SOSIAALI- LÄÄKETIETEELLINEN AIKAKAUSLEHTI

JOURNAL OF SOCIAL MEDICINE

1
2025
62. 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

Instagram: @sosiaalilaaketiede

Facebook: sosiaalilaaketiede

LEHTEÄ KOSKEVAT YHTEYDENOTOT:
Toimitussihteeri
Jenna Grundström
toimitussihteeri@socialmedicine.fi

TOIMITUSKUNTA

Päätoimittaja
Minna Kaarakainen
FT, dosentti, asiantuntija
Savonia-ammattikorkeakoulu
Vieraileva tutkija
Itä-Suomen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta
Sosiaali- ja terveysjohtaminen

Toimittajat
Marja Hult
TtT, dosentti, yliopistotutkija
Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos

Anna-Maria Isola
VTT, 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
VTT, dosentti, tutkimuspäällikkö
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Mielenterveystiimi

Minna Koskimäki
TtT, Yliopisto-opettaja
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
Väestönterveys

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 2025:
Jäsenet 45 €, työelämän ulkopuolella olevat 20 €
(Sosiaalilääketieteen yhdistyksen jäsenmaksu)
Yksityishenkilöt 50 €, yhteistö 100 € (IP-pohjainen tilaus), irtonumerot 15 € (PDF-tiedosto)

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 jäsensihteeriin: Paula Jääskeläinen
sähköposti: jasensihteeri@socialmedicine.fi

SOSIAALI-
LÄÄKETIETEELLINEN
AIKAKAUSLEHTI

JOURNAL OF SOCIAL MEDICINE

Päätoimittaja
Minna Kaarakainen
minna.kaarakainen@savonia.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 Band
PL 42 (Unioninkatu 33)
00014 Helsingin yliopisto

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

Yhdistyksen sihteeri
Idil Muhumed
sihteeri@socialmedicine.fi

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

Taitto
Kirjapaino Hermes Oy

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

ISSN 0355-5097
Kirjapaino Hermes Oy 2025

1/2025
62. VUOSIKERTA

Soten vaikutus ilmastonmuutokseen, ja päinvastoin – hillinnän ja varautumisen tarve

Nopeasti etenevä ilmastonmuutos on sosiaali- ja terveydenhuollon (sote) näkökulmasta merkityksellinen kolmella tavalla. Ensinnäkin sote kiihdyttää ilmastonmuutosta, sillä sen toiminnan eri prosesseissa syntyy kasvihuonekaasupäästöjä. Tästä puolestaan seuraa se, että sote lisää ilmastonmuutoksesta johtuvaa tautitaakkaa. Kolmanneksi ilmastonmuutoksesta johtuvat muutokset esimerkiksi väestön palvelujen tarpeessa vaativat sotelta varautumista.

Terveydenhuollon osuus maiden kokonaishiilijalanjäljestä on maailmanlaajuisesti arvioitu olevan 5 %. Suomessa terveydenhuollon hiilijalanjälki oli 4,2 % ja sosiaalihuollon hiilijalanjälki 2,3 % vuonna 2019 (1). Laskennan toteuttivat Suomen ympäristökeskuksen tutkijat osana Ekologisesti kestävän sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen ohjaus (EKO-SOTE) -hanketta. EKO-SOTE-hankkeessa laskettiin ensimmäisen kerran sosiaalihuollon kasvihuonekaasupäästöt. Suomen terveydenhuollon päästöistä löytyy aikaisempi arvio vuodelta 2014, jolloin osuus oli 5 % (2).

Terveydenhuollon hiilijalanjäljen vähentäminen eli kasvihuonekaasupäästöjen hillintä on merkittävä kansanterveydellinen ja -taloudellinen teko. On arvioitu, että EU:ssa terveydenhuollon yhden vuoden aikana syntyvistä kasvihuonekaasupäästöistä aiheutuvien sairauksien vuoksi menetetään yhteensä yli 365 000 toimintakykyistä vuotta (disability adjusted life years DALY) ja näiden kustannukset ovat 25,6 miljardia euroa (3). Arvioinnissa laskettiin yhden DALYn

arvoksi 70 000 euroa. Artikkeli esittää DALY-arviot myös maittain. Suomessa menetettyjä toimintakykyisiä vuosia arvioitiin aiheutuvan 6 022. Edellä mainitulla DALYn arvolla laskettuna Suomen terveydenhuollon kasvihuonekaasupäästöjen terveysvaikutusten kustannukset olisivat siis noin 421 miljoonaa. Luvut ovat karkeita arvioita, sillä laskelmissa huomioitiin vain kuusi ilmastonmuutoksen terveysvaikutusta ja toisaalta monet näistä, kuten malaria, eivät toistaiseksi koske Suomea.

Ilmastonmuutoksen terveysvaikutuksista Suomessa näkyvät jo nyt erityisesti helteisiin liittyvät kuolemat ja sairaudet, liukastumistapaturmat ja vektorivälitteiset infektiosairaudet, kuten borrelioosi. Lisääntyvä tautitaakka ja tapaturmat lisäävät terveyspalvelujen tarvetta ja käyttöä. Talvikuukausina ensiapuklinikat ruuhkautuvat entistä enemmän liukastumisista, kuten olemme saaneet viime aikoina uutisista lukea. Kesäisin terveydenhuoltoa kuormittavat lisääntyneet helteet. Esimerkiksi helleaallot vuosina 2001–2017 lisäsivät keuhkokuumeeseen liittyvien sairaalakäyntien riskiä 20 prosentilla Suomessa (4). Helteet liittyvät keskeisesti sosiaali- ja terveydenhuoltoon myös sitä kautta, että Suomessa helteeseen yhdistettävistä kuolemista puolet tapahtuu sairaaloiden tai terveyskeskusten vuodeosastoilla (5).

Terveyshaittojen kautta ilmastonmuutos lisää palvelujen tarvetta, mikä edelleen nostaa terveydenhuollon kustannuksia. Maailmanlaajuinen arvio yksin helteisiin liittyvien sairauksien terveydenhuollon kustannuksista on 7 100 miljardia dollaria vuoteen 2050 mennessä (6). Iso-Britanniassa on sään ääri-ilmiöiden arvioitu lisäävän terveydenhuollon kustannuksia vuosittain yli 20 miljoonalla punnalla (7). Suomessa vastaavia taloudellisia laskelmia ei olla tehty, mutta sotessa tulisi varautua paitsi palvelutarpeen ja käytön lisääntymiseen, myös ilmastonmuutoksesta aiheutuvaan kustannusten kasvuun. On hyvä muistaa, että varautuminen on usein taloudellisesti edullisempaa kuin reaktiivinen toiminta. Kuten jo vuoden 2021 EU:n ilmastonmuutoksen sopeutumisstrategiassa painotetaan, sopeutumiseen kohdistettu rahoitus ei ole vain kustannus, vaan investointi kohti ilmastokestävämpää yhteiskuntaa (8).

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa ei systemaattisesti hillitä kasvihuonekaasupäästöjä eikä varauduta ilmastonmuutoksen aiheuttamiin terveyshaittoihin. Vuonna 2021 julkaistun STM:n ilmastonmuutokseen sopeutumissuunnitelmassa ehdotetut toimenpiteet eivät juuri ole jalkautuneet käytännön toimiksi (9). Tämä voi osin johtua siitä, että sopeutumissuunnitelma ei ole velvoittava. Soten kasvihuonekaasupäästöjen hillinnästä ei Suomessa ole sopeutumissuunnitelman kaltaista kansallista linjausta, tai esimerkiksi kansallista tavoitetta. Tämä siitä huolimatta, että ilmastolaissa määritetään, että Suomen tulisi olla hiilineutraali vuoteen 2035 mennessä. Monessa muussa maassa terveydenhuollolle on asetettu kansallinen hiilineutraaliustavoite. Esimerkiksi Englannissa NHS on asettanut tavoitteeksi olla hiilineutraali vuoteen 2045 mennessä niiden päästöjen osalta, joihin he itse voivat vaikuttaa (10). Kansallisen ohjauksen puutteista huolimatta hyvinvointialueilla on sopeutumiseen ja hillintään liittyviä tavoitteita ja näiden saavuttamiseksi tehdään lukuisia toimia. Ne hyvinvointialueet, joissa tavoitteita ei ole tai toimia ei tehdä, ovat osoittaneet kiinnostusta oppia toisten hyvistä käytännöistä (1).

Edellä kuvattuihin tarpeisiin ja toiveisiin vastataan kirjoittajien yhteistyöhankkeessa ”Ilmastonmuutokseen sopeutuminen ja sen hillintä hoitotyössä” (Isohoito, 11). Tämän Euroopan aluekehitysrahaston (EAKR) rahoittaman kehittämishankkeen tavoitteena on edistää hillintä- ja varautumistoimia sosiaali- ja terveydenhuollossa, erityisesti hoitajien ja lääkärien työn käytännöissä. Olemme koonneet hyvinvointialueilta kymmeniä asiakirjoja, joissa ohjataan joko hillintää tai varautumista alueilla. Kuluvana vuonna jatkamme aineiston keruuta muun muassa järjestämällä työpajoja parhaiden käytössä olevien käytäntöjen kokoamiseksi ja jakamiseksi sekä ohjaustarpeiden kartoittamiseksi. Esittelemme hanketta myös toukokuussa järjestettävässä Sosiaalilääketieteen yhdistyksen perinteisessä kevätseminaarissa, jonka aiheena tänä vuonna on ”Soten vaikutus ilmastonmuutokseen, ja päinvastoin – hillinnän ja varautumisen tarve”.

Jutta Pulkki
Yliopistonlehtori
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta/terveystieteet

Pia Wulff
Tutkija
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta/terveystieteet

Mikaela Grotenfelt-Enegren
ylilääkäri
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Jaana I. Halonen
Johtava tutkija
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Päivi Meriläinen
Erikoistutkija
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

KIRJALLISUUS

(1) Pulkki J, Wulff P, Iivonen S, ym. Ekologisesti kestävä sosiaali- ja terveydenhuolto : Selvitys kansallisesta tavoitteesta ja ohjausmekanismeista. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja, 2023:49.

(2) HCWH. Global roadmap for global health care decarbonization. Country fact sheets. 2025. Saatavilla: https://healthcareclimateaction.org/roadmap , valitse maa kohdasta 'Country fact sheets', 'Download'.

(3) Chen-Xu J, Corda MO, Varga O, ym. Health burden and costs attributable to the carbon footprint of the health sector in the European Union. Environment International, 2024;190. DOI : 10.1016/j.envint.2024.108828.

(4) Sohail H, Kollanus V, Tiittanen P, ym. Heat, Heatwaves and Cardiorespiratory Hospital Admissions in Helsinki, Finland. Int J Environ Res Public Health, 2020;17(21):7892. DOI: 10.3390/ijerph17217892.

(5) Kollanus V, Halonen IJ, Lanki T. Helteen vaikutukset ja varautuminen terveydenhuollossa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 2023;139(13):1127–33.

(6) Wyman O, World Economic Forum. Quantifying the Impact of Climate Change on Human Health. Insight Report, January 2024. Saatavana: https://www.weforum.org/publications/quantifying-the-impact-of-climate-change-on-human-health/

(7) de Preux L, Rizmie D. How is the healthcare sector dealing with climate change? 2021. Saatavana: https://www.economicsobservatory.com/how-is-the-healthcare-sector-dealing-with-climate-change

(8) Ilmastokestävä Eurooppa - Uusi EU:n strategia ilmastonmuutokseen sopeutumiseksi. Komission tiedonanto Euroopan Parlamentille, Neuvostolla, Euroopan talous- ja sosiaalikomitealle ja alueiden komitealle. 2021. Saatavana: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021DC0082

(9) Meriläinen P, Paunio M, Kollanus V, ym. Ilmastonmuutos sosiaali- ja terveyssektorilla – Sosiaali- ja terveysministeriön ilmastonmuutokseen sopeutumisen suunnitelma (2021–2031). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:20.

(10) NHS England. Delivering a 'Net Zero' National Health Service. 2022. Saatavilla: https://www.england.nhs.uk/greenernhs/wp-content/uploads/sites/51/2022/07/B1728-delivering-a-net-zero-nhs-july-2022.pdf

(11) Ilmastonmuutokseen sopeutuminen ja hillintä hoitotyössä (Isohoito). Saatavilla: www.thl.fi/isohoito

18TH EUROPEAN PUBLIC HEALTH CONFERENCE
11 - 14 NOVEMBER 2025, HELSINKI, FINLAND
INVESTING FOR SUSTAINABLE HEALTH AND WELL-BEING

18TH EUROPEAN PUBLIC HEALTH CONFERENCE 2025, HELSINKI, FINLAND
The 18th EPH Conference will take place in Helsinki, Finland, from **11 – 14 November 2025**. Pre-conferences are scheduled for Tuesday, **11 November**, followed by the main conference from **12 – 14 November**. The theme for 2025 is: **"Investing for Sustainable Health and Well-Being."** Learn more about the conference theme here**.** Registration opens on **1 April 2025**.

ABSTRACT SUBMISSION HELSINKI 2025
Abstract submission for the 18th EPH Conference opens **1 February** and closes **1 May 2025**. We invite submissions for workshops, oral, pitch, and poster presentations. Don't miss this opportunity to showcase your work at the largest public health event in Europe! Check **our website** for updates.

ABSTRACT TUTORING PROGRAMME
EPH Conference offers an Abstract Tutoring Programme providing an opportunity for young and less experienced abstract submitters. This programme provides personalized feedback from experienced reviewers and opens on **1 February 2025**. It is especially helpful for researchers with limited access to guidance from colleagues. More information will be announced on **our website**.

CONFERENCE VENUE
The 18th EPH Conference will be held at the newly renovated Finlandia Hall. The Finlandia hall was created by the world renowned architect Alvar Aalto as a multi-purpose event center and meeting place in the center of Helsinki. Discover more **here**.

SPECIAL ISSUE EUROHEALTH – LISBON 2024
The latest issue of Eurohealth, titled "Sailing the Waves of European Public Health: Exploring a Sea of Innovation," features reflections from the 17th European Public Health Conference in Lisbon. This edition explores how innovation is transforming public health—from creative policies and social prescribing to cross-sector collaborations and community-led initiatives, with a focus on equity, sustainability, and citizen empowerment. It covers insights from all five plenaries, examining critical themes such as planetary health, digital transformation, and the future of workforce development.

The issue is available on the **European Observatory** and **EPH Conference** website.

Artikkeli

Terveyssosiaalityöntekijöiden näkemyksiä sosiaalityöstä erikoissairaanhoidossa

Tutkimuksessa tarkasteltiin terveyssosiaalityöntekijöiden näkemyksiä työnsä sisällöstä sekä sen annista potilaalle ja moniammatilliselle työryhmälle. Tavoitteena oli lisätä tietoa ja ymmärrystä terveyssosiaalityön sisällöistä ja tehtävistä erikoissairaanhoidossa.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoon suunniteltu uudistus käynnisti Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) terveyssosiaalityössä keskustelun terveyssosiaalityön roolista ja sisällöstä. KYSin sosiaalityöntekijät saivat tehtäväksi selkiyttää terveyssosiaalityön työnkuvaa. Tutkimuksemme pohjautui marraskuussa 2018 järjestetyn KYSin sosiaalityöntekijöiden kehittämisiltapäivän tehtäviin ja yhteenvetoon. Aineisto koostui kehittämisiltapäivän pienryhmissä tehdyistä muistiinpanoista. Aineiston tuottamiseen osallistui noin 40 sosiaalityöntekijää. Aineisto analysoitiin kaksiosaisesti: ensin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä ja toisessa vaiheessa vertaamalla tuloksia teoriaohjaavasti Väisäsen sosiaalihyödyn käsitteen näkökulmiin ja sisältöihin. Tutkimuksemme pohjautui käytäntötutkimukselliseen tutkimusperinteeseen, autoetnografisin piirtein. Artikkelillamme haluamme osallistua yhteiskunnalliseen keskusteluun terveyssosiaalityön merkityksestä.

Sosiaalityöntekijöiden kokemusten mukaan terveyssosiaalityön tärkeintä antia potilaan kannalta ovat 1.) kohtaaminen ja läsnäolo, 2.) psykososiaalinen tuki, 3.) tiedon välittäminen, 4.) verkostotyö ja 5.) asiantuntijuus. Työryhmän kannalta tärkeimpänä antina pidetään 1.) kokonaisvaltaista näkökulmaa, 2.) sosiaalityön asiantuntijuutta sekä 3.) verkostotyötä ja konsultointia.

Tutkimuksessa ilmeni, että terveyssosiaalityötä ja sen tehtävää on mahdollista tarkastella uudesta näkökulmasta sosiaalihyödyn käsitteen kautta. Tutkimus tuo esille terveyssosiaalityöntekijän laaja-alaisen ja monimuotoisen työn potilaiden ja työryhmän tukena. Jatkossa olisi tarpeellista tutkia terveyssosiaalityötä ja sen tuottamaa sosiaalihyötyä potilaan itsensä ja läheistensä kokemuksena sekä laajentamalla tutkimusta terveyssosiaalityölle läheisiin ammattiryhmiin, kuten hoitajiin ja lääkäreihin.

ASIASANAT: terveyssosiaalityö, terveydenhuollon sosiaalityö, sosiaalihyöty, moniammatillisuus

SOINTU RIEKKINEN-TUOVINEN, ANNI YLÖNEN, JENNI ALLIMAA

YDINASIAT

- Terveyssosiaalityön keskeistä antia potilaalle ovat kohtaaminen ja läsnäolo, psykososiaalinen tuki, tiedon välittäminen, verkostotyö ja asiantuntijuus.
- Työryhmän kannalta keskeistä antia ovat kokonaisvaltainen näkökulma, sosiaalityön asiantuntijuus sekä verkostotyö ja konsultointi.
- Sosiaalihyödyn viitekehys tuo uuden ulottuvuuden terveyssosiaalityön tarkasteluun ja kuvaamiseen.

JOHDANTO

Tässä artikkelissa tarkastelemme sosiaalityön antia terveydenhuollossa; sitä, miten terveyssosiaalityöntekijä toimii potilaiden tukena ja mikä on terveyssosiaalityöntekijän rooli moniammatillisessa työryhmässä. Samalla kuvaamme sosiaalityön sisältöä erikoissairaanhoidossa. Sairaalakontekstissa sosiaalityöntekijä kutsuu asiakasta useimmiten potilaaksi sairaalan käytännön mukaisesti, joten käytämme samaa käsitettä tässä artikkelissa.

Terveyssosiaalityöntekijät ovat tehneet pitkään työtä sosiaali- ja terveydenhuollon integraation ytimessä toimiessaan sosiaalityön edustajina terveydenhuollossa ja yhteistyössä laajasti potilaiden verkostojen kanssa (ks. myös 1, 2). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen alkuperäinen aloitusajankohta oli 2010-luvun lopulla. Tutkimuksemme käynnistyi aikana, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistussuunnitelmat aiheuttivat pohdintaa Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) terveyssosiaalityöntekijöiden keskuudessa: mikä tulisi olemaan terveyssosiaalityön rooli jatkossa? KYSin sosiaalityöntekijöille järjestettiin marraskuussa 2018 kehittämisiltapäivä, jossa kartoitettiin osallistujien näkemyksiä omasta työstään: mikä on sosiaalityön anti potilastyössä ja moniammatillisessa tiimityössä? Kirjallisista vastauksista syntyi monipuolista tietoa, jota päätimme osallistujien luvalla jalostaa artikkeliksi. Myöhemmin aineiston tarkasteluvaiheessa tutkimuskysymyksiin lisättiin sosiaalihyödyn näkökulma.

Pyrimme tällä artikkelilla myös selkiyttämään terveyssosiaalityön paikkaa sosiaalityön kentällä sekä laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon alueella, sillä yleinen tietoisuus terveyssosiaalityöstä ja sen merkityksestä potilaiden tukemisessa on osin jäänyt katveeseen (2, 3). Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä tietoa ja ymmärrystä terveyssosiaalityön sisällöistä ja tehtävistä erikoissairaanhoidossa terveyssosiaalityöntekijöiden itsensä kuvaamana. Terveyssosiaalityön ominaispiirteitä on hyvä tuoda esille erityisesti nyt, kun hyvinvointialueilla organisoidaan sosiaalityötä uusiksi. Artikkelin aihe on erityisen ajankohtainen paitsi sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen, myös terveyssosiaalityön sadan toimintavuoden (v. 2023) täyttymisen myötä.

Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

- Mikä on terveyssosiaalityön anti potilaalle?
- Mikä on terveyssosiaalityön anti työryhmälle?
- Miten terveyssosiaalityön anti linkittyy sosiaalihyötyyn?

Kokemuksemme mukaan terveyssosiaalityöntekijöille kertyy runsaasti tietoa erilaisista potilaista ja heidän sosiaalisista ongelmistaan sekä arjessa pärjäämisestään tai pärjäämättömyydestään. Tätä arvokasta tietoa ei aina hyödynnetä riittävästi. Kuten Pohjola ym. (4) korostavat, käytännön vuorovaikutuksessa muodostuva tieto on itsessään arvokasta, mutta erittäin tärkeää olisi saada käytännön tieto jäsentyneeseen muotoon tutkimukseksi analysoimalla ja vertaamalla sitä jo olemassa olevaan tutkimustietoon. Tutkimuksen avulla hiljainen tieto saadaan paremmin näkyviin ja käyttöön. Näin syntyvää tutkimustietoa voidaan käyttää myös vaikuttavuuden osoittamisessa. (4.)

Tutkimuksemme pohjautuu käytäntötutkimuksen (5, 6) lähtökohtiin ja siinä on piirteitä myös autoetnografisesta tutkimuksesta (esim. 7, 8). Teoria rakentuu aikaisemmista tutkimuksista, jotka kuvaavat terveyssosiaalityöntekijän työskentelyä potilaiden tukena ja moniammatillisissa tiimeissä. Tutkimuksen yhdeksi viitekehykseksi valittiin sosiaalihyödyn käsite (mm. 9), koska halusimme tarkastella terveyssosiaalityötä uudesta näkökulmasta.

TERVEYSSOSIAALITYÖ ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

TERVEYSSOSIAALITYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Terveyssosiaalityö on sosiaalityötä terveydenhuollon toimintaympäristössä. Siitä on käytetty myös käsitettä sairaalan sosiaalityö. Terveyssosiaalityön katsotaan alkaneen Suomessa vuonna 1923, kun Helsingin Kirurgisessa sairaalassa työskennellyt ylihoitaja Sophie Mannerheim huolestui potilaiden selviytymisestä arjessa sairaalasta kotiutumisen jälkeen ja alkoi työskennellä turvallisen kotiutumisen edistämiseksi. Terveyssosiaalityöntekijöiden oma yhdistys perustettiin vuonna 1947, mistä lähtien alan tunnettavuus ja kehittäminen on lisääntynyt. (10.) Terveydenhuollossa työskenteleviä sosiaalityöntekijöitä oli Suomessa vuonna 2018 noin 1 000 henkilöä, joista suurin osa työskenteli erikoissairaanhoidossa (11, 12, 13).

Sosiaalityöntekijät toimivat terveydenhuollossa yleensä ainoina yhteiskuntatieteellisesti orientoituneina toimijoina perinteisesti vahvojen ammattikuntien ja tieteenalojen, lääketieteen ja hoitotieteen edustajien, joukossa. Frankenhaeuserin (14) mukaan sosiaalityön on sopeuduttava lääketieteelliseen maailmaan, jossa sosiaalisilla tekijöillä ei nähdä niin paljon merkitystä kuin terveydellisillä tekijöillä, ja jossa ensisijaisena tehtävänä on hoitaa sairaus. Sosiaalinen näkökulma puolestaan pyrkii huomioimaan sairauden ohella ihmisen ja hänen lähipiirinsä sekä elinympäristönsä kokonaisvaltaisesti. (14.) Terveyssosiaalityö huomioi diagnoosin ja oireiden ohella laajasti myös potilaan elämän muut teki-

jät ja etsii ratkaisuja mahdollisiin ongelmiin yhdessä potilaan ja verkoston kanssa. Terveyssosiaalityöntekijät työskentelevät jatkuvasti sairaalan ulkopuolisten verkostojen ja yhteistyötahojen kanssa (ks. myös 12), eli toimintaympäristö on erityisen laaja verrattuna moniin muihin terveydenhuollossa työskenteleviin ammattiryhmiin. Auerbachin ym. (15) tutkimuksen mukaan sosiaalityö pystyy vastaamaan niihin haasteisiin, joita yksin lääketiede ei voi ratkaista. Sosiaalisten kysymysten esillä pitäminen sekä potilaan ja perheen kokonaisvaltainen elämänlaatu ja hyvinvointi ovat sosiaalityön tavoitteena ja keskiössä. (15.)

Edellä mainitut Auerbachin ym. (15) painottamat seikat sosiaalisista kysymyksistä, elämänlaadusta ja hyvinvoinnista ovat myös osa sosiaalihyödyn käsitettä (ks. esim. 9). Käsitteenä 'hyöty' viittaa tavoiteltaviin ja hyötyä tuottaviin asioihin. Sosiaalihyöty liittyy olennaisesti ihmisten sosiaaliseen hyvinvointiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin liittyen sosiaalihyöty voidaan jakaa kolmeen eri tasoon. Tavoitteiden tasolta katsottuna palveluissa on tavoitteena sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen ja hyödyn näkökulmasta sosiaalihyödyn mahdollisimman hyvä saavuttaminen. Koko palvelujärjestelmän tasolla sosiaalihyöty voi tarkoittaa esimerkiksi joustavia palveluita ja järjestelmän hyvää toimivuutta. Yksittäisten palveluiden tasolla tarkoituksena on ihmisten tarpeet ja toiveet huomioivat sekä osallisuutta edistävät palvelut, jossa hyöty näkyy käyttäjien tyytyväisyytenä käyttämiinsä palveluihin. (16.)

Väisänen (9) on sosiaalihyötyä asiakkaan tasolla tutkiessaan muodostanut kolme sosiaalihyötyä kuvaavaa ulottuvuutta, jotka ovat varmuus sosiaalisiin syihin puuttumisesta, varmuus elämässä selviytymisestä ja varmuus hyvinvointia tuottavasta osallisuudesta. Sosiaalihyödyn voi ymmärtää myös sosiaalisten oikeuksien toteutumisena. Väisäsen (9) jäsentämät sosiaalihyödyn ulottuvuudet pohjautuvat Niemelän (17) näkökulmiin hyvinvoinnista resurssina, osallisuutena ja tarpeiden tyydyttämisenä. Sosiaalihyödylle rinnakkainen käsite on terveyshyöty, jota on analysoitu myös sosiaalityön viitekehyksessä (18). Jo alkuperäisessä terveyshyötymallissa (19) korostetaan sosiaalisten tekijöiden huomioon ottamista erityisesti pitkäaikaissairaiden hoidossa ja kuntoutuksen alueella.

TERVEYSSOSIAALITYÖNTEKIJÄ POTILAIDEN TUKENA

Korpelan (11) mukaan terveyssosiaalityön asiantuntijuus on "*kokonaisvaltaista, arjen ongelmien ratkaisuun pyrkivää ja arjen toimintojen ja sujuvuuden turvaamiseen tähtäävää ohjaus-, neuvonta- ja konsultointityötä, joka toisinaan voi saada hyvinkin konkreettisia muotoja*". Sosiaalityö kohdentuu siihen, miten sairaus vaikuttaa potilaan elämänhallintaan ja sosiaaliseen elämään (ks. myös 20). Lähtökohtana on ajatus sairauden ja sosiaalisten tekijöiden tärkeästä yhteydestä toisiinsa (21). Sairaalaympäristössä sosiaalityöntekijän työnkuva riippuu yksiköstä ja sen luonteesta (ks. myös 11), mutta työtehtävät ja toimintatavat ovat kuitenkin pääosin yhteneväisiä. Korpelan tutkimusta mukaillen terveyssosiaalityöntekijöiden itsensä hahmottamana työnkuva voidaan jakaa viiteen eri kategoriaan:

1.) potilaan sosiaalisen tilanteen selvittäminen ja arviointi
2.) potilaan neuvonta ja ohjaus etuuksissa ja palveluissa
3.) potilaan jatkohoidon selvittely ja järjestely (esim. asumis- ja kuntoutusasiat)
4.) moniammatillinen työ ja verkostoissa toimiminen (esim. yhteys sairaalan ulkopuolisiin toimijoihin)
5.) potilaan psykososiaalinen tukeminen. (Mukaillen 11.)

Terveyssosiaalityön tehtäväksi voidaan katsoa myös potilaan osallisuuden tukeminen ja voimavarojen vahvistaminen, jotta potilas voisi olla aktiivinen toimija omassa elämässään sekä yhteisössään ja yhteiskunnassa (22). Kuten Linden (23) ja Yliruka ym. (12) korostavat, sosiaalityöntekijä työskentelee potilaan tai perheen sosiaalisten suoriutumisedellytysten ylläpitämiseksi ja parantamiseksi. Lisäksi sosiaalityöntekijä voi vaikuttaa potilaan ihmisoikeuksien toteutumiseen ja edistämiseen vaikuttamalla muun muassa palvelujärjestelmään ja yleisiin asenteisiin rakenteellisen sosiaalityön avulla (22). Rakenteellisen sosiaalityön tulisikin olla osa kaikkien sosiaalityöntekijöiden työtä, myös erikoissairaanhoidossa (ks. esim. 24).

Ylirukan ym. tutkimus (12) on ensimmäinen yksityiskohtainen ja empiirinen tarkastelu suomalaisesta terveyssosiaalityöstä. Tutkimuksessa tarkasteltiin 249 terveyssosiaalityöntekijän työtä yhden päivän ajan 5 minuutin tarkkuudella. Tutkimuksen tulosten mukaan terveyssosiaalityön tukea tarvitaan eniten potilaiden psykososiaali-

sissa tilanteissa (34 %), toiseksi eniten terveydellisistä syistä (23 %). Seuraavaksi suurinta tarve on terveysperusteisia etuuksia, vakuutusasioita ja oikeudellisia asioita koskevassa selvittelyssä ja neuvonnassa (15 %), sitten työkyvyn ja kuntoutusmahdollisuuksien selvittämisessä (14 %) sekä kriiseihin ja kuolemaan liittyvissä asioissa (5 %). (12.)

Työyhteisöjen toimintakulttuurit ja resurssit vaikuttavat siihen, miten potilaat ohjautuvat sosiaalityöntekijälle (ohjautumisesta esim. 25) ja miten sosiaalityöntekijä osallistuu tiimien toimintaan (ks. myös 20). Yhteistyötahot mieltävät sosiaalityön keskeisimmäksi tehtäväksi taloudellisiin asioihin ja sosiaalietuuksiin liittyvän ohjauksen ja neuvonnan, mikä jättää huomiotta sosiaalityön laaja-alaisen asiantuntijuuden ja arvioinnin (ks. esim. 11, 12, 26) osana potilaan hoitoja kuntoutussuunnitelmaa sekä psykososiaalisen tukemisen, mikä tutkimusten mukaan on erittäin tärkeä osa terveyssosiaalityöntekijän työtä (ks. esim. 11, 12, 27, 28). Sairaalan sosiaalityöntekijät tekevät myös paljon näkymätöntä työtä, josta muu työryhmä ei ole tietoinen (ks. myös 11), esimerkiksi toisille annettava konsultaatio, yhteistyöhön ja palavereihin liittyvät järjestelyt ja potilaalle soveltuvien palveluiden selvittely.

Toisinaan terveyssosiaalityöntekijän vastuulle katsotaan kuuluvaksi tehtäviä, jotka eivät sovi muiden ammattilaisten – kuten lääkäreiden, hoitajien, psykologien, toimintaterapeuttien tai fysioterapeuttien – työnkuvaan. Koska sosiaalityö on kokonaisvaltaista ja potilaan elämän eri osa-alueet huomioivaa työtä (ks. esim. 2), sosiaalityöntekijälle kuuluvaksi on helppo mieltää hyvin moninaisia asioita; myös niitä, jotka eivät työnkuvaan kuulu. (11.) Tämä kertoo siitä, ettei sosiaalityöntekijän työnkuvaa tunneta riittävästi. Kuten Nilsson ym. (29) ovat todenneet, on erittäin tärkeää, että terveyssosiaalityössä toimivat määrittävät itse terveyssosiaalityön tehtäviä ja sisältöjä, muutoin toiset tekevät sen. Terveyssosiaalityöntekijä kuuluu terveydenhuollossa erityistyöntekijöihin ja hänellä on laaja koulutuksen ja työkokemuksen tuoma sosiaalisen ja yhteiskunnallisen tiedon ja osaamisen asiantuntijuus (ks. myös 1, 11).

Saamamme palautteen ja kokemuksemme mukaan työskentely-yksiköissämme sosiaalityöntekijän nähdään olevan oleellinen osa työryhmää ja erikoissairaanhoidon palveluja. Potilaan toipumista edistää, jos hänen elämänsä perusasiat ovat kunnossa (14). Sosiaalityöntekijä voi tukea potilasta hänen arkisissa ongelmissaan, mikä auttaa usein myös varsinaisen sairauden hoidossa vähentämällä potilaan huolia esimerkiksi toimeentuloon, asumiseen tai ihmissuhteisiin liittyen (ks. myös 14).

TERVEYSSOSIAALITYÖNTEKIJÄ MONIAMMATILLISEN TYÖRYHMÄN JÄSENENÄ

Terveydenhuollossa sosiaalityöntekijältä edellytetään sosiaalialan asiantuntemuksen lisäksi terveydenhuollon tuntemista (vrt. 30). Sairaalassa sosiaalityöntekijä työskentelee moniammatillisen työryhmän jäsenenä yhdessä lääkäreiden, hoitajien, toimintaterapeuttien, psykologien, fysioterapeuttien ja muiden ammattilaisten kanssa. Sairaalaympäristöissä moniammatillista työtä tehdään muun muassa erilaisissa verkosto- ja hoitokokouksissa, hoito- ja palvelusuunnittelupalavereissa sekä kehittämispalavereissa. Myös virtuaaliset moniammatillisen työn muodot ovat lisääntyneet viime vuosina.

Sairaalan moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata prosessina, jossa eri alojen asiantuntijat kokoontuvat yhteisen asian äärelle ja tuovat yhteiseen keskusteluun oman näkemyksensä. Toiminnan keskipisteenä on potilas, hänen tilanteensa ja tarpeensa. (30, 31.) Moniammatillisen työskentelyn tavoitteena on löytää uusia ratkaisumalleja, jotka ottavat huomioon potilaan elämäntilanteen ja ainutkertaiset erityispiirteet. Jokaisen osallistujan tulee irrottautua pelkästä oman ammattialansa näkökulmasta ja pyrkiä hyödyntämään toisten asiantuntemusta oman ymmärryksensä laajentamiseksi. Tavoitetila on dialoginen kohtaaminen, jossa erilaisia näkemyksiä tarkastellaan ja arvioidaan yhdessä. Potilas voi olla aktiivinen toimija ja osa moniammatillista ryhmää tai työskentely voi toteutua ammattilaisten kesken. (20, 30.)

Moniammatillinen osaaminen edistää tutkitusti vaikuttavuutta ja tuottavuutta sosiaali- ja terveydenhuollossa tuoden potilaille hyvinvointia (2, 20, 32). Tuloksellisen moniammatillisen työskentelyn kannalta on tärkeä tunnistaa eri alojen asiantuntijoiden roolit ja perustehtävät sekä kunkin asiantuntijan tuoma anti kokonaisuuteen (20). Katajamäen (33) mukaan moniammatillinen työskentely edellyttää työntekijältä sosiaali- ja terveysalan yleisiä taitoja, kuten pää-

töksentekoon, ongelmanratkaisuun, sosiaaliseen kanssakäymiseen ja tavoitteelliseen oppimiseen liittyviä taitoja (33). Terveyssosiaalityöntekijä on turvaamassa terveydenhuollon vaikuttavaa työtä osallistumalla moniammatilliseen arviointiin, työskentelyyn ja päätöksentekoon. Sosiaalityöntekijän tehtävänä on tunnistaa sairaus- ja vammautumistilanteessa muu kuin lääke- tai hoitotieteellisen avun tarve. (12.)

Uusiseelantilaisessa tutkimuksessa (34) haastateltiin terveyssosiaalityöntekijöitä moniammatillisten tiimien toiminnasta. He kertoivat esimerkkejä niin huonosta kuin hyvästä yhteistyöstä esimerkiksi kotiuttamisiin liittyen: huonoissa tapauksissa asioista sopiminen tiimiläisten kesken oli epäselvää ja potilaan ja sosiaalityöntekijän näkemyksiä lääketieteen ulkopuolisista asioista ei arvostettu riittävästi, jolloin potilaille aiheutui helposti hämmennystä ja lisästressiä. Hyvässä moniammatillisessa työskentelyssä kommunikointi ja asioiden koordinointi toimi tiimiläisten välillä ja tällöin myös potilaat ja heidän läheisensä saivat selkeää ja johdonmukaista tietoa kotiutuksesta, sekä potilaan hoito ja huomiointi oli kokonaisvaltaista ja potilaskeskeistä. (34.)

Nykyään moniammatillisuus -käsitteen rinnalla käytetään myös käsitettä monialainen työ (35), jolla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan laajasti eri ammattikuntien ja toimialojen yhteistyötä, ei vain esimerkiksi perinteistä sairaalan moniammatillisen tiimin työskentelyä. Esimerkiksi paljon palveluita käyttävien kanssa työskenneltäessä tarvitaan palveluiden räätälöintiä ja mukana on usein monen eri alan toimijoita (35). Sekä moniammatillisessa että erityisesti monialaisessa työssä tärkeää on potilaan palvelujen yhteensovittaminen, missä palvelujärjestelmän tuntemus ja yhteiset tavoitteet ovat suuressa roolissa, jotta palveluiden pirstaloitumista voitaisiin välttää (36).

AINEISTO JA ANALYYSI

Tutkimuksemme pohjautuu laadulliseen käytäntötutkimukseen, joka yhdistää käytännön ja tutkimuksen tiedon tuottamisen tapana. Tietoa tuotetaan siinä yleensä yhdessä tutkijoiden ja osallistujien kanssa käytännön kontekstissa, käytäntöpohjaisesti. (37, 38.) Erityisen tärkeää on yhdessä tapahtuva tiedontuotanto (38). Tässä tutkimuksessamme terveyssosiaalityöntekijät toimivat itse tiedon tuottajina, mukana ei ollut esimerkiksi potilaita, mutta mukana olleet sosiaalityöntekijät tuottivat aineiston yhteisesti ryhmissä. Se että tietoa tuotetaan käytännöissä – esimerkiksi terveyssosiaalityössä – on erityisesti käytäntötutkimuksessa yli 20 vuotta sitten esiin tuotu perusajatus, jossa olennaista on tiedon luominen tai tuottaminen tiedon hankinnan ja siirtämisen sijasta (esim. 39.) Tutkimustamme voidaan pitää tapaustutkimuksena (40), sillä aineiston ovat tuottaneet yhden organisaation, sairaalan (KYS) sosiaalityöntekijät.

Tutkimuksemme sisältää viitekehyksellisesti myös autoetnografisia piirteitä (ks. esim. 7, 8), sillä tutkimme omaa työtämme, tarkemmin sanottuna omia näkemyksiämme ja kokemuksiamme työstämme. Terveyssosiaalityöntekijöiden näkemys ja kokemus omasta työstään on muotoutunut koko työuran ajan, jolloin se on tuotettu etnografian tapaan usein pitkän ajanjakson aikana. Me artikkelin kirjoittajat kokoonnuimme säännöllisesti noin kolmen vuoden ajan keskustelemaan aineistosta ja reflektoimaan sitä, sekä kirjoittamaan ja työstämään artikkelia. Käsikirjoitus annettiin ennen julkaisuun lähettämistä terveyssosiaalityöntekijöillemme luettavaksi ja kommentoitavaksi. Lisäksi tarkoituksena on keskustella sosiaalityöntekijöidemme kanssa artikkelista ja sen tuloksista yhteisessä tutkimusorientoituneessa tapaamisessa, joita terveyssosiaalityössä järjestetään. Tällöin kukin, eri alueilla toimiva sosiaalityöntekijä, voi reflektoida tuloksia ja artikkelin sisältöjä omaa työaluettaan ja potilasryhmäänsä ajatellen. Näin siis tutkimustulokset palautetaan käytäntöön, sosiaalityöntekijöillemme. Kun tutkimustuloksia pohditaan sosiaalityön yksikössä yhdessä, sosiaalityöntekijät tulevat vielä vahvemmin osallisiksi tutkimukseen käytäntötutkimuksen periaatteiden (esim. 37) mukaisesti ja terveyssosiaalityöntekijöiden tutkimuksellinen työote vahvistuu.

Empiirinen osuus perustuu terveyssosiaalityöntekijöiden kehittämisiltapäivänä marraskuussa 2018 tuotettuun aineistoon. Kehittämisiltapäivässä olivat läsnä lähes kaikki sosiaalityöntekijät KYSin erikoissairaanhoidon alueilta: somaattisilta erikoisaloilta, lastenpsykiatrialta sekä nuoriso- ja aikuispsykiatrialta; sekä poliklinikoilta että osastoilta. Yhteensä aineiston tuottamiseen osallistui noin 40 sosiaalityöntekijää. Sosiaalityöntekijät jaettiin seitsemään ryhmään siten, että jokaisessa ryhmässä oli 4–6 osallistujaa ja

työntekijöitä eri alueilta. Kyseessä oli siis kokonaisaineisto, joka kerättiin teemaryhmäkyselyllä. Kaikille ryhmille annettiin sama tehtävänanto: pyydettiin kuvaamaan terveyssosiaalityön anti potilaalle ja moniammatilliselle työryhmälle. Alun perin vastauksia kysymyksiin pohdittiin terveyssosiaalityön ydintehtävän kirkastamisen ja oman työn kehittämisen näkökulmasta. Osallistujat saivat pohtia annettuja kysymyksiä ryhmissä ja kirjasivat vastauksensa tiivistetysti paperille. Vastaukset käytiin kaikkien läsnä ollessa suullisesti läpi. Vastauspaperit kerättiin talteen, ja analysoitiin nimettöminä. Vastauspapereita tuli ensimmäiseen kysymykseen annista potilaalle yhteensä 33 kappaletta, ja toiseen kysymykseen annista työryhmälle yhteensä 27 kappaletta. Osa ryhmistä vastasi yhteen kysymykseen useammalla paperilla. Mukana olleilta työntekijöiltä kysyttiin myöhemmin sähköpostitse lupa vastausten hyödyntämiseen tutkimuksellisesti artikkelin muodossa.

Päätoimijoina tutkimusprosessissa olimme me kolme artikkelin kirjoittajaa, jotka olimme mukana myös kehittämisiltapäivässä. Analysoimme kehittämisiltapäivässä esiin tulleita sisältöjä aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla (41). Aineistovastausten samantyyppisiä sisältöjä koottiin samoihin luokkiin ja lopulta ne jaoteltiin kokoaviin yläluokkiin. Esimerkiksi vastaukset ”*asiakkaan/perheen ’asianajaja’, rinnalla kulkija*” sekä ”*asiakkaiden osallisuuden edistäminen (omassa hoidossaan, yhteiskunnassa)*” luokiteltiin ryhmäksi psykososiaalinen tuki. Sisällönanalyysi tiivisti aineiston keskeisen sanoman. (Ks. esim. 41.) Taulukosta 1 löytyy esimerkkejä vastauksista sekä luokitteluteemat ja mainintojen määrä eri ryhmien vastauspapereissa.

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin jälkeen vertasimme siinä saamiamme tuloksia vielä teoriaohjaavan analyysin (41) keinoin Väisäsen tutkimukseen sosiaalihyödystä (mm. 9). Väisänen on analysoinut sosiaalihyödyn saavuttamista asiakkaan, työntekijän ja yhteiskunnan näkökulmasta, samoin palvelujärjestelmän näkökulmasta (16). Valitsimme tarkasteluun potilaan näkökulman, koska potilas on sairaalassa kaiken toiminnan keskiössä ja palvelusta valitsimme oman alamme eli terveyssosiaalityön näkökulman.

Tutkimukselle ei haettu eettisen toimikunnan lausuntoa, koska katsoimme, että tutkimusasetelma ei sitä vaatinut (ks. 42). Aineiston hankkimisessa ei hyödynnetty lainkaan potilaiden antamaa tietoa eikä potilaskertomuksia, vaan KYSin sosiaalityöntekijät olivat itse aineistoa tuottamassa ja antoivat luvan aineiston käyttöön tätä tutkimusta varten. Tutkimuseettiset ohjeet ovat ohjanneet työskentelyämme eli hyvän tieteellisen käytännön mukaiset seikat on huomioitu tutkimusta tehtäessä ja artikkelia kirjoitettaessa. Aineiston tuottamiseen osallistuneilla työntekijöillä oli mahdollisuus kommentoida artikkelia ennen sen julkaisemista. Artikkelista ei voi tunnistaa yksittäisen työntekijän näkemyksiä. Myöskään tutkimuslupaa ei Pohjois-Savon hyvinvointialueen (aiemmin KYS, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri) Tiedepalvelukeskuksen kannanoton mukaan tarvittu.

TUTKIMUSTULOKSET

TERVEYSSOSIAALITYÖN ANTI POTILAALLE

Terveyssosiaalityöntekijät kuvailivat työnsä tärkeimmiksi anneiksi potilaan kannalta seuraavat teemat: 1.) kohtaaminen ja läsnäolo, 2.) psykososiaalinen tuki, 3.) tiedon välittäminen, 4.) verkostotyö ja 5.) asiantuntijuus. Samalla näitä voidaan pitää terveyssosiaalityön viitenä sisältöalueena.

Kokemuksemme mukaan kohtaamisella ja läsnäololla tarkoitetaan potilaan ja tarvittaessa läheisten kuulemista ja kohtaamista kokonaisvaltaisesti, ei vain tietyn sairauden ‘kantajana’. Vastauksissa mainittiin muun muassa ”*läsnäolo*”, ”*kuulevat korvat*” ja ”*viesti: et ole yksin*”. Sosiaalityöntekijä on osittain muusta työryhmästä irrallinen osa, sillä hän ei ole hoitoalan ammattilainen eikä siten puutu potilaan hoitotoimenpiteisiin. Tämä saattaa joissakin tapauksissa helpottaa yhteistyön tekemistä potilaan kanssa, erityisesti jos potilas on tahdosta riippumattomassa hoidossa. Joissakin tapauksissa se puolestaan saattaa vaikeuttaa yhteistyötä, esimerkiksi jos potilas kotiutetaan ennen kuin sosiaalityöntekijä on ehtinyt tavata häntä.

Näkemyksemme mukaan psykososiaalista tukemista on potilaan sekä hänen läheistensä kanssa keskusteleminen ja sanallinen tukeminen. Keskustelu voi liittyä potilaan sairauteen, voimavaroihin, arjessa selviytymiseen, raha-asioihin, ihmissuhteisiin tai muihin vastaaviin osa-alueisiin. Tukeminen on potilaan kuuntelemista ja erilaisten vaihtoehtojen pohtimista yhdessä sekä potilaan osallisuuden tukemista esimerkiksi hoidossa

ja yhteiskunnassa. Vastauksissa mainittiin myös "*asiakkaan/perheen rinnalla kulkija*", "*ongelmanratkaisija potilaan apuna/kanssa*" sekä "*toivon antaminen potilaalle*". Toivon valaminen vaikeissa elämäntilanteissa kamppailevien ihmisten elämään on nähty aiemmissakin tutkimuksissa sosiaalityön yhdeksi tärkeäksi tehtäväksi (mm. 43). Osalla sosiaalityöntekijöistä on psykoterapiakoulutus ja työnkuva voi sisältää myös terapiatyötä (myös 28). Sosiaalityön yksi orientaatio on 'empowerment', mikä merkitsee huomion kiinnittämistä esimerkiksi syrjäytymisen ehkäisyyn, vaikutusmahdollisuuksiin ja osallisuuteen ja sitä kautta sosiaaliseen muutokseen (44). Näin ollen juuri psykososiaalisen tukemisen avulla potilasta voi 'valtaistaa' oman elämänsä toimijaksi (ks. esim. 45).

Sosiaalityössä keskeistä on myös tiedon välittäminen. Vastauksissa työntekijän nähtiin olevan "*asianajaja*", jolla on tietoa potilaan arkielämästä ja joka pyrkii edistämään potilaan hyvinvointia sekä välittämään potilaan näkemystä ja kokemusta työryhmälle. Sosiaalityöntekijän tehtäväksi kuvailtiin myös "*potilaan/perheen äänenä oleminen viranomaisten suuntaan*", mutta viestintä on tärkeää toiseenkin suuntaan eli "*viestin tulkinta potilaalle, perheelle, yhteistyötaholle*". Edellä mainittu 'asianajo' on mainittu sosiaalityön menetelmäksi esimerkiksi iäkkäiden kaltoinkohtelutilanteissa (esim. 46), mutta asianajoa voi toteuttaa muidenkin potilasryhmien kohdalla niin psykiatrialla kuin somaattisilla erikoisaloilla (myös 23, 28).

Kokemuksemme mukaan verkostotyötä tehdään useiden eri tahojen kanssa, joita ovat muun muassa aikuissosiaalityö, lastensuojelu, vammaispalvelut, asumispalvelut, koulut, Kela, TE-palvelut, järjestöt ja yhdistykset sekä yksityiset palveluntuottajat. Sosiaalityöntekijän tekemä verkostotyö liittyy erityisesti tiedon välittämiseen sekä palvelujen kartoittamiseen ja järjestämiseen. Vastauksissa korostui läheisten huomioiminen: tarvittaessa "*perheen, vanhempien/huoltajien tapaaminen*" sekä heidän kuulemisensa, ja ylipäätään "*verkoston kokoaminen ja yhteistyö*". Verkostotyötä on pyritty kehittämään jo pitkän aikaa dialogiseksi siten, että potilas on keskeinen toimija ja osallinen omissa asioissaan (ks. myös 47). Myös sairaalassa tehtävässä työssä potilaan lähiverkostojen tuki on mahdollisuuksien mukaan huomioitava. Seikkula ja Arnkil (47) korostavat erityisesti ammattilaisten yhteistyötä asiakkaiden läheisten kanssa ja pitävät tätä yhteistyötä korvaamattomana voimavarana.

Vastausten perusteella terveyssosiaalityöntekijän asiantuntijuus on potilaan elämäntilanteen kartoittamista, palvelutarpeiden havaitsemista ja palvelujen koordinoimista sosiaalityöntekijän palvelujärjestelmään liittyvää asiantuntemusta hyödyntäen. Sosiaalityöntekijällä kuvailtiin olevan erityistä ammattitaitoa potilaan elämäntilanteen arvioinnissa ja kokonaisuuden jäsentämisessä. Hän neuvoo ja tukee potilasta sekä potilaan perhettä esimerkiksi raha-, asumis- ja perheasioissa sekä tuki- ja kuntoutustoimien kartoittamisessa ja järjestämisessä. Tarvittaessa työntekijän tuki on hyvinkin konkreettista, esimerkiksi lomakkeen täyttämistä potilaan puolesta tai yhdessä hänen kanssaan. Vastauksissa mainittiin muun muassa "*toimeentulon turvaaminen*", "*tieto eri etuuksista ja palveluista*", "*ohjeistus, neuvonta, informointi, motivointi*", ja "*lainsäädäntö*".

Kirjallisuudessa puhutaan usein palveluohjauksesta, jolla tarkoitetaan asiakaslähtöistä työskentelyä asiakkaan hyväksi. Suomisen ym. mukaan palveluohjauksen tavoitteena on "*tukea asiakkaan toimintakykyä mahdollisimman itsenäisen elämän ylläpitämiseksi tai saavuttamiseksi*". (48.) Terveyssosiaalityöntekijän antama palveluohjaus on laaja-alaista; se ei sisällä vain lyhytkestoista neuvontaa ja ohjausta, vaan myös potilaan yksilöllisten palvelutarpeiden määrittämistä ja tarvittavien tuki- ja palvelumuotojen etsimistä (vrt. 49) ja tilanteen mukaan myös seurantaa ja arviointia.

TERVEYSSOSIAALITYÖN ANTI TYÖRYHMÄLLE

Terveyssosiaalityöntekijät pitivät työryhmän kannalta tärkeimpinä terveyssosiaalityön anteina 1.) kokonaisvaltaista näkökulmaa (sosiaalinen, yhteiskunnallinen ja arjen näkökulma), 2.) sosiaalityön asiantuntijuutta sekä 3.) verkostotyötä ja konsultointia. Samalla nämä seikat kuvaavat terveyssosiaalityöntekijän roolia moniammatillisessa työryhmässä.

Kokemuksemme mukaan kokonaisvaltainen näkökulma huomioi sairauden ohella ihmisen elämän muutkin osa-alueet. Sairaalan päätehtävänä on potilaan sairauden tutkiminen, diagnosointi ja hoito, mutta sosiaalityöntekijä huomioi ensisijaisesti sairastamisen vaikutukset potilaan arkeen, sosiaalisiin suhteisiin, toiminta-

ja työkykyyn sekä mahdollisuuksiin toimia aktiivisena lähiyhteisön ja yhteiskunnan jäsenenä. Sosiaalityöntekijä tuo esille myös potilaan elinympäristön vaikutuksia potilaan terveydelle ja hyvinvoinnille, millä voi olla merkitystä sairauden hoidon kannalta. Lisäksi potilaan voimavarojen tunnistaminen ja hyödyntäminen kuntoutumisessa on tärkeää. Aineiston perusteella sosiaalityöntekijän tehtäväksi moniammatillisessa tiimissä nähtiin huolehtia potilaan kuulluksi tulemisesta sekä hänen näkemystensä ja kokemustensa esille tuomisesta. Vastauksissa mainittiin muun muassa "*potilaan näkökulman esillä pitäminen*" sekä potilaan ja perheen tuen tarpeiden ja "*arjen avaaminen*" muulle työryhmälle. Sosiaalityöntekijän roolina nähtiin myös potilaan arjen helpottaminen, jolloin "*voimavaroja vapautuu terapeuttiseen työskentelyyn (psykiatrialla)*" ja jotta potilas "*voisi keskittyä hoitoon*". Sosiaalityöntekijä kuvailtiin potilaan "*kokonaistilanteen haltuunottajana*" ja potilaan elämän "*yhteenvetäjänä*". De Saxe Zerden ym. (27) korostavat tutkimuksessaan sosiaalityön roolia ja lisäarvoa terveydenhuollon tiimeissä tuomassa parantunutta tulosta potilaille ja heidän perheilleen.

Vastausten perusteella ammatilliseen osaamiseen ja asiantuntijuuteen nähtiin kuuluvaksi sellainen asiaosaaminen, joka ei kuulu muiden ammattiryhmien koulutukseen tai työnkuvaan. Näitä ovat esimerkiksi sosiaalietuudet ja -palvelut sekä niiden sisältö ja kriteerit, sekä lainsäädäntöön ja potilaan oikeuksiin liittyvät asiat. Vastauksissa mainittiin "*palvelu- ja etuusjärjestelmän tuntemus*". Sosiaalityön osaamista on "*lainsäädännön ja prosessien tunteminen*", jota hyödynnetään sekä työryhmässä että potilaiden kanssa. Myös "*lapsen edun ja lastensuojelunäkökulman huomioiminen*" sekä "*perheterapeuttinen työskentely*" nähtiin sosiaalityön ammatillisena osaamisena.

Sipilän (26) mukaan sosiaalityön asiantuntijuus koostuu ammattitiedosta, -taidosta ja eettisistä toimintaperiaatteista. Näissä sisällöissä korostuvat erityisesti yhteiskunnallinen tieto, oikeudellinen asiantuntijatieto sekä psykososiaalinen sosiaalityö (26) eli hyvin samankaltaiset asiasisällöt kuin omassa tutkimuksessamme. Psykososiaalinen asiantuntijuus ja työote korostuvat erityisesti psykiatrialla (28), mutta yleensäkin terveyssosiaalityössä riippumatta työalueesta. Usein sosiaalityöntekijää nimitetään 'sosiaalisen asiantuntijaksi' tai 'arjen asiantuntijaksi'. Sosiaaliseksi osaamiseksi määritelty työ nähdään moniammatillisessa ympäristössä pääsääntöisesti sosiaalityöntekijöiden ydinosaamiseksi (50).

Kokemuksemme mukaan potilaan sosiaaliset kontekstit huomioiva verkostotyö on olennainen osa terveyssosiaalityötä riippumatta yksiköstä tai erityisalasta. Sosiaalityöntekijä tekee paljon yhteistyötä Kelan, työllisyyspalveluiden, potilasjärjestöjen ja vastaavien kanssa (ks. myös 12), ja tämän verkoston hyödyntäminen potilastyössä on koettu tärkeäksi – työntekijä "*on sillanrakentaja*". Vastauksissa mainittiin, että sosiaalityöntekijä kokoaa tarpeelliset toimijat potilaan hoitoon mukaan, "*luodaan verkosto, ei pompotella*". Sosiaalityöntekijä on myös "*konsultatiivinen tuki työryhmälle (esim. lääkärille)*" ja tarvittaessa työyhteisön perehdyttäjä. Sosiaalityöntekijä tuo moniammatillisen työyhteisön keskusteluun sosiaalista ulottuvuutta ja toimii potilaan ja hänen sosiaalisen ympäristönsä välimaastossa (ks. myös 20). Kitchen ja Brook (51) painottavat sosiaalityöntekijän roolia ja hyötyä sairaalan moniammatillisissa työryhmissä. Heidän tutkimuksessaan korostui myös sosiaalityöntekijän tuki työryhmälle ja 'sosiaalisten asioiden' kouluttajana toimiminen erityisesti opetussairaaloissa.

TUTKIMUSTULOKSET SOSIAALIHYÖDYN VALOSSA

Väisänen (9) kuvaa sosiaalihyötyä pääsääntöisesti kolmena eri ulottuvuutena, jotka ovat varmuus sosiaalisiin syihin puuttumisesta, varmuus elämässä selviytymisestä ja varmuus hyvinvointia tuottavasta osallisuudesta. Sosiaalisiin syihin puuttumisen ulottuvuuden ilmentyminä eli alakohtina ovat taloudelliset syyt, joihin kuuluvat etuuksien hakeminen ja rahojen riittämättömyys sekä psyykkiset syyt, joihin kuuluu laajasti elämäntilanteen muutos. (9.) Potilaan tukeminen taloudellisissa asioissa nousi tässä tutkimuksessa esiin useassa vastauksessa: psykososiaaliset keskustelut, asiantuntijuus, konkreettinen auttaminen (mm. tarvittaessa hakemusten täyttäminen) sekä yhteistyö esimerkiksi Kelan ja TE-toimiston kanssa. Potilaiden psyykkisiin syihin puuttuminen näkyy esimerkiksi vastauksissa, joissa sosiaalityöntekijää kuvattiin psykososiaalisen tuen antajana, rinnalla kulkijana ja ongelmanratkaisijana yhdessä potilaan kanssa. Psykiatrialla terveyssosiaalityöntekijän työnkuva voi

Taulukko 1. Teemat ja esimerkkejä mainituista teemoista, sekä mainintojen määrä eri ryhmien vastauksissa.

ANTI POTILAALLE		
Teema	**Esimerkkejä mainituista teemoista**	**Mainintojen määrä eri vastaus-papereissa**
Kohtaaminen ja läsnäolo	läsnäolo	3
	kohtaaminen	6
	kuuleminen/kuuntelu	3
	kuulluksi tuleminen	4
	omaisten/perheen kohtaaminen	2
Psykososiaalinen tuki	psykososiaalinen tuki	1
	vuorovaikutuksen tukeminen/terapia	3
	voimavarat	2
	asiakkaan/perheen ”asianajaja”	2
	rinnalla kulkija	2
	asiakkaan osallisuuden edistäminen (omassa hoidossaan, yhteiskunnassa)	1
	ongelmanratkaisija potilaan kanssa	2
	perusturvallisuuden luominen	1
	toivon luominen	4
Tiedon välittäminen	tiedon välittäminen potilaalta yksikköön ja/tai yksiköstä potilaalle, perheelle, yhteistyötahoille	3
	potilaan/perheen äänenä oleminen viranomaisten suuntaan	1
	potilaan arkielämän tuntemus (tietoa työryhmälle)	1
	kokonaistilanteen haltuun ottaminen	1
Verkostotyö	verkoston kokoaminen ja yhteistyö	4
	läheisten huomioiminen	1
	potilaan arki ja verkosto huomioon	1
Asiantuntijuus	toimeentulon turvaaminen	1
	tietoa eri etuuksista ja palveluista	1
	ohjeistus, neuvonta, informointi, motivointi	1
	konkreettinen avustaminen	1

ANTI TYÖRYHMÄLLE		
Teema	**Esimerkkejä mainituista teemoista**	Mainintojen määrä eri vastaus-papereissa
Kokonaisvaltainen näkökulma	elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen	3
	kokonaisvaltainen perheen näkökulma	2
	kokonaisuuden jäsentäminen	2
	yhteiskunnallinen näkemys	1
	potilaan näkökulman esillä pitäminen	1
	potilaan voimavarojen vapauttaminen terapeuttiseen työskentelyyn	2
	arjen huomioiminen	4
	sosiaalisen ulottuvuuden huomioiminen	2
	tukitoimien järjestäminen	1
Sosiaalityön asiantuntijuus	ammatillinen osaaminen	1
	lakien laaja-alainen tuntemus	3
	etuus- ja palvelujärjestelmän tuntemus	6
	perheen tuen tarpeet	1
	lapsen edun ja lastensuojelunäkökulman huomioiminen	1
	perheterapeuttinen työskentely	1
Verkostotyö ja konsultointi	verkostoyhteistyö	4
	sillanrakentaja lastensuojelun ja hoitotahon välillä	1
	työyhteisön kouluttaminen	1
	konsultatiivinen tuki työryhmälle	1

sisältää myös terapiatyötä. Nämä kaikki asiasisällöt liittyvät samalla potilaan elämäntilanteen muutoksen tukemiseen.

Väisäsen tutkimuksessa (9) elämässä selviytymisen ulottuvuudessa yhtenä ilmentymänä on elämän perusasioiden turva, johon sisältyvät ruoka, asunto ja terveydenhoito sekä opiskelu- tai työpaikka. Toisena ilmentymänä on elämässä eteenpäin pääseminen, johon Väisänen on luokitellut arjessa selviytymisen. (9.) Elämän perusasioiden turvaan liittyen voi tämän tutkimuksen sosiaalityöntekijöiden vastauksista poimia useita kohtia, kuten potilaan arjen helpottaminen, etuudet ja palvelut, palveluohjaus sekä yhteistyö Kelan ja TE-toimiston kanssa. Elämän perusasioiden turvaaminen ja elämässä eteenpäin pääseminen linkittyvät luonnollisesti toisiinsa. Elämässä eteenpäin pääsemiseen ja arjessa selviytymiseen voidaan tutkimustuloksista poimia samat kohdat kuin edellä, mutta myös toivon antaminen.

Väisäsen tutkimuksesta (9) hyvinvointia tuottavan osallisuuden ulottuvuuden ilmentyminä ovat fyysinen ja sosiaalinen itsensä toteutus, johon kuuluvat tilanne- ja suunnitelma-analyysi, sekä konkreettinen apu, ohjaus ja aktivointi. Toisena ilmentymänä on psyykkinen itsensä toteutus, johon kuuluu henkinen tuki. (9.) Tutkimustuloksissa sosiaalityöntekijät nostivat esille kokonaisvaltaisen arvioinnin, palvelujen kartoittamisen ja järjestämisen sekä osallisuuden tukemisen. Potilasta kuvailtiin aktiivisena osana omaa hoitoaan ja ongelmiensa ratkaisemista. Yksi terveyssosiaalityön tärkeistä tehtävistä onkin potilaan osallisuuden tukeminen, jotta potilas voi sairaudesta tai vammasta huolimatta elää merkityksellistä elämää ja toteuttaa itseään yhteiskunnassa opiskelun, työn, harrastusten tai muun vastaavan kautta. Tähän teemaan liittyy myös toivon antaminen.

JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä tutkimuksessa tarkastelimme, mikä on terveyssosiaalityön keskeisin anti potilaalle ja moniammatilliselle työryhmälle Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) sosiaalityöntekijöiden kokemana ja kuvaamana. Samalla kuvasimme terveyssosiaalityön sisältöjä ja tehtäviä erikoissairaanhoidossa. Lisäksi selvitimme, miten kuvattu terveyssosiaalityön anti linkittyy Väisäsen jäsentelemään sosiaalihyötyyn (mm. 9).

Tutkimuksessamme ilmeni, että terveyssosiaalityön keskeistä antia potilaalle ovat kohtaaminen ja läsnäolo, psykososiaalinen tuki, tiedon välittäminen sekä verkostotyö ja asiantuntijuus. Työryhmän kannalta keskeistä antia ovat kokonaisvaltainen näkökulma, sosiaalityön asiantuntijuus sekä verkostotyö ja konsultointi. Yhteisenä nimittäjänä näissä sisällöissä on monessa aiemmassakin tutkimuksessa esille tulevat potilaan sosiaalisten asiasisältöjen esille ottaminen ja esillä pitäminen (vrt. 12, 14, 20), sekä kokonaisvaltainen näkökulma (vrt. 1, 11, 12, 14) potilaan ja perheen hyvinvoinnin hyväksi.

Oli myös kiinnostavaa havaita, että tutkimustuloksemme terveyssosiaalityön sisällöstä ja annista olivat samansuuntaiset verrattuna Väisäsen (9) tulkintoihin sosiaalihyödyn varmuuksista ja ilmentymistä. Näemme, että terveyssosiaalityöllä on hyvä mahdollisuus tarttua potilaiden erilaisiin sosiaalisiin haasteisiin, elämässä selviytymiseen ja osallisuuden edistämiseen eli tukea ja auttaa heitä sosiaalihyötyyn liittyvissä osatekijöissä. Tutkimustulostemme perusteella sosiaalihyöty kietoutuu monin tavoin terveyssosiaalityöhön: sosiaalihyödyn päätavoitteena oleva asiakkaiden sosiaalisen hyvinvoinnin turvaaminen ja edistäminen voidaan suoraan nähdä myös terveyssosiaalityön palveluiden tavoitteena ja johtotähtenä. Terveyssosiaalityötä ja sen tehtävää on siten mahdollista avata ja sanoittaa sosiaalihyödyn käsitteen kautta. Terveyssosiaalityön tutkimuksissa sosiaalihyödyn käsitettä ei kuitenkaan ole yleisesti aiemmin käytetty, vaikka sosiaalihyödyn sisällöt ja tavoitteet ovat terveyssosiaalityön ydintä.

Terveyssosiaalityötä on kuvailtu tutkimuksissa eri tavoin, riippuen muun muassa siitä, onko työ luokiteltu yksittäisiin työtehtäviin, laajoihin tehtäväkokonaisuuksiin vai terveyssosiaalityön tarpeen syihin. (esim. 11, 12). Tässä tutkimuksessa tekemämme luokitukset ovat enemmän kuin tehtäviä; ne ovat laajempia kokonaisuuksia ja osin työskentelyotteita. Monet tehtävät terveyssosiaalityössä limittyvätkin osin toisiinsa muodostaen kokonaisuuden, josta on vaikea irrottaa yksittäisiä työtehtäviä (1). Kananojan (52) luokittelu linkittyy tiiviisti tutkimustuloksiimme: Välitön potilastyö potilaan ja läheisten kanssa, psykososiaalinen tukeminen, kriisityö, moniammatillinen tiimityö sairaalan sisällä ja verkostotyö sisältäen potilaan ja verkostojen kanssa tehtävää työtä sairaalan ulkopuolisten tahojen kanssa (52). Omissa tutkimustuloksissamme ei mainittu kriisityötä, mutta psykososiaalisen tuen antaminen tuli vahvasti esille.

Myös yksittäisten potilasryhmien kanssa tehtävää terveyssosiaalityötä on tutkittu varsin paljon. Viimevuosien kansainvälisistä tutkimuksista voidaan mainita esimerkiksi Pockett'in ym. (53) tutkimus terveyssosiaalityöstä syöpädiagnoosin saaneilla potilailla, jossa tärkeinä sosiaalityöntekijän työtehtävinä näyttäytyivät psykososiaalinen arviointi, taloudellinen neuvonta, palvelujen koordinointi ja 'asianajo'. Toinen esimerkki on Hansenin ym. (54) systemaattinen katsausartikkeli loppuvaiheen munuaissairautta sairastavien potilaiden psykososiaalisesta tukemisesta. Kyseisessä katsauksessa kuvattiin syinä terveyssosiaalityöntekijän tapaamiselle muun muassa sosiaaliseen toimintakykyyn, perheeseen, menetykseen ja kuolemaan liittyvät kysymykset. Katsauksen kolmessa artikkelissa osoitettiin myös, että potilailla, jotka saivat terveyssosiaalityöntekijän tukea, oli vähemmän sairaalahoidon tai ensiavun tarvetta, matalammat depressiopisteet sekä kokonaisuudessaan parempi elämänlaatu. (54.)

Tutkimuksemme vahvistaa aiempien tutkimusten kuvausta terveyssosiaalityön ydintehtävistä ja moniammatillista työskentelyä kuvaavista teemoista. Samankaltaisia kuvauksia olemme tunnistaneet myös keskusteluissa kollegojen kanssa esimerkiksi valtakunnallisissa terveyssosiaalityön tapaamisissa. Samoin tutkimuksemme vahvistaa omalta osaltaan aikaisempien tutkimusten tietoa terveyssosiaalityön tärkeästä merkityksestä terveydenhuollossa. Terveyssosiaalityö on osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoprosessia (11, 12). Työskennellessään potilaan tukena ja moniammatillisissa tiimeissä terveyssosiaalityöntekijä toimii myös välittäjänä ja yhteyshenkilönä potilaan, terveydenhuollon organisaation ja yhteiskunnan välillä (1, 28). Monet tutkimukset osoit-

tavat terveyssosiaalityön tärkeyden oikea-aikaisena ja ennaltaehkäisevänä työnä (1, 11). Kuten Metteri (1) tuo esille, terveyssosiaalityöntekijä työskentelee myös oikeusperusteisesti varmistaen potilaiden sosiaalisia ja taloudellisia oikeuksia (vrt. 9); perustuslain mukaan Suomessa asuvilla on oikeus terveyspalveluihin ja sosiaaliturvaan sairausriskin kohdatessa (ks. 55). Terveydenhuollossa ja etenkin terveyssosiaalityössä tavoitetaan ja tuetaan myös sellaisia henkilöitä, jotka eivät välttämättä koskaan päätyisi esimerkiksi sosiaalihuollon asiakkaiksi (vrt. 12).

Tutkimuksemme vahvuutena voi pitää sitä, että lähes kaikki KYSin sosiaalityöntekijät olivat tuottamassa aineistoa eli siihen saatiin näkemystä niin somaattisilta erikoisaloilta kuin psykiatrialtakin, painottuen kuitenkin aikuisten potilaiden ja alaikäisten potilaiden läheisten kanssa tehtävään työhön. Tutkimuksemme heikkoutena on epäselvyydet aineiston kokoamisessa, jotka johtuvat siitä, että idea tutkimuksen tekemiseen nousi vasta kehittämisiltapäivän jälkeen. Jälkikäteen oli haasteellista tietää tarkkaan esimerkiksi sitä, kuinka monella paperilla ryhmät vastauksensa ilmoittivat. Mikäli tutkimus olisi suunniteltu ennen kehittämisiltapäivää, osallistujien suostumukset olisi kysytty jo etukäteen ja aineistonkeruu olisi ollut järjestelmällisempää. Lisäksi yksittäisenä kehittämisiltapäivänä kerätty tutkimuksen aineisto oli kooltaan melko suppea. Esimerkiksi sosiaalityöntekijöiden haastattelut olisivat voineet tuoda tarkempaa tietoa eri alueiden työtehtävistä. Saimme kuitenkin aineistosta analysoitua riittävästi tärkeitä asiasisältöjä ja ulottuvuuksia tutkimustamme varten ja pystyimme vastaamaan tutkimuskysymyksiimme. Tuloksia arvioitaessa täytyy huomioida myös autoetnografisen tutkimusotteen vaikutus: toisaalta tutkittava aihe on erittäin tuttu, mutta vaarana on näkökulman kapeutuminen.

Tutkimuksen tuloksia voi yleistää laajasti suomalaiseen terveyssosiaalityöhön, vaikka aineisto tuotettiin ja tutkimus tehtiin yhdessä yliopistosairaalassa. Alustavia tutkimustuloksia esiteltiin mm. Terveyssosiaalityön päivillä ja Sosiaalityön tutkimuksen päivillä alkuvuonna 2021. Tuloksia tullaan mahdollisuuksien mukaan hyödyntämään myös vastaavanlaisissa tilaisuuksissa jatkossa etenkin käytäntötutkimuksen edistämiseksi.

Erityisesti viime aikoina on korostettu, että sosiaalityön tutkimuksellista kehittämistä tulisi kaiken kaikkiaan vahvistaa, jotta saataisiin käyttöön empiiristä tietoa työn vaikuttavuudesta hyödyntämään päivittäistä työskentelyä (15, 56). Tähän on terveyssosiaalityössäkin jo vastattu tutkimalla vaikuttavuutta (ks. esim. 57). Edelleen tarvitsemme kuitenkin lisätietoa muun muassa mittareiden käytöstä vaikuttavuuden tutkimiseksi, esimerkiksi mitä mittareita olisi hyvä käyttää ja millaisissa tilanteissa, sekä millaista tietoa niillä saataisiin. On myös tärkeää, että käytännön työn kehittämisessä käytetään käytäntötutkimuksellista otetta tai tutkimuksia, jotka ovat tehneet käytännön työssä toimivat terveyssosiaalityöntekijät. Usein heillä on monipuolista käytännön tuntemusta hiljaisena tietona, joka olisi hyvä saada näkyväksi ja käyttöön. Samalla sosiaalityöntekijöiden tutkimusosaaminen vahvistuisi. Tutkimuksen tekeminen hyödyttää ensisijaisesti potilaita ja tuo samalla toivottua näkyvyyttä ja vahvistusta terveyssosiaalityölle, kuten koko sosiaalityön alalle. Tutkija-kehittäjäsosiaalityöntekijöiden tehtävien lisääminen hyvinvointialueille loisi myös pohjaa työn pysyvälle kehittämiselle ja tutkimusperusteisuuden lisäämiselle.

Tässä tutkimuksessa vertasimme terveyssosiaalityön antia sosiaalihyötyyn terveyssosiaalityöntekijöiden näkemysten pohjalta, mutta sosiaalihyötyä olisi tärkeää arvioida ja tutkia myös potilaan oman kokemuksen kautta; hänen oman elämäntilanteensa ja hyvinvointinsa kokemuksena (16). Tällöin voisi haastatella potilaita, läheisiä ja muita ammattiryhmiä ja siten lisätä tietoa ja ymmärrystä terveyssosiaalityön annista, merkityksestä sekä vaikuttavuudesta.

Tutkimuksemme yhtenä lähtökohtana ja innoittajana oli terveyssosiaalityöntekijöidemme pohdinta erikoissairaanhoidon sosiaalityön roolista sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä muuttuvassa toimintaympäristössä. Näimme tärkeäksi osallistua artikkelillamme myös yhteiskunnalliseen keskusteluun terveyssosiaalityön merkityksestä. Tutkimuksemme alkumetreillä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta oltiin vasta suunnittelemassa. Nyt artikkelimme on entistä ajankohtaisempi, kun hyvinvointialueet ovat toiminnassa ja terveyssosiaalityössä on tapahtunut ja tapahtuu suuria muutoksia, kuten resurssien radikaalia vähentämistä (mm. 58).

Sosiaalityön palvelut eri organisaatio- ja palvelutasoilla sekä eri konteksteissa täydentävät toisiaan. Tämän tutkimuksen kontekstina oli erikoissairaanhoidon sosiaalityö. Terveyssosiaalityöllä tulisi jatkossa olla vahvempi rooli myös perusterveydenhuollossa (ks. myös 59). Sosiaalityön ohjausta ja neuvontaa tulisi olla saatavilla matalan kynnyksen palveluina esimerkiksi verkossa tai 'terveyskioskeissa'. Myös helppokäyttöisiä sähköisiä palveluja tarvitaan, esimerkkinä Terveyskylässä pilotoitu sosiaalihuollon digipalvelu (60). Mikäli terveyssosiaalityön palvelut olisivat kaikkien tiedossa ja helposti saatavilla, pystyttäisiin ongelmia ennalta ehkäisemään sekä korjaavien toimenpiteiden tarve, kustannukset sekä inhimillinen kärsimys todennäköisesti vähenisivät.

KIITOKSET:

Lämpimät kiitokset kehittämisiltapäivään osallistuneille sosiaalityöntekijöille aineiston tuottamisesta sekä YTT Raija Väisäselle käsikirjoituksemme kommentoinnista.

RAHOITTAJAT:

Tutkimusta ei ole rahoittanut mikään taho.

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Riekkinen-Tuovinen on osallistunut tutkimuksen alullepanoon ja suunnitteluun sekä kerännyt pääasiallisesti aineiston. Hän on osallistunut aineiston analysoimiseen ja tulkintaan sekä artikkelin kirjoittamiseen ja muokkaukseen.

Ylönen on osallistunut tutkimuksen suunnitteluun, aineiston analysoimiseen ja tulkintaan sekä artikkelin kirjoittamiseen ja muokkaukseen. Hän on koonnut taulukon ja lopullisen lähdeluettelon.

Allimaa on osallistunut tutkimuksen suunnitteluun, aineiston analysoimiseen ja tulkintaan sekä artikkelin kirjoittamiseen ja muokkaukseen.

Riekkinen-Tuovinen, S., Ylönen, A., Allimaa, J. ***Health social workers' views on social work in specialized care.*** **Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2025: 62: 5–20.**

This study examined health social workers' perceptions of the contribution of their work to the patient and to the multidisciplinary team, to increase knowledge of the content and tasks of health social work in specialized care.

The social workers of Kuopio University Hospital were given the task of clarifying the job description of health social work at the development afternoon in 2018. The data consisted of notes taken in small groups during that afternoon. Approximately 40 social workers participated in the production of the data. The data was analyzed using inductive content analysis and compared it to Väisänen's research on social profit.

The most important contributions of health social work for patients are: 1) encounter and presence, 2) psychosocial support, 3) information, 4) networking and 5) expertise. For the working group, the most important contributions are 1) a holistic perspective, 2) social work expertise and 3) networking and consultation.

The concept of social profit gives a new perspective to health social work. The study shows the wide-ranging and multifaceted work of the health social workers. Further research is needed on social profit concerning patients', their close ones', and other professionals' experiences.

Keywords: health social work, healthcare social work, social profit, multiprofessional working

Saapunut 17.02.2023
Hyväksytty 30.04.2024

LÄHTEET

(1) Metteri A. Terveyssosiaalityö, eriarvoistava sosiaalipolitiikka ja asiakkaiden kohtuuttomat tilanteet. Kirjassa: Metteri A, Valokivi H, Ylinen S. (toim.) Terveys ja Sosiaalityö. Jyväskylä: PS-Kustannus Oy; 2014, 296–326.

(2) Heenan D, Birrel D. Hospital–Based Social Work: Challenges at the Interface between Health and Social Care. British Journal of Social Work 2019;49:1741–1758. doi: 10.1093/bjsw/bcy114

(3) Gehlert S, Andrews C, Browne T. Guest Editorial: Establishing the Place of Health Social Work. Health Soc Work 2019;44:69–71. doi: 10.1093/hsw/hlz011

(4) Pohjola A, Kemppinen T, Väyrynen S. (toim.) Sosiaalityön vaikuttavuus. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus; 2012.

(5) Joubert L, Webber M. (toim.) The Routledge Handbook of Social Work Practice Research. Lontoo ja New York: Routledge, Taylor & Francis Group; 2020.

(6) Satka M, Karvinen-Niinikoski S, Nylund M, ym. (toim.) Sosiaalityön käytäntötutkimus. Helsinki: Palmenia; 2005.

(7) Kuronen T. Hoivapommin purkajat. Väitöskirja. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press; 2015.

(8) Rissanen P. Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Väitöskirja. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 88/2015. Helsinki: Kuntoutussäätiö; 2015. Luettu 2.3.2020. https://kuntoutussaatio.fi/files/2116/Paivi_Rissanen.pdf

(9) Väisänen R. Sosiaalihyöty hyvinvoinnin ilmentäjänä aikuissosiaalityössä. Kirjassa: Zechner M. (toim.) Hyvinvointitieto: kokemuksellista, hallinnollista ja päätöksentekoa tukevaa? Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja A. Tutkimuksia 15; 2014, 136–149.

(10) Sundman E. Esipuhe. Kirjassa: Metteri A, Valokivi H, Ylinen S. (toim.) Terveys ja Sosiaalityö. Jyväskylä: PS-Kustannus Oy; 2014, 7–8.

(11) Korpela R. Terveyssosiaalityön asiantuntijuus ja kehittäminen. Kirjassa: Metteri A, Valokivi H, Ylinen S. (toim.) Terveys ja Sosiaalityö. Jyväskylä: PS-Kustannus Oy; 2014, 118–141.

(12) Yliruka L, Heinonen J, Satka M, ym. Terveyssosiaalityö näkyväksi. Terveyssosiaalityön tarve, interventiot ja ajankäyttö. Soccan työpapereita 2019:1. Helsinki: Socca, Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus; 2019. Luettu 28.9.2020. http://www.socca.fi/files/8555/Terveyssosiaalityo_nakyvaksi_-

(13) Talentia. Terveyssosiaalityöntekijät ry: Toimintakertomus 2018. Luettu 7.2.2020. https://www.talentia.fi/terveyssosiaalityontekijat/terveyssosiaalityontekijat-ry/yhdistyksen-toiminta/

(14) Frankenhaeuser B. Terveyssosiaalityön käyttämättömät mahdollisuudet psykiatrian ympäristössä. Kirjassa: Metteri A, Valokivi H, Ylinen S. (toim.) Terveys ja Sosiaalityö. Jyväskylä: PS-Kustannus Oy; 2014, 64–72.

(15) Auerbach C, Mason SE, Heft Laporte H. Evidence that Supports the Value of Social Work in Hospitals. Soc Work Health Care 2007;44:17–32. doi: 10.1300/J010v44n04_02

(16) Väisänen R. Sosiaalihyötykäsite ja sen määrittely. Diaesitys 21.5.2012. Itä-Suomen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden laitos; 2012.

(17) Niemelä P. Hyvinvoinnin käsite toiminnan teorian valossa. Kirjassa: Niemelä P, Pursiainen T. (toim.). Hyvinvointi yhteiskuntapoliittisena tavoitteena. Kuopio: Kuopion yliopisto: Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia nro 62; 2006, 67–79.

(18) Hämäläinen J, Väisänen R. Terveyshyötymalli sosiaalityön viitekehyksessä. Kainuun maakunta -kuntayhtymän julkaisuja D:43; 2011.

(19) Wagner E. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract 1998;1:2–4.

(20) Mönkkönen K, Leinonen L, Arajärvi M, ym. Moniammatillisen vuorovaikutuksen tarkastelua. Kirjassa: Mönkkönen K, Kekoni T, Pehkonen A. (toim.) Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Gaudeamus; 2019, 47–88.

(21) Kananoja A. Sosiaalityö terveydenhuollossa. Kirjassa: Kananoja A, Lähteinen M, Marjamäki P. (toim.) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma; 2010, 275–285.

(22) Lappalainen T. Asiakkaiden osallistumisen edellytykset – yhteistä ymmärrystä etsimässä. Kirjassa: Metteri A, Valokivi H, Ylinen S. (toim.) Terveys ja Sosiaalityö. Jyväskylä: PS-Kustannus Oy; 2014, 83–94.

(23) Lindén M. Terveydenhuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Stakes raportteja 234. Helsinki: Stakes; 1999.

(24) Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301

(25) Riekkinen-Tuovinen S, Väisänen R. Potilaan polut sosiaalityöntekijälle terveydenhuollossa – onko ohjautuminen oikea-aikaista ja tarpeenmukaista? Kuopio: Itä-Suomen yliopisto; 2024 (käsikirjoitus).

(26) Sipilä A. Sosiaalityön asiantuntijuuden ulottuvuudet – Tiedot, taidot ja etiikka työntekijöiden näkökulmasta kunnallisessa sosiaalityössä. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto; 2011.

(27) de Saxe Zerden L, Lombardi BM, Jones A. Social workers in integrated health care: Improving care throughout the life course. Soc Work Health Care 2019;58:142–149. doi: 10.1080/00981389.2019.1553934

(28) Arajärvi M. Sosiaalityön psykososiaalinen asiantuntijuus moniammatillisessa yhteistyössä psykiatrian avohoidossa. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto; 2024.

(29) Peckuconis E, Cornelius L, Parrish M, ym. 2003, referoinut Nilsson D, Ryan M, Miller J. Applying a Theory of Expertise in Health Social Work Administration and Practice in Australia. Soc Work Health Care 2007;44:1–16. doi: 10.1300/J010v44n04_01

(30) Mönkkönen K, Kekoni T, Pehkonen A. Johdanto. Kirjassa: Mönkkönen K, Kekoni T, Pehkonen A. (toim.) Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Gaudeamus; 2019, 7–14.

(31) Henneman EA, Lee JI, Cohen JI. 1995, referoinut Lockhart-Wood, K. Collaboration between Nurses and Doctors in Clinical Practice. B J Nurs 2000;9:276–280. doi: 10.12968/bjon.2000.9.5.6363

(32) Mönkkönen K, Kekoni T, Jaakola A-M, ym. Kohti monitoimijaista kehittämistä. Kirjassa: Mönkkönen K, Kekoni T, Pehkonen A. (toim.) Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Gaudeamus; 2019, 112–148.

(33) Katajamäki E. Moniammatillisuus ja sen oppiminen. Tapaustutkimus ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalta. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto; 2010.

(34) Giles, R. Social workers' perceptions of multidisciplinary teamwork: A case study of health social workers at a major regional hospital in New Zealand. Aotearoa New Zealand Social Work 2016;28:25–33. doi: 10.11157/anzswj-vol28iss1id113

(35) Hujala A, Taskinen H, Oksman E, ym. Soteammattilaisten monialainen yhteistyö. Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat etusijalle. Yhteiskuntapolitiikka 2019;84:5–6, 592–600.

(36) Sinervo T, Juujärvi S, Niiranen V, ym. Mitä palvelujen yhteensovittaminen tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon työssä? Talous & Yhteiskunta 2019;46:36–41.

(37) Satka M, Julkunen I, Kääriäinen A, ym. (toim.) Käytäntötutkimuksen taito. Helsinki: Heikki Waris -instituutti & Mathilda Wrede -institutet; 2016.

(38) Julkunen I. Knowledge – Production Processes in Practice Research – Outcomes and Critical Elements. Soc Work Soc 2011;9:60-75.

(39) Karvinen-Niinikoski S. Research orientation and expertise in social work - /challenges for social work education. Eur J Soc Work, 2005; 259–271.

(40) Vuori J. Tapaustutkimus. Kirjassa: Vuori J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto; 2021. Luettu 11.3.2021. https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/tutkimusasetelma/tapaustutkimus/

(41) Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.–3. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi; 2002.

(42) Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa. Helsinki: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. Luettu 9.9.2022. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2020.pdf

(43) Ruuskanen P, Savolainen K, Suonio M. (toim.) Toivo sosiaalisessa. Toivoa luova toimintakulttuuri sosiaalityössä. Kuopio: UNIpress; 2011.

(44) Payne M. Modern social work theory. New York: Palgrave Macmillan; 2005.

(45) Juntunen, E. Valtaa diakoniasta. Valtautumisen monet merkitykset diakoniatyössä. Janus 2009;17:139–155.

(46) Ylinen S, Rissanen S. Sosiaalityö ja kaltoinkohdeltu vanhus. Gerontologia 2005;19:57–64.

(47) Seikkula J, Arnkil T. Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2009.

(48) Suominen S, Tuominen M. Palveluohjaus – portti itsenäiseen elämään. Helsinki: Profami Oy; 2007.

(49) Hänninen K. Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Stakesin raportteja 20. Helsinki: Stakes; 2007.

(50) Vaininen S. Sosiaalityöntekijät sosiaalisen ammattilaisina. Sosiaalityöntekijöiden ja yhteistyökumppaneiden käsitykset sosiaalitoimiston sosiaalityöntekijöiden ammatillisesta toiminnasta 2000-luvun alussa. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1127. Tampere: Tampereen yliopisto; 2011. https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8591-6

(51) Kitchen A, Brook J. Social Work at the Heart of the Medical Team. Soc Work Health Care 2005;40:1–18. doi: 10.1300/J010v40n04_01

(52) Kananoja A. Sosiaalityö terveydenhuollossa. Kirjassa: Kananoja A, Lähteinen M, Marjamäki P (toim.) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma; 2010, 275–285.

(53) Pockett R, Hobbs K, Araullo R, ym. Social Work Interventions in Cancer Care. Australian Social Work 2022;75:137–151. doi: 10.1080/0312407X.2020.1748673

(54) Hansen MS, Tesfaye W, Sewlal B, ym. Psychosocial factors affecting patients with end-stage kidney disease and the impact of the social worker. J Nephrol 2022;35:43–58. doi: 10.1007/s40620-021-01098-8

(55) Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731

(56) Muuri A. Sosiaalihuollon tutkimuksen ja kehittämisen rakenteet uudistuvassa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Selvityshenkilöraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019: 40. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2019. Luettu 3.10.2020. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161579/Rap_40_19_Sosiaalihuollon%20tutkimuksen%20ja%20kehittamisen%20rakenteet.pdf?sequence=1&isAllowed=y

(57) Terveyssosiaalityön arvioinnin ja intervention vaikuttavuus näkyväksi -tutkimushanke, SostyöTerVa 2021–2023. Luettu 22.10.2022. https://uefconnect.uef.fi/tutkimusryhma/sostyo-terva-terveyssosiaalityon-arvioinnin-ja-intervention-vaikuttavuus-nakyvaksi/

(58) Talentia ry:n tiedote 17.2.2023. Terveyssosiaalityötä ei saa irrottaa terveydenhuollosta – sairaiden oikea-aikainen apu turvattava. Luettu 15.2.2024. https://www.talentia.fi/uutiset/terveyssosiaalityota-ei-saa-irrottaa-terveydenhuollosta-sairaiden-oikea-aikainen-apu-turvattava/

(59) Ashcroft R, McMillan C, Ambrose-Miller W, ym. The Emerging Role of Social Work in Primary Health Care: A Survey of Social Workers in Ontario Family Health Teams. Health Soc Work 2018;43:109–117.

(60) Terveyskylä. Suomen ensimmäinen sosiaalihuollon digipalvelu pilottiin Terveyskylässä. Luettu 10.3.2021. https://www.terveyskyla.fi/ajankohtaista/suomen-ensimm%C3%A4inen-sosiaalihuollon-digipalvelu-pilottiin-terveyskyl%C3%A4ss%C3%A4

Sointu Riekkinen-Tuovinen
YTT, tutkija/ laillistettu sosiaalityöntekijä
Pohjois-Savon hyvinvointialue
Sosiaali-, hyvinvointi- ja pelastuspalveluiden tutkimuskeskus

Anni Ylönen
YTM, laillistettu sosiaalityöntekijä
Pohjois-Savon hyvinvointialue
Kuopion yliopistollinen sairaala

Jenni Allimaa
YTM, laillistettu sosiaalityöntekijä
Pohjois-Savon hyvinvointialue
Vammaispalvelukeskus

SOSIAALILÄÄKETIETEELLINEN AIKAKAUSLEHTI 2025: 62: 21–36

Artikkeli

Yksinäisyyden kehityspolkujen yhteys psykososiaaliseen turvallisuusilmapiiriin ja uupumusasteiseen väsymykseen koronapandemian aikaisessa etätyössä

COVID-19-pandemialla on ollut kauaskantoisia vaikutuksia ihmisten arkeen ja hyvinvointiin. Etätyöskentely yleistyi suomalaisessa työelämässä 2020 maaliskuussa alkaneen koronapandemian takia, ja sosiaaliset rajoitukset heijastuivat erityisesti lisääntyneisiin yksinäisyyden kokemuksiin. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin henkilösuuntautuneella tutkimusotteella Tampereen korkeakouluyhteisön työntekijöiden (n = 521) yksinäisyyden kehittymistä koronapandemian aikaisessa etätyössä. Tutkimuksessa hyödynnettiin seuranta-aineistoa, joka kerättiin Työsuojelurahaston rahoittaman Turvallisesti etänä – työhyvinvointi ja sen johtaminen etätyössä -hankkeen yhteydessä huhtikuun 2020 ja helmikuun 2021 välisenä aikana. Tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita erityisesti yksinäisyyden taso- ja muutosryhmistä, sekä siitä, miten yksinäisyyden kehityspolut ovat yhteydessä etätyöntekijöiden kokemaan psykososiaaliseen turvallisuusilmapiiriin ja uupumusasteiseen väsymykseen. Tutkittavien joukosta havaittiin kolme yksinäisyyden kehityspolkua: matalan yksinäisyyden kehityspolku (72 %), lisääntyvän yksinäisyyden kehityspolku (10 %) ja korkean yksinäisyyden kehityspolku (17 %). Kahdessa ensimmäisessä kehityspolussa yksinäisyys lisääntyi tilastollisesti merkitsevästi ensimmäisen koronavuoden aikana, kun taas korkean yksinäisyyden kehityspolussa yksinäisyys oli korkeaa ja pysyvää etätyön alusta saakka. Lisäksi havaittiin, että psykososiaalinen turvallisuusilmapiiri ennusti kuulumista matalan yksinäisyyden kehityspolkuun. Yksinäisyys oli myös yhteydessä työhyvinvointiin siten, että etätyöntekijät, jotka kokivat korkeaa tai lisääntyvää yksinäisyyttä tutkimuksen aikana, raportoivat myös korkeaa uupumusasteista väsymystä helmikuussa 2021. Tulosten valossa yksinäisyyden kokemukset tyypillisesti lisääntyivät pitkään jatkuneen etätyön aikana ja lisäsivät uupumusasteisen väsymyksen kokemista. Tutkimuksen perusteella psykososiaalisen turvallisuusilmapiirin vahvistaminen on tärkeää etätyöntekijöiden yksinäisyyden torjumisessa ja työhyvinvoinnin edistämisessä. Kaiken kaikkiaan tämä tutkimus antaa näyttöä sosiaalisten ja psykologisten tekijöiden huomioimisen tärkeydestä etätyöjärjestelyjen suunnittelussa.

ASIASANAT: yksinäisyys, etätyö, COVID-19, työhyvinvointi

PAULA LINDHOLM, ANNE MÄKIKANGAS

YDINASIAT

- Tutkimuksessa seurattiin Tampereen korkeakouluyhteisön työntekijöiden yksinäisyyden kehittymistä pakotetun etätyön aikana.
- Etätyöntekijöiden yksinäisyyden kokemukset tyypillisesti lisääntyivät pitkään jatkuneen etätyön aikana.
- Aineistosta löydettiin kolme yksinäisyyden kehityspolkua.
- Yksinäisyyden kokemukset kytkeytyivät työhyvinvointiongelmiin.
- Tulevaisuudessa tulisi tutkia etätyöntekijöiden yksinäisyyttä koronapandemian jälkeisenä aikana.

JOHDANTO

COVID-19-koronaviruspandemian vaikutuksia ihmisten arkeen, vuorovaikutukseen ja hyvinvointiin on tutkittu intensiivisesti. Koronapandemiasta johtuvat rajoitukset kohdistuivat erityisesti sosiaaliseen kanssakäymiseen, mikä herätti nopeasti huolen sosiaalisen eristäytymisen seurauksista. Tärkeä keskusteluun nostettu käsite oli yksinäisyys, jonka on todettu lisääntyneen pandemian aikana (1). Yksinäisyyden on jo pitkään tiedetty olevan haitallista yksilön hyvinvoinnille, ja sen on jopa todettu nostavan ennenaikaisen kuolleisuuden todennäköisyyttä (2). Pandemiaan liittyvät rajoitukset toivat tullessaan mullistuksia myös työelämään, joista yksi merkittävimmistä oli laaja siirtymä etätyöhön. Etätyön eräs keskeinen ominaisuus on rajoittunut ja digitaalisesti välittynyt sosiaalinen vuorovaikutus. Muuttuneen vuorovaikutuksen ja vähäisten kollegakohtaamisten vuoksi yksinäisyyden on esitetty olevan eräs korona-ajan etätyön ydinhaasteista (3).

Vaikka yksinäisyyden seurausten tutkiminen on ollut runsasta, sen tutkiminen työelämässä on ollut vähäisempää. Tämä vuoksi on tärkeää selvittää, millä tavalla yksinäisyys kehittyi niin kutsutun pakotetun etätyön aikana ja millaisia hyvinvointiseurauksia sillä mahdollisesti oli työntekijöille. Tarkastelimme asiaa hyödyntämällä henkilösuuntautunutta tutkimusotetta, selvittäen Tampereen korkeakouluyhteisön (Tampereen yliopiston ja ammattikorkeakoulun) henkilöstön yksinäisyyden kehityspolkuja koronapandemian ensimmäisen vuoden aikana. Lisäksi tutkittiin sitä, selittikö koettu psykososiaalinen turvallisuusilmapiiri, eli kokemus siitä miten organisaation johto kommunikoi, ennaltaehkäisee ja reagoi henkisen työturvallisuuden uhkiin (4,5) yksinäisyyden erityyppistä kehittymistä. Lopuksi tarkasteltiin, miten yksinäisyys heijastui etätyöntekijöiden uupumusasteisen väsymyksen oireisiin. Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä sovelletaan työn vaatimusten ja voimavarojen mallia, jonka mukaan työhön liittyvät tai henkilökohtaiset vaatimustekijät (etätyössä koettu yksinäisyys) ja voimavarat (psykososiaalinen turvallisuusilmapiiri) kytkeytyvät työhyvinvointiseurauksiin, jota tässä tutkimuksessa arvioitiin uupumusasteisen väsymyksen kautta. Kokonaisuudessaan tutkimus tarjoaa uutta tietoa siitä, miten työntekijöiden yksinäisyys kehittyi pitkittyneessä etätyössä ja millaiset tekijät edistivät siinä koettua työhyvinvointia. Lisäksi tutkimus täydentää aiempaa etätyötä, korona-aikaa ja yksinäisyyttä koskevaa tutkimustietoa tarjoten myös käytännössä hyödynnettävää tietoa monipaikkaiseen työhön.

YKSINÄISYYDEN KEHITTYMINEN PAKOTETUN ETÄTYÖN AIKANA

Yksilön eräänä keskeisenä perustarpeena on olla vuorovaikutuksessa toisiin ihmisiin ja kokea yhteenkuuluvuutta. Mikäli tämä tarve ei toteudu, niin sen eräänä keskeisenä seurauksena voi olla yksinäisyyden kokemus (6, 7). Yksinäisyys määritellään subjektiiviseksi kielteiseksi tunteeksi, joka syntyy, kun yksilö kokee ristiriitaa haluttujen ja olemassa olevien ihmissuhteidensa välillä (8). Riippuen siitä, viitataanko sosiaalisten suhteiden riittämättömäksi koettuun määrään vai intiimien, läheisten ja syvien ihmissuhteiden kaipuuseen, voidaan yksinäisyys jakaa sosiaaliseen yksinäisyyteen ja emotionaaliseen yksinäisyyteen (9). Yksinäisyys on liitetty muun muassa masennukseen (10), uniongelmiin (11), sekä kardiovaskulaarisiin ja tulehduksellisiin sairauksiin (12). Yksilön kokemusmaailmassa yksinäisyys näyttäytyy usein hyvin kivuliaana, ja se kytkeytyy esimerkiksi surullisuuden, ahdistuksen, syyllisyyden, häpeän, vihan ja sosiaalisen kiusaantumisen kaltaisiin kielteisiin tunteisiin (13).

Monenlaiset tekijät voivat olla yhteydessä yksilön riskiin kokea yksinäisyyttä. Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että nuoret aikuiset (alle 25-vuotiaat), vanhukset (yli 65-vuotiaat), yksinasuvat, matalasti koulutetut, pienituloiset, työttömät, naiset, kaupungissa asuvat ja opiskelijat ovat erityisen haavoittuvaisia yksinäisyyden kokemiselle. Pandemia lisäsi yksinäisyysriskiä

näissä ryhmissä entisestään esimerkiksi Isossa-Britanniassa ja korkean tulotason länsimaissa tehdyissä tutkimuksissa. (14,15.) Työelämässä koetaan vähemmän yksinäisyyttä kuin työttömänä (em.), mutta ihmisten viettäessä keskimäärin hyvin merkittävä osa elämästään töissä, on äärimmäisen tärkeää tutkia myös työelämässä koettua yksinäisyyttä ja sen erityisiä riskitekijöitä.

Yhteisöihin kuuluminen ja merkitykselliset ihmissuhteet lievittävät yksinäisyyttä, ja siten myös työpaikan ihmissuhteet voivat tuottaa sosiaalista integraatiota ja lievittää yksinäisyyden tunnetta (9). Työelämässä yksinäisyyden kokemus on liitetty heikompaan sitoutumiseen (16), työsuoriutumisen alentumiseen (17), yhteistyön vähentymiseen (em.), matalampaan luovuuteen (18) sekä lisääntyneisiin irtisanoutumisaikomuksiin (19, 20). Yksinäisyys voi uhata myös yksilön työkykyä (21).

Tässä tutkimuksessa etätyössä koettua yksinäisyyttä tarkastellaan työn vaatimusten ja voimavarojen mallin (Job Demands-Resources, JD–R) kautta (22). Mallin mukaan työn sisältämien vaatimus- ja voimavaratekijöiden suhde vaikuttaa työntekijän työhyvinvointiin. Vaatimustekijät (engl. job demands) ovat työn fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia tai organisaatioon liittyvä ominaisuuksia, jotka kuormittavat työntekijää ja vaativat tältä fyysisiä tai psyykkisiä ponnisteluja (23). Vaatimustekijät voidaan edelleen jakaa työn haaste- tai estevaatimuksiin. Haastevaatimukset (engl. challenge demands) voivat sopivassa määrin jopa parantaa työhyvinvointia, lisätä myönteistä työn imua ja ehkäistä työssä tylsistymistä. Estevaatimukset (engl. hindrance demands) sen sijaan ovat yhteydessä työhyvinvointiin yksinomaan kielteisesti, ja niiden haitat näkyvät erityisesti voimavarojen puuttuessa. (23,24.) Mallissa työn voimavaratekijät (engl. job resources) ja sekä siihen myöhemmin lisätyt henkilökohtaiset voimavaratekijät (engl. personal resources), ovat työn ominaisuuksia, jotka auttavat työntekijää työtavoitteiden saavuttamisessa, vähentävät työn kuormitustekijöiden kielteisiä vaikutuksia tai edistävät yksilön henkilökohtaista kasvua, oppimista ja kehitystä (23). Työhön liittyvät voimavarat liittyvät läheisesti työhön tai organisaatioon, kun taas henkilökohtaiset voimavarat liittyvät yksilön ominaisuuksiin ja taitoihin (23, 25).

JD–R -malli ei ole asettanut tarkkoja rajoituksia sille, millaisia tekijöitä voidaan tarkastella työn vaatimuksina tai voimavaroina (26). Tässä tutkimuksessa yksinäisyys määritetään ensinnäkin työn estevaatimuksena kuten myös aikaisemmissa korona-aikana toteutetuissa tutkimuksissa on tehty (27,28). Tämä tarkoittaa, että yksinäisyys on työn vaatimustekijä erityisesti riittävien työn voimavarojen puuttuessa ja voi siten uhata etätyöntekijöiden hyvinvointia. Yksinomaan kielteisenä subjektiivisena kokemuksena yksinäisyys sopii hyvin työn estevaatimuksen määritelmään. Toiseksi yksinäisyys määritellään tässä tutkimuksessa myös henkilökohtaisena vaatimustekijänä, joka on eräs JD–R -mallin viimeisimmistä laajennuksista (23, 26). Henkilökohtaiset vaatimukset ovat työhön vaikuttavia yksilöllisiä tekijöitä, joilla on työn vaatimusten tapaan kielteisiä seurauksia (em.). Henkilökohtaisina vaatimuksina ovat muun muassa työntekijän pitkäaikainen sairaus, ikääntyneisiin vanhempiin liittyviä hoivavastuu, sekä ihmissuhde- ja taloudelliset ongelmat (29,30). Yksinäisyyttä on myös aiemmin tutkittu henkilökohtaisena vaatimustekijänä etätyössä (27).

Etätyöhön liittyvän sosiaaliseen eristyneisyyden riskejä tunnistettiin jo ennen koronapandemiaa (31). Esimerkiksi Gajendran ja Harrisonin vuonna 2007 tehdyssä meta-analyysissä etätöskentely yli 2.5 päivänä viikossa oli yhteydessä huonompilaatuisiin työtoverisuhteisiin (20). Sosiaalisten suhteiden luominen muihin voi vaikeutua etätyössä (32) ja spontaani epävirallinen vuorovaikutus vähentyä (33). Etätyössä koettu yksinäisyys on liitetty huonompaan työssä suoriutumiseen ja matalampaan työtyytyväisyyteen. Yhdysvaltalaisissa tutkimuksissa (34,35). Lisäksi koronapandemian aikana toteutetuissa tutkimuksissa yksinäiset korona-ajan etätyöläiset kokivat enemmän stressi- ja työuupumusoireita (27) ja internetriippuvuutta (36) sekä vähäisempiä flow-kokemuksia (28), kuin ei-yksinäiset kollegansa. Koronapandemian aikaisesta etätyökokemuksesta tekee ainutlaatuisen erityisesti sen äkillinen ja pakotettu luonne (3). Aiemmin on esimerkiksi havaittu, että sosiaalinen eristäytyminen on haitallisempaa, jos sen nähdään johtuvan itsestä riippumattomista syistä (37). Koronapandemiasta johtuvaa etätyötä onkin tärkeää tutkia ajan yhteiskunnallinen tilanne huomioiden.

Tässä tutkimuksessa keskitymme yksinäisyyden kokemuksiin koronapandemian aiheuttaman etätyön aikana. Koronapandemian tai etätyön

yhteyttä yksinäisyyteen on aiemmin tutkittu erityisesti muuttuja- ja väestötason seurantatutkimuksissa. Esimerkiksi Saksassa toteutetussa tutkimuksessa havaittiin, että väestön yksinäisyys oli voimakkainta koronapandemian alussa, mutta säilyi samalla tasolla tai väheni ajan kuluessa (38). Vähemmän tutkimusta on tehty henkilösuuntautuneella tutkimusotteella (39), jonka avulla voidaan etsiä samoja ominaisuuksia jakavien ihmisten alaryhmiä ja verrata eri ryhmien kehityspolkuja toisiinsa. Eräässä ranskalaista väestöä koskevassa tutkimuksessa tarkasteltiin yksinäisyyden ja sosiaalisen tuen kehitystä koronapandemian ensimmäisen vuoden aikana (40), ja tunnistettiin neljä erilaista ryhmää, joissa yksinäisyys oli tasoltaan matalaa, keskitasoa tai korkeaa. Ryhmistä kahdessa yksinäisyyden kehitys oli keskiarvotasolla pysyvää (matala pysyvä 17,8 %, keskitaso pysyvä 37,6 %) ja kahdessa nousevaa (matala nouseva 40,2 %, korkea nouseva 5 %). Alhaisella tasolla pysyttelevä yksinäisyys kytkeytyi parempaan mielenterveyteen. Kasvava yksinäisyys sen sijaan oli yhteydessä korkeampiin masennus- ja ahdistuneisuusoireisiin, erityisesti korkean yksinäisyyden ryhmässä. (Em.) Myös brittiväestöä tutkittaessa havaittiin neljä ryhmää, joissa yksinäisyyden lähtötaso vaihteli matalasta korkeaan koronapandemian ensimmäisten viikkojen aikana. Tutkimuksessa yksinäisyys lisääntyi korkeimmassa yksinäisyysryhmässä, laski alimmassa yksinäisyysryhmässä ja pysyi suhteellisen vakaana kahdessa keskitason ryhmässä (41).

Myös tässä tutkimuksessa käytetään henkilösuuntautunutta tutkimusotetta, joiden avulla selvitetään yksinäisyyden mahdollisia kehityspolkuja. Tutkimuksessa seurataan etätyöhön siirtyneen Tampereen yliopiston korkeakouluhenkilöstön yksinäisyyden kehittymistä huhtikuun 2020 ja helmikuun 2021 välillä. Lisäksi ollaan kiinnostuneita erilaisten kehityspolkujen selittäjistä ja seurauksista, jotka valittiin JD–R -mallin teoreettisten selittäjien ja seurausten perusteella. Tutkimuksen ensimmäinen hypoteesi on:

Hypoteesi 1. Oletamme, että etätyöntekijöiden yksinäisyyden kokemukset eriytyvät. Aiempien tutkimusten perusteella oletamme, että työntekijöiden kokemukset eroavat yksinäisyyden tasossa, ja että yksinäisyys lisääntyy ainakin yhdessä kehityspolussa (vrt. 40, 41).

YKSINÄISYYDEN KEHITYSPOLKUJEN SELITTÄJÄT JA SEURAUKSET

Mahdollisten eriävien kehityspolkujen lisäksi tässä tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita siitä, millaiset tekijät voisivat ennakoida yksinäisyyden erilaista kehittymistä. Koronapandemian kaltaisessa äkillisessä ja ennalta-arvaamattomassa kriisitilanteessa on tärkeää, että organisaatioissa kyetään tunnistamaan tekijöitä, jotka auttavat työntekijöitä sopeutumaan ja selviytymään haasteellisista olosuhteista. Tässä tutkimuksessa yksinäisyyden JD–R -mallin mukaisena teoreettisena selittäjänä tarkasteltiin psykososiaalista turvallisuusilmapiiriä, (engl. psychosocial safety climate, jatkossa lyhenne PSC) jolla tarkoitetaan työntekijöiden jakamia käsityksiä siitä, miten organisaation johto suhtautuu työntekijöiden psykologisen hyvinvoinnin edistämiseen työpaikalla (4, 5). Olennaista PSC:n rakentumisessa on johdon tahtotilan ja asenteiden heijastuminen alaspäin organisaatiorakenteessa. PSC:n on tutkimuksissa havaittu olevan myönteisesti yhteydessä työn voimavaroihin ja kielteisesti työn vaatimuksiin (4, 42). Sen on teoretisoitu turvaavan työntekijöiden psyykkistä hyvinvointia, sillä se toimii työntekijöille voimavarana itsessään, ja toisaalta väylänä, joka kanavoi ja vahvistaa muita työn voimavaroja (4). PSC:n on sanottu olevan “cause of the causes” (43, 5), eli tekijä, joka vaikuttaa kaikkiin työn psykososiaalisiin piirteisiin. Dollardin ja Baileyn (43) mukaan työntekijöiden henkiseen hyvinvointiin voidaankin vaikuttaa suuntaamalla huomio erityisesti PSC:hen, sillä se edeltää työhyvinvoinnin heikentymisen prosessia.

PSC:n ja yksinäisyyden yhteyttä ei tiedetysti ole tutkittu aiemmin. Yksinäisyys kuitenkin lukeutuu kiistatta sellaisiin psykososiaalisiin riskitekijöihin, jotka vaikuttavat työntekijöiden psykologisiin reaktioihin työhön ja työoloihin ja voivat aiheuttaa psyykkisiä terveysongelmia (44). Tämän kaltaisten työpaikan psykososiaalisten riskitekijöiden ymmärtäminen ja hallinta on osa PSC:tä (45), minkä takia näiden ilmiöiden välistä yhteyttä on tärkeää tutkia.

Tässä tutkimuksessa PSC:tä päätettiin tarkastella heti pakotettuun etätyöhön siirtymisen alkuvaiheessa huhtikuussa 2020 johtuen tutkimuksen teoreettisista oletuksista. Mikäli PSC on JD–R -mallin mukaisesti etätyöntekijää suojaava voimavaratekijä, korkeaksi raportoitu PSC etätyön alkuvaiheessa mahdollisesti suojaa etätyöntekijöitä työhyvinvointiin liittyviltä riskeiltä, kuten yksi-

näisyyden kielteiseltä kehittymiseltä. Toinen hypoteesimme onkin:

Hypoteesi 2. Oletamme, että löydetyt yksinäisyyden kehityspolkut eroavat toisistaan PSC:n suhteen siten, että korkea PSC on yhteydessä matalaan yksinäisyyden tasoon ja sen myönteiseen ajalliseen kehitykseen.

Kolmas tämän tutkimuksen kohde liittyy yksinäisyyden seurauksiin, jota tarkastelemme uupumusasteisen väsymyksen kautta. Koronapandemian aikaisessa etätyössä koettu yksinäisyys on voinut osalla työntekijöistä kuluttaa työssä tarvittavia voimavaroja JD–R -mallin (22) mukaisesti. Uupumusasteinen väsymys on yksi työuupumuksen ydinoireista (46). Se on krooninen tila (47), johon liittyy korkea ja yleistynyt väsymys, nopea väsyminen, energian puute ja vaikeudet palautumisessa (48). Tämänkaltainen väsymys on vakava uhka niin yksilölle itselleen kuin työorganisaatiolle. Maslachin työuupumusmallin (49) mukaan väsymysoireet ovat hyvin keskeisiä varsinaisen työuupumuksen kehittymisen kannalta. Uupumusasteinen väsymys on aiemmassa tutkimuksessa liitetty muun muassa psyykkiseen oireiluun (50) ja heikentyneeseen työsuoritukseen (51). Uupumusasteinen väsymys on liitetty myös yksinäisyyteen (27, 52, 53). Esimerkiksi Jaremkan ja kollegoiden tutkimuksessa (53) yksinäisten vastaajien väsymysoireet lisääntyivät vuoden aikana merkittävästi enemmän kuin vähemmän yksinäisten vastaajien. Tässä tutkimuksessa uupumusasteisen väsymyksen ennakoidaan olevan yksi etätyössä koetun yksinäisyyden kielteisistä seurauksista. Uupumusasteista väsymystä tarkasteltiin tutkimuksen viimeisessä aikapisteessä, sillä JD–R -mallin mukaisesti työn korkeat estevaatimukset (yksinäisyys) kuormittavat työntekijää ja ovat yhteydessä kielteisiin työhyvinvoinnin seurauksiin. Olemme tässä tutkimuksessa kiinnostuneita yksinäisyyden mahdollisista kielteisestä seurauksista pitkittyneessä etätyössä, jonka vuoksi tarkastelemme uupumusasteista väsymystä pitkittäistutkimuksemme viimeiseltä mittauskerralta. Oletamme, että:

Hypoteesi 3. Korkea ja lisääntyvä yksinäisyys on yhteydessä korkeaan uupumusasteisen väsymyksen tasoon.

MENETELMÄT

TUTKITTAVAT

Tämä tutkimus oli osa maaliskuussa 2020 käynnistynyttä Turvallisesti etänä -työhyvinvointi ja sen johtaminen etätyössä -hanketta, jossa selvitettiin Tampereen korkeakouluyhteisön työntekijöiden ja opiskelijoiden etätyöskentelyn sujuvuutta koronapandemian aikana. Tutkimushankkeen pitkittäisaineisto kerättiin helmi-, kesä- ja lokakuussa 2020 sekä helmi- ja marraskuussa 2021. Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin huhtikuun 2020 ja helmikuun 2021 välillä kerättyä aineistoa (T1 – T4).

Tutkimuksen kyselyt toteutettiin sähköisesti LimeSurvey-ohjelmistolla. Ensimmäinen kysely (T1) lähetettiin tutkittaville huhtikuussa 2020 pian sen jälkeen, kun Tampereen korkeakouluyhteisön tilat oli suljettu ja henkilökunta siirtynyt etätyöskentelyyn koronapandemian takia. Kyselylomake lähetettiin yhteensä 35 000 Tampereen korkeakouluyhteisöön kuuluvalle vastaanottajalle 6.4.2020, ja vastauksia kerättiin kahden viikon ajan (19.4.2020 asti). Yhteensä 7 130 vastaajaa vastasi T1 kyselyyn, ja heistä 2 269 oli työntekijöitä (vastausprosentti 32). Pitkittäistutkimuksen seurantakysely lähetettiin vastaajille, jotka olivat edellisen kyselyn lopussa vastanneet haluavansa osallistua jatkotutkimukseen. Ensimmäisen kyselyn yhteydessä 1 439 työntekijöistä ilmaisi halukkuutensa osallistua jatkotutkimukseen, ja heille lähetettiin toinen T2 kysely kesäkuussa 2020 (1.6.–15.6.2020). T2 kyselyyn vastasi yhteensä 909 työntekijää (T1-T2 pitkittäistutkimuksen vastausprosentti 63 %). T3 kysely lähetettiin 824 työntekijälle lokakuussa 2020 (19.10.–2.11.2020) ja siihen vastasi 670 työntekijää (T2-T3 pitkittäistutkimuksen vastausprosentti 82 %). T4 kysely toteutettiin helmikuussa 2021 (15.2. – 1.3.2021) ja siihen vastasi 535 työntekijää (T3-T4 vastausprosentti 85 %). T5 seurantakyselyä ei otettu enää mukaan tähän tutkimukseen, koska se ei enää sisältänyt yksinäisyyteen liittyviä väittämiä.

Tätä tutkimusta varten aineistoa rajattiin siten, että mukaan otettiin tutkittavat, jotka olivat olleet koko tutkimuksen ajan (T1 – T4) työsuhteessa Tampereen korkeakouluyhteisöön ja vastanneet kaikkiin neljään kyselyyn (n = 521). Vastaajat edustivat opetus- ja tutkimushenkilöstöä, tukipalvelujen henkilökuntaa tai työsuhteessa

olevia jatko-opiskelijoita. Tutkimuksen vastaajista 43,9 % (n = 228) työskenteli T1 kyselyn aikaan opetus- ja tutkimustehtävissä, 46,4 % (n = 241) tukipalveluissa, ja 9,6 % (n = 50) oli työsuhteessa olevia jatko-opiskelijoita. Tässä tutkimuksessa haluttiin tutkia nimenomaan työntekijäasemassa olevia henkilöitä. Yliopistoyhteisöön kuuluvat henkilöt, joilla ei ole työsuhdetta yliopistoon, kuten apurahatutkijat, rajautuivat pois tutkimuksesta. Vastaajista 71,6 % (n = 370) oli suorittanut enintään ylemmän korkeakoulututkinnon ja 28,4 %:lla (n = 147) oli tutkijakoulutus. Vastaajista 70,6 % (n = 368) oli naisia ja 25 % (n = 130) miehiä. Vastaajista 4,4 % (n = 23) oli muunsukupuolisia tai ei halunnut määritellä sukupuoltaan. Muunsukupuolisia ja niitä, jotka eivät halunneet määritellä sukupuoltaan, ei sisällytetty tämän tutkimuksen sukupuoli-taustamuuttujaan ryhmän pienen koon vuoksi. Iän keskiarvo oli 44,9 (vaihteluväli 24 – 68) ja mediaani 45. Vastaajista 81,4 % (n = 411) ilmoitti T1 kyselyssä olevansa parisuhteessa.

MUUTTUJAT

Tutkittavien tuntemuksia kartoitettiin T1-kyselyssä ”viimeisen kahden viikon aikana”, T2-kyselyssä ”etätyöskentelyn aikana” (ts. viitaten kevääseen 2020), T3 -kyselyssä ”etätyöskentelyn aikana syksyllä 2020” ja T4-kyselyssä ”etätyöskentelyn aikana alkuvuodesta 2021”.

Yksinäisyyttä tutkittiin muodostamalla summamuuttuja kolmesta eri väittämästä, jotka perustuivat Hughesin, Waiten, Hawkleyn ja Cacioppon (54) laatimaan lyhyeen The UCLA 3-Item Loneliness Scale -yksinäisyyskyselyyn. Kyseessä on lyhennetty versio pitemmästä UCLA Loneliness Scale – kyselystä (55). Kysely sisälsi kolme kysymystä, jotka kartoittivat yksinäisyyden, ulkopuolisuuden ja eristäytyneisyyden tunteita: “Kuinka usein olet tuntenut itsesi yksinäiseksi?”, ”Kuinka usein olet tuntenut itsesi ulkopuolelle jätetyksi?” ja ”Kuinka usein olet tuntenut itsesi eristäytyneeksi muista ihmisistä?”. Yksinäisyyttä arvioitiin kaikissa tutkimusajankohdissa (T1-T4) kolmiportaisella asteikolla 1 = En juuri koskaan, 2 = Silloin tällöin ja 3 = Usein.

Psykososiaalista turvallisuusilmapiiriä kartoitettiin Psychosocial Safety Climate -kyselyn neljällä väittämällä (56), joiden avulla arvioidaan PSC:n neljää keskeistä ulottuvuutta, eli (1) kommunikointia ja työntekijöiden kuuntelua psykologiseen hyvinvointiin liittyvissä asioissa (”Korkeakouluyhteisössämme on välitetty hyvin tietoa minua koskettavista henkiseen turvallisuuteen liittyvistä asioista”), (2) johdon asettamaa prioriteettia työntekijöiden henkiselle hyvinvoinnille suhteessa tuottavuuteen (”Korkeakoulumme johto on pitänyt henkistä hyvinvointia yhtä tärkeänä kuin tuloksellisuutta”), (3) organisaation johdon tukea ja sitoutumista työntekijöiden stressin hallintaan (”Korkeakoulumme ylin johto on sitoutunut stressin ennaltaehkäisyyn”) sekä (4) organisaation kaikkien tasojen osallistamista psykologisen terveyden edistämiseen (”Korkeakouluyhteisömme on osallistunut kaikilla tasoilla (esim. työntekijät, esihenkilöt, ylin johto) stressin ennaltaehkäisemiseen”). Vastaajien kokemaa PSC:tä arvioitiin viisiportaisella asteikolla T1 ajankohdassa (1= Täysin eri mieltä, 5 = Täysin samaa mieltä), korkeiden arvojen ilmentäessä korkeaa PSC:tä.

Uupumusasteisesta väsymystä arviointiin tutkimuksessa kolmella väittämällä, jotka pohjautuivat Burnout Assessment Tool- kyselyyn (57): ”Olen tuntenut itseni henkisesti uupuneeksi työssäni”, ”Työpäivän jälkeen olen tuntenut itseni henkisesti väsyneeksi ja voimattomaksi ja ”Olen väsynyt nopeasti, kun olen joutunut ponnistelemaan työssäni”. Vastaajat arvioivat väsymykseen ja uupumukseen liittyviä tuntemuksiaan viisiportaisella asteikolla T4 ajankohdassa (1= En koskaan, 5 = Aina).

Tutkimuksen taustamuuttujina olivat sukupuoli (1 = nainen, 2 = mies), ikä (jatkuva muuttuja), ja parisuhdestatus (1= parisuhteessa, 2 = ei parisuhteessa).

KATOANALYYSI

Pitkittäisaineistolle suoritettiin katoanalyysi, jonka avulla selvitettiin, poikkesivatko ainoastaan ensimmäiseen kyselyyn osallistuneet vastaajat (n = 1 770) kaikkiin neljään seurantakyselyyn vastanneista (n = 521) taustamuuttujien ja päätutkimusmuuttujien suhteen. Katoanalyysin tuloksen mukaan naiset olivat yliedustettuina seuranta-aineistossa, ($\chi^2(1) = 23{,}195$, $p < 0{,}001$). Naisten osuus kaikkiin kyselyihin vastanneista oli 74 %, kun taas T1:llä vastanneista heitä oli 62 %. Vastaajat eivät eronneet toisistaan merkittävästi koulutustaustassa ($\chi^2(1) = 0{,}504$, $p = 0{,}478$), parisuhdestatuksessa ($\chi^2(1) = 0{,}740$, $p = .390$) tai iässä ($t(2263) = -1{,}596$, $p = 0{,}111$). Seuranta-aineis-

ton vastaajat ja vain T1-kyselyyn vastanneet eivät eronneet toisistaan merkittävästi yksinäisyyden ($t(2040) = 1{,}174$, $p = 0{,}241$) tai uupumusasteisen väsymyksen suhteen ($t(2151) = 1{,}020$, $p = 0{,}308$). Sen sijaan aineistossa oli tilastollisesti merkittävää katoa PSC:n suhteen, $t(2086) = -4{,}518$, $p < 0{,}001$. Seuranta-aineiston osallistujat olivat arvioineet PSC:n keskimäärin korkeammaksi, kuin vain T1 kyselyyn osallistuneet (ka = 3,42 vs. ka = 3,20).

TILASTOLLISET MENETELMÄT

Tutkimuksen analyysimenetelmänä käytettiin latenttien kasvukäyrien mixture -mallinnusta (engl. Growth Mixture Modeling, GMM) (58). Mallinnus aloitettiin estimoimalla yksinäisyyden lineaarinen kasvukäyrämalli perustuen yksinäisyyden latentteihin taso- ja muutosfaktoreihin. Taso- ja muutosfaktoreiden pohjana käytettiin yksinäisyyden keskiarvosummamuuttujia (T1-T4). Koska päätavoitteenamme oli tutkia kehityspolkuja, joihin kuuluvat työntekijät ovat mahdollisimman samankaltaisia yksinäisyyden tason ja muutoksen suhteen, niin toteutimme kasvukäyrän mixture-mallinnuksen. Toisin sanoen, etsimme taso- ja muutosfaktoreiden perusteella toisistaan mahdollisesti poikkeavia yksinäisyyden kehityspolkuja.

Kasvukäyrämallien parametrit estimoitiin suurimman uskottavuuden menetelmällä (MLR; 58). Yksinäisyyden kehityspolkujen lukumäärän selvittämiseksi hyödynsimme seuraavia yhteensopivuusindeksejä ja tilastollisia testejä: 1) AIC-indeksi (Akaike Information Criterion), 2) BIC-indeksi (Bayesian Information Criterion), 3) aBIC = Adjusted Bayesian Information Criteria, 4) VLMR-testi (Vuong-Lo-Mendell-Rubin Test), 5) LMR-testi (Lo-Mendell-Rubin Test), 6) BLRT-testi (Bootstrap Likelihood Ratio Test), ja 7) entropia-arvo. Lisäksi arvioimme havaittujen kehityspolkujen sisällöllistä mielekkyyttä ja ryhmien kokoa. Pienemmät AIC- ja BIC-indeksien arvot viittaavat tarkasteltavana olevan mallin paremmuuteen verrattuna muihin kehityspolkuratkaisuihin. Tilastollisesti merkitsevä VLMR-, LMR- tai BLRT-testin p-arvo osoittaa, että k-1-kehityspolun sisältävä ratkaisu hylätään, koska mallin sopivuus on parantunut yhden uuden kehityspolun lisäämisen myötä. Entropia-arvot, jotka ovat yli 0,70, kuvaavat hyväksyttävää ja laadullisesti luotettavaa vastaajien luokittelua havaittuihin kehityspolkuihin (59). Arvioimme myös kehityspolkuihin kuulumisen todennäköisyyttä luokittelun laadun osoittimena.

Sen jälkeen, kun yksinäisyyden latentit kehityspolut oli tunnistettu, tutkimme T1 PSC:n yhteyttä havaittuihin kehityspolkuihin taustatekijät samanaikaisesti kontrolloiden R3STEP-menetelmällä, joka käyttää multinominaalista logistista regressioanalyysia ennustamaan kehityspolkuun kuulumista ennustavien muuttujien arvoilla (60). Tämän lisäksi tutkimme myös kehityspolkuihin kuulumisen seurauksia BCH-menetelmällä (61), jossa arvioidaan kehityspolkujen keskiarvoeroa tutkituissa jatkuvissa muuttujissa (tässä uupumusasteinen väsymys T4) Waldin testillä. Kaikki ylläkuvatut analyysit toteutettiin Mplus 8.9 versiolla (58).

TULOKSET

KUVAILEVAT TULOKSET

Summamuuttujien kuvailevat tiedot – summamuuttujien keskiarvot, keskihajonnat ja Cronbachin alfa-arvot – on esitetty Taulukossa 1. Taulukossa 2 on nähtävissä muuttujien väliset korrelaatiot, jotka laskettiin WLSMV (Mean and Variance Adjusted Weighted Least Square) -estimointimenetelmällä taustamuuttujien dikotomisuuden vuoksi.

Taulukko 1. Summamuuttujien kuvailevat tiedot

	ka	*kh*	*α*
PSC T1 (1–5)	3,42	0,87	,892
Yksinäisyys T1 (1–3)	1,52	0,53	,761
Yksinäisyys T2 (1–3)	1,56	0,54	,773
Yksinäisyys T3 (1–3)	1,69	0,59	,789
Yksinäisyys T4 (1–3)	1,74	0,58	,778
Uupumusasteinen väsymys T4 (1–5)	2,85	0,86	,890

Huom. ka = keskiarvo; kh = keskihajonta; α=Cronbachin alfa; T1 huhtikuu 2020; T2 = kesäkuu 2020; T3 = lokakuu 2020; T4 = helmikuu 2021. Suluissa on esitetty muuttujan väittämien vastausasteikko. PSC = Psykososiaalinen turvallisuusilmapiiri.

Taulukko 2. Muuttujien väliset yhteydet (*n* = 521)

Muuttuja	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Sukupuoli[1]								
2. Ikä (jatkuva)	0,147							
3. Parisuhde[2]	-0,136	-0,255						
4. PSC T1	0,046	-0,211	0,085					
5. Yksinäisyys T1	0,017	-0,739**	0,167***	-0,090***				
6. Yksinäisyys T2	-0,022	-0,756**	0,162***	-0,109***	0,182***			
7. Yksinäisyys T3	-0,053	-0,486	0,132***	-0,117***	0,179***	0,216***		
8. Yksinäisyys T4	-0,038	-0,801**	0,125***	-0,117***	0,158***	0,193***	0,240***	
9. Uupumusasteinen väsymys T4	0,089	-0,865*	0,019	-0,199***	0,151***	0,155***	0,195***	0,229***

Huom. Yhteydet laskettiin Mplussan WLSMV (Mean and Variance Adjusted Weighted Least Square) -estimointimenetelmällä. [1]Sukupuoli: 1 = nainen, 2 = mies; [2]Parisuhde: 1 = parisuhteessa, 2 = ei parisuhteessa. Sukupuolen ja parisuhteen korrelaatiot jatkuviin muuttujiin ovat polyseriaalisia, sukupuolen ja parisuhteen keskinäinen korrelaatio on tetrakorinen. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

YKSINÄISYYDEN KEHITYSPOLUT

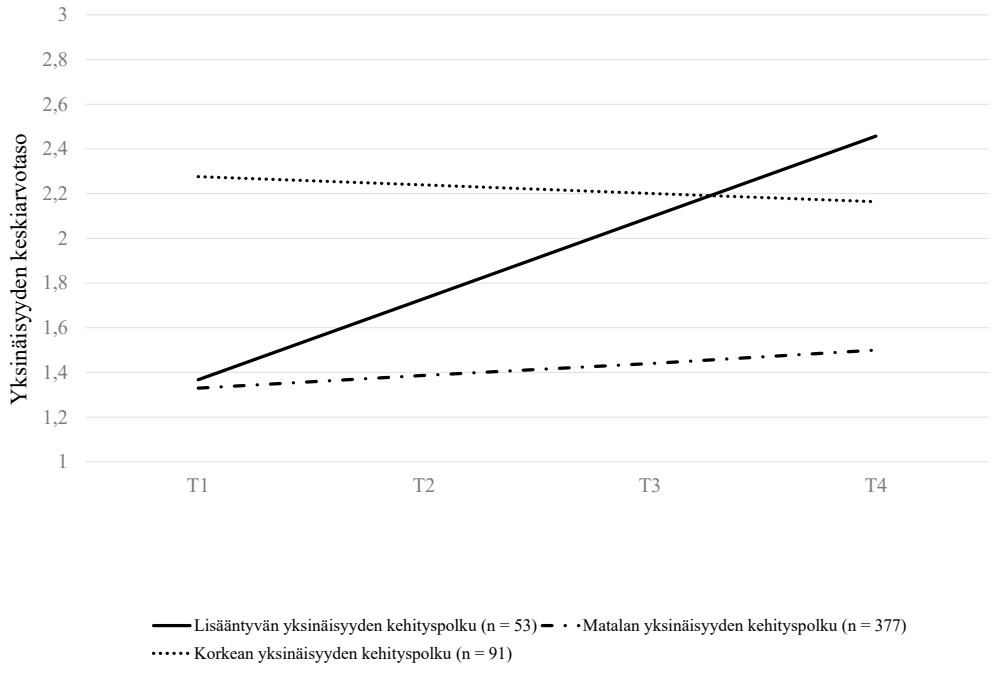
Latenttien kasvukäyrien mixture -mallinnuksen tulokset on esitetty taulukossa 3. VLMR- ja LMR-testit tukivat kolmen kehityspolun ratkaisua. Neljän kehityspolun ratkaisussa ilmeni hyvin pieni ryhmä (2 %). Lisäksi neljän kehityspolun ratkaisu replikoitui vain kaksi kertaa, jolloin sen luotettavuus ei ole korkea. Viiden kehityspolun ratkaisu ei enää konvergoitunut. Tämän vuoksi kolmen kehityspolun ratkaisu valittiin jatkotarkasteluun, koska sen kehityspolkujen ryhmät olivat riittävän suuria, kehityspolkuihin kuulumisen todennäköisyydet korkeat (0,92–0,94) ja luokittelun laatu entropia-arvon perusteella tarkasteltuna hyväksyttävä.

Kuviossa 1 on esitetty yksinäisyyden kehityspolut. Suurimpaan kehityspolkuun kuului yhteensä 377 vastaajaa (72 %). Sitä luonnehti yksinäisyyden matala lähtötaso (tasofaktorin keskiarvo T1 = 1,33) ja lievä yksinäisyyden tason lisääntyminen ajan myötä (muutosfaktorin keskiarvo = 0,057, p = 0,002), ja se nimettiin matalan yksinäisyyden kehityspoluksi. Tämän lisäksi havaittiin myös toinen kehityspolku, jonka lähtötaso (taso = 1,36) oli lähes sama kuin matalan yksinäisyyden kehityspolussa, mutta joihin kuuluvilla työntekijöillä yksinäisyys lisääntyi voimakkaasti etätyön aikana (muutos = 0,363, p < 0,001). Tähän kehityspolkuun kuului yhteensä 53 vastaajaa (10 %) ja se nimettiin lisääntyvän yksinäisyyden kehityspoluksi. Näiden lisäksi havaittiin korkean yksinäisyyden kehityspolku (n = 91, 17 %), jota kuvasi yksinäisyyden korkea ja pysyvä taso (taso = 2,27; muutos = 0,003, p = 0,315).

Taulukko 3. Yksinäisyyden latenttien kasvukäyrien mixture-mallien tilastolliset tunnusluvut

Kehityspolkujen lukumäärä	AIC	BIC	aBIC	VLMR (*p*)	LMR (*p*)	BLRT (*p*)	Entropia	Kehityspolkujen koot %
1	2467,7	2506,0	2477,5	-	-	-	-	100
2	2407,8	2458,9	2420,8	< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,74	80/20
3	2383,3	2447,1	2399,5	0,027	0,033	< 0,001	0,72	10/72/17
4	2321,2	2397,8	2340,6	0,227	0,240	< 0,001	0,86	2/53/34/10

Huom. AIC = Akaike Information Criteria, BIC = Bayesian Information Criteria, aBIC = Adjusted Bayesian Information Criteria, VLMR = Vuong-Lo-Mendell-Rubin likelihood ratio test, aLRT = Lo-Mendell-Rubin Adjusted Likelihood Ratio test, BLRT = Bootstrapped Likelihood Ratio test.



Kuvio 1. Yksinäisyyden kehityspolut

Analyysien perusteella Hypoteesi 1 sai tukea tutkimuksen tuloksista. Aineistossa havaittiin kolme erilaista kehityspolkua, joiden välillä oli merkittäviä taso- ja muutoseroja yksinäisyyden ajallisessa kokemuksessa. Kahdessa kehityspolussa yksinäisyys lisääntyi etätyön aikana tilastollisesti merkitsevästi. Lisäksi havaittiin korkean yksinäisyyden kehityspolku, jossa koettu yksinäisyys oli korkeaa koronan pakottaman etätyön alusta saakka.

YKSINÄISYYDEN KEHITYSPOLKUIHIN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT

Taulukossa 4 on esitetty multinominaalisen logistisen regressioanalyysin tulokset, jossa yksinäisyyden kehityspolkuihin kuulumista ennustettiin taustatekijöillä ja psykososiaalisella turvallisuusilmapiirin kokemuksella pakotetun etätyön alussa huhtikuussa 2020 (T1). Taustatekijöistä tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä havaittiin vain parisuhdestatuksella: Ei parisuhteessa olevat kuuluivat todennäköisemmin korkean tai lisääntyvän yksinäisyyden kehityspolkuun kuin matalan yksinäisyyden kehityspolkuun. Lisäksi korkea psykososiaalisen turvallisuuden taso ennusti todennäköisempää kuulumista matalan yksinäisyyden kuin korkean tai lisääntyvän yksinäisyyden kehityspolkuihin tukien siten Hypoteesi 2:sta.

Yksinäisyyden kehityspolkujen väliset erot uupumusasteissa väsymyksessä viimeisellä mittauskerralla (T4) on esitetty taulukossa 5. Lisääntyvän yksinäisyyden ja korkean yksinäisyyden kehityspolkuihin kuuluvat kokivat tilastollisesti enemmän uupumusasteista väsymystä kuin matalan yksinäisyyden kehityspolkuun kuuluvat. Lisääntyvän ja korkean yksinäisyyden kehityspolkuihin kuuluvien välillä ei havaittu eroa koetun uupumusasteisen väsymyksen tasossa. Tutkimuksen tulokset tukivat Hypoteesi 3:sta, sillä työntekijät, jotka kuuluivat korkean tai lisääntyvän yksinäisyyden kehityspolkuihin, raportoivat enemmän uupumusasteista väsymystä kuin matalan yksinäisyyden kehityspolkuun kuuluvat.

Taulukko 4. Yksinäisyyden kehityspolkujen selittäjät, vertailuryhmänä matalan yksinäisyyden kehityspolku

Ennustava muuttuja	Lisääntyvän yksinäisyyden kehityspolku				Korkean yksinäisyyden kehityspolku			
	Est.	*SE*	*p-arvo*	*OR*	*Est.*	*SE*	*p-arvo*	*OR*
Sukupuoli[1]	-0,780	0,478	0,102	0,458	-0,030	0,451	0,947	0,970
Ikä (jatkuva)	-0,021	0,024	0,395	0,979	-0,012	0,019	0,526	0,998
Parisuhdestatus[2]	1,349	0,641	0,035	3,855	2,417	0,463	< 0,001	11,207
Psykososiaalinen turvallisuusilmapiiri T1	-0,644	0,277	0,005	0,525	-0,772	0,210	< 0,001	0,462

Huom. Kaikki ennustavat muuttujat samanaikaisesti mallissa. [1]Sukupuoli: 1 = nainen, 2 = mies, [2]Parisuhdestatus: 1 = parisuhteessa, 2 = ei parisuhteessa, Est. = Multinomiaalisen logistisen regression beta-estimaatti, SE = keskivirhe, OR = kerroinsuhde (engl. odds ratio).

Taulukko 5. Erot yksinäisyyden kehityspolkujen välillä uupumusasteisessa väsymyksessä viimeisellä mittausajankohdalla (T4)

Muuttuja	1) Lisääntyvän yksinäisyyden kehityspolku ka (kh)	2) Matalan yksinäisyyden kehityspolku ka (kh)	3) Korkean yksinäisyyden kehityspolku ka (kh)	Wald χ^2, *p* arvo	Ryhmien väliset erot
Uupumusasteinen väsymys T4	3,58 (0,15)	2,59 (0,05)	3,33 (0,11)	57,06, $p < 0{,}001$	1 > 2*** 2 < 3***

* $p < 0{,}05$, ** $p < 0{,}01$, *** $p < 0{,}001$.

POHDINTA

Tässä tutkimuksessa selvitettiin korona-ajan yksinäisyyttä kiinnittäen huomiota muuttuja- ja väestötason kehityksen sijaan yksinäisyyden erilaisiin kehityskulkuihin koronapandemian aikana.

Tutkimuksen keskeiset tulokset osoittivat, että etätyöntekijöiden keskuudesta havaittiin erilaisia yksinäisyyden kehityspolkuryhmiä. Kahdessa kehityspolussa yksinäisyyden lähtötaso huhtikuussa 2020 oli varsin matalaa, mutta lisääntyi pakotetun etätyön jatkuessa. Lisääntyvän yksinäisyyden kehityspolussa yksinäisyyden kokemuksen kasvu oli erityisen voimakasta. Näiden lisäksi havaittiin myös korkean yksinäisyyden kehityspolku, jossa yksinäisyyden taso oli korkeaa ja pysyvää koko tutkimuksen ajan. Tulokset osoittivat kokonaisuudessaan joko yksinäisyyden lisääntymistä tai sen korkeaa tasoa etätyön aikana, joka viittaa etätyön haitallisiin seurauksiin yksinäisyyden näkökulmasta tarkasteltuna koronapandemia-aikana. Tutkimuksessa ei havaittu lainkaan laskevia yksinäisyyden kehityskulkuja. Vastaavia yksinäisyyden kehityspolkuja on havaittu myös muissa maissa toteutetuissa pitkittäistutkimuksissa (40, 41). Vaikka tuloksia ei ole mahdollista suoraan rinnastaa koronapandemian jälkeiseen työelämään, niin tulokset antavat kuitenkin viitteitä siitä, että kokonaan etätyöskentelynä tapahtuva työ voi lisätä yksinäisyyttä ja tuoda siten mukanaan haitallisia seurauksia hyvinvoinnille, terveydelle ja tuottavuudelle. Huomionarvoista on myös, että tutkimuksen tuloksien mukaan yksinäisyyden kokemukset eriytyivät. Tästä syystä yksinäisyyden merkitys tulisi huomioida aiempaa paremmin työelämässä, jossa monipaikkainen työ on lisääntynyt koronapandemian seurauksena.

Tässä tutkimuksessa havaitusta kolmesta kehityspolusta on syytä kiinnittää huomiota erityisesti lisääntyvän ja korkean yksinäisyyden kehityspolkuihin. Vaikka valtaosa vastaajista kuului matalan yksinäisyyden kehityspolkuun (72 %), niin on huomionarvoista, että liki kolmannes vastaajista koki lähes vuoden jatkuneen etätyön jälkeen korkeaa yksinäisyyttä. Näissä korkean yksinäisyyden ryhmissä koettiin myös eniten uupumusasteista väsymystä. Siten tulokset vahvistivat aikaisempaa tutkimusnäyttöä pitkittyneen ja

korkean yksinäisyyden haitoista työhyvinvoinnille.

Tuloksemme osoittivat myös, että matala PSC pakotetun etätyön alussa ennusti todennäköisempää kuulumista lisääntyvän ja korkean kuin matalan yksinäisyyden ryhmiin. Tämä on mielenkiintoinen uusi havainto, että organisaatiotason johdon toimenpiteillä ja ohjeistuksilla oli kauaskantoisia seurauksia työntekijöiden etätyön subjektiivisille kokemuksille. Tämä osoittaa PSC:n merkityksen, joka heijastaa johdon arvoja ja toimintaa henkisen työhyvinvoinnin edistämiseksi. Dollard ja Bailey (43) ovat esittäneet, että PSC edeltää JD–R -mallin mukaisia työn vaatimuksia ja voimavaroja sekä terveyden heikentymispolkua. PSC on tämän vuoksi tehokas interventiokohde, jolla työntekijöiden kokemaa yksinäisyyttä voidaan osaltaan torjua ylhäältä käsin vaikuttamalla PSC:n tasoon. PSC:n edistämiseksi johdon ja esihenkilöiden tulisi kyetä tunnistamaan työhön liittyviä kuormitustekijöitä ja sitoutua sitten suojaamaan työntekijöitä eri tekijöiltä, jotka voivat vaarantaa henkisen työhyvinvoinnin (62). Dollardin ja Baileyn (43) korona-ajalla toteutettu tapaustutkimus osoitti lupaavasti, että PSC:tä on mahdollista kehittää organisaatiossa myös poikkeustilanteissa tarjoamalla koulutusta keskijohdolle.

Tutkimuksessa havaittiin myös parisuhteen merkitys yksinäisyyden kokemukselle aikaisempien tutkimusten mukaisesti (63). Toisin sanoen, parisuhteessa olevat kokivat vähäisempää yksinäisyyttä kuin ei parisuhteessa oleva. Iällä tai sukupuolella ei havaittu yhteyttä yksinäisyyden kehityspolkuihin, vaikka osa aikaisemmista tutkimuksista osoittaa, että nuoret aikuiset (14, 64) tai naiset (em.) kärsisivät eniten yksinäisyydestä. Käsillä ollut aineisto ja tutkittavat ammattiryhmät saattoivat vaikuttaa tähän tulokseen. On mahdollista, että naisten ja miesten väliset tyypilliset työhyvinvointierot eivät tulleet näkyviin aineistossa, jossa valtaosa tutkittavista oli korkeakoulutettuja. Vastaajat olivat keski-iältään noin 45 -vuotiaita, ja eri ikäryhmät eivät olleet kattavasti edustettuina tutkimusaineistossa, mikä olisi mahdollistanut ikäryhmien kokemuksien kattavan vertailun.

VAHVUUDET, RAJOITUKSET JA JATKOTUTKIMUSKOHTEET

Tämän tutkimuksen selkeä vahvuus on, että sen kautta saatiin työelämän ja yhteiskunnan näkökulmasta tärkeää uutta tietoa etätyöyksinäisyydestä. Koronapandemian ja etätyön koettujen vaikutusten seurantatutkimus on tärkeää, jotta yhteiskunnassa ja työpaikoilla tehtävällä päätöksenteolla olisi tutkittua tietoa tuekseen. Viime ajat ovat näyttäneet, että etä- ja hybridityö on saanut pysyvän jalansijan suomalaisessa työelämässä. Siksi on erityisen tärkeää ymmärtää, miten yksinäisyys kehittyy etätyössä erilaisilla työntekijöillä, mitkä tekijät ovat siihen yhteydessä ja mitä seurauksia kehityksellä voi olla.

Tutkimuksen toinen vahvuus oli pitkittäisasetelma, jolla voitiin tutkia yksinäisyyden kehittymistä neljässä eri aikapisteessä samoilla tutkittavilla, ja ymmärtää yksinäisyyden kehittymistä pandemian pitkittyessä. Koska aineisto kerättiin tutkittavilta ajankohtaisesti, ei tutkimuksessa muodostunut sellaista vääristymää, joka olisi voinut syntyä, mikäli tutkittavia olisi vasta jälkikäteen pyydetty muistelemaan kokemuksiaan koronapandemian aikana. Suurin osa aikaisemmista tutkimuksista on myös keskittynyt yksinomaan koronapandemian alkuvaiheeseen.

Tämän tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää myös siinä käytettyjä luotettavia kyselymenetelmiä. Lyhyen yksinäisyysinventaarin vahvuuksina on pidetty sen laajaa käyttöä ja hyvää vertailtavuutta. Kyselypatteristoa on hyödynnetty hyvin laajasti useissa eri maissa ja tutkimuksissa sekä erikokoisissa otoksissa. Lisäksi kyselyn validiteettievidenssi on osoitettu sekä itse täytettävissä kyselyissä että puhelinkyselyissä (54).

Tutkimuksen rajoituksena voidaan sen sijaan pitää sitä, että vastaajat edustivat tietyn korkeakouluyhteisön työntekijöitä, jolloin tulokset eivät yleisty muunlaisiin organisaatioihin tai aloihin. Tutkimuksessa tarkasteltiin ainoastaan henkilöitä, jotka olivat tutkimuksen aikana työsuhteessa korkeakouluyhteisöön. Siten tutkimuksemme ei kerro, kuinka koronan aiheuttama etätyö on saattanut vaikuttaa tutkimuksen katveeseen jääviin ryhmiin yliopistoyhteisössä. Yksi tällainen ryhmä ovat apurahatutkijat, joiden asemaa luonnehtii epäselvä ja haavoittuva asema verrattuna työsuhteessa oleviin. Aiemman tutkimuksen pohjalta onkin todennäköistä, että etätyössä koettu yksinäisyys vaikutti kielteisesti erityisesti haavoittuviin ryhmiin (14, 15).

Tutkittavien joukossa naiset olivat yliedustettuina, eli tulokset kuvaavat todennäköisesti paremmin naisten kokemuksia. Aiheen arkaluon-

toisuus, vastaajien kuormittuneisuus tai heidän työnsä luonne (kuten vaativat opetus- tai tutkimussitoumukset) yhdistettynä etätyön ja pandemian kuormitustekijöihin saattoivat aikaansaada systemaattista katoa seuranta-aineistossa. Aineisto oli lisäksi PSC:n osalta valikoitunutta niin, että pitkittäisaineistossa oli mukana enemmän vastaajia, jotka kokivat korkeaa PSC:tä. Voi siis olla mahdollista, että tutkimukseen jätti vastaamatta sellaisia vastaajia, jotka kokivat matalaa PSC:tä. Koska matala PSC oli tutkimuksessa yhteydessä korkeaan yksinäisyyteen, tulokset liittyen näiden muuttujien väliseen yhteyteen saattavat siis olla jopa alimitoitettuja.

Tutkimuksen yhtenä rajoitteena on myös se, että siihen ei sisältynyt tietoa yksinäisyydestä ennen koronaa, jolloin olisi voitu verrata, miten etätyöhön siirtyminen vaikutti vastaajiin. Toisaalta ensimmäinen kysely lähetettiin tutkittaville hyvin pian koronapandemian alkamisen ja etätyöhön siirtymisen jälkeen, jolloin vaikutukset koettuun yksinäisyyteen eivät todennäköisesti olleet ehtineet olla kovin suuria. Tulosten perusteella ei myöskään voida erottaa, mikä osuus yksinäisyyden lisääntymisestä johtui etätyöstä, ja mikä taas erityisistä korona-ajan ilmiöistä tai muista tuntemattomista syistä. Tulokset heijastelevat todennäköisesti monien samanaikaisten ja eri tasoisten vaikutusten kompleksisuutta, mikä on yksi tämän tutkimuksen rajoituksista.

Tutkimuksessamme yksinäisyyttä käsiteltiin yleisen kokemuksen tasolla. Tarkemmat kysymykset juuri työssä tai etätyössä koettuun yksinäisyyteen liittyen olisivat saattaneet tuottaa erilaisia tutkimustuloksia. Käsillä oleva tutkimus ei myöskään kerro, oliko ryhmissä havaittu yksinäisyyden lisääntyminen tilapäistä vai pysyikö se korkeammalla tasolla pidemmän aikaa. Muilla aineistoilla tehdyt tutkimukset voivat kuitenkin tulevaisuudessa kertoa, millaista kehitystä etätyöntekijöiden yksinäisyydessä nähtiin helmikuun 2021 jälkeen. Kiinnostavaa olisi myös selvittää, miten etätyössä yksinäisyyttä kokevat työntekijät mahdollisesti tuunavat työtään ja kehittävät strategioita lievittääkseen eristyneisyyden kokemusta. Jatkotutkimuksissa voitaisiin myös selvittää sitä, miten tietynlaiseen yksinäisyyden kehittymisen ryhmään kuuluminen vaikuttaa henkilöille sopiviin työskentelytapoihin (esimerkiksi etätyö, lähityö tai hybridityö) tai haluun tehdä etätyötä jatkossa.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämä tutkimus tarjosi arvokasta uutta tietoa yksinäisyydestä korona-ajan etätyössä asiantuntijaorganisaatiossa, ottaen samalla osaa korona-ajan kotimaiseen ja kansainväliseen yksinäisyystutkimukseen. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan Tampereen korkeakouluhenkilöstön etätyössä kokema yksinäisyys tyypillisesti lisääntyi koronapandemian ensimmäisen vuoden aikana. Tutkittavat jakautuvat kolmeen yksinäisyyden kehityspolkuun, ja yksinäisyys oli yhteydessä työhyvinvointiin JD–R -mallin oletusten mukaisesti.

Maailmassa, jossa etätyö on yleistynyt, on tärkeää ymmärtää työssä koettua yksinäisyyttä ja kehittää työoloja yksinäisyyden torjumiseksi. Tiedetään, että yksinäisyydestä aiheutuu merkittäviä kustannuksia yksilölle, työyhteisölle ja kansanterveydelle. Yksinäisyys voi johtaa korkeaan vaihtuvuuteen, sairauspoissaoloihin tai jopa työkyvyttömyyteen. Organisaatioon pesiytyvän yksinäisyyden vaarana on myös, että pitkittyessään yksinäisyydestä muodostuu itse itseään ylläpitävä olotila. Yksinäiset usein hakeutuvat yhä vähemmän sosiaalisiin tilanteisiin, sillä yksinäisyys aiheuttaa pelkoa torjutuksi tulemisesta (65, 66).

Emme väitä, että työelämän yksinäisyyden vähentämiseen olisi olemassa yksinkertaisia keinoja. Yksinäisyys on henkilökohtainen kokemus, johon yksilön useat elämäpiirit vaikuttavat – työelämän lisäksi esimerkiksi perhe-elämä ja vapaa-aika. On helppo ajatella, että työpaikalla apu voisi löytyä läheisestä suhteesta esihenkilöön. On kuitenkin havaittu, että yksinäiset työntekijät voivat kokea jopa enemmän uupumusasteista väsymystä silloin, jos he ovat aktiivisessa vuorovaikutuksessa esihenkilönsä kanssa (52). Tätä voi selittää esimerkiksi pelko siitä, että hyvä suhde esihenkilöön katkeaa (em., 2131). Uhka kielteisistä sosiaalisista arvioista ja huoli torjutuksi tulemisesta voi johtaa muun muassa korkeampaan stressihormoni kortisolin tuotantoon (67) ja lopulta henkiseen väsymiseen (52). Toisin sanoen, aktiivinen vuorovaikutussuhde esihenkilöön ei vielä riitä kompensoimaan muita tyydyttäviä ihmissuhteita työpaikalla. Yksinäisyyden vähentämisessä hyödyllisempiä saattavat siis olla tukikeinot, jotka korostavat hyviä työtoverisuhteita ja ryhmäytymistä.

Vähäiset tai pinnalliset sosiaaliset suhteet altistavat kenet tahansa yksinäisyydelle. Johdon ja esihenkilöiden kannattaisi pyrkiä aktiivisesti

edistämään työntekijöiden mahdollisuuksia mielekkäiden ihmissuhteiden rakentamiseen työssä, esimerkiksi kannustamalla työntekijöitä osallistumaan tiimityöskentelyyn (18) tai tarjoamalla heille tilaisuuksia epäviralliseen sosiaaliseen kanssakäymiseen myös etätyössä. Eräässä koronaaikana toteutetussa tutkimuksessa havaittiin, että etätyössä koettua yksinäisyyttä helpotti, mikäli työtekijät onnistuivat säilyttämään myönteiset vuorovaikutussuhteet kollegoihinsa (16). Toisessa tutkimuksessa havaittiin, että aktiviinen ”me” – hengen edistäminen ja sosiaalisten identiteettien jatkuvuuden edistäminen organisaatiossa vähensi etätyössä koettua yksinäisyyttä (68).

Johdon osoittama aktiivisuus voidaan liittää myös psykososiaaliseen turvallisuusilmapiiriin. Organisaatioissa onkin ensiarvoisen tärkeää tunnistaa sosiaalisten suhteiden merkitys osana työntekijöiden psykologisen hyvinvoinnin kokonaiskuvaa. Etenkin laajasti etätyötä tekevissä organisaatioissa yksinäisyyden torjumisen tulisi olla kiinteä osa työhyvinvoinnin edistämisen agendaa. Etätyötä tekevässä organisaatiossa olisi hyvä kommunikoida etätyön vaikutuksista työntekijöiden psykologiseen terveyteen, osoittaa kiinnostusta etätyöntekijöiden kokemuksia kohtaan ja osallistaa heidät aiheesta käytävään keskusteluun. Avoin puhe yksinäisyydestä todennäköisesti voisi myös vähentää aiheeseen liittyvää stigmaa. On tärkeää, että etätyöntekijät tuntevat olonsa turvalliseksi, mikäli he rohkenevat tuoda esiin omia yksinäisyyden kokemuksiaan. Tarvittaessa organisaatiossa tulisi myös menetellä niin, että toimintatapoja muutetaan työntekijöiden hyvinvointi priorisoiden. Tällaiset toimintatavat voivat liittyä esimerkiksi sopivien hybridi- tai tiimityöskentelytapojen kehittämiseen.

RAHOITTAJAT:

Tutkimus on osa Työsuojelurahaston rahoittamaa *Turvallisesti etänä – työhyvinvointi ja sen johtaminen etätyössä* -hanketta (no 200392; johtaja Anne Mäkikangas).

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Lindholm on toiminut tutkimuksen ensimmäisenä kirjoittajana. Lindholm on vastannut tutkimuksen suunnittelusta, johdannosta, aikaisemman tutkimustiedon kokoamisesta, päätelmistä ja tiivistelmien luomisesta. Lindholm toimi käsikirjoitustekstin alkuperäisen luonnosversion kirjoittajana. Lindholm on laatinut tutkimuksessa käytetyt päämuuttujat ja osallistunut määrällisiin analyyseihin ja taulukoiden luomiseen yhdessä Mäkikankaan kanssa. Lindholm on muokannut tutkimuksen lopulliseen muotoonsa yhdessä Mäkikankaan kanssa. Mäkikangas on tutkimuksen toinen kirjoittaja. Mäkikangas on ollut vastuuhenkilö Työsuojelurahaston rahoittamassa *Turvallisesti etänä – työhyvinvointi ja sen johtaminen etätyössä* -hankkeessa, jota varten kerättyä pitkittäisaineistoa hyödynnettiin tässä tutkimuksessa. Mäkikangas on vastannut hankkeen aineistonkeruun suunnittelusta ja toteuttamisesta. Mäkikangas on vastannut myös tutkimuksen tilastollisista analyyseista. Mäkikangas osallistui keskeisesti käsikirjoituksen sisällön kommentointiin ja viimeistelyyn. Mäkikangas on muokannut tutkimuksen lopulliseen muotoonsa yhdessä Lindholmin kanssa.

Lindholm, P., Mäkikangas, A., *Relationship between loneliness trajectories, psychosocial safety climate, and exhaustion in remote work during the COVID-19*. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2025: 62: 21–36.

The COVID-19 pandemic has had far-reaching effects on daily life and well-being. Remote working became more common in the Finnish working life due to the pandemic, and social restrictions exacerbated feelings of loneliness. This study used a person-oriented approach to examine loneliness trajectories in remote workers (n=521) at Tampere Universities during the pandemic. Data was collected between April 2020 and February 2021 as part of the “Safely remotely – occupational well-being and its management in telework” research project, funded by the Finnish Work Environment Fund. We examined loneliness trajectories and how they were associated with the psychosocial safety climate and emotional exhaustion symptoms experienced by remote workers. Three loneliness trajectories were observed among the respondents: a low loneliness trajectory (72%), an increasing loneliness trajectory (10%) and a high loneliness trajectory (17%). Loneliness increased significantly during the first year of enforced remote working in the first two trajectories, while in the high loneliness trajectory, loneliness was high and persistent from the begin-

ning of remote work. It was also found that psychosocial safety climate predicted membership of the low loneliness trajectory. Loneliness was also related to work well-being, with remote workers who experienced high or increasing levels of loneliness during the study also reported high levels of exhaustion in February 2021. In light of the results, loneliness experiences typically increased during prolonged remote work and they were associated with increased levels of exhaustion. These findings underscore the importance of fostering a positive psychosocial safety climate in organizations to address loneliness and promote well-being among remote workers. Overall, this study provides evidence on the importance of addressing social and psychological factors in the design of remote work arrangements.

Keywords: loneliness, remote work, COVID-19, well-being at work

Saapunut 19.02.2023
Hyväksytty 15.05.2024

LÄHTEET

(1) Dahlberg L. Loneliness during the COVID-19 pandemic. Aging Ment Health 2021;25:1161-1164. doi: 10.1080/13607863.2021.1875195

(2) Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, ym. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. Perspect Psychol Sci 2015;10:227–237. doi: 10.1177/1745691614568352

(3) Wang B, Liu Y, Qian J, ym. Achieving Effective Remote Working During the COVID-19 Pandemic: A Work Design Perspective. Appl Psychol 2021;70:16–59. doi: 10.1111/apps.12290

(4) Loh MY, Idris MA, Dollard MF, ym. Psychosocial safety climate as a moderator of the moderators: Contextualizing JDR models and emotional demands effects. J Occup Organ Psychol 2018;91:620–644. doi: 10.1111/joop.12211

(5) Zadow A, Dollard MF, Parker L, ym. Psychosocial Safety Climate: A Review of the Evidence. Kirjassa: Dollard, M., Dormann, C., Awang Idris, M. (toim.) Psychosocial Safety Climate. Springer, Cham; 2019, 31–75.

(6) Baumeister RF, Leary MR. The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation. Psychol Bull 1995;117:497–529.

(7) Ryan RM, Deci EL. Self-Determination Theory : Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness. New York: The Guilford Press, 2017.

(8) Perlman D, Peplau L. Toward a social psychology of loneliness. Pers Relatsh 1981;3:31–56.

(9) Weiss RS. Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA, US: The MIT Press; 1973. 236.

(10) Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, ym. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. Psychol Aging 2006;21:140–151. doi: 10.1037/0882-7974.21.1.140

(11) Cacioppo JT, Hawkley LC, Crawford LE, ym. Loneliness and health: potential mechanisms. Psychosom Med 2002;64:407–417. doi: 10.1097/00006842-200205000-00005

(12) Bhatti AB, Haq A ul. The Pathophysiology of Perceived Social Isolation: Effects on Health and Mortality. Cureus 2017;9:1–10. doi: 10.7759/cureus.994

(13) Saari J. Yksinäisten Suomi. Helsinki: Gaudeamus; 2016.

(14) Bu F, Steptoe A, Fancourt D. Who is lonely in lockdown? Cross-cohort analyses of predictors of loneliness before and during the COVID-19 pandemic. Public Health 2020;186:31–34. doi: 10.1016/j.puhe.2020.06.036

(15) Morrish N, Medina-Lara A. Does unemployment lead to greater levels of loneliness? A systematic review. Soc Sci Med. 2021;287:114339. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.114339

(16) Jung HS, Song MK, Yoon HH. The effects of workplace loneliness on work engagement and organizational commitment: Moderating roles of leader-member exchange and coworker exchange. Sustain. 2021;13:1–15. doi: 10.3390/su13020948

(17) Barsade SG, Ozcelik H. No Employee an Island: Workplace Loneliness and Job Performance. Acad Manag J. 2018;61:2343–2366. doi: 10.5465/amj.2015.1066

(18) Peng J, Chen Y, Xia Y, Ran Y. Workplace loneliness, leader-member exchange and creativity: The cross-level moderating role of leader compassion. Pers Individ Dif. 2017;104:510–515. doi: 10.1016/j.paid.2016.09.020

(19) Ertosun ÖG, Erdil O. The Effects of Loneliness on Employees' Commitment and Intention to Leave. Procedia - Soc Behav Sci 2012;41:469–476. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.04.057

(20) Gajendran RS, Harrison DA. The Good, the Bad, and the Unknown About Telecommuting: Meta-Analysis of Psychological Mediators and Individual Consequences. J Appl Psychol 2007;92(6):1524–1541. doi: 10.1037/0021-9010.92.6.1524

(21) Morris ZA. Loneliness as a Predictor of Work Disability Onset Among Nondisabled, Working

Older Adults in 14 Countries. J Aging Health. 2020;32(7–8):554–563. doi: 10.1177/0898264319836549

(22) Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, ym. JDR model of burnout.pdf. Vsk. 86, Journal of Applied Psychology 2001, 499–512. doi: 10.1037/0021-9010.86.3.499

(23) Bakker AB, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: State of the art. J Manag Psychol 2007;22(3):309–328. doi: 10.1108/02683940710733115

(24) Mäkikangas A, Mauno S, Feldt T. Tykkää työstä : työhyvinvoinnin psykologiset perusteet . Jyväskylä: PS-kustannus; 2017.

(25) Xanthopoulou D, Bakker AB, Demerouti E, ym. The role of personal resources in the job demands-resources model. Int J Stress Manag 2007;14:121–141. doi: 10.1037/1072-5245.14.2.121

(26) Bakker AB, Demerouti E. Job Demands-Resources Theory : Taking Stock and Looking Forward Job Demands – Resources Theory : Taking Stock and Looking Forward. 2016;22:273–285. doi: 10.1037/ocp0000056

(27) Mäkiniemi JP, Oksanen A, Mäkikangas A. Loneliness and well-being during the covid-19 pandemic: The moderating roles of personal, social and organizational resources on perceived stress and exhaustion among finnish university employees. Int J Environ Res Public Health. 2021;18. doi: 10.3390/ijerph18137146

(28) Taser D, Aydin E, Torgaloz AO, ym. An examination of remote e-working and flow experience: The role of technostress and loneliness. Comput Human Behav. 2021;127:107020. doi: 10.1016/j.chb.2021.107020

(29) Chen I-S, Fellenz, MR. Personal resources and personal demands for work engagement: Evidence from employees in the service industry. Int J Hosp Manag. 2020;90:102600. doi: 10.1016/j.ijhm.2020.102600

(30) Upadyaya K, Salmela-Aro K. Social demands and resources predict job burnout and engagement profiles among Finnish employees. Anxiety, Stress Coping. 2020;33(4):403–15. doi: 10.1080/10615806.2020.1746285

(31) Mann S, Holdsworth L. The psychological impact of teleworking: Stress, emotions and health. New Technol Work Employ 2003;18:196–211. doi: 10.1111/1468-005X.00121

(32) Tavares AI. Telework and health effects review. Int J Healthc 2017;3:30. doi: 10.5430/ijh.v3n2p30

(33) Mackie-Lewis SA. Changing place and time of work: The impact of telecommuting on employees' personal networks and psychological well-being. 1998.

(34) Golden TD. Avoiding depletion in virtual work: Telework and the intervening impact of work exhaustion on commitment and turnover intentions. J Vocat Behav 2006;69:176–187. doi: 10.1016/j.jvb.2006.02.003

(35) Golden TD, Veiga JF, Dino RN. The Impact of Professional Isolation on Teleworker Job Performance and Turnover Intentions: Does Time Spent Teleworking, Interacting Face-to-Face, or Having Access to Communication-Enhancing Technology Matter? J Appl Psychol 2008;93:1412–1421. doi: 10.1037/a0012722

(36) Deutrom J, Katos V, Ali R. Loneliness, life satisfaction, problematic internet use and security behaviours: re-examining the relationships when working from home during COVID-19. Behav Inf Technol 2021; 41, 3161-3175. doi: 10.1080/0144929X.2021.1973107

(37) Chua SN, Koestner R. A self-determination theory perspective on the role of autonomy in solitary behavior. J Soc Psychol. 2008;148:645–8.

(38) Mata J, Wenz A, Rettig T, ym. Health behaviors and mental health during the COVID-19 pandemic: A longitudinal population-based survey in Germany. Soc Sci Med. 2021;287,114333. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.114333

(39) Wang M, Sinclair RR, Zhou L, ym. Person-Centered Analysis. Teoksessa: Robert R. Sinclair et al., toimittaja. Research Methods in Occupational Health Psychology : Measurement, Design and Data Analysis. Taylor & Francis Group; 2012. doi. 10.4324/9780203095249

(40) Laham S, Bertuzzi L, Deguen S, ym. Impact of Longitudinal Social Support and Loneliness Trajectories on Mental Health during the COVID-19 Pandemic in France. Int J Environ Res Public Health 2021;18:12677. doi: 10.3390/ijerph182312677

(41) Bu F, Steptoe A, Fancourt D. Loneliness during a strict lockdown: Trajectories and predictors during the COVID-19 pandemic in 38,217 United Kingdom adults. Soc Sci Med 2020;265:113521. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113521

(42) Taylor C, Dollard MF, Clark A, ym. Psychosocial Safety Climate as a Factor in Organisational Resilience: Implications for Worker Psychological Health, Resilience, and Engagement. Kirjassa: Dollard, M., Dormann, C., Awang Idris, M. (toim.) Psychosocial Safety Climate. Springer, Cham; 2019, 99–228. doi: 10.1007/978-3-030-20319-1_8

(43) Dollard MF, Bailey T. Building Psychosocial Safety Climate in Turbulent Times: The Case of COVID-19. J Appl Psychol 2021;106:951–64. doi: 10.1037/apl0000939

(44) Dollard MF, Karasek RA. Building Psychosocial Safety Climate: Evaluation of a Socially Coordinated PAR Risk Management Stress Prevention Study. Contemp Occup Heal Psychol Glob Perspect Res Pract 2010;1:208–33. doi: 10.1002/9780470661550.ch11

(45) Dollard M, Skinner N, Tuckey MR, ym. National surveillance of psychosocial risk factors in the workplace: An international overview. Work Stress 2007;21:1–29. doi: 10.1080/02678370701254082

(46) Maslach C. Burnout : the cost of caring. Cambridge, MA: Malor Books; 2003.

(47) Wright TA, Cropanzano R. Emotional exhaustion as a predictor of job performance and voluntary turnover. J Appl Psychol 1998;83:486–93. doi: 10.1037/0021-9010.83.3.486

(48) Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research. Vsk. 33. London: Taylor and Francis; 2017.

(49) Maslach C. Burnout: The Cost of Caring. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1982.

(50) Bovier PA, Arigoni F, Schneider M, ym. Relationships between work satisfaction, emotional exhaustion and mental health among Swiss primary care physicians. Eur J Public Health 2009;19:611–7. doi: 10.1093/eurpub/ckp056

(51) Cropanzano R, Rupp DE, Byrne ZS. The relationship of emotional exhaustion to work attitudes, job performance, and organizational citizenship behaviors. J Appl Psychol. 2003;88(1):160–169. doi: 10.1037/0021-9010.88.1.160

(52) Anand P, Mishra SK. Linking core self-evaluation and emotional exhaustion with workplace loneliness: does high LMX make the consequence worse? Int J Hum Resour Manag 2021;32:2124–149. doi: 10.1080/09585192.2019.1570308

(53) Jaremka LM, Andridge RR, Fagundes CP, ym. Pain, depression, and fatigue: Loneliness as a longitudinal risk factor. Heal Psychol 2014;33:948–957. doi: 10.1037/a0034012

(54) Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, ym. A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. Res Aging 2004;26:655–672. doi: 10.1177/0164027504268574

(55) Russell D, Peplau LA, Ferguson ML. Developing a Measure of Loneliness. J Pers Assess 1978; 42:290-294. doi: 10.1207/s15327752jpa4203_11

(56) Dollard MF. The PSC-4; A Short PSC Tool. Kirjassa: Dollard, M., Dormann, C., Awang Idris, M. (toim.) Psychosocial Safety Climate. Springer, Cham; 2019, 385–409. Psychosocial Safety Climate. Springer, Cham. doi: 10.1007/978-3-030-20319-1_16

(57) Schaufeli WB, Desart S, De Witte H. Burnout assessment tool (Bat)—development, validity, and reliability. Int J Environ Res Public Health 2020;17:1–21. doi: 10.3390/ijerph17249495

(58) Muthén LK, Muthén BO. Mplus User's Guide. Eighth Edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén. 1998–2017.

(59) Celeux G, Soromenho G. An entropy criterion for assessing the number of clusters in a mixture model. Journal of Classification 1996; 13: 195–212. doi: 10.1007/BF01246098

(60) Asparouhov T, Muthén B. Auxiliary variables in mixture modeling: Three-step approaches using Mplus. Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal 2014; 21:329–341. doi: 10.1080/10705511.2014.915181

(61) Asparouhov T, Muthén B. Auxiliary variables in mixture modeling: Using the BCH method in Mplus to estimate a distal outcome model and an arbitrary secondary model. Mplus Web Notes 2014: 21(2), 1–22. Retrieved from https://www.statmodel.com/examples/webnotes/webnote21.pdf.

(62) Dollard MF, Bakker AB. Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement. J Occup Organ Psychol 2010;83:579–99. doi: 10.1348/096317909X470690

(63) Ray CD. The trajectory and determinants of loneliness during the early months of the COVID-19 pandemic in the United States. J Soc Pers Relat. 2021;38(6):1920–38.

(64) O'Connor RC, Wetherall K, Cleare S, ym. Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: Longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing study. Br J Psychiatry. 2021;218(6):326–33.

(65) Gable SL. Approach and avoidance social motives and goals. J Pers 2006;74:175–222. doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00373.x

(66) Gable SL, Berkman ET. Making connections and avoiding loneliness: Approach and avoidance social motives and goals. Kirjassa: A. J. Elliot (toim.), Handbook of approach and avoidance motivation. Psychology Press; 2008, 203–216.

(67) Dickerson SS, Kemeny ME. Acute stressors and cortisol responses: A theoretical integration and synthesis of laboratory research. Psychol Bull 2004;130:355–91. doi: 10.1037/0033-2909.130.3.355

(68) Krug H, Haslam SA, Otto K, ym. Identity Leadership, Social Identity Continuity, and Well-Being at Work During COVID-19. Front Psychol. 2021;12. doi: 10.3389/fpsyg.2021.684475

Lindholm Paula
YTM, sosiaalipsykologi
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Mäkikangas Anne
PsT, dosentti, professori, Työelämän tutkimuskeskuksen johtaja
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Artikkeli

Henkilökohtainen toipuminen psykiatristen osastojen kotiutusviesteissä

Mielenterveyspalveluita tulisi kehittää toipumisorientoituneiksi, mutta siirtymä vallitsevasta käytännöstä on osoittautunut haasteelliseksi. Henkilökohtaista toipumista kuvataan yleisesti CHIME-viitekehyksen avulla, joka sisältää viisi osaprosessia: 1) kumppanuus, 2) toivo ja tulevaisuusoptimismi, 3) identiteetti, 4) merkityksellinen elämä ja 5) voimaantuminen. Laajasti käytössä olevien Safewards-interventioiden pyrkimyksenä on turvallisuuden lisääminen psykiatrisilla osastoilla vähentämällä konflikteja potilaiden ja hoitohenkilökunnan välillä painottamalla kunnioittavaa ja myötätuntoista kohtaamista. Kotiutusviestit on yksi Safewardsin vähän tutkittu interventio, jonka tavoitteena on lisätä potilaiden toivoa ja hoitomyöntyvyyttä.

Tämän laadullisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla henkilökohtaista toipumista potilaiden kirjoittamissa kotiutusviesteissä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää henkilökohtaisen toipumisen tukemisessa mielenterveyspalveluissa. Tutkimuskysymys oli: Millaisia kumppanuuteen, toivoon ja tulevaisuusoptimismiin, identiteettiin, merkitykselliseen elämään ja voimaantumiseen liittyviä sisältöjä osastoilta kotiutuvat potilaat kuvailivat kotiutusviesteissään?

Aineisto kerättiin erään yliopistollisen psykiatrisen sairaalan kuudelta aikuispsykiatriselta osastolta. Viestejä oli yhteensä 244, ja ne analysoitiin abduktiivisella sisällönanalyysillä. Analyysi alkoi induktiivisesti ja jatkui deduktiivisesti CHIME-viitekehyksen mukaisesti.

CHIME-viitekehys osoittautui käyttökelpoiseksi viitekehykseksi kotiutusviestien analysointiin, ja viesteistä tunnistettiin kaikki sen alakategoriat. Toivoa, tulevaisuusoptimismia ja identiteettiä kuvailtiin viesteissä määrällisesti eniten, kun merkityksellistä elämää kuvailtiin puolestaan määrällisesti vähiten. Tulosten perusteella omien kokemusten jakaminen vaikuttaisi olevan potilaille merkityksellistä. Kotiutusviestit-interventio tarjoaa potilaille vertaistuellisen dialogisen vuorovaikutuksen alustan omien kokemuksien validointiin. Interventio voi tukea henkilökohtaista toipumista ja vähentää itsestigmatisaatiota.

ASIASANAT: Psykiatria, mielenterveys, toipumisorientaatio, henkilökohtainen toipuminen

JARI PIETARINEN, KYÖSTI LEHTOLA, KIRSI MYLLYKANGAS, SIRPA TÖLLI

YDINASIAT

- Henkilökohtainen toipuminen on yksilöllinen prosessi, joka mahdollistaa merkityksellisen ja tyydytystä tuovan elämän psyykkisestä sairaudesta huolimatta.
- Kotiutusviesteistä tunnistettiin kaikki viisi henkilökohtaista toipumista kuvaavaa CHIME-viitekehyksen osaprosessia.
- Omien kokemusten jakaminen kotiutusviesteissä vaikuttaa merkityksselliseltä toiminnalta potilaille.
- Kotiutusviestit-interventio on kustannustehokas menetelmä, jota on mahdollista soveltaa laaja-alaisesti psykiatrisessa sairaalahoidossa.
- Kotiutusviestit-intervention implementointia sekä potilaiden kokemuksia siitä tulisi jatkossa tutkia enemmän.

JOHDANTO

TOIPUMISORIENTAATIO

Toipumisorientaatio (englanniksi recovery-oriented practices) on erityisesti mielenterveystyön ajattelun ja toiminnan viitekehys (1), jossa painotetaan yksilön henkilökohtaista toipumista (2,3). Sen taustalla vaikuttavat erityisesti psykologiset ja sosiaalitieteelliset teoriat (1). Viitekehys ei korvaa näyttöön perustuvaa psykiatrista hoitoa, vaan sen tavoite on lisätä potilaan subjektiivista kokemusta mielekkäämmästä ja merkityksellisemmästä elämästä (4).

Toipumista voidaan tarkastella useasta eri perspektiivistä. Kliinisessä toipumisessa yksilöä tarkastellaan objektiivisesti ulkoapäin ja arvioidaan mitattavissa olevaa kliinistä oireistoa, jolloin toipuminen kuvautuu potilaan oireiston vähenemisenä ja kliinisen statuksen palautumisena kohti aiempaa tilaa. Palvelu- ja organisaatiolähtöinen toipumisen näkökulma arvioi toipumista hallinnollisten ja kustannuksellisten arvioiden perusteella, jolloin toipuminen käsitteellistyy palveluista pois siirtymiseen ja palveluihin pääsemiseen. (5) Henkilökohtaisen toipumisen käsitteen luojana pidetään William Anthonya (2) ja käsitteenä henkilökohtainen toipuminen kuvaa yksilön subjektiivista kokemusta oman elämänsä mielekkyydestä, merkityksellisyydestä ja toiveikkuudesta (2, 6).

Toipumisorientaation historia on lähtenyt kritiikistä, joka on kohdistunut mielenterveys- ja päihdepalveluiden rakenteisiin ja sisältöön (7). Palvelujärjestelmä voi estää henkilökohtaista toipumista muun muassa byrokratiaan, toimimattomiin käytäntöihin ja palveluiden saatavuuteen liittyvien tekijöiden takia. Hoidon keskittyminen biopsykiatriseen orientaatioon voi jättää huomiotta yksilön inhimillisyyden ja ihmisen psykologiset, sosiaaliset sekä henkiset tarpeet. (8)

Medikalisoitu kielenkäyttö itsessään sisältää henkilökohtaista toipumista estäviä piirteitä ja paternalistinen käytäntö horjuttaa yksilön toimijuuden kokemuksia (9). Psyykkisesti oireilevan ihmisen elämää, luonteenpiirteitä ja yksilöllisyyttä määritetään usein sairauden kautta, ja psykiatrisen diagnoosin seurauksena ammattilaistenkin usko potilaan kuntoutumiseen ja tulevaisuuteen voi olla toivottomuuden sävyttämää. (10, 11). Hoitotahon varomattoman kommunikaation, stereotypioiden ja väärinymmärrettyjen valtaroolien, sekä ympäröivässä kulttuurissa piilevän stigman seurauksena potilas itse alkaa rakentamaan identiteettiään diagnoosinsa kautta (12). Häpeäleima vahvistaa itsen aliarviointia ja olennainen osa henkilökohtaista toipumista onkin itsestigmatisaation lopettaminen (4).

Henkilökohtaista toipumista kuvataan usein CHIME-viitekehyksen (3) avulla, joka on validoitu (13) ja kansainvälisesti tunnustettu viitekehys (14). Siinä toipuminen koostuu viidestä osaprosessista: kumppanuudesta, toivosta ja tulevaisuusoptimismista, identiteetistä, elämän merkityksellisyydestä ja voimaantumisesta. (3) Toipuminen on syvästi henkilökohtainen ja ainutlaatuinen muutosprosessi, jossa muuttujina ovat yksilön asenteet, arvot, tunteet, päämäärät, taidot ja sosiaaliset roolit, ja henkilökohtainen toipuminen on tapa elää tyydytystä tuovaa ja toivorikasta elämää psyykkisestä sairaudesta huolimatta. (14, 15) Muutosprosessin myötä ihminen löytää omat yksilölliset resurssinsa ja kykenee hyödyntämään niitä (16). Osana tätä prosessia ihminen siirtyy poispäin potilaan roolista kohti monipuolisempia sosiaalisia rooleja ja kasvua sairaudesta huolimatta, jolloin hänen oma kokemuksensa toimijuudesta vahvistuu (4).

Toipuminen ei etene lineaarisesti. Se voi olla hidasta tai harppauksittain etenevää, ja siihen voi liittyä taantuvia taaksepäin palaamisen vaiheita sekä stabiileja tiloja. (17) Prosessin alkuvaiheelle on leimallista toivottomuus ja kielteisyys (18), ja keskeistä on yksilön omien päämäärien ja tavoitteiden mukainen henkilökohtainen toipuminen, mitä ei voi ulkopuolelta arvottaa tai määritellä (19).

Suomessakin mielenterveyspalveluita tulisi kehittää toipumisorientoituneiksi (19). Siirtymä vallitsevasta käytännöstä toipumisorientoituneeksi on osoittautunut mielenterveystyössä haasteelliseksi esimerkiksi työntekijöiden asenteista johtuen (20, 21). Toipumisorientaatio haastaa työntekijät aitoon dialogiin ja tasaveroiseen kohtaamiseen asiakkaiden kanssa sekä siirtymään asiantuntijan roolista kohti mentorin roolia (19). Toipumista edistää toivon ja positiivisen identiteetin vahvistaminen vähentämällä häpeäleimaa ja keskittymällä vahvuuksiin. Toipumista voidaan tukea edistämällä asiakkaan yhteyksiä muihin ihmisiin ja yhteisöihin, kannus-

tamalla vastuun ottoon ja auttamalla uusien sosiaalisten roolien sekä merkityksellisten asioiden löytämisessä. (1, 17)

Henkilökohtaista toipumista tapahtuu, kun yksilön identiteetti irtautuu sairaan identiteetistä ja sairauskeskeisyydestä siirrytään kohti terveyttä, vahvuuksia ja hyvinvointia. (22) Henkilökohtaisessa toipumisessa korostuu positiivinen mielenterveys (6, 7) voimavarana, jota psykiatrinen sairaus ei sulje pois. Esimerkiksi henkilö runsaista psykiatrisista harhaoireista huolimatta voi kokea onnellisuutta, kun toisaalta psykiatrisesti arvioituna terve henkilö voi kokea olevansa onneton (23).

SAFEWARDS-TOIMINTAMALLI

Safewards (https://www.safewards.net/fi) on psykiatriaan kehitetty toimintamalli (24), jota implementoidaan nykyään laajalti (25). Sen tavoitteena on lisätä turvallisuutta ja vähentää rajoitustoimenpiteiden käyttöä osastoilla. Malli sisältää kymmenen psykososiaalista interventiota. Mallin tavoitteena on tunnistaa aggressiivista käyttäytymistä aiheuttavia tekijöitä ja ennaltaehkäistä konflikteja painottamalla kunnioittavaa ja myötätuntoista suhtautumista potilaaseen (24). Sen on todettu vähentävän pakkokeinojen käyttöä (24, 26), kuten eristämistä (27) ja tahdonvastaisia injektioita (28) psykiatrisessa hoidossa. Safewards on muuttanut hoitokulttuuria inhimillisemmäksi kehittämällä hoitohenkilökunnan ja potilaiden välistä suhdetta myönteisemmäksi, ja psykiatriset sairaanhoitajat ovat kokeneet sen lisäävän potilaiden toiveikkuutta sekä toipumista (29).

Kotiutusviestit on yksi Safewards-interventioista, ja sen tavoitteena on lisätä toiveikkuutta osastohoidossa olevien potilaiden keskuudessa. Interventiossa potilaita pyydetään kirjoittamaan kotiutumispäivänään viesti, jossa he kertovat kokemuksistaan hoitonsa aikana. Viestiin tulisi sisällyttää lisäksi mahdollisimman myönteinen ja avulias neuvo uusille potilaille. Viestit sijoitetaan osastolla siten, että ne ovat kaikkien luettavissa. (30, 31). Safewardsin yksittäisiä interventioita ei ole juurikaan tutkittu (32) ja tämä tutkimus on kirjoittajien tiedon mukaan ensimmäinen kotiutusviesteihin keskittyvä tutkimus suomalaisessa aineistossa. Suomessa toipumisorientaatiota ei ole juurikaan tutkittu, eikä kotiutusviestejä ole tutkittu aikaisemmin henkilökohtaisen toipumisen näkökulmasta.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla henkilökohtaista toipumista psykiatrisesta osastohoidosta kotiutuvien potilaiden kirjoittamissa kotiutusviesteissä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää henkilökohtaisen toipumisen tukemisessa mielenterveyspalveluissa.

Tutkimuskysymys oli: Millaisia kumppanuuteen, toivoon ja tulevaisuusoptimismiin, identiteettiin, merkitykselliseen elämään ja voimaantumiseen liittyviä sisältöjä osastoilta kotiutuvat potilaat kuvailivat kotiutusviesteissään?

MENETELMÄT

AINEISTON KERUU

Tutkimusaineisto kerättiin joulukuussa 2022 erään suomalaisen yliopistosairaalan aikuispsykiatrian kuudelta osastolta valokuvaamalla näiden osastojen seinille jätetyt kotiutusviestit. Kotiutusviestien kirjoittajien taustatietoja ei ollut mahdollista selvittää. Valokuvausvaiheessa viestien anonymiteetti varmistettiin huolellisesti.

AINEISTON ANALYSOINTI

Valokuvaamisen jälkeen kotiutusviestit siirrettiin tutkijan (JP) tietokoneelle ja aineisto kirjattiin tarkasti Microsoft Excel 2016 taulukkoon. Tutkijat (JP, KL) tutustuivat aineistoon huolellisesti useaan kertaan ennen varsinaisen analyysiprosessin aloittamista tulkintojen oikeellisuuden varmistamiseksi. Aineistosta tunnistettiin aluksi analyysiyksiköt. Analyysiyksiköinä käytettiin joko kokonaista viestiä, tai viesti pilkottiin sisältönsä ajatuskokonaisuuksien mukaan useampaan analyysiyksikköön. Yksi viesti saattoi siten sisältää useampia ajatuskokonaisuuksia.

Tämän jälkeen analyysiyksiköt pelkistettiin (taulukko 1) ja pelkistykset ryhmiteltiin induktiivisesti alaluokkiin, jotka värikoodattiin ja nimettiin sisältöjensä mukaisesti (32). Alaluokat järjesteltiin deduktiivisesti analyysimatriisiin (taulukko 2), joka oli muodostettu CHIME-viitekehyksen mukaisesti. Analyysin validoi kaksi tutkijaa (ST, KM).

Analyysiprosessi tallennettiin vaiheittain, jotta analyysiin oli helppo palata prosessin eri vaiheissa (32). Analyysiprosessia tarkasteltiin kriittisesti analysoinnin edetessä useaan kertaan. Analyysin kommentointiin ja täsmennyksiin osallistui koko tutkimusryhmä analyysiprosessin

Taulukko 1. Esimerkkejä kotiutusviestien pelkistämisestä.

Alkuperäinen kotiutusviesti	Pelkistys
”Meistä jokainen saa olla hauras ja vastaanottaa apua. Kiitos hoitajille ja kanssapotilaille tuesta, arvostuksesta ja ymmärryksestä.”	Ihminen saa olla heikko ja tarvitseva. Kiitollisuus tuesta, arvostuksesta ja ymmärryksestä.
”You will be okay, maybe not today, but some day.”	Luottamus omaan hyvinvointiin tulevaisuudessa.
”Kohtaa kuin ihminen, kaikki olemme vain ihmisiä, omine ongelminemme. Sairaudet, pahat ajatukset, mieltämme horjuttavat.”	Toiveena tulla kohdatuksi arvostetusti, ymmärrys inhimillisten kärsimysten mahdollisuudesta jokaisella ihmisellä.
”Ala tehdä tietoisia hyviä valintoja, niin maailmasta tulee parempi paikka olla ja elää!”	Omat valinnat vaikuttavat elinympäristöön ja elämänlaatuun.
”Se pieni tyttö sun sisällä. Anna sen välillä itkeä. Kuljet synkän sumun keskellä. Mutta sä oot sitkeä. Et oo aina kiinni hetkessä. Sun mieli harhailee. Mut kauneus on sun silmissä. Sun silmät hymyilee.”	Lupa olla heikko. Omien ajatusten ja tunteiden huomioiminen. Haastavina aikoina kauneudesta ja ilosta tietoiseksi tuleminen.

Taulukko 2. Henkilökohtainen toipuminen kotiutusviesteissä.

Alaluokka (n=mainintojen lukumäärä)	Yläluokka	Yhdistävä pääluokka
Sosiaalinen liittyminen (n=52)	Kumppanuus	Henkilökohtainen toipuminen
Avun vastaanottaminen (n=25)		
Vertaistuki (n=35)		
Henkilökunnan empatia (n=58)		
Rakkaus (n=10)		
Turvallisuus (n=8)		
Myötätunto (n=20)		
Myönteinen ajattelu (n=130)	Toivo ja tulevaisuusoptimismi	
Usko toipumiseen (n=86)		
Usko parempaan tulevaisuuteen (n=119)		
Unelmat ja toiveet (n=4)		
Itsestigmatisaation lopettaminen (n=60)	Identiteetti	
Haasteiden normalisointi (n=19)		
Menneisyyden hyväksyminen (n=44)		
Identiteetin rakentaminen (n=74)		
Tasa-arvo (n=31)		
Itsemyötätunto (n=94)		
Luonteenvahvuuksien toteuttaminen (n=19)	Elämän merkitys	
Tietoinen läsnäolo (n=18)		
Elämänlaatu ja mielekäs elämä (n=20)		
Hengellisyys tai henkisyys (n=8)		
Fysiologisista perustarpeista huolehtiminen (n=7)	Voimaantuminen	
Henkilökohtainen vastuunotto (n=26)		
Post-traumaattinen kasvu (n=23)		
Voimavarat (n=62)		

eri vaiheissa ja alkuperäinen aineisto oli ainoastaan tutkimukseen osallistuvan tutkimusryhmän käytössä koko prosessin ajan. Analyysin tuloksena muodostui 25 alaluokkaa, viisi yläluokkaa ja yksi yhdistävä pääluokka. (Taulukko 2.)

TULOKSET

Kotiutusviestejä oli yhteensä 244 kappaletta. Tekstit olivat joko suomen- (n=239) tai englanninkielisiä (n=5) osastolta kotiutuvien potilaiden kirjoittamia viestejä. Viestien pituus vaihteli yhdestä sanasta noin 200 sanan teksteihin. Viestien sisällöistä muodostettiin induktiivisesti yhteensä 25 alaluokkaa, jotka sijoitettiin deduktiivisesti CHIME-viitekehyksen kategorioihin: 1) kumppanuus, 2) toivo ja tulevaisuusoptimismi, 3) identiteetti, 4) elämän merkitys ja 5) voimaantuminen osana henkilökohtaisen toipumisen prosessia. Tulokset esitetään CHIME-viitekehyksen mukaisesti (Taulukko 2).

KUMPPANUUS

Kumppanuuteen liittyviä teemoja oli mainittu kotiutusviesteissä 208 kertaa. Kumppanuuteen liittyvät viestit kertoivat sosiaalisesta liittymisestä, avun vastaanottamisesta, vertaistuesta, henkilökunnan empatiasta, rakkaudesta, turvallisuudesta ja myötätunnosta (Taulukko 2).

Sosiaalisesta liittymisestä kertovat viestit kuvasivat ihmisten välisen yhteyden merkitystä elämässä, elämän haasteissa selviytymisessä ja osana ihmisen hyvinvointia. Yhteys toisiin ihmisiin kuvautui merkityksellisenä resurssina elämässä ja apuna vaikeissa elämäntilanteissa. Viesteistä syntyi vaikutelma, että yhteydellä toiseen ihmiseen voi olla toipumista edistävä vaikutus, ja oman tunnekokemuksen jakaminen voitiin nähdä parantavana. Toisaalta liittyminen toisiin ihmisiin voitiin ymmärtää olevan inhimillinen perustarve. Liittymisessä toiseen korostui tasaarvoinen kohtaaminen, kuulluksi tuleminen ja toisen ihmisen hyväksyminen omana itsenään.

> ”Kaikki paha kaivetaan yhdessä matalaksi. Jutellaan yhdessä heikkoudet vahvuudeksi.” (V31)

Avun vastaanottamiseen liittyvät viestit kuvasivat kykyä ja avoimuutta luottaa toisen ihmisen ja ammattilaisen tarjoamaan apuun. Avun vastaanottamista voitiin kuvata viesteissä vaikeaksi, mutta toisaalta välttämättömäksi omien resurssien ehtyessä. Hoidettavaksi antautumisen, toiseen luottamisen ja avun vastaanottamisen kuvattiin vaativan paljon rohkeutta ja kykyä olla luovuttamatta. Useissa viesteissä avun vastaanottamisen esteenä kuvattiin arvottomuuden kokemuksia.

> ”Olet tärkeä, vaikka et sitä nyt usko! Uskalla pyytää apua. Täällä sitä varmasti saat!” (V198)

Vertaistuesta kertovissa viesteissä kuvattiin potilaiden kesken jaetun tuen merkitystä. Osaston muiden potilaiden kanssa jaettu aika oli ollut keskeistä monille. Toisia potilaita kiitettiin vertaistuesta ja heille luotiin toivoa kannustavin lausein. Vertaistuki kuvautui erityisesti yhdessä olemisena ja yhteisen kokemuksen jakamisena.

> ”Kiitos tuestanne sekä pitäkää huolta että koittakaa jaksaa. Tukekaa toisianne jatkossakin.” (V133)

Henkilökunnan empatiaan liittyvät viestit kertoivat henkilökunnan osoittamasta kunnioituksesta, myötätunnosta, kannustuksesta ja tukemisesta. Henkilökunnalle osoitetut kiitokset kohdennettiin erityisesti myötätuntoiseen, kunnioittavaan ja ehdoitta hyväksyvään kohtaamiseen. Henkilökunnan toiminnasta nousi esiin toivon ylläpitäminen ja luottaminen potilaan voimavaroihin. Osassa viesteistä kuvattiin myös aidon kunnioittavan kohtaamisen osoittamista sanattoman vuorovaikutuksen keinoin.

> “I just wanted to say how grateful and impressed I am of the care I received during my stay here. Thank you for your smiles. Thank you for treating me with kindness, respect and for making my short stay brighter.” (V9)

Rakkaudesta kertovat viestit kuvasivat rakastamisen merkitystä elämässä ja viestien perusteella se voitiin nähdä yhtenä elämän perusarvona. Viesteissä kuvattiin sekä rakastamista että rakkauden kohteena olemista.

> ”Ei ole ketään toista, joka voisi täyttää sinun paikkasi maailmassa. Juuri sinun rakkauttasi tarvitaan. Pidä huolta itsestäsi!” (V158)

Turvallisuudesta kertovat ajatuskokonaisuudet kuvasivat osastolla koetun turvallisuuden merkitystä. Turvallisuuden kokemus kuvautui syntyvän erityisesti osaston sosiaalisen ilmapiirin myötä, jossa potilas pystyi tulemaan hyväksytyksi omana itsenään. Turvallisuutta luovaan hyväksyvään sosiaaliseen ilmapiiriin oli viesteissä liitetty muun muassa ystävällisyys, kuulluksi tuleminen ja rohkaiseminen.

> ”Tunsin oloni turvalliseksi ja koin, että minua kuunnellaan kun sitä tarvitsin! (ja tarvitsin sitä paljon)” (V210)

Myötätuntoon liittyvissä viesteissä kuvattiin ihmisten välistä tunneyhteyttä sekä halua toimia toisen ihmisen hyväksi. Viesteissä oltiin avoimia vastaanottamaan toinen ihminen ehdoitta kaikkine ominaisuuksineen ja asettumaan hänen rinnalleen sekä emotionaalisesti että toiminnallisesti.

> ”Olkoon sydämenne täynnä ystävällisyyttä kaikkia kohtaan, jotka kulkevat polkunne poikki. Älkää tyytykö siihen, että osoitatte ystävällisyyttä yksistään sanoissa.” (V171)

TOIVO JA TULEVAISUUSOPTIMISMI

Toivoon ja tulevaisuusoptimismiin liittyviä teemoja oli mainittu viesteissä 339 kertaa. Nämä viestit kertoivat myönteisestä ajattelusta, uskosta toipumiseen, uskosta parempaan tulevaisuuteen sekä unelmista ja toiveista (Taulukko 2).

Myönteisestä ajattelusta kertovat viestit kuvasivat sopeutumiskykyä vaikeisiin tilanteisiin suhtautumalla tulevaisuuteen myönteisten, mutta realististen käsitysten avulla. Ajankohtaisiin tilanteisiin tai niiden tarkasteluun suhtauduttiin uusista ja vaihtoehtoisista näkökulmista käsin. Haasteiden kanssa tultiin toimeen kieltämättä niitä. Oman ajattelun, suhtautumisen ja toiminnan vaikutus tulevaisuuteen nähtiin merkityksellisenä. Toisaalta joissakin viesteissä painotettiin hyväksyvää suhtautumista siihen, että kaikkeen ei voi itse vaikuttaa.

> ”Ei ehkä niin kuin kuvittelemme, tai silloin kuin toivomme, mutta lopulta kuitenkin.” (V54)

Uskosta toipumiseen liittyvissä viesteissä painottui epävarmuuden sietäminen ja toivon ylläpitäminen omaa parempaa vointia kohtaan. Alaluokassa korostui toivottomuuden tunteiden kääntyminen toivoon muiden ihmisten ja sosiaalisten suhteiden, kuten hoitajien avulla. Myös hoitajien toiminnassa kuvautui tärkeänä kyky ottaa vastaan vaikeita tunteita ja epävarmuutta.

> ”Kiitos hoitajille, jotka jaksoivat uskoa paranemiseeni, vaikka itse en jaksanut uskoa.” (V213)

Uskossa parempaan tulevaisuuteen painottui epävarmuuden sietäminen ja toivon ylläpitäminen suhteessa myönteiseen tulevaisuuteen, selviytymiseen ja merkityksellisen elämän löytymiseen. Alaluokassa korostui epätoivon tunteiden kääntyminen toivoon omien vaikutusmahdollisuuksien ja sisäisten selviytymiskeinojen avulla. Epätoivoa kuvattiin myös voimavarana ja pienienkin asioiden voivan viedä itseä eteenpäin.

> ”Elämä kantaa. Mikäli et muuta valoa löydä, niin katso vaikka oven yläpuolella olevaa valoa, sillä sekin on tyhjää parempi.” (V43)

Unelmia ja toiveita kuvaavat viestit kertoivat tavoitteellisuudesta ja tavoitteiden asettamisesta sekä luvasta ja mahdollisuudesta unelmoida. Viesteissä kannustettiin aktiiviseen toimintaan suuntautumisessa omia tavoitteita kohti.

> ”Turha kiire pois, rauhallisuutta, kun pyrit kohti tavoitteita ja päämääriä elämässäsi.” (V143)

IDENTITEETTI

Identiteettiin liittyviä mainintoja kotiutusviesteistä löytyi yhteensä 322. Näissä viesteissä kerrottiin itsestigmatisaation lopettamisesta, haasteiden normalisoinnista, menneisyyden hyväksymisestä, identiteetin rakentamisesta, tasa-arvosta ja itsemyötätunnosta (Taulukko 2).

Itsestigmatisaation lopettamiseen liittyvissä viesteissä kuvailtiin omaa arvoa alentavista ajatuksista ja uskomuksista luopumista. Viesteissä tuotiin esiin oman arvon tunnistamisen merkitystä. Sosiaalinen vertailu ja häpeä koettiin viesteissä haitallisina.

> ”Häpeä on turhaa – Meillä kaikilla on oikeus elää ja tulla nähdyksi.” (V16)

Haasteiden normalisointiin liittyvissä viesteissä syitä osastolla olemiseen kuvailtiin luonnollisina elämässä ilmenevinä haasteina ja inhimillisiä resursseja kuluttavina tekijöinä. Masentunutta mielialaa lukuun ottamatta viesteissä ei juurikaan tuotu esiin erilaisia diagnooseja.

> ”Mulla on ollu monia kuormittavia ja vaikeita asioita elämässä. En oo saanu ajoissa käsiteltyä niitä ja nyt viimeistään on aika tehdä niin. ...Tämän taustalla on mielenterveyden ongelmaa ja siksi tulin selvittämään elämäni kriisiä sekä ongelmiani. ...Ongelmista ja vaikeuksista kannattaa puhua heti niin kaikilla on parempi olla.” (V6)

Menneisyyden hyväksymiseen liittyvissä viesteissä kuvattiin elämän haasteiden sisällyttämistä osaksi omaa elämänkertomusta. Viesteissä kuvailtiin inhimillisyyden ja elämän rosoisuuden hyväksymistä, paitsi itsessä ilmenevinä ristiriitaisina puolina, mutta myös itselle tapahtuneina epämiellyttävinä kokemuksina. Ristiriitaisia tunteita herättävien asioiden hyväksyminen kuvautui tuottavan tyyneyttä omassa elämässä.

> ”Kiitos kehoni jokaisesta arvesta. Jokainen niistä on muisto eletystä elämästä!” (V15)

Identiteetin rakentamiseen liittyvissä viesteissä kuvailtiin myönteisen minäkuvan rakentamista näkemällä itsensä riittävänä ja hyvänä ihmisenä omana itsenään. Myönteistä ja itsearvostavaa minäkäsitystä rakennettiin pitämällä itseä merkityksellisenä suhteessa muihin sekä luottamuksena omiin kykyihin ja voimavaroihin.

> ”Et ole yhtään liikaa. Et ole yhtään liian vähän. Olet, mitä olet. Ja se on sinun supervoimasi.” (V199)

Tasa-arvoon liittyvissä viesteissä kuvailtiin ihmisten yhdenvertaista arvoa. Muiden rinnalla myös oma arvo tunnistettiin viesteissä. Toisen ihmisen kohtaaminen kunnioittavasti ja tasa-arvoisesti kuvautui viestien sisällössä merkityksellisenä ja tätä odotettiin osoitettavan myös itseä kohtaan.

> ”Kohdatkaa kuin vertaisenne, ei lapsillekaan lässytetä. Ihmisarvo antakaa.” (V4)

Itsemyötätuntoon liittyvissä viesteissä kuvailtiin ystävällistä ja hyväksyvää suhtautumista itseen ja omiin tunteisiin. Itseen kannustettiin suhtautumaan ymmärtävästi ja omia tarpeita tunnistaen sekä toimimaan omiin tarpeisiin vastaten.

> ”Mielen harjoittelulla, rauhalla ja elämällä eteenpäin. Päivä kerrallaan!” (V150)

MERKITYKSELLINEN ELÄMÄ

Merkityksellistä elämää kuvaavia teemoja mainittiin kotiutusviesteissä 65 kertaa. Nämä viestit kertoivat luonteenvahvuuksien toteuttamisesta, tietoisesta läsnäolosta, elämänlaadusta ja mielekkäästä elämästä sekä hengellisyydestä tai henkisyydestä (Taulukko 2).

Luonteenvahvuuksien toteuttamiseen liittyvissä viesteissä toistui teema, joka kannusti pohtimaan hyve-eettisiä vastauksia kysymykseen, mikä on elämässä tärkeää tai tekee siitä merkityksellistä. Viesteissä kuvattiin eri hyveiden, luonteenvahvuuksien ja arvojen toteuttamisen ohjaavan käytännön elämää parempaan suuntaan ja tuottavan elämään merkitystä.

> ”Aitous, rehellisyys ja oikeudenmukaisuus kantavat pitkälle. Ne ovat ”pyhiä” arvoja, joita ilman on mahdoton elää. Sydän elää, suu ainoastaan puhuu.” (V25)

Tietoiseen läsnäoloon liittyvissä viesteissä kuvailtiin tietoista keskittymistä nykyhetkeen. Nykyhetkeen asettautuminen kuvautui viesteissä mahdollisuutena irtautua huolista ja lisätä tyytyväisyyttä elämään. Viesteissä toistui läsnäolevan hetken kokemuksellisuus ja rauhoittuminen.

> ”Tänään näin kevään kukkaset kaikessa kauneudessaan! Myös elämän lahjan, sateenkaaren!” (V110)

Elämänlaatuun ja mielekkääseen elämään liittyvissä viesteissä kuvailtiin mahdollisuuksia kokea mielekästä elämää itselle merkityksellisten asioiden kautta. Ajatuksien ja toiminnan suuntaaminen itselle merkityksellisiin asioihin koettiin tuottavan tyydytystä elämään.

> ”Valon voiman ymmärtää syvimmin se, joka hetken luuli, ettei aurinko enää nousisi.” (V205)

Hengellisyyteen tai henkisyyteen liittyvissä viesteissä kuvailtiin luottamusta korkeampien voimien johdatukseen. Keskeisenä teemana kuvautui korkeampien voimien läsnäolon, armon, rukousten voiman ja taivaan merkitys luottamuksen ja toivon lähteenä.

> "...Antakaa tämän hyvän kiertää taivaiden lahjana näinä aikoina jona olemme armoilla auringon, meren, kuun..." (V41)

VOIMAANTUMINEN

Voimaantumista kuvaavia teemoja mainittiin kotiutusviesteissä 118 kertaa. Nämä viestit kertoivat fysiologisista perustarpeista huolehtimisesta, henkilökohtaisesta vastuunotosta, post-traumaattisesta kasvusta ja voimavaroista (Taulukko 2).

Fysiologisten perustarpeiden huolehtimiseen liittyvissä viesteissä tuotiin esiin unen, levon ja ravitsemuksen merkitystä hyvinvoinnille. Fysiologisten perustarpeiden ajatuskokonaisuuksien yhteydessä toistui tiiviisti myös ihmisen liittymisen tarpeet.

> "Syö, juo, nuku, lepää, seurustele." (V8)

Henkilökohtaiseen vastuunottoon liittyvissä viesteissä kuvailtiin oman toiminnan ja asennoitumisen suhdetta tulevaisuuteen. Omalla toiminnalla ja myönteisellä asenteella kuvautui olevan myönteinen vaikutus tulevaisuuteen. Viesteissä korostui saavutettu tai saavutettavissa oleva pystyvyyden, toimijuuden ja osallisuuden kokemus elämänhallinnassa.

> "Kuntoutusosastolla täytyy olla oma-aloitteinen, jos haluaa päästä kotiin." (V175)

Post-traumaattisesta kasvusta kertovissa viesteissä kuvailtiin mahdollisuutta tulkita elämän haasteisiin liittynyttä kärsimystä jälkeen päin myönteisestä näkökulmasta. Haasteita kuvattiin käännekohtana, muutoksen mahdollistajana ja henkisen kasvun lähteenä. Viesteissä kuvattiin esimerkiksi vastoinkäymisistä oppimista, lisääntynyttä itsetuntemusta, itsen näkemistä aiempaa vahvempana selviytyjänä uhrina olemisen sijaan ja kykyä havaita paremmin elämässä merkityksellisiä asioita.

> "Tie ei kerro matkan määränpäästä. Pitkä tie on pitkä elämä." (V173)

Voimavaroihin liittyvissä viesteissä kuvailtiin monipuolisesti erilaisia olemassa olevia asioita, joiden käyttöönotto tai hyödyntäminen voi myönteisesti vaikuttaa elämässä tai sen haasteissa. Myös vastoinkäymiset saattoivat toimia voimavarojen mobilisoijina. Voimavarat kuvautuivat esimerkiksi henkilökohtaisina kyvykkyyksinä tai ominaisuuksina, mutta myös ympäristö ja erilaiset asiat siinä saattoivat toimia voimavaroina. Alaluokassa korostui erityisesti kyky hyväksyä ja käsitellä kaikenlaisia omia tunnekokemuksia.

> "Vaikka pelottaa huominen ja mitä tuo se tullessaan, tartu lujempaan siihen mikä aiemminkin auttanut on jaksamaan." (V185)

POHDINTA

TULOSTEN TARKASTELU

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla psykiatrisesta osastohoidosta kotiutuvien potilaiden henkilökohtaista toipumista heidän kirjoittamissaan kotiutusviesteissä. Kotiutusviesteistä voitiin tunnistaa henkilökohtaisen toipumisen osaprosessit CHIME-viitekehyksen mukaisesti, ja eniten viesteissä kuvailtiin toivoon ja tulevaisuusoptimismiin, identiteettiin ja kumppanuuteen liittyviä sisältöjä. Kotiutusviesteissä jaettiin henkilökohtaisia kokemuksia ja oivalluksia vaihtelevien tekstilajien avulla, kuten tarinoina, runoina, mietelauseina tai suorina neuvoina. Viestien reflektiivisyys vaihteli ulkokohtaisesta asioiden kuvauksesta sisäiseen pohdintaan.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan viesteissä ei juurikaan kuvailtu diagnooseja, kliinisen oirekuvan lievittämistä tai lääketieteeseen perustuvia hoitoja, kuten lääkehoitoa. Poikkeuksen aineistossa muodosti yksi viesti, joka käsitteli psykiatrista sähköhoitoa masennuksen hoidossa. Havainto sopii toipumisorientaation viitekehykseen loogisesti ollen samansuuntainen aikaisemman tutkimuksen kanssa siinä, että vaikka oirekuvan lievittäminen mielenterveyshoidossa on tärkeää, se ei ole kaikkein merkityksellisin osatekijä henkilökohtaisessa toipumisessa (33, 34). Saadun hoidon osalta viesteissä korostui lääketieteellisten interven-tioiden sijaan hoitajien kohtaamistaidot, joka on linjassa aikaisempien

tutkimustulosten kanssa potilaan toiveesta tulla kohdatuksi arvostavalla ja ymmärtävällä tavalla. Mielenterveyshoidon toivotaan edistävän sellaisia eksistentiaalisia sekä hyvään elämään liittyviä arvoja ja tavoitteita, joita näyttöön perustuva psykiatrian tutkimus ei tavoita tällä hetkellä riittävästi (34, 35).

KUMPPANUUS

Kumppanuuden alaluokissa korostui keskeisesti vastavuoroinen ihmisten välinen ystävällinen ja kunnioittava kohtaaminen, jossa on mahdollisuus tulla nähdyksi, kuulluksi sekä hyväksytyksi omana itsenään. Kumppanuuteen kuului myös yhdessä toimiminen, ja tuen saaminen, antaminen, ja liittymisen tarve korostui itseisarvoisena. Nämä tulokset ovat linjassa aikaisemman tutkimuksen (3, 13) kanssa siinä, että yhteyden säilyttäminen toisiin on keskeistä henkilökohtaisessa toipumisessa. Henkilökohtaisten ihmissuhteiden monipuolisuus ja yhteenkuuluvuus esimerkiksi sosiaalisen yhteisön kanssa voi olla jopa tärkeämpänä kuin yhteys perheenjäsenten kanssa. Ihmiset eivät toivu eristyksissä muista ihmisistä, vaan siihen tarvitaan sosiaalista liittymistä ja mahdollisuus olla osa merkityksellistä verkostoa, jolle voi antaa oman mielekkään panoksensa (22). Mielenterveyspalveluissa tulisikin aktiivisesti tukea asiakkaiden yhteyden säilymistä heidän sosiaalisiin verkostoihinsa ja kehittää hoidon sosiaalista ulottuvuutta.

TOIVO JA TULEVAISUUSOPTIMISMI

Toivoa ja tulevaisuusoptimismia kuvailtiin lähes joka toisessa kotiutusviestissä. Viesteissä tunnistettiin elämään kuuluvat haasteet, mutta ne sisälsivät myös myönteistä ajattelua ja uskoa toipumiseen. Tämä havainto sopii hyvin ajatukseen toipumisesta aktiivisena prosessina, jota ei voi suorittaa toisen puolesta. Toivon heräämisen on todettu olevan keskeinen tekijä varsinkin toipumisprosessin alkuvaiheessa, jota saattaa leimata epätoivo. (3, 13, 18) Avun vastaanottaminen voi olla vaikeaa toipumisprosessin alkuvaiheessa toivottomuuden leimatessa elämää, ja siihen kannattaa kiinnittää huomiota psykiatrisessa hoidossa.

Viesteissä ilmaistiin myös epätoivoa, jota voitiin käyttää myös tahdonvoiman lähteenä. Henkilökunnan toiminnassa merkityksellisenä koettiin toivottomuuden ja muiden vaikeiden tunteiden vastaanottaminen, ja tällainen ammattilaisten toiminta voi edistää toipumista. Aikaisemman tutkimuksen mukaan ammattilaisten epäilevä asenne voi myös vähentää toivoa ja uskoa toipumiseen (13). Toivoa voidaan kuvata elämän perusvoimavarana (36), ja toivo on toipumisen keskeinen elementti, jota voidaan tuottaa yksilön toimijuutta tukemalla (22). Kaikessa mielenterveyden vaalimisessa on taustalla toivon tukeminen, jossa keskeistä on pystyvyysuskomusten ja sosiaalisten yhteyksien yläpitäminen (22). Avointa toiveikkuutta vahvistaa vuorovaikutuksessa kunnioittava ja kiireetön tulevaisuuden näkymien avartumista mahdollistava reflektoinnin tila, jossa keskeistä on potilaan toiveiden ja tavoitteiden validointi (37). Henkilökohtaisen toipumisen vahvistamiseksi henkilökunnan tulee tunnistaa mahdollisesti epäilevä suhtautuminen asiakkaan toipumiseen, ja pyrkiä herättelemään toivoa asiakkaassa.

IDENTITEETTI

Tämän tutkimuksen tuloksissa minäkuvaan liitettiin identiteetin rakentaminen, itsestigmatisaation lopettaminen ja menneisyyden hyväksyminen. Nämä tulokset ovat linjassa aikaisemman tutkimuksen kanssa, jonka mukaan mielenterveyshäiriöt voivat hämmentää henkilön minäkuvaa aiheuttaen itsensä vähättelyä. Toipumisen lähtökohtana onkin myönteisen minäkuvan rakentaminen, johon voi sisältyä identiteetin muutos ja ”uuden” minän löytämistä, vaikka toiveena voikin olla entisen sosiaalisen identiteetin ja minuuden saavuttaminen. (3, 13)

Tämän tutkimuksen tuloksissa haasteiden normalisointi muodosti oman alaluokan. Haasteita normalisoivissa viesteissä potilaat näkivät kompleksisen elämäntilanteensa kontekstiin sidottuna osana, eivätkä patologisoineet omia kokemuksiaan. Aikaisemman tutkimuksen mukaan (3, 13) itsen näkeminen muutenkin kuin diagnoosin kautta tai sairaana on tärkeää, ja identiteetissä tulisi huomioida kulttuurinen, etninen ja seksuaalinen ulottuvuus. Työntekijöiden tulisi arvostaa identiteetin eri ulottuvuuksia ja kohdella asiakkaita yksilöllisesti (3, 13) diagnoosien sijaan (10, 11).

Seikkulan (37) mukaan kaikkein vaikeimmatkin mielenterveyden ongelmat, kuten skitsofrenian psykoosioireet, voidaan nähdä mielen aktiivisena toimintana ylitsepääsemättömässä stressitilanteessa, ja psykoottisen käyttäytymisen

normalisointi on myös yksi kognitiivisen käyttäytymisterapian perusoletuksista. Masennus ja ahdistus ovat ihmiselle funktionaalisia reaktioita stressitilanteissa, jotka voivat muuttuva haitallisiksi, jos ihmisellä ei ole sosiaalisia tai taidollisia resursseja ratkaista haasteitaan (38). Kotiutusviestiseinät voidaankin nähdä psyykkistä oirehdintaa normalisoivana foorumina, jossa kuvataan inhimillisiä elämän perustarpeita ja kokemuksia voimakkaiden stressitilanteiden konteksti huomioiden.

Viesteissä kuvailtiin runsaasti häpeää ja itsestigmatisaatiota, sekä rohkaistiin tunnistamaan oma arvo ja luopumaan sitä alentavista ajatuksista ja uskomuksista. Itsestigmatisaatiossa ihminen hyväksyy julkisen stigman ja alkaa kohdistaa sitä itseensä siten, että stigman kohteena olevan henkilön aikaisemmat identiteetit korvautuvat leimaavilla käsityksillä itsestä (39). Aikaisemman tutkimuksen mukaan yksilön omaksuma sairaan identiteetti on yhteydessä heikentyneeseen itsetuntoon, lisääntyneeseen psykiatriseen oireiluun ja itsetuhoisuuteen (40), ja itsestigmatisaatio heikentää minäpystyvyyttä ja koettua hyvinvointia (39). Voimaantuminen voidaan nähdä itsestigmatisaation vastakohtana, sillä se lisää ihmisen uskoa omiin kykyihin (41). Itsestigmatisaatiota tulisi käsitellä tietoisesti hoitosuhteissa (39) ja kiinnittää huomiota voimaannuttamiseen niiden potilaiden kohdalla, jotka kokevat itsestigmaa (42).

Myönteisen minäkuvan rakentaminen edellyttää stigman voittamista ja toipumisen tulisi tapahtua sosiaalisessa yhteisössä (13). Stigma voi liittyä myös rotuun, kulttuuriin ja etnisyyteen. Vähemmistöön kuuluminen saattaa vahvistaa yksilön kokemaa mielenterveysongelmiin liitettyä stigmaa, ja yksilö voi kokea moninkertaista stigmaa samanaikaisesti esimerkiksi kulttuurinsa ja etnisyytensä takia. Henkilökohtainen toipuminen voi siten olla toipumista myös stigmasta ja siihen liittyvästä väkivallasta, eikä pelkästään psyykkisestä sairaudesta. (3) Ammattilaisten tulisi tunnistaa rakenteellinen stigma palvelujärjestelmässä ja tiedostaa sen mahdolliset vaikutukset omassa toiminnassaan.

MERKITYKSELLINEN ELÄMÄ

Viesteissä kuvailtiin jonkin verran merkityksellisen elämän osatekijöitä, joista aikaisemman tutkimuksen (3, 13) kanssa linjassa ovat elämän mielekkyys, hengellisyys ja luonteenvahvuudet, joka tässä tutkimuksessa tarkoitti omien sairastumiskokemusten ymmärtämistä. Uutena näkökulmana merkitykselliseen elämään yhdistettiin tässä tutkimuksessa tietoinen läsnäolo ja nykyhetkeen keskittyminen, jotka auttoivat mielen rauhoittamisessa ja huolista irtautumisessa. Tietoista läsnäoloa kehittävät, mindfulnessiin perustuvat interventiot ovat tukeneet skitsofreniaa sairastavien henkilöiden toimintakykyä (43) ja voivat olla tehokkaita henkilökohtaisen toipumisen edistämisessä (44).

Aikaisemmassa tutkimuksessa merkityksellistä elämää toivovat kaikki mielenterveyden häiriöihin sairastuneet (13). Huomionarvoista mielenterveyspalveluiden näkökulmasta on se, että vaikka hengellisyys vaikuttaa edistävän henkilökohtaista toipumista (3, 13), ovat hengellisyyteen liittyvät teemat usein kiellettyjä aiheita mielenterveyspalveluissa. Palveluissa tulisikin löytää tasapaino sen suhteen, miten asiakkaiden kanssa selvitetään hengellisyyden henkilökohtainen merkitys (45) ja mahdollistetaan näiden teemojen käsitteleminen osana hoitoa.

VOIMAANTUMINEN

Voimaantumista kuvailtiin viesteissä useammin kuin merkityksellistä elämää. Aikaisemmassa tutkimuksessa (3, 13) voimaantuminen on näyttäytynyt keskeisenä henkilökohtaisen toipumisen osaprosessina. Voimaantuminen on mahdollista monin tavoin sisältäen muun muassa henkilökohtaista vastuunottoa, elämänhallintaa ja keskittymistä vahvuuksiin. Tämän tutkimuksen tulokset ovat linjassa aikaisemman tutkimuksen kanssa.

Itseohjautuvuusteorian mukaan ihmisellä on tarve kokea pystyvänsä vaikuttamaan oman elämänsä valintoihin (autonomia), kokea pätevyyden tunteita (kompetenssi), kokea tulevansa vastavuoroisesti hyväksytyksi ja arvostetuksi (yhteenkuuluvuus) (46) sekä tarve tehdä hyvää (hyväntahtoisuus) (47). Näistä erityisesti hyväntahtoisuuden toteutumisen on todettu lisäävän kaikkein heikoimmassa asemassa olevien keskuudessa kokemusta merkityksellisestä elämässä ja omasta arvosta (48).

Tämän tutkimuksen tuloksissa voimaantumiseen liitettiin myös uusi alakategoria, post-traumaattinen kasvu. Post-traumaattinen kasvu auttoi näkemään menneisyyden myönteisempänä ja vahvisti merkityksellisen elämän kokemusta.

Menneisyyden hyväksymisen ja traumaattisten kokemuksien liittämisen osaksi omaa elämäntarinaa on havaittu olevan keskeinen osa esimerkiksi tehokasta traumahoitoa (49).

TOIPUMISORIENTOITUNEESEEN TYÖTAPAAN SIIRTYMINEN

Siirtymä toipumisorientoituneisiin mielenterveyspalveluihin on Pohjoismaissa vielä hyvinkin keskeneräistä. Henkilökohtaiseen toipumiseen liittyvä tutkimustieto ei ole pohjolassa saavuttanut vielä laajamittaista hyväksyntää tutkijoiden tai päättäjien taholta, ja toipumisorientaatioon liittyvä tutkimustieto on hajanaista. Tutkimuksen tulisi tuottaa esimerkkejä toipumisorientaation edistämisestä. (50) Sellaiset interventiot, joissa panostetaan psykoedukaatioon, kehitetään oireenhallintakeinoja, kannustetaan asettamaan henkilökohtaisia tavoitteita ja vahvistetaan itsemääräämisoikeutta, vaikuttaisivat edistävän toivoa, toipumista, integroitumista yhteiskuntaan ja voimaantumista vaikeita mielenterveyshäiriöitä sairastavien ihmisten keskuudessa. Vertaisten ja ammattilaisten yhteistyö mielenterveyspalveluissa vaikuttaa edistävän henkilökohtaista toipumista. (51)

Pohjoismaissa on sallivampi suhtautuminen pakkokeinojen käyttöön (52) ja suomalaisen mielenterveyslainsäädännön katsotaan olevan lähempänä Itä-Eurooppalaista kuin Länsi-Eurooppalaista kulttuuria. Suomessa tulisikin kiinnittää huomiota toipumisorientaation edistämiseen, sekä tunnistaa ja haastaa muutosta hidastavat kulttuuriset perinteet palvelujärjestelmässä.

KOTIUTUSVIESTIT-INTERVENTIO HENKILÖKOHTAISEN TOIPUMISEN EDISTÄJÄNÄ

Kotiutusviestit-interventio muodostaa yhden vertaistuen muodon, jossa samankaltaisia asioita kokeneet jakavat keskenään kokemuksiaan. Viestiseinät voidaan nähdä avoimena dialogisena keskusteluna, jossa kukin viesti yksittäisenä keskustelun äänenä voi tulla hyväksytyksi sellaisenaan. Viestiä kirjoittaessaan potilas voi kokea oman kokemuksensa olevan merkityksellinen ja hyödyksi muille, ja voi tuottaa kirjoittajalle osallisuuden kokemusta. Vertaistoiminnan keskeinen piirre on vaikeiden kokemusten ja elämäntilanteiden kääntyminen voimavaraksi (53). Vertaisten avulla voi huomata, ettei ole yksin kokemustensa kanssa, ja vertaisten roolimalli myönteisistä kehityskuluista ja heidän neuvonsa voivat lisätä toiveikkuutta sekä uskoa omiin mahdollisuuksiin (54). Vertaistarinoilla on keskeinen merkitys toivon luomisessa, ja muiden ihmisten onnistumisen ymmärtäminen tekee onnistumisen itsellekin mahdolliseksi (22).

Muiden kokemuksista lukeminen voi synnyttää itsereflektiota, mutta oman kokemuksen jakaminen voi itsessään olla parantavaa ja kirjoittaminen ilmaisumuotona itsereflektiota vahvistavaa. Dialogisessa kokemuksessa elämänhallinta paranee reflektiivisyyden kasvuna, kun omien tunteiden ja kokemusten pohtiminen mahdollistuu ja lisääntyy lisäten voimavaroja vaikeista kriiseistä selviytymiseen (37). Muiden kirjoittamat viestit tarjoavat potilaalle mahdollisuuden itsereflektioon ja sisäiseen dialogiin, jonka avulla hän voi tuottaa uusia merkityksiä ja tapoja nähdä ne ongelmat, jotka aiheuttavat hoidon tarvetta. Parantava dialogi voi syntyä mistä tahansa ihmiselle tärkeästä aiheesta, sillä jakamisen kokemuksessa avun tarvitsija saa oman elämänsä asioita hallintaansa ja hänestä tulee oman tarinansa kirjoittaja (37). Kotiutusviestien lukeminen voi herätellä toivoa ja uskoa tulevaisuuteen potilaissa, ja siten edesauttaa toipumisprosessin käynnistymistä.

Menetelmällisesti kotiutusviestin kirjoittamisessa voidaan nähdä yhteys narratiivista kirjoittamista hyödyntäviin terapeuttisiin interventioihin. Monialainen laaja tutkimusnäyttö tukee näkemystä omien elämänkokemuksien kirjoittamisen psyykkisistä ja fyysisistä terveyshyödyistä ja sen nähdään tukevan erityisesti itsereflektiota. (55). Elämäntarinan työstäminen narratiivisesti voi edistää myönteisen identiteetin kehittymistä (56). Ohjattu ryhmämuotoinen runoterapia edisti skitsofreniapotilaiden toipumista merkittävästi, ja potilaat kokivat runojen yhdessä kirjoittamisen hyödyllisenä, toivoa herättävänä, itseilmaisua tukevana ja metaforien auttavan vaikeista kokemuksista keskusteltaessa (57).

Aikaisempi tutkimustieto osoittaa, että Safewards-interventioita implementoidaan vaihtelevasti (27) mikä voi heikentää niiden vaikuttavuutta. Tutkimusnäyttö mallin vaikuttavuudesta onkin ristiriitaista (25, 58). Mallin tehokas hyödyntäminen edellyttää koko henkilöstön kouluttamista, suunnitelmallista implementointia, sekä johdon sitoutumista ja tukea (27). Kotiutusviestitinterventio koettiin myönteiseksi potilaiden, henkilökunnan ja omaisten keskuudessa, ja in-

tervention hyödyntäminen tehostui, jos interventiolle nimettiin osastolta vastuuhenkilö (59). Safewards-malli voi motivoida henkilökuntaa terapeuttisempaan ja toipumisorientaatiota tukevaan hoitotyön lähestymistapaan (27). Myönteisten tulosten varmistamiseksi malliin sisältyvien interventioiden huolelliseen implementointiin tulee kuitenkin kiinnittää huomiota.

Vaikka lievimpiin mielenterveysongelmiin liitetty stigma on lieventynyt, on vakaviin psyykkisiin sairauksiin ja päihdeongelmiin liittyvä stigma edelleen vahva (60). Kotiutusviestit-interventio voi olla tehokas työkalu itsestigmatisaation lievittäjänä, ja interventiota tulisikin hyödyntää aktiivisesti psykiatrisilla osastoilla. Toipumisorientaatiota tulisi vahvistaa Sosiaali- ja terveysministeriön tuoreiden suositusten mukaisesti mielenterveys- ja päihdepalveluissa stigman vähentämiseksi (60). Tämä edellyttää paradigman kääntämistä biolääketieteellisestä lähestymistavasta biopsykososiaaliseen lähestymistapaan (56).

TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tämän tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltiin uskottavuuden, vahvistettavuuden, seuraamuksellisuuden ja siirrettävyyden kautta (61). Aineisto oli suunniteltu kerättäväksi kaikkiaan seitsemältä psykiatriselta osastolta, mutta kuvaushetkellä yhdellä tutkimukseen osallistuvalla osastolla ei ollut yhtään viestiä. Tämän artikkelin kirjoittajilla ei ole tietoa siitä, kuinka aktiivisesti potilaita kannustettiin kirjoittamaan tai lukemaan kotiutusviestejä, tai miten kirjoittaminen ohjeistettiin osastoilla. Viestien lukumäärissä ja reflektiivisyydessä oli osastojen välisiä eroja ja on mahdollista, että olemassa olevien viestien tyyli ohjasi uusien viestien kirjoittajia.

Tulosten luotettavuuden parantamiseksi aineistoon tutustuttiin huolellisesti lukemalla se läpi useaan kertaan ja taulukoimalla se tarkasti. Ensivaiheessa aineiston analysoi kaksi tutkijaa (JP & KL) ja analyysin validoi kaksi tutkijaa (ST & KM). Tutkijaryhmä keskusteli löydöksistä säännöllisesti tutkimusprosessin edetessä. Tulokset ja analyysi pyrittiin kuvaamaan yksityiskohtaisesti, jotta lukijalle muodostuisi ymmärrettävä kuva analyysin etenemisestä. Raporttiin kirjattiin autenttisia lainauksia havainnollistamaan yhteyttä alkuperäiseen aineis-toon ja tukemaan tulosten uskottavuutta. CHIME-viitekehys (3) todettiin toimivaksi aineiston deduktiivisessa analyysivaiheessa. Tutkimusaineistoksi kerättiin kaikki saatavilla oleva aineisto. Aineiston analyysiprosessin myötä voitiin myös varmistua aineiston saturoitumisesta sen alkaessa toistaa itseään. Näin ollen aineiston voi kokonaisuudessaan arvioida riittävän laajaksi (61).

TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Tutkimus toteutettiin TENK (62) ohjeistuksen mukaisesti rehellisyyttä, huolellisuutta ja hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Tutkimusta varten haettiin tutkimuslupa kotiutusviestiaineiston käyttöön sairaanhoitopiiriltä ja tutkimus toteutettiin sen tutkimusta koskevien ohjeiden mukaisesti. Eettisen toimikunnan lausuntoa ei haettu, koska tutkimusaineiston perusteella tutkimukseen osallistujien henkilöinti ei ollut mahdollista, eikä aineistona ollut potilastietoja sisältäviä asiakirjoja. Tutkimusaineistona olleiden kotiutusviestien kirjoittajat eivät olleet tietoisia, että heidän tekstejään käytettiin tutkimusaineistona, eikä lupia kotiutusviestien käyttöön ollut mahdollista pyytää suoraan kirjoittajilta. Tutkimuksen kohteena olleet viestit ovat julkisia ja kaikkien osastoilla liikkuvien henkilöiden vapaasti luettavissa. Jo valokuvausvaiheessa osassa viesteistä esiintyneet allekirjoitukset tai nimimerkit peitettiin ja siten viestien kirjoittajien anonymiteetti varmistettiin huolellisesti tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tulokset aukikirjoitettiin siten, ettei yksittäistä viestin kirjoittajaa voi suorista esimerkkilainauksista tunnistaa. (63) Tutkimusaineisto säilytettiin salasanoin suojattuna, ja siihen oli pääsy ainoastaan tutkimusryhmän jäsenillä (64).

JOHTOPÄÄTÖKSET

Tulokset osoittavat potilaiden tuovan kotiutusviesteissään esiin itsestä ja inhimillisistä tarpeista lähteviä kokemuksia kumppanuudesta, toivosta ja tulevaisuusoptimismista, identiteetistä, merkityksellisestä elämästä ja voimaantumisesta. Lisäksi potilaille omien kokemusten jakaminen vaikuttaisi olevan merkityksellistä. Kotiutusviestit-interventio voi lisätä potilaiden itsereflektiota ja tukea henkilökohtaista toipumista.

Kotiutusviestit-interventio voi olla tehokas työkalu toivon ja myönteisen ajattelun herättäjänä, ja interventiota tulisikin hyödyntää te-

hokkaasti psykiatrisilla osastoilla. Kotiutusviestien roolia mahdollisena toipumisen edistäjänä ja itsestigmatisaation lievittäjänä tulee tutkia jatkossa enemmän, ja intervention aktiiviseen hyödyntämiseen tulisi panostaa osastoilla. Kotiutusviestien merkitystä ja sitä, millaiset viestit tukevat parhaiten henkilökohtaista toipumista, olisi tärkeää tutkia potilaiden näkökulmasta.

Tässä tutkimuksessa CHIME-viitekehys soveltui hyvin henkilökohtaisen toipumisen tarkasteluun, ja antaa siten viitteitä sille, että viitekehys on sovellettavissa myös suomalaisessa kontekstissa.

RAHOITTAJAT:

Tutkimusta ei ole rahoittanut mikään taho.

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Pietarinen on vastannut tutkimuksen suunnittelusta, aineistonkeruusta, aineiston analyysistä ja tulkinnasta, vastannut artikkelin kaikista osaalueista ja sen viimeistelemisestä, sekä osallistunut sen lopullisen julkaisutavan hyväksymiseen.

Lehtola on vastannut tutkimuksen suunnittelusta, aineistonkeruusta, aineiston analyysistä ja tulkinnasta, vastannut artikkelin kaikista osaalueista ja sen viimeistelemisestä, sekä osallistunut sen lopullisen julkaisutavan hyväksymiseen.

Myllykangas on ohjannut tutkimuksen suunnittelua, ohjannut ja validoinut aineiston analyysiä, metodologiaa ja osallistunut käsikirjoituksen viimeistelyyn.

Tölli on ohjannut tutkimuksen suunnittelua, ohjannut ja validoinut aineiston analyysiä, metodologiaa ja osallistunut käsikirjoituksen viimeistelyyn.

Pietarinen, J., Lehtola, K., Myllykangas, K., Tölli, S. ***Personal recovery in discharge messages in psychiatric wards.*** **Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2025: 62: 37–52.**

Mental health services should be developed as recovery-oriented, but the transition from current practice has proved challenging. Personal recovery is commonly described using the CHIME framework, which includes five subcategories: 1) connectedness, 2) hope and optimism about the future, 3) identity, 4) meaningful living, and 5) empowerment. Safewards interventions are commonly applied in psychiatric nursing when pursuing safety and reduction of coercive practice by emphasizing respectful and compassionate communication. Discharge Messages is one of Safewards' less-studied interventions aimed at increasing patient hope and treatment adherence.

The aim of this qualitative study was to describe personal recovery in discharge messages written by patients. The aim was to provide information that could be used to support personal recovery in mental health services. The research question was: what content related to partnership, hope and optimism for the future, identity, meaningful living and empowerment did patients discharged from the wards describe in their discharge messages?

The data was collected from six psychiatric wards for adult inpatients in one Finnish hospital. Altogether, 244 discharge messages were photographed and analyzed using abductive content analysis. The analysis matrix for the deductive phase of the analysis was based on the CHIME framework.

All five subcategories of CHIME framework were recognized in the messages. Reflectivity of the messages varied quite a lot. Hope and optimism about the future, identity, and connectedness were the most described elements of personal recovery. Results of this research suggest that sharing one's experiences with other people is experienced as an important activity. Discharge Messages provides useful platform for peer support and should be utilized actively. Results also suggest that the use of discharge messages may reduce self-stigmatization and promote personal recovery.

Keywords: Psychiatric care, mental health, recovery orientation, personal recovery.

Saapunut 28.03.2024
Hyväksytty 17.06.2024

LÄHTEET

(1) Nordling E, Rissanen P. Mielenterveystyö uudistuu – Toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työpaperi 40/2020, 4. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-591-9

(2) Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychiatr Rehab J 1993;16:11–23. https://doi.org/10.1037/h0095655

(3) Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, ym. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. Br J Psychiatry 2011;199:445–452. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733

(4) Korkeila J. Esipuhe teoksessa Toipumisorientaatio ja ratkaisukeskeisyys lyhytpsy-koterapiassa (toim. Sirkku Ruutu ja Hilkka Putkisaari). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim; 2022.

(5) Le Boutillier C, Chevalier A, Lawrence V, ym. Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: a systematic review and narrative synthesis. Implement Science 2015:10:2–14. https://doi.org/10.1186/s13012-015-0275-4

(6) Martin, M. Johdatus toipumisorientaation toimintamalleihin ja niiden implemen-taatioon mielenterveystyössä. Teoksessa: Martin M, Nordling E, Soronen K, Savelius-Koski E (toim.) Yhdessä toipumisen tukena mielenterveystyössä – Toipumisorientaa-tion toimintamallit ja niiden implementaatio. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2021. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-664-0

(7) Nordling E. Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä? Duodecim 2018;134, 1476–83. https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo14435.pdf

(8) Onken S, Dumont J, Ridgway P, ym. Mental Health Recovery: What Helps and What Hinders? A National Research Project for the Development of Recovery Facili-tating System Performance Indicators Phase One Research Report: A National Study of Consumer Perspectives on What Helps and Hinders Recovery. https://www.researchgate.net/publication/242469660_Mental_Health_Recovery_What_Helps_and_What_Hinders_A_National_Research_Project_for_the_Development_of_Recov-ery_Facilitating_System_Performance_Indicators_Phase_One_Research_Report_A_National_Study_of_

(9) Walker MT. The Social Construction of Mental Illness and Its Implications for the Recovery Model. Int J Psychosoc Rehabil 2006;10:70–85.

(10) Deegan P. Recovery as a Self-Directed Process of Healing and Transformation. Occup Ther Ment Health 2001;17: 5–21. http://dx.doi.org/10.1300/J004v17n03_02

(11) Rissanen P. Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia. Research reports 2015. https://kuntoutussaatio.fi/assets/files/2021/04/Paivi_Rissanen.pdf

(12) Korkeila J. Mielenterveyspalvelujen rakenteita korjaamalla parempaa hoitoa ja vähemmän häpeäleimaa. Duodecim 2015;131: 563–534. https://www.duodecimlehti.fi/duo12160

(13) Bird V, Leamy M, Tew J, ym. Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. Aust N Z J Psychiatry 2014;48(7) 644–653. https://doi.org/10.1177/0004867413520046

(14) van Weeghel J, van Zelst C, Boertien D, ym. Conceptualizations, Assessments, and Implications of Personal Recovery in Mental Illness: A Scoping Re-view of Systematic Reviews and Meta-Analyses. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2019;42(2): 169 –18. http://dx.doi.org/10.1037/prj0000356

(15) Slade M, Amering M, Oades L. Recovery: An international perspective. Cam-bridge University Press; 2011. https://doi.org/10.1017/S1121189X00002827

(16) Pandya A, Myrick K. Wellness and recovery programs: a model of self-advocacy for people living with mental illness. J Psychiatr Pract 2013;19:242–246. https://doi.org/10.1097/01.pra.0000430509.82885.d2

(17) Kallio L, Kuosmanen L. Yksilöllistä toipumista toipumisorientaation avulla. Tii-mi, Päihdetyön erikoislehti 2020;56:23–25. https://a-klinikkasaatio.fi/ajankohtaista/yksilollista-toipumista-toipumisorientaation-avulla

(18) Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. Aust N Z J Psychiatry 2003;37:586–594. https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x

(19) Martin M. Johdatus toipumisorientaatioon mielenterveyspalveluissa. Kirjassa: Martin M, Soronen K (toim.). Toipumisorientaatio mielenterveyspalveluissa. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C työpapereita 8, 8–9. Rovaniemi: Lapin yliopisto; 2022.

(20) Brekke E, Lien L, Nysveen K, ym. Dilemmas in recovery-oriented practice to support people with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualita-tive study of staff experiences in Norway. Int J Ment Health Syst 2018;12:30. https://doi.org/10.1186/s13033-018-0211-5

(21) Gilburt H, Slade M, Bird V, ym. Promoting recovery-oriented practice in mental health services: a quasi-experimental mixed-methods study. BMC Psychiatry 2013;13:167. https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-167

(22) Ruutu S, Putkisaari H. Toipumis- ja voimavarakeskeisen lyhytterapian prosessi ja menetelmiä. Kirjassa: Ruutu S, Putkisaari H (toim.) Toipumisorientaatio ja ratkaisu-keskeisyys lyhytpsykoterapiassa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim; 2022.

(23) Appelqvist-Schmidlechner K, Tuisku K, Tamminen N, ym. Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? Suomen Laakaril 2016;71:1759–1764. http://hdl.handle.net/10138/230006

(24) Bowers L, James K, Quirk A, ym. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: the Safewards cluster randomized controlled trial. Int J Nurs Stud 2015;52:1412–1422. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001

(25) Mullen A, Browne G, Hamilton B, ym. Safewards: An integrative review of the literature within inpatient and forensic mental health units. International Journal of Mental Health Nursing. 2022;31:1090–1108. https://doi.org/10.1111/inm.13001

(26) Baumgardt J, Jäckel D, Helber-Böhlen H, ym.Preventing and Reducing Coercive Measures – An Evaluation of the Implementation of the Safewards Model in Two Locked Wards in Germany. Front Psychiatr 2019;10:340. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00340

(27) Fletcher J, Brophy L, Pirkis J, ym. Contextual Barriers and Ena-blers to Safewards Implementation in Victoria, Australia: Application of the Consoli-dated Framework for Implementation Research. Front. Psychiatry 2021;12:733272. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.733272

(28) Stensgaard L, Kreutzmann AM, Nordentoft M, ym. Implementation of the safewards model to reduce the use of coercive measures in adult psychiatric inpatient units: An interrupted time-series analysis. J Psychiatr Res, 2018;105: 147–15. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.026

(29) Lee H, Doody O, Hennessy T. Mental health nurses experience of the introduction and practice of the Safewards model: a qualitative descriptive study. BMC Nurs 2021;20. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00554-x

(30) Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. J Psychiatr Ment Health Nurs 2014;21:499–508. https://doi.org/10.1111/jpm.12129

(31) Safewards 2022. Kotiutusviestit. https://www.safewards.net/fi/interventiot/kotiutusviestit

(32) Kyngäs H. Inductive content analysis. Kirjassa: Kyngäs, Mikkonen & Kää-riäinen (toim.) The Application of Content Analysis in Nursing Science Research. Springer Nature Switzerland AG, 2020. https://doi.org/10.1007/978-3-030-30199-6

(32) Yates NJ, Lathlean J. Exploring factors that influence success when introducing "The Safewards Model" to an acute adolescent ward: A qualitative study of staff per-ceptions. Journal of Child Adolesc Psychiatr Nurs. 2022;35:218–229. https://doi.org/10.1111/jcap.12365

(33) Bergström T, Seikkula J, Holma J, ym. Retrospective Experiences of First-Episode Psychosis Treatment Under Open Dialogue-Based Services: A Qualitative Study. Community Ment Health J 2021;58:887–894. https://link.springer.com/article/10.1007/s10597-021-00895-6

(34) Bergström T. Mieletön häiriö. Jyväskylä: PS-Kustannus Oy; 2022.

(35) Van Os J, Guloksuz S, Vijn TW, ym. The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: Time for change? World Psychiatry 2019;18:88–96. https://doi.org/10.1002/wps.20609

(36) Kylmä J. Toivo on voimavara. Labyrintti-lehti 2017;3:20–21. https://read.epaper.fi/3961/46CGC2fo

(37) Seikkula J. Dialogi parantaa–mutta miksi? Porvoo: Kuva ja Mieli Oy; 2022.

(37) Åkerblad L, Haapakoski K. Toivon ja toiveikkuuden prosessit ammatillisessa kuntoutuksessa. Kuntoutus 2023;46:33–43. https://doi.org/10.37451/kuntoutus.130990

(38) Lehti J. Lievät psykiatriset sairaudet voivat olla hyödyllisiä. Lääkärilehti 2016;71:1363. https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/lievat-psykiatriset-sairaudet-voivat-olla-hyodyllisia/?public=15ff2f50794635947e004bfa10eab5ad

(39) Jahn DR, Leith J, Muralidharan A, ym. The influence of experiences of stigma on recovery: Mediating roles of internalized stigma, self-esteem, and self-efficacy. Psychiatr Rehabil J. 2020 Jun;43(2):97–105. https://doi.org/10.1037/prj0000377

(40) Yanos PT, De Luca JF, Roe, ym. The impact of illness identity on recovery in severe mental illness: A review of the evidence. Psychiatry Res 2020;288. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112950

(41) Corrigan P W, Rao D. On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. Canadian J Psychiatry 2012;57:464–468. https://doi.org/10.1177/070674371205700804

(42) Favre S, Richard-Lepoulier H. Self-stigma and bipolar disorder: A systematic review and best-evidence synthesis. J Affect Disord 2023;335:273–288. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.041

(43) Yüksel A, Bahadır-Yılmaz E. The Effect of Mindfulness-Based Psychosocial Skills Training on Functioning and Insight Level in Patients with Schizophre-nia. Community Ment Health J 2021;57:365–371. https://doi.org/10.1007/s10597-020-00658-9

(44) Cheng DYT, Young DKW, Carlbring P, ym. Facilitating Per-sonal Recovery Through Mindfulness-Based Intervention Among People With Mental Illness. Res Soc Work Pract 2023;33(8), 827-848. https://doi.org/10.1177/10497315221137137

(45) Bird V, Leamy M, Le Boutillier C, ym. REFOCUS (2nd edition): Promoting recovery in mental health services, London: Rethink Mental Illness. 2014. https://www.researchintorecovery.

com/files/REFOCUS%20Manual%202nd%20edition.pdf

(46) Deci E, Ryan R. Self-determination research: Reflections and future directions. Handbook of self-determination research. Rochester: University of Rochester Press; 2002.

(47) Martela F, Ryan R. The Benefits of Benevolence: Basic Psychological Needs, Be-neficense, and the Enhancement of Well-Being. J Pers 2015;84:750–764. https://doi.org/10.1111/jopy.12215

(48) Isola A-M, Kaartinen H, Leemann L, ym. Mitä osallisuus on? THL. Työpaperi 33/2017. Helsinki: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy; 2017.

(49) Kangaslampi S. Mechanisms of change in psychological treatment of posttrau-matic stress symptoms among children and adolescents. Tampereen yliopisto; 2019. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-1188-9

(50) Schön U-K, Rosenberg D. Transplanting recovery: Research and practice in the Nordic countries. J Ment Health 2013;22:6, 563–569, https://doi.org/10.3109/09638237.2013.815337

(51) Thomas EC, Despeaux KE, Drapalski AL, ym. Person-oriented recovery of individuals with serious mental illnesses. Psychiatr Serv 2018;69:3. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700058

(52) Birkeland S, Gildberg FA. Mental health nursing, mechanical restraint measures and patients' legal rights. Open Nurs J 2016;10(1), 8–14. https://doi.org/10.2174/187443460161001 0008

(53) Rissanen P, Jurvansuu S. Haluan olla hyödyllinen ja aktiivinen yhteisön ja yhteis-kunnan jäsen": Vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminnan suhde mielenterveys- ja päihdekuntoutujien hyvinvointiin. Tietopuu: Tutkimussarja 1/2019. A-klinikkasäätiö. Helsinki. https://doi.org/10.19207/TIETOPUU7

(54) Järvikoski A, Härkäpää K. Sosiaalinen tuki ja vertaiskokemukset sopeutumisvalmennuksessa. Kirjassa: Härkäpää K, Kippola-Pääkkönen A (toim.) Sopeutumisval-mennus osallistujien ja toteuttajien arvioimana. Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 2018;10:112–129.

(55) Valtonen J, Vehviläinen E. Tarinankerronnan etiikkaa. Psykologilehti 2022. https://psykologilehti.fi/tarinankerronnan-etiikkaa/

(56) Damsgaard, JB, Angel S. Living a Meaningful Life While Struggling with Mental Health: Challenging Aspects Regarding Personal Recovery Encountered in the Mental Health System. Int J Environ Res Public Health. 2021;18:2708. http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18052708

(57) Maanmieli K, Ihanus J. Therapeutic metaphors and personal meanings in group poetry therapy for people with schizophrenia. J Poet Ther 2021;34:213–222. https://doi.org/10.1080/08893675.2021.1951900

(58) Price O, Burbery P, Leonard SJ, ym. Evaluation of Safewards in forensic mental health. Ment Health Pract, 2016;19(8),14–21. https://doi.org/10.7748/mhp.19.8.14.s17

(59) Davies B, Silver J, Josham S, ym. An evaluation of the implementation of Safewards on an assessment and treatment unit for people with an intellectual disability. J Intellect Disabil 2021;25(3) 357–369. https://doi.org/10.1177/1744629520901637

(60) Strand T, Ridanpää S ja Kotovirta E. (toim.). Suosituksia mielenterveyteen, päihdeongelmiin ja riippuvuuteen liittyvän stigman ja syrjinnän tunnistamiseen ja vähentämiseen. Kansanterveyden neuvottelukunnan mielenterveys-, päihde- ja riippuvuus-asioiden jaosto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2023:29. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165165

(61) Kyngäs H. ym. The Tustworthiness of Content Analysis. Teoksessa Kyngäs, Mik-konen & Kääriäinen (toim.) The Application of Content Analysis in Nursing Science Research. Springer Nature Switzerland AG. 2020. https://doi.org/10.1007/978-3-030-30199-6

(62) TENK. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2020.pdf

(63) Pietilä A-M, Nurmi S-M, Halkoaho A, ym. Qualitative Research: Ethical considerations. Teoksessa Kyngäs, Mikkonen & Kääriäinen (toim.) The Application of Content Analysis in Nurs-ing Science Research. Springer Nature Switzerland AG. 2020. https://doi.org/10.1007/978-3-030-30199-6

(64) TENK 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf

Jari Pietarinen
Diplomi-insinööri, sairaanhoitaja AMK

Kyösti Lehtola
Sairaanhoitaja AMK

Kirsi Myllykangas
TtM, lehtori
Oulun ammattikorkeakoulu
Väitöskirjatutkija
Oulun yliopisto

Sirpa Tölli
TtT, lehtori
Oulun ammattikorkeakoulu

Artikkeli

Kotiloita ja ihastelu-ultria – yksityiset terveyspalvelut ja niiden asema raskausajan hoidossa

Suomalaisella äitiysneuvolajärjestelmällä on keskeinen asema raskausajan hoidossa. Julkiset äitiysneuvolat tavoittavatkin lähes kaikki raskaana olevat. Toisin kuin monia muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, neuvoloita ei ole pyritty avaamaan kilpailulle, vaan hyvinvointialueet tuottavat palvelut. Tästä huolimatta Suomeen on syntynyt myös yksityinen raskausajan terveyspalvelukenttä, jota osa vanhemmista käyttää täydentämään julkisia äitiysneuvolapalveluja. Artikkelimme tavoitteena on tarkastella 1) millaisia palveluja lasta odottaville on tällä hetkellä tarjolla ja 2) kuinka yksityiset palveluntarjoajat pyrkivät asemoimaan itsensä osaksi raskausajan hoitopolkua. Aineistona käytämme yksityisten raskausajan palveluntarjoajien verkkosivuja, joiden kautta ne viestivät suoraan potentiaalisille asiakkaille. Verkkosivujen pohjalta luomme palvelukentän yleiskuvauksen ja tarkastelemme tekstisisältöjä tarkemmin asemointianalyysin kautta. Palvelutarjonnan kirjo kuvastaa osaltaan raskausajan hoitoon liittyvää tarpeiden ja toiveiden moninaisuutta. Yksityiset palvelut kattavat koko maan, mutta sijoittuvat pääosin suurempiin kaupunkeihin. Palvelut asemoidaan sekä vaihtoehtona että lisänä julkisille palveluille ja niitä markkinoidaan vetoamalla pelkoihin ja raskausajan erityisyyteen. Ammattilaiset kuvataan tiedollisina ja kokemuksellisina asiantuntijoina, mutta suhde vanhempiin esitetään mahdollisimman samaistuttavana ja hierarkioista vapaana. Vanhemmat asemoidaan selkeämmin kuluttaja-asiakkaiksi, joilla on sekä mahdollisuus että vastuu luoda yksilöllinen hoitopolku. Yksityiset raskausajan palvelut voivat vastata tyydyttämättömiin palvelutarpeisiin ja niitä pyritään markkinoimaan kaikille odottajille ja perheille. Taloudelliset resurssin voivat kuitenkin määrittää vanhempien mahdollisuuksia ostaa lisä- tai korvaavavia palveluja.

ASIASANAT: markkinointi, raskaus, yksityiset terveyspalvelut, äitiysneuvolat

MARJAANA JONES, TUULIA LAHTINEN

YDINASIAT

- Äitiysneuvolapalvelut ovat Suomessa kattavat ja niitä käyttävät lähes kaikki odottajat.
- Raskausajan palveluja tarjoaa myös joukko yksityisiä palveluntuottajia.
- Yksityinen palvelukenttä on laaja ja kuvastaa erilaisia lähestymistapoja raskausajan hoitoon. Palvelut pyrkivät verkkosivujensa kautta vetoamaan suoraan vanhempiin, asemoimaan itsensä osaksi hoitoprosesseja sekä lisä- että vaihtoehtoisina palveluina.
- Yksityisten palvelujen käyttöä sekä vanhempien tarpeita ja palveluihin liittyviä valintoja tulisi tutkia tarkemmin. Tätä tietoa voidaan käyttää myös julkisia palveluja kehitettäessä.

JOHDANTO

Vuoden 2022 loppupuolella Ilta-Sanomat julkaisi kohahduttavalla otsikolla varustetun artikkelin somevaikuttaja Natalia Salmelan neuvolakokemuksista:

> ”Natalia Salmela meni ensi kertaa neuvolaan ja järkyttyi – ”En halua, että lapseni on koekaniini”
> Somevaikuttaja Natalia Salmela kävi vain kerran kunnallisessa neuvolassa. Paperinmakuisesta käynnistä harmistuneena hän suuntasi yksityisen palvelun piiriin, eikä ole palannut takaisin.” (1)

Artikkeli aiheutti keskustelua lehden kommenttiosioissa, keskustelupalstoilla sekä sosiaalisessa mediassa. Osa riensi tyrmäämään ajatukset 100-vuotista taivaltaan juhlistavan äitiysneuvolan ”paperinmakuisuudesta” ja kehui vuolaasti omia kokemuksiaan. Myös Salmelan oma kaupallinen yhteistyö neuvolapalveluja tarjoavan Felicitas Mehiläisen kanssa nostettiin esiin. Toisaalta mukaan mahtui kommentoijia, joiden aiemmat hoitokokemukset olivat saaneet heidät ostamaan osan tai kaikki raskausajan palvelut yksityiseltä puolelta.

Suomessa on tunnetusti laaja ja kattava julkinen äitiysneuvolaverkosto. Sen rinnalle on viime vuosikymmenten aikana syntynyt yksityinen palvelukenttä, jota ei ole terveystieteellisessä tutkimuksessa juurikaan kartoitettu. Tässä tutkimuksessa kuvaamme tarjolla olevien palvelujen kirjoa ja tarkastelemme yksityisten palvelujen markkinointia.

RASKAUSAJAN TERVEYSPALVELUT

Suomalaiset neuvolapalvelut ovat vuosikymmenten ajan olleet kansallinen ylpeydenaihe ja neuvolaverkosto on kattanut koko maan jo 1940-luvun loppupuolelta lähtien (2). Suomen korkeaa rokotuskattavuutta sekä alhaista äiti- ja imeväiskuolleisuutta pidetään osin neuvolajärjestelmän ansioina. Neuvolapalvelut tavoittavat yhä lähes kaikki raskaana olevat. Syntymärekisteritietojen perusteella palveluita käyttämättömien osuus on vain 0,2–0,3 % synnyttäneistä (3). Julkisilla neuvolapalveluilla on Suomessa varsin vakiintunut asema ja oletuksena on, että ne toimivat odottajien ensisijaisena raskausajan terveyspalveluna. Neuvolajärjestelmällä on myös vahva symbolinen asema, joka kuvastui esimerkiksi vuoden 2022 juhlapuheissa, joissa neuvoloita kutsuttiin ”*suomalaisen terveydenhuollon kruunujalokiveksi*” (4) ja ”*kaikkien aikojen parhaaksi innovaatioksi*” (5).

Nämä saavutukset ja neuvolajärjestelmän arvostettu asema eivät kuitenkaan ole täysin suojanneet sitä terveydenhuoltoon ja muihin hyvinvointipalveluihin kohdistuvilta haasteilta. Esimerkiksi terveydenhuollon työvoimapula sekä väestön hyvinvointierot ja perheiden kompleksiset tarpeet heijastuvat neuvolatyöhön. Raussi-Lehto ym. (6) ovat jo reilu vuosikymmen sitten esittäneet, että erilaisten hallinnollisten ratkaisujen sekä toimintamallien muutoksen myötä neuvoloiden asema terveydenhuollon järjestelmässä on hämärtynyt ja toiminta pirstaloitunut, mikä on herättänyt huolta yhtenäisen ja tasa-arvoisen palvelurakenteen rapautumisesta.

Aivan kuten useille muille terveydenhuollon osa-alueille, myös raskausajan hoidon ympärille on syntynyt yksityiset markkinat, jotka tarjoavat vanhemmille vaihtoehdon ostaa erilaisia korvaavia palveluja ja lisäpalveluja. Suuremmat lääkärikeskukset ovat hiljalleen laajentaneet palveluvalikoimaansa kattamaan neuvolapalveluja, kuten raskauden seurantaa, ultraääni- ja laboratoriotutkimuksia sekä synnytysvalmennusta. Suurten toimijoiden rinnalle on ilmaantunut myös useita pieniä kätilövetoisia yrityksiä eri puolille Suomea. Yksityisten toimijoiden määrän kasvu saattaa kuvastaa sekä muutoksia että variaatiota lasta odottavien toiveissa, tarpeissa ja odotuksissa. Raskausaikaan ja omaan hyvinvointiin panostaminen nähdään tärkeänä (7) ja odottajat päätyvät tämän myötä hankkimaan lisää hyvinvointia tukevia palveluja. Hoidon jatkuvuuden puute ja aiemmat hoitokokemukset saattavat myös ajaa osan vanhemmista yksityisten palvelujen piiriin (8). Uusimmassa FinLapset-kyselytutkimuksessa reilu 20 % odottajista koki saaneensa äitiysneuvolasta riittämättömästi tukea esimerkiksi synnytyspelkoon, synnytykseen valmistautumiseen ja omaan jaksamiseen (9). Yksi selkeä syy ostaa yksityisiä kotilon, eli kotikätilön, palveluja on halu synnyttää kotona. Kotisynnytykset ovat Suomessa yhä harvinaisia, mutta niiden määrä on kasvanut, ja vuonna 2022 suunniteltuja kotisynnytyksiä oli tilastojen mukaan 109 (10).

Tuotteiden ja palvelujen kuluttaminen voidaan nähdä myös tapana viestiä vastuullista ja ’hyvää’ vanhemmuutta (11). Yksityisten äitiyspalvelujen ostaminen voi myös toimia jatkeena lapsiperheiden muulle yksityisten terveyspalvelujen käytölle. Yli puolella vauvaikäisistä on sairausvakuutus ja vuonna 2021 vajaa kolmannes 1–3-vuotiaista kävi yksityislääkärillä (12). Vakuutuksen hankintaan vaikuttavat ajatukset nopeasta lääkäriin pääsystä ja hoidon laadusta (13). Näitä tekijöitä myös korostetaan vakuutusten mainonnassa (14). Sointu ym. (15) ovat esittäneet, että vakuutukset ovat myös ajan- ja riskinhallinnan välineitä sekä tapa osoittaa hyvää vanhemmuutta. Vakuutuksen ottamiseen vaikuttavat toki myös vanhempien toimeentulo, koulutustausta sekä asuinpaikka (12).

Yksityisten palveluntarjoajien lisääntyminen liittyy laajemmin myös terveyspalvelujen ja erityisesti neuvolapalvelujen kommodifikaatioon. Viittaamme tällä terveyteen liittyvien markkinoiden kasvuun ja palvelujen lisääntyvään tuotteistumiseen. Koska suomalainen hyvinvointivaltio on järjestänyt kaikille perheille suunnatut neuvolapalvelut, on raskausajan hoito vuosikymmenten ajan ollut riippumaton markkinoista. Toisin kuin monia muita sosiaali- ja terveyspalveluja, neuvoloiden tehtäviä ei ole juurikaan pyritty siirtämään yksityisten toimijoiden tuotettavaksi, eikä Suomeen ole luotu julkisen sektorin sisäisiä markkinoita. Neuvolapalvelujen tilannetta ei voi siis suoraan verrata esimerkiksi varhaiskasvatuspalveluihin, joissa yksityisten palvelujen tarjonta on myös lisääntynyt huomattavasti viime vuosikymmenen aikana (16).

Vaikuttaa kuitenkin siltä, että osa lasta odottavista vanhemmista on päättänyt käyttää julkisten palvelujen rinnalla myös yksityisiä palveluja. Tämän myötä kuluttajamainen toiminta sekä palvelujen tuotteistaminen on hiljalleen levinnyt myös tälle terveydenhuollon osa-alueelle. Kuluttaminen ja kaupallisuus ovat toki muutenkin vahvasti läsnä läpi koko raskausajan (17). Myös raskauteen ja synnytykseen liittyviä kaupallisia terveyspalveluja on tarjolla useissa maissa (18,19). Yksi esimerkki tästä ovat yksityiset raskauden ultraäänitutkimukset. Lisäksi vanhemmille saatetaan tarjota maksullisia lisäpalveluja synnytyssairaalassa (esim. 20–23). Kansainvälisissä tutkimuksissa korostuu raskauden seurantaan sekä synnytykseen liittyvien toimintojen pilkkominen ja tuotteistaminen. Tämän jälkeen niitä markkinoidaan suoraan potentiaalisille kuluttajille, eli lasta odottaville vanhemmille erityisesti yritysten internetsivujen sekä sosiaalisen median välityksellä.

RASKAUSAJAN PALVELUJEN MARKKINOINTI

Kansainvälisissä tutkimuksissa on tarkasteltu erityisesti synnytyssairaalojen tai sairaaloissa tarjolla olevien lisäpalvelujen mainostamista. Mainokset on suunnattu suoraan vanhemmille ja niissä vedotaan sekä palvelujen turvallisuuteen, ammattilaisten asiantuntemukseen, saatavilla olevaan huipputeknologiaan ja tilojen ylellisyyteen. (24,25) Erilaiset synnyttäjät huomioidaan markkinoimalla sekä lääketieteellisiä että ei-lääketieteellisiä lähestymistapoja kivunhallintaan. Mainonnassa korostuu myös yksilön valinnanvapaus, jolla tarkoitetaan naisen oikeutta valita palveluntarjoaja, joka tukee ihanteellista synnytyskokemusta. (25)

Vanhempia pyritään lisäksi osallistamaan markkinointiin eri tavoin. Eräässä synnytyssairaalan kampanjassa käytettiin sosiaalista mediaa, ja pyydettiin odottavia äitejä julkaisemaan kuvia raskausvatsoistaan sairaalan Facebook-sivuilla. Kampanja oli suunniteltu juhlimaan kaikkia raskauden myönteisiä puolia, jossa raskaus näytettiin kauniina ja luonnollisena prosessina. (24) Markkinoinnin kautta sairaalat pyrkivät esittämään palvelut ja fyysiset tilat ”inhimillisinä”, ja korostamaan synnyttäjän yksilöllisyyttä sekä voimaantumista (25). Synnytys on merkittävä kokemus koko perheelle ja vanhempia kannustetaan panostamaan siihen myös taloudellisesti.

Raskauteen ja synnytykseen liittyviä palveluja markkinoidaan sairaaloiden lisäksi myös sosiaalisen median vaikuttajien (26) toimesta. Esimerkiksi niin sanotut ”äitivaikuttajat” voidaan nähdä samaistuttavina ja uskottavina tiedonlähteinä (26). Sosiaalisen median markkinoinnissa yksityiset kätilöt puolestaan vetoavat usein omiin ammatillisiin meriitteihinsä sekä rakentavat ja myyvät mielikuvaa ”ihanteellisesta” synnytyksestä (27). Sosiaalisen median kautta jaetuilla viesteillä voikin olla suuri vaikutus raskaana olevien ja tuoreiden vanhempien tunteisiin, ajatuksiin ja toimintaan.

Suomessa yksityisten palvelujen markkinoinnin painopiste on hieman erilainen, sillä yksityisiä synnytyssairaaloja ei ole ja palvelutarjonta linkittyy joko raskauteen tai sen jälkeiseen hoitoon sekä kotisynnytykseen. Yksityiset toimijat viestivät palveluistaan uusille asiakkaille erityisesti internetin kautta. Tämä pitää sisällään palveluntarjoajien verkkosivut, sosiaalisen median kanavat sekä kaupallisen yhteistyön. Verkkosivuilla kerrotaan laajasti palveluvalikoimasta, hinnoista, toimitiloista ja ammattilaisista. Sivuilla on usein myös tietoa siitä, millä tavoin kyseiset ammattilaiset lähestyvät raskausaikaa, synnytystä ja niihin liittyvää hoitoa. Sosiaalisen median kanavilla viestitään erityisen aktiivisesti raskautta ja synnytystä käsittelevien valokuvien avulla. Osa yrityksistä tekee myös kaupallista yhteistyötä sosiaalisen median vaikuttajien kanssa, jotka jakavat omakohtaisia kokemuksia saamastaan hoidosta blogiensa kautta. Yritykset jakavat

myös asiakkaiden antamia palautteita verkkosivuillaan.

Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että internetissä tapahtuvan terveyttä koskevan viestinnän kautta voidaan sekä lisätä tietoisuutta että vaikuttaa ihmisten toimintaan (28). Tässä tutkimuksessa tarkastelemme yksityisten palveluntarjoajien verkkosivujen kautta tapahtuvaa mainontaa. Analyysimme alkulähtökohtana on selvittää:

1) Millainen Suomen yksityinen raskausajan palvelukenttä on, eli millaisia palveluja tarjotaan, missä niitä tarjotaan ja kuka niitä tarjoaa?

Tämän lisäksi pyrimme ymmärtämään:

2) Kuinka yksityiset palveluntarjoajat asemoivat itseään osaksi raskausajan hoitoa, ja millä tavoin yksityisissä palveluissa työskentelevät ammattilaiset sekä palveluja käyttävät vanhemmat asemoidaan?

AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimusaineisto on koottu osana laajempaa äitiysneuvolapalveluja käsittelevää tutkimusprojektia (Suomalaisten äitiysneuvolapalvelujen tulevaisuus kaupallisen, yhteiskunnallisen ja kokemuksellisen kehyksen kautta tarkasteltuna). Projektilla on Tampereen alueen ihmistieteiden eettisen toimikunnan puoltava lausunto. Tämän tutkimuksen aineisto koostuu yksityisten palveluntarjoajien (n=34) verkkosivuista. Mukaan on valittu vain terveydenhuollon ammattilaisten tarjoamat raskausajan palvelut. Aineisto kerättiin joulukuun 2022 ja heinäkuun 2023 välillä etsimällä raskausajan palveluja tarjoavien yritysten sivuja hakukoneen avulla käyttämällä termejä ”yksityinen neuvola”, ”yksityinen äitiysneuvola”, ”raskauden seuranta”, ”yksityinen kätilö”, ”kotikätilö”. Hakujen kautta paikannettiin kätilö- ja terveydenhoitajavetoisia yrityksiä sekä lääkärikeskuksia, jotka tällä hetkellä tarjoavat raskausajan palveluja. Mukaan valittiin kaikki palveluntarjoajat, joilla 1) oli omat verkkosivut ja 2) jotka kertoivat sivuilla tarjoavansa neuvolapalveluja tai muuta raskausajan seurantaa ja/tai synnytysvalmennusta. Tutkimusaineistosta rajatiin ulos muutamia kotikätilöiksi listattuja henkilöjä, joilla ei ollut omia verkkosivuja sekä yrityksiä, joiden palvelut keskittyivät synnytyksen jälkeiseen aikaan. Aineistosta rajattiin ulos myös yritykset, jotka tarjosivat ainoastaan äitiysfysioterapiapalveluja.

Yksityistä raskausajan palvelukenttää ei ole Suomessa juurikaan tutkittu, ja koska tutkimuksemme yhtenä tavoitteena on ollut koostaa laajempi yleiskuvaus, on analyysi tehty kahdessa osassa. Ensimmäisessä vaiheessa tarkastelimme verkkosivujen tekstisisältöä etsien perustason tietoja eri palveluista. Listasimme, millaisia palveluja odottajille on tarjolla, missä päin Suomea niitä tarjotaan ja minkä ammattiryhmien toimesta. Näiden tietojen perustella loimme taulukon (Taulukko 1), jossa yksityiset toimijat on tyypitelty sekä kokonsa että palveluvalikoimansa mukaan.

Analyysin toisessa osassa otimme verkkosivujen tekstisisällöt syvemmän tarkastelun kohteeksi. Lähdimme analysoimaan kuinka palveluntarjoajat kuvaavat itseään, raskausajan hoitoa sekä lasta odottavia vanhempia. Analyysi oli aineistolähtöistä ja tavoitteenamme oli nostaa esille aineiston läpileikkaavia yhteneväisiä piirteitä. Olemme käyttäneet asemointianalyysiä (29,30) analyyttisenä työkaluna, jonka avulla meidän on ollut mahdollista tarkastella, kuinka verkkosivujen teksteissä tuotetaan asemia itselle ja toisille. Internetin kautta palveluntarjoajilla on mahdollisuus viestiä ja markkinoida palveluja suoraan lasta odottaville. Verkkosivuilta löytyvien kuvausten kautta he myös osallistuvat laajempaan keskusteluun siitä, millaisten palvelujen tulisi olla lasta odottavien saatavilla. Yksityisillä raskausajan palveluilla ei Suomessa ole selkeää asemaa, sillä yleisenä oletusarvona on usein julkisten neuvolapalvelujen käyttö. Lähdimme aluksi selvittämään sitä, millä tavoin yksityiset palveluntarjoajat perustelevat omaa tarpeellisuuttaan ja asemoivat itsensä osaksi raskausajan hoitopolkua. Käytännössä analyysiprosessi lähti liikkeelle aineistoon tutustumisella ja aineistolähtöisellä koodausprosessilla, jossa keskityimme näihin perusteluihin. Koska asemointi tapahtuu aina suhteessa toisiin (30), tarkastelimme tässä tutkimuksessa myös sitä, millä tavoin yksityisissä palveluissa työskentelevät ammattilaiset asemoivat itseään suhteessa vanhempiin ja eri ammattiryhmiin. Tässä kohdassa analyysiä keskityimme erityisesti sanoihin ja lausetason kuvauksiin, joissa puhuttiin ammattilaisista, heidän eri rooleistaan ja suhteesta muihin toimijoihin. Lisäksi analysoimme, millaisia asemia vanhemmille tuotetaan yksityisten palvelujen käyttäjinä. Käymme tuloksissa myös keskustelua siitä, millaisia oikeuksia

ja velvollisuuksia teksteissä tuotettuihin asemiin liitetään.

Yksityisten palveluntarjoajien verkkosivuilla puhe kohdistetaan suoraan odottajille sekä heidän kumppaneilleen, eikä julkisiin palveluihin viitata sivuilla suoraan kovinkaan monta kertaa. Kuvailuteksteissä pyritään kuitenkin tekemään epäsuoraa erontekoa vahvistamalla ajatusta palvelusta, joka on selkeästi erilainen kuin se ”paperinmakuinen” neuvola, jota Natalia Salmela haastattelussaan kuvasi. Analyysimme päätarkoituksena ei kuitenkaan ole asetella vastakkain erilaisia raskausajan palveluja, vaan tarkastella, kuinka yksityiset palveluntarjoajat pyrkivät asemoimaan itsensä osaksi raskausajan hoitoa ja luomaan tilaa omalle toiminnalleen. Olemme jakaneet analyysin päätulokset kolmeen osaan, joista ensimmäinen keskittyy raskausajan hoidon kuvauksiin ja siihen, millaisena yksityiset palveluntarjoajat näkevät oman roolinsa tässä prosessissa. Toisessa osassa käsittelemme ammattilaisten tapoja asemoida itsensä suhteessa asiakkaina oleviin vanhempiin. Kolmannessa osassa puolestaan tarkastellemme lasta odottavien vanhempien asemaa, laajentuvia valintamahdollisuuksia sekä niiden mahdollisia seurauksia.

TULOKSET

RASKAUSAJAN YKSITYISET TERVEYSPALVELUT SUOMESSA

Yksityinen palvelutarjonta keskittyy odotetusti pääkaupunkiseudulle sekä Länsi-Suomen asutuskeskuksiin, eli alueille, joilla myös suurin osa potentiaalisista asiakkaista asuu. Yksittäisiä toimijoita löytyy kuitenkin myös Pohjois-, Itä- ja Kaakkois-Suomesta. Verkkosivuilta kerättyjen kuvausten perusteella Suomessa on muutamia palveluntarjoajia, jotka pystyvät tarjoamaan kaikki vastaavat tapaamiset ja tutkimukset kuin julkinen neuvola. Suurin osa yksityisistä palveluista on kuitenkin erikoistunut tiettyihin osa-alueisiin ja oletuksena on usein se, että odottaja käyttää myös julkisen puolen palveluja ainakin jossain muodossa. Osa palveluista on myös selkeästi suunnattu kohderyhmälle, jota julkinen terveydenhuolto ei tällä hetkellä palvele, kuten kotisynnytykset ja niihin valmistautuminen.

Verkkosivujen sisällöt noudattavat usein samantyyppistä kaavaa. Niiltä löytyy sekä palvelun että ammattilaisten kattava kuvaus, hinnastot ja yhteystiedot. Sivujen tekstisisällöissä ei juurikaan puhuta tiloista, mutta visuaalisen kauniisti ja kodikkaasti sisustettuja vastaanottotiloja esiteltiin useissa kuvissa. Sivuilla saatetaan myös käyttää lainauksia asiakkaiden suosituksista. Osa yrityksistä jakaa myös laajemmin tietoa raskaudesta, synnytyksestä ja hyvinvoinnista.

Alla olevassa taulukossa (Taulukko 1) kuvaamme yksityisen palvelukentän laajuutta, sen palveluvalikoimaa sekä yksityisissä palveluissa työskenteleviä ammattiryhmiä, joita ovat pääasiassa kätilöt ja erikoislääkärit. Taulukon tiedot kuvastavat osittain myös raskausajan hoitokentän moninaisuutta sekä sen sisäisiä jakolinjoja. Osa palveluista korostaa vahvemmin lääketieteellisen seurannan ja tutkimusten tarpeellisuutta, kun taas osa keskittyy enemmän keskusteluapuun sekä odottajan fyysisen ja henkisen hyvinvoinnin tukemiseen tai kuvaa raskautta ja synnytystä luonnollisina tapahtumina.

Yksityisiin raskausajan palvelujen käyttöön liittyy myös taloudellinen panostus. Palvelujen hintoja on haastavaa vertailla suoraan, sillä niiden sisällöt saattavat erota toisistaan suuresti, ja asiakkaita kannustetaan usein luomaan itselle sopiva kokonaisuus. Muutamina esimerkkeinä kätilön tunnin mittaisen vastaanoton hinta liikkuu 60–150 euron paikkeilla ja kätilön tekemät ultraäänitutkimukset asettuvat samanlaiseen hintaluokkaan. Kahden tai kolmen tunnin mittainen henkilökohtainen synnytysvalmennus on lähtöhinnaltaan 150 euroa. Erikoislääkärien vastaanotot ja niihin yhdistetyt tutkimukset puolestaan asettuvat 200–300 euron paikkeille. Muutama yritys tarjoaa myös NIPT-tutkimuksia, joiden hinnat vaihtelevat 600–900 euron välillä.

Osana suomalaista palvelukenttää haluamme lyhyesti mainita myös villi raskaus ja vapaa synnytys -yhteisöt. Pieni joukko lasta odottavista ei toivo lainkaan raskauden seurantaa tai haluaa ainakin rajoittaa (lääketieteellisen) seurannan määrää. Synnytys tapahtuu kotona tai muualla sairaalan ulkopuolella, eikä siinä usein ole mukana terveydenhuollon ammattilaista. Vapaa synnytys asettuukin selkeäksi vaihtoehdoksi sekä julkisille että useimmille yksityisille raskausajan palveluille. Tähän liittyviä ajatuksia jaetaan nykyään ainakin Vapaasynnytys Suomi -podcastissa. Aineistossamme yksi kotikätilö mainitsi välineiden ja osaamisen tarjoamisesta myös vapaasynnyttäjille. Emme kuitenkaan tämän artikkelin puitteissa käy laajempaa keskustelua vapaasyn-

Taulukko 1. Yksityisen palvelukentän kuvaus

Palvelutyyppi	Palveluvalikoima	Palveluissa työskentelevät ammattilaiset
Kattavat äitiysneuvolapalvelut (julkisia neuvolapalveluja vastaavat palvelut)		
Suuret ja keskisuuret lääkärikeskukset	Raskauden seuranta, ml. ultraääni- ja seulontatutkimukset. Osa tarjoaa myös fysioterapiaa, seksuaalineuvontaa, terapiaa ja äitiysvalmennusta.	Perinatologian erikoislääkärit, naistentauteihin ja synnytyksiin erikoistuneet lääkärit, kätilöt, terapeutit
Pienemmät kätilö- tai terveydenhoitajayritykset	Raskauden seuranta ja äitiysvalmennus. Osa tarjoaa myös ultraäänitutkimuksia sekä kehonhuoltoa (ml. hieronta). Mahdollisuus käsitellä myös keskenmenoja, synnytyspelkoa ja synnytystraumoja.	kätilöt, terveydenhoitajat Ammattilaisilla saattaa olla useita tutkintoja: sairaanhoitaja/kätilö, terveydenhoitaja/kätilö, doula/kätilö
Raskausajan, synnytyksen ja lapsivuodeajan erikoispalvelut		
Ultraääni ja/tai seulontatutkimuksiin erikoistuneet palvelut	Tarjoavat pääasiassa tutkimuspalveluja (ultra, NIPT, laboratoriotestit)	erikoislääkärit, kätilöt
Kehonhuoltoon, keskusteluapuun ja imetykseen erikoistuneet palvelut	Mahdollisuus käydä keskustelemassa raskaudesta, mutta pääpaino muissa palveluissa (mm. fysioterapia, akupunktio, osteopatia, raskaushieronta, pilates, jooga)	kätilöt
Kotisynnytyksiin erikoistuneet palvelut	Tapaamisia myös raskauden aikana, mutta pääpaino on synnytykseen valmistautumisella ja synnytyksessä avustamisessa. Kotisynnytysten lisäksi voivat toimia tukena sairaalasynnytyksissä.	kätilöt

nytyksestä. Keskitymme selkeästi raskausajan terveyspalveluihin, joita tarjoavat koulutetut terveydenhuollon ammattilaiset.

IHMEELLINEN, PELOTTAVA RASKAUS JA SEN AIKANA TARVITTAVA HOITO

Ymmärtääksemme paremmin, kuinka yksityiset palveluntarjoajat pyrkivät luomaan itselleen tilaa raskausajan hoitopolulla, on tärkeää tarkastella kuinka he kuvaavat raskautta ja sen aikana tarvittavaa hoitoa. Kuvausten kautta yksityiset toimijat voivat perustella omien palvelujensa tarpeellisuutta. Verkkosivuilla korostetaan raskausajan kokemusten monimuotoisuutta sekä tunteiden kirjoa. Raskausajasta piirretään kuva *"ihmeellisenä"*, *"erityisenä"* ja *"mullistavana"* tapahtumana. Tästä perspektiivistä lapsen saaminen näyttäytyy erityisenä osana elämää. Yksityisten palvelujen, kuten ultraäänitutkimusten, ostaminen on yksi tapa jakaa iloa kumppanin ja perheen kanssa. Toisaalta sivuilla korostetaan myös raskauteen liittyvää epävarmuutta ja pelkoja. Yksityiset toimijat asemoivat itseään kaikkien odottajien ja perheiden tukijoiksi, jotta nämä voisivat *"valmistautua ja nauttia tästä ainutlaatuisesta ajanjaksosta"*. Verkkosivuilla puhutaan paljon kokemusten yksilöllisyydestä ja nostetaan esiin se, että esimerkiksi keskenmenojen, lapsettomuushoitojen tai traumaattisten synnytyskokemusten jälkeen odottajalla saattaa olla enemmän huolia sekä tarvetta lisätuelle. Raskauteen liittyy myös paljon fyysisiä muutoksia, vaivoja ja kipuja. Huolipuhe on verkkosivujen palvelukuvauksissa varsin yleistä ja sen kautta palveluntarjoajien on mahdollista korostaa erilaisten lisäpalvelujen merkitystä. Vastaanotolla ja tutkimuksissa käynnit esitetään huolista vapauttavina:

> "Me uskomme vakaasti turvalliseen ja huolettomaan raskausaikaan ja vauva-arkeen. Me ymmärrämme kuinka ainutlaatuinen aika elämässäsi raskaus ja vauva-aika on, ja siksi tarjoammekin tukea matkasi jokaiseen vaiheeseen: aina raskauden suunnittelusta ja seurannasta synnytyksen jälkeiseen hyvinvointiseurantaan.

Näin me teemme sen: 1. Varaa juuri sinulle sopiva aika ajanvarausjärjestelmästämme. 2. Käy vastaanotollamme ultraäänitutkimuksessa tai keskustelemassa yksilöllisestä tilanteestasi ammattilaisemme kanssa. 3. Jätä huolesi ammattilaisen harteille.

Mikäli uusia huolia ilmaantuu myöhemmin horisonttiin, meillä pääset aina saman ammattilaisen puheille, jotta hoitopolkusi pysyy katkeamattomana. Varaa siis aika vastaanotollemme alla olevan painikkeen kautta, jotta voit lakata huolehtimasta ja keskittyä enemmän nauttimaan tästä ainutlaatuisesta elämänvaiheesta."

Yllä olevassa otteessa viestitään epäsuorasti siitä, että yksityisiin palveluihin pääsee halutessaan joustavasti ja omasta toiveesta. Lisäksi sivuilla korostetaan vahvasti hoidon jatkuvuutta ja vedotaan siihen, kuinka jokainen *"nainen ansaitsee odotusaikana yksilöllisen, asiantuntevan hoidon"*. Yksityiset toimijat pyrkivät varmistamaan, että vanhemmat voivat halutessaan tavata jokaisella käyntikerralla saman tutun ammattilaisen, jolla *"on aikaa kuunnella ja pohtia juuri teille tärkeitä asioita, ymmärrystä ja arvostusta moninaisille tavoille olla vanhempi sekä konkreettista käytännön tukea ja neuvoja kaikenlaisille perheille"*.

Raskausajan kuvauksissa on kuitenkin myös eroja palveluntarjoajien välillä. Osa keskittyy raskauden fysiologiseen kuvaukseen käyttäen lääketieteellistä kieltä. Toisilla sivuilla puolestaan korostetaan raskautta ja synnytystä luonnollisena tapahtumana, johon odottajan tulee kuitenkin valmistautua henkisesti ja fyysisesti. Eroista huolimatta näiden kuvausten kautta välitetään viestejä siitä, että ammattilaisen tekemä raskauden seuranta on tärkeää odottajan hyvinvoinnin ja turvallisuuden kannalta.

Verkkosivuilla pyritään luomaan mielikuva palveluista, jotka ovat aina tavoitettavissa ja mukautettavissa kaikkien perheiden erityistarpeisiin. Yksityiset palvelut kiinnitetään osaksi raskausajan hoitoprosessia myös ajallisesti. Sivuilla korostetaan palvelujen jatkuvaa saatavuutta *"odotuksen alkumetreiltä aina lapsen kouluun lähtöön asti"* tai *"raskauden suunnittelusta ja seurannasta synnytyksen jälkeiseen hyvinvointiseurantaan"*. Julkisessa äitiysneuvolassa ensimmäinen tapaamiskerta sovitaan yleensä viikkojen 8–13 välille. Yksityisellä puolella on mahdollista käydä puhumassa ammattilaisen kanssa jo siinä vaiheessa, kun lapsi on vasta suunnitteilla. Ensimmäisiä raskausultria tarjotaan jo viikosta 6 eteenpäin ja raskauden seurantaa voidaan jatkaa kaikissa vaiheissa. Sivuilla vanhemmille viestitään, että he voivat *"varata ensimmäisen käynnin neuvolaamme heti kun raskaustesti osoittautuu positiiviseksi"*. Näissä tapauksissa yksityiset palvelut pyrkivät asemoimaan itsensä odottajien ensimmäiseksi hoitokontaktiksi, jonne on mahdollista mennä ennen ensimmäistä tapaamista julkisessa neuvolassa.

Verkkosivujen kuvauksissa otetaan myös kantaa ja vedetään rajoja sille, mitä kaikkea yksityisten palvelujen tulisi pitää sisällään ja kuinka niiden asema tulisi nähdä suhteessa julkisiin palveluihin. Yksityinen neuvola voi tarjota raskauden seurantaan kuuluvat käynnit kokonaan tai vain osittain. Raskaana oleva voi esimerkiksi käydä yksityisen neuvolan synnytysvalmennuksessa, vaikka muuten raskauden seuranta tapahtuisi omassa äitiysneuvolassa.

"Halutessanne voitte myös hyvin yhdistää julkisen ja yksityisen palveluita ja hyödyntää äitiysneuvolaamme täydentävien käyntien muodossa."

Täydentävä palvelu voi tarkoittaa syvällisempää keskustelua odottajan toivomasta aiheesta tai lisäseurantaa. Yhteistyö julkisen puolen kanssa voi näkyä käyntikirjausten siirtymisenä Kantaan tai maksuttomina seurantaultrina, jotka järjestyvät julkisen puolen kautta. Tarvittaessa yksityinen neuvola voi tehdä yhteistyötä synnytyssairaalan ja äitiyspoliklinikan kanssa. Muutamalla sivulla viitataan suoraan, että *"neuvolapalveluja on supistettu"* ja tämän vuoksi lasta odottavien täytyy etsiä tarvitsemaansa lisätukea muualta. Ainoastaan muutamalla sivulla ilmaistiin, että vanhemmat voivat *"keskittää kaikki äitiysneuvolan palvelut"* yksityiselle puollelle. Vaikka julkisen puolen neuvoloihin ei sivuilla tehty juurikaan suoria mainintoja, voidaan kuitenkin tulkita, että omissa kuvauksissaan yksityiset palveluntarjoajat epäsuorasti kommunikoivat näkemyksiä julkisen neuvolan puutteista.

"Perustimme [palvelun] huomattuamme, että julkisen puolen tarjontaa voisi täydentää. Ha-

lusimme panostaa etenkin kiireettömyyteen ja aitoon välittämiseen. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi olemme kasanneet ympärillemme erinomaisen henkilöstön ja olemme varmoja, että pystymme tukemaan juuri sinuakin raskaushuoliesi käsittelyssä."

RINNALLA KULKIJA, ÄITI JA NAINEN – AMMATTILAISTEN ASEMA JA ASIANTUNTIJUUS

Verkkosivujen kuvauksissa yksityisissä neuvolapalveluissa työskentelevien ammattilaisten asema rakentuu monisyisesti. Tässä osassa tarkastelemme, kuinka heidät esitetään toisaalta laajan ammatillisen ja koulutuksellisen kokemuksen omaavina asiantuntijoina. Toisaalta liiallista kliinisyyttä ja etäisyyttä pyritään erittäin aktiivisesti häivyttämään korostamalla lähestyttävyyttä ja henkilökohtaisia elämänkokemuksia esimerkiksi äitiydestä. Verkkosivujen tietojen pohjalta käy myös ilmi, että yksityisellä puolella työskentelevien ammattilaisten koulutustaustat eroavat osittain julkisissa neuvolapalveluissa työskentelevistä ammattilaisista, jotka ovat pääosin terveydenhoitajia tai lääkäreitä.

Verkkosivujen kuvauksissa korostetaan, kuinka raskausajan tuesta ja hoidosta tulisi vastata laajan ammatillisen kokemuksen ja monipuolisen koulutuksen omaava ammattilainen. Sivuilla ammattilaiset esitellään kuvaamalla yksityiskohtaisesti heidän koulutuksensa sekä kokemus, jota on saatettu kerryttää esimerkiksi sairaaloiden synnytysosastoilla ja vastasyntyneiden teho-osastolla. Laajaa kokemusta pyritään vahvistamaan mainitsemalla hoidettujen lasten ja työskentelyvuosien lukumääriä: *"Yli kahdentuhannen hoidetun lapsen jälkeen käsissäni on vahva ja varma tuntuma myös sinun ja pienokaisesi hoitamiseen"*. Osa kertoo saaneensa kokemusta hoitamalla sairaalasynnytysten lisäksi kotisynnytyksiä tai työskennelleensä ulkomailla. Asiantuntijuutta on kehitetty myös toimimalla kouluttajina erilaisissa synnytys- ja imetysvalmennuksissa.

Palvelun laajuuden mukaan raskauden seurannassa voi olla mukana kokonainen moniammatillinen tiimi. Perinteisen neuvolalääkärin ja kätilön tai terveydenhoitajan lisäksi saatavilla on muun muassa perinatologin, psykoterapeutin, psykologin, perhe-, ravitsemus- ja seksuaaliterapeutin palveluja. Kätilövetoisissa palveluissa kätilökoulutuksen merkitystä korostetaan. Yksityiset palvelut voivat sisältää sekä kattavat äitiysneuvolapalvelut että synnytyssairaalan äitiyspoliklinikan erityisosaamisen. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut tarjotaan näin ollen yhtenä palvelukokonaisuutena. Ammatillisen osaamisen lisäksi osa yksityisistä palveluista korostaa verkkosivuillaan neuvolalääkäreiden käytössä olevaa huipputeknologiaa, kuten 4D-ultralaitteita ja kardiotokografialaitteistoa. Toisaalta kuvataan myös kätilövetoisia palveluja, joissa ei esimerkiksi tehdä sikiödiagnostiikkaa. Erityisosaamista löytyy muun muassa vesisynnytyksestä, kivunlievityksestä, synnytyksen luonnollisesta käynnistämisestä sekä akupunktiosta. Myös vauvahieronta ja erilaiset raskausajan palvelut tuodaan esiin. Ammattitutkintojen lisäksi kerrottaan hankituista lisäkoulutuksista, kuten doulan tai imetysohjaajan koulutuksista. Monipuolisen koulutuksen kuvataan muun muassa tuovan taitoa tukea vanhemmuudessa ja seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Lisäkoulutuksen ansiosta ammattilaiset voivat viestiä kykenevänsä tarjoamaan vanhemmille monenlaista lisäpalvelua:

> "Vuosien aikana asiantuntemukseni on syventynyt kattamaan imetysohjausta, synnytysvalmennuksia, vauvahierontaa, raskausajan hoitoja, refleksologista vyöhykerapiaa ja doulausta."

Näiden kattavien osaamiskuvausten avulla korostetaan koulutettujen ammattilaisten keskeistä roolia raskausajan hoidossa sekä vakuutetaan potentiaalisia asiakkaita omasta ammattitaidosta. Kuvausten kautta viestitään samalla myös jotain muuta. Yksityisellä puolella palveluja tarjoavilla ammattilaisilla on usein kätilö- tai erikoislääkärikoulutus. Lisäksi palveluissa työskentelee muita ammattiryhmiä, kuten terapeutit. Yksityisten palvelujen kautta eri ammattiryhmillä on mahdollisuus asemoida itsensä keskeisiksi ja asiantunteviksi hoidon tarjoajiksi sekä tätä kautta haastaa olemassa olevaa työnjakoa eri ammattiryhmien välillä. Yksi esimerkki tästä ovat kätilöt, jotka on osittain suljettu ulos julkisista äitiysneuvoloista. Kätilöiden on mahdollista työskennellä neuvolassa, mutta vain terveydenhoitajan nimikkeellä, sillä neuvolassa työskentelyn tai toimen edellytyksenä on terveydenhoitajan tutkinto. Eräällä sivulla tähän ammatillista työnjakoa koskevaan keskusteluun otetaan kantaa myös suoraan:

”Pidänkin erittäin tärkeänä, että äitiysneuvolassa raskauden seurannan suorittaa kätilökoulutuksen saanut henkilö.”

Vaikka asiantuntemusta ja monipuolista koulutusta korostetaan, ammattilaisia ei esitellä etäisinä ja kliinisinä asiantuntijoina. Sen sijaan ammattilaiset kertovat nettisivuillaan hyvinkin henkilökohtaisia asioita vanhemmuudestaan, harrastuksistaan sekä syistä, miten ja miksi päätyivät alalle. Ammattilaiset eivät *”piiloudu nimikkeiden taakse”*, vaan heistä käytetään sivuilla etunimiä ja he kuvaavat itseään rinnalla kulkijoiksi ja jopa odottajan parhaaksi ystäväksi.

”Olen tässä, nainen, äiti, kumppani, ystävä, kätilö, doula, terapeutti ja paljon muuta. Itsepäinen ja sinnikäs, mutta myös lempeä ja huolehtiva.”

Osa korostaa myös omaa äitiyttä ja naiseutta kokemuksellisen asiantuntemuksen perustana: *”terveydenhuollon ammattilaisena kuin kolmen lapsen äitinä tiedän, että lapsiperheet tarvitsevat entistä enemmän tietoa ja neuvoa erilaisiin elämäntilanteisiinsa”*. Erityisesti pienten yritysten sivuilla puhutaan paljon työtä ohjaavista arvoista, kuten itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta, rehellisyydestä ja avoimesta kommunikaatiosta. Tämän kautta luodaan mielikuvaa ammattilaisista, jotka työskentelevät intohimolla ja rakkaudella. Suuremmille lääkärikeskuksille kokemuksellisuuden korostaminen on haastavampaa, eikä niiden verkkosivuilla ole juurikaan tapana jakaa ammattilaisten omakohtaisia kokemuksia. Osa on kuitenkin pyrkinyt tuottamaan myös tällaisia kuvauksia tekemällä yhteistyötä sosiaalisen median vaikuttajien kanssa ja jakamalla heidän kirjoittamiaan neuvolakokemuksia omilla sivuillaan. Tätä kautta voidaan pyrkiä lisäämään samaistuttavuutta sekä esittämään palvelut helposti lähestyttävinä.

Sivuilla ammattilaiset pyrkivät kuitenkin myös rajaamaan omaa asemaansa ja vastuutaan raskausajan hoidossa. Yksityisissä neuvolapalveluissa raskauden seurantaan liittyvää työnkuvaa voidaan rajata niin, että palvelu ei sisällä joitakin suositeltavia laboratoriotutkimuksia, seulontatutkimuksia tai muuta lääketieteellistä arviota. Myös eri ammattiryhmät rajaavat omaa vastuutaan ja työnkuvaansa selkeästi toteamalla, että vaikka osa kätilöistä tarjoaa ultraäänitutkimuksia, he *”eivät tarkastele sikiön rakenteita, eivätkä tee seulontaultraääniä. Mikäli haluat tarkempaa diagnosointia vauvan terveydestä ja istukan toiminnasta sinun on hyvä varata aika kätilön sijasta lääkärille”*. Odottaja ohjataan myös lääkärille tai suoraan sairaalaan esimerkiksi poikkeavien vuotojen ja kipujen vuoksi.

”SINÄ VALITSET!” – VANHEMMAT ASIAKKAINA

Verkkosivujen kuvaukset on suunnattu suoraan vanhemmille ja ne on useimmiten kirjoitettu sinämuotoon. Vanhemmat asemoidaan ensisijaisesti asiakkaiksi, joilla on mahdollisuus yhdistellä eri palveluja ja rakentaa yksilöllinen hoitopolku. Asiakkaan roolissa niillä vanhemmilla, joilla on varaa ostaa palveluja, on myös enemmän valtaa valita mitä he haluavat, milloin ja kenen tuottamana. Käytännössä vanhemmilla on mahdollisuus maksaa joustavuudesta, räätälöidystä tuesta ja jatkuvuudesta.

Joustavuudella viittaamme mahdollisuuteen tavata ammattilaisia myös iltaisin ja viikonloppuisin. Kotikäynnit ovat usein mahdollisia ja ajanvarauksen voi tehdä puhelimitse tai verkkosivujen varausjärjestelmän kautta. Joustavuus voi liittyä myös palvelukieleen, sillä useilla verkkosivuilla palvelua mainostetaan tarjottavan suomen lisäksi ainakin englanniksi ja ruotsiksi. Kuten jo aiemmin mainitsimme, myös palvelujen saatavuutta laajennetaan yksityisellä puolella aina raskauden suunnitteluvaiheesta synnytyksen jälkeiseen aikaan.

Räätälöity tuki merkitsee vanhempien mahdollisuutta valita heitä hoitava ammattilainen tai jopa ryhmä ammattilaisia. Raskaana oleva voi myös tulla puhumaan mieltä askarruttavista asioista, ostaa yksilöllistä synnytysvalmennusta tai tulla käsittelemään aiempia synnytykseen liittyviä traumoja, keskenmenoja tai synnytyspelkoa. Vanhemmat voivat ostaa joko yksittäisiä tai useita käytinkertoja ja myös kumppaneille on omia räätälöityjä palveluja. Lisäksi keskeinen sivuilla korostettava myyntivaltti on hoidon jatkuvuus. Vanhempien on halutessaan mahdollista tavata sama ammattilainen jokaisella käyntikerralla. Seuraavassa otteessa nousee vahvasti esille vanhempien vahva asema tapaamisten sisällön suunnittelijoina, joille tarjotaan erilaisia vaihtoehtoja.

”Jos kaipaatte tukea tai lisäseurantaa raskauteen, voitte varata ajan kätilön vastaanotolle. Käynnin sisältö muodostuu tarpeidenne mukaisesti. Halutessanne tapaatte jokaisella käyntikerralla saman kätilön. Kätilön vastaanotolla saatte kiireettömän, monipuolisen ja yksilöllisen ohjauksen. Sisällytämme käyntiin myös ultraäänitutkimuksen, jos sitä toivotte. Voimme käsitellä huolianne raskauteen tai tulevaan synnytykseen liittyen tai yleisesti keskustella raskaudenkulusta ja seurannasta. Teemme myös tarvittaessa äitiysneuvolaseurantaan kuuluvat perusmittaukset.”

Laboratorio, seulonta- tai ultraäänitutkimuksia tarjoavat palvelut asemoivat vanhemmat erittäin vahvasti valitsijoiksi myös lääketieteellisten tutkimusten suhteen. Ammattilaiset eivät näissä tilanteissa toimi portinvartijoina, vaan vanhemmilla on vapaus ostaa haluamansa määrä erilaisia lisätutkimuksia:

”Meille voit tulla ultraääneen mistä syystä tahansa. Joskus raskauden aikana tulee tilanteita jolloin haluaa varmistaa, että vauvalla on kaikki hyvin. Saattaa olla, ettet tunnista varsinaista konkreettista syytä, miksi tunnet olosi epävarmaksi. [...] Syysi tulla ultraääneen kätilön vastaanotolle voi olla painoarvio, tai vauvan vähäiset liikkeet. Joskus onnellisuus ja ilo raskaudesta on niin suurta, ettet malta odottaa seuraavaa kertaa, kun vauvan voi nähdä ruudulla. Entä vauvan sukupuoli? Sekin saattaa mietityttää ja jännittää. Autamme sinua silloinkin. Myös loppuraskaudessa synnytyksen lähestyessä voit tulla meille, niin tarkistetaan vauvan tarjonta.”

Esimerkiksi ultraäänitutkimuksia varten ei tarvita lääketieteellistä perustetta, vaan vanhemman halu nähdä vauva, helpottaa raskauteen liittyviä huolia tai ”*tutustua uuteen perheenjäseneen koko perheen voimin*” määritellään riittäviksi syiksi. Ajatus siitä, että vanhemmat valitsevat ja rakentavat itselleen tarvitsemansa hoitopolun korostaa ajatusta vanhemmista oman tilanteensa asiantuntijoina.

POHDINTA

Tässä artikkelissa olemme tarkastelleet raskausajan yksityisiä palvelumarkkinoita ja niiden paikkaa osana raskausajan hoitoa sekä ammattilaisten ja vanhempien asemointia. Verkkosivujen kuvausten pohjalta vaikuttaa siltä, että palvelut keskittyvät pääosin suurempiin asutuskeskuksiin ja tarjoavat odottajille sekä heidän läheisilleen monimuotoista tukea. Palveluissa keskitytään odottajan psyykkiseen hyvinvointiin, mahdollisten pelkojen ja traumojen käsittelyyn sekä autetaan perheitä valmistautumaan synnytykseen ja vanhemmaksi tulemiseen. Lisäksi odottajille tarjotaan mahdollisuuksia vahvistaa raskauden lääketieteellistä seurantaa. Yksityisen palvelukentän moninaisuus kuvastaa myös erilaisia käsityksiä raskausajasta, synnytyksestä ja niiden aikana tarvittavasta hoidosta. Se saattaa merkitä ’luonnollisuutta’, henkistä ja fyysistä hyvinvointia, yksilöllistä ja jatkuvaa hoitosuhdetta tai intensiivisempää raskauden seurantaa.

Verkkosivuilla raskausajan palveluita markkinoidaan osittain samalla tavalla kuin viittaamissamme kansainvälisissä lähteissä (24–27). Potentiaalisille asiakkaille halutaan viestiä, että palvelua tarjoavat luotettavat asiantuntijat, joilla on käytössä huipputeknologiaa tai erityisosaamista. Odottajan yksilöllisyyttä ja voimaantumista korostetaan vahvasti. Markkinoinnin tukena käytetään lisäksi asiakaskokemuksia ja verkkosivuille linkitettyjä blogeja. Palvelujen tarvetta perustellaan vetoamalla sekä raskausajan erityisyyteen että raskauteen liittyviin epävarmuuksiin. Odottajille ja heidän läheisilleen tarjotaan siis mahdollisuutta jakaa raskausajan ilo esimerkiksi käymällä koko perheen voimin tutustumassa vauvaan sekä kontrolloida huolia ja pelkoja esimerkiksi keskustelukäyntien tai lisätutkimusten avulla. Kaikille yksityisille palveluille ei myöskään löydy julkisella puolella vastaavaa vaihtoehtoa, kuten kotisynnytykset, tai julkisen puolen palvelussa on suuria alueellisia eroja laadussa tai saatavuudessa (esim. synnytysvalmennus).

Yksityisillä toimijoilla on mahdollisuus valita millä laajuudella palveluita tarjotaan. Tämä eroaa julkisesta neuvolapalvelusta, jossa on tarkkaan määritelty, mitä asioita raskauden seurannassa ja synnytyksen jälkeen on tuotava esille, ja millaisia tutkimuksia on tehtävä (3). Koska yksityisessä neuvolassa ei ole välttämätöntä huomioida erilaisten teemojen kirjoa, aikaa luonnollisesti on henkilökohtaisesti valittujen teemojen syvällisempään käsittelyyn. Täydentävänä palve-

luna tämä varmasti tuo lisäarvoa raskaana olevalle, koska odottaja saa kaipaamaansa "*kiireettömyyttä*" ja "*yksilöllistä kohtaamista*".

Verkkosivujen kuvauksissa korostetaan ammattilaisten monipuolista koulutusta sekä asiantuntijuutta, joka oli kasvanut työkokemuksen kautta. Asiantuntijuus näyttäytyy kuitenkin monilla sivuilla paljon monimuotoisempana ilmiönä. Terveydenhuollon ammattilaisten ei usein odoteta jakavan henkilökohtaisia kokemuksiaan (31,32). Verkkosivuilla monet kuitenkin kertoivat omasta elämästään sekä erityisesti raskaus- ja synnytyskokemuksistaan. Tätä kautta heidän on mahdollista häivyttää vaikutelmia etäisyydestä ja kliinisyydestä sekä asemoida itsensä vahvemmin odottajan rinnalla kulkijoiksi, joilla on sekä tietoa että jaettuja kokemuksia vanhemmuudesta.

Tuloksissa on myös nähtävissä viitteitä ammattiryhmien välisestä neuvottelusta oman toimivallan suhteen. Yksityiset palvelut tarjoavat erityisesti kätilöille mahdollisuuden asemoida itsensä selkeämmin osaksi raskausajan hoitoa. Tämä on osa laajempaa keskustelua kätilöiden roolista ja toimivallasta, johon myös Kätilöliitto ottaa ajoittain kantaa (33). Tarjoamalla raskauden seurantaa ja synnytysvalmennusta suoraan odottajille, kätilöillä on mahdollisuus vahvistaa asemaansa myös raskausajan hoidossa ja epäsuorasti haastaa äitiysneuvoloissa työskentelevien terveydenhoitajien asemaa. Lisäksi kotikätilöinä toimivien palveluntarjoajien voidaan nähdä haastavan ajatusta sairaalasta ainoana tai parhaana synnytyspaikkana.

Verkkosivujen kuvauksissa odottajille ja perheille tarjotaan huomattavasti valtaa säännellä kuinka usein he käyttävät palvelua, muokata tapaamisten sisältöä ja päättää kenet he haluavat tavata. Joissain tapauksissa valinnanvapaus merkitsee myös lääketieteellisten interventioiden laajempaa saatavuutta. Viime aikoina on uutisoitu laajasti suoraan kuluttajille markkinoitavien laboratoriotutkimusten yleistymisestä (34). Tämän trendin laajentuminen raskausajan tutkimuksiin voidaan nähdä osana tätä laajempaa kokonaisuutta, joka tarjoaa yksilölle uuden tavan hankkia lisätietoa omasta kehostaan (35,36). Seuranta- ja seulontatutkimusten mainostaminen myös ei-lääketieteellisiin tarpeisiin voi vahvistaa raskauden medikalisaatiota (37). Kasvava valinnanvapaus voi myös lisätä odottajan vastuuta sekä tutkimustulosten tulkinnassa että oman hoitopolun rakentamisessa. Koska yksityiset ja julkiset palvelut eivät aina jaa yhteisiä potilastietojärjestelmiä, on odottaja myös usein vastuussa tiedon siirtymisestä palveluntarjoajien välillä.

Tutkimuksemme aineisto koostuu yksityisten palveluntarjoajien verkkosivuista, jotka tarjoavat monia näkökulmia palvelujen sisältöön ja tapoihin viestiä. Aineiston pohjalta ei kuitenkaan voida päätellä esimerkiksi sitä, kuinka tietoisia vanhemmat ovat näistä palveluista, mikä motivoi heitä hakeutumaan yksityisiin palveluihin tai kuinka yleistä niiden käyttö nykyään on. Näitä kysymyksiä tulisikin tulevaisuudessa tutkia tarkemmin. Tämän tutkimuksen pohjalta haluamme kuitenkin nostaa keskusteluun myös ajatuksen siitä, että yksityisen palvelukentän olemassaolo voi viestiä jotakin raskausajan hoitoon liittyvistä tyydyttämättömistä palvelutarpeista. Yksi selkeä esimerkki ovat kotisynnytykset, joita ei julkisesti tueta ja joita varten vanhempien täytyy itse maksaa palvelusta. Muina esimerkkeinä voidaan nähdä synnytyskokemusten tai pelkojen käsittely, mahdollisuus tavata sama ammattilainen jokaisella käyntikerralla sekä yksilöllinen synnytysvalmennus. Monet näistä ovat myös alueita, joihin vanhemmat ovat ilmaisseet tyytymättömyyttä julkisia neuvolapalveluja koskevassa kyselyssä (9). Yksityisten palvelujen ei kuitenkaan ole mahdollista paikata mahdollisia puutteita kaikissa tilanteissa. Ne ovat pääasiassa vaihtoehto tai lisä niille perheille, joiden taloudellinen asema mahdollistaa niiden ostamisen. Haasteeksi muodostuu se, että kaikilla odottajilla ei ole mahdollisuutta lähteä hakemaan lisätukea yksityisestä neuvolasta. Matala sosioekonominen asema tai esimerkiksi mielenterveys- ja päihdeongelmat voivat olla esteenä täydentävien palveluiden käytölle. Lisäksi täydentävien palvelujen saatavuudessa on suurta maantieteellistä vaihtelua. Terveyspalvelujen suunnittelussa sekä niihin liittyvässä priorisoinnissa olisikin ensisijaisen tärkeää käydä laajempaa keskustelua siitä, millaiset raskausajan palvelut hyvinvointivaltio haluaa ja kykenee tarjoamaan kaikille lasta odottaville.

RAHOITTAJAT:

Tuulia Lahtisen tutkimustyötä rahoittaa Koneen Säätiö.

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Jones vastasi tutkimuksen suunnittelusta, aineiston keräämisestä sekä artikkelin alustavasta luonnoksesta. Aineiston analyysistä sekä artikkelikäsi kirjoituksen kirjoittamisesta vastasivat Jones ja Lahtinen. Kummatkin hyväksyivät lopullisen version.

Jones, M., Lahtinen, T. ***Homebirth midwives and peek-a-boo ultrasounds – private health services and their position in pregnancy care.*** **Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2025: 62: 53–66.**

The maternal health clinics play a central role in pregnancy care in Finland. These public clinics reach nearly all expectant parents. Unlike many other social and healthcare services, maternal clinics have not been privatised or opened to competition. The services are organised by the wellbeing services counties. However, a private pregnancy care market has emerged, offering some parents to opportunity to supplement public maternity services. The aim of this article is to examine 1) the types of services currently available to expectant parents and 2) how private service providers seek to position themselves as part of pregnancy care. Our data comes from the websites of private pregnancy service providers, which are used to communicate directly with parents. The textual content of the websites is examined with the tools of positioning analysis. Our analysis provides an overview of the private services market, which reflects the diversity of needs and desires related to pregnancy care. Private services cover the entire country but are mainly located in larger cities. Through their websites, the services are positioned both as a supplement and an alternative to public services. They are marketed by highlighting the fears related to pregnancy and birth, and by emphasising the uniqueness of this time in the life of the parents. Professionals are depicted as experts who are knowledgeable and highly skilled. Additionally, their expertise is also partly constructed on their personal experiences. The professional-parents relationship was described as free from hierarchies. Parents are clearly positioned as consumer, who are both able and responsible for creating their own individual care pathway. Private pregnancy services can respond to unmet service needs and are marketed as an option for all expectant parents and families. However, financial resources are likely to determine parents' ability to purchase additional or alternative services.

Keywords: marketing, pregnancy, private health services, maternity clinics

Saapunut 18.04.2024
Hyväksytty 15.06.2024

LÄHTEET

(1) Ilta-Sanomat. Natalia Salmela meni ensi kertaa neuvolaan ja järkyttyi – "En halua, että lapseni on koekaniini". 13.10.2022. Luettu 6.11.2023. https://www.is.fi/perhe/art-2000009120715.html

(2) Pennanen T. Täiden leikkausta ja jaloista roikuttamista –Neuvolan satavuotinen historia kuvina. Lääkärilehti 18.3.2022. Luettu 3.6.2023. https://www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/taiden-leikkausta-ja-jaloista-roikuttamista-neuvolan-satavuotinen-historia-kuvina/

(3) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Äitiysneuvola. 2024. Luettu 5.4.2024. https://thl.fi/aiheet/lapset-nuoret-ja-perheet/sote-palvelut/aitiys-ja-lastenneuvola/aitiysneuvola

(4) Lindén A. Satavuotiaan neuvolan tulevaisuus hyvinvointialueilla. 2022. Valtioneuvosto. https://valtioneuvosto.fi/-//1271139/satavuotiaan-neuvolan-tulevaisuus-hyvinvointialueilla

(5) Puhakka J, Mäenpää T. Neuvola 100 vuotta. 2022. Luettu 5.4.2024. https://www.yleislaakarit.fi/522_pj

(6) Raussi-Lehto E, Regushevskaya E, Gissler M ym. Äitiysneuvolatoiminta Suomessa 2000-luvulla. Kyselytutkimuksen perusraportti. Raportti 52/2011. THL. Tampere: Juvenes Print; 2011.

(7) Yuill C, McCourt C, Cheyne H ym. Women's experiences of decision-making and informed choice about pregnancy and birth care: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. BMC Pregnancy Childbirth 2020;20:343. doi: 10.1186/s12884-020-03023-6

(8) Benoit C, Stengel C, Phillips R ym. Privatisation & marketisation of post-birth care: The hidden costs for new mothers. Int J Equity Health 2012;11(1):61–61. doi: 10.1186/1475-9276-11-61

(9) Klemetti R, Paavilainen M, Kalliolehto J. ym. Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa. 2024. THL Raportti 10/2023.https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-209-9

(10) Hauhio N, Heino A, Gissler M. Perinataalitilasto: synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2022: Joka viides synnytys päätyy keisarileikkaukseen. 2023. THL Tilastoraportti 60/2023. https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20231103143200

(11) Krzyzanowska N. The commodification of motherhood: normalisation of consumerism in mediated discourse on mothering. Soc Semiot 2020;30(4):563–90. doi: 10.1080/10350330.2020.1762986

(12) Paju P, Klemetti R, Vuorenmaa M. FinLapset-tutkimuksen mukaan yli puolella vauvoista ja nelivuotiaista lapsista on sairauskuluvakuutus – yksityislääkärillä käy kolmasosa pienistä lapsista. 10/2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. https://www.julkari.fi/handle/10024/146138

(13) Tynkkynen LK, Alexandersen N, Kaarbøe O ym. Development of voluntary private health insurance in Nordic countries – An exploratory study on country-specific contextual factors. Health Policy 2018;122(5):485–492. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.03.008

(14) Valtonen H, Kempers J, Karttunen A. Supplementary health insurance in Finland. Consumer preferences and behaviour. Kela, työpapereita 65/2014. Luettu 23.8.2023. http://hdl.handle.net/10138/135958.

(15) Sointu L, Lehtonen TK, Häikiö L. The Public, the Private and the Changing Expectations for Everyday Welfare Services: The Case of Finnish Parents Seeking Private Health Care for their Children. Soc Policy Soc 2021;20(2):232–46. doi:10.1017/S1474746420000287

(16) Säkkinen S, Kuoppala T. Varhaiskasvatus 2016. THL:n tilastoraportti 29/2017.

(17) Kehily MJ. For the love of small things: consumerism and the making of maternal identities. Young Consum 2014;15(3):227–38. doi: 10.1108/YC-09-2013-00396

(18) Mander R. Commercialisation and entrepreneurialism in maternity. Midwifery. 2011;27(4):393-8. doi: 10.1016/j.midw.2011.02.002

(19) Wegrzynowska M. Private Services and the Fragmentation of Maternity Care in Poland. Med Anthropol 2021;40(4):322–34. doi: 10.1080/01459740.2021.1883601

(20) Stan S, Toma VV. Accumulation by Dispossession and Public-Private Biomedical Pluralism in Romanian Health Care. Med Anthropol 2019;38(1):85–99. doi: 10.1080/01459740.2018.1492572

(21) Herrera-Araujo D, Rochaix L. Competition between public and private maternity care providers in France: Evidence on market segmentation. Int J Environ Res Public Health 2020;17(21):1–18. doi:10.3390/ijerph17217846

(22) Temkina A, Rivkin-Fish M. Creating health care consumers: The negotiation of un/official payments, power and trust in Russian maternity care. Soc Theory Health 2020;18(4):340–57. doi: 10.1057/s41285-019-00110-3

(23) Węgrzynowska M, Nenko I, Raczkiewicz D ym. Investment in the peace of mind? How private services change the landscape of maternity care in Poland. Soc Sci Med 2023; 337:116283–116283. doi: 10.1016/j.socscimed.2023.116283

(24) Aiello M. Seeking a Bump in Maternity Services. Healthcare Marketing Advisor. 2014;15(5):4-7. https://search.ebscohost.com/login.aspxdirect=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=ccm&AN=97260021&site=ehost-live&scope=site

(25) Rutherford M, Gallo-Cruz S. Selling the ideal birth: Rationalization and re-enchantment in the marketing of maternity care. In: Advances in Medical Sociology. Emerald Group Publishing Limited; 2008. p. 75–98. doi: 10.1016/S1057-6290(08)10005-5

(26) Chee RM, Capper TS, Muurlink OT. The impact of social media influencers on pregnancy, birth, and early parenting experiences: A systematic review. Midwifery 2023;120:103623–103623. doi: 10.1016/j.midw.2023.103623

(27) Marsh A, Hundley VA, Luce A ym. The perfect birth: a content analysis of midwives' posts about birth on Instagram. BMC Pregnancy Childbirth 2023;23(1):422–422. doi: 10.1186/s12884-023-05706-2

(28) Burke-Garcia A, Kreps GL, Wright KB. Perceptions about disseminating health information among mommy bloggers: Quantitative study. JMIR Res Protoc 2018;20(4):116–116. doi: 10.2196/resprot.7764

(29) Moghaddam F, Harré R. Words, conflicts, and political processes. In: F. Moghaddam and R. Harré (ed.) Words of Conflict, Words of War: How the language we use in political processes sparks fighting. Santa Barbara, CA: Praeger. 2010, 1–28.

(30) Harré R. Positioning theory: moral dimensions of social-cultural psychology. In: J. Valsiner (ed.) The Oxford Handbook of Culture and Psychology. New York: Oxford University. 2012, 191–206.

(31) Moll S, Eakin JM, Franche RL ym. When Health Care Workers Experience Mental Ill Health: Institutional Practices of Silence. Qual Health Res 2013;23(2):167–79. doi: 10.1177/1049732312466296

(32) Oates J, Drey N, Jones J. 'Your experiences were your tools'. How personal experience of mental health problems informs mental health nursing practice. J Psychiatr Ment Health Nurs 2017;24(7):471–479. doi: 10.1111/jpm.12376

(33) Oinonen P. Kätilöt neuvolan satavuotisessa historiassa. 2022. Luettu 8.4.2024. https://suomenkatiloliitto.fi/katilot-neuvolan-satavuotisessa-historiassa/

(34) Helsingin Sanomat. Ilman lähetettä tehtävät laboratoriotutkimukset ovat entistä suositumpia. 2024. Luettu 9.4.2024. https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000010342935.html

(35) Lupton D. Self-tracking. Teoksessa: Kennerly, M., Frederick, S. & Abel, J. (toim.) *Information: Keywords*. New York Chichester, West Sussex: Columbia University Press. 2021, 187-198. doi: 10.7312/kenn19876

(36) Baldwin, K. The biomedicalisation of reproductive ageing: reproductive citizenship and the gendering of fertility risk. Health Risk Soc 2019; 21(5-6):268–283. doi: 10.1080/13698575.2019.1651256

(37) Roberts J, Griffiths FE, Verran A ym. Why do women seek ultrasound scans from commercial providers during pregnancy? Sociol Health Illn 2015;37(4):594–609. doi: 10.1111/1467-9566.12218

Marjaana Jones
TtT, tutkijatohtori
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö

Tuulia Lahtinen
TtM, väitöskirjatutkija
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö

Artikkeli

Iäkkäiden etäohjattu liikunta – Implementaatiota edistävät ja vaikeuttavat tekijät kunnissa

Kansallisessa ikäohjelmassa esitetään, että digitaaliset ratkaisut ja etäpalvelut voivat osaltaan tukea iäkkäiden toimintakykyä ja itsenäistä kotona asumista. Tutkimuksessa seurattiin yhden mahdollisen ratkaisun, etäohjatun liikunnan toteutusta seitsemässä kunnassa. Kuntien työntekijöiden (n=14) elisitaatiohaastatteluilla ja sähköpostikyselyllä selvitettiin, mitkä tekijät edistivät tai vaikeuttivat iäkkäille suunnatun etäohjatun liikunnan implementaatiota kunnissa. Implementaatiotutkimuksen viitekehyksen avulla pyrittiin tunnistamaan rakenteita, toimintaa ja kokemuksia, joilla on yhteys etäohjatun liikunnan toimeenpanon onnistumiseen ja haasteisiin. Aineistosta etsittiin etäohjatun liikunnan implementaatioon vaikuttavia tekijöitä: tietoja osallistuneista, näkemyksiä iäkkäistä liikkujina ja teknologian käyttäjinä, johdon linjauksia, organisaatioiden ja työntekijöiden tekoja sekä ratkaisuja, joilla pyrittiin tukemaan osallistujien toimintakykyä. Implementaation tuloksia ja prosessia tarkasteltiin lopuksi hyväksyttävyyden, käyttöönoton, soveltuvuuden, käytettävyyden, pysyvyyden, kustannusten, leviämisen ja juurtumisen näkökulmista. Paikallinen toimintakulttuuri, resurssit ja näkemykset iäkkäistä heijastuivat etäohjattua liikuntaa koskeviin päätöksiin. Implementaatio onnistui parhaiten kunnissa, joissa etäohjattu liikunta oli juurtunut rakenteisiin, henkilöstövaihdokset olivat hallittuja, ja joissa suhtauduttiin iäkkäiden oppimispotentiaaliin myönteisesti ja ongelmiin ratkaisukeskeisesti. Toimintamallin joustavuus edisti implementaatiota erilaisiin kuntiin ja tilanteisiin. Implementaatiota haastoivat ennakoimattomat muutokset henkilö- ja tilaresursseissa, organisaatioiden välisen yhteistyön rajaaminen sekä kielteiset näkemykset iäkkäistä teknologian käyttäjinä. Tulosten perusteella esitämme, että etäohjattu liikunta voi osaltaan ratkaista haavoittuvien ryhmien terveyden edistämisen haasteita ja sen järjestämistä kannattaa harkita kunnissa ja hyvinvointialueilla, mutta implementaation haasteet on huomioitava huolellisesti.

ASIASANAT: ikääntyneet, etäpalvelut, liikunta, implementointi

SONJA ILTANEN, KATJA BORODULIN, EERIKA SALORANTA, SAKARI TAIPALE, PÄIVI TOPO

YDINASIAT

- Tutkimus toi uutta tietoa iäkkäille suunnatun etäohjatun liikunnan järjestämisestä kuntien palveluna.
- Implementaatiota edistivät etäohjatun liikunnan juurtuminen kuntien rakenteisiin, hallitut henkilövaihdokset, ratkaisukeskeisyys ja myönteinen suhtautuminen iäkkäiden oppimiseen.
- Etäohjattu liikunta voi ratkaista haavoittuvien ryhmien terveyden edistämisen haasteita. Sen järjestämistä kannattaa harkita kunnissa ja hyvinvointialueilla.

JOHDANTO

Väestön terveys- ja hyvinvointierot ovat keskeinen kansanterveydellinen haaste. Sairauksien ja kuolemien ilmaantuvuudessa on eroja, jotka liittyvät sosioekonomiseen asemaan ja maantieteelliseen sijaintiin. (1–2.) Digitaaliset palvelut voivat olla terveyserojen kaventamisessa ratkaisu ja haaste. Digitaalista syrjäytymistä lisäävät ikääntyneiden keskuudessa korkea ikä, matala koulutus, toimintakyvyn ongelmat, psyykkinen kuormittuneisuus ja yksinäisyys (3). Toisaalta iäkkäiden kokemuk-

set digiterveyspalveluista ovat sekä positiivisia että negatiivisia (4,5). Tutkimustietoa digitaalisista ratkaisuista iäkkäiden hyvinvoinnin ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi tarvitaankin lisää.

Kansallisessa ikäohjelmassa esitetään, että digitaaliset ratkaisut ja etäpalvelut voivat osaltaan tukea iäkkäiden toimintakykyä ja itsenäistä kotona asumista (6). Nähdäksemme etäohjattu liikunta voi tarjota mahdollisuuden päästä kohti näitä tavoitteita ja samalla ehkäistä terveys- ja hyvinvointierojen kehittymistä, mikäli se vastaa iäkkäiden tarpeisiin ja soveltuu toteutettavaksi käytännössä. Etäohjatulla liikunnalla tarkoitamme liikuntaa, joka toteutetaan teknologian välityksellä siten, että ohjaaja ja osallistujat ovat fyysisesti eri paikoissa. Aiheeseen liittyvä sanasto on vakiintumatonta, eikä tieteellisessä kontekstissa käytetä yhtenäistä terminologiaa. Englanninkielisessä tutkimuskirjallisuudessa yleisimpiä ovat *tele-*, *remote-*, *virtual-*, *online* ja *videoconference* -alkuiset ilmaisut (esimerkiksi *online exercise)*. Suomeksi puhutaan arkikielessä etäjumpasta, etäliikunnasta, digijumpasta ja virtuaalijumpasta.

Artikkeli rajautuu teknologian näkökulmasta lähetyksiin, joita tehdään reaaliaikaisina, kaksisuuntaisina videopuheluina ja joihin osallistuu useampi henkilö yhtä aikaa. Etäohjattua liikuntaa on toteutettu myös ohjaajan ja yhden osallistujan välisinä lähetyksinä (7), yksisuuntaisina lähetyksinä (8), tallenteilla (9), pelillisesti (10), virtuaalisissa ympäristöissä (11) ja liikesensoreilla (12). Olemme rajanneet etäkuntoutuksen artikkelin ulkopuolelle. Etäkuntoutuksessa teknologian käyttöön ja vuorovaikutukseen liittyvät piirteet ovat osin samanlaisia kuin etäohjatussa liikunnassa, mutta etäkuntoutuksessa yksilölliset kuntoutukselliset tavoitteet, vastuukysymykset ja tietoturva ovat merkittävämmässä roolissa, mikä vaikuttaa käytännön toteutukseen (13).

Etäohjattua liikuntaa on kokeiltu ratkaisuna koronapandemian erityisesti iäkkäille tuomiin kokoontumisrajoituksiin (14–18). Aiemmissa tutkimuksissa etäohjattuun liikuntaan osallistuneet iäkkäät henkilöt kokivat hyödyiksi myös, että matkoihin ei kulu aikaa ja voimia, autoa ei tarvitse ajaa ja sääolosuhteet eivät vaikuta osallistumiseen (19–21). Videopuheluilla toteutetulla liikunnalla voitiin parantaa iäkkäiden fyysistä terveyttä ja toimintakykyä kuten perinteisellä lähiohjatulla liikunnallakin (16, 22–23). Verrattuna tallenteiden avulla harjoitteluun, kaksisuuntaisilla videopuheluilla saatiin enemmän osallistujia, vähennettiin enemmän kaatumisriskiä ja -pelkoa sekä kohennettiin fyysistä toimintakykyä, koettua terveyttä ja elämänlaatua (21,24). Osallistujat kokivat ryhmämuotoiset videopuhelut miellyttäviksi (17–18, 24–25) ja niissä saadun reaaliaikaisen ohjauksen lisäävän liikuntamotivaatiota (18,20). Ne tarjosivat psykologisesti turvallisen mahdollisuuden liikkua (15), sekä toivat sosiaalisia kontakteja ja tunteen läsnäolosta (26–27). Lähetysten toteutukseen on annettu suosituksia suomeksi (28) ja kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa (14,16,18,27,29).

Suurimmat aiempien tutkimusten kuvaamat huolenaiheet liittyivät turvallisuuteen ja osallistujien digiosaamiseen. Edellä siteeratuissa tutkimuksissa ei raportoitu etäohjatusta liikunnasta johtuneita haittatapahtumia. Turvallisuutta pyrittiin parantamaan osallistujavalinnoilla, muokkaamalla liikuntasisältöä, pitämällä yhteyttä osallistujiin ja huolehtimalla harjoitteluympäristön turvallisuudesta (18,27). Osallistujan kielteinen käsitys omista digitaidoistaan johti joissain tapauksissa siihen, ettei henkilö halunnut osallistua etäohjattuun liikuntaan (14,19). Osalla toimintaan osallistuneista oli intervention alkaessa haasteita videopuheluohjelman käyttämisessä (17,20,25,30) tai kameran säätämisessä (18,20) ja niitä ratkaistiin tarjoamalla digitukea. Vahva liikuntamotivaatio ja usko omaan oppimiskykyyn (30) sekä karttuva käytännön kokemus etäohjatusta liikunnasta (20–21, 25) vähensivät osallistujien digihaasteita.

Implementaatiotutkimuksen avulla tutkitaan, miten muutoksia toteutetaan ja otetaan käyttöön esimerkiksi terveydenhuollossa ja muissa konteksteissa. Implementaatiotutkimuksen myötä voidaan tunnistaa kannustimia ja esteitä, jotka vaikuttavat uusien innovaatioiden tai käytäntöjen onnistuneeseen käyttöönottoon ja integrointiin. (31.) Petersin ja kumppaneiden mukaan implementaation tuloksiin vaikuttavat muuttuvat ja ennakoimattomatkin ympäristötekijät, instituutiot ja rakenteet sekä niissä toimivat ihmiset (32). Suomessa tiedämme monien tahojen kehittäneen ja toteuttaneen iäkkäille suunnattua etäohjattua liikuntaa 20 vuoden ajan (33) ja koronapandemian vaikuttaneen etäohjatun liikunnan implementaatioon kunnissa (34). Vaikka tieto iäkkäille suunnatusta etäohjatusta liikunnasta onkin lisääntynyt, tutkimustietoa sen implementaatiosta on vain vähän.

Tutkimuksemme tarkoituksena on lisätä tietoa mahdollisuuksista, joilla voidaan tukea iäkkäiden toimintakykyä ja itsenäistä kotona asumista sekä ehkäistä terveys- ja hyvinvointierojen kehittymistä. Tavoitteenamme on tuoda uutta tietoa etäohjatun liikunnan implementaatioon vaikuttavista tekijöistä. Tutkimuskysymyksemme on: Mitkä tekijät edistävät tai vaikeuttavat iäkkäille suunnatun etäohjatun liikunnan implementaatiota kunnissa? Lisäksi esitämme viisi tarkentavaa kysymystä:

1. Miten etäohjatun liikunnan toteutus muuttui seuranta-aikana?
2. Miten tiedot osallistuneista sekä näkemykset iäkkäistä liikkujina ja teknologian käyttäjinä olivat yhteydessä toteutukseen?
3. Miten kuntapäättäjien, esihenkilöiden, organisaatioiden ja työntekijöiden tavoitteet, reunaehdot ja toimintatavat olivat yhteydessä toteutukseen?
4. Miten digitaaliset, materiaaliset ja toiminnalliset ratkaisut olivat yhteydessä mahdollisuuksiin tukea osallistujien toimintakykyä?
5. Mitkä tekijät edistivät tai vaikeuttivat implementaatiota?

MENETELMÄT

AINEISTONKERUU

Tutkimuksessa seurattiin etäohjatun liikunnan toteutusta seitsemässä kunnassa. Tiedonkeruu toteutettiin 2020–2023 ja tutkimus tuotti tietoa takautuvasti vuodesta 2013 alkaen. Tutkituissa kunnissa oli vuosina 2018–2019 pilotoitu kolmen kuukauden ajan Voimaa etäjumpasta -toimintamallia ja pilotteihin kunnat oli valittu Voimaa vanhuuteen -terveysliikuntaohjelmaan osallistuneiden joukosta. Ikäinstituutti tuki pilotteja, joiden jälkeen kunnat jatkoivat toteutusta itsenäisesti. Tutkimus aloitettiin pilottien päätyttyä ja se on terveysliikuntaohjelmasta ja piloteista erillinen kokonaisuus.

Voimaa etäjumpasta -toimintamallissa etäohjattu liikunta on kohdennettu yli 75-vuotiaille, jotka asuvat kotona ilman säännöllisiä palveluita ja joilla on alkavia toimintakyvyn rajoitteita. Tarkkoja ikärajoja ei kuitenkaan aseteta. Olennaisempaa on vaikeus päästä ohjattuihin liikuntaryhmiin. Osallistujilta ei edellytetä digitaitoja ennen etäohjatun liikunnan aloittamista, mutta toimintamallissa ohjeistetaan antamaan digitukea. Toiminnallinen sisältö on iäkkäille sopivaa liikuntaa, jonka ohjeistusta voidaan seurata ruudulta. Toimintamallissa ohjeistetaan järjestämään viikoittaisia kaksisuuntaisia lähetyksiä, joiden lisäksi kehotetaan harjoittelemaan omatoimisesti tallenteiden avulla. Iäkkäät henkilöt osallistuvat lähetyksiin yksin tai kaksin kotoa käsin, tai ryhmänä kokoontumistilasta (nk. etäkatsomo). Ohjaaja voi olla lähettävässä päässä ilman lähiryhmää tai ryhmän kanssa. Toimintamallissa annetaan vinkkejä ohjelmien ja laitteiden valintaan, mutta ei määritellä teknologiaa. (28.) Toimintamalli tarjosi kunnille lähtökohdan etäohjatun liikunnan suunnittelulle, mutta kunnat päättivät itse toimintatavoista, teknologiasta, laajuudesta ja maksuista. Toteutus vaihteli kuntien välillä ja myös ajan myötä. Ratkaisuja ja niihin vaikuttavia tekijöitä on kuvattu tuloksissa.

Valtaosa kunnista oli harvaan asuttuja (väestötiheys 1,5–6,5 asukasta/km^2, koko maan mediaani 10,2 asukasta/km^2), pinta-alaltaan suuria (850–2500 km^2, koko maan mediaani 761 km^2), väkiluvultaan pieniä (2500–4000 asukasta), ja niiden väestö oli iäkästä (65 vuotta täyttäneitä 27–38 %, koko maa 23 %). Kunta 4:n väkiluku ja väestötiheys olivat huomattavasti muita kuntia suuremmat. Kunta 7 tarjosi etäohjattua liikuntaa usean kunnan alueella, mikä suurensi yhteenlaskettuna väkilukua ja pinta-alaa. (35–36.)

Informantit (n=14) olivat Voimaa etäjumpasta -toimintamallia pilotoineiden kuntien (n=7) työntekijöitä. Heidän tehtävänimikkeitään olivat liikunnanohjaaja, palveluohjaaja, päivätoiminnan ohjaaja, hyvinvointivastaava, hyvinvointikoordinaattori, liikuntapäällikkö, suunnitteluopettaja ja rehtori. Kaikilla haastatelluilla oli kokemusta etäohjatun liikunnan ohjaamisesta (n=5) tai organisoimisesta (n=9), mutta kokemuksen laajuus vaihteli lyhyestä kokeilusta tai suunnitelmasta monivuotiseen toteutukseen. Kolme haastatelluista oli tullut mukaan etäohjatun liikunnan toteutukseen pilottien päätyttyä. Aineisto pyrittiin keräämään samoilta henkilöiltä koko seurannan ajan, mutta työsuhteiden päättymisen ja alkamisen vuoksi kahdessa kunnassa informantti vaihtui seurannan aikana.

Aineisto kerättiin kolmessa vaiheessa: kahdella haastattelukierroksella (syksy 2020, kevät 2022) ja sähköpostikyselyllä (kevät 2023). Aineisto koostuu litteroiduista haastatteluista ja

sähköpostikyselyn vastauksista sekä näiden tuloksena syntyneistä diaesityksistä, jotka kuvaavat toteutusprosessia.

Haastattelut tehtiin Microsoft Teams -videopuheluina (vrt. 37–38). Haastatteluissa oli mukana tutkija (SI) ja 1–3 haastateltavaa kustakin kunnasta. Haastattelut olivat puolistrukturoituja teemahaastatteluja, teemoina etäohjatun liikunnan toteutuksen vaiheet kyseisessä kunnassa, muutosten syyt ja vaikutukset, lähitulevaisuuden suunnitelmat sekä implementaatiota tukevat ja vaikeuttavat tekijät. Haastattelut tallennettiin äänitiedostoina erillisellä tallentimella ja ulkopuolinen yritys litteroi äänitallenteet. Haastattelut kestivät 35–80 minuuttia, yhteensä 815 minuuttia ja litteroituna 355 sivua.

Haastatteluissa käytettiin elisitaatiomenetelmää. Elisitaatiossa on läsnä haastattelua varten valittu tai tuotettu objekti (esimerkiksi kuva, video, esine), joka auttaa tuottamaan tietoa tutkittavasta ilmiöstä (39). Myös kyseiset objektit otetaan usein analyysin kohteeksi. Elisitaatiohaastatteluilla on saatu esiin haastateltujen näkemyksiä sosiaalisen iän rakentumisesta (40) ja iäkkäiden teknologian käytöstä (41).

Elisitaatio toteutettiin PowerPoint-diaesitysten avulla. Ennen haastatteluja tutkija (SI) valmisteli kullekin kunnalle oman diaesityksensä. Esitykset rakentuivat diapareista: ensimmäisessä diassa oli kuvio etäohjatun liikunnan käytännön ratkaisuista ja toisessa kooste muutoksista. Haastattelun aikana tutkija jakoi kuntaa koskevan diaesityksen Microsoft Teamsin jakotoiminnolla. Tutkija täydensi dioja keskustelun perusteella ja lisäsi uusia diapareja kuvaamaan muutoksia, jos esimerkiksi liikunnanohjaaja, lähetyspaikka tai videopuheluohjelma oli vaihtunut. Haastateltava näki diojen muutokset reaaliajassa ja tarkisti, että tiedot oli kirjattu oikein. Diaesitykset muodostavat kuntakohtaisia aikajanoja, jotka alkavat etäohjatun liikunnan käynnistämisestä ja päättyvät sen lopettamiseen tai viimeisimpään toimintamalliin. Diaesityksissä (n=7) on 2–10 diaparia.

Sähköpostikyselyyn vastasi yksi henkilö (n=7) jokaisesta kunnasta. Kyselyssä pyydettiin kertomaan lyhyesti, miten etäohjattua liikuntaa oli toteutettu kevään 2022 jälkeen ja millaisia suunnitelmia oli syksylle 2023. Tiedot päivitettiin diaesityksiin.

ANALYYSIN TOTEUTUS JA TULKINTA

Diaesityksistä poimittiin kuntakohtaiset tiedot etäohjatun liikunnan jatkumisesta, keskeytymisestä tai päättymisestä ja yhteenveto käytetyistä ratkaisuista. Haastatteluaineisto analysoitiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä taulukossa 1 esitetyn analyysirungon mukaisesti. Analyysirunko pohjautuu Wankan ja Gallistlin jäsennykseen ikääntymisen ja teknologian välisten suhteiden tutkimuksesta, mutta sitä muokattiin kuvaamaan etäohjatun liikunnan toteutukseen vaikuttavia tekijöitä (42). Analyysirungon aiempaa versiota oli käytetty pienemmän koronapandemiaa käsittelevän aineiston kanssa (34).

Tutkija (SI) ja tutkimusassistentti (ES) analysoivat haastatteluaineistoa yhdessä. Ensin aineisto järjestettiin Atlas.ti-ohjelman avulla pääkategorioittain. Tämän jälkeen kukin aineistokatkelma koodattiin alakategorioihin samalla tiivistäen katkelmia muutamaan lauseeseen, josta kävi ilmi toimija, toiminta, toiminnan kohde ja konteksti. Tiivistelmien yhteyteen lisättiin tulkintakommentteja, mikäli tutkija tai tutkimusassistentti huomasivat aineistossa tulkinnan kannalta kiinnostavia elementtejä. Esimerkki sisällönanalyysin päättelyketjusta on esitetty taulukossa 1. Kommentit kopioitiin alakategorioittain eriteltynä 22 tekstitiedostoon. Tutkija tiivisti ja järjesti aineistoa edelleen, pyrkien saamaan esiin kunkin kategorian ominaispiirteet. Lopuksi jäsensimme tuloksia implementaation viitekehyksessä (vrt. 32,43).

EETTISET KYSYMYKSET

Tutkimuksessa noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen periaatteita. Neuvottelukunnan linjauksen mukaan tutkimukselle ei päädytty hankkimaan ennakkoarviointilausuntoa. Informantit saivat tutkimustiedotteen ja suostumuslomakkeen sähköpostilla ennen ensimmäistä haastattelua. Tietoiset suostumukset saatiin ensimmäisessä haastattelussa suullisesti ja toisen haastattelun yhteydessä kirjallisesti.

Haastatteluissa muistutettiin, että tulokset raportoidaan anonyymisti. Tunnistettavuuteen liittyvistä huolista keskusteltiin tarvittaessa. Informantit antoivat suostumuksensa tietoisina siitä, ettei anonymiteettia pysty turvaamaan täysin aukottomasti, koska aiemmassa hanketyössä pilottikunnat ja muutamat työntekijät ovat ol-

leet esillä tunnistettavasti. Jotta haastateltujen ja heidän työnantajiensa identiteetti ei paljastuisi, olemme karkeistaneet informanttien tunnistetietoja.

TULOKSET

ETÄOHJATUN LIIKUNNAN TOTEUTUS SEURANTA-AIKANA

Kuviossa 1 on yhteenveto etäohjatun liikunnan toteutumisesta ja jatkosuunnitelmista tutkituissa kunnissa vuosina 2013–2023. Kunnissa oli 2–10 muutosvaihetta, jolloin vaihtui esimerkiksi teknologia, liikunnanohjaaja tai kohderyhmä. Kunnissa 2, 4, 5 ja 6 viimeinen muutos oli etäohjatun liikunnan lopettaminen. Kunnissa 1, 3 ja 7 etäohjattu liikunta vakiintui seuranta-aikana osaksi kunnan palvelutarjotinta.

Kaikissa kunnissa liikuntasisältö oli istuen tai seisten toteutettua voima- ja tasapainoharjoittelua koko seuranta-ajan. Muut ratkaisut, kuten kuntien valitsemat ohjelmat, laitteet, digituen toteutus, palvelun maksullisuus sekä ohjaamisen ja osallistumisen järjestelyt vaihtelivat kuitenkin kunnasta toiseen ja muuttuivat myös saman kunnan sisällä ajan myötä. Kuvioon 2 on koottu yhteenveto seuranta-aikana käytetyistä ratkaisuista.

Esittelemme seuraavaksi teoriaohjaavan sisällönanalyysin avulla aineistosta johdettuja tuloksia Taulukon 1 mukaisesti.

Taulukko 1. Analyysirunko: etäohjatun liikunnan toteutukseen vaikuttavat tekijät (*vrt. elements of the field of technologies and ageing: 39*) ja esimerkki sisällönanalyysin päättelyketjusta.

Etäjumpan toteutukseen vaikuttavat tekijät	
Pääkategoria	**Alakategoriat**
Tiedot etäohjattuun liikuntaan osallistuneista *(Science and research)*	Tiedon alkuperä Tiedon sisältö
Lainaus: Mehän on toteutettu ne SPPB-testistöt ja puristusvoimat. Samoilla testeillä on menty koko ajan, että ollaan pystytty vertaamaan saadaanko kaikilla jumppamuodoilla samanlaisia tuloksia. Kauttaaltaan ne tulokset ollut positiivisia. Siitä on selkeästi ollut hyötyä, kun on nämä henkilöt osallistuneet. (Kunta 2)	Tiivistys: Tiedon alkuperä Kunnassa 2 on tehty samat toimintakykytestit (SPPB, puristusvoima) säännöllisesti liikuntaryhmiin osallistuneille, ml. etäohjattuun liikuntaan osallistuneet. Tiivistys: Tiedon sisältö Kunnassa 2 toimintakykytestien tulokset ovat olleet myönteisiä. Etäohjattu liikunta on hyödyttänyt siihen osallistuneita. Tulkintakommentti: Toimintakykytestien mukaan etäohjattu liikunta tukee iäkkäiden fyysistä toimintakykyä.
Näkemykset iäkkäistä *(Norms and discources)*	Iäkkäät teknologian käyttäjinä Iäkkäät liikkujina
Kuntapäättäjien ja esihenkilöiden linjaukset *(Politics and policies)*	Päätöksentekoon vaikuttavat näkemykset Valtakunnalliset linjaukset
Organisaatioiden toiminta *(Institutions and practitioners)*	Työnjako ja yhteistyö Resurssien hallinnointi
Työntekijöiden toiminta *(Institutions and practitioners)*	Koordinointi: aikataulut, tilat, yhteistyö Osallistujat: rekrytointi, tiedonkeruu, turvallisuuden varmistaminen Ohjaaminen etäyhteyksillä: lähetysten tekeminen, ohjaajien rekrytointi ja perehdytys, osaamisen kartuttaminen Teknologia: teknologiahankinnat, digituki, osaamisen kartuttaminen
Toimintakykyä tukevat ratkaisut *(Materialities)*	Digitaaliset, materiaaliset ja toiminnalliset ratkaisut Fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky

	2013-2017	kevät 2018	syksy 2018	kevät 2019	syksy 2019	1-3/2020	korona 3-8/2020	korona syksy 2020	korona kevät 2021	korona syksy 2021	korona kevät 2022	syksy 2022	kevät 2023	**Jatkosuunnitelma**	**Muutosten lkm**
Kunta 1														Laajenee: 2 krt/viikko	10
Kunta 2										Suunnitelma ei toteutunut				Ei jatku	6
Kunta 3														Jatkuu: 1 krt/viikko	6
Kunta 4														Ei päätöksiä jatkamisesta	4
Kunta 5									Suunnitelma ei toteutunut					Ei jatku	3
Kunta 6														Suunnitelmia jatkamisesta	2
Kunta 7														Laajenee: 2 kurssia	6

Ikäinstituutin tukema pilotti: lähetykset ja tallenteet

Lähetykset (osassa lisäksi tallenteet)

Vain tallenteet

Ei lähetyksiä tai tallenteita

Kuvio 1. Yhteenveto etäohjatun liikunnan toteutumisesta ja jatkosuunnitelmista tutkituissa kunnissa seuranta-aikana 2013–2023.

LÄHETTÄVÄ TAHO

Liikuntasisältö: voima- ja tasapainoharjoittelu; istuen, seisten

Ohjaaja: työntekijä, vapaaehtoinen

Lisäksi paikalla: tukihenkilö, iäkkäiden liikuntaryhmä

Paikka: työhuone, koti, ryhmätila

Aika: 1-2 kertaa viikossa

Maksu: ei, kyllä

Digituki toteuttajille: it-palvelut (kunta tai ostopalvelu), kollega, läheinen

Muu tuki toteuttajille: kollega, yhteistyökumppani

VASTAANOTTAVA TAHO

Osallistuja: yksin, kaksin, ryhmänä

Paikka: koti, ryhmätila

Digituki etäjumppaajille: kunnan työntekijä, paikallisen digihankkeen työntekijä, vapaaehtoinen, läheinen

TEKNOLOGIA

2-suuntaiset ohjelmat: Adobe Connect Pro, Arctic Communicator, Facebook Messenger, Google Duo, Google Hangouts, Google Meet, Skype

1-suuntaiset ohjelmat: YouTube Live

Tallenteet: Adobe Connect Pro, Facebook, YouTube

Etäjumppaajien laitteet kodeissa: tabletti, tietokone

Etäjumppaajien laitteet ryhmissä: tietokone, iso näyttö, äänentoisto

Ohjaajan laitteet: älypuhelin, tabletti, tietokone, kokouskaiutin, headset-mikrofoni, webkamera

Laitteiden omistajat: kunta, osallistuja

Liittymät: kiinteä, mobiili

Kuvio 2. Yhteenveto etäohjatussa liikunnassa käytetyistä ratkaisuista tutkituissa kunnissa seuranta-aikana 2013–2023.

TIEDOT ETÄOHJATTUUN LIIKUNTAAN OSALLISTUNEISTA

Haastateltujen työntekijöiden tiedot etäohjattuun liikuntaan osallistuneiden määrästä, iästä ja toimintakyvystä olivat peräisin osallistujatilastoista, toimintakykymittauksista, kollegoilta ja vapaaehtoisilta sekä osallistujilta ja heidän omaisiltaan. Kuntapäättäjät, esihenkilöt ja työntekijät hyödynsivät tietoja päättäessään etäohjatun liikunnan käytännön toteutuksesta tai lopettamisesta.

Osallistujamääriä seurattiin kaikissa kunnissa koko seuranta-ajan. Määrät vaihtelivat vuorovaikutteisissa lähetyksissä muutamasta osallistujasta kymmeniin, yksisuuntaisessa lähetyksessä jopa satoihin. Haastatellut pitivät suurempia osallistujamääriä kustannustehokkaampina. Osallistujamäärän kasvamista tai pysymistä samana pidettiin osoituksena osallistuneiden tyytyväisyydestä, mikä motivoi jatkamaan toimintaa. Pienenevät määrät herättivät huolta toiminnan jatkumisesta, mutta yhdessäkään kunnassa etäohjattua liikuntaa ei lopetettu liian pienen osallistujamäärän vuoksi.

Osallistujien ikä oli työntekijöiden tiedossa usein ainakin summittain. Etäohjattu liikunta pyrittiin kohdentamaan yli 75-vuotiaille sekä piloteissa että sen jälkeisessä itsenäisessä toteutuksessa, koska heidän ajateltiin hyötyvän siitä eniten. Kunnissa 4 ja 7 kohderyhmän ikää ei kuitenkaan pilottien jälkeen rajattu tarkkaan, koska mukaan haluttiin saada mahdollisimman paljon osallistujia.

Osallistujien fyysistä toimintakykyä mitattiin SPPB- ja puristusvoimatesteillä pilottivaiheessa kaikissa kunnissa. Mittausten perusteella kolmen kuukauden mittainen, Voimaa etäjumpasta -toimintamallin mukainen kausi kohensi tai ylläpiti useimpien osallistujien fyysistä toimintakykyä. Kunnassa 2 mittauksia jatkettiin, koska tuloksilla perusteltiin osallistujavalintoja ja pyrittiin osoittamaan kustannustehokkuus. Muissa kunnissa mittauksia ei jatkettu, mutta haastateltujen saaman palautteen mukaan suuri osa osallistujista koki etäohjatun liikunnan fyysisen toimintakykynsä kannalta hyödylliseksi. Standardoitujen menetelmien näkökulmasta vain fyysistä toimintakykyä mitattiin. Muut toimintakyvyn osa-alueet tulivat esiin haastateltujen puhuessa esimerkiksi laitteiden käytöstä tai vuorovaikutuksesta.

> ”Mehän on toteutettu ne SPPB-testistöt ja puristusvoimat. Samoilla testeillä on menty koko ajan, että ollaan pystytty vertaamaan saadaanko kaikilla jumppamuodoilla samanlaisia tuloksia. Kauttaaltaan ne tulokset ollut positiivisia. Siitä on selkeästi ollut hyötyä, kun on nämä henkilöt osallistuneet.” (Kunta 2)

NÄKEMYKSET IÄKKÄISTÄ LIIKKUJINA JA TEKNOLOGIAN KÄYTTÄJINÄ

Haastateltujen esittämät näkemykset etäohjatun liikunnan sopivuudesta iäkkäille pohjautuivat käytännön työssä saatuihin tietoihin ja kokemuksiin sekä yleisempiin asenteisiin iäkkäistä. Haastatellut työntekijät esittivät omia näkemyksiään, mutta kertoivat myös osallistujien, kollegoiden, esihenkilöiden ja kuntapäättäjien näkemyksistä sellaisina kuin ne heille näyttäytyivät.

Haastatellut kertoivat havainneensa liikuntaa ohjatessaan ja digitukea antaessaan, että osa etäohjattuun liikuntaan osallistuneista oppi nopeasti tarvittavat digitaidot, mutta osa oppi hitaammin ja tarvitsi paljon tukea, eivätkä toiset halunneet opetella digitaitoja lainkaan. Haastateltujen näkemysten mukaan oppimiseen vaikuttivat paitsi saadun digituen määrä ja laatu, myös osallistujien asenne, motivaatio sekä luonteenpiirteet, kuten rohkeus, arkuus tai kärsimättömyys.

> ”Yksi näistä mukana olleista vähän pelkäs laitetta, mutta hänhän ei edes yrittäny opetella sitä, ja sitten hän ei sitä oppinutkaan. Että jos vaan rohkeasti lähti tulta päin, niin sitten he oppi.” (Kunta 3)

Työntekijöiden ja esihenkilöiden kielteiset tai epäilevät näkemykset iäkkäiden mahdollisuuksista käyttää teknologiaa vaikeuttivat etäohjatun liikunnan jatkamista. Kielteisyyden taustalla oli pelkoja turvallisuusriskeistä ja uhkakuvia sosiaalisen kanssakäymisen katoamisesta. Kunnassa 5 lyhytaikainen hanketyöntekijä oli toteuttanut vuorovaikutteisia lähetyksiä pilotissa onnistuneesti. Tutkimuksessa haastateltu kunnan 5 vakituinen työntekijä taas oli tehnyt vain lyhyitä kaikenikäisille suunnattuja tallenteita ratkaisuna korona-ajan haasteisiin, ja hän suhtautui iäkkäille suunnattuun etäohjattuun liikuntaan kriittisesti. Tämän työntekijän kriittiset näkemykset heijastuivat kunnan 5 päätöksiin, eikä suunniteltua uutta kokeilua käynnistetty.

”Se [pilotti] oli hirmu hyvä kokeilu. Mutta ei ehkä ikäihmisille lähetä kokeilemmaan digijumppia. Koska myö ollaan pikkusen täällä periferiassa, täällä on todella paljon ikäihmisiä, joilla ei oo kun puhelin. Ja se kun ollaan ryhmissä [on tärkeää], et etäjumppa ei nyt tulis korvaamaan sitä. Kuitenkin sosiaalinen kanssakäyminen on aika tärkeetä ikäihmisille. Ja sitten tasapuolisesti kuntalaisia palvellaan. Jos esimerkiks johonkin kylään ois pelkkä digiyhteys, niin se ois epäreilua. Kun toiminta kyliltä häviää ja mennee vaan keskuksiin. Mie kyllä ihan kynsin hampain pien kiinni, että on ne kyläryhmät.” (Kunta 5)

Myönteiset ja neutraalit näkemykset iäkkäiden osallistumisesta etäohjattuun liikuntaan tukivat toiminnan jatkumista. Haastatellut kuvasivat työyhteisönsä näkemysten muuttuneen myönteisemmiksi, kun kokemukset etäohjatun liikunnan toteutuksesta karttuivat. On huomattava, että myös haasteelliset kokemukset tukivat monin paikoin etäjumpan jatkumista, koska ne toivat esiin muutostarpeita. Esimerkiksi osallistujia saattoi olla vaikea löytää ja mukaan saatujen digitaidot olivat aluksi olemattomat. Haastatellut kertoivat kunnissa päästyn näiden vaiheiden yli sinnikkyydellä ja ratkaisukeskeisellä ajattelulla, joita tuki näkemys etäohjatun liikunnan hyödyllisyydestä.

Aineistossa on myös paljon kuvauksia etäohjattuun liikuntaan liittyvistä onnistumisista, jotka vaikuttivat motivoivan haastateltuja jatkamaan työtään etäohjatun liikunnan parissa. Osa haastatelluista kertoi yllättyneensä kovasti, miten innokkaita iäkkäät olivat osallistumaan etäohjattuun liikuntaan ja miten nopeasti myös vanhimmat osallistujat oppivat teknologian käytön. Monet haastattelut kertoivat ihailevansa kuntansa ”tervaskantoja” ja ”teräsmummoja”, jotka kokeilivat uutta liikkumisen ja yhteydenpidon tapaa.

”Me oltiin [tapahtumassa], missä sitten tää [etäjumppaaja] oli mukana. Hän siellä esitteli [etäohjattua liikuntaa] ja kerto, miten se on häneen vaikuttanu. Hän ainakin kokee sen hyvin tärkeenä juttuna. Minusta se on yli 90. Rohkeita mummoja.” (Kunta 3)

KUNTAPÄÄTTÄJIEN JA ESIHENKILÖIDEN LINJAUKSET

Etäohjattuun liikuntaan liittyvä päätöksenteko oli kunnissa 2, 4 ja 6 pitkälti kuntapäättäjien tai esihenkilöiden käsissä. Työntekijöiden oli vakuutettava heidät etäohjatun liikunnan kustannustehokkuudesta ja siitä, että toiminta oli kunnan tietosuoja- ja turvallisuuslinjausten mukaista. Kunnissa 1, 3, 5 ja 7 työntekijät tekivät päätöksiä melko itsenäisesti, mutta niissäkin johdon myönteinen tai neutraali asennoituminen ja työntekijöille antama tuki auttoi etäohjattua liikuntaa juurtumaan. Johdon vaihtuminen vaaransi etäohjatun liikunnan jatkumisen, mikäli asennoituminen oli erilaista kuin aiemmin. Valtakunnalliset koronapandemian tuomat rajoitukset sekä edistivät että vaikeuttivat etäohjatun liikunnan toteutusta kunnissa (34). Kotona asumisen tukeminen, panostaminen ennaltaehkäisyyn ja palvelujen digitalisoiminen mainitaan aineistossa perusteluina etäohjatulle liikunnalle, mutta haastatellut eivät kuvailleet niiden vaikuttaneen suoraan päätöksentekoon.

ORGANISAATIOIDEN TOIMINTA

Etäohjatun liikunnan toteutukseen osallistuivat kuntien eri toiminnot (liikuntatoimi, kansalaisopisto, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yksikkö, päivätoiminta, palvelukeskus, asumisyksikkö, vapaaehtoiskeskus, terveyskeskus, it-palvelu) ja niiden kumppaneina järjestöt, paikalliset hankkeet, sote-kuntayhtymä ja yritykset. Tahot jakoivat keskenään tehtäviä esimerkiksi siten, että liikuntatoimi ohjasi liikuntaa, sosiaali- ja terveystoimi rekrytoi osallistujia, it-palvelu tarjosi digitukea työntekijöille ja vapaaehtoiset tukivat osallistujia.

Organisaatiouudistukset, kuten kuntaliitokset ja hyvinvointialueiden muodostaminen, vaikeuttivat haastateltujen mukaan pitkäjänteistä suunnittelua jo ennen toteutumistaan, koska epävarmassa tilanteessa resurssit ohjattiin muihin toimintoihin. Joustava yhteistyö tuki etäohjatun liikunnan jatkumista, yhteistyön rajoittaminen taas vaaransi sen. Esimerkiksi kunnassa 1 selvittiin aktiivisen yhteistyön avulla lukuisista muutosvaiheista. Kuntien välistä yhteistyötä ei ollut seuranta-aikana, mutta se nähtiin hyödyllisenä kehityssuuntana. Kunnassa 6 pohdittiin kuntien välistä yhteistyötä, koska se voisi tuoda lisää resursseja ja lisää osallistujia laajemmalta alueelta.

”Jos ei oo sitä vakituista henkilöö, joka niitä jumppia vois vetää, niin eihän se sillon onnistu. Siinä vois olla yks semmonen kehittämisen paikka. Maakunnassa jos useemmasta kunnasta lähetetään etäjumppaa, niin miks ei sitä vois lähettää vuoronperään. Tehä semmonen rinki, ei ois niin haavottuvainen sitten.” (Kunta 6)

Haastattelujen perusteella näyttää siltä, että kuntien tärkein syy järjestää etäohjattua liikuntaa oli kustannustehokkuus. Kustannustehokkuutta arvioitiin kunnissa vertaamalla fyysisen toimintakykyisyyden tuomaa palvelutarpeen vähenemistä ja etäohjatun liikunnan järjestämisen vaatimia resursseja. Haastatteluissa ei kuitenkaan tullut esiin tiettyä kustannustehokkuuden laskentatapaa.

”Kunnalle tulee edullisemmaks tarjota se maksuttomana, kun että ne kaatuilee siellä ja eivät pysty olemaan itsenäisesti kotona. Minusta tämmönen ennaltaehkäsevä työ, mikä on kuitenkin aika edullista toteuttaa, niin onhan aivan järjetöntä, jos tämä lopetetaan.” (Kunta 3)

Pilotteja oli tuettu lyhytaikaisella hankerahoituksella, minkä jälkeen kuntien oli löydettävä kustannustehokas ja kunnan käytäntöihin sopiva toimintamalli. Etäohjatun liikunnan hyötyjä tavoiteltiin kahta reittiä: suuremmat osallistujamäärät toivat hyötyjä mahdollisimman monille, etäohjatun liikunnan tarkka kohdentaminen taas hyödytti suurimmassa toimintakyvyn heikentymisen riskissä olevia. Haastateltujen mukaan etäohjattu liikunta säästi kunnan resursseja, koska ohjaajien ei tarvinnut matkustaa pitkiä matkoja. Säästöjä haettiin myös tekemällä lähetyksiä joka tapauksessa kokoontuvista lähiryhmistä. Piloteissa ei peritty osallistumismaksuja. Pilottien päätyttyäkään maksuja ei yleensä peritty, koska haastateltujen mukaan kunnissa ajateltiin maksuttomuuden kasvattavan osallistujamääriä ja sitoutumista. Kunnassa 3 kokeiltiin pienen maksun perimistä yhden kauden ajan. Maksu ei vaikuttanut osallistujamäärään. Kunnassa 7 kansalaisopiston kurssista perittiin pilottien päätyttyä tavanomainen kurssimaksu. Haastatellun työntekijän mukaan maksullisuutta piti perustella ja kurssista viestiä aktiivisesti, mutta osallistujia saatiin kuitenkin toivottu määrä.

Etäohjatun liikunnan käynnistäminen ja toimintamallin muutokset veivät haastateltujen mukaan paljon resursseja, erityisesti työaikaa ja teknologiaan käytettyjä varoja. Juurtunut toiminta toteutui kuitenkin yleensä verrattain pienillä resursseilla, kuten kunnissa 1, 3 ja 7. Osallistujat käyttivät joissakin toimintamalleissa omia laitteitaan ja verkkoyhteyksiään, mutta paikoin kunnat tarjosivat ne osallistujille. Haastatellut pitivät tavanomaisia tabletteja ja liittymiä edullisina etäohjatun liikunnan tuomiin hyötyihin nähden, mutta teknologiaan budjetoitu summa rajasi kuitenkin osallistujamäärää.

Kahdessa kunnassa organisaatiotasolla tehdyt päätökset vaikuttivat etäohjatun liikunnan lopettamiseen. Kunta 4:ssä oli tehty pilottivaiheessa lähetyksiä yksittäisille kotoa osallistuville henkilöille, joille tarjottiin myös paljon jalkautuvaa digitukea. Pilottien jälkeen kustannustehokkuuden ja turvallisuuden vuoksi vastaanottajiksi valittiin taloyhtiöissä kokoontuvia etäkatsomoita. Kun koronarajoitukset sulkivat etäkatsomot, alettiin tehdä yksisuuntaisia lähetyksiä, joiden tekniseen toteutukseen panostettiin. Tässä vaiheessa pyrittiin kustannustehokkuuteen tavoittelemalla suuria osallistujamääriä ja lopettamalla digituki. Lähetykset kuitenkin lopetettiin, koska käynnissä oli laajempi toiminnan uudelleenorganisointi ja resurssit haluttiin kohdentaa lähiryhmien toteutukseen.

Kunta 2 oli järjestänyt etäohjattua liikuntaa tiiviissä yhteistyössä toisen organisaation kanssa usean vuoden ajan, mutta organisaatioiden vastuista ja työajan käytöstä oli pitänyt neuvotella usein. Lopulta toinen organisaatio rajasi etäohjatun liikunnan vain kunnan vastuulle. Seurasi käymisvaihe, jota vaikeuttivat koronapandemia ja lähetyksissä liikuntaa ohjanneen vapaaehtoisen lopettaminen. Etäohjattua liikuntaa päästiin jatkamaan kunnan omana toimintana, mutta yhden kauden jälkeen kunta päätti irtisanoa siihen asti käytetyn teknologian palvelupaketin sen melko korkean hinnan vuoksi. Kunnassa tehtiin konkreettinen suunnitelma etäohjatun liikunnan jatkamisesta uudella toimintamallilla ja teknologialla, mutta henkilöstöön ja tiloihin liittyvien merkittävien haasteiden vuoksi päädyttiin panostamaan lähiryhmiin.

TYÖNTEKIJÖIDEN TOIMINTA

Haastatellut työntekijät kertoivat tehtäviensä liittyneen etäohjatun liikunnan käytännön asioiden ja yhteistyön koordinointiin, osallistujiin, ohjaamiseen ja teknologiaan. He tekivät ratkaisuja vastatakseen iäkkäiden tarpeisiin, mutta johdon ja organisaatioiden antamissa raameissa. Työntekijät joutuivat usein etsimään kompromisseja ristiriitaisten tavoitteiden ja niukkojen resurssien vuoksi, jolloin hyödytkin toisinaan heikentyivät joiltain osin.

Työntekijät varmistivat aina kunkin kauden alussa, että lähetysten tekeminen sopi ohjaajien, tukihenkilöiden, osallistujien ja tilojen muiden käyttäjien aikatauluihin ja toimintatapoihin. Esimerkiksi tilojen löytäminen ohjaajille ja etäkatsomoille oli paikoin haasteellista, jos niitä remontoitiin, myytiin, purettiin, käytettiin aktiivisemmin tai poistettiin käytöstä.

Pitkäaikaiset työsuhteet auttoivat suunnittelemaan toimintaa pitkäjänteisesti. Haastateltujen työntekijöiden työsuhteiden kestoa tai voimassaoloa ei kysytty systemaattisesti aineistonkeruun aikana, mutta käsityksemme on, että ne olivat toistaiseksi voimassa olevia. Haastateltujen mukaan etäohjatun liikunnan toteutuksessa mukana olevien henkilöiden vaihdokset ja työnkuvan muutokset olivat kuitenkin kunnissa yleisiä. Etäohjatun liikunnan jatkumisen kannalta oli olennaista, miten ne onnistuivat. Kunnassa 3 vastuuhenkilön vaihtuminen sujui hyvin, koska etäohjattuun liikuntaan liittyvät tehtävät kuuluivat selkeästi uuden, pitkäaikaisen työntekijän työnkuvaan. Kunnassa 6 ei päästy pilotin jälkeen jatkamaan kaksisuuntaisia lähetyksiä lainkaan, koska kunnassa oli tiheitä henkilövaihdoksia ja rekrytointivaikeuksia. Jopa kunnassa 1 lähetysten jatkuminen oli vaarassa henkilövaihdoksen vuoksi, vaikka tässä kunnassa etäohjattu liikunta oli juurtunut erittäin hyvin kunnan toimintaan.

> ”Meillä juurtumisessa auttaa, että se oikeasti on joka maanantai eikä tule väliviikkoja kauheesti. Oisko se isoin [vaaranpaikka] ollu kun liikunnanohjaaja jäi pois ja hakuprosessi oli vähän pidempi. Oli aika pitkä loppupeleissä se tauko. Jos silloin ois ollut vielä vaikka kuukauden-kaks sitä taukoa, niin olisko se sitten lähtenyt käyntiin samalla lailla.” (Kunta 1)

Etäohjatun liikunnan järjestämiseen osallistui monin paikoin myös lyhytaikaisia työntekijöitä, vapaaehtoisia, opiskelijoita ja hanketyöntekijöitä. He vapauttivat pitkäaikaisten työntekijöiden ohjaamiseen ja digitukeen kuluvia resursseja, mutta pitkäaikaisten työntekijöiden oli kuitenkin edelleen organisoitava etäohjatun liikunnan toteutusta ja perehdytettävä mukana olevat henkilöt. Haastatellut työntekijät kokivat asetelman hankalaksi, erityisesti jos toiminnan jatkuvuus oli epävarmaa. Esimerkiksi vapaaehtoisilla ei ollut velvollisuutta jatkaa toimintaa tai ottaa vastaan uusia tehtäviä, ja opiskelijat olivat mukana vain lyhyen ajan.

> ”Jos olis uus [vapaaehtoinen ohjaaja] tullut, niin olishan se oman perehdytyksen vaatinut. Jos ois sanottu, että ota yhteys, niin oonko minä saatavilla [tai] puhelimessa varattu. Vai [olisiko tukena] ollut sitten ATK-tuki. Että miten sinä aikana ois pystytty vastaamaan uuden henkilön kaikkiin asioihin.” (Kunta 2)

Haastatellut kokivat uusien osallistujien rekrytoinnin monissa kunnissa haastavaksi ja työlääksi, koska etäohjattu liikunta oli heidän kokemuksensa mukaan useimmille potentiaalisille osallistujille aiemmin tuntematon toimintamuoto. Haastateltujen mielestä sitä kannatti esitellä käytännönläheisesti, henkilökohtaisesti ja innostavasti, mikä vei myös enemmän työaikaa kuin vaikkapa lehti-ilmoitukset. Kuten eräs haastateltu huomauttaa, rekrytoinnin onnistumiseen saattoi vaikuttaa myös työntekijän myönteinen tai kielteinen asennoituminen iäkkäiden oppimiskykyyn.

> ”Vaatii uskallusta työntekijältä, että itekin uskoo, että se onnistuu ja että ne iäkkäät osaa. Kun mäkin soittelin puheluita, et ois digijumppa, että tää on ainutkertanen mahollisuus ja sulla on mahollisuus päästä tähän. Niitä varmaan pikkusen saatto hirvittää se homma. Mutta ennakkoluulottomasti ne oppi kuitenkin sen, vaikkei ne ollu älypuhelinta käyttäny eikä kaikki tablettia ees nähnykään. Että monesti mekin voidaan olla torppaamassa, että ei nuo voi oppia.” (Kunta 4)

Pilottivaiheessa työntekijät olivat käyneet kodeissa tai etäkatsomoissa, jotta pystyivät tekemään toimintakykytestit, varmistamaan tilan turvallisuu-

den, viemään laitteita ja tarjoamaan digitukea. Käynnit veivät paljon resursseja ja kustannustehokkuuden vuoksi kunnissa päädyttiin käyttämään erilaisia strategioita: lopetettiin testaaminen, ohjattiin osallistumaan omilla laitteilla tai rajoitettiin lähitukea tarvitsevien uusien osallistujien määrää. Näillä ratkaisuilla pyrittiin parantamaan kustannustehokkuutta, mutta niiden kääntöpuolena osallistujiksi ei välttämättä enää saatu alun perin tavoiteltuja kohderyhmiä, joilla on alkavia toimintakyvyn rajoitteita ja eniten vaikeuksia päästä ohjattuihin liikuntaryhmiin.

Useimmille haastatelluille etäohjatun liikunnan toteuttaminen oli oppimisprosessi. Vaikka kuntien it-asiantuntijat tekivät yleensä teknologiavalinnat ja -hankinnat, myös työntekijöiden tuli ymmärtää etäohjattuun liikuntaan liittyviä teknologiatarpeita. Etäohjaus tai ohjaajien perehdytys edellyttivät uusien taitojen opettelua, liittyen videopuheluiden tekniseen toteutukseen sekä ohjaamisen selkeyteen, turvallisuuteen ja innostavuuteen. Uuden äärellä haastatellut kokivat tärkeäksi saada kannustusta, ideoida yhdessä ja oppia muiden kokemuksista. Käytännön kokeiluissa työntekijät oppivat, miten etäohjattu liikunta kannatti paikallisesti toteuttaa, ja kunnissa jatkettiinkin pilottien jälkeen pienimuotoisia kokeiluja erityisesti teknologian vaihtuessa.

TOIMINTAKYKYÄ TUKEVAT RATKAISUT

Etäohjattua liikuntaa järjestäessään haastatellut työntekijät tekivät digitaalisia, materiaalisia ja toiminnallisia ratkaisuja, joilla he pyrkivät tukemaan osallistujien fyysistä, kognitiivista, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Digitaaliset ratkaisut koskivat esimerkiksi videopuheluohjelmia, materiaaliset ratkaisut laitteita, tiloja ja liikuntavälineistöä, ja toiminnalliset ratkaisut liikuntasisältöjä ja vuorovaikutuksen tapoja. Tukemalla toimintakykyä haastatellut kertoivat pyrkivänsä vahvistamaan iäkkäiden osallistumismahdollisuuksia, motivaatiota ja liikunnasta saatuja hyötyjä, jotka puolestaan tukivat etäohjatun liikunnan jatkumista.

Aineiston perusteella etäohjatulla liikunnalla pyrittiin kaikissa kunnissa ensisijaisesti ylläpitämään ja kohentamaan osallistujien fyysistä toimintakykyä. Haastateltujen mukaan digitaalinen toteutus tarjosi mahdollisuuden osallistua ohjattuun liikuntaan, jos matkustaminen oli vaikeaa heikentyneen liikkumiskyvyn, apuvälineiden käytön, autottomuuden tai omaishoitajuuden vuoksi.

> ”Mullakin on semmoisia ihmisiä, jotka on ihan tuolla syrjäkylillä. Heidän pitäisi järjestää kimppakyyti tai muu kyyti keskustaan, missä sitten on jumppia paikan päällä. Että osa just sitä todennu, että [etäjumppa] on niin hyvä, muuten ei pääsis lähtemään.” (Kunta 7)

Fyysisen toimintakyvyn edistäminen edellytti haastateltujen mukaan sopivaa liikuntasisältöä. Ohjaajat tunsivat ryhmänsä osallistujat lähes kaikissa toimintamalleissa, mikä auttoi liikuntasisällön räätälöimistä. He pyrkivät sovittamaan ohjauksen kotien ja etäkatsomoiden olosuhteisiin ja ohjeistivat käyttämään liikuntavälineinä kotoa löytyviä esineitä. Kaatumisriskiin haastatellut suhtautuivat kahtalaisesti: toisaalta tasapainon ja lihaskunnon kohentumisen nähtiin pienentävän riskiä, toisaalta pelättiin mitä kameran ulottumattomissa voi tapahtua. Turvallisuutta he pyrkivät kohentamaan turvallisuushakuisella liikuntasisällöllä, vaihtoehtoisten liikkeiden antamisella, ohjauksen sanoittamisella ja etäkatsomoilla. Haastatteluissa ei tullut esiin etäohjatusta liikunnasta johtuneita haittatapahtumia seuranta-aikana.

Laite- ja tilavalinnoilla pyrittiin edistämään mahdollisuuksia osallistua etäohjattuun liikuntaan. Haastateltujen mukaan yksin osallistuvat näkivät riittävän hyvin tabletin tai tietokoneen ruudulta, mutta etäkatsomoissa iso näyttö tai valkokangas olivat tarpeen. Suuret kuvakkeet ja kosketusnäyttökynä helpottivat tabletin käyttämistä. Kokoontumistilan esteettömyys oli tärkeää, jos lähettävässä päässä oli lähiryhmä tai vastaanottajana oli etäkatsomo.

Etäohjattuun liikuntaan osallistumiseen vaadittiin haastateltujen mukaan riittävää kognitiivista toimintakykyä, mutta osallistumisen mahdollisuuksia pyrittiin myös kohentamaan. Haastatellut pyrkivät kohentamaan osallistujien digiosaamista, keskittymiskykyä ja hahmotuskykyä teknologiaan, digitukeen ja liikunnanohjaukseen liittyvillä valinnoilla. Etäohjattuun liikuntaan valittiin mahdollisimman yksinkertainen videopuheluohjelma, vaikka monimutkaisemmissa oli enemmän mahdollisuuksia. Ohjelmaa ei vaihdettu kevyin perustein, koska muutostilanteet olivat haastateltujen kokemusten mukaan osallistujille

haasteellisia, mikä näkyi digitukeen tarvitun työmäärän kasvamisena. Kunnissa 1, 3 ja 4 ohjelma vaihdettiin aiemman poistuessa käytöstä ja kunnassa 4 toisen kerran lähetysten muuttuessa yksisuuntaisiksi. Kunnassa 7 ohjelma vaihdettiin ohjaajan työn sujuvuuden vuoksi.

Digitukea tarjottiin uusien osallistujien aloittaessa ja teknologian muuttuessa. Pysyvää digitukea kunnissa ei kuitenkaan voitu järjestää. Jos osallistuja tukeutui pysyvästi läheisen tai vapaaehtoisen digitaitoihin, osallistuminen oli haavoittuvaa ja myös osin sidoksissa sosiaalisiin verkostoihin. Esimerkiksi kunnissa 1 ja 6 etäkatsomot eivät voineet kokoontua koronasulkujen aikaan, jolloin osa aiemmin osallistuneista jäi pois toiminnasta. Vaikka digituki oli useimmille tarpeen, erään haastatellun näkemyksen mukaan kovin aktiivinen digituki saattoi jopa estää oppimisen.

> ”Yks näistä meijän digitutoreista, sehän oli niin kärsimätön, ei antanu [osallistujan] koskaan ite ees vastata [videopuheluun]. [Osallistuja] ei pystyny ite oppimaan sitä, koska se aina vastas sen puolesta.” (Kunta 3)

Kognitiota pyrittiin tukemaan lähetyksen aikana minimoimalla häiriöitä ja tarjoamalla tukea oikean suoritustavan hahmottamiseen. Ohjaustilat valittiin siten, että niissä oli riittävä valaistus, hälyä vähentävä akustiikka sekä rauhallinen ja ohjaajasta erottuva tausta. Ohjaajat asettuivat riittävän kauas kamerasta, jotta osallistujat näkivät heidät kokonaan. Ohjaamisessa kiinnitettiin huomiota ohjaussuuntiin, ohjeiden selkeään näyttämiseen ja sanallistamiseen. Äänen kuuluvuutta parannettiin käyttämällä kokouskaiutinta tai mikrofonia. Osallistujia pyydettiin yleensä pitämään liikuntaosuuden aikana mikrofonit kiinni, koska kodeista ja etäkatsomoista kantautuvat äänet häiritsivät toisten keskittymistä ja vaikeuttivat ohjaajan äänen kuulumista. Mikrofonien sulkeminen tarkoitti kuitenkin sitä, että osallistujat eivät voineet keskustella liikuntaosuuden aikana.

Psyykkistä toimintakykyä pyrittiin tukemaan kysymällä ja kuuntelemalla osallistujien kokemuksia ja tukemalla heidän valintojaan. Haastateltujen mukaan useimmat etäohjattuun liikuntaan osallistuneet kertoivat olevansa tyytyväisiä ja sitoutuneita, haluavansa jatkaa uudelle kaudelle ja toivovansa mahdollisimman lyhyitä lomataukoja. Joitakin osallistujia jäi pois sairastumisen vuoksi tai siksi, ettei etäohjattu liikunta osoittautunut mieleiseksi toiminnaksi. Lähetysten jäädessä tauolle tai loppuessa osa haastatelluista sai yhteydenottoja, joissa toivottiin etäohjatun liikunnan jatkuvan.

> ”Nyttenkin kesäloman jälkeen pari viikkoa meni, että sain suunniteltua tämän mun kalenterin ja selviteltyä, että pääseehän kouluille taas siihen samaan aikaan. Niin sen kahden viikon aikana tuli jo puhelua, että koska me alotetaan.” (Kunta 1)

> ”Sitte nämä jumpat loppu. Olen sitte tavannu osaa asiakkaista työni merkeissä, niin he ovat kyselleet, että eikö se jatku ja eikö niitä laitteita saa.” (Kunta 2)

Haastatellut kertoivat pyrkivänsä tukemaan sosiaalista toimintakykyä ylläpitämällä vuorovaikutusta ja esittelemällä uudet osallistujat. Käytännössä keskustelut olivat mahdollisia ennen varsinaista liikuntaosuutta ja sen jälkeen, jos ryhmä oli pieni. Ryhmäkoon kasvaessa vuorovaikutus muuttui yksisuuntaisemmaksi, mutta etäkatsomot tarjosivat mahdollisuuden keskustella lähiryhmän kesken. Jos osallistujien mikrofonit olivat liikunnan aikana kiinni, todellista vuorovaikutusta ei voinut olla. Ohjaajat pyrkivät ylläpitämään silloinkin tunnetta vuorovaikutuksesta.

Etäohjattu liikunta oli uudenlainen sosiaalinen tilanne, jossa haastateltujen havaintojen mukaan haettiin sopivia toimintatapoja: osa osallistujista sulki kameransa jumpan ajaksi, toiset taas näyttivät panostavan suoritukseensa enemmän, koska se näkyi muille. Haastateltujen havaintojen perusteella vuorovaikutus oli useimmille osallistuneille tärkeää, mutta joillekin lähetykset tarjosivat mahdollisuuden liikkua ohjatusti, mutta yksin. Paikoitellen etäryhmän sidoksesta tuli niin vahva, että osallistujat huolestuivat, jos joku puuttui lähetyksestä.

> ”Ihmiset oikeen odotti aina maanantaiaamuna, että minä lähetin sen linkin. Sähköpostissa saatoin kertoo jotain vähän pientä kuulumista ja toivottelin tervetulleeksi. Osa sano, et ihan oottaa hirveästi sitä viestiä ja jumppaa. Ja kun he tulivat jumppaan, niin siinä on vähän aina jotakin juteltu. Et se on ollu hirmu mukavaa, siis todella mukavaa.” (Kunta 7)

IMPLEMENTAATIOTA EDISTÄVÄT JA VAIKEUTTAVAT TEKIJÄT

Edellä on kuvattu, miten tiedot, näkemykset, johdon linjaukset, organisaatioiden ja työntekijöiden tekemät ratkaisut sekä osallistujien toimintakyvyn tukeminen edistävät ja vaikeuttavat iäkkäille suunnatun etäohjatun liikunnan implementaatiota kunnissa. Taulukossa 2 esitetään yhteenveto implementaation tuloksista ja prosessista kahdeksasta näkökulmasta, joita voidaan pitää myös implementaation onnistumisen kriteereinä (32,43).

Taulukko 2. Etäohjatun liikunnan implementaatiota edistävät ja vaikeuttavat tekijät (*vrt. implementation outcome variables: 27,40*).

Implementaatiota edistävät tekijät	Implementaatiota vaikeuttavat tekijät
Hyväksyttävyys (*acceptability)* Eri osapuolten näkemykset siitä, onko interventio hyväksyttävä.	
• Näkemykset hyödyistä: hyvä kustannustehokkuus, mahdollisuus osallistua ohjattuun liikuntaan, toimintakyvyn koheneminen, lisää vuorovaikutusta • Tietoon ja kokemuksiin perustuvat näkemykset: osallistujilta kuullut kokemukset, kokemukset käytännön toteutuksesta, toimintakykymittaukset	• Näkemykset haasteista: heikko kustannustehokkuus, turvallisuusriskit, iäkkäiden heikot digitaidot, sosiaalisen kanssakäymisen väheneminen, etätoiminnot vaarantavat tasavertaisuuden • Vain vähän käytännön kokemuksia, päätökset pohjautuvat kielteisiin asenteisiin
Käyttöönotto *(adoption)* Aikomus, alkuperäinen päätös tai yritys ottaa käyttöön uusi interventio.	
• Pilottien toteuttaminen rajatulla toimintamallilla, jonka käyttöönottoon tarjottiin tukea	• (Ei tietoa tutkimusaineistossa.)
Soveltuvuus *(appropriateness)* Näkemykset intervention soveltumisesta tiettyyn tilanteeseen, kohderyhmälle tai ongelmaan.	
• Jos kokemusta: toimintamallin muutosten suunnittelu realistisesti ja kunnan tavoitteiden mukaisesti	• Jos kokemusta vähän tai ei lainkaan: soveltuvuuden arviointi asenteiden ja ennakkokäsitysten pohjalta, joissa kielteiset näkemykset korostuvat
Käytettävyys *(feasibility)* Intervention toteuttaminen käytännössä tietyssä ympäristössä tai organisaatiossa.	
• Kyky ja motivaatio muokata toimintamalli kunnan tavoitteisiin, käytäntöihin ja resursseihin sopivaksi • Toimintakykyä laajasti tukevat digitaaliset, materiaaliset ja toiminnalliset ratkaisut • Teknologia: yksinkertainen, vähän muutoksia, digituki aloitus- ja muutostilanteissa, mahdollisuus tukeutua muiden digiosaamiseen	• Toimintamallin kokeminen tuloksiin nähden työlääksi ja tehottomaksi • Osallistuminen haavoittuvaa, jos tukeutuu pelkästään muiden digiosaamiseen
Pysyvyys *(fidelity)* Kattavuus, jolla implementaatio noudatti alkuperäistä protokollaa, suunnitelmaa tai periaatteita.	
• Joustava toimintamalli mm. teknologian, kohderyhmän ja liikuntasisällön suhteen • Kyky soveltaa toimintamallia ja tehdä tarvittavia muutoksia	• Poikkeamia alkuperäisestä toimintamallista kustannustehokkuuden vuoksi: lähetys yksisuuntaiseksi ja kohderyhmästä laajempi, jotta osallistujamäärä kasvaisi
Kustannukset *(implementation cost)* Implementaatiostrategian tuomat lisäkustannukset.	
• Näkemykset toimintamallin hyvästä kustannustehokkuudesta (arvio, ei laskelma), esim. työajan säästyminen, palveluntarpeen väheneminen • Kyky muokata toimintamallista kustannustehokkaampi • Juurtunut toiminta vie vähän resursseja	• Näkemykset toimintamallin kalleudesta (arvio, ei laskelma), esim. vaatii paljon työaikaa, teknologiakustannukset • Käynnistäminen ja muutokset vievät paljon resursseja
Leviäminen *(coverage)* Interventioon todellisuudessa osallistuneiden osuus niistä henkilöistä, jotka voisivat hyötyä siitä.	
• Toimintamallin joustavuus osallistujamäärän ja kohderyhmän rajauksen suhteen • Määrien ja rajausten muuttaminen tavoitteiden mukaan	• Vaikeudet rekrytoida toivottuja osallistujamääriä, jos tavoitellaan haastavinta kohderyhmää
Juurtuminen *(sustainability)* Intervention säilyminen tai muuttuminen pysyväksi toiminnaksi tietyssä ympäristössä.	
• Juurtunut osaksi kunnan palvelutarjotinta (n=3) • Neutraali tai myönteinen asennoituminen iäkkäiden oppimispotentiaaliin ja uuteen toimintatapaan • Käytännön kokeilut, kokemuksen lisääntyminen • Johdon ja kollegoiden tuki uutta opeteltaessa • Joustava yhteistyö, pitkäaikaiset työsuhteet, hallitut henkilövaihdokset • Lyhyet tauot, säännöllisyys • Sinnikkyys, ratkaisukeskeisyys, kyky tehdä kompromisseja ja muutoksia	• Lopetettu (n=2), tilanne epäselvä (n=2) • Kriittinen tai kielteinen asennoituminen iäkkäiden digitaitoihin, oppimiskykyyn ja etäohjatun liikunnan hyötyihin • Kielteisten näkemysten leviäminen työyhteisössä • Yhteistyön ja työajan rajoittaminen, johdon ja työntekijöiden vaihdokset ja rekrytointivaikeudet, organisaatiouudistukset, tilahaasteet • Merkittävien muutosten jälkeinen hyötyjen heikentyminen

POHDINTA

Seurasimme tutkimuksessa seitsemää kuntaa, jotka olivat pilotoineet iäkkäille suunnattua Voimaa etäjumpasta -toimintamallia ja pyrkineet jatkamaan etäohjatun liikunnan toteutusta pilottien jälkeen. Tutkimuksemme tuo uutta tietoa siitä, mitkä tekijät edistivät ja vaikeuttivat iäkkäille suunnatun etäohjatun liikunnan implementaatiota. Paikallinen toimintakulttuuri, resurssit ja näkemykset iäkkäistä heijastuivat etäohjattua liikuntaa koskeviin päätöksiin. Implementaatio onnistui parhaiten kunnissa, joissa etäohjattu liikunta oli juurtunut rakenteisiin, henkilöstövaihdokset olivat hallittuja, ja joissa suhtauduttiin iäkkäiden oppimispotentiaaliin myönteisesti ja ongelmiin ratkaisukeskeisesti. Toimintamallin joustavuus edisti implementaatiota erilaisiin kuntiin ja tilanteisiin. Implementaatiota haastoivat ennakoimattomat muutokset henkilö- ja tilaresursseissa, organisaatioiden välisen yhteistyön rajaaminen sekä kielteiset näkemykset iäkkäistä teknologian käyttäjinä.

Kansallisessa ikäohjelmassa painotetaan, että on tärkeää löytää keinoja, joilla voidaan säilyttää iäkkäiden liikkumiskykyä ja tukea itsenäistä kotona asumista (6). Kunnilla on lakisääteinen velvollisuus järjestää toimintakyvyltään haasteellisessa asemassa olevien liikuntapalveluita, mutta se on monin paikoin haasteellista muun muassa kuljetuspulmien vuoksi (44). Toimintakyvyn heikentyminen iäkkäänä on huomattavasti yleisempää, jos sosioekonominen asema on keskimääräistä heikompi (45), mutta terveyden edistämisen toimet tavoittavat juuri heidät usein huonommin (46). Tulostemme perusteella esitämme, että etäohjattu liikunta voi osaltaan ratkaista haavoittuvien ryhmien terveyden edistämisen haasteita ja sen järjestämistä kannattaa harkita kunnissa ja hyvinvointialueilla. Tutkimuksemme perusteella myös implementaation haasteet on kuitenkin huomioitava huolellisesti.

Tutkituissa kunnissa onnistuttiin monin paikoin tavoittamaan etäpalveluiden näkökulmasta usein haastavaksi koettua kohderyhmää: yli 75-vuotiaita henkilöitä, joilla on vaikeuksia päästä ohjattuun toimintaan, alkavia toimintakyvyn rajoitteita ja vähäiset digitaidot. Tutkimuksemme vahvistaa aiempia tuloksia, joiden mukaan etäohjattu liikunta tarjoaa iäkkäille keinon osallistua liikuntaan, ylläpitää fyysistä toimintakykyä ja olla vuorovaikutuksessa toisten kanssa (vrt. esim. 20,22,27). Työntekijät pyrkivät tukemaan kognitiivista ja psyykkistä toimintakykyä samaan tapaan kuin aiempien etäohjattua liikuntaa käsittelevien tutkimusten havainnoissa: digituella, minimoimalla häiriöitä ja mahdollistamalla yksilöllisiä valintoja (vrt. esim. 14,18,27). Tulokset vahvistavat havaintoa siitä, että johdon eri roolit ja asennoituminen ovat yhteydessä terveysteknologian implementaation onnistumiseen (47) ja tuovat uutta tietoa etäohjattua liikuntaa toteuttavien työntekijöiden työtehtävistä ja näkemyksistä. Tulosten tulkinnassa on otettava huomioon, että seuranta ajoittui osin koronapandemiaan, joka haastoi kuntien toimintaympäristöä, mutta myös edisti etätoimintoja (34).

Implementaatiotutkimuksessa pyritään ymmärtämään implementaatioon vaikuttavien tekijöiden merkityksiä todellisessa kontekstissa, ei kontrolloimaan tai poistamaan näitä tekijöitä (32). Tämä asetelma tuotti laadullisessa tutkimuksessamme monipuolista tietoa, jota voidaan soveltaa etätoimintojen toteutuksessa. Seurantaasetelmassa tietoa kertyi huomattavasti pitemmältä ajalta kuin aiemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa (vrt. 14,18,26), mikä toi esiin muuttuvien tilanteiden merkityksiä implementaatiolle. Aineistomme on valikoitunut, mutta toisaalta kuntien samankaltainen tausta helpotti implementaation toteutumisen seurantaa. Aiempi hankeyhteistyö saattoi vaikuttaa tuloksiin, mutta huomasimme sen myös vahvistaneen haastateltujen luottamusta ja sitoutumista tutkimukseen. Elisitaatiohaastattelujen menetelmä (39) tuotti rikkaan aineiston, jossa etäohjattua liikuntaa toteuttaneiden työntekijöiden kokemukset tulivat monipuolisesti esiin. Asetelman vuoksi päättäjien, esihenkilöiden ja osallistujien näkemykset tulivat esiin epäsuorasti työntekijöiden raportoimina. Wankan ja Gallistlin jäsennykseen (42) pohjaava analyysirunkomme antoi mahdollisuuden tarkastella ilmiötä monista näkökulmista, mutta pystyimme käsittelemään kutakin näkökulmaa vain rajallisesti. Vaikka analyysirungon näkökulmat eivät sinänsä ole päällekkäisiä, konkreettiset teot liittyivät usein moneen näkökulmaan, mikä aiheutti haasteita raportointivaiheessa.

Iäkkäille suunnatun etäohjatun liikunnan implementaatiosta on nyt pystytty tuottamaan tutkimustietoa useamman vuoden jaksolta. On tärkeää jatkaa tämän toiminnan implementaation ja vakiintumisen seurantaa kunnissa, sillä se

on yksi konkreettinen esimerkki tavoista, joilla voidaan tarttua sosioekonomisiin eroihin iäkkäiden terveydessä ja digitaidoissa. Samalla saadaan tietoa siitä, miten eri alueilla voidaan paikallisesti soveltaa kehitettyä toimintamallia. Tarvitaan myös määrällistä analyysia kustannuksista ja vaikuttavuudesta. Iäkkäiden näkemykset digitaalisista palveluista ja heistä itsestään teknologian käyttäjinä vaikuttavat olennaisella tavalla implementaation onnistumiseen (4), minkä vuoksi tarvitaan lisätietoa erilaisissa elämäntilanteissa olevien iäkkäiden osallistumisesta ja näkemyksistä.

RAHOITTAJAT:

Tutkimus on saanut rahoitusta DigiIN – Palvelukulttuuria uudistamalla kaikki mukaan digitaaliseen yhteiskuntaan -hankkeesta, jota koordinoi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja rahoittaa Strategisen tutkimuksen neuvosto (päätökset 352501, 327149, 327150).

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Iltanen on vastannut aineiston keruusta, analyysista ja tulkinnasta sekä artikkelin kirjoittamisesta. Borodulin on osallistunut tutkimuksen suunnitteluun sekä artikkelin kriittisen tarkistamiseen. Saloranta on osallistunut aineiston analyysiin ja tulkintaan sekä artikkelin kriittiseen tarkistamiseen. Taipale ja Topo ovat vastanneet tutkimuksen alkuun saattamisesta ja osallistuneet tutkimuksen suunniteluun sekä artikkelin kriittiseen tarkistamiseen. Kaikki kirjoittajat hyväksyvät artikkelin lopullisen julkaistavan version.

Iltanen, S., Borodulin, K., Saloranta, E., Taipale, S., Topo, P. ***Online exercise for older adults – Factors facilitating and hindering the implementation in municipalities.*** **Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2025: 62: 67–84.**

The National Programme on Ageing 2030 suggests that digital solutions and remote services may support functional ability and independent living at home of older people. This follow-up study explored implementation of one potential solution, online exercise for older adults, in seven municipalities. We conducted elicitation interviews and an email survey with employees (n=14) to investigate which factors facilitate or hinder implementation of online exercise in municipalities. In the analysis, the framework of implementation research was applied to recognize structures, actions and experiences related to successful or challenging implementation. The data was explored to identify factors influencing implementation of online exercise: information about participants, views on older adults as exercisers and users of technology, management strategies, tasks executed by organizations and employees, and solutions aimed to support functional capacity of the participants. The results and process of implementation were examined from the perspectives of acceptability, adoption, appropriateness, feasibility, fidelity, costs, coverage, and sustainability. Local organizational culture, resources, and views on older adults were reflected in decisions related to online exercise. Implementation was facilitated by built-in structures, well-managed personnel changes, positive perceptions of the learning potential of older adults, and addressing problems in a solution-focused manner. Flexibility of the online exercise concept facilitated implementation in diverse municipalities and situations. Implementation was hindered due to unforeseen changes in personnel and property resources, limitations in inter-organizational collaboration, and negative perceptions of older adults as users of technology. We suggest that online exercise can contribute to solving health promotion challenges for vulnerable groups and could be considered by municipalities and wellbeing services counties. However, the challenges of implementation need to be carefully considered.

Keywords: older people, remote services, exercise, implementation

Saapunut 19.12.2023
Hyväksytty 26.04.2024

LÄHTEET

(1) Karvonen S, Kauppinen T. Hyvinvoinnin puutteet asuinpaikan maaseutumaisuuden mukaan. Teoksessa: Vaarama M, Karvonen S, Kestilä L, Moisio P, Muuri A. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2014, 2080–2097. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-015-3

(2) Parikka S, Koponen P, Koskela T, ym. Terveyden eriarvoisuus sosioekonomisen aseman ja asuinpaikan mukaan. Teoksessa: Sorsa T. (toim.) Kestävän kehityksen Suomi. Väestöliiton väestöpoliittinen raportti 2020. Helsinki: Väestöliitto ry; 2020, 91–116.

(3) Saukkonen P, Virtanen L, Kaihlanen A, ym. Sosiaaliselle syrjäytymiselle altistavien tekijöiden yhteys ikääntyneiden sähköiseen asiointiin: Tuloksia COVID-19-epidemian ensimmäisten aaltojen ajoilta. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2021. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-747-0

(4) Outila M, Kiuru H. "Picturephone in my home": Actor-network theory and Foucauldian discourse analysis on northern Finnish older adults starting to use a video conferencing service. J Technol Hum Serv 2021;39:163–192. doi: 10.1080/15228835.2020.1869670

(5) Rasi-Heikkinen P, Airola E. Health services and eHealth from the perspective of older rural residents of Finnish Lapland. J Rural Stud 2023;97:177–185. doi: 10.1016/j.jrurstud.2022.12.016

(6) Valtioneuvosto. Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030 – Tavoitteena ikäkyvykäs Suomi: Periaatepäätös. Helsinki: Valtioneuvosto; 2022. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-535-1

(7) Hong J, Kong HJ, Yoon HJ. Web-based telepresence exercise program for community-dwelling elderly women with a high risk of falling: randomized controlled trial. JMIR Mhealth Uhealth 2018;6:e132. doi: 10.2196/mhealth.9563

(8) Chang SH, Wang LT, Chueh TY, ym. Effectiveness of Facebook remote live-streaming-guided exercise for improving the functional fitness of community-dwelling older adults. Front Med 2021;8:734812. doi: 10.3389/fmed.2021.734812

(9) Ströckl DE, Perchtaler M, Weger K, ym. Use of a tele-fitness program for seniors during the COVID-19 pandemic: excerpts of the usage analysis of the Movinsi! project. Proceedings of the 8th International Conference on Information and Communication Technologies for Ageing Well and e-Health (ICT4AWE); 2022, 299–306. doi: 10.5220/0011074700003188

(10) Pacheco TBF, de Medeiros CSP, de Oliveira VHB, ym. Effectiveness of exergames for improving mobility and balance in older adults: a systematic review and meta-analysis. Syst Rev 2020;9:163. doi: 10.1186/s13643-020-01421-7

(11) Báez M, Khaghani Far I, Ibarra F, ym. Effects of online group exercises for older adults on physical, psychological and social wellbeing: a randomized pilot trial. PeerJ 2017;5:e3150. doi: 10.7717/peerj.3150

(12) Geraedts HAE, Zijlstra W, Zhang W, ym. A Home-based exercise program driven by tablet application and mobility monitoring for frail older adults: feasibility and practical implications. Prev Chronic Dis 2017;14:160227. doi: 10.5888/pcd14.160227

(13) Stenberg J, Parkkila M. Opas etäkuntoutuksen käytännön toteutukseen. Helsinki: Kela; 2023. http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023052648365

(14) Gray SM, Franke T, Sims-Gould J, ym. Rapidly adapting an effective health promoting intervention for older adults – Choose to Move – for virtual delivery during the COVID-19 pandemic. BMC Public Health 2022;22:1172. doi: 10.1186/s12889-022-13547-5

(15) Haynes A, Gilchrist H, Oliveira JS, ym. "I wouldn't have joined if it wasn't online": understanding older people's engagement with teleyoga classes for fall prevention. BMC Complement Med Ther 2022;22:283. doi: 10.1186/s12906-022-03756-1

(16) Kirwan M, Chiu CL, Laing T, ym. A web-delivered, clinician-led group exercise intervention for older adults with type 2 diabetes: single-arm pre-post intervention. J Med Internet Res 2022;24:e39800. doi: 10.2196/39800

(17) Sawyer LM, Brown LM, Lensing SY, ym. Rapid conversion of tai chi classes from face-to-face to virtual during the COVID-19 pandemic: a quality improvement project. Nurs Forum 2022;57:491–496. doi: 10.1111/nuf.12690

(18) Schwartz H, Har-Nir I, Wenhoda T, ym. Staying physically active during the COVID-19 quarantine: exploring the feasibility of live, online, group training sessions among older adults. Transl Behav Med 2021;11:314–322. doi: 10.1093/tbm/ibaa141

(19) Galway SC, Laird MHD, Dagenais M, ym. Navigating a new normal: perceptions and experiences of an online exercise program for older adults during COVID-19. J Aging Phys Act 2023;31:743–755. doi: 10.1123/japa.2022-0118

(20) Lee JLC, Lou VWQ, Kwan RYC. The experience of participating in remotely delivered online exercise classes during the COVID-19 pandemic among community-dwelling older adults and its postpandemic implications. J Aging Phys Act 2023;31:642–650. doi: 10.1123/japa.2022-0122

(21) Wu G, Keyes LM. Group tele-exercise for improving balance in elders. Telemed J E Health 2006;12:561–570. doi: 10.1089/tmj.2006.12.561

(22) Fernandez D, Wilkins SS, Melrose RJ, ym. Physical function effects of live video group exercise interventions for older adults: a systematic review and veteran's Gerofit group case study. Telemed J E Health 2023;29:829–840.
doi: 10.1089/tmj.2022.0175

(23) Langeard A, Bigot L, Maffiuletti NA, ym. Non-inferiority of a home-based videoconference physical training program in comparison with the same program administered face-to-face in healthy older adults: the MOTION randomised controlled trial. Age Ageing 2022;51:afac059.
doi: 10.1093/ageing/afac059

(24) Granet J, Peyrusqué E, Ruiz F, ym. Web-based physical activity interventions are feasible and beneficial solutions to prevent physical and mental health declines in community-dwelling older adults during isolation periods. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2023;78:535–544.
doi: 10.1093/gerona/glac127

(25) Hyodo K, Kidokoro T, Yamaguchi D, ym. Feasibility, safety, enjoyment, and system usability of web-based aerobic dance exercise program in older adults: single-arm pilot study. JMIR Aging 2023;6:e39898.
doi: 10.2196/39898

(26) Lim SER, Meredith SJ, Agnew S, ym. Volunteer-led online group exercise for community-dwelling older people: a feasibility and acceptability study. BMC Geriatr 2023;23:461.
doi: 10.1186/s12877-023-04184-7

(27) Mitzner TL, Remillard ET, Mumma KT. Research-driven guidelines for delivering group exercise programs via videoconferencing to older adults. Int J Environ Res Public Health 2022;19:7562.
doi: 10.3390/ijerph19137562

(28) Iltanen S, Vihervaara T. Voimaa etäjumpasta – Opas iäkkäiden etäjumpan toteutukseen. Päivitetty 2. verkkojulkaisu. Helsinki: Ikäinstituutti; 2021. https://www.ikainstituutti.fi/tuote/voimaa-etajumpasta-opas-iakkaiden-etajumpan-toteutukseen/

(29) Craig BAP; McDonough MH, Culos-Reed SN, ym. Social support behaviours and barriers in group online exercise classes for adults living with and beyond cancer: a qualitative study. Curr Oncol 2023;30:3735–3754.
doi: 10.3390/curroncol30040284

(30) Gell N, Hoffman E, Patel K. technology support challenges and recommendations for adapting an evidence-based exercise program for remote delivery to older adults: exploratory mixed methods study. JMIR Aging 2021;4:e27645.
doi: 10.2196/27645

(31) Nilsen, P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. Implement Sci 2015;10:53.
doi: 10.1186/s13012-015-0242-0

(32) Peters DH, Adam T, Alonge O, ym. Implementation research: what it is and how to do it. BMJ 2013;347:f6753.
doi: 10.1136/bmj.f6753

(33) Iltanen S, Karvinen E, Topo P. Kokemuksia iäkkäiden etäohjatusta terveysliikunnasta. Helsinki: Ikäinstituutti, 2018. https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2018/02/Virtuaalisesti-voimaa-vanhuuteen-raportti_www.pdf

(34) Iltanen S, Topo P. Iäkkäiden etäjumppa kunnissa koronapandemian aikaan. Gerontologia 2022;36:33–48.
doi: 10.23989/gerontologia.109290

(35) Tilastokeskus. Tunnuslukuja väestöstä alueittain 31.12.2022. Luettu 17.11.2023. https://statfin.stat.fi/PxWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vaerak/statfin_vaerak_pxt_11ra.px

(36) Maanmittauslaitos. Pinta-alat kunnittain 1.1.2023. Luettu 17.11.2023. https://www.maanmittauslaitos.fi/tietoa-maanmittauslaitoksesta/organisaatio/tilastot#Pinta-alat-kunnittain

(37) Archibald MM, Ambagtsheer RC, Casey MG, ym. Using Zoom videoconferencing for qualitative data collection: perceptions and experiences of researchers and participants. Int J Qual Methods 2019;18:1–8.
doi: 10.1177/1609406919874596

(38) Irani E. The use of videoconferencing for qualitative interviewing: opportunities, challenges, and considerations. Clin Nurs Res 2019;28:3–8.
doi: 10.1177/1054773818803170

(39) Pink S. Doing sensory ethnoraphy. London: Sage; 2009.
doi: 10.4135/9781446249383

(40) Iltanen S, Topo P. Object elicitation in interviews about clothing design, ageing and dementia. J of Design Research 2015;13:167–184.
doi: 10.1504/JDR.2015.069759

(41) Hänninen R. Participant-induced elicitation in digital environments. Kirjassa: Lähdesmäki T, Koskinen-Koivisto E, Čeginskas VLA, Koistinen AK. (toim.) Challenges and solutions in ethnographic research: ethnography with a twist. 1. painos. Abingdon: Routledge; 2020, 55–67.
doi: 10.4324/9780429355608-4

(42) Wanka A, Gallistl V. Doing age in a digitalized world – a material praxeology of aging with technology. Front Sociol 2018;3:6.
doi: 10.3389/fsoc.2018.00006

(43) Proctor E, Silmere H, Raghavan R, ym. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. Adm Policy Ment Health 2011;38:65–76.
doi: 10.1007/s10488-010-0319-7

(44) Rappe E, Saloranta E, Rajaniemi J, ym. Vanhusneuvostokysely iäkkäiden toimintakykyä ylläpitävistä palveluista 2022. Helsinki: Ikäinstituutti; 2023. https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2023/01/Vanhusneuvostokysely_NETTI.pdf

(45) Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, ym. (toim) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 -tutkimus. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2018. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8

(46) Rotko T, Majlander S, Mesiäislehto M. (toim.) Koko väestön terveys on yhteiskunnan menestystekijä: Ratkaisuja terveyserojen vähentämiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2023. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8413-4

(47) Laukka E, Huhtakangas M, Heponiemi T, ym. Identifying the roles of healthcare leaders in HIT implementation: a scoping review of the quantitative and qualitative evidence. Int J Environ Res Public Health 2020:17:2865. doi: 10.3390/ijerph17082865

Sonja Iltanen
TaT, asiantuntija
Ikäinstituutti

Katja Borodulin
Dosentti, toiminnanjohtaja
Ikäinstituutti

Eerika Saloranta
TtM, asiantuntija
Ikäinstituutti

Sakari Taipale
Dosentti, yhteiskuntapolitiikan professori
Jyväskylän yliopisto
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

Päivi Topo
Dosentti, vanhusasiavaltuutettu
Valtioneuvosto

SOSIAALILÄÄKETIETEELLINEN AIKAKAUSLEHTI 2025: 62: 85–105

Artikkeli

Koulun turvallisuuskulttuuria arvioimassa: aineistona koulun turvallisuustoimijoiden ryhmähaastattelut

Koulua koskevat turvallisuustutkimukset keskittyvät yleensä turvallisuuspoikkeamiin tai tapahtumamäärien kartoittamiseen. Toteutimme lukuvuonna 2022–2023 14 suomalaisessa perusopetuksen kouluissa intervention, jonka tavoitteena oli kehittää kouluorganisaation turvallisuuskulttuuria. Artikkelissa kuvaamme muutoksia, joita havaitsimme intervention jälkeen fokusryhmähaastattelujen turvallisuuspuheessa. Haastatteluihin osallistui 139 (DATA I n=96; DATA II n=43) henkilöä. Teoreettisena viitekehyksenä olivat tutkimuskirjallisuudesta tiivistetyt koulujen turvallisuuskulttuurin elementit: turvallisuuden johtaminen, ennakointi, kompetenssin varmistaminen ja sosiaalinen turvallisuusympäristö.

Analysoimme koulujen fokusryhmähaastatteluaineistot teoriaohjaavan sisältöanalyysin avulla neljän turvallisuuskulttuurin elementin ja viisiportaisen turvallisuuskulttuurin laatuasteikon perusteella.

Tutkimusta varten hankittiin koulukohtaiset tutkimusluvat ja laadittiin tutkimustiedotteet. Aineistonhallintasuunnitelmaan sisällytettiin aineiston säilytykseen ja arkistointiin liittyvät lähtökohdat. Fokusryhmähaastattelut toteutettiin 14 koulussa kahteen kertaan. Koulut olivat alakouluja (n=8), yläkouluja (n=4) ja yhtenäiskouluja (n=2). Tutkimuskoulujen oppilasmäärä oli yhteensä 5947. Jokaisesta koulusta kutsuttiin fokusryhmähaastatteluun 6–8 osallistujaa.

Fokusryhmien turvallisuuspuheessa havaittiin intervention jälkeen turvallisuuskulttuuria ilmentävä muutos kaikkien neljän elementin osalta. Merkittävin muutoksista oli turvallisuusjohtamiseen liittyvä. Tämä näkyi systemaattisuuden lisääntymisenä ja turvallisuuden työvälineiden käyttöön ottamisessa. Intervention jälkeen havaittiin turvallisuuteen liittyvän vuorovaikutuksen tiivistymistä organisaatiossa, esimerkiksi turvallisuustoimenpiteitä oli alettu toteuttaa tiimirakenteella. Oppilaiden osallistaminen turvallisuusasioissa lisääntyi. Turvallisuuspoikkeamatiedon keräämiseen ja käsittelyyn käytettiin aiempaa enemmän resursseja. Tämä mahdollisti ennakoivan otteen turvallisuuden hallintaan.

Muutoksen keskiössä oli koulun rehtori, joka ohjasi turvallisuuskulttuuriin liittyvää toimintaa ja teki siihen liittyviä päätöksiä, mutta toisaalta osallistui myös käytännön turvallisuusongelmien ratkaisemiseen. Turvallisuuden hallinnan onnistumisen merkkejä olivat ennakoivat toimenpiteet, tiimirakenne tehtävien jakamisessa sekä organisaatio- ja hallintokuntarajojen ylittäminen turvallisuuden edistämiseksi. Tutkimus on osa ONNI on turvallinen koulu -hanketta.

ASIASANAT: turvallisuuskulttuuri, fokusryhmähaastattelu, turvallisuuspuhe, perusopetus

BRITA SOMERKOSKI, EILA LINDFORS, JULIA KOKKI

YDINASIAT

- Koulujen kokonaisvaltaista turvallisuuskulttuuria on tutkittu Suomessa erittäin vähän.
- Turvallisuusjohtamisen puutteet liittyivät usein heikkoon tiedon jakamiseen. Intervention jälkeen havaittiin vuorovaikutuksen tiivistymistä ja systemaattisuuden lisääntymistä turvallisuusasioissa.
- Turvallisuuden hallintaa toteutettiin tiimirakenteella hyödyntämällä konkreettisia työvälineitä, kuten vuosikellosuunnittelua ja verkkosovellusta poikkeamien ilmoittamiseen.
- Rehtorin rooli oli keskeinen: rehtorit ylittivät organisaatio- ja hallintokuntarajat toteuttaessaan turvallisuuden hallintaa koulussa.
- Oppilaiden käsityksiä koulun turvallisuuskulttuurista tulisi kartoittaa esimerkiksi Kouluterveyskyselyn osana laadullisella tutkimuksella.

JOHDANTO

Vaikka koulut ovat yleisesti varsin turvallisia oppilaille (1, 2, 3), yleisesti voidaan sanoa, että rikosten osalta lasten ja nuorten osuus väkivaltakäyttäytymisessä on lisääntynyt yhteiskunnassa (4) ja herättänyt huolta sekä kansallisesti että kansainvälisesti (5–8). Suomessa julkisen vallan tehtävänä on tukea perheen ja kouluyhteisön mahdollisuuksia turvata nuorten hyvinvointia ja yksilöllistä kehitystä, ja turvallisuus on esillä sekä Petteri Orpon hallitusohjelmassa (5) että Opetushallituksen aineistossa (9). Opetushallitus on julkaissut turvallisuuteen liittyvän sivustokokonaisuuden Kasvatuksen ja koulutuksen turvallisuus, jossa oppimisympäristö jaetaan turvallisuuden osalta neljään: fyysinen, sosiaalinen, psyykkinen ja pedagoginen turvallisuus. Sivustolla kuvataan myös seuraamuksia, kurinpitotoimia ja väkivaltaan liittyviä näkökulmia (9).

Turvallisuus on yhteydessä oppilaiden terveyteen ja kouluyhteisön hyvinvointiin, mutta toisaalta turvallisuutta voidaan tarkastella perusopetuslain (10) toteutumisen näkökulmasta tai laajemmin yhteiskunnallisena kysymyksenä. Perusopetuslaissa todetaan opiskelijan oikeus turvalliseen oppimisympäristöön. Oikeus on samalla opetuksen järjestäjän velvollisuus. Kyse ei ole siis vapaaehtoisuudesta.

Lisäksi esimerkiksi pelastuslaissa (11), terveydenhuoltolaissa (12), yhdenvertaisuuslaissa (13), lastensuojelulaissa (14) sekä oppilas- ja opiskeluhuoltolaissa (15) on tuotu esille koulupäivän turvallisuuden ja turvallisuuskulttuurin näkökulmia. Säädöspohjaan liittyy myös lakisääteiset kolmen vuoden välein tehtävät oppilaitoksen terveellisyyden, turvallisuuden ja kouluyhteisön hyvinvoinnin tarkastukset, joista on tehty monialaisesti kansallinen ohjeistus vuonna 2015 (16). Turvallisuuskulttuuriin ja riskienhallintaan kuuluvat myös tapaturmien ja eriarvoisuuden ehkäisy sekä osallisuuden edistäminen (17). Useissa strategisissa asiakirjoissa kuvataan kansallisia suosituksia. Tällaisia strategisia asiakirjoja ovat esimerkiksi sisäisen turvallisuuden strategia (18), Lapsistrategia (19) sekä Turvallisesti kaiken ikää -ohjelma 2021–2030 (20). Tiivistetysti voidaan siis todeta, että koulujen normiohjauksessa ja kansallisissa strategisissa tavoiteasiakirjoissa on määritelty monin tavoin koulun turvallisuutta ja turvallisuuskulttuuriakin.

Syksyllä 2022 aloitimme lukuvuoden mittaisen turvallisuuskulttuurin intervention 14 perusopetuksen koulussa. Tässä artikkelissa kuvaamme muutoksia, joita havaitsimme intervention jälkeen. Interventio oli käytännössä useita toimenpiteitä sisältävä menettely, jonka tavoitteena oli kehittää tutkimuskoulujen turvallisuuskulttuuria. Koulun turvallisuuskulttuurilla tarkoitamme tässä kouluorganisaation politiikkoja, menetelmiä ja toimenpiteitä (21, 22) turvallisuuden edistämiseksi. Johtamiseen liittyvät menettelyt, kuten kehittämissuunnitelmat, turvallisuusvartit, vuosikellosuunnittelu ja turvallisuustiimit olivat osa interventiota. Turvallisen arjen toimintoihin liittyivät teemapäivät, koulutuswebinaarit ja Notecrow-verkkosovellus poikkeamien ilmoittamiseen. Tutkimuskouluille tarjottiin yhtäläinen mahdollisuus käyttää intervention työvälineitä ja -menetelmiä mutta peruskoulujärjestelmäämme liittyvän koulujen autonomian vuoksi koulut valitsivat itse, mitä menetelmiä he päättivät ottaa käyttöön intervention osana.

Kouluorganisaation turvallisuuskulttuuri liittyy keskeisesti vuorovaikutukseen. Toisaalta oppilaiden koulussa kokema turvallisuus tai turvattomuus voi liittyä ennemmin yhteiskunnallisiin tai demografisiin tekijöihin, asuinympäristön tai perheen tapahtumiin kuin koulun turvallisuuskulttuuriin (23). Siksi toisinaan joudutaan harkitsemaan koulun normiohjauksen taipumista hallintokuntien ja organisaatioiden rajojen ylittämiseen. Kehittyneen turvallisuuskulttuurin edellytyksenä on turvallisuustietojen, -taitojen ja

-asenteiden jakaminen organisaatiossa (24, 25). Näillä perustein voidaan sanoa, että turvallisuuden hallinta ja johtaminen perustuu tehokkaaseen viestintään. Kouluissa turvallisuudesta viestitään sekä kirjallisesti että suullisesti. Fokusryhmien haastatteluaineistosta käytämme tästä viestinnästä käsitettä turvallisuuspuhe.

Suomeksi koulun turvallisuuskulttuuria määritellään toisinaan käsitteellä turvallisuusilmapiiri. Tämä suppeahko käsite on tutkimuskirjallisuudessa liitetty tiettyyn ja tarkkaan ajankohtaan (26.) Käsite turvallisuuskulttuuri on hieman laajempi, sillä sen nähdään liittyvän kollektiivisiin käsityksiin sekä syvempiin merkityksiin ja arvoihin (27). Turvallisuuskulttuurilla kuvataan, millaiset menettelytavat, päätökset, hallinto ja peruslinjaukset turvallisen toiminnan taustalla vaikuttavat organisaatiossa (21, 22). Kun organisaationa on koulu, voidaan puhua koulun turvallisuuskulttuurista.

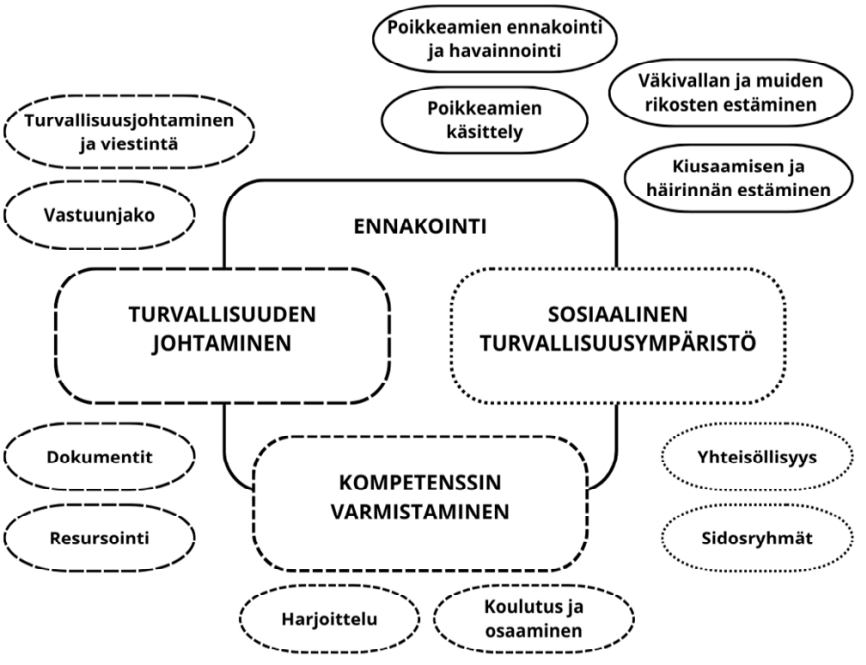
Kirjoittaessamme turvallisuuskulttuurin kehittämisen ja ylläpitämisen keinoista käytämme käsitettä turvallisuuden hallinta koulussa (24, 28). Synteesinä toteamme, että koulun turvallisuuskulttuurin käsite ei ole yksiselitteinen eikä erillinen, ja ehkä juuri käsitteen väljyyden vuoksi turvallisuuden kokonaiskuva jää usein hataraksi. Vaikka turvallisuustutkimuksissa yleisesti erotellaan yksilöt ja organisaatio (29), näkökulmia ei voida tarkastella täysin erillisinä. Yksilöiden toiminta, arvot ja asenteet ovat organisaation turvallisuuskulttuurin perusta (21, 24, 30, 31), mutta samanaikaisesti turvallisuuskulttuuri on yhteydessä siihen kulttuuriin, jossa se ilmenee. Turvallisuuskulttuuri perustuu – tai ainakin sen pitäisi perustua – yksilöllisten tekijöiden lisäksi taustalla oleviin säädöksiin velvoitteisiin, opetuksen järjestäjän antamiin kaikkia alueen kouluja ja oppilaitoksia koskeviin sopimuksiin ja ohjeisiin (9–11, 13–15, 17, 32–34).

Koulujen turvallisuuskulttuuriin kuuluvana osana kouluturvallisuuden tutkimus on keskittynyt turvallisuuspoikkeamiin, kuten väkivaltaan, häirintään, kiusaamiseen ja fyysisiin haittoihin, esimerkiksi tapaturmiin (35). Koulujen turvallisuutta on tutkittu varsin laajasti erityisesti väkivallan, häirinnän ja kiusaamisen sekä fyysisten haittojen osalta. Näissä tutkimuksissa kuvataan moniulotteisesti turvattomuutta (36) – päihdyttävien aineiden hallussapitoa, aseiden käsittelyyn liittyviä ongelmia (37) tai uhrien kokemuksia kouluväkivallasta (2). Tämän tutkimuksen tavoitteena on tarkastella ja ymmärtää koulun turvallisuuskulttuurin näkyviä elementtejä ja tasoja laajemmin ja käytännöllisestä näkökulmasta (38). Malli on tarkoitettu koulujen turvallisuuskulttuurin itsearviointiin.

Tutkijoina tunnistamme asenteen merkityksen toiminnan määrittelijänä. Tässä tutkimusaihe on kuitenkin rajattu koskemaan organisaation turvallisuuskulttuuria fokusryhmien turvallisuuspuheessa. Analysoimme fokusryhmien haastatteluaineiston teorialähtöisen sisällönanalyysin avulla luokittelemalla aineiston neljän turvallisuuskulttuurin elementin ja viisiportaisen turvallisuuskulttuurin laatuasteikon avulla (Liite 1). Laadullisen aineiston merkitysyksiköt kvantifioitiin prosenttiosuuksin. Tutkimuskysymys on: Millaisia turvallisuuskulttuuria ilmentäviä muutoksia perusopetuksen koulujen fokusryhmien turvallisuuspuheessa havaittiin intervention jälkeen suhteessa lähtötilanteeseen?

KOULUN TURVALLISUUSKULTTUURI JA SEN ARVIOINTI AIKAISEMMISSA TUTKIMUKSISSA

Koulun turvallisuuskulttuuri on määritelty normiohjauksessa koulun johdon vastuuksi ja toisaalta oppijoiden perusoikeudeksi (10, 32, 37, 39). On huomattava, että vastuuasetelma on kouluorganisaation erityispiirre (40). Koulussa toimivista suurin osa on lapsia tai nuoria, mikä tekee koulusta turvallisuuden näkökulmasta haavoittuvan organisaation. Koululla on kuitenkin jo olemassa oppilaiden hyvinvointia tukevia järjestelmiä. Tällainen järjestelmä on monialainen opiskeluhuollon kokonaisuus (41), jonka haasteita ruodittiin hyvinvointialueille siirryttäessä (42). Luodessamme teoreettista viitekehystä tälle tutkimukselle pidimme turvallisuutta laajana ilmiönä, joka sisältää tekijöitä kouluympäristön rakenteellisesta ja sosiaalisesta toimintaympäristöstä (26, 43, 44) mutta toisaalta myös suosituksista ja normiohjauksesta (11, 15, 32, 33). Kuvio 1 kuvaa koulun turvallisuuskulttuuria laajasti ja kokonaisuuteen voidaan sijoittaa esimerkiksi perusopetuslaissa (10) esitetty turvallinen oppimisympäristö. On huomattava, että turvallisuus liittyy lasten oikeuksien tai demokratian toteutumisen sisältöihin (45, 46). Vaikka nämä arvoihin liittyvät näkökulmat ovat tärkeitä, niiden katsotaan sisältyvän kuvioon kulttuuriin liittyvinä hyveinä ja perusolettamuksina, kuten muidenkin



Kuvio 1. Koulun turvallisuuskulttuurin elementit ja dimensiot tutkimuskirjallisuuden perusteella (10, 24, 25, 28, 32, 48–61).

vastaavien arvojen, esimerkiksi tasa-arvo, yksilöllisyys, terveys, yksilöllisyys, vapaus, oikeudenmukaisuus ja suvaitsevaisuus (47).

Turvallisen oppimisympäristön perusjako fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja pedagogisiin tekijöihin jättää toimijoille runsaasti liikkumavaraa. Kuvion 1 tarkoituksena on kuvata turvallisuuskulttuuria käytännöllisistä ja toiminnallisista lähtökohdista. Tämän esittämistavan katsomme havainnollistavan niitä toimenpiteitä, joita turvallisuuskulttuurin edistäminen kouluissa sisältää. Turvallisuusjohtamisen osalta (Kuvio 1) aiemmassa kirjallisuudessa korostetaan systeemistä lähestymistapaa, turvallisuuteen liittyvää päätöksentekoa arjessa, riskien ja vastuiden ymmärtämistä sekä yhteisön osallistumista (24, 43, 61). Astor ym. (51) esittävät, että nimenomaan positiivisten puuttumiskäytäntöjen kehittäminen on tärkeä osa turvallisuutta. Lisäksi turvallisuuspoikkeamat, kuten tapaturmat, läheltä piti -tilanteet ja väkivalta, edellyttävät reagoivaa puuttumista. Poikkeamien havainnointi, seuranta, käsittely ja juurisyyn etsiminen ovat osa ennakoivaa turvallisuuskulttuuria (24, 62).

Turvallisuuteen liittyvä kompetenssi eli osaaminen jaetaan tavanomaisesti turvallisuustietojen, -taitojen ja -asenteiden kokonaisuudeksi (Kuvio 1). Turvallisuuskompetenssia kehitetään kouluissa opetussuunnitelman (32) mukaisella opetuksella (esimerkiksi terveystieto ja laaja-alaiset oppimiskokonaisuudet), harjoituksin (esimerkiksi poistumisharjoitukset) ja henkilöstön koulutuksilla (esimerkiksi ensiapukurssi, vuorovaikutustaitojen kurssi). Kouluorganisaatiossa turvallisuusosaamista jaetaan oppilaille opetuksessa, mutta toisaalta myös kokonaisvaltaisesti kaikessa siinä, mitä koulussa tehdään ja tuotetaan yhdessä (63). Oppilaiden osallisuus turvallisuuden hallinnassa näkyy toimijuutena, sillä kompetenssi ja erityisesti valmius toimia valmistaa oppilaita arjen hallintaan ja yhteiskunnassa toimimiseen (64). Turvallisuuden edistäminen on toiminnallista valmiutta. Hudson (59) kuvaa tätä erottamalla käsitteet *talk* (mitä organisaation toimijat sanovat turvallisuudesta) ja *walk* (miten he todellisuudessa toimivat).

Koulun sosiaalisen turvallisuusympäristön (Kuvio 1) osalta yksilön ja organisaation kehittäminen dialogin ja kumppanuuksien avulla on turvallisuutta ja yhteisöllisyyttä edistävää. Instituutiot, normit ja verkostot sitovat koulun yhteen useiden toimijoiden (53) mutta toisaalta kes-

keisellä tavalla myös koko yhteiskunnan kanssa. Sidosryhmät ovat tavanomaisesti viranomaisia, seurakuntia, yrityksiä tai yksittäisiä turvallisuusasiantuntijoita (56). Sidosryhmäyhteistyö voi olla merkittävää esimerkiksi koulua kohdanneessa äkillisessä väkivallan tai muun turvallisuuspoikkeaman tilanteessa (57). Mainittakoon vielä, että useimmissa tapauksissa koulu voi valita itse, millaisten sidosryhmien kanssa se toimii yhteistyössä. Monialainen yhteistyö poliisin, sosiaalitoimen, terveystoimen ja nuorisotoimen välillä vaihtelee koulukohtaisesti ja paikkakunnittain. Kyseessä on myös yhdenvertainen palvelujen saatavuus – joka tapauksessa toiminnalla edistetään yhteiskunnan sisäistä turvallisuutta ja nuorten hyvinvointia. Koulu on tälle yhteistyölle luontainen toimintaympäristö (65).

Koulujen tulisi osallistaa toimijoita riskien tunnistamiseen, arviointiin ja käsittelyyn, sillä riskeihin perustuva ajattelu on osa uhkien arviointia ja niihin varautumista. Osallisuus tarkoittaa tässä myös sidosryhmiä, esimerkiksi oppilaiden huoltajia, tavarantoimittajia tai kolmannen sektorin toimijoita (9, 32) ja heidän toimintaansa koulun kanssa yhteistyössä oppimista ja opettamista tukien. Yhteisöllisyys nähdään tässä yhteishenkeä kehittävänä turvallisuustoimintana, joka edistää yhteenkuuluvuutta ja turvallisuutta. Koulut tunnistavat yleisesti myönteisen yhteisöllisyyden, ja kansainvälisissä tutkimuksissa sen on nähty olevan yhteydessä suotuisasti oppimistuloksiinkin (54, 55).

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys on ONNI-portaikkomallin neljä elementtiä (Kuvio 1) ja viisi tasoa (Liite 1). Malli suunniteltiin ja testattiin empiirisesti (38). Mallissa koulun turvallisuuskulttuurin tasot ovat haavoittuva, reagoiva, normatiivinen, ennakoiva ja kestävä. Haavoittuva taso kuvaa turvallisuuskulttuuria pysyvänä arjen tilana, jossa ei juurikaan nähdä tai havainnoida poikkeamia. Haavoittuvalla tasolla poikkeamia käsitellään sattumanvaraisesti tai intuitiivisesti (59, 60). Sattumanvarainen poikkeamien käsittely saattaa aiheuttaa riskitilanteita, joihin koulussa ei ole varauduttu. Reagoiva taso kuvaa toimintakulttuuria, jossa reagoidaan poikkeamiin sen jälkeen, kun jotain tapahtunut. Ennakointi puuttuu kokonaan tai sitä on hyvin vähän. (59, 60). Normatiivisen tason edellytykset perustuvat koulujen normiohjaukseen eli lakiin ja asetuksiin (10, 32). On huomattava, että normiohjaus määrittelee tavanomaisesti turvallisuuskulttuurin vähimmäistason. Normatiivisen tason turvallisuuskulttuuri ilmenee siten, että turvallisuus nähdään osana koulun perustehtävää eikä siihen sen vuoksi tarvitse kiinnittää erityistä huomiota. Ennakoivalla tasolla (24, 31, 66) turvallisuuskulttuurin ylläpitämiseksi on jaettu tehtäviä, lisätty ohjeita, suunnitelmia, sovelluksia ja asiakirjoja siten, että riskien toteutuminen voidaan estää. Kestävän tason turvallisuuskulttuuri puolestaan on resilienttiä toimintaa, jossa turvallisuusnäkökulman toteuttaminen liittyy sisäänrakennettuna, mutta toisaalta myös erillisenä, kaikkeen päätöksentekoon liittyvänä. Kestävällä tasolla turvallisuusajattelu on kokonaisvaltaista ja poikkeamia hallitaan yhdessä. Vaaratilanteissa koulu varmistaa, että normaali arki voi jatkua mahdollisimman pian. Opiskelijat, henkilökunta ja sidosryhmät ovat mukana turvallisuuden edistämisessä (25, 50).

MENETELMÄT, AINEISTO JA TUTKIMUSJOUKKO

Oppimisympäristötutkimuksessa on tavanomaista erotella fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset turvallisuustekijät toisistaan (37, 67). Tavaksi on tullut tarkastella ympäristön turvallisuutta arvioimalla poikkeama- tai tapaturmamääriä. Nämä eivät kuitenkaan yksinään anna tilannekohtaista ja dynaamista kuvaa turvallisuustilanteesta (35, 48), sillä muutokset voivat johtua myös ilmoitusintensiteetin muutoksesta. Aiemmissa tutkimuksissamme olemme käyttäneet menetelmänä kyselytutkimusta. Ilmiön kompleksisuus ja sekoittuminen käytännön arkeen tuottaa tuloksia, jotka eivät kuvaa turvallisuuskulttuuria, vaan enemmänkin turvallisuuteen liittyvää henkilökunnan tai oppilaiden osaamista, ja näin kokonaiskuva jää vajaaksi (37). Guldenmund (68) yhtyy kritiikkiin kyselytutkimuksella tuotetuista tutkimuksista turvallisuuskulttuurin kuvaajana. Hänen mukaansa turvallisuuskulttuuri on vaikeasti arvioitavaa – varsinkin tilanteessa, jossa osa toimijoista on lapsia tai nuoria. Tämä tekee kyselylomakkeiden käytöstä haastavaa. Tutkimuskoulujen turvallisuuskulttuurin lähtötason selvittämiseksi päädyimme toteuttamaan aineistonkeruun fokusryhmähaastatteluilla (69). Haastattelun katsottiin sopivan menetelmänä turvallisuuskulttuuritutkimukseen, koska näin on mahdollista saada kuva toimintakulttuurista sekä siitä, mitä haastateltavat kokevat, tuntevat ja miten he toimivat (70).

Taulukko 1. Tutkimuksen haastattelukysymykset (DATA I) elementeittäin jaoteltuna.

Turvallisuuskulttuurin elementit	Haastattelukysymykset
Turvallisuuden johtaminen	Minkälaisia turvallisuuteen liittyviä rooleja ja vastuita tässä koulussa on?
	Miten teillä jakautuvat rehtorin ja turvallisuusvastaavan roolit, opettajien roolit ja vastuut, oppilaiden ja vanhempien roolit ja vastuut?
	Mitä resursseja turvallisuuskulttuurin ylläpitämiseen teillä on käytössä?
	Mitä resursseja turvallisuuskulttuurin kehittämisessä mielestänne tarvitaan?
	Jos pitäisi nimetä kaikki koulun turvallisuuteen liittyvät dokumentit tässä, mitä dokumentteja tulee mieleen?
	Miten arvioisitte näitä dokumentteja, ovatko ne ajantasaisia vai onko teillä tiedossa päivittämistarpeita dokumentteihin liittyen?
	Millä välineillä, kenelle ja milloin viestimällä teillä pyritään parantamaan kohderyhmän turvallisuusajattelua ja turvallisuusosaamista?
	Toimiiko koululla kriisiryhmä? Jos on, kuka tästä huolehtii?
	Mitä mieltä olette koulunne kriisiviestinnästä? Onko tähän olemassa jotain valmiita viestipohjia?
Ennakointi	Miten teidän koulussanne ilmoitetaan turvallisuuspoikkeamista?
	Mihin turvallisuuspoikkeamailmoitukset kerätään?
	Miten näitä poikkeamia käsitellään?
	Mitä asioita teidän olisi mielestänne tarpeen kehittää turvallisuuspoikkeamien tunnistamisessa, raportoinnissa, juurisyyn määrittämisessä ja toimenpiteissä suhteessa nykytilaan?
	Mitä turvallisuustarkastuksia teidän koulussa toteutetaan? Kuka niitä toteuttaa? Kuinka usein?
	Mitä vaaroja koululla on tunnistettu?
	Mitä riskejä tunnistetuista vaaroista aiheutuu?
	onko koulun olennaiset vaarat tunnistettu ja riskit arvioitu?
Kompetenssin varmistaminen	Millaista turvallisuuteen liittyvää osaamista koulun henkilökunta mielestänne tarvitsee? Millaista osaamista tarvitsevat rehtori, opettajat, entä palveluntuottajat?
	Millaisia kehittämistarpeita ajattelette teidän koulussanne olevan turvallisuusosaamisen näkökulmasta?
	Mikä on oppilaiden turvallisuusosaamisen taso? Millaisia kehittämistarpeita näette heillä?
Sosiaalinen turvallisuusympäristö	Millä tavoin yhteisöllisyys ilmenee teillä turvallisuuden hallinnassa?
	Mitä sidosryhmiä on mukana koulunne turvallisuustyössä?
	Millä tavoin sidosryhmät auttavat koulua?
	Tarvitaanko mielestänne muita sidosryhmiä mukaan?

Fokusryhmähaastatteluja toteutettiin jokaisessa 14 koulussa (luokat 1–9, oppilaat 7–16-vuotiaita) kaksi (DATA I ja DATA II). Koulut olivat alakouluja (n=8), yläkouluja (n=4) ja yhtenäiskouluja (n=2). Koulujen koko vaihteli (59–800 oppilasta ja 11–80 henkilökunnan jäsentä). Kuusi koulua sijaitsi kaupungissa, kuusi oli taajamakouluja ja kaksi maaseudun kouluja. Alakouluista kaksi oli ruotsinkielisiä. Tutkimuskoulujen oppilasmäärä oli yhteensä 5947.

Tutkimuksen toteuttamiseksi hankittiin koulukohtaiset tutkimusluvat ja laadittiin tutkimustiedotteet. Aineistonhallintasuunnitelmaan sisällytettiin aineiston säilytykseen ja arkistointiin liittyvät lähtökohdat. Fokusryhmään kutsuttiin 6–8 osallistujaa, jotka rehtori tai turvallisuusvastaava oli valinnut: tyypillisesti koulun turvallisuustiimin jäsenet, rehtori, apulaisrehtori, vanhempien ja oppilaskunnan edustaja sekä resurssien mukaan oppilaskunnan, vanhempien ja kiinteistöhuollon edustaja. Tutkimusavustaja taltioi haastatteludatan yliopiston Zoom-työvälineellä ja data litteroitiin perustasoisesti. Haastattelukysymykset perustuivat neljän elementin ja 12 dimension kokonaisuuteen (Taulukko 1). Fokusryhmähaastattelussa kysymys esitettiin koko ryhmälle ja tarkoituksena oli saada turvallisuuspuheella kuva siitä, miten koulussa toimitaan (59, 71, 72).

Fokusryhmähaastattelut toistettiin samanmuotoisena intervention päätyttyä. Molempiin haastattelukertoihin laadittiin samanlainen osallistumiskutsu kullekin kouluille. Henkilöstön työtehtävien ja opetusresurssien vaihdokset aiheuttivat muutoksia haastatteluryhmien kokoonpanossa. Laadullinen vertailu muutoksen havaitsemiseksi tehtiin valitsemalla samaan elementtiin liittyviä merkitysyksikköjä DATA I:n (haavoittuva taso) ja DATA II:n (ennakoiva ja kestävä taso) perusteella.

NVivo-ohjelman avulla kaikki merkitysyksiköt laskettiin ja lukumäärät koottiin havaintomatriisiin. Elementtikohtaisessa tarkastelussa laskettiin yhteen jokaisen elementin osalta merkitysyksiköt erikseen alku- ja loppumittauksessa ja muutosta tarkasteltiin prosentuaalisesti. Elementtien prosentuaalinen osuus laskettiin molempien datojen osalta merkitysyksikkömäärän kokonaissummasta. Määrällisessä vertailussa olivat mukana koulut, jotka olivat osallistuneet sekä alku- että loppumittaukseen (N=14). Aineiston laadullisella analyysillä syvennettiin ymmärtämystä turvallisuuskulttuurin muutoksesta kunkin elementin osalta tekstikatkelmien avulla.

Toisella haastattelukerralla (DATA II) kysymykset toistettiin. Kysymykset olivat molemmilla haastattelukerroilla samat mutta toisella haastattelukerralla haastateltavien pyydettiin pohtimaan nimenomaan viimeksi kuluneen vuoden aikana tapahtunutta muutosta. Ensimmäisen haastattelukerran vastaukset otettiin siis huomioon toisen kerran kysymyksiä laadittaessa. Haastatteluaineistoa kertyi 1723 minuuttia (DATA I 966 min. ja DATA II 757 min.) Litteroitu aineisto sisälsi tekstiä yhteensä 441 A4-sivua rivivälillä 1 (DATA I 248 sivua ja DATA II 193 sivua). Fokusryhmähaastattelujen datan analyysivaiheessa litteroitu aineisto luettiin useita kertoja läpi, luokiteltiin ja ryhmiteltiin kategorioihin (73, 74). Analyysi toteutettiin lähtökohtaisesti anonyymina siten, ettei EU:n yleisessä tietosuojaasetuksessa kuvattua henkilörekisteriä syntynyt. Aineisto siirrettiin analyysia varten NVivo-ohjelmistoon, johon luotiin 12 pääkoodiluokkaa (Kuvio 1). Analyysissa aineisto jaettiin merkitysyksikköihin. Tyypillisesti yksi merkitysyksikkö sisälsi yksittäisen sanan, lauseen tai puheenvuoron.

Merkitysyksikköjä luokiteltiin useampaan pääkoodiluokkaan mutta kerrallaan vain yhdelle viidestä tasosta (Liite 1). Analyysin tulokset esitetään kahdessa osassa (DATA I ja DATA II). Analyysia toteutettiin ensin yleisemmällä tasolla viiden hengen tutkimusryhmässä, joka keskusteli yhteisen näkemyksen saavuttamiseksi. Tämän jälkeen kaksi tutkijaa jatkoi analyysia teoreettisen viitekehyksen perusteella. Tutkijat vertailivat analyysin tuloksia ja eriävistä mielipiteistä keskusteltiin. Kolmas tutkija oli mukana varmentamassa analyysin luotettavuutta.

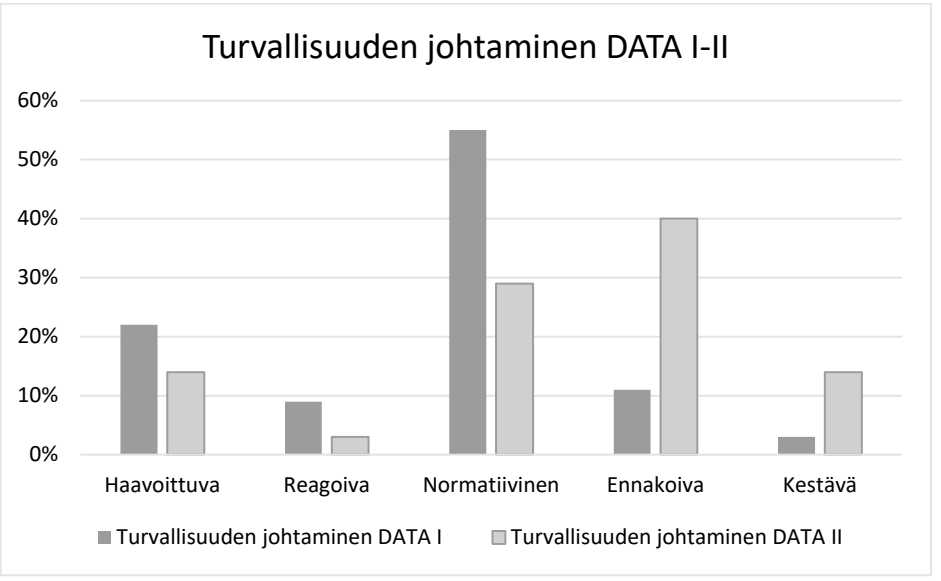
TULOKSET

Ensimmäisen fokusryhmähaastattelun perusteella saatiin kuva tutkimuskoulujen (N=14) turvallisuuskulttuurista turvallisuuspuheen perusteella ennen interventiota. Osassa kouluja poikkeamiin ei puututtu systemaattisesti. Lisäksi normiohjaus näytti olevan jokseenkin riittämätöntä takaamaan turvallisen koulupäivän kokonaisuutta, mikä ilmeni ennakoivien toimien puuttumisena. Tämä saattoi aiheuttaa tilanteen, jossa koulut noudattavat opetussuunnitelman tai lainsäädännön turvallisuusnäkökohtia, mutta turvallisuuskulttuuria ylläpidettiin keskittymällä reaktiivisiin toimenpiteisiin. Tulos antoi viitteitä siitä, että rehtorin toiminta ja päätökset ohjaavat merkittävällä tavalla turvallisuuskulttuurin syntyä koulussa.

INTERVENTION JÄLKEEN TODETTU MUUTOS TURVALLISUUDEN JOHTAMINEN -ELEMENTISSÄ

Fokusryhmien turvallisuuspuheen merkitysyksikköjen määrässä havaittiin turvallisuuden johtamisen osalta (Kuvio 1) muutos (Kuvio 2) intervention jälkeen seuraavasti DATA II (suluissa prosentit ennen interventiota DATA I): haavoittuva taso 14 (22), reagoiva taso 3 (9), normatiivinen taso 29 (55), ennakoiva taso 40 (11) ja kestävä taso 14 (3).

Turvallisuuden johtamisen osalta keskeisin muutos oli, että koulut ottivat käyttöönsä välineitä ja toimintamalleja, joilla kehitettiin viestintää, vastuunjakoa, dokumentaatiota ja turvallisuuden hallinnan resursseja lisättiin. Lähtötilanteessa (DATA I) yksi fokusryhmäkeskusteluun osallistuneista tuo esille, että hänellä ei ole tietoa siitä, miten kriisitilanteessa toimitaan tai miten tietoa kriisitilanteessa toimimisesta voi saada. Merkitysyksikkö on koodattu haavoittuvalle tasolle, sillä opettajan tulee osata toimia kriisitilanteessa.



Kuvio 2. Koulujen (N=14) fokusryhmien turvallisuuspuheen merkitysyksikköjen määrän muutos ennen (DATA I) ja jälkeen (DATA II) intervention elementissä turvallisuuden johtaminen.

> ”Ehkä siinä jonkunlaista yhteistyötä pitää kuitenkin tehdä. Et ne dokumentit taas saa mulla niskavillat - - pystyyn, se dokumentointi, ne jää aina sinne kansioon, pitäs olla jonkunlainen - -” (FR1/YK1/turvjoht/haav)

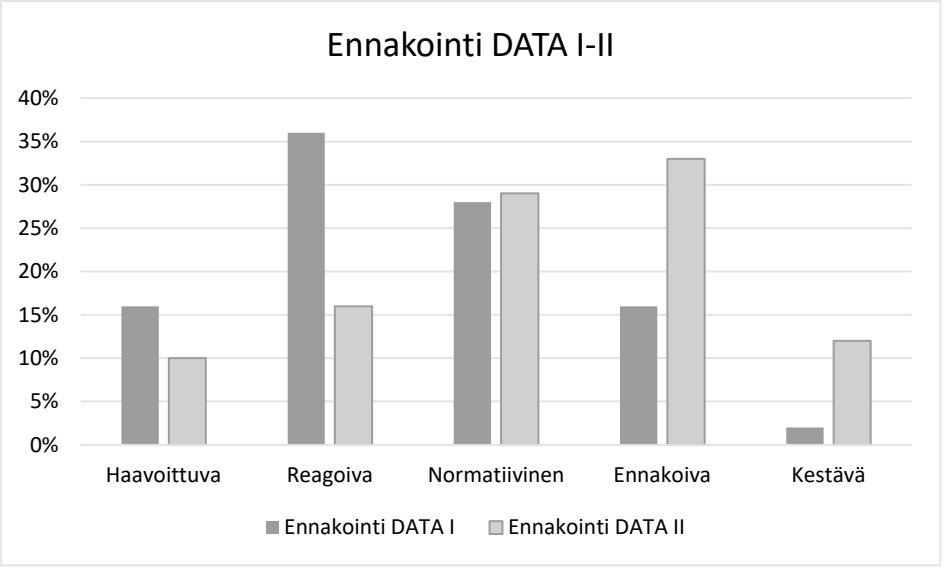
Vastaaja kuvaa DATA I:ssä yhteistyön tarvetta ja turvallisuusdokumenttien lukematta jättämistä. DATA II:n perusteella intervention jälkeen samassa koulussa vastaaja kuvaa turvallisuuskulttuurin muutosta tilanteessa, jossa yhteistyö on tiivistynyt ja kouluturvallisuuden ympärille on muodostettu turvallisuustyöryhmä. Systemaattisuudesta kertoo turvallisuustiimin säännöllisen, viikoittaisen työn alkaminen. Koulu otti DATA II:n perusteella käyttöön turvallisuuden vuosikellosuunnittelun ja verkkosovelluksen. Turvallisuustiimin tehtäviin on DATA II:n perusteella liittynyt myös turvallisuuskävelyn toteuttaminen.

> ”Sit se vuosikellohomma tossa turvatiimillä, se on ihan hyvä, pidetään vähän samalla päiväkirjaa myös mitä on tullu tehtyä. Se on ihan jees kans. Ei monimutkanen mutta toimii. Näin se pitää olla.” (FR2/YK1/turvjoht/ennak)

Toisessa esimerkissä turvallisuusdokumentaatiosta havaittiin, että DATA I:n perusteella tilakohtaiset turvallisuusohjeet olivat puutteelliset ja epäselvät. DATA II:n perusteella intervention jälkeen samassa koulussa turvallisuusdokumentteja oli muokattu uudistamalla oppilaiden kanssa yhteistyössä järjestyssäännöt, ajankohtaistamalla riskit ja vaarat -pikaohje sekä dokumentoimalla turvallisuustiimin tapaamiset. Lisäksi koulussa päädyttiin yhdistämään pelastussuunnitelma laajemmaksi turvallisuussuunnitelmaksi, jossa lähtökohtana oli tilanne ennen kriisiä, kriisin aikana ja kriisin jälkeen. Tilannetta intervention jälkeen kuvattiin haastattelussa näin:

> ”Sit noi koulun järjestyssäännöt uusittiin - - oppilaskunnat osallistu niiden uudistamiseen ja kehittämiseen ja anto omat näkemyksensä siihen et mitä siel pitäis muuttaa tai korjata. Et siin mieles - - yhteisöllistä et siin on ne oppilaat myös mukana.” (FR2/YK4/ dokum/ ennak)

Turvallisuustehtävien vastuunjako on keskeinen hyvän turvallisuuskulttuurin ja -johtamisen merkki koulussa. Epäselvä tilanne turvallisuuteen liittyvien tehtävien jakamisessa esimerkiksi äkillisen kriisin aikana voi tehdä koulusta haavoittuvan. Yksi tutkimuskouluista kuvaa DATA I:n perusteella, että vastuiden epäselvyys voisi aiheuttaa



Kuvio 3. Koulujen (N=14) fokusryhmien turvallisuuspuheen merkitysyksiköiden määrän muutos elementissä ennakointi ennen (DATAI) ja jälkeen (DATA II) intervention elementissä ennakointi.

poikkeaman koulupäivään. DATA II:n perusteella intervention jälkeen koulun uudistettu tiimirakenne on terävöittänyt vastuunjakoa ja selkeyttänyt työtehtäviä mutta toisaalta lisännyt moniammatillista yhteistyötä. Kyseessä on turvallisuusasioiden jakaminen ylitse hallintokunta- ja ammattirajojen. Näin rehtori kuvaa parantunutta tilannetta vastuunjaosta:

> ”meillä on ollu aikasemmin erilliset tiimit niinku kiusaamiseen puuttuminen ja kasvatuskeskustelut ja sit [kaksi työntekijää, anonymisoitu] - - tehny, osittain - - päällekkäistä työtä. Niin nyt on sitä yhteistyötä tiivistetty. Että ollaan saatu niinku, kiusaamiseen puuttuminen ja kasvatuskeskustelutiimi on niinku yhdistetty, ja sinne on otettu mukaan [työntekijät anonymisoitu] - - koska sit he tietää mitä keissejä on menossa ja pystyy sitte yhdessä suunnitteleen et kuka ottaa koppia siitä seuraavasta stepistä, - -kuka tekee mahdollisesti lastensuojeluilmotuksen - -” (FR2/YK1/turvjoht/ennak)

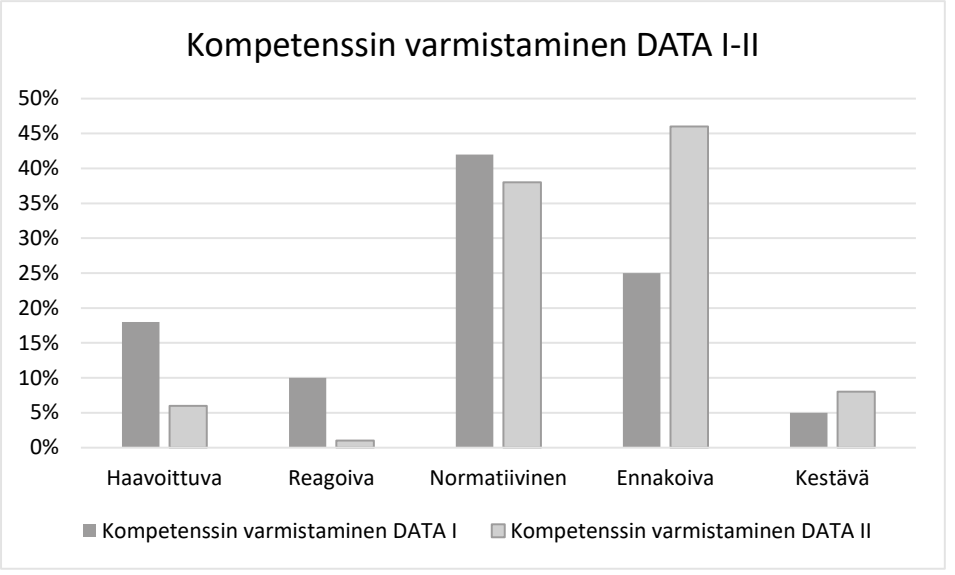
Resurssien lisääminen, esimerkiksi työpuhelimen hankkiminen kaikille opettajille paransi mahdollisuuksia toimia kriisitilanteessa, jos puhelinta päätettiin käyttää nimenomaan turvallisuuskulttuurin parantamiseen. Tällaisia toimenpiteitä olivat 112-sovelluksen tai Notecrow-verkkosovelluksen lataaminen ja erilaiset hälytysryhmät.

Turvallisuusjohtaminen-elementin osalta muutoksia havaittiin intervention jälkeen turvallisuusjohtamisen ja viestinnän kehittymisessä, vastuun jakamisessa sekä dokumenttien ja resurssien osalta.

INTERVENTION JÄLKEEN TODETTU MUUTOS ENNAKOINTI-ELEMENTISSÄ

Ennakointi-elementissä (Kuvio 3) fokusryhmien turvallisuuspuheen merkitysyksikköjen määrässä havaittiin muutos intervention jälkeen DATA II (suluissa prosentit ennen interventiota DATA I): haavoittuva taso 10 (16), reagoiva taso 16 (36), normatiivinen taso 29 (28), ennakoiva taso 33 (16), kestävä taso 12 (2).

DATA I:n perusteella eräällä koululla on ollut käytössä palautteen antamisen digitaalinen järjestelmä oppilaille, vanhemmille ja opettajille. Tämä työväline ei kuitenkaan ole ollut aktiivisessa käytössä eikä tilannetta seuraava opettaja ole muistanut tarkastaa, mikä palautteen tilanne on parhaillaan. DATA II:n perusteella intervention jälkeen poikkeamien ilmoittamista varten on perustettu erilliset ryhmät, ja käytössä on verkkosovellus poikkeamien ilmoittamiseen. Ilmoitta-



Kuvio 4. Koulujen (N=14) fokusryhmien turvallisuuspuheen merkitysyksiköiden määrän muutos ennen (DATA I) ja jälkeen (DATA II) intervention elementissä kompetenssin varmistaminen.

misintensiteetti on aiemmin ollut heikko, mutta nyt kuluneena vuotena toiminta on lisääntynyt. Opettaja kuvaa, että omalla luokallaan hän on kiinnittänyt huomiota sisäkenkien käyttöön (poistumisturvallisuuden vuoksi) ja poikkeamista ilmoittaminen on lisääntynyt. Rehtori toteaa, että kunnan järjestämän kyselyn vuoksi heillä on nyt muutakin kuin ”mutu-tietoa” ja vastaaja kokee, että tilannekuva perustuu nyt dokumentaation vuoksi ”faktalinjaan”. Näin rehtori kuvaa Notecrow-verkkosovelluksen käyttökokemusta:

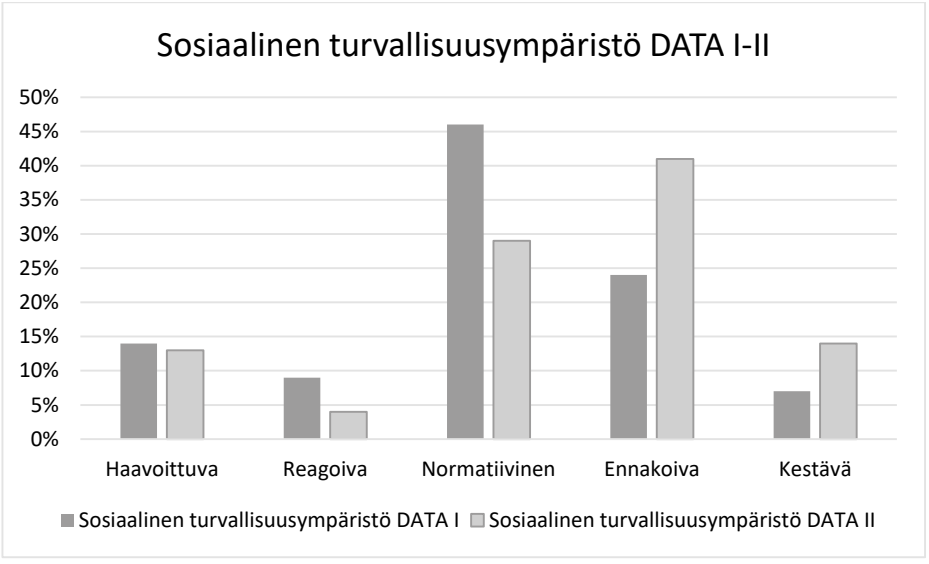
> ”Ja sitte pääsin vasta (verkkosovellusta) asentamaan ku soitin jo [anonymisoitu, kiinteistönhoito] että se pöytä täytyy siirtää sieltä pois - -. Että tämä oli nopeaa toimintaa ja hienoo ku se tuli Notecrow-äppiin.” (FR2/YHK2/poikkäs/ennak)

DATA I:ssä oli vain yksi haavoittuvan tason merkintä väkivallan ja muiden rikosten estämisen osalta. DATA II:ssa koulut kuvasivat työvälineiden käyttöä. Yksi kouluista oli ottanut käyttöön tunne- ja vuorovaikutustaitojen vuosikellosuunnittelun ja toinen koulu oli puolestaan aloittanut tunne- ja vuorovaikutustunnit. DATA II:n perusteella useampi koulu raportoi esimerkiksi Ankkuritoiminnan alkamisen turvallisuusasiantuntijan johdolla, poliisin turvallisuustunnit sekä valvontaan resursoimisen siviilipalvelusta suorittavan avulla. Nämä toimenpiteet liittyivät kiusaamisen ja häirinnän sekä väkivallan ja muiden rikosten estämiseen.

Kaikilla kouluilla oli käytössä puuttumiskeinoja kiusaamisen tai väkivallan estämiseksi. Tällaisia olivat esimerkiksi erilaiset vuorovaikutuskoulutukset, MAPA- ja AVEKKI-koulutukset koulun aikuisille sekä KiVa-koulun aineistot. Aineistosta ei kuitenkaan käynyt ilmi, oliko koulu aloittanut menettelyjen käyttämisen jo ennen interventiota. Yksinkertaisten työvälineiden käyttö, kuten Notecrow-verkkosovellus oli nopeuttanut ja selkeyttänyt poikkeamiin puuttumista.

INTERVENTION JÄLKEEN TODETTU MUUTOS KOMPETENSSIN VARMISTAMINEN -ELEMENTISSÄ

Fokusryhmien turvallisuuspuheen merkitysyksikköjen määrässä havaittiin muutos (Kuvio 4) kompetenssin varmistamisen osalta intervention jälkeen DATA II (suluissa prosentit ennen interventiota DATA I): haavoittuva taso 6 (18), reagoiva taso 1 (10), normatiivinen taso 46 (42), ennakoiva taso 46 (25), kestävä taso 8 (5).



Kuvio 5. Koulujen fokusryhmien (N=14) turvallisuuspuheen merkitysyksiköiden määrän muutos ennen (DATA I) ja jälkeen (DATA II) intervention elementissä sosiaalinen turvallisuusympäristö.

Kaikissa tutkimuskouluissa toteutettiin poistumisharjoituksia säännöllisesti, yleensä lukuvuosittain. DATA II:n perusteella ja intervention jälkeen haastateltavat kuvasivat, että poistumisharjoituksen yhteydessä käytävä keskustelu oli lisääntynyt, aihe oli syventynyt ja siihen suhtauduttiin vakavammin. Yhdessä koulussa harjoiteltiin myös yleisötilaisuuksien turvallisuutta. Tätä eräs haastateltavista kuvaa sanomalla ”semmonen tietosuus asiasta on lisääntyny.” (YK4/FR2/harj/ennak) Tietoisuuden ja aktiivisuuden lisääntymisestä kertoo myös tämä turvallisuusvastaava haastattelussa:

> ”- -poistumisharjotukseen on tullu jotenki enemmän sisältöö. Tuntuu et ennen se tehtiin kiirees siinä tunnin alus, äkkii sinne ja takas ja sitte sen jälkeen matikka jatkuu tai jotain muuta - - se oikeesti niinku alustetaan huolella ja sielt tulee tulee rehtorin puolelta joku kuulutus tai video, ja sitte käydään, perataan se että mitä siin on tapahtunut. Katotaan vähän miten se meni että. ”(YK3/FR2/harj/ennak)

Tutkimuskouluissa oli toteutettu intervention aikana henkilöstön turvallisuustaitoja tukevia laajempia koulutuksia, esimerkiksi AVEKKI, kahdeksasluokkalaisen pelastustaitokampanja NouHätä!-kampanja, tunne- ja vuorovaikutuskoulutus, OPH:n täydennyskoulutus, vakuutusyhtiön järjestämä liikenneturvallisuusopetus oppilaille sekä ensiapukoulutus. Intervention jälkeisestä koulutustilannetta yksi vastaaja havainnollisti näin:

> ”Käytännössä turvatiimi pitää hyvin huolta siitä että ensiapukoulutuksia tarjotaan niille joilla on kortit vanhenemassa ja että on tarpeeks porukkaa koulutettuna siihen ja just oli ensisammutuskoulutusta.” (FR2/YK1/koul/kest)

Kompetenssin varmistaminen -elementissä havaittiin intervention jälkeen paitsi määrällinen muutos, myös harjoittelun sisällön kehittyminen. Vastaajat kuvasivat, että harjoitteluihin suhtauduttiin vakavammin ja harjoitteluun liittyi enemmän keskustelua. Koulujen henkilöstö osallistui monipuolisesti pidempiin koulutuksiin, mutta aineistosta ei käynyt ilmi, mitkä koulutukset oli aloitettu intervention aikana.

INTERVENTION JÄLKEEN TODETTU MUUTOS SOSIAALINEN TURVALLISUUSYMPÄRISTÖ -ELEMENTISSÄ

Fokusryhmien turvallisuuspuheen merkitysyksikköjen määrässä havaittiin muutos (Kuvio 5)

sosiaalisen ympäristön osalta intervention jälkeen DATA II (suluissa prosentit ennen interventiota DATA I): haavoittuva taso 13 (14), reagoiva taso 4 (9), normatiivinen taso 29 (46), ennakoiva taso 41 (24), kestävä taso 14 (7).

Turvallisuuspuheen perusteella tunnistettiin useita turvallisuuteen liittyviä sidosryhmiä, kuten nuorisotoimi, naapurikoulu, vanhempainyhdistys ja kolmannen sektorin toimijat. Näitä olivat esimerkiksi Suomen Punainen Risti ja Ehyt sekä viranomaistoimijat poliisi ja pelastuslaitos. Yhdessä koulussa seurakunta tarjosi koululle tiloja, tapasi oppilaita koulun aulassa ja osallistui välituntivalvontaan. Koulut raportoivat myös yhteyksistä viranomaisiin: poliisi on käynyt pitämässä turvallisuustunnin joissakin kouluissa, mutta toisiin kouluihin poliisia ei ole saatu paikalle, vaikka tarvetta olisi ollut. Sidosryhmäyhteistyötä oli tehty esimerkiksi monialaisten oppimiskokonaisuuksien teemaviikolla, jota haastateltava kutsui ”mookki-viikoksi”. Sidosryhmäyhteistyö oli usein rehtorin toimeenpanemaa. Rehtorin tehtävänä oli vaalia turvallisuutta ja reagoida turvallisuuspuutteisiin ottamalla yhteyttä sidosryhmiin, esimerkiksi tekniseen toimeen, kuten tässä:

> ”- - viime keväänä oisko helmikuussa, kun pyydettiin naulakkoja - - ku heil on oppilasmäärä lisääntyny - - . Muistaakseni helmikuussa, ei oo vieläkään tullu.” (FR1/AK11/sos/haav)

Rehtorin oli tarvittaessa osattava toimia varsin käytännöllisten turvallisuustoimenpiteiden ratkaisijana. Myös tässä esimerkissä rehtori hoitaa tehtävää, joka on tavanomaisesti kiinteistönhoidon vastuulla.

> ”Tosta pihan hiekotuksesta, siin on ollu semmonen ongelma kun siin on se turvamatto. - - Pitää vaan hommata - - tämmönen työnnettävä hiekankeräin joka, - - ongelma tästä kyllä - - vähenee kun sitä voidaan hiekottaa. Koska me ollaan jouduttu se kenttä sulkemaan, melkein koko piha tosta ku se on ollu niin jäässä. Siin on ollu vaan se että se hiekka jää siihen, sitten kun kaadutaan niin polvet on auki. ”(FR2/AK11/sidos/ennak)

Yhteisöllisyys näyttäytyi turvallisuuspuheessa erilaisina kampanjoina ja toimenpiteinä, joilla tähdätään parempaan ja turvallisempaan koulupäivään. Esimerkkinä tästä oli erään koulun pimeän marraskuun aikana toteutettu ”hyvinvointivälitunti”, jolloin oppilaat saavat rauhoittua esimerkiksi pelaamalla lautapelejä. Yhteisöllisyyttä edistävä toiminta keskittyi aineiston perusteella kouluissa tunne- ja vuorovaikutustaitojen opetteluun. Yhdessä koulussa haastatteluun osallistunut opettaja kuvasi tilannetta ennen interventiota näin:

> ”Tosta yhteisöllisyydestä haluisin vielä kommentoida, että meillä on aika paljon kaikki suunnitelmat - - aikuisjohtoisia et meillä ei oo oppilaita otettu mukaan, - - että vaikka oppilaskunnasta joku puheenjohtaja, varapuheenjohtaja olis kans mukana ja vois kertoo - - oppilaiden näkemyksiä et miltä heistä tuntuu jos me tehdään jotain poistumisharjoituksia että mitä he kokee että tarvis tehdä että heillä olis turvallista poistua.” (FR1/YHK2/yhteisöll/haav)

DATA II:n aikaan intervention päätyttyä saman koulun haastateltavat kertoivat yhteisöllisyydestä näin:

> ”(kampanjan nimi, anonymisoitu)! - - Oppilaskunta oikeastaan ja tukioppilaat yhdessä junaili meiän koululle nytte - - kampanjan. Et se oli kyllä ihan heiän aikaansaamaansa (FR2/YHK2/yhteisöll/ennak) ja edelleen: oppilaskunnan hallitus myös julisti koulurauhan syksyllä, mikä oli ihan uus juttu. Ja siitä ainakin saatiin paljon palautetta et se oli tosi kiva ” (FR2/YHK2/yhteisöll/kest)

Sosiaalinen turvallisuusympäristö -elementin osalta havaittiin muutos yhteisöllisyydessä, joka liittyi oppilaiden osallisuuden lisääntymiseen turvallisuusasioissa. Sidosryhmäyhteistyön osalta havaittiin, että rehtorin rooli oli paitsi toimia turvallisuusjohtajana, myös luoda yhteyksiä sidosryhmiin kuten kiinteistönhuoltoon. Jos teknistä henkilöstöä ei tavoitettu kohtuullisessa ajassa, rehtori päätyi itse ratkaisemaan teknistä ongelmaa. Tämä toistui useamman koulun turvallisuuspuheessa. Elementtikohtaiset muutokset fokusryhmien turvallisuuspuheessa on koottu taulukkoon 2.

Taulukko 2. Elementtikohtainen muutos fokusryhmien turvallisuuspuheessa ennen interventiota (FR1) ja intervention jälkeen (FR2). Taulukossa M% tarkoittaa muutoksen prosenttiosuutta. Taulukon prosenttiluvut on pyöristetty lähimpään kokonaislukuun.

	Haavoittuva			Reagoiva			Normatiivinen			Ennakoiva			Kestävä		
Turvallisuus kulttuurin elementit	**FR1%**	**FR2%**	**M%**	**FR1%**	**FR2%**	**M%**	**FR1%**	**FR2%**	**M%**	**FR1%**	**FR2%**	**M%**	**FR1%**	**FR2%**	**M%**
Turvallisuuden johtaminen	22	14	**-8**	9	3	**-6**	55	29	**-26**	11	40	**29**	3	14	**11**
Ennakointi	16	10	**-6**	36	16	**-20**	28	29	**1**	16	33	**17**	2	12	10
Kompetenssin varmistaminen	18	6	**-12**	10	1	**-9**	42	38	**-4**	25	46	**21**	5	8	**3**
Sosiaalinen turvallisuus-ympäristö	14	13	**-1**	9	4	**-5**	46	29	**-17**	24	41	**17**	7	14	**7**

Taulukon 2 perusteella voidaan päätellä, että perusopetuksen koulujen fokusryhmien turvallisuuspuheessa havaittiin turvallisuuskulttuuria ilmentävä muutos intervention jälkeen. Ennakoivan ja kestävän tason merkitysyksiköt lisääntyivät, kun taas haavoittuvan ja reagoivan tason merkitysyksiköt vähenivät. Muutos havaittiin erityisesti turvallisuusjohtamisen osalta. Turvallisuusjohtamisen elementissä turvallisuuspuhe keskittyi DATA I:ssä normatiiviselle tasolle ja DATA II:ssa ennakoivalle ja kestävälle tasolle. Ennakoinnin elementissä normatiivisen tason merkitysyksiköt pysyivät lähes samana molemmissa aineistoissa.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämä tutkimus tarkasteli turvallisuuskulttuuria ilmentäviä eroja fokusryhmien turvallisuuspuheessa. Tutkimme koulujen turvallisuuspuhetta teorialähtöisen sisältöanalyysin avulla neljän turvallisuuskulttuurin elementin (Kuvio 1) ja viisiportaisen turvallisuuskulttuurin laatuasteikon avulla (38,59,60).

Turvallisuuspuheen muutos näkyi merkitysyksikköjen määrissä, joita tarkasteltiin tässä prosenttiosuuksin. Turvallisuusjohtaminen-elementissä havaittiin muutos, jossa ennen interventiota yli puolet merkitysyksiköistä (55 %) sijoittui normatiiviselle tasolle. Intervention jälkeen ennakoivan ja kestävän tason turvallisuuspuhe oli lisääntynyt yli 40 % (Taulukko 2). Turvallisuuspuheessa tämä todentui siten, että turvallisuutta hallittiin aiempaa enemmän ryhmässä, esimerkiksi turvallisuustiimissä. Muutos kohdistui turvallisuustoimenpiteiden systemaattiseen toistumiseen, uusien dokumenttien luomiseen, turvallisuusresurssin lisäämiseen ja tehtävien jakamiseen useammalle henkilölle.

Ennakointi-elementissä oli normatiivisen tason merkitysyksikköjä 28 % ennen interventiota. Normatiivisten merkitysyksikköjen määrä ei juurikaan noussut intervention jälkeen (29 %) mutta ennakoivan ja kestävän tason merkitysyksiköt lisääntyivät 27 %. Haavoittuvan ja reagoivan tason merkitysyksiköt vähenivät. Turvallisuuspuheessa tämä ilmeni siten, että poikkeamatietoa kerättiin aiempaa enemmän ja tiedon käsittely oli perusteellisempaa. Useissa kouluissa käytettiin poikkeamatiedon keräämiseen verkkosovellusta, johon raportoitiin myös läheltä piti -tilanteet. Kouluilla oli kattavasti käytössä erilaisia puuttumismalleja väkivallan ja kiusaamisen ennakoimiseksi.

Kompetenssin varmistaminen -elementissä oli normatiivisen tason merkitysyksikköjä 48 % ennen interventiota. Määrä väheni intervention jälkeen (38 %). Ennakoivan ja kestävän tason merkitysyksiköt lisääntyivät yhteensä 24 prosentilla. Haavoittuvan ja reagoivan tason merkitysyksiköt vähenivät. Kompetenssin varmistamisen osalta turvallisuuspuheessa havaittiin muutos, joka liittyi entistä tiedostavampaan suhtautumiseen. Turvallisuuspuheessa ilmaistiin esimerkiksi aiemmin toimintamallina olleiden harjoitusten laadun paraneminen; harjoitusten monipuolistuminen, vakavampi suhtautumistapa ja lisääntynyt turvallisuusasioiden yleinen tiedostaminen. Vastaajat kuvasivat, että esimerkiksi poistumis-

harjoituksen laatu oli parantunut, kun harjoituksen sisältöjä oli lisätty ja tarkennettu. Vuorovaikutukseen liittyvät koulutukset olivat yleisiä.

Sosiaalinen turvallisuusympäristö -elementin merkitysyksikköjä oli normatiivisella tasolla 46 % ennen interventiota. Intervention jälkeen määrä oli 17 % pienempi. Ennakoivan ja kestävän tason merkitysyksikköjen prosentuaalinen osuus lisääntyi 24 %. Tässäkin haavoittuvan ja reagoivan tason merkitysyksiköt vähenivät, mutta vain 6 %:in verran. Koulut tekivät kattavasti yhteistyötä erilaisten sidosryhmien, kuten seurakuntien ja nuorisotoimen kanssa ja osa näistä oli kolmannen sektorin toimijoita. Yhteisöllisyyttä lisättiin kampanjoiden ja teemaviikkojen avulla.

Johtopäätöksenä esitämme, että turvallisuuspuheessa havaittiin muutos siten, että ennakoivan ja kestävän tason merkitysyksiköt lisääntyivät, kun taas haavoittuvan ja reagoivan tason merkitysyksiköt vähenivät. Tämä toteutui kaikissa elementeissä (Kuvio 1) mutta selvimmin turvallisuusjohtamisessa (Kuvio 2).

POHDINTA

Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella koulun turvallisuuskulttuuria ja ymmärtää sitä ilmentävää muutosta turvallisuuspuheessa intervention jälkeen. Teoreettisena viitekehyksenä oli turvallisuuskulttuurin neljä elementtiä ja näistä johdetut dimensiot (Kuvio 1) sekä viisiportainen ONNI-portaikkomalli (Liite 1), joiden perusteella tarkastelua tehtiin.

Tutkimuskouluissa toteutettu turvallisuusinterventio oli kestoltaan melko lyhyt, lukuvuoden mittainen. Tästä huolimatta intervention jälkeen koulujen fokusryhmien turvallisuuspuheessa havaittiin muutos, joka ilmensi turvallisuuskulttuurin kehittymistä. Prosenttiosuuksin tarkasteltuna turvallisuuspuheen määrä ennakoivalla ja kestävällä tasolla lisääntyi ja vastaavasti haavoittuvan ja reagoivan tason turvallisuuspuhe väheni. Tämä ilmeni kaikkien elementtien osalta mutta erityisesti turvallisuusjohtamisen elementissä. Tutkijoiden huomio kiinnittyi turvallisuuspuheen sijoittumiseen haavoittuvalle, reagoivalle ja normatiiviselle tasolle ennen interventiota. Näille tasoille sijoittuneiden merkitysyksiköiden määrä oli melko suuri. Tulos on samansuuntainen aiemmin muissa organisaatioissa toteutettujen tutkimusten kanssa (59, 60), mutta ainutlaatuinen kouluorganisaatiossa toteutettuna. Aiemmat perusopetuksessa toteutetut tutkimukset (31, 38, 50) korostavat turvallisuusjohtamisen, poikkeamien käsittelyn, yhteisöllisyyden ja osaamisen kehittämisen tarvetta. Tulokset ovat rohkaisevia; toki onnistumisen edellytyksenä on riittävä tuki koulujen turvallisuustyölle. Koulut tarvitsevat opastusta, ohjeita ja menettelytapaohjausta turvallisuuskulttuurin näkyväksi tekemiseksi. Nyt tällainen turvallisuuskulttuurin kehittämiseen liittyvä tuki on lähes ainoastaan Opetushallituksen täydennyskoulutuksen varassa.

ONNI on turvallinen koulu -hankkeessa turvallisuusmentorit olivat koulujen käytettävissä. Tämäntyyppisen tuen tulisi olla jatkuvaa; sivistystoimen tulisi tarjota rehtoreille kursseja koulun turvallisuuskultuturin edistämisestä ja hyvinvointialueiden olisi taattava riittävä määrä opiskeluhuollon henkilöstöä koulujen käyttöön.

FOKUSRYHMÄHAASTATTELUN LUOTETTAVUUDEN ARVIOINTIA

Tutkimuksessa oli mukana ylä-, ala- ja yhtenäiskouluja kaupunkimaisista ympäristöistä ja maaseutumaiselta harva-alueelta. Tutkimuksen tulos kuvaa koulujen turvallisuuskulttuuria sellaisena kuin se näyttäytyi fokusryhmähaastattelujen turvallisuuspuheessa kahdella haastattelukerralla. Kouluissa aiemmin sattuneet tapaturmat ja muut turvallisuuspoikkeamat, koulun teemapäivät, rakennuskannan ikä, rehtorin ja työntekijöiden työkokemus, koulun sijaintipaikkakunta, opetuksen järjestäjän käytössä olevat resurssit, koulun yleinen toimintakulttuuri sekä yksittäisten henkilöiden tapaturmahistoria, arvot ja asenteet ovat olleet yhteydessä turvallisuuspuheeseen. Turvallisuuspedagogiikan tutkijoina tiedostamme koulujen turvallisuuskulttuurin arvioinnin, tilannesidonnaisuuteen ja kausaalisuuteen liittyvät epävarmuudet. Haastattelujen perusteella ei pystytty tekemään johtopäätöksiä turvallisuuskulttuurin pysyvyydestä eikä myöskään siitä, puhuivatko haastateltavat totta. Fokusryhmähaastatteluihin osallistunut ryhmä ei ollut kaikissa kouluissa samanlainen: haastatteluun osallistuneen henkilöstön ja oppilaiden määrä vaihteli. Tässä kuitenkin fokusryhmän kokoonpanojen nähtiin antavan tarkoituksenmukaisen ja luotettavan kuvan turvallisuuskulttuurista; koulun arkeen kuuluu ryhmä eri-ikäisiä ihmisiä, jotka ovat vastuiden, määräysten ja ryhmädynamiikan vuorovaikutuksessa päivittäin koulurakennuksessa ja siksi fokusryhmiä voidaan pitää keskeisinä ja pätevinä avain-

informantteina. Laadulliseksi tutkimukseksi aineisto oli laaja ja tämän vuoksi tutkimustulosten voidaan päätellä olevan melko hyvin yleistettävissä kansallisesti perusasteen kouluihin.

Kaikkiaan normiohjaus näyttää olevan jokseenkin riittämätön tai liian yleisellä tasolla takaamaan lain edellyttämää, turvallista koulupäivää. Tämä voi aiheuttaa tilanteen, jossa koulut noudattavat opetussuunnitelman, järjestyssääntöjen tai lainsäädännön turvallisuusnäkökohtia, mutta edelleen turvallisuutta hallitaan enimmäkseen reagoivin menetelmin.

Tutkimusasetelman luotettavuuden puutteista huolimatta fokusryhmäpuhe näyttää antavan kuvan koulun turvallisuuskulttuurista siten, että turvallisuuden hallintaa on mahdollista ymmärtää, arvioida ja kehittää. Tutkijoiden mielenkiinto kohdistuu myös Kouluterveyskyselyyn: Kouluterveyskyselystä saatuja määrällisiä tuloksia voitaisiin syventää paikallisesti laadullisella tutkimusasetelmalla haastattelemalla yläkoululaisia. Näin saataisiin tarkempi käsitys esimerkiksi oppilaiden osallisuudesta koulun turvallisuuskulttuurin edistämisestä. Fokusryhmissä jäsenten yksilölliset, esimerkiksi asenteisiin liittyvät erot voivat olla merkittäviä. Näitä eroja olisi voitu tutkia paremmin yksilöiden käsityksiin keskittyvällä tutkimusasetelmalla, johon tässä ei ollut mahdollisuutta.

EHDOTUKSIA KEHITTÄMISTOIMIKSI

Ennakoivat toimenpiteet, kuten poikkeamien varhainen havainnointi yhdistettynä välittömiin, reagoiviin toimenpiteisiin, kuten poikkeamien nopeaan korjaamiseen, kehittävät turvallisuuskulttuuria. Turvallisuusjohtamisen puutteet liittyivät heikkoon viestintään. Tulos on yhteneväinen aiempien turvallisuustutkimusten tulosten kanssa (24, 35, 48, 59, 60).

Verkkosovelluksen käyttäminen vakiinnutti ja nopeutti turvallisuuspoikkeamien havaitsemista ja raportointia, vaikka kouluilla olikin melko kattavasti käytössään menetelmiä väkivallan, rikosten ja kiusaamisen ehkäisemiseen jo ennen interventiota. Koulujen tulisi kuitenkin kyetä ottamaan käyttöön ennakoivia puuttumistapoja ja täsmentää seuraamuksia. Tähän saamme tukea Petteri Orpon hallitusohjelmasta (5), jossa on luvattu muun muassa tarkentaa kännyköiden käyttöön liittyvää lainsäädäntöä ja edellyttää kouluilta tiiviimpää yhteistyötä viranomaisten kanssa.

Suuri osa koulun turvallisuudesta näyttää olevan rehtorin harteilla. Rehtorin koulujen turvallisuuteen liittyvä ammattityö on kaksitahoista – rehtorin on työskenneltävä ylemmän johdon tarjoamilla turvallisuusresursseilla ja toisaalta kyettävä luomaan turvallisuuskulttuurin edellytykset kouluyhteisössä. Rehtoreille tulisi tarjota tukea ja työvälineitä turvallisuuden edistämiseen. Jotta koulut voisivat profiloitua yhteiskunnassa organisaatioina, jotka määrätietoisesti edistävät hyvän turvallisuuskulttuurin syntymistä, turvallisuutta tulisi lähestyä kokonaisvaltaisesti. Rehtorin tulisikin turvallisuuden osalta voida ylittää hallintokunta- ja organisaatiorajat. Näkökulma haastaa lain valmistelijat ja tulkitsijat hyvinvointialueilla, kunnissa ja valtion tasolla. Koulu ei ole resurssien näkökulmasta itsenäinen – koulun hyvinvointi on sidoksissa sekä kunnan että hyvinvointialueen ja laajemmin tarkasteltuna myös yhteiskunnan resursseihin ja menettelytapoihin.

Tutkimus on tuottanut uutta tietoa turvallisuuskulttuurin kehittymisestä perusasteella. Tuloksia voidaan soveltaa suunniteltaessa turvallisuuden hallinnan kokonaisuutta suomalaisissa kouluissa, kehitettäessä myös rehtorien täydennyskoulutusta ja opettajankoulutusta. Jatkotutkimusaiheeksi sopisi koulujen itsensä toteuttama turvallisuuskulttuurin itsearviointi. Näin saataisiin arvokasta vertailu vertailuaineistoa. Toisaalta tutkimusasetelmaa voitaisiin syventää perehtymällä syvemmin yksittäisissä kouluissa tapahtuneisiin muutoksiin esimerkiksi tarkastelemalla erilaisten työvälineiden vaikutuksia turvallisuuskulttuurin kehittymiseen. Tämä mahdollistaisi myös muutospolkujen tarkastelun eri kokoisten koulujen välillä.

Tutkimustulokset osoittavat, että laajan mutta melko lyhyen intervention jälkeen voitiin havaita turvallisuuskulttuurin kehittyminen, erityisesti turvallisuusjohtamisen osalta. Intervention kaltaisen, ennakointia korostavan kehittämistoiminnan tulisi jatkua pidempään, jotta voitaisiin arvioida tulosten pysyvyyttä. Turvallisuuskulttuurin kehittämisen edellytyksenä on, että koulun turvallisuutta johdetaan järjestelmällisesti. Muutokset yhteiskunnallisessa tilanteessa, henkilökunnassa, fyysisissä rakenteissa tai äkilliset turvallisuuspoikkeamat voivat nopeasti muuttaa turvallisuustilannetta. Toisaalta turvallisuuskulttuuriltaan kestävässä koulussa, jossa turvallisuutta johdetaan systemaattisesti, palautuminen

arkeen tapahtunee poikkeaman jälkeen sujuvasti.

KIITOKSET:

Kiitämme ONNI on turvallinen koulu -hankkeessa mukana olleita kouluja, fokusryhmähaastatteluihin osallistuneita sekä opetus- ja kulttuuriministeriötä hankkeen rahoittamisesta vuosina 2022–2024.

RAHOITTAJAT:

Tutkimus on toteutettu osana opetus ja kulttuuriministeriön rahoittamaa ONNI on turvallinen koulu -hanketta (2022–2024).

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Somerkoski on suunnitellut ja luonut tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen (ONNI-portaikkomalli), käynnistänyt ja toteuttanut laadullisen analyysin, tulkinnut tulokset ja raportoinut ne. Somerkoski on luonnostellut artikkelin sisällön ja tuottanut artikkelin tekstin. Somerkoski ottaa vastuun artikkelin kaikista osa-alueista. Lindfors on suunnitellut tutkimuksen ja varmistanut tutkimukseen liittyvät resurssit, suunnitellut aineiston keräämistä ja luotettavuutta sekä tarkastellut aineiston sisältöä kriittisesti. Lindfors ottaa vastuun artikkelin kaikista osa-alueista ja sitoutuu mahdollisesti ilmenevien epäselvyyksien selvittämiseen. Kokki on toteuttanut aineiston keräämistä, valmistelua, analyysia ja tulkintaa sekä osallistunut teoreettisen viitekehyksen suunniteluun. Kokki on osallistunut artikkelin menetelmäosuuden kirjoittamiseen. Kokki ottaa vastuun kaikista artikkelin osa-alueista.

Somerkoski, B., Lindfors, E., Kokki, J. ***Focus group interview data: Assessing safety culture at schools.*** **Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2025: 62: 85–105.**

School safety studies usually focus on the number of safety incidents or the monitoring of injuries. In the academic year 2022–2023, we carried out an intervention in 14 Finnish comprehensive schools with the aim of developing the safety culture of the school organization. In the article, we describe the changes we observed after the intervention in the focus group interviews in the focus groups´ safety talk.139 people (DATA I n=96; DATA II n=43) participated in the interviews. The theoretical framework included elements of a school safety culture summarized from research literature: safety management, prevention, ensuring competence, and a social safety environment.

We use theory-driven content analysis to analyse focus group interview data based on four elements of safety culture and a five-step safety culture quality scale.

School-specific research permits were obtained for the study and research bulletins were prepared. The starting points for storing and archiving material were included in the data management plan. The focus group interviews were conducted at 14 schools twice. The schools were primary schools (grades 0-6) (n=8), secondary schools (grades 7-9) (n=4) and comprehensive schools (grades 0-9) (n=2). The total number of students in the research schools was 5,947. Each school invited 6-8 participants for a focus group interview.

After the intervention, a change in the safety culture for all four elements was observed in the safety talk of the focus groups. The most significant change was related to safety management. This was reflected in the systematic implementation of safety measures and an increase in systematic and the introduction of safety tools. After the intervention, an intensification of safety-related interaction within the organisation was observed, for example, safety measures had begun to be implemented through a team structure. Involvement of students in security issues increased. More resources were used to collect and process safety incident data. This allowed for a proactive approach to safety management.

At the heart of the change was the school's principal, who decided on and directed as and administrative boundaries to promote safety. The research is part of the ONNI success in school safety programme.

Keywords: safety culture, focus group interview, safety talk, comprehensive education

Saapunut 16.04.2024
Hyväksytty 09.08.2024

LÄHTEET

(1) Nilivaara P, Soini T. Alternative futures of Finnish comprehensive school. Policy future in education 2023; 22: 308–326. https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/14782103231173615

(2) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Lasten ja nuorten hyvinvointi – Kouluterveyskysely 2023. Luettu 5.4.2024. https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20230913124224

(3) Jimerson S, Hart S, Renshaw T. Conceptual foundations for understanding youth engaged in antisocial and aggressive behaviors. Kirjassa: Jimerson S, Nickerson A, Mayer M, Furlong M. (toim.) Handbook of school violence and school safety: International research and practice. 2. p. New York: Routledge; 2012, 3–14.

(4) Poliisin tulostietojärjestelmä. Tiedot haettu poliisiasian tietojärjestelmästä 19.9.2023, pitkä aikasarja 02.09.2023.

(5) Valtioneuvosto. Petteri Orpon hallituksen ohjelma 20.6.2023. Luettu 5.4.2024. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165042/Paaministeri-Petteri-Orpon-hallituksen-ohjelma-20062023.pdf?sequence=1&isAllowed=y

(6) Williams S, Schneider M, Wornell C, ym. Student's perceptions of school safety: It is not just about being bullied. J Sch Nurs 2018;34:319–330. doi: 10.1177/1059840518761792

(7) Cornell D, Mayer M, Sulkowski M. History and future of school safety research. School Psych Rev 2020;50:143–157. doi: 10.1080/2372966X.2020.1857212

(8) Smith P. Research on bullying in schools in European countries. Kirjassa: Smith P., Kwak K., Toda Y. (toim.) School bullying in different cultures: Eastern and western perspectives. Cambridge University Press; 2016, 3–29.

(9) Opetushallitus. Kasvatuksen ja koulutuksen turvallisuus. Internet-sivusto. Luettu 1.8.2024. https://www.oph.fi/fi/teemat-ja-kehittaminen/kasvatuksen-ja-koulutuksen-turvallisuus.

(10) Perusopetuslaki 21.8. 1998/628. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980628

(11) Pelastuslaki 29.4. 2011/379. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110379

(12) Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326

(13) Yhdenvertaisuuslaki 30.12.2014/1325. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141325

(14) Lastensuojelulaki 13.4.2007/417. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417

(15) Oppilas- ja opiskeluhuoltolaki 30.12.2013/1287. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2013/20131287

(16) Hietanen-Peltola M, Korpilahti U. Terveellinen, turvallinen ja hyvinvoiva oppilaitos: Opas ympäristön ja yhteisön monialaiseen tarkastamiseen. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2015.

(17) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen: Turvallisuuden edistäminen. Luettu 2.8.2024. https://thl.fi/aiheet/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/turvallisuuden-edistaminen

(18) Sisäministeriö. Sisäisen turvallisuuden strategia. https://intermin.fi/sisaisen-turvallisuuden-strategia

(19) Lapsistrategia. https://lapsistrategia.fi/julkaisut/lapsistrategia-ja-lapsitakuu/

(20) Kettunen H, Koivula R, Korpilahti U, ym. Turvallisesti kaiken ikää -ohjelman toimeenpanosuunnitelma vuosille 2021–2025. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2022. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8683-1

(21) Tear M, Reader T. Understanding safety culture and safety citizenship through the lens of social identity theory. Saf Sci 2023;158:105993-.

(22) Zohar D. The effects of leadership dimensions, safety climate, and assigned priorities on minor injuries in work groups. J Organ Behav 2002;23:75–92. doi: 10.1002/job.130

(23) Yablon Y, Itzhaky H. Living in a conflict zone: Where do students feel safe from violence. J Community Psychol 2015;48:1036–1043. doi: 10.1002/jcop.21740

(24) Lindfors E, Somerkoski B, Korkeaniemi A. Kouluorganisaatioiden turvallisuuskulttuuri omatoimisen varautumisen arvioinnin perusteella – monitapaustutkimus perusopetuksen kouluissa. Hallinnon tutkimus 2024;4:284–300 https://journal.fi/hallinnontutkimus/article/view/138682

(25) Teperi A-M, Ruotsala R, Ala-Laurinaho A, ym. Inhimilliset tekijät turvallisuudessa: interventioiden vaikutukset ja toimivuus. Helsinki: Työterveyslaitos; 2021.

(26) Zohar D, Luria G. Group leaders as gatekeepers: Testing safety climate variations across levels of analysis. Appl Psychol 2010;59:647–673. doi: 10.1111/j.1464-0597.2010.00421.x

(27) Ylitalo P, Haatainen K. Henkilökuntaa, opiskelijoita ja potilaita kannattaa kuulla potilasturvallisuuskulttuurista. Sosiaalilääk Aikak 2022;59. doi: 10.23990/sa.111885

(28) Kingston B, Mattson S, Dymnicki A, ym. Building schools' readiness to implement a comprehensive approach to school safety. Clin Child Fam Psychol Rev 2018;21:433–449. doi: 10.1007/s10567-018-0264-7

(29) Benbenishty R, Astor R. Conceptual foundations and ecological influences of school violence, bullying, and safety. Kirjassa: Mayer M, Jimerson S. (toim.) School safety and violence prevention: Science, practice, policy. American Psychological Association; 2019, 19–44. doi: 10.1037/0000106-002

(30) Biggs S, Banks T, Davey J, ym. Safety leaders' perceptions of safety culture in a large Australasian construction organization. Saf Sci 2013;52:3–12. doi: 10.1016/j.ssci.2012.04.012

(31) Waitinen M. Turvallinen koulu? Helsinkiläisten peruskoulujen turvallisuuskulttuurista ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Helsinki: Helsingin yliopisto; 2011.

(32) Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2014. Helsinki: Opetushallitus; 2015, 14–26.

(33) Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738

(34) Opetushallitus. Ei kaikelle väkivallalle. Internet-sivusto. Luettu 6.8.2024. https://www.oph.fi/fi/ei-kaikelle-vakivallalle

(35) Hollnagel E. Is safety a subject for science? Saf Sci 2014;67:21–24. doi: 10.1016/j.ssci.2013.07.025

(36) Suojanen I. Onnellinen turvallisuus: turvallista arkea etsimässä. Helsinki: Gaudeamus; 2022.

(37) de Waal E, Grösser M. Safety and security at school: A pedagogical perspective. Teach Teach Educ 2009;25:697–706. doi: 10.1016/j.tate.2008.12.002

(38) Somerkoski, B, Lindfors, E, Luukka, E, ym. ONNI-portaikkomalli koulujen turvallisuuskulttuurin itsearviointiin. Kirjassa: Lindfors, E, Luukka, E, Kiviranta, L, ym. ONNI on turvallinen koulu 2022 – 2024: Hankkeen loppuraportti, Turku: Turun yliopisto; 2024, 54–58. https://www.utupub.fi/handle/10024/178879

(39) Reiman T, Oedewald P. Terveydenhuollon organisaatiot turvallisuuskriittisinä organisaatioina. Kirjassa: Peltomaa K, Kinnunen K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Sairaanhoitajaliitto; 2009.

(40) Lindfors, E, Somerkoski, B. Turvallisuuden edistäminen oppimisympäristöissä Kirjassa: Granö, P. Hiltunen, M, Jokela, T (toim.) Suhteessa maailmaan - Ympäristöt oppimisen avaajina Rovaniemi: University of Lapland; 2018, 291–305.

(41) Opetushallitus. Opiskeluhuolto. Internet-sivusto. Luettu 6.8.2024. https://www.oph.fi/fi/koulutus-ja-tutkinnot/opiskeluhuolto

(42) Yle. Osa koulujen työntekijöistä heitettiin ulos Wilmasta – vanhempainyhdistys: "On palattu suoraan ysärille". Verkkouutinen 23.2.2023. Luettu 6.8.2024. https://yle.fi/a/74-20019271

(43) Mubita K. Understanding school safety and security: Conceptualization and definitions. J Lexicogr Terminol 2021;5:76–86.

(44) Kurki A-L, Uusitalo H, Teperi A-M. Enhancing proactive safety management in schools using the change workshop method. Learn Cult Soc Interact 2019;23:100348-. doi: 10.1016/j.lcsi.2019.100348

(45) Yleissopimus lapsen oikeuksista 60/1991. https://finlex.fi/fi/sopimukset/sopteksti/1991/19910060/19910060_2

(46) Opetushallitus. Opetussuunnitelman perusteet ja lapsen oikeuksien sopimus. https://www.oph.fi/fi/koulutus-ja-tutkinnot/opetussuunnitelman-perusteet-ja-lapsen-oikeuksien-sopimus

(47) Helkama K. Suomalaisten arvot: mikä meille on oikeasti tärkeää? Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura; 2015.

(48) Hollnagel E. Safety-I and safety-II: The past and future of safety management. 1. p. Boca Raton, FL: Taylor & Francis; 2017. doi: 10.1201/9781315607511

(49) Rikander H. Näkökulmia oppilaitosturvallisuuteen – osa 3: Kokonaisturvallisuus ja turvallisuuskulttuuri. TAMKjournal 30.11.2020.

(50) Vallinkoski K, Koirikivi P-M. Enhancing Finnish basic education schools' safety culture through comprehensive safety and security management. NordSTEP 2020; 6:103–115. doi: 10.1080/20020317.2020.1720069

(51) Astor R, Benbenishty R, Capp G, ym. How school policies, strategies, and relational factors contribute to teacher victimization and school safety. J Community Psychol 2023; 52:39–57. doi: 10.1002/jcop.23084

(52) Vleuten van der C, Schuwirth L. Assessing professional competence: from methods to programmes. Med Educ 2005;39:309–317. doi: 10.1111/j.1365-2929.2005.02094.x

(53) Armstrong P, Brown C. School-to-school collaboration: learning across international contexts. Bingley, UK: Emerald Publishing Limited; 2022.

(54) Astor R, Benbenishty R. Bullying, school violence, and climate in evolving contexts: Culture, organization, and time. USA: Oxford University Press; 2018.

(55) Daily S, Smith M, Lilly C, ym. Understanding the importance of school satisfaction among middle and high school students. J Sch Health 2020;90: 683–693. doi: 10.1111/josh.12929

(56) Somerkoski B, Kärki T, Lindfors E. Learning Outcomes: Safety Education for Comprehensive School Pupils. Future Academy: 2019; 26: 265–277. doi:10.15405/ejsbs.262

(57) Jakku-Sihvonen R, Niemi H. Research-based teacher education in Finland: reflections by Finnish teacher educators. Turku: Finnish Educational Research Association; 2006.

(58) Schildkraut J, Nickerson A. Ready to respond: Effects of lockdown drills and training on school emergency preparedness. Vict Offender 2020;15: 619–638.

doi: 10.1080/15564886.2020.1749199

(59) Hudson P. Implementing a safety culture in a major multi-national. Saf Sci 2007;45:697–722. doi: 10.1016/j.ssci.2007.04.005

(60) Parker D, Lawrie M, Hudson P. A framework for understanding the development of organisational safety culture. Saf Sci 2006;44:551–562. doi: 10.1016/j.ssci.2005.10.004

(61) Rikander H. Oppilaitosturvallisuus. Helsinki: Edita Publishing Oy; 2021.

(62) Leino, M, Lindfors, E. Oppimisympäristön turvallisuuden osa-alueet ja tilannekuva – perusopetuksen turvallisuuden hallintaa turvallisuusilmoitusten perusteella. Hallinnon tutkimus 2024;43: 226–245.

(63) Somerkoski, B. Green Cross: Application for analyzing School injuries. Finnish Journal of EHealth and EWelfare 2017; 9: 322–329. https://doi.org/10.23996/fjhw.65178

(64) Tilles-Tirkkonen T, Nuutinen O, Sinikallio S, ym. Theory-informed nutrition education curriculum Tools For Feeling Good promotes healthy eating patterns among fifth grade pupils: cross-sectional study. J Hum Nutr Diet 2018;31: 647–657. doi: 10.1111/jhn.12568

(65) Moilanen T, Airaksinen M, Kangasniemi M. Varhainen puuttuminen nuorten rikoksiin ja hyvinvointiin liittyviin ongelmiin: kyselytutkimus monialaista yhteistyötä tekeville ammattilaisille. Sosiaalilääk Aikak 2021;58. doi: 10.23990/sa.88064

(66) Lindfors E, Somerkoski B, Waitinen M, ym. Opettajankoulutuksen omatoimisen varautumisen tilannekuva ja kehittämissuuntia. Pelastus-ja turvallisuustutkimuksen vuosikirja 2020; 55–82. https://researchportal.helsinki.fi/en/publications/opettajankoulutuksen-omatoimisen-varautumisen-tilannekuva-ja-kehi

(67) Osher D, Dwyer K, Jimerson S, ym. Developing safe, supportive, and effective schools. Kirjassa: Jimerson S, Nickerson A, Mayer M, Furlong M. (toim.) Handbook of school violence and school safety: International research and practice. 2. p. New York: Routledge; 2012, 27–44.

(68) Guldenmund F. The use of questionnaires in safety culture research – an evaluation. Saf Sci 2007; 45:723–743. doi: 10.1016/j.ssci.2007.04.006

(69) Pyo J, Lee W, Choi E, ym. Qualitative research in healthcare: necessity and characteristics. J Prev Med Public Health 2023; 56:12–20. doi: 10.3961/jpmph.22.451

(70) Kvale S, Brinkmann S. InterViews: learning the craft of qualitative research interviewing. 2. p. Los Angeles: Sage; 2009.

(71) Morse J. The implications of interview type and structure in mixed-method designs. Kirjassa: Gubrium J, Holstein J, Marvasti A, McKinney K. (toim.) The Sage handbook of interview research: The complexity of the craft. 2. p. SAGE Publications; 2012, 193–204.

(72) Morse J. Mixed method design: Principles and procedures. 4. p. Routledge; 2016.

(73) Eskola J, Suoranta J. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 10. p. Tampere: Vastapaino; 2014.

(74) Hirsjärvi S, Hurme H. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. 2. p. Helsinki: Gaudeamus; 2022.

Brita Somerkoski
KT, dosentti, erikoistutkija
Turun yliopisto
Kasvatustieteen laitos, opettajankoulutus, Rauma

Eila Lindfors
KT, professori
Turun yliopisto
Kasvatustieteen laitos opettajankoulutus, Rauma

Julia Kokki
FM, projektiasiantuntija
Turun yliopisto
Kasvatustieteen laitos, opettajankoulutus, Rauma

Liite 1. Malli koulun turvallisuuskulttuurin itsearviointiin.

	HAAVOITTUVA	REAGOIVA	NORMATIIVINEN	ENNAKOIVA	KESTÄVÄ
TURVALLISUUDEN JOHTAMINEN					
Turvallisuus-johtaminen ja viestintä Miten koulussa ymmärretään turvallisuus-johtamisen merkitys?	Koululla uskotaan, että arki sujuu yleensä hyvin. Riskejä ei ole tunnistettu tai niihin ei reagoida. Turvallisuuspuhetta ei juurikaan tarvita.	Jos koulun turvallisuutta on uhattu, poikkeamia käsitellään ja turvallisuuspuhetta lisätään.	Koululla on toteutettu viranomaisten edellyttämät turvallisuusjohtamisen toimenpiteet. Turvallisuuspuhetta ylläpidetään osana perustehtävää.	Koululla ennakoidaan riskejä seuraamalla turvallisuustilannetta, kuten poikkeamia. Turvallisuuspuhetta on useasti ja koululla on käytössä avoin viestintäkanava ja turvallisuutta ennakoiva järjestelmä.	Turvallisuus on keskeinen ja pysyvä tavoite kaikessa päätöksenteossa. Systemaattisuus ja dynaamisuus turvallisuuskulttuurin toteuttamisessa toimivat. Turvallisuusasiat jaetaan puheessa ja toiminnassa kaikkien koulussa toimivien kesken.
Resursointi Millaisia resursseja koululla on turvallisuuden hallintaan?	Turvallisuuteen liittyvää erillistä resursointia ei juurikaan tarvita tai se on puutteellista.	Turvallisuuteen liittyviä resursseja lisätään, jos poikkeamia havaitaan.	Turvallisuusasioihin resursoidaan vain se, mitä laki ja määräykset edellyttävät.	Koululla on turvallisuustiimi tai vastaava. Koulun resursseja käytetään puutteellisen turvallisuusympäristön, välineiden ja rakenteiden nopeaan korjaamiseen.	Koululla on resursseja myös turvallisuuden kokonaisvaltaiseen kehittämiseen ja seurantaan. Resursseja voidaan lisätä nopeasti, jos turvallisuustilanne edellyttää.
Dokumentit Miten dokumentteja sovelletaan turvallisuuden hallinnassa?	Turvallisuus-dokumentteja ei useinkaan tarvita. Turvallisuutta hallitaan arkijärjellä tai intuitiolla. Dokumentit ovat osin päivittämättä.	Turvallisuus-dokumenttien kokonaisuus on sekava. Dokumentit päivitetään, kun tarve huomataan.	Koululla on turvallisuus-dokumentit, jotka on edellytetty. Dokumentit päivitetään säännöllisesti.	Turvallisuusdokumenttien lukemista seurataan säännöllisesti. Dokumentteja lisätään, jaetaan ja muokataan ennakoivasti turvallisuustilanteen perusteella.	Suunniteltaessa mitä tahansa toimintaa koululle, turvallisuusdokumentit päivitetään näiltä osin. Dokumenttien päivityksistä tiedotetaan sidosryhmiä, oppilaita ja henkilöstöä. Myös kiinteistönhuolto-, siivous- ja ruokapalveluhenkilökunta pystyvät perehtymään koulun turvallisuusdokumentteihin.
Vastuunjako Miten koulun turvallisuuden hallinnan tehtävät on määritelty?	Turvallisuutta edistävät pääasiassa rehtori tai yksittäiset opettajat.	Osa turvallisuustehtävistä on jaettu turvallisuusvastaavalle, joka puuttuu tarvittaessa turvallisuustilanteeseen, jos jotain tapahtuu.	Henkilöstö vastaa turvallisuudesta määräysten mukaan. Koulussa toimii määräysten mukaisia turvallisuuteen liittyviä työryhmiä.	Tehtäviä on jaettu turvallisuustiimille, opetushenkilöstölle ja oppilaille siten, että ennakoiva ja systemaattinen turvallisuuden hallinta mahdollistuu.	Rehtori toimii oppilaiden ja henkilöstön turvallisuusjohtajana, mutta tehtävät ja vastuut on määritelty kaikille toimijoille siten, että kokonaisturvallisuus toteutuu.
ENNAKOINTI					
Poikkeamien ennakointi ja havainnointi Millä tavoin poikkeamia ennakoidaan ja havainnoidaan?	Poikkeamia ennakoidaan ja havainnoidaan sattumanvaraisesti. Ilmoitukset eivät aina johda toimintaan.	Poikkeamia aiheuttavat tilanteet on todettu, kun jotain on tapahtunut ja näistä ilmoitetaan asianosaisille ennen pitkää.	Poikkeamia ennakoidaan, havainnoidaan ja kirjataan siten kuin opetuksen järjestäjä on edellyttänyt ja säädökset määräävät. Kaikkea ei voi kieltää.	Koulussa on toteutettu riskien arviointi. Potentiaaliset riskit, myös läheltä piti -tilanteet, jaetaan yhteisössä ennakoivasti. Oppilaat ovat mukana ennakoivissa toimissa.	Kaikilla koulussa toimivilla on kanava ilmoittaa poikkeamahavainnoista ja ehdottaa ennakoivia toimia. Poikkeamien ennakointiin ja havainnointiin on palkitsevia positiivisia tai kannustavia menettelyjä.
Poikkeamien käsittely Miten poikkeamat käsitellään koulussa?	Jos poikkeama ei aiheuta vahinkoa, sitä ei tarvitse käsitellä.	Poikkeamat käsitellään tapauskohtaisesti, kun jotakin on sattunut.	Poikkeamat korjataan ja käsitellään määräysten mukaisesti. Tarpeen mukaan järjestetään ohjeiden mukainen jälkipuru.	Poikkeamat käsittelemään ennakoivasti ja systemaattisesti. Ennakoivaa yhteistyötä tehdään koulun ulkopuolisten turvallisuustoimijoiden kanssa. Läheltä piti -tilanteet raportoidaan.	Poikkeaman ilmoittaja saa tiedon ilmoituksen aiheuttamista toimenpiteistä. Poikkeamia käsitellään tarvittaessa myös sidosryhmien kanssa. Tavoitteena on kokonaisvaltaisen turvallisuuden lisääntyminen koulussa.

Kiusaamisen ja häirinnän estäminen Miten kiusaamiseen ja häirintään puututaan?	Kiusaamista ei juurikaan tapahdu tai sitä ei havaita helposti. Koululla ei ole mahdollisuutta puuttua kiusaamiseen ja häirintään.	Kun tilanne selviää, asiaa käsitellään luokassa ja yhteistyössä kodin kanssa tapauskohtaisesti.	Koululla on velvollisuus puuttua kiusaamiseen ja häirintään. Tapaukset hoidetaan määräysten mukaan mahdollisesti ennakoiden. Kiusaamiseen ei voi puuttua, jos siitä ei tiedetä.	Kiusaamiseen ja häirintään liittyviä rakenteita tunnistetaan ennakoivasti ja systemaattisesti yhdessä oppilaiden kanssa. Kiusaamista ratkotaan monitoimijaisesti.	Kiusaamisen loppuminen varmistetaan säännöllisellä seurannalla. Kaikki koulussa toimivat voivat ilmoittaa kiusaamisesta. Pitkittyneille kiusaamistilanteille on olemassa toimiva ratkaisumalli.
Väkivallan ja muiden rikosten ehkäiseminen Miten koulussa toimitaan väkivallan ehkäisemiseksi?	Koulussa ei aina tunnisteta väkivaltaa tai rikoksia. Osa tietoon tulleista tapauksista voi jäädä selvittämättä.	Kun väkivaltaa tai muu rikos on ilmennyt, koulussa määrätään seuraamus rehtorin tai opettajan johdolla.	Koulussa noudatetaan annettuja määräyksiä väkivallan ja rikosten selvittämisessä. Ensisijaisesti opettajat ja toissijaisesti rehtori määrää seuraamuksen määräysten mukaan. Vakavat väkivalta- ja rikostapaukset ilmoitetaan poliisille.	Koulussa tehdään ennakoivaa yhteistyötä viranomaisten kanssa väkivallan ja rikosten ehkäisemiseksi. Oppilaat on otettu mukaan rikoksia ehkäisevään toimintaan.	Koulussa on systemaattiset ja kokonaisvaltaiset puuttumistavat väkivallan ja rikosten ehkäisemiseen. Kaikki koulussa toimivat voivat ilmoittaa väkivallasta ja rikoksista. Huolta aiheuttaviin tilanteisiin reagoidaan sekä ennakoivasti että jälkikäteen. Koulussa tunnistetaan myös lievät tekomuodot.
KOMPETENSSIN VARMISTAMINEN					
Harjoittelu Miten koulussa ylläpidetään turvallisuustaitoja?	Koulussa on joskus järjestetty turvallisuusharjoitus. Harjoituksista ei aina kerrota henkilöstölle. Turvallisuusperehdytystä ei juurikaan järjestetä.	Koulussa järjestetään turvallisuusharjoituksia. Turvallisuusperehdytystä tarjotaan, kun jotain on tapahtunut. Riskejä ei ole määritelty.	Turvallisuusharjoituksia järjestetään, jos sellaista edellytetään määräyksissä. Turvallisuusperehdytystä järjestetään ohjeiden mukaan.	Koulussa järjestetään riskeihin perustuen erilaisia harjoituksia, esimerkiksi turvallisuuskävelyjä. Oppilaat ovat mukana harjoituksissa tarvittaessa. Turvallisuusasioiden harjoitteluja arvioidaan riippumatta siitä, tapahtuuko poikkeamia.	Koulun turvallisuusharjoittelu on systemaattista ja siihen osallistetaan oppilaat, henkilöstö ja tarvittavin osin myös sidosryhmät.
Koulutus ja osaaminen Miten koulussa huolehditaan turvallisuusosaamisesta?	Henkilöstön turvallisuusosaamisen taso on epäselvä. Kiinnostuneet voivat hankkia turvallisuuskoulutusta.	Turvallisuuskoulutustarpeeseen havahdutaan ja koulutuksia päädytään järjestämään, kun vaaratilanne on tapahtunut.	Opetuksen järjestäjä tai muu viranomainen on edellyttänyt tiettyjä henkilöstökoulutuksia ja ne on suoritettu. Turvallisuusasioita opetetaan ja kerrataan opetussuunnitelman mukaan.	Osaamistarvetta arvioidaan systemaattisesti ja ennakoivasti. Henkilöstöä rohkaistaan ja velvoitetaan käymään turvallisuuskoulutuksissa.	Henkilöstön, oppilaiden ja sidosryhmien turvallisuuskoulutus on suunnitelmallista, taitoja päivitetään ja koulutukseen osallistumista rohkaistaan. Koululla varmistutaan siitä, että kaikilla toimijoilla ylitse organisaatiorajojen on riittävä turvallisuusosaaminen.
SOSIAALINEN TURVALLISUUSYMPÄRISTÖ					
Sidosryhmät Millaista turvallisuusyhteistyötä koulussa tehdään sidosryhmien kanssa?	Sidosryhmäyhteistyö on turvallisuuden osalta vähäistä, sitä ei tarvita tai sitä ei ole.	Jos poikkeama tai turvallisuuden hallinta liittyy sidosryhmään, se otetaan mukaan.	Lakien ja määräysten mukaisiin sidosryhmiin pidetään yhteyttä turvallisuuden lisäämiseksi siten kuin on edellytetty.	Turvallisuusyhteistyöhön liittyvät sidosryhmät on tunnistettu ja sidosryhmät on otettu ennakoivasti huomioon turvallisuussuunnittelussa.	Turvallisuusyhteistyöhön liittyvät sidosryhmät otetaan aina mukaan, kun arvioidaan organisaation turvallisuutta. Sidosryhmiin pidetään säännöllisesti yhteyttä turvallisuusasioissa.
Yhteisöllisyys Mikä yhteisöllisyyden merkitys on turvallisuustyölle?	Monet, sattumalta syntyneet tilanteet tekevät koulusta yhteisöllisen, mukavan tai hauskan mutta myös ikävät asiat kuuluvat arkeen.	Jos yhteisössä havaitaan erimielisyyksiä, yhteisöllisyyteen kiinnitetään huomiota.	Yhteisöllisyys toteutuu opetussuunnitelman ja määräysten mukaisesti osana perustyötä sen verran kuin sitä voidaan edellyttää.	Henkilöstöä ja oppilaita rohkaistaan yhteisölliseen toimintaan kouluvuoden aikana. Useat tilaisuudet ja tapahtumat toistuvat säännöllisesti siten, että voidaan puhua ”meidän koulun hengestä”.	Yhteisöllinen toiminta koulussa on kaikkia osallistavaa. Oppilaat ja sidosryhmät ovat mukana suunnittelussa. Yhteisöllisyyttä arvostetaan sekä oppilaiden että henkilöstön keskuudessa.

Artikkeli

Työkyvyn tuki keikkatyössä työterveyshuollon ja kulttuurialan ammattilaisten kuvaamana

Vaikka keikkatyö on vakiintunut suomalaiseen työelämään, on keikkatyötä tekevien työkyvyn tuessa osoitettu puutteita. Yhteiskunnan toiminnan kannalta keikkatyövoiman pysymisellä työkykyisenä on merkitystä. Tämän laadullisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata työterveyshuollon ja kulttuurialan ammattilaisten kokemuksia ja käsityksiä keikkatyöntekijöiden (määräaikaiset, osa-aikaiset, vuokratyöntekijät) ja itsensätyöllistäjien (freelancerit, yksinyrittäjät) työkyvyn tukea edistävistä ja estävistä tekijöistä hyvän työterveyshuoltokäytännön ja työterveys- ja työturvallisuuslainsäädännön viitekehyksessä. Aineisto kerättiin vuosina 2021 ja 2022 haastattelemalla työterveyshuollon (n=7) ja kulttuurialan (n=22) ammattilaisia eri puolilla Suomea ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Keikkatyöntekijöiden työkyvyn tukea edistäväksi tekijäksi jäsentyi hyvän työterveyshuoltokäytännön implementoiminen työkyvyn tukeen. Työkyvyn tukea estävinä tekijöinä näyttäytyivät tiedonkulun ongelmat sekä epäselvät oikeudet ja vastuut työterveysyhteistyössä, työterveysyhteistyön heikkoudet vuokratyön kolmikantasuhteessa, keikkatyöntekijöiden eriarvoinen kohtelu työkyvyn tuessa sekä sairauslähtöinen työkyvyn tuki. Itsensätyöllistäjien työkyvyn tukea edistäviksi tekijöiksi jäsentyivät työterveyshuollon järjestämiseen ja käyttöön motivoivat tekijät. Työkyvyn tukea puolestaan estivät yksinyrittäjien rajalliset taloudelliset mahdollisuudet järjestää työterveyshuolto, työkyvyttömyyteen ensisijaisesti varautuminen ennaltaehkäisemisen sijasta, kulttuurialan freelancereiden jääminen työterveyspalvelujen ulkopuolelle sekä työhön liittyvien riskien ja työterveyshuollon tarpeen tunnistamattomuus. Tutkimus tuotti jäsennyksen työkyvyn tukea edistävistä ja estävistä tekijöistä keikkatyössä ja lisäsi ymmärrystä keikkatyöntekijöiden ja itsensätyöllistäjien prekaarista asemasta suhteessa työkyvyn tukeen. Jatkotutkimuksissa tulee tarkastella tekijöitä, jotka ylläpitävät eriarvoisuutta keikkatyöntekijöiden työkyvyn tuessa sekä rakenteita ja käytäntöjä, jotka estävät työterveysyhteistyötä vuokratyön kolmikantasuhteessa ja itsensätyöllistäjien työterveyspalveluja.

ASIASANAT: epätyypillinen työ, kulttuuriala, työkykyä ylläpitävä toiminta, työterveyshuolto

RIITTA KÄRKKÄINEN, ARTO REIMAN, KATI YLIKAHRI, ANNE KÄRKI

YDINASIAT

- Keikkatyötä tekevien työterveyshuollon palvelujen saatavuus on ollut rajoitettua.
- Kulttuurialan itsensätyöllistäjät kuvasivat varautuvansa ensisijaisesti työkyvyttömyyteen ennaltaehkäisemisen sijasta freelancer -asemasta, taloudellisista reunaehdoista sekä työhön liittyvien riskien ja työterveyshuollon tarpeen tunnistamattomuudesta johtuen.
- Keikkatyöntekijöiden ja itsensätyöllistäjien työkyvyttömyyttä ennaltaehkäisevien työterveyspalvelujen saatavuutta tulee parantaa.

JOHDANTO

Työnteon muodot ovat moninaistuneet ja perinteisen palkkatyön rinnalle on muodostunut epätyypillisiä työnteon muotoja, joissa toimitaan toisinaan yrittäjyyden ja palkkatyön rajapinnoilla (1–5). Epätyypillisen työn tekijöitä kuvataan ansainnan tapojen yhdistäjiksi (2). Tässä artikkelissa tarkastelemme epätyypillistä työtä keikkatyön käsitteen kautta. Keikkatyötä tekeviksi voidaan määritellä muun muassa ammatinharjoittajat, freelancerit, kevytyrittäjät, monityösuhteiset, hybridityöntekijät, kombotyöntekijät, toimeksisaajat

(2) sekä vuokratyöntekijät (4,6). Kulttuurialalla keikkatyön tekeminen on tyypillistä projektiluonteisissa, määräaikaisissa ja osa-aikaisissa työsuhteissa, toimeksianto- ja vierailijasopimuksissa (esim. 7,8) sekä itsensätyöllistäjillä kuten yksinyrittäjät, freelancerit ja apurahansaajat (9).

Keikkatyötä tekevät muodostavat merkittävän työvoimaresurssin. Yksinyrittäjiä oli vuoden 2022 tilastojen mukaan keskimäärin 240 000 (10), ja kulttuurialalla työskentelevistä noin 25 % toimi yrittäjinä (11). Tilastojen valossa vuokratyöntekijöiden osuus (3 %) sekä määräaikaisten (17 %) ja osa-aikaisten osuus (19 %) työllisistä oli vuonna 2022 hieman suurempi kuin edellisenä vuonna (10). Kulttuurialan ammattilaiset työskentelivät usein osa-aikaisesti ja useissa samanaikaisissa työpaikoissa (11). Keikkatyöhön liittyy prekaareja piirteitä (12–15), joita työterveys- ja työturvallisuuslainsäädäntö ei välttämättä huomioi riittävästi (16–19). Tämä voi siirtää työntekoon liittyviä riskejä osin myös keikkatyötä tekevien kannettavaksi (5,20). On näyttöä siitä, että erilaiset työterveyspalvelut ovat rajatummin epätyypillisen työn tekijöiden kuin vakituisten työntekijöiden saatavilla. Myös vakuutusturvan kattavuudessa voi olla puutteita (21.) Epätyypillisiin työnteon muotoihin sekä työn prekaariuteen liittyviä erityispiirteitä tulkittaessa on kuitenkin huomioitava, että ne ovat hyvin kontekstisidonnaisia ja riippuvaisia esimerkiksi eri maiden työmarkkina- ja sosiaaliturvarakenteista (5,22). Osaltaan myös Covid-19 pandemia on edesauttanut prekaarin työn epäkohtien esiin nousemista (22). Artikkelin tutkimusta taustoittavat kappaleet avaavat työterveyshuollon ja kulttuurialan prekaareja piirteitä tarkemmin.

Empiirinen tutkimuksemme kuvaa työterveyshuollon ja kulttuurialan ammattilaisten kokemuksia ja käsityksiä keikkatyötä tekevien työkyvyn tuesta ja tuottaa jäsennyksen tukea edistävistä ja estävistä tekijöistä. Keikkatyöntekijöillä tarkoitamme tässä tutkimuksessa lyhytaikaisissa määräaikaisissa työsuhteissa ja osa-aikaisissa työsuhteissa työskenteleviä ja vuokratyöntekijöitä. Itsensätyöllistäjillä tarkoitamme freelancereita ja yksinyrittäjiä. Tutkimuksemme tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä työkykyä edistävää toimintaa keikkatyön kontekstissa työkyvyttömyyden ennaltaehkäisemiseksi ja työurien jatkumiseksi. Koska keikkatyötä tekevien lukumäärä on lisääntynyt (10) ja koska se on kulttuurialalla tyypillinen työn tekemisen muoto (7,11), on tarpeellista tarkastella työkyvyn tuen toteutumista kulttuurialan näkökulmasta.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitkä ovat keikkatyöntekijöiden ja itsensätyöllistäjien työkyvyn tukea edistäviä ja estäviä tekijöitä työterveyshuollon ammattilaisten kokemusten ja käsitysten mukaan?
2. Mitkä ovat kulttuurialan keikkatyöntekijöiden ja itsensätyöllistäjien työkyvyn tukea edistäviä ja estäviä tekijöitä kulttuurialan ammattilaisten kokemusten ja käsitysten mukaan?

Laadullinen tutkimusote sopi hyvin tutkimuksemme tavoitteisiin, koska se mahdollistaa tutkittavien kokemusten ja käsitysten kuvaamisen. Haastattelututkimuksen etuna on, että teemoja voidaan tarkentaa ja myös syventää haastattelun aikana ja näin tuottaa rikasta aineistoa haastateltavien kokemuksista ja käsityksistä tutkimuskohteesta (23,24).

TAUSTAA

TYÖKYVYN TUKI

Ikääntyvästä väestöstä ja alhaisesta syntyvyydestä johtuva väestöllisen huoltosuhteen kehitys Suomessa on uhka yhteiskunnan toimivuudelle (ks. 25), joten työvoiman työkyvyllä ja sen ylläpitämisellä ja kehittämisellä on merkitystä. Työterveyslaitoksen tutkijoiden tuore katsaustutkimus (25) arvioi työkyvyn tukitoimien työkykyvaikutuksia. Tutkimuksella saatiin näyttöä terveellisten elintapojen edistämisen, yksilölähtöisen stressinhallinnan, työergonomian parantamisen, sairauspoissaolojen seurannan ja työuravalmennuksen yhteydestä terveyteen ja työkykyyn (25). Työkyvyn tukeminen edellyttää työnantajan, työntekijöiden ja työterveyshuollon yhteistyötä työperäisten sairauksien ja tapaturmien ennaltaehkäisemiseksi ja työntekijöiden terveyden ja työkyvyn ylläpitämiseksi (26). Hyvä työterveyshuoltokäytäntö määrittää työterveysyhteistyön sisältöjä ja toteutusta työterveys- ja työturvallisuuslainsäädäntöön perustuen (27,28). Työterveysyhteistyöllä on tutkitusti työkykyä edistäviä vaikutuksia (29), ainakin jos se on tavoitteellista ja työpaikkalähtöistä ja jos vuorovaikutus on toimivaa ja roolit ja vastuut on

sovittu (30). Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen (31) mukaan hyvää työterveysyhteistyötä indikoi myös pitkäkestoinen sopimuskumppanuus, joka edesauttaa työterveyshuollon työpaikan tuntemusta ja luottamuksen rakentumista. Työterveys 2025 -kehittämislinjausten tavoitteena on, että vuoteen 2025 mennessä työterveysyhteistyö toteutuu kaikilla työpaikoilla ja että työterveyspalvelut vastaavat yrittäjien ja useissa työpaikoissa töitä tekevien tarpeisiin, toimialakohtaiset erot huomioiden (32).

Uusien hyvinvointialueiden vastuulle on 1.1.2023 siirtynyt sosiaali- ja terveyspalvelujen koordinointi alueillaan ja sen osana myös työterveyshuollon palvelujärjestelmän yhteensovittaminen laajempaan kokonaisuuteen (33). Suomessa työterveyshuollon palvelujen kattavuus on kansainvälisesti vertailtuna maailman kärkeä (34,35). Usein työnantajat eivät rajoita työterveyshuollon käyttöä pelkästään lakisääteisiin palveluihin, vaan työntekijöille tarjotaan mahdollisuuksia myös laajempiin palvelukokonaisuuksiin (36–38). Nykyinen työterveyshuoltokäytäntö työntekijäasiakkuuksineen ja työnantajakumppanuuksineen ei välttämättä osaa tunnistaa epätyypillisten työnteon muotojen erityispiirteitä (39–41). Epätyypillisen työn tekijät ovat jääneet perinteisiin työsuhteisiin sidottujen palveluiden ja etuuksien ulottumattomiin (42). Keskustelu työterveyspalveluiden oikeudenmukaisesta kohdentumisesta onkin ollut viime aikoina varsin vilkasta (esim. 35,38). Työterveyspalveluiden kattavuus näyttäisi olevan sidoksissa yrityskokoon sekä -muotoon (43). Lainsäädäntö ei velvoita yksinyrittäjiä, mikroyrittäjiä ja muita omaa työtä tekeviä järjestämään itselleen työterveyshuoltoa ja heidän osaltaan palveluiden kattavuus on työllisten keskiarvoa selvästi alempi (35,40). Korkiakankaan ym. (40) mukaan työterveyspalvelut eivät vastaa riittävällä tavalla mikroyrittäjien tarpeita, minkä vuoksi he jättävät usein palvelut hankkimatta.

Vuokratyöntekijöiden osalta suomalainen työterveyslainsäädäntö näyttäytyy kohtuullisen selkeältä; henkilöstöpalveluyritysten tulee järjestää vuokratyöntekijöille lakisääteinen työterveyshuolto (26). Silti monella toimialalla toimivan henkilöstöpalveluyrityksen osaaminen lakisääteisten terveystarkastusten suunnittelussa voi olla puutteellista. Työterveyshuollon voi olla haastavaa saada luotettavaa tietoa vuokratyöntekijöiden työn altisteista ja kuormitustekijöistä käyttäjäyrityksen työkohteessa (41). Vuokratyön kolmikantasuhde tarkoittaa henkilöstöpalveluyrityksen, käyttäjäyrityksen ja vuokratyöntekijöiden välistä sidettä (44), joka ilmenee myös työkykyä edistävässä toiminnassa. Työturvallisuuslaki (45) ohjaa osaltaan henkilöstöpalveluyritysten ja käyttäjäyritysten velvoitteita.

KULTTUURIALAN TYÖN PREKAARIT PIIRTEET

Kulttuurialalla työskennellään usein haavoittuvaisessa asemassa yhteiskunnan turvajärjestelmien (9,46) ja työterveyspalvelujen ulkopuolella (47,48). Taiteen tekemistä ei välttämättä mielletä työksi, jota työlainsäädäntö sitoo (49). Työturvallisuuteen ja hyvinvointiin ei ole aina suhtauduttu riittävällä vakavuudella (50) ja taiteellisia ratkaisuja on toteutettu turvallisuuden kustannuksella (51). On esiintynyt epätietoisuutta siitä, kenelle vastuu työturvallisuudesta kuuluu (52), eikä epäkohtiin ole puututtu (50).

Kulttuurialalla on esiintynyt henkistä väkivaltaa, seksuaalista häirintää sekä toimintakykyyn ja ulkoiseen olemukseen liittyvää syrjintää (7,48,49,53). Häirinnälle ja epäasialliselle käytökselle altistavina tekijöinä on epätyypillisten työsuhteiden ja työn epävarmuuden lisäksi raportoitu oman kehon käyttö työvälineenä, intiimit opetustilanteet, valtariippuvuudet, johtajuuden epämääräisyys, työn ja vapaa-ajan erottamisen epäselvyys sekä stereotyyppinen sukupuolijako (49, 53). Näkemys siitä, että työntekijöillä tulee olla suurempi sietokyky johtuen alan erityisyydestä, ns. taiteilijamyytistä (7), on voinut estää häirinnän ja muun epäasiallisen kohtelun näkemisen ongelmana. Muun muassa elokuva- ja teatterialalla häirintää ei välttämättä ole mielletty epäammattimaiseksi käytökseksi (48). Työntekijä ei aina ole kertonut kokemastaan häirinnästä halutessaan varmistaa työllistymisensä (7). Kilpailu työtilaisuuksista (7) sekä esityskäytännöt teatterialalla (47) ovat voineet johtaa sairaana työskentelyyn (47,50).

Myös melu, huomion keskittäminen useaan asiaan yhtä aikaa, työtehtäviin liittyvä henkinen kuormitus, väsyneenä työskentely ja kiire (50) ovat alan riskitekijöitä, jotka saattavat johtaa psyykkiseen ja fyysiseen oireiluun (47). Covid-19 pandemia osoitti Jakosen ym. (8) mukaan kulttuurialan vähäisen yhteiskunnallisen arvostuksen. Pandemiasta seurasi kulttuurialalle

epävarmuutta (54) ja uhkakuvia taloudellisista vaikeuksista sekä eristyneisyydestä, yksinäisyydestä, yhteisöllisyyden vähentymisestä ja mielenterveysongelmista (55).

MENETELMÄT

TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJAT

Tutkimukseen osallistui työterveyshuollon ammattilaisia (n=7) ja kulttuurialan ammattilaisia (n=22) eri puolilta Suomea. Työterveyshuollon ammattilaiset olivat työterveyshoitajia (n=4), asiakkuuspäälliköitä (n=2) ja työterveyslääkäri (n=1). Kulttuurialan ammattilaiset edustivat musiikin alaa (n=13), media-alaa (n=4), kuvataidealaa (n=2), tanssialaa (n=2) ja teatterialaa (n=1) ja he olivat yhtä yhdistyksen edustajaa lukuun ottamatta itse keikkatyötä tekeviä. Haastateltavat valikoituivat tutkimukseen, koska heillä oli ammattiasemassaan hankittua tietoa ja kokemusta keikkatyötä tekevien työkyvyn tuesta. Työterveyshuollon ammattilaisilla oli työkokemusta alalta yli viisi vuotta. Kulttuurialan ammattilaisten työkokemus vaihteli alle yhdestä vuodesta yli viiteen vuoteen. Haastateltavista 15 oli miehiä. Nuorimmat haastateltavat sijoittuivat ikäluokkaan 20–25 vuotta ja vanhimmat yli 65 vuotta. Haastateltavat rekrytoitiin tutkimukseen tarkoituksen mukaisella otannalla (56). Työterveyshuollon ammattilaisten haastattelujen toteuttamiseen haettiin tutkimusluvat kahdelta työterveyspalveluja tuottavalta organisaatiolta. Kulttuurialan ammattilaiset rekrytoitiin ottamalla yhteyttä tiedossa oleviin kulttuurialan keikkatyön tekijöihin ja kysymällä heidän halukkuuttaan osallistua tutkimukseen.

AINEISTON KERUU

Aineistonkeruumenetelmänä oli puolistrukturoitu teemahaastattelu (23,24). Työterveyshuollon ammattilaisten haastatteluteemat perustuivat hyvään työterveyshuoltokäytäntöön (27,28). Teemoja olivat työterveyshuollon järjestäminen, työterveysyhteistyö, tiedonkulku, työterveyshuollon saatavuus, työkyvyn tuki ja työterveyshuollon toteuttaminen Covid-19 pandemian aikana. Esimerkki kysymyksestä: "*Kuvaile kokemuksiasi ja käsityksiäsi työterveysyhteistyöstä vuokratyössä*". Haastattelurungon toimivuus testattiin (ks. 57) kahdella tutkimuksen ulkopuolisella henkilöllä. Kulttuurialan ammattilaisten haastattelut sisälsivät työhön, työntekijään ja työyhteisöön liittyviä teemoja perustuen CWEQ-II kyselyyn (Conditions for Work effectiveness Questionnaire II) (58). Esimerkki kysymyksestä: "*Miten työterveyshuoltosi on järjestetty?*" Haastattelurunkoa on käytetty muissakin suomalaiseen keikkatyöhön kohdistuneissa tutkimuksissa (16,17,59). Haastattelut toteutettiin vuoden 2021 lopussa ja vuoden 2022 alussa. Työterveyshuollon haastatteluista kaksi oli yksilöhaastatteluja, yksi parihaastattelu ja yksi 3 henkilön ryhmähaastattelu. Kulttuurialan haastatteluista kaksi oli yksilöhaastatteluja, yksi parihaastattelu ja neljä 4–5 henkilön ryhmähaastattelua. Eteneminen haastatteluissa oli joustavaa ja keskustelevaa. Haastattelut kestivät 35–90 minuuttia. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin ulkopuolisen litterointipalveluja tuottavan yrityksen toimesta heti haastattelujen jälkeen. Nauhoitteet tuhottiin litteroinnin jälkeen. Litteroitua tekstiä kertyi yhteensä 103 sivua, fontti Verdana, fonttikoko 8, riviväli 1.

AINEISTON ANALYYSI

Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä (60). Litteroitu aineisto luettiin huolellisesti läpi etsien aineistosta ilmauksia, jotka kuvasivat keikkatyötä tekevien työkyvyn tukea edistäviä ja estäviä tekijöitä. Ilmaukset pelkistettiin ja pelkistettyjä ilmauksia vertailtiin ja ryhmiteltiin sisällön samanlaisuuden ja erilaisuuden perusteella alaluokkiin. Esimerkiksi Sujuva tiedonkulku sekä selkeät oikeudet ja vastuut työterveysyhteistyössä -alaluokkaan liitettiin pelkistykset Riskinarviointi asiakassopimuksen tekovaiheessa ja Vuokratyöntekijöiden työn altisteet kirjataan toimintasuunnitelmaan (Taulukko 1).

Seuraavassa vaiheessa tarkasteltiin alaluokkia ja luotiin sisällöllisesti niitä yhdistävät yläluokat. Esimerkiksi alaluokka Sujuva tiedonkulku sekä selkeät oikeudet ja vastuut työterveysyhteistyössä sisällytettiin yläluokkaan Hyvän työterveyshuoltokäytännön implementoiminen työkyvyn tukeen. Aineistosta muodostettiin kaksi pääluokkaa. Pääluokkaan Keikkatyöntekijöiden työkyvyn tukea edistävät ja estävät tekijät sisällytettiin yläluokat Hyvän työterveyshuoltokäytännön implementoiminen työkyvyn tukeen sekä Hyvän työterveyshuoltokäytännön toteutumattomuus (Taulukko 2). Pääluokka Itsensätyöllistäjien työkyvyn tukea edistävät ja estävät tekijät yhdistää yläluokat Työterveyshuollon järjestämiseen ja käyttöön motivoivat tekijät sekä Työterveys-

Taulukko 1. Esimerkki induktiivisesta sisällönanalyysistä muodostettaessa alaluokkia pelkistetyistä ilmauksista

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Riskinarviointi asiakassopimuksen tekovaiheessa Vuokratyöntekijöiden työn altisteet kirjataan toimintasuunnitelmaan	Sujuva tiedonkulku sekä selkeät oikeudet ja vastuut työterveysyhteistyössä

huollon järjestämisen ja saatavuuden haasteet (Taulukko 3). Aineiston analyysi eteni pääosin yksittäisen tutkijan tekemästä analyysistä tutkimusryhmän yhteisesti hyväksymään analyysiin aineistosta. Analyysissä edettiin edestakaisin alaluokista pääluokkiin kriittisesti tarkastellen lopullisen synteesin saavuttamista.

Tutkimuksessa noudatettiin tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) periaatteita (61). Tutkimus toteutettiin osana laajempaa hanketta, jolle oli haettu eettinen ennakkoarviointi Pääkaupunkiseudun ammattikorkeakoulujen ihmistieteiden eettiseltä toimikunnalta. Haastateltavilta kerättiin tietoon perustuvat, vapaaehtoiset suostumukset tutkimukseen osallistumiseen ja he saivat tiedoksi tutkimuksen tietosuojaselosteen. Aineistosta poistettiin tunnistetiedot, ja ne käsiteltiin ja säilytettiin aineistohallintasuunnitelman mukaisesti vastuullisesti ja lainmukaisesti. Alkuperäiset ilmaukset on tunnistettavuuden välttämiseksi muutettu yleiskielelle tuloksia raportoitaessa.

TULOKSET

HYVÄN TYÖTERVEYSHUOLTOKÄYTÄNNÖN IMPLEMENTOIMINEN KEIKKATYÖNTEKIJÖIDEN TYÖKYVYN TUKEEN

Hyvän työterveyshuoltokäytännön toteuttaminen näyttäytyi keikkatyöntekijöiden työkyvyn tukea edistävänä tekijänä. Aineistosta jäsennettiin hyviksi käytännöiksi 1) sujuva tiedonkulku sekä selkeät oikeudet ja vastuut työterveysyhteistyössä, 2) tasapuolinen kohtelu työkyvyn tuessa, 3) työpaikkaselvitykseen pohjautuva työterveyshuolto, 4) ohjaus ja neuvonta, 5) työterveysneuvottelut vuokratyön kolmikantasuhteessa, 6) moniammatillinen ja -alainen työkyvyn tuki sekä 7) palvelujen kehittäminen työterveyshuolloissa Covid-19 pandemian aikana (Taulukko 2).

Työterveyshuollon ammattilaiset kuvasivat työterveysyhteistyötä tiedonkulun sujuvuuden sekä oikeuksien ja vastuiden selkeyden kautta. Tiedonkulku vuokratyön kolmikantasuhteessa henkilöstöpalveluyritysten, käyttäjäyritysten ja vuokratyöntekijöiden sekä työterveyshuollon välillä oli parhaimmillaan sujuvaa. Tieto vuokratyöntekijöiden työn riskeistä välittyi käyttäjäyrityksen ja henkilöstöpalveluyrityksen välillä, kun ne tekivät riskinarvioinnin jo sopiessaan työntekijöiden vuokraamisesta. Vuokratyöntekijöiden työn altisteet kirjattiin toimintasuunnitelmaan, josta vuokratyöntekijätkin saivat niistä tiedon.

> *Yhdessä vuokrafirmassa on tosi hyvin toimintasuunnitelmaan määritelty kaikki mahdolliset altisteet…sieltä pystyy katsomaan ja sitten, koska periaatteessa työntekijöidenhän pitäisi nähdä myös se toimintasuunnitelma, niin he olisivat myös tietoisempia niistä asioista…se helpottaa meidän työtämme tosi paljon, kun ne kaikki asiat on kirjattu sinne…ja kirjattu ylös, että nämä koskevat vuokratyöntekijöitä* (Työterveyshuollon ammattilainen)

Isoilla henkilöstöpalveluyrityksillä oli usein toimintamalli, jonka mukaan ne lähettivät työterveyshuoltoon käyttäjäyritysten työpaikkaselvitysraportit ja työsuojelun toimintaohjelmansa. Keikkatyöntekijöiden sairauspoissaolojen seuranta työpaikoilla yleensä toteutui ja työpaikat ilmoittivat poissaoloista työterveyshuoltoon. Viestintää henkilöstöpalveluyrityksen ja henkilöstöpalveluyrityksen työterveyshuollon välillä edisti, kun niiden yhteyshenkilöt olivat tiedossa.

Kulttuurialan keikkatyöntekijän kokemuksen mukaan perehdytys työturvallisuuteen oli toteutunut ja työpaikka oli huolehtinut siitä, että keikkatyöntekijätkin tiesivät velvollisuutensa ilmoittaa epäkohdista. Keikkatyöntekijä kuvasi vastuunottoaan omasta ja muiden työturvallisuudesta.

> *Itse tutkailee paljon sitä ympäristöä…jos huomaa, että tuolla on nyt paljon johtoja, joita ei ole kiinnitetty lattiaan kiinni tai laitettu piiloon, niin sitten käy sanomassa sinne tekniikkatyypeille… että tuolla on tuollainen vaaratekijä, että voisiko sille tehdä jotain…meillä on pidetty myös preppaus siitä, että missä on mitäkin ja mistä ei saa kulkea* (Kulttuurialan ammattilainen)

Kulttuurialan keikkatyöntekijä kuvasi saamaansa perehdytystä, jossa oli kerrottu, miten työpaikalla tulee käyttäytyä ja viestitty nollatoleranssista kiusaamiseen ja häirintään. Työpaikalla oli toimintamalli häirintätilanteiden käsittelyyn, ja malli oli tuotu myös keikkatyöntekijöille tiedoksi. Kokemukset keikkatyöntekijöiden välillä kuitenkin vaihtelivat ja toisen kulttuurialan keikkatyöntekijän kokemuksen mukaan työsuojelusta, työn vaaroista ja riskeistä ei ollut keskusteltu työnantajan toimesta. Perehtyminen oli jäänyt keikkatyöntekijän oman aktiivisuuden ja valveutuneisuuden varaan.

> *Jos minä olen ollut, vaikka jossain koulussa sijaisena, vaikka pienenkin ajan, vaikka viikon niin kaikki työsuojelujutut on kyllä aina ollut, että ei niitä ole ikinä ehtinyt käymään. Yleensä keretään näyttää että "tuossa on se luokka, tästä menee nämä välineet päälle ja nyt tulee luokka tänne, heippa!"...itse saatan, jos on vaikka välitunti tai muu tauko, niin sitten kun joissakin luokissahan on se kartta, että näin pääset äkkiä pihalle, jos jotain tapahtuu, niin joskus on saattanut itse sen katsoa siinä ihan huvikseen* (Kulttuurialan ammattilainen)

Vuokratyön kontekstissa käyttäjäyrityksen työsuojelun vastuut olivat työterveyshuollon ammattilaisten mukaan selkeät ja ulottuivat myös vuokratyöntekijöihin. Henkilöstöpalveluyritykset ja käyttäjäyritykset parhaimmillaan tiesivät oikeutensa ja vastuunsa vuokratyöntekijöiden työturvallisuudesta huolehtimisessa, työssä selviytymisen seurannassa ja osaamisen arvioinnissa sekä toimivat niiden mukaan. Työterveyshuollon ammattilaiset kuvasivat keikkatyöntekijöiden vastuuta työkyvystään työvuorosuunnitteluun ja työvuorojen väliseen palautumiseen liittyen.

> *Pahin casehan voi olla niin että tekee yötyötä vuokratyöfirmassa johonkin, käy pari tuntia nukkumassa ja aloittaa toisessa firmassa päivätyön…toimeentulo on tärkeä, mutta että se työntekijä itse myöskin rakentaa itselleen sen pommin…että jos sinä otat keikkaa yli sinun omien voimavarojen* (Työterveyshuollon ammattilainen)

Tasapuolinen kohtelu työkyvyn tuessa näyttäytyi työterveyshuollon ammattilaisten kuvauksissa siten, että keikkatyöntekijät osallistettiin riskinarviointiin työyhteisössä ja heidän esiin tuomansa epäkohdat huomioitiin työolojen kehittämisessä. Työkyvyn tuki kattoi parhaimmillaan myös työyhteisötason toimenpiteet, niin kuin hyvään työterveyshuoltokäytäntöön kuuluu. Kulttuurialan keikkatyöntekijällä oli kokemus siitä, että työpaikalla oli puututtu keikkatyöntekijöihin kohdistuneeseen epäasialliseen kohteluun.

Työpaikkaselvityksen tekeminen on työterveyshuollon toiminnan suunnittelun perusta hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaan. Työpaikkaselvitykseen pohjautuva työterveyshuolto toistui työterveyshuollon ammattilaisten kuvauksissa. Työterveyshuolto teki työpaikkaselvityskäynnin käyttäjäyritykseen tai sitten henkilöstöpalveluyritys toimitti työterveyshuollolleen käyttäjäyrityksen työpaikkaselvitysraportin.

Ohjaus ja neuvonta toteutui, kuten hyvä työterveyshuoltokäytäntökin edellyttää, työterveyshuollon välittäessä tietoa henkilöstöpalveluyritykselle ja asiakasyrityksenään olevalle käyttäjäyritykselle erityistä vaaraa aiheuttavista tekijöistä työssä. Työterveyshuolto myös kertoi henkilöstöpalveluyritykselle työterveyshuollon lainsäädännöstä ja työterveyshuoltosopimuksen lakisääteisistä sisällöistä ja laati yritysten kanssa erilaisia ohjeistuksia keikkatyöhön.

Työterveysneuvottelut mahdollistivat hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisesti työntekijän työkyvyn tuen tarpeesta keskustelemisen ja mahdollisten työn muokkausten suunnittelun moniammatillisesti. Työterveysneuvottelut vuokratyön kolmikantasuhteessa toteutuivat, kun sekä käyttäjäyrityksen että henkilöstöpalveluyrityksen esihenkilöt osallistuivat työterveysneuvotteluihin.

Moniammatillinen ja -alainen työkyvyn tuki mahdollistui työterveyshuollon moniammatillisen tiimin tukiessa keikkatyöntekijöitä työkyvyn ongelmissa. Laajemmissa työkykyongelmissa Kansaneläkelaitos, vakuutusyhtiöt, erikoissairaanhoito ja kuntoutuslaitokset olivat yhteistyökumppaneina.

Työterveyshuollon ammattilaiset kuvasivat palvelujen kehittämistä Covid-19 pandemian aikana. Työterveyshuolloissa otettiin entistä laajemmin käyttöön digitaalisia etäpalveluja, lisättiin psykologin ja psykoterapiapalvelujen tarjontaa ja päivitettiin työterveyshuollon toimintamalleja muuttuneessa tilanteessa. Lisäksi mainittiin

työterveyshuollon ammattilaisten työn uudelleen organisointi.

HYVÄN TYÖTERVEYSHUOLTOKÄYTÄNNÖN TOTEUTUMATTOMUUS KEIKKATYÖNTEKIJÖIDEN TYÖKYVYN TUESSA

Keikkatyöntekijöiden prekaari asema tuli näkyväksi hyvän työterveyshuoltokäytännön toteutumattomuutena työkyvyn tuessa. Hyvän työterveyshuoltokäytännön toteutumista estivät 1) tiedonkulun ongelmat sekä epäselvät oikeudet ja vastuut työterveysyhteistyössä, 2) työterveysyhteistyön heikkoudet vuokratyön kolmikantasuhteessa, 3) keikkatyöntekijöiden eriarvoinen kohtelu työkyvyn tuessa ja 4) sairauslähtöinen työkyvyn tuki (Taulukko 2).

Vaikka työpaikan työterveyshuolto parhaimmillaan sai tiedon käyttäjäyritykseltä heti kun vuokratyöntekijä oli aloittanut työt yrityksessä, yritys saattoi tehdä ilmoituksen vain, jos työntekijä vakinaistettiin käyttäjäyrityksen työntekijäksi. Työterveyshuollon ammattilaisten mukaan henkilöstöpalveluyritykset olivat heihin usein yhteydessä kustannuksiin liittyvissä asioissa ja toivoivat yrityksiltä enemmän aloitteellisuutta varhaisen tuen toimenpiteissä. Työterveyshuollon ammattilaisilla ei ollut toimintamahdollisuuksia ottaa yhteyttä asiakasyrityksiin, joista eivät olleet kuulleet pitkään aikaan, vaikka pitivät sitä tärkeänä. Ristiriitaiset ohjeistukset liittyen Covid-19 pandemiaan käyttäjäyrityksissä ja henkilöstöpalveluyrityksissä kuvastavat viestinnän ongelmia sen lisäksi, että työpaikat eivät aina välittäneet työterveyshuollon tiedotteita eteenpäin työntekijöille.

Työterveyshuollon ammattilaiset kuvasivat epätietoisuuttaan siitä, mitä työterveyspalveluja vuokratyöntekijöille oli oikeus tarjota. Vuokratyöntekijätkään eivät aina tienneet olivatko he oikeutettuja terveystarkastuksiin.

> *Jos heillä on työssänsä erilaisia altisteita, minkä perusteella heille tarvitsisi lakisääteisiä terveystarkastuksia tehdä, niin he eivät ole itse tietoisia siitä. Ja sitten on vähän myös työterveyshuollossa se epävarmuus, että voimmeko me nyt ohjata tämä ihminen käymään nyt vaikka tässä ja tässä terveystarkastuksessa* (Työterveyshuollon ammattilainen)

Yhteistyön heikkouksia vuokratyössä kuvastaa, että työterveyshuollon ammattilaisille saattoi olla epäselvää, kuka on työterveyshuollon maksajataho silloin kun vuokratyöntekijä oli usean eri henkilöstöpalveluyrityksen työntekijä ja kaikilla henkilöstöpalveluyrityksillä oli oma työterveyshuoltonsa. Työterveyshuollon ammattilaisten kuvauksissa näyttäytyi tarve tehostaa työterveyshuollon yhteistyötä käyttäjäyritysten kanssa ja tiedonkulkua työterveyshuollon, henkilöstöpalveluyrityksen ja käyttäjäyrityksen välillä. Henkilöstöpalveluyritykset eivät aina halunneet, että heidän työterveyshuoltonsa tekee työpaikkaselvityskäyntejä käyttäjäyrityksissä. Hyväksi koettu käytäntö oli, että käyttäjäyritys toimitti kattavan ja ajantasaisen työpaikkaselvitysraportin henkilöstöpalveluyrityksen työterveyshuollolle. Työterveyshuolto ei kuitenkaan välttämättä saanut työpaikkaselvitysraportteja tai raportit olivat vanhentuneita. Silloin kun työpaikkaselvitystä ei tehty eikä raporttia käyttäjäyrityksestä saatu, työterveyshuollon toimet eivät voineet pohjautua vuokratyöntekijöiden työolosuhteiden ja työn vaarojen tuntemiseen. Työterveyshuollot eivät tienneet vuokratyöntekijöiden eivätkä yrityksiin suoraan palkattujen keikkatyöntekijöiden työn kaikkia riskejä silloin kun työntekijät tekivät keikkatyötä useassa eri työpaikassa. Työpaikkaselvityskäyntien organisoiminen oli vaativaa henkilöstöpalveluyrityksille.

> *...vaikka 80 henkilöä eri paikoissa töissä, niitä työpaikkaselvityksiä on myös yhtä monta… niiden suunnittelu, toteutus, kaikki on tosi haastavaa, koska heidän täytyy sopia sinne, miten me mennään ja milloin. Koska sitten taas se toinen yritys ei ole minun asiakasyritykseni, vaan se vuokravälitysfirma…* (Työterveyshuollon ammattilainen)

Työterveyshuollon ammattilaisten mukaan henkilöstöpalveluyrityksillä saattoi olla rajallinen käsitys työterveyshuollosta vuokratyöntekijöiden lyhytkestoisten työsuhteiden ja henkilöstöpalveluyritysten vähäisen työkykyjohtamisen osaamisen vuoksi.

Työterveyshuollon ammattilaisten mukaan vuokratyöntekijöiden perehdytys työterveyshuoltoon ei aina ollut kattavaa. Sairaanhoitopalveluihin hakeutuminen oli vuokratyöntekijöille luvanvaraista ja heidän tuli pyytää siihen maksusitoumus, mistä he eivät aina olleet tietoisia. Keikkatyöntekijöillä ei aina ollut motivaatiota perehtyä

työpaikkaansa lyhytkestoisessa työsuhteessa. Ulkomaalaisten keikkatyöntekijöiden perehdyttämistä vaikeutti yhteisen kielen ja tulkkausavun puute. Ulkomaalaisilla keikkatyöntekijöillä oli kuitenkin suuri tarve saada tietoa heille ennestään tuntemattomasta työterveyshuoltojärjestelmästä.

Keikkatyöntekijät olivat usein eriarvoisessa asemassa verrattuna vakituisiin työntekijöihin työterveyshuollon saatavuudessa. Keikkatyöntekijät jäivät lakisääteisten terveystarkastusten ulkopuolelle työsuhteiden ollessa lyhytkestoisia. Vuokratyöntekijöille terveystarkastukset saatettiin tehdä ainoastaan, jos käyttäjäyritys sitä henkilöstöpalveluyritykseltä vaati tai jos vuokratyöntekijällä ilmeni oireita.

> *Käyttäjäyrityksen työntekijöille kuuluu esimerkiksi spirometria ilman kyseenalaistusta pelkästään sen altisteen takia, ja vuokratyöntekijällä se saattaa olla niin, että joo, ohjataan spirometriaan, jos on oireita* (Työterveyshuollon ammattilainen)

Työterveyshuollon palveluntarjoajan sähköiset palvelukanavat eivät aina olleet vuokratyöntekijöiden käytössä. Työterveyshuollon ammattilaiset pitivät haasteellisena kyetä järjestelmällisesti kutsumaan vuokratyöntekijät terveystarkastuksiin, silloin kun työsuhteet olivat katkonaisia.

Vakituisten työntekijöiden työkykyä tuettiin työpaikoilla aktiivisemmin kuin lyhytkestoisissa työsuhteissa työskentelevien keikkatyöntekijöiden. Työterveyshuollon ammattilaisten kokemusten mukaan keikkatyöntekijöiden työkyvyssä ilmetessä ongelmia työsuhteen jatkosta ei keskusteltu.

> *Joku pahempi uupumusongelma, ja tietää että työsuhde loppuu kuukauden päästä, niin tuskinpa siihen sitten panostetaan hirveästi… ettei ruveta tekemään isoja työjärjestelyjä, tai etsimään korvaavaa työtä, koska tietää että se loppuu kohta kuitenkin se työ* (Työterveyshuollon ammattilainen)

Henkilöstöpalveluyrityksetkään eivät aina tukeneet vuokratyöntekijöiden työkykyä, kun nämä olivat lyhytkestoisissa työsuhteissa. Työterveyshuollon ammattilaiset kuvasivat, että vaikuttavaa työterveyshuoltoa ei tällöin voitu toteuttaa.

> *Näen ehkä suurimpana haasteena tässä työterveysyhteistyössä sen, että kun meidän painopiste on siellä ennaltaehkäisevässä työterveyshuollossa…ja sitten taas näissä vuokravälitysyrityksissä, mitä minullakin on, niin työterveyshuolto nähdään ennemmin kulueränä…ei tunnisteta sitä tarvetta, että ihmisten työkykyä tarvitsee seurata, koska he ovat lyhyissä työsuhteissa ja se näyttäytyy niin lyhytikäisenä tälle vuokrayritykselle, että heidän ei käytännössä tarvitse välittää sen ihmisen...työkyvyn pysyvyydestä* (Työterveyshuollon ammattilainen)

Työterveyshuollon ammattilaisilla oli käsitys, että vuokratyöntekijöitä ei tuettu häirintätilanteissa.

> *Luulen, että jää aika yksin tässä, jos sattuisi vaikka joku häirintätilanne tai kiusaamisjuttu, niin näinköhän sieltä vuokrayrityksestä sitten tullaan puolustamaan sitä keikkatyöntekijää. Versus sitten sinne työpaikalle, missä se on, tämän käyttäjäyrityksen työpaikalle* (Työterveyshuollon ammattilainen)

Sairauslähtöisyys työkyvyn tuessa näyttäytyi työterveyshuollon ammattilaisten kuvauksissa. Keikkatyöntekijät eivät aina tunteneet työpaikan varhaisen tuen toimintamallia eivätkä käyttäneet esimerkiksi työpsykologin palveluja pelätessään, ettei työsuhde jatku, jos tieto siitä menee esihenkilölle. Vuokratyöntekijätkin käyttivät työterveyshuollon ammattilaisten mukaan enemmän sairaanhoitopalveluja kuin työterveyshuollon ennaltaehkäiseviä palveluja.

ITSENSÄTYÖLLISTÄJIÄ TYÖTERVEYSHUOLLON JÄRJESTÄMISEEN JA KÄYTTÖÖN MOTIVOIVAT TEKIJÄT

Sekä työterveyshuollon ammattilaiset että kulttuurialan itsensätyöllistäjät kuvasivat työterveyshuollon edistävän työkyvyn tukea. Työterveyshuollon järjestämiseen ja käyttöön motivoivina tekijöinä kuvattiin 1) tarpeenmukainen työterveyshuollon järjestäminen, 2) tiedon lisääminen työterveyshuollon palveluista, 3) kulttuurialan itsensätyöllistäjien motivaatio työkykynsä ylläpitämiseen, sekä 4) kulttuurialan itsensätyöllistäjien työterveyshuollon asiantuntemuksen tarve (Taulukko 3).

Työterveyshuollon ammattilaiset kuvasivat työterveyshuoltopalvelujen järjestämiseen moti-

Taulukko 2. Keikkatyöntekijöiden työkyvyn tukea edistävät ja estävät tekijät -pääluokan muodostuminen yläluokista ja alaluokista työterveyshuollon ja kulttuurialan ammattilaisten kokemusten ja käsitysten pohjalta

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Sujuva tiedonkulku ja selkeät oikeudet ja vastuut työterveysyhteistyössä	Hyvän työterveyshuolto-käytännön implementoiminen työkyvyn tukeen	Keikkatyöntekijöiden työkyvyn tukea edistävät ja estävät tekijät
Tasapuolinen kohtelu työkyvyn tuessa		
Työpaikkaselvitykseen pohjautuva työterveyshuolto		
Ohjaus ja neuvonta		
Työterveysneuvottelut vuokratyön kolmikantasuhteessa		
Moniammatillinen ja -alainen työkyvyn tuki		
Palvelujen kehittäminen työterveyshuolloissa		
Covid-19 pandemian aikana		
Tiedonkulun ongelmat ja epäselvät oikeudet ja vastuut työterveysyhteistyössä	Hyvän työterveyshuolto-käytännön toteutumattomuus	
Työterveysyhteistyön heikkoudet vuokratyön kolmikantasuhteessa		
Keikkatyöntekijöiden eriarvoinen kohtelu työkyvyn tuessa		
Sairauslähtöinen työkyvyn tuki		

voivana tekijänä työterveyshuollon järjestämisen vapaaehtoisuuden. Itsensätyöllistäjät päättivät itse työterveyshuollon järjestämisestä ja työterveyshuoltopalvelujen käytöstä, tarpeen mukaisesti.

> *Yksinyrittäjien työterveyshuolto ja huollon toteuttaminen on hirvittävän miellyttävää, koska heidän ei lakisääteisesti tarvitse ottaa sitä palvelua, joten pääsääntöisesti he ottavat sen sen takia, koska heillä on joku tarve, ja silloin heillä on myös vahva tavallaan ymmärrys siitä, et mitä he siltä palvelulta toivovat* (Työterveyshuollon ammattilainen)

Itsensätyöllistäjien työterveyshuoltoa koskevan tiedon lisääminen tilaisuuksissa, joita työterveyshuolto järjesti yrittäjille yhteistyössä Kansaneläkelaitoksen kanssa, saattoi myös motivoida työterveyshuollon järjestämiseen. Kulttuurialan itsensätyöllistäjät ilmaisivat haluavansa pitää työkyvystään huolta. He rajasivat toimeksiantoja, tauottivat työtään ja sisällyttivät arkeensa työn vastapainoksi mielen hyvinvointia lisääviä harjoitteita, liikuntaa ja kehonhuoltoa ja huolehtivat riittävästä unesta. Osa hyödynsi työnohjausta. Lisäksi motivaatiota työterveyshuollon järjestämiseen saattoi lisätä tarve työterveyshuollon asiantuntemukseen ergonomia-asioissa ja riskinarvioinneissa sekä työmäärän rajaamisessa. Seuraavassa kuvauksessa tulee ilmi prekaarin työn epävarmuudesta johtuva vaikeus kieltäytyä työtarjouksista ja työuupumuksen kokeminen vaarana. Työterveyshuolto voisi olla tukena vakavan työuupumuksen ennaltaehkäisemisessä.

> *Sillä tavalla siihen burnoutiin varmaan ajaudutaankin, että tehdään liikaa ja uskotaan vaan että kyllä minä pystyn, minun on pakko pystyä ja kaikki muutkin pystyy...en tiedä mistä ne paineet sitten tulee. Varmaan juuri siitä, että pitää tehdä kaikki mahdolliset työt, koska...entä jos ne loppuu* (Kulttuurialan ammattilainen)

Työn epävarmuuteen suhtautumisessa oli kuitenkin vaihtelua. Seuraavassa kuvauksessa kulttuurialan itsensätyöllistäjä kuvasi rajaavansa työtään ja pitävänsä huolta omasta jaksamisestaan toisin kuin monet muut.

> *...että ei puske itseänsä liian lujille tai osallistu liian moneen asiaan samanaikaisesti, vaan malttaa olla myös, tai sanoa että ei, en ehdi tulemaan tuohon juttuun, vaikka se olisi*

kuinka kiva. Paljon sitä näkee ympärillä sitä, että taottava kun rauta on kuuma (Kulttuurialan ammattilainen)

ITSENSÄTYÖLLISTÄJIEN TYÖTERVEYSHUOLLON JÄRJESTÄMISEN JA SAATAVUUDEN HAASTEET

Työterveyshuollon järjestämisen ja saatavuuden haasteita olivat 1) yksinyrittäjien rajalliset taloudelliset mahdollisuudet järjestää työterveyshuolto, 2) työkyvyttömyyteen ensisijaisesti varautuminen ennaltaehkäisemisen sijasta, 3) kulttuurialan freelancereiden jääminen työterveyspalvelujen ulkopuolelle, sekä 4) työhön liittyvien riskien ja työterveyshuollon tarpeen tunnistamattomuus (Taulukko 3).

Sekä työterveyshuollon ammattilaisten että kulttuurialan ammattilaisten mukaan itsensätyöllistäjillä ei aina ollut taloudellisia mahdollisuuksia järjestää itselleen työterveyshuoltoa. Kulttuurialan yksinyrittäjä kuvasi kuinka yrityksen pienet tulot eivät riittäneet työterveyshuollon kustannusten kattamiseen ilman huomattavaa työn tekemisen lisäämistä.

> *Minulla on niin pieni tuo yritys niin…koska ne ovat niin isot ne kulut. Niin sitten kun minulla on niin pienet nämä tulot tässä vaiheessa niin on jotenkin…että kaikki tuollaiset palvelut sitten maksavat. Sitten pitäisi sitä työntekoa niin eksponentiaalisesti nostaa, että on varaa maksaa niistä palveluista* (Kulttuurialan ammattilainen)

Kulttuurialan itsensätyöllistäjät toivat esiin vaihtoehtoja työkyvyn tukemiseen ja työkyvyttömyyteen varautumiseen. Näitä olivat työterveyshuollon järjestämisen lisäksi vakuutukset sairauden ja tapaturman varalta sekä säästäminen. Vakuutukset sairauden ja tapaturmien varalta kuvastavat työkyvyttömyyteen varautumisen priorisointia ennaltaehkäisemisen sijasta. Hankittu vakuutusturvakaan ei aina ollut kattava.

> *Minulla ei ole omia vakuutuksia minulla on vaan...tapaturmavakuutus. Säästän siinä ehkä vähän huonossa kohtaa mutta, näin se nyt vaan on* (Kulttuurialan ammattilainen)

Vaikka kulttuurialan itsensätyöllistäjillä oli tietoa työterveyshuollosta ja muun muassa sen verovähennyskelpoisuudesta, työterveyshuoltoa ei aina järjestetty.

> *Yrittäjänä ei ole mitään työterveyttä ...vakuutusyhtiön kautta saisi yksityisiltä...se joku hoitokuluvakuutusjuttu. Mutta siihenkin on aika tarkat kriteerit, että saako sitä ja kuinka kalliiksi se tulee, että onko se sitten kannattavaa. Eli vastaus on, että mikä on työterveys, en tiedä* (Kulttuurialan ammattilainen)

Yrittäjille sairaudenhoito oli keskiössä, ja ennaltaehkäisevästä työterveyshuollosta tingittiin, kuten tässä työterveyshuollon ammattilaisen kuvauksessa.

> *Yrittäjästä itsestään riippuu tietenkin, että millaisen palvelulaajuuden hän itselleen sitten ottaa, tai yritykselle...yleensä sitten kaikki tämmöinen ennaltaehkäisevä jää pois. Se on enemmänkin ehkä tätä tämmöistä sairauden hoitoa sitten, ja aina ei sitäkään* (Työterveyshuollon ammattilainen)

Kulttuurialan freelancerit kuvasivat olevansa työterveyshuollon palvelujen ulottumattomissa vaihtuvien toimeksiantosopimusten vuoksi.

> *Eipä ole ainakaan tämmöiselle freelancerille, joka tekee kaikenlaista, missä ei ole mitään pysyvää työsuhdetta mihinkään* (Kulttuurialan ammattilainen)

Kulttuurialan itsensätyöllistäjien kuvauksissa tuli esiin, että he eivät aina tulleet ajatelleeksi työhön liittyviä riskejä ja mahdollista sairastumista. He arvioivat vaihtelevasti työnsä ja työympäristönsä riskejä eivätkä välttämättä tunnistaneet tarvetta järjestää itselleen työterveyshuoltoa. He kyllä saattoivat tunnistaa puutteita työturvallisuudessa toimeksiantajiensa tiloissa ja välineissä, mutta eivät aina ottaneet niitä puheeksi pelosta, että uusia toimeksiantoja ei enää tule.

> *Olemme jotenkin niin onnekkaita, että me saamme tehdä meidän intohimoasioita työksemme ja olla tällä alalla. Se vaikuttaa sitten siihen, että ei osata tai uskalleta tai haluta vaatia semmoisia asioita kondikseen, mitkä ovat itsestäänselvyyksiä muilla aloilla...ei haluta olla se hankala tyyppi, kun pelätään duunien menemistä* (Kulttuurialan ammattilainen)

Taulukko 3. Itsensätyöllistäjien työkyvyn tukea edistävät ja estävät tekijät -pääluokan muodostuminen yläluokista ja alaluokista työterveyshuollon ja kulttuurialan ammattilaisten kokemusten ja käsitysten pohjalta

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Tarpeenmukainen työterveyshuollon järjestäminen	Työterveyshuollon järjestämiseen ja käyttöön motivoivat tekijät	Itsensätyöllistäjien työkyvyn tukea edistävät ja estävät tekijät
Tiedon lisääminen työterveyshuollon palveluista		
Kulttuurialan itsensätyöllistäjien motivaatio työkykynsä ylläpitämiseen		
Kulttuurialan itsensätyöllistäjien työterveyshuollon asiantuntemuksen tarve		
Yksinyrittäjien rajalliset taloudelliset mahdollisuudet työterveyshuollon järjestämiseen	Työterveyshuollon järjestämisen ja saatavuuden haasteet	
Työkyvyttömyyteen ensisijaisesti varautuminen ehkäisemisen sijasta		
Kulttuurialan freelancereiden jääminen työterveyspalvelujen ulkopuolelle		
Työhön liittyvien riskien ja työterveyshuollon tarpeen tunnistamattomuus		

POHDINTA

TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA

Tutkimuksemme kuvasi työterveyshuollon ja kulttuurialan ammattilaisten kokemuksia ja käsityksiä keikkatyötä tekevien työkyvyn tuesta työpaikoilla ja työterveyshuolloissa sekä tuotti jäsennyksen tukea edistävistä ja estävistä tekijöistä syventyen kulttuurialaan. Tutkimus asemoi kulttuurialan ammattilaisten työkyvyn tuen tarkastelun osaksi laajempaa keikkatyön ilmiötä. Erityisesti kulttuurialan itsensätyöllistäjien työkyvyn tukea on aiemmin niukasti tutkittu tieteellisesti. Tämä tutkimus tuotti tietoa, jotta ilmiötä voitaisiin paremmin ymmärtää. Jatkotutkimuksia tarvitaan selittämään kulttuurialan ammattilaisten prekaaria asemaa tässä suhteessa. Tulostemme mukaan yrityksiin palkattujen keikkatyöntekijöiden sekä vuokratyöntekijöiden työkyvyn tukea edisti hyvän työterveyshuoltokäytännön implementoiminen työkyvyn tukeen. Parhaimmillaan tiedonkulku oli sujuvaa ja osapuolet tiesivät oikeutensa ja vastuunsa työterveysyhteistyössä. Keikkatyöntekijöitä kohdeltiin tasapuolisesti muihin työntekijöihin verrattuna. Työterveyshuollon toimenpiteet pohjautuivat työpaikkaselvityksiin, ja ohjaus ja neuvonta toteutuivat. Työterveysneuvottelut järjestettiin vuokratyön kolmikantasuhteessa ja työkyvyn tuki oli moniammatillista ja -alaista. Lisäksi työterveyshuollon palveluja kehitettiin Covid-19 pandemian seurauksena. Kokemukset ja käsitykset tiedonkulun sujuvuudesta sekä oikeuksien ja vastuiden selkeydestä, samoin kuin keikkatyöntekijöiden tasapuolisesta kohtelusta olivat kuitenkin vaihtelevia. Kehittämiskohteina näyttäytyivät myös työterveysyhteistyön heikkoudet vuokratyön kolmikantasuhteessa ja sairauslähtöinen työkyvyn tuki.

Itsensätyöllistäjien työkyvyn tukea edistivät työterveyshuollon järjestämiseen motivoivat tekijät kuten työterveyshuollon asiantuntemuksen tarve sekä oikeus itse päättää työterveyshuollon järjestämisestä ja käytöstä tarpeen mukaan. Tiedon lisääminen työterveyshuollon palveluista saattoi lisätä motivaatioita työterveyshuollon järjestämiseen. Kulttuurialan itsensätyöllistäjillä ilmeni myös motivaatiota työkykynsä ylläpitämiseen. Itsensätyöllistäjillä ei kuitenkaan aina ollut taloudellisia mahdollisuuksia järjestää itselleen työterveyshuoltoa tai he eivät tunnistaneet työhönsä liittyviä riskejä ja työterveyshuollon järjestämisen tarvetta. Itsensätyöllistäjät saattoivat priorisoida työkyvyttömyyteen varautumista ennaltaehkäisemisen sijasta. Kulttuurialan freelancerit jäivät tulosten mukaan helposti työterveyspalvelujen ulkopuolelle.

Vaikka Suomessa työterveyshuoltopalvelut ovat kattavat (34–38), ne eivät tutkimuksemme eivätkä Korkiakankaan ym. (40) ja Tynkkysen

(35) tutkimustulosten perusteella aina ole keikkatyötä tekevien saatavilla. Nämä havainnot tukevat niitä kotimaisia (1,2) ja ulkomaisia (5,20,22) näkemyksiä, joissa kuvataan laajemminkin työväestön alati voimistuvaa jakaantumista ns. sisä- ja ulkopuolisiin ryhmiin, jälkimmäisen näistä edustaessa epätyypillisen työnteon muotoja kaikkine prekaareine piirteineen. Tuloksissa erityisen merkille pantavaa on eriarvoisuus ehkäisevän työterveyshuollon toteutumisessa. Yhdenvertaisuuden ja tasa-arvoisuuden toteutumattomuus työterveyshuollon palvelujen saatavuudessa on vastoin lainsäädäntöä ja hyvää työterveyshuoltokäytäntöä (26,27). Ennaltaehkäisevää työterveyshuoltoa estivät keikkatyöntekijöiden lyhytkestoiset työsuhteet ja itsensätyöllistäjien vaihtuvat toimeksiannot. Työsuhteet olivat katkonaisia ja työterveyshuoltojen oli siksi haasteellista seurata työkykyä ja sen kehittymistä sekä kutsua keikkatyöntekijöitä lakisääteisiin terveystarkastuksiin. Henkilöstöpalveluyritysten työterveyshuollot eivät aina tunteneet vuokratyöntekijöiden työn olosuhteita ja altisteita käyttäjäyrityksissä. Tämä on asia, joka saa tukea aiemmasta tutkimuksesta (41). Pitkäkestoiset asiakassuhteet kuitenkin varmistaisivat työterveysyhteistyötä (31).

Keikkatyön epävarmuus (esim. 13,15) oli tutkimuksessamme työkyvyn tukea estävä tekijä silloin kun itsensätyöllistäjät eivät sen vuoksi vaatineet toimeksiantajalta epäkohtien korjaamista. Keikkatyösuhteissa työkyvyn tuki ei ollut yhtä järjestelmällistä ja kattavaa kuin vakituisissa työsuhteissa. Keikkatyöntekijöiden työsuhteen jatkaminen työkykyongelmien ilmetessä edellyttää työnantajayrityksiltä yhteiskuntavastuuta, mikä tämän tutkimuksen tulosten mukaan ei aina toteutunut.

Kyvyttömyys rajata työmääräänsä ja huolehtia palautumisestaan keikkatyössä kuvastaa rajallisia mahdollisuuksia vaikuttaa työhön. Tutkimuksessamme vuokratyöntekijöiden psykososiaalinen tuki työyhteisöissä näyttäytyi vähäisempänä kuin suoraan yrityksiin palkattujen keikkatyöntekijöiden, mikä saattaa olla seurausta vuokratyöntekijöiden heikommasta integroitumisesta työyhteisön jäseneksi (ks. 15). Integroitumista saattaa tukea kaikkien työntekijöiden osallistaminen työolojen kehittämiseen, kuten tässä tutkimuksessa tuli esiin.

Työterveyshuollon ammattilaisten ja kulttuurialan ammattilaisten kokemukset ja käsitykset olivat varsin yhteneväisiä itsensätyöllistäjien työkyvyn tukea edistävistä ja estävistä tekijöistä. Kulttuurialan itsensätyöllistäjät olivat motivoituneita työkykynsä ylläpitämiseen huolehtimalla terveydestään ja työturvallisuudestaan käytettävissään olevin keinoin, mutta he tunnistivat työnsä riskejä vaihtelevasti. Aiempien tutkimusten mukaan mikroyrittäjät eivät välttämättä koe työterveyshuollon järjestämistä itselleen tarpeelliseksi (40) tai esteenä voivat olla kustannukset tai tiedon puute, kuten tässä tutkimuksessa. Tämä tutkimus vahvisti aiempia tutkimuksia kulttuurialan itsensätyöllistäjien työskentelystä työterveyspalvelujen ulottumattomissa (47,48). Kulttuurialan erityispiirteiden muodostamat riskit työkyvylle (esim. 7,47,49,50,53) edellyttävät työpaikan ja työterveyshuollon toimenpiteitä (26) ja jopa yhteiskunnallisen tason asennemuutosta (ks. esim. 8) niiden hallitsemiseksi.

Työterveysyhteistyö tutkitusti edistää työntekijöiden työkykyä (29), mutta tutkimuksemme tulokset herättävät kysymyksiä työterveysyhteistyön kustannusvaikuttavuudesta keikkatyön kontekstissa (ks. 30). Tämän tutkimuksen mukaan työterveysyhteistyötä tulee vahvistaa erityisesti vuokratyössä ja itsensätyöllistäjien työssä.

Työterveyshuollon kustannusten asettaessa reunaehtoja itsensätyöllistäjille, voidaan ratkaisuksi ehdottaa joustavien työkyvyn tuen mallien räätälöimistä ja itsensätyöllistäjien riskien arvioimisen ja alakohtaisen osaamisen hallinnan lisäämistä. Työterveyshuollon järjestäminen ei tue itsensätyöllistäjien työkykyä, jos he eivät käytä palveluja. Itsensätyöllistäjät tässä tutkimuksessa priorisoivat sairaudenhoitoa ja työkyvyttömyyteen varautumista ennaltaehkäisemisen sijasta.

Tuloksemme tukevat aiempia tutkimuksia (16–19, 35,38, 42) lainsäädännön ja sosiaaliturvajärjestelmän päivittämisen tarpeesta hyvän työterveyshuoltokäytännön (27,28) varmistamiseksi keikkatyössä sekä työpaikkojen ja työterveyshuoltojen tiedon ja ymmärryksen lisäämisen tarpeesta keikkatyön erityispiirteistä (39–41). Työterveyshuolloilla on moraalinen ja eettinen velvollisuus edistää työntekijöiden työkykyä, mutta tämän tutkimuksen perusteella yhdenvertaisuus ja tasa-arvoisuus työterveyshuollon palvelujen saatavuudessa ei aina toteudu keikkatyössä.

Yhteiskunnan toiminnan kannalta on merkityksellistä, että ennaltaehkäisevät työterveyspal-

velut ja työkyvyn tuki ovat myös keikkatyötä tekevien saatavilla. Työterveyshuollon ja kulttuurialan ammattilaisten kokemukset ja käsitykset kuvaavat haasteita Työterveys 2025 (32) kehittämislinjausten tavoitteisiin pääsemisessä. Yhteiskunnallista päätöksentekoa sekä yritysten yhteiskuntavastuuta tarvittaneen, jotta työterveyshuoltopalvelut kohdentuisivat oikeudenmukaisesti (ks. 35,38) ja työkyvyn tukitoimet työpaikoilla ulottuisivat myös keikkatyötä tekeviin (tukitoimet ks. 25) eivätkä keikkatyötä tekevät jäisi työkyvyn tuen suhteen muuta työväestöä huono-osaisemmiksi.

Kulttuurialalla työkykyä edistävän toiminnan kehittämisen edellytyksenä lienee työterveyden ja -turvallisuuden asettaminen ensisijaiseksi tavoitteeksi taiteellisiin tavoitteisiin pääsemisen sijasta (ks. esim. 50,51) sekä työturvallisuusvastuiden selkeyttäminen (52) ja aktiivinen puuttuminen epäkohtiin (ks. 50).

TUTKIMUKSEN VAHVUUDET JA RAJOITUKSET

Tutkimuksessamme oli tarkoituksenmukaista käyttää laadullista lähestymistapaa, koska keskiössä olivat haastateltavien kokemukset ja käsitykset tutkimuskohteesta (ks. 23). Kulttuuriala oli laaja-alaisesti edustettuna, mikä lisäsi osallistujajoukon heterogeenisyyttä. Haastattelurungon testaaminen varmisti tiedonkeruuta (ks. 57). Yksilöhaastatteluissa haastateltavat ovat voineet kertoa asioista, joita he eivät olisi kertoneet ryhmässä. Ryhmässä puolestaan eri näkökulmien tuomien keskusteluun on voinut rikastaa aineistoa. Pyrimme tutkijoina luomaan haastatteluihin ilmapiirin, jossa haastateltavat rohkenisivat tuomaan esiin todellisia kokemuksiaan ja käsityksiään johdattelematta heitä vastaamaan tietyllä tavalla. Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijoiden tietoinen pyrkimys objektiivisuuteen aineiston keruussa, tulosten analysoinnissa ja raportoinnissa. Tutkijoiden yhteinen konsensus päättelyn logiikan oikeellisuudesta ja analyysin yksityiskohtainen raportointi vahvistaa tutkimusta, vaikka jonkun toisen tutkijan tai tutkimusryhmän tekemänä tulkinnat voisivatkin olla erilaisia. Tutkimuksemme heikkoutena on kulttuurialan keikkatyöntekijöiden aineiston vähäisyys ja vuokratyöntekijöiden näkökulman puuttuminen. Kulttuurialan itsensätyöllistäjien haastatteluissa olisi voinut pureutua vahvemmin työterveyshuoltopalvelujen järjestämisen esteisiin ja kuulla työterveyshuollon ulkopuolelle jäävien kulttuurialan ammattilaisten ratkaisuvaihtoehtoja hyvän työterveyshuoltokäytännön toteutumiseksi. Useampien työterveyshuollon ammattilaisten osallistuminen haastatteluihin olisi varmistanut aineiston kyllääntymisen (ks. 62). Vain kaksi työterveyshuoltopalvelujen palveluntuottajaa osallistui tutkimukseen. Rekrytoinnin vaikeudet saattoivat johtua Covid-19 pandemian rajoituksista. Aineisto oli kuitenkin riittävä, koska sen pohjalta voitiin vastata tutkimuskysymyksiin. Työterveyshuollon palveluntuottajilla ja niiden asiakasorganisaatioilla voi olla erilaisia toimintatapoja keikkatyötä tekevien työkyvyn tukeen eivätkä tulokset ole siirrettävissä kaikkiin organisaatioihin.

Tulostemme merkitystä ja yleistettävyyttä pohdittaessa on huomioitava, että työterveyshuollon ja kulttuurialan ammattilaisten näkemykset keikkatyötä tekevien työkyvyn tuesta olivat osin eriäviä. Työterveyshuollon ammattilaisten käsitys keikkatyöntekijöiden vähäisestä motivaatiosta perehtyä työhön lyhytkestoisissa työsuhteissa ei saanut tukea kulttuurialan keikkatyöntekijöiden aineistosta, vaan keikkatyöntekijät näyttivät vastuullisesti kantavan huolta omasta ja muiden turvallisuudesta. Kulttuurialan keikkatyöntekijöiden kokemukset työantajan antamasta työturvallisuusperehdytyksestä olivat aineistossamme vastakkaisia. Työterveyshuollon ammattilaisilla oli pessimistisempi käsitys keikkatyöntekijöiden kokeman epäasiallisen kohtelun ratkaisemisesta työpaikalla kuin kulttuurialan aineistosta voi päätellä. Keikkatyön epävarmuutta hallittiin joko tekemällä liikaa töitä tai rajaamalla tietoisesti työn määrää. Ero voi selittyä työsuhteen muodolla. Vuokratyöntekijöillä voi olla suurempi pelko työn menettämisestä työkeikoista kieltäytymisen seurauksena kuin itsensätyöllistäjillä, jotka itse kantavat vastuun yrityksensä taloudesta.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Työkyvyn tuki keikkatyöntekijöiden ja itsensätyöllistäjien työssä ei aina toteudu hyvän työterveyshuoltokäytännön ja sitä ohjaavan lainsäädännön periaatteiden mukaisesti. Työkyvyn tuen konteksti muuttuu sen mukaan, onko kyseessä vuokratyö, muu keikkatyö tai yrittäjyys. Jotta työperäisten sairauksien ja tapaturmien ennaltaehkäiseminen toteutuu, tulee vaikuttaa erityisesti keikkatyöntekijöiden työkyvyn tuen eriarvoisuuteen sekä rakenteisiin ja käytäntöihin, jotka es-

tävät työterveysyhteistyötä vuokratyön kolmikantasuhteessa ja itsensätyöllistäjien työterveyspalveluja. Tuloksissa tarkasteltiin erityisesti kulttuurialaa. Jatkotutkimuksia keikkatyötä tekevien työkyvyn tuen toteutumisesta tarvitaan muiltakin aloilta kokonaisvaltaisemman ymmärryksen saavuttamiseksi. Keikkatyöntekijöitä palkkaavien ja vuokraavien yritysten näkökulma, samoin kuin vuokratyöntekijöiden näkökulma, on myös tärkeä tuoda esiin jatkotutkimuksissa keikkatyötä tekevien pitkäaikaisen työhyvinvoinnin edistämiseksi.

KIITOKSET:

Kiitämme tutkimukseen osallistuneita työterveyshuollon ja kulttuurialan ammattilaisia. Kiitos lehtori Henna Tiittaselle Satakunnan ammattikorkeakoulussa käsikirjoituksen kielenhuollosta.

RAHOITTAJAT:

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) sekä Euroopan Sosiaalirahasto (ESR)

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Kaikki kirjoittajat osallistuivat tutkimuskysymysten muotoiluun ja tutkimusmenetelmien valintaan. Kärkkäinen Riitta, Ylikahri Kati, Kärki Anne ja Karttunen Elli (TtM, tutkija Tampereen yliopisto) keräsivät aineiston. Kärkkäinen Riitta analysoi aineiston, Ylikahri Kati luokitteli osan kulttuurialan ammattilaisten aineistosta. Kaikki kirjoittajat yhdessä varmistivat analyysin luotettavuuden. Kärkkäinen Riitta, Reiman Arto ja Kärki Anne osallistuivat käsikirjoituksen kirjoittamiseen. Kaikki kirjoittajat osallistuivat käsikirjoituksen muokkaamiseen. Kärkkäinen Riitta viimeisteli käsikirjoituksen ja kaikki kirjoittajat hyväksyivät lopullisen version.

Kärkkäinen, R., Reiman, A., Ylikahri, K., Kärki, A. ***Work ability support in gig work as described by the professionals of occupational health care and cultural sector.*** **Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2025: 62: 106–122.**

Although gig work is well-established in Finnish working life, shortcomings have been demonstrated in the support of the work ability of people who perform gig work. Maintaining the work ability of those who perform gig work is important for the functioning of society. The purpose of this qualitative study was to describe the experiences and perceptions of occupational health care and cultural sector professionals about the factors that promote and hinder the work ability of gig workers (fixed-term, part-time, agency workers) and self-employed workers (freelancers, sole entrepreneurs) within the framework of good occupational health care practice and occupational health and safety legislation. Data were collected in 2021 and 2022 by interviewing professionals in occupational health care (n=7) and cultural sector (n=22) in different regions of Finland and analyzed with inductive content analysis. Implementation of good occupational health care practices to support work ability was structured as a factor that promotes the work ability support of gig workers, whereas problems in the flow of information and unclear rights and responsibilities in occupational health cooperation, weaknesses in occupational health cooperation in the tripartite relationship of agency work, the unequal treatment of gig workers in support of work ability, and illness-based support appeared as factors preventing it. Factors that motivate the organization and use of occupational health care were identified as ones to promote the work ability support of self-employed workers, while it was hindered by the limited financial opportunities for sole entrepreneurs to arrange occupational health care, by primary preparation for the work disability instead of prevention, by the exclusion of cultural freelancers from occupational health services, and by the unrecognizability of work-related risks and the need for occupational health care. This study structured the factors that promote and prevent work ability support in gig work and increase understanding of the precarious position of gig workers and self-employed people in relation to work ability support. Further studies should examine the factors that maintain inequality in the work ability support of gig workers, as well as the structures and practices that prevent occupational health cooperation in the tripartite relationship of agency work and the occupational health services of self-employed persons.

Keywords: atypical work, cultural sector, maintenance of work ability, occupational health care

Saapunut 20.01.2024
Hyväksytty 05.06.2024

LÄHTEET

(1) Ilsøe A, Larsen TP. (toim.) Non-standard work in the Nordics. Troubled waters under the still surface. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2021. Luettu 20.1.2024. https://www.norden.org/en/publication/non-standard-work-nordics

(2) Järvensivu A. ”Se on tapa tavallaan elää” – Tulevaisuuden työn tekijät yrittäjyyden ja palkkatyön kategorisoinnin kyseenalaistajina. Työelämän Tutkimus 2022;20,4–29. doi:10.37455/tt.99099.

(3) Kassinis GI, Stavrou ET. Non-standard work arrangements and national context. Eur Manag J 2013;31:464–477. doi:10.1016/j.emj.2013.04.005

(4) Watson GP, Kistler LD, Graham BA, ym. Looking at the gig picture: Defining gig work and explaining profile differences in gig workers' job demands and resources. Group Organ Manag 2021;46:327–361. doi:10.1177/1059601121996548.

(5) Shin K-Y, Kalleberg AL, Hewison K. Precarious work: A global perspective. Sociol Compass 2023;17:e13136. doi://10.1111/soc4.13136

(6) Kaivolahti T, Ylikahri K. Kestävää työtä myös sote-alan keikkalaisille. Työterveyshoitaja 2022;47:34–37.

(7) Helavuori H, Karvinen M. Valta, vastuu, vinoumat. Tasa-arvo ja yhdenvertaisuus esittävissä taiteissa. Helsinki: TINFO Teatterin tiedotuskeskus; 2019.

(8) Jakonen M, Jonker-Hoffrén P, Kontturi K-K, ym. Taidetyön yhteismuotoutuva todellisuus: Ehdotus monitieteiseksi lähestymistavaksi. Kulttuurintutkimus 2021;38:96–112.

(9) Junnilainen L. Sosiaaliturvajärjestelmä ei tue kulttuurialan itsensätyöllistäjiä. Yhteiskuntapolitiikka 2021;86:431–437.

(10) Tilastokeskus. Vuonna 2022 työllisiä ja työvoimaa enemmän, työttömiä ja työvoiman ulkopuolisia vähemmän kuin edellisvuonna. Luettu 29.1.2024. https://www.stat.fi/julkaisu/cl8e9iaj0j1y70avukedyye4c

(11) Tilastokeskus. Kulttuuriammateissa ja -toimialoilla työskentelevien lukumäärä kasvoi vuonna 2022. Luettu 20.1.2024. https://www.stat.fi/julkaisu/cl8oer0ia5tqj0bw7j53t19l3

(12) Bajwa U, Gastaldo D, Di Ruggiero E, ym. (2018) The health of workers in the global gig economy. Global Health 2018;14:1–4. doi:10.1186/s12992-018-0444-8.

(13) Hünefeld L, Gerstenberg S, Hüffmeier J. Job satisfaction and mental health of temporary agency workers in Europe: a systematic review and research agenda, Work Stress 2020;34:82–110. doi:org/10.1080/02678373.2019.1567619.

(14) Kost D, Fieseler C, Wong SI. Boundaryless careers in the gig economy: an oxymoron? Hum Resour Manag J 2020;30:100–113. doi:10.1111/1748-8583.12265.

(15) Lewchuk W. Precarious jobs: Where are they, and how do they affect well-being? Econ Labour Relat Rev 2017;28:402–419. doi:10.1177/1035304617722943

(16) Cajander N, Reiman A, Kärkkäinen R, ym. Corporate social responsibility in temporary agency work: A study of restaurant work in Finland. Empl Responsib Rights J 2023;35:267–286 doi:org/10.1007/s10672-022-09410-9

(17) Cajander N, Reiman A, Tappura S. Occupational safety and health and temporary agency work in multiemployer restaurants. Work 2023;75:939–952. doi:org/10.3233/WOR-220033.

(18) Howard J. Nonstandard work arrangements and worker health and safety. Am J Ind Med 2017;60:1–10. doi:10.1002/ajim.22669.

(19) Strauss-Raats P. Temporary safety. Regulating working conditions in temporary agency work. Saf Sci 2019;112:213–222. doi:10.1016/j.ssci.2018.10.020.

(20) Allan BA, Autin KA, Wilkins-Yel KW. Precarious work in the 21st century: A psychological perspective. J Vocat Behav 2021;126,103491. https://doi.org/10.1016/j.jvb.2020.103491

(21) Tran M, Sokas RK. The gig economy and contingent work: An occupational health assessment. J Occup Environ Med 2017;59: e63-e66. https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000977

(22) Kalleberg AL. The challenge of precarious work in the 21st century. Bus Econ J 2021;12:3.

(23) Hirsjärvi S, Hurme H. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. 2. uud. p. Helsinki: Gaudeamus; 2022.

(24) Hyvärinen M. Haastattelun maailma. Kirjassa: Hyvärinen M, Nikander P, Ruusuvuori J. (toim.) Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino; 2017, [e-kirja]. Luettu 20.1.2024. https://www.ellibslibrary.com/book/9789517686112

(25) Ervasti J, Kausto J, Leino-Arjas P, ym. Työkyvyn tuen vaikuttavuus Tutkimuskatsaus työkyvyn tukitoimien työkyky- ja kustannusvaikutuksista. Helsinki: Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisuja, 2022.

(26) Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383

(27) Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 10.10.2013/708. https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130708

(28) Uitti J. (toim.) Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Työterveyslaitos; 2014.

(29) Viljamaa M, Juvonen-Posti P, Uitti J, ym. Työterveysyhteistyö työkyvyn tuessa. Kirjassa:

Uitti J. (toim.) Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Työterveyslaitos; 2014, 31–39.

(30) Pesonen SH, Hakulinen H, Halonen JI. Työterveysyhteistyö 2000-luvulla-kirjallisuuskatsaus suomalaisista julkaisuista. Sosiaalilääk Aikak 2019;56:129–146. doi:org/10.23990/sa.70404.

(31) Halonen JI, Atkins S, Hakulinen H, ym. Collaboration between employers and occupational health service providers: a systematic review of key characteristics. BMC Public Health 2017;17:1–9.

(32) Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtioneuvoston periaatepäätös. Työterveys 2025 - Yhteistyöllä työkykyä ja terveyttä. Luettu 20.1.2024. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3799-4

(33) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 29.6.2021/ 612. https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210612

(34) Ose SO, Kaspersen SL, Leinonen T, ym. Follow-up regimes for sick-listed employees: A comparison of nine north-western European countries. Health Policy 2022;126 :619–631. doi:10.1016/j.healthpol.2022.05.002.

(35) Tynkkynen L-K. Työterveyshuolto ja työnantajien tarjoamat yksityiset vakuutukset kansainvälisesti. Kirjassa: Koponen P, Tynkkynen L-K. (toim.) Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut. Näkökulmia suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän oikeudenmukaisuuteen. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2023, 53–56. Luettu 20.1.2024. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-040-8

(36) Hassard J, Jain A, Leka S. International Comparison of Occupational Health Systems and Provisions. A comparative case study review. DWP research report 993. London: GOV.UK.

(37) Keskimäki I, Tynkkynen L-K, Reissell E, ym. Finland health system review. Health Syst Trans 2019;21:1–166.

(38) Reijula K. Työterveyshuolto uudistuvassa SOTE:ssa – Menestys vai menetys? Sosiaalilääk Aikak 2022;59:465–468. doi:10.23990/sa.124806.

(39) Järvensivu A. Työpaikkakeskeisestä työterveyshuollosta itsensätyöllistäjien kumppaniksi? Työterveyslääkäri 2015;33:18–21.

(40) Korkiakangas E, Turpeinen M, Remes J, ym. Mikroyrittäjien kokemuksia työterveyshuollon palvelujen järjestämisestä ja niiden kehittämistarpeista. Tutkiva Hoitotyö 2019;17:30–37.

(41) Luhtala M. Toimialaosaaminen työterveyshuollossa: case vuokratyö. Työterveyslääkäri 2019;37:27–33.

(42) Sihvonen E, Juvonen-Posti P, Tuovinen A-K, ym. Sosiaaliturvalainsäädäntö ja sen käsitteet monimutkaisuutta tuottamassa. Kirjassa: Virrankari L, Mattila H, Saikku, P, Sihvonen E, Tervola J. (toim.) Tutkimuskatsaus Suomen sosiaaliturvan monimutkaisuuteen. Helsinki: Sosiaaliturvakomitean julkaisuja; 2021, 9–36.

(43) Takala E-P, Leino T, Harjunpää K, ym. Työterveyshuollon toiminta ja laatu Suomessa 2018. Helsinki: Työterveyslaitos; 2019. Luettu 20.1.2024. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138566

(44) Siponen K., Miettinen J. Työtä kahden yrityksen alaisuudessa: Sitoutuminen vuokratyössä ja vuokratyön ristiriidat. Työelämän tutkimus 2012;10:55–70.

(45) Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738

(46) Pyykkönen M, Sokka S, Kurlin Niiniaho A. Yrittäjätaiteilijat vapauden, luovuuden ja toimeentulon rajapinnoilla. Työelämän Tutkimus 2021;19:57–81. doi:10.37455/tt.102880.

(47) Houni P, Ansio H. Terveys ja itsestä huolehtiminen. Kirjassa: Houni P, Ansio H. (toim.) Taiteilijan työ: Taiteilijan hyvinvointi taidetyön muutoksessa. Helsinki: Työterveyslaitos; 2013, 126–141.

(48) Paanetoja J. Häirintä ja muu epäasiallinen kohtelu elokuva- ja teatterialalla: selvitysraportti. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja; 2018. Luettu 20.1.2024. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-263-586-0

(49) Anttila A. Tyttöhän soittaa kuin mies. Helsinki: Kulttuuripolitiikan tutkimuskeskus, Cupore; 2019. Luettu 20.1.2024. https://www.cupore.fi/images/tiedostot/2019/tyttohan_soittaa_kuin_mies__final.pdf

(50) Visuri S, Ansio H, Puro V, ym. Floor is yours! Turvallisuusjohtamisen ja -kulttuurin kehittäminen esittävissä taiteissa. Helsinki: Työterveyslaitos; 2020. Luettu 20.1.2024. https://urn.fi/URN:ISBN:9789522619556

(51) Ansio H, Visuri S, Kannisto H, ym. Turvallisuuskulttuuri ja turvallisuudesta tinkiminen esittävien taiteiden työssä. Työelämän tutkimus 2023;21:5–32. doi:org/10.37455/tt.109703.

(52) Mattila S, Räisänen V. Työturvallisuus. Kirjassa: Houni P, Ansio H. (toim.) Taiteilijan työ: Taiteilijan hyvinvointi taidetyön muutoksessa. Helsinki: Työterveyslaitos; 2013,198–205.

(53) Kaurinkoski M. Häirintä ja muu epäasiallinen kohtelu elokuva- ja teatterialalla. Jatkoselvitys 2022. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja; 2022. Luettu 20.1.2024. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-263-785-7

(54) Haapakorpi A, Leinonen M, Otonkorpi-Lehtoranta K. Time, space and agency in the Finnish cultural sector at the time of covid-19. Challenges 2022;13:4. doi:10.3390/challe13010004

(55) Valtioneuvosto. Raportti kyselyn vastauksista. Koronapandemian vaikutuksia kulttuurialalla 2020–2021. Luettu 20.1.2024. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162973/VN_2021_26.pdf?sequence=1&isAllowed=y

(56) Kankkunen P, Vehviläinen-Julkunen K. Tutkimus hoitotieteessä. 3.–5. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy; 2017.

(57) Kallio H, Pietilä A-M, Johnson M, ym. Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. J Adv Nurs 2016;72:2954–2965. doi:10.1111/jan.13031.

(58) Laschinger HKS, Finegan JE, Wilk P, ym. Conditions of Work Effectiveness Questionnaire-II (CWEQ-II). APA PsycTests 2000. doi:10.1037/t31393-000.

(59) Mattila S, Tappura, S, Karttunen E. Promoting occupational safety, health and well-Being in SME manufacturing companies. Kirjassa Arezes P, Garcia A. (toim.) Safety Management and Human Factors. AHFE Open Access 2022; 64: 191–197. doi.org/10.54941/ahfe1002645.

(60) Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi; 2018.

(61) Kohonen I, Kuula-Luumi A, Spoof S-K. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja, 3, 2019. Luettu 20.1.2024. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2020.pdf

(62) Muellmann S, Brand T, Jürgens D, ym. How many key informants are enough? Analysing the validity of the community readiness assessment. BMC Res Notes 2021;14:1–6. doi:10.1186/s13104-021-05497-9.

Riitta Kärkkäinen
TtT, lehtori
Satakunnan ammattikorkeakoulu

Arto Reiman
dosentti, TkT
Oulun yliopisto
Tuotantotalous

Kati Ylikahri
THM, projektipäällikkö
Metropolia ammattikorkeakoulu

Anne Kärki
TtT, yliopettaja, tutkija
Satakunnan ammattikorkeakoulu

SOSIAALILÄÄKETIETEELLINEN AIKAKAUSLEHTI 2025: 62: 123–137

Artikkeli

Sateenkaarinuorten mielenterveydellisten huolien taustalla olevat tekijät ja heidän tuen tarpeensa – sateenkaarinuorten oma näkökulma

Sateenkaarinuorilla esiintyy muita nuoria enemmän muun muassa masentuneisuutta, ahdistuneisuutta sekä itsetuhoisuutta. Kansainvälisesti sateenkaarinuorten mielenterveydellisten huolien taustalla olevia tekijöitä on tunnistettu, mutta suomalainen tutkimus aiheesta puuttuu. Vaikka Suomessa sateenkaari-ihmisiin kuuluvien asema on vuosien aikana parantunut, vakavia terveyseroja esiintyy edelleen, ja sateenkaarinuoret ovat haavoittuvassa asemassa suomalaisessa yhteiskunnassa.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sateenkaarinuorten mielenterveydellisten huolien taustalla olevia tekijöitä sekä sateenkaarinuorten tuen tarpeita heidän näkökulmastaan. Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin yli 15-vuotiailta sateenkaarinuorilta (n=22) sähköisellä lomakkeella sekä haastatteluilla. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Sateenkaarinuorille mielenterveydellisiä huolia aiheuttivat yhteiskunnallisen tietämyksen ja ymmärryksen puute sateenkaarevuudesta, sateenkaarinuorten kielteinen minäkuva, sateenkaarinuorten epävarma sosiaalinen verkosto, sateenkaarinuorten riittämätön huomiointi terveyspalveluissa, haasteet arjen toiminnassa, sateenkaarinuorten heikko yhteiskunnallinen asema, sateenkaarinuorten epäasiallinen kohtelu sekä vaikeus tuoda esiin oma sateenkaarevuus. Sateenkaarinuoret tarvitsivat tukea terveydenhuollon ammattilaisilta, ympärillä olevilta ihmisiltä, muilta sateenkaarevilta sekä yhteiskunnassa vaikuttavilta tahoilta. Tukea tarvittiin arjen hyvinvointiin sekä yhteiskunnallisen aseman parantamiseksi.

Sateenkaarinuorten mielenterveydellisten huolien aiheuttajiksi kuvattiin sekä laajoja yhteiskunnan rakenteissa olevia tekijöitä, että pienempiä, sateenkaarinuorten päivittäisessä elämässä näkyviä asioita. Yhteiskunnan rakenteiden ja lainsäädännön muuttaminen vaatii aikaa ja pitkäjänteistä työtä koko yhteiskunnalta. Sateenkaarinuorten kiusaamiseen, siihen puuttumiseen ja ehkäisyyn sekä sateenkaarinuorten ennakkoluulottomaan kohtaamiseen jokainen yhteiskunnan jäsen voi omalla toiminnallaan vaikuttaa. Lisää tutkimusta muun muassa peruskoulujen opetuksesta sateenkaarevuudesta sekä sateenkaarinuorten kokemuksista suomalaisesta terveydenhuollosta tarvitaan maanlaajuisesti.

ASIASANAT: sateenkaarinuori, mielenterveys, mielenterveydellinen huoli, tuen tarve

RIIKKA KUIVANIEMI, KIRSI LINDFORS, JARI KYLMÄ

YDINASIAT

- Sateenkaarinuorilla esiintyy muita nuoria enemmän mielenterveydellisiä huolia kuten masentuneisuutta, ahdistuneisuutta sekä itsetuhoisuutta
- Sateenkaarinuorille mielenterveydellisiä huolia aiheuttavat monet yhteiskunnalliset tekijät
- Sateenkaarinuoret tarvitsevat tukea yhteiskunnalta, terveyspalveluiden ammattilaisilta sekä ympärillä olevilta ihmisiltä
- Yhteiskunnassa tulisi kiinnittää enemmän huomiota sateenkaarinuorten asemaan, heidän kohtaamiseensa sekä terveyserojen pienentämiseen

JOHDANTO

Sateenkaarinuorella tarkoitetaan Suomessa seksuaali- ja/tai sukupuolivähemmistöön kuuluvaa nuorta (1). Sateenkaaritermin sijaan voidaan puhua myös erikseen seksuaali- ja sukupuolivähemmistöistä tai vähemmistötermin välttämiseksi seksuaalisuuden ja sukupuolen moninaisuudesta (2). Seta Ry määrittelee Suomessa seksuaalivähemmistöön kuuluvat ihmiset henkilöiksi, jotka kokevat seksuaalisen suuntautumisen joksikin muuksi kuin heteroksi (1).

Sukupuolivähemmistöllä viitataan Suomessa ihmisiin, jotka eivät koe syntymässä määriteltyä sukupuolta omakseen tai joiden sukupuoli, sen ilmaisu ja kokemus eivät kaikin tai jollain tavoin vastaa normatiivisia käsityksiä sukupuolesta, ja jotka itse määrittelevät kuuluvansa sukupuolivähemmistöön (1). Kansainvälisesti sateenkaari-ihmisistä käytetään yleisesti lyhennettä LGBT (lesbian, gay, bisexual, transgender) tai LGBTQ (lesbian, gay, bisexual, transgender, queer) (3). Kansallisesti ja kansainvälisesti on useita määritelmiä nuorelle. Yhdistyneiden kansakuntien määritelmän mukaan nuoreksi lasketaan 15–24-vuotiaat (4). Suomessa nuorisolaki taas määrittelee nuoriksi alle 29-vuotiaat (5). Tässä tutkimuksessa kohderyhmänä olivat kaikki yli 15-vuotiaat, jotka määrittelevät itsensä nuoreksi ja kokevat kuuluvansa seksuaali- ja/tai sukupuolivähemmistöön.

Useissa kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että sateenkaarinuoret voivat psyykkisesti huonommin kuin muut nuoret. Heillä esiintyy muita nuoria enemmän mielenterveysongelmia, kuten esimerkiksi masentuneisuutta, ahdistuneisuutta sekä itsetuhoisuutta. (6,7.) Myös Suomessa vuonna 2019 toteutettu kouluterveyskysely sekä Nuorisotutkimusseuran teettämä tutkimus (2014) osoittavat, että suomalaisilla sateenkaarinuorilla esiintyy huomattavasti enemmän mielenterveydellisiä huolia kuin muilla nuorilla (8, 9). Myös transsukupuolinen identiteetti on yhteydessä vakavaan itsetuhoisuuteen suomalaisten nuorten keskuudessa (10).

Sateenkaarinuoret kohtaavat enemmän haasteita positiivisen minäkuvan luomisessa seksuaalisesta suuntautumisesta, sukupuoli-identiteetistä ja sukupuolen ilmaisusta. He kokevat useammin väkivaltaa ja syrjintää kuin hetero- ja cis-nuoret (nuori, jonka sukupuoli-identiteetti ja sukupuolen ilmaisu vastaavat syntymässä määriteltyä [1]), millä voi olla vaikutusta myös heidän psyykkiseen hyvinvointiinsa. Heillä on vähemmän myönteisiä esikuvia ja sateenkaarinuoret ovat usein pakotettuja piilottamaan identiteettinsä tai selittämään ja puolustamaan sitä. (8.) Huonompi mieliala on selvästi yleisempää sateenkaarinuorilla kuin muilla nuorilla. Samoin masennusoireet ja huoli mielialasta ovat huomattavasti yleisimpiä sateenkaarinuorilla sekä ahdistuneisuutta esiintyy jopa kolme kertaa enemmän kuin muilla nuorilla. Sateenkaarinuoret kokevat myös saavansa muita nuoria harvemmin apua vanhemmiltaan tai ystäviltään mielialaan liittyvissä asioissa. (9.) Huolestuttavaa Suomen sateenkaarinuorten osalta on myös se, että sateenkaarinuorilla on todettu olevan muita suurempi riski itsemurha-ajatuksiin tai -käyttäytymiseen (8,10).

Kansainvälisesti sateenkaarinuorten mielenterveyden taustalla olevia tekijöitä sekä psyykkisen huonovointisuuden syitä on tunnistettu (11–14), mutta suomalainen tutkimus aiheesta puuttuu. Seksuaalisuuden normeihin, seksuaaliseen käyttäytymiseen sekä suhtautumiseen sukupuoleen ja sen moninaisuuteen vaikuttaa vahvasti kulttuuri sekä sosiaalinen ympäristö. Sukupuolen ja seksuaalisuuden moninaisuus huomioidaan eri maiden lainsäädännössä eri tavoin, ja on huomioitavaa, että kulttuurinen käsitys ei välttämättä vastaa lainsäädännön määritelmiä. Sateenkaari-ihmisten hyvinvointi ja myös mielenterveyteen liittyvät tekijät ovat täten kulttuuriin ja kontekstiin sidottuja, jonka vuoksi kansainvälisesti tehdyt tutkimukset eivät täysin ole siirrettävissä muihin konteksteihin. (15,16.)

Vaikka Suomessa sateenkaari-ihmisiin kuuluvien asema on vuosien aikana lainsäädännön

avulla parantunut, niin useat tutkimukset todistavat, että vakavia terveyseroja edelleen esiintyy ja että sateenkaarinuoret ovat haavoittuvassa asemassa suomalaisessa yhteiskunnassa (8–10). Yhteiskunnallista tietoutta sateenkaarinuorten mielenterveydellisten huolien taustatekijöistä ja sateenkaarinuorten tuen tarpeista tulee lisätä, jotta yhteiskuntaa ja esimerkiksi terveyspalveluja voidaan kehittää yhä tasa-arvoisemmiksi.

Sekä mielenterveydellinen häiriö että mielenterveysongelma ovat termejä, jotka saatetaan mieltää diagnosoiduiksi, määritellyiksi sairauksiksi, jonka vuoksi tässä tutkimuksessa mielenterveyteen liittyvänä terminä käytetään mielenterveydellisiä huolia. Mielenterveydellinen huoli on lievempi ilmaus, joka on sateenkaarinuorille helpommin ymmärrettävissä oleva kuin esimerkiksi mielenterveyden häiriö. Tässä tutkimuksessa mielenkiinnon kohteena ovat sateenkaarinuorten mielenterveydellisiin huoliin yhteydessä olevat tekijät ja tuen tarpeet, eikä osallistujien mielenterveyden tilalla ole merkitystä tutkimuksen kannalta. Tämän vuoksi tutkimukseen kohderyhmänä ovat kaikki itsensä sateenkaarinuoreksi kokevat, yli 15-vuotiaat, vaikka he eivät itse olisi kokeneet mielenterveydellisiä huolia.

SATEENKAARINUORTEN MIELENTERVEYDELLISTEN HUOLIEN TAUSTATEKIJÄT

Sateenkaarinuorten mielenterveydellisten huolien taustalla olevia tekijöitä ei ole Suomessa tutkittu. Sateenkaarinuorille mielenterveydellisiä huolia aiheuttaviksi tekijöiksi on kansainvälisissä tutkimuksissa tunnistettu muun muassa vähemmistöstressi, syrjintä, sukupuolidysforia sekä aiemmat kokemukset terveyspalveluista (11–14,17). Myös yhteiskunnassa ilmenevien seksuaali- ja sukupuolinormien sekä sosiaalisen tuen puutteen on todettu vaikuttavan sateenkaarinuorten itsetuhoisuuteen ja masentuneisuuteen (13,18).

Vähemmistöstressille on olemassa oma vakiintunut teoria, jonka kansainvälisessä tutkimuksessa on ajateltu selittävän terveyseroja sateenkaarinuorten ja muiden nuorten välillä. Vähemmistöstressin juurisyynä ovat yhteiskunnan seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kohdistuvat ennakkoluulot sekä stigma. Vähemmistöstressiteoria perustuu olettamukseen, että seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt kokevat tavallisen stressin lisäksi erityistä vähemmistöasemasta johtuvaa stressiä, joka altistaa heitä sekä fyysisille että psyykkisille terveysongelmille. (19.)

Suurempi altistuminen sukupuoleen perustuvalle syrjinnälle aiheuttaa sateenkaarinuorille suuremman riskin masentuneisuudelle (11,13), traumaperäiselle stressille sekä itsetuhoisille ajatuksille (20). Erityisesti ystäviltä ja ikätovereilta tullut huono kohtelu ja kiusaaminen kouluympäristössä oli merkittävästi yhteydessä suurempiin mielenterveysongelmiin sateenkaarinuorilla. Se johtaa myös huonompaan koulukuuluvuuden tunteeseen, jolla toisaalta on merkittävä yhteys nuorten mielenterveyteen. (21,22.) Vapaa-ajalla mielenterveydellisiä huolia sateenkaarinuorille aiheuttavat muun muassa netissä tapahtuva kiusaaminen sekä vanhempien torjuva käytös sateenkaarinuoria kohtaan (23,24).

Sukupuolidysforialla tarkoitetaan syntymässä määritellyn sekä koetun sukupuolen ristiriitaa, joka usein aiheuttaa ahdinkoa sitä kokevalle (25). Sukupuolidysforia ja ristiriitainen ruumiillistuma aiheuttavat transnuorille ahdistusta, epämiellyttävää oloa sekä dissosiaatiota omasta kehosta, mikä voi myöhemmin johtaa mielenterveyden häiriöihin (14). Esimerkiksi transmaskuliininuoret, eli syntymässä naiseksi määritellyt mutta miehisyyttä kokevat nuoret (1) tai muunsukupuoliset nuoret saattavat kokea stressiä rintakehän fysiologiseen kehitykseen tai rintojen kasvuun liittyen. Rintakehään liittyvän kehodysforian on todettu olevan yhteydessä transnuorten ahdistuneisuuteen ja masennukseen. (26.)

Sateenkaarinuorten aiemmilla kokemuksilla terveydenhuollosta on todettu olevan yhteys avun hakemiseen ja näin ollen myös heidän mielenterveydellisiin huoliinsa. Sateenkaarinuorten pääseminen mielenterveyspalveluiden piiriin on haastavaa erilaisten henkilökohtaisten, sosiokulttuuristen sekä palveluihin liittyvien esteiden vuoksi. (27.) Terveyspalveluissa esiintyvä sateenkaarevuuden tunnustamattomuus, vähättely sekä tiedon ja osaamisen puute aiheuttaa sateenkaarinuorille mitättömyyden tunnetta sekä puutteellista hoitoa (17,27,28).

TUTKIMUKSEN TARKOITUS, KYSYMYKSET JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sateenkaarinuorten mielenterveydellisten huolien taustalla olevia tekijöitä sekä sateenkaarinuorten tuen tarpeita heidän näkökulmastaan.

Tutkimuskysymyksiä olivat:

1. Mitkä tekijät aiheuttavat sateenkaarinuorille mielenterveydellisiä huolia?
2. Minkälaista tukea sateenkaarinuoret tarvitsevat?
3. Keneltä sateenkaarinuoret tarvitsevat tukea?

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää terveydenhuollon kehittämisessä niin että sateenkaarinuorten mielenterveydellisiä huolia osattaisiin paremmin tunnistaa ja hoitaa tarjoamalla sateenkaarinuorille sellaista tukea, jota he tarvitsevat. Tutkimuksen tavoitteena oli myös yhteiskunnallisesti lisätä tietoutta sateenkaarinuorten kokemuksista, jotta tasa-arvoisuutta sekä yhdenvertaisuutta voidaan edistää ja terveyseroja pienentää.

MENETELMÄT

AINEISTON KERUU

Tutkimuksen kohderyhmänä olevia sateenkaarinuoria rekrytoitiin Pirkanmaalla sijaitsevan kaupungin lukioiden, kahden Pirkanmaalla toimivan sateenkaarinuorille tarkoitetun ryhmän, Seta Ry:n sateenkaarinuorille suunnatun verkkonuorisotalon sekä kahden sateenkaari-ihmisille suunnatun sosiaalisen median ryhmän kautta. Tutkimuslupia haettiin kahdelta Pirkanmaalla sijaitsevalta kaupungilta sekä Seta Ry:ltä. Sosiaalisen median ryhmien osalta tutkimusluvat kysyttiin ryhmien ylläpitäjiltä.

Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä lomakkeella (Microsoft Forms) sekä haastatteluilla tammi-maaliskuussa 2022. Aineistonkeruussa käytetty sähköinen lomake sekä haastattelurunko olivat puolistrukturoituja (29). Kyselylomakkeen sekä haastattelun runko perustuivat aiemmasta kirjallisuudesta esiin nousseisiin teemoihin sateenkaarinuorten mielenterveyshuolien taustalla olevista tekijöistä. Teemoja olivat yhteiskunta, koulu ja vapaa-aika, itsetunto ja oma suhtautuminen itseensä, terveyspalvelut sekä tuen tarpeet.

Tutkimusaineisto koostui yhteensä kahdenkymmenenkahden sateenkaarinuoren vastauksista, joista yhdeksäntoista vastasi sähköiseen lomakkeeseen ja kolme osallistui haastatteluun. Haastattelut toteutettiin etäyhteydellä Microsoft Teams -sovelluksen välityksellä. Kaikki haastattelut nauhoitettiin. Tutkimukseen osallistuneet sateenkaarinuoret olivat iältään 15–29-vuotiaita ja asuivat Etelä-Suomessa, Keski-Suomessa tai Länsi-Suomessa.

AINEISTON ANALYYSI

Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Haastattelut litteroitiin, jonka jälkeen kaikkien osallistujien kirjallisessa muodossa olevat vastaukset numeroitiin (30). Induktiivinen sisällönanalyysi toteutettiin erikseen kaikkien kolmen tutkimuskysymyksen kohdalla. Tutkimuskysymyksiin vastaavat alkuperäisilmaisut pelkistettiin säilyttäen niiden oleellinen sisältö (30). Pelkistyksiä muodostui yhteensä 578. Pelkistyksiä vertailtiin keskenään ja niistä etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Sisällöllisesti samankaltaisista pelkistyksistä muodostettiin alaluokkia ja sen jälkeen alaluokista edelleen yläluokkia. Alaluokkia muodostui yhteensä 139 ja yläluokkia 37. Ensimmäisen ja kolmannen tutkimuskysymyksen osalta analyysiä jatkettiin pääluokkatasolle. Analyysin lopputuloksena saatiin kuvaus sateenkaarinuorten mielenterveydellisten huolien taustalla olevista tekijöistä sekä heidän tuen tarpeistaan. (30.)

TULOKSET

SATEENKAARINUORILLE MIELENTERVEYDELLISIÄ HUOLIA AIHEUTTAVAT TEKIJÄT

Sateenkaarinuorille mielenterveydellisiä huolia aiheuttivat yhteiskunnallinen tietämyksen ja ymmärryksen puute sateenkaarevuudesta, sateenkaarinuorten kielteinen minäkuva, sateenkaarinuorten epävarma sosiaalinen verkosto, sateenkaarinuorten riittämätön huomiointi terveyspalveluissa, haasteet arjen toiminnassa, sateenkaarinuorten heikko yhteiskunnallinen asema, sateenkaarinuorten epäasiallinen kohtelu sekä vaikeus tuoda esiin oma sateenkaarevuus (Taulukko 1). Sitaattien perässä olevat numerot viittaavat vastaajien tunnusnumeroihin.

Sateenkaarinuorille mielenterveydellisiä huolia aiheutti yhteiskunnallinen tietämyksen ja ymmärryksen puute sateenkaarevuudesta. He kokivat ymmärryksen puutetta, joka näkyi kavereiden sekä aikuisten ymmärtämättömyytenä. Sateenkaarinuoret kokivat koulutuksen sateenkaarevuudesta puutteellisena, joka ilmeni aikuisten puutteellisena koulutuksena, terveyspalveluiden tiedon puutteena sekä peruskoulun puutteellisena opetuksena. He kokivat myös, että peruskou-

Taulukko 1. Sateenkaarinuorille mielenterveydellisiä huolia aiheuttavat tekijät

Pääluokka	**Yläluokka**
Yhteiskunnallinen tietämyksen ja ymmärryksen puute sateenkaarevuudesta	Ymmärryksen puute sateenkaarinuoria kohtaan
	Puutteellinen koulutus sateenkaarevuudesta
Sateenkaarinuorten kielteinen minäkuva	Itsetunto-ongelmat
	Vaikeus olla oma itsensä
	Negatiivinen suhtautuminen omaa sateenkaarevuutta kohtaan
Sateenkaarinuorten epävarma sosiaalinen verkosto	Sosiaalisten kontaktien vähyys
	Epävarmat ihmissuhteet
Sateenkaarinuorten riittämätön huomiointi terveyspalveluissa	Terveyspalveluiden vaikea saatavuus
	Transpoliklinikan toimimattomuus
	Sukupuolen korjaamisen vaikeus
Haasteet arjen toiminnassa	Elämän tärkeistä asioista luopumaan joutuminen sateenkaarevuuden vuoksi
	Arkielämän haasteet
Sateenkaarinuorten heikko yhteiskunnallinen asema	Oman olemassaolon puolustaminen
	Sateenkaarevuuden negatiivinen esiintyminen mediassa
	Yhteiskunnan stigma sateenkaarinuoria kohtaan
	Yhteiskunnan hetero- ja sukupuolinormatiivisuus
	Sateenkaarinuoriin negatiivisesti vaikuttava politiikka
	Tuen puute
Sateenkaarinuorten epäasiallinen kohtelu	Sateenkaarinuorten kiusaaminen
	Opettajien puuttumattomuus sateenkaarinuorten kiusaamiseen
	Ihmisten epäasiallinen käyttäytyminen sateenkaarinuoria kohtaan
	Ihmisten negatiivinen suhtautuminen sateenkaarinuoria kohtaan
Vaikeus tuoda esiin oma sateenkaarevuus	Sateenkaarevuuden piilottelu
	Sateenkaarevuudesta kertomisen vaikeus
	Pelko kaapista tulon seurauksista

lun opetuksessa sateenkaarevuutta koskevat aiheet sivuutetaan.

> ”Koulussa käydään eri seksuaalisuuksia ja sukupuoli-identiteettejä hyvin niukasti ja nopeasti.” (12)

Sateenkaarinuorten kielteinen minäkuva aiheutti mielenterveydellisiä huolia. Sateenkaarinuoret kokivat itsetunto-ongelmia, joihin liittyi heikkoa itsetuntoa, riittämättömyyden ja alemmuuden tunteita sekä negatiivisia käsityksiä tulevaisuudesta. Sateenkaarinuoret kuvasivat myös vaikeutta olla oma itsensä, johon liittyi epävarmuus omasta itsestä, vaikeus olla yleisissä puku- ja pesutiloissa sekä vaikeus hyväksyä oma sateenkaarevuus. Myös kyvyttömyys vaikuttaa omaan sateenkaarevuuteen liittyi omana itsenä olemisen vaikeuteen. Sateenkaarinuorten negatiivinen suhtautuminen omaa sateenkaarevuuttaan kohtaan ilmeni oman seksuaalisen suuntautumisen, sukupuoli-identiteetin tai kehon näkemisenä vääränlaisena, oman sateenkaarevuuden näkemisenä epämiellyttävänä tai rumana sekä oman sateenkaarevuuden kieltämisenä. Negatiivista suhtautumista omaa sateenkaarevuutta kohtaan toi myös häpeän tunne omasta sateenkaarevuudesta sekä syyllisyyden tunne yleisissä puku- ja pesutiloissa olemisesta.

> ”Tuntuu että pitää katsoa koko ajan lattiaan, ettei kukaan luule, että katson heitä. Tulee niissä tiloissa joskus syyllinen olo, kun olen siellä, vaikka käyttäydyn täysin asiallisesti.” (8)

Sateenkaarinuorten epävarmaan sosiaaliseen verkostoon liittyi sosiaalisten kontaktien vähyys, joka ilmeni yksinäisyytenä sekä eristäytyneisyytenä. Epävarmaan sosiaaliseen verkostoon liittyi lisäksi epävarmat ihmissuhteet. Ihmissuhteisiin toi epävarmuutta ihmissuhteiden heikkous sekä epämääräisessä seurassa liikkuminen.

> ”…voi sateenkaarinuori tuntea olevansa yksin.” (9)

Sateenkaarinuoret kokivat riittämätöntä huomiointia terveyspalveluissa. Muun muassa terveyspalveluiden saatavuus koettiin vaikeaksi. Erityisesti mielenterveyspalvelut olivat sateenkaarinuorten mielestä vaikeasti saatavilla ja terveyspalveluiden saatavuudessa oli eriarvoisuutta. Transpoliklinikan toimimattomuutta kuvasivat sinne pääsyn vaikeus, ongelmallinen toimintamalli, hoitoon pääsemättömyys mielenterveysongelmien vuoksi, negatiiviset kokemukset sekä lääkärikäynneistä johtuva ylimääräinen kuorma. Riittämättömään huomiointiin terveyspalveluissa liittyi lisäksi sukupuolen korjaamisen vaikeus. Sukupuolen korjaamisen prosessi koettiin pitkäksi ja nuoret kokivat heidän päätösvaltansa puutteelliseksi sukupuolen korjaamisesta. Nuoret kokivat myös, että alaikäisenä sukupuolta korjaavia toimenpiteitä on vaikea tehdä.

> ”Alaikäisenä minkäänlaisia sukupuolen korjaamiseen suuntaavia asioita ei tule kyseeseenkään, hoitoja on melkein mahdotonta aloittaa eikä nimeäkään saa vaihtaa vain omalla tahdolla…” (10)

Sateenkaarinuorille mielenterveydellisiä huolia aiheuttivat myös haasteet arjen toiminnassa. He kokivat joutuneensa luopumaan elämän tärkeistä asioista, johon liittyi ihmissuhteiden katkeamista, elinympäristön vaihtamista sekä elämän perusedellytyksien menettämistä sateenkaarevuuden vuoksi. Nuoret kokivat myös erilaisia arkielämän haasteita. Jokapäiväisessä elämässä haasteita toivat arjen ja sateenkaarevuuden yhteensovittaminen, harrastuksiin liittyvät haasteet sekä päihteet.

> ”Itse piti vaihtaa melkein koko kaveriporukka…” (4)

Sateenkaarinuorten heikko yhteiskunnallinen asema oli merkittävä sateenkaarinuorille mielenterveydellisiä huolia aiheuttava tekijä. Sateenkaarinuoret kokivat, että joutuvat puolustamaan omaa olemassaoloaan, joka näkyi omien mielipiteiden puolustamisena sekä oman identiteetin jatkuvana perusteluna muille. Sateenkaarinuoret kuvasivat sateenkaarevuuden esiintymisen mediassa olevan negatiivista. Negatiiviseen esiintymiseen mediassa liittyivät sateenkaarinuoriin kohdistuva huono media, seksuaalisuuden ja sukupuolen moninaisuuden puute mediassa sekä viihdeteollisuuden hetero- ja sukupuolinormatiiviset esikuvat. Yhteiskunnan stigma erityisesti sateenkaarinuoria kohtaan sekä sateenkaarevuuden normalisoinnin puute yhteiskunnassa koettiin myös haitallisena.

Sateenkaarinuoret kuvasivat yhteiskunnan hetero- ja sukupuolinormatiivisuuden aiheuttavan heille mielenterveydellisiä huolia. Hetero- ja sukupuolinormatiivisuus näkyi muun muassa yhteiskunnan sekä terveyspalveluiden oletuksena heteroudesta ja kahdesta sukupuolesta. Sateenkaarinuoret kuvasivat lisäksi heihin kohdistuneita oletuksia liittyen sukupuolen mukaiseen toimintaan, pukeutumiseen, ammatinvalintaan sekä seurustelusuhteisiin. Yhteiskunnan hetero- ja sukupuolinormatiivisuus näkyi myös sateenkaarevuuden kieltämisenä terveyspalveluissa sekä opiskelupaikkojen stereotyyppisenä tietona vähemmistöön kuulumisesta.

Sateenkaarinuoret kokivat, että yhteiskunnassa vallitsee heihin negatiivisesti vaikuttava politiikka. Tähän liittyi sateenkaari-ihmisten asemaa edistämättömät poliittiset päätökset, heidän puutteelliset oikeutensa sekä politiikassa esiintyvät negatiiviset puheet sateenkaari-ihmisistä. Sateenkaarinuorten heikkoon yhteiskunnalliseen asemaan liittyi myös tuen puute, joka ilmeni vastauksissa tuen saamattomuutena, vertaistuen puutteena sekä vapaa-ajan oleskelupaikkojen puutteena.

> ”Yhteiskunta olettaa liikaa kaikkien olevan cissukupuolisia ja heteroita…” (5)

Mielenterveydellisiä huolia sateenkaarinuorille aiheutti myös epäasiallinen kohtelu. Sateenkaarinuoret kokivat kiusaamista, jota tapahtui päiväkodissa, koulussa sekä sosiaalisessa mediassa ja joka ilmeni epäasiallisena kommentointina, väkivaltaisuutena sateenkaarinuoria kohtaan sekä juoruilun kohteeksi joutumisena. Opettajien

Taulukko 2. Sateenkaarinuorten tarvitsema tuki

Pääluokka	Yläluokka
Tukea arjen hyvinvointiin	Tukea sateenkaarinuoren identiteetin omaksumiseen
	Sateenkaarinuorille turvallisen ympäristön luomista
	Tukea mielenterveyden ylläpitämiseen
	Tukea sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen
Tukea yhteiskunnallisen aseman parantamiseksi	Yhteiskunnallisia toimia sateenkaarinuorten aseman parantamiseksi
	Myönteisen ilmapiirin luomista sateenkaarinuorille
	Ymmärrystä sateenkaarinuoria kohtaan
	Yhteiskunnallisen tietouden lisäämistä sateenkaarevuudesta

puuttumattomuus kiusaamiseen koettiin epäasiallisena. Vastaajat kokivat, että opettajat eivät puuttuneet muiden oppilaiden epäasialliseen kommentointiin, eivät kyenneet puuttua siihen ja olivat välinpitämättömiä.

Sateenkaarinuoret kokivat erilaista epäasiallista käytöstä. Epäasiallinen käyttäytyminen ilmeni opettajien ja muiden ihmisten epäasiallisena käytöksenä, epämiellyttävänä painostamisena muiden ihmisten toimesta sekä sateenkaarevuudesta johtuvana syrjintänä. Epäasiallista käy-töstä koettiin lisäksi terveyspalveluissa. Epäasialliseen kohteluun liittyi negatiivinen suhtautuminen sateenkaarinuoria kohtaan. Se ilmeni muun muassa kavereiden negatiivisina asenteina sateenkaarevuutta kohtaan, muiden ihmisten negatiivisena suhtautumisena, ennakkoluuloina sateenkaarevuutta kohtaan sekä sosiaalisessa mediassa esiintyvänä homo- ja transfobisuutena. Myös vanhempien kielteinen suhtautuminen ja hyväksymättömyys nousi esille. Nuoret kokivat lisäksi utelua henkilökohtaisista asioista sekä mielipiteiden sivuuttamista muiden ihmisten toimesta.

> ”…koko koulu niin tietyllä tavalla piti minua pilkkanaan ja sillein kiusasi.” (20)

Sateenkaarinuorten mukaan mielenterveydellisiä huolia heille aiheutti myös vaikeus tuoda esiin oma sateenkaarevuus. Sateenkaarevuutta piiloteltiin, joka ilmeni asian salaamisena muilta, identiteetistä valehtelemisena, kaapissa olemisena sekä kyvyttömyytenä olla oma itsensä muiden suhtautumisen vuoksi. Vastaajien mielestä sateenkaarevuudesta oli vaikea kertoa, joka näkyi tunteiden patoamisena sekä kaapista tulemisen vaikeutena. Erilaiset pelot kaapista tulemisen seurauksista liittyivät myös oman sateenkaarevuuden esiin tuomisen vaikeuteen. Kaapista ulos tulemisen pelättiin vaikuttavan työelämään, ihmissuhteisiin sekä lähipiirin ja muiden ihmisten suhtautumiseen. Nuoret pelkäsivät tulevansa nähdyksi erilaisena, jos tulevat kaapista ulos. Myös kiusaamista, väkivaltaa sekä hylätyksi tulemista pelättiin kaapista ulos tullessa.

> ”Pelkään, etten voi olla rehellinen lesboudestani ja mahdollisesta muunsukupuolisuudestani, jotta en koe jonkinlaista syrjintää työnhaussa tai työpaikalla.” (8)

SATEENKAARINUORTEN TUEN TARPEET

Sateenkaarinuoret kokivat tarvitsevansa tukea arjen hyvinvointiin sekä yhteiskunnallisen aseman parantamiseksi (Taulukko 2.).

Jokapäiväisessä arjessa sateenkaarinuoret kokivat tarvitsevansa tukea muun muassa sateenkaarinuoren identiteetin omaksumiseen, johon liittyi oman sateenkaarevuuden hyväksyminen sekä identiteetin muuttaminen. Myös sukupuolen korjausprosessin parempaa saatavuutta kaivattiin sateenkaarinuoren identiteetin omaksumista helpottamaan. Sateenkaarinuoret kuvasivat tarvitsevansa heille turvallisen ympäristön luomista, joka sateenkaarinuorten mielestä edellytti turvallisia nuorisotiloja, turvallisuuden tunteen luomista sekä toimia kiusaamisen vähentämiseksi. Mielenterveyden ylläpitämiseksi sateenkaarinuoret tarvitsivat mielenterveyspalveluiden parempaa saatavuutta, lisää mielenterveyspalveluita, oppilashuollon parempaa ohjausta mielenterveyspalveluiden pariin sekä erityisesti sateenkaarinuorille suunnattuja tuki- ja neuvontapalveluita. Sateenkaarinuorten kuvaama sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen tarvittu tuki sisälsi

toiveita sateenkaarinuorten kanssa toimimisesta, keskustelumahdollisuuksista turvallisten aikuisten kanssa sekä sateenkaarinuorten kuuntelemisesta.

> ”Paikka puhua varmasti turvallisesti seksuaalisuudestamme ja sukupuolestamme.” (4)

Yhteiskunnallisia toimia sateenkaarinuorten aseman parantamiseksi, kuten parempia harrastusmahdollisuuksia, sateenkaarinuorten asemaa edistäviä päätöksiä sekä sateenkaarevuuden normalisointia yhteiskunnassa tarvittiin. Sateenkaarinuoret kokivat tarvitsevansa myönteisen ilmapiirin luomista, jota saisi nuorten mukaan luotua antamalla näkyvyyttä sateenkaarinuorille ja suhtautumalla sateenkaarevuuteen tavallisena asiana. Myös sateenkaarinuorten hyväksyminen ja avoimuus heitä kohtaan loisivat toivottua myönteistä ilmapiiriä yhteiskunnassa. Ymmärrys sateenkaarinuoria kohtaan koettiin tarpeelliseksi. Sateenkaarinuoret toivoivat, että ihmiset sekä ymmärtäisivät että haluaisivat ymmärtää heitä. Tuen tarpeeksi kuvattiin myös yhteiskunnallisen tietouden lisääminen sateenkaarevuudesta. Siihen liittyi tiedon lisäämistä yhteiskunnassa sekä opettajien koulutusta sateenkaarevuudesta. Myös koulutusjärjestelmään kaivattiin lisää opetusta sateenkaarikulttuurista seksuaalisuuden ja sukupuolen moninaisuudesta.

> ”…muutettais se 2002 vuodelta tullut translaki ja kaikki siihen liittyvä.” (21)

Sateenkaarinuoret kokivat tarvitsevansa tukea monilta eri tahoilta. Tukea kaivattiin terveydenhuollon ammattilaisilta kuten mielenterveyspalveluiden ammattilaisilta, muiden terveyspalveluiden ammattilaisilta sekä hoitavilta lääkäreiltä. Ympärillä olevilta ihmisiltä tukea tarvittiin perheeltä ja sukulaisilta, kaveripiiriltä sekä sateenkaariväestöön kuulumattomilta aikuisilta. Myös koulujen henkilöstö sekä nuorisotyöntekijät olivat tahoja, joilta sateenkaarinuoret tarvitsivat tukea. Vastaajat kuvasivat vertaistuen tarpeen muilta sateenkaarinuorilta sekä sateenkaariaikuisilta. Yhteiskunnassa vaikuttavilta tahoilta tukea tarvittiin mediassa vaikuttavilta tahoilta sekä yhteiskunnan päätöksentekijöiltä.

> ”…se, että päättäjät tukisivat sateenkaarinuoria.” (21)

POHDINTA

TULOSTEN TARKASTELU

Sateenkaarinuorille mielenterveydellisiä huolia aiheuttivat yhteiskunnallinen tietämyksen ja ymmärryksen puute sateenkaarevuudesta, sateenkaarinuorten kielteinen minäkuva, sateenkaarinuorten epävarma sosiaalinen verkosto, sateenkaarinuorten riittämätön huomiointi terveyspalveluissa, haasteet arjen toiminnassa, sateenkaarinuorten heikko yhteiskunnallinen asema, sateenkaarinuorten epäasiallinen kohtelu sekä vaikeus tuoda esiin oma sateenkaarevuus.

Tulokset sateenkaarinuorten mielenterveydellisiä huolia aiheuttavista tekijöistä tukevat pääosin Meyerin (19) vähemmistöstressiteoriaa. Tutkimukseen osallistuneiden sateenkaarinuorten kuvaama yhteiskunnassa ilmenevä puutteellinen koulutus sateenkaarevuudesta, yhteiskunnan laajasti näkyvä hetero- ja sukupuolinormatiivisuus sekä sateenkaarinuorten kohtaama epäasiallinen kohtelu ovat tekijöitä, joita voidaan verrata Meyerin (19) vähemmistöstressiteorian distaalisiin, ulkopuolelta tuleviin, stressitekijöihin. Sateenkaarinuorten kielteinen minäkuva sekä haasteet oman sateenkaarevuuden esiin tuomisessa sen sijaan viittaavat vähemmistöstressiteorian proksimaalisiin, sateenkaarinuorten itseään koskeviin tekijöihin, jotka Meyerin (19) mukaan ovat erityisen haitallisia mielenterveydelle.

Sateenkaarinuoret kokivat, että yhteiskunnallinen tietämyksen ja ymmärryksen puute aiheutti heille mielenterveydellisiä huolia. Nuorten mukaan peruskoulussa sateenkaarevuutta koskevat aiheet käytiin hyvin niukasti ja nopeasti läpi, tai ne sivuutettiin kokonaan. He kokivat myös, että opettajatkaan eivät välttämättä ymmärtäneet sateenkaarevuutta, ja että heillä ei ollut riittävää koulutusta sateenkaarevuuden käsittelyyn. Myös aiemmassa kirjallisuudessa sateenkaarinuoret ovat kuvanneet opettajien koulutuksen puutetta, sateenkaarevuuden sivuuttamista opetussuunnitelmassa sekä terveystiedon opetuksen hetero- ja sukupuolinormatiivisuutta (17).

Suomessa perusopetuksen terveystiedon opetussuunnitelmassa seksuaalisen kehityksen monimuotoisuuden tulisi olla osa opetusta, mutta sen sijaan sukupuolen moninaisuutta tai sateenkaarikäsitettä ei opetussuunnitelmassa mainita (31). Toisaalta vaikka opetussuunnitelma toimii valtakunnallisesti opetuksen perustana, voi silti suu-

ria koulukohtaisia eroja opetuksen sisällössä olla. Tulee myös huomioida, että tutkimukseen osallistujien ikä vaihteli välillä 15–29 vuotta, joten tulokset eivät välttämättä kerro peruskoulun nykytilanteesta, ainakaan vanhempien osallistujien kohdalla.

Sateenkaarinuoret kokivat itsetunto-ongelmia, vaikeutta olla oma itsensä sekä negatiivista suhtautumista omaa sateenkaarevuuttaan kohtaan. Sukupuolidysforian, koetun sukupuolen ja syntymässä määritellyn sukupuolen ristiriitaisuuden, on myös aiemmassa kirjallisuudessa todettu olevan sateenkaarinuorten mielenterveydellisten huolien taustalla (14, 25, 32). Vaikka tässä tutkimuksessa vain yksi nuorista käytti vastauksessaan termiä sukupuolidysforia, oli monen muunkin nuoren vastauksissa nähtävissä omaan sateenkaarevuuteen liittyvää ristiriitaisuutta, kuten oman sateenkaarevuuden ja kehon näkemistä vääränlaisena, rumana tai epämiellyttävänä sekä vaikeuksia ja syyllisyyden tunteita yleisissä pukuja pesutiloissa olemisesta.

Sateenkaarinuoret kuvasivat mielenterveydellisten huolien taustatekijöiksi epävarmat sosiaaliset verkostot, jotka näkyivät sosiaalisten kontaktien vähyytenä sekä epävarmoina ihmissuhteina. Tuloksissa esiin tulleet sateenkaarinuorten kokema yksinäisyys sekä eristäytyneisyys saavat tukea myös kansainvälisestä tutkimuksesta. Yksinäisyyden ja eristäytyneisyyden kuvattiin olevan yksi avoimesti oman identiteetin ilmaisemisen seurauksiin liittyvä tekijä, joka on yhteydessä sateenkaarinuorten itsetuhoisuuteen (33).

Sateenkaarinuoret kokivat riittämätöntä huomiointia terveyspalveluissa, joka ilmeni muun muassa mielenterveyspalveluiden vaikeana saatavuutena. Vastaavia tuloksia kuvataan myös aiemmassa kirjallisuudessa, jossa mielenterveyspalveluiden hankala saatavuus ja saavutettavuus vaikeutti hoitoon pääsyä ja huononsi mielen hyvinvointia (27). Sateenkaarinuoret kokivat myös eriarvoisuutta terveyspalveluiden saatavuudessa. Transpoliklinikan toiminta koettiin monella tapaa ongelmalliseksi ja sinne oli tutkimukseen osallistuneiden sateenkaarinuorten mielestä vaikea päästä. Myös mielenterveysongelmat itsessään koettiin esteeksi päästä transpoliklinikan sukupuolta korjaavaan prosessiin, vaikka sateenkaarinuorten mielestä juuri prosessiin sisään pääseminen olisi merkittävä mielenterveyttä parantava asia. Suomen terveydenhuollossa tulisikin ottaa enemmän huomioon erilaisten terveysongelmien päällekkäisyys ja niiden yhteen kietoutuneisuus sekä tarjota yhtäaikaista tukea molempiin.

Arkielämässä näkyvät haasteet kuten arjen ja sateenkaarevuuden yhteensovittaminen, harrastukset sekä elämän tärkeistä asioista luopumaan joutuminen koettiin huolia aiheuttaviksi. Koulunkäyntiin liittyvät paineet, perheen hajoaminen sekä seurustelusuhteiden päättyminen on aiemmin todettu aiheuttaneen sateenkaarinuorille stressiä ja ahdinkoa (18). Toisaalta on hyvä huomioida, että koulunkäyntiin liittyvät haasteet sekä ihmissuhteiden muutokset voivat olla asioita, jotka todennäköisesti aiheuttavat kaikille nuorille stressiä ja ahdinkoa, sateenkaarevuudesta riippumatta.

Sateenkaarinuorten kuvaamaan yhteiskunnalliseen heikkoon asemaan liittyi poliittiset päätökset kuten esimerkiksi hidas edistyminen sateenkaari-ihmisten aseman parantamisessa sekä sateenkaarinuorten puutteelliset oikeudet. Lainsäädännön ja politiikan näkökulmaa ei aiemmista tutkimuksista löytynyt. On huomioitava, että lähes kaikki kirjallisuuskatsauksen perusteella löydetyt aiemmat tutkimukset sateenkaarinuorten mielenterveydellisten huolien taustalla olevista tekijöistä oli toteutettu joko Yhdysvalloissa, Kanadassa tai Yhdistyneissä kuningaskunnissa, joissa kaikissa esimerkiksi samaa sukupuolta olevien avioliitto on sallittua. Kanadassa sekä Yhdysvalloissa kansalaisilla on myös mahdollisuus valita muunsukupuolisuus esimerkiksi virallisiin henkilöllisyysdokumentteihin. (34–36.)

Tutkimuksen aineistonkeruun aikaan Suomessa oli voimassa Laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta, joka edellytti lisääntymiskyvyttömyyttä sekä lääketieteellistä selvitystä sukupuolen vaihtamisesta (37). Huhtikuussa 2023 Suomessa tuli voimaan laki sukupuolen vahvistamisesta, jonka mukaan täysi-ikäisen Suomen kansalaisen tai Suomessa asuvan sukupuoli voidaan vahvistaa pelkän oman selvityksen perusteella (38). Lakiuudistuksen myötä Suomessa ei kuitenkaan edelleenkään virallisesti tunnusteta muunsukupuolisuutta.

Sateenkaarinuorten epäasiallisena kohteluna ilmenneet kiusaaminen, syrjintä, perheen negatiivinen suhtautuminen sekä homo- ja transfobisuus saivat kaikki tukea aiemmasta kirjallisuudesta. Sekä fyysinen että internetissä tapahtuva kiusaaminen ja syrjintä aiheuttavat sateenkaari-

nuorille masennusta sekä itsetuhoisia ajatuksia (11, 13, 21, 24). Perheen asenteilla on todettu olevan suora vaikutus sateenkaarinuorten mielenterveyteen; nuorten masentuneisuutta, ahdistusta ja itsetuhoista käyttäytymistä lisäsivät vanhempien hyväksymättömyys, negatiiviset kommentit sekä tuen saamattomuus esimerkiksi sukupuolen korjaamisen prosessiin (39). Homo- ja transfobisuus näkyivät sateenkaarinuorten kuvaamana erityisesti nuorten keskuudessa sekä sosiaalisessa mediassa. Sen lisäksi että sateenkaarinuoret kohtaavat verkkoympäristössä tapahtuvaa homofobiaa muita nuoria enemmän, sillä on myös merkittäviä vaikutuksia psykologiseen sopeutumiseen sekä masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden oireisiin (40).

Sateenkaarinuorten vaikeus tuoda esiin oma sateenkaarevuus ilmeni sateenkaarevuuden piilotteluna, siitä kertomisen vaikeutena sekä erilaisina pelkoina liittyen kaapista ulos tulemiseen. Omaa sateenkaarevuuttaan piilottelevat nuoret ovat todennäköisemmin itsetuhoisempia ja ahdistuneempia kuin he, jotka eivät koe joutuvansa piilottelemaan omaa identiteettiään (17, 18). Kuten tässä tutkimuksessa, myös aiemmassa kirjallisuudessa sateenkaarinuoret ovat kuvanneet pelkäävänsä tulevansa torjutuksi tai kohdelluksi eri lailla sateenkaarevuudesta kertomisen tuloksena (17, 18, 41).

Sateenkaarinuoret kokivat tarvitsevansa tukea mielenterveyden ylläpitämiseen erityisesti mielenterveyspalveluiden ammattilaisilta. Nuoret kaipasivat määrällisesti lisää mielenterveyspalveluita sekä niiden parempaa saatavuutta. Lisätarve mielenterveyspalveluille sekä tarve erityisesti sateenkaarinuoret huomioon ottaville terveydenhuollon ammattilaisille on tunnistettu myös aiemmassa kirjallisuudessa amerikkalaisessa koulukontekstissa (42).

Tukea tarvittiin myös identiteetin omaksumiseen ja sosiaalisiin suhteisiin muun muassa vanhemmilta, perheeltä sekä koulujen henkilöstöltä. Vanhemmilta ja perheeltä saatu tuki on merkittävässä roolissa sateenkaarinuoren mielenterveyttä edistävänä tekijänä. Hyvä ja positiivinen yhteys vanhempiin on merkittävästi yhteydessä suurempaan tyytyväisyyteen elämään, pienempään taakan tunteeseen sekä vähempiin masentuneisuuden oireisiin. Se myös suojelee emotionaaliselta stressiltä sekä päihteiden käytöltä. (43–45.)

Sateenkaarinuorten tuen tarpeissa ilmeni jokapäiväisessä arjessa näkyviä asioita kuten esimerkiksi kiusaamisen vähentämistä, turvallisuuden tunteen luomista sekä sateenkaarinuorten kohtaamista ja ymmärtämistä. Nämä ovat asioita, joihin jokainen meistä voi sateenkaarinuoria kohdatessaan vaikuttaa. Yksi suurimmista tuen tarpeista oli kuitenkin yhteiskunnan tuki sateenkaarinuorten aseman parantamiseksi. Yhteiskunta, sen rakenteet ja yhteiskunnan normit ovat lähtökohtana esimerkiksi sateenkaarinuoria koskevalle lainsäädännölle, terveyspalveluille sekä osittain myös ihmisten yleiselle suhtautumiselle sateenkaarinuoria kohtaan. Esimerkiksi nuorten esiin nostamat sukupuolen korjaamisprosessin parempi saatavuus, sateenkaarevuutta enemmän sisältävä perusopetus sekä muunsukupuolisille tarkoitetut hygieniatilat ovat asioita, joiden muutoksen on lähdettävä yhteiskunnasta. Tällä tutkimuksella pyrittiinkin lisäämään yhteiskunnallista tietoutta sateenkaarinuorten kokemuksista, jotta yhteiskunnan muutosten kautta sateenkaarinuoret tulevaisuudessa saisivat parempaa tukea mielenterveydellisiin huoliinsa.

TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuksessa noudatettiin hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Tutkimukseen osallistuneet olivat yli 15-vuotiaita ja osallistuminen edellytti tietoon perustuvaa suostumusta. Asianmukaiset tutkimusluvat haettiin niiltä tahoilta, joita käytettiin osallistujien rekrytoinnissa. Aineistoa käsiteltiin ja se raportoitiin niin, että tutkittavien yksityisyyden suoja säilyi eikä yksittäistä vastaajaa voida tuloksista tunnistaa. (46.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan ihmistieteiden eettisen toimikunnan eettinen ennakkoarviointilausunto vaaditaan, jos tutkimus kohdistuu alle 15-vuotiaisiin. Tässä tutkimuksessa tutkimukseen osallistuneet olivat yli 15-vuotiaita, jolloin ennakkoarviointilausuntoa ei tarvittu. Tutkimuksen kohdistaminen yli 15-vuotiaisiin takasi myös sen, että tietoon perustuvalla suostumuksella voitiin varmistaa tutkittavien olevan tietoisia tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja tavoitteesta. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan eettisten periaatteiden mukaan yli 15-vuotiaalta alaikäiseltä tutkimukseen osallistumiseen riittää hänen oma tietoinen suostumuksensa. Tällöinkin huoltajia tulee informoida tutkimuksesta, mikäli tutkimusasetelma tai -kysymykset

sen sallivat. (46.) Tämä tutkimus koski nuorten seksuaalista suuntautumista ja sukupuoli-identiteettiä, jotka saattavat olla sensitiivisiä ja arkoja aiheita nuorelle. Huoltajilla ei välttämättä ole tietoa nuoren ajatuksista omasta seksuaalisesta suuntautumisesta tai sukupuoli-identiteetistä, joten huoltajien tiedottaminen tutkimuksesta olisi saattanut estää nuoria osallistumasta tutkimukseen. Tällöin oli perusteltua tutkia alaikäisiä myös ilman huoltajan informointia.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan uskottavuuden, vahvistettavuuden, riippumattomuuden, siirrettävyyden ja autenttisuuden kriteereillä. Tutkimuksen uskottavuutta lisää triangulaation käyttö aineistonkeruumenetelmien valinnassa sekä tutkimuksen tarkoituksen sekä aineistonkeruumenetelmien yhteensopivuus. Valituilla aineistonkeruumenetelmillä sekä tutkimuskysymysten muotoilulla saatiin tutkimuksen tarkoitusta hyvin vastaava tutkimustulos. (47.) Aiheen sensitiivisyyden vuoksi, tutkimuksessa osallistujilta kerättiin vain välttämättömät taustatiedot kuten ikä ja asuinalue kontekstin esiin tuomiseksi. Tämä saattoi lisätä sensitiivisen tutkimusaiheen osallistujien määrää, mutta toisaalta saattaa myös heikentää tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä (47).

Tutkimuksen vahvistettavuutta sekä autenttisuutta lisää se, että tutkimuksen tulokset ovat analyysivaiheessa muodostuneet puhtaasti osallistujien tuottamasta informaatiosta, ja ne edustavat hyvin alkuperäisaineistoa. Ala-, ylä- ja pääluokat kuvaavat kattavasti koko aineistoa eikä oleellista tietoa ole epähuomiossa tai tahallisesti jätetty pois. Myöskään aineistoa, joka ei vastannut tutkimuskysymyksiin, ei ole otettu mukaan analyysiin. (48, 49.) Tutkimuksen uskottavuutta ja riippumattomuutta saattaa heikentää se, että aineisto on analysoitu vain yhden tutkijan toimesta (47). Tutkimusprosessissa hyödynnettiin kuitenkin koko ajan mahdollisuutta keskustella analyysiprosessista sekä luokkien muodostamisesta tutkijakollegoiden kanssa, ja näin ollen vahvistettiin aineiston analyysin uskottavuutta ja riippumattomuutta.

Raportointivaiheessa tutkimuksen uskottavuutta, vahvistettavuutta sekä riippumattomuutta lisää koko tutkimusprosessin tarkka kuvaus ja taulukoiden käyttö (47,50). Tutkimusmenetelmät, analyysin vaiheet ja luokkien muodostumisen prosessi on kuvattu tarkasti sekä tutkijan tekemät päätökset on perusteltu (49). Raportointivaiheessa käytetyt alkuperäisilmaisut tuovat esiin aineiston ja tulosten välisen yhteyden, joka lisää tutkimuksen vahvistettavuutta sekä autenttisuutta (47).

JOHTOPÄÄTÖKSET

Sateenkaarinuorten mielenterveydellisten huolien aiheuttajiksi kuvattiin sekä laajoja yhteiskunnan rakenteissa olevia tekijöitä, että pienempiä, sateenkaarinuorten päivittäisessä elämässä näkyviä asioita. Sateenkaarinuoret tarvitsivat monenlaista tukea sekä yhteiskunnalta, mutta myös ympärillä olevilta ihmisiltä ja läheisiltään. On selvää, että yhteiskunnan rakenteiden, lainsäädännön sekä yhteiskunnassa vallitsevan yleisen mielipiteen muuttaminen vaatii aikaa ja pitkäjänteistä työtä koko yhteiskunnalta. Sen sijaan esimerkiksi sateenkaarinuorten kiusaamiseen ja syrjintään puuttuminen, niiden ehkäiseminen ja sateenkaarinuorten kohtaaminen ennakkoluulottomasti ovat asioita, joihin jokainen yhteiskunnan jäsen voi omalla toiminnallaan vaikuttaa. Peruskoulussa tulisi kiinnittää erityistä huomiota sateenkaarinuorten kiusaamisen ehkäisyyn ja tasavertaiseen kohteluun.

Tuloksissa mielenkiintoisena seikkana nousi esiin muun muassa peruskoulun puutteellinen opetus sateenkaarevuudesta. Opetussuunnitelman sisällöstä sekä sen muutoksista vastaa Suomessa opetushallitus (51). Toisaalta valtakunnallinen opetussuunnitelma on vain perustana paikallisille opetussuunnitelmille, joissa yksittäisillä kouluilla ja jopa yksittäisillä opettajilla on päätösvalta opetuksensa tarkemmasta sisällöstä. Jatkotutkimusta tarvitaan siitä, kuinka laajasti tänä päivänä peruskoulujen opetuksessa käsitellään sateenkaarevuutta ja ilmeneekö opetuksessa esimerkiksi puutteellista tai virheellistä tietoa sateenkaarevuudesta. On myös hyvä pohtia, vähenisikö sateenkaarinuorten kokema kiusaaminen ja syrjintä, jos peruskoulussa lisättäisiin opetusta sateenkaarevuudesta.

Terveydenhuolto nousi tutkimuksen tuloksissa monestakin näkökulmasta esille. Sateenkaarinuoret kokivat, että terveyspalveluissa ei ole tarpeeksi tietoa, palveluita on vaikea saada sekä siellä esiintyy myös epäasiallista käyttäytymistä sateenkaarinuoria kohtaan. Terveydenhuollossa jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen tulisi tarkastella omia lähtökohtiaan sekä pohtia omaa

tietopohjaa, asenteita sekä mahdollisia ennakkoluuloja sateenkaarinuoria kohdatessaan. Tämän lisäksi johtopäätöksenä voidaan todeta, että sateenkaarinuorten mielenterveyden ylläpitämiseksi ja sen parantamiseksi tarvitaan selvästi lisää mielenterveyspalveluita sekä niiden saatavuuden parantamista. Tässä tutkimuksessa sateenkaarinuoret Itä- sekä Pohjois-Suomesta jäivät edustamatta, joten lisää tutkimusta sateenkaarinuorten kokemuksista suomalaisesta terveydenhuollosta tarvitaan maanlaajuisesti.

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Kuivaniemi, Lindfors ja Kylmä ovat osallistuneet tutkimuksen alkuun saattamiseen ja suunnitteluun. Kuivaniemi on kerännyt ja analysoinut aineiston sekä luonnostellut artikkelikäsikirjoituksen. Lindfors ja Kylmä ovat osallistuneet keskusteluun analyysista koko analyysivaiheen ajan. Kylmä ja Lindfors ovat tarkastaneet artikkelikäsikirjoituksen kriittisesti vaikuttaen merkittävästi sen sisältöön. Kaikki kirjoittajat ovat hyväksyneet käsikirjoituksen kokonaisuudessaan.

RAHOITTAJAT:

Tutkimusta ei ole rahoittanut mikään taho.

Kuivaniemi, R., Lindfors, K., Kylmä, J. ***Factors behind LGBTQ youth's mental health concerns and their need for support – LGBTQ youth's own perspective*****. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2025: 62: 123–137.**

The occurrences of depressive symptoms, anxiety and suicidality are greater among LGBTQ youth than other youth. In global literature the underlying factors of mental health worries in LGBTQ youth have been recognized, however a lack of similar research in Finnish context exists. Although the status of Finnish LGBTQ persons has improved within few years, a clear disparity in health between LGBTQ youth and other youth exists. Therefore, LGBTQ youth are a vulnerable group in Finnish society.

The purpose of the research was to describe the underlying factors of mental health concerns in LGBTQ youth and their needs for support from their own perspective. The study was conducted qualitatively. The data of the study was conducted from Finnish LGBTQ youth aged 15 or more (n=22). The data was collected by using an electric survey and interviews. The data of the study was analysed by using inductive content analysis method.

The underlying factors of mental health worries in LGBTQ youth were the lack of societal knowledge and understanding, the negative self-image of LGBTQ youth, the insecure social network of LGBTQ youth, the inadequate attention of LGBTQ youth in health care system, challenges in everyday life, the vulnerable societal status of LGBTQ youth, the inappropriate treatment of LGBTQ youth and the difficulty of bringing forward own LGBTQ identity. LGBTQ youth needed support from health care professionals, surrounding people, other LGBTQ persons and from people with societal influence. LGBTQ youth needed support in everyday life and in the improvement of the societal status.

Both, broad factors in the structures of society and smaller issues visible in the daily life of LGBTQ youth were described as the causes of LGBTQ youth's mental health concerns. Changing the structures of society and legislation requires time and long-term work from the whole society. Every member of society can influence the bullying of LGBTQ youth, its intervention and prevention, and the open-minded encounter of LGBTQ youth with their own actions. More research on, for example, primary school teaching about the LGBTQ people and LGBTQ youth's experiences of Finnish health care is needed nationwide.

Keywords: LGBTQ youth, mental health, mental health worry, support need

Saapunut 11.10.2023
Hyväksytty 07.08.2024

LÄHTEET

(1) Seta Ry. Sateenkaarisanasto. Luettu 18.3.2023. https://seta.fi/sateenkaaritieto/sateenkaarisanasto/

(2) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Sukupuolten tasa-arvo. Tasa-arvosanasto 2022. Luettu 18.3.2023. https://thl.fi/fi/web/sukupuolten-tasa-arvo/sukupuoli/tasa-arvosanasto

(3) Levounis P, Yarbrough E. Pocket Guide to LGBTQ Mental Health. Understanding the Spectrum of Gender and Sexuality. District of Columbia: American Psychiatric Association Publishing; 2020.

(4) United Nations. Global Issues. Youth n.d. Luettu 18.3.2023. https://www.un.org/en/global-issues/youth

(5) Nuorisolaki 21.12.2016/1285. https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20161285

(6) Marshall E, Claes L, Bouman WP, ym. Non-Suicidal Self-Injury and Suicidality in Trans People: A Systematic Review of the Literature. Int Rev Psychiatry 2016;28: 58–69. doi: 10.3109/09540261.2015.1073143

(7) Semlyen J, King M, Varney J, ym. Sexual Orientation and Symptoms of Common Mental Disorder or Low Wellbeing: Combined Meta-Analysis of 12 UK Population Health Surveys. BMC Psychiatry 2016; 16: 67–67. doi: 10.1186/s12888-016-0767-z

(8) Alanko K. Mitä kuuluu sateenkaarinuorille Suomessa? Helsinki: Nuorisotutkimusseura; 2014. http://www.nuorisotutkimusseura.fi/images/julkaisuja/sateenkaarinuori.pdf

(9) Jokela S, Luopa P, Hyvärinen A, ym. Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien nuorten hyvinvointi. Kouluterveyskyselyn tuloksia 2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2020. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140742/URN_ISBN_978-952-343-580-3.pdf

(10) Heino E, Fröjd S, Marttunen M, ym. Transgender Identity Is Associated With Severe Suicidal Ideation Among Finnish Adolescents. Int J Adolesc Med Health 2021; 35: 101–108. doi: 10.1515/ijamh-2021-0018

(11) Hall WJ. Psychosocial Risk and Protective Factors for Depression Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Queer Youth: A Systematic Review. J Homosex 2018; 65:263–316. doi: 10.1080/00918369.2017.1317467

(12) Hunter J, Butler C, Cooper K. Gender Minority Stress in Trans and Gender Diverse Adolescents and Young People. Clin Child Psychol Psychiatry 2021; 26: 1182–1195. doi: 10.1177/13591045211033187

(13) Argyriou A, Goldsmith KA, Rimes KA. Mediators of the Disparities in Depression Between Sexual Minority and Heterosexual Individuals: A Systematic Review. Arch Sex Behav 2021;50: 925–959. doi: 10.1007/s10508-020-01862-0

(14) Hunt QA, Morrow QJ, McGuire JK. Experiences of Suicide in Transgender Youth: A Qualitative, Community-Based Study. Arch Suicide Res 2020; 24: 340–355. doi: 10.1080/13811118.2019.1610677

(15) Heinemann J, Atallah S, Rosenbaum T. The Impact of Culture and Ethnicity on Sexuality and Sexual Function. Curr Sex Health Rep 2016; 8:144–150. doi: 10.1007/s11930-016-0088-8

(16) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Sukupuolten tasa-arvo. Sukupuolen moninaisuus 2023. Luettu 18.3.2023.https://thl.fi/fi/web/sukupuolten-tasa-arvo/sukupuoli/sukupuolen-moninaisuus

(17) Johnson KC, LeBlanc AJ, Deardorff J, ym. Invalidation Experiences Among Non-Binary Adolescents. J Sex Res 2020; 57: 222–233. doi: 10.1080/00224499.2019.1608422

(18) McDermott E, Hughes E, Rawlings V. The Social Determinants of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Youth Suicidality in England: A Mixed Methods Study. J Public Health 2018; 40:244–251. doi: 10.1093/pubmed/fdx135

(19) Meyer IH. Resilience in the Study of Minority Stress and Health of Sexual and Gender Minorities. Psychol Sex Orientat and Gend Divers 2015;2: 209–213. doi: 10.1037/sgd0000132

(20) Wilson EC, Chen Y-H, Arayasirikul S, ym. The Impact of Discrimination on the Mental Health of TransFemale Youth and the Protective Effect of Parental Support. AIDS Behav 2016;20: 2203–2211. doi: 10.1007/s10461-016-1409-7

(21) Russell ST, Ryan C., Toomey RB, ym. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adolescent School Victimization: Implications for Young Adult Health and Adjustment. J Sch Health 2011;81: 223–230. doi: 10.1111/j.1746-1561.2011.00583.x

(22) Hatchel T, Valido A, De Pedro KT, ym. Minority Stress Among Transgender Adolescents: The Role of Peer Victimization, School Belonging, and Ethnicity. J Child Fam Stud 2018; 28: 2467–2476. doi: 10.1007/s10826-018-1168-3

(23) Johnson KC, LeBlanc AJ, Sterzing PR, ym. Trans Adolescents' Perceptions and Experiences of Their Parents' Supportive and Rejecting Behaviors. J Couns Psychol 2020;67: 156–170. doi: 10.1037/cou0000419

(24) Abreu RL, Kenny MC. Cyberbullying and LGBTQ Youth: A Systematic Literature Review and Recommendations for Prevention and Intervention. J Child Adolesc Trauma 2017; 11:81–97. doi: 10.1007/s40653-017-0175-7

(25) Kaltiala R, Heino E, Työläjärvi M, ym. Adolescent Development and Psychosocial Functioning After Starting Cross-Sex Hormones for Gender Dysphoria. Nord J Psychiatry 2020; 74: 213–219. doi: 10.1080/08039488.2019.1691260

(26) Sood R, Chen D, Muldoon AL, ym. Association of Chest Dysphoria With Anxiety and Depression in Transmasculine and Nonbinary Adolescents Seeking Gender-Affirming Care. J Adolesc Health 2021; 68: 1135–1141. doi: 10.1016/j.jadohealth.2021.02.024

(27) Higgins A, Downes C, Murphy R, ym. LGBT+ Young People's Perceptions of Barriers to Accessing Mental Health Services in Ireland. J Nurs Manag 2021; 29: 58–67. doi: 10.1111/jonm.13186

(28) Flanders CE, Dobinson C, Logie C. Young Bisexual Women's Perspectives on the Relationship Between Bisexual Stigma, Mental health, and Sexual Health: A Qualitative Study. Crit Public Health 2017; 27:75–85. doi: 10.1080/09581596.2016.1158786

(29) Palonen M, Kylmä J. Avoin haastattelu ja teemahaastattelu aineistonkeruumenetelminä laadullisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 2022; 34:281–294.

(30) Elo S, Kajula O, Tohmola A, ym. Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. Hoitotiede 2022; 34: 215–225.

(31) Opetushallitus. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2014. Terveystieto. Luettu 23.4.2023. https://www.oph.fi/fi/koulutus-ja-tutkinnot/perusopetuksen-opetussuunnitelman-perusteet

(32) Shiffman M, VanderLaan DP, Wood H, ym. Behavioral and Emotional Problems as a Function of Peer Relationships in Adolescents With Gender Dysphoria: A Comparison With Clinical and Nonclinical Controls. Psychol Sex Orientat Gend Divers 2016; 3: 27–36. doi: 10.1037/sgd0000152

(33) Rivers I, Gonzalez C, Nodin N, ym. LGBT People and Suicidality in Youth: A Qualitative Study of Perceptions of Risk and Protective Circumstances. Soc Sci Med 2018; 212:1–8. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.06.040

(34) Government of Canada. Immigration, Refugees and Citizenship Canada. Newsroom. Notice: Canadians can now identify as gender "X" on their passports 2019. Luettu 15.4.2023. https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/news/notices/gender-x-documents.html

(35) ILGA World – the International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association. State-Sponsored Homophobia. Global Legislation Overview Update 2020. Luettu 15.4.2023. https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf

(36) Blinken AJ. U.S Department of State. X Gender Marker Available on U.S. Passports Starting April 11, 2022. Luettu 15.4.2023. https://www.state.gov/x-gender-marker-available-on-u-s-passports-starting-april-11/

(37) Laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta 28.6.2002/563. https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2002/20020563

(38) Laki sukupuolen vahvistamisesta 2023/295. https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2023/20230295

(39) McDermott E, Gabb J, Eastham R, ym. Family Trouble: Heteronormativity, Emotion Work and Queer Youth Mental Health. Health 2021; 25: 177–195. doi: 10.1177/1363459319860572

(40) Gámez-Guadix M, Incera D. Homophobia Is Online: Sexual Victimization and Risks on the Internet and Mental Health Among Bisexual, Homosexual, Pansexual, Asexual and Queer Adolescents. Comput Human Behav 2021; 119: 106728. doi: 10.1016/j.chb.2021.106728

(41) McDermott E, Hughes E, Rawlings V. Norms and Normalisation: Understanding Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Queer Youth, Suicidality and Help-seeking. Cult Health Sex 2018; 20: 156–172. doi: 10.1080/13691058.2017.1335435

(42) Sava LM, Earnshaw VA, Menino DD, ym. LGBTQ Student Health: A Mixed- Methods Study of Unmet Needs in Massachusetts Schools. J Sch Health 2021; 91: 894–905. doi: 10.1111/josh.13082

(43) Simons L, Schrager SM, Clark LF, ym. Parental Support and Mental Health Among Transgender Adolescents. J Adolesc Health 2013; 53: 791–793. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.07.019

(44) Freitas DF, Coimbra S, & Fontaine AM. Resilience in LGB youths: A Systematic Review of Protection Mechanisms. Paidéia cadernos de Psicologia e Educacao 2017; 27: 69–79. doi: 10.1590/1982-43272766201709

(45) Gower AL, Rider GN, Brown C, ym. Supporting Transgender and Gender Diverse Youth: Protection Against Emotional Distress and Substance Use. Am J Prev Med 2018; 55: 787–794. doi: 10.1016/j.amepre.2018.06.030

(46) Tutkimuseettinen neuvottelukunta – TENK. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa 2019. PDF-julkaisu. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2020.pdf

(47) Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, ym. Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. SAGE open 2014; 4: 1–10. doi: 10.1177/2158244014522633

(48) Graneheim UH, Lundman B. Qualitative Content Analysis in Nursing Research: Concepts, Procedures and Measures to Achieve Trustworthiness. Nurse Educ Today 2004; 24: 105–112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

(49) Kyngäs H, Kääriäinen M, Elo S. The Trustworthiness of Content Analysis. Kirjassa: Kyngäs H, Mikkonen K, Kääriäinen M. (toim.) The application of content analysis in nursing science research. Cham: Springer International Publishing; 2020, 41-48.

(50) Kyngäs H. Qualitative Research and Content Analysis. Kirjassa: Kyngäs H, Mikkonen K, Kääriäinen M. (toim.) The application of content analysis in nursing science research. Cham: Springer International Publishing; 2020, 3-12.

(51) Opetushallitus. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2023. Luettu 20.4.2023. https://www.oph.fi/fi/koulutus-ja-tutkinnot/perusopetuksen-opetussuunnitelman-perusteet

Riikka Kuivaniemi
TtM

Kirsi Lindfors
TtT, laatupäällikkö
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri,
Lasten ja nuorten sairaudet

Jari Kylmä
FT, dosentti, professori (tenure track)
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta,
Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede

Artikkeli

Potilaiden kokema toimijuus perusterveydenhuollossa toteutetussa työkykykoordinaattoripalvelussa

Työkyvyn tuesta hyötyvien henkilöiden tunnistaminen sekä yksilöllisesti suunnattujen työkyvyn tukitoimien kehittäminen ovat ajankohtaisia työvoiman riittävyyden turvaamiseksi. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, miten potilaat kokivat toimijuutensa perusterveydenhuollossa toteutetussa työkykykoordinaattoripalvelussa. Euroopan sosiaalirahaston rahoittamassa TYKYTUO-hankkeessa toteutettiin kahden kunnan perusterveydenhuollossa merkintäkäytäntö, jossa hoitajat ja lääkärit havainnoivat sekä kirjasivat vastaanotolla, liittyikö työikäisten potilaiden käynnin syy työhön tai oliko heillä työkyvyn tuen tarvetta. Perusterveydenhuoltoon palkatut työkykykoordinaattorit kontaktoivat merkinnän saaneet potilaat ja tarjosivat heille mahdollisuutta tulla vastaanotolleen. Tutkimuksessa haastateltiin työkykykoordinaattorin tavanneita potilaita (n=10) kahdesti: ensimmäisen työkykykoordinaattoritapaamisen jälkeen ja noin puoli vuotta ensimmäisestä tapaamisesta. Induktiivisella sisällönanalyysilla aineistosta löydettiin kaksi yläluokkaa ja neljä alaluokkaa. Yläluokat jakautuivat potilaiden yksilölliseen kokemukseen rakenteiden luomasta passiivisuudesta sekä potilaiden kokemukseen autonomisuudesta. Potilaiden kokemukset toimijuudesta ja osallisuudesta vahvistuivat työkykykoordinaattoripalvelun myötä. Työkykykoordinaattoripalvelun koettiin myös toimineen merkittävänä toimintamallina yksilöllisten ja asiakaslähtöisten työkyvyn tukitoimien toteutumisessa. Tulosten perusteella työkykykoordinaattoripalvelulla olisi paikkansa osana työikäisten palvelukokonaisuutta perusterveydenhuollossa yhdenvertaisten työkyvyn tuen palvelujen saatavuuden turvaamiseksi ja potilaiden toimijuuden kokemuksen vahvistamiseksi.

ASIASANAT: työkykykoordinaattori, työkyvyn tuen palvelu, perusterveydenhuolto, toimijuus, laadullinen tutkimus

HANNA NURMI, LAURI VÄHÄTALO, ANNA SIUKOLA, TIIA REHO, SALLA ATKINS, MARKKU SUMANEN, MERVI VILJAMAA, RIITTA SAUNI

YDINASIAT

- Työkyvyn tuen tarpeen tunnistaminen on osoitettu perusterveydenhuollossa puutteelliseksi.
- Potilaiden kokemukset toimijuudesta ja osallisuudesta vahvistuivat työkykykoordinaattoripalvelun myötä.
- Työikäisten palvelukokonaisuuden kehittäminen on tärkeää työvoiman riittävyyden turvaamiseksi.
- Tutkimusta työikäisten palvelutarpeen tunnistamisesta tarvitaan, jotta työkykykoordinaattorin palvelusta eniten hyötyvät ryhmät tunnistetaan ja kyetään ohjaamaan palvelujen piiriin.

JOHDANTO

Työttömien, erityisesti pitkäaikaistyöttömien, määrä on viimeaikaisen työ- ja elinkeinoministeriön selvityksen mukaan kasvussa (1). Tiedetään, että työttömien joukossa on runsaasti henkilöitä, joiden työkykyä voitaisiin tukea yksilön tarpeeseen perustuvalla hoidolla tai kuntoutuksella. Sosiaali- ja terveysministeriössä tehty selvitys osoittaa, että pitkäaikaistyöttömistä lähes viidesosan työkykyä olisi mahdollista kohentaa työkyvyn tuen toimilla (2). Työkyvyn tuen palveluilla tarkoitetaan sosiaali- ja terveysministeriön (3)

mukaan "*sosiaali- ja terveydenhuollon, työterveyshuollon, kuntoutuksen, työvoimaviranomaisen ja Kelan palveluita, joilla edistetään työikäisten työ- ja toimintakykyä, työllistymiskykyä ja työllistymistä.*" Vaikka työttömien suurempi työkyvyn tuen tarve tiedostetaan, jää merkittävä osa työttömien heikentyneestä työkyvystä ja työkyvyn tuen tarpeesta tunnistamatta ja hoitamatta. Työkyvyn tuesta hyötyvien henkilöiden ja työkykyriskien varhainen tunnistaminen sekä yksilöllisesti suunnatut työkyvyn tukitoimet ovat keinoja työllisyysasteen nostamiseksi. (2.) Varhaisilla ja asiakaslähtöisillä työkyvyn tukitoimilla on myös mahdollista turvata työvoiman riittävyys sekä vähentää merkittävästi menetetystä työpanoksesta johtuvia yhteiskunnallisia kustannuksia ja inhimillistä kärsimystä (4,5).

Aiemmissa tutkimuksissa pitkään työttömänä olleiden on havaittu käyttävän terveydenhuollon ja kuntoutuksen palveluita muuta väestöä vähemmän, vaikka heidän palvelutarpeensa ovat suuremmat ja moninaisemmat, ja vaikka he voivat yleisesti muuta väestöä heikommin (6–9). Terveyspalvelujen sosioekonomisia käyttöeroja on aiemmissa tutkimuksissa selitetty esimerkiksi monimutkaisella palvelujärjestelmällä sekä korkeasti koulutettujen paremmalla tietotaidolla navigoida palvelujärjestelmässä sekä kyvyllä vaatia hoitoa (10,11).

Valtaosa palkansaajista on työterveyshuollon piirissä (89,9 % vuonna 2022) (12). Työttömät sekä muut työterveyshuollon ulkopuolella olevat, kuten pätkätyöläiset ja yrittäjät, taas käyttävät pitkälti kunnallisia terveyspalveluja. Monitoimijaisen järjestelmän sekä kokonaisuuden koordinoinnin puutteellisuuden vuoksi työkyvyn tuen prosesseja on luonnehdittu pirstaleisiksi ja monimutkaisiksi (13,14). Alueellisesti työikäisten työkyvyn tuen palvelutarjonta vaihtelee, mikä vaikuttaa palvelujen saatavuuteen (15,16). Tutkimusten mukaan perusterveydenhuollon ammattilaisten osaaminen monialaisen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arvioinnin tekemiseen on riittämätöntä (17–19), eivätkä rakenteet määrittele, miten ja millä tavalla verkostoyhteistyötä tulisi tehdä (2,20). Tutkimus on osoittanut, että laaja palvelu- ja etuusjärjestelmä johtaa heikossa työmarkkina-asemassa olevien näkökulmasta useisiin palvelutapahtumiin sekä siirtymiin palvelujen ja etuuksien välillä (21).

Työkyvyn varhaista tukemista on kehitetty osana sote-uudistusta, sillä vuoden 2023 alusta vastuu työkyvyn tuen palveluista siirtyi hyvinvointialueille, ja työkyvyn tuen palvelut muodostuvat osaksi sosiaali- ja terveyshuollon palveluja. Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan hyvinvointialueiden tulee järjestää työterveyshuollon ulkopuolelle jäävien terveystarkastukset ja terveysneuvonta (22). Näitä palveluita lukuun ottamatta hyvinvointialueilla ei kuitenkaan ole olemassa työkyvyn tuen palvelujen järjestämistä koskevaa lainsäädäntöä. Vuoden 2025 alusta on kuitenkin tulossa voimaan laki työllistymisen monialaisesta edistämisestä (381/2023), joka määrittelee työvoimaviranomaisen, hyvinvointialueen ja Kansaneläkelaitoksen velvollisuuden tehdä yhteistyötä työttömän monialaisen palvelutarpeen arvioimiseksi (23). Työkykyohjelman loppuraportissa esitetään, että hyvinvointialueiden tulisi ottaa aktiivinen rooli tulevan toiminnan suunnittelussa ja siten vahvistaa sosiaali- ja terveyspalvelujen näkökulmaa osana monialaista tukea (24).

Osalla hyvinvointialueita on vuoden 2023 alusta alkaen aloittanut toimintansa moniammatillinen työkyvyn tuen tiimi, jonka toiminta perustuu työkykyohjelman antamiin suosituksiin (25). Toiminnan keskiössä on työkykykoordinaattori tai vastaava asiantuntija, jonka vastuulla on kokonaisprosessin, sidosryhmien sekä potilasohjauksen koordinointi. Työkykykoordinaattorit ovat työelämän ja palvelujärjestelmän asiantuntijoita, joiden tehtävänä on yhdessä osatyökykyisen kanssa löytää yksilöllisiä ratkaisuja työkyvyn ja työllistymisen haasteisiin monialaista yhteistyötä hyödyntäen. Siun soten työkykyohjelman pilotissa näitä ammattilaisia kuvattiin tarpeelliseksi lisäksi potilasohjauksen ja verkostoyhteistyön koordinointiin (26). Työkyvyn tuen tiimien toimintaa ohjaavan lainsäädännön puuttuessa vaikuttaa kuitenkin siltä, ettei kaikilla hyvinvointialueilla työkyvyn tuen palvelujen tuottaminen perustu työkyvyn tuen tiimi -malliin (24).

Sosiaali-, terveys- ja työllisyyspalvelujen uudistamisen tavoitteissa korostuu asiakaslähtöisyyden lisäksi niiden kehittäminen potilaan omaa toimijuutta vahvistaviksi. Varhaista työkyvyn tuen tarpeen tunnistamista kehitettäessä on tärkeää pohtia ammattilaisten mahdollisuuksia vahvistaa potilaiden itseohjautuvuutta sekä osallisuuden ja toimijuuden kokemusta. (27.) Työ-

kykykoordinaattori voi osaltaan ratkaista sirpaleisen palvelujärjestelmän haasteita kohtaamalla potilaat sekä ohjaamalla heidät oikea-aikaisesti tarvitsemiensa palvelujen piiriin. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan kahdella pirkanmaalaisella terveysasemalla pilotoidun työkykykoordinaattoripalvelun kykyä tukea potilaiden toimijuutta potilaiden yksilöllisten kokemuksien näkökulmasta.

TOIMIJUUS TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHTANA

Yhtenä näkökulmana yksilön ja yhteiskunnan välisen asetelman tarkastelussa voidaan pitää toimijuutta. Toimijuudesta ei ole yksiselitteistä määritelmää, vaan se on monitahoinen ja abstrakti käsite (28), jolla tarkoitetaan yleisesti yksilön kykyä toimia ja vaikuttaa yhteiskuntaan (29). Kun sosiaalitieteissä toimijuutta käsitellään yhteiskunnan ja yksilön välisessä suhteessa, tarkastellaan sitä, milloin yksilöiden toimintaa ohjaavat omat valinnat ja milloin yhteiskunnan rakenteet tai kulttuuriset normit (30). Toimijuus perustuu näin ollen yksilön käsitykseen pystyvyydestään, jolloin ympäristötekijät joko mahdollistavat tai rajoittavat toimijuutta (31). Mäntynevan ja Isolan mukaan toimijuus voidaan ymmärtää yksilöiden, yhteisöjen ja yhteiskunnan välistä suhdetta sekä dynaamista prosessia ilmentävänä käsitteenä (32).

Tässä tutkimuksessa toimijuutta lähestytään hermeneuttisfenomenologisen kokemuskäsitteen kautta. Kokemus määritellään siinä yksilölliseksi tajunnalliseksi toiminnaksi, mikä edellyttää tutkijan suorittamaa tulkintaa toisen kokemuksesta tiedostaen omat ennakko-oletuksensa (33,34). Kokemus on kohteeseen suuntautunutta, jolloin se edellyttää kokijan ja kokemuksen kohteen välistä liittoa. Lisäksi kokemuksen tutkimus jäsentää kokemusta tapahtuneessa kontekstissa, mikä tässä tapauksessa tarkoittaa työkykykoordinaattoripalvelua. (35.)

Toimijuus käsitetään tässä tutkimuksessa mahdollisuutena vaikuttaa ja saada aikaan muutoksia, jolloin osallisuus sisältyy toimijuuteen ja toteutuu sosiaalisissa suhteissa (36). Isola ja kumppanit tarkastelevat osallisuutta tilana, jossa resurssit, inhimilliset tarpeet ja toiminta ovat vuorovaikutuksessa (37). Osallisuus on yksilön kokemusta kuuluvuuden, merkityksellisyyden ja elämän hallinnan ja ennakoitavuuden tunteista (38). Aiemmassa tutkimuksessa osallisuuden kokemuksen on havaittu olevan heikompaa työttömillä kuin työllisillä (39). Yleisesti heikko osallisuuden kokemus liittyy hyvinvoinnin vajeisiin, työkyvyttömyyteen ja heikentyneeseen työkykyyn, jotka vähentävät ihmisen mahdollisuuksia tehdä hyvinvointiaan edistäviä valintoja (39,40). Toisin sanoen osallisuutta kokeva ihminen pystyy hyödyntämään toimintavalmiuksiaan ja tekemään valintoja, jotka edistävät omaa terveyttä ja hyvinvointia (37). Osallisuuden kokemukset luovat toimijuuden ja elämänhallinnan kokemuksia, mutta myös kokemusta tunnustetuksi tulemisesta merkityksellisenä itsenään. Osallisuuden edistämisellä voidaan vahvistaa myös luottamusta yhteiskuntaan sekä omiin mahdollisuuksiin kehittäen kokonaisvaltaista hyvinvointia. (39,41.)

Yksilön aktiivista toimijuutta on pidetty yleisesti tavoiteltavana hyveenä, mitä vasten työttömyyden lisäämä osattomuuden kokemus on ristiriidassa yhteiskunnan ihanteen kanssa. Työkyvyttömyyden onkin havaittu lisäävän arvottomuuden ja syyllisyyden tunnetta. (42.) Osallisuuden ja toimijuuden kokemusten edistäminen on nähty välttämättöminä tekijöinä työkykyisyyden parantamisessa (43). Osallisuutta voidaan edistää palveluissa kohtaamalla potilas ja ottamalla mukaan häntä koskeviin päätöksiin (39,40). Ammattilaisen ja potilaan välisessä suhteessa toimijuus kytkeytyy dialogisuuteen eli jaettuun vastuuseen ja vastavuoroisuuteen. Ammattilaisella tulee olla kykyä ottaa potilaan tarpeet huomioon ja vahvistaa orastavaa motivaatiota sekä kannustaa henkilöä omissa valinnoissaan. (27.) Tätä kutsutaan myös jaetuksi toimijuudeksi, jolloin yhteisen työskentelyn tavoitteena on potilaan hyvinvointi ja henkilökohtaisen toimijuuden vahvistuminen (44).

Toimijuutta edistäviä ja rajoittavia tekijöitä on tutkittu aiemmin heikossa työmarkkina-asemassa olevilla, esimerkiksi työllistymistä tukevien sosiaali-, terveys-, kuntoutus-, ja työllisyyspalvelujen ja etuuksien (21), kuntouttavan työtoiminnan (45), MS-tautia sairastavien (46) sekä pitkäaikaistyöttömyyden (47) kontekstissa. Tutkimukset ovat luoneet uutta näkemystä siihen, millaiset palvelujen rakenteisiin sekä organisointiin liittyvät käytännöt ovat oleellisia heikossa työmarkkina-asemassa olevien toimijuuden vahvistamiselle tai rajoittumiselle (21). Aiemmat tutkimukset osoittavat esimerkiksi Suomen etuusjärjestelmän syyperustaisuuden, tarveharkinnan ja sanktioiden rajoittavan ihmis-

ten toimijuutta. Kaikista vaikeimpiin tilanteisiin joutuvat usein erityisesti moniongelmaiset henkilöt ja pitkäaikaistyöttömät, jotka elävät useiden palvelujen ja etuisuuksien varassa. (48,49.) Heidän kannaltaan toimijuuden kokemusta käsittelevä tutkimus on merkityksellistä, sillä sen avulla voidaan saada haavoittuvassa asemassa olevien ääni kuuluviin (49). Tämä tutkimus täydentää aiempaa tutkimusta heikossa työmarkkina-asemassa olevien toimijuuden kokemuksesta vielä vähäisesti tutkitun työkykykoordinaattoripalvelun kontekstissa.

TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksessa tarkasteltiin haastattelujen avulla perusterveydenhuollossa järjestettyyn työkykykoordinaattoripalveluun osallistuneiden potilaiden kokemaa toimijuutta. Tutkimuskysymykset olivat: 1) Kuinka potilaat kokivat toimijuutensa perusterveydenhuollossa toteutetussa työkykykoordinaattoripalvelussa? 2) Miten potilaiden kokemus toimijuudesta näyttäytyy suhteessa ympäröivään palvelujärjestelmään?

MENETELMÄT

AINEISTO

Tämä tutkimus oli osa TYKYTUO-hanketta (Työkyvyn tuella pidempiä työuria ja tuottavuutta – toimintamallit monialaiseen yhteistyöhön, 2020–2023), jossa kehitettiin työkykyä uhkaavien tekijöiden varhaista tunnistamista perusterveydenhuollossa ja potilaiden ohjautumista työkyvyn tuen palveluun. Hanketta rahoitti Euroopan sosiaalirahasto (ESR). Hankkeen toimesta palkattiin kahden pirkanmaalaisen paikkakunnan perusterveydenhuoltoon työkykykoordinaattori. Hankkeessa toteutettiin 10/2020–09/2021 välisenä aikana interventio, jossa terveysaseman lääkärit ja hoitajat koulutettiin arvioimaan vastaanottokäynnin yhteydessä, hyötyisikö potilas työkyvyn tuen palvelusta tai liittyikö käynnin syy työhön. Potilaalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa perusterveydenhuollossa asioinutta henkilöä, joka on itse hakeutunut terveydenhuollon palvelujen piiriin. Mikäli toinen tai molemmat ehdoista täyttyivät, tekivät lääkärit ja hoitajat kyllä-merkinnän potilastietojärjestelmään. Kuukauden lopuksi kyllä-merkinnän saaneet listattiin työkykykoordinaattoreille, jotka soittivat kaikille merkinnän saaneille potilaille (n=851) ja tarjosivat vastaanottoaikaa työkykykoordinaattoripalveluun.

Työkykykoordinaattorien tehtävänä oli kartoittaa työkyvyn tuen palvelujen tarve sekä suunnitella mahdolliset jatkotoimenpiteet. Potilailla saattoi olla sairauden tai vamman vuoksi vaikeuksia selviytyä nykyisessä työtehtävässä tai opiskelupaikassa. He tarvitsivat myös tukea työelämässä pysymiseen tai sinne palaamiseen. Merkinnän saaneista potilaista noin kolmasosa (n=306) oli työterveyshuollon asiakkaita, ja heidät ohjeistettiin olemaan yhteydessä omaan työterveyshuoltoon. Viidesosa (n=240) potilaista ei ollut kohderyhmää (vakituinen asuinpaikka muualla, työmarkkinoiden ulkopuolella, järjestelmävirhe), osaa ei tavoitettu lainkaan (n=141) tai he eivät halunneet tavata työkykykoordinaattoria (n=105). Lopulta työkykykoordinaattorit tapasivat 59 potilasta.

Haastateltaviksi valikoituivat kaikista työkykykoordinaattorin vastaanotolla käyneistä potilaista ne, jotka antoivat suostumuksen haastattelututkimukseen (n=10). Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, eikä se vaikuttanut palvelun käyttöön tai sen laajuuteen. Jokaiselta tutkimukseen osallistuneelta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumiseen ja heitä informoitiin tutkimuksesta tutkimustiedotteella sekä suullisesti haastattelun alkaessa. Potilaat haastateltiin yksittäin ensimmäisen ja viimeisen työkykykoordinaattorikäynnin jälkeen. Alku- ja loppuhaastattelujen aikaväli oli noin puoli vuotta, ja ne toteutettiin puhelimella yhden tutkijan toimesta. Alku- ja loppuhaastattelut analysoitiin erikseen eikä niitä yhdistetty. Alkuhaastattelun litteroidun aineiston laajuus oli 127 sivua ja loppuhaastattelujen 104 sivua.

Kaikki haastatellut olivat samalta paikkakunnalta, vaikka molemmilla paikkakunnilla asioineilla oli yhtäläinen mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Aineistossa olevat kuvaukset käsittelevät siis yhden työkykykoordinaattorin palveluun liittyviä kokemuksia. Nauhoitetut alkuhaastattelut kestivät keskimäärin 24 minuuttia ja loppuhaastattelut keskimäärin 19 minuuttia. Haastateltavista seitsemän oli naisia ja kolme miehiä. Haastateltavien keski-ikä oli 46 vuotta nuorimman ollessa 27-vuotias ja vanhimman 57-vuotias. Anonymiteetin varmistamiseksi litterointivaiheessa poistettiin kaikki tunnisteelliset tiedot, kuten haastateltavien tai heidän mainit-

Taulukko 1. Esimerkki ala- ja yläluokkien luomisesta

Aineisto-ote	Koodi	Alaluokka	Yläluokka
”Mutta siis tää oli tosi hyvä juttu tälläsille yksinyrittäjille, joilla ei välttämättä ole työterveyshuollon palveluita. Että pääsee kuuleen asioita, mikä kuuluu yrittäjille tai on Kelan kautta ilmasta, koska niistä ei vaan saa tietoo mistään. Toi on tosi tärkeetä, ihan oikeesti mä itkin, kun mä tulin sieltä, että joku on kiinnostunu mun asioista. Se on oikeesti iso juttu siinä kohtaa, kun se kolahtaa.”	Yksinyrittäjät	Tietämättömyys palveluista	Potilaiden yksilöllinen kokemus rakenteiden synnyttämästä passiivisuudesta
”No, kyllä se varsinkin nyt kun se [työvalmentaja] meni kunnalle, niin tuntuu että siellä on niin jämäkkä ote, että pääasia että saadaan vaan tilastosta pois. Melkein menee uhkailun puolelle mun mielestä, että nyt meet jonnekin työkokeiluun tai johonkin, tai sitten ollaan pajalla pari kuukautta ja mietitään asioita ja tehdään siellä ilmaista työtä sitten muiden kanssa. Ei siellä oikeestaan sitä fyysistä kuntoa ja terveyttä paljon otettu esille, niin silleen et se oli vaan et, tota... Tavoitteena oli vaan se työllistyminen melkein keinolla kun keinolla.”	Pakotteet	Osattomuuden kokemus palveluissa	Potilaiden yksilöllinen kokemus rakenteiden synnyttämästä passiivisuudesta
”Kyllä se hoitoon vaikuttaa, et ei oo mahdollista niin sanotusti saada omalääkäriä. Kyl se vaikuttaa, koska vähintään vartti menee niiden oireiden selvittämiseen, jotka on kirjoitettu sinne jo moneen kertaan. Sen jälkeen hän rupee miettimään mitäs diagnoosia tässä nyt sitten ruvetaan miettimään… Jos se ois sama lääkäri, niin niissä asioissa päästäis aina eteenpäin, eikä koko ajan junnattais samoja asioita”	Tiedon välittymisen yhteys saatuun hoitoon	Potilas tiedon välittäjänä palveluissa	Potilaiden kokema autonomisuus

semien henkilöiden nimet, iät ja paikkakunnat. Puolistrukturoiduissa teemahaastatteluissa kartoitettiin henkilöiden elämäntilannetta, työkykyä ja siihen liittyviä odotuksia sekä työkykykoordinaattoritapaamiseen liittyviä kokemuksia. Tutkimuksella on Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen alueellisen eettisen toimikunnan puoltava lausunto (R20083).

ANALYYSIMENETELMÄ

Tutkimus lukeutuu fenomenologishermeneuttiseen perinteeseen (50). Fenomenologishermeneuttisen tutkimusperinteen tutkimuskohde on ihmisen oleminen ja siihen liittyvät kokemukset. Tutkimuksen tavoitteena oli käsitteellistää tutkittava ilmiö eli kokemuksen merkitys ja nostaa näkyväksi se, mikä on koettu, muttei tietoisesti ajateltu. (34,35.) Fenomenologisessa tutkimusperinteessä tutkitaan kokemuksia ja niiden merkityssisältöjä. Merkitykset, joita pystytään toisten kokemuksista ymmärtämään ovat yhteisöllisiä ja jaettuja. Hermeneuttinen ulottuvuus on mukana ilmaisujen merkitysten tulkitsemiseksi. (51.) Analyysitapa edellyttää tutkijalta tietoista irtisanoutumista omista ennakkokäsityksistä, ja sen tavoitteena on paljastaa haastatellun kokemus sellaisena kuin se on koettu (52). Tutkimuksen analyysi on toteutettu kriittisesti ja tulkintoja jatkuvasti reflektoiden. Tutkimuksessa on pyritty hermeneuttiseen kehään eli jatkuvaan dialogiin aineiston ja oman tulkinnan välillä, jotta aineistosta löydetään todennäköisin ja uskottavin tulkinta (51). Analyysi toteutettiin yhteistyössä ja jatkuvassa vuorovaikutuksessa kolmen tutkijan kesken.

Analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Analyysi aloitettiin aineistolähtöisesti lukemalla aineisto läpi pyrkien mahdollisimman induktiiviseen ajatteluun. Aineisto koodattiin toimijuuden kokemuksen näkökulmasta etsien haastateltavien kuvauksia työ-

kykykoordinaattorin palvelusta. Koodauksessa hyödynnettiin Atlas.ti ohjelmaa (versio 9.0.24.0). Tämän jälkeen aineistosta muodostettiin merkitysten luomia kokonaisuuksia, jotka nimettiin alaluokiksi ja myöhemmässä vaiheessa yläluokiksi.

Fenomenologishermeneuttisessa tutkimuksessa analyysin kokonaisrakenteen valmistuttua tutkija voi vapauttaa itsensä aineistolähtöisyyden asettamista rajoista ja tarkastella saatuja tuloksia tutkimuksen kannalta merkityksellisestä näkökulmasta ja käsitteellistää tuloksia pidemmälle teoreettisten ajatustapojen tai aiempien tutkimusten valossa (51). Aiempi tutkimuskirjallisuus toimijuudesta, osallisuudesta ja kokemuksesta tukivat tulkinnan reflektoinnissa ja luokkien välisten kytkösten ja eroavuuksien ymmärtämisessä (50). Ala- ja pääluokkien nimet muodostuivat analyysin lopuksi, jolloin analyysi tuotti kaksi yläluokkaa ja neljä alaluokkaa. Tulokset on raportoitu aineistositaattien kanssa. Sitaatteja on selkeytetty luettavuuden helpottamiseksi alkuperäistä merkitystä muuttamatta. Taulukko 1. kuvaa esimerkkiä analyysin luomisesta.

TULOKSET

Aineistosta havaittiin kaksi pääluokkaa: potilaiden yksilöllinen kokemus rakenteiden synnyttämästä passiivisuudesta ja potilaiden kokema autonomisuus.

POTILAIDEN YKSILÖLLINEN KOKEMUS RAKENTEIDEN SYNNYTTÄMÄSTÄ PASSIIVISUUDESTA

Pääluokka kuvaa työkykykoordinaattoripalveluun osallistuneiden potilaiden kokemusta palvelujärjestelmän rajoitteista ja niiden synnyttämästä passiivisuudesta. Luokan sisältö käsittelee potilaiden kokemia vaikeuksia ja kyvyttömyyttä sekä oma-aloitteisuuden esteitä, joita palvelujärjestelmä tuottaa. Tässä aineistossa haastateltavien passiivisuuden kokemukset taustalla vaikutti olevan työttömyyden moninaiset ja usein päällekkäiset ongelmat, joihin palvelujärjestelmästä ei ole löytynyt ratkaisua. Pääluokkaan sisältyy kaksi alaluokkaa, jotka olivat tietämättömyys palveluista ja osattomuuden kokemus palveluissa.

Tietämättömyys palveluista

Tietämättömyys palveluista alaluokkana käsittää potilaiden kuvauksia irrallisuuden ja ulkopuolisuuden kokemuksista palvelujärjestelmässä sekä laajemmin yhteiskunnassa. Potilaiden kuvauksissa korostui kokemus palvelujen riepoteltavana olemisesta ja siitä, miten niiden koettiin sivuuttavan potilaan palveluntarve. Haastattelujen perusteella tietämättömyys palveluista näyttäisi voivan lisätä kokemusta passiivisuudesta ja siten aiheuttaa kokemuksen ulkopuolisuudesta.

Yhdeksi tietämättömyyttä luovaksi tekijäksi haastateltavat nimesivät sen, etteivät olleet työterveyshuollon piirissä, jonka mielsivät tärkeäksi toimijaksi työkyvyn tuen palveluissa. Etenkin yksinyrittäjänä ja vuokrafirmassa työskentelevät korostivat haastatteluissa jäävänsä laajan työterveyshuollon ulkopuolelle, minkä he kuvasivat aiheuttavan tiedon puutetta työkyvyn tuen palveluista ja niihin pääsystä:

> ”Mutta siis tää oli tosi hyvä juttu tälläsille yksinyrittäjille, joilla ei välttämättä ole työterveyshuollon palveluita. Että pääsee kuuleen asioita, mikä kuuluu yrittäjille tai on Kelan kautta ilmasta, koska niistä ei vaan saa tietoo mistään. Toi on tosi tärkeetä, ihan oikeesti mä itkin, kun mä tulin sieltä, että joku on kiinnostunu mun asioista. Se on oikeesti iso juttu siinä kohtaa, kun se kolahtaa.” **Potilas 5**

Ulkopuolisuuden kokemuksen tunnetta vaikuttaisi lisäävän myös oletus siitä, että tavallisen ihmisen on vaikea saada tietoa työkyvyn tuen palveluista. Kuvaus tavallisuudesta toistui haastatteluissa usein ja tavallisuuden tulkittiin kuvaavan sitä väestönosaa, jolla ei ollut asiantuntemusta tai esimerkiksi ammattinsa puolesta käsitystä etuusjärjestelmästä. Tavallisuuden kokemus voidaankin nähdä haastateltavien kokemuksia yhdistävänä tekijänä. Siihen liittyi myös kokemus palvelujärjestelmän sirpaleisuudesta ja tyytymättömyydestä sitä kohtaan:

> Haastattelija: ”Ooksä ite hakenu tämmösiin palveluihin, tai hakeutunu niihin? Vai onko se niin, että sulle on kerrottu niistä jostain, ja sitä kautta oot ohjautunu sinne?”
>
> Haastateltava: ”Joo, eihän tämmösistä tavallinen ihminen pysty mistään tietään mitään, ellei sua ohjata niihin.” **Potilas 1**

Tavallisuudella selitetään etääntymistä järjestelmästä, ja sillä myös perusteltiin omaa toimi-

mattomuutta. Haastatteluissa tämän kuvattiin johtavan tilanteeseen, jossa potilaat eivät aina itsenäisesti hakeudu tarpeelliseen palveluun ilman ammattilaisen ohjausta. Kuvaukset tavallisuudesta voidaankin tulkita reflektoivan henkilöiden kokemaa ulkopuolisuuden tuntemusta. Ulkopuolisuuden kokemus ilmeni myös passiivisuutena ja välinpitämättömyytenä työ- ja toimintakyvyn edistämistä kohtaan.

Kokemukset siitä, ettei tiedetä, mitä tai mistä pitäisi kysyä, olivat aineistossa yleisiä. Haastatteluista oli tulkittavissa, että potilaat katsoivat vastuun yksilön ohjauksesta ja tiedottamisesta työkyvyn tuen palveluista olevan palvelujärjestelmällä. Palvelujärjestelmän toimimattomuus etenkin tiedottamisen suhteen koettiin johtavan potilaan passivoitumiseen. Tällöin potilas ikään kuin heittäytyi yhteiskunnan kannateltavaksi ja koki olevansa tavallisena ihmisenä virran vietävänä. Rakenteiden koettiin synnyttävän passiivisuutta, jolloin potilas sopeutuu vallitsevaan tilanteeseen ja on alisteisessa asemassa piittaamaton edistämään tai ottamaan vastuuta asioidensa hoidosta:

> ”Nii, siinä ketjussa, ku niistä ei puhuta, et ei tavallinen tallaaja tiedä niistä, ku ei osaa kysyä, kun ei tiedä, mitä kysyä. Työkykykoordinaattorikin nyt hyvin paljon tiesi asioita ja, jos ei hän sillä hetkellä tienny hän otti siitä selvää. Että siinä mielessä helpotti, jos oli itelle epäselvää” **Potilas 4**

Sitaatista käy ilmi, että työkykykoordinaattori on onnistunut kaventamaan tietämättömyyden kuilua potilaan ja palvelujärjestelmän välillä vähentäen täten kokemusta ulkopuolisuudesta. Tiedot työkyvyn tuen palveluista ja etuus- ja palvelujärjestelmän toiminnasta keskitettynä yhdelle henkilölle koettiin tarpeellisena perusterveydenhuollossa. Työkykykoordinaattorin kerrottiin muun muassa lisänneen haastateltujen tietoisuutta työkyvyn tuen palveluista, etuuksista ja tuista, joihin he ovat oikeutettuja. Tietoisuuden lisäämisen avulla työkykykoordinaattori pystyi myös tukemaan potilaiden kokemaa toimijuutta työkyvyn tuen palveluissa sekä etuusjärjestelmässä.

Osattomuuden kokemus palveluissa

Haastatteluista havaittiin, että palvelujärjestelmän monimutkaisuus aiheutti potilaille kokemuksen osattomuudesta. Tietämättömyys palveluista ja osattomuuden kokemus palveluissa ovat päällekkäisiä luokkia siltä osin, että tietämättömyys voi synnyttää osattomuuden ja ulkopuolisuuden kokemuksia.

Osattomuuden kokemuksella tarkoitetaan tässä sitä, miten haastateltavat potilaat kuvasivat jäävänsä ulkopuolisen tarkkailijan rooliin suhteessa itseään koskevien asioiden hoitoon sekä palvelujärjestelmään. Aineistossa moni potilaista kuvasi olemassa olevien instanssien sekä palvelujen toteutuvan tietyllä kaavalla, ilman että heille syntyy osallisuuden kokemusta omien asioidensa hoitamisesta:

> ”Pieni ihminen unohtuu ihan täysin, eikä opasteta ihan siellä (KELA) hetikään, ei kerrota kaikista mahdollisuuksistakaan. Siinä jää moni sivu kääntämättä heti alkuasteella. Et mitkä olis parasta ihmiselle, joka jää työttömäks, ja sitten varsinkin, kun se työttömyys jatkuu, niin mitä sitten vielä? Kyllä yhteiskunta on unohtanu ihan tyystin tämmösen. Ainakin minut henkilökohtasesti on unohdettu.” **Potilas 1**

Osattomuuden kokemus kuvaa myös potilaiden kokemaa oman roolin löytämisen vaikeutta. Lisäksi se kuvaa työttömyyden myötä vähentyneitä resursseja sekä mahdollisuuksia toimia palvelujärjestelmässä, jolloin osattomuutta kokevat etääntyvät yhteiskunnasta. Potilaiden kokemusten mukaan, palvelujärjestelmän asiantuntijat kuvataan tavallisen ihmisen todellisuudesta irtaantuneina toimijoina, jolloin potilaiden todelliset tarpeet jäävät näkymättömiin.

Potilaat kertoivat, että passiivisuutta luovat myös yhteiskunnan etuusjärjestelmän pakotteet ja vaateet. Etenkin työttömänä olevat kokivat yhteiskunnan vaatimukset ja ehdot holhoavina sekä aktiivista toimijuutta ja motivaatiota vähentävinä tekijöinä. He mainitsivat etenkin työkykykoordinaattorin osallistavan ja omaehtoisen toiminnan yhtenä keinona poistaa palveluihin liittyvää ulkopuolisuuden kokemusta. Osallistava ja omaehtoinen toiminta koettiin ehtoja ja vaatimuksia mielekkäämpinä ratkaisuina aktiivisuuden lisäämiseen:

> ”No, kyllä se varsinkin nyt kun se [työvalmentaja] meni kunnalle, niin tuntuu että siellä on niin jämäkkä ote, että pääasia että saadaan

vaan tilastosta pois. Melkein menee uhkailun puolelle mun mielestä, että nyt meet jonnekin työkokeiluun tai johonkin, tai sitten ollaan pajalla pari kuukautta ja mietitään asioita ja tehdään siellä ilmaista työtä sitten muiden kanssa. Ei siellä oikeestaan sitä fyysistä kuntoa ja terveyttä paljon otettu esille, niin silleen et se oli vaan et, tota... Tavoitteena oli vaan se työllistyminen melkein keinolla kun keinolla." **Potilas 7**

"Se että jos menee pakkopullaks nii sillon mä lyön hanskat tiskiin." **Potilas 8**

Haastatteluista havaittiin työkykykoordinaattorin huomioineen potilaat heidän yksilöllisistä lähtökohdistaan ja palvelutarpeista käsin. Etuusjärjestelmästä riippumattoman aseman lisäksi työkykykoordinaattorin aitoa kohtaamista pidettiin tärkeänä lähtökohtana palvelussa. Aidolla kohtaamisella haastatellut tarkoittivat matalaa kynnystä hakeutua palveluun, kokemusta työntekijän aidosta läsnäolosta ja elämäntilanteeseen sopivan tuen saamista. Ohjaus ei tällöin tapahdu autoritaarisesti ylhäältä käsin, vaan potilaan kanssa yhdessä parhaita ratkaisuja etsien. Työkykykoordinaattorin roolin etuuksista vapaana rinnalla kulkijana koettiin auttavan haastateltavia tunnistamaan omia voimavaroja sekä hyödyntämään niitä:

"Mä tykkäsin niistä, ku siellä oli semmosia kysymyksiä, että arvioi, mitkä on voimavarasi tai muuta. Niin siinä niinku oikeesti rupes miettimään niitä kaikkia, mitä siinä kysyttiin. Ei niit oo semmosia asioita välttämättä ajatellu aikasemmin." **Potilas 9**

POTILAIDEN KOKEMA AUTONOMISUUS

Toinen pääluokka, potilaan kokema autonomisuus, sisältää potilaiden kuvauksia aktiivisuudesta ja itseohjautuvuudesta palveluissa. Pääluokka jakautui kahteen alaluokkaan, jotka olivat elämänhallinta sekä potilas tiedon välittäjänä palveluissa. Työkykykoordinaattorin tapaamisissa tuli haastattelujen perusteella huomioiduksi potilaiden omaehtoisuus ja osallisuus, minkä nähtiin myös tukevan palveluihin lähtemistä ja sitoutumista.

Elämänhallinta

Osa potilaista kertoi hakeutuneensa tai pyrkineensä hakeutumaan aiemmin työkyvyn tuen palveluihin oma-aloitteisesti, mikä oli osaltaan osoitus henkilöiden itseohjautuvuudesta. Joissakin tapauksissa potilaat kuvasivat motivaation aktiiviseen toimintaan syntyvän taloudellisen toimeentulon asettaman pakon myötä. Haastateltavat näkivät oma-aloitteisen työkyvyn edistämisen ehtona taloudellisen toimeentulon turvaamiselle ja arkielämässä pärjäämiselle:

"Jos mä oisin ollu työkyvytön jatkossaki, nii enhän mä ois pystyny elää elämää normaalilla tavalla, et sit ois tarvinnu kaikki miettiä uudestaan, onks mul varaa autoon tai vuokraan. Että, oisin periaatteessa menny konkurssiin ja mun talous ois romahtanu, että se on siitä mitä pystyy tekee ja mitä haluaa elämältä." **Potilas 1**

Sitaatista voi havaita, että nykyisen elämäntason ylläpitäminen toimi motivaation lähteenä joillekin potilaille. Osa potilaista koki olevansa muita työttömiä paremmassa asemassa, koska pystyivät toimimaan oma-aloitteisesti palvelujen suhteen.

Moni haastateltava kuitenkin kertoi hyödyn oma-aloitteisuudesta jääneen melko vähäiseksi ennen työkykykoordinaattorin palveluun osallistumista. Osa henkilöistä kertoi olevansa turhautunut aikaisempiin palveluihin niiden vähäisen hyödyn sekä palveluihin pääsemättömyyden vuoksi. Kokemus palvelujen toimimattomuudesta voi vähentää kokemusta toimijuudesta. Seuraavasta sitaatista on havaittavissa, miten osa potilaista kertoi sisäisestä motivaatiosta löytää ja saada apua, mutta palvelujärjestelmä ei kaikissa tilanteissa tunnistanut ja tukenut henkilöiden oma-aloitteisuutta:

"Mä oon muutamassa koulutuksessa huomannu, että heillä (TE-toimisto) on näitä työpsykologeja vai mitä ne on, ja oon koittanut päästä sellaiselle. Että voisi kysyä onko tämmönen alanvaihto järkevää ja onko musta yrittäjäks ja kaikkea. Se on aina mennyt siihen että juu, että heillä on tämmösiä palveluja, että ei nyt vielä mennä siihen, että katotaan myöhemmin - ja ikinä en oo päässy." **Potilas 7**

Sisäistä motivaatiota ja itseohjautuneisuutta kokeneet potilaat kertoivat voimavarojensa riittävän itsenäiseen tiedon hankintaan, jonka vuoksi kokivat työkykykoordinaattorin tapaamisista saadun hyödyn muita potilaita vähäisemmäksi. Samat potilaat pitivät kuitenkin työkykykoordinaattoria hyvänä lisänä perusterveydenhuoltoon. Potilaat arvioivat etenkin niiden henkilöiden hyötyvän siitä, jotka eivät kykene oma-aloitteisuuteen ja, joille kynnys edistää omaa työ- ja toimintakykyä on kasvanut liian korkeaksi.

Potilas tiedon välittäjänä palveluissa

Alaluokka käsittää potilaiden kuvauksia palvelujärjestelmän tiedon kulun toimimattomuudesta sekä potilaiden vastuuttamisesta niin palvelun saamisessa kuin tiedon välittämisessä. Potilaat kertoivat, että järjestelmän sisäiset haasteet pakottavat heitä toimimaan välikätenä palvelujen välillä. Etenkin hoitavan lääkärin vaihtuvuuteen oltiin tyytymättömiä ja sen arvioitiin luovan tiedon kulun haasteita sekä vaikuttavan hoidon saamiseen. Tämä pakotti potilaat toimijuuteen, mikä ei pohjautunut heidän omaan sisäiseen motivaatioonsa:

> ”On rasittavaa, on vaiva mikä hyvänsä, oot monen tahon asiakas ja sä oot se välikäsi siinä. Asiantuntijat ei kommunikoi keskenänsä. Se hidastaa asioiden etenemistä. Toinen tekee kysymyksen mihin et osaa vastata vaan pitää se selvittää toiselta ammattilaiselta ja viedä tieto takasin kysymyksen esittäjälle … TK:ssa ei ole omalääkäriä, vaan se vaihtuu tiheeseen. Se on tosi rasittavaa. Eihän he oo perehtyny.” **Potilas 8**

Aktiivinen tiedon välittäminen ja vaikeiden asioiden toistaminen viranomaiselta toiselle koettiinkin haastattelujen perusteella kuormittavana ja voimavaroja kuluttavana tekijänä. Etenkin lääkärien ja viranomaisten suurella vaihtuvuudella sekä palvelujärjestelmän yhteisten toimintatapojen puutteella koettiin olevan vaikutuksia potilaiden voimavarojen heikentymiseen ja sitä myötä toimijuuden kokemukseen.

Potilaat kertoivat työkykykoordinaattorin laajan tietotaidon etuus- ja palvelujärjestelmästä parantavan tiedon kulkua palvelun tuottajien välillä. Tämä vähensi potilaiden kuormitusta tietojen välittämisestä, vahvisti motivaatiota osallistua palveluihin sekä tuki heidän kokemaansa toimijuutta:

> ”No hänellä on laaja tietopaketti, eli kun hän on yhteydessä TE-toimistoihin ja sinne ja tänne, elikä kun vien asian hänelle, ja jos se vaatii useempien suuntien yhdistämistä niin hän hoiti sitä itsenäisesti. Ei tartte olla välikätenä vaan hän hoiti asiat ja tieto tuli minulle ja taas mietittiin, että mikä on seuraava siirto. Eli se helpotti valtavasti työmäärää, paperisotia ja kuinka ja miten päin tehdään niin se oli se kaikista suurin, että hän paneutu siihen asiaan aina yksilöllisesti, että hän otti asiat hoitaakseensa.” **Potilas 4**

POHDINTA

TULOSTEN TARKASTELU

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin, kuinka potilaat kokivat toimijuutensa perusterveydenhuollossa toteutetussa työkykykoordinaattoripalvelussa sekä miten potilaiden kokemus toimijuudesta näyttäytyy suhteessa ympäröivään palvelujärjestelmään. Aineistosta oli havaittavissa, että potilaiden kokemukset toimijuudestaan sekä voimavarat ja tarpeet toimijuuden kokemuksen tukemiseen vaihtelivat suuresti. Potilaat kokivat työkykykoordinaattorin huomioineen heidän yksilölliset voimavaransa sekä osallistaneen heitä oman palvelupolkunsa suunnitteluun kattavammin, kun he vertasivat palvelua aikaisempiin kokemuksiinsa palvelujärjestelmästä. Yhdistävänä tekijänä haastatteluihin osallistuneilla potilailla oli työterveyshuollon puuttuminen sekä halukkuus työllistyä ja edistää työkykyä siitäkin huolimatta, että taustalla oli aiempia kokemuksia palvelujen kohtaamattomuudesta ja vähäisestä hyödystä sekä palveluista poiskäännyttämisistä. Tämä osoittaa osaltaan työkykykoordinaattoripalvelun tarpeellisuudesta perusterveydenhuollossa.

Aineistosta oli tunnistettavissa potilaiden kokemus rakenteiden synnyttämästä passiivisuudesta, minkä tulkittiin aiheutuvan tietämättömyyden ja osattomuuden tunteesta. Tutkimuksessa osattomuuden tunteen nähtiin kertovan palvelujärjestelmän kasvottomuudesta ja asiakaslähtöisen toiminnan puutteesta. Valtaosa tutkimukseen osallistuneista oli työttömyyden myötä haavoittuvassa asemassa olevia henkilöitä, joiden kyvyt tai mahdollisuudet etsiä itselleen tarvitta-

vaa apua olivat heikentyneet. Myös terveydenhuoltojärjestelmän monimutkaisuuden havaittiin aiheuttavan monelle potilaalle tietämättömyyttä palveluista tai hoitopoluista, jolloin he ajattelivat vastuun elämäntilanteesta olevan terveydenhuoltojärjestelmällä. Tällöin palvelujärjestelmän monimutkaisuus ilmeni vaikeutena hakeutua palveluihin tai olla kokonaan hakeutumatta niihin, jolloin rakenteet rajoittivat toimijuutta oman terveyden ja toimintakyvyn edistämisen suhteen. Tulos on yhteneväinen Blomgrenin (21) tutkimuksen kanssa, jonka mukaan laaja ja monimutkainen palvelujärjestelmä sai avuntarvitsijat epäröimään avun hakemista. Voidaankin kysyä, voiko tämän nähdä osaltaan selittävän työttömien usein tyydyttymätöntä palveluntarvetta (7). On myös havaittu, että apua vaille jääminen voi vahvistaa entisestään ulkopuolisuuden kokemusta, kun taas onnistunut palvelujen käyttö voi lisätä osallisuuden kokemusta (29).

Haastatellut potilaat kokivat, että työvoimapoliittisen järjestelmän kontrolli sekä kokemus pakotteisiin perustuvasta etuusjärjestelmästä vähensivät kokemusta aktiivisesta toimijuudesta. Myös aiemmissa tutkimuksissa on ilmennyt, että aktiivimallin kontrolli ja sanktiot aiheuttivat työttömissä passiivisuutta (48), ja palvelujen joustamattomuus rajoittaa mahdollisuutta kehittyä vahvana ja aktiivisena toimijana (53). Aktiivisen toimijuuden kokemuksen ehtoina voidaan tämän tutkimuksen perusteella pitää palveluissa olevaa autonomisuutta ja omaehtoisuutta, joita potilaat kokivat palvelujärjestelmän kontrollin tukahduttavan. Kokemus autonomiasta vaarantuu haavoittuvassa asemassa olevilla potilailla, jos vastuu hoidon saamisesta kannetaan yksin, ilman riittävää tukea ja ohjausta. Ulkoinen kontrolli on tässä tapauksessa järjestelmällä, jolloin järjestelmän tehottomuus siirtää potilaalle vastuun esimerkiksi tietojen kulkeutumisesta lääkäriltä toiselle sekä hoitoon pääsystä. Kokemus autonomiasta edellyttää asiakaslähtöistä työskentelyä ja dialogista toimijuutta, mikä työkykykoordinaattorin palvelussa vaikuttaisi toteutuneen. Tällöin potilas on palvelun lähtökohtana ja pystyy vaikuttamaan itseään koskeviin päätöksiin ilman ulkoista kontrollia, arviointia ja määräyksiä, itsenäisesti tai ammattilaisen tuella (21).

Haastattelut potilaat vahvistivat jo olemassa olevaa käsitystä siitä, että heikentynyt taloudellinen tilanne vähentää henkilöiden voimavaroja, valinnanvapautta sekä lisää haavoittuvuutta, mikä kasvattaa yksilöllisen ohjauksen ja tuen tarvetta. Aiemmassa tutkimuksessa on havaittu, että varsinkin pitkään työttömänä olleiden työ- ja toimintakyky, omatoimisuus sekä itsetunto ovat usein heikentyneet, jolloin perusterveydenhuoltoon hakeutuminen ja palvelujen käyttö vaatii ammattilaisen ohjausta (13). Sosiaali- ja terveysministeriön raportin (3) mukaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin heikentyminen yhdistettynä talousongelmiin on myös havaittu vähentävän potilaan omaa motivaatiota terveydentilan ja elämäntapojen edistämistä kohtaan. Etenkin tällaisissa tilanteissa tietojen välittäminen ja uudelleen kertominen taholta toiselle voidaan kokea kuormittavana, kuten haastateltavat viestivät. Työkykykoordinaattorin tavanneiden potilaiden havaittiin hyötyneen monin tavoin ohjautumisesta työkyvyn tuen palveluihin ja työkykykoordinaattorin tuesta palvelun aikana. On kuitenkin huomioitava, että avun vastaanottaminen voi olla haastavaa heille, jotka kokevat olevansa aktiivisia ja arvioivat tuen tarpeensa vähäiseksi. Tämän vuoksi resursseja tulisi kohdistaa enemmän heihin, joilla kyky oma-aloitteisuuteen on heikentynyt.

Se, kuinka tutkimukseen osallistuneet potilaat kokivat toimijuutensa työkykykoordinaattoripalvelussa tai laajemmin palvelujärjestelmässä, riippui osallisuuden kokemuksesta ja mahdollisuuksista hakeutua palveluihin autonomisesti. Tämän tutkimuksen tulokset olivat yhteneviä aiemman tutkimuksen kanssa, jonka mukaan vaikutusmahdollisuutensa heikoiksi kokevat henkilöt passivoituvat (ks. 27.) Työkykykoordinaattori vaikuttaisi vähentäneen kokemusta osattomuudesta kyvyllään huomioida potilaiden yksilölliset tarpeet ja voimavarat, mikä lisäsi myös heidän oma-aloitteisuuttaan, motivaatiotaan toteuttaa muutoksia elämäntilanteessaan sekä halukkuuttaan muuttaa asioita elämän eri osa-alueilla. Tämä tulos on yhtenevä aiemman tutkimuskatsauksen kanssa, jossa on havaittu, että ammattilaisen toimet pystyvyyden tunteen lisäämiseksi ja autonomian tukemiseksi vahvistavat potilaan kykyä kuntouttaa itseään sekä sitoutua palveluihin ja muutokseen (54), kun taas palvelujen organisaatiolähtöisyys on eräässä tutkimuksessa yhdistetty heikentyneeseen toimijuuteen (53). Potilaiden kokemukseen palvelusta vaikutti positiivisesti työkykykoordinaattorin

asiakaslähtöinen toimintatapa, jossa potilas huomioitiin aktiivisena toimija eikä passiivisena palvelun kohteena.

Perusterveydenhuollossa toteutetussa työkyvyn tuen palvelussa työkykykoordinaattori onnistui myös osaltaan lisäämään tietoisuutta palveluista niiden potilaiden kohdalla, jotka eivät olleet työterveyshuollon piirissä. Lisäksi saatiin viiteitä siitä, että potilaat kokivat positiivisena työkykykoordinaattorin aseman perusterveydenhuollossa etuusjärjestelmästä riippumattomana toimijana. Tietoisuuden lisääntyminen ja osallisuuden mahdollistaminen voivat laajemmin katsottuna lisätä myös yhteiskunnallista luottamusta.

Yksilölliset elämäntarinat ja taustat tuottavat moninaisia tarpeita, jonka vuoksi järjestelmältä tarvitaan potilaslähtöisyyttä ja joustavuutta. Tiedetään, että hyvällä potilasohjauksen suunnitellulla ja toteutuksella on mahdollista löytää kustannustehokkaita ja vaikuttavia sekä yksilölliseen tarpeeseen soveltuvia ohjauksen keinoja (21). Potilaslähtöisen toiminnan tavoitteena on lisätä henkilön motivaatiota muutokseen sekä tukea henkilöä hänen toiveistaan ja voimavaroistaan käsin. Tämä tutkimus osoitti, että työkyvyn heikentyneeksi kokevien potilaiden osallisuuden ja itsepystyvyyden kokemuksen tukeminen työkyvyn tuen palveluissa ovat keinoja yhtäältä toimijuuden sekä toisaalta autonomian lisäämiseksi. Työttömät ovat usein myös muiden palvelujen piirissä, joten tällä lähestymistavalla voi olla myönteisiä vaikutuksia myös laajemmin palvelujärjestelmässä. Aineistosta korostui myös moniammatillisen hoidon ja yhteistyön tarve työkyvyn tuen palveluissa, mikä on yhteneväinen aikaisempien tutkimusten kanssa (ks. 14,15). Tähän tarpeeseen pyritään vastaamaan osalla hyvinvointialueista aloittaneilla työkyvyn tuen tiimeillä. Tällöin potilas olisi keskiössä ja palvelun tarve tulisi kattavasti varhaisessa vaiheessa kartoitetuksi, kun eri alojen ammattilaiset tarkastelevat potilaan tilannetta yhdessä. Monitoimijaisessa tiimissä korostuu kuitenkin potilaan tilanteesta kokonaisvastuun ottavan henkilön, esimerkiksi työkykykoordinaattorin, rooli, jota hyvinvointialueiden tulisi harkita toimintaansa. Mikäli palvelujen painopiste siirtyisi aidosti toimijuuden tukemista kohti, voisi palveluihin ja toimenpiteisiin sitoutuminen parantua ja työllisyyspolitiikan tavoitteet toteutua nykyistä paremmin (21).

TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin uskottavuuden ja siirrettävyyden kriteereillä (55). Lisäksi tutkimuksessa hyödynnettiin laadullisen tutkimuksen COREQ-tarkistuslistaa tulosten raportoinnin tukena (56). Tutkimuksen vaiheet ja luokkien muodostuminen kuvattiin taulukoissa, jotta tutkimuksen eri vaiheet olisivat toistettavissa. Analyysi esitettiin haastatteluista poimittujen sitaattien kanssa, jotta tulkintojen alkuperäisyys on löydettävissä. Haastatteluaineistoa ei missään vaiheessa tiivistetty tai typistetty, vaan sitaatit ja aineisto käsiteltiin alkuperäisessä muodossa koko tutkimuksen ajan aina raportointiin asti, jolloin niitä korjattiin ja tiivistettiin luettavuuden parantamiseksi. Näin vähennettiin virheellisten tulkintojen todennäköisyyttä analyysiprosessin aikana. Tutkimuksen vahvuutena oli tutkijatriangulaatio, jolloin tutkimusprosessiin osallistui kolme tutkijaa. Tällä lisättiin analyysin luotettavuutta. Lisäksi tutkimuksen luotettavuutta lisäsivät tuloksien yhteneväisyys aiempien tutkimustulosten kanssa. Aineistossa havaittiin saturoitumista, jolloin haastatteluista ei noussut enää uusia näkökulmia.

Haastattelujen tuloksiin saattoivat vaikuttaa haastateltavien valikoituminen vapaaehtoisuuden perusteella. Tällöin haastatteluihin osallistui todennäköisesti ne, joilla voimavarat riittivät haastatteluun ja jotka kokivat omaavansa haastattelun kannalta olennaisia tietoja. Haastattelun ulkopuolelle saattoi siis jäädä ne, joilla elämäntilanne ja oma jaksaminen oli heikompaa tai jotka arvioivat, ettei heillä ole annettavaa haastattelun teemoihin. Tutkimukseen osallistuminen voi kertoa osaltaan tutkittavien vahvemmasta osallisuuden kokemuksesta verrattuna tutkimuksesta kieltäytyneisiin. Tutkimuksen heikkoudeksi voidaan lukea se, että haastateltavat edustavat vain yhden paikkakunnan ja yhden työkykykoordinaattorin toteuttamaa palvelua, jolloin työkykykoordinaattorin yksilöllisillä ominaisuuksilla on suuri vaikutus haastateltavien kokemuksiin. Tutkimustulosten yleistettävyys koskemaan laajempaa tutkittavien joukkoa on myös ongelmallista, sillä aineisto kerättiin pieneltä (<10 000 asukasta) suomalaiselta paikkakunnalta. Tällöin esimerkiksi elinkeinorakenteella, saatavilla olevilla palveluilla sekä henkilökohtaisilla suhteilla perusterveydenhuollon hoitohenkilökuntaan saattaa olla suuri merkitys potilaan kokemuksen muotoutumisessa. Lisäksi hermeneuttisfenomenolo-

ginen tutkimus tuottaa tietoa yksilöistä, jolloin tutkimuksesta voidaan tehdä vain kokoavia johtopäätöksiä (33). Tuloksia tarkasteltaessa on myös huomioitava, että kuntoutumiseen liittyvät prosessit ja elämäntilanteen kohentuminen tapahtuvat pitkällä aikavälillä, eikä lopullisia muutoksia voida noin puolen vuoden intervention aikana välttämättä havaita.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Potilaat kokivat työkykykoordinaattoripalvelun asiakaslähtöisen toimintamallin lisänneen toimijuuden ja osallisuuden kokemusta. Kokemus toimijuudesta voidaan tulkita olleen vahvempi ja myönteisempi, kun tutkittavat vertasivat työkykykoordinaattoripalvelua aiempiin palvelukokemuksiinsa. Osattomuuden kokemuksen nähtiin syntyvän palvelujen kasvottomuudesta ja kohtaamattomuudesta. Tutkimuksessa tunnistettiin, että asiakaslähtöisyyden tulisi toimia työikäisten palvelukokonaisuuksien kehittämisen lähtökohtana. Tämä edellyttää sellaisten olosuhteiden luomista, joissa potilas nähdään aktiivisena toimijana ja hänellä on mahdollisuus saada omista voimavaroistaan sekä tarpeistaan lähtöisin olevaa palvelua. Lisäksi onnistunut toimintamalli edellyttää hajanaisen palvelujärjestelmän koordinointia ja potilaiden osallistamista omien palvelupolkujensa suunnitteluun. Haavoittuvassa asemassa olevien henkilöiden voimavarat, kyky etsiä ja vaatia palveluja ovat usein heikentyneet. Täten yksilöllisen palvelutarpeen arvioinnin ja palveluohjauksen tulisi olla osa työikäisten palvelukokonaisuutta perusterveydenhuollossa yhdenvertaisen palveluun pääsemisen varmistamiseksi.

Tutkimuksen tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että työkykykoordinaattorin palvelu toi perusterveydenhuoltoon työkyvyn tuen osaamista sekä vahvisti potilaiden toimijuuden ja osallisuuden kokemusta. Työkykykoordinaattorin palvelu tulisi nähdä hyvinvointialueilla mahdollisuutena lisätä kansantaloudellisten säästöjen lisäksi työterveyshuollon kaltaista osaamista perusterveydenhuollossa sekä sektorien välistä yhteistyötä. Työkykykoordinaattorien osaaminen on arvokasta suunniteltaessa työterveyshuollon ulkopuolella olevien potilaiden asiakaslähtöisiä työkyvyn tuen palveluja. Työkyvyn tuen tiimien kokoonpanoa sekä toimintaa ohjaavan lainsäädännön puuttuminen herättää kuitenkin huolen hyvinvointialueiden tarjoamien työkyvyn tuen palvelujen yhdenvertaisuudesta. Kansallista tutkimusta työikäisten palvelutarpeen tunnistamisesta ja resurssien tarpeenmukaisesta kohdistamisesta tarvittaisiin enemmän, jotta työkykykoordinaattorin palvelusta eniten hyötyvät ryhmät sekä ryhmien erilaiset tarpeet tunnistettaisiin ja tietoisuus työkyvyn tuen mahdollisuuksista lisääntyisi perusterveydenhuollossa. Tulevaisuudessa tarvittaisiin tutkimusta myös työikäisten ohjautumisesta työkykyä tukeviin palveluihin ja siitä, miltä se näyttää osallisuuden näkökulmasta. Olennaista olisi löytää ohjaus- ja palvelumalleja, jotka huomioisivat potilaiden osallisuuden ja toimijuuden kokemuksen.

RAHOITTAJAT:

Hanketta rahoitti Euroopan sosiaalirahasto (ESR).

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Vähätalo, Siukola, Reho, Atkins, Sumanen, Viljamaa & Sauni osallistuivat tutkimuksen suunnitteluun. Vähätalo toteutti aineiston keruun. Nurmi, Vähätalo ja Siukola osallistuivat aineiston analyysiin, käsikirjoituksen kirjoittamiseen sekä muokkaukseen. Kaikki kirjoittajat osallistuivat käsikirjoituksen kommentointiin.

Nurmi, H., Vähätalo, L., Siukola, A., Reho, T., Atkins, S., Sumanen, M., Viljamaa, M., Sauni, R. *Patients' experienced agency in the work ability coordinator service implemented in public primary healthcare*. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2025: 62: 138–152.

Work disability prevention services in public primary health care are considered an important development to ensure the adequacy of the workforce. The aim of the research was to provide insights on how patients experienced their agency in the work ability coordinator service provided in public primary healthcare. In the TYKYTUO project, a notation practice was implemented in the public primary healthcare of two municipalities, where nurses and doctors observed and recorded during appointments whether the reason for the visit of working-age patients was related to work or if they had a need for work ability support. Work ability coordinators employed in public primary healthcare contacted patients and offered them the opportunity to come to their ap-

pointment. In the study, patients who met with the work ability coordinator (n=10) were interviewed twice: after the first appointment with the work ability coordinator and about six months after the first appointment. Using inductive content analysis, two main categories and four subcategories were identified from the data. Patients' experiences of agency and participation were strengthened through the implementation of the work ability coordinator service. The work ability coordinator service should be part of a working-age service package in public primary health care to secure equal access to services improving patients' work ability and experiences of agency.

Keywords: work ability coordinator, work disability prevention services, public primary health care, agency, qualitative research

Saapunut 20.12.2022
Hyväksytty 30.09.2024

LÄHTEET

(1) Suomen virallinen tilasto (SVT): Työ ja elinkeinoministeriö, Työnvälitystilasto. ISSN: 17973694. 2023:12, Työllisyyskatsaus, Joulukuu 2023. Helsinki: Työ ja elinkeinoministeriö. Luettu 10.2.2024. https://www.temtyollisyyskatsaus.fi

(2) Oivo T, Kerätär R. Osatyökykyisten reitit työllisyyteen – etuudet, palvelut, tukitoimet: Selvityshenkilöiden raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 43/2018. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.

(3) Sosiaali- ja terveysministeriö. Työttömän terveystarkastus ja terveysneuvonta sosiaali- ja terveydenhuollossa – painopisteenä työ-, toiminta- ja työllistymiskyky. Ohjekirje. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2023.

(4) Rissanen M, Kaseva E. Menetetyn työpanoksen kustannus. Selvitystyö. Työsuojeluosasto. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.

(5) rvasti J, Kausto J, Leino-Arjas P, ym. Työkyvyn tuen vaikuttavuus. Tutkimuskatsaus työkyvyn tukitoimien työkyky- ja kustannusvaikutuksista. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 7/2022. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia 2022.

(6) Virtanen P, Kivimäki M, Vaahtera J, ym. Employment status and differences in the one-year coverage of physician visits: different needs or unequal access to services? BMC Health Serv Res 2006;123:1–11. https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-123

(7) Manderbacka K, Muuri A, Keskimäki I, ym. Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveyspalveluiden saatavuudesta. Sosiaalilääk Aikak 2012;49:4–12.

(8) Lappalainen K, Mattila-Holappa P, Yli-Kaitala K, ym. Pisimpään työttömänä olleet käyttävät vähiten terveyskeskuksen palveluja. Suom Lääkäril 2018;42:2421–2426.

(9) Blomgren J, Jäppinen S, Lahdensuo K, Avosairaanhoidon palvelujen käyttö on vahvasti eriytynyt työmarkkina-aseman mukaan. Suom Lääkäril 2022;77.

(10) Rinne H, Blomgren J. Kuntoutukseen osallistumisen sosioekonomiset erot – rekisteritutkimus oululaisista vuonna 2018. Sosiaalilääk Aikak 2022;59:16–33. https://doi.org/10.23990/sa.98606

(11) Or Z, Jusot F, Yilmaz E. Impact of Health Care System on Socioeconomic Inequalities in Doctor Use. IRDES Working Paper no.17. Paris: IRDES 2008.

(12) Kela. Kelan työterveyshuoltotilasto 2022. Helsinki: Kela 2024.

(13) Liukko J, Kuuva N. Toimijoiden yhteistyö työkykyongelmien hallinnassa. Ammattilaisten haastatteluihin perustuva tutkimus. Eläketurvakeskuksen raportteja 03/2015. Helsinki: Eläketurvakeskus 2015.

(14) Kerätär R. Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän. Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä. Väitöskirja, Oulun yliopisto. Tampere: Juvenes Print, 2016.

(15) Sinervo L, Hietapakka L. Työttömien terveyspalvelut. Valtakunnallisen terveyskeskuskyselyn 2013 tulokset. Työpaperi 41/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.

(16) Normia-Ahlsten L, Riisalo-Mäntynen T, Turkia T, ym. Työkyvyn tuen palvelukokonaisuuksia on lähes jokaisella hyvinvointialueilla. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 6.2.2024. https://thl.fi/-/tyokyvyn-tuen-palvelukokonaisuuksia-on-lahes-jokaisella-hyvinvointialueella

(17) Vuorento M, Terävä K. Osatyökykyisen työssä jatkamisen ja työllistymisen tukeminen. Kirjallisuuskatsaus ja haastattelututkimus. Kuntoutussäätiön työselosteita 48/2014. Helsinki: Kuntoutussäätiö 2014.

(18) Liukko J, Kuuva N. Toimijoiden yhteistyö työkykyongelmien hallinnassa. Ammattilaisten haastatteluihin perustuva tutkimus. Eläketurvakeskuksen raportteja 03/2015. Helsinki: Eläketurvakeskus 2015.

(19) Hinkka K, Niemelä M, Autti-Rämö I, ym. Physicians' experiences with sickness absence certification in Finland. Scand J Public Health 2019;47:859–866. https://doi.org/10.1177/1403494818758817

(20) Ylitalo-Katajisto K. Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteen kokoaminen. Acta Universitatis Ouluensis, D 1540. Oulu: Oulun yliopisto.

(21) Blomgren S. Palvelut ja etuudet heikossa työmarkkina-asemassa olevien toimijuuden tukena. Janus 2023;31:24–42. https://doi.org/10.30668/janus.111242

(22) Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326

(23) Laki työllistymisen monialaisesta edistämisestä. 23.3.2023/381. https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2023/20230381

(24) Saikku P, Joensuu M, Männistö-Inkinen V, ym. (toim.) ”Täällä ei sanota, että ei kuulu meille” Työkykyohjelman arviointi ja seurantatutkimuksen loppuraportti. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023.

(25) Normia-Ahlsten L, Riisalo-Mäntynen T, Karjalainen J, ym. Työkyvyn ja työllistymisen tuki hyvinvointialueilla – suosituksen toimintamallien käyttöönottoon. Päätöksen tueksi 6/2023. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.

(26) Siun soten työkykyohjelma 2020–2022. Loppuraportti. Työkykyohjelma 2022.

(27) Punna M, Malinen K, Sevón E, ym. Kannattaako asiakkaan toimijuuden ja itseohjautuvuuden vahvistaminen? Sosiaalilääk Aikak 2017;155–158. https://doi.org/10.23990/sa.63656

(28) Eteläpelto A, Vähäsantanen K, Hökkä P, ym. What is agency? Conceptualizing professional agency at work. Educ Res Rev 2013;10:45–65. https://doi.org/10.1016/j.edurev.2013.05.001

(29) Rikala, S. Agency Among Young People in Marginalised Positions. Towards a Better Understanding of Mental Health Problems. J Youth Stud 2020;23:1–17. https://doi.org/10.1080/13676261.2019.1651929

(30) Eteläpelto A, Heiskanen T, Collin K. Vallan ja toimijuuden monisäikeisyys. Kirjassa: Eteläpelto A, Heiskanen T, Collin K. (toim.) Valta ja toimijuus aikuiskasvatuksessa. Aikuiskasvatuksen 49. vuosikirja. Kansanvalistusseura ja Aikuiskasvatuksen Tutkimusseura. Vantaa: Hansaprint; 2011, 11–34.

(31) Bandura A. Toward a Psychology of Human Agency. Perspect Psychol Sci 2006;1:164–180. https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00011.x

(32) Mäntyneva P, Isola A-M. Toimintamahdollisuuksien avaruus ja toimijuuden suunnat kuntouttavassa työtoiminnassa. Janus 2019;27:246–263. https://doi.org/10.30668/janus.70286

(33) Tökkäri V. Fenomenologisen, hermeneuttis-fenomenologisen ja narratiivisen kokemuksen tutkimuksen käytäntöjä. Kirjassa: Toikkanen J, Virtanen I. (toim.) Kokemuksen tutkimus VI. Kokemuksen käsite ja käyttö. Rovaniemi: Lapland University Press; 2018, 64–84.

(34) Ramsook L. A Methodological Approach to Hermeneutic Phenomenology. Int J Humanit Soc Sci 2018;10:14–24.

(35) Kukkola J. Kokemuksen tutkimuksen metatiede: kokemuksen käsitteen käytön ja kokemuksen ehtojen tutkimus. Kirjassa: Toikkanen J, Virtanen I. Kokemuksen tutkimus VI.: Kokemuksen käsite ja käyttö. Rovaniemi: Lapland University Press; 2018, 41–63.

(36) Turja L, Vuorisalo, M. Lasten oikeudet, toimijuus ja osallisuus oppimisessa. Kirjassa: Koivula M, Siippainen A, Eerola-Pennanen P. (toim.) Valloittava varhaiskasvatus : oppimista, osallisuutta ja hyvinvointia. Tampere: Vastapaino; 2017, 36–55.

(37) Isola A-M, Kaartinen H, Leemann L, ym. Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Työpaperi 33/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.

(38) Leemann L, Isola A-M, Kukkonen M, ym. Työelämän ulkopuolella olevien osallisuus ja hyvinvointi. Kyselytutkimuksen tuloksia. Työpaperi 17/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018.

(39) Leemaan L, Nousiainen M, Keto-Tokoi A, ym. Osallisuuden kokemus aikuisväestössä. Teoksessa Karvonen S, Kestilä L, Siukkonen P. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2022:94–115.

(40) Hedman L, Ikonen J, Leemaan L, ym. Osallisuuden kokemus ja positiivinen mielenterveys työmarkkina-aseman ja kotitalouden rakenteen mukaan– FinSote 2019 -tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 5/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021.

(41) Nikka L, Günther K. Osallisuuden ja selviytymisen rakentuminen pitkäaikaistyöttömien elämäkerroissa. Janus 2023;31:43–59. https://doi.org/10.30668/janus.115302

(42) Salminen J, Lehtonen P, Rikala S. ym. Osallisuuden kehät: Näkökulmia hyvinvoinnin muotoutumiseen. Focus Localis 2021;3:80–98.

(43) Kokko R, Nenonen T, Martelin T, ym. (toim.) Työllisyys, terveys ja hyvinvointi – Paltamon työllistämismallin vaikutusten arviointitutkimus 2009–2013. Hankkeen loppuraportti 18/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.

(44) Romakkaniemi M, Järvikoski A. Jaetun toimijuuden rakentuminen mielenterveyspalveluissa. Kuntoutus 2013;36(1):39–44.

(45) Mäntyneva P, Isola A-M. Toimintamahdollisuuksien avaruus ja toimijuuden suunnat kuntouttavassa työtoiminnassa. Janus 2019;27:246–263. https://doi.org/10.30668/janus.70286

(46) Tepora-Niemi S-M. MS-tautiin sairastuneen toimijuus sosiaali- ja terveyspalveluissa. Sosiaalilääk Aikak 2018;55:309–320. https://doi.org/10.23990/sa.66919

(47) Elonen N, Niemelä J, Saloniemi A. Aktivointi ja pitkäaikaistyöttömien monenlainen toimijuus. Janus 2017;25:280–296.

(48) Näre S, Näre L. Työttömyys sattuu. Arjen kamppailuja työllistämistoimien rattaissa. Helsinki: Gaudeamus; 2022.

(49) Määttä A, Keskitalo E. Ulkoringiltä sisärinkiin. Kumuloituneista ongelmista kärsivät nuoret aikuiset pirstaleisessa palvelujärjestelmässä. Yhteiskuntapolitiikka 2014;79:197–207.

(50) Tuomi K, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi 2018. E-kirja.

(51) Laine T. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Kirjassa: Valli R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus; 2018. E-kirja.

(52) Husserl E. The idea of phenomenology. The Hague, Netherlands: Martinus Nijhoff; 1970.

(53) Närhi K, Kokkonen T, Matthies A-L. Nuorten aikuisten miesten osallisuuden ja toimijuuden reunaehtoja sosiaali- ja työvoimapalveluissa. Kirjassa: Laitinen, M, Niskala A. (toim.) Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Tampere: Vastapaino; 2013, 113–145.

(54) Routasalo P, Airaksinen M, Mäntyranta T, ym. Potilaan omahoidon tukeminen. Duodecim 2009;125:2351–2359.

(55) Kylmä J, Vehviläinen-Julkunen K, Lähdevirta J. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi. Duodecim 2003;229:609–615.

(56) Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care 2007;19:349–357. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042

Hanna Nurmi
TtM, tutkija
Tampereen yliopisto
Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta

Lauri Vähätalo
YtM, tutkija
Tampereen yliopisto
Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta

Anna Siukola
TtT, Projektipäällikkö
Tampereen yliopisto
Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta

Tiia Reho
LT, Kliininen opettaja
Tampereen yliopisto
Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta

Salla Atkins
MA, PhD Social Science, Professori
Tampereen yliopisto, Karolinska Institutet
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Department of Global Public Health, Social Medicine Infectious Disease and Migration (SIM)

Markku Sumanen
LT, Yleislääketieteen professori
Tampereen yliopisto
Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta

Mervi Viljamaa
LT, työterveyshuollon erikoislääkäri
Pihlajalinna

Riitta Sauni
LT, Työterveyshuollon ja työlääketieteen professori
Tampereen yliopisto
Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta

Artikkeli

Digitaalisten terveyspalveluiden käytön haasteet ja rajoitteet 75 vuotta täyttäneiden kansalaisten kokemana

Julkiset terveyspalvelut ovat digitalisoituneet nopeasti niin Suomessa kuin muualla maailmalla. Muutoksen taustalla on pyrkimys palveluiden parempaan saavutettavuuteen ja kansalaisten osallistamiseen oman terveyden seurannassa ja hoidossa. Samanaikaisesti merkittävä osa iäkkäimmästä väestöstä uhkaa jäädä niiden ulkopuolelle. Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella millaisia haasteita ja rajoitteita 75 vuotta täyttäneet kansalaiset kokevat digitaalisia terveyspalveluita käyttäessään, ja millaisia tekijöitä niiden taustalla on. Tutkimusaineistona on käytetty laadullisia haastatteluja (N=24), joiden yhteydessä hyödynnettiin media-go-along -menetelmää. Tulokset osoittavat digitaalisten terveyspalvelujen käytön haasteiden ja rajoitteiden liittyvän erityisesti verkkosivujen kehnoon käytettävyyteen, digitaalisen ajanvarauksen ongelmiin sekä digipalveluiden koettuun kasvottomuuteen ja reaaliaikaisuuden puutteeseen. Lisäksi digitaalisten palveluiden käyttöä haastoivat tai rajoittivat yksilöön liittyvinä tekijöinä digiosaamisen ja -välineiden puute, haluttomuus käyttää digitaalisia palveluita sekä fyysiset ja kognitiiviset muutokset. Tutkimus tuottaa uutta tietoa siitä, miten julkisten digitaalisten terveyspalveluiden käyttäjäläheisyys todellisuudessa toteutuu iäkkäiden käyttäjäryhmien näkökulmasta ja tuo näkyviin tarpeen kiinnittää entistä enemmän huomiota digitaalisten palveluiden saavutettavuuteen osana palveluiden suunnittelua ja kehittämistä.

ASIASANAT: digitalisaatio, terveydenhuollon digitaaliset palvelut, ikääntyneet, käyttäjäkokemukset

HANNA VARJAKOSKI, ELISA TIILIKAINEN

YDINASIAT

- Vanhimmat ikäryhmät kohtaavat monenlaisia haasteita digitaalisten terveyspalvelujen käytössä ja jäävät usein kokonaan niiden ulkopuolelle
- Digitaalisten terveyspalvelujen käyttöä rajoittavat palveluntarjoajien taholta erityisesti verkkosivujen kehno käytettävyys ja digitaalisen ajanvarauksen monimutkaisuus; käyttäjien osalta digiosaamisen ja -välineiden puute, haluttomuus käyttää digitaalisia palveluita sekä muutokset fyysisessä ja kognitiivisessa toimintakyvyssä
- Digitaalisten palveluiden käyttäjäläheisyys ja kognitiivinen saavutettavuus tulisi paremmin huomioida iäkkäiden käyttäjäryhmien näkökulmasta
- Digitaalisten palveluiden kehittämiseksi tarvitaan lisää tutkimustietoa hyvistä käytännöistä, joilla saavutettavuutta voidaan parantaa

JOHDANTO

Ihmiskeskeisen digiyhteiskunnan edistäminen on asetettu yhdeksi Euroopan Unionin tavoitteeksi kuluvalla vuosikymmenellä. Suomessa julkisia palveluita on jo pitkään kehitetty kohti digitalisaatiota, mikä on nostanut Suomen yhdeksi Euroopan kärkimaista sähköisten palvelujen saatavuudessa ja kansalaisten digitaidoissa (1–2). Digitalisaatiota on pidetty välineenä osallisuuden vahvistamiseen ja eriarvoisuuden vähentämiseen eri väestöryhmien välillä (3–4). Taustalla on nähtävissä myös laajempi ideologinen muutos, jonka myötä vastuu terveydenhoidosta, seurannasta ja ylläpidosta on siirretty yhteiskunnalta ja yhteisöiltä yhä vahvemmin yksilölle itselleen (5–6).

Digitalisaation rinnalla sosiaali- ja terveyspalveluita koskevaa päätöksentekoa ohjaavat vahvasti huoli väestön ikääntymisestä ja siihen liitetystä hoivataakasta (7). Kiihtyvässä talouspaineessa useilla hyvinvointialueilla säästöjä haetaan erityisesti ikääntyvien palveluista ja niiden digitalisoinnista esimerkiksi etäkotihoidon ja etäpäivätoiminnan muodossa (8–9). Monet kotimaiset ja kansainväliset tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että kaikkein vanhimmat ikäryhmät kohtaavat monenlaisia haasteita digitaalisten palvelujen käytössä ja jäävät usein myös kokonaan niiden ulkopuolelle (10–13). Erityisesti digitaaliseen eriarvoisuuteen ja digitaalisiin kuiluihin kohdistuva tutkimus on tehnyt näkyväksi ihmisten erilaisia resursseja, mahdollisuuksia ja kykyjä hyödyntää digitalisaatiota (14).

Väestökyselyjen perusteella lähes joka toinen 74-vuotiaista ja sitä vanhemmista suomalaisista ei käytä lainkaan digitaalisia palveluita, kolmannes käyttää niitä itsenäisesti ja noin joka seitsemäs toisen avustamana tai niin, että joku muu käyttää palvelua puolesta. Vanhus- ja lähimmäispalvelun liiton (VALLI ry) selvityksen mukaan yli 75-vuotiaiden kansalaisten digitaalisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä rajoittavat esimerkiksi näköön, kuuloon tai muuhun toimintakykyyn sekä taloudelliseen tilanteeseen liittyvät tekijät. Myös tuen ja ohjauksen puute vaikutti sähköisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttämättömyyteen. (15). Koko väestön tasolla digipalvelujen käyttämättömyyden on todettu olevan yhteydessä muun muassa matalaan toimeentuloon ja koulutukseen, heikkoon terveyteen, vähäisiin digitaalisiin taitoihin ja internetiin pääsyyn, sekä palveluiden käyttöä koskeviin kielteisiin asenteisiin (16, 17).

Yleisesti ottaen digitaalisilla terveyspalveluilla on todettu olevan myönteinen vaikutus terveyteen, koettuun elämänlaatuun ja hyvinvointiin. Niiden käytön on myös todettu rohkaisevan osallistumaan ja tekemään terveyttä ja omahoitoa koskevia päätöksiä. (18–19). Kuitenkin vanhempien ikäryhmien on nähty hyötyvän vähemmän digitaalisten terveyspalveluiden käytöstä juuri heikompien digitaitojen ja -palveluiden saavutettavuuteen liittyvien rajoitteiden vuoksi (16). Esimerkiksi digipalveluiden helppokäyttöisyys, ymmärrettävä sisältö ja helppo löytyminen ovat keskeisiä tekijöitä digitaalisten palveluiden kognitiivisen saavutettavuuden kannalta (20). Vastaavasti digitaalisten terveyspalveluiden on todettu olevan saavutettavissa ja hyödyllisiä etenkin niille ikääntyneille, joilla on sosiaalisia kontakteja arjessa ja myös pääsy niin sanottuihin perinteisiin palveluihin (21).

Aikaisemmissa laadullisissa tutkimuksissa ikäihmisten digitaalisten palveluiden käyttöön on todettu liittyvän sekä myönteisiä että kielteisiä kokemuksia, jonka lisäksi keskustelua on käyty digipalveluiden käyttöön tai käyttämättömyyteen liittyvästä kompleksisuudesta (22–25). Digitaalisiin terveyspalveluihin keskittyvissä haastattelututkimuksissa käyttöä rajoittavina tekijöinä on havaittu ikääntyvien kokemukset riittämättömistä digitaidoista, pelko virheiden tekemisestä ja tuen puute (11). Kielteisten tunteiden, kuten häpeän omasta osaamisesta ja turhautumisen palveluiden käytettävyyteen, on puolestaan todettu lisäävän riskiä jättäytyä kokonaan digitaalisten terveyspalvelujen ulkopuolelle, ja näiden kokemusten on nähty kumpuavan erityisesti digipalveluiden huonosta käytettävyydestä (25). Tutkimustietoa kaikkein vanhimpien ikäryhmien kokemuksista on kuitenkin varsin vähän saatavilla.

Tässä tutkimuksessa kysymmekin, millaisia haasteita ja rajoitteita 75 vuotta täyttäneet kansalaiset ovat kokeneet julkisen terveydenhuollon digitaalisia palveluita käyttäessään, ja millaisia tekijöitä näiden haasteiden ja rajoitteiden taustalla on. Digitaalisilla palveluilla tarkoitamme digitaalisen viestintäkanavan tai alustan tuella toteutettua palvelua (26). Väestön ikääntyessä ja digitalisaation ulottuessa entistä laajemmin julkisiin terveyspalveluihin, tarvitaan lisää tietoa siitä, ovatko terveydenhuollon digitaaliset palvelut iäkkäiden kansalaisten näkökulmasta ymmärrettäviä ja helppokäyttöisiä niille asetetun tavoitteen eli omaan terveyteen liittyvien asioiden hoitamisessa. Kiinnittämällä huomiota olemassa oleviin ongelmakohtiin, voidaan jatkossa paremmin huomioida eri käyttäjäryhmiä suunnittelussa ja sen myötä vähentää digitaalista eriarvoisuutta (27) ja osaltaan vahvistaa myös digitaalisten terveyspalvelujen myönteisiä vaikutuksia (18). Tutkimuksemme paikantuu sekä digitaalisen eriarvoisuuden, että käyttöä koskevien esteiden tutkimusperinteeseen, vaikkakaan emme nojaa tiukasti yksittäiseen tutkimusperinteeseen ja teoriataustaan.

MENETELMÄT

Tutkimusaineisto kerättiin osana pohjoismaista *Demography and Democracy – Healthy Ageing in a Digital World* (HAIDI) -hanketta haastattelemalla 75 vuotta täyttäneitä suomenkielisiä kansalaisia. Haastatteluita tehtiin kahdella hyvinvointialueella Länsi- ja Itä-Suomessa alkukeväällä ja -kesällä 2023. Aineisto koostuu 24 yksilöhaastattelusta (14 naista ja 10 miestä). Haastateltavista 16 asui yksin ja 8 puolison kanssa. Haastateltavat olivat iältään 75–88-vuotiaita, keski-iän ollessa 78,4 vuotta. Yhtä lukuun ottamatta kaikki asuivat itsenäisesti omissa kodeissaan. Yksi haastateltavista oli hiljattain muuttanut ikäihmisille tarkoitettuun palvelutaloon ja kaksi oli säännöllisen kotihoidon asiakkaita.

Rekrytointivaiheessa asetimme haastateltavien alaikärajaksi 75 vuotta, koska halusimme tavoittaa vanhempaa ikäryhmää, joiden tiedetään jäävän herkästi digitaalisten palveluiden ulkopuolelle (28). Rekrytointiprosessi toteutettiin kahdella eri tavalla. Ensimmäisellä hyvinvointialueella laitoimme tutkimuskutsun jakelumäärältään alueen suurimpaan ilmaisjakelulehteen. Tällä halusimme varmistaa, että tutkimuskutsu tavoittaisi myös henkilöitä, jotka eivät käytä digitaalisia laitteita tai internettiä. Lehti-ilmoituksen kautta 21 henkilöä osallistui haastatteluihin. Kolme haastateltavaa rekrytoitiin mukaan toisella hyvinvointialueella tutkimusprojektista, jonka osallistujat olivat säännöllisen kotihoidon asiakkaita. Haastateltavat olivat osallistuneet kyselytutkimukseen, jonka yhteydessä ilmaisivat mahdollisuudesta osallistua myös muita tutkimuksia koskeviin aineistonkeruisiin.

Kaikkiaan haastatteluihin osallistujat muodostivat moninaisen ikääntyneiden ryhmän. Tavoitimme eri siviilisääty-, asumis-, koulutus- ja työtaustan omaavia yksilöitä, lapsettomia ja perheellisiä sekä eri tulo- ja varallisuustasoa edustavia ikääntyneitä. Haastateltavista suurin osa asui kaupunkialueella, mutta mukana oli myös maaseudulla asuvia henkilöitä. Toimintakyky ja koettu terveydentila haastateltavilla oli kohtalainen tai hyvä, mikä mahdollisti itsenäisen asumisen. Terveyden näkökulmasta haastatteluun osallistuneita henkilöitä voisi kuitenkin luonnehtia monisairaiksi, sillä monella heistä oli useita pitkäaikaissairauksia, jotka vaativat säännöllistä hoitoa.

Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina. Haastattelurunko rakentui seuraavien pääteemojen ympärille: digitaalisen median käyttö tai ei-käyttö, digitaalisen median käyttö ja oma terveys, digipalveluiden ja -laitteiden käyttäjälähtöisyys ja saavutettavuus sekä yleisiä ajatuksia ja mielipiteitä digitaalisuudesta ja digiasioinnista. Haastattelussa pyrittiin vastavuoroiseen kuunteluun ja tarttumaan myös haastateltavien itse tarjoamiin aiheisiin (29). Haastattelun lopuksi haastateltavilla oli mahdollisuus tuoda vielä esille ajatuksia ja asioita, joita haastattelu ja käsitellyt aiheet olivat mahdollisesti herättäneet.

Haastatteluiden yhteydessä hyödynsimme myös sovellusta media-go-along -menetelmästä (30). Menetelmässä tutkija on mukana median käyttötilanteessa ja pyytää haastateltavaa esimerkiksi näyttämään, kuinka hän käyttää valittua mediateknologiaa tai sovellusta, ts. miten hän toimii, jos hänen täytyisi varata esimerkiksi laboratorio- tai rokotusaika terveydenhuollon digitaalisen palvelun kautta. Menetelmä mahdollistaa kokemusten ja menettelyjen tutkimisen niin sanotussa tavanomaisessa käyttöympäristössä. Lisäksi tutkija ja haastateltava voivat yhdessä katsoa, navigoida ja keskustella käytetystä mediasta ja siitä, mitä näytöllä tapahtuu (ibid.). Menetelmässä tutkija siis ”kulkee” haastateltavan mukana hänen liikkuessa erilaisissa media- ja verkkoympäristöissä. Menetelmä mahdollistaa syvempää ymmärrystä erityisesti siitä, miten haastateltavat käyttävät digitaalisia palveluita ja -laitteita sekä mitä käyttötilanteessa konkreettisesti tapahtuu.

Haastattelut tehtiin tutkimukseen osallistuneiden omissa kodeissa kahta lukuun ottamatta; yksi haastattelu tehtiin kirjastossa ja toinen Teamsin välityksellä haastateltavien pyynnöstä. Näiden henkilöiden kanssa media-go-along -protokollaa ei pystytty hyödyntämään, kuten ei myöskään henkilöiden kanssa, jotka eivät käyttäneet internettiä ja siihen tarvittavia laitteita. Haastattelut ja media-go-along -osio kestivät yhteensä 60 minuutista 161 minuuttiin, ja ne nauhoitettiin ja litteroitiin. Tekstiä kertyi yhteensä 1089 sivua (fonttikoko 12, riviväli 1,5). Aineiston laajuus ja sisällöllinen monipuolisuus tarjosi hyvät lähtökohdat tutkimuskysymyksiin vastaamiselle. Litteroidun haastatteluaineiston järjestelyssä ja koodauksessa hyödynnettiin NVivo 14 -ohjelmaa.

Taulukko 1. Aineiston teema-analyysin pohjalta luodut pää- ja alateemat

PALVELUNTARJOAJAAN LIITTYVÄT	KÄYTTÄJÄÄN LIITTYVÄT
Vaikeakäyttöiset verkkosivut	Digiosaamisen ja -välineiden puute
Monimutkaiset ajanvarauspalvelut	Haluttomuus käyttää ja opetella uutta
Kasvottomuus ja reaaliaikaisuuden puute	Fyysiset ja kognitiiviset muutokset

Aineisto analysoitiin temaattisen analyysin avulla edeten aineiston luennasta ja koodaamisesta tutkimustehtävän kannalta relevanttien teemojen etsimiseen ja määrittelyyn (31). Analyysin pohjalta digitaalisten terveyspalveluiden käyttöön liittyvät haasteet ja rajoitteet jaettiin kahteen pääryhmään, joista ensimmäiseen sisältyi palveluntarjoajiin liittyviä ja toiseen käyttäjään liittyviä tekijöitä (ks. Taulukko 1). Ensimmäisessä pääryhmässä haasteita ja rajoitteita tuottivat terveydenhuollon verkkosivujen kehno käytettävyys ja kognitiivinen saavutettavuus sekä verkkoajanvaraukseen liittyvät ongelmat. Kolmannen alateeman tässä ryhmässä muodostivat digi- ja etäterveyspalveluiden koetut vuorovaikutukseen liittyvät puutteet. Toisessa pääryhmässä haasteet ja rajoitteet kumpusivat yksilöön liittyvistä tekijöistä, joita olivat: oma digiosaaminen ja käytössä olevat laitteet; haluttomuus käyttää digitaalisia terveyspalveluja sekä ikääntymisen mukanaan tuomat fyysiset ja kognitiiviset muutokset.

Palveluiden käyttöön liittyvien haasteiden ja rajoitteiden konkretisoimiseksi olemme tarkastelleet taulukossa kuvattuja pääteemoja erikseen, mutta tunnistamme eri tekijöiden kytkeytyvän vahvasti toisiinsa, kuten myös laajempaan yhteiskunnalliseen ja sosiaaliseen kontekstiin, jossa digitaalisia terveyspalveluita käytetään tai ohjataan käyttämään. Tulos- ja pohdintaosiossa tuomme näihin haasteisiin ja rajoitteisiin liittyvien tekijöiden välistä vuorovaikutusta esiin.

Läpi tutkimuksen olemme huolellisesti noudattaneet Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) laatimia ohjeita ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettisistä periaatteista. Tutkimusasetelmaamme ei sisälly TENK:in määrittelemiä kriteereitä, jotka olisivat edellyttäneet tutkimuksen eettistä ennakkoarviointia (32). Tutkittavilta on pyydetty ja saatu tietoinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Lisäksi olemme kiinnittäneet erityistä huomiota siihen, että osallistujia ei ole pyydetty haastattelutilanteissa näyttämään tai kertomaan tutkijalle terveystietoihin liittyviä kirjauksia tai sähköisten järjestelmien edellyttämiä kirjautumistietoja tai -tunnuksia. Tulososiossa esitetyissä aineisto-otteissa haastateltavien nimet ja muut mahdolliset tunnistetiedot on muutettu osallistujien tunnistamattomuuden takaamiseksi.

TULOKSET

VAIKEAKÄYTTÖISET VERKKOSIVUT

Moni tutkimukseemme osallistunut henkilö kuvaili omia digitaitojaan *”ikäisekseen hyviksi”* ja he kokivat pärjäävänsä monissa arkisissa verkkoaktiviteeteissa – oli kyse sitten tiedonhakemisesta, verkkopankin käytöstä, digitaalisten lehtien lukemisesta, verkkouutisten katsomisesta, lippujen ostosta tai sosiaalisen median käytöstä. Media-go-along -menetelmää hyödynnettäessä kuitenkin havaitsimme, että julkisen terveydenhuollon ylläpitämien sivustojen ja verkkopalveluiden käyttö tuotti silti hankaluuksia, mikä ilmeni myös haastateltavien puheessa:

> ”Kyllä nämä aika monimutkaiset on. Ja jotenkin tuntuu, että miten, siellä on siis sitä informaatiota valtavasti, kaikki avoimet työpaikat ja muut siellä samalla, jotka ei ne käyttäjää, niin kuin asiakasta koske ollenkaan. Että onko ne pakko sitten jotenkin ne kaikki ympätä sitten saman paikan alle.” (Martti, 76 v.)

> ”On niin paljon näitä tämmöisiä kaikkia linkkejä.” (Ritva, 75 v.)

Useampi haastateltavista toi esille, että oman hyvinvointialueen verkkosivuilla on liikaa informaatiota, jolloin haluttu tieto tai palvelu on vaikea löytää. Osa pyrki ratkaisemaan tämän ongelman käyttämällä sivuston sisäistä hakutoimintoa. Kuitenkin etsittäessä esimerkiksi koronarokotuksen sähköistä ajanvarauspalvelua hakusana ”koronarokotus” antoi yli 20 hakutulosta sisältäen sekä uutisia että yleistä tietoa rokotuksista. Ha-

vainnointitilanteessa yksikään hakutoimintoa käyttänyt haastateltava ei löytänyt terveydenhuollon digitaaliseen palveluun, josta olisi päässyt rokotusten ajanvaraukseen.

Toisen kompastuskiven verkkosivustojen käytölle muodostivat erilaiset valikot. Niitä oli haastateltavien mukaan paljon ja sijoiteltuna ympäri sivua, mikä loi omat haasteensa. Näin arveli 80-vuotias Aimokin, jolla oli opetustaustaa ohjelmointi- ja tietotekniikan alalta. Hänen mukaansa vanhemmat ihmiset ovat tottuneet etenemään lukiessa rivi riviltä eivätkä täten välttämättä tiedä, että käytön kannalta tärkeä tieto voi olla missä tahansa kohtaa ruutua. Tämän lisäksi muutama haastateltava kritisoi sitä, että käytetty terminologia saattoi muuttua sivulta toiselle edetessä tai riippuen siitä, käytettiinkö palvelua tietokoneella vai mobiiliversiona älypuhelimella.

Terminologiasta kumpuava epäselvyys tuli esille myös siten, että haastateltavat eivät usein tuntuneet esimerkiksi hahmottavan, että polku sähköiseen ajanvaraukseen löytyy ”sähköinen asiointi” päävalikon tai linkin takaa, koska sanat ”asiointi” ja ”ajanvaraus” eivät kirjaimellisesti tarkoita samaa asiaa. Lisäsekaannusta aiheutti sekin, että oman asuinalueen ja terveysaseman väliseen verkkoasiointipalveluun eli eTerveyspalveluun viitattiin joissain yhteyksissä termillä ”sähköiset terveyspalvelut” – olettaen, että käyttäjä tietää näiden kahden tarkoittavan samaa.

Haastattelujen aikaan hyvinvointialueiden verkkosivut olivat jossain määrin vielä työn alla. Moni osallistujista kommentoikin sivujen muuttumista uudistusten ja päivitysten myötä. Vaikka muutokset eivät välttämättä olleet suuria, synnyttivät ne silti uusia mahdollisia esteitä käytölle:

> ”Ne on pikkuasioita mutta ne on muuttuneet, että viimeksi tuo oli tollain ja nyt se onkin noin. Ja sitten kun on sen vanhan tavan just oppinut, niin pitäisi taas uutta oppia. Ei se paljon sillain ole, mutta jotain tapoja on muuttunut. Niin tuommoinen hankaloittaa kyllä.” (Sirkka, 75 v.)

> ”Minkään ei pitäny muuttua, kun kaiken piti olla ihan samanlaista. Ja sitten kun mä menin sinne, niin mä en meinannu saada sitä toimimaan millään, kun mä en tajunnu, että sinne piti antaa kaikki uudestaan ne hyväksynnät, mitkä mä olin jo antanu sinne [kaupungin nimi]. Ja sitten ne siinä kohtaan, mä poltin päreeni ja lähetin niille palautteen siitä, että kun ei mikään muuttunu, niin kaikki muuttui, kiitos vain.” (Eeva, 75 v.)

Jatkuva vaade opetella uutta, jotta pystyy käyttämään digipalveluita saattaa tuntua työläältä kuten yllä olevat lainaukset antavat ymmärtää. Epäonnistuminen verkkopalvelun itsenäisessä käytössä taas saattaa laskea motivaatiota yrittää uudelleen. Näin tapahtui yhden naishaastateltavan kohdalla hänen yrittäessään käyttää hoidon tarpeen arviointiin tarkoitettua Omaolo -sovellusta:

> ”Sitten siihen tuli lätkä eteen, että ”hupsista, meni jotain vikaan, aloita alusta”, niin minä ajattelin, että mä en nyt aloita mitään alusta, että tämä on aivan toivotonta, että se ei varmaan mennyt perille, että mä hoidan tämän asian jollain toisella tavalla.” (Maija 75 v.)

Saman tyyppinen kokemus oli myös 81-vuotiaalla Hilkalla, joka muutama vuosi aikaisemmin oli kokeillut OmaKanta -palvelun käyttöä siinä kuitenkaan onnistumatta. ”*En mä, antaa olla*”, Hilkka totesi ja kertoi OmaKannan käytön jääneen vain yritykseksi.

MONIMUTKAISET AJANVARAUSPALVELUT

Noin puolet haastateltavistamme oli käyttänyt digitaalista palvelua koronarokotus- tai näytteenoton ajanvaraukseen. Säännöllisesti näytteenotossa käyville verkkoajanvaraus ei useinkaan tuottanut ongelmia vaan se ”*menee kuin junan vessa*”, kuten 75-vuotias Vilho asiaa kuvaili.

Suurin osa haastateltavista kuitenkin varasi ajan puhelimitse, koska he kokivat sen helpommaksi. Verkkoajanvarauksessa haasteen muodosti erityisesti oikean sivuston löytäminen, mutta myös monimutkainen navigointipolku palveluun. Jos käyttäjä löysi oikealle sivustolle, tuli sen jälkeen osata tunnistautua sekä valita erikseen asiakkuus, palvelu ja toimipiste useasta eri vaihtoehdosta. Usein vapaita aikoja ei kuitenkaan löytynyt. Koska ajanvarausjärjestelmä ei ilmoita, miksi vapaita aikoja ei tule näkyville, syntyi epätietoisuutta ajanvarauksen epäonnistumisen syistä:

”Se ei anna muuta kuin ettei löytänyt vapaita aikoja, mutta jos mä pistän tuohon huhtikuuta, niin se ei mene eteenpäin tuosta. Että tässä on nyt joku hämminki heijän tässä informaatiossa. Tai sitten mä en osaa käyttää, kaksi vaihtoehtoa.” (Aili, 82 v.)

”En mä tiedä, miksi noin nyt kävi, mutta en mä nyt olisi jatkanut sen enempää, mä olisin soittanut (…) Ehkä [jos] mä sitä junnaisin tuossa tämän illan, mä jotain kautta sinne pääsisin.” (Liisa, 78 v.)

Liisan käyttäjäkokemus haastaa vahvasti vallitsevaa diskurssia digiasioinnin nopeudesta. Myös lääkärin ammatista eläkkeelle jäänyt Seija kutsui digipalveluiden käyttöä ”*aikasyöpöksi*” ja koki, että fyysisesti terveysasemalle mentäessä ”*sä saat siinä katsottua saman tien asiat*”. Hänen mielestään oli kohtuutonta, että verkkoajanvarauspalvelun käyttämiseen kului niin paljon aikaa eikä ajan varaaminen siltikään välttämättä onnistu. Ajanvarauksen epäonnistumista ei kuitenkaan nähty johtuvaksi esimerkiksi sivuston tai sovelluksen kehnosta suunnittelusta, vaan itsestä, kuten Seijan kokemus havainnollistaa:

”Nyt on varmaan joku vika mun aivoissani, mutta mä en löytänyt aikaa tuolta (…) mutta että just se, että sehän, ihminen tehdään ihan tyhmäksi, mä haen sieltä aikoja, ja sitten siellä ei ole, niin mä luulen, että olenko mä ihan tyhmä.” (Seija 75 v.)

Monet ongelmat liittyivät kuitenkin ennen kaikkea siihen miten digitaaliset palvelut on järjestetty. Kun digitaalisia terveyspalveluita on hajautettu eri sivustoille, käyttäjä ei välttämättä osaa hakeutua halutun palvelun kannalta oikealle verkkoalustalle. Näin kävi 86-vuotiaalle Väinölle, joka yritti varata influenssarokotusaikaa laboratorion näytteenottoon tarkoitetusta palvelusta, joka oli hänelle entuudestaan tuttu asiointikanava. Kun ajanvaraus ei sitä kautta onnistunut, Väinö meni oman hyvinvointialueensa verkkosivulle ja kirjoitti hakuun ”ajanvaraus”. Haku antoi 124 tulosta. Vaikka haastateltava suodatti hakutuloksia, 20 minuuttia myöhemmin hän ei edelleenkään ollut löytänyt sivua, josta ajan olisi voinut varata. ”*Harmittavaa semmoinen edestakaisin, tai siis valtava selaaminen*”, Väinö totesi.

Haastattelut tehtiin ajankohtana, jolloin siirtymä kuntien ja kuntayhtymien järjestelmistä hyvinvointialueiden verkkosivustoihin ja digitaalisiin palveluihin oli meneillään. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että uudet verkkosivustot ja digipalvelut olivat ainakin osittain työn alla. Muutos aiheutti osalle haastateltavista lisähämmennystä ja saattoi osaltaan vaikuttaa haluttujen palveluiden löytämiseen, kuten Martin kuvaus osoittaa:

”Normaalistihan me ollaan influenssarokotteet ja muut varattu netissä, mutta me on varattu [vanha järjestelmä] kautta, mutta nyt mä en tiedä edes, että [vanha järjestelmä] ei enää ole. Eli tämä kolmen kunnan sosiaali- ja terveysyhteenliittymä, nyt tämä on [hyvinvointialue].” (Martti, 76 v.)

KASVOTTOMUUS JA REAALIAIKAISUUDEN PUUTE

Osa haastattelemistamme ikääntyneistä oli avoimia ajatukselle etälääkärin vastaanotosta, jos kyseessä oli vaikkapa flunssanhoito tai lääkärintodistus – kuitenkin sillä edellytyksellä, että tarvittavat laitteet ja taidot esimerkiksi videoyhteydellä tapahtuvaan asiointiin olisi heillä jo olemassa. Moni kuitenkin suhtautui varauksella videoyhteydellä tai chatin kautta tapahtuvaan asiointiin terveydenhuollon kanssa. Etäasioinnissa arvelutti ensinnäkin lääkärin rajalliset mahdollisuudet arvioida asiakkaan hoidontarvetta kokonaisvaltaisesti. Näin ajatteli Eeva, jolla oli useampi lääkitystä vaativa sairaus:

”Mä en tykkää oikeastaan. (…) Kun se [lääkäri] näkee sen potilaan, niin kyllähän siitä nyt tietysti saa vähän erilaisen käsityksen kuitenkin. Se voi kuulostaa siellä puhelimessa ihan erilaiselta kuin se on sitten, kun se lönkyttää paikalle kahden kepin kanssa ja klenkkaa kuin mikäkin tai jotain muuta.” (Eeva, 75 v.)

Toisekseen ihmiskontaktia asioinnissa pidettiin tärkeänä, ettei asiakas kaventuisi vain pelkiksi numeroiksi:

”Kaipaisi semmoista henkilökohtaista suhdetta lääkäriin. Mutta tämä digitalisointi ja tämmöiset digilääkärit, se on just vastakkaiseen suuntaan. Pelataan vaan veriarvojen ja arvojen perusteella näkemättä ihmistä, että, vaik-

ka ei se tietysti mun näkemisestä miksikään kolesteroliarvot muutu." (Martti, 76 v.)

Siirtyminen etäasiointiin saattoi myös supistaa jo valmiiksi vähäisiä, reaalimaailmassa tapahtuvia ihmiskontakteja. Näin oli käynyt yksin asuvalle, 85-vuotiaalle Niilolle, joka liikkumisvaikeuksien vuoksi ei juurikaan poistunut kotoaan. Niilolla kotihoidon käynnit oli korvattu muutaman minuutin mittaisella videoyhteydellä kahdesti päivässä. Etäyhteys tabletin kautta loi haastateltavalle turvallisuuden tunnetta ja takasi, että henkilöstöpulasta huolimatta, hänen vointiaan pystyttiin seuraamaan säännöllisesti. Niilon mukaan häntä ei kuitenkaan oltu ohjeistettu kotihoidon antaman tabletin käyttöön eikä haastateltava esimerkiksi tiennyt, voiko hän oma-aloitteisesti ottaa kotihoitoon yhteyttä etäpalvelun kautta tai kuinka hänen tulisi toimia, jos tabletin kanssa ilmenisi teknisiä ongelmia.

Kokemukset terveydenhuollon chat- ja viestipalveluista olivat nekin pääsääntöisesti kielteissävytteisiä. Käyttöä hankaloitti chat-ikkunan pieni koko, "näpyttelyn" hitaus sekä kysymysten esittäminen tavalla, jonka chat-robotti ymmärtäisi. Vuorovaikutus koettiin rajalliseksi myös sen vuoksi, että kommunikointi ammattilaisten kanssa ei ollut reaaliaikaista:

> "Mulla jää aina lisäkysymyksiä jostain, niin mutta entä tämä, miten tämä pitäisi tehdä, ei voi kysyä niin kun jos tulee soitto, että lääkäri soittaa ja ilmoittaa sulla on nämä, se on ihan eri, mä pystyn kysymään että no entäs huomioitiinko tämä siinä (…) mä saan paljon enemmän silloin sitä tietoa siitä kun pääsee puhelemaan ihmisen kanssa." (Johannes, 79 v.)

Saattoi myös käydä niin, ettei eTerveyspalveluiden kautta laitettuun viestiin koskaan saatu vastausta. Näin oli käynyt yhdelle haastateltavista, joka oli viisi kuukautta aiemmin lähettänyt krooniseen vaivaansa liittyvän kysymyksen palvelun kautta. "*Ei tähänkään viestiin ole sitten kukaan vastannut, vaikka tämä on viime marraskuussa lähetetty*", hän totesi.

DIGIOSAAMISEN JA -LAITTEIDEN PUUTE

Haastateltavista kolme kertoi, etteivät he osaa tai ole koskaan käyttäneet tietokonetta. Esimerkiksi Sylvillä oli perheenjäseneltä saatu vanha kannettava tietokone, jota hän ei kuitenkaan osannut käyttää. Haastateltavalla oli myös älypuhelin, jota hän käytti vain soittamiseen, viestittelyyn ja toisinaan valokuvien ottamiseen. Oman digiosaamisen puute harmitti Sylviä, koska hän oli ajatellut pärjäävänsä jäljellä olevan elinaikansa ilman "*digivehkeitä*". Digipalveluiden ajateltu hyöty esimerkiksi omien terveystietojen seurannan kautta jäi tavoittamatta:

> "Mä en osaa käyttää nettiä. Ja siinä mua harmittaa, kun että joo, katso OmaKanta, katso OmaKanta. En mä pysty mitään katsomaan." (Sylvi, 78 v.)

Sylvin kohdalla nousi esille myös se, kuinka digiosaamisen puute ja digitaalinen eriarvoisuus ovat usein kytköksissä yksilön aikaisempiin elämänvaiheisiin: köyhästä taustasta tulleella Sylvillä ei ollut mahdollisuuksia käydä kouluja, ja työssään laitoshuoltajana tietokoneet eivät tulleet hänelle tutuiksi toisin kuin monille korkeammin koulutetuille haastateltavillemme tuli.

Haastateltavien digiosaamiseen ja kykyyn käyttää digitaalisia palveluita vaikuttivat myös sosiaaliset ulottuvuudet. Esimerkiksi erästä perheetöntä ja yksinelävää naishaastateltavaa närkästytti olettamukset siitä, että kaikilla ikäihmisillä olisi lapsia tai lapsenlapsia auttamassa ja tukemassa digilaitteiden ja -palveluiden käytössä. Yksi digilaitteita käyttämätön haastateltava puolestaan kertoi, ettei hän saanut digiapua perheenjäseniltä, vaikka hänellä sellaisia oli.

Digitaaliseen asiointiin vaadittavan osaamisen riittämättömyys tuli esille myös muilla tavoin. Käyttötilanteessa ei saatettu esimerkiksi ymmärtää, että eTerveyspalveluiden sivuilla olevaa sinistä "Varaa aika"-kuvaketta tulee klikata, jotta ajanvaraamisessa pääsee eteenpäin tai että alleviivattu sana tarkoittaa verkkotekstissä linkkiä. 80-vuotias Aimo kritisoikin haastattelun aikana moneen otteeseen käyttöohjeistuksen puutetta sivustoilla. Hänen mielestään sivustojen ja käyttöliittymien suunnittelijat erheellisesti tuntuvat ajattelevan kaikista käyttäjistä, että "kyllähän ne sen osaa".

Kun hankalaksi koetut käyttöliittymät yhdistyvät riittämättömään digiosaamiseen sekä digituen puutteeseen, digitaalisten palveluiden käytöstä tulee erityisen haasteellista, jopa mahdotonta:

”Se hidastaa. Kun ei osaa, niin se hidastaa.” (Sirkka, 75 v.)

”Mä en voi sille mitään, mutta mä olen epävarma tuon netin kanssa, että mä käytän puhelinta (…) ja sitten tuo viimeinen rokotus, niin mä soitin terveyskeskukseen. Mä en osaa sitä käyttää tuota nettiä näihin palveluihin. Mä tykkään, että ne on niin monimutkaisia.” (Greta, 75 v.)

Oman lisänsä digiterveyspalveluja koskeviin käyttöhaasteisiin toi ikääntyneiden käytössä olevat laitteet. Ongelmatilanteissa kookkaiden ja painavien kannettavien kuljettaminen esimerkiksi senioripisteiden digitukeen ei kaikille ollut mahdollista, kuten haastatteluissa tuli esille. Laitteet saattoivat olla myös vanhentuneita eivätkä toimineet kunnolla. Uusien laitteiden hankinta ei kuitenkaan aina ollut mahdollista johtuen tiukasta taloudellisesta tilanteesta. Siinä missä osalla oli varaa maksaa digituesta ja -laitteista, joillekin haastateltaville edullisenkin älypuhelimen hankinta saattoi tietää kuukausien säästämistä.

HALUTTOMUUS KÄYTTÄÄ JA OPETELLA UUTTA

Aineistossamme näkyi myös haluttomuus käyttää digitaalisia terveyspalveluita. Jos kotihoito tai perheenjäsen huolehti ikääntyneen terveysasioiden hoidosta tai asioinnin koettiin hoituvan perinteisiä palvelukanavia pitkin, kiinnostus digipalvelujen käyttöön oli usein vähäistä:

”Jos mä tarvitsen lääkäriä, mä olen sen tuosta saanut, ja kun mä menen keskustasta lävitse, mä voin sen saman tien käydä tilaamassa tai kysymässä, milloin pääsisi, tai sitten mä soitan, jompikumpi. Ne on ne mun kanavat.” (Eila, 80 v.)

Tukeutuminen totuttuihin asiointikanaviin on ikääntyneen käyttäjän näkökulmasta ymmärrettävää. Perinteisten asiointikanavien käyttö vaatii usein kuitenkin lisäponnisteluja, kuten 81-vuotiaan Hilkan tapauksessa neljän kilometrin kävelyn lähimmälle terveysasemalle. Toisaalta yhteiskunnan ja kulttuurin suunnalta tulevat voimakkaat odotukset herättivät voimakkaitakin tuntemuksia, kuten seuraavista otteista ilmenee:

”Joka paikassahan, siis mähän hermostun, kun sieltä tulee kaikilla kielillä, menkää verkko-, en mä, se ei sovi mulle (…) ku mä en kerta kaikkiaan mä en tykkää siitä.” (Greta, 75 v.)

”Mun sisko aina sanoo, että täytyy vain leikkiä tämän kanssa koko ajan, niin sitten oppii. Mä en halua, mulla on kauhea vastarinta.” (Seija, 75 v.)

Seijan kokemuksessa korostuu halu säilyttää päätösvalta itsellä ulkoisista paineista huolimatta. 79-vuotias Johannes taas kertoi, että yrittää käyttää digipalveluja *”pakon edestä”* vaikkei digimaailmasta kauheasti pidäkään. Yksi haastateltavista vastaavasti koki vääryytenä sen, etteivät kaikki palvelut välttämättä ole saatavilla ilman ”*digihärveliä*”. Hänen mielestään digitalisaatiossa ikäihmiset eivät niinkään syrjäydy vaan syrjäytetään. Äärimmäisissä tapauksissa mahdollisuutta valita digitaalisen ja ei-digitaalisen palvelun välillä ei palveluntarjoajan suunnalta edes esitetä. Näin kävi Niilolle, jolta ei kertomansa mukaan kysytty, haluaako hän etämonitorointiin tarkoitetun tabletin kotiinsa vai ei.

Kun osalla haluttomuus käyttää digipalveluita kumpuaa tarkoituksellisesta, aktiivisesta vastarinnasta, eräs haastateltava taas arveli ikääntymisen lisäävän haluttomuutta opetella uusien palvelukanavien käyttöä:

”Sehän on fakta, että se [ikä] vaikuttaa kykyyn oppia, että se on ihan selvä asia. Sitten on niitä ihan, että vaikkei olisi välttämättä muistisairauttakaan, niin ei opi niin enää kuin nuorempana. Se on selvä.” (Heikki, 77 v.)

Aina ei kuitenkaan ollut kyse pelkästään haastateltavan varauksellisesta tai vastahakoisesta asennoitumisesta digipalveluja kohtaan. Toisinaan digiasioinnin vähäinen käyttö saattoi johtua siitä, että he eivät välttämättä tienneet, mitä kaikkia omaan terveyteen liittyviä asioita pystyy verkossa hoitamaan, kuten Liisan kokemuksesta ilmenee:

”Ehkä on paljon asioita, joita mä en tiedä. Että varmaan on paljon, mitä voisi sen kautta hoitaa, jos mä tietäisin, ja mä epäilen, että mä en mitään lääkäriaikaa sieltä netistä edes saisi.” (Liisa, 78 v.)

FYYSISET JA KOGNITIIVISET MUUTOKSET

On selvää, että iän karttuessa digitaalisten palveluiden ja -teknologioiden käyttömahdollisuuksiin vaikuttavat myös muutokset fyysisessä ja kognitiivisessa toimintakyvyssä. Usea haastateltava kertoikin heikentyneestä näkökyvystä ja hienomotoriikasta, mikä vaikeutti digilaitteiden käyttöä. Esimerkiksi tietokoneen ja tabletin käyttöä suosittiin verkkoasioinnissa juuri isomman näytön vuoksi. Yhdellä haastateltavista näkö oli kuitenkin heikentynyt jo niin paljon, ettei hän kyennyt lukemaan tekstiä enää tietokonenäytöltäkään. Myös älypuhelimien pienet kirjainnäppäimet tuottivat ongelmia. Jos haastateltavalla oli käytössä vain älypuhelin, digipalveluiden käyttökin oli edellä mainituista syistä epätodennäköisempää.

Digipalveluiden ja -laitteiden käyttö edellyttää usein jatkuvaa uuden oppimista johtuen sivustojen päivityksistä ja laitteiden uusimisesta. Muistin heikkeneminen ja sen vaikutus omaan oppimiseen ja kykyyn käyttää laitteita ja palveluita huolestutti haastateltavia:

> ”Nyt, kun mulla on muistiongelmia, niin onhan mulla semmoisiakin, niin en mä muista, en mä välttämättä muista huomenna.” (Sirkka, 75 v.)

Ylipäätään pärjääminen yhteiskunnassa, jossa palveluita digitalisoidaan yhä enemmän, ymmärrettävästi mietitytti haastateltavia. Vaikka halua ylläpitää omaa digitoimijuutta olisikin, se ei iän yhä karttuessa välttämättä enää onnistu, kuten seuraavista pohdinnoistakin käy esille:

> ”Sitten kun tässä on kuitenkin se vielä, että vaikka mä nyt pärjään näiden kanssa tosi hyvin, niin pärjäänks mä 10 vuoden päästä? Mä voin olla sitten aivan ding dong, sitäkään ei tiedä.” (Eeva, 75 v.)

> ”Vähän vanhempi putoaa kelkasta. Se on ihan väistämätön. (…) Halu on, mutta ei pysty enää oikein, että on ikää liikaa, ja on yli 80 sitten jo ja niin päin pois. Se asia, se on heille, he putoaa kyllä.” (Heikki, 77 v.)

Jos digilaitteiden ja -palveluiden käyttö oli jo nykyisessä elämäntilanteessa vähäistä tai olematonta, moni kantoi huolta asioiden hoitumisesta tulevaisuudessa, jos syystä tai toisesta ei kyetä enää toimimaan itsenäisesti tai ei ole perhettä, joka huolehtisi asioista ikääntyneen puolesta. Sairaanhoitajakoulutuksen saanut 78-vuotias Liisa totesikin, että ”*tämä yhteiskunta ei ole ikäihmisten yhteiskunta*”, sanoittaen kokemusta ulkopuolisuudesta ja tilannekohtaisesta haavoittuvaisuudesta, jota digitalisaatiokehitys joillekin ihmisille voi tuottaa.

POHDINTA

Digitaalisen asioinnin ensisijaisuus, palveluiden kehittäminen digitaalista osallisuutta kannustavaksi sekä digitaalisten terveyspalveluiden käyttö oman terveyden ylläpidossa on nimetty sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiota koskevan strategian päätavoitteiksi (33). Digitaalisten palvelujen kohdalla on kuitenkin tärkeää kysyä, ovatko nämä tavoitteet saavutettavissa eri käyttäjäryhmien kohdalla. Tässä tutkimuksessa olemme tarkastelleet digitaalisten terveyspalvelujen käyttöä 75 vuotta täyttäneiden kansalaisten näkökulmasta. Laadullista haastatteluaineistoa ja media-go-along -menetelmää hyödyntäen olemme pyrkineet tekemään näkyväksi digitaalisiin terveyspalveluihin liittyviä haasteita ja rajoitteita, sekä niiden taustalla olevia tekijöitä.

Tulosten pohjalta digitaalisten terveyspalvelujen käytön haasteet ja rajoitteet liittyivät erityisesti verkkosivujen vaikeakäyttöisyyteen, monimutkaisiin ajanvarauspalveluihin sekä koettuun kasvottomuuteen ja reaaliaikaisuuden puuttumiseen digitaalisissa terveyspalveluissa. Lisäksi digitaalisten terveyspalveluiden käyttöä haastoivat tai rajoittivat käyttäjään punoutuvina tekijöinä digiosaamisen ja -välineiden puute, haluttomuus käyttää digitaalisia palveluja, sekä fyysiset ja kognitiiviset muutokset, joiden myötä digitaalisten välineiden ja järjestelmien käyttö ja niiden opettelu koettiin hankalana.

Julkisissa terveyspalveluissa on tapahtunut valtava digitaalinen murros, jonka vuoksi digitaalisia palveluja koskevaa tutkimustakin on tehty viime vuosina entistä enemmän. Tuloksemme vahvistavat ja täydentävät aikaisempaa tutkimusta ikääntyvien väestöryhmien digitaalisten terveyspalveluiden käytöstä, jonka puitteissa on tuotu esiin iäkkäiden kokevan herkästi haasteita digitaalisten palveluiden saavutettavuudessa ja käytössä esimerkiksi vähäisen tuen, epävarmuuden ja pelkojen vuoksi (esim. 11, 25). Aikai-

sempien tutkimusten tavoin esille nousivat myös niukkoihin taloudellisiin ja sosiaalisiin resursseihin liittyvät tekijät, kuten myös ikääntyviin kohdistuvat syrjivät ja stereotyyppiset asenteet, joiden koettiin vaikuttavan siihen, miten ja millä tavoin digitaalinen osallisuus oli käytännössä mahdollista (esim. 10, 14, 24).

Tuloksemme osoittavat, että yksi keskeinen digitaalisten palveluiden käyttöön liittyvä haaste koskee käyttöliittymien suunnittelua. Terveydenhuollon ylläpitämien sivustojen ja digitaalisten palveluiden käyttö tuotti monille hankaluuksia ja käyttötilanteen havainnointi paljasti, että ainakaan toistaiseksi digitaaliset palvelut eivät vastaa niille asetettuja tavoitteita helppokäyttöisyydestä ja kognitiivisesta saavutettavuudesta (ks. myös 34). Haastateltavat kokivat muun muassa navigointipolut haluttuun palveluun monimutkaisiksi ja käyttöohjeistuksen puutteelliseksi. Palveluiden vaikeakäyttöisyyteen viittaa myös se, että muutoin digiosaamisensa riittäväksi arvioineet haastateltavat toistuvasti epäonnistuivat terveydenhuollon digitaalisten asiointipalveluiden käytössä esimerkiksi yrittäessään tehdä ajanvarausta verkossa.

Ajanvarauksen epäonnistumista ei tavallisesti nähty johtuvaksi sivuston tai sovelluksen kehnosta suunnittelusta (35), vaan epäonnistuminen sai haastateltavat epäilemään omia kykyjä ja digiosaamista, mikä voi heikentää motivaatiota käyttää digitaalisia terveyspalveluja. Aikaisemmissa tutkimuksissa digipalveluiden käytön haasteisiin liittyvän turhautumisen ja kielteisten tuntemusten on todettu muodostavan yhden esteen palveluiden käyttämiselle, oppimisille ja yksilön toimijuudelle (24). Osa haastateltavistamme ei myöskään kertomansa mukaan saanut digiapua perheenjäseniltä, minkä tiedetään heikentävän mahdollisuuksia digitaalisten palvelujen käyttöön ja digitoimijuuteen (36).

Tutkimuksemme osallistuneet iäkkäät olivat olleet työelämässä aikana, jolloin tietotekniikka tuli osaksi työelämää ja yhteiskuntaa laajemmin. Monelle tietokone oli tullut tutuksi ennen eläkkeelle siirtymistä, mutta käyttö työpaikalla saattoi rajoittua esimerkiksi tekstin käsittelyyn ja erilaisiin kirjauksiin työnantajatahon sisäisessä järjestelmässä. Osalla taas työnkuvaan ei sisältynyt tietokoneen käyttöä. Korkeamman koulutus- ja tulotason on todettu ennustavan internetin moninaisempaa ja useammin tapahtuvaa käyttöä vanhemmalla iällä (37–39), mikä näkyi myös aineistossamme. Vastaavasti taas ne henkilöt, jotka eivät työelämässä olleet käyttäneet tietokonetta, käyttivät tänäkin päivänä yksipuolisemmin tai ei lainkaan internettiä. Näillä haastateltavilla myös erilaisten digitaalisten palvelujen käyttö oli luonnollisesti vähäistä tai olematonta.

Odotus erilaisten teknologioiden käyttöön nyky-yhteiskunnassa on voimakas (40, 12). Terveydenhuollon digitaaliset palvelut eivät ole tästä poikkeus. Esimerkiksi terveydenhuollon henkilöstöpulan vuoksi etäasiointi tulee tulevaisuudessa todennäköisesti kasvamaan vielä entisestään (9). Osa haastateltavistamme ei kuitenkaan halunnut käyttää etäasiointia: haluttomuus käyttää digipalveluita saattoi kummuta tarkoituksellisesta, aktiivisesta vastarinnasta (myös 13), mutta myös rajallisesta vuorovaikutuksesta, mikä liitettiin teknologiavälitteiseen asiakaskohtaamiseen. Palveluja digitalisoitaessa ja niitä kehitettäessä, tulisikin kiinnittää entistä enemmän huomiota siihen, miten ne tukevat ammattilaisen ja potilaan välistä vuorovaikutusta, jolla tiedetään olevan myönteinen merkitys myös hoidon onnistumiselle (41–42).

Tuloksemme vahvistavat aikaisempia tutkimuksia siitä, että digitaalisten terveyspalveluiden käyttöön liittyvissä haasteissa ja rajoitteissa risteävät palveluntarjoajiin ja käyttäjiin liittyvät eri tekijät monitasoisesti (10, 21, 43). Aikaisempaa tutkimustietoa täydentäen tuloksemme korostavat erityisesti digipalveluiden kognitiivisen saavutettavuuden (20) merkitystä ja tarvetta saada syvempää ymmärrystä käyttäjien kohtaamista haasteista ja rajoitteista erityisesti digitaalisten terveyspalveluiden kontekstissa (ks. 44). Tuloksiamme voidaankin hyödyntää erityisesti digitaalisten terveyspalveluiden helppokäyttöisyyttä kehitettäessä, joka osaltaan edesauttaa digitaalisten palveluiden omaksumista osana oman terveydentilan seurantaa ja ylläpitoa (18).

Tutkimukseemme liittyy rajoitteita, joita on tärkeä huomioida tutkimustuloksia tarkasteltaessa. Tutkimuksen ulkopuolelle ovat jääneet esimerkiksi kaikkein huonokuntoisimmat ikääntyneet, joiden tiedetään jäävän herkästi kokonaan digitaalisten palveluiden ulkopuolelle. Lisäksi kaikki haastateltavamme ovat olleet suomea äidinkielenään puhuvia, mikä asettaa heidät vieraskielisiä parempaan asemaan digitaalisten palveluiden saavutettavuuden ja käytettävyyden osalta

(45–46). Kuten tuloksemme osoittavat, haasteita palveluiden käytössä kohdataan kuitenkin myös kantasuomalaisten ikääntyvien keskuudessa ja hyvistäkin taloudellisista ja sosiaalisista resursseista huolimatta, mikä korostaa tarvetta kiinnittää digitaalisten palveluiden käytettävyyteen entistä enemmän huomiota koko väestön tasolla.

Verkkosivujen saavutettavuuteen liittyvät tulokset voivat osaltaan heijastaa haastattelujen ajankohtaa, jolloin uudet hyvinvointialueet olivat aloittaneet toimintansa. Kevään 2023 aikana osa organisaatioiden verkkosivustoista oli yhä työn alla, mikä näkyi myös haastattelutilanteissa. Hyvinvointialueiden välillä tiedetään olevan eroja digipalveluiden käytön ja kehittämisen suhteen ja eroja voi olla myös alueiden sisällä kuntakohtaisesti (43). Näin ollen tuloksemme olisivat voineet olla erilaisia, mikäli mukana olisi ollut haastateltavia myös muilta hyvinvointialueilta. Tutkimukseen on keskeisesti vaikuttanut myös valitsemamme näkökulma, jonka myötä olemme kiinnittäneet huomiomme palveluiden käyttöön liittyviin haasteisiin, myönteisten kokemusten sijaan. Palveluiden kehittämisen tueksi jatkossa olisikin tärkeä saada näyttöön perustuvaa tietoa hyvistä käytännöistä, joiden avulla digitaalisten terveyspalveluiden saavutettavuutta voidaan parantaa ja digitaalista osallisuutta vahvistaa.

Tutkimustulostemme valossa terveyspalveluihin liittyvää digitaalista eriarvoisuutta voisi vähentää ottamalla ikäihmisiä entistä aktiivisemmin mukaan digitaalisten palveluiden suunnitteluun ja arviointiin sekä järjestämällä ikääntyneille digiopastusta, joka keskittyisi nimenomaan terveydenhuollon digitaalisten asiointipalveluiden käyttöön. Lisäksi on tärkeää, että ikääntyvät huomioidaan yhtenä kohderyhmänä digitaalisia terveyspalveluita koskevassa tiedottamisessa, jotta he saavat nykyistä paremmin tietoa digitaalisista palveluista ja siitä millaisia omaan terveyteen liittyviä asioita on mahdollista hoitaa digitaalisesti – niin halutessaan. Digitaalisia terveyspalveluita kehitettäessä on kuitenkin välttämätöntä muistaa, että toimintakyvyn heikentyessä ja tuen tarpeiden kasvaessa vastuu terveydenhoidosta ei voi olla vain yksilöllä itsellään. Kasvokkaiseen kohtaamiseen perustuvia palveluita tarvitaan myös jatkossa ja ne tulisi entistä vahvemmin kohdentaa kansalaisille, jotka kohtaavat haasteita ja rajoitteita digitalisaation hyödyntämisessä.

RAHOITTAJAT:

Tutkimusta on rahoittanut Familjen Kamprads Stiftelse (rahoituspäätös 20212004) Tulevaisuuden haasteet Pohjolassa -tutkimusohjelman puitteissa.

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Varjakoski on vastannut tutkimushaastatteluiden tekemisestä, haastatteluaineiston koodauksesta, analyysin ja päätelmien tekemisestä sekä toiminut artikkelin vastuukirjoittajana. Tiilikainen on vastannut johdannon kirjoittamisesta, osallistunut päätelmien muotoiluun sekä tiivistelmien ja pohdintaosion kirjoittamiseen. Tiilikainen toimii HAIDI-tutkimushankkeen Suomen työpaketin johtajana ja tästä roolista käsin on osallistunut tutkimuksen suunnitteluun.

Varjakoski, H., Tiilikainen, E. ***Challenges and barriers experienced by citizens aged 75 and above when using digital health services.*** **Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2025: 62: 153–165.**

Public health services have been rapidly digitalized in Finland and many other countries. This change is driven by the need to make services more accessible and to involve citizens in monitoring and managing their own health. At the same time, a significant proportion of the oldest population is at risk of being excluded from digital services. The aim of this study is to examine the challenges and barriers faced by older people aged 75 and over when using digital health services, and the factors behind them. The data include qualitative interviews (N=24) in which the media-go-along method were also used. The results show that challenges and barriers in using digital health services were, in particular, related to poor website usability and accessibility, problems with online appointment booking and perceived facelessness and lack of real-time communication within the services. In addition, the lack of digital skills and tools, unwillingness to use digital services, as well as the physical and cognitive changes, were individual-related factors that challenged or limited the use of digital services. The study provides new insights into how user-friendliness of public digital health services is achieved for older user groups and highlights the

need to pay more attention to the usability and accessibility of digital services as part of service design and development.

Keywords: digitalisation, eHealth, older adults, user experiences

Saapunut 21.02.2024
Hyväksytty 27.08.2024

LÄHTEET

(1) European Union. Digital Economy and Society Index (DESI) 2022 Finland. https://digital-strategy.ec.europa.eu/fi/policies/desi-finland

(2) STM. Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025. Luettu 10.11.2023. https://verkkojulkaisut.valtioneuvosto.fi/stm/zine/2/cover

(3) Stenvall J, Laitinen I, Yeoman R, ym. Digitalisation and Public Values. Kirjassa: Stenvall J, Laitinen I, Yeoman R, ym. (toim.) Public Values for Cities and City Policy. Palgrave Macmillan, Cham; 2022,177–201. doi:10.1007/978-3-030-80799-3_9

(4) Maiti D, Awasthi A. ICT Exposure and the Level of Wellbeing and Progress: A Cross Country Analysis. Soc Indic Res 2020;147:311–343. doi:10.1007/s11205-019-02153-5

(5) Rose N. The Politics of Life Itself: Biomedicine, power, and subjectivity in twenty-first century (1. painos). Princeton: Princeton University Press; 2009.

(6) Jauho M, Helén I. Citizenship by vitality: Rethinking the concept of health citizenship. Distinktion: Journal of a Social Theory 2023;24:467–487. doi:10.1080/1600910X.2022.2057561

(7) Vaarama M, Jylhä M. Syrjintä pois ja palvelut kuntoon – kohti tietoon perustuvaa ikääntymispolitiikkaa. Gerontologia 2020;34:317–322. https://journal.fi/gerontologia/article/view/99632

(8) THL. Kotihoidon uudet ratkaisut. Kotona asumisen teknologiat ikäihmisille – KATI-ohjelman 2020–2023 loppuraportti. Luettu 9.1.2024. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/147940/RAP2023_009%20Kotihoidon%20uudet%20ratkaisut.pdf?sequence=4&isAllowed=y

(9) Hirvonen H, Tammelin M, Hänninen R, ym. (toim). Digital Transformations in Care for Older People: Critical Perspectives (1. painos). London: Routledge; 2021. doi:10.4324/9781003155317

(10) Heponiemi T, Gluschkoff K, Leemann L, ym. Digital inequality in Finland: Access, skills and attitudes as social impact mediators. New Media & Society 2023;25:2475–2491. doi:10.1177/14614448211023007

(11) Kaihlanen A-M, Virtanen L, Buchert U, ym. Towards digital health equity – a qualitative study of the challenges experienced by vulnerable groups in using digital health services in the COVID-19 era. BMC Health Services Research 2022;22:2–12. doi:10.1186/s12913-022-07584-4

(12) Lolich L, Timonen V. Digitalisation of Public Services as a Challenge to Social Justice. Kirjassa: Yerkes M A, Bal M. (toim.) Solidarity and Social Justice in Contemporary Societies. Palgrave Macmillan, Cham; 2022,191–200. doi:10.1007/978-3-030-93795-9_18

(13) Gallistl V, Rohner R, Hengl L, ym. Doing digital exclusion – technology practices of older internet non-users. Journal of Aging Studies 2021;59:100973–100973. doi:10.1016/j.jaging.2021.100973

(14) Rantanen T, Juujärvi S, Silvennoinen P, ym. Haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien digitaalinen syrjäytyminen sosiaali- ja terveysalan osaamisen haasteena. Ammattikasvatuksen aikakauskirja 2023;25: 50–69. doi.org/10.54329/akakk.137484

(15) Hiltunen S, Lakoma S, Torkki P. Yli 75-vuotiaiden kokemukset digitaalisista sosiaali- ja terveyspalveluista 2023. Valli ry, Ikäteknologiakeskus ja Helsingin yliopisto; lokakuu 2023. Luettu 20.11.2023. https://www.valli.fi/wp-content/uploads/2023/10/Yli-75-vuotiaiden-kokemukset-digitaalisista-sosiaali-ja-terveyspalveluista.pdf

(16) Heponiemi T, Jormanainen V, Leemann L, ym. Digital Divide in Perceived Benefits of Online Health Care and Social Welfare Services: National Cross-Sectional Survey Study. J Med Internet Res 2020;22(7):e17616. doi: 10.2196/17616

(17) Heponiemi T, Kaihlanen A, Kouvonen A, ym. The role of age and digital competence on the use of online health and social care services: Evidence from a population-based survey. Digital Health 2022;8. doi:10.1177/20552076221074485

(18) Kivekäs E, Kuosmanen P, Kinnunen U-M, ym. Sähköiset palvelut osaksi potilaan arkea. FinJeHeW 2019;11:25–37. doi:10.23996/fjhw.69813

(19) Nam S, Han S H, Gilligan M. Internet Use and Preventive Health Behaviors Among Couples in Later Life: Evidence from the Health and Retirement Study. The Gerontologist 2019;59: 69–77. doi:10.1093/geront/gny044

(20) Kärpänen T. Kognitiivinen saavutettavuus digitaalisissa palveluissa. Laurea-ammatti-korkeakoulu. https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-799-561-0

(21) Kainiemi E, Saukkonen P, Virtanen L, ym. Perceived benefits of digital health and social services among older adults: A population-based cross-sectional survey. Digital Health 2023;9. doi:10.1177/20552076231173559

(22) Siren A, Knudsen S G. Older Adults and Emerging Digital Service Delivery: A Mixed Methods Study on Information and Communications Technology Use, Skills, and Attitudes, Journal of Aging & Social Policy 2017;29:35–50. doi: 10.1080/08959420.2016.1187036

(23) Pirhonen J, Lolich L, Tuominen K, ym. “These devices have not been made for older people’s needs” – Older adults’ perceptions of digital technologies in Finland and Ireland. Technology in Society 2020; 62;101287-. doi:10.1016/j.techsoc.2020.101287

(24) Korjonen-Kuusipuro K, Saari E. Huolta, ärsyyntymistä, pelkoa ja ahdistusta. Ikääntyvien kielteiset tunteet digitalisaatiossa. Yhteiskuntapolitiikka 2021;86:317–382.

(25) Valkonen P, Kujala S. Older Adults´ Emotional User Experiences with Digital Health Services. Kirjassa: Särestöniemi, M., et al. (toim.) Digital Health and Wireless Solutions. NCDHWS 2024. Communications in Computer and Information Science, vol 2083. Springer, Cham. doi.org/10.1007/978-3-031-59080-1_10

(26) THL 2024. Sosiaali- ja terveydenhuollon digitaalisten palvelujen sanasto. https://sotesanastot.thl.fi/termed-publish-server/vocabulary/4f1aed94-0cf7-40a5-abb7-8df6aa377ed5/concept/04b58c6e-3f34-4f8f-b881-63790c410ba4

(27) Helsper E J, Reisdorf B C. The emergence of a “digital underclass” in Great Britain and Sweden: Changing reasons for digital exclusion. New Media & Society 2017;19:1253–1270. doi.org/10.1177/1461444816634676

(28) Lu X, Yao Y, Jin Y. Digital exclusion and functional dependence in older people: findings from five longitudinal cohort studies. EClinicalMedicine 2022;54. doi:10.1016/j.eclinm.2022.101708

(29) Ikonen HM. Puhelinhaastattelu. Kirjassa: Hyvärinen M ym. Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino, 2017: luku 12.

(30) Jørgensen K M. The media go-along: Researching mobilities with media at hand. MedieKultur 2016;32. doi:10.7146/mediekultur.v32i60.22429

(31) Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology 2006;3:77–101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa

(32) TENK 2019: https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2020.pdf

(33) STM. Digitaalisuus sosiaali- ja terveyshuollon kivijalaksi: Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaation ja tiedonhallinnan strategia 2023–2035. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2023. Luettu 27.5.2024. https://stm.fi/julkaisu?pubid=URN:ISBN:978-952-00-9889-6

(34) Virtanen L, Kaihlanen A-M, Kouvonen A, ym. Hyvinvointiyhteiskunnan digitaaliset palvelut yhdenvertaisiksi – 9 kriittistä toimenpidettä haavoittuvassa asemassa olevien huomioimiseksi. THL Päätösten tueksi 1/2022. Luettu 19.1.2024. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-811-8

(35) Mannheim I, Schwartz E, Xi W, ym. Inclusion of older adults in the research and design of digital technology. Int J Environ Res Public Health 2019;16(19): 3718-. doi:10.3390/ijerph16193718

(36) Hänninen R, Taipale S, Luostari R. Exploring heterogeneous ICT use among older adults: The warm experts’ perspective. New Media & Society 2021;23:1584–1601. doi:10.1177/1461444820917353

(37) Räsänen P, Koiranen I. Changing patterns of ICT use in Finland – The senior citizens’ perspective. Kirjassa: HCI (24) (Vol. 9754, s. 226–237). Cham: Springer International Publishing; 2016. doi:10.1007/978-3-319-39943-0_22

(38) Hargittai E, Piper A M, Morris M R. From internet access to internet skills: digital inequality among older adults. Universal Access in the Information Society 2019;18:881–890. doi:10.1007/s10209-018-0617-5

(39) Kyytsönen M, Aalto A-M, Vehko T. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2020–2021. Väestön kokemukset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 7/2021. Luettu 14.12.2023. https://www.julkari.fi/handle/10024/142675

(40) Talsi N. Kodin koneet: teknologioiden kotouttaminen, käyttö ja vastustus. Itä-Suomen yliopisto, Joensuu; 2014.

(41) Huhtakangas M, Tolvanen M, Kyngäs H, ym. Vuorovaikutus terveydenhuollon ammatti-henkilöiden kanssa paljon terveyspalveluja tarvitsevien asiakkaiden arvioimana. Sosiaalilääk Aikak 2022:59(3). doi:10.23990/sa.107362

(42) Raivio R. Hoidon jatkuvuus perusterveyden-huollossa. Duodecim 2017;133:1563–1569.

(43) Pennanen P, Jansson M, Torkki P, ym. Digitaalisten palveluiden vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoimikunnan julkaisusarja 2023:52. Luettu 10.10.2023. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165147

(44) Rahman M S, Ko M, Warren J, ym. Healthcare Technology Self-Efficacy (HTSE) and its influence on individual attitude: An empirical study. Computers in Human Behavior 2016;58:12–24. doi:10.1016/j.chb.2015.12.016

(45) Safarov N. Administrative Literacy in the Digital Welfare State: Migrants Navigating Access to Public Services in Finland. Social Policy and Society. Published online 2023:1-14. doi:10.1017/S1474746422000719

(46) Buchert U, Kemppainen L, Olakivi A, ym. Is digitalisation of public health and social welfare services reinforcing social exclusion? The case of Russian-speaking older migrants in Finland. Critical Social Policy 2023;43: 375-400. doi:10.1177/02610183221105035

Hanna Varjakoski
FT, tutkijatohtori
Itä-Suomen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden laitos

Elisa Tiilikainen
VTT, Dos., apulaisprofessori
Itä-Suomen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden laitos

Artikkeli

Tilannetietoisuus erikoissairaanhoidon potilasturvallisuudessa: hoitaja- ja lääkäritaustaisten esihenkilöiden näkemyksissä on eroa

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata esihenkilöiden näkemyksiä tilannetietoisuudesta potilasturvallisuusjohtamisessa. Erityisesti tavoitteena oli selvittää, kuinka potilasturvallisuuteen vaikuttavien tilanteiden ja olosuhteiden tunnistaminen ja havaitseminen ilmenee esihenkilöiden päivittäisessä johtamisessa sekä päätöksenteossa.

Aineisto koottiin Webropol-kyselynä vuonna 2017. Kysely osoitettiin neljän eri sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon kaikille esihenkilöinä toimiville osastonhoitajille ja osastonlääkäreille sekä sairaanhoitopiirin johdolle (sairaanhoitopiirin johtajat, ylilääkärit ja ylihoitajat) (N=124).

Ammattiryhmien välillä oli eroa (p=0,003) sen suhteen, kuinka henkilöstöä kannustetaan tekemään vaaratilanneilmoituksia. Tuloksista myös ilmeni, että hoitajataustaiset esihenkilöt esittelivät erilaisissa palavereissa potilasturvallisuuteen liittyviä asioita (p=0,006), kun taas lääkäritaustaiset esihenkilöt tunnistivat riskien arvioinnin merkityksen useammin (p=0,010). Lääkäritaustaiset esihenkilöt käyttivät johtamisessaan hoitajataustaisia esihenkilöitä harvemmin vaaratilanneilmoituksista saatavaa tietoa (p =0,013).

ASIASANAT: tilannetietoisuus, potilasturvallisuus, tiedolla johtaminen, esihenkilö

TUULA SAARIKOSKI, KAISA HAATAINEN, RISTO P. ROINE, HANNELE TURUNEN

YDINASIAT

- Tilannetietoisuutta on aikaisemmin tutkittu muun muassa akuutti- ja ensihoitoon liittyvissä tilanteissa.
- Tilannetietoisuuden periaatteita voidaan hyödyntää myös potilasturvallisuuden johtamisessa.
- Hoitaja- ja lääkäritaustaisilla esihenkilöillä on osittain erilaiset näkemykset tilannetietoisuus potilasturvallisuudesta.
- Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan henkilöstön ja esihenkilöiden näkemysten vertailua tilannetietoisuudesta potilasturvallisuudessa.

JOHDANTO

Uusilla hyvinvointialueilla korostuvat johtamistaidot ja kansallisten säädösten, määräysten ja ohjeiden mukainen toiminta. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021 (40 §) määrittelee, että hyvinvointialueiden pitää omavalvonnan avulla huolehtia muun muassa palvelujen saatavuudesta, jatkuvuudesta, turvallisuudesta ja laadusta (1).

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemat asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpano-ohjelma 2022–2026 (2) ohjaavat asiakas- ja potilasturvallisuuden johtamista kansallisella

tasolla. Strategiassa yhtenä painopisteenä on jokaisen esihenkilön työhön liittyen asiakas- ja potilasturvallisuuden tilannetietoisuus, jonka tulee näkyä myös osana johdon raportointia (2). Potilasturvallisuuskulttuurin arviointi sisältyy johtamistyöhön ja mittareina voidaan käyttää potilasturvallisuuskulttuurikyselyiden kysymyksiä (Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSPSC, SOPS ja turvallisuuskulttuurikysely TUKU) (3–5).

Potilasturvallisuusjohtamisen perustaksi esihenkilöiden on tunnettava organisaation strategia. Lisäksi heillä tulee olla ajantasainen tieto mahdollisista riskeistä ja suunnitelmat niiden toteutumisen ehkäisemiseksi (5–6). Potilasturvallisuuden johtaminen edellyttää tilannetietoisuutta ja tietoa havaituista riskeistä sekä strategisia taitoja (3). Tilannetietoisuudella tarkoitetaan "*päättäjien ja heidän avustajiensa päätöksiään varten tarvitsemaa ymmärrystä tapahtuneista asioista, niihin vaikuttaneista olosuhteista, eri osapuolien tavoitteista ja tapahtumien mahdollisista kehitysvaihtoehdoista*" (6). Tilannetietoisuuden puuttuminen voi vaarantaa potilasturvallisuuden tai se voi johtaa inhimillisiin virheisiin (7). Endsleyn tilannetietoisuuden mallissa (1995) tilannetietoisuus on jaettu kolmeen eri tasoon. Ensimmäisellä tasolla on käsitys nykytilanteesta, toisella tasolla nykytilanteen ymmärtäminen ja kolmannella tasolla tulee tietää mihin ollaan pyrkimässä, mitä toimenpiteitä on tehtävä ja mitä tavoitteita asettaa päätöksenteon tueksi (8). Endsleyn tilannetietoisuuden mallin on aiemmin havaittu olevan tarkoituksenmukainen tutkittaessa muun muassa potilaan tilan heikkenemisen tunnistamiseen käytettyjä tilannetietoisuusmalleja (8,9).

Sovellettaessa Endsleyn tilannetietoisuuden mallia potilasturvallisuusjohtamiseen ensimmäisellä tasolla havainnoidaan mitä terveydenhuollon toimintaympäristössä tapahtuu, toisella tasolla tulkitaan tiedolla johtamisen tueksi esimerkiksi vaaratapahtumailmoitusten kautta tullutta tietoa vaaratapahtumista ja kolmannella tasolla hyödynnetään aiempien tasojen perusteella saatuja tietoja ja ennaltaehkäistään vaaratapahtumia ja mahdollisia haittoja tulevaisuudessa (10). Erilaisista tietojärjestelmistä saatuja tietoja voidaan hyödyntää tilannetietoisuuden parantamiseen ja toiminnan tueksi (11).

Esihenkilöiden johtamistyössä tämä tarkoittaa, että johtamisen taustalla on oltava tietoisuus turvallisuuskäytännöistä, eettisistä periaatteista, lainsäädännöstä (12) sekä ymmärrys siitä, kuinka tilannetietoa käytetään päätöksenteossa (13). Potilasturvallisuusjohtamisen edellytyksenä on esihenkilöiden sitoutuminen potilasturvallisuuden varmistamiseen ja edistämiseen. Tiedolla johtaminen sisältää tiedon keräämisen, tietojen analysoinnin ja niiden hyödyntämisen korjaavissa toimenpiteissä (8,14). Vaaratapahtumista raportointiin ja ilmoittamiseen tarvitaan myönteinen ilmapiiri ja raportoinnin tulee johtaa jatkuvaan riskien arviointeihin ja vaaratapahtumista oppimiseen henkilöstön kanssa (15). Johtamisen prioriteetteihin kuuluu laatu ja turvallisuus, henkilöstön arvon ymmärtäminen sekä virheistä ja onnistumisista oppiminen (16). Potilasturvallisuusjohtamisessa on huomioitava myös henkilöstön työolosuhteet, riittävä välineistö sekä henkilöstön riittävyys ja osaaminen (17).

Laatu- ja potilasturvallisuustietojen kerääminen ja tietojen käyttäminen muutosten pohjana on osa tiedolla johtamista (14,17). Terveydenhuollossa laadun ja turvallisuuden parantamisen edellytyksiin kuuluu laadun ja turvallisuuden priorisointi johtamisessa, esihenkilöiden tukeminen laatuun ja turvallisuuteen sitoutumisessa sekä tietojärjestelmien tuki laatu- ja turvallisuustietojen analyyseihin (16). Laatu- ja potilasturvallisuustietoja kerätään eri järjestelmistä, mutta tiedot tulee myös saattaa sellaiseen muotoon, että niistä opitaan ja ne edesauttavat potilaiden turvallista hoitoa (3). Tilannetietoisuus tuottaa käytännön tietoa sekä ymmärrystä tiedolla johtamiseen ja päätöksentekoon ja helpottaa tavoitteiden asettelua ja strategioiden toimeenpanoa (8).

Tiedolla johtamista on aiemmin tutkittu esimerkiksi sen suhteen, mistä lääkärit saavat johtamisessa käytettävää tietoa (18) ja mitä tietokulttuurin ulottuvuuksia terveydenhuollon organisaatioissa esiintyy (19). Tutkimuksissa on havaittu, että avoin tietokulttuuri parantaa organisaation kykyä oppia ja kehittää toimintaansa sekä edistää tiedon laatua, saatavuutta ja ajantasaisuutta (7,19), mutta esimerkiksi johtavina esihenkilöinä toimivat lääkärit joutuvat keräämään johtamisessa tarvittavat tiedot monesta eri tietojärjestelmästä (6, 7). Potilasturvallisuusjoh-

tamiseen kuuluu kustannus- ja laatutietoisuus (20,21) ja sääntöjä noudattavaan tietokulttuuriin vastuullisuus ja ohjeiden noudattaminen (7). Ojanperän (2022) tutkimuksen mukaan esihenkilöiden rooliin sisältyy muun muassa käsihygienian toteutumisen ja raporttien seuraamista (22).

Tilannetietoisuutta terveydenhuollon organisaatioissa on tutkittu muun muassa akuutti- ja ensihoidossa (13). Akuuttihoidossa päivittäisen johtamisen tilannetietoisuuteen kuuluu tietoisuus henkilöstön osaamisesta ja tutkimus- ja hoitolaitteiden riittävyydestä (23,24). Eri järjestelmien tuottamaa tietoa tulee hyödyntää päivittäisjohtamisessa (11).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata esihenkilöiden näkemyksiä siitä, kuinka tilannetietoisuus ilmenee potilasturvallisuusjohtamisessa. Tähän haettiin vastausta seuraavilla tutkimuskysymyksillä:

1. Mitkä ovat esihenkilöiden näkemykset potilasturvallisuusjohtamisen nykytilanteesta?
2. Kuinka esihenkilöt seuraavat potilasturvallisuuskäytäntöjen toteutumista?
3. Kuinka potilasturvallisuusmittareiden tuottamaa tietoa käytetään osana tilannetietoisuutta ja päätöksentekoa?

AINEISTO JA MENETELMÄT

Kysymyslomakkeessa oli 18 strukturoitua sekä neljä avointa kysymystä. Kysymysten sisältö muotoiltiin Suomessa käytössä olevien potilasturvallisuusmittareiden ja raportointijärjestelmien perusteella (25–28). Strukturoituihin kysymyksiin vastattiin dikotomisella kyllä – ei -asteikolla ja viisiportaisilla useutta koskevalla ”päivittäin, ”kerran viikossa”, ”kaksi kertaa kuukaudessa”, ”kerran kuukaudessa” tai ”harvemmin” -asteikolla ja neliportaisella ”säännöllisesti”, ”, ”harvoin” ja ”en koskaan” -asteikolla, sekä neliportaisella ”kerran kuukaudessa”, ”osavuosikatsausten yhteydessä”, ”yksi”-”kaksi kertaa vuodessa” ja ”harvemmin” -asteikolla.(29). Tuloksia analysoitaessa käytettiin frekvenssi- ja prosenttimuuttujia sekä ristiintaulukointia. Aineistoa analysoitiin ja tuloksia kuvattiin frekvenssi- ja prosenttijakaumilla sekä ristiintaulukoinnilla. Ryhmien välistä eroa testattiin khiin-neliö-riippumattomuustestillä. Tilastollisesti merkitsevänä erona oli $p< 0.05$. (30.)

Kysely pilotoitiin lähettämällä se ensin sairaanhoitopiirien potilasturvallisuusasiantuntijoille (n= 13), joista neljä vastasi. Tämän perusteella muutettiin muutamien kysymysten järjestystä sekä sanamuotoja.

Aineisto koottiin sähköisellä Webropol-lomakkeella alkuvuodesta 2017 lähettämällä kysely neljän eri sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon kaikille esihenkilöinä toimiville osastonhoitajille ja osastonlääkäreille sekä sairaanhoitopiirien johdolle (sairaanhoitopiirin johtajat, ylilääkärit ja ylihoitajat). Tutkimukseen osallistuvien sairaanhoitopiirien nimetyt yhdyshenkilöt lähettivät kohderyhmälle linkin kyselyyn oman organisaationsa sähköpostin välityksellä. Kyselyn linkkiä välitettiin 492 kappaletta, mutta kyselyn ammattiryhmäkohtaista kohdentumisesta ei ole tietoa. Kaikkiaan vastauksia saatiin yhden muistutusviestin jälkeen 124 kappaletta (25 %).

Aineisto analysoitiin IBM SPSS 26 -tilastoohjelmalla. Avointen kysymysten vastaukset luokiteltiin sisällön mukaan ja määrällistettiin (31). Tulokset analysoitiin ammattiryhmittäin, lääkäritaustaiset ja hoitohenkilötaustaiset esihenkilöt erikseen. Vastanneiden osalta muun johtamistaustan ilmoittaneiden vastaukset jätettiin pois pienen vastaajamäärän vuoksi (n=15) ja koska vastauksia ei voitu yksilöidä jonkun ammattiryhmän vastauksiksi eikä myöskään liittää osaksi lääkäritaustaisia tai hoitajataustaisia esihenkilöryhmiä. Lopullisen aineiston määrä oli 109 vastaajaa.

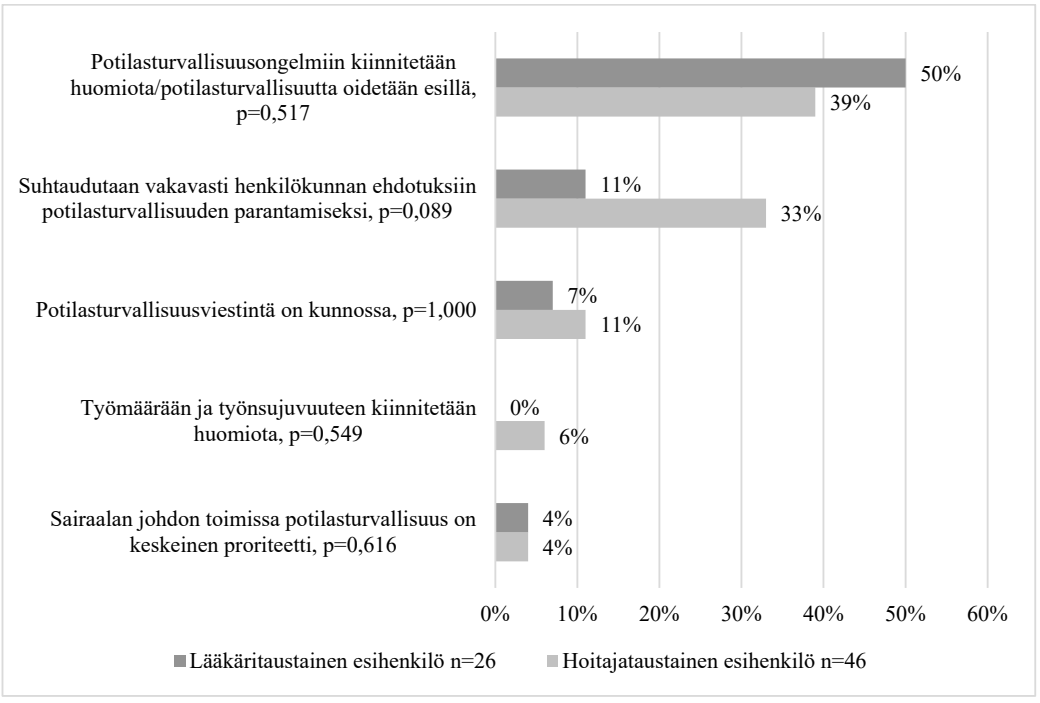
Tulokset raportoidaan Endsleyn (1995) tilannetietoisuusteorian kolmen tason mukaisesti: potilasturvallisuusjohtamisen nykytilanne, potilasturvallisuuskäytäntöjen seuranta, ja potilasturvallisuustiedon käyttö päätöksenteossa.

Tutkimuksella on sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan puoltava lausunto ja tutkimuslupa jokaisesta kohdeorganisaatiosta. Tutkimukseen vastaaminen oli vapaaehtoista. Tutkimustulokset raportoidaan kokonaisuutena siten, ettei taustalla oleva organisaatio tai yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa.

Tutkimusaineisto tässä tutkimuksessa on vuodelta 2017 sillä aineisto kerättiin samalla kuin muut kokonaistutkimukseen liittyvät aineistot.

TULOKSET

Vastaajien lukumäärän pienuuden vuoksi aineistoa ei analysoitu kohdeorganisaatioittain, vaan päädyttiin ammattiryhmäkohtaiseen vertailuun.



Kuvio 1. Hoitajataustaisten (n= 46) ja lääkäritaustaisten (n=26) esihenkilöiden näkemykset potilasturvallisuusjohtamisesta prosenttisosuuksina vastaajien määrän suhteen ja vertailu p-arvoina.

TUTKIMUKSEEN OSALLISTUNEIDEN TAUSTATIEDOT

Suurin osa (74 %) vastaajista oli naisia ja 56 % hoitajataustaisia. Vajaa puolet (46 %) tutkittavista kuului ikäryhmään 55 vuotta tai vanhempi, 38 % oli 45–54-vuotiaita, 13 % 35–44-vuotiaita ja loput 3 % kuului ikäryhmään 20–34 vuotta. Työkokemusta nykyisessä johtamistehtävässä oli lääkäritaustaisilla vastaajilla yleisimmin 6–10 vuotta (38 %), kun taas hoitajataustaisilla yleisin työkokemuksen pituus johtamistehtävissä oli alle vuodesta viiteen vuoteen (28 %). Terveydenhuollon työkokemusta valtaosalla tutkittavista (43 %) oli 30 vuotta tai enemmän. Hoitajataustaisilla esihenkilöillä työskentelyn toimialue oli useimmiten somaattinen sairaanhoito (40 %) ja lääkäritaustaisilla operatiivinen sairaanhoito (27 %). Vähiten (2 %) oli ensihoidossa työskenteleviä.

ESIHENKILÖIDEN NÄKEMYKSET POTILASTURVALLISJOHTAMISEN NYKYTILANTEESTA

Vastaajilta kysyttiin avoimella kysymyksellä, millaista heidän mielestään on hyvä potilasturvallisuusjohtaminen. Kysymykseen vastasi 72 esihenkilöä (66 %). Sekä lääkäri- että hoitajataustaisten esihenkilöiden vastauksissa eniten mainintoja oli potilasturvallisuuden esillä pitämisestä osana päivittäistä potilasturvallisuusjohtamista (Kuvio 1). Suhtautumisen vakavasti henkilökunnan ehdotuksiin potilasturvallisuuden parantamisesta mainitsi hoitajataustaisista esihenkilöistä 33 % ja lääkäritaustaisista esihenkilöistä 11 %.

> *” ….Ymmärrys siitä, että potilasturvallisuus ylipäänsä on tärkeä asia ja otetaan esille poikkeamia, kannustetaan myös HaiPro-ilmoitusten tekemiseen, jotta poikkeamat tulee asianmukaisesti käsiteltyä. Hyväksytään, että potilasturvallisuudesta kannattaa ja pitää puhua, ei ole syyllistämisestä kyse.” (Lääkäritaustainen esihenkilö =LE)*

Lisäksi esihenkilöt kuvasivat vastauksissa yksittäisiä potilasturvallisuusjohtamiseen liittyviä asioita kuten henkilöstön osaamista.

> *”Huolehditaan henkilökunnan potilasturvallisuusosaamisesta. Käydään läpi HaiPro ilmoitukset seuraavassa osastokokouksessa, mietitään miten voimme ehkäistä tapahtuman tai*

Taulukko 1 Potilasturvallisuuskäytäntöjen seuranta osana johtamista prosenttiosuuksina hoitaja- (HE) ja lääkäritaustaisten (LE) esihenkilöiden vastauksista.

Seuraan henkilöstöni käsihygienia käyttäytymistä		
	LE	HE
Usein	33 %	51 %
Satunnaisesti	50 %	44 %
En koskaan	17 %	5 %
Valvon potilasasiakirjojen kirjaamisen laatua		
	LE	HE
Usein	56 %	49 %
Satunnaisesti	38 %	48 %
En koskaan	6 %	3 %
Puutun kirjaamisen virheisiin		
	LE	HE
Usein	29 %	38 %
Satunnaisesti	69 %	61 %
En koskaan	2 %	2 %

läheltä piti tilanteen jatkossa. Hoitoympäristön turvallisuudesta huolehtiminen." (Hoitajataustainen esihenkilö =HE)

Tutkittavat toivat esille henkilöstöresursseihin ja muihin resursseihin liittyviä asioita.

Huolehditaan tarvittavista resursseista (henkilöstö, laitteet, välineet, tilat)" (HE)

Esihenkilöt mainitsivat myös potilasturvallisuusjohtamisen esteitä, kuten tietoisuuden puuttuminen organisaation strategiasta ja ylemmän johdon kiinnostuksen puute.

"Jos korkein johto ei ole kiinnostunut, niin asia ei etene paperitöitä pidemmälle organisaatiotasolla. Paljon puhetta vähemmän tekoja, näyttäviä julistuksia yms., mutta konkretia lähinnä papereiden ja julisteiden tasolla". (LE)

"Läpi koko organisaation mahdollisesti tapahtuvia asioita ei käsitellä tai niistä ei ainakaan tiedoteta." (HE)

"Tulisi näkyä vahvasti jo strategiassa. Strategia ohjaa työmme ja toimintamme tavoitteita. Nykyisestä strategiasta tai sen sisällöstä ei tietoa." (HE)

Vastauksissa huomioitiin myös potilaan oikeuksista huolehtiminen osana johtamista:

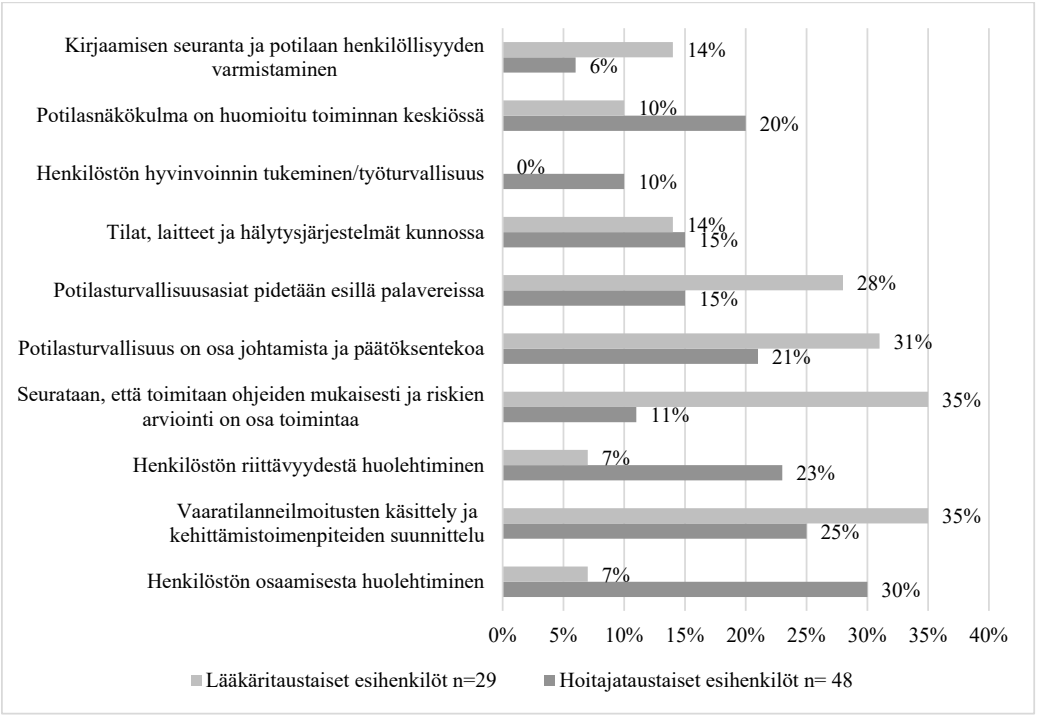
"Potilaiden oikeuksien ajamista, niin että saavat turvallisissa puitteissa parhaan mahdollisen hoidon." (HE)

Potilasturvallisuuskäytäntöjen seuraaminen

Tutkittavilta kysyttiin, miten usein he seuraavat päivittäisessä työssään henkilöstönsä potilasturvallisuuskäyttäytymistä. Iällä tai johtamiskokemuksella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kysyttyihin asioihin. Lääkäritaustaiset esihenkilöt seurasivat useimmin potilasasiakirjojen kirjaamisen laatua, kun taas hoitajataustaiset esihenkilöt seurasivat useimmin henkilöstön käsihygienian toteutumista. Ero esihenkilöiden ammatillisen taustan välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Tarkemmat tulokset ovat taulukossa 1.

Avoimella kysymyksellä selvitettiin, kuinka potilasturvallisuus näkyy esihenkilöiden päivittäisessä työssä. Kysymykseen vastasi 77 esihenkilöä (62 %). Potilasturvallisuuden näkyminen esihenkilön päivittäisessä johtamisessa esitetään kuviossa 2.

Lääkäritaustaisten esihenkilöiden vastauksissa painottuivat vaaratilanneilmoitusten käsittely ja kehittämistoimenpiteiden suunnittelu (35 %), ohjeiden noudattamisen ja riskien arvioinnin seuranta (35 %) sekä potilasturvallisuuden pitäminen osana johtamista ja päätöksentekoa (31 %). Merkitsevä ero oli henkilöstön osaamisesta huolehtimisen kohdalla (p=0,020), lääkäritaustaisista esihenkilöistä tämän toi esille seitsemän prosenttia vastaajista, ja hoitajataustaisista



Kuvio 2. Potilasturvallisuuden näkyminen päivittäisessä johtamisessa ilmaistuna prosenttisuuksina kaikista vastauksista ammattiryhmittäin ja merkitsevät p-arvot merkitty.

30 %. Ero oli merkitsevä myös siinä, miten potilasturvallisuusasiat pidetään esillä henkilöstön palavereissa (p=0,003). Lääkäritaustaisista esihenkilöistä tämän toivat ilmi 28 % ja hoitajataustaisista esihenkilöistä 15 %. Ohjeiden mukaisen toiminnan seurannan ja riskien arvioinnin osana toimintaa toivat esille lääkäritaustaisista esihenkilöistä 35 % ja hoitajataustaisista esihenkilöistä 11 %, ero oli merkitsevä (p=0,010). Hoitajataustaiset esihenkilöt (25 %) mainitsivat vaaratilanneilmoitusten käsittelyn ja kehittämistoimenpiteiden suunnittelun osana päivittäistä johtamista ja lääkäritaustaiset 35 %.

Yksittäisinä asioina mainittiin vakavien vaaratapahtumien arviointi sekä tarkistuslistojen käyttö osana päivittäistä toimintaa.

Potilasturvallisuuden näkyminen päivittäisessä esihenkilöiden johtamistyössä ilmeni muun muassa seuraavasti:

”Lääkärinä pohdin potilasturvallisuuteen liittyviä asioita päivittäin, työtä tehdessä. potilasturvallisuus on lääkärin työssä läsnä joka päivä.” (LE)

”Suurin osa potilasturvallisuuteen liittyvästä työstäni on toiminnassa olevien riskien tunnistaminen ja pienten poikkeavuuksien tunnistaminen. Yritän selvittää heti mikä on riskien taustalla.”(LE)

”Keskustelen päivittäin henkilöstön kanssa potilasturvallisuuteen liittyvistä / sillä hetkellä mieleen nousevista asioista. Teen erilaisia havaintoja liikkuessani osastolla. Käyn noin kerran kuukaudessa läpi osastolla olevien asiakkaiden hoitosuunnitelmat ja valvon kirjaamista/kirjaamisen laatua.” (HE)

Esihenkilöt ilmoittivat seuraavansa oman vastuualueensa vaaratapahtumailmoitusten raportteja vaihtelevasti. Hoitajataustaisista esihenkilöistä oman alueensa vaaratapahtumien raportteja tarkasteli päivittäin 3 %, kerran viikossa 23 %, kaksi kertaa kuukaudessa 23 %, kerran kuukaudessa 25 % ja harvemmin 26 %. Lääkäritaustaisista esihenkilöistä vain kuusi prosenttia ilmoitti katsovansa raportteja päivittäin tai kerran viikossa, kolme prosenttia kaksi kertaa kuukaudessa, 23 % kerran kuukaudessa ja 58 % harvemmin.

Vaaratilanneilmoitusten tuottamaa tietoa ilmoitti käyttävänsä päätöksenteossa hoitajataustaisista esihenkilöistä päivittäin tai kerran viikossa 27 %, kaksi kertaa kuukaudessa 18 %, kerran kuukaudessa 39 % ja harvemmin 16 %. Lääkäritaustaisista esihenkilöistä vaaratapahtumailmoitusten tuottamaa raportointitietoa ilmoitti käyttävänsä päivittäin tai kerran viikossa 11 %, kaksi kertaa kuukaudessa kaksi prosenttia, kerran kuukaudessa 30 % ja harvemmin 57 %.

Avoimella kysymyksellä selvitettiin, mitä hyvä vaaratapahtumailmoitus sisältää. Vastauksissa (n=75) hyvän ilmoituksen piirteitä kuvattiin seuraavasti:

”Tapahtuman kuvaus, mikä meni tai meinasi mennä vikaan. Miten voidaan ehkäistä ja mitä opittiin. Ehdotus asian korjaamiseksi.” (HE)

”Jos ilmoitus vaatii jatkoselvittelyä, jokin tieto mistä voi ns tarttua kiinni, jotta selvitys on ylipäätänsä mahdollinen.” (LE)

Hyvän vaaratapahtumailmoituksen kriteereistä esihenkilöt (n=75) mainitsivat kuvaukset siitä, mitä oltiin tekemässä ja keitä oli paikalla sekä tarkka kuvaus siitä mitä tapahtui ja miten. Vastauksissa mainittiin myös, että ilmoittajan tulisi mainita riskiluokka ja ilmoitukset olisi tehty syyllistämättä ja asiallisesti. Vaaratilanteen hoitamisen yhteydessä mainittiin tärkeäksi se, kuinka vaaratilanteessa reagoitiin ja mitä haittaa potilaalle aiheutui.

Tapahtuman olosuhteista mainittiin, että olisi tärkeä raportoida minkälainen tilanne oli vaaratapahtuman syntyessä ja tiesikö potilas tai omainen asiasta. Vaaratapahtumaan taustalla olevista tekijöistä tärkeänä pidettiin, että olisi hyvä olla arvio, onko tapahtuma ainulaatuinen vai onko samankaltaista tapahtunut jo aikaisemmin. Vaaratapahtuman toistumisen estämiseksi ilmoittajan toivottiin tekevän oman ehdotuksensa siitä, kuinka tapahtuman toistuminen estettäisiin eli perusteltu toimenpide.

Vaaratapahtumailmoituksen täyttämisen suhteen esitettiin myös kritiikkiä.

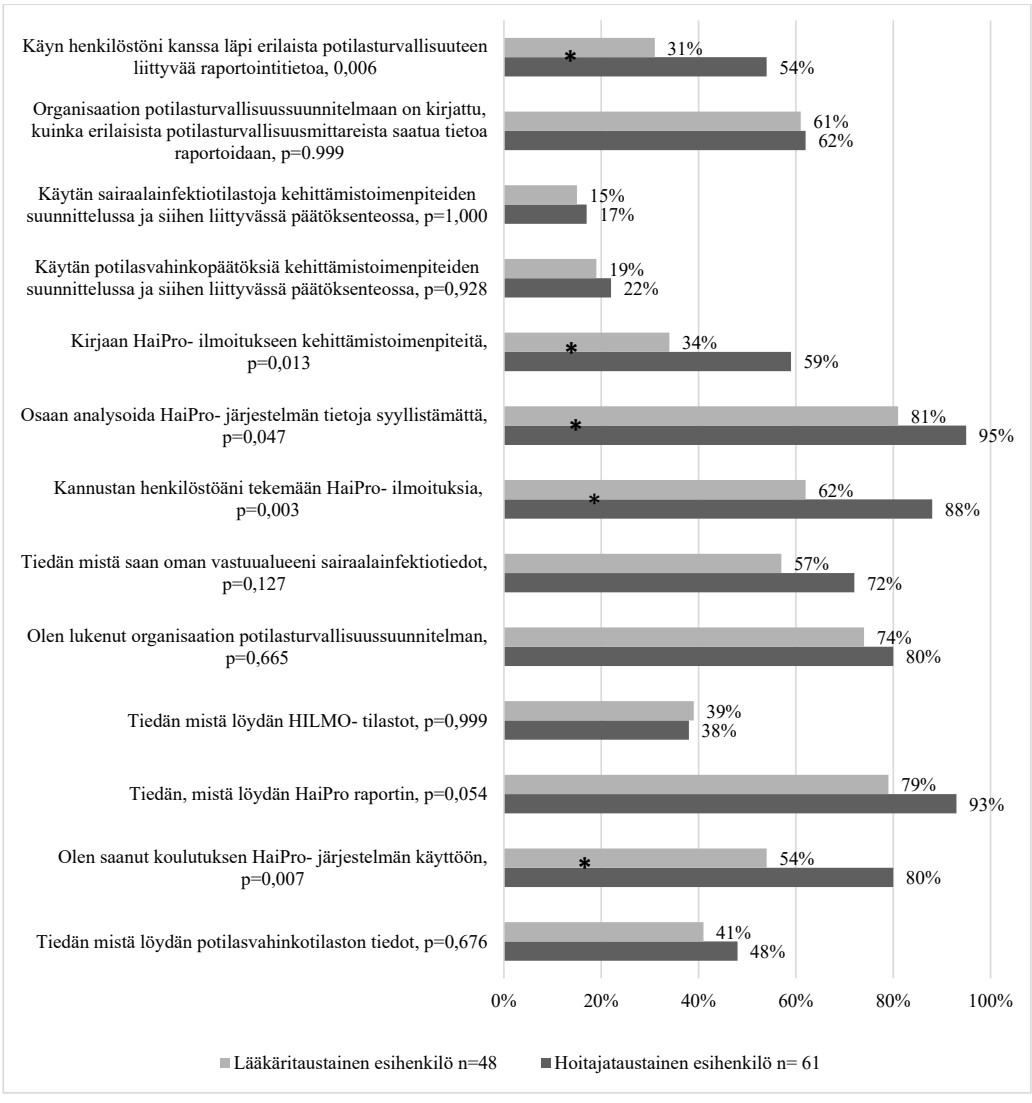
”Meillä puutteita niissä tarkennuksissa, että mikä tapahtumassa oli vaarana ja mitkä olivat ilmoittajan mielestä myötävaikuttaneita tekijöitä tilanteeseen”(HE)

”Hyvällä HaiPro-ilmoituksella ei ole mitään merkitystä, jos mitään ei tehdä ilmoitusten perusteella. Usein käydään ilmoitukset läpi kokouksessa, mutta mitään ei yleensä tehdä, paitsi opiskelijoille teroitetaan pistotapaturmien välttämistä.”(LE)

POTILASTUVALLISUUSMITTAREIDEN TUOTTAMAN TIEDON KÄYTTÖ OSANA TILANNETIETOISUUTTA JA PÄÄTÖKSENTEKOA

Esihenkilöiltä kysyttiin, kuinka he käyttävät potilasturvallisuuden mittareiden tuottamaa tietoa osana johtamista sekä tietävätkö he mistä tieto löytyy. Ammattiryhmien välillä oli merkitsevä ero (p=0,003) sen suhteen, kuinka henkilöstöä kannustetaan tekemään vaaratilanneilmoituksia (lääkäritaustaiset esihenkilöt 30 % ja hoitajataustaiset esihenkilöt 54 %). Hoitajataustaiset esihenkilöt kannustivat tekemään ilmoituksia enemmän kuin lääkäritaustaiset. Eroja oli myös siinä, kuinka vaaratilanneilmoituksiin kirjataan kehittämistoimenpiteitä ja tiedetäänkö mistä vaaratilanneilmoitusten raportit löytyvät. Merkitsevä ero oli kehittämistoimenpiteiden kirjaamisessa. Lääkäritaustaisista esihenkilöistä 34 % ilmoitti kirjaavansa kehittämistoimenpiteitä säännöllisesti, 30 % joskus ja 36 % ilmoitti, ettei kirjaa kehittämistoimenpiteitä ollenkaan, kun hoitajataustaisista esihenkilöistä 59 % (p = 0,013) raportoi kirjaavansa kehittämistoimenpiteitä säännöllisesti, 39 % joskus ja kaksi % ei kirjaa ollenkaan. Tietoa siitä, mistä vaaratilanneilmoitusten raportit löytyvät puuttui 21 % lääkäritaustaiselta ja seisemältä % hoitajataustaiselta esihenkilöltä. Henkilöstön kanssa potilasturvallisuuteen liittyvää raportointitietoa käsitteli lääkäritaustaisista esihenkilöistä 34 % ja hoitajataustaisista esihenkilöistä 59 % (p=0,006). Ammattiryhmittäin oli merkitsevä ero siinä, osataanko analysoida vaaratilanneilmoituksia syyllistämättä (p=0,047). Hoitajataustaisista esihenkilöistä 95 % ilmaisi osaavansa käsitellä ilmoituksia syyllistämättä ja lääkäreistä 81 %. Merkitsevää eroa oli myös siinä, että oliko saanut vaaratilanneilmoitusjärjestelmän käyttöön koulutuksen (p=0,007). Koulutuksen oli saanut 80 % hoitajataustaisista esihenkilöistä ja 54 % lääkäritaustaisista esihenkilöistä.

Hoitajataustaisista esihenkilöistä lähes puolet (47 %) käsitteli henkilöstönsä kanssa erilaista potilasturvallisuuteen liittyvää raportointitietoa yhdestä kahteen kertaan kuukaudessa tai harvemmin, kun taas lääkäritaustaiset esihenkilöt pääsääntöisesti harvemmin (63 %).



Kuvio 3. Raportoitujen potilasturvallisuustietojen saatavuus ja niiden käyttäminen jaoteltuina eri johtamistaustan mukaisesti, ”Kyllä” vastausten osuudet ilmaistuna prosenttiosuuksina ja merkitsevät p-arvot merkitty.

POHDINTA

Tässä tutkimuksessa kuvattiin lääkäri- ja hoitajataustaisten esihenkilöiden potilasturvallisuusjohtamista tilannetietoisuuden näkökulmasta. Tutkimuksen päätulokset olivat seuraavat: esihenkilöiden näkemykset potilasturvallisuuden nykytilasta erosivat ammattiryhmien välillä, esihenkilöt seurasivat vaaratilanteista saatavaa tietoa vaihtelevasti, ja esihenkilöt käyttivät eri potilasturvallisuusmittareiden tuottamaa tietoa päivittäisessä johtamisessa vaihtelevasti.

Päivittäiseen johtamiseen kuuluu, että sen hetkisestä vallitsevasta tilanteesta on tilannekuva, johon päätöksenteko perustuu (11). Tilannetietoisuuden kulmakivenä potilasturvallisuuden näkökulmasta on, että henkilökunta tuo esille omia ehdotuksiaan potilasturvallisuuden parantamiseksi. Tämän tutkimuksen mukaan hoitajataustaiset esihenkilöt kiinnittivät tähän enemmän huomiota kuin lääkäritaustaiset esihenkilöt. Hoitajataustaiset esihenkilöt kiinnittivät myös enemmän huomiota henkilöstön osaamisen varmistamiseen kuin lääkäritaustaiset esihenkilöt.

Nykytilan käytäntöjen ymmärtämisen taustana on potilasturvallisuuskäytäntöjen seuranta osana tilannetietoisuutta. Siiralan ym. (2020) aikaisemman tutkimuksen mukaan hoitajataustaiset esihenkilöt ovat tietoisempia henkilöstönsä käsihygienian toteutumisesta, kun taas lääkäritaustaiset esihenkilöt kiinnittävät enemmän huomiota potilasasiakirjojen kirjaamisen laatuun (23). Tämän tutkimuksen tulokset olivat samankaltaisia kuin Siiralan ja kumppaneiden tutkimuksessa.

Tämän tutkimuksen mukaan lääkäritaustaiset esihenkilöt käyttävät johtamisessaan hoitajataustaisia esihenkilöitä harvemmin vaaratilanneilmoituksista saatavaa tietoa. Tämän taustalla voi olla se, että lääkärit tekevät harvemmin ilmoituksia havaitsemistaan vaaratapahtumista eivätkä ehkä pidä niitä niin tärkeinä (32). Vaaratapahtuman ilmoitusten laadulla on tärkeä merkitys siihen, että esihenkilöt saavat riittävät tiedot ilmoitusten käsittelyä ja mahdollisia jatkotoimenpiteitä varten (33).

Potilasturvallisuuteen liittyviä riskejä tulee käydä läpi yhdessä henkilöstön kanssa ja tämän tutkimuksen mukaan esihenkilöt nostavat esille erilaisissa palavereissa potilasturvallisuuteen liittyviä asioita (34) ja seuraavat, toimiiko henkilöstö ohjeiden mukaisesti. Riskien arvioinnin merkityksen tunnistivat useammin lääkäritaustaiset esihenkilöt.

Vaaratilanneilmoituksen (HaiPro) ohjeen mukaisesti vaaratapahtuman yhteydessä arvioidaan mahdolliset seuraukset potilaille, henkilöstölle tai yksikölle. Esihenkilöt eivät maininneet näitä tässä tutkimuksessa hyvän ilmoituksen kriteereinä (33).

Potilasturvallisuuskulttuurikyselyissä (4,5,35) olevat mittarit, kuten myönteisen palautteen antaminen, työpaineiden hallinta, sairaalan johdon mahdollistama potilasturvallisuutta edistävä työilmapiiri, riittävien taloudellisten resurssien varmistaminen, henkilökunnan hyvä työvuorosuunnittelu ja tilapäistyövoiman käyttö eivät myöskään nousset esihenkilöiden vastauksista esiin. Näitten asioiden tunnistaminen ja tietoisuus kuitenkin kuuluu tärkeänä osana potilasturvallisuusjohtamiseen (12,36).

Esihenkilöt tarvitsisivat ylemmän johdon tukea potilasturvallisuuden johtamiseen (20) ja johtamisen työkalujen käyttöön tarvitaan koulutusta sekä perehdytystä eri ammattitaustaisille esihenkilöille (6).Tutkimuksen taustateoriana käytettiin Endsleyn (8,10) tilannetietoisuuden teoriaa. Teorian kolmevaiheinen jaottelu sopii potilasturvallisuuden johtamiseen ja teoriaa voidaan hyödyntää suunniteltaessa (9)

Nykyiset hyvinvointialueet ovat kohdanneet uudenlaisia haasteita potilasturvallisuusjohtamisessa henkilöstömäärien kasvun ja toimintojen laajenemisten suhteen. Monilla alueilla on esihenkilöitä mahdollisesti vaihtunut, ja tämä on tuonut haasteita potilas- ja asiakasturvallisuuden kenttään osaamisen liittyen sekä siihen kuinka eri raportointijärjestelmien tuottamaa tietoa hyödynnetään päivittäisessä johtamisessa sekä omavalvonnassa (37). Asiakas- ja potilasturvallisuuden näkökulmasta tilannetietoisuuden näkökulmaa on laajennettava koko hyvinvointialuetta koskevaksi huomioiden myös pelastustoimi (11).

Esihenkilöiden ymmärrys potilasturvallisuudesta ja sen näkymisestä on erilaista lääkäritaustaisilla esihenkilöillä kuin hoitajataustaisilla esihenkilöillä. Työ muokkaa sitä mitkä asiat korostuvat lääkärin työssä ja mitkä taas hoitotyössä. Osan näkemyksistä pitää olla yhteneväisiä ja tämä vaatii moniammatillista yhteistyötä. Hoitotyön esihenkilötyössä korostuu henkilöstöjohtaminen, kun taas lääkäritaustaiselle esihenkilölle työ näyttäytyy päivittäisen lääkärityön kautta. Eri ammattiryhmäiset esihenkilöt tarvitsevat johtamiseen eri järjestelmien tuottamaa tietoa päätöksenteon tueksi kehittääkseen toimintaa turvallisemmaksi (38) On myös tunnustettava muiden ammattiryhmien merkitys ja se ettei olla vain pienissä piireissä, jolloin tiedonkulku ja sen myötä potilasturvallisuus vaarantuvat (39). Potilasturvallisuuteen suhtautuminen voi olla erilaista myös niin ammattiryhmien sisällä kuin niiden välillä ja se voi olla joko myönteistä tai kielteistä (40). Asenteet potilasturvallisuutta kohtaan kehittyvät jo ammatillisen koulutuksen aikana. Lääkäriopiskelijoiden potilasturvallisuusasenteeseen on vaikuttamassa muun muassa syyllistämisen pelko (41). Sairaanhoitajaopiskelijoiden asennetta voitaisiin parantaa muun muassa lisäämällä turvallisuuteen vaikuttavia toimintamalleja kuten haittatapahtumien ilmoittamista (42). Potilasturvallisuuteen liittyvät asenteet kehittyvät koko työuran ajan ja voivat vaikuttaa myös esihenkilöiden toimintaan käytännön johtamistyössä.

Lainsäädäntö ja kansalliset suositukset ohjaavat ylhäältä päin potilasturvallisuusjohtamista, mutta varsinainen tilannetietoinen potilasturvallisuusjohtaminen toteutuu, ja on tehtävä näkyväksi, hyvinvointialueiden johtamisen eri tasoilla. Valtiokonttorin tekemässä uusimassa raportissa selvitettiin tiedolla johtamisen tilaa kunnissa ja siinä todettiin kehittämiskohteiksi muun muassa tiedolla johtamisen kulttuurin, arvojen ja avoimen keskustelun tarkempi määrittely ja nostaminen esille (43).

Tämän tutkimuksen heikkoutena oli pieni otos koko, vaikka kysely lähetettiin neljään sairaanhoitopiiriin. Toisena heikkoutena voidaan mainita, että aineisto on kerätty vuonna 2017. Tämän kaltainen tutkimus voitaisiin toteuttaa uudelleen Suomen erikoissairaanhoidossa tämän tutkimuksen tulosten toimiessa vertailupohjana. Vahvuutena voidaan pitää sitä, että aineisto on analysoitu sekä kvalitatiivisesti että kvantitatiivisesti.

Jatkotutkimusaiheeksi esitetään sitä eroavatko esihenkilöiden näkemykset potilaan/asiakkaan kanssa työtä tekevän henkilöstön näkemyksistä siitä miten potilasturvallisuus- sekä asiakasturvallisuustilannetietoisuus näkyvät päivittäisessä työssä ja johtamisessa. Toinen tutkimusaihe voisi liittyä siihen, miten asiakas- ja potilasturvallisuuden tilannetietoisuus näkyy hyvinvointialueiden toiminnassa. Saman kyselyn toistaminen uudella aineistolla hyvinvointialuetasoisesti toisi ajankohtaista tietoa tilannettietoisuuden näkymisestä asiakas- ja potilasturvallisuusnäkökulmasta.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Sekä lääkäri- että hoitajataustaiset esihenkilöt pitivät potilasturvallisuutta tärkeänä osana päivittäistä johtamista. Esille nostettiin myös vaaratilanneilmoitusten käsittely ja niiden perusteella suunnitellut kehittämistoimenpiteet. Ammattiryhmien välillä oli eroavaisuuksia siinä, minkä raportointijärjestelmien tietoja käytetään osana johtamista ja ollaanko tietoisia eri järjestelmien tuottamasta tiedosta.

Hoitajataustaiset esihenkilöt käsittelivät lääkäritaustaisia useammin vaaratapahtumien tuottamaa tietoa henkilöstönsä kanssa ja kannustivat henkilöstöään useammin tekemään vaaratilanneilmoituksia.

Sairaalan johdon toimintaa potilasturvallisuuden edistämisessä ei tuotu esille kummankaan esihenkilöryhmän vastauksissa. Myöskään organisaation potilasturvallisuusviestintää ei nostettu esille avoimissa vastauksissa.

Tilannetietoisuus, päätöksenteko ja asiakas- ja potilasturvallisuusjohtaminen on otettava osaksi turvallisuusjohtamista ja - koulutusta sekä hyvinvointialueiden eri tasoilla tapahtuvaa johtamista.

RAHOITTAJAT:

Valtion tutkimusrahoitus (VTR)

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Saarikoski toteutti osatutkimuksen suunnittelun, toteutuksen, aineiston keräämisen ja analysoinnin. Saarikoski kirjoitti käsikirjoituksen. Haatainen, Roine ja Turunen ohjasivat ja kommentoivat tutkimussuunnitelmaa sekä osallistuivat kommentoimalla käsikirjoitusta sekä hyväksymällä käsikirjoituksen.

Saarikoski, T., Haatainen, K., Roine R.P., Turunen, H. ***Situational awareness in patient safety in specialized healthcare – there is a difference in the views of supervisors with nursing and physician backgrounds.*** **Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2025: 62: 166–177.**

The purpose of the study was to describe supervisors' views on situational awareness in patient safety management. In particular, the aim was to identify and detect situations and circumstances affecting patient safety in their day-to-day management and decision-making.

The data were collected as Webropol survey in 2017. The questionnaire was addressed to all head nurses and senior ward physicians in the four different medical districts, as well as to the heads of the hospital district (the heads of the medical district, chief medical officers, and directors of nursing (N=124).

There was a difference between occupational groups (p=0,003) in how personnel are encouraged to report incidents. The results also showed that in various meetings, supervisors with a nursing background raised issues related to patient safety (p=0,006), while those from a medical background recognized the importance of risk assessment more frequently (p=0,010). Chief medical officers used information obtained from

emergency reports less frequently than directors of nursing in their management (p =0,013).

Keywords: situational awareness, patient safety, knowledge-based management, supervisor

Saapunut 25.09.2023
Hyväksytty 04.09.2024

LÄHTEET

(1) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä [Internet]. Finlex, 612/2021 2021; Saatavissa: https:/7finlex.fi/laki/ajantasa/2021/20210612
(2) Sosiaali- ja terveysministeriö. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026. Valtioneuvoston julkaisuarkisto Valto. Suomi: julkaisut.valtioneuvosto.fi; 2022. 1–81 s.
(3) World Health Organization. Global patient safety action plan 2021-2030. Towards eliminating avoidable harm in health care. 2021.
(4) Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. Int J Qual Health C 2018;30(9):660–77. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080
(5) Reiman T, Pietikäinen E, Oedewald P. Turvallisuuskulttuuri, Teoria ja arviointi. Vsk. VTT Publications 700. Espoo: VTT; 2008.
(6) Sanastokeskus TSK ry. Kokonaisturvallisuuden sanasto. Helsinki; 2017.
(7) Salminen-Tuomaala M. Tilannetietoisuuden kehittäminen kliinisessä hoitotyössä. 2021. https://lehti.seamk.fi/hyvinvointi-ja -luovuus/tilannetietoisuuden-kehittaminen-kliinisessa-hoitotyossa/.
(8) Endsley MR. Toward a Theory of Situation Awareness in Dynamic Systems. Hum Factors 1995;37(1):32–64.
(9) Walshe N, Ryng S, Drennan J, ym. Situation awareness and the mitigation of risk associated with patient deterioration: A meta-narrative review of theories and models and their relevance to nursing practice. Int J Nurs Stud 2021;1–15. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104086
(10) Gluyas H, Harris SJ. Understanding situation awareness and its importance in patient safety. Nurs Stand 2016;30(34). https://doi.org/10.7748/ns.30.34.50.s47
(11) Mykkänen M, Miettinen M, Siponen T, ym. Sairaalan reaaliaikainen tilannekuva päivittäisessä johtamisessa. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 2021;13(4):425–41. https://doi.org/10.23996/fjhw.109940
(12) Kangasniemi M, Vaismoradi M, Jasper M, ym. Ethical issues in patient safety: Implications for nursing management. Nurs Ethics 2013;20(8). https://doi.org/10.1177/0969733013484488
(13) Putko L, Koskela J, Nyström P. Tilannetietoisuus – kiitelty ja kiistelty turvallisuustekijä. Finnanest 2020;53(5):427–30.
(14) Parand A, Dopson S, Renz A, ym. The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. BMJ Open 2014;4(9). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005055
(15) WHO. Patient safety incident reporting and learning systems:tecnical report and guidance. 2020. Report No.: ISBN:9789240010338. https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338
(16) Canaway R, Bismark M, Dunt D, ym. Medical directors' perspectives on strengthening hospital quality and safety. J Health Organ Manag 2017;31(7–8). https://doi.org/10.1108/JHOM-05-2017-0109
(17) Koivula R, Brotkin H, Saarsalmi O. Turvallisia sote-palveluja: opas sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Tampere 2018. Report No.: 2/2018.
(18) Lääveri T, Reponen J, Vänskä J, ym. Tiedollako johdetaan? Tietojärjestelmät johtamisen tukena 2014 ja 2017 lääkärikyselyjen mukaan. Lääkärilehti 2020;49:2693–8.
(19) Vakkala H, Syväjärvi A. Tietokulttuurin ulottuvuudet sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuvissa organisaatioissa – vuorovaikuitteisen tiedolla johtamisen haaste. Hallinnon tutkimus. 2020;39 (2):122–39. https://doi.org/10.37450/ht.98085
(20) Kalender ZT, Tozan H, Vayvay O. Prioritization of Medical Errors in Patient Safety Management: Framework Using Interval-Valued Intuitionistic Fuzzy Sets. Healthcare 2020;8(3):265. https://doi.org/10.3390/healthcare8030265
(21) Saarikoski T, Haatainen K, Roine R, ym. Haittatapahtumien kirjaaminen, ehkäistävyys ja kustannusvaikutus potilasvahinkotapauksissa. Lääkärilehti. 2021;24–32/2021:1557–61.
(22) Ojanperä H. Käsihygienian toteutuminen yliopistollisessa sairaalassa. Suoran havainnoinnin vaikutus sekä esihenkilöiden rooli käsihygienian edistämisessä [D 1701]. [Oulu]: Oulun yliopistollinen tutkijakoulu, Oulun yliopisto; 2022.
(23) Siirala E, Salanterä S, Lundgrén-Laine H, ym. Identifying nurse managers' essential information needs in daily unit operation in perioperative settings. Nurs Open 2020;7(3):793–803. https://doi.org/10.1002/nop2.454
(24) Buljac-Samardžić M, Dekker-van Doorn CM, Maynard MT. What Do We Really Know About Crew Resource Management in Healthcare: An Umbrella Review on Crew Resource Management and Its Effectiveness. J Patient Saf 2021;17(8). https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000816
(25) Potilasvakuutuskeskus. Potilasvakuutuskeskus [Internet]. 2017. Saatavissa: hhttp://pvk.fi/
(26) Awanic Oy. HaiPro. 2016. Saatavissa: http://awanic.com/tuotteet-ja-palvelut/
(27) Arajärvi M, Häkkinen P, Järvelin J, ym. Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2019. Määrittely ja ohjeistus Versio 1.0. 2018. 81–82 s. Saatavissa: http://www.julkari.fi/handle/10024/136552

(28) Neotide. SAI- sairaalan Antibiootti ja Infektioseurantajärjestelmä [Internet]. Neotide; Saatavissa: https://www.neotide.fi/sai.html
(29) Löyttyniemi E. Tutkimuksen suunnittelua ja tilastotieteen peruskäsitteitä [Internet]. 2015 [viitattu 22. toukokuuta 2024]. www.tutkijaportti.fi
(30) Vehkalahti K. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vsk. 4. Helsinki: Helsingin yliopisto; 2019. 30–187 s.
(31) Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi; 2018.
(32) Asem N, Sabry HA, Elfar E. Patient safety: knowledge, influence and attitude among physicians: an exploratory study. J Egypt Public Health Assoc [Internet]. 4. syyskuuta 2019;94(1):22. https://doi.org/10.1186/s42506-019-0022-9
(33) Saarikoski T, Haatainen K, Roine R, ym. Significant differences in the quality of incident reports – a comparison of four acute hospitals in Finland. Safety and Reliability 2023;1–13 https://doi.org/10.1080/09617353.2022.2154023
(34) Schwarz A, Isaksson S, Källman U. Enabling patient safety awareness using the Green Cross method: A qualitative description of users' experience. J Clin Nurs. 2021;30. https://doi.org/10.1111/jocn.15626
(35) Sorra J, Nieva V, Famolaro T, Dyer N. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report. Westat, Rockville; 2007.
(36) Shepherd SM. Cultural awareness workshops: Limitations and practical consequences. BMC Med Educ 2019;19(1). https://doi.org/10.1186/s12909-018-1450-5
(37) Otonkoski I, Huovinen P, Arjatsalo C, ym. Tietoon perustuvalla valvonnalla varmistetaan sote-palvelujen laadun ja yhdenvertaisuuden toteutumista. Helsinki; 2022. (Sote-uudistus Toivo-ohjelma). Report No.: 11.
(38) Tiirinki H, Syrjä V. Potilas- ja asiakasturvallisuuden kansallinen tilannekuva -viranomaisorganisaatioiden roolit ja tietopohja. Helsinki; 2020. (Työpaperi). Report No.: 42/2020.
(39) Huttunen R. Autoritäärisyys ei ole nykyaikaa. Lääkärilehti. 21. elokuuta 2023;
(40) Al-Mugheed K, Bayraktar N, Al-Bsheish M, ym. Patient Safety Attitudes among Doctors and Nurses: Associations with Workload, Adverse Events, Experience. Healthcare 2022;10(4). https://doi.org/10.3390/healthcare10040631
(41) Heikkinen H, Rauhala A, Niemi-Murola L, ym. Potilasturvallisuuteen liittyvät asenteet ja käsitykset muodostuvat lääketieteen opiskelijoilla jo varhain. Suomen Lääkärilehti 2023;78.
(42) Cantero-López N, González-Chordá VM, Valero-Chillerón MJ, ym. Attitudes of undergraduate nursing students towards patient safety: A quasi-experimental study. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(4). https://doi.org/10.3390/ijerph18041429
(43) Kivimäki E, Listenmaa J, Hellsten P, ym. Tiedolla johtamisen tila kunnissa – Kypsyystasoselvitys. 2023 syys.

Tuula Saarikoski
TtT, sh, potilasturvallisuuskoordinaattori
Keski-Suomen hyvinvointialue
Keski-Suomen Sairaala Nova

Kaisa Haatainen
FT, dosentti, eMBA
Itä-Suomen yliopisto
Hoitotieteen laitos

Risto P. Roine
LKT, Emeritus professori
Itä-Suomen yliopisto

Hannele Turunen
TtT, esh, ylihoitaja (sv), professori
Itä-Suomen yliopisto
Hoitotieteen laitos
Pohjois-Savon hyvinvointialue
Hoitotieteen sekä sosiaali- ja terveysjohtamisen tutkimuskeskus

Artikkeli

Kuntosaliharjoitteluun liittyvät mielikuvat sukupolvikysymyksenä: tutkimus miesten osallistumisaktiivisuutta heikentävistä tekijöistä eturauhassyöpäpotilaille suunnatussa liikuntainterventiossa

Liikuntaohjelmilla ja -interventioilla pyritään paitsi edistämään ikääntyvien liikunnallista aktiivisuutta ja toimintakykyä myös vähentämään sairauksien hoitojen haittavaikutuksia. Liikuntainterventioissa osallistumisaktiivisuus usein kuitenkin vähenee ajan myötä. Eturauhassyövän hormonihoitoon liittyvässä liikuntainterventiossa kävi ilmi, että interventioryhmän aktiivisuus kuntosaliharjoitteluun väheni selvästi ohjatun osuuden päätyttyä ja kontrolliryhmässä osallistuminen oli varsin heikkoa koko tutkimuksen kulun ajan. Tässä artikkelissa tutkimme hankkeessa kerätyn haastatteluaineiston perusteella tekijöitä, jotka heikensivät miesten osallistumisaktiivisuutta kuntosaliharjoitteluun molemmissa ryhmissä.

Tutkimuksen aineisto koostui 43 miehen haastatteluista (n=122), jotka kattoivat sekä interventio- että kontrolliryhmät. Miehiä haastateltiin kolmeen kertaan tutkimuksen aikana. Haastattelut analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin menetelmällä.

Miesten heikolle osallistumisaktiivisuudelle esiintuomat perustelut jakautuivat kahteen pääryhmään. Motivaation puute johtui ensiksi kuntosaliin liittyvistä negatiivisista mielikuvista, joihin sisältyi miesten nuoruudessa syntyneet ajatukset kilpailuhenkisistä punttisaleista ja toisaalta käsitykset nykyisten kuntosalien kaupallisuudesta ja ulkonäkökeskeisyydestä. Kuntosaleja myös pidettiin nuorten harjoittelupaikkoina, joihin miehet eivät tunteneet kuuluvansa. Toiseksi kyse oli siitä, että miehet olivat läpi elämänsä harrastaneet kestävyysliikunnan lajeja ja pitivät arvossa arjen keskellä tapahtuvaa hyötyliikuntaa. Tällaisiin liikuntamuotojen arvostuksiin kuntosaliharjoittelu sopi huonosti.

Ihmisten erilaisiin liikuntamuotoihin liittämät kulttuurisidonnaiset mielikuvat ja arvostukset ovat intersektionaalisesti sidoksissa sukupuoleen, ikään ja erilaisina historiallisina aikoina eläneiden sukupolvien jaettuihin kokemuksiin. Osallistujien harjoittelumotivaation vahvistamiseksi liikuntaohjelmien suunnittelussa on tärkeää tunnistaa kohderyhmien erilaisia käsityksiä liikuntamuodoista.

ASIASANAT: Interventio, ikääntyminen, maskuliinisuus, sukupolvi

ILKKA PIETILÄ, HANNA OJALA

YDINASIAT

- Osallistumisaktiivisuus liikuntainterventioihin laskee usein niiden aikana.
- Eturauhassyöpää sairastavien ikääntyneiden miesten osallistumisaktiivisuutta kuntosaliharjoitteluun laski sekä heidän negatiiviset mielikuvansa kuntosaleista että tapansa suosia kestävyyslajeja ja hyötyliikuntaa.
- Miesten tavat hahmottaa liikuntalajeja ovat tyypillisiä heidän liikuntasukupolvelleen.
- Eri ryhmien liikuntatottumukset tulisi tunnistaa liikuntaohjelmia ja -interventioita suunniteltaessa.
- Iän, sukupuolen ja sukupolven risteäviä yhteyksiä liikuntatottumuksiin tulisi selvittää eri väestöryhmissä.

JOHDANTO

Osana suomalaisten terveyden edistämistä eläkeikäisiä on pyritty aktivoimaan erilaisilla liikuntaohjelmilla. Tavoitteena on ollut totuttaa ikääntyviä pitämään itsenäisesti huolta fyysisestä kunnostaan, minkä tiedetään hidastavan vanhenemisen vaikutuksia toimintakykyyn ja siten vahvistavan ikääntyvien mahdollisuuksia itsenäiseen elämään (1). Iän myötä kroonisten sairauksien esiintyvyys kasvaa ja ikääntyvien liikunnallisella aktivoimisella on myös oma merkityksensä sairauksien hoidossa. Liikunnalla on todettu olevan positiivinen vaikutus muun muassa syöpäpotilaiden elämänlaatuun ja pidempään elossaoloaikaan (2, 3).

Eturauhassyöpä on Suomessa miesten yleisin syöpä ja siihen sairastuu vuosittain yli 5000 miestä (4). Eturauhassyövän tavallisimpia hoitokeinoja ovat aktiiviseuranta, eturauhasen poistoleikkaus, ulkoinen sädehoito, lyhytetäisyyksinen sädehoito ja hormonihoito (5). Hormonihoitoa käytetään edenneen eturauhassyövän hoitomuotona, sädehoidon liitännäishoitona sekä taudin uusiutuessa leikkaus- tai sädehoidon jälkeen. Hormonihoidon yleisimpiä sivuvaikutuksia ovat kuumat aallot, hikoilu, uupumus, rintojen kasvu, painon ja rasvan lisääntyminen, lihasmassan väheneminen, lihasvoiman heikkeneminen, seksuaalisen halukkuuden väheneminen sekä erektiohäiriöt. (6)

Kuntosaliharjoittelulla voidaan ehkäistä hormonihoidon yhtä keskeistä sivuvaikutusta, lihasmassan vähenemistä (7, 8), ja siten parantaa hormonihoitoa saaneiden eturauhassyöpäpotilaiden elämänlaatua (6, 9). Suositus aerobista ja lihaskuntoa parantavaan harjoitteluun on lisätty myös eturauhassyövän vuonna 2023 päivitettyyn Käypä hoito -suositukseen (5). Koska eturauhassyöpä on pääasiassa vanhempien miesten sairaus (diagnosoitujen keski-ikä 70 vuotta, 4), pidetään voimaharjoittelua muutenkin kuin syövän hoidon osalta tärkeänä toimintakykyä ja elämänlaatua ylläpitävänä seikkana (10). Liikuntaohjelmien ja -interventioiden toteutuksessa yksi keskeinen haaste on osallistujien aktiivisuuden ja motivaation ylläpitäminen (11). Tämä kävi ilmi myös hankkeessa Ohjatun liikunnan vaikutus kastraatiohoidon haittavaikutuksiin ja liikunnalliseen aktiivisuuteen, jonka tavoitteena oli tutkia ohjatun kuntosaliharjoittelun vaikutuksia eturauhassyövän hormonihoitojen haittavaikutuksiin sekä potilaiden elämänlaatuun. Tutkimushankkeessa osallistujat satunnaistettiin kahteen ryhmään, joista interventioryhmä osallistui ohjattuun kuntosaliharjoitteluun kaksi kertaa viikossa kolmen kuukauden ajan, kun taas kontrolliryhmä harjoitteli itsenäisesti heille laaditun kuntosaliohjelman mukaisesti.

Interventioryhmässä todettiin, että vaikka miehet osallistuivat varsin aktiivisesti ohjattuun kuntosaliharjoitteluun, ohjatun jakson jälkeen heidän innostuksensa lopahti. Ilmiö toistui interventiokohortista toiseen. Kontrolliryhmissä omaaloitteisen kuntosaliharjoittelun aktiivisuus oli varsin heikkoa läpi ohjelman. Epäaktiivisuuteen saattoi olla syynä tottumattomuus säännölliseen liikuntaan, eikä lyhyt kolmen kuukauden interventiojakso tehnyt kuntosaliharjoittelusta arkipäivän säännöllistä osaa. Toisaalta epäaktiivisetkin miehet kuitenkin osallistuivat tutkimukseen ja halusivat olla siinä mukana. Pohdimme myös intervention käytännön järjestelyiden vaikutusta (mm. kuntosalin sijainti ja sen saavutettavuus) osallistumisaktiivisuuteen, mutta tämä ei tuonut vakuuttavaa selitystä ilmiölle, sillä interventiovaiheessa miehet pääsivät hyvin osallistumaan ohjattuun liikuntaan. Tutkimusjakson päätyttyä ryhdyimme etsimään syitä verrattain vähäiseen harjoitteluaktiivisuuteen molemmissa ryhmissä kerättyjen haastattelujen pohjalta. Koska heikko osallistumisaktiivisuus koski molempia ryhmiä, päädyimme yhdistämään molemmista ryhmistä kerätyt haastatteluaineistot kartoittaaksemme tekijöitä, jotka yleisesti vaikuttivat harjoitteluaktiivisuuteen tutkittavien joukossa.

Tutkimuksessa tehdyissä haastatteluissa kävi ilmi, että itsenäisen liikunnan vaiheessa interven-

tiosta tuttujen harjoittelukavereiden seuran puute (ja samalla tietyn ryhmäpaineen puute) vaikutti aktiivisuuteen, vaikka miehet eivät haastatteluissa erityisesti korostaneet ryhmän merkitystä. Haastatteluissa miesten selityksissä harjoittelunsa vähäisyyteen toistuivat seuran puutteen ohella sellaiset arkipäiväiset asiat, kuten kilpailevat ajankäyttötavat, vuodenajat (esim. kesäloma tai talven liukkaus) sekä hankaluudet järjestää kulkua kuntosalille. Toisaalta haastattelujen alustavassa analyysissä kävi myös ilmi, että vaikka miesten osallistumisaktiivisuus kuntosaliharjoitteluun oli toivottua heikompi, monet heistä olivat ainakin jossain määrin liikunnallisesti aktiivisia muulla tapaa. Kyse ei siis ollut osallistujien liikunnallisesta epäaktiivisuudesta sinänsä, vaan heidän haluttomuudestaan kuntosaliharjoitteluun. Ottaen huomioon kuntosaliharjoittelun suosion, havainto johti meidät pohtimaan, millaiset yhteiskunnallisen tai kulttuurin tason tekijät voisivat selittää ilmiötä. Voivatko osallistujien ikään, sukupuoleen ja sukupolveen sekä valittuun lajiin liittyvät kulttuuriset mielikuvat, arvostukset ja ideaalit selittää vähäistä aktiivisuutta kuntosaliharjoitteluun?

Ikääntyneiden liikunnallista aktiivisuutta koskevassa tutkimuksessa on todettu, että ne, jotka ovat olleet liikunnallisesti aktiivisia aiemmin elämässään, ovat sitä todennäköisesti myös vanhuuden elämänvaiheessa (12, 13). Tämä pätee myös kuntosaliharjoitteluun (14). Sekaryhmissä (ikä, sukupuoli, kulttuuritausta, osaamistasot) tapahtuvan harjoittelun on todettu lisäävän ikääntyneiden kokemia nolouden ja häpeän tunteita ja sitä myötä harjoittelun lopettamista tai jopa harjoittelun aloittamisesta kieltäytymistä (15). Kuntosaliharjoittelua koskevassa tutkimuksessa onkin käynyt ilmi, että ikääntyneet ovat halukkaampia aloittamaan kuntosaliharjoittelun ja jatkamaan sitä säännöllisesti, mikäli harjoittelua on mahdollista tehdä vain ikääntyneille suunnatulla kuntosalilla (16) tai ryhmässä (17). Tällöin kuntosali voi toimia fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisen ohella myös paikkana vertaissuhteiden luomiselle, sosiaalisen kuulumisen kokemusten vahvistumiselle ja resilienssin kasvulle (16). Tutkimuksessa on todettu, että ikääntyvien kuntosaliharjoitteluun liittyvää motivaatiota tulee tarkastella suhteessa asuinmaan terveydenhuoltojärjestelmään, fitnekseen teollisuuden alana sekä niihin neuvotteluihin, joita yksilö käy muun muassa suhteessa eläköitymiseensä, vanhenemiseensa ja terveydentilaansa (14). Tämän tutkimuksen lähtökohtana on, että halua kuntosaliharjoitteluun on edellisten lisäksi tarkasteltava myös suhteessa aikasidonnaisiin kulttuurisiin mielikuviin kuntosalista ja siellä tapahtuvasta harjoittelusta.

Liikuntasosiologi Hannu Itkonen (18) toteaa, että ”kulloinenkin sosiaalinen ja kulttuurinen todellisuus tuottaa omanlaisensa ruumiillisuuden tulkinnat ja liikkumisen muodot”. Käsitykset oikeanlaisesta ja tavoitellusta liikkumisesta ovat siis sidoksissa aikaan ja paikkaan. Tuomas Zacheus (19) kuvaa liikunnan yhteiskunnallista muutosta ajassa siten, että kun 1950-luvulle asti suomalaisessa agraariyhteiskunnassa liikuttiin itseorganisoituen ja liikuntamuotoja vuodenaikojen vaihteluun mukauttaen, 1960-luvulla ”arkiliikunta alkoi keventyneen työn, autoistumisen ja lisääntyvän vapaa-ajan myötä korvautua yhä kasvavassa määrin kuntoliikunnalla”. 1980-luvulta alkaen liikunnan kirjo monipuolistui, liikunta alkoi kaupallistua ja siirtyä yhä enenevässä määrin rakennettuun ympäristöön. Liikuntakulttuurissa tapahtuneilla muutoksilla on ollut merkittävä vaikutus ihmisten käsityksiin liikunnasta.

Yhteiskuntatieteellisessä sukupolvien tutkimuksessa on ollut tapana puhua perhesukupolvien ohella yhteiskunnallisista sukupolvista (20, 21). Sosiaalisella sukupolvella ei viitata vain tiettyihin syntymäkohortteihin, vaan ajallisesti lähekkäin syntyneiden kohorttien muodostelmiin. Karl Mannheimin (22) kirjoituksiin perustuva käsitys sosiaalisesta sukupolvesta rakentuu ajatukselle, että sukupolvet jakavat keskenään elettyä historiallista aikaa, yhteisiä muistoja ja kokemuksia, millä on vaikutuksensa elämäntapaan ja monenlaisiin valintoihin. Kuten Edmunds ja Turner (23) ovat ajatuksen tiivistäneet, ”sukupolvi on kohortti, joka konstituoi itselleen kulttuurisen identiteetin ja jolla kollektiivina on yhteiskunnallista merkitystä” (ks. myös 21). Tällaisessa mielessä sukupolvien tarkka ajallinen määrittäminen esimerkiksi syntymäkohorttien mielessä on hankalaa, eivätkä sukupolvien väliset rajat ole yksiselitteisiä, erityisesti kun sukupolvia voidaan tarkastella monista eri lähtökohdista. Tästä syystä emme pyri paikantamaan haastattelemiemme miesten ryhmää aiemmassa tutkimuksessa nimettyjen sukupolvien (esim. suuret ikäluokat, X-sukupolvi) mielessä.

Sen sijaan lähestymme sukupolvea väljempänä tulkintakehyksenä, jonka avulla on mahdollista jäsentää tiettyjen kohorttien valintoja ja arvostuksia liikuntatottumusten osalta, ja siten asettaa tutkittava ilmiö laajempaan sosio-historialliseen kehykseensä.

Suomalaisia syntymäkohortteja on tarkasteltu sosiaalisina sukupolvina heidän liikuntatottumustensa perusteella. Zacheus (24) on erotellut viisi suomalaista liikuntasukupolvea: Perinteisen liikunnan sukupolvi (vuosina 1923–1949 syntyneet), Kuntoliikunnan läpimurron sukupolvi (1950-luvulla syntyneet), Liikuntakulttuurin murroksen sukupolvi (1960-luvulla syntyneet), Teknistyneen liikuntakulttuurin nousun sukupolvi (1970-luvulla syntyneet) ja Eriytyneen liikuntakulttuurin sukupolvi (vuosina 1980–1988 syntyneet). Tutkimuksessamme mukana olevat miehet sijoittuvat kahta 1960-luvun alussa syntynyttä lukuun ottamatta Perinteisen liikunnan sukupolveen (vuosina 1923–1949 syntyneet) ja Kuntoliikunnan läpimurron sukupolveen (1950-luvulla syntyneet). Perinteisen liikunnan sukupolven elämäntapaan on kuulunut runsaasti hyötyliikuntaa ja liikuntaa, joka ei vaadi juurikaan rakennettuja sisäliikuntapaikkoja, maksullisia liikuntavuoroja tai ohjausta. Kuntoliikunnan läpimurron sukupolven suhdetta liikuntaan ja ruumiinkulttuuriin luonnehtii puolestaan arjen fyysisyyden keventyminen ja kuntoliikunnan yleistyminen. Tämä liikuntasukupolvi on kuitenkin kasvanut Perinteisen liikunnan sukupolven vahvassa vaikutuspiirissä. Kuntoliikunnan läpimurron sukupolvella on myös vahva sidos maaseutuun ja agraariyhteiskuntaan. Koska esimerkiksi suurista ikäluokista valtaosa on maalta kotoisin (25), heillä tunteiden maantiede osoittaa monesti maalle päin, vaikka valtaosa asuukin kaupungeissa.

Liikunta ja ruumiillisuus liittyvät jälkimodernissa maailmassa vahvasti myös ihmisten identiteettityöhön (18). Kuuluminen tiettyyn ajallisyhteiskunnalliseen liikuntasukupolveen ja sitä kautta rakentunut liikuntasuhde ovat keskeisesti läsnä liikuntaan liittyvässä identiteettityössä. Oman liikuntasuhteen ja nykypäivän liikuntakulttuurin välillä saattaa esiintyä ristiriitoja; nykyinen liikuntakulttuuri korostaa kulutusta, ruumiinmuodon keskeisyyttä ja näkyvillä oloa (18), mikä voi tuottaa ristiriidan tunteen, jos oma liikuntasuhde perustuu arkiympäristöissä ja pääasiassa ulkona tapahtuvaan ei-kaupallistettuun hyötyliikuntaan. Tällaiset kokemukselliset ristiriidat saattavat olla olennaisessa osassa siinä, miten ihmiset omaksuvat itselleen uusia liikuntatottumuksia.

Tämän terveys- ja liikuntasosiologisen artikkelin tavoitteena on tutkia tekijöitä, jotka heikensivät eturauhassyöpää sairastavien miesten osallistumisaktiivisuutta hoidon osana järjestettyyn kuntosaliharjoitteluun. Tarkastelemme interventioryhmän ja kontrolliryhmän yhdistetyn yksilöhaastatteluaineiston pohjalta miesten omia käsityksiä ja haastattelussa antamia selityksiä heikentyneelle osallistumisaktiivisuudelle. Erilaisten arkipäiväisten ja käytännöllisten selitysten sijaan analyysimme keskittyy tapoihin, joilla miehet kuvasivat yhtäältä kuntosaliharjoittelua ja mielikuviaan siitä ja toisaalta muita tapojaan harrastaa liikuntaa. Läpi analyysimme tulkitsemme näitä kuvauksia osallistujien sukupolveen sidoksissa olevana asiana. Artikkelin tarkoituksena on siten tuoda esiin niitä liikuntaan liittyviä kulttuurisidonnaisia mielikuvia, jotka vaikuttavat tietyn ikäisten ja tiettyä sukupuolta edustavien ihmisten liikuntatottumuksiin.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaiset miesten kuntosaliharjoitteluun liittämät mielikuvat heikensivät heidän osallistumisaktiivisuuttaan harjoitteluun?
2. Millaisia mielikuvia ja merkityksiä miehet liittivät sellaisiin liikunnan muotoihin, joita he pitivät itselleen mielekkäinä ja tarkoituksenmukaisina?

MENETELMÄT

Tarkastelimme hormonihoitoa saavien eturauhassyöpäpotilaiden kuntosaliharjoittelun osallistumisaktiivisuuteen liittyviä tekijöitä interventiotutkimuksen osana kerätyissä haastatteluissa. Aineisto koostuu varsinaisen tutkimushankkeen ja sitä valmistelleen pilottitutkimuksen toisteisista yksilöhaastatteluista (n=122), johon yhdistettiin projektin interventio- ja kontrolliryhmien haastattelut. Tutkimukseen rekrytoitiin miehiä, jotka olivat hormonihoidossa eturauhassyövän vuoksi. Poissulkukriteerejä olivat suurentunut luiden murtumariski, kykenemättömyys tehdä fyysisiä harjoitteita tai ymmärtää suomen kieltä. Osallistujat rekrytoitiin yliopistosairaalan urologian poliklinikalta ja potilasyhdistyksen vertaistukiryhmästä. Miehet (n=43) olivat tutkimuksen

alkamishetkellä iältään 55–83 -vuotiaita (mediaani 75 vuotta). Valtaosa heistä oli eläkkeellä tai muuten työvoiman ulkopuolella sekä elivät tutkimuksen aikana parisuhteessa ja asuivat samassa taloudessa kumppaninsa kanssa. Haastateltavien koulutus- ja ammattitausta oli moninainen. 26 miestä kuului interventioryhmään ja 17 miestä kontrolliryhmään. Tutkimushanke sai tutkimusluvan Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä sekä hyväksynnän Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta. (Tarkempia tietoja tutkimushankkeesta sekä haastattelujen toteutuksesta ja sisällöistä ks. 26, 27)

Jokaista osallistujaa haastateltiin kolme kertaa: ennen tutkimuksen alkua, kolmen kuukauden ohjatun/omatoimisen saliharjoittelun päätyttyä sekä kolmen kuukauden kuluttua harjoittelujakson päättymisestä. Viisi miestä keskeytti osallistumisen tutkimukseen, eikä heiltä siksi ole käytössä kaikkia kolmea haastattelua. Haastattelut olivat muodoltaan puolistrukturoituja teemahaastatteluja (28) ja ne toteutettiin vuosina 2018–2021. Haastattelut toteutettiin kasvokkain (85 haastattelua) ja loppuvaiheessa korona-pandemian vuoksi osittain puhelimitse (37 haastattelua). Eri vaiheiden haastatteluissa käsiteltiin eturauhassyöpään sairastumista, hoitoja sekä niiden aiheuttamia sivuvaikutuksia, liikuntatottumuksia, osallistujien ajatuksia kuntosaliharjoittelusta, liikunnan vaikutuksia vointiin ja hormonihoidon haittoihin sekä tulevia liikuntatavoitteita. Laajoilla teemoilla pyrittiin keräämään aineistoa monenlaisten aihealueiden tutkimukseen. Tätä artikkelia varten keskityimme kuntosaliharjoittelua ja miesten osallistumisaktiivisuutta koskeviin teemoihin. Haastattelujen kesto vaihteli reilusta puolesta tunnista liki kahteen tuntiin. Haastattelijoina toimivat postdoc-tutkija, väitöskirjatutkija ja hankkeessa työskennellyt tutkimusavustaja. Ulkopuolinen palveluntarjoaja litteroi haastatteluäänitteet tekstiksi.

Tässä artikkelissa käytetty aineisto koostettiin 122 yksilöhaastattelusta koodaamalla haastattelupuheesta kohdat, joissa puhuttiin liikuntatottumuksista, kuntosaliharjoitteluun liittyvistä mielikuvista sekä kuntosaliharjoitteluun osallistumisen ja osallistumattomuuden motiiveista. Aineistoon sisältyi runsaasti implisiittistä puhetta kuntosaleista, voimaharjoittelusta, kunto- ja hyötyliikunnasta, jolloin puheessa ei eksplisiittisesti käytetty esimerkiksi sanoja ”kuntosali” tai ”liikunta”. Aineiston koonti on siksi tehty litteroidusta haastattelupuheesta sekä hakusanoihin että kirjoittajien tulkintaan pohjautuen. Käyttämiämme aineisto-otteita on muokattu luettavuuden parantamiseksi. Aineisto-otteisiin ei ole merkitty peitenimiä tai taustatietoja (mm. kuuluiko haastateltava interventio- vai kontrolliryhmään), koska analysoimme tutkimukseen osallistuvien haastatteluja sosiaalisen miessukupolven puheena.

Tutkimme aineistosta laadullisen sisällönanalyysin (29) keinoin miesten tapoja perustella epäaktiivisuuttaan tai haluttomuuttaan osallistua kuntosaliharjoitteluun. Muodostimme analyysissämme kaksi perustelujen pääluokkaa (Kuntosaliin liitetyt merkitykset ja Tavat hahmottaa itselle sopivia liikuntamuotoja), jotka jakautuivat alaluokkiin. Luokkien muodostaminen on esitelty Taulukossa 1. Näiden ohella miehet esittivät jossain määrin epämääräisiä selityksiä aktiivisuuden puutteelleen, jotka liittyivät ajankäyttöön tai muihin käytännöllisiin syihin. Näitä syitä emme ottaneet mukaan luokitteluumme, sillä muun muassa ajankäyttöön liittyviä syitä epäaktiivisuuteen on tuotu esiin jo aiemmissa tutkimuksissa (11). Eksplisiittisten selitysten lisäksi kiinnitimme aineiston analyysissä huomiota myös implisiittisiin ilmaisutapoihin, joilla miehet välittivät eri liikuntamuotoihin liitettyjä ajatuksia ja merkityksiä. Annamme tästä diskursiivisemman tason lukemisesta esimerkkejä esitellessämme tuloksia.

TULOKSET

Tutkimuksen alussa miehiltä kysyttiin heidän havaitsemistaan hormonihoidon vaikutuksista lihasvoimaan, peruskuntoon ja yleiseen jaksamiseen, joiden miehet yleisesti katsoivat heikentyneen. He myös näkivät voimaharjoittelun antavan mahdollisuuden lihasvoiman parantamiseen. Tämän perusteella voidaan ajatella, että tutkimukseen osallistuneilla oli sekä tiedollisia resursseja että arkisia havaintoja omasta fyysisestä tilastaan ja sitä myötä otollinen pohja kuntosaliharjoittelun aloittamiseen. Haastatteluissa kävi kuitenkin nopeasti ilmi, että valtaosa tutkimukseen osallistuneista koki kuntosalilla tapahtuvan voimaharjoittelun itselleen vieraaksi. Vain muutamalla oli siitä aiempaa, varsinkaan pitkäaikaisempaa, kokemusta.

Taulukko 1. Kuntosaliharjoittelun motivaatiotekijöiden sisällönanalyyttisten luokkien muodostuminen.

Esimerkki haastatteluaineistosta	Luokka
	Pääluokka: Kuntosaliin liitetyt merkitykset
”Joskus 80-luvulla, kun oli nuori ja hullu ja vähän vahvempi, niin sillonhan mä kävin kuntosalilla, kun se oli luontaisetuna työpaikalla, hieno punttisali. Mä kävin siellä monta kertaa viikossa. Enemmän tollee leuhkimismielessä, et minäkin käyn kuntosalilla [naurahtaa].”	Alaluokka 1: Muistikuvat kuntosaleista aiemmin
”Ne on niin hienoja ne laitteet näissä kuntosaleilla, että mä en niitä ees osaa käyttää vaikka, kuinka olis joku personal trainer heittämässä siellä tekstiä.”	Alaluokka 2: Käsitykset kuntosaleista nykyisin
”Mul on kyllä kuntosalilla aina vesipullo mukana. Mut mää en tykkää niist kaiken maailman patukoista ja muista [nauraa].”	
”Eikä se sitten tommosessa muussa muskeliporukassa enää tämmösten vanhojen miesten aika oikein kulu, että kun on vähän erilaiset tavoitteet. […] En mä kyllä mihinkään julkiselle kuntosalille mee, en kirveelläkään, niitten pullistelijoiden sekaan mä en kyllä mene.”	Alaluokka 3: Kuntosali ikäperustaisten hierarkioiden kenttänä
	Pääluokka: Tavat hahmottaa itselle sopivia liikuntamuotoja
”Mä oon sitä salihommaa sillä lailla ylenkatsonu, että mä oon vähän naureskellu niille, että ku ne juoksee matolla tuol salissa. Että miksei ne juokse luonnossa, miten paljon antosampaa ja enempi virikkeitä siin on.”	Alaluokka 1: Entuudestaan totunnaiset liikuntalajit
”En mä oo koskaan rautaa nostellu turhaan, että mä nostan sen sitten johonkin järkevään paikkaan.”	Alaluokka 2: Hyötyliikunta olennaisena liikkumisen tapana

Aineistossa toistuvasti esiin tuotuja kuvauksia omasta suhteesta kuntosaliharjoitteluun olivat muun muassa se, ettei haastateltava ole ”koskaan ollut mikään voimailija”, ”koskaan ollut mikään lihasten kasvattaja”, ”ikinä ollut kuntosaliihminen”, minkä vuoksi moni totesi, ettei ole ”koskaan tykännyt käydä” kuntosalilla. Erityisesti kontrolliryhmäläisillä oli vaikeuksia motivoitua hakeutumaan itsenäisesti kuntosalille. Myös interventioryhmäläisten innostus lopahti ohjatun saliharjoittelun päätyttyä. Yleinen perustelu kuntosalilla jatkamattomuuteen oli se, että ”ei oo ehtiny”. Liikunnan pysyvyyden näkökulmasta interventio- ja kontrolliryhmät eivät siis eronneet merkittävästi toisistaan. Haluttomuus itsenäiseen harjoitteluun liittyi miesten mielikuviin kuntosaleista sekä toisaalta siihen, ettei kuntosaliharjoittelu kuulunut heidän omiin liikuntatottumuksiinsa, joissa erilainen hyötyliikunta oli keskiössä. Tarkastelemme alla tarkemmin miesten kuntosaleihin liittämiä mielikuvia sekä heidän käsityksiään heille itselleen sopivista liikuntamuodoista.

MIELIKUVAT KUNTOSALEISTA

Valtaosa liikuntainterventioon osallistuneista miehistä ei ollut ainakaan aikuisiällään harrastanut kuntosaliharjoittelua. Miesten mielikuvat kuntosaleista liittyivät siksi lähinnä 1970–1990 -lukujen urheiluseurojen pahanhajuisiin kellarikuntosaleihin, joissa harjoittelu tapahtui vapailla painoilla ja kilpailuhenkisesti. Miehet käyttivät säännönmukaisesti kuntosalista nimitystä punttisali, joka viittaa juuri vapaisiin painoihin ja jossa käsitys harjoittelusta painottuu painojen nostamiseen laiteharjoittelun ja muiden harjoittelumuotojen, kuten kuntopyörä-, soutulaite- tai juoksumattoharjoittelun, sijasta. Tuohon aikaan käytetty nimitys punttisali on sittemmin korvautunut termillä kuntosali, mutta punttisali-sanan käyttö välittää tehokkaasti merkityksiä, joita aiemmin harjoitteluympäristöön on liitetty.

> Sillon aikanaan nuorena kun kävin punttisalilla itte, nii sehän oli vaan.. Niin paljon ku [painoja] nousee, sellasta repimistä. Nythän on niin paljon kehittyny nää, kun ohjaajatkin on päteviä, niin ne ei anna sitten repiä itteensä rikki. Se on hyvä, että se lihakset kehittyy sillai, pienemmällä rasitteella.

”Repivä” harjoittelu, jossa lihasten (näkyvä) kasvattaminen on harjoittelun keskiössä, oli haastatteluissa usein esitetty ajatus kuntosaliharjoittelusta. Monet haastateltavat toivat esiin havaitsemiaan muutoksia. Kuten edellisessä otteessa, haastateltavat toivat esiin harjoittelun monipuolistumisen, kuntosalilaitteiden kehittymisen sekä

ohjaajien pätevöitymisen. Havaituista muutoksista huolimatta ajatukset testosteronilta tuoksahtavasta ja lihasmassan kasvattamiseen tähtäävästä harjoittelusta elivät sitkeänä miesten mielissä, ja tällainen tulkintatapa sisälsi myös mielleyhtymän kuntosalikulttuurin sidoksesta kehonrakennukseen ja doping-aineiden käytöstä.

> Jos sä taas meet tonne yleiselle kuntosalille, niin siellähän nyt on sellasia, jotka kasvattaa pelkkää lihasta ja käy ottamassa mömmöö vessassa.

Miesten käsityksissä kehonrakennukseen pohjautuvasta kuntosalikulttuurista ja kielteiseen suhtautumiseen ”mömmöjen” käytöstä yhdistyi myös ajatus itsestä liian vanhana osallistumaan kilpailuhenkiseen ja jossain mielessä aggressiiviseen harjoitteluun.

> No mä en varmaan mee sitten [kuntosalille]. Siellähän on niin, se ryhmä taas mikä käy tommosilla yleisillä kuntosaleilla yksilöinä, siel on monenmoista kehonrakentajaa ja muuta vaihtuvaa porukkaa, niin ei tämmönen vanhempi mies sinne lähde puolta pienemmillä painoilla seikkaileen [naurahtaa].

Kuntosalit harjoitteluympäristöinä nähtiin pääasiassa nuorille aikuisille kuuluvina paikkoina, mikä ei houkutellut lähtemään omatoimisesti salille. Osin kuntosalit tuntuivat vierailta siksi, että oman iän vuoksi heikentynyt voima ja suorituskyky tulevat harjoitteluympäristössä kiusalliselta tuntuvalla tavalla esiin muille salilla kävijöille. Toisaalta nykyiseen kuntosaliharjoitteluun myös liitettiin sellaisia kulutuskulttuurin piirteitä, jotka miehet kokivat itselleen vieraiksi.

> Mä sanoin tuolla respassa tuolla salilla niille tytöille, että kyllä mää ihmettelen, että kun tääl on noin nuoria, kauniita, nättejä ihmisiä, että mitä ne täällä tekee. Ni sitä tyttöä hymyilytti ja sano, että ne varmaan yrittää pysyäkin semmosena. No kyllä mä nyt sen tiesin, mutta ihmettelin vaan noin, vakavalla ilmeellä.

Naisten ja miesten ulkonäköihanteita tarkastelevassa tutkimuksessa on todettu, että siinä missä naisten ihanteissa korostuu heidän ikääntyessäänkin kauneus ja viehättävyys, miesten ulkonäön tavoiteltavimpana ominaisuutena pidetään merkkejä toiminnallisuudesta ja suorituskyvystä (30). Edellisessä otteessa ”nuoret ja nätit” ihmiset edustavat sekä iän että esteettisyyden osalta tietynlaista antiteesiä sekä ikääntyvän miehen ulkonäköihanteille että harjoittelun motiiveille. Kuntosaliharjoittelun yhteys esteetistä ulkonäköä korostavaan kulutuskulttuuriin kävi toistuvasti esiin haastatteluissamme.

> No suoraan sanoen, jos mä olisin siihen [interventio]ryhmään joutunut, kun sinne [kuntosalille] olis ollu pakko mennä, niin kyllä kai mä olisin siellä käyny. Mutta en mä vapaaehtoisesti kyllä kauheen mielelläni, mä en oo koskaan tykänny siitä, näyteikkunajuoksusta. Siihen mä en, mä en oo koskaan siitä kauheesti tykänny.

Miehet liittivät kuntosaleihin monia itselleen vieraita ajatuksia harjoittelun tuotteistamisesta. He kritisoivat kuntosalien kausikorttien korkeita hintoja sekä yksityisyyden puutetta saleilla, tai suorastaan oman ruumiinkunnon julkista esittelemistä harjoittelun osana, mikä tulee edellisessä otteessa esiin viittauksella harjoitteluun ”näyteikkunassa”. Myös ohjaajien tarjoamia lisäravinteita (mm. proteiinipatukat) miehet pitivät itselleen outoina harjoittelun elementteinä. Kuntosaliharjoitteluun liittyvät vierailta tuntuvat ajatukset johtivat myös sinänsä harjoitteluun myönteisesti suhtautuvat miettimään, millaisella kuntosalilla he voisivat käydä.

> K: Onko sulla täällä lähellä kotia tai sillain tiedossa semmosta kuntosalia, jota pystys käyttämään tai jonne vois mennä?
>
> V: No ei oikeestaan nyt, ei silleen oo.
>
> K: Tai ootko harkinnu, että vois mennä tekemään?
>
> V: No en mä nyt ainakaan mihinkään fitness-ryhmään halua. [naurahtaa]

Haastateltavan mainitsemaan fitness-ryhmään vaikuttaa kiteytyvän sellainen liikuntakulttuuri, johon haastatellut miehet eivät katsoneet kuuluvansa ja johon he aktiivisesti ottivat etäisyyttä. Tämä aiheutti heille vaikeuksia löytää itselleen sopivaa harjoittelupaikkaa, sillä hyviä vaihtoehtoja ei tuntunut löytyvän.

K: Mitenkäs se liikkuminen on jatkunu sen jälkeen, kun interventio loppu?

V: Mä kerran viikossa käyn siellä [sairauteen liittyvän yhdistyksen] kuntosalilla. Siin on ensin tunti kuntoilua niissä laitteissa ja sitten on puoli tuntia uintia ja puoli tuntia saunaa. Että se on nyt joka viikkonen ja oon käyny ihan nyt säännöllisesti. Tarkotus oli kyllä sitten käydä [kunnan] uimahalli[n] [sali]lla. Mä kävin siellä kerran pari kattomassa, mutta en mä sit sitä ottanu tavaksi. Siel oli sitä nuorisoo niin paljon, ettei siellä oikein päässy sitten. Ei siellä mukava oo olla, kun siellä nuoriso, menee ja juoksee ja hyppii.

Sairauteen liittyvän yhdistyksen kuntosali tarjosi turvallisen harjoitteluympäristön, sillä siellä käyvien ihmisten yhtenäisemmän ikäjakauman vuoksi kävijät jakoivat ymmärryksen sairauden vaikutuksista. Sairautensa vuoksi osa miehistä joutui käyttämään vaippaa aiemmin tehtyjen eturauhassyöpähoitojen seurauksena tulleen virtsankarkailun vuoksi, minkä he totesivat olevan epämiellyttävää kuntosalin kaltaisessa julkisessa tilassa vaipan käytön näkyväksi tulemisen riskin vuoksi. Myös hormonihoidon aiheuttama rintojen kasvu sai miehet tuntemaan olonsa epämiellyttävältä ollessaan katseiden ja jopa naureskelun kohteena. Kokemus stigmatisoivan katseen kohteena olemisesta johti erään haastateltavan ehdottamaan, että ”kaikkein parashan olis tämmönen, jos olis nimenomaan tuolla urologian poliklinikalla kuntosali, jossa vois käydä”.

Ajatus ”omien kesken” olemisesta tuntui miehistä helpottavalta. Paitsi että tavallisten kuntosalien kävijöiden kirjo korostaa ikäeroa suhteessa muihin kuntosalin käyttäjiin ja tuo esiin oman heikomman suorituskyvyn, rintojen kasvu ja vaipan käyttö feminisoivat ja asettavat siten miesten miehisyyden toisella tapaa arvioinnin kohteeksi. Samanikäisten ja varsinkin samasta sairaudesta kärsivien miesten joukossa tällaista vertailua ei ilmene tai sitä on helpompaa sietää, mikä käy esiin haastattelun kohdassa, jossa puhutaan interventiovaiheen harjoittelusta vertaisryhmässä.

K: Sanoit siitä, et ootte niin eri tasolla ja eri ikäsiä, niin onko se sillä lailla ollu semmonen haittatekijä tässä, että onks tullu jotain vertailua tai..?

V: No ei oo tullu. Kyllä pojat sen ymmärtää, että mä oon sen verran iäkkäämpi, että mulle pitää vähän antaa anteeksi. Että enhän mä pysty heijän tahtiinsa ollenkaan. Onhan ne nuorempia miehiäkin.

K: No kyllä.

V: Että siinä mielessä. Mutta sano se yks kaveri siinä, että siinä mielessä ihailee, että sä jaksat kuitenkin tuossa iässä vielä täällä temppuilla. Mä [sanoin], että no pakkohan tässä on. Että kyllä mä oon sillä lailla jaksanu. Enempi muksut on ollu huolissaan ja emäntäkin ollu huolissaan että kuinka sä jaksat siellä repiä puntteja, punttisalilla.

Vaikka interventioryhmässäkin saattoi esiintyä miesten keskinäistä vertailua, tämän kaikkein vanhimpaan ryhmään kuuluvan haastateltavan tulkinta vertailusta ei kuitenkaan sisällä kokemusta syrjinnästä tai arvostelusta, sillä sairauden ja yhteisen harjoittelun tuottama yhteisyys sai miehet kannustamaan toisiaan. Huolimatta jaosta sopiviin ja epäsopiviin kuntosaleihin joillakin miehillä oli yleisesti varsin kielteiset käsitykset kuntosaliharjoittelusta. Eräs osallistuja totesi lyhykäisesti jättäneensä kuntosaliharjoittelun kesken siksi, ettei ”tykkää kuntosaleista”.

Kyllä mä sitä [liikkumista] teen, mutta en mä siis oo motivoitunu sitä, siis että.. Kyllähän mun punttisalilla, siis mullahan oli esimerkiks, mä voitin golf-kisoista, mä voitin viis vapaavuoroo jolleki kuntosalille. Mä en ees ikinä käyny siellä. Kun ei kiinnosta pätkän vertaa mennä sinne nosteleen.

Ottaen huomioon, että tähän tutkimukseen haastatellut miehet olivat vapaaehtoisesti lähteneet mukaan liikuntainterventioon, oli yllättävää, kuinka negatiiviseen ja jopa jossain määrin aggressiiviseen tapaan miehet ilmaisivat ajatuksiaan kuntosaleista ja kuntosaliharjoittelusta. Otteessa on merkille pantavaa, ettei puhujaa kiinnosta ”pätkän vertaa” mennä kuntosalille ”nosteleen”, mikä viittaa jälleen ajatukseen kuntosaliharjoittelusta yksipuolisena painojen nostelemisena. Toinen haastateltava kuvaa omaa kiinnostuksen puutettaan kuntosaliharjoitteluun samalla torjuvalla tavalla.

> Mä en oo koskaan ollu semmonen että mä lähtisin tonne juoksee, puhumattakaan mä menen kuntosalille ja juoksen jollain hikisellä kuntosalilla jollain matolla, et mieluummin mä sitten lähden ulos. Mä en sinne hitto viekööN kuntosalille mee mihkään matolla juokseen. […] Mieluummin mä kattelen siel ulkona sitä maisemaa. […] Mä meen poimiin sieniä tai marjoja taikka jotain muuta, että siinä täytyy olla jotain järkee siinä hommassa.

Haastatteluotteessa ilmenee samanlaista voimakasta, jopa aggressiivista, ilmaisutapaa omasta suhteesta kuntosaliharjoitteluun kuin edellisessäkin otteessa. Sen lisäksi otteessa käy ilmi ajattelutapa, joka oli hyvin tyypillinen haastattelemillamme miehillä: liikunnasta pitää olla jotakin sellaista hyötyä, joka ylittää varsinaisen ruumiinkunnon edistämisen. Tällaista kuntosaliharjoittelun ei katsottu edustavan.

ITSELLE SOPIVAT TAVAT LIIKKUA

Monet tutkimukseen osallistuneista miehistä olivat eri tavoin liikunnallisesti aktiivisia. Haastatteluissa mainittuja liikuntalajeja olivat hiihto, hölkkä, ohjattu jumppa, pyöräily, sauvakävely, tennis, uinti, kuntosali, golf, purjehdus ja ammunta. Useat mainituista lajeista ovat lähtökohtaisesti ulkona harrastettavia, ne kuuluvat kestävyysurheiluun ja niihin liittyy varsinaisen liikkumisen ulkopuolelle ulottuvaa elämyksellisyyttä. Mainittujen lajien lista vastaa hyvin Zacheuksen (19, 24) kuvausta Perinteisen liikunnan sukupolven ja Kuntoliikunnan sukupolven lajivalinnoista. Vaikka jotkut miehistä olivat harrastaneet kuntosalilla käyntiä jo ennen tutkimukseen osallistumista, se kuului ani harvalla totunnaiseen lajivalikoimaan. Miesten liikuntatottumuksia tarkastellessa on olennaista todeta, että suhteellisen laajasta lajikirjosta huolimatta yksi liikkumisen tapa ajoi selvästi kaikkien muiden ohi: hyötyliikunta. (Lihas) kunnon nähtiin pysyvän yllä muun muassa käymällä kaupassa kävellen, käyttämällä portaita hissin sijasta, ulkoiluttamalla säännöllisesti koiraa, hoitamalla puutarhaa tai tekemällä metsätöitä ja omakotitalon rakennus- ja ylläpitotöitä.

> Käyn hakemassa aamulla lehden. Se on semmonen vähän reilu puoli kilometriä, korkeusero reilu 20 metriä, että sen kun tekee rivakasti, niin kyllä siinä hengästyy. Sitten hyötyliikuntaa. Pienimuotoisia metsätöitä. Kaivan 50 metrii kaapeliojaa, en tilannut konetta. Et semmosta. Talvella hiihdän. Kesällä teen tosiaan enemmän näitä hyötyhommia. Ja lumityöt tietysti.

Varsin pitkässä listassa erilaisia tekemisiä, joiden puhuja tulkitsee edistävän ja ylläpitävän omaa fyysistä kuntoaan, on mukana ainoastaan yksi varsinainen liikuntalaji, hiihto. Kuvauksessa liikkuminen rakentuu erilaisista päivittäisistä työnkaltaisista tekemisistä ja varsinainen kuntoliikunta on siihen nähden sivuosassa. On kuitenkin tärkeää kiinnittää huomiota puhetavan diskursiivisempaan tasoon: kertoessaan hyötyliikunnastaan haastateltava kuvaa toimintaansa monin määrällisin tavoin, jolla hän tulkintamme mukaan perustelee sitä, että hänen arkiaskareillaan on todellista merkitystä fyysisen kunnon kannalta. Erilaisten tekemisten numeerinen kuvaaminen oli hyvin tyypillistä aineistossamme.

> Mulla on tuol [paikkakunta] semmonen ihan pikkutila, jossa on metsää ja mä oon sieltä sitten kaatanu puita moottorisahalla ja tehny sitten kymmeniä kuutioita klapeja. Kevättalvella pinoillu niitä ja lämmittäny puulla sitä rakennusta, ku siellä on ne uunit vielä. Ja sitten pojillekin niitä puita sitten järjestäny sieltä. Ja sitten mä oon ollu tossa, siin on paikallinen metsästysseura, niin mä oon ollu niitten hirviporukoissa. Viime talvenakin kun lumi tuli, niin mä olin niin kuin koirana [naurahtaa] tavallaan, ajoin niitä hirviä jälki myöten. Siis menin jälkee pitkin useemman hirven. Että pystyin vielä viime syksynä käveleen tommosen, sanoisinko ny viitisen tuntia, yhtä menoo.

Otteessa toistuu hyötyliikunnan määrän kuvaaminen kvantitatiivisin määrein. Erotuksena edellisestä otteesta tämä haastateltava tuo esiin hyötyliikkumisen yhteisöllisen merkityksen. Hänen kuvauksessaan polttopuiden tekemisestä heijastuu ylpeys; hän ei tee niitä ainoastaan itselleen vaan myös pojilleen, mikä korostaa oman tekemisen yleisempää hyödyllisyyttä. Myös hirviporukan toiminnassa mukana oleminen ja siinä liikkuminen alleviivaa liikkumisen yhteisöllistä tarpeellisuutta ja hyötyä. Hän ei liiku vain itselleen, vaan myös porukan edun vuoksi. Hyötyliі-

kunnan kuvauksissa hyöty ei siis liittynyt ainoastaan siitä saatavaan tuotokseen ja sen määrään (esimerkiksi polttopuukuutiot), vaan myös siihen, että hyöty on jaettua. Erityisen merkitykselliseksi liikunnan hyöty kuvautui silloin, kun sillä aikaansaatiin apua ihmiselle, joka ei yksin olisi pystynyt selviytymään vaikeasta tilanteesta.

> Kevättalvella tuli nyt tehtyä sillai, kun tän naapurin mökkitien varresta kaatu tommonen lähes sata runkoo tukkipuita ja osa tien poikki, ettei hän päässy sieltä pois, niin hän sitten soitti mulle. Että kun tällei kävi ny ja mä sitten otin moottorisahan matkaan ja sen kaverin kans sitten, tehtiin niitä semmosia muutaman tunnin pätkiä. Ku hän on mua vanhempi, niin aattelin, ettei hän ehkä jaksa niin kovasti, enkä minäkään tietenkään, niin tehtiin ne tukeiks sitten yhdessä.

Hyötyliikunnasta puhuttaessa erilaiset hyödyn kuvaukset limittyivät toisiinsa. Sosiaalisten ja yhteisöllisten perusteluiden ohella oman toiminnan ja siinä saavutettujen tulosten kvantifiointi oli yleistä ja moninaista. Yksi tapa perustella omia liikunnallisia valintoja ja kuntosalista kieltäytymistä oli viitata projektin alussa kaikille osallistujille jaetun aktiivisuusrannekkeen antamiin tuloksiin.

> Ton rannekkeen mukaan keskimäärän lumityörupeama hakkas lähestulkoon joka kerta sen punttisalihomman. Ja samaten huonolla ladulla hiihtäminen teki saman. Jos kattoo jotain kaloreiden kulutusta tai tämmöstä, niin siin oli enemmän tehoo. Ja vallanki toi huonolla ladulla hiihtäminen, niin se rassas kyllä enemmän, ku toi keskimääränen punttisali[-harjoittelu].

Hyötyliikunnan lisäksi useilla miehillä oli tapana käydä kävelylenkeillä puolisonsa kanssa, jotkut hyvinkin säännöllisesti, toiset satunnaisemmin. Miehet harrastivat myös muita lajeja kumppaninsa kanssa, muun muassa pyöräilyä ja uintia. Olennaista tällaisessa liikunnan harrastamisessa oli kuitenkin se, että ne tarjosivat pareille mahdollisuuden viettää aikaa yhdessä muun muassa tutustumalla uusiin paikkoihin.

> Jos on sopivaa aikaa, ettei oo muita menoja, ja on hyvä ilma nii helposti mennään, viime viikollaki perjantaina, ku oli hyvä ilma, nii me ajettiin bussilla. Ei oo koskaan tullu käytyä [mainitsee paikan], et tiedetään et se on hienon näkönen paikka. Mentiin sinne ja tultiin sieltä kävellen, kierrettiin [selostaa reittiä], ja sit bussilla taas loppumatka takasin. Monen tunnin kävely. Mut se on semmosta, et pysähdellään, tai varsinki mä pysähtelen. Vaimo on semmonen reippaasti menijä, mutta mua kaikki kiire hermostuttaa.

Muuhun hyötyliikuntaan yhdistävä piirre puolison kanssa tehdyissä kävelylenkeissä on se, että liikuntaan yhdistyy jokin muukin tarkoitus kuin ainoastaan fyysisen kunnon ylläpitämisen tai parantamisen tavoite. Usein liikuntaan sisältyy muunlaisia elämyksiä ja liikkumisen tarkoituksia, kuten tässä aineistoesimerkissä mainittu uuteen alueeseen tutustuminen ja kauniit maisemat, toiminnan tuotokset (esimerkiksi polttopuukuutiot) tai tekemisen merkitys sosiaalisten suhteiden ja yhteisön kannalta.

POHDINTA

Liikuntainterventioiden ja muiden liikuntaohjelmien vaikuttavuuden kannalta on tärkeää tuntea kohderyhmän ajatuksia heille sopivista liikuntamuodoista. Tarkastelimme tutkimuksessamme tekijöitä, jotka heikensivät eturauhassyöpää sairastavien miesten aktiivisuutta osallistua hoidon osana toteutettuun kuntosaliharjoitteluun. Tutkimuksemme päätulos on se, ettei miesten heikko osallistumisaktiivisuus johtunut sen enempää intervention huonosta toteutuksesta kuin osallistujien yksilötasoisesta heikosta sitoutumisesta. Kyse oli pikemminkin ikäryhmään ja sukupolveen liittyvistä kulttuurisista arvostuksista ja tulkinnoista eri liikuntamuodoista, mistä johtuen miehet eivät sukupolvena tunteneet kuntosaliharjoittelua itselleen tuttuna tai soveliaana lajina.

Miehet joutuivat interventioon osallistuessaan kohtaamaan liikuntakulttuurin muutoksen. Siinä missä heidän nuoruudessaan ja nuoressa aikuisuudessaan verrattain harvat kuntosalit olivat urheiluseurojen ylläpitämiä paikkoja kilpaurheilijoiden ja aktiiviharrastajien tarpeisiin, ja myöhemmässä vaiheessa kehonrakennuksesta intoutuneiden valtakuntaa (31), 2000-luvulla kuntosalit ovat viimeistään muuntuneet osaksi

alati kasvavaa liikuntabisnestä. Haastateltavamme kuuluvat valtaosaltaan perinteisen liikunnan sukupolveen ja kuntoliikunnan sukupolveen (19, 24), joiden pääasiallisia liikuntamuotoja ovat olleet erilaiset ulkona harrastettavat kestävyyslajit, kuten hiihto ja hölkkä. Näihin lajeihin urheiluliiketoiminta on laajentunut vain rajallisesti, minkä vuoksi miehet ovat eläneet osin liikunnan liiketaloudellistumisen ulkopuolella. Interventioon osallistuminen asetti heidät kuitenkin kohtaamaan liikuntakulttuurin murroksen, josta heidän ei muutoin olisi tarvinnut tulla tässä määrin tietoisiksi.

Liikuntaan liittyvien kulttuuristen tekijöiden ymmärtäminen edellyttää risteävien erojen tunnistamista. Kuntosaliharjoittelun voidaan helposti ajatella sopivan hyvin miehille, sillä suomalaisessakin kulttuurissa miehisyyteen helposti liitetään ajatuksia lihaksikkuudesta ja voimasta (31). Nämä miehisyyden ideaalit eivät koske kaikkia miehiä samalla tavoin, eikä eri-ikäisillä miehillä ole edes mahdollisuuksia performoida tällaista maskuliinisuuden versiota (32). Tämä osaltaan alleviivaa sitä, miten olennaisesti ikä rakentaa maskuliinisuuksien välisiä hierarkkisia eroja, joissa vanhempien miesten maskuliinisuus on alisteista nuoruudelle ja ruumiilliselle kyvykkyydelle pohjautuvalle hegemoniselle maskuliinisuudelle (33). Vaikka miehet ovat tietoisia siitä, kuinka ikääntyminen siirtää heitä näissä statusasemissa alaspäin ja osin myös hyväksyvät oman alisteisen asemansa (34), oman heikomman ja vähemmän arvostetun aseman kohtaaminen on jotain, mitä miehet pyrkivät välttämään. Kuntosaliharjoittelu tuo ikäryhmien väliset ruumiilliseen suorituskykyyn liittyvät hierarkkiset erot sosiaalisesti näkyväksi erityisesti eri ikäisten miesten välillä. Siksi vanhemmat miehet pyrkivät myös muussa liikunnassaan välttämään tiloja, joissa he joutuisivat harjoittelemaan yhdessä nuorten miesten (tai naisten) kanssa, mikä edustaa heille kilpailutilannetta (33, 35).

Kuten Itkonen (18) on todennut, postmodernissa yhteiskunnassa liikunnassa on vahvasti mukana identiteettityö. Maskuliinisuuden hierarkioiden lisäksi tämä näkyy haastatteluissamme miesten tekeminä erontekoina kulutusyhteiskunnan liikuntakulttuuriin, jossa heille tuttu kuntoliikunta on monin tavoin tuotteistettu. Hanna Ojala (35) on äijäjoogaa koskevassa tutkimuksessaan saman suuntaisesti havainnut, että vanhemmat miehet suhtautuivat väheksyvästi muodikkaiden liikuntavaatteiden ja -välineiden (mm. joogamatot) ostamiseen, minkä he liittivät pinnallisiin ja ulkonäkökeskeisiin liikuntamotiiveihin. Elämänkulun näkökulmasta (36) tulkittuna kyse on siitä, että sellainen kulutuskulttuuri edustaa sodan jälkeen syntyneille miehille sukupolvena vierasta aluetta, jota heidän on vaikeaa omaksua osaksi identiteettiään.

Tutkimuksemme osoittaa, että ikääntyneet miehet suhtautuvat karsaasti sekä sellaiseen liikuntaan, jossa esteettisyys on kulttuurisessa mielessä voimakkaasti läsnä, että lajeihin, joissa ei ole mukana hyötyliikunnan elementtiä. Iästään huolimatta esimerkiksi metsätyöt moottorisahalla voivat hyvin edustaa hegemonista maskuliinisuutta miehille, jotka ovat sukupolvena kasvaneet ajatukseen raskaan ruumiillisen työn arvostamisesta (37), jossa voima ja kestävyys saavat lopullisen idealisoidun merkityksensä vasta tilanteessa, jossa niitä voidaan käyttää muulla tavoin hyödyksi, kuin vain liikunnan merkityksessä. Samalla on kuitenkin tärkeää havaita, että miesten kuvauksissa hyötyliikunnasta korostui traditionaliseen maaseudun elämäntapaan liittyvä toiminta, kuten metsätyöt. Tämä korostaa maantieteellisten ja alueellisten tekijöiden merkitystä sukupolvittaisten identiteettien muotoutumisessa. Valtaosalla 1940–1960 -luvuilla syntyneistä suomalaisista on juurensa maaseudulla (25), jonka vuoksi heidät voidaan nähdä heidän vanhempiensa maaseudulla eläneen sukupolven ja heidän urbaaneissa ympäristöissä kasvaneiden lastensa välisenä siltasukupolvena (38). Siltasukupolvena heillä on jalkansa sekä maaseudun että urbaanin kulttuurin elämäntavassa, millä on merkityksensä myös liikuntaa koskevissa arvostuksissa.

Liikuntaohjelmien ja interventioiden suunnittelussa on tärkeää ottaa huomioon se, ettei motivaatio osallistumiseen rakennu vain yksilötason tekijöiden varaan. Liikuntamuodot ja -paikat jakautuvat intersektionaalisesti niin sukupuolen, iän kuin erilaisina historiallisina aikoina eläneiden sukupolvien jaettujen kokemusten mukaan. On oletettavaa, että intersektionaalisten erojen ottaminen huomioon liikuntaohjelmien ja -interventioiden suunnittelussa vahvistaa ohjelmien kykyä tukea osallistujien harjoittelumotivaatiota.

Tutkimuksemme vahvuutena voidaan pitää sekä laadulliseksi tutkimukseksi verrattain suurta

haastattelujen määrää että haastattelujen toteuttamista tutkimuksen eri vaiheissa. Tämä antoi miehille aikaa pohtia omaa suhdettaan kuntosaliharjoitteluun, mikä lisää tutkimuksen validiteettia. Tutkimuksen rajoitteeksi voidaan taas nähdä se, että intervention loppupuolella alkanut koronapandemia vaikutti osallistujien mahdollisuuksiin osallistua kuntosaliharjoitteluun ja pakotti tutkimusryhmän siirtymään kasvokkain tehdyistä haastatteluista puhelinhaastatteluun. Jatkotutkimuksessa olisi tärkeää tarkastella eri väestöryhmien eri liikuntalajeihin liittämiä mielikuvia ja merkityksiä erilaisilla aineistoilla.

RAHOITTAJAT:

Astellas Pharma on rahoittanut osittain hankkeen haastatteluaineiston keräämistä.

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Pietilä ja Ojala ovat osallistuneet tutkimuksen suunnitteluun, aineiston analyysiin ja tulkintaan sekä käsikirjoituksen kirjoittamiseen. Pietilä ja Ojala ovat myös hyväksyneet käsikirjoituksen viimeisen version ja ottavat sen sisällöstä vastuun.

Pietilä, I., Ojala, H. ***Images of gym training as a generational issue: a study on factors weakening men's motivation to take part in an exercise intervention programme for prostate cancer patients.*** **Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2025: 62: 178–191.**

Exercise programmes and interventions for older adults aim not only to promote functional ability but also reduce the side effects of medical treatments. Participation in exercise interventions does not always remain high. In an intervention for prostate cancer patients, it turned out that engagement in gym exercise decreased substantially after the guided training period and the control groups were less active throughout the programme. We studied factors that diminished men's activeness to participate in both groups.

The data consisted of qualitative interviews (n=122) with 43 men from intervention and control groups. Men were interviewed three times. The interviews were analysed using inductive content analysis.

Explanations that men gave for their decreased activeness fell into two groups. First, men had negative impressions of gyms as highly competitive training environments from their adolescence and today saw them as commercialized and appearance-centered places. Gyms were considered environments for younger people where the men interviewed did not feel they belonged. Secondly, most men preferred endurance sports and everyday physical activities as exercise. Gym training did not fit such exercise preferences well.

People's exercise preferences relate intersectionally to gender, age and generational experiences. To promote participants' motivation, diverse ideas related to exercise should be acknowledged in planning exercise programmes.

Keywords: ageing, generation, intervention, masculinity.

Saapunut 22.05.2024
Hyväksytty 05.09.2024

LÄHTEET

(1) Jylhä M, Vesala R, Turunen K, ym. Ikääntyneiden ihmisten kokemukset FINGER-elintapaintervention kuntosaliharjoittelusta ja liikuntatottumukset intervention jälkeen. Gerontologia 2024;38:16–33. DOI: 10.23989/gerontologia.130661.

(2) Cormie P, Atkinson M, Bucci L, ym. Clinical Oncology Society of Australia position statement on exercise in cancer care. Med J Aust 2018;209:184–7. DOI: 10.5694/mja18.00199.

(3) Friedenreich C, Wang Q, Neilson H, ym. Physical activity and survival after prostate cancer. Eur Urol 2016;70: 576–585. DOI: 10.1016/j.eururo.2015.12.032.

(4) Suomen Syöpärekisteri 2024. Luettu 29.4.2024. https://syoparekisteri.fi/tilastot/tautitilastot/.

(5) Käypä hoito -suositus 2023: Eturauhassyöpä. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Urologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 29.4.2024. https://www.kaypahoito.fi/hoi11060.

(6) Mottet N, Bellmunt J, Briers E, ym. 2019. EAU – ESTRO – ESUR – SIOG Guidelines on Prostate Cancer. Luettu 29.4.2024. https://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/.

(7) Cormie P, Zopf E. Exercise medicine for the management of androgen deprivation therapy-related side effects in prostate cancer. Urol Oncol

2018;38:62–70.
DOI: 10.1016/j.urolonc.2018.10.008.

(8) Hasenoehrl T, Keilani M, Sedghi Komanadj T, ym. The effects of resistance exercise on physical performance and health-related quality of life in prostate cancer patients: a systematic review. Support Care Cancer 2015;23:2479–2497. DOI: 10.1007/s00520-015-2782-x.

(9) Keogh J, MacLeod R. Body composition, physical fitness, functional performance, quality of life, and fatigue benefits of exercise for prostate cancer patients: a systematic review. J Pain Symptom Manage 2012;43:96–110. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2011.03.006.

(10) SPRINTT Consortium, Strandberg, T, Jyväkorpi, SK, ym. 2022, SPRINTT-tutkimuksen loppuraportti. Eurooppalainen monikeskustutkimus – Innovative Medicine Initiative (IMI). KELA. Luettu 8.5.2024. https://tietotarjotin.fi/documents/20124/454730/Strandberg-sprintt.pdf/2e990323-3e88-fbe3-f9c1-28769a151e07?t=1667410762468.

(11) Ottenbacher AJ, Day RS, Taylor WC, ym. Exercise among breast and prostate cancer survivors—what are their barriers? J Cancer Surviv 2011;5:413–419. DOI: 10.1007/s11764-011-0184-8.

(12) Bergland A, Fougner M, Lund A & Debesay J. Ageing and exercise. Building body capital in old age. European Review of Ageing and Physical Activity 2018;15:7 https://doi.org/10.1186/s11556-018-0195-9.

(13) Hirvensalo M, Lintunen T. Life-course perspective for physical activity and sports participation. Eur Rev Aging Phys Act 2011;8:13–22. DOI 10.1007/s11556-010-0076-3.

(14) Andreasson J, Tugetam Å, Bergman P. Keeping death at bay through health negotiation. Older adults' understanding of health and life within gym and fitness culture. Activities, Adaptation & Aging 2016;40:3, 200–18. http://dx.doi.org/10.1080/01924788.2016.1199515.

(15) Franco MR, Tong A, Howard K ym. Older people's perspectives on participation in physical activity. A systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. Br J Sports Med 2015;49:1268–76. https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-094015.

(16) Lübcke A, Martin C, Hellström, K. Older adult's perceptions of exercising in a senior gym. Activities, Adaptation & Aging 2012;36: 131–46. https://doi.org/10.1080/01924788.2012.673157.

(17) Gluchowski A, Warbrick I, Oldham T, Harris N. 'I have renewed enthusiasm for going to the gym'. What keeps resistance-trained older adults coming back to the gym? Qualitative Research in Sport, Exercise and Health 2018;10:3, 333–45. https://doi.org/10.1080/2159676X.2018.1431305.

(18) Itkonen H. Liikkumisen sosiologia. Tampere: Vastapaino; 2021

(19) Zacheus T. Liikunnan merkitykset vuosina 1923–1988 syntyneiden suomalaisten nuoruudessa. Liikunta & Tiede 2009;46:34–40.

(20) Pilcher J. Mannheim's sociology of generations: An undervalued legacy. Br J Sociol 1994;45:481–495. DOI: 10.2307/591659.

(21) Karisto A. Suuret ikäluokat kuvastimessa. Kirjassa: Karisto A. (toim.) Suuret ikäluokat. Tampere: Vastapaino; 2005, 17–58.

(22) Mannheim K. The Problem of Generations. Kirjassa: Mannheim K, Essays on the Sociology of Knowledge. London: Routledge & Kegan Paul; 1952/1928, 276–322.

(23) Edmunds J, Turner BS. Generations, culture and society. Buckingham: Open University Press; 2002.

(24) Zacheus T. Luonnonmukaisesta arkiliikunnasta liikunnan eriytymiseen. Suomalaiset liikuntasukupolvet ja liikuntakulttuurin muutos. Turku: Turun yliopiston julkaisuja C268; 2008.

(25) Hoikkala T, Purhonen S. Suurten ikäluokkien "tavallisten" jäsenten tyyppitarina. Kirjassa: Purhonen S, Hoikkala T & Roos JP (toim.) Kenen sukupolveen kuulut? Suurten ikäluokkien tarina. Helsinki: Gaudeamus; 2008, 51–67.

(26) Hakulinen A, Harju E, Pietilä I, ym. Hormonihoitoa saavien eturauhassyöpäpotilaiden kokemuksia liikuntainterventiosta - pilottitutkimus. Tutkiva hoitotyö 2020;18:28–35.

(27) Lahti L, Ojala H, Harju E, ym. Aktiivisuusrannekkeesta voi olla hyötyä eturauhassyövän hormonihoidon aikana. Suom Laakaril 2023;78: e36179, www.laakarilehti.fi/e36179

(28) Hirsjärvi S, Hurme H. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus; 2008.

(29) Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi; 2018.

(30) Calasanti T, King N, Pietilä I, ym. Rationales for anti-aging activities in middle age: aging, health, or appearance? The Gerontologist 2018;58:233–241.

(31) Kinnunen T. Pyhät bodarit. Yhteisöllisyys ja onni täydellisessä ruumiissa. Helsinki: Gaudeamus; 2001.

(32) Thompson E. Men, masculinities and aging. The gendered lives of older men. Lanham: Rowman & Littlefield; 2019.

(33) Pietilä I, Ojala H. Inclusivity, horizontal homosociality and controlled participation of 'the others': Negotiations of masculinity and ageing in two older men's communities. NORA: Nordic Journal of Feminist and Gender Research 2021;29:316–329.

(34) King N, Calasanti T, Pietilä I, ym. The hegemony in masculinity. Men Masc 2021;24:432–450.(35) Kirjoittajat 2016.

(35) Ojala H. Äijäjooga sukupuolen ja iän neuvottelun kenttänä. Kirjassa: Berg P, Kokkonen M (toim.) Urheilun takapuoli –

Tasa-arvo ja yhdenvertaisuus liikunnassa ja urheilussa. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto/ Nuorisotutkimusseura Julkaisuja 186; 2016, 176–196.

(36) Elder GH. The life course as developmental theory. Child Dev 1998;69:1–12. DOI: 10.2307/1132065.

(37) Calasanti T, Pietilä I, King N, ym. Studying constructions of aging manhood: methodological considerations. J Aging Stud 2022;63:101050.

(38) Karisto A. Finnish Baby Boomers and the emergence of the third age. International Journal of Ageing and Later Life 2007;2: 91–108. DOI: 10.3384/ijal.1652-8670.072291.

Ilkka Pietilä
FT, dosentti, apulaisprofessori
Helsingin yliopisto
Valtiotieteellinen tiedekunta

Hanna Ojala
KT, dosentti, yliopistonlehtori
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

KIRJOITUSKUTSU: Hyvinvointi elämänkulussa

Kutsumme tutkijoita kirjoittamaan Hyvinvointi elämänkulussa -teemanumeroon vertaisarvioitavia, empiirisiä tai teoreettisia, tutkimusartikkeleita tai puheenvuoroja ja muita kirjoituksia kaikilta hyvinvointia ja terveyttä käsitteleviltä elämänkulkututkimuksen alueilta. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti kokoaa yhteen uusinta tutkittua tietoa aiheesta vuonna 2026 julkaistavassa teemanumerossa.

Kirjoitukset voivat käsitellä aihetta monitieteisesti esimerkiksi seuraavista tieteenaloista ja näkökulmista käsin:

- sosiologiset, psykologiset, epidemiologiset, taloudelliset, sosiaaliset näkökulmat elämänkulkuun ja ikääntymiseen
- kohorttitutkimuksiin liittyvät menetelmät ja tutkimustulokset
- ylisukupolvisuus
- perinnöllisten ja ympäristötekijöiden vuorovaikutus
- pitkittäistutkimuksiin liittyvät tutkimusasetelmat, mittaaminen, datan hallinta, analyysit ja tutkimuskäytännöt
- elämänkulkututkimuksen historiallinen ja filosofis-metodologinen tausta
- elämänkulkututkimuksen yhteydet sairauskäsityksiin ja sosiaali- ja terveyspolitiikkaan

Lähetä enintään 250 sanan mittainen abstrakti osoitteeseen noora.berg[@]thl.fi **viimeistään 30.4.** Ilmoita samalla kirjoittajien yhteystiedot sekä käsikirjoituksen tyyppi (vertaisarvioitava tai vertaisarvioimaton kirjoitus, kuten puheenvuoro). Valinnoista ilmoitetaan viimeistään 2.6.2025 mennessä.

Hyväksyttyjen abstraktien käsikirjoitukset jätetään Journal.fi -järjestelmään lokakuussa 2025. Jatkoon hyväksytyt kirjoitukset lähetetään vertaisarviointiin ja lopullinen julkaisupäätös tehdään vertaisarvioinnin jälkeen. Kussakin kirjoituksessa on noudatettava Sosiaalilääketieteellisen aikakauslehden kirjoitusohjeita.

Teemanumeron toimittavat Noora Berg, Jenna Grundström, Antti-Jussi Kouvo & Annukka Sailo

Ketjuuntuvat kehävaikutukset addiktioiden muodostumisessa ja muutoksessa

Addiktion käsite on herättänyt jatkuvia kiistoja siitä, mihin se oikeastaan viittaa, mitkä tekijät sitä selittävät ja miten ongelma voidaan ratkaista (1). Keskeinen syy hämmennykseen on vallitseva tilanne, jossa eri tieteenalat kehittävät tätä ilmiötä koskevia teorioitaan ottamatta huomioon muiden tieteenalojen havaintoja. Tämän artikkelin tavoitteena onkin hahmottaa paremmin integroitua lähestymistapaa tähän ongelmakenttään. Kuvaan ensin lyhyesti, miten addiktiot nykyään ymmärretään eri tieteenalojen piirissä ja esittelen sitten kokonaisvaltaisempaa lähestymistapaa keskittymällä eri ilmiötasojen välisiin ja sisäisiin vuorovaikutusprosesseihin addiktioiden muodostumisessa ja muutoksessa.

Nykyisin vaikutusvaltaisin addiktioteoria on biolääketieteellinen NIDA-paradigma. Sen mukaan addiktio on ”krooninen uusiutuva aivosairaus”, jolle on ominaista hallinnan menetys suhteessa päihteiden käyttöön (2). Sen väitetään tekevän uhreistaan täysin kykenemättömiä oman käyttäytymisensä hallintaan. Ratkaisua ongelmaan haetaan ensisijaisesti lääkkeistä (3; 4). Vaikka aivosairausmalli onkin tuottanut paljon arvokasta neurobiologista tutkimusta, sitä on myös kritisoitu laajalti. Se ei esimerkiksi tunnista sosiokulttuuristen ja psykologisten prosessien ratkaisevaa roolia addiktioissa, vaikka yritystä sosiaalisen kontekstin huomioimiseen onkin viime aikoina ilmaantunut (5). Se ei myöskään tunnista ”kroonisen uusiutuvan aivosairausdiagnoosin” toimijuutta heikentäviä ja sosiaalisia ennakkoluuloja voimistavia vaikutuksia, saati että se selittäisi omaehtoista toipumista (6, 7). Ongelmallista on myös se, että aivosairaudeksi tulkitaan ilmiö, jota toiset neurotieteilijät pitävät pelkästään oppimiseen perustuvana neuroadaptaationa (8, 9).

Psykologiset addiktioteoriat lähtevät liikkeelle riippuvuutta aiheuttavien käyttäytymismallien oppimisesta ja niitä tukevien ajatusten ja tunteiden omaksumisesta. Taustalla nähdään usein lapsuuden ja nuoruuden traumojen vaikutusta yksilön kehitykseen. Riippuvuus nähdään psykofyysistä terveyttä heikentävänä keinona sietää ja selvitä elämän ongelmista ja haasteista. Joissakin psykologisissa teorioissa korostetaan yhtä pääsyytä – kuten motivaatiojärjestelmän häiriötä (10) tälle tilalle, kun taas toiset korostavat ilmiön biopsykososiaalista luonnetta (11) ja moniulotteisia syy-yhteyksiä. Yleisesti ottaen psykologit eivät pidä addiktiota vain päihteisiin liittyvänä joko-tai-ilmiönä, vaan jatkumona, joka kuvaa kasvavaa pakonomaista riippuvuutta monenlaisista nopeasti palkitsevista kemiallisista aineista tai toiminnoista.

Riippuvuuksien yhteiskuntatieteellinen tutkimus keskittyy ensisijaisesti sosiaalisiin ja kulttuurisiin olosuhteisiin, jotka edistävät tai ehkäisevät näitä käyttäytymismalleja. Ne valaisevat esimerkiksi perhetaustan, vertaisryhmien, identiteettiprosessien ja stigman roolia riippuvuudessa (12, 13). Yhteiskuntatieteellisillä tutkimuksilla on siten tärkeä rooli addiktioiden ehkäisyssä. Klassinen esimerkki sosiologisista riippuvuusteorioista on Mertonin (14) paine- tai stressiteoria (strain theory), joka selittää poikkeavuudet sosiaalisista olosuhteista johtuvista turhaumista tai stressistä.

Vaikka suurin osa addiktiotutkimuksista on tehty eritystieteiden piirissä, joitakin integraatioyrityksiä on toki myös tehty. Esimerkiksi psykiatri George Engel esitti v. 1977 vastakohdan silloin (ja vielä tänään!) hallitsevalle biolääketieteelliselle mallille. Engel puolusti näkemystä, joka pyrkii yhdistämään kaikki terveyteen ja sairauteen vaikuttavat tietämyksen alat biolääketieteestä sosiaalisiin ja subjektiivisiin näkökohtiin saakka, lääkäri-potilassuhdetta ja terveydenhuoltojärjestelmääkään unohtamatta. (15.) Vaikka monet hoitoalan ammattilaiset kannattavat tätä mallia, sitä on myös kritisoitu mm. siitä, ettei se osoita käsitteellisten komponenttiensa välisiä syy-yhteyksiä eikä vuorovaikutusta (16, 17). Siitä puuttuu myös näkemys ongelmien kehittymisestä ja

ryhmien roolista yksilöiden psykologian ja biologian muotoutumisessa (18). Biopsykososiaalinen malli on siksi pysynyt pikemminkin kokonaisvaltaisena asiakaskeskeisen hoidon kehyksenä kuin teoriana, joka selittäisi, miten riippuvuuden kaltaiset erityisongelmat muodostuvat ja miten niitä voitaisiin ratkaista.

Nämä rajoitukset ovat johtaneet uusiin yrityksiin integroida addiktioita koskevaa monitieteistä tutkimusta (18, 19). Yritän tässä artikkelissa samansuuntaisesi hahmottaa yhtenäisempää näkemystä addiktioista keskittymällä yhteiskunnallisten, psykologisten ja biologisten prosessien dynaamiseen vuorovaikutukseen riippuvuusongelmien muodostumisessa. Havainnollistan esitystäni yksinkertaisen mallin avulla, joka kuvaa sitä miten riippuvuudet kehittyvät keskeisimpien psykososiaalisten tekijöiden ja yksilöllisten haavoittuvuuksien vuorovaikutuksessa ja miten nämä tekijät huomioimalla riippuvuuksista voidaan myös päästä eroon.

LÄHTÖKOHDAT JA KEHÄVAIKUTUKSET

Ihmisen käyttäytymisen säätely kehittyy toiminnallisessa vuorovaikutuksessa sosiokulttuurisen ja fyysisen ympäristömme kanssa sekä sisäistämällä ja ulkoistamalla niitä merkkejä, mielikuvia ja käyttäytymistä, joita käytetään sosiaalisten ja esineellisten toimintojen ohjaamiseen tässä kontekstissa (20, 21). Kehityksemme perustuu siten siihen aineelliseen, sosiaaliseen ja kulttuuriseen ympäristöön, jossa elämme. Tämä on erityisen tärkeää pitää mielessä käsiteltäessä addiktioita, joiden tyypit ja esiintyvyys vaihtelevat niin suuresti sosiaalisten ryhmien, yhteiskuntien ja historiallisten ajanjaksojen välillä.

Addiktio nähdään tässä opittuna, välittömästi palkitsevana ja vähitellen pakonomaiseksi muodostuvana toistuvana käyttäytymismallina, jota yksilön on erityisen vaikea hallita tai lopettaa huolimatta sen tuottamista kiistattomista haitoista. Tälle asteelle kehittynyt riippuvuus voidaan parhaiten ymmärtää paitsi käyttäytymis- myös mielenterveyden häiriöksi, jonka aiheuttavat sosiaaliset, psykologiset ja neurobiologiset tekijät ja niiden vuorovaikutus. Filosofi Ian Hackingin (22) analyysi ”inhimillisten ominaisuuksien kehätai silmukkavaikutuksista” tarjoaa hyödyllisiä lähtökohtia näiden vuorovaikutusten tutkimiseen.

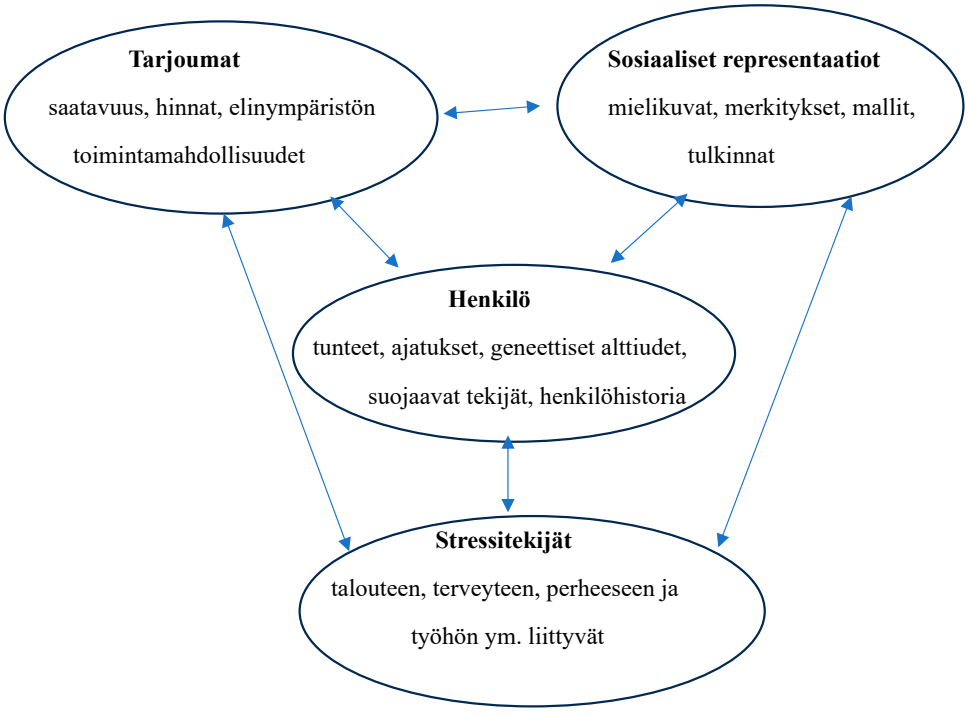
Hacking teki eron luonnon ilmiöiden ja sosiaalisten ilmiöiden välillä. Ensin mainitut (esim. kvarkit, atomit, tähdet) eivät muutu mitenkään siitä, miten ne luokitellaan. Sosiaalisen maailman ilmiöillä on sen sijaan taipumus muuttua niitä koskevien luokittelutapojen seurauksena, ne ovat siten luonteeltaan ”interaktiivisia”. (22.) Esimerkiksi henkilön leimaaminen ”addiktiksi” voi saada hänet mukautumaan tähän nimikkeeseen, jolloin hän ehkä tiedostamattaan omaksuu tapoja, joilla muut suhtautuvat hänen «kaltaisiinsa» ihmisiin ja kokee siksi itsensä tähän kategoriaan kuuluvaksi. Tätä Hacking (22, ss.109-110) kutsuu ”luokittelukehäksi”. Silmukka kiertyy siinä sosiaalisista luokituksista ihmisen kokemuksiin, toimiin ja identiteetteihin, jotka puolestaan muuttavat hänen käyttäytymistään ja tapoja, joilla muut häneen suhtautuvat (23). Myös tieteelliset käsitteet, määritelmät ja diagnoosit, voivat muuttua ulkoisten ja sisäisten tekijöiden vaikutuksesta. Esimerkiksi sellaisten käsitteiden kuin ”mielenterveyshäiriö” tai ”riippuvuus” merkitys on kehittynyt ajan myötä muuttuneiden ulkoisten olosuhteiden, laajenevan tiedon ja käsitteellisten neuvottelujen tuloksena.

Toinen Hackingin (22, ss. 109–110) esittämä termi on ”biokehä tai -silmukka”. Sillä hän viittaa mielen ja kehon väliseen vuorovaikutukseen, kun muutokset ideoissamme muokkaavat fysiologisia tilojamme ja päinvastoin. Luokittelukehät ja biokehät eroavat toisistaan vain siinä, että biokehä on yksilön sisäinen prosessi, kun taas luokittelukehä perustuu yksilöidenväliselle kommunikaatiolle. Psykopatologioissa ne voivat kuitenkin myös ”toimia samanaikaisesti ja vahvistaa toinen toisiaan” (22, s.110).

Monenlaiset tekijät ja vuorovaikutukset osallistuvat riippuvuuksien ja addiktioiden kehitykseen. Keskityn tässä artikkelissa erityisesti sellaisiin kehävaikutuksiin, joilla on taipumus vahvistaa itseään ja tuottaa siten noidankehiä. Suotuisissa olosuhteissa kehävaikutukset voivat toisaalta toimia myös vastakkaiseen suuntaan tuottaen siten ”enkelinkehiä”.

KESKEISIMMÄT ADDIKTIOIHIN VAIKUTTAVAT BIOPSYKOSOSIAALISET TEKIJÄT

Olen seuraavaan koonnut ne mielestäni keskeisimmät psykososiaaliset tekijät tai tekijäryhmät (ks. Kuvio 1), jotka vaikuttavat yksilöiden ja ryhmien kokemuksen kautta addiktiiviseen käyttäytymiseen. Nämä tekijät kuvaavat tapaa, jolla yksilö hahmottaa ja tulkitsee ympäristöään ja itseään.



Kuvio 1. Keskeisten toisiinsa vaikuttavien ulkoisten ja sisäisten tekijöiden vuorovaikutteiset suhteet addiktion muodostumisessa (57, s. 501)

Ensimmäinen niistä koostuu yksilön havaitsemien *tarjoumien eli affordanssien* (24) avaamista toimintamahdollisuuksista. Tarjoumiin vaikuttavat esim. päihteiden tuotanto ja saatavuus, yksilöiden koulutukselliset ja taloudelliset toimintamahdollisuudet, ympäristö- ja perheolosuhteet sekä kulttuuriset toimintamallit. Esimerkiksi varattomille avautuvia mahdollisuuksia ratkaista terveys- ja toimeentulo-ongelmiaan on olennaisesti vähemmän kuin varakkailla. Heillä on myös vähemmän varaa valita vapaa-ajan toimiaan. Myös nuorten itselleen mahdollisina pitämät toimintamuodot riippuvat heidän yhteiskunnallisesta asemastaan, asuinpaikastaan sekä nuorisokulttuurin ja toveripiirin malleista.

Toinen keskeinen tekijäryhmä koostuu yksilöiden tulkintoja suuntaavista *sosiaalisista representaatioista* eli sosiaalisessa vuorovaikutuksessa kiteytyneistä mielikuvista, jotka juontuvat median, mainosten, elokuvien ja oman vertaistyhmän malleista ja kokemuksista. Sosiaaliset representaatiot muodostuvat viestinnän kautta ankkuroimalla uudet, mahdollisesti uhkaavat ilmiöt vallitsevaan luokittelujärjestelmään ja esineellistämällä niitä konkreettisilla mielikuvilla. Ne edustavat ihmisten yhteisöllisesti jakamia käsityksiä itsestään ja maailmasta. (25.) Tällaisten kiteytyneiden mielikuvien lisäksi ihmisillä on myös monenlaisia vaihtelevia mielikuvia havaitsemistaan ihmisistä ja asioista (26).

Kolmannet keskeiset addiktioiden kehitykseen vaikuttavat seikat muodostuvat psyykkisiä paineita tuottavista *stressitekijöistä* (14). Tällaisia voivat olla esimerkiksi varhain koettu kaltoinkohtelu, sairaus, syrjintä tai kiusaaminen ja aikuisiällä työperäinen ylikuormitus, sosiaaliset, taloudelliset, perhe- ja terveysongelmat.

Ylläkuvatuttuihin pääryhmiin kuuluvat sosiokulttuuriset ilmiöt voivat vaikuttaa suoraan yksilön geneettisiin haavoittuvuuksiin, tunteisiin, ajatuksiin ja käyttäytymiseen. Mutta usein ne vaikuttavat myös toinen toisiinsa kietoutuneina. Esimerkiksi addiktiivisen käyttäytymisen kehitykseen vaikuttaa olennaisesti se, miten kukin kohdallaan tulkitsee elämänsä stressitekijöitä ja ympäristönsä tarjoumia sekä missä määrin hän joko omaksuu tai torjuu itseensä kohdistuvia negatiivisia leimoja.

Addiktioiden muodostumisessa pääasiallinen vaikutussuunta tapahtuu ulkoa sisään, mutta yksilöt ja ryhmät voivat omalla toiminnallaan myös muuttaa näitä ulkoisissa olosuhteissa havaitsemiaan mahdollisuuksia, mielikuvia ja stressin lähteitä. Monenlaiset tekijät ja vuorovaikutussuhteet osallistuvat siten riippuvuuksien kehitykseen. Seuraavassa keskityn erityisesti sellaisiin kehävaikutuksiin, joilla on taipumus vahvistaa itseään ja tuottaa tuhoisia noidankehiä. Suotuisissa olosuhteissa nämä vuorovaikutukset voivat kuitenkin luoda edellytyksiä myös hyvän kierteille eli ”enkelinkehille”.

SOSIAALISTEN TARJOUMIEN VAIKUTUKSET RIIPPUVUUDEN MUODOSTUMISEEN

Sosiokulttuuriset olosuhteet vaikuttavat ratkaisevasti siihen, missä määrin ja millaisia addiktioita niiden piirissä kehkeytyy. ”Liialliseen mielihaluun” (19) vaikuttaviin sosiokulttuurisiin olosuhteisiin sisältyy ensinnäkin rakenteellisia tekijöitä, kuten riippuvuutta aiheuttavien aineiden ja käyttäytymismallien laillinen ja laiton tuotanto, mainonta ja niiden myynti. Ne sisältävät myös taloudellisia, uskonnollisia ja kulttuurisia normeja, arvoja ja esikuvia, jotka suosivat tai torjuvat osallistumista tällaiseen käyttäytymiseen. Addiktiivisten aineiden ja toimintojen runsaus, saatavuus ja hinta vaikuttavat keskeisesti niiden kysyntään. Ja päinvastoin, vaihtoehtoisten tuotteiden ja toimintamahdollisuuksien heikko saatavuus ja korkeat hinnat estävät tehokkaasti niiden käyttöä varsinkin varattomien keskuudessa. Sosiokulttuuriset tarjoumat vaikuttavat yksilöiden käyttäytymiseen etenkin niiden ryhmien kautta, joihin he kuuluvat tai joihin he samaistuvat. Joissakin yhteyksissä voidaan puhua myös ”ajan hengestä”, joka suosii yhdenlaista käyttäytymistä ja toisaalta torjuu jotain toista.

Sosiokulttuuriset tarjoumat vaikuttavat paitsi suoraan yksilöiden ja ryhmien haavoittuvuuksiin myös välillisesti nostamalla niiden stressitasoa. Vallan epätasa-arvo on näiden paineiden tärkeä yleinen lähde (27). Sosiaalisen tappiostressin on havaittu lisäävän kokaiinin ja alkoholin kulutusta monilla eläinlajeilla (28). Stressiin liittyvä taipumus turvautua psykoaktiivisiin aineisiin on yleistä myös ihmisten keskuudessa. Osattomuus, ulossulkeminen ja erilaiset rakenteellisen huonoosaisuuden muodot tuottavat stressiä, joka altistaa riippuvuuskäyttäytymiselle ja siitä koituville haitoille paitsi yksilö- myös ryhmätasolla (29, 30). Samanaikaisesti ne voivat lisätä muitakin ongelmia, kuten ahdistuneisuutta ja korkeaa verenpainetta. Kun nämä kehollliset häiriöt liittyvät riippuvuuskäyttäytymiseen, yleinen seuraus erityisesti geneettisesti ja/tai kehityksellisesti haavoittuvilla yksilöillä on itseään vahvistava palautesilmukka, joka voimistaa näiden häiriöiden otetta. Sekä yksilöiden väliset että sisäiset kehävaikutukset edistävät tätä kehitystä.

Valaisevan esimerkin tarjoaa Yhdysvalloissa riehuva huume- ja lääkeriippuvuusepidemia. Sitä on selitetty taloudellisesti taantuvissa yhteisöissä havaitulla kasvavalla epätoivolla, joka on lisännyt kiinnostusta oloa nopeasti helpottaviin lääkkeisiin. Häikäilemätön lääkemarkkinointi on tarjonnut siihen omia ”ratkaisujaan”. Palkitsevien vaihtoehtojen puutteessa psykoaktiivisten aineiden helppo saatavuus on johtanut näissä yhteisöissä huumeiden ja lääkkeiden liikakäytön kautta riippuvuusepidemiaan ja sen myötä korkeaan kuolleisuuteen. (31.)

Toisenlainen vuorovaikutuskehä muuttuvien sosiokulttuuristen olosuhteiden ja niissä elävien ihmisten välillä näkyi päihdehäiriöiden valtavana lisääntymisenä toisen maailmansodan jälkeen syntyneessä sukupolvessa Yhdysvalloissa (32, ss. 32–35) ja muissakin länsimaissa. Koska sodanjälkeisen sukupolven geneettiset taipumukset tuskin poikkesivat aiempien sukupolvien vastaavista, tämä äkillinen päihdehäiriöiden nousu johtui todennäköisesti muutoksista sosiokulttuurisissa olosuhteissa ja päihdyttävien aineiden ja toimintojen saatavuudessa. Muissa psyykkisissä häiriöissä ajankohdasta riippuva vaihtelu onkin ollut huomattavasti vähäisempää. Yhteiskuntatieteilijät ovat selittäneet näitä olosuhdemuutoksia nuorisokulttuurin synnyllä, huumeiden lisääntyneellä medianäkyvyydellä (32), perinteiden murtumisella (33) ja vapaiden markkinoiden yhteiskunnissa koettuna henkilökohtaisena pirstoutumisena ja kulttuuristen juurien menettämisellä (34). Nämä dramaattiset sosiokulttuuriset muutokset ovat Alain Ehrenbergin (35) mukaan lisänneet voimattomuuden ja riittämättömyyden tunteita maailmassa, jossa ihanteena on yksilöllinen menestys. Masennus ja addiktio edustavat siten ”saman riittämättömyyden patologian kahta eri puolta”. Tätä riittämättömyyden patologiaa nuorille syöttävät nykyään myös sosiaalisen median mallit.

Kaikki nämä selitykset korostavat vuorovaikutusta yhteiskunnan nopeiden rakenteellisten ja kulttuuristen muutosten, ryhmäkäyttäytymisen ja näihin prosesseihin osallistuvien ihmisten psykologisten taipumusten välillä. Samalla kun ne ovat muuttaneet yksilöiden ja ryhmien yhteiskunnallisia asemia ja toimintamahdollisuuksia, myös heidän eri psykoaktiivisiin aineisiin liittämänsä merkitykset ovat muuttuneet yhdessä heidän kulutuskäyttäytymisensä kanssa. Kaikki tämä on tuottanut väliaikaisia tai pitkäkestoisia muutoksia kehon prosesseissa ja neurobiologiassa biosilmukoiden kautta lisäten taipumusta addiktiiviseen käyttäytymiseen.

SOSIAALISTEN REPRESENTAATIOIDEN JA MERKITYSPROSESSIEN VÄLITTÄVÄT VAIKUTUKSET

Sosiokulttuurisen kehityksen myötä moniin nopeasti vaikuttaviin aineisiin ja toimintoihin liittyvät mielikuvatkin ovat muuttuneet. Tämä näkyy niissä sosiaalisissa representaatioissa, jotka joko kannustavat tai ehkäisevät addiktiivista käyttäytymistä. Esimerkiksi kannabiksen ja LSD:n kaltaiset uudet huumeet luokiteltiin 60-luvun nuorisokulttuurissa ”tietoisuutta laajentaviksi” ja rock-and-roll-musiikki välitti mielikuvia niiden vapauttavista ja tajuntaa räjäyttävistä vaikutuksista. Tämä herätti nuorten uteliaisuutta ja kokeiluhalua. Kysynnän kasvaessa myös huumeiden saatavuus lisääntyi huumekaupan kasvun myötä tuottaen 1960-luvun huumeaallon. Näin representaatiot, joilla kuvaamme todellisuutta, suuntaavat myös niihin liittyvää toimintaa. Ajatuksemme ja mielikuvamme mahdollisista halun kohteista voivat siten muuttua jatkuvasti. Hackingin (22) sanoin ne ovat vuorovaikutteisia toisin kuin kvarkkien ja tähtien kaltaiset luonnonilmiöt, joita mitkään kuvaukset tai uudet luokittelut eivät muuta.

Yhteiskunnallisten olosuhteiden ja sosiaalisten luokitusten välistä vuorovaikutusta havainnollistavat myös muuttuneet mielikuvat heroiinista, jota nykyään pidetään yksilön kannalta kaikkein ”orjuuttavimpana” ja haitallisimpana päihteenä (36). Mikko Ylikangas on kuitenkin osoittanut, että lääkeheroiinin kulutus oli Suomessa vielä 1930-luvulla maailman korkeimpia ja viranomaiset puolsivat tätä tilannetta vetoamalla aineen alhaiseen hintaan ja tehokkuuteen yskän, tuberkuloosin ja muidenkin terveysongelmien hoidossa. Suuresta kulutuksesta huolimatta merkittävää heroiinin väärinkäyttöaaltoa ei silloin ilmeisesti syntynyt. Morfiini oli paljon yleisempi päihde niillä harvoilla potilailla, joita Helsingissä hoidettiin huumeriippuvuuden takia. (37.)

Toisenlaisten ympäristöolosuhteiden, mielikuvien ja addiktiopotentiaalin vuorovaikutusta kuvaa se, että melkein jokainen viimeisten seitsemänkymmenen vuoden aikana ilmaantunut uusi huumeaalto näyttää virinneen kyseistä ainetta koskevista nuorille tarjotuista kiehtovista uusista mielikuvista ja elämäntavoista, esimerkkeinä 50-luvun jazzmuusikkoihin ja beatnikkeihin liittyvä heroiini, 60-luvun kukkaiskansaan liittyvä kannabis ja LSD, sekä 90-luvun rave-sukupolveen liitetyt klubihuumeet. Mielikuvilla ja luokituksilla on siis ilmeinen osuus ihmisten alttiudessa addiktiivisiin käyttäytymismalleihin.

Heroiinia koskevien sosiaalisten representaatioiden muutos toimivasta lääkkeestä tehokkaaksi yksilön sisäisen tilan muokkauskeinoksi on vaikuttanut voimakkaasti tämän aineen suosioon. Se lisäsi kyseisen aineen houkuttelevuutta kapinallisille ja uusia vaihtoehtoja etsiville nuorille. Toisaalta se herätti pelkoa varovaisemmissa nuorissa, joilla oli enemmän menetettävää heroiinin käytöstä. Osalle käytön aloittaneista sen merkitys kehittyi kulutuksen lisääntyessä vahvaksi henkilökohtaiseksi vakaumukseksi siitä, että on mahdotonta elää ilman heroiinia. Samoin Bubrenorfiinia pidettiin aluksi erinomaisena opiaattiriippuvaisten vieroituskeinona, kunnes käyttäjät keksivät pistoskäytön tehokkaammat psyykkiset vaikutukset ja jäivät siten entistä tiukempaan päihderiippuvuuteen.

Sosiaaliset ja henkilökohtaiset mielikuvat, joita ihmiset liittävät nopeasti palkitseviin aineisiin ja käyttäytymismalleihin, esittävät siten keskeistä välittäjäroolia addiktioiden muodostumisessa. Samanaikaisesti biosilmukan kautta ne vaikuttavat tapaan, jolla heidän aivonsa aktivoituvat ja muodostavat uusia kytkentöjä, mikä johtaa uusiin käyttäytymismalleihin. Sosiaalisen ja kulttuurisen neurotieteen uusi tutkimus hylkääkin perinteisen näkemyksen aivoista kiinteän rakenteen ja kapasiteetin omaavana laitteistona ja korostaa pikemminkin aivojen plastisuutta ja uusien synapsien syntyä (38, 39). Se osoittaa, että kaikkinainen toistuva altistuminen tietynlaisille kulttuurisille oppimiskokemuksille olipa kyse sitten uuden kielen tai jongleerauksen oppiminen tai uusien instrumenttien soittaminen (40), tuottaa

vastaavia muutoksia aivoissa, alkaen geenien aktivoitumisen vaikutuksista hermorakenteeseen ja toimintaan aina aivojen arkkitehtuuriin saakka.

Ei siis ihme, että myös päihteiden väärinkäyttäjien aivoja koskevissa neurologisissa tutkimuksissa näkyy muutoksia verrattuna ei-käyttäjiin (4). Niihin kuuluu esimerkiksi palkkiojärjestelmän epäherkistyminen, mikä vähentää mielihyvän tunteita ja motivaatiota hoitaa jokapäiväisiä toimia. Myös päätöksentekoon, ehkäisevään kontrolliin ja itsesäätelyyn osallistuvat aivoprosessit heikkenevät. Osa muutoksista on väliaikaisia, toiset taas kestävämpiä riippuen mm. muodostuneen addiktion voimakkuudesta ja kestosta. Näiden aivomuutosten kyky rajoittaa addiktiivisen käyttäytymisen hallintaa on merkittävä, mutta ei ylipääsemätön.

Leimautuminen tarjoaa toisen tyyppisen esimerkin merkitysprosessien osuudesta yksilöllisen addiktioalttiuden muodostumiselle. Esimerkiksi levottomat tai muuten poikkeavat lapset nousevat usein silmätikuiksi jo alaluokilla. Leimaamisen kohteilla on taipumus sisäistää hylkäämisensä ja oppia tunnistamaan itsensä poikkeavaksi. Ulkopuolisuuden ja torjunnan tunteet lisäävät negatiivisia tunteita kuten masennusta, mikä välittyy etenkin tytöillä myöhempään päihteiden väärinkäyttöön (41). Pojilla ne provosoivat usein uhmakkuutta ja vertaisten seuran etsimistä, esimerkiksi käyttämällä huumeita tai osallistumalla muihin haitallisiin toimintamuotoihin (42). Niitä seuraava sosiaalinen torjunta vahvistaa poikkeavuutta ja tiivistää näiden nuorten siteitä päihteitä käyttävään ja usein myös rikolliseen alakulttuuriin.

Vahvimmin leimautunut ryhmä muodostuu usein kodittomista huumeidenkäyttäjistä. Sen osoitti tutkimus, jossa opiskelijoille esitettiin kuvia eri ryhmiin kuuluvista ihmisistä (43). Näiden opiskelijoiden aivojen funktionaalisista magneettisista resonanssikuvista kävi ilmi, että he pitivät kodittomia huumeidenkäyttäjiä vähemmän kuin ihmisinä. Näihin huumeidenkäyttäjiin kohdistuva julkinen halveksunta ja pelko saa heidät välttämään muita ihmisiä ja työtilaisuuksia vähentäen heidän mahdollisuuksiaan rakentavampaan elämäntyyliin. (43). Luokittelukehien lisäksi myös biokehät voivat heikentää heidän fyysistä kuntoaan, esimerkiksi masennuksen aiheuttaman passivoitumisen takia. Erilaiset kehävaikutukset vahvistavat siten toinen toisiaan.

STRESSITEKIJÖIDEN OSUUS RIIPPUVUUKSIEN MUODOSTUMISESSA

Lapsuuden traumat ja stressit muovaavat bio- ja luokittelukehien muodossa yksilön aivotoimintaa heikentämällä mm. endorfiinin tuottaman aloitteellisuuden ja motivaation normaalia kehitystä (44). Esimerkiksi hoivan puutteen ja lasten kaltoinkohtelun on havaittu vähentävän heidän aivoissaan dopamiinin, serotoniinin ja oksitosiinin kaltaisia hermoston välittäjäaineita. Samantyyppisiä muutoksia on todettu myös nelikuisilla apinoilla, joilla vain 6 päivän ero emosta heikensi näiden tärkeiden välittäjäaineiden tuotantoa aivoissa. Vaille sosioemotionaalista stimulaatiota lapsuudessa jääneiden eläinten on myös osoitettu nauttivan innokkaammin kokaiinia niiden aikuistuttua. (44.) Muutkin stressaavat kokemukset, kuten insesti ja raiskaukset, voivat heikentää ratkaisevasti uhrin minäkuvaa ja aiheuttaa masennusta, päihteiden väärinkäyttöä ja itsemurhayrityksiä (45).

Huumeaddikteja koskevat tutkimukset ovat osoittaneet varhaisten traumojen poikkeuksellisen yleisyyden tässä ryhmässä. Esimerkiksi haitallisia lapsuuskokemuksia koskevassa amerikkalaisessa tutkimuksessa henkilöillä, joilla oli enemmän kuin viisi fyysistä, seksuaalista tai emotionaalista lapsuuden traumakokemusta, oli 7-10 kertainen riski tulla huumeiden väärinkäyttäjäksi (46).

Moni nuori jää nykyään koukkuun myös sähköiseen mediaan. Savolainen ym. (47) osoittivat, että niin Suomessa, Yhdysvalloissa kuin Etelä-Koreassakin nuorten kokema yksinäisyys kytkeytyi erityisesti nettiriippuvuuteen.

Aikuisilla monenlaiset parisuhteeseen, sukupuoli-identiteettiin, terveyteen, toimeentuloon ja työhön liittyvät ongelmat tuottavat usein pitkäaikaista stressiä. Kun näitä stressitiloja pyritään laukaisemaan päihdyttävillä aineilla tai toimintamuodoilla kuten rahapeleillä, syntyy helposti addiktio, joka erilaisten luokittelu- ja biokehien kautta muokkaa myös heidän aivoprosessejaan. Myös Denny Borsboomin (47) verkostonäkökulman mukaan erilaisten mielenterveyshäiriöiden oireet voivat muodostaa keskinäisiä palautesilmukoita, mikä johtaa niiden pitkittyneeseen aktivoitumiskierteeseen. Tyypillistä on esimerkiksi masennuksen tai ahdistuksen ja riippuvuusongelmien yhteen kietoutuminen, mikä vaikeuttaa niistä toipumista.

YKSILÖKOHTAISET ALTTIUDET JA SUOJAAVAT TEKIJÄT

Kuitenkin vain vähemmistö niistä, jotka kokeilevat tai käyttävät päihdyttäviä aineita tai harrastavat muita riippuvuutta tuottavia toimintoja, tulevat niistä vakavasti riippuvaisiksi. Asiaan vaikuttavat nimittäin monenlaiset sekä perinnölliset että sosiaaliset, henkilö- ja tilannetekijät, joista monet ovat myös suojaavia (48). Esimerkiksi mitä myöhemmin päihteiden käyttö alkaa, sitä vähäisempi on taipumus addiktoitua. Ulkoisilla ja sisäisillä rajoitteillakin on merkitystä. Ulkoiset rajoitteet viittaavat muodolliseen ja epäviralliseen kontrolliin esimerkiksi uskonnollisista, kulttuurisista ja muista ryhmäsidonnaisuuksiin liittyvistä syistä. Myös raittiiden ystävien ja perheenjäsenten esimerkki samoin kuin addiktiivisen toiminnan tuottamat menetykset toimivat pidäkkeinä. Sisäiset rajoitteet viittaavat esimerkiksi vähäiseen geneettiseen addiktioalttiuteen, raittiutta tukeviin aktiviteetteihin ja ystäväpiiriin sekä oman käyttäytymisen vahvempaan hallintaan ja haluttomuuteen satuttaa läheisiä (19).

Yksilön luonteenominaisuuksillakin on väliä. Yleinen psykologinen taipumus suosia pienempiä, välittömiä palkintoja suurempienviiveellä tulevien palkkioiden sijaan kärjistyy impulsiivisissa yksilöissä, mikä altistaa heitä riippuvuutta aiheuttavien aineiden ja käyttäytymisten tuottamalle välittömälle tyydytykselle (49). Voimakas uutuudenviehätys on toinen merkittävä riskitekijä varhaiselle huumeiden käytön aloittamiselle, pakonomaisen käytön kehitykselle ja taipumukselle tilan uusiutumiseen (50).

Koska kokemus addiktiivisen toiminnan tuottamasta erityisestä mielihyvästä (fix) on välttämätön edellytys riippuvuuden kehittymiselle, sekä ympäristö- että geneettiset erityispiirteet tässä mielihyvän kokemisessa tarjoavat lisäsyitä yksilöiden eroille haavoittuvuudessa (51, 52). Ratkaiseva tekijä tässä yhtälössä on *aineen tai käyttäytymisen henkilökohtainen merkitys. Jos se mielletään ainoaksi saatavilla olevaksi keinoksi hyvän tai edes siedettävän tilan saavuttamiseen, tie vaikeaan riippuvuuteen on taattu.*

RIIPPUVUUDEN ANSA

Vaikka muutokset riippuvuuksien esiintyvyydessä ja muodoissa eri väestö- ja ihmisryhmissä saattavat alun alkaen muotoutua ensisijaisesti luokittelukehien kautta, kehon ja mielen välinen vuorovaikutus tulee yhä tärkeämmäksi tekijäksi addiktioiden kehityksessä.

Riippuvuuskäyttäytymisen oppiminen perustuu tapojen muodostumiseen. Oppiminen alkaa siitä, että valittua käyttäytymismallia vahvistaa mielihyvää tuottava dopamiiniryöppy aivoissa, mikä kutsuu toistamaan kokemuksen. Kun alkuperäinen kiinnostus palkitsevaan aineeseen tai käyttäytymiseen on syntynyt, dopamiinia alkaa vapautua jo niitä edeltävistä vihjeistä, jotka luovat organismissa innokasta palkkion odotusta (53). Näiden sisäisten ja ulkoisten vihjeiden sopiva yhdistelmä, esimerkiksi viikonlopun lähestyminen väsyneelle työntekijälle, virittää hänet havaitsemaan, tuntemaan ja toimimaan halunsa mukaisesti. Addiktiivinen toiminta tuottaa aluksi mielihyvää, mutta toiminnan toistuessa sen palkitsevuus muuttuu yhä lyhytaikaisemmaksi. Negatiiviset seuraukset alkavat samalla kasautua hallinnan menetyksien, onnettomuuksien ja terveysongelmien muodossa. Usein nämä käytön kustannukset kuitenkin torjutaan, jotta mielihyvää tuottava kokemus voitaisiin toistaa. Näin siis lyhytnäköinen käsitys ratkaisusta johtaa toimintaan, joka pyrkiessään häiriön korjaamiseen ylläpitää tai vahvistaa sitä. Tuloksena on noidankehä, josta ei näytä olevan ulospääsyä. Brittiläisen psykiatrin Anthony Rylen ehdottama ”ansan” käsite kuvaa tällaista kehämäistä, itseään ylläpitävää häiriötä henkilön toiminnan rakenteessa. Vastaavanlaiset ansat ovat tyypillisiä myös neurooseissa (esim. depressioissa, fobioissa tai pakkooireisessa) ja luonnepatologioissa. (54.)

Yliopitut tavat ja voimakas alttius addiktiivisen toiminnan vihjeille sabotoivat myös yrityksiä kontrolloida kyseistä toimintaa tai päästä siitä eroon (55). Taipumus valita mieluummin pienempiä välittömiä kuin myöhempiä suuria palkkioita heikentyneen reagoinnin hallinnan ohella vaarantaa muutospyrkimyksiä. Henkilön vääristyneet tarpeisiin liittyvät uskomukset asettavat lisäesteitä muutokselle. Amerikkalainen neurologi Mark Lewis havainnollistaa tätä hienosti kirjassaan ”Memoirs of an addicted brain” kuvaamalla, kuinka tietty huume lopulta tiivistyi hänen ”lämmön, turvallisuuden, vapauden ja omavaraisuuden tarpeidensa monoliittiseksi symbolikseen”. Siitä tuli niin arvokas, että eläminen ilman sitä tuntui mahdottomalta. (56, s. 305.) Monille riippuvuutta aiheuttava aine tai käyttäytyminen ei siis ole ongelma vaan ”ratkaisu” heidän ”todellisiin” ongelmiinsa. Kyseistä toimintaa tukevat ulkoiset olosuhteet ja ihmissuhteet

voivat aiheuttaa vielä lisäesteitä ja pidäkkeitä muutokselle. Riippuvuuskäyttäytymiseen liittyvästä sosiaalisesta verkostosta irtautuminen ei ole helppo tehtävä.

Addiktion noidankehä perustuu siten sosiokulttuuristen, psykologisten ja neurobiologisten prosessien välisiin itseään vahvistaviin kehä- tai silmukkavaikutuksiin. Niitä voimistavat myös negatiiviset yksilöiden väliset kehävaikutukset, esimerkiksi sosiaaliset konfliktit, yksilöiden negatiivinen leimautuminen ja niiden tuottamat mielenterveysongelmat. Näin syntyneessä umpikujassa yritykset vapautua siitä tuottavat usein uusia vastoinkäymisiä. Sekä liiallisen mielihalun muodostuminen että sen ylläpitäminen perustuvat siten monimutkaisiin ja usein ketjuuntuviin vuorovaikutuskehiin sosiaalisten, psykologisten ja neurobiologisten prosessien välillä. Pelkästään lääkkeillä tällainen ongelma harvoin ratkeaa.

KEHÄN MURTAMINEN

Henkilöt, jotka eivät itse pääse irti addiktioista, tarvitsevat tavallisesti jonkinlaista tuki- tai hoitosuhdetta. Tässä artikkelissa esittämääni jäsennystä (ks. Kuvio 1) voi käyttää apuna tilanteen kartoituksessa ja korjaamisessa. Tällöin on ensinnäkin syytä selvittää, mikä on kyseisen henkilön elämäntilanne ja sen tarjoamat mahdollisuusrakenteet. Miten hän viettää päivänsä? Onko hänellä asuntoa, työtä tai muuta toimeentulotukea? Entä perhetilanne ja ystäväpiiri? Näihin elämäntilannetekijöihin on usein tärkeää löytää ratkaisuja ja vaihtoehtoja, jotta asianomaisen energiaa riittäisi riippuvuuskäyttäytymisen muuttamiseen ja parempien toimintamallien omaksumiseen. Tutkimukset ovat toistuvasti osoittaneet, että etenkin ympäristön ja sosiaalisten suhteiden muutokset sekä erilaiset korvaavat toiminnot auttavat irtautumaan addiktiota ylläpitävistä ihmissuhteista, ympäristöistä ja toimintatavoista (58).

Toiseksi on tärkeää tutkia hänen elämänsä stressitekijöitä (esimerkiksi mielenterveys- ja perheongelmat, yksinäisyys, sairaudet ym.). Moni voi tarvita tukea tällaisten akuuttien ongelmien korjaamiseen pystyäkseen paneutumaan riippuvuuskäyttäytymisen suitsemiseen. Sosiaalinen tuki kannustavan läheisen ja itsehoitoryhmien muodossa lievittää ja poistaa tällaisia paineita (59). Toisaalta addiktiivisen toiminnan lopettaminen näyttää myös itsessään parantavan toipuvien elämäntilannetta. Jos stressi, ahdistus tai masennus kuitenkin juontuu varhaisista traumoista, tarvitaan mielenterveysalan erityisasiantuntemusta ja ehkä myös lääkitystä.

Kolmanneksi on tarpeen tutkia asiakkaan mielikuvia sekä itsestään että riippuvuutta aiheuttavan aineen tai käyttäytymisen vaikutuksista. Kokeeko hän ne itselleen täysin välttämättömiksi, vai onko tilanteita, joissa hän voisi toimia toisin? Onko hänellä oikeaa tietoa addiktiivisista aineista ja käyttäytymisestä sekä niiden biopsykososiaalisista vaikutuksista? Entä millaisena ihmisenä hän itsensä näkee? Mieltääkö hän itsensä ”tuomituksi tapaukseksi” joko perinnöllisistä syistä tai ympäristön häneen istuttamien uskomusten takia? Tällaisten omaa identiteettiä koskevien kielteisten mielikuvien haastaminen on välttämätöntä, jotta hän voisi omaksua itsestään rakentavamman mielikuvan toipuvana tai ex-addiktina. Tukihenkilön tai vertaisten kannustus, malli, kokemukset ja havainnot ovat tässä avuksi.

Lisäksi on syytä tähdentää, että vaikka kyvyttömyys hallita pakonomaiseksi koettua tapaa on riippuvuuden keskeinen piirre, vakavastikin addiktoituneet henkilöt ovat onnistuneet toipumaan joko hoidon avulla tai ilman sitä. Hyvän esimerkin omaehtoisesta toipumisesta tarjoaa tutkimus Vietnamissa taistelleista amerikkalaisista sotilaista. Monille heistä muodostui sodan aikana opiaattiriippuvuus, mutta palattuaan Yhdysvaltoihin valtaosa heistä onnistui odotusten vastaisesti vapautumaan siitä ilman hoitoa (60). Ympäristöolosuhteiden ja elämäntilanteen radikaali muutos esitti ilmeisesti ratkaisevaa osaa heidän toipumisessaan. Suuret amerikkalaiset ja brittiläiset kohorttitutkimukset ovat nekin osoittaneet, että useimmat kerran alkoholi- tai huumeriippuvuuden kriteerit täyttäneistä henkilöistä, ovat onnistuneet vapautumaan riippuvuudesta myös omin päin (32, 61).

Psykologit ovat kehittäneet monenlaisia tutkimusnäyttöön perustuvia menetelmiä addiktio-ongelmien arviointiin ja hoitoon. Erilaisia nettipohjaisia itsearviointitestejä ja verkko-ohjelmia löytyy mm. A-klinikkasäätiön ylläpitämän Päihdelinkin (www.paihdelinkki.fi) sivuilta. Kansainvälisissä tutkimuksissa toimivaksi todettuja ovat esimerkiksi Minnesotamallille ja vertaistuelle, yhteisövahvistukselle, motivoivalle haastattelulle, seurauksien hallinnalle ja kognitiivisen käyttäytymisterapialle perustuvat hoitomenetelmät (62).

Project Matchin 3-vuotisseurannassa AA-pohjaiseen pitkäaikaiseen vertaistukeen osallistuneilla alkoholiriippuvaisilla osanottajilla täysraittiiden osuus nousi korkeammaksi kuin motivoivaan haastatteluun ja kognitiiviseen terapiaan perustuviin lyhytohjelmiin osallistuneilla, vaikka vuoden seurannassa tulokset olivat yhtä hyviä (63).

Riippuvuudestaan irtautuneet muistavat usein tietyn tapahtuman elämänpolullaan, joka edesauttoi heidän muutostaan (64). Tutkimuksessa, johon osallistui 76 aiemmin eri riippuvuuksista kärsinyttä henkilöä, kolme neljäsosaa pystyi kertomaan jostain ikimuistoisesta emotionaalisesta tai kognitiivisesta kokemuksesta, jonka he mielsivät käännekohdaksi heidän toipumiselleen. Ne sisälsivät ”pohjanoteerauksia”, pelkoreaktioita, riippuvuuden oivaltamista, tienristeyskokemuksia, ”carpe diem” -hetkiä, hengellisiä ja muita toivoa herättäviä kokemuksia. Näissä tilanteissa henkilön yliopitut itseä koskevat mielikuvat näyttivät törmäävän johonkin syvästi henkilökohtaiseen uuteen näkökulmaan, joka auttoi heitä arvioimaan uudella tavalla itseään ja omaa elämäänsä. Jotkut haastateltavista totesivat, että heidän halunsa jatkaa addiktiivista käyttäytymistä katosi täysin tällaisen kokemuksen jälkeen. Mitään aivosairautta ei paranneta näin. Silti suurin osa tutkittavista katsoi onnistumisensa johtuneen myös saamastaan sosiaalisesta tuesta toipumiselle. (65.) Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös muista tutkimuksista (66-67).

Hoitoalan ihmiset, toipumisryhmät sekä muut raittiutta tukevat läheiset ja ystävät voivat tarjota tällaista tukea puuttumalla loukkua ylläpitäviin välittömiin tilannetekijöihin. He voivat auttaa toipujaa tunnistamaan vihjeitä, jotka laukaisevat hänen käyttöhalujaan, haastamaan toimimattomia uskomuksia sekä helpottaa tuhoisien tapojen korvaamista paremmilla. He voivat myös auttaa löytämään uusia merkityksen lähteitä ja rohkaista riippuvaisia yksilöitä uskomaan kykyynsä muuttua. Pystyvyysuskomukset kuuluvat tunnetusti parhaisiin todellisen muutoksen ennustajiin (68, 69). Tukihenkilöiltä voi saada apua myös retkahdusten jälkeen ja palkintoja vaihtoehtoisesta käyttäytymisestä.

Addiktioista vapautuminen voi olla pitkä ja hankala taival, mutta sen tuottamien terveyshyötyjen, sosiaalisten suhteiden ja elämännäkymien paranemisen vuoksi sen arvo kasvaa. Nämä rohkaisevat kehityskulut luovat positiivisia takaisinkytkentöjä, jotka tekevät muutoksesta vakaamman ja auttavat henkilöä luomaan itselleen raittiin minäkuvan.

Positiivisten käyttäytymismuutosten vaikutukset näkyvät myös toipuvien yksilöiden aivoprosesseissa. Esimerkiksi raittiina pysyneiden alkoholi- ja marihuanariippuvaisten nuorten kognitiossa sekä aivojen rakenteessa ja toiminnassa on havaittu kohenemista (70). Itsetutkiskeluun osallistuvilla aivoalueiden positiivisten muutosten on todettu ennustavan parempia hoitotuloksia (71). Ja vaikka vuosien huumeidenkäyttö vähentää harmaan aineen määrää käyttäytymisen hallinnan kannalta kriittisillä aivoalueilla, pysyvämmin toipuneilla on todettu harmaan aineen kasvua itsetarkkailun ja itsehillinnän kannalta merkityksellisillä aivoalueilla. Kokaiiniriippuvaisilla, jotka olivat pysyneet raittiina 35 viikkoa, harmaan aineen määrä jopa ylitti harmaan aineen normaalitason (72). Tällaiset neuraaliset muutokset rakentuvat psyykkisten toimintojen ja aivorakenteiden välisille positiivisille biokehille. Kun ihminen saa tuntumaa yhteenkin hyvään asiaan, uusia ilmaantuu usein sen seurauksena.

Riippuvuuden ansasta vapautumista edesauttavat myös positiiviset luokittelukehät. Pysyvimpiä muutoksia tuottavat usein identiteettimuutokset. Esimerkiksi itsensä mieltäminen ”ex-tupakoitsijaksi” eikä ”tupakoitsijaksi” ennusti menestystä tupakoinnin lopettamisessa puolta vuotta myöhemmin (73). Samoin ”toipuvan addiktin” tai ”entisen addiktin” identiteetin omaksuminen ennusti paremmin hyviä hoitotuloksia kuin pitäytyminen ”addiktin” identiteetissä (74, 75). Mielikuva itsestä auttajana edisti sekin toipumisen todennäköisyyttä. Muiden tukeminen voimaannutti auttajia ja tämä minäkuvan muutos myötävaikutti heidän raitistumiseensa (76).

Erilaisilla elämäntarina- tai kerrontamenetelmillä tuetaan usein toipumista riippuvuuksista. Entisten addiktien kertomukset osoittavat, että toimijuuden (agency) ja yhteisyyden teemat luonnehtivat toipuvien ihmisten identiteettiä (77). Toimijuus viittaa henkilön uskomuksiin ja kykyyn toimia omien tavoitteiden mukaisesti ja yhteisyys tarkoittaa yhteyttä muihin ihmisiin. Rowlandsin, Youngsin ja Canterin tutkimuksessa entiset päihteiden väärinkäyttäjät, joiden elämäntarinoissa ja testituloksissa esiintyivät nämä molemmat teemat, osoittautuivat kuntoutustu-

loksiltaan ja muuttuneiden identiteettiprofiiliensa suhteen parhaiksi, kun taas vain yhtä teemaa ilmaisseiden identiteetti oli muuttunut vain osittain ja heidän toipumisensa oli epätäydellistä. Lopulta ne, joiden tarinoissa ei ollut kumpaakaan teemaa, eivät olleet päässeet eroon riippuvuuskäyttäytymisestään. (78.)

JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

Ihmisten sopeutuminen ja selviytyminen perustuvat vuorovaikutukseen sosiaalisen ja fyysisen ympäristömme kanssa. Pääosaa tässä vuorovaikutuksessa edustavat ensinnäkin ne toimintamahdollisuudet, joita ympäristö kullekin ihmiselle tarjoaa, toiseksi ne mielikuvat, joita liitämme itseemme ja riippuvuutta tuottaviin aineisiin ja toimintoihin sekä kolmanneksi ne stressin aiheet, joihin ihmiset helposti hakevat nopeita ratkaisuja. Kun nämä tekijät vaikuttavat yhdessä tai erikseen epäsuotuisasti yksilön geneettisiin, emotionaalisiin ja kognitiivisiin haavoittuvuuksiin, seurauksena on usein addiktio tai jokin muu mielenterveyden häiriö. Tällä hetkellä trendikäs huomion kiinnittäminen vain aivoihin on siten liian ahdas pystyäkseen tavoittamaan addiktiivisen käyttäytymisen perussyitä ja prosesseja.

Apua ei myöskään löydy vain listaamalla kaikki mahdolliset tekijät, jotka aiheuttavat addiktiivista käyttäytymistä tai edistävät toipumista, yrittämättä tutkia niiden keskinäisiä yhteyksiä. Keskittymällä silmukkavaikutuksiin näiden erilaisten riippuvuuskäyttäytymiseen vaikuttavien seikkojen välillä yritin tässä artikkelissa osoittaa, kuinka eri ilmiötasot - sosiokulttuuriset, psykologiset ja biologiset – vaikuttavat toinen toisiinsa sekä sitä kautta riippuvuusongelmien muodostumiseen että niistä vapautumiseen.

LÄHTEET

(1) West R, Marsden J, Hastings J. Addiction Theories and Constructs: A new series. Addiction 2019;114:995–996.

(2) Leshner Addiction is a brain disease, and it matters. Science 1997;278(5335):45–47.

(3) Volkow N, Wangh G-J, Fowler J ym. Addiction circuitry in the human brain. Annu Rev Pharmacol Toxicol 2012; 52:321–336. https://doi.org/10.1146/annurev-pharmtox-010611-134625

(4) Volkow ND, Koob GF & McLellan AT. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. N Engl J Med 2016;374:363–371. doi: 10.1056/NEJMra1511480

(5) Heilig M, Epstein DH, Nader MA ym. Time to connect. Bringing social context into addiction neuroscience. Nat Rev Neurosci 2016;17:592–599.

(6) Wiens TK & Walker LJ. The chronic disease concept of addiction: Helpful or harmful? Addict Res Theory 2015;23:309–321. htpps://doi.org/10.3109/16066359.2014.987760

(7) Loughman A & Haslam N. Neuroscientific explanations and stigma of mental disorder: a meta-analytic study. Cogn Res Princ Implic 2018;3:43. htpps://doi.org/10.1186/s41235-018-0136-1

(8) Lewis M. Brain disease in addiction as learning, not disease. NEJM AI 2018;379:1551–1560. htpps://doi.org/10.1056/NEJMra1602872

(9) Kalant H. What neurobiology cannot tell us about addiction. Addiction 2010;105:780–789. htpps://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02739.x

(10) West R. Theory of addiction. Oxford, UK: Blackwell Publishing; 2006.

(11) Marlatt G A Substance abuse: Implications of a biopsychosocial model for prevention, treatment, and relapse prevention. Kirjassa Grabowski J & VandenBos GR (toim.) Master lectures in psychology. Psychopharmacology: Basic mechanisms and applied interventions. American Psychological Association; 1992, 131–162. https://doi.org/10.1037/10114-004

(12) Goffman E. Stigma. Notes on the management of spoiled identity. London: Penguin;1963.

(13) Weinberg D. Sociological Perspectives on Addiction. Sociol Compass 2011;5:298–310, https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2011.00363.x

(14) Merton R. Social Structure and Anomie. Am Sociol Rev 1938;3:672–82.

(15) Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science 1977;196:126–129.

(16) Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. BJPsych 2009;195:3–4. htpps:/doi.org/10.1192/bjp.bp.109.063859.

(17) Benning TB. Limitations of the biopsychosocial model in psychiatry. Adv Med Educ Pract 2015;6:347–52. https://doi.org/10.2147/AMEP.S82937

(18) Haslam SA, Haslam C, Jetten J ym. Group life shapes the psychology and biology of health: The case for a sociopsychobio model. Soc Personal Psychol Compass 2019;13:8. https://doi.org/10.1111/spc3.12490

(19) Orford J. Excessive appetites: a psychological view on addictions. (Second ed.). Chichester. UK: John Wiley and Sons, Ltd; 2001

(20) Mead GH. Mind, Self and Society: From the Standpoint of a Social Behaviorist. Chicago, MN: University of Chicago Press; 1934. htpps://doi.org/10.1177%2F000271623517900175

(21) Vygotsky L S. Mind in society: The development of higher psychological processes. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1987. (Alkuperäinen käsikirjoitus n. 1930–1933).

(22) Hacking I. The social construction of what? Cambridge, MA: Harvard University Press; 1999.

(23) Seligman R. Mind, body, brain, and the conditions of meaning. Ethos 2018;46:397–417. https://doi.org/10.1111/etho.12207

(24) Gibson JJ. Teoria tarjoumista. Psykologia 1976;3: Liite 4–23) Suom. T. Järvilehto.

(25) Moscovici S. The phenomenon of social representations. In Robert M. Farr and Serge Moscovici (Eds.) Social representations (pp. 3–69). Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1984.

(26) Boulding KE. The Image: knowledge in life and society. University of Michigan Press, 1961.

(27) Orford J. Power, powerlessness, and addiction. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2013.

(28) Newman EL, Leonard MZ, Arena DT ym. Social defeat stress and escalation of cocaine and alcohol consumption: Focus on CRF. Neurobiol Stress 2018; 9:151–165. DOI: 10.1016/j.ynstr.2018.09.007

(29) Mäkelä P. Alcohol-related mortality as a function of socioeconomic status. Addiction 1999;94:876–86. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1999.94686710.x

(30) Acker CJ. How crack found a niche in the American ghetto: The historical epidemiology of drug-related harm. BioSocieties 2010;5:70–88. htpps://doi.org/10.1057/biosoc.2009.1

(31) Rudd R A, Aleshire N, Zibbell JE ym. Increases in drug and opioid overdose deaths, United States, 2000–2014. Am J Transplant 2016;16:1323– 1327. htpps://doi.org/10.1111/ajt.13776

(32) Heyman GM. Addiction, a disorder of choice. Harvard, MA: Harvard University Press, 2009.

(33) Giddens A. Modernity and self-identity. Stanford CA, Stanford University Press, 1991.

(34) Alexander BK. The Globalisation of Addiction: A study in Poverty of the Spirit. Oxford: Oxford University Press, 2008.

(35) Ehrenberg A. The weariness of the Self. Diagnosing the history of depression in the contemporary age. McGill-Queen's University Press, 2009.

(36) Nut, D, King LA, Phillips L. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Lancet 2010;376:1558–1565. htpps://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6

(37) Ylikangas M. Unileipää, kuolonvettä, spiidiä. Huumeet Suomessa 1800–1950. Jyväskylä:Atena, 2009.

(38) Chiao JY (toim.) Cultural neuroscience: Cultural influences on brain function. Progress in Brain Research, Amsterdam: Elsevier Press, 2009.

(39) Kolstad A. How culture shapes mind, neurobiology, and behavior. Br J Educ Soc & Beh Sci 2015;6:255–274. htpps://doi.org/10.9734/BJESBS/2015/13241

(40) Draganski B, Gaser C, Busch V. ym. Changes in grey matter induced by training. Nature 2004;427:311–312. https://doi.org/10.1038/427311a

(41) Luk JW, Wang J, Simons-Morton BG. Bullying Victimization and Substance Use Among U.S. Adolescents: Mediation by Depression. Prev Sci 2010;*11*:355–359. htpps://doi.org/10.1007/s11121-010-0179-0

(42) Matthews S, Dwyer R & Snoek A. Stigma and self-stigma in addiction. J Bioeth Inq 2017;14:275–286. https://doi.org/10.1007/s11673-017-9784-y

(43) Harris LT & Fiske S. Dehumanizing the Lowest of the Low: Neuroimaging Responses to Extreme Out-Groups. Psychol Sci 2006;17:847–853. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01793.x

(44) Maté G. Beyond the medical model. Addiction as a response to trauma and stress. Kirjassa: Heather N, Best D, Kawalek A, ym. (toim.) Challenging the brain disease model of addiction: European launch of the addiction theory network. London: Routledge; 2022,431–444. Doi: 10.4324/9781003032762-42

(45) Briere JN, & Elliott DM. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. J Sex Abus Child 1994;4:54–69. https://doi.org/10.2307/1602523

(46) Dube SR, Felitti VJ, Dong M ym. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. Pediatrics 2003;11:564–572. doi.org/10.1542/peds111.3.564

(47) Borsboom D. A network theory of mental disorders. World Psychiatry 2017;16:5–13. htpps://doi.org/10.1002/wps.20375

(48) Le Moal M. Drug abuse: vulnerability and transition to addiction. Pharmacopsychiatry 2009;42, Suppl 1:S42–55. doi: 10.1055/s-0029-1216355.

(49) Ainslie G. The core process in addictions and other impulses: Hyperbolic discounting versus conditioning and cognitive framing. In Ross, D., Kincaid, H., Spurret, D., & Collins P. (eds.) What is addiction? The MIT Press. 2010, 211–245.|

(50) Wingo T, Nesil T, Choi J-S ym. Novelty Seeking and Drug Addiction in Humans and Animals: From Behavior to Molecules. J Neuroimmune Pharmacol 2016;11: 456–470. htpps://doi.org/10.1007/s11481-015-9636-7

(51) Angst MS, Lazzeroni LC, Phillips NG ym. Aversive and Reinforcing Opioid Effects. A Pharmacogenomic Twin Study. Anesthesiol 2012;117:22–37. https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31825a2a4e

(52) Chen X, Stacy A, Zheng H ym. Sensations from initial exposure to nicotine predicting adolescent smoking in China: A potential measure of vulnerability to nicotine. Nicotine Tob Res 2003;5:455–463. doi:10.1080/14622200307239

(53) Alcaro A, Huber R & Panksepp J. Behavioral functions of the mesolimbic dopaminergic system: An affective neuroethological perspective.

Brain Res Rev 2007;56:283–381. doi:10.1016/j.brainresrev.2007.07.014

(54) Ryle A. Psychotherapy. A cognitive integration of theory and practice. Academic Press,1982.

(55) Robinson TE & Berridge KC. Addiction. Annu Rev Psychol 2003;54:25–53. htpps://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145237

(56) Lewis M. Memoirs of an addicted brain. A neuroscientist examines his former life on drugs. Public Affairs, 2011.

(57) Koski-Jännes A. Looping processes in the development of and desistance from addictive behaviors. Kirjassa: Heather N, Field M, Moss A, Satel S (toim.). Evaluating the brain disease model of addiction. London and New York: Routledge; 2022, 497–510.

(58) McGaffin BJ, Deane FP, Kelly PJ ym. Social support and mental health during recovery from drug and alcohol problems. Add Res Theory 2018;26:386–395. https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1421178

(59) Collinson B & Best D. Recovery and identity. Kirjassa Heather N, Best D, Kawalek A. ym. Challenging the brain disease model of addiction: European launch of the addiction theory network. London: Routledge; 2022, 511–521.

(60) Robins L, Helzer JE & Davis DH. Narcotic use in southeast Asia and afterward. An interview study of 898 Vietnam returnees. Arch Gen Psychiatry 1975;32:955–61. htpps://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260019001

(61) Lopez-Quintero C, Hasin DS, de Los Cobos JP ym. Probability and predictors of remission from life-time nicotine, alcohol, cannabis or cocaine dependence: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Addiction 2010;106:657–669. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03194.x

(62) Emmelkamp PMV & Verdel E. Evidence-based treatment for alcohol and drug abuse. Routledge, 2006.

(63) Miller WR. Are alcoholism treatments effective? The Project MATCH data: response. BMC Public Health. 2005;18:76. doi: 10.1186/1471-2458-5-76.

(64) Miller WR & C'de Baca J. Quantum change: When epiphanies and sudden insights transform ordinary lives. Guilford Press, 2001.

(65) Koski-Jännes A, Jussila A, Hänninen V.Miten riippuvuus voitetaan. Helsinki: Otava; 1998, 240.

(66) Bond J, Kaskutas LA & Weisner C. The persistent influence of social networks and alcoholics anonymous on abstinence. J Stud Alcohol 2003;64:579–88. http://dx.doi.org/10.15288/jsa.2003.64.579

(67) Beattie M & Longabaugh R. General and alcohol-specific support following treatment. Addict Behav 999;24:593–606. htpps://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00120-8

(68) Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977;84:191–215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.1

(69) Kadden RM & Litt MD. The Role of Self-Efficacy in the Treatment of Substance Use Disorders. Addict Behav 2011;36:1120–1126. htpps://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.07.032

(70) Lisdahl KM, Gilbart ER, Wright NE ym. Dare or delay? The impacts of adolescent alcohol and marijuana use onset on cognition, brain structure, and function. Front Psychiatry 2013;4:3. htpps://doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00053

(71) Feldstein Ewing SW, McEachern AD, Yezhuvath U ym. Integrating brain and behavior: Evaluating adolescents' response to a cannabis intervention. Psychol Addict Behav 2013;27:510–525. htpps://doi.org/10.1037/a0029767

(72) Connolly CG, Bell RP, Foxe JJ. ym. Dissociated grey matter changes with prolonged addiction and extended abstinence in cocaine users. PLOS ONE 2013;8:e59645. doi: 10.1371/journal.pone.0059645

(73) Tombor I, Shahah L, Herbec A ym. Smoker identity and its potential role in young adults´ smoking behavior: A meta-ethnography. Health Psychol 2015;34:992–1003.

(74) Buckingham SA, Frings D & Albery I P. Group membership and social identity in addiction recovery. Psychol Addict Behav 2013;27:1132–1140. htpps://doi.org/ 10.1037/a0032480

(75) Frings D, Albery IP. The Social Identity Model of Cessation Maintenance: formulation and initial evidence. Addict Behav 2015 May;44:35–42. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.10.023.

(76) Pagano ME, Friend KB, Tonigan JS ym. Helping other alcoholics in Alcoholics Anonymous and drinking outcomes: Findings from Project MATCH. J Stud Alcohol 2004;65:766–773. htpps://doi.org/10.15288/jsa.2004.65.766

(77) McAdams DP. Power, intimacy, and the life story: Personological enquiries into identity. New York, NY: Guilford Press, 1988.

(78) Rowlands D, Youngs D & Canter D. Agency and communion: modeling identity-transformation in recovery from substance misuse. J Subst Use 2020;25:163–172. htpps://doi.org/10.1080/14659891.2019.1672816

Anja Koski-Jännes
Professori emerita
Tampereen yliopisto

Nuorten koululaisten ongelmallinen älypuhelinten käyttö ja mielenterveyskriisi

JOHDANTO

Älypuhelimet edustavat teknisen kehityksen huippua; nämä taskukokoiset laitteet pitävät sisällään tietokoneen, valokuva- ja videokameran, GPS-navigointijärjestelmän, pääsyn sosiaalisiin verkostoihin, kalenterit, lääketieteelliset sensorit ja pelit. Näiden laitteiden käyttö on olennaisesti muuttanut kommunikointitapaamme, päivittäisiä rutiinejamme ja tiedonhankintaamme tarjoten samalla uusia mahdollisuuksia vuorovaikutukseen ja oppimiseen.

Puhelimet ovat tuoneet käyttöömme lukuisia sovelluksia ja palveluita, jotka sujuvoittavat arkeamme. Ne ovat tehneet yhteydenpidosta ja päivittäisten askareidemme hallinnasta helpompaa. Voimme vuorokauden ajasta riippumatta pitää yhteyttä ihmisiin eri puolilla maailmaa viestien, puheluiden ja videopuheluiden avulla. Sosiaalisen median sovellukset, kuten Facebook, Instagram ja WhatsApp, ovat luoneet myös uusia kanavia itseilmaisuun ja identiteetin muodostamiseen erityisesti nuorison keskuudessa. Älypuhelinsovellukset voivat tarjota terapeuttista hyötyä samoin kuin viihdettäkin, mutta toisaalta niiden runsas käyttö voi myös aiheuttaa ongelmia hyvinvoinnillemme.

Älypuhelinten käytön hallinnan haasteet on tunnistettu kansanterveydelliseksi ongelmaksi. Maailman terveysjärjestön raportissa korostetaan, että näiden laitteiden käytöllä voi olla merkittäviä hyötyjä ihmisille, mutta liiallinen uppoutuminen digimaailmaan voi aiheuttaa ongelmia hyvinvoinnillemme (1). Siksi puhelinten käytön vaikutuksia on tärkeää tutkia sekä yksilön että yhteiskunnan näkökulmasta, jotta voimme paremmin hyödyntää älylaitteiden tarjoamia etuja ja samalla minimoida niihin liittyvät mahdolliset haitat.

Useat tutkimukset osoittavat ihmisten voivan kehittää riippuvuuden älypuhelimiinsa, mikä johtaa käyttäytymisriippuvuutta muistuttavaan tilaan (2,3). Ilmiö on saanut tieteellisissä yhteisöissä ja mediassa useita nimityksiä, kuten ongelmallinen älypuhelimen käyttö. Älypuhelinriippuvuuden ilmiötä on käsitelty laajasti tieteellisessä keskustelussa, ja mielipiteet jakautuvat erityisesti sen suhteen kohdistuuko riippuvuus itse puhelinlaitteeseen vai sen tarjoamiin sisältöihin. Vaikka jotkut tutkijat ovat esittäneet ihmisten olevan riippuvaisia älypuhelimistaan, on tämä näkemys saanut osakseen myös kritiikkiä (4,5).

Älypuhelinriippuvuus on tila, jossa ihminen käyttää puhelintaan liikaa, pakonomaisesti ja hallitsemattomasti, joka johtaa hänet psykologiseen riippuvuuteen laitteesta tai sen tarjoamasta sisällöstä (2). Puhelimen menetys tai kyvyttömyys sen käyttöön voi aiheuttaa vieroitusoireita tai voimakkaita ahdistuksen tunteita. Älypuhelimen ongelmallinen käyttö on monimuotoista ja siihen liittyy usein korostunut tarve varmuudelle, impulsiivisuus ja ekstroverttius (6-8).

Tutkimuskirjallisuudessa älypuhelinriippuvuus on liitetty myös ”nomofobiaan” (9). Nomofobia on määritelty fobiaksi, joka ilmenee pelkona olla tavoittamattomissa, mutta se sisältää myös yksilöllisiä piirteitä, kuten ahdistusta laitteen käytön estyessä viitaten mahdollisesti liialliseen kiintymykseen puhelinta kohtaan. Sekä älypuhelinriippuvuus että nomofobia liittyvät ihmisen moniin pyrkimyksiin, sitoutumisen muotoihin ja seurauksiin. Joissakin tieteellisissä keskusteluissa on käsitelty nomofobian ja riippuvaisuuden eroavaisuuksia (10,11), kun taas toiset tutkijat ovat pitäneet nämä ilmiöt synonyymeinä (12). Spekulatiivisista ehdotuksista huolimatta älypuhelinriippuvuuden eri muodot ja siihen liittyvä terminologia eivät ole vielä tällä hetkellä tunnustettu sairauksina diagnostisissa manuaaleissa (13). Vaikka näistä ilmiöistä voidaan tunnistaa riippuvuuden merkkejä, on olemassa vain vähän näyttöä siitä, että ne olisivat riittävän tarkasti määriteltyjä, vakavia tai toiminnallisesti haitallisia ollakseen kliinisesti merkittäviä (4).

ÄLYPUHELINRIIPPUVUUDEN KEHITTYMISMEKANISMIT JA SEN HAITALLISET HYVINVOINTIVAIKUTUKSET

Tutkimukset ovat valottaneet älypuhelinriippuvuuden taustalla vaikuttavia mekanismeja ja ilmiöön liittyviä mitattavia käyttäytymismalleja. Esimerkiksi puhelimen käytöstä johtuvien riippuvuusmallien tutkimuksessa on hyödynnetty neurotieteitä (14,15), jotka yhdistävät laitteiden käytön oppimiseen (toiminta tuottaa tyydyttävän tilan), vahvistamiseen (odotettavissa oleva kannustinarvo) ja ehdollistumiseen (yhdistää ärsykkeen tiettyyn toiseen tapahtumaan tai tilanteeseen). Vaikka käyttäytymisriippuvuuksien taustamekanismit eivät ole täysin selvillä (16), ne ovat tärkeitä ymmärtääksemme mahdollisesti ongelmallisia käyttäytymismalleja (17).

Tavanomainen älypuhelimen käyttö muodostuu toistuvista ja satunnaisista käyttökerroista (18), joissa yhden sovelluksen käyttö voi johtaa toisen sovelluksen käyttöön. Tämä voi lisätä puhelimen käyttötiheyttä ja myös heikentää käytön hallintaa (19). Ongelmat voivat kasaantua, sillä puhelimet tarjoavat pääsyn useaan potentiaalisesti riippuvuutta aiheuttaviin toimintoihin, kuten rahapelaamiseen (20,21), digipelaamiseen (22), verkko-ostoksiin (23) ja eri sosiaalisiin medioihin (24). Älypuhelinten mukauttamistoiminnot voivat myös muuttaa vahvistamisaikatauluja tai luoda käyttöympäristöjä, jotka tekevät laitteista entistä koukuttavampia tai haitallisempia. Esimerkiksi mobiilipelaamisen suosio on tarjonnut mahdollisuuksia keskittyä pelin sisäisiin vedonlyönteihin, joissa on erilaiset palkitsemisaikataulut kuin muissa vedonlyöntimuodoissa (25).

Älypuhelinriippuvuus on yhdistetty moniin negatiivisesti ihmiseen vaikuttaviin asioihin, kuten tuki- ja liikuntaelinten vaivoihin (26), riskialttiiseen ajo- ja työtapaan (27) sekä heikentyneisiin ihmissuhteisiin perheen ja ystävien kanssa (28). Fyysisten terveysongelmien lisäksi voi älylaitteiden runsas käyttö ja uppoutuminen digimaailmaan johtaa mielenterveyden ongelmiin (29), kuten masennukseen (30), ahdistukseen (31,32) ja passiivisuuteen (33).

LAPSET ÄLYPUHELIMEN KÄYTTÄJINÄ

Monet tutkimukset ovat osoittaneet, että lapset, jotka viettävät paljon aikaa älylaitteidensa parissa, voivat kokea monenlaisia fyysisiä ja henkisiä terveysongelmia (34,35). On huolestuttavaa, että ylenpalttinen laitteiden käyttö on yhteydessä lasten mielialahäiriöihin, kuten masennukseen ja ärtyisyyteen (36,37), ja voi aiheuttaa lapselle mielialanvaihteluita sekä tunteiden säätelyn vaikeuksia (35). Pitkäkestoinen ruutuaika voi myös heikentää vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaitoja lapsien käyttäessä älylaitteita entistä enemmän viihteen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen välineinä (38).

ÄLYPUHELIN JA NUOREN KOULUMENESTYS

Kuten aiemmat esimerkit osoittavat, älypuhelinten käyttö on sulautunut osaksi päivittäistä arkielämäämme, tuoden mukanaan sekä hyötyjä ja haasteita. Viime aikoina on noussut esiin huoli siitä, miten lasten ja nuorten intensiivinen älylaitteiden käyttö vaikuttaa heidän opiskelutuloksiinsa ja -menestykseensä.

Norjassa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että kännykkäkielto yläkouluissa paransi tyttöjen mielenterveyttä ja koulumenestystä, ja erityisesti taloudellisesti vähäosaisempien perheiden tytöt hyötyivät tästä (39). Tutkimuksen mukaan kännykkäkielto vähensi myös koulukiusaamista, mikä vaikutti myönteisesti sekä tyttöihin että poikiin. On kuitenkin tärkeää huomata, että tutkimus ei ole vielä vertaisarvioitu. Vaikka Norjan yläkouluissa ei ole maanlaajuista kännykkäkieltoa, koulut voivat itsenäisesti päättää sen käyttöönotosta. Kännykkäkielto tai kännykän käytön rajoittaminen voi tutkimuksen valossa edistää mielenterveyttä ja oppimista, mutta on tärkeää ottaa huomioon myös muut tekijät, kuten koulun ilmapiiri ja opetusmenetelmät.

Äskettäin julkaistussa meta-analyysissä tutkittiin opiskelijoiden ongelmallisen älypuhelimen käytön ja opintomenestyksen välistä suhdetta (40). Tutkimus osoitti, että ongelmallinen älylaitteiden käyttö vaikuttaa negatiivisesti opintomenestykseen, mikä viittaa siihen, että korkeampi ongelmallisen käytön taso liittyy heikompaan opiskelusuoritukseen. Erityisesti peruskoulun ja toisen asteen oppilaiden keskuudessa ongelmallisen älypuhelimen käytön ja opintomenestyksen negatiivinen yhteys oli vahvempi, mikä tarkoittanee nuorempien opiskelijoiden olevan alttiimpia ongelmallisen käytön opintoihin liittyville haittavaikutuksille.

Tutkimuksessa esitettiin teoria, jonka mukaan ongelmallinen älypuhelimen käyttö voi haitata opintomenestystä, koska se aiheuttaa kompromisseja älypuhelimen käytön ja opiskelun

välillä, lisää kognitiivista kuormitusta ja heikentää huomiokykyä jatkuvien tehtävien tai mielenkiinnon kohteiden vaihtojen seurauksena (40). Vaikka tutkimuksessa otettiin huomioon useita moderoivia tekijöitä, ongelmallisen älylaitteiden käytön ja opintomenestyksen välinen yhteys säilyi muuttumattomana eri demografisissa ryhmissä ja metodologisissa lähestymistavoissa, ja koulutustaso oli ainoa merkittävä moderoiva tekijä.

ONKO ÄLYPUHELIN TAI SOSIAALISTA MEDIA PÄÄSYYLLINEN NUORTEN MIELENTERVEYSONGELMIIN?

Nykyään melkein jokaisella suomalaisella koululaisella on älypuhelin ja yleensä ne ovat täynnä sosiaalisen median sovelluksia. Yhdysvaltalainen sosiaalipsykologi Johathan Haidt on ottanut voimakkaan näkemyksen esille älypuhelimen vaikutuksista lapsiin tietokirjassaan Ahdistunut sukupolvi – kuinka älypuhelimeen perustuva lapsuus on aiheuttanut mielenterveyden häiriöiden epidemian (Terra Cognita, suom. Kimmo Pietiläinen) (41). Hän esittää, että sosiaalinen media on keskeinen tekijä nuorten tyttöjen mielenterveysongelmien lisääntymisessä länsimaissa. Sosiaalisen median haittavaikutukset näyttävät kohdistuvan voimakkaammin tyttöihin, jotka käyttävät poikia enemmän sosiaalisen median palveluja. Haidtin näkemys perustuu tilastoihin, jotka näyttävät nuorten psyykkisessä hyvinvoinnissa tapahtuvasta laskutrendistä vuodesta 2010 alkaen eli samaan aikaan, jolloin sosiaalisen median käyttö on yleistynyt.

Nuorten mielenterveysongelmien, erityisesti ahdistuneisuuden, lisääntyminen on huomioitu myös Suomessa THL:n tutkimuksessa (42,43). Tutkimuksen mukaan reilu kolmannes suomalaisista kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisista tytöistä koki kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta. Sosiaalisen median ja sen luomien kauneusihanteiden sekä vertailukulttuurin uskotaan olevan yksi mahdollinen syy tähän ilmiöön. Lisäksi opiskeluun liittyvät paineet voivat aiheuttaa nuorille ahdistusta.

Psykologian apulaisprofessori Matti Vuorre ja hänen kollegansa tarkastelivat mittavaa aineistoa internet-teknologian vaikutuksista mielenterveyteen (44). Tutkimus on yksi alan laajimmista ja se keskittyi internetin vaikutuksesta ihmisen psyykkistä hyvinvointia koskien. Tulokset eivät tukeneet yleisiä olettamuksia internet-teknologian haitallisista vaikutuksista; tutkimus ei löytänyt johdonmukaisia todisteita siitä, että internet ja sen mahdollistamat teknologiat, kuten älypuhelimet, olisivat merkittävästi edistäneet tai heikentäneet hyvinvointia tai mielenterveyttä maailmanlaajuisesti. Tutkimuksen mukaan internet-teknologian käytön ja hyvinvoinnin väliset ikä- ja sukupuolierot olivat vähäisiä. Kuitenkin tutkimuksessa havaittiin, että internet-teknologian käyttö voi olla nuorten mielenterveyteen negatiivisemmin yhteydessä kuin vanhempiin ikäryhmiin, joilla yhteys voi olla joissain tapauksissa positiivinen.

KATSEEN VANGITSIJASTA KÄYTTÄYTYMISEN MUOKKAAJAKSI

Yleisesti voidaan todeta, että älypuhelinten ja internet-teknologioiden vaikutukset ihmisiin voivat liittyä käyttäytymiseen, kohdattuihin sisältöihin ja vuorovaikutukseen. Älylaitteiden käyttö voi asettaa lapset alttiiksi verkossa sopimattomalle ja mahdollisesti haitalliselle sisällölle (45,46). Lapset voivat esimerkiksi eksyä alaikäisille sopimattomille verkkosivuille, kuten pornografiasivustoille tai deittisovelluksiin, mikä voi vaikuttaa heidän kehitykseensä ja käytökseensä negatiivisesti (47). Lisäksi netti- ja somemaailmassa nuori voi altistua verkkopedofiileille, kyberkiusaamiselle ja identiteettivarkauksille (48).

Älypuhelimien ja internet-teknologioiden tuomat eri elementit ovat saaneet otteeseensa käyttäjiä ympäri maailmaa ja synnyttäneet uusia psykologisia ilmiöitä ihmisten välisissä sosiaalisissa suhteissa ja käytöksessä. Esimerkkejä näistä ovat pelko jäädä paitsi (FoMO) (49), Phantom-värinäoireyhtymä (50), hikikomori-syndrooma (51), selfitis (52) ja phubbing (53), jotka ovat olleet viime aikoina tutkimuksen kohteina.

FoMO, englannin 'fear of missing out' -termistä johdettu sana, viittaa ilmiöön, joka tunnetaan paitsijäämisen kammona. Tästä ilmiöstä kärsivä henkilö on vakuuttunut siitä, että kun hän on kyllästynyt, muut ovat jossain muualla nauttimassa elämänsä huippuhetkistä. Phantom-värinäoireyhtymä tapahtuu, kun henkilö kuvittelee puhelimensa soivan tai värisevän tekstiviestin saapuessa, vaikka näin ei tapahdukaan. Älypuhelimista riippuvaisessa yhteiskunnassamme haamuvärinä voi muodostua huolestuttavaksi ilmiöksi käyttäjille. Hikikomori-ilmiö syntyy, kun ihminen vetäytyy kokonaan yhteiskunnan ulkopuolelle ja eristäytyy äärimmäisesti. Tämä käyttäytyminen liittyy usein runsaaseen älypu-

helimen ja internetin käyttöön, ja vaikka ilmiö on erityisen tunnettu Japanissa, on vastaavia ilmiöitä havaittu myös muissa kielissä ja kulttuureissa. Phubbingilla tarkoitetaan tilannetta, jossa ihminen keskittyy puhelimeensa ollessaan toisen ihmisen seurassa. Tyypillinen esimerkki tällaisesta tapahtumasta on keskustelu toisen henkilön kanssa, mutta ihminen ei tällöin keskity itse juttelemiseen vaan tarkistaa puhelintaan sivuuttaen läsnä olevan henkilön. Selfitis viittaa pakottavaan tarpeeseen ottaa itsestään kuvia ja jakaa niitä sosiaalisessa mediassa. Nämä edellä mainitut esimerkit todistavat, kuinka laajasti tutkimusta tehdään älypuhelimia koskien. On olennaista jatkaa tutkimusta älylaitteiden käytön aiheuttamista ongelmista ja siitä, ketkä käyttäjät kuuluvat riskiryhmiin.

TUTKIMUSTA ÄLYPUHELIMEN KÄYTÖN MONINAISISTA VAIKUTUKSISTA TARVITAAN LISÄÄ

On tärkeää huomata, että tarvittavat tiedot ja teoriat tässä tekstissä esitettyjen kysymysten kausaalisen tason osoittamiseksi edelleen puuttuvat. Tulkinnat perustuvat suurelta osin erillisiin, toisistaan riippumattomiin tutkimusaineistoihin. Yleisesti voidaan todeta, että aikaisemmat tutkimukset, jotka liittyvät mielenterveyden ja hyvinvoinnin yhdistämiseen internet-teknologian käyttöönoton kanssa, eivät ole ottaneet myöskään riittävästi huomioon mahdollisia sekoittavia tekijöitä. Ihmisen mielenterveyteen vaikuttavat tekijät muuttuvat läpi elämän, jonka saa aikaan keskenään vuorovaikutuksessa olevat yksilöön ja olosuhteisiin liittyvät tekijät (54). Yksilön mielenterveys voi täten vahvistua, heikentyä tai palautua yksilöön ja elämäntilanteisiin liittyvien tekijöiden vuorovaikutuksessa ja nämä tekijät voivat olla mielenterveyttä suojaavia tai haittaavia (54). Esimerkiksi alhainen itsetunto voi lisätä mielenterveysongelmien alttiutta ja vastaavasti kyky muodostaa ystävyyssuhteita voi edistää mielenterveyttä ja tasapainottaa läsnä olevien riskitekijöiden vaikutuksia. On tärkeää kuitenkin tiedostaa, että sekä suojaavat että haittaavat tekijät vaikuttavat yksilön, perheen, yhteisön ja yhteiskunnan tasolla.

Tässä kirjoituksessa esille tuodut tutkimusesimerkit teknologia-terveysyhteyksistä ovat viitteellisiä, eikä niiden ole tarkoitus osoittaa syyseuraussuhteita. Tulevaisuudessa ongelmallista älypuhelimen käyttöä ja siihen yhteydessä olevia hyvinvointinäkökulmia tulisi pyrkiä tarkastelemaan globaalista näkökulmasta. Tulevaisuudessa aihealuetta käsittelevien tutkimusten tulisi selvittää muita mahdollisia eroavuuksia, jotka perustuvat väestörakenteeseen, talouteen ja kulttuuriin. Aiheen syvällisempi tutkiminen edellyttää monimuotoisempia ja avoimia tutkimusmenetelmiä verkkokäyttäytymisen osalta niiden todellisissa esiintymisympäristöissä, eli verkkoalustoilla. Yhteistyötä tutkimussaralla tulisi lisätä riippumattomien tutkijoiden ja internet-teknologian alan asiantuntijoiden välillä.

LÄHTEET

(1) World Health Organization. Public Health Implications of Excessive Use of the Internet, Computers, Smartphones and Similar Electronic Devices Meeting report. In: meeting report, Main Meeting Hall, Foundation for Promotion of Cancer Research, National Cancer Research Centre. 2015. p. 27–9.

(2) Kwon M, Lee JY, Won WY, ym. Development and Validation of a Smartphone Addiction Scale (SAS). PLoS One 2013;27;8(2). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0056936

(3) Montag C, Wegmann E, Sariyska R, ym. How to overcome taxonomical problems in the study of Internet use disorders and what to do with "smartphone addiction"? J Behav Addict 2021;1;9(4):908–914. https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.59

(4) Panova T, Carbonell X. Is smartphone addiction really an addiction? J Behav Addict 2018;7(2):252–259. https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.49

(5) Yu S, Sussman S. Does smartphone addiction fall on a continuum of addictive behaviors? International Journal of Environmental Research and Public Health 2020;17(2):422. https://doi.org/10.3390/ijerph17020422

(6) Billieux J. Problematic Use of the Mobile Phone: A Literature Review and a Pathways Model. Curr Psychiatry Rev 2012;23;8(4):299–307. https://doi.org/10.2174/157340012803520522

(7) Billieux J, Maurage P, Lopez-Fernandez O, ym. Can Disordered Mobile Phone Use Be Considered a Behavioral Addiction? An Update on Current Evidence and a Comprehensive Model for Future Research. Current Addiction Reports 2015;2:156–62. https://doi.org/10.1007/s40429-015-0054-y

(8) Canale N, Moretta T, Pancani L, ym. A test of the pathway model of problematic smartphone use. J Behav Addict 2021;1;10(1):181–93. https://doi.org/10.1556/2006.2020.00103

(9) Yildirim C, Correia AP. Exploring the dimensions of nomophobia: Development and validation of a self-reported questionnaire. Comput Human Behav 2015;49:130–137. https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.02.059

(10) King ALS, Valença AM, Silva ACO, ym. Nomophobia: Dependency on virtual environments or social phobia? Comput Human Behav 2013;29(1):140–144. https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.07.025

(11) León-Mejía AC, Gutiérrez-Ortega M, Serrano-Pintado I, ym. A systematic review on nomophobia prevalence: Surfacing results and standard guidelines for future research. PLoS ONE 2021;16(5):e0250509. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250509

(12) Lee S, Kim M, Mendoza JS, McDonough IM. Addicted to cellphones: exploring the psychometric properties between the nomophobia questionnaire and obsessiveness in college students. Heliyon 2018;4(11). https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00895

(13) Bragazzi NL, Del Puente G. A proposal for including nomophobia in the new DSM-V. Psychol Res Behav Manag 2014;16;7:155–160. https://doi.org/10.2147/PRBM.S4138

(14) Berridge KC, Robinson TE. Liking, wanting, and the incentive-sensitization theory of addiction. American Psychologist. 2016;71(8):670–679. https://doi.org/10.1037/amp0000059

(15) Hogarth L, Balleine BW, Corbit LH, Killcross S. Associative learning mechanisms underpinning the transition from recreational drug use to addiction. Ann N Y Acad Sci 2013;1282(1):12–24. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2012.06768.x

(16) James RJE, Tunney RJ. The need for a behavioural analysis of behavioural addictions. Clinical Psychology Review. Elsevier Inc 2017;52:69–76. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.11.010

(17) Brand M, Wegmann E, Stark R, ym. The Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model for addictive behaviors: Update, generalization to addictive behaviors beyond internet-use disorders, and specification of the process character of addictive behaviors. Neuroscience and Biobehavioral Reviews 2019;104:1–10. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.06.032

(18) Oulasvirta A, Rattenbury T, Ma L, ym. Habits make smartphone use more pervasive. Pers Ubiquitous Comput 2012;16(1):105–114. https://doi.org/10.1007/s00779-011-0412-2

(19) Ellis DA, Davidson BI, Shaw H, ym. Do smartphone usage scales predict behavior? International Journal of Human Computer Studies 2019;130:86–92. https://doi.org/10.1016/j.ijhcs.2019.05.004

(20) James RJE, O'Malley C, Tunney RJ. Understanding the psychology of mobile gambling: A behavioural synthesis. British Journal of Psychology 2017;108(3):608–25. https://doi.org/10.1111/bjop.12226

(21) James RJE, O'Malley C, Tunney RJ. Gambling on Smartphones: A Study of a Potentially Addictive Behaviour in a Naturalistic Setting. Eur Addict Res 2019;25(1):30–40. https://doi.org/10.1159/000495663

(22) Liu CH, Lin SH, Pan YC, Lin YH. Smartphone gaming and frequent use pattern associated with smartphone addiction. Medicine (United States) 2016;95(28). https://doi.org/10.1097/MD.0000000000004068

(23) Lopez-Fernandez O, Kuss DJ, Romo L, ym. Self-reported dependence on mobile phones in young adults: A European cross-cultural empirical survey. J Behav Addict 2017;6(2):168–177. https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.020

(24) Chen IH, Pakpour AH, Leung H, ym. Comparing generalized and specific problematic smartphone/internet use: Longitudinal relationships between smartphone application based addiction and social media addiction and psychological distress. J Behav Addict. 2020;9(2):410–419. https://doi.org/10.1556/2006.2020.00023

(25) Whiteford S, Hoon AE, James R, ym. Quantile regression analysis of in-play betting in a large online gambling dataset. Computers in Human Behavior Reports 2022;1;6. https://doi.org/10.1016/j.chbr.2022.100194

(26) Alsalameh A, Harisi M, Alduayji M, ym. Evaluating the relationship between smartphone addiction/overuse and musculoskeletal pain among medical students at Qassim University. J Family Med Prim Care 2019;8(9):2953. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_665_19

(27) kita E, Luria G. The mediating role of smartphone addiction on the relationship between personality and young drivers' smartphone use while driving. Transp Res Part F Traffic Psychol Behav. 2018;59:203–211. https://doi.org/10.1016/j.trf.2018.09.001

(28) Hawi NS, Samaha M. Relationships among smartphone addiction, anxiety, and family relations. Behaviour and Information Technology 2017;36(10):1046–52. https://doi.org/10.1080/0144929X.2017.1336254

(29) Kushlev K, Leitao MR. The effects of smartphones on well-being: theoretical integration and research agenda. Current Opinion in Psychology 2020;36:77–82. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.05.001

(30) Volkmer SA, Lermer E. Unhappy and addicted to your phone? – Higher mobile phone use is associated with lower well-being. Comput Human Behav 2019;93:210–8. https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.12.015

(31) Demirci K, Akgönül M, Akpinar A. Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. J Behav Addict 2015;4(2):85–92. https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.010

(32) Nie J, Wang P, Lei L. Why can't we be separated from our smartphones? The vital roles of smartphone activity in smartphone separation anxiety. Comput Human Behav 2020;109. https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106351

(33) Ismail NH, Du M, Hu X. Social Media and Psychological Disorder. Social Web and Health Research. Springer International Publishing; 2019. p. 171–92. https://doi.org/10.1007/978-3-030-14714-3_9

(34) Radesky JS, Weeks HM, Ball R, ym. Young Children's use of smartphones and tablets. Pediatrics 2020;146(1). https://doi.org/10.1542/peds.2019-3518

(35) Twenge JM, Campbell WK. Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study. Prev Med Rep 2018;12:271–283. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.10.003

(36) Primack BA, Shensa A, Sidani JE, ym. Social Media Use and Perceived Social Isolation Among Young Adults in the U.S. Am J Prev Med 2017;53(1):1–8. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.01.010

(37) Twenge JM, Martin GN, Campbell WK. Decreases in psychological well-being among American adolescents after 2012 and links to screen time during the rise of smartphone technology. Emotion 2018;18(6):765–80. https://doi.org/10.1037/emo0000403

(38) McDaniel BT, Radesky JS. Technoference: Parent Distraction With Technology and Associations With Child Behavior Problems. Child Dev 2018;89(1):100–9. https://doi.org/10.1111/cdev.12822

(39) Abrahamsson S. Smartphone Bans, Student Outcomes and Mental Health. SSRN Electronic Journal. 2024. https://doi.org/10.2139/ssrn.4735240

(40) Paterna A, Alcaraz-Ibanez M, Aguilar-Parra JM, Salavera C, Demetrovics Z, Griffiths MD. Problematic smartphone use and academic achievement: A systematic review and meta-analysis. J Behav Addict 2024;26;13(2):313–326. https://doi.org/10.1556/2006.2024.00014

(41) Haidt J. Ahdistunut sukupolvi. Kuinka älypuhelimeen perustuva lapsuus on aiheuttanut mielenterveyden häiriöiden epidemian. Terra Cognita; 24AD.

(42) Kiviruusu O, Ranta K, Lindgren M, ym. Mental health after the COVID-19 pandemic among Finnish youth: a repeated, cross-sectional, population-based study. Lancet Psychiatry 2024;11(6):451–60. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00108-1

(43) Tilastoraportti 48/2023 21.9.2023. THL. Lasten ja nuorten hyvinvointi – Kouluterveyskysely 2023.

(44) Vuorre M, Przybylski AK. Global Well-Being and Mental Health in the Internet Age. Clinical Psychological Science 2023. https://doi.org/10.1177/21677026231207791

(45) Muppalla SK, Vuppalapati S, Reddy Pulliahgaru A, Sreenivasulu H. Effects of Excessive Screen Time on Child Development: An Updated Review and Strategies for Management. Cureus 2023;15(6):e40608. https://doi.org/10.7759/cureus.40608

(46) Ricci RC, De Paulo ASC, De Freitas AKPB, ym. Impacts of technology on children's health: a systematic review. Rev Paul Pediatr. 2023;41:e2020504. https://doi.org/10.1590/1984-0462/2023/41/2020504

(47) Abi-Jaoude E, Naylor KT, Pignatiello A. Smartphones, social media use and youth mental health. CMAJ 2020;192(6):E136–E141. https://doi.org/10.1503/cmaj.190434

(48) Çankaya S, Odabaşi HF. Parental controls on children's computer and internet use. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2009;1:1105–9. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2009.01.199

(49) Elhai JD, Gallinari EF, Rozgonjuk D, Yang H. Depression, anxiety and fear of missing out as correlates of social, non-social and problematic smartphone use. Addictive Behaviors 2020;105. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106335

(50) Pareek S. Phantom Vibration Syndrome: An Emerging Phenomenon. Asian Journal of Nursing Education and Research 2017;7(4):596. https://doi.org/10.5958/2349-2996.2017.00116.1

(51) Pozza A, Coluccia A, Kato T, ym. The Hikikomori' syndrome: Worldwide prevalence and co-occurring major psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis protocol BMJ Open 2019;9:e025213. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025213

(52) Starcevic V, Billieux J, Schimmenti A. Selfitis, selfie addiction, Twitteritis: Irresistible appeal of medical terminology for problematic behaviours in the digital age. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2018;52:408–9. https://doi.org/10.1177/0004867418763532

(53) Al-Saggaf Y, O'Donnell SB. Phubbing: Perceptions, reasons behind, predictors, and impacts. Hum Behav Emerg Technol 2019;1(2):132–40. https://doi.org/10.1002/hbe2.137

(54) Singh V, Kumar A, Gupta S. Mental Health Prevention and Promotion—A Narrative Review. Vol. 13, Frontiers in Psychiatry 2022;13. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.898009

Niko Männikkö

Terveydenlukutaito on keino kaventaa terveyseroja

Terveysviestinnän laajuus ja monimuotoisuus ulottuvat arkipäivän keskusteluista sosiaaliseen mediaan ja tieteellisiin julkaisuihin. Tiedon kriittinen arviointi ja sen hyödyntäminen omassa elämässä edellyttävät terveydenlukutaitoa, minkä tiedetään kuitenkin jakautuvan väestössä epätasaisesti synnyttäen terveyseroja. Ymmärtämällä terveysviestintään vaikuttavia tekijöitä, toteuttamalla vaikuttavaa terveysviestintää ja edistämällä väestön terveydenlukutaitoa voidaan edistää kansalaisten terveyttä ja kaventaa terveyseroja.

Torkkolan (1) määritelmän mukaan terveysviestintä on kaikki terveyteen liittyvä viestintä. Törmäämme siis terveysviestintään kaikkialla: kahvipöytäkeskusteluissa, lääkärin vastaanotolla, sanomalehdissä, radiossa, sosiaalisessa mediassa ja muualla internetissä sekä lukemissamme tutkimusartikkeleissa. (1,2.)

Terveysviestinnän tavoitteena voi olla terveyden edistäminen, mutta sen taustalla voi olla myös monenlaisia muita sitä ohjaavia tarkoitusperiä (3). Tiedon kriittinen tarkastelu ja terveyttä edistävän tiedon soveltaminen omassa elämässä vaatii kuitenkin terveydenlukutaitoa, minkä tiedetään jakautuvan väestössä epätasaisesti ja aiheuttavan myös tätä kautta terveyseroja (4–6).

ARVOT JA MOTIVAATIOT TERVEYSVIESTINNÄSSÄ

Turun ammattikorkeakoulun Master Schoolin tutkimuksellisessa opinnäytetyössä selvitettiin, millaiset arvo- ja motiivitekijät vaikuttavat terveysviestinnän taustalla sekä mitä terveydenlukutaito on ja kuinka sitä voidaan edistää. Tavoitteena oli tunnistaa terveysviestintää ohjaavia tekijöitä terveydenhuollon asiantuntijoiden ymmärryksen lisäämiseksi terveysviestinnästä vaikuttavamman terveysviestinnän toteuttamiseksi ja kansalaisten terveydenlukutaidon edistämiseksi.

Opinnäytetyö toteutettiin integroituna kirjallisuuskatsauksena, ja teoreettista tutkimuskatsausta on tarkoitus käyttää Master Schoolin uuden Terveysviestintä-opintojakson suunnittelussa. Integroidun kirjallisuuskatsauksen tuloksissa havaittiin useita erilaisia terveysviestinnän motiiveja eli viestinnän tarkoituksia:

- terveyden edistäminen ja yleisen terveystiedon välittäminen
- kriisiviestintä esimerkiksi pandemiatilanteissa
- poliittinen vaikuttaminen
- brändäys ja markkinointi
- ammatillinen kehittyminen ja verkostoituminen
- valheellisen tiedon levittäminen.

Terveysviestintää ohjaavista arvioista ei tässä tutkimuksessa löytynyt juuri lainkaan tutkimustuloksia, mikä osaltaan kertoo aiheen tutkimattomuudesta viimeisen kymmenen vuoden aikana. Terveysviestinnän tarkoitusten mukaan luokiteltuna tutkimusaineistosta havaittiin erilaisia arvoja, kuten terveys, kaupallisuus, poliittinen asema ja poliittinen vallankäyttö, ammatillisuus ja vahingonteko.

Terveysviestinnän erilaiset motiivit nostavat esille kansalaisten medianlukutaidon ja terveydenlukutaidon tärkeyttä. Olennaista on pystyä arvioimaan viestin todenperäisyyttä ja sitä, mihin tarkoitukseen tieto on julkaistu sekä poimimaan ja soveltamaan keskeistä tietoa omaan arkeen. Terveysviestinnän motiivit vaikuttavat viestinnän muotoon, sisältöön ja jakelutapoihin. Tavoitteiden ymmärtäminen varmistaa sen, että viestintä voidaan räätälöidä eettisesti, palvellen sekä yleisön tarpeita että yhteiskunnan terveyshyötyjä.

VAIKUTTAVAN TERVEYSVIESTINNÄN EETTISET HAASTEET JA STRATEGISET VALINNAT

Toisaalta terveyden edistämiseenkin tähtäävän terveysviestinnän takana on tärkeä huomioida eettiset kysymykset – sisältääkö hyvään tähtäävä terveysviestintä ihmisten käyttäytymisen moralisointia, saavuttaako terveysviestintä oikeat kohdehenkilöt ja onko tarpeellista huolestuttaa murehtimiseen taipuvaisia ihmisryhmiä lisää, mikäli he nyt jo tekevät paljon terveytensä eteen? (7.)

Vaikuttavan, eettisen ja tehokkaan terveysviestinnän toteuttaminen vaatii asiantuntijalta

eettistä pohdintaa ja toimivien strategioiden valintaa. WHO:n toiveesta luotujen yleisperiaatteiden mukaan terveysviestin on oltava saavutettava, toimiva, luotettava, uskottava, oikea-aikainen, ymmärrettävä ja merkityksellinen (8).

Tämä jättää viestijälle kuitenkin vielä paljon vapautta erilaisten viestintä strategioiden valinnan osalta. Vaikuttavan terveysviestinnän toteuttamiseen ei ole olemassa yhtä tehokkainta strategiaa vaan strategian valintaan vaikuttavat mm. viestin sisältö ja tarkoitus, viestintää toteuttava taho, viestintäkanava ja intervention luonne (8).

Integroidun kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan viestintästrategiat voivat liittyä esimerkiksi viestin kieliasuun ja viestintätapaan kiinnittämällä huomiota viestin ymmärrettävyyteen tai huumorin käyttöön, viestin selkiyttämiseen visuaalisin keinoin, erilaisten sosiaalisten median kanavoiden käyttöön niiden erityispiirteet huomioiden, tunnettujen vaikuttajien käyttämiseen tai markkinoinnista tuttujen strategioiden soveltamiseen terveysviestinnässä.

TERVEYDENLUKUTAITO JA TERVEYSEROIHIN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Terveydenlukutaito tarkoittaa kykyä hankkia, arvioida, ymmärtää ja soveltaa löytämäänsä terveystietoa käytäntöön sekä taitona käyttää terveydenhuollon palveluita. Sillä on todettu olevan yhteyttä mm. omahoidon toteuttamiseen ja ennaltaehkäisevien palveluiden käyttöön. (4,9.)

Vastaavasti heikko terveydenlukutaito on yhteydessä heikompaan terveyteen ja kroonisten sairauksien hoitoon, heikompaan omahoidon toteutumiseen sekä lisääntyneiden terveydenhuollon palveluiden ja resurssien käyttöön. Toisaalta sen jakautuessa väestössä epätasaisesti näkyvät terveydenlukutaidon erot myös terveyseroina väestössä. Riskiryhmään kuuluvatkin erityisesti heikon lukutaidon omaavat ja matalasti koulutetut, vanhukset ja heikossa sosioekonomisessa asemassa olevat. (10-11.)

Toisaalta katsaustulosten mukaan terveydenlukutaito on taito, jota voidaan kehittää ja oppia (12). Tämän vuoksi kaikkien eri sektoreilla terveydenedistämistyötä tekevien ammattilaisten olisi tärkeä ymmärtää terveydenlukutaidon ja terveyden yhteys sekä keinot terveydenlukutaidon kehittämiseen.

TERVEYDENLUKUTAITOA VOI KEHITTÄÄ KOHDENTAMALLA VIESTINTÄÄ JA PANOSTAMALLA KOULUTUKSEEN

Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan terveydenlukutaitoa voidaan kehittää muun muassa viestien kohdentamisella kohderyhmän kieli-, kulttuuri ja erityispiirteet huomioiden, suuntaamalla viestintä koko yhteisölle kiinnittäen erityishuomiota riskiryhmiin sekä OPHELIA (terveydenlukutaidon saavutettavuus ja optimointi) -lähestymistapaa hyödyntämällä viestinnässä ja/tai toimintaterapeuttien ammattitaidon hyödyntämistä lisäkoulutuksen jälkeen asiakkaiden terveydenlukutaidon tukemisessa ryhmä- tai yksilömuotoisesti.

Keskeistä on myös terveydenhuollon ammattilaisten kouluttaminen, jotta he osaisivat huomioida terveydenlukutaitoa tukevat keinot jakaessaan terveystietoa esimerkiksi vastaanotollaan tai erilaisten interventioiden yhteydessä. Terveydenhuollon sektorin lisäksi keskeistä on yhteiskunnan eri osissa tapahtuva työ – esimerkiksi panostus peruslukutaidon kehittämiseen kouluissa tukee myös terveydenlukutaidon kehittymistä.

Erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon ollessa paineistettua olisi tärkeä löytää uusia keinoja terveyden edistämiseen, terveydenhuollon resurssien säästämiseen ja terveyserojen kaventamiseen. Voisiko vaikuttava terveysviestintä ja terveydenlukutaidon edistämiseksi tehtävä työ olla yksi keino näiden haasteiden helpottamiseen pitkällä aikavälillä?

LÄHTEET

(1) Torkkola S.Muuttuva terveysviestintä, medioituvat terveydet ja sairaudet. Teoksessa Järvi U, Tautinen media. E-kirja Ellibs kirjapalvelussa. Helsinki: Kustannus oy Duadecim 2014. Viitattu 8.11.2023. https://www.ellibslibrary.com/reader/9789516565876

(2) Bass S, Parvanta C. Communication 101: What`s health got to do with it?. Teoksessa Parvanta, C & Bass, S. Health communication. Strategies and skills for a new era. Jones & Bartlett learning 2020.

(3) Järvi U. 2022. Terveysviestinnän tiedontuottajat. Teoksessa Patja, K; Asbetz, P & Rautava, P (toim.) Terveyden edistäminen. E-kirja Duoadecim oppiportti palvelussa. Vaatii kirjautumisen palveluun. Viitattu 21.12.2023. https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/ted00269

(4) Nutbeam O. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Prom Inter 2000, 15;3:259–267.

(5) Kaasalainen K. Terveyden lukutaito ja terveyserojen kaventaminen. Teoksessa Holmila M, Karvonen S, Sihto M. (toim.) Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus: Lähestymistapoja ja ratkaisuja. Juvenes Print, 2016. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131500/TEE0024_Terveyden%20edist%c3%a4minen%20ja%20eriarvoisuus.pdf?sequence=1&isAllowed=y

(6) Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, ym. 2013. Health literacy: The solid facts. World Health Organization. Regional Office for Europe 2013. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326432/9789289000154 eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

(7) Brown R. Resisting Moralisation in Health Promotion. Ethical Theory Moral Pract. 2018;21:4. https://doi.org/10.1007/s10677-018-9941-3

(8) Ceretti E, Covolo L, Cappellini F, ym. Evaluating the Effectiveness of Internet-Based Communication for Public Health: Systematic Review. September 22. Vol. 24. Nro 9. https://doi.org/10.2196/38541

(9) World Health Organization. Health promotion glossary of terms 2021. World Health Organization 2021. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349 eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

(10) Quaglio G, Sørensen K, Rübig P, ym. Accelerating the health literacy agenda in Europe. Health Prom Inter 2017;32(6). https://doi.org/10.1093/heapro/daw028

(11) Visscher B, Steunenberg B, Heijmans M, ym. Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: A systematic review. BC Public Health 2018;18:1414. https://doi.org/10.1186/s12889-018-6331-7

(12) Nutbeam J, Lloyd J. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health Annual rew 2021. Vol. 42. p. 159–173. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-090419-102529

Tiia-Mariia Rantala
toimintaterapeutti (YAMK)
Turun ammattikorkeakoulu

Minna Salakari
FT, lehtori
Turun ammattikorkeakoulu

Euroopan terveyssosiologien 20. tapaaminen Antwerpenissa

Eurooppalaisten terveyssosiologien yhdistys, European Society of Health and Medical Sociology (ESHMS), järjesti 20. konferenssinsa 2.-5. heinäkuuta 2024 Belgiassa Antwerpenin yliopistossa. Osanottajia oli runsaasti, sillä 283 tutkijaa useimmista Euroopan maista sekä lisäksi mm. Kanadasta, USA:sta, Australiasta, Uudesta Seelannista, Boliviasta, Hong Kongista, Etiopiasta ja Intiasta kokoontui esittelemään omia tutkimuksiaan, kuulemaan muiden tutkimuksista ja käymään keskustelua terveyssosiologian ajankohtaisista kysymyksistä.

INTERSEKTIONAALISUUS JA INKLUUSIO

Kokouksen yleisteemaksi otettu intersektionaalisuus ja inkluusio muodostavat tärkeän ja ajankohtaisen aihepiirin. Sosiaalitieteissä, terveyssosiologia mukaan lukien intersektionaalisuus ja inkluusio ovat tutkimusta ohjaavia teoreettisia ja metodologisia käsitteitä, mutta muodostavat myös yhteiskunnallisen ongelmakokonaisuuden. Aikaisempien rakenteellisten jakojen rinnalla terveyssosiologiassa tarkastellaan nykyään uusia ryhmiä, kuten maahanmuuttajia ja etnisiä vähemmistöjä. Vastaava kehitys koskee sukupuolia ja seksuaalista suuntautumista. Uudet ja vanhat rakenteelliset ja identiteettiperustaiset jaot liittyvät monin tavoin toisiinsa. Esimerkiksi maahanmuuttajilla heikko taloudellinen asema ja kulttuurinen syrjintä kietoutuvat yhteen terveysongelmien esiintymisen ja terveyspalvelujen saatavuuden kanssa. Kokouksen kolme yleisesitystä avasivat näkökulmia näiden kysymysten tarkasteluun.

Ensimmäisessä esityksessä Charles Agyemang (Amsterdamin yliopisto, Alankomaat) käsitteli sydän- ja verisuonitauteja Ghanasta Eurooppaan muuttaneiden keskuudessa. Maahanmuuttajilla sydäntautien riski oli sitä suurempi, mitä pitempään he olivat olleet poissa lähtömaastaan. Riski vaihteli myös päätemaan mukaan. Toisessa esityksessä Stephani Hatch (King's College, Iso-Britannia) sovelsi eksplisiittisesti intersektionaalisuuden ja inkluusion näkökulmaa. Hän analysoi monitieteisesti tutkimuskohdettaan, väestön mielenterveyttä ja mielenterveyspalveluja hyödyntäen erityisesti kvalitatiivista tutkimuspanosta. Maahanmuuttajat, etniset vähemmistöt ja muut marginaaliasemassa olevat ryhmät kärsivät sosiaalisesta huono-osaisuudesta, eriarvoisuudesta ja syrjinnästä. Näihin ryhmiin kuuluvat ovat vaarassa altistua terveysongelmille ja jäädä paitsi tarvitsemiaan terveyspalveja. Hatchin analyysin tavoitteena oli myös löytää keinoja mielenterveyden eriarvoisuuden torjumiseen. Kolmannessa esityksessä Andrew Bell (Sheffieldin yliopisto, Iso-Britannia) tarjosi tutkimusmenetelmällisen näkökulman intersektionaalisuuteen ja inkluusioon. Bell on kvantitatiivisten menetelmien, etenkin monitasoanalyysin asiantuntija, joten hänen kohteenaan oli terveyserojen tilastollinen analyysi. Tässäkin on kysymys useista toisiaan leikkaavista ja samanaikaisesti vaikuttavista tekijöistä ja olosuhteista, jotka yhdessä muovaavat terveydentilaa ja terveyseroja. Bellin esitys – oikeastaan oppitunti – oli tiivis katsaus monitasoiseen ja -tahoiseen kvantitatiiviseen analyysiin. Osalle kuulijoista hänen sanomansa oli varmaankin ennestään tuttua.

TYÖRYHMÄTYÖSKENTELY

Työryhmät ovat tärkeä, useimmille tärkein osa tieteellistä kokousta. Varsinaiset keskustelut käydään niissä ja uudet avaukset kuullaan osanottajien pitämissä esityksissä. Työryhmäistuntoja oli kolmen kokouspäivän aikana yhteensä 56 ja niissä pidettiin noin 240 esitystä eli lähes yksi esitys per osanottaja. Ohjelma oli laaja ja tiivis. Ryhmien aihepiireinä olivat mm. ikääntyminen, maahanmuutto, etninen tausta, sukupuolet, seksuaalisuus, reproduktio, perhe, terveys- ja sosiaalipalvelut, yhteiskuntaluokka ja marginaaliasema, Covid ja pandemiat, globaali ympäristö, työ ja työmarkkinat, hyvinvointipolitiikka ja ehkäisy sekä metodologiat ja teoriat, kuten esimerkiksi

kulttuuripääoma ja medikalisaatio. Esityksissä sovellettiin intersektionaalisuuden ja inkluusion näkökulmia monipuolisesti terveyteen, sairauteen, vajaakuntoisuuteen, terveyseroihin, terveyspalvelujen saatavuuteen ja käyttöön sekä yksilöiden kokemukseen omasta terveydestään. Joillekin yleisteema tarjosi käsitteellisen viitekehyksen, joillekin vain yleisemmän taustan. Lisäksi esitykset kohdistuivat moniin muihin terveyssosiologisiin kysymyksiin.

Työryhmäesitykset perustuivat useimmiten empiirisiin, kvalitatiivisiin, kvantitatiivisin tai monimenetelmäisiin tutkimuksiin. Kvalitatiivisten tutkimusten osuus on selvästi kasvanut. Osanottajien joukossa oli myös erilaisia ammattitaustoja omaavia, kuten sairaanhoitajia, sosiaalityöntekijöitä ja terapeutteja. Käytäntöä lähellä työskentelevät tutkijat toivat mukanaan konkretiaa ja uusia lähestymistapoja, kuten toimintatutkimuksia. Abstrakteja hyväksyttäessä ei seula ehkä ollut kovin tiheä, sillä joissakin esityksissä saattoi toiminnan kuvailu ottaa yliotteen tutkimuksesta ja joissakin toisissa pohdittiin vielä rahoittajan takana olevan hankkeen ideoita. Kokonaisuutena työryhmätyöskentely antoi hyvän kuvan terveyssosiologian ajankohtaisista teemoista ja tutkimuksesta Euroopassa ja laajemminkin. Keskustelut kävivät vilkkaina eikä puheenvuoroille varattu aika tahtonut riittää.

Ohjelmaan sisältyi lisäksi varhaista tutkijanuraa käsittelevä työryhmä, tapaaminen tieteellisten lehtien toimittajien kanssa sekä laajempi keskustelu julkaisemisesta.

PARHAAN TUTKIMUKSEN PALKINTO

ESHMS jakoi ensimmäistä kertaa palkinnon (Health and medical sociology excellence prize) parhaasta terveyssosiologisesta tutkimusartikkelista neljän edellisen vuoden aikana. Tarkoituksena on tunnistaa ja antaa tunnustusta erityisen korkeatasoisille terveyssosiologisille tutkimuksille.

Kandidaatteja oli 25 ja niiden joukosta asiantuntijaraadit seuloivat voittajan. Ensimmäiseksi palkinnonsaajaksi tuli Ariane Bertogg (Konstanzin yliopisto, Saksa). Hänen tutkimuksensa käsitteli kognitiivisen toimintakyvyn kehitystä, työmarkkinoita ja sukupuolten rooleja 19 Euroopan maata kattavassa SHARE-pitkittäisaineistossa (1). Ansiotyöhön osallistuminen ja osallistumattomuus yhdessä yksilö- ja kontekstuaalitekijöiden kanssa muovasivat kognitiivisia voimavaroja ikääntyvillä naisilla ja miehillä.

EUROOPPALAISEN TERVEYSSOSIOLOGIAN TILANNE JA TOIMINTAMUODOT

ESHMS:n 40-vuotinen historia on antanut aiheen tarkastella yhdistyksen toiminnan ja eurooppalaisen terveyssosiologian tilaa ja kehitystä. ESHMS:n nykyinen presidentti Stéphane Cullati (Fribourgin yliopisto, Sveitsi) raportoi Antwerpenin konferenssin yhteydessä pidetyssä yhdistyksen yleiskokouksessa ajankohtaisista tehtävistä. ESHMS toimii yhteistyössä eurooppalaisten sosiologien yhdistyksen, European Society of Sociologyn (ESA) terveyssosiologian ryhmän kanssa. Käynnissä on tieteenalaa kartoittava yhteishanke, jota johtaa Guido Giarelli (Catanzaron yliopisto, Italia). Ensimmäisestä raportista käy ilmi, että terveyssosiologeilla on järjestäytynyttä toimintaa 28 Euroopan maassa (2). Sen laajuus, institutionalisoituminen ja professionaalisuuden aste kuitenkin vaihtelevat maasta toiseen. Ranskassa, Isossa Britanniassa ja Saksassa jäsenmäärä on suurin ja toiminta järjestäytyneintä. Suomi sijoittuu keskikaartiin. Kartoituksessa eurooppalainen terveyssosiologia näyttäytyy monipuolisena ja rikkaana tutkimusalueena, jota leimaavat yhtäältä tiivis yhteistyö ja monitieteisyys, toisaalta selkeät kansalliset tutkimusperinteet.

ESHMS on viime vuosina aktivoitunut. Käytännön toimintaa on tarkoitus tehostaa sähköisten alustojen avulla (mm. jäsenrekisteri, jäsenmaksut ja kiertokirje). Ulkoista näkyvyyttä parannetaan mm. liittymällä X-viestipalveluun ja LinkedIn-verkkopalveluun.

OHEISOHJELMA JA VAIKUTELMAT

ESHMS:n aikaisempien kokousten tapaan myös tällä kertaa sosiaalinen ohjelma oli antoisaa. Avajaisvastaanotto pidettiin Antwerpenin kaupungintalossa, joka edustaa 1500-luvun italialaista renessanssia ja on Unescon maailmanperintökohde. Keskustelujen ja tutustumisten lomassa saatoimme ihailla upeita saleja ja niiden kaupunkielämää kuvaavia seinämaalauksia. Kokousillallisen paikkana oli Grand Café Horta, joka kantaa ehkä tunnetuimman flaamilaisen arkkitehdin nimeä. Tosin Hortan art nouveau-luomus oli 1960-luvun purkuaallossa hävitetty – tuttu ilmiö muualtakin. Teräksiset tukirakenteet kuitenkin säilyivät ja nii-

den varaan oli rakennettu uusi kokoontumistila, jossa nautimme yhdessäolosta ja mainiosta illallisesta.

Kokousjärjestelyt sujuivat moitteetta. Yliopiston tilat olivat toimivat ja riittävät suurelle osanottajamäärälle ja monille samanaikaisesti kokoontuneille työryhmille. Keskustelu oli vilkasta ja ilmapiiri miellyttävän välitön.

Osanottajien ikähaitari oli laaja ja ulottui jo 40 vuotta sitten mukana olleista vielä tutkintoaan viimeisteleviin ensikertalaisiin. Heinäkuun alkupäivinä pidetyssä kokouksessa oli ehkä hieman aikaisempaa vähemmän suomalaisia osanottajia. Toisaalta joukossa oli uusia nuoria ja muutama ulkosuomalainen esityksineen. Nämä paikkasivat hyvin jokusen kokouskonkarin jättäytymisen loma-Suomeen. Seuraavan kerran ESHMS kokoontuu Hampurin yliopistossa vuonna 2026.

LÄHTEET

(1) Bertogg A, Leist A. Gendered life courses and cognitive functioning in later life: the role of context-specific gender norms and lifetime employment. Eur J Ageing 2023;20:7.

(2) Giarelli, Guido ym. Health and medical sociology in Europe: A cross-sectional survey of associations and informal groups, parts I and 2. Käsikirjoitus 2024.

Eero Lahelma
Professori emeritus
Helsingin yliopisto
Kansanterveystieteen osasto

Suomalaisten näkökulmia lääkkeiden ja lääkealan ympäristökestävyyteen

Ihmiskunta on historiansa aikana onnistunut valjastamaan ympäristön resurssit hyvinvointinsa ja kasvunsa tukemiseen. Teollistuminen ja kymmenet tuhannet kaupallisessa käytössä olevat kemikaalit ovat mahdollistaneet esimerkiksi lääketieteen kehityksen, sairauksien hoidon, ravitsemuksen turvaamisen ja elintason nousun. Tämä kehitys on johtanut tilanteeseen, jossa väestönkasvu luo yhä enemmän tarvetta erilaisten kemikaalien, kuten lääkeaineiden, käyttöön. Samalla kemikaalien käytön yleistyminen on johtanut ympäristötuhoihin ja erilaisiin terveyshaittoihin. Nykyinen tilanne, jossa ihmiskunnan pyrkimykset hyvinvoinnin edistämiseen johtavat ympäristön, ihmisten ja talouden ongelmiin, on haaste kestävälle kehitykselle. (1.)

Ensimmäisen kerran vuonna 2009 esitelty planetaaristen rajojen malli kuvaa ihmiskunnan vaikutuksia planeetan mittakaavassa. Planetaariset rajat ovat yhdeksän olemassaolomme kannalta kriittistä tekijää ja niiden raja-arvoa, jotka eivät saisi ylittyä, jotta maapallon ekosysteemi säilyisi elinkelpoisena ihmisille ja muulle elämälle. (2.) Näistä planeetan kantokyvyn raja-arvoista kuusi ylitettiin vuoteen 2023 mennessä. Ylittyneet raja-arvot ovat ilmastonmuutos, luonnon monimuotoisuus, maankäytön muutokset, makeanveden kulutus, ravinteiden kierto sekä ympäristön kemiallinen saastuminen. Muutokset yksittäisten rajojen sisällä vaikuttavat myös mallin muihin osa-alueisiin. (3.) Planetaaristen rajojen ylittyminen on riski hyvinvoinnillemme, minkä vuoksi ympäristökestävyyskysymykset ovat nousseet laajasti yhteiskunnalliseen keskusteluun.

Vaikka lääkeala on osaltaan mahdollistanut ihmisten hyvinvoinnin ja luonut pohjaa yhteiskunnan kehitykselle, siihen liittyy merkittäviä kestävyysongelmia. Yksi niistä on ympäristön kemikalisoituminen. Lääketeollisuus on kansainvälisesti suurimpia ja merkittävimpiä teollisuudenaloja, joka kasvaa vuosittain arviolta noin 7 prosenttia. Lääkkeiden kulutuksen ja siten niiden aiheuttaman ympäristökuormituksen arvioidaan kasvavan tulevaisuudessa väestön ikääntymisen, elintasosairauksien määrän kasvun, ilmaston lämpenemisen ja ilmansaasteiden terveysvaikutusten vuoksi sekä lääketieteen kehittymisen myötä. Esimerkiksi Saksassa lääkkeiden kulutuksen on arvioitu kasvavan jopa lähes 70 % nykyiseen verrattuna vuoteen 2045 mennessä. (4.)

Lääkeaineiden aiheuttama ympäristökuormitus syntyy niiden tuotannon, käytön ja virheellisen hävittämisen seurauksena. Kun lääke on käytetty, se poistuu elimistöstä usein eritettynä tai esimerkiksi iholle annosteltavissa lääkkeissä osa lääkeaineesta huuhtoutuu lopulta pois ja molemmissa tapauksissa lääkeaine päätyy viemäriin. On arvioitu, että suun kautta otetusta lääkeannoksesta 30–90 % poistuu elimistöstä biologisesti aktiivisessa, vaikuttavassa muodossa. Koska nykyiset jätevedenpuhdistusmenetelmät eivät poista lääkeainejäämiä tehokkaasti, ne päätyvät puhdistamoilta ympäristöön. Euroopassa lääkeaineiden päätyminen ympäristöön on seurausta pääasiassa lääkkeiden normaalista käytöstä, mutta niitä päätyy ympäristöön myös lääkkeiden virheellisen hävittämisen vuoksi. Arviolta alle 2 % ympäristön lääkeainejäämistä Euroopassa on seurausta lääketeollisuuden päästöistä. (5.)

Lääkkeet ovat ympäristön kannalta ongelmallinen kemikaaliryhmä, koska ne ovat lähtökohtaisesti suunniteltu vaikuttamaan pieninä pitoisuuksina. Lääkkeen säilyvyyden kannalta on tärkeää, ettei lääkeaine hajoa helposti vaan säilyy tehokkaana koko matkan tehtaalta loppukäyttäjälle saakka. Usein tämä tarkoittaa sitä, että lääkeaineet ovat pitkäikäisiä vielä senkin jälkeen, kun niiden varsinainen tehtävä on täy-

tetty ja ne ovat päätyneet ympäristöön. Monien yleisesti käytössä olevien lääkeaineiden pitoisuuksien puoliintumisaika ympäristössä voi olla kuukausia, jopa vuosia. Tämän vuoksi luonnossa eliöt voivat altistua lääkeaineille koko elinikänsä. Lääkkeiden ympäristövaikutusten arvioinnin kannalta haasteita tuo esimerkiksi erilaisten ja eri tavoin vaikuttavien lääkeaineiden suuri määrä, niiden mahdolliset yhteisvaikutukset ja se, että lääkkeet vaikuttavat eri tavoin eri eliöihin. (6.)

Lääkkeiden tunnettuja ympäristövaikutuksia ovat elinympäristöjen saastuminen ja luonnon monimuotoisuuden köyhtyminen, mikä voi uhata kokonaisia ekosysteemeitä. Kalat ja muut vesieliöt ovat erityisen alttiita jätevesien mukana ympäristöön päätyvien lääkeaineiden haitoille. Vesistöjen saastuminen heikentää myös puhtaan veden saatavuutta. Ihmisten terveyden kannalta mikrobilääkeresistenssi on kenties selkein ja konkreettisin uhkatekijä. (4.) Lääkkeiden tuotannon ja logistiikan ilmastovaikutukset ovat myös merkittävä ihmisten ja ympäristön hyvinvointiin vaikuttava tekijä. Esimerkiksi Suomen terveydenhuollossa lääkkeet muodostavat suurimman yksittäisen hiilijalanjäljen (7).

Antimikrobiresistenssi, eli mikrobien kyky vastustaa antibiootteja, on yksi suurimmista ihmiskuntaa kohtaavista terveysuhkista. Pahimmillaan tavanomaiset infektiot ja lääketieteelliset toimenpiteet voisivat muuttua riskialttiiksi ja vaatia ihmishenkiä. Antimikrobiresistenssiä onkin kuvattu hiljaiseksi pandemiaksi, jonka hallintaan tarvitaan nopeasti uusia keinoja. Antibioottien maailmanlaajuinen kulutus on kasvanut merkittävästi 2000-luvulla, ja esimerkiksi ennen koronapandemiaa, vuonna 2019, antimikrobiresistenssin aiheuttamia kuolemantapauksia oli 1,3 miljoonaa. Jos tilannetta ei saada hallintaan, arvioiden mukaan vuoteen 2050 mennessä maailmanlaajuisesti antimikrobiresistenssin aiheuttamia kuolemantapauksia olisi vuosittain noin 10 miljoonaa. (8.) Viime vuosina EU-alueella antibioottien kulutus on laskenut, mutta tästä kehityksestä huolimatta antimikrobiresistenssin on todettu levinneen. Ympäristöllä on tärkeä rooli resistenssin leviämisessä, koska antibioottijäämien myötä luonnossa kehittyy niille resistenttejä bakteerikantoja, jotka voivat levitä edelleen eläimiin ja ihmisiin. (9,10.) Antibioottijäämiä on tähän mennessä havaittu suurimmassa osassa maailman jokia, myös Suomessa (11).

Toinen tunnettu esimerkki lääkkeiden ympäristövaikutuksista on tulehduskipulääke diklofenaakin aiheuttamat korppikotkakuolemat, joiden seurauksena Intian korppikotkat hävisivät 2000-luvun alussa lähes täysin. Korppikotkien katoamisen syyksi paljastui diklofenaakki, joka oli naudoille yleisesti käytetty kipulääke. Nautojen ruhoista lääkeainejäämät päätyivät ravintoketjun mukana korppikotkiin, jotka lopulta kuolivat diklofenaakin aiheuttamiin munuaisvaurioihin. Syy-yhteyden löydyttyä diklofenaakin käyttö eläinlääkinnässä kiellettiin Intiassa vuonna 2006. Korppikotkien häviämisen myötä niiden tärkeys osana ekosysteemiä kävi konkreettisesti ilmi, kun havaittiin että erilaiset taudinaiheuttajat pääsivät lisääntymään kun korppikotkat eivät olleet luontaisesti siivoamassa ympäristöä. Esimerkiksi Intian kulkukoirakanta kasvoi yli viidellä miljoonalla, mikä johti arvioiden mukaan lähes 40 miljoonaan ylimääräiseen koiranpuremaan, 47 tuhanteen rabies-kuolemaan ja 34 miljardin dollarin taloudellisiin menetyksiin yhteiskunnalle. (12.) Diklofenaakki on edelleen yleisesti käytössä oleva kipulääke, jonka muita tunnettuja ympäristövaikutuksia ovat esimerkiksi sisäelinvauriot kaloilla ja lääkeaineen on todettu kertyvän simpukoihin (13).

Edellä mainitut esimerkit antimikrobiresistenssistä ja diklofenaakin ympäristövaikutuksista osoittavat, että ihmisten hyvinvointi ja terveys ovat riippuvaisia ympäristön ja eläinten hyvinvoinnista. Noin 60 % ihmisillä esiintyvistä tartuntataudeista on alkuperältään zoonoottisia sairauksia eli ne voivat tarttua eläinten ja ihmisten välillä suoraan tai esimerkiksi veden tai ruuan välityksellä. Uusista tartuntataudeista tällaisia on jopa 75 %, ja viimeisin tunnettu esimerkki tästä on koronaviruksen aiheuttama COVID-19-pandemia. (14.) Käsite ”One Health”, eli yhteinen terveys, tarkoittaa ajattelu- ja toimintatapaa, jossa tiedostetaan tämä yhteys ympäristön ja ihmisen hyvinvoinnin välillä (15). Vaikka lääkkeet auttavat käyttäjiään terveyteen ja elämänlaatuun liittyvissä ongelmissa, joissain tilanteissa niiden haittavaikutukset kuitenkin kohdistuvat ympäristöön ja yhteiseen terveyteen.

Lääkkeen elinkaaressa on useita vaiheita, joissa ympäristökestävyys tulee huomioida ympäristöystävällisemmän lääkealan saavuttamiseksi. Uuden lääkeaineen suunnittelussa voitaisiin pyrkiä kehittämään lääkeaineita, jotka hajoavat ym-

päristössä eivätkä ole lähtökohtaisesti haitallisia ympäristölle ja eliöille (16). Lääkkeiden valmistuksessa noudatetaan EU-direktiiveihin ja asetuksiin perustuvia lääkkeiden hyviä tuotantotapoja, mutta vaikka valmistus on tiukasti säänneltyä, sääntely ei sisällä vaatimuksia lääkkeiden ympäristöystävällisyydelle tai elinkaaren loppuvaiheiden valvonnalle. Ympäristöriskinarviointi on pakollinen osa uuden lääkkeen myyntilupamenettelyä, mutta siihen sisältyy useita epävarmuustekijöitä. Lisäksi ihmislääkkeiden myyntiluvissa lääkkeen ympäristövaikutukset eivät vaikuta itse myyntilupapäätökseen. Tällä hetkellä lääketeollisuuden ympäristöystävällisyydelle ei ole myöskään taloudellisia kannustimia, minkä vuoksi ympäristöseikkojen prioirisointi ei ole yrityksille erityisen houkuttelevaa. (17.)

Lääkkeiden tavanomainen käyttö on lääkeaineiden suurin ympäristöpäästölähde, mutta tietoa lääkkeiden ympäristövaikutuksista lääkkeiden käytön ohjaamiseksi ympäristöystävällisempään suuntaan on saatavilla vähän. Tällä hetkellä Suomessa on käytössä lääkkeiden ympäristöluokittelujärjestelmä, joka tarjoaa tietoa joidenkin lääkeaineiden ympäristöriskeistä lääkkeiden määräämisen tueksi (18). Lääkevalmisteen tie apteekkiin ja kuluttajalle kulkee pitkien tuotantoketjujen kautta, eikä lääkkeen käyttäjän ole mahdollista tehdä ympäristöystävällisempiä ostopäätöksiä lääkkeiden osalta (19). Lääkkeen elinkaaren lopussa jätevedenpuhdistamoiden teknologia ei riitä poistamaan luontoon päätyvistä vesistä kaikkia lääkeaineita (20). Ympäristökuormitusta lisäävät myös lääkkeiden pakkausmateriaalit, joiden kierrätys on nykyisin vähäistä (21). Koska ympäristökestävyys syntyy lääkkeen elinkaaren kaikissa vaiheissa, lääkkeiden ympäristökuormituksen vähentämiseksi tarvitaan yhteistyötä.

Kokonaisuudessa, josta lääkealan ympäristökestävyys syntyy, on vielä paljon parannettavaa. Tässä kokonaisuudessa lääkkeiden käyttäjillä on merkittävä rooli. Useat eri järjestöt, organisaatiot ja viranomaiset ovat nostaneet esiin lääkkeiden käyttäjien merkityksen ympäristökestävyyden parantamisessa. Tähän mennessä tunnistettuja lääkkeiden käyttäjälähtöisiä keinoja lääkealan ympäristökestävyyden parantamiseksi ovat rationaalisen lääkehoidon periaatteiden noudattaminen, jolloin lääkkeitä määrätään ja toimitetaan järkevästi ja perusteltuun tarpeeseen, ja käytetään oikein. Tarpeettomat ja vanhentuneet lääkkeet tulisi hävittää asianmukaisesti palauttamalla ne apteekkiin. (22–24.) Suomessakin käyttöönotettu lääkkeiden ympäristöluokittelujärjestelmä tukee joissain tilanteissa ympäristöystävällisempien lääkkeiden määräämistä mahdollistamalla eri lääkeaineiden ympäristöriskien vertailun (18). Ympäristölle kestävämmän lääkealan toteutumiseksi on tärkeää, että lääkkeiden ympäristövaikutukset tiedostetaan. Sen vuoksi ympäristönäkökulma tulisi huomioida jo terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksessa. Ympäristön kannalta kenties tärkein yksittäinen teko on kuitenkin kestävien elintapojen tukeminen, jolloin monilta terveysongelmilta ja lääkkeiden tarpeelta voidaan välttyä.

Tämä väitöskirja on tehty osana laajempaa suomalaista, monitieteistä SUDDEN -tutkimuskonsortiota. SUDDEN -hankkeen tavoitteena oli löytää erilaisia ratkaisuja lääkealan ympäristökestävyyden parantamiseksi lääkkeen koko elinkaaren aikana. Tutkimus on tehty Itä-Suomen yliopistolla hankkeen työpaketissa, joka keskittyi tutkimaan, miten lääkealan ympäristöystävällistä päätöksentekoa ja kestävää toimintaa voidaan tukea. (25.)

Koska lääkkeiden käyttö on merkittävin ympäristökuormituksen aiheuttaja lääkkeen elinkaaren aikana, on tärkeää pyrkiä ymmärtämään lääkkeiden käyttäjien näkökulmaa tähän ympäristöongelmaan. Suomalaisten tiedetään esimerkiksi yleisesti arvostavan ympäristöä ja sen suojelua (26). Ihmisten tietoisuus ympäristöasioista, ympäristöasenteet ja halukkuus toimia ympäristön hyväksi vaikuttavat ympäristönsuojeluun pyrkivän päätöksenteon onnistumiseen käytännössä (27). Tästä huolimatta aiempaa tutkimustietoa siitä, miten kansalaiset kokevat lääkkeisiin liittyviä ympäristöasioita ja kuinka paljon he tietävät aiheesta, ei juurikaan ole.

Tämä tutkimus keskittyy kansalaisten näkökulmaan ja suhtautumiseen lääkkeiden ympäristöystävällisyyden lisäämiseen. Sen tarkempina tavoitteina oli selvittää:

- kuinka paljon väestö tietää lääkkeisiin liittyvistä ympäristöasioista sekä millaiset käsitykset ja asenteet heillä on lääkealan ympäristökestävyyteen liittyen,
- millaista aiempi lääkkeisiin liittyvien ympäristöasioiden tiedottaminen on väestön näkö-

kulmasta ollut: mistä lähteistä ja aiheista tietoa on saatu ja mistä sitä haluttaisiin tulevaisuudessa saada, sekä
– millaiset preferenssit ja arvotukset väestöllä on maksuhalukkuudella mitattuna lääkealan ympäristöystävällisyyttä parantaville toimille.

Väitöskirjatutkimuksen aineisto perustuu joulukuussa 2019 tehtyyn sähköiseen kyselytutkimukseen, johon osallistui yhteensä 2 030 mannersuomalaista 18–79-vuotiasta vastaajaa.

LÄHTEET

(1) Alpizar F, Backhaus T, Decker N, ym. UN Environment Global Chemicals Outlook II – From Legacies to Innovative Solutions: Implementing the 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations Environment Programme, Geneve, 2019. Viitattu 9.9.2024. https://www.unep.org/resources/report/global-chemicals-outlook-ii-legacies-innovative-solutions

(2) Rockström J, Steffen W, Noone K, ym. Planetary boundaries: Exploring the safe operating space for humanity. Ecol Soc 2009;14:2. https://doi.org/10.5751/ES-03180-140232

(3) Richardson K, Steffen W, Lucht W, ym. Earth beyond six of nine planetary boundaries. Sci Adv 2023;9:37. https://doi.org/10.1126/sciadv.adh2458

(4) OECD. Pharmaceutical Resiudes in Freshwater: Hazards and Policy Responses. OECD, Pariisi, 2019. https://www.oecd.org/publications/pharmaceutical-residues-in-freshwater-c936f42d-en.htm

(5) BIO Intelligence Service. Study on the environmental risks of medicinal products. Final report prepared for Executive Agency for Health and Consumers. 2013. Viitattu 9.9.2024. https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/study_environment_0.pdf

(6) Kümmerer, K. Pharmaceuticals in the environment. Annu Rev Environ Resour 2010;35:1:57–75. https://doi.org/10.1146/annurev-environ-052809-161223

(7) Pulkki J, Wulff P, Iivonen S, ym. Ekologisesti kestävä sosiaali-ja terveydenhuolto: Selvitys kansallisesta tavoitteesta ja ohjausmekanismeista. 2023. Viitattu 9.9.2024. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-491-0

(8) United Nations Environment Programme. Bracing for Superbugs: Strengthening environmental action in the One Health response to antimicrobial resistance. United Nations Environment Programme, Geneve, 2023. Viitattu 9.9.2024. https://www.unep.org/resources/superbugs/environmental-action

(9) European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), European Food Safety Authority (EFSA), European Medicines Agency (EMA). Antimicrobial consumption and resistance in bacteria from humans and food-producing animals: Fourth joint inter-agency report on integrated analysis of antimicrobial agent consumption and occurrence of antimicrobial resistance in bacteria from humans and food-producing animals in the EU/EEA JIACRA IV 2019–2021. EFSA Journal 2024;22:2. https://doi.org/10.2903/j.efsa.2024.8589

(10) Ahmad I, Malak H, Abulreesh H. Environmental antimicrobial resistance and its drivers: a potential threat to public health. J Glob Antimicrob Resist 2021;27:101–111. https://doi.org/10.1016/j.jgar.2021.08.001

(11) Äystö L, Junttila V, Siimes K, ym. Lääkeaineiden esiintyminen ja riskit Vantaanjoen vesistössä. Farmaseuttinen aikakauskirja Dosis 2020;36:3:242–259. Viitattu 9.9.2024. https://dosis.fi/wp-content/uploads/2020/09/242-Dosis_3-2020_Aysto.pdf

(12) Markandya A, Taylor T, Longo A, ym. Counting the cost of vulture decline – an appraisal of the human health and other benefits of vultures in India. Ecol Econ 2008;67:2:194–204. https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2008.04.020

(13) Sathishkumar P, Meena R, Palanisami T, ym. Occurrence, interactive effects and ecological risk of diclofenac in environmental compartments and biota – a review. Sci Total Environ 2020;698:134057. https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2019.134057

(14) Tajudeen Y, Oladipo H, Oladunjoye I, ym. Preventing the next pandemic through a planetary health approach: a focus on key drivers of zoonosis. Challenges 2022;13:2:50. https://doi.org/10.3390/challe13020050

(15) Sukura A, Hänninen M. One Health: Ihmisten, eläinten ja ympäristön yhteinen terveys. Duodecim 2016;132:13-14:1223–1229. Viitattu 9.9.2024. https://www.duodecimlehti.fi/duo13214

(16) Moermond C, Puhlmann N, Brown A, ym. GREENER pharmaceuticals for more sustainable healthcare. Environ Sci Technol Lett 2022;9:9:699–705. https://doi.org/10.1021/acs.estlett.2c00446

(17) Teräsalmi E, Sikanen T, Kärkkäinen R, ym. Lääkkeiden ympäristövaikutusten hallinta sääntelyn avulla. Farmaseuttinen Aikakauskirja Dosis 2020;36:3:354–366. Viitattu 9.9.2024. https://dosis.fi/wp-content/uploads/2020/09/354-Dosis_3-2020_Terasalmi_Sikanen.pdf

(18) Parikka T. Lääkkeiden ympäristövaikutukset luokiteltu. Farmasia-lehti 2022. Viitattu 9.9.2024. https://farmasialehti.fi/tutkittua/laakkeiden-ymparistovaikutukset-luokiteltu/

(19) Larsson D, Fick J. Transparency throughout the production chain – a way to reduce pollution from the manufacturing

of pharmaceuticals?. Regul Toxicol Pharmacol 2009;53:3:161–163. https://doi.org/10.1016/j.yrtph.2009.01.008

(20) Eniola J, Kumar R, Barakat M, ym. A review on conventional and advanced hybrid technologies for pharmaceutical wastewater treatment. J Clean Prod 2022;356:131826. https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2022.131826

(21) Halli P, Rinne M, Lundström M. Kestävän kehityksen mukainen lääkepakkaus perustuu alumiinin kierrätykseen. Farmaseuttinen aikakauskirja Dosis 2020;36:3:324–338. Viitattu 9.9.2024. https://dosis.fi/wp-content/uploads/2020/09/324-Dosis_3-2020_Halli_Rinne.pdf

(22) Euroopan komissio. European Union strategic approach to pharmaceuticals in the environment. The Official Journal of the European Union (Eur-Lex), 2019;128:13. Viitattu 9.9.2024. https://health.ec.europa.eu/medicinal-products/pharmaceutical-strategy-europe_en

(23) OECD. Pharmaceutical Residues in Freshwater: Hazards and Policy Responses. OECD Publishing, Pariisi, 2020. Viitattu 9.9.2024. https://doi.org/10.1787/c936f42d-en

(24) WHO. Pharmaceuticals in drinking-water. World Health Organization 2012. Viitattu 9.9.2024. https://www.who.int/publications/i/item/9789241502085

(25) SUDDEN -hanke. Viitattu 9.9.2024. https://sudden.fi/

(26) Suomen Ympäristökeskus. Iäkkäämmät kantavat nuoria enemmän huolta luonnosta. Ilmastonmuutos ja roskaantuminen suomalaisten mielestä suurimmat uhkatekijät. Viitattu 9.9.2024. https://www.syke.fi/fi-FI/Ajankohtaista/Iakkaammat_kantavat_nuoria_enemman_huolt(47263)

(27) Iizuka M. Role of environmental awareness in achieving sustainable development. 2000. https://hdl.handle.net/11362/31562

Lasse Alajärvi
Filosofian tohtori, tutkijatohtori
Farmasian laitos
Terveystieteiden tiedekunta
Itä-Suomen yliopisto

Filosofian maisteri Lasse Alajärven väitöskirja ”Medicating the environment: Finnish population’s perspectives on the environmental sustainability of pharmaceuticals” tarkastettiin Itä-Suomen yliopiston Terveystieteiden tiedekunnassa 3.5.2024. Vastaväittäjänä toimi professori Meri Koivusalo Tampereen yliopistosta ja ohjaajina professori Janne Martikainen ja dosentti Johanna Timonen Itä-Suomen yliopistosta.

Aktiivinen ikääntyminen – diskurssin rakentuminen eri konteksteissa

Kiinnostuin ikääntymiseen liittyvästä politiikasta ollessani vuosia sitten kesätyöntekijänä vanhainkodeissa Ruotsissa. Ympäristö vanhainkodeissa oli samanaikaisesti pysähtynyt, mutta kiireinen. Ikääntyneet pyrittiin pitämään tietyssä päivärytmissä mahdollisimman niukalla henkilöstöllä. Toisen tällaisen kesän jälkeen aloitin kansainvälisten suhteiden/politiikan tutkimuksen graduryhmässä ja aihetta kysyttäessä vastasin, että voisin tarkastella ikääntymistä. Tosin tuolloin minulla ei ollut vielä aavistusta, mihin keskittyisin, eikä sen puoleen tietämystä ikääntymisen tutkimuksesta. Ohjaajani opastuksella näkökulmakseni valikoitui foucault´lainen biopolitiikka ja hallinnallisuus ja aineistoksi Maailman terveysjärjestön vuoden 2002 ohjelma liittyen aktiiviseen ikääntymiseen (1). Aktiivinen ikääntyminen tuntui käsitteenä omituiselta, mietin miksi ikääntyneiden tuli olla niin aktiivisia, että vaadittiin ihan etuliite (ks. 2)? Oli vaikea kuvitella moista muiden ikäryhmien kohdalle, vai miltä kuulostaisi aktiivinen keski-ikä? Ohjelma oli myös suuressa kontrastissa verrattuna kokemuksiini vanhainkodeissa. Vanhainkodit olivat vieraita ympäristöjä minulle. Tuntemani ikääntyneet ihmiset olivat asuneet kotonaan tai sitten kuolleet varhain. Mummoni kantoi puita, passasi muita ja oli jatkuvassa liikkeessä. Toisaalta voidaan kysyä, onko tämä aktiivista ikääntymistä omasta valinnasta vai kuinka paljon henkilöhistoria on vaikuttanut tähän? Mummo oli kasvanut lastenkodissa, jossa lapset olivat työvoimaa ja köyhät elinolot varmastikin vaikuttivat jatkuvaan toimeliaisuuteen. Lisäksi hän kantoi jonkinlaista hoivavastuuta lähes koko elämänsä.

Vanhainkotikokemusten lisäksi kiinnostusta aktiiviseen ikääntymiseen ovat siivittäneet omat työttömyysjaksoni ja esimerkiksi Sipilän hallituksen aktivointipuheet työttömiä kohtaan. Näen ikääntyneiden ja työttömien aktivoinnissa tietynlaista analogiaa – aivan kuin kumpikaan ihmisryhmä olisi alun alkaenkaan ollut passiivinen (ks. 3). Aktivointi kannustaa myös pohtimaan sitä, minkälainen elämä on oikeanlaista elämää ja miten olla yhteiskunnassa ”oikein”.

Väitöskirjassani jatkoin saman teeman parissa ja alun mutkittelujen jälkeen päädyin tarkastelemaan aktiivisen ikääntymisen diskurssin rakentumista sen eri konteksteissa (4, 5). Tutkimukseni sijoittuu gerontologiseen sosiaalityöhön, eli ikääntyneiden kanssa tehtävään sosiaalityöhön (6) ja kriittiseen gerontologiaan, joka on tuonut ikääntymisen tutkimukseen humanistis-yhteiskuntatieteellistä ja poliittistaloudellista näkökulmaa (7, 8). Väitökseni käsittelee aktiivista ikääntymistä, jonka ymmärrän diskurssiksi eli sosiaalisesti konstruoiduksi tavaksi rakentaa todellisuutta (9, 10). Diskurssit vaikuttavat tapaamme olla ja hahmottaa ympäröivää maailmaa (11). Aktiivisen ikääntymisen diskurssia tuotetaan akateemisessa keskustelussa, poliittisissa ohjelmissa, ja muussa ikääntymiseen liittyvässä puheessa ja kuvastossa. Ajattelen aktiivisen ikääntymisen diskurssin asettavan odotuksia ikääntymiselle ja nämä odotukset resonoivat hyvinvointivaltion muutoksen ja uusliberalismikehityksen kanssa, jolloin yhteiskuntien sijaan kansalaisilta odotetaan suurempaa aktiivisuutta (8, 12, 3). Aktiivista ikääntymistä on pidetty eräänlaisena lupauksena ikääntymisen tuomiin haasteisiin, kuten palvelu- ja eläkejärjestelmien kestävyyteen (8). Näin ollen voidaan ajatella, että mitä aktiivisempia ikääntyneet ovat, sitä vähemmän palvelut kuormittuvat. Aktiivinen ikääntyminen on esiintynyt esimerkiksi Maailman terveysjärjestön ja Euroopan Unionin poliittisissa ohjelmissa 1990-luvun lopulta alkaen (13, 14, 15). Sen taustana on pidetty 1940–1950-luvuilla kehittynyttä aktiivisuusteoriaa, jonka mukaisesti ikääntyneen tulisi pysyä aktiivisena (16, 17) sen sijaan, että erkanisi yhteiskunnasta (18). Aktiivinen ikääntyminen voidaan liittää positii-

visen gerontologian paradigmaan (14, 19), ja johon kuuluvat myös tuottava- (20), onnistunut (21) ja terve ikääntyminen (22), eli aktiivisen ikääntymisen sukulaiskäsitteet.

Mitä aktiivinen ikääntyminen sitten tarkoittaa? Sille ei ole runsaasta tutkimuksesta huolimatta löytynyt yhtä yhtenäistä määritelmää (23). Poliittisten dokumenttien ja aiemman tutkimuksen perusteella aktiiviseen ikääntymiseen voidaan liittää esimerkiksi seuraavia asioita: pidempi työura, terveelliset elintavat, osallistuminen läheisten hoivaan, vapaaehtoistyö, kotona asuminen, vanhenemiseen varautuminen ja teknologian hyödyntäminen (mm. 1, 21, 24). Kansainvälisten järjestöjen ohjelmissakin aktiivinen ikääntyminen esiintyy eri tavoin – Maailman terveysjärjestön korostaessa terveyttä ja yhteiskunnallista tuottavuutta, Euroopan Unioni (EU) ja Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö (OECD) ovat korostaneet taloutta ja työtä. Euroopan Unionin linja taas on lähentynyt WHO:n näkemystä. (25.)

Aiemmassa tutkimuksessa on nostettu esiin se, miten aktiivinen ikääntyminen ei juuri huomioi sukupuolen, luokan ja kulttuurisen taustan kaltaisia tekijöitä (26, 21) ja ylipäätään aktiivista ikääntymistä voidaan pitää varsin länsimaisena käsitteenä, joka ei välttämättä sovellu globaalin etelän yhteiskuntiin (27, 28).

Aktiivisuutta on myös monesti odotettu erityisesti kolmasikäläisiltä (29, 14), eli niin sanotusti nuoremmilta ikääntyneiltä. Tähän suuriin ikäluokkiin yhdistettyyn kolmannen iän kulttuuriin on liitetty kulutuksen ja tietynlaisen iättömyyden kulttuuri (30, 31, 32), kun taas neljänteen ikään, eli niin sanottuun vanhaan vanhuuteen, on yhdistetty raihnaisuus ja kuoleman läheisyys (33). Kumpaakin ikävaihetta voidaan pitää sosiaalisesti konstruoituina (ks. 31, 34) ja normatiivisina (35).

Tutkimuksessani kysyn: Miten aktiivisen ikääntymisen diskurssia tuotetaan eri konteksteissa? Minkälaisia esteitä ja ristiriitoja aktiiviselle ikääntymiselle ilmenee ja minkälaista vastarintaa aktiivisen ikääntymisen diskurssi kohtaa? Mitä aktiivisen ikääntymisen diskurssista seuraa? Tutkimukseni on laadullinen ja se koostuu kolmesta eri aineistosta: Helsingin Sanomien pääkirjoitusaukeaman teksteistä, kuntien vanhuspoliittisista ohjelmista ja ikääntyneiden haastatteluaineistosta. Analyysimenetelminä on käytetty teoriaohjaavaa sisällönanalyysia (36), foucault´laista diskurssianalyysia (11), uutta retoriikkaa (37) ja toimijaverkkoteoriaa (esim. 38). Väitöskirjani koostuu neljästä osajulkaisusta, jotka on julkaistu kansallisissa ja kansainvälisissä tieteellisissä journaaleissa.

Ensimmäisessä artikkelissa (39) tarkastelin aktiivisen ikääntymisen diskurssin esiintymistä Helsingin Sanomien pääkirjoitusaukeaman teksteissä vuosina 2000–2015. Aktiivisen ikääntymisen diskurssi esiintyi kirjoituksissa aladiskurssiensa, eli kansantalouden, oman talouden ja terveyden ja poliittisen osallistumisen/aktiivisuuden kautta, ja näissä esiintyvien subjektipositioiden kautta. Erityisesti kansantalousdiskurssi korostui – työuraa oli pidennettävä huoltosuhteen ja hyvinvointivaltion pelastamiseksi.

Toisessa artikkelissa (40) analysoitiin aktiivisen ikääntymisen esiintymistä neljän kunnan vanhuspoliittisten ohjelmien retoriikassa. Ohjelmissa oli nähtävissä aktiivisen ikääntymisen malli (21). Aktiivisuus kiinnitettiin ikääntymiseen samalla kun ikääntymisestä myös irrotettiin piirteitä, kuten ikääntyneiden näkeminen pelkästään palveluiden käyttäjinä tai ikääntymiseen liittyvä pelko. Kuntien ohjelmat olivat vahvan intertekstuaalisia (41), eli niissä viitattiin paljon erityisesti vanhuspalvelulakiin, mutta myös esimerkiksi ikääntymistä koskeviin laatusuosituksiin.

Kolmannessa artikkelissa tarkasteltiin aktiivista ikääntymistä neljännessä iässä (42). Kiinnostus tätä näkökulmaa kohtaan johtui siitä, että aiemman tutkimuksen mukaan aktiivinen ikääntyminen liitetään yleensä kolmanteen ikävaiheeseen (29, 14). Haastateltavat tarvitsivat jo palveluita, minkä vuoksi heitä voidaan pitää neljäsikäläisinä (43), muistaen kuitenkin ikävaiheet sosiaalisesti konstruoiduiksi (31, 34) ja huomioiden myös niiden normatiivisuuden (35). Aktiivisuus neljännessä iässä voidaan nähdä Honkasalon (44) pientä toimijuutta soveltaen pienenä aktiivisuutena, jossa asioita tehdään pienemmin, soveltaen, toisten avulla, mutta myös luopuen. Aktiivisuus ei siis lopu, mutta se muuttaa muotoaan. Koska henkilöt ja myös heidän aktiivisuutensa olivat riippuvaisia palveluista ja lähipiirin avusta, heidän asemaansa voidaan pitää myös prekaarina eli epävarmana (45). Palveluiden hankala saatavuus ja harveneva lähipiiri voi lisätä epävarmuuden tunnetta.

Neljännessä artikkelissa (46) ei tarkasteltu suoraan aktiivista ikääntymistä vaan teknologian

käyttöä. Teknologian käyttö kuitenkin liittyy läheisesti aktiiviseen ikääntymiseen (esim. 47), koska se voi tukea aktiivisuutta tarjoamalla esimerkiksi mahdollisuuden jumppaohjelmiin ja yhteydenpitoon läheisten kanssa. Artikkelissa keskityttiin kuvapuhelimen käyttöön. Tulostemme mukaan, teknologian käyttö onnistui, jos se tuki terveyttä ja turvallisuutta, yhteydenpitoa ja oppimista. Kun näin ei tapahtunut, teknologiaa ei otettu mukaan päivittäiseen elämään.

Aiemmassa tutkimuksessa on havaittu, että ei ole vain yhtä versiota aktiivisesta ikääntymisestä (13, 48). Tutkimukseni perusteella voidaankin todeta, että diskurssi esiintyy eri tavalla erilaisissa konteksteissa, työuran pidentäminen korostuu pääkirjoituskontekstissa, palvelujen intensiivisemmän käytön siirtäminen mahdollisimman myöhäiseen vaiheeseen ja kotona asuminen politiikkakontekstissa, arjen rutiinit ja pieni aktiivisuus arjen kontekstissa ja teknologian käyttö teknologiakontekstissa. Diskurssi myös tarkoitti monia asioita, kuten työuran pidentämistä, terveellisiä elintapoja, vapaaehtoistyötä, omaishoitoa, poliittista osallistumista, rutiineja ja pientä aktiivisuutta. Tämäkin vaihteli kontekstista riippuen, työuran pidentäminen ei esimerkiksi juurikaan näkynyt haastateltavien puheessa tai vanhuspoliittisissa ohjelmissa. Ympäristön tuki, eli esimerkiksi läheisten ja palveluiden tuoma apu, oli tärkeässä roolissa. Tämä saattoi tarkoittaa asioiden tekemistä mahdollisimman itsenäisesti jonkun avustamana, mutta myös työyhteisöä, jossa ageismia eli ikäsyrjintää torjutaan työuran pidentämisen mahdollistamiseksi.

Diskurssi kohtasi esteitä, vastarintaa ja siihen liittyy ristiriitoja. Aktiivisuutta esti tai hankaloitti köyhyys ja ikääntyneet naiset saattoivat kärsiä kaksoissyrjinnästä niin ikänsä kuin sukupuolensakin perusteella. Vastarintaa (49) esiintyi esimerkiksi teknologian käyttöä ja työuran pidentämistä kohtaan. Diskurssi sisältää myös ristiriitoja. Poliittiseen aktiivisuuteen vanhusneuvostoihin osallistumisen muodossa kannustettiin vanhuspoliittisissa ohjelmissa, kun taas mielenosoittamiseen ja äänestysaktiivisuuteen liittyi pääkirjoituskontekstissa voimakkuuden lisäksi tietynlaista uhkaa johtuen ikääntyneiden suuresta määrästä. Kotona asumista toisaalta tuettiin politiikkakontekstissa, mutta yhdessä ohjelmassa tuotiin esiin kotona asumisen mahdottomuutta harvaan asutulla seudulla.

Aktiivisen ikääntymisen diskurssi myös rakentaa ihmiskuvaa, joka on pystyvä ja mahdollisimman vähän palveluja kuormittava. Tämä jättää vähän tilaa avuntarpeelle. Aktiivisuus ei välttämättä ole valinta, vaan esimerkiksi kotona asuminen tai työuran pidentäminen voi olla pakon sanelemaa (ks. 21). On myös hyvä pohtia, mikä seuraus leikkauksilla on aktiivisuudelle, kun leikataan ikääntyneiden palveluista. Palvelut ja läheisten tuki ovat merkittävässä roolissa, ja puutteet niissä voivat aiheuttaa prekaarisuuden, epävarmuuden tunnetta. Onko tarkoitus, että kunkin tulee huolehtia itsestään niin, että pärjää mahdollisimman itsenäisesti? Tässä kohden palaankin jälleen mummooni. Hänen kasvaessaan sosiaalipolitiikka oli hyvin erilaista ja hyvinvointipalvelut nykyiseen nähden vähäisiä. Ihmisten oli pakko pärjätä itsekseen ja yhteisön turvin. Joskus pelkään, että olemmeko menossa takaisin tähän suuntaan. Säästöt kutistavat ja ohentavat turvaverkkoja – tuen tarve taas ei häviä minnekään. Voiko aktiivisuuden siis valita vai voiko se olla joissain tilanteissa pakotettua? Yhtäältä ikääntyneen hyvinvointia voi lisätä liikuntaharrastukset ja sosiaaliset menot. Toisaalta taas yksin kotona pärjääminen itsenäisyyden nimissä tai työuran jatkaminen pienen eläkkeen pelossa voi olla pakotettua ja yksinäistä (ks. 21). Eli aktiivisuuden hyvät puolet on toisaalta muistettava eikä myöskään pidä holhota ikääntyneitä aktiivisuudelta – monet haluavat olla aktiivisia ja pikemminkin pitäisi tarkastella kriittisesti jatkuvaa pystyvyyden ja itsepärjäämisen kulttuuria, ikään katsomatta (8).

Aktiivisesta ikääntymisestä puhuttaessa törmää väkisinkin käsitteen moninaisuuteen ja hankalaan määriteltävyyteen (23). Yhtäältä aktiivista ikääntymistä ei voida määritellä liian tiukasti, jos halutaan, että erilaiset ihmiset pysyvät mukana. Toisaalta mitä aktiivisuudella tavoitellaan ja voiko mikä vain vastata tätä tavoitetta? Diskurssin kontekstisidonnaisuus on siis huomioitava.

Olennainen osa tutkimusta on oman tutkijan position määrittäminen. Tähän liittyen palaan gerontologiseen sosiaalityöhön ja siihen, miten minulla ei ole taustaa sosiaalityöstä. Tämän vuoksi on tuntunut hankalalta sanoa mitään tutkimuksestani sosiaalityön kentälle. Koen kuitenkin voivani todeta seuraavaa: sosiaalityö on myös yhteiskuntatiede (50) ja yhteiskuntatieteilijän osaamiseen kuuluu muun muassa sen hah-

mottaminen, miten erilaiset politiikat, käsitteet, rakenteet ja diskurssit vaikuttavat eri ihmisiin. Sillä on merkitystä, miten puhumme asioista ja minkälaisia käsitteitä käytämme. Peräänkuulutankin siis kriittisyyttä ja tarkkanäköisyyttä.

LÄHTEET

(1) World Health Organization (WHO). Active Ageing: A Policy Framework 2002. Luettu 1.3.2021. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1

(2) Jacobsen FF. Active ageing. IPDJ 2017;7(Suppl): 1–13. https://doi.org/10.19043/ipdj.7SP.003

(3) Zechner M, Näre L, Karsio O ym. The politics of ailment. A new approach to care. Bristol University Press: Policy Press; 2022

(4) van Dijk T A. Discourse and context. A sociocognitive approach. Cambridge University Press; 2008.

(5) van Dijk T A. Society and discourse: How social contexts influence text and talk. Cambridge University Press; 2009.

(6) Seppänen M. Gerontologinen sosiaalityö. Katsaus lähtökohtiin, nykytilaan ja tulevaisuuteen. Helsinki: Yliopistopaino; 2006.

(7) Katz S. Critical gerontological theory: intellectual fieldwork and the nomadic life of ideas. Kirjassa Katz S (toim.) Cultural aging: Life course, lifestyle, and senior worlds. Broadview Press; 2005, 85-100.

(8) van Dyk S. The appraisal of difference: critical gerontology and the active-ageing-paradigm. J. Aging Stud. 2014; 31, 93–103. https://doi.org/10.1016/j.jaging.2014.08.008

(9) Blaikie A. Ageing and popular culture. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.

(10) Fairclough N. Critical discourse analysis. Kirjassa Gee, J P, Handford, M (toim.). The Routledge handbook of discourse analysis. London: Routledge; 2012, 9–20.

(11) Willig C. Foucauldian discourse analysis. Kirjassa Willig C (toim.) Introducing qualitative research in psychology. Buckingham: Open University Press; 2001, 106–124.

(12) Mounk, Y. The age of responsibility: luck, choice, and the welfare state. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 2017.

(13) Lassen A J. Active ageing and the unmaking of old age: the knowledge productions, everyday practices and policies of the good late life. Københavns Universitet, Det Humanistiske Fakultet; 2014.

(14) Foster L, Walker A. Active and successful aging: a European policy perspective. The Gerontol. 2015; 55(1):83–90. https://doi.org/10.1093/geront/gnu028

(15) Foster L, Walker A. Active ageing across the life course: Towards a comprehensive approach to prevention. BioMed Res. Int. 2021; 6650414-11. https://doi.org/10.1155/2021/6650414

(16) Havighurst R J. Successful ageing. The Gerontol. 1961; 1(1): 8–13. https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8

(17) Lynott R J, Lynott P P. Tracing the course of theoretical development in the sociology of aging.The Gerontol. 1996; 36(6), 749–760. doi:10.1093/geront/36.6.749

(18) Cumming E, Henry W E. Growing Old. The Process of Disengagement. New York: Basic Books; 1961.

(19) Álvarez-García J, Durán-Sánchez A, Del Río-Rama, MdLCD ym. Active ageing: mapping of scientific coverage. Int J Environ Res Public Health 2018;15(12):2727–48. https://dx.doi.org/10.3390/ijerph15122727

(20) Leinonen A. Tuottava ikääntyminen: käsitteestä käyttömahdollisuuksiin. YP 2007:72(3):295–308.

(21) Timonen V. Beyond successful and active ageing: a theory of model ageing. Bristol, UK: Policy Press; 2016.

(22) World Health Organization (WHO). Global strategy and action plan on ageing and health 2017. Luettu 30.8.2024. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/329960/9789241513500-eng.pdf?sequence=1.

(23) Hasmanová Marhánková J. Seductive solutions, inspiration, easy-to-remember phrases, and ambiguity: Why is the idea of active ageing so successful? Kirjassa: Tomczyk Ł, Klimczuk A (toim.) Selected contemporary challenges of ageing policy. Kraków: Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie; 2017, 7–25. DOI:10.24917/9788380840911.

(24) AAI, Active Ageing Index Home. AAI project, joint project by the United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) and the European Commission. Luettu 4.11.2022. https://statswiki.unece.org/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home.

(25) López-López R, Sánchez M. The institutional active aging paradigm in Europe (2002–2015). The Gerontol. 2020; 60(3), 406–15. https://doi.org/10.1093/geront/gnz094

(26) Ranzijn R. Active ageing – another way to oppress marginalized and disadvantaged elders? Aboriginal elders as a case study. J. Health Psychol. 2010; 15(5):716–23. https://doi.org/10.1177/1359105310368181

(27) Lloyd L. Health and care in ageing societies. A new international approach. University of Bristol: The Policy Press; 2012. (Foreword by Judith Phillips)

(28) Lloyd L, Tanner D, Milne A ym. Look after yourself: Active ageing, individual responsibility and the decline of social work with older people in the UK. Eur. J. Soc. Work 2014; 17 (3), 322–335. https://doi.org/10.1080/13691457.2013.829805.

(29) Petrová Kafková M. The “real” old age and the transition between the third and fourth age. Sociológia – Slovak Sociological Review, 2016; 48 (6), 622–640.

(30) Gilleard C, Higgs P. Concept forum – The third age: Class, cohort or generation? Ageing Soc. 2002; 22(3), 369–382. https://doi.org/10.1017/S0144686X0200870X

(31) Gilleard C, Higgs P. Aging without agency: Theorizing the fourth age. Aging Ment. Health, 2010; 14(2), 121–128. https://dx.doi.org/10.1080/13607860903228762

(32) Higgs P. Agency & autonomy. Kirjassa Torres S, Donnelly S. (toim.) Critical gerontology for social workers. Research in social work series, Gupta, A. & Gal, J.. Bristol University Press: Policy Press; 2022, 51–65.

(33) Laslett P. A fresh map of life: The emergence of the third age. London: Weidenfeld and Nicolson; 1989.

(34) Higgs P, Gilleard C. Rethinking old age. Theorising the fourth age. London: Palgrave Macmillan; 2015.

(35) Burema D. A critical analysis of the representations of older adults in the field of human–robot interaction. AI Soc. 2022; 37(2), 455–465. https://doi.org/10.1007/s00146-021-01205-0

(36) Tuomi J, Sarajärvi A 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi; 2009.

(37) Perelman C, Olbrechts-Tyteca L. The new rhetoric: a treatise on argumentation. 2nd pr. Notre Dame (IN): University of Notre Dame Press; 1971.

(38) Callon M. Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay. Kirjassa Law J (toim.), Power, action and belief: A new sociology of knowledge? London: Routledge; 1986, 196–223.

(39) Kiuru H. Aktiivisen ikääntymisen diskurssi Helsingin Sanomien pääkirjoitusaukeamalla vuosina 2000–2015. *Gerontologia,* 2022;36(2). 143–157.

(40) Kiuru H, Laulainen S, Valokivi H. Aktiivinen ikääntyminen kuntien vanhuspoliittisten ohjelmien retoriikassa. Hallinnon tutkimus, 2024;43(1), 51.

(41) Siltaoja M & Vehkaperä M. Diskurssianalyysi johtamis- ja organisaatiotutkimuksessa. Kirjassa Puusa A & Juuti P (toim.), Menetelmäviidakon raivaajat – perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Helsinki: JTA; 2011, 206–231.

(42) Kiuru H, Valokivi H. “I do those things to pass the time.”: Active ageing during fourth age. J. Aging Stud., 2022;61, 101037.

(43) São José, J M S D. Care and the shadow of the fourth age: How does home care get caught up in it and how does it stay away from it? Ageing Soc., 2020;40(3), 643-662. https://dx.doi.org/10.1017/S0144686X18001241

(44) Honkasalo M. Katveessa: Pieni toimijuus kriittisenä avauksena toiminnan teoriaan. Tiede & Edistys: Tutkijaliiton aikakauslehti, 2013;38(1), 42–61.

(45) Grenier A, Lloyd L, Phillipson C. Precarity in late life: Rethinking dementia as a ‘frailed’ old age. SHI, 2017;39(2), 318–330. https://doi.org/10.1111/1467-9566.12476

(46) Outila M, Kiuru H. “Picturephone in my home”: Actor-network theory and Foucauldian discourse analysis on Northern Finnish older adults starting to use a video conferencing service. Journal of technology in human services, 2020;39(2), 163–192.

(47) Lindberg J, Carlsson E. Digitala vårdlandskap: Kritiska reflektioner om e-hälsa i glesbygden. Social-medicinsk tidskrift, 2018;95(1), 62.

(48) Lassen A J, Moreira T. Unmaking old age: political and cognitive formats of active ageing. J Aging Stud 2014;30(1):33–46. https://doi.org/10.1016/j.jaging.2014.03.004

(49) Foucault M. The history of sexuality: vol. 1, an introduction. Harmondsworth: Penguin, 1990.

(50) Kallio J, Blomberg H, Kroll C. Miksi minusta tulee sosiaalityöntekijä? Tutkimus sosiaalityön pääaineopiskelijoiden ammatinvalintamotiiveista Suomessa. YP, 2021;86(5), 497–508.

Hilla Kiuru
YTM (väit.)
Jyväskylän yliopisto,
Humanistis-yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
Sosiaalityö

Yhteiskuntatieteiden maisteri Hilla Kiurun väitöskirja (Aktiivinen ikääntyminen – diskurssin rakentuminen eri konteksteissa) tarkastettiin Jyväskylän yliopiston humanistis-yhteiskuntatieteellisessä tiedekunnassa 24.8.2024. Vastaväittäjänä toimi professori Anu Siren Tampereen yliopistosta ja ohjaajina prosessori Heli Valokivi Jyväskylän yliopistosta, professori Sanna Laulainen Itä-Suomen yliopistosta ja apulaisprofessori Ilkka Pietilä Helsingin yliopistosta.

Välitätkö siitä mitä ympärilläsi tapahtuu? Koherenssin tunteen voima elämässä ja kuolemassa

Oletko koskaan pohtinut, miten suhtaudut elämään? Oletko koskaan kysynyt itseltäsi, mitä järkeä tässä kaikessa on? Ehkä olet joskus miettinyt, onko sinulla oikeastaan edes vapaata tahtoa. Kuinka paljon voit vaikuttaa siihen, mitä sinulle on tapahtunut, mitä tapahtuu juuri nyt, tai mitä tulee tapahtumaan tulevaisuudessa? Toisaalta oletko pohtinut, miten paljon välität siitä, mitä ympärilläsi tapahtuu? Lähipiirissäsi, työyhteisössäsi, yhteiskunnassa, maailmassa?

Edelleen oletko miettinyt, miten toisten ihmisten käyttäytyminen vaikuttaa tapaasi kokea elämä? Tai pohtinut, millainen luottamus sinulle on syntynyt suhteessa tulevaisuuteen ja toisiin ihmisiin? Ja viimeisenä, mutta ei vähäisimpänä: oletko koskaan pohtinut elämän tai kuoleman tarkoitusta? Mikä kuljettaa sinua eteenpäin, vaikka kohtaisit elämässä haasteita ja kärsimystä? Mikä antaa sinulle voimaa jatkaa eteenpäin silloinkin, kun kaikki tuntuu vaikealta?

Vastauksesi näihin kysymyksiin kertovat paljon sinun koherenssin tunteestasi – siitä, kuinka ymmärrettävältä, hallittavalta ja merkityksellisel-tä [1] elämä sinulle näyttäytyy. Vastaukset näihin kysymyksiin eivät ole vain teoreettisia – ne ovat loppujen lopuksi käytännön elämään liittyviä kysymyksiä, joilla voi olla suora yhteys psyykkiseen ja fyysiseen terveyteemme, yksilön ja yhteiskunnan resilienssiin eli kriisinkestävyyteen sekä lopulta kuolleisuuteen.

Väitöskirjani tutkii koherenssin tunteen yhteyttä kuolleisuuteen. Mikä sitten motivoi minua valitsemaan juuri tämän teeman? Jälkeenpäin voisi ajatella, että aiheen merkityksellisyys olisi ollut ajava voima. Mutta itseasiassa hallittavuus oli alussa vieläkin tärkeämpi tekijä, ja voin suositella tätä lähestymistapaa muillekin tutkijanpolkua suunnitteleville. Ennen nykyistä aihetta minulla oli hyväksytty toinen, sangen tunnepitoinen, jatkotutkimussuunnitelma, joka kuitenkin kaatui omaan mahdottomuuteensa. Se olisi vaatinut mittavan aineiston keräämisen tyhjästä. Onneksi sattuma antoi uuden mahdollisuuden.

Törmäsin Itä-Suomen yliopiston käytävillä entiseen opiskelutoveriini ja pro graduni ohjaajaan, joka istuu täällä tänään kustoksenani. Voimavarojen ja kriisinkestävyyden näkökulmasta tällaiset verkostot ja käytäväkeskustelut ovat kultaakin arvokkaampia. Ari Voutilainen kertoi minulle rikkaasta aineistosta, jota Itä-Suomen yliopisto hallinnoi. Tämän aineiston lähtötaso kerättiin jo 1980-luvulla. Kyseessä on kuopiolainen sepelvaltimotaudin vaaratekijät eli SVVT-tutkimus [2]. Sen alkuperäisenä tavoitteena oli selvittää, miksi alueen miehillä oli Suomessa suurin riski kuolla sydän- ja verenkiertoperäisiin sairauksiin [2].

Tämän aineiston ja Ari Voutilaisen tilastotieteellisen asiantuntemuksen myötä väitöstutkimukseni hallittavuus oli nyt kunnossa. Enää tuli löytää ymmärrettävyys ja merkityksellisyys. Tässä auttoi väitöskirjatyöni pääohjaaja Tomi-Pekka Tuomainen. Istuimme porukalla alas ihmettelemään SVVT-tutkimuksen paksua muuttujaluettelokirjaa. Yksittäisiä muuttujia oli tuhansia: taustatekijöitä, veriarvoja, fysiologisia mittauksia, kyselyitä ja niin edelleen. Selatessani tätä loputonta runsauden sarvea katseeni pysähtyi tuttuun termiin, joka oli koherenssin tunne.

Tutustuin koherenssin tunne -käsitteeseen ensimmäistä kertaa terveyden edistämisen kurssilla opiskellessani hoitotiedettä. Käsite liittyy keskeisesti Aaron Antonovskyn 1970-luvulla luomaan salutogeeniseen eli terveyslähtöiseen ajatteluun, jonka ydin on pohtia, mitkä seikat edistävät terveyttämme, ei niinkään, mikä aiheuttaa sairautta [3]. Tämä näkökulma on käänteinen perinteiselle epidemiologiselle ajattelulle, jossa keskitytään sairauksien esiintyvyyteen ja niihin vaikuttaviin tekijöihin. Terveyslähtöinen ajattelua on sukua

positiiviselle psykologialle, joka tarkastelee sitä, mikä saa meidät kukoistamaan ja voimaan paremmin [4].

Antonovskyn tekemällä oivalluksella on paitsi erittäin synkkä niin myös toivoa herättävä tausta. Hän työskenteli lääketieteen sosiologian tutkijana ja haastatteli toisen maailmansodan keskitysleireistä selvinneitä naisia [1, 5]. Tästä käsittämättömän epäinhimillisestä kokemuksesta huolimatta monet näistä naisista olivat kohtuullisen terveitä ja onnellisia, he olivat kasvattaneet perheitä, työskennelleet, heillä oli ystäviä, ja he osallistuivat yhteisöjensä toimintaan. Antonovsky alkoi ihmetellä, miten tämä on mahdollista. Miten jotkut selviävät vaikeuksista paremmin kuin toiset?

Tarkemmin asiaa tutkittuaan Antonovsky päätyi tulokseen, että vahva koherenssin tunne antaa etua vaikeuksista selviytymiseen. Hän määritteli koherenssin tunteen yleisenä suhtautumistapana elämään. Ensinnäkin koherenssin tunne kertoo, missä määrin koemme sisäisestä ja ulkoisesta ympäristöstä tulevat ärsykkeet järkeenkäyvinä, jäsenneltyinä, ymmärrettäviä. Toiseksi se kuvaa, miten koemme voivamme vaikuttaa ärsykkeiden asettamiin vaatimuksiin. Ja viimeiseksi, koherenssin tunne kertoo, kuinka paljon asiat ylipäätään jaksavat kiinnostaa meitä.

Tiivistetysti koherenssin tunne jaetaan kolmeen komponenttiin: elämän ymmärrettävyyteen, hallittavuuteen ja merkityksellisyyteen [1]. Ymmärrettävyys on koherenssin tunteen älyllinen komponentti, loogisen ajattelun tulos. Hallittavuus liittyy puolestaan kykyyn toimia ja hyödyntää voimavaroja. Merkityksellisyys taas on tunnekomponentti, joka kertoo, nuorisokielellä ilmaistuna, onko motii; nappaako sinua, jaksatko välittää.

Palatkaamme hetkeen, joka synnytti minulle tunnesiteen ja ymmärryksen tänään käsiteltävään aiheeseen. Nähdessäni, että kuopiolaisille keski-ikäisille miehille, joihin saatoin myös samaistua, oli tehty koherenssin tunne -kysely, mieleeni palautui erityisesti aiheeseen liittyvä Elämän Virta -metafora [6], ja sen yhteys terveyteen, sairastavuuteen ja kuolleisuuteen. Elämä on kuolemista, lauletaan Juice Leskisen Syksyn sävel -kappaleessa. Juice tarkoittanee, että me kaikki liikumme vääjäämättä kohti tätä lopputulemaa elämän virrassa.

Kuitenkin jokaisen virta on erilainen. Joillakin se on suhteellisen rauhallinen, toisilla on pauhaavia koskikohtia, lohkareita, joihin törmätä ja asioita, jotka yrittävät painaa pinnan alle. Paitsi, että virta on erilainen, meillä on myös erilainen kyky kellua tai uida, ottaa vastaan virran tapahtumat. Osa meistä joutuu sinnittelemään pinnalla yksin, toiset saavat apua- kellukkeet tai kannattelua muilta ihmisiltä tai yhteiskunnalta, kuten minä sain esimerkiksi läheisiltäni, ystäviltäni, väitöskirjani ohjaajilta ja Itä-Suomen yliopistolta.

Virran vaikutukset meihin vaihtelevat. Osa katkeroituu törmätessään kosken kiviin tai väsyy jatkuvaan ponnisteluun. Toiset taas jaksavat uskoa siihen, että kovien pyörteiden jälkeen tulee suvantokohtia. Virran haarautuessa osa ajautuu vaarallisille vesille ja tekee haitallisia elämäntapavalintoja. Yhdessä nämä psyykkiset, fyysiset ja elämäntapavalintoihin liittyvät tapahtumat ovat yhteydessä koherenssin tunteeseen ja vaikuttavat terveyteen [7, 8]. Suorin vaikutusmekanismi on vaikkapa pitkittyneen stressin osoitettu vaikutus kehon kortisolitasoihin ja matala-asteiseen tulehdukseen [9].

Tällaisten mielikuvien ja tarinoiden kautta minulle syntyi tunneside päivän aiheeseen. Siirtykäämme seuraavaksi syventämään ymmärrystä aiheesta. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että vahva koherenssin tunne korreloi selvästi psyykkisen hyvinvoinnin kanssa ja edistää kykyä käsitellä stressiä [10]. Kuitenkin koherenssin tunteen yhteys fyysiseen terveyteen tai sairastavuuteen on ollut epäselvä [10, 11]. Tämä voi johtua siitä, ettei ylikuormittava stressi liity selvästi mihinkään yksittäiseen sairauteen, vaan voi ilmetä monin eri tavoin [12]. Kuolleisuus sen sijaan yhdistää sekä psyykkiset, fyysiset että käyttäytymiseen liittyvät tekijät yhteen.

Halusin väitöskirjassani selvittää, miten koherenssin tunne on yhteydessä kuolleisuuteen. Väitöskirja koostuu kolmesta osatyöstä. Ensimmäisessä osatyö otti laajan näkökulman aiheeseen. Siinä pyrimme kokoamaan yhteen senhetkisen tiedon koherenssin tunteen yleisestä yhteydestä kuolleisuuteen. Seuraavaksi kiinnostuin tutkimaan, miten koherenssin tunteen mahdollinen muuttuminen elämän virrassa liittyy kuolleisuuteen. Viimeisessä osatyössä siirryin koherenssin tunteen yleisestä tarkastelusta sen kolmen

osa-alueen ja yksittäisten kysymysten yhteyksiin kuolleisuuteen.

Ensimmäisen osatyön aineisto koostui tieteellisistä julkaisuista, jotka haettiin systemaattisella haulla kahdeksasta eri tietokannasta. Tietokantatulosten lisäksi huomioimme SVVT -tutkimuksen aineiston. Havaitsimme, että ne, jotka kuuluivat heikoimpaan koherenssin tunteen kolmannekseen, olivat 17 prosenttia suuremmassa riskissä kuolla seurannassa kuin ne, jotka kuuluivat vahvimpaan kolmannekseen. Tämä malli huomioi useita muita kuolleisuuden riskitekijöitä. Koherenssin tunteella oli siis yleinen yhteys kuolleisuuteen.

Toinen osatyö tarkasteli koherenssin tunteen muuttumisen yhteyttä kuolleisuuteen. Voisimme aluksi pohtia, voiko koherenssin tunne ylipäätään muuttua. Käsitteen kehittäjä Antonovsky oletti, että vaikka koherenssin tunne voi hetkellisesti heilahdella elämäntapahtuminen seurauksena, se palaa yksilön perusarvoon, joka kehittyy 30 ikävuoteen mennessä. Sittemmin on havaittu, että koherenssin tunteemme vahvistuu keskimäärin jonkin verran ikääntymisen myötä, mutta negatiiviset elämäntapahtumat, voivat myös heikentää sitä.

SVVT-tutkimus tarjosi erinomaisen tilaisuuden tutkia koherenssin tunteen muutoksen yhteyttä kuolleisuuteen, sillä 11 vuotta lähtötasomittausten jälkeen kaikki 1007 elossa olevaa osallistujaa kutsuttiin seurantamittauksiin, ja noin 850 osallistujaa vastasi koherenssin tunne -kyselyyn uudelleen. Seurasimme heidän kuolleisuuttansa vuoden 2018 loppuun asti. Tuloksina havaitsimme, että koherenssin tunteen heikkeneminen suurensi kuoleman vaaraa: esimerkiksi noin kuuden prosentin heikkeneminen nosti kuoleman vaaraa noin 35 prosenttia.

Toisen osatyön jälkeen terävöitin tarkastelua yleisestä koherenssin tunteesta sen kolmeen osa-alueeseen (ymmärrettävyyteen, hallittavuuteen ja merkityksellisyyteen) ja yksittäisiin kysymyksiin koherenssin tunne -kyselylomakkeessa. Aineistona toimi jälleen SVVT-tutkimuksen osallistujat. Tähän analyysiin otimme mukaan kaikki 2300 miestä, jotka olivat vastanneet alussa koherenssin tunne -kyselyyn. Havaitsimme, että ainoastaan merkityksellisyyden osa-alue ennakoi kuolleisuutta: niillä, joilla merkityksellisyyden tunne oli heikko, oli 14 prosenttia suurempi vaara kuolla kuin niillä, joilla tunne oli vahva.

Lopuksi tarkastelin, miten yksittäiset kysymykset koherenssin tunne -mittarissa ennakoivat kuolleisuutta. Yllätykseksemme havaitsimme, että ainoastaan yksi kysymys ennakoi kuolleisuutta keski-ikäisillä miehillä: ne, jotka vastasivat heikot pisteet kysymykseen "*Kuinka usein sinulla on sellainen tunne, ettet oikeastaan välitä siitä, mitä ympärilläsi tapahtuu?*" olivat 18 prosenttia suuremmassa vaarassa kuolla kuin ne, jotka antoivat vahvat pisteet. Vahvan välittämisen merkitystä korosti se, että myös keskimääräiset pisteet vastanneilla oli 15 prosenttia suurempi vaara kuolla.

Kolmannen osatyön havainnot tukevat koherenssin tunne -mittarin kehittäjän Aaron Antonovskyn teorioita. Hänen mukaansa juuri merkityksellisyys on avainasemassa terveytemme kannalta [1]. Elämän ymmärtäminen tai suuretkaan aineelliset tai aineettomat resurssit eivät riitä, jos emme koe olemisen merkitystä. Ilman välittämisen tunnetta menetämme pian kyvyn hallita voimavarojamme ja ymmärryksen asioiden syy- ja seuraussuhteista [1]. Toisaalta olkaamme armollisia välittämisen määrästä. Antonovsky sanoitti, että henkilö, jolla on vahva koherenssin tunne, uskoo asioiden sujuvan lopulta *kohtuullisen* hyvin [3]. Kohtuuden tavoittelu sopii mielestäni myös suomalaiseen mielenlaatuun.

Lektion alussa esitin monia kysymyksiä, jotka liittyivät suhtautumiseesi elämään. Tämän väitöstutkimuksen tulosten perusteella, niillä kaikilla voi olla yhteys siihen, kuinka nopeasti kuolemme. Erityisesti kannattanee pohtia, kuinka paljon välität siitä, mitä ympärilläsi tapahtuu. Pitkä elämä yksinään, ilman pohdintaa elämän laadusta, voi olla tyhjä tavoite, mutta vahva koherenssin tunne voi yhdistää sekä pitkän että hyvän elämän.

LÄHTEET

(1) Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. 1987. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass (A Joint publication in the Jossey-Bass social and behavioral science series and the Jossey-Bass health series).

(2) Salonen JT. Is there a continuing need for longitudinal epidemiologic research? The Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study. Ann Clin Res. 1988;20(1–2):46–50.

(3) Antonovsky A. Health, stress, and coping. 1979. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. The Jossey-Bass social and behavioral science series.

(4) Joseph S, Sagy S. Positive Psychology and Its Relation to Salutogenesis. 2022. In: Mittelmark MB, Bauer GF, Vaandrager L, et al., editors. The Handbook of Salutogenesis [Internet]. 2nd edition. Cham (CH): Springer.

(5) Lindström B, Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. Health Promot Int. 2006 Sep;21(3):238–44. doi: 10.1093/heapro/dal016.

(6) Eriksson M, Lindström B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. Health Promot Int. 2008 Jun;23(2):190–9. doi: 10.1093/heapro/dan014.

(7) Super S, Verschuren WM, Zantinge EM, ym. A weak sense of coherence is associated with a higher mortality risk. J Epidemiol Community Health. 2014 May;68(5):411–7. doi: 10.1136/jech-2013-203085.

(8) Geulayov G, Drory Y, Novikov I, ym. Sense of coherence and 22-year all-cause mortality in adult men. J Psychosom Res. 2015 Apr;78(4):377–83. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.12.010.

(9) Mehdi S, Wani SUD, Krishna KL, ym. A review on linking stress, depression, and insulin resistance via low-grade chronic inflammation. Biochem Biophys Rep. 2023 Nov 1;36:101571. doi: 10.1016/j.bbrep.2023.101571.

(10) Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. J Epidemiol Community Health. 2006 May;60(5):376–81. doi: 10.1136/jech.2005.041616.

(11) Flensborg-Madsen T, Ventegodt S, Merrick J. Sense of coherence and physical health. A review of previous findings. ScientificWorldJournal. 2005 Aug 25;5:665–73. doi: 10.1100/tsw.2005.85.

(12) Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. Am J Epidemiol. 1976 Aug;104(2):107–23. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a112281.

Ilkka Piiroinen
TtT

Terveystieteiden maisteri Ilkka Piiroisen väitöskirja *Associations between sense of coherence and mortality: A study based on data from the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study* tarkastettiin Itä-Suomen yliopiston terveystieteiden tiedekunnassa 13.9.2024. Vastaväittäjänä toimi professori Taru Feldt Jyväskylän yliopistosta ja ohjaajina professori Tomi-Pekka Tuomainen, tutkimuspäällikkö Ari Voutilainen ja professori Tommi Tolmunen Itä-Suomen yliopistosta.

Masennusten määrittelyjen taustoista ja seuraamuksista

Masennusta koskevan tiedon ajankohtaisuutta ei tarvinne suuremmin perustella. Masennus on koko tämän vuosituhannen kiinnostanut ja puhuttanut. Yleensä kyse on huolesta. Miksi ihmiset jäävät niin sankoin joukoin masennusdiagnoosin tähden sairauslomille ja jopa työkyvyttömyyseläkkeelle? Miksi masennuslääkkeitä määrätään niin paljon? Viime vuosina mielenterveysperustaiset sairauspoissaolot ovat kasvaneet voimakkaasti ja tällä hetkellä joka kymmenes suomalainen syö masennuslääkkeitä. Huolta on inhimillisestä kärsimyksestä. Miksi ihmiset voivat pahoin? Erityisesti huolta on taloudesta. Ihmiset jäävät pois työstä ja opinnoista. Masennus on kallista sekä yksilöille että valtiolle. Usein kysymys lopulta onkin: Miten paljon masennus maksaa?

Masennus kiinnostaa myös tutkijoita ja yhä useammat tieteenalat ovat kiinnostuneita siitä. Masennus ei ole enää vain psykiatrian ja psykologian tutkimuskohde, vaan tutkimusta tehdään laajalti myös muun muassa yhteiskuntatieteellisestä ja humanistisesta näkökulmasta. Oma tutkimukseni lähestyy masennusta kulttuurihistoriallisen katseen kautta.

Tällä vuosituhannella on aivan omanlaisensa tavat käsittää masennus ja puhua siitä. Tavallisen ihmisen silmissä tämän vuosituhannen masennus voi olla vaikea ymmärtää. Se on aina muuntautuva kameleontti, joka vaihtaa väritystään sopimaan aina kuhunkin masennusdiagnoosin saaneeseen yksilöön. Tämä oli se, mikä itseni sai tarttumaan tähän tutkimukseen. Tuntui, että masennuksesta puhuttiin kaikkialla, mutta samalla en ymmärtänyt yhtään mistä puhuttiin. Halusin ymmärtää.

Valitsin tutkimuskohteeni sen perusteella, keiden ajattelin eniten vaikuttaneen tämän päivän masennusta koskeviin käsityksiin. Ennen tutkimustyötäni oletin mielenterveyden ammattilaisten jotenkin aktiivisesti muokanneen meidän kaikkien tapoja ajatella oman työnsä kautta. Muutos ei tapahtunut missään nimessä näin yksioikoisesti, mutta siitä tarkemmin itse väitöskirjassa.

Tutkimuskohteekseni valitsin näistä syistä Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan ja psykologian laitoksen opiskelijat, väitöskirjatutkijat ja erikoistuvat lääkärit ja ajanjakson rajasin alkamaan vuodesta 1980 ja päättymään vuoteen 1995. Toisin sanoen valitsin tällä vuosituhannella mielenterveyspalveluissa työskentelevien ihmisten elämän ajanjakson, jolloin he itse olivat uuden äärellä oppimassa, opettelemassa ja muuttamassa omia käsityksiään masennuksesta.

Halusin tutkia elänyttä yksilön tietoa, joten tutkimuskohteeni ei ollut ainoastaan oppikirjallisuuden tai vaikkapa väitöskirjojen välittämät käsitykset. Halusin analysoida Turun yliopistolla opiskelleita ja tutkimusta tehneitä ryhmänä ja heidän tietoaan ryhmätietona. Tutkimuksessani lähestynkin näitä ihmisiä yksittäisistä toimijoista koostuvana ryhmänä, joka omaksuu, tulkitsee, toisintaa ja tuottaa masennuskäsityksiä. Heillä oli aktiivista toimijuutta masennuskäsitysten tulkitsijoina. Jokaista tarjolla ollutta masennusmääritelmää ei omaksuttu sellaisenaan eikä kaikesta muodostunut pysyvää tietoa. Näistä syistä olenkin tutkimuksessani paikantanut masennukseen liittyviä merkitystihentymiä eli hakenut toistuvia määritelmiä.

Aloitettuani väitöskirjatutkimukseni tuli minulle selväksi, että Turun yliopistossa opiskelleet ja tutkineet eivät muodostaneet käsityksiään vain tieteestä. He olivat omaksuneet masennusta koskevia käsityksiä jo ennen tieteellisiä opintojaan tai tutkimustyötään. Samalla heillä oli opintojen ja tutkimustyön lisäksi muuta elämää – henkilökohtaista ja usein myös ammatillista – jota kautta masennuskäsitykset kiersivät. Myös opinnoissa ja tutkimustyössä kulki tieteellisten masennuskäsitysten rinnalla masennusta koskevia määritelmiä, jotka olivat tieteen sijasta peräisin arjen puhetavoista tai yhteiskunnan asettamista laista, asetuksista tai suosituksista.

Tutkimuksessani kirjoitan masennusmäärite lmiä muodostaneista tahoista tiedon piireinä ja erotan toisistaan tieteen tiedon piirin, arjen tiedon piirin ja hallinnon tiedon piirin. Jokaisessa näissä oli 1980- ja 1990-luvuilla omat masennuskäsityksensä ja jokaisen tiedon piirin masennuskäsitykset myös muuttuivat aivan omanlaistensa kulttuurihistoriallisten muutosten myötä.

Tässä välissä on tärkeä huomioida, että masennuskäsityksiä ei voi tutkia muusta tiedosta irrallisina. Ajanjaksolla vuodesta 1980 vuoteen 1995 eli rinnakkain ja lomittain monia erilaisia masennuksen määritelmiä. Väitöskirjassani puhunkin masennuksista pitkälti monikossa. Masennuksella saatettiin viitata aivan normaaliin, terveeseen ja itsekseen ajan mittaan ohimenevään reaktioon. Samalla toisessa ääripäässä masennuksella saatettiin viitata sairauden muotoon, jonka myötä ihminen lamaantui täysin ja oli puhtaasti toisten hoidon ja avun armoilla. Näiden välissä oli monia erilaisia masennuksen määritelmiä, joita käytettiin kuvaamaan esimerkiksi ikävaihekohtaisia tapoja sopeutua muuttuvaan kehoon ja elämään.

Onkin ymmärrettävä, että yhden tai kahden käsityksen analysoiminen irrallaan kaikesta muusta tiedosta ei välttämättä kerro vielä mitään kyseisen tiedon piirin käsityksistä ihmisyydestä ja mielen toiminnasta. Käsityksiä on analysoitava joukkona ja yhdessä muun mielen toimintaa koskevan tiedon kanssa. Vasta tällöin alkaa piirtymään kuva mitä myös näistä yksittäisistä määritelmistä lopulta ajateltiin ja miten ja mihin niitä käytettiin.

Ajanjaksolla vuodesta 1980 vuoteen 1995 tieteen tiedossa siedettiin epävarmuutta. Masennusten kaltaisten monimutkaisten tilojen yhteydessä tiede on vielä tänäkin päivänä kaukana jäännöksettömästä selittämisestä. Tutkimanani aikana tämä tiedostettiin eikä tiedon aukkoja nähty lähtökohtaisesti negatiivisesti, vaan normaalina osana tiedettä.

Ymmärtääkseen on tärkeää hahmottaa tiedetyn lisäksi myös kaikki se, mitä ei vielä tiedetä tai mikä on vielä epävarmaa. Epävarmuuden lisäksi tieteessä siedettiin ristiriitaisuuksia niiltä osin, kuin se tarkoitti asioiden tarkastelua useammasta ja mahdollisesti toisiaan täydentävästä näkökulmasta. Tieteen alat ja niiden opiskelijat saattoivat tarkastella omaa tieteenalaansa kriittisesti ja tuoda esiin epäkohtia tai kehittämistä vaativia asioita.

Turun yliopiston psykologiassa ja erityisesti psykiatriassa tieteenalat, koulukunnat ja teoriat elivät rinnakkain. Masennus ei ollut yksi, vaan monta. Masennuksilla nähtiin olevan vaihtelevissa määrin yhteisiä tekijöitä. Psykiatriset tautiluokat tunnettiin, mutta ne nähtiin vain työvälineinä muiden ohella eivätkä ne määritelleet ihmistä.

Tutkimuksessani puhun tautiluokkien merkityksen muutoksesta ja kasvusta. Tähän muutokseen vaikutti erityisesti vuonna 1980 Yhdysvalloissa julkaistu tautiluokitus, DSM-III. Hallinnon tiedon tautiluokituksissa tehtiin 1980- ja 1990-luvuilla muutoksia, joissa tällä luokituksella oli suuri merkitys. DSM-III ja sen myöhemmät versiot uudistivat terminologiaa, luokittelun logiikkaa ja jotkut puhuvat jopa paradigmaattisesta muutoksesta.

1980-luvulla kansainvälisten tautiluokitusten ja kansallisen tautiluokituksen uudistamista odotettiin helpottamaan lääkäreiden ja psykiatrien potilastyötä asiakirjoihin kirjoitettujen koodien ajantasaistuessa.

Tautiluokitusten muutokset huomioitiin myös opinnoissa, mutta on huomioitava, ettei tieteen tieto ollut riippuvaista näistä luokituksista. Tieteen tiedossa oli ollut ja oli muutosten jälkeenkin omia tapojaan, termejään ja luokkiaan täsmälliseen kommunikointiin. Yksittäinen tautiluokka ei tieteessä ollut ainut tai pääasiallinen tapa määrittää ihmisen tilaa, vaan siihen voitiin käyttää muita määreitä tarvittaessa pitkänäkin listana tai laajempana kuvauksena.

Yhteiskunnassa kuitenkin kaivattiin yksinkertaisempia ja yhtenäisempiä määritelmiä. 1900-luvun lopulla voidaan puhua mittaamisen keskeisyyden kasvusta viimeistään 1990-luvulla. DSM-pohjaisten sairaus- ja masennuskäsitysten yleistymisen kanssa kulki yhtä matkaa näyttöön perustuvan hoitotyön ja näyttöön perustuvan lääketieteen vaatimus.

Tautiluokkakeskeisyys onkin osa tätä mittaamisen keskeisyyttä. DSM-III ja sen myöhemmät editiot ovat antaneet selkeät mittayksiköt hoitotyön tuloksellisuuden mittaamiselle: Oireet joko vähenevät tai eivät. Oireperustaisuus onkin yksi merkittävimmistä tämän uudenlaisen masennuksen rakennuspalikoista. Hallinnon tiedon järjestelmien kannalta on hyödyllistä redusoida monimutkaiset asiat yksilön ongelmiksi siten, että ongelmien määrittely ja hoito on annettu muutaman rajatun tieteenalan tehtäväksi.

Arjessa puolestaan masennuksen ja ihmisen mielen määritelmät olivat osa jokapäiväistä elämää. 1900-luvun loppupuolelle saakka mielenterveyspotiluus oli rakentunut mielenterveyspalveluiden hyödyntämisen kautta ja erityisesti mielisairaalassa olon kautta. Arjessa tähän liitettiin häpeän mahdollisuus. Häpeäleima saattoi jäädä ihmiseen koko loppuelämäksi. Häpeä liittyi siis alkuun konkreettisiin tiloihin.

Tämä häpeä ei vaatinut sosiaalisuutta, sillä se oli ennalta kulttuurista omaksuttua. Samalla oli saatettu omaksua ajatus, että mielisairaalaan päätyminen tarkoitti yhteiskunnan silmissä oman aktiivisen ja tuottavan kansalaisuuden laiminlyömistä. Arjen tiedossa mielenterveyspalveluita hyödyntävästä ihmisestä käytettiin usein termiä hullu.

Ennen tautiluokkakeskeisyyttä termillä hullu viitattiin kaikkiin mielenterveyspotilaisiin diagnoosista riippumatta. Hullun papereilla viitattiin mielisairaanhoidon mahdollistaneeseen lomakkeeseen. Tautiluokkakeskeisyyden kasvaessa hullun papereiksi muuttui diagnoosin paljastava lääkärin kirjaus. Mielenterveyspotiluus ei alkanut enää astumisella sisään rakennukseen, vaan hetkestä, jolloin ihminen sai tietää hänelle diagnosoidun psykiatrisen tautiluokan.

Tautiluokkakeskeisyyden myötä arjessa alettiin aktiivisesti nostamaan masennuksia mielenterveyshäiriöiden arvoasteikolla. Sairauksien arvoasteikolla psyyken sairaus on hyvin matalalla, mutta aivosairaus korkealla. Tautiluokkien merkityksen kasvaessa skitsofrenialle pedattiin sijaa todellisena hulluutena ja samalla masennuksia verrattiin somaattisiin sairauksiin. Hypoteesi masennuksesta aivokemiallisena epätasapainona vastasi tarpeeseen nostaa masennuksen arvostusta pois psyykkisestä sairastamisesta ja kohti aivosairautta.

Tieteessä, hallinnossa ja arjessa oli siis kaikissa omat masennusmääritelmänsä ja myös tarpeensa ja tavoitteensa näille määritelmille. Se, että yhden tietyn tautiluokituksen valta masennuksen tai nykyään aivan muutaman masennuksen määrittelyssä on kasvanut ja saanut monin tavoin yksinoikeutta määrittelyissä ei ole ollut tieteestä – ainakaan Turun yliopiston tieteestä – noussut toive.

Tarve normatiiviseen ja oirekeskeiseen luokitteluun, tautiluokkien näkemiseen luonnollisina ja kategorisina luokkina ja kaikista lähestymistavoista juuri biopsykiatrisen korostamiseen yli muiden ei tullut Turun yliopiston opintoihin tieteestä, vaan hallinnon ja arjen tiedon piireistä.

Ajanjaksolla vuodesta 1980 vuoteen 1995 Turun yliopistolla eli rinnakkain ja lomittain useita näkökulmia, teorioita ja käsitteitä. Tautiluokat nähtiin käytännöllisinä työvälineinä, kommunikaation välineinä. Hallinnon kautta tullut vaatimus yhden tautiluokan vallasta näyttäytyi Turun yliopiston opinnoissa vaatimuksena totaalisuuteen. Tätä uutta paradigmaa ei voinut omaksua muiden rinnalle, vaan se oli joko omaksuttava muiden tilalle tai oltava sitä vastaan. Erityisesti hallinnon tiedon vaatiman uuden paradigman myötä tullut psykiatristen tautiluokkien luonnollistaminen ei palvellut tieteen tietoa.

Toivoisin tutkimukseni valottavan eri tahojen tiedon muodostumista. Masennukseen liittyvät käsitykset muodostuivat sekä yhdessä hetkessä että pidemmän ajan myötä eri tavoin eri tiedon piireissä. Näin mielestäni kuuluukin olla. Tarvitsemme määritelmiä eri tarkoituksiin ja erilaisiin käyttöyhteyksiin, joten on vain hyödyllistä, että emme yritä ahtaa kaikkea määrittelyä yhteen muottiin läpi kaikkien tiedon piirien. Samalla olisi tärkeä huomioida, että kun jotakin määritellään yhtä tarkoitusta varten, ei määrittely välttämättä ole toimiva toisessa yhteydessä.

Haluaisin myös, ettemme odottaisi muutamalta ammattikunnalta ratkaisua ongelmiin, joiden juurisyyt ovat asioissa, joihin nämä ammatinharjoittajat eivät voi puuttua. Kun yksilöt saavat masennusdiagnoosin esimerkiksi työelämän, yhteiskunnan tai kulttuurin epäkohtien tähden ei ainoa ratkaisu voi aina olla pelkkä yksilön parsiminen takaisin työ- ja opiskelukykyiseksi.

Odotamme psykiatrialta ja psykologialta aivan liikaa. Samalla pahimmillaan tällä toiminnalla ylläpidämme vahingollisia ja sairastuttavia rakenteita. Kun yksilöt omaksuvat vastuun yksin itselleen ja hoitavat itsensä kuntoon kaikessa hiljaisuudessa, niin minkään heidän ympärillään ei tarvitse muuttua.

Turun yliopiston opiskelijoille masennus näyttäytyi 1980- ja 1990-luvuilla itseen päin käännettynä negatiivisuutena. Useita erilaisia masennuksia yhdisti ajatukset itseen kohdistuvasta vihasta, syyllisyydestä, riittämättömyydestä, itsehalveksunnasta ja itsensä vähättelystä.

Tuolloin tunnettiin teorioita, joiden mukaan ihminen alkoi tervehtyessään kohdistaa negatiivisia tunteitaan itsensä sijaan jälleen myös itsestään ulospäin. Aatehistorian tutkija Karin Johannisson kirjoittaa, että jokaisella kulttuurilla on sellaiset diagnoosit kuin se ansaitsee ja että kulttuuri antaa pohjan sille, mitkä diagnoosit resonoivat sen hetkisen yhteiskunnan arvostuksia (1). Ehkä elämme kulttuurissa, jossa hiljainen alistuminen epäkohtien edessä on hyve. On jopa toivottavaa, että kansalainen patoaa kaiken pahan sisälleen, jotta ei olisi häiriöksi. Kun mikään ympärillä ei muutu, vaikka yksilö kuinka hiljaa kärsisi, niin siitä seuraa lamaantumista ja voimattomuutta – ja masennusdiagnoosi.

Jos merkki yksilön paranemisesta oli negatiivisuuden kohdistaminen jälleen vain oman itsensä sijaan myös itsestä ulospäin, niin ehkä myös kulttuurin tasolla olisi tervehdyttävää kohdistaa syyllistävä katse vain yksilöiden itsensä sijaan myös yksilöiden ulkopuolelle. Ehkä olisi ihan tervettä ja normaalia nostaa ääntä epäkohdista. Osoittaa aktiivista vastarintaa ongelmallisten toimintatapojen tai jopa rakenteellisen väkivallan edessä. Ehkä joissain tapauksissa voisi olla paikallaan hiljaisen psyykkisen pahoinvoinnin sijaan katsoa myös itsensä ulkopuolelle ja olla vihainen ja vaatia. Vaatia muutosta. Vaatia kaikkia kohtaan parempaa yhteiskuntaa ja kulttuuria.

LÄHTEET

(1) Johannisson, Karin. Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv. Teoksessa Gunilla Hallerstedt (toim.) *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Uddevalla: Daidalos; 2007, 29–41.

Annastiina Mäkilä
Filosofian tohtori
Kulttuurihistoria, Turun yliopisto

Filosofian maisteri Annastiina Mäkilän väitöskirja *Monista näkökulmista tautiluokkakeskeisyyteen. Masennuksen määrittyminen Turun yliopiston opiskelijoiden, väitöskirjatutkijoiden ja erikoistuvien lääkärien käsityksissä vuosina 1980–1995* tarkastettiin Turun yliopiston humanistisessa tiedekunnassa 14.9.2024. Vastaväittäjänä toimi tutkimusjohtaja, dosentti Ville Kivimäki Suomalaisen Kirjallisuuden Seurasta ja ohjaajina professori Hannu Salmi ja dosentti Kirsi Tuohela Turun 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 kautta osoitteessa:
http://journal.fi/sla/about/submissions
Lisätietoja saa osoitteesta: https://journal.fi/sla/kirjoitusohjeet ja lehden toimitussihteeriltä: toimitussihteeri@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 julkaistavissa käsikirjoituksissa mainintaa tutkimukselle annetusta eettisestä ennakkoarviointilausunnosta.

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/sla/about.

Anonymiteetin varmistaminen: Varsinaisessa käsikirjoituksessa ei saa olla kirjoittajien tunnistamisen mahdollistavia tietoja anonyymin arviointikäytännön mahdollistamiseksi.

Kirjoittajien kontribuutiot: Kaikkien kirjoittajien tulee olla osallistunut tutkimuksen tekemiseen International Committee of Medical Journal Editorsin asettamien kirjoittajan kriteerien mukaisesti. Kunkin kirjoittajan osuus käsikirjoituksen laatimisessa kuvataan lyhyesti otsikkosivulla.

KÄSIKIRJOITUKSEN RAKENNE

Käsikirjoituksen muotoilu ja ulkoasu: Tekstissä ei käytetä turhia muotoiluja. Koko käsikirjoituksen leipätekstin tulee olla samalla fontilla kirjoitettu. Tekstissä saa käyttää vain väliotsikoita ja niiden alaotsikoita, jotka erotetaan erikokoisella fontilla. Alaviitteitä ei käytetä. Desimaaliluvuissa käytetään pilkkua. Kirjallisuusviitteet merkitään tekstiin sulkeissa olevin numeroin esiintymisjärjestyksessä Vancouver-järjestelmän mukaisesti ja luetteloidaan numerojärjestyksessä tekstin loppuun.

Esimerkkejä viittauksista tekstin sisällä:
– *Kun viitataan yhteen lauseeseen:* Teorian esittelevä kirja ilmestyi vuonna 1977 (1).
– *Kun viitataan useaan lauseeseen:* Aiemman tutkimuksen mukaan ajanpuute on merkittävin yksittäinen este lasten kanssa ulkoilulle. Muita esteitä ovat arki-iltojen pimeys, etäisyydet leikkikentille ja muu arjen kiire. (1.)
– *Kun samassa lauseessa on useampi viite:* Useat tutkimukset (1–5, 8,9) ovat... **TAI** Ajanpuute, arki-iltojen pimeys, etäisyydet leikkikentille ja muu arjen kiire on keskeisimpiä esteitä lasten kanssa ulkoilulle tutkimusten mukaan (1–5, 8,9).

Käsikirjoituksen väliotsikoinnin tulee noudattaa IMRAD-kaavaa: Johdanto, Menetelmät, Tulokset, Pohdinta. *Johdannossa* lukija 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 kuvioiden 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-asemat, 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, referoitavan 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 päivityspäivämäärä, mahdollinen doi-, URN-, Handle tai muu pysyvä tunniste. Verkko-osoitteet (ja niiden sisällöt) muuttuvat ja rikkoutuvat ajan kanssa ja niiden käyttöä tulee välttää viittauksissa, jos mahdollista.
Esimerkkejä
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2013. Luettu 7.2.2015. http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201702141564
Kansaneläkelaitos. Kelan sairausvakuutustilasto 2013. Luettu 7.2.2015. http://www.kela.fi/documents/10180/1630858/Kelan_sairausvakuutustilasto_2013.pdf/4aca5252-cbd9-4972-a9a9-4ba6f5b6818e (materiaalilla ei ole tässä tapauksessa pysyvää tunnistetta)

Lait, asetukset ja päätökset:
Otsikko, päivämäärä, numero, verkko-osoite
Esimerkki
Suomen perustuslaki 11.6.199/731. 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

MÄÄRÄLLISEN TUTKIMUKSEN ERITYISOHJEET

Tämän lisäohjeen tavoitteena on yhtenäistää määrällisen tutkimuksen raportointikäytäntöjä Sosiaalilääketieteellisessä aikakauslehdessä ja parantaa erityisesti tulosten kuvailua ja tulkintaa ja tutkimuksen heikkouksien ja vahvuuksien pohdintaa. Ohjeistus on laadittu helpottamaan sekä kirjoittajan että arvioitsijan työtä.

Tuloksissa raportoidaan ensin tutkimusjoukon kuvailevat tunnusluvut. Tämän jälkeen raportoidaan tulokset, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin ja lopuksi mahdollisten lisä- tai sensitiivisyysanalyysien tulokset. Kirjoittajia rohkaistaan raportoimaan efektikoko ja 95% luottamusväli, jotta lukija voisi paremmin arvioida ilmiön kliinistä merkitsevyyttä 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 analyyttisiä valintoja tuloksista johtopäätöksiin. 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 tutkimusluvat, tutkittavien rekrytointi, tutkittavan suojeluun liittyvät kysymykset, yksityisyyden suoja (tietosuoja), mahdollinen riskianalyysi (erityisesti tutkittavan koskemattomuuteen kohdentuvissa tutkimuksissa).

SOSIAALI-
LÄÄKETIETEELLINEN
AIKAKAUSLEHTI

JOURNAL OF SOCIAL MEDICINE

SISÄLTÖ 1/2025

PÄÄKIRJOITUS
1 *Pulkki, J., Wulff, P., Grotenfelt-Enegren, M., Halonen, J.I., Meriläinen, P.*
Soten vaikutus ilmastonmuutokseen, ja päinvastoin – hillinnän ja varautumisen tarve

ARTIKKELIT
5 *Riekkinen-Tuovinen, S., Ylönen, A., Allimaa, J.*
Terveyssosiaalityöntekijöiden näkemyksiä sosiaalityöstä erikoissairaanhoidossa

21 *Lindholm, P., Mäkikangas, A.*
Yksinäisyyden kehityspolkujen yhteys psykososiaaliseen turvallisuusilmapiiriin ja uupumusasteiseen väsymykseen koronapandemian aikaisessa etätyössä

37 *Pietarinen, J., Lehtola, K., Myllykangas, K., Tölli, S.*
Henkilökohtainen toipuminen psykiatristen osastojen kotiutusviesteissä

53 *Jones, M., Lahtinen, T.*
Kotiloita ja ihastelu-ultria – yksityiset terveyspalvelut ja niiden asema raskausajanhoidossa

67 *Iltanen, S., Borodulin, K., Saloranta, E., Taipale, S., Topo, P.*
Iäkkäiden etäohjattu liikunta – Implementaatiota edistävät ja vaikeuttavat tekijät kunnissa

85 *Somerkoski, R., Lindfors, E., Kokki, J.*
Koulun turvallisuuskulttuuria arvioimassa: aineistona koulun turvallisuustoimijoiden ryhmähaastattelut

106 *Kärkkäinen, R., Reiman, A., Ylikahri, K., Kärki, A.*
Työkyvyn tuki keikkatyössä työterveyshuollon ja kulttuurialan ammattilaisten kuvaamana

123 *Kuivaniemi, R., Lindfors, K., Kylmä, J.*
Sateenkaarinuorten mielenterveydellisten huolien taustalla olevat tekijät ja heidän tuen tarpeensa – sateenkaarinuorten oma näkökulma

138 *Nurmi, H., Vähätalo, L., Siukola, A., Reho, T., Atkins, S., Sumanen, M., Viljamaa, M., Sauni, R.*
Potilaiden kokema toimijuus perusterveydenhuollossa toteutetussa työkykykoordinaattoripalvelussa

153 *Varjakoski, H., Tiilikainen, E.*
Digitaalisten terveyspalveluiden käytön haasteet ja rajoitteet 75 vuotta täyttäneiden kansalaisten kokemana

166 *Saarikoski, T., Haatainen, K., Roine, E. P., Turunen, H.*
Tilannetietoisuus potilasturvallisuudessa. Hoitaja- ja lääkäritaustaisten esihenkilöiden näkemyksissä eroja

178 *Pietilä, I., Ojala, H.*
Kuntosaliharjoitteluun liittyvät mielikuvat sukupolvikysymyksenä: tutkimus miesten osallistumisaktiivisuutta heikentävistä tekijöistä eturauhassyöpäpotilaille suunnatussa liikuntainterventiossa

PUHEENVUORO
193 *Koski-Jännes, A.*
Ketjuuntuvat kehävaikutukset addiktioiden muodostumisessa ja muutoksessa

205 *Männikkö, N.*
Nuorten koululaisten ongelmallinen älypuhelinten käyttö ja mielenterveyskriisi

211 *Rantala, T.-M., Salakari, M.*
Terveydenlukutaito on keino kaventaa terveyseroja

KOKOUSSELOSTE
214 *Lahelma, E.*
Euroopan terveyssosiologien 20. tapaaminen Antwerpenissa

LECTIO
217 *Alajärvi, L.*
Suomalaisten näkökulmia lääkkeiden ja lääkealan ympäristökestävyyteen

222 *Kiuru, H.*
Aktiivinen ikääntyminen - diskurssin rakentuminen eri konteksteissa

227 *Piiroinen, I.*
Välitätkö siitä mitä ympärilläsi tapahtuu? Koherenssin tunteen voima elämässä ja kuolemassa

231 *Mäkilä, A.*
Masennusten määrittelyjen taustoista ja seuraamuksista

ISSN 0355-5097