



## Hyvinvointialueiden kannattaa turvata laadukkaat neuvolapalvelut perinataaliajan mielenterveyden tuen vahvistamiseksi

Satavuotiaan neuvolan matka Suomessa on ollut hyvin ansiokas: äitiys- ja imeväiskuolleisuus on tällä hetkellä maailman pienimpiä ja kattava säädöspohjainen palvelujärjestelmä tavoittaa lähes kaikki lasta odottavat ja pikkulapsivaiheen perheet. Viime vuosina on kuitenkin esiin noussut muutamia keskeisiä palvelujen vaikuttavuutta ja laatua selkeästi uhkaavia tekijöitä, joihin otamme Suomen Perinataali- ja mielenterveys ry:n hallituksen, Suomen Psykologiliiton ry:n Varhaisen kehityksen ja perhesuhteiden ammatillisen työryhmän, Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskuksen, kansallisen lapsistrategian, Mannerheimin Lastensuojeluliiton, Ensi- ja turvakotien liiton, Äidit irti synnytysmasennuksesta Äimä ry:n ja Mieli Suomen Mielenterveys ry:n kanssa kantaa. Esitämme tilanteen parantamiseen seuraavia ratkaisukeinoja:

**1. Hoidon jatkuvuus ja riittävien henkilöstöressurssien turvaaminen:** Systemaattiset, ajantasaiset, tutkimusnäyttöön perustuvat terveystarkastukset ovat edellytyksenä vaikuttavalle työlle. Tuoreet selvitykset neuvolapalveluista ja aluehallintoviranomaisten valvontadokumentit osoittavat, että koronapandemian johdosta palveluja on supistettu merkittävästi vuosina 2020 ja 2021 (Hakulinen et al., 2022; Valvira, 2022). Erityisesti leikki-ikäisten lasten terveystarkastuksia on monin paikoin siirretty tai jätetty kokonaan väliin, jopa korvattu esimerkiksi 15 minuutin Teams-tapaamisella tai puhelulla.

Tuore selvitys perusterveydenhuollon lääkäripalveluista (Eskola et al., 2022), kansallinen (Tuominen, 2016) ja kansainvälinen tutkimusnäyttö (Cowie et al., 2009; Sandvik et al., 2022), sekä THL:n laaja neuvoloiden asiakaspalautekysely nostavat esiin hoidon jatkuvuuden merkittävyyden niin palveluiden laadun, kokonaiskustannusten, kuin asiakastyytyvyydenkin näkökulmasta. Perinataaliajan, eli raskaus- ja vauva-ajan turvallisuuden kokemuksen ja stressin vaikutusten pitkäkestoinen merkitys lapsen aivojen kehitykselle ja myöhemmälle hyvinvoinnille ja terveydelle on kiistaton (Graignic-Philippe et al., 2014; Karlsson ym. 2022). Valtaosa neuvolapalveluista (79 %) järjestetään yhdistelmäneuvolatyönä, jossa sama terveydenhoitaja ja mahdollisuuksien mukaan myös lääkäri hoitavat perhettä raskausajalta lapsen kouluikään saakka (Hakulinen et al., 2022). Yhdistelmäneuvolatyön on todettu lisäävän työntekijän tuttuutta, kotikäyntien määrää ja asiakastyytyvyyttä, sekä tehostavan masennuksesta toipumista. Neuvolatyön vaikuttavuudesta esim. kotikäyntien näkökulmasta on vahva tutkimusnäyttö (Yonemoto et al., 2021). Kotikäynteihin perustuvan työskentelyn on todettu myös vähentävän perinataaliajan mielenterveysongelmia (Tabb et al., 2022).

Systemaattisessa katsauksessa (Holopainen & Hakulinen 2019), jossa selvitettiin vanhempien kokemuksia synnytyksen jälkeisestä masennuksesta, tuli esille, että masennusoireilun puheeksi ottaminen terveydenhuollon palveluissa on vanhemmille haastavaa. Työntekijöiden vaihtuvuus ja kiire vaikeuttavat tai jopa estävät vaikeiden asioiden kuten mielenterveysongelmien puheeksi ottamista. Tutun terveydenhoitajan puoleen vanhemman on luontevaa ja luottamuksellista kääntyä perheeseen tai vanhemmuuteen liittyvien huolien suhteen myös sovittujen tapaamisten välissä. Perheen tuntevalla omalla työntekijällä on myös parhaat valmiudet tunnistaa muutokset vanhemman tai lapsen voinnissa, ja ohjata perhe tarvittavien palveluiden piiriin. Hoidon jatkuvuus kuitenkin rikkoontuu hyvin usein erityisesti isoimmissa kaupungeissa johtuen esimerkiksi siitä, että

keskitetystä ajanvarauksesta perhe ohjataan satunnaiselle työntekijälle, terveystarkastusten runko-ohjelman mukainen vastaanottoaika on jätetty väliin, tai vastaanottoaika on supistettu korona-aikaan ja resurssisyihin vedoten. Riittävän pitkät vastaanottoajat mahdollistavat asiakkaan kiireettömän kohtaamisen, asioiden puheeksi oton ja niistä keskustelun. Henkilöstön siirrot korona-aikana muihin tehtäviin ovat myös kuormittaneet tilannetta entisestään.

Säännölliset, ikään kuuluvat terveystarkastukset ja hoidon jatkuvuus, sekä riittävä resursointi mahdollistavat ongelmien ja poikkeamien varhaisen tunnistamisen, ja näin ollen neuvolan perustehtävän, sairauksien ennaltaehkäisy. Hyvinvointialueiden on eri toimijoiden kanssa yhteistyössä seurattava yhtenäisten hoidon perusteiden toteutumista ja laadittava alueelleen neuvolasuunnitelma (terveydenhuoltolaki 1326/2010, §7, §15, voimaan 1.1.2023). Sosiaali- ja terveysministeriö laatii yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa yhtenäiset hoidon perusteet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos seuraa ja arvioi yhtenäisten hoidon perusteiden toteutumista hyvinvointialueilla. Jatkossa tulisi seurata myös yhdistelmäneuvolatyön ja hoidon jatkuvuuden toteutumista sekä puuttua mahdollisiin heikennyksiin neuvolapalveluiden saatavuudessa.

## **2. Monialaisen yhteistyön ja sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta- ja hoitomallien kehittäminen.**

Perinataaliaika on biologisesti, psykologisesti ja sosiaalisesti merkittävä siirtymävaihe vanhempien, lapsen ja koko perheen elämänsäkaressa. Tässä elämänvaiheessa säädöspohjaisilla, laadukkailla neuvolapalveluilla on sekä seurannan, tuen, varhaisen puuttumisen että hoidon kannalta olennainen merkitys myöhemmälle hyvinvoinnille, yhteistyössä muun perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon sekä erikoissairaanhoidon toimijoiden kanssa. Tutkimusten mukaan sellaiset lapset, jotka ovat altistuneet varhaiskehityksessään vanhemman merkittävälle mielenterveysongelmille (Rasic et al., 2014; Stein et al., 2014) tai lapsuuden ajan haitallisille kokemuksille (Adverse Childhood Experiences, ACEs), ovat kohonneessa riskissä muun muassa käyttäytymis- ja mielialaoireille ja riskikäyttäytymiselle aikuisuuteen saakka (Felitti et al., 1998). Kroonisten mielenterveyshäiriöiden taustalta ilmenee erittäin usein kielteisiä lapsuuden kokemuksia ja vanhempien mielenterveysongelmia. Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys lisääntyy raskaana olevalla vanhemmalla merkittävästi perinataaliajalla, ja itsemurhat ovat synnytyksen jälkeisen vuoden yleisin kuolinsyy useissa länsimaissa (Knight et al., 2021). Muita perinataaliajan mielenterveysongelmien kirjoon kuuluvia tiloja ovat synnytyspelko, traumakokemukset, lapsettomuuteen ja lapsettomuushoitoihin liittyvät mielialaoireet, syntymättömän tai vastasyntyneen lapsen vakava sairaus, vammautuminen tai menehtyminen, sekä varhaisen vuorovaikutuksen haasteet.

Suomalainen ainutlaatuinen, jo rakenteiltaan valmiina oleva, kattava neuvolapalvelujärjestelmä tavoittaa lähes kaikki perheet. Terveysportin ajantasaisen NEUKO-tietokannan äitiys- ja lastenneuvolan suositusten mukaisesti jokaista äitiä ja mahdollisuuksien mukaan hänen puolisoaan tavataan raskausaikana 8-10 kertaa ja lapsen kahden ensimmäisen ikävuoden aikana neivolakäyntejä on yhteensä 13 kertaa. Tämä antaa toteutuessaan erinomaisen mahdollisuuden mielenterveyttä tukevalle työskentelylle neivolassa. Mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisyyn ja pitkittymisen ehkäisyyn on panostettava takaamalla riittävä vanhemmuuden tuki ja mahdollisimman varhainen hoitoon pääsy. Raskausajan perhevalmennus on turvattava kaikille esikoistaan odottaville vanhemmille sekä muille tukea tarvitseville odottajille. Neuvolan psykologipalveluihin on varattava riittävät resurssit. Neuvolapsykologit ovat perinataalivaiheen, mutta myös mielenterveyden,



psykkisen kehityksen ja hyvinvoinnin asiantuntijoita. He tukevat lapsen kehitystä ja vanhemmuutta sekä havaitsevat lapsen ja perheen ongelmia mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Perinataalikauden lievät mielenterveysongelmat ovat yleensä hyvin hoidettavissa neuvolapalveluissa yhteistyössä perusterveydenhuollon muiden ammattilaisten sekä sosiaalihuollon palveluiden, kuten vauvaperhetyön, kesken (Hyytinen et al., 2022). Yhdistelmäinterventiot, joissa toteutetaan perinataalisen masennuksen tunnistaminen ja hoito, vaikuttavat kustannusvaikuttavilta (Vartiainen & Luoma, 2019). Hoitamattomina ongelmat usein vaikeutuvat ja pitkittyvät (Cox et al., 2016). Tällöin ne lisäävät inhimillistä kärsimystä ja kustannuksiltaan selvästi kalliimpaa erikoissairaanhoidon tarvetta.

Suomessa olisi tärkeää kehittää monialaisen yhteistyön sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta- ja hoitomalleja perheen hyvinvointia, vanhemmuutta ja vuorovaikutussuhteita tukien. Perinataaliajan tuen tarpeet ja mielenterveysongelmien koko kirjo on tärkeää tunnistaa neuvolassa. Vauvaa odottaville ja vauvaperheille tulee järjestää riittävä tuki ja tarvittaessa ohjata perhe oikeanlaisen avun piiriin. Matalan kynnyksen tukimuotoja ja avopalveluita tulee olla tarjolla mm. perhekeskusten sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä järjestöissä. Vaikeampiin häiriöihin on saatava pikaista apua erikoissairaanhoidosta.

Kansallisessa lapsistrategiassa (*Kansallinen Lapsistrategia: Komiteamietintö, 2021*) linjataan ihmisoikeus- ja lapsen oikeusperusteisesti tarvetta kehittää sirpaleista ja siiloutunutta palvelujärjestelmää, jossa erityisesti useita eri palveluja tarvitsevat lapset ja perheet voivat jäädä ilman tarvitsemaansa apua ja tukea, tai avunsaanti viivästyy joskus jopa kohtalokkaasti. Saumattoman yhteistyön merkitys on olennaista sosiaalipalveluiden, lastensuojelun ja terveyspalveluiden välillä. Palvelujen yhteensovittamisessa on ollut ongelmia muun muassa perus- ja erityistason palvelujen välillä sekä mielenterveyspalvelujen ja muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen välillä. Kansallisessa mielenterveysstrategiassa ja itsemurhien ehkäisyohjelmassa todetaan mielenterveyden häiriöiden oleva kansanterveydellinen haaste, joiden hoitoon tarkoitettujen palvelujen (mukaan lukien päihdepalvelut) saatavuus tulee saattaa muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen tasolle (Vorma et al., 2020).

Suomen terveydenhuoltojärjestelmästä puuttuu perinataaliajan mielenterveysongelmien hoitoon perehtynyt asiantuntija- ja hoitotaho. Perinataaliajan mielenterveysongelmat ja niiden hoito poikkeavat merkittävästi muina aikoina ilmenevistä, jonka vuoksi hoitavien tahojen tulee olla asiaan perehtyneitä. Esimerkkinä voidaan käyttää synnytyspelkoa, jonka hoito on hyvin kirjavaa sairaanhoitopiiristä ja kunnasta riippuen. Hyvin toimiva perusterveydenhuolto ja neuvolatoiminta sekä synnytyssairaaoloissa tapahtuva synnytysvalmennus vähentävät synnytyspelkoa ja lähetteitä erikoissairaanhoidon (Haapio, 2017). Vaikean synnytyspelon hoitoon tarvitaan moniammatillista lähestymistä ja raskaudenaikaisen hoidon laadun parantamiseen pitäisi saada siihen erityisesti allokoituja resursseja myös erikoissairaanhoidon. Perinataaliajalla vanhemmat ja vauva voivat myös altistua äkillisille, potentiaalisesti traumatisoiville tapahtumille. Riittävä neuvolapsykologipalvelu olisi yksi toimiva ja ennaltaehkäisevä varhaisen tuen palvelu, mutta tällä hetkellä tarpeisiin nähden aliresursoitu ja monin paikoin kokonaan puuttuva palvelu. Vastaavasti sosiaalihuollon vauvaperhepalvelujen (ml. terapeuttinen vauvaperhetyö) saatavuudessa on huomattavaa alueellista eriarvoisuutta.

Ongelmallista on, että neuvoloiden terveydenhoitajilla ja lääkäreillä ei johdonmukaisesti ole konsultoivaa ja potilaita jatkohoitoon vastaanottavaa hoitotahoa, mikä lisää neuvolan työntekijöiden



kuormitusta johtaen jopa siihen, ettei mielenterveysongelmista uskalleta enää kysyä, koska riittäviä auttamisen keinoja ei ole. Synnytyssairaaloilla ei ole systemaattisesti käytössään asiantuntijoita, kuten perinataalipsykiatreja ja -psykologeja. Mielenterveyshäiriöistä kärsiviä odottajia ohjautuu usein synnytyspelkopoliinikoiden hoidettavaksi ja psyykkisesti sairastuneen, traumatisoituneen tai lapsensa menettäneen vastasyntyttäneen hoidon suunnittelussa turvaudutaan usein yleissairaalapsykiatrian konsultaatioon. Jatkohoito jää epävarmalle pohjalle oikean hoitotahon tai erityisosaamisen puuttuessa. Raskaus- ja vauva-ajan mieliala- ja vuorovaikutusongelmia hoidetaan osin myös pikkulapsipsykiatrisissa yksiköissä, mutta tämä on lastenpsykiatrian alaista toimintaa eikä siihen kuulu aikuispsykiatrisen arviointi ja hoito. Aikuispsykiatriseen hoitoon on kuukausien jonot, mikä voi olla kohtalokasta sekä vanhemman että kehittyvän vauvan mielenterveyden, sekä varhaisen vuorovaikutuksen kehityksen kannalta. Psykiatrisen avohoito on yleensä polikliinista, eikä tue vanhemmuutta ja perhettä kokonaisvaltaisesti. Psykiatrisen osastohoito on usein lyhytkestoista eikä vauva voi yleensä olla äidin kanssa osastolla, mikä voi johtaa lapsen sijoittamiseen kodin ulkopuolelle (Simoila et al., 2019).

Perinataalimielen terveyteen keskittyneet yksiköt voisivat vahvistaa ja tehostaa kaikkiin näihin tarpeisiin vastaamista aina perustasolta erikoissairaanhoidon saakka moniammatillista sosiaali- ja terveystaloyden yhteistyötä luoden. Lisäksi perinataaliajan mielenterveysongelmiin keskittynyt hoitotaho tukisi konsultaatioiden kautta myös perustason työntekijöitä, mukaan lukien neuvolan terveydenhoitajat, lääkärit ja psykologit, sekä muita erikoisaloja ja sosiaalihuollon sekä lastensuojelun ammattilaisia.

Suomessa ei ole tarjolla intensiivistä psykiatrista hoitoa, jonne vakavammista mielenterveyden haasteista kärsivät äidit ja puoliset voisi yhdessä vauvan kanssa ohjata. Lähimpänä tätä ovat Ensi- ja turvakotien liiton jäsenyhdistysten ylläpitämät ensikodit eri puolilla Suomea. Ensikoteihin ohjataan vauvaa odottavia ja vauvaperheitä, joilla on esimerkiksi mielenterveysongelmia, traumataustaa, oppimisvaikeuksia, sosioekonomisia ongelmia ja/tai muita syitä, jotka vaikuttavat vanhempana toimimiseen ja jaksamiseen. Päihdeongelmallisille raskaana oleville äideille ja vauvaperheille tarkoitettut Pidä kiinni® ensikodit ja niiden avopalveluyksiköt vastaavat puolestaan hyvin päihteitä käyttävien perheiden avun tarpeisiin ja työn tulokset ovat tutkitusti hyviä. Ensikodit muodostavat valmiin valtakunnallisen verkoston. Vahvistamalla näitä yksiköitä edelleen psykiatrisella osaamisella käytettävissä olisi odottavia ja vauvaperheitä tukeva sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatilliseen osaamiseen perustuva kokonaisuus. Ensikodeissa pystytään auttamaan myös mielenterveysongelmista kärsiviä vauvaperheitä, lukuun ottamatta vanhempia, jotka tarvitsevat vakavien mielenterveysongelmien vuoksi psykiatrista osastohoitoa.

Hyviä esimerkkejä osana terveydenhuoltoa toimivista perinataaliajan mielenterveysyksiköistä on muun muassa Isonsa-Britanniasta (Howard et al., 2022), joissa intensiivistä hoitoa tarjotaan yhdessä sekä äidille että vauvalle ja tuetaan koko perhettä tilanteissa, joissa äidillä on sairaalahoitoa vaativa mielenterveysongelma. Avohoitoyksiköt tukevat sairaalahoidosta kotiutuneita äiti-lapsi-pareja sekä perheitä, joiden mielenterveysongelmat eivät vaadi sairaalahoitoa. Hoitomalliin kuuluvat myös matalan kynnyksen yksilö-, pari-, perhe- ja vuorovaikutusterapiat. Laskelmien mukaan perinataalipsykiatrisen hoitoketjun perustaminen maksaa vain viidenneksen perinataaliajan mielenterveysongelmien yhteiskunnalle aiheuttamista kokonaiskustannuksista pitkällä aikavälillä (Bauer et al., 2014).



Rakentuvilla hyvinvointialueilla on hyvä mahdollisuus vaikuttaa tähän kehitykseen ja näin parantaa sekä nykyisen että tulevan aikuissukupolven mielenterveyttä äitejä, vauvoja ja isiä/puolisoita sekä koko perheen hyvinvointia tukien.

**Yhteenvetona toteamme:** Jotta palvelut yhdistelmäneuvolassa voivat olla vaikuttavia ja laadukkaita myös jatkossa, sekä tukea lasta odottavien vanhempien ja koko perheen hyvinvointia, on hyvinvointialueilla oltava riittävästi resursoitua neuvolapalveluita, joissa on turvattu säännölliset terveystarkastukset, hoidon jatkuvuus ja oikea-aikainen tuen ja avun saanti. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään on myös rakennettava perinataaliajan mielenterveysongelmien hoitoon perehtynyt hoitotaho, joka on tiiviisti yhteistyössä neuvoloitten ja muiden hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Monialaisen yhteistyön ja sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta- ja hoitomallien kehittäminen ja osaamisen lisääminen perinataaliajan mielenterveyden hoitamiseen vähentävät inhimillistä kärsimystä ja yhteiskunnan kustannuksia. Tällöin mielenterveyden tuki ja mielenterveysongelmien taustalla olevien riskitekijöiden, kuten vanhemman uupumuksen, lapsuuden ajan haitallisten kokemusten, sosio-ekonomisten kuormitustekijöiden, ja muiden haasteiden tai sairauksien tunnistaminen ja hoito on mahdollista varhain. Perinataaliajan mielenterveyttä hoitamalla hoidetaan parhaimmillaan koko perhettä, jonka ansiosta mielenterveysongelmien pitkittymistä ja esiintyvyyttä, ja näin ollen psykiatrista sairastavuutta väestötasolla voidaan vähentää ja hoito on myös kustannustehokkainta.

Ehdotamme, että STM kutsuu pikaisesti koolle nk. pyöreän pöydän keskustelun hoidon jatkuvuuden ja riittävien henkilöstöresurssien turvaamisesta neuvolapalveluissa sekä perinataalimielen-terveysyksiköiden perustamisesta hyvinvointialueilla. Keskustelussa sovitaan tilanteen edistämisen jatkotoimista keskeisten toimijoiden kesken.

Helsingissä 4.10.2022

Allekirjoittajat:

Suomen Perinataalimielen-terveys ry hallituksen puolesta, puheenjohtaja Tiina Riekki  
Psykologiliiton Varhaisen kehityksen ja perhesuhteiden ammatillinen työryhmä, puheenjohtaja Sanna Isosävi  
Mannerheimin Lastensuojeluliitto, puheenjohtaja professori Mirjam Kalland  
Kansallinen lapsistrategia  
Ensi- ja turvakotien liitto, pääsihteeri Riitta Särkelä  
Äidit irti synnytysmasennuksesta Äimä ry, toiminnanjohtaja Laura Piirainen  
Mieli Suomen Mielen-terveys ry, toiminnanjohtaja Sari Aalto-Matturi  
Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskus STHL ry, puheenjohtaja Tiina Mäenpää

## Lähteet:

- Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Lemmi, V., & Adelaja, B. (2014). *Costs of perinatal mental health problems | Centre for Mental Health. October*. <https://doi.org/10.13140/2.1.4731.6169>
- Cowie, L., Morgan, M., White, P., & Gulliford, M. (2009). Experience of continuity of care of patients with multiple long-term conditions in England. *Journal of Health Services Research & Policy*, 14(2), 82–87. <https://doi.org/10.1258/JHSRP.2009.008111>
- Cox, E. Q., Sowa, N. A., Meltzer-Brody, S. E., & Gaynes, B. N. (2016). The Perinatal Depression Treatment Cascade: Baby Steps Toward Improving Outcomes. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(9), 20901. <https://doi.org/10.4088/JCP.15R10174>
- Eskola, P., Tuompo, W., Riekkii, M., Timonen, M., & Auvinen, J. (2022). *Hoidon jatkuvuusmalli : Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti*. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164291>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Graignic-Philippe, R., Dayan, J., Chokron, S., Jacquet, A. Y., & Tordjman, S. (2014). Effects of prenatal stress on fetal and child development: A critical literature review. In *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.03.022>
- Haapio S. (2017). Synnytysvalmennus kättilötyön interventiona: Ensisynnyttäjien valmennuskokemukset ja valmennuksen vaikuttavuus. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0378-5>
- Hakulinen, T., Hietanen-Peltola, M., Jahnukainen, J., & Vaara, S. (2022). *Poikkeavat olosuhteet - tutut palvelut: Äitiys- ja lastenneuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon seurantatutkimus 2021*. <https://www.julkari.fi/handle/10024/144494>
- Holopainen A. & Hakulinen T. 2019. New parents' experiences of postpartum depression: a systematic review of qualitative evidence. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports: September 2019 - Volume 17 - Issue 9 - p 1731-1769*. [https://journals.lww.com/jbisrir/Fulltext/2019/09000/New\\_parents\\_\\_experiences\\_of\\_postpartum\\_depression\\_.3.aspx?context=FeaturedArticles&collectionId=5](https://journals.lww.com/jbisrir/Fulltext/2019/09000/New_parents__experiences_of_postpartum_depression_.3.aspx?context=FeaturedArticles&collectionId=5)
- Howard, L. M., Abel, K. M., Atmore, K. H., Bick, D., Bye, A., Byford, S., Carson, L. E., Dolman, C., Heslin, M., Hunter, M., Jennings, S., Johnson, S., Jones, I., Taylor, B. L., McDonald, R., Milgrom, J., Morant, N., Nath, S., Pawlby, S., ... Pickles, A. (2022). Perinatal mental health services in pregnancy and the year after birth: the ESMI research programme including RCT. *Programme Grants for Applied Research*, 10(05), 1–142. <https://doi.org/10.3310/CCHT9881>

- Hyytinen, P., Saisto, T., & Riekkö, T. (2022). *Raskaudenaikaisen ja synnytyksen jälkeisen masennuksen ja ahdistuksen hoito*. NEUKO-Tietokanta.  
<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/nko/article/nla00085/search/riekki>
- Kansallinen lapsistrategia: Komiteamietintö*. (2021).  
<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162864>
- Knight, M., Bunch, K., Tuffnell, D., Patel, R., Shakespeare, J., Kotnis, R., Kenyon, S., & Kurinczuk, J. J. (2021). *Saving Lives, Improving Mothers' Care Maternal, Newborn and Infant Clinical Outcome Review Programme*. [www.hqip.org.uk/national-programmes](http://www.hqip.org.uk/national-programmes).
- Neurolapalveluissa sekä lasten ja nuorten terveystarkastuksissa puutteita - Valvira*. (n.d.). Retrieved October 3, 2022, from <https://www.valvira.fi/-/neurolapalveluissa-seka-lasten-ja-nuorten-terveystarkastuksissa-puutteita>
- Rasic, D., Hajek, T., Alda, M., & Uher, R. (2014). Risk of Mental Illness in Offspring of Parents With Schizophrenia, Bipolar Disorder, and Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Family High-Risk Studies. *Schizophrenia Bulletin*, *40*(1), 28–38.  
<https://doi.org/10.1093/SCHBUL/SBT114>
- Sandvik, H., Hetlevik, Ø., Blinkenberg, J., & Hunskaar, S. (2022). Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*, *72*(715), e84–e90.  
<https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>
- Simoila, L., Isometsä, E., Gissler, M., Suvisaari, J., Sailas, E., Halmesmäki, E., & Lindberg, N. (2019). Maternal schizophrenia and out-of-home placements of offspring: A national follow-up study among Finnish women born 1965–1980 and their children. *Psychiatry Res*, *273*, 9–14.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.011>
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M., & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, *384*(9956), 1800–1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)
- Tabb, K. M., Bentley, B., Pineros Leano, M., Simonovich, S. D., Nidey, N., Ross, K., Huang, W. hao D., & Huang, H. (2022). Home Visiting as an Equitable Intervention for Perinatal Depression: A Scoping Review. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 826673.  
<https://doi.org/10.3389/FPSYT.2022.826673/FULL>
- Tuominen, M. (2016). *Hyötyvätkö perheet äitiysneuvolan ja lastenneuvolan palvelujen yhdistämisestä? Vertaileva palvelujärjestelmätutkimus*.  
<https://www.utupub.fi/handle/10024/125185>
- Vartiainen, A., & Luoma, I. (2019). *Perinataalisen masennuksen ehkäisyn ja hoidon kustannusvaikuttavuus*. *13*. <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0402-2.7>
- Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M., & Kosloff, A. (2020). *Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030*.  
<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162053>



Suomen Perinataali-  
mielenterveys ry

KANNANOTTO

5.10.2022

Yonemoto, N., Nagai, S., & Mori, R. (2021). Schedules for home visits in the early postpartum period.

*The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2021(7).*

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009326.PUB4>

Jakelulista:

Perhe- ja peruspalveluministeri

Ministerin esikunta

STM ja THL linjajohtajarelevantit virkamiehet

Kannanoton allekirjoittajatahot

Eduskunnan sosiaali- ja terveystieteiden valiokunta