

# SOSIAALI- LÄÄKETIETEELLINEN AIKAKAUSLEHTI

JOURNAL OF SOCIAL MEDICINE

2

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  
VT, tutkimuspäällikkö,  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
Yhdenvertaisuus  
Erikoistutkija  
Turun yliopisto  
Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta  
Sosiaalityö

Anna-Aurora Kork  
HTT, apulaisprofessori  
Vaasan yliopisto  
Johtamisen yksikkö  
Sosiaali- ja terveyshallintotiede

Olli Kiviruusu  
VT, dosentti, tutkimuspäällikkö  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
Mielen terveystiimi

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 2023:

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)

JOURNAL OF SOCIAL MEDICINE

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

## Pohjoismainen kansanterveysjärjestöjen yhteistyö piristymässä

Neljän pohjoismaisen kansanterveystieteen tai sosiaalilääketieteen yhdistysten edustajat kokoustuivat Oslolla 4.–5.4.2024. Kokoukseen osallistuivat Svensk Förening för Socialmedicin och Folkhälsa Ruotsista, Dansk Selskab for Folkehelse Tanskasta ja paikan päällä kokousta emännöi professori Camilla Ihlebæk, Norsk Forening for Folkehelse järjestöstä. Kokouksen käytännön järjestelyihin osallistuivat myös Johan Lund ja Annica Lindén Øygard norjalaisesta Folkehelseforening järjestöstä. Suomea kokouksessa edustivat Sosiaalilääketieteen yhdistyksen hallituksen jäsenet Ella Näsi ja Sakari Suominen sekä Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden päätoimittaja Minna Kaarakainen. Vain Islannin edustajaa ei saatu paikalle, todennäköisesti sikäläisen järjestön toiminnan valitettavasta hiipumisesta johtuen.

Pohjoismailla on paljon annettavaa toisilleen kaikilla yhteiskunnan alueilla eikä kansanterveysyhteistyö ja siihen kytkeytyvä tutkimus muodosta tästä poikkeusta. Yhteiskuntamme perustuvat avoimeen ja läpinäkyvään päätöksentekoon ja kansalaisten tasa-arvoon, mihin myös käytännössä pyritään palvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa. Väestö pohjoismaissa on keskimäärin hyvin koulutettua ja kansainvälisessä vertailussa vähintään vakavaraista. Mutta meillä on myös yhteisiä ongelmia kansanterveyden alueella kuten esim. ikääntyvä väestö ja siitä syntyvät terveysseuraamukset ja uudempina tulokkaina erityisesti nuorten lisääntyneet mielenterveysongelmat sekä päihdekulttuurin nopeat muutokset.

Kokous toteutui 'lounaasta lounaaseen' otteella. Kokous käynnistyi yhteisen lounaan jäl-

keen sillä, että kokousedustajat esittelivät itsensä ja oman organisaationsa muille osallistujille. Tämän jälkeen käytiin avointa keskustelua yhteisistä piirteistä havaiten, että osallistuvilla tahoilla on samantyyppinen yhteiskunnallinen rooli ja tehtävä vaikka toiminta toteutuukin kunkin maan erityispiirteiden mukaisesti. Muina keskustelunaiheina olivat myös oman järjestön lähitulevaisuuden kehittämistoiveet sekä mahdollisuudet hyödyntää pohjoismaista rajojen yli käyvää yhteistyötä. Keskustelusta ilmeni, että toistaiseksi Pohjoismaat eivät ole hyödyntäneet toistensa kokemuksia riittävästi.

Yhteistyön edistämisen hengessä käytiin läpi erilaisia pohjoismaisia yhteistyötä edistäviä aloitteita ja ideoita. Konkreettisesti päätimme mm., että käynnistämme webinaarisarjan englanniksi, joka käsittelee kaikkia Pohjoismaita kiinnostavia kansanterveystieteeseen kytkeytyviä aiheita. Seminaarit päätettiin pitää kerran keväällä ja kerran syksyllä. Ensimmäisenä kopin järjestämisestä otti Norja, jonka Folkhelseforening isännöi tämän sarjan alkuwebinaaria 7.10.2024. Webinaarin aiheet tiedotetaan etukäteen ja niihin toivotaan saatavan lyhyet kommenttipuheenvuorot kaikista pohjoismaista.

Kuinka tämä hyvin myönteisessä hengessä toteutettu kokous onnistuttiin käytännössä järjestämään? Lyhyesti voisi vastata sen toteutuneen juuri onnistuneen pohjoismaisen yhteistyön avulla. Pohjoismaiset järjestöt ja niiden joukossa Sosiaalilääketieteen yhdistyksemme omistavat nimittäin yhdessä Sagen kustantaman kansainvä-

lisen tieteellisen lehden, Scandinavian Journal of Public Healthin (SJPH). Lehteä hallinnoi kunkin pohjoismaisen omistajajärjestön edustajista muodostettu Executive Board, jolla ei kuitenkaan ole omaa rahaliikennettä tai muuta toimintaa.

Lehden edellisen eli professori emeritus Ingvar Karlbergin sekä nykyisen eli professori Terje Eikemon päätoimittajakausina lehden kehitys on ollut suotuisaa ja sen impaktiarvo on viime aikoina vuosi vuodelta selkeästi noussut. Lehden tieteellisen tason nousu heijastuu myös sen taloudelliseen tuottoon kustantajan maksamina ns. royalty-maksuina. Viime aikoina on vuosittain jäänyt hieman rahaa säästöön, joka on talletettu lehden isäntäorganisaation eli nykytilanteessa norjalaisen Folkhelseforeningin lehdelle varatulle tilille. Näitä ylijäämävaroja voitiin nyt käyttää tämän hyvin sujuneen kokouksen järjestämiseen, joka toivottavasti tarkoittaa laajemminkin pientä piristysruisketta pohjoismaiselle kansanterveys- ja sosiaalilääketieteelliselle yhteistyölle.

SAKARI SUOMINEN

*Sosiaalilääketieteen yhdistyksen hallituksen jäsen, Sosiaalilääketieteellisen aikakauslehden toimituskunnan jäsen & Scandinavian Journal of Public Health Executive Boardin Suomen edustaja*

ELLA NÄSI

*Sosiaalilääketieteen yhdistyksen hallituksen jäsen*

MINNA KAARAKAINEN

*Sosiaalilääketieteellisen aikakauslehden päätoimittaja*



## Strukturoitu arviointi lasten ja perheiden sosiaalityössä – työntekijöiden kokemuksia ja näkemyksiä ARVOA©-menetelmästä, kehittämistarpeista ja käyttöönoton puutteista

Asiakkaan tilannearviointia tehdään lasten ja perheiden sosiaalityössä useissa eri vaiheissa, etenkin palvelutarpeen arvioinnin ja lastensuojelutarpeen selvityksen yhteydessä, asiakkuuden käynnistyessä ja asiakassuunnitelmaa laadittaessa. Lapsi- ja perhesosiaalityön arvioinnissa ei Suomessa tyypillisesti käytetä strukturoituja arviointivälineitä, mutta tällaisia on kehitetty ja validoitu muissa maissa. Suomessa ainoaa tähän tarkoitukseen kehitettyä ja levitettyä strukturoitua arviointivälinettä, ARVOA©-menetelmää, ei ole aiemmin tutkittu. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin lapsi- ja perhesosiaalityön työntekijöiden kokemuksia ja näkemyksiä menetelmästä kahdessa organisaatiossa, joissa menetelmä on otettu tai pyritty ottamaan käyttöön. Tutkimusta varten keväällä 2022 toteutettiin kuusi fokusryhmähaastattelua, joihin osallistui yhteensä 27 työntekijää. Tutkittavat työskentelivät palvelutarpeen arvioinnissa, perhesosiaalityössä sekä lastensuojelun avo- ja sijaishuollossa. Tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita menetelmän käyttöönotosta, työntekijöiden arvioista menetelmän hyödyistä ja haitoista, menetelmän käyttöä edistäneistä ja estäneistä tekijöistä, sekä menetelmän kehittämistarpeista. Tulosten perusteella menetelmä ei ollut kummassakaan organisaatiossa rutiinikäytössä. Osa työntekijöistä ei käyttänyt menetelmää lainkaan, kun taas osa koki sen hyödylliseksi esimerkiksi keskusteluvälineenä tai muistilistana. Käyttöönottoa haittasi puutteellinen koulutus, tuki ja ohjeistus. Suurin osa haastatelluista näki arviointimenetelmässä sekä potentiaalista hyötyä että runsaasti kehittämistarpeita. Näiden ja aiempien tutkimustulosten perusteella sosiaalityön kehittämistyössä tulisi jatkossa panostaa menetelmien viimeistelyyn ja käyttöönoton valmisteluvaiheeseen ennen niiden levittämistä työntekijöiden käyttöön. Soveltuvilla arviointivälineillä voidaan huolellisesti käyttöönotettuina parantaa arvioinnin tarkkuutta ja laatua. Ensin on kuitenkin varmistuttava, että arviointiväline on sisällöllisesti perusteltu ja asiakastyössä käyttökelpoinen.

**ASIASANAT:** lapsi- ja perhesosiaalityö, strukturoitu arviointi, käyttöönotto, arviointitutkimus

**ELINA AALTIO**

## YDINASIASIAT

- Lapsi- ja perhesosiaalityön tilanearviointiin on kehitetty strukturoituja arviointivälineitä, mutta Suomessa tällaisia ei juuri käytetä.
- Tutkimuksessa tarkasteltiin työntekijöiden kokemuksia Suomessa kehitetystä ARVOA©-menetelmästä.
- Menetelmässä nähtiin potentiaalia, mutta sitä pidettiin keskeneräisenä.
- Puutteet käyttöön otossa vaikuttivat työntekijöiden halukkuuteen kokeilla ja käyttää menetelmää.
- Ennen menetelmän laajempaa levitystä sen sisältöä ja käyttökelpoisuutta on kehitettävä.

## JOHDANTO

Suomessa lasten ja perheiden sosiaalityön kokonaisuus muodostuu sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaisesta perhesosiaalityöstä ja lastensuojelulain (417/2007) mukaisesta lapsi- ja perhekohtaisesta lastensuojelusta. Asiakkaan tilanearviointia tehdään palveluiden eri vaiheissa. Ennen asiakkuuden käynnistymistä lapsen ja perheen tilannetta arvioidaan sosiaalihuoltolain mukaisen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä, jolloin tehdään tarvittaessa myös lastensuojelutarpeen selvitys. Arvioinnista lapsi ja perhe ohjataan joko perhesosiaalityöhön tai lastensuojeluun. Asiakkuuden käynnistyttyä tilannetta arvioidaan ajoittain uudelleen esimerkiksi asiakassuunnitelmaa laadittaessa ja päivitettäessä.

Lasten ja perheiden tilanteen arviointia varten on suomalaisen sosiaalityön kontekstissa kehitetty ja käytetty ensisijaisesti verrattain väljiä lomakkeita, joissa otsikkotasolla ilmaistuihin arviointiteemoihin annetaan avovastaus (esim. 1–2). Joissakin organisaatioissa on myös saatettu käyttää tietyn asiakasryhmän kanssa muissa maissa kehitettyjä strukturoidumpia arviointivälineitä (esim. 3). Arviointiin soveltuvia validoituja mittareita on sen sijaan laajemmin käytössä etenkin terveydenhuollon piirissä. Esimerkiksi lapsen psyykkistä vointia kartoittavan SDQ-mittarin (4) on todettu olevan luotettava, pätevä ja käyttökelpoinen menetelmä 4–9-vuotiaiden lasten mielenterveysongelmien tunnistamisessa suomalaisissa lastenneuvoloissa ja kouluterveydenhuollon terveystarkastuksissa (5). Lapsen terveyteen liittyvää elämänlaatua mittaavan

KINDL-R-mittarin (6) psykometriset ominaisuudet on puolestaan todettu hyväksi (7), mutta mittarin soveltuvuudesta Suomessa tarvitaan lisätutkimusta (8). Lastensuojelun tilanearvioinnissa lapsen ja perheen tilannetta on lain mukaan tarkasteltava edellä mainittuja mittareita laajemmin useista eri näkökulmista suhteessa lastensuojelulaissa määriteltyyn tehtävään. Spesifisti lastensuojelun arviointiin tarkoitettuja välineitä on kehitetty etenkin anglo-amerikkalaisessa kontekstissa. Pohjois-Amerikassa on kehitetty riskin arviointivälineitä (9–10), kun taas Englannissa (11–12) ja muissa Pohjoismaissa (13–14) on kehitetty laajempaan tarkasteluun pyrkiviä, lapsen kehitystä ja palvelutarpeita kartoittavia lomakkeita. Koska kunkin maan lastensuojelujärjestelmä eroaa toisistaan, muualla kehitettyjä välineitä ei välttämättä sellaisenaan voi ottaa Suomessa käyttöön. Suomessa lasten ja perheiden sosiaalityöhön on kehitetty tietyvästi vain yksi strukturoitu arviointiväline, ARVOA©-menetelmä.

ARVOA©-menetelmä on alun perin kehitetty lastensuojelutarpeen selvityksen ja lastensuojelussa myöhemmin tehtävän tilanearvioinnin välineeksi Suomen Kuntaliiton hankkeessa vuosina 2013–2015. Nykyinen versio on muokkautunut jatkohankkeissa ja Finnish Consulting Groupissa (FCG), joka nykyisin omistaa ARVOA©-menetelmän. Menetelmä sisältää lomakkeita lapsen, vanhemman ja työntekijän täytettäväksi. Lomakkeilla kartoitetaan lapsen ja vanhempien voimavaroja ja tarpeita sekä lapsen kohtelua keräämällä tietoa lapselta, vanhemmalta ja työntekijältä. Suomen Kuntaliiton hankkeesta on julkaistu kaksi raporttia (15–16). Nykyisestä ARVOA©-menetelmästä ei ole julkaistu hanke-raportteja tai aiempia tutkimuksia.

Tämän artikkelin tarkoituksena on tarkastella lasten ja perheiden sosiaalityössä toimivien työntekijöiden kokemuksia ja näkemyksiä ARVOA©-menetelmästä kahdessa sosiaalityön organisaatiossa, joissa menetelmä on otettu tai pyritty ottamaan käyttöön. Strukturoituja arviointivälineitä koskevan aiemman tutkimuksen perusteella voidaan olettaa, että työntekijöiden näkemykset ja kokemukset ARVOA©-menetelmästä voivat olla hyvin vaihtelevia. Työntekijöiden arvio välineen hyödyistä ja haitoista voi selittyä paitsi menetelmän ominaisuuksilla, myös sillä, miten se on organisaatiossa tai tiimissä otettu käyttöön. Tutkimuksessa pyritään vastaa-

maan seuraaviin ARVOA©-menetelmää koskeviin tutkimuskysymyksiin:

- 1) Miten menetelmä on työntekijöiden raportoimana otettu organisaatiossa käyttöön?
- 2) Mitä hyötyjä tai haittoja työntekijöiden arvion mukaan menetelmästä on heidän omalle työlleen?
- 3) Mitkä tekijät ovat edistäneet tai estäneet menetelmän käyttöä?
- 4) Millaisia kehittämistarpeita työntekijät näkevät menetelmässä?

Tulosten perusteella voidaan nykyistä paremmin arvioida paitsi ARVOA©-menetelmän käyttökelpoisuutta, myös yleisesti strukturoitujen välineiden soveltuvuutta ja käyttöönoton edellytyksiä suomalaisessa lasten- ja perheiden sosiaalityössä.

### **STRUKTUROITUJEN ARVIOINTIMENETELMIEN KÄYTTÖÄ KOSKEVA AIEMPI TUTKIMUS**

Strukturoiduilla arviointivälineillä on pyritty yhdenmukaistamaan lastensuojelussa tehtävää arviointia, jonka laadussa, kattavuudessa ja tarkkuudessa on havaittu suurta vaihtelua (17–18). Aiemman tutkimuksen perusteella arviointivälineillä on ollut sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia lastensuojelun arvioinnin toteuttamistapaan ja tuloksiin. Australiassa toteutetussa tutkimuksessa (19) tarkasteltiin alun perin Yhdysvalloissa kehitetyn riskinarviointivälineistön (SDM) käyttöönottoa yhdessä osavaltiossa. Työntekijöiden haastattelujen ja havainnoinnin perusteella todettiin, etteivät työntekijät pääsääntöisesti käyttäneet välineitä tarkoitettulla tavalla. SDM ei tukenut työntekijöitä päätöksenteossa, koska he olivat tehneet päätöksensä ennen kuin täyttivät SDM-lomakkeet. SDM:n käyttö ei myöskään yhdenmukaistanut arviointityöskentelyä, vaan niitä käytettiin vaihtelevasti riippuen tiimin työskentelytavoista, kiireestä ja työntekijöistä itsestään. Eniten tarvitsevien lasten tunnistamiseen SDM ei myöskään toiminut, koska työntekijät tekivät päätökset ensin ja dokumentoivat ne päivien tai viikkojen viiveellä, SDM-lomakkeet mukaan lukien. Työntekijät selittivät ohjeistusten noudattamatta jättämistä sillä, etteivät katsoneet SDM:n sopivan omaan työhönsä eivätkä pitäneet sen tuottamaa riskiarviota luotettavana. Saamaansa SDM-koulutusta työntekijät pitivät puutteellisenä, ja olisivat toivoneet mm. SDM:n kehitystyön läpikäyntiä. Toisaalta välineen katsottiin voivan

olla hyödyllinen nuorille ja kokemattomille työntekijöille. (19.)

Myös Ruotsissa havaittiin, että arvioinnin dokumentointi kansallisen BBIC-ohjeistuksen mukaan tapahtui usein viiveellä sen jälkeen, kun asiakkaan tilanteesta oli jo käytännössä tehty tilannearvio ja heille oli tarjottu välitöntä tukea (20). Työntekijät myös kokivat, että kerätyn arviointitiedon sijoittaminen BBIC:n eri osioihin oli toisinaan hankalaa, ja samoja tietoja joutui dokumentoimaan useisiin kohtiin. Haastatellut sosiaalityöntekijät eivät silti olleet täysin haluttomia hyödyntämään BBIC:tä omassa työssään, mutta he joutuivat työskentelemään olosuhteissa, jotka eivät tukeneet sen käyttöä. Lastensuojelun suuret asiakasmäärät, ajan riittämättömyys ja työntekijöiden vaihtuvuus heikensivät mahdollisuuksia hyödyntää BBIC-menetelmää. Lisäksi organisaatioista puuttui henkilö, joka olisi kantanut vastuun BBIC-menetelmän käytöstä, ja jonka puoleen työntekijät olisivat voineet kääntyä. Käyttäjät myös toivoivat yhteisiä foorumeita, jossa he olisivat voineet reflektoida BBIC-menetelmän soveltamiseen liittyviä kysymyksiä yhdessä muiden kanssa. (20.)

Sosiaalityöntekijöillä on tapana suosia asiakastiedon dokumentointia narratiivisessa muodossa strukturoidun lomakkeen sijaan (20–22). Vaikka strukturoitujen menetelmien käytöstä on kertynyt huonoja kokemuksia, on viitteitä siitä, että lastensuojelutarpeen arvioinnin strukturoinnista on myös hyötyä. Esimerkiksi Ruotsissa toteutetussa tutkimuksessa havaittiin, että lastensuojelun tilannearviointiin kehitetyn ESTER-välineen avulla työntekijät tunnistivat paremmin riski- ja suojatekijöitä ja tekivät laadukkaampia tilannearviointeja (13). ESTER-väline on BBIC:tä tarkemmin strukturoitu, ja sen reliabilitteetti on todettu hyväksi (23). Norjassa kehitettyä Kvello-lomaketta käyttäneiden työntekijöiden puolestaan havaittiin jäsentävän tilannetietoa paremmin riski- ja suojatekijöiksi sekä etenevän arvioinnissa organisoituneemmin ja puhuvan lapsista suuremmin kuin vertailuryhmä, jonka työntekijät eivät käyttäneet mitään strukturoitua arviointivälinettä (24). Aiemman tutkimuksen perusteella voidaan pitää mahdollisena, että strukturoiduista arviointivälineistä on hyötyä silloin, kun väline on pätevä ja luotettava. Välineen onnistunut käyttö myös edellyttää, että se on yhteensopiva organisaation ja tiimin työs-

kentelyn kanssa, ja sen käyttöönotto on toteutettu laadukkaasti.

## KÄYTTÖÖNOTTOON VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ

Uusien interventioiden implementointia eli käyttöönottoa koskevassa tutkimuksessa on paikannettu erilaisia vaiheita ja kriittisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat siihen, siirtyvätkö ihmiset tai kokonaiset organisaatiot käyttämään interventiota tarkoitettulla tavalla. Meyersin ym. (25) laadukkaasti implementoinnin viitekehukseen on koottu tutkimuskirjallisuudesta laaditun synteesin perusteella neljä vaihetta ja niiden alla yhteensä 14 kriittistä askelta, jotka organisaation tulee ottaa saadakseen interventiolla aikaan toivotut tulokset. Ensimmäisessä vaiheessa paikallisen organisaation on tehtävä ennakkovalmisteluja. Tällöin mm. arvioidaan organisaation omia tarpeita ja intervention yhteensopivuutta, pohditaan mahdollisia muutostarpeita ja niiden dokumentointia ja arviointia, sitoutetaan päätöksentekijät ja mallin käyttöönottajat, rakennetaan käyttöönottoa tukeva infrastruktuuri, rekrytoidaan tarvittava henkilöstö ja koulutetaan käyttöönottajat intervention käyttöön. Toisessa vaiheessa laaditaan implementointisuunnitelma ja luodaan implementointitiimit. Kolmannessa vaiheessa järjestetään tukea ja valmennusta intervention käyttöön ja käytännön ongelmien ratkaisemiseen, arvioidaan implementointiprosessia sekä kerätään ja käsitellään palautetta. Neljännessä vaiheessa opitaan kokemuksista tulevien implementointiyritysten parantamiseksi.

Implementoinnissa onnistuminen riippuu myös intervention ja käyttöönottajien ominaisuuksista. Rogersin (26–27) klassisen interventioiden leviämistä kuvaavan teorian mukaan intervention lopullinen käyttöönotto riippuu siitä, vaikuttaako se käyttäjistä aiempaa toimintatapaa hyödyllisemmältä, onko se yhteensopiva käyttäjien arvojen, kokemusten ja tarpeiden kanssa, onko sen ymmärtäminen ja käyttäminen riittävän yksinkertaista, onko sen kokeileminen helppoa, ja saadaanko sillä aikaan käyttäjän havaitsevia tuloksia. Myös käyttäjän asenne vaikuttaa lopputulokseen. Rogersin mukaan ihmiset voidaan jakaa viiteen kategoriaan sen perusteella, kuinka varhaisessa tai myöhäisessä vaiheessa ja millä perusteella he ovat valmiita siirtymään uuden intervention käyttöön. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat innovaattorit,

jotka kehittelevät uusia ideoita, mutta saattavat innoissaan tarkastella asiaa liian yksipuolisesti. Toisena ovat varhaiset käyttäjät, jotka ottavat uusia menetelmiä ensimmäisenä käyttöön huomattessaan niiden vastaavan omiin tarpeisiinsa. Kolmas ryhmä on varhainen enemmistö, joka seuraa varhaisia käyttäjiä siinä vaiheessa, kun menetelmän hyödyistä on riittävän vahvaa näyttöä. Heitä seuraa myöhäinen enemmistö, joka tarkastelee menetelmää kriittisesti, mutta siirtyy sen käyttöön sopiakseen joukkoon. Viimeinen ryhmä muodostuu vastustajista, jotka suhtautuvat menetelmään hyvin kriittisesti, ja välttävät sen käyttöä niin pitkään kuin mahdollista.

## ARVOA©-MENETelmä

ARVOA©-menetelmän taustalla on Suomen Kuntaliiton hankkeessa vuosina 2013–2015 kehitetty Lastensuojelun toimintakykymittari. Mittarin ideana oli tarkastella lapsen, vanhemman ja perheen hyvinvointia lähestymällä sitä toimintakykynä, joka riippuu kuormitus- ja voimavaratekijöiden suhteesta (ks. tarkemmin 28). Mittariin sisällytettiin tutkimuskirjallisuudesta johdettuja kysymyksiä lapsen ja vanhemman hyvinvoinnin eri osa-alueisiin kytkeytyvistä kuormitus- ja voimavaratekijöistä sekä lapsen kohtelusta. Kysymyksiä muotoiltiin ja täydennettiin kehittämistyöhön osallistuneiden sosiaalityöntekijöiden kanssa käytyjen ehdotusten pohjalta, minkä jälkeen mittaria pilotoitiin 11 paikkakunnalla. (15–16.) Mittarin jatkokehitystä on tämän jälkeen tehty Kuntaliitossa ja FCG Finnish Consulting Groupissa, mutta näistä ei ole julkaisuja. Mittari siirtyi FCG:n omistukseen 2019.

ARVOA©-menetelmä sisältää viisi lomaketta, joista kolme on tarkoitettu työntekijän täytettäväksi ja kaksi asiakkaiden täytettäväksi. Lapsen itsearviointilomake sisältää 47 kysymystä, joissa käsitellään kotia ja perhettä, ihmissuhteita, päiväkotia/koulua, terveyttä ja mielialaa, käsitystä itsestä, toiveita ja tavoitteita sekä työskentelyä. Lomakkeesta ei ole ikäversioita eikä soveltuvaksi oletetun vastaajan ikää ole määritetty. Lomakkeesta on laadittu oma versio sijaishuollossa oleville lapsille, mikä jätettiin tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Vanhemman itsearviointilomake sisältää 39 kysymystä, joissa käsitellään terveyttä ja elämänhallintaa, lapsuuden aikaisia kokemuksia, tiedonkäsittelyyn liittyviä taitoja, sosiaalisia suhteita ja taitoja, käyttäytymistä, toimeentu-



loa ja työmarkkinatilannetta sekä työskentelyä. Lomake on tarkoitettu työskentelyssä mukana olevien vanhempien täytettäväksi. Työntekijän arvio vanhemman toimintakyvystä -lomake sisältää 33 vastaavaa kysymystä kuin vanhemman lomake pois lukien työskentelyn arviointi. Työntekijän arvio lapsen toimintakyvystä -lomake sisältää 32 kysymystä lapsen terveydestä ja elämäntilannesta, tiedonkäsittelyyn liittyvistä taidoista, sosiaalisista suhteista ja taidoista sekä käyttäytymisestä. Työntekijän lomake ei ole yhteneväinen lapsen itsearviointilomakkeen kanssa. Työntekijän arvio lapsen huolenpidosta ja kohtelusta -lomake sisältää 33 kysymystä perustarpeista, turvallisuudesta, terveydenhoidosta, oppimisesta, rutiineista, huolenpidosta ja kasvatuksellisuudesta.

ARVOA©-menetelmän lomakkeet eivät ole avoimesti saatavilla. Ne on tarkoitettu täyttää FCG:n sähköisellä alustalla, jonka kautta myös asiakkaille voidaan lähettää sähköinen lomake täytettäväksi. FCG tarjoaa kolmen tunnin koulutusta menetelmän käyttöön.

## MENETELMÄT

### TUTKITTAVAT

Tutkimus toteutettiin kahdessa kunnassa, jossa ARVOA©-menetelmä oli päätetty ottaa käyttöön lasten ja perheiden sosiaalityössä. Kummassakaan kunnassa menetelmä ei ollut kaikkien tiimien tai työntekijöiden käytössä. Tutkimukseen osallistui yhteensä 27 työntekijää, joista 21 oli sosiaalityöntekijöitä ja kuusi sosiaaliohjaajia, erikoissosiaaliohjaajia tai perhetyöntekijöitä. Tutkittavat työskentelivät palvelutarpeen arvioinnissa (1 tiimi), perhesosiaalityössä (1 tiimi) sekä lastensuojelun avohuollossa (3 tiimiä, eroteltu raportoinnissa kirjaimin A, B ja C) ja sijaishuollossa (1 tiimi). Työntekijöiden työkokemus lasten ja perheiden sosiaalityöstä vaihteli alle vuodesta 17 vuoteen (ka. 6 vuotta). Haastatelluista 20 oli osallistunut menetelmän koulutukseen.

### AINEISTONKERUU JA ANALYSOINTI

Tutkimussuunnitelma on käynyt läpi eettisen ennakkoarvioinnin, minkä jälkeen haettiin tutkimusluvut tutkimukseen osallistuvista kunnista. Tutkimukseen pyydettiin kaikkia niitä työntekijöitä, jotka organisaation ilmoituksen mukaan käyttivät, olivat käyttäneet tai olivat ottamassa viimeistään

alkuvuodesta 2022 käyttöön ARVOA©-menetelmän. Pyyntö osallistua tutkimukseen lähetettiin organisaation yhteyshenkilöltä saatuihin johtavien sosiaalityöntekijöiden sähköpostiosoitteisiin, joita pyydettiin välittämään kutsu eteenpäin tiiminsä työntekijöille. Tutkittavia ei rajattu ulos sillä perusteella, että he eivät olleet käyttäneet menetelmää, sillä tarkoitus oli kerätä tietoa myös menetelmän käyttöä estävistä tekijöistä.

Aineisto kerättiin kuudella fokusryhmähaastattelulla keväällä 2022. Haastattelurunko sisälsi kysymyksiä menetelmän käyttöönotosta omassa organisaatiossa, saadusta koulutuksesta ja ohjeistuksesta, menetelmän käytöstä omassa asiakastyössä ja näkemyksistä menetelmän ja käyttöönoton kehittämistarpeista. Kolme haastattelua toteutettiin paikan päällä, kolme etäyhteydellä Teams-sovelluksen välityksellä. Haastattelut nauhoitettiin (yhteensä 6,5 h) ja litteroitiin, minkä jälkeen ne pseudonymisoitiin. Aineisto koodattiin Atlas.ti-ohjelmalla hyödyntämällä tutkimuskysymyksistä johdettuja pääkoodeja (kuten 'käyttöönotto', 'esteet') ja niiden alakoodeja ('käyttötuen puute', 'asiakasmäärät') ja aineistosta nostettuja koodeja (esim. 'luovat ratkaisut', 'asenne'). Tämän jälkeen kaikki koodit ryhmiteltiin laajemmiksi kokonaisuuksiksi tutkimuskysymysten mukaisesti ('käyttöönotto', 'hyötyjä ja haittoja', 'edistäneet ja estäneet tekijät' ja 'kehittämistarpeet'). Anonymiteetin lisäämiseksi tuloluovassa mainitaan sitaattien yhteydessä haastatellun työntekijän tiimin toimenkuva, muttei kuntaa.

## TULOKSET

### MENETELMÄN KÄYTTÖÖNOTTO

Haastatelluista neljä ilmoitti käyttävänsä ARVOA©-menetelmää rutiinikäytössä, kuusi ei ollut käyttänyt lainkaan ja loput olivat käyttäneet menetelmää tältä väliltä. Haastatelluista kuudesta ryhmästä neljä suhtautui menetelmään myönteisesti mutta kriittisesti, kun taas kaksi ryhmää yksinomaan kielteisesti. Kummassakin kunnassa oli ARVOA©-menetelmästä sekä myönteisiä että kielteisiä näkemyksiä ja käyttökokemuksia.

Menetelmän käyttöönotto oli molemmissa kunnissa edennyt vaihteittain ja kokeilevasti. Osa työntekijöistä oli ollut mukana jo Suomen Kuntaliiton aikaisessa kehittämistyössä, kun taas osa työntekijöistä oli saanut ohjeistuksen osallistua

FCG:n koulutukseen vuoden 2021 aikana. Tällöin menetelmän käyttöönottoa oli pyritty juurruttamaan myös osana alueellista lastensuojelun kehittämishanketta. Suurimmalle osalle haastatelluista ei kuitenkaan ollut aivan selvää, keiden omassa kunnassa oli tarkoitus käyttää menetelmää, millaisella prosessilla käyttöönoton oli tarkoitus tapahtua, ja mihin menetelmän käyttöönotolla pyrittiin. Osa haastateltavista tiimeistä ei ollut varmoja siitä, oliko juuri heidän tiimensä tarkoitus toimia pilottitiiminä, ja mitkä muut tiimit omassa kunnassa olivat vastaavassa asemassa. Eräässä tiimissä tilannekuvaa oli entisestään sekoittanut se, että kehittämishankkeen tavoitteita oli muutettu kesken hanketta:

”Mut nyt sit jotenki on tullu täältä meiltä kentältä semmonen, et se [hankkeen päätavoite] ei oliskaan se ARVOA©-mittari. Niin siihen on otettu nyt toinen raide, eli tää systeeminen työote. Ja nyt niitä jotenki sit kuljetettais näin rinnakkain. Ja nää tavallaan liittyy toisiinsa, mut sit kuitenkaan tavallaan ei. Tää on se, mitä mä oon tajunnu.” (Avohuolto A)

Kysyttäessä haastateltavilta, olivatko he saaneet omalta organisaatioltaan ohjeistuksia menetelmän käyttöönottoon, juuri kukaan ei muistanut tällaisia saaneensa:

”Jos me ollaan, niin mulla on aukko sivistyksessä. Must tää asia jäi jotenkin auki, et miten tätä. Et mä en muista, tai oonko ollu pois. Et olis sellasta suunnitelmaa tehty, sellast ihan konkreettista. Että missä vaiheessa ja miten.” (Perhesosiaalityö)

Mikäli työntekijät muistivat saaneensa johdolta tällaisia ohjeistuksia, ne oli saatettu muun kiireen keskellä ja huonosti omaan työhön sovitettavina unohtaa. Haastattelujen perusteella työntekijöille oli pääsääntöisesti annettu vapaat kädet kokeilla ja tutustua menetelmään. Osa työntekijöistä kuitenkin piti tärkeänä, että kunta selkiyttäisi omaa implementointistrategiaansa: *”pitäis olla kauheen kirikkaana, että miksi sitä käytetään ja millon sitä käytetään.”* (Sijaishuolto)

Työntekijät olivat saaneet eri vuosina erilaisia koulutuksia ARVOA©-menetelmän tai sitä edeltäneen Lastensuojelun toimintakykymittarin käyttöön. Suuri osa työntekijöistä ei kuitenkaan

muistanut erityisen hyvin, millaista koulutusta he olivat saaneet ja mikä taho oli toiminut kouluttajana – Kuntaliitto, FCG vai kehittämishankkeen työntekijä. Se koulutus, minkä he muistivat saaneensa, oli haastateltavien kuvailemana keskittynyt FCG:n sovelluksen tekniseen toimintaan. Sen sijaan koulutuksessa ei ollut osattu antaa heidän pyytämäänsä perusteluja lomakkeen sisältämille kysymyksille:

”Mut me ei käyty niit kysymyksiä läpi. Ja meille ei esimerkiksi kerrottu, en ainakaan muista, että vaikka että tämä kysymys on nyt tämän takia täällä mittarissa [...] Ja itse asiassa melkein kaikki ne koulutukset, mis mä oon ollu, ni ne työntekijät on sanonu, et mä en oo käyttäny ite tätä menetelmää. Tai nää kysymykset ei oo mulle tuttuja. Et se on vaan se tekninen semmonen.” (Avohuolto A)

Koulutuksissa ei ollut myöskään käsitelty sitä, mikä olisi suositeltava tapa täyttää lomakkeet asiakkaan kanssa ja missä kohtaa asiakasprosesia niitä oli tarkoituksenmukaista käyttää.

Koulutusta koskevien kriittisten huomioiden lisäksi haastatellut raportoivat omalta organisaatiolta saadun käyttötuen puutteesta. Mikäli työntekijä ei ollut sattunut olemaan paikalla koulutuksessa, muuta käyttötukea ei ollut välttämättä lainkaan tarjolla. Työntekijät kokivat, että perehtyminen menetelmän sisältöihin ja käyttöön oli heidän omalla vastuullaan, ja heidän olisi itse tullut järjestää itselleen aikaa menetelmään tutustuakseen:

”Mun pitäis ite selvittää, et mistä täs oikein oli kysymys. Et tällä koulutuksella mä en oo tässä työtilanteessa pystynyt tätä kyl sisäistään niin, et mä osaisin tätä mitenkään järkevästi alkaa käyttää.” (Perhesosiaalityö)

Menetelmän käyttöönottoa koskeva päätös oli tullut työntekijöille ilmoitusluontoisesti, mahdollisesti pelkällä sähköpostilla, eikä työntekijöillä pääsääntöisesti ollut selkeää kuvaa siitä, milloin käyttöönotto oli varsinaisesti alkanut ja mitä toimenpiteitä siihen oli liittynyt. Työntekijöille ei välttämättä ollut annettu yhteyshenkilöä, johon he ongelmatilanteissa olisivat kunnassa tai FCG:ssä voineet ottaa yhteyttä ja jolta olisivat saaneet neuvoja tai käyttötukea.

## MENETELMÄN KÄYTÖN HYÖTYJÄ JA HAITTOJA

ARVOA©-menetelmän lomakkeita käytettiin valikoidusti. Eniten käytössä olivat lapsen ja vanhempien itsearviointilomakkeet, kun taas työntekijän täytettäväksi tarkoitettuja lomakkeita oli käytetty vähäisesti. Toimivaksi ja hyödylliseksi koettuja käyttötilanteita oli paikannettavissa kaikissa muissa vaiheissa, paitsi perhesosiaalityössä, johon lomakkeen lastensuojeluun tarkoitettu sanointu ei istunut. Palvelutarpeen arvioinnissa työntekijät olivat käyttäneet lomakkeita etenkin sellaisten lastensuojelutarpeen arviointien yhteydessä, joissa pidettiin todennäköisenä, että lapsi ohjataan lastensuojeluun. Avohuollossa lomakkeita oli käytetty mm. silloin, kun uuden asiakkaan tilannetta oli syytä tarkentaa joko siksi, että asiakkaasta oli lastensuojelutarpeen selvityksessä saatu vain vähäisesti tietoa tai selvityksestä oli ehtinyt kulua pidempi aika ennen avohuollon ensimmäistä tapaamista. Lomakkeita oli käytetty myös asiakkuuden päättämisen yhteydessä. Sijaishuollossa lomakkeita oli käytetty tutustuttaessa uuteen asiakkaaseen, tehtäessä tilanteen kartoitusta suunnitelman pohjaksi tai orientoiduttaessa vanhan asiakkaan tapaamiseen, kun edelliskerrasta oli kulunut aikaa.

Haastatteluissa nousi esiin useita erilaisia käyttötapoja hyödyntää ARVOA©-menetelmän lomakkeita. Lomakkeita voitiin ensinnäkin käyttää muistilistana tai tarkistuslistana, jolloin sen läpikäyminen saattoi muistuttaa työntekijälle asioista, joita ei ollut vielä yhdessä käsitelty tai joista ei ollut vielä kerätty tietoa palvelutarpeen arviointivaiheessa. Lomakkeita voitiin myös käyttää asiakastapaamisen runkona, esimerkiksi lapsen tapaaminen oli saatettu käyttää lapsen itsearviointilomakkeen yhteiseen täyttämiseen. Itsearviointilomakkeita oli voitu käyttää myös lähettämällä ne asiakkaalle itse etukäteen täytettäväksi. Eräissä tiimissä pohdittiin, että lomakkeen avulla asiakas voi jäsentää sekä työntekijälle että itselleen perheen tilannetta:

”Varsinkin jos on hirveen ahdistuneita tai muuta, ni he voi kokee, et he halua kirjottaa niit asioit. Et jo pelkästään sellasen täyttäminen vois jollekin ehkä tuoda helpotusta, ja sellasen tunteen, et tää asia nyt etenee jollain lailla, et nyt mä oon laittanu nää asiat tähän näin. Et itsekin näkee sen, ja se voi toimia myös semmosena oman tilanteen omana prosessointina.” (Arviointi)

Lomakkeita kuvailtiin käytettävän usein keskusteluvälineenä. Tällöin asiakas oli voinut täyttää lomakkeen ensin itse, minkä jälkeen lomakkeen pohjalta oli keskusteltu yhdessä työntekijän ja asiakkaan kesken, tai lomake täytettiin työntekijän kanssa yhdessä. Työntekijät kokivat, että lomaketta saattoi käyttää sekä suoraviivaisesti haastatellen että keskustelempaan tyyliin. Samassa avohuollon tiimissä toinen työntekijä kertoi hyödyntävänsä lomakkeita ennen kaikkea keskustellen ja asiakkaille täydentäviä kysymyksiä esittäen, kun taas toinen koki, että asiakkaan saattoi etenkin työskentelyn alkuvaiheessa olla helpompaa antaa yksinkertaisia ”kyllä” tai ”ei”-vastauksia lomakkeen kysymyksiin, mikäli ei vielä kokenut luottavansa työntekijää. Pääosin ARVOA©-menetelmän kysymysten koettiin toimivan hyvänä keskustelun pohjana – myös perheen sisällä. Esimerkkinä tästä eräs haastatelluista kertoi tapauksesta, jossa perhe kertoi lomakkeen täyttämisen avanneen keskusteluyhteyden vanhempien ja nuoren välillä:

”[Nuori], joka ei yleensä halunnu sanoo yhtään mitään mihinkään, ni sit ku oli se lomake, ni sitten sen kautta hän pysty niille vanhemmille vastaamaan semmisiin kysymyksiin, mitä muuten hän ei oo halunnu ottaa ollenkaan vanhempien kaa puheeks. Et se toimi siä heidän perheensä sisällä semmosena hyvänä työkaluna.” (Arviointi)

Työntekijät myös pohtivat, että menetelmä voisi toimia muutostyön välineenä: vastausten vertailu tekisi näkyväksi näkemuserot perheenjäsenten tai asiakkaan ja työntekijän välillä. Näiden yhteinen käsittely voisi käynnistää tilanteessa muutosprosessia.

Koska lomakkeita oli käytetty vasta vähäisesti, kokemuksia ARVOA©-menetelmän täyttämisestä saman asiakkaan kanssa uudestaan ei ollut vielä kertynyt. Työntekijät kuitenkin pohtivat haastatteluissa menetelmän potentiaalisia hyötyjä muutoksen seurannassa. Esimerkiksi pitkään asiakkaana tai toistuvasti lastensuojelutarpeen selvityksessä olleiden perheiden tapauksessa sekä työntekijän että asiakkaan voisi olla hyödyllistä nähdä, miten tilanne vuosien mittaan oli kehittynyt. Myös lyhyen aikavälin muutoksia voitaisiin kartoittaa useissakin eri tilanteissa. Työntekijöiden kertoman mukaan oli esimerkiksi tyyppillistä,

että asiakas otettiin vastaan avohuollon tiimissä vasta useampia kuukausia sen jälkeen, kun hänet oli sinne arviointitiimistä ohjattu. Tällöin perheen tilanne jouduttiin arvioimaan uudelleen. Toisaalta uudelleenarviointia oli syytä tehdä pitkän asiakkuutta esimerkiksi asiakassuunnitelmaa päivitettäessä tai ennen ja jälkeen jotakin tukitoimea. Mikäli kussakin arviointitilanteessa täytettäisiin ARVOA©-lomakkeet, voitaisiin asiakkaan kanssa vertailla aiempia vastauksia sen hetkiseen tilanteeseen, ja keskustella havaituista muutoksista. Mikäli lomakkeet olisivat systemaattisesti käytössä koko organisaatiossa, kertyisi samalla tietoa siitä, miten tilanteet olivat kehittyneet koko asiakaskunnassa. Systemaattinen käyttö koko organisaatiossa myös tukisi tiedonsiirtoa työntekijöiden välillä sekä työntekijän vaihtuessa että asiakkaan siirtyessä tiimistä toiseen. Kuten eräs haastatellusta totesi:

”Mut must ois ihan hyvä, et se otettais systemaattisesti käyttöön. Mut se ei hyödytä, jos meidän tiimi on ainut joka [...] sitä tekee. Ja et me tehään sitä kerran alussa. Et se pitäis nimenomaan olla semmonen, et sitä tehdään automaattisesti, ja joka paikassa. Ja silleen, et sitä oikeesti sit seurataan, et mitä ne vastaukset on ollut.” (Avohuolto A)

Koska menetelmän käyttö oli vapaaehtoista ja sitä oli lupa soveltaa, menetelmää käyttäneet työntekijät olivat voineet valita ne tilanteet, joissa heidän nähdäkseen menetelmän käyttö oli ollut luontevaa. Haastatellut eivät kuitenkaan tuoneet esiin tilanteita, joissa menetelmän käytöstä olisi heidän kokemuksensa mukaan aiheutunut haittaa. Potentiaalisia haittoja tuotiin esiin niissä haastatteluissa, joiden osallistujat eivät olleet käyttäneet menetelmää lainkaan. Erään tiimin haastateltavat esimerkiksi katsoivat, ettei ”*rak-si ruutuun*” -tyyppinen tieto voinut antaa luotettavaa tietoa asiakkaan tilanteesta, ja näkivät lomakkeiden täyttämisen rajoittavan sosiaalityöntekijän toimintaa. Eräs haastateltava tässä tiimissä myös epäili, että lomakkeen vastaukset saattoivat ohjata työtä ja lopulta päätöksentekoa väärään suuntaan.

#### KÄYTTÖÄ EDISTÄNEET JA ESTÄNEET TEKIJÄT

Samanaikaisesti ARVOA©-menetelmän kanssa organisaatiossa oli käytössä myös muita arvioin-

tia strukturoivia menetelmiä, kuten BBIC ja toisen organisaation oma arviointimalli. Työntekijöille saattoi olla epäselvää, mikä oli näiden menetelmien suhde toisiinsa.

”Mutta et mietin omaa omaksumiskykyä, et kun on niin paljon meneillään. Se systeeminen, no okei, se lähtii pyöriin ihan jees. No sit meil on se BBIC siellä kans. Seki pitäis muistaa, ja mä en oikein oo osannu nyt BBIC:tä ja tätä [ARVOA©-menetelmää] istuttaa yhteen.” (Perhesosiaalityö)

Kummassakin organisaatiossa työntekijöitä oli koulutettu systeemisen lastensuojelun toimintamallin käyttöön. Osa tiimeistä oli jo siirtynyt systeemiseen työskentelyyn, osa oli vasta koulutautumassa. Kumpikaan organisaatio itse ei ollut sovittanut ARVOA©-menetelmää osaksi systeemistä työskentelyä, vaan yhteensovittaminen oli jäänyt työntekijöiden vastuulle. Osa tiimeistä oli onnistunut tässä hyvin, ja piti ARVOA©-menetelmää ja systeemistä työskentelyä yhteensopivina. Yhdessä tiimissä oli kehitetty oma malli, jossa uudet asiakastapaukset käsiteltiin ensin systeemisessä tiimikokouksessa, minkä jälkeen lapsi ja vanhemmat tavattiin erikseen ja heidän kanssaan täytettiin ARVOA©-menetelmän lomakkeet asiakassuunnitelman pohjaksi.

”Elikä meil on askeleet. Kuukauden aikana kaikki tapahtui. Elikä siis reflektiivinen tiimipalaveri, vanhempien tapaaminen, lasten tapaaminen, ja lopussa se asiakassuunnitelmapalaveri. Ja sen jälkeen on nimetty se sosiaalityöntekijä, työpari.” (Avohuolto A)

Toinen avohuollon tiimi sen sijaan katsoi ARVOA©-menetelmän olevan yhteensopimaton systeemiseen orientaatioon, mutta myös ylipäänsä sopimattomina lastensuojelun työskentelyyn:

”Mutta että nyt täytyy ymmärtää, että me tehään työtä ja tätä suhdeperustaista työtä vaikeassa tilanteessa. Ja se, että joku lomake on ikäänkö ylimääräinen hankaloitus siihen, niin ei mun mielestä meidän tarvi perustella, miks me ei ollu motivoituneita.” (Avohuolto B)

Lomakkeisiin tai strukturoituun arviointiin ei kuitenkaan muissa tiimeissä suhtauduttu lähtö-

kohtaisesti kielteisesti, vaan siinä nähtiin paljon hyötyjä, mikäli menetelmä ja sen käyttöprosessi oli hiottu valmiiksi. Lisäksi työntekijät toivat esiin potentiaalisia hyötyä silloin, jos strukturoidulla välineillä saatiin kerättyä seurantatietoa omasta asiakastyöstä ja lisäksi palvelujen vaikuttavuudesta. Myös kriittisesti ARVOA©-menetelmään suhtautuneessa tiimissä nähtiin vaikuttavuuden arviointi tarpeelliseksi, mutta se tuli toteuttaa työntekijöitä rasittamatta.

”Että ymmärretään, et on tärkeä saada tietoa meidän työn vaikuttavuudesta, ja sitä täytyy tutkia, ja se on tosi tärkeää. Et eihän sinänsä, en ollenkaan oo tämmöstä vastaan. Mutta aattelen, että nytte jonkun muun ku meidän pitäis nyt tuottaa tämä tieto, ja kerätä se tieto.” (Avohuolto B)

Työntekijöiden asenne toimi sekä edistävänä että estävänä tekijänä. Menetelmään myönteisesti suhtautuvat työntekijät keksivät tapoja soveltaa menetelmää luovasti omassa työssään, kun taas osa työntekijöistä koki suurta epäluottamusta koko menetelmää kohtaan eivätkä välttämättä olleet kokeilleet sitä käytännössä kertaakaan. Niissäkin tiimeissä, joissa menetelmää oli tosi-asiaassa käytetty ja siihen suhtauduttiin pääosin myönteisesti, menetelmässä nähtiin paljon kehitettävää.

Puutteellisen koulutuksen ja käyttötuen lisäksi lomakkeita oli pyrkimyksistä huolimatta jätetty täyttämättä teknisistä esteistä ja puutteista johtuen. Työntekijät toivat esiin, että lomakkeiden täyttäminen asiakastietojärjestelmän sijaan erillisessä sovelluksessa vei aikaa, eikä sovellus useimmiten ylipäättään toiminut. Tietojen katselu ei myöskään onnistunut kuin yhdeltä työntekijältä, mikä rajoitti työparityöskentelyä, moniammatillista arviointia ja tiedon siirtoa asiakkaan siirtyessä tukitoimenpiteisiin. ARVOA©-menetelmän sovelluksessa käytetyt lomakkeiden vastausten perusteella muodostettavat hämähäkin verkkoja muistuttavat sädediagrammit herättivät kaikissa niitä tarkastelleissa haastateltavissa epäluottamusta:

”Siel on joku semmonen häkkyrä.”

”Niin se on vaikeesti tulkittava.” (Avohuolto C)

Työntekijät myös toivoivat, että lomakkeet olisi istutettu osaksi kunnan varsinaista asiakastietojärjestelmää, jotta aikaa ei tarvinnut käyttää päällekkäiseen kirjaamiseen kahteen eri järjestelmään. Kuten eräs haastateltava totesi:

”Ja sit ku kaikki tieto on tossa Apotissa, ni silloin ARVOA©-sovelluksen tieto on ikään ku toissijasta. Ja se herkästi vaan jää. Et siit tulee semmonen kurioseiteetti, ei semmonen ydinprosessi.” (Sijaishuolto)

Asiakasmäärät mainittiin esteeksi osassa tiimejä, mutta ei kaikissa. Avohuollon tiimeissä asiakasmäärät vaihtelivat noin 30:sta 50 asiakkaaseen työntekijää kohden. Eräs ARVOA©-menetelmää jo pidempään käyttänyt työntekijä kertoi voineensa täyttää lomakkeita asiakkaiden kanssa siitä huolimatta, että hänen vastuullaan oli 50 asiakasta, kun taas toisen tiimin työntekijä koki, että 30 asiakasta esti lomakkeiden täyttämisen. Useissa tapauksissa ajanpuute mainittiin syyksi sille, että menetelmästä käytettiin vain valikoituja lomakkeita, ja lomakkeista vain valikoituja kysymyksiä. Koska työntekijöiden mielestä oli tärkeää käydä täytetyt lomakkeet läpi asiakkaan kanssa, ne saatettiin päättää jättää kokonaan täyttämättä, mikäli ajan ei arvioitu riittävän läpikäyntiin. Suurimmat asiakasmäärät olivat perhe- ja sosiaalityön tiimillä, jossa työntekijällä saattoi käytännössä olla lähes sata asiakasta. Näin suuret asiakasmäärät estivät mittariston käytön jo ajatuksenakin.

#### KEHITTÄMISTARPEET

Haastatteluissa nousi esiin useita kriittisiä huomioita. Kysymyksiä saatettiin pitää vaikeaselkoina tai monitulkintaisina. Etenkin itsearviointilomakkeiden katsottiin olevan syytä olla nykyistä lyhyempiä ja selkokielisiä, jotta ne soveltuivat myös asiakkaille, joilla oli eri syistä vaikeuksia ymmärtää lukemaansa. Lapsen itsearviointilomakkeesta toivottiin ikäversioita, eikä nykyisen lomakkeen katsottu soveltuvan alle kouluikäiselle. Lomakkeista myös puuttui tutkimushetkellä kieliversioita. Suomenkielisten lomakkeiden täyttäminen ei-suomenkielisten asiakkaiden kanssa oli useampien työntekijöiden mielestä liian hankalaa tulkin välityksellä, tosin eräs haastateltava raportoi tehneensä sitäkin onnistuneesti. Kukaan haastateltavista ei pitänyt erillistä sähköistä jär-

jestelmää hyvänä lomakkeiden täyttämiseksi, ja moni kertoi jo pitkään esittäneensä toivomuksia lomakkeiden sisällyttämiseksi organisaation käyttämään asiakastietojärjestelmään. Lomakkeiden sisällön ja teknisten ratkaisujen ohella työntekijät toivat esiin, että he olivat toistaiseksi saaneet riittämättömästi koulutusta ja tukea menetelmän käyttöön omassa työssään. Lisäksi useampi katsoi, että menetelmä olisi tärkeä istuttaa osaksi lapsi- ja perhesosiaalityön kokonaisuutta ja sen prosesseja. Moni toivoi ylemmältä taholta organisaation yhteisiä toimintaperiaatteita, jotta menetelmän käyttö yhdenmukaistuisi ja siitä olisi enemmän hyötyä tiedon siirrossa ja asiakkaan tilanteen seurannassa.

## POHDINTA

Haastattelujen perusteella työntekijät käyttivät ARVOA©-menetelmää odotettua vähemmän ja epäyhtenäisesti. Vaikka osa työntekijöistä oli kokenut ainakin osan arviointilomakkeista omalle työlleen hyödylliseksi, kaikki pitivät menetelmää nykymuodossaan keskeneräisenä ja esittivät useita kehittämistarpeita alkaen kysymysten ja vastausvaihtoehtojen muotoilusta dokumentoinnin toimimattomuuteen, organisaation yhteisten ohjeistusten ja käyttötuen puutteeseen ja koulutuksen heikkoon laatuun.

Aiemman tutkimuksen perusteella tiedetään, että uusien interventioiden – olivatpa nämä sitten menetelmiä, välineitä tai toimintamalleja – onnistunut käyttöönotto edellyttää monen eri tahon yhteistoimintaa alkaen huolellisesta ennakkovalmistelusta konkreettiseen käyttöönoton suunnitteluun, työntekijöiden kouluttamiseen, käytönaikaisen tuen tarjoamiseen ja jatkokäytön parantamiseen kerätyn palautteen pohjalta (25). Implementoinnissa epäonnistuminen voi myös johtua intervention omista ominaisuuksista (26–27), kuten intervention epäselvyydestä tai huonosta yhteensopivuudesta. Lisäksi käyttäjän oma motivaatio ja persoona vaikuttaa siihen, kuinka nopeasti tai hitaasti hän innostuu uusista interventioista, jos lainkaan. Tarkastellaan seuraavaksi löydöksiä näiden tekijöiden valossa.

Haastattelujen perusteella organisaatioissa ei ollut tehty riittäviä ennakkovalmisteluja ARVOA©-menetelmän käyttöönotolle, eikä sen käyttöönottovaiheessa työntekijöille tarjottu riittävää käyttötukea. Pikemminkin käyttöönotto oli jätetty monella tapaa työntekijöiden omalle

vastuulle. Koulutus oli puutteellinen, ja varsinaisen menetelmään perehtymisen odotettiin tapahtuvan työntekijöiden oman kokeilun ja paneutumisen kautta. Sen paremmin organisaatio, menetelmän omistaja kuin käyttöönottoa tukemaan ryhtynyt kehittämishanke eivät olleet istuttaneet menetelmää osaksi organisaation muuta asiakastyötä. Työntekijöiden omasta motivaatiosta, ajankäytöstä ja kekseliäisyydestä riippuen he joko kehittivät omia ratkaisuja tai luopuivat menetelmän käytöstä. Haastateltujen näkemys menetelmän yhteensopivuudesta omaan työhön vaihteli myönteisestä kielteiseen. Kielteisesti suhtautuneista tiimeistä toinen näki menetelmän sopivan huonosti omaan työtilanteeseensa ja työskentelyn vaiheeseen, kuntoinen arvioi menetelmän olevan ylipäätään sovittamattomassa ristiriidassa lastensuojelun periaatteiden ja tavoitteiden kanssa. Suurin osa työntekijöistä ja tiimeistä kuitenkin näki menetelmän lähtökohdaisesti sopivan omaan työhönsä, mutta menetelmän keskeneräisyys hankaloitti sen käyttöä. Menetelmän yhteensopivuuden, yksinkertaisuuden ja kokeilun helppouden ohella käyttöönottoa edistää, mikäli käyttäjä voi havaita menetelmän tuottavan selkeää hyötyä itselleen. Vaikka useimmat haastatelluista näkivät menetelmässä potentiaalista hyötyä, suurimmalle osalle hyötyä oli toistaiseksi konkretisoitunut lähinnä yksittäisinä onnistuneina kokeiluina. Haastatelluissa oli Rogersin (26) luokittelun mukaisesti tunnistettavissa innovaattoreita, varhaisia käyttäjiä ja menetelmän vastustajia. Menetelmän käytön vähäisyys ei kuitenkaan aineiston perusteella ollut ratkaisevasti kiinni käyttäjien motivaatiosta, vaan menetelmän keskeneräisyydestä, josta sekä innovaattorit että varhaiset käyttäjät olivat yksimielisiä. Mikäli menetelmän käyttöä olisi vahvemmin tuettu, on mahdollista, että tutkimuksen osallistujista suurempi osa olisi käyttänyt menetelmää nyt raportoitua enemmän, jolloin myös arviot menetelmän ominaisuuksista ja soveltuvuudesta olisivat olleet moninaisempia ja vahvemmin konkreettisiin käyttökokemuksiin perustuvia. Aineiston perusteella on vaikea arvioida täsmällisemmin sitä, olisiko menetelmä voitu kokea hyödyllisemmäksi, mikäli sen käyttöönottoon olisi panostettu enemmän.

Sosiaalityön kehittämistyössä saatetaan lähteä siitä ajatuksesta, että menetelmiä ja malleja voi ja on hyvä vapaasti soveltaa paikallisten

toimijoiden tai työntekijöiden oman harkinnan mukaan (29). Samalla kun muualla kehitettyjen interventioiden sovittaminen paikalliseen toimintaympäristöön on tärkeää onnistuneen implementoinnin mahdollistamiseksi (30), sekä paikalliset toimijat että käytännön työntekijät tarvitsevat tukea ja konkreettisia ohjeita interventioiden toimeenpanemiseksi (31). Valmiiksi mietittyjen, konkreettisten linjausten ja ohjeistusten saaminen on myös työntekijöiden oma toive, mikä kävi ilmi sekä tässä että aiemmassa, toista lastensuojelun interventiota koskevassa arviointitutkimuksessa (32). Sekä Suomessa toteutettujen tapaututkimusten että laajan kansainvälisen arviointitutkimuskirjallisuuden valossa on syytä pohtia, millaista implementointiosaamista suomalaisen sosiaalityön alueellisessa ja kansallisessa kehittämistyössä jatkossa tarvittaisiin, jotta uusilla interventioilla todella päästäisiin sekä työntekijöitä että asiakkaita hyödyttäviin toivottuihin tuloksiin. Kehittämistyön olisi perusteltua edetä tutkimusperustaisia suosituksia noudattaen (esim. 33), ja käyttöönottoa suunniteltaessa ja toteutettaessa tulisi hyödyntää tutkittua tietoa laadukkaana implementoinnin universaaleista edellytyksistä ja esteistä, joihin voidaan eri tavoin varautua (25, 34).

ARVOA©-menetelmän jatkokehittämisen ja levittämisen kannalta tarvitaan vielä lisää tutkittua tietoa eri näkökulmista. Tässä tutkimuksessa kerättiin aineistoa menetelmään sekä myönteisesti että kielteisesti suhtautuneilta työntekijöiltä, jotka työskentelevät lapsi- ja perhesosiaalityön eri vaiheissa. Aineisto kerättiin ryhmähaastatteluna, jolloin on mahdollista, että yksittäisten jäsenten näkemykset on haastattelutilanteessa saatettu esittää yhteisesti jaetuiksi, vaikka tosiasi-

sa ne olisivat vain yhden tai muutaman henkilön kantoja. Jatkotutkimuksissa työntekijöitä olisi hyvä haastatella yksittäin ja prosessin eri vaiheissa. Tutkimuksessa ei myöskään kerätty aineistoa käyttöönotosta vastanneilta esihenkilöiltä, mutta heidän kanssaan käytiin tutkimuksen suunnittelua informoivina taustakeskusteluja. Jatkotutkimuksissa aineistoa olisikin tärkeä kerätä prosessin kaikilta osapuolilta, myös kehittäjiltä ja asiakasperheiltä.

Strukturoitujen arviointivälineiden käyttöönotto voi parhaimmillaan yhdenmukaistaa arviointiprosessia, varmistaa arvioinnin kattavuutta, lisätä asiakkaan osallisuutta ja tuottaa seuranta-tietoa asiakkaan tilanteesta hyödynnettäväksi asiakastyössä ja palvelujen vaikuttavuuden arvioinnissa. Tätä ennen on kuitenkin varmistettava, että arviointiväline on sisällöllisesti perusteltu (28), sen psykometriset ominaisuudet ovat hyvät, ja se on asiakastyössä käyttökelpoinen.

#### KIITOKSET:

Kirjoittaja haluaa kiittää tutkimukseen osallistuneita lastensuojeluorganisaatioita ja haastateltuja työntekijöitä sekä tutkimushankkeen muita tutkijoita arvokkaista kommentista tutkimusprosessin eri vaiheissa.

#### RAHOITTAJAT:

Tutkimus on toteutettu osana Lastensuojelu lapsen etuna? (ETU) -tutkimushanketta (2021–2022), jonka on rahoittanut Sosiaali- ja terveysministeriö.

#### KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Aaltio on kerännyt ja analysoinut tutkimusaineiston sekä kirjoittanut artikkelin.

**Aaltio, E. Structured assessment in child and family social work – practitioners' experiences and viewpoints on ARVOA©-method and need for improvement of the method and its implementation. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2024; 61: 179–191.**

Service user's situation is assessed in different stages of child and family social work, especially when assessing the need for child welfare, in the beginning of a child welfare client relationship and when drawing up a client plan. In Finnish child and family social work, structured assessment tools are rarely being used while such tool have been developed and evaluated in other countries. In Finland, the only tool, i.e., ARVOA©

-method, that has been developed and disseminated in this service context has not yet been evaluated. This study explored practitioner's experiences and viewpoints of the tool in two social work organizations, in which the tool had been implemented. In Spring 2022, six focus groups interviews were conducted involving 27 practitioners. Research participants worked in assessment, family social work, and open and out-of-home

care in child protection. The aim was to understand how this tool had been implemented, what were its benefits and disadvantages according to practitioners, what were the barriers and facilitator affecting its use, and what kind of needs for improvement were identified. According to the findings, ARVOA©-method was not in routine use. Some practitioners did not use it at all, while others considered it useful for example in conversations or as a check list. Inadequate training, support and guidance impaired the implementation. Most of the interviewed saw the tool potentially beneficial, but they also identified several needs for improvement. Based on these and previous research findings, quality improvement

initiatives in social work should pay more attention on refining new methods and planning their implementation before their wider dissemination. Ideally, structured assessment tools may increase assessment's accuracy and quality. However, it must be first guaranteed that the content of these tools is well justified, and they are feasible in everyday practice.

**Keywords:** child and family social work, structured assessment, implementation, evaluation research.

Saapunut (11.05.2023)

Hyväksytytty (29.08.2023)

## LÄHTEET

- (1) Muukkonen T, Tulensalo H. Kohtaavaa lastensuojelua. Lapsikeskeisen lastensuojelun sosiaalityön tilanearvion käsikirja. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä 2004:1.
- (2) Möller S. Arviosta sanoisin. Tutkimus lastensuojelun asiakkuuden alkuvaiheeseen liittyvän arvioinnin mallintamisesta. Jyväskylä: Pesäpuu ry.; 2005.
- (3) Heikkilä L. BARO-käsikirja – Työväline nuorten arviointiin. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Oppaita ja työkirjoja 2008:5. [http://www.aikuissosiaalियो.fi/files/606/Baro\\_kasikirja\\_nettiin.pdf](http://www.aikuissosiaalियो.fi/files/606/Baro_kasikirja_nettiin.pdf)
- (4) Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1337–1345. doi: 10.1097/00004583-200111000-00015.
- (5) Borg A-M. Early detecting of children's mental health problems. Academic Dissertation. University of Tampere; 2015.
- (6) Ravens-Sieberer U, Bullinger M. Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Qual Life Res* 1998;7:399–407. doi: 10.1023/a:1008853819715
- (7) Uotila-Laine H, Korpilahti U. KINDL-R lasten ja nuorten elämänlaatumittari 2023. TOIMIA-tietokanta; Duodecim Terveystietokanta; Duodecim Terveystietokanta.
- (8) Korpilahti U, Lassander M, Valkeinen, H, ym. KINDL-R: Lasten ja nuorten terveyteen liittyvää elämänlaatua arvioiva geneerinen mittari. *Sosiaalilääk Aikak* 2015;52:170–181.
- (9) Barber J, Trocmé N, Goodman D ym. The Reliability and Predictive Validity of Consensus-Based Risk Assessment. Centre of Excellence for Child Welfare; 2007.
- (10) Children's Research Center. The Structured Decision Making® Model. An Evidenced-based Approach to Human Services. Children's Research Center; 2008.
- (11) Bentovim A, Cox A, Bingley-Miller L, ym. Safeguarding Assessment and Analysis Framework: Evidence Based Approaches to Assessing Harm, The Risk of Future Harm and Prospects for Intervention. London: Jessica Kingsley Publisher; 2009.
- (12) Srivastava OP, Polnay L. Field trial of graded care profile (GCP) scale: A new measure of care. *Archives of Disease in Childhood* 1997;76:337–40. doi: 10.1136/adc.76.4.337
- (13) Andershed A-K, Andershed H. Improving evidence-based social work practice with youths exhibiting conduct problems through structured assessment, *European Journal of Social Work* 2016;19:887–900. doi: 10.1080/13691457.2015.1043242
- (14) Kvello Ø. Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner. (2nd ed.). Oslo, Norway: Gyldendal NorskForlag AS; 2015.
- (15) Aaltio E. Lastensuojelutarpeen arviointi perheen toimintakykyä mittaamalla. Lastensuojelun vaikuttavuusmittari -projektin väliraportti. Helsinki: Kuntaliitto; 2015.
- (16) Aaltio E. Lastensuojelutarpeen muutoksen arviointi perheen toimintakykyä mittaamalla. Helsinki: Kuntaliitto; 2015.
- (17) Dorsey S, Mustillo S, Farmer E ym. Caseworker assessments of risk for recurrent maltreatment: association with case-specific risk factors and re-reports. *Child Abuse & Neglect* 2008;32:377–391. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.06.006
- (18) Barlow J, Fisher J, Jones D. Systematic review of models of analysing significant harm. Research Report 2013. Department for Education. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/183949/DFE-RR199.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/183949/DFE-RR199.pdf)



- (19) Gillingham P, Humphreys, C. Child Protection Practitioners and Decision-Making Tools: Observations and Reflections from the Front Line. *The British Journal of Social Work* 2010; 40;2598–2616. doi: 10.1093/bjsw/bcp155
- (20) Skillmark M, Oscarsson L. Applying standardisation tools in social work practice from the perspectives of social workers, managers, and politicians: a Swedish case study. *European Journal of Social Work* 2020;23;265-276. doi: 10.1080/13691457.2018.1540409
- (21) Hall C, Parton N, Peckover S ym. Child-centric information and communication technology (ICT) and the fragmentation of child welfare practice in England. *Journal of Social Policy* 2010;39;393–413. doi: 10.1017/S0047279410000012
- (22) de Witte J, Declercq A, Hermans, K. Street-level strategies of child welfare social workers in Flanders: The use of electronic client records in practice. *British Journal of Social Work* 2016;46;1249–1265. doi: 10.1093/bjsw/bcv076
- (23) Bond H, Rudenhef M, Bergquist E ym. Further Testing of the Inter-rater Reliability of ESTER-assessment – a Risk-need Assessment Instrument for Youths with or at Risk for Conduct Problems. *American Journal of Applied Psychology* 2013;2;16–21. doi: 10.11648/j.ajap.20130202.11
- (24) Heggdalsvik IK & Rød PA, Heggen K. Decision-making in child welfare services: Professional discretion versus standardized templates. *Child & Family Social Work* 2018;23;522–529. doi: 10.1111/cfs.12444
- (25) Meyers D, Durlak J, Wandersman A. The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. *American Journal of Community Psychology* 2012;50;462–480. doi: 10.1007/s10464-012-9522-x
- (26) Rogers E. *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press; 1962.
- (27) Rogers E. *Diffusion of Innovations*. 5th Edition. New York: Free Press; 2003.
- (28) Aaltio E, Isokuortti N, Jaakola AM ym. Ensimmäinen vaihe lastensuojelun tilannearviointiin kehitetyn ARVOA© -menetelmän validoinnissa – laadullinen arvio menetelmän sisällöstä ja soveltuvuudesta. *Kasvun tuki* 2023;3;20–31.
- (29) Aaltio E. Effectiveness of the Finnish Systemic Practice Model for children’s social care. A realist evaluation. JYU Dissertation; 2022.
- (30) Moore G, Campbell M, Copeland L ym. Adapting interventions to new contexts—the ADAPT guidance. *BMJ* 2021;374:n1679. doi: 10.1136/bmj.n1679
- (31) Weeks A. Important Factors for Evidence-Based Implementation in Child Welfare Settings: A Systematic Review. *Journal of Evidence-Based Social Work* 2021;18;129–154. doi: 10.1080/26408066.2020.1807433
- (32) Isokuortti N, Aaltio E. Fidelity and influencing factors in the Systemic Practice Model of children’s social care in Finland. *Children and Youth Services Review* 2020;119;Article 105647. doi:10.1016/j.chilyouth.2020.105647
- (33) Skivington K, Matthews L, Simpson SA ym. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ* 2021;374;Article 2061. doi: 10.1136/bmj.n2061
- (34) Kouvonen P, Tani S, Kurki M, ym. Mitä onnistun implementoinnissa? Opas psykososiaalisten menetelmien vaikuttavaan implementointiin. Toim. Koskenalho N. Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö. 2023. Itlan oppaat ja käsikirjat 2023:1.

ELINA AALTIO  
 YTT, tutkijatohtori  
 Helsingin yliopisto  
 Valtiotieteellinen tiedekunta, Sosiaalityö



## Resilienssi terveysjärjestelmien tutkimuksessa: Kartoittava katsaus resilienssistä käsitteenä

Tässä kartoittavassa katsauksessa (scoping review) tarkastelemme resilienssin käsitteen määrittelyä ja käyttöä terveysjärjestelmien tutkimuksessa. Tuomme esiin, millaisia näkökulmia viime vuosien kriisit, kuten COVID-19-pandemia, ovat tuoneet resilienssin käsitteen määrittelyyn. Analyysimme kohdentuu erityisesti terveysjärjestelmän resilienssin (health system(s) resilience/ resilient health system(s)) ilmiön rajauksiin kansainvälisissä katsausartikkeleissa (systematic and scoping review) sekä siihen, millaisten terveysjärjestelmän rakenteeseen tai toimintoihin konkreettisesti kytkeytyvien ulottuvuuksien kautta katsausten tuloksia ja johtopäätöksiä jäsennetään. Lisäksi kiinnitämme huomiota siihen, miten katsaukset jäsentävät systeemin sosiaalisia tekijöitä eli ihmisten välisiä suhteita ja keskinäistä vuorovaikutusta osana terveysjärjestelmän toimintaa ja organisoimista. Tulosten perusteella terveysjärjestelmän resilienssin käsitteen kehitystyössä on tarvetta selkiyttää määrittelmän eri osa-alueiden keskinäisiä suhteita sekä sosiaalisten tekijöiden merkitystä osana terveydenhuoltojärjestelmän resilienssin rakentumista. Sosiaalisten tekijöiden nykyistä selkeämpi sisällyttäminen osaksi terveysjärjestelmän resilienssin määrittelyä mahdollistaisi muun muassa ennalta arvaamattomien, tilanteen mukaan joustavien ja muuttuvien sekä valtarakenteisiin liittyvien tekijöiden kattavamman huomioimisen kehitettäessä suomalaista terveysjärjestelmää.

**ASIASANAT:** terveysjärjestelmän resilienssi, kartoittava katsaus, käsiteanalyysi

**KRISTIINA JANHONEN, MARJAANA VIITA-AHO, MOONA HUHTAKANGAS,  
LAURA KIHLESTRÖM, ILMO KESKIMÄKI, LIINA-KAISA TYNKKYENEN**

### YDINASIAT

- Resilienssin käsitteen käyttö on yleistynyt terveysjärjestelmien tutkimuksessa, mutta sen määrittelystä ei ole yhdenmielisyyttä
- Tämä kartoittava katsaus kansainvälisistä katsauksista analysoi terveysjärjestelmän resilienssiä käsitteenä
- Tulosten pohjalta ehdotamme tarkkuutta termien sisältöjen ja keskinäisten suhteiden määrittelyyn sekä sosiaalisten tekijöiden nykyistä selkeämpää huomiointia osana terveysjärjestelmän resilienssiä

### JOHDANTO

Resilienssillä tarkoitetaan yksilöiden ja yhteisöjen kykyä ylläpitää toimintakykyä muuttuvissa olosuhteissa, valmiutta kohdata häiriöitä ja kriisejä sekä palautua niistä (1, 2, 3). Resilienssi voidaan rinnastaa myös esimerkiksi kriisinkestävytyteen, kriisitietoisuuteen, selviytymiskykyyn tai muutosjoustavuuteen, joista viimeksi mainittu on varsin yleisesti käytössä resilienssin käsitteen suomenkielisenä käännökseenä. Resilienssissä ei ole kyse ainoastaan yksilön ominaisuuksista, vaan sillä voidaan viitata myös ihmisryhmän (kuten työyhteisön) tai systeemin (kuten terveydenhuoltojärjestelmän) kykyyn selviytyä haasteista. Viimeisen kymmenen vuoden aikana resilienssin käsite on noussut merkittäväksi uudeksi painotukseksi

terveysjärjestelmien kehittämisen ja tutkimuksen kontekstissa (4, 5, 6, 7). Resilienssi on noussut keskeiseksi käsitteeksi myös erilaisten kansainvälisten tahojen, kuten maailman terveysjärjestö WHO:n (8), Yhdistyneiden kansakuntien (YK) (9), Euroopan unionin (10) tai OECD:n (11) strategioissa ja raporteissa. Esimerkiksi WHO:n jäsenyys terveysjärjestelmän keskeisistä rakennusosista (WHO framework of health systems building blocks)<sup>1</sup> vuodelta 2010 (12) ei mainitse resilienssin käsitettä, mutta vuoden 2016 (8) raportissa resilienssi on kestävyyyteen yhdistettynä nostettu yhdeksi viidestä terveysjärjestelmän tärkeästä toiminta-alueesta ja ominaisuudesta<sup>2</sup>. Tämänkaltaiset kehityssuunnat ovat osaltaan vauhdittaneet resilienssin käsitteen käyttöönottoa ja soveltamista myös akateemisen tutkimuksen piirissä. Resilienssin käsitteen käytön yleistymisen terveysjärjestelmien tutkimuksessa voidaan jäljittää niin paikallisiin ja kansallisiin kriiseihin (esim. luonnonkatastrofit) kuin maailmanlaajuisiin shokkeihin. Näistä esimerkkejä ovat Länsi-Afrikassa puhjennut ebolakuume (2014–2016) (13) tai Zika-viruksen (erit. 2015) seuraukset eri maissa (14). Euroopassa lähtökohta termin käytön yleistymiselle ovat olleet taloudelliset kysymykset ja erityisesti finanssikriisi vuosina 2007–2008, mikä vaikutti monessa maassa merkittävästi terveydenhuollon rahoitukseen (15, 16). Viimeistään COVID-19-pandemia nosti termin terveysjärjestelmätutkimuksen valtavirtaan. Ebolakuumeen tai luonnonkatastrofin kaltaiseen akuuttiin shokkiin keskittyvän resilienssin määrittelyn lisäksi laajempi tulkinta resilienssistä on sittemmin yleistynyt. Huomiota on kiinnitetty entistä enemmän myös terveysjärjestelmän toimintakykyä pitkäaikaisesti haastaviin stressitekijöihin, kuten henkilöstökysymyksiin.

Resilienssi-termiä käyttävät terveysjärjestelmän tutkimukset pyrkivät tutkimaan tekijöitä, joilla järjestelmiä voidaan vahvistaa sekä ehkäistä niiden romahtamista kriiseissä. Käsitteen määrittelystä ei kuitenkaan ole olemassa yksimielisyyttä tutkijoiden kesken (4). Aikaisemmissa tutkimuksissa on nostettu esiin tarve kehittää resilienssin mittaamista, jotta resilienssin ilmiö kokonaisuutena sekä sen määrittelyyn kytkeytyvät eri ulottuvuudet pystyttäisiin huomioimaan entistä paremmin (17). Resilienssin rajaus ilmiönä sekä tapa hahmottaa sen eri ulottuvuuksia on yhteydessä siis siihen, mitä lopulta asetetaan mit-

tauksen kohteeksi. Siksi on tärkeää tarkastella kriittisesti ja analyyttisesti sitä, miten resilienssi-termiä on määritelty ja mihin tarkoituksiin sitä on käytetty.

Artikkelimme keskeisenä tavoitteena on rakentaa läpileikkaavaa kokonaiskuvaa tällä hetkellä kirjallisuudessa ilmenevistä määrittelmistä. Resilienssin määrittelyä kokonaisvaltaisesti tarkastelevien suomenkielisten katsausten niukkuuden myötä meillä on rajallinen ymmärrys siitä, missä määrin terveysjärjestelmän resilienssin määrittelyt soveltuvat käytettäväksi nimenomaan suomalaisen sosiaali- ja terveysjärjestelmän kontekstissa. Siksi pohdimme artikkelimme lopuksi tulosten keskeistä antia erityisesti suhteessa suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään ja sen erityispiirteisiin. Lisäksi katsauksessamme tuodaan esiin Suomen terveysjärjestelmän resilienssiä ja kriisivalmiutta analysoineiden ajankohtaisten tutkimusten tuloksia. Kohdennamme resilienssi-termin tarkastelun terveysjärjestelmän tasolle (systeminen taso). Ymmärrämme terveysjärjestelmän (health system) kaikeksi toiminnaksi, jonka ensisijaisena tarkoituksena on edistää, palauttaa ja ylläpitää terveyttä (18). Saulnierin ym. (6) määrittelmään tukeutuen sisällytämme terveysjärjestelmän määrittelyyimme formaalin systeemin lisäksi yhteisöt, perheet, ammattilaiset ja maallikot, jotka hallitsevat omaa terveyttään tai tarjoavat hoivaa shokkien ja stressitilanteiden aikana. Ymmärrämme terveysjärjestelmän siten, että se kattaa terveydenhuoltojärjestelmän (health care system), sisältäen kuitenkin myös terveyden sosiaalisiin määrittäjiin liittyvää toimintaa ja organisoimista (19).

#### RESILIENSSIN MUUTTUVA MÄÄRITTELY

Resilienssin käsitettä on hyödynnetty useilla tieteenaloilla, kuten psykologiassa, luonnontieteissä ja taloustieteessä (20–22). Eräs ensimmäisistä määrittelmistä on jäljitettävissä ympäristötieteeseen ja Hollingin (23, p. 17) luonnehdintaan, jonka mukaan ”[r]esilienssi määrittää systeemin sisäisten suhteellisuuden pysyvyyden ja mittaa systeemien kykyä sulauttaa itseensä [absorb] muutosta ... silti jatkaen olemassaoloaan [kirjoittajien käänös englanninkielisestä alkuperäistekstistä]”. Tästä määritelmästä sekä sitä seuranneesta monitieteisestä keskustelusta ovat kehkeyntyneet resilienssin käsitteen keskeiset painotukset eli yksilön, populaation tai systeemin kyky koh-

data shokki (esim. yllätys, hämmennys, lamaanus, häiriö) säilyttäen silti perustavanlaatuiset, alkuperäiset toimintonsa tai ominaisuutensa (24, 25).

Resilienssin määritelmään sisältyy usein olutus yksilön, yhteisön tai systeemin palautumisesta alkuperäiseen tilaan. Tämä määritelmä on saanut tutkimuskirjallisuudessa osakseen myös kritiikkiä, sillä se määrittää systeemin toiminnan tiukasti lineaarisesti prosessiksi (26, 5). Se sisältää myös oletuksen alkuperäisten toimintojen ja ominaisuuksien ylivertaisuudesta eli tilasta, johon systeemin tulisi palautua shokin jälkeen. Tällaisessa määrittelyssä systeemi voi ainoastaan vastaanottaa tai sulauttaa itseensä (absorb) shokkeja, jolloin se jää haavoittuvaksi tulevien, vastaavien kriisien näkökulmasta.

Dynaamisempi resilienssin määritelmä huomioi systeemin kyvyn säilyttää perusrakenteensa samalla, kun se mukautuu (adapt) tai muuttaa ominaisuuksiaan tai toimintaansa voidakseen ottaa joustavammin vastaan tulevia shokkeja; tai jopa perustavanlaatuisesti muuttua toisenlaiseksi (transform) päihittääkseen riskit epävakaa tilanteessa (26). On kuitenkin huomioitava, että esimerkiksi muutoksen ja jatkuvuuden välinen tasapaino on hyvin herkkä, eikä kaikki muutos välttämättä aina johda toivottuun lopputulokseen (27, 22). Siksi muutoksen ja sen laadun (ml. mittakaava, aikajänne, suunta) kriittistä ja analyttistä tarkastelua tarvitaan myös tulevaisuudessa terveysjärjestelmän tutkimuksen kentällä.

Viime vuosien kriisit, kuten COVID-19-pandemia, sekä näihin kytkeytyvä suomalaisen terveydenhuollon tutkimus tukevat dynaamista resilienssin määrittelyä tuoden esiin sen, miten terveysjärjestelmien resilienssi edellyttää myös kykyä varautua ennalta-arvaamattomaan (28, 29). Lisäksi terveydenhuoltojärjestelmältä edellytetään kykyä mukautua ja sopeutua kriisin keskellä sekä kehittää tilanteisesti uusia toimintamalleja ja työkaluja (30). Kun terveysjärjestelmä nähdään dynaamisena järjestelmänä, huomioidaan, että siihen vaikuttavat myös konteksti, arvopohja, toimintaperiaatteet, päätöksentekoprosessit sekä erilaiset vuorovaikutussuhteet järjestelmän toimijoiden välillä (31). Kompleksiset systeemit tulisi lisäksi nähdä jatkuvasti kehittyvinä, epälinearisina, keskinäisiä vaikutussuhteita sisältävinä ja alati muuntuvina järjestelminä, jotka sisältävät myös epävarmuutta ja ennakoii-

mattomuutta (32). Tämän pohjalta on merkityksellistä kartoittaa myös sitä, missä määrin terveysjärjestelmiä on tulkittu resilienssi-termiä hyödyntävissä julkaisuissa sosiaalisina systeeminä eli missä määrin ihmisten välisiä suhteita ja keskinäistä vuorovaikutusta osana terveysjärjestelmän toimintaa ja organisoimista on huomioitu resilienssin määrittelyissä (19, 33).

Terveysjärjestelmien tutkimuksen piirissä käytetyt resilienssin määritelmät hyödyntävät erityisesti ekologisen ja sosio-ekologisen, ilmastonmuutoksen ja luonnonkatastrofien sekä organisaatioiden tutkimusta (34). Määrittelyissä on tunnistettavissa yhtäältä resilienssin tarkastelu lopputuloksena tai toisaalta keskittyminen siihen prosessiin, jonka kautta resilienssin ajatellaan rakentuvan; sekä näitä kahta lähestymistapaa yhdistäviin määritelmiin. Nieminen ym. (35) ovat tuoneet esille, että resilienssiä voidaan tarkastella ja määrittellä myös suhteessa systeemin tasoihin. Eri tasoilla syntyvä resilienssi voi olla laadultaan ja vaikutuksiltaan erilaista; ja sen voidaan ajatella olevan joko erityistä (ts. tiettyyn uhkaan tai häiriöön kytkeytyvää) tai yleistä (ts. määrittelemättömiin uuhkiin ja häiriöihin liittyvää). Aiemmassa tutkimuksessa on todettu, että resilienssin käsitteen kehittäminen olisi tärkeä ulottaa myös systeemien väliseen tarkasteluun eli arvioon siitä, miten muut sektorit, kuten matkustus, kaupankäynti, ruokaturva, kasvatusta tai sosiaaliturva vaikuttavat terveydenhuoltojärjestelmään ja sen kykyyn selvitä kriiseistä. Näiden paikantamisessa apuna voivat olla systeemin sisäisten aktiivisten ja toiminnallisten elementtien tunnistaminen, kuten sosiaalisissa verkostoissa tapahtuneet muutokset tai tiedonkulku systeemin sisällä. (6.)

Koska terveysjärjestelmän resilienssin käsitettä rajataan kirjallisuudessa lukuisin eri tavoin ja painotuksin, siihen liittyvä keskustelu on paikoin pirstaloitunutta ja kokonaiskuvaa eri määrittelyistä, niiden keskinäisistä suhteista tai sovellusarvosta saattaa olla haastava hahmottaa. Keskustelun pirstaleisuus myös haastaa terveysjärjestelmän resilienssin käsitteen käyttöä tutkimuksen tukena sekä terveysjärjestelmän toimintakyvyn kokonaisvaltaisena mittarina. Tätä taustaa vasten analysoimme tässä artikkelissa, miten terveysjärjestelmän resilienssiä rajataan ilmiönä kansainvälisissä katsausartikkeleissa ja miten tuloksia sekä johtopäätöksiä näissä kat-

sauksissa jäsennetään. Tutkimusprosessia ohjasivat seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Miten katsauksissa rajataan terveystajärjestelmän resilienssiä ilmiönä?
2. Millaisten terveystajärjestelmän rakenteeseen tai toimintoihin konkreettisesti kytkeytyvien ulottuvuuksien kautta katsausten tuloksia ja johtopäätöksiä jäsennetään?
  - 2.1. Miten katsausten tulokset ja johtopäätökset huomioivat terveystajärjestelmään kytkeytyvät sosiaaliset tekijät?

Tutkimuskysymykset ovat tarkastelutasoiltaan erilaiset ja ne tuottavat keskenään täydentävää tietoa siitä, miten terveystajärjestelmän resilienssi -käsitettä (health system(s) resilience/resilient health system) määritellään ja sovelletaan tarkastelluissa katsauksissa: Tutkimuskysymys 1 kohdentaa huomion sellaisiin katsausten määrittelyihin, jotka rajaavat terveystajärjestelmän resilienssiä ilmiönä ja siten asettavat lähtökohdat sille, millaisten näkökulmien ja painotusten kautta terveystajärjestelmän resilienssiä ylipäätään tarkastellaan. Tutkimuskysymys 2 puolestaan kohdentaa analyysin niihin jäsennyksiin, joiden avulla katsausten tuloksia ja johtopäätöksiä jäsennetään. Tämä tutkimuskysymys on ensimmäistä käytännönläheisempi eli tuo näkyväksi niitä terveystajärjestelmän rakenteita ja toimintoja, jotka katsauksissa tulkitaan terveystajärjestelmän resilienssin toteutumisen kannalta keskeisinä. Edellä esitettyyn kirjallisuuteen nojaten (19, 33) kiinnitämme tulosten tulkinassa lisäksi huomiota siihen, miten katsausten tulokset ja johtopäätökset huomioivat terveystajärjestelmään kytkeytyvät sosiaaliset tekijät (tutkimuskysymys 2.1). Sosiaalisilla tekijöillä tarkoitamme tässä tutkimuksessa laajasti ihmisten välisiä suhteita ja keskinäistä vuorovaikutusta osana terveystajärjestelmän toimintaa ja organisoimista.

## MENETELMÄT

Tutkimus toteutettiin katsauksiin kohdistuvana kartoittavana katsauksena (scoping review) (36). Kartoittava katsaus soveltuu käytettäväksi, kun pyritään tunnistamaan tutkimusaukkoja ja selkiyttämään aikaisemmissa tutkimuksissa käytettyjä määritelmiä (37). Prosessi eteni seuraavien päävaiheiden kautta: alustavat haut ja hakustrategian määrittely; aineistonkeruu, aineiston järjestäminen ja tutkimusten laadunarviointi; sekä aineiston analyysi.

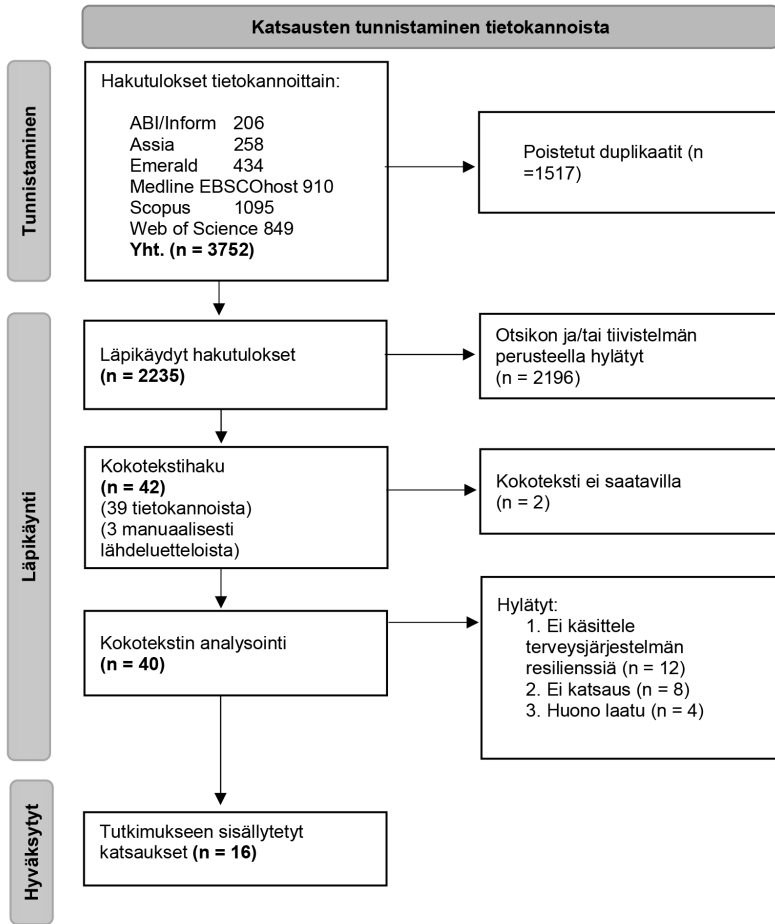
Alustavassa haussa etsittiin Web of Science, MEDline EBSCOhost, ja Scopus -tietokannoista katsauksen tutkimuskysymyksiin vastaavia vertaisarvioituja katsausartikkeleita. Suomenkielistä kirjallisuutta haettiin Finna, Medic, ja Julkari-tietokannoissa, mutta tämä haku ei tuottanut tuloksia. Otsikoiden, tiivistelmien ja asiasanojen perusteella kehitettiin hakustrategia sekä tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Lisäksi tehtiin haku Prospero-tietokantaan meneillään olevista kirjallisuuskatsauksista tutkimusaukon varmistamiseksi. Lopullisen hakustrategian kehittämässä konsultoitiin informaattikkoa.

Tutkimusten valinnassa käytettiin seuraavia sisäänottokriteerejä: katsaus hyödynsi keskeisesti käsitettä terveystajärjestelmän resilienssi tai minimivaatimuksena kytki johtopäätökset terveystajärjestelmän systeemiselle tasolle ja oli menetelmältään systemaattinen- tai kartoittava katsaus (systematic or scoping review). Poissulkukriteerit olivat: tarkastelun kohdentaminen vain yhteen tai useampaan systeemin tasoon (esim. yksilö, yhteisö/henkilöstö, yksittäinen organisaatio) ulottamatta tarkastelua kuitenkaan systeemitasolle (ts. esim. hyödyntäen ja määritellen termejä resilience in healthcare tai resilience engineering). Julkaisuvuoden suhteen ei käytetty aikarajaa.

Tiedonhaku tehtiin (12.10.2022) tietokannoista ABI/INFORM collection, ASSIA, Emerald, Medline EBSCOhost, Scopus, ja Web of Science, hakusanoilla resilience, review, health system, health care ja health service. Katsaukset vietiin viitteidenhallintaohjelmaan (Zotero), jossa poistettiin duplikaatit. Kaksi tutkijaa kävi katsaukset läpi ensin otsikon ja tiivistelmän perusteella ja lopuksi kokotekstin perusteella seuraten ylläkuvattuja sisäänotto- ja poissulkukriteerejä. Tietokantahakua täydennettiin manuaalisella haulla käymällä läpi kokotekstin perusteella valikoituneiden katsausten lähdeluettelot. Kaksi tutkijaa toteutti laadunarvioinnin hyödyntäen Joanna Briggs -instituutin tarkistuslistaa systemaattisille katsauksille ja tutkimussynteeseille (JBI Critical Appraisal Checklist for systematic reviews and research syntheses)(38).

Analyysiin valikoitui mukaan 16 katsausta. Kuvio 1 on kuvaus analysoitujen katsausten valitsemisen prosessista (PRISMA flow chart). Taulukossa 1 on kuvattu perustiedot tähän tutkimukseen mukaan rajatuista katsauksista.

Kuvio 1. Analysoitujen katsausten valintaprosessi (PRISMA flow chart)



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Artikkelin ensimmäinen kirjoittaja oli päävastuussa aineiston analyysistä. Analyysimenetelmänä käytettiin temaattista synteesiä, joka koostuu kolmesta vaiheesta: analysoitavan tekstin avoimesta koodauksesta, kuvailevien teemojen luomisesta sekä analyttisten teemojen muodostamisesta (39). Avoimen koodauksen vaiheessa aineisto käydään rivi riviltä läpi ja koodataan assosiatiivisesti, irroittautuen vielä tässä vaiheessa tutkimuskysymyksistä (39). Thomasin ja Hardenin (39) määrittelyn mukaisesti kuvailevat teemat (descriptive themes) luodaan avoimen koodauksen pohjalta: Tässä analyysivaiheessa

koodien nimityksiä tarkistetaan ja niitä muokataan koodattujen aineistokatkelmien tarkemman merkityksen ja sisällön perusteella. Lisäksi koodoja peilataan toisiinsa arvioiden niiden keskinäisiä suhteita (mm. mahdollista hierarkkisuutta, samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia). Analyttisten teemojen (analytical themes) muodostamisen vaihe puolestaan pyrkii saamaan aikaan synteesin, joka ulottuu yksittäisiä analysoitavia tutkimuksia abstraktimmalle tasolle sekä tuottaa uudenlaista tietoa tai käsitteellistä ymmärrystä (39). Thomas ja Harden (39) kuvaavat analyttisten teemojen vaihetta temaattisen synteesin

Taulukko 1. Perustiedot tutkimukseen mukaan rajatuista katsauksista

Kirjoittajat, julkaisuvuosi, artikkelin otsikko	Katsauksen rajaus	Katsaustyyppi	Asiasanat	Laadun-arviointi <sup>a</sup>
<b>Barasa, E. ym.</b> What is resilience and how can it be nurtured? A systematic review of empirical literature on organizational resilience. 2018	Globaali <sup>b</sup>	Systemaattinen	Health System Resilience, Complex Adaptive Systems, Everyday Resilience, Health System Shocks	8/10
<b>Bayntun C.</b> A health system approach to all-hazards disaster management: A systematic review. 2012	Globaali	Systemaattinen	ei saatavilla	7/10
<b>Bayntun, C. ym.</b> Developing a health system approach to disaster management: A qualitative analysis of the core literature to complement the WHO Toolkit for assessing health-system capacity for crisis management. 2012	Perustuu samaan aineistonhakuun kuin edellinen artikkeli			8/10
<b>Biddle, L. ym.</b> Health system resilience: a literature review of empirical research. 2020				8/10
<b>Chamberland-Rowe, C. ym.</b> Harnessing instability as an opportunity for health system strengthening: A review of health system resilience. 2019	Globaali	Systemaattinen	ei saatavilla	7/10
<b>Foroughi, Z. ym.</b> Toward a theory-led meta-framework for implementing health system resilience analysis studies: a systematic review and critical interpretive synthesis. 2022a	Globaali	Systemaattinen	Health system, Resilience, Meta-framework, Critical interpretive synthesis	9/10
<b>Foroughi, Z. ym.</b> Hospitals during economic crisis: a systematic review based on resilience system capacities framework. 2022b	Globaali, tutkimukset painottuvat korkean tulotason maihin	Systemaattinen	Hospital, Economic crisis, Resilience	8/10
<b>Forsgren, L. ym.</b> Health systems resilience in practice: a scoping review to identify strategies for building resilience. 2022	Globaali	Kartoittava	Health systems, Resilience, Scoping review	8/8 <sup>c</sup>
<b>Fridell, M. ym.</b> Health system resilience: what are we talking about? A scoping review mapping characteristics and keywords. 2020	Globaali	Kartoittava	Health System Resilience, Scoping Review, Shocks, Health System	7/8

<b>Grimm, P. Y. ym.</b> Enhancing the Understanding of Resilience in Health Systems of Low-and Middle-Income Countries: A Qualitative Evidence Synthesis. 2022	Matalan ja keskitulotason maat	Systemaattinen	Health System Resilience, Health System Shocks, Qualitative Synthesis, International Health Regulations	10/10
<b>Lal, A. ym.</b> Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. 2021	Globaali	Kirjallisuuskatsaus	ei saatavilla	6/10
<b>Naimoli J. ja Saxena S.</b> Realizing their potential to become learning organizations to foster health system resilience: opportunities and challenges for health ministries in low- and middle-income countries. 2018	Matalan ja keskitulotason maat	Kartoittava	Health systems, resilience, learning organizations, low- and middle-income countries, health ministries	5/10
<b>Nuzzo, J. ym.</b> What makes health systems resilient against infectious disease outbreaks and natural hazards? Results from a scoping review. 2019	Globaali	Kartoittava	Resilience, Health system strengthening, Health system resilience, Quality improvement, Health security, Outbreak, Natural hazard	8/8
<b>Rameshshanker, V. ym.</b> Health system resilience to extreme weather events in Asia-Pacific: a scoping review. 2021	Aasian ja Tyynenmeren alue	Kartoittava	Health system resilience; extreme weather; disaster risk management; climate change adaptation; health system financing; sustainability; Asia-Pacific	7/10
<b>Rohova M. ja Koeva S.</b> Health system resilience: review of the concept and a framework for its understanding. 2021	Globaali	Kirjallisuuskatsaus	health system, resilience, framework, concept	6/10
<b>Turenne, C. P. ym.</b> Conceptual analysis of health systems resilience: A scoping review. 2019	Globaali	Kartoittava	Resilience Health systems Health systems resilience Conceptual analysis Scoping review	8/8

- a) JBI Critical Appraisal Checklist for systematic reviews and research syntheses (33)  
b) Katsaus määritely globaaliksi, jos kontekstia ei ole erikseen määritely ja valitut alkuperäisartikkelit edustavat kattavasti eri maanosia.  
c) Kartoittavien katsausten kohdalla arviointiasteikko on x/8, koska niissä ei edellytetä laadunarviointia



Taulukko 2. Terveysjärjestelmän resilienssin määrittely ilmiönä

	Teema	Sisällön kuvaus
A	<i>Määrittely terveysjärjestelmän ydintehtävien kautta</i>	Toimintakyvyn ylläpitäminen ja tavoitteiden saavuttaminen haasteiden aikana
B	<i>Määrittely haasteen, muutoksen tai responsstrategian luonteen kautta (esim. mittakaava, aikajänne, vaiheet)</i>	<p>Järjestelmän kapasiteetti tai kyky muuttua eli oppia kohdatessaan haasteita ja siten kyky</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>sulauttaa itseensä</b> paikallisia shokkeja (<i>absorptive; situated response to small scale shocks</i>),</li> <li>• <b>sopeutua</b> rakenteellisesti intensiivisiin haasteisiin (<i>adaptive; structural response to intensive challenges</i>),</li> <li>• kyky systeemiseen <b>transformaatioon</b> massiivisissa haasteissa (<i>transformative, systemic response to massive challenges</i>) (erit. Foroughi ym. 2022a).</li> </ul> <p>Aikajänteen huomioiminen tarkoitti esimerkiksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>akuuttien</b> ja <b>kroonisten</b> stressitekijöiden erottelua (mm. Fridell ym. 2020)</li> <li>• <b>suunnitellun</b> tai <b>tilanteisen</b> toiminnan erottelua (erit. Barasa ym. 2018) tai määrittelyä laajemmin <b>eri vaiheiden</b> kautta (mm. ennakointi, valmistautuminen, responssi, palautuminen ja kasvu) (Foroughi ym. 2022a/b)</li> <li>• muutoksen <b>jatkuvuuden</b> tarkastelua (mm. Rameshanker ym. 2021).</li> </ul> <p>Vaiheita sisältäviin jäsenyyksiin ja määrittelyihin vaikutti se, missä määrin huomio kulloinkin kohdentui haasteen, muutoksen tai responsstrategian tarkasteluun.</p>
C	<i>Määrittelyn keskittyminen terveysjärjestelmän resilienssin ominaisuuksiin tai sen kontekstin kuwaukseen, jossa resilienssi syntyy</i>	<p>Terveysjärjestelmän resilienssi sisältäen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>hitaita</b> ja <b>nopeita</b> muuttujia (mm. Grimm ym. 2022; Rohova &amp; Koeva, 2021 viitaten Kruk ym. 2017), joita voidaan/ tulisi mitata ja arvioida eri tavoin,</li> <li>• sekä <b>laadullisia</b> että <b>määrällisiä</b> piirteitä (erit. Biddle ym. 2020).</li> </ul> <p>Kontekstin korostaminen tarkoitti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>maantieteellisen kontekstin</b> erittelyä/painottamista tai</li> <li>• <b>kontekstin kompleksisuuden</b> korostamista (mm. konteksti laaja-alaisena, monitasoisena, keskinäisriippuvuuksia sisältävänä, dynaamisena, epävarmana ja monimutkaisiin systeemeihin ja prosesseihin kytkeytyvänä).</li> </ul>

vaiheista haastavimmin sanallistettavaksi sekä mahdollisesti kiistanalaiseksi, sillä tämä analyysivaihe nojaa vahvimmin tutkijoiden tulkintoihin ja subjektiiviseen arvioon. Tässä tutkimuksessa analyttisten teemojen muodostamisen vaihe piti käytännössä sisällään aiemmissa analyysivaiheissa tehtyjen teemojen yhdistelyn tai kokonaan uusien teemojen luomisen. Lisäksi teemojen nimiä tarkistettiin vielä kertaalleen ja tarvittaessa muokattiin siten, että ne aiempaa selkeämmin olivat jaoteltavissa suhteessa yllä esitettyihin tutkimuskysymyksiin. Tämän tutkimuksen kontekstissa synteesi tarkoittaa siten sitä, että viimeisessä analyysivaiheessa pyrittiin kiteyttämään vastausartikkelin keskeiseen tavoitteeseen eli rakentamaan läpileikkaava kokonaiskuva siitä, millaisin

eri tavoin terveysjärjestelmän resilienssiä tällä hetkellä määritellään. Lopuksi tehty analyysi tarkistettiin kokonaisuudessaan käymällä kaikki koodaukset uudelleen läpi. Analyysin tukena käytettiin Atlas.ti (versio 9) ohjelmistoa.

## TULOKSET

### TERVEYSJÄRJESTELMÄN RESILIENSSIN ILMIÖN RAJAUS JA PAINOTUKSET

Terveysjärjestelmän resilienssin rajauksia ja painotuksia ilmiönä ryhmiteltiin temaattisen synteessin tuloksena seuraavasti: A) Määrittely terveysjärjestelmän ydintehtävien kautta, B) Määrittely haasteen, muutoksen tai responsstrategian luonteen kautta (esim. mittakaava, aikajänne, vaiheet)

ja C) Määrittelyn keskittyminen terveysjärjestelmän resilienssin ominaisuuksiin tai sen kontekstin kuvaukseen, jossa resilienssi rakentuu. Taulukko 2 kokoaa analyysin tuloksena rakentuneen synteessin kohdentuen tutkimuskysymykseen 1 eli tiivistäen läpileikkaavan kokonaiskuvan siitä, millaisten rajausten ja painotusten kautta katsauksissa lähestyttiin terveysjärjestelmän resilienssiä ilmiönä. Käsittelemme alla ensin teemoja A–C kokonaisuutena, minkä jälkeen tiivistämme keskeiset tulokset kustakin teemasta mainitussa järjestyksessä. Koska analysoitujen katsausten keskinäinen variaatio oli suurinta teemassa B, tämä saa Taulukon 2 tulkinnan kuvauksessa alla suurimman painoarvon.

Taulukon 2 teemojen A–C kokonaisuus havainnollistaa, miten terveysjärjestelmän resilienssin ilmiötä oli katsauksissa laajimmillaan rajattu. Lukuun ottamatta katsauksia Lal ym. (40) ja Naimoli ym. (41) (joista ensiksi mainittu sisälsi määrittelyä suhteessa teemoihin A ja B ja jälkimmäinen suhteessa teemoihin B ja C) katsaukset sisälsivät määrittelyä suhteessa kaikkiin Taulukossa 2 esitettyihin pääteemoihin (A–C). Toisin sanoen, valtaosa analysoiduista katsauksista rajasi terveysjärjestelmän resilienssiä ilmiönä siten, että määrittely piti sisällään niin terveysjärjestelmän ydintehtävien huomioimisen (A), järjestelmän kohtaaman haasteen seurauksineen (B) kuin luonnehdintaa niistä ominaisuuksista tai kontekstin piirteistä, jotka keskeisesti vaikuttavat resilienssin syntymiseen (C). Tällaista kokonaisuutta voidaan pitää varsin moniulotteisena ja laajana resilienssin ilmiön rajauksena. Alla eritelty tarkempi tarkastelu toi esiin kuitenkin sen, että katsaukset painottivat teemoja A–C varsin eri tavoin.

Terveysjärjestelmän ydintehtävien painottaminen (A) tarkoitti resilienssin ilmiön rajauksen näkökulmasta sitä, että analysoitujen katsausten määrittelyissä korostettiin terveysjärjestelmän toimintakyvyn ylläpitämistä ja keskeisten tavoitteiden saavuttamista haasteiden aikana. Tällaista määrittelyä voidaan pitää perusteltuna ja osittain itsestään selvänäkin lähtökohtana terveysjärjestelmän resilienssin ilmiön rajaukselle. Kuten yllä on viitattu, yhtä poikkeusta lukuun ottamatta (41) tämä teema sisältyikin kaikkiin analysoimiemme katsausten määrittelyihin. On kuitenkin huomionarvoista, että osassa katsauksia (42) myös kritisoitiin empiirisiä tutkimuksia,

joiden määrittely rakentui ainoastaan terveysjärjestelmän ydintehtävien (A) varaan. Toisin sanoen, tällaista rajausta ja määrittelyä kuvattiin kapea-alaiseksi ja ongelmalliseksi, sillä sen ei nähty pystyvän ottamaan kattavasti haltuun terveysjärjestelmän resilienssin ilmiön kokonaisuutta (42).

Kuten mainittu, katsausten väliset erot suhteessa resilienssin ilmiön rajaukseen korostuivat teemassa B. Katsaukset esimerkiksi määrittelivät eri tavoin sitä, mitä terveysjärjestelmän kohtaamalla haasteella tarkoitetaan, miten haasteeseen kytkeytyvä mahdollinen muutos ilmenee ja miten terveysjärjestelmän tulisi vastata kohtaamaansa haasteeseen. Katsaukset myös painottivat näitä teeman B osa-alueita eri tavoin. Haasteita kuvattiin esimerkiksi mittakaavaltaan erilaisina (ts. suhteessa paikalliseen shokkiin; rakenteellisesti intensiiviseen haasteeseen; tai massiiviseen systeemiseen haasteeseen, 43) tai akuutteja ja kroonisia stressitekijöitä erotellen (44). Resilienssin ilmiöön kytkeytyvää terveysjärjestelmän mahdollista muutosta kuvattiin tyypillisesti hyödyn-tämällä sulautumisen (absorb), mukautumisen (adapt) tai toisenlaiseksi muuttumisen (transform) termejä ja joissain tapauksissa (45) myös huomioiden muutoksen aikajänne jatkuvuuden näkökulmasta. Myös oppimista on mahdollista tulkita muutokseksi. Olemmekin tässä tutkimuksessa kytkeneet oppimisen termiin liittyvät resilienssin ilmiön määrittelyt osaksi teemaa B Taulukossa 2 eli tarkastelleet oppimista terminä, jota hyödynnettiin katsauksissa terveysjärjestelmän resilienssiin kytkeytyvän muutoksen kuvaamisen ja määrittelyn tukena. Tyypillisesti oppimista käsiteltiin katsauksissa terveysjärjestelmän kohtaaman haasteen määrittelyn yhteydessä, esimerkiksi kuvattaessa tarkemmin kriisisyklin eri vaiheita kuten ennakointia, valmistautumista, responsia, palautumista ja kasvua (43, 46). Oppiminen kytkettiin näistä vaiheista usein nimenomaan palautumiseen (recovery) ja kasvuun (growth) tai viitaten kriiseistä saatavien oppien kokonaisvaltaiseen tarkasteluun (lessons learned). Osassa katsauksia (43) ulotettiin määrittely myös siihen, missä määrin opittua onnistutaan soveltamaan ja toimeenpanemaan käytäntöön.

Teemaan B liittyen nousi analyysin aikana myös eroavaisuuksia edellä mainittujen, muutokseen kytkeytyvien termien käyttöön liittyen, kuten termien sulautua tai mukautua käyttö erilaisissa

merkityksissä. Lisäksi termit sulautua, mukautua tai muuttua toisenlaiseksi jäivät analysoiduissa katsauksissa usein tarkemmin määrittelemättä ja katsauksista vain harva (43, 46) hahmotteli määrittelynsä näiden termien välisiä keskinäissuhteita. Toisaalta esimerkiksi Foroughin ym. (43) edustama jäsenitys tietynlaisen muutoksen (sulautumisen, sopeutumisen tai transformointin) kytkeytymisestä mittakaavaltaan tietynlaiseen kriisiin (paikalliseen shokkiin tai rakenteellisesti intensiiviseen tai massiiviseen haasteeseen) ei ole ongelmaton, sillä erilaatuista muutosta voi tapahtua erilaisissa konteksteissa ja mittakaavoissa. Myös oppimisen käsitteen käyttö ja soveltaminen oli analysoiduissa katsauksissa vaihtelevaa. Fridell (44, s. 14) esimerkiksi raportoi osan empiirisistä julkaisuista käyttäneen oppimisen ulottuvuuden huomioivaa Krukin (13) määritelmää terveysjärjestelmän resilienssistä, mutta jättäneen oppimisen näkökulman lopulta analyysin ulkopuolelle. Tiivistäen analyysi toi siis esiin vaihtelevia tulkintoja terveysjärjestelmän muutokseen kytkeytyvien termien määrittelyistä osana resilienssin ilmiötä sekä paikoin näiden termien käytön epätasaisuutta ja määrittelyn kapeutta.

Teemaan C kytkeytyvä resilienssin ominaisuuksiin keskittyminen osana resilienssin ilmiön määrittelyä tarkoitti analysoiduissa katsauksissa huomion kiinnittämistä resilienssin määrällisiin ja laadullisiin piirteisiin tai sen sisältämien muutosten esiintyvyyden tempoon eli hitauteen tai nopeuteen. Biddle ym. (42) katsauksessa tuotiin esiin, että tällä hetkellä terveysjärjestelmän resilienssin määrittelyssä sekä vaikuttavuuden mittaamisessa ja arvioinnissa painotus on joko enemmän määrällisissä mittareissa tai laadullisissa tarkastelutavoissa ja että tulevaisuudessa näiden molempien metodologisten lähestymistapojen tuomaa tietoa tulisi pyrkiä yhdistämään ja hyödyntämään laaja-alaisemmin. Mikäli näin ei onnistuta tekemään, eivät terveysjärjestelmän resilienssin määritelmät ja indikaattorit ota kattavasti haltuun resilienssin sekä määrällisiä että laadullisia ominaisuuksia eli terveysjärjestelmän resilienssin ilmiön kokonaisuutta (42). Useissa julkaisuissa tuotiin lisäksi esiin sen kontekstin monimutkaisuus, jossa terveysjärjestelmän resilienssi syntyy (Taulukko 2, teema C). Tämä jäi kuitenkin tyypillisesti varsin kapeasti toteamisen tasolle. Pohdintaa ei toisin sanoen jatkettu esimerkiksi operationalisointiin, indikaattoriyöhön,

arviointiin tai konkreettiseen erittelyyn siitä, miten ymmärrys kontekstin monimutkaisuudesta on siirrettävissä käytännön toteutukseen tai arviointiin. Kontekstin monimutkaisuuden korostamisen ohella kontekstuaalisuuden huomioiminen tarkoitti analysoitujen katsausten määritelmässä maantieteellisten tai maakohtaisten erityispiirteiden kuvaamista ja painottamista.

Kaiken kaikkiaan useissa analysoiduissa katsauksissa nostettiin esiin tarve yhtenäistää tai integroida terveysjärjestelmän resilienssin määrittelyä (42, 43) ja pyrittiin luomaan malli, jossa tämä eri määritelmiä yhdistelevä ote myös toteutuisi. Osa katsauksista puolestaan pyrki täydentämään aikaisempia malleja, joista yleisimmin esiintyi tulosten peilaaminen WHO 6 Building Blocks -malliin (46, 44). Biddle ym. (42) pohtivat katsauksessaan terveysjärjestelmän resilienssi-käsitteen kypsyttömyyttä (immaturity) sekä sitä, että teoreettinen kehitystyö ja käytännön soveltaminen ovat toistaiseksi eritahtisia (ts. teoreettisia määritelmiä ei olla vielä riittävästi testattu käytännössä). Fridell ym. (44, s. 14–15) puolestaan vertasi terveysjärjestelmän resilienssiin kohdistunutta kritiikkiä kestävyys-termin (sustainability) kritiikkiin 1990-luvulla, viitaten näin yhtäältä terveysjärjestelmän resilienssi -käsitteen kehityskelpoisuuteen, mutta tuoden toisaalta esiin myös tarvetta sen pitkäjänteiselle kehitystyölle.

#### TERVEYSJÄRJESTELMÄN RAKENTEeseen TAI TOIMINTOIhin KYTKEYTYVÄT RESILIENSSIN ULOTTUVUUDET

Terveysjärjestelmän rakenteeseen tai toimintoihin kytkeytyvät resilienssin ulottuvuudet tiivistyivät synteessin pohjalta seuraavasti: 1) Hallinto ja lainsäädäntö, 2) Resurssien saatavuus ja riittävyys, 3) Inhimillinen pääoma, 4) Johtamisen käytännöt ja työkuultuuri, 5) Poikkisektoraalinen ja kansainvälinen yhteistyö sekä työnjako, 6) Tilannekuvan muodostaminen. Kaiken kaikkiaan Taulukon 3 jäsenitys kokoa analyysin pohjalta rakentuneen synteessin kohdentuen tutkimuskysymykseen 2 eli se tiivistää läpileikkauksen siitä, millaisten terveysjärjestelmän rakenteeseen tai toimintoihin kytkeytyvien ulottuvuuksien kautta katsaukset jäsenivät tuloksiaan ja johtopäätöksiään. Alla tarkastelemme ulottuvuuksia Taulukon 3 esittämässä järjestyksessä ja kiinnitämme tulokinnassa erityistä huomiota siihen, miten systeemiin kytkeytyviä sosiaalisia tekijöitä käsiteltiin katsausten tuloksissa ja johtopäätöksissä (tutkimuskysymys 2.1).

Taulukko 3. Rakenteisiin tai toimintoihin kytkeytyvät terveysjärjestelmän resilienssin ulottuvuudet

Ulottuvuus	Sisällölliset tarkennukset ja ulottuvuuksien väliset suhteellisuudet
1 <i>Hallinto ja lainsäädäntö</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heijastuu ja rakentuu suhteessa kaikkiin muihin ulottuvuuksiin.</li> </ul>
2 <i>Resurssien riittävyys, käyttöönotto ja hyödynnettävyys</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Läheisesti yhteydessä ja säädelty ulottuvuuden 1. kautta</li> <li>• Vaikuttaa kaikkeen käytännön toteutukseen</li> <li>• Sisältäen: rahoitus, materiaalit (mukaan lukien: lääkkeet), teknologiat (mukaan lukien: erilaiset laitteistot ja digitaaliset apuvälineet)</li> </ul>
3 <i>Inhimillinen pääoma</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Läheisesti yhteydessä riittäviin resursseihin</li> <li>• Sisältäen: osaaminen/kapasiteetti JA/TAI täytetyt tarpeet ja voimavarat</li> <li>• Työvoimaan tai laajempaan yleisöön/kansalaisiin liittyvät näkökulmat</li> <li>• Sisältäen: yksilölliset, sosiaaliset, yhteisölliset ja osallistavat näkökohdat</li> </ul>
4 <i>Johtamisen käytännöt ja työkuultuuri</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Halki systeemin tasojen, mutta erityisesti operatiivisen johtamisen tasolla</li> <li>• Läheisesti yhteydessä inhimilliseen pääomaan, yhteistyöhön/työnjakoon sekä tilannekuvaan</li> </ul>
5 <i>Poikkisektoraalinen ja kansainvälinen yhteistyö sekä työnjako</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oleellista resurssien käyttöönoton ja hyödyntämisen näkökulmista, sekä tarvittavan tilannekuvan luomiseksi systeemin eri tasoilla</li> </ul>
6 <i>Tilannekuvan muodostaminen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rakentuu erilaisten tiedonhallinnan tapojen kautta</li> <li>• Sisältäen: tiedonkeruu tutkimuksen, valvonnan, seurannan ja arvioinnin avulla</li> <li>• Tukee päätöksentekoa (mm. kriisivasteen valinta), oppimista sekä hallintoa ja lainsäädännön uudistustyötä</li> <li>• Läheisesti yhteydessä resurssihin, yhteistyöhön, kommunikaatioon ja inhimilliseen pääomaan</li> </ul>

Kuten Taulukon 3 sarake ‘Sisällölliset tarkennukset ja ulottuvuuksien väliset suhteellisuudet’ havainnollistaa, tuloksia ja johtopäätöksiä jäsentäviä ulottuvuuksia ei käsitelty tarkastelluissa katsauksissa toisistaan irrallisina tai listamaisina esityksinä, vaan niiden välisiä suhteita kuvattiin keskenään riippuvaisina ja vuorovaikutteisina. Esimerkiksi Hallinto ja lainsäädäntö (ulottuvuus 1) nähtiin katsauksissa usein asiana, joka heijastuu ja rakentuu suhteessa kaikkiin muihin terveysjärjestelmän resilienssin kannalta keskeisiin rakenteisiin ja toimintoihin. Resurssien (ulottuvuus 2) puolestaan kuvattiin tyypillisesti olevan läheisesti yhteydessä hallintoon ja lainsäädäntöön sekä vaikuttavan konkreettisesti kaikkeen käytännön toteutukseen. Taulukon 3 mukaisesti tulkitsimme resurssien kattavan rahoituksen, materiaalit (ml. lääkkeet) ja teknologiat (ml. erilaiset laitteistot ja digitaaliset apuvälineet). Osa katsauksista sisällytti henkilöstönäkökulman

resurssihin tai käytti termiä henkilöstöresurssit (human resources). Tämän artikkelin termivalinnalla ‘Inhimillinen pääoma’ (human capital) ja taulukon 3 esittämällä jäsenyyksellä on kuitenkin haluttu nostaa esiin sitä, että esimerkiksi henkilöstökysymyksiä tulisi tarkastella muustakin kuin pelkästään resurssinäkökulmasta, vaikka ne resurssihin läheisesti kytkeytyvätkin.

Edellä viitatuksi tarkoitamme systeemin sosiaalisilla tekijöillä tässä tutkimuksessa laajasti ihmisten välisiä suhteita ja keskinäistä vuorovaikutusta osana terveysjärjestelmän toimintaa ja organisoimista. Nämä tekijät paikantuvat Taulukon 3 jaottelussa erityisesti seuraaviin ulottuvuuksiin: 3) Inhimillinen pääoma, 4) Johtamisen käytännöt ja työkuultuuri sekä 5) Poikkisektoraalinen ja kansainvälinen yhteistyö sekä työnjako. Sosiaalisiin tekijöihin kytkeytyvät ulottuvuudet olisi ollut mahdollista yhdistää analyttisten teemojen muodostamisen vaiheessa

myös yhdeksi, omaksi ulottuvuudekseen. Toisaalta niiden pitäminen erillisinä tulkitaan tässä rikastavan ja konkretisoivan ymmärrystä sosiaalisten tekijöiden vivahteista ja merkityksestä osana terveysjärjestelmän resilienssin kokonaisuutta. Systeemin sosiaalisten tekijöiden näkökulmasta on merkityksellistä, että poikkisektoraalinen ja kansainvälinen yhteistyö sekä työnjako (ulottuvuus 5) nähtiin katsauksissa usein oleellisina resurssien käyttöönoton (ulottuvuus 2) sekä tarvittavan tilannekuvan muodostamiseksi systeemin eri tasoilla (ulottuvuus 6). Toisin sanoen yhteistyön erilaisilla muodoilla sekä selkeällä työjaolla nähtiin olevan keskeinen merkitys terveysjärjestelmän muiden ydintoimintojen ja siten myös resilienssin toteutumisen kannalta.

Kuten Taulukko 3 havainnollistaa, sisälsi 'Inhimillinen pääoma' ulottuvuus hyvin monenlaisia näkökulmia ja tarkastelutasoja, jotka konkretisoituivat analysoiduissa katsauksissa muun muassa seuraavanlaisten esimerkkien kautta: henkilöstön koulutus ja jaksaminen, kommunikointi ja tiedonvälitys kansalaisten ja median suuntaan sekä systeemin eri tasoilla, (kansalais) yhteisöjen toimijuuden huomiointi ja hyödyntäminen. Terminologisesti 'Inhimillinen pääoma' olisi ollut mahdollista nimetä analyttisten teemojen muodostamisen vaiheessa myös sosiaalisiksi pääomaksi (social capital), mikä nousi esiin aineistosta kriittisenä tekijänä terveysjärjestelmän resilienssin kasvattamisessa (47, s. 908). Tehdäksemme eron määritelmäämme laajemmista sosiaalisista tekijöistä olemme kuitenkin valinneet tässä ulottuvuuden etuliitteeksi 'Inhimillinen'. Edellisessä tulosluvussa viitattua oppimisen termiä käytettiin tulosten ja johtopäätösten jäsentämisen kontekstissa hyvin eri tavoin eli se kytkettiin vaihtelevasti esimerkiksi heikkojen signaalien tunnistamiseen ja tilannekuvan rakentamiseen (ulottuvuus 6), johtajuuteen (ulottuvuus 4), hallintoon (governance) (ulottuvuus 1) tai vaikkapa edellä mainittuun henkilöstön koulutukseen (ulottuvuus 3).

Useissa katsauksissa korostettiin arvojen tärkeyttä ja keskeisyyttä terveysjärjestelmän resilienssin näkökulmasta, mutta keskustelu tähän kytkettyvästä vastuunjaosta ei ollut kovinkaan konkreettista. Keskustelua ei toisin sanoen tyyppillisesti kohdennettu tiettyyn terveysjärjestelmän tasoon, toimintoon tai toimijaryhmään, eikä arvonäkökulmaa siksi ole konkreettisesti

sisällytetty yksittäisen ulottuvuuden kuvaukseen Taulukossa 3. Toisaalta esimerkiksi Bayntun ym. (48) korostivat katsauksessaan eettisen päätöksenteon merkitystä katastrofien hallinnassa, esittäen samalla huolen, että siihen liittyvät käytännöt olivat katsauksen analysoimissa tutkimuksissa teemana aliedustettuina. Kirjoittajat (48) nostivat esiin merkittävänä tähän keskusteluun vaikuttavina teemoina läpinäkyvän johtamisen ja päätöksenteon (ulottuvuus 4. Johtamisen käytännöt ja työkuultuuri), tiedonkeruun kriittisen tarkastelun (ulottuvuus 6. Tilannekuvan muodostaminen), sekä katastrofien hallinnan poliittisuuden ja erilaisten toimintatapojen, ohjesääntöjen ja suositusten merkityksen (ulottuvuus 1. Hallinto ja lainsäädäntö).

Bayntun ym. (48) muistuttavat, että poliittiset päättäjät ovat avainasemassa siinä, mikä lopulta määrittäytyy "kriisiksi" ja heidän säätämänsä lait kehystävät kriisivastetta, kuten sitä, kuka (ja missä määrin) on lopulta vastuussa kriisin seurauksista. Eettisten sekä arvokysymysten pohdinnan entistä selkeämpi kytkeminen myös terveysjärjestelmän ydintehtävien määrittelyyn (Taulukko 2, teema A) olisi tärkeää huomioida kehitettäessä terveysjärjestelmän resilienssin määrittelyä, jotta terveysjärjestelmän keskeisiä tavoitteita pystytään kriisitilanteessa tarvittaessa tehokkaasti priorisoimaan (48).

## POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä artikkelissa olemme analysoineet, miten terveysjärjestelmän resilienssiä rajataan ilmiönä ja millaisten terveysjärjestelmän rakenteeseen tai toimintoihin konkreettisesti kytkettyjen ulottuvuuksien kautta tutkimustuloksia ja johtopäätöksiä jäsenetään kansainvälisissä katsausartikkelissa. Artikkelimme keskeisenä tavoitteena oli rakentaa läpileikkaavaa kokonaiskuvaa tällä hetkellä kirjallisuudessa ilmenevistä määritelmistä ja niiden soveltamisesta. Yhtäältä pyrkimyksemme on ollut selkiyttää terveysjärjestelmän resilienssin käsitteeseen liittyvää tieteellistä keskustelua tilanteessa, jossa termin vaihtelevat määrittelyt ja painotukset (4) tekevät kokonaiskuvan rakentamisesta haastavaa ja myös terveysjärjestelmien resilienssiä mittaavien indikaattoreiden kapealaisuus on saanut osakseen kritiikkiä (42). Kirjallisuudesta nousseiden havaintojen pohjalta (19, 33) olemme kiinnittäneet erityistä huomiota siihen, miten terveysjärjestelmän sosiaaliset

tekijät tulivat huomioiduiksi tarkastelluissa katsauksissa. Toisaalta terveysjärjestelmän resilienssin määrittelyihin kytkeytyvien suomenkielisten katsausartikkelien niukkuuden vuoksi tulosten relevanssia on tärkeää kiteyttää myös suomalaisen sosiaali- ja terveysjärjestelmän näkökulmasta. Siksi tiivistämme tämän luvun lopuksi johtopäätöksiä erityisesti kansalliseen järjestelmääme kohdentuen.

Analyysimme pohjalta tekemämme synteesi tiivistä terveysjärjestelmän resilienssin rajauksen ilmiönä kolmen teeman kautta (Taulukko 2). Tarkasteltujen katsausartikkelien tulokset ja johtopäätökset puolestaan tiivistyivät kuuden, terveysjärjestelmän rakenteeseen tai toimintoihin konkreettisesti kytkeytyvän ulottuvuuden kautta (Taulukko 3). Kokonaisuudessaan tulokset tiivistävät synteessin siitä, millaisin rajauksin ja painotuksin terveysjärjestelmän resilienssiä tällä hetkellä määritellään kansainvälisissä katsausartikkeleissa. Ehdotamme näitä jäsenyyksiä vertailun ja määrittelyn apuvälineiksi sekä terminologisen täsmentämisen tueksi tulevilla tutkimuksissa.

Tulosten luotettavuuden ja sovellusarvon kannalta on huomioitava, ettei analyysimme kohdentunut terveysjärjestelmän resilienssin määritelmien toimeenpanon tai vaikuttavuuden arviointiin. Myös muiden ajankohtaisten tutkimusten valossa (7) resilienssin käsitteen määritelmien toimeenpanon ja vaikuttavuuden arviointi jää tärkeäksi tehtäväksi jatkotutkimuksille. Lisäksi on huomionarvoista, ettei tarkastelumme sisältänyt systemaattista erittelyä siitä, missä määrin tutkimukseemme rajatuissa katsauksissa viitatus, yksittäiset empiiriset tutkimukset tai alkuperäislähteet toistuivat eri julkaisuissa. Näin ollen terveysjärjestelmän resilienssiä määrittelevän kirjallisuus- ja tutkimuspohjan laajuus jää arvioitavaksi tulevilla tutkimuksissa. Katsauksemme sisäänottokriteerien rajautuminen terveysjärjestelmän resilienssin käsitteen tarkasteluun on myös prosessin aikana syntynyt tulos, jonka myötä analyysimme on kohdentunut juuri tämän käsitteen erittelyyn. Terveysjärjestelmän resilienssin käsitettä hyödyntävät katsaukset toisin sanoen ulottivat selkeimmin tulokset ja johtopäätökset systeemille tasolle, mikä oli tämän artikkelin keskeinen rajausta ja painotus. Kiinnittämällä jatkossa nykyistäkin yksityiskohtaisemmin huomiota muutokseen ja sen laatuun liittyvän sanaston määrittelyyn sekä termien keskinäisten suh-

teiden esiin tuomiseen osana resilienssin ilmiön kokonaismäärittelyä, voidaan syventää ymmärrystä siitä, mitä muutoksella terveysjärjestelmän kontekstissa kulloinkin tarkoitetaan ja millaista (ml. mittakaavaltaan minkälaista ja minkä suuntaista) muutosta tavoitellaan.

Resilienssin käsitteen aikaisempien määrittelyiden näkökulmasta on huomionarvoista, että valtaosa resilienssikirjallisuudesta paikantuu aikaan, jolloin maailmassa ei ollut koettu koronapandemian kaltaista mittavaa kriisiä. Resilienssin arvioinnissa ennen koronapandemiaa käytettyjen mittareiden pohjalta tehdyt ennakkoletukset eivät täysin pitäneet paikkaansa koronakriisin kontekstissa, vaan monet resilienssiltään korkeaksi arvioidut maat olivat erityisesti pandemian alussa paljon vähemmän valmistautuneita kuin mitä luultiin. Koronapandemia koko yhteiskuntaa koskettavana ja pitkittyneenä kriisinä (49) toikin esiin useita haavoittuvuustekijöitä, joita ei osattu ennalta aavistaa ja siten myöskään sisällyttää korkeaa ja matalaa resilienssiä määrittäviin mittareihin. Suomalaisessa kontekstissa koronapandemian aikana ilmeni epäselvyyksiä esimerkiksi siinä, olivatko ohjeistukset ja suositukset lainsäädännöllisesti sitovia (30, 50, 51). Epäselvyydet tällä alueella voivat merkittävästi heikentää järjestelmän resilienssiä tai ainakin heikentää sitä tulevien kriisien näkökulmasta. Näyttää siltä, että pitkittyneen kriisin aikana läpinäkyvän hallinnon merkitys ja lainsäädännön vaatima osaaminen ja resurssit korostuvat, mitkä linkittyvät hallinnon lisäksi inhimilliseen pääomaan (ks. Taulukko 3). Varautuminen ja resilienssi vaativat myös terveysjärjestelmän toimijoiden parempaa ymmärrystä poliittisesta kontekstista kriisin aikana (30, 52, 53). Koronapandemiassa tilannekuva muodostettiin erityisesti erikoissairaanhoidon näkökulmasta ja kriisi kehystettiin terveyskriisiksi. Rajoituspäätöksiä tehtiin erityisesti erikoissairaanhoidon tilanteeseen peilaten, jolloin sosiaaliset, taloudelliset ja kulttuuriset vaikutukset etenkin haavoittuviin ryhmiin jäivät vähemmälle huomiolle (30, 52). Myös viestinnän avoimuus ja ajantasaisuus kansalliselta tasolta paikalliselle tasolle oli haaste koko koronapandemian ajan (30, 51, 53). Resilienssin kannalta on haasteellista, mikäli keskeiset toimijat saavat pandemian aikana tilannekuvan muodostamiseen tarvittavaa tietoa eriaikaisesti. Nämä ajankohtaisten tutkimustulosten

havainnot ovat tärkeitä huomioida kehitettäessä edelleen terveysjärjestelmän resilienssin määrittelyä sekä määrittelyyn nojaavia indikaattoreita.

Paschoalotto ym. (7) nostavat tuoreessa katsauksessaan esiin tarpeen määrittellä terveysjärjestelmän resilienssiä suhteessa siihen kontekstiin, jossa resilienssi syntyy. Kontekstin merkitys nousee esiin yhtenä osa-alueena myös tämän tutkimuksen tuloksissa (ks. Taulukko 2), mikä korostaa tarvetta pohtia myös suomalaisen järjestelmän erityispiirteitä sekä Suomen onnistumista esimerkiksi koronapandemian hoidossa. Suomessa eri alueilla pandemiatilanne ja edelleen kriisiin vaatimat toimet sekä sen vaikutukset ovat vaihdelleet. Tämän perusteella terveysjärjestelmän resilienssin arvioinnille voisi olla kansallisen tason lisäksi tarvetta myös alueellisella tasolla, kun Suomessa hyvinvointialueilla on merkittävä rooli itsehallinnollisina ja operatiivisina toimijoina. Lisäksi Suomen järjestelmän erityisyys on integroitu järjestelmä, joka yhdistää sosiaali- ja terveyspalvelut yhteiseen organisaatioon. Tämä luo tarpeen tarkastella resilienssin määrittelyä laaja-alaisesti sekä resilienssiin kytkeytyvien tekijöiden moniulotteisuus huomioiden. Viimeaikaisen tutkimuksen perusteella (6, 19, 33, 42, 50) tämä laaja-alaisuus ja moniulotteisuus edellyttää tässä tutkimuksessa tarkasteltujen sosiaalisten tekijöiden huomioinnin ohella esimerkiksi aiempaa vahvempaa systeemien välistä tarkastelua resilienssin määrittelyssä sekä menetelmällisesti moninaisten empiiristen tutkimusten kattavaa huomioimista.

Artikkelin tulosten sekä laajemman kansallisen tutkimusnäytön pohjalta (30, 50, 52, 54) ehdotamme suomalaisen sote-järjestelmään sovellettavaksi resilienssin määrittelmää, jossa analyysimme jäsenyyksen suuntaisesti tulevat huomioiduksi niin inhimillinen pääoma kuin poliittinen toimijuuskin. Terveysjärjestelmän resilienssin käsitettä on aikaisemmin kritisoitu normatiivisista oletuksista (34) sekä vastuun, politiikan ja valtakysymysten ohittamisesta (6). Terveysjärjestelmät sosiaalisina systeeminä ilmentävät kuitenkin valtasuhteita ja resilienssi on vahvasti riippuvainen siitä, miten terveysjärjestelmää hallitaan (55, 56). Kussakin resilienssin ulottuvuudessa (Taulukko 3) onkin syytä huomioida toimijuudet ja vallan kysymykset. Myös globaalit keskinäisriippuvuudet, jotka nousevat esiin kansallisessa riskinarviossa (57), tulisi tulevaisuudessa huomioida

aiempaa kokonaisvaltaisemmin resilienssin määrittelyssä. Lisäksi riskinarvio nostaa esiin toimivan infrastruktuurin merkityksen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon riippuvuuden osavasta henkilöstöstä, jotka tekemämme temaattisen synteessin pohjalta paikantuvat sekä resurssinäkökulmiin että inhimilliseen pääomaan. Inhimillisen pääoman näkökulmasta myös esimerkiksi henkilöstön jaksaminen on keskeistä. Siksi henkilöstökysymyksiä ei voida tarkastella vain resursoinnin eli henkilöstön riittävyyden kannalta, vaan resilienssin kokonaisuuden haltuun ottamiseksi tarvitaan myös muun muassa hyvinvoinnin ja luottamuksen huomioimista. Nämä voivat muodostua kriisitilanteessa terveysjärjestelmän resilienssin kannalta merkittäviksi haavoittuvaisuustekijöiksi, mikäli niitä ei olla riittävän konkreettisesti huomioitu varautumissuunnitelmissa.

#### **RAHOITTAJAT:**

Tutkimus on toteutettu osana Suomen Akatemian ja Strategisen tutkimusneuvoston rahoittamia hankkeita 'Muutosjoustavuus, kriisivalmius ja huoltovarmuus suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä (RECPHEALS, 2020–2023)' (rahoituspäätöksen no. 340501 ja 340503) ja 'Hyvinvoinnin turvaaminen pandemia-aikoina: kohti yhteistyöhön perustuvaa syndemioiden hallintaa (WELGO, 2021–2024)' (rahoituspäätöksen no. 345300 ja 345349).

#### **KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:**

Janhonen toimi aineiston analysoijana ja käsi- kirjoituksen tekstin luonnosversion kirjoittajana sekä vastasi artikkeliprosessin koordinoinnista. Janhonen laati sisäänotto- ja poissulkukriteerit yhdessä Viita-ahon ja Huhtakankaan kanssa ja kävi Viita-ahon ohella läpi analysoitavat katsaukset kriteerien mukaisesti.

Viita-aho toimi kirjallisuushakujen toteuttajana, laati sisäänotto- ja poissulkukriteerit yhdessä Janhosen ja Huhtakankaan kanssa, kävi Janhosen ohella läpi analysoitavat katsaukset kriteerien mukaisesti ja vastasi katsausartikkeleiden laadun arvioinnista yhdessä Huhtakankaan kanssa. Viita-aho osallistui keskeisesti käsikirjoituksen sisällön tuottamiseen, kommentointiin ja viimeistelyyn.

Huhtakangas vastasi tutkimuksen menetelmällisestä toteutuksesta, laati sisäänotto- ja poissulkukriteerit yhdessä Viita-ahon ja Janho-

sen kanssa, vastasi katsausartikkeleiden laadun- arvioinnista yhdessä Viita-ahon kanssa, oli pää- vastuullinen käsikirjoituksen menetelmäosan kirjoittamisessa ja osallistui keskeisesti koko käsikirjoitustekstin kommentointiin ja viimeiste- lyyn.

Kihlström osallistui keskeisesti artikkelin pääargumenttien ja sisällöllisen rajauksen kehittä- lyyn sekä osallistui merkittävällä tavalla käsi- kirjoitustekstin kommentointiin ja viimeistelyyn.

**Janhonen, K., Viita-aho, M., Huhtakangas, M., Kihlström, L., Keskimäki, I., Tynkkynen, L.K. Resilience in health system research: Scoping review of health system resilience as a concept. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2024: 61: 192–209.**

This scoping review explores definitions and use of the term resilience in the field of health system research. We identify what current crises, such as the COVID-19-pandemic, have brought to the definitions of resilience. Our analyses specifically explore how health system(s) resilience (or resilient health system/s) is delineated as a phenomenon in international review articles (systematic or scoping reviews or literature reviews fulfilling the quality criteria of this article), and how results and conclusions of these publications are structured. Additionally, we pay attention to how the analyzed reviews approach health systems as social systems, in other words, how they take into account interaction and relationships between people as a part of action and organization of health systems. Based on the results we call for

Keskimäki osallistui keskeisesti artikkelin pääargumenttien ja sisällöllisen rajauksen kehittä- lyyn sekä osallistui merkittävällä tavalla käsi- kirjoitustekstin kommentointiin ja viimeistelyyn.

Tynkkynen osallistui keskeisesti artikkelin pääargumenttien ja sisällöllisen rajauksen kehittä- lyyn sekä osallistui keskeisesti käsikirjoitus- tekstin muokkaamiseen, kommentointiin ja vii- meistelyyn.

critical and analytical approaches to defining the interrelationships among sub-categories of health system resilience, as well as clearer definitions of the significance of social factors as a part of resilient health systems. Taking social aspects more clearly as a part of crucial dimensions of the term health system resilience, would allow making unexpected, situationally flexible, changing and power-related issues more visible in the context of developing also the Finnish health system.

**Keywords:** health system resilience, scoping review, conceptual analysis

Saapunut (28.03.2023)

Hyväksytty (15.09.2023)

## VIITTEET

- 1 WHO:n jäsenyys terveystajärjestelmän keskeisistä rakennusosasta (WHO framework of health systems building blocks) vuodelta 2010 (12) sisältää: (i) palvelujen tuottamisen, (ii) henkilöstön, (iii) tietojärjestelmän, (iv) lääkkeiden saatavuuden, (v) rahoituksen sekä (vi) johtamisen ja hallinnon osa-alueet.
- 2 WHO:n vuoden 2016 raportissa [4] terveystajärjestelmän keskeiset rakennusosaset (health system building blocks) ovat pääpiirteittäin samat kuin vuoden 2010 raportissa (12) eli niihin viitataan seuraavien osa-alueiden kautta: palvelut, henkilöstö, terveyteen liittyvä informaatio, lääkkeet ja teknologia, rahoitus sekä johtaminen ja hallinto. Näitä osa-alueita tarkastellaan suhteessa seuraaviin toiminta-alueisiin (action domains), jotka raportin mukaan heijastavat ja tulevat näkyväksi poliittisissa tavoitteissa sekä maa- ja aluekohtaisissa tai globaaleissa toimenpiteissä: 1) Laatu, 2) Tehokkuus, 3) Vastuullisuus ja 4) Kestävyys ja resilienssi.

## KIRJALLISUUS

- (1) Kielitoimiston sanakirja. Resilienssi. Kotimaisten kielten keskus ja Kielikeskus 2021. Luettu 12.9.2022. <https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/resilienssi>
- (2) Turvallisuuskomitea ja Sanastokeskus TKS. Resilienssi. Kokonaisturvallisuuden sanasto 2017. Luettu 28.3.2023. [https://turvallisuuskomitea.fi/wp-content/uploads/2018/02/Kokonaisturvallisuuden\\_sanasto.pdf](https://turvallisuuskomitea.fi/wp-content/uploads/2018/02/Kokonaisturvallisuuden_sanasto.pdf)
- (3) TEPA-termipankki. Resilienssi. Erikoisalojen sanastojen ja sanakirjojen kokoelma. Sanastokeskus. Luettu 28.3.2023. <https://termipankki.fi/tepa/fi/haku/resilienssi>
- (4) Hanefeld J, Mayhew S, Legido-Quigley H, ym. Towards an understanding of resilience: responding to health systems shocks. Health Policy and Planning 2018;33(3): 355–367. doi: 10.1093/heapol/czx183
- (5) van de Pas R, Ashour M, Kapilashrami A ym. Interrogating resilience in health systems



- development, Health Policy and Planning 2017;32(3): iii88–iii90. doi: 10.1093/heapol/czx110
- (6) Saulnier D, Blanchet K, Carmelita C ym. A health systems resilience research agenda: moving from concept to practice. *BMJ Global Health* 2021; 6:e006779. doi: 10.1136/bmjgh-2021-006779
  - (7) Paschoalotto, M. A. C., Lazzari, E. A., Rocha, R. ym. Health systems resilience: is it time to revisit resilience after COVID-19? *Social Science & Medicine* 2023; 320: 115716. doi: 10.1016/j.socscimed.2023.115716
  - (8) WHO (World Health Organization). Universal Health Coverage: Moving towards Better Health. Actions Framework for the Western Pacific Region 2016. World Health Organization: Geneva, Switzerland. Luettu 23.2.2023. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246420/9789290617563\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246420/9789290617563_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  - (9) UNISDR (United Nations Office for Disaster). UNISDR Terminology on Disaster Risk Reduction 2009. United Nations Office for Disaster: Geneva, Switzerland. Luettu 23.2.2023. [https://www.preventionweb.net/files/7817\\_UNISDRTerminologyEnglish.pdf](https://www.preventionweb.net/files/7817_UNISDRTerminologyEnglish.pdf)
  - (10) EU Expert Group on HSPA (Health Systems Performance Assessment) (2020) Assessing the resilience of health systems in Europe. An overview of the theory, current practice and strategies for improvement 2020. Report by the EU Expert Group in Health System Performance Assessment. Publications Office of the European Union, Luxembourg. Luettu 23.2.2023. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/2020\\_resilience\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2020_resilience_en.pdf)
  - (11) OECD/European Union. Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle 2020. OECD Publishing, Paris. Luettu 28.2.2023. doi: 10.1787/82129230-en.
  - (12) Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. WHODocument Production Services, Geneva. Luettu 1.6.2023: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>
  - (13) Kruk M E, Myers M, Varpilah T ym. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *Lancet* 2015;385(9980): 1910–1912. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60755-3
  - (14) Focosi D, Fabrizio M, Pistello, M. Zika Virus: Implications for Public Health. *Clinical Infectious Diseases* 2016;63(2): 227–233. doi: 10.1093/cid/ciw210
  - (15) Thomas S, Keegan C, Barry S ym. A framework for assessing health system resilience in an economic crisis: Ireland as a test case. *BMC Health Serv Res* 2013; 13(450). doi: 10.1186/1472-6963-13-450
  - (16) European Commission. Assessing the Resilience of Health Systems in Europe. An overview of the theory, current practice and strategies for improvement 2020. Report by the EU Expert Group on Health System Performance Assessment. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2020. Luettu 3.3.2023. [https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-10/2020\\_resilience\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-10/2020_resilience_en_0.pdf)
  - (17) Cameron E E, Nuzzo J B, Bell J A. Global Health Security Index: Building Action and Accountability 2019. Center for Health Security, Johns Hopkins School of Public Health, New York. Luettu 15.3.2023. <https://www.u4.no/global-health-security-index-building-collective-action-and-accountability>
  - (18) Wulff K, Donato D, Lurie N. What is health resilience and how can we build it. *Annu Rev Public Health* 2015;36: 361–374. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031914-122829
  - (19) Augustynowicz A, Opolski J, Waszkiewicz M. Resilient Health and the Healthcare System. A Few Introductory Remarks in Times of the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(6): 3603. doi: 10.3390/ijerph19063603
  - (20) Fletcher D, Sarkar, M. Psychological Resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist* 2013;18(1): 12–23. doi: 10.1027/1016-9040/a000124
  - (21) Hallegatte S. Economic Resilience: Definition and Measurement 2014. Policy Research Working Paper No. 6852. World Bank, Washington, DC. Luettu 23.2.2023. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/18341>
  - (22) Walker B, Holling, C S, Carpenter S ym. Resilience, Adaptability and Transformability in Social-ecological Systems. *Ecology and Society* 2004;9(2): 15.
  - (23) Holling C S. Resilience and stability of ecological systems. *Annual Review of Ecology and Systematics* 1973;4: 1–23.
  - (24) Alexander D E. Resilience and disaster risk reduction: an etymological journey, *Nat. Hazards Earth Syst Sci Discuss* 2013;13(11): 2707–2716. doi: 10.5194/nhess-13-2707-2013
  - (25) Baggio J A, Brown K, Hellebrandt, D. Boundary object or bridging concept? A citation network analysis of resilience. *Ecology and Society* 2015;20(2): 2–15. doi:10.5751/ES-07484-200202
  - (26) Folke C, Carpenter S R, Walker B ym. Resilience Thinking: Integrating Resilience, Adaptability and Transformability, *Ecology and Society* 2010;15(4): 20.
  - (27) Folke C. Resilience: The emergence of a perspective for social-ecological systems analyses. *Global Environmental Change* 2006;16(3): 253–267. doi: 10.1016/j.gloenvcha.2006.04.002
  - (28) Duchek S. Organizational resilience: A capability-based conceptualization. *Business Research* 2021; 13: 215–246. doi: 10.1007/s40685-019-0085-7

- (29) Heino O, Heikkilä M, Rautiainen P. Caging identified threats – Exploring pitfalls of state preparedness imagination. *International Journal of Disaster Risk Reduction* 2022; 78: 103–121. doi: 10.1016/j.ijdr.2022.103121
- (30) Kihlström L, Huhtakangas M, Karreinen S, ym. “Local cooperation has been the cornerstone”: facilitators and barriers to resilience in a decentralized health system during COVID-19 in Finland. *JHOM*. 2023;37(1):35–52. doi: 10.1108/JHOM-02-2022-0069
- (31) Van Olmen J, Criel B, Bhojani U ym. The Health System Dynamics Framework: The introduction of an analytical model for health system analysis and its application to two case-studies. *Health Culture and Sociology* 2012;2(1): 1–21. doi: 10.5195/hcs.2012.71
- (32) Greenhalgh T, Engebretsen E. The science-policy relationship in times of crisis: An urgent call for a pragmatist turn. *Social Science & Medicine* 2022; 306: 115140. doi: 10.1016/j.socscimed.2022.115140
- (33) Nilakant V, Walker B, Rochford, K ym. Leading in a post-disaster setting: Guidance for human resource practitioners. *New Zealand Journal of Employment Relations* 2013;38(1): 1–13.
- (34) Koeva S, Rohova M. Health system resilience: review of the concept and a framework for its understanding. *Journal of IMAB – Annual proceeding (Scientific Papers)* 2020;(23)3: 3251–3258. doi: 10.5272/jimab.2020263.3251
- (35) Nieminen M, Talja H, Heikkilä J P ym. Muutosjoustavuus: Organisaation resilienssin tukeminen 2017. VTT Technical Research Centre of Finland. VTT Technology No. 318. Luettu 15.3.2023. <https://publications.vtt.fi/pdf/technology/2017/T318.pdf>
- (36) Arksey H, O’Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology* 2005; 8(1):19–32. doi: 10.1080/1364557032000119616
- (37) Munn Z, Peters M, Stern, C ym. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology* 2018; 18: 143. doi: 10.1186/s12874-018-0611-x
- (38) Aromataris E, Fernandez R, Godfrey C ym. Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an Umbrella review approach. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):132–40. doi: 10.1097/XEB.0000000000000055
- (39) Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology* 2008; 8(45). doi:10.1186/1471-2288-8-45
- (40) Lal A, Erondy N A, Heymann D ym. Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *Health policy* 2021; 10268: 61–67. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32228-5
- (41) Naimoli J, Saxena S. Realizing their potential to become learning organizations to foster health system resilience: opportunities and challenges for health ministries in low- and middle-income countries. *Health Policy Plan* 2018; 33(19):1083–1095. doi: 10.1093/heapol/czy100
- (42) Biddle L, Wahedi K, Bozorgmehr K. Health system resilience: a literature review of empirical research. *Health Policy Plan* 2020; 35(8):1084–1109. doi: 10.1093/heapol/czaa032
- (43) Foroughi Z, Ebrahimi P, Aryankhesal A ym. Toward a theory-led meta-framework for implementing health system resilience analysis studies: a systematic review and critical interpretive synthesis. *BMC Public Health* 2022; 22(287). doi: 10.1186/s12889-022-12496-3
- (44) Fridell M, Edwin S, von Schreeb J ym. Health System Resilience: What Are We Talking About? A Scoping Review Mapping Characteristics and Keywords. *International Journal of Health Policy and Analysis* 2020;9(1): 6–16. doi: 10.15171/IJHPM.2019.71
- (45) Rameshshanker V, Wyngaarden S, Lau L. L. Ym. Health system resilience to extreme weather events in Asia-Pacific: a scoping review. *Climate and Development* 2021;13(10): 944–958. doi: 10.1080/17565529.2020.1870425
- (46) Foroughi Z, Ebrahimi P, Aryankhesal A ym. Hospitals during economic crisis: a systematic review based on resilience system capacities framework. *BMC Health Serv Res* 2022; 977. doi: 10.1186/s12913-022-08316-4
- (47) Grimm P Y, Oliver S, Merten S ym. Enhancing the Understanding of Resilience in Health Systems of Low-and Middle-Income Countries: A Qualitative Evidence Synthesis. *International Journal of Health Policy and Management* 2022;11(7): 899–911. doi: 10.34172/ijhpm.2020.261
- (48) Bayntun C. A health system approach to all-hazards disaster management: A systematic review. *PLoS currents* 2012;4. doi:10.1371/50081cad5861d
- (49) Boin A, Ekengren M, Rhinard M. Hiding in plain sight: conceptualizing the creeping crisis. *Risks, Hazards, & Crisis in Public Policy* 2020;11(2): 116–38. doi: 10.1002/rhc.3.12193
- (50) Huhtakangas M, Paananen H, Kihlström L ym. ”Peruskehikko on olemassa, mutta sitä ei seurattu” – asiantuntijankemetykset kansanterveysjärjestelmän toiminnasta ja ketterästä hallinnasta COVID-19-pandemiassa vuosina 2020–2021. *Hallinnon Tutkimus* 2022; 42(2): 149–168. doi: 10.37450/ht.122290
- (51) Kihlström L, Huhtakangas M, Karreinen S ym. ”Kenenkä vastuulla tää nyt sitten on? Ei ehkä ainakaan meidän.” COVID-19 pandemian

- hallinta ja johtaminen Suomessa. Tutkimuksesta tiiviisti 2022. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 7.3.2023. <https://www.julkari.fi/handle/10024/144330>
- (52) Kihlström L, Siemes L, Huhtakangas M ym. Power and politics in a pandemic: Insights from Finnish health system leaders during COVID-19. *Social Science & Medicine* 2023;321: 115783. doi: 10.1016/j.socscimed.2023.115783
- (53) Kihlström L, Huhtakangas M, Karreinen S ym. Globaali pandemia ja paikalliset ratkaisut: COVID-19 pandemian paikallinen hallinta ja johtaminen Suomessa. Tutkimuksesta tiiviisti 2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 7.3.2023. <https://www.julkari.fi/handle/10024/143125>
- (54) Stenvall J, Leskelä R L, Rannisto P H ym. Koronajohtaminen Suomessa. Arvio covid-19-pandemian johtamisesta ja hallinnosta syksystä 2020 syksyyn 2021. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:34. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki 2022. Luettu 15.3.2023. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163995>
- (55) Topp M S. Power and politics: the case for linking resilience to health system governance. *BMJ Global Health* 2020;5(6): e002891. doi: 10.1136/bmjgh-2020-002891
- (56) Topp M S. Health System Resilience as the Basis for Explanation Versus Evaluation. Comment on “The COVID-19 System Shock Framework: Capturing Health System Innovation During the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Health Policy Management* 2023;12: 7481. doi: 10.34172/IJHPM.2023.7481
- (57) Sisäministeriö. Kansallinen riskiarvio 2023. Sisäinen turvallisuus. Sisäministeriön julkaisu 2023:4. Luettu 7.3.2023. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164627>
- KRISTIINA JANHONEN  
*KT, dosentti, erikoistutkija*  
*Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*  
*Hyvinvointivaltion tutkimus ja uudistaminen*
- MARJAANA VIITA-AHO  
*sb, TtM, tutkija*  
*Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*  
*Hyvinvointivaltion tutkimus ja uudistaminen*
- MOONA HUHTAKANGAS  
*TtT, yliopistonlehtori*  
*Itä-Suomen yliopisto*  
*Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos*
- LAURA KIHLSSTRÖM  
*FT, TtM, erikoistutkija*  
*Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*  
*Hyvinvointivaltion tutkimus ja uudistaminen*
- ILMO KESKIMÄKI  
*LT, dosentti, tutkimusprofessori; professori*  
*Terveiden ja hyvinvoinnin laitos; Tampereen yliopisto*  
*Hyvinvointivaltion tutkimus ja uudistaminen*
- LIINA-KAISA TYNKKYNE  
*FT, dosentti, johtava tutkija; yliopistotutkija*  
*Terveiden ja hyvinvoinnin laitos; Tampereen yliopisto*  
*Hyvinvointivaltion tutkimus ja uudistaminen*



## Rakastavaa katsetta etsimässä – voimauttavan valokuvan menetelmä aikuisten syömishäiriöiden hoidossa

Syömishäiriöt ovat moniammatillista ja monimuotoista hoitoa vaativia mielenterveyden häiriöitä, joihin liittyy kohonnut kuolleisuuden riski. Niiden hoito ja tulokset eivät ole optimaaliset, minkä vuoksi tarvitaan potilaslähtoisempää hoitoa. Tutkimuksemme tavoite oli selvittää, mitä apua voimauttavan valokuvan menetelmä voisi tuoda syömishäiriöiden hoitoon. Kyseessä on työpajoista ja teemahaastattelusta koostuva, toimintatutkimuksena toteutettu mini-interventio syömishäiriötä sairastaville tai siitä toipuville. Lisäksi selvitimme terveydenhuollon ammattilaisten käsityksiä voimauttavan valokuvan menetelmän käytöstä kliinisessä työssä.

Voimauttavan valokuvan menetelmän työotteessa huomio on potilaan ja hänen läheistensä mentalisaatiota edistävissä tunnevuorovaikutustaidoissa sekä autonomiaa tukevassa identiteetti-työssä. Ammatilliselle menetelmätaidoissa keskeistä on herkkyys kohdata potilas turvalliseen katseyhteyteen perustuvassa prosessissa, jota potilas johtaa. Muuttamalla hoitotyötä molemminpuoliseen tunnesiteeseen perustuvaksi dialogiksi, jossa potilas saa itse määritellä sairauttaan, paranemistaan sekä näiden merkityksiä, luodaan toipumista edistävää toivon kokemusta sekä parannetaan yhteistyötä hoitosuhteessa.

Interventioon osallistuneiden suhde omakuvaan helpottui ja muuttui syvällisemmäksi. Kaikkien tapa katsoa itseään muuttui rakastavammaksi ja lempeämmäksi. Osallistujat kokivat, että syömishäiriöiden hoidossa olisi oleellista huomioida ihmisen nähdynsi tulemisen tarve ja oma sisäinen kokemus itsestä. Ammatillaiset kokivat menetelmän mahdollistavan potilaan kohtaamisen tasavertaisena, läsnä olevana ja tämän itsemääräämisoikeutta kunnioittaen.

Voimauttavan valokuvan menetelmä voi edistää syömishäiriöstä toipumista esimerkiksi tuomalla ihmiselle uutta ajattelutapaa sekä auttamalla häntä itsensä hyväksymisessä. Ammatillaisia voimauttavan valokuvan menetelmä voi tukea edistämällä potilaan hoidon kokonaisvaltaisuutta sekä potilaan ja ammattilaisen vuorovaikutusta.

**ASIASANAT:** syömishäiriöt, voimauttava valokuva, ravitsemushoito

**HEINI KAARTTI, MIINA SAVOLAINEN, OUTI NUUTINEN**

## YDINASIAT

- Voimauttavan valokuvan menetelmän käytöstä syömishäiriöiden hoidossa ei ole aiempaa tutkimusta.
- Menetelmä voi tarjota uuden, dialogisen ja keuhollisen työvälineen syömishäiriöiden hoitoon.
- Voimauttavan valokuvan menetelmän prosessiin osallistuminen voi edistää syömishäiriöstä toipumista.
- Jatkotutkimuksissa on syytä selvittää tarkemmin voimauttavan valokuvan menetelmän vaikutavuutta pidempikestoisella ja suuremmalla tutkimusryhmällä tehdyllä interventiolla.

## JOHDANTO

Syömishäiriöt ovat moniammatillista ja monimuotoista hoitoa vaativia mielenterveyden häiriöitä, joihin liittyy poikkeavaa syömiskäyttäytymistä, fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen toimintakyvyn häiriintymistä sekä kohonnut kuolleisuuden riski (1–4). Syömishäiriöt jaetaan laihushäiriöön (anorexia nervosa), ahmimishäiriöön (bulimia nervosa) ja näiden epätyypillisiin muotoihin. Epätyypilliset syömishäiriöt ovat yleisimpiä ja niistä tavallisin on ahmintahäiriö (binge eating disorder). (3.) Kaikille syömishäiriöille on tyypillistä, että sairastavan suhde ruokaan, omaan painoon tai kehonkuvaan vääristyy (1).

Suomalaisessa väestötutkimuksessa naisten syömishäiriöiden sairastavuus oli 17,9 % (5). Laihushäiriötä ja ahmimishäiriötä sairastavista toipuu arviolta 45–70 %. Kuitenkin ajoittainen oireilu jatkuu 20–30 %:lla ja tila kroonistuu 10–20 %:lla. (3.)

Ravitsemusterapeutilla on keskeinen rooli sairastavan ravitsemustilan ja syömiskäyttäytymisen normalisoimisessa (6). Koulutuksessaan ravitsemusterapeutit perehtyvät ravitsemuksen lisäksi ihmisen fysiologiaan, psykologiaan, käyttäytymisen muutoksen menetelmiin sekä sosiologiaan (7). Ravitsemusterapeutin työnkuvaan kuuluu potilaslähtöisen ravitsemushoidon lisäksi myös psykososiaalinen tuki (6). Syömishäiriöissä perinteinen hoidon tavoite on normaalipainon saavuttaminen (3). Ravitsemushoito on olennainen osa hoitoa psykoterapian ja mahdollisen lääkehoidon rinnalla (8). Yksilöllinen ravitsemuskuntoutus pohjautuu säännölliseen, monipuoliseen ja sallivaan syömiseen. Ruokavaliota täydennetään yksilöllisesti vitamiini- ja kivennäis-

ainevalmisteilla sekä kliinisillä ravintovalmisteilla. (3.) Näyttö laihushäiriön lääkehoidon tehosta on vähäistä muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta (3, 9, 10).

Aikuisten syömishäiriöiden hoitoon kuuluu yksilö- tai ryhmäpsykoterapia yhdistettynä psykoedukaatioon, motivoivaan haastatteluun, ravitsemuskuntoutukseen ja tarvittaessa lääkehoitoon (3, 11). Käytetyimmät terapiamuodot ovat kognitiivis-behavioraalinen terapia, interpersonaalinen terapia, dialektinen käyttäytymisterapia sekä psykodynaaminen terapia (3, 10, 11). Kontrolloitu tutkimusnäyttö syömishäiriöiden hoitomuodoista on vielä puutteellinen (3).

Useat syömishäiriön hoidossa käytetyt viitekehukset jakavat ihmiskuvaa sekä hoidon tavoitteita voimauttavan valokuvan menetelmän kanssa. Interpersonaalisen näkökulman lisäksi läheisiä menetelmälle ovat psykologista joustavuutta lisäävä hyväksymis- ja omistautumisterapia (3, 12, 13) sekä mentalisaatioperustainen terapia, joka keskittyy potilaan tunnesäätelyyn ja vuorovaikutussuhteiden parantamiseen (14). Syömishäiriöistä kärsivien ihmisten mentalisaatiokyky on tutkimusten mukaan usein puutteellinen (14). Mentalisaatiolla tarkoitetaan kykyä pitää mielessä oma ja toisen mieli. Puutteellinen mentalisaatiokyky vaikeuttaa ihmisen tunteiden säätelyä, aiheuttaa vuorovaikutussuhteiden väärinymmärryksiä ja heikentää yksilön hyvinvointia. (15.) Mentalisaatioon perustuvassa terapiassa keskeistä on hyvän vuorovaikutussuhteen rakentaminen potilaan ja ammattilaisen välille (14).

Syömishäiriön kulku voi olla jaksottaista tai pitkäaikaista. Potilaat voivat kokea sekä hoitoon tulon että sitoutumisen vaikeaksi ja heidän sairautuntonsa saattaa häilyä. Hoidon onnistumisessa syömishäiriötä sairastavan oma valmius paranemiseen ja käyttäytymistapojen muutokseen on tärkeää, mutta myös läheisten osallistuminen hoitoon on merkityksellistä. (16, 17.) Luottavaisen ja vastavuoroisen hoitosuhteen luominen on hoidossa ensisijaista. Syömishäiriöstä toipuminen voi olla vaikeaa ja aiheuttaa potilaassa ristiriitaisia tunteita. Koska paranemista voi vaikeuttaa potilaan pelko syömishäiriöön liittyvän hallinnan tunteen menettämisestä, on hoidossa tarpeen luoda potilaan kanssa yhdessä uusia ja korvaavia toimintamalleja. (3.)

Syömishäiriöt ovat yhteiskunnallisesti merkittävä ongelma, eikä tiedetä kuinka suuri osa

niistä kärsivistä jää ulos hoidon piiristä (3, 5). Hoidon tuloksellisuudessa on myös parantamisen varaa (3). Laihuushäiriön akuutissa vaiheessa hoidon huomio on väistämättä syömisessä ja painon lisäämisessä. Tämä on sairastuneelle mielel- le vaikeaa, sillä potilasta pakotetaan tekemään sitä, mitä hän vähiten haluaisi tehdä. Lihavilla ihmisillä, joiden ylipainon takana voi myös olla hoitamaton syömishäiriö, kertyy puolestaan huonoja kokemuksia terveydenhuollon kohtaamisista, jos heitä ei nähdä kokonaisina ihmisinä, vaan laihduttamistavoitteen kautta. (18–22.) Kummassakin tapauksessa potilaan ja ammattilaisen välillä vallitsee epäluottamus ja valtataistelu (23, 24). Tässä tutkimuksessa käytetyn, voimauttavan valokuvan menetelmän lähestymistapa syömishäiriöiden hoitoon poikkeaa merkittävästi terveydenhuollolle tyypillisestä tavoitelähtöisyydestä. Menetelmässä pyritään eroon potilaan ja auttajan välisestä valtataistelusta rakentamalla hoidosta luova prosessi, jota potilas ohjaa. Kun hoitoprosessi lähtee potilaan autenttisesta, monimuotoisesta kokemusmaailmasta ja tukee hänen autonomian tarvettaan, voidaan saavuttaa mahdollisesti nykyistä parempia hoitotuloksia. (23, 24.)

Nykykulttuuria leimaa kehorauhan puuttuminen (18–21, 25–28). Voidaan ajatella jopa, että moderni länsimainen kulttuurimme on tietyllä tavoin ”syömishäiriöinen” ja kehonkvaltaan vääristynyt. Terveyden ylläpitämiseen, ravitsemukseen, kehon muotoon ja kokoon sekä sukupuoliroolien ilmentämiseen liittyvät haitalliset odotukset läpäisevät koko visuaalisen ympäristön. Valokuvat ja selfiet (omakuvat) ovat merkityksellinen osa nykyihmisten sosiaalista todellisuutta. Sosiaalisen median selfiekulttuurin taustalla voidaan nähdä käyttäjien pyrkimystä eräänlaiseen kehonkuvan ja mielen terveyden omahoitoon. Sosiaalinen media on kuitenkin turvaton alusta, eikä kaikki siellä tapahtuva nähdäksii tuleminen ole kunnioitettavaa. Sosiaalisen median runsaan käytön ja nuorten (erityisesti tyttöjen) psyykkisen pahoinvoinnin yhteyteen onkin vasta herätty. (26, 29, 30.) On mahdollista, että sosiaalisen median kuvastojen runsas kuluttaminen jo itsessään aiheuttaa psyykkistä kuormitusta (25, 30–32).

Nykyihmiset tarvitsevat kykyä lukea tarjottuja kuvastoja kriittisesti ja suhteuttaa niitä itseä rakentavaan identiteettityöhön (28). Syömishäiriöitä sairastavat ihmisetkään eivät ole immu-

neja elinympäristölleen. On siksi vaikea nähdä, että kehonkuvan parantamiseen pyrkivässä hoidossa voitaisiin aidosti onnistua, jos visuaalisuuden näkökulma puuttuu hoidosta. Voimauttavan valokuvan täydennyskoulutus integroikin ammattilaisen osaamisen paremmin ympäröivään yhteiskunnalliseen todellisuuteen ja voi siten auttaa hoidon sovittamisessa potilaan elämäntilanteeseen. Koska vääristynyt kehonkulttuuri vaikuttaa kaikkiin ihmisiin, tarvitsee terveydenhuoltohenkilöstökin somaattista koulutusta laajempaa ammattiosaamista voidakseen reflektoida sen vaikutusta itseensä ja potilaisiinsa. Menetelmän koulutus antaa ammattilaisel- lekin keinoja korjata oman nähdäksii tulemisen historiansa haavoja ja siten kykyä olla ehjempi ja taitavampi peili myös potilailleen. (23, 24, 33.)

Myöhäismoderni aikamme ei tarjoa ihmisille enää valmiita elämänpolkuja ja psyykkinen hyvinvointimme edellyttää tietoista identiteettityötä (28, 34–36). Kyky oman sisäisen kokemusmaailman ja kehollisuuden sallivaan katsomiseen onkin oleellinen osa mielenterveystaitoja (23, 24, 37). Erityisen tärkeää sallivan katseen vahvistaminen on monimutkaista kehon ja mielen oireilua sisältävän syömishäiriön kohdalla. Syömishäiriöiden hoidossa onkin alettu kiinnittää huomiota kehon ja mielen yhteyteen (14, 38). Kehollisuuteen ja katseyhteyteen kytkeytyvä voimauttavan valokuvan menetelmä vastaa juuri tähän tarpeeseen. Ihmisen minuuus muotoutuu vuorovaikutuksessa siihen, miten hänet nähdään. Siksi katseen ja näköaistiin palautuva menetelmä tavoittaa myös sairaudesta toipuvan ihmisen vuorovaikutussuhteet, jotka tutkimuksen valossakin on tärkeää sitoa hoitoon. (3, 16, 17, 23, 37, 39, 40.)

## VOIMAUTTAVAN VALOKUVAN MENETELMÄ

Voimauttavan valokuvan menetelmä on auttamistyön ammattilaiseen kokonaisvaltaisesti vaikuttava työote ja katsomisen tapa. Voimauttava valokuva® on Miina Savolaisen 1990-luvun lopulla kehittämä terapeuttinen menetelmä, joka on sittemmin jalostunut nykyiseen muotoonsa eri kohtaamisalojen ammattilaisten käytössä (23, 24, 33, 37, 41). Nykyisin noin 3000 ammattilaista on käynyt menetelmän vuoden mittaisen peruskoulutuksen. Menetelmän toimivuus työotteena perustuu siihen, että sen käytännöt ovat syntyneet moniammatillisen auttamistyön arjessa. Menetelmän varsinaisen työväline ei nimestään huoli-

matta ole valokuva, vaan katse, jota lähestytään sekä ihmisten välisenä fyysisenä katseyhteytenä että metaforisena katsomisen tapana. Näköäisiin perustuvien valokuvien ja valokuvaustapahtuman käyttö auttaa ihmistä havainnoimaan ja muuttamaan sallivammaksi tapaa, jolla katsoo itseään ja toisia. (23, 24, 33.)

Voimauttavan valokuvan menetelmässä katsomiselle on psykologista turvallisuutta synnyttävät säännöt: sekä omaa että toisen kuvaa tulee katsoa vilpittömästi ja arvostaen, siten, että kaikki negatiivinen palaute ja puhe – myös itselle – on kielletty. Tämä auttaa ihmistä havainnoimaan omaa sisäistä puhettaan ja valitsemaan tietoisesti lempeämmän ja itselle rakentavamman tavan. Menetelmässä ihmiset ovat toisilleen ”apusilmii” itsen sallivaan katsomiseen, toinen toistaan tasavertaisen keskeneräisinä auttaen. Elämäntarinaa liittyvät valokuvat sisältävät ihmisen avainkokemuksiin, ihmissuhteisiin sekä minuuden eri puoliin liittyviä, vain osin sanoitettavia kehollisia tuntemuksia. Näitä visuaalisen muodon saavia tunnemerkitsejä hellittää yhdessä yhä arvokkaammiksi. Samalla vaikeillekin tunteille etsitään kuvallisen uudelleen määrittelyn avulla lohduttavaa muotoa. Prosessiin osallistuvat ihmiset saavat kokea ehdoitta hyväksytyksi ja rakastetuksi tulemista, joka jo itsessään on parantava asia. (23, 24, 33.)

Menetelmän keskeinen toimintatapa on perhevalokuvaston narratiivisen käytön lisäksi katseyhteyden perustuva valokuvaustapahtuma. Menetelmässä valokuvaamisen valta-asetelma käänetään toisin päin: kuvaajan edessä oleva ihminen on päähenkilö, joka määrittelee, mitä tarvitsee ja miten häntä saa katsoa. Kuvaajan tehtävä on olla päähenkilön tunnetilaan sovittautuva, ehdoitta hyväksyvä peili. Kuvaajana voi toimia hoitoalan ammattilainen, vertainen tai perheenjäsen ja rooleja vaihdetaan kuvausprosessin aikana. (23, 24, 33.)

Kuvaajana toimivalle on haastavaa luopua omasta näkemyksestään toisen näkemyksen hyväksi. Prosessi merkitsee oman ja toisen mielen erillisyyden havaitsemista. Päähenkilön maailma ja sen merkitykset ovat aina yllättäviä ja koskettavia, eikä ammattilainen tai läheinenkään voi niitä ennakoida. Kuvausprosessissa onkin kuvaajan kannalta kyse mentalisaatiosta ja toisen tunneviestien validoimisesta. Päähenkilön kannalta kyse on uskalluksesta kommunikoida

omia tarpeita, tehdä näkyväksi omaa mielen sisäistä todellisuutta sekä kyvystä luottaa siihen, ettei toinen katso häntä häväisten, vaan vilpittömin silmin. Kuvausretket ovat elämyksellisiä ja tapahtuvat osapuolille merkityksellisissä ympäristöissä. Syntyneissä valokuviissa osapuolten sisäiset kokemukset tulevat jaetuiksi turvallisessa ilmapiirissä toisten kanssa. Omakuvien avulla harjoitellaan omien tunteiden, tarpeiden ja ominaisuuksien huolenpitävää katsomista. Menetelmässä omakuvan hyväksyminen on metafora oman minuuden hyväksymiselle. (23, 24, 33, 41.)

Katseyhteys liittyy ihmisen perusturvallisuuden kokemukseen sekä siihen, millaisina toisten ihmisten kasvot ja katset ovat ihmiselle hänen elämänsä aikana näyttäytyneet. Katseyhteyden herättämissä tuntemuksissa on mukana ihmisen liittymisen sekä ulos yhteydestä suljetuksi tulemisen historia alkaen varhaisen vuorovaikutuksen ja kiintymyssuhteen kokemusmaailmasta. (23, 24, 33, 37, 41–43.) Toisen ihmisen kasvot ja katse voivat näyttäytyä syvästi turvattomina, jos liittymisen historiassa on paljon yhteyden rikkoutumisia (23, 24, 37). Voimauttavan valokuvan menetelmän idea on rakentaa ihmisten välille ”lapsuusparatiisi”, jossa nähdäksi tuleminen on pelkästään hellää ja ihailevaa. Menetelmä luo hoidon sisälle varhaisen vuorovaikutuksen turvallisuutta jäljittelevän tilan, josta puuttuvat uhan tunnetta aiheuttavat, ihmisten erilaisista tarpeista aiheutuvat jännitteet. Turvallisuuden tilaa toistetaan, kunnes turvan kokemus alkaa levollistaa ihmisen hätäntynnyttä tai lamaantunutta kehollisuutta. Katseyhteyden perustuva prosessi on sukua ”kurkistusleikille”, jossa pieni lapsi säätelee liittymistä toisiin piiloutumisen ja yhteyden vuorottelulla. Voimauttavassa valokuvausprosessissa ihminen saa määrittellä, kuinka paljon uskaltaa kulloinkin paljastaa minuuttaan. Kyse on luottamuksen ja häpeän pelon välisestä vuorottelusta. Vaikka yksilö antaa identiteetti-työlleen uniikin muodon, on sen kehyyksenä oman tarinan uudelleenmäärittely ”itsen rakastamisen kasvutarinaksi”. Visuaaliseen tarinaan valikoidaan tietoisesti niitä merkityksiä, joiden ihminen kokee vahvistavan kykyään oman itsensä sallivampaan katsomiseen. (23, 24, 33.)

Voimauttavan valokuvan menetelmä tarkoittaa kohtaamistyön ammattilaisen kannalta edellä mainitun prosessin henkilökohtaista läpikäyntiä ennen menetelmän soveltamista potilastyössä.

Työotteena menetelmä tarkoittaa ammatillisuuden näkemistä tavoitteettomana prosessina, jota potilas/päähenkilö johtaa. Menetelmän mukainen työskentely auttaa ammattilaista asettautumaan ei-tietämisen luovaan tilaan. Kun työote toimii, prosessin flow kannattelee ammattilaista ja päähenkilöä, eikä ammattilaisen tarvitse kannatella prosessia. Tavoitteettoman tilan tarkoitus on kaoottisuuden tai näköalattomuuden tynnyttäminen. Apua tarvitseva ihminen läheiseen on usein yli- tai alivirittyneessä tilassa. Käsillä oleva ”ongelma” voi tuntua ylitsepääsemättömältä ja sen ratkaisemiseen keskittyminen hoidossa saa ongelman tuntumaan paradoksaalisesti yhä suuremmalta. Kun hoitoprosessin ei tarvitse noudattaa hoitosuunnitelmaa tai -tavoitetta, vapautuu potilaan energia auttajan ja ammattilaisen välisestä valtataistelusta omaan identiteettityöhön. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi tilan saamista suremiseen tai kadonneiden minuuden puolien uudelleen löytämiseen. Ammatilliselle potilaan ”kehittämisestä” luopuminen on helpottavaa. Se vähentää kuormittumista ja riskiä myötätuntopuupumukseen sekä vahvistaa potilaslähtöisyyttä. Ammatillainen ja potilas pääsevät emotionaalisesti samalle puolelle kokemaan yhdessä molempia liikuttavia asioita. Tämä vahvistaa molempipuolista tunnesuhdetta ja tekee prosessista molemmille merkityksellisen. (23, 24, 33, 41.)

Voimauttavan valokuvan menetelmän teoria- tausta painottui menetelmän kehitystyön alkuvaiheissa katseen fenomenologiaan (43–45), dialogiseen filosofiaan (46–49), sosiaalipedagogiikkaan (50), voimaantumisteoriaan (51) sekä kunnioituksen ja pedagogisen rakkauden käsitteisiin (52, 53). Myös kiintymyssuhdeteoria (54, 55), psykodynaaminen viitekehys (42), narratiivinen ja valokuvaterapeuttinen identiteettityö sekä visuaalisen kulttuurin kritiikki (27, 28, 34–36, 56, 57) olivat merkityksellisiä näkökulmia. Vuosien saatossa menetelmän vaikuttavuuden teoriapohja on syventynyt ja löytynyt yhä enemmän keholisuudesta (58, 59). Nykyisen neuroperustaisen tiedon valossa kasvot ja keholisuus ovat ihmisille välittömästi merkityksellisiä ilman tulkintaa. Vuorovaikutuksessa ihmisten kehojen fysiologinen tila synkronoituu, mikä tarkoittaa sitä, että tunteet ja kehon virittyneisyyden tila tarttuvat ihmisten välillä. (60–64.) Myös katseen fysiologiaan liittyvä tutkimus tuo ymmärrystä katseyhteyden merkitykseen ihmisten välisessä vuoro-

vaikutuksessa (65, 66). Voimauttavan valokuvan työotteessa vuorovaikutussuhteen laatua säädel- lään hyödyntämällä kehojen synkronoitumista. Yhteyden kokemusta rakennetaan sovittautumal- la toisen ihmisen keholliseen tilaan. Ihmistä ”si- litetään myötäkarvaan”, hänen maailmaansa lähdetään mukaan. Ammatillainen oppii vaikut- tamaan herkistymisharjoituksilla oman kehonsa tilaan ja tunneilmaisuu- seen sekä tartuttamaan kan- nattelevia tunteita myös prosessin muille osapuol- lille. Voimauttavan valokuvan työote lisää toivoa ja ihmisten luottamusta siihen, että parantavia asioita ei tarvitse, eikä voi, suorittaa väkisin, vaan ne syntyvät turvallisuuden ja arvokkuuden kokemusta lisäämällä. Menetelmässä ajatellaan, että sovittautuminen on osa ammattitaitoa, jota tulee kehittää hoitosuhteen vaikuttavuuden pa- rantamiseksi. (23, 24, 33, 41.)

Voimauttavan valokuvan menetelmässä on paljon yhteneväisyyttä hiljattain kiinnostusta herättäneen, traumainformoidun työotteen kans- sa (67–70). Traumaisensitiivisyyden taustateoria johdetaan Porgesin polyvagaaliteoriasta (71). Myös traumainformoidussa työotteessa ajatel- laan voimauttavan valokuvan menetelmän ta- voin, että terapeutin prosessi edellyttää osallistu- jien levollista ja vastaanottavaista hermostollis- ta tilaa (69, 70). Voimauttavan valokuvan työote tarjoaakin traumasensitiivistä viitekehystä käyt- täville ammatillisille vaikuttavia keinoja, joilla ihmiset voivat tunnetaito- valmiuksistaan riippu- matta oppia reagoimaan toisen tunnetilaan vuoro- vaikutuksen psykologista turvallisuutta vah- vistavalla tavalla.

Viime vuosien keskustelu kohtaamistyössä on tuonut useita avauksia myös myötätuntoisem- paan ja dialogisempaan kohtaamiskulttuuriin. Myös myötätunnon, myönteisen tunnistamisen tai positiivisen psykologian viitekehysissä toi- miva ammatillainen saa konkreettisia työkaluja voimauttavan valokuvan menetelmästä. (72–75.)

Voimauttavan valokuvan menetelmää on käytetty jo 2000-luvun alusta lähtien syömishäi- riöiden moniammatillisessa hoidossa, mutta tut- kimukset tästä käytännön työssä vaikuttavaksi havaitusta menetelmästä puuttuvat toistaiseksi. Tämä vertaisryhmämuotoisesta mini-interven- tiosta sekä ammatillisten kyselytutkimuksesta koostuva tutkimus on siis tärkeä avaus aiheeseen.

Tässä työssä pyrimme vastaamaan seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

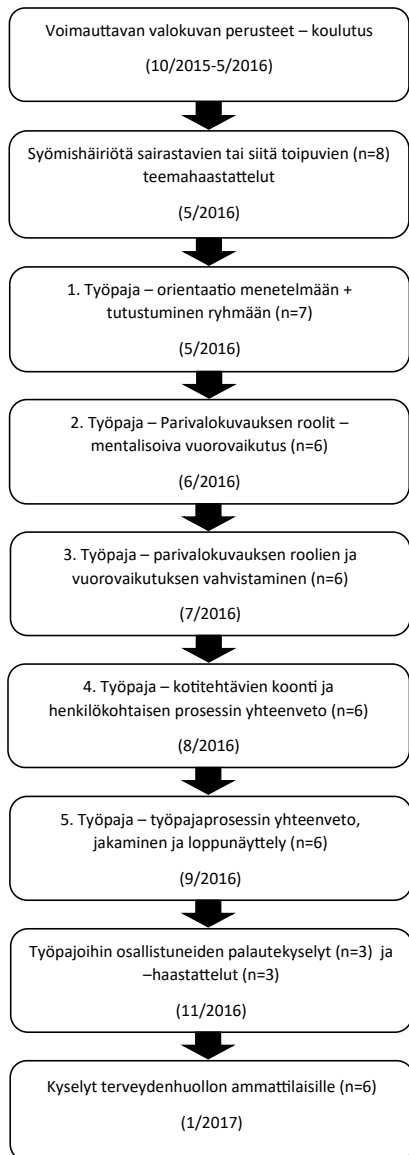


1. Millaisen lähestymistavan syömishäiriöihin sairastuneet kokevat auttavan heidän toipumisessaan?
2. Millaisia kokemuksia osallistujilla ja ammattilaisilla oli voimauttavan valokuvan menetelmästä?

## MENETELMÄT

Tutkimuksemme tehtiin mini-interventiona vuosien 2016–2017 aikana. Osin tutkimuksen rinnalla tutkija HK suoritti Voimauttavan valokuvan ammatilliset perusteet -menetelmäopinnot, jotka vaaditaan menetelmän käyttämiseksi (24). Tutkimuksen kulku on esitetty kuviossa 1.

Kuvio 1. Tutkimuksen kulku.



## TYÖPAJOJEN KUVAUS

Työpajoja oli viisi ja ne toteutettiin arkisin työpäivien jälkeen (kesto noin 3 h kerrallaan). Työpajojen suuntaa antava rakenne on esitelty kuviossa 1. Työpajat pohjautuivat sekä parityöskentelyyn että ryhmätyöskentelyyn. Työpajojen välillä osallistujat tekivät voimauttavan valokuvan menetelmän identiteettiöharjoituksia, joiden teemat liittyivät oman itsen rakastavaan katsomiseen. Harjoitustehtävät purettiin yhdessä seuraavassa työpajassa. Toinen ja kolmas työpaja olivat kaksipäiväisiä, josta ensimmäinen päivä oli valokuvaamista pareittain ja toisena päivänä kuvia käytiin yhdessä läpi. Kaksi viimeistä työpajaa omistettiin osallistujien henkilökohtaisten prosessien läpikäynnille päättönäyttelyineen.

## TYÖPAJOJEN OSALLISTUJAT

Työpajojen osallistujat rekrytoitiin Syömishäiriöliitto-SYLI ry:n vertaistukiryhmästä sen suljetun Facebook-ryhmän ja sähköpostilistan kautta. Rekrytoitaville lähetettiin tutkimustiedote edeltävästi sähköpostilla ja tutkija HK kävi esittelemässä voimauttavan valokuvan menetelmää ja tutkimusta kahdessa vertaistukiryhmän tapaamisessa. Osallistujien lukumäärään vaikutti työpajatoiminnan mielekäs ryhmäkoko. Tutkimuksen alussa teemahaastatteluihin osallistui kahdeksan keski-ikältään 26-vuotiasta (vaihteluväli 22–35 v.) syömishäiriötä sairastavaa tai siitä toipuvaa naista. Ryhmässä oli mukana työssä tai työvalmennuksessa käyviä, kuntoutustuella olevia sekä opiskelijoita. Osallistujat olivat sairastaneet syömishäiriötä muutamista vuosista yli kymmeneen vuoteen, ja heillä oli erilaisia hoitohistorioita osastohoidosta hoitamattomuuteen. Valtaosa oli käynyt myös ravitsemusterapeutin vastaanotolla. Tutkimuksen aikana kaksi osallistujaa jättäytyi pois elämäntilanteensa vuoksi, joten lopullisen tutkimusaineiston kooksi muodostui kuusi osallistujaa.

Osallistujat olivat mukana vapaaehtoisesti ja saivat halutessaan keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen. Osallistujia informoitiin tutkimuksesta ja voimauttavan valokuvan menetelmästä etukäteen tutkimustiedotteella, sekä suullisesti alkuhaastattelun yhteydessä. Alkuhaastatteluun osallistuneet allekirjoittivat tutkimuksen suostumuslomakkeen. Osallistujat saivat päättää, mitä henkilökohtaisen prosessinsa aineistoa he jaksavat työpajoissa toisilleen tai tutkimuksessa julkaistavaksi. Osallistujilta kysyttiin erikseen lupa

haastatteluiden tai ryhmän työpajakeskusteluiden nauhoittamiseen. Työpajoihin osallistuneita sitoo vaitiolovelvollisuus. Kaikki tutkimustulokset on anonymisoitu. Tutkimusaineisto on säilytetty tietosuojan mukaisesti ja tuhouttu tutkimuksen valmistuttua.

#### AMMATTILAISTEN KYSELYYN OSALLISTUNEET

Terveydenhuollon ammattilaiset rekrytoitiin voimauttavan valokuvan perusopinnot suorittaneista henkilöistä, jotka saavat sähköpostilla säännöllisesti ilmestyvän voimauttavan valokuvan koulutusten ja tapahtumien uutiskirjeen. Uutiskirjeessä syömishäiriöisten henkilöiden kanssa toimivia pyydettiin kiinnostuksensa mukaan ilmoittautumaan tutkimukseen. Rekrytointikanavana käytettiin myös Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry:n (RTY) sähköpostilistaa, jonne lähetettiin tiedote tutkimuksesta. Ammattilaisten kyselyyn vastasi kuusi syömishäiriöisten ihmisten kanssa toimivaa terveydenhuollon ammattilaista (2 ravitsemusterapeuttia, psykoterapeutti, toimintaterapeutti, mielenterveyshoitaja ja psykiatrinen sairaanhoitaja).

#### TYÖPAJOISTA JA AMMATTILAISKYSELYSTÄ KERÄTTY AINEISTO

Työpajoihin osallistuneiden alkuhaastattelut toteutettiin teemallisina yksilöhaastatteluin, joiden pohjana oli tutkijoiden yhdessä laatima haastattelurunko. Valitsimme haastattelukysymykset voimauttavan valokuvan menetelmään liittyvän kokemustiedon perusteella. Pilotoinme haastattelukysymyksiä ensimmäisessä haastattelussa. Haastattelun teemoja olivat: osallistujan käsitykset sairaudestaan, kokemukset aiemmasta hoitopolusta, työpajoihin liittyvät odotukset, suhtautuminen valokuvaukseen ja kulttuuriseen kuvastoon sekä ajatukset mahdollisesta unelmahoidosta syömishäiriöön liittyen. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin analyysia varten.

Työpajoissa ryhmän yhteiset keskustelut nauhoitettiin ja litteroitiin myöhempiä analyysia varten. Jokaisen työpajan jälkeen palaute kerättiin myös sähköpostilla. Viimeisen työpajan jälkeen osallistujilta kerättiin laaja palautekysely kaikista työpajoista. Palautteen antamiseen oli mahdollisuus joko puolistrukturoidulla kirjallisella kyselyllä tai yksilöhaastattelulla. Myös nämä haastattelut nauhoitettiin ja tulokset litteroitiin analyysia varten. Kokonaisuudessaan litteroitua aineistoa kertyi 98 A4-liuskaa.

Ammattilaisten kyselyn osallistujat saivat sähkö-

postilla puolistrukturoidun kyselyn voimauttavan valokuvan menetelmän käyttämisestä työsäännön (kuinka käyttää menetelmää, mitä hyötyä menetelmästä on, onko menetelmän käyttö vaikuttanut omaan tapaan tehdä työtä). Osallistujat lähettivät vastaukset tutkija HK:lle sähköpostitse.

Työpajojen osallistujien haastattelut ja kirjalliset palautteet sekä terveydenhuollon ammattilaisten vastaukset käsiteltiin sisällönanalyysin avulla. Aluksi tehtiin aineiston pelkistäminen, jossa etsittiin tutkimuskysymyksiin liittyvät ilmaisut ja niihin liittymättömät asiat poistettiin. Sitten aineisto ryhmiteltiin eli haettiin pelkistetyistä aineistoista yhtäläisyyksiä ja eroja. Samaa tarkoittavat asiat yhdistettiin alaluokiksi, samansisältöiset alaluokat koottiin yläluokiksi ja lopuksi yläluokat jaettiin päluokiksi. (76.) Tämä prosessi on esitelty kuviossa 2.

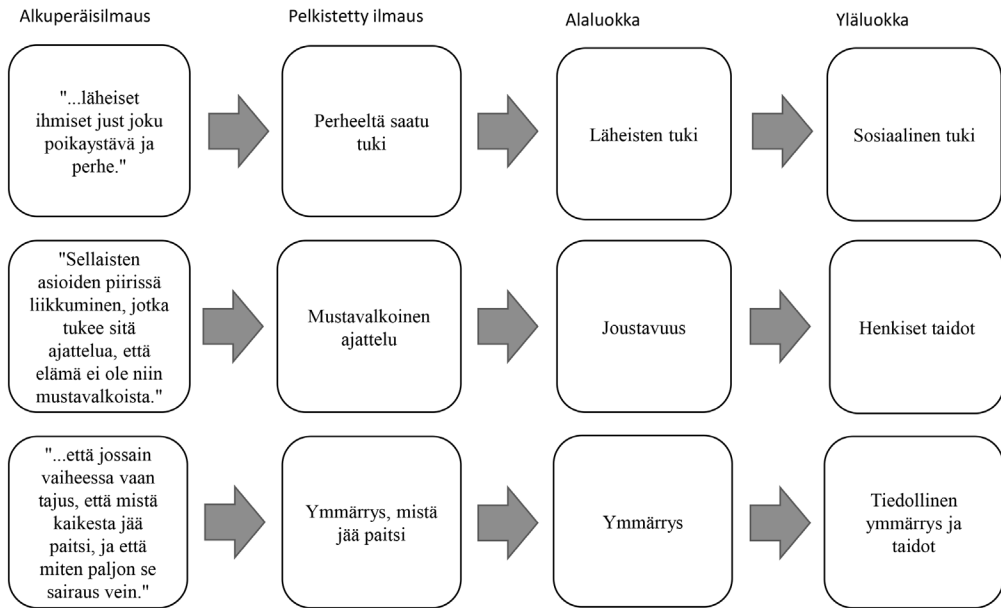
#### TULOKSET

Alkuhaastattelussa ilmeni, että työpajojen osallistujat ymmärsivät syömishäiriönsä olevan selviytymiskeino tunteiden säätelyyn ja elämänhallintaan. Sairauden kehittymisen taustalta he löysivät identiteettivaikeuksia, oman minuuden etsimistä, aikuistumisen pelkoa sekä yksinäisyyden ja erilaisuuden kokemuksia. Osallistujien pohdinnoissa nousi esiin myös omaan itseensä liittyviä tekijöitä, kuten temperamentti sekä vuorovaikutussuhteisiin ja liittymisen kokemukseen viittaavia taustasyitä, kuten perhedynamiikka, turvattomuuden kokemukset, toimimaton kasvatus ja kiusatuksi tuleminen. Useat vastaajista kokivat myötävaikuttavina tekijöinä myös kulttuuriseen ympäristöön liittyvät syyt, kuten kauneusihanteet. Osa ryhmäläisistä ymmärsi sairautensa addiktio-tyyppisenä käyttäytymisenä tai opittuna tapana, jolloin laihdutus oli syventynyt syömishäiriöksi. Kaikkien mielestä sairauden syytä olivat olleet monet edellä mainitut tekijät.

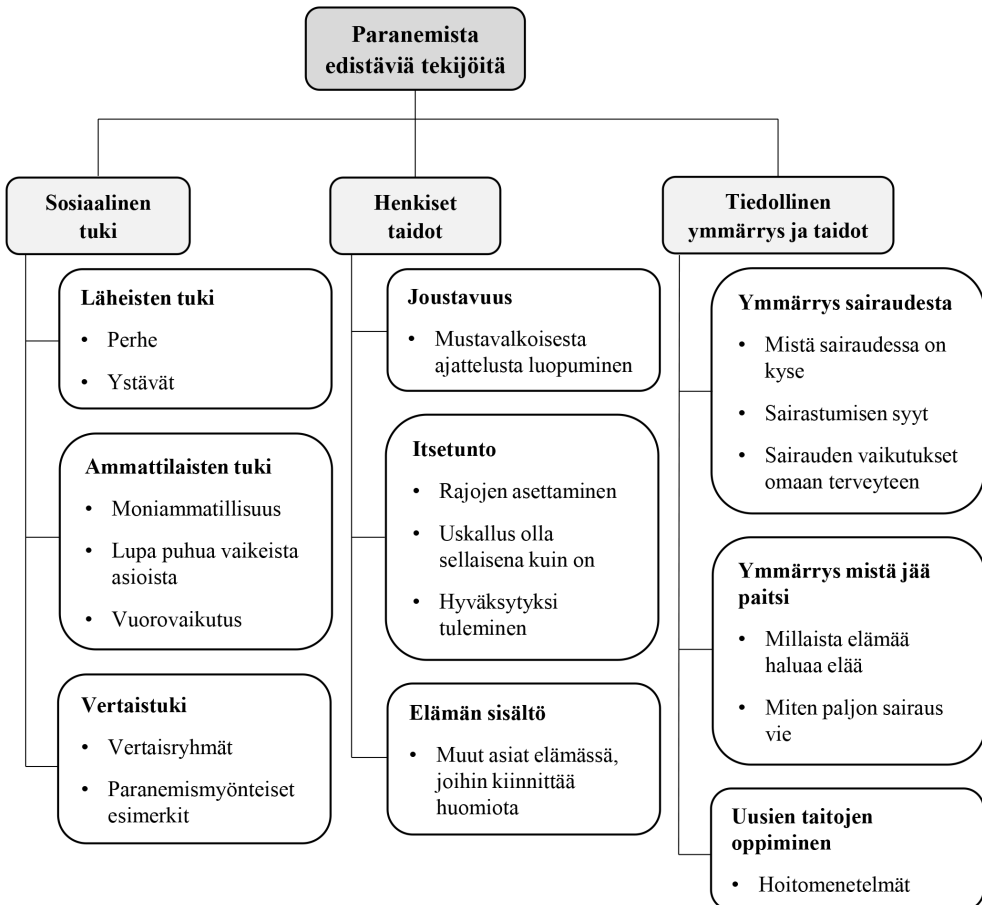
Alkuhaastattelussa paranemista edistäviksi asioiksi osallistujat nostivat sosiaalisen tuen (perhe ja ystävät, vertaistuki), henkiset taidot (mielen joustavuus, itsetunnon paraneminen, elämän sisällön korjaaminen) ja tiedollisten taitojen karttumisen (ymmärrys sairaudesta ja paremmasta elämästä). Tämä on esitetty kuviossa 3.

Ryhmäläiset toivoivat ammattilaistuelta moniammatillisuutta, lupaa puhua vaikeistakin asioista, arvostavaa, kiinnostunutta ja välittävää lähestymistapaa. Vaikka osallistujat kokivat aiemmin

Kuvio 2. Esimerkkejä aineistolähtöisen sisällönanalyysin etenemisestä.



Kuvio 3. Alkuhaastatteluu osallistuneiden kuvaamat paranemista edistävät tekijät teemahaastattelun perusteella.



saamansa perushoidon toimivaksi, vain puolet osallistujista koki saneensa terveydenhuollosta hyvää hoitoa. Kohtaamisen ongelmia olivat hoitohenkilökunnan osoittama vähättely ja uhkailu. Yksin jäämisen kokemusta taas toivat keskusteluavun, jatkohoidon ja sairautta koskevan tiedon puute sekä liian usein vaihtuvat hoitokontaktit. Terveydenhuollon hoitokäytännöt koettiin myös liian painokeskeisenä. Kaksi osallistujaa koki tulleen painostetuiksi mielialalääkkeiden käyttöön ja kolme osallistujaa oli kokenut vallankäyttöä hoitosuhteessa.

Osallistujat visioivat syömishäiriöiden unelmahoidon koostuvan sosiaalisesta tuesta (läheiset ja vertaistuki mukana hoidossa), henkisestä tuesta (sairastavan tietojen ja taitojen tuki, toivon luominen, identiteettityö) ja käytännön tuesta (hoidon kesto ja tuen määrä riittävä, tuki kotiin ja arkeen). Terveydenhuollon ammattilaisen suhteen toivottiin moniammatillisuutta, aitoa huolenpitoa ja lempeyttä, läsnäoloa, rajoja ja rakkautta.

Loppuhaastattelussa ilmeni, että kaikkien osallistujien suhde valokuvaan muuttui työpajojen aikana. Suurin osa koki omakuvan katsomisen helpottuneen ja puolet osallistujista koki katsovansa nyt valokuviaan eri näkökulmasta ja syvällisemmin. Kaikkien tapa katsoa itseään muuttui rakastavammaksi ja lempeämmäksi. Tärkeimpinä huomioina esiin nostettiin oivallus, että itsensä voi nähdä positiivisesti ja itsestään voi pitää.

Työpajoissa osallistujat kokivat pääsevänsä pohtimaan ydinminuutensa niitä puolia, jotka ovat voineet jäädä sairauden kapeuttaman minäkokemuksen taakse: millaisena koen itseni, miten muut näkevät minut, millainen haluaisin olla ja mitä saan sairauden tilalle, jos luovun siitä? Osallistujien mukaan tehtävien avulla oli mahdollista tehdä näkyväksi omia tunteita, tunnistaa ja muuttaa katsomisen tapaa itseä kohtaan sekä tehdä itsessä tapahtuvaa sisäistä prosessia konkreettisesti näkyväksi. Harjoitusten avulla oli mahdollista esimerkiksi pohtia omaa sisäistä puhetta itselle, suhdetta kehoon, ruokaan, syömiseen ja toisiin ihmisiin. Useat ryhmäläiset kertoivat saaneensa uskallusta näyttää omasta minuudesta kertovia valokuvia myös muille ryhmäläisille.

Osallistujille oli tärkeää sekä parityöskentely että prosessin jakaminen koko ryhmän kanssa.

Ryhmän koko oli sopiva ja harjoitukset sekä niiden purku saivat kiitosta. Työpajojen sijoittuminen arki-iltoihin teki työpajat osalle liian pitkiksi, mutta kaikki kokivat silti työpajojen edistäneen syömishäiriöstä toipumista, tuottaneen uutta ajattelutapaa ja auttaneen itsensä hyväksymisessä. Osallistujat suosittelivat menetelmää toisille syömishäiriötä sairastaville muiden hoitomuotojen rinnalla. Kaikki osallistujat kokivat, että syömishäiriöiden hoidossa olisi tärkeää huomioida ihmisen kokemus omasta itsestä sekä se, millaisena hän olettaa muiden näkevän itsensä. Osa työpajoihin osallistuneista pohti, että ilman tällaista kokemusta ei syömishäiriöstä edes voisi täysin toipua.

Ammattilaiskyselyyn vastanneista viisi käytti voimauttavan valokuvan menetelmää vaihdellen yksilö- ja ryhmätyöskentelyssä. Kokemukset menetelmän käytöstä olivat positiiviset. Kyseilyn osallistujat kokivat potilaskohtaamisensa olevan tasa-arvoisempia ja potilaiden kokevan voimaantumista ja edistymistä toipumisessaan. Vastanneet kokivat voimauttavan valokuvan työotteen johtaneen oman työtavan tarkasteluun ja asiakkaan kuulemisen, tasavertaisuuden sekä luottamuksen vahvistumiseen työotteessaan. Ammattilaiset kokivat, että menetelmä edistää hoidon kokonaisvaltaisuutta sekä potilaan ja ammattilaisen yhteistyötä. He kokivat menetelmän auttavan heitä potilaan itsemääräämiskeuden kunnioittamisessa sekä läsnä olevassa ja tasavertaisessa kohtaamisessa.

Vastaajien mielestä menetelmä voi antaa potilaalle keinoja menneisyyden tapahtumien työstämiseen, identiteettityöhön, toivon löytämiseen, elämänpiirin laajentamiseen ja voimaantumiseen. Menetelmän avulla potilaat voisivat parantaa itsetuntemustaan, lisätä rohkeuttaan, parantaa liittymistä toisiin ihmisiin ja auttaa suuntaamaan ajatuksia ympäröivään maailmaan oman kehon sijasta.

## POHDINTA

Laadullinen tutkimus sopii hyvin kuvaamaan ilmiöitä, joista on vasta vähän tutkimustietoa (77). Vaikka laadullisen tutkimuksen luonne estää tulosten laajan yleistettävyyden, se kuitenkin valottaa tutkittavaa ilmiötä tutkimukseen osallistuneiden näkökulmasta. Tämän tutkimusaineiston valikoituneisuuteen saattoi vaikuttaa ryhmän pieni koko sekä osallistujien mahdollisuus valita

henkilökohtaisen prosessinsa sisältöjä tutkimuksen käyttöön. Vapaaehtoisuuden perusteella rekrytoidut ryhmäläiset saattoivat olla myös tavallista kiinnostuneempia voimauttavan valokuvan menetelmästä.

Laadullisessa tutkimuksessa aineistokoon riittävyttä voidaan arvioida kylläntymisen avulla (76). Tämän tutkimuksen aineiston koko oli pieni vertaisryhmän terapeutin luonteen vuoksi. Tavanomaisesti voimauttavan valokuvan menetelmää toteutetaan voimavaroiltaan haavoittuvien potilasryhmien kanssa jopa 4–6 hengen ryhmissä. Nyt teemahaastattelun vastauksissa ilmeni osin kylläntymistä, mutta myös uusien asioiden esille tuomista. On todennäköistä, että suurempi otoskoko olisi voinut tuoda esiin lisää näkökulmia, joten aineisto ei ollut täysin kylläntynyt.

Laadullisen tutkimuksen haasteena on tutkijan subjektiivisuuden vaikutus aineiston analyysin tuloksiin (77). Tässä tutkimuksessa tutkijan HK rooli oli subjektiivinen, sillä tutkija toimi työpajoissa ryhmänohjaajana. Subjektiivisuutta lisäsi se, että voimauttavan valokuvan menetelmässä ohjaaja ja osallistujat ovat dialogisessa suhteessa toisiinsa. Aineiston sisällönanalyysi kahden tutkijan tekemänä olisi mahdollisesti lisännyt tutkimuksen luotettavuutta, mutta tällä kertaa se ei ollut mahdollista.

Puolet osallistujista halusi vastata tutkimuksen loppukyselyyn yksilöhaastatteluna. Tämä on voinut vaikuttaa palautteen sisältöön, sillä syömishäiriöön sairautena kuuluu halu miellyttää. On siis mahdollista, että vastauksissa ovat korostuneet osallistujien positiiviset kokemukset. Palautteeseen kirjallisesti tai suullisesti vastanneiden arvioissa ei kuitenkaan havaittu merkittävää eroa. Vastaustapa ei siten näyttäisi vaikuttaneen oleellisesti palautteisiin. Toisaalta osallistujien aktiivinen rooli toimivamman hoidon pohtimisessa on voinut korostaa ryhmäläisten kokemusta kansatutkijuudesta ja saada heidät paneutumaan vastauksiinsa syvällisemmin.

#### **SYÖMISHÄIRIÖN TAUSTA JA HOITOKOKEMUKSET**

Alkuhaastattelussa kysimme osallistujien näkemyksiä heidän sairastumisensa syistä. Ryhmäläisten esiin nostamat käsitykset syömishäiriönsä taustatekijöistä vastaavat kansainvälisessä kirjallisuudessa kuvattuja syömishäiriöön sairastuneiden kokemuksia (3,78). Tämän perusteella ryhmä oli edustava ja vastannee terveydenhuollossa ta-

vattavia syömishäiriöpotilaita. Selvitimme myös osallistujien aiempia kokemuksia hoidosta terveydenhuollossa. Ryhmäläisten kokemukset sekä perushoidon kohtuullisesta toimivuudesta että hoitoa haittaavista tekijöistä olivat linjassa Suomessa tehdyn, syömishäiriöpotilaiden potilastyytyväisyyttä mittaavan tutkimuksen kanssa (79).

Toiveissaan unelmahoidosta tutkittavat korostivat yhteyttä ammattilaisiin, läheisiin sekä omaan itseen. Tämä on linjassa julkaistun tutkimustiedon kanssa (3, 16, 17, 80). Myös voimauttavan valokuvan menetelmässä pyritään vahvistamaan potilaan identiteettityötä, mentalisaatiotaitoja ja hyviä vuorovaikutussuhteita (23, 24, 33, 41). Menetelmän tavoitteet sekä mini-intervention tulokset ovat siis niin ikään yhtäläiset syömishäiriöistä kärsivien ihmisten omien toiveiden kanssa.

Koska aineistomme oli suppea, eikä voimauttavan valokuvan menetelmästä ole käytettävissä aiempaa tutkimusta, analysoimme ja tulkitsemme tuloksiamme muun aiheeseen soveltuvan tutkimuksen valossa.

#### **VOIMAUTTAVAN VALOKUVAN MENETELMÄN MERKITYS OSALLISTUJILLE**

Tutkimukseemme osallistuneiden ihmisten tapakatsoa itseään muuttui jo lyhyen työpajakokoukseen aikana rakastavammaksi. Tunnettyöskentely ja kehotietoisuus ovat voimauttavan valokuvan menetelmän ydintä (23, 24). Menetelmän mentalisaatiota ja ihmisen arvokkuuden kokemusta tukevat harjoitukset voivat auttaa juuri niiden asioiden käsittelyssä, jotka mahdollisesti vaikuttavat syömishäiriön taustalla ja jotka voivat olla keskeisiä paranemisessa (14, 15). Ymmärtääksemme mikään muu hoitomuoto ei anna ihmiselle yhtä konkreettisia peilejä oman minuuden, nähdyksi tulemisen kokemusten sekä omaan itseen ja toisiin kohdistuvien tunteiden ja ajattelun tutkimiseen. Voimauttavan valokuvan menetelmässä ihminen työstää sisäisiä mielikuvia itsestään eri tavoin yhdessä toisten kanssa (23, 24, 33, 37, 40, 41). Tutkimuksen osallistujien mukaan syömishäiriö voi olla osa ihmisen identiteettikokemusta, jolloin toipuminen edellyttää kannattelevien asioiden löytämistä sairauden tilalle (3). Näin työpajoihin osallistuneet kokivat heille työskentelyssä tapahtuneen. Tutkimus tukee aiempaa käsitystä, jonka mukaan voimauttavan valokuvan menetelmän identiteettityö antaa tilaa aiempien

elämäntapahtumien (kuten sairauden) vaikutusten omaehtoiselle ymmärtämiselle sekä uusien selviytymiskeinojen etsimiselle (23, 24). Menetelmän valokuvaprosessi on myös näköaistiin liittyvää toimintaa, joka voidaan ymmärtää kehon viestien tunnistamista helpottavana kehotietoisuusharjoituksena (23, 24, 37). Koska syömishäiriön oireet ilmenevät kehon kautta, voi keholisuuteen perustuva työote tuoda hoitoon uusia mahdollisuuksia kognitiivisen lähestymistavan rinnalle. Näin menetelmä palvelee myös syömishäiriöiden hoitokentällä tapahtuvaa, kehon ja mielen yhteyden huomioivaa kehityskulkua (14, 38).

Työpajoihin osallistuneet kokivat parityöskentelyn ja vertaistuen merkitykselliseksi. Sosiaalinen tuki on myös tutkimuskirjallisuudessa keskeinen osa syömishäiriöiden hoitoa (16, 17). Työskentelyssä osallistujat saivat kokea merkityksellisyyttä ja yhteenkuuluvuutta sekä löytää itselleen uusia rooleja (81). Vertaistyöskentely sopii liittymisen kokemuksiä tietoisesti rakentavaan voimauttavan valokuvan menetelmään, jossa yksilön oireita tai mielenterveystaitoja ei nähdä irrallisina siitä, miten hän on tullut nähdyksi (23, 24, 33). Osallistujien pohdinnat unelmahoidosta korostivat myös omaisten roolia hoidossa v. 2014 Käypä hoito -suosituksen tavoin (3). Voimauttavan valokuvan identiteettityössä tutkitaan omia tunnetarpeita suhteessa toisten odotuksiin. Tämä voi auttaa tunnistamaan läheisiin ihmissuhteisiin liittyviä, oireisiin tai toipumiseen mahdollisesti vaikuttavia tekijöitä. Menetelmän vahvuusalue on niin ikään dialoginen perhetyö. (23, 24, 40.) Vaikka tutkimuksen mini-interventioon ei sen lyhyen keston vuoksi sisältynyt työskentelyä läheisten kanssa, tämä osallistujien toivoma ulottuvuus olisi luontevaa sisällyttää menetelmätyöskentelyyn myös syömishäiriöiden hoidossa.

Osallistujat näkivät sairastumisensa taustatekijöinä yhteyden kokemuksen haavoja. He ajattelivat, että ihmisen oma kokemus itsestä sekä siitä, miten muut hänet näkevät, tulisi olla syömishäiriöiden hoidon keskeinen sisältö. Näin ei somaattisesti orientoituneessa terveydenhuollon valtavirrassa nykyisellään ole, vaikka katse on keskeinen ihmisen liittymisen kokemukseen ja mielen hyvinvointiin vaikuttava tekijä (18–27, 29–33, 37, 41–44). Katseeseen keskittyvä voimauttavan valokuvan menetelmä voi mahdollistaa sekä ihmissuhteiden jännitteiden että digitaalisen yhteisön kuvitteellisten ”toisten” katseiden

kriittisen tarkastelun (23, 38). Voimauttavan valokuvan menetelmäosaaminen voisikin tuoda terveydenhuollon ammattihenkilöstölle nykyistä moniulotteisempaa osaamista osallistujien toivomaan henkiseen sekä sosiaaliseen tukeen, mutta myös ympäröivän kulttuurin mahdollisesti vahingollisten piirteiden kohtaamiseen.

Voimauttavan valokuvan menetelmää syömishäiriöiden hoidossa käyttävät, tutkimukseen osallistuneet ammattilaiset, kokivat, että menetelmä auttaa potilaita suuntaamaan huomiotaan omasta itsestä ympäröivään maailmaan. Ammattilaisten mukaan syömishäiriö saattaa kaventaa sairastuneen ihmisen todellisuutta omien oireiden ympärille. Myös osa työpajoihin osallistuneista koki sairautensa addiktio-tyyppisenä. Työpajojen osallistujat kuvasivat menetelmätyöskentelyn auttaneen heitä muodostamaan syvällisemmän suhteen omakuviaan kohtaan. Tämä viittaa mahdollisesti huomion keskittämiseen omiin tunnetarpeisiin kehon ulkoisten piirteiden sijaan. Voimauttavan valokuvan menetelmän holistinen ote voisikin auttaa terveydenhuollon ammattilaisia vähentämään työpajaryhmäläisten kritisoi-  
maa hoidon oirekeskeisyyttä sekä kohdistamaan hoitoa vastaamaan paremmin potilaiden koettuja tarpeita (3, 18–22).

Tavanomaisesti kehonkuvaan ja minäkuvaan keskittyvät voimauttavan valokuvan menetelmän työpajat ovat kestoltaan mini-interventiotamme pidempiä. Niiden osallistujat kokivat itsessään tapahtuvien muutosten pysyvyyttä yleensä noin vuoden mittaisen työpajaprosessin jälkeen. Tutkimuksemme osallistujat kertoivat oman suhteensa itsen katsomiseen muuttuneen rakastavammaksi jo viiden työpajakerran jälkeen. Tämän voi tulkitta kertovan menetelmän vaikuttavuudesta. Vaikka työskentelyssä käsitellään omakuvia, samalla itseasiassa käsitellään ihmisen laajempaa suhdetta itsen ja toisiin (23, 37).

**MENETELMÄN MERKITYS AMMATTILAISILLE JA HOITOSUHTEELLE**  
Kyselyssä terveydenhuollon ammattilaisille nousi esiin, että voimauttavan valokuvan menetelmäopinnot olivat johtaneet oman ammatillisuuden tarkasteluun ja potilaslähtöisempään työtöteeseen. Syömishäiriöiden yleisyys Suomessa sekä perinteisen hoidon huonot paranemistulokset puoltavat voimauttavan valokuvan menetelmän hyödyntämistä osana syömishäiriöiden hoitoa (3, 82). Syömishäiriötä sairastavien hoito on yleensä

pitkäaikaista ja moniammatillista. Mini-interventiomme kaltainen työpajaryhmä voisi osallistujien mukaan edistää syömishäiriöpotilaiden toipumista ja sopia myös ravitsemusterapeutin työhön. Ryhmämuotoisen työskentelyn etuna on auttamisjärjestelmään kohdistuva kustannusvaikeuttavuus sekä vertaistuki. Osallistujien mukaan ryhmähoitoa voisi jatkaa yksilötapaamisissa ammattiauttajan kanssa painottaen yksilöhoitoa sairauden niissä vaiheissa, joissa ihmisen voimavarat ryhmätoimintaan ovat hauraat.

Voimauttavan valokuvan menetelmän monimuotoisuus mahdollistaa sen toimivuuden hyvin erilaisissa hoitotyön kehyksissä, sillä ammattilainen voi räätälöidä interventiot osaksi perustyötään (23, 24, 33, 41). Siten esimerkiksi ravitsemusterapeutti voi käyttää menetelmää koko potilassuhteen ajan myös vastaanottomuotoisissa tapaamisissa, jolloin potilas tekee menetelmäharjoitteita arjessaan tapaamisten välillä. Ravitsemusterapeutin työn näkökulmasta kiinnostavaa on menetelmän kyky antaa muotoa keholisille asioille (23, 24). Menetelmän keinot voisivat lisätä potilaslähtöisyyttä kehon nälkä- ja kylläisyysviestien tunnistamisessa, intuitiivisen syömisen omaksumisessa sekä tunteiden ja syömisen yhteyden tutkimisessa yhdessä potilaan kanssa (2). Ammattiauttajan kannalta menetelmän täydennuskoulutuksen hyöty on kuitenkin sen konkreettista ”työkalupakkia” laajempi kohtaamisen tapa. Auttaja toteuttaa silloin työssä tutut sisällöt menetelmän filosofian mukaisesti (23). Potilaan ja ammattilaisen välinen suhde on hoidon onnistumisen ja potilaslähtöisyyden perusta (16, 83–85). Vaikka hoidossa ei usein päästä eroon hoitosuosituksista tai hoidon maksajalta tulevista tavoitteista, voi voimauttavan valokuvan menetelmä luoda hoitosuhteen sisälle vapaan, asiakkaan kokonaisen elämän tarpeisiin vastaavan tilan sekä toimia keinona potilaan ja ammattilaisen välisen hyvän vuorovaikutussuhteen synnyttämiseen (23, 24, 33, 41).

Ammattiauttajalta voimauttavan valokuvan menetelmän soveltaminen vaatii halua kehittää omaa kykyään katsoa potilasta ammatillisesta etäisyydestä luopuen. Se edellyttää rohkeutta päästä potilaan maailma oman ”ihon alle” ja jakaa tämän tunteita. Toisaalta menetelmän tapa ratkaista ammattilaisen ja potilaan välinen tunneyhteys voi tehdä työstä ammattilaiselle merkityksellisempää ja vähemmän kuormittavaa. (23,

24, 41.) Tähän myös tutkimuksemme ammattilaiskyselyn tulokset antavat tukea. Menetelmän perusopintojen kautta ammattilainen voi edistää myös omaa hyväksyvää suhtautumista itseensä. Voimauttavan valokuvan menetelmän täydennuskoulutustyöstä saatu kokemus on tuonut esiin, että sallivamman katsomisen tavan opettelu on edellytys sille, että ammattilainen voi ylipäänsä auttaa toista ihmistä muuttamaan katsomisen tapansa rakastavammaksi itseään kohtaan.

Tutkimuksemme osallistujat toivoivat ammattilaisten tuovan hoitoon rajoja ja rakkautta. He olivat kokeneet aiemmissa hoitosuhteissaan lämmön puuttumista sekä liiallista keskittymistä ulkoisiin, paranemista indikoivien asioihin, kuten kehon painoon. Tutkimus vahvistaa tältä osin voimauttavan valokuvan käytännön työstä saatuja kokemuksia, joissa on toistuvasti noussut esiin, että etenkin laihuushäiriön hoidossa ”rajat” voivat kaventua syömisen ympärillä tapahtuvaan potilaan, perheen sekä ammattilaisten väliseen valtataisteluun. Huolenpito potilaasta edellyttää hänen hengissä pitämistään riittävän suurella ravinnon energiamäärällä (3). Hyvästä pyrkimyksestä huolimatta syömiseen liittyvä pakottaminen voi haitata terveen ruoka- ja keuhosuhteen syntymistä (86). Myös suhde läheisiin ja ammattiauttajiin voi jäädä regressiiviseksi, jolloin sekä liittymisen kokemus että oman kasvuprosessin subjektiksi asettuminen vaikeutuvat. Hoitaminen ei tuolloin tunnu potilaasta lämmöltä, vaan mahdollisesti jopa häneen kohdistetulta väkivallalta. Tämä asetus ei ole omiaan luomaan hyvää perustaa paranemiselle (22, 23, 24). Voimauttavan valokuvan menetelmä siirtää hoidon huomiota ulkoisista rajoista ihmisen omaan kykyyn hoivata itseään, sillä työskentelyssä noudatetaan omia syvempiä tarpeita ulkopuolelta annettujen sääntöjen sijaan (23, 24). Osallistujat saavat testata menetelmän lempeän katseen pyrkimyksen mielekkyyttä ja valita sitoutua sen edistämiseen vapaaehtoisesti. Menetelmän kieltä olla vahingoittamatta itseä on polku, johon sisältyy sekä sallivuutta, palkitsevuutta että omaehtoista velvoittavuutta olla itselle hyvä. Itse hyväksytyjen rajojen tukena on rakkaudellisuus, sillä kiintymyksen ilmaisuun paneudutaan prosessissa erityisellä tavalla. Kokemus lämmöstä syventää ihmisten välistä liittymistä ja voi siten suojata hoidon osapuolten välisiä ihmissuhteita hoitoon usein sisältyviltä vaikeilta asioilta. (23,

24, 33, 41.) Syömishäiriöiden kohdalla tämä voisi mahdollisesti auttaa potilasta ottamaan vastaan apua, johon liittyy syömisen säätelyä. Lempempi ja potilaan autonomiaa kunnioittavampi tapa rajojen asettamiseen voi myös suojata ammattilaista työn kuormittavuudelta. Voimauttavan valokuvan menetelmä pyrkiikin vastaamaan näin tutkimuksen osallistujien toiveeseen rajojen ja rakkauden tasapainosta.

Tutkimuksen osallistujat toivoivat, että hyvässä hoitosuhteessa olisi tilaa vaikeiden asioiden työstämiselle sekä toivolle. Voimauttavan valokuvan menetelmä painottaa myös näitä osallistujien esiin nostamia hoidon elementtejä, sillä paranemista ei ”suoriteta” tavoitelähtöisesti. Menetelmän kenttätyössä ilmenee usein, että hoidolle asetetut tavoitteet aiheuttavat ammattilaisille painetta kiirehtiä ”tulosten” synnyttämisessä. Potilas saattaa tarvita kuitenkin paljon aikaa esim. sairauden aiheuttamien menetysten suremiseen. Paine ”kehittyä” hoitotavoitteiden suuntaan voikin aiheuttaa potilassuhteeseen valtaistelua. Menetelmätyöskentelyn tavoitteettomuus voi aiemman käytännön kokemuksemme mukaan antaa rauhaa vaikeiden sisäisten kokemusten vertauskuvalliselle ”hoitamiselle”, jolloin ihminen voi kokea oman sisäisen prosessinsa tulleen niin ”valmiiksi”, että uuteen paranemisen vaiheeseen siirtyminen on mahdollista. Myös ammattilaiskyselyn vastaajat olivat kokeneet voimauttavan valokuvan menetelmän tuovan sekä toivoa että keinoja menneisyyden työstämiseen. Toivo on aina läsnä jo työskentelyn kysymyksen asetteluissa, mutta sitä syntyy lisäksi prosessin tunnekokemusten jakamisesta sekä luottamuksen vahvistumisesta prosessin voimaan. (23, 24, 41.)

Voimauttavan valokuvan menetelmän haasteet terveydenhuollon käytössä liittyvät siihen, että menetelmä vaatii luovaa tilaa, eikä ole nopeasti monistettavissa. Työotteen omaksuminen edellyttää myös ammattilaisen kokonaisvaltaista oppimisprosessia. Potilaslähtöisesti etenevä prosessi voi olla ristiriidassa tiukalle viritetyn terveydenhuollon kanssa, jossa potilaan monimutkainen elämäkokonaisuus oireineen pyritään sovittamaan tarkkarajaiseen hoitopolkuun. Voidaan kysyä, olisiko kuitenkin parempi kehittää terveydenhuoltoa suuntaan, jossa sekä potilaat, että ammattilaiset voivat paremmin? Voimauttavan valokuvan menetelmän filosofia auttamisen

luonteesta sekä auttajan ja autettavan ihmisen välisestä suhteesta, voi tuoda osaltaan ratkaisuja terveydenhuollon kriisiin varsinaista syömishäiriöiden hoitoa laajemmin.

Voimauttavan valokuvan menetelmää on käytetty monin tavoin Suomessa osana syömishäiriöiden hoitoa menetelmän yli kaksikymmenvuotisen historian aikana. Soveltaminen on tapahtunut yksittäisten hoitotiimien ja ammattilaisten toimesta, eikä kentän kokemuksia ole vielä koottu systemaattisesti. Tämä tutkimus on ensimmäinen aihetta koskeva. Aiempi kokemusperäinen tieto on antanut viitteitä siitä, että voimauttavan valokuvan työote luo tilaa kokonaisvaltaiselle, potilaan sallivampaa itsen katsoamista edistävälle prosessille. Lisäksi työote on näyttänyt suojaavan sekä potilasta että ammattilaista hoitoa haittaavilta valta-asetelmilta. Tämä tutkimus antoi osaltaan tukea näille havainnoille.

## PÄÄTELMÄT

Toteutettu työpajaprosessi oli tiivistetty kokonaisuus voimauttavan valokuvan menetelmän identiteettityöharjoituksista, eräänlainen mini-interventio. Ihmisen suhde itseen on elämän mittainen prosessi, jossa joustava ja itsemyötätuntoinen katse pitää tarvittaessa valita yhä uudestaan. Voimauttavan valokuvan menetelmä edellyttää toistoa ja prosessinomaisuutta palaamalla siihen eri työskentelykeinoin aika ajoin. Nyt toteutunut tutkimus onkin interventiona liian suppea antaakseen kattavan kuvan menetelmän mahdollisista hyödyistä syömishäiriöiden hoidossa. Jatkossa on tarpeen selvittää tarkemmin voimauttavan valokuvan menetelmän vaikuttavuutta vertaisryhmätyöskentelyn, perhetyön ja terapeuttisen identiteettityön eri osa-alueilla. Tarvitaan myös tutkimusta pidempikestoisesta, suuremmalla tutkimusryhmällä tehdystä interventiosta, jossa verokkiryhmänä on tavanomaista hoitoa saava ryhmä.

Tutkimus kuitenkin osoittaa, että voimauttava valokuva voi tarjota uuden, merkittävän työvälineen syömishäiriöiden hoitoon. Menetelmä perustuu kokonaisvaltaiseen ihmisen näkyväksi tulemiseen itselleen ja toisille. Työotteen lähtökohtana on dialogisuus eli vastavuoroisuus. Lempellä, ehdoitta hyväksyvällä katseyhteydellä voimme rakentaa psykologisen turvallisuuden ja liittymisen kokemusta sekä tyynnyttää sairaudesta kärsivän ihmisen ja hänen yhteisönsä hätää.



## KIITOKSET:

Haluamme osoittaa lämpimät kiitoksemme kaikille työpajoihin ja ammattilaiskyselyyn osallistuneille ja omaa yksityistä prosessiaan tutkimusta varten raottaneille. Kiitos myös LT Mika Venholalle arvokkaasta avusta käsikirjoituksen hiomisessa.

## RAHOITTAJAT:

Tutkimusta ei ole rahoittanut mikään taho.

## KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Kaartti on osallistunut tutkimuksen suunnitteluun, tehnyt haastattelut ja ohjannut työpajat

sekä osallistunut lopullisen käsikirjoituksen tekemiseen.

Savolainen on osallistunut tutkimuksen suunnitteluun, toiminut Kaartin voimauttavan valokuvan menetelmän kouluttajana, tutkimuksen työpajavaiheessa Kaartin työnohjaajana sekä osallistunut lopullisen käsikirjoituksen tekemiseen.

Nuutinen on osallistunut tutkimuksen suunnitteluun, on ollut päävastuussa Kaartin tutkimustyön ohjaamisesta ja osallistunut lopullisen käsikirjoituksen tekemiseen.

**Kaartti, H., Savolainen, M., Nuutinen, O. Seeking a loving gaze – Empowering photography in treating eating disorders in adults. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2024; 61: 210–226.**

The aim of this study was to determine what benefits Empowering photography and its dialogical approach that involves the abandonment of professional authority could bring to the treatment of adult eating disorder patients and to the work of health care staff. The research methods included: initial interviews of the participants, a five-session workshop applying the Empowering photography method and feedback questionnaires and interviews concerning the workshops. In addition, we investigated the perceptions of health care staff about the use of the Empowering photography in clinical work.

People with an eating disorder perceive social support, mental skills as well as cognitive understanding and skills as factors promoting their recovery. The working approach used in Empowering photography aims to promote patients' emotional skills, enable self-compassionate identity work that supports gaining a sense of meaning, and strengthen close interpersonal relationships and related interactions that promote mentalization.

Alongside the patient's process, of equal importance are the professionals' emotional skills and ability to encounter patients without attempting to define their individual world of experience based on their illness and symptoms or treatment goals. This transforms the traditional, professional- and evaluation-oriented approach in care into an appreciative dialogue based on an emotional bond, in which patients can define their own illness, recovery, and the meanings of these as part of their wider life experience. As a

result, there is an improvement of the interaction, understanding, trust and cooperation between health care providers and patients.

All participants in the workshops were generally satisfied with the workshops and felt that the workshop process had contributed to their recovery from the eating disorder. Participants felt that the workshops brought a new way of thinking and helped them to accept themselves. All participants would recommend participation in similar groups for others with an eating disorder. The participants felt that taking part in the workshop process utilising the Empowering photography method can promote recovery from an eating disorder. According to the participants, Empowering photography could be utilized in the treatment of eating disorders and in the work of registered dietitians as one way of working and as a form of self-examination among other ways of working.

**Keywords:** eating disorders, empowering photography, nutrition care

Saapunut (11.05.2021)

Hyväksytty (06.09.2023)

## LÄHTEET

- (1) Keski-Rahkonen A. Syömishäiröt – ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa? *Duodecim* 2010;126:2209–2214.
- (2) Schebendach JE, Roth J. Nutrition in Eating Disorders. Kirjassa: Mahan LK, Raymond JL. (toim.) *Krause's Food and the Nutrition*

- Care Prosess. 14. uudistettu painos. St. Louis, Missouri: Elsevier 2017;407–425.
- (3) Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2014. Luettu 26.3.2023. <http://www.käypähoito.fi>.
  - (4) Fichter MM, Quadflieg N. Mortality in eating disorders – results of a large prospective clinical longitudinal study. *Int J Eat Disord* 2016;49:391–401. doi: 10.1002/eat.22501
  - (5) Silén, Y, Sipilä PN, Raevuori A, ym. DSM-5 eating disorders among adolescents and young adults in Finland: A public health concern. *Int J Eat Disord* 2020;53:790–801. doi: 10.1002/eat.23236
  - (6) Ozier AD, Henry BW, American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *J Am Diet Assoc* 2011;111:1236–1241. doi: 10.1016/j.jada.2011.06.016
  - (7) Cockfield A, Philpot U. Feeding size 0: the challenges of anorexia nervosa. Managing anorexia from a dietitian's perspective. *Proc Nutr Soc* 2009;68:281–288. doi: 10.1017/S0029665109001281
  - (8) Hart S, Russell J, Abraham S. Nutrition and dietetic practice in eating disorder management. *J Hum Nutr Diet* 2011;24:144–153. doi: 10.1111/j.1365-277X.2010.01140.x.
  - (9) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Eating disorders: recognition and treatment. Päivitetty 16.12.2020. Luettu 26.3.2023. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
  - (10) Walsh BT. Eating Disorders: Current Knowledge and Treatment Update. *Psychiatric News* 2021;56:19–21. doi:10.1176/appi.pn.2021.2.27
  - (11) Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern Med J* 2020;50:24–29. doi:10.1111/imj.14691
  - (12) Lappalainen R, Lehtonen T, Hayes SC, ym. Hyväksymis- ja omistautumisterapia käytännön terapiatyössä. Tampere: Hoitomenetelmien julkaisuja; 2004;3,1
  - (13) Fogelkvist M, Gustafsson SA, Kjellin L, ym. Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body Image* 2020;32:155–166. doi: 10.1016/j.bodyim.2020.01.002
  - (14) Laitila P, Kristmannsdóttir G. Syömishäiriöt ja mentalisaatio. Kirjassa: Laitinen I, Ollikainen S. (toim.) Mentalisaatio, Teoriasta käytäntöön. Helsinki: Therapie-säätiö; 2017,151–170.
  - (15) Larmo A. Mentalisaatio – kyky pitää mieli mielessä. Kirjassa: Laitinen I, Ollikainen S, (toim.) Mentalisaatio, Teoriasta käytäntöön. Helsinki: Therapie-säätiö; 2017,15–27
  - (16) Linville D, Brown T, Sturm K ym. Eating Disorders and Social Support: Perspectives of Recovered Individuals. *Eat Disord* 2012;20:216–31. doi: 10.1080/10640266.2012.668480
  - (17) Pettersen G, Rosenvinge JH. Improvement and Recovery from Eating Disorders: A Patient Perspective. *Eat Disord* 2002;10:61–71. doi: 10.1002/erv.425
  - (18) Harjunen H. Uusliberaalit ruumiit ja lihavuus. Tiedeblogi, Jyväskylän yliopisto 2017. Luettu 26.3.2023. <https://www.jyu.fi/fi/blogit/tiedeblogi/harjunen>
  - (19) Harjunen H. Neoliberal Bodies and the Gendered Fat Body. London: Routledge; 2017.
  - (20) Harjunen H. Terveys, talous ja tehokkaat ruumiit. Kirjassa: Eskelinen T, Harjunen H, Hirvonen H, Jokinen E. (toim.) Tehostamistalous. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, SoPhi; 2017,163–180.
  - (21) Harjunen H. Exercising Exclusions: Space, Visibility, and Monitoring of the Exercising Fat Female body. *Fat Studies* 2019;8:173–186. doi: 10.1080/21604851.2019.1561101
  - (22) Koivumäki T, Harjunen H, Hagström T, ym. Kohti eettistä ja vastuullista painopuhetta ja -käytäntöjä. Lihavuuden stigma ja sen vähentäminen. Helsinki: Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2023:10. Valtioneuvoston kanslia; 2023.
  - (23) Savolainen M. Empowering Photography: Participating in Someone Else's World. Kirjassa: Kopytin, A. & Rugh, M. (toim.) Green Studio: Nature and Arts in Therapy. New York: Ekotaideterapia-artikkelikokoelma; Nova Science Publisher 2015, 179–204.
  - (24) Savolainen M. Kun silmät syttyvät – vanhus näkyväksi kokonaisuena persoonana. Kirjassa: Kulmala J (toim.) Hyvä vanhuus. Menetelmiä aktiivisen arjen tukemiseen. Jyväskylä: PS-Kustannus; 2019, 57–83.
  - (25) Norrlin K, Kenttä N. Vitun ruma. Helsinki: Into Kustannus; 2021.
  - (26) Silfverberg A. Sinut on nähty. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Teos; 2020.
  - (27) Airaksinen J, Kapanen N: Kaikki kurveistani. Rauma: Like kustannus ja Maan ystävät; 2000.
  - (28) Hall S, Lehtonen M, Herkman J. Identiteetti. 4. p. Tampere: Vastapaino; 2021.
  - (29) Saunders JF, Eaton AA, Aguilar S. From self(ie) to self-empowerment: The meaning of selfies on social media in eating disorder recovery. Stigma of eating disorders and recovery-related outcomes: A systematic review. *Comput Hum Behav* 2020;111 doi: 10.1016/j.chb.2020.106420
  - (30) Helin S. ”Tuomittu epäonnistumaan” – tutkijajoukko syyttää somejätti Metaa kyseenalaisista tavoista tutkia nuorten mielenterveyttä. Yle 2021. Luettu 26.3.2023. <https://yle.fi/uutiset/3-12213835>
  - (31) de Valle MK, Wade TD. Targeting the link between social media and eating disorder risk:

- A randomized controlled pilot study. *Int J Eat Disord* 2022;55:1066–1078. doi: 10.1002/eat.23756.
- (32) Cavazos-Rehg PA, Fitzsimmons-Craft EE, Krauss MJ, ym. Examining the self-reported advantages and disadvantages of socially networking about body image and eating disorders. *Int J Eat Disord* 2020;53:852–863. doi: 10.1002/eat.23282.
- (33) Savolainen M. Voimauttava valokuva – työote, joka syyttää silmät. Kirjassa: Kinnunen A, Walden A (toim.) Osallisuuden lähteillä. Oivalluksia, menetelmiä ja välineitä osallisuuden vahvistamiseen. Kuopio: Savonia ammattikorkeakoulun julkaisusarja 4/2020, 73–80.
- (34) Hänninen V. Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Tampere: Tampere University Press; 1999.
- (35) Esfahani Smith E. Merkityksellisuuden voima. Jyväskylä: Tuuma-kustannus; 2018.
- (36) Russell S, Carey M: Narratiivisen terapian peruskysymyksiä. Porvoo: Kuva ja Mieli Ky; 2006.
- (37) Savolainen M. Maailman ihanin tyttö. *The Loveliest Girl In The World*. Helsinki: Blink Entertainment Oy; 2008.
- (38) Huttunen M, Kalska H (toim.) *Psykoterapiat*. Helsinki: Duodecim; 2015.
- (39) Lehtovuori P. Psykoterapeutin henkilökohtaisten ominaisuuksien merkitys psykoterapiassa ja niiden vaikutus tuloksellisuuteen identiteettihaastattelun perusteella. *Jyväskylä Studies In Education, Psychology And Social Research*. Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2018.
- (40) Valokuvan voimaa -tv-sarja. *Yle Teema* 2012. Luettu 26.3.2023. <https://areena.yle.fi/1-3743593>
- (41) Savolainen M. Parantava katse – maailman ihanimmat lastenkodin tytöt jättivät jäljen auttamistyöhön. Kirjassa: Ahtola H, Hamunen M, Heikkinen H, ym. (toim.) *Näkökulmia ihmiseen ja ihmisyyteen*. Vol 1. Avoimen eettisen foorumin 20-vuotisjuhlakirja. Joensuu: Siun Soten julkaisuja 2/2020. Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä; 2020, 51–57.
- (42) Siltala P. Askeleista, jotka otamme. *Psykoanalyttisia esseitä*. Helsinki: Therapie-säätiö; 2007.
- (43) Merleau-Ponty M, *Silmä ja mieli*. Suomennos ja jälkisanat Kimmo Pasanen. Helsinki: Taide; 2006.
- (44) Merleau-Ponty M, Edie JM, Cobb W. *The Primacy of Perception: And Other Essays on Phenomenological Psychology, the Philosophy of Art, History and Politics (Studies in Phenomenology and Existential Philosophy)*. Evanston: Northwestern University Press; 1964.
- (45) Moran D. *Introduction to phenomenology*. London: Routledge; 2000.
- (46) Lehtimaja L. *Levinasin kasvot*. Helsinki: Like; 2008.
- (47) Buber M. *I and thou*. Käänt. W. Kaufmann. Denver: Touchstone; 1971.
- (48) Buber M. *Minä ja Sinä*. Suom. J. Pietilä. Helsinki: WSOY; 1986.
- (49) Hankamäki J. *Dialoginen filosofia*. Helsinki: Yliopistopaino; 2008.
- (50) Nivala E, Ryyänen S. *Sosiaalipedagogiikka. Kohti inhimillisempää yhteiskuntaa*. Helsinki: Gaudeamus; 2019.
- (51) Siitonen J. *Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Conceptualisation of empowerment fundamentals*. Oulu: Oulun yliopisto; 1999.
- (52) Sennett R. *Kunniotus eriarvoisuuden maailmassa*. Suom. K. Koskinen. Tampere: Vastapaino; 2004.
- (53) Määttä K, Uusiautti, S. Pedagogical love and good teacherhood. *In education* 2011;17:29–41. doi: 10.37119/ojs2011.v17i2.81
- (54) Bowlby J. *Lasten hoivan ja hellyyden tarve*. Suom. L. Jokinen. Helsinki: WSOY; 1957.
- (55) Bowlby J. *Attachment and loss, Vol 1: Attachment*. London: Penguin Books; 1984.
- (56) Savolainen M. Voimauttava valokuva. Kirjassa: Halkola U, Mannermaa L, Koffert T, Koulu L (toim.) *Valokuvan terapeuttinen voima*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim sekä Ulla Halkola; 2009, 210–227.
- (57) Halkola U, Mannermaa L, Koffert T, Koulu L (toim.) *Valokuvan terapeuttinen voima*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim sekä Ulla Halkola; 2009.
- (58) Damasio A. *Descartesin virhe. Emootio, järki ja ihmisen aivot*. Helsinki: Terra Cognita; 2001.
- (59) Damasio A. *Spinozaa etsimässä. Ilo, suru ja tuntevat aivot*. Helsinki: Terra Cognita; 2003.
- (60) Iacoboni M. *Ihmisten peilaus. Kytkeytymisemme uusi tiede*. Helsinki: Terra Cognita; 2008.
- (61) Gallese V. *Embodied simulation and its role in intersubjectivity*. Kirjassa: Fuchs T, Sattel HC, Henningsen P (toim.) *The embodied self. Dimensions, coherence and disorders*. Stuttgart: Schattauer; 2010, 77–91.
- (62) Fredrickson BL. *Love 2.0. Creating happiness and health in moments of connection*. New York: Penguin Group; 2013.
- (63) Carlson S, Hari R (toim.). *Aivoaakkoset*. Helsinki: Aalto Arts Book; 2021.
- (64) Karvonen A. *Sympathetic Nervous System Synchrony Between Participants of Couple Therapy*. *Jyväskylä Studies In Education, Psychology And Social Research*. Jyväskylä: University of Jyväskylä; 2017.
- (65) Myllyneva A. *Psychophysiological responses to eye contact*. *Acta Universitatis Tamperensis* 2196. Tampere: University of Tampere; 2016.
- (66) Helminen TM. *The Effect of Eye Contact on Arousal and Attention. A psychophysiological perspective*. *Acta Universitatis Tamperensis* 2300. Tampere: University of Tampere; 2017.
- (67) Siegel DJ. *The mindful brain: reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New York: W.W. Norton & Company; 2007.

- (68) Leikola A, Mäkelä J, Punkanen M: Polyvagaalinen teoria ja emotionaalinen trauma. *Duodecim* 2016; 132:55–61.
- (69) Sarvela K, Auvinen E. (toim.): Yhteinen kieli –traumatietoisuutta ihmisten kohtaamiseen. Helsinki: Basam Books; 2020.
- (70) Dana D: *The Polyvagal Theory in Therapy , Engaging the Rhythm of Regulation*. New York: W.W. Norton & Co; 2018.
- (71) Porges SW. *The polyvagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, self-regulation*. New York: W.W. Norton & Company; 2011.
- (72) Aarva P, Kortejärvi H, Sarvela K. (toim.): *Inhimillisyyden vallankumous. Iloa ja toivoa terveydenhuoltoon*. Helsinki: Basam Books; 2018.
- (73) Pessi AB, Martela F, Paakkanen M (toim.): *Myötätunnon mullistava voima*. Jyväskylä: PS-Kustannus; 2017.
- (74) Uusitalo-Malmivaara L (toim.): *Positiivisen psykologian voima*. Jyväskylä: PS-Kustannus; 2015.
- (75) Häkli J, Kallio KP, Korkiamäki R. (toim) *Myönteinen tunnistaminen*. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto/ Nuorisotutkimusseura. Julkaisuja 171. Kenttä; 2015.
- (76) Tuomi J, Sarajärvi A. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi; 2009.
- (77) Kylmä J, Juvakka T. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Publishing; 2014.
- (78) Alenius H, Salonen U. *Syömishäiriön riskitekijät ja oireet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriayhdistyksen ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä*. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim; 2014. Luettu 26.3.2023. <http://www.käypähoito.fi>
- (79) Kalaoja LL, Sinikallio S, Nuutinen O. *Syömishäiriöpotilaiden ravitsemushoidon potilastytytyväisyyskysely – kehittäminen ja pilotointi. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2017;54:30–41.
- (80) Bezance J, Holliday J. *Adolescents with Anorexia Nervosa Have Their Say: A Review of Qualitative Studies on Treatment and Recovery from Anorexia Nervosa*. *Eur Eat Disord Rev* 2013;21;5;352–360. doi: 10.1002/erv.2239.
- (81) Nousiainen M. *Pienen onnistumistarinat ja osallisuuden kokeminen Yhteisissä keittiöissä. Yhteiskuntapolitiikka* 2021;86:155–165. <https://www.julkari.fi/handle/10024/141191>
- (82) Foran A-M, O'Donnell AT, Muldoon OT. *Stigma of eating disorders and recovery-related outcomes: A systematic review*. *Eur Eat Disorders Rev* 2020;28:385–397. doi: 10.1002/erv.2735
- (83) Escobar-Koch T, Banker JD, Crow S ym. *Service users' views of eating disorder services: an international comparison*. *Int J Eat Disord* 2010;43:549–559. doi: 10.1002/eat.20741
- (84) Gulliksen KS, Espeset EM, Nordbo RH, ym. *Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: the patient's perspective*. *Int J Eat Disord* 2012;45:932–941. doi: 10.1002/eat.22033
- (85) Scholl I, Zill JM, Harter M ym. *An integrative model of patient-centeredness – a systematic review and concept analysis*. *PLoS One* 2014;9: doi: 10.1371/journal.pone.0107828
- (86) Galloway AT, Fiorito LM, Francis LA, ym. *'Finish your soup': counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect*. *Appetite*. 2006;46:318–323. doi: 10.1016/j.appet.2006.01.019

#### HEINI KAARTTI

*TtM, laillistettu ravitsemusterapeutti*

#### MIINA SAVOLAINEN

*TaM, sosionomi, Voimauttavan valokuvan menetelmän kehittäjä*

#### OUTI NUUTINEN

*FT, laillistettu ravitsemusterapeutti, vierailuva tutkija*

*Itä-Suomen yliopisto*

*Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö*



# Siviilipalveluksen keskeyttäneiden sekä palveluksesta vapautuksen tai lykkäyksen saaneiden psykososiaalinen tausta ja syrjäytymisriski

Suomessa miehiä koskee yleinen asevelvollisuus, mutta siviilipalveluslain nojalla asevelvollinen voidaan vakaumuksensa vuoksi määrätä siviilipalvelukseen. Siviilipalvelukseen määrätään kutsunnoissa noin 1,5 % ikäluokasta, mutta lisäksi siviilipalvelukseen siirtyy henkilöitä, jotka ovat ensin aloittaneet varusmiespalveluksen. Varusmiespalveluksen keskeyttäneitä on tutkittu, mutta siviilipalveluksen keskeyttäneiden taustoista tai myöhemmästä elämästä ei ole väestötason tutkittua tietoa. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää siviilipalveluksen keskeyttämistä ennustavia tekijöitä ja nuorten aikuisten elämää siviilipalveluksen keskeyttämisen jälkeen.

Aineistona käytettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Kansallinen syntymäkohortti 1987 ja 1997 aineistoja sekä Siviilipalveluskeskuksen palvelustietoja vuosina 1987 ja 1997 syntyneiden osalta (n=28816 ja 29025). Tietoja vuonna 1997 syntyneiden lapsuuden perheestä ja koulumenestyksestä verrattiin siviilipalveluksen keskeyttämiseen, lykkäämiseen tai palveluksesta vapautumiseen. Vuonna 1987 syntyneiden tietoja siviilipalveluksen keskeyttämisestä, lykkäämisestä ja palveluksesta vapautumisesta verrattiin myöhempisiin tietoihin nuorten miesten koulutustasosta, työllisyydestä ja sairastavuudesta 28 vuoden ikään mennessä.

Siviilipalveluksen keskeyttäneillä vanhempien ansiotulot olivat useammin alimmassa viidenneksessä kuin palveluksen suorittaneilla (30,5 % vs. 17,1 %). Palveluksen keskeyttäneet olivat myös kohdanneet useammin vanhemman eron tai kuoleman kuin palveluksen suorittaneet (41,7 % vs. 25,5 %). Siviilipalveluksen keskeyttäneille kertyi seuranta-aikana vähemmän työvuosia kuin palveluksen suorittaneille (4,0 vuotta vs. 5,4 vuotta) ja keskeyttäneet joutuivat turvautumaan peruspäivärahaan tai toimeentulotukeen muita useammin.

Nykyinen palvelujärjestelmä ei huomioi riittävästi nuorten taustatietoja ja elämäntilannetta nuorten palveluohjauksessa, tukemisessa ja syrjäytymisen ehkäisyssä.

**ASIASANAT:** ennaltaehkäisy, koulutus, siviilipalvelus, syrjäytyminen

**SILJA KOSOLA, MARKUS KESKI-SÄNTTI, MAARIT GOCKEL, MIKKO REIJONEN, TIINA RISTIKARI**

## YDINASIAT

- Useissa syntymäkohorttitutkimuksissa vanhempien sosioekonominen asema ennustaa lasten koulumenestystä.
- Tässä tutkimuksessa lapsuuden kuormitustekijät olivat yhteydessä siviilipalveluksen keskeyttämiseen.
- Siviilipalveluksen keskeyttäneet joutuivat ikätovereitaan useammin turvautumaan toimeentulotukeen.
- Viimeistään siviilipalveluksen keskeytyessä olisi tärkeää rakentaa tiivis tukiverkosto nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi.

## JOHDANTO

Suomessa miehiä koskee yleinen asevelvollisuus, ja valtaosa nuorista miehistä suorittaa varusmiespalveluksen (1,2). Siviilipalveluslain mukaan asevelvollinen voi kuitenkin täyttää vakaumuksensa perusteella hakemuksen, jonka perusteella hänet määrätään siviilipalvelukseen (3). Siviilipalvelukseen määrättiin kutsunnoissa noin 1,3–1,5 % ikäluokasta, mutta siviilipalvelukseen siirtyy nuoria myös kutsuntojen jälkeen ja varusmiespalveluksen alettua. Varusmiespalveluksen keskeyttäneet huomioiden siviilipalveluksen valitsi 2010-luvun alussa noin 5–7 % kutsuntaikäisistä (4), ja 2020-luvulle tultaessa siviilipalveluksen aloittaneiden osuus on pysynyt samalla tasolla (Siviilipalveluskeskus, hakemustilasto). Kaikki siviilipalveluksen aloittaneet eivät kuitenkaan suorita palvelusta loppuun, mutta siviilipalveluksen keskeyttäneiden, palvelusta lykanneiden tai palveluksesta vapautettujen taustoista tai myöhemmästä elämästä on vain vähän tutkittua tietoa. Valtaosa tästä tiedosta on peräisin Time out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -hankkeesta, johon osallistui vuosina 2004–2005 yhteensä 796 nuorta miestä Helsingistä ja Vantaalta (5–8). Tuosta tutkimusjoukosta 171 oli keskeyttänyt varusmiespalveluksen ja 46 siviilipalveluksen. Suuntaa antavien tulosten mukaan siviilipalveluksen keskeyttäneet opiskelivat ja olivat työelämässä harvemmin kuin varusmiespalveluksen keskeyttäneet (5,6,8).

Yksilön kiinnittyminen yhteiskuntaan alkaa jo lapsuudessa. Syrjäytyminen tarkoittaa monivaiheista prosessia, johon liittyy huono-osaisuuden kasautumista, ja jonka tuloksena kiinnittyminen yhteiskuntaan jää heikoksi. Syrjäytyminen on yleisintä elämän muutosvaiheissa, kuten opiskelun tai työsuhteen päättyessä (9). NEET (not in education, employment, or training) -nuorilla tarkoitetaan Suomessa nuoria, jotka eivät ole työssä tai koulutuksessa eivätkä opiskele tai suorita siviili- tai varusmiespalvelusta (10). Lasten ja nuorten hyvinvointiin Suomessa vaikuttavat merkittävästi vanhempien koulutus, sosioekonominen asema ja perheen taloudelliset olosuhteet (11,12). Myös vanhempien fyysiset sairaudet ja mielenterveyshäiriöt vaikuttavat lasten terveyteen ja hyvinvointiin (11,13,14). Lisäksi vaikeudet toimeentulossa, mielenterveydessä ja fyysisessä terveydessä kasautuvat nuoruudessa erityisesti niille henkilöille, joilla koulutusta on vähän (15). Kansainvälisesti hyvätasoista toisen asteen kou-

lutusta pidetäänkin yhteiskunnan merkittävimpänä panostuksena nuorten tulevaisuuden terveyteen ja hyvinvointiin (16).

Suomessa nuorten syrjäytyminen, lisääntyvät mielenterveysongelmat ja sosioekonomisten hyvinvointierojen kasvu ovat selkeitä yhteiskunnallisia ongelmia, joista käydään runsaasti yhteiskunnallista keskustelua (17–20). Ongelmien korjaamiseksi on käynnistetty paljon toimenpiteitä (21), mutta edelleen sosiaali- ja terveyspalveluissa joudutaan käyttämään raskaita korjaavia toimenpiteitä ennaltaehkäisyä ja varhaisen tuen ontumista. Jotta varhaista tukea osattaisiin kohdentaa oikeille henkilöille ja oikeaan aikaan, on oltava tutkittua tietoa syrjäytymisprosessin riskitekijöistä, tuen tarjoamisen oikeasta ajoituksesta ja tuen tarjoamiselle otollisista tilanteista.

Erilaisia lapsiperheiden tukemiseksi tarkoitettuja interventioita on Suomessa otettu kiitettävästi käyttöön (22). Nuoruusikä voisi olla toinen mahdollisuus vaikuttaa, sillä tuota elämänvaihetta määrittävät vahvasti kognitiivisten taitojen kehitys, oman identiteetin rakentaminen ja sosiaalisesti vanhempien merkityksen vähentyminen (16). Aikalisä! -hankkeessa kehitettiin interventio, jossa varusmiespalveluksen tai siviilipalveluksen keskeyttäneille miehille tarjottiin henkilökohtainen ohjaaja. Ohjaajan kanssa oli mahdollisuus käydä läpi esimerkiksi mielenterveyteen tai arjen haasteisiin liittyviä ajankohtaisia asioita ja saada niihin tukea (7). Aikalisä on sittemmin vakiintunut etsivän nuorisotyön valtakunnalliseksi toimintamalliksi, jolla tarjotaan tukea ja ohjausta kaikille kutsunta-, varusmies- ja siviilipalvelusikäisille nuorille (23,24).

Tässä tutkimuksessa tarkastelemme syrjäytymistä siviilipalveluksen keskeyttämisen ja palveluksesta vapautuksen tai lykkäyksen yhteydessä. Tutkimuksen tarkoituksena on tunnistaa siviilipalveluksen keskeyttämiseen, lykkäämiseen tai vapautukseen liittyviä yksilö- ja perhetekijöitä ja selvittää siviilipalveluksen keskeyttäneiden myöhempiä kiinnittymistä koulutukseen ja työelämään sekä taloudellista toimeentuloa.

## MENETELMÄT

### AINEISTO

Tutkimuksen aineistona käytettiin Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) kansallisten synty-

mäkohorttien 1987 ja 1997 tietoja yhdistettynä Siviilipalveluskeskuksen palvelustietoihin.

Koska asevelvollisuus- ja siviilipalveluslain säädäntö velvoittavat vain miehiä, molemmista syntymäkohorteista poimittiin miehet (1987:  $n = 30\,435$ , 1997:  $n = 29\,880$ ). Kun seurannasta poistettiin kuolleet ja ulkomaille muuttaneet, kohorttien koko oli 28 816 miestä (1987) ja 29 025 miestä (1997). Vuonna 1987 syntyneitä seurattiin kohortin aineiston keruussa vuoden 2015 loppuun, jolloin miehet olivat 28-vuotiaita. Asevelvollisuus päättyi sinä vuonna, jolloin henkilö täyttää 30 vuotta. Siviilipalvelukseen määrätään kutsuntaprosessin yhteydessä hakemusvuonna tai kahtena sitä seuraavana vuonna, ellei siviilipalvelusvelvolliselle ole määrätty lykkäystä. Lykkäystä ei saa antaa pidemmäksi ajaksi kuin sen kalenterivuoden loppuun, jona siviilipalvelusvelvollinen täyttää 28 vuotta. Vuonna 1997 syntyneiden seuranta ulottuu vuoden 2016 loppuun, jolloin miehet olivat 19–20-vuotiaita.

Siviilipalveluskeskuksen rekisterin avulla tutkimusjoukosta poimittiin siviilipalveluksen suorittaneet ja erikseen ne nuoret, joiden palveluskelpoisuusluokka oli C (vapautettu rauhan ajan palveluksesta terveydellisestä syystä) tai E (vapautettu määräajaksi palveluskelpoisuuden tilapäisen puuttumisen takia) tai joiden palvelusta oli lykätty. Siviilipalveluslain mukaan hyväksyttävistä syistä lykkäykselle ovat ammattiin valmistuminen, opiskelu, taloudellisten asioiden järjestäminen tai muu erityinen henkilökohtainen syy (3). Nuorista, joiden siviilipalvelus oli keskeytynyt, jotka oli vapautettu palveluksesta joko ennen siviilipalveluksen alkua tai palveluksen jo alettua tai joiden siviilipalvelusta oli lykätty, käytetään artikkelissa selkeyden vuoksi nimitystä siviilipalveluksen keskeyttäneet. Päätökset palveluskelpoisuudesta ja sen muutoksesta sekä siviilipalveluksen lykkäyksestä tekee siviilipalvelukseen määrättyjen osalta Siviilipalveluskeskus. Sekä määräaikainen vapautus että lykkäys ovat mahdollisia korkeintaan kolmeksi vuodeksi kerrallaan. Verrokkiryhmänä siviilipalveluksen keskeyttäneille ja sen suorittaneille toimivat ne saman ikäluokan miehet, jotka on kutsunnoissa määrätty varusmiespalvelukseen tai vapautettu siitä. Poiminta sisältää tietoja rekisteristä vuoden 2019 kesäkuuhun asti.

## MUUTTUJAT

Vuoden 1997 syntymäkohorttiaineistosta hyödynnettiin seuraavia tietoja ennen nuoren 18-vuotissyntymäpäivää: molemmat vanhemmat vailla peruskoulun jälkeistä tutkintoa, vanhempien yhteenlasketut ansiotulot alimmassa viidenneksessä vuosina 2005–2015, vähintään toisella vanhemmalla psykiatrinen diagnoosi lapsen syntymän ja 18-vuotissyntymäpäivän välillä, vanhempien avioero tai vanhemman kuolema, lastensuojelun sijoitus, nuoren osallistuminen yksilöllistettyyn opetukseen peruskoulussa, nuoren lukuaineiden keskiarvo peruskoulun päättötodistuksessa yhteishaussa 2012–2017 (vain ensimmäinen hakukerta huomioitu) ja nuoren saama psykiatrinen diagnoosi ennen 18. syntymäpäivää.

Vuoden 1987 syntymäkohorttiaineistosta kerättiin seuraavat tiedot 28 vuoden ikään mennessä: kertyneet opiskelu- ja työvuodet, peruspäivärahaa, toimeentulotukea tai työmarkkinatukea saaneiden määrä ja ilman ansiotuloja jääneiden määrä. Tässä kohortissa kuormittaville vanhemmuuteen liittyville riskitekijöille laskettiin myös seuraava summamuuttuja, jossa sai yhden pisteen kustakin seuraavista: vanhempien matala koulutustaso, vanhempien matala tulotaso, jommankumman vanhemman psykiatrinen diagnoosi ja vanhempien ero tai toisen vanhemman kuolema.

## TILASTOANALYYSIT

Aineiston kuvailuun käytettiin frekvenssejä ja prosentiosuuksia sekä aineiston jakautumisen perusteella keskiarvoja keskihajontoiheen (standardideviaatio, SD) tai mediaania kvartiiliväleeseen (interquartile range, IQR). Ryhmien vertailussa käytettiin chi:n neliö testiä ja parittomien aineistojen (Welch) t-testiä. Riskitekijöiden kertymistä selvitettiin polkuanalyysillä (25). Tilastolliset analyysit tehtiin IBM:n SPSS ja R -tilasto-ohjelmilla.

## TULOKSET

Vuonna 1987 syntyneistä siviilipalveluksen suorittamisen aloitti 616 nuorta (2,1 % kutsuntaikäisistä), joista keskeyttäneitä, palvelusta lykänneitä tai siitä vapautettuja oli 254 nuorta (0,9 % kutsuntaikäisistä; 41,2 % siviilipalvelukseen määrättyistä). Vuonna 1997 syntyneistä siviilipalvelukseen määrättiin 878 nuorta (3,0 % kutsuntaikäisistä), joista palveluksen oli keskeyttänyt, lykännyt tai siitä oli vapautettu 223 nuorta

Taulukko 1. Vuonna 1997 syntyneiden siviilipalveluksen keskeyttäneiden ja ikätovereiden vertailu kuormittavien riskitekijöiden osalta ennen nuorten 18. syntymäpäivää.

	Keskeyttäneet, N=223		Suorittaneet, N=655		Verrokkit, N=28147	
	n	%	n	%	n	%
Vanhemilla ei tutkintoa <sup>1</sup>	15	6,7	7	1,1**	976	3,5*
Vanhemilla matala tulostaso <sup>2</sup>	68	30,5	112	17,1**	5676	20,2**
Vanhemmalla psykiatrinen diagnoosi	78	35,0	158	24,1*	6463	23,0**
Vanhempien avioero tai kuolema <sup>3</sup>	93	41,7	167	25,5**	7734	27,5**
Lastensuojelun sijoitus	14	6,3	20	3,1	1572	5,6
Yksilöllinen opetus	23	10,3	23	3,5**	1890	6,7*
Oma psykiatrinen diagnoosi	50	22,4	120	18,3	5879	20,9
Peruskoulun lukuaineiden keskiarvo	7,18		7,89 ##		7,41 ##	

Keskeyttäneet: keskeyttänyt siviilipalveluksen, palvelusta lykätty tai vapautettu rauhanajan palveluksesta. Suorittaneet: suorittanut siviilipalveluksen. Verrokkit: muut saman ikäiset miehet (määrätty varusmiespalvelukseen tai vapautettu siitä).

<sup>1</sup>Ei tutkintoa peruskoulun jälkeen  
<sup>2</sup>Vanhempien yhteenlasketut ansiotulot alimmassa viidenneksessä  
<sup>3</sup>Vanhempien avioero tai vanhemman kuolema  
\*Ero keskeyttäneisiin: p < 0,05 (chin neliö -testi)  
\*\*Ero keskeyttäneisiin: p ≤ 0,001 (chin neliö -testi)  
## Ero keskeyttäneisiin: p ≤ 0,001 (parittomien aineistojen t-testi, Welch)

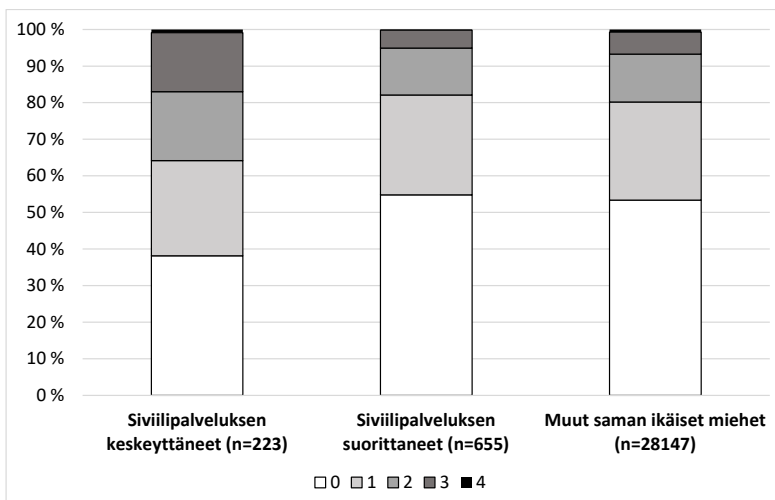
(0,8 % kutsuntaikäisistä; 25,4 % siviilipalvelukseen määrätystä).

Taulukossa 1 vertaillaan kuormittavien riskitekijöiden esiintyvyyksiä vuonna 1997 syntyneiden siviilipalveluksen keskeyttäneiden, siviilipalveluksen suorittaneiden ja muiden ikätovereiden keskuudessa.

Siviilipalveluksen keskeyttäneiden lapsuudessa oli merkittävästi useammin tunnistettavissa

perheen taloudellisia, sosiaalisia ja terveydellisiä haasteita kuin siviilipalveluksen suorittaneilla tai muilla saman ikäisillä. Siviilipalveluksen keskeyttäneet olivat saaneet useammin yksilöllistä opetusta ja peruskoulun päättötodistuksen keskiarvo oli heillä matalampi kuin siviilipalveluksen suorittaneilla tai muilla saman ikäluokan nuorilla. Tarkasteltaessa vanhemmuuteen liittyviä kuormitustekijöitä kokonaisuutena siviilipal-

Kuva 1. Kuormittavien riskitekijöiden (0-4) kanssa elävien osuudet vuonna 1997 syntyneillä siviilipalveluksen keskeyttäneillä (n=223), siviilipalveluksen suorittaneilla (n=655) ja muilla saman ikäisillä miehillä (n=28147). Kuormitustekijöinä on huomioitu vanhempien matala koulutus, vanhempien matala tulotaso, jommankumman vanhemman psykiatrinen diagnoosi ja vanhempien avioero tai vanhemman kuolema.





Taulukko 2. Vuonna 1987 syntyneiden siviilipalveluksen keskeyttäneiden ja ikätovereiden vertailu vuosina 2007–2015 (20–28-vuotiaana).

	Keskeyttäneet, N=254		Suorittaneet, N=362		Verrokkit, N=28200	
	n	%	n	%	n	%
Saanut peruspäivärahaa <sup>1</sup>	178	70,1	200	55,3**	13634	48,4**
Saanut toimeentulotukea <sup>2</sup>	178	70,1	216	40,3*	9022	31,6**
Tutkintotaso vuonna 2015						
Perusaste	86	33,9	37	10,2**	3602	12,8**
Toinen aste	129	50,8	143	39,5*	16402	58,2*
Alempi korkea-aste	30	11,8	97	26,8**	5555	19,7*
Ylempi korkea-aste	9	3,5	85	23,5**	2641	9,4*
Ei ansiotuloja <sup>3</sup>	25	9,8	11	3,0**	929	3,3**

Keskeyttäneet: keskeyttänyt siviilipalveluksen, palvelusta lykätty tai vapautettu rauhanajan palveluksesta. Suorittaneet: suorittanut siviilipalveluksen. Verrokkit: muut saman ikäiset miehet (määrätty varusmiespalvelukseen tai vapautettu siitä).

<sup>1</sup>Saanut peruspäivärahaa tai työmarkkinatukea vähintään kerran

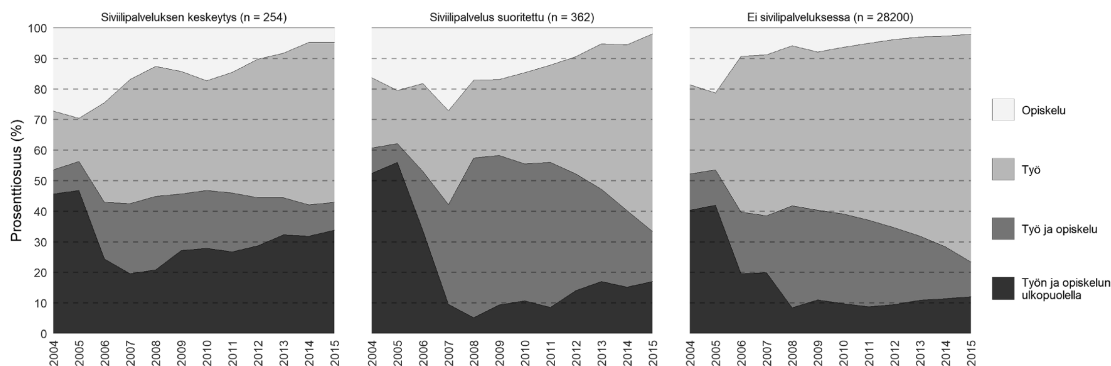
<sup>2</sup>Saanut toimeentulotukea vähintään kerran

<sup>3</sup>Vähintään yhtenä vuonna ilman ansiotuloja Eläketurvakeskuksen ansaintarekisterissä

\*Ero keskeyttäneisiin:  $p < 0,05$  (chin neliö –testi)

\*\*Ero keskeyttäneisiin:  $p \leq 0,001$  (chin neliö –testi)

Kuva 2. Vuonna 1987 syntyneiden siviilipalveluksen keskeyttäneiden (n=254), siviilipalveluksen suorittaneiden (n=362) ja muiden saman ikäisten miesten (n=28200) osallistuminen opintoihin ja työelämään vuosina 2004–2015.



veluksen keskeyttäneistä 38 %:lla ei ollut yhtään kuormitustekijää, kun siviilipalveluksen suorittaneista 54,8 % oli vailla kuormitustekijöitä ja muista saman ikäisistä miehistä 53,4 % (Kuva 1).

Siviilipalveluksen keskeyttäneet olivat saaneet nuorena aikuisiässä peruspäivärahaa tai työmarkkinatukea ja toimeentulotukea useammin kuin muut saman ikäiset nuoret (Taulukko 2). Keskimääräinen koulutustaso oli siviilipalveluksen keskeyttäneillä alhaisempi kuin muilla. Siviilipalveluksen keskeyttäneistä merkittävästi suurempi osuus oli vielä 28-vuotiaana opintojen ja työelämän ulkopuolella verrattuna siviilipal-

veluksen suorittaneisiin ja muihin ikätovereihin (Kuva 2).

## POHDINTA

Vuonna 1997 syntyneistä siviilipalveluksen suorittamisen aloitti 3,0 % kutsuntaikäisistä, ja näistä nuorista neljäsosa keskeytti palveluksen, lykäksi sitä tai vapautettiin palveluksesta rauhan aikana. Palveluksen keskeyttäneillä oli merkittävästi useammin kuormittavia sosioekonomisia ja oppimiseen liittyviä riskitekijöitä kuin siviilipalveluksen suorittaneilla tai muilla saman ikäisillä nuorilla. Vuonna 1987 syntyneillä siviilipalveluk-

sen keskeyttäneillä oli ikätovereitaan suurempi riski olla 28-vuotiaana opintojen ja työelämän ulkopuolella.

Tämä on tietääksemme ensimmäinen väestötason tutkimus, jossa selvitetään siviilipalveluksen suorittaneiden ja palveluksen keskeyttäneiden taustoja ja syrjäytymisriskiä palveluksen jälkeen. Tulokset ovat todennäköisesti hyvin yleistettävissä Suomessa, koska tutkimusaineistona oli kaksi syntymäkohorttia ja asevelvollisuutta ja siviilipalvelusta koskeva lainsäädäntö on miesten osalta ja näiden kahden syntymäkohortin asevelvollisuusaikana säilynyt jotakuinkin ennallaan.

Kansainvälinen vertailu on haastavaa, sillä aivan samanlaista asevelvollisuutta ja siviilipalveluslainsäädäntöä ei ole missään toisessa maassa. Yksi samantapainen järjestelmä löytyy Etelä-Koreasta, jossa kaikki miehet aloittavat armeijakoulutuksen neljän viikon jaksolla. Jos siinä havaitaan terveydellisiä rajoitteita tai nuori ei pärjää, hän siirtyy niin sanottuun siviilipalvelukseen, jossa hän saa koulutusta ja hänet pyritään työllistämään valtion virastoihin tai muihin tarkoituksenmukaisiin tehtäviin.

Varusmiespalveluksen aloittaneiden terveydentilasta ja fyysisestä kunnosta on julkaistu kohtuullisesti epidemiologista tietoa (26–28). Puolustusvoimat järjestää myös vuosittain koulutustilaisuuksia kutsuntojen ennakkotarkastuksia tekeville terveydenhuollon ammattilaisille, jotta palveluskelpoisuus tulisi määritettyä mahdollisimman täsmällisesti ja mahdolliset palveluskelpoisuuden esteet tunnistettaisiin mahdollisimman varhain. Kutsuntojen ennakkotarkastukset ja kutsuntatilaisuudet koskevat kaikkia ikäluokan miehiä, myös niitä nuoria, jotka hakeutuvat siviilipalvelukseen. Varusmiespalvelukseen astuneiden ja reserviläisten psykososiaalisesta hyvinvoinnista, mielenterveydestä ja fyysisestä aktiivisuudesta on myös käynnissä laaja seurantatutkimus (29). Vaikka siviilipalvelus on Suomessa ollut vakaumuksen perusteella mahdollista vuodesta 1931, siviilipalveluksen suorittaneiden, saati sen keskeyttäneiden terveydestä ja pärjäämisestä ei ole aiemmin tehty kansallista tutkimusta. Tämä saattaa liittyä siviilipalvelukseen liitettyyn stigmaan, jonka hälvenemiseen viittaa myös tässä tutkimuksessa tehty havainto siviilipalveluksen valitsevien kasvavasta joukosta.

Valtakunnallisesti syrjäytymisriskissä olevien NEET-nuorten määrä laski tasaisesti ennen ko-

ronapandemiaa, mutta myönteinen kehitys on sen jälkeen pysähtynyt (20). Parlamentaarinen asevelvollisuuskomitea on esittänyt kutsunta-prosessin ulottamista koskemaan koko ikäluokkaa, ja työryhmä pitää kutsuntaprosessiin kuuluvaa terveystarkastusta ja tukipalveluiden tarjoamista tehokkaina interventioina syrjäytymisriskin vähentämisessä (30). Vaikka nuorisolaki velvoittaa puolustusvoimia ja siviilipalveluskeskusta luovuttamaan harkintansa mukaan etsivälle nuorisotyölle tiedot palveluskelpoisuuden puuttumisen tai palveluksen keskeyttämisen perusteella, näyttöä kansallisen Aikalisä! -toimintamallin vaikuttavuudesta on kuitenkin vähän. Alkuperäisessä Aikalisä! -pilottitutkimuksessa ohjaajat tavoittivat 182 interventioryhmään kuuluneesta nuoresta 67% (n=121), ja lopulta 52 miestä (29%) kiinnittyi ohjelmaan (7). Aikalisä-tukiohjelmaan kiinnittyneiden joukossa psyykinen kuormitus väheni, mutta interventiolla ei havaittu vaikutusta alkoholin käyttöön, elämänlaatuun tai ongelmien kasautumiseen (7,31).

Tämän tutkimuksen vahvuutena on, että tutkimusaineisto perustuu kahteen kansalliseen syntymäkohorttiin, ja siten tulokset edustavat koko suomalaista väestöä. Tutkimuksessa on hyödynnetty THL:n ja Siviilipalveluskeskuksen rekisteritietoja. Siviilipalveluksen suorittaminen on edelleen varsin harvinaista, mikä rajoitti erilaisten tilastomenetelmien käyttöä. Tutkimusasetelmaa olisi voinut vahvistaa liittämällä mukaan myös asepalveluksen suorittaneiden ja keskeyttäneiden tiedot, mutta tämä ei valitettavasti onnistunut. Tutkimusasetelma on kuvaileva, ei selittävä, ja siksi tulosten tulkinnassa on syytä noudattaa varovaisuutta. Asevelvollisuus päättyy, kun henkilö täyttää 30 vuotta, mutta vuoden 1987 syntymäkohortin osalta tiedonkeruu päättyi heidän ollessaan 28-vuotiaita. Palvelusta ei kuitenkaan voida lykätä kuin sen vuoden loppuun, jolloin henkilö täyttää 28 vuotta. Siten vuonna 1987 syntyneistä voi puuttua joitakin yksittäisiä palveluksen keskeyttäneitä, mutta sillä ei liene merkitystä lopputulosten kannalta. Vuonna 1997 syntyneiden kohortissa siviilipalveluksen keskeyttäneitä oli vähemmän kuin vuonna 1987 syntyneiden kohortissa. Syynä tähän eroon voi kuitenkin olla, että velvollisuus siviilipalveluksen suorittamiseen päättyy sen kalenterivuoden lopussa, jolloin henkilö täyttää 30 vuotta. Siten on odotettavissa, että vuonna 1997 syntyneiden kohortissa-

kin siviilipalveluksen keskeyttäneiden määrä vielä kasvaa.

Vaikka syrjäytymisen ehkäisyssä onkin tärkeää panostaa laajoihin yhteiskunnallisiin toimiin ja olosuhteisiin jo varhaislapsuuden aikana, syrjäytymistä ei voi kokonaan ehkäistä näillä toimenpiteillä. Osa nuoria kuormittavista riskitekijöistä, kuten vanhempien avioero tai kuolema tai vanhempien vakava sairastuminen, voivat tapahtua ennakoimatta vasta nuoruusiässä. Lisäksi kaikki vanhemmat eivät halua heille tarjottua tukea. Siksi myös kuormittavissa olosuhteissa eläville nuorille on oltava tarjolla tukea silloin, kun he ovat valmiita ottamaan sitä vastaan. Kun kutsuntaprosessi koskettaa koko ikäluokkaa, kutsuntojen ennakkotarkastukset tarjoavat yhden tilaisuuden syrjäytymisriskissä olevien nuorten tunnistamiselle ja tuen tarjoamiselle. Suomalaisen väitöskirjan perusteella kutsuntojen terveystarkastuksia tehostamalla olisi kuitenkin saavutettavissa vain marginaalisia hyötyjä, sillä valtaosa varusmiespalveluksen keskeyttäneistä oli tuntenut itsensä terveeksi kutsuntatilaisuudessa ja heidät oli todettu terveiksi lääkärintarkastuksessa (32). Toinen ilmeinen tilaisuus tuen tarjoamiselle olisi silloin, kun nuori keskeyttää varusmies- tai siviilipalveluksen. Joskus apu kelpaa vasta, kun nuori tuntee ajautuneensa umpikujaan. Osa siviilipalveluksen keskeyttäneistä on aiemmin keskeyttänyt asepalveluksen, joten heidän kohdallaan kelpaamattomuuden tunne voi olla erityisen voimakas.

Aikalisä -intervention kautta etsivän nuorisotyön piiriin on ohjautunut 2018–2021 vuosittain yli tuhat nuorta kutsunnoista, Puolustusvoimista tai siviilipalveluksesta (Aluehallintovirasto, julkaisematon tiedonanto). Rekisteritutkimukselle

tuon nuorisoyoukon myöhemmistä elämänvaiheista ja toisaalta kyselytutkimukselle nuorten omista tarpeista ja nuorisotyön kautta saadun tuen kohdentumisesta olisi suuri tarve. Mikäli tutkimuksessa havaitaan, ettei Aikalisä-interventio väestötasollakaan vaikuta elämänlaatuun tai ongelmien kasautumiseen parhaalla mahdollisella tavalla, tai jos interventio ei vastaa nuorten itse esiin tuomiin tarpeisiin, voisi olla eduksi ottaa intervention jatkokehittelyyn mukaan kohdeyhmän nuoria (33–35). Nuorten mukana olo jo intervention suunnitteluvaiheessa voisi lisätä intervention hyväksyttävyyttä muiden nuorten silmissä ja siten myös onnistumismahdollisuuksia. Merkittävien ja kunnianhimoisten yhteiskunnallisten interventioiden jatkuva arviointi ja kehittäminen ovat välttämättömiä vaikuttavuuden saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi.

#### KIITOKSET:

Kiitämme tutkimuksen alkuvaiheen suunniteluun osallistuneita: sotatieteiden tohtori, lääkintäeversti evp Matti Lehesjoki; Kelan vastaava asiantuntijalääkäri Jan Löfstedt; opetus- ja kulttuuriministeriön neuvotteleva virkamies Jaana Wallden.

#### RAHOITTAJAT:

Työeläkeyhtiö Elo.

#### KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

SK osallistui aineiston analysointiin, laati kuvan 1 ja kirjoitti käsikirjoituksen ensimmäisen version; MKS suoritti tilastoanalyysit ja laati kuvan 2; MG osallistui tutkimuksen suunnitteluun ja haki rahoitusta; MR ja TR osallistuivat tutkimuksen suunnitteluun. Kaikki kirjoittajat osallistuivat käsikirjoituksen kriittiseen kommentointiin.

**Kosola, S., Keski-Säntti, M., Gockel, M., Reijonen, M., Ristikari, T. Risk of social exclusion among young men after civil non-military service interruption or post-ponement. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine* 2024; 61: 227–235.**

All young Finnish men are legally required to participate in military conscriptions. Based on the civil service law, young men may be assigned to non-military service according to their conviction. Some 1,5% of Finnish men are assigned to non-military service, but some men also transfer from military service to non-military service. Little is known, however, about those youth who interrupt or postpone their non-military service.

The aim of this study was to assess factors associated with incomplete non-military service both before and after service interruption.

We combined data on men from two national birth cohorts, 1987 (n = 28816) and 1997 (n = 29025), and the registry of the Siviilipalveluskeskus (“Centre for Non-Military Service”) for the same cohorts. Data on the childhood family and academic achievement of the 1997

birth cohort were compared with interrupted non-military service. In the 1987 birth cohort, data on interrupted or postponed non-military service was compared with data on later educational attainment and work force participation.

Youth with interrupted non-military service more frequently came from low-income families (30,5% vs. 17,1%) and had experienced parental separation or death (41,7% vs. 25,5%) than youth who completed their service. After service interruption until the age of 28, youth acquired fewer years in the work force (3,96 vs. 5,37 years) than youth who completed their service.

Youth with interrupted service also were more inclined to rely on labor market support than their peers.

The current service system fails to consider sufficiently the background and life circumstances of youth when organizing support and preventing social exclusion.

**Keywords:** prevention, education, civil service, social exclusion

Saapunut (04.01.2023)

Hyväksytty (19.10.2023)

## LÄHTEET

- (1) Asevelvollisuuslaki 28.12.2007/1438 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20071438> Luettu 12.12.2022
- (2) Maavoimien esikunta. Kutsunnat päätökseen – yli 73 prosenttia ikäluokasta määrättiin varusmiespalvelukseen. 20.12.2021 <https://maavoimat.fi/-/kutsunnat-paatokseen-yli-73-prosenttia-ikaluokasta-palvelukseen> Luettu 12.12.2022
- (3) Siviilipalveluslaki 28.12.2007/1446 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20071446> Luettu 12.12.2022
- (4) Työ- ja elinkeinoministeriö. Siviilipalvelus 2020. Siviilipalveluksen kehittämissyöryhmän mietintö 9/2011. <https://tem.fi/documents/1410877/3346190/Siviilipalvelus+2020+02032011.pdf> Luettu 12.12.2022
- (5) Stengård E, Appelqvist-Schmidlechner K, Upanne M, ym. Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen. Varusmies- ja siviilipalveluksen ulkopuolelle jääneiden miesten elämäntilanne ja psykososiaalinen hyvinvointi. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes 2008. R18-2008-VERKKO.pdf (julkari.fi) Luettu 2.8.2023
- (6) Stengård E, Appelqvist-Schmidlechner K, Upanne M, ym. Varusmies- tai siviilipalveluksen keskeyttäneet miehet voivat huonosti. *Lääkärilehti* 2009;49:4263–4268.
- (7) Stengård E, Appelqvist-Schmidlechner K, Upanne M, ym. Nuorten miesten psykososiaalinen tukiohjelma vähensi psyykkistä kuormittuneisuutta. *Lääkärilehti* 2009;48:4153–4157.
- (8) Appelqvist-Schmidlechner K, Upanne M, Henriksson M, et al. Young men exempted from compulsory military or civil service in Finland – a group of men in need of psychosocial support? *Scand J Public Health* 2010;2:168–176. <https://doi.org/10.1177/1403494809357103>
- (9) Sosiaali- ja terveysministeriö. Syrjäytymisen ja köyhyyden ehkäiseminen. Syrjäytymisen ja köyhyyden ehkäiseminen – Sosiaali- ja terveysministeriö (stm.fi) Luettu 2.8.2023
- (10) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Nuorten syrjäytymisen ehkäisy. 9.6.2023 Nuorten syrjäytymisen ehkäisy – THL Luettu 2.8.2023
- (11) Paananen R, Surakka A, Kainulainen S, ym. Nuorten aikuisten syrjäytymiseen liittyvät tekijät ja sosiaali- ja terveyspalveluiden ajoittuminen. *Sosiaalilääk Aikak* 2019;56:114–128. <https://doi.org/10.23990/sa.73002>
- (12) Ristikari T, Törmäkangas L, Lappi A, ym. Suomi nuorten kasvuympäristönä – 25 vuoden seuranta vuonna 1987 Suomessa syntyneistä nuorista aikuisista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 9/2016.
- (13) Niemelä M, Paananen R, Hakko H, ym. Mental disorder diagnoses of offspring affected by parental cancer before early adulthood: the 1987 Finnish Birth Cohort study. *Psychooncology*. 2016;12:1477–1484. <https://doi.org/10.1002/pon.4088>
- (14) Merikukka M. Lapsuuden elinolojen yhteydet aikuisuuden hyvinvointiin: Kansallinen syntymäkohortti 1987 – rekisteritutkimus. Väitöskirja, Oulun yliopisto 2020.
- (15) Kestilä L, Karvonen S (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.
- (16) Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, ym. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet* 2016;387:2423–2478. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)
- (17) Tampereen yliopistollinen sairaala. Nuorten mielenterveyden häiriöiden kasvu on hätähuuto yhteiskunnan muutoksesta. 10.2.2020 [https://www.tays.fi/fi-FI/Nuorten\\_mielenterveyden\\_hairioiden\\_kasvu\(102911\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Nuorten_mielenterveyden_hairioiden_kasvu(102911)) Luettu 12.12.2022
- (18) Ilta-Sanomat. Yksi kuva näyttää karun kehityksen: nuorten itsemurhat eivät vähenny samassa tahdissa kuin keski-ikäisten. 19.11.2019 <https://www.is.fi/kotimaa/art-2000006312609.html> Luettu 12.12.2022
- (19) Knaappila N, Kosola S, Kaltiala R. Nuorten ongelmakäyttäytyminen vähenee mutta ongelmat kasautuvat. *Lääkärilehti* 2021;76:998–1002.

- (20) Aluehallintovirasto, Tiedolla johtamisen palvelu. Nuorten syrjäytyminen. Tilannekuva. <https://beta.tieto.avi.fi/nuorten-syrjaytyminen/tilannekuva> Luettu 6.8.2023
- (21) Notkola V, Pitkänen S, Tuusa M, ym. Nuorten syrjäytyminen. Tietoa, toimintaa ja tuloksia? Eduskunnan tarkastusvaliokunnan julkaisu 1/2013.
- (22) Kasvun tuki. Varhaisen tuen tietolähde. Itla. <https://kasvuntuki.fi/metodit-ilmiot/metodit/> Luettu 12.12.2022
- (23) Into etsivä nuorisotyö ja työpajatoiminta ry. Aikalisä. Aikalisä – Into – etsivä nuorisotyö ja työpajatoiminta ry (intory.fi) Luettu 2.8.2023
- (24) Nuorisolaki 21.12.2016/1285 Nuorisolaki 1285/2016 – Ajantasainen lainsäädäntö – FINLEX® Luettu 8.8.2023
- (25) Kääriälä A, Haapakorva P, Pekkarinen E, ym. From care to education and work? Education and employment trajectories in early adulthood by children in out-of-home care. *Child Abuse & Neglect* 2019;98:104144. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104144>
- (26) Vainikainen T. Armeijaan vai ei? Lääket aikak Duodecim 2010;126:1366–1367.
- (27) Absetz P, Jallinoja P, Suihko J, ym. Varusmiesten ravitsemus ja muut elintavat sekä terveyden riskitekijät palveluksen aikana. Kuuden kuukauden seuranta tutkimus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 16/2010.
- (28) Pihlainen K, Vaara J, Ojanen T, ym. Effects of baseline fitness and BMI levels on changes in physical fitness during military service. *J Sci Med Sport* 2020;23:841–845. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2020.02.006>
- (29) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Reserviläisten ja varusmiesten psykososiaalisen hyvinvoinnin, mielen terveyden ja liikunta-aktiivisuuden väliset yhteydet. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankeet/reservilaisten-ja-varusmiesten-psykososiaalisen-hyvinvoinnin-mielen-terveyden-ja-liikunta-aktiivisuuden-valiset-yhteydet> Luettu 12.12.2022
- (30) Parlamentaarisen komitean mietintö. Yleisen asevelvollisuuden kehittäminen ja maanpuolustusvelvollisuuden täyttäminen. Valtioneuvoston julkaisuja 2021:91. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163633/VN\\_2021\\_91.pdf](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163633/VN_2021_91.pdf) Luettu 3.8.2023
- (31) Appelqvist-Schmidlechner K, Henriksson M, Joukamaa M, et al. Psychosocial support programme for young men at risk: who participates, who drops out? *Int J Ment Health Promot* 2011;2:40–49. <https://doi.org/10.1080/14623730.2011.9715655>
- (32) Lehesjoki M. Varusmiespalveluksen varhainen keskeytyminen terveydellisistä syistä. Väitöskirja, Maanpuolustuskorkeakoulu 2018.
- (33) Larsson I, Staland-Nyman C, Svedberg P, ym. Children and young people's participation in developing interventions in health and well-being: a scoping review. *BMC Health Serv Res* 2018;18:507. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3219-2>
- (34) Thabrew H, Fleming T, Hetrick S, ym. Co-design of ehealth interventions with children and young people. *Front Psychiatry* 2018;9:481. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00481>
- (35) Goss HR, Smith C, Hickey L, ym. Using co-design to develop a health literacy intervention with socially disadvantaged adolescents. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:4965. <https://doi.org/10.3390/ijerph19094965>

SILJA KOSOLA

*LT, yleislääketieteen erikoislääkäri,  
nuorisolääketieteen dosentti  
Lastentautien tutkimuskeskus,  
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri  
Helsingin yliopisto  
Tutkimus, kehittäminen ja innovaatio,  
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue*

MARKU KESKI-SÄNTTI

*KTM,  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*

MAARIT GOCKEL

*LT, Fysiatrian erikoislääkäri*

MIKKO REIJONEN

*KL, siviilipalvelusjohtaja  
KEHA-keskus  
Siviilipalveluskeskus*

TIINA RISTIKARI

*Tutkimusprofessori  
Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö*



## Farmaseuttien ja proviisorien näkemykset farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeudesta

Monessa maassa farmasian ammattihenkilöt voivat rokottaa apteekeissa, mutta Suomessa se ei ole mahdollista. Farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeudella on todettu olevan useita etuja, kuten rokotusten helpompi saavutettavuus ja rokotuskattavuuden paraneminen. Koronapandemian myötä farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeudesta on keskusteltu myös Suomessa. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tutkia avoimuksen apteekeissa (avoapteekki) työskentelevien farmaseuttien ja proviisorien (pois lukien apteekkarit) näkemyksiä farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeudesta ja apteekeissa rokottamisesta.

Tutkimuksen aineisto kerättiin sähköisenä kyselynä, johon lähetettiin linkki sähköpostitse Suomen Farmasialiiton ja Suomen Proviisoriyhdistyksen kautta avoapteekeissa työskenteleville farmasian ammattihenkilöille tammikuussa 2023. Aineisto analysoitiin frekvensseinä,  $\chi^2$ - ja Fisherin testeillä sekä vapaamuotoisella sisällönanalyyysillä.

Lopullinen aineisto koostui 452 vastaajasta. Vastaajista 53 % kannatti farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeuden mahdollistamista Suomessa ja 42 % olisi itse valmis antamaan rokotteita pistoksena. Yleisimmät rokotteet, joita vastaajien mielestä farmasian ammattihenkilö voisi antaa pistoksena olivat influenssa- ja TBE-rokote. Rokotusoikeuden mahdollisina yleisimpinä hyötyinä raportoitiin rokotusten helppous asiakkaille, terveydenhuollon kuormituksen väheneminen ja rokotuskattavuuden edistäminen. Yleisimpinä haasteina raportoitiin rokotustilan järjestäminen apteekeissa, rokotteiden haittavaikutukset ja niihin varautuminen apteekissa sekä rokotusosaamisen koulutus ja ylläpito.

Tämän tutkimuksen perusteella farmaseutit ja proviisorit suhtautuivat pääosin myönteisesti farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeuteen Suomessa. Osa on myös halukkaita itse antamaan rokotteita pistoksena. Rokotusoikeuteen liittyy monia yhteiskunnallisia hyötyjä, mutta myös haasteita. Tarvitaan huolellista tietoon perustuvaa päätöksentekoa ja asianmukaisia toimenpiteitä, mikäli rokotusoikeus mahdollistetaan farmasian ammattihenkilöille Suomessa.

**ASIASANAT:** apteekit, farmaseutti, proviisori, rokotus

**MARIA MARTIKAINEN, HANNA KAUPPINEN, PIIA SIITONEN, JOHANNA TIMONEN**

### YDINASIAT

- Noin puolet farmaseuteista ja proviisoreista kannattaa farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeutta Suomessa
- Pienempi osa on halukkaita itse antamaan rokotteita pistoksena
- Farmasian ammattihenkilöt voisivat antaa erityisesti influenssarokotuksia apteekeissa
- Farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeudessa on useita yhteiskunnallisia hyötyjä, mutta myös haasteita.

## JOHDANTO

Rokotukset säästävät maailmalla miljoonia ihmishenkkiä joka vuosi (1). Ne ovat olennainen osa perusterveydenhuoltoa ja niistä on sekä yksilötason että väestötason hyötyjä (1,2). Rokotteet suojaavat yksilöitä tartuntatautien aiheuttamilta riskeiltä samalla vähentäen taudinaiheuttajien leviämistä väestössä. Rokotukset voivat parhaimmillaan poistaa taudin kokonaan joko alueellisesti tai globaalisti. Esimerkiksi isorokko on hävitetty maailmasta muutamia vuosikymmeniä sitten rokotusten avulla. Rokotuskattavuuden pitää olla tarpeeksi korkea, jotta epidemiat pystytään pitämään hallinnassa (2).

Suomessa rokotteita saa antaa pistoksena lääkäri tai asianmukaisen rokotuskoulutuksen saanut sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai kättilö. Farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeus ei ole mahdollista (3). Farmasian ammattihenkilöillä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa farmaseuttia (kandidaattitutkinto) tai proviisorina (maisteritutkinto), jotka ovat laillistettuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä Suomessa (4). Kansainvälisesti myös farmasian ammattihenkilöt ovat merkittävässä roolissa rokottajina. Farmasian maailmanjärjestön raportin mukaan 78 % (n=28/36) tutkimukseen osallistuneista maista sallii rokottamisen apteekissa ja yleisin apteekkirokotuksia edistävä tekijä maailmalla on farmasian ammattihenkilöiden oma halukkuus tarjota rokotuspalveluita. Farmasian ammattihenkilöiden ja apteekkien laajennettu rooli rokotuspalveluiden järjestäjinä on saavutettu useissa maissa lainsäädäntö- ja sääntelymuutoksilla (5). Monessa maassa, kuten esimerkiksi Argentiinassa, Etelä-Afrikassa ja Yhdysvalloissa rokotuksia on järjestetty apteekkeissa usean vuoden ajan ja kaikissa näistä maista rokottajana voi toimia farmasian ammattihenkilö (5,6).

Tutkimusten mukaan farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeudella on useita yhteiskunnallisia hyötyjä, kuten rokotusten helpompi saavutettavuus ja sitä kautta rokotuskattavuuden paraneminen (6-9). Parempi rokotuskattavuus vähentää tartuntatautien leviämistä väestössä ja säästää samalla terveydenhuollon kustannuksia, jotka johtuvat rokotuksilla estettävissä olevien tartuntatautien ja niiden komplikaatioiden hoidosta (9). Lisäksi asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä apteekkien tarjoamaan rokotuspalveluun (10-13). Farmasian ammattihenkilöiden rokotus-

oikeudella ja apteekkien tarjoamalla rokotuspalveluilla on ollut myös haasteita, joista yleisimmin tutkimuksissa esille tulleita ovat olleet rokotusten antamiseen soveltuvan tilan puute apteekkeissa, farmasian ammattihenkilöiden rajoitetut koulutusmahdollisuudet, rajoitetut henkilöstöresurssit ja palvelusta saadun korvauksen riittämättömyys tai huoli sen riittävydestä (13-20). Yleisimmät esteet apteekkien tarjoaman rokotuspalvelun käyttöönotolle ovat olleet lainsäädännöllisen tuen puute ja sääntelyjärjestelmän rajallinen hyväksyntä tai tuki terveydenhuoltojärjestelmässä (5).

Monessa maassa, kuten Belgiassa, Puolassa ja Saksassa farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeus on mahdollistettu lähivuosina koronapandemian seurauksena (5,11,13,21,22). Myös Suomessa keskustelu farmasian ammattihenkilöiden rokotuskoulutuksesta ja apteekkirokotuksista käynnistyi, kun koronarokotukset alkoivat tulla Suomeen saataville ja rokottajia tarvittiin lisää massarokotusten järjestämiseen (23-25). Suomen Apteekkariliitto vetosi valtioneuvostoon farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeuden ja koulutuksen edistämiseksi tavoitteena parantaa koronarokotusten kattavuutta, mutta asia ei edennyt päätöksenteossa (25). Asia nostettiin esille uudestaan kesällä 2023 Orpon hallituksen laatimassa hallitusohjelmassa, jonka tavoitteena on hyödyntää apteekkien henkilöstön osaamista ja apteekkeja nykyistä laajemmin matalan kynnyksen terveystalouksissa, kuten rokotuksissa (26). Joulukuussa 2023 Sosiaali- ja terveysministeriö ehdotti rokotusasetuksen muutosta, joka mahdollistaisi farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeuden säädetyin edellytyksin Suomessa (27). Rokotusoikeuden käyttöönottoaminen vaatii Suomessa lainsäädännöllisiä muutoksia ja on merkittävä uudistus farmasian ammattihenkilöille ja apteekkeille. Rokotuspalvelulle on apteekkien asiakkaiden näkökulmasta kysyntää ja farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeudella voisi olla tulevaisuudessa positiivisia vaikutuksia terveydenhuollon toiminnan kehittämiseksi (28,29). Tällä hetkellä puuttuu kuitenkin ajantasainen tieto siitä, miten farmasian ammattihenkilöt kokevat rokotusoikeuden mahdollisuuden Suomessa.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tutkia avoimuuden apteekkeissa (myöhemmin tässä artikkelissa käytetään termiä avoapteekki) työskentelevien farmaseuttien ja proviisorien (pois lukien

apteekkarit) näkemyksiä farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeudesta. Tarkemmat tutkimuskysymykset olivat: 1) Kannattavatko farmaseutit ja proviisorit farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeutta? 2) Ovatko farmaseutit ja proviisorit halukkaita antamaan rokotteita pistoksena? 3) Mitä rokotteita farmasian ammattihenkilö voisi antaa pistoksena apteekissa heidän omasta mielestään? ja 4) Mitä hyötyjä ja haasteita farmaseuttien ja proviisorien mielestä olisi farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeudessa Suomessa?

## MENETELMÄT

Sähköinen kyselytutkimus toteutettiin avoapteekkeissa työskenteleville farmasian ammattihenkilöille tammikuussa 2023. Kutsu sähköiseen kyselyyn lähetettiin uutiskirjeessä sähköpostitse Suomen Farmasialiiton kautta kohdennetusti apteekkisektorilla työskenteleville farmaseutti-, proviisori- ja farmasian opiskelijajäsenille ja Suomen Proviisoriyhdistyksen kautta kaikille yhdistykseen kuuluville jäsenille. Apteekkarit eivät sisällyneet proviisorien otokseen. Ennen varsinaista kyselyn aloittamista lomakkeessa oli kysymys, jolla tutkimuksen ulkopuolelle karsittiin vastaajat, jotka eivät tutkimusajanhetkellä työskennelleet avoapteekissa. Kutsuja kyselyyn vastaamisesta lähetettiin yhteensä 4459 henkilölle. Kysely toteutettiin 5.1.–24.1.2023, jonka aikana kyselyyn vastaamisesta lähetettiin yksi muistutussähköpostiviesti molempien organisaatioiden kautta.

## KYSELYLOMAKE

Sähköinen kyselylomake luotiin Webropol-ohjelmalla (versio 3.0). Kyselylomake koostui yhteensä 27 strukturoidusta, avoimesta ja Likert-asteikollisesta kysymyksestä (Liite 1). Kyselylomakkeen kysymykset koostuivat taustatiedoista, farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeuteen ja apteekissa rokotamiseen liittyvistä mielipidekysymyksistä sekä rokotusosaamisen valmiuksia ja rokotusosaamisen koulutusmahdollisuuksia koskevista kysymyksistä. Kyselylomakkeen sisällön suunnitteluun osallistuivat tutkijoiden lisäksi Suomen Apteekkariliitto, Suomen Farmasialiitto, Suomen Proviisoriyhdistys ja Itä-Suomen yliopiston Jatkuvan oppimisen keskus. Kyselylomakkeen suunnittelussa käytettiin apuna Suomen Apteekkariliiton vuonna 2020 apteekkareille toteuttamaa koronarokotuskyselyä (30) ja Terveyden ja hyvinvoinnin

laitoksen ohjeistuksia rokotteista ja rokotustoinnasta (31). Kysymysten sisältö- ja näennäisvaliditeetti sekä sähköisen kyselylomakkeen toimivuus testattiin Itä-Suomen yliopiston farmasian laitoksella työskentelevillä henkilöillä, joilla oli kokemusta kyselylomakkeen laatimisesta. Tämän jälkeen sähköinen kyselylomake pilotoitiin apteekkeissa työskentelevillä farmaseuteilla, proviisoreilla ja farmasian opiskelijoilla (n=30). Näiden perusteella kyselylomakkeeseen tehtiin pieniä muutoksia.

Tässä artikkelissa raportoidaan vastaukset kyselylomakkeen viidestä kysymyksestä. Mieli-pidettä rokotusoikeuden myöntämisestä farmasian ammattihenkilöille kysyttiin kahdessa strukturoidussa kysymyksessä: ”Kannatanko, että farmasian ammattihenkilöille mahdollistettaisiin rokotusoikeus Suomessa” ja ”Olisitko itse halukas antamaan rokotteita pistoksena?” (Liite 1). Vastausvaihtoehdot olivat: 1 = Kyllä, 2 = En, 3 = En osaa sanoa. Monivalintakysymyksessä kysyttiin ”Mitä rokotteita farmasian ammattihenkilö voisi mielestäsi antaa pistoksena apteekissa?”. Vastausvaihtoehdot olivat: 1 = Influenssarokote, 2 = Koronavirusrokote, 3 = Pneumokokkirokote, 4 = TBE-rokote eli ”punkkirokote”, 5 = Rabies- eli vesikauhurokote, 6 = Vyöruusu-rokote, 7 = Muut kansallisen rokotusohjelman mukaiset rokotteet, 8 = Matkailijan rokotteet (hepatiitti A&B, japanin aivotulehdus, keltakuume, lavantauti, meningokokki), 9 = Ei mitään rokotteita. Kysymyksen yhteydessä oli linkki Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Internet-sivuille, josta vastaaja pystyi halutessaan lukemaan edellä mainituista rokotteista (32). Kahdessa avoimessa kysymyksessä kysyttiin rokotusoikeuden hyödyistä ja haasteista: ”Jos farmasian ammattihenkilöillä olisi rokotusoikeus Suomessa, mitä hyötyjä siitä mielestäsi olisi?” ja ”Jos farmasian ammattihenkilöillä olisi rokotusoikeus Suomessa, mitä haasteita siinä mielestäsi olisi?”.

Strukturoiduilla kysymyksillä kysyttiin seuraavia vastaajien taustatietoja: sukupuoli, syntymävuosi, työnimike, muu terveydenhuollon koulutustausta, työkokemus farmaseuttisissa tehtävissä apteekissa, työpaikka, apteekin reseptuuri vuonna 2021, apteekin sijainti, arvio matkan pituudesta apteekista lähimpään terveydenhuollon yksikköön, jossa annetaan rokotteita pistoksena, sekä aiempi rokotusoikeus muun terveydenhuollon koulutuksen kautta (Liite 1).



## ANALYSOINTI

Aineisto analysoitiin määrällisellä ja laadullisella analyysillä. Ennen määrällistä analyysia rokotusoikeuden hyötyjä ja haasteita käsittelevien avointen kysymysten vastaukset luokiteltiin laadullisella vapaamuotoisella induktiivisella sisällönanalyysillä (33). Sisällönanalyysissa aineistoa käsiteltiin, luokitellaan ja jäsennellään systemaattisesti ja objektiivisesti ennalta laadittujen periaatteiden mukaisesti. Analyysi ei kuitenkaan noudattanut puhdasoppista sisällönanalyysia, sillä pelkistysvaihetta ei tehty. Tämän vuoksi käytetään termiä vapaamuotoinen sisällönanalyysi. Analyysi aloitettiin kirjaamalla avointen kysymysten vastaukset kysymyskohtaisesti Microsoft Excel 2016-laskentataulukko-ohjelmaan. Analyysiyksikkö oli sana, lause tai lausejoukko, joka kuvasi yhden hyödyn tai haasteen. Vastauksia luettiin läpi ja tarvittaessa yksi vastaus eroteltiin useaksi analyysiyksiköksi. Analyysiyksiköistä etsittiin asiasisällöltään samanlaisia ja ne yhdistettiin samaan alaluokkaan. Analyysiä jatkettiin yhdistämällä saman sisältöisiä alaluokkia yläluokaksi. Luokittelun teki yksi tutkija (MM), mutta luokittelusta käytiin säännöllistä keskustelua tutkimusryhmässä. Analyysin tuloksena muodostui kahdeksan hyötyjä koskevaa ja yhdeksän haasteita koskevaa yläluokkaa. Loput vastaukset sisällytettiin Muut-luokkaan, koska niistä ei muodostunut riittävän suuria itsenäisiä aihekokonaisuuksia. Analyysin ulkopuolelle jätettiin ne vastaukset, jotka eivät vastanneet kysymykseen (n=19). Luokittelun jälkeen kaikki hyötyjä ja haasteita käsittelevät vastaukset koodattiin muodostuneisiin luokkiin määrällistä analyysia varten.

Määrällinen aineisto tallennettiin IBM SPSS Statistics for Windows tilasto-ohjelmaan (versio 27.0.1.0). Analysoinnissa käytettiin frekvenssijakaumia, ristiintaulukointia,  $\chi^2$ -testiä ja Fisherin testiä. Tilastollisesti merkitsevänä tasona pidettiin  $p < 0,05$ . Analyysissä ikä luokiteltiin viiteen ryhmään ( $\leq 29$ , 30–39, 40–49, 50–59 ja  $\geq 60$  vuotta). Ryhmien välisiä eroja analysoitiin farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeuden kannatuksesta ja halukkuudesta itse rokottaa, ottaen huomioon vastaajan sukupuoli, ikä, työnimike, terveydenhuoltoalan muu koulutus, työkokemus farmaseuttisissa tehtävissä apteekissa, työpaikka, apteekin reseptuuri vuonna 2021, matka apteekista lähimpään terveydenhuollon yksikköön,

jossa annetaan rokotteita pistoksena ja mahdollinen rokotusoikeus. Kysymyksen ”Arvioi, kuinka pitkä matka lähimmillään apteekista, joissa tällä hetkellä työskentelet, on lähimpään terveydenhuollon yksikköön, jossa annetaan rokotteita pistoksena?” vastaukset yhdistettiin pienen vastausmäärän takia kysymyksen ”Arvioi, kuinka pitkä matka apteekista, jossa tällä hetkellä työskentelet, on lähimpään terveydenhuollon yksikköön, jossa annetaan rokotteita pistoksena?” vastausten kanssa. Ryhmien välisten erojen analysoinnissa kyseisten kysymysten vastausvaihtoehdot ”Apteekissa, jossa työskentelen, on saatavilla rokotuspalvelu” ja ”Yhdessä tai useammassa apteekissa, jossa työskentelen, on saatavilla rokotuspalvelu” yhdistettiin vastaukseksi ”Apteekissa, jossa työskentelen, on saatavilla rokotuspalvelu”. Myös kysymyksen ”Onko sinulla lisäksi jokin muu terveydenhuoltoalan koulutus?” vastaukset ”Sairaanhoidtaja”, ”Lähihoitaja”, ”Terveydenhoitaja”, ”Kättilö”, ”Muu terveydenhuoltoalan koulutus” yhdistettiin vastaukseksi ”Muu terveydenhuoltoalan koulutus” ryhmien välisten erojen analysoinnissa. Työpaikkaa koskevassa taustatietokysymyksessä yhdistettiin vastaukset ”Vuokratyöyrityksen kautta yksi apteekki” ja ”Vuokratyöyrityksen kautta useampi apteekki” vastaukseksi ”Vuokratyöyrityksen kautta yksi tai useampi apteekki”. Analyysin ulkopuolelle jätettiin taustatietokysymyksissä ”En osaa sanoa” vastanneet, sukupuoleessa vaihtoehto ”Muu” ja työpaikassa ”Usea yksityinen tai yliopiston omistama apteekki” vastanneet niiden pienen lukumäärän vuoksi.

## TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Tutkimuksessa noudatettiin kansallisia eettisiä ohjeita ei-lääketieteellisestä ihmisiin kohdistuvasta tutkimuksesta (34). Tutkimus ei sisältynyt niihin tutkimusasetelmiin, jotka vaativat eettisen ennakoarvioinnin Suomessa. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja kyselyyn vastaa-jilta pyydettiin tutkimuksesta annettuun tietoon perustuva suostumus vastausten käyttämiseen tutkimustarkoituksessa. Suostumusta varten tieto tutkimuksesta annettiin vastaajille kyselyn alussa olleessa saatekirjeessä. Tutkimuksessa kerättiin vastaajilta epäsuoria tunnistetietoja ja siinä noudatettiin tietosuojalainsäädäntöä (35,36).

## TULOKSET

Kyselyyn vastasi yhteensä 466 avoapteekissa työskentelevää farmaseuttia, proviisorita tai vähintään yhden opetusapteekkiharjoittelun suorittanutta farmasian opiskelijaa. Farmasian opiskelijat (n=14) jätettiin kuitenkin pois aineistosta pienen edustavuuden vuoksi. Näin ollen lopullinen aineisto koostui 452 farmaseutin ja proviisorin vastauksista.

## TAUSTATIEDOT

Enemmistö vastaajista oli naisia (93,3 %), farmaseutteja (87,8 %) ja työskenteli yksityisessä apteekissa (82,7 %) (Taulukko 1). Nuorin kyselyyn vastannut oli 23-vuotias ja vanhin 67-vuotias (keskiarvo 44 vuotta ja mediaani 45 vuotta). Maantieteellisesti eniten vastaajia oli Länsi- ja Sisä-Suomesta (31,6 %) sekä Etelä-Suomesta (31,4 %). Vastaajista noin puolet työskenteli apteekissa, josta lähimpään terveydenhuollon yksikköön oli matkaa alle kilometri (55,7 %). Suurimmalla osalla vastaajista ei ollut muuta terveydenhuoltoalan koulutusta farmasian ammattihenkilön koulutuksen lisäksi (92,3 %) ja vain pienellä osalla vastaajista oli rokotusoikeus (3,1 %).

## MIELIPITEET FARMASIAN AMMATTIHENKILÖIDEN ROKOTUSOIKEUDESTA JA APTEEKISSA ROKOTTAMISESTA

Vastaajista 52,9 % kannattivat farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeutta Suomessa (Taulukko 2). Vastauksissa oli joitain tilastollisesti merkitseviä eroja iän, työnimikkeen, apteekin farmaseuttisen työkokemuksen ja työpaikan suhteen. Proviisorit kannattivat farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeutta hieman yleisemmin kuin farmaseutit (p=0,031). Lähtään nuoremmat vastaajat kannattivat rokotusoikeutta yleisemmin kuin vanhemmat vastaajat (p=0,002). Vastaajat, jotka olivat työskennelleet apteekissa yli 20 vuotta, eivät yleisemmin kannattaneet rokotusoikeuden mahdollistamista verrattuna alle 20 vuotta apteekissa työskennelleisiin vastaajiin (p<0,001). Vastaajat, jotka työskentelivät yksityisissä apteekissa, eivät yleisemmin kannattaneet rokotusoikeutta verrattuna yliopiston omistamissa apteekissa tai vuokratyöyrityksen kautta apteekissa työskenteleviin vastaajiin (p=0,007).

Vastaajista 41,6 % olisi valmis antamaan rokotteita pistoksena itse (Taulukko 2). Vastauksissa oli joitakin tilastollisesti merkitseviä eroja iän, työnimikkeen, terveydenhuoltoalan muun

koulutuksen, apteekin farmaseuttisen työkokemuksen, työpaikan ja rokotusoikeuden suhteen. Proviisorit olivat farmaseutteja yleisemmin halukkaampia itse antamaan rokotteita pistoksena (p=0,034). Alle 50-vuotiaat vastaajat olivat yleisemmin halukkaampia rokotettamaan kuin 50-vuotiaat ja sitä vanhemmat vastaajat (p=0,006). Vastaajat, joilla oli muu terveydenhuoltoalan koulutus farmasian koulutuksen lisäksi, osoittivat yleisemmin halukkuutta antaa rokotteita pistoksena (p=0,003). Vastaajat, joilla oli alle 20 vuoden farmaseuttinen työkokemus apteekissa työskentelystä, olivat halukkaampia antamaan rokotteita pistoksena yleisemmin kuin yli 20 vuotta apteekissa työskennelleet vastaajat (p<0,001). Vuokratyöyrityksen kautta apteekissa työskentelevät ja yliopiston omistamissa apteekissa työskentelevät vastaajat olivat yleisemmin halukkaampia antamaan rokotteita pistoksena kuin yksityisissä apteekissa työskentelevät (p<0,001). Vastaajat, joilla oli rokotusoikeus muun terveydenhuoltoalan koulutuksen kautta, olivat halukkaampia antamaan rokotteita pistoksena yleisemmin kuin vastaajat, joilla ei ollut rokotusoikeutta (p=0,015).

Yleisimmät rokotteet, joita vastaajien mielestä farmasian ammattihenkilö voisi antaa pistoksena olivat influenssarokote (66,6 %) ja TBE-rokote (50,9 %) (Taulukko 3). Vastaajista noin kolmannes (31,6 %, n=146) oli sitä mieltä, että farmasian ammattihenkilöt eivät voisi antaa mitään rokotteita pistoksena apteekissa.

## ROKOTUSOIKEUDEN HYÖDYT

Kaikista kyselyyn vastanneista 306 (67,7 %) oli vastannut farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeuden hyötyjä koskevaan avoimeen kysymykseen. Yleisin mainittu hyöty oli rokotusten helppous asiakkaille, kun rokotteen osto ja pistäminen tapahtuvat samalla asiointikerralla apteekissa (59,8 %) (Taulukko 4). Vastaajat toivat vastauksissa esille, että asiakkaan ei tarvitsisi asioida useammassa paikassa eikä varata erikseen rokotusaikaa, mikä helpottaisi rokotuksen saamisen kokonaisprosessia ja säästäisi aikaa. Toiseksi yleisin mainittu hyöty oli terveydenhuollon kuormituksen väheneminen (46,1 %). Terveydenhuollon kuormituksen vähenemistä perusteltiin resurssien vapauttamisella muuhun työhön terveydenhuollossa sekä terveydenhuollon ruuhkien tai jonojen vähenemisellä. Kolmanneksi yleisin mainittu hyöty

Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot.

	Vastanneet farmaseutit ja proviisorit % (n)
<b>Sukupuoli</b>	<b>n=445<sup>1</sup></b>
Nainen	93,3 (415)
Mies	6,5 (29)
Muu	0,2 (1)
<b>Ikä, vuotta</b>	<b>n=451<sup>1</sup></b>
≤ 29	11,5 (52)
30–39	21,1 (95)
40–49	29,9 (135)
50–59	30,2 (136)
≥ 60	7,3 (33)
<b>Työnimike</b>	<b>n=452</b>
Farmaseutti	87,8 (397)
Proviisori	12,2 (55)
<b>Terveydenhuoltoalan muu koulutus</b>	<b>n=452<sup>2</sup></b>
Sairaanhoitaja	3,3 (15)
Lähihoitaja	1,3 (6)
Terveydenhoitaja	0,7 (3)
Kättilö	0,2 (1)
Muu terveydenhuoltoalan koulutus (esim. bioanalytikko, fysioterapeutti)	2,2 (10)
Ei muuta terveydenhuollon koulutusta	92,3 (417)
<b>Työkokemus farmaseuttisissa tehtävissä apteekissa</b>	<b>n=452</b>
< 5 vuotta	17,3 (78)
6–10 vuotta	14,8 (67)
11–20 vuotta	32,3 (146)
> 20 vuotta	35,6 (161)
<b>Työpaikka</b>	<b>n=452</b>
Yksityinen apteekki	82,7 (374)
Yliopiston omistama apteekki	9,7 (44)
Vuokratyöyrityksen kautta usea apteekki	6,4 (29)
Vuokratyöyrityksen kautta yksi apteekki	0,7 (3)
Usea yksityinen tai yliopiston omistama apteekki	0,4 (2)
<b>Apteekin reseptuuri vuonna 2021</b>	<b>n=431<sup>1</sup></b>
≤ 40 000	7,4 (32)
40 001–100 000	33,4 (144)
100 001–140 000	26,5 (114)
140 001–200 000	14,2 (61)
≥ 200 000	12,3 (53)
Työskentelee useassa erikokoisessa apteekissa	6,3 (27)
<b>Apteekin sijainti</b>	<b>n=452</b>
Etelä-Suomi	31,4 (142)
Länsi- ja Sisä-Suomi	31,6 (143)
Lounais-Suomi	8,0 (36)
Itä-Suomi	14,4 (65)
Pohjois-Suomi	10,0 (45)
Lappi	2,7 (12)
Työskentelen useassa eri alueilla sijaitsevassa apteekissa	2,0 (9)
<b>Matka apteekista lähimpään terveydenhuollon yksikköön, jossa annetaan rokotteita pistoksena</b>	<b>n=447<sup>1</sup></b>
Apteekissa, jossa työskentelen, on saatavilla rokotuspalvelu	2,9 (13)
< 1 km	55,7 (249)
1–5 km	36,7 (164)
5,1–10 km	2,9 (13)
> 10 km	1,8 (8)
<b>Rokotusoikeus</b>	<b>n=452</b>
Kyllä	3,1 (14)
Ei	96,9 (438)

<sup>1</sup> Kaikki vastaajat eivät ilmoittaneet sukupuolta, ikää, apteekin reseptuuria tai matkaa apteekista lähimpään terveydenhuollon yksikköön.

<sup>2</sup> Vastaja on voinut valita useita vastausvaihtoehtoja.

Taulukko 2. Farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeuden kannatus ja halukkuus antaa rokotteita pistokse-  
na taustatietojen mukaan tarkasteltuna. Vain tilastollisesti merkitsevät erot ( $p < 0,05$ ) on merkitty taulukkoon<sup>1</sup>.

	Kannatanko, että farmasian ammattihenkilöille mahdollistettaisiin rokotusoikeus Suomessa?				Olisitko itse halukas antamaan rokotteita pistoksena?			
	Kyllä % (n)	En % (n)	EOS <sup>2</sup> % (n)	p-arvo	Kyllä % (n)	En % (n)	EOS <sup>2</sup> % (n)	p-arvo
<b>Kaikki</b>	52,9 (239)	31,4 (142)	15,7 (71)		41,6 (188)	48,9 (221)	9,5 (43)	
<b>Sukupuoli</b>								
Nainen	52,5 (218)	31,3 (130)	16,1 (67)		41,4 (172)	49,2 (204)	9,4 (39)	
Mies	69,0 (20)	24,1 (7)	6,9 (2)		55,2 (16)	34,5 (10)	10,3 (3)	
<b>Ikä (vuosina)</b>				<b>0,002</b>				<b>0,006</b>
≤29	63,5 (33)	17,3 (9)	19,2 (10)		51,9 (27)	38,5 (20)	9,6 (5)	
30–39	64,2 (61)	22,1 (21)	13,7 (13)		47,4 (45)	45,3 (43)	7,4 (7)	
40–49	57,0 (77)	28,9 (39)	14,1 (19)		50,4 (68)	42,2 (57)	7,4 (10)	
50–59	39,0 (53)	41,9 (57)	19,1 (26)		27,2 (37)	59,6 (81)	13,2 (18)	
≥60	45,5 (15)	45,5 (15)	9,1 (3)		33,3 (11)	57,6 (19)	9,1 (3)	
<b>Työnimike</b>				<b>0,031</b>				<b>0,034</b>
Farmaseutti	50,6 (201)	33,2 (132)	16,1 (64)		39,5 (157)	51,1 (203)	9,3 (37)	
Proviisori	69,1 (38)	18,2 (10)	12,7 (7)		56,4 (31)	32,7 (18)	10,9 (6)	
<b>Terveydenhuoltoalan muu koulutus</b>								<b>0,003</b>
Muu terveydenhuoltoalan koulutus	54,3 (19)	22,9 (8)	22,9 (8)		68,6 (24)	22,9 (8)	8,6 (3)	
Ei muuta terveydenhuoltoalan koulutusta	52,8 (220)	32,1 (134)	15,1 (63)		39,3 (164)	51,1 (213)	9,6 (40)	
<b>Työkokemus farmaseuttisissa tehtävissä apteekissa (vuosina)</b>				<b>&lt;0,001</b>				<b>&lt;0,001</b>
≤5	59,0 (46)	24,4 (19)	16,7 (13)		50,0 (39)	43,6 (34)	6,4 (5)	
6–10	65,7 (44)	20,9 (14)	13,4 (9)		50,7 (34)	41,8 (28)	7,5 (5)	
11–20	61,0 (89)	23,3 (34)	15,8 (23)		52,1 (76)	39,0 (57)	8,9 (13)	
>20	37,3 (60)	46,6 (75)	16,1 (26)		24,2 (39)	63,4 (102)	12,4 (20)	
<b>Työpaikka</b>				<b>0,007</b>				<b>&lt;0,001</b>
Yksityinen apteekki	49,5 (185)	33,4 (125)	17,1 (64)		37,7 (141)	52,7 (197)	9,6 (36)	
Yliopiston omistama apteekki	63,6 (28)	29,5 (13)	6,8 (3)		54,5 (24)	38,6 (17)	6,8 (3)	
Vuokratyöyrityksen kautta tai useampi apteekki	78,1 (25)	9,4 (3)	12,5 (4)		68,8 (22)	18,8 (6)	12,5 (4)	
<b>Apteekin reseptuuri vuonna 2021</b>								
≤40 000	56,8 (18)	34,4 (11)	9,4 (3)		46,9 (15)	43,8 (14)	9,4 (3)	
40 001–100 000	48,6 (70)	31,3 (45)	20,1 (29)		38,2 (55)	52,8 (76)	9,0 (13)	
100 001–140 000	52,6 (60)	34,2 (39)	13,2 (15)		41,2 (47)	51,8 (59)	7,0 (8)	
140 001–200 000	49,2 (30)	32,8 (20)	18,0 (11)		31,1 (19)	52,5 (32)	16,4 (10)	
≥200 001	50,9 (27)	37,7 (20)	11,3 (6)		47,2 (25)	43,4 (23)	9,4 (5)	
<b>Matka apteekista lähimpään terveydenhuollon yksikköön, jossa annetaan rokotteita pistoksena</b>								
Apteekissa, jossa työskentelen, on rokotuspalvelu	69,2 (9)	23,1 (3)	7,7 (1)		69,2 (9)	30,8 (4)	0,0 (0)	
<1 km	50,2 (125)	32,5 (81)	17,3 (43)		40,2 (100)	50,2 (125)	9,6 (24)	
1–5 km	53,0 (87)	31,7 (52)	15,2 (25)		38,4 (63)	50,6 (83)	11,0 (18)	
5,1–10 km	46,2 (6)	38,5 (5)	15,4 (2)		46,2 (6)	53,8 (7)	0,0 (0)	
>10	87,5 (7)	12,5 (1)	0,0 (0)		62,5 (5)	25,0 (2)	12,5 (1)	
<b>Rokotusoikeus</b>								<b>0,015</b>
Kyllä	71,4 (10)	7,1 (1)	21,4 (3)		78,6 (11)	14,3 (2)	7,1 (1)	
Ei	52,3 (229)	32,2 (141)	15,5 (68)		40,4 (177)	50,0 (219)	9,6 (42)	

<sup>1</sup>  $\chi^2$ -testi ja Fisherin testi.

<sup>2</sup> EOS=En osaa sanoa.

Taulukko 3. Vastaajien (n=452) mielipiteet rokotteista, joita farmasian ammattihenkilö voisi antaa pistokseksi apteekissa.

Rokote	% (n) <sup>1</sup>
Influenssarokote	66,6 (301)
TBE-rokote eli ”punkkirokote”	50,9 (230)
Koronavirusrokote	45,6 (206)
Pneumokokkirokote	44,5 (201)
Matkailijan rokotteet (hepatiitti A&B, Japanin aivotulehdus, keltakuume, lavantauti, meningokokki)	39,2 (177)
Vyöruusurokote	34,1 (154)
Rabies- eli vesikauhurokote	18,8 (85)
Muut kansallisen rokotusohjelman mukaiset rokotteet	14,2 (64)
Ei mitään rokotteita	31,6 (143)

<sup>1</sup> Vastaaja on voinut valita useita vastausvaihtoehtoja.

Taulukko 4. Vastaajien (n=306)<sup>1</sup> näkemykset farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeuden hyödyistä Suomessa.

Yläluokka (alaluokat)	% (n) <sup>2</sup>
<b>Asiakkaalle helpompaa, kun rokotteen osto ja pistäminen tapahtuvat samalla asiointikerralla apteekissa</b> (rokote ja pistos samasta paikasta, asiakkaalle yleisesti helpompaa, asiakkaan ei tarvitse asioida monessa paikassa, asiakkaan ei tarvitse varata erikseen pistosaikaa, rokotteen saamisen kokonaisprosessi helpottuu, säästää asiakkaan aikaa)	59,8 (183)
<b>Vähentäisi terveydenhuollon kuormitusta</b> (terveydenhuollon kuormituksen väheneminen, terveydenhuollon resursseja vapautuisi muuhun työhön, ruuhkien ja jonojen vähentäminen terveydenhuollossa, painetta pois terveydenhuollosta)	46,1 (141)
<b>Edistäisi rokotuskattavuutta, rokotusten ottamista ja rokottamista</b> (parantaa rokotuskattavuutta, madaltaa kynnystä ottaa rokotus, useampi ottaisi rokotuksen, nopeuttaa rokotuksia tai rokottajia on enemmän, massarokotuksissa hyötyä)	22,2 (68)
<b>Parempi rokotustensaataavuus ja saavutettavuus</b> (rokotusten parempi saatavuus, rokotusten parempi saavutettavuus)	13,7 (42)
<b>Rokotteiden kylmäketju ei katkea ja säilytyksen kanssa ei tule ongelmia</b> (rokotteita säilytettäisiin oikein, rokotteen kylmäketju ei katkea kuljetuksessa)	8,5 (26)
<b>Kattavampaa palvelua asiakkaalle apteekissa</b> (parantaa apteekin palveluita, uusi lisäpalvelu monipuolistaa apteekin palveluita)	6,2 (19)
<b>Apteekki näkyvämmäksi osaksi terveydenhuoltoa</b> (apteekki nähtäisiin paremmin osana terveydenhuoltoa, yhteistyö apteekkien ja muun terveydenhuollon välillä lisääntyisi)	5,9 (18)
<b>Farmasian ammattihenkilöille uusi työnkuva</b> (työnkuvan monipuolistuminen, työn mielekkyyden lisääminen)	4,9 (15)
<b>Muut</b>	8,5 (26)

<sup>1</sup> Vastaajat, jotka olivat vastanneet farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeuden hyötyjä koskevaan avoimeen kysymykseen.

<sup>2</sup> Yksi vastaaja on voinut mainita vastauksessaan useamman hyödyn.

oli rokotuskattavuuden edistäminen (22,2 %). Vastaajat raportoivat, että mahdollisuus rokotukseen apteekissa madaltaa kynnystä ottaa rokotus ja entistä useampi ottaisi rokotuksen, mikä taas

edistäisi rokotuskattavuutta. Vastaajien mielestä tämä voisi nopeuttaa rokotusprosessia massarokotuksissa, kun rokottajia olisi enemmän käytettävissä.

Taulukko 5. Vastaajien (n=342)<sup>1</sup> näkemykset farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeuden haasteista Suomessa.

Yläluokka (alaluokat)	% (n) <sup>2</sup>
<b>Rokotustilojen järjestäminen apteekissa</b> (asianmukaisen rokotustilan järjestäminen apteekissa on haasteellista, apteekissa ei ole ylimääräistä tilaa, apteekissa ei ole asianmukaista tilaa, apteekissa ei ole säilytystilaa rokotteille)	46,2 (158)
<b>Rokotteiden haittavaikutukset ja niihin varautuminen apteekissa</b> (rokotteiden haittavaikutukset ja niiden hoito, rokotteista aiheutuvien haittavaikutusten hallinta ja ensiapuvalmius apteekkeissa, nopean avun saanti terveydenhuollosta allergisissa reaktioissa, rokotusten jälkiseuranta allergisten reaktioiden varalta)	38,6 (132)
<b>Rokotusosaamisen koulutus ja osaamisen ylläpito</b> (riittävän koulutuksen järjestäminen, rokotusosaamisen ylläpito, farmasian ammattihenkilöillä ei vielä ole rokotusosaamisen koulutusta)	36,5 (125)
<b>Apteekkihenkilöstön resurssit eivät riitä rokottamiseen</b> (apteekissa ei ole riittävästi henkilökuntaa ja rokottaminen vaatisi lisää työntekijöitä, työaika ei riitä rokottamiseen, rokottaminen vaikuttaa muuhun työhön apteekissa, rokottaminen lisäisi työtä, apteekissa on kiire)	32,7 (112)
<b>Farmasian ammattihenkilöillä ei ole pääsyä potilastietojärjestelmään</b> (rokotusten kirjaaminen potilastietoihin, asiakkaan terveystietoihin pääsy, rokotusten antamiseen liittyvä tiedonkulku terveydenhuollon kanssa)	16,1 (55)
<b>Rokotuspalvelun kustannusten kattaminen</b> (rokotuspalvelun rahoittaminen, rokotuspalvelun hinta asiakkaalle, rokotuspalvelu ei ole kannattava)	12,9 (44)
<b>Vastuukysymykset</b> (vastuu mietityttää ja on epäselvää kuka olisi vastuussa rokottamisesta, rokotuspalvelua tarjoavat apteekit tarvitsevat vastuulääkärin, vastuun kasvaminen)	10,2 (35)
<b>Palkkaus</b> (rokotusosaamisen näkyminen palkassa, epäily ettei rokotusosaamista huomioitaisi palkassa)	7,9 (27)
<b>Farmasian ammattihenkilöiden asenteet rokotusoikeudesta</b> (kaikki eivät halua rokottaa, motivoituminen uuteen työtehtävään)	6,7 (23)
<b>Muut</b>	12,6 (43)

<sup>1</sup> Vastaajat, jotka olivat vastanneet farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeuden haasteita koskevaan avoimeen kysymykseen.

<sup>2</sup> Yksi vastaaja on voinut mainita vastauksessaan useamman haasteen.

## ROKOTUSOIKEUDEN HAASTEET

Kaikista kyselyyn vastanneista 342 (75,7 %) oli vastannut farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeuden haasteita koskevaan avoimeen kysymykseen. Yleisin mainittu haaste oli rokotustilan järjestäminen apteekin tiloissa (46,2 %) (Taulukko 5). Haasteena rokotustilojen järjestämisessä oli asianmukaisen tilan puute apteekin nykyisessä tilaratkaisussa tai sen sopimattomuus rokotusten järjestämiselle. Toiseksi yleisin haaste oli rokotteiden haittavaikutukset ja niihin varautuminen apteekissa (38,6 %). Mahdolliset haittavaikutukset, kuten anafylaksia ja siihen liittyvä hoito nähtiin haasteellisenä toteuttaa apteekissa. Lisäksi vastaajien mielestä näissä tilanteissa no-

pean avun saaminen terveydenhuollosta olisi haasteellista johtuen esimerkiksi välimatkoista. Kolmanneksi yleisimmin mainittu haaste oli rokotusosaamisen koulutus ja osaamisen ylläpito (36,5 %). Riittävän rokotuskoulutuksen järjestäminen ennen rokotusoikeuden myöntämistä nähtiin haasteena. Lisäksi vastaajat olivat huolissaan rokotusosaamisen ylläpidosta, jos rokotuksia pääsisi antamaan vain harvoin. Neljänneksi yleisimmin mainittu haaste oli apteekkihenkilöstön riittämättömät resurssit rokottamiseen (32,7 %). Vastaajien mielestä apteekkeissa ei ole tällä hetkellä riittävästi farmaseuttista henkilöstöä tai aikaa rokotusten antamiseen. Rokottaminen olisi uusi lisätö, joka vaikuttaisi muihin apteekin työteh-

täviin. Tämä lisäisi työvoiman tarvetta ja kiirettä. Rokotusten toteuttaminen asiakaspalvelun ohessa koettiin lisäksi hankalaksi järjestää.

## POHDINTA

Tämän tutkimuksen mukaan yli puolet farmaseuteista ja proviisoreista (proviisorit eivät sisältäneet apteekkareita) kannatti farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeutta Suomessa, ja hieman alle puolet oli myös itse halukkaita antamaan rokotteita pistoksena. Yleisimmät rokotteet, joita vastaajien mielestä farmasian ammattihenkilöt voisivat antaa pistoksena apteekissa, olisivat influenssa- ja TBE-rokote. Farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeuden sallimisen keskeisimpinä hyötyinä raportoitiin rokotusten helppous asiakkaille, terveydenhuollon kuormituksen väheneminen ja rokotuskattavuuden edistäminen. Keskeisimpinä haasteina nähtiin rokotusten järjestäminen apteekin tiloissa, rokotteiden haittavaikutukset ja niihin varautuminen apteekissa sekä rokotusosaamisen koulutus ja ylläpito.

Tähän tutkimukseen osallistuneista farmaseuteista ja proviisoreista yli puolet kannatti farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeuden mahdollistamista Suomessa, ja noin 40 % oli halukkaita itse antamaan rokotteita pistoksena. Tulos rokotusoikeuden kannatuksesta on samankaltainen suomalaisille apteekkareille koronapandemian aikana tehdyn koronarokotuskyselyn kanssa, jossa 57 % apteekkareista kannatti farmasian ammattihenkilöiden mukaanottoa koronarokotuksiin (30). Sen sijaan verrattuna ennen koronapandemiaa farmaseuteille ja proviisoreille tehtyyn tutkimukseen halukkuudessa rokottaa on tapahtunut merkittävä kasvu (37). Silloin vain 24 % farmaseuteista ja proviisoreista olisi ollut valmis rokottamaan. On mahdollista, että koronapandemia on vaikuttanut farmaseuttien ja proviisorien yleiseen tietoisuuteen rokotusten tärkeydestä ja farmasian ammattihenkilöiden roolin merkityksestä taistelussa rokotteilla ehkäistävissä olevia tartuntatauteja vastaan. Koronapandemian aikana moni maa myönsi rokotusoikeuden farmasian ammattihenkilöille ja rokottaminen aloitettiin apteekissa rokotuskattavuuden parantamiseksi (5). Koronapandemia ja uutisointi apteekkien koronarokotuksista maailmalla ovat voineet osaltaan vaikuttaa suomalaisten farmaseuttien ja proviisorien mielipiteisiin rokotusten järjestämisestä apteekissa.

Verrattaessa tämän tutkimuksen tuloksia aiempiin ulkomailla tehtyihin tutkimuksiin, farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeuden kannatusluvut ovat yleensä olleet korkeampia ulkomaisissa tutkimuksissa (16,17,38). Itävallassa ja Jordaniassa koronapandemian aikana tehtyjen tutkimusten mukaan yli 80 % farmasian ammattihenkilöistä oli halukkaita osallistumaan rokotusten antamiseen (16,17). Myös Uudessa-Seelannissa, jossa farmasian ammattihenkilöillä on oikeus antaa rokotuksia, 86 % kannatti farmasian ammattihenkilöiden osallistumista rokotusten antamiseen, mutta kaikki eivät kuitenkaan halunneet itse rokottaa (38). Toisaalta Virossa farmasian ammattihenkilöiden halukkuus osallistua rokotusten antamiseen oli vähäisempää kuin tässä tutkimuksessa (39).

Farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeuden kannatuksessa ja halukkuudessa rokottaa oli eroja vastaajien taustatietojen suhteen tarkasteltuna. Proviisorit kannattivat rokotusoikeutta ja olivat yleisemmin halukkaampia antamaan rokotteita pistoksena kuin farmaseutit. Tulos on samansuuntainen kuin aiemmassa farmaseuteille ja proviisoreille suunnatussa kyselyssä vuonna 2014, jossa proviisorit suhtautuivat myönteisemmin rokottamiseen apteekissa kuin farmaseutit (37). Tämä tutkimus tai kirjallisuus eivät anna selitystä tälle ryhmien väliselle erolle. Voi kuitenkin olla, että proviisorit kaipaavat enemmän haasteita ja monipuolisuutta työtehtäviinsä kuin farmaseutit, sillä he ovat jo lähtökohdaisesti kouluttautuneet tehtävään, jonka työnkuva on farmaseutin työnkuvaa moninaisempi. Proviisorien työnkuva apteekissa voi myös olla farmaseutteja itsenäisempi, eikä asiakaspalvelua ole yhtä paljon. Näin ollen proviisoreilla voi olla suurempi motivaatio työnkuvan laajentamiseen siten, että kanssakäyminen asiakkaiden kanssa lisääntyy. Tässä tutkimuksessa myös iältään nuoremmat ja vähemmän aikaa apteekissa työskennelleet vastaajat kannattivat rokotusoikeutta ja olivat halukkaampia itse antamaan rokotteita pistoksena kuin iältään vanhemmat ja pidempään apteekissa työskennelleet vastaajat. Tämä voi johtua siitä, että pidempään apteekissa työskennelleet ja vanhemmat vastaajat ovat saattaneet kokea enemmän muutoksia apteekin toiminnassa ja ovat siten varovaisempia uusien muutosten suhteen verrattuna vähemmän aikaa apteekissa työskennelleisiin ja nuorempiin vas-

taajiin. Lisäksi tuoreen tutkimuksen mukaan uran alussa olevat farmasian ammattihenkilöt toivovat apteekkityöhön monipuolisempia tehtäviä, suurempaa vastuuta ja parempaa yhteistyötä muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa. Uran alussa olevat farmasian ammattihenkilöt toivovat, että apteekit voisivat tulevaisuudessa tarjota monipuolisempia palveluja, kuten rokotuspalvelua. (40.) Tämän tutkimuksen tulokset farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeuden kannatuksesta viittaavat siihen, että farmasian ammattihenkilöt yleisesti ottaen kannattavat rokotusoikeuden mahdollistamista, mutta kaikki eivät ole itse halukkaita rokottamaan. Näin ollen, mikäli rokotusoikeus myönnetään farmasian ammattihenkilöille Suomessa, se tulee ottaa käyttöön vapaaehtoisena.

Tämän tutkimuksen mukaan farmasian ammattihenkilöt voisivat antaa pistoksena apteekissa erityisesti influenssarokotteita. Tulos on yhdenmukainen kansainvälisten linjausten kanssa, sillä kansainvälisesti tarkasteltuna farmasian ammattihenkilöiden oikeus antaa rokotteita on yleensä ensimmäisenä koskenut influenssarokotteita (6,41-43). Vuonna 2019 Euroopan maista (n=30) 40 % tarjosi influenssarokotuksia apteekissa ja 17 % myös muita rokotuksia (44). Suurella osalla näistä maista influenssarokotusten antajana voi toimia farmasian ammattihenkilö, kuten esimerkiksi Portugalissa, Irlannissa, Isossa-Britanniassa, Ranskassa, Sveitsissä ja Tanskassa (9). Tutkimusten mukaan farmasian ammattihenkilöiden osallistuminen influenssarokotusten järjestämiseen on lisännyt rokotuskattavuutta ja laumaimmuneettia, jolloin siitä on ollut huomattavaa hyötyä kansanterveydelle. Esimerkiksi Kanadassa havaittiin, että farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeus ja apteekissa rokottaminen vaikutti influenssarokotuskattavuuden kasvuun (18). Yhdysvalloissa tehty tutkimus puolestaan osoitti, että osavaltioissa, joissa farmasian ammattihenkilöt antoivat influenssarokotuksia, vähintään 65-vuotiaiden influenssarokotuskattavuus oli korkeampi kuin osavaltioissa, joissa farmasian ammattihenkilöillä ei ollut tulos-oikeutta (45). Myös Norjassa ja Portugalissa influenssarokotuskattavuuden on havaittu kasvaneen silloin, kun farmasian ammattihenkilöt ovat osallistuneet influenssarokotusten antamiseen (46,47).

Suomessa osa apteekkeista tarjoaa maksullista

influenssarokotuspalvelua siten, että rokottajana on sairaan- tai terveydenhoitaja. Apteekkien rokotuspalvelun käyttäjille tehdyn tutkimuksen mukaan asiakkaat olivat tyytyväisiä apteekin influenssarokotuspalveluun ja suurin osa piti rokotuspalvelua erityisen hyödyllisenä. Rokotuspalvelua käyttivät myös riskiryhmiin kuuluvat henkilöt, jotka olisivat olleet oikeutettuja julkisen terveydenhuollon tarjoamaan maksuttomaan influenssarokotukseen, mutta valitsivat rokotuspaikaksi mieluummin apteekin asioinnin helppoudet ja kattavien aukioloaikojen vuoksi. (28.)

Farmaseutit ja proviisorit näkevät farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeudessa monia yhteiskunnallisia hyötyjä, joista yleisin oli rokotusten helppous asiakkaille. Lisäksi terveydenhuollon kuormituksen väheneminen ja rokotuskattavuuden edistäminen olivat yleisesti raportoituja hyötyjä. Tulokset ovat linjassa aikaisempien kansainvälisten tutkimusten kanssa (6-9). Irlannissa, Ranskassa, Puolassa ja Saksassa apteekkien asiakkaille suunnatuissa tutkimuksissa havaittiin, että asiakkaat olivat erittäin tyytyväisiä apteekissa saamaansa rokotuspalveluun, jossa rokotuksen antoi farmasian ammattihenkilö. Näissä tutkimuksissa asiakkaat valitsivat apteekin rokotuspaikaksi niiden helpon saavutettavuuden vuoksi (10-13). Verrattuna aiempiin farmasian ammattihenkilöille suunnattuihin kyselytutkimuksiin, on rokotuskattavuuden kasvu raportoitu farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeuden hyödyksi useassa tutkimuksessa (14,16,38). Lisäksi farmasian ammattihenkilöt ovat raportoineet rokotusoikeuden hyödyiksi Uudessa-Seelannissa myös helppouden asiakkaille sekä terveydenhuollon kuormituksen vähenemisen (38). Suomessa erityisesti rokotuksen ottamisen helppous ja terveydenhuollon työntekijöiden suositus ovat vaikuttaneet alle 50-vuotiaiden halukkuuteen ottaa rokotus (48). Lisäksi rokotusten saamisen helppous on yksi keskeisimmistä tekijöistä rokotuskattavuuden nostamisessa. Pitkät matkat tai vaikeudet päästä rokotuspaikalle voivat heikentää rokotuskattavuutta (49). Suomessa on koko maan kattava apteekiverkosto; melkein jokaisessa kunnassa on vähintään yksi apteekki (50). Väestö on ollut tyytyväinen apteekkien tarjoamiin palveluihin (51). Suomalainen väestö kuitenkin toivoo apteekkeilta enemmän hoidollisia palveluita ja rokotuspalve-



lulle olisi kysyntää. Lisäksi sosiaali- ja terveysala on Suomessa kuormittunut ja tulevaisuudessa työvoiman saatavuuden on arvioitu olevan haasteellista (52). Tässä tutkimuksessa farmaseutit ja proviisorit tunnistivat, että farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeudesta voisi olla apua terveydenhuollon kuormituksen vähentämisessä, kun esimerkiksi hoitajien työmäärä rokotusten osalta vähenisi ja aikaa voisi jäädä enemmän muulle hoitotyölle.

Tämän tutkimuksen mukaan farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeudessa on myös paljon haasteita, joita vastaajat raportoivat yleisemmin kuin hyötyjä. Haasteet liittyivät yleisimmin rokottamisen käytännön järjestämiseen apteekissa ja erityisesti rokotustilaan. Tulos on vastaava aikaisempien farmasian ammattihenkilöille suunnattujen tutkimusten kanssa (15,16,30,39,53). Rokotustoiminnan järjestäminen vaatii asianmukaiset tarkasti säädellyt rokotustilat, joissa tulisi olla muun muassa mahdollisuus käsien pesulle, tilaa rokotusvälineiden säilyttämiseen ja rokotteiden käyttövalmiiksi saattamiseen, makuupaikka herkästi pyörtyvien rokottamiseen, tarpeisto käytettyjen välineiden asianmukaiseen hävittämiseen sekä mahdollisuus rokotusten kirjaamiseen potilastietoihin (54). Lisäksi rokottaminen on terveydenhuollon palvelujen tuottamista, joka edellyttää rekisteröintiä palvelujen tuottajaksi (55). Joulukuussa 2023 Sosiaali- ja terveysministeriö ehdotti rokotusasetuksen muutosta, joka mahdollistaisi farmaseuttien ja proviisorien rokotusoikeuden tietyn edellytyksin Suomessa. Ehdotuksen mukaan rokottaminen olisi mahdollista vain apteekin yhteydessä toimivan terveyspisteen kautta ja/tai erillisen terveydenhuoltopalveluita tarjoavan yrityksen kautta, joka toimii apteekin tiloissa. Näitä apteekkeja on tällä hetkellä vain muutamia kymmeniä, joka on pieni osa kaikista Suomen apteekkeista. (27.) Tulevaisuudessa tarvitaankin ajantasaista tutkimustietoa apteekkien mahdollisuuksista ja halukkuudesta järjestää rokotuspalvelu. Apteekkareille vuonna 2020 toteutetun koronarokotuskyselyn mukaan yli puolessa apteekkeista olisi ollut mahdollista järjestää tila rokotuksille (30).

Apteekkeille rokotuspalvelun järjestäminen tarkoittaa lisäkustannuksia. Apteekkien rokotuspalvelusta aiheutuvat kustannukset ja kustannuksiin liittyvien korvausten riittämättömyys tai

huoli niiden riittävydestä ovat nousseet esille yhtenä apteekkien rokotuspalvelun ongelmana useissa ulkomaisissa tutkimuksissa (13,18-20). Myös Suomessa apteekkarit ovat tuoneet esille kustannukset yhtenä haasteena rokotusten järjestämiselle apteekkeissa (30,53). Apteekkarien mukaan kustannuksia aiheuttavat rokotuksiin käytettävä henkilöstön työaika, tilamuutosten tekeminen apteekkiin, rokotuspalvelun lupaprosessi sekä vastuulääkärille maksettava palkkio. Tuleekin miettiä, miten kustannukset katetaan, jos farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeus otetaan käyttöön Suomessa: valtion tuella, asiakasmaksuilla, molemmilla vai jollain muulla tavalla. Tähän voi vaikuttaa se, mitä rokotuksia farmasian ammattihenkilöt apteekissa pistävät. Esimerkiksi kansalliseen rokotusohjelmaan sisältyvät rokotteet ovat kansalaisille maksuttomia (56). Asiakasmaksujen kohdalla tulee miettiä, mikä on kohtuullinen kustannus asiakkaille, mutta toisaalta riittävä korvaus apteekkien rokotuspalvelulle. Vuonna 2016 apteekkien terveyspisteiden asiakkaille influenssarokotuspalvelusta tehdyn kyselytutkimuksen mukaan, asiakkaat ovat valmiita maksamaan apteekkien rokotuspalvelusta. Asiakkaiden mielestä sopiva hinta palvelulle on 15–20 euroa. (28.)

Rokotuskoulutuksen järjestäminen ja rokotosaamisen ylläpito nousivat myös esille haasteena rokotusoikeuden käyttöönotossa. Tulos on samankaltainen ulkomailla tehtyjen tutkimusten kanssa, joissa asianmukaisen koulutuksen puute on tullut esiin yhtenä yleisenä ongelmana farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeuden käyttöönotossa (14,15,17). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos määrittelee, mitä rokottajan tulee osata. Ohjeistuksen mukaan rokottajan tulee hallita keskeiset rokotusurvallisuusasiat. (57.) Tietoja ja taitoja tarvitaan sekä rokottamiseen että rokotteiden mahdollisten haittavaikutusten hoitoon, joka tuotiin myös esille yhtenä yleisimmistä farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeuden haasteista tässä tutkimuksessa. Tällä hetkellä farmasian ammattihenkilöillä ei ole koulutusta rokottamisesta ja mikäli farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeus sallitaan Suomessa, koulutus rokottajiksi ryhtyville tulee järjestää. Sosiaali- ja terveysministeriön edotuksessa rokotusasetuksen muutoksesta on yhtenä mahdollisuutena tuotu esille Valtakunnallinen rokotosaamisen koulutuskokonaisuus, joka on suunniteltu Ter-

veyden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä ammattikorkeakoulujen yhteistyönä (27). Maissa, joissa farmasian ammattihenkilöillä on rokotusoikeus, rokotuskoulutus on järjestetty joko vapaaehtoisena täydennyskoulutuksena tai osana farmasian ammattihenkilön perustutkintokoulutusta (7). Rokotuskoulutuksen järjestämiseen liittyy monta ratkaistavaa asiaa, kuten miten koulutus järjestetään ja miten se kustannetaan. Koulutuksen suunnittelun pohjalle tarvitaan myös tutkimustietoa farmasian ammattihenkilöiden tämänhetkisistä rokotusosaamisen valmiuksista.

Tällä tutkimuksella on vahvuuksia ja heikkouksia. Tutkimus tuotti uutta ja ajankohtaista tietoa farmaseuttien ja proviisorien näkemyksistä farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeuden mahdollisuudesta Suomessa. Tutkimus oli ensimmäinen aiheesta farmaseuttien ja proviisorien näkökulmasta tehty tutkimus Suomessa koronapandemian jälkeen. Kyselytutkimus toteutettiin Suomen Farmasialiiton ja Suomen Proviisoriyhdistyksen jäsenille ja niiden kautta tavoitettiin tutkimuksen kannalta oikea kohderyhmä eli avoaptekeissa työskentelevät farmaseutit ja proviisorit. Tutkimuksemme heikkous oli kuitenkin se, että kyselyn vastausprosenttia ei voitu luotettavasti laskea. Kyselyyn vastasi 10,5 % heistä, joille kutsu kyselyyn vastaamisesta lähetettiin. Vastausprosentti on alhainen, mutta se ei täysin kerro tutkimuksen todellista vastausprosenttia. Tämä johtuu siitä, että tutkimuksen todellisen perusjoukon koko eli avoaptekeissa työskentelevien farmaseuttien ja proviisorien lukumäärä kyselyn tavoittaneesta jäsenistöstä ei ollut tiedossa. Liittoihin kuuluu myös jäseniä, jotka eivät tutkimushetkellä työskennelleet avoapteekissa ja tutkimuskutsu on lähetetty myös heille. Tutkimuksen ulkopuolelle jäivät avoaptekeissa työskentelevät liittoihin kuulumattomat henkilöt sekä ne, jotka eivät lukeneet sähköpostiin tullutta uutiskirjettä tai joita aihe ei kiinnostanut tai joilla ei ollut aikaa vastata kyselyyn. Tuloksissa voi korostua niiden vastaajien mielipiteet, joita aihe on erityisesti kiinnostanut tai, joilla on erityisesti ollut mielipiteitä ja näkemyksiä aiheesta. Lisäksi tutkimuksen ulkopuolelle jäivät apteekkarit ja tulevaisuudessa heidän näkemyksiään on tärkeä tutkia erityisesti apteekkien mahdollisuuksista järjestää rokotuspalvelua. Vertailua perusjoukkoon ei myös voitu tehdä, koska saatavilla ei ollut ajantasaista tilastoa koko Suomen

avoaptekeissa työskentelevien farmaseuttien ja proviisorien ikä- ja sukupuolijakaumista. Kuitenkin verrattuna vuoden 2022 tilastoon sekä aikaisempaan farmaseuteille ja proviisoreille tehtyyn kyselytutkimukseen, vastaajien ikä- ja sukupuolijakauma oli hyvin samankaltainen (58,59). Kysely ei sisältänyt validoituja mittareita, mutta sen laatimiseen osallistui monta farmasian alan sidosryhmää ja sen suunnittelussa hyödynnettiin aiempia tutkimuksia. Kyselylomake pilotoitiin oikealla kohderyhmällä ja sen sisältö- ja näennäisvaliditeetti testattiin henkilöillä, joilla oli kokemusta kyselyiden suunnittelusta ja toteuttamisesta.

Tämän tutkimuksen päätelminä voidaan todeta, että farmaseutit ja proviisorit suhtautuvat pääosin myönteisesti farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeuteen Suomessa. Osa on myös halukkaita itse antamaan rokotteita pistoksena. Farmaseuttien ja proviisorien mielestä yleisimmin farmasian ammattihenkilöt voisivat antaa influenssarokotuksia apteekkeissa. Rokotusoikeudessa nähdään monia yhteiskunnallisia hyötyjä, joista yleisimpänä rokotteiden ottamisen helpous asiakkaille, terveydenhuollon kuormituksen väheneminen ja rokotuskattavuuden edistäminen. Rokotusoikeuteen liittyy kuitenkin myös paljon haasteita, kuten rokotustilan järjestäminen apteekkiin, rokotteiden mahdolliset haittavaikutukset ja niihin varautuminen apteekissa, sekä rokotusosaamisen koulutuksen järjestäminen. Tarvitaan lisää aiheeseen liittyvää tutkimusta ja selvitystä, niihin perustuvaa huolellista päätöksentekoa ja asianmukaisia toimenpiteitä, mikäli rokotusoikeus mahdollistetaan farmasian ammattihenkilöille Suomessa.

#### **KIITOKSET:**

Kiitämme Suomen Apteekkariliittoa, Suomen Farmasialiittoa, Suomen Proviisoriyhdistystä ja Itä-Suomen yliopiston Jatkuvan oppimisen keskusta yhteistyöstä tutkimuksen kyselylomakkeen suunnittelussa. Kiitämme Suomen Farmasialiittoa ja Suomen Proviisoriyhdistystä avusta kyselylomakkeen jakamisessa perusjoukolle. Kiitämme kaikkia kyselyyn vastanneita.

#### **RAHOITTAJAT:**

Tutkimusta ei ole rahoittanut mikään taho.

## KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Martikainen, Kauppinen, Siitonen ja Timonen vastasivat tutkimusasetelman ja kyselylomakkeen suunnittelusta sekä aineiston keräämisestä. Martikainen vastasi aineiston analysoinnista, mutta muut kirjoittajat auttoivat siinä. Kaikki kirjoittajat osallistuivat tulosten tulkintaan. Martikainen kirjoitti ensimmäisen version käsikirjoituksesta.

Kauppinen, Siitonen ja Timonen lukivat ja kommentoivat käsikirjoitusta sekä antoivat siihen muokkausehdotuksia, ja Martikainen vastasi käsikirjoituksen muokkaamisesta kommenttien pohjalta. Timonen muokkasi käsikirjoituksen lehden kirjoitusohjeiden mukaiseksi. Kaikki kirjoittajat lukivat ja hyväksyivät lehteen lähetetyn käsikirjoituksen.

**Martikainen, M., Kauppinen, H., Siitonen, P., Timonen, J. Finnish community pharmacists' perceptions of the pharmaceutical professionals' right to administer vaccines. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine* 2024; 61: 236–255.**

There has been discussion in Finland about the possibility of giving pharmacy professionals the vaccination authority. The aim of this study was to investigate the views of community pharmacists on the vaccination authority of pharmacy professionals.

An electronic survey was conducted via the Finnish Pharmacists' Association and The Finnish Pharmacists' Society in January 2023. The data was analysed using frequencies,  $\chi^2$  and Fisher's tests and content analysis.

There were 452 respondents. 53% of them were in favour of allowing vaccination authority of pharmacy professionals and 42% would be willing to administer vaccines themselves. The most common vaccines that could be administered by pharmacy professionals were the influenza vaccine and the TBE vaccine. The most common potential benefits of the vaccination

authority were ease of vaccination for customers, reduced burden on the health care system, and increased vaccination coverage. The most common challenges were organization of vaccination facilities in pharmacies, adverse reactions to vaccines and how to prepare for them, and training and maintaining vaccination skills.

Pharmacists are largely in favour of the vaccination authority of pharmaceutical professionals in Finland. However, careful informed decision-making and appropriate measures will be needed if the vaccination authority is to be made available to pharmacy professionals.

**Keywords:** community pharmacy, pharmacist, vaccination

Saapunut (27.06.2023)

Hyväksytty (16.02.2024)

## LÄHTEET

- (1) World Health Organization. Vaccines and immunization. Luettu 10.4.2023. <https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization>
- (2) Terveystieteiden tutkimuskeskus. Miksi rokotuksia tarvitaan? Päivitetty 22.11.2019. <https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset/tietoa-rokotuksista/miksi-rokotuksia-tarvitaan>
- (3) Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Asetus rokotuksista 149/2017. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170149>
- (4) Suomen Farmasialiitto. Tietoa alasta. Luettu 10.5.2023. <https://www.farmasialiitto.fi/ala-ja-opiskelu/tietoa-farmasian-alasta/> Farmasialiitto
- (5) International Pharmaceutical Federation. Advocating expansion of the pharmacist's role in immunisation: A focus on diphtheria-tetanus-pertussis booster, COVID-19, and meningitis vaccinations. International Pharmaceutical Federation 2022. Luettu 22.9.2022. <https://www.fip.org/file/5137>
- (6) International Pharmaceutical Federation. An overview of current pharmacy impact on immunisation A global report 2016. 2016. Luettu 6.3.2023. [https://www.fip.org/files/fip/publications/FIP\\_report\\_on\\_Immunisation.pdf](https://www.fip.org/files/fip/publications/FIP_report_on_Immunisation.pdf)
- (7) International Pharmaceutical Federation. An overview of pharmacy's impact on immunisation coverage: A global survey. 2020. Luettu 27.2.2023. <https://www.fip.org/file/4751>
- (8) Isenor JE, Edwards NT, Alia TA ym. Impact of pharmacists as immunizers on vaccination rates: A systematic review and meta-analysis. *Vaccine* 2016;34:5708–5723. doi: 10.1016/j.vaccine.2016.08.085
- (9) Czech M, Balcerzak M, Antczak A, ym. Flu Vaccinations in Pharmacies—A Review

- of Pharmacists Fighting Pandemics and Infectious Diseases. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:7945. doi: 10.3390/ijerph17217945
- (10) The Pharmaceutical Society of Ireland. Patient Feedback on the Flu Vaccination Service Provided in Pharmacies. 2016. Luettu 20.6.2023. [https://www.thepsi.ie/Libraries/Pharmacy\\_Practice/Report\\_on\\_Patient\\_Feedback\\_on\\_the\\_Flu\\_Vaccination\\_Service\\_Provided\\_in\\_Pharmacies.sflb.ashx](https://www.thepsi.ie/Libraries/Pharmacy_Practice/Report_on_Patient_Feedback_on_the_Flu_Vaccination_Service_Provided_in_Pharmacies.sflb.ashx)
- (11) Grzegorzczak-Karolak I, Zglińska-Pietrzak A, Wremczuk-Jeżyna I, ym. Evaluation of Patient Experiences Regarding Pharmacist-Administered Vaccination and Attitude towards Future Additional Pharmacy Services in Poland. *Vaccines (Basel)* 2022;10: 1479. doi: 10.3390/vaccines10091479
- (12) Piraux A, Cavillon M, Ramond-Roquin A, ym. Assessment of Satisfaction with Pharmacist-Administered COVID-19 Vaccinations in France: PharmaCoVax. *Vaccines* 2022;10: 440. doi: 10.3390/vaccines10030440
- (13) Rose O, Erzkamp S, Schöbel W, ym. COVID-19 vaccinations in German pharmacies: A survey on patient and provider satisfaction. *Vaccine* 2022;40: 5207–5212. doi: 10.1016/j.vaccine.2022.07.034
- (14) Merks P, Religioni U, Bilmin K, ym. Readiness and Willingness to Provide Immunization Services after Pilot Vaccination Training: A Survey among Community Pharmacists Trained and Not Trained in Immunization during the COVID-19 Pandemic in Poland. *IJERPH* 2021;18: 599. doi: 10.3390/ijerph18020599
- (15) Turcu-Stiolica A, Kamusheva M, Bogdan M, ym. Pharmacist's Perspectives on Administering a COVID-19 Vaccine in Community Pharmacies in Four Balkan Countries. *Front Public Health* 2021;9:766146. doi: 10.3389/fpubh.2021.766146
- (16) Jarab AS, Al-Qerem W, Mukattash TL. Community pharmacists' willingness and barriers to provide vaccination during COVID-19 pandemic in Jordan. *Hum Vaccin Immunother* 2022;18: e2016009. doi: 10.1080/21645515.2021.2016009
- (17) Lindner N, Riesenhuber M, Müller-Uri T, ym. The role of community pharmacists in immunisation: a national cross-sectional study. *Int J Clin Pharm* 2022;44: 409–417. doi: 10.1007/s11096-021-01357-5
- (18) Isenor JE, Alia TA, Killen JL ym. Impact of pharmacists as immunizers on influenza vaccination coverage in Nova Scotia, Canada. *Hum Vaccin Immunother* 2016;12:1225–1228. doi: 10.1080/21645515.2015.1127490
- (19) Islam JY, Gruber JF, Lockhart A, ym. Opportunities and Challenges of Adolescent and Adult Vaccination Administration Within Pharmacies in the United States. *Biomed Inform Insights* 2017;16: 1178222617692538. doi: 10.1177/1178222617692538
- (20) Westrick SC, Patterson BJ, Kader MS, ym. National survey of pharmacy-based immunization services. *Vaccine* 2018;36: 5657–5664. doi: 10.1016/j.vaccine.2018.07.027
- (21) Vaccines Today. Pharmacists in Belgium can offer COVID-19 vaccines. Päivitetty 25.3.2022. <https://www.vaccinestoday.eu/stories/pharmacists-in-belgium-can-offer-covid-19-vaccines/>
- (22) International Pharmaceutical Federation. Covid-19 Information Hub. Luettu 7.3.2023. <https://www.fip.org/coronavirus>
- (23) Hyvärinen H. Voisivatko apteekin ammattilaiset antaa koronarokotteita? Päivitetty 22.6.2020. <https://www.apteekkari.fi/uutiset/voisivatko-apteekin-ammattilaiset-antaa-koronarokotteita.html?p1853=3%27>
- (24) Grönvall U. Apteekkariliitto haluaa myös apteekit mukaan koronarokotustalkoisiin. Päivitetty 18.12.2021. <https://www.medi uutiset.fi/uutiset/apteekkariliitto-haluaa-myoos-apteekit-mukaan-koronarokotustalkoisiin/9186b30c-6151-4c58-8703-a3d97b23f414>
- (25) Kostiainen E. Apteekkariliitto: Apteekit avuksi rokottamaan muun Euroopan malliin. Päivitetty 17.12.2021. <https://www.apteekkari.fi/uutiset/apteekkariliitto-apteekit-avuksi-rokottamaan-muun-euroopan-malliin.html?p31=5>
- (26) Valtioneuvosto. Vahva ja välittävä Suomi. Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma 20.6.2023. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-763-8>
- (27) Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus rokotuksista annetun sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen 6 §:n muuttamisesta. Muistio luonnos VN/36738/2023. 27.12.2023. [file:///C:/Users/sjtmone/Downloads/Perustelumuistio luonnos%20rokotusasetuksen%20muutos%20lausuntokierrokselle%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/sjtmone/Downloads/Perustelumuistio luonnos%20rokotusasetuksen%20muutos%20lausuntokierrokselle%20(2).pdf)
- (28) Kinnunen S. Kausi-influenssarokotukset apteekin yhteydessä – asiakkaiden mielipiteitä ja odotuksia apteekin rokotuspalveluista. Apteekki-farmasian erikoistumisopinnojen projektiyö. Helsinki; Koulutus- ja kehittämisspalvelut HY+, Helsingin yliopisto; 2017
- (29) Rantala S. Terveyspisteiden palveluiden kartoittaminen apteekkiin. Sairaanhoidtajakoulutuksen opinäytetyö. Laurea ammattikorkeakoulu; 2023. Luettu 20.6.2023. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/792412/Rantala\\_Sanni.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/792412/Rantala_Sanni.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- (30) Suomen Apteekkariliitto: Koronarokotuskysely apteekkeille. Peruseräraportti. Suomen Apteekkariliitto 2020.
- (31) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Kuka saa rokottaa ja miten rokotusosaaminen osoitetaan? Päivitetty 25.10.2022. <https://thl.fi/fi/web/infektioaudit-ja-rokotukset/tietoa-rokotuksista/kuka-saa-rokottaa-ja-miten-rokotusosaaminen-osoitetaan>

- (32) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Rokotteet A-Ö. Päivitetty 6.2.2023. <https://thl.fi/fi/web/infektioaudit-ja-rokotukset/rokotteet-a-o>
- (33) Hämeen-Anttila K, Katajavuori N. Laadullisen aineiston analyysi. Kirjassa: Hämeen-Anttila K, Katajavuori N (toim.) Yhteiskunnallinen lääketutkimus – ideasta näyttöön. 2. painos. Helsingin yliopisto: HELDA Open Books 2021, 146–163. <https://doi.org/10.31885/9789515150417>
- (34) Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Luettu 1.9.2022. [https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakoarvioinnin\\_ohje\\_2020.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf)
- (35) yleinen tietosuoja-asetus (EU) 2016/679. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>
- (36) tietosuojalaki (1050/2018). <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050>
- (37) Suomen Farmasialiitto: Jäsenkysely rokotteista: Myyn, mutta en pistä. Farmasia 2014;4: 26–28.
- (38) Gauld N, Johnstone E, McMichael I, ym. Pharmacists' views and desires regarding pharmacist administration of vaccines in New Zealand. *Int J Pharm Pract* 2021;29: 126–133. doi: <https://doi.org/10.1093/ijpp/riaa012>
- (39) Voronova A, Nölvak K, Surva R, ym. Attitudes of Estonian pharmacists about pharmacy-led vaccination programs. 2020. Luettu 21.6.2023. [https://eafonline.eu/wp-content/uploads/2020/11/P41-ATTITUDES-OF-ESTONIAN-PHARMACISTS-ABOUT-PHARMACY-LED-VACCINATION-PROGRAMS\\_.pdf](https://eafonline.eu/wp-content/uploads/2020/11/P41-ATTITUDES-OF-ESTONIAN-PHARMACISTS-ABOUT-PHARMACY-LED-VACCINATION-PROGRAMS_.pdf)
- (40) Äijö N. Early-career community pharmacists' intention to leave their profession in Finland – A qualitative study. Thesis. Helsinki; Hanken School of Economics; 2022. Luettu 21.6.2023. [https://helda.helsinki.fi/dhanken/bitstream/handle/10227/491938/%c3%84ij%c3%b6\\_Nelli.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/dhanken/bitstream/handle/10227/491938/%c3%84ij%c3%b6_Nelli.pdf?sequence=1)
- (41) Leuthold C, Bugnon O, Berger J. The Role of Community Pharmacists in Travel Health and Vaccination in Switzerland. *Pharmacy (Basel)* 2018;6: 125. doi: 10.3390/pharmacy6040125
- (42) The Pharmaceutical Society of Ireland. Guidance on the Provision of Vaccination Services in Retail Pharmacies in Retail Pharmacy Businesses versio 8. 2022. Luettu 21.6.2023. [https://www.thepsi.ie/Libraries/Folder\\_Pharmacy\\_Practice\\_Guidance/2\\_4\\_Guidance\\_on\\_the\\_Provision\\_of\\_Vaccination\\_Services\\_by\\_Pharmacists\\_in\\_a\\_Retail\\_Pharmacy\\_Businesses.sflb.ashx](https://www.thepsi.ie/Libraries/Folder_Pharmacy_Practice_Guidance/2_4_Guidance_on_the_Provision_of_Vaccination_Services_by_Pharmacists_in_a_Retail_Pharmacy_Businesses.sflb.ashx)
- (43) Norwegian Pharmacy Association: Key figures 2021 Pharmacies and pharmaceuticals in Norway. Luettu 7.3.2023. [https://www.apotek.no/Files/Filer\\_2013/Engelske%20sider/Key%20figures%202021.pdf](https://www.apotek.no/Files/Filer_2013/Engelske%20sider/Key%20figures%202021.pdf)
- (44) World Health Organization. The legal and regulatory framework for community pharmacies in the WHO European Region. 2019. Luettu 21.6.2023. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326394/9789289054249-eng.pdf?sequence=1>
- (45) Steyer TE, Ragucci KR, Pearson WS, ym. The role of pharmacists in the delivery of influenza vaccinations. *Vaccine* 2004;22: 1001–1006. doi: 10.1016/j.vaccine.2003.08.045
- (46) Finnegan G. Pharmacy pilot project increases flu vaccination by 32%. Päivitetty 18.4.2019. <https://www.vaccinestoday.eu/stories/pharmacy-pilot-project-increases-flu-vaccination-by-32/>
- (47) Soldal J. Mange flere vil ta influensavaksinen i apotek. Luettu 22.1.2020. <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/statistikk/mange-flere-vil-ta-influensavaksinen-i-apotek>
- (48) Hammer CC, Cristea V, Dub T, ym. High but slightly declining COVID-19 vaccine acceptance and reasons for vaccine acceptance, Finland April to December 2020. *Epidemiol Infect* 2021;149:e123. doi: 10.1017/S0950268821001114
- (49) Kontio M, Skogberg N, Sivelä J, ym. Koronarokotuskattavuuteen vaikuttavat tekijät. 2021. Luettu 2.6.2023. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-753-1>
- (50) Suomen Apteekkariliitto. Tietoa apteekeista. Luettu 14.5.2023. <https://www.apteekki.fi/tietoa-apteekkeista.html>
- (51) Saastamoinen L, Airaksinen M, Dimitrow M, ym. Lääkevalmisteiden hintakilpailun aktivointi ja väestön odotukset apteekkitoiminnalle. 2021. Luettu 20.4.2023. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-409-5>
- (52) Tevameri T. Katsaus sote-alan työvoimaan – Toimintaympäristön ajankohtaisten muutosten ja pidemmän aikavälin tarkastelua. 2021. Luettu 21.6.2023. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-812-7>
- (53) Gallén J. Farmaseuttisen henkilöstön rokotus-oikeus maailmalla – käyttöön myös Suomessa? Farmaseutin koulutusohjelman tutkielma. Kuopio; Farmasian laitos, Itä-Suomen yliopisto; 2021.
- (54) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Rokotustoiminnan suunnittelu ja järjestäminen. Päivitetty 18.1.2023. <https://thl.fi/fi/web/infektioaudit-ja-rokotukset/tietoa-rokotuksista/rokotustoiminnan-suunnittelu-ja-jarjestaminen>
- (55) laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (741/2023). <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2023/20230741>
- (56) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kansallinen rokotusohjelma. Luettu 12.1.2024. <https://thl.fi/aiheet/infektioaudit-ja-rokotukset/tietoa-rokotuksista/kansallinen-rokotusohjelma>
- (57) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Mitä rokotajan tulee osata? Päivitetty 29.3.2022. <https://thl.fi/fi/web/infektioaudit-ja-rokotukset/tietoa-rokotuksista/kuka-saa-rokottaa-ja-miten-rokotusosaaminen-osoitetaan/mita-rokottajan-tulee-osata->

(58) Kauppinen H, Ahonen R, Timonen J. The impact of electronic prescriptions on medication safety in Finnish community pharmacies: A survey of pharmacists. *Int J Med Inform* 2017;100: 56–62. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2017.01.014

(59) Suomen Apteekkariliitto: Suomen Apteekkariliiton vuosikatsaus 2022. Luettu 13.4.2023. [https://www.apteekkariliitto.fi/media/vuosikatsaus\\_2022\\_final.pdf](https://www.apteekkariliitto.fi/media/vuosikatsaus_2022_final.pdf)

MARIA MARTIKAINEN  
*proviisori*  
*Itä-Suomen yliopisto*  
*Farmasian laitos*

HANNA KAUPPINEN  
*FaT, opetusproviisori*  
*Itä-Suomen yliopisto*  
*Farmasian laitos*

PIIA SIITONEN  
*FaT, yliopistonlehtori*  
*Itä-Suomen yliopisto*  
*Farmasian laitos*

JOHANNA TIMONEN  
*FaT, dosentti, yliopistotutkija*  
*Itä-Suomen yliopisto*  
*Farmasian laitos*

## LIITE 1: TUTKIMUKSEN KYSELYLOMAKE (KYSELY TOTEUTETTIIN SÄHKÖISESTI WEBROPOL-OHJELMALLA, LIITE ON KYSELYN WORD-VERSIO)

Kysely farmaseuteille, proviisoreille ja farmasian opiskelijoille farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeudesta

Pakolliset kysymykset merkitty tähdellä (\*).

Sukupuolesi? \*

1. Mies
2. Nainen
3. Muu
4. En halua kertoa

Syntymävuotesi? \*

Pudotusvalikossa vaihtoehdot: 1950–2004 ja En halua kertoa

Nykyinen työnimikkeesi? \*

1. Farmaseutti
2. Proviisori
3. Farmasian opiskelija (farmaseutti- tai proviisoriopiskelija)

Jos vastasi edelliseen kysymykseen 1. tai 2. vaihtoehdon, tuli kysymys:

**Farmaseutiksi** valmistumisvuotesi? \*

Pudotusvalikossa vaihtoehdot: 1962–2023

Jos vastasi 3. vaihtoehdon, tuli kysymys:

Minkä vuosikurssin farmasian opiskelija olet? \*

1. 2. vuosikurssin
2. 3. vuosikurssin
3. 4. vuosikurssin
4. 5. vuosikurssin
5. > 5. vuosikurssin

Onko sinulla lisäksi jokin muu terveydenhuoltoalan koulutus? Voit valita useita vaihtoehtoja. \*

1. Lähihoitaja
2. Sairaanhoidtaja
3. Kätilö
4. Terveydenhoitaja
5. Ensihoitaja
6. Muu, mikä? \_\_\_\_\_
7. Ei muuta terveydenhuoltoalan koulutusta

Kuinka kauan olet työskennellyt apteekissa farmaseutissa tehtävissä?

1. Alle vuoden
2. 1–5 vuotta
3. 6–10 vuotta
4. 11–20 vuotta
5. Yli 20 vuotta

Missä työskentelet? \*

1. Yksityisessä apteekissa
2. Yliopiston omistamassa apteekissa
3. Useassa yksityisessä tai yliopiston omistamassa apteekissa
4. Vuokratyöyrityksen kautta yhdessä apteekissa
5. Vuokratyöyrityksen kautta useammassa apteekissa
6. Omalla toiminimellä yhdessä apteekissa
7. Omalla toiminimellä useammassa apteekissa

Apteekin, jossa työskentelet, reseptuuri vuonna 2021? \*

1. ≤ 40 000
2. 40 001–100 000
3. 100 001–140 000
4. 140 001–200 000
5. ≥ 200 001
6. Työskentelen useassa erikokoisessa apteekissa
7. En osaa sanoa

Apteekin, jossa työskentelet, sijainti? \*

1. Etelä-Suomi
2. Länsi- ja Sisä-Suomi
3. Lounais-Suomi
4. Itä-Suomi
5. Pohjois-Suomi
6. Lappi
7. Ahvenanmaa
8. Työskentelen useassa eri alueilla sijaitsevassa apteekissa

Jos vastasi ”Missä työskentelet?” -kysymykseen vaihtoehdon 1,2, 4 tai 6, tuli kysymys:

Arvioi, kuinka pitkä matka apteekista, jossa tällä hetkellä työskentelet, on lähimpään terveydenhuollon yksikköön, jossa annetaan rokotteita pistoksena? \*

1. Apteekissa, jossa työskentelen, on saatavilla rokotuspalvelu
2. < 1 km
3. 1–5 km
4. 5,1–10 km
5. > 10 km
6. En osaa sanoa

Jos vastasi ”Missä työskentelet?” -kysymykseen vaihtoehdon 3, 5 tai 7, tuli kysymys:

Arvioi, kuinka pitkä matka lähimmillään apteekista, joissa tällä hetkellä työskentelet, on lähimpään terveydenhuollon yksikköön, jossa annetaan rokotteita pistoksena? \*

1. Yhdessä tai useammassa apteekissa, jossa työskentelen, on saatavilla rokotuspalvelu
2. < 1 km
3. 1–5 km
4. 5,1–10 km
5. > 10 km
6. En osaa sanoa

**Rokotusoikeudella** tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sitä, että rokottamiseen oikeutettu henkilö saa antaa rokotteita pistoksena.

Sosiaali -ja terveysministeriön rokotusasetuksen (149/2017) ja Terveyden -ja hyvinvoinnin laitoksen ohjeistuksen (linkki) mukaan kaikkia rokotteita pistoksena saa antaa Suomessa vain lääkäri ja asianmukaisen koulutuksen saanut terveydenhoitaja, sairaanhoitaja, kättilö ja sairaanhoitajana laillistettu ensihoitaja, terveydenhoitaja-, sairaanhoitaja- tai kättilöopiskelija sekä lääketieteen opiskelija tietyin edellytyksin.

Onko sinulla rokotusoikeus? \*

1. Kyllä
2. Ei

Kannatko, että farmasian ammattihenkilöille mahdollistettaisiin rokotusoikeus Suomessa? \*

1. Kyllä
2. En
3. En osaa sanoa

Olisitko itse halukas antamaan rokotteita pistoksena? \*

1. Kyllä
2. En
3. En osaa sanoa

Mitä rokotteita farmasian ammattihenkilö voisi mielestäsi antaa pistoksena apteekissa? Voit halutessasi lukea tästä linkistä Suomessa saatavilla olevista rokotteista. Voit valita useita vaihtoehtoja. \*

1. Influenssarokote
2. Koronavirusrokote
3. Pneumokokkirokote
4. TBE-rokote eli ”punkkirokote”
5. Rabies- eli vesikauhurokote
6. Vyöruusu-rokote
7. Muut kansallisen rokotusohjelman mukaiset rokotteet
8. Matkailijan rokotteet (hepatiitti A&B, japanin aivotulehdus, keltakuume, lavantauti, meningokokki)
9. Ei mitään rokotteita

Jos farmasian ammattihenkilöillä olisi rokotusoikeus Suomessa, mitä hyötyjä siitä mielestäsi olisi? (Avoin vastaus)

Jos farmasian ammattihenkilöillä olisi rokotusoikeus Suomessa, mitä haasteita siinä mielestäsi olisi? (Avoin vastaus)

**Rokotusoikeudella** tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sitä, että rokottamiseen oikeutettu henkilö saa antaa rokotteita pistoksena.

**Rokotusosaamisella** tarkoitetaan kaikkia niitä tietoja ja käytännön rokotustaitoja, joiden avulla rokottaja pystyy toteuttamaan rokotuksia asianmukaisesti ja turvallisesti.

THL määrittää, mitä rokottajan tulee osata.

**Arvioi**, minkälaiset tiedot **sinulla on yleisesti** rokotusosaamisen eri osa-alueista. Valitse kustakin aihealueesta sopivaksi katsomasi vaihtoehto. \*

	Hyvät tiedot	Kohtalaiset tiedot	Heikot tiedot	Ei tietoa lainkaan
Rokotuksin ehkäistävien tautien aiheuttajat				
Rokotuksin ehkäistävien tautien oireet				
Rokotuksin ehkäistävien tautien hoito				
Rokotuksin ehkäistävien tautien tarttuvuus ja tartuntatavat				
Rokotuksin ehkäistävien tautien yleisyys				
Rokotuksin ehkäistävien tautien vakavuus				
Rokotuksin ehkäistävien tautien sairastamiseen liittyvät jälkitaudit				
Rokottamattomuuden vaikutukset yksilö- ja väestötasolla				
Rokotteista saatavat hyödyt sekä yksilö että väestötasolla				
Suomessa saatavilla olevat rokotteet				
Kansallinen rokotusohjelma				
Rokotteiden koostumus (mitä rokotteet sisältävät)				
Rokotteiden kesto aika (säilyvyys)				
Rokotteiden säilytys				
Rokotteiden hävittäminen				
Rokotteiden käyttöaiheet				
Rokotteiden antotavat				
Vasta-aiheet rokottamiselle				
Rokotteiden mahdolliset haittavaikutukset				
Haittavaikutus-ilmoitusjärjestelmän keskeiset periaatteet				
Rokotteista aiheutuvien välittömien reaktioiden hoito				
Rokotteista aiheutuvien välittömien vakavien reaktioiden hoito (anafylaksia)				
Aseptiikan perusteet rokotteiden käsittelyssä ja rokottaessa				



**Rokotusosaamisen koulutuksella** tarkoitetaan tässä tutkimuksessa teoriaosaamisen ja käytännön rokotustaitojen harjoittelun kokonaisuutta.

Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä? Valitse kustakin väittämästä sopivaksi katsomasi vaihtoehto. \*

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Rokotusosaamisen koulutuksen tulisi olla pakollinen opintojakso farmaseutin koulutusohjelmassa					
Rokotusosaamisen koulutuksen tulisi olla valinnainen opintojakso farmaseutin koulutusohjelmassa					
Rokotusosaamisen koulutuksen tulisi olla vapaaehtoinen täydennyskoulutus					
Olen valmis käymään alle 3 kuukautta kestävän rokotusosaamisen koulutuksen työajalla					
Olen valmis käymään alle 3 kuukautta kestävän rokotusosaamisen koulutuksen omalla ajalla					
Olen valmis käymään 3–6 kuukautta kestävän rokotusosaamisen koulutuksen työajalla					
Olen valmis käymään 3–6 kuukautta kestävän rokotusosaamisen koulutuksen omalla ajalla					
Olen valmis käymään yli 6 kuukautta kestävän rokotusosaamisen koulutuksen työajalla					
Olen valmis käymään yli 6 kuukautta kestävän rokotusosaamisen koulutuksen omalla ajalla					

Kenen mielestäsi tulisi maksaa rokotusosaamisen koulutus apteekissa farmaseuttiselle henkilökunnalle (farmaseutit ja proviisorit)? Voit valita useita vaihtoehtoja. \*

1. Työnantajan tulisi maksaa rokotusosaamisen koulutus
2. Olen valmis maksamaan itse rokotusosaamisen koulutuksen
3. Jonkun muun tahon tulisi maksaa rokotusosaamisen koulutus. Mikä taho (avoin)
4. Ei kenenkään, en kannata farmaseuttiselle henkilökunnalle suunnattua rokotusosaamisen koulutusta

Jos vastasi edelliseen kysymykseen vaihtoehdon 2, näytettiin seuraavat kolme kysymystä:

Kuinka paljon olisit valmis **itse maksamaan alle 3 kuukautta** kestävästä rokotusosaamisen koulutuksesta? \*

1. < 100 euroa
2. 100–399 euroa
3. 400–699 euroa
4. 700–999 euroa
5. ≥ 1000 euroa

Kuinka paljon olisit valmis **itse maksamaan 3–6 kuukautta** kestävästä rokotusosaamisen koulutuksesta? \*

1. < 100 euroa
2. 100–399 euroa
3. 400–699 euroa
4. 700–999 euroa
5. ≥ 1000 euroa

Kuinka paljon olisit valmis **itse maksamaan yli 6 kuukautta** kestävästä rokotusosaamisen koulutuksesta? \*

1. < 100 euroa
2. 100–399 euroa
3. 400–699 euroa
4. 700–999 euroa
5. ≥ 1000 euroa

Muita ajatuksia ja kommentteja farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeudesta tai tästä kyselystä (Avoin vastaus)

Kiitos osallistumisesta tähän tutkimukseen!



## Mitkä tekijät ennakoivat täyden ja osatyökyvyttömyyseläkkeen saamista hylkäyksen jälkeen?

Huomattava osa työkyvyttömyyseläkehakemuksista hylätään, mutta osa hylkävän päätöksen saaneista saa myöhemmin myönteisen työkyvyttömyyseläkepäätöksen. Tietoa myöhempään myönteiseen päätökseen johtaneista tekijöistä eri eläkelajeissa on kuitenkin vähän.

Tutkimuksemme tavoitteena oli tarkastella rekisteriaineiston avulla kielteisen työkyvyttömyyseläkepäätöksen saaneita ja heidän tilannettaan kahden vuoden kuluttua päätöksestä. Tutkimme sitä, mitkä sosiodemografiset ja terveyteen liittyvät tekijät ennakoivat hylkäyspäätöksen saaneiden täyttä tai osatyökyvyttömyyseläkepäätöstä seuranta-aikana.

Aineisto (n=4724) muodostuu rekisteriaineistosta, joka kattaa yhden yksityisen työeläkevakuutusyhtiön hylätyt työkyvyttömyyseläkehakemukset ajalta 1/2017–06/2019 sekä hylkävän päätöksen saaneiden henkilöiden uudet hakemukset 06/2021 asti. Tutkimme monimuuttujamallilla, mitkä tekijät olivat yhteydessä hylkävän päätöksen jälkeen saadun pysyvän työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyteen. Kahden vuoden seuranta-aikana yhteensä 702 henkilöä sai joko pysyvän täyden tai osatyökyvyttömyyseläkkeen.

Monimuuttujamallissa vanhempi ikä, miessukupuoli ja aiemmat työeläke-etuudet lisäsivät täyden työkyvyttömyyseläkkeen saamisen tilastollista todennäköisyyttä. Mielenterveysdiagnosilla ja muiden sairauksien diagnosoilla oli seuranta-aikana suurempi todennäköisyys saada täysi työkyvyttömyyseläke kuin tuki- ja liikuntaelinten (tule) sairauden diagnosoilla. Osatyökyvyttömyyseläkkeen saamisen todennäköisyyttä lisäsivät vanhempi ikä, työsuhde eläketapahtumahetkellä ja aiemmat työeläke-etuudet. Lisäksi mielenterveyden diagnosoilla oli pienempi todennäköisyys saada osatyökyvyttömyyseläke kuin tule-diagnosilla tai muiden sairauksien diagnosoilla.

Tutkimuksemme osoitti, että 15 prosenttia kielteisen työkyvyttömyyseläkepäätöksen saaneista päätyi pysyväälle, toistaiseksi voimassaolevalle työkyvyttömyyseläkkeelle jo kahden vuoden kuluessa ensimmäisestä hakemuksesta. Jossakin määrin työkyvyttömyyttä ennakoivat tekijät erosivat eläkelajien välillä. Esitämme lopuksi keinoja tutkimuksessa havaittujen erojen ja yhtäläisyyksien hyödyntämiseen käytännön työssä.

**ASIASANAT:** työkyvyttömyys, työkyvyttömyyseläke, hylkäyspäätös, eläkelajit

**AULI AIRILA, TIIA REHO, KIRSI KARVALA, PETRI MÄÄTTÄ, SAMI HÄRDH, RIKU LOUHIMO**

## YDINASIAT

- Osa hylkäävän työkyvyttömyyseläkepäätöksen saaneista saa työkyvyttömyyseläkkeen hylkäyksen jälkeen. Tietoa tähän johtaneista tekijöistä eri eläkelajeissa on vähän.
- Ikä, aiemmat työeläke-etuudet ja työkyvyttömyyden diagnoosi olivat yhteydessä työkyvyttömyyseläkkeen saamiseen. Osin myönteistä päätöstä ennakoivat eri tekijät eri eläkelajeissa.
- Työkykyä on tärkeä vahvistaa ajoissa, ettei eläkkeelle hakeuduta liian aikaisin.

## JOHDANTO

Vuonna 2021 työkyvyttömyyseläkkeen saajia työeläkejärjestelmässä oli 125 000 henkilöä, joista toistaiseksi myönnettyjen eläkkeiden osuus oli 82 prosenttia. Täysien työkyvyttömyyseläkkeiden osuus oli yhtä lailla 82 prosenttia. Vaikka työkyvyttömyyseläkkeen saajien määrä on viime vuosikymmeninä merkittävästi vähentynyt, siirtyy työkyvyttömyyseläkkeelle vuosittain edelleen huomattavan moni. Vuonna 2021 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi 17 500 henkilöä, joista naisten osuus oli 54 prosenttia. (1) Samanaikaisesti merkittävä osa työkyvyttömyyseläkehakemuksista hylätään, ja hylkäysosuus on viime vuosina kasvanut. Eläketurvakeskuksen (2) mukaan vuonna 2022 uusien hylkäyspäätösten osuus koko työeläkejärjestelmässä oli 36 prosenttia, mikä oli noin 7 800 hakemusta. Vuonna 2021 yksityisellä sektorilla mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin liittyvistä hakemuksista hylättiin 45 prosenttia ja tuki- ja liikuntaelinten sairauksista 39 prosenttia.

Hylkäyspäätöksellä on monia haitallisia seurauksia niin yksilölle, työpaikoille kuin yhteiskunnallekin. Hylkäyksen saaneille henkilöille kasaantuu usein erilaisia taloudellisia, terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia (3–5). Työnantaja menettää usein työntekijän työpanoksen. Yhteiskunnalle kustannukset ovat merkittäviä, jos hylkäyspäätöksen saanut henkilö ei palaa työhön, vaan jää erilaisten sosiaalietuuksien kierteeseen (6), ja lisäksi tarvitsee paljon terveydenhuoltopalveluita. Osa hylkäävän päätöksen saaneista saakin myöhemmin myönteisen päätöksen täydestä tai osatyökyvyttömyyseläkkeestä. Esimerkiksi tutkimus julkiselta sektorilta (5) osoitti, että joka neljäs kielteisen työkyvyttömyyseläkkeen saanut sai

myönteisen päätöksen seuraavan kolmen vuoden kuluessa. Tarkempaa tietoa tarvitaan siitä, keitä ovat yksityisellä sektorilla niitä, jotka saavat hylkäyspäätöksen jälkeen myönteisen päätöksen, ja mitkä sosiodemografiset ja terveyteen liittyvät taustatekijät ennakoivat myöhempiä myönteistä työkyvyttömyyseläkepäätöstä. Erityisesti tietoa myönteiseen päätökseen johtaneista tekijöistä eri eläkelajeissa (täysi työkyvyttömyyseläke, osatyökyvyttömyyseläke) on vähän. Tämä tieto voi auttaa työpaikkoja ja työterveyshuoltoa osatyökykyisten työntekijöiden tunnistamisessa ja siten heidän työkykynsä tukemisessa, sekä toisaalta kielteisen päätöksen saaneiden ohjaamisessa taikaisin työelämään. Työmarkkinamme tarvitsevat kaikkien, myös osatyökykyisten, työpanosta, ja siihen osatyökyvyttömyyseläke tarjoaa mahdollisuuden. Työssä jatkaminen käytettävissä olevalla työkyvyllä hyödyttää niin yksittäistä työntekijää, työnantajaa kuin koko yhteiskuntaa.

## HYLKÄYSPÄÄTÖKSEN JÄLKEEN

Aiemmissa tutkimuksissa on tarkasteltu hylkäyspäätöksen saajien tilannetta, esimerkiksi sosiaali-etuuksia ja muita toimeentulon lähteitä (6–7) sekä työmarkkina-asemaa (8) joitakin vuosia hylkäävän päätöksen jälkeen. Tutkimukset osoittavat, että työttömyysetuus ja muut sosiaalietuudet ovat hylkäyspäätöksen jälkeen tyypillisiä, kun taas ansiotyö melko harvinaista (6, 8). Perhoniemen ym. tutkimus (7) toimeentulon lähteistä sairaspäivärahan enimmäisajan jälkeen osoitti, että enimmäisaikaa seuraavan vuoden aikana yli kaksi kolmesta henkilöstä siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle, ja tämä osuus kasvoi toisen seuranta vuoden aikana. Muita useammin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyivät vähintään 50-vuotiaat, yhtenäisellä sairaspäiväraajaksoilla olleet sekä mielenterveyden häiriöiden perusteella sairaspäivärahalla olleet. Hylkäävän työkyvyttömyyseläkepäätöksen saaneiden tilannetta tarkastelevassa tutkimuksessa (6) puolestaan havaittiin, että neljän vuoden seuranta-aikana hylkäyspäätöksen jälkeen 43 prosenttia henkilöistä sai työkyvyttömyyseläkkeen tai kuntoutustuen. Noin joka viides sai seuranta-aikana vähintään yhden uuden hylkäävän työkyvyttömyyseläkepäätöksen. Ansiotyön puuttuminen vähensi todennäköisyyttä saada myönteinen työkyvyttömyyseläkepäätös. Laaksonen ym. (8) tarkastelivat puolestaan tutkimuksessaan hylkäävän työkyvyttömyyseläke-

päätöksen saaneiden työmarkkina-asemaa sekä siihen yhteydessä olevia demografisia, työhön ja terveyteen liittyviä tekijöitä. Tutkimus osoitti, että neljä vuotta päätöksen jälkeen noin kolmannes henkilöistä oli töissä ja noin joka neljäs työtön. Ensimmäisenä vuonna hylkäyspäätöksen jälkeen myönteisen työkyvyttömyyseläkkeen päätöksen saaneiden osuus oli 19 prosenttia, ja neljäntenä vuonna 30 prosenttia. Hylkäyspäätöksen jälkeiseen työllistymiseen olivat yhteydessä työssäolo hylkäyshetkellä, nuorempi ikä, lyhyempi työttömyyshistoria, julkisella sektorilla työskentely sekä vähäisempi työkyvyttömyys. Sen sijaan työkyvyttömyyseläkkeen saamiseen havaittiin suhteellisen voimakas yhteys ainoastaan korkealla iällä. Missään näissä kolmessa hylkäyspäätöksessä tarkasteltavassa tutkimuksessa ei kuitenkaan tarkasteltu erikseen täyden ja osatyökyvyttömyyseläkkeen saaneiden tilannetta, mihin tässä tutkimuksessa pureudumme. Tämä tieto on tärkeää, jotta olisi paremmat edellytykset ohjata kielteisen päätöksen saaneita takaisin työelämään, jotta he eivät jää erilaisten etuuksien kierteeseen. Lisäksi kun tarkastelun kohteena ovat henkilöt, joilla on vielä työkykyä jäljellä, on heidän osaltaan mahdollista tehdä työkykyä tukevia toimenpiteitä. Tätä tietoa voivat hyödyntää esimerkiksi työterveyslääkärit sekä työpaikkojen toimijat, jotka vastaavat työntekijöiden työkyvyn edistämisestä.

### **TYÖKYVYTTÖMYYS JA SIIHEN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT**

Työeläkelakien mukainen työkyvyttömyyseläke on mahdollista saada, jos henkilön työkyky on alentunut sairauden, vian tai vamman vuoksi vähintään vuoden ajaksi. Täysi työkyvyttömyyseläke voidaan myöntää, jos työkyvyn arvioidaan olevan heikentynyt vähintään 3/5 ja osatyökyvyttömyyseläke, jos työkyky on heikentynyt vähintään 2/5. Yksityisten alojen työeläkelaeissa on käytössä ns. yleinen työkyvyttömyyden määritelmä, jossa henkilön työkykyä verrataan mihin tahansa työhön, jota henkilön voidaan kohtuudella edellyttää tekevän. 60 vuotta täyttäneiden kohdalla arvioidaan työkyvyttömyyttä ammatillisesti painottaen. Työeläkevakuuttajan asiantuntijalääkäri tekee päätöksen yhteistyössä eläkeratkaisuasiantuntijan kanssa hakijan toimittaman hakemuksen, lääkärinlausuntojen sekä muiden lääketieteellisten selvitysten, kuten potilaskertomusten, perusteella. Työkyvyttömyys- ja osatyökyvyttömyyssetuuksien lisäksi työeläkejärjestelmä

kattaa kuntoutusetuudet, jotka tukevat työssä jatkamista silloin, kun työkyky on lakien tarkoittamalla tavalla heikentynyt, eli kun työkyvyttömyyden uhka on todennäköinen.

Työkyvyttömyyteen johtavia syitä on tutkittu varsin paljon. Monet yksilölliset taustatekijät lisäävät työkyvyttömyyseläkkeen saamisen todennäköisyyttä. Tutkitusti työkyvyttömyyteen on yhteydessä monet sosiodemografiset tekijät, kuten esimerkiksi alhaisempi ammattiasema, korkea ikä, alhainen koulutustaso (9–13) tai matalat tulot (14). Yksilöllisistä tekijöistä myös aiemmat sairauspoissaolot ja työelämän ulkopuolisuus ennakoivat työkyvyttömyyttä (esim. 14–17). Työkyvyttömyyden ennustemallin mukaan (18–19) työkyvyttömyyden riskiä seuraavan kymmenen vuoden aikana voi luotettavasti ennustaa kahdeksalla tekijällä: ikä, koettu terveydentila, sairauspoissaolot, ammattiasema, kroonisten tautien määrä, nukahtamisvaikeudet, painoindeksi ja tupakointi. Myös monet työhön ja työoloihin liittyvät tekijät ovat yhteydessä työkyvyttömyyteen (esim. 20). Työkyvyttömyyttä voivat ennakoita esimerkiksi työn fyysinen kuormittavuus, kuten raskaiden taakkojen nostaminen ja kantaminen, hankalat työasennot ja toistotyö sekä monet työhön liittyvät psykososiaaliset tekijät, kuten kiireinen työtahti, vähäinen sosiaalinen tuki työssä sekä työn hallinnan puute, kuten liiallinen työn määrä. Aiemmat tutkimukset antavat viitteitä myös siitä, että eläkkeen hakemiseen saattavat ohjata muutkin tekijät kuin työkyvyttömyyteen liittyvät syyt (esim. 21). Nähdäksemme tietoa ei kuitenkaan ole vielä siitä, mitkä sosiodemografiset ja terveyteen liittyvät taustatekijät johtavat kielteisen työkyvyttömyyseläkepäätöksen jälkeiseen myönteiseen päätökseen eri eläkelajeissa, eli toistaiseksi voimassaolevan täyden tai osatyökyvyttömyyseläkkeen saamiseen.

### **TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tutkimuksemme tavoitteena oli tarkastella rekisteriaineiston avulla kielteisen työkyvyttömyyseläkepäätöksen saaneita ja seurata heidän tilannetta kahden vuoden ajan päätöksestä. Tutkimme sitä, mitkä sosiodemografiset ja terveyteen liittyvät tekijät ennakoivat hylkäyspäätöksen saaneiden täyttä tai osatyökyvyttömyyseläkepäätöstä seuranta-aikana, ja tarkastelemme mahdollisia eroja näiden ryhmien välillä.

Tutkimuskysymykset:

1. Mikä on täyden tai osatyökyvyttömyyseläkkeen saamisen tilastollinen todennäköisyys ensimmäisen hylkäyspäätöksen jälkeen kahden vuoden seurannassa?
2. Mitkä sosiodemografiset ja terveyteen liittyvät taustatekijät ennakoivat hylkäyspäätöksen saaneiden täyttä tai osatyökyvyttömyyseläkepääöstä kahden vuoden seurannassa?
3. Eroavatko nämä taustatekijät täyden ja osatyökyvyttömyyseläkkeen saaneilla?

## AINEISTO JA MENETLMÄT

### AINEISTO

Tutkimusaineisto koostuu rekisteriaineistosta, joka kattaa Keskinäisen työeläkevakuutusyhtiö Varman hylätyt työkyvyttömyyseläkehakemukset ajalta 01/2017–06/2019 sekä hylkäävän päätöksen saaneiden henkilöiden uudet hakemukset 06/2021 asti. Aineisto kattaa sekä määräaikaista (=kuntoutustuki) että pysyvää, toistaiseksi voimassa olevaa, työkyvyttömyyseläkettä koskevat hakemukset. Näitä työeläkejärjestelmän etuuslajeja ei ole mahdollista erotella toisistaan, sillä prosessissa henkilö hakee työkyvyttömyyseläkettä, joka hänelle myönnetään eläkelaitoksen harkinnan mukaan määräaikaisena tai pysyvänä hoitavan lääkärin ehdotuksen pohjalta.

Aineiston lähtöpisteenä on henkilön ensimmäisen hylkäyspäätöksen päätöspäivä, jonka mukaan muu aineisto rakentuu. Aineistoon otettiin vain ne henkilöt, joiden ensimmäinen hylkäys ajoittui ajanjaksolle 01/2017–06/2019. Jokaista henkilöä seurattiin uuteen työkyvyttömyyseläkepääötkseen saakka tai enintään kahden vuoden ajan heidän saamastaan hylkäyspäätöksestä. Kaikista hakemuksista tällä ajalla Varmassa hylättiin 29,9 % (36,5 % ensimmäisen päätöksen saaneista), kokonaisuudessaan 10 066 henkilöä. Tästä joukosta valitsimme ne hakemukset, joiden hylkäysperusteena oli jäljellä oleva työkyky: joko ”ei riittävän työkyvytön” tai ”jatkohakemus hylätty, ei riittävän työkyvytön” (henkilölle on aiemmin myönnetty kuntoutustuki, mutta sen jatko hylätään). Muut hylkäysperusteet liittyvät hylkäykseen juridisista syistä, kuten se, ettei hakijalla ollut työeläkelain edellyttämää eläkkeeseen oikeuttavaa ansiotoimintaa tai että työkyvyttömyys oli kestänyt alle vuoden. Aineistosta

rajattiin pois myös ne hakijat, joiden hylkäävä päätös oli annettu 7/2019 tai sen jälkeen.

Lopullinen tutkimusaineistomme kattaa 4 724 henkilöä, ja tarkastelemme erikseen täyden pysyvän, toistaiseksi voimassa olevan, työkyvyttömyyseläkkeen ja osatyökyvyttömyyseläkkeen saaneiden tilannetta. Seurannassa osatyökyvyttömyyseläkettä ja pysyvää työkyvyttömyyseläkettä tarkasteltiin riippumattomina tapahtumina. Ne henkilöt, jotka saivat sekä täyden että osatyökyvyttömyyseläkkeen, ovat mukana kummassakin osaryhmässä. Tutkimusaineiston muodostuminen on kuvattu kuviossa 1.

Tutkimusaineiston on koonnut Varman akutaaritoiminto, ja sitä käsiteltiin tutkimustarkoituksessa. Aineisto on pseudonymisoitu ja suojattu asianmukaisesti, eikä tutkimusryhmällä ollut pääsyä koodiavaimeen. Koska tutkimus perustuu rekisteriaineistoon, ei tutkittaviin oltu yhteydessä, eikä eettistä ennakoarviointia tarvittu.

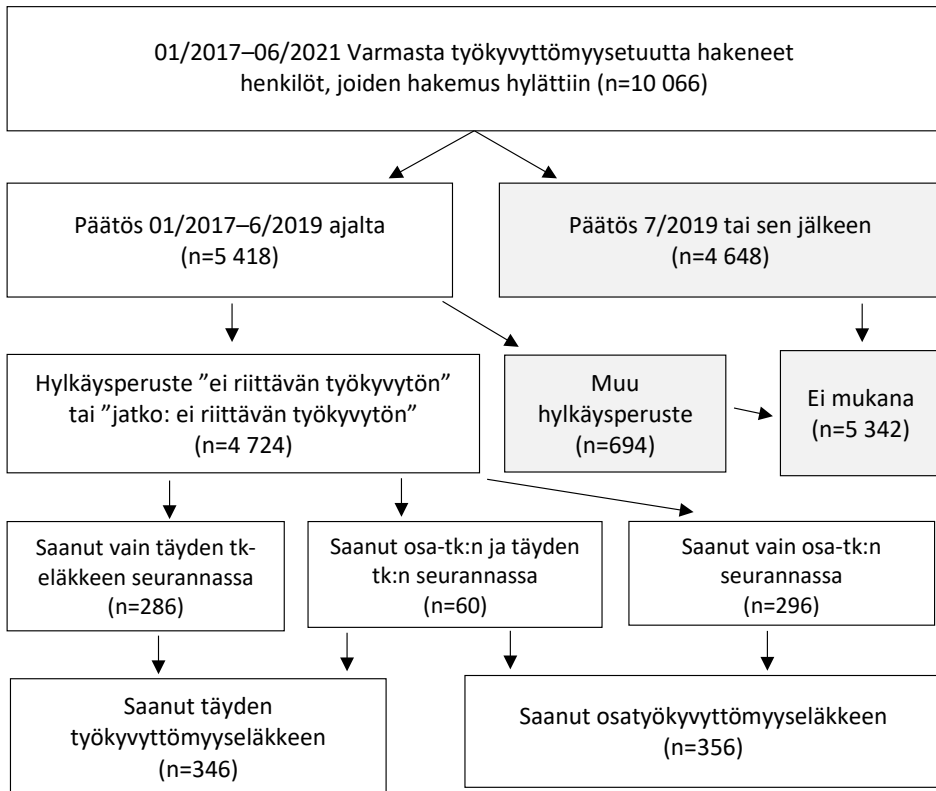
### TAUSTATIEDOT

Demografisina taustatietoina tarkastelimme henkilön ikää ensimmäisen hylkäyksen päätöshetkellä sekä sukupuolta. Päätöshetkellä tarkoitetaan sitä päivämäärää, jolloin työeläkeyhtiö on antanut virallisen päätöksensä vireillä olevaan hakemukseen. Sosioekonomisena taustatekijänä mukana oli työsuhte eläketapahtumaa (eli työkyvyttömyyden alkua) edeltävänä kahtena vuonna. Terveyteen liittyvänä taustatietona oli henkilön työkyvyttömyyden keskeisin diagnoosi (ICD-10-luokitus), ns. päädiagnoosi. Diagnoositi oli luokiteltu kolmeen luokkaan: tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, mielenterveyden häiriöt sekä muut sairaudet. Monissa aiemmissa tutkimuksissa nämä sosiodemografiset ja terveyteen liittyvät taustatekijät on nähty keskeisiksi työkyvyttömyyteen vaikuttaviksi tekijöiksi (esim. 9, 18–19). Myös aiemmat työeläke-etuudet olivat mukana analyysissa. Etuuslajeista tarkastelimme aiempia kuntoutustukia, kuntoutusrahaa, osatyökyvyttömyyseläkettä ja työkyvyttömyyseläkettä. Henkilön sosiodemografiset taustatiedot ja diagnoosi otettiin aineistoon ensimmäisen hylkäyspäätöksen tiedoista. Seurannassa tarkastelimme vain eläkelajia ja pääöstä.

### TILASTOLLISET MENETLMÄT

Taustatekijöiden yhteyttä myönteisen päätöksen saamisen todennäköisyyteen tarkastelimme osa-

Kuvio 1. Tutkimusaineiston muodostuminen.



täysi tk-eläke = täysi työkyvyttömyyseläke  
osa-tk = osatyökyvyttömyyseläke

ryhmissä, eli täyden työkyvyttömyyseläkkeen saaneilla ja osatyökyvyttömyyseläkkeen saaneilla erikseen. Eri sosiodemografisten ja terveyteen liittyvien tekijöiden sekä aiempien työeläke-etuuskien vaikutusta työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen hylkäyksen jälkeen tutkimme logistisella regressiomallilla, jolla voidaan arvioida eri taustatekijöiden yhteisvaikutusta. Logistinen regressio on tilastollinen malli todennäköisyyksien laskentaan, ja tutkimuksessamme tarkastelemme sitä todennäköisyyksien suhdetta, millä täysi työkyvyttömyys tai osatyökyvyttömyys tapahtuu tai ei tapahdu hylkäävän päätöksen jälkeen. Taustatekijöitä verrattiin toisiinsa vetosuhteella (odds ratio, suomeksi myös kerroinsuhde tai ristosuhde). Vetosuhteille laskettiin 95 prosentin luottamusvälit ja p-arvot. Monimuuttujamalleissa kaikki muuttujat on vakioitu toisillaan. Tällä arvioidaan eri tekijöiden ja tulosmuuttujan välisen yhteyden

suuruutta, kun muut tekijät on vakioitu. Laskimme myös vakioimattomat tulokset yksittäisille muuttujille. Aineisto analysointiin pythonilla (v. 3.8.10, kirjastot numpy ja pandas) ja R:llä (v. 4.0.2).

## TULOKSET

### TAUSTATIEDOT JA SEURANTA-AIKANA MYÖNNETYT ETUDET

Aineisto kattaa 4724 henkilöä, joista kahden vuoden seuranta-aikana pysyvän, toistaiseksi voimassa olevan, täyden työkyvyttömyyseläkkeen sai 346 (7,3 prosenttia) ja osatyökyvyttömyyseläkkeen 356 henkilöä (7,5 prosenttia), yhteensä 15 prosenttia. Yhteensä 60 henkilöä sai molemmat etuudet.

Tutkittavista miesten osuus oli 53 % (n=2 509) ja naisten 47 % (n=2 215). Eniten oli 55–59-vuotiaita sekä 40–49-vuotiaita (kumpiakin 23 %).

Alle 30-vuotiaiden osuus oli yhdeksän prosenttia. 60–64 -vuotiaita oli viisi prosenttia. Tutkittavien ikää tarkasteltiin ensimmäisen hylkäyksen päätöshetkellä. Ennen eläketapahtumaa 64 % oli työsuhteessa. Valtaosalla (71 %) ei ollut aiempia työeläkkeisiin liittyviä etuuspäätöksiä. Päädiagnoosina mielenterveyden häiriöitä (38 %) ja tuki- ja liikuntaelinten sairauksia (37 %) oli lähes yhtä paljon. Muiden diagnoosien osuus oli noin neljännes. Tule-sairaudet yleistyivät iän myötä. Miehillä tule-sairaus oli hieman yleisempi kuin naisilla (37 % vs. 36 %), kun taas mielenterveysdiagnoosi oli naisilla selvästi yleisempi (43 % vs. 33 %).

### SEURANTA-AIKANA MYÖNTEISTÄ TYÖKYVYTTÖMYYSLÄKEPÄÄTÖSTÄ ENNAKOIVAT TEKIJÄT

Tarkastelimme kahden vuoden seuranta-aikana pysyvän täyden työkyvyttömyyseläkkeen saaneiden (n=346) ja osatyökyvyttömyyseläkkeen saaneiden (n=356) suhteellisia osuuksia ja myönteistä päätöstä ennakoivia tekijöitä. Taulukossa 1 on kuvattu työkyvyttömyys- ja osatyökyvyttömyyseläkkeen saamisen suhteelliset osuudet ja lukumäärät kaksi vuotta hylkäyspäätöksen jälkeen. Taulukoissa 2 ja 3 kuvataan näitä etuuksia ennakoivien taustatekijöiden vakioimattomat sekä monimuuttujamallien tulokset.

Hylkäävän päätöksen jälkeen sekä täyden että osatyökyvyttömyyseläkkeen saaneiden osuus kahden vuoden seuranta-aikana oli miehillä suurempi kuin naisilla (Taulukko 1). Naiset saivat hieman useammin osatyökyvyttömyyseläkkeen kuin täyden työkyvyttömyyseläkkeen (p=0.065, Fisherin testi), kun taas miehillä ero oli vähäinen (p=0.343, Fisherin testi). Myönteisen päätöksen saaneiden osuus oli muita suurempi 55–59 -vuotiailla ja 60–64 -vuotiailla. Yli 60-vuotiaista joka neljäs hylkäyspäätöksen saanut sai seuranta-aikana täyden työkyvyttömyyseläkkeen ja 16 prosenttia osatyökyvyttömyyseläkkeen, kun vastaavat osuudet alle 40-vuotiailla olivat ainoastaan noin yhden prosentin luokkaa. 50–54 -vuotiaat sekä 55–59 -vuotiaat saivat todennäköisemmin osatyökyvyttömyyseläkkeen kuin täyden työkyvyttömyyseläkkeen. Lisäksi niistä, joilla oli työsuhte eläketapahtumahetkellä, noin 10 prosenttia sai seuranta-aikana osatyökyvyttömyyseläkkeen ja kahdeksan prosenttia täyden työkyvyt-

tömyyseläkkeen. Myös aiempia työeläke-etuuksia oli merkittävästi enemmän sekä täyden että osatyökyvyttömyyseläkkeen saaneilla (molemmissa p<0.001, Fisherin testi). Aiemmat työeläke-etuudet ennakoivat erityisesti osatyökyvyttömyyseläkkeen saamista. Mielenterveysdiagnoosilla oli muita diagnooseja alhaisempi todennäköisyys saada täysi tai osatyökyvyttömyyseläke. Täysi työkyvyttömyyseläke oli todennäköisin muut diagnoosit -ryhmässä, kun taas osatyökyvyttömyyseläkkeen saaminen oli tuki- ja liikuntaelinten sairauksissa sekä muissa sairauksissa samalla tasolla.

Taulukossa 2 on kuvattu vakioimattomat sekä monimuuttujamallin tulokset täyden työkyvyttömyyseläkkeen saaneilla. Sukupuoli, ikä, aiemmat työeläke-etuudet ja päädiagnoosi olivat merkittäviä taustatekijöitä täyden työkyvyttömyyseläkkeen saamisessa kahden vuoden seuranta-aikana. Sen sijaan työsuhte eläketapahtumahetkellä ei ollut monimuuttujamallissa tilastollisesti merkitsevää täyden työkyvyttömyyseläkkeen selittäjää. Miehillä, aiemmin työeläke-etuuksia saaneilla sekä vähintään 55-vuotiailla oli muita suurempi vetosuhte saada täysi työkyvyttömyyseläke seuranta-aikana. Mielenterveys- ja muiden sairauksien diagnoosilla oli suurempi vetosuhte saada täysi työkyvyttömyyseläke kuin tuki- ja liikuntaelinten sairauteen perustuvalla diagnoosilla.

Taulukossa 3 on kuvattu eri sosiodemografisten, terveyteen ja aiempiin työeläke-etuuksiin liittyvien tekijöiden vaikutus osatyökyvyttömyyseläkkeen saamiseen. Osatyökyvyttömyyseläkkeen kohdalla miesten ja naisten välillä ei ollut eroa, toisin kuin täyden työkyvyttömyyseläkkeen osalta. Vanhempi ikä lisäsi merkittävästi osatyökyvyttömyyseläkkeen saamisen vetosuhdetta. Osatyökyvyttömyyseläkkeen saamisen vetosuhte oli puolestaan huomattavasti alhaisempi niillä, joilla ei ollut työsuhdetta eläketapahtumahetkellä. Aiemmat työeläke-etuudet lisäsivät myönteisen osatyökyvyttömyyseläkepäätöksen todennäköisyyttä kahden vuoden seuranta-aikana, aivan kuten täyden työkyvyttömyyseläkkeen kohdalla. Erona täyteen työkyvyttömyyseläkkeeseen osatyökyvyttömyyseläkkeen saamisen vetosuhte oli mielenterveysdiagnoosilla merkittävästi alhaisempi kuin tuki- ja liikuntaelinten sairauksissa tai muiden sairauksien diagnosiryhmässä.

Taulukko 1. Täyden tai osatyökyvyttömyyseläkkeen saaneiden henkilöiden lukumäärä ja osuudet eri taustatekijöiden mukaan kaksi vuotta hylkäyspäätöksen jälkeen.

Taustatekijä	Kaikki (n= 4724)	Työkyvyttömyyseläkkeen saaneiden lukumäärä ja %-osuus kaikista (n=346)		Osatyökyvyttömyyseläkkeen saaneiden lukumäärä ja %-osuus kaikista (n=356)	
<b>Sukupuoli</b>					
Mies	2509	230	9,2 %	210	8,4 %
Nainen	2215	116	5,2 %	146	6,6 %
<b>Ikä</b>					
alle 30 v	445	5	1,1 %	0	0 %
30–39 v	871	11	1,3 %	9	1,0 %
40–49 v	1103	41	3,7 %	36	3,3 %
50–54 v	948	49	5,2 %	66	7,0 %
55–59 v	1107	178	16,1 %	204	18,4 %
60–64 v	250	62	24,8 %	41	16,4 %
<b>Työsuhde eläketapahtumahetkellä</b>					
Kyllä	3027	230	7,6 %	287	9,5 %
Ei	1697	116	6,8 %	69	4,1 %
<b>Aiemmat työeläke-etuudet</b>					
Kyllä	1381	130	9,4 %	173	12,5 %
Ei	3343	216	6,5 %	183	5,5 %
<b>Päädiagnoosi</b>					
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	1723	126	7,3 %	186	10,8 %
Mielenterveyden häiriöt	1771	94	5,3 %	36	2,0 %
Muut diagnoosit	1230	126	10,2 %	134	10,9 %

%-osuus = prosenttiosuus

Taulukko 2. Taustatekijöiden yhteys työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyteen.

Taustatekijä	Kaikki (n= 4724)	Vakioimaton vetosuhde	Vakioitu <sup>1</sup> vetosuhde ja luottamusväli (95 %)	P-arvo, vakioitu vetosuhde
<b>Sukupuoli</b>				
Mies	2509		1,00	
Nainen	2215	0,55	0,63 (0,49–0,80)	0,0002
<b>Ikä</b>				
alle 30 v	445		1,00	
30–39 v	871	1,13	1,06 (0,38–3,4)	0,91
40–49 v	1103	3,40	3,24 (1,39–9,47)	0,01
50–54 v	948	4,80	4,76 (2,05–13,9)	0,001
55–59 v	1107	16,86	17,2 (7,72–49,1)	< 0,0001
60–64 v	250	29,02	30,8 (13,3–89,8)	< 0,0001
<b>Työsuhde eläketapahtumahetkellä</b>				
Kyllä	3027		1,00	
Ei	1697	0,89	0,83 (0,65–1,07)	0,15
<b>Aiemmat työeläke-etuudet</b>				
Kyllä	1381		1,00	
Ei	3343	0,66	0,60 (0,47–0,78)	< 0,0001
<b>Päädiagnoosi</b>				
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	1723		1,00	
Mielenterveyden häiriöt	1771	0,71	1,49 (1,11–2,01)	0,01
Muut diagnoosit	1230	2,04	1,66 (1,27–2,19)	0,0003

<sup>1</sup> Mallissa kaikki muuttujat on vakioitu toisillaan, eli vakioivina tekijöinä ovat sukupuoli, ikä, työsuhde eläketapahtumahetkellä, aiemmat työeläke-etuudet sekä päädiagnoosi.



Taulukko 3. Taustatekijöiden yhteys osatyökyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyteen.

Taustatekijä	Kaikki (n= 4724)	Vakioimaton vetosuhte	Vakioitu <sup>1</sup> vetosuhte ja luottamusväli (95 %)	P-arvo, vakioitu vetosuhte
<b>Sukupuoli</b>				
Mies	2509		1,00	
Nainen	2215	0,77	0,97 (0,76–1,22)	0,78
<b>Ikä</b>				
alle 40 v	1316		1,00	
40–49 v	1103	4,90	3,79 (1,89–8,45)	0,0004
50–54 v	948	10,87	8,00 (4,14–17,42)	< 0,0001
55–59 v	1107	32,81	25,43 (13,62–54,16)	< 0,0001
60–64 v	250	28,49	24,91 (12,31–55,98)	< 0,0001
<b>Työsuhte eläketapahtumahetkellä</b>				
Kyllä	3027		1,00	
Ei	1697	0,40	0,41 (0,31–0,55)	< 0,0001
<b>Aiemmat työeläke-etuudet</b>				
Kyllä	1381		1,00	
Ei	3343	0,40	0,45 (0,35–0,57)	< 0,0001
<b>Päädiagnoosi</b>				
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	1723		1,00	
Mielenterveyden häiriöt	1771	0,17	0,37 (0,25–0,54)	< 0,0001
Muut diagnoosit	1230	5,89	1,27 (0,98–1,63)	0,07

<sup>1</sup> Mallissa kaikki muuttajat on vakioitu toisillaan, eli vakioivina tekijöinä ovat sukupuoli, ikä, työsuhte eläketapahtumahetkellä, aiemmat työeläke-etuudet sekä päädiagnoosi.

## POHDINTA

Suuri osa työkyvyttömyyseläkehakemuksista hylätään, ja hylkäysten osuus on kasvanut useita vuosia. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella kielteisen työkyvyttömyyseläkepäätöksen saaneita sekä myöhempää myönteistä täyden ja osatyökyvyttömyyseläkepäätöstä ennakoivia sosiodemografisia, terveyteen ja aiempiin työeläke-etuuksiin liittyviä tekijöitä. Tutkimuksemme osoitti, että kahden vuoden seuranta-aikana noin 15 prosenttia hylkäävän päätöksen saaneista sai joko täyden tai osatyökyvyttömyyseläkkeen. Aiemmatkin tutkimukset osoittavat, että huomattava osuus hylkäyspäätöksen saaneista saa lopulta työkyvyttömyyseläkkeen (5–6). Esimerkiksi Laaksosen ym. (8) tutkimuksessa noin kolmannes kielteisen päätöksen saaneista sai myönteisen työkyvyttömyyseläkepäätöksen neljän vuoden kuluessa.

### MITKÄ TEKIJÄT ENNAKOIVAT MYÖNTEISTÄ ELÄKEPÄÄTÖSTÄ HYLKÄYKSEN JÄLKEEN?

Tutkimuksemme keskeisenä tavoitteena oli tarkastella mahdollisia yhtäläisyyksiä ja eroja taustatekijöissä täyden ja osatyökyvyttömyyseläkkeen saaneiden kohdalla. Monet sosiodemografiset ja terveyteen liittyvät taustatekijät olivat yhteydessä

sekä täyden että osatyökyvyttömyyseläkkeen saamiseen ensimmäisen hylkäyspäätöksen jälkeen. Tutkimuksemme osoitti, että vanhempi ikä, aiemmat työeläke-etuudet ja työkyvyttömyyden diagnoosi olivat yhteydessä sekä täyden että osatyökyvyttömyyseläkkeen saamiseen. Jossakin määrin eri tekijöiden voimakkuus kuitenkin erosi näissä eläkelajeissa, ja toisaalta kaikissa malleissa tutkitut taustatekijät eivät aina olleet molempien eläkelajien kohdalla tilastollisesti merkitseviä. Analyysimme osoitti, että vanhempi ikä, miessukupuoli ja aiemmat työeläke-etuudet lisäsivät täyden työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyttä hylkäävän päätöksen jälkeen kahden vuoden seuranta-aikana. Osatyökyvyttömyyseläkkeen saamisen todennäköisyyttä lisäsivät puolestaan vanhempi ikä, työsuhte eläketapahtumahetkellä ja aiemmat työeläke-etuudet. Tarkastelemme seuraavaksi kuitenkin sosiodemografisen ja terveyteen liittyvän tekijän merkitystä työkyvyttömyyteen, niin täyden kuin osatyökyvyttömyyseläkkeen näkökulmasta.

Tutkimuksemme osoitti, että ikä oli merkittävä hylkäyspäätöksen jälkeistä työkyvyttömyyseläkettä selittävä tekijä sekä täyden että osatyökyvyttömyyseläkkeen kohdalla. Erityisesti yli 60-vuotiailla oli merkittävästi muita suurempi todennäköisyys saada niin täysi työkyvyttömyys-

eläke kuin osatyökyvyttömyyseläke. Iän yhteys työkyvyttömyyteen on osoitettu useissa aiemmissakin tutkimuksissa (esim. 7–8, 18, 22). Esimerkiksi Perhoniemen ym. (7) tutkimus osoitti, että yli 50-vuotiaat siirtyivät työkyvyttömyyseläkkeelle muita useammin. Vastaavasti ikä oli keskeinen työkyvyttömyyseläkkeen selittäjä Laaksosen ym. (8) tutkimuksessa, jossa seurattiin hylkäävän työkyvyttömyyseläkepäätöksen saaneita neljän vuoden ajan. Samalla tavoin korkeampi ikä nosti työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyttä kolmen vuoden seurannassa (13). Ikä oli selkeästi tärkein työkyvyttömyyttä selittävä tekijä myös meidän tutkimuksessamme. Erityisesti yli 60-vuotiaiden muita suurempaa todennäköisyyttä saada niin täysi työkyvyttömyyseläke kuin osatyökyvyttömyyseläke selittänee osaltaan työkyvyttömyyden kriteeristö, jonka mukaan yli 60-vuotiaiden kohdalla työkyvyttömyyttä arvioidaan suhteessa omaan ammattiin ja sen vaatimuksiin. Yleisen ja ammatillisen työkyvyttömyyden arvioinnin ero on merkittävä, koska ammatillisessa arvioinnissa esimerkiksi oman ammatin vaatimukset fyysiselle toimintakyvylle tulevat arvioitavaksi.

Myös sukupuoli oli tutkimuksessamme merkittävä työkyvyttömyyden selittäjä. Miessukupuoli ennakoii ennen kaikkea täyden työkyvyttömyyseläkkeen saantia. Tutkimuksemme monimuuttujamalli osoitti, että miehillä oli naisia suurempi todennäköisyys saada täysi työkyvyttömyyseläke, kun taas osatyökyvyttömyyseläkkeen osalta miesten ja naisten välillä ei ollut mainittavaa eroa. Sukupuolen sisäisessä yksimuuttujavertailussa naiset kuitenkin saivat hieman useammin osatyökyvyttömyyseläkkeen kuin täyden työkyvyttömyyseläkkeen, kun taas miehillä vastaavaa eroa ei ollut. Aiemmat tutkimukset antavat osin ristiriitaisia tuloksia sukupuolen merkityksestä työkyvyttömyyseläkkeen saamiseen. Esimerkiksi Laaksosen ym. (8) tutkimuksessa sukupuoli ei ollut merkitsevä tekijä. Omassa tutkimuksessamme miesten naisia suurempaa todennäköisyyttä saada täysi työkyvyttömyyseläke selittänee osaltaan työeläkevakuutusyhtiö Varman asiakaskanta, jossa on varsin vahva miesvaltaisten toimialojen, kuten teollisuuden, edustus (julkaisematon data). Aiempien tutkimusten perusteella tiedämme, että toimiala ja ammatti ovat yhteydessä työkyvyttömyysriskiin. Esimerkiksi Pensolan ym. (11) tutkimus osoitti, että teollisuudessa ja rakentamisessa

työkyvyttömyys on keskimääräistä yleisempää. Vastaavasti Rinne ym. (10) havaitsivat, että tuki- ja liikuntaelinten sairauksista johtuvat työkyvyttömyyseläkkeet olivat keskimääräistä yleisempiä lähes kaikissa prosessityöntekijäammateissa. Myös Laaksosen ym. (22) tutkimus osoitti, että sosiaali- ja terveystalalla, kuljetuksessa ja varastonnissa sekä rakentamisessa työkyvyttömyysriski on muita aloja korkeampi. Toisekseen ammatit ovat Suomessa vahvasti segregoituneet, eli eriytyneet, sukupuolen mukaan. Miesvaltaisia ammatteja Suomessa on esimerkiksi monissa teollisuuden, rakentamisen ja kuljetuksen ammateissa. (esim. 23, 24.) Nämä aiemmat tutkimushavainnot tukevat tuloksiamme siitä, että miehillä on naisia suurempi todennäköisyys työkyvyttömyyteen aineistossamme.

Myös työssäolo oli jossakin määrin yhteydessä hylkäyspäätöksen jälkeiseen myönteiseen päätökseen. Tuloksemme osoittivat, että osatyökyvyttömyyseläkkeen saaminen oli todennäköisempää niillä, joilla oli työsuhde eläketapahtumahetkellä. Sen sijaan täyden työkyvyttömyyseläkkeen saamiseen ei työsuhde ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä. Aiempien tutkimusten mukaan ansiotyön puuttuminen vähentää työkyvyttömyyseläkkeen saamisen todennäköisyyttä (6, 25–26). Mahdollisesti erilaisten sosiaalietuuksien yhteensovittamisen vuoksi osatyökyvyttömyyseläke ei ole taloudellisesti kannattava työelämän ulkopuolisille ilman täydentävää osa-aikatyötä, mikä voi vaikuttaa ao. etuuden hakemiseen ja myöntöön. Työelämän ulkopuolisten tilannetta voi osaltaan vaikeuttaa myös työterveyshuoltopalveluiden puute, esimerkiksi työkyvyttömyyden todentamisessa ja työelämään palaamisessa (6). Toimeentulon epävarmuus tai muutoin tukala elämäntilanne voi johtaa työkyvyttömyysetuuden hakemiseen silloinkin, kun työkyvyn heikentymisen taustalla on muita kuin sairauseräisiä syitä. Esimerkiksi Blomgren ym. (21) ovat arvioineet, että työkyvyttömyyseläkkeiden hakemisalttiuden kasvun yhtenä syynä on voinut olla se, että talouskriisin myötä työttömäksi jääneet henkilöt hakivat vaihtoehtoista toimeentulon turvaa ansiosidonnaisen työttömyyskauden jälkeen.

Aiemmat työeläke-etuudet ennakoivat myönteistä päätöstä kummassakin eläkelajissa kahden vuoden seuranta-aikana. Työeläkejärjestelmän etuuksien, kuten kuntoutustuen tai kuntoutus-

rahan, saaminen edellyttää eläketasoista työkyvyttömyyttä ja/tai työkyvyttömyyden uhkaa. Siksi onkin todennäköistä, että aiemmat etuudet myös ennakoivat myöhempää työkyvyttömyyttä. Myös aiemmat tutkimukset (esim. 6, 12) tukevat näitä tutkimuksemme havaintoja.

Lisäksi tutkimuksemme osoitti, että hakijan työkyvyttömyyden diagnoosi oli tilastollisesti merkittävästi yhteydessä sekä täyden että osatyökyvyttömyyseläkkeen saamiseen. Monimuuttaja-analyysimme osoitti, että mielenterveysdiagnoosilla oli suurempi todennäköisyys saada täysi työkyvyttömyyseläke kuin tuki- ja liikuntaelinten sairauteen liittyvällä diagnoosilla kahden vuoden seurannassa. Tältä osin tuloksemme on samansuuntainen aiemman tutkimuksen (7) kanssa, joka osoitti, että mielenterveyden häiriöiden perusteella sairauspäivärahalta olleet siirtyivät muita useammin työkyvyttömyyseläkkeelle.

Mielenterveyden diagnoosilla oli kuitenkin muita työkyvyttömyyden diagnooseja alhaisempi todennäköisyys saada osatyökyvyttömyyseläke. Mielenterveyden sairauksiin liittyviä objektiivisia löydöksiä voi olla vaikeampi todeta kuin tuki- ja liikuntaelinten sairauksissa. Esimerkiksi Andersson ym. (27) ovat osoittaneet tutkimuksessaan, että etenkin mielenterveyden häiriöiden diagnosoimista ja määrittelyä pidetään haastavana, mikä vuoksi lääkärit usein ali- tai yli-diagnosoivat mielenterveyden sairauksia. Myös Järvensivu ym. (28) osoittivat työterveyslääkäreiden haastatteluihin perustuvassa tutkimuksessaan, että mielenterveyshäiriöiden diagnosoimista voi olla haastavaa ja kompleksista. He havaitsivat, että psyko-emotionaalisen tilan mielenterveyshäiriö on hankalaa selvittää, koska kuvaan liittyy myös muita ihmisiä ja toimintaympäristöjä. Lisäksi mielenterveyden diagnoosin rakentuminen voi tapahtua monien toimijoiden, kuten työterveyslääkärin, työterveyshoitajan, psykologin ja psykiatrin, muodostamassa vuorovaikutusverkostossa. Kun mielenterveysoireiden diagnosoimista vertaa esimerkiksi polvivammaan, joka on havaittavissa kuvantamistutkimuksilla tai liikerajoitteina, on varsin oletettavaa, että tule-sairauden osalta toimintakyvyn ja jäljellä olevan työkyvyn arviointi voi olla helpompaa (ks. psykkisen työkyvyn arvioinnista esim. 29). Haastavuus ja kompleksisuus voi näkyä myös lääkärinlausunnoissa, jolloin työkyvyttömyyden kriteerit eivät täyty ja hakemus hylätään. Lisäksi voi olla

niin, että mielenterveyden diagnoosilla osa-aikainen työskentely tai työpaikan valmius järjestää osa-aikaista muokattua työtä voi olla vaikeampaa kuin tule-sairauden kanssa, jolloin työ ja työaika voi olla helpommin muokattavissa ja tähän on myös pidemmät perinteet. Työn muokkauksen vaikutuksia työkyvyttömyyteen on tutkittu ennen kaikkea tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin liittyen (30). Mielenterveyden diagnoosi voi johtaa useammin myös täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle, ja se selittää sitä, että osatyökyvyttömyyseläkkeitä on harvemmin. Tämän ilmiön tarkastelu edellyttää lisätutkimusta.

### TULOSTEN HYÖDYNTÄMINEN KÄYTÄNNÖN TYÖSSÄ

Tutkimuksemme osoitti, että monet sosiodemografiset tekijät ja aiemmat työeläke-etuudet ennakoivat myöhempää myönteistä työkyvyttömyyseläkepäättöstä. Työpaikat voivat omalla toiminnallaan vaikuttaa työkyvyttömyyden alenemiseen huolehtimalla erityisesti ikääntyvien työntekijöiden työkyvystä entistä varhaisemmassa vaiheessa. Samoin työkyvyn tuen toimenpiteitä on hyvä kohdistaa myös niihin, joilla on jo havaittu merkittäviä työkykyriskejä, kuten aiempia työeläkejärjestelmän etuuksia. Valtaosalla hylkäyspäätöksen saaneilla on kuitenkin työkykyä jäljellä, joten osuvien keinojen toimeenpano heidän osaltaan on ensiarvoisen tärkeää, jotta pysyvä työkyvyttömyys estetään. Tutkitusti vaikuttavia keinoja tukea työkyvyn tukeen on useita. Esimerkiksi Ervastin ja kumppaneiden (30) tuore katsaus osoitti, että monilla yksilö-, työpaikka- ja yhteiskuntatason toimenpiteillä voidaan ehkäistä työkyvyttömyyttä. Työpaikkatason toimenpiteistä vahvinta näyttöä saatiin korvaavan työn mallista, työn muokkauksesta, terveellisten elintapojen edistämisestä sekä osasairauspäivärahan käytöstä. Myös työuravalmennuksella, työkykykoordinaattoritoiminnalla, psykososiaalisen työympäristön sekä fyysisen työergonomian ja työjärjestelyjen kehittämisellä havaittiin kohtuullisia myönteisiä vaikutuksia. Yksilötasolla näyttö oli vahvinta stressinhallinnan keinoissa sekä psykoterapialla. Merkittävä havainto oli myös se, että erilaisten toimenpiteiden yhdistäminen on usein vaikuttavampaa kuin yksittäisten toimenpiteiden toteuttaminen. Näihin tutkitun tiedon perusteella vaikuttaviksi osoitettuihin toimenpiteisiin työpaikkojen kannattaa panostaa.

Lisäksi tutkimuksemme perusteella vaikuttaa

siltä, että hylätyt mielenterveysperusteiset hakemukset ovat varsin yleisiä. Työkyvyttömyyseläkkeiden myöntöperusteet eivät ole muuttuneet vuoden 2006 eläkeuudistuksen jälkeen, mutta työelämä sekä käsitykset työkyvystä ja työkyvyttömyydestä ovat (31). Osatyökykyisyys ja jäljellä olevan työkyvyn hyödyntäminen ovat nyt työkyvyn arvioinnin keskiössä. Samalla mielenterveys työkyvyn alenemisen perusteena on kasvanut (1, 32).

Myös työn muutos uudistaa monen työn osaamisvaatimuksia, ja voi heijastua myös työntekijöiden kokemuksiin omasta työkyvystä ja terveydestä (esim. 33). Työntekijästä voi esimerkiksi tuntua, ettei hänen työkykynsä riitä, vaikka ongelmana olisikin osaaminen eikä sairausperusteinen työkyvyn rajoite. Vastaavasti työn digitaalinen ja teknologinen kehitys vähentää fyysisesti raskaiden työtehtävien määrää. Työkyvyn heikentyminen fyysisten rajoitteiden vuoksi johtaa yhä harvemmin tilanteeseen, jossa ei ole soveltuvaan työtä. Työkyvyttömyyseläkettä saatetaan hakea aiempaa herkemmin tilanteissa, joihin ei liity sairaudesta aiheutuvaa työkyvyttömyyttä (esim. 21). Työkyvyttömyyteen vaadittavaa työeläkelakien mukaista työkyvyn menetystä ei tunnistettu riittävästi isossa osassa tämänkään tutkimuksen aineistoa. Työpaikoilla olisi tärkeä käydä keskustelua työstä ja sen muutoksesta sekä keinoista työntekijöiden osaamisen vahvistamiseen, jotta työntekijät säilyttävät hallinnan tunteen omassa työssään sekä pysyvät kehittyvän työn mukana.

Myös työterveyshuolto on työpaikkojen keskeinen kumppani siinä tilanteessa, kun työntekijä saa hylkäävän työkyvyttömyyseläkepäätöksen. Työterveyshuollon rooliin kuuluu auttaa henkilöä kiinnittämään katse työhön paluun mahdollisuuksiin. Työterveyshuollon aktiivinen rooli työhön paluun mahdollisuuksien selvittämisessä lisää huomattavasti työhön paluun todennäköisyyttä (34). Ratkaisevaa voi olla myös kannustus muualta terveydenhuollosta yrittää työhön paluuta silloinkin, kun henkilö on jo luovuttamassa.

Hoitavien lääkäreiden osaaminen työkyvyttömyyden kriteereistä ja työkyvyttömyyseläkkeen myöntöperusteista vaihtelee (35–36). Työeläkelakien mukaisen työkyvyttömyyseläkkeen kriteerit eroavat sairauspäivärahan myöntöperusteista. Tämä ero tulisi huomioida työkyvyn arvioinnis-

sa. Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon osaamista työkyvyttömyyden kriteereistä ja myöntöperusteista tulisikin vahvistaa. Tällöin henkilö saisi todennäköisemmin oikeita tukitoimia eikä työkyvyttömyyseläkettä haettaisi, jos on ilmeistä, ettei eläkelakien mukaista työkyvyttömyyttä voida todeta.

Tutkimuksemme tuottama tieto voi monin tavoin hyödyntää esimerkiksi työterveyslääkäreitä. Tuloksemme ja johtopäätöksemme voivat vahvistaa heidän ymmärrystään hylkäävän päätöksen saaneista ja heidän tilanteestaan hylkäyspäätöksen jälkeen, sekä vahvistaa tietoisuutta siitä, että työkyvyn tukeminen on ensiarvoisen tärkeää ennaltaehkäisevästi. Uusi tieto hylkäävän päätöksen saaneista on arvokasta myös työpaikoille. Työpaikoilla on mahdollista tukea esimerkiksi niitä hakijoita, joilla on työkykyä jäljellä. Lisäksi työhön paluu voi olla mahdollista pitkänkin sairauspoissaolon jälkeen.

#### **TUTKIMUKSEN VAHUUDET JA HEIKKOUDET SEKÄ JATKOTUTKIMUSTARPEET**

Luotettavaan rekisteriaineistoon perustuva seuranta tutkimuksemme tarkentaa kuvaa hylkäyspäätöksen saaneiden myöhempää työkyvyttömyyseläkettä ennakoivista tekijöistä eri eläkelajeissa. Tarkastelimme niitä tapauksia, jotka oli ensimmäisessä päätösvaiheessa määritelty ei riittävän työkyvyttömiksi. Tämä on joukkona kiinnostava, koska heidän osaltaan on mahdollista tehdä työkykyä tukevia toimenpiteitä. Lisäksi tarkastelimme erikseen täyden ja osatyökyvyttömyyseläkkeen saaneita, mitä ei aiemmissa tutkimuksissa ole nähdäksemme tehty.

Tutkimuksellamme on joitakin rajoitteita. Ensimmäkin useita työkyvyttömyyttä ennakoivia tekijöitä rajautui tutkimuksen ulkopuolelle. Lisäksi aineistossamme oli terveyteen liittyen ainoastaan henkilön työkyvyttömyyden päädiagnoosi, eikä aineistomme sisältänyt tietoa henkilöiden ammatista. Jatkossa olisikin hyvä tarkastella laajemmin erilaisen taustatekijöiden yhteyttä työkyvyttömyyseläkkeen saamiseen hylkäävän päätöksen jälkeen. Tärkeää olisi tutkia esimerkiksi koulutuksen ja ammattiaseman sekä toimialan yhteyttä hylkäyspäätökseen ja myöhempään työkyvyttömyyseläkkeeseen. Myös muita työkyvyttömyyteen yhteydessä olevia tekijöitä, kuten työoloja, olisi hyvä ottaa mukaan tarkasteluun. Aiemmat tutkimukset osoittavat,

että monet fyysiset ja psykososiaaliset työolo-tekijät ovat yhteydessä työkyvyttömyyteen. Esimerkiksi fyysisesti kuormittava työ, kuten raskaiden taakkojen nosto ja kantaminen sekä toistotyö, ennakoivat työkyvyttömyyttä (20). Systemaattinen katsaus (37) työkyvyttömyyseläkkeisiin vaikuttavista psykososiaalisista ja organisatorisista tekijöistä puolestaan osoitti, että heikot vaikutusmahdollisuudet työssä lisäävät työkyvyttömyyseläkkeen riskiä. Myös työn korkeat vaatimukset yhdistettynä alhaiseen työn hallintaan ennakoivat työkyvyttömyyttä. Työn tietotyövaltaistuminen voi eittämättä lisätä työn psykososiaalista kuormitusta ja edelleen näiden kuormitustekijöiden merkitystä mielenterveyden ja työkyvyn kannalta, minkä vuoksi jatkossa niiden tutkiminen olisi tärkeää.

Toiseksi aineistomme rajoittui yksinomaan työeläkejärjestelmään ja sielläkin yhden työeläkeyhtiön vakuutettuihin. Tutkimuksemme ei siten kuvaa kattavasti kaikkia työkyvyttömyyseläkkeelle päätyviä, vaan niitä, joilla on työhistoriaa. Näyttää kuitenkin siltä, että esimerkiksi hylkäyspäätösten osalta Varma ei eroa merkittävästi yksityisen sektorin muista eläkevakuuttajista. Eläketurvakeskuksen tiedot (38) osoittavat, että vuonna 2022 uusien hylkäyspäätösten osuus yksityisellä sektorilla oli 38 prosenttia. ETK ei kuitenkaan raportoi hylkäysprosentteja yksittäisten työeläkeyhtiöiden osalta, mutta työeläkeyhtiöt voivat tehdä niin osana omaa raportointiaan. Esimerkiksi Varma raportoi vuoden 2022 vuosi- ja vastuullisuusraportissaan (39), että uusista työkyvyttömyyseläkehakemuksista hylättiin 40 prosenttia. Vastaavasti Ilmarinen raportoi hylkäyspäätöksen saaneiden osuudeksi 38 prosenttia (40).

Tutkimuksemme rajoitteena voi pitää myös sitä, että sisällytimme analyyseissämme ne henkilöt, jotka saivat sekä täyden että osatyökyvyttömyyseläkkeen, kumpaankin osaryhmään. Tämä valintamme mahdollisti kuitenkin aineiston mahdollisimman laajan hyödyntämisen ja on perusteltua, koska molemmat (täysi työkyvyttömyyseläke ja osatyökyvyttömyyseläke) ovat itsenäisiä tapahtumia. Toinen valinta olisi johtanut siihen, että osatyökyvyttömyyseläkkeen esiintyminen olisi näyttänyt todellista alemmalta.

Jatkossa kiinnostavaa olisi tarkastella myös

ajallisia muutoksia hylkäyspäätöksissä sekä tutkia hylkäyspäätöksen jälkeen ammatilliseen kuntoutukseen päätyvien tilannetta. Aiemmat tutkimukset nimittäin osoittavat, että ammatillinen kuntoutus on alihyödynnetty hylkäyspäätöksen saaneilla (25, 41). Lisäksi jatkossa voisi tutkia sitä, miten nopeasti henkilöt saavat myönteisen työkyvyttömyyseläkepäätöksen kielteisen päätöksen jälkeen, nyt tätä tietoa ei ollut tutkimusaineistossa.

#### **YHTEENVETO**

Tutkimuksemme osoitti, että 15 prosenttia kielteisen työkyvyttömyyseläkepäätöksen saaneista päätyi työkyvyttömyyseläkkeelle jo kahden vuoden kuluessa ensimmäisestä hakemuksesta. Monet sosiodemografiset ja terveyteen sekä aiempiin työeläke-etuuksiin liittyvät tekijät ennakoivat myönteistä päätöstä seuranta-aikana. Täyden ja osatyökyvyttömyyden saaneiden välillä havaittiin sekä yhtäläisyyksiä että eroja. Ensiarvoista olisi löytää ratkaisuja työkyvyn haasteisiin varhaisessa vaiheessa, jo ennen hylkäävää työkyvyttömyyseläkepäätöstä. Työpaikkatasolla olisi tärkeä pyrkiä ennaltaehkäisevästi vaikuttamaan työntekijöiden työkykyyn, tunnistamaan työkyvyn kannalta keskeiset riskiryhmät sekä käynnistää vaikuttavia työkyvyn tuen toimenpiteitä (ks. esim. 30) jo varhaisessa vaiheessa sairauspäivärahaikauden aikana.

#### **RAHOITTAJAT:**

Tutkimusta ei ole rahoittanut mikään taho.

#### **KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIT:**

Airila suunnitteli tutkimusasetelman, analysoi tulokset ja kirjoitti vastuukirjoittajana käsikirjoituksen ensimmäisen version. Reho ja Karvala antoivat asiantuntija-apua aineiston analysoimiseen ja tulkintaan sekä osallistuivat kirjoittamiseen. Määttä teki analyysejä sekä osallistui tulosten tulkintaan ja kirjoittamiseen. Härhdh teki aineistopöiminnan rekistereistä, osallistui analyysien tekemiseen ja kirjoittamiseen. Louhimo suunnitteli tutkimusasetelman, teki analyysejä ja osallistui tulosten tulkintaan ja kirjoittamiseen. Kaikki kirjoittajat ovat hyväksyneet lopullisen käsikirjoituksen.

Almost half of disability pension applications in Finland are rejected. Nearly all rejectees nonetheless show some level of impaired work ability and many of the rejectees therefore reapply. However, we know little of the population factors that differentiate successful from unsuccessful reapplications, particularly in different pension types.

We used register-based data to study the applicants whose disability pension application was rejected in a two-year follow-up. Specifically, we examined the characteristics that predicted disability pension after an initial rejection and compared differences between full and partial disability pension.

Data (n=4724) comprises disability pension applications that were rejected at one of the Finnish pension insurance companies between Jan 2017 and June 2019, and the new applications of the rejectees until June 2021. We used logistic models to compare applicants' disability pension status during follow-up. During the two-year follow-up, 15% of the study group received a full or a partial disability pension.

Older age, male, diagnoses other than musculoskeletal disorders as well as prior work-related pension benefits increased the odds of full disability pension during follow-up.

In our analysis of partial disability pension, older age, employment at the time of pension contingency and prior benefits increased the odds of a successful application. In addition, applicants with mental disorders were less likely than others to receive partial disability pension during follow-up.

Our study shows that 15% of the applicants were granted disability pension as soon as two years after the initial rejection. The factors related to receiving a disability pension partially differed between pension types. Measures supporting work ability should be employed early to enable applicants to remain working.

**Keywords:** work disability, disability pension, rejected disability pension, pension types

Saapunut (17.02.2023)  
Hyväksytty (21.09.2023)

## LÄHTEET

- (1) Eläketurvakeskus. Suomen työeläkkeensaajat 2021. Eläketurvakeskuksen tilastoja 04/2022. Helsinki: Eläketurvakeskus; 2022. Luettu 7.2.2023. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022071451676>
- (2) Eläketurvakeskus. Työkyvyttömyyseläkehakemusten ratkaisut vuonna 2022. Luettu 7.2.2023. <https://www.etk.fi/tutkimus-tilastot-ja-ennusteet/tilastot/tyoelakehakemukset/>
- (3) Honkanen P. Työkyvyttömyyseläkehakemusten hylkäyspäätökset sosiaalisena ja oikeusturvakysymyksenä. Kirjassa: Kalliomaa-Puha L, Kotkas T, Rajavaara M. (toim.) Harkittua? Avauksia sosiaaliturvan harkintavallan tutkimukseen. Helsinki: Kela; 2014,156–181.
- (4) Määttä A. Työkyvyttömyyden vai työtön? Työkyvyttömyydestä aiheutuva sosiaaliturvan väliinputoaminen elämänkaaren eri vaiheissa. Kuntoutus 2011;34:18–28.
- (5) Perhoniemi R, Sohlman P, Heino S, ym. Työkyvyttömyyseläkkeen hylkäävät päätökset julkisella sektorilla – tutkimus hylkäävän päätöksen 2009–2013 saaneista. Kevan tutkimuksia 2/2015. Helsinki: Keva; 2015.
- (6) Perhoniemi R, Blomgren J, Laaksonen M. Mitä hylkäävän työkyvyttömyyseläkepäätöksen jälkeen? Työttömyys-, sairauspäiväraha- ja kuntoutusrahaetuudet sekä uudet eläkepäätökset neljän vuoden seurannassa. Yhteiskuntapolitiikka 2018;83:117–131.
- (7) Perhoniemi R, Blomgren J, Laaksonen M. Mitä sairauspäivärahan enimmäisajan täytyttyä? Toimeentulon lähteet kahden vuoden seurannassa. Sosiaalilääk Aikak 2021;58:16–30. doi: 10.23990/sa.89604
- (8) Laaksonen M, Gould R, Liukko J. Labor market position after a rejection of a disability pension application: A register-based cohort study. *Disabil Rehabil* 2017;40:3022–3029. doi: 10.1080/09638288.2017.1367039
- (9) Leinonen T, Martikainen P, Lahelma E. Interrelationships between education, occupational social class, and income as determinants of disability retirement. *Scand J Public Health* 2012;40:157–166. doi: 10.1177/1403494811435492
- (10) Rinne H, Parkkinen M, Shemeikka R, ym. Kuolleisuus ja työkyvyttömyyseläkkeelle

- siirtyminen palkansaajilla ammateittain Suomessa 2001–2015. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 90/2018. Helsinki: Kuntoutussäätiö; 2018.
- (11) Pensola T, Gould R, Polvinen A. Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet. Masennukseen, muihin mielenterveyden häiriöihin sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvat eläkkeet. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2009.
  - (12) Perhoniemi R, Blomgren J, Laaksonen M. Determinants of disability pension applications and awarded disability pensions in Finland, 2009 and 2014. *Scand J Public Health* 2020;48:172–180. doi: 10.1177/1403494819843778
  - (13) Perhoniemi R, Blomgren J, Laaksonen M. Identifying labour market pathways after a 30-day-long sickness absence – a three-year sequence analysis study in Finland. *BMC Public Health* 2023; 23:1102. doi: 10.1186/s12889-023-15895-2
  - (14) Karlsson N, Carstensen J, Gjesdal S, ym. Risk factors for disability pension in a population-based cohort of men and women on long-term sick leave in Sweden. *J Public Health* 2008;18:224–231. doi: 10.1093/eurpub/ckm128
  - (15) Kivimäki M, Ferrie J, Hagberg J, ym. Diagnosis-specific sick leave as a risk marker for disability pension in a Swedish population. *J Epidemiol Commun H* 2007;61:915–920. doi: 10.1136/jech.2006.055426
  - (16) Reini K. Työhön paluu ja työkyvyttömyyseläkkeen riski sairauspoissaolon jälkeen. Katsaus 2008–2019 julkaistuun suomalaistutkimukseen. *Sosiaalilääk Aikak* 2020;57:168–184. doi: 10.23990/sa.80009
  - (17) Salonen L, Blomgren J, Laaksonen M, ym. Sickness absence as a predictor of disability retirement in different occupational classes: a register-based study of a working-age cohort in Finland in 2007–2014. *BMJ Open* 2018;8:e020491. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020491
  - (18) Airaksinen J, Jokela M, Virtanen M, ym. Development and validation of a risk prediction model for work disability: multicohort study. *Sci Rep* 2017;7:13578. doi: 10.1038/s41598-017-13892-1
  - (19) Airaksinen J, Jokela M, Ervasti J, ym. Työterveysennuste. Yksilöllisen ennusteen kehittäminen. Helsinki: Työterveyslaitos; 2018.
  - (20) Polvinen A, Gould R, Lahelma E, ym. Socioeconomic differences in disability retirement in Finland: the contribution of ill-health, health behaviors and working conditions. *Scand J Public Health* 2013;41:470–478. doi: 10.1177/1403494813482400
  - (21) Blomgren J, Virta L. Kansaneläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäykset vuosina 2005–2011. *Nettityöpapereita* 39/2012. Helsinki: Kela; 2012. Luettu 7.2.2023. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/6629d69b-f6e5-416a-82ef-089c4ab6fd2e/content>
  - (22) Laaksonen M, Rantala J, Liukko J, ym. Company-level determinants of disability retirement: a multilevel study of Finnish private sector workplaces. *Eur J P Public Health* 2019;29:1062–1068. doi: 10.1093/eurpub/ckz068
  - (23) Mähönen E. Työolobarometri. Ennakkotiedot, syksy 2016. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 10/2017. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö; 2017. Luettu 8.2.2023. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-197-5>
  - (24) Suomen virallinen tilasto (SVT): Työssäkäynti [verkkojulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus. Luettu 8.2.2023. <https://stat.fi/tilasto/tyokay>
  - (25) Gould R, Nyman H. Työkyvyttömyyseläkepäättökset 2000–2011. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 03/2012. Helsinki: Eläketurvakeskus; 2012.
  - (26) Cornelius L, van d Klink JJ, de B MR, ym. Predictors of functional improvement and future work status after the disability benefit claim: a prospective cohort study. *J Occup Rehabil* 2014;24:680–691. doi: 10.1007/s10926-014-9500-2
  - (27) Andersson SJ, Troein M, Lindberg G. Conceptions of depressive disorder and its treatment among 17 Swedish GPs. A qualitative interview study. *Fam Pract* 2019;18:64–70. doi: 10.1093/fampra/18.1.64
  - (28) Järvensivu A, Väänänen A, Kuokkanen A, ym. Mistä syntyy mielenterveysdiagnoosi? *Yhteiskuntapolitiikka* 2018;83:29–39.
  - (29) Tuisku K, Vuokko A, Puustinen N, ym. Psykkisen työ- ja toimintakyvyn arviointiin tarvitaan yhtenäisiä käytäntöjä. *Suom lääkäril* 2022;77:2093–2096.
  - (30) Ervasti J, Kausto J, Leino-Arjas P, ym. Työkyvyn tuen vaikuttavuus. Tutkimuskatsaus työkyvyn tukitoimien työkyky- ja kustannusvaikutuksista. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisuja 2022:7. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia; 2022. Luettu 5.2.2023. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-131-5>
  - (31) Järvikoski A, Takala E-P, Juvonen-Posti P, ym. Työkyvyn käsite ja työkykymallit kuntoutuksen tutkimuksessa ja käytännössä. Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 13, 2018. Helsinki: Kela; 2018. Luettu 5.2.2023. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/76fe2056-5c0b-4131-9215-e23b086f2d57/content>
  - (32) Laaksonen M. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen: trendit, tilannekuva, tulevaisuus. Eläketurvakeskuksen raportteja 07/2020. Helsinki: Eläketurvakeskus; 2020. Luettu 1.2.2023. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-691-308-0>
  - (33) Kokkinen L (toim). Hyvinvointia työstä 2030-luvulla. Skenaarioita suomalaisen työelämän kehityksestä. Helsinki: Työterveyslaitos; 2020.
  - (34) Gould R, Laaksonen M, Kivekäs J, ym. Työkyvyttömyyseläkettä edeltävät vaiheet: Asiakirja-aineistoon perustuva tutkimus. Eläketurvakeskuksen raportteja 6/2014. Eläketurvakeskus; 2014.

- (35) Hinkka K, Niemelä M, Autti-Rämö I, ym. Sairauspoissaolotarpeen määrittäminen. Kysely-tutkimus lääkäreille. Työpapereita 96/2016. Helsinki: Kela; 2016. Luettu 1.2.2023. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/bd5aa21f-5e1f-4c3e-96d5-48ea4ae07c60/content>
- (36) Ljungquist T, Hinas E, Nilsson GH, ym. Problems with sickness certification tasks: experiences from physicians in different clinical settings. A cross-sectional nationwide study in Sweden. *BMC Health Ser Res* 2015;15:321. doi: 10.1186/s12913-015-0937-6
- (37) Knardahl S, Johannessen HA, Sterud T, ym. The contribution from psychological, social, and organizational work factors to risk of disability retirement: a systematic review with meta-analyses. *BMC Public Health* 2017; 17:176. doi: 10.1186/s12889-017-4059-4
- (38) Eläketurvakeskus, Työeläkejärjestelmän uusien työkyvyttömyyseläkehakemusten ratkaisut ikäluokittain. Tilastotietokanta, Tilastopalvelu. Helsinki: Eläketurvakeskus; 2023. Luettu 5.2.2023. [https://tilastot.etk.fi/pxweb/fi/ETK/ETK\\_\\_150tyoelakehakemukset/hakem01\\_tk\\_ika.px](https://tilastot.etk.fi/pxweb/fi/ETK/ETK__150tyoelakehakemukset/hakem01_tk_ika.px)
- (39) Varma, vuosi- ja vastuullisuusraportti 2022. Varma, 2022. Luettu 3.7.2023. <https://www.varma.fi/globalassets/tama-on-varma/varman-vuosi-ja-vastuullisuusraportti-2022.pdf>
- (40) Ilmarisen vuosi- ja kestävyysraportti 2022. Ilmarinen, 2022. Luettu 3.7.2023. [https://www.ilmarinen.fi/media\\_global/liitepankki/ilmarinen/taloudellisia-tietoja/vuosikertomus/2022/vuosi\\_ ja\\_kestavyysraportti\\_2022.pdf](https://www.ilmarinen.fi/media_global/liitepankki/ilmarinen/taloudellisia-tietoja/vuosikertomus/2022/vuosi_ ja_kestavyysraportti_2022.pdf)
- (41) Juopperi J, Lampi J. Työllisyys ja kuntoutus ennen työkyvyttömyyseläkepäätöstä. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 01/2012. Helsinki: Eläketurvakeskus; 2012. Luettu 6.2.2023. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2015112619996>
- AIRILA AULI  
VTT, tutkimuspäällikkö  
Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Varma  
Työkykypalvelut
- TIIA REHO  
LT, työterveyshuollon ja terveydenhuollon erikoislääkäri, asiantuntijalääkäri  
Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Varma  
Lääkäritoiminto
- KIRSI KARVALA  
LT, dosentti, työterveyshuollon erikoislääkäri, johtava asiantuntijalääkäri  
Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Varma  
Lääkäritoiminto
- PETRI MÄÄTTÄ  
DI, data-analyytikko  
Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Varma  
Työkykypalvelut
- SAMI HÄRDH  
FM, aktuaari  
Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Varma  
Aktuaari- ja vakuutuspalvelut
- RIKU LOUHIMO  
FT, johtava asiantuntija  
Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Varma  
Työkykypalvelut





# Vammaispalvelujen asiakkaiden kohtaamat haasteet sähköisten palvelujen käytössä ja käytön tukemisessa onnistuminen — ammattilaisten näkökulma

Yhteiskunnallisten palvelujen siirtyessä yhä enemmän sähköisesti tarjottaviksi, on tärkeää kartoittaa vammaisten henkilöiden kohtaamia haasteita sähköisten palvelujen käytössä. Vammaispalvelujen ammattilaiset ovat keskeisessä roolissa havaitsemaan asiakkaiden sähköisten palvelujen käyttöön liittyviä haasteita ja tarjoamaan tarvittaessa tukea palvelujen käyttöön. Tämä tutkimus kartoitti ammattilaisten havaitsemia haasteita sekä selvitti asiakkaiden tukemisessa onnistumista ja onnistumiseen yhteydessä olevia tekijöitä koronapandemian aikana.

Tutkimusaineisto kerättiin vammaispalvelujen ammattilaisilta keväällä 2022. Poikkileikkaus-tutkimuksessa hyödynnettiin määrällisen aineiston ohella kyselylomakkeeseen annettuja laadullisia vastauksia. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä ja logistisella regressioanalyysillä.

Tutkimukseen osallistui yhteensä 428 vammaispalvelujen ammattilaista (iän keskiarvo 46,0 vuotta; 85,5 % naisia). Ammattilaiset raportoivat havainneensa seuraavia haasteita asiakkaiden sähköisten palvelujen käytössä: toimintakyvyn rajoitteet, tarvittavien laitteiden ja verkkoyhteyksien puute, palvelujen esteettömyyteen ja saavutettavuuteen liittyvät haasteet, kiinnostuksen puute, tuen riittämättömyys sekä tarve perinteisille lähipalveluille.

Valtaosa oli sitä mieltä, että asiakkaiden tukemisessa ei onnistuttu hyvin. Asumispalveluissa työskentelevillä (OR 1,83 [95 % LV 1,14–2,93]) sekä koronapandemian takia toisiin työtehtäviin siirretyillä (OR 1,98 [95 % LV 1,05–3,74]) oli suurempi vetosuhde verrokiryhmiin verrattuna näkemykselle siitä, että asiakkaiden sähköisten palvelujen käytön tukemisessa ei onnistuttu. Lisäksi niillä vammaispalvelujen ammattilaisilla, jotka eivät kokenee kollegoidensa suhtautuvan myönteisesti sähköisiin palveluihin (OR 1,80 [95 % LV 1,05–3,07]) oli suurempi vetosuhde näkemykselle siitä, että tukemisessa ei onnistuttu.

Vammaispalvelujen asiakkaiden sähköisten palvelujen käytössä kohtaamia haasteita voitaisiin vähentää muun muassa parantamalla tarvittavien tietoteknisten laitteiden ja apuvälineiden saatavuutta sekä palvelujen esteettömyyttä ja saavutettavuutta. Organisaatioiden on tarjottava ammattilaisille koulutusta asiakkaiden sähköisten palvelujen käytön tukemisessa. Digitalisuudelle myönteinen työilmapiiri sekä ammattilaisten selkeä käsitys omasta roolistaan ja toimenkuvastaan ovat tärkeitä asiakkaiden sähköisten palvelujen käyttöön saaman tuen kannalta.

**ASIASANAT: COVID-19, vammaispalvelut, sähköiset palvelut, syrjäytyminen**

**EMMA KAINIEMI, LOTTA VIRTANEN, PETRA SAUKKONEN, ANU-MARJA KAIHLANEN, ANNA VÄRE, MARIA VALTOKARI, PÄIVI NURMI-KOIKKALAINEN, TARJA HEPONIEMI**

## YDINASIAAT

- Vammaiset henkilöt kohtaavat haasteita sähköisten palvelujen käytössä ja he voivat olla riippuvaisia ammattilaisten tuesta
- Ammattilaisille on tarjottava koulutusta ja ammattilaisten positiivisia asenteita asiakkaille suunnattuja sähköisiä palveluja kohtaan on pyrittävä lisäämään
- Jatkossa on kartoitettava toimintarajoitteisten henkilöiden kohtaamia haasteita yksilöllisten tarpeiden tunnistamiseksi

## JOHDANTO

Koronapandemia ja viruksen leviämisen hillitsemiseksi tehdyt rajoitustoimenpiteet vaikuttivat merkittävästi vammaisten henkilöiden arkielämään ja hyvinvointiin. Liikkumisen ja kasvokkaiden kohtaamisten kontrollointi johtivat työntekijöiden käyntien ja omaisten tapaamisen vähenemiseen asumisyksiköissä ja tukiasunnoissa (1) sekä kotiin annettavissa palveluissa (2). Lisäksi mittava määrä erilaisia toimintakykyä ja osallisuutta tukevia ryhmätoimintoja jouduttiin keskeyttämään (3). Samalla yhä enemmän yhteiskunnallisia palveluja siirryttiin tarjoamaan sähköisiä kanavia käyttämällä (3,4).

Palvelujen tarjoaminen pääosin sähköisessä muodossa on lisännyt eriarvoisuutta yhteiskunnassamme usean vammaisen henkilön jäädessä palvelujen ulkopuolelle (1,3). Esimerkiksi hallintolaissa (5) ja laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (6) korostetaan asiakkaiden oikeutta heidän tarpeensa huomioiviin laadukkaisiin palveluihin ja kohteluun ilman syrjintää. Laki digitaalisten palvelujen tarjoamisesta (7) pyrkii turvaamaan asiakkaiden oikeuden laadukkaisiin sähköisiin palveluihin säätämällä viranomaisten velvoitteista ja palvelujen saavutettavuusvaatimuksista. Lisäksi YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan yleissopimuksen mukaan koko väestölle tarkoitettujen palvelujen on oltava yhdenvertaisesti myös vammaisten henkilöiden saatavissa ja niiden on vastattava heidän tarpeisiinsa (8). Lainsäädännön ohella on korostettu, että digitalisoituvien palvelujen yhdenvertaisuuden tukemiseksi tarvitaan myös eettistä pohdintaa ja ohjeistusta (9).

Säädöksistä ja ohjeistuksesta huolimatta monella vammaisella henkilöllä ei ole mahdollisuuksia asioida itsenäisesti sähköisissä palve-

luissa johtuen muun muassa fyysisistä ja kognitiivisista rajoitteista (10–13), jotka vaikeuttavat tietoteknologisten laitteiden käyttöä, palvelujen sisällön ymmärtämistä ja soveltamista tai vuorovaikutusta etäyhteydellä (12). Lisäksi tarvittavien päätelaitteiden ja taitojen puute voi estää vammaisten henkilöiden sähköistä asiointia (11–15). Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että vammaiset henkilöt käyttävät internetiä (16) ja teknologisia laitteita huomattavasti muuta väestöä vähemmän (10,13). Heidän on raportoitu olevan myös vähemmän kiinnostuneita uudesta teknologiasta ja jopa kokevan pelkoa teknologian käyttöä kohtaan (13).

Kuitenkin muun väestön tavoin myös monet vammaispalvelujen asiakkaat voivat hyötyä sähköisten palvelujen käytöstä (17). Sähköisten palvelujen käyttö voi helpottaa fyysisen liikuntakyvyn rajoitteiden kanssa elävän henkilön elämää (11,18) sekä mahdollistaa monelle vammaiselle henkilölle osallistumisen yhteiskunnallisiin ja vapaa-ajan aktiviteetteihin (13). Kun vammaisilla henkilöillä on pääsy tietoteknologian äärelle ja internetiin, voi se parantaa heidän kokemustaan itsemääräämisestä (15,19), tukea heidän toimintakykyään ja itseilmaisuaan (20) sekä parantaa heidän elämänlaatuun (21,22).

Moni vammaisen henkilö tarvitsee tukea ja rohkaisua käyttääkseen tietoteknologiaa ja internetiä (15,19,20,23–25). Asianmukaisella tuella useimmat lievästi tai kohtalaisesti kehitysvammaiset henkilöt voivat oppia tietoteknologian käytön edellyttämät perustaidot (26). Laadukkaan tuen avulla myös vakavammin kehitysvammaisten on osoitettu voivan käyttää rajoitetusti tietoteknologiaa (27). Kuitenkin usein vammaisen henkilön tarvitsemaa yksilöllistä tukea ei ole saatavilla (15). Monen erityisesti vakavammin vammaisen henkilön sosiaalinen ympäristö ja tukiverkosto on pieni (28), jolloin vammaispalvelujen ammattilaiset ovat merkittävässä roolissa asiakkaidensa tietoteknologian ja sähköisten palvelujen käytön kannalta (29).

Monella sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisella ei ole riittävää osaamista tai kykyä nähdä ja hyödyntää uusien teknologioiden tarjoamia mahdollisuuksia heidän asiakkaidensa arkeen (30). Aiemmassa tutkimuksessa sairaanhoitajat ovat raportoineet kohtalaisesta osaamisesta sähköisissä ympäristöissä työskentelystä (31) ja suomalaiset terveydenhuolto tarjoavat organi-

saatiot ovat tuoneet esiin, että osalla ammattilaisista ei ole riittävää tietoteknistä osaamista (4). Palvelujen sähköistyessä ammattilaisia kohtaan on muodostunut uudenlaisia taitotarpeita ja heidän odotetaan muun muassa tunnistavan asiakkaidensa yksilölliset valmiudet sähköisten palvelujen käytölle sekä tukevan asiakkaitaan niiden käytössä (32). Heidän ammatillisiin velvollisuuksiinsa kuuluu kehittää omaa tietoteknistä osaamistaan palvelun laadun parantamiseksi ja täyttääkseen asiakkaiden odotukset ja tarpeet digitalisoituvassa yhteiskunnassa (33).

Koronapandemia on voinut vaikuttaa myös vammaispalvelujen ammattilaisten työhyvinvointiin (34). Monelle ammattilaiselle osoitettiin muutuneiden palvelurakenteiden ja toimintakäytäntöjen vuoksi uudenlaisia työtehtäviä nopealla aikataululla (35). Myös työn sisällössä ja henkilöstörakenteessa tapahtui muutoksia, joihin ei ollut aikaa varautua (3,36). Muutokset ovat voineet aiheuttaa ammattilaisille epävarmuutta, stressiä, unettomuutta ja jatkuvaa väsymystä (36). Myös kollegoiden sairaspoissaolot sekä karanteenit ovat voineet lisätä entisestään ammattilaisten työmäärää ja -kuormitusta (36). Lisäksi fyysisen etäisyyden ylläpitäminen on voinut aiheuttaa ammattilaisissa eristäytymiseen liittyvää stressiä (36) ja vaikeuttaa vuorovaikutusta asiakkaiden kanssa (37,38).

Ammattilaiset tarvitsevat organisaation ja työyhteisön tukea digitalisaation kehityksen haasteissa perinteistä työelämää ja totuttuja tapoja tehdä työtä. Esihenkilöiltä ja kollegoilta saatu tuki on erityisen tärkeää sähköisten palvelujen käyttöönotossa ja ammattilaisten osaamisen kehittämisessä (1,39). Johtamisella ja jokaisen työyhteisön jäsenen päivittäisellä toiminnalla on vaikutusta työyhteisön ilmapiiriin (40). Lisäksi ammattilaisten omat asenteet ja kokemukset vaikuttavat heidän halukkuuteensa käyttää teknologiaa sekä tukea asiakkaita sen käytössä (39).

Tämä tutkimus toteutettiin koronapandemian vuoksi yhteiskuntaan asetettujen kokoontumis- ja liikkumisrajoitusten purkamisen jälkeen, mutta edelleen pandemian vaikuttaessa erityisesti vammaispalvelujen ammattilaisten työhön ja heidän asiakkaidensa arkipäivään. Koska vammaispalvelujen ammattilaisten rooli tiedetään keskeiseksi vammaisten henkilöiden arkielämän (28,41) sekä tietoteknologian käytön kannalta (29), on heidän näkemystensä kartoit-

taminen asiakkaiden kohtaamista haasteista tärkeää. Vammaispalvelujen ammattilaiset ovat läsnä asiakkaidensa jokapäiväisessä arjessa, joten heillä on realistiset lähtökohdat asiakkaidensa sähköisten palvelujen käyttöön liittyvien seikkojen arviointiin (42). Lisäksi vammaisten henkilöiden sähköiseen asiointiin saaman tuen kehittämiseksi on kartoitettava ammattilaisten näkemyksiä siitä, miten hyvin asiakkaiden tukemisessa sähköisten palvelujen käyttöön onnistuttiin koronapandemian aikana sekä selvitettävä, mitkä tekijät ovat yhteydessä tukemisessa onnistumiseen. Toistaiseksi tutkimustietoa vammaispalvelujen asiakkaiden ammattilaisilta saamasta tuesta sähköisten palvelujen käyttöön liittyen on olemassa hyvin rajallisesti.

Tässä tutkimuksessa sähköisillä palveluilla tarkoitetaan a) etäyhteydellä toteutettuja yhteiskunnallisia palveluja sekä b) asiointia palveluiden verkkosivuilla tai sovelluksissa. Sähköinen asioiminen edellyttää toimivaa verkkoyhteyttä sekä tietoteknistä päätelaitetta (tietokone, tabletti, älypuhelin). Lisäksi moneen yhteiskunnalliseen sähköiseen palveluun edellytetään vahva tunnistautuminen pankkitunnuksia käyttämällä.

#### TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää vammaispalvelujen ammattilaisten kokemuksia asiakkaiden kohtaamista haasteista sähköisten palvelujen käytössä ja niiden käyttöön tarjotun tuen toteutumisesta koronapandemian aikana. Lisäksi tutkimme työyhteisöön ja esihenkilötyöhön sekä työhön tulleisiin muutoksiin liittyvien tekijöiden yhteyttä näkemykseen siitä, että asiakkaiden sähköisten palvelujen käytön tukemisessa ei onnistuttu.

Tutkimuskysymyksemme olivat:

1. Millaisia haasteita vammaispalvelujen ammattilaiset havaitsivat asiakkaillaan sähköisten palvelujen käytössä koronapandemian aikana?
2. Miten vammaispalvelujen ammattilaiset arvioivat asiakkaiden tukemisen sähköisten palvelujen käytössä onnistuneen koronapandemian aikana?
3. Mitkä tekijät liittyen työyhteisöön ja esihenkilötyöhön sekä työn tulleisiin muutoksiin ovat yhteydessä vammaispalvelujen ammattilaisten näkemyksiin siitä, että asiakkaiden tukemisessa sähköisten palvelujen käytössä ei onnistuttu?

Tutkimuksen tuottaman tiedon avulla voidaan kehittää vammaispalvelujen asiakkaiden asemaa digitalisoituvassa yhteiskunnassa lisäämällä heidän mahdollisuuksiaan tietoteknologian ja sähköisten palvelujen käyttöön. Lisäksi tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää vammaisten henkilöiden sähköiseen asiointiin tarjottavan tuen kehittämisessä.

## AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimus on osa Tulevaisuutta luomassa -hanketta (43), jonka tavoitteena on tukea vammaisten ja ulkomaalaistaustaisten henkilöiden selviytymistä ja toimintamahdollisuuksia poikkeus- ja kriisitilanteissa. Hankkeeseen kuuluvana osatutkimuksena toteutettiin kysely vammaispalvelujen ammattilaisille aikavälillä 9.3–9.4.2022. Kysely laadittiin kattamaan vammaispalvelujen ammattilaisten koronapandemian aikaisia kokemuksia erityisesti työhyvinvoinnin ja asiakkaiden tilanteen näkökulmasta. Lisäksi kyselyyn sisällytettiin asiakkaiden sähköistä asiointia koskevia kysymyksiä. Ajankohtaisen ilmiön tutkimiseen räätälöidyt kysymykset laadittiin digitalisaatioon ja vammaispalveluihin perehtyneiden tutkijoiden ja asiantuntijoiden yhteistyössä. Kysely koostui strukturoiduista sekä avoimista kysymyksistä, joihin vastaajilla oli mahdollisuus kirjoittaa vapaasti näkemyksiään. Kyselyn jakamisessa ammattilaisille tehtiin yhteistyötä vammaisalan järjestöjen, ammattiliittojen ja eri verkostojen kanssa. Lisäksi tietoa kyselystä jaettiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ja Vammaispalvelujen käsikirjan sosiaalisen median kanavilla sekä verkkosivuilla.

Kyselyyn vastasi yhteensä 707 vammaispalvelujen ammattilaista. Tutkimuksemme otimme mukaan vain ne vammaispalvelujen ammattilaiset, jotka raportoivat itse tukeneensa asiakkaitaan sähköisten palvelujen käytössä. Koska halusimme kartoittaa nimenomaan vammaispalvelujen ammattilaisten näkemyksiä, rajasimme aineistosta ulkopuolelle johto- ja esihenkilötehtävissä toimivat (n= 50) sekä ammattilaiset, joilla ei ollut sosiaali- ja terveydenhuollon koulustaustaa (n= 10), kuten ruokalatyöntekijät ja koulunkäyntiavustajat. Tämän tutkimuksen otos sisälsi yhteensä 428 vastaajaa.

Tutkimuksemme on poikkileikkaustutkimus, jossa hyödynnetään kyselylomakkeen avoimeen tekstikenttään annettuja laadullisia vastauksia

(tutkimuskysymys 1) sekä määrällistä tutkimusaineistoa (tutkimuskysymykset 2 ja 3).

### LAADULLINEN AINEISTO

Kyselylomakkeen avoimeen tekstikenttään annettuja laadullisia vastauksia käytettiin tässä tutkimuksessa kuvaamaan vammaispalvelujen ammattilaisten havaitsemia haasteita asiakkaiden sähköisten palvelujen käytössä. Kyselylomakkeella vastaajilta kysyttiin: ”Millaisia haasteita olet havainnut asiakkailta tai avustettavillasi sähköisten ja etäpalvelujen käytössä koronapandemian aikana?”

### MÄÄRÄLLINEN AINEISTO

Määrällistä aineistoa käytettiin tässä tutkimuksessa kuvaamaan vammaispalvelujen ammattilaisten näkemyksiä siitä, miten hyvin asiakkaiden sähköisten palvelujen käytön tukemisessa oli onnistuttu koronapandemian aikana. Lisäksi määrällistä aineistoa käyttämällä selvitimme, mitkä tekijät ovat yhteydessä ammattilaisten näkemyksiin siitä, että asiakkaiden tukemisessa ei oltu onnistuttu.

### Selitettävä muuttuja

Ammattilaisia pyydettiin arvioimaan asiakkaiden sähköisten palvelujen käytön tukemisessa onnistumista kysymällä, miten asiakkaiden opastaminen sähköisessä asiointissa tai etäpalveluissa oli onnistunut koronapandemian aikana. Kysymykseen annettiin vastausvaihtoehdoiksi: 1= huonosti, 2= melko huonosti, 3= ei huonosti eikä hyvin, 4= melko hyvin, 5= hyvin sekä 6= en osaa sanoa. Analyseja varten vastausvaihtoehdot uudelleen koodattiin: 1= huonosti (vastausvaihtoehdot 1–2) ja 2= hyvin tai neutraali (vastausvaihtoehdot 3–6).

### Selittävät muuttajat

Selittävinä muuttujina tarkasteltiin työyhteisöön ja esihenkilötyöhön liittyviä tekijöitä sekä koronapandemian johdosta työhön tulleita muutoksia. Lisäksi vastaajilta kysyttiin taustatietona ikää, sukupuolta ja koulutustaustaa.

### Työyhteisöön ja esihenkilöön liittyvät tekijät

Vastaajan työpaikka vammaispalveluissa luokiteltiin kahteen ryhmään: 1= asumispalvelut (ryhmämuotoinen asuminen ja tuettu asuminen) ja 2= muihin kuin asumispalveluihin (työ- ja päivätoi-

minta, henkilökohtainen apu, sosiaalityö ja -ohjaus, työhönvalmennus ja tuettu työ, kuntoutuspalvelut ja asiantuntijapalvelut).

Riittävää perehdytystä sähköisten työvälineiden käyttöön arvioitiin seuraavan väittämän avulla: ”Olen saanut riittävästi perehdytystä uusien tietojärjestelmien, sähköisten asiointipalvelujen sekä tietoteknisten laitteiden ja ohjelmien käyttöön.” Vastaajaa pyydettiin arvioimaan väittämää viimeisen kolmen vuoden ajalta.

Riittävää tukea sähköisten työvälineiden käyttöön arvioitiin väittämällä: ”Olen saanut riittävästi tukea tai apua tietojärjestelmien, sähköisten asiointipalvelujen sekä tietoteknisten laitteiden ja ohjelmien käyttöön liittyvissä ongelmatilanteissa.” Vastaajaa pyydettiin arvioimaan väittämää viimeisen kolmen vuoden ajalta.

Kollegoiden ja esihenkilön myönteisyyttä sähköisiin palveluihin arvioitiin erillisillä väittämällä: ”työkaverini kannattavat asiakkaiden sähköisten palvelujen käyttöä” sekä ”esihenkilöni tukevat asiakkaiden sähköisten palvelujen käyttöä”.

Haasteita johtamisessa kartoitettiin väittämällä: ”Lähiesihenkilö ollut etäällä arjesta/ johtamisesta on ollut haasteita.”

Kaikkiin yllä oleviin väittämiin vastattiin 5-portaisella asteikolla (1= täysin eri mieltä, 5= täysin samaa mieltä). Analyysjä varten eri vastausvaihtoehdot kategorisoitiin kahteen ryhmään: 1= samaa mieltä (vastausvaihtoehdot 4–5) ja 2= eri mieltä tai neutraali (vastausvaihtoehdot 1–3)

### **Koronapandemian johdosta työhön tulleet muutokset**

Työn kuormittavuutta arvioitiin väittämällä: ”Olen ollut kuormittunut työrutiineissa koronapandemian takia tehtyjen muutosten vuoksi (esim. työn organisointi uudelleen)”. Väittämään vastattiin 5-portaisella asteikolla (1= täysin eri mieltä, 5= täysin samaa mieltä). Analyysjä varten vastaukset koodattiin uudelleen: 1= samaa mieltä (vastausvaihtoehdot 4–5) ja 2= eri mieltä tai neutraali (vastausvaihtoehdot 1–3).

Ammattilaisen siirtoa toisiin tehtäviin tiedusteltiin kysymyksellä: ”Onko sinut siirretty toisiin tehtäviin koronapandemian alkamisen jälkeen?” Vastausvaihtoehdot olivat 1= kyllä ja 2= ei.

Uusia sähköisiä palveluja asiakkaille kartoitettiin kysymällä, oliko vammaisille henkilöille kohdennettu räätälöityjä tukitoimia korona-

pandemian aikana ottamalla käyttöön sähköisiä palveluja a) sosiaaliseen kanssakäymiseen (esim. Facebook, Teams, WhatsApp) ja/tai ryhmätoimintaan; ja b) kuntoutukseen tai terveyden ja toimintakyvyn ylläpitoon. Vastausvaihtoehdot olivat 1= kyllä, 2= ei sekä 3= en osaa sanoa. Vastaajat, jotka vastasivat ”kyllä” ainakin toiseen edellä mainituista kahdesta uudesta sähköisestä palvelusta, yhdistettiin analyyseissa kuvamaan niitä, joiden työyhteisössä oli koronapandemian aikana otettu käyttöön uusia asiakkaille suunnattuja sähköisiä palveluja.

### **AINEISTON ANALYYSIT**

Avoimen kysymyksen vastaukset vammaispalvelujen asiakkaiden sähköisten palvelujen käytön haasteista analysoitiin mukailien temaattisen induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita (44). Laadullisen analyysin tarkoitus oli tuottaa mahdollisimman monipuolinen kuvaus vammaispalvelujen asiakkaiden kohtaamista haasteista sähköisten palvelujen käytössä ammattilaisten kokemana (45).

Avoimeen kysymykseen annettiin yhteensä 213 vastausta, jotka olivat noin 1–3 virkkeen mittaisia. Analyysi aloitettiin lukemalla kaikki vastaukset huolellisesti läpi kahden tutkijan toimesta (EK ja AV). Molemmat tutkijat lukivat vastaukset useasti läpi ja etenivät iteratiivisen prosessin mukaan muodostaen alkuperäisiä ilmauksia kuvaavia pelkistyskäsitteitä (n= 48). Samansäveltöiset pelkistykset luokiteltiin alakategorioiksi (n= 14), jotka luokiteltiin edelleen samankaltaisia alakategorioita yhdistäviksi yläkategorioiksi (n= 6). Tutkijat vertasivat muodostamiaan kategorioita sekä muokkasivat yhteisen keskustelun pohjalta niitä, kunnes yksimielisyys saavutettiin. Kuvaamme tulokset aineisto-otteiden kanssa sisällönanalyysin läpinäkyvyyden vahvistamiseksi. Erillisessä liitetiedostossa kuvataan sisällönanalyysissa muodostetut alakategoriat sekä annetaan esimerkki niiden muodostamiseen käytetyistä alkuperäisilmauksista.

Määrällisen aineiston muuttujia käsiteltiin analyyseissämme yksittäisinä muuttujia, eikä esimerkiksi keskiarvosummamuuttujia muodostettu. Vastaajien arvioita siitä, miten hyvin asiakkaiden tukemisessa sähköisten palvelujen käytössä onnistuttiin, kuvattiin frekvenssilukuja käytämällä. Logistista regressioanalyysiä käytettiin selvittämään, mitkä muuttujat ovat yhteydessä

ammattilaisten näkemykseen siitä, että asiakkaiden tukemisessa sähköisten palvelujen käytössä ei onnistuttu koronapandemian aikana. Ensin muodostettiin malli (Malli 0), jossa tarkasteltiin yksitellen kunkin selittävän muuttujan yhteyttä selitettävään muuttujaan. Seuraavaksi muodostettiin monimuuttujamalli (Malli 1), johon sisällytettiin kaikki selittävät muuttujat samanaikaisesti. Malleissa raportoidaan logististen regressioanalyysien vetosuhdekertoimet (engl. odds ratio, OR), niiden 95 prosentin luottamusväli (LV) ja tilastolliset merkitsevyydet. Tilastollisesti merkitsevä vetosuhdekerroin ( $OR > 1$ ) osoittaa, kuinka monta kertaa keskimäärin suurempi vetosuhde tietyssä selittävän muuttujan luokassa on verrattuna vertailuluokkaan (referenssi). Tilastollisissa analyyseissa käytettiin SPSS 27 -tilastojenkäsitelyohjelmaa.

#### TUTKIMUKSEN EETTISYYDEN HUOMIOIMINEN

Tutkimus toteutettiin hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen (46). Tutkimuseettistä lausuntoa ei haettu tutkimukselle sen luonteen vuoksi (47). Vastaajille tiedotettiin sähköisen kyselylomakkeen ensimmäisellä sivulla, että kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja vastauslomakkeen lähettäminen merkitsee tietoisesta suostumuksesta antamista. Vammaispalvelujen ammattilaisten antamat vastaukset olivat anonymoituja ja tulosten raportoinnissa kiinnitettiin huomiota siihen, että vastaajat eivät ole tunnistettavissa avoimeen kysymykseen antamiensa vastausten pohjalta. Eettisesti on tärkeää tiedostaa, että tutkimuksen vastaukset kuvaavat vammaispalvelujen ammattilaisten kokemuksia heidän asiakkaidensa kohtaamista haasteista, ja saattavat poiketa vammaisten henkilöiden tosiasiallisista kokemuksista.

Tutkijat pyrkivät läpi tutkimuksen tiedostamaan, että heidän tutkimukselle asettamansa tavoitteet ja merkitykset vaikuttavat heidän tekemiin tulkintoihinsa (48). Tutkimusryhmä koostui sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaation sekä vammaispalvelujen tutkijoista ja asiantuntijoista, jotka kävivät tiivistä keskustelua tutkimuksen eri vaiheissa, jotta tutkimusryhmän jäsenten yksittäiset tulkinnat eivät vaikuttaisi tutkimuksen toteuttamiseen ja raportointiin.

## TULOKSET

#### TUTKIMUKSEEN OSALLISTUNEET AMMATTILAISET

Tutkimukseen osallistuneiden vammaispalvelujen ammattilaisten ( $n= 428$ ) ikä oli keskimäärin 46,0 vuotta ja heistä valtaosa (85,5 %) oli naisia. Kahdella kolmasosalla vastaajista (62,9 %) oli toisen asteen koulutus. Noin puolet vastaajista (49,8 %) työskenteli asumispalveluissa. Vastaajista yli puolet koki, että he eivät olleet saaneet riittävästi perehdytystä (58,9 %) eivätkä tukea (56,5 %) sähköisten työvälineiden käytössä. Melkein puolet vastaajista (44,4 %) raportoi johtamisen haasteista. Yli puolet vastaajista (56,8 %) raportoi, että heidän työpaikallaan oli otettu käyttöön uusia asiakkaille suunnattuja sähköisiä palveluja koronapandemian aikana. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot esitellään tarkemmin taulukossa 1.

#### AMMATTILAISTEN HAVAITSEMAT HAASTEET ASIAKKAIDEN SÄHKÖISTEN PALVELUJEN KÄYTÖSSÄ

Vammaispalvelujen ammattilaisten havaitsemista haasteista asiakkaiden sähköisten palvelujen käytössä tunnistettiin seuraavat teemat: toimintakyvyn rajoitteet, tarvittavien laitteiden ja verkko-yhteyksien puute, palvelujen esteettömyyteen ja saavutettavuuteen liittyvät haasteet, kiinnostuksen puute, tuen riittämättömyys sekä tarve perinteisille lähipalveluille.

Keskeisimpänä haasteena tuotiin esiin asiakkaiden toimintakyvyn rajoitteet, jotka estivät sähköisten palvelujen käytön sekä käyttöön tarvittavien taitojen opettelemisen. Useat ammattilaiset raportoivat, että asiakkaan heikentyneet aistit sekä ongelmat kognitiivisissa kyvyissä voivat tehdä sähköisten palvelujen käyttämisestä hyvin haasteellista, vaikka tukea olisi runsaasti saatavilla. Lisäksi osa vastaajista koki, että osalla asiakkaista saattoi olla hyvin hankalaa keskittyä käyttötilanteeseen ja muun muassa puheen ymmärtäminen saattoi olla haastavaa etäpalveluja käytettäessä.

*”Heikko toimintakyky estää itsenäisen käytön ja taitojen opettelun.”*

Ammattilaiset olivat havainneet, ettei monella vammaisella henkilöllä ollut käytössään sähköiseen asiointiin tarvittavia laitteita. Lisäksi vastaajat toivat esiin, että asiakkaiden omistamat

Taulukko 1. Osallistuneiden taustatiedot, n= 428

Muuttuja	Arvo
<b>Demografinen tausta</b>	
Ikä <i>ka</i> ( <i>kh</i> )	45,96 (11,04)
Sukupuoli <i>n</i> (%)	
Nainen	366 (85,5)
Mies	51 (11,9)
Muu tai ei halua kertoa	11 (2,6)
Koulutus <i>n</i> (%)	
Toinen aste	269 (62,9)
Alempi korkeakoulu	111 (25,9)
Ylempi korkeakoulu	48 (11,2)
<b>Työyhteisö ja esihenkilötyö</b>	
Työpaikka <i>n</i> (%)	
Muu kuin asumispalvelu	215 (50,2)
Asumispalvelu	213 (49,8)
Riittävä perehdytys sähköisten työvälineiden käyttöön <i>n</i> (%)	
Samaa mieltä	176 (41,1)
Eri mieltä tai neutraali	252 (58,9)
Riittävä tuki sähköisten työvälineiden käyttöön <i>n</i> (%)	
Samaa mieltä	186 (43,5)
Eri mieltä tai neutraali	242 (56,5)
Kollegoiden myönteisyys sähköisiin palveluihin <i>n</i> (%)	
Samaa mieltä	156 (36,4)
Eri mieltä tai neutraali	272 (63,6)
Esihenkilön myönteisyys sähköisiin palveluihin <i>n</i> (%)	
Samaa mieltä	206 (48,1)
Eri mieltä tai neutraali	222 (51,9)
Johtamisen haasteet <i>n</i> (%)	
Samaa mieltä	190 (44,4)
Eri mieltä tai neutraali	238 (55,6)
<b>Koronapandemian johdosta työhön tulleet muutokset</b>	
Työn kuormittavuus <i>n</i> (%)	
Samaa mieltä	254 (59,3)
Eri mieltä tai neutraali	174 (40,7)
Siirto toisiin tehtäviin <i>n</i> (%)	
Ei	361 (84,3)
Kyllä	67 (15,7)
Uusia sähköisiä palveluja asiakkaille <i>n</i> (%)	
Kyllä	243 (56,8)
Ei	185 (43,2)

ka= keskiarvo, kh= keskihajonta

tietoteknologiset laitteet saattoivat olla teknologialtaan vanhentuneita ja sähköisten palvelujen käyttöön soveltumattomia. Asumispalveluissa ei ollut välttämättä tarjolla sähköisten palvelujen käytössä tarvittavia yhteiskäyttöisiä laitteita. Myös verkkoyhteysien toimivuuden nähtiin estävän sähköisten palvelujen käyttöä. Lisäksi

raskaiden palomuurien koettiin heikentävän verkkoyhteysien toimintaa kunnallisissa vammaispalveluissa. Useissa vastauksissa tuotiin esiin myös vammaisten henkilöiden heikko taloudellinen asema ja varattomuus tarvittavan tietoteknologian sekä verkkoyhteysien hankkimiseksi.

*”Ei soveltuvia laitteita saatavilla yksiköissä.”*

*”Ryhmäkotien verkkoyhteydet ovat paikoin puutteellisia (xx kaupungin oma verkko hyvin jähmeä ja palomuurien rajoittama).”*

Ammattilaiset ilmaisivat, etteivät sähköiset palvelut olleet esteettömiä ja helposti saavutettavia vammaisille henkilöille. Lukuisissa vastauksissa ammattilaiset toivat esiin selkokielisyyden puutteen sekä erilaisten nettisivustojen epäselvän sisällönasettelun. Lisäksi useat vastaajat kokivat, ettei monella vammaisella henkilöllä ollut tietoteknologian käyttöön tarvitsemaansa apuvälineitä tai heidän käyttämänsä sähköiset palvelut eivät olleet yhteensopivia käytössä olevien apuvälineiden kanssa. Lisäksi monella vammaispalvelujen asiakkaalla ei ollut ammattilaisten esiin tuoman näkemyksen mukaan sähköiseen asiointiin usein edellytettäviä verkkopankkitunnuksia, jolloin sähköinen asiointi ei ollut mahdollista lainkaan tietyissä palveluissa.

*”Apuvälineiden puute tai palvelut eivät ole apuvälineillä saavutettavia.”*

*”Useat sähköiset palvelut vaativat pankkitunnuksia, joita usilla asiakkaillani ei ole mahdollista saada.”*

Lisäksi monet ammattilaiset olivat huomanneet, että usean vammaisen henkilön kohdalla kiinnostuksen puute oli esteenä sähköiselle asioinnille, eikä moni asiakas kokenut sähköisten palvelujen käyttöä tarpeellisenä. Asiakkaiden motivointia sähköisten palvelujen käyttöön kuvattiin haastavaksi, ja eräs vastaaja toi esiin asiakkaiden ärsytyksen sähköisistä palveluista puhuttaessa. Toisaalta ammattilaiset myös raportoivat, että tietoteknisten laitteiden käytön myötä moni vammaisen henkilö oli alkanut hahmottaa sähköisten palvelujen hyötyjä.

*”Kaikki eivät halua käyttää etäpalveluja. Asiakkaan motivoiminen voi olla haastavaa.”*

*”Sähköisten ja etäpalvelujen käyttö ärsyttävät.”*

Useassa vastauksessa tuotiin esiin, että moni asiakas jäi ilman tarvitsemaansa tukea muun muassa ammattilaisten omien tietoteknologisten taitojen puutteen tai kiireen takia. Vastauksissa korostettiin, että ammattilaiset eivät olleet saaneet riittävästi koulutusta siitä, miten toimia asiakkaiden

tukena tietoteknologian ja sähköisten palvelujen käytössä. Aina myöskään ammattilaiset eivät olleet motivoituneita harjoittelemaan itse tarvittavia taitoja, jotta voisivat tukea asiakasta. Osa ammattilaisista koki olevansa monelle asiakkaalle ainoita, johon he pystyivät tukeutumaan tarvitessaan tukea sähköisten palvelujen käytössä. Ajoittain työajasta suuri osuus tuntui kuluvan sähköisten palvelujen käytön tuen antamiseen, jonka ei koettu vastaavan omaa työnkuvaa.

*”Asiakkaat eivät saa tarvittavaa apua, koska kukaan ei ehdi auttaa.”*

*”...henkilökunta ei osaa käyttää sähköisiä palveluita eikä opeteluun ole saanut riittävästi koulutusta.”*

Vammaispalvelujen asiakkaiden sähköisten palvelujen käytön kohdalla ammattilaiset painottivat perinteisten lähipalvelujen merkitystä. Ammattilaiset olivat havainneet monen vammaisen henkilön toivovan kasvotusten tapahtuvaa asiointia. Kognitiivisten taitojen heikentynyt taso saattoi vaikeuttaa keskittymistä ja moni käsitelty asia saattoi jäädä vammaiselle henkilölle epäselväksi, kun asioita jäi ymmärtämättä. Eräs ammattilainen painotti lisäksi perinteisten lähipalvelujen merkitystä myös siitä näkökulmasta, että asiakkaat kokivat jäävänsä yksin ilman kasvokkaista kohtaamista. Useassa vastauksessa tuotiin lisäksi esiin, että sähköisen palvelun ei koettu vastaavan asiakkaan palvelutarpeeseen, jolloin tarvittiin perinteisiä lähipalveluja. Ammattilaiset toivat lisäksi esiin huoliaan siitä, että sähköiset palvelut syrjäyttivät vammaisia yhteiskunnassa ja rajoittivat heille saatavilla olevien palvelujen määrää.

*”Ei korvaa lähipalveluita, asiakkaat kokevat jäävänsä yksin.”*

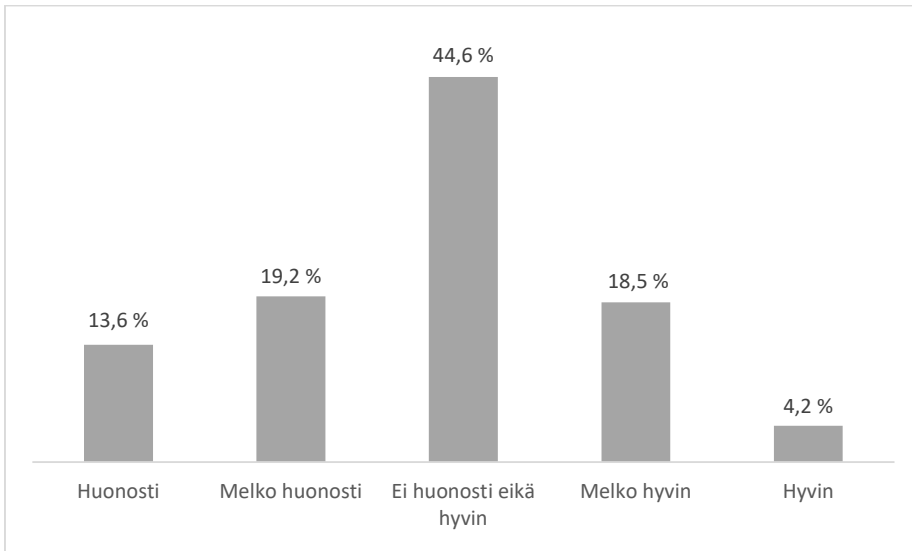
*”Koska useimmat palvelut siirtyvät verkkoon, eivät asiakkaani ole enää tasa-arvoisessa asemassa palvelujen saatavuuden suhteen, esim. terveystieteiden palvelut, pankkipalvelut jne.”*

#### AMMATTILAISTEN ARVIOT SÄHKÖISTEN PALVELUJEN KÄYTÖN TUKEMISEN ONNISTUMISESTA KORONAPANDEMIAN AIKANA

Tutkimukseen osallistuneista vammaispalvelujen ammattilaisista noin kolmasosa (32,8 %) oli sitä mieltä, että asiakkaiden tukemisessa sähköisten



Kuvio 1. Vastaajien näkemykset siitä, miten asiakkaiden opastamisessa sähköisten palvelujen käytössä onnistuttiin koronapandemian aikana, prosenttiosuudet (%) vastanneista (n= 428).



palvelujen käytössä koronapandemian aikana onnistuttiin huonosti tai melko huonosti. Vain vajaa neljäsnes (22,7 %) vastaajista oli sitä mieltä, että tukemisessa onnistuttiin hyvin tai melko hyvin. (Kuvio 1.).

Työyhteisön, esihenkilötyön ja työhön tulleiden muutosten yhteys näkemykseen siitä, että asiakkaiden tukemisessa ei onnistuttu

Monimuuttujamallin (taulukko 2) mukaan nuoremmilla vammaispalvelujen ammattilaisilla oli vanhempia ammattilaisia suurempi vetosuhte näkemykselle siitä, että asiakkaiden tukemisessa sähköisten palvelujen käytössä ei oltu onnistuttu (OR 0,98 [95 % LV 0,96–0,99]). Asumis- palveluissa työskentelevillä (OR 1,83 [95 % LV 1,14–2,93]) sekä koronapandemian takia toisiin työtehtäviin siirretyillä ammattilaisilla (OR 1,98 [95 % CI 1,05–3,74]) oli suurempi vetosuhte näkemykselle siitä, että tukemisessa ei oltu onnistuttu verrattuna muissa vammaispalveluissa työskenteleviin ja samassa työssä jatkaneisiin. Lisäksi ne ammattilaiset, jotka eivät kokeneet kollegoidensa suhtautuvan myönteisesti sähköisiin palveluihin (OR 1,80 [95 % LV 1,05–3,07]) ja joiden työpaikalla ei oltu otettu koronapandemian aikana käyttöön uusia sähköisiä palveluja asiakkaille (OR 2,06 [95 % LV 1,31–3,25]) olivat noin kaksi kertaa suuremmassa vetosuhteessa näkemykselle siitä, että asiakkaiden tukemisessa sähköisten palvelujen käytössä ei onnistuttu

verrattuna niihin, jotka kokivat kollegoidensa suhteutumisen myönteisenä ja joiden työpaikalla oli otettu uusia sähköisiä palveluja käyttöön.

## POHDINTA

### TULOSTEN TARKASTELU

Keskeisimpänä haasteena asiakkaiden sähköisten palvelujen käytölle tutkimukseemme osallistuneet vammaispalveluissa työskentelevät ammattilaiset toivat esiin asiakkaiden toimintakyvyn aiheuttamat rajoitteet palvelujen käytölle sekä tarvittavien taitojen opettelemiselle. Monilla vammaisilla henkilöillä on fyysisiä sekä kognitiivisia esteitä, jotka voivat vaikuttaa hieno- ja karkeamotoriikkaan sekä hahmottamiskykyyn ja hankaloittaa tietoteknologian käyttöä (12,21). Myös aiemmassa kirjallisuudessa on raportoitu fyysisiä ja kognitiivisia rajoitteita omaavien henkilöiden käyttävän muuta väestöä vähemmän teknologiaa (21,25) sekä internetiä (49,50) verrattuna muihin väestöön. Kognitiivisen toimintakyvyn heikentyminen on yhteydessä huonoon tietoteknologiseen osaamiseen ja teknologian, internetin ja sähköisten palvelujen käyttämättömyyteen (51–53). On todennäköistä, että uuden teknologian käyttöön tarvittavien taitojen oppiminen vaatii enemmän aikaa, kun henkilöillä on kognitiivisia rajoitteita (12). Erityisen tärkeää vammais- palvelujen ammattilaisten kohdalla on, että he ym-

Taulukko 2. Logistisen regressioanalyysin tulokset vammaispalvelujen ammattilaisten näkemykselle siitä, että asiakkaiden tukemisessa sähköisten palvelujen käytössä ei onnistuttu<sup>a</sup>.

Muuttuja	Malli 0 <sup>b</sup>			Malli 1 <sup>c</sup>		
	OR	95 % LV	p	OR	95 % LV	p
<b>Demografinen tausta</b>						
Ikä	,98	,96–,99	,013	,98	,96–,99	,020
Sukupuoli						
Nainen	referenssi			referenssi		
Mies	1,22	,66–2,34	,526	1,33	,69–2,55	,398
Muu tai ei halua kertoa	,21	,03–1,62	,133	,16	,02–1,35	,092
Koulutus						
Toinen aste	referenssi			referenssi		
Alempi korkeakoulu	1,21	,77–1,94	1,46	1,46	,88–2,43	,140
Ylempi korkeakoulu	,98	,51–1,91	1,66	1,66	,78–3,52	,187
<b>Työyhteisö ja esihenkilötyö</b>						
Työpaikka						
Muu kuin asumispalvelu	referenssi			referenssi		
Asumispalvelu	1,43	,95–2,14	1,83	1,83	1,14–2,93	,013
Riittävä perehdytys sähköisiin työvälineisiin						
Samaa mieltä	referenssi			referenssi		
Eri mieltä tai neutraali	1,34	,88–2,03	,169	1,16	,61–2,21	,658
Riittävä tuki sähköisiin työvälineisiin						
Samaa mieltä	referenssi			referenssi		
Eri mieltä tai neutraali	1,47	,97–2,23	,067	1,59	,84–3,02	,159
Kollegoiden myönteisyys sähköisiin palveluihin						
Samaa mieltä	referenssi			referenssi		
Eri mieltä tai neutraali	1,61	1,04–2,48	,032	1,80	1,05–3,07	,032
Esihenkilön myönteisyys sähköisiin palveluihin						
Samaa mieltä	referenssi			referenssi		
Eri mieltä tai neutraali	1,11	,74–1,66	,623	1,27	,77–2,11	,352
Johtamisen haasteet						
Eri mieltä tai neutraali	referenssi			referenssi		
Samaa mieltä	1,81	1,21–2,73	,004	1,32	,84–2,07	,226
<b>Koronanpandemian johdosta työhön tulleet muutokset</b>						
Työn kuormittavuus						
Eri mieltä tai neutraali	referenssi			referenssi		
Samaa mieltä	1,71	1,12–2,62	,013	1,35	,85–2,14	,204
Siirto toisiin tehtäviin						
Ei	referenssi			referenssi		
Kyllä	1,37	,80–2,36	,248	1,98	1,05–3,74	,035
Uusia sähköisiä palveluja asiakkaille						
Kyllä	referenssi			referenssi		
Ei	1,79	1,19–2,69	,005	2,06	1,31–3,25	,002

OR= Odds Ratio eli vetosuhde, 95 % LV= 95 % luottamusväli

Referenssi= vertailuluokka

<sup>a</sup>OR > 1 osoittaa, kuinka monta kertaa keskimäärin suurempi vetosuhde tiettyssä selittävän ryhmässä on verrattuna referenssiryhmään

<sup>b</sup>Yksittäinen malli sisälsi erikseen jokaisen selittävän muuttujan itsenäisen vaikutuksen

<sup>c</sup>Monimuuttujamalliin lisättiin samanaikaisesti kaikki selittävät muuttujat

Negelkerke R<sup>2</sup>=10 %

märtävät sähköisesti tarjottavien palvelujen vuorovaikutukselliset erityispiirteet ja -vaatimukset (27), jotta he voivat mahdollisimman hyvin tukea asiakkaitaan, joilla on kognitiivisia rajoitteita.

Vammaispalvelujen ammattilaiset kuvasivat tutkimuksessamme, että monelta heidän asiakkaaltaan puuttuu sähköisten palvelujen käyttöön tarvittavia laitteita tai toimiva verkkoyhteys. Myös aiemmassa tutkimuksessa on raportoitu, että vammaisilla henkilöillä on muuta väestöä harvemmin pääsy kotonaan internetiin (10,16,54), johtuen ainakin osittain heidän heikommasta sosioekonomisesta asemastaan (13,55). Vammaisten henkilöiden varattomuus tietoteknologian ja tarvittavien verkkoyhteyksien hankkimiseksi tuotiin esiin myös tutkimukseemme osallistuneiden ammattilaisten vastauksissa. On tärkeää painottaa, että moni asumispalvelujen parissa työskentelevä ammattilainen toi esiin vastauksessaan, että asiakkaille ei ollut tarjolla yhteiskäyttöistä päätelaitteita asumispalveluja tarjoavassa yksikössä. Lisäksi koronapandemian aikana monella vammaisella henkilöillä ei ollut mahdollisuutta lainattavan päätelaitteen käyttöön heille suunnatun päivätoiminnan yhteydessä tai kirjastossa, kun ryhmätoiminnot ja kirjastojen toiminta keskeytettiin viruksen leviämisen hillitsemiseksi (3). Tietoteknologian saatavuus on pyrittävä turvaamaan vammaisten henkilöiden yhteiskunnallisen tasa-arvon lisäämiseksi ja yhteiskäyttöisiä lainalaitteita on oltava tarjolla myös asumispalveluja tarjoavissa yksiköissä.

Sähköiset palvelut eivät olleet asiakkaille esteettömiä ja helposti saavutettavia tutkimukseemme osallistuneiden vammaispalvelujen ammattilaisten mielestä. Myös aiemmin on raportoitu sähköisten palvelujen käytön esteeksi vammaisten henkilöiden kohdalla selkokieliisyyden ja käyttäjäystävällisyyden puute (17). Lisäksi monella vammaisella henkilöillä on havaittu olevan vaikeuksia käyttää sähköisiä palveluita, joissa edellytetään vahvaa sähköistä tunnistautumista, sillä kaikille vammaisille henkilöille ei myönnetä verkkopankkitunnuksia tai heidän aistivammaansa ei ole riittävästi huomioitu tunnistautumista käytettäessä (11,17). Kansalaisten yhdenvertaisuuden edistämiseksi kaikilla tulee olla mahdollisuus vahvaan sähköiseen tunnistautumiseen (56). Sähköisten palvelujen parempi saavutettavuus ja esteettömyys edistää vammaisten henkilöiden mahdollisuuksia saada palveluja

ja osallistua täysimääräisesti yhteiskunnan toimintaan (12,17). Palveluissa käytettävien alustojen saavutettavuus on testattava erilaisilla käyttäjäryhmillä, ja eri toimintarajoitteiset henkilöt on otettava laajasti mukaan sähköisten palvelujen suunnitteluun ja toteuttamiseen (11,13,17).

Monet tutkimukseemme osallistuneet vammaispalvelujen ammattilaiset toivat esiin apuvälineiden puutteen asiakkaiden sähköisten palvelujen käytön esteenä. Yksilölliset tarpeet huomioon ottavat apuvälineet, kuten esimerkiksi erikoisnäppäimistöt ja katseohjauslaitteet, voivat olla merkittävä toimijuuden mahdollistaja (13,16,55,57). Apuvälineistä aiheutuvat kustannukset voivat kuitenkin rajoittaa monen vammaisen henkilön mahdollisuuksia niiden hankintaan (10,16,58). Apuvälineiden saatavuus on turvattava kaikille niistä hyötyville eikä saatavuuden pidä riippua taloudellisesta tilanteesta (55). Apuvälineiden valmistajien ja kolmannen sektorin toimijoiden tiivis yhteistyö voi tarjota paremmat lähtökohdat avustavan teknologian tarjoamiseksi niitä tarvitseville (15). Lisäksi apuvälineiden käyttöön liittyy erityisen teknisen tuen tarve, jonka saatavuus on varmistettava (16,42,54). Vammaisten henkilöiden tietoisuutta tarjolla olevista erilaisista apuvälineistä ja niiden tarjoamista hyödyistä on lisättävä apuvälineiden käytön edistämiseksi (58,59).

Vammaispalvelujen ammattilaiset olivat myös havainneet, että usein heidän asiakkaansa eivät olleet kiinnostuneita sähköisten palvelujen käytämisestä eivätkä nähneet, mitä hyötyjä he voisivat saavuttaa niitä käyttämällä. Aiemmin on havaittu, että usein kiinnostuksen puutteen taustalla voi olla tietämättömyys siitä, millaisia palveluja on saatavilla sähköisesti (10). Myös vammaisen henkilön aiemmin kohtaamat ongelmat vaikeakäyttöiseen teknologiaan ja sähköisiin palveluihin liittyen voivat laskea motivaatiota ja kiinnostusta näiden käyttöä kohtaan (12,13). On tärkeää, että vammaispalvelujen ammattilaiset osaavat kertoa sähköisten palvelujen tuomista hyödyistä asiakkailleen sekä ohjata heidät heille soveltuviin palveluihin (60). Positiivisten kokemusten lisäämiseksi tulee vammaisille henkilöille tarjota mahdollisuus harjoitella erilaisten teknologisten laitteiden käyttöä turvallisessa ympäristössä, mikä voisi myös auttaa hahmottamaan sähköisten palvelujen käytön hyötyjä (18,19,56). Ammattilaisten on tärkeää myös tiedostaa omat

asenteensa ja olla aliarvioimatta asiakkaidensa kyvykkyyttä tietoteknologian ja sähköisten palvelujen käyttöön. Aliarviointi voi johtaa siihen, että ammattilainen ei tarjoa asiakkaalle mahdollisuutta käyttää sähköisiä palveluja (18,19,21).

Yksilöllinen tuki on olennaisen tärkeää teknologian käytön ja tarvittavien taitojen oppimisen kannalta (20,49,61,62) ja usein vammaispalvelujen ammattilainen on pääasiallinen tai ainoa tuen antaja (63). Kuitenkin tutkimuksemme strukturoituihin kysymyksiin annettujen vastausten mukaan vain reilu viidesosa vastaajista oli sitä mieltä, että asiakkaiden tukemisessa sähköisten palvelujen käytössä koronapandemian aikana onnistuttiin hyvin tai melko hyvin. Laadullisista vastauksista kävi ilmi, että moni asiakas jäi ammattilaisten näkemyksen mukaan ilman tarvitsemaansa tukea muun muassa ammattilaisten kiireen ja riittämättömien resurssien vuoksi. Myös aiemmassa tutkimuksessa on raportoitu ajanpuutteen ja riittämättömän resursoimisen olevan esteitä vammaispalvelujen ammattilaisten asiakkailleen antamaan tukeen sähköisessä ympäristössä (29). Organisaatioissa on huomioitava, että ammattilaisilla on riittävästi aikaa asiakkaiden tukemiseen tietoteknologian ja sähköisten palvelujen käytössä (24,49,64). Koronapandemia osaltaan pahensi resurssipulaa ja ammattilaisten kiirettä, joka on osaltaan varmasti vaikuttanut tutkimustuloksiimme.

Tutkimuksemme osallistujat toivat vastauksissaan esiin myös, että ammattilaisten omat puutteelliset tietotekniset tiedot ja taidot estivät laadukkaan tuen tarjoamista asiakkaiden sähköisten palvelujen käyttöön. Ammattilaisten tietoteknistä osaamista voidaankin pitää avaintekijänä digitalisaation asiakkaille tuomien hyötyjen toteutumisen kannalta (33). Suomalaisen sosiaalihuollon ammattilaisten tietoteknisistä tiedoista ja taidoista on olemassa hyvin rajallisesti tutkimustietoa tutkimusten keskittyessä asiakastietojärjestelmien käyttämiseen. Britanniassa toteutetussa tutkimuksessa valtaosa sosiaalihuollon korkeasti koulutetuista ammattilaisista arvioi tietoteknisen osaamisensa hyväksi (65). Organisaatioiden on varmistettava, että ammattilaisilla on riittävät tietotekniset taidot, jotka mahdollistavat myös asiakkaiden tukemisen sähköisten palvelujen käyttämisessä. Ammattilaisille on tarjottava koulutusta, jos heidän taitonsa eivät ole riittävät (66). Lisäksi on varmistettava, että

ammattilaisilla on riittävästi aikaa resursoituna tietoteknologian ja sähköisten palvelujen käytön opetteluun (29).

Tutkimukseemme osallistuneet ammattilaiset kokivat, että he eivät olleet saaneet riittävästi koulutusta asiakkaiden tukena toimimiseen. Tämä on linjassa aiempien sosiaalihuollon ja vammaistyön ammattilaisiin keskittyvien tutkimusten kanssa (29,63,65). Sosiaalihuollon ammattilaisten tietoteknisen osaamisen integrointi heidän koulutukseensa on edelleen rajallista ja lisätoimenpiteitä tarvitaan opetussuunnitelmien vahvistamiseksi (30,33). Sähköisten palvelujen käyttö edellyttää päivittyvää osaamista, johon voidaan vastata joustavalla täydennyskoulutuksella (67) ja organisaation tuella (24,49,64).

Lisäksi tutkimukseemme osallistuneet kuvasivat avoimissa vastauksissa ammattilaisten kiinnostuksen puutteen estävän asiakkaita saamasta tarvitsemaansa tukea sähköisten palvelujen käytössä. Myös aiemmin on raportoitu ammattilaisten oman mielenkiinnon ja tietämyksen määrittelevän sitä, saako asiakas tukea tietoteknologian käytössä ja millaista annettu tuki on (24,29,66,68). Muutosmyönteinen ja asiakaskeskeinen organisaatiokulttuuri vähentää ammattilaisten negatiivisia asenteita asiakkaiden tietoteknologian käyttöön liittyen (68,69). Ammattilainen voi saada uusia näkökulmia asiakkaiden käyttämiin sähköisiin palveluihin tutustumalla eri palveluihin ja niiden erilaisiin toimintoihin. Jos ammattilainen osaa käyttää asiakkaille suunnattuja sähköisiä palveluja ja kokee ne hyödyllisiksi, on todennäköisempää, että myös asiakkaat näkevät sähköiset palvelut mielekkäämpinä. (64.)

Määrällisten tutkimustulostemme mukaan asumispalveluissa työskentelevillä oli muissa palveluissa työskenteleviä suurempi mahdollisuus kokea asiakkaiden sähköisten palvelujen käytön opastamisen epäonnistuneen. Asumispalveluja järjestetään henkilöille, jotka toimintakyvyn alentumisen vuoksi tarvitsevat toisen henkilön apua, tukea, huolenpitoa tai vaatavaa ammatillista hoitoa päivittäin vuorokaudenajasta riippumatta (70). Asumispalvelujen piirissä olevat vammaiset henkilöt ovat näin ollen usein vaikea-asteisemmin toimintarajoitteisia kuin muiden palvelujen piireissä olevat vammaiset henkilöt, joka saattaa asettaa osalle heistä haasteita tietoteknologian ja sähköisten palvelujen käytölle. Kuitenkin osa on myös esimerkiksi työllistynyt tietoteknologian

avulla vaikeasta liikuntarajoitteesta huolimatta. Koronapandemian leviämisen hillitsemiseksi tehdyt rajoittavat toimenpiteet muuttivat erityisesti ryhmämuotoisesti toteutettujen asumispalvelujen piirissä olevien vammaisten henkilöiden elinoloja sekä heidän saamiaan palveluja (23), joka saattoi osaltaan korostaa sähköisten palvelujen käytön merkitystä heidän kohdallaan. Asumispalveluissa tuleekin pyrkiä luomaan ympäristöä, joka tukee jokaisen asiakkaan yksilölliset tarpeet ja kyvyt huomioiden tietoteknologian käyttöä (15,23).

Tutkimuksemme osallistuneet vammaispalvelujen ammattilaiset, jotka kokivat, etteivät heidän kollegansa suhtautuneet myönteisesti sähköisiin palveluihin olivat noin kaksi kertaa useammin sitä mieltä, että asiakkaiden tukemisessa sähköisten palvelujen käytössä ei onnistuttu verrattuna ilmapiiriin myönteiseksi kokeviin. Tulokset kertovat myönteisen työilmapiirin merkityksestä asiakkaiden saamaan ohjaukseen ja tukeen. Positiivinen ilmapiiri lisää luottamusta ja rohkaisevan oppimisympäristön kehittymistä ammattilaisten keskuudessa (71), joka heijastuu myös asiakkaisiin. Erityisesti koronapandemian kaltaisessa kriisitilanteessa kollegoiden tuki on tunnistettu johdon ja organisaation tarjoamaa tukea merkityksellisemmäksi ammattilaisten näkökulmasta (36). Sosiaalihuollon organisaatioiden on panostettava ammattilaisten hyvinvointiin sekä myönteisen ilmapiirin luomiseen esimerkiksi parantamalla vaikutusmahdollisuuksia omaa työtä koskevissa asioissa (40). Ammattilaisia olisi hyvä ottaa laajasti mukaan asiakkaiden sähköisten palvelujen suunnitteluun sekä organisaation tietoteknologian suunnittelua koskevien strategioiden valmisteluun.

Tutkimustulostemme mukaan koronapandemian takia toisiin työtehtäviin siirretyt vammaispalvelujen ammattilaiset olivat samoissa työtehtävissä jatkaneita useammin sitä mieltä, että asiakkaiden tukemisessa sähköisten palvelujen käytössä ei oltu onnistuttu. Ammattilaisten tilapäisessä siirrossa on huomioitava, että muutostilanteet ja niihin liittyvä epätietoisuus ja epävarmuus kuormittavat ammattilaisia (72), joka voi heijastua negatiivisesti myös ammattilaisen suhtautumiseen sähköisiin palveluihin sekä niiden käytössä tukemiseen. Lisäksi muutostilanteessa ammattilaisen resurssit kuluu uuteen työhön perehtymiseen, jolloin aikaa ja mielenkiintoa ei

välttämättä jää riittävästi esimerkiksi asiakkaiden tukemiseen sähköisten palvelujen käytössä. Työnkuvan tai työympäristön vaihtuminen tulee huomioida ammattilaisille annettavalla tuella sekä kattavalla perehdytyksellä. Selkeä käsitys omasta roolista ja toimenkuvasta on tärkeää työyhteisön sujuvan toiminnan ja yhteishengen kannalta (40).

On tärkeää huomioida, että vammaisen henkilön sähköisten palvelujen käyttöön saama tuki ei saa olla pelkästään vammaispalvelujen ammattilaisten varassa, vaan tukea tulee olla tarjolla useassa eri muodossa ja erilaisissa paikoissa (56). Aiemmin on korostettu vammaisten henkilöiden kohdalla myös vertaistuen merkitystä (73). Kuitenkin on tärkeää, että ammattilaiset osaavat tarvittaessa ohjata asiakkaat heidän tarvitsemansa tuen pariin (60). Lisäksi perinteiset lähipalvelut on turvattava, koska kaikki eivät kykene tai halua asioida sähköisesti ja moni kokee tarvitsevan kasvokkaisia kohtaamisia oman yhteiskunnallisen osallisuutensa tukemiseksi (56,60,74). Usein myöskään sähköinen palvelu ei vastaa asiakkaan palvelutarpeeseen, jolloin tarvitaan perinteisiä lähipalveluja (18). Tutkimuksemme osallistuneet vammaispalvelujen ammattilaiset painottivat avoimeen kysymykseen antamissaan vastauksissa lähipalvelujen merkitystä myös siitä näkökulmasta, että heidän asiakkaansa kokivat jäävänsä yksin ilman kasvokkaista kohtaamista. Vammaispalvelujen asiakkaat ovatkin aiemmassa tutkimuksessa raportoineet sähköisten palvelujen olevan hyvä täydentävä palvelu perinteisille lähipalveluille (18). Voidaan myös ajatella, että yksilöllä saattaa olla positiivisempia käsityksiä sähköisistä palveluista, jos he kokevat käyttävänsä niitä vapaaehtoisesti eivätkä siksi, että palvelua ei ole muutoin saatavilla (75).

#### TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkimuksemme on joitain rajoitteita, jotka on syytä huomioida tuloksia tulkittaessa. Koska kyselyä jaettiin monen eri kanavan kautta alan verkostoissa eikä vammaispalveluissa työskentelevien ammattilaisten määrästä ole valtakunnallisesti kerätty tietoa, kyselyn vastausprosenttia ja aineiston tarkkaa edustavuutta ei voida määrittellä. Rajoitteena voidaan pitää myös sitä, että voima-analyysia ei suoritettu ihanteellisen vastajamäärän määrittämiseksi. Kuitenkin kyselyn suuri vastaajamäärä ja ammattilaisten demogra-

fisten tekijöiden eroavaisuudet antavat viitteitä siitä, että otos edustaa kohderyhmää hyvin ja on riittävä analyysien luotettavuuden kannalta (34).

Yksi kyselymme rajoite on myös se, että toimintakyvyltään hyvin erilaisten vammaispalvelujen asiakkaiden parissa työskentelevät ammattilaiset eivät ole eroteltuina tutkimuksessamme. Kuitenkin aiemmat tutkimustulokset viittaavat siihen, että eri vammaispalvelujen asiakkaiden kohtaama epätasa-arvo tietoteknologian ja sähköisten palvelujen käyttämisessä on jatkuvaa ja yleistä huolimatta henkilön toimintakyvystä (10). Vammaisuuden monimuotoisuus ja toimintarajoitteiden kirjo sekä erilaiset vammaisuuteen liittyvät käsitteet ja määritelmät tekevät tulostemme vertaamisesta aiempiin tutkimustuloksiin haastavaa (10). Poikkileikkausasetelman takia tuloksemme eivät pysty osoittamaan kausaalisia yhteyksiä emmekä voi myöskään poissulkea mahdollisten muiden sekoittavien tekijöiden olemassaoloa, vaikka useat tekijät pyrittiin huomioimaan mallissa. On myös huomioitava, että asiakkaiden kohtaamien haasteiden tiedustelu ammattilaisilta on saattanut johdatella heitä raportoimaan näkemyksiään kielteisemmin kuin positiivisemmalla kysymyksenasettelulla. Lisäksi tarkastelemalla ammattilaisten kokemusta onnistuneesta asiakkaiden tukemisesta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä voisivat tutkimustulokset olla osittain eroavaiset.

Tutkimuksemme keskittyy erityisesti organisaatorisiin tekijöihin, joiden ammattilaiset kokevat olevan esteenä vammaisten henkilöiden sähköisten palvelujen käytölle. Asiakkaiden sähköisten palvelujen käytön tukeminen on moniulotteinen ilmiö, johon on mahdollisesti yhteydessä myös sellaisia tekijöitä, joita tutkimuksessamme ei kartoitettu. Muun muassa ammattilaisten digitaalisten taitojen, asenteiden ja oman toiminnan tutkiminen olisi voinut lisätä tutkimustulostemme luotettavuutta.

Tutkimustulostemme analysoinnin ja raportoinnin luotettavuutta pyrittiin lisäämään aktiivisella tutkimusryhmän jäsenten välisellä kommunikaatiolla. Tutkijat tiedostivat, että heidän omat tulkintansa ja ennakko-olettamuksensa voivat vaikuttaa tutkimuksen toteuttamiseen ja tulosten raportoimiseen. Tutkimustulostemme luotettavuuden kannalta on myös huomioitava, että tutkimuksessamme vammaispalvelujen ammattilaiset arvioivat heidän asiakkaidensa puolesta

sähköisen asioinnin haasteita. Ammattilaisten omat ennakkoluulot, arvot ja asenteet voivat heijastua heidän vastauksissaan ja asiakkaiden näkökulman arvioiminen voi olla haastavaa. Kuitenkin vammaispalvelujen ammattilaiset omaavat hyvät lähtökohdat heidän asiakkaidensa näkökulmien hahmottamiseen, sillä he ovat tiiviisti mukana heidän arkipäiväisessä elämässään.

## JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Vammaispalvelujen asiakkaat kohtasivat koronapandemian aikana monia haasteita sähköisten palvelujen käytössä ammattilaisten näkemyksen mukaan. Keskeisimpänä haasteena tuotiin esiin toimintakyvyn asettamat rajoitteet, jotka estivät myös tarvittavien tietoteknologisten taitojen opettelun. Myös sähköiseen asiointiin tarvittavien laitteiden, verkkoyhteyden, sekä sähköisen tunnistautumismahdollisuuden puute esti vammaispalvelujen asiakkaita saamasta tärkeitä palveluja aikana, jolloin monet palvelut tarjottiin vain sähköisessä muodossa koronapandemian leviämisen hillitsemiseksi. Kiinnittämällä huomiota sähköisten palvelujen esteettömyyteen ja saavutettavuuteen sekä tarjoamalla tarvittavia yksilöllisiä apuvälineitä henkilön varallisuudesta riippumatta, voidaan edistää vammaisten sähköisten palvelujen käyttöä. Toimintarajoitteet voivat edellyttää yksilöllisesti suunniteltuja välineitä sekä yksilöllistä tukea ja ohjausta niiden käytölle.

Valtaosa tutkimukseemme osallistuneista vammaispalvelujen ammattilaisista koki, että asiakkaiden tukemisessa sähköisten palvelujen käytössä ei oltu onnistuttu hyvin. Vammaispalveluja tarjoavien organisaatioiden tulee tarjota ammattilaisille kouluttautumismahdollisuuksia sekä varmistaa riittävät resurssit laadukkaan ja yksilökeskeisen tuen lisäämiseksi asiakkaille. Yksilöllisen tuen tarjoaminen edellyttää sitä, että asiakaskohtaisiin yksilöllisiin ratkaisuihin on mahdollisuus saada tarvittaessa opastusta ja perehdytystä. Erityisen tärkeää tämä on asumispalvelujen kohdalla. Digitalisuudelle myönteinen työilmapiiri sekä jokaisen ammattilaisen selkeä käsitys omasta roolistaan ja toimenkuvastaan ovat tärkeitä asiakkaiden saaman tuen onnistumisen kannalta.

Jatkossa on tärkeää vahvistaa ammattilaisten näkökulmasta kerättyä tutkimustietoa kartoittamalla vammaisten henkilöiden omia kokemuksia

sähköisten palvelujen käyttöön liittyvistä esteistä ja heidän saamastaan tuesta. Lisäksi on tarpeen tutkia eri toimintarajoitteita omaavien vammaisten henkilöiden sähköisten palvelujen käytössä kohtamia haasteita ja kartoittaa tekijöitä, jotka ovat yhteydessä yksilölliset tarpeet huomioivaan sähköisten palvelujen käyttöön. Erilaisten toimintarajoitteiden vuoksi tarvitaan moninaisia ratkaisuja sähköisten palvelujen käytön tukemiseksi. Vammaispalvelujen asiakkaiden sähköisten palvelujen käyttöön saaman tuen laadun kannalta on tärkeää, että ammattilaisille tarjotaan perehdytystä ja opastusta. Näin voidaan lisäksi kasvattaa heidän motivaatiotaan toimia asiakkaiden tukena sähköisiä palveluja käytettäessä.

### KIITOKSET:

Kirjoittajat haluavat kiittää kaikkia kyselyyn vastanneita vammaispalvelujen ammattilaisia heidän antamistaan arvokkaista vastauksista sekä kyselyn jakamisessa auttaneita vammaisalan järjestöjä, ammattiliittoja ja verkostoja.

**Kainiemi, E., Virtanen, L., Saukkonen, P., Kaihlanen, A.-M., Väre, A., Valtokari, M., Nurmi-Koikkalainen, P., Heponiemi, T. Challenges faced in the use of electronic services by disability services clients and the success of their support: A professional perspective. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine* 2024; 61: 271–290.**

As social services are increasingly offered by electronic means, it is important to examine the challenges people with disabilities encounter in the use of electronic services. Employees of disability services are in a key role in detecting potential challenges related to customers' use of electronic services and, if necessary, providing support for the use of services. This study describes the challenges perceived by employees and examined how successfully the support was implemented and which factors are associated with this assumption during the COVID19-pandemic.

The research data was collected from employees of disability services in the spring 2022. This cross-sectional study utilized qualitative answers given in the open text field of the survey, in addition to the quantitative data. The data was analysed using inductive content analysis and logistic regression analysis.

A total of 428 employees of disability services participated in the study (average age 46.0 years; 85.5% women). The employees reported of the following challenges in the use of their customers'

### RAHOITTAJAT:

Kysely on toteutettu osana Sosiaali- ja terveysministeriön myöntämää ja Euroopan sosiaalirahaston rahoittamaa Tulevaisuutta luomassa -hanketta. Hankkeen keskeisiä toimijoita ovat THL, Kuntaliitto ja Kehitysvammaliitto. Lisäksi tutkimusta on rahoittanut Strategisen tutkimuksen neuvosto (nrot 327145 ja 352501) DigiIN-hankkeelle.

### KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Kainiemi ja Saukkonen vastasivat tutkimuksen suunnittelusta. Kainiemi ja Väre toteuttivat yhdessä laadullisen aineiston sisällönanalyysin. Kainiemi toteutti määrällisen aineiston tilastolliset analyysit sekä vastasi käsikirjoituksen kirjoittamisesta. Virtanen, Saukkonen, Kaihlanen, Valtokari, Nurmi-Koikkalainen ja Heponiemi osallistuivat käsikirjoituksen kirjoittamiseen. Kaikki kirjoittajat hyväksyivät lopullisen version käsikirjoituksesta.

electronic services: functional limitations, lack of technological devices and network connections, challenges related to accessibility and usability of services, lack of interest, insufficient support, and the need for face-to-face encounters.

The majority considered that the customers were not successfully supported in the use of electronic services. Employees working in housing services (OR 1.83 [95% CI 1.14–2.93]) and those who were assigned to another work due to the COVID19-pandemic (OR 1.98 [95% CI 1.05–3.74]) had greater odds of perceiving that the customers were not successfully supported in the use on electronic services, compared to their counterparts. In addition, those employees who experienced that their colleagues lacked a positive attitude towards electronic services (OR 1.80 [95% CI 1.05–3.07]) had greater odds of perceiving that support was not successfully implemented.

The challenges faced by customers of disability services in using electronic services must be reduced, for example, by improving the availability

of the necessary technological devices and aids. Efforts must also be made to improve the accessibility and usability of the services. Organizations must provide employees training in supporting customers' use of electronic services. A positive working atmosphere for digitalization and a clear understanding of each employee's own role

and job description are important in terms of the customers' support for using electronic services.

**Keywords:** COVID-19, disability services, electronic services, exclusion.

Saapunut (22.03.2023)  
Hyväksytty (11.09.2023)

## LÄHTEET

- (1) Valtioneuvoston kanslia. Valtioneuvoston kokonaisarvio COVID-19-toimien vaikutuksista. Koonti ministeriöiden 25.9.2020 toimittamista vaikutusarvioinneista 2020. Luettu 20.9.2022. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020110589373>
- (2) Sainio P, Holm M, Ikonen J, ym. Koronapandemian ja sen rajoittamistoimien vaikutukset toimintarajoitteisten ihmisten elämään. *Sosiaalilääk Aikak* 2021;58(3). <https://doi.org/10.23990/sa.103240>
- (3) Eronen A, Hiilamo H, Ilmarinen K, ym. Sosiaalibarometri 2020. SOSTE Suomen sosiaali ja terveystyö ry 2020. <https://www.soste.fi/wp-content/uploads/2020/07/SOSTE-Sosiaalibarometri-2020.pdf>
- (4) Reponen J, Keränen N, Ruotanen R, ym. Availability and use of e-health in Finland. Teoksessa: Vehko T. (toim.) E-health and e-welfare of Finland: Check Point 2022. Helsinki: Terveystyön ja hyvinvoinnin laitos; 2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-891-0>
- (5) Hallintolaki 434/2003. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030434>
- (6) Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>
- (7) Laki digitaalisten palvelujen tarjoamisesta 306/2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2019/20190306>
- (8) Suomen YK-liitto. YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista ja valinnainen pöytäkirja 2015. Luettu 20.9.2022. [https://www.ykliitto.fi/sites/www.ykliitto.fi/files/vammaisten\\_oikeudet\\_2016\\_net.pdf](https://www.ykliitto.fi/sites/www.ykliitto.fi/files/vammaisten_oikeudet_2016_net.pdf)
- (9) Saranto K, Kinnunen UM, Jylhä V, ym. Digitalisaatio ja sähköiset palvelut uudistuvassa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa: Hujala A, Taskinen H (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere University Press 2020. <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/123995>
- (10) Dobransky K, Hargittai E. The disability divide in internet access and use. *Inf Commun Soc* 2006;9(3):313–34. <https://doi.org/10.1080/13691180600751298>
- (11) Invalidiliitto ry. Sähköiset palvelut eivät ole kaikkien käytettävissä 2017. Luettu 20.9.2022. <https://www.invalidiliitto.fi/lausunnot/sahkoiset-palvelut-eivat-ole-kaikkien-kaytettavissa>.
- (12) Sheehan R, Hassiotis A. Digital mental health and intellectual disabilities: state of the evidence and future directions. *Evid Based Ment Health* 2017;20(4):107–11. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102759>
- (13) Vicente MR, López AJ. A Multidimensional Analysis of the Disability Digital Divide: Some Evidence for Internet Use. *The Information Society* 2010;26(1):48–64. <https://doi.org/10.1080/01615440903423245>
- (14) Duplaga M. Digital divide among people with disabilities: Analysis of data from a nationwide study for determinants of Internet use and activities performed online. *PLOS ONE* 2017;12(6):e0179825. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179825>
- (15) Hynan A, Goldbart J, Murray J. A grounded theory of Internet and social media use by young people who use augmentative and alternative communication (AAC). *Disabil Rehabil* 2015;37(17):1559–75. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1056387>
- (16) Tuikka AM, Vesala H, Teittinen A. Digital Disability Divide in Finland. Teoksessa: Li H, Pálsdóttir Á, Trill R, Suomi R, ym. (toim.) Well-Being in the Information Society. Fighting Inequalities. *Communications in Computer and Information Science* 2018;907. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-97931-1\\_13](https://doi.org/10.1007/978-3-319-97931-1_13)
- (17) Yhdenvertaisuusvaltuutettu. Vammaisena olen toisen luokan kansalainen. Selvitys vammaisten syrjäintäkokemuksista arjessa. Sähköisten palveluiden saavutettavuus 2016. Luettu 20.9.2022. <https://yhdenvertaisuusvaltuutettu.fi/vammaisselvitys>
- (18) Benz C, Norman R, Hendrie D, ym. Use of Teletherapy for allied health interventions in community-based disability services: A scoping review of user perspectives. *Health Soc Care Community* 2022;30(6):e3934–48. <https://doi.org/10.1111/hsc.14105>
- (19) Barlott T, Aplin T, Catchpole E, ym. Connectedness and ICT: Opening the door to possibilities for people with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil* 2020;24(4):503–21.
- (20) Näslund R, Gardelli Å. I know, I can, I will try: youths and adults with intellectual disabilities in Sweden using information and communication technology in their everyday life. *Disability & Society* 2013;28(1):28–40. <https://doi.org/10.1080/09687599.2012.695528>



- (21) Hoppestad BS. Current perspective regarding adults with intellectual and developmental disabilities accessing computer technology. *Disabil Rehabil Assist Technol* 2013;8(3):190–4. <https://doi.org/10.3109/17483107.2012.723239>
- (22) Manzoor M, Vimarlund V. Digital technologies for social inclusion of individuals with disabilities. *Health Technol* 2018;8(5):377–390. <https://doi.org/10.1007/s12553-018-0239-1>
- (23) Araten-Bergman T, Shpigelman CN. Staying connected during COVID-19: Family engagement with adults with developmental disabilities in supported accommodation. *Res Dev Disabil* 2021;1108:103812. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103812>
- (24) Hegarty JR, Aspinnall A. The Use of Personal Computers with Adults Who Have Developmental Disability: Outcomes of an Organisation-Wide Initiative. *The British Journal of Development Disabilities* 2006;52(103):137–154. <https://doi.org/10.1179/096979506799103569>
- (25) Palmer SB, Wehmeyer ML, Davies DK, ym. Family members' reports of the technology use of family members with intellectual and developmental disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2012;56(4):402–414. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01489.x>
- (26) Li-Tsang CWP, Lee MYF, Yeung SSS, ym. A 6-month follow-up of the effects of an information and communication technology (ICT) training programme on people with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* 2007;28(6):559–66. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2006.06.007>
- (27) Holburn S, Nguyen D, Vietze P. Computer-assisted learning for adults with profound multiple disabilities. *Behavioral Interventions* 2004;19:25–37. <https://doi.org/10.1002/bin.147>
- (28) Forrester-Jones R, Carpenter J, Coolen-Schrijner P, ym. The Social Networks of People with Intellectual Disability Living in the Community 12 Years after Resettlement from Long-Stay Hospitals. *J Appl Res Intellect Disabil* 2006;19(4):285–95. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2006.00263.x>
- (29) Clifford Simplican S, Shivers C, Chen J, ym. “With a Touch of a Button”: Staff perceptions on integrating technology in an Irish service provider for people with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 2018;31(1):e130–9. <https://doi.org/10.1111/jar.12350>
- (30) Zhu H, Andersen ST. Digital competence in social work practice and education: experiences from Norway. *Nord Soc Work Res* 2022;12(5):823–38. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2021.1899967>
- (31) Kaihlanen AM, Elovainio M, Virtanen L, ym. Nursing informatics competence profiles and perceptions of health information system usefulness among registered nurses: A latent profile analysis. *J Adv Nurs* 2023;79(10):4022–4033. <https://doi.org/10.1111/jan.15718>
- (32) Kaihlanen AM, Nadav J, Kainiemi E, ym. Digitalization-induced changes in health and social care work - perceptions of professionals. *Eur J Public Health* 2022;32. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac129.424>
- (33) Zhu H, Andersen ST. ICT-mediated social work practice and innovation: professionals' experiences in the Norwegian Labour And Welfare Administration. *Nord Soc Work Res* 2021;11(4):346–60. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1740774>
- (34) Valtokari M, Väre A, Nurmi-Koikkalainen P. Vammaispalvelujen työntekijöiden kokemuksista COVID-19-epidemian ajalta. *Terveysten ja hyvinvoinnin laitos* 2023. <https://www.julkari.fi/handle/10024/146162>
- (35) Huska M, Dickinson H, Devine A, ym. Managing outbreaks of COVID-19 in residential disability settings: Lessons from Victoria's second wave 2021. *Luettu* 31.5.2023. <https://doi.org/10.26188/14669568>
- (36) Sheerin F, Allen AP, Fallon M, ym. Staff mental health while providing care to people with intellectual disability during the COVID-19 pandemic. *Br J Learn Disabil* 2022;51(1):80–90. <https://doi.org/10.1111/bld.12458>
- (37) Bandini J, Rollison J, Feistel K, ym. Home Care Aide Safety Concerns and Job Challenges During the COVID-19 Pandemic. *New Solut* 2021;31(1):20–9. <https://doi.org/10.1177/1048291120987845>
- (38) Rothschild AW, Ricciardi JN, Luiselli JK, ym. Organizational Responsiveness to the COVID-19 Pandemic: A Mixed Methods Social Validity Assessment of Human Services Care Providers. *Adv Neurodev Disord* 2022;6(3):349–359. <https://doi.org/10.1007/s41252-021-00226-6>
- (39) Kujala S, Rajalahti E, Heponiemi T, ym. Health Professionals' Expanding eHealth Competences for Supporting Patients' Self-Management. *Stud Health Technol Inform* 2018;247:181–185. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-852-5-181>
- (40) Suomen Mielenterveys ry. Mielenterveyttä vahvistava työyhteisö 2021. *Luettu* 6.2.2023. <https://mieli.fi/materiaalit-ja-koulutukset/tietoa-mielenterveyden-vahvistamisesta/tyoelamanmielenterveys/mielenterveys-tyopaikalla/mielenterveytta-vahvistava-tyoyhteisö/>
- (41) Ramsten C, Blomberg H. Staff as Advocates, Moral Guardians and Enablers – Using ICT for Independence and Participation in Disability Services. *Scand J Disabil Res* 2019;21(1):271–281. <https://doi.org/10.16993/sjdr.608>
- (42) Buchholz M, Ferm U, Holmgren K. Support persons' views on remote communication and social media for people with communicative and cognitive disabilities. *Disabil Rehabil* 2020;42(10):1439–1447. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1529827>

- (43) Kehitysvammaliitto. Kehittämishankkeet 2023. Luettu 14.3.2023. <https://www.kehitysvammaliitto.fi/liitto/kehittamishankkeet/>
- (44) Nowell LS, Norris JM, White DE, ym. Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *Int J Qual Methods* 2017;16(1):1609406917733847. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- (45) Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci* 2013;15(3):398–405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>
- (46) Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Luettu 20.9.2022. [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)
- (47) Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Luettu 20.9.2022. [https://tenk.fi/sites/default/files/202101/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakoarvioinnin\\_ohje\\_2020.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/202101/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf)
- (48) Juhila K. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet. Tietoarkisto n.d. Luettu 14.6.2023. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/metelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/laadullisen-tutkimuksen-ominaispiirteet>
- (49) Chadwick D, Quinn S, Fullwood C. Perceptions of the risks and benefits of Internet access and use by people with intellectual disabilities. *Br J Learn Disabil* 2016;45(1):21–31. <https://doi.org/10.1111/bld.12170>
- (50) Greysen SR, Chin Garcia C, Sudore RL, ym. Functional Impairment and Internet Use Among Older Adults: Implications for Meaningful Use of Patient Portals. *JAMA Intern Med* 2014;174(7):1188–1190. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.1864>
- (51) Gell NM, Rosenberg DE, Demiris G, ym. Patterns of technology use among older adults with and without disabilities. *Gerontol* 2015;55(3):412–421. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt166>
- (52) Heponiemi T, Kainiemi E, Virtanen L, ym. Performance tests of visual, physical, and cognitive functioning predict Internet use and digital competence among older adults: A longitudinal population-based study. *J Med Internet Res* 2023;25:e42287. <https://doi.org/10.2196/42287>
- (53) Saukkonen P, Kainiemi E, Virtanen L, ym. Non-use of Digital Services Among Older Adults During the Second Wave of COVID-19 Pandemic in Finland: Population-based Survey Study. Teoksessa: Gao Q, Zhou J. (toim.) *Human Aspects of IT for the Aged Population. Design, Interaction and Technology Acceptance. HCI 2022. Lecture Notes in Computer Science*, vol 13330. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-05581-2\\_41](https://doi.org/10.1007/978-3-031-05581-2_41)
- (54) Scholz F, Yalcin B, Priestley M. Internet access for disabled people: Understanding socio-relational factors in Europe. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace* 2017;11(1). <https://doi.org/10.5817/CP2017-1-4>
- (55) Macdonald S, Clayton J. Back to the future, disability and the digital divide. *Disability & Society* 2013;28:702–718. <https://doi.org/10.1080/09687599.2012.732538>
- (56) Valtiovarainministeriö. Digitaalinen Suomi – Yhdenvertainen kaikille: Digi arkeen -neuvottelukunnan toimintakertomus 2019. Luettu 9.9.2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-367-004-4>
- (57) Kivistö M, Hokkanen L. Valtavirtateknologioita itsenäisesti käyttävien vammaisten henkilöiden eriytyvät toimijuudet sähköisten vammaispalveluiden käyttäjinä. *FinJeHeW* 2020;12(1):44–56. <https://doi.org/10.23996/fjhw.86948>
- (58) Hollier SE. The Disability Divide: A Study into the Impact of Computing and Internet-related Technologies on People who are Blind or Vision Impaired 2007. Luettu 3.6.2022. <https://ecommons.cornell.edu/handle/1813/76596>
- (59) National Council on Disability. Over the Horizon: Potential Impact of Emerging Trends in Information and Communication Technology on Disability Policy and Practice 2006. Luettu 5.1.2023. <https://www.ncd.gov/report/over-the-horizon-potential-impact-of-emerging-trends-in-information-and-communication-technology-on-disability-policy-and-practice/>
- (60) Virtanen L, Kaihlanen AM, Kouvonon A, ym. Hyvinvointiyhteiskunnan digitaaliset palvelut yhdenvertaisiksi: 9 kriittistä toimenpidettä haavoittuvassa asemassa olevien huomioimiseksi 2022. Luettu 4.1.2023. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-811-8>
- (61) Kivistö MS. Vammaisten nuorten teknologisten toimijuuksien rakentuminen digitalisoituvassa yhteiskunnassa: Katsaus laadulliseen tutkimukseen. *Nuorisotutkimus*. 2017;35(4):35–49.
- (62) Seale J. The role of supporters in facilitating the use of technologies by adolescents and adults with learning disabilities: a place for positive risk-taking? *Eur J Spec Needs Educ* 2014;29(2):220–236. <https://doi.org/10.1080/08856257.2014.906980>
- (63) Ramsten C, Marmstål Hammar L, Martin L, ym. ICT and Intellectual Disability: A Survey of Organizational Support at the Municipal Level in Sweden. *J Appl Res Intellect Disabil* 2017;30(4):705–713. <https://doi.org/10.1111/jar.12265>
- (64) Aspinall A, Hegarty J. ICT for adults with learning disabilities: An organisation-wide audit. *Br J Educ Technol* 2001;32:365–372. <https://doi.org/10.1111/1467-8535.00205>
- (65) Social Care Institute for Excellence (SCIE) & British Association of Social Workers (BASW). Digital capabilities for social workers:

- Stakeholders' report 2019. Luettu 31.5.2023. <https://www.scie.org.uk/social-work/digital-capabilities/stakeholders>
- (66) Parsons S, Daniels H, Porter J, ym. Resources, Staff Beliefs and Organizational Culture: Factors in the Use of Information and Communication Technology for Adults with Intellectual Disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 2008;21(1):19–33. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2007.00361.x>
- (67) Opetus- ja kulttuuriministeriö. Tutkintoon johtavan koulutuksen kehittäminen tukemaan sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamista 2019. Luettu 21.1.2023. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-263-650-8>
- (68) Chadwick D, Wesson C, Fullwood C. Internet Access by People with Intellectual Disabilities: Inequalities and Opportunities. *Future Internet* 2013;5(3):376–397. <https://doi.org/10.3390/fi5030376>
- (69) Sosiaali- ja terveysministeriö. Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025. 2016. Luettu 20.9.2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3782-6>
- (70) Sosiaalihuoltolaki 790/2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L3P21>
- (71) Newbould L, Ariss S, Mountain G, ym. Exploring factors that affect the uptake and sustainability of videoconferencing for healthcare provision for older adults in care homes: a realist evaluation. *BMC Med Inform Decis Mak* 2021;21(1):13. <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01372-y>
- (72) Mäkelä L, Uotila TP. Hyvinvointi muuttuvan työelämän haasteena. Teoksessa: Viitala R, Järnlström M (toim.) Henkilöstöjohtaminen uuden edessä. Henkilöstöbarometrin nostamat kehityshaasteet. Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasan yliopisto; 2014. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-476-538-1>
- (73) Magennis M, Murphy E, Lazarov A, ym. DigiPlace4All - Capturing the requirements for an online peer support community to help people with disabilities develop digital skills. *eChallenges e-2014 Conference Proceedings* 2014.
- (74) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen. Osallisuuden edistäminen. Digiosallisuuden edistäminen 2023. Luettu 6.2.2023. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/osallisuuden-edistaminen/heikoimmassa-asemassa-olevien-osallisuus/osallisuuden-edistamisen-mallit/digiosallisuuden-edistaminen>
- (75) Kainiemi E, Saukkonen P, Virtanen L, ym. Perceived benefits of digital health and social services among older adults: A population-based cross-sectional survey. *Digit Health* 2023;9:205520762311735. <https://doi.org/10.1177/20552076231173559>

EMMA KAINIEMI

*TtM, tutkija*

*Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*

LOTTA VIRTANEN

*VTM, tutkija*

*Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*

PETRA SAUKKONEN

*TtM, tutkija*

*Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*

ANU-MARJA KAIHLANEN

*TtT, dosentti, erityistutkija*

*Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*

ANNA VÄRE

*TtM, tutkija*

*Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*

MARIA VALTOKARI

*TtT, kehittämisspäälikkö*

*Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*

PÄIVI NURMI-KOIKKALAINEN

*KM, esh, johtava asiantuntija*

*Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*

TARJA HEPONIEMI

*PsT, dosentti, tutkimusprofessori*

*Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*

## LIITETIEDOSTO

Esimerkkejä alkuperäisistä ilmauksista, alakategoriat ja yläkategoriat

Esimerkkejä alkuperäisistä ilmauksista	Alkuperäistä ilmausta kuvaava alakategoria	Yläkategoria
"Asiakkaiden toimintakyky ei riitä palveluiden käyttöön."	Toimintakyvyn rajoitteet	Toimintakyvyn rajoitteet estävät käyttöä ja tarvittavien taitojen opettelun
"Asiakkaiden ymmärryskyky heikko."	Kognition rajoitteet	
"Asiakkailla ei ole laitteita tai ne eivät toimi."	Laitteiden puute tai toimimattomuus	Ei tarvittavia laitteita ja verkkoyhteyksiä
"Nettiyhteydet huonot."	Verkkoyhteyksien puute tai toimimattomuus	
"Palvelut eivät ole apuvälineillä saavutettavia."	Palvelut ei saavutettavia	Palvelujen esteettömyyteen ja saavutettavuuteen liittyvät haasteet
"Tarvittavat apuvälineet puuttuu."	Ei apuvälineitä	
"Sähköiset palvelut ei ole esteettömiä ja selkokielisiä"	Palvelut ei esteettömiä ja helppokäyttöisiä	
"Asiakkaan motivoiminen haastavaa."	Asiakas ei halua käyttää	Kiinnostuksen puute
"Sähköisten palvelujen käyttö ärsyttää."	Etäpalvelut ärsyttävät asiakasta	
"Kuormittaa henkilökuntaa."	Lisää henkilökunnan työmäärää	Tuen riittämättömyys
"Henkilökunnalla ei tarvittavia taitoja opastamiseen"	Henkilökunnan puutteelliset digitaidot	
"Asiakkaat eivät saa tarvittavaa apua, koska kukaan ei ehdi auttaa."	Ei riittävästi tukea saatavilla	
"Sähköisten palvelujen käyttö ei palvele asiakkaiden tarpeita."	Ei vastaa palveluntarpeeseen	Tarve perinteisille lähipalveluille
"Ei korvaa lähipalveluita, asiakkaat kokevat jäävänsä yksin."	Heikentäneet vammaisten henkilöiden asemaa yhteiskunnassa	



# Päihdekäyttö, retkahdusriskit ja retkahtamisen välttäminen kolmen kuukauden kuluttua laitospäihdekuntoutuksesta

Tutkimuksessa tarkastellaan kuntoutujien päihdekäytössä tapahtuneita muutoksia laitospäihdekuntoutuksen jälkeen sekä sitä millaisissa tilanteissa kuntoutujat ovat kokeneet retkahduspainetta ja millaiset keinot ovat vuorostaan auttaneet retkahduksen ehkäisemisessä. Aineiston muodostavat kuntoutujien (N=65) vastaukset laitospäihdekuntoutuksen kolmen kuukauden seurantakyselyyn. Aineistoa on analysoitu pienille aineistoille sopivilla tilastollisilla menetelmillä sekä laadullisen sisällönanalyysin keinoin. Pääteettömänä kolmen kuukauden kuluttua kuntoutuksen päättymisen jälkeen on puolet tutkimukseen osallistuneista. Myös yli puolet kuntoutujista on onnistunut kuntoutuksen alussa asettamansa tavoitteen saavuttamisessa. Retkahduspaineiden kokeminen on yleistä ja retkahdusriskit ovat varsin yksilöllisiä. Kuntoutujat kuvaavat retkahduspaineiden liittyvän sosiaalisiin suhteisiin ja tilanteisiin, arjenhallintaan sekä mielialaan ja mielenterveyteen. Yleisimmin retkahtamista pyritään välttämään osallistumalla itsehoitoryhmiin ja sen nähdään myös auttavan retkahduksen ehkäisyssä. Intervallijaksot ja muu ammatillinen tuki on tulosten perusteella yhteydessä vähäisempään päihdekäyttöön seurannassa. Laitospäihdekuntoutuksella on moninaisia positiivisia vaikutuksia ongelmallisesta päihdekäytöstä irtautumiseen, jotka ovat havaittavissa kolme kuukautta kuntoutuksen päättymisestä.

**ASIASANAT:** laitospäihdekuntoutus, retkahtaminen, päihdekäyttö, muutos

**EEVA EKQVIST, KATJA KUUSISTO**

## YDINASIAT

- Päihderiippuvuudesta irtautumista on pitkään kuvattu prosessina, johon kuuluu päihdeettömiä jaksoja ja retkahduksia takaisin päihdekäyttöön.
- Retkahdusriskit ja toimivat retkahduksen ehkäisykeinot ovat yksilöllisiä.
- Laitospäihdekuntoutuksella on moninaisia positiivisia vaikutuksia ongelmallisesta päihdekäytöstä irtautumiseen, jotka ovat kantaneet ainakin kolmen kuukauden seurantajakson ajan.

## JOHDANTO

Päihdepalveluihin hakeutumisella halutaan muuttaa ongelmalliseksi koettua päihteiden käyttöä tai sen seurauksia (1–3). Päihdekuntoutuksen tavoitteet voivat vaihdella päihteiden käytön ja siihen liittyvien haittavaikutusten hallitsemisen ja toisaalta täyspäihdeettömyyden välillä (ks. 4–6). Päihderiippuvuudesta irtautumista on pitkään kuvattu prosessina, johon kuuluu päihdeettömiä jaksoja ja palaamista takaisin ongelmalliseen päihdekäyttöön (7;8). Ei-toivottua päihdekäyttöön palaamista, joko yhden kerran tai pidempiaikaisesti, kuvataan yleensä termillä retkahdus (esim. 9; 10) tai relapsi (esim. 11). Tällä tarkoitetaan päihdekäytön kontekstissa tilannetta, jossa päihkeitä aiemmin ongelmallisesti käyttäneet hen-

kilö epäonnistuu aktiivisessa pyrkimyksessään ylläpitää tavoitteensa mukaista elämäntapaa ja hän ryhtyy käyttämään päihkeitä uudelleen tavoitteensa vastaisella tavalla.

Päihdekuntoutuksen ennakoimaton keskeytyminen tai ongelmalliseen päihteen käyttöön palaaminen kuntoutuksen jälkeen on varsin yleistä (esim. 12–15). Jopa kaksi kolmesta kuntoutujasta retkahtaa todennäköisesti ainakin kerran kuntoutusta seuraavina vuosina (16). Päihdehoito ja -palvelujärjestelmä eivät valitettavasti aina jousta kuntoutujan toipumisprosessin vaiheiden mukana. Yleisenä trendinä on päästä mahdollisimman lyhyellä jaksolla kestäväan tulokseen, vaikka päihderiippuvuus on saattanut olla osa kuntoutujan elämää vuosien, jopa vuosikymmenien ajan (17). Pahimmillaan retkahtaminen katkaisee hoitopolun ja alkaneen kuntoutumisen. Retkahtamisen jälkeen kynnys hakeutua uudelleen päihdekuntoutuksen piiriin saattaa olla entistäkin korkeampi.

Päihdekuntoutuksen tulisi tuottaa kuntoutujalle keinoja estää ajautuminen retkahdukseen kuntoutuksen jälkeen (ks. 18). Retkahduksen ehkäisemisestä ei kuitenkaan voi vastuuttaa vain kuntoutujaa itseään, vaan tueksi tarvitaan kuntoutujien tarpeita vastaavia ja saavutettavissa olevia jatkohoitomahdollisuuksia (19–24). Retkahdukset voivat toimia myös tärkeänä tienä oman itsen tuntemiseen, mitä kautta avautuu mahdollisuus pysyvämpään muutokseen (25; 26; ks. myös 20). Riippuen kuntoutujan tavoitteesta, retkahtaminen voi tarkoittaa esimerkiksi yhtä päihdekäyttöepisodia tai aiempaan päihteen käyttötapaan palaamista päihdekuntoutuksen päätyttyä (27). Yleisesti sanoen retkahtaminen voidaan määritellä epäonnistumiseksi saavutetun muutoksen ja tavoitetason ylläpidossa (28; vrt. 29). Retkahdus tuo esiin kuntoutujan haasteen omaksua tai hyödyntää erilaisia selviytymisstrategioita päihdekuntoutuksessa saavuttamansa muutoksen ylläpitämisessä (25).

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan 1) millaisia muutoksia kuntoutujien päihdekäytössä on tapahtunut laitospäihdekuntoutuksen päätyttyä, 2) millaisissa tilanteissa kuntoutujat ovat kokeneet retkahduspainetta sekä 3) millaiset keinot ovat auttaneet retkahduksen ehkäisemisessä. Tutkimus paikantuu kotimaiseen laitospäihdekuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimukseen.

## RETKAHDUSRISKIT JA NIIHIN VARAUTUMINEN

Retkahtaminen tapahtuu yleensä kuormittavissa tilanteissa, jotka heikentävät yksilön kykyä vastustaa päihdekäyttöä. Siihen vaikuttaa paitsi psykologisia, myös sosiaalisia sekä ympäristöön, arkeen ja elämäntilanteeseen liittyviä tekijöitä. Retkahtaminen on prosessi, jonka aikana tehdään useita päätöksiä, vaikka sitä voi leimata tunnekontrollin menettämisestä (18). Päihdekuntoutuksen tavoitteena onkin tukea kuntoutujaa kontrollin tunteen saavuttamisessa ja tehdä näkyväksi retkahtamisen prosessia, johon kuntoutujan on mahdollista vaikuttaa. Tällöin keskeistä on tukea kuntoutujan realistisia pystyvyyssodotuksia, eli kokemusta ja arviota omasta pystyvyydestä tavoitteen saavuttamiseen, sillä pystyvyyssodotusten heikkouden, mutta myös liiallisten pystyvyyssodotusten on todettu olevan yhteydessä retkahdukseen (ks. esim. 30; 31; myös 32–35).

Retkahduksen ehkäisyssä ei ole kyse vain fyysisen riippuvuuden selättämisestä, vaan siihen liittyy tunne-elämän ja käyttäytymisen tekijöitä (36). Elämäntilanteen epästabiilius, mielitekojen kokeminen, aiemmin käytettyjen päihteen luonne ja määrä, odotukset päihdekäyttöä ja päihhteettömyyttä kohtaan sekä akuutit riskitilanteet yhdistettynä yksilön selviytymiskeinoihin tai niiden puutteisiin muovaavat retkahdusriskeistä varsin yksilöllisiä (37–40). Laitospäihdekuntoutuksessa pyritäänkin siihen, että kuntoutuja tunnistaa omat retkahdusriskinsä. Selviytymisstrategioiden luomisessa voidaan hyödyntää esimerkiksi kognitiivis-behavioraalisia tekniikoita (esim. Cognitive Behavioral Techniques, CBT; Relapse Prevention, RP), joissa huomio kiinnitetään retkahdusta ennakoiviin tekijöihin ja sen seurausten tiedostamiseen. Tavoitteena on muutos usein automatisoituneessa päihdekäytön laukaisevassa käyttäytymisessä (41). Kuntoutujan pystyvyyssodotuksilla ja toimivilla selviytymisstrategioilla on myönteistä vaikutusta toipumiseen (42).

Retkahdusten välttämisen keinoiksi on aiemmassa tutkimuksessa tunnistettu päihdekäyttöön ja päihteen saatavuuteen liittyvien paikkojen ja ihmisten välttäminen, oman päihdeongelman tunnistaminen, päihteen ja päihdekuluttuun ihannoimisesta irtautuminen, uusien elämänsisältöjen hankkiminen, vertaisiin tukeutuminen ja eläminen päivä kerrallaan (25; 43–45). Anja Koski-Jänneksen tutkimuksessa riippuvuuden voittami-

sesta (1998) aiemmin monia päihteitä käyttäneet olivat tukeutuneet pääasiassa itsehoitoryhmiin, keskusteluihin ja terapiaan sekä entisen seuran välttämiseen. Vain alkoholia käyttäneillä juomisen negatiivisten seurausten mieleen palauttaminen ja myönteinen ajattelu olivat yleisiä selviytymiskeinoja, kun taas lääkkeellistä tai terapeuttista hoitoa ja itsensä palkitsemista onnistumisista käytti vain harva. (46.) Kun tarkasteluun otetaan erilaiset toipumisreitit (vertaistuki, spontaani toipuminen, ammatillinen tuki), niiden välillä on havaittavissa merkittäviä eroja siinä, missä määrin toipumisen kanssa kamppaillaan ja käytetään erilaisia toipumista tukevia keinoja. Esimerkiksi spontaanisti eli ilman hoitoa toipuneilla ei ilmene niin suurta tarvetta retkahduksenehkäisykeinojen käyttöön kuin vaikkapa vertaistuen kautta toipuneilla. Ammatillisen tuen piirissä olleilla retkahdusriskit painoutuivat negatiiviseen mielialaan ja totuttuihin sosiaalisiin juomatilanteisiin, jolloin yleisimpiä selviytymiskeinoja olivatkin myönteinen ajattelu sekä negatiivisten seurausten muistelu ja keskustelu läheisten kanssa. Erilaisille toipumisreiteille ohjaututaan päihderiippuvuuteen kehittymiseen liittyvien tekijöiden, riippuvuuden ja sen aiheuttamien ongelmien vakavuuden sekä pystyvyysodotusten muodostaman kokonaisuuden kautta. (26.)

Moninaiset tilanteet ja elämäntapahtumat voivat ”työntää” kuntoutujaa kohti päihdeettömyyttä tai päihdekäytön vähentämistä. Näitä ovat esimerkiksi sairastuminen vakavasti, uskonnollinen herääminen, sosiaaliset syyt, tiedon lisääntyminen päihteiden vaikutuksista, taloudelliset tai oikeudelliset ongelmat, vastenmielisyyden herääminen päihteitä kohtaan tai niin sanottu pohjakosketus (eli tilanne, jossa kuntoutuja kokee niin suuria päihdekäyttöön liittyviä haittoja, että tilanteeseen on tultava muutos; ks. esim. 47) (37–40). On kuitenkin myös havaittu, että mitä enemmän stressitekijöitä kuntoutuja elämässään kokee, tai mikäli hänellä on mielenterveydellisiä haasteita, sitä todennäköisemmin hän retkahdtaa (48–51). Yksittäinen tekijä tai tapahtuma voi toisella kuntoutujalla johtaa retkahtamiseen, kun taas toisella kyseinen asia voi olla päihdeettömyyttä tai päihdekäytön vähentämistä tukeva (ks. myös 46). Selviytymiskeinot eivät myöskään pysy stabiileina, vaan niiden on nähty muuttuvan päihdeettömyyden jatkuessa pidempään (52).

Tällä tutkimuksella osallistumme aiemmin käytyyn keskusteluun retkahduspaineista, retkahduksen syistä ja ehkäisykeinoista. Kotimaassa näitä on tarkasteltu etenkin jo toipuneiden henkilöiden näkökulmasta (26; 46; ks. myös 21–23). Aiempi tutkimus on myös osoittanut päihdekuntoutuksen keskeytymisen ja retkahtamisen kuntoutuksen jälkeen olevan varsin yleistä (12–16). Tämä tutkimus fokuoitiin välittömään laitospäihdekuntoutuksen jälkeiseen aikaan, jolloin ongelmallisesta päihteidenkäytöstä sekä siitä irtautumiseksi saadusta vahvasta ammatillisesta tuesta on vielä verrattain lyhyt aika.

## MENETELMÄT

### TUTKIMUSALUSTA JA -AINEISTO

Tutkimus on toteutettu Asiakkaan kokemus kuntoutustoiminnasta ja hyvinvoinnin muutoksesta laitospäihdehoidon aikana ja seurannassa -tutkimushankkeessa. Hankkeen tavoitteena on tuottaa tietoa tekijöistä, jotka ovat yhteydessä laitospäihdekuntoutukselle asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen, mutta myös tekijöistä, jotka ennakoivat riskejä epätoivotulle hoidon lopputulokselle. Tutkimusalustana toimiva päihdekuntoutuslaitos tarjoaa yhteisömuotoista lääkkeitöntä yksilö- ja perhekuntoutusta päihde- ja peliriippuvaisille henkilöille. Kuntoutukseen tullaan pääsääntöisesti sosiaalihuollon ohjaamana ja jaksot kestävät yleensä 1–3 kuukautta.

Kuntoutuslaitoksen toiminta pohjautuu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja työntekijöillä on sosiaali- tai terveydenhuollon koulutuksen lisäksi kognitiivisia tai muita lyhytterapiakoulutuksia. Tämä näkyy esimerkiksi retkahduksen ehkäisyyn suuntaavassa ryhmätoiminnassa, jossa jaetaan tietoa retkahtamiseen liittyen. Kuntoutujat soveltavat oppimaansa riippuvuusikäyttäytymisensä pohdinnassa. Kuntoutuksen aikana harjoitellaan retkahdustilanteisiin valmistautumista eläytymisen ja tilanteiden lavastamisen keinoin. Lisäksi kuntoutusjakson aikana kuntoutujilla on myös niin sanottuja kotilomia, jolloin harjoitellaan keinoja selviytyä kotioloissa ilman päihdekäyttöä.

Yhteisöllisyyttä toteutetaan sekä erilaisina ryhmämuotoisina toimintoina että päihdekuntoutuslaitoksen arjessa työtehtäviä ja vastuuta jakaen. Toiminnassa nojaututaan 12 askeleen toipumisohjelmaan ja tuetaan osallistumista AA-

ja NA-ryhmiin. Näin ammatillisen tuen rinnalle asettuu vertaistuki (ks. 53). Kuntoutujia rohkaistaan jatkamaan vertaistuen piirissä myös laitospäihdekuntoutuksen jälkeen.

Lääkkeettömyyttä toteutetaan siten, että kunoutuksen alkuvaiheessa kuntoutujan terveydentilan kannalta epätarkoituksenmukaisille ja päihetymistarkoituksessa käytettyjen lääkkeiden käytön purkamiseksi laaditaan lääkehoitosuunnitelma. Adekvaatit lääkitykset jatkuvat jakson ajan. Kuntoutujan kotiuduttua kuntoutujalle voi olla suunniteltuna lääkitys alkoholinkäytön ehkäisemiseksi.

Tutkimuksen aineistonkeruun aikana 1.1.2017–31.8.2018 kuntoutuslaitokseen kirjautui 273 kuntoutujaa. Näistä tutkimukseen osallistui kokonaisuudessaan 178 kuntoutujaa joko antamalla hoitodokumenttinsa tutkimuskäyttöön, osallistumalla haastatteluun ja/tai vastaamalla seurantakyselyyn. Tässä artikkelissa aineiston muodostavat kuntoutujien (N=65) vastaukset seurantakyselyn määrällisiin ja laadullisiin kysymyksiin kolme kuukautta laitospäihdekuntoutuksen päättymisestä. Näistä 63 vastasi myös kuntoutuksen alussa toteutettuun taustatietokyselyyn. Kadon analyysia toteutettiin vertaamalla kuntoutuksen aikaiseen ja seurantakyselyyn vastanneita vain kuntoutuksen aikana vastaneisiin. Siinä havaittiin, että naisten prosentuaalinen osuus on seurantakyselyyn vastanneiden joukossa suurempi (39 % vs. 22 %;  $\chi^2=4,897$ ;  $df=1$ ;  $p=0,027$ ). Myös ikäryhmissä oli eroja ( $\chi^2=8,329$ ;  $df=3$ ;  $p=0,04$ ). Kuntoutuksen aikana ja seurannassa vastanneissa 50-vuotiaat ja sitä iäkkäämmät vastaajat korostuivat (35 %), kun taas vain kuntoutuksenaikaisen lomakkeen täyttäneistä suurin ikäluokka oli 30–39-vuotiaat (45 %).

## ANALYYSI

Aineiston kvantitatiivinen tarkastelu on toteutettu SPSS-tilasto-ohjelmalla (versio 28) ristiintaulukoimalla ( $\chi^2$ ) ja nonparametrisin testein (Mann-Whitneyn U-testi, U; Kruskal-Wallis test,  $\chi^2$ ). Mann-Whitneyn U-testin avulla vertaillaan kahta ja Kruskal-Wallis testissä kolmea tai useampaa ryhmää suhteessa vähintään järjestysasteikolliseen muuttujaan. Molemmista testeistä verrataan vastaajaryhmien järjestyslukujen keskiarvoja (mean rank, mr). (54). Vastaajamäärän ollessa suhteellisen pieni, on tarkastelussa paikoin myös

menty vastaajatasolle. Tilastollisen merkitsevyyden rajana analyysissä on käytetty  $p<0,05$ .

Aloitamme analyysin vastaajien demografisten tietojen frekvenssitarkastelulla. Sen jälkeen kuvaamme millaisia muutoksia vastaajien päihdekäytössä on tapahtunut laitospäihdekuntoutuksen jälkeen suhteessa ennen jaksoa tapahtuneeseen päihdekäyttöön. Jatkamme kysymällä vastaajilta dikotomisella muuttujalla: Oletko kokenut retkahduspaineita viimeisten kolmen kuukauden aikana (eli 3 kk kuntoutusjakson jälkeen). Tarkastelemme kysymystä ristiintaulukoinnin, merkitsevyydestä ja nonparametristen testien avulla suhteessa vastaajan sukupuoleen, ikäluokkaan, päihdeiden käyttöön jakson jälkeen ja siihen, onko ollut päihdepalveluiden piirissä jakson jälkeen.

Tämän jälkeen tuomme esiin vastaajien (N=44) kirjoittamia kuvauksia tilanteista, joissa on joutunut eniten kamppailemaan retkahduspaineita vastaan. Kirjoitukset ovat luonteeltaan varsin lyhyitä (1–4 virkettä) ja niitä on analysoitu kvalitatiivisesti Atlas.ti-ohjelmalla (versio 9.0) sisällönerittelyn ja ryhmittelyn keinoin. Tekstiedostoon siirrettynä vastaukset ovat yhteensä kaksi tekstisivua (Times New Roman, pt 12). Artikkelin valittujen aineisto-otteiden yhteyteen on lisätty tieto vastaajan sukupuolesta, iästä, kuntoutuksen alussa itselle asetetusta tavoitteesta sekä kuntoutusjakson jälkeisestä päihdekäytöstä. Esimerkiksi: N23, tavoitteena täyspäihdeettömyys, kuntoutuksen jälkeen ei päihdekäyttöä.

Lisäksi selvitämme kuntoutujien kokemuksia retkahdusriskistä ja keinoista retkahduspaineen torjumiseksi kvantitatiivisen kysymyspatteriston avulla. Ristiintaulukoinnin, merkitsevyydestä ja nonparametristen testien keinoin tarkastelemme näiden yhteyttä vastaajan sukupuoleen, ikäluokkaan ja kuntoutuksen jälkeiseen päihdekäyttöön.

Retkahdusriskiä ja sen suuruutta arvioidaan seuraavilla osa-alueilla: puoliso/kumppani, ero puolisoista, ero lapsista, kaveri- ja ystäväpiiri, sosiaalisten suhteiden puute, sosiaaliset tilanteet, asuinympäristö, työtilanne, taloudellinen tilanne, oikeudelliset ongelmat, arki ja elämänhallinta, tekemisen puute, kyllästyminen/väsymys/uupumus, impulsiivisuus/tunteiden hallinta, huoli omasta terveydestä, huoli läheisen terveydestä, mielenterveyden ongelmat tai jokin muu. Analyysia varten muuttujat on uudelleenluokiteltu



jatkuva-asteikollisesta muuttujasta kuvaamaan retkahdusriskiä pienentäviä, suurentavia tai vai-  
kutukseltaan neutraaleja tekijöitä.

Keinoja retkahduspaineen torjumiseksi se-  
kä niiden toimivuutta tarkastellaan seuraavilta  
osa-alueilta: itsehoitoryhmään osallistuminen,  
liikkuminen/ulkoilu, myönteinen ajattelu, ikä-  
vien seurausten mieleen palauttaminen, keskus-  
telu ystävien ja omaisten kanssa, huomion suun-  
taaminen muualle, itsesuggestio/rentoutuminen,  
entisen seuran välttäminen, terapia/hoitosuhte,  
tahdonvoima, houkutusilanteiden kiertäminen,  
itsensä palkitseminen onnistumisesta, rukoile-  
minen, lääkkeet ja jokin muu. Analyysiä varten  
muuttujat on uudelleenluokiteltu kuten retkah-  
dusriskiä koskevat muuttujat.

Kyselylomakkeen laadinnassa sekä retkah-  
dusriskien että niiden ehkäisykeinojen osalta on  
hyödynnetty aiempaa retkahtamista ja toipumis-  
ta koskevaa tutkimuskirjallisuutta (46; 26).

#### TUTKIMUSEETTISET VALINNAT

Tutkimushankkeelle on myönnetty tutkimuslupa  
28.10.2014 päihdekuntoutuslaitoksen taustaor-  
ganisaation toimesta. Tampereen alueen ihmis-  
tieteiden eettisen toimikunnan ohjeistuksen mu-  
kaan (55) tutkimuksen toteuttamiselle ei tarvittu  
eettistä ennakoarviointia. Tutkimuksessa on  
noudatettu tutkimuseettisiä toimintatapoja. Ai-  
neistonkeruun aikana kaikille laitospäihdekun-  
toutukseen tulleille uusille kuntoutujille annettiin  
kirjallinen tiedote tutkimushankkeesta ja sen  
tavoitteista, kerättävistä aineistoista sekä tutki-  
muksen vastuuhenkilön yhteystiedot ja tieto tutki-  
muksen tekoon osallistuvista muista tutkijoista.  
Vastaajilla on myös suostumuslomakkeen allekir-  
joituksen jälkeen ollut mahdollisuus vetäytyä tutki-  
mukselta niin halutessaan tutkimushankkeen  
aikana. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaa-  
ehtoista, eikä osallistumisella tai osallistumatta  
jättämisellä ollut vaikutusta asiakkaan saamaan  
hoitoon. Tutkimustiedotteessa on kuvattu aineis-  
tojen luottamuksellista käsittelytapaa, huolellista  
anonymisointia sekä tietoturvallisuuden huo-  
mioivaa aineistonhallintaa tutkimuksen aikana  
ja sen päätyttyä (Tietoarkisto, soveltuvin osin).  
Päihdekuntoutuslaitoksen työntekijät toteuttivat  
kyselyaineiston keruun, eikä tutkijoilla ollut tie-  
toa vastaajien henkilöllisyydestä.

## TULOKSET

### VASTAAJIEN TAUSTATIEDOT, AIEMPI PÄIHDEKÄYTTÖ JA KUNTOUTUS

Vastaajien taustatietoja sekä päihdekäyttöä ja  
hoitoa koskevia tietoja on nähtävillä taulukosta  
1. Vastaajista miesten osuus oli jonkin verran  
naisten osuutta suurempi. Nuorin vastaajista  
oli 18- ja vanhin 68-vuotias (Mo=35; Md=39;  
M=41,6 vuotta). Yleisimmin vastaajat asuivat  
joko omassa tai vuokratassa asunnossa. Yksin-  
asuvia vastaajista oli 44 prosenttia. Suurin osa  
vastaajista on suorittanut peruskoulutuksen ja  
ammattillisesta koulutuksesta keskiasteen kou-  
lutus oli yleisin. Suurin osa vastaajista oli työt-  
tömänä tai työllistymistä edistävässä palvelussa  
ennen jaksolle tuloaan, mutta myös työsuhteessa  
olevien vastaajien osuus oli kohtuullisen suuri.

Pääosa oli yksilökuntoutuksessa, mikä nou-  
dattaa päihdekuntoutuslaitoksen asiakasprofiilia.  
Osa vastaajista tuli jaksolle muusta kuin omasta  
toiveestaan. Taustalla oli esimerkiksi vankein-  
kuntoutuksen, lastensuojelun, terveydenhuollon  
tai työnantajan ohjaus. Suurimmalla osalla vas-  
taajista kyseessä oli ensimmäinen laitospäihde-  
kuntoutusjakso kyseisessä yksikössä. Tavoitetta  
kysyttäessä täyspäihdeettömyys nousi tyypilli-  
simmäksi vastaukseksi.

### PÄIHTEIDENKÄYTÖN MUUTOS LAITOSPÄIHDEKUNTOUTUKSEN JÄLKEEN

Seurantakyselyyn vastanneilla tapahtui monenlai-  
sia muutoksia päihdekäytössä laitospäihdekun-  
toutuksen päätyttyä (ks. taulukko 2). Hieman yli  
puolet vastaajista raportoi, etteivät he olleet käyt-  
täneet lainkaan päihteitä kuntoutusta seuranneen  
kolmen kuukauden aikana. Tarkasteltaessa vas-  
taajakohtaisia muutoksia käytettyjen päihdeiden  
määrän suhteen päihteitä kuntoutuksen jälkeen  
käyttäneillä on havaittavissa, että kymmenen vas-  
taajaa oli vähentänyt moniainekäytöstä yhteen  
päihteeseen, käytännössä alkoholiin. Vastaajista  
13 oli jatkanut yhden päihteen käyttöä (alkoho-  
li) ja lopuilla jatkui joko moniainekäyttö (n=5)  
tai alkoholin rinnalle oli tullut uusi päihde (n=2).  
Vastaajien sukupuolella tai iällä ei ollut tilastol-  
lisesti merkitsevää yhteyttä siihen käytettiinkö  
kuntoutuksen jälkeen päihdettä vai ei.

Myös pääasiallisessa käyttötavassa tapahtui  
muutoksia (taulukko 2). Vastaajakohtaisesti tar-  
kasteltuna päivittäisestä tai miltei päivittäisestä

Taulukko 1. Vastaajien (N=65) taustatiedot

	<i>n</i>	%
Sukupuoli ( <i>n</i> =65)		
Nainen	27	42
Mies	38	59
Ikäluokka ( <i>n</i> =65)		
Alle 30-vuotiaat	14	22
30–39-vuotiaat	19	29
40–49-vuotiaat	10	15
50-vuotiaat ja vanhemmat	22	34
Asumistilanne ( <i>n</i> =63)		
Omassa tai vuokratussa asunnossa	54	86
Sukulaisten tai tuttavien luona	3	5
Asunnoton, vailla vakituista asuntoa	6	9
Asumismuoto ( <i>n</i> =64)		
Yksin	28	44
Puolison kanssa	12	19
Puolison ja lapsen / lasten kanssa	12	19
Lapsen / lasten kanssa	5	8
Muu asumismuoto	7	11
Peruskoulutus ( <i>n</i> =63)		
Osa perusasteen koulutuksesta	2	3
Perusasteen koulutus	47	75
Lukio	14	22
Ammatillinen koulutus ( <i>n</i> =64)		
Ei ammatillista koulutusta	17	27
Keskiasteen ammatillinen koulutus	41	64
Korkeakoulutus	6	9
Työtilanne ( <i>n</i> =58)		
Työtön tai työllistymistä edistävässä palvelussa	23	40
Työsuhteessa	18	31
Opiskelija	3	5
Vanhempainloma/hoitovapaa	4	7
Eläkkeellä	10	17
Kuntoutusmuoto ( <i>n</i> =64)		
Yksilökuntoutus	55	86
Perhekuntoutus	9	14
Kuntoutuksessa omasta tahdosta ( <i>n</i> =64)		
Kyllä	49	77
Ei	15	23
Aiempiä jaksoja kuntoutuslaitoksessa ( <i>n</i> =64)		
Kyllä	12	19
Ei	52	81
Kuntoutujan tavoite ( <i>n</i> =60)		
Ei käytä päihteitä lainkaan	45	75
Käyttää vain laillisia päihteitä kohtuukäytön rajan mukaisesti	11	18
Käyttää vähemmän, mutta käyttö saattaa ylittää kohtuukäytön rajan ja/tai kohdistua laittomiin päihteisiin	4	7

Taulukko 2. Päihdekäytössä tapahtuneet muutokset

	Ennen laitospäihdekuntoutusta		3 kk laitospäihdekuntoutuksen jälkeen	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Kuntoutujan päihdekäyttö 3 kuukautta laitospäihdekuntoutuksen jälkeen ( <i>n</i> <sub>2</sub> =65)				
Ei päihteidenkäyttöä			33	51
Käyttänyt vain laillisia päihteitä kohtuukäytön rajan mukaisesti			10	15
Käyttänyt vähemmän, mutta käyttö saattanut ylittää kohtuukäytön rajan ja/tai kohdistunut laittomiin päihteisiin			14	22
Samalla tavoin tai enemmän kuin ennen jaksoa			8	12
Käytetyt aineet päihtymistarkoituksessa ( <i>n</i> <sub>1</sub> =62; <i>n</i> <sub>2</sub> =31)				
Alkoholi	59	95	31	100
Rauhoittavat lääkkeet/ unilääkkeet	28	45	4	13
Kannabis, hasis, marihuana	25	40	5	16
Amfetamiini ja johdannaiset, ekstaasi	21	34	2	7
Buprenorfiini (esim. Subutex, Suboxone, Temgesic), muutoin kuin korvauskuntoutuksessa	19	31	1	3
Metamfetamiini	13	21	0	0
Opioidit (esim. tramadoli, fentanyl, kodeiini, morfiini)	14	23	1	3
Pregabaliini (esim. Lyrica), gabapentiini (esim. Neurontin)	11	18	2	7
Hallusinogeenit	10	16	2	7
Kokaiini	8	13	0	0
Uudet muuntohuumeet (esim. MDPV)	7	11	0	0
Heroiini	3	5	0	0
Gamma, lakka	3	5	0	0
Jokin muu	3	5	1	3
Käyttömuoto ( <i>n</i> <sub>1</sub> =62; <i>n</i> <sub>2</sub> =31)				
Yksiainekäyttö	26	42	24	77
Moniainekäyttö	36	58	7	23
Käyttötapa ( <i>n</i> <sub>1</sub> =62; <i>n</i> <sub>2</sub> =30)				
Päivittäin tai miltei päivittäin	35	57	9	30
Viikonloppuisin	6	10	5	17
Kausittain	21	34	16	53
<i>n</i> <sub>1</sub> = ennen kuntoutusta <i>n</i> <sub>2</sub> =3 kk kuntoutuksen jälkeen				

päihdekäytöstä osa siirtyi viikonloppuisin tapahtuvaan (*n*=4) tai kausittaiseen (*n*=8) käyttötapaan ja osalla käyttö jatkui ennallaan (*n*=5). Viikonloppuisin tapahtuvasta käytöstä yksi vastaaja vaihtoi kausittaiseen käyttöön, kun taas toinen vastaaja päivittäiseen tai miltei päivittäiseen. Aiemmin kausittain päihteitä käyttäneistä kausittaista käyttöä jatkoi seitsemän vastaajaa, kun taas yksi siirtyi viikonloppukäyttöön ja kolme päivittäiseen tai lähes päivittäiseen käyttöön.

Tarkasteltaessa kuntoutujien tavoitetta (Ei käytä päihteitä lainkaan; Käyttää vain laillisia päihteitä kohtuukäytön rajan mukaisesti; Käyttää vähemmän, mutta käyttö saattaa ylittää kohtuukäytön rajan ja/tai kohdistua laittomiin päihteisiin) suhteessa kuntoutujien raportoimaan päihdekäyttöön kuntoutuksen jälkeen, on havaittavissa, että tavoitteensa saavutti 34 vastaajaa. Heistä kuusi käytti päihteitä vähemmän kuin oli tavoitteekseen asettanut. Tavoite on jäänyt

saavuttamatta 26 vastaajalla ja heistä kahdeksalla päihdekäyttö oli samanlaista tai runsaampaa kuin ennen hoitoa.

Täyspäihteettömyys oli yleisin kuntoutukselle asetettu tavoite, ja 24 vastaajaa pääsikin tavoitteeseensa olla käyttämättä lainkaan päihteitä. Kohtuukäyttöä tavoitelleista (n=11) neljä vastaajaa ei käyttänyt päihteitä lainkaan ja kohtuukäyttötavoite toteutui kolmella vastaajalla. Neljällä vastaajalla päihdekäyttö oli kohtuukäyttötavoitetta runsaampaa. Niistä vastaajista, joilla oli tavoitteena käyttää aiempaa vähemmän, mutta käyttö saattaisi ylittää kohtuukäytön rajan ja/tai kohdistua laittomiin päihteisiin (n=4), käyttötapa jakautui siten, että yksi oli ollut kokonaan käyttämättä päihteitä, yksi oli käyttänyt laillisia päihteitä kohtuukäytön rajan mukaan, yksi oli käyttänyt päihteitä aiempaa vähemmän sekä yhden päihdekäyttö oli jatkunut kuntoutusta edeltävällä tavalla tai sitä enemmän.

#### RETKAHDUSPAINETILANTEET LAITOSPÄIHDEKUNTOUTUKSEN JÄLKEEN

Vastaajista lähes 30 prosenttia (n=19) kuvasi, ettei kokenut retkahduspaineita jakson jälkeen, kun taas puolet (n=32) koki retkahduspaineita silloin tällöin. Usein retkahduspaineita koki viidennes (n=13). Sukupuolella ja iällä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä retkahduspaineiden kokeamiseen. Sen sijaan päihdekäytöllä jakson jälkeen oli yhteys koettuun retkahduspaineeseen ( $\chi^2=12,650$ ;  $df=1$ ;  $p<0,01$ ). Vastaajista, joilla ei ollut päihdekäyttöä, ja jotka olivat vastanneet retkahduspaineita koskevaan kysymykseen, 84 prosentilla (n=16) ei ollut myöskään kokemuksia retkahduspaineista jakson jälkeen. Päihteitä käyttäneillä retkahduspaineen kokemuksia oli lähes kahdella kolmesta (64 %; n=29).

Vastaajista 44 kuvasi sanallisesti millaisissa tilanteissa on retkahduspaineita kokenut. Yleisimmin vastaajat kuvasivat retkahduspainetta sosiaalisiin suhteisiin ja tilanteisiin liittyen (n=16):

*Kun olen yksin kotona ja ystäväni ovat baarissa. Haluaisin nähdä heitä, mutta en voi mennä, etten retkahda. Ja eniten silloin kun lapseni lähtee luotani, nykyään lähden silloin juoksemaan.* (N24, tavoitteena täyspäihteettömyys, kuntoutuksen jälkeen käyttö on saatanut ylittää kohtuukäytön rajan ja/tai se on kohdistunut laittomiin päihteisiin)

Retkahduspaineita koettiin myös ”*arjen haasteiden vyöryessä päälle*” (N34, tavoitteena kohtuukäyttö, kuntoutuksen jälkeen ei päihdekäyttöä), *sekä muissa arjenhallintaan (n=16) liittyvissä tilanteissa, kuten ”kaupassa käynti*” (M53, tavoitteena täyspäihteettömyys, kuntoutuksen jälkeen ei päihdekäyttöä). *Päihdekäyttö saattoi alkaa houkuttaa, ”kun perustarpeista joku horjuu, esim. nukkuminen, syöminen jne.”* (M41, tavoitteena täyspäihteettömyys, kuntoutuksen jälkeen ei päihdekäyttöä).

Näiden lisäksi useat vastaajat kuvaavat mielialaan tai mielenterveyteen liittyviä seikkoja (n=13), kuten alla:

*Voimakas tunne (hyvä tai huono), yleinen masentuneisuus, turhuuden ja merkityksettömyyden tunne, sosiaalinen ahdistus, ajoittaiset maniajaksot.* (M35, tavoitteena täyspäihteettömyys, kuntoutuksen jälkeen käyttänyt päihteitä hallitusti ja vähemmän, mutta käyttö on voinut ylittää kohtuuden/laillisuuden rajan)

Näiden lisäksi osa vastaajista (n=5) kuvasi, ettei osaa paikantaa syytä retkahduspaineen kokemukselle:

*Minulla on vaan semmoinen olo, että täytyy juoda. Aivot sitä käskyttää, ei mitkään tilanteet. Muutamia kertoja olen saanut tunteen pois.* (M63, tavoitteena täyspäihteettömyys, kuntoutuksen jälkeen käyttänyt päihteitä hallitusti ja vähemmän, mutta käyttö on voinut ylittää kohtuuden/laillisuuden rajan).

Retkahduspainetta ovat myös aiheuttaneet pitkäaikaiset vieroitusoireet (n=1), päihteidenkäytön seulonta (n=1). Yksittäisen alkoholiannoksen on koettu voivan johtaa suunniteltua runsaampaan päihteidenkäyttöön (n=1).

#### RETKAHDUSRISKIIN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT JA KEINOT RETKAHDUKSEN EHKÄISEMISEEN

Taulukosta 3 on nähtävillä vastaajien (N=63) kokemuksia laitospäihdeuntoutuksen jälkeiseen retkahdusriskiin yhteydessä olevista tekijöistä vastaajamäärittäin järjestettynä. Vastauksista on haettava tekijöiden kaksisuuntaiset vaikutukset; esimerkiksi sosiaaliset tilanteet voivat näyttäytyä yhdellä kuntoutujalla retkahdusriskiä pienentävänä tekijänä, kun taas toisella ne suurentavat riskiä

Taulukko 3. Retkahdusriskiä vaikuttavat tekijät

Vaikuttava tekijä	Pienentää retkahdusriskiä		Ei vaikutusta		Suurentaa retkahdusriskiä	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Kyllästyminen, väsymys, uupumus ( <i>n</i> =50)	9	18	12	24	29	58
Taloudellinen tilanne ( <i>n</i> =49)	14	29	14	29	21	43
Tekemisen puute ( <i>n</i> =47)	6	13	13	28	28	60
Kaveri- ja ystäväpiiri ( <i>n</i> =45)	20	44	12	27	13	29
Sosiaalisten suhteiden puute ( <i>n</i> =43)	4	9	15	35	24	56
Työtilanne ( <i>n</i> =43)	19	44	13	30	11	26
Arki ja elämänhallinta ( <i>n</i> =43)	20	47	12	28	11	26
Impulsiivisuus, tunteiden hallinta ( <i>n</i> =41)	11	27	10	24	20	49
Sosiaaliset tilanteet ( <i>n</i> =40)	17	43	13	33	10	25
Huoli omasta terveydestä ( <i>n</i> =40)	21	53	11	28	8	20
Huoli läheisen terveydestä ( <i>n</i> =38)	19	50	9	24	10	26
Asuinympäristö ( <i>n</i> =36)	26	72	4	11	6	17
Ero puolisoista ( <i>n</i> =35)	8	23	8	23	19	54
Ero lapsista ( <i>n</i> =35)	12	34	3	9	20	57
Mielenterveyden ongelmat ( <i>n</i> =35)	11	31	7	20	17	49
Puoliso, kumppani ( <i>n</i> =34)	17	50	11	32	6	18
Oikeudelliset ongelmat ( <i>n</i> =32)	18	56	5	16	9	28
Muu ( <i>n</i> =5)	2	40	1	20	2	40

Taulukko 4. Keinojen koettu toimivuus retkahduksen ehkäisyssä

	Auttaa		Neutraali		Ei auta	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Itsehoitoryhmään osallistuminen ( <i>n</i> =55)	44	80	7	13	4	7
Liikkuminen, ulkoilu ( <i>n</i> =51)	40	78	9	18	2	4
Ikävien seurausten mieleen palauttaminen ( <i>n</i> =48)	35	73	7	15	6	13
Myönteinen ajattelu ( <i>n</i> =47)	37	79	8	17	2	4
Huomion suuntaaminen muualle ( <i>n</i> =46)	31	67	14	30	1	2
Keskustelu ystävien ja omaisten kanssa ( <i>n</i> =46)	35	76	9	20	2	4
Entisen seuran välttäminen ( <i>n</i> =44)	30	68	10	23	4	9
Tahdonvoima ( <i>n</i> =44)	25	57	14	32	5	11
Houkutustilanteiden kiertäminen ( <i>n</i> =38)	21	55	12	32	5	13
Terapia, hoitosuhde ( <i>n</i> =37)	26	70	9	24	2	5
Itsesuggestio, rentoutuminen ( <i>n</i> =35)	26	74	6	17	3	9
Rukoileminen ( <i>n</i> =35)	16	46	9	26	10	29
Itsensä palkitseminen onnistumisesta ( <i>n</i> =32)	18	56	8	25	6	19
Lääkkeet (esim. Antabus) ( <i>n</i> =24)	12	50	2	8	10	42
Muu ( <i>n</i> =4)	3	75	0	0	1	25

retkahdukseen. Prosentuaalisessa tarkastelussa mielekkään tekemisen puute osoittautuu yleisimmäksi retkahdusriskiä lisääväksi tekijäksi. Asuinympäristö oli useimmin retkahdusriskiä pienentävä tekijä.

Ristiintaulukoinnissa ( $\chi^2$ ) ja nonparametrisissa testeissä (Mann-Whitneyn U-testi, Kruskal-Wallis test) ei pääsääntöisesti ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja retkahdusriskiä vai-

kuttavissa tekijöissä sukupuolen, iän tai jakson jälkeisen päihdekäytön suhteen. Eroja on kuitenkin havaittavissa oikeudellisten ongelmien yhteydessä; päihkeitä jakson jälkeen käyttäneet arvioivat oikeudellisten ongelmien pienentävän retkahdusriskiä useammin kuin vastaajat, joilla ei ollut jakson jälkeen päihdekäyttöä ( $U=68,000$   $p=0,027$ ; ei päihdekäyttöä,  $n=18$ ; päihdekäyttöä,  $n=14$ ).

Vastaajia (N=60) pyydettiin myös arvioimaan kuinka hyvin heidän käyttämänsä retkahduksen ehkäisykeinot ovat toimineet. Useimmin käytettiin itsehoitoryhmiin osallistumista, jonka myös koettiin varsin usein auttavan. Vähiten käytetty keino oli lääkkeellinen tuki retkahduksen ehkäisyssä, ja sen koettu tehokkuus näyttäytyi myös heikoimpana suhteessa muihin tapoihin välttää retkahdus.

Retkahduksen ehkäisykeinojen koetussa toimivuudessa ei ilmennyt eroavuutta sukupuolen mukaan. Ikäluokittaisessa tarkastelussa eroavuutta oli havaittavissa houkutustilanteiden kiertämisen (KW=8,767; p=0,033; df=3) ja entisen seuran välttämisen osalta (KW=8,909; p=0,031; df=3). Etenkin 30–39-vuotiaat ja yli 50-vuotiaat arvioivat houkutustilanteiden kiertämisen autta- neen. Ikäluokista 40–49-vuotiaat kokivat entisen seuran välttämisen toimivan heikoimmin.

Kun retkahduksen ehkäisykeinojen toimi- vuutta tarkasteltiin jakson jälkeisen päihdekäy- tön näkökulmasta, havaittiin ryhmien (ei päihde- käyttöä vs. päihdekäyttöä) välisiä eroja ikävien seurausten mieleen palauttamisen (U=164,500 p=0,011), houkutustilanteiden kiertämisen (U=113,000 p=0,050) ja rukoilemisen osalta (U=78,000 p=0,013). Päihteitä käyttäneet eivät kokeneet näitä keinoja yhtä toimiviksi kuin päih- teettömänä pysyneet vastaajat. Muiden keinojen osalta eroavuutta ei ollut havaittavissa.

Suurin osa kuntoutujista (n=53) oli käyttänyt erilaisia päihteettömyyttä tukevia palveluita lai- tosjaksonsa jälkeen. Heistä intervallijaksolla ky- seissä laitospäihdekuntoutusyksikössä oli ollut lähes puolet (n=31) ja A-klinikan, päihdeklinikan tai nuorisoaseman palveluissa hieman yli puolet (n=35) vastaajista. Päihteiden käyttöön liittyvis- sä asioissa sosiaalityössä asioi 28 vastaajaa, muussa päihdehoitolaitoksessa 12 ja yleistervey- denhuollossa kymmenen vastaajaa. Lisäksi yk- sittäiset vastaajat olivat asioineet muun muassa katkaisukuntoutuksessa, muissa päihdehoitoyk- siköissä tai olivat palveluasumisen piirissä. Käy- tetyillä palveluilla oli tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kuntoutuksen jälkeiseen päihdekäyt- töön. Intervallijaksolla olleet ( $\chi^2=10,537$ ; df=1; p<0,01), A-klinikan, päihdeklinikan tai nuoriso- aseman ( $\chi^2=4,578$ ; df=1; p=0,032) tai sosiaali- toimiston ( $\chi^2=5,511$ ; df=1; p=0,019) palveluiden piirissä olleet kuvasivat useammin olleensa kun- toutuksen jälkeen päihteettömänä kuin vastaajat,

jotka eivät näissä palveluissa olleet. Lisäksi inter- vallijakson läpikäymisellä oli retkahduspainei- den kokemista vähentävää vaikutusta ( $\chi^2=4,321$ ; df=1; p=0,038).

## POHDINTA

Tässä tutkimuksessa tarkastelimme millaisia muutoksia kuntoutujien (N=65) päihdekäytössä on tapahtunut kolme kuukautta laitospäihde- kuntoutuksen päättymisestä. Lisäksi kartoitimme millaisissa tilanteissa kuntoutujat ovat kokeneet retkahduspainetta sekä millaiset keinot ovat heidän kokemuksensa mukaan auttaneet retkah- duksen ehkäisemisessä. Tutkimuksessamme ret- kahdus määrittäytyi kuntoutujan tavoitteiden vas- taiseksi tapahtumaksi ja kertoo epäonnistumisesta omien tavoitteiden saavuttamisessa.

Laitospäihdekuntoutuksella on moninaisia positiivisia vaikutuksia ongelmallisesta päihde- käytöstä irtautumiseen. Päihteettömänä kolmen kuukauden kuluttua kuntoutukselta oli puolet tutkimukseen osallistuneista. Kuitenkin kaksi viidestä vastaajasta raportoi päihdekäyttönsä ol- leen kuntoutuksen alussa asettamaansa tavoitetta runsaampaa ja pienellä osalla päihdekäyttöä oli jopa saman verran tai enemmän kuin ennen kun- toutusta. Tällöin kuntoutuksella ei ole saavutettu päihteiden käytön ja siihen liittyvien haittavaiku- tusten hallitsemisen, saati täyspäihteettömyyden tavoitetta (ks. 4–6) ja voidaan puhua retkahta- misesta. Vastaajakohtaisella tarkastelulla pyrim- me tunnistamaan myös yksilöllisiä onnistumisia. Näistä merkittävimpiä ovat siirtymät päivittäi- sestä päihteiden käytöstä viikonloppuiseen tai kausittaiseen käyttötapaan. Näillä, kuten myös käytetyn päihdevalikoiman pienentämisellä, on merkittäviä vaikutuksia päihdehaittojen vähen- tämisessä.

Aiemmassa tutkimuksessa on havaittu päih- dekuntoutuksen ennakoimattoman keskeytymi- sen sekä ongelmalliseen päihteiden käyttöön palaamisen hoidon jälkeen olevan yleistä (esim. 12–16; 56). Tutkimuksessamme retkahduspainei- den kokemista kuntoutuksen jälkeen raportoi liki kolme neljästä vastaajasta. Sukupuolella ja iällä ei ollut yhteyttä retkahduspaineiden kokemiseen. Kuitenkin suurin osa niistä, joilla ei ollut päih- dekäyttöä seurannassa, ei kokenut retkahduspai- neita jakson jälkeen, kun verrattiin päihteiden käyttöä jatkaneisiin. On toki huomioitava kun- toutuslaitoksen toiminnan taustalla olevan hoi-

toideologian ohjaavuus täyspäähteettömyyden suuntaan, jolloin kuntoutus saattaa tukea paremmin kuntoutujaa, joka pyrkii täyspäähteettömyyteen.

Kuntoutujien kirjoituksissa (N=45) retkahduspainetilanteet paikantuvat sosiaalisiin tilanteisiin, arjenhallintaan sekä mielenterveyden haasteisiin. Kvantitatiivisessa tarkastelussa nämä samat seikat painottuivat, mutta nähtävillä on myös samojen tekijöiden retkahdusriskiä pienentävä vaikutus. Tuloksissamme tulee esille aiemmassakin tutkimuksessa havaittu retkahdusriskien yksilöllisyys; jokin tekijä voi toisella kuntoutujalla kasvattaa ja toisella vähentää retkahdusriskiä (46; 26). Tämä edellyttää paitsi laitospäihdekuntoutukselta, myös jatkohoitoa tarjoavilta tahoilta moninaisen keinovalikoiman hyödyntämistä kuntoutujan yksilöllisten selviytymiskeinojen löytämiseksi ja niiden käytön tukemiseksi. Päihteiden käytön lopettaminen tai huomattava vähentäminen voi tuottaa merkittäviäkin muutoksia kuntoutujan elämään, jolloin kokonaisvaltaisen muutoksen tueksi tarvitaan paitsi retkahduksia ehkäiseviä, mutta myös päihteettömänä olemista tukevia työkaluja ja palveluita. (19–24.)

Kuntoutujat ovat laitospäihdekuntoutuksen jälkeen tukeutuneet moninaisiin retkahduksen ehkäisykeinoihin. Itsehoitoryhmään osallistuminen koetaan varsin usein auttavan ja sitä myös eniten käytetään. Tähän vaikuttanee osin kyseisen kuntoutuslaitoksen kannustus käyttää vertaistukea ammatillisen tuen rinnalla. Vähiten käytetty keino retkahduksen ehkäisyssä on lääkkeellinen tuki ja sen koettu tehokkuus näyttää myös heikoimpana suhteessa muihin tapoihin välttää retkahdus (ks. myös 46). Tässäkin on syytä jälleen huomioida kuntoutuslaitoksen lääkkeettömyyteen pyrkivän hoitoperiaatteen mahdollinen ohjaava vaikutus, vaikkakin osalla kuntoutujista lääkkeellinen tuki on kirjattuna osaksi jatkohoitosuunnitelmaa.

Tutkimuksellamme on tiettyjä rajoituksia. Sen aineisto on kerätty yhdessä päihdekuntoutuslaitoksessa, jolloin piiloon jää variaatio suhteessa muihin laitospäihdekuntoutusta tarjoaviin tahoihin. Päihdekuntoutuslaitoksen toiminnan taustalla oleva riippuvuus käsitys ja hoitosisällöt ovat voineet heijastua vastaajien tapaan vastata kyselyyn. Aineiston koko on asettanut merkittäviä analyttisiä rajoituksia. Ennakoituja ai-

neistonkeruun haasteita pyrittiin ehkäisemään työntekijöiden tarkalla ohjeistuksella aineistonkeruuseen ja aineistoa kerättiin varsin pitkään (20 kk + seuranta) tunnistaen asiakasryhmälle tyypilliset riskit pudota pois seurantatutkimuksen vaiheessa. Aineisto edustaa siten rajattua kokonaisuutta tietynä ajanhetkenä tutkimusyksikössä olleista kuntoutujista. Tähän ryhmään on kohdistunut myös merkittäviä katovaikutuksia seurannassa. Tutkimuksen ensivaiheessa katoa aiheutui siitä, että reilu kolmannes kuntoutujista ei halunnut osallistua tutkimukseen. Useimmilla kuntoutuksen keskeyttäneillä jäi myös tutkimukseen osallistuminen vaillinaiseksi. Aiemmassa tutkimuksessa laitospäihdekuntoutuksen asiakkaiden iällä, muutosvalmiudella ja suhtautumisella kuntoutuslaitoksen taustaideologiaan on todettu olevan yhteyttä kuntoutuksen keskeytymiseen (56). Merkittävää katoa tapahtui myös seurantajakson aikana ja seurantavaiheessa korostuu naisten sekä vähän vanhempien vastaajien mukanaolo. Tämä tuo esiin päihdekuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksen toteuttamisen haastavuuden. Vaikka aineistojen analyysissa käytettiin pienille aineistoille sopivia nonparametrisiä analyysitapoja, tulokset ovat luonteeltaan pikemminkin suuntaa antavia kuin yleistettävissä olevia tilastollisesta merkitsevyydestä huolimatta. Valitettavasti tutkimuksen ulottumattomiin jää tieto seurantavaiheen kadon syystä, joka voi liittyä paitsi yleiseen halukkuuteen osallistua tutkimukseen, myös joko positiiviseen tai negatiiviseen muutokseen päihteistä irtautumisesta sekä elämäntilanteesta.

Rajoituksista huolimatta aineisto on varsin rikas ja tuo esiin kotimaassa varsin vähän tutkittua laitospäihdekuntoutuksen jälkeistä aikaa retkahtamisen ja päihdekäytön näkökulmasta. Tutkimus tuo esiin myös ajantasaista tietoa laitospäihdekuntoutukseen ohjautuneista kuntoutujista (ks. myös 57; 58). Verrattuna esimerkiksi Saarnion ja Knuutilan (2003) vuosituuhannen alussa toteuttamaan laitospäihdekuntoutuksen tutkimukseen, on tutkimuksemme vastaajilla ollut ennen hoitoa enemmän moniainekäyttöä ja pelkkä alkoholin käyttö on huomattavasti aiempaa vähäisempää (56).

Kokonaisuudessaan laitospäihdekuntoutuksen ohjautuvat ne kuntoutujat, joilla päihdekäyttö ja elämäntilanne on kompleksisempää kuin avopäihdekuntoutuksen piirissä olevilla asiakkail-

la (esim. 57; 59; 60). Haastavammassa tilanteissa olevilla päihteillä ongelmallisesti käytävillä asiakkailla onkin usein monialaisen, erityisen tuen tarvetta (61). Laitosjakso tarjoaa mahdollisuuden päihdeettömyyteen opetteluun ja eväitä retkahduksen ehkäisemiseen (25). Laitoksessa tapahtuva hoito on kuitenkin vain rajallinen hetki asiakkaan kuntoutuspolulla, jossa erilaiset palvelut ja muut tukimuodot vuorottelevat. Intervallijaksolla sekä muulla jatkohoidolla ja vertaistuella voidaan tukea saavutetun muutoksen ylläpitoa ja ehkäistä retkahtamista. Yksilölliset, tarpeiden mukaiset palvelupolkusiirtymät edellyttävät monialaisen tuen tarpeen huomioimista ja asiakkaan kanssa yhdessä rakennettavaa tukiverkostoa, jota hyödyntäen asiakas saa optimaalisen tuen päihdekäytön vähentämisyrittämisilleen tai päihdeettömyydelle myös laitospolun jälkeen.

Tutkimusasetelmassamme on hyödynnetty aiempaa retkahtamiseen ja toipumiseen keskittyvää tutkimusta (46; 26). Jatkossa voisi olla hyödyllistä kohdentaa kysymyksiä myös kuntoutusta edeltäviin tai muihin tämän tutkimuksen ulkopuolelle jääneisiin syihin käyttää päihteitä. Esimerkiksi Juomatapatutkimuksessa kartoitetaan muun muassa onko alkoholikäytön taustalla halu humaltua tai alkoholin hyväksi koettu maku (62).

Päihdehoidon vaikuttavuuden todentaminen on haastavaa ilmiön monimuotoisuuden vuoksi. Hoidon tavoitteena ei enää ole välttämättä vain täysraittius, vaan tavoitteena voi olla esimerkiksi

käytön ja haittojen vähentäminen. Tällöin myös retkahdus voidaan nähdä monin eri tavoin. (Ks. esim. 5; 6; 8; 27; 29; 31). Tutkimuksessamme olemme huomioineet kuntoutujien omat tavoitteet, jolloin esimerkiksi kohtuukäyttötavoitteen toteutumisen voi nähdä kuvaavaan tietoihin päihdekäyttöön palaamista retkahtamisen sijaan. Laadullisen tutkimuksen keinoin jatkossa voitaisiin täydentää ja syventää tietoa siitä, mitä päihdekäytön jatkaminen laitospolun jälkeen merkitsee päihdekuntoutujille, miten he ymmärtävät ilmiön ja millaista tukea he itse toivoisivat. Retkahdustilanteissa tukiverkosto voi pettää ja tuen katkoskohtiin on syytä kiinnittää erityistä huomiota. On tarpeen tutkia mitä kuntoutujan saamalle tuelle ja palveluille tapahtuu, mikäli kuntoutuja retkahtaa ja palvelutarve jälleen muuttuu.

#### RAHOITTAJAT:

Tutkimusta on rahoittanut Sosiaali- ja terveysministeriö, yliopistotasaisen sosiaalityön tutkimuksen rahoitus 605/2020, 2021–2023.

#### KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Ekqvist ja Kuusisto ovat toteuttaneet tutkimuksen suunnittelun ja aineistonkeruun. Ekqvist on toteuttanut aineiston analysoinnin ja toiminut käsikirjoituksen vastuukirjoittajana. Kuusisto on kommentoinut ja muokannut käsikirjoitusta ennen arviointiprosessia ja sen aikana.

**Ekqvist, E., Kuusisto, K. Substance use, relapse risks, and avoiding relapse three months after inpatient SUD treatment. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine* 2024; 61: 291–305.**

Recovery from substance abuse is rarely a straightforward process and relapse after treatment is common. This research focuses on substance use, relapse risks, and tools for avoiding relapse three months after inpatient substance use disorder (SUD) treatment. Participants (N=65) filled out a questionnaire in the beginning and three months after their inpatient treatment. Data was analyzed with methods suitable for small datasets and with qualitative content analysis. Nearly half of the participants were abstinent three months after treatment. Also, over half of the participants had reached their goal which was set in the beginning of the treatment. Feelings of pressure to relapse were common and risk factors were unique. Participants describe that social

situations, managing everyday life actions, and mental health issues raises relapse risks. Most common tool for avoiding relapse is peer support group and participants also feel it has been efficient. Professional support and interval treatment periods in inpatient treatment facility were related to lesser use of substances in follow up. Inpatient treatment has many positive consequences on participants life, which are present three months after treatment.

**Keywords:** inpatient SUD treatment, relapse, substance use, change.

Saapunut (24.10.2022)  
Hyväksytty (17.10.2023)



- (1) Havukainen P, Pasanen AM, Honkalampi K, ym. Huumeita suonensisäisesti käyttävien terveysneuvontapisteen asiakkaiden muutosvalmius ja siihen vaikuttavat tekijät. *Sosiaalilääk Aikak* 2017;54;1:18–29. doi: 10.23990/sa.60617
- (2) Jakobsson A, Hensing G, Spak F. Developing a willingness to change: Treatment-seeking processes for people with alcohol problems. *Alcohol Alcohol* 2005;40;2:118–123.
- (3) Årstad J, Nesvåg SM, Njå ALM, ym. How enough becomes enough: Processes of change prior to treatment for substance use disorder. *J Subst Use* 2018;23;4:429–435. doi: doi.org/10.1093/alcac/agh128
- (4) McKay JR, Franklin TR, Patapis N, ym. Conceptual, methodological, and analytical issues in the study of relapse. *Clin Psychol Rev* 2006;26;2:109–127. doi: 10.1016/j.cpr.2005.11.002
- (5) Miller WR. What is a relapse? Fifty ways to leave the wagon. *Addiction* 1996;91;Suppt.:S15–27.
- (6) Witkiewitz K, Wilson AD, Pearson MR, ym. Profiles of recovery from alcohol use disorder at three years following treatment: can the definition of recovery be extended to include high functioning heavy drinkers? *Addiction* 2019;114;1:69–80. doi: 10.1111/add.14403
- (7) Brownell KD, Marlatt GA, Lichtenstein E, Wilson GT. Understanding and preventing relapse. *Am Psychol* 1986;41;7:765–782. doi: 10.1037//0003-066x.41.7.765
- (8) Connors GJ, Maisto SA, Donovan DM. Conceptualizations of relapse: A summary of psychological and psychobiological models. *Addiction* 1996;91:55–513.
- (9) Holmberg N, Kähkönen S. Retkahduksen ehkäisy päihdeongelman hoidossa: [katsaus]. *Duodecim*. 2005;121;1309-1315.
- (10) Aalto M, Alho H, Kiianmaa K, ym. (toim.). *Alkoholiriippuvuus*. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim; 2015.
- (11) Hyttiä P. Addiktio neurobiologia. *Duodecim* 2018;134;20:2031–2038.
- (12) Andersson HW, Wenaas M, Nordfjærn T. Relapse after inpatient substance use treatment: A prospective cohort study among users of illicit substances. *Addict Behav* 2019;90:222–228. doi: 10.1016/j.addbeh.2018.11.008
- (13) Brorson HH, Arnevik EA, Rand-Hendriksen K, ym. Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clin Psychol Rev* 2013;33;8;1010–1024. doi: 10.1016/j.cpr.2013.07.007
- (14) Maisto SA, Pollock NK, Cornelius JR, ym. Alcohol relapse as a function of relapse definition in a clinical sample of adolescents. *Addict Behav* 2003;28;3;449–459. doi: 10.1016/s0306-4603(01)00267-2
- (15) Malivert M, Fatséas M, Denis C, ym. Effectiveness of therapeutic communities: A systematic review. *Eur Addict Res* 2012;18;1;1–11. doi: 10.1159/000331007
- (16) Foster JH, Marshall EJ, Peters TJ. Predictors of relapse to heavy drinking in alcohol dependent subjects following alcohol detoxification – the role of quality of life measures, ethnicity, social class, cigarette and drug use. *Addict Biol* 1998;3;3;333–343. doi: 10.1080/13556219872146
- (17) Dennis ML, Scott CK, Funk R, ym. The duration and correlates of addiction and treatment careers. *J Subst Abuse Treat* 2005;28;2;S51–S62. doi: 10.1016/j.jsat.2004.10.013
- (18) Takeda Y, Roper L, Duff S, ym. Decision-making throughout the whole process of relapse: a qualitative analysis of problem drinkers' accounts of recent episodes. *J Subst Use* 2013;18;5;417–428. doi: 10.3109/14659891.2012.721446
- (19) Duffy P, Baldwin H. Recovery post treatment: Plans, barriers and motivators. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2013;8;1;6. doi: 10.1186/1747-597X-8-6
- (20) Ekqvist E. Päihderiippuvuudesta kuntoutuvien tulevaisuuden toiveet. *Yhteiskuntapolitiikka* 2019; 84;3; 258–269.
- (21) Knuuti U. Matkalla marginaalista valtavirtaan? Huumeiden käytön lopettaneiden elämäntapa ja toipuminen. Helsinki: Yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia, 2007;1.
- (22) Kotovirta E. Huumeriippuvuudesta toipuminen Nimettömien narkomaanien toveriseurassa Tutkimus 10. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2009.
- (23) Pärttö M, Hännikäinen-Uutela A-L, Määttä P. Huumeiden käyttäjien arki yhteisöllisen huumeenkuntoutuksen jälkeen. *Janus* 2009;17;2;121–138.
- (24) VanDeMark NR. Policy on reintegration of women with histories of substance abuse: A mixed methods study of predictors of relapse and facilitators of recovery. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2007;28;2. doi: 10.1186/1747-597X-2-28
- (25) Ekqvist E, Kuusisto K. Päihdekuntoutujien retkahtamista ja sen välttämistä koskevat narratiivit laitospäihdekuntouksessa. *Psykologia* 2019;54;6; 417–432.
- (26) Kuusisto K. Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen: tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis 1492, 2010.
- (27) Rahill GJ, Lopez EP, Vanderbiest A, ym. What is Relapse? A Contemporary Exploration of Treatment of Alcoholism. *J Soc Work Pract Addict* 2009;9;3;245–262. doi: 10.1080/15332560902841816

- (28) Annis HM, Davis CS. Relapse prevention. *Alcohol Health Res World* 1991;15;3;204.
- (29) Miller WR. Retire the Concept of "Relapse". *Subst Use Misuse* 2015;50;8-9;976-977. doi: 10.3109/10826084.2015.1042333
- (30) Allsop S, Saunders B, Phillips M. The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. *Addiction* 2000;95;1;95-106. doi: 10.1046/j.1360-0443.2000.9519510.x
- (31) Witkiewitz K, van der Maas HLJ, Hufford MR, Marlatt GA. Nonnormality and Divergence in Posttreatment Alcohol Use. *J Abnorm Psychol* 2007;116;2;378-394. doi: 10.1037/0021-843X.116.2.378
- (32) Kadden RM, Litt MD. The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addict Behav.* 2011;36;12;1120-1126. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.07.032
- (33) Kuusisto K, Knuutila V, Saarnio P. Pre-Treatment Expectations in Clients: Impact on Retention and Effectiveness in Outpatient Substance Abuse Treatment. *Behav Cogn Psychother* 2011;39;3;257-71. doi: 10.1017/S1352465810000846
- (34) Kuusisto K, Saarnio P. Päihdehoidon toimivuus yleisten tekijöiden valossa: katsaus projektin tuloksiin. *Yhteiskuntapolitiikka* 2012;77;3;290-301.
- (35) Randall C, Boca F, Mattson M, ym. Primary treatment outcomes and matching effects: Aftercare arm. Kirjassa T. F. Babor & F. K. Del Boca (toim.), *Treatment matching in alcoholism*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003; 135-149.
- (36) Vaillant GE. The natural history of alcoholism revisited. Toimen painos. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1995.
- (37) Cunningham JA, Blomqvist J, Koski-Jännes A, Cordingley J. Maturing out of drinking problems: perceptions of natural history as a function of severity. *Addict Res* 2005;13;1;79-84. doi: 10.1080/16066350512331328131
- (38) Klingemann HKH. Coping and Maintenance Strategies of Spontaneous Remitters from Problem Use of Alcohol and Heroin in Switzerland. *Int J Addict* 1992;27;12;1359-1388. doi: 10.3109/10826089209047356
- (39) Larimer ME, Palmer RS, Marlatt GA. Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Res Health* 1999;23;2;151-160.
- (40) Tucker JA, Vuchinich RE, Pukish MM. Molar Environmental Contexts Surrounding Recovery From Alcohol Problems by Treated and Untreated Problem Drinkers. *Exp Clin Psychopharmacol* 1995;3;2;195-204. doi: 10.1037/1064-1297.3.2.195
- (41) Thoms DL, Osborn CJ. Introduction to addictive behaviors. 4. New York: Guilford; 2013.
- (42) Burman S. Cognitive Processes: Their Influence on Varying Pathways to Recovery. *J Soc Work Pract Addict.* 2003;3;3;21-39. doi: 10.1300/J160v03n03\_03
- (43) Alasuutari P. Desire and craving: studies in a cultural theory of alcoholism. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis; Ser. A;1990.
- (44) Best D, Gow J, Knox T, ym. Mapping the recovery stories of drinkers and drug users in Glasgow: Quality of life and its associations with measures of recovery capital. *Drug Alcohol Rev* 2012;31;3;334-41. doi: 10.1111/j.1465-3362.2011.00321.x
- (45) Sundin M, Lilja J. Substance use and strategies to avoid relapses following treatment: A narrative approach with clients undertaking a twelve-step program in Sweden. *J Subst Use* 2019;24;2;125-129. doi: 10.1080/14659891.2018.1523959
- (46) Koski-Jännes A. *Miten riippuvuus voitetaan*. Helsinki: Otava; 2000.
- (47) Halonen I. Jellinekin hevosenkenkä. *Alkoholismien kehityskulkua esittävä kaavio*. *Alkoholipolitiikka* 1980;45;165-172.
- (48) Flynn HA, Walton MA, Curran GM, ym. Psychological Distress and Return to Substance Use Two Years Following Treatment. *Subst Use Misuse* 2004;39;6;885-910. doi: 10.1081/ja-120030892
- (49) Schellekens AFA, de Jong CAJ, Buitelaar JK, ym. Co-morbid anxiety disorders predict early relapse after inpatient alcohol treatment. *Eur Psychiatry* 2013;30;1;128-136. doi: 10.1016/j.eurpsy.2013.08.006
- (50) Law B, Gullo MJ, Daglish M, ym. Craving Mediates Stress in Predicting Lapse During Alcohol Dependence Treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 2016;40;5;1058-1064. doi: 10.1111/acer.13034
- (51) Sinha R. New Findings on Biological Factors Predicting Addiction Relapse Vulnerability. *Curr Psychiatry Rep* 2011;13;5;398-405. doi: 10.1007/s11920-011-0224-0
- (52) Zemore SE. Helping as healing among recovering alcoholics. *South Med J Birm Ala* 2007;100;4;447-450. doi: 10.1097/SMJ.0b013e31803175da
- (53) Mäkelä K, Arminen I, Bloomfield K, ym. Alcoholics Anonymous as a mutual-help movement: a study in eight societies. Madison;Wis; University of Wisconsin Press; 1996.
- (54) Metsämuuronen J. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä: tutkijalaitos. 4. laitos. Helsinki: International Methelp; 2009.
- (55) Ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi. Luettu 21.10.2022. <https://www.tuni.fi/fi/tutkimus/vastuullinen-tiede/hyva-tieteellinen-kaytanto/ihmistieteiden-eettinen-ennakoarviointi>
- (56) Saarnio P, Knuutila V. A study of risk factors in dropping out from inpatient treatment of substance abuse. *J Subst Use* 2003;8;1;33-8. doi: 10.1080/1465989031000067227
- (57) Nevalainen E, Kuussaari K, Partanen A, ym. Laitosmuotoisen päihdehoidon ja -kuntoutuksen

- saatavuus ja käytetyt menetelmät 2021. Helsinki: THL; Työpaperi 12/2022.
- (58) Levoja J, Eskelinen S, Pitkänen T. Associations between self-rated health, quality of life and symptoms of depression among Finnish inpatients with alcohol and substance use disorders. *J Subst Use* 2020;25;2:128–134. doi: 10.1080/14659891.2019.1664667
- (59) Saarnio P, Kuusisto K, Artkoski T. Päihdeasiakkaan profiili: kuvaileva tutkimus avopäihdehoidon asiakkaista. *Sosiaalilääk Aikak* 2015;52;3;237–242.
- (60) Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. <https://finlex.fi/laki/ajantasa/1986/19860041>
- (61) Kuusisto K, Ekqvist E, Kalliomaa-Puha L. Erityistä tukea tarvitsevat päihteitä ongelmallisesti käyttävät asiakkaat sosiaalityöntekijöiden tulkinnoissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 2021;86;4;419–430.
- (62) Härkönen J, Katainen A. Mitä syitä suomalaiset esittävät alkoholikäytölleen? Kirjassa Mäkelä P, Härkönen J, Lintonen T, Tigerstedt, C, Warpenius, K. (toim.) Näin Suomi juo - Suomalaisien muuttuvat alkoholikäyttötavat. Helsinki: THL, 2018, 205–213.

EEVA EKQVIST

*YTT, yliopisto-opettaja*

*Tampereen yliopisto*

*Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, sosiaalityön  
tutkinto-ohjelma*

KATJA KUUSISTO

*YTT, professori*

*Tampereen yliopisto*

*Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, sosiaalityön  
tutkinto-ohjelma*



## Moniammatillinen yhteistyö opiskeluhollossa — tasapainoilua jännitteiden välillä

Hyvinvointialueet ovat vastanneet vuoden 2023 alusta lähtien sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä. Monet hyvinvointiin liittyvät tehtävät ovat kuitenkin edelleen kuntien vastuulla. Tämän vuoksi hyvinvointialueiden ja kuntien kesken tarvitaan tiivistä yhteistyötä ammattilaisten välille. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan moniammatillista yhteistyötä opiskeluhollossa. Opiskeluhollossa tarkoitetaan oppilaitoksen ja opiskelijan oppimisen, psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä koulu- ja oppilaitosyhteisössä. Aiempi tutkimus on osoittanut, että eri alojen ammattilaisten jaettu ymmärrys opiskeluhollossa on puutteellista, reaktiivista ja ongelmakeskeistä, jonka vuoksi opiskeluhollossa on vaikea saavuttaa proaktiivisia ja oppilaitoksen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin tähtääviä tavoitteita. Tässä tutkimuksessa lähestytään moniammatillisen yhteistyön haasteita jännitteisyyden näkökulmasta. Tutkimuksen aineisto koostuu oppilas- ja opiskelijahuoltolain muuttamisen yhteydessä annetuista asiantuntijalausunnoista. Moniammatillista yhteistyötä ja jännitteisyyttä tarkastelevaa tutkimuskirjallisuutta hyödyntäen ja teoriasidonnaisen sisällönanalyysin avulla lausunnoista tunnistetaan kaikkiaan seitsemän jännitettä: i) terveyden edistäminen – koulu toimintaympäristönä, ii) opiskeluhollossa suunnitelmat – opiskeluhollossa käytännöt, iii) toimiva tiedonkulku – lasten ja nuorten tietosuojat, iv) opiskeluhollossa kokonaisvaltaisuus – opiskeluhollossa pilkkoutuminen, v) professioperustainen työskentely – moniammatillinen yhteistyö, vi) lapsen ja nuoren toimijuus – ammattilaisen velvollisuus ja vastuu sekä vii) ennaltaehkäisevän opiskeluhollossa tarpeet – moniammatillisen yhteistyön vaateet. Artikkelin johtopäätöksissä esitetään jännitteisyyden kohtaamisen tapoja ja pohditaan niiden implikaatiota käytännön opiskelijahuoltotyössä.

**ASIASANAT:** moniammatillinen yhteistyö, opiskeluhoito, sosiaali- ja terveydenhoito, jännitteisyys, asiantuntijalausunto

**HARRI JALONEN, MIIA LAASANEN, JAANET SALMINEN**

### YDINASIAIT

- Opiskeluhollossa moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa, että lasten ja nuorten tarpeet tulevat kohdatuiksi.
- Opiskeluhollossa järjestämistä koskevan lakiesityksen lausuntoaineiston analyysin perusteella opiskeluhoitoon liittyy useita jännitteitä ja moniammatillisen yhteistyön toteutumisen tiellä on monia haasteita.
- Jännitteiden tunnistaminen mahdollistaa osaltaan opiskeluhollossa moniammatillisen yhteistyön ohjauksen, järjestämisen, johtamisen ja arjen käytäntöjen kehittämisen.

### JOHDANTO

Hyvinvointialueuudistuksen muutoslogiikka perustuu paljolti integraation varaan. Integraatiolla pyritään varmistamaan se, että kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut ovat koottuna yhden hallintorakenteen alle. Lasten ja nuorten näkökulmasta integraatiossa tulee huomioida myös kasvatuksen ja opetuksen toimijat. Integraatiota voidaan pitää myönteisesti latautuneena käsitteenä. Onnistunut integraatio näkyy saumattomina ja asiakaslähtöisinä palveluina sekä työntekijöiden tyytyväisyytenä (1, 2). Integraatiolla on kuitenkin myös kääntöpuolensa, sillä vaikka integraatio kokoa

erillään olevaa toimintaa yhteen, sen sivutuotteenä syntyy aina myös uusia rajoja. Hyvinvointialueet ovat toimineet vasta vähän aikaa, mutta jo nyt on merkkejä siitä, että integraatio yhtäällä saattaa tuottaa uusia ongelmia toisaalla. Tässä artikkelissa pureudutaan integraation haasteisiin tarkastelemalla moniammatillisen yhteistyöhön liittyviä jännitteitä opiskeluhollossa.

Opiskeluhololla tarkoitetaan oppilain ja opiskelijan oppimisen, psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä koulu- ja oppilaitosyhteisössä. Opiskeluhoitoa toteutetaan ensisijaisesti ehkäisevänä koko oppilaitosyhteisöä tukevana yhteisöllisenä opiskeluhoitona. Lisäksi opiskelijoilla on oikeus yksilökohtaiseen opiskeluhoitoon. (3, 4) Reformin myötä opiskeluhoito järjestetään opetustoimen ja hyvinvointialueiden monialaisena yhteistyönä ja sitä toteuttavat kaikki koulu-yhteisössä työskentelevät sote-, kasvatusta ja opetusalojen ammattilaiset lähellä oppilaiden ja opiskelijoiden arkea. Opiskeluhoitopalvelut (koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelut sekä opiskeluhoitoon psykologi- ja kuraattoripalvelut) ovat siirtyneet muiden sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien tavoin hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle, kun taas kuntien opetustoimi ja muut koulutuksen järjestäjät vastaavat edelleen perusopetuksesta sekä toisen asteen koulutuksen järjestämisestä. Vaarana on, että eri organisaattorakenteisiin hajautuneiden ammattilaisten yhteistyö vaikeutuu ja vaarantaa opiskeluhoitoa toteuttamista. Hyvinvointialueuudistuksen yhteydessä on uudistettu myös oppilas- ja opiskelijahuoltolaki. Lainsäätäjän tavoitteena on ollut, että uudistettu laki varmistaa kunnan, muiden koulutuksen järjestäjien ja hyvinvointialueen välisen yhteistyön opiskeluhollossa. Kysymys on yhteiskunnallisesti merkittävästä asiasta, sillä opiskeluhoito on eri palvelujen yhdyspinnalla toimiva kokonaisuus, jonka piirissä on yli miljoona oppilasta ja opiskelijaa.

Moniammatillista yhteistyötä ei ole juurikaan tutkittu osana opiskeluhoitoa ja isoja hallinnollisia reformeja. Yhteistyön tarpeesta ei kuitenkaan ole epäselvyyttä (5, 6). Yhä kompleksisemmiksi muuttuneissa koulu-yhteisöissä tarvitaan ymmärrystä moniammatillista yhteistyötä edistävästä ja estävästä tekijöistä. Tällä tutkimuksella voidaan tukea opiskeluhoitoa ammattilaisten työssä onnistumista uudessa hallinto- ja palvelus-

urakenteessa tarkastelemalla moniammatillisen yhteistyön jännitteitä.

Tutkimuksen aineisto koostuu asiantuntijalausunnoista, jotka on annettu hallituksen esitykseen laiksi oppilas- ja opiskelijahuoltolain muuttamisesta (7). Tutkimuksen tavoitteena ei ole arvioida asiantuntijalausunnoissa esitettyjen argumenttien faktista oikeellisuutta eikä niissä hyödynnettyä retoriikkaa vaan analysoida sitä, millaisia moniammatilliseen yhteistyöhön liittyviä jännitteitä asiantuntijat näkevät hallituksen esityksessä. Oletuksena on, että asiantuntijalausuntoja analysoimalla voidaan jäsentää moniammatillisuuden jännitteitä tavalla, joka lisää ymmärrystä yksilökohtaisen ja yhteisöllisen opiskeluhoitoon kipupisteistä. Teoriasidonnaisen sisällyksenä keinoja muodostuva kuva jännitteistä tarjoaa mahdollisuuksia myös moniammatillisen yhteistyön käytäntöjen kehittämiseen. Artikkelin pohdintaosiossa esitellään jännitteiden kohtaamistapoja moniammatillista yhteistyötä toteuttaville toimijoille. Moniammatillisen yhteistyön lisäksi artikkeli kontribuoi jännitteisyyden (*tensions*) tutkimukseen (8, 9) analysoimalla jännitteisyyden ilmenemismuotoja uudenaikaisessa kontekstissa.

## TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Moniammatillisuudella viitataan ammattialojen asiantuntijoiden väliseen ihmislähtöiseen työskentelyyn, jossa eriytyneet osaamisalueet, tiedot ja vastuut tulevat jaetuiksi yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi (10, 11). Yhteistyön laadusta riippuen moniammatillinen yhteistyö näyttäytyy ammattilaisten rinnakkain työskentelyinä (*multi-professional*) tai edistyneempänä tietoa, taitoja ja vastuita yhteensovittavana yhteistyönä (*inter-professional*). Kehittyneimmillään moniammatillisessa työskentelyssä ylitetään ammattien rajoja (*transprofessional*). (12, 13, 14) Moniammatillisuuden käsitettä laajentaa monialaisuuden käsite, joka sekä syventää yhteistyön sisältöjä että kytkee mukaan laajemman toimijajoukon ja eri poikkialueiden osaamisen ja jaetut intressit. Moniammatillisuuden ja -alaisuuden erilaisia määritelmiä yhdistäviä tekijöitä ovat yhteinen päämäärä, luottamus ja yhteistyötaidot (15).

Moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on, että asiakkaat saavat parempaa palvelua. Moniammatillisen ihmislähtöisen työskentelyn arvo- ja lähtökohdat ovat henkilön itsemääräämisoikeus,

osallisuus, tasavertainen vuorovaikutus ja tiedonsaanti. Moniammatillisessa työskentelyssä asiakkaan mielipide ja oikeudet otetaan huomioon siten, ettei asiakkaalle aseteta liikaa vastuuta. (16) Palvelujen asiakaslähtöisyyden parantaminen edellyttää sektoriperustaisuudesta ja organisaatiokeskeisyydestä irtautumista (17) sekä integraatiosta johtuviin uusiin osaamistarpeisiin, kuten moniammatilliseen yhteistyöosaamiseen vastaamista (18, 19). Ammattilaisten yhteinen ja integroiva osaaminen on välttämätöntä, kun halutaan parantaa palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja vastata toimialat ylittävien asiakkuuksien tarpeisiin (15).

Moniammatillisessa yhteistyössä onnistuminen on liitetty ammattilaisten työhyvinvointiin ja työssä viihtymiseen (20, 21), voimaantumiseen ja ammatillisen itsetunnon kokemiseen (22, 23, 24) sekä työhön sitoutumiseen (25). Sosiaali- ja terveydenhuollossa moniammatillisen toiminnan on havaittu vähentävän työntekijöiden työstä aiheutuvaa stressiä, työuupumusta ja halukkuutta alan vaihtoon. Lisäksi se on parantanut kokemusta työn autonomiasta sekä sitoutumista ja tyytyväisyyttä työhön. (26) Moniammatillinen yhteistyö voi myös parantaa työn laatua ja tulokellisuutta (26, 27, 28) sekä vähentää palvelun aiheuttamia kustannuksia (11). Tämä edellyttää kuitenkin, että moniammatillisen toiminnan tavoite on yhteisesti ja selkeästi määritelty ja että tavoitteiden saavuttamista myös arvioidaan jatkuvasti eri ammattiryhmien kesken (24, 28).

Moniammatilliseen työskentelyyn osallistuvien ammattilaisten tulee hahmottaa oma työnsä koko työyhteisön kannalta. Yhteistyössä onnistumisessa avainasemassa on myös vuorovaikutus eli miten ryhmässä keskustellaan rakentavasti sekä muodostetaan yhteistä ymmärrystä ja kunnioitetaan toisten asiantuntemusta. Lisäksi tarvitaan paineensietokykyä, sillä jaetun ymmärryksen rakentaminen ei tapahdu hetkessä. (29) Yhteistyön myötä ammattilaiset oppivat toisiltaan ja heidän osaamisensa laajenee. Asiantuntijuutta yhdessä rakentamalla syntyy myös lisäarvoa moniammatilliseen yhteistyöhön. Onnistunut moniammatillisen yhteistyö mahdollistaa ennen kaikkea sen, että tukea tarvitsevan henkilön tarpeet tulevat kohdatuksi. (30)

Moniammatillisen yhteistyön onnistumista haastavat tyypillisesti ammattien väliset valtakysymykset ja erilaisiksi koetut asemat ryhmässä

(29, 31), ammattilaisten erilaiset tietoperustat, arvot ja kulttuurit (32) sekä tietojen vaihdon ja salassapidon kysymykset (33, 34). Ilman ammattilaisten keskinäistä kunnioitusta, mielekästä vuorovaikutusta ja jaetun ymmärryksen muodostumista voivat suotuisat ratkaisut jäädä löytymättä, yhteistyö päättyä, ja asiakas jäädä ilman tarvitsemaansa kokonaisvaltaista ja eri asiantuntijuutta integroivaa palvelua (35). Ammattilaiset saattavat myös kokea moniammatillisen työskentelyn kielteisenä, jos sen ajatellaan lisäävän työtä tai haittaavan muiden tehtävien tekemistä (29).

Opiskeluhuollon toimijoilla on havaittu olevan erilaisia näkemyksiä opiskeluhuollon keskeisistä periaatteista sekä opiskeluhuollon toteutustavoista ja osallisten rooleista. Haasteista keskeisimmät liittyvät asiakaslähtöisyyden toteutumiseen ja opiskeluhuollon moniammatillisen yhteistyön toimivuuteen. Yhteistyötä haastaa jo se, että opiskeluhuollon käsitteet, toiminta ja tavoitteet ovat monille opiskeluhuollon toimijoille jäsentymättömiä, minkä vuoksi opiskeluhuollon voi olla vaikea saavuttaa sille määriteltyjä proaktiivisia sekä oppilaiden ja koulu yhteisön hyvinvointiin tähtääviä tavoitteita. (36, 37)

Edellä esitetty ja aiempaan tutkimuskirjallisuuteen perustuva yhteenveto moniammatillisen yhteistyön eri ulottuvuuksista osoittaa, että kysymys on potentiaalisesti jännitteisestä toiminnasta. Jännitteisyys voi ilmetä monella eri tavalla ja sitä voidaan lähestyä ainakin dualiteettien (*dualism*), ristiriitojen (*contradiction*), dialektiikan (*dialectics*) ja paradoksien (*paradox*) näkökulmista (8). Kullakin jännitteisyyden muodolla on omat syynsä, ilmenemismuotonsa ja myös seurauksensa.

Dualistisessa tulkinnassa jännitteet syntyvät, kun eri toimijat näkevät puheena olevassa asiassa puolia, jotka ovat toistensa vastakohtia. Vastakohtaisuudestaan huolimatta dualismissa asian eri puolet eivät välttämättä ole toisiaan poissulkevia (38, 39). Vastakkaisuudet voivat olla toisistaan erotettavissa, mutta useimmiten ne ilmenevät kuitenkin komplementaarisessa suhteessa toisiinsa (40). Jännitteisyys syntyy tällöin tarpeesta tasapainolla kahden polariteetin välillä. Moniammatillisessa opiskeluhuollossa dualistinen jännitteisyys voi tarkoittaa esimerkiksi yksilöllisen ja yhteisöllisen opiskeluhuollon yhteensovittamista. Kysymys ei ole yhden valin-

nasta toisen kustannuksella vaan erilaisten opiskeluhoillon toimintatapojen hyödyntämisestä erilaisissa tilanteissa.

Ristiriitoja painottavassa lähestymistavassa vastakohtat nähdään sen sijaan toisensa poisulkevinä ja 'kieltävinä', mutta aina kuitenkin toisiinsa nähden riippuvaisessa suhteessa (9). Ristiriitana ilmenevä jännitteisyys voi juontua esimerkiksi historiallisista syistä (41), resurssiniukkuudesta tai arvoperustojen erilaisuudesta (42). Vastakkaisuuksien poisulkevuuden vuoksi ristiriidat ovat lähtökohtaisesti vaikeasti yhteensovitettavia. Moniammatillisessa opiskeluhoilossa tämä voi tarkoittaa esimerkiksi resurssien epätasaiseen jakautumiseen kohdistuvia huolia. Rajallisten resurssien maailmassa investointi yhteen asiaan merkitsee usein puutetta toisaalla. Ristiriitoina ilmenevät jännitteet synnyttävät joko–tai-tilanteita, joissa eri toimijat pyrkivät varmistamaan ensisijaisesti omat etunsa.

Dialektisessa jännitteisyydessä vastakohtaisuudet ovat toisiinsa nähden riippuvuussuhteessa ja jatkuvassa muutoksessa. Dialektista jännitteisyyttä on kuvattu prosessiksi, jossa teesin ja antiteesin kilvoittelu tuottaa synteetin, joka puolestaan luo perustan 'uudelle' jännitteelle (9, 43). Toisin sanoen hyvä pyrkimys yhdestä näkökulmasta (teesi) synnyttää perusteltua vastustusta toisaalla (antiteesi), jonka lopputuloksena syntyy ratkaisu (synteesi), joka ei vastaa sen enempää teesin kuin antiteesinkään kannattajia. Moniammatillisessa opiskeluhoilossa dialektista jännitteisyyttä saatetaan kokea tilanteissa, joissa muutetaan esimerkiksi ammattinimikkeiden kelpoisuusehtoja. Dialektinen jännitteisyys synnyttää ratkaisuja, jotka luovat uusia ongelmia.

Paradoksilla viitataan jännitteisiin tiloihin, jotka juontuvat vastakkaisista ja eri suuntaan vetävistä tekijöistä (9). Paradoksaalisessa jännitteisyydessä vastakkaisuudet ilmenevät aina suhteessa toisiinsa, vastakkaisuuksien ilmaantuminen on sisäsyntyistä ja vastakkaisuus on pysyvä olotila (44). Paradoksien ratkaisemista on kuvattu pakonomaiseksi tarpeeksi ylläpitää yhtenäisyyden illuusiota. Aidon ratkaisun sijaan kysymys on ennemminkin valta-asemaan perustuvasta voimankäytöstä, jossa toimijoita ohjataan suuntaan, joka vahvistaa olemassa olevia valtasuhteita ja rajoittaa niistä poikkeavin tulkin-tojen tekemistä (45). Moniammatillisessa opiskeluhoilossa paradoksaalinen jännitteisyys nä-

kyy esimerkiksi silloin, kun lapsen ja nuoren eduksi tarkoitetun sääntelyn seurauksena syn-tyykin tilanteita, joissa opiskeluhoilossa työ-kentelevät joutuvat tekemään valintoja, jotka eivät välttämättä edusta sääntelyn alkuperäistä henkeä. Voidaankin sanoa, että paradoksaalinen jännitteisyys pakenee ratkaisuja.

Puheena olevaan asiaan liittyvien jännitteiden lisäksi jännitteisyys voidaan johtaa myös asiantuntijuuteen ja heidän tietoperustoihinsa. Suomen julkisen hallinnon strategian yhtenä päämääränä on, että hallinnon valmistelua ja päätöksentekoa ohjaa tietoperusteisuus (46). Te-maattisesti tietoperustainen päätöksenteko voi-daan kytkeä lähestymistapaan, jossa korostetaan näytön (*evidence*) hyödyllisyyttä. Vaikka tavoite itsessään onkin kannatettava, sen toteuttamisen tiellä on monia haasteita – etenkin, jos näyttö mielletään objektiiviseksi tavaksi kuvata todellisuutta ja päätöksenteossa esillä olevia erilaisia vaihtoehtoja (47, 48, 49). Päätöksenteossa tieto on tärkeä elementti, mutta sen lisäksi ja usein sitä merkittävämpää on päätöksentekoon osalistuvien toimijoiden kyky hyödyntää asiantun-tijatietoa omien tavoitteiden edistämiseksi. Kaik-ki tietoa ja asiantuntemustaan soveltavat tahot edustavat aina tiettyjä voimasuhteita ja intressejä (50) sekä hyödyntävät argumentoinnissaan eri-laisia uskomusten perustelutapoja (51).

Tieteen ja käytännön välinen jännitteisyys voi näkyä esimerkiksi siten, että asiantuntijat ovat eri mieltä siitä, miten opiskeluhoiltoa käsittelevä tutkimustieto ja käytännön soveltaminen tulisi yhdistää. Asiantuntijat voivat hyödyntää erilaisia tutkimusmenetelmiä ja lähestymistapoja, mikä voi johtaa erilaisiin tulkintoihin ja johtopäätök-siin. Vastaavasti yhteistyön ja kilpailun jännite syntyy, kun asiantuntijat kilpailevat niukkojen resurssien kohdentamisesta. Jännitettä ylläpide-tään tavanomaisesti epäsuorasti vetoamalla yleis-esti hyväksytyihin argumentteihin, kuten lap-sen tai nuoren etuun – ei niinkään esimerkiksi ammattikunnan työllisyyteen. Arvopohjaiset jän-nitteet ilmenevät puolestaan erimielisyytenä kos-kien sitä, mitä pidetään arvokkaana ja merkittä-vänä. Esimerkiksi modernissa taloussosiologiassa uskotaan, että mikään ei ole arvokasta sellai-senaan vaan kaikki tehdään arvokkaaksi (*value*) (52, 53). Toisin sanoen arvokkaaksi kelpuutta-minen on tilannekohtaista ja se riippuu aina käy-tännöistä, kulttuurista ja normeista. Mahdollista

on, että opiskeluhuollon yhteydessä arvopohjaiset jännitteet juontuvat esimerkiksi siitä, että koulutuksen ammattilaiset suhtautuvat opiskelu- huoltoon oppilaiden ja opiskelijoiden hyvinvointia edistävänä toimintana, kun taas terveyden- huollon näkökulmasta toiminta saattaa jäsentyä sairauzehoidoksi.

## AINEISTO JA MENETELMÄT

Hallituksen esityksessä (7) ehdotetaan muutetta- viksi oppilas- ja opiskelijahuoltolakia sekä eräitä muita siihen liittyviä lakeja. Esityksellä täydenne- tään ja täsmennetään eduskunnan hyväksymää hallituksen esitystä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi opiskelu- huollon osalta (54). Esityksen keskeiset ehdotukset liittyvät kunnan, muiden koulutuksen järjestäjien ja hyvinvointialueen välisen yhteistyön varmista- miseen, opiskeluhoitopalveluihin ohjaamisen laajentamiseen sekä opiskelijoiden henkilötieto- jen käsittelyyn ja tietojen rekisteröintiin. Esitys ei sisällä opiskeluhoitopalvelujen sisältöihin koh- distuvia muutoksia (55).

Hallituksen esityksen (19/2022) valmistelu käynnistyi lokakuussa 2020 ja laki oppilas- ja opiskelijahuoltolain muuttamisesta (377/2022) astui voimaan 1.1.2023. Hallituksen esitystä on käsitelty eduskunnassa sosiaali- ja terveys- sekä sivistysvaliokunnissa. Lakitutka.fi-palvelusta löy-

tyy ajanjaksolta 1.8.2021–15.3.2022 yhteensä 150 lakiesitykseen annettua lausuntoa. Valiokun- nissa annettujen lausuntojen tueksi laadittujen esitysten ja palveluun kahteen kertaan tallennet- tujen asiakirjojen poistamisen jälkeen tämän tut- kimuksen aineistoksi muodostui 127 lausuntoa. Tekstiaineistoa oli kokonaisuudessaan 549 sivua (suppeimmat lausunnot yhden sivun yhteenve- toja, laajin lausunto 11 sivua, mediaanipituus kolme sivua). Lausuntoaineisto muodostaa koko- naisuuden, jossa lainvalmistelusta vastaava mi- nisteriö esittelee asian eduskunnan valiokunnissa ja valiokunnat kuulevat tämän jälkeen asiantun- tijoita ja/tai ottavat vastaan kirjallisia lausuntoja. Asiantuntijalausunnot tarjoavat tulkintaikkunan opiskeluhuollon toimijoiden todellisuuteen, ta- voitteisiin ja toimijuuteen kohdistuvia odotuksia ja vaatimuksia (56).

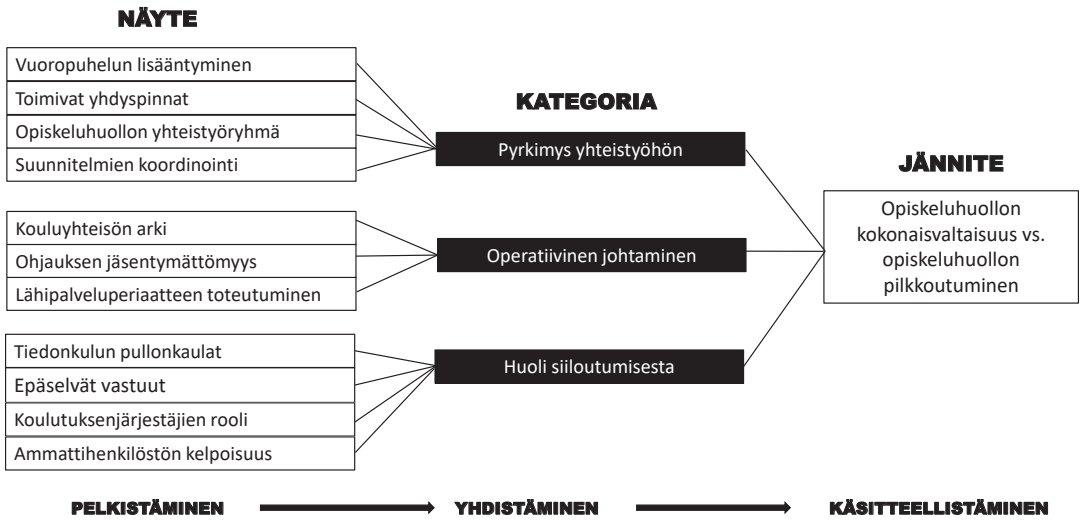
Asiantuntijalausunnot analysoitiin teoriasi- donnaisen sisällönanalyysin (57) periaatteita nou- dattaen neljässä toisiinsa kytkeytyvässä vaihees- sa. Sisällönanalyysi aloitettiin aineistoon tutus- tumisella, jonka yhteydessä aineisto järjestettiin lausunnonantajien taustaorganisaatioiden perusteella. Määrällisesti eniten lausuntoja antoivat kunnat, työntekijäjärjestöt ja muut edunvalvon- tajärjestöt. Aineiston jakautuminen eri lausun- nonantajien taustaorganisaatioihin on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Lausunnonantajien taustaorganisaatiot ja lausuntojen lukumäärät.

Lausunnonantaja	Lkm
Kunta tai kaupunki	40
Työntekijäjärjestö (ammattiliitto tmv.)	16
Edunvalvontajärjestö (esim. Kuntaliitto, Vanhempainliitto, Vammaisfoorumi)	14
Opetusalan järjestö tai yhdistys (esim. UNIFI, Kansanopistoyhdistys)	11
Valtion viranomainen (esim. AVI, Valvira, lapsiasiavaltuutettu)	10
Opiskelijajärjestö (esim. SAKKI, SLK)	9
Soteko-organisaatio (esim. THL, KELA, KARVI, YTHS)	9
Ministeriö (OKM, STM, VM)	7
Koulutuskuntayhtymä	5
Hyvinvointialue, sairaanhoitopiiri tai hyvinvointikuntayhtymä	4
Yksityishenkilö	2
<b>Yhteensä</b>	<b>127</b>



Kuvio 1. Teoriasidonnaisen sisällönanalyysin prosessi.



Toisen vaiheen aluksi kaikki lausunnot luettiin. Lukemisen yhteydessä laadittujen muistiinpanojen avulla rakennettiin alustava koodausrunko. Aineiston koodaus toteutettiin Nvivo-ohjelmalla ja se aloitettiin pelkistämällä aineistosta moniammatillista opiskeluhoitoa kuvaavia havaintoja, joilla on yhteisiä piirteitä. Koodaus tuotti yhteensä 86 näytettä, jotka ilmentävät moniammatillisen opiskeluhoitoon mahdollisuuksia (esim. vuoropuhelun lisääntyminen ja toimivat yhdyspinnat) ja haasteita (esim. ohjauksen jäsentymättömyys ja tiedonkulun pullonkaulat). Analyysiyksiköinä koodauksessa toimivat muuttaman sanan tai lauseen yhdistelmät. Samankaltaiset sanat ja ilmaisut yhdistettiin (esim. näyte 'suunnitelmien koordinointi' sisältää sekä koulutuksen järjestäjien että alueellisten opiskeluhoitosuunnitelmien koordinoitintarpeeseen liittyvät ilmaisut). Kolmannessa vaiheessa 86 näytteestä muodostettiin 23 kategoriaa. Kukin kategoria koostuu moniammatillisen opiskeluhoitoon toteutumiseen kohdistuvasta huomiosta (esim. pyrkimys yhteistyöhön, operatiivinen johtaminen ja huoli siiloutumisesta). Osa näytteistä sijoittui useampaan kuin yhteen kategoriaan. Neljännessä vaiheessa kategorioista muodostettiin seitsemän jännitettä (esim. opiskeluhoitoon kokonaisvaltaisuus – palvelujen pilkkoutuneisuus). Jäsen-

tämisessä hyödynnettiin aiemmin esitettyä jännitteisyyden jaottelua (dualismi, ristiriita, dialektiikka, paradoksi). Myös osa kategorioista kytkeytyi useampaan kuin yhteen jännitteeseen. Analyysiprosessi on kuvattu kuviossa 1.

Toteutettua sisällönanalyysiprosessia voidaan luonnehtia fakta- ja näytteenäkökulman yhdistelmäksi (58). Faktanäkökulma ilmeni analyysissä tarpeena ymmärtää oppilas- ja opiskeluhoitolakiin esitettyjen muutosten yhteyttä opiskeluhoitoon toteuttamiseen edellytyksiin, kun taas näytteenäkökulmaa analyysissä edusti huomion kiinnittäminen niihin tapoihin, joilla lausunnoissa suhtauduttiin hallituksen esityksessä sanottuun.

Sisällönanalyysiä pidetään menetelmänä, johon sisältyy subjektiivisuutta ja joka on altis useille vinoumille. Tekstit sisältävät aina merkityksiä, joita ei voi tulkita yleispätevien sääntöjen avulla (59). Sisällönanalyysin yhteydessä tuleekin kiinnittää huomiota semanttiseen validiteettiin eli siihen, miten hyvin analyysissä kyetään tulkitsemaan tekstien merkityksiä (60). Käsillä olevassa tutkimuksessa semanttista validiteettia on pyritty lisäämään sillä, että keskeiset valinnat ja tulkinnot on tehty artikkelin kolmen kirjoittajan yhteistyönä.

## TULOKSET

Opiskeluhuollon järjestämistä koskevan lakiesityksen (61) lausuntoaineistojen analyysin pohjalta tunnistettiin seitsemän opiskeluhooltoon liittyvää jännitettä seuraavasti: i) erilaiset ohjausvastuut: terveyden edistäminen – koulu toimintaympäristönä, ii) opiskeluhoollon suunnitelmat – opiskeluhoollon käytännöt, iii) toimiva tiedonkulkua – lasten tai nuorten tietosuoja, iv) opiskeluhoollon kokonaisvaltaisuus – opiskeluhoollon pilkkoutuminen, v) professioperustainen työskentely – moniammatillinen yhteistyö, vi) lapsen tai nuoren toimijuus – ammattilaisen velvollisuus ja vastuu sekä vii) ennaltaehkäisevän opiskeluhoollon tarpeet – moniammatillisen yhteistyön vaateet. Jännitteiden sisällöt kuvataan seuraavaksi tarkemmin. Jännitteitä synnyttäviä huolenaiheita on konkretisoitu suorilla sitaateilla lausunnoista. Koska lausunnot ovat julkisia asiakirjoja, sitaattien yhteydessä esitetään myös niiden lausujataho.

### ERILAISET OHJAUSVASTUUT: TERVEYDEN EDISTÄMINEN – KOULU TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ

Opiskeluhoollon kansallisen ja poikkialueellisen ohjauksen lausunnoista piiryy kaksijakoinen kuva. Yhtäällä ovat lausunnot, joissa korostetaan opetushallituksen (OPH) keskeistä roolia ja toisaalla lausunnot, joissa pidetään tärkeänä, että Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) osallistuu ohjaukseen aiempaa voimakkaammin. OPH:n ohjausvastuun puolesta esitetyissä argumenteissa korostetaan, että opiskeluhoolltoa toteutetaan kouluissa. Lausunnoissa muistutetaan, että opiskeluhoollto eroaa kaikista muista lasten ja nuorten hyvinvointipalveluista siten, että sen toimintaympäristö muodostuu kouluista ja oppilaitoksista. Muun muassa Koulutuksen arviointineuvosto (KARVI) toteaa launnossaan, että ”yhteisöllinen opiskeluhoollto on keskeinen osa koulun toimintakulttuuria, jota ohjataan ensisijaisesti opetussuunnitelmien kautta.” Samalla KARVI arvioi, että OPH ”tuo opiskeluhoolltoon opetuksellisen näkökulman, joka tukee yhteisöllisen opiskeluhoollon ajatusta koko kouluyhteisöä tukevana ennaltaehkäisevänä työnä.” Vastaavasti THL:n roolin vahvistamista kannattavissa näkemyksissä korostetaan, että vastuu opiskeluhoolltopalveluista on siirtynyt hyvinvointialueille. Tähän liittyen esimerkiksi Ehkäisevän päihdetyön järjestöverkosto muistuttaa, että ”THL vastaa myös hyvinvoinnin edistämisestä sekä ehkäise-

västä päihdetyöstä, jotka molemmat linkittyvät opiskeluhoolltoon niin alueilla kuin kunnissakin.” THL:n ohjausvastuun lisäämistä vastustavissa lausunnoissa arvelaan, että seurauksena olisi terveyspainotteisen ja yksilökohtaisen opiskeluhoollon korostuminen kouluyhteisöissä tapahtuvan ennaltaehkäisevän ja yhteisöllisen opiskeluhoollon kustannuksella. Joissakin lausunnoissa pelätään jopa opiskeluhoollon ’medikalisoitumista’.

### OPISKELUHOOLLON SUUNNITELMAT – OPISKELUHOOLLON KÄYTÄNNÖT

Suunnitelmilla on keskeinen rooli hallinnollisten reformien toimeenpanossa. Niiden tehtävänä on selkiyttää muun muassa toimijoiden tehtäviä ja niiden välisiä suhteita. Asiantuntijalausunnoissa tuodaan kuitenkin esille huoli alueellisten ja koulutuksen järjestäjäkohtaisten opiskeluhoollto-suunnitelmien välisistä hierarkioista. Suunnitelmiin suhtautuminen on kaksijakoista: yhtäältä monissa lausunnoissa kyseenalaistetaan suunnitelmat liian yksityiskohtaisina pyrkimyksinä ohjata ruohonjuuritason opiskeluhoolltoa, toisaalta osa asiantuntijoista piti suunnitelmien lisääntymistä hyvänä, sillä sen koetaan yhtenäistävän erilaisia käytäntöjä. Alueellisen opiskeluhoollto-suunnitelman osalta lausunnoissa arvelaan, että se jäänee kauas oppilaitosten arjen toiminnasta. Tämän vuoksi osa asiantuntijoista pitää tärkeänä, että alueelliseen opiskeluhoollto-suunnitelmaan suhtaudutaan strategisena ja ’elävänä’ asiakirjana. Erityisesti useiden kuntien lausunnoissa jaetaan Kaarinan kaupungin huoli siitä, ettei ”*alueellisesti linjata jotakin sellaista, joka aiheuttaisi kuntakohtaisesti pulmia tai estäisi hyväksi kehitettyjen, jo nyt olemassa olevien toimintamallien käyttämistä.*”

Opiskeluhoollon paikallisen organisoiminnin määrittämistä alueellisissa suunnitelmissa pidetään ongelmallisena. Esimerkiksi Tampereen kaupungin launnossa muistutetaan, että ”*kunnan opetushuollon suunnitelma ei voi sisältää hyvinvointialueen toimivaltaan kuuluvia linjauksia*”, sillä ”*kunnan oma suunnitelma tulisi pohjautua hyvinvointialueen opiskeluhoollto-suunnitelmaan, jonka pohjaksi on kerätty kunnista yhteisöllisen työn sekä palveluiden järjestämiseen, toteuttamiseen ja kehittämiseen liittyvät tiedot.*” Monissa lausunnoissa toivotaankin paikallisen harkintavallan käyttöä erityisesti oppilaitoksissa. Useissa lausunnoissa peräänkuulutetaan suunnitelmien

välisen hierarkian selkiyttämistä sekä opiskelu- huoltosuunnitelmien suhdetta muihin suunnitelmiin, kuten esimerkiksi kuntien ja alueiden hyvinvointisuunnitelmiin. Tässä epäonnistumisen arvellaan johtavan tarpeettoman työn lisääntymiseen.

#### TOIMIVA TIEDONKULKU – LASTEN JA NUORTEN TIETOSUOJA

Opiskeluhuollon yhtenä keskeisenä edellytyksenä on toimiva tiedonkulkua eri ammattilaisten välillä. Lähes kaikissa aineistoon kuuluvissa lausunnoissa kannetaan huolta tiedonkulun toimivuudesta. Haasteina nähdään erityisesti erilaiset tulkinnat salassapitosäännöksistä, eri ammattiryhmien erilaiset kirjaamiskäytännöt sekä työn luonteeseen huonosti sopivat tietojärjestelmät. Monissa lausunnoissa todetaan, että opiskeluhoitotyössä syntyy arkaluonteista tietoa, mikä edellyttää yksityiskohtaista lainsäädäntöä tietojen keräämisestä, tallentamisesta ja jakamisesta. Esimerkiksi OPH:n lausunnossa esitetään huoli lain epätavallisuudesta koskien sitä, *”keiden katsotaan osallistuvan opiskelijan yksilökohtaiseen opiskeluhooltoon, joille salassa pidettäviä tietoja voidaan antaa.”*

Monissa lausunnoissa viitataan tutkimuksiin, joiden mukaan opiskeluhoitopalveluiden tarve kasvaa ja palvelujen piiriin kuuluvilla lapsilla ja nuorilla on aiempaa haastavampia ongelmia. Useissa lausunnoissa huomautetaan, että erityisesti mielenterveyteen liittyvät asiat ovat erityisen sensitiivisiä ja luottamuksellisuus sekä salassapitovelvollisuus ovat keskeisimpiä elementtejä tuen ja hoidon onnistumiselle. Muun muassa Suomen Psykologiliitto ry:n lausunnossa esitetään, että tietojenvaihto mahdollistetaan vain sellaisten tietojen osalta, jotka *”ovat koulutuksen järjestämisen kannalta välttämättömiä”* ja silloinkin on syytä huomioida *”terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskeva lainsäädäntö.”*

Toisaalta yhtä usein lausunnoissa koetaan ongelmaksi, että lainsäädäntö mahdollistaa erilaisia tulkintoja, jotka vaikeuttavat opiskeluhoollon toteuttamista. Kirjaamiskäytännöt koetaan monin paikoin kirjaviksi ja tietojen löytämistä tietojärjestelmistä hankalaksi. Hallituksen esityksen mukaisesti opiskeluhoitokertomukseen kirjataan vain välttämätön tieto, ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö kirjaa yksilötapaukset terveyden- ja sosiaalihuollon tietojärjestelmiin. Tämä mahdollistaa sen, että tieto lasten

ja nuorten terveydentilaan ja sosiaaliseen tilanteeseen liittyvistä asioista pysyy asianmukaisesti erillään koulun tietojärjestelmistä. Useat asiantuntijat pitävät ongelmallisena, että kouluissa ja oppilaitoksissa työskentelevillä ei ole oikeutta olla yhteydessä opiskeluhoitopalvelujen ammattilaisiin ilman lapsen tai nuoren suostumusta. Esimerkiksi Suomen Vanhempainliitto korostaa huoltajien tiedonsaantioikeutta ja muistuttaa, että *”alikäisen edun arvioiminen on yksittäiselle [opiskeluhoollon] työntekijälle vaativaa ja edellyttää aina tarkkaa tarkkaintaa.”* Monissa lausunnoissa toivotaan mahdollisuutta anonyymiin kuraattorin, psykologin ja terveydenhoitajan konsultointiin. Ilman suostumusta tapahtuvan yhteistyön estämisen arvioidaan johtavan ’tarpeettomiin’ lastensuojeluilmoituksiin. Opiskeluhoitolaki mahdollistaa kuitenkin useita konsultaation tapoja, myös anonyymisti. Useissa lausunnoissa muistutetaan, että asiantuntijan neuvoa lapsen tai nuoren asiassa on aina mahdollista kysyä paljastamatta hänen henkilöllisyyttään (62).

#### OPISKELUHUOLLON KOKONAISVALTAISUUS – OPISKELUHUOLLON PILKKOUTUMINEN

Opiskeluhoito kuvataan valtaosassa lausuntoja merkittäväksi yhdyspinnaksi hyvinvointialueiden ja kuntien palveluissa. Asiantuntijat korostavat hyvinvointialueiden ja koulutuksen järjestäjien eli kuntien ja koulutuskuntayhtymien hyvän vuoropuhelun tarpeellisuutta. Opiskeluhoito kuvataan poikkihallinnolliseksi ja toiminnalliseksi kokonaisuudeksi. Monissa lausunnoissa pidetään välttämättömänä, että opiskeluhoollon kokonaisvaltaisuus näkyy opiskeluhoitosuunnitelmien lisäksi myös hyvinvointialueiden ja kuntien hyvinvointisuunnitelmissa. Lausunnoissa kohdennetaan paljon odotuksia alueellisille opiskeluhoollon yhteistyöryhmille. Esimerkiksi opetus- ja kulttuuriministeriön (OKM) lausunnossa esitetään, että *”opiskeluhoollon tulee muodostaa opetustoimen ja hyvinvointialueen monialainen suunnitelmallinen opiskeluhoollon kokonaisuus”,* jonka *”toteuttaminen edellyttää toimivaa yhdyspintatyötä opetustoimen ja sosiaali- ja terveystoimen välillä, hyvää johtamista sekä hyvinvointialueiden toimivia rakenteita toiminnan organisointiin.”*

Toisaalta yhteistyöhön ja vuoropuheluun liittyvien myönteisten odotusten lisäksi asiantuntijalausunnoissa kannetaan huolta opiskeluhoollon

lon roolista hyvinvointialueiden arjen toiminnassa. Monet asiantuntijat muistuttavat, että vaikka laki määrittelee keskeiset rakenteet alueelliseen yhteistyöhön opiskeluhollossa, vasta koulujen ja oppilaitosten arjessa nähdään se, miten opiskeluhollo kokonaisuus lopulta toimii. Muun muassa Suomen Lukiolaisten Liitto näkee, että kokonaisvaltaisesti toimiva opiskeluhollo edellyttää *”saumatonta [yhteistyötä] hyvinvointialueen sekä alueella toimivien koulutuksen järjestäjien välillä.”*

Opiskeluhollo operatiivinen johtaminen koetaan haasteelliseksi, koska merkittävä osa ohjauksesta siirtyy uuden lain myötä hyvinvointialueille. Osa asiantuntijoista näkee riskinä sen, että hyvinvointialue jää liian etäälle kuntien opetustoimesta ja koulu yhteisöjen arjesta. Tähän liittyen Suomen Kuntaliitto toteaa, että *”hyvinvointialueen ja kuntien on tarpeen määritellä esimerkiksi, mikä on koulun toiminnasta vastaavan rehtorin työnohjo-oikeus suhteessa opiskeluhollo henkilöstöön.”* Samasta huolesta kertoo myös Suomen Rehtori ry:n lausunto, jossa nähdään, että *”uudistuksen myötä oppilas- ja opiskelijahuolto palvelut kootaan hyvinvointialueen järjestämävastuulle, minkä jälkeen ne eivät ole enää koulun toimintaa, jolloin koulu ei voi olla vastuussa oppilaasta hänen ollessaan oppilashuollo palveluissa tai matkalla niihin.”* Koordinaation ja yhteistyön tarvetta lisää myös se, että monien toisen asteen koulutusta tarjoavien kuntayhtymien toiminta sijoittuu usealle eri hyvinvointialueelle. Monissa lausunnoissa korostetaan, että opiskeluhollo pilkkoutumisen estämiseksi opetuksen- ja koulutuksen järjestäjällä tulee olla vastaisuudessa toimivalta yhteisöllisen opiskeluhollo järjestämisessä ja kehittämisessä. Valtakysymykset, asiantuntijoiden erilaisiksi kokemat asemat sekä tietoperustat, arvot ja kulttuurit ovat nähtävissä lausunnoissa ja aiheuttavat osaltaan jännitteisyyttä näkemysten välille.

#### **PROFESSIOPERUSTAINEN TYÖSKENTELY – MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ**

Hallituksen esityksen lähtökohtana on, että opiskeluhollo toteuttavat kaikki opiskeluhollo toimijat. Asiantuntijalausunnoissa on kuitenkin esitetty runsaasti huolia, jotka kytkeytyvät eri professioiden toimintaan. Lausunnoissa muistutetaan tehtäviin liittyvistä kelpoisuusvaatimuksista. Monet asiantuntijat pitävät ongelmallisina tehtä-

vien ja vastuiden siirtoa tai laajentamista. Tämä voidaan nähdä ongelmalliseksi yhteensovittavan ja rajoja ylittävän moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta. Osittain uhkien taustalla näyttää vaikuttavan huoli ’oman’ ammattikunnan erityispiirteiden arvostamisesta ja siihen liittyvistä resurssikysymyksistä. Esimerkiksi Suomen Psykologiliiton lausunnossa muistutetaan, että *”mielenterveyskysymyksissä tarkoituksen mukaisiin [opiskeluhollo] ammattilainen on koulutuksensa perusteella psykologi, eikä näitä tehtäviä ole tarkoituksen mukaista siirtää esimerkiksi kouluterveydenhoitajille.”* Toisaalta lausunnoissa kannetaan myös huolta opiskeluhollo laadusta, jonka koetaan vaarantuvan, jos samalla ei huolehdita siitä, että tehtäviä hoitavilta edellytetään asianmukaista muodollista koulutusta. Muun muassa Koulukuraattorit ry:n lausunnossa muistutetaan, että lakiesitykseen sisältyvä tavoite kuraattoreiden osallistamisesta opiskeluhollo palvelutarpeen arviointeihin ja päätöksiin ei ole perinteisesti kuulunut ammattikunnan tehtäväkuvaan. Yhdistys arvioi, että *”mikäli perustehtävän hoitamiseen ei jää riittävästi aikaa, tarkoittaa se todennäköisesti jossakin vaiheessa, että kouluille palkataan uusia ammattiryhmiä”,* jonka seurauksena voi olla *”melkoista sekaannusta eri ammattiryhmien kesken.”*

Laatu-ulottuvuus ei jäseny vain professioepurustaiseen osaamiseen vaan monissa lausunnoissa muistutetaan, että yhteisöllinen opiskeluhollo on tuomittu epäonnistumaan ilman moniammatillista yhteistyötä. Esimerkiksi Vammaisfoorumi ry arvelee, että *”pitkäjänteinen suunnittelu ja sektorirajat ylittävä moniammatillinen yhteistyö eri toimijoiden välillä parantaa mahdollisuuksia puuttua kiusaamiseen ja syrjintään.”* Lausunnoissa tuodaan esille myös käytäntöjen moninaisuutta muistuttamalla, että opiskeluhollo piiriin on tullut viime vuosina uusia ’ammattiryhmiä’, kuten kasvatusohjaajia sekä koulupsykkareita ja -tsemppareita. Kouluyhteisön moniammatillisuuden laajeneminen tuo kasvavia vaatimuksia toisten ammattilaisten osaamisen, työnkuvien ja heidän taustansa mukaisten organisaatiokulttuurien tuntemiselle.

#### **LAPSEN JA NUOREN TOIMIJUUS – AMMATILAISEN VELVOLLISUUS JA VASTUU**

Selkeä enemmistö lausunnonantajista pitää tärkeänä, että lapset ja nuoret nähdään moniam-

matillisessa opiskeluhollossa kohteen sijaan osallisina ja aktiivisina toimijoina. Esimerkiksi lapsiasiavaltuutettu korostaa YK:n lapsen oikeuksien perussopimuksesta, jossa korostetaan, että *”lapsella on oikeus tulla kuulluksi omassa asiassaan.”* Samoin Suomen Opiskelija-Allianssi ry (OSKU) vaatii lausunnossaan, että *”nuorille on tarjottava aitoja vaikuttamisen keinoja, joissa myös vaikuttamismahdollisuudet ovat todellisia.”* Muutamassa lausunnossa esitetään, että lapselle ja nuorelle on kerrottava prosessin lopputuloksesta ja selitettävä, miten hänen näkemyksensä otettiin huomioon. Asiantuntijat korostavat, että kysymys on myös tavoitteesta lisätä lasten ja nuorten osallisuuden ja vaikuttamisen kokemuksia. Lausunnoissa muistutetaan tutkimuksista (63, 64), joissa osoitetaan, että lasten ja nuorten osallistuminen esimerkiksi koulujensa opiskeluhoitosuunnitelmien laatimiseen on ollut melko olematonta. Lasten ja nuorten toimijuuteen liittyvänä ongelmana lausunnoissa pidetään tilanteita, joissa opiskeluhoollon palveluihin oikeutettu lapsi tai nuori ei halua käyttää oikeuttaan. Vaikka lausunnoissa kannatetaan lasten ja nuorten itsemääräämisoikeuden vahvistamista, kannetaan niissä samalla myös huolta vastuukysymyksistä. Useissa lausunnoissa peräänkuulutetaan tarvetta pohtia keinoja, joilla moniammatillista opiskeluhoollon toteutetaan tilanteissa, joissa lapsi tai nuori kieltäytyy opiskeluhoollon yhteydenotosta. Esimerkiksi Ammattiosaamisen kehittämisyhdistys ry (AMKE) muistuttaa, että *”väkivaltatilanteessa tai päihteiden käytön yhteydessä suostumuksen saaminen voi olla vaikeaa, vaikka tarve opiskelijahuollon tai terveyspalveluihin on akuutti.”*

## ENNALTAEHKÄISEVÄN OPISKELUHOOLLON TARPEET

### – MONIAMMATILLISEN YHTEISTYÖN VAATEET

Asiantuntijalausunnoissa ollaan yksimielisiä siitä, että opiskeluhoollon painopisteen tulee olla ennaltaehkäisevässä toiminnassa korjaavan sijaan. Useissa lausunnoissa todetaan, että opiskeluhoollon toimivien ammattilaisten, kuten koulukuraattoreiden ja -psykologien työn painopistettä on jo vuosia yritetty siirtää enemmän ennaltaehkäisevään työhön. Erityisen tärkeänä asiantuntijat pitävät matalankynnyksen opiskeluhoollon tarjoamista mielenterveytensä kanssa kamppaileville oppilaille ja opiskelijoille. Esimerkiksi Suomen koulu- ja opiskeluterveydenhuollon yhdistyksen (SKOOPPI) lausunnossa muistute-

taan, että *”ennaltaehkäisevä työ ja varhainen tuki kouluilla on oppilaille, opiskelijoille ja heidän perheilleen helposti saavutettavaa ja kustannusvaikuttavaa”,* minkä lisäksi *”nopealla tuella on mahdollisuus estää ongelmien vaikeutuminen ja kalliiden erityispalveluiden tarve.”* Näiden päämäärien saavuttamisessa oleellisenä pidetään oppilaitoksessa toimivien ammattilaisten toimivaa moniammatillista yhteistyötä.

Ennaltaehkäisevän opiskeluhoollon ja oikea-aikaisten interventioiden toteuttamisen haasteeksi lausunnoissa koetaan kuitenkin juuri moniammatillisen yhteistyön toteuttamiseen liittyvät ongelmat. Lausunnoissa kannetaan huolta muun muassa opiskeluhoollon ammattilaisten toimenkuvien painottumisesta yksilökohtaiseen työskentelyyn yhteisöllisen opiskeluhoollon kustannuksella. Vaikka moniammatillisuuden uskotaan parantavan osumatarkkuutta palvelutarpeen arvioinnissa, sen koetaan myös joissain tapauksissa vaarantavan nopeaa avunsaantia ja pahimmillaan merkitsevän ongelmien syvenemistä. Esimerkiksi Koulukuraattorit ry:n lausunnossa kritisoidaan lakiesitykseen sisältyvää tulkintaa monialaisesta asiantuntijaryhmästä. Lausunnon mukaan ehdotus perustuu väärinymmärrykseen, jonnekin mukaan *”kaikki opiskeluhoollon asiakkuudet tulisi monialaisen asiantuntijaryhmän arvion perusteella asiakkaiksi.”* Lausunnossa muistutetaan, että *”näin ei suinkaan käytännössä ole, vaan asiakkuuteen tuloväylät ovat hyvin moninaiset.”* Lausunnon mukaan esitykseen sisältyvä ajatus monialaisen asiantuntijaryhmän koollekutsumisesta pakollinen vaihe opiskelijan auttamisessa olisi *”erittäin hidas, kankea, asiakkaiden ja työntekijöiden kannalta mahdoton toteuttaa.”*

### POHDINTA

Tuloksellinen ja tehokas moniammatillinen yhteistyö rakentuu toisen kohtaamisen taitojen varaan. Tärkeimpiä yhteistyötä edistäviä keinoja ovat pysyvät yhteistyökäytänteet, johtamisjärjestelyt ja säännöllinen, koko henkilöstöä koskeva monialainen koulutus (10). Tämän tutkimuksen valossa moniammatillisen yhteistyön toteutumisen tiellä on monia haasteita. Aiempaa monialaista yhteistyötä ja jännitteitä käsittelevää tutkimuskirjallisuutta hyödyntäen ja teoriasidonnaisen sisällönanalyysin avulla tutkimuksessa on tunnistettu moniammatilliseen yhteistyön liittyviä erilaisia jännitteitä.

## TULOSTEN TARKASTELU

*Opiskeluhuollon ohjaukseen* liittyvä jännitteisyys kertoo *ristiriidoista* eri hallinnonalojen välillä. Tässä aineistossa poikkihallinnollisen yhteistyöhön ja vallan määrittelyyn liittyvät haasteet näkyvät kansallisella tasolla erityisesti THL:n ja OPH:n välillä. Nämä ristiriidat kytkeytyvät joko huoliin ohjaukseen liittyvästä substanssiosaamisesta tai pelkoihin/toiveisiin ohjaukseen liittyvistä resurssimuutoksista. Ristiriitaista tilannetta mutkistaa lisäksi se, että hallituksen esitykseen sisältyvät eri ammatteja koskevat henkilöstömitoitusvaatimukset koetaan vaikeasti täytettäväksi. Puute kelpoisuusehtojen vaatimukset täyttävistä ammattilaisista voi heikentää moniammatillisen yhteistyön mahdollisuuksia opiskeluhollossa.

*Suunnittelun ja käytännön* välillä vallitsevaa jännitteisyyttä voidaan luonnehtia *dialektiseksi*. Lisääntyvä suunnittelu ei saa opiskeluholllon käytäntöjä tuntevilta toimijoilta varauksetonta kiitosta. Alueiden ja koulutuksen järjestäjien opiskeluholllosuunnitelmista muodostuu vaikeasti hahmotettava kokonaisuus, jonka yhteys opiskeluholllon arkeen ja moniammatillisuuden toteutumiseen käytännössä jää paikoin epäselväksi. Toisaalta erityisesti alueellista suunnitelmaa kohtaan liitetään myönteisiä odotuksia opiskeluholllon sisältöjen ja saatavuuden yhdenmukaistamiseksi. Yhdenmukaistamisessa ei kuitenkaan pitäisi ajautua tilanteisiin, joissa ei ole tilaa olemassa oleville hyvälle käytännölle. Jännitteisyyden purkamiseksi asiantuntijat esittävät paikallisen harkintavallan sisällyttämistä alueellisiin suunnitelmiin.

*Tiedonkulun ja tietosuojan* välisessä jännitteessä voidaan tunnistaa piirteitä *paradoksaalisuudesta*. Paradoksaalisuus ilmenee eri suuntaan ohjaavina tavoitteina: samaan aikaan argumentoidaan sekä opiskeluholllon edellyttävän tiedonkulun että oppilaiden ja opiskelijoiden tilannetta avaavan tiedon salassapidon puolesta. Tietosuojan näkökulmasta irrallaan pidettävät tiedot ovat hyvä asia, mutta monissa käytännön tilanteissa irrallisuudesta voi seurata ratkaisuja, jotka eivät perustu kokonaiskuvaan lapsen tai nuoren tilanteesta, mutta vaikeuttavat moniammatillisen yhteistyön toteutumista.

*Opiskeluholllon kokonaisvaltaisuuden ja sen pilkkoutumisen* välinen jännitteisyys näkyy *ristiriitana*. Ristiriita juontuu yhtäältä hyvinvointialueuudistukseen sisältyvästä tavoitteesta opis-

keluholllon kokoamisesta 'leveämmille harteille' ja toisaalta huolesta riittävien ja vaikuttavien opiskeluholllotalvelujen tarjoamisesta koulu-yhteisöissä. Ristiriidan yhteensovittaminen edellyttäisi opiskeluholllon ohjauksivastuun ja operatiivisen toiminnan välisen suhteen selkiyttämistä. Yhteensovittamista kuitenkin vaikeuttaa se, että opiskeluholllon tila hyvinvointialueen muodostavissa kunnissa on hyvin erilainen eivätkä toimijat välttämättä tunne riittävästi toistensa osaamista ja toimintakenttää. Monialaisen ja poikkihallinnollisen yhteistyön vaateen sekä erilaisten toimintatapojen ja olemassa olevien yhteistyörakenteiden yhteensovittaminen kaikkia osapuolia tyydyttävällä tavalla ja intressiristiriitoja välttäen ei ole helppoa.

*Professioperustaisen työskentelyn ja moniammatillisesti toteutuvan* opiskeluholllon välinen jännite on luonteeltaan *dualistista*. Jännitteisyys juontuu tarpeesta yhteensovittaa professionaalitöitä ja moniammatilliseen yhteistyöhön sekä yhteiseen hyvinvointiosaamiseen perustuvia toimintatapoja ja menetelmiä. Osa opiskeluholllon toiminnasta edellyttää syvälle menevää ammatillista osaamista lapsuus- ja nuoruusiän neurologisista häiriöistä. Toisaalta tavoitteena on vaikuttaa yleisesti hyvinvointiin esimerkiksi ehkäisemällä laajasti kiusaamista koulu-yhteisöissä.

*Toimijuuden ja vastuun* välinen jännite täyttää *paradoksin* tunnusmerkistön. Lapsen tai nuoren osallisuuden ja toimijuuden vahvistaminen on kannatettava tavoite, mutta saattaa jotta tilanteisiin, joissa opiskeluholllotalveluja tarvitseva ei niitä kuitenkaan saa, koska hänen yhteistyöhaluttomuutensa tai moniammatillisen yhteistyön ongelmat estävät opiskeluholllon tehokasta toteuttamista.

*Ennaltaehkäisevien palvelujen ja moniammatillisuuden tarpeen* välinen jännite on luonteeltaan *dualistista*. Kysymys ei ole toisiaan poisulkevista tavoitteista, vaan huolesta niiden yhteensovittamisen puolesta. Parhaimmillaan moniammatillisen yhteistyön tuloksena syntyy opiskeluhollltoa, jossa lapsille ja nuorille tarjotaan heidän tarpeisiinsa sopivia ennaltaehkäiseviä palveluja saumattomasti ja kokonaisvaltaisesti. Toisaalta moniammatillisen yhteistyön riittämättömät edellytykset, puutteet henkilöstön moniammatillisessa osaamisessa ja resurssissa voivat käytännössä aiheuttaa viivettä haluttujen palvelujen saatavuudessa.

Aineistosta tunnistetut jännitteet ja niiden luonteet on esitetty taulukossa 2. Taulukko sisältää myös artikkelin kirjoittajien tulkinnan jännitteisyyden kohtaamisen tavoista sekä esimerkinomaisesti sen, mitä jännitteisyyden kohtaaminen voisi tarkoittaa opiskeluhuollon arjessa. Aineistosta tunnistetut jännitteet on kytketty taulukossa kirjallisuudessa esitettyihin erilaisiin jännitteisyyden *kohtaamisen tapoihin* (38). 'Joko-tai'-lähestymistavalla (*either-or*) viitataan toimintaan, jossa jännitteisyyttä aiheuttavat vastakkaisuudet erotetaan toisistaan. Kysymys on defensiivisestä lähestymistavasta, joka voi tuottaa yksilötasolla hallinnantunnetta. Organisaatiotasolla seurauksena on kuitenkin mitä luultavammin jännitteisyyden kärjistyminen (42). 'Sekä-että'-lähestymistapa (*both-and*) tarkoittaa toimintaa, jossa ei niinkään pyritä 'ratkaisemaan' jännitteisyyttä vaan ennemminkin 'elämään' sen

kanssa. Käytännössä 'sekä-ettäisyys' ilmenee jatkuvana kompromissien etsimisena. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi toimintaa, jossa jännitteisyyttä aiheuttavia vastakkaisuuksia painotetaan tilannekohtaisesti. Kompromisseja voidaan myös hakea etsimällä yhteisiä intressejä sekä tunnistamalla vastakkaisuuksista ulottuvuuksia, joista on mahdollista neuvotella. 'Sekä-ettäisyyden' ongelmana voi olla, että kompromisseista huolimatta jännitteisyyttä aiheuttavat vastakkaisuudet juurtuvat osaksi organisaatioiden toimintaan (8). 'Enemmän kuin'-lähestymistapa (*more than*) rakentuu pyrkimykselle katsoa jännitteisyyden 'yli'. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi jännitteisyyden uudelleenkehystämisestä ja jännitteiden hyödyntämistä refleksiivistä ajattelua ohjaavina virikkeinä (65). Näin jännitteitä ei nähdäkään yksinomaan ongelmina vaan kehittymisen 'resursseina'.

Taulukko 2. Jännitteet, niiden luonteet, kohtaamisen tavat ja käytännön implikaatiot.

Jännite	Jännitteen luonne	Jännitteen kohtaaminen	Mitä voisi tarkoittaa opiskeluhuollon moniammatillisissa käytännöissä?
Erilaiset ohjausvastuut: terveyden edistäminen – koulu toimintaympäristönä	Ristiriita	'Enemmän kuin'; opiskeluhuollon kehystäminen moniammatilliseksi toiminnaksi.	Moniammatillisen/-alaisen yhteistyön vahvistaminen sosiaali-, terveys-, kasvatus- ja opetusalojen perus- ja täydennyskoulutuksessa.
Opiskeluhuollon suunnitelmat – opiskeluhuollon käytännöt	Dialektinen	'Sekä-että'; vastakkaisuuksien tilannekohtainen painottaminen.	Eritasoisten suunnitelmien synkronointi ja paikallisen harkintavallan salliminen.
Toimiva tiedonkulku – lasten ja nuorten tietosuojat	Paradoksi	'Enemmän kuin'; jännitteiden hyödyntäminen uuden kehittämisessä.	Salassapitosäännösten selkiyttäminen ja opiskeluhuollon logiikkaa tukevien tietojärjestelmien kehittäminen.
Opiskeluhuollon kokonaisvaltaisuus – opiskeluhuollon pilkkoutuminen	Ristiriita	'Sekä-että'; yhteisten intressien tunnistaminen.	Opiskeluhuollon ohjausvastuun ja operatiivisen johtamisen välisen suhteen selkiyttäminen.
Professioperustainen työskentely – moniammatillinen yhteistyö	Dualistinen	'Sekä-että'; vastakkaisuuksien tilannekohtainen painottaminen.	Tilannekohtaisten tarpeiden nostaminen keskeisiksi opiskeluhoitoa ohjaavaksi tekijäksi.
Lapsen tai nuoren toimijuus – ammattilaisen velvollisuus ja vastuu	Paradoksi	'Sekä-että'; yhteisten intressien tunnistaminen.	Lasten ja nuorten osallisuuden edistäminen ja ammattilaisten velvollisuuksien ja vastuiden selkiyttäminen.
Ennaltaehkäisevän opiskeluhuollon tarpeet – moniammatillisen yhteistyön vaateet	Dualistinen	'Sekä-että'; vastakkaisuuksien tilannekohtainen painottaminen.	Moniammatillisuutta arjen kohtaamisissa tukevien käytäntöjen rakentaminen.

## TULOSTEN YHTEYS KÄYTÄNTÖÖN

Moniammatillisella yhteistyöllä on onnistuessaan hyvät mahdollisuudet ohjata ja tukea lapsia, nuoria ja perheitä tavoilla, jotka johtavat niin yksilön, lähiyhteisön kuin yhteiskunnankin tasoilla näyttäytyvään hyvinvoinnin lisääntymiseen (36). Onnistuminen edellyttää kansallisen ohjauksen tasolta alkavaa yhteistyötä ministeriöiden, OPH:n ja THL:n kesken, joka kantaa kuntien ja hyvinvointialueiden yhdyspinnoilta saumattomasti koulujen arkeen. Käytännössä yhteistyössä on kuitenkin railoja. Ministeriöiden tiiviimmällä yhteistyöllä voitaisiin nykyistä paremmin turvata muun muassa opiskeluhuollon ammattilaisten yhteinen täydennyskoulutus. Tällä hetkellä esimerkiksi OPH:n rahoittamaan opiskeluhuollon ja kouluhyvinvoinnin kysymyksiin kohdistuvaan henkilöstökoulutukseen voi osallistua vain opetustoimen henkilöstö, mikä estää yhteisen osaamisen kehittämisen opiskeluhuollon kaikkien ammattilaisten kesken. Organisaatiotasolla ilmeneväksi haasteeksi voi myös muodostua kunnan ja hyvinvointialueen opiskeluhollosta vastaavien ja johtajien välimatka arjen työssään, mikä näkyy esimerkiksi siinä, että toisten työtä ja vastuualuetta ei tunneta riittävästi, jonka seurauksena opiskeluholloin työntekijöiden työtä voidaan johtaa ja ohjata 'väärin' tai ristiriitaisesti.

Moniammatillisuus voidaan nähdä myös sosiaalistumisprosessina (66), jossa sosiaalistuminen tapahtuu eri ammattien välillä sekä yksilön että organisaation tasolla. Tällöin ammatti-identiteetin laajentaminen kohdistuu oman erityisalan lisäksi myös yhteisesti jaettuun ammatilliseen osaamisalueeseen (66), kuten esimerkiksi opiskeluholloin asiantuntijan identiteettiin. Ammatilliset ovat suhtautuneet varauksellisesti tällaiseen ammatillisen asiantuntijuuden ja työn jaetun päämäärän kokonaisvaltaiseen yhdistämiseen, sillä sen on pelätty vähentävän identifioitumista omaan ammattiin (67). Koulun kontekstissa tämä on näkynyt esimerkiksi keskusteluna siitä, mikä kuuluu opettajan työhön ja mikä on opiskeluholloin sote-ammattilaisten tehtävä. Idea lasten ja nuorten hyvinvoinnin yhteisestä vastuusta koulussa on linjassa sote-uudistuksen tavoitteen kanssa, toisin sanoen vähennetään tarvetta erikoistason palveluille varhaista tukea ja ehkäiseviä palveluja lisäämällä. Tämä edellyttää koulussa työskenteleviltä ammatillisilta oman ammatin rajojen ylittämistä työn jaetun päämää-

rän eli lapsen ja nuoren hyvinvoinnin turvaamisen saavuttamiseksi. Samalla korostuu erikoistason palveluista jalkautettujen ammattilaisten, kuten psykiatristen sairaanhoitajien ja erikoislääkäreiden osaaminen ja rooli osana kouluyhteisössä (68).

## TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA JATKOTUTKIMUSAIHEIDEN POHDINTA

Lakiesitykseen annetut asiantuntijalausunnot eivät ole yksinomaan objektiivisia huomioita käsitellyssä olevaan asiaan. Lausunnot ovat myös edunvalvontaa, ja niissä hyödynnetään tutkimusta ja muuta tietoa valikoiden. Siksi onkin mahdollista, että lausunnoissa sanotusta voi piirtyä myös opiskeluhollosta sen todellisuutta jännitteisempi kuva. Monialaiseen opiskeluholloin ja sen johtamiseen on kiinnitetty viime vuosina huomiota, mikä on näkynyt muun muassa yhteisöllisten toimintatapojen vahvistumisena sekä ehkäisevän työn ja yksilökohtaisten palvelujen lisääntymisenä (62).

Lausunnoissa käytetty opiskeluholloa koskeva käsitteistö on vaihtelevaa, mikä osaltaan haastoi aineiston tulkintaa. Tulkinna tueksi aineiston koodauksen yhteydessä arvioitiin lausunnoissa esitettyjen väitteiden todenperäisyyttä vertaamalla argumentteja hallituksen esitykseen, ministeriöiden mietintöihin sekä lausunnoissa viitattuihin tutkimuksiin ja selvitykseen. Tulkinna tavoin ehkäisemisen (59, 60) näkökulmasta huomionarvoista on myös se, että artikkelin kirjoittajat edustavat eri tieteenaloja (sosiaali- ja terveyshallintotiede, kasvatustiede ja kansanterveystiede).

Jännitteet ohjaavat tarkastelemaan moniammatillisen yhteistyön haasteita *systemisenä* ilmiönä. Jännitteet konkretisoituvat usein yksilötasolla eri ammattilaisten välisissä kohtaamisissa (mikrotaso), mutta niiden syyt ja seuraukset ilmenevät organisaatiotason toiminnassa esimerkiksi erilaisina suunnitelmina, rakenteina ja johtamiskäytäntöinä (mesotaso) sekä moniammatillista yhteistyötä kehystävinä politiikkatavoitteinä ja lainsäädäntöhankkeina (makrotaso). Systemisyyden näkökulmasta yksi potentiaalinen jatkotutkimusaihe liittyy moniammatillisen yhteistyön mahdollisuuksien ja haasteiden analysoimiseen kompleksisuusajattelun (*complexity thinking*) valossa. Kompleksisuusajattelussa ollaan kiinnostuneita kokonaisuuksista, niiden



osista ja osien välisistä suhteista muodostuvista toiminnallisista kokonaisuuksista (69, 70). Kompleksisuuden ytimessä on ajatus siitä, että toimijoiden välisessä vuorovaikutuksessa syntyy kehitystä, joita ei voida johtaa yksittäisten toimijoiden ominaisuuksista. Moniammatillisen yhteistyön ratkaisut eivät ehkä löydykään toimijoiden ominaisuuksista vaan pureutumalla toimijoiden välisiin vuorovaikutussuhteisiin. Kysymys on samanaikaisesti paitsi uusien ja hyödyllisten toimintamallien kehittämistä myös sen varmistamisesta, että kehittämisen nimissä ei vaaranneta toimivia käytäntöjä.

Käsillä olevan tutkimuksen ansiosta tiedetään millaisia jännitteitä asiantuntijat liittävät moniammatilliseen työhön opiskeluhoillon kontekstissa. Sen sijaan tutkimuksessa ei ole analysoitu asiantuntijoiden toimijaposition ja niihin liittyvien valtasuhteiden roolia lausunnoissa sanottuun. Oletettavaa on, että lausuntojen sisältöihin vaikuttaa keskeisesti se, mitä tahoa asiantuntija edustaa. Toisena jatkotutkimusta kaipaavana tutkimusteemana esitetäänkin siksi analyysiä, jossa moniammatillisuuden jännitteet sidotaan asiantuntijoiden puhujapositioniin ja asiantuntijoiden harjoittamaan episteemiseen hallintaan (*epistemic governance*). Puhujapositionilla viitataan niihin tapoihin, joilla asiantuntijat rakentavat argumentointiaan, käyttävät retorisia keinoja ja muodostavat näkökantojaan (71, 72), kun taas episteemisellä hallinnalla tarkoitetaan pyrkimyksiä muokata tietyssä sosiaalisessa kontekstissa yhteisesti jaettuina tai sellaiseksi uskottuja käsityksiä (73).

**Jalonen, H., Laasanen, M., Salminen, J. Multi-professional collaboration in student-welfare services: Balancing tensions. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2024: 61: 306–322.**

Since the beginning of 2023, organizing social and health services has been the responsibility of the well-being services function at county level. However, many welfare-related tasks remain the responsibility of municipalities; consequently, professionals must cooperate closely. For this reason, close cooperation is needed between professionals in the well-being counties and municipalities. This study examines multi-professional collaboration in the context of student-welfare services. The term student welfare encapsulates promoting and maintaining students' learning,

Lausunnoista syntyvään tulkintaan vaikuttaa myös se, että opiskeluhoillon toteuttamisessa on maantieteellistä hajontaa. Osassa maata opiskeluhoillon toteuttaminen on kuntakohtaista, kun taas joillakin alueilla on jo useampivuotista kokemusta maakunta- tai kuntayhtymävetoisesta opiskeluhoillosta. Kolmantena jatkotutkimusaiheena esitetäänkin moniammatillisen yhteistyön jännitteisyyteen kohdistuvaa vertailevaa analyysiä, jossa lähtökohdaksi otettaisiin erilainen kokemus moniammatillisen opiskeluhoillon toteuttamisesta.

Artikkelissa on analysoitu moniammatillisen opiskeluhoillon jännitteisyyttä hallituksen lakiesityksen (4) asiantuntijalausuntojen valossa. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää moniammatillisen yhteistyön käytäntöjen kehittämiseksi opiskeluhoillossa ja sovellettuna laajemmin kuntien ja hyvinvointialueiden yhteistyön kehittämisessä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehtäväalueella.

#### **RAHOITTAJAT:**

Artikkeli on kirjoitettu osana Työsuojelurahaston rahoittamaa MONOPS-hanketta.

#### **KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:**

Jalonen on kirjoittanut johdannon, teoriaosan jännitteisyyttä kuvaavan osion, aineisto- ja menetelmäkuvauksen sekä analyysin tulososion. Laasanen ja Salminen ovat kirjoittaneet teoriaosan moniammatillista yhteistyötä kuvaavan osion sekä yhdessä Jalosen kanssa artikkelin pohdintaosion. Kirjoittajat ovat yhteisvastuullisesti vastuussa aineiston analyysistä.

ed laws. Building on the previous research literature on multi-/interprofessional cooperation and tensions, and using theory-driven content analysis, seven tensions were identified from statements: i) health promotion versus supporting schoolwork and studying, ii) student-welfare plans versus student-welfare practices, iii) effective information flow versus children's and young people's data protection, iv) ; comprehensiveness of student-welfare services versus fragmentation of services, v) profession-based expertise versus community-based student welfare, vi) the agency of a child or young person versus professional du-

ty and responsibility, and vii) preventive student welfare versus delays caused by collaboration. The conclusion section presents ways to address those tensions and discusses their implications for practical student-welfare services.

**Keywords:** multiprofessional collaboration, student-welfare services, social and health care, tension, expert commentary

Saapunut (06.04.2023)  
Hyväksytty (26.09.2023)

## LÄHTEET

- (1) Auschra C. Barriers to the integration of care in inter-organisational settings: A literature review. *International Journal of Integrated Care* 2018;18. doi:10.5334/ijic.3068
- (2) Sinervo T, Keskimäki I. Palveluintegraatiota käytännössä Mikä edistää ja mikä estää integraatiota? *Yhteiskuntapolitiikka* 2019;84:425–433
- (3) Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 1287/2013. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20131287>
- (4) Laki oppilas- ja opiskelijahuoltolain muuttamisesta 377/2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2022/20220377>
- (5) Erhola M, Herrala J, Hiilamo H. Syteen vai soteen asiantuntijoiden avulla. *Yhteiskuntapolitiikka* 2019;84:226–231
- (6) Perna H-K, Salminen J, Tuominen M, ym. *Hallinnon Tutkimus* 2023;42:376–381. doi:10.37450/ht.129056
- (7) Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi oppilas- ja opiskelijahuoltolain muuttamisesta. HE 165/2021 vp. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2021/20210165>
- (8) Putnam LL, Fairhurst GT, Banghart S. Contradictions, dialectics, and paradoxe in organizations: A constitutive approach. *Acad Manag Ann* 2016;10:65–171. doi:10.1080/19416520.2016.1162421
- (9) Smith WK, Lewis MW. Toward a theory of paradox: A dynamic equilibrium model of organizing. *Academy of Management Review* 2011;36:381–403. doi:10.5465/AMR.2011.59330958
- (10) D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, ym. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care* 2005;19:116–131. doi:10.1080/13561820500082529
- (11) Petri L. Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nursing Forum* 2010;45:73–82. doi:10.1111/j.1744-6198.2010.00167.x
- (12) Freeth D, Reeves S. Learning to work together: Using the presage, process, product (3P) model to highlight decisions and possibilities. *J Interprof Care* 2004;18: 43–56. doi.org/10.1080/13561820310001608221
- (13) Olenick M, Allen L, Smego R. Interprofessional education: A concept analysis. *Adv Med Educ Pract* 2010;25:75–84. doi:10.2147/AMEPS13207
- (14) Varagona L, Nandan M, Hooks DJ ym. A model to guide the evolution of a multiprofessional group into an interprofessional team. *The Journal of Faculty Development* 2017;31:49–56. doi:10.7899/JCE-14-36
- (15) Timperi T. Sote-integraation edellyttämä monialainen yhteistyöosaaminen. *Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveystieteiden raportteja ja muistioita* 2022:22
- (16) Pehkonen A, Martikainen K, Kinni R-L ym. Asiakas moniammatillisessa kohtaamisessa. Teoksessa Mönkkönen K, Kekoni T & Pehkonen A (toim.). *Moniammatillinen yhteistyö: Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Gaudeamus; 2019
- (17) Blomgren S, Karjalainen J, Karjalainen P, ym. Sosiaalityö, palvelut ja etuudet muutoksessa. *Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4*. Tampere: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy; 2016.
- (18) Kangasniemi M, Hipp A, Häggman-Laitila KA ym. Optimoitu sote-ammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistus. *Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 39*. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia; 2018
- (19) Nummela O, Juujärvi S, Sinervo T. Competence needs of integrated care in the transition of health care and social services in Finland. *Int J Care Coord*, 2019;22;1:36-45. doi:10.1177/2053434519828302
- (20) Winter-Collins A, McDaniel A. Sense of belonging and new graduate job satisfaction. *J Nurses Staff Dev* 2000;16:103–111. doi:10.1097/00124645-200005000-00002

- (21) Laschinger H, Smith LM. The influence of authentic leadership and empowerment on new-graduate nurses' perceptions of interprofessional collaboration. *J Nurs Adm* 2013;43:24–29. doi:10.1097/NNA.0b013e3182786064
- (22) Kuokkanen I, Suominen T, Rankinen S ym. Organizational change and work-related empowerment. *J Nurs Manag* 2007;15:500–507. doi:10.1111/j.1365-2834.2007.00733.x
- (23) Hinton D, Kirk S. Teachers' perspectives of supporting pupils with long-term health conditions in mainstream schools: a narrative review of the literature. *Health Soc Care Community* 2015;23:107–120. doi:10.1111/hsc.12104
- (24) Karukivi J, Leino-Kilpi H, Kuokkanen L, ym. Association between work empowerment and interprofessional collaboration among health care professionals working in cancer care settings, *J Interprof Care* 2022. doi:10.1080/13561820.2021.1997949
- (25) Hynek KA, Malmberg-Heimonen I, Tøge AG. Improving interprofessional collaboration in Norwegian primary schools: A cluster-randomized study evaluating effects of the LOG model on teachers' perceptions of interprofessional collaboration. *J Interprof Care* 2020. doi:10.1080/13561820.2019.1708281
- (26) Kaiser S, Patras J, Martinussen M. Linking interprofessional work to outcomes for employees: A meta-analysis. *Res Nurs Health* 2018;41:265–80. doi:10.1002/nur.21858
- (27) Moilanen T, Airaksinen M, Kangasniemi M (2020) Ankkuritoiminnan käsikirja. Moniammatillinen yhteistyö nuorten hyvinvoinnin edistämiseen ja rikosten ennaltaehkäisemiseen. Sisäministeriön julkaisuja 16. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161483>
- (28) Bossert J, Forstner J, Villalobos M, ym. What patients with lung cancer with comorbidity tell us about interprofessional collaborative care across healthcare sectors: Qualitative interview study. *BMJ Open*, 2020; 10:e036495. doi:10.1136/bmjopen-2019-036495
- (29) Kekoni T, Mönkkönen K, Hujala A. Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä. Teoksessa Mönkkönen K, Kekoni T & Pehkonen A (toim.). Moniammatillinen yhteistyö: Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Gaudeamus; 2019
- (30) Edwards A, Daniels H, Gallagher T, ym. Improving Inter-professional Collaborations. Multi-agency working for children's well being. London: Routledge; 2009
- (31) Supper I, Catala O, Lustman M ym. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health* 2015;37:716–727. doi:10.1093/pubmed/fdu102
- (32) McLaughlin J. Social work in acute hospital settings in Northern Ireland: The views of service users, carers and multi-disciplinary professionals. *J Soc Work* 2016;16:135–154. doi:10.1177/14680173145688843
- (33) Blakey JM. We're all in this together: Moving toward an interdisciplinary model of practice between child protection and substance abuse treatment professionals. *J Public Child Welf* 2014;8:491–513. doi:0.1080/15548732.2014.948583
- (34) Coates D. Working with families with parental mental health and/or drug and alcohol issues where there are child protection concerns: inter-agency collaboration. *Child Fam Soc Work* 2015;22:1–10. doi.org/10.1111/cfs.12238
- (35) Lackie K, Tomblin Murphy G. The impact of interprofessional collaboration on productivity: Important considerations in health human resource planning. *J Interprof Educ Pract* 2020;21:100375. doi:10.1016/j.xjep.2020.100375
- (36) Suhola T. Asiakaslähtöisyys ja monialainen yhteistyö oppilashuollossa: oppilashuolto prosessi systemisenä palvelukokonaisuutena. Acta Universitatis Lappeenrantaensis 733. Lappeenranta: Lappeenranta University of Technology; 2017
- (37) Wiss K, Halme N, Hietanen-Peltola M ym. Perusopetuksen opiskeluhuollon tilannekuva 2017 – Yhdenvertaisuus haasteena sekä yksilökohtaisessa että yhteisöllisessä työssä. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2017
- (38) Bisel RS. On a growing dualism in organizational discourse research. *Management Communication Quarterly* 2009;22:614–638. doi:10.1177/0893318908331100
- (39) Cunha MP, Rego A, Vaccaro A. Organizations as human communities and internal markets: Searching for duality. *J Bus Ethics* 2014;120:441–455. doi:10.1007/s10551-013-1998-2
- (40) Farjoun M. Beyond dualism: Stability and change as a duality. *Acad Manage Rev* 2010;35:202–225. doi:10.5465/AMR.2010.48463331
- (41) Engeström Y, Sannino A. Discursive manifestations of contradictions in organizational change efforts: A methodological framework. *J Organ Change Manag* 2011;24:368–387. doi:10.1108/09534811111132758
- (42) Abdallah C, Denis JL, Langley A. Having your cake and eating it too: Discourses of transcendence and their role in organizational change dynamics. *J Organ Change Manag* 2011;24:333–348. doi:10.1108/09534811111132730
- (43) Hegel GWF. The philosophy of history (J. Sibree, Trans.). New York, NY: Wiley; 1969
- (44) Hyyryläinen E, Autioniemi J, Lehto K. Paradoksit julkisen johtamisen uudelleenajattelun mahdollistajina. Teoksessa Jäntti A, Kork A-A, Kurkela K, Leponiemi U,

- Paananen H, Sinervo L-M, Tuurnas S (toim.) Hallinnon tutkimuksen tulevaisuus, 83–104. Tampere: Vastapaino; 2022
- (45) Poole MS, Van de Ven AH. Using paradox to build management and organization theories. *Acad Manage Rev* 1989;14:562–578. doi:10.2307/258559
- (46) Valtiovarainministeriö. Julkisen hallinnon uudistamisen strategia. 2022
- (47) Newman J. Deconstructing the debate over evidence-based policy. *Crit Policy Stud* 2017;11:211–226. doi:10.1080/19460171.2016.1224724
- (48) French RD. Is it time to give up on evidence-based policy? Four answers. *Policy and Politics* 2019;47:151–168. doi:10.1332/030557318X15333033508220
- (49) Cairney P. *Understanding Public Policy—Theories and Issues*. London: Macmillan; 2020
- (50) Sorsa V-P. Millaista tutkimustietoa päätöksenteoon. Poliittinen talous 2017;5:75–89.
- (51) Hiilamo H. Tutkimukseen perustuvan asian-tuntijatiedon käyttö päätöksenteossa: esimerkinä sote-uudistus. *Hallinnon Tutkimus* 2021;40:111–128. doi.org/10.37450/ht.110879
- (52) Boltanski L, Thévenot L. *On Justification: Economies of Worth*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 2006
- (53) Jalonen H, Helander N, Mäkelä L. Arvostus-talous – kuinka arvostus rakentuu ja rakennetaan digiyhteiskunnassa. Tampere: Vastapaino; 2020
- (54) Hallituksen esitys hyvinvointialueiden perustamisesta ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä HE 241/2020 vp.
- (55) Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö StVM 4/2022
- (56) Lonka H, Jalonen H. Päätöksenteon tietoperusteisuus episteemisenä hallintana. *Tartuntatautilain asiantuntijalausuntojen analyysi. Yhteiskuntapolitiikka* 2023;88:5–18.
- (57) Tuomi J, Sarajärvi A. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi; 2018
- (58) Alasuutari P. *Laadullinen tutkimus 2.0*. Tampere: Vastapaino; 2019
- (59) Krauss S. Research paradigms and meaning making: A primer. *The Qualitative Report* 2005;10:758–770. doi:10.46743/2160-3715/2005.1831
- (60) Krippendorff K. *Content Analysis. An Introduction to Its Methodology*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2004
- (61) Laki oppilas- ja opiskelijahuoltolain muuttamisesta 377/2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2022/20220377>
- (62) Perälä M-L, Hietanen-Peltola M, Halme N, ym. Monialainen opiskeluhuolto ja sen johtaminen. *THL Opas* 36/2015
- (63) Summanen A-M, Rumpu N, Huhtanen M. Oppilas- ja opiskelijahuoltolain toimeenpanon arviointi esi- ja perusopetuksessa sekä lukiokoulutuksessa. *Julkaisut* 4:2018. Helsinki: Kansallinen koulutuksen arviointikeskus; 2018
- (64) Hakamäki-Stylman V, Huhtanen M, Kilpeläinen P ym. Osallisuus tehdään yhdessä – Opiskelijoiden kasvu aktiiviseksi ja kriittiseksi kansalaisiksi toisella asteella. *Julkaisut* 28:2021. Helsinki: Kansallinen koulutuksen arviointikeskus; 2021
- (65) Lewis MW. Exploring paradox: Toward a more comprehensive guide. *Acad Manag Rev* 2000;25:760–776. doi:10.2307/259204
- (66) Khalili H, Price SL. From uniprofessionality to interprofessionality: Dual v. dueling identities in health care. *J Interprof Care* 2022;36:473–478. doi:10.1080/13561820.2021.1928029
- (67) Rose L. Interprofessional collaboration in ICU: how to define? *Nurs Crit Care* 2011;16:5–10. doi:10.1111/j.1478-5153.2010.00398.x
- (68) Huikko E, Lämsä R, Santalahti P, Torniainen-Holm M, Kovanen L, Vuori M & Tuulio-Henriksson A. (2020). Lasten mielenterveyspalvelujärjestelmä terveyskeskuslääkäreiden näkökulmasta. *Duodecim* 2020;136:79–88
- (69) Geyer, R, Rihani S. *Complexity and Public Policy: A New Approach to 21st Century Politics, Policy and Society*. London: Routledge; 2010
- (70) Eppel EA, Rhodes ML. Complexity theory and public management: A ‘becoming’ field. *Public Adm Rev* 2018;7:949–959. doi:10.1080/14719037.2017.1364414
- (71) Ainiala T, Räisä T, Sjöblom P. Mediakeskustelun välittämä Tampereen yliopiston nimenvaihtaprosessi osallistujien roolien, positioiden ja argumenttien valossa. *Puhe ja kieli* 2020;40:1–22. doi:10.23997/pk.95494
- (72) Jalonen H, Kokkola J. Koronapandemian puhujapositiot sosiaalisen median lapsi- ja perhe-aiheisissa keskusteluissa. *Media & Viestintä* 2020;43:303–325. doi:10.23983/mv.100618
- (73) Alasuutari P, Qadir, A. Epistemic governance: an approach to the politics of policy-making. *Eur J Cult Political Sociol* 2014;1:67–84. doi: 10.1080/23254823.2014.887986

HARRI JALONEN

*FT, professori*

*Vaasan yliopisto*

*Johtamisen yksikkö*

MIIA LAASANEN

*FT, tutkimuspäällikkö*

*Turun yliopisto*

*Sote-akatemia*

JAANET SALMINEN

*KT, yliopistonlehtori*

*Turun yliopisto*

*Sote-akatemia*

# Sikiöaikana päihteille altistuneet lapset aikuisuuden kynnyksellä – Yhteenveto ADEF Helsinki -tutkimusprojektin tuloksista

**ANNE KOPONEN, NIINA-MARIA NISSINEN, MIKA GISSLER, ILONA AUTTI-RÄMÖ,  
HANNA KAHILA, TAISTO SARKOLA**

## JOHDANTO

Raskaudenaikaisen alkoholinkäytön aiheuttamiin sikiövaurioihin havahduttiin noin 50 vuotta sitten, kun ranskalaiset (1) ja yhdysvaltalaiset tutkijat (2-4) julkaisivat tutkimustuloksensa. Lapsilla, joiden äidit olivat käyttäneet runsaasti alkoholia raskauden aikana, oli kontrolliryhmän lapsiin verrattuna suurempi kuolleisuus, pienempi syntymäpaino ja -pituus, pienempi päänympäryys ja poikkeavat kasvopiirteet. Lukuisat myöhemmät tutkimukset ovat vahvistaneet varhaiset havainnot (5,6) ja osoittaneet, että vaurioiden vakavuus on yhteydessä siihen, miten paljon äiti on käyttänyt alkoholia raskausaikana ja mihin sikiön kehitykselliseen vaiheeseen käyttö ajoittuu (7,8). Neuropsykologisten ja elimellisten vaurioiden kirjo on laaja, ja niitä kutsutaan termillä FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorders), (9). Tarkkaavuushäiriötä ja ylivilkkautta pidetään FASD-kirjon tunnusomaisina piirteinä (10,11). Myös sikiöaikana huumeille altistuneilla lapsilla on havaittu saman tyyppisiä mutta lievempiä neuropsykologisia ongelmia kuin alkoholille altistuneilla lapsilla (12-14). Monet päihteitä raskausaikana käyttävät naiset ovat sekakäyttäjiä (15), mikä vaikeuttaa yksittäisen päihteen aiheuttaman vaikutuksen arviointia.

Viimeisten vuosikymmenten aikana on alettu yhä enemmän kiinnittää huomiota päihteille altistuneiden lasten kasvuympäristöön ja siihen, miten se yhdessä raskauden aikaisen päihdealistuksen kanssa vaikuttaa lasten kehitykseen (12, 16-18). Suurin osa altistuneista lapsista elää ainakin varhaiset ikävuotensa epävakaissa

oloissa, ja monet sijoitetaan syntymäkodin ulkopuolelle (19-22). Aivotutkimus on osoittanut, että toistuvat traumaattiset kokemukset kuten pahoinpitely, hoidon laiminlyönti ja katkokset kiintymyssuhteessa aiheuttavat voimakasta stressiä, joka vaikuttaa haitallisesti aivojen kehitykseen (23-25). Pitkään jatkuva voimakas stressi haittaa hermostollista integraatiota ja estää aivoja toimimasta integroituneena systeeminä (26-28). Schoren (29) mukaan kauaskantoisin seuraus varhaisesta traumasta ja laiminlyönnistä on kyvyttömyys säädellä tunteita. Toksinen, haitallinen stressi voi aiheuttaa pysyviä muutoksia oppimiseen, käyttäytymiseen ja fysiologiaan (30).

Traumaattisten kokemusten vaikutus aivojen kehitykseen on erityisen suuri ensimmäisten ikävuosien aikana, jolloin aivot kehittyvät nopeasti (26,31). Suurimmassa vaarassa ovat lapset, joilla on synnynnäinen neurologinen vaurio ja puutteellinen kyky vuorovaikutukseen (29). Perryn ym. (31) mukaan kokemukset voivat saada aikaan muutoksia aikuisen aivoissa, mutta kokemukset varhaislapsuudessa aivojen kehityksen kriittisessä vaiheessa vaikuttavat siihen, millaiseksi aivojen rakenne muotoutuu. Mackesin ym. (32) tutkimus osoitti, että vakava hoidon laiminlyönti ensimmäisten ikävuosien aikana oli yhteydessä aikuisiällä havaittuihin muutoksiin aivojen rakenteessa. Hyvä ja virikkeellinen hoiva adoptioperheissä ei myöhemmin kyennyt korjaamaan vaurioita.

On alkanut kertyä tutkimustietoa siitä, että stressiä aiheuttavat traumaattiset kokemukset voivat vahvistaa sikiöaikaisen alkoholi-altistuksen

aiheuttamia neuropsykologisia vaurioita (33). Aikuisikään yltyviä tutkimuksia kasvuympäristön ja neuropsykologisten vaurioiden yhteydestä on kuitenkin vielä vähän (18,33,34). Enemmän on tutkittu ympäristökiteijöiden yhteyttä ns. sekundaarisiin ongelmiin kuten koulunkäyntiin, rikollisuuteen ja emotionaaliseen kehitykseen (35-38).

#### ADEF HELSINKI -TUTKIMUSPROJEKTI

ADEF Helsinki -tutkimus on rekisteritietoihin pohjautuva pitkittäistutkimus, jonka tavoitteena oli tuoda lisätietoa sikiöaikana päihteille altistuneiden lasten kehityksestä aikuisuuden kynnyksellä. Tutkimuksessa verrattiin mielenterveysongelmien, tapaturmien ja myrkytysten, toisen asteen koulutuksen suorittamisen ja toimeentulotukien käytön yleisyyttä päihteille altistuneilla ja verrokkiryhmän nuorilla. Lisäksi analysoitiin äitiin ja lapsen liittyvien riskitekijöiden yhteyttä kehityksellisiin ongelmiin molemmissa ryhmissä. Hypoteesina oli, ettei sikiöaikainen päihdealtistus yksin selitä ongelmia, vaan kasvuympäristön riskitekijät ovat yhteydessä niihin. Riskitekijöiden ja kehityksellisten ongelmien välinen yhteys näkyisi sekä päihteille altistuneiden että verrokkien ryhmässä. Tässä katsauksessa kerromme tutkimuksen päätulokset.

#### TUTKIMUSMENETELMÄT

##### TUTKIMUSJOUKKO

Tutkimuksessa seurattiin vuosina 1992–2001 syntyneitä sikiöaikana päihteille altistuneita lapsia (n=615) ja kaltaistettuja altistumattomia verrokkeja (n=1787) syntymästä v. 2016 loppuun. Altistuneiden lasten äitien päihdeongelma tunnistettiin pääkaupunkiseudun äitiysneuvoloissa, ja heidät ohjattiin raskauden seurantaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) HAL-poliklinikalle (HAL=huumeet, alkoholi, lääkkeet). Poliklinikalla seurattiin sikiön kasvua ja kehitystä, ja äidit saivat tukea moniammatilliselta tiimiltä (lääkäri, kättilö ja sosiaalityöntekijä) päihteiden käytön lopettamiseen ja vanhemmuuteen. (22,39.)

Verrokkit poimittiin valtakunnallisesta syntymärekisteristä. Jokaiselle äiti-lapsi-parille poimittiin verrokeiksi kolme äiti-lapsi-paria seuraavien kriteereiden mukaan: äidillä ei ollut päihdeongelmaan viittaavaa merkintää missään sosiaali- tai terveydenhuollon rekisterissä, äiti oli saman

ikäinen, hän oli synnyttänyt saman määrän lapsia, sikiöiden lukumäärä oli sama sekä synnytys-sairaala ja -kuukausi olivat samat (39). Lasten kehitystä seurattiin ensimmäisen kerran, kun he olivat 5–14-vuotiaita (22,39). Anonyymi-projektissa lapsia arvioitiin 15-24-vuoden iässä.

#### AINEISTON KERUU

Sikiöaikana päihteille altistuneista lapsista saatiin HAL-poliklinikan sairauskertomustiedot (äidit ja vastasyntyneet). Tutkimusaineisto koostuu näistä tiedoista yhdistettynä kansallisista sosiaali- ja terveydenhuollon rekistereistä poimittuihin rekisteritietoihin, jotka kattavat tiedot syntymästä vuoden 2016 loppuun saakka. (22,40.) Tiedot yhdistettiin henkilötunnusten avulla. Vastaavat rekisteritiedot poimittiin myös jokaiselle verrokkiryhmän äiti-lapsi-parille. Tiedot kerättiin seuraavista rekistereistä: väestötietojärjestelmä (Digi- ja väestötietovirasto), syntyneiden lasten rekisteri (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL), terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri (THL), epämuodostumarekisteri (THL), väestön koulutusrekisteri (Tilastokeskus TK), lastensuojelurekisteri (THL), kuolemansyyrekisteri (TK), rikosrekisteri (Oikeusrekisterikeskus) ja toimeentulotuki-rekisteri (THL).

Tutkimukseen kerättiin seuraavat taustatiedot ja selittävinä muuttujina käytetyt tiedot: lasten demografiset tiedot (sukupuoli, ikä, äidinkieli, kuolleisuus, siviilisääty ja koulutus), syntymäterveystiedot (alkoholi-, huume- ja tupakkaltistus, syntymäpaino- ja pituus, yhden minuutin Apgar-pisteet, raskauden kesto, teho- tai valvontaosastohoito viikon ikään mennessä, epämuodostumat), FASD-kirjoon kuuluvat diagnoosit ja huumealtistukseen viittaava diagnoosi NAS (Neonatal Abstinence Syndrome), äidin demografiset tiedot lapsen syntyessä (ikä, siviilisääty, sosioekonominen asema), äitiin liittyvät riskitekijät (mielenterveysongelma, päihdeongelma, rikostuomio, sosiaalituen käyttö, kuolema) sekä lapsen sijoitustiedot (ikä 1. sijoituksessa, sijoituspaikat, sijoituksen kesto, sijoituskertojen määrä). Selittäviksi muuttujiksi kerättiin tietoja, joiden aiempien tutkimusten perusteella tiedetään olevan merkittävästi yhteydessä lasten kognitiiviseen ja sosioemotionaaliseen kehitykseen kuten äidin mielenterveysongelmat ja kodin ulkopuolinen sijoittaminen (25,41).

Selitettävänä muuttujina olivat sairausdiagnoosit (päädiagnoosit), jotka oli annettu erikoissairaanhoidon hoitokäynnellä (sairaalahoitojakso, poliklinikakäynti). Diagnoosit perustuivat kansainväliseen tautiluokitukseen ICD-10, versio 2016: mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt F00-F98 sekä vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden seuraukset (S00-T98). Selitettävänä muuttujina olivat myös toisen asteen koulutuksen suorittaminen sekä pitkäaikaisen toimeentulotuen tarve. Aineistonkeruuprosessi on kuvattu yksityiskohtaisesti Koposen ym. (40) artikkelissa.

Projektin tutkimusluvut saatiin HUS:in eettiseltä toimikunnalta (Dnro 333/E8/02) ja kaikilta rekisterinpitäjiltä, joiden tietoja käytettiin tutkimuksessa. Tiedot yhdistettiin ja anonymisoitiin THL:ssä. Tutkijoille luovutetussa datassa henkilötunnukset oli muutettu tutkimusnumeroiksi siten, ettei henkilöitä voitu tunnistaa. Tutkittaviin henkilöihin ei otettu yhteyttä.

#### AINEISTON ANALYYSINTI

Artikkeleissa käytettyjä analyysimenetelmiä olivat kuvailevat menetelmät (Pearsonin  $\chi^2$ -testi, Mann-Whitney U-testi, Kruskal-Wallis-testi), korrelaatioanalyysi (Spearmanin ja Pearsonin korrelaatiot), logistinen regressioanalyysi, Coxin regressioanalyysi ja mediaatioanalyysi. Seuranta alkoi lapsen syntymästä päättyen vuoden 2016 loppuun. Analyysit tehtiin SPSS-ohjelmalla, versio 28 ja R-ohjelmalla.

Regressioanalyysissä tarkasteltiin ensin sellittävien ja selitettävien muuttujien kahdenvälisiä yhteyksiä erikseen altistuneiden ja verrokkien ryhmässä, koska haluttiin selvittää riskitekijöiden yhteyttä kehityksellisiin ongelmiin silloin, kun lapsella on sikiöaikainen päihdealtistus ja silloin kun sitä ei ole. Lopullisissa malleissa molemmat ryhmät olivat mukana, ja niissä vakioitiin keskeisten selittävien muuttujien vaikutus.

Altistuneilla nuorilla kodin ulkopuolinen sijoitus oli huomattavasti yleisempää kuin verrokkeilla, minkä vuoksi analyyseissä kiinnitettiin erityistä huomiota sijoitettujen lasten (vähintään yksi sijoitus kodin ulkopuolelle) ja biologisen äidin kanssa asuvien lasten väliseen vertailuun. Normaali-ikäisessä tehdyissä tutkimuksissa sijoituksella on havaittu olevan vahva kielteinen yhteys lasten kehitykseen (42). Tutkimuksessa verrattiin seuraavia ryhmiä: altistuneet vs. verrokki-

ei-sijoitetut altistuneet vs. sijoitetut altistuneet; ei-sijoitetut verrokki vs. sijoitetut verrokki; ei-sijoitetut altistuneet vs. ei-sijoitetut verrokki; sijoitetut altistuneet vs. sijoitetut verrokki. Analyysissä otettiin huomioon myös se, että altistuneet lapset oli sijoitettu huomattavasti nuorempina kuin verrokkilapset. Kiintymyssuhdeteoreettisesta ja aivotutkimuksen näkökulmasta katsottuna on aivan eri asia, tapahtuuko ero ensisijaisesta hoivaajasta ensimmäisinä ikävuosina vai myöhemmin esim. teini-ikässä.

Neuropsykologiset häiriöt olivat erityisen kiinnostuksen kohteena, sillä ne on vahvasti liitetty sikiöaikaiseen päihdealtistukseen (8). Haluttiin tutkia ympäristötekijöiden mahdollista vahvistavaa vaikutusta näihin häiriöihin. Sosiaaliturvien käytöstä tässä väestöryhmässä ei tietääksemme ole aiempaa tutkimustietoa ja koulutuksestakin varsin vähän.

Somaattisista sairauksista tarkasteluun otettiin tapaturmat ja myrkytykset, koska päihdealtistuksen katsotaan lisäävän sekä riski- että rikollista käyttäytymistä (38,43). Aiempien tutkimusten perustella tiedetään myös, että tapaturmat ovat yleisiä päihdeongelmaisten vanhempien pienillä lapsilla (44,45), ja ne ovat suurin sairausryhmä ja kuolleisuuden syy nuorten keskuudessa normaali-ikäisessä (46-49). Aiemmissä, normaali-ikäisessä tehdyissä tutkimuksissa, on tarkasteltu yksittäisten riskitekijöiden, kuten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD), yhteyttä tapaturmiin. Tässä tutkimuksessa laajennettiin näkökulmaa ja tarkasteltiin sekä yksittäisiä riskejä että kumulatiivista riskiä.

#### TULOKSET

##### DEMOGRAFISET TAUSTATIEDOT

Sekä altistuneiden (n=615) että verrokkien (n=1787) ryhmässä noin puolet oli miehiä, ja 59,5 % oli 18–24-vuotiaita vuonna 2016 (vaihteluväli 15–24 v.). Altistuneista 99,0 % ja verrokkeista 92,5 % oli joko suomen- tai ruotsinkielisiä. Ryhmien välillä ei ollut eroa kuolleisuudessa (1 %) eikä avioitumisessa (2 %). Altistuneista 7,5 % oli saanut FASD-kirjoon kuuluvan diagnoosin ja 8,1 % huumealtistukseen viittaavan NAS-diagnoosin. HAL-poliklinikan tietojen perusteella arvioitiin, että suurin osa altistuneista lapsista oli altistunut alkoholille tai alkoholin ja huumeiden sekakäytölle. Altistuneista 63,9 %

Taulukko 1. Lapsen terveydentilaan ja äidin elämäntilanteeseen liittyvät riskitekijät altistuksen ja kodin ulkopuolisen sijoituksen (vähintään yksi sijoitus) mukaan (%).

	Altistunut % n=615	Verrokki % n=1787	p-arvo	Altistunut, ei sijoitettu % n=222	Altistunut, sijoitettu % n=393	Verrokki, ei sijoitettu % n=1640	Verrokki, sijoitettu % n=147	p-arvo
<b>Sukupuoli ja syntymäterveys</b>								
Poika	49,3	51,7	0,308	47,3	50,4	51,4	54,4	0,558
Äiti tupakoi koko raskausajan	75,3	18,9	<0,001	62,6	82,4	16,8	42,2	<0,001
Raskauden kesto <37 viikkoa	9,1	9,1	0,985	8,7	9,3	9,0	10,3	0,956
Syntymäpaino <2500 g	12,5	6,7	<0,001	10,8	13,5	6,7	7,5	<0,001
Syntymäpaino <mediaani (3450g)	65,0	44,5	<0,001	59,5	68,2	43,7	52,4	<0,001
Pituus <mediaani (50 cm)	60,0	39,4	<0,001	54,6	63,0	38,7	46,5	<0,001
Teho- tai valvontaosastohoito 7 ensimmäisen elinpäivän aikana	20,7	9,8	<0,001	16,7	22,9	9,8	10,2	<0,001
Synnynnäinen epämuodostuma	15,6	9,2	<0,001	12,2	17,6	9,0	10,9	<0,001
FASD	7,5			2,7	10,2			0,001
NAS	8,1			5,4	9,7			0,063
<b>Äidin elämäntilanne lapsen syntyessä</b>								
Äidin ikä <25 v.	37,7	37,0	0,745	43,2	34,6	34,9	60,5	<0,001
Naimaton	79,5	39,9	<0,001	80,7	78,8	37,4	67,6	<0,001
Alempi sosioekonominen asema	65,7	42,7	<0,001	63,1	67,2	40,8	65,1	<0,001
<b>Äitiin liittyvät riskitekijät</b>								
Äiti kuollut	11,5	0,7	<0,001	4,5	15,5	0,7	1,4	<0,001
Äidin mielenterveysongelma (pl. päihdeongelma)	51,7	18,2	<0,001	44,6	55,7	15,3	50,3	<0,001
Äidin päihdeongelmaan liittyvä diagnoosi	68,8	5,3	<0,001	52,7	77,9	3,2	28,6	<0,001
Äidillä rikostuomio	11,1	0,8	<0,001	4,5	14,8	0,6	3,4	<0,001
Äiti saanut pitkäaikaista toimeentulotukea	72,8	15,0	<0,001	50,0	85,8	11,2	57,8	<0,001
<b>Äidin riskitekijöiden summa</b>								
0	8,1	72,2		18,9	2,0	76,6	23,8	
1	20,5	18,7		30,2	15,0	17,7	29,9	
2	28,5	6,1		27,9	28,8	4,1	27,9	
3-5	42,9	3,0	<0,001	23,0	54,2	1,6	18,4	<0,001



(n=393) ja verrokeista 8,2 % (147) oli ollut vähintään kerran elämässään sijoitettuna kodin ulkopuolelle. (50.)

#### LAPSEN TERVEYTEEN JA ÄIDIN ELÄMÄNTILANTEESEEN LIITTYVÄT RISKITEKIJÄT

Altistuneilla oli heikompi syntymäterveys kuin verrokeilla. Erot näkyivät tupakka-altistuksessa, syntymäpainossa ja -pituudessa, vastasyntyneen teho- tai valvontaosastohoidossa ja vuoden ikään mennessä diagnostisoiduissa epämuodostumissa. Heikoin tilanne oli niillä, jotka olivat olleet sijoitettuna kodin ulkopuolelle. Tämä näkyi erityisesti FASD-kirjoon kuuluvien diagnoosien ja äidin tupakoinnin yleisyydessä. Myös verokki-ryhmässä sijoitettujen lasten äidit olivat tupakoinneet huomattavan usein, ja lapset olivat pienipainoisempia kuin sijoittamattomat lapset. Yhden minuutin Apgar-pisteissä ja raskauden kestossa ei ollut eroja altistuksen tai sijoituksen mukaan tarkasteltuna. (Taulukko 1, 50.)

Altistuneilla nuorilla oli kaikkia äitiin liittyviä riskitekijöitä enemmän kuin verrokeilla. Äidit olivat lasten syntyessä useammin naimattomia, ja heillä oli alhaisempi sosioekonominen asema. Mielenterveys- ja päihdediagnoosit sekä rikostuomiot olivat yleisempiä samoin kuin pitkäaikaisen sosiaalituen käyttö. Myös kuolleisuus oli huomattavan suurta. Äitiin liittyviä riskitekijöitä oli eniten sijoitukseen päätyneillä altistuneilla nuorilla. Myös verokkien ryhmässä sijoitetuilla oli huomattavasti enemmän äidin riskitekijöitä kuin sijoittamattomilla. Sijoitettujen verokkien joukossa oli paljon nuoria äitejä, kun taas altistuneiden ryhmässä sijoitettujen äidit olivat vanhempia. (Taulukko 1, 50.)

#### MIELENTERVEYSONGELMIEN ESIINTYVYYS JA RISKITEKIJÄT

Altistuneilla mielenterveysongelmien esiintyvyys oli kaksi kertaa suurempi (54,6 %) kuin verrokeilla (26,4 %,  $p < 0,001$ ). Tarkempi analyysi kuitenkin osoitti, että ero näkyi vain niiden altistuneiden ja verokkien välillä, joita ei ollut koskaan sijoitettu kodin ulkopuolelle (34,7 % ja 22,3 %,  $p < 0,001$ ). Sijoitettujen ryhmässä altistuneiden ja verokkien välillä ei ollut merkitsevää eroa (65,9 % ja 72,1 %,  $p = 0,170$ ). Sekä altistuneilla että verrokeilla suurin diagnoosiryhmä oli F90-F98 (tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt). Tämä diagnoosiryhmä sisältää mm. ADHD:n. Seuraavaksi suurimmat ryhmät olivat F80-F89 (psykkisen kehi-

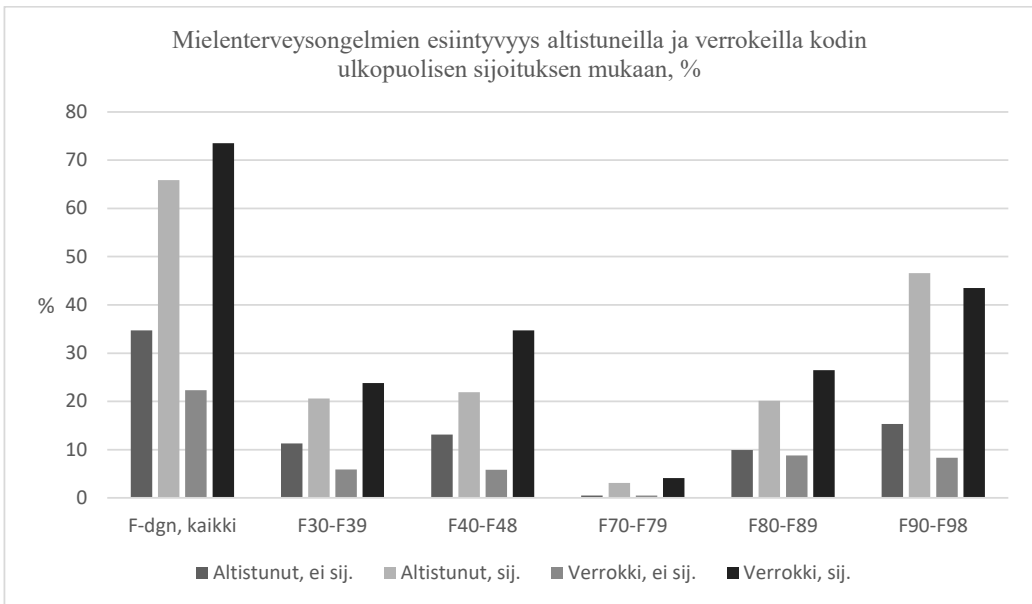
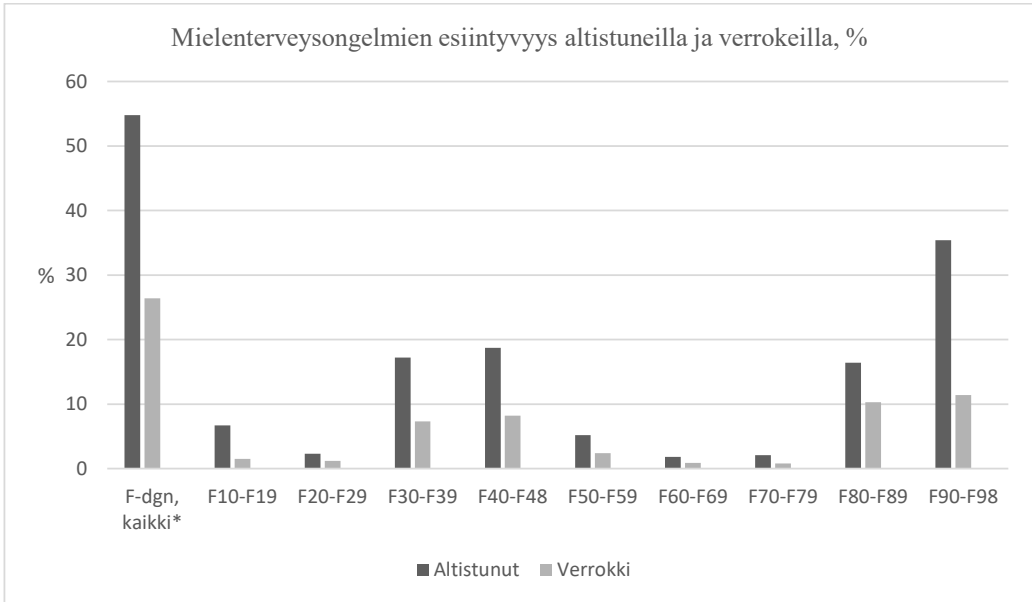
tyksen häiriöt), F40-F48 (neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt) sekä F30-F39 (mielialahäiriöt). (Kuvio 1, 50.)

Sekä altistuneilla että verrokeilla äitiin liittyvät riskitekijät ja kodin ulkopuolinen sijoitus olivat yhteydessä mielenterveysongelmiin. Ryhmien välinen ero pieneni sen jälkeen, kun riskitekijöiden vaikutus oli otettu huomioon (vakioitu uhkasuhde AHR 0,84, 95 % LV 0,67-1,05,  $p > 0,05$ ). Monimuuttuja-analyysi osoitti, että suurimmat mielenterveysongelmien riskitekijät olivat lapsen pieni syntymäpaino (<2500 g), äidin naimattomuus lapsen syntyessä sekä erityisesti äitiin liittyvien riskitekijöiden määrä ja kodin ulkopuolinen sijoitus. (Taulukko 2, 50.)

Monimuuttuja-analyysien tulokset olivat samansuuntaiset, kun selitettävänä muuttujina olivat pelkästään neuropsykologiset häiriöt F80-F83 ja F90-F94. Nämä kategoriat sisältävät häiriöt, jotka erityisesti liitetään sikiöaikaiseen päihdealtistukseen kuten puheen ja kielen kehityksen häiriöt (F80), ADHD (F90) ja käytösongelmat (F91). Tuloksissa korostui myös sukupuolen merkitys, sillä neuropsykologisia häiriöitä oli enemmän pojilla kuin tytöillä. (51.) Äitiin liittyvät riskitekijät ja sijoitus olivat vahvasti yhteydessä myös yleensä nuoruusiällä ilmeneviin mielialahäiriöihin (F30-F39) sekä neuroottisiin, stressiin liittyviin ja somatoformisiin häiriöihin (F40-F48). Tytöillä näitä häiriöitä oli enemmän kuin pojilla. (52.)

Koska tulokset osoittivat, että kodin ulkopuolinen sijoitus oli vahvasti yhteydessä mielenterveysongelmiin (50), tarkasteltiin tarkemmin altistuneiden ja verokkien sijoitushistoriaa ja sen yhteyttä ongelmiin. Havaittiin, että ryhmien välillä oli suuria eroja sijoitushistoriassa. Päih-teille altistuneista lapsista suurin osa (75,6 %) oli sijoitettu ensimmäisen kerran alle kouluikäisenä (mediaani 2 v.), kun taas sijoitetuista verrokeista suurin osa (66,0 %) oli sijoitettu koulu- tai nuoruusiässä (mediaani 10 v.). Altistuneet lapset oli sijoitettu pääosin joko lastenkotiin tai sijaisperheeseen ja verrokkit lastenkotiin. Altistuneilla oli useampia sijoituksia, ja he olivat eläneet suuremman osan elämästään sijoitettuna. Sijoitushistorian eroista huolimatta useat sijoitukset olivat yhteydessä F90-F98-diagnooseihin sekä altistuneilla että verrokeilla. Altistuneilla myös laitos-sijoitus oli yhteydessä F90-F98-diagnooseihin, ja toistuvat sijoitukset olivat yhteydessä F10-F69-diagnooseihin. (53.)

Kuvio 1. Mielenterveysongelmien esiintyvyys sikiöaikaisen päihdealtistuksen ja kodin ulkopuolisen sijoituksen mukaan, %.



\* F10-F19 Lääkkeiden ja päihteen aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt, F20-F29 Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriö, F30-F39 Mielialahäiriöt (affektii-viset häiriöt), F40-F48 Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt, F50-F59 Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät, F60-F69 Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt, F70-F79 Älyllinen kehitysvammaisuus, F80-F89 Psykkisen kehityksen häiriöt, F90-F98 Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt.

Taulukko 2. Lapsuuden riskitekijöiden yhteys diagnosoituihin mielenterveysongelmiin (F-diagnoosit yht). Seuranta syntymästä varhaisaikuisuuteen. Coxin regressioanalyysi, n=2402.

	Malli 1 HR (95 %:n LV)	Malli 2 AHR (95 %:n LV)	Malli 3 AHR (95 %:n LV)	Malli 4 AHR (95 %:n LV)	Malli 5 AHR (95 %:n LV)
<b>Päihdealtistus</b>					
Verrokki	1	1	1	1	1
Altistunut	2,48 (2,16-2,85) ***	2,19 (1,84 -2,60) ***	1,91 (1,59-2,30) ***	1,13 (0,91-1,39)	0,84 (0,67-1,05)
<b>Sukupuoli</b>					
Nainen		1	1	1	1
Mies		1,14 (1,00-1,31)	1,11 (0,96-1,28)	1,11 (0,96-1,29)	1,11 (0,96-1,29)
<b>Syntymäpaino</b>					
≥2500 g		1	1	1	1
<2500 g		1,44 (1,15-1,80) **	1,55 (1,23-1,95) ***	1,56 (1,24-1,97) ***	1,45 (1,15-1,83) **
<b>Tupakka-altistus</b>					
Ei		1	1	1	1
Kyllä		1,20 (1,01-1,42) *	1,11 (0,92-1,32)	0,96 (0,81-1,15)	0,84 (0,70-1,01)
<b>Äidin sosioekonominen asema</b>					
Korkea			1	1	1
Matala			1,27 (1,10-1,48) **	1,16 (0,99-1,35)	1,11 (0,95-1,29)
<b>Äidin siviilisääty</b>					
Naimisissa			1	1	1
Ei naimisissa			1,33 (1,13-1,57) ***	1,26 (1,07-1,49) **	1,24 (1,06-1,46) **
<b>Äidin riskitekijöiden summa<sup>1</sup></b>					
0				1,92 (1,56-2,35)	1,71 (1,38-2,10)
1				***	***
2-5				2,92 (2,33-3,66) ***	1,97 (1,54-2,52) ***
<b>Kodin ulkopuolinen sijoitus</b>					
Ei					1
Kyllä					2,90 (2,35-3,57) ***

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

<sup>1</sup>mielenterveysongelma+päihdeongelma+rikostuomio+sosiaalituen käyttö+kuolema

## TOISEN ASTEEN KOULUTUKSEN SUORITTAMINEN JA PITKÄAIKAISEN TOIMEENTULOTUEN TARVE

Toisen asteen koulutuksen suorittamista ja toimeentulotuen pitkäaikaista tarvetta (vähintään 4kk/vuosi kestävä toimeentulotuen asiakkuus vähintään kerran seurannan aikana) tutkittiin 18-24-vuotiailla. Tulokset osoittivat, että altistu-

neilla koulutuksen suorittamisessa oli viivettä. Heistä 37,8 % ja verrokeista 51,0 % oli suorittanut toisen asteen koulutuksen (p<0,001). Ryhmien välinen ero kuitenkin pieni (vakioitu vetosuhde AOR 0,93, 95 % LV 0,61-1,43, p>0.05), kun monimuuttuja-analysissä otettiin huomioon altistuksen, lapsen mielenterveysongelmien, äidin

riskitekijöiden ja sijoituksen vaikutus. Lopullisessa mallissa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt jäivät ainoaksi merkittäväksi selittäjäksi toisen asteen koulutuksen puuttumiselle, vahvimpana psykiatristen ja neuropsykologisten häiriöiden yhdistelmä (AOR=0,29, 95 %:n LV 0,18-0,48,  $p<0.001$ ). (54.)

Toimeentulotuen tarvetta koskevat tulokset osoittivat, että altistuneista 50,4 % ja verrokeista 17,2 % ( $p<0,001$ ) oli saanut pitkäaikaista toimeentulotukea. Ryhmien välinen ero heikkeni äitiin ja lapseen liittyvien riskitekijöiden vakioinnin jälkeen (AOR=1,33, 95 %:n LV 0,89-1,98,  $p>0,05$ ). Lopullisessa mallissa nuoren mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, toisen asteen koulutuksen puute, äidin pitkäaikaisen toimeentulotuen tarve sekä kodin ulkopuolinen sijoitus olivat yhteydessä pitkäaikaisen toimeentulotuen tarpeeseen. (55.)

#### TAPATURMAT JA MYRKYTYKSET

Puolet (50,4 %) altistuneista ja kaksi viidestä (40,6 %) verrokista oli ollut vähintään kerran sairaalahoitossa tapaturman tai myrkytyksen (S00-T98) vuoksi seurannan aikana ( $p<0,001$ ). Poliklinikkakäyntien ja sairaalapäivien määrissä ei ollut eroa. Sekä altistuneilla että verrokeilla yleisin sairaalahoidon syy oli ollut 'muu tapaturmainen vamma'. Liikenneonnettomuuksista johdettuneissa sairaalakäynneissä ei ollut eroa, mutta kaikki muut syyt mukaan lukien seksuaalinen hyväksikäyttö, olivat yleisempiä altistuneiden joukossa.

Altistuneiden ja verrokkien välinen ero sairaalakäynneissä pieneni, kun analyysissä vakioitiin lapseen ja äitiin liittyvien riskitekijöiden vaikutus (AHR=0,88, 95 %:n LV 0,72-1,07),  $p>0,05$ ). Riskitekijöiden kumulointuminen oli vahvasti yhteydessä tapaturmiin ja myrkytyksiin sekä altistuneilla että verrokeilla. Erityisen suuri riski oli niillä, jotka olivat olleet sijoitettuna ja joilla oli käytöksen ja tunteiden säätelyn ongelmia (F90-F98). (56.)

#### POHDINTA

Tutkimus osoitti, että sikiöaikana päihteille altistuneet nuoret olivat monien haasteiden edessä aikuisuuden kynnyksellä muun muassa mielenterveysongelmien ja toisen asteen tutkinnon puuttumisen tai sen suorittamisen viivästymisen vuoksi. Heikoimmassa asemassa olivat kodin ulkopuolel-

le sijoitetut nuoret, joilla oli heikoin syntymäterveys ja eniten äidin päihdeiden käyttöön liittyviä riskitekijöitä. Sikiöaikainen päihdealtistus ei yksin selittänyt kehityksen haasteita. Altistus oli yhteydessä moniin kasvuympäristön riskitekijöihin, jotka ilman altistustakin lisäsivät kehityksellisten ongelmien riskiä. Riskitekijät kumuloituivat ja kietoutuivat toisiinsa.

Sijoitus ja äidin riskitekijät olivat vahvasti yhteydessä mielenterveysongelmiin, tapaturmiin ja myrkytyksiin sekä pitkäaikaiseen toimeentulotuen käyttöön. Mielenterveysongelmissa korostui myös pienen syntymäpainon ja sukupuolen merkitys. Kasvuympäristön riskitekijät olivat erityisen vahvasti yhteydessä F90-F98-diagnoseihin, jotka sisältävät ADHD-tyyppiset keskittymiskyvyn sekä tunteiden ja käytöksen säätelyyn liittyvät häiriöt. Tämän tyyppiset häiriöt olivat puolestaan vahvasti yhteydessä tapaturmiin ja myrkytyksiin sekä viiveeseen toisen asteen koulutuksen suorittamisessa.

Tulokset ovat sopusoinnussa Alberryn ym. (33) näkemyksen kanssa, jonka mukaan varhainen syntymän jälkeinen kasvuympäristö vaikuttaa siihen, miten vakaviin käytöshäiriöihin sikiöaikainen alkoholi-altistus johtaa. Yhteys kulkee mahdollisesti epigeneettisten mekanismien kautta (33). Eläinkokeissa on havaittu, että myöskin ennen syntymää koettu stressi pahensi alkoholi-altistuksen aiheuttamia käytöshäiriöitä (57). Fisherin ym. (58) tutkimus osoitti, että kasvuympäristön riskitekijät lisäävät käytöksen säätelyongelmia nuoruusiässä samalla tavalla kuin sikiöaikainen päihdealtistus. Laaja aikuisväestössä tehty ACE-tutkimus (Adverse Childhood Experiences) osoitti, että lapsuusajana koettu kumulatiivinen stressi lisäsi ongelmia kaikilla terveyden ja hyvinvoinnin alueilla: tunne-elämä, päihdeiden käyttö, muisti, seksuaalisuus, aggressiivisuus ja somaattiset sairaudet (59).

Anda ym. (2006) toteavat, että epidemiologisten tutkimusten tulokset ovat sopusoinnussa neurobiologisesta tutkimuksesta saadun tiedon kanssa osoittaen lapsuusajan traumaattisten kokemusten haitalliset ja pitkäkestoiset vaikutukset. Lapsuusajan kaltoinkohtelu aiheuttaa haitallista stressiä, joka muuttaa aivojen rakennetta ja toimintaa sekä neurobiologista järjestelmää (23,31,59). Mackesin ym. (32) mukaan epätavallinen kasvuympäristö voi syrjäyttää geneettisen alttiuden todennäköisesti joko epigeneettisten

vaikutusten tai aivojen ohjelmoitumisen seurauksena. Periytyvyysarviot vaihtelevat suuresti tutkittavan väestön mukaan; arviot ovat alhaisemmat väestössä, jossa on epätavallisen paljon ympäristöön liittyviä riskejä (32).

#### TUTKIMUKSEN VAHUUDET

Toisin kuin aiemmissa tutkimuksissa, ADEF Helsinki -tutkimuksessa oli vertailuryhmä, joka mahdollisti vertailun kodin ulkopuolisen sijoituksen mukaan. Lisäksi pystyttiin tutkimaan useiden äitiin liittyvien riskitekijöiden yhteyksiä lapsen kehityksellisiin ongelmiin. Useimmissa aiemmissa tutkimuksissa on tarkasteltu pelkästään iän, sukupuolen, vanhempien sosioekonomisen aseman ja lapsen etnisen alkuperän vaikutuksia (60,61).

Tutkimuksen vahvuuksiin kuuluu myös ainutlaatuinen sairauskertomustietojen ja rekisteriaineistojen yhdistelmä. Tutkimusjoukko sisälsi kaikki vuosina 1992–2001 pääkaupunkiseudulla syntyneet lapset, joiden äidit olivat olleet hoidossa HAL-poliklinikalla. Sikiöaikaisesta päihdealtistuksesta oli siis varma tieto, ja koko tunnistettu kohortti oli mukana seurantatutkimuksessa. Vahvuuksia olivat myös kaltaistettu verrokki-ryhmä ja mahdollisuus seurata lasten kehitystä varhaisaikuisuuteen saakka, mikä on harvinaista tällä tutkimusalueella.

Suomessa lähes kaikki (99,7 %) raskaana olevat naiset käyttävät äitiysneuvolan palveluita, mikä mahdollistaa päihteiden käytön tunnistamisen (39). Raportointi terveyden- ja sosiaalihuollon rekistereihin on pakollista, ja niiden kattavuus, laatu ja sopivuus epidemiologisiin tutkimuksiin on hyvä (62–64). Diagnoosit ovat lääkäreiden tekemiä. Suurin osa lapsista ja nuorista on maksuttomien lapsi- ja kouluterveydenhuollon palveluiden piirissä, mikä antaa kaikille mahdollisuuden saada tarvittaessa lähete erityissairaanhoidon.

#### TUTKIMUKSEN HEIKKOUEDET

Altistuneiden kohortin osuus oli 0,4 % pääkaupunkiseudulla v. 1992–2001 syntyneistä lapsista (39), mikä viittaa siihen, että neuvoloissa oli tunnistettu vain ne äidit, joilla oli vakava päihdeongelma. Tutkimuksen tulokset eivät kerro vähäisen alkoholin tai huumeiden käytön seurauksista. HAL-poliklinikan sairauskertomustietojen perusteella arvioimme, että suurin osa lapsista oli altistunut alkoholille tai alkoholin ja huumeiden

sekäkäytölle. On kuitenkin mahdotonta saada täysin tarkkaa tietoa käytetyistä aineista, määrittä ja käytön kestosta, mikä on ongelma kaikissa päihdealtistusta koskevissa tutkimuksissa (65). Huolellisesta rekisteritietojen tarkastuksesta huolimatta emme voi myöskään olla täysin varmoja siitä, että verrokki-ryhmässä kukaan äideistä ei olisi käyttänyt mitään päihteitä raskausaikana. Tulosten perusteella emme voi päätellä syy-seuraussuhteita, vaan voimme puhua vain yhteyksistä. Syy-seuraussuhteen osoittaminen on vaikeaa, koska kielteiset ilmiöt kasaantuvat; esimerkiksi alkoholin käyttö ja tupakointi kulkevat käsi kädessä, ja alkoholin käyttö vaikuttaa usein myös syömiseen ja ravitsemustilaan (57).

Mielenterveysdiagnoosien sekä tapaturmien ja myrkytysten määrät perustuivat erikoissairaanhoidosta saatuihin tietoihin. Perusterveydenhuollon tietoja ei ollut saatavilla koko seuranta-jaksolta, joten ne jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle. Tämän vuoksi diagnoosien määrät voivat olla todellisuudessa suurempia. Rekisteritiedoista ei myöskään saada tietoa kodin ulkopuolisen sijoituksen syistä. Aiemmat tutkimukset sijoitetuista lapsista kuitenkin osoittavat, että suurin osa sijoitetuista lapsista oli kokenut väkivaltaa ja hoidon laiminlyöntiä (16,20,21,66). Rekisteritiedot osoittivat, että sairaalakäynnit seksuaalisen hyväksikäytön vuoksi olivat yleisempiä altistuneilla kuin verrokeilla (56). Yksi tutkimuksen puute on myös se, että meillä ei ollut lasten isää koskevia tietoja eikä tietoa hoidon laadusta sijoituspaikoissa.

#### TOIMENPIDE-EHDOTUKSIA

Tietoa raskaudenaikaisen päihteiden käytön vaurioista syntyvän lapsen terveydelle pitäisi levittää laajasti yhteiskunnassa. Päihdehoitoon tulisi päästää mahdollisimman helposti. Reidin ym. (67) mukaan myös hoitohenkilökunta tarvitsee lisää FASD-tietoutta, ja interventiot ja erityishoitopalvelut pitäisi integroida hoitojärjestelmään. Erityisen tärkeää on tunnistaa riskiraskaudet, seurata sikiön kehitystä ja tarjota äideille tukea päihteiden käytön lopettamiseen ja vanhemmuuteen.

Reid ym. (67) arvioivat, että FASD-lapsille ja heidän perheilleen suunnattuja erityishoitopalveluja on hyvin vähän saatavilla missään päin maailmaa. He kehittivät perhe- ja lapsilähtöisen hoitomallin, jonka perustana ovat hyväksi havaitut biologisille vanhemmille, sijaisvanhemmille, lap-

sille ja hoitojärjestelmille suunnatut interventiot. Hoitomallissa tuetaan neljää elämänapuuta: 1) perheiden taloutta ja tukiverkkoja, 2) toiveikkuutta ja myönteisyyttä, 3) perheiden asiantuntemuksen huomioon ottamista ja kunnioittamista sekä 4) lasten ja nuorten taitoja ja itsesäätelykykyä.

Kehityspsykologiasta ja aivotutkimuksesta saadun tiedon perusteella ensisijaisen tärkeää on vahvistaa perheiden ja yhteisöjen kykyä suojella lapsia kuormittavalta stressiltä. Näin edistetään aivojen tervettä kehitystä sekä hyvää psyykkistä ja somaattista terveyttä (30,41). Interventioiden tavoitteena on tukea turvallista kiintymyssuhdetta, lapsen tunteiden ja käytöksen säätelykykyä sekä stressin hallintakykyä myöhemmin elämässä (29). Traumatisoituneen lapsen hoidossa tärkeintä on jäsentynyt, ennakoitava, turvallinen ja hoivaava ympäristö (31). Alberry ym. (33) arvioivat, että suotuisa kasvu-ympäristö ja terapeuttiset interventiot voivat vaikuttaa myönteisesti päih-teille altistuneiden lasten neuropsykologiseen kehitykseen.

Shonkoffin ym. (30) mukaan fyysisen ja psyykkisen terveyden perusta luodaan varhaislapsuudessa. Terveet lapset ovat elinvoimaisen ja tuottavan yhteiskunnan perusta. Äitien ja perheiden tukeminen pitäisi aloittaa jo ennen raskautta. Kattavimmat yhteiskunnan tukitoimet tulisi kohdistaa haavoittuvassa asemassa oleviin lapsiin ja perheisiin ennen lapsen syntymää ja kolmen ensimmäisen ikävuoden aikana (41,68). Sosiaalinen ja poliittinen sitoutuminen varhaiseen hoitoon ja ennaltaehkäisyyn suojaisi yhteiskuntaa monilta ongelmilta (29,69) ja vähentäisi terveyden- ja sosiaalihuollon kustannuksia (70).

#### RAHOITTAJAT:

Folkhälsanin tutkimuskeskus, Juho Vainion säätiö, Signe ja Ane Gyllenbergin säätiö, Medicinska Understödsföreningen Liv och Hälsa, Alkoholitutkimussäätiö, Alli Paasikiven säätiö, Tampereen yliopisto

**ASIASANAT:** Sikiöaikainen päihdealtistus, kasvu-ympäristö, nuoret, kehitykselliset ongelmat

**Koponen, A. M., Nissinen, N.-M., Gissler, M., Autti-Rämö, I., Kahila, H., Sarkola, T. *Children with prenatal substance exposure on the threshold of adulthood – A summary of the results from the ADEF Helsinki-study. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2024: 61: 323–335.***

A comprehensive picture of developmental outcomes and associated environmental risks among youth with prenatal substance exposure (PSE) is scarce in Finland and other countries as well. This longitudinal register-based cohort study compared youth with PSE (n=615) and matched unexposed controls (n=1787) regarding mental health, completed secondary education, financial social support, and injuries and poisoning. The follow-up lasted from birth until the end of 2016. Hospital medical records (exposure) and register data (outcomes) were merged and analysed mainly by logistic and Cox regression analysis, and mediation analysis. This article summarizes the main results of the study.

A majority (63.9%) of exposed youth had been in out-of-home care (OHC, controls 8.2%) and the prevalence of mental and behavioural disorders was two times higher (54.6% vs. 26.4%). In addition, hospital care for injuries and poisoning, delay in secondary education completion, and financial difficulties were more common. Those with OHC, poor health at birth and many

maternal risks had the poorest outcomes. Cumulative risk factors were associated with all developmental outcomes in both groups and decreased the differences between them.

The environment was strongly associated with developmental outcomes among youth with PSE. Child and adolescent health is best promoted by identifying risk pregnancies and supporting families during the prenatal and early childhood periods.

**Key words:** Prenatal substance exposure; youth; adverse childhood experiences; developmental outcomes

#### LÄHTEET

- 1) Lemoine P, Harousseau H, Borteyru J-P, ym. Les enfants de parents alcooliques: Anomalies observées: A propos de 127 cas. [Children of alcoholic parents: Abnormalities observed in 127 cases.]. *Ouest Medical* 1968;21:476–84. doi.org/10.1097/00007691-200304000-00002

- 2) Jones K, Smith D. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *The Lancet* 1973;302(7836):999-1001. doi.org/10.1016/S0140-6736(73)91092-1
- 3) Jones K, Smith D, Ulleland C, ym. Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *The Lancet* 1973;301(7815):1267-71. doi:10.1016/s0140-6736(73)91291-9
- 4) Jones K, Smith D, Streissguth A, ym. Outcome in offspring of chronic alcoholic women. *The Lancet* 1974;303(7866):1076-8. doi.org/10.1016/S0140-6736(74)90555-8
- 5) Jones KL, Streissguth AP. Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Spectrum Disorders: A Brief History. *The Journal of Psychiatry & Law* 2010;38(4):373-382. doi.org/10.1177/009318531003800402
- 6) Riley EP, Infante MA, Warren KR. Fetal alcohol spectrum disorders: an overview. *Neuropsychol Rev* 2011;21:73-80. doi.org/10.1007/s11065-011-9166-x
- 7) Autti-Rämö I. The outcome of children exposed to alcohol in utero: A prospective follow-up study during the first three years. *Väitöskirja. Helsingin yliopisto*, 1993.
- 8) Mattson SN, Bernes GA, Doyle LR. Fetal alcohol spectrum disorders: a review of the neurobehavioral deficits associated with prenatal alcohol exposure. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2019;43(6):1046-62. doi.org/10.1111/acer.14040
- 9) Hoyme HE, Kalberg WO, Elliott AJ, ym. Updated clinical guidelines for diagnosing fetal alcohol spectrum disorders. *Pediatrics* 2016;138(2). doi.org/10.1542/peds.2015-4256
- 10) Mattson SN, Riley EP. A review of the neuro-behavioral deficits in children with fetal alcohol syndrome or prenatal exposure to alcohol. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22(2):279-297. doi.org/10.1111/j.1530-0277.1998.tb03651.x
- 11) Weyrauch D, Schwartz M, Hart B, ym. Comorbid mental disorders in fetal alcohol spectrum disorders: A systematic review. *JDBP* 2017;38(4):283-91. doi:0.1097/DBP.0000000000000440
- 12) Irner TB. Substance exposure in utero and developmental consequences in adolescence: a systematic review. *Child Neuropsychology* 2012;18(6):521-49. doi.org/10.1080/09297049.2011.628309
- 13) Lambert B, Bauer C. Developmental and behavioral consequences of prenatal cocaine exposure: a review. *J Perinatol* 2012;32(11):819-28.
- 14) Minnes S, Lang A, Singer L. Prenatal tobacco, marijuana, stimulant, and opiate exposure: outcomes and practice implications. *Addict Sci Clinl Pract* 2011;6(1):57.
- 15) Pajulo M, Savonlahti E, Sourander A, ym. Antenatal depression, substance dependency and social support. *J Affect Disord* 2001;65:9-17. doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00265-2
- 16) Koponen AM. Sikiöaikana päihteille altistuneiden lasten kasvuympäristö ja kehitys. *Kehitysvammaliiton tutkimusyksikön julkaisuja* 2006:5. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/23507/sikioaik.pdf?sequence=3>
- 17) Pei J, Denys K, Hughes J, ym. Mental health issues in fetal alcohol spectrum disorder. *J Ment Health*. 2011;20(5):473-83. doi.org/10.3109/09638237.2011.577113
- 18) Price A, Cook PA, Norgate S, ym. Prenatal alcohol exposure and traumatic childhood experiences: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* 2017;80:89-98. doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.05.018
- 19) Flannigan K, Kapasi A, Pei J, ym. Characterizing adverse childhood experiences among children and adolescents with prenatal alcohol exposure and fetal alcohol spectrum disorder. *Child Abuse & Neglect* 2021;112:104888. doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104888
- 20) Koponen AM, Kalland M, Autti-Rämö I. Caregiving environment and socio-emotional development of foster-placed FASD-children. *CYSR* 2009;31(9):1049-56. doi.org/10.1016/j.chilyouth.2009.05.006
- 21) Koponen AM, Kalland M, Autti-Rämö I, Laamanen R, Suominen S. Socio-emotional development of children with foetal alcohol spectrum disorders in long-term foster family care: A qualitative study. *NSWR* 2013;3(1):38-58. doi.org/10.1080/2156857X.2013.766234
- 22) Sarkola T, Kahila H, Gissler M, Halmesmäki E. Risk factors for out-of-home custody child care among families with alcohol and substance abuse problems. *Acta Paediatrica* 2007;96(11):1571-6. doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00474.x
- 23) Glaser D. Child abuse and neglect and the brain—a review. *J Child Psychol Psychiatry and allied disciplines* 2000;41(1):97-116. doi.org/10.1017/S0021963099004990
- 24) Hart H, Rubia K. Neuroimaging of child abuse: a critical review. *Front Hum Neurosci* 2012;6(52). doi.org/10.3389/fnhum.2012.00052
- 25) Miguel PM, Pereira LO, Silveira PP, ym. Early environmental influences on the development of children's brain structure and function. *DMCN* 2019;61(10):1127-33. doi.org/10.1111/dmcn.14182
- 26) Schore AN. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *IMHJ* 2001;22(1-2):7-66. doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1%3C7::AID-IMHJ2%3E3.0.CO;2-N
- 27) Schore AN. *Affect dysregulation and disorders of the self (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*: WW Norton & Company; 2003.
- 28) Siegel, DJ. Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, "mindsight", and neural integration. *IMHJ* 2001;22(1-2):67-94. doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1%3C67::AID-IMHJ3%3E3.0.CO;2-G
- 29) Schore AN. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *IMHJ*

- 2001;22(1-2):201-69. doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1%3C201::AID-IMHJ8%3E3.0.CO;2-9
- 30) Shonkoff JP, Garner AS, ym. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics* 2012;129(1):e232-e46. doi.org/10.1542/peds.2011-2663
  - 31) Perry BD, Pollard RA, Blakley TL, ym. Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: How “states” become “traits”. *Infant mental health journal* 1995;16(4):271–91. doi.org/10.1002/1097-0355(199524)16:4%3C271::AID-IMHJ2280160404%3E3.0.CO;2-B
  - 32) Mackes NK, Golm D, Sarkar S, ym. Early childhood deprivation is associated with alterations in adult brain structure despite subsequent environmental enrichment. *PNAS* 2020;117(1):641–9. doi.org/10.1073/pnas.1911264116
  - 33) Alberry B, Laufer BI, Chater-Diehl E, ym. Epigenetic impacts of early life stress in fetal alcohol spectrum disorders shape the neurodevelopmental continuum. *Front Mol Neurosci* 2021;101. doi.org/10.3389/fnmol.2021.671891
  - 34) Kambeitz C, Klug MG, Greenmyer J, ym. Association of adverse childhood experiences and neurodevelopmental disorders in people with fetal alcohol spectrum disorders (FASD) and non-FASD controls. *BMC Pediatrics* 2019;19(1):1–9. doi.org/10.1186/s12887-019-1878-8
  - 35) Fagerlund Å, Autti-Rämö I, Hoyme HE, ym. Risk factors for behavioural problems in foetal alcohol spectrum disorders. *Acta Paediatrica* 2011;100(11):1481–8. doi.org/10.1111/j.1651-2227.2011.02354.x
  - 36) Rangmar J, Hjern A, Vinnerljung B, ym. Psychosocial outcomes of fetal alcohol syndrome in adulthood. *Pediatrics* 2015;135(1):e52-e58. doi.org/10.1542/peds.2014-1915
  - 37) Streissguth AP, Barr HM, Kogan J, ym. Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with fetal alcohol syndrome (FAS) and fetal alcohol effects (FAE). Final report. Washington: University of Washington School of Medicine; 1996.
  - 38) Streissguth AP, Bookstein FL, Barr HM, ym. Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. *JDBP* 2004;25(4):228–38. doi.org/10.1097/00004703-200408000-00002
  - 39) Kahila H, Gissler M, Sarkola T, ym. Maternal welfare, morbidity and mortality 6–15 years after a pregnancy complicated by alcohol and substance abuse: A register-based case-control follow-up study of 524 women. *Drug Alcohol Depend* 2010;111(3):215–21. doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.04.014
  - 40) Koponen AM, Nissinen N-M, Gissler M, ym. Cohort profile: ADEF Helsinki—a longitudinal register-based study on exposure to alcohol and drugs during foetal life. *NAD* 2020;37(1):32-42. doi.org/10.1177/1455072519885719
  - 41) Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA* 2009;301(21):2252–9. doi:10.1001/jama.2009.754
  - 42) van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Duschinsky R, ym. Institutionalisation and deinstitutionalisation of children 1: A systematic and integrative review of evidence regarding effects on development. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(8):703–20. doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30399-2
  - 43) Wyper K, Pei J. Neurocognitive difficulties underlying high risk and criminal behaviour in FASD: Clinical implications. *Fetal Alcohol Spectrum Disorders in Adults: Ethical and Legal Perspectives: An Overview on FASD for Professionals*: Springer; 2015. p. 101–20.
  - 44) Raitasalo K, Holmila M. Parental substance abuse and risks to children’s safety, health, and psychological development. *Drugs Educ Prev Policy* 2017;24(1):17–22. doi.org/10.1080/09687637.2016.1232371
  - 45) Raitasalo K, Holmila M, Autti-Rämö I, ym. Hospitalisations and out-of-home placements of children of substance-abusing mothers: A register-based cohort study. *Drug Alcohol Rev* 2015;34(1):38–45. doi.org/10.1111/dar.12121
  - 46) Dalsgaard S, Østergaard SD, Leckman JF, ym. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *The Lancet* 2015;385(9983):2190–6. doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61684-6
  - 47) Korpilahti U, Kolehmainen L. Kansallisen lasten ja nuorten tapaturmien ehkäisyn ohjelman väliarviointi. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. THL. Työpäpöri 40/2016. Helsinki. Luettu 20.4.2023. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-771-8>
  - 48) Vincenten J. The Stockholm Manifesto. Creating a safe environment for children in Europe. *ICSP* 2005;12(2):123–7. doi.org/10.1080/17457300500089921
  - 49) WHO. World Health Organization. Adolescent and young adult health. Luettu 20.4.2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
  - 50) Koponen AM, Nissinen N-M, Gissler M, ym. Prenatal substance exposure, adverse childhood experiences and diagnosed mental and behavioral disorders—A longitudinal register-based matched cohort study in Finland. *SSM-Population Health* 2020;11:100625. doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100625
  - 51) Koponen AM, Nissinen N-M, Gissler M, ym. Adverse childhood experiences and neurodevelopmental disorders among youth with and without prenatal substance exposure: A longitudinal matched register-based cohort study. *NAD* 2023;40(2):176–98. doi.org/10.1177/14550725221110190
  - 52) Nissinen N-M, Sarkola T, Autti-Rämö I, ym. Mood and neurotic disorders among youth with prenatal substance exposure: A longitudinal



- register-based cohort study. *J Affect Disord* 2022;308:328–36.  
doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.039
- 53) Koponen AM, Nissinen N-M, Gissler M, ym. Out-of-home care and diagnosed mental and behavioral disorders among youth with and without prenatal substance exposure—A longitudinal register-based cohort study. *CYSR* 2022;143:106683.  
doi.org/10.1016/j.chilyouth.2022.106683
- 54) Nissinen N-M, Gissler M, Sarkola T, ym. Completed secondary education among youth with prenatal substance exposure: A longitudinal register-based matched cohort study. *J Adolescence* 2021;86:15–27.  
doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.11.006
- 55) Nissinen N-M, Rangmar J, Autti-Rämö I, ym. Financial difficulties among youth prenatally exposed to substances: a longitudinal register-based cohort study. *Drugs Educ Prev Policy* 2023;1–10.  
doi.org/10.1080/09687637.2023.2176285
- 56) Koponen AM, Gissler M, Nissinen N-M, Autti-Rämö I, Kahila H, Sarkola T. Cumulative risk factors for injuries and poisoning requiring hospital care in youth with prenatal substance exposure – A longitudinal controlled cohort study. *NAD* 2023.  
doi.org/10.1177/14550725231202074
- 57) Schneider ML, Moore CF, Adkins MM. The effects of prenatal alcohol exposure on behavior: rodent and primate studies. *Neuropsychol Rev* 2011;21(2):186–203.  
doi.org/10.1007%2F11065-011-9168-8
- 58) Fisher PA, Lester BM, DeGarmo DS, ym. The combined effects of prenatal drug exposure and early adversity on neurobehavioral disinhibition in childhood and adolescence. *Dev Psychopathol* 2011;23(3):777–88.  
doi.org/10.1017/S0954579411000290
- 59) Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, ym. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Euro Arch of Psych and Clin Neurosci* 2006; 256:174–86.  
doi 10.1007/s00406-005-0624-4
- 60) Fryer SL, McGee CL, Matt GE, ym. Evaluation of psychopathological conditions in children with heavy prenatal alcohol exposure. *Pediatrics* 2007;119(3):e733–e41.  
doi.org/10.1542/peds.2006-1606
- 61) Mattson SN, Roebuck TM. Acquisition and retention of verbal and nonverbal information in children with heavy prenatal alcohol exposure. *Alcohol: Clin Exp Res* 2002;26(6):875–82.  
doi.org/10.1111/j.1530-0277.2002.tb02617.x
- 62) Aro S, Koskinen R, Keskimäki I. Reliability of hospital discharge data concerning diagnosis, treatments, and accidents. *Duodecim. Lääketieteellinen Aikakauskirja* 1990;106(21):1443–1450.
- 63) Gissler M, Haukka J. Finnish health and social welfare registers in epidemiological research. *Norsk Epidemiologi*, 2004;14:113–120.
- 64) Sund R. Quality of the Finnish Hospital Discharge Register: A systematic review. *SJPH* 2012;40(6):505–515.  
doi.org/10.1177/1403494812456637
- 65) Behnke M, Smith VC, MD Committee on Substance Abuse, Committee on Fetus and Newborn. Prenatal substance abuse: short-and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics* 2013;131(3):e1009–e24.  
doi:10.1542/peds.2012-3931
- 66) Kalland M, Sinkkonen J. Finnish children in foster care: Evaluating the breakdown of long-term placements. *Child Welfare* 2001;513–27.
- 67) Reid N, Crawford A, Petrenko C, ym. A Family-Directed Approach for Supporting Individuals with Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Curr Dev Disord Rep* 2022;9(10):1–10.  
doi.org/10.1007/s40474-021-00241-1
- 68) Shonkoff JP. Capitalizing on advances in science to reduce the health consequences of early childhood adversity. *JAMA Pediatrics* 2016;170(10):1003–7.  
doi:10.1001/jamapediatrics.2016.1559
- 69) Autti-Rämö, I. Alkoholin aiheuttamien sikiövaurioiden ja niiden seurauksien ehkäisy. *Duodecim*, 2022;138:1796–805.
- 70) Jolma LM, Koivu-Jolma M, Sarajuuri A, ym. Children with FASD—Evolving Patterns of Developmental Problems and Intervention Costs in Ages 0 through 16 in Finland. *Children* 2023;10(5):788.  
doi.org/10.3390/children10050788

ANNE M. KOPONEN

*VTT, sosiaalipsykologian dosentti  
Folkhälsanin tutkimuskeskus  
Helsingin yliopisto  
Kansanterveyslaitoksen osasto*

NIINA-MARIA NISSINEN

*FT  
Tampereen yliopisto*

MIKA GISSLER

*FT, VTM, tutkimusprofessori  
Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos  
Karolinen Instituutti*

ILONA AUTTI-RÄMÖ

*LKT  
Helsingin yliopisto  
Lääketieteellinen tiedekunta*

HANNA KAHILA

*LT, el  
HUS  
Naistentaudit ja synnytykset  
Helsingin yliopisto  
Lääketieteellinen tiedekunta*

TAISTO SARKOLA

*LT, lastentautiopin dosentti  
HUS  
Uusi lastensairaala  
Helsingin yliopisto  
Lääketieteellinen tiedekunta ja  
Lääketieteellinen tutkimuslaitos Minerva*

# Affektiivinen ergonomia osana aivoterveellistä työtä

## JOHDANTO

Työn psykososiaalinen kuormitus ja siihen liittyen työn tunnekuormitus on noussut työelämäkeskustelun keskiöön. Tämä kuormitus näkyy myös tilastoissa, sillä työikäisten mielenterveyshäiriöt ovat lisääntyneet ja ovat merkittävä syy eri pituisiin sairauspoissaoloihin ja edelleen työkyvyttömyyseläkkeisiin. Työkyvyttömyyseläkkeet ovat aina inhimillisellä tasolla henkilökohtaisia menetyksiä ja myös merkittävä kustannus työnantajalle. Aivojen ja mielen terveys on erottamaton kokonaisuus (1) ja aivoterveyttä tukemalla voidaan vaikuttaa työhyvinvointiin sekä työkykyyn monella tavalla (2).

Uudistunut työturvallisuuslaki (3) edellyttää psykososiaalisten kuormitustekijöiden arviointia ja niihin puuttumista entistä tehokkaammin, samoin kuin yksilöllisen työkyvyn huomioimisen merkitystä. Psykososiaalisesta näkökulmasta työympäristön tunnekuormituksen ja sen johtamisen, samoin kuin työn eettisen kuormituksen ja eettisen stressin merkitys työkyvylle on tunnistettu (4). Aivot ovat herkkä järjestelmä sosiaalisille signaaleille, minkä takia organisaation vuorovaikutus- ja tunneympäristö sekä eettiset tekijät synnyttävät aivojen hyvinvoinnin kannalta merkittäviä suojaavia tekijöitä ja riskitekijöitä (5).

Kestävä aivoterveys -hankkeessa (6) on nostettu keskiöön tässä artikkelissa tarkasteltava affektiivisen ergonomian käsite. Affektiivinen ergonomia -käsite nojaa vahvasti aivojen tunneverkostojen ymmärrykseen ja huomiointiin työn tekemisen tavoissa. Se syventää ja suuntaa psykososiaalista kuormitusta myös myönteisellä tavalla työn vuorovaikutus- ja tunneympäristöön sekä eettisiin tekijöihin ja keskittyy työolosuhteiden muokkaamiseen niin, että nämä osaltaan mahdollistavat sujuvan, turvallisen ja terveellisen työn. Suomen Ergonomiayhdistyksen (7) käyttämän määritelmän mukaan ”ergonomia tarkastelee tieteenalana ihmisen ja toimintajärjestelmän muiden osien vuorovaikutuksia ja soveltaa am-

mattialana ergonomian teoreettisia periaatteita, tietoja ja menetelmiä ihmisen hyvinvoinnin ja toimintajärjestelmän tehokkuuden optimoimiseksi”. Tunnetusti ergonomia jaotellaan fyysiseen, kognitiiviseen ja organisatoriseen ergonomiaan (7). Tähän mennessä vähän tunnetun affektiivisen ergonomian käsitteen määrittelyä on hankkeessa toteutettu moniammatillisesti, ymmärtäen tunteiden, aivojen tunneverkostojen, vuorovaikutuksen, eettisen kuormituksen ja eettisen organisaatiokulttuurin merkityksen osana ergonomiaa. Näiden affektiivisen ergonomian tekijöiden tunnistaminen, huomiointi ja kehittäminen työssä ovat keinoja suojata aivoja ylikuormitukselta ja myös ehkäistä työkyvyttömyyttä aiheuttavaa työuupumusta.

## AFFEKTIIVISEN ERGONOMIAN LÄHESTYMISTAVAN MONIALAINEN KEHITTÄMINEN KESTÄVÄ AIVOTERVEYS –HANKKEESSA

Affektiivisen ergonomian käsite nojautuu jo lähtökohtaisesti monitieteiseen näkemykseen. Affektiivinen neurotiede tuo ilmiöön lääketieteellisen aivoterveystutkimuksen näkökulman. Affektiivinen neurotiede on tutkinut tunnepitoisen uhan merkitystä aivojen toiminnalle ja tutkimuksissa on huomattu sen merkitys aivojen kuormittumiselle. Tunnekuormitus on osa monitekijäistä tapahtumasarjaa, joka heikentää sekä työn tuloksellisuutta että työntekijän hyvinvointia ja pahimmillaan johtaa työuupumukseen. Työuupumus ja masennus linkittyvät vahvasti toisiinsa ja molemmissa aivojen toiminnanohjaustoiminnot muuttuvat (8, 9). Toiminnanohjausta tarvitaan työelämässä ja sillä on vaikutusta myös terveyskäyttäytymiseen (10). Kuormituksen lisääntyminen heikentää toiminnanohjausta, millä on heijastevaikutuksia sekä työelämään että yleiseen terveyteen ja hyvinvointiin. Affektiivinen neurotiede on kiinnittänyt huomiota tunnepitoisen informaation kykyyn kaapata tehokkaasti aivojen tarkkaavuusvoimavarat (11).

Ihmisen erityispiirteitä myöskin sosiaalinen uhka, esimerkiksi liittyen oman yhteisön ulkopuolelle joutumiseen, voi laukaista vastaavanlaisen stressireaktion kuin aikanaan henkeä uhkaava vaara. Vaikka itse stressireaktio on tarkoituksenmukainen, pitkittyessään sillä on monia haitallisia terveysvaikutuksia. Uhan tehokkaan havainnoinnin tueksi aivojen automaattiset tarkkaavuusverkot ohjaavat nopeasti tarkkaavuuden uhkasignaaliin riippumatta käynnissä olevasta tehtävästä. Negatiivinen tunneinformaatio, erityisesti uhkaan liittyvä, on priorisoitu aivojen tarkkaavuusverkostoissa (11, 12). Kun aivojen tarkkaavuusvoimavarat kohdennetaan merkitykselliseen uhkasignaaliin käynnissä olevan tehtävän kannalta merkityksellisen informaation sijaan, tehtävästä suoriutuminen heikkenee (12, 13). Uhkaan liittyvä informaatio voi vaikuttaa häiritsevästi myös muihin aivojen tiedonkäsittelytoimintoihin kuin tarkkaavuuteen. Uhan on havaittu vaikuttavan tarkkaavuuden kaventumiseen kokonaisuuksista yksityiskohtiin (14) ja toisaalta uhka voi lisätä impulsiivista reagoitua (15). Tämä neurotieteellinen näkökulma avaa uutta ymmärrystä sille, kuinka uhan ja pelon kokemus vaikuttaa työstä suoriutumiseen sekä tunteen että kognition tasolla.

Hankkeessa muodostettiin asiantuntijakonsensus affektiivisen ergonomian käsitteen sisällöstä. Käsitteen sisällön kehittämiseen on osallistunut moniammatillinen ja monitieteinen työryhmä, sisältäen affektiivisen neurotieteen, psykologian, työterveyshuollon, työhyvinvoinnin, johtamisen sekä työyhteisöjen kehittämisen osaamista. Käsitteen määrittelyprosessin aluksi toteutettiin tietokantahakuja useisiin tietokantoihin (Cinahl, Emerald, Ebsco, Google Scholar, Medic, PubMed) eri hakusanoilla, kuten affektiivinen ergonomia, tunteet, työn eettisyys, tunnekuormitus, työkuormitus ja vuorovaikutusilmiö. Tiedonhaun perusteella todettiin, että affektiivista ergonomiaa on käsitelty hyvin vähän ja se rajautuu pääasiassa ihmisen ja koneen vuorovaikutuksen, teknologian suunnittelun ja käyttäjäkokemuksen tutkimukseen (16). Haun pohjalta havaittiin myös, ettei affektiivisesta ergonomiasta itsenäisenä käsitteenä ole selkeitä määrittelyjä, eikä sitä ole sovellettu laajemman työelämäkontekstin tarkastelussa, vaikka monitieteisesti arvioituna ilmiön ymmärrykselle nähtiin tarvetta.

Hankkeen aikana kerättiin käsitteen määrittelyn pohjaksi myös erilaisia tutkimusaineistoja, kuten hankkeen alku- ja loppukyselyt. Kyselyssä tähän aihepiiriin liittyen oli sekä määrällisiä että laadullisia kysymyksiä tunnekuormituksesta ja eettisestä kuormituksesta, hyödyntäen myös aikaisempia mittareita, kuten omantunnon stressikysely (17, 18) ja psykologisen turvallisuuden mittari (19). Säännöllisissä moniammatillisen ja monitieteisen hankeryhmän asiantuntijatyöpajoissa muodostettiin koko hankkeen ajan konsensusta käsitteen sisällöstä. Lisäksi hyödynnettiin myös aihealueen muita keskeisiä asiantuntijoita, jotka toivat omaa näkemystään aiheeseen kansallisessa webinaarissa (20). Käsitteen määrittelyprosessissa hyödynnettiin myös työelämäkumppaneiden kanssa toteutettujen työpajojen antia opetus-, hoiva- ja ICT-aloilta. Prosessin lopputuloksena tuotettiin ymmärrys affektiivisesta ergonomiasta, joka sisältää työhön liittyvän eettisen kuormituksen ja organisaatiokulttuurin sekä vuorovaikutus- ja tunneympäristön teemat.

Työn eettinen kuormitus ja eettinen organisaatiokulttuuri kuvaavat työn eettistä ympäristöä. Eettisen kuormituksen osalta on olennaista ymmärtää, että eettiset kuormitustekijät ovat työkykyriski (4). Hankkeen tulosten perusteella todettiin, että eettistä kuormitusta ja omantunnon stressiä koetaan eri tavoin hoito-, opetus- ja ICT-alalla. Hanke nosti vahvasti esille eettisen organisaatiokulttuurin (21) ja yhteisen, eettisesti kestävä toimintatavan merkityksellisuuden affektiivisen ergonomian osatekijänä. Tähän sisältyy myös oikeudenmukainen johtaminen terveys- ja työhyvinvointivaikutuksineen (22). Vuorovaikutus- ja tunneympäristön osalta korostui myötätunnon ja myös myötäinnon käsite (23, 24, 25). Tähän affektiivisen ergonomian osatekijään liittyy vahvasti ymmärrys jo sinänsä hyvin tunnetusta psykologisesta turvallisuudesta (20).

## **AFFEKTIIVINEN ERGONOMIA MUUTTUVASSA DIGITALISOITUVASSA TYÖELÄMÄSSÄ**

Affektiivisen ergonomian kehittäminen on tärkeää työelämän muutosten aiheuttaman tunnekuormituksen vähentämiseksi. Esimerkiksi työn digitalisoitumiseen liittyy merkittäviä kuormitustekijöitä, joita on aiemmin lähestytty pääasiassa kognitiivisen ergonomian näkökulmasta, joskin affektiivinen näkökulma (16, 26) on viime vuosi-

na kasvattanut jalansijaa. Tutkimuksessa on alettu kiinnittää huomiota teknologiaan liittyvään tunnekuormitukseen, kuten epävarmuuden ja turvattomuuden kokemuksiin sekä niiden vaikutuksiin yksilöiden, yhteisöjen ja jopa yhteiskuntien tasolla (16). Myös teknostressitutkimus on pyrkinyt osaltaan pureutumaan teknologiaan liittyvään tunnekuormitukseen tarkastelemalla kuormitustekijöitä ja niiden seurauksia työssä (27, 28, 29), mutta työpaikoilla työn digitalisoinnin aiheuttaman tunnekuormituksen huomiointi on vielä vähäistä.

Teknologiaan liittyvä tunnekuormitus liittyy myös laitteiden ja ohjelmiston yhteisöllisiin käyttö- ja toimintatapoihin. Digitaalisissa työympäristöissä tunnekuormitusta voi aiheuttaa esimerkiksi konevälitteisen vuorovaikutuksen sävy ja laatu (30, 31, 32), joka voi pahimmillaan täyttää verkkokiusaamisen tunnusmerkit (33). Affektiivisen ergonomian näkökulmasta on tärkeä huomioida myös työn digitalisoinnin eettiset kysymykset, joiden kompleksisuus entisestään kasvaa tekoälykehityksen myötä (26). Esimerkiksi kielimallien käytön yleistymiseen liittyy affektiivisia tekijöitä, joita emme osaa vielä kokonaisuudessaan edes hahmottaa. Työpaikoilla olisikin tärkeää tunnistaa ja tunnustaa työn muutoksia, kuten teknologian kehitykseen liittyvää moninaista affektiivista kuormitusta ja sen vaikutuksia työhyvinvointiin ja työn sujuvuuteen. Esimerkiksi digitaalisia työympäristöjä ja niihin liittyviä työyhteisön toimintatapoja tulisi tarkastella kognitiivisen ergonomian lisäksi myös affektiivisen ergonomian näkökulmasta.

## AFFEKTIIVINEN ERGONOMIA KÄYTÄNTÖÖN

Työn psykososiaalisen kuormituksen ja kognitiivisen ergonomian arviointiin on viime vuosina kehitetty erilaisia arviointimenetelmiä kuten Työn psykososiaalisen kuormitustekijät -kysely (34) ja kognitiivisen ergonomian tarkistuslista (35). Kestävä aivoterveys –hankkeessa on kehitetty ja opettajilla pilotoitu affektiivisen ergonomian tarkistuslista, jonka avulla on mahdollista tarkastella työn vuorovaikutus- ja tunneympäristöä, työn eettistä kuormitusta ja eettistä organisaatiokulttuuria (36). Tarkistuslista jakautuu näihin kolmeen osa-alueeseen ja sisältää aihetta koskevia väittämiä. Se mahdollistaa näiden tekijöiden tunnistamisen, arvioinnin sekä yhteisen keskus-

telun affektiivisen ergonomian kehittämiseksi organisaatioissa. Tarkistuslistaa voi hyödyntää yksilötasolla esimerkiksi kehityskeskusteluissa tai se voi toimia esihenkilön työkaluna. Sitä voi käyttää myös työyhteisön kehittämistoiminnassa organisaation eri tasoilla. Lisäksi työterveyshuolto voi hyödyntää tarkistuslistaa työpaikkaselvityksessä psykososiaalisten tekijöiden arvioinnin apuvälineenä.

Hankkeen tulosten perusteella voidaan todeta, että affektiivinen ergonomia tuo uuden sisällöllisen ulottuvuuden työn psykososiaalisten tekijöiden tarkasteluun painottaessaan työnvuorovaikutus- ja tunne- ympäristön sekä eettisten kysymysten merkityksellisyyttä työhyvinvoinnille ja työkyvyille. Hankkeen kautta affektiivisen ergonomian käsite konkretisoitui aivoterveystieteen edistämisen työvälineeksi, jonka huomiointi työpaikoilla voi auttaa vähentämään mielen ja aivojen kuormitusta tämän päivän ja tulevaisuuden työelämässä.

## LÄHTEET

- (1) Konsensus 2020: Aivot ja mieli – terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Lääkärisseura Duodecim ja Suomen Akatemian konsensuslausuma. Duodecim; 2020. <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2020/03/Konsensuslausuma-1.7.pdf>
- (2) Hartikainen K, Pihlaja M, Räisänen S, ym. Työuupumus – onko aivot unohtettu? Sosiaalilääketieteen aikakauslehti 2021;58:89–94.
- (3) Työturvallisuuslaki 2002/738. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>
- (4) Simelius S, Turunen R, Herttälampi M, ym. Omantunnon stressi hyvinvoinnin riskitekijänä terveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2022;59:392–408.
- (5) Susipolku R. Miksi organisaatioissa pitää puhua aivoterveystietä? TAMK Journal; 2023. Luettu 20.11.2023. <https://sites.tuni.fi/tamk-julkaisut/tamkjournal/miksi-organisaatioissa-pitaa-puhua-aivoterveystietä-riikkaelina-susipolku/>
- (6) Kestävä aivoterveys -hanke 2023. Luettu 20.11.2023. <https://projects.tuni.fi/kestavaaivoterveys/>
- (7) Suomen Ergonomiayhdistys ry 2023. Luettu 20.11.2023. <https://www.ergonomiayhdistys.fi/ergonomia/mita-ergonomia-on/>
- (8) Pihlaja M, Tuominen P, Peräkylä J, ym. Occupational Burnout Is Linked with Inefficient Executive Functioning, Elevated Average Heart Rate, and Decreased Physical Activity in Daily Life – Initial Evidence from Teaching Professionals. Brain Sciences 2022;12:1723.

- (9) Pihlaja M, Peräkylä J, Erkkilä EH, ym. Altered neural processes underlying executive function in occupational burnout – Basis for a novel EEG biomarker. *Frontiers in Human Neuroscience* 2023;17. doi: 10.3389/fnhum.2023.1194714
- (10) Hartikainen K, Pihlaja M, Kolonen M. Aivojen hyvinvointi ja toiminnanohjaus työelämässä. *Työterveyslääkäri* 2021;39:58–60.
- (11) Hartikainen KM. Emotion-Attention Interaction in the Right Hemisphere. *Brain Science* 2021;11:1006. <https://doi.org/10.3390/brainsci11081006>
- (12) Hartikainen KM, Ogawa KH, Knight RT. Transient interference of right hemispheric function due to automatic emotional processing. *Neuropsychologia* 2000;38:1576–1580.
- (13) Hartikainen KM, Ogawa KH, Soltani M, ym. Emotionally arousing stimuli compete for attention with left hemispace. *NeuroReport* 2007;18:1929–1933.
- (14) Hartikainen KM, Ogawa KH, Knight RT. Trees over forest: unpleasant stimuli compete for attention with global features. *NeuroReport* 2010;21:344–348.
- (15) Hartikainen KM, Siiskonen AR, Ogawa KH. Threat interferes with response inhibition. *NeuroReport* 2012;23:447–450.
- (16) Saariluoma P, Canas JJ, Leikas J. *Designing for Life. A Human Perspective on Technology Development*. London, Palgrave Macmillan; 2016.
- (17) Glasberg AL, Eriksson S, Dahlqvist V, ym. Development and initial validation of the stress of conscience questionnaire. *Nursing Ethics* 2006;13:633–648. <https://doi.org/10.1177/0969733006069698>
- (18) Heikkilä M, Huhtala M, Mauno S, ym. Intensified job demands, stress of conscience and nurses' experiences during organizational change. *Nursing Ethics* 2021;29:217–230. <https://doi.org/10.1177/096973302111006831>
- (19) Edmondson A. Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Administrative Science Quarterly* 1999;44:350–383. <https://doi.org/10.2307/2666999>
- (20) Affektiivinen ergonomia – avain aivoterveysteen webinaari 15.11.2022. Luettu 20.11.2023. <https://projects.tuni.fi/kestavaaivoterveys/videot/>
- (21) Huhtala M. Virtues that work: Ethical organisational culture as a context for occupational well-being and personal work goals. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto; 2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-5360-7>
- (22) Elovainio M, Virtanen M. Oikeudenmukainen johtaminen työpaikalla. Julkaisussa Häyry M, Ahola-Launonen J, Takala T (toim.) *Oikeudenmukaisuuden ongelma*. Gaudeamus, Helsinki; 2018, 183–196.
- (23) Paakkanen M, Martela F, Pessi AB. Responding to positive emotions at work – the four steps and potential benefits of a validating response to coworkers' positive experiences. *Frontiers in Psychology* 2021; 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.668160>
- (24) Pessi AB, Seppänen AM, Spännäri J, ym. Creating a novel concept to promote re-enchancement at work. *Business Research Quarterly* 2022;25:82–97. <https://doi.org/10.1177/23409444211058179>
- (25) Paakkanen M. Empatian voima työssä. Helsinki, WSOY; 2022.
- (26) Rousi R, Leikas J, Saariluoma P. *Emotions in Technology Design: From Experience to Ethics*. Cham, Springer; 2020. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-53483-7>
- (27) Tarafdar M, Tu Q, Ragu-Nathan BS, ym. The impact of technostress on role stress and productivity. *Journal of Management Information Systems* 2007;24:301–328. <https://doi.org/10.2753/MIS0742-1222240109>
- (28) Wang K, Shu Q, Tu Q. Technostress under different organizational environments: An empirical investigation. *Computers in Human Behavior* 2008;24:3002–3013. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2008.05.007>
- (29) Sarabadani J, Compeau D, Carter, M. An investigation of IT users' emotional responses to technostress creators. *Proceedings of the 53rd Hawaii International Conference on System Sciences*; 2020. <https://hdl.handle.net/10125/64490>
- (30) Day A, Scott N, Kelloway EK. Information and communication technology: implications for job stress and employee well-being. In Perrewé PL, Ganster DC (edit.) *New Developments in Theoretical and Conceptual Approaches to Job Stress* 2010;317–350. [https://doi.org/10.1108/s1479-3555\(2010\)0000008011](https://doi.org/10.1108/s1479-3555(2010)0000008011)
- (31) Brown R, Duck J, Jimmieson N. E-mail in the workplace: the role of stress appraisals and normative response pressure in the relationship between e-mail stressors and employee strain. *International Journal of Stress Management* 2014;21:325–347. <https://doi.org/10.1037/a0037464>
- (32) Bordi L, Okkonen J, Mäkinieni JP, ym. Communication in the digital work environment: Implications for wellbeing at work. *Nordic Journal of Working Life Studies* 2018;8:29–48. <https://doi.org/10.18291/njwls.v8iS3.105275>
- (33) Farley S, Coyne I, D'Cruz, P. Cyberbullying at Work: Understanding the Influence of Technology. In: D'Cruz P, Noronha E, Notelaers G, Rayner C (edit.) *Concepts, Approaches and Methods. Handbooks of Workplace Bullying, Emotional Abuse and Harassment*. Singapore, Springer; 2021. [https://doi.org/10.1007/978-981-13-0134-6\\_8](https://doi.org/10.1007/978-981-13-0134-6_8)
- (34) Työsuojeluhallinto 2023. Luettu 20.11.2023. <https://www.tyosuojelu.fi/tyosuojelu-tyopaikalla/tyoolosuhdemittarit/tyon-psykososiaaliset-kuormitustekijat-kysely>

- (35) Paajanen T, Kalakoski V. Mitä työterveyslääkärin tulisi tietää kognitiivisesta ergonomiasta? *Työterveyslääkäri* 2017;35:16–21.
- (36) Pääatalo K, Susipolku R, Saarnio R. Tarkistuslista työpaikan affektiivisen ergonomian arviointiin, *Oamk Journal*; 2023. <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe20230822100772>

KATI PÄÄTALO  
*TtT, yliopettaja*  
*Oulun ammattikorkeakoulu*

KAISA HARTIKAINEN  
*neurologian erikoislääkäri, dosentti*  
*Tampereen Yliopisto*  
*PIRHA*

RIIKKAELINA SUSIPOLKU  
*työterveyspsykologi, lehtori*  
*Pirte*  
*Tampereen ammattikorkeakoulu Oy*

LAURA BORDI  
*FM, tutkija*  
*Johtamisen ja talouden tiedekunta*  
*Tampereen yliopisto*

MIRVA KOLONEN  
*TtM, lehtori*  
*Tampereen ammattikorkeakoulu Oy*

# Kokemuksia tohtorikoulutusjärjestelmästä — Väestö, terveys ja elinolot -ohjelma 30 vuotta

## TUTKIJAKOULUTUS ENNEN TUTKIJAKOULUJA

Tohtorin tutkintoon tähtäävä järjestelmällinen tutkijakoulutus on suomalaisissa yliopistoissa myöhästyynen ilmiö. Sekä tohtorikoulutusjärjestelmä että tuki tohtoriopinnoille puuttuivat pitkään käytännöllisesti katsoen kokonaan. Tutkijakoulutuksen kehittäminen oli 1960-luvulle – ja vielä sen jälkeenkin – yliopistojen ja niiden laitosten aloitteellisuuden varassa. Tohtorien määrä kasvoi hitaasti ja Suomi säilyi jälkijättöisenä maana tutkimuksessa ja tutkijakoulutuksessa pitkälle 1970-luvulle saakka (1, s. 82–84).

Perinteisessä tutkijakoulutuksessa, josta meidänkin on kokemusta, jatko-opiskelijan ohjaus riippui ennen muuta yksittäisten professorien aktiivisuudesta. Valintamenettelyt jatko-opintoihin olivat epämääräiset ja läpinäkymättömät. Jatko-opinnot rajoituivat tavallisesti muutaman viikon välein kokoontuvaan oppiaineen lisensiaattiseminaariin, johon saattoi kuulua kymmeniä, jopa satoja jatko-opiskelijoita. Seminaarissa pidettiin opiskelijoiden esityksiä ja tarkastettiin lisensiaatin tutkielmia. Maisterin tutkinnon jatkoksi oli tehtävä sivulaudatur-opinnot, kurssit, tentit ja hieman pro gradua kevyempi tutkielma sekä lisensiaatin tentit ja lisensiaatin tutkielma.

Väitöskirjantekijöiden ohjaus oli heikkoa tai sitä ei ollut lainkaan (2, s. 36). Professoreilla saattoi olla ohjauksessaan kymmeniä väitöskirjaa tekeviä jatko-opiskelijoita. Paras tilanne oli professorien assistenteilla ja laitoksiin sijoituneilla hankkeiden tutkijoilla. Monella ohjaus jäi pelkäksi muodollisuudeksi. Perinteisessä mallissa väitöskirjoja syntyi ”ohjaamattoman yksityisajattelun ja hiljaisten seminaarien varassa”, kuten taidehistorian professori Riitta Nikula (3, s. 50) on todennut. Dosentti Raija Julkusen (4, s. 78) mukaan ”sama päti laajasti humanistiin ja yhteiskuntatieteisiin”. Oma kokemukseme Helsingin yliopistosta vastaa näitä kuvauksia.

Jatko-opintojen puutteet tiedostettiin myös laajemmin yhteiskunnassa. Työt etenivät hitaasti rahoituksen puuttuessa. Oppilaitokset, tutkimuslaitokset, julkinen hallinto ja elinkeinoelämä eivät saaneet kaipaamaansa tieteellistä asiantunteumusta. Elinkeinoelämä oli viestittänyt 1980-luvulta alkaen, että se tarvitsee enemmän tohtoreita. 1970-luvun lopulla yrityksissä toimi arviolta alle 500 tohtoria, kymmenen vuotta myöhemmin lukumäärä oli kaksinkertaistunut. 1990-luvun alussa Teollisuuden ja Työnantajain Keskusliitto esitti, että tohtorintutkintojen määrä Suomessa tulisi kaksinkertaistaa vuosituhannen vaihteeseen mennessä. Uusia tohtoreita valmistui tuolloin noin 500 vuodessa ja tavoitteeksi asetettiin 1000 tohtoria vuodessa. Tämäkin tavoite toteutui ja ylittyi pian (4, s. 46).

Uuteen tutkijakoulujärjestelmään siirryttiin vuodenvaihteessa 1994–95. Tarkastelemme sen taustaa, muotoutumista ja toimintamalleja. Pohdimme, miten järjestelmä on vastannut opetusministeriön (OPM) silloisiin tavoitteisiin, ja miten järjestelmä asteittain purettiin 2000-luvulla.

Yksi uuden järjestelmän ensimmäisessä vaiheessa käynnistyneistä tohtoriohjelmista oli *Väestö, terveys ja elinolot* (VTE) -ohjelma, joka toimii Helsingin yliopistossa edelleen samalla nimellä. Olemme olleet mukana ohjelmassa sen varhaisvaiheista saakka ja kuvaamme sitä esimerkkinä uudentyypisestä tutkijakoulusta.

## TUTKIJAKOULUJÄRJESTELMÄN TAUSTA

Tutkijakoulutuksesta käytiin keskustelua jo sotien jälkeisten vuosikymmenten aikana. Ensimmäisiä tutkijankoulutusta vahvistaneita toimia olivat 1950-luvulla lisensiaatin tutkinnon perustaminen ja samanaikainen assistentin virkojen määrän kasvattaminen yliopistoissa (2, s. 19). Malleja kehiteltiin sittemmin useissa työryhmissä ja komiteoissa tavoitteena järjestelmällisempi, te-

hokkaampi, opiskelijaystävällisempi ja rahoitettu tohtorikoulutus. OECD esitti 1987 arvionsa Suomen tutkijakoulutuksesta ja piti sitä olemattomana, heikosti organisoituna ja satunnaisena toimintana, ja suositteli, että tutkijakoulutus järjestetään kokonaan uudelleen (1, 2).

Vuonna 1994 OPM:n päätöksellä perustettu uusi tutkijakoulujärjestelmä oli tosiasiaa vuosikymmeniä kestäneen keskustelun ja kehittämisen päätepiste, kuten tutkijakoulutuksen historiikit osoittavat (1,2). Lopulta uudistuksen sysäsi liikkeelle vuosien 1992–1994 syvä talouslama, jolloin työttömyysaste nousi lähes 20 %:iin. Yliopistollisen jatkokoulutuksen laajentaminen nähtiin keinoksi torjua uhkaavaa akateemista työttömyyttä ja nopeuttaa nuorten sijoittumista työelämään.

Yhteiskunnallinen ja taloudellinen toimintaympäristö olivat kokeneet murroksen ja yliopistojen rahoitus määriteltiin nyt tulosneuvotteiluissa. Yliopistokoulutuksen yhteiskunnalliseen vaikuttavuuteen kiinnitettiin huomiota, yhtenä mittarina tohtorintutkintojen määrä. Myös kansainvälinen toimintaympäristö muuttui ja tiedon tuottamisesta ja hyödyntämisestä tuli entistä korostetummin globaaleja kilpailutekijöitä, kuten OECD oli linjannut. Paineet tehostaa ja systematisoida tutkijankoulutusta kasvoivat entisestään (2).

Suunnitelmat uudeksi tutkijakoulujärjestelmäksi konkretisoituivat ja syksyllä 1994 OPM summasi sen tavoitteet: tohtorikoulutuksen laadun kohottaminen, tutkijakoulutuksen ja jatkokoulutuksen tehostaminen, keskimääräisen väitelyiän alentaminen, tutkijanuran ammattimaisuuden parantaminen, tutkimuslaitosten yhteistyön tiivistäminen, tutkimustyön ohjaamisvastuun selkeytyminen sekä kansainvälisen koulutus- ja tutkimusyhteistyön lisääntyminen (5).

## UUSI TUTKIJAKOULUJÄRJESTELMÄ

Tutkijakoulu-uudistuksen lähtölaukauksena toimi valtioneuvoston 18.6.1993 hyväksymä Koulutuksen ja korkeakouluissa harjoitettavan tutkimuksen kehittämissuunnitelma (6). Siinä esitettiin aiemman vapaamuotoisen jatko-opiskelun muuttamista ns. graduate school -mallin mukaisesti järjestelmälliseksi, tavoitteelliseksi ja päätömisiksi työskentelyksi. Tohtorintutkinto tulisi suorittaa neljässä vuodessa perustutkinnon jäl-

keen, ja keskimääräinen valmistumiskä laskea korkeintaan kolmeenkymmeneen vuoteen (7).

Muutosprosessi käynnistyi keväällä 1994. Suomen Akatemia lähetti 16.5.1994 (8) yliopistoille ja korkeakouluille kirjeen, jossa se ilmoitti vuoden 1994 toiseen lisämenoarvioesitykseen sisältyvästä 48 miljoonan markan (n. 13.5 milj. euroa vuoden 2023 rahassa) määrärahasta tutkijakoulutuksen kehittämiseen yliopistoissa. Määräraha saatiin hallituksen työllisyysvaroista, joilla tuettiin vuosien 1992–94 laman jälkihoitoa. Tieto uudistuksesta tuli aika lailla ”puskista” eli ilman ennakkovaroitusta, juuri yliopistojen kesälomien alkaessa (9). Yliopistojen sadat professorit ja dosentit mahdollisine apulaisineen saivat työskennellä keskellä kuumaa kesää, sillä tutkijakouluhaku päättyi 15.8.1994. Opetusministeriö antoi Suomen Akatemian tehtäväksi arvioida suunnitelmien ansiot ja laatia esitys valittavista koulutusohjelmista.

Esitys valmistui syyskuun lopussa ja ministeriö päätti rahoituksesta marraskuussa 1994. Ensimmäisessä vaiheessa jakoon tuli 722 tutkijakoulutuspaikkaa 67 tutkijakoulussa. Vuoden 1995 keväällä lisättiin tutkijakoulupaikkoja 220:llä ja tutkijakoulujen määrää 26:lla. Vuonna 1995 tutkijakouluja oli yhteensä 93, ja niissä 4-vuotisia koulutuspaikkoja tohtoriopiskelijoille yhteensä 942 (4). Uudistus oli erittäin merkittävä ja ainutlaatuinen panostus tohtorikoulutukseen. Koko prosessi vietiin läpi alle kahdeksassa kuukaudessa siitä, kun OPM oli julkistanut haun, ja alle kahdessa kuukaudessa rahoituspäätöksestä. Suomen Akatemiassa, OPM:ssa ja yliopistoissa toimitettiin ”hämmästyttävän nopeasti” (2, s. 54).

## VTE-TOHTORIOHJELMAN PERUSTAMINEN

Helsingin yliopiston sosiaalipolitiikan ja sosiologian laitosten yhteinen tutkijakoulukonsortio, *The Helsinki School of Postgraduate Studies in Sociology and Social Policy*, tuli valituksi ensimmäisessä tutkijakouluhaussa vuonna 1994. Konsortioon kuului kaksi tohtoriohjelmaa: Väestö, terveys ja elinolot (VTE) sekä Murros, elämänpolitiikka ja ympäristö. Konsortio purkautui, kun toista rahoituskierrosta (1999–2002) varten muodostettiin 1998 Tampereen yliopiston kordinoima Sosiaalitieteiden valtakunnallinen jatkokoulutusohjelma (Sovako). VTE:stä tuli Sovakon alaohjelma, joskin sen opiskelijat tulivat vain Helsingin yliopistosta (10, s. 132).



VTE-tohtoriohjelma järjestäytyi vuoden 1994 lopulla ja aloitti toimintansa vuoden 1995 alussa. Monitieteinen ohjelma on verrattain pieni, mutta kattaa useita tieteenaloja, kuten väestötiede, terveys sosiologia, terveyspsykologia, kansanterveystiede, sosiaaliepideemiologia, ravitsemustiede, tilastotiede ja liikuntatiede. Tutkimuksen painopisteitä ovat väestörakenne, väestöryhmät, elinolut, terveys ja kuolleisuus sekä näiden väliset yhteydet ja muutokset. Väitöskirjoissa tähdättiin vaativiin ja analyttisiin kysymyksenasetteluihin ja selvitettiin mm. sosiodemografisten, sosioekonomisten ja psykososiaalisten tekijöiden merkitystä terveydelle ja hyvinvoinnille sekä Suomessa että muissa maissa. Väitöskirjoja on valmistunut paitsi sosiaali- ja käyttäytymistieteisiin, myös kansanterveystieteeseen.

Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitos oli yksi VTE:n perustajayksiköistä. Osanottajayksiköitä olivat myös laitokset Joensuun, Kuopion ja Lapin yliopistoista sekä Åbo Akademiasta. Pian käynnistyi pitkään jatkunut yhteistyö valtakunnallisen kansanterveystieteen tutkijakoulun Doctoral Programs in Public Health (DPPH) kanssa. VTE on ollut yhteistyössä myös Kansaneläkelaitoksen, Kansanterveyslaitoksen, Stakesin, Tilastokeskuksen ja Helsingin kaupungin tietokeskuksen kanssa (10, s. 128–132).

VTE:n ”tavoitteena on parantaa tutkijakunnan ammattitaitoa ja tutkimusten laatua kahdella tavalla. Ohjelmassa koulutetaan nuoria jatko-opiskelijoista tutkijoiksi, jotka voivat aloittaa varsinaisen työuransa olennaisesti ammattitaitoisempina kuin pelkän perustutkinnon suorittaneet. Toiseksi ohjelma lisää niiden perustutkinnon suorittaneiden tutkijoiden ammattitaitoa, jotka jo työskentelevät tutkimustehtävissä ilman varsinaista tutkijankoulutusta” (11, s. 3). VTE:n tavoitteet olivat yhdensuuntaiset OPM:n esityksen kanssa.

Ohjelman pääpaino on ollut tilastollisessa ja kvantitatiivisessa tutkimuksessa ja tutkimusmenetelmissä. Lisäksi muutamassa väitöskirjassa on sovellettu kvalitatiivisia menetelmiä. Monitieteisessä tutkijakoulussa on tähdätty kansainväliseen yhteistyöhön, korkeatasoiseen ja monitieteiseen tutkimukseen sekä ammattitutkijoiden kouluttamiseen yliopistoihin, tutkimuslaitoksiin ja asiantuntijatehtäviin. Kolmen vuosikymmenen aikana on omaksuttu ja kehitetty monia toimintamuotoja, joita noudatetaan edelleen.

Ohjelman ensimmäisenä johtajana toimi väestötieteen vs. professori Veijo Norkola (1.1.1995–31.8.1996) väestötieteen professori Tapani Valkosen ollessa Suomen Akatemian tutkijaprofessorina. Valkonen oli VTE:n ideoisija ja avainhenkilö ohjelman haku- ja käynnistämisyhteistyössä sekä omaksuttaessa uusia toimintamalleja. Hän siirtyi ohjelman johtajaksi palattuaan syyskuussa 1996 akatemiaprofessorista Helsingin yliopiston sosiologian laitokselle. Johtoryhmän jäseninä toimivat lisäksi lääketieteellisen sosiologian apulaisprofessori Eero Lahelma (kansanterveystieteen laitos, HY) ja sosiaalityön professori Antti Karisto (sosiaalipolitiikan laitos, HY). Valkonen hoiti johtajan tehtävää vuoteen 2006 saakka. Hänen jälkeensä VTE:n johtajana toimi dosentti Ossi Rahkonen 2006–2013 ja väestötieteen professori Pekka Martikainen 2014–2021. VTE:n nykyinen johtaja Karri Silventoinen oli ohjelman jatko-opiskelija, joka väitteli vuonna 2000. Hänet nimitettiin vuonna 2019 sosiaalisten terveystieteiden professoriksi Helsingin yliopistoon. Vuonna 1993 sosiologian laitokselle perustettu Väestöntutkimuksen yksikkö (Population Research Unit) on ollut alusta alkaen vahvasti mukana ohjelman perustamisessa ja toiminnassa.

Johtoryhmän päätehtäviin ovat kuuluneet opiskelijoiden valinta, vuosittaisen opetusohjelman suunnittelu, määrärahan käytöstä vastaaminen sekä raportointi ja jatkohakemusten laatiminen. VTE:n alkuvaiheen sihteerinä toimi sosiologian laitoksen amanuenssi Tapani Alkula. Tuntipalkatun opiskelijakoordinaattorin tuki on ollut korvaamatonta.

## VTE:N JATKO-OPISKELIJAT

VTE:n aloittaessa Suomen Akatemia myönsi ohjelmalle vuosiksi 1995–1998 rahoituksen neljään tutkijakoulutuspaikkaan. Kymmentä paikkaa oli haettu. Ensimmäinen haku tuotti 25 hakemusta, joista johtoryhmä valitsi neljä palkallista jatko-opiskelijaa (A17 palkkaluokka). Ensimmäiset valitut olivat VTM Annika Lillrank, ETM Eva Roos ja LL, MA Kirsi Viisainen Helsingin yliopistosta sekä pol. mag. Sirpa Wrede Åbo Akademiasta. Lisäksi ohjelmalle myönnettiin yksi 3-vuotinen Suomen Akatemian tutkimusassistentuuri (A20 palkkaluokka). Kymmenestä hakijasta valituksi tuli VTM Ari Haukkala Helsingin yliopistosta.

Rahoitettujen opiskelijoiden lisäksi ohjelmaan valittiin hakemusten perusteella 35 muuta

jatko-opiskelijaa. Näistä monet työskentelivät tutkimushankkeissa ja tutkimuslaitoksissa ja tekivät väitöskirjatutkimusta täys- tai osatoimisesti. Ohjelmassa rahoitetut ja ilman ohjelman rahoitusta mukaan valitut jatko-opiskelijat muodostavat VTE:n opiskelijajoukon. Lukumäärä on riittävän suuri seminaarityöskentelylle ja muulle opetuksen järjestämiselle. Opiskelijaryhmien välille ei tehdä eroa ja yliopistoissa ja muissa työpaikoissa toimivat jatko-opiskelijat hyötyvät verkostoitumisesta.

Ensimmäinen VTE-ohjelmasta valmistunut tohtori oli VTM Sakari Karvonen väitöskirjallaan *The Regional Context of Health Behaviour among Finnish Adolescents* vuonna 1997. Ensimmäinen ohjelman rahoituksella valmistunut tohtori oli Eva Roos väitöskirjallaan *Social patterning of food behaviour among Finnish men and women* vuonna 1998. Yhteensä vuoden 2023 loppuun mennessä VTE-ohjelmassa on valmistunut 94 tohtorintutkintoa ja muutama lisensiaatin tutkinto.

VTE:n periaatteisiin on alusta alkaen kuulunut tietty koulumaisuus, jolloin jatko-opiskelijoiden on edellytetty osallistuvan aktiivisesti ohjelmaan koko tohtorintutkimuksen suorittamisen ajan. Suurin osa jatko-opiskelijoista on ollut aktiivisia pienemmän osan osallistuessa VTE:hen vain rajoitetun ajan tohtoriopinnoistaan.

## VTE:N TOIMINTAMUODOT

Tutkijakoulujen toiminta alkoi tyhjältä pöydältä vuonna 1995. Aikaisempaa kokemusta ei ollut eikä toiminnan järjestämistä ohjeistettu. VTE:n vastuhenkilöt olivat osallistuneet aikaisempaan professorivetoiseen tohtorikoulutukseen. Ohjelma pyrki kehittämään omia toimintamuotojaan muiden uusien tutkijakoulutusohjelmien tapaan. Nämä olivat moninaisia, joskin yhtäläisyyksiä eri tieteenalojen välillä voidaan todeta (9). Tutkijakoulut hakeutuivat myös yhteistyöhön toistensa kanssa, jakoivat kokemuksiaan ja järjestivät yhteistä koulutusta.

## STARTTISEMINAARI

VTE järjesti ensimmäisen kurssinsa kaksi kuukautta ohjelman aloittamisesta 28.2.–4.4.1995 otsikolla ”Sosiaalisten tekijöiden vaikutukset väestöjen terveyteen ja kuolleisuuteen” opettajina professori Tapani Valkonen, LT, VTM Seppo Koskinen ja VTT Tuija Martelin (10, s. 132).

Starttiseminaari järjestettiin Lammin biologisella asemalla 18.–19.4.1995 osallistujina ohjelmaan valitut opiskelijat sekä ohjelman opettajat. Tarkoituksena oli käynnistää tutkijankoulutusohjelma ja tarjota tutustumismahdollisuus ohjelman opiskelijoille ja ohjaajille. Seminaarissa käsiteltiin myös tutkijana työskentelyä, opinnäytetyön ongelmia sekä tutkijakoulujärjestelmää Suomessa ja muualla. Lisäksi keskusteltiin opiskelijoiden tarpeista VTE-ohjelman jatkokehittelyä varten. Kukin jatko-opiskelija esitteli keskustelun pohjaksi oman väitöskirjatyönsä idean, toteuttamistavan ja aikataulun.

## MAANANTAISEMINAARI

VTE:n tärkein – ja edelleen jatkuva – toimintamuoto on ollut ns. maanantaiseminaari, joka käynnistyi syyskuussa 1995. Noin joka toinen maanantai jatko-opiskelijat ja professori- sekä dosenttiohjaajat ovat kokoontuneet klo 16–18 seminaaritalaisuuteen yleensä Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tiloissa, Unioninkatu 35. Aluksi kukin opiskelija on tuonut vuorollaan seminaarikeskusteluun tutkimussuunnitelmansa. Miltei kaikki väitöskirjat ovat olleet artikkeliväitöskirjoja, joihin on tavallisesti sisällynyt neljä (nykyisin lisääntyvästi kolme) artikkelimuotoista osatutkimusraporttia sekä 50–100-sivuinen yhteenvedo.

VTE:n käytännön mukaan jokainen väitöskirjan osatutkimus tuodaan maanantaiseminaarin keskusteluun ennen käsikirjoituksen tarjoamista julkaistavaksi yleensä kansainväliseen vertaisarvioituun tiedelehteen. Myös väitöskirjan yhteenvedosta on keskusteltu erillisessä seminaaritalaisuudessa. Ennen väittelyä jatko-opiskelijoiden töitä on siis käsitelty viisi kertaa VTE-seminaarissa. Myös väitöskirjojen ohjaajat ovat osallistuneet niihin tilaisuuksiin, joissa heidän ohjattaviensa työt ovat olleet esillä. Jatko-opiskelijoiden harjaantumista kriittiseen ja konstruktiviseen tieteelliseen keskusteluun on tukenut osaltaan se, että alkuvuosien jälkeen seminaaritalaisuuksissa on ollut perinteisen opponointikäytännön sijasta kommentaattori, jonka tehtävänä on käynnistää keskustelu muutamalla kysymyksellä ja kommentilla. Tämän jälkeen sana on ollut vapaa, ja yleensä on aloitettu opiskelijakollegoiden puheenvuoroilla. Tilaisuuksien kesto on ollut 1,5–2 tuntia. Keskustelu on ollut vilkasta ja seminaarikielenä on käytetty vaihdellen suomea

ja englantia. Ohjelman www-sivuilla <https://blogs.helsinki.fi/vte-tutkijakoulu/main/> ja sähköpostilistalla on tiedotettu maanantaiseminaarin ohjelmasta, tutkijantehtävien ja apurahojen hauista sekä kotimaisista ja kansainvälisistä kokouksista.

### KANSAINVÄLINEN TUTKIJAKOULUTUS

VTE on korostanut toiminnassaan kansainvälisiä kontakteja ja yhteistyötä, kuten opetusministeriö ja Suomen Akatemia ovat linjanneet (12). Tukena tässä ovat olleet myös VTE:n johtoryhmän jäsenten ja ohjaajien kansainväliset kontaktit ja yhteistyösuhteet. VTE:hen on osallistunut tohtoriopiskelijoita myös muista maista, kuten Saksasta, Japanista ja Kiinasta.

Tärkeän osan VTE:n kansainvälistä toimintaa muodostivat suomalais-ruotsalaiset kaksipäiväiset jatkokoulutusseminaarit vuorovuosina Helsingissä ja Tukholmassa. Ruotsalainen yhteistyötaho oli Centre for Health Equity Studies (CHESS), Tukholman yliopiston ja Karolinska Institutetin yhteinen tutkimus- ja opetusyksikkö. Seminaarit olivat suosittuja ja saivat runsaasti positiivista palautetta molempien maiden väitöskirjatutkijoilta. Vuosittaisten seminaarien osallistujamäärä kummastakin maasta oli 10–12 väitöskirjatutkijaa ja 3–4 ohjaajaa. Seminaarikielenä oli englantia. VTE:n vastasi matkakuluista osan saadessa tukea VTE:n johtajien tutkimusmäärärahoista. Kulut olivat vähäisiä, mutta tuen hyöty jatko-opiskelijoille ja heidän ohjaajilleen suuri. Tutkijakoulujen rahoituksen siirryttyä etäälle ruohonjuuritason toiminnasta, myös VTE:n rahoitus väheni ja käytännössä loppui, jolloin tämänkaltaista kansainvälistä yhteistyötä ei voitu enää jatkaa.

Tärkeä VTE:ssä omaksuttu toimintamuoto on ollut tunnettujen kansainvälisten terveys- ja elinolotutkijoiden johtamat parin kolmen päivän tutkijakoulutusseminaarit. Ensimmäinen näistä järjestettiin vuonna 1996 Helsingissä opettajana professori Michael Marmot (University College London). Myöhempien seminaarien opettajina toimivat muiden muassa professorit Mildred Blaxter (University of East Anglia), joka oli myös *Social Science & Medicine* -lehden toimittaja, Thomas Abel (Universität Bern) sekä Mel Bartley (UCL, London) ja David Blane (Imperial College London). Vierailivat kansainväliset opettajat luennoivat opiskelijoille, mutta mikä tärkeintä, he kommentoivat seminaarissa opiskelijoiden

etukäteen lähettämiä käsikirjoituksia. Lisäksi monet kansainväliset huippuasiantuntijat ovat pitäneet yksittäisiä vierailuluentoja VTE:ssä. Ohjelman oman rahoituksen loputtua tämäkään toimintamuoto ei ole ollut viime aikoina käytössä.

### TUTKIJAN TAIDOT

VTE:n toimintamuotoihin on myös kuulunut laaja kurssitarjonta, tarkoituksena antaa jatko-opiskelijoille tutkijantyössään tarvitsemia tietoja ja taitoja. Tavoitteena on, että kukin VTE-opiskelija osallistuu mahdollisimman moneen hänelle soveltuvaan kurssiin. Kurseja on järjestetty yliopistojen laitosten ja VTE:n toimesta sekä tutkijakoulujen välisenä yhteistyönä. Aiheina ovat olleet mm. tutkimusmenetelmät, rekisteriaineistojen tutkimuskäyttö, terveys- ja väestötutkimuksen metodologia, terveys ja elämäntapa, terveyden sosiaaliset määrittäjät, tutkimusetiikka, tieteellinen julkaiseminen, tieteellinen kirjoittaminen ja esiintyminen englanniksi, abstraktin ja otsikon laatiminen, artikkeliväitöskirjan yhteenveton laatiminen sekä väitösprosessi käsikirjoituksesta karronkkaan.

Myös työelämään tutustuminen on kuulunut VTE:n toimintaan. Ohjelma on järjestänyt jatko-opiskelijoille tarkoitettuja vierailuja pääkaupunkiseudun tutkimuslaitoksiin, kuten Stakesiin, Kansanterveyslaitokseen ja Tilastokeskukseen. Opastajina ovat olleet laitosten johtohenkilöt sekä VTE:n alumnit, ohjelmassa jo väitelleet tutkijat tutkimuslaitoksissa.

### VTE-TOHTORIOHJELMAN ONNISTUMINEN

Uusi tutkijakoulujärjestelmä 1995 teki tieteellisestä jatkokoulutuksesta ensimmäistä kertaa järjestelmällistä ja koulumaista, ohjattua jatko-opiskelua. VTE-ohjelma on ollut mukana tässä kehityksessä alusta alkaen ilman katkoksia, 30 vuotta. Jatko-opiskelijoiden määrä ohjelmassa on säilynyt riittävänä koko ajan, n. 25–30 opiskelijaa. Pikemminkin ajoittain on jouduttu rajoittamaan opiskelijamäärää ohjaajaresurssien riittämättömyyden vuoksi. Monella VTE:n ohjaajalla on ollut liian monta ohjattavaa.

Kun tutkijakoulujärjestelmä luotiin 1994–95, uusia nelivuotisia jatkokoulutuspaikkoja perustettiin 942. Suuri määrä antoi vahvan piristysruiskeen jatkokoulutusmahdollisuuksiin. Oman kokemuksemme valossa tutkijakouluille myön-

netyt rahat olivat tehokkaassa käytössä. Uskomme, että tämä koskee noina vuosina perustettua tutkijakoulujärjestelmää kokonaisuudessaan.

Tutkijakoulutusohjelman onnistumiselle ei ehkä voida asettaa yleispäteviä, ns. objektiivisia kriteereitä. Sitä paitsi VTE-ohjelmassa mukana olleina olemme tietysti jäävejä arvioimaan omaa toimintaamme. Tohtorintutkinnon suorittaneiden lukumäärä on tärkeä tieto, mutta ei kerro suoraan ohjelman laadusta. Työllistyminen tutkijan tai tutkimusasiantuntijan tehtäviin saattaa kertoa laadustakin, kuten myös väitöskirjojen arvosanat. VTE:stä on valmistunut vuosina 1995–2023 lähes 100 tohtorintutkintoa. Sitä voi pitää suurena määränä siihen nähden, että tutkimusala on erikoistunut ja sellaisena rajattu. Useat VTE-väitöskirjat ovat saaneet parhaita arvosanoja, mutta yksityiskohtia emme ole tiedekuntien arkistoista kaivaneet.

Tohtorikoulutuksen onnistumisesta kertoo myös valmistuneiden tohtorien työllistyminen, johon tietysti vaikuttaa osaltaan työllisyystilanne. Kävimme tutkinnon suorittaneet läpi ja selvitimme heidän työllistymistään. Hyvin suuri osa oli välittömästi valmistuttuaan siirtynyt tutkimustehtäviin, pieni osa oli työllistynyt erilaisiin asiantuntijatehtäviin. Tohtorit ovat Suomessa yleensäkin työllistyneet hyvin. Kahdeksan VTE-alumnia on edennyt yliopiston professoriksi ja muutama tutkimuslaitosten tutkimusprofessoriksi. Yliopistot ovat työllistäneet valmistuneita tohtoreita lehtorin ja tutkijan tehtäviin, tosin monia määräraikaisesti. VTE-ohjelmassa valmistuneet tohtorit toimivat johtavissa tutkimus- ja muissa asiantuntijatehtävissä, kuten tutkimuspäällikkönä, johtavana tutkijana, kehittämispäällikkönä tai erikoistutkijana. Yliopistojen lisäksi työpaikkoja ovat tarjonneet julkiset tutkimus- ym. laitokset, kuten THL (aiemmin Stakes ja KTL), Eläketurvakeskus, Kela ja Helsingin kaupunki. VTE:stä valmistuneita tohtoreita on työllistynyt myös yksityissektorille ja kolmannelle sektorille. Valtaosa on työllistynyt Suomeen, mutta jotkut ovat siirtyneet ulkomaille, esimerkiksi Britanniaan, Japaniin, Kiinaan, Ruotsiin ja Tanskaan.

Jotkut VTE:ssä omaksutuista uusista toimintamuodoista, kuten kansainväliset koulutus- ja seminaaritulaisuudet sekä työpaikkavierailut ovat hiipuneet ajan mittaan. Syitä on useita, esimerkiksi ohjelman käyttävissä olevan rahan määrän kutistuminen ja tohtorikoulutuksen pää-

töksenteon siirtyminen etäälle itse jatkokoulutustoiminnasta, mutta myös ohjelman vastuuhenkilöiden ajanpuute. Nytemmin yliopiston laajemmat tohtorikoulutusrakenteet ovat vastanneet joistakin kursseista.

Vuonna 1994–95 käynnistynyt uusimuotoinen tutkijakoulujärjestelmä on vastannut hyvin kasvaneeseen tohtoritarpeeseen. Järjestelmää on pidetty tehokkaana ja halpana, ja sen sallimaa verkostomaisuutta suurena etuna väestöltään pienessä mutta maantieteellisesti laajassa maassa, jossa on useita yliopistoja (9). Oma arviomme on, että VTE on vastannut hyvin opetusministeriön muihinkin toiveisiin uuden jatkokoulutusjärjestelmän kehittämisestä. VTE:n toimintaa on tukenut lisäksi yhteistyö muiden tutkijakoulujen, erityisesti Kansanterveyden tutkijakoulun (DPPH) ja tutkimuslaitosten kanssa.

VTE asetti tavoitteekseen korkeatasoisten ammattitutkijoiden kouluttamisen kotimaisiin ja kansainvälisiin tehtäviin, kuten opetusministeriö linjasi. Ohjelma teki oman alansa tutkijankoulutuksesta järjestelmällisempää ja tehokkaampaa omaksumalla uusia käytäntöjä. Lähes 100 % VTE:n lähes sadasta väitöskirjasta on ollut artikkeliväitöskirjoja, jolloin osatutkimukset on julkaistu kansainvälisissä vertaisarviointia käyttävissä tieteledhissä. Joukkoon mahtuu useita alan huippulehdissä ilmestyneitä korkeatasoisia tutkimuksia, joita on siteerattu erittäin paljon ja joiden panos alan tutkimukseen on ollut merkittävä.

1990-luvulla lamaa torjuttiin lisäämällä tutkijankoulutusta. Tutkijakouluja perustettiin taasisesti eri tieteenaloille hakemusten perusteella. Suomen tieteen tasoon monilla aloilla silloisella panostuksella on edelleen positiivinen vaikutus, vaikka järjestelmä haudattiin asteittain 2000-luvulla. Samalla menetettiin joustava, edullinen, epäbyrokraattinen, tuottelias ja tutkimukseen nojaava järjestelmä. Motivoituneet senioritutkijat – väitöskirjojen ohjaajat – ja tutkimushankkeet olivat mukana vapaaehtoistyössä, jossa kehitettiin uusia toimivia käytäntöjä. Tutkimustietojen mukaan opiskelijat ottivat uuden tutkijakoulujärjestelmän hyvin vastaan ja olivat pääosin tyytyväisiä samaansa opetukseen ja ohjaukseen (13, 14). VTE:ssä saadut kokemukset tohtorikoulutuksesta olivat niin myönteiset, että ohjelmaa päätettiin jatkaa vaikkakin aiempaa pienimuotoisempana.

Alkuperäisen tutkijakoulujärjestelmän toteutus ei ole juuri saanut arvostelua osakseen. Hyvin toimineen järjestelmän purkaminen sen sijaan on aiheuttanut arvostelua (esim. 9, 15). Toisaalta ei rahoittajakaan ole arvioinut tutkijakoulujen toiminnan menestymistä ja sen taloudellista tehokkuutta remontoidessaan järjestelmän uuteen uskoon siten, että aikaisemmin koulujen käyttöön kohdenneet varat jatko-opintopaikkoihin ja kuluihin upotettiin yliopistohallintoon. Tätä nykyä (tammikuussa 2024) Helsingin yliopistossa on vain yksi massiivinen 4900 väitöskirjantekijän ”tutkijakoulu”. Siihen kuuluu mm. sosiaalitieteiden tohtoriohjelma, jossa VTE-ohjelma toimii yhtenä seminaarina.

Vaikka aikaisempi tohtorikoulujärjestelmä on purettu ja integroitu yliopistojen hallintojärjestelmään, sen myönteiset vaikutukset jatkuvat edelleen tohtorikoulutuksen perustasolla. Näitä ovat pyrkimys järjestelmällisyyteen, yhteistyöhön ja verkostoitumiseen Suomessa ja kansainvälisesti, tutkimussuunnitelmat ja niiden arviointi, jatko-opintoja tukevat kurssit ja väitöskirjatutkimuksen valmistumista ja laatua tukeva tiivis ja asianuntava ohjaus sekä seurantaryhmät. Monet 30 vuoden aikana omaksutut menettelytavat saattavat nyt tuntua itsestään selviltä, mutta ennen vuonna 1995 käynnistyneitä tohtorikoulutusohjelmia, näitä menettelytapoja ei ollut.

Tohtorikoulutukseen on tuotu uusia malleja taas 2023–2024 (1000 väitöskirjatutkijan tohtoripilotti). Uskomme, että aikaisemmin hyväksi osoittautuneista käytännöistä olisi hyötyä myös uusimuotoisessa tohtorikoulutuksessa.

## LÄHTEET

- 1) Laiho I. Mestareiden opissa. Tutkijakoulutus Suomessa sotien jälkeen. Turku: Koulutus-sosiologian tutkimuskeskus, Turun yliopisto, Raportteja 42; 1997.
- 2) Husso K. Tohtorit, tiedepolitiikka ja työmarkkinat. Tutkijankoulutus Suomessa 1950-luvulta tutkijakoulujen aikaan. Helsinki: Opetusministeriön julkaisuja 21; 2005.
- 3) Nikula R. Pieni tutkimusala esimerkkinä: taidehistorian tohtorit ja työelämä. Julkaisussa

Suomen tieteen tila ja taso. Katsaus tutkimustoimintaan ja tutkimuksen vaikutuksiin 2000-luvun alussa. Helsinki: Suomen Akatemian julkaisuja 9/03; 2003, 50.

- 4) Julkunen R. Hullua rakkautta ja sopimustohtoreita. Jyväskylä: SoPhi 96, Jyväskylän yliopisto; 2004.
- 5) Tohtorikoulutuksen kehittäminen. Helsinki: Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 3; 2006.
- 6) Koulutuksen ja korkeakouluissa harjoitettavan tutkimuksen kehittämissuunnitelma 1991–1996: Valtioneuvoston päätös 18.6.1993. Helsinki: Opetusministeriö; 1993
- 7) Suomen Akademia -työryhmän muistio. Helsinki: Opetusministeriön työryhmien muistioita 3; 1994.
- 8) Suomen Akatemian kirje yliopistoille 16.5.1994.
- 9) Haila Y. Valtakunnalliset tutkijakoulut: surullinen kertomus uhoamisesta ja tuhoamisesta. Tiede & edistys 1/2016, 57–64.
- 10) Valkonen T. Käytännöllisiä ja hyödyllisiä ongelmia. Puoli vuosisataa sosiaalitutkijana. Helsinki: Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 1, Unigrafia; 2012.
- 11) Väestö, terveys ja elinolot – Esitys tutkijankoulutusohjelman perustamisesta 1994, Hakemus Suomen Akatemialle 8.8.1994.
- 12) Karjalainen S. Onko tutkijankoulutusta syytä uudistaa? Korkeakoulutieto 3/2004: 40–44.
- 13) Aittola H, Määttä P. Tohtoriksi tutkijakoulusta. Tutkijakoulut tieteellisten jatko-opintojen uudistajina. Jyväskylä: Koulutuksen tutkimuslaitos. Tutkimuksia 3; 1998.
- 14) Hiltunen K, Pasanen H-R. Tulevat tohtorit. Jatko-opiskelijoiden kokemukset ja arviot tohtorikoulutuksesta 2005. Helsinki: Opetusministeriön julkaisuja 48; 2006.
- 15) Viren M. Onko yliopistojen tehtävä tuottaa työsuhdeturvaa vai tiedettä? Tieteessä tapahtuu 5/2007: 45–47.

Kiitämme Antti Karistoa käsikirjoituksemme kommentoinnista.

OSSI RAHKONEN  
VTT, emeritusprofessori  
Kansanterveystieteen osasto  
Helsingin yliopisto

EERO LAHELMA  
VTT, emeritusprofessori  
Kansanterveystieteen osasto  
Helsingin yliopisto

# Päihteille raskausaikana altistuneet nuoret alttiita haasteille aikuistumisen kynnyksellä

Päihteet, mukaan lukien alkoholi ja laittomat huumeet, eivät ole tavallinen kulutushyödyke [1]. Päihteidenkäyttö, erityisesti liikakäyttö ja päihderiippuvuus aiheuttavat merkittäviä terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja niin päihdettä käyttävälle henkilölle kuin myös läheisille ja perheille [1]. Päihteidenkäyttö aiheuttaa myös yhteiskunnallisesti merkittäviä sosiaalisia ja taloudellisia ongelmia [1, 2].

Alkoholi on Suomessa yleisimmin käytetty päihde ja vaikka alkoholin käyttö on yleisempää miehillä, on naisten alkoholinkäyttö yleistynyt viimeisten vuosikymmenien aikana [3]. Naisilla alkoholinkäyttö, erityisesti suurkulutus, on yleisintä 15–49-vuotiailla [3].

Vaikka huumeita käyttävistä henkilöistä suurin osa on miehiä, ovat naisten huumeekokeilut yleistyneet viimeisten vuosien aikana [4]. Naisilla huumeidenkäyttökokeilut ovat yleisiä 15–44-vuotiailla, kun taas huumeiden ongelmakäyttö on yleisintä nuorten aikuisten eli 25–34-vuotiaiden keskuudessa. Suomessa huumeista eniten käytetään kannabista, päihteiden sekakäytön ollessa myös yleistä [4].

Naisten, erityisesti nuorten aikuisten ja synnytyksiässä olevien naisten päihteidenkäyttöön liittyy erityinen riski. Tämä riski liittyy päihteidenkäyttöön raskaudenaikana. Päihteidenkäyttö raskauden aikana ei aiheuta haittoja ainoastaan odottavalle äidille, vaan myös kehittyvälle sikiölle [5–7].

Raskaudenaikaisen alkoholialtistuksen aiheuttamat sikiövauriot tunnistettiin tutkimuskirjallisuudessa 1960- ja 1970-luvuilla, kun ranskalaiset ja yhdysvaltalaiset tutkijat tunnistivat epätyypillisiä kasvojenpiirteitä lapsilla, jotka olivat syntyneet raskausaikana runsaasti alkoholia käyttäneille naisille [8, 9]. Sittenkin lukuisat tutkimukset ovat yhdenmukaisesti osoittaneet, kuinka altistuminen alkoholille raskaudenaikana

on yhteydessä laajaan kirjoon sikiövaurioita [5, 10].

Raskaudenaikainen alkoholialtistus voi vaikuttaa sikiön kasvuun ja kehitykseen monin eri tavoin [11]. Kun raskaana oleva nainen juo alkoholia, siirtyy alkoholi esteettä istukan läpi sikiöön. Alkoholia erittyy myös lapsiveteen sikiön virtsan kautta, ja sikiön juodessa lapsivettä, päätyy alkoholi jälleen sikiöön. Sikiön kyky eliminoida alkoholia on vain murto-osa aikuisen ihmisen kyvystä ja alkoholin eliminoituminen tapahtuu äidin kautta [12, 13]. Myös huumeet, kuten kannabis, psykostimulantit (esim. amfetamiini ja kokaiini) sekä opiaatit (esim. buprenorfiini) läpäisevät esteettä istukan ja siirtyvät sikiöön, haitaten sikiön kehitystä. Raskaudenaikaisen huumealtistuksen vaikutukset riippuvat käytetystä huumeesta, huumeen käyttötavasta sekä muista huumeiden käyttöön liittyvistä tekijöistä [14–17].

Erytyisesti sikiön keskushermosto ja aivot ovat alttiita päihteiden aiheuttamille vaikutuksille [18, 19]. Tutkimukset ovat yhdenmukaisesti osoittaneet, kuinka altistuminen alkoholille raskaudenaikana on yhteydessä sikiön aivojen eri osa-alueiden rakenteellisiin muutoksiin ja toiminnallisiin häiriöihin [19, 20]. Myös raskaudenaikaisen huumealtistuksen on osoitettu vaikuttavan sikiön aivojen kehitykseen, vaikutusten riippuessa käytetystä huumeesta, sekä käytön määrästä [21–23].

Raskaudenaikaisen päihdealtistuksen aiheuttamiin sikiövaurioihin vaikuttavat useat eri tekijät, kuten käytetty päihde, käytön määrä ja toistuvuus, päihteiden sekakäyttö, raskauden ajan kohta, jolloin päihdettä on käytetty, sekä muut äidin hyvinvointiin ja terveydentilaan liittyvät tekijät [11, 15, 24, 25]. Tutkimusten valossa tiedämme, että altistuminen runsaalle ja toistuvalla päihteidenkäytöllä on erityinen riski sikiölle [11,

17, 24]. On kuitenkin viitteitä siitä, että jo vähäinen päihteidenkäytön määrä voisi vaurioittaa kehittyvää sikiötä [26–28]. Päihteet voivat vaikuttaa sikiön kehitykseen kaikissa raskauden vaiheissa. Tämän vuoksi turvallista rajaa tai raskauden ajankohtaa, jolloin päihteitä voisi käyttää vaarantamatta sikiötä, ei voida asettaa. Sikiön kannalta turvallisin on päihteettömyys läpi raskauden, mielellään jo raskautta suunniteltaessa [28].

Edellä mainittujen tekijöiden takia raskaudenaikaisen päihdealtistuksen aiheuttamat vauriot ovat yksilöllisiä ja usein puhutaan altistuksen aiheuttamien vaurioiden laajasta kirjosta. Raskaudenaikaisen alkoholialtistuksen aiheuttamien vaurioiden laajaa kirjoa kuvataan termillä FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorders, suomennettuna alkoholin aiheuttamien sikiövaurioiden laaja kirjo) [11, 29]. Huumealtistuksen osalta vastaavanlaista vakiintunutta tai diagnoosikäytössä olevaa termiä ei ole käytössä.

Vaikka usein puhumme raskaudenaikaisen päihdealtistuksen aiheuttamista sikiövaurioista, eivät vaikutukset ulotu ainoastaan sikiöaikaan tai ensimmäisiin elinvuosiin. Raskaudenaikaisen päihdealtistuksen aiheuttamat rakenteelliset ja toiminnalliset vauriot aivoissa voivat näkyä erilaisina haasteina kehityksen eri osa-alueilla [17, 25, 30]. Haasteita voi esiintyä kognitiivisissa taidoissa, toiminnanohjauksessa ja käyttäytymisessä sekä adaptiivisissa taidoissa [5, 17, 25]. Kirjallisuudessa näistä raskaudenaikaiseen päihdealtistukseen yhdistyvistä häiriöistä käytetään englanninkielistä termiä *primary disabilities*, suomennettuna primaariset häiriöt [25]. Raskaudenaikaiseen päihdealtistukseen yhdistyvät primaariset häiriöt voivat lisätä altistuneen lapsen riskiä erilaisille haasteille nuoruudessa ja aikuisuudessa, kun haasteet sekä vaatimus itsenäisyydelle lisääntyvät.

Nuoruus, jota tyypillisimmin kuvataan ikävuosina 15–24 (esim. Yhdistyneet kansakunnat [31]), on tärkeä kehitysvaihe elämänkaaremmen aikana. Nuoruutta kuvastaa niin fyysiset kuin psyykkiset muutokset sekä askeleiden ottaminen kohti autonomiaa ja itsenäistymistä. Nuoruus voi olla erityisen haastava kehitysvaihe henkilöille, joilla on kehityksellisiä häiriöitä tai esimerkiksi mielenterveydenhäiriöitä [32, 33]. Tämä huomioiden, nuoruus voi olla erityisen haastava kehitysvaihe henkilöille, joilla on taustalla raskaudenaikainen päihdealtistus.

Tutkimukset osoittavat, että raskausaikana alkoholille altistuneilla nuorilla esiintyy usein haasteita niin mielenterveyden, koulutuksen, itsenäistymisen, rikollisuuden ja päihteiden ongelmakäytön kanssa [34–38]. Vastaavanlaisia tutkimuksia raskausaikana huumeille altistuneista nuorista on vähän. Tutkimuskirjallisuudessa englanninkielinen termi *secondary disabilities*, suomennettuna sekundaariset häiriöt, kuvastaa näitä haasteita [39]. Termillä viitataan siihen, että kyseiset häiriöt kehittyvät altistuksen ja siihen liittyvien primaaristen häiriöiden takia [39]. Näitä häiriöitä pidetään ennaltaehkäistävissä olevina häiriöinä [40].

Sekundaarisia häiriöitä käsittelevän tutkimuksen voidaan katsoa käynnistyneen 1990-luvulla Ann Streissguthin ja kansatutkijoiden julkaistusta raportista *Understanding the Occurrence of Secondary Disabilities in Clients with Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects* [39]. Raportti antoi kattavan kuvan sekundaarisista häiriöistä, joita tutkimukseen osallistuneilla, raskausaikana alkoholille altistuneilla 6–51-vuotiailla henkilöillä esiintyi. Raportin tulosten mukaan tyypillisimmät sekundaariset häiriöt liittyivät mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöihin, joita esiintyi 90 prosentilla tutkimukseen osallistuneista. Myös koulutukseen sekä itsenäiseen asumiseen ja työllistymiseen liittyvät haasteet olivat yleisiä [39].

Aikaisempia, sekundaarisia häiriöitä koskevien tutkimusten heikkous liittyy kontrolliryhmän puuttumiseen sekä tutkimusten kuvailevaan luonteeseen. Tämän takia tiedämme suhteellisen vähän sekundaarisista häiriöistä päihteille raskausaikana altistuneilla nuorilla suhteessa verrokkinuoriin. Aikaisemmat tutkimukset eivät myöskään ole systemaattisesti tutkineet muiden tekijöiden, kuten kasvuympäristöä kuvaavien tekijöiden mahdollisia yhteyksiä sekundaarisiin häiriöihin. Tästä johtuen tiedämme suhteellisen vähän siitä, ovatko sekundaariset häiriöt suora seuraus raskaudenaikaisesta päihdealtistuksesta tai siitä, mitkä muut tekijät mahdollisesti ovat yhteydessä näihin häiriöihin.

Muiden, kuten kasvuympäristöä kuvaavien tekijöiden yhteyksiä sekundaarisiin häiriöihin on tärkeä tutkia, erityisesti raskausaikana päihteille altistuneilla lapsilla ja nuorilla, sillä näiden lasten ja nuorten kasvuympäristöä kuvastaa useiden riskitekijöiden kasaantuminen [41, 42]. Kas-

vuympäristöä kuvastaa usein yksinhuoltajuus ja eri ongelmien, kuten äidin päihteidenkäytön, mielenterveyden ongelmien ja taloudellisten vaikeuksien kasaantuminen [41, 42]. Nämä riskitekijät ja niiden kasaantuminen ovat usein myös indikaatioita lastensuojelun toimenpiteille [43], ja merkittävä osa päihteille raskausaikana altistuneista lapsista on sijoitettu kodin ulkopuolelle varhaislapsuudessa [42–44].

Tutkimusten valossa tiedämme, että lapsuusajan kasvuympäristö, jota kuvastaa turvattomuus sekä traumaattiset tekijät, kuten fyysinen, seksuaalinen tai henkinen väkivalta, hoidon laiminlyönti tai muut kasvuolosuhteisiin tai vanhemmuuteen vaikuttavat tekijät, kuten vanhemman mielenterveydenhäiriö, päihdeongelma tai taloudelliset vaikeudet, voivat vaikuttaa negatiivisesti lapsen kehitykseen pitkällä aikavälillä [45–47]. Myös lapsen ja häntä hoivaavan henkilön, useimmiten äidin välille muodostuva kiintymyssuhde on erityisen tärkeä lapsen kehitykselle [48]. Äidin päihdeongelma tai muut terveydelliset ja sosiaaliset ongelmat tai esimerkiksi katkokset kiintymyssuhteissa voivat vaikuttaa negatiivisesti hänen ja hänen lapsensa väliseen kiintymyssuhteeseen [49]. Tutkimustiedon valossa tiedämme, että päihdeongelman omaavan äidin ja hänen lapsensa välistä kiintymyssuhdetta kuvaa usein turvattomuus, mikä voi vaikuttaa negatiivisesti lapsen sosioemotionaaliseen kehitykseen [7, 50].

Näiden tutkimuksissa esitettyjen huomioiden valossa on tärkeää arvioida, miten kasvuympäristöä kuvaavat epäsuotuisat tekijät ja epävakaisuus ovat yhteydessä sekundaarisiin häiriöihin päihteille raskausaikana altistuneilla nuorilla. Väitöskirjatutkimuksessani tutkin, millaisia sekundaarisia häiriöitä raskausaikana päihteille altistuneet 15–24-vuotiaat nuoret kohtaavat. Lisäksi väitöskirjatutkimuksessani tutkin, miten kasvuympäristön epäsuotuisuutta ja epävakaisuutta kuvaavat tekijät ovat yhteydessä tutkittuihin sekundaarisiin häiriöihin.

Väitöskirjatutkimukseni kolmessa osajulkaisussa tutkin seuraavia sekundaarisia häiriöitä. Ensimmäisessä osajulkaisuissa tutkin toisen asteen koulutuksen suorittamista. Toisessa osajulkaisuissa tutkin taloudellisia vaikeuksia, joita kuvattiin pitkäaikaisen toimeentulotuen tarpeena. Kolmannessa osajulkaisuissa tutkin mielialahäiriöitä ja neuroottisia häiriöitä, joita kuvattiin eri-

koissairaanhoidon hoitajaksona kyseisten mielenterveydenhäiriöiden vuoksi.

Väitöskirjatutkimukseni on osa Folkhälsanin tutkimuskeskuksen ADEF Helsinki eli Alcohol and/or Drug Exposure During Fetal Life -tutkimusprojektia [44]. ADEF Helsinki on pitkäaikainen, rekisteriaineistoon pohjautuva kohorttitutkimus, jossa raskausaikana päihteille altistuneiden nuorten kehitystä on tutkittu syntymästä vuoden 2016 loppuun saakka, jolloin tutkittavat olivat 15–24-vuotiaita [44].

ADEF Helsinki -tutkimuksen tutkimusjoukko koostui kahdesta kohortista. Ensimmäisen kohortti, eli päihteille raskausaikana altistunut kohortti muodostui 615 nuoresta, jotka syntyivät vuosien 1992 ja 2001 aikana naisille, joiden raskautta seurattiin pääkaupunkiseudun HAL (huumeet, alkoholi, lääkkeet) -erityisäitiyspoliiklinikoilla tunnistetun merkittävän raskaudenaikaisen päihteidenkäytön vuoksi. Näistä äideistä 28.5 % raportoi käyttäneensä ainoastaan alkoholia raskaudenaikana. Pelkästään huumeita raportoi käyttäneensä noin 10 %, ja 10 % kohdalla tunnistettiin alkoholin ja tietyn huumeen sekakäyttö. Noin 50 % kohdalla ei pystytty varmuudella sanomaan, oliko käytössä alkoholi ja/tai jokin tietty huume, vaan näiden naisten kohdalla kyseessä oli monien päihteiden sekakäyttö [44].

ADEF Helsinki -tutkimuksen toinen kohortti, eli vertailuryhmä, muodostui 1787 vuosien 1992 ja 2001 aikana syntyneestä nuoresta, joiden äideillä ei ollut päihteidenkäyttöön viittaavaa rekisterimerkintää vuosi ennen lapsen syntymää tai lapsen syntymähetkellä. Verrokkiryhmän lapsilla ei myöskään ollut päihdealtistukseen viittaavia rekisterimerkintöjä seurannan aikana. Myös verrokkikohorttia seurattiin syntymästä vuoden 2016 loppuun saakka, jolloin verrokkinuoret olivat 15–24-vuotiaita. Tutkimuksen kohortit kaltaistettiin viiden äitiin liittyvän tekijän mukaan [44].

Sekä altistuneiden että verrokkiryhmän äitilapsi-pareille kerättiin tietoja suomalaisista kansallisista sosiaali- ja terveydenhuollon rekistereistä. Väitöskirjatutkimuksessani sekundaarisia häiriöitä ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä tutkittiin tilastollisin menetelmin.

Väitöskirjatutkimukseni tulokset osoittivat, että tutkitut sekundaariset häiriöt olivat merkittävästi yleisempiä päihteille raskausaikana altis-



tuneilla nuorilla verrokkinuoriin verrattuna. Ensimmäisen osajulkaisun tulokset osoittivat, että altistuneista nuorista noin 38 % oli suorittanut toisen asteen koulutuksen osuuden ollessa 51 % verrokeilla. Toisen osajulkaisun tulokset osoittivat, että altistuneista noin 50 prosentilla oli pitkäaikaisen toimeentulotuen tarve. Vastaava osuus verrokkinuorilla oli noin 17 %. Kolmannen osajulkaisun tulokset osoittivat, että altistuneet nuoret olivat kaksi kertaa todennäköisemmin erikoissairaanhoidossa mielialahäiriöiden ja neuroottisten häiriöiden vuoksi verrokkinuoriin verrattuna.

Kun muiden riskitekijöiden yhteyttä sekundaarisiin häiriöihin tutkittiin, osoittivat väitöskirjatutkimukseni tulokset, että erot sekundaarisissa häiriöissä altistuneiden ja verrokkinuorten välillä pienivät. Ensimmäisen osajulkaisun tulokset osoittivat, että raskaudenaikainen päihdealtistus ei itsenäisesti selittänyt toisen asteen koulutuksen puuttumista, vaan nuoren mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt olivat merkittävä riskitekijä toisen asteen koulutuksen puuttumiselle.

Toisen osajulkaisun tulokset osoittivat samansuuntaisesti, ettei raskaudenaikainen päihdealtistus itsenäisesti selittänyt nuoren pitkäaikaisen toimeentulotuen tarvetta, vaan toimeentulotuen tarvetta selittivät nuoren toisen asteen koulutuksen puute, mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, äidin pitkäaikaisen toimeentulotuen tarve sekä kodin ulkopuolinen sijoitus.

Myös kolmannen osajulkaisun tulokset osoittivat, ettei raskaudenaikainen päihdealtistus itsenäisesti selittänyt mielialahäiriöitä ja neuroottisia häiriöitä, vaan äitiin liittyvät huono-osaisuutta kuvaavat tekijät sekä kodin ulkopuolinen sijoitus olivat merkittäviä riskitekijöitä nuoren mielialahäiriöille sekä neuroottisille häiriöille, naissukupuolen lisäksi.

Väitöskirjatutkimukseni täydentää tutkimuskirjallisuutta ja tarjoaa tietoa päihteille raskausaikana altistuneiden nuorten sekundaarisista häiriöistä suhteessa verrokkinuoriin sekä häiriöihin yhteydessä olevista tekijöistä. Tulokset antavat myös suuntaviivoja näiden häiriöiden ennaltaehkäisyyn.

Päihteet ovat merkittävä kansanterveydellinen ongelma suomalaisessa yhteiskunnassa, eivätkä päihdeidenkäytöstä aiheutuvat haitat kosketa ainoastaan päihdettä käyttävää henkilöä, vaan myös muita [1]. Kuten väitöskirjatutkimuksen

tulokset osoittavat, päihdeidenkäytöstä aiheutuvat haitat koskettavat erityisesti niitä lapsia ja nuoria, jotka altistuvat päihteille raskaudenaikana. Arvioiden mukaan Suomessa syntyy vuosittain 600–3600 lasta, jotka ovat altistuneet alkoholille raskaudenaikana [51]. Todellisuudessa altistuneiden määrä voi olla suurempi [52]. Kuten aikaisempien tutkimusten sekä väitöskirjatutkimukseni tulokset osoittavat, näiden lasten ja nuorten lapsuusajan kasvuympäristöä kuvastaa myös eri riskitekijöiden kasaantuminen. Väitöskirjatutkimuksessani nämä riskitekijät linkittyvät vahvasti äidin raskaudenaikaiseen päihdeongelmaan. Kuten väitöskirjatutkimukseni tulokset osoittavat, riskitekijöiden kasaantuminen voi vaikeuttaa näiden nuorten pärjäämistä aikuistumisen kynnyksellä.

Lapsuudessa ja nuoruudessa koetut haasteet voivat vaikuttaa myös aikuisuuden kehityspolkuun [53, 54]. Tämän vuoksi riskissä olevien nuorten ja perheiden varhainen tunnistaminen ja tukeminen on tärkeää. Tämä vaatii useiden sektorien ja ammattilaisten välistä yhteistyötä. Ongelmamme on, että emme tarpeeksi hyvin tunnista näitä nuoria. Haasteen näiden nuorten tunnistamiseksi tekee sen, ettei raskaudenaikainen päihdealtistus usein näy ulospäin, vaan altistus oireilee yksilöllisinä haasteina kehityksen ja hyvinvoinnin eri osa-alueilla. Myös raskaudenaikaisen päihdeidenkäytön tai perheen päihdeongelmien tunnistaminen voi olla haasteellista. Uskallan väittää, että raskaudenaikainen päihdeidenkäyttö, siihen yhdistyvät riskitekijät, sekä vaikutukset lapsen kasvuun, kehitykseen ja hyvinvointiin ovat näkymätön kansanterveysongelma suomalaisessa yhteiskunnassa. Sekundaaristen häiriöiden ennaltaehkäisy on tärkeää niin yksilöiden kuin myös hyvinvoivan yhteiskunnan kannalta [29].

## LÄHTEET

- (1) Babor TF, Casswell S, Graham K, ym. Alcohol: No Ordinary Commodity—a summary of the third edition. *Addiction* 2002; 117:3024–3036
- (2) Jääskeläinen M, Österberg E. Alkoholien aiheuttamat haittakustannukset Suomessa vuonna 2010. Teoksessa: Warpenius K, Holmila M, Tigerstedt C (toim) Alkoholien ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 2013; 175–187
- (3) Mäkelä P. Miten käyttötavat ovat muuttuneet? Teoksessa: Mäkelä P, Härkönen J, Lintonen T, Tigerstedt C, Warpenius K (toim) Näin Suomi

- juo. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 2018; 26–38
- (4) Karjalainen K. Huumeiden kokeilu ja käyttö väestökyselyssä. Teoksessa: Rönkä S, Markkula J (toim) Huuometilanne Suomessa 2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 2020; 19–26
  - (5) Behnke M, Smith VC, Committee on Substance Abuse C, Committee on fetus and newborn. Prenatal substance abuse: short- and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics* 2013; 131:1009
  - (6) Riley EP, Infante MA, Warren KR. Fetal alcohol spectrum disorders: an overview. *Neuropsychol Rev* 2011; 21:73–80
  - (7) Staton-Tindall M, Sprang G, Clark J, ym. Caregiver Substance Use and Child Outcomes: A Systematic Review. *J Soc Work Pract Addict* 2013; 13:6–31
  - (8) Lemoine P, Harousseau H, Borteryu JP, ym. Les Enfants de Parents Alcooliques. Anomalies Observees a Propos de 127 cas [The Children of Alcoholic Parents Anomalies Observed in 127 Cases]. *Quest Medicale* 1968; 21:476–482
  - (9) Jones KL, Smith DW. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet* 1973; 302:999–1001
  - (10) Stein DJ, Donald KA. The Early Developmental Outcomes of Prenatal Alcohol Exposure: A Review. *Front Neurol*, 2018. <https://doi.org/10.3389/fneur.2018.01108/full>
  - (11) May PA, Blankenship J, Marais AS, ym. Maternal alcohol consumption producing fetal alcohol spectrum disorders (FASD): quantity, frequency, and timing of drinking. *Drug Alcohol Depend* 2013; 133:502–512
  - (12) Burd L, Blair J, Dropps K. Prenatal alcohol exposure, blood alcohol concentrations and alcohol elimination rates for the mother, fetus and newborn. *Journal of Perinatology* 2012; 32:652–659
  - (13) Heller M, Burd L. Review of ethanol dispersion, distribution, and elimination from the fetal compartment. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2014; 100:277–283
  - (14) Jones HE, Dengler E, Garrison A, ym. Neonatal outcomes and their relationship to maternal buprenorphine dose during pregnancy. *Drug Alcohol Depend* 2014; 134:414–417
  - (15) Cleary BJ, Donnelly J. Methadone dose and neonatal abstinence syndrome-systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2010; 105:2071–2084
  - (16) Baía I, Domingues R. The effects of cannabis use during pregnancy on low birth weight and preterm birth: A systematic review and meta-analysis. *Am J Perinatol*, 2022. <https://doi.org/10.1055/A-1911-3326/ID/JR22MAR114-44>
  - (17) Ross EJ, Graham DL, Money KM, ym. Developmental consequences of fetal exposure to drugs: what we know and what we still must learn. *Neuropsychopharmacology* 2015; 40:61–87
  - (18) Goodlett CR, Horn KH. Mechanisms of Alcohol-Induced Damage to the Developing Nervous System. *Alcohol Research & Health* 2001; 25:175
  - (19) Moore EM, Migliorini R, Infante MA, ym. Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Recent Neuroimaging Findings. *Curr Dev Disord Rep* 2014; 1:161
  - (20) Guerri C, Bazinet A, Riley EP. Foetal Alcohol Spectrum Disorders and alterations in brain and behaviour. *Alcohol Alcohol* 2009; 44:108–114
  - (21) Caritis SN, Panigrahy A. Opioids affect the fetal brain: reframing the detoxification debate. *Am J Obstet Gynecol* 2019; 221:602–608
  - (22) Etemadi-Aleagha A, Akhgari M. Psychotropic drug abuse in pregnancy and its impact on child neurodevelopment: A review. *World J Clin Pediatr* 2022; 11:1
  - (23) Martin MM, Graham DL, McCarthy DM, ym. Cocaine-Induced Neurodevelopmental Deficits and Underlying Mechanisms. *Birth Defects Res C Embryo Today* 2016; 108:147
  - (24) Patra J, Bakker R, Irving H, ym. Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA) -a systematic review and meta-analyses. *BJOG* 2011; 118:1411–1421
  - (25) Pyman P, Collins SE, Muggli E, ym. Cognitive and Behavioural Attention in Children with Low-Moderate and Heavy Doses of Prenatal Alcohol Exposure: a Systematic Review and Meta-analysis. *Neuropsychol Rev* 2021; 31:610–627
  - (26) Lees B, Mewton L, Jacobus J, ym. Association of Prenatal Alcohol Exposure With Psychological, Behavioral, and Neurodevelopmental Outcomes in Children From the Adolescent Brain Cognitive Development Study. *Am J Psychiatry* 2020; 177:1060–1072
  - (27) Long X, Lebel C. Evaluation of Brain Alterations and Behavior in Children With Low Levels of Prenatal Alcohol Exposure. *JAMA Netw Open* 2022; 5:E225972
  - (28) Mamluk L, Edwards HB, Savović J, ym. Low alcohol consumption and pregnancy and childhood outcomes: time to change guidelines indicating apparently 'safe' levels of alcohol during pregnancy? A systematic review and meta-analyses. *BMJ Open* 2017; 7:e015410. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2016-015410>
  - (29) Popova S, Charness ME, Burd L, ym. Fetal alcohol spectrum disorders. *Nature Reviews Disease Primers* 2023 9:1 9:1–21
  - (30) Mattson SN, Crocker N, Nguyen TT. Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Neuropsychological and Behavioral Features. *Neuropsychol Rev* 2011; 21:81.
  - (31) Yhdistyneet Kansakunnat (United Nations) Youth. Luettu 20.12.2023. <https://www.un.org/en/global-issues/youth>
  - (32) Floyd FJ, Costigan CL, Piazza VE. Chapter 2 The Transition to Adulthood for Individuals with

- Intellectual Disability. *Int Rev Res Ment Retard* 2009; 37:31–59
- (33) Austin KL, Hunter M, Gallagher E, ym. Depression and anxiety symptoms during the transition to early adulthood for people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* 2018; 62:407–421
- (34) Easey KE, Dyer ML, Timpson NJ, ym. Prenatal alcohol exposure and offspring mental health: A systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2019; 197:344
- (35) Flannigan K, Pei J, Stewart M, ym. Fetal Alcohol Spectrum Disorder and the criminal justice system: A systematic literature review. *Int J Law Psychiatry* 2018; 57:42–52
- (36) McLachlan K, Flannigan K, Temple V, ym. Difficulties in Daily Living Experienced by Adolescents, Transition-Aged Youth, and Adults With Fetal Alcohol Spectrum Disorder. *Alcohol Clin Exp Res* 2020; 44:1609–1624
- (37) Spohr H-L, Willms J, Steinhausen H-C. Fetal alcohol spectrum disorders in young adulthood. *J Pediatr* 2007; 150:175–179, 179.e1
- (38) Streissguth A. Offspring Effects of Prenatal Alcohol Exposure from Birth to 25 Years: The Seattle Prospective Longitudinal Study. *J Clin Psychol Med Settings* 2007; 14:81–101
- (39) Streissguth. Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with fetal alcohol syndrome (FAS) and fetal alcohol effects (FAE): final report. 1996. Seattle, Wash.: University of Washington School of Medicine, Dept. of Psychiatry and Behavioral Sciences, Fetal Alcohol and Drug Unit
- (40) Petrenko CLM, Tahir N, Mahoney EC, ym. Prevention of secondary conditions in fetal alcohol spectrum disorders: identification of systems-level barriers. *Matern Child Health J* 2014; 18:1496–1505
- (41) Esper LH, Furtado EF. Identifying maternal risk factors associated with Fetal Alcohol Spectrum Disorders: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014; 23:877–889
- (42) Price A, Cook PA, Norgate S, ym. Prenatal alcohol exposure and traumatic childhood experiences: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* 2017; 80:89–98
- (43) Sarkola T, Kahila H, Gissler M, ym. Risk factors for out-of-home custody child care among families with alcohol and substance abuse problems. *Acta Paediatr* 2007; 96:1571–1576
- (44) Koponen AM, Nissinen N-M, Gissler M, ym. Cohort profile: ADEF Helsinki – a longitudinal register-based study on exposure to alcohol and drugs during foetal life. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2020; 37:32–42
- (45) Cassiers LLM, Sabbe BGC, Schmaal L, ym. Structural and functional brain abnormalities associated with exposure to different childhood trauma subtypes: A systematic review of neuroimaging findings. *Front Psychiatry* 2018; 9:370528
- (46) Morgart K, Harrison JN, Hoon AH, ym. Adverse childhood experiences and developmental disabilities: risks, resiliency, and policy. *Dev Med Child Neurol* 2021; 63:1149–1154
- (47) Shonkoff JP, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics* 2012; 129:232
- (48) Cooke JE, Kochendorfer LB, Stuart-Parrigon KL, ym. Parent-child attachment and children's experience and regulation of emotion: A meta-analytic review. *Emotion* 2019; 19:1103–1126
- (49) Frigerio A, Porreca A, Simonelli A, ym. (2019) Emotional availability in samples of mothers at high risk for depression and with substance use disorder. *Front Psychol* 2019;10:577.
- (50) O'Connor MJ, Kogan N, Findlay R. Prenatal Alcohol Exposure and Attachment Behavior in Children. *Alcohol Clin Exp Res* 2002; 26:1592–1602
- (51) Fagerlund Å. Fetal Alcohol Spectrum Disorders in Finnish Children and Adolescents - Diagnosis, cognition, behavior, adaptation and brain metabolic alterations. [Väitöskirja]. Åbo Akademi University, 2013.
- (52) Popova S. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health* 2017; 5:e290–e299
- (53) Pitkänen J, Remes H, Moustgaard H, ym. Parental socioeconomic resources and adverse childhood experiences as predictors of not in education, employment, or training: a Finnish register-based longitudinal study. *J Youth Stud* 2021; 24:1–18
- (54) Gariépy G, Danna SM, Hawke L, ym. The mental health of young people who are not in education, employment, or training: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2022; 57:1107–1121

NIINA-MARIA NISSINEN  
FT

*Kansanterveystieteen ja filosofian maisteri Niina-Maria Nissinen väitöskirja Secondary Disabilities in Finnish Youth with Prenatal Substance Exposure – A longitudinal register-based cohort study on secondary education, financial difficulties and mood and neurotic disorders in youth with prenatal substance exposure tarkastettiin Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnassa 13.10.2023. Vastaväittäjänä toimi professori Timo Harrikari Helsingin yliopistosta ja ohjaajina professori (emerita) Arja Rimpelä Tampereen yliopistosta, dosentti Anne M. Koponen Helsingin yliopistosta sekä dosentti Kirsimarja Raita-salo Itä-Suomen 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, lektioita, 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 sanamääristä 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 laatisemassa 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 johdatetaan 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 tunnustetta)

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 vahvuksien 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 2 / 2 0 2 4

PÄÄKIRJOITUS

177 *Suominen, S., Näsi, E., Kaarakainen, M.*  
Pohjoismainen kansanterveysjärjestöjen yhteistyö piristymässä

ARTIKKELIT

179 *Aaltio, E.*  
Strukturoitu arviointi lasten ja perheiden sosiaalityössä – työntekijöiden kokemuksia ja näkemyksiä ARVOA©-menetelmästä, kehittämistarpeista ja käyttöönoton puutteista

192 *Janhonen, K., Viita-Aho, M., Huhtakangas, M., Kihlström, L., Keskimäki, I., Tynkkynen, L-K.*  
Resilienssi terveysjärjestelmien tutkimuksessa: Kartoittava katsaus resilienssistä käsitteenä

210 *Kaartti, H., Savolainen, M., Nuutinen, O.*  
Rakastavaa katsetta etsimässä – voimauttavan valokuvan menetelmä aikuisten syömishäiriöiden hoidossa

227 *Kosola, S., Keski-Säntti, M., Gockel, M., Reijonen, M., Ristikari, T.*  
Siviilipalveluksen keskeyttäneiden sekä palveluksesta vapautuksen tai lykkäyksen saaneiden psykososiaalinen tausta ja syrjäytymisriski

236 *Martikainen, M., Kauppinen, H., Siitonen, P., Timonen, J.*  
Farmaseuttien ja proviisorien näkemykset farmasian ammattihenkilöiden rokotusoikeudesta

256 *Airila, A., Reho, T., Karvala, K., Määttä, P., Hårdh, S., Louhimo, R.*  
Mitkä tekijät ennakoivat täyden ja osatyökyvyttömyyseläkkeen saamista hylkäyksen jälkeen?

271 *Kainiemi, E., Virtanen, L., Saukkonen, P., Kaihlanen, A-M., Väre, A., Valtokari, M., Nurmi-Koikkalainen, P., Heponiemi, T.*  
Vammaispalvelujen asiakkaiden kohtaamat haasteet sähköisten palvelujen käytössä ja käytön tukemisessa onnistuminen – ammattilaisten näkökulma

291 *Ekqvist, E., Kuusisto, K.*  
Päihdekäyttö, retkahdusriskit ja retkahtamisen välttäminen kolmen kuukauden kuluttua laitospäihdekuntoutuksesta

306 *Jalonen, H., Laasanen, M., Salminen, J.*  
Moniammatillinen yhteistyö opiskeluhuollossa – tasapainoilua jännitteiden välillä

PUHEENVUORO

323 *Koponen, A., Nissinen, N-M., Gissler, M., Autti-Rämö, I., Kahila, H. Sarkola, T.*  
Sikiöaikana päihteille altistuneet lapset aikuisuuden kynnyksellä – Yhteenvedo ADEF Helsinki -tutkimusprojektin tuloksista

336 *Päätalo, K., Hartikainen, K., Susipolku, R., Bordi, L., Kolonen, M.*  
Affektiivinen ergonomia osana aivoterveellistä työtä

341 *Rahkonen, O., Labelma, E.*  
Kokemuksia tohtorikoulutusjärjestelmästä – Väestö, terveys ja elinolut -ohjelma 30 vuotta

LECTIO

348 *Nissinen, N-M.*  
Päihteille raskausaikana altistuneet nuoret alttiita haasteille aikuistumisen kynnyksellä