytyksen hoidosta saatetaan veloittaa maksu (Biswas ym. 2012). Kiireettömästä sairaanhoidosta voidaan veloittaa hoidon todelliset kustannukset – myös lapsille annettavasta hoidosta. Paperittomilla olisi mahdollisuus hakea hoitoa maahanmuuttoviraston kautta, jolloin maahanmuuttovirasto vastaisi hoidon kustannuksista. Tätä mahdollisuutta käytetään kuitenkin harvoin, sillä maahanmuuttovirastolla on velvollisuus ilmoittaa laittomasti maassa oleskelevasta henkilöstä poliisille. (Biswas ym. 2012, Keskimäki ym. 2014.)

Myös Tanskassa paperittomia hoidetaan vapaaehtoisvoimin. Punaisen Ristin, Tanskan lääkäri-liiton ja Pakolaisneuvoston yhteistyönä perustettu klinikka tarjoaa paperittomille henkilöille terveystalvueluita Kööpenhaminassa ja Aarhusissa. Klinikka on auki kahdesta kolmeen kertaan viikossa. Klinikalta on mahdollisuus tarvittaessa lähettää potilas perusterveydenhuoltoon jatko-koitoon. (Biswas ym. 2012, Røde Kors 2018.)

2.5 Paperittomien naisten äitiysterveys ja -huolto kansainvälisten tutkimusten valossa

2.5.1 Paperittomien raskaana olevien naisten sosiodemografiset taustatiedot

Paperittomien raskaana olevien naisten taustat erosivat toisistaan eri maantieteellisillä alueilla (Munro ym. 2013). Pohjois-Amerikassa suurin osa paperittomista tuli Väli-Amerikasta, kun Euroopassa ja Kanadassa paperittomat raskaana olevat olivat kotoisin hajanaisesti ja laajasti eri puolilta maailmaa (taulukko 2).

Taulukko 2. Paperittomien yleisin kotimaa tutkimuskirjallisuuden mukaan.

Maantieteellinen alue	Taustamaa	Tieteellinen tutkimus
Pohjois-Amerikka	Meksiko 90–100 % Väli- ja Etelä-Amerikka 27–69%	Lu ym. 2000, Loue ym. 2005 Fuentes-Afflick ym. 2006
Eurooppa ja Kanada	Aasia 12–37 %	Castañeda 2009, Schoevers ym. 2010, de Jonge ym. 2011, Wilson-Mitchell & Rummens 2013, Wendland ym. 2016
	Saharan eteläpuoleinen Afrikka 21–30 %	Castañeda 2009, Schoevers ym. 2010, de Jonge ym. 2011, Wendland ym. 2016
	Itä-Eurooppa 18–30 %	Castañeda 2009, Schoevers ym. 2010, Wendland ym. 2016
	Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka 10–23 %	Schoevers ym. 2010, de Jonge ym. 2011, Wilson-Mitchell & Rummens 2013, Wendland ym. 2016
	Amerikat 18–84 %	Wolff ym. 2005, Wolff ym. 2008, de Jonge ym. 2011
	Karibia 40 %	Wilson-Mitchell & Rummens 2013

Paperittomien raskaana olevien naisten ikä oli luokiteltu kansainvälisissä tutkimuksissa eri tavoin. Synteesin perusteella voidaan todeta paperittomien raskaana olevien naisten iän asettuvan

yleisimmin 17–35-vuotiaiden ikäluokkaan (Loue ym. 2005, Reed ym. 2005, Fuentes-Afflick ym. 2006, Castañeda 2009, de Jonge ym. 2011), ja keskimääräisesti naiset olivat 25–31-vuotiaita (Lu ym. 2000, Loue ym. 2005, Wolff ym. 2005, Wolff ym. 2008, Wilson-Mitchell & Rummens 2013). Suuremmassa osassa tutkimuksia enemmistö (50–79 %) naisista oli parisuhteessa tai naimisissa (Loue ym. 2005, Reed ym. 2005, Fuentes-Afflick ym. 2006, Schoevers ym. 2010).

Paperittomien naisten koulutustaso oli moninainen ja jopa korkeahko. Peruskoulua vastaavan oppimäärän oli suorittanut 23–35 % paperittomista naisista (Loue ym. 2005, Wolff ym. 2005, Fuentes-Afflick ym. 2006) ja lukiotasoisien koulutuksen 30–54 % (Loue ym. 2005, Wolff ym. 2005, Fuentes-Afflick ym. 2006, Wolff ym. 2008). Korkeakoulutusta vastaavan määrän opintovuosia oli 11–28 %:lla naisista (Loue ym. 2005, Fuentes-Afflick ym. 2006, Wolff ym. 2008).

Naisten työllistymisluvut vaihtelivat – Louen ym. (2005) ja Schoeversin ym. (2010) mukaan suurin osa (78–79 %) naisista oli työttömiä, kun taas Wolffin ym. (2005, 2008) mukaan vain 30–39 % naisista oli vastaavassa tilanteessa. Paperittomat naiset työllistyivät useimmiten (91–95 %) kodin- tai lastenhoitotyöhön (Wolff ym. 2005, Wolff ym. 2008, Munro ym. 2013).

2.5.2 Paperittomien naisten äitiysterveys

Kansainvälisten tutkimusten perusteella ei ollut selvää enemmistöä ensi- tai uudelleensynnyttäjien määrässä – heidän määränsä vaihteli tutkimuksista riippuen. Neljässä tutkimuksessa enemmistö paperittomista naisista oli ensisynnyttäjiä (Wolff ym. 2005, Wolff ym. 2008, de Jonge ym. 2011, Wilson-Mitchell & Rummens 2013) ja neljässä uudelleensynnyttäjiä (Lu ym. 2000, Loue ym. 2005, Fuentes-Afflick ym. 2006, Schoevers ym. 2010). Reedin ym. (2005) mukaan uudelleensynnyttäjistä viisi prosenttia oli synnyttänyt aikaisemmin keisarinleikkauksella. Wolff ym. (2008) ja Schoevers ym. (2010) tutkimuksien mukaan 27–37 % naisista oli aikaisemmin tehnyt raskauden keskeytyksen. Kolme neljäsosaa paperittomien naisten raskauksista oli ei toivottuja (Wolff ym. 2008).

Yhdessä tutkimuksessa raportoitiin raskausajan ultraäänitutkimuksissa käyntiä. Tutkimuksen mukaan vajaa viidennes (17 %) paperittomista raskaana olevista ei käynyt ultraäänitutkimuksessa kertaakaan raskautensa aikana. Varhaisraskauden ultraääniseulonnessa kävi yli puolet (55 %) ja rakenneseulassa 15 % naisista. (Wolff ym. 2008.) Raskausajan diabetesta esiintyi kahdesta viiteen prosenttiin paperittomista raskaana olevista naisista (Reed ym. 2005, Wolff ym. 2005, Wolff ym. 2008, Wilson-Mitchell & Rummens 2013).

Tanskalaisen tutkimuksen mukaan paperittomilta raskaana olevilta naisilta seulottiin harvemmin infektioitauteja, vaikka niiden yleisyys heidän joukossaan oli suurempi. Tutkimuksen mukaan paperittomien klinikalla käyviltä raskaana olevilta 60 %:lta seulottiin HIV, 58 %:lta kuppa ja 43 %:lta hepatiitti B. Tulosten mukaan paperittomilla naisilla todettiin kaksinkertainen määrä HIV-infektioita ja 2,4-kertainen määrä hepatiitti B-infektioita, kun tuloksia verrattiin maan muihin maahanmuuttajainaisiin. Yhtäkään kuppataartuntaa ei todettu. (Wendland ym. 2016.) Myös Wolff ym. (2008) tarkastelivat infektioitauteiden yleisyyttä paperittomien raskaana olevien joukossa – yhdellä todettiin HIV ja yhdellä hepatiitti C. Hepatiitti B-tartuntoja ei esiintynyt. De Jonge ym. (2011) mukaan paperittomista raskaana olevista naisista viidellä prosentilla oli ollut jokin seksitauti, ja de Jonge ym. (2017) totesivat katsauksessaan paperittomilla esiintyvän seksitauteja kolme kertaa enemmän kuin muilla maahanmuuttajilla.

Paperittomien naisten alkoholin käyttö oli vähäistä, suurin osa (88–99 %) paperittomista raskaana olevista ei käyttänyt alkoholia raskautensa aikana (Reed ym. 2005, Wolff ym. 2008). Suurin osa (85–99 %) paperittomista naisista ei myöskään tupakoinut (Reed ym. 2005, Fuentes-Afflick ym. 2006, de Jonge ym. 2011, Wilson-Mitchell & Rummens 2013). Kuitenkin sveitsiläisen tutkimuksen mukaan 35 % naisista kertoi tupakoineensa joskus (Wolffin ym. 2008).

Väkivaltakokemuksia esiintyi paperittomien naisten joukossa. Naisista reilu neljäsosa (26 %) oli kokenut väkivaltaa elämänsä aikana (Wolff ym. 2008), ja pelkästään raskauden aikana 11–22 %:lla oli väkivaltakokemuksia taustalla (Wolff ym. 2008, Schoevers ym. 2010). De Jongen ym. (2011) mukaan lähes puolet (45 %) naisista oli kokenut erilaisia psykososiaalisia ongelmia kuten psyykkistä oireilua, parisuhteen ongelmia, väkivaltaa, sodan, asumiseen tai rahaan liittyviä huolia.

2.5.3 Paperittomien naisten raskauksien seuranta

Paperittomat naiset pääsivät huonommin terveystalouteihin (Almeida ym. 2013), ja he aloittivat raskauden seurannan selvästi myöhäisemmässä vaiheessa verrattuna saman maan muihin naisiin (Munro ym. 2013). Paperittomilla naisilla oli 11-kertainen riski myöhäisen raskauden seurannan aloittamiseen (Wolff ym. 2008), ja he aloittivat raskauden seurannan neljä (Wolff ym. 2008) tai viisi viikkoa myöhemmin kuin saman maan muut maahanmuuttajainaiset (de Jonge 2011).

Paperittomat raskaana olevat hakeutuivat tai pääsivät raskauden seurantaan yleisimmin raskausviikoilla 11–16 (Wolff ym. 2005, de Jonge ym. 2011, Wendland ym. 2016). Paperittomista

naisista 35–75 % aloitti raskauden seurannan ensimmäisen ja 5–13 % kolmannen raskauskolmanneksen aikana (Lu ym. 2000, Fuentes-Afflick ym. 2006, Wolff ym. 2008, Schoevers ym. 2010). Castañedan (2009) mukaan suurin osa raskaana olevista naisista hakeutui hoidon piiriin erittäin myöhäisessä raskauden vaiheessa, kolmannen raskauskolmanneksen aikana. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Paperittomien raskauksien seurannan aloitus tutkimuskirjallisuuden mukaan.

Ensimmäinen raskausajan käynti	Tieteelliset tutkimukset
Raskausviikot	
11 (Md) (vaihteluväli 5–33)	Wolff ym. 2005
12 (Md) (vaihteluväli 8–21)	Wendland ym. 2016
13 (ka.)	Wolff ym. 2008
16 (Md), 18 (ka.) (vaihteluväli 12–23)	de Jonge ym. 2011
1. raskauskolmannes	
35 %	Lu ym. 2000
55 %	Schoevers ym. 2010
57–75 %	Fuentes-Afflick ym. 2006
63 %	Wolff ym. 2008
2. raskauskolmannes	
15 %	Schoevers ym. 2010
20–31 %	Fuentes-Afflick ym. 2006
32 %	Wolff ym. 2008
42 %	Lu ym. 2000
3. raskauskolmannes	
5 %	Wolff ym. 2008
5–13 %	Fuentes-Afflick ym. 2006
11 %	Schoevers ym. 2010
13 %	Lu ym. 2000

Paperittomilla naisilla oli 2,6-kertainen riski riittämättömään raskauden ajan seurantaan verrattuna valkoihoiseen amerikkalaiseen raskaana olevaan naiseen (Korinek & Smith 2011). Useat tutkimukset osoittivat raskauden seurannan riittämättömyyden paperittomien naisten keskuudessa (Lu ym. 2000, Fuentes-Afflick ym. 2006 Castañeda 2009, Schoevers ym. 2010, de Jonge ym. 2011, Wilson-Mitchell & Rummens 2013, de Jong ym. 2017). Paperittomat naiset kävivät raskauden seurannassa keskimäärin kuusi kertaa raskautensa aikana (de Jonge ym. 2011, Wilson-Mitchell & Rummens 2013). Wilson-Mitchell ja Rummens (2013) mukaan 80 % paperittomista kävi raskausajan seurannassa riittämättömästi (alle yhdeksän käyntiä), ja puolet naisista kävi seurannassa selvästi riittämättömästi, jolloin käyntejä oli korkeintaan viisi. Castañedan (2009) mukaan 88 % paperittomista raskaana olevista naisista sai riittämätöntä raskauden ajan seurantaa, kun käyntejä oli alle viisi. De Jonge ym. (2011) taas havaitsivat, että 50 % raskaana olevista kävi raskauden seurannassa suositusten mukaisesti ja 32 % suosituksia useammin.

Iso osa paperittomista raskaana olevista ei käynyt raskauden seurannassa lainkaan. Schoeversin ym. (2010) mukaan 19 %, Lun ym. (2000) mukaan 10 %, Wilson-Mitchell & Rummensin (2013) mukaan seitsemän prosenttia ja Reedin ym. (2005) mukaan kaksi prosenttia naisista ei käynyt kertaakaan raskauden seurannassa. Toisinaan raskauden seuranta estyi terveydenhuollon puolelta. Louen ym. (2005) ja Schoeversin ym. (2010) mukaan raskausajan hoito kiellettiin naisilta paperittoman aseman vuoksi. Louen ym. (2005) mukaan neljäsosalta naisista hoito kiellettiin maassaolostatuksen vuoksi.

On havaittu, että mahdollistamalla paperittomille naisille laajempi pääsy äitiyshuollon palveluihin, käyntimäärät lisääntyivät (Swartz ym. 2017, Wherry ym. 2017), niiden laatu koheni (Swartz ym. 2017) ja useampi aloitti raskausajan seurannan ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana (Fuentes-Afflick ym. 2006). Swartzin ym. (2017) mukaan paperittomien raskaana olevien äitiyshuollon käynnit lisääntyivät seitsemällä käynnillä ja riittävän neuvolaseurannan määrä kasvoi 28 %:lla. Riittäväksi raskausajan seurannaksi katsottiin vähintään yhdeksän käyntiä, joista yksi oli ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana. Wherryn ym. (2017) mukaan laajennettu hoitoon pääsy lisäsi erityisesti matalasti koulutettujen paperittomien naisten raskausajan palveluiden käyttöä. Kuitenkin de Jong ym. (2017) havaitsivat katsauksessaan paperittomien naisten käyttävän äitiyshuollon palveluita vähän, vaikka ne olivat heille ilmaisia.

Palveluiden vähäiseen käyttöön liittyi mahdollisesti tiedon puute, pelko hoitoon hakeutumisesta, ja se että hoitoon hakeuduttiin vasta terveysongelman vakavoituessa (Loue ym. 2005, Schoevers ym. 2010, de Jong ym. 2017). Raskauden seurannan puutteellisuuteen vaikuttivat lisäksi tuntematon terveydenhuoltojärjestelmä (Schoevers ym. 2010), maassaolotila (Fuentes-Afflick ym. 2006, Schoevers ym. 2010), naisen nuori ikä, naimattomuus, sairaskorvauksen puute, taloudellisen tilanteen heikkous (Fuentes-Afflick ym. 2006) sekä matala koulutustaso ja työttömyys (Korinek & Smith 2011).

Puutteellisen raskauden seurannan lisäksi joidenkin tutkimusten mukaan hoitoon sitoutuminen oli paperittomilla heikkoa tai seuranta jäi kesken. Osa raskaana olevista ei palannut hoidon pariin kuulemaan laboratoriovastausten tuloksia (Castañeda 2009, Wendland ym. 2016) tai kieltäytyi infektiöseulonnoista (Wendland ym. 2016). Naisista 11–12 %:lla raskauden seuranta jäi kesken maasta poistumisen vuoksi (de Jonge ym. 2011, Wendland ym. 2016), ja seitsemän prosenttia naisista katosi hoidon piiristä (de Jonge ym. 2011).

2.5.4 Paperittomien naisten synnytysten kulku ja vastasyntyneiden vointi

Paperittomat naiset synnyttivät tutkimusten mukaan keskimäärin raskausviikolla 39 (Lu ym. 2000, Reed ym. 2005, Wolff ym. 2008, Wilson-Mitchell & Rummens 2013). Kuitenkin – pohjoisamerikkalaisen tutkimuksen mukaan ne paperittomat naiset, jotka eivät käyneet raskausajan seurannassa synnyttivät keskimäärin raskausviikolla 37 (Lu ym. 2000).

Paperittomista naisista 75–90 % synnytti alateitse (Reed ym. 2005, Wolff ym. 2008). Imukuppi- tai pihtiavusteisesti synnytti 10–15 % (Reed ym. 2005, Wolff ym. 2008, de Jonge ym. 2011) ja keisarinleikkauksella 11–26 % naisista (Lu ym. 2000, Reed ym. 2005, Wolff ym. 2008, Schoevers ym. 2010, de Jonge ym. 2011, Wilson-Mitchell & Rummens 2013). (Taulukko 4.) Wilson-Mitchell ja Rummensin (2013) mukaan paperittomat naiset synnyttivät harvemmin keisarinleikkauksella (26 % vs. 36 %), mutta sen syynä oli selvästi useammin sikiön uhkaava ahdinkotila (35 % vs. 23 %), kun tuloksia verrattiin maan muihin maahanmuuttajanaisten keisarinleikkauksiin. Kahdessa tutkimuksessa oli lisäksi tietoa kotisyntytyksistä – yli kolmannes (33 %) (Schoevers ym. 2010) tai lähes kaksi kertaa useammin (de Jonge ym. 2011) paperittomat naiset synnyttivät kotona.

Tutkimuksien mukaan 33–38 % paperittomien naisten synnytyksistä käynnistettiin (de Jonge 2011, Wilson-Mitchell & Rummens 2013). Kanadassa puolet paperittomista sai synnytyskivun lievittämiseksi epiduraalipuudutuksen (Wilson-Mitchell & Rummens 2013), kun taas Hollannissa paperittomista naisista seitsemän prosenttia käytti kivunlievitystä (Jonge 2011). Synnytykseen liittyvistä komplikaatioista runsasta verenvuotoa oli 2–4 %:lla naisista (Reed ym. 2005, Wilson-Mitchell & Rummens 2013). Almeidan ym. (2013) mukaan paperittomilla naisilla esiintyi enemmän synnytyksen jälkeistä runsasta verenvuotoa muihin naisiin verrattuna.

Kansainvälisen tutkimusten mukaan 7–35 % paperittomista naisista synnytti enneaikaisesti (raskausviikot alle 37+0). De Jonge ym. (2011) havaitsivat paperittomien naisten synnyttävän jopa viisi kertaa useammin enneaikaisesti verrattuna maassa laillisesti asuviin maahanmuuttajataustaisiin naisiin. Lun ym. (2000) mukaan raskauden seurannan puuttuessa kokonaan 35 % naisista synnytti enneaikaisesti. Enneaikaiset synnytykset tuovat mukanaan pienipainoisia (paino alle 2500 g) vastasyntyneitä. De Jonge ym. (2011) mukaan pienipainoisia vauvoja syntyi kolme kertaa enemmän paperittomille naisille kuin muille maahanmuuttajanaيسille. Paperittomien naisten vauvoista 5–19 % syntyi pienipainoisina. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Synnytystapa ja enneaikaiset synnytykset tutkimuskirjallisuuden mukaan.

Synnytystapa ja enneaikaisuus	Tieteelliset tutkimukset
Säännöllinen alatiesynnytys	
60 %	Wolff ym. 2008
80 %	Reed ym. 2005
Imukuppi- tai pihtisynnytys	
10 %	Reed ym. 2005
12 %	de Jonge ym. 2011
15 %	Wolff ym. 2008
Keisarinleikkaus	
11 %	Schoevers ym. 2010
15 %	Reed ym. 2005, de Jonge ym. 2011
13–18 %	Lu ym. 2000
25 %	Wolff ym. 2008
26 %	Wilson-Mitchell & Rummens 2013
Enneaikainen synnytys	
7 %	Wilson-Mitchell & Rummens 2013
8–35 %	Lu ym. 2000
9 %	Wolff ym. 2008
11 %	Schoevers ym. 2010
13 %	Reed ym. 2005, de Jonge ym. 2011
Pienipainoisia vastasyntyneitä	
5 %	Reed ym. 2005, Wolff ym. 2008
6 %	Wilson-Mitchell & Rummens 2013
6–15 %	Lu ym. 2000
11 %	Schoevers ym. 2010
15 %	de Jonge ym. 2011

Kansainvälisesti tarkasteltuna paperittomien naisten enneaikaisiin synnytyksiin ja vauvojen pienipainoisuuteen liittyy kuitenkin ristiriitaisuuksia. Osa kansainvälisistä tutkimuksista osoittaa paperittomien naisten synnyttävän useammin enneaikaisesti (Wolff ym. 2008, de Jonge ym. 2011, de Jong ym. 2017), osa harvemmin (Reed ym. 2011, Wilson-Mitchell & Rummens 2013), ja osan mukaan enneaikaisten synnytysten määrässä ei ole eroa paperittomien ja muiden maahanmuuttajien välillä (Kehaler ja Jessop 2002, Wolff ym. 2008, Wilson-Mitchell & Rummens 2013). Enneaikaisuuden riskiä on myös tarkasteltu hoitoon pääsyn laajentamisen jälkeen eikä selkeää näyttöä enneaikaisuuden riskistä ei ole silloinkaan osoitettavissa. Wherry ym. (2017) mukaan hoitoon pääsyn laajentaminen ja raskausajan käyntimäärien lisääntyminen eivät vaikuttaneet enneaikaisten synnytysten tai pienipainoisten vastasyntyneiden määriin, kun Salmasin ja Pieronin (2015) mukaan työssä käyvien paperittomien henkilöiden oleskeluolueiden laillistamisella oli suotuisia etuja vastasyntyneiden pienipainoisuuteen, ja heidän määränsä laski merkittävästi.

Paperittomien vastasyntyneiden keskimääräinen syntymäpaino oli 3,3–3,4 kg (Lu ym. 2000, Reed ym. 2005, Wolff ym. 2008). Lun ym. (2000) mukaan paperittomien vastasyntyneiden

syntymäpaino oli matalampi (3 kg), jos äiti ei käynyt kertaakaan raskautensa aikana seurannassa.

Paperittomat vauvat syntyivät tutkimusten mukaan hyvävointisina yhden minuutin Apgar-pisteiden ollen keskimäärin kahdeksan (Reed ym. 2005) tai yhdeksän (Wolff ym. 2008) ja viiden minuutin pisteet keskimäärin yhdeksän (Lu ym. 2000, Reed ym. 2005) tai kymmenen (Wolff ym. 2008). Osassa tutkimuksia raportoitiin vastasyntyneen lastenosastohoidon tarvetta. Lun ym. (2000), Schoeversin ym. (2010) sekä Wilson-Mitchell ja Rummensin (2013) mukaan 14–27 % vastasyntyneistä tarvitsi lisäseurantaa muun muassa pienipainoisuutensa vuoksi, kun Wolffin ym. (2008) tutkimuksen mukaan vain kolme prosenttia vauvoista joutui lastenosastolle jatkohoitoon. Wilson-Mitchell ja Rummensin (2013) mukaan 91 % paperittomista lapsista kotiutui täysimetettyinä sairaalasta lähtiessään. Paperittoman naisen keskimääräinen sairaalassaoloaika oli kaksi (Lu ym. 2000, Wilson-Mitchell & Rummens 2013) tai tyypillisesti viisi päivää (Wolff ym. 2005).

2.6 Yhteenveto tutkimusten lähtökohdista

Kansainväliset ihmisoikeussopimukset, jotka sitovat Suomea ja muita Pohjoismaita, velvoittavat maita huolehtimaan kaikkien ihmisten terveydestä. Erityistä huomiota korostetaan annettavan raskaana oleville naisille ja lapsille, jotka ovat kaikista haavoittuvimmassa asemassa. (YK:n ihmisoikeusjulistus 1948, Asetus taloudellisista, sosiaalisista ja sivistyksellisistä oikeuksista 1976, Kaikkinaisen naisten syrjinnän poistamista koskeva yleissopimus 1986, Lapsen oikeuksia koskeva yleissopimus 1991, Paperittomien ihmisoikeudet 2006.) Suomessa ei ole lain-säädäntöä, jossa mainittaisiin erityisesti paperittomien oikeudesta terveydenhuoltoon. Suomessa kaikilla on oikeus kiireelliseen sairaanhoitoon omakustanteisesti (Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989, 3 §, Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, 50 §). Lain mukaan paperittomat raskaana olevat eivät ole oikeutettuja raskausajan seurantaan. Synnytyksen hoito on kiireellistä sairaanhoitoa, johon naisilla on oikeus, mutta hoidosta voidaan veloittaa sen täydet kustannukset. Kunnallisen päätöksenteko-oikeuden perusteella Helsingissä, Espoossa, Vantaalla, Turussa ja Tampereella on tehty päätös raskaana olevien ja lasten hoitamisesta. Näissä kaupungeissa paperittomat raskaana olevat ovat oikeutettuja laajoihin terveystalouteen hintaan. (Helsinki 2014, Espoo 2016, Turku 2016, Tampere 2017, Vantaa 2017.) Suomessa raskaana olevien naisten oikeus hoitoon toteutuu epätasa-arvoisesti.

Pohjoismaista ainoastaan Ruotsissa paperittomat raskaana olevat naiset ovat lain mukaan oikeutettuja maksuttomaan raskauden seurantaan ja synnytyksen hoitoon. Tanskassa ja Norjassa

raskaana olevien oikeus hoitoon on rajoitetuimpaan. Kirjallisuuden perusteella ei ole täysin selvää, miten paperittomien naisten raskausajan seuranta toteutuu julkisessa terveydenhuollossa ja, kuinka iso vastuu vapaaehtoisvoimin toimivilla klinikoilla näissä maissa on. Paperittomien raskaana olevien naisten rajallinen terveydenhuoltoon pääsy on osin ristiriitainen Suomen perustuslakiin (1.6.1999/731) ja edellä mainittuihin, kaikkia Pohjoismaita, sitoviin kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin nähden.

Paperittomat raskaana olevat naiset olivat tutkimuskirjallisuuden mukaan moninainen väestöryhmä, ja heidän taustansa erosi toisistaan eri maantieteellisillä alueilla. Naiset olivat 17–35-vuotiaita (Loue ym. 2005, Reed ym. 2005, Fuentes-Afflick ym. 2006, Castañeda 2009, de Jonge ym. 2011) ja elivät parisuhteessa tai olivat naimisissa (Loue ym. 2005, Reed ym. 2005, Fuentes-Afflick ym. 2006, Schoevers ym. 2010). Suurin osa paperittomista raskaana olevista oli päih-teettämiä (Reed ym. 2005, Fuentes-Afflick ym. 2006, Wolff ym. 2008, de Jonge ym. 2011, Wilson-Mitchell & Rummens 2013). Väkivaltaa esiintyi paperittomien naisten elämässä – jopa viidennes naisista oli kokenut väkivaltaa raskautensa aikana (Schoevers ym. 2010).

Naisten raskauksista jopa kolme neljäsosaa oli ei toivottuja (Wolff ym. 2008), ja naisista 27–37 % oli aikaisemmin tehnyt raskauden keskeytyksen (Wolff ym. 2008, Schoevers ym. 2010). Paperittomilta raskaana olevilta seulottiin harvemmin infektioitauteja, vaikka niiden yleisyys heidän joukossaan oli suurempi (Wendland ym. 2016). Paperittomilla raskaana olevilla oli tutkimuksien mukaan enemmän seksiteitse tarttuvia tauteja kuin muilla maahanmuuttajanaisilla (Wendland ym. 2016, de Jong ym. 2017).

Paperittomilla naisilla oli selvästi heikompi pääsy terveystalouteen (Almeida ym. 2013), ja hoito alkoi myöhäisemmässä vaiheessa verrattuna muihin maahanmuuttajanaisiin (Wolff ym. 2008, de Jonge 2011, Munro ym. 2013). Lisäksi raskauden seuranta oli usein riittämätöntä (Lu ym. 2000, Fuentes-Afflick ym. 2006, Castañeda 2009, Schoevers ym. 2010, de Jonge ym. 2011, Wilson-Mitchell & Rummens 2013, de Jong ym. 2017). Huomattavaa oli, että osa naisista (2–19 %) ei käynyt äitiyshuollon palveluissa kertaakaan raskautensa aikana (Lu ym. 2000, Reed ym. 2005, Schoevers ym. 2010, Wilson-Mitchell & Rummens 2013). Toisinaan pääsy hoitoon evätiin myös terveydenhuollon puolelta (Loue ym. 2005, Schoevers ym. 2010). Raskauden seurantaan hakeutumiseen tai pääsyyn vaikuttivat muun muassa tiedon puute (Schoevers ym. 2010, de Jong ym. 2017), maassaolostatus, taloudellisen tilanteen heikkous (Fuentes-Afflick ym. 2006) ja pelko (Loue ym. 2005, Schoevers ym. 2010, de Jong ym. 2017).

Paperittomat naiset synnyttivät pääsääntöisesti alateitse hyvävointisia vastasyntyneitä lapsia. Tutkimustieto ennenaikaisista synnytyksistä ja vastasyntyneiden pienipainoisuudesta oli ristiriitaista eikä sen perusteella ei voida tehdä riittäviä oletuksia paperittomien naisten riskistä synnyttää ennenaikaisesti.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata Helsingissä oleskelevien paperittomien raskaana olevien naisten taustatietoja, äitiyshuollon palveluiden käyttöä, sekä heidän raskautensa ja synnytystensä kulkua.

Tutkimuksen tavoitteena on lisätä väestön ja äitiyshuollossa toimivien terveydenhuollon ammattilaisten tietoutta paperittomien naisten taustatiedoista, sekä heidän lisääntymisterveydestään. Tiedon lisääntyessä on terveydenhuollon ammattilaisilla paremmat edellytykset paperittomien henkilöiden kohtaamiseen ja hoitamiseen. Tutkittu tieto on tärkeä myös poliittisen päätöksenteon kannalta, ja sitä voidaan hyödyntää päätöksenteon tukena suunniteltaessa paperittomien raskaana olevien naisten palveluihin pääsyä kunnallisella ja valtakunnallisella tasolla.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitkä taustatiedot kuvaavat Helsingissä oleskelevia paperittomia raskaana olevia naisia potilasasiakirjojen perusteella?
2. Millainen on paperittomien naisten raskauden kulku potilasasiakirjojen perusteella?
3. Millainen on paperittomien naisten synnytyksen kulku potilasasiakirjojen perusteella?

4 TUTKIMUSMENETELMÄT

4.1 Rekisteritutkimus tutkimusmenetelmänä

Tämä tutkimus on kuvaileva poikittaistutkimus, ja se on toteutettu retrospektiivisenä rekisteritutkimuksena. Kuvaileva tutkimus tutkii ja kuvailee todellisen elämän ilmiöitä. Kuvailevan tutkimuksen avulla voidaan tuottaa tietoa ilmiöstä, josta on vähän tietoa saatavilla tai jota on vähän tutkittu. (Grove ym. 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015.) Rekisteritutkimus soveltuu hyvin terveydenhuollon tutkimukseen sen monien eri mahdollisten tutkimusasetelmien vuoksi (Räisänen ym. 2013). Rekisteritutkimus luo hoitotieteen tutkimukselle uusia mahdollisuuksia (Räisänen & Gissler 2012), ja menetelmä soveltuu hyvin äitiysterveysten, ja sen lopputulosten tutkimiseen (Lamminpää ym. 2017).

Retrospektiivisessä tutkimuksessa aineisto kerätään takautuvasti (Metsämuuronen 2009, Grove ym. 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015). Rekisteritutkimuksesta on kyse silloin, kun tutkimusaineistona käytetään ainoastaan rekistereistä saatavaa tietoa (Räisänen & Gissler 2012, Grove ym. 2013, Räisänen ym. 2013). Rekisteritutkimus valittiin tämä tutkimuksen menetelmäksi, koska terveydenhuollon potilasasiakirjoissa on runsaasti laadukasta ja luotettavaa tietoa saatavilla (Räisänen & Gissler 2012, Räisänen ym. 2013). Rekisteritutkimus soveltuu myös käytettäväksi silloin, kun tutkittavana kohteena oleva ilmiö on harvinainen (Räisänen ym. 2013). Paperittomia raskaana olevia naisia ei ole tutkittu Suomessa. Myös paperittomuuden ilmiön ja piilossa elämisen luonteen takia rekisteritutkimus soveltuu tutkimusmenetelmäksi hyvin.

Rekisteritutkimuksella on lisäksi mahdollista tutkia koko kohdejoukkoa pitkällä ajanjaksolla (Räisänen ym. 2013). Tässä tutkimuksessa tutkimusjoukkona ovat kaikki paperittomat raskaana olevat naiset, jotka olivat identifioitavissa Helsingin kaupungin äitiyshuollon rekisteristä vuosina 2014–2018. Kyseessä on kokonaistutkimus (Metsämuuronen 2009, Grove ym. 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015).

4.2 Aineiston keruu

Tutkimusaineisto kerättiin kahdesta eri rekisteristä – Helsingin kaupungin Pegasos-potilastietojärjestelmästä ja HUS:n Obstetrix-potilastietojärjestelmästä. Helsingin kaupungilla perustettiin tietohallintojärjestelmään tammikuussa 2014 PTON-tilastointikoodi. Koodi lisätään poti-

lastietojärjestelmään paperittoman asiakkaan käyntitietoihin. PTON-koodi mahdollisti äitiysneuvolapalveluita käyttävien paperittomien raskaana olevien naisten identifioimisen ja tietojen keräämisen tutkimuksen tekemistä varten.

Helsingin kaupungilta saadun tilastointilistan mukaisesti PTON-koodia on käytetty ensimmäisen kerran kesäkuussa 2014. Tutkimusaineisto kerättiin toukokuussa 2018. Näin ollen aineisto käsittää Helsingin äitiysneuvoissa asioineet naiset noin neljän vuoden ajanjaksolta. Tilastotietojen mukaan PTON-koodia on käytetty 63 raskaana olevan asiakkaan kohdalla. Näistä naisista neljä eivät paperittoman määritelmän mukaan olleet paperittomia. Potilasasiakirjamerkintöjen mukaan naisista kaksi oli turvapaikanhakijoita, yksi pakolainen ja yksi EU-kansalainen, jolla oli eurooppalainen sairaanhoitokortti. PTON-koodilla oli löydettävissä 59 paperitonta raskaana olevaa naista. Helsingin kaupungilta saatujen tietojen lisäksi tutkimusjoukkoon otettiin mukaan sattumalöydöksenä yksi paperiton nainen, joka havaittiin tutkimusaineistoa kerätessä HUS:n Obstetrix-tietojärjestelmässä. Tutkimusaineisto koostuu 60 yksittäisestä paperittomasta raskaana olevasta naisesta ja 62 raskaudesta, sillä aineistossa on kaksi naista, jotka ovat olleet raskaana kaksi kertaa aineistonkeruun vuosina.

Tutkimusaineisto kerättiin kahdessa osassa. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto kerättiin Helsingin kaupungin Pegasos-tietojärjestelmästä toukokuussa 2018. Paperittomat naiset löydettiin tietojärjestelmästä nimen, syntymäajan ja väliaikaisen henkilötunnuksen perusteella. Tiedonkeruun toisessa vaiheessa aineisto kerättiin HUS:n Obstetrix-tietojärjestelmästä. Paperittomat naiset löytyivät Obstetrix-tietojärjestelmästä nimen ja syntymäajan perusteella. Tunnistetietojen avulla tutkimuksessa oli mahdollista yhdistää saman henkilön tiedot eri rekistereistä (Räisänen ym. 2013).

Tutkija keräsi aineiston potilasasiakirjoista. Yksittäisten raskaana olevien naisten tiedot kerättiin tilastointiohjelmaan anonyymisti, ilman tunnistetietoja, ja kirjattiin tilastointiohjelmaan juoksevin numeroin, 1–62. Pegasos- ja Obstetrix-tietojärjestelmistä kerättiin tietoja naisten taustamuuttujista, äitiyshuollon palveluiden käytöstä sekä raskauden ja synnytyksen kulusta. Alkuperäisen muuttujaluetteloon lisättiin muutamia muuttujia, joiden arvioitiin olevan merkityksellisiä tutkittavan ilmiön kannalta. Muuttujaluettelo on nähtävissä liitteenä 3. Tutkimusaineisto tallennettiin, ja sitä säilytettiin salasanalla suojatulla muistitikulla sekä Itä-Suomen yliopiston salasanalla suojatussa Office 365 OneDrive-pilvipalvelussa.

4.3 Aineiston analysointi

Ennen tilastollisten analyysien tekemistä aineisto käytiin läpi useampaan kertaan ja kerättyä aineistoa järjesteltiin. Tutkimusaineistossa oli 62 havaintoyksikköä ja 83 tutkittavaa muuttujaa. Tutkittavat muuttujat olivat luokittelu- järjestys-, välimatka- ja suhteasteikollisia muuttujia. Laadullisille muuttujille annettiin aineistossa numeerinen arvo. Luokitteluasteikollisia muuttujia olivat esimerkiksi siviilisääty, perussairaudet ja tulkin käyttö. Järjestysasteikollisia muuttujia olivat esimerkiksi repeämän aste, ja välimatka-asteikollisia muuttujia olivat naisten synnyttäneisyys ja vastasyntyneen napa-arterian pH-arvo. Suhdeasteikollisia muuttujia olivat muun muassa ikä, paino ja neuvolakäyntien määrä – nämä muuttujat olivat jatkuvia muuttujia. Aineistossa oli myös dikotomisia muuttujia, joista esimerkkinä välilihan leikkaus ja eri kivunlievitysvaihtoehdot. Osa muuttujista, kuten ikä, BMI, naisten kotimaa ja neuvolakäyntien määrä luokiteltiin ennen analyysien tekemistä. Yksittäisistä muuttujista ei ollut kaikkea tietoa saatavilla tai tieto oli epäselvää, ja nämä merkittiin aineistoon puuttuviksi tiedoiksi. (Metsämuuronen 2009, Grove ym. 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015.)

Tulosten raportoinnissa N-määrä vaihtelee kyseessä olevasta tutkittavasta muuttujasta riippuen. Tulosten analysoinnissa haluttiin jättää puuttuvat tiedot pois, analysoida tulokset muuttujan todellisten havaintoyksiköiden lukumäärän mukaisesti, ja näin välttää virhepäätelmiä tulosten tulkinnassa. Aineistossa oli 60 yksittäistä naista, joista kahdella oli kaksi raskautta, ja naisista 47 synnytti Suomessa. Muuttujat tulkkipalveluiden käyttö ja neuvolakäyntien määrä laskettiin kaikkien havaintoyksikköjen määrällä N=62, muuttujat kotimaa ja perussairaudet yksittäisten raskaana olevien määrällä N=60, ja synnytyksen käynnistäminen ja synnytystapa todellisten synnyttäneiden naisten määrällä N=47.

Tutkimusaineisto kerättiin, tallennettiin ja analysoitiin IBM SPSS Statistics 24 for MAC-ohjelmalla. Tilasto-ohjelmalla tuotettiin perusanalyysijä ja laskettiin muuttujista niiden perustunnusluvut. Aineistoa kuvataan tutkimuksessa tilastollisin perustunnusluvuin: frekvensseillä, prosenteilla, keskiarvoilla ja keskihajonnalla. Tulosten raportoinnissa tilastolliset tunnusluvut pyöristettiin lähimpään kokonaislukuun. Aineistoa kuvataan tulososiossa myös kuvioilla ja pylväsdiagrammeilla. (Metsämuuronen 2009, Grove ym. 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015.)

Alkuperäisen suunnitelman mukaisesti aineistosta oli tarkoitus tutkia tiettyjen taustamuuttujien yhteyttä toisiinsa ristiintaulukoinnilla ja Khiin neliötestillä. Aineiston pienen koon vuoksi testien oletukset eivät päteet. Tilastollisten testien oletusten voimaansaattamiseksi muuttujat

olisi pitänyt luokitella suurempiin ryhmiin. Uudelleenluokittelua kokeiltiin, mutta se ei tuottanut toivottua tulosta eikä uudelleenluokittelu olisi tutkimusilmion kuvaamisen kannalta ollut mielekästä toteuttaa. (Metsämuuronen 2009, Grove ym. 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015.)

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Paperittomien raskaana olevien naisten taustatiedot

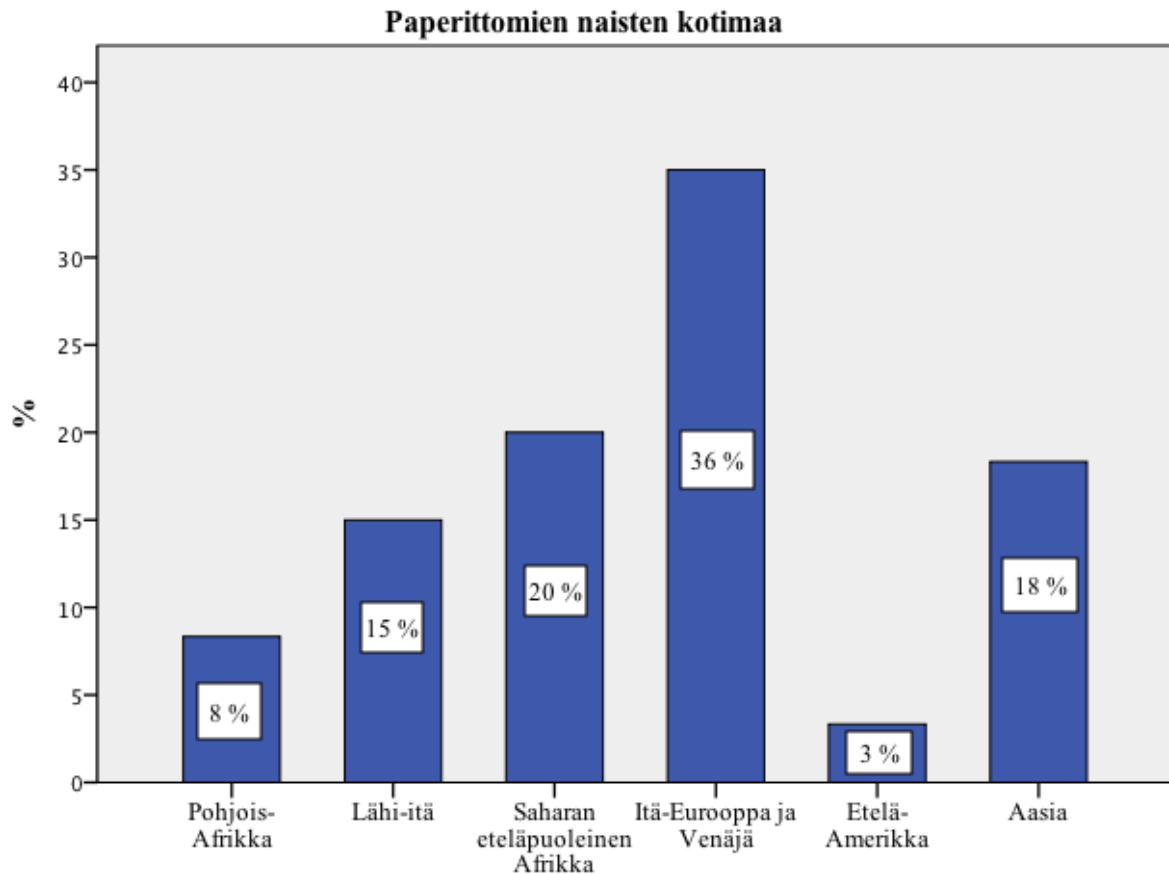
5.1.1 Sosiodemografiset taustatiedot

Potilasasiakirjamerkintöjen mukaan Helsingissä oleskelevien raskaana olevien paperittomien naisten keski-ikä oli 28 vuotta. Suurin osa (45 %) naisista oli 25–29-vuotiaita. Nuorin nainen oli 17-vuotias ja vanhin 42-vuotias. Valtaosa (94 %) naisista oli parisuhteessa. Naisista 70 % oli avioliitossa ja 15 % avoliitossa. Vajaa kymmenes naisista kertoi olevansa parisuhteessa, mutta eivät asuneet yhdessä kumppanin kanssa tai kumppani asui toisessa maassa. Naimattomia paperittomista naisista oli kuusi prosenttia. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Paperittomien raskaana olevien ikä ja siviilisääty (N, n, %, ka, SD, Min, Max).

Taustamuuttajat	n	%	ka.	SD	Min	Max
Ikä (N=62)			28	4,96	17	42
17-24	13	21				
25-29	28	45				
30-34	13	21				
35-42	8	13				
Yhteensä	62	100				
Siviilisääty (N=60)						
Avioliitto	37	70				
Avoliitto	8	15				
Parisuhteessa, ei asu yhdessä kumppanin kanssa tai kumppani asuu toisessa maassa	5	9				
Naimaton	3	6				
Yhteensä	53	100				

Paperittomat naiset olivat kotoisin laajasti eri puolilta maailmaa – yhteensä 25:stä eri maasta. Naisten kotimaat ovat jaoteltu kuuteen eri alueelliseen ryhmään: Pohjois-Afrikka, Lähi-itä, Saharan eteläpuoleinen Afrikka, Itä-Eurooppa ja Venäjä, Etelä-Amerikka ja Aasia. Paperittomat naiset tulivat suurimmalta osin Itä-Euroopan maista ja Venäjältä, Saharan eteläpuoleisesta Afrikasta, Aasiasta ja Lähi-idästä (kuvio 1). Naiset olivat yleisimmin kotoisin Romaniasta (17 %). Seuraavaksi yleisimpinä kotimaina olivat Thaimaa (10 %), Venäjä (8 %), Bulgaria (7 %), Turkki (7 %), Kiina (7 %) ja Nigeria (7 %).



Kuvio 1. Paperittomien naisten kotimaa (N=60) (%).

Naisten äidinkieli tai pääasiallinen asiointikieli luokiteltiin ryhmiin sopivan aluejaon mukaisesti. Ryhmiksi muodostuivat: Itä-Euroopan ja venäjän kielet, Lähi-idän ja arabian kielet, Afrikan kielet, Aasian kielet, englantia ja espanja. Suurin osa paperittomista naisista oli Itä-Euroopan ja venäjän kielisiä tai Lähi-idän ja arabian kielisiä (taulukko 6). Yleisimmin naiset puhuivat romanian (18 %), englantia (17 %), arabiaa (12%), thain kieltä (10 %) ja venäjää (8 %).

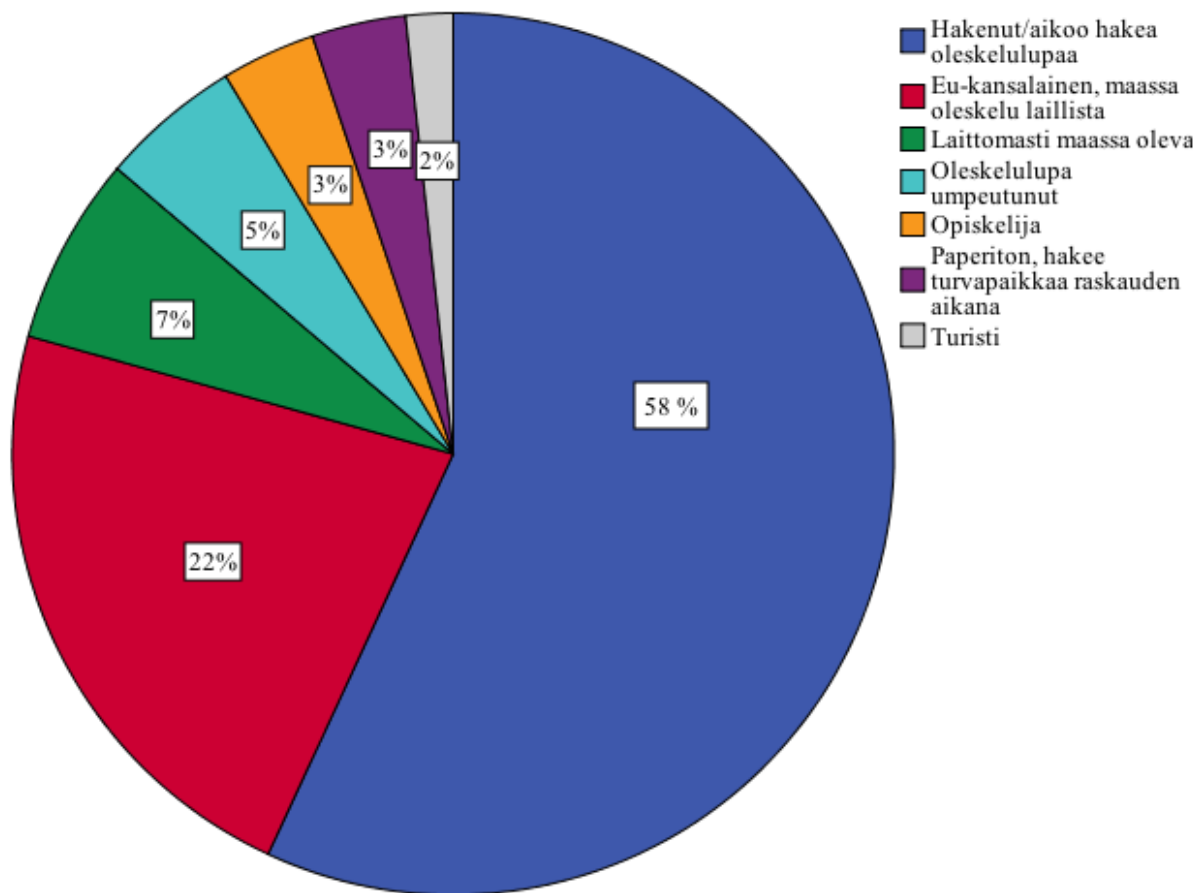
Paperittomien naisten Suomeen muuton yleisin syy oli perheside (58 %). Toiseksi yleisimpänä maahantulon syynä oli työ (18 %) ja kolmanneksi yleisimpänä opiskelu (7 %). Vajaassa viidesosassa tapauksista maahantulon syytä ei raportoitu. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Paperittomien naisten äidinkieli/asiointikieli ja maahanmuuton syy (N, n %).

Taustamuuttajat	n	%
Äidinkieli/asiointikieli (N=60)		
Itä-Euroopan ja venäjän kielet	21	35
Lähi-idän ja arabian kielet	14	24
Aasian kielet	11	18
Englanti	10	17
Afrikan kielet	2	3
Espanja	2	3
Yhteensä	60	100
Maahanmuuton syy (N=60)		
Perhe	35	58
Työ	11	18
Opiskelu	4	7
Muu syy	10	17
Yhteensä	60	100

Naisten maassaolo-oikeus ja paperittomuuden syy vaihtelivat. Yleisimmin raskaana olevat naiset olivat paperittoman asemassa odottaessaan oleskelulupapäätöstä. Viidennes naisista oli maassa laillisesti oleskelevia EU-kansalaisia, joilla oli rajoitettu oikeus terveyspalveluihin. Lähes kymmenes naisista kertoi olevansa maassa laittomasti, ja viidellä prosentilla naisista oleskeluoikeus oli muuttunut laittomaksi oleskeluluvan umpeuduttua. Pieni osa paperittomista naisista oli opiskelijoita, paperittomia, jotka päätyivät hakemaan turvapaikkaa raskauden aikana, ja yksi kertoi olevansa turisti. (Kuvio 2.)

Naisten paperittomuuden syyt



Kuvio 2. Raskaana olevien naisten paperittomuuden syyt (N=60) (%).

5.1.2 Naisten perussairaudet, terveystottumukset ja raskaushistoria

Paperittomien naisten yleinen terveydentila oli hyvä. Naiset olivat keskimäärin normaalipainoisia painoindeksin ollessa 24 (vaihteluväli 18–34). Merkittävästi tai vaikeasti lihavia naisista oli 11 %. Suurimmalla osalla (84 %) naisista ei ollut tiedossa olevia perussairauksia. Kolme naisista ilmoitti sairastavansa kilpirauhasen vajaatoimintaa, yksi SLE:tä (systeminen lupus erythematosus) ja yksi masennusta. Viisi prosenttia naisista sairasti HIV:ta, ja kolmella prosentilla naisista oli hepatiitti B-tartunta. Näistä naisista yhdellä oli sekä HIV- että hepatiitti B-tartunta. Tieto aikaisemmin otetusta papa-näytteestä oli kirjattu reilulle puolelle naisista. Heistä 34 % oli joskus käynyt papa-testissä. Papa-kokeen tuloksista ei ollut systemaattisesti merkintää. (Taulukko 7.)

Väkivaltakokemuksista löytyi potilasasiakirjoissa vähän merkintöjä. Kirjaus koetusta väkivaltaista löytyi seitsemältä naiselta, ja heistä viidellä oli väkivaltakokemuksia taustalla. Kolme naisista oli kokenut seksuaalista väkivaltaa ja kaksi muunlaista väkivaltaa. (Taulukko 7.)

Päihteiden osalta tietoa potilasasiakirjoista haettiin naisten tupakoinnista ja alkoholin käytöstä. Naisista 83 % ei tupakoinut lainkaan ja seitsemän prosenttia kertoi lopettaneensa tupakoinnin raskauden alussa. Koko raskausajan tupakointia jatkoi 10 % naisista. Alkoholin käyttö oli paperittomilla naisilla vähäistä, sillä naisista 96 % ei käyttänyt alkoholia lainkaan. Kaksi naista ilmoitti käyttäneensä alkoholia raskauden aikana. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Naisten terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät taustatiedot (N, n, %, ka, SD, Min, Max).

Taustamuuttujat	n	%	ka.	SD	Min	Max
BMI (N=62)			24	4,96	18	34
18-25	38	69				
26-30	11	20				
31-35	6	11				
Yhteensä	55	100				
Perussairaudet (N=60)						
Ei tiedossa olevia	51	84				
Kilpirauhasen vajaatoiminta	3	5				
HIV	2	3				
Hepatiitti B	1	2				
HIV ja hepatiitti B	1	2				
SLE	1	2				
Masennus	1	2				
Yhteensä	60	100				
Papa-näyte otettu (N=60)						
Kyllä	11	34				
Ei	21	66				
Yhteensä	32	100				
Väkivaltakokemus (N=62)						
Kyllä	5	71				
Seksuaalista väkivaltaa	3	42				
Muuta väkivaltaa	2	29				
Ei	2	29				
Yhteensä	7	100				
Tupakointi (N=60)						
Ei	48	83				
Tupakoi raskauden aikana	6	10				
Lopetti tupakoinnin raskauden alussa	4	7				
Yhteensä	58	100				
Alkoholin käyttö (N=60)						
Kyllä	2	4				
Ei	54	96				
Yhteensä	56	100				

Paperittomista naisista 47 % oli ensimmäistä kertaa raskaana. Yli puolella naisista oli useampia raskauksia taustalla, ja heistä 21 %:lla oli aikaisempi keskenmeno ja 16 %:lla aikaisempi raskauden keskeytys. Kahdella naisella oli tuulimuna- tai kohdun ulkoinen raskaus ja nämä ovat sisällytetty keskenmenoihin. Keskenmenojen määrä yhdellä naisella vaihteli yhdestä kolmeen ja raskauden keskeytysten määrä yhdestä neljään. Paperittomista naisista ensisynnyttäjiä oli 56 % ja uudelleensynnyttäjiä 44 %. Uudelleensynnyttäjänaisista kolmanneksella aikaisempi synnytys oli päättynyt keisarinleikkaukseen. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Paperittomien naisten aikaisemmat raskaudet (N, n, %).

Taustatiedot	n	%
Raskauksien määrä (N=62)		
1	29	47
2-4	26	42
5-10	7	11
Yhteensä	62	100
Ensisynnyttäjä	35	56
Uudelleensynnyttäjä	27	44
1-2	22	35
3-5	5	9
Yhteensä	62	100
Aikaisempi sektio (N=27)		
Ei	19	70
Kyllä	8	30
Yhteensä	27	100
Keskenmeno (N=62)		
1	8	13
2	4	6
3	1	2
Yhteensä	13	21
Raskauden keskeytys (N=62)		
1	5	8
2	2	3
3	3	3
4	1	2
Yhteensä	11	16

5.2 Paperittomien naisten raskauksien kulku

5.2.1 Raskauden seurannan toteutuminen ja tulkkipalveluiden käyttö

Paperittomista raskaana olevista naisista 91 % käytti julkisen äitiyshuollon neuvolapalveluita raskautensa aikana. Naisista 81 % kävi raskauden seurannassa yksinomaan äitiysneuvolassa ja kymmenen prosenttia kävi vähintään kerran raskauden seurannassa Global Clinicillä julkisen neuvolaseurannan lisäksi. Kahden naisen raskautta seurattiin pelkästään vapaaehtoisvoimin toimivalla paperittomien klinikalla. Kuusi prosenttia naisista ei käynyt raskauden seurannassa

lainkaan. Vajaa viidennes (19 %) naisista kävi raskauden seurannassa myös muualla kuin Suomessa. Näistä naisista yhdeksän (17 %) kävi raskauden seurannassa sekä Suomessa, että toisessa maassa, ja yksi nainen (2 %) ei käynyt Suomessa seurannassa lainkaan, mutta ainakin kertaalleen toisessa maassa. (Taulukko 9.)

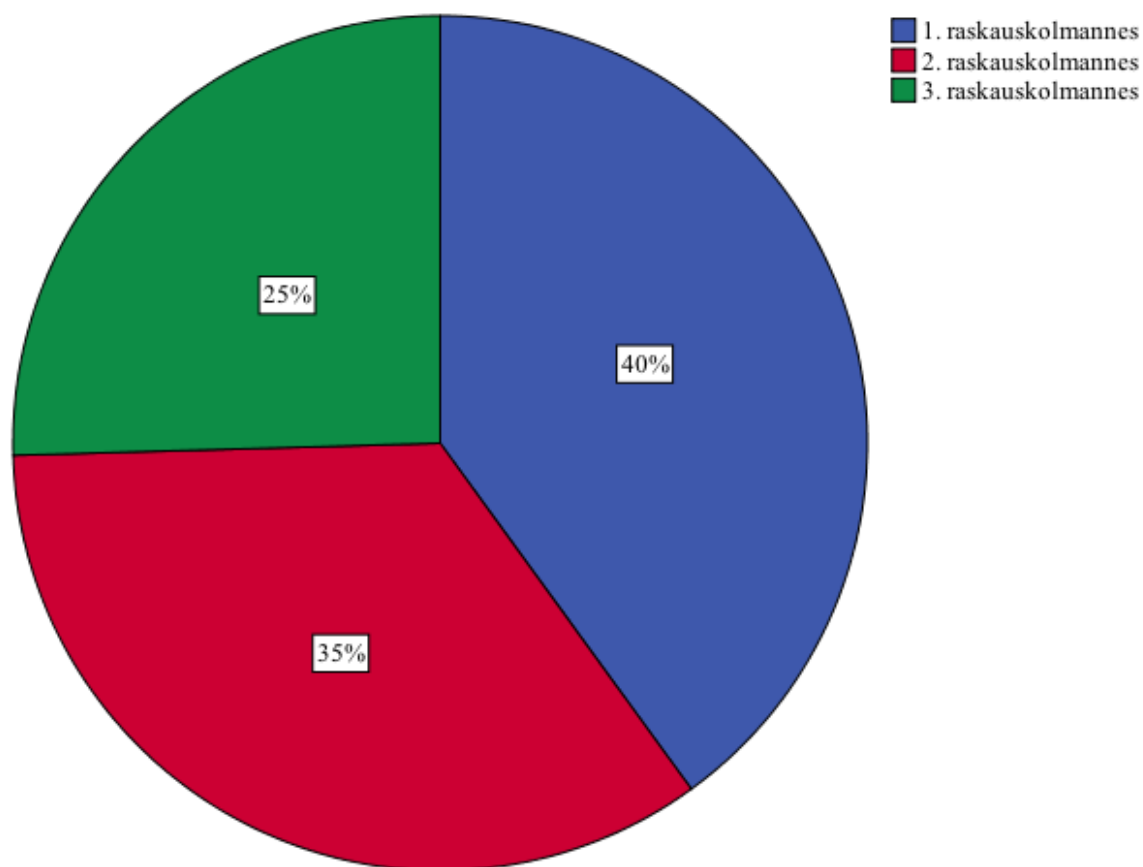
Potilasasiakirjamerkintöjen perusteella ilmeni, että reilulla kolmasosalla (34 %) naisista raskauden seuranta keskeytyi Helsingin neuvolassa. Näistä naisista 15 % ilmoitti muuttavansa Suomesta pois, ja yhdeksällä prosentilla naisista neuvolaseuranta jatkui yksityisellä lääkäriasemalla tai toisessa kaupungissa. Viidellä prosentilla naisista neuvolaseurantaa ei jatkettu, sillä hoito-oikeus kiellettiin julkisen terveydenhuollon puolelta. Tähän viiteen prosenttiin on mukaan luettu yksi raskaana oleva nainen, joka ei päässyt neuvolaan lainkaan hoito-oikeuden kieltämisen takia. Neuvolaseurannan keskeytymisen syytä ei tiedetty tai sitä ei raportoitu viidellä prosentilla naisista. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Paperittomien naisten raskauden seurannan toteutuminen (N, n, %).

Taustamuuttuja	n	%
Raskauden seuranta neuvolassa (N=62)		
Kyllä	50	81
Osin Global Clinicillä	6	10
Ei	4	6
Kokonaan Global Clinicillä	2	3
Yhteensä	62	100
Raskauden seuranta muualla kuin Suomessa (N=62)		
Kyllä	10	19
Ei	44	81
Yhteensä	54	100
Neuvolaseuranta jäänyt kesken (N=62)		
Kyllä	21	34
Muuttanut pois Suomesta	9	15
Seuranta jatkuu yksityisellä lääkäriasemalla tai toisessa kaupungissa	5	9
Hoito kielletty	3	5
Ei tietoa syystä	3	5
Ei	39	66
Yhteensä	62	100

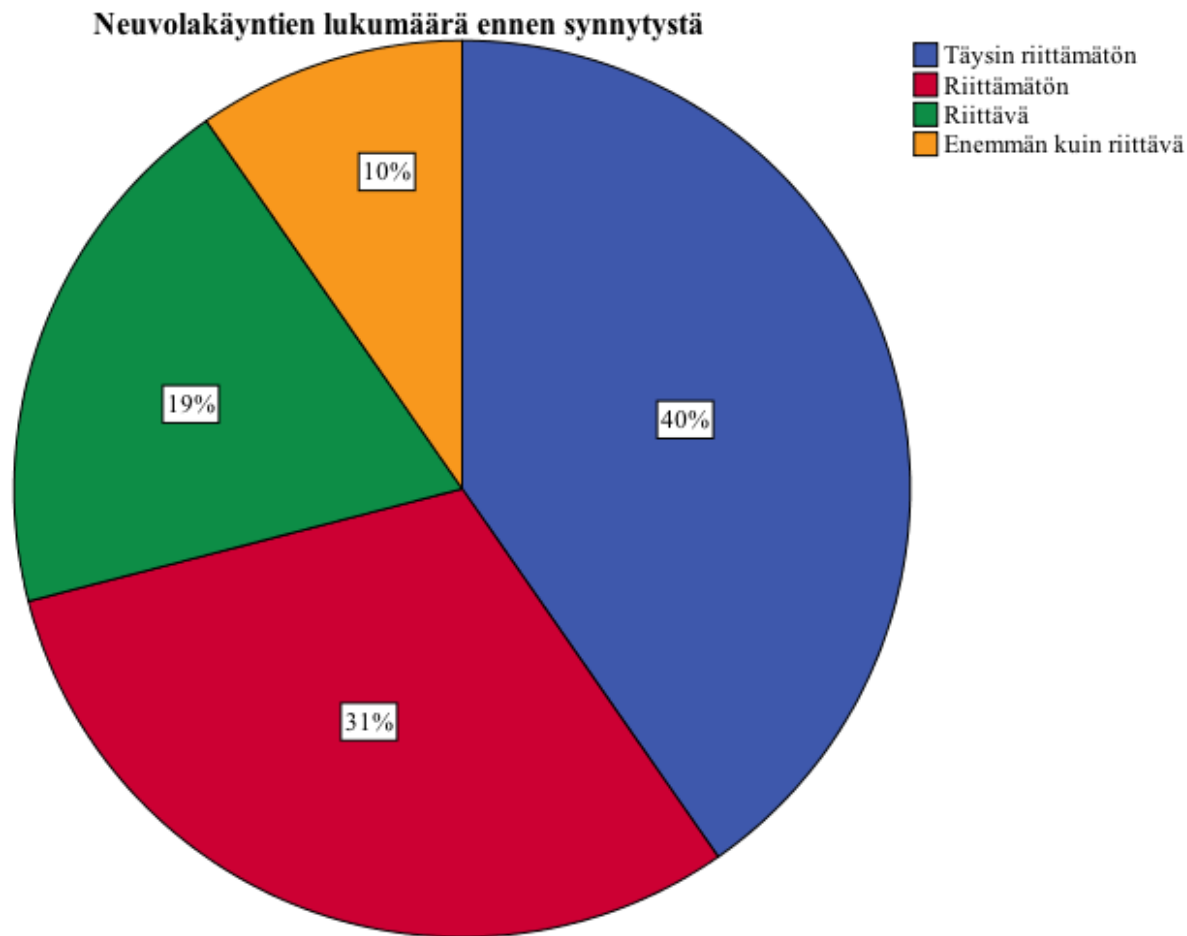
Ensimmäisen neuvolakäynnin ajankohta vaihteli kahdeksannesta raskausviikosta lähelle lasketua aikaa. Keskimäärin paperiton nainen hakeutui tai pääsi ensimmäiselle raskauden ajan käynnille raskausviikolla 20+3. (Taulukko 10). Naisista 60 %:lla ensimmäinen neuvolakäynti oli toisen tai kolmannen raskauskolmanneksen aikana (kuvio 3).

Ensimmäisen neuvolakäynnin ajankohta



Kuvio 3. Ensimmäisen neuvolakäynnin ajankohta (N=55) (%).

Paperittomat naiset kävivät äitiysneuvolassa keskimäärin viisi kertaa raskauden aikana (vaihteluväli 0–15) (taulukko 10). Valtaosalla (71 %) naisista neuvolakäyntien määrä oli riittämätön tai täysin riittämätön. Lähes viidennes (19 %) paperittomista raskaana olevista kävi neuvolassa suositusten mukaisesti ja kymmenes suosituksia useammin. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Neuvolakäyntien lukumäärä ennen synnytystä (N=62) (%).

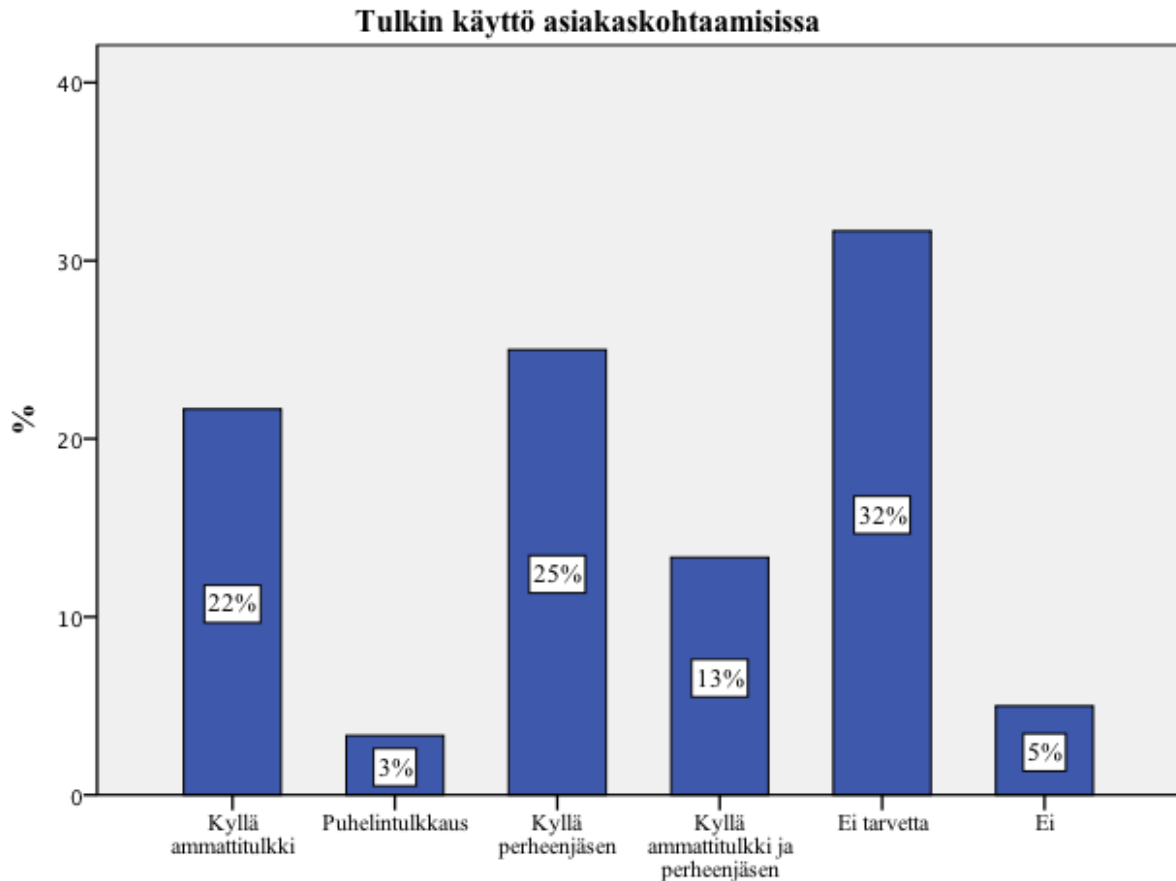
Erikoissairaanhoidossa poliklinikka- tai päivystyskäynneillä kävi kaksi kolmasosaa (63 %) paperittomista raskaana olevista naisista. Ultraääniseulat laskettiin poliklinikkakäynneiksi. Käyntien lukumäärät vaihtelivat 1–12:ta käyntiin. Paperittomat naiset kävivät keskimäärin kaksi kertaa (11 %) poliklinikka- tai päivystyskäynneillä raskautensa aikana. (Taulukko 10.)

Helsingin kaupungin potilasasiakirjamerkintöjen perusteella paperittomista naisista kolmannes (29 %) jätti käyttämättä sovitun neuvolakäynnin ilmoittamatta siitä. Tyypillisimmin naiset jättivät yhden neuvolakäynnin käymättä. Seitsemän prosenttia naisista jätti kolme käyntiä käymättä. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Neuvola- ja erikoissairaanhoidon käynnit ja käyntimäärät (N, n, %, ka, SD, Min, Max).

Taustamuuttuja	n	%	ka.	SD	Min	Max
1. neuvolakäynti (rv) (N=62)			20+3	10,3	8+0	38+6
Neuvolakäynnit ennen synnytystä (N=62)			5	3,9	0	15
Poliklinikka tai päivystyskäynnit (N=62)			2	2,4	0	12
1-3	27	43				
4-8	10	16				
> 8	2	4				
Yhteensä	39	63				
Käyttämättömät neuvolakäynnit (N=62)						
1	7	13				
2	5	9				
3	4	7				
Yhteensä	16	29				

Tulkkausapua käytettiin 63 %:ssa asiakastilanteista. Reilussa kolmasosassa tilanteista tulkkia ei tarvittu asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen yhteisen kielen takia. Perheenjäsenen käyttö tulkkina oli yhtä yleistä kuin ammattitulkkin käyttö. Ammattitulkkauksesta kolme prosenttia oli puhelintulkausta. Osassa tilanteita tulkkina käytettiin sekä perheenjäsentä että ammattitulkkia. Tulkkipalveluita ei käytetty lainkaan viidellä prosentilla asiakkaista. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Tulkin käyttö asiakaskohtaamisissa (N=62) (%).

5.2.2 Raskausajan seulontatutkimukset

Lähes puolet (46 %) naisista kävi varhaisraskauden ultraäänitutkimuksessa. Näistä naisista 33 % kävi kyseisessä tutkimuksessa jossakin HUS:n synnytys sairaalassa ja 13 % yksityisellä lääkäriasemalla tai toisessa maassa. Naisista yli puolet eivät käyneet varhaisraskauden ultraäänitutkimuksessa lainkaan. Näistä naisista yhdeltä seulontatutkimus kiellettiin terveydenhuollon puolelta. Potilasasiakirjamerkintöjen mukaan paperittomalla naisella ei ollut oikeutta kyseiseen tutkimukseen. (Taulukko 11.)

Rakenneltraäänitutkimuksessa kävi reilu puolet (53 %) naisista. Heistä 43 % kävi tutkimuksessa jossakin HUS:n synnytys sairaalassa ja 10 % yksityisellä lääkäriasemalla tai toisessa

maassa. Tapauksissa, joissa paperiton nainen ei käynyt varhaisraskauden ultraäänitutkimuksessa eikä rakenneultraäänitutkimuksessa, 23 %:lle oli tehty ultraäänitutkimus jossakin muussa raskauden vaiheessa. (Taulukko 11.)

Laboratoriokoevastauksista tiedot sokerirasituksesta, GBS-infektiosta, HIV:stä, hepatiitti B:stä ja C:stä, kupasta sekä klamydiasta kerättiin potilasasiakirjoista. Sokerirasituskoe tehtiin 38 %:lle raskaana olevista naisista, joista patologinen tulos oli 11 %:lla. GBS-näyte otettiin 71 %:lta naisista, ja heistä 20 %:lla näyte oli positiivinen. (Taulukko 11.)

Infektioseulojen perusteella todettiin kolme HIV-, kaksi hepatiitti B-infektiota, yksi aikaisemmin sairastettu hepatiitti B-infektio, yksi kuppa- ja yksi klamydiainfektio. Näistä naisista yhdellä todettiin samanaikaisesti HIV-, hepatiitti B- ja kuppataartunnat. Lisäksi yhdellä raskaana olevalla todettiin HIV ja viite aikaisemmin sairastetusta hepatiitti B-infektiosta. Hepatiitti C – virusinfektiota ei ollut yhdelläkään paperittomalla naisella. Osalta naisista infektioseuloja ei otettu lainkaan. HIV- ja hepatiitti B-näytteitä ei otettu yhdeltä naiselta ja kuppanäyte puuttui kolmelta. Hepatiitti C-näyte jätettiin seulomatta 56 %:lta naisista. (Taulukko 11.)

Paperittomista naisista 37 %:lta otettiin ongelmamikrobinäytteet. Heistä 13 % oli MRSA-kantajia ja 9 % ESBL-kantajia. MRSA-näyte todettiin negatiiviseksi 78 %:lla naisista. Naisista kymmenesosalta otettiin keuhkokuva eikä yksikään sairastanut tuberkuloosia. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Paperittomien naisten raskausajan seulontatutkimukset (N, n, %).

Taustamuuttuja	n	%
Varhaisraskauden ultraäänitutkimus (N=62)		
Kyllä	20	33
Kyllä, yksityisellä lääkäriasemalla tai toisessa maassa	8	13
Ei	33	54
Yhteensä	61	100
Rakenneultraäänitutkimus (N=62)		
Kyllä	26	43
Kyllä, yksityisellä lääkäriasemalla tai toisessa maassa	6	10
Ei	29	47
Yhteensä	61	100
Sokerirasituskoet (N=62)		
Tehty, tulos normaali	15	27
Tehty, tulos patologinen	6	11
Ei ole tehty	35	62
Yhteensä	56	100
GBS-näyte (N=62)		
Kyllä	9	20
Ei	35	80
Yhteensä	44	100
HIV (N=60)		
Kyllä	3	5
Ei	55	95
Yhteensä	58	100
Hepatiitti B (N=60)		
Kyllä	2	3
Aikaisemmin sairastettu hepatiitti B	1	2
Ei	55	95
Yhteensä	58	100
Hepatiitti C (N=60)		
Ei	25	44
Ei ole otettu	32	56
Yhteensä	57	100
Kuppa (N=60)		
Kyllä	1	2
Ei	56	96
Ei ole otettu	1	2
Yhteensä	58	100
Klamydia (N=60)		
Kyllä	1	2
Ei	15	26
Ei ole otettu	41	72
Yhteensä	57	100
Ongelmamikrobinäytteet (N=62)		
MRSA-kantaja	3	13
ESBL-kantaja	2	9
MRSA otettu, tulos negatiivinen	18	78
Yhteensä	23	100

5.3 Paperittomien naisten synnytysten kulku

5.3.1 Paperittomien naisten synnytykset ja niiden lopputulos

HUS:n synnytyssairaaloissa hoidettiin tutkimusvuosien aikana 47 paperittoman naisen synnytys. Tutkimusotoksesta 76 % naisista synnytti Suomessa. Naisista 12 ei synnyttänyt HUS:n synnytyssairaaloissa, kahden raskaus oli tutkimushetkellä vielä kesken ja yksi muutti raskauden aikana toiseen kaupunkiin, eikä hänen raskautensa lopputuloksesta ole tietoa. (Taulukko 12.)

Paperittomat naiset synnyttivät keskimäärin raskausviikolla 40 (vaihteluväli 37+1–42+2.). Seitsemällä prosentilla naisista raskaus meni yliaikaiseksi (raskausviikot 42+0 tai sen yli). Paperittomilla naisilla synnytys kesti keskimäärin yhdeksän tuntia. Synnytyksen kesto vaihteli kolmesta tunnista yli vuorokauteen. (Taulukko 12.)

Paperittomien naisten synnytyksistä viidesosa (19 %) oli käynnistettyjä synnytyksiä. Reilu kymmenesosa käynnistyksistä tehtiin yliaikaisuuden tai uhkaavan yliaikaisuuden vuoksi. Muita synnytyksen käynnistämisen syitä olivat pitkä lapsivedenmeno, pre-eklampsia, hepatogestoosi ja kohdun vähävetisyys. Synnytyksen käynnistystapana käytettiin yleisimmin mekaanisesti kohdunsuuta laajentavaa ballonkia. Muita keinoja olivat misoprostol-lääke ja kalvojen puhkaisu. Kahdessa tapauksessa käytettiin ensin ballonkia, jonka jälkeen käynnistämistä jatkettiin misoprostolilla. (Taulukko 12.)

Paperittomista naisista puolella (51 %) synnytyksiä vauhditettiin. Vauhdittamisen syy oli yleisimmin synnytyksen etenemättömyys. Muina syinä synnytyksen vauhdittamiseen olivat synnytyksen pitkä latenssivaihe ja epiduraalipuudutuksen jälkeinen supistusheikkous. Lähes 40 %:ssa tapauksista vauhdittamisen syytä ei oltu raportoitu. Synnytystä vauhditettiin yleensä kalvojen puhkaisulla ja/tai oksitosiini-infusiolla. Kalvojen puhkaisu tehtiin 33 %:lle naisista (poissuljettu kaksi naista, jolle kalvojen puhkaisu tehtiin synnytyksen käynnistämiseksi) ja oksitosiini-infusiota käytettiin 67 %:lla synnyttäjistä. Oksitosiini-infusiota käytettiin sekä käynnistetyissä synnytyksissä, että synnytyksen vauhdittamiseen. (Taulukko 12.)

Paperittomista naisista suurin osa (87 %) synnytti alateitse. Naisista 70 % synnytti säännöllisesti alateitse ja 17 % imukuppiavusteisesti. Keisarinleikkauksella synnytti 13 % naisista. Keisarinleikkauksista suunniteltuja oli neljä ja kiireellisiä yhdeksän prosenttia. Yhtäkään hätäkeisarinleikkausta ei tehty. (Taulukko 12.)

Paperittomilla naisilla ei esiintynyt monikkoraskauksia, eikä yksikään nainen synnyttänyt lasta perätilassa, enneaikaisesti (raskausviikot alle 37+0) tai saanut pienipainoista vauvaa (paino alle 2500 g). Myöskään kohtukuolemia ei esiintynyt.

Taulukko 12. Paperittomien naisten synnytys, synnytyksen ajankohta ja kesto (N, n, %, ka, SD, Min, Max).

Taustamuuttuja	n	%	ka.	SD	Min	Max
Synnyttänyt Suomessa (N=62)						
Kyllä	47	76				
Ei	12	19				
Ei tietoa	3	5				
Yhteensä	62	100				
Synnytyksen ajankohta (rv) (N=47)						
			40	5,8	37+1	42+2
37-39	18	38				
40-41	26	55				
≤ 42	3	7				
Yhteensä	47	100				
Synnytyksen kesto (h) (N=47)						
	40		9	4,3	3	25
Synnytyksen käynnistäminen (N=47)						
Ei	38	81				
Yliaikaisuus tai uhkaava yliaikaisuus	5	11				
Pitkä lapsivedenmeno	1	2				
Pre-eklampsia	1	2				
Hepatogestoosi	1	2				
Kohdun vähävetisyys	1	2				
Yhteensä	47	100				
Käynnistystapa (N=9)						
Ballonki	3	34				
Misoprostol	2	22				
Ballonki ja misoprostol	2	22				
Kalvojen puhkaisu	2	22				
Yhteensä	9	100				
Synnytyksen vauhdittaminen (N=47)						
Synnytyksen etenemättömyys	8	34				
Pitkä latenssivaihe	2	8				
Epiduraalipuudutuksen jälkeinen supistuseheikkous	2	8				
Muu syy	3	13				
Syy puuttui	9	37				
Yhteensä	24	100				
Kalvojen puhkaisu (N=47)						
Kyllä	14	33				
Ei	29	67				
Yhteensä	43	100				
Oksitosiini-infuusio (N=47)						
Kyllä	30	67				
Ei	15	33				
Yhteensä	45	100				
Synnytyksen lopputulos (N=47)						
Säännöllinen alatiesynnytys	33	70				
Imukuppi	8	17				
Kiireellinen keisarinleikkaus	4	9				
Suunniteltu keisarinleikkaus	2	4				
Yhteensä	47	100				

5.3.2 Synnytyksessä käytetty kivunlievitys, synnytysrepeämät ja synnytyksen jälkeinen verenvuoto

Lähes 90 % naisista käytti kivunlievitystä synnytyksen aikana. Lääkkeettömistä kivunlievitysvaihtoehdoista eniten käytettiin ilokaasua (67 %), lämpöä (19 %), suihkua (17 %) ja Tens-laitetta (17 %). Lääkkeellisistä kivunlievitysvaihtoehdoista epiduraalipuudutus oli yleisimmin (71 %) käytetty kivunlievitysmenetelmä. Seuraavaksi yleisimpiä lääkkeellisiä kivunlievityskeinoja olivat kipufentanyli (31 %) ja lihakseen pistettävä kipulääke (43 %). (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Käytetty kivunlievitys synnytyksen aikana (N=47) (%).

Alateitse synnyttäneistä naisista 88 %:lle tuli genitaalialueen vaurioita (repeämä tai välilihan leikkaus). Yleisimmin (49 %) naisille tuli toisen asteen repeämä. Naisista viidelle prosentille tuli kolmannen asteen repeämä. Neljännen asteen repeämää ei tullut yhdellekään naiselle. Synnytyksen yhteydessä välilihan leikkaus (episiotomia) tehtiin 39 %:lle naisista. Heistä viidennekselle tuli episiotomian lisäksi jonkinasteinen repeämä. (Taulukko 13.) Yksi paperittomista naisista oli ympärileikattu.

Kaikista synnyttäneistä naisista 47 %:lla synnytyksen jälkeinen verenvuoto oli alle 500 ml ja kahdeksalla prosentilla yli 1000 ml (taulukko 13). Alatiesynnytyksen jälkeen (mukaan lukien imukuppisynnytykset) lähes puolella (49 %) naisista synnytyksen jälkeinen verenvuodon määrä oli runsasta (yli 500 ml). Keisarileikatuista naisista kolmanneksella (33 %) synnytyksen jälkeisen verenvuodon määrä oli runsasta (yli 1000 ml).

Taulukko 13. Kivunlievityksen käyttö, repeämien ja verenvuodon määrä (N, n, %).

Taustamuuttuja	n	%
Kivunlievityksen käyttö (N=47)		
Kyllä	40	89
Ei	5	11
Yhteensä	45	100
Synnytysrepeämä (N=47)		
Ei repeämää	13	32
1. asteen repeämä	6	14
2.asteen repeämä	20	49
3. asteen repeämä	2	5
Yhteensä	41	100
Episiotomia (N=47)		
Kyllä	16	39
Ei	25	61
Yhteensä	41	100
Synnytyksen jälkeinen verenvuoto (N=47)		
< 500ml	22	47
500–1000ml	21	45
> 1000ml	4	8
Yhteensä	47	100

5.3.3 Vastasyntyneiden kunto ja lapsivuodeaika

Paperittomia lapsia syntyi 47 tutkimusvuosien aikana. Lasten keskimääräinen paino oli pyöristettynä 3400 grammaa. Lasten paino vaihteli 2600 grammasta 4100 grammaan. Yhtäkään pienipainoista vauvaa ei syntynyt. (Taulukko 14.)

Valtaosa paperittomista vauvoista syntyi hyvävointisina. Syntyneistä lapsista 68 %:lla napaarterian pH oli normaali (yli 7.20). Vain yhdellä lapsella napaarterian pH oli huono (alle 7.10). Apgar-pisteitä ei kaikille vastasyntyneille kirjattu systemaattisesti. Yhden minuutin pisteet kirjattiin kaikille ja viiden minuutin pisteet 66 %:lle lapsista. Keskimäärin yhden ja viiden minuutin Apgar-pisteet olivat yhdeksän. (Taulukko 14.) Yhden minuutin iässä 92 % ja viiden minuutin iässä 97 % vauvoista sai normaalit Apgar-pisteet. Minuutin iässä vain yksi vauva sai matalat pisteet ja viiden minuutin iässä yksi sai raja-arvoiset pisteet. Kolme lasta siirrettiin lasten valvontaosastolle hoitoon syntymänsä jälkeen. Kaksi lasta siirrettiin valvontaosastolle hengitysvaikeuksien vuoksi ja yksi matalien verensokereiden vuoksi.

Paperittomista äideistä 64 % onnistui ensi-imetyksessä, ja vauva imi rinnalla onnistuneesti kahden tunnin kuluessa synnytyksestä. Vauvoista 17 % yritti imeä rintaa saamatta vielä kunnollista imuotetta, ja lähes viidesosa vastasyntyneistä ei imenyt rintaa lainkaan ensimmäisten kahden tunnin aikana. Vauvoista yli puolet (62 %) kotiutui täysimetettyinä. (Taulukko 14.)

Keskimäärin paperiton nainen oli synnytyssairaalassa yhteensä neljä päivää (mukaan lukien synnytys ja mahdollinen aika ennen synnytystä). Lyhyimmillään sairaalassaoloaika oli kaksi päivää ja pisimmillään 14 päivää. Kolme neljäsosaa naisista vietti sairaalassa 2-4 päivää ja neljännes viisi päivää tai enemmän. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Vastasyntyneiden hyvinvointi, imetys ja sairaalassaoloaika (N, n, %, ka, SD, Min, Max).

Taustamuuttujat	n	%	ka.	SD	Min	Max
Syntymäpaino (g) (N=47)	47	100	3400	380,6	2600	4100
Napaveren pH (N=47)						
< 7.10	1	2				
7.10–7.20	14	30				
< 7.20	32	68				
Yhteensä	47	100				
1 min Apg-pisteet (N=47)	47	100	9	1,5	2	10
5 min Apg-pisteet (N=47)	31	66	9	0,9	6	10
Ensi-imetys (N=47)						
Onnistunut imetys	30	64				
Imemisyritys	8	17				
Ei imemistä	9	19				
Yhteensä	47	100				
Täysimetys kotiutuessa (N=47)						
Kyllä	29	62				
Ei	18	38				
Yhteensä	47	100				
Sairaalassaoloaika (vrk) (N=47)			4	2,0	2	14
2-4	35	75				
5-14	12	25				
Yhteensä	47	100				

5.4 Keskeisten tutkimustulosten yhteenveto

Vuosien 2014–2018 puoleen väliin saakka Helsingin neuvoloissa ja synnytyssairaaloissa hoidettiin 60:tä raskaana olevaa paperitonta naista. Kahdella naisista oli tutkimusvuosien aikana kaksi raskautta, joten 62 raskautta seurattiin neuvolassa ja/tai synnytyssairaalan äitiyspoliklinikalla ja päivystyksessä. Naisista 47 synnytti pääkaupunkiseudulla HUS:n synnytyssairaaloissa.

Paperittomat raskaana olevat naiset olivat keskimäärin 28-vuotiaita ja useimmiten parisuhhteessa. Paperittomista naisista yli puolet oli ensisynnyttäjiä. Raskaana olevista 21 %:lla oli ollut aikaisempi keskenmeno ja 16 %:lla aikaisempi raskauden keskeytys.

Naiset olivat kotoisin laajasti eri puolilta maailmaa. Suurin osa naisista tuli Itä-Euroopasta ja Venäjältä, Saharan eteläpuoleisesta Afrikasta ja Aasiasta. Yleisimmin naisen kotimaa oli Romania ja Thaimaa. Suomeen muuton syy vaihteli. Suurin osa naisista tuli maahan perhesiteen vuoksi. Seuraavina tulositynä olivat työ ja opiskelu. Yleisimmin paperiton raskaana oleva nainen oli paperittoman asemassa oleskelulupaa odottaessaan.

Paperittomien naisten yleinen terveydentila oli hyvä. Suurin osa naisista oli päihteettömiä – 96 % naisista ei käyttänyt alkoholia ja 83 % ei tupakoinut. Tietoa väkivaltakokemuksista oli vähän saatavilla. Seitsemältä naiselta kysyttiin väkivaltakokemuksista, ja heistä viisi naisista oli kokenut seksuaalista tai muunlaista väkivaltaa.

Raskaana olevista paperittomista naisista 91 % kävi äitiysneuvolassa raskautensa aikana. Naisista 60 % hakeutui tai pääsi ensimmäiselle neuvolakäynnille toisen tai kolmannen raskauskolmanneksen aikana. Keskimäärin nainen kävi neuvolassa viisi kertaa raskautensa aikana. Naisista 71 %:lla neuvolakäyntien määrä oli riittämätön tai täysin riittämätön.

Raskaana olevista naisista 12 %:lla todettiin jokin tarttuva infektio tauti. Infektio tautista kolme HIV-, kaksi hepatiitti B, yksi kuppa ja yksi klamydiatartunta todettiin. Yhdellä naisella todettiin samanaikaisesti HIV-, hepatiitti B- ja kuppataartunnat. Yhdellä naisella oli HIV ja viite aikaisemmin sairastetusta hepatiitti B-virusinfektiosta. Raskaana olevista 13 % todettiin MRSA- ja 9 % ESBL-kantajiksi.

Paperittomista raskaana olevista naisista 76 % synnytti Suomessa. Keskimäärin nainen synnytti raskausviikolla 40. Naisista 70 % synnytti säännöllisesti alateitse, 17 % imukuppiavusteisesti ja 13 % keisarinleikkauksella. Paperittomat naiset eivät synnyttäneet ennenaikaisesti eivätkä saaneet pienipainoisia vauvoja.

Paperittomien naisten synnytyksistä vajaa viidennes käynnistettiin. Käynnistetyn synnytyksen yleisin syy oli yliaikaisuus tai uhkaava yliaikaisuus. Oksitosiini-infuusiota käytettiin 67 %:lla synnyttäjistä joko synnytyksen käynnistämiseksi tai vauhdittamiseksi. Valtaosa naisista käytti kivunlievitystä synnytyksen aikana. Yleisimmin synnytyskipua lievitettiin epiduraalipuudutuksella ja ilokaasulla. Kaikista synnyttäjistä 53 %:lla synnytyksen jälkeinen verenvuoto oli 500 ml tai enemmän.

Paperittomia lapsia syntyi 47. Heidän syntymäpainonsa oli keskimäärin 3400 grammaa. Vauvat syntyivät valtaosin hyvävointisina. Syntyneistä lapsista 68 %:lla napaveren pH oli normaali (yli 7.20), ja vain yhdellä lapsella napa-arterian pH oli huono (alle 7.10). Yhden minuutin iässä 92 % vauvoista sai normaalit Apgar-pisteet. Lapsista kolme siirrettiin lasten valvontaosastolle jatko seurantaan hengitysvaikeuksien tai matalien verensokereiden vuoksi. Vauvoista 64 % imi onnistuneesti rintaa ensimmäisten kahden tunnin aikana ja 62 % kotiutui sairaalasta täysime-tettyinä.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Paperittomien raskaana olevien naisten taustatiedot

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Helsingissä oleskelevien paperittomien raskaana olevien naisten taustatietoja, äitiyshuollon palveluiden käyttöä, sekä heidän raskautensa ja synnytystensä kulkua. Helsingissä oleskelevat paperittomat naiset olivat moninainen ihmisjoukko, ja he tulivat hyvin laajasti sekä hajanaisesti eri puolilta maailmaa – samoin, kuin muissa Euroopan maissa ja Kanadassa (ks. taulukko 2). Paperittomien naisten keski-ikä oli 28-vuotta, mikä on samansuuntainen kuin kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, mutta matalampi kuin muiden Suomessa synnyttäneiden 31 vuoden keski-ikä (Heino ym. 2018). Naisten alkoholin käyttö oli erittäin harvinaista (4 %), mutta raskaana olevien tupakointiluvut olivat jokseenkin suuret. Tutkimuksen mukaan joka kymmenes raskaana oleva nainen tupakoi läpi raskauden. Tupakointiluvut ovat vastaavanlaisia keskimääräisesti Euroopassa (Euro-Peristat Project 2018), kun taas Suomessa tupakoivien raskaana olevien määrä oli hieman suurempi vuonna 2017 – 13 % kaikista synnyttäjäistä (Heino ym. 2018). Kansainvälisistä tutkimuksista Reedin ym. (2005), Fuentes-Afflickin ym. (2006) ja Wilson-Mitchell ja Rummensin (2013) tulokset ovat eriävät, kun heidän mukaansa raskaana olevat tupakoivat harvoin, jolloin heidän määränsä oli 1–6 %. Raskauden ajan tupakointi lisää merkittävästi raskausajan sairastavuutta, ennen aikaisen synnytyksen riskiä ja vastasyntyneisyyskauden ongelmia (Klemetti & Hakulinen 2013, WHO 2013). Neuvolan rooli tupakoimattomuuden kannustamisessa on tärkeä. Ohjauksella voidaan vaikuttaa myös paperittomien naisten tupakoimattomuuteen.

Huomionarvoinen tutkimustulos oli paperittomien naisten raskauksien määrä. Yli puolet naisista oli ollut aikaisemmin raskaana, ja heistä reilulla kymmenyksellä oli ollut 5–10 aikaisempaa raskautta. Paperittomista naisista 16 %:lle oli tehty aikaisemmin raskauden keskeytys, ja heistä viidellä prosentilla oli taustalla kolme tai neljä keskeytettyä raskautta. Myös aiempien kansainvälisten tutkimusten mukaan paperittomien naisten raskauden keskeyttämisluvut olivat korkeat. Wolffin ym. (2008) mukaan 27 % ja Schoeversin ym. (2010) mukaan 37 % naisista oli keskeyttänyt yhden tai useampia raskauksia. Lisäksi Wolffin ym. (2008) tutkimustulosten mukaan kolmella naisella neljästä raskaus oli ei-toivottu. Ei-toivotut raskaudet voivat olla haavoittuvassa asemassa oleville naisille suuri haaste, sillä elämän epävarmuus ja taloudellisen tilanteen heikkous rasittavat elämää jo ennestään.

Paperittomien naisten raskauksien seurannan toteutuminen

Tulosten mukaan neuvolaan hakeutuminen tai pääsy viivästyy paperittomilla naisilla selvästi, kun ensimmäinen raskausajan käynti ajoittui keskimäärin raskausviikolle 20. Ensimmäisen neuvolakäynnin ajankohta oli 60 %:lla naisista vasta toisen tai kolmannen raskauskolmanneksen aikana. Suomessa äitiysneuvolan ensimmäinen käynti suositellaan ajoittuvan ensimmäiselle raskauskolmannekselle, viikoille 8–10 (Klemetti & Hakulinen 2013). Vuoden 2017 perinataalitulosten mukaan Suomessa synnyttäneiden naisten ensimmäinen neuvolakäynti ajoittui suositusten mukaisesti raskausviikolle 10 (Heino ym. 2018). Paperittomien naisten neuvola seuranta alkoi selvästi myöhemmin verrattuna maan muihin naisiin ja jopa myöhemmin verrattuna kansainvälisiin tutkimustuloksiin nähden (Reed ym. 2005, Wolff ym. 2005, Wolff ym. 2008, Schoevers ym. 2010, de Jonge ym. 2011, Wendland ym. 2016). Helsingissä paperittomilla raskaana olevilla on vuoden 2013 lopulta alkaen ollut mahdollisuus hakeutua äitiyshuollon palveluihin (Helsinki 2014). Hoitoon pääsyn viivästyminen voi osin selittyä palvelun käyttäjien tiedon puutteella ja hoitoon hakeutumisen pelolla (de Jong ym. 2017). Hoitomahdollisuuksista on tiedotettava kohderyhmää entistä paremmin, jotta paperittomat naiset osaisivat hakeutua hoidon piiriin aikaisemmassa raskauden vaiheessa.

Neuvolaan hakeutumisen viivästymisen lisäksi paperittomien naisten neuvolakäyntien määrä oli vähäisempi suhteessa kansallisiin ja kansainvälisiin suosituksiin. Naisista 71 % kävi neuvolassa seitsemän kertaa tai alle. Keskimäärin nainen kävi neuvolassa viisi kertaa. Tässä tutkimuksessa riittävä neuvolakäyntien määrä ennen synnytystä oli 8–10 käyntiä. Käyntimäärät perustuivat THL:n, NICE:n ja WHO:n suosituksiin riittävästä raskausajan seurannasta (NICE 2012, Klemetti & Hakulinen 2013, WHO 2016). Neuvolaseurannan riittämättömyys paperittomien naisten keskuudessa on osoitettu myös useissa kansainvälisissä tutkimuksissa (Lu ym. 2000, Fuentes-Afflick ym. 2006, Castañeda 2009, Schoevers ym. 2010, de Jonge ym. 2011, Wilson-Mitchell & Rummens 2013, de Jong ym. 2017). Myös muihin Suomessa synnyttäneisiin nähden paperittomat kävivät neuvolassa selvästi harvemmin – heidän keskimääräinen neuvolakäyntien määrä oli 14 käyntiä (Heino ym. 2018). Paperittomien naisten neuvolakäyntien vähäinen määrä voi osin selittyä sillä, että suurin osa naisista aloitti raskausajan seurannan vasta toisen tai kolmannen raskauskolmanneksen aikana. Lisäksi osalla neuvola seuranta jäi kesken maasta tai toiseen kaupunkiin muuton vuoksi ja jopa kolmannes (29 %) naisista jätti käyttämättä sovitun käynnin siitä ilmoittamatta.

Neuvolakäyntien riittämättömyyden lisäksi huomionarvoista ja huolestuttavaa on, että kuusi prosenttia naisista ei käynyt neuvolassa lainkaan. Lisäksi viidellä prosentilla naisista neuvolaseuranta ei jatkettu, vaan se kiellettiin julkisen terveydenhuollon puolelta. Myös tämänkaltaisia tuloksia on kansainvälisesti saatavilla. Tutkimuksien mukaan 2–19 % paperittomista naisista ei käynyt raskausajan seurannassa (Lu ym. 2000, Reed ym. 2005, Schoevers ym. 2010, Wilson-Mitchell & Rummens 2013). Neuvolaseurannan epääminen paperittomilta raskaana olevilta on Helsingin kaupungin tekemien linjausten vastaista (Helsinki 2014). Hoidon epäämistä paperittomilta tapahtuu edelleen myös esimerkiksi Ruotsissa, jossa kaikilla paperittomilla on ollut laajempi pääsy terveystalouteen vuodesta 2013 alkaen. Hoidon epäämisen on arvioitu johtuvan ammattilaisten tiedonpuutteen vuoksi. (Statskontoret 2016.) Tämän vuoksi terveydenhuollon ammattilaisten perehdyttäminen ja kouluttaminen paperittomuuden ilmiöihin, ja heidän hoito-oikeuksiinsa on ensiarvoisen tärkeää. Tiedon levittämisessä keskeisenä toimijana ovat terveydenhuollon johtajat (Paloma-käsikirja 2018).

Paperittomien naisten äitiysterveys

Paperittomista naisista vain reilulta kymmenesosalta kysyttiin neuvolassa aikaisemmista väkivaltakokemuksista, ja heistä 71 % kertoi kokeneensa elämänsä aikana väkivaltaa. Äitiysneuvolaopas suosittelee terveydenhoitajia järjestelmällisesti kysymään raskaana olevilta naisilta väkivallasta (Klemetti & Hakulinen 2013). Aiemman tutkimuskirjallisuuden perusteella iso osa (26–45 %) paperittomista naisista oli kokenut elämänsä aikana seksuaalista tai muunlaista väkivaltaa (Wolff ym. 2008, Schoevers ym. 2010, de Jonge ym. 2011). Raskauden ja synnytyksen jälkeinen aika voi olla naiselle riskialttiimpaa aikaa joutua väkivallan uhriksi, ja etnisiin vähemmistöihin kuuluvat naiset ovat väkivallan suhteen erityisen haavoittuvassa asemassa (Klemetti & Hakulinen 2013). Eri kulttuuritaustaisista henkilöistä paperittomat naiset ovat haavoittuvuuden suhteen erityisen hankalassa tilanteessa, sosiaalisesti heikossa asemassa ja usein riippuvaisia puolisoistaan. Väkipalta tulisi ottaa puheeksi neuvolassa matalalla kynnyksellä, jotta mahdolliset väkivallan uhrit voitaisi paremmin tunnistaa ja ohjata auttavien tahojen piiriin (Klemetti & Hakulinen 2013).

Paperittomista naisista 16 %:lla oli jokin perussairaus, joista yleisimpinä olivat kilpirauhasen vajaatoiminta ja sukupuoliteitse tarttuvat virusinfektiot. Paperittomista naisista viidellä prosentilla todettiin HIV-, kolmella prosentilla hepatiitti B- ja kahdella prosentilla kuppataartunta. Yksi tutkimusotoksen nainen sairasti samanaikaisesti HIV:ta, hepatiitti B:ta, ja lisäksi hänellä todettiin raskauden aikana kuppataartunta. Infektiotautien esiintyvyys paperittomien naisten joukossa

oli yllättävää, vaikkakin tartuntatautiseulontojen perusteella on havaittu maahanmuuttajataustaisilla henkilöillä esiintyvän enemmän infektioitauteja verrattuna muuhun väestöön (Liistola ym. 2012a, Wendland ym. 2016).

Tanskalaisen tutkimuksen mukaan paperittomilla raskaana olevilla naisilla todettiin kaksinkertainen määrä HIV- ja 2,4-kertainen määrä hepatiitti B-infektioita verrattuna maan muihin maahanmuuttajanaisiin (Wendland ym. 2016). Myös de Jonge ym. (2011) ja de Jong ym. (2017) havaitsivat tutkimuksissaan paperittomilla naisilla esiintyvän seksitauteja enemmän kuin maan muilla maahanmuuttajanaيسilla. Myös Suomessa on tutkittu infektioautien esiintyvyyttä maahanmuuttajien ja turvapaikanhakijoiden joukossa. Liistolan ym. (2012a) mukaan somalialais- ja venäläistaustaisten hepatiitti B- ja C-tartuntojen esiintyvyys oli korkea ja kurditaustaisten matala. Venäläistaustaisilla maahanmuuttajilla esimerkiksi hepatiitti B-tartuntoja esiintyi kahdella, somalialaistaustaisilla kuudella, ja kurditaustaisilla alle prosentilla. Turvapaikanhakijoilla HIV-tartuntojen esiintyvyys oli 0,3 %, hepatiitti B-tartuntojen 1,4 % ja kuppataartuntojen 1,0 % (Tiittala ym. 2018). Tässä tutkimuksessa suurin osa paperittomista naisista tuli Romaniasta, Thaimaasta ja Venäjältä. Näistä maista esimerkkinä 15–49-vuotiaiden HIV-tartuntojen esiintyvyys vuonna 2017 oli Romaniassa 0,1 %, Thaimaassa 1,1 % ja Venäjällä 1,3 % (UNAIDS 2019). HIV-tartuntojen esiintyvyys Helsingissä oleskelevien paperittomien naisten joukossa on näihin maihin verrattuna korkea. Myös hepatiitti B- ja kuppataartuntojen esiintyvyys on osin korkeampi verrattuna Liistolan ym. (2012a) ja Tiittalan ym. (2018) tuloksiin. Tässä tutkimuksessa otoskoko on pieni, mikä tulee tulosten tulkinnassa ja yleistettävyydessä ottaa huomioon.

Infektioautien seulonta toteutui joidenkin tautien osalta huonosti. Helsingin kaupungin (2016) paperittomien raskaana olevien äitiysneuvola seuranta-ohjeen ja HUS:n Haikarakansio-ohjeen (2018) mukaan paperittomilta raskaana olevilta ohjeistetaan seulomaan HIV, hepatiitti B, kuppa ja poikkeuksena yleisiin raskausajan seulontoihin nähden hepatiitti C (Klemetti & Hakulinen 2013). HIV- ja hepatiitti B-näytteet oli ottamatta yhdeltä naiselta ja kuppanäyte kolmelta. Hepatiitti C-näyte kuitenkin jätettiin seulomatta 56 %:lta naisista. Seulomatta jättäminen johtuu todennäköisesti siitä, että yleisesti raskaana olevilta naisilta kyseistä näytettä ei seulota rutiininomaisesti, ja terveydenhuollon ammattilaisten tieto paperittomien raskaana olevien ohjeistuksista voi olla puutteellinen. Maahanmuuttajien infektioautien seulonnan tavoitteena on suojata henkilön terveyttä ja estää uusien tartuntojen leviäminen (Liistola ym. 2012b). Seulontojen toteuttaminen paperittomille raskaana oleville naisille on ensisijaisen tärkeää naisen ja vastasyntyneen lapsen infektioiden torjumiseksi.

Paperittomien naisten synnytysten kulku

Paperittomat naiset synnyttivät keskimäärin raskausviikolla 40, ja heistä 70 % synnytti säännöllisesti alateitse, vajaa viidennes imukuppiavusteisesti ja loput 13 % keisarinleikkauksella. Naisten synnytystapa vastaa joiltakin osin kansainvälisiä tutkimustuloksia (ks. taulukko 4). Muihin Suomessa synnyttäneisiin verrattuna paperittomilla naisilla oli useammin imukuppisynnytys (17 % vs. 9 %), mutta harvemmin keisarinleikkaus (13 % vs. 17 %) (Heino ym. 2018). Paperittomien naisten synnytyksistä vajaa viidennes (19 %) oli käynnistettyjä synnytyksiä. Käynnistysten määrä oli pienempi kuin muiden Suomessa synnyttäneiden keskimäärin (29 %) (Heino ym. 2018), ja verrattuna de Jongen ym. (2011) (33 %) ja Wilson-Mitchell ja Rummensin (2013) (38 %) tutkimusten vastaaviin tuloksiin.

Lähes kaikki (90 %) paperittomista naisista käytti jotakin kivunlievitystä synnytyksen aikana. Kivunlievityksistä suosituimpia olivat epiduraalipuudutus ja ilokaasu. Wilson-Mitchell ja Rummensin (2013) tutkimuksen mukaan Kanadassa puolet paperittomista käytti epiduraalipuudutusta kivunlievittäjänä. Tämän tutkimuksen mukaan 71 % naisista sai epiduraalipuudutuksen synnytyskipuja lievittämään. Synnytyksen aikana on harvoin mahdollisuus käyttää apuna tulkkauspalveluita. Koska neuvolassa oli käytetty apuna tulkkauspalveluita osan paperittomien asiakkaiden kanssa, on todennäköistä, että yhteistä kieltä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa ei aina ollut. Epiduraalipuudutus on toimenpiteenä kajoava, ja potilaan ohjaus toimenpiteen aikana korostuu. Tämän vuoksi oli yllättävää, että suurin osa paperittomista sai selkäpuudutuksen synnytyskipuja lievittämään. On kuitenkin mahdollista, että paperittomalla naisella oli tukena henkilö, jonka kanssa kätilöllä oli yhteinen kieli, tai kielitaidottomien ryhmä kuuluu siihen kolmannekseen, jotka eivät saaneet puudutusta.

Tämän tutkimuksen mukaan yksikään paperittomista naisista ei synnyttänyt enneaikaisesti. Kansainvälisten tutkimusten mukaan 7–35 % paperittomista synnytti enneaikaisesti (ks. taulukko 4). Suomessa synnyttää vuosittain enneaikaisesti noin viisi prosenttia naisista (Heino ym. 2018), ja Euroopassa 6–12 % naisista (Euro-Peristat Project 2018). Kansainvälinen tutkimusnäyttö paperittomien naisten enneaikaisten synnytysten riskistä on ristiriitaista. Tämän tutkimuksen tuloksen mukaan paperittomuus ei lisää enneaikaisuuden riskiä. Tulokseen on kuitenkin suhtauduttava varauksella, sillä kyseisessä tutkimuksessa otoskoko oli verrattain pieni. Enneaikaisuuden mahdollisuus on kuitenkin hyvä ottaa huomioon, sillä Helsingissä paperittomien raskausajan seuranta oli tutkimuksen mukaan suurimmalla osalla puutteellista.

Tämä tutkimus tuo uutta rekisteritietoa Helsingissä oleskelevien paperittomien yleisestä terveydestä ja hyvinvoinnista, äitiyshuollon palveluiden käytöstä sekä naisten raskauksien ja synnytysten kulusta. Suomessa äitiysneuvoloiden tarjoama hoito on korkealuokkaista ja raskauden seurannan tarkoitus on ennaltaehkäistä sekä vähentää raskauden ja synnytyksen ajan komplikaatioita (Kelmetti & Hakulinen 2013, Munro ym. 2013, WHO 2016). Tällä hetkellä paperittomilla raskaana olevilla on oikeus kiireettömiin terveystalouteihin vain viidessä kunnassa (Helsinki 2014, Espoo 2016, Turku 2016, Tampere 2017, Vantaa 2017). Turvallisen raskausajan mahdollistamiseksi, inhimillisen kärsimyksen vähentämiseksi ja myös kansanterveydellisesti olisi ensiarvoisen tärkeää tarjota paperittomille naisille laaja pääsy äitiyshuollon palveluihin valtakunnallisesti.

6.2 Tutkimuksen eettisyys ja tietosuojat

Paperittomien määrä on Suomessa kasvanut lisääntyneen maahanmuuton johdosta (Salmi ym. 2016, Jauhiainen ym. 2017), ja heihin kohdistuvaa tutkimusta on Suomessa tehty vähän. Tämän ja aiemman kirjallisuuden perusteella voidaan todeta tutkimus perustelluksi ja yhteiskunnallisesti merkitykselliseksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015). Tässä tutkimuksessa on kerätty tarkasti rajattua tietoa, jota on käytetty vain tämän tutkimuksen tekemiseen. Kaikki kerätty tieto on ollut relevanttia tutkimuksen suorittamisen kannalta. (GDPR 2018.) Toteutettu tutkimus on eettisesti ja taloudellisesti kestävä, sillä tutkimuksessa on hyödynnetty jo olemassa olevia valmiita rekistereitä (Räisänen ym. 2013, TENK 2013), ja tutkimus on toteutettu noudattamalla hyvää tieteellistä käytäntöä (TENK 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015). Tutkimuksessa kohderyhmänä on haavoittuvassa asemassa oleva väestöryhmä, ja tutkimuksessa on käsitelty naisten henkilötietoja, jolloin on ollut erityisen tärkeää toteuttaa tutkimus huolellisesti (Henkilötietolaki 523/1999, TENK 2013). Tutkimuksen tekeminen edellyttää tutkimuslupien hakemista, ja ne haettiin rekisterinpitäjänä toimivilta viranomaisilta: Helsingin kaupungilta ja HUS:lta (Henkilötietolaki 523/1999, Räisänen & Gissler 2012, Grove ym. 2013, TENK 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015). Molempien kohdeorganisaatioiden potilasrekisterit tuottivat tämän tutkimuksen kannalta tärkeää tietoa (Gissler & Haukka 2004, GDPR 2018).

Tämän tutkimuksen aikana käsiteltiin tutkittavien henkilötietoja. Suomessa tilasto- ja henkilötietojen käytöstä säädetään lainsäädännössä (Laki terveydenhuollon valtakunnallisista rekistereistä 557/1989, Henkilötietolaki 523/1999, Tilastolaki 280/2004, GDPR 2018, Tietosuojalaki

1050/2018). Arkaluontoisten henkilötietojen ja henkilötunnuksen käsittely on kiellettyä ja niiden luovutus ovat tarkoin säädeltyä, mutta poikkeusluvin mahdollisia (Henkilötietolaki 523/1999). Henkilötietojen käyttö on sallittua tieteellisessä tutkimuksessa, koska tutkimusta ei voitu suorittaa ilman henkilön yksilöintiä koskevia tietoja (Henkilötietolaki 523/1999, GDPR 2018, Tietosuojalaki 1050/2018). Koska kyseessä oli retrospektiivinen rekisteritutkimus, yksittäisen paperittoman naisen lupaa henkilötietojen käsittelyyn oli mahdotonta saada (Henkilötietolaki 523/1999, Gissler & Haukka 2004), vaikka tutkimuseettisesti tutkittavien itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseksi luvan pyytäminen olisi optimaalisinta (Launis 2005). Henkilörekisterin käyttö tutkimuksen tekemistä varten edellyttää myös, että tutkimuksella on vastuullinen johtaja. Tässä tutkimuksessa vastuullisena johtajana toimi Itä-Suomen yliopiston professori Katri Vehviläinen-Julkunen. (Henkilötietolaki 523/1999.) Lisäksi lain vaatima, asianmukainen rekisteriseloste (Henkilötietolaki 523/1999, Räisänen & Gissler 2012), ja uuden EU:n tietosuojasetuksen myötä myös erillinen tietosuojaseloste laadittiin. Tutkija säilytti molempia selosteita.

Rekisteritutkimuksen keskeisimpiä eettisiä kysymyksiä ovat tutkittavien yksityisyyden suojeleminen ja harmin välttäminen (Launis 2005, Grove ym. 2013). Tutkimuksen eettisyyden varmistamiseksi tutkittavien yksityisyyden suojaamista ja vahingon välttämistä korostettiin siten, että aineiston tallentamisessa, analysoinnissa ja tulosten raportoinnissa ei ollut mahdollista tunnistaa yksittäistä henkilöä. Paperittomien naisten henkilötietoja on käytetty ainoastaan aineiston keruun aikana. Henkilötietoja käsitteli vain tutkija. Aineiston tallentamisessa yksittäiselle henkilölle annettiin numerokoodi, ja aineistoa käsiteltiin tämän jälkeen ilman tunnistetietoja, anonymisti. (Henkilötietolaki 523/1999, Gissler & Haukka 2004, Launis 2005, Grove ym. 2013, TENK 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, GDPR 2018.)

Tutkimuksen eettisyyden vahvistamiseksi on tärkeää säilyttää tutkimusaineisto huolellisesti (Grove ym. 2013, TENK 2013). Tutkittavien henkilötiedot saatiin Helsingin kaupungilta kirjallisena dokumenttina, ja niitä säilytettiin lukitussa tilassa. Anonyymi tutkimusaineistoa säilytetään salasanalla suojatulla muistitikulla ja Itä-Suomen yliopiston salasanalla suojatulla Office 365 OneDrive-pilvipalvelussa. Anonyymiä tutkimusaineistoa säilytetään viisi vuotta. Lainsäädännön vaatimusten ja eettisten periaatteiden mukaisesti tutkittavien henkilötiedot hävitetään, kun ne eivät enää ole tarpeellisia tutkimuksen suorittamisen kannalta. Tutkittavien henkilötiedot hävitetään tutkimuksen päätyttyä tulosten raportointiin, ja anonyymi tutkimusaineisto viiden vuoden kuluttua. (Henkilötietolaki 523/1999, Gissler & Haukka 2004, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, GDPR 2018.)

6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Suomalaisten rekisterien korkea taso ja niiden hyvä saatavuus lisäävät tutkimuksen luotettavuutta (Sund 2003, Launis 2005, Räisänen & Gissler 2012). Tieto suomalaisissa rekistereissä on todettu luotettavaksi (Gissler & Haukka 2004, Räisänen & Gissler 2012, Räisänen ym. 2013), hyvälaatuiseksi ja kattavaksi (Gissler & Haukka 2004, Räisänen ym. 2013). Rekistereissä oleva tieto on sekundääristä tietoa (Lamminpää ym. 2017) ja alun perin tarkoitettu muihin tarkoituksiin, vaikkakin niissä esiintyvää tietoa voidaan käyttää tutkimuksellisiin tarpeisiin uuden tiedon tuottamiseksi (Sund 2003, Grove ym. 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015).

Rekisteritutkimuksen etuina on koko kohdejoukon tutkiminen niin kuin kyseisessä tutkimuksessa on tehty (Räisänen ym. 2013). Kokonaistutkimuksen tekeminen vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta, sillä jokainen tutkittava henkilö on otettu tutkimuksessa huomioon (Grove ym. 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015). Tutkija muodosti itsenäisesti tutkittavat muuttajat aikaisempaan tutkimustietoon perustuen, mikä vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta, sillä tutkittavalle tiedolle oli esitettävissä perustelut tieteelliseen tietoon perustuen (Grove ym. 2013).

Rekisterien hyvästä laadusta huolimatta saattaa rekistereissä oleva tieto vaihdella (Gissler & Haukka 2004). Helsingin kaupungilta saatujen tilastointimerkintöjen mukaan PTON-koodia oli käytetty 65 paperittoman naisen kohdalla. Lomakkeessa yksi henkilö oli kirjattu kahteen kertaan, ja paperittoman henkilön määritelmän mukaan neljä henkilöä ei kuulunut tähän ryhmään. PTON koodia on käytetty osin virheellisesti. Vuonna 2014 PTON-koodia on käytetty neljän, vuonna 2015 kahdeksan, vuonna 2016 kahdenkymmenen ja 2017 kahdenkymmenen neljän paperittoman naisen kohdalla. Toukokuuhun 2018 mennessä neuvolassa oli PTON-koodien perusteella asioinut viisi paperitonta naista. Määrien perusteella on todennäköistä, että PTON-koodia on käytetty myös epäsystemaattisesti. PTON-koodin ali- tai virheikäyttö heikentävät tutkimuksen sisäistä validiteettia – tulosten totuudenmukaisuutta – sillä otoksesta on saattanut jäädä paperittomia henkilöitä tutkimuksen ulkopuolelle. (Grove ym. 2013.) Tutkimuksen otoskoko vaikuttaa myös se, että paperittomat henkilöt voitiin tunnistaa vain Helsingin kaupungin tilastoinnin ansiosta. HUS:lla paperittomia ei tutkimuksen kohdevuosina tilastoitu potilas-tietojärjestelmään eikä heidän identifioiminen ollut mahdollista. On erittäin todennäköistä, että osa paperittomista naisista on käyttänyt vain synnytyssairaalan palveluita eivätkä näin ollen olleet identifioitavissa eivätkä tutkimusotoksessa mukana. Tutkimuksen otoskoko on 62, mikä

on kvantitatiivisessa tutkimuksessa verrattain pieni. Tutkimuksen ulkoisen validiteetin, tulosten yleistettävyyden, suhteen on oltava pienen otoskoon vuoksi varovaisia, mutta kuitenkin suopeita, sillä paperittomien määrä on Suomessa pieni ja kyseinen tutkimus toteutettu kokonais-tutkimuksena. (Metsämuuronen 2009, Grove ym. 2013.)

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös ulkoisena tekijänä tutkijavaikutus. Tässä tutkimuksessa aineiston keräsi ja tallensi tutkija yksin. Potilasasiakirjojen lukeminen sekä aineiston kerääminen perustuivat osin vapaan tekstin lukemiseen ja oli tutkijan omaan tulkintaan perustuvaa. (Grove ym. 2013.) Aineiston keruun aikana on voinut tapahtua näppäily- ja tallennusvirheitä (Räisänen ym. 2013). Lisäksi tutkimusaineisto kerättiin kerran eikä rekistereihin voitu palata tarkistamaan tietojen oikeellisuutta tiedonkeruun työläyden vuoksi (Räisänen ym. 2013). Edellä olevat tekijät voivat vaikuttaa tutkimuksen luotettavuutta heikentävästi. Tutkimuksen luotettavuutta lisää kuitenkin se, että aineisto kerättiin kahdesta eri rekisteristä, ja iso osa tutkittavasta tiedosta oli saatavilla numeerisessa muodossa ja potilastietojärjestelmien rakenteellisista lomakeosioista. Lisäksi osa kerättävistä muuttujista löytyi molemmista rekistereistä, jolloin tiedon oikeellisuus ja tallentaminen on voitu varmistaa tiedonkeruun toisessa vaiheessa. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös aineiston huolellinen tarkastaminen kahdessa eri vaiheessa – heti aineiston keruun jälkeen ja muutaman kuukauden päästä aineiston keruusta ennen aineiston analysointia (Sund 2003, Räisänen ym. 2013).

Tulosten luotettavuutta voidaan arvioida tilastollisten menetelmien validiteettia tarkastelemalla, ja siihen vaikuttavat aineiston analysointi, tulosten tulkinta ja niiden raportointi (Grove ym. 2013). Tiedon keruun aikana havaittiin, että yksittäisisissä potilasasiakirjamerkinnoista oli mahdollisesti puutteita tai tieto oli epävarmaa, jolloin tieto merkittiin aineistoon puuttuvaksi tiedoksi. Merkintöjen mahdollisesta puutteellisuudesta antaa viitteitä esimerkiksi tieto paperittomien naisten käyntimääristä Global Clinicillä. Potilasasiakirjamerkintöjen mukaan vain kahdeksan naisen raskautta oli seurattu osin tai kokonaan Global Clinicillä. Klinikalta saatujen tietojen mukaan heillä asioi vuosittain 15–20 paperitonta raskaana olevaa naista, ja heidät lähetetään aina julkiseen neuvolaseurantaan jatkohoitoon (Korniloff 2018). Lukumäärinen perusteella olisi oletettavaa, että useampi nainen olisi käynyt ainakin kertaalleen Global Clinicillä. Puutteelliset kirjaukset ja puuttuvat tiedot voivat vaikuttaa tuloksiin ja niiden luotettavuuteen (Lamminpää ym. 2017).

Tutkimuksessa aineistosta on tuotettu tilasto-ohjelmalla perustunnuslukuja. Aineistoa kuvailaan tutkimuksen tulososiossa tekstin, taulukoin ja kuvioin. Aineiston analysoinnin alkuvaiheessa konsulttoitiin Itä-Suomen yliopiston tilastotieteen asiantuntijaa ja analyysiprosessin vaiheissa käytettiin apuna SPSS-oppaita (Karhunen ym. 2011, Taanila 2017) ja internetistä saatavia opasvideoita. Edellä mainittujen ansiosta aineiston käsittely on luotettavaa (Grove ym. 2013). Tutkimuksessa saadut tulokset ovat samansuuntaiset aikaisemman tutkimuskirjallisuuden kanssa, mikä myös vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015). Aineiston analysointi on kuitenkin tehty vain perustunnuslukuja kuvaamalla. Tulososio voisi olla arvokkaampi, jos aineistoa olisi saatu kuvattua monipuolisemmin – esimerkiksi eri muuttujien yhteyden kuvaamisella. (Grove ym. 2013). Aineiston pienen koon vuoksi tilastollisten testien tekeminen ei ollut mahdollista (Metsämuuronen 2009, Grove ym. 2013).

7 JOHTOPÄÄTÖKSET, SUOSITUKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Johtopäätökset

Tämä tutkimus on Suomessa ainoa, jossa on tutkittu paperittomia raskaana olevia naisia, heidän lisääntymisterveyttään ja äitiyshuollon palveluiden käyttöä. Vuosien 2014–2018 puoleen väliin mennessä Helsingin neuvoloissa tavattiin 60 raskaana olevaa naista, ja 47 elävää lasta syntyi pääkaupunkiseudun synnytysairaaloissa. Paperittomien naisten keski-ikä oli 28 vuotta, ja naisten kolme yleisintä kotimaata olivat Romania, Thaimaa ja Venäjä. Paperittomien naisten hoitoon pääsy alkoi selvästi myöhäisessä raskauden vaiheessa, keskimäärin toisen raskauskolmanneksen aikana, raskausviikolla 20. Naisista vajaa kolme neljäsosaa sai riittämätöntä tai selvästi riittämätöntä raskausajan hoitoa. Paperittomista naisista viidellä prosentilla todettiin HIV- ja kolmella prosentilla hepatiitti B-infektio. Tartuntatautien määrä oli osin suurempi kuin muiden maahanmuuttajataustaisten keskimäärin. Suurin osa naisista synnytti alateitse hyvävointisia vastasyntyneitä lapsia. Yksikään nainen ei synnyttänyt ennenaikaisesti.

Suosituks

1. Paperittomilla naisilla tulee valtakunnallisesti olla yhtäläinen oikeus laajoihin äitiyshuollon palveluihin kuntalaisen asiakasmaksuhintaan.
2. Äitiyshuollon palveluista tulee tiedottaa julkisesti, jotta paperittomat naiset osaisivat hakeutua palveluiden pariin raskauden varhaisemmassa vaiheessa.
3. Äitiyshuollossa toimiville terveydenhuollon ammattilaisille ja johtajille tulee tarjota riittävä koulutusta paperittomien oikeuksista terveydenhuollon palveluihin. Lisäksi koulutus naisten taustoista, ja heidän lisääntymisterveytensä piirteistä lisää ammattilaisten ymmärrystä paperittomien naisten raskausajan terveydestä ja hyvinvoinnista.
4. Paperittomien hoitoon tarvitaan yhtenevät ohjeistukset valtakunnallisesti.

Jatkotutkimushaasteet

- Paperittomien naisten seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimusta Suomessa tulee jatkaa erilaisin tutkimusmenetelmin
- Paperittomien henkilöiden terveystutkimus
- Terveystutkimuksen ammattilaisten kokemukset paperittomien kohtaamisesta ja hoitamisesta

LÄHTEET

Almeida LM, Caldas J, Ayres-de-Campos D, Salcedo-Barrientos D & Dias S. 2013. Maternal healthcare in migrants: a systematic review. *Maternal & Child Health Journal* 17(8), 1346–1354.

American Academy of Pediatrics. 2006. Committee on fetus and newborn, American college of obstetricians and gynecologists and committee on obstetric practice. The Apgar score. *Pediatrics* 117(4), 1444–7.

Apgar V. 1953. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Anesthesia and Analgesia* 32(4), 260-7.

Biswas D, Toebes B, Hjern A, Acher H & Norredam M. 2012. Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: A comparative study of Denmark, Sweden, and the Netherlands. *Health and Human Rights Journal* 14(2), 49–60.

Castañeda H. 2009. Illegality as risk factor: a survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. *Social Science & Medicine* 68(8), 1552-1560.

Cuadra CB. 2012. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *European Journal of Public Health* 22(2), 267–271.

De Jong L, Pavlova M, Winters M & Rechel B. 2017. A systematic literature review on the use and outcomes of maternal and child healthcare services by undocumented migrants in Europe. *European Journal of Public Health* 27(6), 990–997.

De Jonge A, Rijnders M, Agyemang C, van der Stouwe R, den Otter J, van den Muijsenbergh & Buitendijk S. 2011. Limited midwifery care for undocumented women in the Netherlands. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 32(4), 182-188.

Espoo. 2016. Vastaus valtuustoaloitteeseen koskien terveydenhoidon järjestämistä paperittomille henkilöille. Pöytäkirja. <http://docplayer.fi/35179144-Espoon-kaupunki-poytakirja-vas-taus-valtuustoaloitteeseen-koskien-terveydenhoidon-jarjestamista-paperittomille-henkiloille-kh-kv.html>. Luettu 05.12.2018.

Espoon kaupunki. 2018. Vuoden 2019 talousarvion ja taloussuunnitelman hyväksyminen. <http://espooprodfi.oncloudos.com/kokous/2018462398-3.PDF>. Luettu 15.01.2019.

Euro-Peristat Project. 2018. European perinatal health report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. www.europeristat.com. Luettu 09.01.2019.

European Network. 2017. Access to healthcare in 16 European countries. Legal report. European network to reduce vulnerabilities in health. https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/01/2017_final-legal-report-on-access-to-healthcare-in-16-european-countries.pdf. Luettu 18.12.2018.

FRA. 2015. Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation. European Union Agency for Fundamental Rights. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Fuentes-Afflick E, Hessel N, Bauer T, O'Sullivan M, Gomez-Lobo V, Holman S, Wilson T & Minkoff H. 2006. Use of prenatal care by Hispanic women after welfare reform. *Obstetrics and Gynecology* 107(1), 151-160.

Gissler M & Haukka J. 2004. Finnish health and social welfare registers in epidemiological research. *Norsk Epidemiologi (The Norwegian Journal of Epidemiology)* 14(1), 113–120.

Global Clinic. 2018. Jokaiselle hoitoa ketään syrjimättä. <http://www.globalclinic.fi/>. Luettu 05.12.2018.

Grove SK, Burns N & Gray JR. 2013. *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence.* 7. painos. Saunders, Elsevier Inc, Kiina.

Haikarakansio. 2018. Synnytysopin opas. Paperittoman hoidon erityispiirteet. Ammattilaisten osio. Julkaisematon lähde.

Heino A, Vuori E, Kiuru S & Gissler M. 2018. Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2017. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137072/Tr38_18.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Luettu 09.01.2019.

Helsinki. 2014. Ulkomailta tulevien oikeus hoitoon, maksut ja korvaukset. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden virasto. Pysyväisohje, PYSY011. Julkaisematon lähde.

Helsingin kaupunki. 2016. Paperittomien naisten äitiysneuvolaseuranta Helsingissä. Julkaisematon lähde.

Helsingin kaupunki. 2018. Paperittomien hoito Helsingin terveysasemilla. Julkaisematon lähde.

ICD-10. 2011. Tautiluokitus ICD-10. 3. painos. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos. StMichel Print, Mikkeli.

Jauhiainen J, Gadd K & Jokela J. 2017. Paperittomat Suomessa 2017. Turun yliopiston maantieteen ja geologian laitoksen julkaisuja. Painosalama Oy, Turku.

Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. 3.–4. painos. Sanoma Pro Oy, Helsinki.

Karhunen V, Rasi I, Lepola E, Muhli A & Kanninen A. 2011. IBM SPSS Statistics. Perusteet. Oulun yliopisto. Uniprint, Oulu.

Kela. 2015. Ulkomailta tulevien sairaanhoito Suomessa. https://www.kela.fi/documents/10180/1978560/Ulkomailta+tulevien+sairaanhoito+Suomessa_opas_300615L.pdf/a5b13013-6192-4288-9597-eeb37bd68579. Luettu 31.10.2018.

Keskimäki I, Nykänen E & Kuusio H. 2014. Paperittomien terveystieteiden palvelut Suomessa. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 11/2014. Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy, Tampere.

Klemetti R & Hakulinen T. 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.

Korniloff M. 2018. Haastattelu. Papete-työn suunnittelija, Lääkäriin sosiaalinen vastuu/Global Clinic. Julkaisematon lähde.

- Kvamme E & Ytrehus S. 2015. Barriers to health care access among undocumented migrant women in Norway. *Society, Health & Vulnerability* 6(1), 1–17.
- Käypä hoito-suositus. 2013. Raskausdiabetes. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=hoi50068>. Luettu 09.11.2018.
- Lamminpää R, Gissler M & Vehviläinen-Julkunen K. 2017. Utilization of large data sets in maternal health in Finland. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 31(3), 236–243.
- Launis V. 2005. Rekisteritutkimuksen etiikka filosofian näkökulmasta. *Lääkärilehti* 12–13(60), 1459–1461.
- Leinonen E, Gissler M, Haataja L, Rahkonen P, Andersson S, Metsäranta M & Rahkonen L. 2018. Low Apgar scores at both one and five minutes are associated with long-term neurological morbidity. *Acta Paediatrica* 107(6), 942–951.
- Liistola K, Surcel HM, Mölsä M, Hiltunen-Back E, Nohynek H & Kivelä P. 2012a. Infektiotautien esiintyminen. Teoksessa Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M & Koskinen S (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurdi-taustaisista Suomessa*. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere, 114–116.
- Liistola K, Nohynek H & Kivelä P. 2012b. Infektiotautien seulonta ja ehkäisy. Teoksessa Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M & Koskinen S (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurdi-taustaisista Suomessa*. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere, 110–113.
- Loue S, Cooper M & Lloyd LS. 2005. Welfare and immigration reform and use of prenatal care among women of Mexican ethnicity in San Diego, California. *Journal of Immigrant Health* 7(1), 37–44.
- Lu M, Lin Y, Prietto N & Garite T. 2000. Elimination of public funding of prenatal care for undocumented immigrants in California: A cost/benefit analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 182(1), 233–239.
- Löthman-Kilpeläinen L. 2017. Tilastotietoa paperittomista raskaana olevista Helsingin neuvoloissa. Ylihoitaja. Julkaisematon lähde.
- Melberg A, Husøy Onarheim K, Onarheim Spjeldnæs A & Miljeteig I. 2017. Towards universal health coverage for undocumented migrants? *Tidsskriftet den Norske Ledeforening*. <https://tidsskriftet.no/en/2017/12/global-helse/towards-universal-health-coverage-undocumented-migrants#ref18>. Luettu 12.12.2018.
- Metsämuuronen J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 4. laitos. 1. painos. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Munro K, Jarvis K, Munzo M, D’Souza V & Graves L. 2012. Undocumented pregnant women: what does the literature tell us? *Journal of Migrant Minority Health* 15(2), 281–291.
- NICE. 2012. Antenatal Care. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs22/resources/antenatal-care-pdf-2098542418117>. Luettu 19.10.2018.
- Norges Røde Kors. 2018. Health Center for undocumented migrants in Oslo. <https://www.rodekors.no/en/om-rote-kors/lokalforeninger-og-distrikter/oslo/pages-in-englishx/health-centre-for-undocumented-migrants-in-oslo/>. Luettu 12.12.2018.

- Nykänen M, Vehviläinen-Julkunen K & Klemetti R. 2017. The expectations of antenatal screening and experiences of the first trimester screening scan. *Midwifery* 47(2017), 15–21.
- Paloma-käsikirja. 2018. Pakolaisten mielenterveyden tukeminen Suomessa. Ohjaus 5/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy, Helsinki.
- Rosengrenska. 2018. Rosengrenska stiftelsen. Vård till papperslösa. Om oss. <http://www.rosengrenska.org/blogg/>. Luettu 18.12.2018.
- Räisänen S & Gissler M. 2012. Rekisteritutkimus – mahdollisuus hoitotieteessä. *Hoitotiede* 24(1), 62–69.
- Räisänen S, Heinonen S, Sund R & Gissler R. 2013. Rekisteritietojen hyödyntämisen haasteet ja mahdollisuudet. *Suomen Lääkärilehti* 47(68), 3075–3082a.
- Röda Korset. 2014. Vårdgivare saknar kunskap om lag för vård av papperslösa. <https://www.redcross.se/press-och-opinion/pressmeddelanden/vardgivare-saknar-kunskap-om-lag-for-var-d-av-papperslosa/>. Luettu 18.12.2018.
- Røde Kors. 2018. Sundhedsklinikken. <https://www.rodekors.dk/vores-arbejde/sundhedsklinik>. Luettu 12.12.2018.
- Salmasi L & Pieroni L. 2015. Immigration policy and birth weight: positive externalities in Italian law. *Journal of Health Economics* 43, 128–139.
- Salmi H, Tiittala P, Lundqvist T, Mönttinen A, Sainio S, Aalu H, Holmberg V. 2016. Kuinka hoidan paperitonta potilasta? *Suomen Lääkärilehti* 12–13(71), 915–922.
- Schoevers M, Van Den Muijsenbergh M & Lagro-Janssen A. 2010. Illegal female immigrants in the Netherlands have unmet needs in sexual and reproductive health. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 31(4), 256–264.
- Sisäministeriö. 2016. Toimenpidesuunnitelma laittoman maassa oleskelun ehkäisyyn ja hallintaan. <https://valtioneuvosto.fi/documents/10616/1266558/Tpsuunnitelma-LAMA.pdf/c5b16a1b-8418-4fe0-a3ba-3fe3663ef67f/TpsuunnitelmaLAMA.pdf.pdf>. Luettu 07.12.2018.
- Smith A & LeVoy M. 2016. The sexual and reproductive health rights of undocumented migrants. Narrowing the gap between their rights and the reality in the EU. PICUM: platform for international cooperation on undocumented migrants. https://picum.org/wp-content/uploads/2017/11/Sexual-and-Reproductive-Health-Rights_EN.pdf. Luettu 17.12.2018.
- Smith A & LeVoy M. 2017. Cities of rights: ensuring health care for undocumented residents. PICUM: platform for international cooperation on undocumented migrants. https://picum.org/wp-content/uploads/2017/11/CityOfRights_Health_EN.pdf. Luettu 12.12.2018.
- Smith A, LeVoy M, Mahmood T & Mercer C. 2016. Migrant women’s health issues: addressing barriers to access to health care for migrant women with irregular status. From sexual and reproductive ill-health to choices and well-being. *Entre Nous – The European Magazine for Sexual and reproductive health* 85, 18–21.

- STM. 2017a. Kunnille suositukset laittomasti maassa oleskelevien kiireelliseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Kuntainfo 2/2017. https://stm.fi/documents/1271139/3899844/Kuntainfo_2-2017_verkkoon.pdf/2a98f528-8e34-42c9-91ca-070a3c0d5e40/Kuntainfo_2-2017_verkkoon.pdf.pdf. Luettu 04.12.2018.
- STM. 2017b. Maahanmuuttajataustaisten lasten ja raskaana olevien naisten oikeus terveydenhuollon palveluihin Suomessa. Kuntainfo 7/2017. https://stm.fi/documents/1271139/3899844/Kuntainfo_4-2017_verkkoon.pdf/486fa331-a40a-4601-9150-f6d08f23dff0. Luettu 07.12.2018.
- STM. 2018. Paperittomien terveydenhuolto. <https://stm.fi/paperittomien-terveydenhuolto>. Luettu 04.12.2018. <https://stm.fi/documents/10616/1266558/Tpsuunnitelma-LAMA.pdf/c5b16a1b-8418-4fe0-a3ba-3fe3663ef67f>. Luettu 07.12.2018.
- Sund R. 2003. Utilisation of administrative registers using scientific knowledge discovery. *Intelligent Data Analysis* 7(6), 501–519.
- Swartz JJ, Hainmueller J, Lawrence D & Rodriguez MI. 2017. Expanding prenatal care to unauthorized immigrant women and the effects on infant health. *The American College of Obstetrics and Gynecologists* 130(5), 938–945.
- Taanila A. 2017. IBM SPSS Statistics 24. <http://myy.haaga-helia.fi/~taaak/k/spss19.pdf>. Luettu 15.10.2018.
- Tampere. 2017. Valtuustokysely paperittomien henkilöiden terveydenhoidon palveluiden järjestämisestä. [http://tampere.cloudnc.fi/fi-FI/Toimielimet/Kaupunginvaltuuston_kyselytunti/Kokous_18122017/Valtuustokysely_paperittomien_henkiloide\(42962\)](http://tampere.cloudnc.fi/fi-FI/Toimielimet/Kaupunginvaltuuston_kyselytunti/Kokous_18122017/Valtuustokysely_paperittomien_henkiloide(42962)). Luettu 05.12.2018.
- Tampereen kaupunki. 2017. Valtuustoaloite paperittomien välttämättömien oikeuksien takamiseksi. [http://tampere.cloudnc.fi/fi-FI/Toimielimet/Kaupunginvaltuusto/Kokous_18122017/Valtuustoaloite_paperittomien_valttamatt\(44093\)](http://tampere.cloudnc.fi/fi-FI/Toimielimet/Kaupunginvaltuusto/Kokous_18122017/Valtuustoaloite_paperittomien_valttamatt(44093)). Luettu 05.12.2018.
- TENK. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/fi-les/HTK_ohje_2012.pdf. Luettu 10.01.2019.
- Tiittala P, Tuomisto K, Puumalainen T, Lyytikäinen O, Ollgren J, Snellman O & Helve O. 2018. Public health response to large influx of asylum seekers: implementation and timing of infectious disease screening. *BMC Public Health* 18(1139), 1–10.
- Tjukanov N. 2018. Paperittomien terveyden edistäminen. Rekisteritutkimus Helsingissä tavattujen paperittomien terveysongelmista, käyntisyistä, perustason hoidosta ja hoidon kustannuksista. Pro gradu-tutkielma. Sosiaali- ja terveyshallintotiede. Vaasan yliopisto.
- Trummer U, Novak-Zezula S, Renner AT & Wilczewska I. 2016. Cost analysis of health care provision for irregular migrants and EU citizens without insurance. Center for health and migration. http://equi-health.eea.iom.int/images/MIPEX/Thematic_Study_Report_Final.pdf. Luettu 12.12.2018.
- Turku. 2016. Paperittomien henkilöiden terveydenhoidon järjestäminen Turun hyvinvointitoimialalla. <http://ah.turku.fi/sosterla/2016/0216002x/3354975.htm>. Luettu 05.12.2018.

- Turun kaupunki. 2018. Valtuutettu Niina Ratilaisen ym. aloite välttämättömien palveluiden järjestämiseksi paperittomille Turussa. <http://ah.turku.fi/kv/2018/0129001x/3663879.htm>. Luettu 05.12.2018.
- UNAIDS. 2019. Countries. <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries>. Luettu 09.01.2019.
- Vantaa. 2017. Selvitys valtuustoaloitteeseen (12.12.2016) terveydenhuollon järjestämisestä paperittomille henkilöille. <http://www.vantaa.fi/uutisia/101/0/132302>. Luettu 05.12.2018.
- Väyrynen P. 2012. Raskauden ajan muutokset. Teoksessa Paananen UK, Pietiläinen S, Raussi-Lehto E, Väyrynen P & Äimälä AM (toim.) Kättilötyö. Edita Prima, Helsinki, 174–178.
- Wendland A, Ehmsen BK, Lenskjold V, Astrup B, Mohr M, Williams C & Cowan S. 2016. Undocumented migrant women in Denmark have inadequate access to pregnancy screening and have a higher prevalence Hepatitis B virus infection compared to documented migrants in Denmark: A prevalence study. *BMC Public Health* 16:426,1-9.
- Wherry L, Fabi R, Shickedanz A & Saloner B. 2017. State and federal coverage for pregnant immigrants: prenatal care increased, no change detected for infant health. *Health Affairs* 36(4), 607–615.
- WHO. 2013. WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94555/9789241506076_eng.pdf;jsessionid=8C548E8316584B1BFE7C45149A596C2A?sequence=1. Luettu 08.01.2018.
- WHO. 2016. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Implementation of the ANC guideline and recommendations: introducing the 2016 WHO ANC model, 105. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf;jsessionid=C33E0427CCC1DCBF7126FFD907CB7F9F?sequence=1>. Luettu 29.10.2018.
- WHO. 2018. Maternal and newborn health. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/maternal-and-newborn-health>. Luettu 12.11.2018.
- Wilson-Mitchell K & Rummens J. 2013. Perinatal Outcomes of Uninsured Immigrant, Refugee and Migrant Mothers and Newborns Living in Toronto, Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 10(6), 2198-2213.
- Wolff H, Stalder H, Epiney M, Walder A, Irion O & Morabia A. 2005. Health care and illegality: A survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva. *Social Science and Medicine* 60(9), 2149-2154.
- Wolff H, Epiney M, Lourenco A, Costanza M, Delieutraz-Marchand J, Andreoli N, Dubuisson JB, Gaspoz JM & Irion O. 2008. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health* 8:93, 1-10.
- Yeh P, Emary K & Impey L. 2012. The relationship between umbilical cord arterial pH and serious adverse neonatal outcome: analysis of 51 519 consecutive validated samples. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 119, 824-831.

LAIT, ASETUKSET JA SOPIMUKSET

Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 9.10.1992/912.

Asetus taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan kansainvälisen yleissopimuksen voimaansaattamisesta 6/1076.

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989.

GDPR. 2018. Data protection act 2018. http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2018/12/pdfs/ukpga_20180012_en.pdf. Luettu 17.01.2019.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

Ihmisoikeuksien yleismaallinen julistus. 1948. https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf. Luettu 07.12.2018.

Kaikkinaisen naisten syrjinnän poistamista koskeva yleissopimus 68/1986.

Lag 2013:407. Lag om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta 1201/2013.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734.

Laki terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä 9.6.1989/556.

Lasten oikeuksien yleissopimus 60/1991.

Paperittomien ihmisoikeudet. 2006. Euroopan neuvoston parlamentaarinen yleiskokous. Päätöslauselma 1509. <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=17456&lang=en>. Luettu 18.12.2018.

SFS 2013:412. Förordning om vårdavgifter m.m. för utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

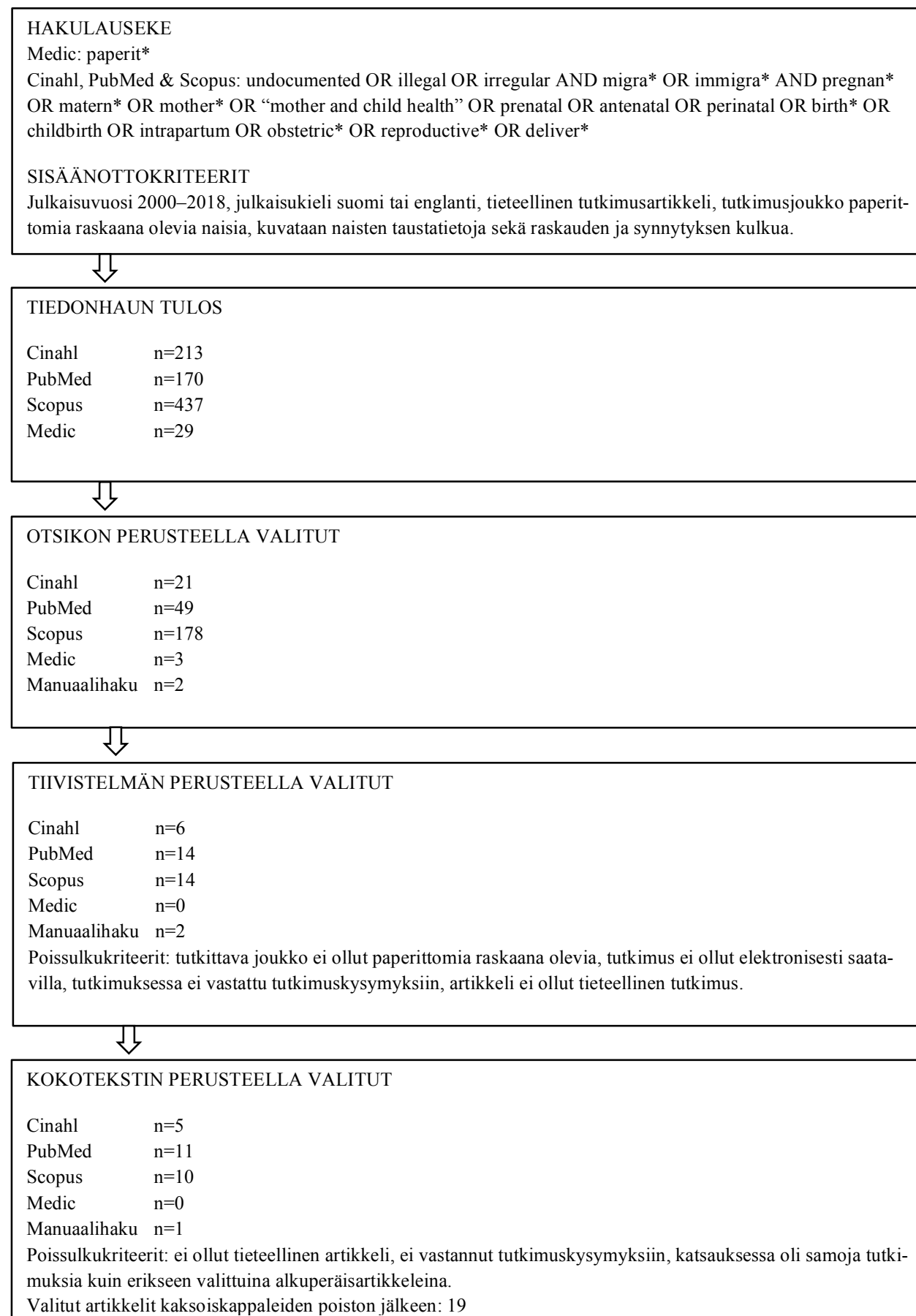
Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tietosuojalaki 1050/2018.

Tilastolaki 23.4.2004/280.

Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 583/217.

Liite 1. Tiedonhakuprosessin kuvaus.



Liitetaulukko 2. Tutkimusartikkeleiden taulukointi.

Te- kijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoi- tus	Otos / Tutki- musmene- telmä(t)	Keskeiset tulokset
Almeida ym. 2013, Portugal	Arvioida raskaana olevien maahanmuuttajanaisten hoitoon pääsyä, palveluiden käyttöä ja laatua sekä niiden vaikutusta terveyden lopputuloksiin.	N=30 Systemaattinen kirjallisuuskat- saus	Maahanmuuttajanaiset aloittivat raskausajan seurannan usein myöhään ja käyntimäärät olivat vähäisiä. Naisilla oli riski komplisoituneisiin synnytyksiin. Puutteellinen kieli- taito vaikutti heikentävästi hoitoon pääsyyn, sen laatuun ja terveystuloksiin.
Cas- tañeda 2009, USA	Kuvata paperittomien klinikalla käyvien hen- kilöiden taustatietoja, yleisimpiä käyntisyitä ja rajoitetun hoitoon pääsyn vaikutuksia.	183 tapaustutki- musta, Paperittomia n=51 Osallistuva ha- vainnointi ja tee- mahaastattelu	Suurin osa paperittomista raskaana olevista oli 21–30-vuo- taista aasialais- tai afrikkalaistaustaisia naisia. Suurin osa naisista hakeutui hoitoon kolmannen raskauskolmanneksen aikana. Naisista 88 % sai riittämätöntä raskaudenajan hoi- toa (käyntejä ≤ 5). Moni raskaana olevista ei palannut kli- nikalle takaisin kuulemaan hoidontuloksia.
De Jonge ym. 2011, Alanko- maat	Arvioida, mukautta- vatko kättilöt anta- maansa hoitoa, kun ky- seessä on paperiton ras- kaana oleva nainen. Tu- loksia verrattiin lailli- sesti maassa olevien sam- an taustaisten ras- kaana olevien saamaan hoitoon.	N=282 Paperittomia n=141 Rekisteritutki- mus	Paperittomilla naisilla ensimmäinen raskauden ajan käynti oli viisi viikkoa myöhemmin ja käyntejä kolme vähemmän kuin laillisesti maassa oleilevilla maahanmuuttajanaيسilla. Naisista puolet kävi raskausajan seurannassa suositusten mukaisesti ja kolmannes suosituksia useammin. Naiset synnyttivät useammin enneaikaisesti ja saivat useammin pienipainoisen lapsen. Naiset synnyttivät kaksi kertaa use- ammin kotona. Naisista 45 % oli kokenut psykososiaalisia ongelmia.
De Jong ym. 2017, Alanko- maat	Systemaattisesti arvi- oida paperittomien äi- tiys- ja lasten tervey- denhuollon palveluiden käyttöä ja terveyden lopputuloksia EU- ja ETA-maissa.	N=33 Kirjallisuuskat- saus	Paperittomat naiset käyttivät vähän äitiys- ja lasten tervey- denhuollon palveluita. Terveyspalveluiden käyttöön vai- kuttivat tiedon puute ja maasta karkottamisen pelko. Myös terveyden lopputulos oli paperittomilla heikompi. Tervey- denhuollon ammattilaisilla oli usein vähän tietoa paperitto- mien naisten oikeuksista hoitoon.
Fuentes- Afflick ym. 2006, USA	Verrata asuin- kaupun- gin (Florida, Kalifornia ja New York) ja oleske- lustatuksen vaikutusta raskausajan seurantaan latinalaisamerikkalai- silla naisilla hyvinvoin- tiuudistuksen (PRWORA) jälkeen.	N=3242 Paperittomia 64 % Mixed-method: strukturoitu haastattelu ja po- tilasrekisterit	Kaupungeissa, joissa hoitoon pääsy oli helpompaa, 75 % paperittomista naisista aloitti raskaudenajan seurannan en- simmäisen raskauskolmanneksen aikana. Kaupungissa, jossa oli rajoitettu hoitoon pääsy, 57 % aloitti raskau- denajan seurannan ensimmäisen kolmanneksen aikaan ja 30 %:lla oli riittämätön raskauden ajan seuranta. Riittämät- tömään raskaudenajan seurantaan vaikuttivat maassa- olostatus, äidin nuori ikä, naimattomuus, uudelleensynny- ttäjäyys rahan ja sairausvakuutuksen puuttuminen.
Korinek & Smith 2011, USA	Analysoida etnisen taustan, lähtömaan ja maassaolostatuksen vaikutusta raskauden seurannan toteutumise- seen.	N=387 864 Rekisteritutki- mus	Paperittomat naiset saivat heikoiten ja riittämättömimmin raskauden ajan seurantaan. Puutteellisella raskauden seuran- nalla ja vastasyntyneen pienipainoisuudella oli tilastolli- sesti merkitsevä yhteys. Nuori ikä, naimattomuus, matala koulutustaso ja työttömyys lisäsivät riskiä riittämättömään raskauden ajan seurantaan.
Kelaher & Jes- sop 2002, USA	Verrata USA:ssa synty- neiden, oleskeluluvan omaavien ja paperitto- mien synnyttämiä pie- nipainoisia lapsia.	N=5064 Paperittomia n=915 Rekisteritutki- mus	Paperittomilla naisilla oli 14 % riski synnyttää pienipainoi- nen lapsi. Paperittomien ja ulkomailla tai USA:ssa synty- neiden latinalaisamerikkalaisten naisten välillä ei ollut merkitsevää eroa vauvan pienipainoisuudessa.

Liite 2. Tutkimusartikkeleiden taulukointi (2/3).

Tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoi- tus	Otos / Tutki- musmene- telmä(t)	Keskeiset tulokset
Loue ym. 2005, USA	Selvittää meksikolais- taustaisten naisten pääsyä gynekologille ja raskauden seurantaan tiukentuneiden lakimuutosten jälkeen (PRWORA ja II- RAIRA).	N=157 Paperittomia n=56 Strukturoitu ky- selytutkimus	Paperittomat naiset olivat vähemmän kouluttautuneita, usein parisuhteessa tai naimisissa, työttömiä ja vähätuloisia. Paperittomat raskaana olevat pääsivät hoitoon yhtä hyvin ja kokivat hoidon yhtä laadukkaana kuin muut meksikolais-taustaiset naiset. Kuitenkin 34 % paperittomista koki hoitoon pääsyn hankalammaksi lakimuutoksen jälkeen. Neljäsosalta hoito kiellettiin ja puolet naisista pelkäsi hoitoon hakeutumista paperittoman statuksen vuoksi.
Lu ym. 2000, USA	Verrata paperittomien naisten synnytysten lopputulosta ja kustan- nuksia niillä, joilla oli ja, joilla ei ollut ras- kauden seuranta sekä arvioida seurannan kieltämisen seurauksia Kaliforniassa.	N=970 Rekisteritutki- mus	Raskauden seurannan puute vaikutti merkittävästi ennenaikaisen synnytyksen riskiin ja vauvan pienipaino- isuuteen. Naisista 10 %:lla ei ollut raskausajan seuranta ja 35 %:lla raskauden seuranta alkoi ensimmäisen raskauskolman- neksen aikana. Ennenaikaisesti synnytti 7 % kaikista paperittomista. Paperittomilla naisilla, jotka eivät käyneet raskausajan seurannassa, oli 7-kertainen riski synnyttää ennenaikaisesti ja 4-kertainen riski saada pienipainoinen vauva verrattuna hoitoa saaviin paperittomiin naisiin.
Munro ym. 2013, Kanada	Selvittää, millaista tie- toa paperittomista ras- kaana olevista naisista on tutkimuskirjallisuuden avulla saatavissa.	N=23 Kirjallisuuskat- saus	Länsimaissa oleskelevat paperittomat naiset olivat nuorempia, naimattomia ja työskentelevät useammin kodinhoitotehtävissä verrattuna saman maan muihin naisiin. Raskaana olevat naiset pääsivät myöhemmin raskausajan seurantaan, ja heillä oli lisääntynyt riski heikompaan terveyden lopputulokseen. Synnytyksen ajan ja lopputuloksen suhteen tulokset olivat ristiriitaiset.
Reed ym. 2005, USA	Kuvata paperittomien naisten synnytysten lopputuloksia Colora- dossa.	N=5961 Rekisteritutki- mus	Paperittomat raskaana olevat naiset olivat iältään yleisimmin 17–35-vuotiaita, naimattomia, olivat harvemmin käyneet lukiota loppuun, eivät tupakoi tai käyttä alkoholia ja saivat harvemmin riittävää raskauden aikaista seuranta. Raskauden seuranta alkoi ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana puolella naisista. Naisista 80 % synnytti alateitse, joista 10 % imukupilla ja 15 % sektiolla. Paperittomilla naisilla oli enemmän synnytyskomplikaatioita kuin muilla naisilla (40% vs. 26%), ja he synnyttivät muita harvemmin ennenaikaisesti.
Salmasi & Pieroni 2015, Italia	Arvioida paperittomien raskaana olevien laajennetun terveydenhuoltoon pääsyn vaikutusta vastasyntyneiden terveystuloksiin.	Kvasikokeellinen tutkimus- asetelma, rekisteritutkimus	Vastasyntyneiden pienipainoisuuden riski vähentyi huomattavasti, kun paperittomien raskaana olevien oleskeluoikeus virallistettiin ja mahdollisuus hakeutua terveydenhuollon piiriin kasvoi.
Schoevers ym. 2010, Alankomaat	Arvioida paperittomien naisten lisääntymisterveyteen liittyviä ongelmia ja haasteita hoitoon hakeutumisessa.	N=100 Mixed method: strukturoitu kyselylomake ja teemahaastattelu	Naisten keski-ikä oli 36 vuotta. Naisista 19 % ei käynyt raskausajan seurannassa ja 55 %:lla seuranta alkoi ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana. Puutteelliseen raskauden seurantaan hakeutumiseen vaikuttivat mm. tiedon puute, tunteamaton terveydenhuolto- järjestelmä, maasta karkottamisen pelko, hoidon kieltäminen, vaikeat elinolosuhteet. Naisista kolmasosa synnytti kotona. Ennenaikaisia synnytyksiä oli 11 %:lla naisista. Perheväkivaltaa raskauden aikana koki viidennes naisista.

Liite 2. Tiedonhakuprosessin kuvaus (3/3).

Tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoi- tus	Otos / Tutki- muse- menetelmä(t)	Keskeiset tulokset
Swartz ym. 2017, USA	Arvioida hoitoon pää- syn laajentamisen vai- kutusta paperittomien raskaana olevien ter- veyspalveluiden käyt- töön, ennen aikaisten synnytysten riskiin ja vastasyntyneiden pie- nipainoisuuteen.	N=213 746 Rekisteritutki- mus	Hoitoon pääsyn laajentaminen lisäsi paperittomien naisis- ten raskausajan käyntejä ja hoidon laatua. Naiset saivat use- emmin riittävää raskausajan hoitoa. Myös lasten ennaltaeh- käisevien hoitokäyntien määrä lisääntyi sekä erittäin pieni- painoisten vastasyntyneiden määrä ja lasten kuolleisuus vä- hentyivät.
Wendland ym. 2016, Tanska	Kuvailla vapaaehtois- klinikoille hakeutuvien paperittomien raskaana olevien taustatietoja ja verrata paperittomien raskaana olevien infek- tiostatusta muuhun sam- an taustaisten väes- töön.	N=329 Rekisteritutki- mus	Paperittomilta raskaana olevilta seulotaan harvemmin in- fektioitauteja. Syitä seulomattomuuteen: naiset eivät palan- neet hoidon pariin, he poistuivat maasta, heidät oli lähetetty jatkohoitoon muualle, he kieltäytyivät testistä tai testaus ei ollut mahdollista käynnillä. Naisista 60 %:lta seulottiin HIV, 43 %:lta HBV ja 58 %:lta kuppa. Naisilla todettiin 2- kertainen määrä HIV- ja 2.4-kertainen määrä HBV-tartun- toja. Yhtäkään kuppataartuntaa ei todettu.
Wherry ym. 2017, USA	Verrata eri sairasma- kuutustyyppien vaiku- tusta maahanmuuttaja- naisten hoitoon pää- syyn, ja sen vaikutusta raskauden ja synnytyk- sen lopputulokseen.	Kvasikokeelli- nen tutkimus- asetelma, rekis- teritutkimus	Terveydenhuollon palveluihin pääsyn laajentamisen myötä äitiyshuollon käyntimäärät ja keisarinleikkaukset lisäänty- ivät. Lisääntyneet käyntimäärät eivät vaikuttaneet ennenai- kaisten synnytysten tai pienipainoisten vastasyntyneiden määriin.
Wilson- Mitchell & Rum- mens 2013, Kanada	Selvittää maassaolosta- tuksen vaikutusta syn- nytyksen lopputulok- seen ja verrata synny- tysten lopputuloksia paperittomilla naisilla ja naisilla, joilla sairasma- vakuutus.	N=453 Paperittomia n=175 Rekisteritutki- mus	Naisten keski-ikä oli 29 vuotta, ja heistä 55 % oli ensisyn- nyttäjiä. Naisista 80 % sai suosituksia vähemmän raskauden aikaista seurantaa (≤ 8 käyntiä) ja yli puolet sai selvästi riit- tämätöntä raskauden ajan seurantaa (≤ 5 käyntiä). Naisista 7 % ei käynyt seurannassa lainkaan. Naiset synnyttivät har- vemmin sektioilla. Paperittomien ja muiden maahanmuutta- jien välillä ei ollut merkittävää eroa vauvan pienipainoisuu- dessa tai ennen aikaisissa synnytyksissä.
Wolff ym. 2005, Sveitsi	Kuvata paperittomien raskaana olevien nais- ten sosiodemografisia taustatietoja ja raskau- den aikaisia ongelmia.	N=134 Strukturoitu ky- selylomake	Paperittomat olivat pääosin 28-vuotiaita latinalaisamerikka- laisia naisia. Naisista 70 % oli avoliitossa, 60 % työssäkäy- viä ja olivat opiskelleet ka. 12 vuotta. Yli 80 % naisten ras- kauksista oli ei-toivottuja. Paperittoman naisen ensimmäi- nen raskauden seurantakäynti alkoi rv 10. Naisilla oli lieviä raskauden ja synnytyksen aikaisia ongelmia. Lähes kaikki synnyttivät alateitse.
Wolff ym. 2008, Sveitsi	Kuvata paperittomien naisten ehkäisyn käyt- töä, raskauksia, ter- veyskäyttäytymistä, al- tistumista väkivallalle ja synnytysten lopputu- losta ja verrata tuloksia maan muuhun väes- töön.	N=394 Paperittomia n=161 Strukturoitu ky- selylomake	Paperittomat naiset olivat pääosin naimattomia, Etelä-Ame- rikasta, työssäkäyviä, ensisynnyttäjiä ja olivat ka. 29-vuoti- aita. Naisilla oli enemmän ei-toivottuja raskauksia (75% vs. 21%) kuin muilla naisilla. Naisista 26 % oli kokenut väki- valtaa elämänsä aikana ja 11 % raskauden aikana. Naisilla oli 11- kertainen riski myöhäisen raskauden seurannan al- kamiseen. Raskauden seuranta alkoi yli 4 viikkoa myöhem- min. Naisista 60 % synnytti alateitse, 15 % imukupilla tai pihdeillä ja 25 % sektioilla. Ennen aikaisesti synnytti lähes kymmenes naisista.

Liite 3. Muuttujaluettelo.

Taustatiedot	Lähde
Ikä	Lu ym. 2000, Loue ym. 2005, Reed ym. 2005, Wolff ym. 2005, Wolff ym. 2008, Castaneda 2009, Euro-peristat 2010, Schoevers ym. 2010, de Jonge ym. 2011, Korinek & Smith 2011, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, Wilson-Mitchell & Rummens 2013
Kotimaa	Lu ym. 2000, Kehaler & Jessop 2002, Loue ym. 2005, Wolff ym. 2005, Wolff ym. 2008, Castaneda 2009, Schoevers ym. 2010, de Jonge ym. 2011, Euro-peristat 2010, Wilson-Mitchell & Rummens 2013, Wendland ym. 2016
Äidinkieli	
Siviilisääty	Lu ym. 2000, Loue ym. 2005, Reed ym. 2005, Wolff ym. 2005, Wolff ym. 2008, Euro-peristat 2010, Korinek & Smith 2011, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013
BMI – painoindeksi	Euro-peristat 2010, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013
Papa-näyte otettu	
Synnyttäneisyys	Lu ym. 2000, Loue ym. 2005, Reed ym. 2005, Wolff ym. 2008, Schoevers ym. 2010, de Jonge ym. 2011, Korinek & Smith 2011, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013
Aiempi keskenmeno/ keskeytys/ kohdun ulkoinen raskaus	Schoevers ym. 2010, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013
Perussairaudet	
Tupakointi	Lu ym. 2000, Reed ym. 2005, Wolff ym. 2008, de Jonge ym. 2011, Korinek & Smith 2011, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, Wilson-Mitchell & Rummens 2013
raskauden aikana/ lopettanut tupakoinnin raskauden aikana	
Edeltävä sektio	Reed ym. 2005
Maahanmuuton syy turisti, opiskelu, työ, perhe	Wolff ym. 2008, Schoevers ym. 2010
Status paperittomana	
laittomasti maassa, odottaa oleskelulupaa, opiskelija, turisti	
Väkivaltakokemus	
Tulkin käyttö	

Raskaus ja synnytys	Lähde
Raskauden seuranta toteutunut Suomessa / muualla	
1. neuvolakäynnin ajankohta (raskausviikot)	Reed ym. 2005, Wolff ym. 2005, Wolff ym. 2008, Euro-peristat 2010, de Jonge ym. 2011, Korinek & Smith 2011, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013
Neuvolaseuranta jäänyt kesken	
Poliklinikkakäyntejä	Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013
Neuvolakäyntien määrä ennen synnytystä	Reed ym. 2005, Castaneda2009, de Jonge ym. 2011, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, Wilson-Mitchell & Rummens 2013
Käyttämättömien neuvolakäyntien määrä	
Varhaisraskauden ultraäänitutkimus,	Wolff ym. 2008
rakenneultraäänitutkimus, muu ultraäänitutkimus	
Sokerirasitus tehty normaali/ patologinen	Reed ym. 2005, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, Wilson-Mitchell & Rummens 2013
GBS-näyte otettu	
Infektioseulat HIV, HBV, HCV, kuppa, klamydia	Wolff ym. 2008, Schoevers ym. 2010, Wendland ym. 2016
Moniresistentit mikrobit	
Synnytys Suomessa	
Synnytyksen ajankohta (raskausviikot)	Lu ym. 2000, Reed ym. 2005, Wolff ym. 2008, de Jonge ym. 2011, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, Wilson-Mitchell & Rummens 2013
Synnytyksen kesto	
Ennenaikainen synnytys (raskausviikot < 37)	Lu ym. 2000, Wolff ym. 2008, Euro-peristat 2010, de Jonge ym. 2011, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, Wilson-Mitchell & Rummens 2013
Pienipainoinen sikiö (paino < 2500g)	Lu ym. 2000, Kehaler & Jessop 2002, Reed ym. 2005, Wolff ym. 2008, Euro-peristat 2010, de Jonge ym. 2011, Korinek & Smith 2011, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, Wilson-Mitchell & Rummens 2013,
Kuolleena syntynyt	Wolff ym. 2008, Euro-peristat 2010, de Jonge ym. 2011, Korinek & Smith 2011, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013
Synnytyksen lopputulos	Lu ym. 2000, Reed ym. 2005, Wolff ym. 2005,
normaali alatiesynnytys/imukuppi/perätila/sektio	Wolff ym. 2008, Euro-peristat 2010, de Jonge ym. 2011, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, Wilson-Mitchell & Rummens 201

Synnytys	Lähde
Synnytyksen käynnistäminen	Euro-peristat 2010, de Jonge ym 2011,
yliaikaisuus tai uhkaava yliaikaisuus/pitkä lapsivedenmeno/muu	Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013
Synnytyksen vauhdittaminen	de Jonge ym. 2011, Wilson-Mitchell &
pitkä latenssivaihe/ synnytyksen etenemättömyys/	Rummens 2013
epiduraalipuudutuksen jälkeinen supistusheikkous/ muu syy	
Kalvojen puhkaisu	Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013
Oksitosiinin käyttö	Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, Wilson-Mitchell & Rummens 2013
Käytetty kivunlievitys	de Jonge ym. 2011, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, Wilson-Mitchell & Rummens 2013
suihku/ tens-laite / lämpö / ilokaasu /	
epiduraalipuudutus / spinnaalipuudutus /	
kipufentanyl spinaalitilaan / pudendaalipuudutus /	
paraservikaalipuudutus / muuta / ei mitään	
Välilihan leikkaus	Euro-peristat 2010, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013
Repeämät ei/ I/II/III/ IV/ ompelu leikkaussalissa	Euro-peristat 2010, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013
Ympärileikkaus	
Synnytyksen jälkeinen vuoto	Rees ym. 2005, Wolff ym. 2005, Wilson-
> 500/ > 500/ > 1000ml, syy?	Mitchell & Rummens 2013
Vauvan syntymäpaino	Lu ym. 2000, Reed ym. 2005, Wolff ym. 2005, Wolff ym. 2008, de Jonge ym. 2011, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013
Sikiöveren pH	Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013
Apgar- pisteet (1, 5, 10 min)	Lu ym. 2000, Reed ym. 2005, Wolff ym. 2008, Euro-peristat 2010
Vauvan hoito lastenosastolla, syy	Lu ym. 2000, Wolff ym. 2008, de Jonge ym. 2011, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, Wilson-Mitchell & Rummens 2013
Ensi-imetys synnytyssalissa	
Täysimetys kotiutuessa	
Sairaalapäivät ennen ja jälkeen synnytyksen	Lu ym. 2000, Wolff ym. 2005, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, Wilson-Mitchell & Rummens 2013