

Suomeen tarvitaan raskauden ehkäisyn hoitosuosituksia karsimaan turhia tutkimuksia ja parantamaan neuvontaa

## Hormonaalisen raskauden ehkäisyn hoitokäytännöt

**A**ikoinaan lääkintöhallitus antoi ohjeet raskauden ehkäisyn aloittamisesta ja seurannan järjestämisestä. Lääkintöhallituksen lakkauttamisen jälkeen yli 20 vuoteen mikään tahon Suomessa ei ole antanut ohjeistusta ehkäisystä. Käypä hoito -suositusten laatimisesta on keskusteltu, mutta sellainen on tehty ainoastaan jälkiehkäisystä. Vuoden 1994 hallinnollisen keskittämisen purkamisen sekä väestövastuuperiaatteiden vaihtelevan käyttöönotton seurauksena sekä ehkäisyneuvonnan palvelurakenne että hoitokäytännöt vaihtelevat merkittävästi kunnittain. Monet myytit elävät niin potilaiden kuin terveydenhuollon ammattilaistenkin piirissä; turhia tutkimuksia tehdään runsaasti oleellisten asioiden jäädessä vähemmälle.

Lehden tässä numerossa Sannisto ym. käsittelevät ansiokkaasti raskauden ehkäisyn aloitusta ja seurantaa. Artikkelin on tarpeellinen Suomessa juuri nyt.

WHO ylläpitää tieteelliseen näyttöön ja laajaan asiantuntijakonsensusukseen perustuvia suosituksia siitä, miten ehkäisymenetelmiä tulee käyttää (WHO 2008) ja kuka niitä voi käyttää (WHO 2009). Niiden perusteella on tehty useita kansallisia suosituksia, kuten brittien Faculty of Sexual and Reproductive Healthcaren

(2009) suositukset käyttökriteereistä (Medical eligibility criteria, MEC). Brittien suositukset sopivat suomalaisenkin käyttöön. Väestöliitto on kääntänyt suosituksen ”Yhdistelmäehkäisyvalmisteen aloitus ja käyttö” suomeksi, ja se löytyy liiton verkkosivuilta ([www.vaestoliitto.fi](http://www.vaestoliitto.fi)). Sanniston ym. artikkeli tuo hyvin esille neljän luokan käyttökriteerit, jotka tunnetaan Suomessa melko heikosti. MEC-luokat on lueteltu **TAULUKOSSA**. Esimerkkinä luokituksen soveltamisesta käytetään migreeniä sairastavan potilaan ehkäisymenetelmän valintaa.

Lähtökohtana hormonaalisen ehkäisyn aloittamiseen on perusteellinen anamneesi. Sanniston ym. artikkelissa on lista asioista, jotka tulee selvittää, kun nainen aloittaa ehkäisyn. Väestöliitossa on kehitetty seksuaalielämän alkuun painottuva anamneesipohja (Aho ym. 2008). Erityisesti on selvitettävä hormonaalisen ehkäisyn käytön esteet, kuten aurallinen migreeni ja perheen sydän- tai verisuonisairaudet. Seurustelun luonnetta ja mahdollisia kokemuksia seksuaalisesta kaltoinkohtelusta on hyvä kartoittaa. Nuorten osalta ehkäisyneuvonta on parhaimmillaan laaja-alaisesti terveystottumuksia ja elämäntilannetta läpikäyvä keskustelu ammattilaisen kanssa. Seksuaaliter-

**TAULUKKO.** Brittien neljä luokkaa yhdistelmäehkäisyn käytöstä. Esimerkkinä migreenipotilas (Medical eligibility criteria for contraceptive use 2009).

Kategoria	Selitys	Esimerkki
1	Ehkäisytablettien vapaa käyttö	Päänsärkyä muttei migreeniä
2	Ehkäisytablettien hyödyt yleensä suuremmat kuin haitat, mutta käyttö vaatii harkintaa	Migreeni ilman auraa, ikä alle 35 v
3	Ehkäisytablettien käytön riskit yleensä suuremmat kuin hyödyt, käyttö tulee kysyä harvoin ja vain asiantuntijan perusteellisen harkinnan jälkeen	Migreeni ilman auraa, ikä yli 35 v
4	Ehkäisytablettien aiheuttamat terveysriskit kohtuuttomat suuret, ei pidä käyttää	Aurallinen migreeni iästä riippumatta

veyden ja seksikäyttäytymisen arviointiin on Väestöliitossa luotu Seksimittari, jonka löytää liiton internetsivuilta.

Kun terveydenhuollon resurssit ovat rajalliset, on niitä syytä käyttää järkevästi. Verenpaineen ja painoindeksin mittausta ovat tärkeimmät tutkimukset ehkäisyn aloitusvaiheessa ja seurannassa. Näille on suositusrajat (WHO 2009). Gynekologinen tutkimus, rintojen palpaatio sekä papanäytteen ottaminen ja erilaiset muut laboratoriotutkimukset eivät lisää hormonaalisen ehkäisyn aloituksen turvallisuutta eivätkä ole siten tarpeellisia. Tästä WHO (2009), brittisuositukset (2009) ja niiden pohjalla oleva tutkimusnäyttö ovat yksimielisiä. Pelko gynekologisesta tutkimuksesta voi joskus muodostua jopa ehkäisyn hakemisen esteeksi. Papaseulontaa on pohdittu viime vuosina, ja toiminta on järkevöitymässä. Tosin suurin osa papanäytteistä otetaan edelleen organisoidun seulonnan ulkopuolella. THL:n työryhmän selvityksen mukaan (THL 2011) Suomessa otetaan edelleen runsaasti papanäytteitä alle 20-vuotiailta, mikä on turhaa (Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnyttinten solumuutokset: Käypä hoito -suositus 2010). Olisi toivottavaa, että organisoitu seulonta alkaisi 25 ikävuodesta THL:n työryhmän ehdotuksen mukaisesti ja kallis opportunistinen seulonta vähenisi.

Papanäytteen sijaan alle 25-vuotiailta on syytä ottaa herkästi klamydianäyte (STM 2007). Se otetaan jokaiselta uudelta suostumuksensa antaneelta alle 25-vuotiaalta ehkäisyasiakkaalta ensikäynnillä tai kolmen kuukauden kuluttua seurantakäynnillä. Lisäksi näyte tulee ottaa vuoden päästä ehkäisyn aloituksesta. Myöhemmillä seurantakäynneillä näyte otetaan, jos kumppani on vaihtunut tai naisella on aiemmin ollut klamydiatartunta.

Keskeistä hormonaalisen ehkäisyn hoitokäytännössä on huolellinen anamneesi ja hyvä neuvonta. Komplisoitumattomissa tilanteissa kokenut terveydenhoitaja voi huolehtia ehkäisyn aloittamisesta ja välikäynnillä ehkäisytablettireseptin uusimisesta. Kouluterveydenhoitajan rooli on muutamissa julkisuuteen tulleissa tapauksissa turhaan asetettu kyseenalaiseksi, säädökset ja ohjeet pitää saattaa ajan tasalle. Hyvä yhteistyö lääkärin kanssa on

välttämätöntä, mikä tarkoittaa sujuvaa konsultaatiomahdollisuutta. Ruotsissa kättilöt ovat pitkään hoitaneet ehkäisykäynnit. Ruotsin järjestelmässä on ilmennyt puutteita, ja lääketieteellinen asiantuntemus näyttää jääneen vajaaksi. Useista syistä raskaudenkeskeytysten määrä Ruotsissa on kaksinkertainen Suomeen verrattuna (Apter ja Marions 2009).

Synnytyksen jälkeiseen ehkäisyyn uskomukset tuntuvat vaikuttavan enemmän kuin näyttöön perustuva lääketiede. Jopa joka kymmenes raskaudenkeskeytys tehdään vuoden kuluessa synnytyksestä (Vikat ym. 2002), vaikka tässä elämänvaiheessa perheellä on yleensä tiivis yhteys terveydenhuoltoon. Niin kupari- kuin hormonikierukka voidaan asettaa aikaisintaan neljän viikon kuluttua synnytyksestä eli sopivasti jälkitarkastuksen aikaan. Jos nainen ei imetä, voi hän aloittaa yhdistelmäehkäisyn 3–6 viikkoa synnytyksestä. Jos hän imettää osittain, ehkäisytablettien käytön voi silloinkin aloittaa kuusi viikkoa synnytyksestä, täysimetyksessä kuusi kuukautta synnytyksestä (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance 2009). Monissa tilanteissa, kuten raskaudenkeskeytyksen jälkeen, olisi syytä suosia pitkävaikutteisia ehkäisy menetelmiä, esimerkiksi ehkäisykapselia tai kierukkaa (Heikinheimo ym. 2008).

Myös teini-ikäisillä on oikeus ehkäisyä koskeviin luottamuksellisiin palveluihin. Ehkäisyneuvontaa antavalla ammattilaisella tulisi olla ymmärrys nuoruusikäisen kehityshaasteista ja seksuaalikehityksestä. Ehkäisy menetelmää valittaessa tulee suosia valmisteita, joihin asiakkaalla on varaa. STM:n (2007) suositus alle 20-vuotiaille tarjottavasta maksuttomasta ehkäisystä on toistaiseksi jäänyt toteutumatta.

Suomessa tarvitaan suosituksia raskauden ehkäisyn hoitokäytännöistä. Monet brittisuositukset soveltuvat meille pienin muutoksin. Sanniston ym. artikkeli tarjoaa työlle hyvän lähtökohdan. ■



**DAN APTER, dosentti, naistentautien erikoislääkäri**  
Väestöliiton seksuaaliterveysklinikan ylilääkäri

#### **SIDONNAISUDET**

Asiantuntija- ja luentopalkkioita (Bayer, MSD, GSK, Estetral)

#### KIRJALLISUUTTA

- Aho T, Kotiranta-Ainamo A, Pelander A, Rinkinen T. Puhutaan seksuaalisuudesta – nuori vastaanotolla. Väestöliitto 2008.
- Apter D, Marions L. Reproductiv hälsa i Finland och Sverige. Finska Läkaresällskapet Handlingar 2009;169:53–8.
- Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2009. UK medical eligibility criteria for contraceptive use. [www.fsrh.org/pdfs/UKMEC2009.pdf](http://www.fsrh.org/pdfs/UKMEC2009.pdf). [siteerattu 7.4.2012].
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance. Postnatal Sexual and Reproductive Health 2009. [www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidancePostnatal09.pdf](http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidancePostnatal09.pdf) [siteerattu 7.4.2012].
- Heikinheimo O, Gissler M, Suhonen S. Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception* 2008;78:149–54.
- Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnyttinten solumuutokset. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Kolposkopiayhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2006 [päivitetty 14.6.2010]. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
- STM. Seksuaali- ja lisääntymisterveysten edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 17, 2007.
- THL. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen asettaman papilloomavirustautien torjuntatyöryhmän selvitys 28/2011. [www.thl.fi/thl-client/pdfs/94d6f45d-22e1-4b53-b615-2eea48d90e1c](http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/94d6f45d-22e1-4b53-b615-2eea48d90e1c) [siteerattu 3.4.2012].
- WHO. Department of Reproductive Health and Research. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Neljäs painos, 2009. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf) [siteerattu 7.4.2012].
- WHO. Department of Reproductive Health and Research Selected practice recommendations for contraceptive use. Toinen painos, 2004. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562846.pdf>, vuonna 2008 päivitetty osa: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_RHR\\_08.17\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_RHR_08.17_eng.pdf).
- Vikat B, Kosunen E, Rimpelä M. Risk of postpartum induced abortion in Finland: a register-based study. *Perspect Sex Reprod Health.* 2002;34:84–90.