

# SOSIAALI- LÄÄKETIETEELLINEN AIKAKAUSLEHTI

JOURNAL OF SOCIAL MEDICINE

1

2024  
61. VUOSIKERTA

JULKAISIJA SOSIAALILÄÄKETIETEEN YHDISTYS  
PUBLISHER SOCIETY OF SOCIAL MEDICINE IN FINLAND

# SOSIAALI- LÄÄKETIETEELLINEN AIKAKAUSLEHTI

JOURNAL OF SOCIAL MEDICINE

Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti on kotimainen tiedejulkaisu, jossa käsitellään terveyteen, sairauteen ja hyvinvointiin liittyviä aiheita yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Lehti julkaisee empiirisiä, teoreettisia ja metodisia alkuperäisartikkeleita, tieteellisiä katsauksia ja tutkija-puheenvuoroja sekä muita kirjoituksia suomen ja ruotsin kielellä. Empiiriset tutkimukset voivat olla menetelmällisesti laadullisia tai määrällisiä.

Lehden internetsivut:  
<http://journal.fi/sla>

Twitter: @soslaaketiede

Facebook: sosiaalilaaketiede

LEHTEÄ KOSKEVAT  
YHTEYDENOTOT:

Toimitussihteeri

Jenna Grundström

toimitussihteeri@socialmedicine.fi

## TOIMITUSKUNTA

### PÄÄTOIMITTAJA

Minna Kaarakainen

FT, dosentti, asiantuntija

Savonia-ammattikorkeakoulu

Yliopistonlehtori

Itä-Suomen yliopisto

Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta

Sosiaali- ja terveysjohtaminen

### TOIMITTAJAT

Marja Hult

Tt, dosentti, erikoistutkija

Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu

Kestävä hyvinvointi

Anna-Maria Isola

VTT, tutkimuspäällikkö,

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Yhdenvertaisuus

Erikoistutkija

Turun yliopisto

Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

Sosiaalityö

Anna-Aurora Kork

HTT, apulaisprofessori

Vaasan yliopisto

Johdamisen yksikkö

Sosiaali- ja terveyshallintotiede

Olli Kiviruusu

VTT, dosentti, tutkimuspäällikkö

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Mielenterveystiimi

Jari Kylmä

FT, TtL, dosentti, yliopistolehtori

Tampereen yliopisto

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Terveystieteiden yksikkö

Saija Mauno

Pst, Dosentti, Professori

Tampereen yliopisto

Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

Psykologia

Yliopistonlehtori

Jyväskylän yliopisto

Psykologian laitos

Mervi Rantsi

FT, Yliopistonlehtori

Itä-Suomen yliopisto

Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden

tiedekunta

Sosiaali- ja terveysjohtaminen

Sakari Suominen

LT, ma. prof.

Turun yliopisto

Kansanterveystiede

Katri Sääksjärvi

FT, ETM, erikoistutkija

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Väestöterveys

## TILASTOLLISTEN MENETELMIEN

### ASiantuntijat:

Reijo Sund, Helsingin yliopisto ja

Itä-Suomen yliopisto

Jaakko Nevalainen, Tampereen yliopisto

## TOIMITUSNEUVOSTO:

Anssi Auvinen, Ilmo Keskimäki, Seppo

Koskinen, Pekka Louhiala, Esa Läärä,

Sami Pirkola, Ossi Rahkonen, Arja

Rimpelä, Eva Roos ja Päivi Topo

## TILAUSHINNAT VUONNA 2024:

Jäsenet 45 €, työelämän ulkopuolella olevat 20 €

(Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenmaksu)

Muut, yhteisöt ja tilaukset ulkomaille 50 €, irtonumerot 13 € + postituskulut

## LIITY SOSIAALILÄÄKETIETEEN YHDISTYKSEN JÄSENEKSI

Yhdistyksen tavoitteena on edistää sosiaalilääketiedettä Suomessa. Jäsenkuntaan kuuluu eri koulutuksen saaneita sosiaali- ja terveysalan tutkijoita, asiantuntijoita ja opiskelijoita. Jäsenmaksu on 45 € varsinaisilta jäseniltä ja 20 € työelämän ulkopuolella olevilta (opiskelijat ja eläkeläiset). Jäsenmaksu sisältää Sosiaalilääketieteellisen aikakauslehden tilausmaksun.

Jäseneksi voi liittyä osoitteessa: <http://www.socialmedicine.fi/jasenasioita>

tai ottamalla yhteyttä jäsenisihteeriin: Paula Jääskeläinen

sähköposti: [jasensihiteeri@socialmedicine.fi](mailto:jasensihiteeri@socialmedicine.fi)

Päätoimittaja  
Minna Kaarakainen  
minna.kaarakainen@uef.fi

Toimitussihteeri  
Jenna Grundström  
toimitussihteeri@socialmedicine.fi

Lehden internetsivut  
<http://journal.fi/sla>

Julkaisija  
Sosiaalilääketieteen yhdistys ry  
Socialmedicinska föreningen rf

Julkaisijan osoite  
Sosiaalilääketieteen yhdistys  
c/o Paula Jääskeläinen  
PL 42 (Unioninkatu 33)  
00014 Helsingin yliopisto

Yhdistyksen puheenjohtaja  
Tomi Mäki-Opas  
Itä-Suomen yliopisto (sij. Helsinki)  
tomi.maki-opas@uef.fi

Yhdistyksen sihteeri  
Sanna Nykänen  
sihteeri@socialmedicine.fi

Ilmestymisaikataulu  
Neljä numeroa vuodessa (helmikuu, toukokuu, syyskuu  
ja joulukuu)

Kirjapaino ja taitto  
Kirjapaino Hermes Oy

Tämä julkaisu on saanut TSV:n kautta tieteellisen  
julkaisu toiminnan avustusta, jota opetus- ja  
kulttuuriministeriö myöntää Veikkauksen  
tuotoista

ISSN 0355-5097  
Kirjapaino Hermes Oy 2024

## Vanhenemisen ja vanhuuden tutkijat — katse tulevaan!

Suomalaiset vanhenemisen ja vanhuuden tutkimukset kuuluvat länsimaiden tutkimusten etujoukkoon. Muutamat tutkijamme kiinnostuivat gerontologiasta jo 1970-luvulla eli aikana, jolloin iäkkäitä ihmisiä ei juurikaan näkynyt kylä- tai katukuvassamme. Tutkimusten aihepiiri on laajentunut nopeasti. Vanhenemistä ja vanhuutta käsitteleviä tutkimuksia tehdään nykyisin lähes kaikilla tieteenaloilla.

Tiedottaminen tutkimustuloksista ja yhteiskunnan kehittäminen niiden perusteella ovat kuuluneet gerontologian tutkijoiden tavoitteisiin. Tietoja on pyritty siirtämään poliittisiin päätöksiin ja koulutusjärjestelmiin. Väestölle on kerrottu myönteisen vanhenemisen mahdollisuuksista ja keinoista. On haluttu poistaa vanhenevan väestön eriarvoistumista.

Monien ammattien koulutus sisältää vanhenemisen ja vanhuuden perspektiivejä. Ikääntyvä väestö osallistuu aktiivisesti kuntonsa ylläpitämiseen ja etsii tietoja siitä, miten selviytyä toimintakykynsä pettäessä. Poliittisissa päätöksissä ja yhteiskunnan kehittämisessä on kiinnitetty huomattavan paljon huomiota iäkkäiden hyvinvoinnin turvaamiseen. Vanhuspolitiikka on tuotu käsitteistöön. Iäkkäiden eriytymistä ja eriarvoistumista sekä eri ikäryhmien voimakasta vastakkainasettelua on pyritty estämään.

Vaikka yleiskuva on myönteinen, vanhenemisen ja vanhuuden saralla on monia kuoppia. Sairaudet, toimintakyvyn heikkoudet, huono taloudellinen asema, pitkät etäisyydet lapsiin ja lähisukulaisiin, ystävien vähäinen määrä tai puute, puutteelliset digitaidot, heikko osaaminen nykypäivän pirstoutuneessa maailmassa, yksinäisyys sekä hoidon ja hoivan puutteet luovat

iäkkäiden välistä eriarvoisuutta. Osan heistä ne ovat pudottaneet syrjäytyneiden kastiin.

Keskimääräisen eliniän piteneminen ja vanhojen ihmisten määrän lisääntyminen kuvastavat vain muutamaa yhteiskuntamme muutosta 2000-luvulla. Suuri joukko pitkään koulutukseen ja monipuoliseen työuraan osallistuneita on saavuttanut eläkeiän. Osa heistä on hankkinut kotitalaisen tai jopa ison omaisuuden. Ikääntyneiden keskimääräinen varallisuus on lisääntynyt, ja monet haluavat käyttää sitä hyvinvointinsa edistämiseen. Suomalaiseen ikääntymisen eetokseen kuuluva säästäminen ja perinnön jättäminen jälkipolville vallitsee kuitenkin edelleen. Sanonta ”ihminen on varakkain kuolinpäivänsä aamuna” pätee moniin iäkkäisiin kansalaisiin. Ja osa nykypäivän eläkeikäisistä on työskennellyt huonosti palkatuissa töissä. Heidän eläkkeensä ja omaisuutensa ovat lähes mitättömät. Taloudellinen eriarvoisuus on totta, ja köyhien iäkkäiden tiedot ja taidot selviytyä elämässään saattavat olla puutteelliset.

Maastamme on tullut monikielinen ja monikulttuurinen, mikä nykyisin näkyy pääasiassa työikäisten, nuorten ja lasten keskuudessa. Seksuaalivähemmistöjen ja muiden vähemmistöryhmien aseman parantuminen ja yksilöllisyyden korostuminen arvoissa, pukeutumisessa ja puheissa ovat silmin nähtäviä muutoksia. Nykypäivän iäkkäät kantavat 1900-luvun puolivälin ja jälkipuoliskon arvoja, Tulevien iäkkäiden elämäkokemukset ja arvot ovat toisenlaisia.

Kotona asumisen ja omaisten avun korostaminen ovat leimanneet hoivapolitiikkaamme 2000-luvun alusta lähtien. Ympäri vuorokautisen hoivan osuutta on vähennetty. Hoivatyöntekijöistä on jopa pulaa, ja kotiin järjestetty hoiva kattaa vain minimaalisen osan huonokuntoisten tarpeista. Varakkaat ovat hankkineet yksityisiä hoitajia koteihinsa. Kehityssuunta ja poliittiset toimet ovat luoneet valtavan eriarvoisuuden kaikkialta heikoimpien ihmisten välille ja eristäneet monet heistä koteihinsa.

Kaikista vanhimpien eli 90 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa koko 2020-luvun ajan. Ja suuret ikäluokat saavuttavat 85 vuoden iän seuraavan vuosikymmenen vaihteessa mainittujen ja kaikkien muiden muutosten keskellä.

Euroopan hoivapolitiikan tulevaisuutta kuvastaa Alankomaiden terveysministerin toteamus siitä, että vanhojen ihmisten on tulevaisuudessa luotettava yhä enemmän läheisten ja ystävien apuun ja yhä vähemmän ammattiauttajien apuun. Preventio, kotihoidon toimintojen vähentäminen, teknologian korostaminen ja yhteisöasumisen lisääminen kuuluvat keskeisiin tavoitteisiin. Ympäri vuorokautisen hoivan osuutta tulisi jopa vähentää. Ikääntyneet voivat joutua tekemään sopimuksia toistensa auttamisesta. Yksityispalveluiden määrä lisääntyy, ja varallisuuden merkitys avun saamisessa korostuu.

Uskomme vanhenemisen ja vanhuuden tutkijoiden mahdollisuuksiin vaikuttaa tulevaisuuteen. Ennakoimalla tulevaa kehitystä, tarkastelemalla mahdollisia syrjintää ja yhteiskunnasta putoamista aiheuttavia tekijöitä ja tutkimalla niiden vaikutuksia nopeasti ajan virrassa voimme ehkäistä katastrofaalisia muutoksia. Tämä vaatii myös sitä, että ikääntyneitä kuullaan, heille annetaan vaikutusmahdollisuuksia ja he saavat osallistua tutkijayhteisöihin.

SIRKKA-LIISA KIVELÄ  
*yleislääketieteen ja geriatrian erikoislääkäri  
yleislääketieteen professori, emerita,  
Turun yliopisto  
geriatriksen lääkehoidon dosentti,  
Helsingin yliopisto*

MARJO RING  
*FT, tutkijatohtori, Itä-Suomen yliopisto  
Projektitutkija, XAMK*

MINNA KAARAKAINEN  
*sosiaali- ja terveystieteiden dosentti,  
Helsingin yliopisto  
TKI asiantuntija, Savonia AMK  
Sosiaalilääketieteellisen aikakauslehden  
päätoimittaja*



## Epäsosiaalinen käytös ja sen yhteys perhetaustaan, oppimisvaikeuksiin, hyvinvointiin ja koulussa saatuun tukeen 4. ja 5. luokkalaisten: Kouluterveyskyselyn 2019 tuloksia

Ajankohtaista, koko maan kattavaa tutkimustietoa suomalaislasten käytösongelmista, kuten epäsosiaalisesta käytöksestä, on vähän. Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella lapsen epäsosiaalisen käytöksen yhteyttä perhetaustaan, lapsen oppimisvaikeuksiin ja hyvinvointiin sekä lapsen koulussa saamaan tukeen suomalaisessa väestöaineistossa. Aineistona käytettiin vuoden 2019 Kouluterveyskyselyn 4. ja 5.-luokkalaisten ja heidän huoltajiensa vastauksia (N = 34 473). Lapsen epäsosiaalista käytöstä mitattiin *Monitahoarviointi lapsen sosiaalisesta kompetenssista* -mittarin (MASK) liiallisen impulsiivisuuden ja häiritsevän käytöksen kysymyksillä, joihin lapsen huoltaja vastasi.

Lapsilla, joiden perheen sosioekonominen asema oli alempi, joiden vanhemmat olivat eronneet tai jotka asuivat uusperheessä, havaittiin enemmän impulsiivista ja häiritsevää käytöstä kuin muilla lapsilla. Ulkomaalaistausta oli yhteydessä vähäisempään impulsiiviseen (mutta ei häiritsevään) käytökseen sekä pojilla että tytöillä. Epäsosiaalinen käytös oli yhteydessä lisääntyneisiin oppimisvaikeuksiin sekä hyvinvoinnin haasteisiin, kuten kiusaamiseen ja kiusattuna olemiseen, yksinäisyyteen ja mielialaan liittyviin ongelmiin. Verrattuna muihin lapsiin, opiskeluhuollon palveluiden käyttö sekä erityisopettajan käynnit olivat yleisempiä epäsosiaalisesti käyttäytyvillä lapsilla.

Perhetaustaan liittyvä erot lasten epäsosiaalisessa käytöksessä ovat selviä. Lisäksi epäsosiaalisesti käyttäytyvillä lapsilla on haasteita oppimisessa sekä monia hyvinvointia heikentäviä tekijöitä, mikä todennäköisesti entisestään lisää havaittuja terveyseroja pitkällä aikavälillä. Olisikin tärkeää, että epäsosiaalisen käytöksen ongelmiin liittyviä haasteita pystyttäisiin ratkomaan asianmukaisella tavalla ja riittävän varhain. Tämä olisi sekä lapsen, vanhempien että koulun etu. Epäsosiaalisen käytöksen ongelmien ja koulun palvelujen käyttöön liittyviä yhteyksiä ei ole juuri aiemmin raportoitu ja näihin liittyvää tutkimusta onkin syytä edelleen syventää.

**AVAINSANAT:** Epäsosiaalinen käytös, käytösongelmat, opiskeluhoolto, terveyserot, oppimisvaikeudet

**PIIA KARJALAINEN, PÄIVI SANTALAHTI, TERHI AALTO-SETÄLÄ, OLLI KIVIRUUSU**

## YDINASIAAT

- Lasten epäsosiaalisesta käytöksestä Suomessa ei ole ajankohtaista kattavaa väestöpohjaista tutkimusta.
- Vanhempien alempi sosioekonominen tausta sekä avioero ovat yhteydessä lapsen liialliseen impulsiivisuuteen ja häiritsevään käytökseen.
- Epäsosiaalinen käytös on yhteydessä oppimisvaikeuksiin ja hyvinvoinnin haasteisiin, ml. kiusaaminen ja kiusatuksi tuleminen.
- Moni epäsosiaalisesti käyttäytyvä lapsi on opiskeluhoillon tuen piirissä, tuen riittävydestä ja laadusta tarvitaan lisää tutkimusta.

## TAUSTAA

Lasten käytösongelmat, kuten epäsosiaalinen käytös, ovat tavallisia (1). Epäsosiaalinen käytös kuormittaa paitsi lasta itseään, myös hänen koti-, koulu- ja muuta sosiaalista ympäristöään sekä yhteiskuntaa laajemminkin lisääntyneillä terveys-, sosiaali- ja myöhemmin oikeuspalveluiden kustannuksilla (2). Epäsosiaalinen käytös on esimerkiksi uhmakkuutta, tottelemattomuutta, valehtelemista, tavaroiden rikkomista, varastamista tai sanallista ja/tai fyysistä aggressiivisuutta, kuten kiusaamista ja lyömistä (3). Epäsosiaalinen käytös tunnustetaan helposti varhaiskasvatuksessa ja koulussa (1). Lapsen suotuisaa käytöstä voidaankin tukea kodin lisäksi näissä kasvuympäristöissä. Varhainen puuttuminen, ennen oireiden kehittymistä häiriöksi, olisi tärkeää, sillä erityisesti varhain alkaneilla käytöshäiriöillä on epäsuotuisa ennuste (4).

Epäsosiaalisesta käytöstä voidaan tarkastella sekä häiritsevänä että impulsiivisena käytöksenä (5). Usein samalla lapsella havaitaan näitä molempia yhtä aikaa (3). Häiritsevä käytös näyttäytyy usein yleisenä levottomuutena, opetuksen häiritsemisenä esimerkiksi huutelemalla, sääntöjen noudattamattomuutena tai muiden ärsyttämisenä. Impulsiivinen käytös ilmenee muun muassa häiriöherkkyytenä, arvaamattomana ja harkitsemattomana toimintana, oman vuoron odottamisen vaikeutena, tehtävien aloittamisen ja jatkamisen sekä ohjeiden noudattamisen vaikeutena. (6) Lisäksi epäsosiaalisesti käyttäytyvillä lapsilla on muita lapsia useammin huono sosiaalinen kompetenssi eli puutteita itsekontrollissa, tunteiden säätelyssä, kuuntelemisessa, kommunikoinnissa, toisen näkökulman huomioimisessa,

ja sosiaalisessa ongelmanratkaisussa sekä heikot selviytymiskeinot (7). Heillä on myös muita lapsia enemmän fyysistä ja verbaalista aggressiivista käyttäytymistä (8).

Epäsosiaalisen käytöksen kehittymiselle on monia riskitekijöitä. Epäsosiaalinen käytös on yleisempää pojilla kuin tytöillä (9). Myös perhe-tausta on yhteydessä lapsen epäsosiaaliseen käytökseen: alempi sosioekonominen asema (SES) on riskitekijä sille, että lapsella tai nuorella esiintyy epäsosiaalista käytöstä (10), samoin perheiden, joissa vanhemmat ovat eronneet, kuten myös yksinhuoltajien lapsilla on havaittu enemmän käytösongelmia, kuten epäsosiaalista käytöstä, tai käytöshäiriöitä (11–13). Maahanmuuttotaustan suhteen aiemmat tutkimukset antavat osin ristiriitaisen kuvan. Eurooppalaisessa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa raportoitiin yhteys maahanmuuttotaustan ja lasten lisääntyneiden käytösongelmien välillä (14). Toisaalta on tutkimuksia, joissa ei ole havaittu yhteyttä näiden välillä (15). Esimerkiksi espanjalaisessa tutkimuksessa todettiin maahanmuuttajataustaisilla tytöillä olevan vähemmän käytösongelmia kuin saman ikäisillä ei-maahanmuuttajataustaisilla (16).

Epäsosiaalinen käytös on yhteydessä heikompaan koulumenestykseen (15). Epäsosiaalisesti käyttäytyvillä lapsilla on usein oppimisvaikeuksia (17, 18), erityisesti lukemisen ja matematiikan osa-alueilla (17, 19, 20). Heillä on myös ikätovereitaan enemmän ongelmia suhteissaan opettajiin ja muihin oppilaisiin sekä enemmän koulu-poissaoloja, ja lisäksi he alisuoriutuvat usein akateemisesti sosioekonomisesta taustasta ja sukupuolesta riippumatta (21, 22). Epäsosiaalisen käytöksen on havaittu olevan yhteydessä myös koettuun yksinäisyyteen (23), masennukseen (24) ja kiusaamiseen (25). On myös viitteitä siitä, että lapset, joilla on käytösongelmia, ovat itse kiusaamisen kohteena (26). Tätä ilmiötä on kuitenkin tutkittu suhteellisen vähän.

Perusopetuslain mukaan oppilaalla on oikeus saada riittävää oppimisen ja koulunkäynnin tukea koko perusopetuksen ajan (27). Oppimisen ja koulunkäynnin tuen kolme tasoa ovat yleinen, tehostettu ja erityinen tuki. Tukimuotoja ovat esimerkiksi erityisopettajan antama osa-aikainen erityisopetus. Yksilökohtaisen oppilashuollon palveluilla, kuten kouluterveydenhuollolla, psykologi- ja kuraattoripalveluilla voidaan täydentää oppilaan saamaa yleistä, tehostettua tai erityistä

tukea. Opiskeluhoitopalveluilla edistetään, pidetään yllä ja luodaan edellytyksiä oppilaan ja opiskelijan hyvälle oppimiselle, psyykkiselle ja fyysiselle terveydelle sekä sosiaaliselle hyvinvoinnille.

Vuonna 2019 tehdyn Kouluterveyskyselyn mukaan keskimäärin noin neljäosa vastaajista koki opiskeluhoillon ammattilaisten vastaanotolle pääsyn vaikeaksi ja noin viidesosa ei ollut saanut apua ja tukea hyvinvointiinsa (28). Lisäksi monet lapsista ja nuorista kertoivat, ettei koulussa ollut aikuista, jonka kanssa keskustella mieltä painavista asioista (28, 29). Ei kuitenkaan ole tietoa siitä, miten epäsosiaalisesti käyttäytyvät oppilaat ovat saaneet tukea opiskeluhoilosta tai erityisopettajalta.

Lapsen epäsosiaalisen käytöksen tiedetään ennustavan voimakkaasti myöhempää epäsosiaalista käytöstä, muuta psykiatrista sairastavuutta sekä psykososiaalista huono-osaisuutta nuorena ja aikuisena (4). Kattavaan väestöaineistoon perustuvaa ajankohtaista suomalaista tutkimusta lasten epäsosiaalisen käytöksen yleisyydestä ja riskitekijöistä on kuitenkin niukasti. Samoin ei ole kattavaa tietoa siitä, miten epäsosiaalinen käytös on yhteydessä haasteisiin koululaisen arjessa koulussa sekä oppimiseen ja hyvinvointiin liittyvissä tekijöissä. Erityisen huonosti tiedetään, miten epäsosiaalisesti käyttäytyvät lapset saavat tukea oppimisen ja käytöksen ongelmiin, kuten epäsosiaaliseen käytökseen, opiskeluhoillon palveluista.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella Kouluterveys 2019 aineistossa epäsosiaalisen käytöksen (impulsiivinen ja häiritsevä käytös) esiintymistä 4.–5.-luokkalailla oppilailla sekä siinä havaittavia eroja perhetaustan, perheen sosioekonomisen aseman ja syntyperän suhteen. Lisäksi tutkitaan lapsen epäsosiaalisen käytöksen yhteyttä oppimisvaikeuksiin, kiusaamiseen ja hyvinvointiin sekä lapsen saamaan tukeen koulun aikuisilta ja opiskeluhoillon palveluista.

## MENETELMÄT

### AINEISTO

Kouluterveyskysely on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) joka toinen vuosi kokonaistutkimuksena toteuttama poikkileikkaustutkimus, joka kokoaa valtakunnallisesti yhtenäisellä me-

netelmällä tietoa lasten ja nuorten elinoloista, terveydestä, terveystottumuksista ja kouluoloista (30). Tässä tutkimuksessa käytimme vuoden 2019 Kouluterveyskyselyn 4.- ja 5.-luokkalaisten (N=99 632) ja heidän huoltajiensa (N=34 635) aineistoa. Aineiston kattavuus kohdejoukosta oli 82 prosenttia oppilaiden ja 29 prosenttia huoltajien osalta (30). Tähän tutkimukseen otettiin mukaan ne 34 635 (34,8 % vastanneista) oppilasta, joiden huoltaja oli myös vastannut kyselyyn. Lisäksi edellytettiin, että lapsen virallinen sukupuoli oli tiedossa ja että huoltaja oli vastannut tutkimuksen kannalta keskeisen, epäsosiaalisen käytöksen mittarin kysymyksiin (ks. alla). Näillä kriteereillä lopullinen, analyyseissa käytetty aineisto käsitti 34 473 huoltajaa ja oppilasta (16 722 poikaa, 17 751 tyttöä). Huoltajista 29 128 (84,5 %) oli äitejä, 4 930 (14,3 %) isiä, 321 (0,9 %) muita huoltajan asemassa olevia, lisäksi 94 huoltajan osalta suhde lapseen ei ollut tiedossa.

Oppilaat vastasivat kyselyyn itsenäisesti ja nimettömästi koulutuntien aikana. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Kyselystä tiedotettiin etukäteen alle 15-vuotiaiden oppilaiden huoltajia, joilla oli mahdollisuus kieltää alaikäisen lapsensa osallistuminen kyselyyn. Kyselystä oli kieliversiot suomeksi, ruotsiksi, englanniksi, venäjäksi ja pohjoissaameksi. Vuoden 2019 Kouluterveyskyselyn eettinen ennakoarviointi tehtiin THL:n tutkimuseettisessä työryhmässä (30). Tutkimuksen laatuseloste, jossa käytetyt menetelmät on kuvattu tarkemmin sekä käsitelty tietojen oikeellisuutta ja tarkkuutta, on kuvattu THL:n tilastoraportissa 33/2019 (31).

### MITTARIT

Lapsen epäsosiaalista käytöstä mitattiin *Monitahoarviointi lapsen sosiaalisesta kompetensista* -mittarilla (MASK), joka on kehitetty School Social Behavior Scale -asteikon (SSBS) pohjalta Suomessa 2000-luvun alussa (5). Mittari sisältää kaksi pääluottuvuutta, prososiaalisen ja epäsosiaalisen käytöksen, joista jälkimmäiseen ulottuvuuteen kuuluvat seitsemän väittämää ovat mukana Kouluterveyskyselyssä huoltajan lomakkeella. Väittämistä kolme kuvaa impulsiivista käytöstä ("On lyhyt pinna", "Saa raivokohtauksia ja kiukunpuuksia", "Ärsyyntyy helposti") ja neljä häiritsevää käytöstä ("Härnää ja tekee pilaa muista lapsista", "Väittelee ja riitelee muiden lasten kanssa", "Häiritsee ja ärsyttää muita lapsia",

”Toimii ajattelematta”). Vastausvaihtoehdot ovat 1 (ei koskaan), 2 (harvoin), 3 (usein) ja 4 (erittäin usein). Sekä impulsiiviselle että häiritsevälle käytökselle muodostettiin skaalat, jotka laskettiin ko. skaalan osioiden keskiarvona. Puuttuvaa tietoa sallittiin yksi osio skaalaa kohden, näitä tapauksia oli alle prosentti kummassakin skaalassa. Skaalat olivat sisäisesti konsistentteja – Cronbachin alfa oli 0,84 impulsiiviselle ja 0,83 häiritsevälle käytökselle. MASK-mittarin skaaloille ei ole käytettävissä standardoituja katkaisupisteitä. Tässä käytettiin vastausasteikkoon perustuvaa katkaisukohtaa: jos keskiarvomuuttujan arvo oli yli 2,5 pistettä (vastausasteikon keskipiste), jolloin kutakin skaalan kuvaamaa käyttäytymistä esiintyy keskimäärin pikemminkin ”usein” kuin ”harvoin”, katsottiin tämän kuvastavan merkittävää, tavallisesta poikkeavaa käyttäytymistä. Käyttäen tätä katkaisukohtaa muodostettiin kaksi-luokkaiset indikaattorimuuttujat ”impulsiivinen käytös” ja ”häiritsevä käytös” (kyllä/ei).

Lapsen perheen tilannetta koskien huoltajalta kysyttiin ovatko lapsen vanhemmat eronneet (kyllä/ei) sekä sitä, elääkö lapsi uusperheessä (kyllä/ei). Huoltajan raportoimasta peruskoulutuksen jälkeisestä tutkinnosta (”ei ammatillista koulutusta”, ”enintään ammatillinen kurssi tai työpaikkakoulutus”, ”amatillinen perustutkinto, ammatti- tai erikoisammattitutkinto”, ”alempi tai ylempi ammattikorkeakoulu- tai korkeakoulututkinto”, ”tohtorin tai lisensiaatin tutkinto”) muodostettiin muuttuja ”huoltajan koulutus enintään ammatillinen tutkinto” (kyllä/ei) ja perheen taloudellisesta tilanteesta (”erittäin hyvä”, ”melko hyvä”, ”kohtalainen”, ”melko huono”, ”erittäin huono”) 3-luokkainen muuttuja (hyvä/kohtalainen/huono). Ulkomaalaistaustainen syntyperä (huoltajan raportoima) määriteltiin tarkoittamaan, että lapsen molemmat vanhemmat ovat ulkomaalaistaustaisia (kyllä/ei).

Lapselta kysyttiin vaikeuksista lukemisessa, laskemisessa ja kirjoittamisessa (”ei ollenkaan”, ”jonkin verran”, ”paljon”). Jos vähintään kahteen näistä kolmesta oli vastattu ”jonkin verran” tai ”paljon”, lapsen raportoima oppimisvaikeudet-muuttuja sai arvon ”kyllä”, muutoin ”ei”. Huoltajan raportoima lapsen oppimisvaikeus (”ei vaikeuksia”, ”vähän vaikeuksia”, ”paljon vaikeuksia”, ”ei onnistu lainkaan”), luokiteltiin arvoon ”kyllä”, jos vaikeuksia oli ”vähän” tai sitä enemmän, muutoin muuttuja sai arvon ”ei”.

Koulukiusaamisesta lukuvuoden aikana kysyttiin lapselta 4-portaisella asteikolla (”useita kertoja viikossa”, ”noin kerran viikossa”, ”harvemmin”, ”ei lainkaan”) ja tästä muodostettiin muuttujat ”Ollut kiusattuna viikoittain tai useammin” ja ”Osallistunut kiusaamiseen viikoittain tai useammin” (kyllä/ei). Huoltajan vastaukset koskien lapsen koulukiusaamista (”ei”, ”joskus”, ”usein”, ”en tiedä”) luokiteltiin muuttujiksi ”Lasta kiusattu koulussa joskus tai usein” sekä ”Lapsi osallistunut kiusaamiseen joskus tai usein” (kyllä/ei). Vastausvaihtoehdot ”en tiedä” jätettiin luokittelun ulkopuolelle ja jäi puuttuvaksi tiedoksi luoduissa muuttujissa. Lapsen raportoimasta yksinäisyydestä (”ei ollenkaan”, ”joskus”, ”usein”) ja ystävien määräästä (”ei yhtään”, ”yksi”, ”kaksi tai useampia”) muodostettiin muuttujat ”usein yksinäinen” ja ”ystäviä yksi tai ei yhtään” (kyllä/ei). Huoltajalta kysyttiin lapsen vaikeuksista saada ystäviä (”ei vaikeuksia”, ”vähän vaikeuksia”, ”paljon vaikeuksia”, ”ei onnistu lainkaan”) ja tästä muodostettiin muuttuja ”Lapsella paljon vaikeuksia saada ystäviä tai se ei onnistu lainkaan” (kyllä/ei). Mielialaan liittyviä ongelmia viimeisen kahden viikon aikana mitattiin kuudella Moods and Feelings Questionnaire -mittarin väittämällä (32), esimerkiksi ”olin epätoivoinen tai onneton” ja ”ajattelin, että kukaan ei pidä minusta”, joihin lapset vastasivat asteikolla 1 ”pitää paikkansa”, 2 ”silloin tällöin”, 3 ”ei pidä paikkansa”. Muuttuja mielialaan liittyviä ongelmia sai arvon ”kyllä”, jos lapsi vastasi vähintään yhteen väittämään ”pitää paikkansa”, muutoin ”ei”.

Lapselta kysyttiin, onko koulussa joku aikuinen, jonka kanssa hän voi keskustella mieltään painavista asioista (”ei”, ”kyllä”, ”en tiedä”). Tämän perusteella muodostettiin muuttuja ”Koulussa ei aikuista, jonka kanssa voi keskustella” (kyllä/ei), josta ”en tiedä” -vastaukset jätettiin ulkopuolelle. Huoltaja raportoi oliko lapsi käyttänyt viimeisen 12 kk aikana seuraavia opiskelu- ja palvelu- ja kouluterveydenhoitaja, koululääkäri, koulupsykologi, koulukuraattori ja erityisopettaja. Kutakin palvelua kohden muodostettiin oma muuttuja.

#### AINEISTON ANALYYSI

Analyysit tehtiin SPSS 27.0 -ohjelmalla. Analyysit tehtiin erikseen pojille ja tytöille, koska epäsuosiaalinen käytös on selvästi yleisempää pojilla kuin



tytöillä (9). Aineiston muuttujien jakaumat kuvattiin ensin prosenttiosuuksina ja poikien ja tyttöjen väliset erot näissä testattiin khiin neliö -testillä. Taustatekijöiden ja epäsosiaalisen käytöksen muuttujien (impulsiivinen käytös ja häiritsevä käytös) väliset yhteydet raportoitiin taustatekijöiden suunnassa laskettuina prosenttijakaumina ja yhteyksien tilastollinen merkitsevyys testattiin khiin neliö -testillä. Epäsosiaalisen käytöksen muuttujien yhteydet lapsen oppimisvaikeuksiin ja hyvinvointiin sekä lapsen saamaan tukeen ja palveluihin koulussa analysoitiin logistisella regressiolla. Näissä analyyseissa selittävänä tekijänä oli lapsen epäsosiaalinen käytös (impulsiivinen käytös ja häiritsevä käytös), jolle laskettiin vetosuhte (odds ratio, OR) suhteessa selitettäviin muuttujiin (oppimisvaikeudet, hyvinvointi ja palvelut). Vetosuhteille laskettiin 95 prosentin luottamusvälit (LV). Logistiset regressioanalyysit tehtiin kahdessa vaiheessa, ensin ilman vakiointeja ja sitten vakioiden perheen taustatekijöillä. Artikkelissa on raportoitu taustatekijöillä vakioituneet tulokset. Vakioimattomien ja vakioitujen tulosten välillä ei ollut suuria eroja, suurin absoluuttinen muutos vetosuhteessa mallien välillä oli 1,03 (11,41 -> 10,38) ja suurin suhteellinen muutos 11,6 % (3,63 -> 3,21) – päätelmien tasolla muutoksilla ei ollut merkitystä. Poikien ja tyttöjen väliset erot vetosuhteissa testattiin koko aineiston tasolla (pojat ja tytöt yhdessä) vakioituneissa malleissa käyttäen sukupuoli x impulsiivinen käytös (tai häiritsevä käytös) -interaktio termejä. Tilastollisen merkitsevyyden rajaksi asetettiin  $p < 0,05$ . Aineiston ison koon vuoksi varsin pienetkin erot osuuksissa ja vähäiset efektit tulevat tilastollisesti merkitseviksi – tämä on pyritty huomioimaan raportoinnissa sekä johtopäätöksissä.

#### KATOANALYYSI

Katoanalyysiä tehtiin vertailemalla lapsia, joiden huoltaja oli vastannut kyselyyn (N=34 635), niihin lapsiin, joiden huoltaja ei ollut vastannut kyselyyn (N=64 997). Vertailussa käytettiin tämän tutkimuksen niitä muuttujia, jotka perustuivat lapsen vastauksiin. Verrattuna niihin lapsiin, joiden huoltaja oli vastannut kyselyyn, niiden lasten joukossa, joiden huoltaja ei ollut vastannut kyselyyn ja jotka eivät siten tulleet mukaan tähän tutkimukseen, oli enemmän poikia (50,8 % vs. 48,5 %), oppimisvaikeuksia raportoineita (28,1 % vs. 22,5 %), kiusattuna olleita (7,8 %

vs. 6,0 %), kiusaamiseen osallistuneita (2,3 % vs. 1,6 %), yksinäiseksi usein itsensä tunteneita (3,7 % vs. 2,8 %), niitä, joilla oli korkeintaan yksi ystävä (6,0 % vs. 4,9 %), mielialaongelmista kahden viime viikon aikana raportoineita (16,7 % vs. 13,7 %) sekä niitä, joilla ei ollut koulussa aikuista, jonka kanssa voisi keskustella huolistaan (30,5 % vs. 24,8 %). Kaikki erot ryhmien välillä olivat khiin neliö -testillä tarkasteltuina tilastollisesti merkitseviä ( $p < 0,001$ ).

#### TULOKSET

Muuttujien jakaumat prosentteina on esitetty Taulukossa 1. Noin 16 prosenttia 4.–5.-luokkalaisten lasten vanhemmista oli eronnut ja hie-man yli 3 prosentilla oli ulkomaalaistaustaiset vanhemmat. Enintään ammatillisen tutkinnon oli huoltajista suorittanut 41 prosenttia. Noin viidesosalla lapsista oli oppimisvaikeuksia, pojilla jonkin verran tyttöjä enemmän. Sekä kiusattuna oleminen että kiusaaminen oli tavallisempaa pojilla, erityisesti huoltajan raportoiman kiusaamisen osalta. Lasten raportoimien kiusaamismuuttujien osalta prosentit olivat huomattavasti alhaisemmat kuin huoltajien vastaavien, mikä selittyy pitkälti erilaisista vastausasteikoista sekä tavasta, jolla muuttujat määriteltiin. Tytöt raportoivat poikia enemmän yksinäisyyteen ja mielialaan liittyviä ongelmia. Noin 30 prosenttia pojista ja 20 prosenttia tytöistä koki, ettei heillä ollut koulussa aikuista, jonka kanssa keskustella mieltä painavista asioista. Lisäksi tässä muuttujassa oli paljon (29 %) puuttuvaa tietoa (”en tiedä” -vastaukset). Huoltajan raportoimien mukaan tytöt olivat käyneet poikia useammin terveydenhoitajalla muussa kuin terveystarkastuksessa, pojat puolestaan olivat käyneet useammin erityisopettajan luona. Impulsiivista käytöstä oli 15,3 prosentilla lapsista ja häiritsevää käytöstä 3,9 prosentilla. Pojilla sekä impulsiivinen että häiritsevä käytös oli tyttöjä yleisempää.

Impulsiivista ja häiritsevää käytöstä oli useammin lapsilla, joiden vanhemmat olivat eronneet tai jotka asuivat uusperheessä (Taulukko 2). Yhteydet olivat samansuuntaisia pojilla ja tytöillä – ainoa poikkeus oli yhteys vanhempien eron ja häiritsevän käytöksen välillä, jossa ei havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä tytöillä. Myös sosioekonomisten tekijöiden ja lapsen epäsosiaalisen käytöksen välillä havaittiin yhteys: lapsilla, joiden huoltajilla oli alempi koulutus tai joiden

Taulukko 1. Tutkimuksessa käytettyjen muuttujien frekvenssit (%) sukupuolen mukaan.

Muuttuja <sup>1</sup>	Puuttuvaa tietoa <sup>5</sup> %	Yhteensä (N=34473) %	Pojat (N=16722) %	Tytöt (N=17751) %	Sukupuolten välinen ero p <sup>6</sup>
<b>Perheeseen liittyvät taustatekijät</b>					
Vanhemmat eronneet (h)	0,2	15,5	15,0	15,9	0,022
Uusperhe (h)	0,2	8,4	8,3	8,5	0,378
Huoltajan koulutus enintään ammattillinen tutkinto <sup>2</sup> (h)	0,5	41,1	40,6	41,6	0,053
Perheen taloudellinen tilanne (h)	0,6				0,181
Hyvä		66,1	66,6	65,6	
Kohtalainen		27,7	27,3	28,1	
Huono		6,2	6,2	6,3	
Ulkomaalaistaustainen syntyperä <sup>3</sup> (h)	0,7	3,3	3,1	3,5	0,049
<b>Lapsen oppimisvaikeudet ja hyvinvointi</b>					
Oppimisvaikeudet (l)	1,5	22,5	24,6	20,6	< 0,001
Oppimisvaikeudet (h)	0,2	19,3	20,8	17,8	< 0,001
Kiusattuna viikoittain (l)	0,6	6,0	6,6	5,4	< 0,001
Kiusannut viikoittain (l)	1,3	1,6	2,2	1,0	< 0,001
Kiusattuna joskus tai usein (h)	4,4	22,1	25,0	19,4	< 0,001
Kiusannut joskus tai usein (h)	9,1	9,8	15,0	4,9	< 0,001
Usein yksinäinen (l)	0,7	2,8	2,2	3,4	< 0,001
Ystäviä yksi tai ei yhtään (l)	0,6	4,9	3,7	6,1	< 0,001
Vaikea saada ystäviä (h)	0,4	2,8	3,4	2,2	< 0,001
Mielialaan liittyviä ongelmia (l)	1,6	13,7	12,1	15,2	< 0,001
<b>Lapsen saama tuki ja palveluiden käyttö koulussa</b>					
Koulussa ei aikuista, jonka kanssa voi keskustella (l)	28,5	24,8	29,8	20,0	< 0,001
Opiskeluhuollon palvelut, joita käyttänyt viimeisen 12 kk aikana					
Kouluterveydenhoitaja <sup>4</sup> (h)	1,6	45,9	43,7	48,1	< 0,001
Koululääkäri <sup>4</sup> (h)	1,7	13,2	13,4	13,0	0,357
Koulupsykologi (h)	1,7	6,4	7,5	5,5	< 0,001
Koulukuraattori (h)	1,8	10,0	9,9	10,1	0,398
Erityisopettaja (h)	2,0	19,1	22,7	15,6	< 0,001
<b>Lapsen epäsosiaalinen käytös</b>					
Impulsiivinen käytös (h)	0,0	15,3	17,8	12,9	< 0,001
Häiritsevä käytös (h)	0,1	3,9	5,9	2,0	< 0,001

<sup>1</sup> Suluissa muuttujan perässä indikoitu informantti: h = huoltaja, l = lapsi<sup>2</sup> Kyselyyn vastanneen huoltajan (84,7 % äiti, 14,3 % isä, 0,9 % muu)<sup>3</sup> Molemmat vanhemmat ulkomaalaistaustaisia<sup>4</sup> Muu kuin terveystarkastus<sup>5</sup> Laskettu suhteessa artikkeliin valittujen tapausten kokonaistapausmäärään N=34473<sup>6</sup> Testattu khiin neliö -testillä

Taulukko 2. Lapsen impulsiivinen ja häiritsevä käytös huoltajan raportoitujen perheen taustatekijöiden mukaan pojilla ja tytöillä.

Selittävä muuttuja	Pojat (N=16722)				Tytöt (N=17751)			
	Impulsiivinen käytös		Häiritsevä käytös		Impulsiivinen käytös		Häiritsevä käytös	
	%	p	%	p	%	p	%	p
Vanhemmat eronneet								
Ei	16,8	< 0,001	5,4	< 0,001	12,4	< 0,001	2,0	0,052
Kyllä	23,4		8,9		15,9		2,5	
Uusperhe								
Ei	17,2	< 0,001	5,5	< 0,001	12,4	< 0,001	1,9	< 0,001
Kyllä	24,6		10,5		18,4		3,4	
Huoltajan koulutus <sup>1</sup>								
Vähintään ammattikorkeakoulu	16,9	< 0,001	5,4	< 0,001	12,1	< 0,001	1,6	< 0,001
Enintään ammatillinen tutkinto	19,3		6,8		14,1		2,7	
Perheen taloudellinen tilanne								
Hyvä	15,2	< 0,001	4,8	< 0,001	10,9	< 0,001	1,5	< 0,001
Kohtalainen	21,3		7,3		15,8		2,6	
Huono	31,4		11,7		21,1		4,7	
Syntyperä								
Suomalaistaustainen <sup>2</sup>	18,2	< 0,001	6,0	0,112	13,1	< 0,001	2,1	0,061
Ulkomaalaistaustainen <sup>3</sup>	9,6		4,3		8,2		1,0	

<sup>1</sup> Kyselyyn vastanneen huoltajan (84,7 % äiti, 14,3 % isä, 0,9 % muu)

<sup>2</sup> Toinen vanhemmista voi olla ulkomaalaistaustainen (7,3 %)

<sup>3</sup> Molemmat vanhemmat ulkomaalaistaustaisia

perheissä taloudellinen tilanne oli huono, oli enemmän impulsiivista ja häiritsevää käytöstä. Suomalaistaustaisilla lapsilla oli enemmän impulsiivista käytöstä (pojat 18,2 %, tytöt 13,1 %) kuin maahanmuuttajataustaisilla (pojat 9,6 %, tytöt 8,2 %). Häiritsevän käytöksen suhteen ei havaittu eroja syntyperän mukaan.

Impulsiivisesti ja häiritsevästi käyttäytyvillä lapsilla oli enemmän oppimisvaikeuksia sekä heidän itsensä että huoltajan raportoituna, verrattuna lapsiin, joilla ei ollut epäsosiaalista käytöstä (Taulukko 3). Edelleen lapset, joilla oli epäsosiaalista käytöstä, olivat oman ilmoituksensa mukaan useammin kiusattuina, mutta myös itse kiusaajina, verrattuna lapsiin, joilla epäsosiaalista käytöstä ei ollut. Poikkeuksena tytöillä impulsiivinen käytös, joka ei ollut yhteydessä siihen, että oli itse kiusannut muita. Lisäksi tytöillä häiritsevän käytöksen yhteys kiusattuna olemiseen oli voimakkaampi kuin pojilla. Epäsosiaalisen käytöksen ja kiusaamisen väliset yhteydet olivat korostuneempia huoltajan raportoimissa kiusaamismuuttujissa, erityisesti häiritsevän käytöksen yhteys siihen, että lapsi oli kiusannut muita, oli

voimakas ja tytöillä (OR = 14,38) vielä merkittävästi voimakkaampi kuin pojilla (OR = 9,72). Vastaavasti impulsiivinen käytös oli pojilla voimakkaammin yhteydessä siihen, että lapsi oli huoltajan mukaan kiusattu.

Lapset, joilla oli epäsosiaalista käytöstä, olivat todennäköisemmin yksinäisiä ja heillä oli vähemmän ystäviä, verrattuna lapsiin, joilla ei ollut epäsosiaalista käytöstä. Pojilla impulsiivisen käytöksen yhteys siihen, että lapsella oli vain yksi tai ei yhtään ystävää, oli voimakkaampi kuin tytöillä. Sekä impulsiivinen että häiritsevä käytös olivat voimakkaasti yhteydessä huoltajan raportoitamaan lapsen vaikeuteen saada ystäviä. Erityisesti tytöillä häiritsevän käytöksen suhteen tämä yhteys oli voimakas (OR = 10,38) ja merkittävästi voimakkaampi kuin pojilla (OR = 6,92). Epäsosiaalinen käytös oli yhteydessä mielialaan liittyviin ongelmiin sekä pojilla että tytöillä.

Impulsiivisesti ja häiritsevästi käyttäytyvät lapset raportoivat useammin kuin muut lapset, ettei heillä ollut koulussa ketään aikuista, jonka kanssa voisivat keskustella mieltään painavista

Taulukko 3. Impulsiivisen ja häiritsevän käytöksen yhteys lapsen oppimisvaikeuksiin, hyvinvointiin sekä tukeen ja palveluiden käyttöön koulussa pojilla ja tytöillä. Tulokset vakioiduista<sup>1</sup> logistisista regressiomalleista.

	Pojat (N=16722) <sup>4</sup>		Tytöt (N=17751) <sup>5</sup>	
	Impulsiivinen käytös OR (95 % LV)	Häiritsevä käytös OR (95 % LV)	Impulsiivinen käytös OR (95 % LV)	Häiritsevä käytös OR (95 % LV)
Selitettävä muuttuja <sup>2</sup>				
Lapsen oppimisvaikeudet ja hyvinvointi				
Oppimisvaikeudet (l)	1,44 (1,32–1,58)	1,56 (1,36–1,80)	1,38 (1,24–1,53)	1,88 (1,50–2,37)
Oppimisvaikeudet (h)	2,72 (2,49–2,97)	3,05 (2,66–3,49)	2,64 (2,39–2,91)	3,21 (2,58–3,99)
Kiusattuna viikoittain (l)	2,19 (1,91–2,52)	2,44 (2,01–2,97) <sup>a</sup>	2,05 (1,74–2,40)	3,68 (2,76–4,90)
Kiusannut viikoittain (l)	2,07 (1,64–2,61)	3,76 (2,84–4,96)	1,46 (0,98–2,18)	3,03 (1,58–5,83)
Kiusattuna joskus tai usein (h)	3,16 (2,89–3,45) <sup>c</sup>	4,50 (3,92–5,17)	2,50 (2,26–2,76)	4,34 (3,47–5,42)
Kiusannut joskus tai usein (h)	4,11 (3,71–4,55)	9,72 (8,37–11,29) <sup>b</sup>	3,77 (3,21–4,42)	14,38 (11,15–18,54)
Usein yksinäinen (l)	2,40 (1,91–3,02)	2,71 (2,00–3,69)	2,12 (1,74–2,58)	3,07 (2,13–4,41)
Ystäviä yksi tai ei yhtään (l)	2,16 (1,80–2,58) <sup>b</sup>	2,55 (2,00–3,26)	1,53 (1,29–1,80)	1,83 (1,30–2,58)
Vaikea saada ystäviä (h)	5,75 (4,83–6,85)	6,92 (5,67–8,45) <sup>a</sup>	5,51 (4,48–6,79)	10,38 (7,70–13,99)
Mielialaan liittyviä ongelmia (l)	2,07 (1,86–2,31)	2,22 (1,89–2,61)	1,93 (1,74–2,16)	2,54 (2,02–3,20)
Koulussa ei aikuista, jonka kanssa voi keskustella (l)	1,22 (1,10–1,35)	1,13 (0,96–1,34)	1,37 (1,21–1,55)	1,41 (1,06–1,88)
Opiskeluhuollon palvelut, joita käyttänyt viimeisen 12 kk aikana				
Kouluterveydenhoitaja <sup>3</sup> (h)	1,52 (1,40–1,64)	1,70 (1,49–1,94)	1,35 (1,23–1,47)	1,46 (1,18–1,82)
Koululääkäri <sup>3</sup> (h)	1,63 (1,46–1,81) <sup>b</sup>	1,87 (1,59–2,19)	1,28 (1,13–1,45)	1,95 (1,51–2,51)
Koulupsykologi (h)	3,15 (2,78–3,58)	3,13 (2,63–3,73)	2,56 (2,20–2,99)	3,08 (2,28–4,16)
Koulukuraattori (h)	3,29 (2,94–3,68) <sup>c</sup>	3,93 (3,37–4,58)	2,43 (2,16–2,75)	3,56 (2,80–4,52)
Eritysisopettaja (h)	2,37 (2,17–2,59) <sup>b</sup>	3,23 (2,83–3,70)	1,93 (1,73–2,15)	2,96 (2,36–3,70)

<sup>1</sup> Analyseissa kontrolloitu perhetaustan (vanhempien avioero, uusperhe), huoltajan koulutuksen, perheen taloudellisen tilanteen ja syntyperän vaikutus.

<sup>2</sup> Suluissa muuttujan perässä indikoitu informantti: h = huoltaja, l = lapsi

<sup>3</sup> Muu kuin terveystarkastus

<sup>4</sup> Tapausmäärä vaihtelee analyyseittäin selitettävän muuttujan mukaan välillä 14838–16380 (pojat) ja 15985–17426 (tytöt), paitsi muuttujan ”Koulussa ei aikuista, jonka kanssa voi keskustella” analyysissä, jossa 11832 (pojat) ja 12415 (tytöt) tapausta.

Efekti eroaa merkitsevästi tyttöjen vastaavasta efektistä: <sup>a</sup> p < 0,05, <sup>b</sup> p < 0,01, <sup>c</sup> p < 0,001

asioista (Taulukko 3). Yhteydet olivat kuitenkin varsin heikkoja (OR:t 1,13–1,41) ja pojilla häiritsevän käytöksen osalta yhteys ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Epäsosiaalisesti käyttäytyvät lapset käyttivät kaikkia opiskeluhoollon palveluja sekä kävivät erityisopettajalla enemmän kuin lapset, joilla ei ollut epäsosiaalista

käytöstä: kouluterveydenhoitajan ja koululääkärin (muun kuin terveystarkastus) käynnin suhteen OR:t vaihtelivat 1,5 molemmin puolin, kun taas koulupsykologin, koulukuraattorin ja erityisopettajan käyntien OR:t olivat suuremmat, vaihdellen välillä 1,93–3,93. Pojilla impulsiivinen käytös ennusti lääkärin, kuraattorin ja

erityisopettajan käyntiä voimakkaammin kuin tytöillä. Esimerkiksi impulsiivisesti käyttäytyvistä pojista 21,9 prosentilla oli ollut käynti kuraattorilla, kun ei-impulsiivisilla pojilla kuraattorikäyntejä oli 7,3 prosentilla, tytöillä vastaavat prosentit olivat 20,1 ja 8,7. Erityisopettajalla impulsiivisista pojista oli käynyt 37,5 prosenttia ja ei-impulsiivisista 19,5 prosenttia, kun tytöillä vastaavat luvut olivat 25,2 ja 14,2 prosenttia.

## POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella 4. ja 5. luokkalaisten lasten epäsosiaalisen, kuten impulsiivisen ja häiritsevän, käytöksen yhteyttä perheen taustatekijöihin, lapsen oppimisvaikeuksiin ja hyvinvointiin sekä lapsen saamaan tukeen koulussa käyttäen Kouluterveyskysely 2019 -aineistoa, johon olivat vastanneet sekä lapsi että hänen huoltajansa. Pojilla oli epäsosiaalista käytöstä enemmän kuin tytöillä. Myös ero- ja uusperheiden lapsilla sekä lapsilla, joiden perheen sosioekonominen asema (SES) oli alempi, havaittiin enemmän impulsiivista ja häiritsevää käytöstä. Epäsosiaalinen käytös oli yhteydessä lisääntyneisiin oppimisvaikeuksiin sekä hyvinvoinnin haasteisiin, kuten kiusaamiseen, yksinäisyyteen ja mielialaan. Oppilashuollon palveluiden käyttö sekä erityisopettajan käynnit olivat yleisempiä impulsiivisesti ja häiritsevästi käyttäytyvillä lapsilla verrattuna muihin lapsiin. Siltä osin, kuin samaa asiaa oli kysytty sekä huoltajalta että lapselta, yhteydet epäsosiaalisen käytöksen ongelmiin näyttäytyivät samansuuntaisina molempien osalta, mikä lisää käsitystä tulosten luotettavuudesta.

Tutkimuksessa havaittiin selvä yhteys SES:in ja epäsosiaalisen käytöksen välillä: lapsilla, joiden huoltajalla oli alempi koulutustaso ja joiden perheen taloudellinen tilanne oli heikompi, oli enemmän sekä impulsiivista että häiritsevää käytöstä. Tulos on hyvin linjassa aikaisemman tutkimuksen kanssa (10). Perheen alemman SES:in ja lapsen käytösongelmien yhteyttä on selitetty esimerkiksi sillä, että stressaavissa taloudellisissa tilanteissa vanhemmat eivät pysty tarjoamaan henkisiä tai aineellisia resursseja, jotka ovat tarpeen lasten ja kehityksen tukemiseksi (33, 34), joka heikentää vanhemmuuden laatua (35). Alhaisen SES:in perheen vanhemmilla on myös usein haasteita vanhemmuudessa ja kiintymyssuhteen luomisessa lapseen, jotka osaltaan voivat lisätä lapsen käytösongelmia (36).

Tässä tutkimuksessa havaittiin myös, että impulsiivista ja häiritsevää käytöstä oli useammin lapsilla, joiden vanhemmat olivat eronneet tai jotka asuivat uusperheessä, joskaan tytöillä vanhempien ero ei ollut häiritsevän käytöksen riskitekijä. Tulokset ovat saman suuntaiset suomalaisen (37), yhteispohjoismaisen (38) sekä kansainvälisten tutkimusten kanssa (8, 12). Vanhempien eron ja epäsosiaalisen käytöksen yhteys saattaa johtua muutoksissa vanhemmuudessa (mm. lasten valvonnan väheneminen, rankaisevan kurinpidon lisääntyminen) sekä vanhempien välisistä riidoista ennen eroa ja eron jälkeen tai erosta johtuvasta tulojen alenemisesta (39–41).

Ulkomaalaistaustan ja häiritsevän käytöksen välillä ei tässä tutkimuksessa havaittu yhteyttä, mutta impulsiivista käytöstä sen sijaan oli enemmän suomalaistaustaisilla kuin ulkomaalaistaustaisilla lapsilla. Aiempi kirjallisuus antaa ristiriitaisia tuloksia ulkomaalais- tai maahanmuuttajataustan yhteydestä yleisesti ottaen käytösongelmiin. Yleensä tutkimukset viittaavat siihen, että käytösongelmia olisi enemmän maahanmuuttajataustaisilla kuin ei-maahanmuuttajataustaisilla (14, 42, 43). Toisaalta Saksassa tehdyssä kansallisessa 3–17-vuotiaiden tutkimuksessa ei havaittu käytösongelmilla olevan yhteyttä maahanmuuttajataustaan (16) ja Espanjassa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin maahanmuuttajataustaisilla tytöillä olevan vähemmän käytöksen ongelmia kuin saman ikäisillä ei-maahanmuuttajataustaisilla (17). Tutkimustulosten ristiriitaisuus saattaa johtua siitä, että useimmiten vanhemmat ovat käytösongelmien raportoijia, jolloin vanhempien kulttuurissa ongelmalliseksi nähty käytös voi uudessa kotimaassa olla yleisesti hyväksyttävää tai päinvastoin. Tämä voi osaltaan selittää myös havaittuja eroja impulsiivisen ja häiritsevän käytöksen tuloksissa – se, mikä suomalaistaustaisen mielestä on jo liiallista impulsiivisuutta, ei ehkä näytä niin poikkeavalta sellaisen kulttuurin mitapuulla arvioituna, jossa tunteiden ja temperamentin näyttäminen on tavallisempaa. Häiritsevän käytöksen osalta vastaavia kulttuurisia eroja siinä, mikä on hyväksyttävää käytöstä lapselta, ei ehkä ole. Joissakin kulttuureissa on myös tärkeää ”säilyttää kasvot” ja välttää ongelmista kertomista ulkopuolisille, jolloin vanhemmat eivät raportoi näitä ongelmia. Tähän suuntaan voisivat viitata myös hollantilais tutkimuksen tulokset, joiden mukaan vanhemmat eivät raportoineet

maahanmuuttajataustaisilla lapsilla käytöksen ongelmia, kun taas opettajat raportoivat niitä (44). Toisaalta suomalaisessa tutkimuksessa ei havaittu yhteyksiä maahanmuuttotaustan ja käytös-ongelmien välillä, ei vanhempien, eikä opettajien raportoimana (45).

Tässä tutkimuksessa epäsosiaalisen käytöksen ja oppimisvaikeuksien välillä havaittiin selvä yhteys. Yhteys on havaittu aiemmissakin tutkimuksissa. Lapsilla, joilla on käytösongelmia, on usein ikäisiään heikommat lukemisen, kirjoittamisen ja luetun ymmärtämisen sekä matemaattiset taidot (13, 17, 18). Erityisesti impulsiivisesti käyttäytyvillä lapsilla tai lapsilla, joilla on aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD), oppimisvaikeudet ovat yleisiä (20–60 %) (46–48). Tämä on ymmärrettävää, koska impulssiherkillä lapsilla on muita enemmän ongelmia ohjeiden muistamisessa (49, 50), ajankäytössä, annettujen tehtävien suorittamisessa sekä itsesäätelyssä (49). Pojilla oppimisvaikeudet olivat yleisempiä kuin tytöillä. Suomessa aiemmin tehdyssä tutkimuksessa havaittiin kielellisten vaikeuksien yhteys käytösongelmiin sekä pojilla että tytöillä, kun taas matemaattiset vaikeudet olivat yhteydessä vain poikien käytösongelmiin (37). Poikien lukemisen vaikeuden ja epäsosiaalisen käytöksen välinen yhteys saattaa johtua yhteisistä ympäristötekijöistä ja ne myös kehittyvät yhdessä, toisiinsa vaikuttaen – kun toisessa tapahtuu muutoksia, tapahtuu muutoksia myös toisessa (19).

Epäsosiaalisesti käyttäytyvät lapset olivat todennäköisemmin yksinäisiä ja heillä oli vähemmän ystäviä kuin niillä lapsilla, joilla ei ollut epäsosiaalista käytöstä. Impulsiivisesti käyttäytyvillä pojilla yksinäisyys oli korostuneempaa kuin tytöillä. Koska epäsosiaalinen käytös tarkoittaa puutteita sosiaalisessa käytöksessä (auttamisen, jakaminen, sääntöjen noudattaminen, luvan kysyminen ja empatia), voidaan hyvin ajatella, että tästä seuraa vaikeuksia saada ja pitää yllä ystävyyssuhteita. Erityisesti hyperaktiivisuutta ja impulsiivisuutta käsittelevissä tutkimuksissa näillä lapsilla on havaittu olevan ongelmia ystävyyssuhteissa, vähän tai ei ollenkaan ystäviä sekä toistuvaa hylkäämistä vertaisiltaan (51–53). Kouluterveyskyselyyn vastanneet huoltajat raportoivat epäsosiaalisen käytöksen olevan vahvemmin yhteydessä lapsen vaikeuteen saada ystäviä, kuin mitä lapset raportoivat. Yhteys oli erityisen korostunut häiritsevästi käyttäytyvillä

tytöillä. Tämä saattaa johtua siitä, että käyttäytymisodotukset tyttöjä kohtaan ovat erilaiset kuin poikia kohtaan. Epäsosiaalisesti käyttäytyvillä lapsilla oli myös enemmän mielialaan liittyviä ongelmia, kuten masennusta ja ahdistuneisuutta, kuin muilla saman ikäisillä (24, 54). Aihetta on tutkittu vähän, mutta on viitteitä siitä, että lapsilla, joilla on sekä epäsosiaalista käytöstä että mielialaoireita, on erityisen suuri riski myöhemmälle sosiaaliselle syrjäytymiselle ja käytösongelmien vaikeutumiselle (55, 56). Tähän ryhmään tulisikin kiinnittää erityistä huomiota hoidon tarvetta arvioitaessa. Aihe on myös tärkeä jatko-tutkimusten kohde.

Tämän tutkimuksen epäsosiaalisesti käyttäytyvät lapset kokivat enemmän kiusaamista ja osallistuivat useammin kiusaamiseen kuin muut lapset. Tulos on yhteneväinen muun muassa Wolken ym. (2000) tutkimuksen (57) kanssa, jossa kaikilla suoraan kiusaamiseen osallistuneilla lapsilla oli merkittävästi lisääntyneitä käytösongelmia ja yliaktiivisuutta sekä alhaisempaa prososiaalista käyttäytymistä verrattuna lapsiin, jotka eivät olleet osallisina kiusaamiseen. Huoltajien vastauksissa yhteydet epäsosiaalisen käytöksen ja kiusaamisen välillä olivat korostuneempia kuin lasten vastauksissa, joka voi kertoa muun muassa siitä, että epäsosiaalisesti käyttäytyvien lasten huoltajat ovat huolestuneempia kiusaamisesta kuin lapset itse. Toisaalta silläkin on voinut olla yhteyttä voimistavaa vaikutusta, että huoltajat arvioivat myös lapsen epäsosiaalisen käytöksen, so. informantti on heidän tapauksessaan sama. Eroja yhteyksissä saattaa osaltaan selittää myös huoltajien ja lasten kiusaamismuuttujien erilaisuus. Aiempaa tutkimusta siitä, että epäsosiaalisesti käyttäytyvät lapset ovat myös itse kiusaamisen kohteena, on niukasti (26). Yhteys saattaa liittyä edellä mainittuihin hankaluuksiin ystävyyssuhteiden solmimisessa ja sosiaalisten taitojen ongelmissa.

Impulsiivisesti ja häiritsevästi käyttäytyvät lapset olivat käyneet useammin määräaikaisten terveystarkastusten lisäksi kouluterveydenhoitajan ja -lääkärin luona kuin muut lapset. Vielä näitä palveluita enemmän epäsosiaalinen käytös oli yhteydessä käynteihin psykologin ja kuraattorin sekä erityisopettajan luona. Verrattuna tyttöihin impulsiivisesti käyttäytyvät pojat olivat käyneet lääkärin, kuraattorin ja erityisopettajan luona useammin. Lasten oppimisen haasteet, kiusaa-

minen ja yksinäisyyden kokemukset näkyvät koulussa lisääntyneenä palveluiden käyttönä. Tulosten valossa voidaan ajatella, että vaikka resurssista on monin paikoin pulaa, pystyy koulujärjestelmä kuitenkin kohtuullisen hyvin tunnistamaan epäsosiaalisesti käyttäytyvien lasten tarpeita ja reagoimaan niihin. Esimerkiksi, voimakas yhteys epäsosiaalisen käytöksen ja palveluiden käytön välillä havaittiin pojilla häiritsevän käytöksen ja kuraattorikäyntien välillä, mikä on hyvin linjassa kuraattorin työnkuvan kanssa – oppilaat ovat ongelmiseen ohjautuneet oikeaan paikkaan. Epäsosiaalisesti käyttäytyvillä lapsilla oli ikätovereitaan harvemmin koulussa aikuinen, jonka kanssa voisivat keskustella mielestään painavista asioista. Vaikka yhteys ei ollut erityisen voimakas, kokemus luottamuksellisen aikuisen puutteesta on huolestuttava, jos ja kun voidaan olettaa, että impulsiivisesti ja häiritsevästi käyttäytyvillä lapsilla aikuisten tuen tarve on suurempi kuin muilla lapsilla (28, 58). Opiskeluhoitopalveluiden ennaltaehkäisevä rooli on merkittävä ja sitä tulisikin vahvistaa. Erityisesti terveydenhoitajat ovat avainasemassa ongelmien varhaisessa tunnistamisessa ja tuen tarjoamisessa. Uusien hyvinvointialueiden järjestäessä toimintaansa onkin tärkeää, että myös kouluterveydenhuollon resursointi on riittävää ja että eri hallinnonalojen yhteistyö voi jatkua saumattomasti, erityisesti pandemian jälkeisessä tilanteessa, jossa hoitovelkaa edelleen puretaan.

## TUTKIMUKSEN VAHVUUDET JA HEIKKOUEDET

Vuonna 2019 kouluterveyskyselyyn vastasi 82 % perusopetuksen 4. ja 5. luokkien oppilasta (30). Tämän tutkimuksen aineistossa olivat kuitenkin mukana vain ne oppilaat, joiden osalta myös huoltajat olivat vastanneet kyselyyn. Huoltajien aineiston kattavuus puolestaan oli vain 29 % (30), joskin tapausmäärän perusteella arvioituna aineisto on tästä huolimattakin varsin laaja. Huoltajien aineisto oli selvästi valikoitunutta huoltajan sukupuolen suhteen, sillä tavallisimmin vastannut huoltaja oli äiti (84,5 %). Myös huoltajat, joilla on parempi sosioekonominen asema, ovat vuoden 2017 vastaavan kyselyn osalta tehdyn arvion perusteella yliedustettuina aineistossa (59). Tässä tehdyn katoanalyysin perusteella havaittiin tilastollisesti merkitseviä eroja kaikissa lapsen raportoimissa muuttujissa kyselyyn vas-

tanneiden ja vastaamatta jättäneiden huoltajien lasten välillä. Erityisesti oppimisvaikeuksista ja mielialaongelmista kärsiviä sekä niitä, joilla ei ollut koulussa aikuista, jonka puoleen voisi kääntyä, oli katoon jääneiden lasten ryhmässä selvästi enemmän. On varsin tyypillistä, että vastaamattomien joukossa on enemmän niitä, joilla on hyvinvoinnin ongelmia ja haasteita. On vaikea arvioida, miten kato on vaikuttanut raportoituihin yhteyksiin. Mahdollista on, että epäsosiaalisen käytöksen esiintyvyydet (sitä kuin ne oli tässä operationalisoitu) olisivat olleet isompia ilman katoa. Joka tapauksessa aineiston valikoituneisuus hankaloittaa tulosten yleistämistä tutkitun otoksen ulkopuolelle ja muutoinkin tulosten tulokinnassa on oltava varovainen kato huomioiden.

Tutkimuksen metodisena vahvuutena oli kaksi informanttia, lapsi ja huoltaja, jotka vastasivat toisistaan riippumatta osin samojen aihealueiden kysymyksiin. Molempien informanttien raportoina tulokset olivat samansuuntaisia suhteessa impulsiiviseen ja häiritsevään käytökseen, mikä lisää käsitystä tutkimustulosten luotettavuudesta. Tulokset olivat myös linjassa sekä kotimaisen että kansainvälisen kirjallisuuden kanssa ilmiöstä ja sen luonteesta. Tulokset antavatkin käsityksen MASK-mittarin toimivuudesta ja tulokset osaltaan lisäävät käsitystä mittarin validiteetista. Mittarin voidaan katsoa tavoittavan hyvin tutkittavan ilmiön.

Toisaalta tuloksissa oli myös joitain eroja, esimerkiksi kiusaamismuuttujien suhteen huoltajien raportoimat yhteydet olivat selvästi voimakkaampia. Tältä osin tulosten luotettavuutta heikentääkin se, etteivät huoltajien ja lasten mittarit olleet täysin vertailukelpoisia. Myös huoltajan raportoinneissa lasta koskien voi olla vääristymää, sillä esimerkiksi kiusaamistapaukset eivät aina tule huoltajan tietoon, samoin lapsen käyneistä opiskeluhoollon palveluissa ei ilmoiteta huoltajalle, jos lapsi niin pyytää.

Koska aineisto oli suuri, saadaan helposti merkitseviä tuloksia eri muuttujien välisistä yhteyksistä ja vähäisetkin erot tulevat tilastollisesti merkitseviksi. Tuloksia tuleekin tulkita harkintaa käyttäen. Kuitenkin, vaikka tilastollisen merkitsevyyden rajaa olisi nostettu, tällä ei olisi ollut vaikutusta keskeisiin tuloksiin tai johtopäätöksiin.



## JOHTOPÄÄTÖKSET

Lapsen epäsosiaalisella käytöksellä on selvä yhteys taustatekijöihin, kuten perheen heikompaan taloudelliseen tilanteeseen. Sosioekonomiset terveyserot ovat olleet Suomessa selviä, mihin tämänkin tutkimuksen tulokset viittaavat (60). Erot näkyvät jo varhain ja epäsosiaalisen käytöksen ollessa kyseessä, niillä on kauaskantoiset, terveyseroja edelleen lisäävät vaikutukset.

Tutkimuksen tulokset osoittavat myös, että oppilailla, joilla on impulsiivista ja häiritsevää käytöstä, on haasteita oppimisessa sekä monia hyvinvointia heikentäviä tekijöitä, kuten yksinäisyyden kokemusta, kiusaamista sekä kiusatuksi tulemistä. Olisikin tärkeää, että näihin ongelmiin pystyttäisiin reagoimaan varhain ja asianmukaisella tavalla. Tällöin voitaisiin estää ongelmien pahenevaa kierrettä ja pitkäaikaisia vaikutuksia lapsen hyvinvointiin, sekä vähentää niiden kou-

lujärjestelmään aiheuttamaa kuormitusta. Opiskeluolosuhteissa annettavan tuen ja sen laadun kartoittaminenkin onkin tärkeä jatkotutkimuksen aihe, samoin kuin se, miten erityistarpeiset lapset ja perheet saavat palveluja ja miten pystyttäisiin vähentämään lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä eriarvoisuutta.

## RAHOITTAJAT:

Tutkimusta ei ole rahoittanut mikään tahon.

## KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Karjalainen ja Kiviruusu ovat suunnitelleet tutkimusidean. Santalahti on vastannut epäsosiaalisen käytöksen mittareiden valinnasta. Kiviruusu on tehnyt tilastolliset analyysit. Karjalainen ja Kiviruusu kirjoittivat käsikirjoituksen. Santalahti ja Aalto-Setälä kommentoivat kriittisesti käsikirjoitusta.

**Karjalainen, P., Santalahti, P., Aalto-Setälä, T., Kiviruusu, O. Antisocial behavior, well-being and received support among 4<sup>th</sup> and 5<sup>th</sup> graders: Results from School Health Promotion study 2019. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti- Journal of Social Medicine 2024: 61: 3–17.**

There is scarcity of recent, up to date nation-wide research on behavior problems among Finnish children. Aim of the present study was to examine the associations of child's behavior problems, such as antisocial behavior with family background, the child's learning difficulties and well-being, and the support the child receives at school in a Finnish population based sample. The responses of 4th and 5th graders and their guardians from the 2019 School Health Promotion study (N = 34,473) were analyzed. The child's antisocial behavior was measured with the excessive impulsivity and disruptive behavior questions of the Multisource Assessment of the Children's Social Competence (MASK), which were answered by the child's guardian.

Children whose families had a lower socio-economic status, whose parents were divorced or who lived in a blended family had more impulsive and disruptive behavior than other children. Foreign background was associated with less impulsive (but not disruptive) behavior in both boys and girls. Antisocial behavior was linked to increased learning difficulties and well-being challenges, such as bullying and being bullied, loneliness and mood problems.

Compared to other children, the use of student welfare services and visits by a special education teacher were more common in children with antisocial behavior.

Differences related to family background in children's antisocial behavior are clear. In addition, children with antisocial behavior have challenges in learning and many factors that weaken well-being, which probably further increases the observed health differences in the long term. It would therefore be important that challenges related to children's antisocial behavior are addressed early enough and using appropriate methods. This would be in the interest of both the child, the parents and the school. Studies on the associations between child's behavior problems and the use of school services to alleviate these problems are scarce, and more research on this issue is urgently needed.

**Keywords:** Conduct problems, antisocial behavior, behavior problems, School Health Promotion study

Saapunut (19.12.2022)  
Hyväksytty (28.06.2023)



- (1) Aronen E. Lasten häiriökäyttäytyminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2016,132:10, 961–6. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13145>
- (2) Scott S, Knapp M, Henderson J, ym. Financial cost of social exclusion: Follow up study of antisocial children into adulthood. *BMJ* 2001,323:7306, 191–194. doi: 10.1136/bmj.323.7306-919
- (3) National Collaborating Centre for Mental Health and Social Care Institute for Excellence (NICE). Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management. NICE clinical guideline CG158, British Psychological Society, 2013.
- (4) Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *J Child Psychol Psychiatry* 2005,46, 837–49. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00387.x
- (5) Junttila N, Voeten M, Kaukiainen A, ym. Multisource Assessment of Children's Social Competence. *Educ Psychol Meas* 2006,66:5, 874–895. doi: 10.1177/0013164405285546
- (6) Maneiro L, Gómez-Fraguela JA, Cutrín O, ym. Impulsivity traits as correlates of antisocial behaviour in adolescents, Personality and Individual Differences. *Pers Individ Dif*, 2017,104, 417–422. doi: 10.1016/j.paid.2016.08.045
- (7) Sørlie M-A, Hagen KA, Ogden T. Social Competence and Antisocial Behavior: Continuity and Distinctiveness Across Early Adolescence. *J Research on Adolesc* 2008,18, 121–144. doi: 10.1111/j.1532-7795.2008.00553.x
- (8) Murray J, Shenderovich Y, Gardner F, ym. Risk Factors for Antisocial Behavior in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *J Crime Justice* 2018,47:1, 255–364. doi: 10.1086/696590
- (9) Moffitt, TE, Caspi A, Rutter M, ym. Sex Differences in Antisocial Behaviour: Conduct Disorder, Delinquency, and Violence in the Dunedin Longitudinal Study 2001. Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9780511490057
- (10) Piotrowska PJ, Christopher B, Stride CB, ym. Socioeconomic status and antisocial behaviour among children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015,35, 47–55. doi: 10.1016/j.cpr.2014.11.003
- (11) Henry B, Moffitt T, Robins L, ym. Early family predictors of child and adolescent antisocial behavior: Who are the mothers of delinquents? *Crim Behav Ment Health* 1993,3:2, 97–118. doi: 10.1002/cbm.1993.3.2.97
- (12) Hetherington EM, Clingempeel WG, Anderson, ER, ym. Coping with marital transitions: A family systems perspective. *Monogr Soc Res Child Dev* 1992, i–238. doi: 10.2307/1166050
- (13) Murray J, Farrington DP. Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *Can J Psych* 2010,55:10, 633–642. doi: 10.1177/07067437100550100
- (14) Belhadj Kouider E, Koglin U, Petermann F. Emotional and behavioral problems in migrant children and adolescents in Europe: a systematic review. *Europ Child Adolesc Psych* 2014,23, 373–391. doi: 10.1007/s00787-013-0485-8
- (15) Hölling H, Kurth BM, Rothenberger A ym. Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *Europ Child Adolesc Psych* 2008,17, 34–41. doi: 10.1007/s00787-008-1004-1
- (16) Alonso-Fernández N, Jiménez-García R, Alonso-Fernández L, ym. Mental Health and Quality of Life Among Spanish-born and Immigrant Children in Years 2006 and 2012. *J Pediatr Nurs* 2017,36, 103–110. doi: 10.1016/j.pedn.2017.05.005
- (17) Mayes SD, Calhoun SL. Frequency of reading, math, and writing disabilities in children with clinical disorders. *Learn Individ Differ* 2006,16:2, 145–157.
- (18) Närhi V, Lehto-Salo P, Ahonen T, ym. Neuropsychological subgroups of adolescents with conduct disorder. *Scand J Psychol* 2010,51:3, 278–284. doi: 10.1111/j.1467-9450.2009.00767.x
- (19) Trzesniewski KH, Moffitt TE, Caspi A, ym. Revisiting the association between reading achievement and antisocial behavior: New evidence of an environmental explanation from a twin study. *Child Dev* 2006,77:1, 72–88.
- (20) White NC, Hoeft F. Recognizing psychiatric comorbidity with reading disorders. *Front Psychol* 2018,9, 101. doi: 10.3389/fpsy.2018.00101
- (21) McLeod JD, Uemura R, Rohrman S. Adolescent mental health, behavior problems, and academic achievement. *J Health Soc Behav* 2012,53:4, 482–497. doi: 10.1177/0022146512462888
- (22) Jakobsen IS, Fergusson D, Horwood JL. Early conduct problems, school achievement and later crime: findings from a 30-year longitudinal study. *N Z J Educ Stud* 2012,7:1, 123–135.
- (23) Demeter E, Rad D. Global Life Satisfaction and General Antisocial Behavior in Young Individuals: The Mediating Role of Perceived Loneliness in Regard to Social Sustainability—A Preliminary Investigation. *Sustainability* 2020,12:10, 4081. doi: 10.3390/su12104081
- (24) Ritakallio M, Luukkaala T, Marttunen M, ym. Comorbidity between depression and antisocial behaviour in middle adolescence: the role of perceived social support. *Nord J Psychiatry* 2010,64:3, 164–71. doi: 10.3109/08039480903264911

- (25) Sourander A, Jenson P, Ronning JA, ym. What is the early adulthood outcome of boys who bully or are bullied in childhood? The Finnish “from boy to a man” study. *Pediatric*, 2007,120, 397–404. doi: 10.1542/peds.2006-2704
- (26) Santalahti P, Sourander A, Aromaa M, ym. Victimization and bullying among 8-year-old Finnish children. *Eurp Child Adolesc Psych* 2008,17:8, 463–472. doi: 10.1007/s00787-008-0688-6
- (27) Perusopetuslaki 68/1998.
- (28) Kivimäki H, Hietanen-Peltola M, Ikonen R. Opiskeluhoitopalveluiden käyttö ja saatavuus perusopetuksen oppilaiden kokemana – Kouluterveyskysely 2019. Tutkimuksesta tiiviisti 39/2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-603-9>
- (29) Kivimäki H, Saaristo V, Wiss K, ym. Access to a school health nurse and adolescent health needs in the universal school health service in Finland. *Scand J Caring Sci* 2019,33:1, 165–175. doi: 10.1111/scs.12617
- (30) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Kouluterveyskysely. Luettu 17.2.2022. [thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kouluterveyskysely](http://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kouluterveyskysely)
- (31) Ikonen R, Helakorpi S. Lasten ja nuorten hyvinvointi: Kouluterveyskysely 2019. Tilastoraportti 33/2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019091528281>
- (32) Talja T, Rantanen A, Koivisto AM, ym. Early identification of depressive symptoms in school-aged children: Psychometric properties and validation of a new short version of Short Mood & Feelings Questionnaire. *Scand J Caring Sci* 2022,36:2, 393–403. doi: 10.1111/scs.13042
- (33) Conger RD, Conger KJ, Elder Jr GH, ym. A family process model of economic hardship and adjustment of early adolescent boys. *Child Dev* 1992,63:3, 526–541. doi: 10.1111/j.1467-8624.1992.tb01644.x
- (34) Michael AR, Candice I. *Antisocial Behavior Among Children in Poverty. Violent Offenders: Understanding and Assessment.* Oxford University Press, New York, USA, 2014.
- (35) Leinonen J. *Families in Struggle – Child Mental Health and Family Well-being in Finland During the Economic Recession of the 1990s: The Importance of Parenting.* Stakes 2004.
- (36) Meadows SO, McLanahan SS, Brooks-Gunn J. Parental depression and anxiety and early childhood behavior problems across family types. *JMF* 2007,69:5, 1162–1177. doi: 10.1111/j.1741-3737.2007.00439.x
- (37) Taanila A, Yliherva A, Kaakinen M, ym. An epidemiological study on Finnish school-aged children with learning difficulties and behavioural problems. *Int J Circumpolar Health* 2011,70:1, 59–71. doi: 10.3402/ijch.v70i1.17799
- (38) Bergström M, Fransson E, Well MB, ym. Children with two homes: Psychological problems in relation to living arrangements in Nordic 2- to 9-year-olds. *Scand J Public Health* 2009;47, 137–145. doi: 10.1177/1403494818769173
- (39) Forgatch MS, Patterson GR, Degarmo DS, ym. Testing the Oregon delinquency model with 9-year follow-up of the Oregon Divorce Study. *Dev Psychopathol* 2009,21:2, 637–660. doi: 10.1017/S0954579409000340
- (40) Harden KP, Turkheimer E, Emery RE, ym, Heath AC, Martin NG. Marital conflict and conduct problems in children of twins. *Child Dev* 2007,78:1, 1–18. doi: 10.1111/j.1467-8624.2007.00982.x
- (41) Meyer JM, Rutter M, Silberg JL, ym. Familial aggregation for conduct disorder symptomatology: the role of genes, marital discord and family adaptability. *Psychol Med* 2000,30:4, 759–774. doi: 10.1017/S0033291799002408
- (42) Hilario CT, Olliffe JL, Wong JPH, ym. Migration and young people’s mental health in Canada: A scoping review. *J Ment Health* 2015,4:6, 414–422. doi: 10.3109/09638237.2015.1078881
- (43) Stevens GW, Walsh SD, Huijts T, ym. An internationally comparative study of immigration and adolescent emotional and behavioral problems: Effects of generation and gender. *J Adolesc Health* 2015,57:6, 587–594. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.07.001
- (44) Vollebergh WA, ten Have M, Dekovic M, ym. Mental health in immigrant children in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005,40:6, 489–496. doi: 10.1007/s00127-005-0906-1
- (45) Parviainen H, Santalahti P, Kiviruusu O. Emotional School Engagement and Psychiatric Symptoms among 6–9-Year-old Children with an Immigrant Background in the First Years of School in Finland. *Child Psychiatry Hum Dev* 2021,52:6, 1071–1081. doi: 10.1007/s10578-020-01086-2
- (46) DuPaul GJ, Gormley MJ, Laracy SD. Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for assessment and treatment. *J Learn Disabil* 2013,46:1, 43–51. doi: 10.1177/0022219412464
- (47) 5Langberg JM, Vaughn AJ, Brinkman WB, ym. Clinical utility of the Vanderbilt ADHD Rating Scale for ruling out comorbid learning disorders. *Pediatrics* 2010,126:5, e1033–e1038. doi: 10.1542/peds.2010-1267
- (48) Barkley RA. (Ed.). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th ed.)*. The Guilford Press, New York, USA, 2015.
- (49) Stevens J. Working memory in children with ADHD. In *Attention deficit hyperactivity disorder.* Humana Press, NJ, USA, 2005, pp. 277–292.
- (50) Becker A, Roessner V, Breuer D, ym. Relationship between quality of life and psychopathological profile: data from an observational study in children with ADHD.

- Europ J Child and Adolesc Psych 2011,20:2, 267–275.  
doi: 10.1007/s00787-011-0204-2
- (51) Glass K, Flory K, Hankin BL. Symptoms of ADHD and close friendships in adolescence. *J Atten Disord* 2010,20:10, 1–12.  
doi: 10.1177/108705471039086
- (52) Hoza B. Peer functioning in children with ADHD. *J Pediatr Psychol* 2007,32, 655–663.  
doi: 10.1093/jpepsy/jsm024
- (53) Nijmeijer JS, Minderaa RB, Buitelaar JK, ym. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and social dysfunctioning. *Clinic Psychol Rev* 2008,28, 692–708.  
doi: 10.1016/j.cpr.2007.10.003
- (54) Sareen J, Stein MB, Cox BJ, ym. Understanding comorbidity of anxiety disorders with antisocial behavior: findings from two large community surveys. *J Nerv Ment Dis* 2004,192:3, 178–186.  
doi: 10.1097/01.nmd.0000116460.25110.9f
- (55) Fant KA, Henrich CC. Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: findings from the National Institute of Child Health and Human Development Study of Early Child Care. *Developmental psychology* 2010,46:5, 1159.  
doi: 10.1037/a0020659
- (56) Polier GG, Vloet TD, Herpertz-Dahlmann B, ym. Comorbidity of conduct disorder symptoms and internalising problems in children: investigating a community and a clinical sample. *Europ Child Adolesc Psych* 2012,21:1, 31–38.  
doi: 10.1007/s00787-011-0229-6
- (57) Wolke D, et al. The association between direct and relational bullying and behaviour problems among primary school children. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*, 2000,41.8: 989–1002.
- (58) Eller M, Fisher E, Gilchrist A, ym. Is inclusion the only option for students with learning disabilities and emotional behavioral disorders? *The Undergraduate Journal of Law & Disorder* 2015,5, 79–86.
- (59) Salmi M, Kestilä L. Toimeentulokokemukset ja hyvinvoinnin erot alakoululaisten perheissä: Tuloksia Kouluterveyskyselyn 2017 vanhempien aineistosta. Työpaperi: 22/2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-365-6>
- (60) Lahelma E. Sosioekonomiset terveyserot 100-vuotiaassa Suomessa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2017,54:1.

PIIA KARJALAINEN  
KM, FT, erikoistutkija  
*Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*  
*Yhdenvertaisuusyksikkö, mielenterveystiimi*

PÄIVI SANTALAHTI  
LT, dosentti, ylilääkäri, lastenpsykiatri  
*Tyks Avopediatria, Lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelut*  
*Varsinais-Suomen hyvinvointialue*  
*Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*  
*Yhdenvertaisuusyksikkö, mielenterveystiimi*

TERHI AALTO-SETÄLÄ  
LT, ylilääkäri  
*Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*  
*Yhdenvertaisuusyksikkö, mielenterveystiimi*

OLLI KIVIRUUSU  
VTT, dosentti, tutkimuspäällikkö  
*Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*  
*Yhdenvertaisuusyksikkö, mielenterveystiimi*



# Terveyssoseaalityö ja sosiaaliset riskit psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa

Psykiatrisessa hoidossa olevat potilaat kohtaavat arjessaan sosiaalisia riskejä ja niiden aiheuttamaa epävarmuutta. Tässä artikkelissa tutkitaan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ilmeneviä sosiaalisia riskejä ja terveyssoseaalityön roolia niihin vastaamisessa. Aineistona toimii 191 psykiatrisen potilaan potilaskertomustekstit vuosilta 2009–2019. Aineisto analysoitiin mixed methods -menetelmällä yhdistämällä aineistolähtöistä kategoria-analyysiä ja logistista regressioanalyysiä.

Tulosten mukaan psykiatriset potilaat kohtaavat laajasti sosiaalisia riskejä. Sosiaaliset riskit on jaoteltu tuloksissa yhdeksään eri kategoriaan: työkykyyn, sosiaalisiin suhteisiin, riippuvuuksiin, talouteen, väkivaltaan ja rikoksiin, arjen toimintakykyyn, ylisukupolvisuuteen, asumiseen sekä omaisen kuolemaan ja luopumiseen. Sosiaalisten riskien esiintyvyys vaihteli huomattavasti, kun terveyssoseaalityön kirjauksia verrattiin kokonaisaineistoon. Terveyssoseaalityöntekijöiden osa-aineistossa talouden ja asumisen teemat nousivat enemmän ja sosiaalisten suhteiden, riippuvuuksien sekä väkivallan ja rikosten kategoriat vähemmän esille kuin kokonaisaineistossa. Logistinen regressioanalyysi osoittaa, ettei kyse ole potilaiden ohjauksen problematiikasta.

Tutkimustulosten pohjalta vaikuttaa siltä, että sosiaalisten riskien tunnistaminen ei ole systemaattista psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Tutkimusaineistossa on paikannettavissa myös tilanteita, joissa sosiaalisten riskien hallinta näyttyy riittämättömänä. Tutkimuksessa terveyssoseaalityö näyttyy jäsentymättömänä toimijana, jonka hallinnan tavat suhteessa sosiaalisiin riskeihin vaihtelevat.

Sosiaalisia riskejä tarkastelemalla voidaan saada arvokasta lisätietoa psykiatrisen hoidon taustalla vaikuttavista potilaiden elämäntilanteista sekä palvelujärjestelmän katvealueista. Aiempien tutkimusten pohjalta tiedetään, että arjessa esiintyvät sosiaaliset riskit lisäävät huono-osaisuutta. Sosiaalisten riskien tunnistamisella ja niiden hallinnalla voidaan edistää psykiatristen potilaiden kuntoutumista ja elämäntilannetta.

**ASIASANAT:** Terveyssoseaalityö, riskitekijät, rekisteritutkimus, psykiatria

**ESSI ROVAMO, TIMO TOIKKO**

## YDINASIAT

- Psykiatriset potilaat kohtaavat runsaasti arjessaan erilaisia sosiaalisia riskejä.
- Sosiaalisten riskien tunnistaminen ja niiden hallinta ei näytä olevan menetelmällisesti jäsennehty erikoissairaanhoidossa.
- Terveyssoseaalityö hyötyisi systemaattisesta sosiaalisten riskien tunnistamisesta.
- Kiinnittämällä johdonmukaisesti huomioita psykiatristen potilaiden kohtaamiin sosiaalisiin riskeihin voitaisiin edistää yksilön hyvinvointia.

## JOHDANTO

Potilaiden moniulotteiset, komplisoituneet riskit ovat arkipäivää psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Mielen terveyden häiriöihin kuuluu usein työ- ja toimintakyvyn sekä elämänlaadun heikkenemistä (1). Mielen terveyden häiriöt ovat yhteydessä kokonaisvaltaiseen elämäntilanteeseen, kuten yksilön elinoloihin, sosiaalisiin suhteisiin ja elämänhistoriaan (2). Mielen terveyden häiriöihin vaikuttavat myös yhteiskunnalliset olosuhteet ja normit (1). Kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä toimii haastavasti tilanteissa, joissa ihmisellä on tarve useammille palveluille tai etuuksille – mikä on tyypillistä moninaisissa elämäntilanteissa eläville mielen terveyspotilaille (3).

Riskillä tarkoitetaan tulevaisuudessa tapahtuvaa, ei-toteutunutta uhkaa (4,5). Riskit voivat kohdentua kehen tahansa (6). Riskit eivät ole ajallisesti, paikallisesti tai sosiaalisesti rajattavissa eivätkä ne seuraa syy-seuraussuhteita (7). Sosiaalisella riskillä tarkoitetaan sosiaalisessa ympäristössä muodostunutta riskiä, joilla on laajoja yhteiskunnallisia seurauksia (6, 8).

Sosiaalisten riskien hallintaa ja hyvinvoinnin edistämistä tehdään pääosin yhteiskunnallisella tasolla – kuten asumis- ympäristö- ja opinto-olosuhteita edistämällä (1, 6). Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa potilaiden sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen on osoitettu pitkälti sosiaalityöntekijöille. Terveystieteiden tutkimuksessa tehtävä sosiaalityö on vakiintunut ammatillinen kenttä, mistä käytetään nimitystä terveysosiaalityö (9). Terveystieteiden tutkimuksen keskeisiä tehtäviä ovat potilaan kokonaisvaltaisen elämäntilanteen huomioiminen, palveluiden väliinpuotoamisen ehkäiseminen ja monialaisen tiedon lisääminen terveydenhuollossa (9,10). Sosiaalityön perusolemuksen kuuluu rakenteellinen ja yhteiskunnallinen ulottuvuus, minkä tarkoituksena on edistää potilaiden yhteiskunnallista asemaa (2). Terveystieteiden tutkimuksessa rakenteellinen sosiaalityö konkretisoituu muun muassa syrjäytymisen ehkäisemisenä, ylisukupolvisuuden kierteen katkaisemisenä sekä tulo- ja terveyserojen kaventamisena (2).

Sosiaalityössä riskien hallinta on nähty luontevana osana sosiaalityön osaamista (11). Riskin käsite on muodostunut keskeiseksi sosiaalityön tieteenalalla (4,5,11,12). Sosiaalityöntekijät tunnistavat, käsittelevät ja pyrkivät ehkäisemään

asiakkaitensa sosiaalisia riskejä päivittäisessä työssään (5). Sosiaalityössä työskennellään tyypillisesti haavoittuvassa asemassa olevien ihmisten parissa, jotka kokevat päivittäisessä elämässään toistuvia sosiaalisia riskejä ja elävät niiden aiheuttamassa epävarmuudessa (11). Riskit näytettyvät sosiaalityössä jatkumona, joissa ääripäässä on riskien aiheuttama epävarmuus ja toisessa riski välittömästä hengenvaarasta (12). Riskien aiheuttamien epävarmuuden lisäksi esimerkiksi akuuteissa kriisipalveluissa asiakkaiden hengenvaara on valitettavaa arkipäivää sosiaalityössä.

Riskien parissa työskentelystä huolimatta sosiaalityössä ei ole juuri käytössä virallisia riskien tunnistamisen menetelmiä (13). Sosiaalityö on perinteisesti karsastanut systemaattisia menetelmiä eettisistä ja periaatteellisista syistä, vaikka ne tukisivatkin vaikuttavampaa palveluntarjontaa (13, 14). Tilastollisin menetelmin tuotettu tieto voisi tarjota sosiaalityön päätöksentekoon valitettavasti vähentää vahinkoja ja kasvattaa ammattiryhmän tietotaitoa (14).

Tässä artikkelissa tutkitaan sosiaalisten riskien esiintyvyyttä erikoissairaanhoidossa ja terveysosiaalityön asemoitumista suhteessa niihin. Tutkimuksen aineistona on 191 potilaan potilasasiakirjat vuosilta 2009–2019. Artikkelissa esitellään kategoria-analyysillä luodut yhdeksän sosiaalisen riskin luokkaa, tarkastellaan niiden esiintyvyyttä potilaskertomusteksteissä ja verrataan eri toimijoiden yhteyttä sosiaalisiin riskeihin logistisen regressioanalyysin perusteella. Logistisen regressioanalyysin avulla kartoitetaan, miten erikoissairaanhoidon ohjaa potilaita sosiaalisten riskien kohdalla. Tutkimuskysymykset ovat: 1. Millaisia sosiaalisia riskejä erikoissairaanhoidon potilaskertomuksissa esiintyy? ja 2. Millaisissa sosiaalisissa riskeissä terveysosiaalityöntekijä toimii ja millaisissa riskeissä potilaita ohjataan terveysosiaalityöntekijälle?

Artikkelissa nojataan sosiaalisen riskin käsitteeseen. Käsitteeseen päädyttiin sillä riski terminä kuvaa sosiaalisten tilanteiden yhteiskunnallista ulottuvuutta ja vaikutuksia henkilön asemaan (vrt.7,11). Vaihtoehtoisesti sosiaalisista riskeistä voisi käyttää käsitettä sosiaalinen ongelma, mutta tämän termin voi kokea liian individualistisena ja korostavan ongelmakeskeistä ajattelutapaa (15). Lisäksi sosiaaliseen riskiin liittyy hallinnan käsite, mitä avataan teoriakirjallisuudessa kat-

tavasti (ks. esim. 11) – toisin kuin esimerkiksi sosiaalityön ammattikielessä käytettyä termiä puuttuminen, joka korostaa kontrolloivaa lähestymistapaa asiakkaisiin (16). Sosiaalisen riskin ja hallinnan käsitteen avulla saadaan avattua, millaisia vaikutuksia riskeillä voi olla henkilöiden kokemusmaailmaan, palveluissa saatuun vuorovaikutukseen ja yhteiskunnalliseen arvostukseen.

## AINEISTON KUVAUS

Rekisteritutkimuksen aineistona toimivat psykiatristen potilaiden potilaskertomusmerkinnät. Potilaskertomusmerkinnät haettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) Tietoaltaasta. Aineiston sijaitessa yhdessä organisaatiossa, tutkimuksen tietolupa ja aineisto myönnettiin ja luovutettiin rekisterinpitäjän toimesta. Tutkimukselle myönnettiin HUSin tutkimus- ja tietolupa marraskuussa 2020. Aineisto luovutettiin päätutkijalle keväällä 2021.

Tutkimusaineistona toimi HUS Tietoaltaasta toimitetut 191 psykiatristen potilaan potilaskertomustekstit vuosilta 2009–2019 Oberon-potilastietojärjestelmän PSY- ja SOS-näkymistä. PSY-lehdelle olivat kirjanneet pääsääntöisesti psykiatristen lääkärit ja SOS-lehdelle terveyssozialityöntekijät, mutta joissain poikkeustapauksissa myös muut ammattiryhmät saattoivat kirjata kyseisille lehdille. Näin ollen tutkimusaineisto koostui useiden eri ammattiryhmien kirjauksista. Poinminkriteerit aineistolle olivat:

- potilaille oli kirjattu vähintään yksi merkintä PSY-näkymään psykiatristen lääkärin toimesta.
- aineiston potilailla oli terveyssozialityöntekijän kirjaamia tekstejä SOS-lehdellä ja tapaamisen toimenpiteet on kirjattu toimenpidemerkintöihin (THL:n – Psykiatristen, mielenterveyspalveluiden ja päihdetyön toimenpideluokitukseen perustuen).
- potilaat olivat koko tarkasteluajankautena 18–65-vuotiaita.
- päätutkija ei ollut itse työskennellyt aineistossa esiintyvien potilaiden sosiaalityöntekijänä.
- merkinnät oli tehty ajanjakson 2009–2019 sisällä.

HUS Tietoallas toimitti 200 potilaan potilaskertomustekstit alkuperäisen tietopyynnön mukaisesti. Yhdeksän potilastapausta jouduttiin karsimaan tutkimusaineistosta, sillä ne eivät täyttäneet ai-

neiston poinminkriteereitä. Näitä yhdeksää potilastapausta ei otettu huomioon aineiston analyysissä. Tutkimuksen kokonaisaineistoksi muotoutui 191 potilaan potilaskertomustekstiä, eli yhteensä 5414 yksittäistä potilaskertomusmerkintää. Näistä kirjauksista 4443 oli tehty PSY-lehdelle ja 971 SOS-lehdelle.

## MENETELMÄ

Aineiston analyysi toteutettiin mixed methods-menetelmällä, kategoria-analyysia ja logistista regressioanalyysia yhdistämällä. Kategoria-analyysin avulla tunnistettiin aineistolähtöisesti, minä sosiaalisten riskien parissa terveyssozialityö toimii. Logistisen regressioanalyysin avulla tunnistettiin, mille toimijoille sosiaalisten riskien kohdalla erikoissairaanhoito ohjaa potilaita. Aineistossa esiintyvät sosiaaliset riskit luokiteltiin laadullisella kategoria-analyysillä aineistolähtöisesti. Kategoria-analyysi on aineistolähtöinen menetelmä, sillä kategoriat muodostuvat ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa (17). Kategoria-analyysi perustuu ihmisen luontaiseen taipumukseen luokitella käsitteitä ja sisällyttää niihin kulttuurisia oletuksia vakiintuneista tunnuspiirteistä (18). Esimerkiksi sosiokulttuuriseen asemaan ”köyhyys” voidaan liittää erilaisia kulttuurisia mielikuvia. Tutkimuksessa tunnistettiin aineistosta erilaisia kategorioita, joita annettiin erilaisille sosiaalisille riskeille, jotka potilaskertomustekstien kirjoittajan toimesta nostettiin esille psykiatrista statusta kuvatessa. Potilaskertomustekstin kirjoittaja oli valinnallaan nostaa esiin sosiaalisia riskejä ilmaissut, että aiheella oli hänen mielestään yhteys potilaan psyykkiseen tilanteeseen – tuottaen kulttuurisen kategorian sosiaaliselle riskille.

Analyysi toteutettiin Atlas.ti ohjelmalla (versio 9.1). Kategoria-analyysi aloitettiin lukemalla aineisto ja koodaamalla aineistossa esiintyvät 1) taustamuuttujat 2) sosiaaliset riskit ja 3) hallinnan tavat aineistolähtöisesti omiin luokkiinsa. Aineistoa koodatessa ei otettu huomioon koodin ajallista tai toimijuudellista ulottuvuutta. Koodaukseen riitti, että koodattava ilmiö – toisin sanoen sosiaalinen riski tai hallinnan tapa – oli ilmaistu potilaskertomusteksteissä. Näin ollen esimerkiksi kaukana potilaan menneisyydessä tapahtuneet riskit saivat vastaavan koodin kuin tapahtumahetkellä ilmennyt riski. Myös passiivimuotoiset tai tulevaisuuteen liittyvät ilmaisut



koodattiin samaan kategoriaan muun aineiston kanssa.

Kategoria-analyysin myötä aineistosta tunnistettiin yhteensä 247 koodia eli kategorialuokkaa. Aineiston uudelleen luennalla kategoria-analyysia jatkettiin luokittelemalla sosiaaliset riskit yhdeksään eri pääkategoriaan sisältäen 67 koodia. Aineistosta nousi esiin 105 hallinnan tapaa. Nämä hallinnan tavat jakautuivat viiden toimijan alaisuuteen. Toimijat muodostuivat palvelujärjestelmän eri tasoista: erikoissairaanhoidosta, terveyssozialityöstä, kunnan sosiaalipalveluista, kolmannelta sektorista ja muista, kuten valtiollisista, palveluista. Uudelleen luennan aikana aineistosta poistettiin virheellisiä kooditukia ja lisättiin ensimmäisellä luennalla ohitettuja lainauksia.

Atlas.ti -ohjelmisto mahdollistaa koodatun aineiston siirtämisen SPSS-ohjelmistoon, johon aineisto siirrettiin kvantitatiivista tarkastelua varten. Koodatut lainaukset muuntuivat ohjelmiston toimesta automaattisesti tilastollisiksi muuttujiksi, joissa arvo 1 tarkoittaa koodin käyttöä ja 0 käyttämättömyyttä. Aineistosta muodostetut yhdeksän sosiaalisen riskin kategoriaa ja viisi toimijuuden muotoa muuntuivat summa-  
muuttujiksi SPSS-ohjelmistoon.

Aineiston analyysia jatkettiin binaarisella logistisella regressioanalyysillä. Binaarinen logistinen regressioanalyysi sopii tilanteisiin, joissa selitettävällä muuttujalla on kaksi kategorista arvoa (19). Tuloksia tarkastellaan OR-luvun (Odds Ratio) eli vetolyöntisuhteen avulla. Vetosuhteella tarkoitetaan kahden vedon välistä suhdetta. Vetolyöntisuhde ei ole siis suoraan verrattavissa todennäköisyyteen, vaan kertoo kuinka paljon kaksi eri todennäköisyyttä poikkeavat toisistaan (20). Selitettäväksi muuttujiksi valikoitiin aineistosta viisi toimijuuden summamuuttujaa. Selittävinä muuttujina toimivat sosiaalisten riskien yhdeksän summamuuttujaa. Tällä analyysillä pyrittiin saamaan esille sosiaalisten riskien ja toimijoiden välisiä suhteita. Tilastollisen merkitsevyyden raja-arvoksi asetettiin  $p < 0,05$ .

Tutkimuskysymykseen 1 vastattiin kategoria-analyysin avulla tuotettujen sosiaalisten riskien kategorioiden numeerisella tarkastelulla. Tarkastelussa hyödynnettiin kategorialuokkien lukumääriä, mutta myös vertailua kokonaisaineiston ja terveyssozialityön osa-aineiston välillä. Terveyssozialityön osa-aineistoon koostettiin kaikki po-

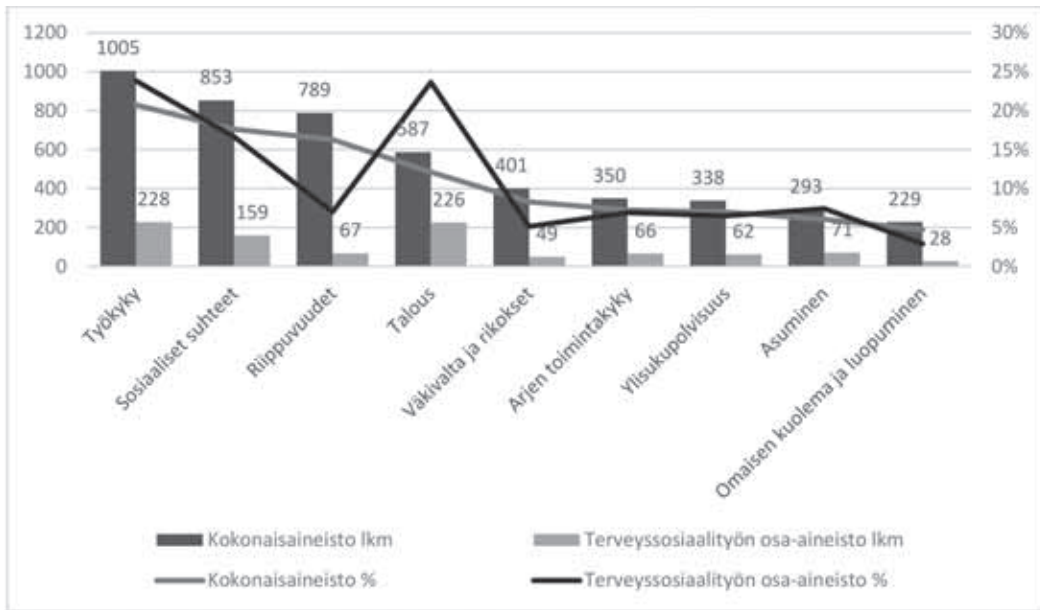
tilaskertomusmerkinnät, joissa sosiaalityöntekijä oli toiminut aktiivisena toimijana (N=1087). Näihin merkintöihin lukeutuivat kaikki SOS-lehden kirjaukset, mutta myös ne PSY-lehden kirjaukset, joissa sosiaalityöntekijä oli nimetty ajankohtaisesti aktiiviseksi hoitoryhmän jäseneksi – esimerkiksi moniammatillisissa tiimeissä. Tämä terveyssozialityön osa-aineiston määrittely tehtiin siitä syystä, että sosiaalityöntekijät eivät välttämättä itse kirjaa moniammatillisia hoitotapahotumia – vaan organisaation näkökulmasta riittää, että yksi hoitoryhmän jäsen tekee kirjauksen. Tutkimuskysymykseen 2 vastattiin sosiaalisten riskien kategorioiden numeerisella tarkastelulla ja logistisen regressioanalyysin keinoilla.

Tutkimuksessa ei keskitytty yksittäisiin potilastapauksiin vaan muuttujina toimivat sosiaaliset riskit. Tutkimuksessa tarkasteltiin riskeistä koostuvaa aineistoavaruutta. Tällä menetelmällä ratkaisulla vahvistettiin sosiaalisten riskien painotusta aineistossa, mutta myös heikennettiin yksittäisten potilaiden tunnistamiseen viittaavia tekijöitä. Vastaavaa aineistoavaruuden muuttu-  
jiin liittyvää asetelmaa on sovellettu esimerkiksi psykopatologian verkostoanalyysissä (ks. esim. 21).

## **SOSIAALISET RISKIT ERIKOISSAIRAANHOIDON POTILASKERTOMUSTEKSTEISSÄ JA TERVEYSSOSIAALITYÖSSÄ**

Aineistosta muodostettiin yhdeksän sosiaalisen riskin kategoriaa. Kuviosta 1 on tarkasteltavissa, miten sosiaaliset riskit esiintyvät kokonaisaineistossa verrattuna terveyssozialityön osa-aineistoon. Terveyssozialityön osa-aineistossa terveyssozialityöntekijä oli ollut toimijana tai kirjoittajana. Nämä tekstiosuudet eivät olleet siis pelkästään terveyssozialityöntekijöiden kirjaamia, vaan ne olivat voineet sijaita muun ammattihenkilön kirjaamassa tekstissä. Tekstiosuudesta oli kuitenkin selkeästi luettavissa, että sosiaalityöntekijä oli ollut tapaamisessa aktiivisena toimijana – esimerkiksi moniammatillisessa hoitokokouksessa. Tulokset esitellään seuraavaksi kokonaisaineiston suuruusjärjestyksessä.

Suurimpana sosiaalisen riskin kategoriana kokonaisaineistossa esiintyi työkykyyn liittyvät sosiaaliset riskit 1005 kirjauksella (21 % aineistosta). Työkykyyn kategoria sisälsi työpaikalla, opinnoissa ja armeijassa esiintyviä haasteita. Työkykyyn liittyvät riskit esiintyivät suurimpana riskikategoriana myös sosiaalityöntekijöiden



Kuvio 1: Sosiaalisten riskien esiintyvyys kokonaisaineistossa vs. terveys- ja sosiaalityön osa-aineistossa.

osa-aineistossa 228 potilaskertomusmerkinnässä (24 % osa-aineistosta).

Toiseksi yleisimpänä sosiaalisten riskien kategoriana kokonaisaineistossa esiintyi erilaisiin sosiaalisiin suhteisiin liittyviä riskejä. Sosiaalisiin suhteisiin liittyviä riskejä raportoitiin 853 kirjauksessa (18 %) kokonaisaineistossa. Niihin luokiteltiin erilaiset sosiaalisiin suhteisiin liittyvät kriisit, yksinäisyyden kokemus, perhedynamiikkaan liittyvät vaikeudet, huoli omaisista sekä sosiaaliseen identiteettiin liittyvät teemat. Terveys- ja sosiaalityön osa-aineistossa riskiluokka esiintyi vasta kolmanneksi yleisimpänä riskin teemana 159 kirjauksessa (17 %). Poikkeama kokonaisaineistoon nähden ei ollut valtava, mutta kuitenkin merkillepantava.

Kolmanneksi yleisin sosiaalisen riskin kategoriana kokonaisaineistossa olivat riippuvuudet, joita kokonaisaineistossa esiintyi 789 kertaa (16 %). Riippuvuuksiin sisällytettiin alkoholin käyttö, muiden laittomien päihteiden käyttö ja peliriippuvuus. Muita riippuvuustekijöitä – kuten toiminnallisia riippuvuuksia – kokonaisaineistossa ei noussut esiin. Terveys- ja sosiaalityön osa-aineistossa riippuvuuksien suhde esiintyvyydessä poikkesi huomattavasti kokonaisaineistosta. Terveys- ja sosiaalityö esiintyi vain 67 kirjauksessa (7 %) yhtäaikaaisesti riippuvuuden sosiaalisen riskin kanssa.

Neljäntenä kokonaisaineistossa sijaitsi taloudellisten riskien kategoriana, jota aineistossa oli raportoitu 587 kertaa (12 %). Taloudellisiin riskeihin sisältyvät erilaiset taloudelliset huolet sekä velkaantumisen teemat. Näistä kirjauksista terveys- ja sosiaalityö esiintyy yhtäaikaaisesti 226 kirjauksessa – siis 24 % prosentissa tapauksista. Talouden sosiaalinen riski esiintyi terveys- ja sosiaalityön osa-aineistossa lähes yhtä suurena kuin työkykyihin liittyvät riskit. Tämä oli huomattava poikkeus kokonaisaineistoon verrattuna.

Viidenneksi suurimpana kategoriana kokonaisaineistossa esiintyivät erilaiset väkivaltaan ja rikollisuuteen viittaavat sosiaaliset riskit. Riskeihin sisältyivät erilaiset traumatisoitumiseen, lähisuhdeväkivaltaan, rikollisuuteen ja väkivaltaan liittyvät ilmaukset. Näitä riskejä esiintyi 401 (8 %) kokonaisaineiston kirjauksessa. Sosiaalityön osa-aineistossa tätä kategoriana esiintyi vain 49 kirjauksessa (5 %), tehden riskistä toiseksi vähiten ilmaistun kategorian tässä osa-aineistossa.

Arjen toimintakykyyn ilmeneviä riskejä esiintyi 350 kirjauksessa (7 %) kokonaisaineistossa. Riskiluokkaan sisältyivät toimintakykyyn liittyvät haasteet, yhteiskunnasta syrjäytymisen, uupumisen ja maahanmuuton tuottamien haasteiden teemat. Maahanmuuton sisällymistä arjen toimintakykyyn riskiluokkaan perusteltiin sillä,



että maahanmuuton haasteet aiheuttivat aineistoryhmän potilaille jatkuvia vaikeuksia yhteiskunnan palveluissa ja arjessa pärjäämiseen. Sosiaalityön osa-aineistossa arjen toimintakyvyn riskejä esiintyi 66 kirjauksessa (7 %). Arjen toimintakyvyn teema esiintyi kuudenneksi yleisimpänä sekä kokonaisaineistossa että sosiaalityön osa-aineistossa.

Ylisukupolvisuuteen liittyvää teemaa esiintyi 338 kertaa (7 %) potilaskertomusteksteissä. Riskiin sisältyivät lastensuojelulliset toimenpiteet, ajankohtaiset lapsiin kohdistuvat huoliaiheet sekä sukupolvesta toiseen heijastuvat sosiaaliset riskit. Sosiaalityön osa-aineistossa kategorialla esiintyi 62 kirjauksessa (6 %).

Toiseksi vähiten kokonaisaineistossa esiintyi asumisen riskit, joita esiintyi 293 (6 %) kirjauksessa. Asumisen riskiryhmään luokiteltiin teemat, joissa käsiteltiin asumiseen tai muuttamiseen liittyviä haasteita sekä asunnottomuutta. Terveys- ja sosiaalityön osa-aineistossa kategoria oli kuitenkin neljänneksi yleisin 71 kirjauksella (7 %). Tämä oli poikkeama sosiaalisten riskien esiintyvyyttä tarkastellessa.

Vähiten aineistossa esiintyi kuoleman ja luopumisen kategoriaan liittyviä sosiaalisia riskejä 229 (5 %) potilaskertomusteksteissä. Myös terveys- ja sosiaalityön osa-aineistossa riskiä esiintyi vähiten – vain 28 kirjauksessa (3 %). Tähän kategoriaan sisältyi läheisten, lemmikkien ja lapsien kuolemaan tai heistä luopumiseen liittyviä teemoja.

## **SOSIAALISTEN RISKIEN SUHDE ERI TOIMIJOIHIN ERIKOISSAIRAANHOIDON POTILASKERTOMUSTEKSTEISSÄ**

Aineiston analyysia jatkettiin logistisen regressioanalyysin avulla. Logistisella regressioanalyysillä tarkasteltiin sosiaalisten riskien yhteyttä palvelujärjestelmän eri toimijoihin, joille erikoissairaanhoidon kirjausten mukaan ohjasi riskien hallinnan potilastapauksissa. Näitä toimijoita olivat aineistossa erikoissairaanhoidon itse, terveys- ja sosiaalityöntekijä, kunnan sosiaalipalvelut, potilas tai hänen omaisensa tai muut palvelut. Erityisenä kiinnostuksen kohteena on tutkimuskysymysten kannalta terveys- ja sosiaalityön yhteys sosiaalisiin riskeihin. Tuloksia tulkittaessa on syytä muistaa, että jaottelu pohjautui ainoastaan erikoissairaanhoidon näkökulmasta kirjattuihin potilaskertomusteksteihin, eikä palveluiden todellisesta toteutuvuudesta ole varmuutta.

Tuloksia tulkitaan vetosuhteen (Odds Ratio) avulla. Vetosuhteella tarkoitetaan kahden todennäköisyyden välistä suhdetta eli jakolaskua. Vetosuhte ei siis ilmaise suoraan todennäköisyyttä kahden ilmiön välillä, vaan ainoastaan kuvaa niiden välistä yhteyttä (19). Logistisen regressioanalyysin tulokset ovat luettavissa taulukosta 2.

Tuloksissa huomionarvoista on, että kaikkien muuttujien selitysaste oli melko alhainen. Korkeimman selitysasteen saivat muut palvelut (16 %) ja terveys- ja sosiaalityö (13 %). Pienimmät selitysastot saivat potilas ja heidän omaisensa (4 %), kunnan sosiaalipalvelut (7 %) ja erikoissairaanhoidon (8%). Tästä voi päätellä, että sosiaaliset riskit eivät yksinomaan määritä, mihin palveluihin potilas päätyy. Mallin ennustearvot ovat yli 80 %.

Tulosten mukaan erikoissairaanhoidon puuttui itse kattavasti erilaisiin sosiaalisiin riskeihin. Suurin vetolyöntisuhde oli arjen toimintakyvyn riskeillä, joita ilmaantuessa vetosuhte kasvoi 30-kertaiseksi. Myös sosiaalisia suhteita ja ylisukupolvisuutta käsittelevien riskien vetosuhteen olivat korkeita, 15–17 kertaisia. Ainoastaan asumisen ja kuoleman sekä luopumisen sosiaaliset riskit eivät olleet tilastollisesti merkitseviä logistisen regressioanalyysin mukaan.

Tulosten mukaan terveys- ja sosiaalityölle ohjattiin vaihtelevin painotuksin. Suurimman vetosuhteen saivat sosiaalisten suhteiden riskit 130-kertaisella vetosuhteella. Työkyvyn, ylisukupolvisuuden, asumisen sekä kuoleman ja luopumisen sosiaaliset riskit saivat myös korkeita vetosuhteita – esimerkiksi potilasta kohdatessa työkyvyn haasteita hänellä oli 64-kertainen veto ohjautua terveys- ja sosiaalityöntekijän vastaanotolle. Talouden riskien vetosuhte oli kaikista pienin – riski tuotti vain nelinkertaisen vedon ohjautua terveys- ja sosiaalityöntekijän vastaanotolle. Terveys- ja sosiaalityöntekijöille ohjaaminen ei ollut tilastollisesti merkitsevää arjen toimintakyvyn, riippuvuuden ja väkivallan sekä rikosten parissa.

Kunnan sosiaalipalvelut olivat toimijoina lähes kaikissa sosiaalisissa riskeissä erikoissairaanhoidon kirjausten mukaan. Suurimman OR-luvun analyysissä sai työkyvyn riskit, joilla oli jopa 93-kertainen vetosuhte. Arjen toimintakyvyn, sosiaalisten suhteiden sekä väkivallan ja rikosten sosiaaliset riskit saivat n. 10-kertaisia vetoja päätyä kunnan sosiaalipalveluihin. Asumisen, talouden ja ylisukupolvisuuden teemat saivat vain

Taulukko 2. Sosiaalisten riskien suhde vastuutahoihin logistisen regressioanalyysin mukaan

Selitettävä muuttuja	Selittävä muuttuja	Odds Ratio (OR-luku)	Merkitsevyys
Erikoissairaanhoidon toimijana Nagelkerken selitysaste 0,08 Mallin ennustearvo 94,8 %	Arjen toimintakyky	30,23	,001
	Asuminen	*	,993
	Omaisien kuolema ja luopuminen	*	,993
	Riippuvuus	8,89	,000
	Sosiaaliset suhteet	17,01	,000
	Talous	4,96	,000
	Työkyky	8,72	,000
	Väkivalta ja rikokset	6,51	,000
	Ylisukupolvisuus	15,81	,000
Terveystieteiden toimijana Nagelkerken selitysaste 0,13 Mallin ennustearvo 92,5 %	Arjen toimintakyky	*	,992
	Asuminen	38,17	,000
	Omaisien kuolema ja luopuminen	32,46	,001
	Riippuvuus	*	,986
	Sosiaaliset suhteet	130,17	,000
	Talous	4,67	,000
	Työkyky	64,21	,000
	Väkivalta ja rikokset	*	,991
	Ylisukupolvisuus	49,49	,000
Kunnan sosiaalipalvelut toimijana Nagelkerken selitysaste 0,07 Mallin ennustearvo 96,0 %	Arjen toimintakyky	11,44	,001
	Asuminen	3,039	,007
	Omaisien kuolema ja luopuminen	*	,994
	Riippuvuus	8,94	,000
	Sosiaaliset suhteet	10,66	,000
	Talous	3,18	,000
	Työkyky	93,19	,000
	Väkivalta ja rikokset	10,14	,001
	Ylisukupolvisuus	4,75	,001
Potilas tai hänen omaiset toimijoina Nagelkerken selitysaste 0,04 Mallin ennustearvo 99,2 %	Arjen toimintakyky	*	,993
	Asuminen	1,21	,749
	Omaisien kuolema ja luopuminen	*	,994
	Riippuvuus	6,91	,007
	Sosiaaliset suhteet	*	,215
	Talous	0,33	,000
	Työkyky	5,42	,004
	Väkivalta ja rikokset	*	,130
	Ylisukupolvisuus	*	,993
Muut palvelut toimijoina Nagelkerken selitysaste 0,16 Mallin ennustearvo 81,5 %	Arjen toimintakyky	16,63	,000
	Asuminen	5,41	,000
	Omaisien kuolema ja luopuminen	18,31	,000
	Riippuvuus	13,00	,000
	Sosiaaliset suhteet	20,56	,000
	Talous	4,72	,000
	Työkyky	7,63	,000
	Väkivalta ja rikokset	19,17	,000
	Ylisukupolvisuus	70,54	,000

3–4 kertaisen vedon kunnan sosiaalipalveluihin, vaikka näitä voisi pitää tyypillisinä kunnan sosiaalihuollon asiakkuuden piirteinä. Kuoleman ja luopumisen sosiaaliset riskit eivät olleet tilastollisesti merkitseviä kunnan sosiaalipalveluiden toimijuudelle.

Erikoissairaanhoidon kirjausten perusteella vaikutti, että potilaat tai heidän omaisensa olivat harvoin toimijoina sosiaalisten riskien ratkaisemisessa. Poikkeuksen muodostivat riippuvuuden ja työkyvyn sosiaaliset riskit. Riippuvuuden riskien kohdalla potilas tai hänen omaisensa olivat toimijoina kuusinkertaisella vetosuhteella. Työkyvyn riskien osalta vetosuhte oli viisinkertainen. Logistisen regressioanalyysin mukaan oli tilastollisesti merkitsevää, että potilaat tai heidän omaisensa eivät toimi taloudellisten riskien kohdalla – vetosuhteen ollessa 0,33.

Muut palvelut (kuten valtiollisia, yksityisen sektorin ja 3. sektorin toimijat) olivat logistisen regressioanalyysin mukaan toimijoina kaikissa sosiaalisten riskien kategorioissa. Suurimman vetosuhteen sai ylisukupolvisuuden teema, missä riskin ilmentyessä potilaalla oli yli 70-kertainen veto olla muun palvelun parissa. Pienimmät vetosuhteet (alle 10-kertaiset) olivat talouden, asumisen ja työkyvyn teemoissa.

## YHTEENVETO

Tutkimusaineiston perusteella psykiatristen potilaiden arjesta on paikannettavissa erilaisia sosiaalisia riskejä. Tutkimuksessa tarkastellaan kategoria-analyysin keinoin luotuja yhdeksää sosiaalisten riskien luokkaa. Sosiaaliset riskit esiintyivät aineistossa seuraavassa suuruusjärjestyksessä: työkyky, sosiaaliset suhteet, riippuvuudet, talous, väkivalta ja rikokset, arjen toimintakyky, ylisukupolvisuus, asuminen sekä kuolema ja luopuminen. Sosiaaliset riskit esiintyvät laajasti psykiatristen potilaiden potilaskertomusteksteissä. Jotta tieto kulkeutuu potilaskertomustekstiin saakka, potilaan on täytynyt puhua aiheesta psykiatrisella vastaanotolla. Tästä voi päätellä, että sosiaaliset riskit vallitsevat potilaiden jokapäiväisessä elämässä.

Kuitenkin sosiaalisten riskien esiintyvyys vaihtelee huomattavasti, kun kokonaisainestoa verrataan teksteihin, joissa terveysosiaalityöntekijä on toimijana. Terveysosiaalityöntekijöiden osa-aineistossa talouden ja asumisen teemat nousivat selkeämmin esille kuin kokonaisaineistossa.

Sen sijaan sosiaalisten suhteiden, riippuvuuksien sekä väkivallan ja rikosten kategoriat pienentyvät suhteessa kokonaisaineistoon. Vaikuttaa siltä, että taloudellisten riskien kysymykset nousevat terveysosiaalityössä keskiöön, kun taas etenkin väkivallan, rikosten sekä riippuvuuksien ja sosiaalisten suhteiden teemaa kenties kierretään terveysosiaalityössä.

Erikoissairaanhoidon tekstien mukaan monet eri toimijat työskentelevät potilaiden sosiaalisten riskien parissa. Hallinnan toimijat ovat jaoteltavissa viiteen eri toimijaan: erikoissairaanhoidon itseensä, terveysosiaalityöhön, kunnan sosiaalipalveluihin, potilaaseen tai hänen omaisiinsa ja muihin – kuten valtiollisiin, yksityisiin tai kolmannen sektorin – palveluihin. Logistisen regressioanalyysin mukaan terveysosiaalityölle ohjataan potilaita sosiaalisten suhteiden, työkyvyn, ylisukupolvisuuden, asumisen kuoleman ja luopumisen sekä talouden riskien kohdalla.

Logistisen regressioanalyysin tulokset ovat osittain ristiriidassa kategoria-analyysin tulosten kanssa. Terveysosiaalityö ei omista tekstiosuoksissa juurikaan työskentele kuoleman ja luopumisen parissa. Sosiaalisten suhteidenkin osalla aiheen käsittely on vähäisempää terveysosiaalityössä kuin kokonaisaineistossa. Toisin sanoen, terveysosiaalityön kysyntä ja tarjonta eivät tulosten mukaan kohtaa.

## JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkimustulosten mukaan psykiatriset erikoissairaanhoidon potilaat kohtaavat päivittäin laajoja sosiaalisia riskejä. Kategoria-analyysin avulla luodut yhdeksän riskiluokkaa ovat sosiaalisessa ympäristössä muodostuneita kompleksisia kokonaisuuksia, jotka vaikuttavat yksilön lisäksi laajasti koko yhteiskuntaan (vrt. 6). Sosiaaliset riskit esiintyvät laajalla yhteiskunnallisella tasolla, voidaan kohdentua taustasta riippumatta keneen tahansa (6,8). Tulokset tukevat tätä näkemystä, sillä sosiaalisia riskejä esiintyi läpi aineiston. Psykiatriset erikoissairaanhoidon potilaat elävät Webbin (11) kuvaamassa haavoittuvassa asemassa kohdatessaan arjessaan moniulotteisia sosiaalisia riskejä ja niiden aiheuttamaa epävarmuutta.

Eniten psykiatriset potilaat kohtaavat potilaskertomusaineiston mukaan työkykyyn, sosiaalisiin suhteisiin ja riippuvuuksiin liittyviä sosiaalisia riskejä. Myös taloudelliset riskit ovat esiintyvyydeltään suurehko kategoria. Väkivallan ja

rikosten, arjen toimintakyvyn, ylisukupolvisuuden, asumisen ja kuoleman ja luopumisen riskikategoriat ovat esiintyvyydessään matalampia, mutta silti kattavia kokonaisuuksia.

Kuitenkin verratessa sosiaalisten riskien esiintyvyyttä aineistossa, terveysosiaalityön osuudessa sosiaalisia riskejä esiintyy erilaisin painotuksin ja huomattavissa pienemmässä mittakaavassa. Työkyvyn ja talouden sosiaaliset riskit esiintyvät lähes yhtä laajoina – suurimpina kaikista riskikategorioista. Sosiaaliin suhteisiin liittyviä riskejä esiintyy aineistossa kolmanneksi eniten. Loput riskikategoriat esiintyvät lähes yhtä vähäisinä – n. 60–70 kertaa terveysosiaalityön osuudessa. Hätkähdyttävää on, että väkivallan ja rikosten – kokonaisaineistossa neljäksi suurin ryhmä – ja kuoleman ja luopumisen kategoriat saivat erittäin pienet esiintyvyydät sosiaalityön tekstiaineistossa.

Syitä sosiaalisten riskien esiintyvyyden vaihtelulle aineistossa voi olla useita. Ensinnäkin erikoissairaanhoidon ja terveysosiaalityön tehtävänkuvat vaikuttavat väistämättä sosiaalisten riskien raportointiin. Hyvänä esimerkkinä on se, että työkyvyn ja arjen toimintakyvyn haasteita käsiteltiin erityisesti niillä henkilöillä, joiden työkykyä arvioitiin eläkkeen saamisen näkökulmasta. Toisekseen voi olla, että terveysosiaalityö pyrkii löyhästi määritellyllä kentällä työskentelemään sille ominaisilla alueilla – työkyvyn, talouden ja asumisen teemat on perinteisissä mielikuvissa koettu sosiaalityön pääalueiksi (vrt. 9). Kolmanneksi voidaan pohtia, pyrkivätkö työntekijät välttämään sensitiivisesti haastavia kokonaisuuksia. Esimerkiksi väkivaltatutkimuksen parissa on todettu, että huolimatta työntekijöiden tiedoista lähisuhdeväkivallan esiintyvyydestä ja vaikutuksista potilaille, aiheesta vältetään keskustelua muun muassa organisatoristen paineiden vuoksi (22). Neljänneksi voi arvioida, onko kyse lainkaan terveysosiaalityön asemoitumisesta vai siitä, ohjaako hoitotaho riskeissä olevia ihmisiä terveysosiaalityöntekijälle.

Logistisen regressioanalyysin perusteella vaikuttaa siltä, että kyse ei ole ohjauksen puutteesta. Esiintyvyyteen verrattuna vaikuttaa siltä, ettei terveysosiaalityön kysyntä ja tarjonta vastaa toisiaan. Terveysosiaalityöntekijöille ohjataan esimerkiksi omaisen kuoleman ja luopumisen teemoissa logistisen regressioanalyysin mukaan 35 kertaisella vetosuhteella, mutta sosiaalityön-

tekijät ovat toimineet kirjausten mukaan vain harvoin kyseisen teeman parissa.

Logistisen regressioanalyysin mukaan terveysosiaalityölle ohjataan erityisesti potilaita riskeissä, missä heillä esiintyy sosiaalisten suhteiden, työkyvyn, ylisukupolvisuuden, asumisen sekä kuoleman ja luopumisen sosiaalisia riskejä. Tulosten mukaan terveysosiaalityössä on tehostettava arjen toimintakykyyn, väkivallan ja rikosten sekä riippuvuuden riskien parissa työskentelyä, sillä ne eivät tämän tutkimuksen mukaan olleet tilastollisesti merkitseviä. Kuitenkin nämä sosiaaliset riskit ennustavat tutkimusten mukaan terveyspalveluiden runsasta käyttöä (ks. esim. 22,23,24).

Kirjallisuuden perusteella sosiaalityöntekijät tunnistavat, käsittelevät ja pyrkivät ehkäisemään asiakkaitensa sosiaalisia riskejä osana työnkuvaansa (5,11). Terveysosiaalityön nimikkeistössä ja alan määritelmässä sosiaalisen tilanteen arviointi on nostettu ensisijaiseksi tehtäväksi ammattikunnassa (9,23). Tämän tutkimuksen mukaan vaikuttaisi kuitenkin siltä, että riskien tunnistaminen ja aiheiden käsitteleminen ei heijastu kuitenkaan potilaskertomusteksteihin saakka. Sosiaalityö vaikuttaisi keskittyvän pääasiassa ratkaisukeskeisyyteen, sillä aineiston läpiluvun perusteella sosiaalityöntekijöiden tekstit kattavat pääasiassa erilaisia selontekoja sopivista hallinnan tavoista riskien käsittelyn sijaan. Ratkaisukeskeisyyden merkittävyys on vahvistanut myös Terveysosiaalityö näkyväksi-tutkimus-hanke (10), missä kuvataan myös kattavasti erilaisia hallinnan tapoja, joita suomalaiset terveysosiaalityöntekijät työssään käyttävät.

Aineiston perusteella sosiaalisten riskien tunnistaminen ei vaikuta olevan menetelmällisesti jäseneltyä. Sosiaaliin riskeihin reagointi ei ole systemaattista vaan vaihtelee riippuen hoitotimistä ja yksilöistä, niiden työskentelytavoista, organisaatiokulttuurista ja tiedonkulusta – toisin kuin akateemisessa riskikeskustelussa peräänkuulutetaan (esim. 5,11). Kansainvälisesti on todettu, että sosiaalityössä kartetaan systemaattisia riskien tunnistamismenetelmiä (11,13,14,26). Tämä havainto voimistuu tutkimusaineiston perusteella, sillä vain muutamissa yksiköissä vaikutti olevan käytössä systemaattisia asiakkaiden haastattelupohjia kirjausten perusteella.

Terveysosiaalityön rooli esiintyy potilaskertomusteksteissä vaihtelevana. Joissakin yksiköis-

sä terveyssoseaalityö aktivoidaan hoidon alkuvaiheessa mukaan, kun taas toisaalla terveyssoseaalityö hälytetään paikalle vasta kriisitilanteissa. Terveyssoseaalityön asema on nähty kirjallisuudessa organisaatioiden kulttuureissa vaihteleviksi ja häilyviksi (2,9). Arajärven ym. (27) mukaan terveyssoseaalityön työnkuvan rakentamiseen vaikuttavat moniammatillinen kulttuuri, soseaalityöntekijän ammatti-identiteetti ja kohutuuton kiire. Nämä tekijät voivat vaikuttaa siihen, että terveyssoseaalityö muotoutuu irrallisiksi interventioiksi vailla moniammatillista tukea.

Tutkimusaineistosta on paikannettavissa tilanteita, joissa soseaalisiin riskien hallinta näytetty riittämättömänä. Kuoleman ja luopumisen sekä väkivallan ja rikosten teemat jäävät varjoon muihin soseaalisiin riskeihin verrattuna. Logistisen regressioanalyysin mukaan nämä olivat useimmiten tilastollisesti ei-merkitseviä eri toimijoille ohjatessa. Kuitenkin nämä kaksi teemaa ovat potilaiden hyvinvointiin huomattavasti vaikuttavia tekijöitä. Mikäli nämä potilaiden mielenterveyteen vaikuttavat soseaaliset riskit jätetään erikoissairaanhoidossa tunnistamatta ja puuttumatta, saatetaan sivuttaa vointiin vaikuttavia juurisyytä. Esimerkiksi lähisuhdeväkivallan on todettu huonontavan uhrien terveydentilaa ja lisäävän terveystalvuiden käyttöä (22). Läheisen kuolema taas koetaan äärimmäisen stressaavana ja järkyttävänä tapahtumana – ja jossa terveydenhoidon rooli on aiemmassa tutkimuksessa koettu esiintyvän lähinnä sairaslomien kirjoittajana (28).

Tulosten validiteettia arvioitaessa on huomioitava, että potilasasiakirjat on luotu ensisijaisesti muuhun kuin tutkimustarkoitukseen. Potilasasiakirjat on luotu yksittäisen ammattilaisen tulkinnan pohjalta oman työn tueksi sekä edistämään potilaiden tiedonsaantia. Rekisteriaineiston käyttöä tutkimusaineistona voidaan koetella, sillä potilasasiakirjoja on pidetty alttiina virheillem, subjektiivisuudelle ja tulkinnanvaraisuudelle. Potilaskertomusmerkintöjen pituus on rajattu, sisältö määritelty ja kaikki tapaamisessa esillä olleet aihekokonaisuudet eivät välttämättä tule esille merkinnöissä (29). Voinee kuitenkin todeta, että potilaskertomustekstit toimivat hyvänä

ikkunana havainnoimaan potilaiden elämäntilanteita (30). Aineistoa tulkitessa on kuitenkin tärkeää muistaa aineiston rajoitukset ja alkupe- räiset käyttötarkoitukset (29).

Tutkimustuloksissa on syytä kiinnittää huomiota logistisen regressioanalyysin mataliin selitysarvoihin. Yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa kompleksisten soseaalisten ilmiöiden väliset suhteet ovat niin monimutkaisia, että niitä on mahdotonta tyypistää yksinkertaiseen lineaariseen malliin (19). Näin ollen Nagelkerken selitysarvot eivät välttämättä saa suuria arvoja ihmistieteellisessä tutkimuksessa, vaan valtaosa itse ilmiöstä voi jäädä selittymättä. Tulokset eivät siis selitä kokonaisuudessa potilaiden ohjautumista erilaisten palveluiden pariin.

Soseaalisilla riskeillä on todettu olevan potilaiden hyvinvointiin vaikuttavia mekanismeja (11). Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu soseaalisten riskien ja hyvinvoinnin yhteyksiä. Aineistossa esiintyi kuitenkin vahvoja viitteitä soseaalisten riskien ja hyvinvoinnin välisestä yhteydestä. Jatkossa rekisteri- ja haastatteluaineistojen hyödyntäminen voisi antaa merkittävää lisätietoa soseaalisten riskien vaikutuksesta potilaiden psyykkiseen hyvinvointiin.

#### **RAHOITTAJAT:**

Tutkimukseen on saatu tukea Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sisäisestä yliopistotasoisesta terveyden tutkimushankerahoituksesta.

#### **KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:**

Rovamo on toiminut tutkimuksen vastuukirjoittajana ja artikkeli on osa Rovamon tulevaa artikkeliväitöskirjaa. Rovamo on suunnitellut tutkimusasetelman, analysoinut aineiston, kirjoittanut artikkelin luonnosversiot ja muokannut tekstiä kommenttien pohjalta. Toikko toimii väitöskirjan ohjaajana ja tästä roolista käsin osallistunut artikkelin kirjoittamiseen. Toikko on osallistunut aktiivisesti tutkimusasetelman ja -analyysin suunnitteluun, avustanut teoriakehyksen muodostamisessa, ohjannut logistisen regressioanalyysin toteuttamisessa sekä kommentoinut tekstiluonnosta läpi kirjoitusprosessin.

Patients in psychiatric care live in a vulnerable position in society. They confront social risks daily and live with uncertainty and threat of social risks in their everyday life. This article studies social risks among psychiatric care patients and the role of health care social workers in responding to them. The data contains the records of 191 psychiatric patients from the period of 2009–2019. The data were analyzed by mixed methods by combining category analysis with logistical regression analysis.

The results show that patients in psychiatric care face widely various complex risks. Social risks were divided into nine categories, which were abilities to work, social relations, addictions, subsistence, violence and crime, abilities to function, intergenerational transmission, housing, and death of loved one and renouncement. The prevalence of social risks varied notably while comparing the records of health social work with the whole dataset. The sub-data of health care social works highlights the risks of subsistence and housing and decreases the risks of social relations, addictions, and violence and crime compared with the whole dataset. Logistical regression anal-

ysis proves that the deviance is not related to the guidance of the patients.

According to the results, it seems that risk management is not structured by any methods in psychiatric care. There were noticeable situations where social risks were managed inadequately in the data. Neither does social work in health care seem to manage social risks structurally.

It is possible to obtain considerable further knowledge about patients' conditions by examining social risks in psychiatry. Further information is needed to study the blind spots in our services concerning certain social risks. It should be considered that each social risk can predict increasing psychiatric vulnerability and general social malaise. Identification and management of social risks can advance the rehabilitation and life management of psychiatric patients.

**Keywords:** social work in health care, risk factors, register-based data, psychiatry

Saapunut (07.12.2022)

Hyväksytty (22.06.2023)

## LÄHTEET

- (1) Lönnqvist J, Lehtonen J. *Psykiatria ja mielen-terveys*. Kirjassa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim; 2017, 18–42.
- (2) Leinonen L. *Sosiaalityön ja terapian rajapinnalla. Sosiaalityön terapeuttinen orientaatio ja ammatillinen itseyemmäryys psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa*. Jyväskylä: Grano Oy; 2020.
- (3) Eronen A, Londén P, Peltosalmi, J. *Sosiaalibarometri 2019*. Helsinki: SOSTE Suomen sosiaali- ja terveys ry; 2019.
- (4) Alfandari R, Taylor B, Baginsky M, ym. *Making Sense of Risk: Social Work at the Boundary between Care and Control*. *Health, Risk and Society* 2021; 1–18.
- (5) Green D. *Risk and social work practice*. *Australian social work* 2007; 60: 395–409. doi: 10.1080/03124070701671131
- (6) Havakka P. *Sosiaaliset riskit: määritelmiä ja merkitys yhteiskunnassa*. Kirjassa: *Ahteensivu A, Koskinen L., Kulmala J, Havakka P. (toim.) Riskienhallinnan ajankohtaisia teemoja*. Tampere: Tampere University Press; 2018, 124–177
- (7) Mythen G. *The critical theory of world risk society: A retrospective analysis*. *Risk Anal* 2021; 41: 533–543. doi: 10.1111/risa.13159
- (8) Helne T. *Sosiaalivakuuttava hyvinvointiyhteiskunta? Kirjassa: Hellsten K, Helne T. (toim.) Vakuuttava sosiaalivakuutus? Kela: 2004, 222–239*.
- (9) Kananoja A, Lähteinen M, Marjamäki P. *Sosiaalityön käsikirja*. Helsinki: Tietosanoma; 2011.
- (10) Yliruka L, Heinonen J, Satka M, ym. *Terveysosiaalityö näkyväksi: Terveysosiaalityön tarve, interventiot ja ajankäyttö*. Helsinki: Helsingin yliopisto; 2019
- (11) Webb S. *Social work in a risk society: Social and Political perspectives*. New York: Palgrave Macmillan; 2006. doi: 10.1007/978-0-230-21442-2
- (12) Kemshall H, Parton N, Walsh M, ym. *Concepts of risk in relation to organizational structure and functioning within the personal social services and probation*. *Social Policy & Administration* 1997; 31: 213–232. doi: 10.1111/1467-9515.00052

- (13) Littlechild B, Hawley C. Risk assessments for mental health service users – Ethical, valid and reliable? *Journal of Social Work* 2010; 10: 221–229. doi: 10.1177/1468017309342191
- (14) Søbberg L, Taylor B, Przeperskic J, ym. Using risk factor statistics in decision-making: prospects and challenges. *European Journal of Social Work* 2021; 24: 788–801. doi: 10.1080/13691457.2020.1772728
- (15) Mead R, Thurston M, Bloyce D. From public issues to personal troubles: individualising social inequalities in health within local public health partnerships. *Critical Public Health* 2022; 32:2: 168–180. doi: 10.1080/09581596.2020.1763916
- (16) Satka M. Varhainen puuttuminen, moraalinen käänne ja sosiaalisen asiantuntijat. *Yhteiskuntapolitiikka* 2009; 74:1: 17–32.
- (17) Juhila K. *Kategoria-analyysi. Teoksessa Vuori J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Luettu 10.11.2022.*
- (18) Jokinen A, Juhila K, Suoninen E. Kategoriat, kulttuuri & moraalit: johdatus kategoria-analyysiin. Tampere: Vastapaino; 2012.
- (19) Metsämuuronen J. *Monimuuttujamenetelmien perusteet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy; 2008.*
- (20) Rita H, Töttö P, Alastalo M. Ettäkö 200 % turkulaisten kirjoittamista artikkeleista on kvantitatiivisia? Vetosuhteen (odds ratio) ja vedon (odds) tulkintaa. *Janus* 2008; 16: 72–80.
- (21) Borsboom D. A network theory of mental disorders. *World Psychiatry* 2017;16:5–13. doi: 10.1002/wps.20375
- (22) Siltala H. Family violence as a public health problem – Effects and costs in Finnish health care. Jyväskylä: Jyväskylä university printing house; 2021.
- (23) Bieler G, Paroz S, Faouzi M, ym. Social and medical vulnerability factors of emergency department frequent users in a universal health insurance system. *Acad Emerg Med* 2012;19:63–68. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01246.
- (24) Kaattari A, Tiirinki H, Turkki L, ym. Perusterveydenhuollon palveluiden suorkäyttäjät Pohjois-Suomen syntymäkohorttiaineistossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2015; 52: 191–201.
- (25) Metteri A. Terveys- ja sosiaalityö, eriarvoistava sosiaalipolitiikka ja asiakkaiden kohtuuttomat tilanteet. Kirjassa: Metteri A, Valokivi H, Ylinen S. (toim.) *Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus; 2014, 296–328.*
- (26) Broadhurst K, Hall C, Wastell D, ym. Risk, instrumentalism and the humane project in social work: Identifying the informal logics of risk management in children’s statutory services. *Br J Soc Work* 2010; 40: 1046–1064. doi: 10.1093/bjsw/bcq011
- (27) Arajärvi M, Mönkkönen K, Kekoni T, ym. Sosiaalityön psykososiaalisen asiantuntijuuden hyödyntämiseen vaikuttavat tekijät nuorisopsykiatrian avohoidossa. *Sos Lääktiet Aikak.* 2021; 58: 46–60. doi: 10.23990/sa.86075
- (28) Kauppinen K. ”Työ on henkireikä” – työssäkäyvän läheisen kuolema, suru ja siitä selviäminen. Kirjassa: Kauppinen K, Slifver-Kuhlamäki M. (toim.) *Työssäkäynti ja läheis- ja omaishoiva – työssä jaksamisen ja jatkamisen tukeminen. Helsinki: Unigrafia; 2015, 95–132.*
- (29) Kääriäinen A. Lastensuojelun sosiaalityö asiakirjoina: Dokumentoinnin ja tiedonmuodostuksen dynamiikka. Helsinki: Hakapaino; 2003.
- (30) Olsen J. Register-based research: Some methodological considerations. *Scand J Public Health* 2011; 39: 225–229. doi: 10.1177/1403494811402719

ESSI ROVAMO

*YTM, väitöskirjatutkija*

*Itä-Suomen yliopisto*

*Welfare, Health and management -tohtoriohjelma*

TIMO TOIKKO

*Professori*

*Itä-Suomen yliopisto*

*Yhteiskuntatieteiden laitos,*

*Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta*





# Ikäihmisten sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö ja asiakassegmentit ennen säännöllisen kotihoidon asiakkuutta

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa kehitetään voimakkaasti kotihoitoa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla säännöllisen kotihoidon asiakkaaksi siirtyneiden ikäihmisten sosiaali- ja terveystalvelujen käyttöä ennen kotihoidon asiakkuutta sekä tunnistaa asiakassegmenttejä. Lisäksi tarkasteltiin mahdollisia eroja säännölliseen kotihoitoon siirtyneiden ja siirtymättömien ikäihmisten talvelujen käytössä.

Tutkimus on tapaus-verrokki-asetelman sisältävä retrospektiivinen rekisteritutkimus. Aineisto sisälsi tietoja yhden suuren kaupungin yli 75-vuotiaiden perusterveydenhuollon, sosiaalitalveluiden ja erikoissairaanhoidon talvelujen käytöstä. Tarkastelun kohteena olleilla tapauksilla ei ollut säännöllisiä ikäihmisten hoivatalveluja käytössä vuosina 2017–2018, ja heidän säännöllisen kotihoidon asiakkuutensa oli alkanut vuonna 2018 (n=651). Tapauksille poimittiin iän ja sukupuolen mukaan kaltaistetut verrokkit (n=2482), joka eivät siirtyneet kotihoidon asiakkaaksi vuoden 2018 aikana. Talvelujen käyttöä tarkasteltiin 12 kuukauden ajalta käyttäen frekvenssi- ja prosenttijakaumia, keski- ja hajontalukuja, ristiintalulukointia, Pearsonin khiini nelio -testiä ja Fisherin tarkkaa testiä.

Kotihoidoon siirtyneet käyttivät eniten seuraavia talvelusuoritteita: avosairaanhoidon käynti ja päivystyskäynti, ikäihmisten sosiaalitalvelujen tunnit, perusterveydenhuollon sairaalahoitopäivät ja somaattisen erikoissairaanhoidon käynnit. Tapaukset käyttivät verrokkeja enemmän talveluja henkilö- ja suoritemäärinä, käyttökuukausina sekä talvelukokonaisuuksina. Talvelujen käyttö oli sitä yleisempää, mitä lähempänä kotihoidon alkaminen oli. Tapauksissa oli verrokkeja enemmän erityisesti sosiaalitalvelujen ja kaikkien talvelulohkojen (perusterveydenhuolto, somaattinen erikoissairaanhoido, sosiaalitalvelut) käyttäjiä. Tapauksista muodostettiin segmenttejä, joita kuvailtiin sukupuoli ja ikäluokka -muuttujilla. Ikäihmisten talvelujen käyttöä on tärkeää tarkastella kokonaisuutena talvelusta toiseen siirtymisen ja talvelutarpeen ennakkoinnin näkökulmista.

**ASIASANAT:** ikäänntyneet, kotihoito, sosiaalitalvelut, terveystalvelut

**LIISA KYTÖLÄ, MOONA HUHTAKANGAS, PAULA PESONEN,  
KIRSTI YLITALO-KATAJISTO, OUTI KANSTE**



## YDINASIAT

- Ikäihmiset käyttävät laaja-alaisesti sosiaali- ja terveyspalveluja, ja palvelujen käytön perusteella voidaan ennakoida siirtyä eri palveluihin, kuten kotihoitoon tai tehostettuun palveluasumiseen.
- Tutkimus tuottaa uutta tietoa ikäihmisten perusterveydenhuollon, sosiaalipalveluiden ja erikoissairaanhoidon palvelujen käytöstä ennen säännöllisen kotihoidon asiakkuutta.
- Jatkossa on tarpeen tutkia ikäihmisten palvelutarpeeseen vaikuttavia tekijöitä ja palvelupolkujen rakentumista.

## JOHDANTO

Länsimaissa ikäihmisten osuus väestöstä on kasvanut ja sen ennakoitaan yhä kasvavan tulevina vuosikymmeninä. Suomessa oli vähintään 65-vuotiaita noin 23 % väestöstä vuonna 2022, kun vuonna 2030 heitä ennustetaan olevan noin 26 %. Vähintään 75-vuotiaita oli puolestaan noin 11 % maamme väestöstä vuonna 2022, kun vuonna 2030 osuuden ennustetaan olevan noin 14 %. (1,2.) Ikääntyminen on yksilöllinen prosessi ja ikäihmiset väestöryhmänä heterogeeninen (3). Väestön ikääntyminen lisää sosiaali- ja terveyspalveluihin ja niiden järjestämiseen kohdistuvia vaatimuksia (4).

Suomen sosiaali- ja terveydenhuolto on suuressa muutoksessa, kun sosiaali- ja terveyspalveluudistuksessa (sote-uudistus) siirretään palvelujen painopistettä perustason palveluihin ja ennaltaehkäisevään toimintaan, korostetaan palvelujen yhteensovittamista ja sujuvia hoitoketjuja sekä sitä, että ihmiset saavat tarpeensa mukaiset palvelut oikea-aikaisesti (5). Sosiaali- ja terveydenhuollossa on alettu kiinnittämään entistä enemmän huomiota myös asiakaslähtöisyyteen tai -keskeisyyteen. Lähestymistapaan liittyvät asiakassegmentit, eli ryhmittelyt asiakkaista, joita yhdistää esimerkiksi samankaltainen palvelujen käyttö. Asiakassegmentointi mahdollistaa palvelujen järjestämisen asiakasryhmittäin palvelutarpeiden mukaisesti. (6.) Myös ikäihmisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä ohjaava lainsäädäntö korostaa varhaista puuttumista ja ennaltaehkäisyä, ja erityisesti huomiota on kiinnitettävä kuntouttavien ja kotiin annettaviin palveluihin (7). Kotihoitoa uudistetaan osana Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaa. Tavoitteena on vahvistaa kotihoidon laatua

ja resursseja sekä järjestää kotihoitoa vuorokaudenajasta riippumatta. (8.)

Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä ja käyttöön vaikuttavia tekijöitä, myös ikäihmisillä, on tutkittu melko paljon (9-11). Sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaiskäytön tutkimus on kuitenkin ollut suomalaisessa palvelujärjestelmässä rajoitettua ja haastavaa johtuen erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon erillisistä ja eri tarkoituksiin kehitetyistä rekistereistä (12,13). Palvelujen käyttöä on tarkasteltu myös palvelusta toiseen siirtymisen näkökulmasta tunnistamalla siirtymä ennakoivia tekijöitä, esimerkiksi ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen osalta (14). Samoin on selvitetty kotihoitoon siirtymistä kuntien välisten erojen (15) ja henkilöön liittyvien tekijöiden kuten sosioekonomisen aseman ja sairastavuuden sekä palveluiden käytön (16) näkökulmasta. Rekisteritietoihin perustuva tutkimus ikäihmisten sosiaali- ja terveyspalvelujen (kokonaisuutena) käytön ja säännöllisen kotihoidon asiakkuuden alkamisen yhteydestä suomalaisessa palvelujärjestelmässä on vähäistä. Tässä tutkimuksessa palvelujen käyttöä ennen säännöllisen kotihoidon asiakkuutta tarkasteltiin asiakasrekisteritietoihin perustuen, ja huomioiden niin perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido kuin sosiaalipalvelut.

## IKÄIHMISTEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT

Ikääntyneelle henkilölle ei ole yhtä yksiselitteistä määritelmää tai ikärajausta. Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (7), tarkoitetaan ikääntyneellä väestöllä vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä. Iäkkäällä tarkoitetaan henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen tai korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen vuoksi. Ikäihmisiä koskevassa tutkimuksessa käytetään usein rajauksena kronologista ikää, tosin käytetty ikärajaus vaihtelee paljon. Useiden määritelmien ja ikäraajusten lisäksi on monia käsitteitä, joita käytetään kuvaamaan ikääntynyttä henkilöä, esimerkiksi seniori, ikäihminen, vanhus, vanha tai vanhempi henkilö. Tässä tutkimuksessa käytetään termiä ikäihminen, jolla tarkoitetaan vähintään 75-vuotiasta henkilöä.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö on yhteydessä henkilön ikään sekä terveydentilaan ja

toimintakykyyn (17,18,13). Väestötasolla tarkasteltuna tarve säännöllisille palveluille ja tuelle kasvaa 75 ikävuoden jälkeen (19). Väestön ikääntyminen asettaakin monin tavoin kasvavia vaatimuksia sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiselle ja toteuttamiselle (20,21,4). Suuri osa ikäihmisten käyttämistä sosiaali- ja terveyspalveluista ei ole erityisesti ikään sidottuja vaan samoja palveluja käyttävät myös nuoremmat. Eri lähteissä ikäihmisten palveluiksi onkin määritelty hieman toisistaan poikkeavia kokonaisuuksia (22,13). Kansallisessa ikäohjelmassa vuodelta 2020 säännöllisiksi ikäihmisten palveluiksi kuvataan tavalinen ja tehostettu palveluasuminen, laitoshoido (terveyskeskusten pitkäaikaisasiakkaat ja vanhainkotien asiakkaat), säännöllinen kotihoito ja omaishoito. Suurella osalla (75 %) 75 vuotta täyttäneistä ei ole mitään edellä mainittuja ikäihmisten säännöllisiä palveluja käytössä. (19.)

Kotihoito on keskeinen ikäihmisten kotona asumista tukeva palvelu. Säännöllisen kotihoidon palveluja sai noin 15 % 75 vuotta täyttäneistä vuonna 2022 (23). Säännöllisen kotihoidon asiakkuus on sitä yleisempää, mitä vanhemmasta ikäryhmästä on kyse (24). Kotihoito tarkoittaa sosiaalihuoltolain mukaisen kotipalvelun ja terveydenhuoltolain mukaisen kotisairaanhoidon kokonaisuutta. Kotihoito voi olla tilapäistä tai säännöllistä sekä määräaikaista tai jatkuvaa. Monissa kunnissa, kuten tämän tutkimuksen kohdeorganisaatiossa, kotihoitoa voi saada ympäri vuorokauden ja kaikkina viikonpäivinä. (25.) Tämän tutkimuksen kohdeorganisaatiossa säännöllisellä kotihoidolla tarkoitettiin vähintään kerran viikossa toteutettavaa kotihoitoa.

Kansallisena tavoitteena on mahdollistaa ikäihmisten kotona asuminen mahdollisimman pitkään tukemalla ikäihmisten tarpeita toimintakykyrajoitteet ja sairaudet huomioiden (19). Vuonna 2022 75-vuotiaista tai sitä vanhemmista suomalaisista 93 % asui kotonaan (26). Useimmat ikäihmiset haluavatkin elää omissa kodeissaan toimintakyvyn vajavuuksista huolimatta (27,28). Halua asua omissa kodissa voi vähentää esimerkiksi yksinäisyyden tai turvattomuuden kokemukset (28).

#### **ASIAKASSEGMENTOINNILLA TIETOA PALVELUNKÄYTTÄJISTÄ**

Asiakastiedolla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa potilasta ja asiakasta koskevaa tietoa, joka on saatu asiakkaalta tai asiakkaasta. Tiedon

jalostamisen ja hyödyntämisen kautta asiakastiedosta syntyy asiakasymmärrystä, joka auttaa vastaamaan asiakkaan tarpeisiin entistä paremmin. Yksi tapa kerryttää asiakasymmärrystä on palvelunkäyttäjien segmentointi. (29.) Segmentointi tarkoittaa asiakkaiden ryhmittelyä tiettyjen muuttujien ja ominaisuuksien (esimerkiksi ikä, palvelujen käyttö) mukaan niin, että samaan segmenttiin kuuluvat jakavat mahdollisimman samat ominaisuudet (30). Segmentoinnilla tuetaan tietoa palvelukokonaisuuksien suunnittelun tueksi. Rajatun ryhmän, esimerkiksi paljon palveluja tarvitsevien, tasolla segmentointia voidaan hyödyntää potilaiden tunnistamisessa ja kohdentujen palvelujen järjestämisessä. (31,32.) Palvelutarpeiden ymmärtäminen on oleellista myös ennaltaehkäisevässä ja terveyden ylläpitämiseen tähtäävässä työssä (33).

Segmentointia voidaan tehdä useista lähtökohdista. Esimerkiksi paljon palveluja tarvitsevia asiakkaita on ryhmitelty sairauksien ja elämäntilanteiden mukaan (34). Tätä lähestymistapaa on arvosteltu siitä, että se johtaa helposti pirstaleiseen ja palveluntarjoajaperusteiseen ymmärrykseen terveydenhuollosta (35) jättäen huomiotta yksilön palvelutarpeet (36). Palvelujen käyttöön (käyttömäärä ja/tai -tiheys) perustuva segmentointia on tehnyt esimerkiksi Reho kollegoineen, jotka ovat lisäksi kuvailleet muodostettuja asiakasryhmiä muun muassa diagnostitiedoilla (37). Palvelutarpeisiin tai palvelujen käyttöön perustuvan segmentoinnin etuna nähdään se, että sen avulla on mahdollista tuoda esille myös vähän palveluja tarvitsevien palvelutarpeet sekä siten tuottaa tietoa myös ennaltaehkäisevään työhön (33). Silti myös palvelujen käyttöön perustuva segmentointi on vain arvio todellisista tarpeista (36).

Syvällisempää tietoa palvelunkäyttäjistä tarjoavat Wildin ym. (35) ja Rijkenin & Heidenin (38) tutkimukset. Ensinnä mainitussa ikääntyneitä segmentoitiin bio-psyko-sosiaalisten terveydenhoidollisten tarpeiden ja toimintakyvyn perusteella, sekä kuvailtiin muodostettuja viittä segmenttiä muun muassa demografisilla tiedoilla ja tiedolla terveyspalvelujen käytöstä (35). Jälkimmäisessä monisairaita koskevassa tutkimuksessa segmentointi perustui henkilöiden hoidon ja tuen tarpeisiin (38). Sydänpotilaiden hoitoon kehittyssä Suuntima-työkalussa segmentointi perustuu puolestaan asiakkaan arvioon voimavaroistaan

sekä ammattilaisen arvioon asiakkaan terveydestä ja hyvinvoinnista (39).

Segmentoinnin perustana voidaan hyödyntää erilaisia aineistoja, menetelmiä ja malleja. Yhtenä lupaavana aineistona nähdään sähköiset asiakastiedot (33,40). Kivipelto ja Suhonen (41) tuovat esille palvelujärjestelmää kuormittavien asiakasryhmien tunnistamiseksi asiakas- ja potilastiedot sekä rekisterit, joista voidaan tunnistaa riskejä, sairauksia ja palvelujen käyttöä. Asiakastietojen käyttöön liittyy myös haasteita, kuten tietojen puutteellisuus ja eri järjestelmissä olevien tietojen yhteensovittaminen (33,32). Segmentointia voidaan tehdä niin tilastollisia (40) kuin laadullisia menetelmiä (32) käyttäen sekä hyödyntää ennalta määriteltyjä kriteereitä (20) tai tehdä ryhmittelyä aineistolähtöisesti (35).

### TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla säännöllisen kotihoiton asiakkaaksi siirtyneiden ikäihmisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä ennen kotihoiton asiakkuutta sekä tunnistaa asiakassegmenttejä. Lisäksi tarkasteltiin mahdollisia eroja säännölliseen kotihoitoon siirtyneiden ja siirtymättömien ikäihmisten palvelujen käytössä. Tutkimuksen havaintoja voidaan hyödyntää ikäihmisten palvelutarpeiden tunnistamisessa ja ennakoinnissa. Tutkimuskysymykset:

- 1) Millaista itsenäisesti asuvista (ei säännöllisiä ikäihmisten hoivapalveluja) säännölliseen kotihoitoon siirtyneiden ikäihmisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö on ollut kotihoiton asiakkuutta edeltävän 12 kuukauden aikana?
- 2) Millaisia eroja on itsenäisesti asuvista säännölliseen kotihoitoon siirtyneiden ja siirtymättömien ikäihmisten sosiaali- ja terveyspalveluiden käytössä 12 kuukauden tarkastelujaksolla?
- 3) Millaisia asiakassegmenttejä tunnistetaan itsenäisesti asuvista säännölliseen kotihoitoon siirtyneistä ikäihmisistä heidän sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttönsä perusteella?

## MENETELMÄT

### TUTKIMUSASETELMA JA AINEISTO

Tutkimus toteutettiin retrospektiivisenä rekisteritutkimuksena, joka sisälsi tapaus-verrokki-asetelman. Tapaus-verrokki -asetelma on havainnoiva tutkimusasetelma, jossa tutkittavien jakautuminen tapauksiin ja verrokkeihin tapahtuu tutkijasta riippumattomasti. Asetelma sisältää henkilöt, joilla toteutuu tietty lopputulos (tapaukset) ja henkilöt, joilla tämä lopputulos ei toteudu (verrokki). Asetelmassa tarkastellaan tietyn altisteen tai asian ja lopputuloksen välistä yhteyttä. (42,43.) Tässä tutkimuksessa lopputulos on säännölliseen kotihoitoon siirtyminen ja tarkasteltava asia on tätä siirtymää edeltävä sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö. Tapaus-verrokki -asetelmassa määritellään ensin tapaukset ja sen jälkeen valitaan heille verrokki. Usein tapaukset ja verrokki valitaan siten, että he ovat mahdollisimman samankaltaisia niiden ominaisuuksiensa osalta, jotka voivat mahdollisesti vaikuttaa lopputulokseen. Kaltaistuksella, eli valitsemalla esimerkiksi iän ja sukupuolen mukaan tapausten kaltaiset verrokki, pyritään hallitsemaan sekoittavien tekijöiden vaikutusta analyysissä ja siten parantamaan luotavuutta. (42,43.)

Tutkimusaineisto sisälsi tietoja yhden suuren kaupungin yli 75-vuotiaiden henkilöiden (koti-kunta) julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä. Tutkimukseen poimittiin henkilöt, jotka olivat yli 75-vuotiaita koko sen ajan, miltä palvelujen käyttöä tarkasteltiin. Ikä määriteltiin vuoden lopun tilanteen mukaan ja täysinä vuosina. Aineisto poimittiin seuraavien asiakastietojärjestelmien tiedoista: kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluiden osalta TerveysEfficca- ja SosiaaliEfficca-järjestelmistä sekä erikoissairaanhoidon ja yhteispäivystyksen osalta kuntalaskutus-tietokannasta (KulasDW). Aineisto ei sisällä ensihoitoa, apuvälineitä, hoitotarvikkeita, sosiaalipäivystystä eikä sellaisia hyvinvointia edistäviä palveluja, joita ei seurata asiakastasolla. Aineiston poiminnan toteuttivat kohdeorganisaation tietojärjestelmäsihteerit, jotka toimittivat aineiston tutkijalle.

Tutkimusaineiston tapauksilla (n=651) ei ollut säännöllisiä ikäihmisten hoivapalveluja käytössä vuosina 2017–2018, ja heidän säännöllisen kotihoiton asiakkuutensa alkoi vuoden 2018 aikana. Tapauksille poimittiin ositetulla otantal-

la iän ja sukupuolen mukaan kaltaistettu verrokkiryhmä (n=2482) henkilöistä, joilla ei ollut säännöllisiä ikäihmisten hoivapalveluja käytössä vuosina 2017–2018, ja jotka eivät siirtyneet vuoden 2018 aikana säännöllisen kotihoidon asiakkaaksi. Säännöllisillä ikäihmisten hoivapalveluilla tarkoitettiin tässä tutkimuksessa säännöllistä kotihoitoa, omaishoitoa, tehostettua palveluasumista ja laitoshoidoa.

Tapausten palvelujen käyttöä tarkasteltiin 12 kuukauden ajalta ennen kotihoitoon siirtymistä eli tarkastelussa olivat kotihoitoon siirtymiskuukausi ja 11 edeltävää kuukautta. Verrokkien palvelujen käyttöä tarkasteltiin vuoden 2018 ajalta (12 kuukautta). Aineisto sisälsi asiakaskohtaiset tiedot palvelujen käytöstä kuukauden tarkkuudella. Palvelujen käytöstä esitettiin käytetty palvelukokonaisuus ja palvelu sekä suorite ja suoritteiden lukumäärä (taulukko 1). Analyysien ulkopuolelle jätettiin kehitysvammaisten palvelut -palvelukokonaisuus sekä avoterveydenhuollon palvelukokonaisuuteen kuuluvat koulu- ja opiskeluterveydenhuolto. Kehitysvammaisten palvelukokonaisuudessa palvelunkäyttäjiä oli alle viisi. Koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon kohdistuvia kirjauksia epäiltiin virheellisiksi, ja myös niissä käyttäjämäärä oli pieni, yhteensä alle 10. Aineistoa muokattiin jättämällä analyysin ulkopuolelle laskutukselliset suoritetyypit (muu laskutus, myyntilaskutus, ulkoinen konsultaatio), joissa ei ole kontaktia asiakkaan ja ammattilaisen välillä. Erikoissairaanhoidon palveluissa yhdistettiin erityyppiset käynnit (ensi- ja uusintäkäynti, sarjahoito, käynti ulkopuolella ja tutkimuskäynti) yhdeksi ryhmäksi, samoin erilaiset päivystyskäynnit yhdistettiin yhdeksi sekä puhelu ja hoitokirje yhdeksi ryhmäksi. Ikäihmisten sosiaalipalveluiden suoritteet, tunnit ja minuutit, yhtenäistettiin tunneiksi.

Tutkimuksen aineisto on osa laajemman tutkimuskokonaisuuden aineistoa (maakunnan tiedot), jonka muodostamiseen ja hyödyntämiseen tutkimustarkoituksessa oli saatu THL:n lupa. Tutkimuksen tekijä (LK) oli osa tutkijaryhmää. Aineiston rekisterinpitäjälle (sairaanhoidopiiri) tehtiin tarvittava ilmoitus aineiston käytöstä. Koska kyse on rekisteritutkimuksesta eikä tutkitaviin oltu yhteydessä, tutkimuksen eettistä ennakkoarviointia ei tarvittu, ja tietoja voitiin hyödyntää ilman erillistä suostumuksen pyytämistä asiakkailta, joiden tietoja aineisto sisältää (44).

Aineiston henkilötiedot ovat pseudonymisoituja. Tutkimuksessa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä.

#### TILASTOLLINEN ANALYYSI

Aineiston kuvailussa taustatietoja ja palvelujen käyttöä kuvattiin frekvenssi- ja prosenttijakauksilla sekä keski- ja hajontaluvuilla. Palvelukokonaisuuksien suoritteiden kokonaismäärät ja lukumäärät/henkilö laskettiin koko 12 kuukauden tarkastelujaksolta. Koko aineistossa (tapaukset ja verrokkit) mediaani-ikä oli 82 vuotta. Tämän perusteella muodostettiin ikäluokat (<82 vuotta ja ≥82 vuotta), joita käytettiin ikäluokittaisissa tarkasteluissa. Säännöllisen kotihoidon asiakkaaksi siirtyneiden tapausten ja verrokkiryhmän välisiä eroja palveluja käyttäneiden osuuksissa tarkasteltiin ristiintaulukoinneilla. Tarkasteluja tehtiin koko aineistolle, sukupuolittain ja ikäluokittain.

Aineistosta laskettiin sekä tapausten että verrokkien osalta sellaisten kuukausien lukumäärä (korkeintaan 12), joissa henkilöllä oli ollut käytössä vähintään yksi palvelukokonaisuus. Lisäksi laskettiin kuinka monta palvelukokonaisuutta (korkeintaan 11) heillä oli ollut käytössä vähintään kerran 12 kuukauden tarkastelujakson aikana. Näiden lisäksi laskettiin kuukausien ja palvelukokonaisuuksien lukumäärien mediaanit henkilöä kohden. Tapausten ja verrokkien prosenttiosuudet niin palvelukokonaisuuskuukausien kuin palvelukokonaisuuksien määrän osalta laskettiin frekvenssi- ja mediaaniluokittain. Lisäksi tarkasteltiin kuukausittain niiden sekä tapausten että verrokkien prosenttiosuuksia, joilla oli vähintään yksi palvelukokonaisuus käytössä kuukaudessa.

Tapauksia ja verrokkeja tarkasteltiin sen mukaan, kuinka montaa ja mitä palvelulohkoja (perusterveydenhuolto, somaattinen erikoissairaanhoido ja sosiaalipalvelut) he olivat käyttäneet (taulukko 5). Tapausten ja verrokkien välisiä eroja palveluja käyttäneiden osuuksissa, myös sukupuolittain ja ikäluokittain, tarkasteltiin ristiintaulukoinneilla. Tapauksista muodostettiin kolme asiakassegmenttiä palvelulohkojen käytön perusteella: a) asiakkaat, jotka olivat käyttäneet yhtä edellä mainituista palvelulohkoista, b) asiakkaat, jotka olivat käyttäneet kahta edellä mainituista palvelulohkoista c) asiakkaat, jotka olivat käyttäneet kolmea edellä mainittua palvelulohkoja. Tämän jälkeen segmenttejä kuvailtiin ja analysoitiin sukupuoli ja ikäluokka -muuttujilla

(ikäluokat muodostettiin tapausten mediaani-ään mukaan: <83 vuotta ja ≥83 vuotta).

Tilastollista merkitsevyyttä vertailuryhmien ja palvelujen käytön välillä testattiin Pearsonin khiin neliö -testillä, ja mikäli tämän ehdot eivät täytyneet, Fisherin tarkalla testillä. Testituloksia tulkittaessa tilastollisesti merkitsevänä pidettiin p-arvoa <0,05. (43.) Aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics -ohjelmiston versiolla 26.

## TULOKSET

### PALVELUJEN KÄYTTÖ HENKILÖ- JA SUORITEMÄÄRINÄ

Säännöllisen kotihoidon asiakkaaksi siirtyneistä (tapaukset) naisia oli 68 %, ja he olivat iältään (miehet ja naiset) keskimäärin 83-vuotiaita vuoden 2017 lopussa (taulukko 1). Miehet olivat useimmin 79-vuotiaita ja naiset 82-vuotiaita. Tapausten, riippumatta sukupuolesta tai ikäluokasta, eniten käyttämät palvelusuoritteet olivat avosairaanhoidon käynti ja päivystyskäynti, ikäihmisten sosiaalipalvelujen tunnit, perusterveydenhuollon sairaalahoidon hoitopäivät ja somaattisen erikoissairaanhoidon käynnit. Verrokkeihin verrattuna tapausten joukossa oli suhteellisesti enemmän erityisesti ikäihmisten sosiaalipalveluja (tunnit), perusterveydenhuollon sairaalahoidoa (hoitopäivät), avosairaanhoidoa (päivystyskäynti) ja somaattista erikoissairaanhoidoa (päivystyskäynti, osastohoito) käyttäneitä. Tapaukset käyttivät suun terveydenhuoltoa lukuun ottamatta verrokkeja enemmän palveluja, kun tarkasteltiin palvelusuoritetta käyttäneiden osuuksia. Verrokeista noin joka kymmenes ei ollut käyttänyt tarkasteltuja palveluja.

Kun tarkasteltiin henkilöiden palvelusuoritteiden määriä, useimmissa palveluissa keskimääräistä enemmän palvelua käyttäneiden osuus oli tapausten joukossa suurempi kuin verrokkien joukossa (taulukko 2). Tilastollisesti merkitsevä ero oli avosairaanhoidon käynneissä (p-arvo: 0,010) ja päivystyskäynneissä (p<0,001), perusterveydenhuollon sairaalahoidon hoitopäivissä (p<0,001), somaattisen erikoissairaanhoidon käynneissä (p=0,001), päivystyskäynneissä (p<0,001) ja osastohoitopäivissä (p<0,001) sekä ikäihmisten sosiaalipalvelujen tunneissa (p=0,037). Näistä avosairaanhoidon ja somaattisen erikoissairaanhoidon päivystyskäynnit sekä

perusterveydenhuollon ja somaattisen erikoissairaanhoidon sairaala-/osastohoitopäivät olivat sellaisia, joita tapaukset olivat käyttäneet tilastollisesti merkitsevästi enemmän riippumatta sukupuolesta ja ikäluokasta. Sen sijaan avosairaanhoidon ja somaattisen erikoissairaanhoidon käynneissä sekä ikäihmisten sosiaalipalvelujen tunneissa tilastollisesti merkitsevä ero oli vain osassa tarkastelluista osajoukoista (sukupuolet ja ikäluokat) (taulukko 2).

Osassa palvelusuoritteista keskimääräistä enemmän palvelua käyttäneiden osuus oli verrokkien joukossa suurempi kuin tapausten joukossa (taulukko 2). Tilastollisesti merkitsevä ero oli sosiaalihuollon asiakkuuskuukausissa (p=0,001), ikäihmisten sosiaalipalvelujen ateriapalvelussa (ateriat) (p=0,007) ja kuntoutuksessa (eurot) (p=0,009). Erot olivat tilastollisesti merkitseviä osassa tarkastelluista osajoukoista (sukupuolet ja ikäluokat) (taulukko 2).

Mies- ja naistapausten välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero ikäihmisten sosiaalipalvelujen ateriapalvelussa (ateriat) (p=0,029) ja somaattisen erikoissairaanhoidon käynneissä (p=0,023). Ateriapalvelussa mediaaniarvon ylittäviä miehiä oli 53 % ja naisia 33 %. Erikoissairaanhoidon käyntien määrässä mediaaniarvon ylitti miehistä 62 % ja naisista 50 %. Avoterveydenhuollon käyntejä ei ollut miehillä lainkaan. Nuorempien ja vanhempien tapausten välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero somaattisen erikoissairaanhoidon osastohoitopäivissä (p=0,013) ja suun terveydenhuollon toimenpiteissä (p=0,019). Osastohoitopäivien mediaaniarvon ylitti vähintään 82-vuotiaista 50 % ja nuoremmista 66 %. Suun toimenpiteiden mediaaniarvon ylitti vanhemmassa ikäluokassa 28 % ja nuoremmassa ikäluokassa 51 %.

### PALVELUJEN KÄYTÖN AJOITTUMINEN TARKASTELUJAKSOLLA

Tapaukset käyttivät keskimäärin useampaa palvelukokonaisuutta ja useamman kuukauden ajan kuin verrokkit. Erot olivat tilastollisesti merkitseviä (p<0,001), myös riippumatta sukupuolesta tai ikäluokasta (taulukko 3). Tapausten joukossa miehet käyttivät palveluja keskimäärin useamman kuukauden ajan (p=0,002) kuin naiset. Ikäluokkien välillä ei ollut vastaavaa eroa. Käytettyjen palvelukokonaisuuksien määrässä ei ollut eroa sukupuolten tai ikäluokkien välillä.

Taulukko 1. Tapaukset ja verrokkit sekä suoritteet 12 kuukauden tarkastelujaksolla palvelukokonaisuuksittain.

	tapaukset					verrokkit				
	henkilöt <sup>1</sup>		suoritteet			henkilöt <sup>1</sup>		suoritteet		
	n	%	n	mediaani /hlö	vaihtelu- väli	n	%	n	mediaani /hlö	vaihtelu- väli
<b>Avosairaanhoito<sup>3</sup></b>	<b>596</b>	<b>91,6</b>				<b>1980</b>	<b>79,8</b>			
käynti	549	84,3	4649	5	49	1905	76,8	14474	5	82
päivystyskäynti	334	51,3	639	1	10	546	22,0	795	1	9
puhelin- tai kirjekontakti (esh) <sup>2</sup>	45	6,9	50	1	1	*	*	*	*	*
puuttuva tieto	-	-	-			*	*	*	*	*
<b>Avoterveydenhoito<sup>4</sup></b>	<b>13</b>	<b>2,0</b>				<b>45</b>	<b>1,8</b>			
käynti	13	2,0	25	1	7	45	1,8	55	1	3
<b>Ikäihmisten sosiaalipalvelut<sup>5</sup></b>	<b>610</b>	<b>93,7</b>				<b>335</b>	<b>13,5</b>			
asiakkuuskuukausia	134	20,6	1403	12	23	117	4,7	1191	12	11
asumispäivät	15	2,3	149	7	32	*	*	*	*	*
ateriat	115	17,7	11790	63	364	116	4,7	17324	129,5	364
hoitopäivät	36	5,5	1263	20	161	10	0,4	833	18	247
tunnit	596	91,6	12578	7,9	536,9	193	7,8	6613,9	3,1	528
<b>Kuntoutus<sup>6</sup></b>	<b>128</b>	<b>19,7</b>				<b>263</b>	<b>10,6</b>			
eurot	57	8,8	64520	1101	3982	68	2,7	108958	1690,5	4551
käynti	87	13,4	366	2	25	208	8,4	573	1	17
<b>Mielenterveyspalvelut<sup>7</sup></b>	<b>20</b>	<b>3,1</b>				<b>15</b>	<b>0,6</b>			
asumispäivät	-	-	-			5	0,2	1741	360	60
käynti	7	1,1	18	3	3	5	0,2	32	2	16
osastohoitopäivät (esh) <sup>2</sup>	10	1,5	385	44	71	5	0,2	258	49	124
käynti (esh) <sup>2</sup>	*	*	*			*	*	*	*	*
päivystyskäynti	12	1,8	14	1	1	*	*	*	*	*
puhelin- tai kirjekontakti (esh) <sup>2</sup>	*	*	*			-	-	-	-	-
<b>Perusterveydenhuollon sairaalahoido<sup>8</sup></b>	<b>386</b>	<b>59,3</b>				<b>364</b>	<b>14,7</b>			
hoitopäivät	379	58,2	8244	13	170	335	13,5	2931	5	128
kontakti	45	6,9	1451	13	573	43	1,7	647	12	55
<b>Päihdepalvelut<sup>9</sup></b>	<b>*</b>	<b>*</b>				<b>*</b>	<b>*</b>			
käynti	*	*	*			*	*	*	*	*
asumispäivät	*	*	*			*	*	*	*	*
<b>Somaattinen erikoissairaanhoito<sup>10</sup></b>	<b>480</b>	<b>73,7</b>				<b>1492</b>	<b>60,1</b>			
osastohoitopäivät	230	35,3	2193	6	111	340	13,7	1728	3	49
käynti	423	65,0	1759	3	36	1357	54,7	5116	2	67
päivystyskäynti	251	38,6	426	1	7	345	13,9	470	1	7
puhelin- tai kirjekontakti	161	24,7	393	1	21	423	17,0	890	1	16
puuttuva tieto	8	1,2	14	1	4	25	1,0	45	1	8
<b>Sosiaalihuollon palvelut<sup>11</sup></b>	<b>43</b>	<b>6,6</b>				<b>76</b>	<b>3,1</b>			
asiakkuuskuukausia	43	6,6	265	5	11	76	3,1	692	12	19
<b>Suun terveydenhuolto<sup>12</sup></b>	<b>112</b>	<b>17,2</b>				<b>442</b>	<b>17,8</b>			
käynnit	31	4,8	49	1	4	160	6,4	227	1	5
toimenpiteet	96	14,7	838	6	47	371	14,9	3407	7	66
<b>Vammaisten palvelut<sup>13</sup></b>	<b>64</b>	<b>9,8</b>				<b>88</b>	<b>3,5</b>			
asiakkuuskuukausia	64	9,8	797	12	24	88	3,5	1131	12	23
<b>Ei palvelua</b>	<b>-</b>	<b>-</b>				<b>254</b>	<b>10,2</b>			
<b>Yhteensä</b>	<b>651</b>	<b>100,0</b>				<b>2482</b>	<b>100,0</b>			
Ikä v. 2017, keskiarvo (keskihajonta)		83,1 (4,8)					82,7 (4,5)			
Naisia, %		67,7					68,1			

<sup>1</sup> Käytännössä vähintään kerran palvelukokonaisuuteen kuuluvaa palvelua /vähintään yksi suorite.

<sup>2</sup> esh=erikoissairaanhoitoon kuuluva suorite

<sup>3</sup> erityispalvelut, hoitaja- ja lääkärivastaanotto, yhteispäivystys

<sup>4</sup> naisten seulontatutkimukset, neuvola

<sup>5</sup> ateriat, tehostettu palveluasuminen, ikäihmisten omaishoito, kotihoito, kuljetuspalvelut, kuntouttava päivätoiminta, laitoshoido

<sup>6</sup> fysioterapia, puheterapia, toimintaterapia, veteraanikuntoutus

<sup>7</sup> mielenterveysaveroikoissairaanhoito, mielenterveysavohoido, psykiatrinen erikoissairaanhoito, mielenterveysasumispalvelut

<sup>8</sup> kotisairaala ja kotisaattohoitorinki, sairaalahoido

<sup>9</sup> päihdeasumispalvelut, päihdeavopalvelut

<sup>10</sup> sisätaudit, anestesiologia ja tehohoito, akuuttilääketiede, kirurgia, neurokirurgia, naistentaudit ja synnytykset, silmätaudit, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, foniatria, hammas-, suu- ja leukasairaudet, ihotaudit ja allergologia, syöpätaudit, neurologia, keuhkosairaudet, perinnöllisyyslääketiede, fysioterapia, geriatria, lääkinnällinen kuntoutus

<sup>11</sup> sosiaalityö ja -ohjaus, kuljetuspalvelut

<sup>12</sup> erikoishoito, opetusterveyskeskus, perushoito

<sup>13</sup> henkilökohtainen apu, vammaisten avopalvelut, vammaisten kuljetuspalvelut

\*=ei esitetä pienen henkilö- tai suorittemäärän (alle 5) vuoksi

Taulukko 2. Tapaukset ja verrokkit sekä niiden henkilöiden osuus, joiden suoritemäärä ylittää suoritteen mediaaniarvon 12 kuukauden tarkastelujakson aikana.

	tapaukset			verrokkit			p-arvo**				
	md. <sup>1</sup>	%	n, hlöä	%	n, hlöä	kaikki	miehet	naiset	<82 v.	≥82 v.	
Avosairaanhoido, käynti	5	49,2	549	42,9	1905	0,010		0,025	0,003		
Avosairaanhoido, päivystyskäynti	1	45,8	334	26,7	546	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,004	
Avosairaanhoido, puhelin- tai kirjekontakti (esh) <sup>2</sup>	1	11,1	45	*	*	1,000 (F)					
Avoterveydenhoido, käynti	1	*	13	13,3	45	0,404 (F)					
Ikäihmisten sosiaalipalvelut, asiakkuuskuukausia	12	3,7	134	0,0	117	0,063 (F)					
Ikäihmisten sosiaalipalvelut, asumispäivät	6	53,3	15	*	*	0,471 (F)					
Ikäihmisten sosiaalipalvelut, ateriat	90	40,9	115	58,6	116	0,007		0,025		0,004	
Ikäihmisten sosiaalipalvelut, hoitopäivät	19	50,0	36	50,0	10	1,000					
Ikäihmisten sosiaalipalvelut, tunnit	7,083	52,2	596	43,5	193	0,037			<0,001		
Kuntoutus, eurot	1450	36,8	57	60,3	68	0,009	0,028			0,016	
Kuntoutus, käynti	1	54,0	87	47,1	208	0,279					
Mielenterveyspalvelut, asumispäivät	360	-	-	*	5	-					
Mielenterveyspalvelut, käynti	2,5	*	7	*	5	1,000 (F)					
Mielenterveyspalvelut, osastohoitopäivät (esh) <sup>2</sup>	49	*	10	*	5	1,000 (F)					
Mielenterveyspalvelut, käynti (esh) <sup>2</sup>	6	*	*	*	*	1,000 (F)					
Mielenterveyspalvelut, päivystyskäynti	1	*	12	*	*	1,000 (F)					
Mielenterveyspalvelut, puhelin- tai kirjekontakti (esh) <sup>2</sup>	1	*	*	-	-	-					
Perusterveydenhuollon sairaalahoido, hoitopäivät	8	66,8	379	29,6	335	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
Perusterveydenhuollon sairaalahoido, kontakti	12,5	53,3	45	46,5	43	0,522					
Päihdepalvelut, käynti	6	*	*	*	*	1,000 (F)					
Päihdepalvelut, asumispäivät	364	*	*	*	*	1,000 (F)					
Somaattinen erikoissairaanhoido, osastohoitopäivät	4	59,1	230	39,1	340	<0,001	0,009	<0,001	<0,001	0,016	
Somaattinen erikoissairaanhoido, käynti	2	54,4	423	45,5	1357	0,001	0,003		0,005		
Somaattinen erikoissairaanhoido, päivystyskäynti	1	41,4	251	22,0	345	<0,001	0,008	<0,001	<0,001	0,019	
Somaattinen erikoissairaanhoido, puhelin- tai kirjekontakti	1	42,9	161	44,7	423	0,692					
Sosiaalihuollon palvelut, asiakkuuskuukausia	9	30,2	43	60,5	76	0,001		0,001	0,026	0,008	
Suun terveydenhuolto, käynnit	1	38,7	31	28,7	160	0,270					
Suun terveydenhuolto, toimenpiteet	7	39,6	96	45,6	371	0,294					
Vammaisten palvelut, asiakkuuskuukausia	12	12,5	64	10,2	88	0,661					

<sup>1</sup> Suoritteen määrä /hlö, mediaani laskettu koko tutkimusjoukosta (tapaukset ja verrokkit)

<sup>2</sup> esh=erikoissairaanhoidoan kuuluva suorite

\*=ei esitetä pienen henkilömäärän (alle 5) vu

\*\*=jakaumien erojen testaus tapausten ja verrokkien välillä Pearsonin khiin neliö -testillä tai Fisherin tarkalla testillä.

Sukupuolten ja ikäluokkien joukoissa merkitty vain tilastollisesti merkitsevät p-arvot.

(F)=Fisherin tarkan testin arvo



Taulukko 3. Tapausten (n=651) ja verrokkien (n=2482) %-osuudet sen mukaan kuinka monessa kuukaudessa (max 12) heillä on ollut vähintään yksi palvelukokonaisuus käytössä ja kuinka monta palvelukokonaisuutta (max 11) heillä on ollut vähintään kerran käytössä 12 kuukauden tarkastelujakson aikana.

Frekvenssi	kuukaudet		palvelukokonaisuudet	
	tapaus %	verrokki %	tapaus %	verrokki %
0	0,0	10,2	0,0	10,2
1	4,9	9,5	4,8	24,4
2	5,4	10,6	12,1	33,8
3	5,8	9,9	22,0	18,5
4	7,2	7,5	33,6	8,7
5	5,4	8,0	18,7	3,4
6	6,1	7,4	7,7	0,8
7	7,1	5,6	0,9	0,2
8	6,6	5,2	*	-
9	4,8	4,1	-	-
10	5,1	4,5	-	-
11	9,1	4,8	-	-
12	32,6	12,7	-	-
.....	.....	.....	.....	.....
yli md. <sup>1</sup> (5 kk)	71,3	44,3		
.....	.....	.....	.....	.....
yli md. <sup>1</sup> (2 kokon.)			83,1	31,6

<sup>1</sup> Käyttö /hlö, mediaani laskettu koko tutkimusjoukosta (tapaukset ja verrokki)

\*=ei esitetä pienen henkilömäärän (alle 5) vuoksi

Taulukko 4. Henkilöiden osuudet, joilla vähintään yksi palvelukokonaisuus käytössä kuukautta kohden<sup>1</sup>.

	tapaus (%)	verrokki (%)
11 kk ennen kotihoitoa /tammikuu	57,6	43,6
10 kk ennen kotihoitoa /helmikuu	61,8	44,6
9 kk ennen kotihoitoa /maaliskuu	59,8	45,6
8 kk ennen kotihoitoa /huhtikuu	62,1	45,2
7 kk ennen kotihoitoa /toukokuu	61,9	49,0
6 kk ennen kotihoitoa /kesäkuu	58,4	44,7
5 kk ennen kotihoitoa /heinäkuu	65,0	35,1
4 kk ennen kotihoitoa /elokuu	66,1	46,4
3 kk ennen kotihoitoa /syyskuu	68,0	47,1
2 kk ennen kotihoitoa /lokakuu	72,4	47,7
1 kk ennen kotihoitoa /marraskuu	80,8	50,2
kk, jossa sään. kotihoito alkaa /joulukuu	98,5	42,9

<sup>1</sup> Tarkastelujakso tapauksilla (n=651) säännöllisen kotihoidon alkamiskuukausi ja 11 edeltävää kuukautta, verrokeilla (n=2482) tammi-joulukuu.

Palvelujen käyttö oli sitä yleisempää mitä lähempänä säännöllisen kotihoidon alkaminen oli (taulukko 4). Useimpina tarkastelujakson kuukausina vähintään yhtä palvelua käytti noin puolet verrokeista. Tapauksilla vastaava osuus on vähintään noin 60 % kaikkina kuukausina. Ero oli tilastollisesti merkitsevä (p=0,001 tai p<0,001 riippuen kuukaudesta) kaikkina kuukausina. Tapaukset käyttivät verrokkeja enemmän palveluja riippumatta sukupuolesta tai ikä-

luokasta, ja paria poikkeusta lukuun ottamatta erot olivat tilastollisesti merkitseviä. Palvelun käyttäjäosuuksissa ei ollut tapausten joukossa tilastollisesti merkitsevää eroa sukupuolten tai ikäluokkien välillä lukuun ottamatta kahta kuukautta: 11 kuukautta ennen kotihoitoa (miehet käyttivät naisia enemmän, p=0,017) ja 7 kuukautta ennen kotihoitoa (vanhemmat käyttivät nuorempia enemmän, p=0,008).



Taulukko 5. Perusterveydenhuolto, somaattista erikoissairaanhoidoa ja sosiaalipalveluita käyttäneet tapaukset (n=651) ja verrokki (n=2482) 12 kuukauden tarkastelujaksolla.

	tapaus (%)	verrokki (%)	p-arvo**
Ainoastaan perusterveydenhuolto <sup>1</sup>	2,0	24,5	<0,001
Ainoastaan somaattinen erikoissairaanhoido <sup>2</sup>	*	5,5	<0,001
Ainoastaan sosiaalipalvelut <sup>3</sup>	3,4	1,0	<0,001
Perusterveydenhuolto ja somaattinen erikoissairaanhoido	3,8	43,4	<0,001
Perusterveydenhuolto ja sosiaalipalvelut	20,9	4,1	<0,001
Somaattinen erikoissairaanhoido ja sosiaalipalvelut	2,3	0,4	<0,001
Perusterveydenhuolto, somaattinen erikoissairaanhoido ja sosiaalipalvelut	67,4	10,8	<0,001
Perusterveydenhuolto, muiden ohella	94,2	82,8	<0,001
Somaattinen erikoissairaanhoido, muiden ohella	73,7	60,1	<0,001
Sosiaalipalvelut, muiden ohella	94,0	16,4	<0,001
Perusterveydenhuolto ja somaattinen erikoissairaanhoido, muiden ohella	71,3	54,2	<0,001
Perusterveydenhuolto ja sosiaalipalvelut, muiden ohella	88,3	14,9	<0,001
Somaattinen erikoissairaanhoido ja sosiaalipalvelut, muiden ohella	69,7	11,2	<0,001
Perusterveydenhuollon sairaalahoido, muiden ohella	59,3	14,7	<0,001
Erikoissairaanhoidon osastohoito <sup>4</sup> , muiden ohella	36,4	13,8	<0,001
Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon päivystyskäynnit, muiden ohella	67,7	30,4	<0,001

\*=ei esitetä pienen henkilömäärän (alle 5) vuoksi

\*\*=jakaumien erojen testaus tapausten ja verrokkien välillä Pearsonin khiin neliö -testillä

<sup>1</sup> Sisältää seuraavat palvelukokonaisuudet: avoterveydenhoito, avosairaanhoido, kuntoutus, mielenterveyspalvelut, perusterveydenhuollon sairaalahoido, päihdepalvelut ja suun terveydenhoito

<sup>2</sup> Sisältää seuraavat palvelukokonaisuudet: somaattinen erikoissairaanhoido

<sup>3</sup> Sisältää seuraavat palvelukokonaisuudet: ikäihmisten sosiaalipalvelut, sosiaalihuollon palvelut ja vammaisten palvelut

<sup>4</sup> Sisältää myös mielenterveyspalveluiden psykiatrisen erikoissairaanhoidon osastohoidon

#### ASIAKASSEGMENTIT PALVELUJEN KÄYTÖN PERUSTEELLA

Tapaukset käyttivät palvelunkäyttäjien osuutta tarkastellen verrokkeja enemmän sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palveluja ja erityisesti sosiaalipalveluja (taulukko 5). Tapaukset olivat myös käyttäneet keskimäärin enemmän kaikkia kolmea palvelulohkoa eli perusterveydenhuolto, somaattista erikoissairaanhoidoa ja sosiaalipalveluja. Tapauksista suurempi osuus kuin verrokeista oli ollut osasto- tai sairaalahoidossa sekä käyttänyt päivystyspalveluja. Kaikki erot tapausten ja verrokkien välillä olivat tilastollisesti merkitseviä, myös riippumatta sukupuolesta tai ikäluokasta. Mies- ja naistapausten välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero kaikkia kolmea palvelulohkoa (p=0,042) käyttäneissä siten, että miesten käyttäjäosuus oli naisia suurempi. Naistapaukset olivat puolestaan käyttäneet miestapauksia enemmän perusterveydenhuolto ja sosiaalipalvelut -kokonaisuutta (p=0,042). Ikäluokittain tarkastellen nuoremmat tapaukset olivat käyttäneet tilastollisesti merkitsevästi enemmän erikoissairaanhoidon osastohoitoa (p=0,004) ja ainoastaan perusterveydenhuolto (p=0,010).

Tapauksista muodostettiin kolme asiakassegmenttiä sen mukaan, kuinka montaa palvelulohkoa (perusterveydenhuolto, somaattinen erikoissairaanhoido ja sosiaalipalvelut) he olivat käyttäneet: a) asiakkaat, jotka olivat käyttäneet yhtä (n=36), b) asiakkaat, jotka olivat käyttäneet kahta (n=176) ja c) asiakkaat, jotka olivat käyttäneet kolmea palvelulohkoa (n=439). Tämän jälkeen segmenttejä kuvailtiin sukupuoli ja ikäluokka -muuttujilla. Vain yhden palvelulohkon palveluja käyttäneet olivat muita nuorempia (keskimäärin noin 82-vuotiaita), ja heistä 36 % ylitti tapausten mediaani-ikä (83 vuotta). Kahta tai kolmea palvelulohkoa käyttäneet olivat keskimäärin noin 83-vuotiaita ja 44–45 % heistä ylitti tapausten mediaani-ikä. Naisten osuus oli suurin (75 %) kahta palvelulohkoa käyttäneissä, yhtä tai kolmea palvelulohkoa käyttäneiden keskuudessa naisten osuus oli noin 64–65 %. Erot segmenttien välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Tilastollisesti merkitsevää eroa ei ollut myöskään siinä, miten nais- ja miestapaukset sekä nuoremmat ja vanhemmat tapaukset jakautuvat asiakassegmentteihin.

## POHDINTA

### TULOSTEN TARKASTELU

Tutkimuksessa tarkasteltiin säännöllisen kotihoiton asiakkaaksi siirtyneiden ikäihmisten perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen käyttöä ennen säännöllisen kotihoiton asiakkuutta. Tutkimus tuotti tietoa ikäihmisten palvelujen käytöstä laaja-alaisesti. Säännölliseen kotihoitoon siirtyneet käyttivät verrokkeja enemmän palveluja niin palvelujen käytön yleisyyden, määrän kuin käytettyjen palveluiden laaja-alaisuuden mukaan tarkasteltuna. Palvelujen käyttö yleistyi selvästi säännöllisen kotihoiton alkamista edeltävän parin kuukauden aikana. Kotihoiton asiakkaaksi siirtyneille oli ominaista se, että he käyttivät useita eri palveluja, joskin käytetyimmät palvelut erottuivat selvästi.

Kotihoitoon siirtyneistä vähintään puolet oli käyttänyt seuraavia palvelusuoritteita: avosairaanhoidon käynti ja päivystyskäynti, ikäihmisten sosiaalipalvelujen tunnit, perusterveydenhuollon sairaalahoitopäivät ja somaattisen erikoissairaanhoidon käynnit. Tutkimuksen verrokki-ryhmässä yleisimmin käytetty palvelusuorite oli avosairaanhoidon käynti. Sen sijaan kotihoitoon siirtyneiden yleisin palvelusuorite oli ikäihmisten sosiaalipalvelujen tunti, käytännössä kotihoito. Kotihoito on siis ollut käytössä epäsäännöllisesti lähes kaikilla säännölliseen kotihoitoon siirtyneillä. Myös Mäkelä ym. (16) tunnistivat tulevaa kotihoiton palvelujen käyttöä ennakoivana tekijänä aiemman kotihoitopalvelujen käytön. Nyt raportoitavat havainnot ovat samansuuntaisia myös Kivelän (45) selvityksen kanssa, jonka mukaan yli 65-vuotiaat paljon terveyspalveluja tarvitsevat käyttivät eniten terveysaseman ja kotihoiton palveluja. Myös Leskelän ym. (46) tulokset palvelujen käytöstä ovat samansuuntaisia kuin tässä raportoitavassa tutkimuksessa, vaikkakin he tutkivat paljon sosiaali- ja terveyspalveluja tarvitsevia asiakkaita kustannusten näkökulmasta. Suurimmat kustannuserät kertyivät asumispalveluista, kotona asumisen tukemisesta, perusterveydenhuollon vuodeosastohoidosta ja somaattisesta erikoissairaanhoidosta. Sen sijaan avoterveydenhuollon ja päivystyksen osuus oli vain noin kaksi prosenttia kustannuksista vanhuspalveluja käyttäneiden ryhmässä. Erot tuloksissa suhteessa tähän tutkimukseen kertovat todennäköisesti siitä, että vaikka palvelua käytettiin paljon, käyttö ei välttämättä kerrytä kustannuksia, koska erityyppiset palvelut ovat kustannuksiltaan erilaisia.

Verrattuna verrokkeihin, kotihoitoon siirtyneillä oli yleisempää erityisesti päivystyspalvelujen, perusterveydenhuollon sairaalahoidon, erikoissairaanhoidon osastohoidon ja ikäihmisten sosiaalipalvelujen (tunnit) käyttö sekä suositelmäärinä mitattuna lisäksi avosairaanhoidon ja somaattisen erikoissairaanhoidon käynnit. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin Halmisen ym. (14) tutkimuksessa, jossa selvitettiin tehostettuun palveluasumiseen siirtymisen riskiä, jonka havaittiin lisääntyvän sairauksien lisäksi erityisesti erikoissairaanhoidon päivystys- ja vuodeosastohoidon käytön myötä. Erityisesti päivystyksen käyttäjäosuus oli suurempi kuin tässä raportoitavassa tutkimuksessa, mitä saattaa selittää se, että ympärivuorokautiseen hoitoon siirtyvien terveys ja toimintakyky on todennäköisesti huomppi kuin kotihoitoon siirtyvien.

Tässä tutkimuksessa kotihoitoon siirtyneet käyttivät verrokkeja enemmän palveluja niin henkilö- kuin suositelmäärinä, käyttökuukausina kuin käytettyinä palvelukokonaisuuksina mitattuna. Palvelujen käyttö oli sitä yleisempää mitä lähempänä säännöllisen kotihoiton alkaminen oli. Kotihoitoon siirtyneiden joukossa oli lisäksi verrokkeja yleisempää käyttää niin perusterveydenhuollon, somaattisen erikoissairaanhoidon kuin sosiaalipalvelujen palveluja. Lähes 70 % kotihoitoon siirtyneistä oli käyttänyt palveluja kaikista kolmesta palveluluokasta, kun verrokkeista näin oli tehnyt joka kymmenes. Aiemmat tutkimukset tukevat näitä havaintoja, sillä heikomman toimintakyvyn on todettu olevan yhteydessä runsaampaan (16,11), ja myös monialaiseen palvelujen käyttöön (11).

Ikäluokan ja sukupuolen yhteyttä palvelujen käyttöön tarkasteltiin palvelukokonaisuuksien eri palvelusuoritteiden tasolla. Tilastollisesti merkitseviä eroja kotihoitoon siirtyneiden ja verrokkien välillä ilmeni suhteellisen vähän. Sukupuolen ja iän vaikutuksesta terveyspalvelujen käyttöön on saatu aiemmissa tutkimuksissa ristiriitaista tietoa (47). Kuoleman läheisyydellä on ikää vahvemmin yhteys erityisesti tiettyjen sosiaali- ja terveyspalvelujen, kuten sairaalahoidon käyttöön (20,9). Se, että useimpien palvelusuoritteiden kohdalla ei ilmennyt eroja iän ja sukupuolen suhteen saattaa kertoa siitä, että tuleva

säännölliseen kotihoitoon siirtyminen on merkittävämpi tekijä useimpien palvelujen käytön kannalta kuin ikä tai sukupuoli. Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu sukupuolen ja ikäluokan yhteyttä kotihoitoon siirtymiseen, vaan siirtymistä edeltävään palvelujen käyttöön. Tutkittujen mahdollisen kuoleman ajankohta ei sisällynyt aineistoon.

Kotihoitoon siirtyneitä segmentoitiin sen perusteella, kuinka monen palvelulohkon (perusterveydenhuolto, somaattinen erikoissairaanhoito, sosiaalipalvelut) palveluja he olivat käyttäneet. Lisäksi segmenttejä kuvailtiin ikä- ja sukupuoli-muuttujilla. Vain yhden palvelulohkon palveluja käyttäneet olivat keskimäärin vuoden muita nuorempia. Vaikka ero keskimääräisessä iässä ei ole suuri, saattaa havaittuun tulokseen liittyä se, että korkeampi ikä on eräissä tutkimuksissa yhdistetty runsaampaan ja myös laaja-alaisempaan palvelujen käyttöön (36,22). Naisten osuus oli jonkin verran (10 prosenttiyksikköä) suurempi kahta palvelulohkoa kuin yhtä tai kolmea palvelulohkoa käyttäneiden joukossa. Erot eivät kuitenkaan olleet iän ja sukupuolen osalta tilastollisesti merkitseviä.

#### TUTKIMUKSEN VAHVUDET JA RAJOITUKSET

Ikäihmisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä selvittävissä tutkimuksissa on käytetty erilaisia rajoituksia muun muassa tarkasteltavan ikäryhmän, palvelujen ja niiden ryhmittelyn sekä sen suhteen tarkastellaanko palvelujen käyttöä henkilöiden, suoritteiden vai kustannusten näkökulmasta. Tämä tekee tutkimusten tulosten vertailun haastavaksi, ja kertoo myös ikääntyneiden palveluiden monimuotoisuudesta ja näkökulmien runsaudesta.

Toimintakyvyn muutokset voivat tapahtua nopeasti tai vähitellen, ja ikääntyneitä koskevissa tutkimuksissa onkin käytetty eri pituisia tarkastelujaksoja. Tässä tutkimuksessa palvelujen käyttöä tarkasteltiin 12 kuukauden ajalta, kuten on tehty myös aikaisemmissa ikääntyneiden toimintakykyä tai palvelusta toiseen siirtymistä selvittäneissä tutkimuksissa (48,49,9). Palvelujen käyttöä tarkasteltiin yli 75-vuotiailla henkilöillä, joilla on lakisääteinen oikeus palvelutarpeen arviointiin viipymättä tarpeen ilmetessä (50). Avun ja palvelujen tarpeen on myös todettu alkavan kasvaa noin 75 vuoden iässä (9). Aineiston poiminnan kriteerinä oli se, ettei henkilöllä ole ollut

säännöllisiä ikäihmisten hoivapalveluja käytössä vuosina 2017–2018. Rajoituksella haluttiin suunnata tarkastelu aikaan, jolloin henkilön voidaan sanoa asuvan itsenäisesti. Palvelujen käytön tutkiminen on perusteltu tapa tarkastella säännöllisen kotihoidon asiakkuuden alkamista edeltäviä tekijöitä. Heikentynyt toimintakyky on keskeinen kriteeri säännöllisen kotihoidon asiakkuudelle ja toisaalta on tiedossa, että toimintakyvyn heikentyminen lisää sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä (11).

Tutkimus perustui rekisteriaineistoon, joten aineiston kattavuutta voidaan pitää lähtökohtaisesti hyvänä. Rekisteritieto on kerätty samoilla periaatteilla kaikista asiakkaista, mikä lisää aineiston objektiivisuutta. Toisaalta rekisteriaineiston puute on se, että siitä saadaan tietoa vain palveluja käyttäneistä henkilöistä (41). Tässä tutkimuksessa kaikki säännölliseen kotihoitoon siirtyneet (tapaukset) olivat käyttäneet tarkastelujakson aikana ainakin jotain tarkastelluista palveluista ja olivat siten mukana aineistossa. Tapauksille poimittiin rekistereistä iän ja sukupuolen mukaan kaltaistettu verrokkiryhmä. Kaltaistuksella haluttiin vähentää sekoittavien tekijöiden vaikutusta. Tapausten ja verrokkien suhde on 1:4, mikä on yleensä riittävä tilastollisen voiman kannalta, eikä verrokkien määrän lisääminen enää selvästi lisää tilastollista voimaa (51,42). Vanhimmissa ikäluokissa verrokkiryhmä jäi hieman pienemmäksi.

Palvelujärjestelmän ”siilot” tekevät monialaisen palvelutarpeen tunnistamisesta haasteellista, erityisesti ennakoivasti. Tämä on puute etenkin monialaisia palveluja tarvitsevien, kuten ikäihmisten, palveluiden kokonaiskäytön tarkastelun kannalta (13). Tämän tutkimuksen aineiston vahvuutena on, että se kattoi tietoja sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon että sosiaalipalvelujen käytöstä yksilötasolla. Vastavaan tiedon saaminen kansallisella tasolla on haastavaa johtuen esimerkiksi tietojärjestelmien monimuotoisuudesta (52). Monialaisen palvelutarpeen tunnistamisessa ja ennakoinnissa asiakas- ja potilastietojärjestelmien käyttö on Suomessa vasta kehityksessä (53).

Tulosten yleistettävyyttä arvioitaessa on huomioitava, että tulokset edustavat yhdestä kaupungista kerättyjä tietoja. Eri kunnissa voi olla erilaisia käytänteitä esimerkiksi palvelujen toteuttamisessa tai saatavuudessa (14). Myös eri-

lainen väestörakenne, koulutustaso tai alueen muut ominaisuudet voivat heijastua palvelujen käyttöön (16). Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden osuus ikäryhmän väestöstä vaihtelee maakunnittain (24). Lisäksi erilaiset sosiaaliset, kulttuuriset, taloudelliset ja poliittiset tekijät tekevät palvelujen käytön vertailun, myös eri maiden välillä, haastavaksi (54,55).

Tutkimus on ajankohtainen, koska väestön ikääntyessä myös kotihoidon asiakkuuksien määrä lisääntyy. Lisäksi kotihoitoa uudistetaan osana sote-uudistusta, jonka keskeinen tavoite on sote-palveluiden integraatio. Integraatio on tärkeää erityisesti paljon erilaisia sote-palveluja tarvitseville asiakkaille kuten ikäihmisille. Hyvinvointialueiden on tunnistettava asiakkaat, joilla on tarve useille eri sote-palveluille. Tulokset ikäihmisten laaja-alaisista palvelutarpeista ennen säännöllisen kotihoidon asiakkuutta tukevat tarvetta palveluiden integraatiolle ikäihmisten palvelutarpeiden näkökulmasta.

Tutkimuksen aineisto mahdollistaa laaja-alaisen palvelujen tarkastelun kattaen sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon että sosiaalipalvelujen käytön. Tarkasteltavien palvelujen kenttää olisi mahdollista edelleen laajentaa lisäämällä tarkasteluun tietoja yksityisten palvelujen käytöstä. Tarkastelua on mahdollista viedä myös palvelukokonaisuuksia tarkemmalle eli yksittäisten palvelujen tasolle. Lisätutkimuksia edellyttää myös havainto, että verokkiryhmässä tiettyjen palvelujen käyttö oli runsaampaa palvelusuoritteina mitattuna. Tulosten perusteella säännöllisen kotihoidon piiriin siirtyneillä ikäihmisillä palvelujen käyttö oli kokonaisuutena suurempaa ja yleisempää kuin verrokeilla. Kuitenkin kuntoutuksen ja sosiaalihuollon palvelujen kuten ateriapalvelun käyttö oli verrokeilla runsaampaa, joskaan ei yleisempää kuin tapauksilla. Kotihoidossa pääpaino on hoitotoimenpiteiden suorittamisessa ja lääkehoidossa, mutta kotona asumisen tukemisessa on tarpeen huomioida myös ikäihmisen voimavarojen edistäminen (27). Jatkossa on tarpeen tutkia, miten kevyemmällä palveluilla voidaan tukea ikäihmisten kotona asumista, toimintakykyä ja arjen toiminnoista selviytymistä ennen palvelutarpeiden lisääntymistä.

Vaikka monipuolinen aineisto mahdollistaa erilaiset analyysit (41), antaa rekisteriaineisto vain yhden näkökulman tutkittavaan ilmiöön. Toden-

näköisesti on myös sellaisia kotihoidon tarpeeseen vaikuttavia tekijöitä, joita rekisteriaineistolla ei ole mahdollista tavoittaa. Rekisteriaineisto ei esimerkiksi sisällä tietoja ikäihmisen saamista epävirallisesta, läheisten antamasta tuesta ja avusta, mikä voi olla merkittävää (14) etenkin toimintakyvyn heikkenemisen alkuvaiheessa (11). Aineistosta ei myöskään selviä tarkempia tietoja saaduista palveluista, kuten mihin aikaan vuorokaudesta palvelua on saatu tai onko kyse ollut etäpalvelusta.

## JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimus tuo uutta tietoa ikäihmisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä ennen säännöllisen kotihoidon asiakkuuden alkamista. Kotihoitoon siirtyneet käyttivät kokonaisuutena verrokkeja enemmän palveluja. Käytetyimmät palvelut erotuivat selvästi. Kotihoitoon siirtyneiden yleisimmin käyttämät palvelusuoritteet olivat avosairaanhoidon käynti ja päivystyskäynti, ikäihmisten sosiaalipalvelujen tunnit, perusterveydenhuollon sairaalahoidon hoitopäivät ja somaattisen erikoissairaanhoidon käynnit. Toisaalta ominaista oli myös se, että kotihoidon asiakkaaksi siirtyneet käyttivät useita eri palveluja, myös muita kuin varsinaisia ikäihmisille suunnattuja palveluja. Käytössä oli niin perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon kuin sosiaalipalveluiden palveluja. Koska palvelujen käyttö oli sitä yleisempää mitä lähempänä säännöllisen kotihoidon alkaminen oli, voidaan lisääntyvän palvelutarpeen todeta ennakoivan säännöllisen kotihoidon asiakkuutta.

Ikääntyneille suunnatuissa palveluissa on painotettu jo parin vuosikymmenen ajan kotona asumisen tukemista. Tästä huolimatta kotihoidon asiakkuutta ennakoivia tekijöitä ei ole juuri tarkasteltu palvelujen käytön näkökulmasta. Kuitenkin tiedetään, että ikäihmiset käyttävät runsaasti erilaisia sosiaali- ja terveyspalveluja. Palvelujen käyttöä tulisikin tarkastella kokonaisuutena, ja myös palvelujen välisten siirtymien näkökulmasta pyrkien ennakoimaan palvelun tarvetta. Ennakoiva ote on tärkeää ikäihmisen hyvinvoinnin, mutta myös laajemmin sosiaali- ja terveyspalvelujen taloudellisen ja inhimillisen kestävyuden kannalta. Tietoa säännöllisen kotihoidon asiakkuutta edeltävästä palvelujen käytöstä ja palvelutarpeen muutoksista voidaan hyödyntää ikäihmisen palvelutarpeen arvioinnissa. On tärkeää tunnistaa varhaisessa vaiheessa

riski lisääntyneeseen palvelujen tarpeeseen, ennen tarvetta raskaammille palveluille.

Palvelujen käyttö ja tutkimuksessa käytetty rekisteriaineisto antavat yhden näkökulman monitahoiseen ilmiöön. Tässä tutkimuksessa tunnistettuja säännöllisen kotihoidon asiakkuutta edeltäviä asiakassegmenttejä on jatkossa tarpeen syventää asiakasprofilein, ja ottamalla analyysiin mukaan useampia asiakasta kuvaavia tietoja. Palvelujen käytössä tapausten ja verrokkien välillä ei useimpien palvelusuoritteiden kohdalla ilmennyt selviä eroja tarkasteltujen taustatekijöiden, iän ja sukupuolen, suhteen. Palvelutarpeiden tunnistamisen tueksi tarvitaan tietoa siitä, miten muut taustatekijät, kuten koettuun terveyteen, elämäntilanteeseen tai asiakaskokemuksiin liittyvät tekijät vaikuttavat palvelujen käyttöön.

**Kytölä, L., Huhtakangas, M., Pesonen, P., Ylitalo-Katajisto K., Kanste O. Use of social and health services by older people and customer segments before regular home care clientship. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti Journal of Social Medicine 2024: 61: 30–46.**

In the Future Health and Social Services Centres programme, home care is being strongly developed. The purpose of this study was to describe the use of social and health services by older people who have become clients of regular home care, and to identify customer segments. In addition, possible differences in the use of social and health services between older people who have become clients of regular home care and those who have not were examined.

The study was a retrospective registry study that includes a case-control setting. The used data contained information about the use of primary health care, social care, and specialized health care services by people over 75 years of age in a large city. The subjects under research (cases) did not have regular elderly care services during 2017–2018, and their regular home care clientship began in 2018 (n=651). Age- and gender-matched controls (n=2482) were selected for the cases. The use of the services was examined for a 12-month period. Frequency and percentage distributions, measures of central tendency and measures of dispersion, cross-tabulation, and Pearson's chi-square test and Fisher's exact test were used to analyze the data.

## RAHOITTAJAT:

Tutkimusta ei ole rahoittanut mikään taho.

## KIRJOITAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Kytölä osallistui tutkimuksen suunnitteluun, aineiston hankintaan, analysointiin ja tulkintaan sekä käsikirjoituksen kirjoittamiseen. Huhtakangas osallistui tutkimuksen suunnitteluun, aineiston tulkintaan sekä käsikirjoituksen kirjoittamiseen. Pesonen osallistui tutkimuksen suunnitteluun ja aineiston analysointiin sekä kommentoi käsikirjoitusta. Ylitalo-Katajisto osallistui tutkimuksen suunnitteluun ja aineiston tulkintaan sekä kommentoi käsikirjoitusta. Kanste osallistui aineiston analysointiin ja tulkintaan sekä kommentoi käsikirjoitusta. Kaikki kirjoittajat ovat hyväksyneet lopullisen käsikirjoituksen.

The following services were used the most by those whose regular home care clientship began: visits to primary care and emergency visits, hours of service in elderly social services, hospital care days of primary health care and visits to specialist in somatic care. Cases used more services than the controls. The closer the start of home care was, the more common the use of services was. Compared to the controls, there were more users of social services and all three service groups (primary health care, somatic specialized health care, social services) among the cases. Segments were formed out of the cases and were described using the variables of gender and age group. It is important to examine the use of social and health services by older people as a whole regarding transitions between services and predicting service needs.

**Keywords:** older people, home care, social services, health services

Saapunut (06.10.2022)

Hyväksytty (03.08.2023)

## LÄHTEET

- (1) Tilastokeskus. Väestöennuste 2021: Väestö iän ja sukupuolen mukaan alueittain, 2021–2040. Luettu 10.6.2022. <https://stat.fi/tietokantataulukot?topic=vae&statistic=vaenn>.
- (2) Tilastokeskus. Väestö iän (1-v.) ja sukupuolen mukaan alueittain, 1972–2022. Luettu 27.6.2023. [https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin\\_\\_vaerak/statfin\\_vaerak\\_pxt\\_11re.px/](https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vaerak/statfin_vaerak_pxt_11re.px/).
- (3) Kananen L, Marttila S. Mikä meitä vanhentaa? Vanhenemisen biologiset mekanismit ja miten niihin voi vaikuttaa. *Duodecim* 2019; 135(11): 1098–1106.
- (4) Liimatta H. Effectiveness of preventive home visits among community-dwelling older people. Helsinki: Helsingin yliopisto; 2019.
- (5) Valtioneuvosto. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019 Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Helsinki: Valtioneuvosto; 2019.
- (6) Ylitalo-Katajisto K, Tiirinki H, Turkki K, ym. Asiakasprofiilien tunnistaminen hyvinvointikeskuksen suunnitteluvaiheessa. *Focus Localis* 2018;46(2):28–39.
- (7) Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980 [www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980)
- (8) Sosiaali- ja terveysministeriö. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2023 Ohjelma ja hankeopas Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2021.
- (9) Kehusmaa S. Hoidon menojä hillitsemässä Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Helsinki: Kelan tutkimusosasto; 2014.
- (10) Liimatta HA, Lampela P, Kautiainen H, ym. The effects of preventive home visits on older people's use of health care and social services and related costs. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2019; 75(8): 1586–1593. doi: 10.1093/GERONA/GLZ139
- (11) Santoni G, Meinow B, Wimo A, ym. Using an Integrated Clinical and Functional Assessment Tool to Describe the Use of Social and Medical Care in an Urban Community-Dwelling Swedish Older Population. *J Am Med Dir Assoc* 2019; 20(8):988–994.e2. doi: 10.1016/j.jamda.2018.11.017
- (12) Klemola K. Tuottavuuden, vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi alueellisesti integroiduissa sosiaali- ja terveyspalveluissa – palvelujen käyttöön perustuva malli ja esimerkkejä. Lappeenranta: Lappeenrannan teknillinen yliopisto; 2015.
- (13) Linna M, Mikkola T, Peltokorpi A, ym. Rekistereistä tietoa vanhuspalvelujen johtamiseen? Helsinki: Kuntaliitto; 2016.
- (14) Halminen O, Linna M, Silander K, ym. Iäkkäiden ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen riskitekijät. Helsinki: Kuntaliitto; 2019.
- (15) Linna M, Silander K, Hörhammer I, ym. Iäkkäiden muistisairaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja kustannukset. Helsinki: Kuntaliitto; 2019.
- (16) Mäkelä T, Karisto A, Valve R, ym. Kotona asumista tukevien palvelujen käyttö ikääntyneillä on ennakoitavissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 2008;73(6):609–624.
- (17) Ahtiainen H. Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2018. Helsinki: Kuusikko-työryhmä; 2019.
- (18) Gong CH, Kendig H, He X. Factors predicting health services use among older people in China: An analysis of the China Health and Retirement Longitudinal Study 2013. *BMC Health Serv Res* 2016;16(1):63. doi: 10.1186/s12913-016-1307-8
- (19) Ikäohjelman valmisteluryhmä. Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030. Tavoitteena ikäkyvykäs Suomi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2020.
- (20) Aaltonen M, Forma L, Pulkki J, ym. Changes in older people's care profiles during the last 2 years of life, 1996–1998 and 2011–2013: A retrospective nationwide study in Finland. *BMJ Open* 2017;7(11):e015130. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015130
- (21) Hazra NC, Rudisill C, Gulliford MC. Determinants of health care costs in the senior elderly: age, comorbidity, impairment, or proximity to death? *Eur J Health Econ* 2018;19(6):831–842. doi: 10.1007/s10198-017-0926-2
- (22) Haula T, Peltola M. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttö vuonna 2017 – kallis tai monialainen palvelujen käyttö. Teoksessa Koivisto, J. & Tiirinki, H. (toim.) Monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen ja ennakoinnin toimintamallit ja työkalut – väliraportti. Helsinki: THL; 2020, 31–38.
- (23) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Säännöllisen kotihoidon piirissä olleet 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä (ind. 5513). Luettu 27.6.2023. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/aulukko/?indicator=szbMtQQA&region=s07MBAA=&year=sy5zTbW0zUEAA=&gender=t&cabs=f&color=f&buildVersion=3.1.1&buildTimestamp=202306191039>
- (24) Saukkonen S-M, Möllari K, Puroharju T. Kotihoito 2020 – Yli puolella säännöllisen kotihoidon asiakkaista palvelujen käyttö on päivittäistä. Tilastoraportti 27/2021. Luettu 15.6.2022. <https://www.julkari.fi/handle/10024/142999>
- (25) Sosiaali- ja terveysministeriö. Kotihoito ja kotipalvelut. Luettu 10.6.2022. <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>.



- (26) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavan ikäisestä väestöstä (ind. 1570). Luettu 27.6.2023. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s-86vBAA=&region=s07MBAA=&year=sy5zsTbS0zUEAA==&gender=t&cabs=f&color=f&buildVersion=3.1.1&buildTimes-tamp=202306191039>
- (27) Turjamaa R. Older people's Individual resources and Reality in Home Care. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto; 2014.
- (28) Kariniemi K, Siira H, Kyngäs H, ym. "Vanhakin on ihminen" Ikääntyneiden kokemuksia vahvuuksistaan, voimavaroistaan ja kotihoidosta. *Gerontologia* 2020; 34(1):24–41. doi: [org/10.23989/gerontologia.80436](https://doi.org/10.23989/gerontologia.80436)
- (29) Virtanen P, Suoheimo M, Lamminmäki S, ym. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen. Helsinki: Tekes; 2011.
- (30) Bloem S, Stalpers J, Groenland EAG, ym. Segmentation of health-care consumers: Psychological determinants of subjective health and other person-related variables. *BMC Health Serv Res* 2020;20(1):726. doi: [10.1186/s12913-020-05560-4](https://doi.org/10.1186/s12913-020-05560-4)
- (31) Vuik SI, Mayer E, Darzi A. A quantitative evidence base for population health: Applying utilization-based cluster analysis to segment a patient population. *Popul Health Metr* 2016;14: 44. doi: [10.1186/s12963-016-0115-z](https://doi.org/10.1186/s12963-016-0115-z)
- (32) Ylitalo-Katajisto K. Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteen kokoaminen. Oulu: Oulun yliopisto; 2019.
- (33) Chong JL, Lim KK, Matchar DB. Population segmentation based on healthcare needs: A systematic review. *Systematic Reviews* 2019;8(1):202. doi: [10.1186/s13643-019-1105-6](https://doi.org/10.1186/s13643-019-1105-6)
- (34) Rinehart DJ, Oronce C, Durfee MJ, ym. Identifying Subgroups of Adult Superutilizers in an Urban Safety-Net System Using Latent Class Analysis: Implications for Clinical Practice. *Med Care* 2018; 56(1):e1–e9. doi: [10.1097/MLR.0000000000000628](https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000628)
- (35) Wild B, Heider D, Schellberg D, ym. Caring for the elderly: A person-centered segmentation approach for exploring the association between health care needs, mental health care use, and costs in Germany. *PLoS One* 2019;14(12):e0226510. doi: [10.1371/journal.pone.0226510](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226510)
- (36) Vuik SI, Mayer EK, Darzi A. Patient segmentation analysis offers significant benefits for integrated care and support. *Health Aff* 2016;35(5):769–775. doi: [10.1377/hlthaff.2015.1311](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1311)
- (37) Reho TTM, Atkins SA, Talola N, ym. Frequent attenders in occupational health primary care: A cross-sectional study. *Scand J Public Health* 2019;47(1):28–36. doi: [10.1177/1403494818777436](https://doi.org/10.1177/1403494818777436)
- (38) Rijken M, van der Heide I. Identifying subgroups of persons with multimorbidity based on their needs for care and support. *BMC Fam Pract* 2019; 20(1):179. doi: [10.1186/s12875-019-1069-6](https://doi.org/10.1186/s12875-019-1069-6)
- (39) Hietapakka L, Juujärvi S, Kaihlanen A-M, ym. Lähijohtajien näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon integraation edellyttämästä osaamisesta asiakastyössä. *Yhteiskuntapolitiikka* 2020;85(5–6):480–493.
- (40) Yan S, Kwan YH, Tan CS, ym. A systematic review of the clinical application of data-driven population segmentation analysis. *BMC Med Res Methodol* 2018;18(1):121. doi: [10.1186/s12874-018-0584-9](https://doi.org/10.1186/s12874-018-0584-9)
- (41) Kivipelto M, Suhonen M. Kansainväliset mallit ja niiden soveltuvuus Suomessa. Kirjassa: Koivisto J, Tiirinki H. (toim.) Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali-, terveys- ja työvoimapaaluissa. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia; 2020, 16–29.
- (42) Setia MS. Methodology Series Module 2: Case-control Studies. *Indian J Dermatol* 2016;61:146–51. doi: [10.4103/0019-5154.177773](https://doi.org/10.4103/0019-5154.177773)
- (43) Uhari M, Nieminen P. *Epidemiologia ja biostatistiikka*. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim; 2012.
- (44) Kohonen I, Kuula-Luumi A, Spoo S-K. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta; 2019.
- (45) Kivelä K. Kuvaus paljon terveyspalveluita käyttävien ikäihmisten terveyspalveluiden käytöstä. Oulu: Oulun kaupunki; 2014.
- (46) Leskelä R-L, Komssi V, Sandström S, ym. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asiakkaat Oulussa. *Suomen Lääkärilehti* 2013; 48(68):3163–3169.
- (47) Welzel FD, Stein J, Hajek A, ym. Frequent attenders in late life in primary care: A systematic review of European studies. *BMC Fam Pract* 2017;18(1):104. doi: [10.1186/s12875-017-0700-7](https://doi.org/10.1186/s12875-017-0700-7)
- (48) Aspell N, O'Sullivan M, O'Shea E, ym. Predicting admission to long-term care and mortality among community-based, dependent older people in Ireland. *Int J of Geriatr Psychiatry* 2019;34(7):999–1007. doi: [10.1002/gps.5101](https://doi.org/10.1002/gps.5101)
- (49) Gilardi F, Scarcella P, Proietti MG, ym. Frailty as a predictor of mortality and hospital services use in older adults: A cluster analysis in a cohort study. *Eur J Public Health* 2018;28(5):842–846. doi: [10.1093/eurpub/cky006](https://doi.org/10.1093/eurpub/cky006)
- (50) Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301 [www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301)
- (51) Hennessy S, Bilker WB, Berlin JA, ym. Factors Influencing the Optimal Control-to-Case Ratio in Matched Case-Control Studies. *Am J Epidemiol* 1999;149(2): 195–197. doi: [10.1093/oxfordjournals.aje.a009786](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009786)



- (52) Suvisaari J, Jutta Järvelin: ”Kansallisten rekistereiden lisäksi kirjaaminen on tärkeää myös terveydenhuollon ammattilaisten oman organisaation toiminnassa”. *Duodecim* 2021; 137(8):885–886.
- (53) Koivisto J, Tiirinki H, Liukko E, ym. Yhteenveto. Kirjassa: Koivisto J, Tiirinki H. (toim.) Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali-, terveys- ja työvoimapalveluissa. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia; 2020, 86–96.
- (54) Jarrin OF, Pouladi FA, Madigan EA. International priorities for home care education, research, practice, and management: Qualitative content analysis. *Nurse Educ Today* 2019;73:83–87. doi: 10.1016/j.nedt.2018.11.020
- (55) Jerez-Roig J, Bosque-Prous M, Giné-Garriga M, ym. Regional differences in the profile of disabled community-dwelling older adults: A European population-based cross-sectional study. *PLoS One* 2018;13(12):e0208946. doi: 10.1371/journal.pone.0208946

LIISA KYTÖLÄ  
 FM, TtM, projektikoordinaattori  
 Oulun yliopisto  
 Lääketieteen tekniikan ja terveystieteiden  
 tutkimusyksikkö, Lääketieteellinen tiedekunta  
 ja  
 Diakonia-ammattikorkeakoulu

MOONA HUHTAKANGAS  
 TtT, post doc -tutkija  
 Oulun yliopisto  
 Lääketieteen tekniikan ja terveystieteiden  
 tutkimusyksikkö, Lääketieteellinen tiedekunta  
 ja  
 Itä-Suomen yliopisto, Sosiaali- ja terveysjohtamisen  
 laitos, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden  
 tiedekunta  
 Palvelujärjestelmän tutkimus, Hyvinvointivaltion  
 tutkimus ja uudistaminen -yksikkö

PAULA PESONEN  
 FM, biostatistikko  
 Oulun yliopisto  
 Väestötutkimuksen infra, Lääketieteellinen  
 tiedekunta

KIRSTI YLITALO-KATAJISTO  
 TtT, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisjohtaja  
 Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue

OUTI KANSTE  
 Professori  
 Oulun yliopisto  
 Lääketieteen tekniikan ja terveystieteiden  
 tutkimusyksikkö, Lääketieteellinen tiedekunta  
 ja  
 Oulun yliopistollinen sairaala, Medical Research  
 Center Oulu



## Väestön koettu hyvinvointi hyvinvointialueilla — mistä se muodostuu?

Hyvinvoinnin kuvaaminen kokonaisvaltaisesti vaatii monia erilaisia indikaattoreita. On hyvä ymmärtää, mitä lisäarvoa indikaattorit tuovat suhteessa toisiinsa, ja mitä eroja mittareilla on hyvinvoinnista muodostuvan kuvan kannalta. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella: 1) miten koetun hyvinvoinnin eri mittarit kattavat hyvinvoinnin eri ulottuvuuksia ja miten ne suhtautuvat toisiinsa, 2) tarkastella näiden mittareiden avulla sitä, mitä eroja väestön hyvinvoinnissa on hyvinvointialueilla, ja 3) tutkia sosiodemografisten ja -ekonomisten tekijöiden yhteyksiä koettuun hyvinvointiin eri mittareiden avulla.

Tutkimusta varten kerättiin suomenkielistä aikuisväestöä (18–79-v.) edustava kyselyaineisto (n=2187), joka sisältää tiedot koetusta hyvinvoinnista, terveydestä ja elämänlaadusta useilla mittareilla, koetusta toimijuudesta ja taustatekijöistä (ikä, sukupuoli, siviilisäätö, sosioekonominen asema, pitkäaikaissairaudet). Aineistoa analysoitiin hyödyntäen kuvailevia tilastollisia menetelmiä, pääkomponenttianalyysiä ja monimuuttujaregressioanalyysiä.

Mittareista tunnistettiin kuusi faktoria, joista koetut mahdollisuudet ja taloudellinen tilanne tuovat lisätietoa suhteessa terveyteen liittyvän elämälaadun mittareihin. Korkea ikä, korkea koulutus ja korkeat kotitalouden tulot olivat yhteydessä parempaan koettuun hyvinvointiin.

On tärkeää, että hyvinvoinnin tilan arvioinnissa otetaan huomioon hyvinvoinnin moniulotteisuus — erityisesti mittareiden valinnassa, joka muuten voi vaikuttaa lopputuloksiin ja niiden tulkintaan. Mahdollisuuksien huomioiminen täydentää terveyteen painottuvia elämänlaatumittareita pitäen sisällään myös sosiaalisen hyvinvoinnin näkökulmia. Hyvinvoinnin moniulotteisuuden ja taustatekijöiden laaja-alainen huomioiminen tukevat hyvinvointialueita suuntaamaan palveluita ja ehkäisevää toimintaa vaikuttavammin asukkaidensa moninaiset hyvinvointitarpeet ja eri elämäntilanteet huomioiden.

**ASIASANAT:** Elämänlaatu, terveys, hyvinvointi, hyvinvointialue

**Laura J. Pitkänen, Paulus Torkki, Janne Martikainen, Mikko Nuutinen, Krista Kauppi, Piia Lavikainen, Tomi Mäki-Opas**

### YDINASIAAT

- Terveyden ja hyvinvoinnin käsitteet ovat moniulotteisia, väestön hyvinvointia mitataan usein terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareilla.
- Tämän tutkimuksen perusteella tuloilla ja työllisyysstatuksella on tärkeä rooli yksilön hyvinvoinnissa. Lisäksi koetut mahdollisuudet osoittautuivat tärkeäksi hyvinvoinnin edellytykseksi.
- Tuloksia voidaan hyödyntää valittaessa koetun hyvinvoinnin mittareita johtamisen tueksi ja kansallista vertailua varten.

### JOHDANTO

Vuoden 2023 alusta aloittaneille hyvinvointialueille keskeistä on pystyä mittaamaan ja seuraamaan asukkaitensa hyvinvointia, terveydentilaa ja toimintakykyä. Tämä tieto on tärkeää niin hyvinvointialueen johdolle kuin kansalliselle ohjaukselle, jotta alueiden palvelut ja ehkäisevä toiminta voidaan kohdentaa vaikuttavasti vastaamaan asukkaiden tarpeisiin. Lisäksi hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn (sisältäen työkyvyn) mittaaminen mahdollistaa palveluiden kokonais-

valtaisen vaikuttavuuden arvioinnin. Hyvinvointialueilla tarvitaan spesifien ehkäisevien toimenpiteiden ja palveluketjujen vaikuttavuuden arvioinnin ohella kuva väestön yleisestä terveydentilasta ja hyvinvoinnista.

Terveys (eng. Health) on pitkään ymmärretty Maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän (1) mukaisesti: täydellisenä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena terveytenä. Määritelmä ei ole täysin ongelmaton – voidaan mm. kysyä, onko tällainen täydellinen terveydentila mahdollinen. Myöhemmin Huber ja tutkimusryhmä (2) ovat päätyneet määrittelemään terveyden kyvyksi sopeutua, selvitä tai pärjätä (“the ability to adapt and to self-manage”).

Hyvinvoinnin (eng. Wellbeing) määrittelyssä ei ole saavutettu samanlaista konsensusta kuin terveyden määrittelyssä. Yksimielisiä ollaan kuitenkin siitä, että hyvinvointi on muutakin kuin sairauden poissaoloa, se on moniulotteista ja dynaamista, ja sitä voi jatkuvasti kehittää (3). Sen mittaamisessa erotetaan usein subjektiivinen (koettu) ja objektiivinen hyvinvointi (4). WHO:n hyvinvoinnin määritelmässä korostuu positiivinen visio yksilön ja myös yhteiskunnan hyvinvoinnista (5). Hyvinvoinnin kohdalla WHO:n määritelmä erottuu selkeästi siitä perinteisestä näkökulmasta, jossa terveys nähdään vain sairauden puutteena. Tässä WHO:n määritelmässä terveys on osa hyvinvointia ja koostuu fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta ja hengellisestä ulottuvuudesta. Yhteiskunnan hyvinvointi on kiinni sen asukkaiden hyvinvoinnista, mutta toisaalta yhteiskunta pystyy tavoitteellisesti investoimaan (vrt. hyvinvointitalous-ajattelu) sen asukkaiden hyvinvointia edistäviin edellytyksiin, kuten esimerkiksi toimintamahdollisuuksiin ja taitoihin ja mahdollisuuksiin näiden avulla ylläpitää ja edistää omaan hyvinvointia (6-11). Hyvinvointitutkimuksen näkökulmasta keskeistä on siten mitata ja tarkastella hyvinvointia ja sen edellytyksiä moniulotteisesti sekä huomioida myös siihen liittyvä eriarvoisuus esim. väestöryhmien ja alueiden välillä (12, 13).

Yksi tapa tarkastella hyvinvointia on elämänlaadun (eng. Quality of Life, QoL) käsite, joka kattaa terveyden lisäksi ympäristötekijöitä: elämänlaatua mitataan tavallisesti terveyttä, elinoloja sekä erilaisia subjektiivista hyvinvointia kuvaavia tekijöitä eri tavoin painottaen (6, 14-17). Subjektiivisen hyvinvoinnin tutkimusperin-

teessä elämänlaatua lähestytään yksilöiden omien arvioiden perusteella. Tällöin oletetaan, että hyvinvointi voidaan määritellä ihmisten kokemusten avulla, ja että kokemuksia on mahdollista verrata toisiinsa (6, 16). Tässä tutkimuksessa nojaututaan WHO:n määritelmään elämänlaadusta tyytyväisyytenä terveyteen ja yleiseen elämänlaatuun, sekä yksilöidymmin fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin sekä elinympäristön terveellisyyteen ja keskeisten palvelujen saatavuuteen. (18).

Terveyteen liittyvä elämänlaatu (eng. Health-Related Quality of Life, HRQoL) puolestaan kuvastaa terveyden fyysisistä, psyykkistä ja sosiaalista ulottuvuutta (19). Terveyteen liittyvää elämänlaatua mitattaessa on ensiarvoisen tärkeä ymmärtää, mitä ulottuvuuksia kukin mittari ottaa huomioon ja millaisia painoarvoja eri ulottuvuudet saavat kussakin mittarissa. Jos halutaan mitata yleisesti väestön terveyteen liittyvää elämänlaatua, saattavat eri osa-alueet olla merkityksellisiä kuin silloin, kun halutaan arvioida jonkin intervention vaikutusta terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Eri ulottuvuuksien painoarvoihin vaikuttaa myös se, millaisella preferenssianalyysillä painotukset on tehty (20). Eri mittarit antavat erilaisia tuloksia – esimerkiksi ohitusleikkauspotilailla on havaittu, että EQ-5D-mittarilla saavutettiin laatupainotettuja elinvuosia yli kaksi kertaa useammin kuin 15D-mittarilla, kun taas kliinisesti merkittäviä yleisen elämänlaadun muutoksia saavutettiin helpommin 15D-mittarilla (21).

Hyvinvointi on siis näistä käsitteistä laajin, ja sisältää paljon enemmän ulottuvuuksia kuin terveys (joka puolestaan on muutakin kuin terveyteen liittyvää elämänlaatua). Terveys kuitenkin sisältyy hyvinvointiin, ja siten terveyden kolme perusulottuvuutta sisältyvät myös hyvinvointiin, vaikka eivät olekaan yksinään riittävän kattavat.

Tuoreimman alueellisen tarkastelun perusteella valtaosa suomalaisesta väestöstä kokee terveytensä ja hyvinvointinsa keskimäärin hyväksi (22). Kuitenkin hyvinvointi ja huono-osaisuus kasautuvat epäoikeudenmukaisesti tietyille alueille ja väestöryhmille esim. matalan koulutuksen tai tulotason mukaisesti (13). Nämä hyvinvointitutkimuksen peruseräpäätökset (ibid.) on hyvä huomioida, kun arvioidaan kansallisen terveys- ja hyvinvointipolitiikan vaikuttavuutta ja seurataan hyvinvointialueiden toimintaa. Hyvinvointialueiden vastuulla on kokonaisvaltaisen

hyvinvoinnin ja terveyden sekä turvallisuuden edistäminen, toki yhteistyössä kuntien kanssa. Hyvinvointialueiden käynnistyminen tarjoaa paitsi uusia mahdollisuuksia (ns. tiedolla johtamisen ja vaikuttavien toimintatapojen omaksumisen näkökulmasta), myös paljon haasteita: miten palvelut ja toimenpiteet kohdistetaan paitsi taloudellisesti, myös sosiaalinen (esim. tulevien sukupolvien tarpeet, yhdenvertaisuus) ja ekologinen kestävyys (esim. ilmastonmuutos) huomioiden. Tämän perusteella on ilmeistä, etteivät hyvinvointialueiden onnistumista mittaavat ja päätöksentekoa ohjaavat mittarit voi perustua talouden tunnuslukuihin, vaan niiden tulee huomioida myös ihmisten kokemus hyvinvoinnista, elämän merkityksellisyys ja kokemus yhteiskunnan sosiaalisesta laadusta sekä laajemmin planeaarinen hyvinvointi (5, 7, 9).

Hyvinvointialueiden kansallisen ohjauksen ja oman johtamisen pohjaksi tarkoitettussa KUVA-mittaristossa (KUstannukset ja VAikuttavuus) 12 ulottuvuudesta yksi on Hyvinvointi ja terveys, joka sisältää 72 indikaattoria (23). Tietolähteenä on pääosin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toteuttaman Kansallinen terveys, hyvinvointi ja palvelut (FinSote) -tutkimus, mitta-reina WHO:n lyhennetty elämänlaatumittari (EuroHIS-8) sekä yksittäiset kysymykset mm. yksinäisyyden kokemuksesta, järjestötoimintaan osallistumisesta ja fyysisestä toimintakyvystä. Lisäksi hyvinvoinnin ja terveyden indikaattoreina on käytetty mm. ahtaasti asuvien osuutta lapsiperheistä (Tilastokeskus), alkoholin kulutusta (THL), sekä menetettyjä elinvuosia (Potential Years of Life Lost, PYLL). Terveyttä ja hyvinvointia kuvataan siis monilla indikaattoreilla, joista osa on perinteisiä terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareita, ja osa on sosioekonomisen aseman indikaattoreita. Koska mahdollisia hyvinvointia kuvaavia indikaattoreita on niin monia, on hyvä ymmärtää, mitkä tiedot tuovat lisäarvoa suhteessa toisiinsa. Kansalaisia ei voida rasittaa kohtuuttomasti erilaisilla kyselyillä ja on tärkeä ymmärtää, miten hyvin eri mittarit ottavat huomioon eri hyvinvoinnin näkökulmat ja millaisia vaikutuksia sillä on mittaustulosten tulkinnan kannalta.

Hyvinvointialueet muodostuivat liikkeenluovutuksilla, joissa luovuttajina toimivat kunnat ja kuntayhtymät (24). Pääsääntöisesti suurin liikkeenluovuttaja oli kullakin alueella sairaan-

hoitopiiri. Kun lisäksi terveydenhuollossa on pidempi historia vaikuttavuuden mittaamiselle kuin sosiaalihuollossa (25), lienee todennäköistä, että terveyden ja hyvinvoinnin (ja näiden kautta vaikuttavuuden) mittaaminen tulee rakentumaan alkuvaiheessa vahvasti terveydenhuollon näkökulmasta. Toistaiseksi terveyden ja hyvinvoinnin mittaaminen hyvinvointialueilla näyttääkin painottuvan vahvasti terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Siksi pyrimme tässä tutkimuksessa rakentamaan tämän pohjan päälle ja laajentamaan näkökulmaa hyvinvointiin. Tutkimuksen lähtökohtana on koetun hyvinvoinnin – ja sen osana terveyteen liittyvän elämänlaadun – mittaaminen.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli:

- 1) Tarkastella, miten koetun hyvinvoinnin eri mittarit kattavat hyvinvoinnin eri ulottuvuuksia ja miten ne suhtautuvat toisiinsa.
- 2) Tarkastella koetun hyvinvoinnin eri mittareiden avulla eroja väestön hyvinvoinnin tilassa hyvinvointialueilla.
- 3) Tutkia sosiodemografisten ja -ekonomisten tekijöiden yhteyttä koettuun hyvinvointiin eri mittareilla mitattuna.

## AINEISTO JA MENETELMÄT

Kyselyaineiston keräsi Taloustutkimus Oy alkuvuodesta 2022. Tutkimusryhmä laati kyselylomakkeen, ja Taloustutkimus Oy kutsui vastaajat sähköpostitse osallistumaan tutkimukseen Taloustutkimuksen nettipaneelista, jonka osallistujat on värvätty monikanavaisesti sekä offline- että online-ympäristöissä. Aineisto kuvaa siis hyvinvointialueiden väestön tilannetta ennen järjestämisvastuun siirtoa hyvinvointialueille. Jaottelu on tässä tutkimuksessa tehty tuolloisten sairaanhoitopiirien mukaan, mikä ei yksi yhteen vastaa hyvinvointialuejakoa (mm. Uudenmaan alueita ei voida tässä aineistossa erotella).

Vastaajajoukon rakenne kiintiöitiin siten, että otos on edustava otos suomenkielisestä, 18–79-vuotiaasta aikuisväestöstä ikäryhmien, sukupuolen ja sairaanhoitopiirien mukaan. Alueellisissa analyyseissä käytettävät painokertoimet laskettiin alueiden väestömäärien perusteella. Tavoitteena oli saada kyselyyn 2000 kiintiöihin sopivaa vastaajaa. Toteutunut vastaajamäärä oli 2196, josta poistettiin 4 alaikäistä ja 5 sellaista vastaajaa, joiden vastaukset vaikuttivat vahvasti toistensa kopioilta. Lopullinen käyttökelpoisten vastausten määrä oli siis 2187.

Kyselylomake sisälsi standardoituja PROM-kyselyitä (Patient-Reported Outcome Measures) sekä muita monivalintakysymyksiä. Aineisto sisältää tietoa vastanneiden terveyteen liittyvästä elämänlaadusta (EQ-5D, PROMIS-10), tyytyväisyydestä elämään (yksi kysymys SWB-10-kyselystä (Subjective Well-Being, SWB)), koetusta toimijuudesta (Self-Reported Capabilities, SRC), terveystyöskäytymisestä, kroonisista sairauksista, työssäkäynnistä ja koetusta työkyvystä sekä taustatekijöistä (mm. ikä, sukupuoli, asuinalue, koulutus, ammattiasema, kotitalouden tulot, median käyttötavat). Kyselylomake löytyy lisämateriaaleista. Kyselyn taustatekijät tulevat Talous-

tutkimuksen paneelin perustiedoista eikä niitä ole siis erikseen tätä tutkimusta varten valikoitu. Käytettävissä olevista taustatekijöistä on tämän tutkimuksen analyysihin valittu aiemman kirjallisuuden perusteella keskeiset tekijät.

Tutkimuksessa käytetyt standardoidut kyselyt ja niiden kattamat ulottuvuudet on kuvattu Taulukossa 1. Analyysien päätulosmuuttujat olivat EQ-5D-5L:n valuaatio, PROMIS-10 fyysinen T-arvo, PROMIS-10 psyykkinen T-arvo, SRC, yleinen elämänlaatu (yksi kysymys PROMIS-10-kyselystä) sekä yleinen tyytyväisyys elämään (yksi kysymys SWB-10-kyselystä).

Taulukko havainnollistaa sen, että EQ-5D-5L

Taulukko 1: Tutkimuksessa käytettyjen kyselyiden ominaisuudet

		Tyytyväisyys elämään (SWB-10-kyselystä)	Self-Reported Capabilities (SRC)	EQ-5D-5L	PROMIS Yleinen terveys (PROMIS-10)
Mittarin kuvaus		1 kysymys	7 kysymystä + yhteenvetokysymys	5 kysymystä	10 kysymystä
Mittarin antamat vertailuluvut	Yleinen tyytyväisyys elämään / elämänlaatu	x (single-item)			x (single-item)
	Yleinen terveys			x	
	Fyysinen				x
	Psyykkinen				x
	Sosiaalinen				
Vertailuluvun vaihteluväli ja tulkinta		0-10; isompi arvo kuvastaa parempaa tilannetta	7-49; isompi arvo kuvastaa parempaa tilannetta	0-1; isompi arvo kuvastaa parempaa tilannetta	0-100; isompi arvo kuvastaa parempaa tilannetta

antaa vain yhden vertailuluvun, vaikka kysymykset kattavat sekä fyysisen että psyykkisen terveyden; viiden kysymyksen kattamat ulottuvuudet muodostavat profiilin. Näistä kullekin ulottuvuudelle on saatavissa maakohtaisesta aineistosta preferenssipainotukset, joiden kautta on mahdollista määrittää terveyteen liittyvä elämänlaatu (HRQoL) asteikolla 0-1, jota yhdistettynä kuolleisuustietoon voidaan käyttää laatu-painotettujen elinvuosien (Quality-Adjusted Life Years, QALY) laskennassa. Suomessa väestön EQ-5D-5L preferenssipainoja ei ole tällä hetkellä saatavissa, minkä vuoksi tässä tutkimuksessa hyödynnettiin Iso-Britannian väestön preferenssipainoja. PROMIS-10 (PROMIS Yleinen terveys)

ei nimestään huolimatta anna yleisen terveyden vertailulukua, vaan erilliset vertailuluvut (T-score) fyysisestä ja psyykkisestä terveydestä. PROMIS-10 sisältää kysymyksen yleisestä elämänlaadusta, ja sitä on tässä tutkimuksessa käytetty yhtenä päätemuuttujana. SRC:n vertailuluvun laskeamiseen ei ole virallista kaavaa, joten tässä tutkimuksessa on käytetty seitsemän ensimmäisen kysymyksen pistemäärien summaa, kuten myös joissakin aiemmissa tutkimuksissa (26). PROMIS-10:n T-arvojen laskemisessa on hyödynnetty TOIMIA-tietokannan ohjeistusta (27), joka perustuu yhdysvaltalaiseen aineistoon.

Tilastollisissa analyyseissä hyödynnettiin kuvaavia tilastollisia tunnuslukuja, pääkompo-

nenttialyysiä ja monimuuttujaregressioanalyysiä. Pääkomponenttianalyysi (PCA, Principal Component Analysis) etsi kysymyskombinaatioita, faktoreita (28). Yksittäinen faktori koostui kyselyn yhteenkuuluvista kysymyksistä eli kysymyksistä, jotka mittasivat samaa asiaa. PCA lasketaan usein perustuen muuttujien Pearsonin lineaariseen korrelaatiomatriisiin. Pearsonin lineaarinen korrelaatio olettaa jatkuvia ja normaali-jakautuneita muuttujia. Tässä tutkimuksessa PCA sovelsi polykorista korrelaatiomatriisia, koska kerätty kyselyaineisto pohjautuu binääriin ja järjestysasteikkokategorioihin. Polykorinen korrelaatio voidaan laskea ilman normaalisuusolettamusta ja se soveltuu järjestysasteikollisen aineiston käsittelyyn (29). Rotaatiomenetelmä oli varimax eli akseleiden välinen suora kulma säilytettiin. Pääkomponenttianalyysiin sisällytettiin standardoitujen kyselyiden (EQ-5D, PROMIS-10, SRC, SWB:n yleisen elämäntyytyväisyyden kysymys) lisäksi taloudellisen tilanteen kysymyksiä sekä pitkäaikaissairauksiin liittyviä kysymyksiä. Lopuksi tarkasteltiin vielä lineaarisen monimuuttujaregressioanalyysin avulla keskeisten sosiodemografisten (ikä, sukupuoli, perhemuoto) ja sosioekonomisten (koulutus, kotitalouden tulot ja ammattiasema) tekijöiden yhteyksiä päätulosmuuttujiin.

Pääkomponenttianalyysi tehtiin R-ohjelmointikielellä (versio 4.1.1). Alueittaiset vertailut tehtiin Microsoft Excelillä (versio 2016). Regressioanalyysi tehtiin IBM SPSS 27-versiolla.

## TULOKSET

Tutkimuksessa hyödynnettyä aineistoa kuvailevat tilastolliset tunnusluvut esitellään Taulukossa 2. Näissä ei ole hyödynnetty painoarvoja. Kuvailvien tunnuslukujen perusteella PROMIS-10:n T-arvot (fyysinen ja psyykinen) saavat odotetusti lähellä 50:ä olevat keskiarvot – PROMIS-10:n T-arvot ovat normaalijakautuneita saaden Yhdysvaltain väestössä keskiarvon 50 (30). EQ-5D-5L:n valuaatio on keskimäärin 0,81, ja täydellisen terveyteen liittyvän elämänlaadun raporttoineiden (HRQoL = 1,0) osuus oli 24 %. Vastanneiden iän keskiarvo oli noin 50 ja noin puolet vastanneista oli naisia sekä reilusti puolet olivat yksineläviä tai elivät parisuhteessa ilman lapsia. Enemmistöllä vastaajista oli keskitason tai korkea koulutus sekä puolet heistä oli myös työelämässä. Vastanneiden kotitalouden tulojen (ennen veroja) jakauma oli hyvin tasainen.

Taulukko 2. Kuvailevat tilastolliset tunnusluvut mittareista (n=2187)

Muuttujat	Keskiarvo (keskihajonta) tai n (%)
Tyytyväisyys elämään (SWB-10-kyselystä)	7,31 (0,04)
SRC	38,95 (0,16)
EQ-5D-5L	0,81 (0,004)
PROMIS-10 fyysinen	49,67 (0,17)
PROMIS-10 psyykinen	48,25 (0,19)
PROMIS-10 yleinen elämänlaatu	3,47 (0,02)
Ikä	50,8 (0,34)
Naiset, n (%)	1190 (54,4)
Perhemuoto, n (%)	
Yksinelävä	667 (30,5)
Parisuhteessa, ei lapsia	672 (30,7)
Perhe, vain aikuisia	392 (17,9)
Lapsiperhe	456 (20,9)
Koulutus, n (%)	
Matala	131 (6,0)
Keskitaso	1078 (49,3)
Korkea	978 (44,7)
Kotitalouden tulot (ennen veroja), €	
≤10,000	129 (5,9)
10,001–20,000	214 (9,8)
20,001–30,000	213 (9,7)
30,001–40,000	266 (12,2)
40,001–50,000	234 (10,7)
50,001–60,000	222 (10,2)
60,001–70,000	171 (7,8)
70,001–80,000	136 (6,2)
80,001–90,000	130 (5,9)
>90,000	225 (10,3)
Ei halua kertoa	247 (11,3)
Ammattiasema	
Toissä	1280 (58,5)
Työtön	135 (6,2)
Eläkkeellä	523 (23,9)
Opiskelija ja muut	249 (11,4)

Seuraavaksi tarkastelimme käytettyjen PROMIS-kyselyiden kattamia ulottuvuuksia (Taulukko 3). Tulosten perusteella PROMIS-10 ja EQ-5D eroavat toisistaan kattamiensa terveyden dimensioiden suhteen. EQ-5D ei huomioi sosiaalista dimensiota lainkaan. PROMIS-10 sisältää kaksi kysymystä sosiaalisesta dimensioista, mutta sosiaalisen hyvinvoinnin vertailuarvoa PROMIS-10 ei anna (ks. Taulukko 1) – sen sijaan sosiaalisen ulottuvuuden kysymyksistä toista hyödynnetään psyykkisen T-arvon laskemisessa, toista ei hyö-

dynnetä lainkaan. Käytetty kysymys SWB-10-kyselystä ei asetu näihin ulottuvuuksiin, vaan kuvaa yleistä tyytyväisyyttä elämään (kysymys: ”Miten

tyytyväinen olet tällä hetkellä elämäsi kaiken kaikkiaan?”). SRC puolestaan ainoana kattaa mahdollisuudet (toimijuuden).

Taulukko 3: Tutkimuksessa käytettyjen mittarien kattamat ulottuvuudet

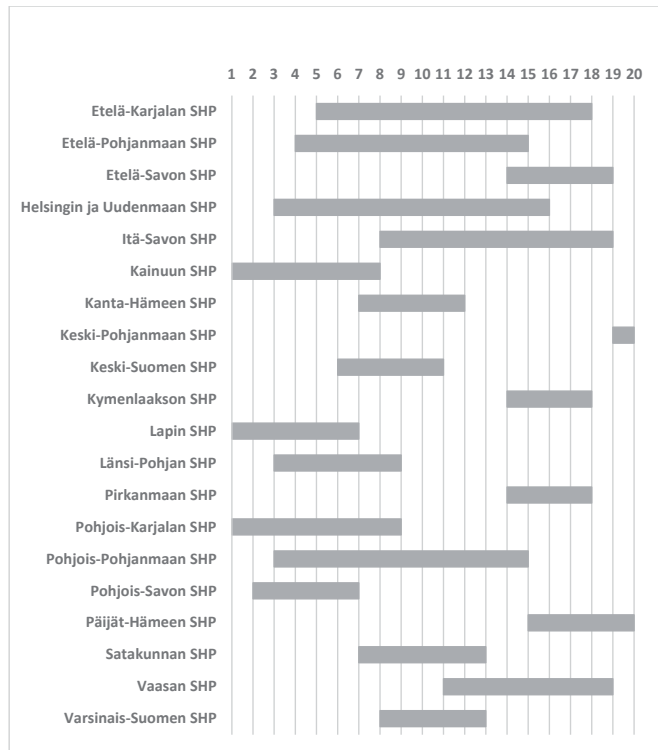
Ulottuvuus	Tyytyväisyys elämään (SWB-10-kyselystä)	Self-Reported Capabilities (SRC)	EQ-5D-5L	PROMIS Yleinen terveys (PROMIS-10)
Fyysinen			x	x
Psyykkinen			x	x
Sosiaalinen				x
Mahdollisuudet / toimijuus		x		

Tämän jälkeen tarkastelimme pääkomponenttianalyysin avulla tarkemmin, millaisia hyvinvoinnin ulottuvuuksia käytettyjen kyselyiden eri kysymykset muodostavat (Taulukko 4). Pääkomponenttianalyysin tulosten perusteella keskeisimmiksi faktoreiksi havaittiin 1) mahdollisuudet, 2) mielenterveys, 3) päivittäiset toimet, 4) taloudellinen tilanne, 5) yleinen terveys sekä 6) sosiaaliset suhteet ja ympäristö. Tarkemmin faktorit on esitetty liitteessä (ml. lataukset). Taulukossa ”SPH” tarkoittaa ”Self-Perceived Health”; ”Muu” tarkoittaa, ettei kysymys perustu mihinkään standardoituun PROM-kyselyyn vaan kyseessä on taloudelliseen tilanteeseen tai pitkäaikaisairauksiin liittyvä taustakysymys.

Nämä 6 faktoria selittivät 66,1 % kokonaisvarianssista tutkimuksen aineistossa. Kuuteen faktoriin päädyttiin laittamalla kysymykset latausarvon mukaan laskevaan järjestykseen ja niputtamalla viiden ryhmiin (5 suurinta arvoa per pääkomponentti). Kuuden faktorin jälkeen mielekkäitä faktoreita ei enää muodostunut. Mahdollisuudet muodostavat selkeän oman faktorinsa (viisi kahdeksasta SRC-kyselyn kysymyksestä), jonka kanssa muiden PROM-kyselyiden kysymykset eivät korreloi. Vastaavasti taloudellisen tilanteen kysymykset muodostavat oman faktorinsa, johon mitkään PROM-kyselyiden kysymykset eivät korreloi.

Seuraavaksi tarkastelimme eri mittareiden tuloksia sairaanhoitopiireittäin ja yhteistyöalueittain. Tulosten keskiarvot sairaanhoitopiireittäin ja yhteistyöalueittain on esitetty lisämateriaaleissa (taulukko 8), samoin mittarien keskinäiset korrelaatiokertoimet (taulukko 9), kun vertaillaan mittaustulosten painotettuja keskiarvoja sairaanhoitopiireittäin.

Kuvio 1 esittää kunkin alueen sijalukujen vaihteluvälin, kun alueet on laitettu paremmuusjärjestykseen kunkin mittarin arvon mukaan.



Kuvio 1: Sairaanhoitopiirien sijaluku (1-20) eri mittareilla mitattuna.



Taulukko 4: Tutkimuksessa tunnistetut faktorit, niihin kuuluvat kysymykset sekä mistä kyselystä kysymys on peräisin.

Kysely Kysymys

**Faktori 1: Mahdollisuudet**

SRC Mielestäni mahdollisuuteni... tavoitella onnellisuutta elämässäni ovat

SRC Mielestäni mahdollisuuteni... saavuttaa asioita elämässäni ovat

SRC Mielestäni mahdollisuuteni... kaikki edellä mainitut asiat huomioon ottaen, uskon, että mahdollisuuteni ovat

SRC Mielestäni mahdollisuuteni... älyllisiin virikkeisiin elämässäni ovat

SRC Mielestäni mahdollisuuteni... elää terveellistä elämää, ikäni huomioon ottaen, ovat

**Faktori 2: Mielenterveys**

PROMIS-10 Viimeisten 7 päivän aikana... Miten usein sinua ovat vaivanneet tunne-elämän ongelmat, kuten ahdistuksen, masentuneisuuden tai ärtymyksen tunteet?

EQ-5D AHDISTUNEISUUS / MASENNUS

(muu) Onko sinulla yksi tai useampia seuraavista pitkäaikaissairauksista? Masennus

(muu) Onko sinulla yksi tai useampia seuraavista pitkäaikaissairauksista? Muu mielenterveysongelma

PROMIS-10 Miten arvioit uupumustasi keskimäärin?

**Faktori 3: Päivittäiset toimet**

EQ-5D ITSESTÄÄN HUOLEHTIMINEN

PROMIS-10 Missä määrin suoriudut päivittäisistä fyysisistä toimistasi, kuten kävelystä, portaissa kulkemisesta, ruokakassien kantamisesta tai tuolin siirtämisestä?

EQ-5D Valitse jokaisen otsikon alta YKSI vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa terveyttäsi TÄNÄÄN.

LIKKUMINEN

EQ-5D TAVANOMAISET TOIMINNOT (esim. ansiotyö, opiskelu, kotityö, vapaa-ajan toiminnot)

EQ-5D KIVUT / VAIVAT

**Faktori 4: Taloudellinen tilanne**

(muu) Oletko joskus viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana: Jättänyt taloudellisista syistä osallistumasta

ystävien tapaamiseen, harrastuksiin tai muuhun vapaa-ajan toimintaan?

(muu) Oletko joskus viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana: Joutunut tilanteeseen, että ruokarahat lisivät loppuneet?

(muu) Oletko joskus viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana: Hakenut ruoka-apua sukulaiselta tai tuttavalta?

(muu) Oletko joskus viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana: Hakenut ruoka-apua leipäjonosta tai ruokapankista?

(muu) Kotitaloudella voi olla erilaisia tulonlähteitä ja useammalla jäsenellä tuloja. Kun kotitaloutenne kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tuloilla:

**Faktori 5: Yleinen terveys**

SPH Onko terveydentilasi mielestäsi nykyisin:

PROMIS-10 YLEINEN TERVEYS Sanoisitko että terveytesi on yleensä:

PROMIS-10 YLEINEN TERVEYS Sanoisitko että fyysinen terveytesi on yleensä:

PROMIS-10 YLEINEN TERVEYS Sanoisitko että elämänlaatusi on yleensä:

PROMIS-10 YLEINEN TERVEYS Millaiseksi arvioisit psyykkisen terveytesi, kuten mielialasi ja ajattelukykyisi, yleensä:

**Faktori 6: Sosiaaliset suhteet ja ympäristö**

PROMIS-10 YLEINEN TERVEYS Millaiseksi arvioisit tyytyväisyytesi sosiaaliseen elämääsi ja ihmissuhteisiisi yleensä?

SRC Mielestäni mahdollisuuteni... tyydyttävien sosiaalisten suhteiden solmimiseen elämässäni ovat

PROMIS-10 YLEINEN TERVEYS Millaiseksi arvioisit suoriutumistasi tavallisista sosiaalisista toimistasi ja rooleistasi yleensä? (Tämä sisältää toimet kotona, työssä ja yhteisössäsi sekä vastuut vanhempana, lapsena, puolisona, työntekijänä, ystävänä jne.)

SRC Mielestäni mahdollisuuteni... elää miellyttävässä elinympäristössä (ottaen huomioon koti, työ ja vapaa-aika) elämässäni ovat

SRC Mielestäni mahdollisuuteni... toimia omatuntoni mukaisesti ovat

Taulukko 5: Eri mittarien variaatiokertoimet verrattaessa sairaanhoitopiirejä ja yhteistyöalueita keskenään.

Vertailualueet	Tyytyväisyys elämään (SWB-10:stä)	Mahdollisuudet (SRC)	EQ-5D-5L valuaatio (UK)	PROMIS-10 fyysinen T-arvo	PROMIS-10 psyykinen T-arvo	Yleinen elämänlaatu (PROMIS-10:stä)
sairaanhoitopiirit	6 %	3 %	4 %	3 %	4 %	4 %
yhteistyöalueet	2 %	2 %	1 %	1 %	2 %	2 %

Ensimmäinen sija edustaa vertailujoukon parasta hyvinvoinnin tasoa, 20. huonointa.

Kuviosta 1 nähdään, että Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on systemaattisesti huonoimmassa päässä (sijoitus eri mittareilla 19.-20.), kun taas mm. Kainuu, Lappi ja Pohjois-Karjala ovat parhaassa päässä. Osalla alueista sijoitus vaihtelee mittarista riippuen suuresti, mm. HUS, Etelä-Karjala ja Pohjois-Pohjanmaa ovat mittarista riippuen hyvin eri sijoilla.

Taulukko 5 kuvaa alueittaista vaihtelua variaatiokertoimen (Coefficient of Variation; keskihajonta per keskiarvo) kautta. Sairaanhoitopiirit eroavat toisistaan variaatiokertoimissa johdonmukaisesti enemmän kuin yhteistyöalueet. Sairaanhoitopiirien välillä eroja on erityisesti elämään tyytyväisyyden (Subjective Well-Being) osalta (variaatiokerroin 6 %), muiden mittarien osalta alueellinen vaihtelu on keskenään hyvin samaa kokoluokkaa (3–4 %). Yhteistyöalueittain tarkasteltuna variaatiokertoimet ovat 1–2 %.

Lopuksi tarkastelimme lineaarisen regressiomallinnuksen avulla sosiodemografisten ja sosioekonomisten tekijöiden yhteyksiä koettuun hyvinvointiin. Esittelemme Taulukossa 6 ns. lopullisen malli, jossa kaikki tekijät on laitettu samanaikaisesti malliin selittävinä tekijöinä. Vertailemme näiden tekijöiden suhteellisia merkityksiä eri koetun hyvinvoinnin ulottuvuuksiin eri mittareiden välillä (SRC, EQ-5D, PROMIS, SWB-10), menetelmänä lineaarinen monimuuttajaregressiomallinnus. Taulukossa on esitetty lopullisen mallin regressiokertoimet (B) ja niiden keskivirheet (SE) sekä tilastollinen merkitsevyys (p-arvo). Kertoimien vertailuluokat on merkitty ”ref.” lyhenteellä. Tulosten perusteella havaitsemme sekä yhdenmukaisuuksia että eroavaisuuksia koetun hyvinvoinnin taustalla olevista sosiodemografisista ja sosioekonomisista tekijöistä eri mittareiden välillä.

Naisilla oli miehiä parempi toimijuuden kokemus (SRC) ja yleinen elämänlaatu (PROMIS-10, yleinen elämänlaatu -kysymys) ja he

olivat myös tyytyväisempiä elämäänsä kuin miehet (SWB-10:n kysymys). Naisilla oli kuitenkin matalammat arvot elämänlaadussa (EQ-5D) ja fyysisessä terveydessä (PROMIS-10 fyysinen ulottuvuus). Korkeampi ikä oli johdonmukaisesti yhteydessä parempaan koettuun hyvinvointiin lähes kaikilla mittareilla mitattuna. Perhemuoto ei näyttänyt olevan johdonmukaisesti yhteydessä koettuun hyvinvointiin. Ainoastaan lapsettomassa parisuhteessa oleminen oli myönteisesti yhteydessä psyykkiseen terveyteen (PROMIS-10 psyykinen ulottuvuus) ja parempaan yleiseen elämänlaatuun (PROMIS-10 yleinen elämänlaatu) verrattuna yksineläviin. Myös perhe, joka koostui vain aikuisista, oli yhteydessä parempaan yleiseen elämänlaatuun (PROMIS-10:n yhdellä kysymyksellä mitattuna).

Sosioekonomisten tekijöiden yhteydet koettuun hyvinvointiin olivat sosiodemografisiin tekijöihin verrattuna paljon johdonmukaisempia. Korkea koulutus oli johdonmukaisesti yhteydessä parempaan koettuun hyvinvointiin lähes kaikilla mittareilla mitattuna verrattuna matalaan koulutukseen; vaikka joillakin mittareilla yhteys ei ollut tilastollisesti merkitsevä, oli suunta sama. Samoin mitä korkeammat kotitalouden tulot (ennen veroja) vastaajalla oli, sitä paremmaksi arvioitiin koettu hyvinvointi, joskaan yhteys ei ollut tilastollisesti merkitsevä matalan tulotason ryhmillä. Johdonmukaisesti myös työttömät kokivat hyvinvointinsa heikommaksi ja opiskelijat paremmaksi verrattuna työssäkäyviin.

## POHDINTA

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella sitä, miten hyvin yleisimmin käytetyt terveyteen liittyvän elämänlaadun ja laajemmin koetun hyvinvoinnin mittarit kattavat hyvinvoinnin eri ulottuvuuksia, ja miten ne suhtautuvat toisiinsa. Lisäksi tarkastelimme näiden mittareiden avulla hyvinvointialueiden väestöjen koetun hyvinvoinnin tilannetta ja tarpeita sekä tutkimme koetun hyvinvoinnin taustalla olevia sosiodemografisia

Taulukko 6. Sosiodemografisten ja sosioekonomisten tekijöiden yhteydet koettuun hyvinvointiin.

	Tyytyväisyys elämään			Koettu toimijuus			Elämälaatu			Fyysinen terveys			Psykykinen terveys			Yleinen elämälaatu		
	SWB-10			SRC			EQ-5D-5L			PROMIS-10 fyysinen T-arvo			PROMIS-10 psykykinen T-arvo			PROMIS-10		
	β (SE)	P arvo	β (SE)	P arvo	β (SE)	P arvo	β (SE)	P arvo	β (SE)	P arvo	β (SE)	P arvo	β (SE)	P arvo	β (SE)	P arvo		
Vakio	4,846 (0,272)	<0,001	32,719 (1,103)	<0,001	0,745 (0,026)	<0,001	47,557 (1,216)	<0,001	39,142 (1,373)	<0,001	2,770 (0,143)	<0,001						
Sukupuoli (naiset)	<b>0,267 (0,075)</b>	<0,001	<b>1,462 (0,304)</b>	<0,001	<b>-0,021 (0,007)</b>	0,003	<b>-1,117 (0,335)</b>	0,001	-0,486 (0,378)	0,199	<b>0,128 (0,039)</b>	0,001						
Ikä (jatk.)	<b>0,027 (0,003)</b>	<0,001	<b>0,026 (0,013)</b>	0,044	<b>0,001 (&lt;0,001)</b>	<0,001	0,009 (0,014)	0,51	<b>0,119 (0,016)</b>	<0,001	<b>0,003 (0,002)</b>	0,044						
Perhemuoto																		
Sinkku	ref.		ref.		ref.		ref.		ref.		ref.							
Parisuhteessa, ei lapsia	0,119 (0,106)	0,263	0,393 (0,431)	0,361	-0,013 (0,010)	0,196	-0,638 (0,475)	0,18	<b>1,199 (0,537)</b>	0,026	<b>0,169 (0,056)</b>	0,003						
Perhe, vain aikuisia	0,102 (0,120)	0,397	0,079 (0,487)	0,871	-0,013 (0,011)	0,267	-0,880 (0,537)	0,101	0,739 (0,606)	0,223	<b>0,133 (0,063)</b>	0,036						
Lapsiperhe	0,064 (0,120)	0,596	-0,343 (0,487)	0,482	-0,012 (0,011)	0,297	-0,858 (0,537)	0,11	0,397 (0,606)	0,513	0,046 (0,063)	0,471						
Koulutus																		
Matala	ref.		ref.		ref.		ref.		ref.		ref.							
Keskitaso	0,195 (0,160)	0,225	0,854 (0,650)	0,189	-0,006 (0,015)	0,675	0,532 (0,717)	0,458	0,581 (0,809)	0,473	0,072 (0,084)	0,395						
Korkea	0,310 (0,164)	0,059	<b>1,818 (0,666)</b>	0,006	0,016 (0,015)	0,301	<b>1,817 (0,734)</b>	0,013	1,192 (0,829)	0,151	<b>0,206 (0,087)</b>	0,018						
Kotilouden tulot (ennen veroja), €																		
≤10,000	ref.		ref.		ref.		ref.		ref.		ref.							
10,001–20,000	0,163 (0,196)	0,408	0,423 (0,797)	0,596	-0,021 (0,019)	0,26	-1,317 (0,878)	0,134	-0,258 (0,992)	0,795	0,007 (0,104)	0,948						
20,001–30,000	0,425 (0,208)	0,041	1,126 (0,845)	0,183	0,027 (0,020)	0,166	1,149 (0,931)	0,217	0,923 (1,052)	0,380	0,145 (0,110)	0,185						
30,001–40,000	<b>0,617 (0,206)</b>	0,003	1,904 (0,838)	0,023	0,030 (0,019)	0,125	1,419 (0,923)	0,124	1,280 (1,043)	0,220	0,181 (0,109)	0,096						
40,001–50,000	<b>0,808 (0,213)</b>	<0,001	<b>2,971 (0,863)</b>	0,001	0,031 (0,020)	0,116	<b>1,925 (0,951)</b>	0,043	<b>3,290 (1,074)</b>	0,002	<b>0,350 (0,112)</b>	0,002						
50,001–60,000	<b>0,936 (0,217)</b>	<0,001	<b>3,748 (0,882)</b>	<0,001	0,037 (0,021)	0,071	<b>2,234 (0,973)</b>	0,022	<b>2,983 (1,098)</b>	0,007	<b>0,334 (0,115)</b>	0,004						
60,001–70,000	<b>1,140 (0,230)</b>	<0,001	<b>4,742 (0,932)</b>	<0,001	<b>0,065 (0,022)</b>	0,003	<b>3,670 (1,027)</b>	<0,001	<b>4,054 (1,159)</b>	<0,001	<b>0,436 (0,121)</b>	<0,001						
70,001–80,000	<b>0,763 (0,243)</b>	0,002	<b>3,583 (0,987)</b>	<0,001	<b>0,033 (0,023)</b>	0,153	<b>1,393 (1,088)</b>	0,200	<b>2,504 (1,228)</b>	0,042	<b>0,315 (0,128)</b>	0,014						
80,001–90,000	<b>1,055 (0,246)</b>	<0,001	<b>5,264 (1,000)</b>	<0,001	<b>0,082 (0,023)</b>	0,000	<b>3,797 (1,102)</b>	0,001	<b>4,600 (1,245)</b>	<0,001	<b>0,555 (0,130)</b>	<0,001						
>90,000	<b>1,216 (0,229)</b>	<0,001	<b>6,214 (0,951)</b>	<0,001	<b>0,080 (0,022)</b>	0,000	<b>5,146 (1,026)</b>	<0,001	<b>5,353 (1,159)</b>	<0,001	<b>0,674 (0,121)</b>	<0,001						
Ei halua kertoa	<b>0,754 (0,206)</b>	<0,001	<b>3,036 (0,834)</b>	<0,001	<b>0,040 (0,019)</b>	0,039	<b>1,828 (0,919)</b>	0,047	<b>2,357 (1,038)</b>	0,023	<b>0,246 (0,108)</b>	0,023						
Ammattiasema																		
Työssä	ref.		ref.		ref.		ref.		ref.		ref.							
Työtön	<b>-0,916 (0,167)</b>	<0,001	<b>-3,146 (0,678)</b>	<0,001	<b>-0,054 (0,016)</b>	0,001	<b>-2,024 (0,747)</b>	0,007	<b>-3,580 (0,844)</b>	<0,001	<b>-0,422 (0,088)</b>	<0,001						
Eläkkeellä	<b>-0,277 (0,110)</b>	0,012	<b>-0,825 (0,446)</b>	0,064	<b>-0,057 (0,010)</b>	<0,001	<b>-1,491 (0,491)</b>	0,002	<b>-1,543 (0,555)</b>	0,005	<b>-0,175 (0,058)</b>	0,003						
Opiskelijat ja muut	<b>0,295 (0,139)</b>	0,033	<b>2,119 (0,562)</b>	<0,001	0,012 (0,013)	0,347	<b>2,283 (0,620)</b>	<0,001	0,648 (0,700)	0,354	<b>0,161 (0,073)</b>	0,028						

ja sosioekonomisia tekijöitä eri mittareilla mitattuna. Tutkimuksen päätulokset voidaan vetää yhteen seuraavasti: tarkastellut mittarit kattavat hyvin eri tavalla hyvinvoinnin eri ulottuvuudet, toiset suppeammin ja toiset laajemmin. Aineistosta havaitsimme hyvinvoinnin keskeisimmiksi komponenteiksi kuusi faktoria, jotka olivat mahdollisuudet, mielenterveys, päivittäiset toimet, taloudellinen tilanne, yleinen terveys sekä sosiaaliset suhteet ja ympäristö. Tulosten perusteella sairaanhoitopiirien väliset erot eri koetun hyvinvoinnin mittareilla olivat suurempia kuin niistä koostuvien yhteistyöalueiden erot. Lisäksi hyvää koettua hyvinvointia näyttäisi aineistomme perusteella ennustavan korkea ikä, koulutus ja kotitalouden tulotaso sekä hyvät toimintamahdollisuudet. Tarkastelemme seuraavaksi näitä päätuloksia tarkemmin ja vertailemme niitä hyvinvoinnin määritelmään ja aikaisempaan tutkimukseen, sekä vedämme yhteen tuloksiin perustuvat suositukset ja jatkotutkimustarpeet.

Tarkastellut terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarit kattoivat hyvin eri tavalla hyvinvoinnin moniulotteisuuden, edes perinteistä terveyden kolmijakoa ajatellen (fyysinen, psyykinen, sosiaalinen). EQ-5D ei huomioi sosiaalista ulottuvuutta lainkaan, kun PROMIS-10 taas sisältää kaksi kysymystä sosiaalisesta dimensioista. Tämän perusteella PROMIS-10 on terveyden dimensioiden kannalta kattavampi. Haasteena väestön terveyden seurannan ja arvioinnin kannalta on kuitenkin se, ettei PROMIS-10 anna yleisen terveyden vertailulukua. Tällainen olisi mahdollista kehittää preferenssitutkimuksen avulla, mutta tällöinkin kunkin mittarin kattamat dimensiot on huomioitava. Aikaisemmassa tutkimuksessa on todettu, että eri mittarien antamat utiliteettiarvot poikkeavat toisistaan, mikä selittyy mm. mittarien kattamilla eri dimensioilla (21, 31). Tutkimuksemme tuloksien perusteella EQ-5D:n valuaation keskiarvo koko aineistossa oli 0,81, mikä on varsin korkea huomioiden mittarin vaihteluvälin 0-1. Aineistossa täydellisen koetun terveyteen liittyvän elämänlaadun raportoi 24 % vastanneista. Aiemmissä tutkimuksissa on todettu EQ-5D-5L:llä olevan terveessä populaatiossa tai koko väestössä käytettynä (31, 32) merkittävä kattoefekti, eli suhteellisen suuri osa väestöstä saa suurimman mahdollisen valuaation. Tämä näyttää pitävän paikkansa tässäkin aineistossa.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltujen mittarien kysymyksistä ja käytettävissä olleista taustatiedoista voitiin aineiston perusteella koostaa kuusi selkeää faktoria: mahdollisuudet, mielenterveys, päivittäiset toimet, taloudellinen tilanne, yleinen terveys sekä sosiaaliset suhteet ja ympäristö. Näistä aineistosta havaituista faktoreista vahvimmin keskenään korreloivat terveyden ja hyvinvoinnin mahdollisuuksiin liittyvät kysymykset, kun taas muiden kyselyiden kysymykset eivät latautuneet samaan faktoriin. Tämä tarkoittaa tulosten valossa sitä, että emme voi arvioida vastanneiden kokemia toimintamahdollisuuksia terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarien avulla. Aikaisemman tutkimuksen perusteella toimintamahdollisuuksille on ehdotettu keskeistä rooli hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannalta (7-11), erityisesti heikommassa asemassa olevissa ryhmissä. Analyysien perusteella myös taloudellinen tilanne jää näissä käytetyissä koetun hyvinvoinnin kyselyissä huomiotta. Toisaalta mallinnuksemme perusteella juuri korkeilla kotitalouden tuloilla oli merkittävä myönteinen yhteys koettuun hyvinvointiin, useilla eri kyselyillä mitattuna. Näiden tulosten valossa onkin harkittava, onko taloudellinen tilanne koetun hyvinvoinnin kannalta keskeinen taustatekijä vai itse asiassa lopputulosmuuttuja tai molempia: absoluuttinen tulotaso ja koettu taloudellinen hyvinvointi. Analyysimme joka tapauksessa viittaavat siihen, että toimintamahdollisuuksia mittaava SRC-kysely täydentää hyvin terveyteen liittyvän elämänlaadun kyselyitä ja ottaa huomioon näitä paremmin myös sosiaalisen hyvinvoinnin ja mahdollisuuksien dimensiot yleisen terveyden, mielenterveyden ja päivittäisen toimintakyvyn rinnalla.

Aiemmissä tutkimuksissa hyvinvointiin on havaittu kuuluvan valtavasti erilaisia osa-alueita (7-11). Tässä tutkimuksessa olemme vertailleet mittareita varsin ylätasoisten dimensioiden suhteen (sosiaalinen, fyysinen, psyykinen). Hyvinvointi on määritelmällisesti kuitenkin tätä laajempi (esim. WHO). Voi olla, että tunnistettujen kuuden faktorin lisäksi mittareiden olisi hyvä ottaa vielä muitakin hyvinvoinnin osa-alueita huomioon. Kuitenkin on huomioitava myös se, että mitä enemmän asioita yritetään mitata, sitä enemmän se vaatii työpanosta ja toisaalta esimerkiksi kyselyiden vastausprosentit laskevat. Joka tapauksessa pelkkä fyysiseen ja psyykkiseen

dimensioon rajautuminen hyvinvoinnin arvioissa näyttää tämän tutkimuksen perusteella jäävän kapeaksi.

On huomattava, että tämän tutkimuksen aineistonkeruu toteutettiin ennen hyvinvointialueiden aloitusta. Tulokset eivät siis kuvaa hyvinvointialueiden toimintaa vaan väestön tilannetta alueilla, jotka sittemmin muodostivat kunkin hyvinvointialueen. Odotetusti sairaanhoitopiirien väliset erot ovat suurempia kuin niistä koostuvien yhteistyöalueiden. Tämä on johdonmukaista aikaisemman tutkimuksen kanssa, jossa havaittiin, että hyvinvointi (esim. Helsinki ja muu Uusimaa) ja huono-osaisuus (esim. Kymenlaakso, Kainuu) kasautuvat epäoikeudenmukaisesti tietyille alueille, minkä taustalla voi olla väestöprofiiliin (esim. ikääntyneiden, matalasti koulutettujen, työttömien määrä) tai palvelurakenteeseen liittyviä tekijöitä, mutta myös huono-osaisuuden ylisukupolvista kasautumista (13, 22). Toisaalta alueellisen vertailun tulokset tässä tutkimuksessa ovat osin ristiriidassa aiempien tulosten kanssa (mm. Kainuu sijoittui tässä aineistossa kärkipäähän). Tulokset selittynevät osin sillä, että tutkimuksessa tehtiin otanta ja lukumäärät sairaanhoitopiiriä kohti jäivät pieniksi – niinpä tämän tutkimuksen valossa ei voida tehdä voimakkaita johtopäätöksiä hyvinvoinnin tasosta eri alueilla. Sen sijaan alueellisten tulosten osalta olennaista on huomata, että tulokset riippuvat osin käytetystä mittarista: osa alueista on systemaattisesti parhaassa tai huonoimmassa päässä kaikilla mittareilla, toisilla taas sijoitus vaihtelee suuresti mittarista riippuen. Hyvinvointialueita vertailtaessa on pidettävä mielessä, että tulokset voivat riippua käytetystä mittarista.

Kun hyvinvointialueilla aletaan mitata terveyttä ja hyvinvointia, on kerättävä sen kokoisia otoksia, että satunnaisuuden aiheuttamat vaihtelut eivät aiheuta virhetulkintoja tuloksissa. Tulokset myös osoittavat, että keskiarvotasolla voidaan hahmottaa tiettyjä alueellisia eroavaisuuksia, mutta todennäköisesti hyödyllisempää on puretua nimenomaan hyvinvoinnin eroihin: etenkin hyvinvointia selittäviin tekijöihin ja toisaalta huonoksi koettuun hyvinvointiin. Näitä tunnistamalla voidaan paremmin suunnata toimenpiteitä hyvinvoinnin parantamiseksi.

Mallinnuksemme perusteella työmarkkina-asema ja kotitalouden tulotaso olivat keskeisimmät koettuun hyvinvointiin vaikuttavat

tekijät kaikilla eri mittareilla tarkasteltuna. Tämän lisäksi myös korkea koulutustaso oli melko johdonmukaisesti yhteydessä parempaan elämänlaatuun tai hyvinvointiin. Nämä ovat johdonmukaisia aikaisemman tutkimuksen kanssa, jossa on tarkasteltu sosioekonomisten tekijöiden, kuten koulutuksen, tulotason ja ammattiaseman, yhteyksiä terveyteen ja hyvinvointiin (7-11). Tuloksista vedettävien johtopäätösten näkökulmasta on kuitenkin hyvä huomioida, etteivät työllisyys, koulutus ja taloudellinen tilanne ole suoraan hyvinvointialueen järjestämien palveluiden vaikutuspiirissä. Nämä tekijät lienee syytä huomioida yksilöllistä palvelutarvetta arvioitaessa, koska niillä on tärkeä merkitys kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin määrittämisessä (ibid.). Jos näiden tekijöiden vaikutusta elämänlaadun mitaustuloksiin ei huomioida, päädytään helposti tuhlaamaan resursseja, kun terveydenhuollon keinoin pyritään paikkaamaan palvelutarvetta, jonka ytimessä on työllisyys ja toimeentulo. Näitä tietoja hyödyntämällä voidaan myös rakentaa yhteistä tavoitetilaa kuntien ja hyvinvointialueen välille, kun väestö on yhteinen.

Tulostemme perusteella korkea ikä korreloi paremman hyvinvoinnin kanssa. Tämä ei näytä sopivan yleisesti tunnettuun hyvinvoinnin U-käyrään (33), jonka mukaan hyvinvointi on matalimmillaan keski-ikässä ja korkeampi sitä ennen ja jälkeen. Löydöstä selittänee osaltaan tutkimuksen otannan ikähaarukka, joka oli 18-79 – lapset ja vanhimmat ikäryhmät siis puuttuvat tästä aineistosta.

#### TUTKIMUKSEN RAJOITUKSET JA VAHVUUDET

Tutkimuksen tulosten tulkinnaissa on hyvä huomioida seuraavat rajoitukset. Ensinnäkin, tutkimuksen aineistossa hyödynnettiin useita erilaisia standardoituja kyselyitä, josta seurasi se, että kyselylomake oli varsin pitkä. Tämä on voinut vaikuttaa siihen, että osa vastaajista ei ole jaksanut keskittyä ohjeisiin loppuun asti. Tästä yhtenä esimerkkinä on kipuun liittyvä kysymys, johon on vastattu hieman eri tavalla eri osakyselyissä. PROMIS-10-kyselyssä kipua kysyttiin (kuten terveydenhuollossa on tapana) skaalalla 1-10, jossa 10 kuvaa äärimmäistä kipua. Useimmissa muissa kysymyksissä taas suurempi arvo kuvasi parempaa tilannetta, joten lienee mahdollista, että osa vastaajista on käsittänyt skaalan väärin päin. Näitä epäloogisia vastauksia löytyi varsin

monelta vastaajalta, mutta päädyimme ottamaan kaikki vastaukset mukaan analyyseihin, koska kullakin vastaajalla tyypillisesti oli enintään yksi tällainen epäloogisuus vastauksissaan. Toisin sanoen, vastaajien joukosta ei voitu erottaa kautta linjan epäjohdonmukaisesti vastanneita vastaajia, vaan epäjohdonmukaisuudet olivat yksittäisiä. Toiseksi, EQ-5D-5L-mittarista ei ole olemassa suomalaisella väestöllä toteutettua painotusta, joten oli käytettävä jonkin muun maan valuaatioita. Päädyimme käyttämään Iso-Britannian valuaatioita, koska suomalaisessa tutkimuksessa on usein käytetty niitä (mm. 21, 31). On huomioitava, että osan sairaanhoitopiireistä osalta otos on varsin pieni. Vaikkakin painokertoimien avulla tulokset saadaan alueittain edustaviksi, voivat mm. Keski-Pohjanmaan keskiarvoa huonommat tulokset johtua sattumasta, otoskoon ollessa vain 32.

Kaikesta huolimatta tämän tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää laajaa ja alueellisesti edustavaa otantaa, sekä useiden koetun hyvinvoinnin kyselyiden käyttöä samassa otoksessa. Tämä mahdollistaa ainutlaatuisella tavalla eri mittarien vertailun keskenään ja niiden sisältämien kysymysten keskinäisten korrelaatioiden vertailun.

#### JOHTOPÄÄTÖKSET

Johtopäätöksenä, huomioiden tutkimuksen päätulokset ja niiden suhtautuminen edellä käsiteltyyn aikaisempaan tutkimukseen sekä hyvinvoinnin määritelmään, voidaan sanoa, että hyvinvoinnin arvioinnissa on tärkeä tunnistaa sen moniulotteisuus. Tarkasteltujen koetun hyvinvoinnin mittareiden välillä on merkittäviä eroja ja ne voivat vaikuttaa lopputuloksiin ja tulkintaan. Tämä on syytä ottaa huomioon, kun valitaan mittareita hyvinvoinnin seurantaan sekä arvioimiseen. Tutkimuksen tulosten perusteella toi-

mintamahdollisuuksien huomioiminen täydentää hyvin terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareita ja lisää sosiaalisen hyvinvoinnin näkökulmaa. Tämän lisäksi hyvinvoinnin operationalisointi eri dimensioihin ja taustatekijöiden huomioiminen auttavat hyvinvointialueita suuntaamaan palveluita huomioiden hyvinvointialueiden rooli sekä niiden vaikutusmahdollisuudet hyvinvointia ylläpitävien ja edistävien toimenpiteiden suunnitteluun. Tulevissa tutkimuksissa on syytä aiempaa enemmän huomioida koetun hyvinvoinnin mittaamisen haasteet, tarkastella hyvinvointia sekä subjektiivisten että objektiivisten mittareiden avulla, unohtamatta hyvinvoinnin edellytysten tarkastelua (esim. sosiodemografiset ja sosioekonomiset tekijät, toimintamahdollisuudet sekä laajemmin yhteiskunnan rakenteisiin liittyvät tekijät). Tässä tutkimuksessa havaittujen yhteyksien kausaalisuus eri tekijöiden ja koetun hyvinvoinnin välillä tulisi myös varmistaa hyödyntäen esimerkiksi kokeellisia tutkimusasetelmia.

#### RAHOITTAJAT:

Mäki-Opasta rahoittavat artikkelin kirjoittamishetkellä Euroopan sosiaalirahasto (Mieliteko-ohjelma), STM (Kainuun Tulevaisuuden SOTE-hanke, Sostyö-Terva -hanke, SOLA 2.0 -hanke). Lisäksi aineiston keruuta rahoitti Sakari Alhopuron säätiö.

#### KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Torkki ja Mäki-Opas kehittivät tutkimuksen alkuperäisen idean. Torkki, Mäki-Opas ja Martikainen kehittivät kyselylomakkeen. Pitkänen teki aluevertailun. Lavikainen teki regressioanalyysin. Nuutinen teki pääkomponenttianalyysin. Kaikki kirjoittajat osallistuivat artikkelin kirjoittamiseen ja hyväksyivät lopullisen käsikirjoituksen.

**Pitkänen, L. J., Torkki, P., Martikainen, J., Nuutinen, M., Kauppi, K. Lavikainen, P., Mäki-Opas, T. Subjective well-being of the population in wellbeing services counties – what does it consist of? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2024; 61: 47–60.**

Many different kinds of measures are needed to describe well-being in a multidimensional way. It is useful to understand what added value each measure brings, and how the measures differ from each other. The objectives of this study were to examine: 1) which dimensions are included in each questionnaire and how they relate to each

other, 2) what kind of well-being differences there are between populations of wellbeing services counties, and 3) how sociodemographic and socioeconomic factors contribute to well-being.

A survey of 2187 Finnish adults was conducted, including data on their experienced well-being, health and quality of life, experienced capa-

bilities, and background data (age, sex, marital status, socioeconomic status, chronic illnesses etc.). The data was analyzed through descriptive statistical methods, principal component analysis and multivariate regression analysis.

Six factors were formed, two of which (capabilities and economic situation) are not covered by health-related quality of life questionnaires. High age, high education, and high household income correlated with better quality of life.

It is important to consider the many dimensions of well-being, especially when choosing metrics, which influences the results and their interpretation. Capabilities are a dimension

that complements health-related quality of life measurement, and also includes a social aspect. By embracing the multidimensional nature of well-being and factors affecting it, the wellbeing service counties can better allocate their resources in a way that accounts for the various needs and life situations of their population.

**Keywords:** Quality of life, health, wellbeing, well-being services county.

---

Saapunut (27.10.2022)

Hyväksytty (09.08.2023)

## LÄHTEET

- (1) WHO, Constitution of the World Health Organization. 1948 / 2006. Viitattu 20.10.2022. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- (2) Huber M, Knottnerus JA, Green L, ym. How should we define health? *BMJ* 2011, Jul 26;343:d4163. doi: 10.1136/bmj.d4163.
- (3) Kauppi K, Vanhala A, Roos E, ym. Assessing the structures and domains of wellness models: A systematic review. *Int J wellbeing* 2023;13:2. DOI: <https://doi.org/10.5502/ijw.v13i2.2619>
- (4) Voukelatou V, Gabrielli L, Miliou I ym. Measuring objective and subjective well-being: dimensions and data sources. *Int J Data Sci Anal* 2021;11:279–309 DOI: <https://doi.org/10.1007/s41060-020-00224-2>
- (5) WHO, The Geneva Charter for Well-being. Viitattu 20.10.2022. <https://www.who.int/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being>
- (6) Veenhoven R. The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. *J Happiness Stud* 2000;1:1–39. <https://doi.org/10.1023/A:1010072010360>
- (7) Van Der Maesen LJG, Walker A. *Social Quality. From Theory to Indicators*. New York: Palgrave Macmillan; 2012. <https://doi.org/10.1007/978-0-230-36109-6>
- (8) Marmot M. *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*. Bloomsbury: Bloomsbury; 2015. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00150-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00150-6)
- (9) Pieper R, Karvonen S, Vaarama M. The SOLA Model: A Theory-Based Approach to Social Quality and Social Sustainability. *Soc Indic Res*. 2019 <https://doi.org/10.1007/s11205-019-02127-7>
- (10) Vaarama M, Mäki-Opas T. Systemisellä ja osallistavalla otteella parempaan yhteiskunnan sosiaaliseen laatuun ja yksilöiden elämänlaatuun. *Focus Localis* 2020;4:65–85.
- (11) Mäki-Opas T, Pieper R, Vaarama M. Exploring the capability approach to quality of life in disadvantaged groups. *Scientific reports* 2022; 15248, <https://doi.org/10.1038/s41598-022-18877-3>
- (12) Uusitalo H, Simpura J, Saari J, ym. Hyvinvoinnin muutos ja pysyvyys. *Viro: INTO*; 2022.
- (13) Kestilä L, Karvonen S. Suomalaisen hyvinvointi 2018, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Teema 31, 2019. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-256-7>
- (14) Helne T. Edelläkävijä Erik Allardt: Miksi Allardtin hyvinvointiajattelu sopii nimenomaan kestävään hyvinvoinnin tutkimukseen. *Yhteiskuntapolitiikka* 2022;88:2
- (15) Martela F. Hyvinvoinnin mittausta edellyttää hyvinvoinnin teoriaa – Erik Allardtin hyvinvoinnin oluuttudet päivitettyinä nykyaikaan. *Yhteiskuntapolitiikka* 2022;87:5–6
- (16) Diener E, Suh E, Lucas R, Smith H. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*. 1999;125:276–302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- (17) Gregory D, Johnston R, Pratt G, Watss M, Whatmore S. *Quality of life*. Dictionary of Human Geography. 5th edn. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009.
- (18) WHO. Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref QoL assessment. *The WHOQOL Group. Psychol Med*. 1998;28(3):551-8. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
- (19) Räsänen P. Routine Measurement of Health-Related Quality of Life in Assessing Cost-effectiveness in Secondary Health Care. *STAKES, Research Report* 163.
- (20) Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, ym. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford university press, 2015, 4. painos.
- (21) Heiskanen J. Hoitoilmoitusrekisterin ja



- sairaalassa kerätyn terveyteen liittyvän elämänlaatumiedon luotettavuus ja hyödynnettävyys sepelvaltimotaudin reaskularisaatiohoitojen arvioinnissa. Publications of the University of Eastern Finland – Dissertations in Health Sciences 713. 2022
- (22) Parikka S, Koskela T, Ikonen J, ym. Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2020. Verkkójulkaisu: thl.fi/finnote
- (23) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Sotokuva, viitattu 18.10.2022. www.sotokuva.fi,
- (24) Valtioneuvosto, Sote-uudistus, viitattu 20.5.2023. https://soteuudistus.fi/vaikutukset-henkilostoon
- (25) Hujala A & Taskinen H (toim.), Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere: Tampere University Press, 77–128, 2020. https://doi.org/10.61201/tup.736
- (26) Hofmann K, Schori D, Abel T. Self-Reported Capabilities Among Young Male Adults in Switzerland: Translation and Psychometric Evaluation of a German, French and Italian Version of a Closed Survey Instrument. Soc Indic Res 2012. DOI 10.1007/s11205-012-0170-1
- (27) TOIMIA-verkosto, PROMIS Yleinen terveys v1.2 (Global Health) / 10 kysymystä, Ohjeet raakatulosten muuntamiseksi standardoiduiksi T-tuloksiksi. viitattu 20.10.2022 https://www.terveysportti.fi/xmedia/tmm/tmm00195\_PROMIS\_Yleinen\_terveys\_Ohjeet\_pisteiden\_laskemiseen.pdf
- (28) Abdi H, Williams LJ. Principal component analysis. Wiley Interdisciplinary Reviews: Computational Statistics. 2010;2(4):433–459. https://doi.org/10.1002/wics.101
- (29) Kolenikov S, Angeles G. Socioeconomic status measurement with discrete proxy variables: Is principal component analysis a reliable answer? Review of Income and Wealth 2009, 3;55(1):128–165. https://doi.org/10.1111/j.1475-4991.2008.00309.x
- (30) TOIMIA-verkosto, PROMIS Yleinen terveys. viitattu 20.10.2022 https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tmm00195/
- (31) Feng YS, Kohlmann T, Janssen MF, ym. Psychometric properties of the EQ-5D-5L: a systematic review of the literature. Quality of Life Research 2021; 30(3), 647-673. https://doi.org/10.1007/s11136-020-02688-y
- (32) Teni FS, Gerdtham UG, Leidl R, ym. Inequality and heterogeneity in health-related quality of life: findings based on a large sample of cross-sectional EQ-5D-5L data from the Swedish general population. Qual Life Res 2022, 31:697–712. https://doi.org/10.1007/s11136-021-02982-3
- (33) Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. Lancet 2015; 385: 640–48. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0

Laura J. Pitkänen  
 LK, KTM, väitöskirjatutkija  
 Helsingin yliopisto  
 Lääketieteellinen tiedekunta  
 Kansanterveystieteen osasto

Paulus Torkki  
 TkT, apulaisprofessori  
 Helsingin yliopisto  
 Lääketieteellinen tiedekunta  
 Kansanterveystieteen osasto

Janne Martikainen  
 FT (terveystaloustiede), professori  
 (lääketaloustiede),  
 Itä-Suomen yliopisto  
 Terveystieteiden tiedekunta  
 Farmasian laitos

Mikko Nuutinen  
 TkT, Senior Data Scientist  
 Nordic Healthcare Group

Krista Kauppi  
 DI, terveystieteiden maisteri, väitöskirjatutkija  
 Helsingin yliopisto  
 Lääketieteellinen tiedekunta  
 Kansanterveystieteen osasto

Piia Lavikainen  
 FT, dosentti  
 Itä-Suomen yliopisto  
 Terveystieteiden tiedekunta  
 Farmasian laitos

Tomi Mäki-Opas  
 FT, professori  
 Itä-Suomen yliopisto  
 Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta  
 Yhteiskuntatieteiden laitos



## Mielenterveys ja nimby – suomalaisen väestön suhtautuminen mielenterveysongelmiin

Tutkimuksessa tarkastelemme suomalaisen väestön suhtautumista mielenterveysongelmiin sosiaalisen etäisyyden ja Not in my backyard (nimby) -ilmiön näkökulmista. Tutkimme väestön suhtautumista masennusta, skitsofreniaa tai päihdehäiriötä sairastaviin naapureina sekä heille suunnattujen asumisyksiköiden rakentamiseen naapurustoon.

Aineistona on vuonna 2020 kerätty Mielenterveysbarometrikysely, johon vastasi 2231 suomalaista. Aineisto analysoitiin käyttämällä ristiintaulukointia ja siihen liittyvää  $\chi^2$  – tai Fisherin eksaktia testiä sekä binääristä logistista regressioanalyysiä.

Väestön suhtautuminen mielenterveysongelmiin paljastui monisyiseksi ja muuttuvaksi ilmiöksi. Asenteet vaihtelivat sairauden ja ongelman mukaan, ja ne olivat yhteydessä erilaisiin sosioekonomisiin tekijöihin, elämäntilanteisiin, elinympäristöihin ja arvoihin. Kielteisiä asenteita selittivät selkeästi oikeistoon sijoittuva arvotausta ja se, ettei yksilöllä ole kokemusta mielenterveysongelmasta.

Tuloksemme korostavat yhteiskunnan polarisoitumisen ja eriarvoistumisen ehkäisyn merkitystä mielenterveysongelmiin kohdistuvan stigman poistamisessa ja sen varmistamisessa, että kuntoutujiille voidaan järjestää heidän tarvitsemansa palvelut. Stigman ja nimby-ilmiö syvempi ymmärtäminen on keskeistä stigman poistamisessa ja palvelujen kehittämisessä.

**ASIASANAT:** mielenterveys, sosiaalinen etäisyys, nimby, stigma

**PÄIVI RISSANEN, SARI JURVANSUU, JANNE JALAVA**

### YDINASIAT

- Nimby-ilmiötä on selitetty turvallisuuden tunteella ja asuntojen arvon alenemisella.
- Tutkimus osoitti, että mielenterveysongelmiin liittyvä stigma on moniulotteinen ilmiö.
- Asenteita selittävät sosioekonomiset tekijät vaihtelevat mielenterveysongelmien mukaan.
- Oikeistoon suuntautuva arvomaailma on selkeästi yhteydessä kielteisiin asenteisiin.
- On tarjottava paikkoja eri väestöryhmien kohtaamisille ja vuorovaikutukselle.

### JOHDANTO

Mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvään stigmaan on kiinnitetty kasvavaa huomiota viime vuosina. Poliitiikkatason esimerkkejä tästä ovat mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyoh-

jelma vuosille 2020–2030 (1) sekä päihde- ja riippuvuusstrategia (2), joiden yhteisenä teemana on mielenterveys-, päihde- ja riippuvuusongelmiin liittyvän syrjinnän ja leimautumisen vastaisen työn tukeminen (2, 14). Psykkisiin sairauksiin kohdistuvia ennakkoluuloja vastaan on järjestetty kampanjoita, ja ihmiset kertovat mielenterveysongelmistaan yhä avoimemmin. Psykoterapiakeskuksen tietomurtoa koskevassa julkisessa keskustelussa korostettiin sitä, ettei avun hakeminen mielenterveysongelmiin ole hävettävää, päinvastoin. Suuren yleisön lukutaito suhteessa psykkisiin sairauksiin on parantunut ja lisääntynyt tieto mielenterveysongelmista on maldaltanut kynnystä hakea ammattiapua. Tästä huolimatta negatiiviset asenteet ovat säilyneet huolestuttavan samankaltaisina (3,4).

Stigma on perinteisesti määritelty negatiivi-

siksi piirteiksi, jotka erottavat yksilön toisista ihmisistä. Stigmatisoituja ihmisiä pidetään vaarallisina, epämieluisina (5), poikkeavina, moraalittomina tai jopa alempiarvoisina. Näin ollen heihin suhtaudutaan stereotyyppisesti, heidän kohtaamistaan vältellään, heitä kohtaan tunnetaan keskimääräistä vähemmän empatiaa ja auttamishalua ja heitä syrjitään asumisessa ja työelämässä (6–8). Toisaalta stigma voidaan määrittellä tiedon puutteeksi, ennakkoluuloiksi ja stereotyyppiseksi ajattelutavaksi, jolloin stigmalla tarkoitetaan yksilön tapaa määrittellä toisia ihmisiä (9,10). Kolmanneksi stigmaa voidaan tarkastella sosiaalisena konstruktiona, jolloin stigmatisoivien erottelujen nähdään perustuvan median, kulttuurin ja organisaatioiden luomiin normeihin ja normatiivisiin odotuksiin (11,12). Stigmatisoivat uskomukset rakentuvat sosiaalisessa vuorovaikutuksessa (13,14) ja ovat yhteydessä valtaan ja vallankäyttöön (9).

Mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvällä stigmalla on monenlaisia kielteisiä seurauksia sairastuneiden elämään ja minäkuvaan. Stigma voi eristää sosiaalisista suhteista, heikentää itsetuntoa ja elämänlaatua, aiheuttaa toivottomuuden tunteita ja itsetuhoisia ajatuksia sekä pahentaa päihdeiden käyttöä ja masennusta (7,8.) Stigman tiedetään vaikeuttavan mielenterveysongelmista kärsivien elämää myös palvelujen tasolla. Ensinnäkin se vaikeuttaa yksilöiden avun piiriin hakeutumista ja toiseksi palvelujärjestelmän tasolla mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarpeenmukaista resurssointia ja kehittämistä. Lisäksi se näkyy esimerkiksi kuntoutujille perustettavien hoito- ja asumisyksikköjen kohtaamassa vastustuksessa.

Mielenterveysongelmiin liittyvän stigman tutkimus voidaan jakaa kahteen lähestymistapaan: 1) psyykkisiä sairauksia sairastavien sisäistämisen stigman tutkimukseen ja 2) mielenterveysongelmiin liittyvien yhteiskunnallisten näkemysten tutkimukseen, jolloin tarkastellaan sairauksiin, ongelmiin tai elämäntilanteisiin liittyvän stigman voimakkuutta ja stigmaa selittäviä tekijöitä (16). Artikkelimme asemoituu jälkimmäiseen näkökulmaan. Tarkastelemme suomalaisen väestön suhtautumista mielenterveysongelmista kärsiviin ihmisiin ja heille suunnattuihin asumis- ja palveluihin. Käytämme käsitettä mielenterveysongelmat yleiskäsitteenä niin, että sisällytämme niihin psyykkiset sairaudet, kuten masennuksen ja skitsofrenian sekä päihdehäiriöt.

## MIELENTERVEYSONGELMIIN LIITTYVÄ STIGMA AIEMMAN TUTKIMUKSEN VALOSSA

Kansainvälisten tutkimusten perusteella stigman voimakkuus vaihtelee eri sairauksien ja ongelmien välillä. Psyykkisiin sairauksiin kohdistuu voimakkaampi stigma kuin somaattisiin sairauksiin (17), mitä on selitetty esimerkiksi sairauksien luonteella. Psyykkisiin sairauksiin liitetään ennakkoluuloja oudosta, epätavallisesta ja ennakoimattomasta käyttäytymisestä (18), mikä voi lisätä pelkoja ja leimautumista. Stigma ei kuitenkaan edellytä poikkeavaa käyttäytymistä, vaan leimatuksi tulemiseen voi riittää diagnoosi tai hoidon piirissä oleminen. Toisaalta psyykkiset sairaudet ilmenevät käyttäytymisen, kokemuksen ja tunne-elämän alueilla, jolloin sairauden oireita on vaikea erottaa ihmisen persoonallisuudesta. Somaattiset sairaudet eivät määritä yksilöä samalla tavalla.

Päihdehäiriöihin suhtaudutaan erittäin kielteisesti (19–22) ja käytetty päihde vaikuttaa asenteisiin. Erityisen voimakas stigma kohdistuu pistämällä huumeita käyttäviin (23,24). Heihin liitetään usein heikkouden, antisosiaalisuuden, itsekyyden, hedonistisuuden ja epäluotettavuuden leima (15,25,26). Päihdeidenkäytöstä voi syntyä myös moraalinen kriisi ja keskustelu siitä, kenellä on oikeus käyttää julkisia tiloja ja valita asuinpaikkansa. Asenteisiin vaikuttaa käsitys yksilön vastuusta ja syyllisyydestä suhteessa ongelmaan tai sairauteen. Erityisesti päihdeiden käyttöä pidetään yksilön vapaana valintana ja siihen suhtaudutaan moralisoivasti. Väestön asenteet voivat olla myös ristiriitaisia. Esa Aromaa tutki väitöskirjassaan masennukseen liittyviä asenteita länsisuomalaisessa väestössä. Tutkimuksessa enemmistö ihmisistä ei pitänyt masennusta sairastavia syyllisinä sairastumisensa, mutta ajattelivat masentuneiden olevan vastuussa omasta toipumisestaan: parantuakseen heidän tulisi ”ryhdistäytyä” (27).

Tutkimuksissa on löydetty väestöryhmien välisiä eroja asenteissa. Esimerkiksi korkeasti koulutettujen, nuorten ja naisten on todettu suhtautuvan mielenterveysongelmiin myönteisimmin (27,28). Toisaalta mielenterveysongelmiin liittyvän stigman on todettu olevan kulttuuriin ja arvoihin sidottu ilmiö, eli ongelmat leimaavat kaikissa kulttuureissa, mutta stereotyyppien luonne ja voimakkuus vaihtelevat (29). Stigmaan vaikuttavia kulttuurisia piirteitä ovat esimerkiksi uskomukset mielenterveysongelmien syistä ja luonteesta, sairastuneiden kohtelu terveydenhuolto-

järjestelmässä sekä kulttuuriset normit ja arvot. (30) Poliittisen arvomaailman merkitystä stigmatisaation elementtinä valottaa ruotsalaistutkimus, jossa löydettiin yhteys konservatiivisten arvojen ja masennusta voimakkaasti stigmatisoivien asenteiden välillä (31,32). Tuloksen voi liittää näkemykseen konservatiiviseen ideologiaan kuuluvista ennakkoluuloista ja liberaaleihin arvoihin liittyvästä ennakkoluulottomuudesta (33,34). Tutkimuksessa korostettiin kuitenkin arvojen yksilöllisyyttä (31,32).

Stigman yhtenä osa-alueena on toiseuttaminen, jossa ”meidät” (stigmattomat) erotetaan ”heistä”. ”Me” luomme ”heistä” erillisen, stigmatoidun ihmisryhmän, joihin ”meillä” on oikeus liittää erilaisia stereotypioita. (9,33.) Sosiologisessa kontekstissa tämä tarkoittaa sitä, että mielenterveys- ja päihdekuntoutujia pidetään muukalaisina, jotka erilaisuudellaan rikkovat paikallisen yhteisön ominaispiirteitä tai tapoja. Heidän erilaisuutensa ja fyysinen läheisyytensä on lähiyhteisölle uutta, jolloin lähiyhteisö ei tunne luottamusta heitä kohtaan. (35.) Zygmunt Bauman (1997) puhuu postmoderniin yhteiskuntaan liittyvästä uudenlaisesta köyhyydestä, joka voidaan ajatuksena rinnastaa muukalaisuuteen. Kyseessä ei ole välttämättä taloudellinen köyhyys, vaan ihmiset jaotellaan byrokraattisessa kontekstissa erilaisiin ryhmiin, joiden piirteitä ovat marginalisaatio ja leimaaminen. (36.) Stigma voidaan hahmottaa myös sosiaalisen kontrollin välineeksi, koska stigmatisoinnin avulla ”me” voimme pyrkiä säätelemään ryhmiin ja yhteisöihin osallistumista (5).

Stigman yhteiskunnallinen ulottuvuus tulee erityisen näkyväksi nimby-ilmiössä. Nimby- eli Not in my backyard -ilmiöllä tarkoitetaan omalle asuinalueelle tai naapurustoon sijoitettavaksi suunnitellun laitoksen tai yksikön vastustamista (26). Sitä voi tarkastella sosio-spatiaalisen leimautumisena, jossa yksilöön kohdistuva stigma (spoiled identities) liitetään fyysiseen tilaan tai paikkaan (tainted/outcast spaces) (37). Vastustus kohdistuu usein naapurustoon suunniteltuun mielenterveys- tai päihdehuollon yksikköön (26) tai asunnottomien asuntolaan (38). Vastustusta on selitetty tarpeella suojella asuinalueita ja asukkaita uhilta, kuten vaarallisilta tai haitallisiksi koetuilta ihmisiltä (39) tai turvattomuudelta (40, 41). Muita selityksiä ovat esimerkiksi pelko asuinalueen imagon (42), elämäntavan tai kulttuurin

menettämisestä (41) ja asuntojen arvon alenemisesta (43). Nimby-ilmiössä on usein havaittu etäisyyden ja vastustuksen käänteinen suhde, eli mitä lähempänä asukkaat ovat ei-toivottua laitosta, sen todennäköisemmin he vastustavat sitä (44).

Artikkelissa tarkastelemme mielenterveysongelmiin kohdistuvaa stigmaa kahdesta näkökulmasta:

- 1) haluna pitää sosiaalista etäisyyttä ihmisiin, joilla on mielenterveysongelma (ryhmiä, joita ei haluta naapureiksi) ja
- 2) nimby-ilmiönä (suhtautuminen lähiympäristöön suunniteltuihin asumispalveluihin).

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, millaisena mielenterveysongelmiin kohdistuva stigma näytetään suomalaisessa väestössä ja miten se eroaa väestöryhmittäin sekä erityyppisten ongelmien kohdalla. Mielenterveysongelmiin kohdistuvaa stigmaa ja asenteita on tutkittu erityisesti suhteessa demografisiin ja sosioekonomisiin tekijöihin kuten sukupuoleen, ikään ja koulutustasoon. Väestötasoinen tutkimusaineistomme mahdollistaa asenteiden peilaamiseen laajasti yksilöiden elämäntilanteisiin, asumisympäristöön sekä kokemus- ja arvomaailmaan. Nimby-ilmiöstä on tehty tapaustutkimuksia, mutta väestötason tietoa ilmiöstä ei löydy. Tutkimuksemme tuo uutta tietoa ilmiön yleisyydestä sekä sen mahdollisista erityispiirteistä verrattuna enemmän tutkittuihin naapuruusasenteisiin.

## AINEISTO JA MENETELMÄT

Aineistona käytämme Mielenterveyden keskusliiton mielenterveysbarometrikyselyä, joka teetettiin vuoden 2020 marras-joulukuussa Kantar TNS Oy:llä. Kyseessä on verkkopohjainen kuluttajapaneeli, jonka jäsenet on valittu kuntakohtaisena satunnaisotantana edustamaan suomalaista väestöä. Vastaajat edustavat sukupuolen, iän ja maantieteellisen alueen perusteella suomalaista väestöä. Kyselyyn vastasi 2231 15–79-vuotiaasta suomalaista. Tulosten tilastollinen virhemarginaali on koko aineiston tasolla  $\pm 2,1$  prosenttiyksikköä. Barometrikysely on toteutettu vuodesta 2005 lähtien vuoden tai kahden välein, mutta se ei ole ollut aiemmin laajemmassa tutkimuskäytössä (ks. 22). Kyselyssä kartoitetaan laajasti suomalaisen väestön mielenterveyskuntoutujiin ja mielenterveyden häiriöihin liittyviä asenteita ja käsityksiä.

Tarkastelemme kyselystä kahta stigmaan liittyvää kysymystä. Halua ottaa sosiaalista etäisyyttä

tä mielenterveysongelmia sairastaviin tarkasteltiin kyselyssä pyytämällä vastaajaa valitsemaan listalta ihmisryhmät, joihin kuuluvia hän ei haluaisi naapurikseen. (Alla on lueteltu erilaisia ihmisryhmiä. Valitse listalta kaikki ne, joita et haluaisi naapuriksesi.) Näistä ihmisryhmistä tarkastelemme masennusta ja skitsofreniaa sairastavia sekä alkoholisteja ja huumeiden käyttäjiä. Nimby-ilmioitä kartoitettiin kysymyksillä: ”Jos kuulisit, että naapurustoosi ollaan suunnittelemassa mielenterveyskuntoutujien/alkoholistien asumisyksikköä, herättäisikö suunnitelma sinussa vastustusta?” Vastausvaihtoehdot olivat kyllä, luultavasti, luultavasti ei ja ei. Yhdistimme vastausvaihtoehdot kahteen luokkaan (kyllä ja ei). Mielenterveysbarometrissä on perinteisesti käytetty termiä alkoholisti ja huumeidenkäyttäjä. Jatkossa käytämme niistä yleiskäsitteenä termiä päihdehäiriö sekä käsitteitä alkoholiriippuvuus ja huumeiden käyttö, sillä tutkimuksessamme on keskeistä erottaa toisistaan asenteet alkoholin ja huumeiden ongelmakäyttöä kohtaan. Asumisyksiköistä

puhuessamme käytämme yhtenäisyyden vuoksi käsitteitä mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumisyksikkö.

Tarkastelemme asennemuuttujia suhteessa vastaajien taustamuuttujiin. Taustamuuttujia ovat vastaajan sukupuoli, ikä (valmiiksi luokiteltu), talouden koko (kuinka monta henkilöä taloudessa asuu) sekä itse määritelty arvotausta. Sen kohdalla vastaajia pyydettiin valitsemaan neliluokkaisella asteikolla suuntautumisensa ”vasemmalle”, ”jonkin verran vasemmalle”, ”jonkin verran oikealle” ja ”oikealle”. Puuttuvat vastaukset luokittelimme ryhmäksi ”ei osaa sanoa”. Lisäksi taustamuuttujina ovat talouden bruttotulot (per vuosi, valmiiksi luokiteltu), vastaajan koulutustaso, omakohtainen kokemus mielenterveysongelmasta (onko itsellä tai läheisellä ollut mielenterveyden ongelma: kyllä/ei) ja asunnon omistussuhde (omistusasunto, vuokra-asunto, muu asumismuoto). Aineiston jakaumat taustamuuttujittain on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Aineiston jakaumat taustamuuttujittain.

		n	%
Sukupuoli	nainen	1084	49
	mies	1147	51
Ikäryhmä	30 tai alle	310	14
	31–40	322	14
	41–50	386	17
	51–60	408	18
	yli 60	805	47
Talouden koko (henkilöä)	yksi	696	31
	kaksi	990	44
	kolme	265	12
	neljä tai enemmän	280	13
Arvotausta	vasemmalla	185	8
	jonkin verran vasemmalla	504	23
	ei osaa sanoa	717	32
	jonkin verran oikealla	581	26
Talouden bruttotulot/v.	oikealla	244	11
	alle 20 000	245	13
	20–35 000	297	16
	35–50 000	426	23
	50–85 000	530	28
Koulutustaso	yli 85 000	373	20
	perus-, kansa- tai keskikoulu	184	8
	ammattillinen perustutkinto, ammattikoulu	460	21
	ylioppilas	207	9
	opistoasteen ammattillinen tutkinto	365	17
Omakohtainen kokemus mielenterveysongelmasta	ylempi opistoaste, AMK, alempi akat. tutkinto	532	24
	ylempi akat. tutkinto tai korkeampi	468	21
	kyllä	1489	67
Asunnon omistussuhde	ei	742	33
	omistusasunto	1526	68
	vuokra-asunto	579	26
	muu asumismuoto	125	6

Käytämme ristiintaulukointia ja siihen liittyvää  $\chi^2$  – tai Fisherin eksaktia testiä kuvatessamme asenteiden esiintyvyyttä ja jakautumista suomalaisessa väestössä ja eri väestöryhmissä. Syvennämme tarkastelua taustamuuttujien vaikutuksista asenteisiin binäärisen logistisen regressioanalyysiin avulla. Jokaiselle selitettävälle muuttujalle muodostettiin erillinen täysin vakioitu mallinsa taaksepäin askeltaen (LR). Sosiaalista asemaa kuvaavat muuttujat korreloivat usein keskenään, mutta valitsemiemme sosioekonomisten taustamuuttujien väliltä ei löytynyt voimakasta korrelaatiota (Spearman rho-arvot alle 0,41). Raportoimme tuloksista vetosuhteet (OR), 95 prosentin luottamusvälin ja p-arvon sekä kunkin mallin Nagelkerken neliön arvon, Hosmer ja Lemeshow testin arvon ja sen merkitsevyyden. Analyysit on laadittu SPSS-ohjelmalla (versio 28).

## TULOKSET

Aluksi tarkastelemme suomalaisten naapuruusasenteita suhteessa eri mielenterveysongelmiin (taulukko 2). Huomionarvoista on se, että suhtautuminen vaihteli selvästi. Myönteisimmin suhtauduttiin masennusta sairastaviin (8 % ei haluaisi heitä naapuriksi). Skitsofreniaa sairastaviin suhtauduttiin huomattavasti kielteisemmin (33 % ei haluaisi naapuriksi). Useimmin etäisyyttä haluttiin ottaa huumeiden käyttäjiin, joita valtaosa vastaajista (80 %; alkoholiriippuvuutta sairastavien kohdalla 55 %) ei haluaisi naapurikseen. Tulokset tukevat aiempien tutkimusten havaintoja siitä, että psykoosisairaudet leimaavat voimakkaammin kuin masennus, ja mielenterveysongelmista erityisen voimakas stigma liittyy päihde- ja etenkin huumeriippuvuuteen.

Asenteissa oli suurta vaihtelua vastaajien taustamuuttujien suhteen. Ristiintaulukointien perusteella selvimät yhteydet asennemuuttujiin eivät löytyneet perinteisesti tutkituista demografisista tai sosioekonomisista tekijöistä vaan vastaajan arvotaustasta ja siitä, oliko hänellä omakohtaista kokemusta mielenterveyden ongelmista. Tutkimuksemme keskeinen havainto on arvotaustan voimakas yhteys asenteisiin. Vastemmistoon profiloituvat vastaajat suhtautuivat myönteisemmin kaikkiin tarkasteltuihin ryhmiin verrattuna oikeistoon profiloituihin vastaajiin. Asiaa voisi selittää myös tulojen vaikutus. Kielteinen suhtautuminen sekä masennusta että

skitsofreniaa sairastaviin naapureina lisääntyi jonkin verran bruttotulojen kasvaessa, mutta suhteessa päihdehäiriöihin tulotasolla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Vastaajat, joilla oli itsellään tai jollain lähipiirissään mielen-terveysongelma, suhtautuivat kaikkiin ryhmiin myönteisemmin verrattuna heihin, joilla ei ollut kokemuseräistä yhteyttä mielenterveysongelmiin. (Taulukko 2.)

Asenteita selittävät tekijät vaihtelivat tarkasteltujen mielenterveysongelmien välillä. Naiset suhtautuivat miehiä myönteisemmin masennusta ja skitsofreniaa sairastaviin, mutta päihdehäiriöiden kohdalla sukupuolien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Myös ikä erotteli vastaajien asenteita eri tavoin suhteessa eri mielenterveysongelmiin. Yli 60-vuotiaat suhtautuivat naapureina masennusta, skitsofreniaa ja alkoholiriippuvuutta sairastaviin muita ikäryhmiä myönteisemmin, mutta alle 30-vuotiaat olivat useimmin valmiita hyväksymään naapurikseen huumeiden käyttäjän. Naapuruusasenteet olivat kriittisimpiä 41–50-vuotiaiden ikäluokassa, jotka elävät usein kiireistä työ- ja lapsiperhe-elämää. Vastaavasti suurimmissa talouksissa asuvat, jotka ovat luultavimmin lapsiperheitä, suhtautuivat kielteisemmin kaikkiin tarkasteltuihin ryhmiin naapureina kuin pienissä talouksissa asuvat. Suhteessa masennusta sairastaviin yhteys ei ollut yhtä selvä kuin muiden ryhmien kohdalla. (Taulukko 2)

Nimby-ilmiöön yhteydessä olevat tekijät olivat pääosin samansuuntaisia kuin naapuruusasenteita selittävät tekijät. Yli kolmannes suomalaisista arvioi vastustavansa varmasti tai luultavasti naapurustoonsa suunnitteilla olevaa mielen-terveyskuntoutujille suunnattua asumisyksikköä. Päihdekuntoutujille suunnattua yksikköä vastustaisi useampi kuin kaksi kolmesta suomalaisesta. Useimmin hankkeita vastustaisivat miehet, suurituloiset, arvomaailmansa oikeistolaiseksi arvioivat sekä he, joilla ei ollut omakohtaista tai läheiskokemusta mielenterveyden ongelmista. Nimby-asenteissa selittäväksi tekijäksi nousi myös asunnon omistussuhde. Omistusasunnossa asuvat vastustaisivat hankkeita useammin kuin vuokra-asunnossa asuvat. (Taulukko 2)

Taulukossa 3 esitellyssä regressioanalyysimallissa tarkennetaan taustamuuttujien suhteita asenteisiin. Regressiomalleissa kaikki tausta-muuttujat on vakioitu. Analyysin tulokset vahvistivat

Taulukko 2 Niiden vastaajien osuus (%), jotka eivät haluaisi naapuriksi masennusta, skitsofreniaa tai alkoholiirippuvuutta sairastavaa tai huumeiden käyttäjää tai vastustaisivat mielenterveys- tai päihdekuntoutujien asumisyksikön sijoittamista naapurustoon, taustamuuttujittain esitettynä.

	Ei haluaisi naapuriksi (%)						Vastustaisi asumisyksikön sijoittamista naapurustoonsa (%)					
	Masennusta sairastava	skitsofreniaa sairastava	alkoholiirippuvuutta sairastava	Huumeiden käyttäjä	Mielenterveyskuntoutujat	Päihdekuntoutujat	Masennusta sairastava	skitsofreniaa sairastava	alkoholiirippuvuutta sairastava	Huumeiden käyttäjä	Mielenterveyskuntoutujat	Päihdekuntoutujat
<b>Yhteensä (n=2231)</b>	7,6	32,5	55,4	80,3	38,5	69,3						
<b>Sukupuoli</b>												
nainen	3,5	49,9 (1)	54,3	81,3	31,5	69,4	1,0 (1)					
mies	11,4	<,001	56,3	79,4	45,0	69,4	1,000					
<b>Ikä</b>												
30 vuotta tai alle	7,1	35,5	58,1	76,1	37,3	65,1						
31–40 vuotta	6,5	39,4	53,7	82,0	36,0	62,8						
41–50 vuotta	10,9	14,6 (4)	62,4	87,0	41,1	73,7	12,7 (4)					
51–60 vuotta	9,8	,005	55,9	80,6	35,6	71,0	,103					
yli 60 vuotta	5,5	23,2	51,3	77,9	40,1	71,0						
<b>Talouden koko (henkilöä)</b>												
yksi	7,8	28,9	53,2	77,6	32,7	63,8						
kaksi	6,1	29,8	54,2	79,2	40,1	70,7	16,3 (3)					
kolme	9,1	,029	55,1	83,0	43,2	72,2	,001					
neljä tai enemmän	11,1	46,8	65,0	88,6	42,7	76,1						
<b>Arvonta</b>												
vasemmalla	2,7	17,3	40,5	58,4	15,1	41,6						
jonkin verran vasemmalla	4,8	27,0	46,2	72,4	28,9	61,7						
ei osaa sanoa	8,1	32,3 (4)	55,6	82,0	39,3	71,2	120,3 (4)					
jonkin verran oikealla	7,7	37,7	62,5	89,3	43,2	75,5	<,001					
oikealla	15,2	45,1	67,6	86,9	62,1	86,8	<,001					
<b>Talouden bruttotulot/v.</b>												
alle 20 000	7,8	27,3	55,5	77,6	28,6	58,6						
20–35 000	5,4	29,6	54,2	79,8	34,0	65,7						
35–50 000	4,5	14,6 (4)	54,9	77,7	37,1	67,8	34,9 (4)					
50–85 000	8,1	,006	54,5	83,4	39,4	69,1	<,001					
yli 85 000	11,0	37,8	60,3	81,5	50,5	80,5	<,001					
<b>Koulutustaso</b>												
perus- tai kansakoulu	11,4	34,8	56,5	79,9	41,8	66,2						
ammattillinen peruskoulu	10,4	35,9	57,0	81,3	45,1	74,8						
ylioppilas	9,7	33,8	51,7	79,2	34,7	63,5						
ammattillinen opistoaste	7,4	31,5	53,4	79,2	40,4	70,7	11,0 (5)					
amk, alempi korkeakoulu	5,3	,003	56,8	82,1	35,7	68,4	,052					
ylempi korkeakoulu	5,3	29,3	54,1	78,4	33,8	67,6						
<b>Omakohtainen kokemus mielenterveysongelmasta</b>												
kyllä	5,6	23,9 (1)	52,7	79,0	32,9	66,2	21,4 (1)					
ei	11,5	<,001	60,6	83,0	50,5	76,1	<,001					
<b>Asunnon omistussuhde</b>												
omistussuunto	7,9	1,3 (2)	55,1	81,3	41,1	73,2	38,2 (2)					
vuokra-asunto	6,6	,523	55,7	78,1	31,1	58,8	<,001					
mutu asumismuoto	8,8	29,6	55,4	78,4	41,5	72,1						



Taulukko 3. Taustamuuttujien yhteys haluttomuuteen saada naapuriksi masennusta, skitsofreniaa tai alkoholiiriippuvuutta sairastavia tai huumeiden käyttäjiä sekä vastustukseen naapurustoon sijoitettavaa mielenterveys- tai päihdekuntoutujien asumisyksikköä koskien. Vertosuheet (OR) ja 95 % luottamusvälit (LV) binääristä logistisista regressiomalleista\*.

	Ei haluaisi naapuriksi				Vastustaisi asumisyksikön sijoittamista naapurustoonsa							
	Masennusta sairastava		Skitsofreniaa sairastava		Alkoholiiriippuvuutta sairastava		Huumeiden käyttäjä		Mielenterveyskuntoutujat		Päihdekuntoutujat	
Sukupuoli	OR	95 % LV	p	OR	95 % LV	p	OR	95 % LV	p	OR	95 % LV	p
Nainen	0,32	(0,21–0,50)	<,001				1,31	(1,03–1,665)	,028	0,67	(0,54–0,82)	
Mies	1						1			1		
ikä												
30 tai alle	1			1			1			1		
31–40	1,31	(0,91–1,90)	,149	1,01	(0,71–1,43)	,869	1,64	(1,07–2,53)	,024			
41–50	1,03	(0,72–1,47)	,886	1,17	(0,83–1,64)	,094	2,16	(1,38–3,36)	,001			
51–60	1,04	(0,72–1,48)	,848	0,97	(0,69–1,36)	<,001	1,46	(0,97–2,20)	,072			
Yli 60	0,47	(0,33–0,66)	<,001	0,77	(0,57–1,05)	,210	1,05	(0,74–1,50)	,771			
<b>Anovatausta</b>												
vasemmalla	1			1			1			1		
jonkin verran vas.	1,79	(0,60–5,39)	,300	1,76	(1,12–2,80)	,017	1,26	(0,88–1,82)	,210	1,71	(1,17–2,51)	,005
ei osaa sanoa	3,20	(1,10–9,26)	,032	2,15	(1,36–3,39)	,001	1,81	(1,26–2,59)	<,001	2,85	(1,93–4,21)	<,001
jonkin verran oik.	2,95	(1,02–8,59)	,047	3,24	(2,05–5,09)	<,001	2,50	(1,74–3,59)	<,001	5,73	(3,74–8,79)	<,001
oikealla	6,66	(2,22–19,97)	,001	4,29	(2,59–7,09)	<,001	2,88	(1,88–4,42)	<,001	5,21	(3,07–8,87)	<,001
<b>Talouden bruttotulot/€,</b>												
Alle 20000 €	1			1			1			1		
20–35000 €	0,78	(0,38–1,61)	,498							1,23	(0,82–1,84)	,324
35–50000 €	0,67	(0,32–1,39)	,279							1,34	(0,92–1,95)	,130
50–85000 €	1,70	(0,83–3,48)	,148							1,61	(1,11–2,34)	,012
Yli 85 000	2,04	(0,93–4,47)	,074							2,17	(1,45–3,25)	<,001
<b>Talouden koko (henkilöä)</b>												
yksi	1,49	(0,77–2,88)	,236									
kaksi	0,66	(0,38–1,15)	,139									
kolme	1,43	(0,75–2,72)	,278									
neljä tai enemmän	1											
<b>Omakohtainen kokemus mielenterveysongelmasta</b>												
Ei	1,83	(0,89–3,79)	,102	1,87	(1,34–2,62)	<,001						
Kyllä	1			1								
<b>Koulutustaso</b>												
Peruskoulu	5,15	(2,46–10,80)	<,001	1,82	(1,19–2,79)	,006				2,11	(1,33–3,36)	,002
ammattilinen	3,71	(2,02–6,78)	<,001	1,57	(1,15–2,14)	,005				2,43	(1,74–3,40)	<,001
perustutkinto	2,61	(1,23–5,57)	,013	1,32	(0,88–1,99)	,180				1,69	(1,09–2,63)	,020
Ylioppilas	2,14	(1,12–4,09)	,021	1,43	(1,02–2,00)	,038				1,77	(1,25–2,50)	,001
ammattilinen	1,19	(0,62–2,27)	,602	1,21	(0,89–1,64)	,221				1,426	(1,03–1,94)	,031
opistoaste												
amk, alempi korkeakoulu	1			1						1		
ylempi korkeakoulu												
<b>Asumon omistussuhde</b>												
omistusasunto												
vuokra-asunto												
muu asumismuoto												
<b>Mallien tunnustukset</b>												
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,152			0,088			0,042			0,138		
Hosmer ja Lemeshow testi	9,975			5,703			1,743			8,461		
p	0,267			0,681			0,988			0,390		

\*Täysin vakioidut binääriset logistiset regressioanalyysimallit, jotka on laadittu naalkepäin askeltaen (LR) eli malleista on poistettu muuttujia, mikäli niiden poistaminen ei ole huonontanut mallia. Vertailuryhminä ne, jotka eivät vastustaisi ryhmää naapureinaan tai asumisyksikköiden sijoittamista naapurustoonsa.

osittain edellä kuvatut ristiintaulukointien tulokset. Arvotausta selitti väestön asenteita suhteessa kaikkiin tarkastelemiimme ryhmiin. Selkein ero näkyy suhteessa masennukseen ja huumeiden käyttöön. Arvotaustaltaan oikealla olevien suhtautuminen masennusta sairastaviin naapureina oli kuusi (OR 6,66 95 % CI 2,22–19,97) kertaa todennäköisemmin kielteistä verrattuna arvotaustalta vasemmalla oleviin. Huumeiden käyttäjien kohdalla todennäköisyys on viisinkertainen (OR 5,21 95 % CI 3,07 – 8,87). Oma-kohtaisella kokemuksella oli voimakas myönteinen yhteys suhtautumisessa masennusta ja skitsofreniaa sairastaviin, mutta yhteys hävisi päihdehäiriöiden kohdalla.

Regressioanalyysin tulokset vahvistivat arvomaailman vahvaa yhteyttä myös nimby-asentisiin. Arvomaailma selitti selkeimmin kummankin asumisyksikön vastustusta, kun kaikki taustatekijät otetaan huomioon. Vastaajat, joiden arvomaailma asettui oikealle arvioivat vastustavansa noin seitsemän kertaa todennäköisemmin sekä mielenterveys- (OR 7,17 95 % CI 4,19 – 12,26,  $p < 0,001$ ) että päihdekuntoutujien (OR 7,44 95 % CI 4,39 – 12,61,  $p < 0,001$ ) asumisyksikköjä verrattuna arvomaailmaltaan vasemmalle oleviin. Toinen selkeä asumisyksikköjen vastustusta selittävä tekijä oli suurituloisuus. Suurituloiset kotitaloudet vastustivat kumpaakin asumisyksikköä noin kaksi kertaa todennäköisemmin kuin pienituloisin ryhmä. Omistusasumisen vaikutus säilyi ainoastaan päihdekuntoutujien asumisyksikön vastustamisen kohdalla sen jälkeen, kun kaikki taustamuuttajat otettiin huomioon. (Taulukko 3.)

## POHDINTA

Artikkelissa tarkastelimme suomalaisen väestön mielenterveysasenteita kahdesta näkökulmasta: 1) halu ottaa sosiaalista etäisyyttä mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviin naapureina ja 2) nimby (not in my backyard) -ilmiö eli suhtautuminen naapurustoon sijoitettavaksi suunniteltuihin mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluihin. Tulostemme perusteella stigman voimakkuus vaihtelee mielenterveysongelman mukaan. Ajatukseen masennusta sairastavista naapurina suhtauduttiin myönteisemmin kuin skitsofreniaa ja alkoholiriippuvuutta sairastaviin, kielteisimmän suhtauduttiin huumeiden käyttäjiin. Skitsofreniaa sairastaviin kohdistuvaa kielteistä

suhtautumista voivat selittää psykoosisairauksiin liitetyt ennakoimattomuuden, väkivaltaisuuden ja vaarallisuuden stereotypiat sekä niiden aiheuttama pelko (45,46), jollaisia masennukseen ei liitetä. Ennakkoluuloja voivat voimistaa myös median luoma kuva psykoosisairauksista (47). Lisäksi väestö luultavasti tuntee psykoosisairauksia huonommin kuin masennusta, jota käsitellään usein julkisuudessa myös kertomalla omakohtaisista kokemuksista. Psykoosisairauksiin liittyvä voimakas stigma voi osaltaan vaikeuttaa asian julkituomista. Tulos alleviivaa median vastuuta mielenterveysongelmista ja erityisesti psykoosisairauksista viestimisessä.

Päihdehäiriöt näyttävät olevan vahvasti stigmatisoituja mielenterveysongelmia. Niihin liittyvää stigmaa voivat selittää niiden käsittäminen itseaiheutetuiksi ongelmiksi tai moraaliseksi heikkouksiksi (19). Lisäksi huumeiden käyttöön liittyy rakenteellista stigmaa eli yhteiskunnan kriminalisointi- ja rangaistuskäytäntöjä. Päihdehäiriöihin liittyvä negatiivinen suhtautuminen on pysynyt kansallisesti (48) ja kansainvälisesti tarkasteltuna lähes muuttumattomana (21). Sen sijaan asenteet mielenterveyskuntoutujiin, joilla yleensä viitataan psyykkisistä sairauksista kuntoutuviin, ovat mielenterveysbarometriseuran mukaan muuttuneet suvaitsevaisemmiksi viimeisen 15 vuoden aikana (48). Erityisesti päihdehäiriöihin liittyvän stigman poistamisessa tarvittaneen myös rakenteellisia muutoksia, jotka liittyvät sekä huumeiden käytön laillisuuden pohdintaan että päihdepalvelujärjestelmän kehittämiseen.

Aineistomme tuki aiempien kansainvälisten ja kansallisten tutkimusten luomaa kuvaa eri väestöryhmien suhtautumisesta mielenterveysongelmiin. Uutta näkökulmaa toi tulos asenteita selittävien henkilökohtaisten ja sosioekonomisten tekijöiden vaihtelusta mielenterveysongelmien mukaan, mikä kertoo stigman moniulotteisuudesta. Naiset ja yli 60-vuotiaat suhtautuivat psyykkisiin sairauksiin keskimääräistä suvaitsevammin, mitä voivat selittää esimerkiksi empatiakyky ja iän mukana kertynyt elämäkokemus. Lisäksi tietyt mielenterveysongelmat, kuten ahdistus ja masennus, ovat yleisempiä naisilla kuin miehillä. Naisilla voi olla miehiä todennäköisemmin omakohtaista kosketusta näihin tiloihin sosiaalisten suhteiden kautta. Myös Aromaani tutkimuksessa korkeammin koulutetuilla väestö-

ryhmillä ja naisilla oli keskimääräistä vähemmän masennukseen liittyviä kielteisiä kaavamaisia ajatuksia (27). Korkea koulutustaso näkyi keskimääräistä myönteisempänä suhtautumisena selkeimmin masennusta sairastaviin. Korkea koulu näytti siis lieventävän kielteisiä asenteita selkeimmin sen mielenterveysongelman kohdalla, johon liittyy nyky-yhteiskunnassamme vähiten negatiivisia mielikuvia ja joka on monelle tuttu (49,50).

Nuoret aikuiset (alle 30-vuotiaat) suhtautuvat ikäryhmistä myönteisimmin huumeiden käyttäjiin naapureina. Tässä näkyvät nuorten ikäluokkien liberaalimmat päihdeasenteet. Myös termi ”huumeiden käyttäjä” voidaan käsittää monin eri tavoin, eikä sitä määritelty kyselyssä tarkemmin. Vanhemmat ikäluokat saattavat assosoida termin vahvemmin huumeriippuvuuteen tai ongelmakäyttöön, kun taas nuoremmilla se saattaa yhdistyä myös miedomprien huumeiden tai viihdekäyttöön. Nuoret aikuiset ovat myös todennäköisemmin kokeilleet huumeita itse. Esimerkiksi vuonna 2018 kannabiskokeilut olivat yleisimpiä 25–34-vuotiailla. Ikäryhmän miehistä lähes puolet ja naisista 41 prosenttia on elämänsä aikana kokeillut kannabista (51.)

Naapuruusasenteet olivat kriittisimpiä 41–50-vuotiaiden ikäluokassa, jotka elävät usein kiireistä työ- ja lapsiperhe-elämää. Vastaavasti asenteet olivat kielteisimpiä suuremmissa talouksissa asuvilla, jotka ovat luultavimmin lapsiperheitä. Suhteessa masennusta sairastaviin talouden koon yhteys ei ollut yhtä selvä kuin muiden ryhmien kohdalla. Tämä voi kertoa esimerkiksi siitä, että päihdehäiriöihin ja psykoosisairauksiin liitetään usein stereotyyppinen käsitys ennakkoimattomasta käytöksestä ja väkivallan uhasta, jota ei yhdistetä masennukseen. Perheeseen ja asumismuodon tarkastelu syvensi aiempaa tietoa mielenterveysongelmiin liittyvistä asenteista. Perheeseen kasvaessa (eli lapsiperheissä) suhtautuminen kaikkia tarkasteltuja ryhmiä kohtaan muuttui varauksellisemmaksi, mikä voi liittyä huoleen ja mielikuvaan niihin liittyvästä turvattomuudesta. Tämä voi kertoa turvallisuuden tunteen tarpeesta. Lapsiperheissä korostunevat rauhalliseksi ja turvalliseksi koettuun elinympäristöön liittyvät arvot (52). Toisaalta näyttää siltä, että perheeseen sijaan asenteita selittävät paremmin esimerkiksi ikä ja arvomaailma.

Huomionarvoista aineistossamme on, että

kielteisiä asenteita selitti erityisesti omakohtainen kokemus mielenterveysongelmasta. Se näytti lieventävän asenteita myös päihdehäiriötä kohtaan. Asenteita muuttavan ja stigmaa vähentävän kokemuksen ei ehkä tarvitse olla täysin samanlainen, vaan elämäkokemuksilla voi olla empatiakykyä kasvattava vaikutus. On kuitenkin huomattava, että kyselyssä kysyttiin kokemusta mielenterveysongelmasta, jota vastaajat eivät välttämättä yhdistä päihdehäiriöihin, mikä vaikeuttaa tuloksen tulkintaa. Näytti myös siltä, että omakohtaisen kokemuksen sijaan myönteisiä asenteita päihdehäiriötä kohtaan selittivät voimakkaammin ikä ja arvomaailma.

Päihdehäiriöihin liittyvä voimakas stigma näkyi myös nimby-ilmiössä. Päihdekuntoutujien asumisyksikköä vastustettiin useammin kuin mielenterveyskuntoutujien. Kielteisimpiä asenteet kumpaakin asumisyksikköä kohtaan olivat arvomaailmaltaan oikealla olevilla, suurituloisilla ja suurilla kotitalouksilla. Nimby-ilmiötä selittävät tekijät olivat pitkälti samoja kuin sosiaalisuuden etäisyyteen yhteydessä olleet tekijät, vaikka nimby-ilmiön taustalla voi olla myös erilaisia mekanismeja. Yksi näistä näyttää olevan asumismuoto. Omistusasunnossa asuvat vastustaisivat erityisesti päihdekuntoutujien asumisyksiköitä todennäköisemmin kuin vuokra-asunnossa asuvat. Tulos voi kertoa omistusasunnossa asuvien huolesta asuntonsa arvon laskusta naapuruston muuttuessa (vrt. 39) tai vauraiden asuinalueiden imagon tärkeydestä (vrt. 38–40,42,53). Tämä voi liittyä myös päihdekuntoutujien asumisyksikköön liitettyyn voimakkaampaan stigmaan sekä edellä mainittujen tekijöiden lisäksi huoleen ja pelkoon siitä, että yksikkö heikentäisi naapuruston turvallisuutta ja houkuttelisi alueelle vaaralliseksi tai ”haitalliseksi” koettuja ihmisiä (54).

Tulostemme perusteella arvomaailma selittää tulotasoa selkeämmin kielteisiä asenteita. Asiaan viittaa myös Olli Kangas (2019), joka on todennut hyvinvointivaltioasenteita koskevassa tutkimuksessaan, että poliittista suuntautumista kuvaavien tekijöiden tuominen mukaan tarkasteluun söi tulojen yhteyttä vastaajien asenteisiin (55). Nimby-ilmiön kytkeytyminen arvoihin ja tulotasoon voidaan liittää keskusteluun hyvinvointivaltiosta ja palveluja tarvitsevista tai ”ansaitsevista” (11,56). Viimeaikaisissa tutkimuksissa korkea tulotaso on yhdistetty näkemysiin siitä, että verovaroin kustannetut hyvinvointipal-

velut ja sosiaaliturva aiheuttavat liiallista taloudellista rasitusta ja palvelut tulisi kohdistaa tarkkaan harkituille, niitä ”ansaitseville” ryhmille (57,58). Lisäksi huono-osaisuuden nähdään johtuvan yksilön omista valinnoista eikä rakenteellisena epäkohtana (50). On myös arvioitu, että hyväosaisten on vaikeaa hyväksyä naapurustoonsa normista poikkeavia ihmisiä (42). Tuloksemme korostavat yhteiskuntamme polarisoitumisen ja eriarvoistumisen ehkäisyn merkitystä mielenterveysongelmiin kohdistuvan stigman poistamisesta ja sen varmistamisesta, että kuntoutujille voidaan järjestää heidän tarvitsemansa palvelut.

Nimby-ilmiötä voi tarkastella johdannossa mainitun muukalaisuuden ja luottamuksen kontekstissa, jolloin mielenterveys- ja päihdekuntoutajat voidaan nähdä postmodernin yhteiskunnan muukalaisina. Mielenterveys- tai päihdeyksikön asukkaat leimautuvat diagnoosinsa tai ongelmansa vuoksi eli heihin ei luoteta lähiyhteisössä ja -ympäristössä. Ristiriitaista on se, että hyvinvointivaltio on rakentanut heitä varten asumisyksikön, jonka tavoitteena on kuntouttaa ja saattaa heitä entistä tasa-arvoisempaan asemaan muiden kanssa. Yhteiskunnan stigmatisoivien asenteiden vuoksi postmodernin yhteiskunnan inkluusio ei kuitenkaan aina toimi toivotulla tavalla (35). Toisaalta voimme pohtia sitä, mikä tilanne olisi, jollemme tietäisi ”muukalaisilla” olevasta mielenterveysongelmasta. Samat ihmiset voivat toipuessaan työskennellä esimerkiksi lähikaupan kassalla tai muissa palveluammatteissa, joissa heitä kohdataan päivittäin. Nimby-ilmiön, pelon ja epäluottamuksen näyttää laukaisevan tieto diagnoosista tai ongelmasta. Tutkimuksemme mukaan asenteet voivat myös muuttua kokemusmaailman mukana. Tästä voisi löytyä osaratkaisua stigman poistamiseen. Tutustuminen näihin ”muukalaisiin” voisi poistaa stigmaa ja nimby-ilmiötä, mitä myös kontaktiteoria tukee (ks. 59, 60). Esimerkiksi naapurustotyön integrointi osaksi uusien asumisyksikköjen perustamista on tästä näkökulmasta tärkeää. On myös tärkeä siirtää tarkastelun näkökulma stigmatisoiduista yksilöistä yhteisöön, joka tuottaa stigmaa. Olisiko stigman tuottamisen syyt yhteisön arvomaailmassa ja vierauden pelossa, jossa ei kaivata eikä hyväksytä poikkeavuutta? Suhtautuminen mielenterveysongelmiin on monisyinen ja -ulotteinen ilmiö, jonka ymmärtäminen voi auttaa stigman vastaisen työn toteuttamisessa

ja palvelujen kehittämisessä yhteiskuntamme haavoittuvassa asemassa oleville ihmisille (61).

Aineistossa ja tutkimuksessamme on syytä huomioida tiettyjä seikkoja. Ensinnäkin vastaajien ikärakenne painottui vanhimpaan ikäluokkaan, joka toisaalta vastaa hyvin suomalaisen väestön ikärakennetta. Toisaalta käytimme arvo-taustan mittarina vastaajan itse ilmoittamaa asettumista vasemmisto-oikeisto-akselille, joka kuvaa arvomaailmaa vain yhdestä näkökulmasta. On otettava huomioon myös se, ettei kotitalouden tulotasossa oteta huomioon talouden kokoa. Lisäksi regressioanalyysin suuret luottamusvälit voivat viitata aineiston ja sen osaryhmien koon pienuuteen eli niiltä osin tulokset voivat olla osaksi satunnaisia. Päihdekysymyksissä on käytetty tiettyjä käsitteitä, esimerkiksi alkoholisti, seurannan mahdollistamiseksi, mutta jatkossa niitä on syytä ajantasaistaa. Käsitteenä alkoholisti leimaa koko ihmisen tietynlaiseksi eli voi osaltaan vahvistaa stigmaa. Tutkimuksen vahvuutena on se, että se antaa väestötason näkökulman asenteiden ja erityisesti nimby-asenteiden tutkimukseen. Tutkimuksen otos edustaa suomalaisen väestön sukupuoli, ikä ja maantieteellistä rakennetta, joten tulokset voi yleistää koskemaan koko väestöä. Tutkimusaineistomme mahdollistaa asenteiden tutkimuksen suhteessa demografiaan ja sosioekonomisiin tekijöihin, elämäntilanteisiin, asumismuotoon sekä kokemus- ja arvomaailmaan. Jatkotutkimusta tarvitaan hyvien hoitokeinojen, toipumismallien ja ruohonjuuritason yhteisötoiminnan sekä asenteiden ja stigman välisestä suhteesta. Toisaalta tarvitaan syvempää tietoa yksilön ja yhteisöjen arvojen merkityksestä, stigman tuottamisen mekanismeista sekä vierauden ja poikkeavuuden pelosta.

Mielenterveysongelmista tulee keskustella nykyistä laajemmin ja mielenterveyttä koskevien viestien tulee olla entistä selkeämpiä. Yhteisöllisyys, läheisyys ja tuttuus voivat auttaa sekä toipumista että ennakko-luulojen ja stigman poistamista. Tässä kolmannen ja neljännen sektorin toimijoilla kuten kylä- tai kaupunginosayhdistyksillä ja ihmisillä yhteen tuovilla järjestötoiminnoilla voi olla tärkeä rooli. Olisi tärkeää, että yhteiskunnassamme tarjottaisiin mahdollisuuksia ja paikkoja eri väestöryhmien luonnollisille kohtaamisille ja vuorovaikutukselle. Stigma rakentuu ja muotoutuu sosiaalisen vuorovaikutuksen

erilaisissa konteksteissa, mutta se voi myös lieventyä niissä. Toisaalta on tärkeää myös todeta, että kuntoutujien aseman parantamiseksi tarvitaan stigman purun lisäksi palvelujärjestelmän tarpeenmukaista resurssointia ja kehittämistä.

#### RAHOITTAJAT:

Tutkimusta ei ole rahoittanut mikään tahon.

#### KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Rissanen on osallistunut (1) tutkimuksen alkuun saattamiseen ja suunnitteluun, aineiston analysoimiseen ja tulkintaan; (2) artikkelin luonnosteleamiseen ja kirjoittamiseen vaikuttaen merkittävästi sen sisältöön. Rissanen (3) hyväksyy lopullisen julkaistavan version ja (4) ottaa vastuun artikkelin kaikista osa-alueista ja sitoutuu osallistumaan artikkelissa mahdollisesti ilmenevien epäselvyyksien selvittämiseen.

Jurvansuu on osallistunut (1) tutkimuksen suunnitteluun ja aineiston tulkintaan; (2) artikkelin luonnosteleamiseen ja kirjoittamiseen vaikuttaen merkittävästi sen sisältöön. Jurvansuu (3) hyväksyy lopullisen julkaistavan version ja (4) ottaa vastuun artikkelin kaikista osa-alueista ja sitoutuu osallistumaan artikkelissa mahdollisesti ilmenevien epäselvyyksien selvittämiseen.

Jalava on osallistunut (1) tutkimuksen alkuun saattamiseen ja aineiston keräämiseen; (2) artikkelin kirjoittamiseen ja kriittiseen tarkastamiseen vaikuttaen merkittävästi sen sisältöön. Jalava (3) hyväksyy lopullisen julkaistavan version ja (4) ottaa vastuun artikkelin kaikista osa-alueista ja sitoutuu osallistumaan artikkelissa mahdollisesti ilmenevien epäselvyyksien selvittämiseen.

**Rissanen, P., Jurvansuu, S., Jalava, J. Nimby and mental health – The attitude of the Finnish population towards mental health disorders. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2024; 61: 61–74.**

The study examines the attitudes of the Finnish population towards mental health disorders. Mental Health Barometer data collected in 2020 (answered by 2231 Finnish) is analyzed from two perspectives: social distance and the Not in my backyard (nimby) phenomenon, i.e., how the population view people with depression, schizophrenia or substance abuse as neighbours, as well as the construction of housing units for them in their neighbourhood. We used cross-tabulation, binary logistic regression analysis and related significance tests to map the distribution of views in the Finnish population and in different population groups. Attitudes towards mental disorders were revealed to be a multifaceted and changing phe-

nomenon, linked to a variety of socio-economic factors as well as people's life situations, living environments and values. Negative attitudes were explained particularly by the identification with right wing values and no experience of one's own or a loved one's mental disorder. A deeper understanding of the phenomenon is essential in anti-stigma work and service development.

**Keywords: mental health, social distance, nimby, stigma.**

Saapunut (16.01.2023)

Hyväksytty (24.08.2023)

#### LÄHTEET

- (1) Vorma H, Rotko T, Larivaara M, ym. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6.; 2020.
- (2) Kotovirta E, Markkula J, Pajula M, ym. Päihde- ja riippuvuusstrategia Yhteiset suuntaviivat vuoteen 2030. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2021.
- (3) Hermaszewska S, Sweeney A, Sin J. Time to change course in stigma research? J Ment Health. 2022;31;1:1–4. doi:10.1080/09638237.2021.2022636
- (4) Schomerus G, Auer C, Rhode D, ym. Personal stigma, problem appraisal and perceived need for professional help in currently untreated depressed persons. J Affect Disord. 2012;139;1:94–97. doi:10.1016/j.jad.2012.02.022
- (5) Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. London: Penguin; 1963.
- (6) Corrigan PW, Larson JE, Kuwabara SA. Mental Illness Stigma and the Fundamental Components of Supported Employment. Rehabil Psychol. 2007;52;4:451–457. doi:10.1037/0090-5550.52.4.451

- (7) Corbière M, Zaniboni S, Lecomte T, ym. Job Acquisition for People with Severe Mental Illness Enrolled in Supported Employment Programs: A Theoretically Grounded Empirical Study. *J Occup Rehabil.* 2011;21;3:342–354. doi:10.1007/s10926-011-9315-3
- (8) Van Den Tillaart S, Kurtz D, Cash P. Powerlessness, marginalized identity, and silencing of health concerns: Voiced realities of women living with a mental health diagnosis. *Int J Ment Health Nurs.* 2009;18;3:153–163. doi:10.1111/j.1447-0349.2009.00599.x
- (9) Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol.* 2001;27;1:363–385. doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363
- (10) Thornicroft G, Rose D, Kassam A, ym. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Br J psychiatry.* 2007;190;3:192–193. doi:10.1192/bjp.bp.106.025791
- (11) Pescosolido BA, Martin JK, Lang A, ym. Rethinking theoretical approaches to stigma: A Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS). *Soc Sci Med.* 2008;67;3:431–440. doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.018
- (12) Morison T, Macleod C, Lynch I, ym. Stigma Resistance in Online Childfree Communities. *Psychol Women Q.* 2016;40;2:184–198. doi:10.1177/0361684315603657
- (13) Lester JN, O'Reilly M. The social construction of stigma: Utilizing discursive psychology for advancing the conceptualization of stigma in mental health. *Stigma Heal (Washington, DC).* 2021;6;1:53–61. doi:10.1037/sah0000281
- (14) Gergen KJ. *An Invitation to Social Construction.* Third Edit. London: SAGE Publications Ltd; 2015. doi:10.4135/9781473921276
- (15) Earnshaw V, Smith L, Copenhaver M. Drug Addiction Stigma in the Context of Methadone Maintenance Therapy: An Investigation into Understudied Sources of Stigma. *Int J Ment Health Addict.* 2013;11;1:110–122. doi:10.1007/s11469-012-9402-5
- (16) Perry BL, Pescosolido BA, Krendl AC. The unique nature of public stigma toward non-medical prescription opioid use and dependence: a national study. *Addiction.* 2020;115;12:2317–2326. doi:10.1111/add.15069
- (17) Corrigan PW. Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clin Psychol Sci Pract.* 2000;7;1:48–67. doi:10.1093/clipsy.7.1.48
- (18) Conrad P, Schneider JW. *Deviance and medicalization : from badness to sickness.* St. Louis: Mosby; 1980.
- (19) Tikkinen KAO, Rutanen J, Frances A, ym. Public, health professional and legislator perspectives on the concept of psychiatric disease: a population-based survey. *BMJ Open.* 2019;9;6:e024265–e024265. doi:10.1136/bmjopen-2018-024265
- (20) Rovamo E, Toikko T. Päihde- ja mielenterveys-työhön kohdistetut negatiiviset asenteet ja assosiatiiivinen stigma. *Yhteiskuntapolitiikka.* 2019;84;3:281–291.
- (21) Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, ym. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies. *Alcohol Alcohol.* 2011;46;2:105–112. doi:10.1093/alcalc/agg089
- (22) Mielenterveysbarometri 2019. Mielenterveysbarometri 2019. Luettu 21.6.2021. <https://www.mtkl.fi/toimintamme/julkaisut/mielenterveysbarometri2019/>. 2019.
- (23) Luoma JB, Twohig MP, Waltz T, ym. An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addict Behav.* 2006;32;7:1331–1346. doi:10.1016/j.addbeh.2006.09.008
- (24) Tikkinen KAO, Leinonen JS, Guyatt GH, ym. What is a disease? Perspectives of the public, health professionals and legislators. *BMJ Open.* 2012;2;6:e001632. doi:10.1136/bmjopen-2012-001632
- (25) Pickard H. Responsibility without Blame for Addiction. *Neuroethics.* 2017;10;1:169–180. doi:10.1007/s12152-016-9295-2
- (26) Schively C. Understanding the NIMBY and LULU Phenomena: Reassessing Our Knowledge Base and Informing Future Research. *J Plan Lit.* 2007;21;3:255–266. doi:10.1177/0885412206295845
- (27) Aromaa E. Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Jyväskylän yliopisto, THL Terveyden ja hyvinvoinnin laitos* 69; 2011.
- (28) Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J, ym. Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland. *BMC Psychiatry.* 2011;11;1:52. doi:10.1186/1471-244X-11-52
- (29) Cinnirella M, Loewenthal KM. Religious and ethnic group influences on beliefs about mental illness: A qualitative interview study. *Br J Med Psychol.* 1999;72;4:505–524. doi:10.1348/000711299160202
- (30) Abdullah T, Brown TL. Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: An integrative review. *Clin Psychol Rev.* 2011;31;6:934–948. doi:10.1016/j.cpr.2011.05.003
- (31) Löve J, Bertilsson M, Martinsson J, ym. Political ideology and stigmatizing attitudes towards depression in Sweden. *Eur J Public Health.* 2016;26. doi:10.1093/eurpub/ckw175.028
- (32) Löve J, Bertilsson M, Martinsson J, ym. Political ideology and stigmatizing attitudes toward depression: The swedish case. *Int J Heal policy Manag.* 2019;8;6:365–374. doi:10.15171/ijhpm.2019.15
- (33) Schomerus G, Angermeyer MC. Blind spots in stigma research? Broadening our perspective on mental illness stigma by exploring ”what matters



- most” in modern Western societies. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2021;30:e26–e26. doi:10.1017/S2045796021000111
- (34) Rieckhof S, Sander C, Speerforck S, ym. Development and validity of the Value-based Stigma Inventory (VASI: a value-sensitive questionnaire for the assessment of mental health stigma. *BMC Psychiatry.* 2021;21;1:570–570. doi:10.1186/s12888-021-03427-4
- (35) Jalava J. *Trust as a Decision: The Problems and Functions of Trust in Luhmannian Systems Theory.* Helsinki: Faculty of Social Sciences, Department of Social Policy. Research Reports 1/2006; 2006.
- (36) Bauman Z. *Postmodernity Its Discontents.* Reprint. Cambridge: Polity Press; 1998.
- (37) Takahashi LM. The socio-spatial stigmatization of homelessness and HIV/AIDS: Toward an explanation of the NIMBY syndrome. *Soc Sci Med.* 1997;45;6:903–914.
- (38) Palmer GL. Examining the Effects of Scattered Site Supportive Housing on the Social and Economic Integration of Men Who Are Formerly Homeless and Primarily Black/African American. *J Black Stud.* 2016;47;8:846–868. doi:10.1177/0021934716653351
- (39) Kolla G, Strike C, Watson TM, J, ym. Risk creating and risk reducing: Community perceptions of supervised consumption facilities for illicit drug use. *Health Risk Soc.* 2017;19;1–2:91–111. doi:10.1080/13698575.2017.1291918
- (40) Eisenberg A. “A Shelter Can Tip the Scales Sometimes”: Disinvestment, Gentrification, and the Neighborhood Politics of Homelessness in 1980s New York City. *J Urban Hist.* 2017;43;6:915–931. doi:10.1177/0096144217714762
- (41) Young MG. Necessary but insufficient: NIMBY and the development of a therapeutic community for homeless persons with co-morbid disorders. *Local Environ.* 2012;17;3:281–293. doi:10.1080/13549839.2012.665856
- (42) Kuparinen R. Kehitysvammaiset uusia Marjanimeläisiäkö? Teoksessa: Roivainen I, Nylund M, Korkiamäki R, Raitakari S (toim.) *Yhteisöt ja sosiaalityö: kansalaisen vai asiakkaan asialla?* Jyväskylä: PS-kustannus; 2016.
- (43) Buckman ST. Upper Middle Class NIMBY in Phoenix: The Community Dynamics of the Development Process in the Arcadia Neighborhood. *J Community Pract.* 2011;19;3:308–325. doi:10.1080/10705422.2011.595306
- (44) Lindell MK, Earle TC. How Close Is Close Enough: Public Perceptions of the Risks of Industrial Facilities. *Risk Anal.* 1983;3;4:245–253. doi:10.1111/j.1539-6924.1983.tb01393.x
- (45) Angermeyer MC, Matschinger H. Labeling - Stereotype – Discrimination: An investigation of the stigma process. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40;5:391–395. doi:10.1007/s00127-005-0903-4
- (46) Björkman T, Angelman T, Jönsson M. Attitudes towards people with mental illness: A cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scand J Caring Sci.* 2008;22;2:170–177. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x
- (47) Reavley NJ, Jorm AF. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: Changes in Australia over 8 years. *Psychiatry Res.* 2012;197;3:302–306. doi:10.1016/j.psychres.2012.01.011
- (48) Jurvansuu S, Rissanen P. Päihteidenkäyttöön liittyvä stigma muuttuu hitaasti. *Tiimi.* 2021;3:26–27.
- (49) Kallio J, Kouvo A. Street-level Bureaucrats’ and the General Public’s Deservingness Perceptions of Social Assistance Recipients in Finland. *Soc policy Adm.* 2015;49;3:316–334. doi:10.1111/spol.12094
- (50) Kallio J, Niemelä M. Who Blames the Poor? *Eur Soc.* 2014;16;1:112–135. doi:10.1080/14616696.2013.787435
- (51) Karjalainen K, Pekkanen N, Hakkarainen P. *Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet – Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2018.* Helsinki: Raportti 2/2020. PunaMusta Oy. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL); 2020.
- (52) Wassmer RW, Wahid I. Does the Likely Demographics of Affordable Housing Justify NIMBYism? *Hous Policy Debate.* 2019;29;2:343–358. doi:10.1080/10511482.2018.1529694
- (53) Hankinson M. When Do Renters Behave Like Homeowners? High Rent, Price Anxiety, and NIMBYism. *Am Polit Sci Rev.* 2018;112;3:473–493. doi:10.1017/S0003055418000035
- (54) Davidson PJ, Howe M. Beyond NIMBYism: Understanding community antipathy toward needle distribution services. *Int J Drug Policy.* 2014;25;3:624–632. doi:10.1016/j.drugpo.2013.10.012
- (55) Kangas O. Asenteet, demografia, yhteiskunnallinen asema ja politiikka. *Blogiteksti.* Luettu 21.6.2021. <https://www.stn-wip.fi/2019/09/asenteet-demografia-yhteiskunnallinen-asema-ja-politiikka/>. 2019.
- (56) Larsen CA. The Institutional Logic of Welfare Attitudes. *Comp Polit Stud.* 2008;41;2:145–168. doi:10.1177/0010414006295234
- (57) Kantola A, Kuusela H. *Huipputulaiset: Suomen rikkain promille.* Tampere: Vastapaino; 2019.
- (58) Wass H, Weckroth M, Kantola A, ym. Tulot tai ulos?: Tulotason yhteys suomalaisten asenteisiin tulo- ja varallisuuserojen hyväksyttävyydestä ja sosiaalietuuksien järjestämisestä. *Yhteiskuntapolitiikka.* 2021;86;3:309–322.



- (59) Pettigrew TF, Tropp LR. How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *Eur J Soc Psychol.* 2008;38;6:922–934. doi:10.1002/ejsp.504.
- (60) Pettigrew TF, Tropp LR. A Meta-Analytic Test of Intergroup Contact Theory. *J Pers Soc Psychol.* 2006;90;5:751–783. doi:10.1037/0022-3514.90.5.751
- (61) Välimaa M. Sosiaalityön asiakkaat ja nimby-ilmio. Teoksessa: Matthies A-L, Svenlin A-R, Turtiainen K, toim. Aikuissosiaalityö. Tieto, käytäntö ja vaikuttavuus. Helsinki: Gaudeamus; 2021:55–65.

PÄIVI RISSANEN  
*VTT, erityisasiantuntija*  
*Mielenterveyden keskusliitto*

SARI JURVANSUU  
*YTM, tutkija*  
*A-klinikkasäätiö*

JANNE JALAVA  
*VTT, dosentti Helsingin yliopisto, kehitysjohtaja*  
*Mielenterveyden keskusliitto*



## Vaikuttavuuden johtamisen mekanismit — lähtökohtia ja edellytyksiä hyvinvointialueille

Artikkeli tarkastelee vaikuttavuuden johtamisen lähtökohtia ja edellytyksiä hyvinvointialueiden näkökulmasta. Vaikuttavuus on noussut hyvinvointipolitiikan keskeiseksi tavoitteeksi, jossa hyvinvointialueiden tulevaisuutta suuntaa esimerkiksi vaikuttavuusperusteinen ohjaaminen ja vaikuttavuustiedolla johtaminen. Kulttuurin muutos ja tavoitteiden saavuttaminen ovat johtamisen keskeisiä kysymyksiä. Laadullisen asiakirja-analyysin perusteella vaikuttavuus kuitenkin näyttäytyy monitulkintaisena ja abstraktina kehittämistavoitteena, jossa ei varsinaisesti oteta kantaa johtamisen keinoihin. Tämä osoittaa tarpeen tarkastella vaikuttavuuden johtamisen lähtökohtia hyvinvointialueilla, koska vaikuttavuuskeskustelussa yhdistyvät monenlaiset intressit ja eri tieteenalojen näkökulmat. Tutkimuskirjallisuuden ja asiakirja-analyysimme perusteella voidaan tunnistaa viisi vaikuttavuuden johtamisen mekanismeja hyvinvointialueilla: 1) hyvinvointipolitiikka vaikuttavuuden ohjenuorana, 2) vaikuttavuuden johtaminen hyvinvointialueen voimavarojen hallinnan kysymyksenä, 3) arviointi ja mittaaminen vaikuttavuuden johtamisen välineinä, 4) vaikuttavuustiedolla johtaminen, ja 5) vaikuttavuuden kollektiivinen merkityksellistäminen. Yhdessä nämä johtamismekanismit selittävät, mitä vaikuttavuuteen tähtäävän toiminnan organisointi ja sen johtaminen hyvinvointialueilta edellyttää. Artikkelin peräänkuuluttaa vaikuttavuuden johtamiseen yhteistä tiedonmuodostusta siitä, miten vaikuttavuustavoite on tarkoitus muuttaa hyvinvointialueiden, palveluorganisaatioiden ja ihmisten toiminnaksi, palvelumalleiksi ja ammatillisiksi käytännöiksi, jotka aikaansaavat vaikuttavuutta.

**ASIASANAT:** Vaikuttavuus, hyvinvointipolitiikka, arviointi, tiedolla johtaminen, merkityksellistäminen

**HARRI LAIHONEN, ANNA-AURORA KORK, NINA LUNKKA, LOTTA-MARIA SINERVO, VIRPI SILLANPÄÄ, PETRA KOKKO, JUUSO HYVÄRINEN**

### YDINASIAT

- Hyvinvointipalveluissa vaikuttavuus tulkitaan usein intervention näkökulmasta, joko terveystieteiden tai lääketieteen tutkimusperinteistä käsin, jotka jättävät monet julkisjohtamisen kysymykset avoimeksi.
- Hyvinvointipolitiikassa vaikuttavuusperusteinen ohjaaminen ja vaikuttavuustiedolla johtaminen perustellaan hyvinvointialueiden tulevaisuutena, mutta näiden tavoitteiden saavuttaminen edellyttää kulttuurin muutosta ja sen johtamista.
- Vaikuttavuuden johtamiseen tarvitaan hyvinvointipolitiikan ohjausta, voimavarojen vaikuttavuusperusteista hallintaa, vaikuttavuuden arviointia ja mittaamista, vaikuttavuustiedolla johtamista sekä vaikuttavuuden kollektiivista merkityksellistämistä, jotka ovat keskeisiä vaikuttavuuden johtamisen mekanismeja.

## JOHDANTO

Vaikuttavuusperusteisuus, tiedolla johtaminen, kestävä hyvinvointi ja muutoksen johtaminen ovat keskeisiä avainsanoja hyvinvointipoliitikassa ja sosiaali- ja terveyspalvelujen johtamisessa. Vaikuttavuus voidaan ymmärtää monin eri tavoin riippuen asiayhteydestä, tieteenalasta, ammatista, tai arviointinäkökulmasta (1). Kyse on myös toimijoiden arvoista ja preferensseistä (2) sekä siitä, millaisia näkökulmia, vaikutuksia tai päämääriä vaikuttavuuteen liitetään. Usein sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuus määritellään palveluilla aikaansaautuna vaikutuksena, kuten terveytenä, hyvinvointina tai muuna toivottuna muutoksena (3-5). Terveystaloustieteessä vaikuttavuudella tarkoitetaan toiminnalla aikaansaautua, rutiiniolosuhteissa tapahtunutta muutosta ihmisten terveydentilassa (6,7). Lääketieteessä vaikuttavuudella tarkoitetaan hoidon tai toimenpiteen tehoa todellisessa tilanteessa (8). Tämä artikkeli tarkastelee vaikuttavuutta johtamisen ilmiönä, ja tutkimustehtävänä on tunnistaa vaikuttavuuden johtamisen lähtökohtia ja mekanismeja, joilla pyritään aikaansaamaan muutosta kohti vaikuttavampia hyvinvointipalveluja. Artikkelit täydentää aiempaa interventioihin keskittyvää lääketieteellistä ja terveystaloustieteellistä vaikuttavuuskeskustelua hallintotieteellisellä näkökulmalla, joka nostaa esiin toimintapolitiikan, julkisen hallinnan ja johtamisen merkityksen muutoksessa.

Muutoksen aikaansaaminen ja tavoitteiden saavuttaminen ovat johtamisen kysymyksiä. Hyvinvointialueiden johtamisessa vaikuttavuutta voidaan tulkita ja arvioida monin eri tavoin, kuten vastaako toiminta asetettuja kehittämissavoitteita, asiakkaiden odotuksia, tarpeita tai yhteiskuntapolitiittisia päämääriä (9). Julkisessa hallinnossa vaikuttavuuteen liittyvät läheisesti yhteiskunnallisen vaikuttavuuden, oikeudenmukaisuuden, kustannusvaikuttavuuden ja palvelujen laadun käsitteet (10). Julkisen toiminnan taloudellisten resurssien rajallisuus heijastuu vaikuttavuuden johtamisen edellytyksiin, koska verovarojen käytön tulisi olla mahdollisimman vaikuttavaa. Taloudellisten resurssien näkökulmasta vaikuttavuutta tarkastellaan usein kustannustehokkuutena ja kustannusvaikuttavuutena. Vaikuttavuuden aikaansaamiseen liittyykin tasapainoilua monenlaisten arvojen ja valintojen välillä. Tätä voidaan havainnollistaa myös kestävyden käsitteellä. Esimerkiksi taloudellisen kes-

tävyyden edistäminen saattaa heikentää palvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja siten sosiaalista kestävyttä (11). Hyvinvointialueiden päätöksenteossa ja johtamisessa taloudellinen kestävyys ja resursoinnin kysymykset kytkeytyvät siis monin tavoin vaikuttavuuteen.

Johtamisen näkökulmasta avainkysymys on vaikuttavuuden toteuttaminen eli se, miten abstrakti hyvinvointipoliittinen vaikuttavuuden käsite muunnetaan toimenpiteiksi, palvelumalleiksi, käytännöiksi tai resursseiksi. Aikaisemmasta tutkimuskirjallisuudesta voidaan tunnistaa joitakin vaikuttavuuteen liittyviä johtamisnäkökulmia. Ensinnäkin on kyse poliittisesta ohjauksesta, jossa määritetään vaikuttavuutta korostavat hyvinvointipoliittikan ja siihen sisältyvän terveystaloustalouden tavoitteet (12-14). Toiseksi tavoiteasetanta ohjaa vaikuttavuuden mittaamisen ja arvioinnin käytäntöjen kehittämistä (15-17,5). Lisäksi kaikessa julkisrahoitteisessa toiminnassa on huomioitava yhteiskunnallinen vaikuttavuus ja tasapainoiltava poliittisten intressien, taloudellisten ja inhimillisten voimavarojen rajallisuuden ja sosiaalisesti kestävien ratkaisujen välillä (10,18). Kaiken kaikkiaan asetetut tavoitteet ja niissä suoriutumista seuraava mittausinformaatio tarjoavat lähtökohdan ohjaukselle ja tiedolla johtamiselle (19,20). Aikaisemmat vaikuttavuutta koskevat keskustelut näyttäytyvät kuitenkin usein erillisinä ja kokonaiskuvaa vaikuttavuuden johtamisen keinoista on vaikea muodostaa. Vähälle huomiolle on jäänyt muun muassa se, miten erilaiset vaikuttavuuden tarkastelutasot ja näkökulmat tulevat yhteen, ja miten ne yhdessä luovat käytännön edellytyksiä vaikuttavuuden johtamiselle, esimerkiksi hyvinvointialueilla.

Tässä artikkelissa rakennamme kokonaiskuvaa vaikuttavuuden johtamisesta analysoimalla kotimaista vaikuttavuuskeskustelua dokumenttiaineiston avulla. Käsitteemme hyvinvointipalvelujen vaikuttavuuden johtamisen lähtökohdista ja edellytyksistä rakentuu muutosteorian kautta tunnistamalla niitä mekanismeja, jotka selittävät miten muutosta voidaan johtaa haluttujen vaikutusten aikaansaamiseksi (21). Johtamisen mekanismeilla tarkoitamme poliittishallinnollisia resursseja, valintoja ja organisointiprosesseja, joilla vaikuttavuutta tavoitellaan. Kyse on siis keinoista ja resursseista, mutta myös käsityksistä ja perusteluista siitä, minkälainen toiminta tuottaa tavoiteltua muutosta, jonka tuloksena syntyy

vaikuttavuutta. Ne auttavat siten raottamaan vaikuttavuuden johtamiseen liittyvää “mustaa laatikkoa”. Lähtökohtanamme on, että vaikuttavuuden johtaminen tapahtuu sosiaalisessa toiminnassa ja institutionaalisissa rakenteissa, hallintokulttuurissa ja organisaatiokäytännöissä.

Artikkelin seuraavassa luvussa kuvaamme tutkimuksen menetelmälliset valinnat. Luvussa kolme esitämme asiakirja-analyysin tulokset siitä, miten vaikuttavuuden johtamisen lähtökohdat ilmenevät kansallisessa vaikuttavuuskeskustelussa ja tunnistamme viisi vaikuttavuuskeskustelussa toistuvaa teemaa. Luvussa neljä tarkastelemme näitä teemoja aikaisemman kirjallisuuden valossa ja johdamme viisi keskeistä vaikuttavuuden johtamisen mekanismia. Lopuksi pohdimme, mitä vaikuttavuuteen tähtäävän toiminnan organisointi ja sen johtaminen hyvinvointialueilta edellyttää.

## MENETELMÄT

Artikkelin empiirinen osa kuvaa kotimaisen vaikuttavuuskeskustelun lähtökohtia. Artikkelin empiirinen aineisto koostuu sote-palveluja ohjaavista kansallisista dokumenteista sekä keskeisistä kotimaisessa vaikuttavuuskeskustelussa säännöllisesti esiin nousevista selvityksistä ja raporteista (taulukko 1). Aineiston valinnassa painotimme asiakirjoja liittyen sote-palvelujärjestelmän ohjaukseen, jonka lisäksi konsultoimme ohjaavia ministeriöitä (VM ja STM) ja tiedustelimme heiltä keskeisiä ohjaavia asiakirjoja ja viimeisimpiä valtionuuvoston selvityksiä aihepiiristä. Tässä vaiheessa rajasimme aineistosta pois hyvinvointialueiden strategiat, sillä ne olivat vasta valmistelussa artikkelin kirjoittamiseen aikaan. Lisäksi halusimme keskittyä valtionhallinnon ohjauskölkulmasta erityisesti vaikuttavuuden johtamisen lähtökohtien ja edellytysten analysointiin, sillä ne määrittävät myös hyvinvointialueiden vaikuttavuuden johtamista. Näiden dokumenttien lisäksi taustoittavana aineistona toimivat Sanna Marinin hallitusohjelma (22), julkisen hallinnon uudistamisen strategia (23) ja julkisen talouden suunnitelma (24).

Tutkimusmenetelmänä käytimme laadullista dokumenttianalyysiä, joka tarjoaa systemaattisen menetelmän asiakirjojen tutkimiseen (30). Asiakirjat muodostavat luonnollisen aineiston, joka on syntynyt tietystä asiayhteydestä ilman, että artikkelin tutkijat ovat vaikuttaneet asiaan.

Näin ollen asiakirjat tarjoavat meille näytteen siitä, miten vaikuttavuuden johtamisesta tyypillisesti puhutaan ja kirjoitetaan kotimaisessa vaikuttavuuskeskustelussa. (31.) Aineiston analysoimme aineistolähtöisen teemoittelun avulla (30). Teemoittelu sisälsi asiakirjojen huolellisen lukemisen vaikuttavuuden ja sen johtamisen tavoitteista ja keinoista, joita tulkittiin julkisjohtamisen näkökulmasta. Aineistosta tehdyistä yksittäisistä havainnoista tiivistimme ensin alateemat, joista johdimme edelleen yläteemat, jotka olivat poliittinen ohjaaminen; resursointi; vaikuttavuuden mittaaminen; tiedolla johtaminen sekä toimintakäytäntöjen ja kulttuurin muuttaminen. Seuraavassa luvussa 3 raportoimme, miten vaikuttavuuden johtaminen ilmenee aineistossa, ja sen jälkeen luvussa 4 tulkitsemme tuloksia suhteessa hyvinvointialueisiin ja aikaisempaan tutkimuskirjallisuuteen.

## TULOKSET – VAIKUTTAVUUSTIETO JA VAIKUTTAVUUDEN JOHTAMINEN KANSALLISESSA VAIKUTTAVUUSKESKUSTELUSSA

### JÄRJESTÄMISLAKI JA SOTE-PALVELUIDEN VAIKUTTAVUUS

Järjestämislaista tunnistimme seuraavat vaikuttavuuden johtamisen lähtökohtia määrittävät alateemat: kustannusvaikuttavuus ja kustannusten hallinta; seuranta ja raportointi; vaikuttavuustavoitteet ja arviointi; tiedon tuottaminen ja tiedolla ohjaaminen sekä rahoituksen riittävyys.

Sosiaali- ja terveydenhuollosta järjestämistä annetun lain 612/2021 (25) tarkoituksena on 1 §:n mukaan

”edistää ja ylläpitää väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä varmistaa yhdenvertaiset, yhteentoimivat ja kustannusvaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut koko maassa”.

Kustannusten hallinnan näkökulmasta laki siten määrittelee hyvinvointialueiden palvelustrategian mittariksi kustannusvaikuttavuuden, jonka toteutumista seurataan vuosittain hyvinvointialueiden ja sosiaali- ja terveysministeriön välisissä neuvotteluissa (11 ja 24 §). Laki myös täsmentää vastuunjakoja valtakunnallisten toimijoiden ja hyvinvointialueiden kesken. Toiminnan seurannan ja arvioinnin näkökulmista laissa ei oteta kantaa vaikuttavuuden määrittelyyn, mutta se velvoittaa hyvinvointialueet seuraamaan ja raportoimaan

Taulukko 1. Artikkelissa käytetty dokumenttiaineisto.

Dokumentti	Keskeinen sisältö	Merkitys johtamiselle
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (25)	Lain tarkoituksena on varmistaa yhdenvertaiset, yhteentoimivat ja kustannusvaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut koko maassa.	Normiohjauksen kansalliset lähtökohdat vaikuttavuuden johtamiselle.
Sosiaali- ja terveysministeriön strategia 2030 (26)	Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan toimintaa ohjaavat yhteiset arvot, visio ja missio	Sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuuden johtamisen strategiset tavoitteet.
Valtiovarainministeriön strategia 2030 (27)	Valtiovarainministeriön toimintaa ohjaava strategia; taloudellisen ohjauksen lähtökohdat; kestävä julkinen talous	VM seuraa hyvinvointialueiden toimintaa ja taloutta ja asettaa julkisen talouden kestävyys tavoitteet.
Sote-uudistuksen vaikuttavuus- ja kustannustieto -ryhmän työryhmämuistio (28)	Vaikuttavuus- ja kustannustieto-ryhmän (KUVA) ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäiseksi mittaristoksi palvelujen laadun, vaikuttavuuden, kustannusten ja tehokkuuden seuraamiseen.	Kansallinen vaikuttavuuden seurannan ja arvioinnin mittaristo.
Julkisen sektorin tuottavuus (29)	Julkisen hallinnon uudistamistavoitteiden ja keinojen tunnistaminen, joilla voidaan nostaa julkisen hallinnon tuottavuutta julkista taloutta vahvistavalla tavalla.	Vaikuttavuuden johtaminen osana kansallista tuottavuuden kehittämistä; sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuus
Vaikuttavuuden vuosikymmentä rakentamassa, Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuuskeskus -selvitys (4)	Selvityksessä kuvataan tarvetta, toimintamallia, tehtäviä ja tavoitteita uudelle vaikuttavuustoimintaa koordinoivalle kansalliselle toimijalle.	Tietoon perustuvan sote-palvelujen vaikuttavuuden arvioinnin kehittäminen; kansallinen koordinointi ja hyvinvointialueiden verkostoyhteistyö
Reittiopas vaikuttavuuteen, Vaikuttavuusperustainen ohjaus sote- ja työllisyys-palveluissa (3)	Selvityksessä rakennetaan vaikuttavuusperustainen ohjausmalli, esitetään vaikuttavuuden ohjauksen peruseriaatteita, rakenteita ja haasteita.	Vaikuttavuusperustainen ohjausmalli, jolla hyvinvointialue voi johtaa vaikuttavuutta normi- resurssi- informaatio- ja vuorovaikutusohjauksen keinoin.

”asukkaiden hyvinvoinnista ja terveydestä, niihin vaikuttavista tekijöistä sekä toteutetuista toimenpiteistä aluevaltuustolle vuosittain” (7§).

Lisäksi vaikuttavuustavoitteiden määrittämiseksi hyvinvointialueiden on palvelustrategiassa asetettava

”tavoitteet sille, miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut toteutetaan ottaen huomioon hyvinvointialueen asukkaiden tarpeet, paikalliset olosuhteet, palvelujen saatavuus ja saavutettavuus sekä kustannusvaikuttavuus” (11§).

Vaikuttavuuden johtaminen näyttäisi edellyttävän hyvinvointialueilta monitasoisen tiedon tuottamista. Esimerkiksi pykälä 29 määrittää seuranta- ja arviointivelvollisuuden seuraavasti:

”Hyvinvointialueen on seurattava alueensa väestön hyvinvointia ja terveyttä väestöryhmittäin, järjestämänsä sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta, saatavuutta, laatua, vaikuttavuutta ja yhdenvertaisuutta, asiakkaiden palvelujen yhteensovittamista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia ja tuottavuutta.”

Laki edellyttää, että kaikkea tätä tietoa hyvinvointialueen on hyödynnettävä sekä oman toimintansa johtamisessa että vertailussa muihin hyvinvointialueisiin. Lisäksi järjestämisestä annetun lain pykälä 30 määrää Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) laatimaan vuosittain

”sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan asiantuntija-arvion valtakunnallisesti, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö-alueittain ja hyvinvointialueittain”.

Samalla arvioidaan myös

”toimenpiteitä, joiden toteuttaminen hyvinvointialueella on kustannusten hallinnan kannalta tai muutoin välttämätöntä, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeenmukaisuus, saataavuus, laatu, vaikuttavuus ja yhdenvertaisuus sekä asiakkaiden palvelujen yhteensovittaminen voidaan valtion rahoituksella ja muulla tulo-rahoinnilla turvata”.

Molemmissa pykälissä vaikuttavuustieto näyttäytyy yhtenä keskeisenä tiedolla ohjaamisen ja johtamisen elementtinä. Käytännön johtamistyön kannalta ongelmallista on, että lainsäädännössä ei sinällään määritetä vaikuttavuustiedon sisältöä tai oteta kantaa siihen mitä vaikuttavuustiedolla johtaminen oikeastaan tarkoittaa.

Järjestämislaki korostaa strategista johtamista (11 §), substanssijohtamista (8 §) ja tietojohdantamista (29 §). Strateginen johtaminen todentuu lain edellyttämässä hyvinvointialueen palvelustrategiassa. Substanssijohtaminen liittyy hoito- ja toimintakäytäntöjen kehittämiseen, joka ilmenee monialaisen asiantuntemuksen, laadukkaiden ja turvallisten palvelujen sekä eri ammattiryhmien yhteistyön johtamisena. Tietojohdantamisella tuetaan päätöksentekoprosessia, toiminnan, tuotannon ja talouden ohjausta sekä johtamista. Vaikuttavuuden johtamisen näkökulmasta järjestämislaista voidaan nostaa esiin vielä pykälä 36§, joka määrää samaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueeseen kuuluvat hyvinvointialueet tekemään yhteistyösopimuksen valtuustokausittain. Resurssien hallinnan näkökulmasta sopimuksen tarkoituksena on varmistaa hyvinvointialueiden työnjako, yhteistyö ja yhteensovittaminen, jotta voidaan turvata lakisääteisten tehtävien toteutuminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuus.

#### HALLINNON STRATEGIAT JA VAIKUTTAVUUS

Laki ylimpänä ohjauskeinona määrittää hallinnon strategioita. Tarkastellut hallinnon strategiat nostavat edellisessä luvussa tunnistettujen teemojen lisäksi esiin seuraavat vaikuttavuuden johtamiseen liittyvät alateemat: mittaristot ja mittaaminen; toimintapolitiikat; talouden ohjaus sekä neuvottelemisen ja näkökulmien yhteensovittaminen.

Toimintapolitiikka antaa yleiset kehykset vaikuttavuuden johtamiselle, jota tuetaan ministeriöiden strategioilla. Sosiaali- ja terveysministeriön strategiassa (26) asetetaan viisi vaikuttavuustavoitetta: 1) väestön hyvinvoinnin turvaaminen, 2) vaikuttavien etuuksien ja palvelujen varmistaminen kestäväällä tavalla, 3) ihmisten eriarvoistumisen ehkäiseminen ja vähentäminen, 4) sukupuolten tasa-arvon ja yhdenvertaisuuden toteutuminen, ja 5) elin- ja työympäristön terveyden ja turvallisuuden parantaminen (28). Näitä vaikuttavuustavoitteita täsmennetään tulostavoitteissa, joista johdetaan lyhyen ajan tavoitteet (esim. hallituskaudelle) sekä konkreettiset toimenpiteet vuosittain. Näissä strategisissa linjauksissa vaikuttavuuden sisältö alkaa hahmottua ja niistä voidaan tunnistaa millaista tietoa vaikuttavuuden johtaminen edellyttää.

Vaikuttavuuden yhtenäiseen mittaamiseen liittyvää problematiikka on pyritty aktiivisesti ratkaisemaan valtakunnallisten mittaristojen kehittämisellä. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnon alalla järjestämislain ja ministeriön strategian mukaista vaikuttavuusajattelua vie käytäntöön niin sanottu kansallisen ohjauksen KUVA-mittaristo (Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristo, KUVA). Mittareita on katsottu voitavan käyttää myös seuraaviin tarkoituksiin: palvelujen järjestäminen ja tuotannon johtaminen; suunnittelu ja seuranta; järjestäjien ja tuotantoyksiköiden välinen seuranta ja valvonta (28). Lisäksi mittareiden esitetään vastaavan jossain määrin myös tuottajataso ja asiakkaiden valinnanvapautta koskevaan tietotarpeeseen. Alkuperäisen työryhmämuistion julkaisun jälkeen KUVA-mittariston käytössä on korostunut palvelujärjestelmän ohjauksen ja johtamisen tukifunktio, mikä tiivistyy THL:n tuottamissa arviointiraporteissa myös sanalliseksi arvioinniksi. KUVA-mittariston jatkokehitys on ohjauksesta vastaavien ministeriöiden yhteisvastuulla.

Vaikuttavuudesta työryhmämuistiossa todetaan, että

”sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuus on käsitteenä jokseenkin vaikea erottaa palvelujen laadusta, koska laadukkaan palvelun odotetaan olevan vaikuttavaa eli tuottavan terveys- ja hyvinvointihyötyä” (28, s. 147).

Vaikuttavuuden mittaaminen on vaikeaa ja usein joudutaankin tyytymään mittaamaan vaikutuksia. Koko palvelujärjestelmän vaikuttavuuden tarkastelu on vielä monimutkaisempaa, koska palvelujärjestelmän tarkoituksena on tuottaa terveys- ja hyvinvointihyötyä sekä asiakkaille että laajemmin koko yhteiskunnalle (28). Lisäksi muistio nostaa esiin, että palvelujärjestelmällä on rajallinen rooli monissa terveyden ja hyvinvoinnin positiivisissa muutoksissa. Suurempi merkitys on muistion mukaan ”*sosiaali- ja terveystaloudella tai sitä laajemmalla yhteiskuntapolitiikalla*” (s. 147). Lisäksi korostetaan talous- ja toimintatiedon yhteensovittamisen tärkeyttä. Vaikuttavuusmittareiden osalta suurin ongelma on rakentaa osoitettavissa oleva asiayhteys jonkin sosiaali- tai terveystoiminnan ja vaikutuksen välille, vaikuttavuudesta puhumattakaan (28).

Vaikuttavuuden johtamisessa kamppailevat kilpailevat toimintalogiikat ja arvostukset, kuten väestön hyvinvoinnin ja kustannusten hallinnan väliset ristipaineet. Valtiovarainministeriön strategiassa (27) vaikuttavuutta tarkastellaan ensisijaisesti taloudellisen ohjauksen näkökulmasta. Strategian mukaan ministeriön strateginen tehtävä on huolehtia julkisen talouden vakaudesta ja julkisen hallinnon tehokkuudesta, vaikuttavuudesta ja uudistamisesta. Lisäksi avoimuutta, luottavuutta ja vastuullisuutta korostaen strategia esittää, että ”*sovittamme yhteen eri näkökulmia sekä pyrimme kestäviin ja vaikuttaviin ratkaisuihin*”. Vaikuttavuuden sisältöjä tai keinoja sen saavuttamiseksi ei avata tarkemmin.

Konkreettisemmin valtiovarainministeriön toimintaa ja sen vaikuttavuustulkintaa avaa Julkisen sektorin tuottavuus -dokumentti (29). Siinä yhteiskunnallista vaikuttavuutta lähestytään seuraavasti:

”[...] toiminta suunnitellaan vaikuttavuustavoitteesta käsin niin, että halutut tulokset saavutetaan. Huomio kohdentuu suunnitellun ja mallinnetun toiminnan toteutumisen seurantaan, ei satunnaisten myönteisten sivuvaikutusten arviointiin. Yhteiskunnallinen tai sosiaalinen jalanjälki on sukua hiilijalanjäljelle ja sillä tarkoitetaan muun toiminnan sivutuotena syntyviä yhteiskunnallisia vaikutuksia” (29, s. 4).

Dokumentissa tunnustetaan vaikuttavuuskäsitteeseen liittyvä määritelmällinen monitulkintaisuus ja esitetään, että vaikuttavuutta voidaan lähestyä vaikuttavuusketjun kautta:

”Vaikuttavuusketju auttaa hahmottamaan, millaisista elementeistä yhteiskunnallinen vaikuttavuus muodostuu ja tuo esille niiden väliset suhteet. Vaikuttavuusketju on yksinkertainen kuvaus toimintamallin yhteiskunnallisen vaikuttavuuden syntymisestä” (29, s. 4-5).

Dokumentin mukaan kytkemällä vaikuttavuusketjuajatteluun tiedonkeruu ja mittaristo voidaan todentaa vaikuttavuuden syntyminen.

#### KANSALLISESTA OHJAUksesta VAIKUTTAVUUDEN JOHTAMISEN KEHITTÄMISEEN

Vaikuttavuuden johtamisen kehittämiseen liittyen asiakirja-aineistostamme nousevat esiin edellä nimettyjen alateemojen lisäksi palvelujen kehittäminen, toiminnanohjaus sekä vaikuttavuuden tulkinnat.

Julkisten hyvinvointipalvelujen kehittämisen yhteydessä kansallisessa vaikuttavuuskeskustelussa viitataan usein Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan tuotoksena syntyneeseen Reittiohjaus sote- ja työllisyyspalveluissa -raporttiin (3). Siinä vaikuttavuus määritellään seuraavasti:

”Vaikuttavuus on palvelutuotannolla aikaansaatu muutos: sote-palveluissa vaikuttavuus on myönteinen muutos asiakkaan terveydessä, toimintakyvyssä tai hyvinvoinnissa”.

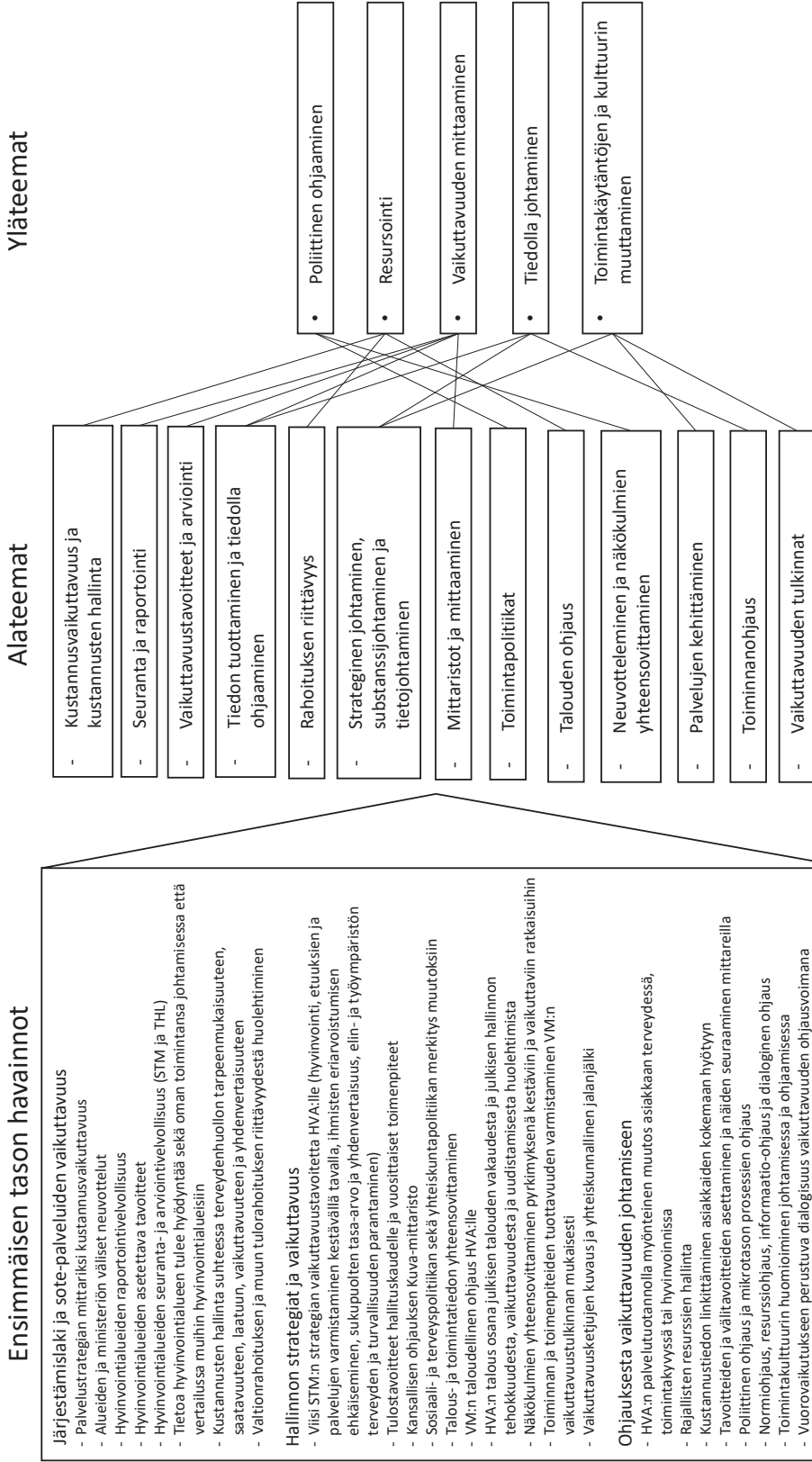
Yhteiskunnallinen näkökulma korostuu lähinnä puhuttaessa kustannusvaikuttavuudesta:

”Asiakkaille tuotettu hyöty on sidottu rajallisiin resursseihin. Siksi kustannustiedon linkittäminen asiakkaiden kokemaan hyötyyn muodostaa vaikuttavuusperustaisen ohjauksen ytimen” (3).

Samankaltaisesti Sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuuskeskus -selvitys (4, s. 2) määrittelee vaikuttavuuden palveluilla aikaansaaduiksi vaikutuksiksi ”*terveyteen, hyvinvointiin tai muuhun toivottuun asiaan*” tekemättä kuitenkaan eroa yksilön ja yhteiskunnan välillä. Selvitys tuo esiin



Kuvio 1. Aineiston analyysin keskeiset havainnot vaikuttavuuden johtamisen teemojen tunnistamiseksi.



useita ongelmia nykytilanteessa ja siinä tunnustetaan tarve vaikuttavuustoiminnan kehittämiseksi. Vaikuttavuuskeskuksen tehtäviksi ja tavoitteiksi esitetään muun muassa vaikuttavuustietotarpeiden tunnistaminen, vaikuttavuustiedon kerääminen ja seurannan koordinaatio, osaamisen tuki ja kehittäminen sekä kulttuurimuutoksen edistäminen (4).

Vaikuttavuuden johtaminen hyvinvointialueilla tulee näkyväksi toiminnanohjauksen ja toimijoiden vaikuttavuuden tulkintojen kautta. Reittiopas vaikuttavuuteen -raportin (3) mukaan vaikuttavuuden ohjaaminen voidaan myös nähdä mikrotason toimintana ja se edellyttää ennen kaikkea tavoitteiden ja välitavoitteiden asettamista ja näiden toteutumisen seuraamista soveltuvin mittarein. Keskeisiksi ohjauskeinoiksi kirjoittajat tunnustavat normiohjauksen, resurssi-ohjauksen, informaatio-ohjauksen ja vuorovaikutukseen perustuvan ohjauksen. Vaikuttavuuden johtamisen osalta keskustelu kääntyy usein vaikuttavuuden mittaamiseen ja sen problematiikkaan. Raportin (3) mukaan vaikuttavuustieto koostuu aina yksilötason tiedoista ja tätä tietoa aggregoitaessa syntyy tietoa, jota voidaan hyödyntää johtamisessa. Lisäksi raportti korostaa kulttuurin huomioimista vaikuttavuuden johtamisessa ja ohjaamisessa. Kulttuurin näkökulmasta vuorovaikutukseen perustuva dialogisuus nähdään olennaisena vaikuttavuuden ohjausvoimana. Vuorovaikutukseen pohjautuvaa ohjausta ja johtamista pidetään palveluketjujen ”liimana” (p. 86), jonka merkitys kasvaa, ”mitä monimutkaisemmasta ohjausrakenteesta tai asiakasryhmästä on kysymys” (p. 86).

#### **SYNTEESI: KESKEISET VAIKUTTAVUUDEN JOHTAMISEEN LIITTYVÄT TEEMAT**

Lainsäädäntö ja eri hallinnonalojen strategiat nostavat vaikuttavuuden keskeiseksi sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän tavoitteeksi, mutta eivät juurikaan määrittele mitä vaikuttavuudella tarkoitetaan tai miten vaikuttavuutta tulisi johtaa. Aineiston perusteella vaikuttavuuden johtaminen keskittyy erityisesti ohjaukseen, joko yhteiskunnan makrotasolla poliittisena ohjauksena tai organisaation mikrotason prosessien ohjauksena. Vaikuttavuuden johtamisen keskustelu näyttäisi monilta osin palautuvan vaikuttavuuden käsitteen tulkintaeroihin eli siihen tarkastellaanko vaikuttavuutta ensisijaisesti yksilön, organisaation

vai yhteiskunnan tasolla ja minkä ammattiryhmän näkökulmasta tarkastelua tehdään. Kuvio 1 tiivistää asiakirja-analyysimme tulokset. Kuviossa havainnollistetaan, miten asiakirja-aineistosta tehtyjen yksittäisten havaintojen kautta on tiivistetty ensin alateemat ja näistä edelleen viisi yläteemaa.

#### **POHDINTA – VAIKUTTAVUUDEN JOHTAMISEN LÄHTÖKOHTIA HYVINVOINTIALUEILLA**

Tutkimuksemme tulokset tuovat esiin vaikuttavuuskeskustelun abstraktin luonteen ja monitulkintaisuuden. Erilaisia vaikuttavuuskäsityksiä näyttäisi yhdistävän ajatus siitä, että vaikuttavuudella tarkoitetaan muutosta suhteessa toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin, mutta johtamista kuvataan lähinnä vaikuttavuuden ohjauksena. Asiakirja-aineistomme perusteella vaikuttavuuden johtamista voidaan lähestyä viiden yläteeman kautta: poliittinen ohjaaminen; resursointi; vaikuttavuuden mittaaminen; tiedolla johtaminen sekä toimintakäytäntöjen ja kulttuurin muuttaminen. Yhteistä näille teemoille on niiden geneerisyys eli johtamisen tarkastelu voidaan kohdentaa niin valtakunnalliselle kuin alueellisellekin tasolle, ja johtamiskäytäntöjen osalta myös organisaatioihin ja jopa yksilötasolle saakka. Seuraavaksi pohdimme tunnistettuja teemoja suhteessa aiempaan tutkimuskirjallisuuteen sekä sitä, millaisen lähtökohdan ne antavat vaikuttavuuden johtamiselle hyvinvointialueilla.

#### **HYVINVOINTIPOLITIikka VAIKUTTAVUUDEN JOHTAMISEN OHJENUORANA**

Hyvinvointialueilla on merkittävä rooli hyvinvointipolitiikan muodostavien arvovalintojen tekemisessä. Vaikuttavuuden johtamisen lähtökohdana toimii vallitseva käsitys hyvinvoinnista ja sen seurauksena muodostuva hyvinvointipolitiikka (12,13,32-34). Hyvinvointipolitiikka ohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa, sillä se määrittää järjestelmätason tavoitteet ja ohjaa näin palvelujärjestelmän toimintaa sekä sen mittaamista ja arviointia (17,28).

Sote-uudistuksen yksi keskeinen lähtökohhta on ollut sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuusperusteisen ohjauksen kehittäminen. Hyvinvointipolitiikan tavoiteasetantaan ja tätä kautta hyvinvointialueiden vaikuttavuuden johtamiseen vaikuttavat monin tavoin myös kansainväliset poliittiset agendat, kansalaisten tarpeet ja uudet

johtamistrendit. Reittiopas vaikuttavuuteen -raportti (3) kytkee kotimaisen vaikuttavuuskeskustelun kansainväliseen terveydenhuollon vaikuttavuusperusteiseen johtamismalliin (Value-Based Healthcare, VBHC), jota on sovellettu usean maan terveyspolitiikoissa ja terveydenhuollon organisaatioiden johtamisessa (14,18).

Myös Suomessa vaikuttavuusperusteisuus on tullut osaksi tuloksellisuuden mittaamista ja palvelujen järjestämistä niin organisaatiotasolla kuin laajemmin osana hyvinvointipolitiikan arviointia (19). Ongelmallista suhteessa pohjoismaiseen hyvinvointimalliin on se, että vaikuttavuusperusteisuuden ideologia kumpuaa Yhdysvaltojen 2000-luvun terveyspolitiikasta, jossa markkinalähtöistä terveydenhuoltojärjestelmää ja sen johtamista kehitetään potilaalle tuotetun arvon näkökulmasta. Lähestymistavan keskeisiä vaikuttavuuden johtamisen tavoitteita ovat kansanterveyden, asiakaskokemuksen ja kustannustehokkuuden parantaminen (niin sanottu kolmoistavoite eli Triple Aim), mikä edellyttää muutosta volyymistä arvontuottamiseen. Tässä ajattelutavassa vaikuttavuuden ensisijaisena lähtökohtana on palvelun ja hoidon aikaansaamat vaikutukset asiakkaalle, ei niinkään yhteiskunnallinen vaikuttavuus, kuten koko väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen.

Julkisen hallinnan ja johtamisen näkökulmat ovat tärkeitä julkisen hyvinvointijärjestelmän kehittämiseksi ja yhteiskunnallisen vaikuttavuuden aikaansaamiseksi, sillä tavoiteasetannan kautta politiikkatason painotukset vaikuttavat hyvinvointialueilla niin resurssien allokaatioon kuin palvelujen organisoitumisen muotoihin sekä vaikuttavuuden mittaamiseen ja arviointiin (3,28). Nämä vaikuttavuuden johtamisen kannalta keskeiset toimintapolitiittiset näkökulmat jäävät kuitenkin usein yksittäisiin interventioihin liittyvän vaikuttavuuskeskustelun jalkoihin. Vaikuttavuusperustaisessa ohjauksessa on kyse makrotasolla mitattavasta ja arvioitavasta vaikuttavuudesta, jonka määritelmä muotoutuu hyvinvointipolitiikan ja kansallisten strategioiden tasolla ja kunkin valtion resurssiin ja tilanteeseen sidottuna (35).

Vaikuttavuuden edistäminen tarkoittaa johtamista monella eri tasolla niin kansallisesti, alueellisesti kuin myös palvelujen järjestäjä- ja tuottajaorganisaatioissa. Hyvinvointialueiden vaikuttavuuden johtamisessa näyttäisi olevan tärkeä

rooli yhtäältä hyvinvointipolitiikan tavoitteiden tulkinnassa ja toisaalta hyvinvointipoliittisten tavoitteiden toimeenpanossa ohjaavien ministeriöiden ja poliittisen päätöksenteon mukaisesti (3,25). Tärkeitä hyvinvointialueen toimintaa ohjaavia välineitä ovat lainsäädäntö, politiikkaohjelmat sekä kansallisia talousraameja määrittävät valtion budjetti ja julkisen talouden suunnitelma. Toiminnan logiikan muuttamiseen kohti vaikuttavuusperusteisuutta merkitsee uudenlaisia prosesseja, toiminnan suunnittelun ja arvioinnin välineitä sekä paljon peräänkuulutettua tiedolla johtamista. Unohtamatta sitä tosiasiaa, että muutoksen tekevät aina ihmiset.

#### **VAIKUTTAVUUDEN JOHTAMINEN HYVINVOINTIALUEEN VOIMAVAROJEN HALLINNAN KYSYMYKSENÄ**

Asiakirja-aineiston analyysi toi esiin, että vaikuttavuuden aikaansaamiseksi on hyödynnettävä taloudellisia resursseja parhaalla mahdollisella tavalla (29). Riittävä ja oikein kohdennettu taloudellisten ja inhimillisten voimavarojen resursointi on vaikuttavuuden johtamista. Julkisorganisaatioissa resurssit ovat aina rajalliset ja kansalaisten tarpeisiin nähden lähtökohtaisesti riittämättömät. Näin on myös hyvinvointialueilla. Kansalaisten tarpeet lisääntyvät; aina syntyy uusia tarpeita ja tarpeet pyrkivät kasvamaan voimavaroja nopeammin (36). Esimerkiksi väestön ikääntyminen näkyy palvelutarpeiden nopeana kasvamisena.

Resurssien niukkuus on pohjimmiltaan johtamisen ja päätöksenteon ongelma. Hyvinvointialueilla vaikuttavuuden johtamisen näkökulmasta taloudellisesta niukkuudesta seuraa kaksi asiaa. Ensinnäkin hyvinvoinnin taloustieteen oppien mukaan rajalliset voimavarat allokoidaan sinne, missä ne tuottavat eniten hyvinvointia. Toiseksi, jokaisen julkisorganisaation palveluyksikön edellytetään käyttävän nämä voimavarat mahdollisimman tuloksellisesti eli kustannustehokkaasti ja vaikuttavasti (37). Tämä näyttäytyy puheena julkisen talouden kestävydestä niin tutkimuksen tausta-aineistoissa (22-24) kuin erityisesti Valtiovarainministeriön strategiassa (27) ja Julkisen sektorin tuottavuus -dokumentissa (29).

Vaikuttavuuden johtamisen näkökulmasta voimavarojen käyttö on valintojen tekemistä. Valintoihin vaikuttavat päätöksentekijöiden henkilökohtaiset arvoasetelmat, tulkinnat ja toimintalogiikat. Valintoja tehdään erilaisten arvojen

ajamina ja vuoropuhelussa ohjaavien ministeriöiden ja muiden toimijoiden kanssa. Esimerkiksi hyvinvointialueilla päätöksentekijät joutuvat miettimään taloudellisten resurssien parhainta mahdollista käyttöä niin pitkän aikavälin strategioissa kuin vuosittaisissa talousarvioissa ja toimintasuunnitelmissa. Hyvinvointialueilla siten päätetään, mille toimialoille tai tehtäville resurssit kohdennetaan sekä ratkaistaan, mikä on vaikuttavin tapa järjestää palvelu. Tehokas voimavarojen hallinta kytkeytyy myös kysymyksiin sosiaalisesta oikeudenmukaisuudesta (38). Tulkintamme mukaan tämä tarkoittaa, että hyvinvointialueilla priorisoidaan ja arvotetaan erilaiset tarpeet ja preferenssit. Käytännössä talouden johtamisen työkaluina toimivat hyvinvointialueen budjetti ja investointisuunnitelma (11).

Vaikuttavuuden ja taloudellisen kestävyuden ohella aineistossa korostuu julkisorganisaatioiden tarve toimia kestävästi (22,26,27), myös sosiaalinen ja ekologinen kestävyys huomioiden (39). Hallintotieteellisessä tutkimuksessa kestävyys ymmärretään julkisorganisaation lähtökohtana ja päämääränä (40,41), sillä julkisen hallinnon tavoitteena on edistää kansalaisten hyvinvointia kansalaisilta itseltään kerätyillä taloudellisilla resursseilla (42). Tällöin tavoitellaan julkisen hallinnon perinteisiä arvoja, eli tehokkuutta, vaikuttavuutta ja sosiaalista oikeudenmukaisuutta. Julkisorganisaation vaikuttavuus ja kestävyys rakentuvat siis yhteneville näkökulmille (42).

Hyvinvointialueet ovat keskeisiä toimijoita sekä vaikuttavuuden että kestävyuden toimeenpanossa, ja näiden molempien näkökulmien huomiointi onkin tulkintamme mukaan olennaista voimavarojen hallinnassa. Viime aikoina on julkisuudessaakin keskusteltu paljon siitä, minkä tiedon pohjalta hyvinvointipoliittisia päätöksiä ja valintoja tulisi tehdä. Kustannustietoisuuteen perustuvan tavoiteasetannan voidaan tulkita tarkoittavan myös uudenlaista vaikuttavuuden ja kestävyuden tietopohjaa, jota pyritään luomaan mittaamiseen ja arvioinnin välinein. Tällöin kestävyysajattelulle voisi olla sijaa hyvinvointialueiden vaikuttavuusperusteisen rahoituksen linjauksissa, kuten myös rahoituksen kohdentamisessa ja allokoinnissa. Asiakirja-analyysin perusteella vaikuttavuuden johtamisessa toiminnan ja talouden suunnittelu nousee voimavarojen hallinnan keskiöön (11), koska tällöin tehdään

tärkeitä vaikuttavuuteen liittyviä päätöksiä ja valintoja resurssien osalta (43,44).

## ARVIOINTI JA MITTAAMINEN VAIKUTTAVUUDEN JOHTAMISEN VÄLINEINÄ

Niukkojen resurssien ja kasvavien palvelutarpeiden myötä taloudellisten arviointien rooli on kasvanut erilaisten toimenpiteiden, interventioiden ja ohjelmien arvioinnissa ja vakiintunut erityisesti terveydenhuollossa (45). Taloudelliset arviointimallit auttavat tunnistamaan ja tekemään näkyväksi päätöksenteon kriteerit esimerkiksi päätettäessä rajallisten resurssien käytöstä. Vaikuttavuuden arviointiin ja mittaamiseen liittyvä keskustelu on ollut viime vuosina aktiivista (1,5,17,47). Taustalla on vertailukelpoisen tiedon tarve niin kustannusvaikuttavimpien hoito- ja palvelumuotojen löytämiseksi kuin myös palvelujärjestelmän suorituskyvyn arvioimiseksi (26-29).

Aineistomme perusteella vaikuttavuuden johtamiseen liittyvät tarkastelut painottuvat usein vaikuttavuuden mittaamiseen ja arviointiin. Vaikuttavuuden johtamisessa tarvitaan tietoa siitä, mitkä palvelut ja toimintamallit ovat vaikuttavia ja toisaalta keinoista, joilla vaikuttaviin palveluihin päästään (1,5,15). Näihin kehittämisen, seurannan ja johtamisen tietotarpeisiin pyritään vastaamaan arvioinnin ja mittaamiseen keinoin. Aineisto osoittaa, että sote-uudistuksessa hyvinvointitavoitteen rinnalle ja samalla arvioinnin näkökulmiksi on nostettu myös muita, palvelujen tuottamisen vaikuttavuusperusteisuuteen liittyviä mittaussäkökulmia, kuten asiakaslähtöisyys, yhdenvertaisuus ja kustannusten kasvun hillintä (3,17,27,28). Vaikuttavuuskeskustelusta nousee esiin, että vaikuttavuutta voidaan arvioida ja mitata hyvinkin eri tulokulmista ja arviointiperinteistä sekä palvelujärjestelmän eri tasoilla, kuten esimerkiksi yksilön, organisaation, hyvinvointialueen tai laajemmin yhteiskunnallisen vaikuttavuuden näkökulmista (3,29). Samaa korostaa myös aihepiiriin tutkimuskirjallisuus (5,46,47) Arviointi- ja mittaustiedon tarve, arvioinnin painotukset ja tiedon käyttö riippuvat paljolti siitä, millä palvelujärjestelmän tasolla arviointia tehdään: yhteiskunnan makrotasolla kiinnostuksen kohteena ovat esimerkiksi väestön terveys, hyvinvointijärjestelmän mesotasolla voidaan mitata esimerkiksi palvelujärjestelmän suorituskykyä ja tuottavuutta tai palveluorganisaatioiden mikrotasolla potilasinterventioiden tai terveyson-

gelmaepisodien vaikuttavuutta ja laatua (17). Konkreettisina vaikuttavuuden mittaamisen välineinä aiempi kirjallisuus (5,6,17,43,47) nostaa esiin esimerkiksi ammattilaisten raportoimat terveyden ja toimintakyvyn mittarit, kliiniset mittarit ja toimintakykytestit sekä asiakkaan raportoimat mittarit (esim. 15D, EQ-5D ja NPS). Näiden lisäksi vaikuttavuuden johtaminen tarvitsee tietoa esimerkiksi prosessien laadusta, asiakastyytyväisyydestä, potilasturvallisuudesta sekä palveluiden saatavuudesta ja toiminnan tuottavuudesta (3), johon velvoittaa jo lainsäädäntökin (25).

Erilaisten vaikuttavuusnäkökulmien yhteenkietoutuneisuus ja syy-seuraussuhteiden epälineaarisuus tarkoittaa, että vaikuttavuuden arviointiin tarvitaan uudenlaisia kokeilevia arviointiasetelmia. Hyvinvointialueilla tapahtuvan vaikuttavuuden johtamisen yhtenä keskeisenä tehtävänä voidaan pitää eri tasoilla tuotetun vaikuttavuustiedon linkittämistä ja yhteisen tulokannan rakentamista niin tavoiteasetannan kuin aikaansaatuisten vaikutusten osalta. Tarvittavaa vaikuttavuustietoa tuottavat esimerkiksi ministeriöiden arvioinnit, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja aluehallintoviranomaisten asiantuntija-arviot sekä yhtenäiset kansalliset mittaristot. Vaikuttavuuden arvioinnin tueksi ja kompleksisuuden johtamiseksi tarvitaan myös toimijoiden osallistumista, yhteistä päämäärää ja oppimista (48). Hyvinvointialueilla tapahtuvaa vaikuttavuuden johtamista ja vaikutusten arviointia vaikeuttaa se, että hyvinvointipalvelujen vaikutukset voidaan usein havaita vasta pitkällä aikavälillä yli poliittisten toimikausien. Siksi vaikuttavuuden arviointi ja johtaminen edellyttävät toimintaympäristön hyvää tuntemusta, toimijoiden osallistamista ja palveluista tuotetun tiedon huolellista analysointia.

#### **VAIKUTTAVUUSTIEDOLLA JOHTAMINEN**

Tiedolla johtamisen keskustelussa vaikuttavuustieto edustaa yhtä tietojoukkoa (20), jolloin päätöksentekijä tekee valintoja erilaisten tietolähteiden ja -sisältöjen välillä. Tiedolla johtamisen merkitys korostuu vaikuttavuuden johtamisessa hyvinvointialueilla. Järjestämislaissa määritellään, että hyvinvointialueiden on hyödynnettävä muun muassa vaikuttavuustietoa niin toiminnan tulokellisuuden raportoinnissa kuin oman toiminnan tietojohdantamisessa (25). Tämä lainsäädännön aset-

tama lähtökohta luo vaikuttavuustiedolla johtamiselle uudenlaisen institutionaalisen kehyksen. Tiedolla johtamisen merkitys vaikuttavuustiedon käyttämiseksi ja päätöksenteon tietopohjaksi sote-palvelujen johtamisessa nousee aineistossa vahvasti esiin (3,4,28,29). Myös vaikuttavuusperustaisessa terveydenhuollon ohjaamisessa tiedolla johtaminen nähdään yhtenä uudistumisen ajurina (18,19).

Vaikuttavuustiedolla johtaminen mielletään usein tekniseksi seuranta- ja arviointitiedon tuottamiseksi, mutta sen puitteissa voidaan pohtia myös laajemmin hyvinvointialueiden tietoresursseja ja niiden kykyä uudistua ja tuottaa vaikuttavuutta (49). Tietojohdantamisen kirjallisuudessa on esimerkiksi kritisoitu sitä, että tiedolla johtaminen rajautuu liiaksi organisaatioiden sisäisten tehokkuusongelmien ratkaisemiseen ja laajemmat yhteiskunnalliset näkökulmat kuten vaikuttavuus jäävät usein tarkastelun ulkopuolelle (50). Alueellisella tasolla vaikuttavuustiedolla johtaminen nivoo yhteen kansalliset ja alueelliset vaikuttavuustavoitteet. Hyvinvointialueilla tapahtuvan tietojohdantamisen yhtenä edellytyksenä on yhteinen ja luotettava tietopohja, mutta tämän lisäksi korostuvat esimerkiksi organisaatiokulttuuriin sekä yksilöiden osaamiseen ja hiljaiseen tietoon perustuvat tietojohdantamisen näkökulmat (51). Tiedolla johtaminen tuo yhteen tiedon käytetyistä ja käytettävissä olevista resursseista, prosessien toiminnasta sekä aikaansaaduista tuotoksista. Samalla se voi tarjota päätöksentekijöille päivittyvän tilannekuvan toiminnan onnistumisesta. Vaikuttavuustiedolla johtamisessa on kyse vaikuttavuusketjujen ymmärtämisestä ja näkyväksi tekemisestä (29). Erilaiset tietosisällöt auttavat hyvinvointialueen johtoa yhtäältä palvelutarpeen tunnistamisessa ja toisaalta kokonaiskuvan muodostamisessa siitä, miten heidän johtamansa hyvinvointipalveluiden kokonaisuus kykenee vastaamaan tähän tarpeeseen.

Päätöksenteossa joudutaankin kiinnittämään huomiota ei vain datan ja mittausinformaation tuottamiseen, vaan myös toimijoiden tiedolle antamiin erilaisiin merkityksiin (52). Hyvinvointialueilla operoivat niin yksityiset, julkiset kuin kolmannen sektorin toimijat ja tällöin käsitys toiminnan tavoitteista ja onnistumisesta väistämättä vaihtelee toimijoiden välillä (53,54). Tieto ja kulloinenkin käsitys vaikuttavuudesta ja sen mittareista on päätöksentekotilanteessa raken-

tuva kollektiivinen tulkinta halutusta tulevaisuuden suunnasta. Rakenteiden ohella tiedolla johtamisessa huomio kiinnittyy tällöin siis vuorovaikutukseen ja yhteiseen päätöksentekoon. Tällöin vaikuttavuustiedolla johtaminen ei ole vain ulkoisesti määriteltyjen tavoitteiden seuranta, vaan toimijat osallistuvat aktiivisesti julkisen toiminnan tavoitteiden ja niiden saavuttamiseksi määriteltävien toimien määrittämiseen ja arviointamiseen. Nämä tulkinnan ja merkityksellistämisen prosessit voivat siten mahdollistaa oppimisen ja uusiutumisen.

#### VAIKUTTAVUUDEN KOLLEKTIIVINEN MERKITYKSELLISTÄMINEN

Hyvinvointialueilla vaikuttavuuden toimeenpanon ja erityisesti sen johtamisen näkökulmasta yksi keskeinen edellytys on muutos sote-organisaatioiden kulttuurissa ja toimintakäytännöissä. Aineisto nosti esiin vuorovaikutuksen merkityksen vaikuttavien palvelujen kehittämisessä. Organisaatio- ja muutosjohtamisen näkökulma ei juurikaan näy vaikuttavuuskeskustelussa, vaikka muutos toiminnassa on välttämätön edellytys vaikuttavuustavoitteiden saavuttamiseksi. Aineistomme perusteella jääme edelleen vaille vastauksia siitä, miten muutos vaikuttavampaan toimintaan varsinaisesti tapahtuu etenkin, kun kulttuurisen muutoksen aikaansaaminen toiminnan tasolla tiedetään vaikeaksi (55). Hyvinvointialueiden vaikuttavuuden johtamista ja sote-organisaatioiden muutosta vaikeuttaa erityisesti niin sanottu 'tietämisen ja tekemisen' välinen kuilu (56). Vaikka vaikuttavuustietoa on runsaasti, on sote-ammattilaisia usein haasteellista saada tekemään asioita toisin (57). Hyvinvointialueilla vaikuttavuuden johtamisessa tarvitaan ymmärrystä siitä, miten toisin toimimista voidaan tukea ja ohjata.

Yleismaailmallisia muutosmalleja on kritisoitu siitä, että ne eivät tavoita organisaatioiden erityispiirteitä, joiden puitteissa erilaisia vaikuttavuutta lisääviä muutospyrkimyksiä pyritään saamaan aikaan, eivätkä ne näin ollen anna johtajille työkaluja arjen muutosjohtamisen haasteisiin (55,58). Ylhäältä alaspäin suuntautuvien, lähinnä johtajan toimintaan keskittyvien muutosjohtamisen ohjeistusten sijaan tarvitaankin lisää ymmärrystä siitä, miten ja millä ehdoilla vaikuttavaan toimintaan pyrkivät muutospyrkimykset kehittyvät ja kumuloituvat muutosprosessiin osallistuvien toimijoiden toiminnan seu-

rauksena (56,59). Tällainen orientaatio auttaa johtajaa siirtämään huomionsa muutoksen sijaan muuttumiseen, jonka kautta kulttuurin muutos varsinaisesti tapahtuu (56).

Vaikuttavuuden kollektiivisen merkityksellistämisen (60) avulla voidaan tavoittaa ja ymmärtää muuttumista toiminnan tasolla (56). Kollektiivisessa merkityksellistämisen prosessissa muutosprosessiin osallistuvat toimijat kehittävät kokemuksistaan uskottavia selityksiä, joiden pohjalta he toimivat (60). Tällaista kokemusten "järkeistämistä" muutosjohtajat voivat pyrkiä ohjaamaan esimerkiksi perustelemalla muutoksen tarpeellisuutta (61) tai luomalla muutosprosessiin osallistuville tilaisuuksia, joissa kokemuksia voidaan yhdessä merkityksellistää (58;62) niiden aiheuttamista mahdollisista tunnekuohuista huolimatta (56). Loppujen lopuksi muutosprosessit realisoituvat kokevien ja tuntevien ihmisten toiminnan seurauksena ja kollektiivinen merkityksellistämisen viitekehys antaa eväitä ymmärtää heidän käyttäytymistään muutosprosessin aikana. (56.)

Hyvinvointialueiden johtamisessa ja erityisesti muutoksen johtamisessa korostuvat henkilöstön osallistaminen ja sitouttaminen sekä muutoksen välttämättömyyden ja konkreettisten toteuttamiskeinojen määrittely ja selkeä viestiminen (63). Johdon vastuulla on muutoksen läpivienti, mutta onnistuminen edellyttää jatkuvaa vuorovaikutusta henkilöstön kanssa. Tämän vuoksi voidaan tulkita, että ymmärrys kollektiivisesta merkityksellistämisen prosessista voi antaa hyvinvointialueiden johdolle työkaluja luotsata organisaatiota vaikuttavuuteen pyrkivien kehittämistoimien tai muutosten läpi siten, että eri toimijoiden merkityksellistämisen prosessia tuetaan ja se mahdollistetaan (56). Tämä lisää vaikuttavuuteen pyrkivien kehittämistoimien ja muutosten onnistumismahdollisuuksia. Kausallisen tai yleismaailmallisen tiedon (know-that) sijaan kollektiivinen merkityksellistämisen tuottaa sote-organisaatioiden erityisyyden huomioivaa tietotaitoa (know-how), jonka avulla voidaan lisätä ymmärrystä ja selittää, miten saada aikaan vaikuttavia muutoksia. Jos esimerkiksi tietty toimintatapa on tutkimuksissa todettu vaikuttavammaksi kuin jokin toinen, jääme edelleen vaille selitystä sille, miten ja millä ehdoilla siirrytään vähemmän vaikuttavasta toimintatavasta vaikuttavampaan toimintatapaan. (56.) Kollekti-

tiivisen merkityksellistämisen näkökulman avulla on mahdollista saada vastauksia näihin kysymyksiin (vrt. 64).

## JOHTOPÄÄTÖKSET

Edellä olemme kuvanneet lähtökohtia vaikuttavuuden johtamiseen hyvinvointialueilla. Näiden ja aiemman tutkimuskirjallisuuden kautta voimme hahmotella viisi vaikuttavuuden johtamisen mekanismeita. Johtamismekanismit viittaavat muutoista katalysoivien sosiaalisten prosessien ja edellytysten tunnistamiseen (21), joilla vaikuttavuuden tavoitteita on tarkoitus aikaansaada johtamisen kautta eli toisin sanoen miten idea vaikuttavuuden parantamisesta kääntyy ihmisten toiminnaksi. Tulkintamme perusteella hyvinvointialueilla vaikuttavuuden johtaminen edellyttää hyvinvointipolitiikan ohjausta; voimavarojen vaikuttavuusperustaista hallintaa; vaikuttavuuden arviointia ja mittaamista; vaikuttavuustiedolla johtamista sekä vaikuttavuuden kollektiivista merkityksellistämistä. Näillä vaikuttavuuden johtamisen mekanismeilla kuvaamme niitä edellytyksiä, jotka mahdollistavat vaikuttavuusperusteisen hyvinvointijohtamisen sekä siihen liittyvän muutostoininnan niin ajattelutavassa kuin kulttuurissa. Mekanismit avaavat siten vaikuttavuuden johtamisen mustaa laatikkoa eli sitä, mihin näkökulmiin vaikuttavuuden parantaminen hyvinvointialueilla kytkeytyy.

Taulukko 2 kokoa tutkimuksen keskeiset tulokset ja kiinnittää huomion erityisesti vaikuttavuuden johtamisen moniin kehyksiin, keskeisiin toimijoihin sekä ohjauksen ja johtamisen välineisiin. Vaikuttavuuden johtamisen mekanismien tunnistamisen ja kuvauksen ei ole tarkoitus olla normatiivinen malli, vaan pyrkimys on tuoda esiin vaikuttavuuden parantamisen abstrakti ja moninainen luonne. Aiempi tutkimuskirjallisuus tarjoaa nähdäksemme monin paikoin liian yksipuolisen kuvan vaikuttavuuden johtamiseen liittyvistä kysymyksistä, ja tätä tutkimusta voidaankin pitää vaikuttavuuden johtamisen keskustelun avauksena tai jatkumona keskustelulle, joka on jäänyt lähtötelineisiin. Taulukossa 2 vaikuttavuuden johtamisen kehykset kuvaavat erilaisia johtamiskonteksteja, joissa vaikuttavuuden tavoitteita ja tehtäviä määritetään sekä keinoja, joilla vaikuttavuutta on tarkoitus edistää ja ohjata julkisessa toiminnassa. Keskeisillä toimijoilla tarkoitamme vaikuttavuuden johtamisen

pääasiallisia vastuutahoja. Ohjauksen ja johtamisen välineet ovat esimerkkejä konkreettisista työkaluista, joita vaikuttavuuden johtamisessa voidaan käyttää.

Tutkimustuloksemme osoittavat, että varsinaisesta vaikuttavuuden johtamisesta sinällään puhutaan vaikuttavuuskeskustelussa verrattain vähän. Yksinkertaisimmillaan vaikuttavuuden johtaminen on vaikuttavuuden tekemistä todeksi, ja sen tueksi tarvitaan arviointia, mittaamista ja tietopohjan jatkuvaa kehittämistä. Tutkimuksemme perusteella nousee esiin tarve käsitteelliselle ja arvopohjaiselle vuoropuhelulle siitä, mitä vaikuttavuuden parantamisella tarkoitetaan ja miten politiikan tavoitteet muuttuvat hyvinvointialueiden, palveluorganisaatioiden ja ihmisten toiminnaksi ja ammatillisiksi käytännöiksi.

Vaikuttavuuden parantamisen käsitteellisen monitulkintaisuuden takia vaikuttavuuden johtamisessa tarvitaan yhteistyötä, yhteistä tulkintaa ja tiedonmuodostusta. Tuloksemme havainnollistavat johtamisen kysymysten yhteenkietoutumista esimerkiksi sen osalta, miten vaikuttavuustiedolla johtaminen määrittyy kansallisen hyvinvointipolitiikan ja alueellisen tavoiteasetannan kehyksessä. Tavoiteasetanta, käytettävissä olevat voimavarat sekä niistä johdetut arvioinnin ja mittaamisen prioriteetit määrittävät sitä, millä tiedolla palvelujärjestelmää ohjataan ja johdetaan. Kyse ei kuitenkaan ole vain yksisuuntaisesta riippuvuussuhteesta. Mittaamisen ja arvioinnin tuottama tieto vaikuttaa monella tavalla tavoiteasetantaan ja auttaa järjestelmää oppimaan ja uusiutumaan. Tätä kautta vaikuttavuustiedolla johtamisen keskusteluun nousee uudenlainen toimijoiden yhteistä tiedonmuodostusta korostava näkökulma, joka yhdistää institutionaaliset ja organisaatiokeskeiset näkökulmat julkishallinnon tiedolla johtamiseen. Luotettavan tietopohjan lisäksi vaikuttavuustiedolla johtaminen edellyttää ymmärrystä yhteiskunnallisen ohjauksen monitulkintaisista tavoitteista ja arvoista.

Vaikuttavuuden johtaminen tähtää yhteiseen tavoitteeseen eli vaikuttavuusperusteiseen ohjaamiseen entistä vaikuttavampien hyvinvointipalveluiden aikaansaamiseksi. Näin ollen tunnistamamme vaikuttavuuden johtamisen mekanismit eivät ole toisensa pois sulkevia tai ristiriitaisia, vaan toisiaan täydentäviä. Analyysimme paljastaa eräänlaisen vaikuttavuuskeskustelun vinou-



Taulukko 2. Vaikuttavuuden johtamisen mekanismit hyvinvointialueilla.

	Hyvinvointipolitiikka vaikuttavuuden johtamisen ohjenuorana	Vaikuttavuuden johtaminen hyvinvointialueen voimavarojen hallinnan kysymyksenä	Arviointi ja mittaaminen vaikuttavuuden johtamisen välineinä	Vaikuttavuustiedolla johtaminen	Vaikuttavuuden kollektiivinen merkityksellistämisen
Vaikuttavuuden johtamisen kehys	Hyvinvointipolitiikan ohjaaminen vuorovaikutteisena prosessina tavoitteiden määrittämiseksi	Inhimillisten ja taloudellisten resurssien varmistaminen tavoitteiden saavuttamiseksi	Vaikuttavuustiedon tuottaminen vaikutusten todentamiseksi ja vaikuttavuuden arvioimiseksi	Päätöksenteon tietopohjan kehittäminen tiedolla johtamisen tueksi ja tietoperustainen päätöksenteko	Vaikuttavuustavoitteiden tulkinta muutoksen toteuttamiseksi
Keskeiset toimijat	Ohjaavat ministeriöt; poliittiset päätöksentekijät kansallisesti ja alueellisesti	Hyvinvointialueen johto vuoropuhelussa VM:n kanssa	Ohjaavat ministeriöt; THL; hyvinvointialueet	Hyvinvointialueet; strateginen, taktinen ja operatiivinen taso	Sote-organisaatiot; henkilöstö
Ohjauksen ja johtamisen välineitä	Lainsäädäntö; politiikkaohjelmat; valtion budjetti ja talousarvio	Hyvinvointialueen budjetti, investointisuunnitelma	Ministeriöiden arvioinnit, THL asiantuntija-arviot, AVI arvioinnit, KUVA-mittaristo, alueelliset mittarit	Vaikuttavuustieto; tuloksellisuusdialogi eri toimijoiden ja järjestelmätasojen välillä	Toimintakulttuuri ja -käytännöt, henkilöstöjohtaminen

man: se painottuu teknisiin vaikuttavuuden mittaamisen ja arvioinnin kysymyksiin jättäen toimintakulttuuriset tekijät tai henkilöstöjohtamisen kysymykset vähälle huomiolle. Riskinä on tällöin, että vaikuttavuuden korostaminen voi ohjata sellaisiin toimiin, joissa vaikuttavuuden mittaaminen on nopeampaa ja helpompaa kuin esimerkiksi vaikeammin todennettavien ennaltaehkäisevien toimien vaikuttavuus tai asiakkaan elämäntilanteessa tapahtunut muutos. Vaikuttavuus ei synny tyhjiössä, eikä pelkästään mittareita kehittämällä. Muutos kohti vaikuttavampia palveluita tapahtuu, tai jää tapahtumatta, arjen työssä, jossa niin johtajat kuin eri ammattiryhmien asiantuntijat luovat yhteistä tulkintaa vaikuttavuudesta ja hyödyntävät käytettävissä olevaa tietoa toiminnan kehittämisessä. Tämä edellyttää järjestelmän, organisaatioiden kuin myös yksilöiden oppimista.

Vaikuttavuuden johtamisen käytännön näkökulmasta viesti on selkeä. Vaikuttavuuden aikaansaamiseksi tarvitaan huomiota organisaattorakenteiden ohella niihin kulttuurisiin elementteihin ja voimiin, jotka ylläpitävät tietynlaista toimintatapaa sote-organisaatioissa ja joita on ehkä tarpeen muuttaa. Vaikuttavuuden pa-

rantamiseen tarvitaan sote-organisaatioiden sisäistä ja niiden välistä dialogia vaikuttavuudesta ja sitä edistävästä toimintatavoista. Tällä tavoin käytännön toimintaa voidaan kehittää ja muuttaa vaikuttavaksi.

Artikkelimme tuo esiin tarpeen tutkia ja kehittää hyvinvointialueiden vaikuttavuuden johtamista yli tieteenalarajojen. Yksittäisen intervention mikrotason vaikuttavuuden lisäksi hyvinvointialueilla halutun toimintamuutoksen aikaansaamiseksi on huomio kiinnitettävä niihin palvelu- ja johtamisprosesseihin, joissa vaikuttavuutta tehdään. Näissä prosesseissa nimittäin tulkitaan ohjaustavoitteita ja käytettävissä olevaa vaikuttavuusinformaatiota sekä muodostetaan yhteistä ymmärrystä tulevaisuuden suunnasta, hyvinvointipalvelujen vaikuttavuudesta ja sen johtamisen keinoista. Siksi nykyiseen sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuuskeskusteluun tarvitaan myös yhteiskunnallista, hallinnon tutkimusta ja organisaatioiden tietojohdamista yhdistävää vaikuttavuuden näkökulmaa. Poliittis-hallinnollinen johtamistutkimus voisi olla yksi tapa tarkastella vaikuttavuutta läpi palvelujärjestelmän – toimintapolitiikasta organisaatioiden johtamiseen ja kansalaisiin.

## RAHOITTAJAT:

Tutkimuksen tekemistä on tukenut Tampereen yliopiston Towards Effective and Equitable Welfare Services (Transform) -tutkimusalue.

## KIRJOITAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Kirjoittajat kontribuoineet kirjoittajajärjestyksen mukaisesti.

**Laihonon, H., Kork, A.-A., Lunkka, N., Sinervo, L.-M., Sillanpää, V., Kokko, P., Hyvärinen, J. Prerequisites for Managing Effectiveness in Finnish Wellbeing Services Counties. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine* 2024; 61: 75–92.**

This article describes the premises and prerequisites for managing effectiveness in public health and social services from the viewpoint of Finnish wellbeing services counties. Effectiveness is the central premise of national welfare policy, emphasizing value-based strategies and outcome-based management in designing future service systems. Goal achievement and cultural change are key management issues. Our qualitative analysis of policy documents reveals that effectiveness is an elusive and abstract welfare policy goal, and methods for its management are largely absent from the current discussion. This deficit argues for a need to examine the prerequisites for managing the effectiveness in wellbeing services counties. In our study, we identified five mechanisms for managing effectiveness: 1) welfare policy as a guideline for goal setting, 2) effectiveness as a

matter of resource allocation, 3) evaluation and measurement as tools for managing effectiveness, 4) use of effectiveness knowledge in management, and 5) collective sensemaking of effectiveness. These management mechanisms explain the prerequisites of how the aim of effectiveness can be operationalized and managed in wellbeing services counties. To manage effectiveness, the article calls for collective knowledge formation in transforming effectiveness into the activities of wellbeing services counties, service organizations and professionals.

Keywords: effectiveness; health policy; evaluation; knowledge management; sensemaking

Saapunut (26.1.2023)  
Hyväksytty (24.8.2023)

## LÄHTEET

- (1) Paronen E, Mäki-Opas T, Lammintakanen J. Vaikuttavuuden arviointi ja johtaminen julkisissa palveluissa. Kirjassa: Jäntti A, Kork A-A, Kurkela K, Leponiemi U, Paananen H, Sinervo L-M, Tuurnas S. (toim.). Hallinnon tutkimuksen tulevaisuus. Tampere: Vastapaino; 2022, 175–196.
- (2) Cameron K. Organizational effectiveness. Kirjassa: Cooper C L, Flood P C, Freeney Y. Wiley Encyclopedia of Management. 2015. doi: 10.1002/9781118785317.weom110202
- (3) Pitkänen L, Torkki P, Tolkki H, ym. Reittiopas vaikuttavuuteen: Vaikuttavuusperustainen ohjaus sote- ja työllisyyspalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 1; 2020.
- (4) Torkki P, Mäki-Opas T, Vanhala A, ym. Vaikuttavuuden vuosikymmentä rakentamassa: Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuuskeskus -selvitys. 2021. Helsingin yliopisto ja Itä-Suomen yliopisto. Luettu 25.1.2023. <https://erepo.uef.fi/handle/123456789/29288>
- (5) Malmivaara A. Vaikuttavuus sosiaali- ja terveyshuollossa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim; 2022.
- (6) Pitkänen L, Haavisto I, Vähäviita P, ym. Vaikuttavuus SOTE:ssa, suoritteista tuloksiin. Nordic Healthcare Group; 2018.
- (7) Sintonen H, Pekurinen M. Terveystaloustiede. Porvoo: WSOY; 2006.
- (8) Saano V, Kivelä T. Lääketieteen termit. 6. uud. p. Duodecim; 2016.
- (9) Kork A-A, Asiakasresponsiivisuudella tehokkuutta julkisiin palveluihin? Terveyskioski perusterveydenhuollon kehittämisinstrumenttina. Acta Universitatis Tamperensis 2237, Tampere: Tampere University Press; 2016.
- (10) Meklin P. Muuttuuko mikään? Tuloksellisuuden käsitteen monitulkintaisuus julkishallinnossa. Kirjassa: Jäntti A, Kork A-A, Kurkela K, Leponiemi U, Paananen H, Sinervo L-M, Tuurnas S. (toim.). Paras mahdollinen julkishallinto? Tehokkuuden monet tulkinnat. Helsinki: Gaudeamus; 2009, 31–50.
- (11) Sinervo L-M, Laihonon H. Kestävyys tulkinta kaupunkitalouden johtamisen kysymyksenä. Kirjassa: Jäntti A, Kork A-A, Kurkela K, Leponiemi U, Paananen H, Sinervo L-M, Tuurnas S. (toim.). Hallinnon tutkimuksen tulevaisuus. Tampere: Vastapaino; 2022, 269–290.

- (12) Niemelä P. Hyvinvointipolitiikan teoria. Kirjassa: Niemelä, Pauli (toim.) Hyvinvointipolitiikka, WSOYpro; 2010, 16–36.
- (13) Sihto M. Terveyspolitiikka, kansanterveys ja terveyden edistäminen – käsitteitä ja kehityskulkuja. Kirjassa: Sihto M, Palosuo H, Topo P, Vuorenkoski L, Leppo K. (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2013, 14–38.
- (14) Kokko P, Kork A-A. Value-based healthcare logics and their implications for Nordic health policies. *Health Services Management Research* 2021;34(1):3–12. doi: 10.1177/0951448820971457.
- (15) Vaarama M. Vanhusten hoivapalvelujen tuloksellisuus hyvinvoinnin tuotanto – näkökulmasta. Tutkimuksia 55. Jyväskylä: Stakes; 1995.
- (16) Kangasharju A. Tuottavuus osana tuloksellisuutta. Helsinki: Suomen kuntaliitto; 2008.
- (17) Torkki P, Leskelä R-L, Linna M, ym. Ehdotus sosiaali- ja terveyspalveluiden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 36/2017; 2017.
- (18) Porter M E, Guth C. Redefining German Health Care – Moving to a Value-Based System. Springer; 2012. doi: 10.1007/978-3-642-10826-6
- (19) Kokko P. Arvoperustainen terveydenhuollon ilmiö sosiaali- ja terveydenhuollossa - Kohti vaikuttavampaa julkishallintoa? Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopiston väitöskirjat 671. Tampere: Tampereen yliopisto; 2022.
- (20) Laihonen H, Kork A-A, Sinervo L-M, ym. Julkisen hallinnon tiedonmuodostus. Kirjassa: Jäntti, A., Kork, A-A, Kurkela, K., Leponiemi, U., Paananen, H. Sinervo, L-M. & Tuurnas, S. (toim.) Hallinnon tutkimuksen tulevaisuus. Tampere: Vastapaino. 2022; 221–243.
- (21) Pawson R. The Science of Evaluation: A Realist Manifesto. Los Angeles, CA and London: Sage; 2013.
- (22) Valtioneuvoston kanslia. Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019, Valtioneuvoston julkaisuja 2019:31, Helsinki.
- (23) Valtiovarainministeriö. Julkisen hallinnon uudistamisen strategia. 2020. Helsinki.
- (24) Valtiovarainministeriö. Julkisen talouden suunnitelma vuosille 2023–2026. Valtiovarainministeriön julkaisuja – 2022:27, Helsinki.
- (25) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021, www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210612
- (26) Sosiaali- ja terveysministeriö. STM-konsernin strategia. Luettu 25.1.2023. <https://stm.fi/strategia>
- (27) Valtiovarainministeriö. VM Turvaa tulevaa. Luettu 25.1.2023. <https://vm.fi/-/valtiovarainministerion-uusi-strategia-luusuuntaviivoja-vastuullisemmalle-tulevaisuudelle>.
- (28) Hämäläinen P, Kovasin M, Räikkönen O. Sote-uudistuksen vaikuttavuus- ja kustannustieto-ryhmän työryhmämuistio. Ehdotukset sote -ohjauksen mittareista ja tietopohjan varmentamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita, 33. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2019.
- (29) Valtiovarainministeriö. Julkisen sektorin tuottavuus. Raportti 19.8.2020.
- (30) Bowen G. Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal* 2009; 9(2):27–40. doi: 10.3316/QRJ0902027
- (31) Alasuutari P. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino; 2019.
- (32) Niemi P, Rautiainen A, Kannasoja S, ym. Hyvinvoinnin teoriali hyvinvoinnin edistämisessä ja poliittisessa päätöksenteossa. Hallinnon tutkimus 2017;36(3):166–181.
- (33) Rauhala P-L, Simpura J, Uusitalo H. Hyvinvoinnin tutkimusperinteet, hyvinvointipolitiikka ja 1990-luvun uudet avaukset. *Yhteiskuntapolitiikka* 2000;63(3): 191–207.
- (34) Saikkonen P, Karvonen S, Kestilä L. Katse kohti hyvinvointipolitiikan tulevaisuutta. Kirjassa: Kestilä L, Karvonen S. (toim.), Suomalaisen hyvinvointi 2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2019, 332–346.
- (35) Hurst L, Mahtani K, Pluddemann A, ym. Defining value-based healthcare in the NHS. 2023. Luettu 25.1.2023. <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/reports/defining-value-based-healthcare-in-the-nhs>
- (36) Robbins L. An Essay on the Nature and Significance of Economic Science. 2. uud. p. London: MacMillan and Co; 1945.
- (37) Sinervo L-M, Meklin P, Vakkuri J. Oikeudenmukainen kuntatalous. Kirjassa: Sinervo L-M, Vakkuri, J. (toim.). Inhimillinen kuntatalous. Tampereen yliopisto: KopioNiini; 2012, 75–84.
- (38) Lennox L, Maher L, Reed J. Navigating the sustainability landscape: a systematic review of sustainability approaches in healthcare. *Implementation Sci* 2018;13:27. doi: 10.1186/s13012-017-0707-4
- (39) Purvis B, Mao Y, Robinson, D. Three pillars of sustainability: in search of conceptual origins. *Sustainability Science* 2019;14:681–695. doi: 10.1007/s11625-018-0627-5
- (40) Wilson W. The study of administration. Kirjassa: Shafritz J, Hyde A.C. (toim.) The classics of public administration. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers, 11–24.
- (41) Simon HA. The proverbs of administration. In M. Shafritz & A.C. Hyde (Eds.), The classics of public administration. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers; 1992, 150–166.
- (42) Sinervo L-M. Kunnan talouden tasapaino monitulkintaisena ilmiönä. *Acta Universitatis Tampereensis Tampere: Tampereen yliopisto; 2011.*
- (43) Sicilia M, Steccolini I. Public budgeting in

- search for an identity: State of the art and future challenges. *Public Management Review* 2017;19(7):905–910.  
doi: 10.1080/14719037.2016.1243809
- (44) Mauro S.G, Cinquini L, Grossi G. Insights into performance-based budgeting in the public sector: A literature review and a research agenda. *Public Management Review* 2017;19(7):911–931.  
doi: 10.1080/14719037.2016.1243810
- (45) Rajavaara M. Vaikuttavuusyhteiskunta. Sosiaalisten olojen arvostelusta vaikutusten todentamiseen. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 84. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy; 2007.
- (46) Sillanpää V. Performance Measurement for Managing Welfare Services. Tampereen teknillinen yliopisto. Julkaisu 1423, Tampere: Tampereen teknillinen yliopisto; 2016.
- (47) Mäki-Opas T, Martikainen J. Hyvinvointipolitiikan vaikuttavuutta voidaan tutkia ja hyödyntää päätöksenteon tukena. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2023;139(9):685–688.
- (48) Uusikylä P. Endeavour to find evidence: the role of evaluation in complex systems of governance. *Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja* 130. Helsinki: Unigrafia; 2019.
- (49) Post J. Dynaamisten kyvykkyysien syntyminen ja kehittyminen hyvinvointialuevalmistelun yhteydessä: Kyvykkyysperusteinen näkökulma julkishallinnon organisaation muutosprosessiin. *Acta Wasaensia* 506. Vaasan yliopisto; 2023.
- (50) Hujala T, Laihonen H. Knowledge Management in a Regional Integrated Health and Social Care System. *Journal of Integrated Care* 2023;31(5):15–28.  
doi: 10.1108/JICA-06-2022-0032.
- (51) Laihonen H, Saranto K. Tiedä ensin, johda sitten: Sote-tietojohdattamisen osaamistarpeet sekä kansallisen koulutuksen ja tutkimuksen nykytila. *Sosiaali- ja terveystieteiden raportteja ja muistioita* 33; 2021.
- (52) Laihonen H, Mäntylä S. Principles of performance dialogue in public administration. *International Journal of Public Sector Management* 2017;30(5):414–428.  
doi: 10.1108/IJPSM-09-2016-0149.
- (53) Laihonen, H, Kokko, P. Knowledge Management and Hybridity of Institutional Logics in Public Sector. *Knowledge Management Research & Practice* 2020;21(1):14–28.  
doi: doi.org/10.1080/14778238.2020.1788429.
- (54) Rajala T, Laihonen H, Kokko P. Assessing the fragmentation of hybrids' performance management systems, *International Journal of Public Sector Management* 2021; 34(3): 312–335.  
doi: 10.1108/IJPSM-02-2020-0061.
- (55) Swan J, Newell S, Nicolini D. Introduction – Knowledge Mobilization in Healthcare. Kirjassa: Swan J, Newell S, Nicolini D. (toim.) *Mobilizing Knowledge in Healthcare: Challenges for Management and Organization*. Oxford: Oxford University Press; 2016, 1–18. doi: 10.1093/acprof:oso/9780198738237.003.0001
- (56) Lunkka N, Laulainen S, Taskinen H. Muutosprosessien dynamiikka tutkimuskohteena. Kirjassa: Jäntti A, Kork A-A, Kurkela K, Leponiemi U, Paananen H, Sinervo L-M, Tuurnas S. (toim.) *Hallinnon tutkimuksen tulevaisuus*. Tampere: Vastapaino; 2022.
- (57) Gkeredakis E, Swan J, Powell J, ym. A. Mind the gap: Understanding utilization of evidence and policy in health care management practice. *Journal of Health Organization and Management* 2011;25(3):298–314.  
doi: 10.1108/14777261111143545
- (58) Lunkka N, Pätsi J, Suhonen M. Kerrottu tyytyväisyys, pettymys ja ärtymys sairaalan organisaatiomuutoksen kontekstissa – Osastonhoitajat tunnekokemuksiaan merkityksellistämässä. *Hallinnon Tutkimus* 2017;36(3):150–165.
- (59) Langley A, Smallman C, Tsoukas H, ym. Process studies of change in organization and management: unveiling temporality, activity, and flow. *Academy of Management Journal* 2013;56(1):1–13. doi: 10.5465/amj.2013.4001
- (60) Weick K. *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks: SAGE Publications; 1995.
- (61) Humphreys M, Brown A. Narratives in organizational identity and identification: A case study of hegemony and resistance. *Organizations Studies* 2002;23(3):421–447.  
doi: 10.1177/0170840602233005
- (62) Lunkka N, Jansson N, Mainela T, ym. Professional boundaries in action: Using reflective spaces for boundary work to incorporate a new healthcare role. *Human Relations* 2022;75(7):1270–1297.  
doi: 10.1177/00187267211010363.
- (63) Lehtonen O-P, Saarni S, Kinnunen J, ym. Johtaminen hyvinvointialueella: miten ratkaista henkilöstöpöytä? Helsinki: Alma Talent; 2023.
- (64) Langley A, Tsoukas H. Introducing “Perspectives of process organization studies”. Kirjassa: Hernes T, Maitlis S. (toim.) *Process, sensemaking, and organizing*. Oxford: Oxford University Press; 2010, 1–26.

HARRI LAIHONEN  
*FT, KTM, professori*  
*Itä-Suomen yliopisto*  
*Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos*

ANNA-AURORA KORK  
*HTT, apulaisprofessori*  
*Vaasan yliopisto*  
*Johtamisen yksikkö, sosiaali- ja terveyshallintotiede*

NINA LUNKKA  
*TtT, yliopistonlehtori*  
*Itä-Suomen yliopisto*  
*Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos*

LOTTA-MARIA SINERVO  
*HTT, yliopistonlehtori*  
*Tampereen yliopisto*  
*Johtamisen ja talouden tiedekunta,*  
*Hallintotieteiden yksikkö*

VIRPI SILLANPÄÄ  
*FT, KTM*  
*Tampereen yliopisto*  
*Johtamisen ja talouden tiedekunta, Tietojohtamisen*  
*yksikkö*

PETRA KOKKO  
*HTT, KTM, SH*  
*Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö*  
*Ohjausosasto, ohjausyksikkö*

JUUSO HYVÄRINEN  
*FM, tutkimusapulainen*  
*Tampereen yliopisto*  
*Johtamisen ja talouden tiedekunta,*  
*Hallintotieteiden yksikkö*



## Ånger och missnöje efter könsbekräftande behandling: En systematisk litteraturöversikt

Könsdysfori (DSM-5) innebär en upplevelse av att könsidentiteten inte motsvarar det kön man tilldelats vid födseln. Denna inkongruens kan orsaka betydande lidande och nedsatt psykisk och social funktionsförmåga. Könsdysfori kan behandlas medicinskt med bland annat hormonella och kirurgiska ingrepp. Tidigare studiers resultat tyder på att ett litet antal personer upplever ånger eller missnöje efter könsbekräftande behandling. Syftet med denna litteraturöversikt är att undersöka förekomst av ånger och missnöje efter könsbekräftande behandling i studier publicerade åren 2009–2021, samt att undersöka möjliga orsaker till detta. Litteratursökningen gjordes i databaserna PsycINFO (Ebsco) och PubMed och tio studier inkluderades. Resultaten från denna översikt tyder på att det är ovanligt att ångra sin könsbekräftande behandling, och att ånger främst varit kopplat till inadekvat diagnostisering och negativa psykosociala faktorer. Dessutom har antalet personer som ångrar sig minskat under de senaste decennierna, samtidigt som det skett en ökning i antalet personer som genomgår könsbekräftande behandling. Resultaten tyder även på att en del personer upplever missnöje eller övergående ånger över vissa aspekter av behandlingen, främst i koppling till kirurgiska resultat. Resultaten bör tolkas med viss försiktighet på grund av att ånger och missnöje definierats och mätts på olika sätt i de inkluderade studierna. Mera forskning krävs för att undersöka faktorer kopplade till ånger och missnöje.

**NYCKELORD:** transperson, könsdysfori, könsbekräftande behandling, ånger, missnöje

**ANNA RINTA-RAHKO, KATARINA ALANKO**

### KÄRNINNEHÅLL

- I de inkluderade studierna var prevalensen för ånger 0–2,2 %.
- Missnöje över kirurgiska resultat var den mest rapporterade orsaken till missnöje och ånger i studierna
- Resultaten tyder på att ånger minskat över tid, samtidigt som antalet personer som får könsbekräftande behandling har ökat.

### INLEDNING

Könsinkongruens syftar till en upplevelse av diskrepans mellan det kön man tillskrivits vid födseln och den könsidentitet man har. En del transpersoner kan uppleva könsdysfori, vilket innebär ett omfattande lidande som könsinkongruens kan ge upphov till (1). Transsexualism är den nuvarande medicinska diagnosen i ICD-10 för att beskriva tillståndet (2). I ICD-11 ersätts diagnosen med könsinkongruens och flyttas från kapitlet för psykiatriska diagnoser till sexuella diagnoser. Även i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) ersättes diagnosen könsidentitetsstörning med könsdysfori för att undvika stigmatisering och patologise-

ring av könsinkongruens och i stället lyfta fram den dysfori som könsinkongruens kan ge upphov till (3). Prevalensen av individer som möter diagnostiska kriterier för transsexualism (ICD-10 eller tidigare upplagor) eller könsdysfori (DSM-5; könsidentitetsstörning i tidigare upplagor) har ökat under de senaste 50 åren och uppskattas vara kring 4,6 per 100 000 personer; 6,8 för transmän och 2,6 för transkvinnor (4). Variationen i hur prevalensen av transpersoner identifierats i olika studier är stor.

Könsdysfori kan behandlas medicinskt för att uppnå bättre överensstämmelse mellan kroppen och könsidentiteten samt för att minska individens subjektiva lidande. Behandling av könsdysfori kräver en diagnos och baserar sig ofta på en modell bestående av tre delar ("Triadic Theory"): att leva i den önskade könsrollen, köns-specifik hormonbehandling och kirurgi av genitalier och andra könskaraktäristika (5). Det bör noteras att alla inte önskar att genomgå behandling på alla tre nivåer. Könsbekräftande medicinsk behandling har påvisats minska könsdysfori och öka livskvaliteten hos transpersoner (5,6).

Transfrågor är aktuella i den samhällsdebatten på flera plan. Enligt ILGA Europes 2022 årsrapport om LGBTI-personers mänskliga rättigheter, framkommer att det skett en ökning av hatretorik mot transpersoner och ökad självmordsfrekvens och våld i Europa och Finland (7). Den omstridda translagen förnyades i Finland så sent som våren 2023. Debatten om vård och rätt till juridiskt byte av kön hos minderåriga transpersoner är pågående. För många handlar oron om att unga skulle ångra (det juridiska men framför allt) den könsbekräftande behandlingen. Således är det viktigt att sammanställa vetenskaplig forskning inom ämnet för att veta hur vanligt ånger och missnöje är, samt för att förbättra transpersoners ställning i samhället och utveckla vård av könsdysfori.

Trots att könsbekräftande behandling ökar livskvaliteten hos de flesta upplever en liten andel av de behandlade ånger. Prevalensen för ånger har i en tidigare litteraturoversikt uppskattats vara under 1 % hos transmän, det vill säga Female-to-Male (FTM) -transpersoner, och 1–1,5 % hos transkvinnor, det vill säga Male-to-Female (MTF) -transpersoner (8). Pfäfflin (7) differentierar i sin litteraturoversikt mellan djup ånger (eng. major regret) och liten ånger

(eng. minor regret). Liten ånger definieras som svårigheter eller indirekta tecken på ånger som inte ifrågasätter resultaten av behandlingen i sin helhet. Djup ånger definieras som könsdysfori i den nya könsrollen efter könsbekräftande behandling som tar sig uttryck i åtgärder (8). Pfäfflin (7) beskriver att personer som genomgått könsbekräftande kirurgisk behandling kan uppleva en period av missnöje som hos vissa leder till känslor av ånger, men att detta ofta försvinner inom ett år och inte kräver behandling. Han menar dessutom att dessa känslor vanligen beror på olika komplikationer till följd av specifika kirurgiska ingrepp eller andra orsaker såsom förlust av familjekontakter eller arbete efter ändrad könstillhörighet (8). I en senare litteraturoversikt identifierade Pfäfflin och Junge (9) tre betydande orsaker till ånger: inadekvat diagnos med närvaro av en annan betydande komorbid sjukdom, frånvaro av eller en misslyckad upplevelse av att leva i den önskade könsrollen och otillfredsställande kirurgiska resultat (estetiska eller funktionella). I en annan litteraturoversikt kom man fram till samma slutsats gällande orsaker till ånger (5). I en litteraturoversikt av De Cuypere och Vercruyse (10) drog man slutsatsen att inadekvat diagnostisering och allvarliga psykiatriska komorbiditeter är riskfaktorerna för ånger efter könsbekräftande behandling. Kärnä m.fl. (11) behandlade i en narrativ översikt missnöje och ånger efter könsbekräftande behandling samt det aktuella läget och möjlighet till detransition i Finland. Kärnä m.fl. identifierade funktionella problem efter medicinsk behandling och psykiatriska störningar innan påbörjad behandling som riskfaktorer för ånger. Dessutom lyfte de fram betydelsen av socialt stöd och negativa attityder på utvecklandet av missnöje eller ånger. I en studie med 88 deltagare som genomgått könsbekräftande behandling i Finland innan den tidigare translagen trädde i kraft 2003, hade fem deltagare valt att avbryta sin behandling och tre (3,4 %) uttryckte ånger över sina vårdbeslut (11).

I flera studier har upplevelsen av att leva i den önskade könsrollen identifierats som en viktig faktor för ett positivt utfall av könsbekräftande behandling. Att leva i den önskade könsrollen före den kirurgiska behandlingen kan ge patienten möjlighet att utvärdera inverkan av den könsbekräftande behandlingen på omgivningen



och den psykologiska stress som förändringen kan medföra (12). Pfäfflin och Junge (9) hävdar att ånger efter könsbekräftande kirurgi kunde reduceras med att leva i den önskade könsrollen före de kirurgiska ingreppen. Andra studier rapporterar att oförmåga att leva i den önskade könsrollen kunde vara kopplat till ånger efter könsbekräftande kirurgi (13,14).

Faktorer som kunde predicera utfall av könsbekräftande kirurgi har undersökts i tidigare studier med varierande resultat. Enligt Green och Fleming (15) är en tillräcklig förståelse av de kirurgiska ingreppen och vilka resultat som är möjliga att uppnå med hjälp av dem en prediktor för positivt utfall. De Cuypere och Vercruyse (10) identifierar faktorer som i flera artiklar associerats med negativa utfall av könsbekräftande behandlingar och som potentiellt kunde predicera ånger. Till dessa faktorer hör: heterosexuell sexpartner relaterat till det vid födelsen tillgivna könet innan könsbekräftande behandling, könsinkongruens i kombination med transvestism eller autogynefil, första ansökan om könsbekräftande kirurgi i över 30 års ålder, psykiatriska komorbiditeter, bristande social funktionsförmåga, otillräckligt stöd av familjen, missnöje med sekundära könskaraktistika vid den första utvärderingen och otillfredsställande kirurgiska resultat (10). Lawrence (16) ifrågasätter det prediktiva värdet av information som samlas in före den kirurgiska behandlingen och menar att det fysiologiska resultatet av könsbekräftande kirurgi är den bästa prediktorn för tillfredsställelse hos MTF-patienter.

## SYFTE

Syftet med denna litteraturöversikt var att undersöka förekomst av ånger och missnöje efter könsbekräftande behandling i studier publicerade åren 2009–2021, samt att undersöka möjliga orsaker till detta. År 2009 valdes eftersom De Cuypere och Vercruyse publicerat en litteraturöversikt året 2009 (10). Kärnä m.fl. (11) har publicerat en narrativ översikt av ånger och missnöje efter könsbekräftande kirurgi, men det saknas en systematisk genomgång av studier som behandlar ånger och missnöje efter året 2009. Det sker förändringar i diagnoser kopplade till könsdysfori och behandlingsformerna utvecklas ständigt. Prevalensen av personer som söker sig till könsbekräftande vård har ökat och det är viktigt att

undersöka förekomst och orsaker kopplade till missnöje efter medicinsk behandling (4).

Ett mål med litteraturöversikten var att undersöka hur de inkluderade studierna förhåller sig till tidigare publicerade litteraturöversikter inom forskningsområdet. Till skillnad från tidigare litteraturöversikter, som endast undersökt utfall av könsbekräftande kirurgisk behandling, kommer denna litteraturöversikt även att inkludera personer som inte valt att genomgå könsbekräftande kirurgi.

## METOD

Nedan följer en beskrivning av litteratursökningen för den systematiska litteraturöversikten, dess inklusions- och exklusionskriterier samt procedur.

## LITTERATURSÖKNING

Litteratursökningen gjordes vid ett tillfälle i databaserna PsycINFO (Ebsco) och PubMed den 21 januari 2021. Söksträngen bestod av olika termer för att hitta artiklar som behandlade ånger av könsbekräftande behandling och eventuella orsaker till detta. Olika termer för könsdysfori, könsbekräftande behandling, ånger och missnöje användes. Söksträngen i sin helhet var: (Transsexual\* OR transgender OR gender incongruence OR gender identity disorder OR gender dysphoria) AND [(“gender-affirming treatment” OR “sex reassignment” OR “sex reassignment surgery” OR “genital surgery”) AND (“surgery outcome” OR regret OR detransition\* OR dissatisfaction OR “gender identity reversal”)]. En bibliotekarie konsulterades vid skapandet av söksträngen. Söksträngen skapades och litteratursökningen utfördes i enlighet med rekommendationer för utförande av systematisk litteraturgenomgång (17).

För att möta inklusionskriterierna krävdes det att 1) studierna var kollegialt fackgranskade, 2) att de var primärstudier, 3) att de redogjorde för ånger och missnöje efter könsbekräftande behandling och 4) att de rapporterade om förekomst och eventuella orsaker till ånger och/eller missnöje. På grund av tidigare nämnda litteraturöversikter (5,9,10) som behandlat samma ämne begränsades sökningen till åren 2009–2021. Fallstudier exkluderades. I databasen PsycINFO (Ebsco) valdes begränsningarna ”Peer Reviewed”, engelska som språk och publikationsår 2009–2021. I PubMed begränsades publikationsåren till 2009–2021.

Den första sökningen med söksträng gjordes i PsycINFO (Ebsco) enligt tidigare nämnda kriterier och resulterade i 26 artiklar. På basen av rubriken exkluderades tre artiklar eftersom de inte var primärstudier, två artiklar för att de inte behandlade ånger eller missnöje och tre för att de var fallstudier. Abstraktet av de 18 resterande artiklarna lästes igenom och två artiklar exkluderades för att de inte var primärstudier, en för att det var en fallstudie och fyra för att de inte behandlade ämnet i fråga. De resterande elva studierna lästes igenom i sin helhet för att avgöra om de fyllde inklusionskriterierna. Tre artiklar uppfyllde inte kriterierna, vilket resulterade i att sju artiklar inkluderades. Därefter gjordes en sökning enligt samma kriterier i PubMed, vilket resulterade i 61 artiklar. På basen av genomgång av titlarna exkluderades 29 artiklar eftersom de inte behandlade ämnet i fråga. Fyra studier exkluderades eftersom de var duplikat av träffar i PsycINFO. Abstraktet av de resterande artiklarna lästes igenom och fem studier exkluderades för att de inte var primärstudier och 13 artiklar för att de inte behandlade ånger eller missnöje efter könsbekräftande behandling. Totalt resulterade sökningen i sju artiklar från PsycINFO och ytterligare två nya artiklar från Pubmed. Referenserna till de inkluderade artiklarna och andra artiklar som inkluderats i denna litteraturoversikt lästes igenom för att hitta ytterligare relevanta artiklar. Detta resulterade i att en studie lades till. Det slutliga antalet studier som inkluderades i litteraturoversikten var tio.

Artiklarna kvalitetsgranskades enligt principerna i American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Practice Parameters (18), så att olika nivåer av evidens bestämdes från den starkaste till den svagaste: a) meta-analyser och systematiska översikter, b) studier med randomiserade kontrollerade upplägg, c) kontrollerade undersökningar och delvis kontrollerade upplägg (så som icke randomiserade studier). Alla studiers design var lika, de var primärstudier utan kontrollgrupp. Därför användes i tillägg "Standard quality assessment criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Fields" (19) för att utvärdera studiernas kvalitet. Resultaten för kvalitetsgranskningen presenteras i Appendix 1.

Artiklarnas innehåll analyserades så att relevanta textstycken och relevant information ext-

raherades. Därefter skapades följande relevanta tema-helheter: prevalens av ånger och missnöje, orsaker till ånger, orsaker till missnöje, samband till sexuell läggning och early/ late onset dysfori. Relevant information ur varje enskild artikel presenteras under respektive tema.

## GENOMGÅNG AV LITTERATUREN

I följande avsnitt och tabell 1 presenteras de tio studier som inkluderats i litteraturoversikten i kronologisk ordning. Resultaten av enskilda artiklar beskrivs i detalj efter tema och med hjälp av statistik som presenteras i originalartiklarna. Av de inkluderade studierna var nio av tio utförda i Europa och en i USA. Resultaten speglar således en västerländsk behandlingstradition.

### PREVALENS AV ÅNGER OCH MISSNÖJE I STUDIERNA

I fyra av de tio inkluderade studierna uppgavs helhetsmässig ånger av transitionen till det önskade könet. I studien av Dhejne m.fl. undersöktes det totala antalet ansökningar om ändring av juridiskt kön och könsbekräftande kirurgi, samt ansökningar om ändring till ursprungligt kön. Forskarna gick igenom alla ansökningar mellan åren 1960 och 2010 i Sverige. Totalt ansökte 767 personer om ett nytt juridiskt kön och om kirurgisk könsbekräftande behandling. Ånger definierades som en ansökan om återgång till det ursprungliga juridiska könet. Åren 1960–1972 ansökte sammanlagt 15 personer om könsbekräftande behandling av vilka 4 (27 %) senare ångrade sig. Åren 1972–1980 ansökte 103 personer om könsbekräftande behandling av vilka 6 (5,8 %) personer senare ångrade sig. Åren 1981–1990 ansökte 76 personer om könsbekräftande behandling av vilka en person (1,3 %) senare ångrade sig. Åren 1991–2000 ansökte 127 personer om könsbekräftande behandling av vilka 3 (2,4 %) senare ångrade sig. Åren 2001–2010 ansökte 360 personer om könsbekräftande behandling av vilka en person (0,3 %) senare ångrade sig. Av de 681 personer som tillskrivits ett nytt juridiskt kön under hela tidsperioden 1970–2010 ansökte sammanlagt 15 personer (2,2 %) om att juridiskt återgå till det kön som tilldelats dem vid födseln (2,0 % av FTM-patienter och 2,3 % av MTF-patienter). Ånger av könsbekräftande behandling minskade signifikant under hela tidsperioden ( $p < 0,001$ , Fisher's exact test) (20). I en studie av Wiepjes m.fl. (21) ångrade sammanlagt 14 (0,5 %)

Tabell 1. Översikt över de inkluderade studierna

Författare och år	Samplstorlek och ålder	Land	Behandlingsår och uppföljningstid	Mått på ånger/missnöje	Resultat: ånger och missnöje	Övriga resultat
Imbimbo m.fl. (2009)	MTF N = 139  M= 31,36 (åldersspann 21–59 år)	Italien	1999–2006  12–18 mån efter könsbekräftande kirurgi	Frågeformulär om den kirurgiska behandlingen.	6 % missnöjda och ångrade könsbekräftande kirurgi	22 % rapporterade missnöje över utseendet av sin neovagina medan 44 % rapporterade missnöje över djupet.
Vujovic m.fl. (2009)	Deltagare: N = 147  MTF: 71 Medianålder: 25,4 ± 2 år  FTM: 76 Medianålder: 25,5 ± 2,1 år	Serbien	1987–2006  Uppföljningstid rapporterades inte.	Information som fanns tillgänglig på kliniken i fråga.	Ingen rapporterade ånger eller missnöje.	
Weyers m.fl. (2009)	Deltagare MTF: N = 50	Belgien	2007  Minst 6 månader efter könsbekräftande kirurgi.	Frågeformulär om den kirurgiska behandlingen.	Ingen ångrade sin könsbekräftande behandling.	På frågan om man ångrat sin kirurgiska behandling svarade 96 % att de aldrig gjort det och 4 % att de ibland gjort det.
Dhejne m.fl. (2014)	Deltagare: N = 681  Medianålder vid första ansökan om nytt juridiskt kön hos MTF: 35 år (27–49)  Medianålder vid första ansökan om nytt juridiskt kön hos FTM: 22 år (18–52)	Sverige	1960–2010  Minst 6 månader efter behandling.	Ansökan om att återgå till det ursprungliga juridiska könet.	2,2 % (15 personer), 2,0 % FTM-transpersoner och 2,3 % MTF-transpersoner ansökte om att få återgå till sitt ursprungliga juridiska kön.	Ånger av könsbekräftande behandling minskade signifikant under hela tidsperioden (p < 0,0001, Fisher's exact test).
Papadopulos m.fl. (2017)	MTF: N = 47	Tyskland	Det rapporteras inte under vilka år patienterna fått könsbekräftande behandling.  Minst 6 månader efter behandling.	Frågeformulär om den kirurgiska behandlingen.	Ingen rapporterade ånger över sin könsbekräftande kirurgi.	Patienterna rapporterade att de med stor säkerhet (8,1 %) eller fullständig säkerhet (91,5 %) skulle genomgå könsbekräftande kirurgi igen och 89 % skulle rekommendera det till andra transpersoner.

Wiepjes m.fl. (2018)	Deltagare: N = 2 627  MTF: 1 742 FTM: 885	Nederländerna	1972–2015  Uppföljningstid rapporteras inte. Data samlats från patientjournaler efter 2015.	Beskrivningar av ånger i patientjournaler.	Sammanlagt ångrade 0,5 % (14 personer) av de som genomgått kirurgi av genitalierna sin könsbekräftande behandling, av vilka 0,6 % var MTF- och 0,3 % var FTM-patienter.	De som rapporterat ånger kategoriserades efter orsak. Fem personer kategoriserades i gruppen ”social ånger”, sju personer i gruppen ”sann ånger”, och en person upplevde sig vara icke-binär.
Zavlin m.fl. (2018)	Deltagare MTF N = 40  Ålder: M = 38,6 ± 12,6 år	Tyskland	Första könsbekräftande kirurgiska ingreppet utfördes mellan 2009 och 2014.  6 månader efter senaste kirurgiska ingreppet.	Frågeformulär om den kirurgiska behandlingen.	Ingen ångrade den könsbekräftande behandlingen i sin helhet.	I frågeformuläret (T1) svarade 39 personer ”nej” på frågan om de ångrade sig, medan en person svarade ”ibland” och ingen svarade ”ja”.
Van de Grift m.fl. (2017)	Deltagare N = 136	Nederländerna, Belgien och Tyskland	2013–2014  Uppföljningstid rapporteras inte.	Frågeformulär om allmänt missnöje och missnöje över de kirurgiska resultaten.	Ingen rapporterade djup ånger eller önskan om att återgå tillbaka till det ursprungliga könet.	Åtta personer rapporterade lite ånger eller missnöje efter könsbekräftande kirurgi (5 MTF och 3 FTM).
Johansson m.fl. (2019)	Deltagare N = 42  MTF: 25 FTM: 17	Sverige	Deltagarna hade fått könsbekräftande kirurgi minst två år tidigare eller hade fått annan könsbekräftande vård i minst 5 år.	Intervju och frågeformulär.	Ingen ångrade den könsbekräftande behandlingen i sin helhet eller identifierade sig efter sitt vid födseln tillskrivna kön.	I samplet var 95,2 % (40 av 42) deltagare nöjda medan två personer (1 FTM och 1 MTF) var missnöjda på grund av upplevda brister sin genitalkirurgi.
McNichols m.fl. (2020)	Deltagare N = 246	USA	Datainsamlingen skedde 2016. Behandlingarnas tidpunkt specificerades inte.	Frågeformulär om den kirurgiska behandlingen.	1% ångrade könsbekräftande kirurgi och 2% rapporterade missnöje.	18% rapporterade om komplikationer efter kirurgisk behandling. 10% rapporterade att deras beslut att genomgå kirurgisk behandling inte accepterades av andra. 14% rapporterade att de inte passerade socialt. 5% rapporterade vanvård av någon i vårdpersonalen.

personer av 6793 den kirurgiska könsbekräftande behandlingen, av vilka 7 (0,1 %) uppgav att de ångrade transitionen i sin helhet. Individerna i fråga var 25–54 år då de började hormonbehandling och uttryckte ånger 46 till 271 månader efter den första behandlingen (21). I en studie av van de Grift m.fl. (22) rapporterade ingen av 136 deltagare djup ånger eller önskan om att återgå till sitt ursprungliga kön. Likaså rapporterade ingen av 60 deltagare i en studie av Johansson m.fl. (23) ånger över transitionen i sin helhet.

De övriga studierna hade inkluderat mått på ånger och missnöje av könsbekräftande vården, eller kirurgen, men inte transitionen i sin helhet. Bland deltagarna i studierna var missnöjet över behandlingen i allmänhet lågt: 0 % (24–27), 0,5 % (21), 4 % (23), 2 % (28), 5,9 % (22) och 22–44 % (29). I fyra av studierna rapporterades ånger av specifikt den kirurgiska behandlingen enligt följande: 1 % i en studie av McNichols m.fl. (28), 4 % i en studie av Weyers m.fl. (21), 6 % i en studie av Imbimbo m.fl. (29) och 0,525 % av Wiepjes m.fl. (21) sampel.

#### ORSAKER TILL ÅNGER

Wiepjes m.fl. studerade orsakerna till ånger utifrån beskrivningar i klienternas patientjournaler. Ånger av könsbekräftande behandling delades in i tre kategorier baserat på orsak: social ånger (fem personer), sann ånger (sju personer) och upplevelse av att vara icke-binär (en person). De MTF-patienter som tillhörde kategorin ”social ånger” identifierade sig som kvinnor men rapporterade att de ville återgå till sitt vid födseln tilldelade kön bland annat på grund av att de upplevde att omgivningen ignorerade dem och att förlusten av släktingar varit en för stor uppoffring. De personer som klassificerades i kategorin ”sann ånger” rapporterade att de trodde att den könsbekräftande behandlingen skulle fungera som en lösning på något annat självupplevt problem, till exempel homosexualitet eller självacceptans, men att de ångrade beslutet i efterhand. Bland de 14 personer som ångrade genitalkirurgen hade 13 personer påbörjat den könsbekräftande behandlingen åren 1987–1997 och en år 2004. I medeltal ångrade patienterna sin könsbekräftande behandling 103 månader efter påbörjad behandling. Det är möjligt att det finns patienter som påbörjat sin behandling under de tio sista åren och som inte

hunnit uttrycka ånger vid tidpunkten då studien utfördes. (21.)

#### ORSAKER TILL MISSNÖJE

Missnöje och ånger över den kirurgiska behandlingen förekom i studien av Imbimbo m.fl. Trots att endast 6 % uttryckte ånger av kirurgiska behandlingen i sin helhet rapporterades missnöje över specifika aspekter av behandlingen. Av deltagande rapporterade 22 % att de var missnöjda med utseendet av sin neovagina och 44 % rapporterade missnöje över djupet av sin neovagina. (29.)

I en uppföljningsstudie av van de Grift m.fl. undersöktes tillfredsställelse, livskvalitet, ånger och orsaker till missnöje hos personer som diagnostiserats med könsdysfori och ansökt om könsbekräftande vård i Nederländerna, Belgien och Tyskland. Bland MTF-patienter var 96–100 % nöjda med den kirurgiska behandlingen och endast en person rapporterade missnöje över sin stämbandsoperation. Bland FTM-patienter var komplikationer i koppling till könsbekräftande kirurgi vanligare än hos MTF-patienter. Trots detta rapporterade 94 % (mastektomi) till 100 % (peniskonstruktion) av FTM-patienterna att de var nöjda med behandlingen. Ingen rapporterade djup ånger eller önskan om att återgå till sitt ursprungliga kön, medan åtta personer (5 MTF och 3 FTM) bestående av patienter från alla tre kliniker, rapporterade liten ånger och/eller missnöje efter könsbekräftande kirurgi. Tre personer rapporterade missnöje efter vaginoplastik, två efter mastektomi, en efter stämbandsoperation, en efter hysterektomi och en efter bröstaugmentation. En person var allmänt missnöjd över den kirurgiska behandlingen, men även över hormonbehandlingen. Två patienters missnöje var kopplat till utdragna komplikationer, främst smärta, medan de resterande fem personerna rapporterade missnöje i koppling till andra estetiska och funktionella resultat. (22.)

Johansson m.fl. fann att bland studiens 42 deltagare, var trettiofem (89,7 %) personer nöjda med hormonbehandlingen, tre personer rapporterade att de varken var nöjda eller missnöjda och en rapporterade missnöje eftersom hen varit tvungen att avsluta sin hormonbehandling på grund av en allergisk reaktion. Tjugotvå personer (66,7 %) rapporterade att de var nöjda med

den kirurgiska behandlingen, 7 (21,2 %) var varken nöjda eller missnöjda och 4 (12,1 %) var missnöjda (3 FTM, 1 MTF). Resultaten tyder på att deltagarna i allmänhet var mycket nöjda med den könsbekräftande behandlingen i sin helhet, utan skillnader mellan MTF- och FTM-patienter. Majoriteten av deltagarna (95,2 %; 40 av 42) rapporterade att de var nöjda medan två personer (en FTM och en MTF) var missnöjda på grund av brister i genitalkirurgin. (23.)

I studien av McNichols m.fl. (N= 246 FTM-transpersoner) rapporterade 18 % av deltagarna komplikationer efter den kirurgiska behandlingen. Av deltagarna upplevde 10 % svårigheter med sociala förväntningar eller bristande acceptans från andra gällande sitt beslut att genomgå kirurgisk behandling och 14 % rapporterade problem med att passera socialt. Upplevelser av vanvård av någon i behandlingsgruppen rapporterades av 5 % av deltagarna. (28.)

#### SAMBAND MED SEXUELL LÄGGNING OCH EARLY/LATE ONSET DYSFORI

I studien av Johansson m.fl. undersöktes resultat av könsbekräftande behandling bland personer vars könsdysfori börjat i barndomen (eng. early-onset gender dysphoria, n= 26, 62 %) och personer vars könsdysfori börjat efter barndomen (eng. late-onset gender dysphoria, n= 16, 38 %), samt sexuell läggning före könsbekräftande behandling (n= 29, 69 % var homosexuella (i relation till tilldelat kön) och n= 13, 31 % var icke-homosexuella). Studien fann ingen signifikant skillnad i utfall mellan "early onset" och "late onset" eller mellan homosexuell och icke-homosexuell läggning. MTF-patienterna påvisade i allmänhet mera positiva resultat än FTM-patienterna. Icke-homosexuell läggning definierades i studien som sexuell attraktion till det motsatta könet i relation till könsidentiteten. (23.)

#### DISKUSSION

Syftet med denna litteraturöversikt var att beskriva förekomst och orsaker till ånger och missnöje efter könsbekräftande behandling i studier publicerade åren 2009–2021. De inkluderade studierna undersökte resultat av könsbekräftande behandlingar i olika länder med varierande sampel och uppföljningstid. Samtliga studiers sampel bestod i huvudsak av personer som genomgått kirurgisk behandling (20–29). Fyra av studierna

undersökte endast MTF- patienter (24–26,29), medan de resterande sex studierna inkluderade både MTF- och FTM- patienter (20–23,27,28). Ånger och missnöje definierades i studierna på olika sätt och kunde handla om missnöje över vissa aspekter av den könsbekräftande behandlingen eller om ånger av transitionen i sin helhet. De flesta studier var uppföljningsstudier där endast data efter den könsbekräftande behandlingen togs i beaktande, men några studier jämförde även data före inledning av behandling med data vid uppföljningstillfället.

#### ÅNGER EFTER KÖNSBEKRÄFTANDE BEHANDLING

Då man talar om ånger och missnöje efter könsbekräftande behandling är det viktigt att skilja mellan personer som ångrar den könsbekräftande behandlingen och personer som upplevt missnöje över vissa aspekter av sin behandling. Pfäfflin (8) skiljde mellan djup ånger (major regret) och liten ånger (minor regret). De som upplever djup ånger ifrågasätter enligt honom den könsbekräftande behandlingen i sin helhet, medan liten ånger kan ses som missnöje eller övergående ånger. Två av studiernas resultat tyder på att det fanns personer som ångrade könsbekräftande behandlingen enligt följande: 2,2 % (20) och 0,1 % (21). I dessa studier ångrade personerna transitionen i sin helhet, vilket kunde jämföras med det som i en tidigare litteraturöversikt definierats som djup ånger. I studien av Dhejne framkom det även att patienterna vidtagit åtgärder för att återgå till sitt vid födseln tillskrivna kön, vilket kan ses som en tydlig indikator på att personerna starkt ångrat sig (20). I de andra studierna framkommer inte om de som ångrat sig vidtagit några åtgärder för att återgå till det vid födseln tillgivna könet. I flera av studierna fanns deltagare som upplevde missnöje eller ånger över vissa aspekter av behandlingen (23,28,29) och i fyra av studier rapporterades varken ånger eller missnöje bland deltagarna (24–27).

I studien utförd av Wiepjes m.fl. (21) identifierades orsaker till ånger. Majoriteten av de som ångrat sig i studien hade feldiagnostiserats och trodde att behandlingen skulle vara en lösning på något annat självupplevt problem, såsom homosexualitet eller självacceptans, och en person ansåg sig vara icke-binär. Bland de som ångrat sin behandling rapporterade fem personer (35,7 %) att ångern berodde på sociala orsaker, bland an-



nat på upplevelsen av att inte bli accepterad av sin familj. Dessa personer återgick följaktligen till sitt vid födseln tillgivna kön på grund av psykosociala orsaker, vilket kunde tyda på att andra faktorer än utfall av behandling och upplevelsen av den egna könstillhörigheten kunde spela en roll i ånger av behandling.

Antalet personer som ångrat sin könsbekräftande behandling minskade över tid i studierna av Dhejne m.fl. (20) och Wiepjes m.fl. (21). Bland de som påbörjat könsbekräftande behandling eller ansökt om ett nytt juridiskt kön efter år 2000 rapporterade endast en person ånger i vardera studien. Trots att resultaten tyder på att antalet personer som ångrat sig minskat signifikant under tidsperioden 1960–2010, har antalet personer som genomgår könsbekräftande behandling ökat under de senaste 50 åren. En möjlig förklaring till minskad ånger kunde vara förändringar i vård- och utvärderingspraxis. I Finland infördes år 2003 riktlinjer för vård av transpersoner, vilket påverkat utvärderingen av vårdbehov och utveckling av behandlingsmetoder (30). Motsvarande förändringar har genomförts inom andra länders vårdpraxis. Denna utveckling har möjligtvis lett till att färre personer får en felaktig diagnos och/eller till förbättringar inom behandlingsåtgärder. En annan möjlig orsak kunde vara att samhälleliga attityder till könminoriteter och könsbekräftande behandlingar har ändrat över tid, vilket potentiellt minskat antalet personer som ångrar sig på grund av psykosociala faktorer.

#### MISSNÖJE EFTER KÖNSBEKRÄFTANDE BEHANDLING

I sex av de tio studierna rapporterades personer som upplevt missnöje eller liten ånger över sin könsbekräftande behandling (22–24,26,28,29). Dessa personer upplevde missnöje eller ånger över vissa aspekter av könsbekräftande behandlingen men ångrade inte transitionen i sin helhet.

Missnöje över kirurgiska resultat var den mest rapporterade orsaken till missnöje och ånger i studierna (22,23,29). Missnöje var kopplat till estetiska och funktionella resultat efter könsbekräftande behandling eller komplikationer som bland annat lett till smärta. Detta stämmer överens med tidigare litteraturöversikter som identifierat de kirurgiska resultaten som en faktor kopplad till missnöje och ånger (9,10,31).

I studien utförd av Van de Griff m.fl. (22)

hittades en koppling mellan missnöje efter könsbekräftande behandling och ett större antal psykiska symtom före inledning av behandling. Detta resultat kunde, i varje fall delvis, hänga ihop med resultat i tidigare studier som tyder på att psykiatriska komorbiditeter är kopplade till ånger (8,10). Detta kunde reflektera det faktum att en del psykiatrisk symptomatologi kvarstår även efter den könsbekräftande behandlingen och kan påverka hur personen upplever behandlingen i sin helhet. Däremot framkom inte en koppling mellan utfall av behandling och medvetenhet om risker gällande ingreppen före könsbekräftande behandlingen, trots att detta tidigare identifierats som en möjlig prediktor för utfall av könsbekräftande behandling (15).

I studien utförd av Johansson m.fl. (23) hittades inget samband mellan missnöje och specifika undergrupper. I en tidigare litteraturöversikt har heterosexuell läggning före könsbekräftande behandling identifierats som en faktor kopplad till missnöje (10), men Johansson m.fl. (23) fann inte någon signifikant koppling mellan sexuell läggning och missnöje.

I en av studierna rapporterade en liten andel av deltagarna att de upplevt missnöje men orsakerna till detta specificerades inte (28). I två av studierna rapporterade några personer att de ibland upplevde eller hade upplevt ånger, utan ytterligare beskrivning av orsaker (25,28).

#### BEGRÄNSNINGAR

De inkluderade studiernas upplägg var av varierande karaktär, vilket gör det svårt att jämföra studierna sinsemellan. Definitionerna av ånger varierar kraftigt mellan studierna. I studierna utförda av Dhejne m.fl. (20) och Wiepjes m.fl. (21) framkom att patienterna vidtagit åtgärder för att återgå till sitt vid födseln tillgivna kön, vilket kunde ses som en tydlig indikator på att personerna starkt ångrat sig och valt att återgå till det vid födseln tillgivna könet. Däremot är det svårare att utifrån frågeformulär avgöra styrkan av ånger och missnöje.

I studierna där data samlats med hjälp av olika fråge- och självskattningsformulär är det sannolikt att individerna tolkat frågorna på olika sätt, vilket gör det svårt att jämföra svaren och graden av ånger eller missnöje bland deltagarna (22–26,28,29). Ett ytterligare problem med fråge- och självskattningsformulären som användes



i studierna är att de inte är validerade och skiljde sig mellan studierna, vilket påverkar jämförbarheten av dessa studier. Däremot kan en styrka i användningen av fråge- och självskattningsformulär vara att patienterna ofta hade möjlighet att specificera orsaker till missnöje och ånger, medan detta inte var möjligt för deltagare i studier där informationen inte samlades direkt av individerna. I studien utförd av Vujovic m.fl. (27) rapporterades varken vilken metod som använts vid insamling av data eller hur ånger definierats, vilket gör att det är svårt att avgöra om resultaten kan tänkas på ett adekvat sätt representera förekomst av ånger.

En begränsning i litteraturoversikten är att sampelstorlekarna i vissa studier är små och begränsar sig till specifika kliniker vilket potentiellt kan påverka representativiteten av dessa sampel. I studier där man använt sig av frågeformulär har samplen troligtvis påverkats av att endast vissa individer velat delta i studierna. En annan begränsande aspekt är att samplen av personer som ångrat sig är små, vilket gör det svårt att identifiera faktorer kopplade till ånger på populationsnivå. Detta kunde vara en orsak till att man inte fann samband mellan vissa faktorer som i tidigare litteratur varit kopplade till ånger. En annan möjlig orsak till detta kunde vara att inverkan av vissa faktorer potentiellt ändrat över tid och inte har samma inverkan som det framkommit i tidigare studier.

En ytterligare begränsning i studierna var att uppföljningstiden i flera studier var relativt kort. I studien av Wiepjes m.fl. (21) uttryckte deltagarna ånger i medeltal 103 månader efter behandling och i studien av Dhejne m.fl. (20) rapporterade deltagarna ånger 75–137 månader efter behandling. Detta kunde betyda att deltagare i flera av studierna med kort uppföljningstid inte hunnit uttrycka sin ånger vid uppföljningstillfället.

## **SAMMANFATTNING OCH REKOMMENDATIONER**

Studierna i litteraturoversikten tyder, i enlighet med tidigare litteraturoversikter, på att de flesta som genomgår könsbekräftande behandling är nöjda och att det är mycket få som ångrar sin könsbekräftande behandling. I de inkluderade studierna var prevalensen för ånger av transitionen 0–2,2 %. I de inkluderade studierna bestod samplen av personer som genomgått varierande

behandlingar, men personer som genomgått kirurgiska ingrepp var överrepresenterade. Resultaten tyder på att ånger främst var kopplat till psykosociala faktorer och inadekvat diagnostisering. Dessutom tyder resultaten på att ånger minskat över tid, samtidigt som antalet personer som får könsbekräftande behandling har ökat. I studierna framkom att det fanns individer som upplevde känslor av missnöje efter könsbekräftande behandling, trots att de inte ångrade den könsbekräftande behandlingen i sin helhet. Studierna tyder på att detta missnöje främst beror på missnöje i koppling till de kirurgiska resultaten. Resultaten tyder även på att flera psykiska symtom före behandlingen kunde vara kopplade till missnöje. Eftersom vissa könsbekräftande behandlingar är irreversibla är det viktigt att ta i beaktande möjliga faktorer kopplade till ånger, trots att resultaten tyder på att väldigt få personer ångrar sig.

Det förekom en del variation i mätinstrumenten och det saknas validerade frågeformulär som mäter upplevelser av missnöje och ånger efter könsbekräftande behandling. Dessutom krävs det mera forskning som undersöker faktorer kopplade till missnöje och ånger i tillräckligt stora och representativa sampel. Det vore bra att undersöka individer som endast genomgår enskilda könsbekräftande ingrepp och individer som identifierar sig utanför det binära. Det vore även viktigt att undersöka noggrannare hur psykiatriska symtom före könsbekräftande behandling hänger ihop med missnöje och ånger efter behandlingen. Specifika faktorer under vårdprocessen, såsom bemötandet av vårdpersonal och stöd under behandlingen, skulle även vara relevanta faktorer att undersöka i samband med ånger av könsbekräftande behandling. Sociala och samhälleliga faktorer inverkan på upplevelser av missnöje och ånger bör även tas i beaktande i framtida forskning.

## **FINANSIERING:**

Studien mottog ingen finansiering.

## **FÖRFATTARNAS KONTRIBUTION:**

Rinta-Rahko har skrivit artikeln under Alankos handledning som en kandidatavhandling. Rinta-Rahko och Alanko har båda deltagit i redigeringen av artikeln till publiceringsformat.

## SUKUPUOLTA VAHVISTAVAN HOIDON JÄLKEINEN KATUMUS JA TYYTYMÄTTÖMYYS: SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

Sukupuolidysforia (DSM-5) viittaa ristiriitaan henkilön sukupuoli-identiteetin ja hänelle syntymässä määritellyn sukupuolen välillä. Voimakas sukupuoliristiriita ja kehodysforia voivat aiheuttaa merkittävää psyykkistä kärsimystä, jota voidaan hoitaa muun muassa hormonaalisin ja kirurgisin menetelmin. Aiemmat tutkimukset viittaavat siihen, että pieni osa sukupuolta vahvistavia hoitoja saaneista henkilöistä kokee katumusta tai tyytymättömyyttä. Aiemmissa tutkimuksissa on tarkasteltu, mitkä seikat liittyvät sukupuolta vahvistavien hoitojen jälkeiseen katumukseen ja tyytymättömyyteen. Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on koostaa sukupuoliristiriidan hoidon jälkeistä tyytymättömyyttä ja katumusta käsittelevät vertaisarvioidut tutkimukset vuosilta 2009–2021, sekä tarkastella mahdollisia syitä katumukselle ja tyytymättömyydelle. Kirjallisuushaku tehtiin PsycINFO (Ebsco) ja PubMed -tietokannoissa, ja kymmenen artik-

kelia valikoituivat sisällytettäväksi. Kirjallisuuskatsauksen tulokset viittaavat siihen, että katumus sukupuolta vahvistavien hoitojen jälkeen on harvinaista, ja että hoitojen jälkeinen tyytymättömyys usein on kytköksissä vajavaiseen diagnosointiin ja psykososiaalisiin seikkoihin. Viimeisten vuosikymmenten aikana katuvien henkilöiden määrä on vähentynyt samalla kuin sukupuolta vahvistaviin hoitoihin hakeutuvien henkilöiden määrä on kasvanut. Tulokset viittaavat myös siihen, että osan kokema katumus on ohimenevää, ja että tyytymättömyys usein on kytköksissä epätoivottuihin hoitotuloksiin, etenkin kirurgisten hoitojen osalta. Tuloksia on tulkittava kriittisesti, sillä sukupuolta vahvistavien hoitojen jälkeistä katumusta ja tyytymättömyyttä on määritelty vaihtelevin kriteerein sisällytetyissä tutkimuksissa. Aiheesta tarvitaan lisää tutkimusta erityisesti katumukseen ja tyytymättömyyteen liittyvien syiden ymmärtämiseksi.

ASIASANAT: transsukupuolisuus, sukupuolidysforia, sukupuolenkorjaushoito, katumus, pettymys

**Rinta-Rahko, A., Alanko, K. Regret and dissatisfaction following gender affirming treatment: A systematic literature review. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2024: 61: 93–106.**

Gender dysphoria (DSM-5) is defined as the experience of one's gender identity differing from the sex assigned at birth. This incongruence can lead to suffering and impairment of an individual's psychological and social functioning. Gender affirming treatment, usually consisting of hormonal and surgical treatment alone or combined, has been shown to decrease suffering caused by one's anatomical gender characteristics, which are associated with gender incongruence. Previous research indicates that some experience regret or dissatisfaction following treatment. The purpose of this literature review was to compile research from the years 2009–2021 on factors associated with regret and dissatisfaction associated to gender affirming treatment. The literature search was done in the databases PsycINFO (Ebsco) and PubMed, and ten peer-reviewed articles were included. The results indicate that post-treatment regret is rare, although experienced by some, and is

commonly associated with inadequate diagnosis and psychosocial factors. In addition, post-treatment regret has significantly decreased during the last decades, while the number of people applying for gender affirming treatment has increased. Further, the results indicate that some individuals experience dissatisfaction or passing regret, most commonly associated with specific factors related to the surgical results. These results should be interpreted with caution due to differing definitions and measures of regret and dissatisfaction in the included studies. More research is needed on the factors associated with dissatisfaction and regret following gender affirming treatment.

**Keywords:** transgender, gender dysphoria, gender affirming treatment, regret, dissatisfaction

Saapunut (05.09.2022)  
Hyväksytty (26.06.2023)

- (1) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). 5:e utgåvan. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2013.  
doi: 10.1176/appi.books.9780890425596
- (2) World Health Organization. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41:1403–1409.  
doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K
- (3) Zucker K J, Lawrence A A, Kreukels B P. Gender dysphoria in adults. *Annu Rev Clin Psychol.* 2016;12:217–247.  
doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093034
- (4) Arcelus J, Bouman WP, Van W ym. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry* 2015;30:807–815.  
doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.04.005
- (5) Gijls L, Brewaeys A. Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annu Rev Sex Res.* 2007;18:178–224.  
doi: 10.1080/10532528.2007.10559851
- (6) Heinonen L, Suominen T, Mattila A ym. Transsukupuolisten henkilöiden elämäntyytyväisyys ennen sukupuolen korjausprosessia, sen aikana ja sen jälkeen. *Sosiaalilääk Aikak* 2013;50.
- (7) ILGA-Europe. Annual Review of the Human Rights Situation of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex People in Europe and Central Asia 2023. Hämtad 10.3.2023 från: <https://www.rainbow-europe.org/annual-review>
- (8) Pfäfflin F. Regrets after sex reassignment surgery. *J Psychol Human Sex.* 1993;5(4).  
doi: 10.1300/j056v05n04\_05
- (9) Pfäfflin F, Junge A. Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: A comprehensive review, 1961–1991. 1:a utgåvan. Stuttgart: International Journal of Transgenderism Book Section; 1998.
- (10) de Cuyper G, Vercruyse H. Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. *Int J Transgend* 2009;11:194–205.  
doi: 10.1080/15532730903383781
- (11) Kärnä T, Das P, Mikkola A, ym. Sukupuolen korjauksen katuminen, pettymys ja takaisinkorjautumisen mahdollisuudet. *Suom Lääkäril* 2021;76:1478–1482.
- (12) Bowman C, Goldberg JM. Care of the patient undergoing sex reassignment surgery. *Int J Transgend* 2007;21:135–65.  
doi: 10.1300/j485v09n03\_07
- (13) Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Gender Role Reversal among Postoperative Transsexuals. *Int J Transgend* 1998;2:1–16.
- (14) Michel A, Anseau M, Legros JJ. The transsexual: what about the future? *Eur Psychiatry* 2002;17:353–362.  
doi: 10.1016/S0924-9338(02)00703-4
- (15) Green R, Fleming D. Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annu Rev Sex Res.* 1990;1:163–174.
- (16) Lawrence AA. Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav* 2003;32:299–3315.  
doi: 10.1023/A:1024086814364
- (17) Harari MB, Parola HR, Hartwell CJ, ym. Literature searches in systematic reviews and meta-analyses: A review, evaluation, and recommendations. *J Vocat Behav* 2020;118.  
doi: 10.1016/j.jvb.2020.103377
- (18) Birmaher B, Brent D. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:1503–1526.  
doi: 10.1097/chi.0b013e318145ae1c
- (19) Kmet LM, Cook LS, Lee RC. Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Fields. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research; 2004.  
doi: 10.7939/R37M04F16
- (20) Dhejne C, Öberg K, Arver S ym. An analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden, 1960–2010: prevalence, incidence, and regrets. *Arch Sex Behav* 2014;43:1535–1545.  
doi: 10.1007/s10508-014-0300-8
- (21) Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM ym. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972–2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *J Sex Med* 2018;15:582–590.  
doi: 10.1016/j.jsxm.2018.01.016
- (22) van de Grift TC, Elaut E, Cerwenka SC ym. Surgical satisfaction, quality of life, and their association after gender-affirming surgery: a follow-up study. *J Sex Marital Ther* 2018;44:138–148.  
doi: 10.1080/0092623X.2017.1326190
- (23) Johansson A, Sundbom E, Höjerback T ym. A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Arch Sex Behav.* 2010;39:1429–1437.  
doi: 10.1007/s10508-009-9551-1
- (24) Weyers S, Elaut E, de Sutter P ym. Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *J Sex Med* 2009;6:752–760.  
doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.01082.x
- (25) Papadopulos NA, Lellé JD, Zavlin D ym. Quality of life and patient satisfaction following male-to-female sex reassignment surgery. *J Sex Med* 2017;14:721–730.  
doi: 10.1016/j.jsxm.2017.01.022
- (26) Zavlin D, Schaff J, Lellé JD ym. Male-to-female sex reassignment surgery using the

- combined vaginoplasty technique: satisfaction of transgender patients with aesthetic, functional, and sexual outcomes. *Aesthetic Plast Surg* 2018;42:178–187.  
doi: 10.1007/s00266-017-1003-z
- (27) Vujovic S, Popovic S, Sbutega-Milosevic G ym. Transsexualism in Serbia: A twenty-year follow-up study. *J Sex Med* 2009;6:1018–1023.  
doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00799.x
- (28) McNichols CHL, O'Brien-Coon D, Fischer B. Patient-reported satisfaction and quality of life after trans male gender affirming surgery. *Int J Transgend Health* 2020;21:410–17.  
doi: 10.1080/26895269.2020.1775159
- (29) Imbimbo C, Verze P, Palmieri A ym. A report from a single institute's 14-year experience in treatment of male-to-female transsexuals. *J Sex Med* 2009;6:2736–2745.  
doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01379.x
- (30) Social- och hälsovårdsministeriets förordning om ordnandet av undersökning och behandling som syftar till könsbyte samt om den medicinska utredningen för fastställandet av transsexuella personers könstillhörighet 03.12.2002/1053.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2002/20021053>
- (31) Meyer W, Bockting WO, Cohen-Kettenis P ym. The Harry Benjamin international gender dysphoria association's standards of care for gender identity disorders, sixth version. *J Psychol Human Sex* 2002;13:1–30.  
doi: 10.1300/J056v13n01\_01

ANNA RINTA-RAHKO

*PsM*

*Åbo Akademi*

*Fakulteten för humaniora, psykologi och teologi*

KATARINA ALANKO

*PsD, docent, universitetslärare*

*Åbo Akademi*

*Fakulteten för humaniora, psykologi och teologi*

Bilaga 1. Kvalitetsgranskning av de inkluderade studierna enligt *Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Fields*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Poäng	Kvalitet
Forskningsfråga	Studie-design	Sampling	Deltagare beskrivna	Randomisering	Blinding of investigators	Blinding of subjects	Utfalls-mått	Sampelstorlek	Analysmetoder	Estimerade varians	Kontrollerade mellan-kommande variabler	Resultatrapportering	Tolkning stöds av resultaten		
Imbimbo m.fl. (2009)	1	1	2	2	NA	NA	2	NA	NA	NA	NA	2	1	0,79	God
Vujovic m.fl. (2009)	1	1	2	2	NA	NA	0	NA	NA	NA	NA	1	1	0,56	Moderat
Weyers m.fl. (2009)	2	2	2	2	NA	0	2	2	2	2	NA	2	2	0,92	Stark
Dhejne m.fl. (2014)	2	2	2	2	NA	NA	NA	2	2	2	NA	2	2	1	Stark
Papadopoulos m.fl. (2017)	2	2	1	2	NA	NA	NA	1	2	1	1	2	2	0,77	God
Wiepjes m.fl. (2018)	2	2	2	2	NA	NA	NA	1	2	2	NA	2	2	0,95	Stark
Zavlin m.fl. (2018)	2	2	1	1	NA	NA	NA	2	1	2	1	2	2	0,77	God
Van de Grift m.fl. (2017)	2	2	2	2	NA	NA	NA	2	2	2	1	2	2	0,95	Stark
Johansson m.fl. (2019)	1	1	1	2	NA	NA	NA	1	1	1	1	2	2	0,65	Moderat
McNichols m.fl. (2020)	1	1	1	1	NA	1	NA	2	2	1	1	1	2	0,64	Moderat

Notera. 0 = Nej, 1 =PARTIAL, 2 = Ja, N/A = gäller inte. Vi använde 0,50 för indikator för inklusion och moderat studiedesign, 0,75 för god och 0,9 som indikator för en stark studiedesign.



## Väkivalta seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen lähisuhteissa — kartoittava katsaus

Lähisuhdeväkivalta on maailmanlaajuinen ongelma, jonka terveydelliset ja yhteiskunnalliset seuraukset ovat kauaskantoiset. Tämän kartoittavan katsauksen tutkimuskysymyksenä on, mitä tiedämme seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen (HLBTQ) tekemän ja kohtaaman lähisuhdeväkivallan yleisyydestä ja sen muodoista. Aineisto koostuu yhteensä 23 kansainvälisestä tutkimuksesta.

Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen tekemää ja kohtaamaa lähisuhdeväkivaltaa on toistaiseksi tutkittu vielä kohtuullisen vähän. Selkeästi aihetta on tutkittu eniten Yhdysvalloissa. Aihealueen tutkimustraditio on vielä kohtuullisen nuorta. Vanhin tässä aineistossa mukana ollut tutkimus oli vuodelta 2000. Aihealueen tutkimusta tarvitaan lisää.

Tutkimusten perusteella on selvää, että HLBTQ-lähisuhteissa kohdataan paljon väkivaltaa ja väkivallan muodot ovat hyvin moninaisia. Eri tutkimukset tarjoavat ilmiön yleisyydestä erilaisia arvioita. Tämän katsauksen aineistoissa seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen tekemän ja kohtaaman lähisuhdeväkivallan muotoja on kuvattu hyvin eri tavoin, joka vaikeuttaa tutkimustulosten vertailua keskenään, kuten myös yksiselitteisen synteesin tekemistä seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen tekemän ja kohtaaman lähisuhdeväkivallan yleisyydestä eri väkivallan muotojen suhteen. Tässä suhteessa aihealueen tutkimuksen yhdenmukaistaminen, esimerkiksi käyttämällä samoja väkivallan muotojen määrittelyjä, mahdollistaisi paremman vertailtavuuden ja samoin paremman näytön asteen määrittämisen.

Tämän aineiston analyysin perusteella sekä HLBTQ-naisten että -miesten lähisuhdeväkivaltaa on tutkittu yhtä laajasti. Jatkossa aihealueen tutkimusta on kuitenkin kohdennettava erityisesti miestenvälisessä lähisuhdeväkivallassa väkivallan tekijään. Tämän aineiston mukaan miestekijään keskittyvä näkökulma oli esillä vain yhdessä tutkimuksessa. Naisten välistä väkivaltaa käsittelevät tutkimukset jakautuvat tasaisesti tekijän ja kohtajan näkökulmiin. Samoin tarvitaan lisää tutkimusta eri HLBTQ-osaryhmien lähisuhdeväkivallasta. Tässä aineistossa ei ollut yhtään pelkästään transihmisten lähisuhdeväkivaltaan kohdentunutta tutkimusta. Transihmisten lähisuhdeväkivallasta tarvitaan lisätietoa.

**ASIASANAT:** seksuaalivähemmistöt, sukupuolivähemmistöt, lähisuhdeväkivalta, kartoittava katsaus

**JARI KYLMÄ, TUIJA LEPPÄKOSKI, EIJA PAAVILAINEN, JOA HIITOLA**

## YDINASIAAT

- Aihealueen tutkimustraditio on vielä kohtuullisen nuorta, vanhin tässä aineistossa oleva tutkimus on vuodelta 2000.
- Suomalaisia aihealueen tutkimuksia ei ollut tässä aineistossa lainkaan.
- HLBTQ-lähi-suhteissa kohdetaan paljon väkivaltaa ja sen muodot ovat moninaiset.
- Tutkimuksissa käytetään erilaisia tapoja kuvata väkivallan muotoja, joka vaikeuttaa tutkimusten tulosten synteesiä ja vertailua keskenään.
- Tarvitaan lisää HLBTQ-ihmisten tekemän ja kohtaaman lähisuuhdeväkivallan tutkimusta, myös Suomessa.

## JOHDANTO

Lähisuuhdeväkivalta on maailmanlaajuinen ongelma, jonka terveydelliset ja yhteiskunnalliset seuraukset ovat kauaskantoiset. Se aiheuttaa kärsimystä yksilöille ja yhteisöille, vaarantaa terveyden ja hyvinvoinnin sukupolvesta toiseen, aiheuttaa kuormitusta palvelujärjestelmälle sekä kustannuksia yksilö- ja yhteiskuntatasolla. Väki-valta on monitieteisen tutkimuksen kohde, ja sen määrittelyssä ja ilmenemismuodoissa on yhteiskunnallisia ja kulttuurisia ulottuvuuksia. (1,2.) Tämä artikkeli on kartoittava kirjallisuuskatsaus väkivallasta sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen lähi-suhteissa.

Lähisuuhdeväkivallalle ei ole olemassa yhtä yksiselitteistä määritelmää. Myös eri tutkimuksissa lähisuuhdeväkivaltaa määritellään eri tavoin. (2.) WHO:n (3) mukaan lähisuuhdeväkivallalla (intimate partner violence) tarkoitetaan fyysistä, seksuaalista tai psyykkistä haittaa aiheuttavaa käyttäytymistä lähi-suhteessa, mukaan lukien fyysinen väkivalta, seksuaalinen pakottaminen, henkinen väkivalta ja kontrolloiva käyttäytyminen. Tämä määritelmä kattaa sekä nykyisten että entisten puolisoitten ja kumppanien väkivallan. THL (4) puolestaan näkee lähisuuhdeväkivallan yläkäsitteenä, joka voi kohdistua henkilön nykyiseen tai entiseen kumppaniin, lapseen, lähisukulaiseen tai muuhun läheiseen. Parisuhdeväkivallan käsitteellä taas tarkoitetaan läheisessä parisuhteessa tapahtuvaa väkivaltaa. Lähi-suhteissa tapahtuva väkivalta voi olla myös kaksisuuntaista, jolloin sukupuoleen katsomatta väkivallan eri osapuolet voivat olla sekä väkivallan tekijöitä että sen kohtajia (5–7).

Lähisuuhdeväkivallan tutkimus on perinteisesti keskittynyt heteroseksuaalisiin suhteisiin. Tässä tarkastelussa heteronaiset on nähty väkivallan kohtajina ja heteromiehet väkivallan tekijöinä. Parin viimeisen vuosikymmenen aikana on kansainvälisesti alettu nostaa enemmän esiin myös heteromiesten väkivaltakokemuksia (8–11).

Viime vuosina tutkimuksissa on lisäksi keskitetty seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen lähisuuhdeväkivaltaan (12–13). Seksuaalivähemmistöihin kuuluvat ihmiset voivat olla lesboja, homoja, biseksuaaleja tai ihmisiä, jotka määrittelevät seksuaalisuutensa muilla tavoin heteronormin ulkopuolella. Sukupuolivähemmistöillä tarkoitetaan ihmisiä, joiden kokemus ei vastaa heille syntymässä määriteltyä nais- tai miessukupuolta. (14–15.)

Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin viitataan ryhmätasolla usein lyhenteellä HLBTQ, joka tulee sanoista homo, lesbo, biseksuaali, trans ja queer tai ”questioning” eli kyseenalaistava (16). Queer-sanalla voidaan viitata ihmiseen, joka ei halua määrittää omaa seksuaalista suuntautumistaan tai sukupuoltaan. Se on myös ajattelumalli ja akateeminen käsite, kuten queer-tutkimus (17). Questioning tai pelkkä Q-kirjain voi myös merkitä ihmistä, joka pohtii omaa seksuaali- tai sukupuoli-identiteettiään (18). Käytössä on myös lyhenne HLBTIQ (tai LHBTIQ, LGBTIQ), joka sisältää myös intersukupuoliset (I) ihmiset (17). SETAn (18) määrittelyn mukaan: ”Intersukupuolisuus tarkoittaa joukkoa erilaisia kehon variaatioita, joissa sukupuolitettujen piirteet, kuten kromosomit, sukuelimet tai hormonitoiminta eivät ole yksiselitteisesti nais- tai miestyypilliset.” Joskus HLBTQ-lyhenteen loppuun liitetään +, jolla viitataan lyhenteeseen sisältymättömiin seksuaali- ja sukupuolivähemmistöidentiteetteihin (19). Tässä katsauksessa käytetään lyhennettä HLBTQ, koska se kattaa aineiston haku- ja valintaprosessissa käytetyt lyhenteet.

Lähisuuhdeväkivallan tutkimus on usein kohdistunut sen esiintyvyysslukuihin, tarkoituksenmukaisten palvelujen saatavuuteen ja laatuun. Vuosien varrella sekä Suomessa että ulkomailla on kehitetty mittareita ja testattu niiden pätevyyttä lähisuuhdeväkivallan tunnistamiseksi ja siihen puuttumiseksi (1,20–21). Aikaisempaa vastaavaa katsausta HLBTQ-lähisuuhdeväkivallasta ei ole tehty.



Kiinnitämme analyysimme keskusteluun sukupuoli- ja väkivallasta. Tällöin emme viittaa väkivaltailmiön ”kahtia jakautumiseen”, niin sanottuun sukupuolittumiseen, joka voi ohjata väkivallan tekijöiden ja kohtaa- jien roolien ennalta määrittämiseen (22, s. 11–12). Viit- taamme sukupuoli- ja väkivallasta sanalla siihen, että vä- kivaltaan kietoutuu monia erilaisia prosesseja, joissa ”tekoja, aikeita, ja seurauksia eri tavoin sukupuoli- ja väkivallasta” (23). Tällöin keskiöön nou- see paitsi kokemus myös se, kuinka yhteiskunta tai lähiyhteisö kykenee auttamaan uhria. Vahvat ennako- oletukset siitä, kuka tekee ja kohtaa vä- kivaltaa, voivat johtaa väkivallan ohittamiseen (24). Näin voi käydä esimerkiksi silloin, jos ei tunnista miesten uhriutumista tai nähdä naisia- kin mahdollisina väkivallan tekijöinä.

Tämä ohittamiseen liittyvä huomio on eri- tyisen relevantti HLBTQ-lähisuhdeväkivallan osalta. Yhtäältä miesuhrien voi esimerkiksi olla vaikeampi hakea apua tai tunnustaa uhriutensa kuin naisten. Toisaalta väkivalta naisten välisis- sä suhteissa voi määrittäjä vähemmän vakavak- si. Ymmärryksemme kytkeytyy myös intersek- tionaalisuuden ajatukseen vallasta ja kontrollista lähisuhdeväkivallassa (25). Tällöin emme ajatte- le yksinkertaistavasti, että sukupuoli on (ainoa) väkivallan tekijää ja kohtaa- jaa määrittävä seik- ka. Sen sijaan erilaiset valtaa jakavat risteävät erot, kuten luokka (koulutus, varallisuus), ikä, etninen tai maahanmuuttotusta, toimintakyky tai niin edelleen ovat omiaan vaikuttamaan vä- kivallan tekemiseen ja sen kohteeksi joutumiseen.

Tutkimuksestamme saatu tutkimustieto tu- kee sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kouluttamista lähisuhdeväkivallan varhaiseen tunnistamiseen ja puuttumiseen sekä eri ammat- tikuntien välisen yhteistyön parantamista.

Tutkimuksemme alkuperäinen kysymyksen- asettelu oli seuraava: mitä tiedämme aikaisem- man tutkimuskirjallisuuden pohjalta HLBTQ-lä- hisuhdeväkivallasta? Tutkimusprosessin aikana tämän artikkelin tutkimuskysymys tarkentui mu- toon: mitä tiedämme seksuaali- ja sukupuolivä- hemmistöjen (HLBTQ) tekemän ja kohtaa- man lä- hisuhdeväkivallan yleisyydestä ja sen muodoista?

## MENETELMÄT

Laajan kysymyksenasettelun vuoksi valitsimme kirjallisuuskatsauksemme menetelmäksi kartoit- tavan katsauksen (scoping review; 26–30). Li-

säksi valintaamme vaikutti tavoite kuvailla aihe- alueen tutkimusta (26, 29–30).

Kartoittava katsaus on sopiva, kun aihe- alueesta ei ole tehty aikaisempaa katsausta, tai kun aineisto on kompleksinen ja heterogeeninen (27), kuten tässä katsauksessa alustavan aihe- alueen tutkimukseen perehtymisen perusteella oli. Menetelmä on erityisen sopiva, kun tavoit- teena on kuvata aihealueen tutkimusta, kuten millaista tutkimusta aihealueella on tehty ja mis- sä määrin. Samoin menetelmä on sopiva erilaisin menetelmin toteutettujen tutkimusten tulosten kuvaamiseen. (27.)

Kartoittavalle katsaukselle ei ole yhtä sitovaa toteutustapaa (26,29). Prosessin voidaan kuiten- kin kuvata etenevän pääpiirteissään samalla ta- valla kuin muissakin katsauksissa eli tutkimuskys- symyksen asettamisesta relevantin kirjallisuuden tunnistamiseen ja aineiston valintaan, tietojen kartoittamiseen ja keräämiseen tutkimuksista, yhteenvedon laatimiseen ja raportointiin (26–27). Kartoittavassa katsauksessa pyritään tunnista- maan myös ilmiöön liittyviä tiedon puutteita, joita olisi tärkeä jatkossa tutkia (26–27,29).

Keräsimme kirjallisuuskatsauksen aineiston kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto kerättiin 2020 kahdesta tietokannasta: EBSCOhostin Academic Search Ultimate (ASU) ja PsycInfo -palveluista. Nämä tietokannat edus- tavat tieteenaloja, joissa olemme hoitotieteen, psykologian, käyttäytymistieteiden, yhteiskun- tatieteiden ja humanististen oppiaineiden tutki- joiden julkaisevan lähisuhdeväkivallasta liittyvää tutkimusta.

Karsimme artikkelit aiheen perusteella niihin, joissa käsiteltiin seksuaali- ja sukupuolivähem- mistöjen tekemää ja kohtamaa lähisuhdeväki- valtaa eikä esimerkiksi katuväkivaltaa tai esi- merkiksi lapsuudessa tapahtuneen uhriutumisen yhteyttä seksuaaliseen suuntautumiseen. Oleel- lista oli, että tutkimus kuvaa joko väkivallan tekijän tai kohtaa- jaa näkökulmaa suoraan. Osa artikkeleista ei vastannut aihe- raajasta, ja ne kar- simme pois. Päädyimme ottamaan ensimmäisessä vaiheessa aineistoomme 31 vertaisarvioitua artik- kelia, kahden arvioijan arvioinnin perusteella (26).

Toisessa vaiheessa (2021) haku toistettiin sa- moihin tietokantoihin ja samoilla hakusanoilla vuosille 2020–2021. Haussa löytyi 15 viitettä, josta tarkemman arvioinnin perusteella aineis- toon valittiin seitsemän viitettä – osa täydennys-

Taulukko 1. Aineiston haku- ja valintaprosessi.

Käytetyt tietokannat	EBSCOhost Academic Search Ultimate (ASU) ja PsycInfo-tietokannat
Hakusanat	”(Gay OR lesbian OR hlbtq OR lgbtq OR trans OR queer OR bisexual) AND (”interpersonal violence” OR ”domestic violence” OR ”intimate partner violence” OR ”family violence”)”
1. haun löydökset 2020	Yhteensä 300 viitettä
2. haun löydökset 2021	Yhteensä 15 viitettä
Mukaanottokriteerit	Tutkimus kuvaa joko lähisuhdeväkivallan tekijän tai kohtaan näkökulmaa suoraan Vertaisarvioitu tutkimus CASP-pisteet >4
1.hausta mukaan kahden arvioijan arvioinnin perusteella	Yhteensä 31 viitettä
2.hausta mukaan kahden arvioijan perusteella	Yhteensä 7 viitettä
Katsauksen rajaus HLBTQ-lähisuhdeväkivallan yleisyyteen ja muotoihin	Aineistoon yhteensä 23 tutkimusta

haun artikkeleista oli tullut mukaan jo ensimmäisellä kierroksella.

Arvioimme kirjallisuuskatsauksen aineistona olevien tutkimusten laadun CASP-mittarilla (30) kahden tutkijan toteuttamana, vaikka kartoittavassa katsauksessa ei yleensä laadunarviointia tehdä (26,27,29). Kuitenkin sen puuttuminen voidaan nähdä katsauksen luotettavuutta heikentävänä tekijänä (30). Maksimipistemäärä laadunarvioinnissa oli 10. Käytetyssä CASP-arvioinnissa arvioitiin tutkimuksen tavoitteiden selkeyttä, käytetyn metodologian sopivuutta, tutkimusasetelman sopivuutta suhteessa tutkimuksen tavoitteisiin, osallistujien rekrytoinnin sopivuutta tutkimuksen tavoitteisiin, aineistonkeruun sopivuutta tutkittavaan ilmiöön, tutkijan ja tutkimukseen osallistujien suhteen kuvausta, eettisten kysymysten pohdintaa, aineiston analyysin luotettavuutta, tutkimustulosten selkeää ilmaisua ja tutkimuksen kokonaismerkitystä. Vastausvaihtoehdot olivat: ’kyllä’, ’en osaa sanoa’ ja ’ei’. Jokaisesta ’kyllä’ vastauksesta tuli yksi piste. (31) Osa viitteistä karsiutui pois laadunarvioinnin perusteella. Tässä vaiheessa aineisto muodostui 38 vertaisarvioidusta artikkelista.

Aineistoon valituista artikkeleista poimittiin ensin tutkimusten tarkoitukset, osallistujaryhmät ja määrät, ajankohdat, toteutusmaat ja menetelmät tasolla tilastollinen tai laadullinen, jotta saadaan yleiskuva toteutetuista tutkimuksista (26–27).

Toiseksi tutkimusten tuloksista haettiin ilmiötä kuvaavia keskeisiä käsitteitä, tuloksia ja teemoja (26–27,29). Tässä vaiheessa todettiin aineistolähtöisesti, että tämän katsauksen kannalta keskeiset teemat olivat HLBTQ-lähisuhdeväkivallan yleisyys ja eri muodot. Näin aineisto rajautui yhteensä 23 tutkimukseen, jotka saivat CASP-laadunarvioinnissa 7–9 pistettä.

Kartoittavassa katsauksessa ei pyritä synteesiin tai tulosten yhdistämiseen samalla tavalla kuin esimerkiksi systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa (26–27). Kartoittavan katsauksen tulokset kuvataan kuvailevana yhteenvetona (30), jopa yksittäisten tutkimusten tulosten kanssa. Tähän ratkaisuun vaikutti myös se, että HLBTQ-lähisuhdeväkivallan tutkimus on varsin heterogeenistä esimerkiksi osallistujaryhmien, lähisuhdeväkivallan määrittelyn, ja tutkimusten kysymyksenasettelujen suhteen. Halusimme myös saattaa tätä kansainvälistä tutkimustietoa ammattilaisten saataville Suomessa.

## TULOKSET

### TUTKIMUSTEN YLEISKUVAUS

Tutkimusaineistoksi muodostui yhteensä 23 tutkimusartikkelia, joissa kuvataan HLBTQ-lähisuhdeväkivallan yleisyyttä ja muotoja. Tutkimuksissa suurin osa (n=20) oli toteutettu Yhdysvalloissa. Yhtään aihealueen tutkimusta ei ole toteutettu

Taulukko 2. Aineistona olevien tutkimusartikkelien kirjoittajat, vuosiluku, maa, nimi, osallistujaryhmät, osallistujamäärät ja analyysimenetelmät (laadullinen, määrällinen)

Artikkelin kirjoittajat, vuosiluku ja maa	Artikkelin nimi	Osallistujaryhmät ja -määrät	Analyysimenetelmät (laadullinen, määrällinen)
1. Chen J, Walters M, Gilbert L, 2020, USA	Sexual violence, stalking, and intimate partner violence by sexual orientation, United States	Homomiehet, bimiehet, heteromiehet, lesbonaiset, binaiset, heteronaiset, N=41174	Määrällinen analyysi
2. Do Q, Knopp K, Scott S, 2022, USA	Intimate partner violence in female same-gender couples: An investigation of actor-partner correlates within the past year	Naisen kanssa parisuhteessa olevat naiset, N=206	Määrällinen analyysi
3. Dyar C, Feinstein B, Zimmerman A, ym., 2020, USA	Dimensions of sexual orientation and rates of intimate partner violence among young sexual minority individuals assigned female at birth: The role of perceived partner jealousy	Syntymässä naiseksi määritellyt naiset, N=368	Määrällinen analyysi
4. Eaton L, Kaufman M, Fuhrel A, ym., 2008, USA	Examining factors co-existing with interpersonal violence in lesbian relationships	Parisuhteessa olevat lesbonaiset, N=226	Määrällinen analyysi
5. Edwards K, Littleton H, Sylaska K, ym., 2016, USA	College campus community readiness to address intimate partner violence among LGBTQ+ young adults: A conceptual and empirical examination	HLBTQ+ opiskelijat, N=202	Määrällinen analyysi
6. Frankland A, Brown J, 2014, Australia	Coercive control in same-sex intimate partner violence	Parisuhteessa olevat homomiehet ja lesbonaiset, N=184	Määrällinen analyysi
7. Gaman A, McAfee S, Homel P, ym., 2017, USA	Understanding patterns of intimate partner abuse in male-male, male-female, and female-female couples	Lähisuhdeväkivaltaa kokeneet: mies kohtaaajana ja mies tekijänä, nainen kohtaaajana ja mies tekijänä, mies kohtaaajana ja nainen tekijänä, nainen kohtaaajana ja nainen tekijänä, N=214	Määrällinen analyysi
8. Lewis R, Mason T, Winstead B ym., 2017, USA	Empirical investigation of a model of sexual minority specific and general risk factors for intimate partner violence among lesbian women	Parisuhteessa olevat lesbonaiset, N=1048	Määrällinen analyysi
9. Loveland J, Raghavan C, 2014, USA	Near-lethal violence in a sample of high-risk men in same-sex relationships	Miehen kanssa parisuhteessa olevat korkean riskin omaavat miehet, N=136	Määrällinen analyysi
10. Mason T, Lewis R, Gargurevich M ym., 2016, USA	Minority stress and intimate partner violence perpetration among lesbians: Negative affect, hazardous drinking, and intrusiveness as mediators	Parisuhteessa oleva lesbonaiset, N=342	Määrällinen analyysi
11. Metheny N, Stephenson R, 2020, USA	Structural stressors and intimate partner violence in indigenous men who have sex with men in the United States	Miehet, joilla on seksiä miesten kanssa N=186	Määrällinen analyysi
12. Nydegger LA, Blanco L, Marti CN, Kreitzberg D, Quinn K, 2020, USA	Evaluation of sexual minority identity as a moderator of the association between intimate partner violence and suicidal ideation and attempts among a national sample of youth	Eri seksuaali-identiteetin omaavat nuoret, N=14765	Määrällinen analyysi

13. Oringher J, Samuelson K, 2011, USA	Intimate partner violence and the role of masculinity in male same-sex relationships	Miehen kanssa parisuhteessa olevat miehet, N=117	Määrällinen analyysi
14. Peng L, She R, Gu J, ym., 2020, Kiina	The mediating role of self-stigma and self-efficacy between intimate partner violence (IPV) victimization and depression among men who have sex with men in China	Miehet, joilla on seksiä miesten kanssa, N=578	Määrällinen analyysi
15. Pepper B, Sand S, 2015, USA	Internalized homophobia and intimate partner violence in young adult women's same-sex relationships	Naisen kanssa parisuhteessa olevat nuoret aikuiset naiset, N=40	Määrällinen analyysi
16. Reuter, Tyson R, Newcomb, ym., 2017, USA	Intimate partner violence victimization in LGBT young adults: Demographic differences and associations with health behaviors	HLBT nuoret aikuiset, N=172	Määrällinen analyysi
17. Ristock J, 2003, Kanada	Exploring dynamics of abusive lesbian relationships: Preliminary analysis of a multisite, qualitative study	Parisuhteessa olevat lesbonaiset, N=80, ja heille palveluja tarjoavat väkivaltatyössä olevat asiantuntijat, N=45	Laadullinen analyysi
18. Stults C, Javdani S, Greenbaum C, ym., 2015, USA	Intimate partner violence perpetration and victimization among YMSM: The P18 cohort study	Nuoret miehet, joilla on seksiä miesten kanssa, N=528	Määrällinen analyysi
19. Swiatlo A, Kahn N, Halpern C, 2020, USA	Intimate partner violence perpetration and victimization among young adult sexual minorities in a nationally representative US sample	Heteroseksuaaliset, biseksuaaliset ja homoseksuaaliset nuoret aikuiset, N=13668	Määrällinen analyysi
20. Téllez Santaya, Walters A, 2011, Kuuba	Intimate partner violence within gay male couples: Dimensionalizing partner violence among Cuban gay men	Parisuhteessa olevat homomiehet, N=35	Monimenetelmä-tutkimus
21. Turell S. 2000, USA	A descriptive analysis of same-sex relationship violence for a diverse sample	Homomiehet, lesbonaiset, biseksuaaliset aikuiset ja transhenkilöt, N=499	Määrällinen analyysi
22. Turell S, Brown M, Herrmann M, 2018, USA	Disproportionately high: an exploration of intimate partner violence prevalence rates for bisexual people	Biseksuaaliset aikuiset, N=439	Määrällinen analyysi
23. Woodyatt C, Stephenson R, 2016, USA	Emotional intimate partner violence experienced by men same-sex relationship	Miehen kanssa parisuhteessa olevat homo- tai bimiehet, N=64	Laadullinen analyysi

Suomessa. Tutkimuksista yli puolet (n=17) on toteutettu vuosien 2015–2021 välisenä aikana. Vanhin tässä aineistossa oleva tutkimus on vuodelta 2000.

Laadullisia tutkimuksia oli yhteensä kaksi, monimenetelmä-tutkimuksia yksi ja tilastollisia yhteensä 21. Laadullisissa tutkimuksissa osallistujamäärät vaihtelivat 64–80 osallistujaan. Laadulliset tutkimukset kuvasivat lähisuhdeväkivallan yleisyyttä sanallisella tasolla. Näissä tutkimuksissa tuli myös esille lähisuhdeväkivallan eri

muotoja. Näistä syistä ne otettiin myös mukaan aineistoon. Monimenetelmä-tutkimuksessa (n=1) osallistujia oli 35. Tilastollisissa tutkimuksissa osallistujamäärät vaihtelivat 40–41174 osallistujan välillä. Suurimmassa osassa tutkimuksia (n=13) osallistujamäärät olivat 40–400 osallistujan välillä.

Tutkimuksissa on kuvattu lähisuhdeväkivaltaa tarkastelemalla samassa tutkimuksessa useita eri osaryhmiä, kuten HLBTIQ+ nuoret (32–33), LGBT aikuiset (34–35) tai biseksuaaliset aikuiset

(36). Osassa tutkimuksia myös tulokset kuvaataan yhdistäen eri osaryhmät yhdeksi ryhmäksi (32). Lisäksi osa tutkimuksista on kohdentunut vain seksuaali-identiteetin suhteen erilaisiin osalistujiin (37), kuten seksuaalivähemmistönaisiin, joilla voi olla parisuhde joko samaa tai eri sukupuolta olevan henkilön kanssa (38). Muutamissa tutkimuksissa oli mukana myös heteroseksuaalisia aikuisia (34,39–41).

Tutkimukset ovat koskeneet myös kohdenne-  
tummin seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen osaryhmiä, kuten homomiehiä, bimiehiä (42). Lisäksi joissakin tutkimuksissa on erotettu seksuaalinen toiminta seksuaali-identiteetistä, jolloin tutkimus on koskenut miesten kanssa seksiä harrastavia miehiä, kuten homomiehiä, bimiehiä ja heteromiehiä (43–45) sekä miesten kanssa parisuhteessa olevia miehiä, kuten homomiehiä, bimiehiä ja heteromiehiä (39,42, 46–47).

Tutkimukset ovat kohdentuneet myös lesbonaisiin (48–51) ja naisten kanssa parisuhteessa oleviin naisiin, kuten lesbonaisiin, binaisiin, heteronaisiin, transnaisiin ja q-naisiin (39,52). Näissä eri tutkimuksissa on saatu osaryhmäkohtaista tietoa seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen lähisuhdeväkivallan yleisyydestä ja muodoista.

Tämän katsauksen aineiston perusteella näyttää siltä, että sekä miesten välistä lähisuhdeväkivaltaa (n=9) että naisten välistä lähisuhdeväkivaltaa (n=9) on tutkittu saman verran. Osassa tutkimuksista on tutkittu lähisuhdeväkivaltaa ryhmätasolla (esimerkiksi HLBTIQ+ -nuoret, n=5). Transihmiset ovat olleet osassa tutkimuksista (n=6) yhtenä tutkimuksen osaryhmänä. Tässä aineistossa ei ollut yhtään pelkästään transihmisiin kohdentuvaa tutkimusta.

### LÄHISUHDEVÄKIVALLAN YLEISYYS JA MUODOT

Lähisuhdeväkivallan muotoja kuvattiin eri tutkimuksissa eri tavoin, eivätkä tutkimusten tulokset ole näin ollen suoraan vertailtavissa. Tämä tekee aineistosta rikkaan, mutta yhden yhtenäisen synteisin tekeminen on mahdotonta. Toisaalta kartoittavassa katsauksessa ei pyritä synteisiin tai tulosten yhdistämiseen samalla tavalla kuin esimerkiksi systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa (26–27). Tämä mahdollistaa tutkimustulosten yksityiskohtaisemman tarkastelun.

### HLBTQ-lähisuhdeväkivalta viitaten seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin ryhmänä – tekijä

HLBTIQ+ college-opiskelijoista (n=202) reilu kolmannes (35,1 %) oli itse tehnyt fyysisistä lähisuhdeväkivaltaa parisuhteessa (32). Franklandin ja Brownin (35) tutkimuksessa (n=184) ei havaittu eroja väkivaltakokemuksissa homomiesten ja lesbonaisten välillä, ja siksi tulokset on raportoitu yhdessä. Vastaajista suurin osa oli itse (87 %) käyttäytynyt psykologisesti aggressiivisesti ja myös kumppaneista suurin osa oli käyttäytynyt aggressiivisesti (83,1 %). Kolmannes (32,6 %) oli käyttäytynyt fyysisesti hyökkäävästi ja kumppaneista samoin reilu kolmannes (36,4 %). Seksuaalista pakottamista oli tehnyt viidennes (23,4 %) vastaajista ja kumppaneista reilu viidennes (26,1 %). Fyysisiä vammoja oli tuottanut vastaajista 14,7 % ja kumppaneista viidennes (22,8 %). Näissä tutkimuksissa yleisin lähisuhdeväkivallan muoto oli psyykinen väkivalta ja toiseksi yleisin oli fyysinen väkivalta.

Enimmäkseen heteroseksuaaliseksi itsensä identifioivista miehistä (n=208) fyysisistä lähisuhdeväkivaltaa oli tehnyt 10,3 %, bimiehistä (n=41) 11,8 % ja homomiehistä (n=166) 6,5 %. Vastaavat luvut väkivallalla uhkaamisen suhteen olivat 12,7 %, 18,5 % ja 9,7 %. Seksiin pakottamisen yleisyys vaihteli seuraavasti 8,6 %, 17,1 % ja 6,5 %. (41.)

Seksuaalivähemmistönaisista enimmäkseen itsensä heteroseksuaaliseksi identifioivista naisista (n=1149) fyysisistä väkivaltaa oli tehnyt 18,9 %, binaisista (n=164) 15,2 % ja lesbonaisista (n=128) 8,1 %. Vastaavat luvut väkivallalla uhkaamisen suhteen olivat 23,5 %, 17,2 % ja 9,7 %. Seksiin pakottamisen luvut olivat 1,8 %, 2,6 % ja 2,7 %. (41.)

### HLBTIQ-lähisuhdeväkivalta viitaten seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin ryhmänä – kohtaa

HLBTIQ+ college-opiskelijoista (n=202) kolmasosa (31,2 %) raportoi kohdanneensa fyysisistä lähisuhdeväkivaltaa viimeisten kahden vuoden. Yli puolet vastanneista (55,4 %) raportoi kuitenkin, että ei ole kohdannut lähisuhdeväkivaltaa viimeisten kahden vuoden aikana. Viidennes (21,8 %) raportoi sekä kohdanneensa lähisuhdeväkivaltaa että tehneensä myös itse lähisuhdeväkivaltaa. (32.)

HLBT-  
nuoret aikuiset olivat kohdanneet lähisuhdeväkivaltaa kaikissa väestöryhmissä, kui-

tenkin erityisesti naiset, transnaiset ja afroamerikkalaiset nuoret aikuiset olivat suuremmassa riskissä kohdata lähisuhdeväkivaltaa kuin miehet, transmiehet ja muita ihmisryhmiä edustavat nuoret aikuiset (33).

HLBTQ-aikuisista (n=499) noin kymmenesosa (9 %) oli kohdannut fyysistä väkivaltaa nykyisessä parisuhteessaan ja kolmannes (32 %) edellisissä parisuhteissaan. Osallistujista 1 % oli kohdannut pakottamista seksiin nykyisessä parisuhteessaan ja 9 % aikaisemmissa parisuhteissaan. Emotionaalista kaltoinkohtelua oli kohdannut 83 % osallistujista. Naiset olivat kohdanneet miehiä ja transsukupuolisia henkilöitä enemmän fyysistä väkivaltaa, pakottamista, häpäisemistä. Naiset ja transsukupuoliset henkilöt olivat kohdanneet miehiä enemmän uhkailua. Transsukupuoliset henkilöt olivat kohdanneet vainoa, seksuaalista ja taloudellista väkivaltaa naisia ja miehiä enemmän. Naiset ja transsukupuoliset henkilöt olivat kohdanneet miehiä enemmän uhkailua ja lasten käyttöä kontrollin välineenä. (34.)

Tarkasteltaessa Turellin (34) tutkimuksen tuloksia seksuaalisen suuntautumisen näkökulmasta, niin homomiehet ja lesbonaiset olivat kohdanneet eniten seksuaalista väkivaltaa, kun taas fyysistä väkivaltaa olivat eniten kohdanneet lesbonaiset ja gaynaiset (ko. tutkimuksessa erotettiin erikseen lesbonaiset ja gaynaiset). Pakottamista olivat eniten kohdanneet lesbo- ja biseksuaalinnaiset. Heteronaiset ja lesbonaiset olivat kohdanneet eniten uhkailua. Vainoa olivat kohdanneet eniten lesbonaiset. Samoin häpäisemistä olivat kohdanneet erityisesti lesbonaiset ja gaynaiset. Heteroseksuaaliset naiset ja miehet olivat kohdanneet eniten taloudellista väkivaltaa. Emotionaalista väkivaltaa olivat eniten kohdanneet heteroseksuaaliset, lesbonaiset ja homomiehet. Ryhmien väliset erot olivat tilastollisesti merkitseviä fyysisen väkivallan, pakottamisen, häpäisemisen ja lasten käyttämisen kontrollin välineenä suhteen. (34.) Biseksuaalisista naisista ja miehistä (n=439) miehet olivat kohdanneet naisia enemmän lähisuhdeväkivaltaa (36).

Gamanin ym. (39) tutkimuksen (n=214) mukaan verrattaessa miesten naisiin kohdistamaa väkivaltaa, naisten miehiin kohdistamaa väkivaltaa, naisten naisiin kohdistamaa väkivaltaa ja miesten miehiin kohdistamaa väkivaltaa, yleisintä oli naisten naisiin kohdistama fyysinen

väkivalta (78 % vastaajista ilmoitti kokeneensa väkivaltaa) ja miesten naisiin kohdistama väkivalta (67 %). Miesten mieskumppaniin kohdistama väkivalta oli seuraavaksi yleisintä (47 %) ja heterosuhteessa elävien naisten mieskumppaniin kohdistama väkivalta oli harvinaisinta (26 %).

Enimmäkseen heteroseksuaaliseksi itsensä identifioivista miehistä (n=208) fyysistä lähisuhdeväkivaltaa oli kohdannut 23,0 %, bimiehistä (n=41) 34,8 % ja homomiehistä (n=166) 12,4 %. Vastaavat luvut väkivallalla uhatuksi tulemisen suhteen olivat 20,8 %, 36,8 % ja 15,3 %. Seksiin pakottamista oli kohdannut vastaavasti 9,6 %, 24,8 % ja 5,6 %. (41.)

Seksuaalivähemmistönaisista enimmäkseen itsensä heteroseksuaaliseksi identifioivista naisista (n=1149) fyysistä väkivaltaa oli kohdannut 10,6 %, binaisista (n=164) 11,8 % ja lesbonaisista (n=128) 5,7 %. Vastaavat luvut väkivallalla uhkaamisen suhteen olivat 23,2 %, 22,9 % ja 15,4 %. Seksiin pakottamisen luvut olivat 7,1 %, 5,4 % ja 4,5 %. (41.)

#### Miesten välinen väkivalta – tekijä

Miesten kanssa seksiä harrastavista nuorista miehistä (n=598) 31 % oli itse ollut väkivaltainen lähisuhteessaan. Näistä miehistä 25 % raportoi myös molemminpuolisesta lähisuhdeväkivallasta. (43.)

#### Miesten välinen väkivalta – kohtaja

Miesten kanssa seksiä harrastavista nuorista miehistä (n=598) 39 % oli kohdannut lähisuhdeväkivaltaa (43). Methenyn ja Stephensonin (44) tutkimuksen (n=186) mukaan miesten kanssa seksiä harrastavista alkuperäiskansojen miehistä 50,3 % kohdannut fyysistä, 40,7 % seksuaalista, 83,2 % emotionaalista väkivaltaa. Kiinalaisen tutkimuksen (n=578) mukaan miesten kanssa seksiä harrastavista miehistä 32,7 % osallistujista raportoi kohdanneensa vähintään yhtä väkivallan muotoa. Emotionaalinen väkivalta oli yleisimmän raportoitu väkivallan muoto (17,1 %). Osallistujista 11,6 % raportoi kohdanneensa seksuaalista väkivaltaa ja 9,5 % raportoi kokeneensa fyysistä väkivaltaa. (45.)

Oringherin ja Samuelsonin (42) tutkimukseen osallistuneista homo- ja bimiehistä (n=117) 3,4 % oli kohdannut fyysistä väkivaltaa ja 10,3 % seksuaalista väkivaltaa. Fyysistä väkivaltaa oli tehnyt 0,9 % ja seksuaalista 5,1 %. Nel-

jännes (24,8 %) näistä miehistä oli sekä tehnyt itse että kohdannut fyysistä väkivaltaa parisuhhteessaan. Vastaavasti kolmannes (29,9 %) miehistä oli sekä tehnyt että kohdannut seksuaalista väkivaltaa parisuhhteessa.

Chenin ym. (40) tutkimuksen (n=41174) mukaan bimiehet (39,0 %) olivat kohdanneet heteromiehiä (16,8 %) enemmän seksuaalista lähisuhdeväkivaltaa (esimerkiksi raiskaamista, pakottamista penetraatioon jonkun toisen kanssa, tai muuta seksuaalista pakottamista) elämänsä aikana. Samoin homomiehet (37,7 %) olivat kohdanneet heteromiehiä enemmän seksuaalista lähisuhdeväkivaltaa. Homomiehet (11,4 %) olivat kohdanneet myös heteromiehiä (5,2 %) enemmän vainoamista. Tarkasteltaessa lähisuhdeväkivallan yleisyyttä kokonaisuudessaan, ainoa tilastollisesti merkitsevä ero löytyi verrattaessa homomiesten kokemuksia heteromiehiin – homomiehet olivat kohdanneet enemmän lähisuhdeväkivaltaa kuin heteromiehet. (40.)

Homomiesten välisissä parisuhhteissa (n=35) lähes kaikki (91,4 %) raportoivat jonkinasteista psykologista kaltoinkohtelua, vajaa puolet (48,6 %) fyysistä kaltoinkohtelua ja neljännes (25,7 %) seksuaalista kaltoinkohtelua. Psykologinen kaltoinkohtelu oli mitä suurimmassa määrin molemminpuolista jollain tasolla. Suurin osa pariskunnista (n=30), jotka kertoivat fyysisestä ja seksuaalisesta väkivallasta raportoivat, että väkivallan tekeminen johtui molemmista osapuolista, vaikka usein se olikin lähtöisin enemmän toisesta osapuolesta. (53.)

Woodyattin ja Stephensonin (47) laadulliseen tutkimukseen osallistuneiden miestenvälisessä parisuhhteessa elävien miesten mukaan emotionaalinen väkivalta on yleistä. Tutkimukseen osallistuneet miehet kuvasivat emotionaalista väkivaltaa kaikkein uhkaavimmaksi parisuhdeväkivallan muodoksi.

Gamanin ym. (39) tutkimuksen (n=214) mukaan yleisin väkivallan muoto oli miesten naisiin kohdistama väkivalta (68 %). Pienin ryhmä oli miesten miehiin kohdistama väkivalta (8 %). Miesten välisissä parisuhhteissa (n=17) yleisin väkivallan muoto oli nyrkillä tai avokädellä lyöminen (44 %). Sen jälkeen yleisimmät muodot olivat sanallinen väkivallalla uhkaaminen (37,5 %), sanallinen halventaminen lasten nähden (18,8 %) ja fyysinen huono kohtelu (työntäminen, töniminen) lasten nähden (12,5 %). (39.)

Lähisuhdeväkivallan suhteen suuressa riskissä olevista miehistä (n=136) noin puolet (48 %) oli kohdannut lähes tappavaa väkivaltaa. Näistä useat raportoivat kohdanneensa monia tilanteita, joissa he uskoivat tulevansa tapetuksi tai vakavasti vahingoitetuiksi: noin puolta (49 %) oli uhattu aseella, kolmannesta (34 %) oli pakotettu fyysisesti seksiin väkivaltaisen tilanteen yhteydessä, viidennes (23 %) oli kohdannut väkivaltaa, jossa loukkaantui ja tarvitsi hoitoa. Miehistä 87,7 % (n=57) ajatteli, että he voisivat tulla vakavasti vahingoitetuksi ja 70,8 % (n=46) tapetuksi väkivaltatilanteessa. Väkivaltatilanteet olivat tapahtuneet sekä julkisesti että kotona – noin puolet oli tapahtunut kotioloissa. (46.)

Tarkasteltaessa miesten välistä lähisuhdeväkivaltaa, väkivallan tekijän näkökulmaa on tutkittu (n=1) vähemmän kuin kohtajan näkökulmaa (n=9).

#### **Naisten välinen väkivalta – tekijä**

Naisen kanssa parisuhhteessa elävistä naisista 18,4 % raportoi tehneensä fyysistä väkivaltaa kumppanilleen (52). Naisten välisissä parisuhhteissa (n=18) yleisin väkivallan muoto oli sanallinen väkivallalla uhkaaminen (88,9 %). Sen jälkeen yleisimmät muodot olivat nyrkillä tai avokädellä lyöminen (83 %), sanallinen halventaminen lasten nähden (77,8 %) ja fyysinen huono kohtelu (työntäminen, töniminen) lasten nähden (37,7 %). (39.)

Pepperin ja Sandin (54) tutkimuksen (n=40) mukaan tavallisin parisuhdeväkivallan muoto naisten välisissä parisuhhteissa oli psykologinen aggressio (72,5 %), fyysinen väkivalta (22,5 %), seksuaalinen pakottaminen (18,0 %) ja vamman tuottaminen (5,0 %).

Lesbonaisista (n=342) vajaa viidennes (17,4 %) raportoi tehneensä vähintään yhden lievän fyysisen väkivaltateon. Noin kymmenes (9 %) heistä raportoi tehneensä vähintään yhden vakavan fyysisen väkivaltateon. Fyysinen väkivalta oli usein molemminpuolista. (50.) Toisen tutkimuksen (n=342) mukaan lesbonaisista 26 % raportoi tehneensä vähintään yhden lievän fyysisen väkivaltateon ja vähintään yhden vakavan väkivaltateon kertoi tehneensä vajaa kymmenes (6,5 %) (50).

Yleisimmät väkivallan muodot olivat kumppanin työntäminen tai tönäiseminen ja kumppaniin tarttuminen. Muita väkivallan muotoja



olivat jollakin esineellä heittäminen, joka saattoi satuttaa; hiusten tai käden vääntäminen; veitsen tai aseiden käyttäminen; jollain satuttavalla esineellä lyöminen; kuristaminen; kumppanin paikkaaminen seinää vasten; hakkaaminen; iskeminen; tahallinen palovamman aiheuttaminen tai kumppanin potkaiseminen. (50.)

Naisten välistä lähisuhdeväkivaltaa on tutkittu enemmän tekijän näkökulmasta (n=5) kuin miesten välisessä lähisuhdeväkivaltatutkimuksessa (n=1).

### Naisten välinen väkivalta – kohtaaja

Ristockin (48) laadullisen tutkimuksen mukaan lesbonaiset olivat kohdanneet emotionaalista väkivaltaa (eristämistä, tappamisella uhkailua, lemmikkien uhkailua, homofobista uhkailua, itsemurhalla uhkailua, puhelinhäirintää), verbaalista väkivaltaa (huutamista, nimittelyä, loukkauksia, rasistisia hyökkäyksiä), vainoamista, esineillä heittämistä, omaisuuden tuhoamista, huolimattontaa autoilua pelottamistarkoituksessa, taloudellista väkivaltaa (velantekeminen, rahan varastaminen, luottokorttien koko luoton kuluttamista), fyysistä väkivaltaa (kiinni pitämistä, työntämistä, läimäyttelyä, puremista, heittämistä, aseiden käyttöä) ja seksuaalista väkivaltaa (pakottamista seksiin, jollain esineellä raiskaamista). (48.)

Lähes viidennes (17,2 %) lesbonaisista (n=1048) kertoi kohdanneensa vähintään yhden lievän fyysisen väkivaltatilanteen. Vajaa kymmenes (6,8 %) raportoi kohdanneensa vakavaa lähisuhdeväkivaltaa. (51.)

Lesbonaisista (n=99) lähes puolet (44 %) oli kohdannut lähisuhdeväkivaltaa vähintään kerran joko edellisessä tai nykyisessä parisuhteessa. Verbaalista häirintää oli kohdannut 49,9 %, fyysistä väkivaltaa 39,4 % ja fyysisellä väkivallalla uhkailua 33 %. Omaisuuden tuhoamista oli kohdannut 25 %, läheisten tai ystävien näkemisen estämistä 16,2 %, seksiin pakottamista 17,2 %, lääkityksen tai muiden väkivaltaa kohdanneelle tärkeiden tavaroiden epäämistä 10,1 %, kohtaajan seksuaalisen orientaation paljastamista muille 10,1 % ja lemmikkien vahingoittamista, vahingoittamisella uhkaamista tai laiminlyöntiä 8 %. Vähintään kaksi väkivaltaepisodia oli kohdannut 71 %, 41 % oli kokenut vähintään neljä episodtia ja vähintään kuusi episodtia 19 %. (49.)

Binaiset olivat kohdanneet merkittävästi enemmän seksuaalista lähisuhdeväkivaltaa

(68,8 %) – kuten raiskaamista, pakotettua penetraatiota, seksuaalista pakottamista – verrattuna heteronaisiin (36,0 %). Samoin he olivat kohdanneet enemmän seksuaalista lähisuhdeväkivaltaa suhteessa lesbonaisiin (46,3 %). Binaiset olivat kohdanneet (31,9 %) myös lesbonaisia (19,5 %) ja heteroseksuaalisia naisia (15,6 %) enemmän vainoamista. Tarkasteltaessa lähisuhdeväkivallan yleisyyttä kokonaisuudessaan binaiset (59,8 %) olivat kohdanneet enemmän lähisuhdeväkivallan eri muotoja kuin lesbonaiset (46,3 %) ja heteroseksuaaliset naiset (37,2 %). (40.)

Verrattaessa heteronaisia, binaisia ja lesbonaisia, 74,2 % heteronaisista, 72,7 % binaisista ja 66,3 % raportoi vähintään yhdestä kohdattua lähisuhdeväkivallan seurauksesta (esimerkiksi pelko, huoli turvallisuudesta, lääketieteellisen avun tarve, lainopillisen avun tarve). (40.)

Seksuaalinen käyttäytyminen liittyi seksuaalivähemmistönaisten väliseen lähisuhdeväkivallaan, mutta seksuaalinen identiteetti ja seksuaalisen vetoimman kokeminen eivät. Niillä, joilla oli elämänsä aikana sekä mies- että naispuolisia seksikumppaneita, oli suurempi riski kokea nykyisessä parisuhteessaan erilaisia lähisuhdeväkivallan muotoja verrattuna naisiin, joilla oli vain miespuolisia kumppaneita, ja niihin, jotka eivät koskaan harrastaneet seksiä. Nämä yhteydet selittyivät osittain heidän arvioimallaan korkealla kumppanin mustasukkaisuudella. Niillä, joilla oli mies- ja naiskumppaneita, oli suurempi riski kokea kahtakin lähisuhdeväkivallan muotoa. (38.)

HLBTQ-lähisuhdeväkivallan kohtaajien näkökulmaa on tutkittu vähemmän naisten näkökulmasta (n=5) kuin miesten (n=9).

### POHDINTA

Tämän katsauksen perusteella seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen tekemää ja kohtaamaa lähisuhdeväkivaltaa on tutkittu toistaiseksi kohtuullisen vähän, ja selkeästi suurin osa tutkimuksista on toteutettu Yhdysvalloissa. Aineistossa ei ollut yhtään Suomessa toteutettua tutkimusta.

Aihealueen tutkimustraditio on tämän aineiston perusteella myös melko nuori: vanhin mukaan tullut tutkimus on vuodelta 2000, mutta valtaosa on toteutettu viime vuosina. Aihepiiri on ollut tullut tutkimuksen kohteeksi huomattavasti heteroseksuaalisissa suhteissa tapahtuvaa väkivaltaa myöhemmin. Myös mainittu keskus-

telu nousi tieteellisen tutkimuksen kohteeksi Yhdysvaltalaisien tutkijoiden toimesta 1970-luvulla, mutta saapui Suomeen laajemmin vasta 1990-luvulla (55). On ilmeistä, että tarvitaan lisää HLBTQ-lähisuhdeväkivallan tutkimusta, ja huomioon ottaen eri maiden yhteiskunnalliset ja kulttuuriset erot, myös suomalainen aihealueen empiirinen tutkimus on tarpeen.

Tämän katsauksen kysymyksenasettelun perusteella on ymmärrettävää, että aineisto koostui pääasiassa tilastollisista tutkimuksista. Laadullisia tutkimuksia, joissa kuvattiin lähisuhdeväkivallan muotoja tarkemmin, oli mukana vain kaksi. Näissä laadullisissa tutkimuksissa osallistujamäärät olivat melko suuria (N=64–80) ajatellen laadullista tutkimusta. Tutkimuksiin osallistuneiden määrät vaihtelivat paljon myös tilastollisissa tutkimuksissa (N=40–41174). Suurena osassa tutkimuksista osallistujamäärät olivat kuitenkin kohtuullisen pieniä, joka voi johtua siitä, että seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjä voidaan pitää myös niin sanottuina vaikeasti tavoitettavina tai piilossa olevina väestöryhminä (56) tutkimusten näkökulmasta. Kaikki HLBTQ-ihmiset eivät halua kertoa seksuaalisesta suuntautumisestaan tai sukupuolensa moninaisuudesta, joten osa ryhmästä voi myös jäädä yhteiskunnallisestikin näkymättömäksi.

Esimerkiksi Gamanin ym. (39) tutkimuksessa todettiin, että naisten naisiin kohdistama väkivalta oli yleisintä verrattaessa eri ryhmien tekemää ja kokemaa väkivaltaa. Tässäkin tutkimuksessa otos oli hyvin pieni (N=214), jonka vuoksi laajempia yleistyksiä ei voi luvuista suoraan johtaa. Muissakin tutkimuksissa on kuitenkin saatu viitteitä siitä, että väkivalta juuri lesbosuhteissa on erittäin yleistä ja mahdollisesti jopa yleisempää kuin muissa suhdemuodoissa (57–58). Tällaisten tulosten raportointi on kuitenkin tehtävä varoen, etteivät pienillä aineistoilla tehdyt vertailut johda tarpeettomaan vähemmistöryhmän leimaamiseen. Vertailu eri ryhmien välillä on erittäin vaikeaa myös siksi, että HLBTQ-ryhmistä on vaikeaa, jos ei jopa mahdotonta, saada edustavaa otosta ryhmän moninaisuuden vuoksi. Tämä vaikeuttaa myös vertailua esimerkiksi heterosuhteissa tapahtuvan lähisuhdeväkivallan yleisyyden suhteen.

Tämän katsauksen aineiston perusteella sekä naisten että miesten välistä lähisuhdeväkivaltaa on tutkittu saman verran, mutta miesten välistä

lähisuhdeväkivaltaa on tutkittu vähemmän tekijän näkökulmasta (ks. 43) kuin kohtaajan näkökulmasta (ks. 39–40,42–47,53). Naisten välisessä lähisuhdeväkivallassa tekijän näkökulmaa on sen sijaan tutkittu enemmän (ks. 39, 50–52, 54). Naisten välistä väkivaltaa käsittelevät tutkimukset jakautuvat tasaisesti tekijän ja kohtaajan näkökulmiin (ks. 38,40,48,49,51). Näiden vertailujen perusteella voi sanoa, että ilmiön ymmärtämiseksi tarvitaan jatkossa lisää tutkimusta erityisesti miesten välisessä lähisuhdeväkivallassa tekijän näkökulmasta.

Osassa tutkimuksista on tutkittu seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen tekemää ja kohtaamaa lähisuhdeväkivaltaa tarkastelemalla HLBTQ-ihmisiä yhtenä ryhmänä. Tämä voi johtua edellä mainitusta syystä, eli vaikeudesta saada edustavaa otosta HLBTQ-osaryhmistä. Tällöin kuitenkin on vaarana se, että tutkimuksissa käsitellään HLBTQ-ihmisiä homogeenisenä ryhmänä, mitä se ei ole (59). Tällöin kadotetaan mahdolliset osaryhmien väliset erot ja erityispiirteet. Tämä tieto on kuitenkin hyvin tärkeää, joten jatkossa tarvitaan enemmän HLBTQ-osaryhmittäistä tutkimusta lähisuhdeväkivallasta.

Pelkästään transihmisiin kohdentuvaa lähisuhdeväkivaltaa on tutkittu tämän aineiston perusteella erittäin vähän – transihmiset ovat olleet mukana lähinnä yhtenä osarymänä tutkittaessa seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen lähisuhdeväkivaltaa. Kuitenkin tutkimuksissa, joihin on osallistunut myös transihmisiä, on todettu, että esimerkiksi transnaiset ovat suuremmissa riskeissä kohdata lähisuhdeväkivaltaa kuin miehet, transmiehet ja muut ihmisryhmät (33). Tutkimuksista ilmenee myös se, että transihmiset ovat kohdanneet esimerkiksi enemmän uhkailua, vainoa, seksuaalista ja taloudellista väkivaltaa kuin esimerkiksi cissukupuoliset naiset ja miehet (34). Jatkossa tarvitaan lisää tutkimusta erityisesti transihmisten lähisuhdeväkivallasta. Tässä kirjallisuuskatsauksessa ei tutkittu intersukupuolisten henkilöiden kokemuksia lähisuhdeväkivallasta. Näiden henkilöiden kokemuksia on tärkeää tutkia jatkossa.

Tutkimusten perusteella on selvää, että HLBTQ-lähisuhteissa kohdataan paljon väkivaltaa ja väkivallan muodot ovat hyvin moninaiset. Eri tutkimukset tarjoavat kokemusten yleisyydestä erilaisia arvioita. Tämän katsauksen aineistoissa HLBTQ-lähisuhdeväkivallan muotoja

on kuvattu eri tavoin, joka vaikeuttaa tutkimustulosten vertailua keskenään, kuten myös yksiselitteisen synteesin tekemistä. HLBQT-lähisuhdeväkivallan yleisyydestä eri väkivallan muotojen suhteen. Tässä suhteessa aihealueen tutkimuksen yhdenmukaistaminen, esimerkiksi käyttämällä samoja väkivallan muotojen määrittelyjä, mahdollistaisi paremman vertailtavuuden ja samoin paremman tutkimusnäytön asteen määrittämisen.

Lähisuhdeväkivallan ”molemminpuolisuus” tuli myös esiin tässä katsauksessa (ks. 33,42–43,53). Esimerkiksi Téllezin, Santalyan ja Walterin (53) tutkimuksessa raportoitiin, että suurin osa väkivaltatilanteista sisälsi molemminpuolista väkivaltaa, vaikka lähisuhteen yksi osapuoli olikin vahvemmin väkivallan tekijänä. Näiden tilanteiden parempaan ymmärtämiseen tarvittaisiin lisää laadullista tutkimustietoa, jonka kautta voi päästä tarkemmin käsiksi vallan, kontrollin ja vuorovaikutuksen kysymyksiin HLBQT-lähisuhteissa.

Katsauksen aineisto on haettu systemaattisesti kahdessa vaiheessa tieteellisistä tietokannoista. Kaksi tutkijaa arvioi erikseen ja yhdessä löydetty tutkimusartikkelit, ja päätös kunkin tutkimusartikkelin mukaan ottamisesta tai poisjättämisestä tehtiin näiden kahden tutkijan välisessä keskustelussa. Lisäksi kaksi tutkijaa arvioi ehdollisena mukaan otettujen tutkimusartikkelien laadun CASP-mittarilla (31).

Tutkimusartikkeleista kuvattiin tutkimusten tarkoitukset, osallistujaryhmät ja määrät, ajankohdat, toteutusmaat ja menetelmät yleiskuvan muodostamiseksi aihealueen tutkimuksista. Tutkimusartikkelien analyysissa artikkelien tulok-

sista haettiin seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen tekemää ja kohtaamaa lähisuhdeväkivaltaa kuvaavia tuloksia ja teemoja. Tässä katsauksessa päädyttiin keskittymään lähisuhdeväkivallan yleisyyteen ja muotoihin.

Katsauksen aineiston heterogeenisyyden vuoksi yksiselitteisen synteesin muodostaminen seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen tekemän ja kohtaaman lähisuhdeväkivallan yleisyydestä, ja varsinkin sen muodoista, oli jo aihealueen alustavan perehtymisen perusteella mahdotonta. Tämän vuoksi katsausmenetelmäksi valittiin kartoittava katsaus jo aihealueen alustavan tarkastelun perusteella (27): kartoittavassa katsauksessa ei pyritä samankaltaiseen synteesiin tai tulosten yhdistämiseen kuin esimerkiksi systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa (26–27), vaan kuvailevaan yhteenvetoon (30). Kartoittavassa katsauksessa pyritään myös tunnistamaan katsauksen kohteena olevaan ilmiöön liittyviä tiedon puutteita, joita olisi tärkeä jatkossa tutkia (29), kuten olemme tässä katsauksessa tehneet.

#### RAHOITTAJAT:

Tutkimusta ei ole rahoittanut mikään tah.

#### KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Kylmä, Leppäkoski, Paavilainen ja Hiitola ovat suunnitelleet tutkimuksen. Kylmä, Leppäkoski, Paavilainen ja Hiitola ovat arvioineet aineistona olevien tutkimusten laadun. Kylmä, Leppäkoski, Paavilainen ja Hiitola ovat analysoineet aineiston ja kirjoittaneet käsikirjoituksen. Kaikki kirjoittajat ovat hyväksyneet käsikirjoituksen lopullisen version.

**Kylmä, J., Leppäkoski, T., Paavilainen, E., Hiitola, J. Intimate partner violence among sexual and gender minority people – a scoping review. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2024; 61: 107–121.**

Intimate partner violence is a global health problem with far-reaching consequences for health and social relations. The research question of this scoping review was what do we know about the prevalence and forms of intimate partner violence practiced and experienced by sexual and gender minorities (HLBQT)? The material consisted of a total of 23 international studies.

So far, relatively little research has been done on intimate partner violence among LGBTQ people. Clearly, the topic has been studied the most

in the United States. The research tradition in the subject area is still relatively young. The oldest study included in this material was from the year 2000. More research in the subject area is needed.

Based on our research findings, it is clear that a violence is common in intimate HLBQT relationships, and the forms of violence are very diverse. Different studies offer different estimates of the prevalence of experiences. In the materials of this review, forms of HLBQT intimate partner violence are described in divergent ways, which

makes it difficult to compare the results of different research, as well as to make an unambiguous synthesis of the prevalence of HLBQT intimate partner violence in relation to different forms of violence. In this regard, harmonization of research in the subject area, for example by using the same definitions of forms of violence, would allow better comparability, and also to determine a better level of evidence.

Based on the analysis of this material, the intimate partner violence of both HLBQT women and men has been studied to the same extent. However, in the future, research on the subject area must be focused especially on the perpetrator of intimate partner violence between men. According to this material, this point of view was

presented in only one study. Studies dealing with violence between women are evenly divided between the viewpoints of the perpetrator and the experienter. Similarly, more research is needed for HLBQT sub-groups on intimate partner violence. In this material, there was no research focused solely on intimate partner violence of transgender people. There is a need for more information on trans people's intimate partner violence.

**Keywords:** sexual minority, gender minority, intimate partner violence.

---

Saapunut (18.10.2022)  
Hyväksytty (24.07.2023)

## LÄHTEET

- (1) Devaney J, Bradbury-Jones C, Macy R ym. The Routledge International Handbook of Domestic Violence and Abuse. London: Routledge; 2021.
- (2) Siltala H, Hisasue T, Hietamäki J ym. Lähisuhdeväkivallasta aiheutuva palveluiden käyttö ja kustannukset. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:52. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia; 2022.
- (3) World Health Organization. Violence info. Intimate partner violence. Luettu 29.9.2022. <https://apps.who.int/violence>.
- (4) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Lähisuhdeväkivalta. Luettu 25.1.2022. <https://thl.fi/we/vakivalta/vakivallan-muodot/lahisuhdevakivalta>.
- (5) Costa D, Soares J, Lindert J ym. Intimate partner violence: a study in men and women from six European countries. *Int J Public Health* 2015; 60: 467–478. <https://doi.org/10.1007/s00038-015-0663-1>
- (6) Hamberger LK, Larsen SE. Men's and women's experience of intimate partner violence: a review of ten years of comparative studies in clinical samples; Part I. *J Fam Violence* 2015; 30: 699–717. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9732-8>
- (7) Sader J, Roy C, Guay S. Intimate partner violence and psychological distress among young couples: the role of the pattern of violence. *Violence Vic* 2018; 33(3): 547–262. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.v33.i3.547>
- (8) James, K. Truth or fiction: Men as victims of domestic violence. *Aust N Z J Fam Ther* 1996;17(3): 121–125. <https://doi.org/10.1002/j.1467-8438.1996.tb01087.x>
- (9) Tsui V, Cheung M, Leung P. Help-seeking among male victims of partner abuse: Men's hard times. *J Community Psychol* 2010;38(6):769–780. <https://doi.org/10.1002/jcop.20394>
- (10) Huntley AL, Potter L, Williamson E, ym. Help-seeking by male victims of domestic violence and abuse (DVA): A systematic review and qualitative evidence synthesis. *BMJ Open* 2019;9(6): e021960. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021960>
- (11) Bates EA, Taylor JC. "I've never felt such absolute devastating loss": A photo elicitation exploration of men's post-separation experiences of coping after intimate partner violence. *Partner Abuse* 2021; 12(3): 242–264. <https://doi.org/10.1891/PA-D-20-0004>
- (12) Miltz AR, Buller AM, Bacchus LJ. Domestic violence and abuse within male same-sex relationships. Kirjassa: Devaney J, Bradbury-Jones C, Macy RJ, Överlien C, Holt S (toim.) The Routledge International Handbook of Domestic Violence and Abuse. London: Routledge; 2021, 220–266.
- (13) Badenes-Ribera L, Bonilla-Campos A. Domestic violence, and abuse within female same-sex relationships. Kirjassa: Devaney J, Bradbury-Jones C, Macy RJ, Överlien C, Holt S (toim.) The Routledge International Handbook of Domestic Violence and Abuse. London: Routledge; 2021, 267–296.
- (14) Kylmä J, Apiainen R, Tuovila T, ym. Sateenkaariperheet. Kirjassa: Harju E, Palonen M, Sarell N (toim.) Yhdessä perheen kanssa-perheen ja terveydenhuollon kohtaamisia. Tallinna: Gaudeamus; 2021, 115–134.
- (15) Mannerheimin lastensuojeluliitto. Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin liittyvää sanastoa. Luettu 18.10.2022 <https://www.mll.fi/vanhemmille/vinkkejä-lapsiperheen-ärkeen/nuori-tulee-ulos-kaapista/seksuaali-ja-sukupuolivähemmistöihin-liittyvaa-sanastoa/>
- (16) Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Community Center. The Center. Luettu 29.9.2022. <https://gaycenter.org/about/>

- (17) Jaskari O, Keski-Rahkonen A. Vähemmistöstressi uhkana seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen terveydelle. *Duodecim* 2021;137(17):1781–1788.
- (18) SETA. Intersukupuolisuus. Luettu 18.10.2022. <https://seta.fi/sateenkaaritieto/sulkupuolen-moninaisuus/intersukupuolisuus>
- (19) Daley A, Brotman S, MacDonnell J, ym. A framework for enhancing access to equitable home care for 2SLGBTQ+ communities. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(20): 7533. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207533>
- (20) Ford-Gilboe M, Wathen NC, Varcoe C, ym. Development of a brief measure of intimate partner violence experiences: the Composite Abuse Scale (Revised)— Short Form (CASR-SF). *BMJ* 2016;6:e012824. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012824>
- (21) Sleath E, Walker K, Tramontano C. Factor structure and validation of the Controlling Behaviors Scale–Revised and Revised Conflict Tactics Scale. *J Fam Issues* 2018; 39(7):1880–1903. <https://doi.org/10.1177/0192513X17729721>
- (22) Niemi J, Kainulainen H, Honkatukia P. Johdanto. Kirjassa: Niemi J, Kainulainen H, Honkatukia P (toim.) Sukupuolistunut väkivalta: Oikeudellinen ja sosiaalinen ongelma. Tampere: Vastapaino; 2017, 11–16.
- (23) Keskinen S. Sukupuolistunut väkivalta. Kirjassa: Saresma T, Rossi LM, Juvonen T. (toim.) Käsikirja sukupuoleen. Tampere: Vastapaino; 2010, 243–256.
- (24) Hiitola J, Hautanen T. Assessing violence in the family–social work, courts, and discourses. *Nordic Social Work Research* 2017;7:1,30–41. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2016.1195434>
- (25) Keskinen S. Perheammattilaiset ja väkivaltatyön ristiriidat. Sukupuoli, valta ja kielelliset käytännöt. Tampere: Tampere University Press; 2005.
- (26) Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol* 2005; 8:1,19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- (27) Peters M, Godfrey C, Khalil H, ym. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc* 2015; 13:141–146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- (28) Lotvonen S, Saarela KM, Tuomikoski AM, ym. 2021, Kotihoidossa ikääntyneille toteutetut kuntoutumista edistävän hoitotyön toimintamallit: kartoittava katsaus. *Hoitotiede* 2021; 33(2), 86–101.
- (29) Meza RM, Triplett N, Woodard C, ym. The relationship between first-level leadership and inner-context and implementation outcomes in behavioral health: a scoping review. *Implementation Sci* 2021; 16:69. <https://doi.org/10.1186/s13012-02-01104-4>
- (30) Laiti M, Virtanen H, Numminen O, ym. Post doc -tutkijoiden urakehitykseen liittyvät kompetenssialueet – scoping-katsaus. *Hoitotiede* 2021; 33 (2): 71–85.
- (31) Casp Checklist. CASP Checklists - CASP - Critical Appraisal Skills Programme. Luettu 29.9.2021. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- (32) Edwards K, Littleton H, Sylaska K, ym. “College campus community readiness to address intimate partner violence among LGBTQ+ young adults: A conceptual and empirical examination.” *Am J Community Psychol* 2016; 58(1–2): 16–26. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12068>
- (33) Reuter, Tyson R, Newcomb, ym. “Intimate partner violence victimization in LGBT young adults: Demographic differences and associations with health behaviors.” *Psychol Violence* 2017; 7(1): 101–109. <https://doi.org/10.1037/vio0000031>
- (34) Turell S. A descriptive analysis of same-sex relationship violence for a diverse sample. *J Fam Violence* 2000; 15(3):281–293. <https://doi.org/10.1023/A:1007505619577>
- (35) Frankland A, Brown J. Coercive control in same-sex intimate partner violence. *J Fam Violence* 2014; 29(1): 15–22. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9558-1>
- (36) Turell S, Brown M, Herrmann M. Disproportionately high: an exploration of intimate partner violence prevalence rates for bisexual people. *Sex Relationship Ther* 2018; 33(1/2): 113–131 <https://doi.org/10.1080/14681994.2017.1347614>
- (37) Nydegger LA, Blanco L, Marti CN, Kreitzberg D, Quinn K (2020) Evaluation of sexual minority identity as a moderator of the association between intimate partner violence and suicidal ideation and attempts among a national sample of youth. *PLoS ONE* 15(8): e0236880. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236880>
- (38) Dyar C, Feinstein B, Zimmerman A, ym. Dimensions of sexual orientation and rates of intimate partner violence among young sexual minority individuals assigned female at birth: The role of perceived partner jealousy. *Psychol Violence* 2020; 10(4): 411–421. <https://doi.org/10.1037/vio0000275>
- (39) Gaman A, McAfee S, Homel P. ym. Understanding patterns of intimate partner abuse in male-male, male-female, and female-female couples. *Psychiat Q* 2017; 88(2): 335–347. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9450-2>
- (40) Chen J, Walters M, Gilbert L, Sexual violence, stalking, and intimate partner violence by sexual orientation, United States. *Psychol Violence* 2020;10(1):110–119. <https://doi.org/10.1037/vio0000252>
- (41) Swiatlo A, Kahn N, Halpern C. Intimate partner violence perpetration and victimization among young adult sexual minorities in a nationally representative US sample. *Perspect Sex Reprod Health* 2020;52(2): 97–105. <https://doi.org/10.1363/psrh.12138>



- (42) Oringer J, Samuelson K. Intimate partner violence and the role of masculinity in male same-sex relationships. *Traumatology* 2011;17(2):68–74. <https://doi.org/10.1177/1534765610395620>
- (43) Stults C, Javdani S, Greenbaum C, ym. Intimate partner violence perpetration and victimization among YMSM: The P18 cohort study. *Psychol Sex Orientat Gender Divers* 2015;2(2): 152–158. <https://doi.org/10.1037/sgd0000104>
- (44) Metheny N, Stephenson R. Structural stressors and intimate partner violence in indigenous men who have sex with men in the United States. *Stigma Health* 2020;5(4):492–496. <https://doi.org/10.1037/sah0000220>
- (45) Peng L, She R, Gu J ym. The mediating role of self-stigma and self-efficacy between intimate partner violence (IPV) victimization and depression among men who have sex with men in China. *BMC Public Health* 2020;20(1):2. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8125-y>
- (46) Loveland J, Raghavan C. Near-lethal violence in a sample of high-risk men in same-sex relationships. *Psychol Sex Orientat Gend Divers* 2014;1(1): 51–62. <https://doi.org/10.1037/sgd0000012>
- (47) Woodyatt C, Stephenson R. Emotional intimate partner violence experienced by men same-sex relationships. *Cult Health Sex* 2016;18(10):1137–1149. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1175027>
- (48) Ristock J. Exploring dynamics of abusive lesbian relationships: Preliminary analysis of a multisite, qualitative study. *Am J Community Psychol* 2003;31(3–4):329–341. <https://doi.org/10.1023/A:1023971006882>
- (49) Eaton L, Kaufman, M, Fuhrel A ym. Examining factors co-existing with interpersonal violence in lesbian relationships. *J Fam Violence* 2008;23(8):697–705. <https://doi.org/10.1007/s10896-008-9194-3>
- (50) Mason T, Lewis R, Gargurevich M ym. Minority stress and intimate partner violence perpetration among lesbians: Negative affect, hazardous drinking, and intrusiveness as mediators. *Psychol Sex Orientat Gend Divers* 2016;3(2):236–246. <https://doi.org/10.1037/sgd0000165>
- (51) Lewis R, Mason T, Winstead B ym. Empirical investigation of a model of sexual minority specific and general risk factors for intimate partner violence among lesbian women. *Psychol Violence* 2017;1:110–119. <https://doi.org/10.1037/vio0000036>
- (52) Do Q, Knopp K, Scott S. Intimate partner violence in female same-gender couples: An investigation of actor–partner correlates within the past year. *Psychol Trauma* 2022;14(5):759–768. doi: 10.1037/tra0001041
- (53) Téllez Santaya, Walters A. Intimate partner violence within gay male couples: Dimensionalizing partner violence among Cuban gay men. *Sex Cult* 2011;15(2):153–178. <https://doi.org/10.1007/s12119-011-9087-0>
- (54) Pepper B, Sand S. Internalized homophobia and intimate partner violence in young adult women’s same-sex relationships. *J Aggress Maltreat Trauma* 2015;24(6):656–673. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1049764>
- (55) Näre S, Näre S, Ronkainen S. *Paljastettu intiimi: sukupuolistuneen väkivallan dynamiikkaa*. Rovaniemi: Lapland University Press; 2008.
- (56) Ellard-Gray A, Jeffrey NK, Choubak M. ym. Finding the hidden participant: Solutions for recruiting hidden, hard-to-reach, and vulnerable populations. *Int J Qual Methods* 2015;14(5) 1–10. <https://doi.org/10.1177/1609406915621420>
- (57) Donovan C, Hester M, Holmes J. ym. Comparing domestic abuse in same sex and heterosexual relationships. United Kingdom: University of Sunderland and University of Bristol; 2006.
- (58) Donovan C, Hester M. *Domestic violence, and sexuality: What’s love got to do with it?* Bristol: Policy Press; 2015.
- (59) Irwin L. Homophobia and heterosexism: implications for nursing and nursing practice. *Aust J Adv Nurs* 2007;25(1):70–76.

JARI KYLMÄ  
*FT, TiL, dosentti, professori (tenure track)*  
*Tampereen yliopisto*  
*Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede*

TUIJA LEPPÄKOSKI  
*TtT, post doc -tutkija*  
*Tampereen yliopisto*  
*Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede*

EIJA PAAVILAINEN  
*TtT, professori*  
*Tampereen yliopisto*  
*Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede*

JOA HIITOLA  
*YTT, dosentti, yliopistonlehtori*  
*Oulun yliopisto*  
*Kasvatustieteiden tiedekunta, Sukupuolentutkimus*



## Etuussanktioiden vaikutukset toimeentuloon, hyvinvointiin ja palveluihin osallistumiseen: systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Sosiaalietuuksien sanktioilla tarkoitetaan etuuksien ehtoina olevien velvoitteiden rikkomuksista määrättyjä seuraamuksia etuudensaajalle. Sanktioiden työllisyysvaikutuksia on tutkittu enemmän kuin niiden muita vaikutuksia. Tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa erittelemme sanktioiden vaikutuksia etuudensaajan toimeentuloon, hyvinvointiin ja palveluihin osallistumiseen sekä sanktioiden kohdentumista eri väestöryhmille. Kirjallisuuskatsausta varten haimme, arvioimme ja syntetisoimme 2000-luvulla julkaistujen, Euroopan alueelle kohdistuneiden aihealueen empiiristen tutkimusten havaintoja.

Sanktiointi saattaa syventää työttömän köyhyysriskiä ja materiaalista puutetta. Toimeentulon heikentyminen, sanktioinnin aiheuttama stigma ja työttömän toiminnan liian ankara ohjaaminen tuottavat psykososiaalisia ongelmia erityisesti heikossa asemassa oleville etuudensaajille. Työttömyysturvan liian ankara velvoittavuus sanktioineen saattaa myös heikentää työttömien motivaatiota osallistua julkisiin työvoimapalveluihin, ja etuudensaaja voi jäädä ilman tarvitsemaansa palvelua. Sanktiot myös kohdistuvat verrattain usein haavoittuvassa asemassa oleville työnhakijaryhmille, joilla on jo ennestään vaikeuksia työllistyä ja heikompi toimintakyky pärjätä työttömyysturvan ”velvoittavuusviidakossa”.

Käyttätymisveloitteita sisältävä sanktiojärjestelmä voi kaikkiaan syventää työttömyyden ja syrjäytymisen kierrettä ja tätä myötä vähentää työllistymisen todennäköisyyttä. Näiden vaikutusten arviointi on Suomessa jäänyt kokonaan tekemättä. Nykyinen sanktiojärjestelmämme on ulotettu toimeentulotukeen saakka, minkä myötä se koskee koko työikäistä väestöä lukuun ottamatta selkeitä syyperusteisia tilanteita olla työmarkkinoiden ulkopuolella. Sanktioiden toimeenpanon oikeasuhtaisuutta tulisi jatkossa arvioida eri etuuksien ja palveluiden tarpeessa olevien väestöryhmien näkökulmasta. Työttömyyden pitkittyessä ja monialaisen palvelutarpeen kasvaessa sanktioinnin ei-tavoitellut vaikutukset lisääntyvät, kun niiden pitäisi vähentyä.

**ASIASANAT:** sosiaaliturva, työvoimapolitiikka, etuussanktiot, systemaattinen kirjallisuuskatsaus

**NIKLAS MÄKINEN, SATU OJALA**



## YDINASIAAT

- Sosiaalietuuksien sanktioinnin muut kuin työllisyysvaikutukset tunnetaan Suomessa heikosti.
- Eri maiden tutkimuskirjallisuuden perusteella sanktiointi voi syventää köyhyysriskiä, lisätä psykososiaalista oireilua ja heikentää työttömien sitoutumista ja luottamusta työvoimapolitiikkaan.
- Sanktiot kohdistuvat ja kasautuvat usein haavoittuvassa työmarkkina-asemassa oleville henkilöille.
- Työttömyyden pitkittyessä ja monialaisen palvelutarpeen kasvaessa sanktioinnin kielteiset vaikutukset lisääntyvät.
- Velvoittavuus- ja sanktiojärjestelmän vaikutuksia tulisi tutkia Suomessa entistä laajemmin ja arvioida, palvelevatko sosiaaliturvan rankaisevuus ja sanktiot tosiasiallisesti työvoimapolitiikan ja poliittisen päätöksenteon tavoitteita.

## JOHDANTO

Aktiivinen työvoimapolitiikka luotiin Suomeen 1960-luvulla. Tavoitteena oli tasapainottaa yhtä aikaa sekä kansantaloutta, työvoiman allokointia että tulonjakoa. (1, s. 357–361.) 1990-luvun myötä niin aktiivisen työvoimapolitiikan kuin hyvinvointivaltioidenkin paradigma kuitenkin vaihtui sekä Suomessa että laajemmin Euroopassa. Sosiaaliturvapolitiikkaa alkoi ohjata ajattelu etuuksien ”passivoivasta” luonteesta. Sosiaaliturvan saantia alettiin ehdollistaa ja työttömiä työnhakijoita aktivoida. (2, 1, s. 365.)

Aktivointiparadigma on muovannut käsityksiä siitä, miten sosiaalisia riskejä hallitaan. Kun työttömyysongelman ratkaisemisessa korostuvat yksilöön kohdistuvat toimenpiteet, ymmärrys työttömyydestä yhteiskunnallisena työmarkkinoiden ohjaamisen ja työvoiman kohdentamisen ja kouluttamisen kysymyksenä on heikentynyt. Uudessa viitekehityksessä työtöntä aktivoidaan pakotteilla, joilla pyritään vähentämään työttömänä olemisen mahdollisuuksia. Pakkokeinoihin lukeutuvat muun muassa työttömyysetuuden ehdollistaminen, pakolliset viranomaistapaamiset ja työn ja palveluiden vastaanottamisvelvollisuudet. Rikkomuksista on säädetty sosiaaliturvaoikeuksiin kohdistuvia sanktioita. (3.)

Velvollisuuksiin ja vastavuoroisuuteen sidotut sosiaaliturvaoikeudet ovat saaneet laajamittaisen hyväksynnän, ja sanktioinnista on tullut keskeinen osa Euroopan maiden sosiaaliturvajärjestelmiä (4). Vaikka aktivointiparadigma on

vakiintunut osaksi sosiaaliturvainstituutioitamme, velvoittavuustoimien eri vaikutukset tunnetaan yhä puutteellisesti. Siinä missä etenkin työttömyysturvan sanktioiden työllisyysvaikutuksia on tutkittu ekonometrisin menetelmin eri maissa, ei sanktioinnin muita vaikutuksia tunneta riittävästi tai juuri lainkaan. Suomessa tätä keskustelua tarvittaisiin juuri nyt, koska käynnissä on ollut mittava komiteatyöskentely sosiaaliturvan uudistamiseksi ja koska pääministeri Petteri Orpon hallitus esittää lukuisia muutoksia etuuksien muotoihin, tasoihin ja ehtoihin.

Käymme tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa läpi etuussanktioita koskevia empiirisiä tutkimuksia eri Euroopan maista. Sosiaali- ja työttömyysturvaa koskevilla sanktioilla tarkoitamme eri etuuksien ehtoina olevien työnhaku- ja työn vastaanottamisvelvoitteiden ja hallinnollisten vaatimusten rikkomuksista määrättyjä etuusmenetyksiä etuudensaajalle. Aloitamme erittelemällä velvoittavuuden ja sanktioinnin teoreettisia jäsennyksiä ja Suomen sosiaaliturvajärjestelmän sanktiokäytäntöjä. Sen jälkeen tiivistämme, millaisia työllisyysvaikutuksia sanktioinnilla on todettu olevan, kuvaamme tutkimusasetelmamme sekä etenemme analyysiin. Analyysissa erittelemme sanktioiden toimeentulo-, hyvinvointi- ja terveysvaikutuksia sekä niiden kohdentumista eri väestöryhmille. Lopuksi erittelemme kirjallisuuskatsauksen havaintoja suhteessa suomalaisen sosiaaliturvan ja työvoimapolitiikan perusoikeusperustaan ja toimeenpanoon.

## AKTIIVINEN VS. VELVOITAVA TYÖVOIMAPOLITIikka

Pohjoismaisen työvoimapolitiikan juuret ovat 1960-luvun ruotsalaisessa niin sanotun Rehnin-Meidnerin mallissa aktiivisesta työvoimapolitiikasta. Siinä tavoiteltiin keynesiläisen, kysyntää ruokkivan talouspolitiikan ongelman eli inflaation hillintää tinkimättä pyrkimyksestä täystyöllisyyteen. Kuitenkin 1990-luvulle tultaessa OECD:n ja myöhemmin Euroopan Unionin ohjaamassa politiikassa luovuttiin kysynnän ja tarjonnan tasapainottamisesta ja luotiin tietä schumpeterilaiselle tarjontakeskeiselle talousajattelulle ja yksilöä velvoittavalle työvoimapolitiikalle. (1, s. 357–365.)

Aktivointipolitiikan muutokset eivät koske neet vain työ- ja sosiaalipolitiikkaa, vaan laajemmin kansalaisten velvollisuuksia ja oikeuksia.

Serrano Pascual (3) jäsentää näitä muutoksia kolmella ulottuvuudella: yksilökohtaisuudella, työllisyyspainotuksella sekä sopimuksellisuudella. Ensinnäkään politiikan painopiste ei ole enää niinkään yhteiskunnallisten olosuhteiden, kuten työmarkkinoiden, ohjaamisessa ja varallisuuden uudelleenjaossa (vrt. 1). Sen sijaan tavoitteena on yksilön käyttäytymisen muokkaaminen ja vastuuttaminen sopeutumisesta yhteiskuntaan. Suomalaisia esimerkkejä tästä ovat työnhakijavelvollisuuksien ulottaminen toimeentulotukeen (ks. 2), Juha Sipilän ja Sanna Marinin hallitusten niin kutsutut aktiivimallit sekä Petteri Orpon hallitusohjelman perusoikeuksia uhmaava spekulatio toimeentulotuen epämisestä ”hakijalta, joka on kieltäytynyt tarjotusta työstä, koulutuksesta, palvelusta tai velvoitteesta”.

Toiseksi valtioiden ratkaisu yhteiskunnallisiin ongelmiin, kuten epätasa-arvoon tai kilpailukyyn heikkenemiseen, kapenee työnteon edistämiseksi. Työpainotuksen vuoksi kansalaisuuden poliittiset ja sosiaaliset näkökohdat ovat menettäneet merkitystään. (3.) Tällöin julkinen valta ei enää huolehdi sosiaalisista riskeistä, vaan yksilöt ovat työmarkkinoilla vastuussa omasta hyvinvoinnistaan. Näin niin kutsuttu dekommodifikaation aste on heikentynyt. (Vrt. 5.)

Kolmantena ulottuvuutena Serrano Pascual (3) kuvaa uutta ”moraalista sopimusta” valtion ja kansalaisten sekä oikeuksien ja velvollisuuksien välillä. Kansalaisen oikeudet tulee ”ansaita” oikeanlaisella käyttäytymisellä ja asenteilla työnteon suhteen. Sosiaaliturvan sanktioilla on keskeinen rooli näiden käyttäytymisvaatimusten toimeenpanossa.

Sosiaaliturva-oikeuksia rajoitetaan tavalla tai toisella aina ja rajoitusten kirjo on suuri. Rajoitus voi koskea ”vain” esimerkiksi kansalaisuutta tai maassa asumista; toisessa ääressä ovat eri käyttäytymisvelvoitteet, kuten työnhakuvelvoitteet (6, 7). Sanktiot eli seuraamukset etuudensaajalle velvoitteiden rikkomuksista voivat olla monetaarisia (esim. etuuden menetys määrääjäksi, ”karenssi”) tai ei-monetaarisia (esim. kirjallinen varoitus, jonka tavoitteena on uhkavaikutus).

Sanktiot voidaan edelleen jaotella kahteen ryhmään rikkomuksen tai laiminlyönnin tyyppin perusteella (8). Ensinnäkin ne voivat koskea sosiaalietuuksien hallinnollisten vaatimusten laiminlyömistä esimerkiksi tilanteissa, joissa henkilö ei

toimita vaadittavia todistuksia viranomaisille tai hän laiminlyö viranomaistapaamisia. Toiseksi sanktioita määrätään etuudensaajan työnhaku- ja työn vastaanottamisvelvoitteita koskevien käyttäytymisrikkomusten perusteella. Kuvaamme Suomen voimassa olevat velvoitteet seuraavassa alaluvussa. Sanktioiksi ei ole laskettu sosiaalietuuksien kelpoisuusedellytysten täyttymättömyyttä seuraavia etuusmenetyksiä, kuten takaisinperintöjä (ks. 8).

Sanktioiden keskeisin kritiikki on kohdistunut niiden rangaistuksenomaiseen luonteeseen. Kun sosiaalisten perusoikeuksien ehdoksi asetetaan käyttäytymisvelvoitteita, ei huomioida yksilöiden henkilökohtaisia toimintavalmiuksia tai yhteiskunnallisia, työmarkkinoiden toimintaan liittyviä rajoitteita (9). Myös asiakaskohtaisen harkinnan rooli voi jäädä toimeenpanossa vähäiseksi ja etuushojedien soveltaminen kaavamaiseksi (10). Vastikkeellisuuden toimeenpano on muuttanut myös työvoimapaalvelun tavoitteita ja toimintaa ”asiakkaiden läpijuoksutukseksi sosiaaliturvan hakijoista työnhakijoiksi” (11, s. 36). Tästä on seurannut asiakkaiden ja tukikriteerien kohtaamattomuutta ja sitä, että sosiaaliturvan tarvitsijoita käännytetään pois heidän tarvitsemistaan palveluista (11, 12) tai aktiivisesti ”syrjäytetään” (13).

Wrightin ryhmä (14) on jopa kysynyt, onko yhteiskuntapolitiikan tutkimuksessa tunnistettu ilmiötä, jossa valtion sosiaaliturvajärjestelmän käytänteet tuottavat pahoinvointia sen omille kansalaisille. Anglosaksisen, ankaran sosiaaliturvapoliittikan maassa Iso-Britanniassa on kuvattu tiukan velvoittavuuden ja sanktioiden aiheuttamaa rakenteellista poiskäännyttämistä valtion tuottamaksi väkivallaksi (”state-inflicted social harm”) ja institutionaaliseksi väkivallaksi (”institutional violence”). Nämä käsitteet korostavat sosiaaliturvajärjestelmän tuottamaa psyykkistä ja fyysistä vahinkoa heikompiosaisille kansalaisille samoin kuin valtionhallinnon merkitystä eriarvoistavien rakenteiden ylläpitäjänä. Esimerkiksi Iso-Britannian uudistuneen ”yleistuen” (Universal Credit) rankka velvoittavuus sanktioineen on kärjistänyt hätäavun tarvetta. Sosiaaliturvalta poiskäännytettyjen asiakkaiden määrä on lisääntynyt ja puutetta on kaikkein perustavimmista tarpeista, kuten ruuasta ja asunnoista (15–17).

## SUOMEN SOSIAALITURVAN SANKTIOT

Suomessa on katsottu, että etuudensaaja voidaan perustuslain (2 luku 18 §) nojalla velvoittaa osallistumaan julkisen vallan tuottamiin, työllistymistä edistäviin palveluihin tai muutoin edistämään työllistymistään vähimmäis- ja ansioturvan saannin ehtona (18, s. 55). Työttömyysturvan on yhtäältä tarkoitus korvata ”työttömyydestä aiheutuvia taloudellisia menetyksiä ja toisaalta ”parantaa edellytyksiä päästä tai palata työmarkkinoille” (Työttömyysturvalaki 1 luku 1 §; 19, s. 1). Työttömyysturvan käyttöä halutaan myös rajoittaa vain tosiasiallisesti työmarkkinoiden käytettävissä oleville henkilöille (20, s. 70). Työttömyysetuusjärjestelmään onkin rakennettu elementtejä, jotka ohjaavat työtöntä työnhakijaa ”hakeutumaan työhön ja pysymään työssä”, kouluttautumaan uudelleen tai osallistumaan työllistymistä edistäviin aktiivipalveluihin. Samaan aikaan työ- ja elinkeinopalveluiden tehtävänä on turvata osaavan työvoiman saanti työmarkkinoilla. (19, 20.) Keskeiseksi keinoksi nivoa nämä eri tavoitteet yhteen on valittu työttömyysturvan seuraamusjärjestelmä.

Työttömyysturvan seuraamusjärjestelmällä halutaan ehkäistä työttömän ”omasyistä työttömyyttä” sekä hänen itse aiheuttamaansa työttömyyden pitkittymistä (19, s. 1). Työttömän työnhakijan velvollisuuksista säädetään kahdessa laissa, laissa julkisista työvoima- ja yrityspalveluista (JTYPL 916/2012) sekä työttömyysturvalaissa (TTL 1290/2002). Työvoimapolitiittisesti moitittavan menettelyn seurauksena asetettavista sanktioista säädetään työttömyysturvalain luvussa 2a. Työttömyysetuuden voi menettää työstä irtisanoutumisesta ilman pätevää syytä, itse aiheutetusta työsuhteen päättymisestä, työnhakija maahanmuuttajilla kotoutumissuunnitelmien ja niistä käytävien keskustelujen laiminlyönnistä, työllistämissuunnitelmassa sovittujen kohtien noudattamatta jättämisestä, työtarjouksista ja muista aktivointitoimenpiteistä kieltäytymisestä ja keskeyttämisestä sekä nuorilla koulutusvelvollisuuden laiminlyönnistä.

2.5.2022 voimaan astui lakimuutos (HE 167/2021), jolla yhtäältä asetettiin määrällisiä työnhakuvelvoitteita ja toisaalta lievennettiin työttömyysturvajärjestelmän seuraamuksia. Ensimmäistä työnhakuvelvoitetta tai te-haastatteluita koskevaa laiminlyöntiä seuraa aluksi muistutus ilman välitöntä vaikutusta työttömyysetuksiin. Muistutus on kuitenkin ensimmäinen askel kohti

etuuskarensseja ja vaikuttaa siten sosiaaliturva-oikeuksiin (21).

Mikäli työnhakijavelvollisuuksien laiminlyönti toistuu muistutuksen jälkeen, työnhakijalle asetetaan seitsemän kalenteripäivän korvaukseton määräaika eli karenssi. Kolmannesta laiminlyönnistä seuraa neljäntoista kalenteripäivän karenssi. Neljännessä laiminlyönnistä työnhakija menettää oikeutensa työttömyysturvaan ja hänelle asetetaan työssäolovelvoite. Laiminlyöntejä tarkastellaan viimeisten 12 kuukauden ajalta. Työssäolovelvoite tarkoittaa 12 kalenteriviikon mittaista työntekoa, toimimista yrittäjänä, opiskelemista tai osallistumista työllistymistä edistäviin palveluihin työttömyysetuusosoikeuden palauttamisen ehtona. Jos työssäolovelvoite on asetettu alkamaan kolmen kuukauden kuluessa työttömän alkuhaastattelusta, työssäolovelvoite on vain 14 päivän mittainen, mikäli työnhakija korjaa velvoitteen asettamisen perusteena olleen menettelynsä.

Irtisanoutumissanktiot ovat sanktioista ankarimpia. Jos työnhakija on ilman pätevää syytä eronnut työstään tai on itse aiheuttanut työsuhteen päättymisen, hän menettää oikeutensa työttömyysetuuteen työsuhteen kestosta riippuen 30 tai 45 kalenteripäiväksi. Työnantajan tarjoamasta työstä kieltäytyminen johtaa samoin 30 tai 45 kalenteripäivän karenssiin. 2.5.2022 jälkeen toistuvasta työstä eroamisesta tai työpaikasta kieltäytymisestä ilman pätevää syytä ei kuitenkaan enää ole asetettu työssäolovelvoitetta.

Työttömyysturvan menettänyt, työssäolovelvoitteelle asetettu henkilö voi hakea toimeentulotukea. Myös tätä viimesijaiseksi tarkoitettua etuutta koskee ehto voimassa olevasta työhausta ja työnhakijavelvoitteiden täyttämisestä (Laki toimeentulotuesta 1412/1997 2 luku 10 §). Toimeentulotuen perusosaa voidaan alentaa 20 prosenttia, jos toimeentulon tarve aiheutuu ilman perusteltua syytä kieltäytymisestä tarjotusta työstä tai julkisesta työvoimapalvelusta tai jos henkilö on omilla toimillaan aiheuttanut sen, että työtä tai palveluita ei ole voitu tarjota. Jos kieltäytyminen tai moitittava toiminta on luonteeltaan toistuvaa, perusosaa on mahdollista alentaa enintään 40 prosenttia. Alennuspäätös voidaan tehdä kerrallaan kahdeksi kuukaudeksi. Näin ollen työnhakijavelvollisuuksien rikkomuksista seuraavat etuussanktiot ulottuvat viimesijaiseen turvaan.

Immervollin ja Knotzin (4) sanktiojärjestelmien vertailussa tarkasteltiin työnhakijaveloitteiden laiminlyönneistä asetettavien sanktioiden pituutta maittain. Laiminlyönneillä tarkoitettiin esimerkiksi työvoimapalvelusta tai työpaikasta kieltäytymistä. Suomi sijoittui sanktioiden ankaruudessa Euroopan keskitasolle. Tässä poikkeuksellisesti avoimesti saatavilla olevassa vertailussa etuussanktiot arvioitiin ankarimmiksi Itä- ja Etelä-Euroopassa, mutta myös Luxemburgissa. Suomen ja Norjan järjestelmät olivat Pohjoismaiden ankarimmat. (4, s. 39–40). 2.5.2022 voimaan astuneen työvoimapalvelumallin myötä karensien kestoa on Suomessa kuitenkin lyhennetty.

Suomen uuden työvoimapalvelumallin piirre on, että työnhakija saattaa joutua aiempaa ripeämmin kokonaan työttömyysturvan ulkopuolelle entistä tiheimmän monitoroinnin seurauksena. Työnhakijat tulee haastatella viiden päivän kuluessa työttömyyden alusta ja tämän jälkeen kahden viikon välein. Tarkastuspisteiden lisääntyessä myös sanktiolausunnot todennäköisesti lisääntyvät, kuten kävi vuonna 2017, kun työttömiä alettiin haastatella kolmen kuukauden määrärajoin (ks. 22). Mikäli te-palvelun resurssit eivät riitä muuhun kuin asiakkaiden ”läpijuokutukseen” (vrt. 11, s. 36), uusi työvoimapalvelumalli saattaa joututtaa työnhakijoiden poiskäännyttämistä työttömyysturvalta, mikä toimeentulokiasiakkaiden perusosan alentamisen (20 tai 40 %) uhkan kanssa muodostaa ikään kuin tuplarangaistuksen. Suomen järjestelmä onkin poikkeuksellisen ankara, sillä Immervollin ja Knotzin kansainvälisen vertailun perusteella eri maiden tois- ja viimesijaisen turvan saajien sanktiot ovat ensisijaisen turvan saajiin nähden yleensä armollisemmat. Esimerkiksi Tanskassa viimesijaisen turvan saajien ei ole tarvinnut hakea aktiivisesti töitä (4, s. 46).

## TUTKIMUSASETELMA

Artikkelissa tarkastelemme, mitä muita kuin työllisyysvaikutuksia sosiaaliturvan sanktioinnilla on työikäisellä väestöllä. Tähänastisissa vaikutusanalyysseissä ovat korostuneet ekonometrisiin tutkimusasetelmiin perustuvat työllisyysvaikutusarviot. Oletusten mukaan sanktion seurauksena työnhakija hakee intensiivisemmin töitä ja laajentaa työnhaun kohteina olevien työpaikkojen kirjoa, mikä lisää työllistymisen todennäköisyyttä. Toimeenpantujen sanktioiden (ex-post effect)

ohella pelkästään etuusmenetyksien uhka voi muuttaa työnhakijan käyttäytymistä (ex-ante effect). Tutkimusten mukaan sanktioiden toimeenpano (23–27) sekä sanktioinnin uhka ja sitä koskevat varoitukset (28, 29) ovat lisänneet työllistymistä. Toisaalta sanktioiden työllisyysvaikutukset eivät ole yksiselitteisen myönteisiä työllistyneen työuran ja työmarkkinoiden toimivuuden kannalta. Sanktioiden myötä työllistyneet siirtyvät usein osaamistaan ja koulutustaan alemmille ammattitasoille (26). Työttömyyden jälkeiset työsuhteet ovat kestoltaan lyhyempiä ja viikkotyötunnit vähäisempiä, mikä heijastuu sanktioidun henkilön palkkakertymään pidemmällä aikavälillä (23, 29, 30). Sanktioinnin työllisyysvaikutuksista on jonkin verran tilastollista näyttöä, mutta näyttö on työttömyyden volyymeihin nähden mittakaavaltaan vaatimatonta etenkin uhkavaikutusten osalta (ks. 20).

Sanktioilla on myös työllisyystulemia heikommin tunnettuja vaikutuksia. Aiemmissa katsauksissa Pattaro ryhmineen (31) huomioi työllisyyden ohella sanktioiden toimeentulo-, hyvinvointi- ja terveysvaikutukset. Katsauksen perusteella sosiaalietuuksien sanktioilla on yhteys aineelliseen puutteeseen, toimeentulovaikkeuksiin sekä mielenterveys- ja muihin terveysongelmiin. Griggs ja Evans (8) samoin esittävät sanktioiden kytkeytyvän syrjäytymiseen, aineelliseen puutteeseen ja erilaisiin terveysongelmiin. Molemmissa katsauksissa johtopäätökset perustuvat Iso-Britanniaa, Yhdysvaltoja ja Australiaa koskeviin tutkimuksiin. Erityisesti yhdysvaltalaisen aktivointipolitiikan vahva markkinaistuminen ja viimesijaisen toimeentuloturvan tiukka työsidonaisuus rajoittavat tutkimustiedon soveltamista muissa maissa (32, 33). Lisäksi rajautuessaan kvantitatiivisiin tutkimuksiin esimerkiksi Pattaro ym. (31) jättävät huomiotta ”hyvinvoinnin ehdollistamisen politiikan” eri seurauksia ihmisten elämälle (ks. 34). Huomioimmekin katsauksessa sekä määrälliset että laadulliset tutkimukset.

Sanktioiden muita kuin työllisyysvaikutuksia tai yhteyttä työttömien osallistumiseen työvoimapalveluihin ja aktivointitoimenpiteisiin ei ole tähän mennessä perattu systemaattisesti Suomessa. Menetelmämme on systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jonka tavoitteena on arvioida, yhdistää ja tiivistää yksittäisten tutkimusten tuloksia. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella tavoitellaan synteisiä, joka perustuu kattavaan

hakuun tutkimusviitekannoista, tutkimusten poissulkemis- ja valintakriteerien muodostamiseen sekä tutkimusten laadun ja tulosten analysointiin. (35, 36.) Keräsimme aineiston haulla Academic Search Ultimate, EconLit with Full Text, MEDLINE, Sociology Source Ultimate ja Scopus -tietokannoista. Suomenkielisiä viitteitä etsimme sosiaali- ja terveysministeriön hallinnon alan avoimesta julkaisuarkistosta (Julkari), Helsingin yliopiston avoimesta julkaisuarkistosta (Helda) ja Finna-hakupalvelusta (ks. liite 1). Rajasimme haun aikavälille 1.1.2000–31.5.2022 siten, että tutkimusten otsikon, abstraktin tai avainsanojen tuli sisältää hakutermin kahdesta eri kategoriasta. Ensimmäinen hakukategoria sisälsi käsitteet, jotka viittasivat sanktioihin, rankaisemiseen, sosiaaliturvajärjestelmän velvoittavuuteen ja työttömien aktivointiin. Toinen kategoria sisälsi käsitteet, jotka viittasivat työttömyyteen, työnhakuun tai sosiaalietuuksiin. Hakusanat löytyvät liitteestä 2. Hakustrategiasta seuraa, että suurin osa tarkasteltavista artikkeleista käsittelee työttömyysturvaa. Mukana ovat kuitenkin myös velvoittavuutta arvioivat eri toimeentuloturvalajien analyysit.

Hakutulokset kävimme läpi seuraavin sisääntokriteerein: 1) tutkimus kohdistuu työttömyysetuuksia tai vastikkeellisia tarveharkintaisia etuuksia saaviin työkäisiin henkilöihin, 2) tutkimus käsittelee etuuksiin liittyvien velvoitteiden rikkomuksista annettujen sanktioiden vaikutuksia toimeentuloon, terveyteen, hyvinvointiin tai työvoima- tai sosiaalipalveluiden käyttöön tai sanktioiden kohdentumista eri henkilöille, 3) tutkimus perustuu empiiriseen aineistoon, 4) julkaisukieli on englanti tai suomi, 5) tutkimus on julkaistu vertaisarvioidussa lehdessä ja 6) tutkimus kohdistuu Euroopan alueelle. Sisältöraajukset perustuvat aiempiin sanktioinnin muita kuin työllisyysvaikutuksia koskeviin tutkimuksiin ja kirjallisuuskatsauksiin (8, 31). Pelkästään sanktioinnin työllisyysvaikutuksiin keskittyviä tutkimuksia ei huomioitu. Menetelmä- tai aineistorajoituksia emme asettaneet. Koska suomalaisia sanktioiden vaikutuksia koskevia vertaisarvioituja tutkimuksia on niukalti, hyväksyimme kirjallisuuskatsaukseen myös muut suomalaiset tutkimusjulkaisut.

Kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttävien artikkelien valinta eteni seuraavasti. Aluksi poistimme duplikaatit Zotero-ohjelman avulla. Sen jäl-

keen karsimme englannin- ja suomenkielisistä tuloksista tutkimukset, jotka eivät täyttäneet kirjallisuuskatsauksen sisääntokriteerejä otsikon tai abstraktin perusteella. Seuraavaksi luimme kokonaisuudessaan läpi ne tutkimukset, jotka abstraktin perusteella käsitelivät sanktioiden vaikutuksia etuudensaajiin. Luennan perusteella sisääntokriteerit läpäiseviä tutkimuksia oli yhteensä 41. Näiden lisäksi hyväksyimme mukaan yhden muilta osin sisääntokriteerit täyttäneen saksankielisen vertaisarvioidun artikkelin. Lopuksi täydensimme aineistoa vielä neljällä sisääntokriteerit täyttävällä artikkelilla, jotka puuttuivat kirjallisuushaun kohteena olevista tietokannoista. Useimmat tutkimuksista käsitelivät Iso-Britanniaa, mutta myös Norjaa, Tanskaa, Saksaa, Suomea ja Sveitsiä. Teemoittelimme tutkimusten tulokset aineistolähtöisesti sanktioiden havaittujen vaikutusten mukaan.

## ANALYYSI

Olemme jaotelleet analyysin havainnot neljään teemaan aiempien sanktioiden eri vaikutuksia koskevien katsausten (8, 31) ja analyysin ensimmäisen vaiheen perusteella. Ensimmäinen teema koskee vaikutuksia sanktionsaajien materiaaliseen toimeentuloon. Se sisältää tutkimukset, joissa käsitellään vaikutuksia työttömän tai etuudensaajan toimeentuloon ja materiaaliseen puutteeseen. Toinen teema käsittelee sanktioiden hyvinvointi- ja terveysvaikutuksia. Kolmas teema, poiskäännyttäminen palveluista, käsittelee sanktioiden vaikutuksia työttömien osallistumiseen työvoimapalveluihin ja aktivointitoimenpiteisiin. Neljäntenä teemana on sanktioiden kohdentuminen eri etuudensaajaryhmille. Analyysin kohteina olevien tutkimusten asetelmat ja tulokset olemme tiivistäneet taulukkoon 1.

## TOIMEENTULO JA AINEELLINEN PUUTE

Sanktioiden seurauksena etuudensaaja yleensä menettää oikeutensa sosiaalietuuteen määräajaksi tai toistaiseksi, mikä heikentää hänen oikeuttaan välttämättömän toimeentulon turvaan. Näin etuudensaajan edellytykset elää yhteiskunnassa vallitsevien standardien mukaista elämää voivat vaarantua. Sanktioiden on havaittu vaarantavan etuudensaajien toimeentuloturvan erityisesti Isonsa-Britanniassa, mutta myös Saksassa ja Suomessa. Iso-Britannian ”workfare”-aktivointipolitiikka nojaa viimesijaisen sosiaaliturvan tiukkaan työ-

sidonnaisuuteen. Siinä korostuvat sosiaalietuuksien ehdollisuus, palkkatyön vastaanottamisvelvollisuudet ja tiukat sanktiot (37). Vuoden 2013 Universal Credit -yleistukiudistuksen myötä sosiaalietuuksien ehtoja kiristettiin entisestään, sanktiot tiukentuivat ja ne laajenivat koskemaan etuuksia, jotka olivat aikaisemmin velvoittavuuden ulkopuolella (15).

Sanktiot voivat heikentää toimeentuloturvaa erityisesti silloin, jos niiden kannustinvaikutukset jäävät toteutumatta. Taulbutin ryhmän (38) tutkimuksessa noin kahden vuoden tarkastelujakson aikana lähes 800 000 brittiläistä menetti oikeutensa työttömyysetuuteen (”Jobseeker’s Allowance”) sanktioiden myötä vähintään neljäksi viikoksi onnistumatta kuitenkaan työllistymään. Iso-Britanniassa viimesijaisen etuuden (”hardship payment”) taso on yleisetuutta (”Universal Credit”) ja työttömyysetuutta huomattavasti pienempi. Yleistukiudistuksessa sanktionsaajat joutuvat myös maksamaan etuutta takaisin. Velka voidaan periä sanktion päättymisen jälkeisestä yleistuesta, mikä johtaa uusiin etuusmenetyksiin ja pidentää näin sanktioiden tosiasiallista vaikutusaikaa (39, 40). Iso-Britanniassa ja Saksassa sanktioiden aiheuttamat etuusmenetykset ovat aiheuttaneet materiaalista puutetta ja toimeentulovaikeuksia, joiden seuraukset näkyvät esimerkiksi taloudellisen ahdingon kokemuksissa, velkaantumisessa ja riittämättömässä asuntojen lämmityksessä (14, 41, 42). Sanktiot ovat myös lisänneet etuudensaajien riippuvuutta vähävaraisille suunnatuista ruoka-apupalveluista (43, 44). Lisäksi sanktiot ovat riskitekijä omaisuusrikoksiin ja pimeään työhön, joilla etuusmenetyksiä on kompensoitu (14, 42, 45).

Löwen ryhmän (46) mukaan sanktioiden vaikutukset materiaalliseen puutteeseen riippuvat siitä, pystyykö etuudensaaja kompensoimaan etuusmenetyksiä esimerkiksi kotitalouden, kansalaisjärjestöjen ja sosiaalisten verkostojen tarjoamalla avulla. Toisaalla on myös havaittu, että etuudensaajan perheenjäsenen tulot, varallisuus ja etuudet suojelevat kotitaloutta sanktioiden aiheuttamilta toimeentulo-ongelmilta (15, 42).

Suomessa työvoimapolitiisilla karensseilla on alentavia vaikutuksia sosiaaliturvaan. Vailla ensisijaisia etuuksia ja ansiotuloja olevien kotitalouksien määrän on havaittu olevan yhteydessä karenssilausuntojen yleistymiseen (47, 48). Tällöin työttömät tulevat karenssin seurauksena ta-

loudellisesti riippuvaisiksi toimeentulotuesta, jota voidaan edelleen alentaa työvoimapolitiisesti moitittavan toiminnan perusteella. Kotitalouden riippuvaisuus viimesijaisesta toimeentulotuesta puolestaan kasvattaa syrjäytymisen ja köyhyyden riskiä (49, 50).

#### TERVEYS- JA HYVINVOINTIVAIKUTUKSET

Toimeentuloa alentaviin vaikutuksiin kytkeytyessään sanktioilla voi olla vakavia heijastinvaikutuksia myös työttömän psykososiaaliseen hyvinvointiin ja terveyteen. Sanktiot heijastuvat terveyteen eri mekanismein: 1) toimeentulon heikkenemisen ja 2) itse sanktiointiprosessiin liittyvän psyykkisen kuormituksen (31) myötä. Terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä vaikutuksia on tutkittu lähinnä Iso-Britanniassa.

Sanktioiden työllisyyttä lisääviä vaikutuksia perustellaan niiden luomalla uhalla, jonka on arvioitu tuottavan työnhakua tehostavia kannustinvaikutuksia. Sanktiouhan psykologinen vaikutus voi kuitenkin olla kannustamisen sijaan työnhakijaa lamaava. Sosiaaliturvan tiukka velvoittavuus yhdistettynä sanktioinnin ja etuusmenetyksien uhkaan lisää useiden tutkimusten perusteella pelkoa ja stressiä, mikä voi kytkeytyä esimerkiksi masennukseen ja ahdistuneisuuteen (14, 15, 42, 51–54). Sanktioinnin ennakoimattomuus ja sen monimutkaiset perusteet vahvistavat sanktiouhan lamaannuttavuutta (53).

Redman (55) raportoi sanktioinnin aiheuttavan häpeän ja stigman kokemuksia brittiläisillä nuorilla. Taustalla oli syyllisyyden tunteita taloudellisen riippumattomuuden menettämisestä ja kyvyttömyydestä täyttää etuusjärjestelmän velvoittavuuden vaatimuksia (samoin 42, 53). Sanktioinnin aiheuttama häpeä on myös yhteydessä työvoimaviranomaisten alentavaksi koettuun käytökseen asiakaspalvelutilanteissa (53).

Useissa tutkimuksissa (40, 41, 53, 56) todetaan toimeenpantujen sanktioiden lisäävän ahdistuneisuuden, masennuksen ja muiden mielen-terveysongelmien kokemuksia työttömillä. Toimeenpantujen sanktioiden negatiiviset terveysvaikutukset ilmenevät myös mielialalääkkeiden lisääntyneessä käytössä (57). Pahimmillaan sanktiot voivat johtaa jopa itsetuhoisuuteen (42, 51).

Sanktioiden terveyttä ja hyvinvointia heikentävät vaikutukset koskevat erityisesti niitä etuudensaajia, jotka ovat jo valmiiksi haavoittuvaisessa asemassa, esimerkiksi psyykkisesti sairaita



henkilöitä (53, 54, 56). Lisäksi toimeenpantujen sanktioiden on havaittu heijastuvan etuudenhakijoiden perheisiin. Sanktioita seuraavat toimeentulovaikeudet lisäävät lasten kaltoinkohtelun riskiä ja käyttäytymisongelmia sekä häiritsevät lasten kognitiivista kehitystä (31, 41).

### POISKÄÄNNYTTÄMINEN PALVELUISTA

Terveysteen, hyvinvointiin ja toimeentuloon liittyvien seurauksien ohella sanktiot ovat yhteydessä etuudensaajan poiskäännöttämiseen palveluista. Poiskäännöttäminen tarkoittaa sosiaaliturvajärjestelmän institutionaalisia käytäntöjä, joiden seurauksena haavoittuvassa asemassa olevalta yksilöltä evätään pääsy tai hän muuten estyy osallistumasta työvoima- tai aktivointipalveluun (11). Poiskäännöttämisen seurauksena etuudensaaja voi jäädä tarvitsemansa palvelun ulkopuolelle pelkän vähimmäisturvan tai perheen tai muun epävirallisen avun piiriin.

Tutkimusten perusteella sanktiot lisäävät myös työnhakijoiden siirtymiä työvoiman ulkopuolelle (23, 24, 29, 58). Havainto on tärkeä tässä yhteydessä, koska siirtyminen vaikuttaa myös saatavilla oleviin palveluihin. Buskin (24) mukaan Suomessa sanktioilla on yhteys siirtymiin työvoiman ulkopuolelle niin ansioturvan kuin työmarkkinatuen piirissä olevilla työttömillä. Työttömyys saattaa silloin jatkua toimeentulotuen piirissä tai kokonaan ilman etuuksia (ks. 20). Arnin ryhmä (29) liittyy Sveitsissä havaitut sanktioinnin jälkeiset siirtymät työvoiman ulkopuolelle halukkuuteen jatkaa työnhakua itsenäisesti ilman työttömyysturvajärjestelmän painostavaa velvoittavuutta sanktioineen. Lisäksi on arvioitu, että osa sanktioiduista työttömistä saattaa lopettaa työnhaun kokonaan ja siirtyä työskentelemään pimeästi (23). Buskin (24) mukaan siirtymät työvoiman ulkopuolelle saattavat myös perustua siihen, että työtön on jo sovitusti aloittamassa opinnot tai työskentelyn tulevaisuudessa, eikä siksi hakeudu välittömästi töihin sanktion saadessaan.

Vaikka sanktiot myös kannustavat osaa työttömistä osallistumaan aktivointipalveluihin (24), mikä onkin yksi sanktioiden tavoite, sanktioin pakotettu osallistuminen saattaa heikentää työvoimapalveluiden muutoin myönteisiä vaikutuksia työttömän toimintakykyyn ja työllistymiseen. Aktivointipalvelujen mielenterveyttä kohentavat vaikutukset on nimittäin havaittu heikommiksi

niillä henkilöillä, joihin kohdistuu sanktiouhka, verrattuna palveluihin vapaaehtoisesti osallistuviin (59). Beckin (60) mukaan velvoittavuus ja sanktioiden uhka rajoittaa työttömien omaehtoista toimintaa ja valinnanvapautta palvelujärjestelmässä, minkä seurauksena he sitoutuvat heikommin palveluihin ja kieltäytyvät herkemmin yhteistyöstä työvoimaviranomaisten kanssa. Tiukka velvoittavuus sanktioineen alentaa useissa tutkimuksissa motivaatiota osallistua työvoimapalveluihin ja niihin liittyviin viranomais-tapaamisiin (41, 42, 54, 61, 62). Välittävänä mekanismina voi olla sanktioista aiheutuva psykososiaalinen kuormitus, joka pahimmillaan johtaa syrjäytymiseen palvelujärjestelmästä (14, 31).

Toisaalta suomalaisen perustulokokeilun yhteydessä havaittiin kiinnostavasti, että vastikkeetonta perustuloa saaneet työnhakijat osallistuivat työvoimapalveluihin edelleen lähes verrokkiryhmän veroisesti, minkä tulkittiin kertovan myönteisestä kokemuksesta kyseisistä palveluista (63). Kuitenkin suomalaisten nuorten on havaittu välttelevän osallistumista työllistämispalveluihin heitä koskevan koulutukseen hakeutumisen velvollisuuden ja sen rikkomisesta seuraavien sanktioiden takia (64).

Kaikkiaan sanktioiden poiskäännöttävät vaikutukset korostuvat niiden yhteiskunnan marginaalissa olevien työnhakijoiden kohdalla, joilla on muita työttömiä suurempi tarve palveluille (23, 56, 61–62). Myös Nurminen, Sihvonen ja Tuovinen (65) kiinnittävät huomiota toimintakykyrajoitteista kärsivien henkilöiden ongelmiin luovia monimutkaisessa etuus- ja palvelujärjestelmässä.

### SANKTIOIDEN KOHDENTUMINEN ERI VÄESTÖRYHMILLE

Suomalaistutkimusten perusteella työvoimapolittiset sanktiot eli karenssit jakaantuvat epätasaisesti eri väestöryhmien välillä. Sanktiot ovat erityisen yleisiä nuorilla, matalasti koulutetuilla ja maahanmuuttajilla (24, 64, 66–67). Pitkäaikaistyöttömät ovat ylliedustettuina useamman karenssin saaneiden joukossa (67). Lisäksi työmarkkinatuen ja peruspäivärahan saajilla vaikuttaa olevan ansiosidonnaisen piirissä olevia korkeampi sanktiointiriski (24, 67). Huomionarvoista on, että työttömän toimintakykyä selvästi heikentävät terveysongelmat eivät alenna sanktioinnin riskiä (10). Psykkisten ja fyysisten vaikeuksien on jopa havaittu lisäävän toimeentulotuen ja työttö-



Taulukko 1. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valittujen artikkelien tutkimusasetelma ja keskeiset tulokset.

Kirjoittajat, vuosi ja julkaisu	Maa	Sanktioiden vaikutukset	Tutkimusasetelma	Katsauksen kannalta keskeiset tulokset
Pattaro S, Bailey N, Williams E, ym. 2022 J Soc Policy	Eurooppa, Australia ja Pohjois-Amerikka	Kirjallisuuskatsaus; työllisyys, toimeentulo ja aineellinen puute, terveys ja hyvinvointi	Kirjallisuuskatsaus sanktioiden vaikutuksia koskevista kvantitatiivisista tutkimuksista.	Sanktioilla on havaittu positiivisia vaikutuksia työllistymiseen, mutta samalla ne ovat lisänneet siirtymiä lyhyempiin ja heikomplatuisiin työsuhteisiin. Lisäksi sanktioiden on havaittu aiheuttavan aineellista puutetta ja heikentävän etuudensaajien terveyttä ja hyvinvointia.
Griggs J, Evans M 2010 Joseph Rowntree Foundation	Eurooppa, Australia ja Pohjois-Amerikka	Kirjallisuuskatsaus; työllisyys, toimeentulo ja aineellinen puute, terveys ja hyvinvointi	Kirjallisuuskatsaus sanktioiden vaikutuksia koskevista tutkimuksista.	Sanktioilla on havaittu positiivisia vaikutuksia työllistymiseen, mutta samalla ne ovat lisänneet siirtymiä lyhyempiin ja heikomplatuisiin työsuhteisiin. Lisäksi sanktioiden on havaittu aiheuttavan aineellista puutetta ja heikentävän etuudensaajien terveyttä ja hyvinvointia.
Taulbut M, Mackay D, McCarmey G 2018 Cambridge J Econ	Iso-Britannia	Toimeentulo ja aineellinen puute	Kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto koostuu useammasta työttömyyttä koskevasta tilastolähteestä, joista muodostettiin aikasarja.	Tekijät arvioivat, että noin kahden vuoden aikana lähes 800 000 sanktioitua brittiläistä työnhakijaa menetti työttömyysavustuksensa (Jobseeker's Allowance) vähintään neljäksi viikoksi ilman työllisyysvaikutuksia.
Dwyer P 2018 Journal of Social Security Law	Iso-Britannia	Toimeentulo ja aineellinen puute, terveys ja hyvinvointi	Kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimus perustui yhteensä 481 etuudensaajan haastatteluun.	Sanktiot vaikuttivat negatiivisesti etuudensaajien hyvinvointiin ja aiheuttivat materiaalista puutetta, joka näkyi esimerkiksi vuokranmaksuvaikeuksina. Sanktioiden taustalla oli tietopuutteita etuuksien valvontavuusäännoistä. Hyväntekeväisyysjärjestöjen ja sosiaalisten verkostojen tuki kompensoi etuusmenetyksiä.
Schreyer F, Zahradnik F, Götz S 2012 Sozialer Fortschritt	Saksa	Toimeentulo ja aineellinen puute, terveys ja hyvinvointi, poiskäännyttäminen palveluista	Kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimuksen haastatteluihin osallistui yhteensä 15 nuorta työntöntä, jotka olivat joutuneet etuussanktioiden kohteeksi.	Sanktiot olivat yhteydessä velkaantumiseen ja aineelliseen puutteeseen. Lisäksi ne vaikuttivat alentavasti työttömän hyvinvointiin. Sanktiot lisäsivät myös riskiä omaisuusrikoksille ja pimeälle työlle. Sanktioiden seurauksena osa työttömistä ei enää halunnut osallistua työvoimapoluihin.
Wright S, Fletcher D, Stewart A 2020 J Soc Policy	Iso-Britannia	Toimeentulo ja aineellinen puute, terveys ja hyvinvointi, poiskäännyttäminen palveluista	Kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimukseen osallistui 65 työttömyysavustuksen piirissä olevaa henkilöä.	Sanktiot aiheuttivat psyykkisiä oireita kuten pelkoa, masennusta ja ahdistusta. Lisäksi sanktiot olivat yhteydessä köyhyteen ja materiaalliseen puutteeseen. Kokemus sanktioiden epäoikeudenmukaisuudesta aiheutti vastarintaa jossain etuudensaajissa. Osa jättäytyi etuusjärjestelmän ulkopuolelle kokonaan.
Loopstra R, Reeves A, Taylor-Robinson D, ym. 2015 BMJ Open	Iso-Britannia	Toimeentulo ja aineellinen puute	Kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto koostui eri ruokahäpäpalveluita ja työttömiä koskevista tilastolähteistä.	Ruoka-avun lisääntyneen käytön oli yhteydessä työttömyysetuksien sanktiointiin.
Loopstra R, Fledderjohann J, Reeves A, ym. 2018 J Soc Policy	Iso-Britannia	Toimeentulo ja aineellinen puute	Kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto koostui eri ruokahäpäpalveluita ja työttömiä koskevista tilastolähteistä.	Ruoka-avun lisääntyneen käytön ja työttömyysetuksien sanktioinnin yhteys ei ollut selitettävissä alueen työttömyysasteella, vaan etuusmenetyksien aiheuttamalla puutteella.

Machin S, Marie O 2006 Portuguese Economic Journal	Iso-Britannia	Toimeentulo ja aineellinen puute	Kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto koostui työttömyysavustuksen saajia koskevista tilastotiedoista ja alueellista rikostilastoista.	Sanktioääntöjen tiukentuminen ja sanktioiden määrän kasvu lisäsi omaisuuteen kohdistuvaa rikollisuutta.
Löwe P & Unger S 2022 J Soc Policy	Saksa	Toimeentulo ja aineellinen puute	Kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto koostui työttömyysetuutta (UB II) nostavista työttömistä (n=7951).	Työttömiin kohdistunulla etuussanktioilla oli pieni, mutta ei tilastollisesti merkitsevä yhteys etuudensaajan kokemaan aineelliseen puutteeseen. Tekijät selittävät tuloksia etuudensaajien mahdollisuuksilla sopeutua sanktioiden aiheuttamiin menetyksiin, niiden pienellä vaikutuksella kotitalouden kokonaistuloihin ja/tai kansalaisjärjestöjen sekä sosiaalisten verkostoiden tarjoamalla hätäavulla.
Honkanen P 2011 Hyvinvointikatsaus	Suomi	Toimeentulo ja aineellinen puute	Kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto muodostettiin Kelan rekisteriaineiston, THL:n toimeentulotutkimuksen ja Tilastokeskuksen tulonjakotilaston tiedoista.	Työttömyysetuuden menettämiseen johtaneiden karenssilauseumien kasvulla oli yhteys tulottomien kotitalouksien lisääntymiseen.
Korpela T, Raitila S 2020 Teoksessa Ojista allikkoon? Toimeentulotutkimuksen ensi metrit	Suomi	Toimeentulo ja aineellinen puute	Kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto muodostettiin Kelan etuusrekisteristä. Aineisto koostui henkilöistä, jotka kuuluivat perustoimeentulotuen piirissä olevaan kotitalouteen ja joilla ei ollut tuloa ensisijaisia etuuksia eikä ansiotuloja.	Työttömyysetuuden menettämiseen johtavilla karenssilauseunnoilla oli yhteys ensisijaisen etuuden puutteeseen.
Barnes MC, Gunnell D, Davies R, ym. 2016 BMJ Open	Iso-Britannia	Terveys ja hyvinvointi	Kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimuksen haastatteluihin osallistui 19 henkilöä, jotka olivat olleet sairaalahoitossa itsetuhoisuuden seurauksena.	Sosiaalietuuksien sanktiointi ja muut sosiaaliturvaa koskevat heikennykset olivat yhteydessä itsetuhoisuuteen.
Cheetham M, Moffatt S, Addison M ym. 2019 BMJ Open	Iso-Britannia	Terveys ja hyvinvointi	Kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimuksen haastatteluihin osallistui 33 Universal Credit -yleisetuuden saajaa ja 37 eri työttömiä avustavien järjestöjen työntekijää.	Pelko sanktioista ja niiden aiheuttamista etuusmenetyksistä heikensi työttömien mielenterveyttä ja hyvinvointia.
Mehta J, Taggart D, Clifford E, ym. 2020 Disabil Soc	Iso-Britannia	Terveys ja hyvinvointi	Kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimukseen osallistui 15 työkyvyttömyysetuuden (Employment and Support Allowance) piirissä olevaa henkilöä.	Sanktioinnin uhka ja niiden toimeenpano alensivat etuudensaajien hyvinvointia ja terveyttä. Sanktiointijärjestelmän epäselvyys ja arvaamattomuus syvensivät näitä vaikutuksia.
Wright S & Dwyer P 2022 J Soc Policy	Iso-Britannia	Terveys ja hyvinvointi, poiskäynnynnäminen palveluista	Kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin haastattelemalla 58:aa UC-yleisetuuden saajaa.	Ansiotyötä tekevät UC-yleisetuuden saajat kokivat sosiaalietuuksien ankarat velvoitteet ja sanktiot tarkoituksenvastaisena kokoaikaisen ja pysyvemmän työllistymisen kannalta. Näin ollen työnhakijat sitoutuivat heikommiin työvoimapalveluihin. Ankarat velvoitteet ja sanktioiden uhka aiheuttivat pelkoa ja stressiä työnhakijoissa.

Redman J 2020 Sociol Res Online	Iso-Britannia	Terveys ja hyvinvointi	Kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimukseen osallistui 20 nuorta työnhakijaa, jotka olivat saaneet sanktion.	Sanktiot aiheuttivat häpeän kokemuksia niiden kohteeksi joutuneissa työnhakijoissa. Taustalla oli toisaalta kokemus kyvyttömyydestä täyttää etuusjärjestelmän velvoittavuuden vaatimuksia. Toisaalta häpeää tuottivat selviytymiskäsit (esim. kerjääminen), joihin etuusmenetykset pakottivat etuudensaajia.
Williams E 2021 Soc Policy Adm	Iso-Britannia	Terveys ja hyvinvointi	Kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto muodostettiin brittiläisen työvoimatutkimuksen (Labour Force Survey) ja alueiden sanktiointia-astetta koskevista tilastotiedoista.	Työttömyysvustuksen sanktioinnilla oli yhteys työttömiin kokemuksiin ahdistuneisuudesta ja masennuksesta.
Williams E 2021 J Soc Policy	Iso-Britannia	Terveys ja hyvinvointi	Kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto muodostettiin työttömyysvustuksen sanktiointia-astetta ja SSRI-lääkkeiden käyttöä koskevien aineistojen tiedoista.	Työttömyysvustuksen korkeampi sanktiointia-aste oli yhteydessä SSRI-lääkkeiden käytön kasvuun alueella.
Dwyer P, Scullion L, Jones K, ym. 2020 J Soc Policy	Iso-Britannia	Terveys ja hyvinvointi	Kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimukseen osallistui 207 sosiaalietuuskäyttäjää, joilla oli ollut mielenterveysongelmia.	Sosiaaliturvan tiukka velvoittavuus sanktioinnin aiheutti uusia ja syvensi olemassa olevia mielenterveysongelmia etuudensaajilla.
Arni P, Lalive R, Van Ours J 2013 J Appl Econ	Sveitsi	Poiskäännyttämisen palveluista	Kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto muodostettiin sosiaalietuuskäyttäjien ja työllisyystietojen koskevista rekisteritiedoista.	Vaikka sanktiointi oli yhteydessä nopeampaan työllistymiseen, se myös lisäsi siirtymää työvoiman ulkopuolelle.
Busk H 2016 Labour Econ	Suomi	Poiskäännyttämisen palveluista	Kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto muodostettiin TE-hallinnon URA-asiakaspalvelujärjestelmän, Eläketurvakeskuksen, Finanssivalvonnin ja KELAn rekisteritiedoista.	Karensit lisäsivät työllistymisen todennäköisyyttä, mutta myös siirtymää työvoiman ulkopuolelle. Sanktiointi oli yleisempää nuoremmilla ja matalasti koulutetuilla työttömällä. Ansoituruulla olevat maahanmuuttajat joutuivat todennäköisemmin sanktioinnin kohteeksi.
Hofmann B 2016 Jahrb Natl Okon Stat	Saksa	Poiskäännyttämisen palveluista	Kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto muodostettiin Saksan työvoimahalinnon työttömyyttä, työllisyyttä ja sanktiointia koskevista rekisteritiedoista.	Sanktiointi lisäsi työvoiman ulkopuolella vietettyä aikaa työttömällä.
Van den Berg G, Uhlendorff A, Wolff J 2022 Economica	Saksa	Poiskäännyttämisen palveluista	Kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto muodostettiin työttömyyttä, työllisyyttä ja sanktiointia koskevista rekisteritiedoista.	Työttömiin sanktiointi lisäsi työvoiman ulkopuolella vietettyä aikaa nuorilla yksin a suvulla miehillä.
Malmberg-Heimonen I, Vuori J 2005 Eur J Soc Work	Suomi	Poiskäännyttämisen palveluista	Kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimukseen kyse-lyihin osallistui 672 työtöntä työnhakijaa.	Työnhakuvaiheiden mielenterveyttä kohentavat vaikutukset olivat heikompia työttömällä, joihin kohdistui sanktioita, verrattuna palveluihin vapaaehtoisesti osallistuneisiin.
Beck V 2018 Work Employ Soc	Iso-Britannia	Poiskäännyttämisen palveluista	Kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin havainnoimalla kolmannen sektorin työllistämispalvelun asiakaspalveluilanteita ja haastatteleamalla työnhakija-asiakkaita.	Työttömiin etuudensaajien käytäytymisvelvoitteet ja sanktioiden tiukka rajoittivat työttömiin omaehtoisia toimintaa ja valinnanvapautta palvelujärjestelmässä, minkä seurauksena he sitoutuivat heikommin palveluihin ja kieltäytyivät herkemmin yhteistyöstä työvoimaviranomaisten kanssa.

Fletcher DR, Flint J 2018 Crit Soc Policy	Iso-Britannia	Poiskäännyttyminen palveluista	Kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto kerätään haastattelemalla etuudensaajia, joilla oli rikostaustaa (n=57).	Kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto kerätään haastattelemalla saksalaisia ja norjalaisia nuoria, joilla oli kokemusta työttömyydestä tai epävakasta työsuhteista (n=19).	Sosiaaliturvan ankara velvoittavuus sanktioineen lisäksi epäluottamuks- ta palvelujärjestelmää kohtaan.
Assmann M-L, Tolgensbakk I, Vedeler J, ym. 2021 Soc Policy Adm	Saksa, Norja	Poiskäännyttyminen palveluista	Kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto kerätään haastattelemalla saksalaisia ja norjalaisia nuoria, joilla oli kokemusta työttömyydestä tai epävakasta työsuhteista (n=19).	Kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto kerätään haastattelemalla saksalaisia ja norjalaisia nuoria, joilla oli kokemusta työttömyydestä tai epävakasta työsuhteista (n=19).	Saksassa sanktiointi oli yhteydessä asiaskontaktin menettämiseen työvoimapaaluissa.
Verho J, Hämälinen K, Kanninen O 2022 Am Econ J Econ Policy	Suomi	Poiskäännyttyminen palveluista	Kaltaistamistutkimus perustulokokeiluun 2017–2018 osallistuneista työttömistä työnhakijoista verkkokeihin nähden. Rekisteriaineistot eri viranomaisilta, mm. työ- ja elinkeinoministeriöltä, Kelalta ja Eläketurvakeskuksesta.	Kaltaistamistutkimus perustulokokeiluun 2017–2018 osallistuneista työttömistä työnhakijoista verkkokeihin nähden. Rekisteriaineistot eri viranomaisilta, mm. työ- ja elinkeinoministeriöltä, Kelalta ja Eläketurvakeskuksesta.	Perustulonsaajat osallistuivat vertaailuryhmään nähden lähes yhtäläisesti aktiivintalveluihin ja työnhakusunnitelmiin tekoon, vaikka saivat perustuloa vastikkeetta. He saivat hieman enemmän sanktio- lausuntoja työmarkkinatuen työnhakijavolvollisuksien täyttämistä jättämisestä.
Aho S, Pitkänen S, Vantaja M 2012 Työ- ja elinkeinoministeriön julkai- suja	Suomi	Poiskäännyttyminen pal- veluista, kohdentuminen	Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimuksessa hyödynnettiin niin nuoria työnhakijoita koskevia rekisteriperusteisia ti- lastroaineistoja kuin nuorille, oppilaitoksille ja työvoimaviranomaisille suunnattuja kyselyitä ja haastatteluja.	Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimuksessa hyödynnettiin niin nuoria työnhakijoita koskevia rekisteriperusteisia ti- lastroaineistoja kuin nuorille, oppilaitoksille ja työvoimaviranomaisille suunnattuja kyselyitä ja haastatteluja.	Sanktioinnin uhka laski nuorten motivaatiota osallistua työvoimapa- lveluihin. Työmarkkinatuokkeuden menettäminen kouluttautumisel- voitteen seurauksena oli yleisempää nuorilla ilman ylioppilastutkintoa verrattuna ylioppilastutkinnon suorittaneisiin nuoriin.
Uusikangas S, Huilamo H 2020 Nuorisotutkimusseuran julkaisuja	Suomi	Poiskäännyttyminen pal- veluista, kohdentuminen	Kvantitatiivinen tutkimus, jossa käytettiin TE-hallinnon URA-rekisteriaineistoa.	Kvantitatiivinen tutkimus, jossa käytettiin TE-hallinnon URA-rekisteriaineistoa.	Sanktiointiriski oli korkeampi peruskoulun varassa olevilla, maahan- muuttajilla ja muilla nuorilla henkilöillä, joiden etäisyys työmarkki- noihin oli suurempi.
Heikkilä M, Lahti T 2000 Sosiaali- ja terveystieteiden selvityksiä	Suomi	Kohdentuminen	Kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimuksessa on käytetty TE-hallinnon, sosiaali- ja terveysti- ministeriön ja Kelan rekistereistä koottuja tilastoaaineistoja.	Kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimuksessa on käytetty TE-hallinnon, sosiaali- ja terveysti- ministeriön ja Kelan rekistereistä koottuja tilastoaaineistoja.	Työvoimapolitiittiset karenssit olivat yleisempiä työmarkkinatukea ja peruspäivärahaa saaneilla kuin ansiosidonnaista työttömyysturvaa saaneilla. Lisäksi karenssit kohdistuivat useammin matalasti koulu- tuille ja pitkään työttöminä olleille.
Veilahti A 2020 Tooksessa Ojista allikkoon? Toimeen- tulotukiudistuksen ensi metrit	Suomi	Kohdentuminen	Kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimuksessa käytetään aineistot muodostettiin Kelan etuusrekisterin niistä henkilöistä, jotka olivat saaneet vähintään neljä kuukautta toimeen- tulotukea.	Kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimuksessa käytetään aineistot muodostettiin Kelan etuusrekisterin niistä henkilöistä, jotka olivat saaneet vähintään neljä kuukautta toimeen- tulotukea.	Hakijoiden mielentilanteeseen liittyviä seikkoja ei ollut aina otettu huomioon toimeentulotuen perusosan alentamisratkaisussa tehtäessä. Yksinhuoltajaperheet saivat alentamis päätöksen lähes yhtä usein verrattuna muihin lapsiperheisiin. Kipu- ja psykoosilääkkeiden käyttö vähensi, mutta aiempi psykoottisuuteen tai harhaluuloisuuteen liittyvä sairauspäivärahausasi lisäksi todennäköisyyttä toimeentulotuen alentamiselle.
Heikkilä M, Lahti T 2001 Sosiaali- ja terveystieteiden selvityksiä	Suomi	Kohdentuminen	Kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimuksen aineis- tonia käytetty karenssin saaneiden kirjoit- tamina välineinä ja sosiaalitoimen asiakasasia- kirjoja sekä työvoima- ja sosiaalitoimistojen viranhaltijoiden haastatteluina.	Kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimuksen aineis- tonia käytetty karenssin saaneiden kirjoit- tamina välineinä ja sosiaalitoimen asiakasasia- kirjoja sekä työvoima- ja sosiaalitoimistojen viranhaltijoiden haastatteluina.	Työstä eroamisesta annetun karenssin taustalla havaittiin olevan koet- tua työttömyyden ja muita psyykkisiä vaikeuksia. Sosiaalitoimittajat pidättäytyivät toimeentulotuen perusosan alentamisesta erityisesti lapsiperheiden ja taloudellisesti vaikeuksissa olevien etuudensaajien kohdalla.
Reeve K 2017 J Poverty Soc Justice	Iso-Britannia	Kohdentuminen	Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimus perustui kodittomille henkilöille suunnattuun kyselyyn (n=1013) ja heidän haastatteluihin (n=42).	Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimus perustui kodittomille henkilöille suunnattuun kyselyyn (n=1013) ja heidän haastatteluihin (n=42).	Kodittomille suunnatuissa asumispaaluissa asuvilla työnhakijoilla todettiin merkittävä riski joutua sanktioinnin kohteeksi, koska heillä oli heikkommat taloudelliset ja toimintakyvylliset edellytykset täyttää sosiaalietuuksien velvoittavuusvaatimuksia.

Reeves A, Loopstra R 2017 Soc Policy Soc	Iso-Britannia	Kohdentuminen	Kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto koostui työttömyysavustuksen saajia koskevista alueellista tilastotiedoista.	Työttömyysavustuksen sanktiointi oli yleisempää niillä alueilla, joilla asui enemmän yksinhuoltajia ja työkyvyttömiä etuudensaajia.
Palola E, Hannikainen-Ingman K, Karjalainen V 2012 Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja	Suomi	Kohdentuminen	Kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimuksen ryhmä- ja yksilöhaastatteluihin osallistui nuoria sosiaalitoimen asiakkaita, sosiaalityöntekijöitä sekä työelämän ja koulutuksen ulkopuolella oleville nuorille suunnattujen palveluiden työntekijöitä.	Epätietoisuus työnhakijan velvoitteista ja toimeentulotuen säännöistä oli yhteydessä tuen alentamisen harkinnan kohteeksi joutumiselle.
Ylikännö M 2017 Teoksessa Harkittu, tutkittu, avoin	Suomi	Kohdentuminen	Kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimuksen aineisto koostui Ylen nettisivuilta kerätystä työttömien työnhakijoiden TE-palveluita koskevista kommentista.	Karenssin saaneilla työttömillä työnhakijoilla esiintyi epätietoisuutta siitä, miksi he olivat saaneet karenssin.
Kauhanen M, Ojala S, Mäkinen N, ym. 2022 Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja	Suomi	Kohdentuminen	Kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin TE-toimiston työntekijöille ja työnhakija-asiakkaille suunnatuilla kyselyillä.	Työnhakijoilla havaittiin vaikeuksia saada varmistettua tietoa siitä, miten heidän eri valintansa palvelujärjestelmässä vaikuttivat karenssin määrääytymiseen. Karenssijärjestelmää pidettiin vaikeasti ennakkoitavana.
Boockman B, Thomsen S, Walter T 2014 IZA J Labor Policy	Saksa	Kohdentuminen	Kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto koostui työttömiä etuudensaajia ja sosiaalitoimistoja koskevista rekisteritiedoista ja heille kohdistetuista kyselyistä.	Sosiaalitoimistojen välillä havaittiin merkittäviä eroja sanktioiden käyttöasteessa. Eroja selittivät toimistojen erilaiset aktivoitstrategiat.
Caswell D, Høybye-Mørttensen M 2015 Eur J Soc Secur	Tanska	Kohdentuminen	Kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin haastattelemalla työvoimatoimiston henkilökuntaa (n=18).	Työvoimatoimistojen sanktiomääräm vaikuttivat toimistojen erilaiset byrokraattiset käytännöt ja toimintakulttuurit.
Torsvik G, Molander A, Terum L 2022 Int J Soc Welf	Norja	Kohdentuminen	Kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimuksen kyselyaineisto koostui 901:sta Norjan työ- ja hyvinvointihallinnon asiakastyöntekijästä (Norwegian Labour and Welfare Administration).	Asiakastyöntekijöiden sanktiointipäätöksiin vaikutti se, kuinka vastuullisena he pitivät työnhakijaa käyttäytymisvaatimusten rikkomisesta.
Fekjaer S, Rasmussen E, Terum L 2022 Soc Policy Adm	Norja	Kohdentuminen	Kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimuksen kyselyaineisto koostui 824:sta Norjan työ- ja hyvinvointihallinnon asiakastyöntekijästä.	Työntekijät suhtautuivat eri tavoin sairaiden työnhakijoiden aktivointiin. Jos työntekijä piti sairaiden työnhakijoiden aktivointia haastavana, hän oli muita työntekijöitä vähemmän halukas sanktioimaan heitä.
Gschwind L, Ratzmann N, Beste J 2022 Soc Policy Adm	Saksa	Kohdentuminen	Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimuksen kyselyaineisto koostui noin 23 000:sta työttömyysetuuden saajasta, joiden lisäksi haastateltiin mm. työvoimatoimistojen henkilökuntaa ja maahanmuuttaja-asiakkaita (n=105).	Maahanmuuttaja-asiakkaita koskevia sanktiointipäätöksiä ohjasivat työntekijöiden arvot siitä, kuinka kauan etuudensaajia oli asunut maassa ja miten hän oli sopeutunut. Lisäksi maahanmuuttajaryhmiin liitetty stereotyyppit ohjasivat sanktiointipäätöksiä. Työntekijät sanktioivat vähemmän äskettäin maahan saapuneita ja kansainvälisen suojelun tarpeessa olevia maahanmuuttajia.

Vilhena S 2021 Eur J Soc Work	Norja	Kohdentuminen	Kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto kerätään ha- vainnolla asiakaspalveluiltaiteita Norjan työ- ja hyvinvointihallinnossa ja haastattele- malla asiakastyöntekijöitä (n=12).	Sanktiointipäätöksiin vaikuttivat arviot työnhakijan työnhakuasen- teesta, henkilökohtaisista toimintavalmiuksista ja mahdollisuuksista vaikuttaa omaan työllisyyteensä. Jos työntekijä arvioi etuudensaajan yhteistyöhaluttomaksi tai vastuulliseksi omasta työttömyydestään, häntä sanktioitiin todennäköisemmin. Sanktiointia välteltiin, jos etuudensaaja oli sairas ja siten kyyrytön täyttämään velvoittavuusvaa- timukset.
Gjertsoe HM 2022 Eur J Soc Work	Norja	Kohdentuminen	Kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin haastatteleamalla Norjan työ- ja hyvinvointi- hallinnon asiakastyöntekijöitä (n=27).	Sanktiointipäätöksiä ohjasi työntekijöiden harkinta siitä, miksi etuu- densaaja jätti velvoittavuusvaatimukset täyttämättä. Terveysongelmissa tai kärsiviä työkyvyttömyysetuuksien saajia sanktioitiin harvemmin kuin viimeksi mainittuja etuusia, joihin sovellettiin tiukempia velvoittavuusvaatimuksia.
Senghaas M 2021 Soc Policy Soc	Saksa	Kohdentuminen	Kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin haastatteleamalla työvoimatoimistojen henkilö- kuntaa ja työnhakijia-asiakkaita.	Työnhakijan ulkonäkö, puhetaapa ja kehonkieli ohjasivat työvoima- viranomaisen tulkintaa työttömän ”kelvollisuudesta” työttömyyse- tuuden kannalta. Tulkinta vaikutti sovellettavien aktivointitoimien ankaruuteen.
Terum L, Torsvik G, Overbye E 2018 J Soc Policy	Norja	Kohdentuminen	Kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimuksen kyselyaineisto koostui 470:sta Norjan työ- ja hyvinvointihallinnon asiakastyöntekijästä.	Työntekijät, joilla oli aiempia kokemuksia aktivointivaatimuksia rikkovista työnhakijoista, olivat vähemmän ankaria sanktioiden käy- tössä. He sanktioivat etenisiin vähemmistöihin kuuluvia työnhakijoita vähemmän verrattuna kantaväestöön.

myysetuuden epäämisen mahdollisuutta (10, 68). Sanktiot vaikuttavat siis kohdentuvan työmarkkinoiden marginaalissa oleville työttömille, joilla on korkeampi köyhyysriski ja heikompi työllistymisennuste. Myös kansainvälisten havaintojen mukaan sanktioituille on usein kasautunut sosiaalista huono-osaisuutta (esim. 53, 56, 69, 70). On perin nurinkurista, että sanktiot kasaantuvat henkilöille, joilla on alhainen toimintakyky ja heikoimmat edellytykset täyttää etuuksien velvoittavuusehtoja.

Sanktioiden kohdentumiseen vaikuttavat myös niin sanotut informaatioloukut. Informaatioloukuissa on kyse siitä, että henkilöllä on väärää tai epätäydellistä tietoa etuuksista ja niihin liittyvistä hallinnollisista menettelyistä (71). Etuudensaajien tietopuutteet velvoittavuussäännöistä esimerkiksi heikon kieli- tai lukutaidon seurauksena lisäävät sanktioinnin riskiä (41, 69). Myös Suomessa on havaittu, että työttömät eivät aina ymmärrä työttömyysturvaan liittyviä veloitteitaan, mikä voi johtaa työttömyysetuussanktioon ja/tai toimeentulotuen perusosan alennukseen (72–74). Työnhakijoiden tietopuutteet ja tulkintavaikkeudet karensisäännöistä ovat myös yhteydessä haluttomuuteen ottaa vastaan osa-aikaista työtä kokoaikaisen työn etsimisen aikana, eivätkä työnhakijat halua ottaa riskiä mahdollisesta työstä eroamisesta seuraavasta karensista (74).

Sanktioiden kohdentuminen riippuu myös työvoimaviranomaisten harkintavallasta ja ”liikumavarasta” sanktiopäätösten teossa. Saksassa ja Tanskassa harkintavallan käyttö sanktioinnissa vaihtelee työvoimatoimistojen toimintakulttuurien mukaan, mikä selittää osaltaan alueellisia eroja sanktioiden määrissä (25, 75). Sanktioiden harkinta perustuu sääntöjen ja toimistokohtaisten käytänteiden ohella viranomaisten subjektiivisiin arvioihin siitä, onko työtön omalla toiminnallaan ansainnut rangaistuksen, minkälainen asenne hänellä on työnhakuun, onko hänen mahdollista vaikuttaa omaan työllistymiseensä tai edesauttaako sanktiointi hänen työnhakuun (76–81). Työvoimaviranomaiset voivat antaa jopa työttömän ulkonäön, puhettavan ja kehonkielen ohjata tulkintaa työttömän ”kelvollisuudesta” työttömyysetuuteen (81).

Norjassa ja Saksassa on havaittu, että viranomaisten harkinta voi myös suojella sairaita, turvapaikanhakijoita tai muuten haavoittuvaisessa

asemassa olevia etuudensaajia sanktioinnilta (77–80, 82). Samoin Suomessa sosiaalityöntekijät ovat yksilökohtaisen harkinnan perusteella ehkäisseet sosiaalityön asiakkaiden toimeentulotuen perusosan alentamista silloin, kun sanktioinnilla ei ole arvioitu olevan työnhakuun kannustavia vaikutuksia esimerkiksi asiakkaan terveydentilan vuoksi (68, 72). Havainnot ovat peräisin ajalta ennen kuin perustoimeentulotuki siirrettiin Kelan toimeenpantavaksi. Tämän niin sanotun Kela-siirron myötä tuensaajien elämäntilanteet on otettu heikommin huomioon perusosan alentamispäätöksissä (10).

### **JOHTOPÄÄTÖKSET: ONKO SANKTIOIDEN KOKONAISUUS OIKEASUHTAINEN?**

Olemme tässä systemaattisessa katsauksessa eritelleet sosiaaliturvan vastikkeellisuuden muita kuin työllisyysvaikutuksia kansainvälistä ja kotimaista tutkimuskirjallisuutta aineistona käyttäen. Olemme tarkastelleet etenkin vahvan vastikkeellisuuden (vrt. 7) eli työikäisen väestön käyttäytymiselle asetettujen ehtojen täyttämättä jättämisestä asetettavien sanktioiden seurauksia. Kirjallisuuteen perustuen olemme jäsentäneet sosiaalietuuksien sanktioinnin vaikutuksia etuudensaajan toimeentuloon, hyvinvointiin ja terveyteen, työvoimapolveluihin osallistumiseen ja kohdentumiseen.

Havaintojemme perusteella sosiaaliturvan sanktiointi liittyy ensinnäkin etuudensaajien toimeentulovaikeuksiin. Sanktiointi saattaa syventää köyhyysriskiä ja materiaalista puutetta perus- ja viimesijaisen turvan varassa olevilla. Sanktiot on yhdistetty vakaviin taloudellisiin seuraamuksiin kuten ylivelkaantumiseen, maksuongelmiin ja kyvyttömyyteen huolehtia perustarpeista (ruoka, lämmitys).

Toiseksi, sanktioilla on terveys- ja hyvinvointiseurauksia. Toimeentuloturvan heikentymisen ohella sanktioinnin aiheuttama stigma ja työttömyyden toiminnan liian ankara ohjaaminen voivat aiheuttaa psykososiaalisia ongelmia, kuten stressiä ja ahdistusta. Sanktiot muodostavat terveyteen kohdistuvan riskin erityisesti jo valmiiksi haavoittuvassa asemassa olevilla, kuten psyykkisesti sairailta henkilöillä. Sanktiot heijastuvat kielteisesti myös vanhemmuuteen ja sitä myötä lasten hyvinvointiin.

Kolmanneksi, sanktiot eivät aina edistä työttömien aktiivointia, vaan päinvastoin ruokkivat

työnhakijoiden epäluottamusta palvelujärjestelmää kohtaan ja voivat heikentää motivaatiota osallistua työllistymistä edistäviin palveluihin. Sanktioinnin seurauksena työvoimaviranomaiset saattavat menettää asiakaskontaktin erityisesti heikossa asemassa oleviin työnhakijoihin.

Neljänneksi, sanktiot ovat ongelmallisia niiden kasautumisen ja kohdentumisen kannalta. Sanktiot kasautuvat erityisesti niille työnhakijaryhmille, joilla on jo ennestään vaikeuksia työllistyä ja heikompi toimintakyky pärjätä työttömyysturvan ”velvoittavuusviidakossa”. Etenkin näiden työnhakijaryhmien kohdalla sanktiot voivat työllistymisen sijaan syventää työttömyyden ja syrjäytymisen kierrettä. Kyseessä ovat kaikkein eniten palvelutarpeessa olevat henkilöt, joiden pääsy koulutus-, sosiaali-, terveys- ja työvoimapolveluihin voi estyä tai viivästyä tai työnhakijan motivaatio hakeutua palveluihin vähentyä sanktioinnin myötä.

Sanktioiden vakavia taloudellisia ja hyvinvointiseurauksia voi selittää mekanismi, joka kytkee köyhyden tiedonkäsittelykapasiteetin heikkenemiseen (83) etenkin perus- ja viimesijaisen turvan varassa olevilla (84): taloushuolet sitovat kognitiivisia resursseja, joita ei enää riitä kuntoutukseen tai työnhakuun. Toimeentulohuolien vaikutusta kognitioon voi verrata unettomuuteen ja vaikutus voi esiintyä kenellä tahansa (83): tämä ”kognitiivinen vero” olisi huomioitava sellaisin poliitiikkatoimin, jotka lisäävät köyhyydestä kärsivien taloudellisia mahdollisuuksia ja siten vapauttavat kognitiivisia resursseja. Työvoimapolitiikan kohdalla tällainen toimi voisi olla velvoittavuuden vähentäminen viimesijaisen turvan saajilla Tanskan mallin tapaan (4, s. 46). Orpon hallitusohjelmassa esitetään pikemminkin päinvastaista.

Kansainväliseen keskusteluun verrattuna havaitsimme myös, että suomalaisesta keskustelusta puuttuu käsitteistöä ja teoreettista ja empiiristä ymmärrystä ilmiöstä, jossa hyvinvointivaltio tuottaa pahoinvointia kansalaisilleen. Suomessa vailla syyperusteista etuutta olevien tulottomien kotitalouksien määrän kasvu indikoi tällaista valtion aiheuttamaa harmia ja institutionalisoi-tua poiskäännyttämistä (12). Kysymmekin, onko Suomen monimutkainen velvoittavuusjärjestelmä enää perusteltavissa perustuslain mukaisella oikeudella työllistymistä edistäviin palveluihin?

Perustuslain mukaan valtiovallan on edistet-



tävä oikeutta työhön ja työllistymistä edistävään palveluun (PL 2 luku 18 §) ja sosiaaliturvaan (2 luku 19 §). Sosiaaliturvan osalta tarkastellaan erikseen oikeutta vähimmäis- ja syyperusteiseen turvaan (19 § 1 ja 2 momentit). Perusoikeuspunninnassa on katsottu, että sosiaalietuuden saamiselle voidaan asettaa ehtoja, joiden tavoite on saattaa etuutta saava henkilö hänen elämäntilanteeseensa sopivan palvelun piiriin sekä edistää hänen työllistymistään. Anna-Kaisa Tuovisen mukaan etuuksia koskevien ”ehtojen on oltava asiallisesti perusteltuja suhteessa etuuden taustalla olevaan sosiaaliseen riskiin”. (85 s. 11.) Myös etuussanktiot ovat perustuslain näkökulmasta hyväksyttäviä. Kotkaksen ryhmän mukaan ”etuuden epäämisen tai heikentämisen [tulee] olla asiallisesti ja vaikutuksiltaan oikeassa suhteessa siihen, minkälaisia työllistymistä edistäviä toimia henkilölle on ollut tarjolla ja mitä hänen syykseen voidaan lukea” (18, s. 57). Toimeentulotuen perusosan alentamistakin pidetään perusoikeuksien mukaisena, koska yksilön katsotaan voivan taata itselleen toimeentulo osallistumalla työhön tai työvoimapolitiittiseen toimenpiteeseen: ”[o]lellista on, että henkilöllä on ollut todellinen mahdollisuus itse hankkia toimeentulonsa” (18, s. 40).

Sanktioiden kielteisten hyvinvointi- ja kohdentumisongelmien perusteella nykyjärjestelmä ei kuitenkaan onnistu edellytyksessä, jonka mukaan etuuksille asetettujen ehtojen ”täyttämisen tulee olla yksilölle tosiasiallisesti mahdollista” (18, s. 158). Perusoikeuksien toteutumisen näkökulmasta velvoittavuus ja sen toimeenpano on kehkeytnyt raskaaksi järjestelmäksi. Tällöin aktivointipolitiikan mahdollisuudet ehkäistä syrjäytymistä ja edesauttaa työelämään integroitumista heikentyvät. Siksi perusoikeuksien (PL 2 luku 18 §) tosiasialliseen toteutumiseen erillislainsäädännön toimeenpanossa tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota (Työttömyysturvalaki, Laki julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta, Laki toimeentulotuesta). Oikeutta työhön ja työllistymistä edistäviin palveluihin voisi edistää muutoin kuin toimeentuloturvaan kohdistettavan uhkan keinoin sellaisilla väestöryhmillä, joihin velvoittavuus ei ”pure”.

Analyysimme perusteella esitämme yhteiskunnallisesti keskusteltavaksi, missä kulkevat liian tiukan velvoittavuuden rajat, ja millä perusteella ja kenellä on oikeus ne määrittellä. Olisi ar-

voitava, palvelevatko rankaiseminen ja sanktiot tosiasiallisesti työvoimapolitiikan ja poliittisen päätöksenteon tavoitteita. Entä kannattaako sanktiot jatkossakin ulottaa viimesijaisiin etuuksiin, kun samaan aikaan tavoitellaan byrokratia-loukkujen purkamista? Juuri vähimmäisturvan saajilla niin informaatio-, byrokratia- kuin taloudellisetkin sosiaaliturvan loukut ovat kaikkein syvimpiä siinä missä ansio- ja perusturva saavia työnhakijoita tukevat verrattain anteliaat sovitellut etuudet (ks. 73). Velvoittavuuskeskusteluun liittyikin ymmärtämättömyyttä nykyisen järjestelmän monimutkaisuudesta ja myös ”ohipuhumista” (86): poliittisessa retoriikassa ”kannustaminen” mielletään velvoitteiksi, kun taas tutkimusymmärryksessä kannustinloukku tarkoittaa tilannetta, jossa etuuskokonaisuus ei kannusta taloudellisesti hakeutumaan töihin.

Velvoittavuus- ja sanktiojärjestelmän eri vaikutuksia tulisi tutkia Suomessa entistä laajemmin (vrt. 87). Sanktioita tulisi arvioida systemaattisesti eri väestöryhmien ja etuudensaajien näkökulmasta, koska sanktioiden kielteisillä vaikutuksilla on taipumus korostua yhteiskunnan marginaalissa olevilla työnhakijoilla, joilla on korkeampi syrjäytymisriski. Toimeenpantujen sanktioiden ohella tulisi tutkia uuden muistutus käytännön uhkavaikutuksia. 2.5.2022 voimaan astuneen lakimuutoksen (HE 167/2021) myötä työnhakijavelvoitteiden laiminlyönnistä seuraa kirjallinen varoitus ennen etuuden epäämistä. Vaikka lakimuutosta on perusteltu työttömyysturvan seuraamusjärjestelmän kohtuullistamisella (88), olisi uudessa tilanteessa tutkittava varoitusten antamiskäytäntöjä ja varoitusten luomaa etuusmenetyksen uhkaa, jolla voi olla ei-toivottuja, työ- ja toimintakykyä alentavia psykologisia vaikutuksia.

## LOPUKSI

Sosiaaliturvan sanktioinnilla on ei-tarkoitettuja, muita kuin työllisyysvaikutuksia, jotka kyseenalaistavat järjestelmän legitimitetin sosiaalisesta riskistä kärsivän työikäisen väestön kannalta. Sanktioita on arvosteltu työmarkkinoiden rakenteellisten ongelmien yksilöimisestä ja siitä, että niiden toimeenpanossa ei huomioida riittävästi työttömien erilaisia edellytyksiä työllistyä avoimille työmarkkinoille (esim. 37). Sanktiot vaarantavat oikeuden riittäväan perusturvaan erityisesti niillä työttömillä, joiden todelliset työl-

listymismahdollisuudet ovat vähäiset. Heille nykyjärjestelmä muodostaa riskin tulla sysätyksi pois työttömyysturvalta ja te-palveluiden piiristä. Työnhakijavelvollisuudet laiminlyönyt toimeentulotuen hakija siirtyy tilanteen pitkittyessä Kelan ilmoituksen perusteella sosiaalitoimen asiakkaaksi. Sanktioinnilla on saatettu tätä ennen lisätä henkilön etäisyyttä työmarkkinoista ja työllistymistä edistävästä palveluista.

Sanktioilla on myös pitkäaikaisvaikutuksia sosiaaliturvaan. Mikäli sanktiolla evätään oikeus ansiosidonnaiseen työttömyysturvaan, ei tältä ajalta kerry eläkettä. Mikäli työttömyydestä työllistytään sanktion vuoksi heikompaan työsuhteeseen, pienempi palkka heikentää samalla työeläkekertymää. Lisäksi nykyinen velvoittavuus- ja sanktiointijärjestelmä kuormittaa työnhakijoita, te-asiantuntijoita ja etuudenmaksajia myös hallinnollisesti: siihen liittyy sekä informaatio- että byrokraloukkuja (74). Paitsi, että työttömän on täytettävä työttömän työnhakijan eri velvollisuudet, työttömyys edellyttää henkilöltä etuus- ja palvelujärjestelmän kytkösten samoin kuin eri etuuksien ehtojen tuntemista. Työttömän kannalta te-palveluiden ja etuuksien maksajien väliset roolit ovat vaikeita hahmottaa ja sosiaaliturvaoikeuksien selvittely esimerkiksi omaehtoisen koulutuksen tai yrittäjyyden kohdalla voi olla vaikeaa (esim. 74). Edelleen, työterveyshuoltoa ei työttömällä ole, vaikka etenkin pitkäaikaistyöttömistä monella on työkykyä heikentävä pitkäaikaissairaus (89).

Työvoimapolitiikka voisi muotoutua hyvin toisenlaiseksi, jos sen lähtökohdaksi otettaisiin työnhakijan valintojen ohjaaminen hienovarai-

sella, toimijuutta vahvistavalla tavalla (vrt. “empowering”, 90). Painopistettä voitaisiin siirtää hienovaraisempaan ”tuuppaamiseen” (vrt. “nudging”) ja kevyempään velvoittavuuteen, esimerkiksi sopimiseen tavoitteista ja tukitoimista ilman velvoittamista. ”Tuuppausta” koskevassa keskustelussa punnitaan, missä määrin valtio saa ylipäänsä puuttua kansalaistensa autonomiaan tai pitää heitä irratioonalsina toimijoina (ks. 90). Työttömyysturvan velvoittavuus- ja sanktiointijärjestelmällä puututaan voimakkaasti ansio- ja perusturvaa tarvitsevan kansalaisen autonomiaan.

Raskaan velvoittavuuden sijaan eritoten koulutukseen ja uusiin taitoihin panostaminen olisi tarkoituksenmukaista, koska pitkään työttömänä oleva väestö on usein matalasti koulutettua. Nyt heihin kohdistuu sanktiointia, kun puutetta on taidoista. Sosiaaliturvan vastikkeellisuuden (ks. 6, 7) tulisi ennen kaikkea edistää sanktioitavien henkilöiden työllistymisedellytyksiä ja palvelunsaantia, ei käännäyttää heitä pois (vrt. 11–13).

#### RAHOITTAJAT:

Tutkimus on osa Koneen Säätiön rahoittamaa ”Työtä vailla olevien työ- ja sosiaaliturvapolut ja työttömyysturvan poiskäännyttävät vaikutukset” -tutkimushanketta.

#### KIRJOITTAJEN KONTRIBUUTIOT:

Mäkinen on vastannut kirjallisuushausta ja valittujen tutkimusten arvioinnista. Mäkinen ja Ojala analysoivat yhdessä tulokset ja kirjoittivat käsikirjoituksen.

**Mäkinen, N., Ojala, S. *The Effects of Benefit Sanctions on Recipients' Livelihood, Health, and Participation in Employment Services: A Systematic Literature Review*. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2024; 61: 122–143.**

Benefit sanctions refer to temporary reductions or interruptions of benefit payments when welfare recipients fail to comply with the conditions for receiving the benefit. So far, the previous research has mainly focused on evaluating the employment effects of the imposed sanctions rather than their broader outcomes. In this systematic review, we provide a thorough analysis and synthesis of evidence from studies examining wider consequences of sanctions, including poverty and material hardship, disengagement from the welfare system, and adverse health outcomes.

Based on the reviewed studies, sanctioning may deepen the risk of poverty and expose benefit claimants to material hardship, such as food insecurity and difficulty in paying bills. Secondly, strict welfare conditionality backed up by tough sanctioning may lead to severe psychosocial problems. Thirdly, sanctioning may damage claimants' motivation to participate in activation measures aimed at improving their employability. Finally, vulnerable societal groups who have difficulties complying with welfare conditionality requirements seem to face an increased risk of sanctioning.

The evaluation of the wider impacts of benefit sanctions has been entirely absent from the Finnish discussion. In the future, the feasibility of imposing sanctions must be evaluated from the perspective of vulnerable population groups dependent on social benefits and public services.

**Keywords:** social security, labour market policy, benefit sanctions, systematic literature review

Saapunut (24.05.2023)  
Hyväksytty (12.11.2023)

## LÄHTEET

- (1) Koistinen P. Työ, Työvoima & Poliitiikka. Tampere: Vastapaino; 2014.
- (2) Kuivalainen S. Toimeentulotuen muuttunut asema. Kirjassa: Kuivalainen S. (toim.) Toimeentulotuki 2010-luvulla. Tutkimus toimeentulotuen asiakkuudesta ja myöntämiskäytännöistä. Helsinki: Raportti 9/2013, Terveystieteiden tutkimuskeskus; 2013, 15–36.
- (3) Serrano A. Reshaping welfare states: Activation regimes in Europe. Kirjassa: Serrano A, Magnusson L. (toim.) Reshaping welfare states and activation regimes in Europe. Bryssel: P.I.E. Peter Lang; 2007, 11–34.
- (4) Immervoll H, Knotz C. How demanding are activation requirements for jobseekers? Paris: OECD Social, Employment and Migration Working Papers No. 215, OECD; 2018. doi: 10.2139/ssrn.3234227
- (5) Esping-Andersen G. The three worlds of welfare capitalism. Cambridge: John Wiley & Sons; 2013.
- (6) Clasen J, Clegg D. Levels and levers of conditionality: measuring change within welfare states. Kirjassa: Clasen J, Siegel N. (toim.) Investing Welfare State. Cheltenham: Edward Elgar; 2007, 166–197.
- (7) Halmetoja A, Saikkonen P, Simanainen M. Sosiaaliturva ja vastikkeellisuus: Tapaustutkimus Suomen perustulokokeilusta. Yhteiskuntapolitiikka 2022;87(5–6):463–474.
- (8) Griggs J, Evans M. Sanctions within conditional benefit systems. A review of evidence. York: Joseph Rowntree Foundation; 2010. Luettu 23.5.2023. <https://www.jrf.org.uk/sites/default/files/migrated/migrated/files/conditional-benefit-systems-full.pdf>
- (9) Björklund L, Hallamaa J. Miten kannustaa ihmisiä työmarkkinoille eettisesti ja kestävästi. Kirjassa: Karjalainen V, Keskitalo E. (toim.) Kaikki työuralle! Työttömien aktiivipolitiikkaa Suomessa. Tampere: Suomen Yliopistopaino; 2013, 150–170.
- (10) Veilahi A. Toimeentulotuen perusosan alentaminen Kelassa. Kohti vastikkeellisempaa perusturvaa? Kirjassa: Korpela T, Heinonen H-M, Laatu M, Raittila S, Ylikännö M. (toim.) Ojista allikkoon? Toimeentulotuki uudistuksen ensi metrit. Helsinki: Kela; 2020, 360–387.
- (11) Määttä A. Perusturva ja poiskäännyttäminen. Helsinki: Tutkimuksia 36, Diakoniammattikorkeakoulu; 2012.
- (12) Määttä A. Perusturvan poiskäännyttelyt. Yhteiskuntapolitiikka 2012;77(2):145–156.
- (13) Hänninen S, Karjalainen J, Lehtelä K-M. (toim.) Pääsy kielletty! Poiskäännyttäminen politiikka ja sosiaaliturva. Helsinki: Stakes; 2007.
- (14) Wright S, Fletcher DR, Stewart A. Punitive benefit sanctions, welfare conditionality, and the social abuse of unemployed people in Britain: Transforming claimants into offenders? Soc Policy Adm 2020;54:278–294. doi: 10.1111/spol.12577
- (15) Dwyer P, Wright S. Universal Credit, ubiquitous conditionality and its implications for social citizenship. J Poverty Soc Justice 2014;22(1):27–35. doi: 10.1332/175982714X13875305151043
- (16) Keen R. Universal Credit: Why are sanction rates higher? House of Commons Library Briefing Paper Number CBP 8410 2018. Luettu 23.5.2023. <http://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-8410/CBP-8410.pdf>
- (17) Loopstra R, Fledderjohann J, Reeves A, ym. Impact of Welfare Benefit Sanctioning on Food Insecurity: A Dynamic Cross-Area Study of Food Bank Usage in the UK. J Soc Policy 2018;47(3):437–457. doi: 10.1017/S0047279417000915
- (18) Kortkas T, Tuovinen A-K, Nykänen E, ym. Sosiaaliset perus- ja ihmisoikeudet sosiaaliturvauudistuksessa. Helsinki: Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2023:12, Valtioneuvoston kanslia; 2023.
- (19) Douglas I, Merinen P, Meling T, ym. Työttömyysturvan menettäminen työvoimapolitiittisesti moitittavan menettelyn takia. Helsinki: TEM-analyysseja 3/2011, Työ- ja elinkeinoministeriö; 2011.
- (20) Alasalmi J, Busk H, Kauhanen A, ym. Työpolitiikka ja työllisyysaste: tutkimukseen perustuvia johtopäätöksiä. Helsinki: Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:33, Valtioneuvoston kanslia; 2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-951-6>
- (21) Sillanpää S. Työttömän työnhakijan oikeus sosiaaliturvaan ja työhön pohjoismaisessa työvoimapolitiikassa. Tampere: Pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto; 2022.
- (22) Halmetoja A, Korpela T. Työttömien määräaikaishaastattelut ovat vaikuttaneet karenssin määrään ja toimeentulotuen tarpeeseen. Kelan tutkimusblogi 14.4.2020. Luettu 23.5.2023. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/5268>
- (23) Van den Berg G, Uhlenhorff, A, Wolff J. The Impact of Sanctions for Young Welfare

- Recipients on Transitions to Work and Wages, and on Dropping Out. *Economica* 2022;89(353):1–28. doi: 10.1111/ecca.12392
- (24) Busk H. Sanctions and the exit from unemployment in two different benefit schemes. *Labour Econ* 2016;42:159–176. doi: 10.1016/j.labeco.2016.09.001
- (25) Boockman B, Thomsen S, Walter T. Intensifying the use of benefit sanctions: an effective tool to increase employment? *IZA J Labor Policy* 2014;3(1):1–19. doi: 10.1186/2193-9004-3-21
- (26) Van den Berg G, Vikström J. Monitoring job offer decisions, punishments, exit to work, and job quality. *Scand J Econ* 2014;116:284–334. doi: 10.1111/sjoe.12051
- (27) Svarer M. The Effect of Sanctions on the Job Finding Rate. Evidence from Denmark. *Economica* 2007;78(312):751–778. doi: 10.2139/ssrn.1012805
- (28) Lombardi S. Threat effects of monitoring and unemployment insurance sanctions - evidence from two reforms. Uppsala: IFAU Working Paper 2019:22, Institute for Evaluation of Labor Market and Education Policy; 2019.
- (29) Arni P, Lalive R, Van Ours J. How effective are unemployment benefit sanctions? Looking beyond unemployment exit. *J Appl Econ* 2013;28:1153–1178. doi: 10.1002/jae.2289
- (30) Van den Berg G, Hofmann B, Uhlendorff A. The Role of Sickness in the Evaluation of Job Search Assistance and Sanctions. Bonn: IZA Discussion Paper No. 9626, Institute for the Study of Labor (IZA); 2016.
- (31) Pattaro S, Bailey N, Williams E, ym. Impact of Benefit Sanctions: A scoping Review of the Quantitative Research Evidence. *J Soc Policy* 2022;51(3):1–43. doi: 10.1017/S0047279421001069
- (32) Brodtkin E. Policy Work: street-level organisations under new managerialism. *J Public Adm Res Theory* 2011;21(1):253–277. doi: 10.1093/jopart/muq093
- (33) Handler J. Social Citizenship and Workfare in the US and Western Europe: from status to contract. *J Eur Soc Policy* 2003;13(3):229–243. doi: 10.1177/09589287030133002
- (34) Dwyer P, Patrick R. Little and large: Methodological reflections from two qualitative longitudinal policy studies on welfare conditionality. *Longit Life Course Stud* 2021;12(1):63–81. doi: 10.1332/175795920X15913557982929
- (35) Fink A. Conducting Research Literature Reviews: From the Internet to the Paper. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc; 2005.
- (36) Hart C. Doing a literature review: Releasing the social science research imagination. Sage Publication, Inc; 1998.
- (37) Karjalainen V, Keskitalo E. Mitä on aktivointi ja aktivointipolitiikka? Teoksessa Karjalainen V, Keskitalo E (toim.) Kaikki työuralle! Työttömien aktiivipolitiikkaa Suomessa. Tampere: Suomen Yliopistopaino; 2013, 7–18.
- (38) Taulbut M, Mackay D, McCartney G. Job Seeker's Allowance (JSA) benefit sanctions and labour market outcomes in Britain, 2001–2014. *Cambridge J Econ* 2018;42:1417–1434. doi: 10.1093/cje/bex088
- (39) Webster D. Briefing: Benefit Sanctions Statistics: JSA, ESA, Universal Credit and Income Support for Lone Parents: November 2017. London: Child Poverty Action Group. Luettu 23.5.2023. <https://www.mostewartresearch.co.uk/wp-content/uploads/2018/05/17-11-Sanctions-Stats-Briefing.pdf>
- (40) Williams E. Punitive welfare reform and claimant mental health: The impact of benefit sanctions on anxiety and depression. *Soc Policy Adm* 2021;55(1):157–172. doi: 10.1111/spol.12628
- (41) Dwyer P. Punitive and ineffective: benefit sanctions within social security. *Journal of Social Security Law* 2018;25(1):142–157. <https://eprints.whiterose.ac.uk/138989/>
- (42) Schreyer F, Zahradnik F, Götz S. Lebensbedingungen und Teilhabe von jungen sanktionierten Arbeitslosen im SGB II. *Sozialer Fortschritt* 2012;61(9):213–20. doi: 10.3790/sfo.61.9.213
- (43) Loopstra R, Reeves A, Taylor-Robinson D, ym. Austerity, sanctions, and the rise of food banks in the UK. *BMJ* 2015;350:1775. doi: 10.1136/bmj.h1775
- (44) Loopstra R, Fledderjohann J, Reeves A, ym. Impact of Welfare Benefit Sanctioning on Food Insecurity: A Dynamic Cross-Area Study of Food Bank Usage in the UK. *J Soc Policy* 2018;47(3):437–457. doi: 10.1017/S0047279417000915
- (45) Machin S, Marie O. Crime and benefit sanctions. *Portuguese Economic Journal* 2006;5:149–165. doi: 10.1007/s10258-006-0010-9
- (46) Löwe P S, Unger S. Welfare Sanctions and Deprivation in Germany: Do First Sanctions Lead to Higher Levels of Deprivation Among the Long-Term Unemployed and Recipients of Basic Income Support? *J Soc Policy*; 2022:1–19. doi: 10.1017/S0047279421000994
- (47) Honkanen P. Perusturvan kasvava aukko. Tulottomien kotitalouksien määrä kasvaa. Helsinki: Hyvinvointikatsaus 2/2011, Tilastokeskus. Luettu 23.5.2023. [https://www.stat.fi/artikkelit/2011/art\\_2011-05-30\\_004.html](https://www.stat.fi/artikkelit/2011/art_2011-05-30_004.html)
- (48) Korpela T & Raittila S. Väliinpuotoajat Kela-siirron jälkeen. Kuinka pitkään ensisijaisia etuuksia paikataan toimeentulotuella. Kirjassa: Korpela T, Heinonen H-M, Laatu M, ym. (toim.) Ojista allikkoon? Toimeentulotukiuudistuksen ensi metrit. Helsinki: Kela; 2020, 388–428. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020090165981>
- (49) Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Perusturvan riittävyyden arviointiraportti 2019–2023. Perusturvan riittävyyden IV arviointiryhmä. Luettu 23.3.2023. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-037-8>
- (50) Vaalavuo M, Haula T, Bakkum B. Nuoret aikuiset, terveys ja toimeentulotuki. Helsinki: Raportti 4/2020, Terveysten ja

- hyvinvoinnin laitos; 2020. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-454-7>
- (51) Barnes M C, Gunnell D, Davies R, ym. Understanding vulnerability to self-harm in times of economic hardship and austerity: a qualitative study. *BMJ Open* 2016;6:e010131. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010131
- (52) Cheetham M, Moffatt S, Addison M, ym. Impact of Universal Credit in North East England: a qualitative study of claimants and support staff. *BMJ Open* 2019;9:e029611. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029611
- (53) Mehta J, Taggart D, Clifford E, ym. "They say jump, we say how high?" conditionality, sanctioning and incentivising disabled people into the UK labour market. *Disabil Soc* 2020;36(5):1–21. doi: 10.1080/09687599.2020.1766422
- (54) Wright S, Dwyer P. In-work Universal Credit: Claimant Experiences of Conditionality Mismatches and Counterproductive Benefit Sanctions. *J Soc Policy* 2022;51(1):20–38. doi: 10.1017/S0047279420000562
- (55) Redman J. The Benefit Sanction: A Correctional Device or a Weapon of Disgust? *Sociol Res Online* 2020;25(1):84–100. doi: 10.1177/1360780419851132
- (56) Dwyer P, Scullion L, Jones K, ym. Work, welfare, and wellbeing: the impacts of welfare conditionality on people with mental health impairments in the UK. *Soc Policy Adm* 2020;54(2):311–26. doi: 10.1111/spol.12560
- (57) Williams E. Unemployment, sanctions and mental health: the relationship between benefit sanctions and antidepressant prescribing. *J Soc Policy* 2021;50(1):1–20. doi: 10.1017/S0047279419000783
- (58) Hofmann B. Short- and Long-term Ex-Post Effects of Unemployment Insurance Sanctions. *Jahrb Natl Okon Stat* 2016;232(1):31–60. doi: 10.1515/jbnst-2012-0105
- (59) Malmberg-Heimonen I, Vuori J. Activation or discouragement – the effects of enforced participation on the success of job-search training. *Eur J Soc Work* 2005;8(4):451–467. doi: 10.1080/13691450500314178
- (60) Beck V. Capabilities and Choices of Vulnerable, Long-Term Unemployed Individuals. *Work Employ Soc* 2018;32(1):3–19. doi: 10.1177/0950017016686028
- (61) Fletcher D. R, Flint J. Welfare conditionality and social marginality: The folly of the tutelary state? *Crit Soc Policy* 2018;38(4):771–791. doi: 10.1177/0261018317753088
- (62) Assmann M-L, Tolgensbakk I, Vedeler J, ym. Public employment services: Building social resilience in youth? *Soc Policy Adm* 2021;55(4):659–673. doi: 10.1111/spol.12649
- (63) Verho J, Hämäläinen K, Kanninen O. Removing Welfare Traps: Employment Responses in the Finnish Basic Income Experiment. *Am Econ J Econ Policy* 2022;14(1): 501–522. doi: 10.1257/pol.20200143
- (64) Aho S, Pitkänen S, Vanttaja M. Nuorten työmarkkinatukioikeus ja koulutukseen hakeutuminen. Työmarkkinatuen saamisen edellytyksenä olevan kouluttautumisvelvoitteen arviointitutkimus. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 3/2012, Työ- ja elinkeinoministeriö; 2012. Luettu 15.8.2023. <https://tem.fi/vuosi-2012>
- (65) Nurminen T, Sihvonen E, Tuovinen A-K. Toimeentuloturvalainsäädännön oletamat ja yksilöiden oikeuksien toteutuminen. *Yhteiskuntapolitiikka* 2023;88(1):62–69. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023021627522>
- (66) Uusikangas S, Hiilamo H. Nuorten aikuisten aktivointi, sanktiot ja poiskäännyttäminen TE-palveluissa. Kirjassa: Määttä M, Souto A-M. (toim.) Tutkittu ja tulkittu Ohjaamo. Nuorten ohjaus ja palvelut integraatiopyörteessä. Helsinki: Verkkojulkaisuja 154, Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura; 2020. Luettu 23.5.2023. [https://www.nuorisotutkimusseura.fi/images/julkaisuja/tutkittu\\_ja\\_tulkittu\\_ohjaamo\\_web.pdf](https://www.nuorisotutkimusseura.fi/images/julkaisuja/tutkittu_ja_tulkittu_ohjaamo_web.pdf)
- (67) Heikkilä M, Lahti T. Työttömyysturvan karensseista ja karenssin saaneista. Tilastollinen selvitys. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2000:7, Sosiaali- ja terveysministeriö; 2000. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504225947>
- (68) Heikkilä M, Lahti T. Työttömyysturvan karenssi. Subjektiviiset tulkinnot ja siirtyminen toimeentulotuolle. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:4, Sosiaali- ja terveysministeriö; 2001. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504226572>
- (69) Reeve K. Welfare conditionality, benefit sanctions and homelessness in the UK: ending the 'something for nothing culture' or punishing the poor? *J Poverty Soc Justice* 2017;25(1):65–78. doi: 10.1332/175982717X14842281240539
- (70) Reeves A, Loopstra R. Set up to fail? How welfare conditionality undermines citizenship for vulnerable groups. *Soc Policy Soc* 2017;16(2):327–338. doi: 10.1017/S1474746416000646
- (71) Harju J, Kanninen O, Karhunen H, ym. Sosiaaliturvan byrokraatialoukut: Suunnitelma satunnaistetusta kenttäkokeesta. Helsinki: Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 25/2019, Valtioneuvoston kanslia; 2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-657-7>
- (72) Palola E, Hannikainen-Ingman K, Karjalainen V. Nuoret koulutuspuodokkaat sosiaalityön asiakkaina. Tapaustutkimus Helsingistä. Raportti 29. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos; 2012. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-632-8>
- (73) Ylikännö M. Työttömät palvelujärjestelmän heittopusseina. Kirjassa: Tuulio-Henrikson A, Kalliomaa-Puha L, Rauhala P-L. (toim.) Harkittu, tutkittu, avoin. Marketta Rajavaaran juhla-kirja. Helsinki: Kela; 2017, 111–130.
- (74) Kauhanen M, Ojala S, Mäkinen N, Kyyrä, T, Pesola H. Palvelujärjestelmän toiminta: osa-aikatyö, tilapäinen työ ja siirtymät



- kokoaikatyöhön. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:25. Valtioneuvoston kanslia. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-032-5>
- (75) Caswell D, Høybye-Mortensen M. Responses from the frontline: How organisations and street-level bureaucrats deal with economic sanctions. *Eur J Soc Secur* 2015;17(1):31–51. doi: 10.1177/138826271501700102
- (76) Torsvik G, Molander A, Terum. The will to sanction: How sensitive are caseworkers to recipients' responsibility when imposing sanctions on non-compliance in a welfare-to-work programme?. *Int J Soc Welf* 2022;31(1):77–85. doi: 10.1111/ijsw.12472
- (77) Fekjær SB, Rasmussen EB, Terum LI. Sanctioning the sick: Do perceptions of activating the sick and diagnosis matter? *Soc Policy Adm* 2022;56(5):726–741. doi: 10.1111/spol.12790
- (78) Gschwind L, Ratzmann N, Beste J. Protected against all odds? A mixed-methods study on the risk of welfare sanctions for immigrants in Germany. *Soc Policy Adm* 2022;56(3):502–517. doi: 10.1111/spol.12783
- (79) Vilhena S. Is it because you can't, or don't want to? The implementation of frontline sanctions in Norwegian social assistance. *Eur J Soc Work* 2021;24(3):418–429. doi: 10.1080/13691457.2020.1713052
- (80) Gjersøe HM. Providing help or restrictions? Frontline workers' understandings of behavioural conditionality for health-related social insurance and social assistance benefit in a joined-up governance context. *Eur J Soc Work* 2022;25(3):430–442. doi: 10.1080/13691457.2021.1934412
- (81) Senghaas M. Street-Level Judgements about Welfare Deservingness: How Jobcentre Advisors Decide about the Individual Mix of 'Support' and 'Demand' in the Delivery of Activation Policies. *Soc Policy Soc* 2021;20(3):385–399. doi: 10.1017/S1474746420000408
- (82) Terum LI, Torsvik G, Overbye E. Discrimination Against Ethnic Minorities in Activation Programme' Evidence from a Vignette Experiment. *J Soc Policy* 2018;47(1):39–56. doi: 10.1017/S0047279417000113
- (83) Mani A, Mullainathan S, Shafir E, ym. Poverty impedes cognitive function. *Science* 2013;341(6149):976–980. doi: 10.1126/science.1238041
- (84) Saari J, Meriluoto L, Behm M. Oman elämänsä asiantuntijat – Selviytyminen viimesijaisella turvalla. Kirjassa: Saari J. (toim.) *Sosiaaliturvariippuvuus. Sosiaalipummit oleskeluyhteiskunnassa?* Tampere: Tampere University Press; 2017, 287–318.
- (85) Tuovinen A-K. Perusoikeusperusta. Esitys parlamentaarisen sosiaaliturvakomitean kokouksessa 24.10.2022. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Luettu 12.2.2023. <https://stm.fi/-/sosiaaliturvakomitea-kasitteli-kokouksessaan-sosiaaliturvan-vaihtoehtoisia-jarjestamistapoja>
- (86) Halmetoja A, Saikkonen P. Sosiaaliturvan vastikkeellisuus ymmärretään usein väärin. Vieraskynä 18.1.2023. Helsingin Sanomat. Luettu 23.5.2023. <https://www.hs.fi/mielipide/art-2000009308915.html>
- (87) Aho S. Tutkimus ja työvoimapolitiikka. Kirjassa: Heiskanen T, Syvänen S, Rissanen T. (toim.) *Mihin työelämä on menossa? Tutkimuksen näkökulmia.* Tampere: Tampere University Press; 2019, 83–138.
- (88) HE 167/2021. Hallituksen esitys eduskunnalle työnhakijan palveluprosessin ja eräiden työttömyysetuuden saamisen edellytysten uudistamista koskevaksi lainsäädännöksi HE 167/2021. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2021/20210167>
- (89) Oivo T, Kerätär R. Osatyökykyisten reitit työllisyyteen – etuudet, palvelut, tukitoimet. Selvityshenkilöiden raportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 43/2018, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö; 2018.
- (90) Schmidt A. Getting Real on Rationality — Behavioral Science, Nudging, and Public Policy. *Ethics* 2019;129:511–543. doi: 10.1086/702970

NIKLAS MÄKINEN  
MA, apurahatutkija  
Tampereen yliopisto  
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

SATU OJALA  
YTT, dosentti, tenure track -tutkija  
Tampereen yliopisto  
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

#### Liite 1. Katsausaineiston tietokannat ja hakuosumien määrä.

Tietokanta	Käyttöliittymä	Hakuosumia*
Academic Search Ultimate, EconLit with Full Text, MEDLINE ja Sociology Source Ultimate	EBSCO	6747
Scopus	Elsevier	2897
Finna	Finna	573
Julkari	Julkari	726
Helda	Helda	54

\*EBSCO:n ja Elsevierin hakuosumia on rajattu kirjallisuuskatsauksen sisäänottokriteerien mukaisesti tutkimuksen julkaisu-  
vuoden (2000–2022), kielen (englanti) ja julkaisutyyppin (vertaisarvioitu artikkeli) perusteella. Finnan, Julkarin ja Heldan hakuosu-  
miin ei ole tehty etukäteen vastaavia rajoituksia. Hakuosumiin sisältyy tutkimuksien kaksoiskappaleita.

## Liite 2. Katsausaineiston haussa käytetyt hakusanat.

<b>EBSCO-hakutermit:</b>
SU(sanction* OR penal* OR punishment* OR punishing OR punitive OR “conditional social welfare” OR “welfare conditionality” OR “benefit conditionality” OR “benefit work conditionality” OR “mandatory employment” OR stick* OR carrot* OR austerity OR “benefit cut*” OR “activation polic*” OR “active labo?r market*” OR “stricter activation” OR “effective activation” OR “activation program*” OR “work incentive*” OR “job search requirement*” OR “monitor* job search” OR “threat effect” OR “monitoring unemployment” OR “effects of welfare program*”) OR TI(sanction* OR penal* OR punishment* OR punishing OR punitive OR “conditional social welfare” OR “welfare conditionality” OR “benefit conditionality” OR “benefit work conditionality” OR “mandatory employment” OR stick* OR carrot* OR austerity OR “benefit cut*” OR “activation polic*” OR “active labo?r market*” OR “stricter activation” OR “effective activation” OR “activation program*” OR “work incentive*” OR “job search requirement*” OR “monitor* job search” OR “threat effect” OR “monitoring unemployment” OR “effects of welfare program*”) OR AB(sanction* OR penal* OR punishment* OR punishing OR punitive OR “conditional social welfare” OR “welfare conditionality” OR “benefit conditionality” OR “benefit work conditionality” OR “mandatory employment” OR stick* OR carrot* OR austerity OR “benefit cut*” OR “activation polic*” OR “active labo?r market*” OR “stricter activation” OR “effective activation” OR “activation program*” OR “work incentive*” OR “job search requirement*” OR “monitor* job search” OR “threat effect” OR “monitoring unemployment” OR “effects of welfare program*”)
AND
SU(“monetary benefit*” OR “incapacity benefit*” OR “financial benefit*” OR “conditional benefit*” OR “income replacement benefit*” OR “social benefit*” OR “cash benefit*” OR “cash incentive*” OR “unemployment benefit*” OR “monetary support” OR “social assistance” OR recipient* OR “welfare recipient*” OR claimant* OR unemployed OR unemployment OR “disability living allowance*” OR “disability benefit*” OR “public assistance” OR “income benefit*” OR “income support” OR “income supplement*” OR “job seeker allowance*” OR “public welfare reform*” OR “monetary incentive*” OR jobless OR “job seeker*” OR “labor force participation” OR “labour force participation” OR “employment program*” OR “basic income” OR “welfare to work” OR “leaving welfare”) OR AB(“monetary benefit*” OR “incapacity benefit*” OR “financial benefit*” OR “conditional benefit*” OR “income replacement benefit*” OR “social benefit*” OR “cash benefit*” OR “cash incentive*” OR “unemployment benefit*” OR “monetary support” OR “social assistance” OR recipient* OR “welfare recipient*” OR claimant* OR unemployed OR unemployment OR “disability living allowance*” OR “disability benefit*” OR “public assistance” OR “income benefit*” OR “income support” OR “income supplement*” OR “job seeker allowance*” OR “public welfare reform*” OR “monetary incentive*” OR jobless OR “job seeker*” OR “labor force participation” OR “labour force participation” OR “employment program*” OR “basic income” OR “welfare to work” OR “leaving welfare”) OR TI(“monetary benefit*” OR “incapacity benefit*” OR “financial benefit*” OR “conditional benefit*” OR “income replacement benefit*” OR “social benefit*” OR “cash benefit*” OR “cash incentive*” OR “unemployment benefit*” OR “monetary support” OR “social assistance” OR recipient* OR “welfare recipient*” OR claimant* OR unemployed OR unemployment OR “disability living allowance*” OR “disability benefit*” OR “public assistance” OR “income benefit*” OR “income support” OR “income supplement*” OR “job seeker allowance*” OR “public welfare reform*” OR “monetary incentive*” OR jobless OR “job seeker*” OR “labor force participation” OR “labour force participation” OR “employment program*” OR “basic income” OR “welfare to work” OR “leaving welfare”)
<b>Elsevier-hakutermit:</b>
TITLE-ABS-KEY(sanction* OR penal* OR punishment* OR punishing OR punitive OR “conditional social welfare” OR “welfare conditionality” OR “benefit conditionality” OR “benefit work conditionality” OR “mandatory employment” OR stick* OR carrot* OR austerity OR “benefit cut*” OR “activation polic*” OR “active labo?r market*” OR “stricter activation” OR “effective activation” OR “activation program*” OR “work incentive*” OR “job search requirement*” OR “monitor* job search” OR “threat effect” OR “monitoring unemployment” OR “effects of welfare program*”) AND TITLE-ABS-KEY ( “monetary benefit*” OR “incapacity benefit*” OR “financial benefit*” OR “conditional benefit*” OR “income replacement benefit*” OR “social benefit*” OR “cash benefit*” OR “cash incentive*” OR “unemployment benefit*” OR “monetary support” OR “social assistance” OR recipient* OR “welfare recipient*” OR claimant* OR unemployed OR unemployment OR “disability living allowance*” OR “disability benefit*” OR “public assistance” OR “income benefit*” OR “income support” OR “income supplement*” OR “job seeker allowance*” OR “public welfare reform*” OR “monetary incentive*” OR jobless OR “job seeker*” OR “labor force participation” OR “labour force participation” OR “employment program*” OR “basic income” OR “welfare to work” OR “leaving welfare”)
<b>Finna-, Julkari- ja Helda-hakutermit:</b>
(sanktio* OR karenss* OR aktivointi* OR (työvoimapolitiittisesti* AND moittittav*) OR työssäolovelvoi* OR (perusosan* AND alentam*)) AND (työtön* OR tyött* OR ansioturva* OR työmarkkinatu* OR toimeentulotu*)



# Keskeisimmät potilasturvallisuutta ja hoidon laatua mittaavat tekijät potilasasiamiesten tilastoinnissa

Potilas- ja asiakasturvallisuuden seuranta on Suomessa epäyhtenäistä, ja se vaikeuttaa potilas- ja asiakasturvallisuuden arviointia. Vaaratapahtumat ja potilasvahingot aiheuttavat inhimillistä kärsimystä sekä merkittäviä kustannuksia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Turvallisuutta koskeva tieto on hajanaista, pirstaleista, ja sitä kerätään epäyhtenäisesti.

Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää keskeisimmät potilasturvallisuutta, ja hoidon laatua mittaavat tekijät. Potilasasiamiehille tulevien yhteydenottojen tilastoinnissa ei ole yhtenäistä kansallista linjaa, vaan kirjaaminen sekä tilastointi toteutetaan monin eri tavoin. Tilastointi perustuu pääosin asiakastapausten eli case-tilastointiin tai yhteydenottomäärien tilastointiin. Potilasasiamiehille tulevien yhteydenottojen sisältöjä tulisi käyttää entistä enemmän potilasturvallisuuden ja hoidon laadun kehittämiseen, edistämään organisaatiossa kerätyn arviointi- ja tilastotiedon käyttöä potilashoidon kehittämisessä. Terveydenhuollossa tätä ei ole riittävästi hyödynnetty.

Kirjallisuuskatsauksen aineisto kerättiin CINAHL-, MEDIC-, PubMed- ja Arto -tietokannoista vuosilta 2015–2023. Lopullinen aineisto koostui 10 alkuperäistutkimuksesta.

Kirjallisuuskatsaus vahvistaa jo olemassa olevaa tietoa potilasturvallisuutta ja hoidon laatua mittaavista tekijöistä. Johtopäätöksenä potilasturvallisuuden varmistamiseen kuuluu digitaalisesta turvallisuudesta huolehtiminen. Sairaaloiden johtajien tuki turvallisen hoitokulttuurin luomisessa on keskeistä. Vuorovaikutuksen ja viestinnän merkitys on oleellinen turvallisuudessa potilaskulttuurissa. Kirjallisuuskatsauksen tuloksia voidaan hyödyntää potilasasiamiesten tilastointiohjelman rakennetta ja sisältöä suunniteltaessa.

**ASIASANAT:** potilas, laatu, turvallisuus, potilasturvallisuus

**RAIJA AUTIO**

## YDINASIAT

- Potilas- ja asiakasturvallisuuden seuranta on Suomessa epäyhtenäistä ja se vaikeuttaa potilas- ja asiakasturvallisuuden arviointia. Potilasasiamiehille tulevien yhteydenottojen tilastoinnissa ei ole yhtenäistä kansallista linjaa, vaan kirjaaminen ja tilastointi tehdään monin eri tavoin.
- Potilasturvallisuuden varmistamiseen kuuluu digitaalisesta turvallisuudesta huolehtiminen. Sairaaloiden johtajien tuki turvallisen hoitokulttuurin luomisessa on keskeistä. Vuorovaikutuksen ja viestinnän merkitys on oleellinen turvallisuudessa potilaskulttuurissa.
- Potilasasiamiehille tulevien yhteydenottojen sisältöjä tulisi käyttää entistä enemmän potilasturvallisuuden ja hoidon laadun kehittämiseen, edistämään organisaatiossa kerätyn arviointi- ja tilastotiedon käyttöä potilashoidon kehittämisessä. Terveydenhuollossa tätä ei ole riittävästi hyödynnetty.
- Jatkotutkimushaasteena tulisi selvittää, millaista tietoa potilasasiamiesten tilastoista on saatavilla sekä miten tätä tietoa voitaisiin käyttää potilasturvallisuuden ja hoidon laadun kehittämiseen.

## JOHDANTO

Terveysthuolto on riskialtis toimiala, jossa voi tapahtua virheitä, jotka johtavat potilaan loukkaantumiseen tai pahimmillaan jopa kuolemaan. Monissa terveydenhuollon järjestelmissä on edetty kohti korkeita luotettavuusperiaatteita hoidon laadun ja turvallisuuden parantamiseksi. (1.) Terveysthuollon turvallisuuden ja laadun parantamiseen on viime vuosikymmeninä kiinnitetty runsaasti huomiota (2). Terveysthuollon laadun osatekijöitä ovat: potilaskeskeisyys, hoidon saatavuus, turvallisuus, tehokkuus sekä lääketieteellinen laatu (3).

Suomen perustuslain (1999/731,19§) mukaan jokaisella on oikeus riittäviin sosiaali- ja terveysthuoltoihin (4). Asiakas- ja potilasturvallisuudesta on säädetty periaatteita ja toimia, jotka varmistavat hoidon ja palveluiden turvallisuuden sekä suojaavat asiakkaita ja potilaita vahingoitumasta. Turvallisuutta edistävien toimien tulee olla näyttöön perustuvia sekä mitattavia. Turvallisuutta edistävät toimet tukevat ammattilaisten mahdollisuuksia tehdä laadukasta työtä. (5.)

Potilas- ja asiakasturvallisuuden seuranta on Suomessa epäyhtenäistä, mikä vaikeuttaa potilas- ja asiakasturvallisuuden arviointia. Vaaratapahtumat ja potilasvahingot aiheuttavat inhimillistä kärsimystä sekä merkittäviä kustannuksia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Turvallisuutta koskeva tieto on hajanaista, pirstaleista ja sitä kerätään epäyhtenäisesti. Tämä aiheuttaa haasteita potilas- ja asiakasturvallisuuden arvioinnissa sekä valvonnassa. (7.)

Potilasasiamiehille tulevien yhteydenottojen tilastoinnissa ei ole yhtenäistä kansallista linjaa, vaan kirjaaminen ja tilastointi tehdään monin eri tavoin. Kumpulán (2020) selvityksen mukaan pääosin tilastointi perustuu asiakastapausten eli case-tilastointiin tai yhteydenottomäärien tilastointiin (6). Potilasasiamiehille tulevien yhteydenottojen sisältöjä tulisi käyttää entistä enem-

män potilasturvallisuuden ja hoidon laadun kehittämiseen terveydenhuollossa.

Potilasasiamiehille tulevat yhteydenotot liittyvät epäilyyn hoitovirheeseen tai potilasvahinkoon. Usein yhteydenottajat ovat kokeneet, että he eivät ole saaneet tarvitsemaansa hoitoa, hoito on pitkittynyt tai sairaus on diagnosoitu väärin. Näiden seurauksena yhteydenottaja epäilee mahdollista potilasvahinkoa. Potilas on voinut kokea epäasiallista kohtelua, esimerkiksi lääkärin tai hoitohenkilökunnan puhe tai käytös on koettu epäasiallisena tai loukkaavana. Potilasasiamiehet saavat runsaasti tietoa terveydenhuollossa tapahtuvista potilasturvallisuutta ja hoidon laatua vaarantavista sekä heikentävistä tekijöistä. Tällä hetkellä tätä tietoa ei hyödynnetä tarpeeksi. Potilasasiamiehen asiantuntijuutta sekä tietoa voidaan käyttää edistämään organisaatiossa kerätyn arviointi- ja tilastotiedon käyttöä potilashoidon kehittämisessä, hyödyntämään vaaratapahtumätietoja henkilöstö- ja potilasturvallisuuden parantamiseksi organisaatiossa sekä potilasasiamies voi puuttua havaitsemiinsa epäkohtiin.

## MENETELMÄT

Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku tehtiin CINAHL-, MEDIC-, PubMed- ja Arto -tietokannoista. Haku rajattiin suomen- ja englanninkielisiin alkuperäistutkimuksiin, jotka on julkaistu 2015–2023. Tiedonhaussa käytetyt hakulausekkeet muodostettiin keskeisistä potilasturvallisuutta ja hoidon laatua kuvaavista hakusanoista. Valinnassa käytettiin seuraavia ennalta määriteltyjä sisäänottokriteereitä PICO-menetelmän mukaisesti: (P=participants/osallistujat) potilas, (I=phenomenon of interest/tutkimusilmiö), potilasturvallisuus, laatu, (Co=context/konteksti), keskeisimmät potilasturvallisuutta ja hoidon laatua mittaavat tekijät. Kirjallisuuskatsauksen keskeisimmät hakusanat on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Tietokanta ja hakusanat.

Tietokanta	Hakusanat
CINAHL	”patient” AND ”quality” AND ”safety”
MEDIC	”patient advocate” AND ”quality” OR ”safety” potilas AND laatu OR turvallisuus
ARTO-tietokanta	”potilas”, ”laatu”, ”potilasturvallisuus”
PubMed	”patient, safety, and quality”

## TULOKSET

Tutkimusten mukaan tehohoitoyksiköt ovat erityisen suuri riskialue lääketieteellisille virheille sekä haittatapahtumille, joita saattaa ilmetä hoidon monimutkaisuuden ja potilaiden vaikean sairauden vuoksi. Lisäksi useat tutkimukset raportoivat haittatapahtumien ja lääkitysvirheiden olevan yleisempiä teho-osastoilla verrattuna muihin sairaalaysiköihin. Tutkimustulokset osoittivat, että potilasturvallisuuskulttuuria tulee parantaa. Tutkimuksissa korostui useita huolenaiheita, joihin lukeutuvat tapahtumaraportointi, syyttelykulttuuri ja työ määrä. Tiimityöskentelyn epäonnistumiset teho-osastoilla ovat edelleen haaste, sillä tapausraportit osoittivat, että tiimiin liittyvät tekijät vaikuttivat 32 %:iin tapauksista. Teho-osaston johdon on oltava mukana potilasturvallisuuskulttuurin parantamisessa kannustamalla työntekijöitä tekemään aloitteita turvallisuuteen liittyen sekä osallistamalla koko tiimi mukaan prosessiin. (8.)

Terveydenhuollon henkilökunta koki, että digitaalinen alusta tarjosi avoimen kanavan kommunikointiin toistuvaa kontaktia tarvitsevien potilaiden kanssa. Digitaalinen alusta tarjoaa joustavuutta yhteydenpitoon, mikä auttaa mielen terveysongelmista kärsiviä potilaita. Näiden potilaiden havaittiin ottavan yhteyttä alustan kautta sulkemisaikojen jälkeen, kun ongelmat olivat akuutimpia tai voimakkaampia. Standardoidut kysymykset automaattisessa sairaushistorian keräämisessä lisäsivät potilasturvallisuutta. (9.) Tekstipohjaiset sähköiset konsultointialustat sekä potilas- ja asiakastietojärjestelmät parantavat perusterveydenhuollon laatua hoidon jatkuvuuden, saatavuuden ja tehokkuuden osalta sekä edistävät potilaiden potilasturvallisuutta (9, 10). Vaaratapahtumien raportointi on keskeisimpiä potilasturvallisuutta parantavia toimia. Raportoinnin tarkoituksena on havaita ongelmat sekä selvittää niiden taustalla olevat syyt, jotta vastaa vaaratapahtuma voidaan jatkossa estää. (11.)

Digitaalinen konsultointi on yleistä, mutta se vaatii henkilökunnalta tieto- ja kyberturvallisuusosaamista. Potilasturvallisuuden varmistamiseen kuuluu myös digitaalisesta turvallisuudesta huolehtiminen. Tietoturvaohjeiden noudattamisen koetaan vaikeuttavan tai hidastavan päivittäistä työtä. Nykyisiä tietoturvaohjeita pidetään raskaina, ja tämä voi johtaa toimintatapoihin, jotka eivät ole tietoturvaohjeiden mukaisia. (12.)

Tietojärjestelmät vaativat pitkän perehdytyksen, ja puutteita on tiedonkulussa eri organisaatioissa toimivien hoitajien välillä sekä hoitajien ja potilaiden välillä (10). Terveydenhuollossa tietotekniikan virheet ovat merkittävä vaaratapahtumien lähde (11, 13). Virheitä ilmoitetaan liian vähän, jopa kolme neljäsosaa tietotekniikan käytön myötä syntyvistä virhetapahtumista olisi ehkäistävissä (11). Epäasianmukaisesti kerätyt, analysoidut ja raportoidut tiedot voivat olla hämmentäviä, harhaanjohtavia ja vahingollisia sekä potilaille että palveluntarjoajille. Potilasturvallisuuden ja hoidon laadun kulttuuri edellyttää tulosten tarkkaa arviointia. On olemassa lukuisia tiedonkeruu- ja päätöksenteon tukityökaluja, jotka auttavat laadunarvioinnissa ja suorituskyvyn parantamisessa. (13, 14.)

Potilasturvallisuuskulttuurin parantaminen terveydenhuollon organisaatioissa vaikuttaa positiivisesti hoidon laatuun ja potilaiden asenteesiin hoitoa kohtaan. Sairaalaajohtajilla on ratkaiseva rooli turvallisen hoitokulttuurin luomisessa. (15.)

Johtavat sairaanhoitajat ovat olennainen osa potilasturvallisuuskulttuurin lisäämisessä, koska he luovat vision ja tavoitteet, jotka sitouttavat organisaation työskentelemään potilasturvallisesti (1). Johtajia tulee rohkaista ammatilliseen yhteistyöhön hierarkioiden vähentämiseksi sekä johtamis- ja tiimityötaitoja tulee kehittää potilasturvallisuuden parantamiseksi (1, 15, 16). Pelko haittatapahtumista ilmoittamisesta, syyttelykulttuuri, epä johdonmukainen reagointi virheisiin, pula henkilöstöstä sekä hallinnollisen tuen puute nousivat potilasturvallisuutta heikentävinä tekijöinä esille. Sairaaloiden johtajien tuki, nopeat ja asianmukaiset vastaukset lääketieteellisii virheisiin, potilasturvallisuuskoulutukset sekä käytäntöjen hiominen edistäisivät potilasturvallisuutta. (15, 16.)

Hoitajilla tulee olla kykyä tehdä yhteistyötä, kommunikoida tehokkaasti eri ammattilaisten välillä sekä viestittää laadukkaasti tarjotakseen laadukasta ja turvallista hoitoa potilaille (1, 16). Kommunikaatiohaasteita esiintyy useimmiten joko hoitajien tai hoitajien ja lääkäreiden välillä. Haasteet liittyivät yleisimmin lääkemääräysten digitaaliseen ja suulliseen kommunikaatioon. Lääkemääräykset, jotka oli annettu lääkärinkieron ulkopuolella, jäivät huomaamatta suullisen kommunikaation puutteen vuoksi. (17.) Vuoro-

vaikutuksen sekä viestinnän merkitys on oleellinen turvallisen potilaskulttuurin luomisessa. Potilasturvallisuuden parantamisesta ISBAR-raportointimenetelmää hyödyntäen on kohtalaista näyttöä, varsinkin kun sitä käytetään viestinnän jäsentämiseen puhelimitse. (18.)

## POHDINTA

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää keskeisimmät potilasturvallisuutta, ja hoidon laatua mittaavat tekijät. Potilasasiamiesten tilastointiohjelman rakennetta ja sisältöä suunniteltaessa tätä tietoa voidaan hyödyntää.

Alkuvuodesta 2024 voimaan astuvassa uudessa laissa potilas- ja sosiaaliasiavastaavista, säädetään raportointivelvollisuudesta sekä velvollisuudesta laatia selvitys potilaiden ja asiakkaiden oikeuksien ja aseman kehityksestä toiminnan järjestäjälle (19). Uuden lain myötä ammattinimike muuttuu potilasiasiavastaavaksi ja sosiaaliasiavastaavaksi.

Kirjallisuuskatsauksen keskeisissä tuloksissa korostuivat esihenkilöiden ja sairaaloiden johtajien tuki turvallisen hoitokulttuurin luomisessa. Lisäksi vuorovaikutuksen sekä viestinnän merkitys on oleellinen turvallisuudessa potilaskulttuurissa. Potilas- ja asiakastietojärjestelmät parantavat perusterveydenhuollon laatua sekä edistävät potilaiden potilasturvallisuutta. Terveystieteiden tietotekniikan virheet ovat merkittävä vaaratapahtumien lähde, johon tulee jatkossa kiinnittää huomiota, huolehtimalla henkilöstön riittävästä tietotekniikka- ja tietoturvakoulutuksesta.

Kirjallisuuskatsaus on tuottanut tietoa potilasasiamiesten tilastoinnin kannalta keskeisistä potilasturvallisuutta ja hoidon laatua mittaavista tekijöistä, joita tilastoinnissa tulee huomioida. Kirjallisuuskatsauksessa saadun tiedon perusteella on edelleen mahdollista kehittää potilasasiamiesten tilastoinnista saatavaa tietoa potilasturvallisuutta ja hoidon laatua parantavaksi. Jatkotutkimushaasteena tulisi selvittää, millaista tietoa potilasasiamiesten tilastoista on saatavilla sekä miten tätä tietoa voitaisiin käyttää potilasturvallisuuden ja hoidon laadun kehittämiseen.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella esitetään seuraavat johtopäätökset:

- Potilasturvallisuuden varmistamiseen kuuluu digitaalisesta turvallisuudesta huolehtiminen. Henkilöstön tulee saada tarvittava

koulutus tietojärjestelmien käyttöön sekä tietoturva- ja tietosuoja-asioihin.

- Sairaaloiden johtajien ja esihenkilöiden tuki turvallisen hoitokulttuurin luomisessa on keskeistä. Henkilöstö tulee voida luottaa esihenkilöiden hallinnolliseen tukeen, jolloin pelko haittatapahtumista ilmoittamiseen ja syytelykulttuuri vähenevät.
- Vuorovaikutuksen sekä viestinnän merkitys on oleellinen turvallisuudessa potilaskulttuurissa. Riittäväällä suullisella kommunikaatiolla voitaisiin ehkäistä virheellisiä lääkityspoikkeamia.
- Potilasasiamiehille tulevien yhteydenottojen sisältöjä tulisi käyttää entistä enemmän potilasturvallisuuden ja hoidon laadun kehittämiseen, edistämään organisaatiossa kerätyn arviointi- ja tilastotiedon käyttöä potilashoidon kehittämisessä. Kirjallisuuskatsauksen tuloksia voidaan hyödyntää potilasasiamiesten tilastointiohjelman rakennetta ja sisältöä suunniteltaessa.

## LÄHTEET

- (1) Stucky C, Wymer J, House S. Nurse Leaders: Transforming Interprofessional Relationships to Bridge Healthcare Quality and Safety. *Nurse Leader* 2022; 20 (5), 375–380.
- (2) Godambe S, Shah R. Patient Safety and Quality Improvement in Healthcare. Springer Cham 2020.
- (3) Lääkäriliitto. Terveystieteiden laatu ja potilasturvallisuus 2022. Luettu 3.4.2023. <https://www.laakariliitto.fi/palvelut/koulutukset/erityispatevytydet/terveydenhuollon-laatu-ja-potilasturvallisuus/>.
- (4) Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- (5) Sosiaali- ja terveysministeriö. Asiakas- ja potilasturvallisuus 2022. Luettu 3.4.2023 <https://stm.fi/asiakas-ja-potilasturvallisuus>.
- (6) Kumpula T. Selvitys sosiaali- ja potilasasiamiestoiminnasta Asiamiestoiminnan tausta, nykytila ja tulevaisuus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020;13. Luettu 13.4.2023. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162500/STM\\_2020\\_13\\_R.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162500/STM_2020_13_R.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- (7) Virkki M, Leskelä R-L, Ikonen T, ym. Potilas- ja asiakasturvallisuuden tilannekuva ja seurantamenettelyt: Ehdotus seurannan mittaristoksi 2021. Luettu 13.4.2023. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163632>.
- (8) Tlili M, Aouicha W, Sahli J, ym. Assessing patient safety culture in 15 intensive care units:

- a mixed-methods study. *BMC Health Services Research* 2022; 22:274, 2–9.
- (9) Eriksson P, Hammar T, Lagrosen S, ym. Digital consultation in primary healthcare: the effects on access, efficiency and patient safety based on provider experience; a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2022; 40 (4), 498–506.
- (10) Saranto K, Kinnunen U-M, Koponen S, ym. Sairaanhoidajien valmiudet tiedonhallintaan sekä kokemukset potilas- ja asiakastietojärjestelmien tuesta työtehtäviin. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 2020; 12 (3), 212–228.
- (11) Palojoki S, Skants N, Reponen E, ym. Vapaaehtoisen vaaratapahtumajärjestelmän kehittäminen korkean kehitysasteen potilastietojärjestelmissä. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 2022; 14(2), 226–242.
- (12) Blek T, Solankallio-Vahteri T. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tieto- ja kyberturvallisuusosaaminen. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 2022; 14(4), 352–363.
- (13) Borycki E, Dexheimer J, Cossio H, ym. Methods for Addressing Technology-induced Errors: The Current State 2016; 30–40.
- (14) MacGillivray T. Advancing the Culture of Patient Safety and Quality Improvement. *Methodist Debakey Cardiovasc j* 2020; 16 (3), 192–198.
- (15) Tenza I, Attafuah P, Abor P, ym. Hospital managers' views on the state of patient safety culture across three regions in Ghana. *BMC Health Services Research* 2022; 22:1300, 2-14.
- (16) Camacho-Rodríguez D, Carrasquilla-Baza D, Dominguez-Cancino K, ym. Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research Public Health* 2022;19, 2–23.
- (17) Syyrilä T. Communication factors contributing to medication incidents in hospitals. 2023. Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto.
- (18) Martin Müller M, Jürgens J, Redaelli M, ym. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open* 2018; 10.1136, 1–10.
- (19) Sosiaali- ja terveysministeriö. Lausuntopyyntö hallituksen esitysluonnoksesta laiksi potilasasiavastaavista ja sosiaaliasiavastaavista 2022. Luettu 13.4.2023. Lausunto – Lausunto-palvelu.

RAIJA AUTIO  
*TtM, Potilasasiavastaava*  
*Pohjois-Savon hyvinvointialue*

# Mikä HPV-rokotuksessa pelottaa — Kuinka saavutetaan parempi rokotekattavuus?

HPV-rokotteen kehittäminen ja käyttöönotto on ollut menestystarina luoden toivoa HPV-infektion ja siihen liittyvien kalliiden ja inhimillistä kärsimystä aiheuttavien sairauksien juurimiseksi maailmasta. Suomessa kaikille lapsille ja nuorille tarjotaan yhdenvertaisesti oikeus HPV-rokotteeseen. Huolimatta Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen ansiokkaasta HPV-rokotustiedotuksesta rokotuskattavuutemme jää EU:n ja WHO:n asettamia tavoitteita selvästi pienemmäksi. Rokotuskattavuudessa on myös huomattavia alueellisia eroja. Korkea rokotuskattavuus olisi kuitenkin ensiarvoisen tärkeää hyvän laumasuojan saavuttamisessa. Tarkoituksellisesti väärän, vailla tieteellistä näyttöä olevan tiedon levittäminen aiheuttaa ymmärrettävää hämmennystä lapsissa, nuorissa ja heidän vanhemmissaan. Terveydenhuollon ammattilaisten, tutkijoiden ja viranomaisten rooli on keskeinen taistelussa disinformaatiota vastaan. Voimme lisätä rokotekattavuutta tehokkaalla vastuullisella viestinnällä, luotettavan tiedon jakamisella ja yhteistyöllä.

**ASIASANAT: Papilloomavirus, HPV-rokote, rokotuskattavuus, disinformaatio**

**KATJA KERO, JORMA PAAVONEN**

## YDINASIAT

- Ihmisen papilloomaviruksen (human papillomavirus, HPV) aiheuttama tautitaakka on suuri.
- Pirmääripreveniolla eradikoidaan tautitaakan aiheuttajavirus ja eliminoidaan tautitaakka.
- HPV-rokotteen tehosta ja turvallisuudesta on enemmän tutkimustietoa kuin yhdestäkään muusta rokotteesta.
- Suomen rokotekattavuus on matalampi kuin muissa Pohjoismaissa ja siinä on suuria alueellisia eroja.
- Ohjaus, neuvonta ja valistus ovat ensisijaiset keinot HPV-rokotusvastaisuuden ja rokotuspeilon poistamiseksi.

## JOHDANTO

Euroopan komission syöväntorjuntaohjelman yksi kärkihankkeista tähtää HPV:n aiheuttamien syöpien hävittämiseen vuoteen 2030 mennessä. Tavoitteena on yli 90 % rokotuskattavuus työillä ja nostaa merkittävästi poikien rokotuskattavuutta.(1) Myös Maailman terveysjärjestön (WHO) tavoitteena on kohdunkaulan syövän eli-

minominen vuoteen 2030 mennessä. WHO nostaa tavoitteissaan esille kolme pääkohtaa: vähintään 90 % tytöistä tulisi olla rokotettuina ennen 15 vuoden ikää, kohdunkaulasyövän seulontaan tulisi olla osallistunut vähintään 70 % naisista ennen 35 vuoden ikää ja uudestaan 45 vuoden iässä ja vähintään 90 % kohdunkaulasyövän esiasteista ja syöivistä tulisi olla hoidettuna (2). Suomessa kansainvälisesti esitettyihin tavoitteisiin reagoitiin perustamalla eri erikoisalojen ammattilaisten HPV-verkosto, joka on pyrkinyt aktiivisesti tuomaan HPV-infektioon liittyvää tietoa niin maallikoille kuin terveydenhuollon edustajille (3,4).

Rokotteisiin liittyvä disinformaatio häiritsee rokotuskattavuutta. Monissa tutkimuksissa on todettu, että tarjoamalla oikeaa tietoa rokotettaville sekä heidän vanhemmilleen voidaan vaikuttaa positiivisesti rokotuskattavuuteen (5,6). Ammattilaisen tulisikin tietää perusasiat HPV-infektiosta, jotta he voisivat vastata vanhempien ja rokotettavien lasten ja nuorten kysymyksiin (Taulukko 1). Terveydenhuollon ammattilaisten tulee lisäksi ymmärtää vanhempien ja rokotetta-

vien lasten ja nuorten mahdolliset huolenaiheet, jotta niihin voidaan helposti reagoida.

Tämän artikkelin tarkoituksena on lisätä ymmärrystä niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat rokotuskattavuuteen ja tarjota keinoja HPV-liitännäisten elämänlaatua heikentävien ja potentiaalisti tappavien tautien juurimiseksi maailmasta.

## HPV-ROKOTTEET

Suomessa on käytössä tällä kaksi HPV-infektioita ennaltaehkäisevää rokotetta: kaksivalenttinen ja yhdeksänvalenttinen. Yhteensä HPV-rokotteita on annettu jo yli 500 miljoonaa annosta (7).

**Kaksivalenttinen rokote** antaa suojaa HPV-tyyppejä 16 ja 18 vastaan sekä osittaista suojaa ristisuojan ansiosta suuren riskin HPV-tyypeiltä 31, 33, 35 ja 45 (8). Kaksivalenttisen rokotteen viralliset käyttöaiheet ovat syöpää edeltävien anogenaalialueen (kohdunkaulan, vulvan, vaginan ja peräaukon) muutosten ja kohdunkaulan syövän sekä peräaukon syöpien ehkäisy.

**Yhdeksänvalenttinen toisen polven HPV-rokote** on tarkoitettu suojaamaan ihmisen papilloomaviruksen tyyppiin 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 ja 58 aiheuttamia sairauksia vastaan. Se tarjoaa suoraa suojaa yleisimpiä suuren riskin HPV-tyyppejä vastaan ja lisäksi se suojaa kondyloomilta. Yhdeksänvalenttisen rokotteen viralliset käyttöaiheet ovat syövän esiastemuutoksiin kuuluvien muutosten ja syöpien ehkäisy naisen sukuelimissä (kohdunkaulassa, ulkosynnyttimissä ja emättimessä), peräaukon syövän esiastemuutosten, peräaukon syöpien sekä kondyloomien ehkäisy miehillä ja naisilla. Yhdeksänvalenttinen rokote on saatavilla Suomessa apteekista lääkärin kirjoittamalla reseptillä.

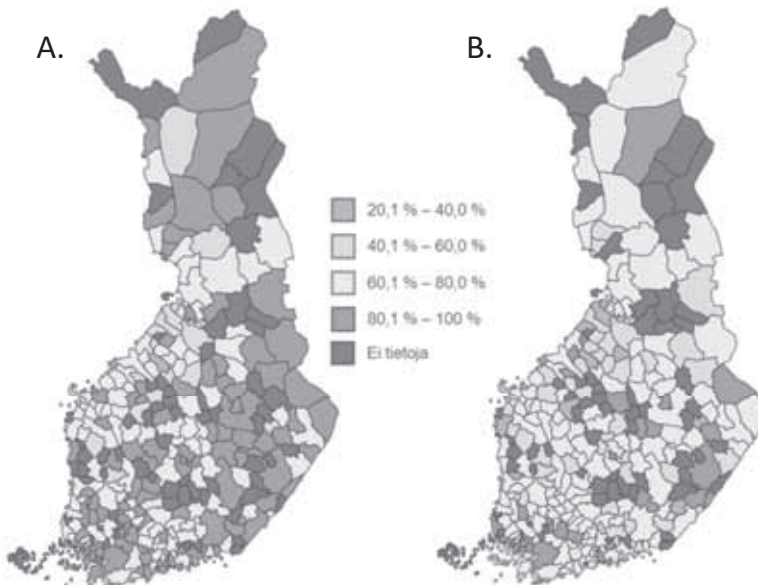
## SUOMEN HPV-ROKOTUSOHJELMA

Suomen kansallisessa rokotusohjelmassa on tällä hetkellä käytössä kaksivalenttinen rokote. Se otettiin käyttöön vuonna 2013 10–12-vuotiaille 5.–6. luokkalaisille tytöille. Vuonna 2020 rokotusohjelmaan lisättiin myös 10–12-vuotiaat 5.–6. luokalla olevat pojat. Jos rokotetta ei ole saanut alakoulussa, voi rokotteen saada myös yläkoulussa, lukiossa tai ammattikoulussa. Yli 15-vuotiaille rokotettaville rokotesuojaan tarvitaan kolme annosta, kun taas alle 15-vuotiaalle riittää kaksi rokotetta.

## SUOMEN ROKOTUSKATTAVUUS

Vaikka Suomen rokotuskattavuus on vuonna 2009 syntyneiden tyttöjen osalta 79 % ja poikien osalta 70 %, se vaihtelee suuresti alueittain (Kuva 1) ja on selvästi matalampi kuin muissa Pohjoismaissa (Kuva 2).

Kuva 1. HPV-rokotuskattavuus kuntatasolla. A.) rokotuskattavuus vuonna 2009 syntyneillä tytöillä. B.) rokotuskattavuus vuonna 2009 syntyneillä pojilla.

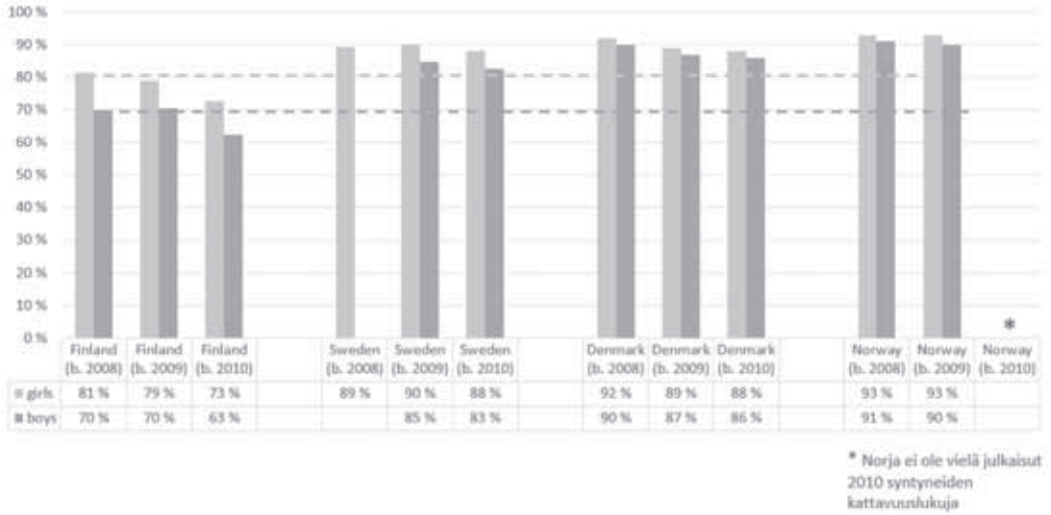


Lähde: Valtakunnallinen rokotusrekisteri



Kuva 2. HPV-rokotuskattavuuslukuja Pohjoismaista.

Kohortit kuuluvat vielä rokotusohjelman ikään, joten data päivittyy vielä (data haettu 09/2023).



Lähteet: THL Rokotuskattavuus Atlas, Barnvaccinationer (folkhalsomyndigheten.se), Statistikk for HPV-vaksinasjon i barnevaksinasjonsprogrammet – FHI, Overvågning i tal, grafer og kort (ssi.dk)

Kansallisesta rokotusohjelmasta huolimatta, merkittävä osa nuorista voi olla ilman HPV-suojaa. Rokotuskattavuus pitäisi saada samalle tasolle kuin muissakin kansallisissa rokotusohjelmissä, sillä hyvä rokotuskattavuus on edellytys laumasuojalle, HPV:n eradikaatiolle ja HPV-tautitaakan eliminoimiselle. (9)

Pohjoismaissa rokotusohjelmat ovat kohdenettu pääasiassa 10–12v. tytöille ja pojille. Ruotsissa alkoi huhtikuussa 2021 mielenkiintoinen kampanja, jossa tarjotaan ensimmäisen kohdunkaulasyövän seulonnan yhteydessä mahdollisuutta saada yksi HPV-rokotus ja tehosteannos kolmen vuoden kuluttua. Tämä konsepti tähtää nopeaan kohdunkaulasyövän eliminaatioon kansallisella tasolla. Tänä vuonna rokote tarjotaan kampanjassa vuosina 1999–1994 syntyneille naisille. (10)

### MITÄ VANHEMMAT JA LAPSET PELKÄÄVÄT?

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan suurimmat syyt rokotevastaisuuteen Euroopassa olivat huoli sivuvaikutuksista sekä epävarmuus ja epäluottamus rokotteesta saadusta tiedosta (11). Tiedonpuute nousi kaikkein suurimmaksi syyksi, mikä haastaa ammattilaisten roolin tiedotuksessa (Kuva 3). Muita syitä voivat olla eettiset ja uskonnolliset syyt liittyen pelkoon seksuaalielämän alkamisen varhaistumisesta. (12)

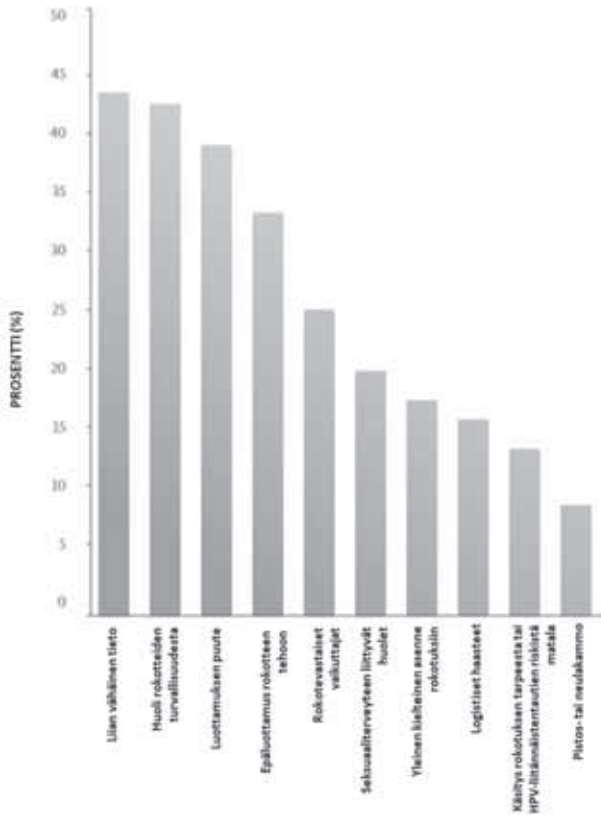
Lasten ja nuorten pelot voivat liittyä pistoskipuun sekä pitkäaikaisiin haittavaikutuksiin. Sosiaalinen media tarjoaa disinformaatiota liittyen HPV-rokotukseen, ja nuoret ovat erityisen herkkiä sosiaalisen median viesteille. (11)

### ROKOTEVASTAISET LIIKKEET

HPV-rokotus on suosittu aihe sosiaalisessa mediassa. Siinä missä rokotemyönteiset viestit raportoivat tutkittuun tietoon perustuvaa informaatiota HPV-infektiosta ja sen aiheuttamasta tautitaakasta rokotevastaiset tahot vetoavat tunteisiin ja sivuuttavat tärkeän totuuden tehokkaan ja turvallisen rokotteen mahdollisuudesta ennaltaehkäistä tappavia syöpiä. (13)

Rokotedisinformaatio eli tarkoituksellisesti väärän, vailla tieteellistä näyttöä olevan tiedon levittäminen aiheuttaa ymmärrettävää hämmennystä lapsissa, nuorissa ja heidän vanhemmissaan. Väärän tiedon uhriksi joutuminen saattaa tapahtua huomaamatta, sillä rokotevastaisuus voi olla naamioituna osaksi tieteellistä keskustelua ja rokotevastaisten tahojen tarkoin valitsemaa ja esittämää atomistista tietoa. (14) Varoittava esimerkki on Tanska, jossa rokotuskattavuus romahti oletettujen haittojen virheellisen uutisoinnin myötä. (15)

Kuva 3. Rokotevastaisuuteen vaikuttavia tekijöitä Euroopassa.



Lähde: Karafillakis, E. HPV vaccine hesitancy in Europe: side effects, uncertainty, and mistrust. HPV World, No. 45

### DENIALISMIN KEINOT DISINFORMAATIOSSA

Denialismi on tyypillistä rokotevastaisissa liikkeissä. Tunnusmerkkejä denialismille ovat salaliittoteoriat, tarkoituksellinen selektiivisyys (”cherry-picking”) lähteisiin vedotessa, vale-eksperttien hyödyntäminen, mahdottomien vaatimusten asettaminen tiedeyhteisölle (”moving goalposts”) jonkun teorian todistamisessa ja argumentointivirheiden käyttö. Salaliittoteorioihin liittyen voidaan esittää, että rokotteita koskevia tutkimustietoja manipuloidaan, rokotteiden sivuvaikutuksia peitellään ja toisaalta rokotteiden tehoa vähätellään. (16)

### POHDINTA

Monissa maissa, joissa HPV-rokote on otettu kansalliseen rokoteohjelmaan, on toteutettu HPV-rokotekampanjoita (17). Suomessa Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) suunnitteli laadukkaasti HPV-rokotekampanjan, jossa jaettiin tietoa rokottavien tyttöjen koteihin sekä terveydenhuollon

ammattilaisille ennen rokoteohjelman käynnistymistä. Väärään tietoon asiantuntijoiden mahdollisimman nopeasti tarjoama oikea tieto vaikuttaa positiivisesti ja rauhoittavasti siihen epäätöisyyteen ja ahdistukseen, mikä provosoivat julkaisut saattavat rokottavissa lapsissa ja nuorissa sekä heidän vanhemmissaan aiheuttaa. Ammattilaiset voivatkin ottaa useita keinoja käyttöönsä taistelukseen disinformaatiota vastaan. (Taulukko 2).

Potilasyhdistykset kuten ESCO:n (College of the European School of Oncology) alla toimivat ENGAGE (European Network of Gynaecological Cancer Advocacy Group) ja GySy (Suomen Gynecologiset Syöpäpotilaat ry) ovat osaltaan tehneet arvokasta työtä järjestämällä sosiaalisessa mediassa erilaisia kampanjoita asiallisen tiedon levittämiseksi. Yhtenä esimerkkinä voidaan mainita itse kohdunkaulasyöpään sairastuneen äidin perustama Mallow Flower Foundation -projekti kohdunkaulasyöpän ehkäisemiseksi lisäämällä tietoa siitä (<http://mallowflower.com/introduction/>).

Taulukko 1. Olennaista tietoa papilloomavirusinfektiosta

Ihmisen papilloomavirukset (HPV) jaetaan pienen ja suuren riskin tyypeihin sen mukaan, mikä niiden yhteys on syövän syntyyn. Suuren riskin HPV-tyypit aiheuttavat maailmanlaajuisesti n. 5 % kaikista syövistä ja 9 % naisten syövistä.
Noin 80 % ihmisistä altistuu HPV:lle jossain vaiheessa.
Seksualiteitse tapahtuvan tarttumisen lisäksi viruksen voi saada raskauden, synnytyksen tai varhaislapsuuden aikana, joten pelkällä seksuaalivalistuksella sitä ei pysty ehkäisemään. Kondomi tai suuseksisuoja eivät myöskään suojaa täysin HPV-infektiolta.
Yleensä HPV-tulehdus paranee spontaanisti, mutta suuren riskin HPV-tyypit voivat saada aikaan pitkäkestoisen infektion, joka voi johtaa syövän esiastemuutoksiin ja lopulta syöpään. Pienen riskin tyypit aiheuttavat hyvälaatuisia kondyloomia.
Kohdunkaulan syövän lisäksi HPV aiheuttaa sukuelinalueella ulkosynnyttimen, emättimen, peniksen ja peräaukon syöpiä. Jopa puolet pään ja kaulan alueen syövistä on HPV:n aiheuttamia.
Kaikkia HPV-riippuvaisia syöpiä ei voida seuloa, joten tautitaakan eliminaatio onnistuu ainoastaan organisoidulla rokotusohjelmalla, jonka kattavuus on korkea.
HPV-rokote antaa yli satakertaisen vasta-ainetasoon HPV:ta vastaan verrattuna sairastettua infektiota seuraavaan vasta-ainetasoon.
HPV-rokotteita on testattu paremmin kuin mitään muita rokotteita. HPV-rokote on annettu jo yli 500 miljoonalle ihmiselle ja rokote on todettu tehokkaaksi ja turvalliseksi.
HPV-rokote tulee antaa jo ala-asteella, jolloin kahden HPV-rokotteiden sarja riittää kolmen sijasta.
HPV-rokotuksesta voi saada hyötyä myös aikuisella iällä niitä HPV-tyyppejä vastaan, joille henkilö ei ole vielä altistunut.

Taulukko 2. Keinoja taisteluun disinformaatiota vastaan

<p>1. Koulutus ja tiedon jakaminen, olennaista</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ammattilaisten tiedot koskien HPV-rokotetta ja siihen liittyviä tutkimuksia</li> <li>- ammattilaisten valmius vastata rokotetta koskeviin kysymyksiin ja tarjota luotettavaa tietoa rokotteen hyödyistä, turvallisuudesta ja tehosta</li> <li>- ammattilaisten osaaminen tiedon jalkauttamisessa kansalaisille ja tiedotusvälineille</li> </ul>
<p>2. Viestintästrategiat, olennaista</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ammattilaisten kyky kehittää selkeitä ja helposti ymmärrettäviä viestintästrategioita disinformaation kumoamiseksi</li> <li>- ammattilaisten kyky korostaa rokotteen tarjoamia hyötyjä</li> <li>- ammattilaisten kyky ymmärtää erilaisten kohderyhmien tarpeet; kohdennettu viestintä vanhemmille, nuorille, lapsille, terveydenhuollon ammattilaisille ja poliittisille päättäjille</li> </ul>
<p>3. Yhteistyö terveydenhuollon ammattilaisten välillä, olennaista</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ammattilaisten kyky työskennellä keskenään, vrt. käytännön työtä tekevät lääkärit ja terveydenhoitajat, epidemiologit, rokotetutkijat ja viestinnän ammattilaiset</li> <li>- ammattilaisten kyky antaa koulutusta opettajille</li> </ul>
<p>4. Sosiaalisen median seuranta ja vuorovaikutus, olennaista</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ammattilaisten kyky seurata aktiivisesti sosiaalista mediaa ja vastata disinformaatioon</li> <li>- ammattilaisten osallistuminen väriin väitteiden kumoamiseen</li> <li>- ammattilaisten taidot sosiaalisen median käytössä viestintäkanavana</li> </ul>
<p>5. Yhteistyö poliittisten päättäjien ja terveysviranomaisten kanssa, olennaista</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ammattilaisten kyky tehdä tiivistä yhteistyötä kansallisen rokotusohjelman toteutumiseksi</li> <li>- ammattilaisten kyky toimia yhdessä jakaen tietoa koordinoitujen ja antaen tukea toisilleen disinformaation torjumiseksi</li> </ul>
<p>6. Potilasyhdistysten tuki, olennaista</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ammattilaisten kyky toimia yhteistyössä potilasyhdistysten ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa</li> <li>- ammattilaisten kyky ymmärtää kokemusasiantuntijoiden merkitys tiedon jakamisessa ja arvostaa heitä</li> </ul>

Näiden viestien yhteydessä on mahdollista auttaa ihmisiä ymmärtämään tautitaakan merkitystä inhimillisellä yksilötasolla (18,19). Vaikka sosiaalinen media altistaa dialogiin rokotevastaisten tahojen kanssa, voi se oikein käytettynä tarjota myös ammattilaisille vahvan välineen tutkitun oikean tiedon välittämiseksi. (20)

Terveyskasvatus, yhteistyö terveysalan ammattilaisten ja potilasjärjestöjen kesken sekä poliittisten päättäjien vaikutusvalta voivat auttaa vastaamaan HPV-rokotukseen liittyviin disinformaatiohaasteisiin. Ammattilaisten on tärkeää osata kuunnella lasten, nuorten ja heidän vanhempiansa HPV-rokotukseen liittyviä huolia ja kysymyksiä ja antaa selkeitä, ymmärrettäviä vastauksia niihin. Näillä keinoilla voidaan edistää oikean tiedon leviämistä ja rokotuskattavuuden kasvua, mikä parantaa HPV-rokotteen hyötyjä niin kansallisella kuin globaalillakin tasolla.

## LÄHTEET

- (1) EU:n syövän torjuntasuunnitelma. Euroopan komissio 2021. [https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe\\_fi](https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_fi)
- (2) World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. WHO 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>
- (3) Paavonen J, Mäkitie A. HPV:n aiheuttamat syövät voidaan hävittää parantamalla rokotuskattavuutta. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim:2022;138(20):1764-6. <https://www.duodecimlehti.fi/duo16956>
- (4) Paavonen J, Kero K, Hiltunen-Back E, Salovaara T, Strömsholm E, Rautava J MA. Stopping HPV: A National Network to drive elimination of cervical cancer and other HPV-related cancers in Finland. Abstract of the Oral Presentation in Eurogin 2023.
- (5) Fishman J, Taylor L, Frank I. Awareness of HPV and Uptake of Vaccination in a High-Risk Population. *Pediatrics* 2016;138(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2048>
- (6) Blasi PR, King D, Henrikson NB. HPV Vaccine Public Awareness Campaigns: An Environmental Scan. *Health Promot Pract* 2015;16(6):897-905. <https://doi.org/10.1177/1524839915596133>
- (7) HPV vaccine safety and side effects – HPV Vaccine – Cancer Council. <https://www.hpvvaccine.org.au/hpv-vaccine/hpv-vaccine-safety-and-side-effects>.
- (8) Lehtinen M, Luostarinen T, Vänskä S, ym. Gender-neutral vaccination provides improved

control of human papillomavirus types 18/31/33/35 through herd immunity: Results of a community randomized trial (III). *Int J Cancer* 2018;143(9):2299-310. <https://doi.org/10.1002/ijc.31618>

- (9) Vänskä S, Luostarinen T, Baussano I, ym. Vaccination With Moderate Coverage Eradicates Oncogenic Human Papillomavirus If a Gender-Neutral Strategy Is Applied. *J Infect Dis* 2020;222(6):948-56. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa099>
- (10) <https://www.hpvworld.com/articles/the-even-faster-concept-for-cervical-cancer-elimination/>.
- (11) Karafillakis, E. HPV vaccine hesitancy in Europe: side effects, uncertainty, and mistrust. 2018. [www.HPVWorld.com](http://www.HPVWorld.com), 45.
- (12) Szilagyí PG, Albertin CS, Gurfinkel D, ym. Prevalence and characteristics of HPV vaccine hesitancy among parents of adolescents across the US. *Vaccine* 2020;38(38):6027-37. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.06.074>
- (13) Teoh D. The Power of Social Media for HPV Vaccination—Not Fake News! *Am Soc Clin Oncol Educ B* 2019;(39):75-8. [https://doi.org/10.1200/edbk\\_239363](https://doi.org/10.1200/edbk_239363)
- (14) Jolley D, Douglas KM. The Effects of Anti-Vaccine Conspiracy Theories on Vaccination Intentions. *Tripp R. PLoS One* 2014;9(2):e89177. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089177>
- (15) Hansen PR, Schmidtblaicher M, Brewer NT. Resilience of HPV vaccine uptake in Denmark: Decline and recovery. *Vaccine* 2020;38(7):1842-8. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.12.019>
- (16) Strandberg T. Denialismi – tieteen salakavala syövä. *Suom Lääkäril.* 2009;64:3528-9.
- (17) Hardt K, Bonanni P, King S, ym. Vaccine strategies: Optimising outcomes. *Vaccine* 2016;34(52):6691-9. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.10.078>
- (18) Suomen Gynekologiset Syöpäpotilaat ry. <https://gysy.fi/hallitus-ja-saannot/>.
- (19) ENGAGe European Network of Gynaecological Cancer Advocacy Groups. <https://engage.esgo.org/>.
- (20) Good MM, Tanouye S. Social Media Superpowers in Obstetrics and Gynecology. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2021;48(4):787-800. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2021.07.007>

## KATJA KERO

*LT, dos. naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, lääkärikouluttajan erityispatentti, psykoterapeutti TYKS Naistenklinikka, Turun yliopisto Suomen Gynekologiset Syöpäpotilaat asiantuntijajäsen*

## JORMA PAAVONEN

*Emeritusprofessori, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, F.A.C.O.G. Helsingin yliopisto*

# Toimeenpanon tukeminen on avain parempaan kansanterveyteen

Yhdistyneet kansakunnat on määrittänyt lapsen oikeudet (1). YK:n lapsen oikeuksien yleissopimuksen mukaan jokaisella lapsella on oikeus elää mahdollisimman terveenä. Terveys on siis lapselle yksilön oikeus, mutta samalla tärkeää myös laajemmin. Terveet ja hyvinvoivat lapset ovat elinvoimaisten yhteisöjen ja yhteiskuntien edellytys.

Mitä terveys sitten on? Kansanterveystieteesä terveys nähdään moniulotteisena, fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta ja henkisestä ulottuvuudesta koostuvana kokonaisuutena, joka on päivittäisen elämämme voimavara. Terveys rakentuu niissä arjen ympäristöissä, joissa elämme, opiskelemme, työskentelemme ja vietämme aikaa.

Nämä fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset olosuhteet vaikuttavat terveyteen paitsi suoraan myös epäsuorasti ohjaamalla esimerkiksi päivittäistä terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavaa toimintaamme eli terveyskäyttäytymistämme. Terveyskäyttäytymisellä onkin keskeinen rooli nykyisessä kansanterveydessä. Elintavat, kuten tupakointi, runsas alkoholinkäyttö, liikkumattomuus ja epäterveellinen ravitsemus, ovat merkittävimpiä syitä väestön terveyttä ja samalla kansantaloutta kuormittavien pitkäaikaissairauksien, kuten sydän- ja verisuonisairauksien, kakkostyyppin diabeteksen sekä syöpien synnystä.

## TUPAKKAEPIDEMIA HAASTAA KANSANTERVEYTTÄ YHÄ MONINAISEMMIN

Väitöskirjani kytkeytyy edellä mainituista elintavoista erityisesti tupakointiin tai laajemmin tupakka- ja nikotiiniuotteiden käyttöön. Aloitin väitöskirjan kirjoittamisen tutkijana kansainvälisessä tupakkapoliittisiin toimiin kytkeytyvässä hankkeessa. Aluksi ajattelin samoin kuin ehkä joku lukijoistakin saattaa ajatella, että eikö tupakkaepidemia ole jo kutakuinkin ratkaistu? Tupakoivatko ihmiset enää? Onko aiheen tutkiminen edelleen relevanttia?

Väitöskirjaprosessi tarjosi minulle arvokkaan kokemuksen ennakkokäsityksieni kriittisen tarkastelun merkityksestä. Sain oppia, että tupakkaepidemiaa ei missään nimessä ole ratkaistu vaan se on edelleen kansanterveydellisesti äärimmäisen keskeinen ja ajankohtainen teema. Tähän on useita perusteita.

- 1) Ensiksi, vaikka monet muutkin terveyskäyttäytymisen muodot vaikuttavat pitkäaikaissairauksien syntyyn, tupakointi on keskeisin sairastavuutta ja ennenaikaista kuolleisuutta aiheuttava elintapa Euroopassa.
- 2) Toiseksi, vaikka nuorten tupakointi on viime vuosikymmenten aikana merkittävästi vähentynyt Suomessa ja monissa muissa Euroopan maissa, ei se ole vähentynyt taiseksi kaikissa maissa. Esimerkiksi Tanskassa nuorten tupakointi on muihin Pohjoismaihin verrattuna edelleen yleistä (2).
- 3) Kolmas syy, joka tekee tupakkaepidemiasista edelleen ajankohtaisen, on se, ettei tupakointi ole vähentynyt yhtä lailla kaikissa väestöryhmissä vaan kasaantuu tietyille ryhmille aiheuttaen terveyden eriarvoisuutta eri väestöryhmien välille (3).
- 4) Neljäs ja viimeinen syy tupakkaepidemian ajankohtaisuudelle on se, että tupakka-teollisuus on tuonut ja tuo markkinoille erilaisia terveydelle haitallisia savuttomia ja uusia tupakka- ja nikotiiniuotteita, kuten nuuskaa, sähkösavukkeita ja nikotiinipusseja. Nämä tuotteet vetoavat erityisesti nuoriin, eivätkä siis toimi tupakoinnin lopettamisen välineinä kuten tupakkateollisuus niitä markkinoi. Olemme viime aikoina saaneet lukea mediasta esimerkiksi sähkösavukkeiden eli vapen tämänhetkisestä voimakkaasta suosioista nuorten keskuudessa:

*YLE 29.10.2022: Sähkötupakointi on levinnyt jo koulujen vessoihin ja pukukoppeihin*

*Helsingin Sanomat 15.4.2023: Lasten sähkö tupakan käyttö on yleistynyt räjähdysmäisesti, ja ilmiö on osin lain ulottumattomissa*

*YLE 4.5.2023: Sähkötupakka höyryää jopa lasten huulilla – nuorimmat vapettajat ovat vasta kakkosluokkaisia*

Yhteenvedona tupakkaepidemiasta voidaan siis todeta, että se ei missään tapauksessa ole ohi. Sen sijaan epidemia on monimuotoistunut ja aiheuttaa entistä monimutkaisempia haasteita lasten ja nuorten tupakka- ja nikotiini tuotteiden käytön ennaltaehkäisylle, terveyserojen kaventamiselle ja kansanterveyden parantamiselle.

## **POLIITTISET TOIMET KESKEISIÄ TERVEYTTÄ EDISTÄVIEN YMPÄRISTÖJEN RAKENTAMISESSA**

Terveyskäyttäytymiseen pyritään vaikuttamaan luomalla terveyttä edistäviä ympäristöjä poliittisten toimien avulla. Terveyden edistämiseen tähtäävät poliittiset toimet ja terveyttä edistävät ympäristöt ovatkin kaksi keskeistä terveyden edistämisen keinoa (4), joihin myös väitöskirjatukseni keskittyy. Terveyden edistämisenä tarkoitetaan tavoitteellista toimintaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin tukemiseksi ja sairauksien ennaltaehkäisemiseksi.

Terveyden edistämiseen tähtäävillä poliittisilla toimilla ohjataan muun muassa koulujen toimintaa: Perusopetuslaki mahdollistaa kaikille lapsille ja nuorille opetussuunnitelman mukaisen opetuksen ja ilmaisen kouluruuan, ja tupakkalaki määrittää koulujen tupakointikieltoja ja niihin liittyviä käytäntöjä. Koulu onkin lasten ja nuorten kohdalla yksi keskeisistä terveyden edistämisen ja tupakoinnin ehkäisyn ympäristöistä. Tämä johtuu muun muassa siitä, että koulu tavoittaa lähes kaikki lapset ja nuoret, koulussa ollaan lähtökohtaisesti oppimassa ja siellä olevat kaverisuhteet vaikuttavat merkittävästi käyttäytymiseen.

## **TOIMEENPANO VAIHTELEE MUTTA SEN TUTKIMUS ON TOISTAISEKSI OLLUT VÄHÄISTÄ**

Nyt tullaan kuitenkin terveyden edistämisen ja väitöskirjani näkökulmasta keskeiseen ongelmaan. Nimittäin huolimatta siitä, että terveyden edistämiseen tähtäävät poliittiset toimet, kuten

globaalit tupakkapolitiikat, ovat yhteisiä kaikille, niiden toimeenpano vaihtelee eri ympäristöissä. Toimeenpanolla eli implementoinnilla tarkoitetaan erilaisten interventioiden, kuten poliittisten toimien tai käytäntöjen käyttöönottoa ja juurruttamista osaksi ympäristöjen normaalia arkea.

Aiemmasta tutkimuksesta tiedetään, että tupakkapoliittisten toimien implementointi vaihtelee Euroopassa niin kansallisen lainsäädännön tasolla kuin siinä, miten lainsäädäntöä toteutetaan koulutasolla. Tobacco Control Scale (TCS) vertailee tupakkapoliittisten toimien implementointia Euroopassa. Viimeisin raportti (5) osoitti, että 37 maasta vain yhdeksän maata oli toimeenpannut kattavasti tarkastelun kohteena olevat toimet, kuten tupakointikiellot ja tupakoinnin lopettamisen tuen. Näihin kattavan toimeenpanon maihin lukeutuivat muun muassa Suomi, Irlanti ja Norja. Kuitenkin seitsemässätoista maassa, kuten Ruotsissa, Portugalissa ja Saksassa, toimeenpano oli heikkoa.

Koulujen tupakointikieltojen vaikuttavuutta tarkastellut mittava katsaus (6) puolestaan osoitti, että ristiriitainen näyttö koulujen tupakointikieltojen vaikuttavuudesta kytkeytyi eroihin kieltojen toteuttamisessa. Johdonmukainen tupakointikieltojen noudattamisen valvonta ja rikkeisiin puuttuminen olivat yhteydessä nuorten tupakoinnin vähenemiseen, mutta niitä ei toteutettu läheskään kaikissa kouluissa.

Miksi terveyden edistämiseen tähtäävien poliittisten toimien implementointi vaihtelee niin paljon? Miksi joissakin maissa on toisia kattavampi tupakkalainsäädäntö? Entä miksi jotkin koulut ovat onnistuneet paremmin terveyttä edistävän ympäristön rakentamisessa kuin toiset? Valitettavasti nämä ovat kysymyksiä, joihin aiempi tutkimus ei ole juurikaan keskittynyt – ei tupakkatutkimus, eikä terveyden edistämiseen tähtäävien poliittisten toimien tutkimus laajemminkaan.

Se tutkimus, jota on tehty, kuvaa paljon erilaisia tekijöitä, joilla voi olla vaikutusta toimeenpanoon, kuten tieteellinen näyttö tai johtajuus. Tämä tutkimus ei kuitenkaan kattavasti selitä mitkä tekijöistä ovat keskeisimpiä, miten eri tekijät ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa tai miten ne toimeenpanoon vaikuttavat. Kansanterveyden näkökulmasta puutteellinen ymmärrys toimeenpanosta on kuitenkin ongelma, koska ilman asianmukaista implementointia ne

terveysvaikutuksen, joita toimilla tavoitellaan jäävät saavuttamatta. Toimeenpano on siis keskeistä terveyden edistämisen vaikuttavuudelle.

Väitöskirjani pyrkii reagoimaan tähän kansanterveydellisesti merkittävään tutkimustarpeeseen tarkastelemalla ennaltaehkäisevien tupakkapoliittisten toimien, kuten savuttomien ympäristöjen, implementointia kouluissa ja kansallisella tasolla eri Euroopan maissa.

## HUOMIO KONTEKSTIN ROOLIIN OSANA TOIMEENPANOJA

Tutkimuksessani halusin ymmärtää erityisesti kontekstin roolia toimeenpanossa. Viittaan kontekstilla tutkimuksessani siihen ympäristöön ja niihin olosuhteisiin, joihin tupakkapoliittinen toimi implementoidaan. Lähestyn kontekstia monikerroksisena rakenteena, joka sisältää yksilötason, sosiaalisen ympäristön, organisaatio- ja yhteiskuntatason, naapurimaiden välisen vuorovaikutuksen sekä eurooppalaisen ja globaalin ympäristön. Kaikilla näillä eri kontekstikerroksella on tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa toimeenpanoon: esimerkiksi sosiaalisessa vuorovaikutuksessa kollegiaalinen tuki, organisaatiotasolla viralliset ja epäviralliset käytännöt ja yhteiskuntatasolla vallitsevat sosiaaliset normit.

Kontekstin eri kerrokset ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa samoin kuin tekijät kunkin kerroksen sisällä. Tästä vuorovaikutuksesta muodostuvat ne kokonaisolosuhteet, joissa poliittinen toimi otetaan käyttöön ja jossa sitä toteutetaan. Kuten huomaamme, konteksti on monisyinen kokonaisuus, joka aktiivisesti vaikuttaa toimeenpanoon. Konteksti on siksi keskeinen syy sille, miksi toimeenpano tai mikä tahansa muutoksen toteuttaminen on haastavaa ja usein myös epäonnistuu. Kontekstiin keskittymällä olenkin halunnut väitöstutkimuksessani huomioida ja kunnioittaa sitä kompleksisuutta, joka on läsnä tupakkapoliittisia toimia tosielämän ympäristöihin toimeenpantaessa.

## MONIKANSALLINEN TUTKIMUSASETELMA JA MONIMENETELMÄLLINEN TULOKULMA

Väitöskirjani koostuu neljästä kansainvälisestä artikkelista ja yhteenvedosta. Artikkelit olen saanut kirjoittaa yhteistyössä taitavien tutkijoiden kanssa osana kahta kansainvälistä lasten ja nuorten tupakka- ja nikotiiniuotteiden käytön ehkäisyyn kytkeytyvää tutkimusprojektia: SILNE-R

(*Enhancing the effectiveness of programmes and strategies to prevent smoking by adolescents: A realist evaluation comparing seven European countries*), jonka rahoitti Euroopan komissio ja NADNIC (*Nordic adolescents and the new nicotine market*), jonka rahoitti Pohjoismaiden syöpäunioni NCU.

Väitöskirjani ensimmäinen artikkeli oli realist-katsaus eli ohjelmateorian rakentamiseen tähtäävää kirjallisuuskatsaus, jossa selitti koulun henkilökunnan tupakointikieltojen toteuttamista. Katsauksen tuottamaa ymmärrystä täydennettiin toisessa ja kolmannessa artikkelissa analysoimalla 84 kouluhenkilökunnan haastattelua seitsemästä Euroopan maasta temaattisen analyysin avulla. Neljäs artikkeli siirsi tarkastelun koulutasolta kansalliselle tasolle. Siinä arvioitiin ja vertailtiin narratiivisen katsauksen avulla pohjoismaisen tupakkalainsäädännön ja sääntelyn kattavuutta ja ulottamista savuttomiin ja uusiin tuotteisiin sekä toimeenpanoa selittäviä syitä.

Väitöskirjani yhteenvedossa rakensin monitieteisen käsitteellisen ja metodologisen viitekehysten poliittisten toimien implementoinnin tutkimiseen. Lisäksi yhdistin artikkeleiden tulokset ohjelmateoriaan, joka selittää, miten kontekstitekijät ovat vuorovaikutuksessa tupakkapoliittisten toimien kanssa ja vaikuttavat kansalliseen ja koulutason toimeenpanoon tiettyjen mekanismien kautta. Ohjelmateorian pohjalta laadin suosituksia tupakkapoliittisten toimien implementoinnin tukemiseksi.

Ennen kuin esittelen lyhyesti väitöskirjan tuloksia, haluan vielä käsitellä väitöskirjani keskeisiä metodologisia elementtejä. Väitöskirjaprosessini alkoi osana SILNE-R-hanketta, ja olin äärimmäisen kiinnostunut monista tutkimusprojektiin liittyvistä asioista, kuten haastatteluai-  
neiston keräämisestä seitsemästä eri Euroopan maasta ja realist metodologiasta, jota projektissa sovellettiin. Väitöskirjaprosessini lähti siis liikkeelle menetelmä edellä. Tämä osoittautuikin mielekkääksi tulokulmaksi, koska nämä metodologiset elementit, eli monikansallinen tutkimusasetelma ja laadulliset tutkimusmenetelmät, joita sovelsin kriittiseen realismiin perustuen, muodostuivat sekä väitöskirjani punaiseksi langaksi että monilta osin tutkijuuteni ytimeksi.

Nämä metodologiset seikat kiehtovat minua siksi, että ne pyrkivät huomioimaan sen kompleksisuuden, joka muutoksen toimeenpa-



noon tosi elämän ympäristöissä kytkeytyy. Kompleksisuutta ne pyrkivät purkamaan pureutumalla *miten, miksi, missä olosuhteissa ja kenelle* – tyyppisiin tutkimuskysymyksiin. Nämä tutkimuskysymykset ovat keskeisiä ja kiinnostavia sekä tieteellisessä että käytännöllisessä mielessä.

## SOSIAALINEN KONTEKSTI KESKEINEN KOULUJEN JA KANSALLISEN TASON TOIMEENPANON SELITTÄJÄ

Koulun henkilökunnan tupakointikieltojen toteuttamista selitti tutkimukseni mukaan kolme mekanismia: velvollisuudentunto, motivaatio ja itseluottamus. Erilaiset kontekstitekijät vaikuttivat näiden mekanismien, eli velvollisuudentunnon, motivaation ja itseluottamuksen, aktivoitumiseen, ja yksi keskeisimmistä oli henkilökunnan toiminnan yhdenmukaisuus kieltojen toteuttamisessa.

Toiminnan yhdenmukaisuutta haastoi kuitenkin kaksi asiaa. Ensinnäkin osa henkilökunnasta oli epävarmoja puuttumaan sääntörikkeisiin, koska he eivät luottaneet selviytyvänsä oppilaiden kielteisten reaktioiden kanssa. Henkilökunnan itseluottamusta tukivat tietyt tekijät. Sääntörikkeisiin puuttuminen oli helpompaa silloin, kun henkilökunta koki oman toimintansa olevan oikeutettua, uskoi pystyvänsä rakentamaan vuorovaikutukseen opiskelijan kanssa ja luotti saavansa kollegiaalista tukea mahdollisiin haasteisiin.

Toinen henkilökunnan yhdenmukaista toimintaa haastavista tekijöistä olivat haavoittuvassa asemassa olevat opiskelijat, jotka toistuvasti rikkoivat tupakointikieltoja. Tulokset osoittivat, että henkilökunnan jäsenet eivät puuttuneet näiden opiskelijoiden sääntörikkeisiin, kun he kokivat kieltojen toteuttamisen olevan ristiriidassa opiskelijoiden koulumenestyksen tukemisen kanssa, kun he odottivat tiukempien kurinpitokeinojen olevan tehottomia ja aiheuttavan vakavampia ongelmia tai kun he eivät kokeneet saavansa tukea nuorten tupakointiin keskeisesti vaikuttavilta sidosryhmiltä, kuten vanhemmilta.

Pohjoismaiden tupakkalainsäädännön vertailu osoitti, että maiden kansallisissa tupakkapoliittisissa tavoitteissa ja sääntelyssä on yhtäläisyyksiä, mutta myös paljon eroja. WHO FCTC-puitesopimus sekä Euroopan unionin direktiivit ovat yhdenmukaistaneet tupakkapoliittisten toimien implementointia eri maissa. Niillä on varmistettu, että keskeiset ehkäisevät toimet, kuten

sisätilojen tupakointikiellot ja 18 vuoden ostokärrä, on sisällytetty kansalliseen lainsäädäntöön. WHO FCTC ja EU-direktiivit selittivät kuitenkin myös eri maiden yhteisiä lainsäädännöllisiä heikkouksia, jotka näkyivät erityisesti savuttomien ja uusien tupakka- ja nikotiinituotteiden vaihtelevassa ja puutteellisessa sääntelyssä.

Kansalliset tupakkapoliittiset toimijat, kuten terveysministeriö ja kansanterveysjärjestöt, sekä niiden välinen yhteistyö olivat keskeisiä syitä kattavaan ehkäisevien tupakkapoliittisten toimien implementointiin. Nämä toimijat ovat myös mahdollistaneet sen, että useat Pohjoismaat ovat ottaneet käyttöön edistyksellisiä tupakkapoliittisia toimia jopa maailman ensimmäisten maiden joukossa. Tällaisia toimia olivat esimerkiksi sähkösavukkeiden makuainekiellot Suomessa ja kattavat ulkoalueiden tupakointikiellot Ruotsissa.

## TOIMEENPANO ON MAHDOLLISTA TUKEA KONTEKSTITEKIJÖITÄ VAHVISTAMALLA

Tulosten perusteella voidaan yleisesti todeta, että globaalit tupakkapoliittiset toimet eivät automaattisesti johda siihen, että ne integroitaisiin kattavasti kansalliseen lainsäädäntöön ja että niitä toteutettaisiin johdonmukaisesti osana koulujen toimintaa. Sen sijaan toimien implementointi edellyttää mahdollistavia kontekstitekijöitä. Väitöskirjani osoittaa, että toimeenpanoa on mahdollista tukea tiettyjä kontekstitekijöitä vahvistamalla.

Keskeiseksi tekijäksi sekä koulutason että kansallisen tason toimeenpanossa osoittautui toimijoiden välisen yhteistyön eli sosiaalisen kontekstin vahvistaminen. Yhteistyötä on tärkeää vahvistaa sekä toimeenpanotasojen sisällä että niiden välillä, ja myös yli valtiorajojen. Yhteistyön tiivistäminen voisi muun muassa tukea sitä, että ylempillä toimeenpanotasolla ymmärrettäisiin niitä haasteita, joita alemmilla toimeenpanotasolla kohdataan, ja pystyttäisiin vahvistamaan kontekstitekijöitä näiden haasteiden ratkaisemiseksi. Tällä tavoin esimerkiksi haavoittuvassa asemassa olevien nuorten tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö mahdollisesti tavoitettaisiin paremmin ja uusien tuotteiden EU-sääntelyä saataisiin vahvistettua.

Muun muassa nämä tekijät ovat keskeisiä siinä, että Suomi voisi saavuttaa tupakkalainsäädäntöön kirjatun tavoitteen tupakattomasta ja nikotiinittomasta Suomesta vuoteen 2030 men-

nessä (7) ja Eurooppa voisi saavuttaa Euroopan komission syöväntorjuntaohjelmassa asetetun tavoitteen tupakattomasta sukupolvesta vuoteen 2040 mennessä (8).

Filosofi Immanuel Kantia mukaillen: ”Kokeemus ilman teoriaa on kuin suunnistaisi ilman karttaa, mutta myös teoria ilman kokemusta on vain älyllistä pyörittelyä.” Olen toiveikas, että väitöskirjani tarjoaa teoreettisen kehyksen tupakkapoliittisten toimien implementoinnille ja osallistuu tieteen ja käytännön välisen vuoropuhelun vahvistamiseen terveyttä edistävien ympäristöjen rakentamiseksi. Väitöskirjallani haluan myös laajemmin osoittaa, että terveyden edistämisen tähtäävien toimien implementoinnin vahvistaminen on potentiaalinen keino lasten ja nuorten terveyden edistämiseksi ja kansanterveyden parantamiseksi.

## LÄHTEET

- (1) United Nations General Assembly. Convention on the Rights of the Child. UN Office of the High Commissioner for Human Rights. General Assembly resolution 44/25 20 November 1989. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/crc.pdf>
- (2) European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs Group. ESPAD report 2019: Results from the European school survey project on alcohol and other drugs. 2020. <http://www.espad.org>
- (3) World Health Organization. European tobacco use: Trends report 2019. 2019. WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346817>

- (4) World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. 1986. WHO Press. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- (5) Joossens L, Olefir L, Feliu A, ym. The tobacco control scale 2021 in Europe. 2022. Smoke Free Partnership, Catalan Institute of Oncology. <http://www.tobaccocontrolscale.org/TCS2021>
- (6) Galanti MR, Coppo A, Jonsson E, ym. Anti-tobacco policy in schools: Upcoming preventive strategy or prevention myth? A review of 31 studies. *Tobacco Control* 2014;23(4):295–301. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2012-050846>
- (7) Tupakkalaki 29.06.2016/549. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2016/20160549>
- (8) Euroopan komissio. Europe’s beating cancer plan. 2021. [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu\\_cancer-plan\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf)

ANU LINNANSAARI

*FT (kansanterveystiede), tutkijatohtori  
Tampereen yliopisto*

*Liikuntatieteiden maisteri Anu Linnansaaren väitöskirja (Implementing Preventive Tobacco Policies: The role of contextual factors in policy implementation at school and national levels) tarkastettiin Tampereen yliopiston Yhteiskuntatieteiden tiedekunnassa 10.06.2023. Vastaväittäjänä toimi professori Patricia O’Campo Toronton yliopistosta ja kustoksena dosentti Pirjo Lindfors Tampereen yliopistosta.*

## OmaKannan käyttö resepti- ja terveystietojen seurannassa

Vielä muutama vuosikymmen sitten yhteiskunnassamme elettiin aikaa, jolloin lääkäriissä käytössään potilaan tiedot kirjattiin kynällä ja paperilla ylös. Terveystietojen toimintayksiköissä oli isot arkistot, joissa olennaisimpia potilastietoja säilytettiin. Lääkäri määräsi potilaalle parhaaksi katsomansa lääkkeen ja antoi potilaalle mukaan käsin kirjoitetun reseptin lääkkeen hake-  
miseksi apteekista. (1,2.) Vallalla oli paternalistinen eli lääkärin roolia potilaan hoidossa korostava ajattelutapa (3). Lääkäri määräsi ja potilas totteli. Ajateltiin, ettei potilaan tarvitse juurikaan tietää omasta terveydentilastaan tai lääkityksestään.

Nyt, eläessämme 2020-lukua, potilaan käytössä lääkäriissä potilastiedot kirjataan koneelle, josta ne tallentuvat ja arkistoituvat potilastietojärjestelmiin ja kansallisiin tietoarkistoihin (4,5). Tavoitella on, että vastaanotolla lääkäri ottaa huomioon potilaan kokemukset ja näkemykset esimerkiksi hoitovaihtoehtoja pohdittaessa (6). Potilas ei vastaanotolta lähtiessään saa mukaansa paperista reseptiä, vaan korkeintaan sähköisestä lääkemääräyksestä tulostetun potilasohjeen (7). Reseptit ovat heti ja potilastiedot muutaman päivän tai viikon sisällä potilaan katsottavissa internetistä (4,5,7).

Edellä kuvatut muutokset toimintakulttuureissa ovat osa terveydenhuollon digitalisaatiota, joka on maailmanlaajuisesti alkanut yleistyä viimeisten vuosikymmenten aikana (8). Digitalisaatiolla tarkoitetaan tietoteknisten ratkaisuiden käyttöönottoa. Terveystietojärjestelmässä se tarkoittaa teknologisten ratkaisuiden kehittämistä, käyttöä ja hyödyntämistä osana terveydenhuollon tuotteita, palveluita ja prosesseja. (9.) 2000-luvun alusta lähtien useat maat ovat laatineet kansallisia lakeja ja strategioita terveydenhuollon digitalisaation edistämiseksi. Terveystietojärjestelmän digitalisaatiolla tavoitellaan hoidon laadun ja terveydenhuollon kustannustehokkuuden parantamista. Digitaalisten ratkaisuiden käyttöönot-

toa pidetään välttämättömänä kehityssuuntana, jotta laadukas terveydenhuolto voidaan taata myös tulevaisuudessa. (8,10,11.)

Suomessa ensimmäiset linjaukset teknologian laajemmasta kansallisesta hyödyntämisestä terveydenhuollossa tulivat julki 1990-luvulla (12). Jo siihen mennessä oli otettu käyttöön esimerkiksi erilaisia potilastietojärjestelmiä terveydenhuollon toimipisteisiin, mutta niiden käyttöönotolla ei ollut saatu riittävästi tehostettua terveydenhuollon toimintaa (13–16). Väestörakenteen muutos ja hoitokustannusten kasvu yhdistettynä liian vähäisiin resursseihin vaati uusia toimenpiteitä terveydenhuollon toiminnan tehostamiseen (12). 2000-luvun alussa valtioneuvosto linjasi, että on tarve kehittää kansallinen järjestelmä potilastietojen sähköiseen tallentamiseen ja arkistointiin (17). Vuonna 2007 tulivat voimaan lait sähköisestä lääkemääräyksestä (61/2007) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007). Näiden lakien seurauksena käynnistyi kansallisen Kanta-palvelujärjestelmän kehitystyö.

Kanta-palvelu on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus, joka sisältää asiakas-, potilas- ja reseptitietojen käsittelyyn ja arkistointiin liittyviä palveluita sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköille, apteekkeille ja kansalaisille. Kanta-palveluita on lukuisia eri toimijoille, mutta kansalaisen kannalta keskeisimmät palvelut ovat Resepti-palvelu, Potilastiedon arkisto, Omatietovaranto, Sosiaalihuollon asiakastiedon arkisto sekä OmaKanta. (18–20.) Resepti-palvelu sisältää Reseptikeskuksen, johon tallennetaan kaikki Suomessa määrätyt reseptit toimitustietoineen (21). Potilastiedon arkistoon tallennetaan terveydenhuollon toimipisteissä potilaan hoitoa koskevat potilasasiakirjat (22). Omatietovarantoon tallentuvat kansalaisten itsensä erilaisten hyvinvointisovellusten kautta tallentamat hyvinvointitiedot (23). Sosiaalihuollon asiakastiedon arkistoon on viime vuosien aikana alkanut tallentua

sosiaalihuollon toimintayksiköiden asiakkaitaan kirjaamat asiakastiedot (24). OmaKanta on palvelu, jonka kautta Reseptikeskuksen, Potilastiedon arkiston, Omatietovarannon ja Sosiaalihuollon asiakastiedon arkiston tiedot ovat kansalaisen katsottavissa.

OmaKanta on kansallinen verkkopalvelu, jonne pääsee kirjautumaan jokainen, jolla on suomalainen henkilötunnus ja tunnukset sähköiseen asiointiin, kuten verkkopankkitunnukset (25). OmaKannan käyttöönoton taustalla ovat lait sähköisestä lääkemääräyksestä (61/2007) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007). Näissä laeissa säädettiin, että kansalaisella tulee olla pääsy katsomaan sähköisesti tallennettuja tietojaan. Perusteina tähän olivat muun muassa, että tietojen muuttuessa sähköisiksi ja niiden liikkumisen mahdollistuessa eri yksiköiden välillä, tuli kansalaisille luoda mahdollisuus seurata, mihin omia tietoja on siirretty ja kuka niitä on katsonut. Kansalaisille tuli myös mahdollistaa omien tietojen luovuttamisen hallinnointi eli tarvittaessa esimerkiksi kieltää jonkin tiedon välittäminen yksiköltä toiselle. OmaKannan tavoitteena oli myös edistää potilaan tiedonsaantia.

OmaKanta otettiin käyttöön yhdessä Reseptipalvelun kanssa vuonna 2010. Vuosien aikana OmaKanta on kehittynyt voimakkaasti. Aluksi OmaKannassa näkyivät pelkästään reseptit ja nekin vain osittain. Vuodesta 2017 lähtien OmaKannassa ovat näkyneet kaikki potilaan saamat lääkemääräykset. Vuodesta 2013 lähtien OmaKannassa on alkanut näkyä potilas- eli terveys-tiedot terveydenhuollon toimipisteistä. Alkuun palvelussa näkyivät vain julkisen terveydenhuollon tiedot, sittemmin tietoja tallentaviin yksiköihin ovat liittyneet myös yksityiset toimijat ja esimerkiksi hammashuolto. Tietojen katselun lisäksi OmaKantaan on lisätty mahdollisuus antaa erilaisia suostumuksia ja kieltoja omien tietojen välittämiseen. Lisäksi toisen puolesta asiointi on mahdollistettu asteittain vuodesta 2016 lähtien. (18,20,25.)

Vuonna 2022 OmaKannassa oli useita tietoja ja toimintoja kansalaisen käytettävissä. Palvelussa voi katsoa omia reseptitietoja, lähettää reseptinuusimispyyntöjä sekä tulostaa reseptiyhteen-  
vetoja. Terveystietojen, kuten terveydenhuollon käyntikirjausten ja laboratoriotutkimustulosten katsomisen lisäksi OmaKannassa voi katsoa ja

hallita omien tietojen luovutuksia sekä ilmaista elinluovutus- ja hoitotahdon. Toisen puolesta asiointi oli vuonna 2022 mahdollista sekä alaikäisten huollettavien että täysi-ikäisten puolesta. (25.)

OmaKannan käyttö on lisääntynyt voimakkaasti vuosien 2010–2022 aikana. OmaKantaan kirjautuneiden kansalaisten määrä on kasvanut tasaisesti noin vuodesta 2013 lähtien. Vuonna 2021 jo yli 4 miljoonaa suomalaista oli kirjautunut palveluun ainakin kerran. Vuositasolla eri käyttäjiä oli noin 3,8 miljoonaa ja kirjautumisia palveluun yli 40 miljoonaa eli keskimäärin yksi käyttäjä kirjautui vuoden aikana palveluun noin 11 kertaa. OmaKannan käyttömäärissä on havaittavissa hyppäykset esimerkiksi vuonna 2015, jolloin reseptinuusimispyynnön lähettäminen tuli mahdolliseksi palvelussa sekä vuonna 2020, kun koronapandemia muutti maailmaa. (18,20,26–31.)

Kun OmaKanta otettiin käyttöön, se oli osana Kanta-palveluita merkittävä lääkepoliittinen uudistus Suomessa. Reseptit sähköistyivät ja niiden seuranta siirtyi OmaKantaan. Tämä oli iso muutos reseptilääkkeitä käyttäville potilaille, koska reseptin tietoja ei enää pystynyt seuraamaan paperireseptistä. Potilaille mahdollistettiin OmaKannan kautta pääsy myös omiin terveys-tietoihin, mikä ei ollut aiemmin ollut mahdollista. (1,7.) Tämä parantaa potilaiden tiedonsaantia, mikä tutkimusten mukaan sitouttaa potilasta paremmin omaan hoitoonsa (6,32). Aiemmin terveydenhuollossa vallalla olleesta paternalistisesta ajattelusta on viime vuosikymmeninä pyritty siirtymään potilasta aktivoivaan ja potilaan roolia korostavaan ajattelutapaan (3,33). Potilaan osallistaminen on yksinkertaisimmillaan sitä, että potilaan näkemykset ja kokemukset huomioidaan osana potilaan hoitoa ja sen suunnittelua. Omien tietojen katselumahdollisuus on yksi keskeinen keino potilaan osallistamisen edistämiseen. Potilaan osallistamisella parannetaan terveydenhuollon turvallisuutta, laatua ja potilaskeskeisyyttä. (6,8.)

Suomessa terveydenhuollon digitalisaation pääperiaatteiksi on asetettu tiedon avaaminen kansalaisille helpokäyttöisten, turvallisten ja asiakaslähtöisesti kehitettävien palveluiden välityksellä (11). Sähköisten palveluiden käyttöönoton tarkoituksena on, että niitä käytetään, kun se on tilanteeseen nähden sopivaa. Kevyemmällä

palveluilla pärjäävät ohjautuvat käyttämään sähköisiä palveluita, jolloin resursseja vapautuu niitä enemmän tarvitseville. (34.) Terveydenhuollon digitalisaation toinen pääperiaate on kansalaisten yhdenvertaisuuden varmistaminen. Tämä periaate edellyttää kansalaisilta teknologisten ratkaisuiden omaksumista ja hyödyntämistä. (11.) Tilastot ja tutkimustieto ovat osoittaneet, että kaikki kansalaiset eivät käytä digitaalisia palveluita. Vuonna 2021 väestöstä 7 % ei käyttänyt internetiä ja 17 % ei ollut kirjautunut vahvalla tunnistautumisella verkkopalveluihin (35). Samana vuonna tehdyn tutkimuksen mukaan lähes 80 % väestöstä koki sähköisen asioinnin esteitä tai sähköistä asiointia koskevia huolia (36).

Suomi on kansainvälisellä mittapuulla yksi digitalisaation kärkimaita, kun mittareina käytetään esimerkiksi julkisten palveluiden digitaalisuutta, kansalaisten valmiuksia digitaalisten palveluiden käyttöön, terveydenhuollon kansallisia ratkaisuja ja potilaan pääsyä sähköisiin potilastietoihin (15,37). Useilla mailla on tavoitteena käyttöönottaa tulevina vuosina kansallisia terveydenhuollon digitaalisia järjestelmiä, joten tutkimustieto jo käytössä olevista järjestelmistä on arvokasta näiden maiden kehitystyölle.

OmaKannan käytöstä on vähän tutkimustietoa. OmaKannan kirjautumismäärät tiedetään, mutta on vähän tietoa siitä, mitä palvelussa todellisuudessa tehdään ja millaisia kokemuksia käyttäjillä on palvelusta. OmaKanta on suunnattu kaikille kansalaisille, joten sen on oltava riittävän helppokäyttöinen ja saavutettavissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on vuosina 2014 ja 2017 tutkinut sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten asiointipalveluiden käyttöä, käyttökokeuksia ja tarpeita kansalaisten näkökulmasta. Näissä tutkimuksissa on tutkittu useita sähköisiä asiointipalveluita, joista OmaKanta on yksi. Käyttökokeemukset terveydenhuollon sähköisistä asiointipalveluista olivat näissä tutkimuksissa pääosin positiivisia. Palveluiden käyttöä ennustivat muun muassa hyvä digipalveluiden käytön osaaminen ja korkea koulutus. Sähköisten palveluiden hyödyiksi koettiin esimerkiksi, että ne vähentävät käyntejä terveydenhuoltoon. Keskeisimpinä esteinä sähköisten palveluiden käytölle koettiin, etteivät ne korvaa henkilökohtaista tapaamista, palveluilla on epäselvät käyttöehdot ja palvelut ovat esteellisiä. (28,30.)

Vuonna 2015 tutkimusryhmässämme Itä-Suomen yliopistossa farmasian laitoksella tehtiin tutkimus sähköisen reseptin käyttöönotosta lääkkeiden käyttäjien näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa selvisi, että sähköiseen reseptiin oltiin pääosin tyytyväisiä. Se oli helpottanut apteekissa asiointia ja reseptien säilyttämistä. Lääkkeiden käyttäjät kuitenkin kokivat sähköisen reseptin keskeisimpänä ongelmana, että he eivät pysyneet enää ajan tasalla resepteistään. Yli puolet kyselyyn vastanneista ei ollut käyttänyt OmaKantaa ja reilu kolmannes ei tuntenut palvelua. (29,38,39.) Nämä tulokset olivat huolestuttavia lääkitysturvallisuuden kannalta. Jos potilas ei tiedä mitä lääkkeitä hänelle on määrätty tai jos reseptien lääkemäärä loppuu tai voimassaolo päättyy potilaan siitä tietämättä, tämä voi aiheuttaa ongelmia lääkehoidon asianmukaiselle toteutumiselle.

Täyttääksemme kirjallisuudessa havaittuja tutkimusaukkoja toteutimme tutkimuksen OmaKannan käytöstä. Väitöskirjatutkimukseni tavoitteena oli tutkia OmaKannan käytön yleisyyttä ja tekijöitä, jotka ovat yhteydessä OmaKannan käyttöön. Lisäksi tutkin, mitä toimintoja OmaKannassa käytetään ja millaisia kokemuksia ja näkemyksiä käyttäjillä on palvelun helppokäyttöisyydestä ja hyödynnettävyydestä sekä OmaKannan keskeisimmistä eduista, ongelmista ja kehittämiskohteista. Lisäksi tutkin syitä, miksi OmaKantaa ei käytetä ja miten henkilöt, jotka eivät käytä palvelua, haluaisivat seurata resepti- ja terveystietojaan.

Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselytutkimuksena keväällä 2019. Kyselylomakkeet jaettiin 18 erikokoisesta apteekista ympäri Suomen täysi-ikäisille reseptiasiakkaille, jotka hakivat sähköisellä reseptillä lääkettä itselleen tai alaikäiselle lapselleen.

Kyselyyn vastasi 994 (35 %) apteekin asiakasta, joista valtaosa käytti OmaKantaa. OmaKannan käyttöön olivat vahvimmin yhteydessä internetin käyttö terveyttä koskevan tiedon etsimiseen ja internetin aktiivinen käyttö. Myös säännöllisesti käytettävien reseptilääkkeiden kasvava määrä lisäsi todennäköisyyttä OmaKannan käytölle.

OmaKannan käytetyimmät ja hyödyllisimmiksi koetuimmat toiminnot olivat omien resepti- ja terveystietojen, erityisesti käyntikirjausten

ja laboratoriotulosten, katselu sekä reseptien uusimispyyntöjen lähettäminen. Käyttäjät kokivat palvelun olevan hyödyllinen omien tietojen seurannassa ja antavan hyvän kokonaiskuvan määrätystä lääkkeitä. OmaKantaan kirjattuja tietoja pidettiin pääosin ymmärrettävinä. Palveluun kirjautumisen koettiin olevan vaivatonta ja sivuston näkyvän selkeä. Suurin osa käyttäjistä koki, että tiedot löytyvät OmaKannasta helposti.

Osa OmaKannan käyttäjistä pelkäsi, että heidän sähköisesti tallennetut tietonsa voivat kadota tai että niitä katsovat asiattomat henkilöt. Osa käyttäjistä koki hankaluuksia tietojen löytämisessä ja halusi opastusta OmaKannan käyttöön. Keskeisimmät kehitysehdotukset helpottamaan OmaKannan kautta tapahtuvaa tietojen seuranta ja hallintaa olivat terveystietojen saaminen palveluun kattavammin ja nopeammin, palvelussa liikkumisen ja tietojen löytämisen helpottaminen sekä uusien toimintojen lisääminen palveluun.

Keskeisimmät syyt olla käyttämättä OmaKantaa olivat tarpeen, käyttöön tarvittavien välineiden ja osaamisen puute. Ne, jotka eivät käyttäneet OmaKantaa toivoivat voivansa jatkossakin seurata resepti- ja terveystietojaan lääkärin tai terveyskeskuksen ja apteekin kautta.

Tutkimustulosteni mukaan OmaKantaa on opittu hyödyntämään omien resepti- ja terveystietojen seurannassa. Palvelun käytettävyys on pääosin hyvä, mutta tietojen seuranta ja hallintaa helpottaisi entisestään tietojen saaminen kattavasti palveluun sekä tietojen löytämisen helpottaminen. Palvelun käyttöön liittyvää opastusta ja tiedotusta on edelleen kehitettävä. OmaKannan rinnalla tulee olla vaihtoehtoisia keinoja omien resepti- ja terveystietojen seurantaan, sillä aina tulee olemaan niitä, jotka eivät pysty OmaKantaa syystä tai toisesta käyttämään.

## LÄHTEET

- (1) HE 250/2006 (Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sähköisestä lääkemääräyksestä sekä laiksi lääkelain 57 ja 57 a §:n muuttamisesta)
- (2) HE 253/2006 (Hallituksen esitys Eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskevaiksi lainsäädännöksi)
- (3) Launis V. Onko lääketieteen eettinen ilmasto muuttunut? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 218(19): 1944–5, 2012
- (4) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007
- (5) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 784/2021
- (6) World Health Organization: Patient engagement. Geneva, 2016a
- (7) Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 61/2007
- (8) World Health Organization: Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva, 2021
- (9) Reponen J: Terveydenhuollon sähköiset palvelut murroksessa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 131(13): 1275–6, 2015
- (10) World Health Organization: Atlas of eHealth country profiles 2015: The use of eHealth in support of universal health coverage. Geneva, 2016b
- (11) Sosiaali- ja terveysministeriö: Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2016:5. Helsinki, 2016
- (12) Sosiaali- ja terveysministeriö: Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämisstrategia. STM työryhmämuistio 1995:27. Helsinki, 1995
- (13) Saarelma O: Perusterveydenhuollon tietojärjestelmien kehitys. Sosiaali- ja terveyshallitus, Helsinki 1992
- (14) Harno K, Alkula R: Terveydenhuollon kansallinen arkistopalvelu. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 124(7): 742–50, 2008
- (15) Reponen J, Kangas M, Hämäläinen P, Keränen N: Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2014. Tilanne ja kehityksen suunta. Oulun yliopisto ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tampere 2015
- (16) Reponen J, Kangas M, Hämäläinen P, Keränen N, Haverinen J: Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2017. Tilanne ja kehityksen suunta. Raportti 5/2018. Oulun yliopisto ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tampere 2018
- (17) Sosiaali- ja terveysministeriö: Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2002:6. Helsinki, 2002
- (18) Jormanainen V. Large-scale implementation and adoption of the Finnish national Kanta Services in 2010–2017: A prospective, longitudinal, indicator-based study. *Fin Je He W* 10(4): 381–395, 2018  
<https://doi.org/10.23996/fjhw.74511>
- (19) Kanta: Mitä Kanta-palvelut ovat? Päivitetty 3.3.2021. 2021a. Haettu internetistä 8.3.2022. <https://www.kanta.fi/mita-kanta-palvelut-ovat>
- (20) Jormanainen V, Parhiala K, Niemi A ym. Half of the Finnish population accessed their own data: Comprehensive access to personal health information online is a corner-stone of digital revolution in Finnish health and social care. *Fin Je He W* 11(4): 298–310, 2019.  
<https://doi.org/10.23996/fjhw.83323>
- (21) Kanta: Resepti. Päivitetty 5.1.2022. 2022a. Haettu internetistä 10.3.2022. <https://www.kanta.fi/ammattilaiset/resepti>



- (22) Kanta: Potilastiedon arkisto. Päivitetty 21.12.2021. 2021c. Haettu internetistä 10.3.2022. <https://www.kanta.fi/ammattilaiset/potilastiedon-arkisto>
- (23) Kanta: Omatietovaranto. Päivitetty 2.11.2021. 2021d. Haettu internetistä 10.3.2022. <https://www.kanta.fi/ammattilaiset/omatietovaranto>
- (24) Kanta: Sosiaalihuollon asiakastiedon arkisto. Päivitetty 16.5.2022. 2022b. Haettu internetistä 10.6.2022. <https://www.kanta.fi/ammattilaiset/sosiaalihuollon-asiakastiedon-arkisto>
- (25) Kanta: Omakanta. Päivitetty 2021. 2021e. Haettu internetistä 2.11.2021. <https://www.kanta.fi/omakanta>
- (26) Kanta: Kanta-palvelujen vuosi 2018 – Kanta-palvelujen käyttö lisääntyi merkittävästi. Tiedote 31.1.2019. 2019. Haettu internetistä 14.3.2022. [https://www.kanta.fi/tiedote/-/asset\\_publisher/cf6QCnduV1x6/content/kanta-palvelujen-vuosi-2018-kanta-palvelujen-kaytto-lisaantyi-merkittavasti](https://www.kanta.fi/tiedote/-/asset_publisher/cf6QCnduV1x6/content/kanta-palvelujen-vuosi-2018-kanta-palvelujen-kaytto-lisaantyi-merkittavasti)
- (27) Kanta: Kanta-palvelut kansan ja ammattilaisten suosiossa – tältä näytti vuosi 2019. Tiedote 30.1.2020. 2020. Haettu internetistä 14.3.2022. [https://www.kanta.fi/tiedote/-/asset\\_publisher/cf6QCnduV1x6/content/kanta-palvelut-kansan-ja-ammattilaisten-suosiossa-talta-naytti-vuosi-2019](https://www.kanta.fi/tiedote/-/asset_publisher/cf6QCnduV1x6/content/kanta-palvelut-kansan-ja-ammattilaisten-suosiossa-talta-naytti-vuosi-2019)
- (28) Hyppönen H, Hyry J, Valta K, ym. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi. Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. Raportti 33/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tampere 2014
- (29) Lämsä E, Timonen J, Mäntyselkä P ym. Pharmacy customers' experiences with the national online service for viewing electronic prescriptions in Finland. *Int J Med Inform* 97: 221–228, 2017  
doi: 10.1016/j.ijmedinf.2016.10.014.
- (30) Hyppönen H, Pentala-Nikulainen O, Aalto A-M. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2017: Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. Raportti 3/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2018
- (31) Kanta: Koronavuosi nosti Omakannan käytön uudelle tasolle – katso vuoden 2020 luvut. Tiedote 22.4.2021. 2021h. Haettu internetistä 15.3.2022. [https://www.kanta.fi/tiedote/-/asset\\_publisher/cf6QCnduV1x6/content/koronavuosi-nosti-omakannan-k-c3-a4yt-c3-b6n- uudelle-tasolle-katso-vuoden-2020-luvut](https://www.kanta.fi/tiedote/-/asset_publisher/cf6QCnduV1x6/content/koronavuosi-nosti-omakannan-k-c3-a4yt-c3-b6n- uudelle-tasolle-katso-vuoden-2020-luvut)
- (32) Virolainen-Arne E, Virtanen K: Miten hoitomyöntyvyyttä ja hoitoon sitoutumista on tutkittu ja millaista kritiikkiä tutkimusmenetelmiin on kohdistunut? *DOSIS* 31(1): 48–61, 2015
- (33) Clavel N, Paquette J, Dumez V ym. Patient engagement in care: A scoping review of recently validated tools assessing patients' and healthcare professionals' preferences and experience. *Health Expect* 24(6): 2021. doi: 10.1111/hex.13344
- (34) Sosiaali- ja terveysministeriö. Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen takana – sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. Helsinki, 2014
- (35) Tilastokeskus: Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö 2021. 2021
- (36) Kyytsönen M, Aalto A-M, Vehko T. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2020–2021: Väestön kokemukset. Raportti 7/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2021
- (37) European Commission: The Digital Economy and Society Index (DESI). Haettu internetistä 7.9.2022. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/desi>
- (38) Sääskilahti M, Ahonen R, Lämsä E ym. Sähköisen reseptin edut ja ongelmat - kyselytutkimus apteekkien asiakkaille. *DOSIS* 32(2): 129–141, 2016
- (39) Lämsä E, Timonen J, Ahonen R. Pharmacy customers' experiences with electronic prescriptions: Cross-sectional survey on nationwide implementation in Finland. *J Med Internet Res* 20(2): 2018  
doi: 10.2196/jmir.9367.

MARIA SÄÄSKILAHTI

*Farmasian tohtori (FaT)*

*Farmasian laitos, Itä-Suomen yliopisto*

*Proviisori Maria Sääskilahden väitöskirja ”Omakannan käyttö resepti- ja terveystietojen seurannassa – kyselytutkimus apteekkien reseptiasiakkaille” tarkastettiin Itä-Suomen yliopiston Terveystieteiden tiedekunnassa 24.2.2023. Vastaväittäjänä toimi professori Jarmo Reponen Oulun yliopistosta ja ohjaajina dosentti Johanna Timonen ja professori emerita Riitta Ahonen Itä-Suomen yliopistosta.*



# Määräaikaiset lääkärintarkastukset alakouluissa: tarpeita ja hyötyjä

Väitöstutkimukseni aihe koskettaa meistä jokaista, koska terveydenhuollon resursseista on merkittävä pula. Myös koululääkäreitä on aivan liian vähän toteuttamaan lainsäädännössä heille määrättyjä tehtäviä (1). Toinen merkittävä kysymys on se, tekevtkö koululääkärit asioita, joissa hyödynnetään heidän ammattitaitoaan parhaalla mahdollisella tavalla. Kannattaako koululääkärin tarkastaa kaikki oppilaat, jos edeltävässä terveydenhoitajan tarkastuksessa ei ole tullut esille lääkärin ammattitaitoa vaativia ongelmia?

Tämä tutkimus voi auttaa löytämään keinoja kouluterveydenhuollon resurssien oikeaan kohdentamiseen. Parhaimmillaan koulujen terveydenhuoltopalvelut parantavat vähäosaisten oppilaiden terveyttä (2).

## KOULUTERVEYDENHUOLLON HISTORIAA

Kouluterveydenhuolto on alkanut kehittyä Keski-Euroopassa jo 1700-luvulla. Vuonna 1896 luotiin Wiesbadenin koululääkärijärjestelmä, jonka pohjalle suomalainen koululääkärijärjestelmä alkoi kehittyä. Sen mukaan koululääkäri antaa oppilaille neuvoja ja ohjeita, joiden tarkoitus on parantaa ruumiin ja hengen voimia. Koululääkäri ei hoida sairaita, vaan ohjaa oppilaat sairaanhoitoa antavan lääkärin luo apua saamaan. Ensimmäiset koululääkärit työskentelivät oppikouluissa jo 1880-luvun lopulla ja 1900-luvulla suuret kaupungit alkoivat palkata koululääkäreitä. 1950-luvulla saatiin laki koululääkäreistä (3).

## LAINSÄÄDÄNTÖÄ JA TAVOITTEITA

Nykyisin terveydenhuoltolaki vuodelta 2010 ja valtioneuvoston asetus vuodelta 2011 säätelevät kouluterveydenhuollon toimintaa (4,5). Terveydenhoitaja on velvoitettu tarkastamaan peruskoululaiset joka vuosi. Vuosiluokilla 1, 5 ja 8 terveystarkastuksen on oltava laaja ja se on tehtävä yhteistyössä lääkärin kanssa. Laajaan

terveystarkastukseen kutsutaan huoltajat ja siinä arvioidaan koko perheen hyvinvointia. Yleensä terveydenhoitaja tapaa ensin lapsen ja vanhemmat ja lääkäri tapaa heidät vaihtelevan ajan jälkeen riippumatta siitä onko terveydenhoitajan tarkastuksessa noussut esiin lääkärin ammattitaitoa vaativia ongelmia. Laajojen terveystarkastusten tavoitteena on 1) vahvistaa koko perheen voimavaroja, terveyttä ja hyvinvointia 2) varhenta perheenjäsenten tuen tarpeiden tunnistamista 3) varmistaa oikea-aikainen tuki perheelle sekä 4) ehkäistä syrjäytymistä ja kaventaa terveystarpeita (6). Terveystarkastusten lisäksi tulisi toteuttaa yksilöllisen tarpeen mukaisia käyntejä ja erityisen tuen tarpeen arvioita vuosiluokasta riippumatta (5).

## SEURAUKSIA

Nykyinen lainsäädäntö on vaikuttanut siihen, että lääkäreitä on saatu kouluille aikaisempaa enemmän (1). Asetuksen valvonnasta vastaavat aluehallintovirastot yhdessä Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviran kanssa (7). Valvonta koskee vain laajojen terveystarkastusten toteutumista. Suurin osa koululääkärikäynneistä kohdistuu vuosiluokille 1, 5 ja 8, vaikka jokaisella vuosiluokalla olisi koululääkärin arviosta hyötyviä oppilaita (8). Sitä tehdään, mitä seurataan ja valvotaan.

## ONGELMIA

Nykytilanteessa koululääkäri hoitaa tarkastusten yhteydessä osan ongelmista, mutta hänelle ei jää riittävästi aikaa haastavimpien ongelmien arviointiin ja hoitoon, muiden vuosiluokkien oppilaille eikä yhteistyöhön koulussa työskentelevien muiden ammattilaisten, perheneuvolan, erikoissairaanhoidon eikä lastensuojelun kanssa (9,10). Jokainen lääkärintarkastus merkitsee sitä, että jotain muuta jätetään tekemättä.

## PRIORISOINTI

Priorisointi tarkoittaa palveluiden asettamista järjestykseen ja palveluiden säännöstelyä. Priorisointia tehdään kaikilla terveydenhuollon tasoilla joka päivä. Priorisoinnista tulisi puhua avoimesti, jotta lainsäädäntöä voidaan kehittää ihmisten tarpeita vastaavaksi (11). Helsingissä on jo vuosia priorisoitu koululääkärintarkastukseen oppilaita terveydenhoitajan tiedossa olevien huolten ja koulunkäyntiin vaikuttavien lääkärin ammattitaitoa vaativien ongelmien perusteella. Viimeisinä ohjataan koululääkärille ne oppilaat, joista ei ole syntynyt huolta terveydenhoitajan tarkastuksesta (12). Samantyyppistä priorisointia tapahtuu muuallakin Suomessa.

## KOULULÄÄKÄREILLE UUSIA TEHTÄVIÄ

Lasten mielenterveysongelmien arviointia ja hoitoa siirretään lisääntyvässä määrin koululääkäreille, koska heillä on työskentelypaikkansa ansiosta muualla työskenteleviä lääkäreitä paremmat mahdollisuudet toteuttaa näitä tehtäviä (13). Yhtälö on kuitenkin mahdollon, koska koululääkäreitä on aivan liian vähän toteuttamaan edes lakisääteisiä terveystarkastuksia. Lisäksi lainsäädännön mukaan kouluterveydenhuoltoon eivät sisälly perusterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitopalvelut.

## VAIKUTTAVATKO LÄÄKÄRINTARKASTUKSET OPPILAIDEN TERVEYDENTILAAN?

Ikävä kyllä, pahimpiin lasten ja nuorten terveyttä uhkaaviin ongelmiin terveydenhoitajien ja lääkäreiden suorittamat terveystarkastukset ja niistä seuraavat jatkoimenpiteet eivät riitä. Pahimpia ongelmia ovat mielenterveyden ongelmat ja haasteet painonhallinnassa. Terveydenhoitajat ovat erikoistuneet nimenomaan terveydenhoitoon, eivätkä sairaudenhoitoon ja kokevat keinonsa ja resurssinsa monesti riittämättömiksi näissä ongelmassa. Pulaa on myös koulupsykologeista, koulukuraattoreista, psykiatrisista sairaanhoitajista ja erityisopettajista. Myös perheneuvoloiden ja lastensuojelun resurssit ovat riittämättömiä. Lapset ja nuoret eivät saa tarvitsemaansa hoitoa mielenterveyden haasteisiin perustasolla (10,14-15). HUS lastenpsykiatrian lähetemäärä kasvoi jo ennen koronapandemiaa ja 140 % vuosina 2011–2020 (16). Erikoissairaanhoito ei selviydy kasvaneista lähetemääristä ja palauttaa lähetteitä perustasolle missä ei ole resursseja eikä riittävästi

osaamista hoitaa näitä ongelmia. Joudumme lukemaan tiedotusvälineistä surullisia uutisia perheväkivallasta, lasten ja nuorten väkivaltaisesta käytäytymisestä sekä nuorten itsemurhista. Lihavuus lisääntyy ja lihavat lapset pysyvät lihavana (17).

Kerron kolme esimerkkiä kouluterveydenhuollosta. Mieti haluaisitko lapsellesi koululääkäriajan näissä tilanteissa.

Ensimmäinen esimerkki: Lapsellasi menee hyvin sekä koulussa, kotona että kavereiden kanssa. Kävit lapsesi kanssa kouluterveydenhoitajan tarkastuksessa. Terveydenhoitajan vastaanotolla iloitsitte yhdessä siitä, että lapsesi kasvaa ja kehittyy hyvin. Teille kaikille jäi hyvä mieli.

Toinen esimerkki: Lapsellasi on ollut päiväkotikäisestä lähtien ylipainoa. Kävitte silloin ravitsemusterapeutilla, mutta siitä ei ollut apua. Nyt olet huolissasi, koska sinusta vaikuttaa, että lapsesi murrosikä on käynnistynyt ennenaikaisesti. Terveydenhoitaja toteaa kasvukäyrästä, että lapsesi pituuskasvu on myös poikkeavasti kiihtynyt ja suosittelee koululääkärin arviota.

Kolmas esimerkki: Perheessäsi on ollut väkivaltaa vuosien ajan. Olet eronnut, mutta elämäsi ei silti ole helppoa. Sinulla on riitoja ex-puolisosi kanssa monista asioista lapsiisi liittyen. Nuorin lapsesi on ollut aina vilkas. Hänellä on ollut vaikeuksia pysyä paikoillaan ja keskittyä jo päiväkodissa. Nyt lapsesi oireilee voimakkaasti koulussa. Hän ei pysty keskittymään oppimiseen ja hän häiritsee muita. Oppimistulokset ovat heikkoja. Olet joutunut hakemaan lapsesi koulusta kesken päivän kotiin, koska lapsesi on riehunut koulussa. Illalla hänellä on vaikeuksia nukahtaa ja hän herättää sinut yöllä useita kertoja. Olet käynyt perheneuvolassa ja olet keskustellut lastensuojelun työntekijän kanssa, mutta näistä ei ole ollut apua.

Riittäisikö ensimmäisessä esimerkissä terveydenhoitajan tarkastus? Riittäisikö kolmannessa esimerkissä kertaluonteinen lääkärintarkastus? Voisiko lääkäri tavata myös puolisoasi ja keskustella myös opettajan ja ehkä koulupsykologin, perheneuvolan tai lastensuojelun työntekijän kanssa? Tarvitsisitko kotiin lastenhoitoapua tai kodinhoitoapua? Minkälaista apua tarvitsisit ennen kuin asiat alkaisivat mennä parempaan suuntaan? Kuka voisi olla se ammattilainen, joka huolehtisi kokonaisuudesta ja olisi sinun tukena varmistamassa, että asiat oikeasti menevät eteenpäin?

## OMAA TAUSTAA

Oma tieni koululääkäriksi liittyi haluuni auttaa lapsia. Lääkäriksi valmistumisen jälkeen suunnittelin erikoistumista lastenpsykiatriaan. Kouluttauduin siihen liittyen perheterapeutiksi ja työskentelin samanaikaisesti perheneuvolassa. Vuonna 2011 siirryin perheneuvolasta kouluterveydenhuoltoon. Samana vuonna tuli voimaan valtioneuvoston asetus terveystarkastuksista. Ajattelin, että onpa hienoa, että terveystarkastuksissa huomioidaan koko perheen hyvinvointi. Samalla ihmettelin miksi koululääkäri on veloitettu tarkastamaan kaikki oppilaat, jos edeltävässä terveydenhoitajan tarkastuksessa ei ole tullut esille lääkärin ammattitaitoa vaativia ongelmia.

Kesäkuussa 2015 osallistuin ensimmäistä kertaa eurooppalaiseen koulu- ja opiskeluterveydenhuollon kongressiin. Kouluterveydenhuolto on yli sadassa maassa ja järjestelmät vaihtelevat paljon. Huomasin, että muualla maailmassa on tutkittu jonkin verran kouluterveydenhuollon ammattilaisten resurssien käyttöä.

## TUTKIMUKSIA EUROOPASTA

Hollannissa on havaittu, että lääkäreiden apulaiset havaitsevat lasten ylipainon, näköhäiriöt ja psykososiaaliset ongelmat yhtä hyvin kuin terveydenhoitajat ja lääkärit (18). Tämä menetelmä vähensi läheteiden määrää muualle (19). Menetelmä vähensi kustannuksia kolmanneksella silloin, kun oli kyse lääkärintarkastuksista, mutta säästöt olivat niukkoja silloin, kun oli kyse terveydenhoitajan tarkastuksista (20).

Saksassa todettiin, että mm. matala tai keskitason sosiaalinen asema, aiemmasta lastenlääkärin rutiinitarkastuksesta poisjäänti tai maahanmuuttajatausta olivat riskitekijöitä, joiden perusteella kannattaisi toteuttaa 5-vuotiaiden lasten koulunaloitukseen liittyen lääkärintarkastus (21). Tämän tyyppisten sosiaalisten kriteereiden käyttöä voi olla vaikea hyväksyä, vaikka se voisi olla toimivaa.

Tarvitsemme tutkimustietoa Suomen järjestelmän hyödyistä ja haitoista. Suomessa ei ole strukturoitua menetelmää seuloa oppilaita lääkärintarkastukseen. Innostuin ja kesällä 2015 laadin alustavan tutkimussuunnitelman.

## TUTKIMUSKYSYMYKSET

Halusin tutkia lääkärintarkastusten hyötyä ja haittaa peruskoulun vuosiluokilla 1 ja 5 ja selvittää,

voidaanko lääkärintarkastus rajata koskemaan niitä oppilaita, joista huoltajalla, terveydenhoitajalla ja opettajalla on huolta kyselylomakkeiden perusteella. Näin koululääkäreille voisi jäädä enemmän aikaa niille oppilaille, jotka tarvitsevat hänen ammattitaitoaan eniten. Loppuvuodesta 2015 toteutin pilottitutkimuksen omasta koululääkärin työstäni. Tulokset olivat lupaavia. Keväällä 2016 hakeuduin Helsingin yliopistolle väitöskirjatutkijaksi selvittämään asiaa laajemmin. Aineistonkeruu toteutettiin neljällä paikkakunnalla Helsinki, Tampere, Kerava ja Kirkkonummi lukuvuotena 2017–2018. Tutkimuksen poissulkukriteereitä olivat opetus valmistavalla luokalla, erityisluokalla tai huoltajan tulkin tarve. Kyseisten oppilaiden lääkärintarkastuksen tarvetta ei tutkimusryhmämme mielestä tarvitse kyseenalaistaa.

## AINEISTO JA MENETELMÄT

Ennen 1. tai 5. luokan lääkärintarkastusta huoltajat ja heidän luvallaan myös luokanopettaja ja terveydenhoitaja täyttivät yksinkertaisen kyselylomakkeen, jolla kartoitettiin heidän mahdollisia huoliaan oppilaasta. Tämän huolilomakkeen täyttöön menee enimmillään muutama minuutti. Lopuksi kysytään myös, toivooko vastaaja koululääkärin kannanottoa lomakkeessa kysytyihin tai joihinkin muihin huoliin.

Tutkimukseen osallistuva lääkäri ei nähnyt lomakkeita ja teki tarkastuksensa kaikille normaalin käytännön mukaisesti. Lääkäri kirjasi erilliseen tutkimustietokantaan antamansa hoito-ohjeet, merkittävät keskustelut, jatkosuunnitelmat ja oman arvionsa tarkastuksen hyödystä tai haitasta ennalta annettujen kriteereiden mukaan.

Toimenpiteet, jotka kouluterveydenhoitaja olisi pystynyt hoitamaan tai joiden hoitamatta jättämisestä ei olisi seurannut merkittävää haittaa, luokiteltiin kategoriaan vain vähän hyötyä ja lopullisessa analyysissä kategoriaan ei hyötyä. Myös huoltajalta ja oppilaalta kysyttiin palautelomakkeilla heidän arviotaan vastaanoton hyödystä tai haitasta ilman ennalta määrättyjä kriteereitä.

## OSALLISTUJAT LUKUVUOSI 2017–2018

Yhteensä 1013 lasta ja heidän vanhempansa, 14 koululääkäriä, 105 opettajaa ja 31 kouluterveydenhoitajaa osallistui tutkimukseen. Perheiden osallistumisprosentti oli 75.5% (22).

## HUOLET JA TARVE

Melkein puolesta lapsista oli jokin merkittävä huoli joko vanhemmalla, opettajalla tai terveydenhoitajalla. Kolme suurinta huolta olivat kasvu tai fyysinen oire tai molemmat, tunne-elämä ja keskittyminen (23).

Kun huomioitiin kaikkien vastaajien lomakkeet, joka neljännen lapsen kohdalla ei olisi ollut etukäteen tarvetta lääkärintarkastukselle (22).

## LÄÄKÄRINTARKASTUKSEN HYÖTY JA HAITTA

Lääkärit arvioivat noin 40% lääkärintarkastuksista hyödyllisiksi. Vanhemmat arvioivat, että noin 83% ja lapset, että noin 60% tarkastuksista oli hyödyllisiä. Haittaa lääkärintarkastuksista arvioitiin syntyvän harvoin (22).

## TARVE OLI YHTEYDESSÄ HYÖTYYN

Ne lapset, joiden kohdalla oli tarve lääkärintarkastukselle hyötyivät tarkastuksesta useammin kuin ne lapset, joiden kohdalla tarvetta ei ollut. Lääkärintarkastuksen tarve ennustaa koululääkärin arvioimaa lääkärintarkastuksen hyötyä (22).

## HUOLTEN YHTEYS LÄÄKÄRIN TOIMENPITEISIIN

Suurin osa huolista oli yhteydessä ohjaukseen tai läheteeseen toisille ammattilaisille. Vahvin yhteys oli tunnetiloja koskevilla huolilla (23).

## LÄÄKÄRIN TOIMENPITEIDEN YHTEYS VANHEMMAN ARVIOIMAAN HYÖTYYN

Vanhemmat arvostivat erityisesti vastaanottoja, joihin sisältyi reseptejä, tutkimuksia tai keskustelua verrattuna vastaanottoihin, joihin sisältyi kouluterveydenhuollon lisäkäyntejä tai ohjauksia tai läheteitä toisille ammattilaisille (24).

## JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuslöydökset tukevat lääkärintarkastusten kohdentamista vanhempien, opettajien ja terveydenhoitajien huolten perusteella. Erityisesti psykososiaalisissa huolissa voisi hyödyntää moniammatillista arviota sopivimman hoitomenetelmän löytämiseksi.

## TUTKIMUKSEN MERKITYS

Tarkastusten kohdentamisella lääkäreille vapautuisi aikaa jo todettujen ongelmien hoitoon yhteistyössä koulun muiden ammattilaisten, perheneuvolan, lastensuojelun ja erikoissairaanhoidon kanssa.

## LÄHTEET

- (1) Wiss K, Hakamäki P, Hakulinen T, ym. Äitiys- ja lastenneuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstövoimavarat terveyskeskuksissa 2004–2017. Tutkimuksesta tiiviisti 32. THL; 2018. Luettu 19.9.2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-212-3>
- (2) Knopf JA, Finnie RKC, Peng Y, ym. Community Preventive Services Task Force. School-Based Health Centers to Advance Health Equity: A Community Guide Systematic Review. *Am J of Prev Med.* 2016;51:114–26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.01.009>
- (3) Terho P. Kouluterveydenhuollon historiaa. Kirjassa: Terho P, Ala-Laurila E-L, Laakso J, Krogus H, Pietikäinen M (toim.) Kouluterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim; 2002, 12–17.
- (4) Oikeusministeriö; Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Luettu 24.8.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- (5) Oikeusministeriö; Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. Luettu 24.8.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/201110338>
- (6) Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, ym. Laaja terveystarkastus – Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. THL. 2012. Luettu 24.8.2023. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-708-0>
- (7) Wiss K, Frantsi-Lankia M, Pelkonen M, ym. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2014 – Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta. THL; 2014. Luettu 24.8.2023. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-356-7>
- (8) Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus (Avohilmo) – THL. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 24.8.2023. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/ohjeet-tietojen-toimittamiseen/perusterveydenhuollon-avohoidon-hoitoilmoitus-avohilmo>
- (9) Huikko E, Santalahti P, Torniainen-Holm M, ym. Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon yhteistyö kuntien mielenterveyspalvelujen ja lastensuojelun kanssa. Duodecim. 2018;134:1827–36. Luettu 24.8.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo14504.pdf>
- (10) Huikko E, Lämsä R, Santalahti P, ym. Lasten mielenterveyspalvelujärjestelmä terveyskeskuslääkäreiden näkökulmasta. Duodecim 2020;136:79–88. Luettu 24.8.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15312>
- (11) Torkki P, Patja K, Ignatius E, ym. Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:53. Luettu 24.8.2023. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-397-5>

- (12) Nikander K. Mihin alakoululainen tarvitsee koululääkäriä? *Yleislääkäri* 36 (6), 27–30.
- (13) Huikko E, Peltola K, Aalto-Setälä T. Lasten ja nuorten mielenterveystyön vaikuttavuuden lisääminen. Kansallisen lapsistrategian toimenpiteen 13 loppuraportti. Työpaperi 3/2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2023. Luettu 24.8.2023. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-015-6>
- (14) Lasten mielenterveysongelmien ehkäisy ja hyvinvoinnin tukeminen kouluterveydenhuollossa. Valtiontalouden tarkastusviraston selvitykset 3/2017. Luettu 24.8.2023. <https://www.vtv.fi/app/uploads/2018/05/31094008/lasten-mielenterveys-ongelmien-ehkaisy-kouluterveydenhuollossa.pdf>
- (15) Savolainen O, Sormunen M, Bykachev K, ym. Finnish professionals' views of the current mental health services and multiprofessional collaboration in children's mental health promotion. *International Journal of Mental Health*. 2021;50:195–217. Luettu 24.8.2023. <https://doi.org/10.1080/00207411.2020.1848235>
- (16) Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen kysyntä on kasvanut – tarvetta on erityisesti matalan kynnyksen palveluille. *Mediatiedote* 22.8.2022. HUS. Luettu 24.8.2023. <https://www.hus.fi/ajankohtaista/lasten-ja-nuorten-mielenterveyspalvelujen-kysynta-kasvanut-tarvetta-erityisesti>
- (17) Häkkänen P, Ketola E, Laatikainen T. Development of overweight and obesity among primary school children—a longitudinal cohort study. *Family Practice*. 2016;33:368–73.
- (18) Bezem J, Theunissen M, Kamphuis M, ym. A Novel Triage Approach to Identifying Health Concerns. *Pediatrics*. 2016;137:e20150814.
- (19) Bezem J, Kocken PL, Kamphuis M, ym. Triage in preventive child healthcare: a prospective cohort study of care use and referral rates for children at risk. *BMJ Open*. 2017;7:e016423. doi:10.1136/bmjopen-2017-016423
- (20) Bezem J, van der Ploeg C, Numans M, ym. Preventive child health care at elementary school age: The costs of routine assessments with a triage approach. *PLoS One*. 2017;12:e0176569. doi: 10.1371/journal.pone.0176569
- (21) Führer A, Wienke A, Wiermann S, ym. Risk-based approach to school entry examinations in Germany – a validation study. *BMC Pediatr*. 2019;19:448. Luettu 24.8.2023. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1825-8>
- (22) Nikander K, Hermanson E, Vahlberg T, ym. Associations between study questionnaire-assessed need and school doctor-evaluated benefit of routine health checks: an observational study. *BMC Pediatr*. 2021;21:346. doi: 10.1186/s12887-021-02810-0.
- (23) Nikander K, Hermanson E, Vahlberg T, ym. Parent, teacher, and nurse concerns and school doctor actions: an observational study of general health checks. *BMJ Open* 2022; 12:e064699. doi:10.1136/bmjopen-2022-064699.
- (24) Nikander K, Kosola S, Vahlberg T, ym. Associating school doctor interventions with the benefit of the health check: an observational study. *BMJ Paediatrics Open* 2022;6:e001394. doi:10.1136/bmjpo-2021-001394.

KIRSI NIKANDER

*LT, yleislääkäri*

*Helsingin yliopisto,*

*Lääketieteellinen tiedekunta*

*Lääketieteen tohtori Kirsi Nikanderin väitöskirja (Routine general health checks by school physicians in primary schools: needs and benefits) tarkastettiin Helsingin yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa 12.5.2023. Vastaväittäjänä toimi professori Päivi Rautava Turun yliopistosta ja ohjaajina dosentti Silja Kosola Lastentautien tutkimuskeskuksesta (HUS ja Helsingin yliopisto), LT Elina Hermanson Pikkujätistä ja professori Minna Kaila, vieraileva tutkija Helsingin yliopistosta.*

Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti julkaisee suomen- ja ruotsinkielisiä tieteellisiä artikkeleita ja muita kirjoituksia. Artikkelit voivat olla empiirisiä, teoreettisia tai metodisia tutkimusraportteja tai katsauksia ajankohtaiseen kirjallisuuteen tai tutkimukseen. Artikkeleiksi tarkoitetut käsikirjoitukset käyvät läpi referee-käytännön ja muut kirjoitukset arvioidaan toimituksessa. Kirjoitukset, joita ei ole laadittu seuraavien ohjeiden mukaan, palautetaan korjattavaksi jo ennen kirjoituksen arviointia.

## KIRJOITUSOHJEET

### YLEISTÄ:

Julkaisuharkintaan otetaan aikaisemmin julkaisemattomaan materiaaliin perustuvia tieteellisiä alkuperäistutkimuksia ja aikaisemmin julkaistuun materiaaliin perustuvia tieteellisiä katsausartikkeleita. Julkaisemme myös muun tyyppisiä kirjoituksia, kuten puheenvuoroja, luentoja, kirja-arvioita, kokousselostuksia, luentoja, tapausselostuksia ja kommentteja. Tutkimusartikkelit voivat olla määrällisiä tai laadullisia menetelmiä soveltavia empiirisiä, teoreettisia tai tutkimusmenetelmiin liittyviä raportteja tai tutkimusmenetelmiä, ajankohtaista kirjallisuutta ja tutkimuksia koskevia katsauksia.

Kaikki tieteelliset artikkelit käyvät läpi vertaisarvioinnin (vähintään kaksi arvioijaa) ja muut kirjoitukset arvioidaan pääsääntöisesti lehden toimituksessa. Käsikirjoituksen hyväksymisestä päättää viime kädessä lehden toimitus. Käsikirjoituksen arviointiprosessissa noudatetaan Tieteellisten seurain valtuuskunnan vertaisarviointitunnuksen käytölle asetettuja ehtoja. Kaikki käsikirjoitukset jätetään sähköisesti [journal.fi-järjestelmän](http://journal.fi/slajarjestelmän) kautta osoitteessa:

<http://journal.fi/slajarjestelmän>

Lisätietoja saa osoitteesta: <https://journal.fi/slajarjestelmän>/kirjoitusohjeet ja lehden toimitussihteeriltä:

[toimitussihteerit@socialmedicine.fi](mailto:toimitussihteerit@socialmedicine.fi).

**Tutkimusetiikka:** Lehdessä noudatetaan yhteiskuntatieteiden ja ihmiseen kohdistuvan luonnontieteellisen ja ei-kajoavan terveys- tai lääketieteellisen tutkimuksen osalta Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeita vuodelta 2019. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti edellyttää julkaitavissa käsikirjoituksissa mainintaa tutkimukselle annetusta eettisestä ennakoarviointilausunnosta.

**Kieli:** Suomen- tai ruotsinkieli. Poikkeustapauksessa käsikirjoitus voidaan julkaista myös englanninkielisenä. Kielen tulee täyttää tieteellisen kirjoittamisen kriteerit. Otsikoiden tulee olla selkeitä ja informatiivisia. Kielenhuoltoa suositellaan.

**Sana- ja merkkimäärät:** Tieteellisten käsikirjoitusten enimmäispituus on pääsääntöisesti 4500 sanaa sisältäen varsinaisen tekstin. Tiivistelmiä, taulukoita, kuvioita ja kirjallisuusviitteitä ei lasketa sanamäärään. Muiden kirjoitusten pituus on 600–3000 sanaa. Julkaisutyypeistä ja sanamäärästä lisätietoa: <https://journal.fi/slajarjestelmän>.

**Anonymiteetin varmistaminen:** Varsinaisessa käsikirjoituksessa ei saa olla kirjoittajien tunnistamisen mahdollistavia tietoja anonyymien arviointikäytännön mahdollistamiseksi.

**Kirjoittajien kontribuutiot:** Kaikkien kirjoittajien tulee olla osallistunut tutkimuksen tekemiseen International Committee of Medical Journal Editorsin asettamien kirjoittajan kriteerien mukaisesti. Kunkin kirjoittajan osuus käsikirjoituksen laatimisessa kuvataan lyhyesti otsikkosivulla.

## KÄSIKIRJOITUKSEN RAKENNE

**Käsikirjoituksen muotoilu ja ulkoasu:** Tekstissä ei käytetä turhia muotoiluja. Koko käsikirjoituksen leipätekstin tulee olla samalla fontilla kirjoitettu. Tekstissä saa käyttää vain väliotsikoita ja niiden alaotsikoita, jotka erotetaan erikokoisella fontilla. Alaviitteitä ei käytetä. Desimaaliluvuissa käytetään pilkkua. Kirjallisuusviitteet merkitään tekstiin sulkeissa olevin numeroin esiintymisjärjestyksessä Vancouver-järjestelmän mukaisesti ja luetteloidaan numerojärjestyksessä tekstin loppuun.



Esimerkkejä viittauksista tekstin sisällä:

– *Kun viitataan yhteen lauseeseen*: Teorian esittelevä kirja ilmestyi vuonna 1977 (1).

– *Kun viitataan useaan lauseeseen*: Aiemman tutkimuksen mukaan ajanpuute on merkittävin yksittäinen este lasten kanssa ulkoilulle. Muita esteitä ovat arki-iltojen pimeys, etäisyydet leikkikentille ja muu arjen kiire. (1.)

– *Kun samassa lauseessa on useampi viite*: Useat tutkimukset (1–5, 8,9) ovat... TAI Ajanpuute, arki-iltojen pimeys, etäisyydet leikkikentille ja muu arjen kiire on keskeisimpiä esteitä lasten kanssa ulkoilulle tutkimusten mukaan (1–5, 8,9).

**Käsikirjoituksen väliotsikoinnin** tulee noudattaa IMRAD-kaavaa: Johdanto, Menetelmät, Tulokset, Pohdinta. *Johdannossa* lukija johdetaan aiemman kirjallisuuden avulla aiheeseen ja perustellaan tutkimuksen merkitys. Johdannon lopussa esitetään tutkimuskysymykset tai hypoteesit. *Menetelmäluvussa* kuvataan, miten tutkimuksen tavoitteisiin vastattiin. Menetelmät kerrotaan sillä tarkkuudella, että ne voidaan tarvittaessa toistaa. Aineiston keruun vaiheet ja osallistujamäärät kuvataan yksityiskohtaisesti. Käytetyt analyysiohjelmat raportoidaan. *Tuloksia* voidaan esittää tekstinä, taulukoina ja kuvioina. Käsikirjoitus voi sisältää pääsääntöisesti yhteensä neljä taulukkoa ja kuviota.

**Taulukot** esitetään erillisessä asiakirjassa, kaikki taulukot samassa asiakirjassa eikä niitä liitetä varsinaiseen käsikirjoitukseen. Taulukot numeroidaan juoksevassa järjestyksessä sen mukaan kuin ne esiintyvät tekstissä ja tekstiin merkitään taulukon paikka. Taulukot otsikoidaan lyhyesti ja informatiivisesti ja niiden tulee olla ymmärrettävissä tekstistä irrallisina. Taulukossa ei toisteta tekstissä sanottua ja päinvastoin. Taulukoissa käytetään ns. akateemista mallia, jossa ei ole pystyviivoja. Taulukoiden alaviitteet merkitään numeroin ja desimaaliluvuissa käytetään pilkkua. Isojen kirjainten (versaali) käyttö vaikeuttaa tekstin käsittelyä taitossa, joten niitä tulee välttää. Taulukot toimitetaan sellaisessa muodossa, että niitä on mahdollista muokata.

**Kuviot** numeroidaan juoksevassa järjestyksessä sen mukaan kun ne esiintyvät tekstissä. Kuviot toimitetaan tekstistä erillisenä asiakirjana ja tekstissä ilmoitetaan kuvioden paikka. Kuviot eivät saa

olla liitettynä tiedostoon kuvana, vaan niiden tulisi olla grafiikkamuotoisina.

**Pohdinnassa** kootaan päätulokset ja verrataan saatuja tuloksia kirjallisuudessa aiemmin esitettyihin havaintoihin. Käytettyjä tutkimusmenetelmiä arvioidaan kriittisesti ja tutkimuksen vahvuuksia ja heikkouksia pohditaan monipuolisesti. Käsiteltävää aihetta tulee viimeistään pohdinnassa tarkastella myös yhteiskunnallisella tasolla ja tuoda esiin tulosten yhteiskunnallinen merkitys. Pohdinnassa on hyvä esittää, mitä aiheesta tulisi vielä tutkia. **Päätelmien** tulee perustua tutkimuksen havaintoihin.

**Käsikirjoituksen muut osat**

**Otsikkosivu** laaditaan erillisenä asiakirjana. Otsikkosivun tulee sisältää kaikkien kirjoittajien nimet, oppiarvot, virka-asetat, organisaatio- ja laitostiedot osoitteineen sekä sähköpostiosoitteet. Yksi kirjoittajista nimetään yhteyshenkilöksi. Otsikkosivulla ilmoitetaan kirjoittajien kontribuutiot ja kaikki tutkimusta tai artikkelin kirjoittamista tukeneet rahoittajat. Jos rahoittajia ei ole, ilmoitetaan ”tutkimusta ei ole rahoittanut mikään taho”.

**Tiivistelmässä** esitetään selkeästi käsikirjoituksen keskeiset asiat. Tutkimusartikkelissa tiivistelmän rakenne noudattaa kaavaa: otsikko, tutkimuksen lähtökohdat, menetelmät, tulokset ja päätelmät. Tiivistelmän pituus on noin 200 sanaa ja se laaditaan käsikirjoituksen alkuperäiskielellä sekä englanniksi. Englanninkielinen tiivistelmä sisältää myös englanninkielisen otsikon. Englanninkielisen tiivistelmän oikeakielisyyteen tulee kiinnittää erityistä huomiota.

**Asiasanat**: Tiivistelmän yhteyteen laitetaan neljä asiasanaa käsikirjoituksen alkuperäiskielellä. Samat asiasanat lisätään myös englanninkieliseen tiivistelmään. Asiasanoja valittaessa suositellaan hyödynnettäväksi sanastopalvelua: <http://finto.fi/fi/>

**Ydinasiat**: Asiasanojen jälkeen kirjoitetaan artikkelin lyhyet ydinasiat selkeästi ranskalaisilla viivoilla. Ydinasiat koostuvat 3–5 virkkeestä, jotka lyhyesti tiivistävät kirjoituksen keskeisen sanoman.

**Kirjallisuusluettelo** noudattaa hieman muokattua Vancouver-järjestelmän mukaista tyyliä. Alla esimerkkejä erityyppisistä kirjallisuusviitteistä.



Tieteellinen aikakauslehti:

Kirjoittajien nimet, artikkelin nimi, lehden nimi (lyhenne), vuosiluku, volyymi, sivunumerot. Jos tekijöitä on enemmän kuin kolme, merkitään kolme ensimmäistä ja niiden jälkeen ym. Lehden nimestä käytetään esim. Medline-tietokannasta löytyviä lyhenteitä ilman pisteitä. Jos aikakauslehtiartikkelin bibliografisia tietoja ei ole saatavilla, ne korvataan merkinnällä painossa. Jos artikkelilla on doi-tunnus, se merkitään kaikkien viitteiden yhteyteen. DOI-tunnisteet voi hakea tästä palvelusta:

<https://apps.crossref.org/SimpleTextQuery>

Esimerkkejä

(1) Blumenshine P, Remes Egerter S, Barclay CJ, ym. Socioeconomic disparities in adverse birth outcomes: a systematic review. *Am J Prev Med* 2010;39:263–272.

doi: 10.1016/j.amepre.2010.05.012

(2) Langhoff-Roos J, Krebs L, Klungsoyr K, ym. The Nordic medical birth registers – a potential goldmine for clinical research. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014;93:132–137.

doi: 10.1111/aogs.12302

(3) Kiuru K-E, Metteri A. Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuus potilaskertomuksissa. *Sosiaalilääk Aikak* 2014;51:146–160.

Kirja:

Kirjoittajan nimi, kirjan nimi, julkaisutiedot eli painos, julkaisupaikka (julkaisijan koti- paikka), kustantaja, painovuosi, referoivan osan sivunumerot.

Esimerkkejä

Viittaus koko kirjaan: Hirsijärvi S, Remes P, Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi; 2009.

Viittaus toimitetun kirjan tiettyihin sivuihin: Esim. Raatikainen, P. Voiko ihmistiede olla arvovapaata? Kirjassa: Hallamaa J, Launis V, Lötjönen S, Sorvali I. (toim.) Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki: Tietolipas 211, Suomalaisen kirjallisuuden seura; 2006, 93–107.

Sähköinen/Internet -viite:

Tekijä tai yhteisö, aineiston otsikko, siteeraus tai päivytyspäivämäärä, mahdollinen doi-, URN-, Handle tai muu pysyvä tunniste. Verkkosoitteet (ja niiden sisällöt) muuttuvat ja rikkoutuvat ajan kanssa ja niiden käyttöä tulee välttää viittauksissa, jos mahdollista.

Esimerkkejä

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2013. Luettu 7.2.2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201702141564>

Kansaneläkelaitos. Kelan sairausvakuutuslasko 2013. Luettu 7.2.2015. [http://www.kela.fi/documents/10180/1630858/Kelan\\_sairausvakuutuslasko\\_2013.pdf/4aca5252-cbd9-4972-a9a9-4ba6f5b6818e](http://www.kela.fi/documents/10180/1630858/Kelan_sairausvakuutuslasko_2013.pdf/4aca5252-cbd9-4972-a9a9-4ba6f5b6818e) (materiaalilla ei ole tässä tapauksessa pysyvää tunnistetta)

Lait, asetukset ja päätökset:

Otsikko, päivämäärä, numero, verkko-osoite

Esimerkki

Suomen perustuslaki 11.6.1997/731. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/199907319>

Esim. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

[www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559)

## MÄÄRÄLLISEN TUTKIMUKSEN ERITYISOHJEET

Tämän lisäohjeen tavoitteena on yhtenäistää määrällisen tutkimuksen raportointikäytäntöjä Sosiaalilääketieteellisessä aikakauslehdessä ja parantaa erityisesti tulosten kuvailua ja tulkintaa ja tutkimuksen heikkouksien ja vahvuuksien pohdintaa. Ohjeistus on laadittu helpottamaan sekä kirjoittajan että arvioitsijan työtä.

Tuloksissa raportoidaan ensin tutkimusjoukon kuvailevat tunnusluvut. Tämän jälkeen raportoidaan tulokset, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin ja lopuksi mahdollisten lisä- tai sensitiivisyysanalyysien tulokset. Kirjoittajia rohkaistaan raportoimaan efektiivisyys ja 95% luottamusväli, jotta lukija voisi paremmin arvioida ilmiön kliinistä merkittävyyttä ja mahdolliset myöhemmin tehtävät meta-analyysit mahdollistuisivat. Ohjeet taulukoiden ja kuvioiden laatimiseen löytyvät yleisohjeista. Tarkempia ohjeita tilastollisten menetelmien käytön kuvaamiselle löytyy esimerkiksi teoksesta Lang TA, Secic M. *How to Report Statistics in Medicine: Annotated Guidelines for Authors, Editors, and Reviewers*. Philadelphia, American College of Physicians 2006. Kuten kaikissa Sosiaalilääketieteellisen aikakauslehden artikkeleissa, myös määrällisissä artikkeleissa näkökulma on yhteiskunnallinen eli käsiteltävää aihetta tulee viimeistään pohdinnassa tarkastella myös yhteiskunnallisella tasolla ja kirjoituksella tulee olla yhteiskunnallista merkitystä.

## LAADULLISEN TUTKIMUKSEN ERITYISOHJEET

Laadullisen tutkimuksen avulla on mahdollista tutkia esimerkiksi ihmisten kokemuksia, ilmiöille annettuja merkityksiä, systeemin toimintaa ja tehdä vertailuja tapausten välillä. Aineistona käytetään tekstiaineistoja, kuten haastatteluja, havainnointia ja kirjallisia dokumentteja. Kuten kaikissa Sosiaalilääketieteellisen aikakauslehden artikkeleissa, myös laadullisissa artikkeleissa näkökulma on yhteiskunnallinen eli käsiteltävää aihetta tulee viimeistään pohdinnassa tarkastella myös yhteiskunnallisella tasolla ja kirjoituksella tulee olla yhteiskunnallista merkitystä.

Tämän lisäohjeen tavoitteena on yhtenäistää laadullisen tutkimuksen raportointikäytäntöjä Sosiaalilääketieteellisessä aikakauslehdessä ja parantaa ennen kaikkea analyysin läpinäkyvyyttä ja seurattavuutta ja siten tutkimuksen luotettavuutta. Ohjeistus on laadittu helpottamaan sekä kirjoittajan että arvioitsijan työtä. Sosiaalilääketieteellisessä aikakauslehdessä julkaistavan laadullisen tutkimusartikkelin tulee sisältää vähintään seuraavat tiedot:

1. *Yleistä:* Miten valittu laadullinen menetelmä soveltuu asetetun tutkimuskysymyksen ratkaisemiseen?
2. *Aineistosta:* Miten vastaajat, dokumentit tai aineiston osat on valittu? Miten tutkimuksesta kerrottiin tutkittaville? Millainen on tutkimuksen osallistujajoukko, esim. ikä, koulutus, työ? Miten aineisto kerätiin tai saatiin ja mitä se sisältää? Haastatteluaineistossa: kuinka haastattelurunko/-teemat on muodostettu? Miten

ja milloin aineisto on kerätty esim. haastattelujen kesto, nauhoitus, videointi jne.? Kuka keräsi aineiston? Aineiston saturaatio ja rajoitukset.

3. *Analyysistä:* Analyysi tulee kuvata mahdollisimman läpinäkyvästi, jotta lukijan on mahdollista seurata ja arvioida analyysin kulkua ja tehtyjä analyttisiä valintoja tuloksista johdettuihin. Miten analyysi vaihe vaiheelta toteutettiin? Miten esimerkiksi aineistolähtöisen analyysin koodit, kategoriat, teemat tai käsitteet kehitettiin aineistosta? Oliko analyysi tietokoneavusteinen, miten? Kuka analysoi aineiston? Miten analyysin osuvuus ja luotettavuus varmistettiin (esim. valikoinnin välttäminen, poikkeavien löydösten pohtiminen, useampi tutkija mukana analyysissä, tutkijan oman position reflektointi)?
4. *Tulokset:* Tuloksia esitettäessä on huomioitava seuraavat asiat: Aineisto-otteet, kenttämuistiinpanot tai muu aineisto pitää identifioida niin, että lukija voi arvioida tulosten osuvuutta aineisto-otteista. Artikkelissa tulee esittää tarpeeksi aineisto-otteita, jotta lukija voi vakuuttua tehtyjen johtopäätösten oikeellisuudesta. Aineisto ja siitä tehdyt tulkinnat tulee selvästi erottaa toisistaan tekstissä.
5. *Tutkimuksen eettiset kysymykset:* eettiset luvat ja tutkimusluvut, tutkittavien rekrytointi, tutkittavan suojeluun liittyvät kysymykset, yksityisyyden suoja (tietosuoja), mahdollinen riskianalyysi (erityisesti tutkittavan koskemattomuuteen kohdentuvissa tutkimuksissa).

SOSIAALI-  
LÄÄKETIETEELLINEN  
AIKAKAUSLEHTI

JOURNAL OF SOCIAL MEDICINE

S I S Ä L T Ö 1 / 2 0 2 4

PÄÄKIRJOITUS

1 Kivelä, S.-L., Ring, M., Kaarakainen, M.  
Vanhenemisen ja vanhuuden tutkijat – katse tulevaan!

ARTIKKELIT

3 Karjalainen, P., Santalabti, P., Aalto-Setälä, T., Kiviruusu, O.  
Epäsosiaalinen käytös ja sen yhteys perhetaustaan, oppimisvaikeuksiin,  
hyvinvointiin ja koulussa saatuun tukeen 4. ja 5. luokkalaisilla:  
Kouluterveyskyselyn 2019 tuloksia

18 Rovamo, E., Toikko, T.  
Terveyssoseaalityö ja sosiaaliset riskit psykiatrisessa  
erikoissairaanhoidossa

30 Kytölä, L., Huhtakangas, M., Pesonen, P., Ylitalo-Katajisto, K.,  
Kanste, O.

Ikäihmisten sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö ja asiakassegmentit  
ennen säännöllisen kotihoidon asiakkuutta

47 Pitkänen, L. J., Torkki, P., Martikainen, J., Nuutinen, M., Kauppi,  
K., Lavikainen, P., Mäki-Opas, T.

Väestön koettu hyvinvointi hyvinvointialueilla - mistä se muodostuu?

61 Rissanen, P., Jurvansuu, S., Jalava, J.  
Mielenterveys ja nimby – suomalaisen väestön suhtautuminen  
mielenterveysongelmiin

75 Laihonen, H., Kork, A.-A., Lunkka, N., Sinervo, L.-M., Sillanpää, V.,  
Kokko, P., Hyvärinen, J.

Vaikuttavuuden johtamisen mekanismit – lähtökohtia ja edellytyksiä  
hyvinvointialueille

93 Rinta-Rabko, A., Alanko, K.  
Ånger och missnöje efter könsbeträftande behandling:  
En systematisk litteraturöversikt

107 Kylmä, J., Leppäkoski, T., Paavilainen, E., Hiitola, J.  
Väkivalta seksuaali- ja sukupuoli vähemmistöihmisten lähisuhteissa –  
kartoitettava katsaus

122 Mäkinen, N., Ojala, S.  
Etuussanktioiden vaikutukset toimeentuloon, hyvinvointiin ja  
palveluihin osallistumiseen: systemaattinen kirjallisuuskatsaus

PUHEENVUORO

144 Autio, R.  
Keskeisimmät potilasturvallisuutta ja hoidon laatua mittaavat tekijät  
potilasasiamiesten tilastoinnissa

149 Kero, K., Paavonen, J.  
Mikä HPV-rokotuksessa pelottaa – Kuinka saavutetaan parempi  
rokotekattavuus?

LECTIOT

155 Linnansaari, A.  
Toimeenpanon tukeminen on avain parempaan kansanterveyteen

160 Säaskilähti, M.  
OmaKannan käyttö resepti- ja terveystietojen seurannassa

165 Nikander, K.  
Määräaikaaiset lääkärintarkastukset alakouluissa: tarpeita ja hyötyjä