

TIETOJOHTAMINEN HYVINVOINTIALALLA - Nuorten terveyden ja hyvinvoinnin tukeminen internet-pohjaisilla menetelmillä

Mervi Vähätalo & Tomi J. Kallio

Sarja/Series KR-1:2013



Turun kauppakorkeakoulu
Turku School of Economics

Julkaisun kirjoittamisen on mahdollistanut Satakuntaliiton rahoittama
Hyvinvointipalvelujen innovatiivinen johtaminen ja kehittäminen -hanke



Copyright © Mervi Vähätalo, Tomi J. Kallio & Turun yliopiston
kauppakorkeakoulu

ISBN 978-952-249-321-7 (nid.) 978-952-249-322-4 (PDF)

ISSN 0357-4687 (nid.) 1459-7632 (PDF)

Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja, sarja Keskustelua ja raportteja

Suomen yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Turku 2013

TIIVISTELMÄ

Tietojohtamisen merkitys hyvinvointialalla on alati kasvanut. Hyvinvointialan tietojohtamisen haasteiksi on todettu muun muassa tiedon saatavuus, oikea-aikaisuus ja käytettävyys sekä sähköisen tiedon ja menetelmien hyödynnettävyys (VTV 2011, 108; Valtioneuvoston kanslia 2009, 6, 12). Nuorten hyvinvoinnin tukemisen näkökulmasta haasteena on nuorten ongelmien varhaisen tunnistamisen puutteellisuus ja toimenpiteiden painottuminen liiaksi korjaaviin erityispalveluihin (Heikkinen 2007). Tarvitaan menetelmä, jonka tuottaman tiedon avulla nuorten ongelmat voidaan tunnistaa riittävän varhain ja jonka tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää palvelusuunnittelussa. Resurssien allokoinnin haasteeksi on tunnistettu riittävän alueellisen palvelutuotannon turvaaminen (STM 2009, 15-19; Kivimäki ym. 2007). Tutkimusten mukaan tämän haasteeseen voidaan vastata kansainvälisesti jo laajasti käytössä olevilla sähköisillä etäpalveluilla (ks. mm. Moehr ym. 2005; Mucic 2007).

Tämän, Turun yliopiston kauppakorkeakoulussa toteutetun, tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata internet-pohjaisen hyvinvointitietoa keräävän ja tulkitsevan menetelmän kehittäminen ja testaaminen. Lisäksi tarkoituksena oli arvioida menetelmän käytettävyyttä tietojohtamisen apuvälineenä loppukäyttäjien näkökulmasta sekä menetelmän ja sen tuottaman tiedon hyödynnettävyyttä moniammatillisessa toiminnassa ja päätöksenteossa. Tässä tutkimuksessa kuvattu ja arvioitu menetelmä kehitettiin monitieteisessä hankkeessa, jossa Turun yliopiston kauppakorkeakoulu oli osatoteuttajana. Hankkeen tavoitteena oli tuottaa ennakoinnissa ja palvelusuunnittelussa hyödynnettävää informaatiota päätöksentekijöille ja saada nuorten ääni aikaisempaa paremmin kuuluviin palvelusuunnittelussa ja päätöksenteossa. Menetelmän avulla pyrittiin lisäämään toiminnan vaikuttavuutta kohdistamalla palvelut aikaisempaa paremmin ja tarjoamalla palveluita yksilöllisesti kohdentaen niitä tarvitseville asiakkaille.

Tässä tutkimuksessa kuvattu ja arvioitu menetelmä nuorten ongelmien varhaiseksi tunnistamiseksi kehitettiin yhdessä valtakunnallisten asiantuntijoiden ja paikallisten hyvinvointialan ammattilaisten kanssa. Menetelmä tuottaa ohjausinformaatiota ja koostuu liikennevalomallilla toimivasta, kolmiportaisen riskipisteityksen tuottavasta internet-pohjaisesta mittarista sekä sen tuottaman tiedon käsittelyprosessista. Mittarin kysymysarjat laadittiin kuudelta 8-luokkalaisten terveystarkastukseen kuulualta teema-alueelta, joita olivat masennus, ahdistuneisuus, uni, ravitsemus, fyysinen aktiivisuus ja päihteet. Menetelmää testattiin yhden koulun 8-luokkalaisten (n=315, vastausprosentti 99,7). Menetelmän testauksessa saadut tulokset tukivat valtakunnallisia tutkimuksia

nuorten hyvinvoinnista. Oppilaat itse arvioivat menetelmän luotettavuutta ja tarkoituksenmukaisuutta erillisellä kyselylomakkeella (n=307; 98%) ja kuusitoista nuorta myös haastateltiin samoihin teemoihin liittyen. Nuoret pitivät hyvinvointia kartoittavaa menetelmää tarpeellisenä, helppokäyttöisenä ja sen kysymyksiä onnistuneina. Omia vastauksiaan he pitivät pääosin rehellisinä (90%), joskin pelko ja epätietoisuus vastausten seurauksista heikensi oppilaiden halua vastata rehellisesti (10%). Nuorten kokemusten lisäksi arvioitiin ammattilaisten mahdollisuuksia hyödyntää menetelmän tuloksia moniammatillisessa palvelusuunnittelussa ja -ohjauksessa. Tätä varten haastateltiin kehittämistyössä mukana olleita eri sektoreiden edustajia (n=6). He arvioivat menetelmällä saatavan tiedon tukevan tuen tarpeessa olevien nuorten tunnistamista, helpottavan kouluterveydenhoitajan tekemiä terveystarkastuksia ja tehostavan eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä. Menetelmän tuottama tieto eli internet-pohjaisen mittarin tuloksena saadut oppilaskohtaiset liikennevalomallilla toteutetut riskipisteetykset mahdollistivat interventioiden suunnittelun nuorten hyvinvointia tukeville teema-alueille. Lisäksi tulokset mahdollistivat nuorten yksilöllisen ohjauksen palveluiden piiriin. Internet-pohjaisen lomakkeen täyttäminen ja omien riskipisteiden näkeminen aktivoi nuoria itsenäisiin toimenpiteisiin hyvinvointinsa parantamiseksi. Tutkimuksessa selvitettiin myös nuorten asenteita verkossa tuotettaviin palveluihin. Nuorten kokemukset etäpalveluiden käytöstä jäivät niukoiksi ja he suhtautuivatkin uuteen menetelmään varauksellisesti. Kuitenkin erityisesti haastatellut ammattilaiset tunnistivat etäpalveluiden mahdollisuudet osana alueellisten palveluiden turvaamista tulevaisuudessa.

Riskipisteetyksen tuottava sähköinen menetelmä parantaa asiakaslähtöistä tiedontuotantoa tehostamalla nuorten äänen esille saamista. Lisäksi menetelmä tuottaa ajantasaisesti ohjausinformaatiota kouluterveydenhoitajan työn ja moniammatillisen palvelusuunnittelun tueksi. Menetelmän tuottama tieto auttaa kohdentamaan palveluita nuorten tarvitsemille osa-alueille ja ohjaamaan tukea tarvitsevat nuoret tarkoituksenmukaisten palveluiden piiriin. Internet-pohjaisten etäpalveluiden käyttö vaatii totuttelua niin ammattilaisilta kuin nuoriltakin, mutta voi helpottaa merkittävästi alueellisten palveluiden turvaamista.

Asiasanat: etäpalvelut, hyvinvointi, nuoret, terveys, tietojohtaminen, varhainen tunnistaminen

SISÄLLYS

| | |
|--|----|
| TIIVISTELMÄ | 3 |
| 1 JOHDANTO | 9 |
| 2 SÄHKÖISTÄ TIETOA NUORTEN HYVINVOINNISTA PÄÄTÖKSENTEON TUEKSI – INTERNET-POHJAISEN MENETELMÄN KEHITTÄMINEN JA TESTAUS | 11 |
| Tiivistelmä..... | 11 |
| 2.1 Johdanto..... | 11 |
| 2.2 Nykyiset menetelmät nuorten hyvinvoinnin arvioinnissa..... | 12 |
| 2.3 IVT-menetelmän tavoitteet tietojohdamisessa..... | 14 |
| 2.4 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat..... | 15 |
| 2.5 Internet-pohjaisen menetelmän kehittäminen | 16 |
| 2.6 Tutkimusmenetelmät | 17 |
| 2.7 Tulokset..... | 17 |
| 2.7.1 Nuorten hyvinvointi ja elämäntavat: haasteita ravitsemuksessa ja fyysisessä aktiivisuudessa | 17 |
| 2.7.2 Sähköisen tiedon hyödyntäminen nuorten hyvinvoinnin tukemisessa | 18 |
| 2.7.3 Tulosten luotettavuus ja menetelmän eettisyys | 20 |
| 2.8 Pohdinta: varhaisen tunnistamisen menetelmän hyödyntämismahdollisuudet..... | 21 |
| 3 SÄHKÖISTEN PALVELUIDEN KÄYTETTÄVYYS | 23 |
| Tiivistelmä..... | 23 |
| 3.1 Johdanto..... | 23 |
| 3.2 Nuorten hyvinvoinnin varhainen tunnistaminen | 24 |
| 3.3 Etäpalvelut nuorten hyvinvoinnin edistäjinä..... | 25 |
| 3.4 Aineisto ja menetelmät..... | 26 |
| 3.5 Tulokset..... | 27 |
| 3.5.1 Varhaisen tunnistamisen menetelmän luotettavuus nuorten kokemana | 27 |
| 3.5.2 Nuorten suhtautuminen etäterapiaan interventioina | 30 |
| 3.6 Pohdinta..... | 32 |
| 3.6.1 Tulosten tarkastelu | 32 |
| 3.6.2 Tutkimustulosten luotettavuus ja eettisyys | 33 |
| 3.6.3 Tulosten hyödyntäminen..... | 34 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4 | INTERNET-POHJAISET MENETELMÄT NUORTEN ENNALTAEHKÄISEVISSÄ PALVELUISSA..... | 37 |
| | Tiivistelmä | 37 |
| 4.1 | Johdanto | 37 |
| 4.2 | Moniammatillisuus nuorille suunnatuissa palveluissa..... | 38 |
| 4.3 | Nuorten hyvinvointia tukevien internet-pohjaisten menetelmien kehittäminen..... | 40 |
| 4.4 | Tulokset..... | 41 |
| 4.4.1 | Tiedon hyödyntäminen tuen tarpeen tunnistamisessa | 41 |
| 4.4.2 | Tiedon moniammatillinen hyödyntäminen palvelusuunnittelussa..... | 43 |
| 4.4.3 | Sähköiset palvelut moniammatillisissa prosesseissa..... | 45 |
| 4.5 | Pohdinta | 47 |
| 5 | POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET | 49 |
| 5.1 | Oikea-aikainen ja relevantti sähköinen tieto päätöksenteon tukena ... | 49 |
| 5.2 | Sähköisten menetelmien käytettävyys asiakkaan näkökulmasta..... | 51 |
| 5.3 | Sähköisen tiedon ja sähköisten menetelmien hyödynnettävyys moniammatillisessa palveluprosessissa | 52 |
| 5.4 | Johtopäätökset..... | 53 |
| | LÄHTEET | 55 |

Kuvioluettelo

| | |
|--|----|
| Kuvio 1. IVT-menetelmän tulosten jakauma keväällä ja syksyllä 2010 (prosentteina). | 18 |
| Kuvio 2. 8-luokkalaisten asennoituminen eri tapoihin puuttua nuorten ongelmiin (n=300) prosentteina. | 31 |

Taulukkoluetelo

| | |
|---|----|
| Taulukko 1. Varhaisen tunnistamisen menetelmän luotettavuutta heikentävät ja edistävät tekijät nuorten kokemana..... | 28 |
|---|----|

1 JOHDANTO

Kunnat ovat järjestämisvastuussa suuresta määrästä erilaisia palveluita. Niukkenevat resurssit kannustavat kuntia etsimään tehokkaampia prosesseja ja oikea-aikaisia toimintatapoja palveluiden järjestämiseen. Toiminnan tehostaminen edellyttää reaaliaikaisen tiedon saatavuutta ja sen joustavia käsittelymahdollisuuksia. Palvelujen taloudellisuutta ja vaikuttavuutta tavoitellaan tehokkaasti tuotetulla, jaetulla ja käsitellyllä tiedolla (Kärki ym. 2012, 14). Laihosen (2009) mukaan terveydenhuollon tiedonkulun kehittäminen vaikuttaa toiminnan tehostamiseen monin tavoin. Olennaista on, että tietoteknologian kehittämisessä lähtökohtana on toiminta, jota teknologian tulisi palvella, eikä teknologia sinänsä. Vain toimintalähtöisesti tietotekniikkaa kehittämällä voidaan päästä toimialan tuottavuutta lisääviin ratkaisuihin; teknologialähtöinen kehittämistapa ei tuota vastaavia tuloksia. (VTV 2011, 106.) Valtion tarkastusviraston (2011, 108) mukaan terveydenhuollon tiedonhallinnassa on todettu puutteita, joilla saattaa olla terveydenhuollon toiminnan tuottavuutta heikentävä vaikutus. Puutteiksi on tunnistettu muun muassa tietojärjestelmien virheellinen toiminta ja heikko käytettävyys, järjestelmien heikko valvonta ja keskinäinen keskustelemattomuus. (VTV 2011, 108.) Vaikuttavuuden parantamisen edellytyksenä on tiedon kanavoituminen tehokkaasti päätöksenteon tueksi. Myös tiedon hyödyntämisessä osana päätöksentekoa on tunnistettu runsaasti haasteita. Tällaisia ovat muun muassa tiedon ja sen tarpeen ajallinen ja sisällöllinen kohtaamattomuus, tiedon käsittelyn työläisyys, tiedon kapea-alaisuus ja sirpaleisuus sekä epärelevantin tiedon tuottaminen. (Valtioneuvoston kanslia 2009, 6, 12.) Tässä julkaisussa raportoitavissa artikkeleissa tarkastellaan erityisesti kolmea edellä mainituista haasteista:

1. Oikea-aikainen ja relevantti sähköinen tieto päätöksenteon tukena.
2. Sähköisten menetelmien käytettävyys asiakkaan näkökulmasta.
3. Sähköisen tiedon ja sähköisten menetelmien hyödynnettävyys moniammatillisessa palveluprosessissa.

Näitä teemoja tarkastellaan tässä, Turun yliopiston kauppar korkeakoulussa toteutetussa, tutkimuksessa, jonka kohteena oli moniammatillisesti kehitetty nuorten terveyden ja hyvinvoinnin varhaisen tunnistamisen menetelmä ja sen käyttöön liittyvät prosessit. Menetelmä kehitettiin monitieteisessä hankkeessa ja sitä testattiin yhdessä länsisuomalaisessa yläkoulussa vuonna 2010. Hankkeen aikana Turun yliopiston kauppar korkeakoulun toteuttaman tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata internet-pohjaisen hyvinvointitietoa keräävän ja tulkitsevan menetelmän kehittäminen ja testaaminen. Tarkoituksena

oli myös arvioida menetelmän käytettävyyttä tietojohdamisen apuvälineenä loppukäyttäjien näkökulmasta. Lisäksi tutkimuksessa arvioitiin sekä menetelmän ja sen tuottaman tiedon hyödynnettävyyttä moniammatillisessa toiminnassa ja päätöksenteossa hyvinvointialan ammattilaisten näkökulmasta.

Käsillä oleva julkaisu koostuu johdannosta, kolmesta artikkelista sekä pohdinnasta ja johtopäätöksistä. Johdannossa kuvataan hyvinvointialan tietojohdamisen keskeisiä tavoitteita ja haasteita ja määritellään tutkimuksen tarkoitus. Johdantoa seuraavat artikkelit ovat itsenäisiä osatutkimuksia, joissa tarkastellaan hyvinvointipalveluiden tietojohdamista nuorten hyvinvointia kartoittavan ja tukevan hankkeen kontekstissa. Artikkelit liittyvät toisiinsa yhteisen taustahankkeen ja sen tavoitteen sekä yhteisen tutkimuskontekstin kytkenä. Koska artikkelit liittyvät hankkeen eri vaiheisiin ja jokainen artikkeli sisältää oman tutkimuskysymyksensä ja omat aineistonsa, haluttiin ne kuitenkin kirjoittaa toisistaan erillisiksi, itsenäisiksi kokonaisuuksiksi. Artikkelit tarkastelevat hyvinvointialan tietojohdamista jokainen omasta fokuoituneesta näkökulmastaan. Ensimmäisessä artikkelissa kuvataan internet-pohjaisen varhaisen tunnistamisen (IVT) menetelmän kehittäminen ja testaaminen. Lisäksi tarkastellaan menetelmällä saatavien tulosten käytettävyyttä ohjausinformaationa palvelujen suunnittelussa. Toisessa artikkelissa tarkastellaan menetelmän käytettävyyttä nuorten kokemana erityisesti tiedon luotettavuuden näkökulmasta sekä kuvataan nuorten asenteita sähköisen hyvinvointipalvelun käyttöön. Kolmannessa artikkelissa pohditaan menetelmän tuottaman tiedon moniammatillista hyödynnettävyyttä ja sähköisten palveluiden hyödyntämistä osana tietojohdamisen välineistöä. Pohdinnassa ja johtopäätöksissä palataan kirjallisuudessa kuvattuihin hyvinvointialan tietojohdamisen haasteisiin ja tavoitteisiin ja peilataan niitä osatutkimusten keskeisiin tuloksiin.

2 SÄHKÖISTÄ TIETOA NUORTEN HYVINVOINNISTA PÄÄTÖKSENTEON TUEKSI – Internet-pohjaisen menetelmän kehittäminen ja testaus

Tiivistelmä

Tämän osatutkimuksen tarkoituksena on kuvata internet-pohjaisen hyvinvoinnin ja elämäntapojen varhaisen tunnistamisen menetelmän kehittäminen ja testata sen käyttöä 8-luokkalaisilla. Tavoitteena on kehittää menetelmä, jolla voidaan tuottaa tietoa nuorten hyvinvoinnista ja elämäntavoista hyvinvointialan ammattilaisten päätöksenteon tueksi. Tavoitteena on lisäksi, että menetelmällä saatavaa tietoa voidaan hyödyntää ohjausinformaationa terveyttä ja hyvinvointia tukevien palveluiden suunnittelussa ja ongelmien ennaltaehkäisyssä.

Internet-pohjainen varhaisen tunnistamisen menetelmä (IVT -menetelmä) laadittiin aiheeseen perehtyneiden asiantuntijoiden toimesta yhteistyössä paikallisten hyvinvointialan ammattilaisten kanssa. IVT -menetelmää testaava aineisto kerättiin internet-pohjaisella kyselylomakkeella yhden koulun kahdelta 8-luokkalaisten vuosikursilta (n=315). Vastausprosentti oli 99,7.

Tuloksena saatiin oppilaskohtaiset liikennevalomallilla toteutetut riskipisteytykset, joita käytettiin oppilaiden vuosittaisen terveystarkastuksen apuvälineenä, oppilaiden henkilökohtaisten interventioiden suunnittelussa elämänhallinnan tukemiseksi sekä koulun kokonaistilanteen arviointiin ja elämäntapaohjauksen suunnitteluun. Menetelmän testauksessa saadut tulokset tukivat valtakunnallisia tutkimuksia nuorten hyvinvoinnista. Sen mukaan nuorten ongelmina ovat päihteet, ravitsemus ja fyysisen aktiivisuuden puute. Ongelmien riskipisteytyksessä kolmeen luokkaan tuottaa ohjausinformaatiota, jota on mahdollista hyödyntää varhaisessa puuttumisessa. Menetelmän tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää myös palveluiden ja interventioiden kustannustehokkaassa suunnittelussa ja yksilöllisessä kohdentamisessa.

2.1 Johdanto

2000-luvulla suomalainen yhteiskunta on kohdannut merkittäviä nopeasti eteneviä muutoksia, joista monet koskettavat erityisesti nuoria. Muutoksista esimerkkejä ovat yhteiskuntarakenteen jakautuminen, kasvanut kilpailu paremmuudesta sekä nuorten kulutus-

varojen, samoin kuin heille suunnattujen palvelujen kasvu. Lisäksi nuorilta odotetaan järkeviä valintoja ja panosta yhteiskuntaan. Näistä odotuksista johtuen nuoret joutuvat tekemään erilaisia valintoja ja päätöksiä ja heidän odotetaan myös kantavan vastuun valinnoistaan. (Aapola – Ketokivi 2005, 12-15.) Samalla huolestuneisuus nuorten elämästä on kasvanut (Aapola – Ketokivi 2005, 12-15; Kiilakoski 2007, 11). Paradoksaalisesti huolen lisääntymisestä huolimatta kouluterveyskyselyn mukaan kolmasosa oppilaista ei koe tulevansa kuulluksi koulussa (THL 2011).

Nuorten hyvinvoinnin tukeminen ja ennalta ehkäisevien palveluiden kehittäminen ovat tärkeitä teemoja muun muassa sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallisessa kehittämisohjelmassa (STM 2008, 33). Ennalta ehkäisevän työn merkitystä korostetaan, mutta se ei aina toteudu siitäkään huolimatta, että esimerkiksi nuorten syrjäytymisestä aiheutuvat kustannukset näyttävät olevan huomattavasti ehkäisevien toimien kustannuksia suuremmat (Kalijärvi ym. 2007, 9). Tarvitaan menetelmiä tunnistaa erityistä tukea tarvitsevat nuoret riittävän ajoissa, jotta kevyillä, nuorten omassa ympäristössä toteutetuilla interventioilla voidaan tukea myönteisiä elämäntapavalintoja, auttaa haastavissa elämäntilanteissa ja estää raskaampia toimenpiteitä vaativien ongelmien syntyminen (STM 2008, 33). Interventioiden eli nuorille suunnattujen toimenpiteiden, kustannustehokkaaseen suunnitteluun ja kohdentamiseen tarvitaan tietoa nuorten hyvinvoinnista sekä yksilö- että aluetasolla. Tässä tutkimuksessa kuvataan uusi internet-pohjainen varhaisen tunnistamisen menetelmä, jonka avulla voidaan tuottaa tietoa nuorten hyvinvoinnin ja terveellisten elämäntapojen edistämiseksi. Menetelmää testataan mittaamalla sen avulla 8-luokkalaisten hyvinvointia ja elämäntapoja. Seuraavassa esitetään tutkimuksen lähtökohdat kirjallisuuden ja valtakunnallisten tavoitteiden näkökulmasta sekä perustellaan, miten tässä tutkimuksessa esiteltävä varhaisen tunnistamisen menetelmä pyrkii osaltaan vastaamaan nuorten hyvinvoinnin ja myönteisten elämäntapojen tukemiseen ja seurantaan liittyviin haasteisiin.

2.2 Nykyiset menetelmät nuorten hyvinvoinnin arvioinnissa

Pönkön (2005) mukaan oppilaiden ongelmat ovat lisääntyneet ja vaikeutuneet. Heikkinen (2007, 8) on koostanut useista tutkimuksista ja tilastoista tiedon, jonka perusteella 5,4 % alle 18-vuotiaista nuorista on lastensuojelun avohuollon asiakkaana. Tämä tarkoittaa vain neljäsosaa arvioidusta riskipopulaatiosta, kun erityistä tukea tarvitsevien ja kouluvaikeuksista kärsivien määräksi arvioidaan muun muassa kouluterveyskyselyjen perusteella 20 % lapsista ja nuorista. Ongelmat eivät kosketa vain pientä osaa nuorista tai vain tiettyjä teemoja vaan ongelmat ovat laaventuneet moniongelmaisuskysymyksiin ja koskettavat yhä useampia nuoria. Ongelmat liittyvät niin haasteellisiin elämäntilanteisiin kuin elintapoihinkin ja ilmenevät muun muassa oireisuutena, tunne-elämän häiri-

öinä, mielenterveysongelmina, kouluvaikeuksina ja päihteiden käyttönä. (Heikkinen 2007, 1-2.)

Perinteisesti nuorten tilanteen on määritellyt ammattilainen, esimerkiksi kouluterveydenhoitaja, seurattessaan nuorta, hänen elämäänsä ja tilannettaan. Ammattilaiset määrittelevät nuoren tilanteesta kokemansa huolen aikaisemman työkokemuksensa, koulutuksensa, tiedon ja intuiionsa perusteella. (Eriksson – Arnkill 2009, 21.) Vaikka Kalijärvi ja muut (2007) toteavat työntekijöiden perustavan arvionsa nuoren tilanteesta kokonaisvaltaiseen yksilölliseen arviointiin, on nuorten tarpeiden arviointi Heikkisen (2007) mukaan puutteellista. Erityisesti isoissa kouluissa nuoren oma kokemus vaikeuksistaan voi jäädä huomaamatta toisten oppilaiden oireillessa näkyvämmiin (Pönkkö 2005). Valtakunnallinen Kaste-ohjelma korostaa ihmisten osallisuuden tukemista (STM 2009, 15-19) ja palvelujen kehittämisessä painotetaan asiakaslähtöisyyttä (CEC 2009; TEM 2010a; 2010b), jonka pitäisi näkyä muun muassa palvelujen suunnittelussa (Harhoff ym. 2003; Spohrer – Maglio 2008; von Hippel 2007) ja valinnassa (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326; HE 101/2010).

Heikkisen haastattelemat asiantuntijat pitivät tärkeänä nuorten tukemista, riskien karitoitusta ja erilaisia palveluita tarvitsevien nuorten erottelua (Heikkinen 2007, 42). Asiantuntijat arvioivat Heikkisen (2007) tutkimuksessa riskien tunnistamisen ja ongelmiin puuttumisen liian hitaaksi. Interventioiden viivästyessä nuoria on vaikeampi auttaa ja tällöin tarvitaan kalliita erityispalveluita. Tilanne olisi kuitenkin korjattavissa toimenpiteiden intensiteettiä nostamalla silloin, kun nuorella on runsaampaa avun tarvetta. (Heikkinen 2007.)

Yksi merkittävimmistä tällä hetkellä käytössä olevista valtakunnallisista nuorten hyvinvoinnin mittareista on terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen joka toinen vuosi teettämä kouluterveyskysely, joka tuottaa tietoa nuorten elinoloista, kouluoloista, terveydestä, terveystottumuksista sekä oppilas- ja opiskelijahuollosta. Tulokset on mahdollista saada koulukohtaisesti ja niitä voidaan yleisellä tasolla hyödyntää nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tehtävässä työssä oppilaitoksissa ja kunnissa. Vuoden 2011 kyselyssä nuorten asenteet päihteitä kohtaan muuttuivat aikaisempaa sallivammaksi, kuitenkin kuukausittainen humalajuominen on viimevuosina vähentynyt. Toisaalta nuoret arvioivat terveydentilansa heikentyneen vaikka hengästyttävää liikuntaa harrastetaan yhä enemmän. Vasta viime vuosina kyselyssä on alettu kiinnittää enemmän huomiota nuorten ravitsemukseen ja kysymyksiä tähän teemaan liittyen on lisätty. Ylipaino on lisääntynyt melko tasaisesti ja nuoret ovat omaan painoonsa entistä tyytymättömämpiä. (THL 2011.)

Kouluterveyskyselyjen lisäksi oppilaiden hyvinvoinnista kerätään tietoa henkilökohtaisilla terveystarkastuksilla. Kahdeksannella luokalla järjestettävään, laajaksi määritellyyn, terveystarkastukseen kuuluu nuoren oman arvion lisäksi lääkärin ja terveydenhoitajan yhdessä nuoren ja hänen huoltajansa kanssa tekemä koko perheen hyvinvoinnin

arvio. Laajassa terveystarkastuksessa kootaan tiedot nuoresta ja hänen perheestään. Nuoren kanssa keskustellaan, miten hän kokee terveytensä, keskustellaan nukkumisesta, harrastuksista, liikunnasta ja ravintotottumuksista sekä huumeiden käytöstä ja tupakoinnista ja tehdään kysely alkoholin käytöstä. Lisäksi tarkastuksessa keskustellaan toverisuhteista, koulukiusaamisesta, koulumenestyksestä, tulevaisuuden suunnitelmista ja ammatinvalinnasta, seurustelusta, ehkäisyn tarpeesta, kehon muutosten kokemuksista ja arvioidaan nuoren mielialaa käyttäen BDI (Beck Depression Inventory) mittaria. Fyysisessä tarkastuksessa erityistä huomiota kiinnitetään kahdeksannella luokalla puberteetin kehitykseen, kasvun muutoksiin, ryhtivirheiden havaitsemiseen ja havainnoidaan erityisesti syömishäiriöihin liittyviä löydöksiä. Nuorilta mitataan verenpaine, tarkastetaan kuulo, näkö ja värinäkö. (Stakes 2002, 125-126.) Terveystarkastuksen menetelmissä tavoitteena on luotettavuuden lisäksi valtakunnallinen yhtenäisyys, jota pyritään kehittämään edelleen. (STM 2009, 24-25.)

Nykyisillä menetelmillä tuen tarpeessa olevia nuoria ei aina tunnisteta riittävän varhain. Lisäksi nykyiset menetelmät eivät mahdollista palvelusuunnittelussa tarvittavan tiedon joustavaa muuntamista yksilötasolta alue- ja valtakunnan tasolle. Tässä tutkimuksessa kuvataan edellä mainittuihin haasteisiin vastaavan menetelmän kehittäminen ja testaaminen.

2.3 IVT-menetelmän tavoitteet tietojohdamisessa

Edellä kuvattuihin tutkimustuloksiin ja valtakunnallisiin tavoitteisiin perustuen nähtiin IVT -menetelmää kehitettäessä tärkeäksi tuottaa tietoa sekä yleisellä tasolla strategiseen palvelusuunnitteluun ja resurssiohjaukseen että yksilötasolla olevaa tietoa henkilökohtaista palveluohjausta varten. Menetelmällä haluttiin myös tehostaa nuoren oman äänen esiin saamista ja tarjota nuorelle itselleen mahdollisuus kertoa omasta elämäntilanteestaan. Vastaamalla sähköiseen välittömän riskipisteytyksen tarjoavaan internet-pohjaiseen menetelmään nuori voi ilmaista oman kokemuksensa hyvinvoinnistaan ja kuvata elintapojaan eikä ongelmien havaitseminen jää pelkästään aikuisten aktiivisuuden tai ammattitaidon varaan. Kun tulokset käsitellään terveydenhoitajan kanssa, voidaan keskustelu aloittaa nuoren omista kokemuksista. IVT -menetelmällä pyritään tukemaan ammattilaisia erityisesti niiden nuorten tunnistamisessa, jotka oireilevat vain lievästi tai epätyypillisesti ja jotka kuuluvat Heikkisen (2007, 8) mukaan tällä hetkellä tunnistamatta jäävään riskiryhmään.

IVT -menetelmästä haluttiin rakenteeltaan modulaarinen, joka mahdollistaa lukuisien nuorten elämää koskevien teema-alueiden kysymysten autonomisen kehittämisen ja niiden joustavan ja tarpeenmukaisen yhteenliittämisen (Clark 1999; Sanchez – Mahoney 1996). Nuorten hyvinvoinnin kehittämisstrategioiden painopisteissä on eroja sekä alu-

eellisesti että koulukohtaisesti. Tällöin tulee olla mahdollisuus räätälöidä internet-pohjaiseen menetelmään valittavat teema-alueet tarpeen mukaan. Aineiston keruu tulee olla myös tehtävissä ja mahdollinen vertailuaineisto saatavissa tilaajan haluamana ajan-kohtana. Tällä hetkellä melko laajasti käytössä oleva kouluterveyskysely ei mahdollista tiedon saannin ajallista eikä sisällöllistä joustavuutta.

Nuorten palvelutarpeen erottelun haasteeseen (Heikkinen 2007, 42) voidaan vastata IVT –menetelmän teemakohtaisen kolmiportaisen, liikennevalojen väreihin perustuvan, riskipisteityksen avulla. Riskipisteiden liikennevalojen keltaisen värin saaneita nuoria voidaan suunnata ennaltaehkäisevien palveluiden piiriin kun taas riskipisteistään punaisen värin saaneet nuoret tarvitsevat intensiivistä puuttumista. Menetelmä antaa tuloksen vastaajalle jo vastaustilanteessa, samoin tieto vastaajien yksilöllisistä tuloksista on välittömästi käyttöön oikeutettujen ammattihenkilöiden nähtävissä. Nopea ohjausinformaation saanti mahdollistaa esimerkiksi sen, että terveydenhoitaja voi välittömästi tunnistaa ja poimia korkeat riskipisteet saaneet nuoret, keskustella heidän kanssaan ja ohjata intensiivisten interventioiden piiriin. Toisaalta varhaisella ja tehokkaalla puuttumisella keltaisia riskipisteitä saaneiden nuorten tilanteeseen, saadaan nuorten omassa ympäristössä toteutettavat interventiot riittämään ja voidaan välttää tilanteen kriisiytyminen ja akuuttien erityispalveluiden kalliit kustannukset.

2.4 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tämä osatutkimus liittyy laajempaan moniammatilliseen hankkeeseen, jossa kehitettiin ja testattiin internet-pohjaisia menetelmiä nuorten ongelmien varhaiseksi havaitsemiseksi ja niihin puuttumiseksi. Tavoitteena oli, että hankkeessa kehitetyn IVT -menetelmän avulla voidaan tunnistaa oppilashuollon tukitoimia tarvitsevia nuoria sekä luoda heille ennaltaehkäiseviä tukipalveluita moniammatillisen yhteistyön avulla muun muassa etäterapiamenetelmää kehittämällä. Tarkoituksena oli saada nuorten ääni aikaisempaa paremmin kuuluviin ja tuottaa uusia menetelmiä tukemaan nuorten arkiympäristössä pärjäämistä. Samalla kehitettiin mahdollisuuksia tuottaa ennakoinnissa ja palvelusuunnittelussa hyödynnettävää informaatiota päätöksentekijöille.

Tässä artikkelissa käsiteltävän osatutkimuksen tarkoituksena oli kuvata lähtökohdat ja tarve internet-pohjaisen varhaisen tunnistamisen menetelmän kehittämiseksi, kuvata mittarin rakentaminen ja sen testaaminen yhden koulun 8-luokkalaisilla. Tavoitteena oli tuottaa tietoa tukea tarvitsevien nuorten varhaiseen tunnistamiseen ja testata mittarin kykyä tuottaa laajasti päätöksenteossa ja palvelusuunnittelussa hyödynnettävää tietoa.

2.5 Internet-pohjaisen menetelmän kehittäminen

IVT -menetelmän kysymyssarjojen teemat valittiin yhdessä nuorten kanssa työskentelevien terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisten kanssa. Kysymyssarjojen teemojen valinnalla haluttiin tukea kouluterveydenhoitajan tekemiä lakisääteisiä 8-luokkalaisten terveystarkastuksia. Kaikkia terveystarkastuksen teemoja ei ollut tarkoituksenmukaista ottaa mukaan pilottivaiheessa. Pilottiin valikoitui kuusi nuorten hyvinvointia ja elämäntapoja käsittelevää teema-aluetta, joita olivat masentuneisuus, ahdistuneisuus, ravintotottumukset, fyysinen aktiivisuus, uneen liittyviä asiat sekä päihteiden käyttö.

Testattavan menetelmän mittaristoja kehittäneet asiantuntijat valittiin harkinnanvaraisesti tarkoituksenmukaisuus periaatteella verkostotekniikkaa käyttäen (Burns – Grove 2009, 355-356). Tavoitteena oli saada mukaan teemojen valtakunnallisia huippuasiantuntijoita eli aiheeseen syvällisesti perehtyneitä tutkijoita ja pitkän kokemuksen omaavia ammattilaisia, joilla olisi myös henkilökohtaista mielenkiintoa pitkäjänteistä kehitystyötä kohtaan. Paikallistasolla kehittämistyötä koordinoiva henkilö oli yhteydessä valtakunnallisiin tutkijoihin ja ammattilaisiin, jotka joko itse lähtivät mukaan kehitystyöhön tai suosittelivat muita alan asiantuntijoita omista verkostoistaan. Verkoston rakentamista jatkettiin kunnes jokaiseen teemaan olisi sitoutunut vähintään yksi aiheeseen perehtynyt asiantuntija. Asiantuntijoita oli mukana 5, kun yksi asiantuntijoista vastasi kahdesta teema-alueesta. Kaikilla asiantuntijoilla oli taustallaan omat tutkimusryhmänsä, jotka osallistuivat teema-alueen kehittämiseen yhdessä verkostoon nimetyn asiantuntijan kanssa.

Teema-alueiden kysymyksiksi valikoitiin mahdollisuuksien mukaan pitkään käytössä olleita validoituja mittareita mukaan lukien Raitasalon (2007) RBDI-mittari ja Pirskasen (2007) Nuorten päihdemittari. Validoiduista kysymyskokonaisuuksista asiantuntijat muokkasivat nuorille tarkoituksenmukaisen kysymyksen asettelun internet-pohjaista arviointityökalua varten. Kysymykset riskipisteytettiin jokaiselle teema-alueelle erikseen alueen erityispiirteet ja suositukset huomioiden. Pisteytyksistä muodostettu kolmiportainen liikennevalomalli edellytti testaamista, sillä esimerkiksi RBDI-mittarissa riskiluokitus on neliportainen (Raitasalo 2007). Ahdistuneisuuden ja masennuksen osalta kysymyssarjoja esitettiin yhden koulun kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisilla (n=31). Koulun oppilashuolto valitsi esitestaukseen yhden 8 ja yhden 9 luokan. Vastaaminen oli vapaaehtoista. Samalla testattiin vastaamistilanteeseen liittyviä käytännön järjestelyjä sekä laadittiin ohjeet vastaustilanteen järjestämiseen ja valvontaan osallistuvalla henkilökunnalle.

Mittariston laatineet tutkijat ja ammattilaiset arvioivat oman teema-alueensa esitestauksesta saatuja pisteitä ja muokkasivat riskipisteytysrajoja erityisesti riskiryhmien rajapinnoilla. Huomiota kiinnitettiin myös kysymysten muotoon. Valmis mittari sisälsi yhteensä 57 kysymystä.

2.6 Tutkimusmenetelmät

Kokemuksia IVT -menetelmän käytöstä kerättiin näytteenä (convenience sampling) yhden koulun kaikilta kahdeksaluokkalaisilta (Burns – Grove 2009). Internet-pohjaiseen varhaisen tunnistamisen menetelmään vastasivat valvotussa atk-luokassa kevään 2010 8-luokkalaiset (n=162) sekä seuraavalta vuosikurssilta syksyn 2010 8-luokkalaiset (n=153). Vastaaminen oli oppilaille vapaaehtoista. Vastausprosentti oli keväällä 100, syksyllä yksi oppilas kieltäytyi vastaamasta. Heti vastaamisen jälkeen oppilaat näkivät näytöllä tuloksensa riskiluokituksen liikennevalomallina, mutta heidän ei annettu tulostaa tuloksiaan tietoturvallisuussyistä. Myöhemmin tulostaminen vaikkapa kotona oli mahdollista. Jokaisen oppilaan tulokset käsiteltiin henkilökohtaisesti kouluterveydenhoitajan kanssa 8-luokkalaisten terveydentarkastuksen yhteydessä.

Menetelmän tuottamat oppilaskohtaiset tulokset ilman henkilötietoja saatiin tätä tutkimusta varten terveydenhoitajalta. Kvantitatiivista aineistoa tarkasteltiin Microsoft Excel-ohjelmalla taulukoin ja kuvioin käyttämällä frekvenssejä ja prosenttijakaumia.

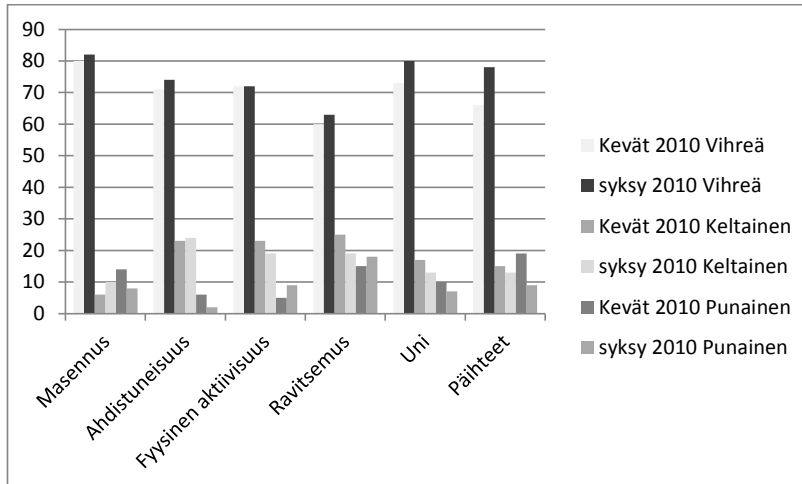
2.7 Tulokset

2.7.1 Nuorten hyvinvointi ja elämäntavat: haasteita ravitsemuksessa ja fyysisessä aktiivisuudessa

IVT -menetelmästä saatiin tuloksena keväällä 2010 yhteensä 972 tapausta, kun lasketaan yhteen kaikki 162 oppilaan vastaukset kuudesta eri teemasta. Kaikista tapauksista vihreitä oli 683 (70%) kappaletta, keltaisia 176 (18%) kappaletta ja punaisia 113 (12%). Syksyllä menetelmästä saatiin 2010 yhteensä 918 vastausta. Kaikista vastauksista vihreitä oli 687 (75%) kappaletta, keltaisia 150 (16%) kappaletta ja punaisia vastauksia 81 (9%) kappaletta. Kevään ja syksyn tuloksien vertailussa huomataan, että syksyllä 2010 menetelmällä saatu tulos oli hiukan positiivisempi: vihreiden tulosten määrä oli kevääseen verrattuna korkeampi ja keltaisten ja punaisten tulosten samanaikaisesti matalampi. Syksyn 2010 otoksessa kaikista vastanneista (n=153) 54 (35%) sai kaikista teemoista vihreän tuloksen. Yhden keltaisen tuloksen ja viisi vihreää saaneita oppilaita oli 39 (25%). Kaksi keltaista ja neljä vihreää tulosta oli 15 (10%) oppilaalla. Kaikista teemoista punaisen tuloksen sai yksi oppilas.

Teemoittain tarkasteltuna voidaan todeta, että tulokset ovat jakautuneet pääpiirteittäin samalla tavalla keväällä ja syksyllä 2010 (Kuvio 1). Vertailussa voidaan nähdä, että suurimmat erot kevään ja syksyn tulosten välillä olivat masennus ja päihteet -teemoissa. Sekä masennus että päihteet teemoista oli tullut keväällä enemmän punaisia tuloksia keltaisiin verrattuna, kun taas syksyllä keltaisia tuloksia oli enemmän. Sekä keväällä

että syksyllä ravitsemus teemassa oli suhteessa muihin teemoihin eniten punaisia ja keltaisia ja vähiten vihreitä tuloksia. Päihde ja fyysinen aktiivisuus teemoissa oli melko paljon punaisia ja keltaisia suhteessa vihreisiin. Sekä keväällä että syksyllä eniten vihreitä tuli masennus ja uni teemoista.



Kuvio 1. IVT-menetelmän tulosten jakauma keväällä ja syksyllä 2010 (prosentteina).

IVT -menetelmässä oppilas sai jokaisesta teemasta värin lisäksi tuloksena niin sanotun riskipisteetyksen, joka selittävät tarkemmin keltaisen tai punaisen tuloksen aiheuttaneen ongelman vakavuutta. Mitä korkeammat riskipisteet nuori sai, sitä vakavamman tai akuutimmasta asiasta on kyse. Riskipisteet tosin sanoen kertovat huolen vakavuudesta, kun taas värien määrä kertoo, kuinka monessa teema-alueessa huolta esiintyy.

2.7.2 Sähköisen tiedon hyödyntäminen nuorten hyvinvoinnin tukemisessa

Tätä tutkimusta varten IVT -menetelmään validoitiin kysymyksiä kuudelta nuorten hyvinvointiin ja elämäntapoihin liittyvältä teema-alueelta. Näiden teemojen osalta mittarin kysymykset ja riskipisteetysrajat todettiin kahdeksaluokkalaisille soveltuvaksi. Suurin osa tuloksista oli vihreitä eli nuorilla ei ollut huolia tai ongelmia. Tässä tutkimuksessa 35% syksyllä vastanneista vuosikursseista sai menetelmän kaikista teemoista vihreän tuloksen ja jonkinlaista puuttumista tarvitsi 65% kahdeksaluokkalaisista. Heikkisen tekemän arvion mukaan 20% nuorista tarvitsee erityistä tukea, joista vain neljäsosa on lastensuojelun avohuollon asiakkaana (Heikkinen 2007). Tässä tutkimuksessa yhdestä tai kahdesta teemasta keltaisia tuloksia saaneita nuoria oli 35% vastanneista. Monet

heistä voivat olla vielä pienen huolen nuoria (vrt. Eriksson – Arnkill 2009), joita voidaan tukea tilapäisesti palveluiden intensiteettiä nostamalla. Juuri näiden nuorien tunnistaminen on tärkeää, jotta heitä voidaan tukea teema-alueittain yksilöllisesti tai ryhmille räätälöidyillä palveluilla ja siten estää tilanteen kriisiytyminen ja raskaiden erityispalveluiden tarve. IVT -menetelmän antamat oppilaskohtaiset tulokset mahdollistavat yksilöllisen palveluiden suunnittelun nuorten omassa kehitysympäristössä.

Eniten eroja kevään ja syksyn tuloksissa ilmeni masennus ja päihteet -teemoissa. Näitä eroja päihteiden ja masennuksen osalta voi aiheuttaa normaali puberteetin yksilöllinen kehittyminen 13-15 ikävuoden välillä, johon liittyy myös päihdekokeilujen aloittaminen (Aalto-Setälä ym. 2003). Loppukevät kouluissa on myös tyypillisesti aikaa, jolloin väsymys painaa oppilaita ja vapaa-ajalla yhdessäolo lisääntyy saattaen johtaa päihdekokeiluihin. Kuitenkin ravitsemus runsailla keltaisilla ja punaisilla tuloksilla sekä fyysinen aktiivisuus ja päihteet runsailla keltaisilla tuloksilla näyttäisivät nousevan ongelmallisimmiksi osa-alueiksi. Tulokset ovat samansuuntaisia kouluterveyskyselyn kanssa, jonka mukaan liikunnan harrastaminen on vähentynyt ja kaikkia aterian osia koululounaalla ei syö lähes 70 % oppilaista kolmasosan ilmoittaessa ettei syö koululounasta päivittäin. (THL 2011.)

Oppilaiden kuulluksi tuleminen voi olla Pönkön (2005) mukaan vaikeaa erityisesti suurissa kouluissa. Tämä näkyy myös kouluterveyskyselyssä, jossa kolmasosa oppilaita ei koe tulevansa kuulluksi koulussa (THL 2011). Luvut ovat huolestuttavia ja saattavat viestittää niin ammattitaidon kuin tiedonsaannin puutteesta. Tässä tutkimuksessa kuvatus menetelmän erityisenä arvona on jokaisen oppilaan kokemuksen esille saaminen, tiedon välitön saanti ja tulosten nopean käsittelyn mahdollistaminen. Internet-pohjaiseen varhaisen tunnistamisen vastatessaan jokainen oppilas kertoo oman näkemyksensä omasta elämäntilanteestaan. Tulokset ovat heti vastaamisen jälkeen sekä nuoren, että tuloksiin oikeutettujen ammattihenkilöiden, esimerkiksi kouluterveydenhoitajan, nähtävissä. Vastaamisen jälkeen tulokset käydään läpi terveydenhoitajan kanssa henkilökohtaisesti. Nuori tulee kuulluksi ja hänen kokemuksensa omasta hyvinvoinnistaan otetaan vakavasti. Vastausprosentti (99,7%) osoitti myös, että nuoret hyödynsivät mahdollisuuttaan tulla kuulluksi.

Kouluterveyskyselyn etuna on laaja valtakunnallinen vertailuaineisto, jota koulut voivat hyödyntää arvioidessaan omaa tilannettaan. Ongelmana kuitenkin on, että tulokset saadaan tarkimmillaan koulutasolla. Kustannustehokasta interventioiden allokoitua varten tarvitaan luokka- ja oppilaskohtaista tietoa. IVT -menetelmän myötä kouluterveydenhoitajalla on käytössään oppilaskohtaiset tulokset ja tulosten lisäksi liikennevalomallilla toimiva riskipisteytys, jotka käydään läpi jokaisen oppilaan kanssa henkilökohtaisesti 8-luokkalaisten terveystarkastuksessa. Tällöin voidaan keskustella vastaus-ten taustalla olevasta nuoren elämäntilanteesta ja eliminoida virhevastauksia. Oppilaan internet-pohjaiseen menetelmään kirjaamat vastaukset antavat hyvän lähtökohdan kes-

kustelulle ja helpottavat vaikeidenkin asioiden esille ottoa. Kun vastausten perusteella moniammatillisesti räätälöidään nuoren tarpeisiin sopivia interventiokokonaisuuksia sekä suunnitellaan luokka-, koulu- tai aluekohtaisia palveluita, nuori voi kokea, että hänen vastauksillaan on merkitystä ja osallisuuden kokemus vahvistuu (vrt. STM 2008). Menetelmä mahdollistaa yksilökohtaisen tulosten yhdistämisen ja siten tulosten käsitteilyn myös mm. luokka-, koulu-, alue- ja valtakunnan tasolla.

2.7.3 Tulosten luotettavuus ja menetelmän eettisyys

IVT –menetelmän käytettävyyttä testattiin näytteellä yhdestä koulusta, joskin otos koulun sisällä oli kattava. Lähes kaikki 8-luokkalaiset kahdelta vuosikursilta vastasivat kyselyyn. Tutkimuksen tavoitteena ei ollut tilastollisesti yleistää tuloksia koko maahan vaan kuvata internet-pohjaisen varhaisen tunnistamisen menetelmän testaus ja tarkastella vastaavatko menetelmällä saadut tulokset aikaisempia tutkimustuloksia. Mittarin reliabiliteettia lisää se, että tulokset eri vuosikursseilla vaihtelivat vain vähän ja että havaittu vaihtelu saattaa selittyä mittaajankohdan vaihtumisella. Menetelmän sisällön validiteettia tuki se, että teema-alueiden kysymykset laadittiin kansallisesti ja kansainvälisesti validoituja mittareita hyödyntämällä ja laatimiseen osallistui joukko valtakunnallisia asiantuntijoita. Kysymyksiä esitettiin ja muokattiin esitetauksen perusteella. Myös varsinaisen aineistonkeruun jälkeen kysyttiin vastaajien mielipidettä kysymysten ymmärrettävyydestä ja vastausvaihtoehtojen mielekkyydestä ja vastaajat arvioivat nämä hyviksi. Menetelmän käytön haasteena on oppilaiden rehellisyys vastaustilanteessa. Tulosten henkilökohtainen läpikäynti terveydenhoitajan kanssa terveystarkastuksen yhteydessä voi vaikuttaa vastausten rehellisyyteen. Toisaalta nuorella voi olla kiusaus valheella välttääkseen seuraukset, toisaalta keskustelu terveydenhoitajan kanssa voi paljastaa virheellisiä vastauksia. Tulosten luotettavuutta tukee myös se, että ne olivat samansuuntaisia valtakunnallisen kouluterveyskyselyn tulosten kanssa.

Oppilaita ja heidän vanhempiaan tiedotettiin etukäteen kyselystä ja tulosten perusteella tehtävistä interventioista. Vanhemmille lähetettiin kirje allekirjoitettavaksi, jossa he vahvistivat saaneensa tiedon sähköisesti tehtävästä kyselystä. Vanhempia kannustettiin ottamaan yhteyttä terveydenhoitajaan lisätietojen saamiseksi. Lainsäädäntö ei määrittele tiettyä ikää, jolloin alaikäinen voi vastata itseään koskeviin kysymyksiin ilman vanhempien lupaa. YK:n yleissopimus lasten oikeuksista (LOS 1989) kehottaa ottamaan huomioon iän ja kehitystason lapsen mielipidettä kysyttäessä. Vastaustilanteessa oppilaat joutuivat lukemaan sekä tietosuoja- että rekisteriselostetta koskevan informaation ennen vastaamisen aloittamista. Oppilaiden osallistuminen kyselyyn oli vapaaehtoista ja oppilaan kieltäytyessä vastaamisesta terveystarkastus suoritettiin kuten aikaisempinakin vuosina. Oppilailla ei ollut mahdollista saada tuloksiaan paperilla vastausti-

lanteessa. Tällä pyrittiin eliminoimaan tietojen joutuminen muiden, esimerkiksi luokkatoverien, nähtäväksi. Myöhemmin tulostaminen esimerkiksi kotona onnistui ja oppilaita kannustettiin keskustelemaan tuloksista vanhempiensa kanssa. Tulosten katseluoikeus rajattiin koululla toimiviin terveydenhuollon ammattihenkilöihin, jotka tulosten edellyttämällä tavalla ottivat yhteyttä muihin asiantuntijoihin.

2.8 Pohdinta: varhaisen tunnistamisen menetelmän hyödyntämismahdollisuudet

Yhteiskunnan 2000-luvun voimakkaassa muutoksessa huoli nuorten hyvinvointiin vaikuttavista valinnoista on kasvanut (Aapola – Ketokivi 2005, 12-15). Silti nuorilla ei aina ole mahdollisuutta saada omaa ääntään ja omia kokemuksiaan kuuluviin (THL 2011; Kiilakoski 2007, 10) ja osaksi itseään koskevaa päätöksentekoa. Tässä tutkimuksessa kuvattu internet-pohjainen varhaisen tunnistamisen menetelmä tuottaa tietoa nuorten hyvinvoinnista ja elämäntavoista heidän itsensä ilmaisemana. Kolmiportainen liikennevaloilla toteutettu riskipisteytys mahdollistaa potentiaalisten huolien tunnistamisen jo varhaisessa vaiheessa ja auttaa aktiivisesti suuntaamaan toimintaa tulosten edellyttämällä tavalla. Menetelmän tuottamalla tiedolla voidaan tukea varhaista puuttumista nuorten haasteellisiin elämäntilanteisiin ja riskejä lisääviin elämäntapoihin sekä suunnitella ja tuottaa hyvinvointia tukevien palveluita. Menetelmä tuottaa oppilaskohtaista tietoa nuorten tilanteesta ja mahdollistaa siten interventioiden kustannustehokkaan kohdentamisen. Interventioita voidaan suunnitella luokka-, koulu- tai aluetasolla ja palveluita voidaan tarjota juuri niitä tarvitseville yksilöille. Menetelmää käyttöönotettaessa tärkeää kuitenkin on, että interventiovaihtoehtoja on riittävästi tarjolla ja niistä voidaan välittömästi räätälöidä nuoren tilanteeseen ja tarpeisiin sopiva kokonaisuus. Jatkossa onkin tarpeellista kehittää menetelmiä osallistaa nuoria heille mielekkäiden interventioiden suunnitteluun. Apuna nuorten osallistamisessa on mahdollista hyödyntää IVT -menetelmällä tuloksia käyttämällä niitä paitsi oppilaskohtaisesti myös koulutasolla teemakohtaisena keskustelun herättäjänä esim. teemapäivissä, kotitalous-, liikunta- ja terveystietotunneilla.

Tällä hetkellä menetelmä kattaa kuusi teema-aluetta 8-luokkalaisten terveystarkastuksen sisällöstä. Menetelmän käyttöä ja sen teema-alueiden lisäämistä voidaan suositella. Lisäksi kannustetaan keskusteluun menetelmän mahdollisuuksista toimia Kaste-kehittämisohjelman (STM 2009) tavoitteiden mukaisesti nuorten terveystarkastusten valtakunnallisen standardoinnin apuvälineenä.

3 SÄHKÖISTEN PALVELUIDEN KÄYTETTÄVYYS

Tiivistelmä

Tämän osatutkimuksen tarkoituksena on kuvata yhden koulun 8-luokkalaisten kokemuksia internet-pohjaisesta terveyden ja hyvinvoinnin varhaisen tunnistamisen menetelmän käytettävyydestä, erityisesti luotettavuuden näkökulmasta sekä kuvata nuorten suhtautumista internet-pohjaiseen etäterapiainterventioon.

Tutkimusaineisto kerättiin yhdestä yläkoulusta kyselylomakkeella kahdelta 8-luokkalaisten vuosikursilta (n=307) sekä teemahaastattelemalla 8-luokkalaisia (n=16). Lomakekyselyn vastausprosentti oli 98 %.

Nuoret pitivät menetelmää tarpeellisena ja arvioivat internet-pohjaisen mittarin helpokäyttöiseksi ja kysymykset relevanteiksi. Omien vastaustensa luotettavuuteen nuoret suhtautuivat kriittisesti. Vastausten luotettavuutta heikensivät erityisesti pelko ja epätoisuus vastausten seurauksista. Nuoret ilmaisivat keskustelewansa ongelmistaan mieluummin oman terveydenhoitajan kuin ulkopuolisen ammattilaisen kanssa verkossa.

Uusien menetelmien ja interventioiden implementointia suunniteltaessa on tärkeää keskustella nuorten kanssa niihin liittyvistä prosesseista ja niiden herättämistä tunteista ja mielikuvista. Avoimella keskustelulla voidaan hälventää tiedon puutteesta aiheutuvaa kritiikkiä ja epäluuloa uusia toimintatapoja kohtaan.

3.1 Johdanto

Tutkimukset ovat osoittaneet, että nuoret eivät aina koe tulewansa kuulluiksi kouluissa (Pönkkö 2005, 57; THL 2011) eikä terveysriskissä olevien nuorten tunnistaminen ole nykyisellään riittävää (Heikkinen 2007). Kuitenkin nuorten pahoinvoinnin tunnistaminen ja siihen puuttuminen varhaisessa vaiheessa on keskeistä sekä nuorten itsensä että terveyden- ja sosiaalihuollon resurssien näkökulmasta (STM 2008). Myös laki velvoittaa kuntia systemaattisesti kerätyn hyvinvointitiedon käyttöön terveyden edistämisessä (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Vaikka alueellisen hyvinvointitiedon tuottamista on kehitetty (Kaikkonen – Mäki 2009), se ei riitä kouluterveydenhuollon palveluiden operatiivisen suunnittelun tueksi. Tässä tutkimuksessa esiteltävä internet-pohjainen varhaisen tunnistamisen menetelmä tuottaa tietoa nuorten terveydestä ja hyvinvoinnista heidän

itsensä kokemana. Menetelmän tuottama tieto mahdollistaa palveluiden suunnittelun ja kohdentamisen niin yksilö- kuin aluetasollakin.

Nuoret käyttävät runsaasti sähköisiä palveluita (Tilastokeskus 2010) ja myös terveydenhuollon palveluita pyritään kehittämään sähköiseen muotoon (Obstfelder ym. 2007; STM 2008; Hämäläinen ym. 2009). Yhtenä sähköisten palveluiden muotona ovat etäpalvelut, joiden yleistyminen Suomessa on vasta alkanut. Kansainvälisesti ne ovat vakiinnuttaneet asemansa ja muun muassa psykiatriassa etäterapiamenetelmiä on hyödynnetty hyvin tuloksin. (Holmberg – Kähkönen 2011). Etäterapiassa voidaan käyttää monipuolisia välineitä kuten sähköpostia, reaaliaikaisia kirjallisen viestinnän yhteyksiä, puhelinta, videoyhteyttä ja tietokoneohjelmia (ks. Goss – Antony 2008). Tässä tutkimuksessa etäterapialla tarkoitetaan yhtä etäpalvelun muotoa, jossa vuorovaikutus tapahtuu internetissä videoavusteisesti näköyhteydellä asiantuntijan ja nuoren välillä.

Aiheeseen liittyen toteutettiin laaja moniammatillinen hanke, jossa kehitettiin internet-pohjaista varhaisen tunnistamisen menetelmä nuorten ongelmien havaitsemiseksi ja niihin puuttumiseksi. Tavoitteena oli menetelmän avulla tavoittaa oppilashuollon tukitoimia tarvitsevia nuoria sekä luoda heille ennaltaehkäiseviä palveluita muun muassa videoavusteista etäterapiamenetelmää kehittämällä. Tarkoituksena oli saada nuorten ääni aikaisempaa paremmin kuuluviin ja tuottaa uusia menetelmiä tukemaan nuorten arkiympäristössä pärjäämistä. Samalla tuotettiin päätöksentekijöille informaatiota, jota voidaan hyödyntää palvelutarpeen ennakoinnissa ja palvelusuunnittelussa.

Tässä artikkelissa raportoitavan osatutkimuksen tarkoituksena oli kuvata 8-luokkalaisten kokemuksia internet-pohjaisesta terveyden ja hyvinvoinnin varhaisen tunnistamisen menetelmän käytettävyydestä, erityisesti luotettavuuden näkökulmasta sekä kuvata nuorten suhtautumista varhaisen tunnistamisen jälkeiseen internet-pohjaiseen etäterapiainterventioon.

3.2 Nuorten hyvinvoinnin varhainen tunnistaminen

Nuorten ongelmat ovat lisääntyneet ja vaikeutuneet (Pönkkö 2005). Ongelmat koskettavat yhä useampia nuoria ja ovat laventuneet moniongelmaisuuskysymyksiin, joita ovat muun muassa oireisuus, tunne-elämän häiriöt, mielenterveysongelmat, kouluvaikeudet ja päihteiden käyttö. Samalla nuorille ehditään tarjota entistä vähemmän avoimuuden palveluita ennen tilanteen kriisiytymistä. (Heikkinen 2007 1-2.) Erityisesti suurissa kouluissa nuorten oma kokemus vaikeuksistaan voi jäädä näkemättä toisten oireillessa näkyvämmiin (Pönkkö 2005). Nuorten äänen kuulumattomuus ei johdu välttämättä nuorten kyvystä ilmaista kokemuksiaan vaan syynä saattaa olla aikuisten haluttomuus kuulla nuorten mielipiteitä (Lowden 2002) tai heikko kyky tunnistaa nuorten hyvinvointiin liittyviä riskejä ja puuttua niihin (Heikkinen 2007). Nuoret pystyvät luotettavasti ilmai-

semaan terveyteensä liittyvää elämänlaatua, jos ilmaisun tukena käytetyt menetelmät ovat ikätason mukaisia (Varni ym. 2007). Nuorten kuuleminen heidän omilla asioissaan parantaa itsetuntoa ja edistää siten heidän hyvinvointiaan (Coyne 2006). Nuorten osallisuuden lisäämistä tulisi tavoitella muun muassa edistämällä valinnan vapautta palveluissa (STM 2008). Tämä on tärkeää myös siksi, että nuoret eivät sitoudu palveluun, joka ei vastaa sisällöllisesti tai menetelmällisesti heidän tarpeitaan (Heikkinen 2007).

Kunnan tehtävä on asukkaidensa terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, ja esimerkiksi kouluterveydenhuollossa tuen tarpeen varhainen tunnistaminen. Tämä edellyttää säännöllistä seurantaa ja kuntakohtaisten hyvinvointiosoitteiden käyttöä. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Internetiä hyödynnetään yhä useammin ihmisten terveyttä koskevan tiedon keräämisessä ja prosessoinnissa ja sen käytölle on asetettu suuria odotuksia sähköisessä terveydenhuollossa (Castrén ym. 2008, 2). Toistaiseksi nuorten itsensä tuottama hyvinvointitieto, esimerkiksi osana terveystarkastuksia, on kuitenkin kerätty manuaalisesti, vaikka useissa mittareissa on olemassa sähköinen vastaamismahdollisuus (esim. Audit-testi). Erityisesti nuorten käyttäjien kohdalla tiedonkeruun sähköistäminen on luontevaa, sillä nuoret ovat tottuneita sähköisten palveluiden käyttäjiä. Nuorten 15–25-vuotiaiden internetin käyttö lisääntyi merkittävästi viime vuosikymmenellä (Talous-tutkimus 2008) ja 2010-luvulla käytännössä kaikki tässä ikäluokassa käyttävät internetiä. Yhteisöpalveluihin on rekisteröitynyt 83 % 16–24-vuotiaista ja 44 % käyttää niitä päivittäin. (Tilastokeskus 2010.) Sähköisen tiedonkeruun lisäksi tuotetaan runsaasti terveyttä edistäviä internet-pohjaisia interventioita, jotka tyypillisesti tarjoavat luotettavaa tietoa, neuvontapalveluita ja vertaistukea (esim. Kouri ym. 2006; Salonen ym. 2008; An ym. 2009). Sen sijaan videoavusteisesti tuotettujen hyvinvointipalveluiden kasvu Suomessa on vasta alkamassa, vaikka menetelmän tekniset käyttöalustat (esim. Skype) ovat monille nuorille tuttuja. Sähköisten järjestelmien internet-pohjaisuus on koettu hyväksi. Tutulla tavalla toimiva sähköinen ympäristö helpottaa käyttöä, eikä edellytä erikseen asennettavia laitekohtaisia ohjelmia (Hincapie ym. 2011, 61; Drake 2009.)

3.3 Etäpalvelut nuorten hyvinvoinnin edistäjinä

Tällä hetkellä nuoret ovat kuntien tarjoamien palveluiden suhteen eriarvoisessa asemassa asuinpaikasta riippuen (Heikkinen 2007 36; Kivimäki ym. 2007, 213-214; Wiss ym. 2007, 57). Kansallisena tavoitteena on alueellisten erojen kaventaminen ja vaikka kunta- ja palvelu-uudistuksella haetaan entistä laajempia alueellisia kokonaisuuksia, tulisi nuorten terveystalvet tuottaa jatkossakin alueellisesti (STM 2009, 15-19). Koulun- käynnin tukemisen tavoitteena on, että nuori saa tarvitsemansa palvelut lähialueina eli siten, ettei hänen tarvitse poistua koulusta niiden saamiseksi (Rimpelä ym. 2010, 181). Juuri etäpalveluiden käyttö mahdollistaa monipuolisten asiantuntijapalveluiden

tarjoamisen nuorille heidän omassa kasvu- ja kehitysympäristössään. Etäpalveluiden etuina nähdään erityisesti vaikutukset kustannuksiin, saatavuuteen ja laatuun (Demiris 2005, 852).

Etäpalveluiden kustannussäästöt syntyvät muun muassa matkakustannusten ja työajan säästymisestä (Moehr 2005, 338). Menetelmä mahdollistaa maantieteellisesti toisistaan kaukana olevien asiantuntijoiden saamisen samaan tapaamiseen (Mucic 2007; Moehr 2005). Etäpalveluiden avulla kuntien käytössä oleva tietopääoma kasvaa, kun kunta voi suhteuttaa käytössään olevien asiantuntijoiden määrän nuorten kulloisenkin tarpeen mukaan. Sähköinen palvelutuotanto mahdollistaa kuntien eriarvoisuuden vähenemisen, kun vaihtelevat resurssit ja maantieteellinen sijainti eivät ole erityispalvelujen saannin esteenä (Syrjälä ym. 2004; Moehr 2005; Mucic 2007; Shaikh 2010; Vuononvirta ym. 2011). Etäpalvelujen mahdollistaman tapaamisten intensiivisemmän jaksotuksen katsotaan parantavan palvelun laatua (McGeedy 2008, 17; Moehr 2005, 337). Etäpalveluiden heikkoutena taas on mainittu ajoittainen tekninen epävarmuus ja asiakkaan ulkoisen olemuksen kartoittamisen hankaloituminen (Ojanen – Sorvaniemi 2005), joskin diagnoosin luotettavuus on todettu yhtä hyväksi videoavusteisesti kuin kasvokkain tehtynä (Baigent ym. 1997; Amarendran ym. 2011).

Etäpalveluiden käyttöön suhtaudutaan kansainvälisesti myönteisesti ja tutkimuksissa kasvokkain ja videoavusteisesti tuotettuihin palveluihin ollaan yhtä tyytyväisiä (Bishop 2002). Videoavusteisesti tapahtuva vuorovaikutus ei sisällöllisesti eroa kasvokkain tapahtuvasta (Demiris ym. 2005), mutta on todettu, että läheisten vuorovaikutussuhteiden syntyminen virtuaalisesti on kasvokkain tapahtuvaa kanssakäymistä hitaampaa ja läheisten suhteiden muodostumista edistävät ajoittaiset fyysisesti samassa tilassa tapahtuvat tapaamiset (Virolainen 2010, 184-187).

3.4 Aineisto ja menetelmät

Tässä osatutkimuksessa nuoret arvioivat varhaisen tunnistamisen internet-pohjaista menetelmää, jonka teemat – masentuneisuus, ahdistuneisuus, ravintotottumukset, fyysinen aktiivisuus, uni ja päihteet – valittiin tukemaan kouluterveydenhoitajan tekemiä 8-luokkalaisten terveystarkastuksia. Internet-pohjaisen lomakkeen laadinnassa käytettiin apuna aikaisempia validoituja mittareita, esimerkiksi Raitasalon (2007) RBDI –mittaria. Mittarin kehittäjinä toimineet, aiheeseen syvästi perehtyneet tutkijat ja pitkän kokemuksen omaavat ammattilaiset, osallistuivat kysymysten muokkaamiseen nuorisolähtöisemmiksi ja niiden riskipisteittämisestä kolmiportaiseksi liikennevalomalliksi. Menetelmän toteutustapaa esiteltiin saman koulun kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalailla (n=31). Esitestauksen tulosten perusteella mittarin kehittäjät muokkasivat pisteitysrajoja erityisesti riskiryhmien rajapinnoilla. Mittari sisälsi yhteensä 57 kysymystä. Tutki-

mukseen osallistui yhden koulun kaikki kahdeksaluokkalaiset kahdelta vuosikursilta. Vastausprosentti oli 99,7. Vastaamistilanteessa nuoret näkivät tuloksensa näytöllä riskiluokituksen liikennevalomallina ja tulokset käsiteltiin henkilökohtaisesti kouluterveydenhoitajan kanssa terveystarkastuksen yhteydessä.

Vastaamisen jälkeen seuraavalla oppitunnilla nuoret täyttivät paperisen palautekyselyn, jonka tulokset tässä artikkelissa raportoidaan. Lomake sisälsi sekä strukturoitua että avoimia kysymyksiä, jotka käsittelivät vastausten luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä ja menetelmän jälkeisiä interventioita. Keväällä 2010 palautekyselyn täytti 157 (97%) nuorta ja syksyllä 2010 150 (98%) nuorta. Vastaaminen oli vapaaehtoista. Palautekyselyjen lisäksi haastateltiin sekä keväällä että syksyllä kahdeksan varhaisen tunnistamisen menetelmää testannutta nuorta (n=16). Terveystarkastaja valitsi haastateltavat sattumanvaraisesti, kuitenkin ottaen mukaan nuoria kaikista riskipisteytysluokista. Haastattelujen aluksi nuorille kerrottiin haastattelun luottamuksellisuudesta, vapaaehtoisuudesta, tulosten käsittelystä ja haastattelun nauhoittamisesta. Yhtä haastattelua ei haastateltavan pyynnöstä nauhoitettu. Haastattelijalla ei ollut oikeutta saada tietää haastateltavien saamia tuloksia, joten haastatteluissa ei keskusteltu yksittäisistä tuloksista. Haastattelujen teemat olivat nuorten ongelmien varhaisen tunnistamisen tarpeellisuus, vastausten rehellisyys ja tunnistamisen jälkeiset interventiot. Nuorille esitetyistä interventiovaihtoehdoista keskustelu terveydenhoitajan ja koulun ulkopuolisen ammattilaisen kanssa (esim. sosiaalityöntekijä, nuorisopsykiatri) olivat käytössä olevia menetelmiä. Tietokoneen videoyhteydellä tapahtuvaa etäterapiaa ei ollut palautekyselyn hetkellä vielä toteutettu. Haastattelussa nuorille esitettiin kuvitteellinen tilanne, jossa tällaista palvelua tarjottiin.

Kvantitatiivista aineistoa tarkasteltiin Microsoft Excel -ohjelmalla taulukoin ja kuvoin käyttämällä frekvenssejä ja prosenttijakaumia. Kvalitatiivinen aineisto analysoitiin induktiivisesti teemoittain pelkistämällä ilmaisut, ryhmittelemällä samansisältöisiä ilmauksia ja abstrahoiden ilmaisut ala-, ylä- ja yhdistäviin kategorioihin. Samansisältöiset vastaukset myös kvantifioitiin. (Kyngäs – Vanhanen 1999.)

3.5 Tulokset

3.5.1 Varhaisen tunnistamisen menetelmän luotettavuus nuorten kokemana

Menetelmän luotettavuutta arvioitiin palautekyselyllä ja haastatteluilla kysymällä nuorilta varhaisen tunnistamisen menetelmän tarpeellisuudesta, internet-pohjaisen lomakkeen vastattavuudesta, heidän vastaustensa rehellisyydestä sekä aikaisemmin vastannei-

den nuorten kokemusten vaikutuksista heidän vastaustensa todenperäisyyteen. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Varhaisen tunnistamisen menetelmän luotettavuutta heikentävät ja edistävät tekijät nuorten kokemana

| Yhdistävä kategoria | Yläkategoria | Alakategoria | Käytetty aineisto |
|--|--|---|---|
| MENETELMÄN LUOTETTAVUUTTA HEIKENTÄVIÄ TE- KIJÖITÄ | nuorten pelko imp- likaatioista | pelko tiedon välittymis- estä vanhemmille | kyselylomakkeen avoimet vastaukset ja haastattelut |
| | | pelko tiedon välittymis- estä terveydenhoitajalle | kyselylomakkeen avoimet vastaukset ja haastattelut |
| | | pelko seurauksis- ta/ongelmista | kyselylomakkeen avoimet vastaukset ja haastattelut |
| | | pelko interventioista | kyselylomakkeen avoimet vastaukset ja haastattelut |
| | | aikaisemmin vastannei- den negatiiviset kerto- mukset | kyselylomakkeen strukturoidut ja avoi- met vastaukset |
| | nuorten keskusteluha- luttomuus | haluttomuus/pelko keskustella ongelmista | kyselylomakkeen avoimet vastaukset ja haastattelut |
| | menetelmän sisällölliset puutteet | sopivien vastausvaihtoehtojen puute | kyselylomakkeen strukturoidut ja avoi- met vastaukset |
| sosiaalinen paine vastata epärehellisesti | halu ”esittää” kavereille | kyselylomakkeen avoimet vastaukset ja haastattelut | |
| MENETELMÄN LUOTETTAVUUTTA EDISTÄVIÄ TEKIJÖITÄ | menetelmän tekninen ja sisällöllinen sujuvuus | ymmärrettävät kirjau- tumis- ja vastausohjeet | kyselylomakkeen strukturoidut vastaukset |
| | | vastausvaihtoehtojen helppo löytäminen | kyselylomakkeen strukturoidut vastaukset |
| | nuorten kokemus menetelmän tarpeellisuudesta | aikaisemmin vastannei- den positiiviset kerto- mukset | kyselylomakkeen strukturoidut ja avoi- met vastaukset |
| | | parantaa ongelmien havaitsemista | haastattelut |
| | | edistää ongelmiin puuttumista | haastattelut |
| | | antaa terveydenhoitajalle tärkeää tietoa nuorista | haastattelut |
| | | antaa tärkeää tietoa itsestä | haastattelut |

Nuorten kokemukset varhaisen tunnistamisen menetelmän tarpeellisuudesta. Kaikki haastateltavat kahta lukuun ottamatta pitivät menetelmää lähtökohtaisesti tarpeellisena ja uskoivat sen tuottavan tietoa, joka parantaa nuorten ongelmien havaitsemista. Mene-

telmän tuottaman tiedon arvioitiin hyödyttävän nuoria, joilla oli erityisiä ongelmia, kuten masennusta, tai nuoria, jotka haluavat apua, mutta eivät ole uskaltaneet tuoda ongelmiaan itse esille. Menetelmän uskottiin myös antavan terveydenhoitajalle tärkeää tietoa nuorten tilanteesta ja helpottavan terveydenhoitajan mahdollisuutta tunnistaa apua tarvitsevia nuoria. Toisaalta nuorten vastausten mahdollisen epärehellisuuden tiedostettiin vaikuttavan tulosten luotettavuuteen ja siten avuntarpeen havaitsemiseen. Tärkeänä hyötynä nuoret pitivät menetelmällä saatavaa tietoa itsestään, omasta tilanteestaan ja elämäntavoistaan.

Nuorten kokemukset internet-pohjaisen lomakkeen ymmärrettävyydestä. Palautekyselyn mukaan 79 %:n mielestä internet-pohjaisen lomakkeen kirjautumis- ja vastausohjeet olivat ymmärrettävät ja 18 %:n mielestä osittain ymmärrettävät ja osittain vaikeat. Vastaajista 85 % oli sitä mieltä, että lomakkeen kysymykset olivat ymmärrettäviä. Osaa kysymyksistä vaikeasti ymmärrettävinä piti 14% nuorista. Vastausvaihtoehdot löytyivät helposti 47% mielestä ja osittain helposti 48% mielestä. Vastaajista 5 % oli sitä mieltä, että vastausvaihtoehdot eivät löytyneet helposti.

Nuorten vastausten rehellisyys. Nuorista 90 % ilmoitti palautekyselyissä vastanneensa rehellisesti kaikkiin ja 9 % osaan internet-pohjaisen lomakkeen kysymyksistä. Epärehellisesti kaikkiin kysymyksiin ilmoitti vastanneensa 1 % nuorista. Haastatteluissa keskusteltiin yleisesti epärehellisesti vastaamisen syistä, mutta haastateltavien omaa rehellisyyttä ei kysytty. Myös palautekyselyn avoimissa vastauksissa nuoret kertoivat syitä epärehellisesti vastaamiseen. Haastatteluvastausten kanssa yhtäaikaisesti analysoitiin myös palautekyselyn avoimet vastaukset samasta kysymyksestä. Näissä aineistoissa keskeisimmiksi epärehellisuuden syiksi ilmenivät erilaiset pelot. Vastaajien mukaan nuoret pelkäsivät tiedon välittymistä terveydenhoitajalle ja sitä kautta vanhemmille. Nuorten arveltiin pelkäävän erityisesti tiedon välittymisestä aiheutuvia seurauksia, esimerkiksi toimenpiteitä, jotka heihin vastausten perusteella kohdistettaisiin. Pelätyksi interventioiksi mainittiin muun muassa joutumista juttutuokioihin, kuraattorille, erityisvalvontaan ja jopa lastenkotiin. Vastausten epärehellisuuden syiksi arviointiin myös nuorten yleinen haluttomuus tai uskalluksen puute puhua omista asioistaan. Toisaalta muutamat haastateltavat arvelivat nuoriin kohdistuvan sosiaalista painetta epärehellisesti vastaamiseen eli ”esittämisen” tarvetta. Yhtenä syynä vastausten epätotuudenmukaisuuteen oli kyselylomake, jonka puutteelliset vastausvaihtoehdot muutamien mielestä pakottivat ajoittain valitsemaan epäsovikkaan vaihtoehdon.

Palautekyselyssä haluttiin selvittää, vaikuttavatko nuorten kuulemat aikaisemmin varhaisen tunnistamisen internet-pohjaista menetelmää käyttäneiden kokemukset heidän vastaustensa sisältöön. Aikaisemmin vastanneiden nuorten kokemusten vaikutusta voitiin arvioida sekä kevään että syksyn vastauskerroilla, koska menetelmää oli jo esitettävä pienellä ryhmällä 8- ja 9-luokkalaisia aikaisemmin keväällä 2010. Kevään 2010 palautekyselyssä 26 % nuorista oli kuullut muiden kokemuksia vastaamisesta ja sen jäl-

keisistä toimista. Tästä ryhmästä 44 % (eli kaikista 157 vastaajasta 11 %) ilmoitti, että heidän kuulemansa kokemukset vaikuttivat paljon tai jonkin verran heidän vastaustensa sisältöön. Syksyllä niiden nuorten määrä, jotka olivat kuulleet aikaisemmin vastanneiden kokemuksia, oli noussut 50 %:iin. Tästä ryhmästä niin ikään 44 % (eli kaikista 153 vastaajasta 22 %) ilmoitti, että heidän kuulemansa kokemukset vaikuttivat paljon tai jonkin verran heidän vastaustensa sisältöön. Palautekyselyn avoimista vastauksista ilmeni, että aikaisemmin vastanneiden kertomukset ilmensivät pääosin negatiivista suhtautumista vastaamisesta aiheutuviin seurauksiin, mutta myös positiivisia kokemuksia muun muassa vastaamisen helpoudesta ja tulosten hyödyllisyydestä oli kuultu.

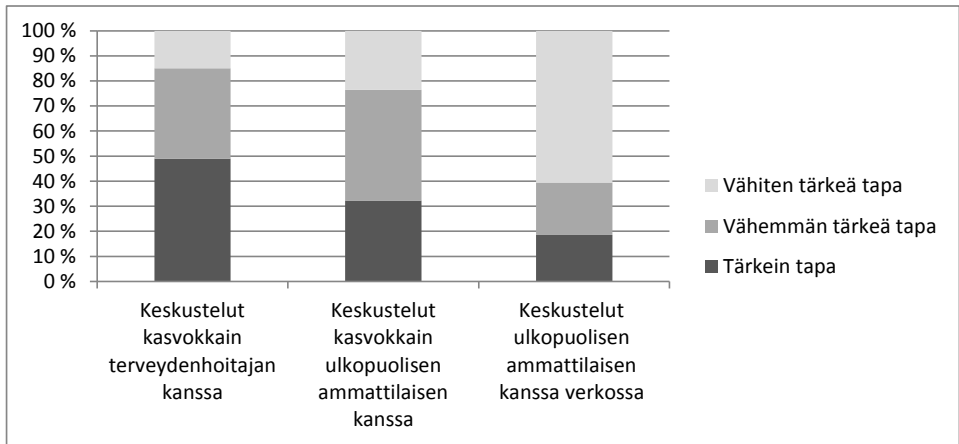
”Että muutamien oli tarvinnut mennä kuraattorin kanssa juttelemaan”

”Esim. miten he ovat muuttaneet käsityksiään ja käyttömääriä päihteiden suhteen”

3.5.2 Nuorten suhtautuminen etäterapiaan interventioina

Nuorten mielipiteet etäterapian tärkeydestä interventioina. Nuorilta kysyttiin sekä palautekyselyssä että haastatteluissa heidän mielipidettään ongelmiin puuttumisen menetelmistä. Heille esitettiin kaksi tutkimushetkellä käytössä olevaa menetelmää ongelmiin puuttumiseksi eli keskustelu terveydenhoitajan kanssa ja kasvokkain ulkopuolisen asiantuntijan kanssa käytävä keskustelu sekä yksi pilotoitava toimintatapa eli keskustelu ulkopuolisen ammattilaisen kanssa videoyhteydellä verkossa. Nuoria pyydettiin asettamaan nämä interventiot tärkeysjärjestykseen. Kysymyksessä ei otettu kantaa siihen, minkä tasoista apua nuori mahdollisesti tarvitsisi, vaan haluttiin selvittää, mitkä menetelmät ovat tärkeitä nuorten ongelmiin puuttuessa.

Vastaukset olivat samansuuntaiset sekä haastatteluissa että palautekyselyssä. Nuorten mielestä henkilökohtaiset kasvokkain toteutetut keskustelut koulun terveydenhoitajan kanssa koettiin tärkeimmäksi tavaksi puuttua nuorten ongelmiin (49%). Vastaajista 44% piti henkilökohtaisia kasvokkain toteutettuja keskusteluja koulun ulkopuolisen ammattilaisen kanssa toiseksi tärkeimpänä tapana puuttua nuorten ongelmiin. Vähiten (60%) tärkeänä tapana puuttua nuorten ongelmiin pidettiin koulun ulkopuolisen tahon kanssa käytyjä keskusteluja verkon välityksellä. (Kuvio 2).



Kuvio 2. 8-luokkalaisten asennoituminen eri tapoihin puuttua nuorten ongelmiin (n=300) prosentteina.

Haastatteluissa kysyttiin kenen kanssa nuoret puhuisivat mieluummin, jos saisivat riskipisteissä keltaisia tai punaisia värejä. Mieluiten haluttiin keskustella terveydenhoitajan kanssa, mutta esille nousivat myös omat vanhemmat, isovanhemmat ja ystävät. Keskeiseksi syiksi valintoihin ilmoitettiin henkilön tutuus, miellyttävyys, fyysinen lähellä olo ja luottamuksellinen suhde. Terveydenhoitajan kanssa ilmoitettiin voitavan puhua jokseenkin kaikista asioista, joskin muutamat epäilivät terveydenhoitajan asiantuntemusta esimerkiksi masennuksen ja ahdistuneisuuden käsittelyssä. Vastaavasti koulun ulkopuolisen asiantuntijan kanssa keskusteluhalukkuutta hillitsi vieraus ja luottamuksen puute, mutta toisaalta puolsi erityisosaaminen. Useat haastateltavat tosin olivat valmiita puhumaan tarvittaessa kaikista asioista myös ulkopuolisen ammattilaisen kanssa.

Nuorten valmius etäterapian käyttöön. Haastatteluissa nuorille esitettiin kuvitteellinen tilanne, jossa nuori olisi saanut internet-pohjaisesta lomakkeesta keltaisen tai punaisen riskipisteytyksen ja keskustellut asiasta terveydenhoitajan kanssa terveystarkastuksessa. Kuvitteellisessa tilanteessa haastateltaville tarjottiin mahdollisuutta keskustella videoyhteydellä ongelmastaan koulun ulkopuolisen ammattilaisen kanssa. Ammattilaisella tarkoitettiin etäterapiaa toteuttavia asiantuntijoita terveyden ja hyvinvoinnin eri osa-alueilta. Haastateltaville kerrottiin, että verkkokeskustelut käydään salatussa ympäristössä, jossa keskustelukumppanit näkevät toisensa reaaliaikaisena näyttöpäätteiltään ja kuulevat toistensa äänen. Haastatelluilla ei ollut vahvoja mielipiteitä verkkokeskusteluista tai etäterapiasta, mutta he pohtivat esitettyä toimintatapaa eri näkökulmista.

Negatiivisia ajatuksia herätti muun muassa menetelmän outous, tottumattomuus netikeskusteluun ja epäluottamus internetin salassapitomahdollisuuksiin. Positiivisena puolena huomioitiin muun muassa mahdollisuus hoitaa tapaaminen kotona. Monet olivat sitä mieltä, ettei ollut eroa puhuiko kasvokkain videoyhteydellä vai samassa fyysi-

sessä tilassa. Suurin osa piti juuri näköyhteyttä tärkeänä, tosin muutama mainitsi myös, että pelkkä kuuloyhteys helpottaisi vaikeista asioista puhumista. Yhdeksän haastateltavaa ilmoitti, että nuorten asennoituminen etäterapiaan riippuu todennäköisesti tilanteesta, keskusteltavasta aiheesta ja nuoresta itsestään.

”Jos sulla on sellainen vakoiluohjelma, niin kaikki näkee mitä siellä tekee”

”Ihan vieras ihminen, kyllä mua se ainakin tosi paljon jännittäisi”

”Ei ole kauheesti väliä onko se netin välityksellä vai kasvotusten. Etuja varmaan olisi ettei tarvitse lähteä kotoon mihinkään. On se netin välityksellä helpompi, se on vaan erilaista kuin kasvotusten.”

3.6 Pohdinta

3.6.1 Tulosten tarkastelu

Nuoret suhtautuivat myönteisesti varhaisen tunnistamisen menetelmään ja nuorten omien kokemusten kartoittamiseen. Myös vastausprosentti kertoo myönteisestä suhtautumisesta. Varhaisen tunnistamisen lomakkeen vastausprosentti oli 99,7 ja palautetta menetelmästä antoi 98 % vastanneista. Tulos vastaa käsitystä siitä, että nuoret haluavat tulla kuulluiksi ja tuottaa tietoa omasta hyvinvoinnistaan (Coyne 2006).

Menetelmän tuottaman tiedon käytettävyys on hyvä luotettavuuden näkökulmasta tarkasteltuna. Vastaajista valtaosa koki, että menetelmä oli helppokäyttöinen ja vastausvaihtoehdot ymmärrettäviä. Nuorten on todettu arvioivan luotettavasti omaa terveytensä liittyvää elämänlaatuaan, mikäli arviointimenetelmä on ikätason mukainen (Varni ym. 2007). Suurin osa nuorista kertoi vastanneensa internet-pohjaiseen lomakkeeseen rehellisesti. Aikaisemmin vastanneiden kokemukset vastausten implikaatioista vaikuttivat kuitenkin osaan nuorista. Vaikutukset olivat osin positiivisia osin negatiivisia. Myös nuorten tietämättömyys varhaisen tunnistamisen jälkeisestä prosessista vaikutti osan vastauksiin heikentäen menetelmän luotettavuutta. Jatkossa on tärkeää kiinnittää huomiota siihen, että varhaisen tunnistamisen jälkeisistä prosesseista ja interventioista keskustellaan nuorten kanssa etukäteen ja niistä tiedotetaan riittävästi, jotta mahdollisten seurausten pelkääminen ei heikennä vastausten luotettavuutta.

Terveyteen ja hyvinvointiin liittyvistä riskeistään nuoret halusivat mieluiten keskustella fyysisesti lähellä olevan ja tutun henkilön kanssa. Annetuista kolmesta vaihtoehdosta vähiten nuoret halusivat keskustella asiantuntijan kanssa verkossa. Kuitenkin nuorten odottamat seikat kuten tutuus ja fyysinen lähellä olo ovat saavutettavissa myös etäpalvelumenetelmillä. Etäyhteys voidaan ottaa esimerkiksi terveydenhoitajan vastaan-

otolta tai nuoren kotoa. Tämä säästää matkakustannuksia (Moehr 2005; Ojanen – Sorvaniemi 2005) ja oppitunneilta poissa oloja. Etäpalveluhenkilökunnan ei tarvitse olla nuorelle vierasta. Etäyhteys ei myöskään estä läheisten ihmissuhteiden muodostumista, joskin vuorovaikutussuhteen kehittymisen tueksi kannustetaan ajoittaiseen kasvokkain tapaamiseen (Virolainen 2010). Tämä voidaan toteuttaa esimerkiksi siten, että asiantuntija vierailee koululla ajoittain tai on osan työajastaan fyysisesti läsnä koululla. Toisaalta tässä tutkimuksessa osa nuorista arveli videoyhteyden tuoman etäisyyden tunteen jopa helpottavan vaikeista asioista puhumista. Nuoret pohtivat vastauksissaan lähinnä sitä, millaisia tunteita videoyhteydellä toteutettava etäpalvelu herättäisi. He eivät ilmaisseet epäilyjä etäterapian sisällöllisestä toimivuudesta, jonka onkin todettu olevan samankaltaista (Demiris 2005) ja diagnostisesti yhtä luotettavaa (Amarendran ym. 2011) kuin kasvotusten tapahtuvassa vuorovaikutuksessa.

Etäpalveluiden kehittäminen on välttämätöntä, jotta tällä hetkellä nuorten palveluissa vallitsevaa, muun muassa Heikkisen (2007) ja Kivimäen (2007) raportoimaa eriarvoisuutta voidaan kaventaa. Nykyisellään kuntien palvelut eivät kaikilta osin vastaa ennalta ehkäisevien palveluiden tarjonnan tavoitetta. Matalan kynnyksen interventioiden viivästyessä tarvitaan kalliita erityispalveluita (Heikkinen 2007), joihin turvautumien ei ole sen paremmin nuorten kuin resurssien kannalta kunnan edun mukaista. Varhaisen tunnistamisen menetelmä mahdollistaa nuoren itsensä tuottaman tiedon käytön terveyttä edistävien matalan kynnyksen palveluiden suunnittelussa ja palveluohjauksessa. Menetelmä myös auttaa nuoria tunnistamaan terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia riskejä omassa elämässään.

3.6.2 Tutkimustulosten luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksessa käytettiin palautekyselyä, joka sisälsi sekä avoimia että strukturoituja kysymyksiä. Lisäksi nuoria haastateltiin. Metodien välisellä triangulaatiolla pyrittiin lähestymään ilmiötä monipuolisesti ja siten varmentamaan tuloksia (ks. Burns – Grove 2009). Haastatteluilta myös syvennettiin strukturoidulla lomakkeella saatua tietoa. Nuorten vastausten luotettavuutta lisäsi se, että palautekyselyihin vastattiin heti arvioitavana olevaan internet-pohjaiseen lomakkeeseen vastaamisen jälkeen. Koska menetelmää ja siihen liittyviä toimintamalleja oltiin vasta kehittämässä ja testaamassa, eivät nuoret palautekyselyyn vastatessaan tienneet, millä tavalla heidän hyvinvointiaan voidaan uuden toimintamallin ja siihen liittyvien interventioiden avulla parantaa. Tästä syystä nuorten vastaukset jäivät pohdinnan tasolle, ilman vahvoja mielipiteitä. Palautekyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja siitä informoitiin etukäteen kirjallisella tiedotteella ja koululla järjestetyssä tiedotustilaisuudessa. Myös haastatteluun suostuminen oli täysin vapaaehtoista ja vapaaehtoisuus varmistettiin vielä haastattelujen alussa.

Haastateltavia ei arvottu vaan terveydenhoitajaa kehoitettiin valitsemaan haastateltavia kaikista riskipisteystyluokista. Tarkoituksenmukaisuusotannalla saatiin monipuolinen kuva nuorten suhtautumisesta varhaisen tunnistamisen menetelmän tuottamiin riskipisteystykyisiin (Burns – Grove 2009). Tulokset on esitetty siten, ettei haastateltavia voi tunnistaa. Haastatteluaineiston analyysin luotettavuuden arvioimiseksi on lukijoille esitetty alkuperäisilmaisuja (Elo – Kyngäs 2008).

3.6.3 Tulosten hyödyntäminen

Nuorten äänen kuuluminen ja riskien tunnistaminen ei aina toteudu toivotulla tavalla (Pönnkö 2005; Heikkinen 2007; Lowden 2006). Tässä tutkimuksessa testattu internet-pohjainen varhaisen tunnistamisen menetelmä lisää nuorten osallisuutta itseään koskevan tiedon tuottamisessa. Nuorten tuottama tieto terveydestään ja hyvinvoinnistaan on luotettavampaa, jos nuoret tuntevat varhaisen tunnistamisen jälkeiset prosessit ja niihin liittyvät interventiot. Nuoret suhtautuivat epäluuloisesti videoyhteydellä tuotettaviin etäpalveluihin ja pitivät tärkeänä että keskustelukumppani olisi tuttu ja luotettavaksi koettu henkilö.

Tulosten perusteella voidaan esittää kehittämissuhteita. Internet-pohjaista varhaisen tunnistamisen menetelmää voidaan suositella käytettäväksi kouluissa 8-luokkaisten terveyden ja hyvinvoinnin kartoittamisessa ja sillä saatavia tuloksia voidaan hyödyntää terveydenhoitajan työn tukena osana terveystarkastuksia, palvelusuunnittelua ja nuorten yksilöllistä palveluohjausta. Lisäksi menetelmällä voidaan kannustaa nuoria tiedostamaan omaa terveystietämystään ja tuloksia voidaan hyödyntää koululla terveyttä edistävissä toiminnassa. Tulosten perusteella voidaan menetelmän käyttöönottamiseen liittyen suositella, että nuorille kuvataan etukäteen menetelmään liittyvät prosessit sekä kertoa tulosten perusteella tarjottavat interventiot. Suunniteltaessa etäpalveluiden käyttöönottoa toiminnan markkinointi ja palveluita tuottavien asiantuntijoiden tutuksi tekeminen voivat edistää nuorten myönteisempää suhtautumista etäpalveluiden käyttöön.

Toistaiseksi ei ole ollut käytössä tiedonhankintamenetelmää, joka mahdollistaisi sekä strategisen että operatiivisen palvelusuunnittelun. Tässä tutkimuksessa kuvatulla menetelmällä saatu tieto mahdollistaa terveydenhoitajan toteuttaman yksilöllisen palveluohjauksen, mutta antaa samalla sosiaali- ja terveystieteen johtajille ja viranhaltijoille luotettavaa tietoa strategisen palvelusuunnittelun ja resurssien kohdentamisen tueksi. Nuorten hyvinvointitietoa kokoava menetelmä on puuttunut ja kouluissa tehtävien terveystarkastusten tietojen hyödyntämistä (Kaikkonen – Mäki 2009) ja menetelmien yhtenäistämistä (STM 2009) on pohdittu myös valtakunnallisesti. Tässä tutkimuksessa testattua menetelmää on mahdollista käyttää nuorten valtakunnallisen hyvinvointitiedon koostamiseen ja terveystarkastusten menetelmien valtakunnalliseen standardointiin. Tulevaisuudessa

etäpalvelut voivat helpottaa kuntien palveluiden järjestämisvastuuta ja vähentää palvelun käyttäjien eriarvoisuutta. Etäpalvelumenetelmin voidaan tuottaa nuorten yksilöllisiin tarpeisiin räätälöityjä palvelukokonaisuuksia heidän omassa ympäristössään.

4 INTERNET-POHJAISET MENETELMÄT NUORTEN ENNALTAEHKÄISEVISSÄ PALVELUISSA

Tiivistelmä

Nuorten hyvinvoinnin tukeminen ja syrjäytymisen ehkäisy ovat ajankohtaisia mutta haasteellisia teemoja kunnille yhtäältä rahoituksen toisaalta asiantuntijoiden saatavuuden näkökulmasta. Kuitenkin tavoitteena on, että kunnat tuottaisivat nuorten ennaltaehkäisevät terveys- ja mielenterveyspalvelut lähipalveluna. Tässä osatutkimuksessa arvioidaan internet-pohjaisen varhaisen tunnistamisen (IVT) menetelmän tuottaman tiedon hyödynnettävyyttä moniammatillisessa toiminnassa ja päätöksenteossa tarkastelemalla, tuottaako menetelmä tietoa, joka auttaa tunnistamaan tuen tarpeessa olevia nuoria tukien samalla ennaltaehkäisevien palveluiden moniammatillista suunnittelua ja palveluohjausta. Lisäksi arvioidaan internet-pohjaisten etäpalveluiden hyödyntämismahdollisuuksia osana moniammatillista varhaista puuttumista. Tutkimuksessa teemahaastateltiin IVT -menetelmän tuloksia hyödyntäneitä ja etäpalveluita testanneita asiantuntijoita.

IVT -menetelmän tuottama vastaajakohtainen riskipisteitys auttoi ammattilaisia tunnistamaan tuen tarpeessa olevia nuoria. Riskipisteet toimivat palveluiden moniammatillisen suunnittelun ja kohdentamisen lähtökohtana. Etäpalvelujen merkitys tulevaisuuden palvelujen turvaamisessa tunnistettiin, vaikka kokemukset niiden käytöstä jäivät niukoiksi. Toteutuessaan internet-pohjaiset etäpalvelut mahdollistaisivat palveluiden monipuolistumisen, mutta vaativat sekä menetelmällistä harjaantumista että asenteellista totuttelua niin ammattilaisilta kuin nuoriltakin. Tukea tarvitsevien nuorten varhainen tunnistaminen ja yksilökohtaisen tiedon mahdollistama kustannustehokas palvelusuunnittelu- ja ohjaus yhdessä internet-pohjaisten moniammatillisten etäpalveluiden kanssa voivat tulevaisuudessa turvata kunnalle riittävät keinot selvittää ennaltaehkäisevien paikallisesti tarjottavien palveluiden järjestämishaasteesta.

4.1 Johdanto

Kuntien talous on suurissa haasteissa ja ennalta ehkäiseviin palveluihin panostaminen onkin tulevaisuudessa keskeinen keino kohtuuttomiksi nousseiden korjaavien palvelui-

den kustannusten madaltamiseksi. Myös tutkimukset (mm. Kalijärvi ym. 2007) ja valtakunnallinen keskustelu syrjäytymisen vakavista vaikutuksista niin nuorten hyvinvointiin kuin kansantalouteen kannustavat kehittämään menetelmiä, joilla nuorten hyvinvointia voidaan tukea ja syrjäytymistä ennaltaehkäistä. Ennaltaehkäisevä työ perustasolla nuorten omassa ympäristössä on myös sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallisena tavoitteena (STM 2008, 33). Haasteena on yhtäältä riittävä tiedonsaanti tuen tarpeessa olevien nuorten varhaiseksi tunnistamiseksi (Pönkkö 2005) ja toisaalta kustannustehokaiden menetelmien käyttö ennaltaehkäisevässä työssä (Kalijärvi ym. 2007). Tietoa nuorten tilanteesta hyvinvointipalvelujen suunnittelun ja kohdentamisen tueksi saadaan terveystarkastuksista (STM 2009) ja valtakunnallisesta kouluterveyskyselystä (THL 2011). Valtakunnalliset kouluterveyskyselyt antavat vertailutietoa, mutta eivät tuota tietoa yksilölliseen palvelusuunniteluun ja -ohjaukseen. Terveystarkastuksista saatu tieto taas ei ole kustannustehokkaasti koostettavissa alueelliseen palvelusuunniteluun.

Terveys- ja sosiaalialan sekä sivistystoimen ammattilaisten ja valtakunnallisten asiantuntijoiden¹ sekä yksityisten yritysten kanssa kehitettiin vuosina 2009-2011 internet-pohjainen varhaisen tunnistamisen (IVT) menetelmä nuorten tuen tarpeen tunnistamiseksi ja siihen puuttumiseksi. Kehittämistyön tavoitteena oli IVT -menetelmän tuottaman tiedon avulla tavoittaa tukitoimia tarvitsevia nuoria sekä luoda heille ennaltaehkäiseviä tukipalveluita moniammatillisen yhteistyön avulla muun muassa videoavusteista etäterapiamenetelmää kehittämällä. Lisäksi tavoitteena oli saada nuorten ääni aikaisempaa paremmin kuuluviin ja tuottaa päätöksentekijöille tietoa, jota on mahdollista hyödyntää palvelutarpeen ennakoinnissa ja palvelusuunnittelussa.

Tässä osatutkimuksessa arvioidaan tuottaako internet-pohjainen varhaisen tunnistamisen (IVT) menetelmä moniammatillisessa toiminnassa ja päätöksenteossa hyödynnettävää tietoa, joka auttaa tunnistamaan tuen tarpeessa olevia nuoria ja tukee samalla ennaltaehkäisevien palveluiden moniammatillista suunnittelua ja palveluohjausta. Lisäksi arvioidaan sähköisten etäpalveluiden hyödyntämismahdollisuuksia osana moniammatillista varhaista puuttumista ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin tukemista.

4.2 Moniammatillisuus nuorille suunnatuissa palveluissa

Nuorten kanssa toimivien ammattilaisten huoli herää tyypillisesti heidän seurattessaan nuorten elämää (Eriksson – Arnkill 2009, 21). Huolen esiin nostaminen jää usein kou-

¹ Asiantuntijoina IVT -menetelmän kehittämisessä toimivat valtakunnallisesti omalla tutkimusalallaan meritoituneet tutkijat ja pitkän kliinisen työkokemuksen omaavat ammattilaiset, jotka itse tai yhdessä tutkimusryhmiensä kanssa vastasivat oman osaamisalueensa kysymysten muokkaamisesta. Asiantuntijoina toimivat mm. mielialakysely RBDI:n kehittäjä Raimo Raitasalo ja Nuorten päihdemittarin kehittäjä Marjatta Pirskanen.

lun lähiaikuisten varaan ja nuoren oma kokemus vaikeuksistaan voi jäädä näkemättä huomion kiinnittyessä vaikeammin oireileviin oppilaisiin (Pönkkö 2005). Psykososiaalisen työn asiantuntijat arvioivat nuorten kanssa toimivien ammattilaisten kyvyn tunnistaa riskejä heikoksi ja niihin puuttumisen liian hitaaksi. Kun riskejä ei tunnisteta riittävästi ajoissa, interventiot viivästyvät ja ongelmat ovat vaikeammin korjattavissa. (Heikkinen 2007.) Nuorten ongelmat ovat yhä monitahoisempia ja toisiinsa sidoksissa olevia (Pönkkö 2005). Tästä syystä suositellaan avoimuudessa käytettäväksi moniammatillisuutta, ajallisesti intensiivistä puuttumista ja monimenetelmällisyyttä. Menetelmät edellyttävät nuorten lähellä, mm. koulussa, tuotettavia palveluita. Niiden kehittäminen ja käyttö edellyttävät panostusta, sitoutumista ja yhteistyötä eri hallintokuntien välille. (Heikkinen 2007; STM 2009.)

Koululla on merkittävä rooli nuorten kasvu- ja kehitysympäristönä. Kyllönen (2011) kuvasi viisi tulevaisuuspolkua koulun kehittymiselle tulevaisuudessa, joista kolme luonnehti toivotun tulevaisuuden skenaarioita ja kaksi mahdollisia uhkakuvia. Koulujen todennäköisessä tulevaisuuskuvassa painoutuivat toivottujen skenaarioiden piirteet. Koulujen kasvatuksellisen merkityksen uskottiin korostuvan tulevaisuudessa, mutta sen onnistumisen edellytyksenä pidettiin entistä moniammatillisempaa yhteistyötä. Koulu nähtiin moniammatillisena keskuksena, jossa eri sektoreiden, hallintokuntien ja ammattiryhmien edustajat tuottivat kasvatukseen ja huolenpitoon liittyviä palveluita perinteisen opetuksen rinnalla johtamisen perustuessa jaettuun johtajuuteen. Moniammatillisen yhteistyön katsottiin olevan edellytys nuorten hyvinvoinnin ja osallisuuden edistämiseen ja syrjäytymisen ehkäisyyn. Vaikka tämä kehityskulku nähtiin myönteisenä, tunnistettiin siihen liittyviksi uhkakuviksi muun muassa resurssien niukkuus ja yhteistyön ongelmat. Myönteisissä ja toivotuissa skenaarioissa uskottiin yksilöllisyyden tukemisen ja joustavuuden, mutta myös yhteisöllisen vastuun kasvuun ja oppivan organisaation kehittämiseen. Teknologian kehittymisen nähtiin toimivan yksilöllisten oppimiskäytäntöjen mahdollistajana. Tosin koulun defensiivisten mekanismien ja aidon vuorovaikutuksen haasteiden epäiltiin hidastavan tätä kehityskulkua. Alueellisen ja valtakunnallisen yhteistyön lisääntymisen ajateltiin mahdollistavan eri toimijoiden osaamisen ennakoluulottoman yhdistelyn, mutta toisaalta kasvavan verkostomaisuuden pelättiin kuormittavan toimijoita liiallisilla ja epätarkoituksenmukaisilla kontakteilla. (Kyllönen 2011.)

Valtakunnallisena tavoitteena on taata yhtenäiset ja alueellisesti tasa-arvoiset palvelut, vahvistaa terveyden edistämistä sekä tehostaa varhaista tukea ja syrjäytymisen ehkäisyä. Vaikka tavoitteena on tuottaa nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä ehkäisevät terveyspalvelut lähipalveluina (STM 2009, 15-19), ovat nuoret kuntien tarjoamien palveluiden suhteen eriarvoisessa asemassa asuinpaikasta riippuen (Heikkinen 2007; Kivimäki ym. 2007). Palvelujen saatavuuteen ja asiakaslähtöisyyteen pyritään vastaamaan muun muassa etäpalveluilla (Holmberg – Kähkönen 2011; Syrjäpalo ym.

2004), joiden on todettu tuovan niin asiakastyytyväisyyttä kuin kustannussäästöjä (Moehr 2005, 338). Sähköinen palvelutuotanto vähentää kuntien maantieteelliseen sijaintiin ja resursseihin liittyvää eriarvoisuutta (Moehr 2005; Vuononvirta ym. 2011) ja mahdollistaa muun muassa eri alojen asiantuntijoiden saamisen samaan tapaamiseen ilman maantieteellisiä rajoituksia (Moehr 2005). Kansainvälisesti etäpalveluita käytetään paljon, mutta Suomessa niiden käyttö on vasta yleistymässä (Holmberg – Kähkönen 2011).

4.3 Nuorten hyvinvointia tukevien internet-pohjaisten menetelmien kehittäminen

IVT -menetelmän teemat valittiin tukemaan kouluterveydenhoitajan tekemiä 8-luokkalaisten terveystarkastuksia. Teemat käsittelivät masentuneisuutta, ahdistuneisuutta, ravintotottumuksia, fyysistä aktiivisuutta, uneen liittyviä asioita sekä päihteiden käyttöä. Sähköisen lomakkeen laadinnassa käytettiin apuna aikaisemmin validoituja lomakkeita mm. Raitasalon (2007) masennus ja ahdistuneisuus -mittaria. Valtakunnalliset asiantuntijat laativat oman asiantuntijuusalueensa teemasta yksinkertaisen ja nuorisolähtöisen kysymyksenasettelun internet-pohjaista lomaketta varten. Lomakkeen 57 kysymystä riskipisteytettiin kolmiportaiseksi liikennevalomalliksi, jotka esitettiin saman koulun kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaissilla (n=31). Mittariston laatineet asiantuntijat arvioivat esitestauksesta saatuja pistemääriä ja muokkasivat riskipisteytysrajoja. Internet-pohjaisen lomakkeen täyttivät yhden koulun kahden vuosikurssin kaikki kahdeksäsluokkalaiset (n=315) valvotussa atk-luokassa keväällä ja syksyllä 2010. Vastausprosentti oli 99,7. Vastaaminen oli vapaaehtoista. Heti vastaamisen jälkeen nuoret näkivät näytöllä tuloksensa riskiluokituksen liikennevalomallina. Jokaisen nuoren tulokset käsiteltiin henkilökohtaisesti kouluterveydenhoitajan kanssa 8-luokkalaisten terveystarkastuksen yhteydessä.

IVT -menetelmän tuottamien tulosten perusteella suunniteltiin moniammatillisessa ryhmässä interventioita, muun muassa ryhmätoimintaa ja etäterapiaa, joita tarjottiin nuorille fokusoidusti teemakohtaisten riskipisteiden perusteella. Yhtenä interventiona kokeiltiin etäpalvelua, jossa valtakunnalliset asiantuntijat² olivat nuorten käytettävissä internetissä kasvokkain tapahtuvan yhteyden avulla. Etäpalvelua esitettiin kahdella ravitsemukseen ja uneen liittyvällä konsultaatiolla, jotka onnistuivat teknisesti ja olivat sekä nuorten että ammattilaisten mielestä positiivisia kokemuksia.

² Etäpalvelualustaa kehitettäessä videoyhteydellä tuotettavaa etäterapiaa nuorille lupautuivat tuottamaan valtakunnalliset asiantuntijat, joista osa oli mukana myös IVT -menetelmän kehittämisessä.

IVT -menetelmän arviointi toteutettiin haastatteleamalla noin puoli vuotta menetelmän kokeilun jälkeen kuutta menetelmän kehittämisessä ja siihen liittyvien interventioiden toteutuksessa tiiviisti mukana ollutta henkilöä yksilöteemahaastattelulla. Haastattaviin kuului sivistystoimen (n=2) ja perusturvan (n=3) edustajia sekä menetelmän kehittämisestä vastannut henkilö (n=1). Haastattelujen teemat muodostuivat tutkimuskysymyksistä, joita olivat:

- 1) Tukeeko IVT -menetelmä tuen tarpeessa olevien nuorten varhaista tunnistamista?
- 2) Tukeeko IVT -menetelmällä saatu tieto nuorten palveluiden suunnittelua ja kohdentamista?
- 3) Soveltuuko internet-pohjainen etäterapia nuorten varhaisen puuttumisen palveluksi?

Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Haastattelut analysoitiin teemakohtaisella sisällönanalysillä. (Kyngäs – Vanhanen 1999.)

4.4 Tulokset

4.4.1 Tiedon hyödyntäminen tuen tarpeen tunnistamisessa

Koska sähköiseen lomakkeeseen sisällytettiin 8-luokkalaisten terveystarkastusten laiksäätteisiä teema-alueita, terveydenhoitajan työmäärä ei lisääntynyt vaan tulosten käsittely tapahtui osana terveydenhoitajan työhön kuuluvia terveystarkastuksia. Tulosten saaminen sähköisesti tehosti terveydenhoitajan ajan käyttöä sillä terveystarkastuksesta voitiin jättää pois muutamia normaalisti manuaalisesti täytettäviä lomakkeita. Tärkeänä pidettiin sitä, että terveydenhoitajalla oli mahdollisuus saada välittömästi tieto luokkaja oppilaskohtaisesta tilanteesta ja suunnitella terveystarkastusten järjestys nuorten kannalta tarkoituksenmukaisimmalla tavalla.

Nuorten oman äänen esiin saaminen on ollut haasteellista ja nuorten tilanteen arviointi on perustunut lähinnä aikuisten arvioon (Pönkkö 2005). Tutkimuksessa käytetyllä IVT -menetelmällä nuorten ääni saatiin esille uudella tavalla. Terveystarkastuksessa nuoren omat vastaukset toimivat lähtökohtana keskustelulle ja helpottivat vaikeiden aiheiden puheeksi ottamista. Tutkimuksessa haastatellut henkilöt kokivat, että nuorten kanssa käydyissä keskustelussa ilmeni, mikäli nuori ei ollut vastannut totuudenmukaisesti ja myös syistä epärehellisesti vastaamiseen päästiin keskustelemaan terveystarkastuksen yhteydessä.

”Siitä [kouluterveyskyselystä] tulee sellasta kontttätietoa, mutta tästä päästiin sitten, meidän ammattihenkilöstö sai niitä yksilöitä ja pystyttiin sitten puuttumaan niihin ta-

pauksiin ja kysymään, että mikä on homman nimi, että haluaako apua.” (Sivistystoimen edustaja a)

”Ennen se on ollut joko vanhemman tai opettajan huolta enemmän, että nuoret itse harvemmin tulee kertomaan, että mulla on päihdeongelma tai muuta, että ne on siten jostain muualta kautta tullutta tietoa. Et tää on ollut niin hyvä, kun nuori on itse vastannut, niin se on hedelmällisempi tilanne ollut lähtee keskustelemaan.” (Sivistystoimen edustaja b)

Ongelmana nuorten hyvinvoinnin tukemisessa on ollut juuri tuen tarpeen tunnistaminen (Heikkinen 2007). Uuden IVT -menetelmän tarjoama riskipisteytys auttoi tunnistamaan sellaisia riskiryhmässä olevia nuoria, joiden hyvinvoinnista ammattilaisten huoli ei ollut vielä herännyt. Lisäksi menetelmällä saatiin esille nuorten huolia, jotka eivät perinteisin menetelmin tule esille; tällaisia olivat esimerkiksi itsetuntokysymyksissä paljastuneet ympäristön asettamat paineet urheilussa menestymisestä. Samoin tunnistettiin murrosikään liittyvistä tunnekuhuista kärsiviä nuoria. Osalla toimenpiteisiin ei ollut tarvetta, mutta osa jäi terveydenhoitajan seurantaan, jotta voitiin varmistua, että normaalina alkanut tunnekuhu ei etene epätoivottuun suuntaan, esimerkiksi syrjäytymiseen.

Osana nuorten tuen tarpeen varhaista tunnistamista haluttiin aktivoida nuoria kiinnittämään huomiota omiin elämäntapoihinsa ja tunnistamaan itse riskikäyttäytymistä. Terveystarkastusten keskusteluissa ilmeni, että IVT -menetelmän tulokset herättivät nuoria ajattelemaan omaa hyvinvointiaan ja lisäsivät nuoren ymmärrystä hyvinvointia edistävästä ja heikentävistä tekijöistä. Nuoret ihmettelivät esimerkiksi terveystarkastuksessa päihde-osiosta saamiaan tuloksia ja vasta keskustelussa terveydenhoitajan kanssa ymmärsivät millaisista päihdemääristä riskipisteet muodostuivat.

”Ja sit me ollaan aina sillai käyty läpi, että oon selkeyttänyt että he on saanut kuvat, että mitä se on tarkoittanut jos he on saanut niitä punasia, et mistä se on tullut.” (Perusturvan edustaja a)

Haastateltavat huomioivat osan nuorista tehneen muutoksia elämäntavoissaan vastaustilanteessa näytöltä näkemiensä tulosten perusteella jo ennen keskustelua terveydenhoitajan kanssa. Keskinäisissä keskusteluissaan nuoret myös vertailivat pisteitään lomakkeen täyttämisen jälkeen, vaikka eivät salassapitosyistä saaneet tulostaa tuloksiaan heti vastaustilanteessa. Toisten pisteiden kuuleminen herätti nuoria arvioimaan muutoksen tarvetta omassa elämässään. Tulokset ja niistä keskustelu tukivat nuoria ottamaan itse vastuuta elintavoistaan.

”Ja sit tuntuu just, että nuoret varsinkin keskenään, sit kun he rupes niistä pisteytyksistä sun muista keskustelemaan, niin se oli todella hedelmällistä jollain tavalla. Niinku vertaiset keskenään näkee, että mikä sulle tuli ja mikä sulle tuli. Kans hyvää. Sit sieltä tulee sellasia, että ups, mun tilanne onkin tällanen.” (Sivistystoimen edustaja b)

4.4.2 Tiedon moniammatillinen hyödyntäminen palvelusuunnittelussa

Aikaisemmista toimintatavoista poiketen IVT -menetelmän tulokset tarjosivat oppilaiden oman kokemuksen tarpeistaan palvelusuunnittelun ja -ohjauksen pohjaksi. Sähköisten palveluiden asiakaslähtöinen suunnittelu (VM 2013) ja nuorten osallisuuden lisääminen kuulemalla heitä itseään on kirjattu myös valtakunnalliseksi tavoitteeksi (STM 2009). Terveystarkastusten jälkeen suunniteltiin tarvittavia interventioita moniammatillisesti. Tulosten hyödyntäminen interventioiden suunnittelun pohjana tehosti ammattilaisten verkostoitumista ja työparityöskentelyä terveydenhoitajan ja kuraattorin välillä. He arvioivat nuorten tilannetta entistä tiiviimmin yhdessä ja nuoren saamasta riskipisteetyksestä riippuen jakoivat vastuuta keskenään. Oppilashuoltoryhmässä käytiin tarvittaessa läpi tuloksia ja keskusteltiin interventioista, niiden kustannuksista ja henkilöstön osaamisesta.

Heikkisen (2007) suosittamaa intensiivistä puuttumista sovellettiin erityisesti korkeat riskipisteet saaneilla nuorilla. Keskusteluun kutsuttiin sosiaalityöntekijä, kuraattori, vanhemmat, oppilas ja tarvittaessa myös nuoren tukihenkilö. Intensiivisen puuttumisen koettiin osoittavan nuorille välittämistä, kun asianosaiset kokoontuivat saman pöydän ääreen keskustelemaan tuloksista ja nuoren tilanteesta. Tapaamisessa sovittiin jatkotoimenpiteistä nuoren omat mielipiteet ja halukkuus huomioiden. Sähköisen lomakkeen täyttäneistä 8-luokkalaisista yhteensä 84 oppilaalle (26 % kaikista sähköiseen lomakkeeseen vastanneista) toteutettiin heti terveystarkastusten jälkeen jatkotoimenpiteitä, joita olivat mm. yhteydenotto kotiin (22 kpl), tapaaminen koululla, jossa olivat läsnä terveydenhoitaja, kuraattori, oppilas (19 kpl), ohjaaminen kuraattorille (11 kpl) tai koululääkärille (8 kpl).

Koko koulun tasolla IVT -menetelmän tuloksissa korostuneita teemoja (ravitseminen ja fyysinen aktiivisuus) käsiteltiin koulussa esimerkiksi aamunavauksissa, vanhempainillassa, terveydenhoitajan pitämällä tunneilla ja koulun käytävillä olevissa näyttelytiloissa. Sen sijaan oppilaiden yhteisissä tilaisuuksissa tuloksia ei käsitelty, vaikka jälkikäteen haastateltavat arvioivat, että niin olisi kannattanut tehdä. Haastateltavat ehdottivat esimerkiksi teemoittaista käsittelyä liikunta- ja kotitaloustunneilla. Tietoisuuden lisäämistä voidaan jatkossa edistää kehittämällä tulosten käsittelyprosessia luokittain, kouluittain ja aluetasolla niin oppilaiden kuin ammattilaistenkin kesken.

”...sanotaan nyt vaikka koulukohtasia tai koko ikäluokkaa koskevia vastauksia olis voinu käsitellä ihan niiden oppilaiden kanssa. Teidän profiilinne on nyt tämän tapanen, että mitä me nyt tehtäs tän kanssa.” (Menetelmän kehittämisestä vastannut henkilö)

IVT –menetelmällä saatujen tulosten perusteella suunniteltiin moniammatillisessa yhteistyössä ryhmätoimintaa sekä kaikkien nuorten osallistuttavaksi että räätälöidympää toimintaa punaisia ja keltaisia riskipisteitä saaneille nuorille. Heikkisen (2007) suosittelomia kouluperusteisia interventioita käytettiin erityisesti keltaista väriä saaneilla nuorilla ja sellaisilla teema-alueilla, joihin nuoret itse pystyivät vaikuttamaan, kuten ravitsemuksen ja fyysisen toimintakyvyn teema-alueilla. Haastatteluissa todettiin tarve kehittää tulevaisuudessa monipuolisempaa ja runsaampaa interventiotarjontaa. Ryhmätoiminta koettiin tärkeäksi osaksi Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) edellyttämiä nuorille tarjottavia lähipalveluita. Niiden koettiin soveltuvan hyvin lastensuojelun ennaltaehkäiseviin menetelmiin, mutta ryhmätoiminnan toteutusosaamista ei pidetty nykyisellään riittävänä ja siihen toivottiinkin koulutusta tulevaisuudessa.

Asiakaslähtöisessä palvelusuunnittelussa käyttäjien osallistaminen palvelusuunnitteluun on merkittävässä roolissa (von Hippel 2007). Haastateltavat kokivatkin, että nuorten osallisuutta IVT -menetelmän tulosten perusteella tehtävässä palvelusuunnittelussa tulisi lisätä. Ilman nuoria suunniteltu interventio ja osallistumisen velvoittaminen ei välttämättä anna hyviä lähtökohtia toiminnan onnistumiselle ja nuorten sitoutumiselle toimintaan. Yksi nuorille tarjotuista ryhmistä jäikin käynnistymättä vähäisen kiinnostuksen vuoksi. Jos nuoret kokevat, että palvelu ei vastaa sisällöllisesti tai menetelmällisesti heidän tarpeitaan, he eivät kiinnity palveluun ja kriisi syvenee (Heikkinen 2007). Suurin osa haastateltavista oli sitä mieltä, että nuoret osaisivat olla kohtuullisia toiveissaan osallistuessaan palvelusuunnitteluun. Erityisen tärkeäksi nuorten oma ideointi koettiin keltaisia ja punaisia tuloksia saaneiden ryhmissä.

”Murrosikäiset on monesti sellasia, että ei se ole niin, mitä me aikuiset ajatellaan että se on hyvä, niin ei se sitten olekaan.” (Perusturvan edustaja a)

Haastateltavat olivat varhaisen tunnistamisen menetelmän toteuttamiseen liittyen tiiviissä yhteistyössä koulun opettajien kanssa, joiden koettiin suhtautuneen menetelmään myönteisesti. Opettajia informoitiin tuloksista yleisellä tasolla ja heidän kanssaan keskusteltiin interventioiden järjestämisestä. Sosiaali- ja terveydenhuollon edustajien pelkona oli, että suhtautuminen kouluajalla toteutettaviin interventioihin olisi yläkoulun ainekeskeisyyden vuoksi negatiivista. Koulun puolella sen sijaan suhtautuminen oli ai-

nakin periaatteellisella tasolla myönteistä, vaikka yleiset asenteet todettiin haasteellisiksi.

”Mutta sanotaan nyt, että se koulu on se velvollisuus ja se terveydenhoito ja muu tarvis tapahtua jollain muulla, jos lainsäädännössä ajatellaan sitä asiaa. Mutta kyllä mä oon sitä mieltä, että ei opiskelua tapahdu eikä etenkään oppimista ennen kuin kaikki asiat on kunnossa.” (Sivistystoimen edustaja a)

Jos koulun moraaliseksi velvollisuudeksi katsotaan kaikkien oppilaiden oppimismahdollisuuksien edistäminen (ks. Kyllösen 2011) on luontevaa, että moniammatillisiin interventioihin suhtaudutaan myönteisesti. Eri hallintokuntiin kuulumisen koettiin vaikeuttavan tulosten perusteella tehtävää interventioiden suunnittelua ja toteutusta, eivätkä kaikki koulussa tehdyt toimenpiteet sosiaali- ja terveydenhuollon edustajien mielestä tukeneet ennaltaehkäisyä, vaan pikemminkin edistivät ongelmakäyttäytymisen syntymistä, joka näkyi lisääntyneinä yhteydenottoina lastensuojeluun.

”...he ovat tehneet siellä koulun puolella sellaisia muutoksia, jotka taas ovat edesauttaneet ja lisänneet tätä ongelmakäyttäytymistä koulussa. Se on näkynyt meillä vaan lisääntyneinä yhteydenottoina koulusta.” (Perusturvan edustaja c)

4.4.3 Sähköiset palvelut moniammatillisissa prosesseissa

Epätoivottavana kehityssuuntana Kyllösen (2011) tutkimuksen skenaarioissa nähtiin palvelujen karsiutumiseen syrjäseuduilta ja eriarvoistuminen asuinpaikasta riippuen, jotka osin ovat jo toteutuneetkin (mm. Kivimäki ym. 2007). Erilaisia toimintatapoja kuntien palveluiden järjestämisvastuun toteuttamiseen ja eriarvoistumisen vähentämiseen on esitetty, joista erilaiset teknologiset ratkaisut edustavat yhtä näkökulmaa. Kyllösen (2011) pohtii verkostoyhteiskunnan tulevaisuuden näkymiä ja näkee sen hyödyntämisen teknologian mahdollistavan ajallisen ja paikallisen riippumattomuuden ja uudenlaiset nopean ja joustavan osallistumisen tavat. Tähän ajatukseen perustuvat myös tässä tutkimuksessa arvioidut etäpalvelut. Etäpalveluilla nuorten käytössä olevaa palveluvalikoimaa voidaan lisätä merkittävästi ja ne mahdollistavat nuorten tasa-arvoisen aseman asuinpaikasta riippumatta. Matkakustannukset säästyvät ja kunta voi ostaa vain tarvitsemansa määrän palvelua. (mm. Moehr 2005.) Etäpalvelut muuttuvat lähipalveluiksi kun nuorten käytössä ovat samat tutut erikoisalojen ammattilaiset tavattavissa verkon välityksellä koululla tai kotona.

Tutkimuksessa arvioidun etäpalvelualustan keskeisenä tavoitteena oli palvelujen monipuolisuuden kasvattaminen, nuorten valinnan vapauden lisääminen ja erityispalveluiden tuominen lähelle nuoria. Etäpalvelualusta tarjosi asiakkaiden, niin nuorten kuin

ammattilaistenkin, käyttöön joukon valtakunnallisia asiantuntijoita. IVT -menetelmästä saatujen tulosten perusteella terveydenhoitaja tarjosi nuorille masennukseen liittyvää etäterapiapalvelua, mutta vain yksi nuori oli halukas kokeiluun. Myös etäpalveluteknikassa oli tutkimuksen aikana vielä ongelmia.

”Et mullakin tuli ensimmäiseksi sellanen ajatus, että täähän on hieno juttu, et tosta mä saan kenen vaan nuoren suostumaan, mutta ei ne suostu. Sit sillon ensimmäiseksi, kun kokeiltiin tätä ravintoterapeuttia ja tätä uniterapeuttia, niin se oli paljon helpompi saada niitä nuoria sinne, mut sit kun tulee tällasia psyykejuttuja niin ei se olekaan niin yksiselitteistä.” (Perusturvan edustaja a)

Huolimatta epäonnistuneesta kokeilusta, haastateltavat näkivät etäterapiassa merkittävän tulevaisuuden mahdollisuuden lisätä nuorten käytössä olevaa palveluvalikoimaa. Myös palvelun saavutettavuutta pidettiin merkittävänä potentiaalisena etuna; nuoren ei tarvitsisi lähteä minnekään, vaan palvelu voitaisiin tarjota koululla. Etäpalveluista kättätiin myös helpotusta jatkuvaan koulun psykososiaalisten palvelujen puutteeseen. Mikäli koululla ei ole psykologia tai psykiatrista erikoissairaanhoidajaa, voitaisiin nuorille tarjota nopeasti matalankynnyksen keskusteluapua etäpalvelun avulla. Etäpalvelualustan kautta kunnalla olisi käytössään sellaisia palveluita, joita kuntaan ei ole kustannus- tai rekrytointihaasteista johtuen mahdollista saada. Mahdollisuus eri alojen asiantuntijoiden käyttöön tekee myös nuorten tarpeiden kartoittamisesta eettistä, kun kunnalla on aidosti mahdollisuus vastata tuloksiin palveluja tarjoamalla. Etäpalveluiden kehittäminen ja käyttöönotto tukee valtakunnallisia tavoitteita terveystalouden sähköistämisestä (Hämäläinen ym. 2009; STM 2008), mutta myös turvaa palveluiden alueellista saataavuutta (STM 2009) ja vähentää Kivimäen ja muiden (2007) raportoimaa nuorten asuinpaikasta johtuvaa eriarvoisuutta. Etäpalveluiden systemaattisen käytön edellytyksiksi on kuitenkin mainittu paikallisen palvelutarjonnan ongelmien ja etäpalvelujen hyödyn ymmärtämisen, teknologisiin järjestelyihin panostaminen sekä yhteistyön asiantuntijoiden ja asiakkaiden kanssa (Obstfelder ym. 2007).

Etäpalvelualustan käyttö mahdollistaa etäterapian lisäksi muitakin toimintatapoja. Yhtenä mahdollisuutena on mm. kunnan ammattilaisten tekemä verkostoasiantuntijoiden konsultointi sellaisissa kysymyksissä, joihin kunnassa ei ole omaa asiantuntijaa. Etäpalvelualustan kokeilun aikana terveydenhoitaja konsultoi verkostoasiantuntijoita kolmesti uneen ja mielialoihin liittyen. Kokemukset valtakunnallisten asiantuntijoiden konsultoinnista olivat myönteisiä. Etäpalvelualusta mahdollistaa myös verkostoasiantuntijoiden käytön koulutus- tai infotilaisuuksissa, mutta tällaista eivät haastateltavat kokeilleet. Etäterapian ja valtakunnallisten konsultaatioiden tuottamisen lisäksi etäpalvelualusta mahdollistaa kunnan ammattilaisten keskinäisen yhteydenpidon ja konsultaation. Haastateltavat kuitenkin hyödynsivät tätä verkkokeskustelumahdollisuutta niukas-

ti. He kokivat siihen liittyvän käyttökoulutuksen puutteelliseksi, tunsivat itsensä epävarmoiksi alustan käytössä eivätkä siksi uskaltaneet kutsua muita verkkokeskusteluun.

4.5 Pohdinta

Nuorten terveyden ja hyvinvoinnin varhaisen tunnistamisen tueksi kehitetty IVT -menetelmä vastaa monelta osin nuorten palvelujen järjestämiseen liittyviin tulevaisuuden haasteisiin. Tässä tutkimuksessa arvioitu menetelmä tuotti tietoa, joka helpotti tuen ja ennalta ehkäisevien palvelujen tarpeessa olevien nuorten tunnistamista ja toimi pohjana moniammatillisessa palvelusuunnittelussa ja -ohjauksessa.

Kyllösen (2011) esittämissä skenaarioissa uskotaan, että tulevaisuuden koulumaailmassa korostuvat vastuu itsestä ja muista sekä yhteisölliset arvot. Tutkimuksessa arvioitu IVT -menetelmä antaa tähän hyvät edellytykset lisäämällä nuorten osallisuutta oman vointinsa ilmaisemisessa ja edistämällä nuorten tietoisuutta omasta hyvinvoinnistaan sekä lisäämällä nuorten aktiivisuutta omasta hyvinvoinnista huolehtimisessa. Tutkimuksessa tunnistettiin myös mahdollisuus käyttää menetelmällä saatavaa tietoa koulun yhteisöllisyyden tukemiseen ja nuorten osallistamiseen palvelusuunnitteluun.

Aikaisemmin ei ole ollut käytössä menetelmää, joka yhtäaikaisesti mahdollistaa sekä yksilöllisen että alueellisen palvelusuunnittelun ja palveluiden kohdentamisen. Kuitenkin haastateltavat kokivat nuorten yksilöllisiin tarpeisiin vastaamisen tärkeäksi niin tässä kuin aikaisemmissakin tutkimuksissa (mm. Kyllönen 2011; Linturi ym. 2011). Tutkimuksen kohteena ollut IVT -menetelmä mahdollistaa alueellisen tulosten vertailun ja pitkäaika seurannan sekä tuottaa tietoa oppivan organisaation tueksi. Vaikka menetelmän myötä alueellinen vertailu onkin mahdollista, tavoitteena ei ole koulujen paremmuuden ja huonommuuden vertailu vaan palvelusuunnittelun kustannustehokkuuden parantaminen, synergiaetujen hankkiminen yhteisestä palvelutuotannosta ja yhdessä toisilta oppiminen siirryttäessä yksin tekemisestä yhteisölliseen kulttuuriin. (vrt. Kyllönen 2011).

Kyllönen (2011) pohtii koulun mahdollisesti laajentuvaa tehtävää ja ilmaisee samalla huolensa resurssien riittävydestä tässä tulevaisuuspolussa. Toisaalta hän korostaa koulun roolia osana muita lasten ja nuorten palveluja. Nuorten hyvinvoinnin ymmärtäminen kokonaisvaltaisesti tukee tätä ajattelua. Koulun mieltäminen nuorten keskeisenä kasvu- ja kehitysympäristönä ei voi tarkoittaa sitä, että tästä ympäristöstä vastaisivat vain yhden profession edustajat. Heikkinen (2007) pitää moniammatillisuutta välttämättömänä nuorten ongelmien monitahoistuesssa. Tämä tarkoittaa kouluympäristön tuomista yhä useampien ammattiryhmien toimintakentäksi, jossa kasvatuksellinen tehtävä on yksi osa nuorten hyvinvoinnin tukemista. Ajatus sai tukea myös tässä tutkimuksessa, vaikka

myös epäilyjä esitettiin professioiden valmiudesta toimintaympäristön jakamiseen ja nuorten hyvinvoinnin laaja-alaiseen ymmärtämiseen. Kuten Kyllönenkin (2011) esittää, koulun mahdollisesti laajenevia tehtäviä voivat ottaa vastuulleen useat professiot ja hallintokunnat, jolloin myös resurssit muodostuvat nykyistä laajemmalla pohjalta. Tämä toki asettaa haasteita niin ammatilliselle yhteistyölle kuin jaetulle johtajuudellekin.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin etäpalvelujen hyödyntämistä osana nuorten lähipalveluita. Vaikka kokeilut jäivät niukoiksi, olivat ammattilaiset vakuuttuneita etäpalveluiden mahdollisuudesta toimia tulevaisuuden lähipalveluina. Etäpalveluiden käytön esteeksi on mainittu mm. teknologian epävarmuus (Obstfelder ym. 2007). Tässä tutkimuksessa kokeiluvaiheessa olevassa teknologiassa oli ongelmia, mutta epävarmuutta löytyi myös käyttäjien asenteista. Etäpalveluiden käyttöönotto tulee suunnitella ja markkinoida huolella niin ammattilaisille kuin nuorillekin.

5 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

5.1 Oikea-aikainen ja relevantti sähköinen tieto päätöksenteon tukena

Julkisen sektorin toiminnan vaikuttavuutta on osaltaan pyritty parantamaan tietojohdattamisen avulla (mm. Kärki ym. 2012, Valtioneuvoston kanslia 2009). Jotta toiminnan vaikuttavuutta voidaan kehittää, on päätöksenteon oltava syklistä. Tällä tarkoitetaan tiedon kanavoitumista päätöksenteon tueksi ja toimimista pohjana vaikuttavuusarvioinnille ja toiminnan uudelleensuuntaamiselle. (Valtioneuvoston kanslia 2009, 19.) Terveydenhuoltolaki velvoittaa kuntia sykliseen päätöksentekoon eli seuraamaan asukkaidensa terveyttä ja hyvinvointia, raportoimaan siitä ja hyödyntämään siihen liittyvää tietoa päätöksenteossaan. Tietoa väestön terveydestä ja hyvinvoinnista kerätään erilaisiin tietokantoihin, joiden hyödynnettävyys päätöksenteossa saattaa kuitenkin jäädä ohueksi tiedon kuvatessa pikemmin olemassa olevaa tilannetta kuin väestön tarpeita. Osa tiedosta kertyy rekistereihin kliinisessä työssä tehtävistä kirjauksista ja erilaisten tilastojen ylläpidosta (esim. hoitoilmoitusjärjestelmä), osa tiedosta kerätään varta vasten kansalaisilta (esim. kouluterveyskysely). Tällä hetkellä terveydenhuollon toimintayksiköt tuottavat itse tai ostavat kansallisten tahojen edellyttämät raportit, joiden sisältämä tieto kootaan olemassa olevista tietojärjestelmistä. Tiedon keräämisen tehostamiseksi olisi välttämätöntä rakentaa kansallisen tason tietojenkeruun arkkitehtuuri, jotta päällekkäinen ja moninkertainen työ voitaisiin välttää. (VTV 2011, 108.) Viime aikoina on tietojohdattamisen tueksi ja tiedon kumuloitumiseksi kehitetty kansallisia menetelmiä, kuten esimerkiksi sähköinen hyvinvointikertomus ja alueellinen terveys ja hyvinvointi tietovaranto. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, 12§). Tässä tutkimuksessa kuvattun ja arvioidun IVT-menetelmän aineisto ei kerry automaattisesti, vaan tiedon kerääminen edellyttää kouluilta ohjelmiston ostamista ja vastaamiseen sopivan tilaisuuden järjestämistä oppilaille. On luonnollista, että menetelmän tuottama tieto ei pilotointivaiheessa integroidu suoraan osaksi sähköisiä, alueellista hyvinvointitietoa keräviä, järjestelmiä. Kansallisesti yhtenäisissä tiedonkeruumenetelmissä etuna on esimerkiksi toiminnan vertailtavuuden mahdollisuus. Tiedon kansallinen kattavuus saattaa kuitenkin muodostua paikallisen tiedonkeruun kehittämisen esteeksi, jos alueellisiin hyvinvointitietoa kerääviin järjestelmiin liitetään vain kansallisesti vertailtavaa tietoa. Vaikka mikään ei estä kunnan päätöksentekijöitä tarkastelemasta paikallisesti kerättyä tietoa, on

riski, että se jää niiden tilastojen varjoon, joita esimerkiksi sähköinen hyvinvointikertomus hyödyntää automaattisesti.

Resurssien tehokas käyttö edellyttää tiedon monipuolista hyödyntämistä. Julkisen tietojohtamisen tavoitteena on luoda ympäristöjä, joissa tieto välittyy tehokkaasti. Kärjen ja kumppaneiden (2012, 57) tutkimuksessa sosiaalialan sähköisten ratkaisujen johtamista tukeviksi kehittämistarpeiksi vastaajat arvioivat raportoinnin kehittämisen ja erilaisten tilastojen koontien helpottamisen. Lisäksi tunnistettiin tarve joustavaan tietojen keruuseen ja monipuoliseen tilastojen tuottamiseen (Kärki ym. 2012, 57). Tiedon kokoamista ja välittämistä tulisi Valtion tarkastusviraston käsityksen ja muun muassa OECD:n arviointien mukaan lisätä. Tiedon kokoamiselle ja välittämislle olisi luotava nykyistä toimivampia rakenteita ja toimintamallit. (VTV 2010, 18.) Tällä hetkellä haasteena on, että yhteen tarkoitukseen kerätty tieto ei välttämättä palvele päätöksenteossa toisaalla. Operatiiviseen työhön kerätty tieto ei pelkisty strategisen johtamisen tarpeisiin eikä valtakunnallisella tasolla kerätty tieto hyödytä asiakasrajapinnassa tehtävää työtä, sillä yksittäistä asiakasta koskevan tiedon saaminen on edellytys yksilöllisessä palvelusuunnittelussa (Melby & Hellesø 2010, 1573). Yhdessä paikassa tallennettava tieto tulisi olla hyödynnettävissä monilla tahoilla ja moneen tarkoitukseen (Valtioneuvoston kanslia 2009, 19). IVT-menetelmä vastaa edellä kuvattuun tiedon monipuolisen hyödyntämisen haasteeseen. Menetelmä tuottaa tietoa yksilötasolla, jota voidaan edelleen hyödyntää palvelujen suunnittelussa ja kohdentamisessa. Sama tieto on yhdistettävissä laajemmiksi kokonaisuuksiksi esimerkiksi koulu- tai aluetasolla. Tiedonkatseluoikeuksia voidaan määritellä eri tasoille siten, että yksilötason tiedot ovat vain palvelua antavien ammattihenkilöiden nähtävissä, kun taas aluetasolla tiedot voivat olla laajemmin eri sektoreiden toimijoiden katsottavissa.

Terveydenhuoltolaki edellyttää alueellisen tiedon hyödyntämistä päätöksenteossa. Mäki (2008, 155) on kuitenkin todennut, että tiedon hyödyntäminen asiantuntijaorganisaatioissa on vaikeaa ja puutteellista. Vaikka hyvinvointialan tietoa tuotetaan valtavasti ja sen käytettävyyttä on pyritty kehittämään jalostamalla sekä tiedon hankinnan että tiedon käsittelyn välineitä, ovat tiedon tulkintaa helpottavat ja toimintaa ohjaavat välineet olleet toistaiseksi vähissä. Väestön terveyden ja hyvinvointiin liittyvää tietoa on runsaasti saatavilla, mutta tiedon jalostaminen toimintaa ohjaaviksi päätöksiksi on vaikeaa. Toimintaa ohjaavalla informaatiolla on suuri merkitys kompleksisen toiminnan kannalta. Mitä kompleksisempi ympäristö on sitä enemmän ohjausinformaatiota tarvitaan. Ohjausinformaation tehtävä on toimia päätöksenteon tukena. (Lillrank ym. 2004, 87.) IVT-menetelmän tuottama riskipisteitys toimii ohjausinformaationa sekä tuloksia tarkasteleville ammattilaisille että nuorille itselleen. IVT-menetelmän teema kertoo millä osa-alueella nuoren elämässä on varhaisen puuttumisen tarvetta ja riskipisteitys ilmoittaa tilanteen vakavuuden. Saadun tiedon perusteella tiedetään tuen tarpeen kiireellisyys ja osataan ohjata nuori oikean tyyppisiin ja tasoihin palveluihin. Aapola ja Ketoki-

vi (2005) toteavat yhteiskunnan kantavan yhä enemmän huolta nuorten hyvinvointiin vaikuttavista valinnoista. Nuorille itselleen menetelmän tuottaman riskipisteitys antaa tietoa, jonka perusteella omia valintoja voi halutessaan punnita ja tulosten mukaan osa nuorista näin tekikin.

Tietojohdaminen edellyttää oikea-aikaisen ja ajantasaisen tiedon saatavuutta. Tiedon saatavuus ja oikea-aikaisuus hyvinvointialalla toimivat päätöksenteon tukena ja mahdollistavat sujuvien palvelukokonaisuuksien luomisen (Hincapie ym. 2011, 61). Eri tilanteissa ja eri menetelmin tuotetun tiedon tulee olla tehokkaasti hyödynnettävissä päätöksenteon tukena (Valtioneuvoston kanslia 2009,6). Tiedon ajantasaisuuden lisäksi sen saaminen riittävän ajoissa helpottaa toiminnan suunnittelua. (Melby & Hellesø 2010, 1573; Lillrank ym. 2004, 88). Sähköinen tiedonsiirto nopeuttaa tiedon kulkua ja lisää siten tapahtumien ennustettavuutta ja auttaa toiminnan suunnittelussa (Melby & Hellesø 2010, 1574). Vaikka IVT-menetelmä edellyttää erityisen ”tiedonkeruutilaisuuden” järjestämistä, on se muun muassa kouluterveyskyselystä poiketen kerättävissä koulukohteisesti tiedon hyödyntämisen kannalta tarkoituksenmukaiseksi katsottuna ajankohtana. Tiedonkeruun ajankohtaan voivat vaikuttaa esimerkiksi alueellisen palvelusuunnittelun aikataulu tai terveydenhoitajan suorittamien terveystarkastusten jaksottaminen. Menetelmän tuottama tieto on välittömästi sekä nuoren itsensä että tiedon katseluoikeuden saaneiden ammattihenkilöiden käytössä ja mahdollistaa siten tarvittaessa nopean reagoinnin.

5.2 Sähköisten menetelmien käytettävyys asiakkaan näkökulmasta

Tiedon hyödyntäminen ja tieto- ja viestintäteknologian käyttö asiakkaan parhaaksi on keskeisessä roolissa tietoyhteiskunnan palvelujärjestelmässä (Kärki ym. 2012, 14). Nykyisten tietojärjestelmien heikon käytettävyyden ongelmaan tulisi vastata kehittämällä järjestelmiä käyttäjälähtöisesti. Tiedon tulisi olla kattavasti ja helposti myös käyttäjien saatavilla ja ennen kaikkea ymmärrettävässä ja hyödynnettävässä muodossa (Drake 2011). Tämä edellyttää käyttäjien osallistamista tietojärjestelmien ja sähköisten palveluiden kehitystyöhön (Melby – Hellesø 2010). Sähköisten palveluiden kehittäminen yhdessä käyttäjien kanssa käytettävyyden ja hyödynnettävyyden lisäämiseksi nähdään tärkeäksi useissa tutkimuksissa. (mm. Melby – Hellesø 2010; Hincapie ym. 2011, 64; Bonner ym. 2010, 6; Lammi 2011). Tässä tutkimuksessa kuvattu IVT-menetelmä kehitettiin yhdessä sekä ammattilaisten että loppukäyttäjien eli nuorten kanssa. Valtakunnalliset asiantuntijat internet-pohjaisen lomakkeen eri teema-alueilta vastasivat kysymysten muotoilusta. Paikalliset hyvinvointialan edustajat eri sektoreilta, kuten esimerkiksi siivitys-, terveys- ja sosiaalisektorilta, osallistuivat lomakkeen kysymysten arviointiin ja menetelmän prosessien suunnittelemiseen. Myös nuorilta itseltään kysyttiin heti vas-

taamistilanteen jälkeen kokemuksia sekä lomakkeen käytettävyydestä että sen jälkeisistä prosesseista. Nuorilta saatiin arvokasta tietoa lomakkeesta, sen vastattavuudesta ja luotettavuudesta. Sen sijaan ongelmana oli, että nuorilla ei vastaamisvaiheessa ollut riittävästi tietoa tulevista tiedonkäsittelyprosesseista vaan heidän vastauksensa perustuivat mielikuvaan palvelusta. Jatkossa onkin tarpeen tutkia nuorten todellisia kokemuksia sähköisistä etäpalveluista.

Draken (2009, 130-131) tutkimuksessa terveydenhuollon ammattilaiset pitivät sähköisiä palveluita tulevaisuuden palvelumuotona. He suhtautuivat myönteisesti palvelujen sähköistämiseen ja näkivät sen keinona tehostaa terveydenhuoltoalan prosesseja. Saman tutkimuksen mukaan myös kansalaiset toivoivat lisää sähköisiä terveydenhuollon palveluita mutta kokivat, että sähköistäminen ei sovellu kaikkiin palveluihin. Palveluiden, joissa ei ole suoraa asiakaan ja ammattilaisen välistä vuorovaikutustilannetta nähtiin soveltuvan hyvin sähköistettäväksi. Sen sijaan muun muassa lääkärivastaanoton sähköistämiseen suhtauduttiin varauksella. (Drake 2009, 123-125.) Myös sosiaalipalveluiden kehittämisessä keskeiseksi teemaksi on nähty sähköisten palveluiden kehittäminen (Kärki ym. 2012, 57). Sähköisten palveluiden kehittämiseen liittyy kuitenkin myös lukuisia haasteita, joita ovat muun muassa tietoturvakysymykset (Wright ym. 2010), tiedon siirrettävyys ja toimintatapojen muuttaminen sähköisten menetelmien mahdollisuuksia hyödyntäväksi. Tässä tutkimuksessa haasteeksi nousivat käyttäjien asenteet. Ammattilaiset suhtautuivat videoyhteydellä toteutettavaan etäterapiaan myönteisesti tunnistaen siitä saatavia etuja, kuten esimerkiksi erikoisosaamista vaativien palveluiden turvaaminen ja palveluiden nopea saatavuus. Nuoret suhtautuivat etäterapiaan lähtökohdaisesti myönteisesti, mutta ammattilaisia varauksellisemmin.

5.3 Sähköisen tiedon ja sähköisten menetelmien hyödynnettävyys moniammatillisessa palveluprosessissa

Eurooppalainen tietojohtamisen opas (CEN workshop agreement 2004, 6) määrittelee tietojohtamisen olevan toiminnan ja prosessien johtamista, jolla pyritään edistämään kilpailukykyä luomalla ja hyödyntämällä yksilöllisiä ja kollektiivisia tietoresursseja. Hyvinvointialan tietoresurssien laaja-alainen hyödyntäminen on kuitenkin todettu merkittäväksi haasteeksi (Valtioneuvoston kanslia 2009). Kollektiivisten tietoresurssien laaja-alainen hyödyntäminen edellyttää tiedon joustavaa siirrettävyyttä. Vaikka sähköinen tiedonsiirto kansallisilla tasoilla onkin lisääntynyt (Payne ym. 2010, 91), kulkevat asiakastiedot huonosti eri järjestelmien välillä ja kokonaiskuvan saaminen asiakkaan tilasta vie runsaasti aikaa. Osasyyski tiedon liikkumattomuuteen järjestelmien välillä nähdään järjestelmätoimittajien haluttomuus rakentaa toimivia rajapintoja eri järjestelmätoimittajien järjestelmien välille (VTV 2011, 108). Jos palveluketjun jatkuvuutta halutaan pa-

rantaa, tarvitaan uusia menetelmiä tiedon siirtoon toimijoiden välillä (Van Walraven – Etchells 2008, 1018).

Moniammatillinen yhteistyö palveluiden järjestämisessä edellyttää tiedon tehokasta hankkimista ja jakamista sekä aktiivista vuorovaikutusta verkostoissa. Sähköinen viestintä yli organisaatorajojen lisää ammattilaisten verkostoitumista ja toimijoiden keskinäistä tunnettuutta. Se lisää myös toimijoiden kontakteja sekä organisaation sisällä että niiden välillä. Eri toimijoiden välisen yhteistyön edellytyksenä kuitenkin on, että jaettava informaatio on luettavaa ja vain yhdellä tavalla ymmärrettävissä. Yhtenäinen sähköisen tiedon infrastruktuuri luo edellytyksiä palvelun integraatiolle, mutta ei varsinaisesti takaa sitä. (Melby – Hellesø 2010, 1573- 1574.) Tässä tutkimuksessa kuvatun IVT-menetelmän tuottamaa tietoa on mahdollista siirtää ammattilaisten välillä ja käyttäjäoikeuksia voidaan hallinnoida tarpeen mukaan.

Van Beveren (2003, 92-93) on tunnistanut terveydenhuollon tiedonhallintaan liittyviä ongelmia, joita ovat muun muassa organisaatioiden hierarkiset rakenteet, yleinen muutostavastarinta, professioiden välisen ongelmaratkaisutaidon puute ja vähäiset organisaatioiden sisäiset sosiaaliset linkit. Professiokeskeisestä koulutuksesta johtuen tietoa jaetaan perinteisesti ammattiryhmien sisällä eikä niiden välillä. Van Beveren ehdottaa, että terveydenhuollon tiedonsiirtoa voitaisiin kehittää monialaisten työryhmien avulla, vaikka myöntääkin tämän olevan haasteellista toimintaympäristössä, jossa organisaatiokulttuuria leimaavat hierarkia ja vahvat valtarakenteet. Tarkasteltaessa internet-pohjaisen varhaisen tunnistamisen menetelmään liittyviä prosesseja tehtiin tässä tutkimuksessa yhteistyötä eri julkisen sektorin toimijoiden kanssa. Erityisen tiiviisti kehittämistyössä mukana olivat terveydenhuollon, sosiaalityön ja kasvatustieteen ammattilaiset. Professioiden näkemuseroilta ei vältytty tässä tutkimuksessa. Vaikka hanke toteutettiin hyvässä yhteishengessä, tuotiin tutkimushaastattelussa esille eri ammattiryhmien toimintatapoja, jotka eivät kaikilta osin tukeneet yhteisiä tavoitteita.

5.4 Johtopäätökset

Lopuksi voidaan todeta, että IVT-menetelmä näyttää tuottavan sellaista oikea-aikaista ja relevanttia tietoa päätöksenteon tueksi, jota tässä nuorten hyvinvointia kartoittavassa ja tukevassa hankkeessa tavoiteltiin. Menetelmällä saadaan tietoa, jonka avulla voidaan tunnistaa tuen tarpeessa olevia nuoria, suunnitella ja kohdentaa palveluita. Niin nuoret kuin ammattilaisetkin kokivat menetelmän tarpeelliseksi ja helppokäyttöiseksi. Suurin osa nuorista vastasi rehellisesti, mutta myös epärehellisesti vastaamisen riski tunnistettiin. Ammattilaiset tosin arvioivat, että henkilökohtainen keskustelu tuloksista nuorten kanssa mahdollistaa rehellisyyden arvioinnin. Menetelmä mahdollistaa tiedon kumuloidumisen yksilötasolta jopa valtakunnan tasolle asti. Haasteena on menetelmän käytön

laajentaminen koulutasolta aluetasolle siten, että kertyvää tietoa voidaan hyödyntää alueellisen palvelussuunnittelun tehostamisessa.

Internet-pohjaisten etäpalveluiden käyttöön suhtauduttiin varovaisen positiivisesti. Erikoispalveluiden, esimerkiksi koulupsykologien, saatavuuden turvaaminen on merkittävä haaste kunnille jo nyt (ks. Kivimäki ym. 2007). Ammatillaiset arvioivat sähköisten etäpalveluiden vastaavan hyvin tähän haasteeseen mahdollistamalla esimerkiksi konsultoinnin ja terapian videoyhteydellä. Nuoret pohtivat epäilevästi muun muassa tietoturvakysymyksiä ja luottamussuhteen muodostumista videoyhteydellä toimivassa etäpalvelussa, mutta kokivat esimerkiksi palvelun helpon saavutettavuuden kannustavan sen käyttöön. Tässä tutkimuksessa varsinaisia käyttökokemuksia kertyi niukasti. Jatkossa käyttökokemuksia ja palveluiden paremman saatavuuden toteutumista onkin tarpeen tutkia lisää.

LÄHTEET

- Aalto-Setälä, Terhi – Marttunen, Mauri – Pelkonen, Mirjami (2003) Nuorten päihdehäiriöiden varhainen tunnistaminen. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitos. Mielensterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto. HUS/HYKS, Peijaksen sairaala, psykiatrinen tulosyksikkö. Nuorisopsykiatrian vastuualue.
- Aapola, Sinikka – Ketokivi, Kaisa (2005) Johdanto: Aikuistumisen ehdot 2000-luvun yhteiskunnassa. Teoksessa: *Polkuja ja poikkamia – Aikuisuutta etsimässä*, (toim.) Sinikka Aapola – Kaisa Ketokivi, Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, julkaisu 56. Helsinki: Nuorisotutkimusseura.
- Amarendran, Vijay – Gersappe, Vrushali – Warren, Calvert (2011) The reliability of telepsychiatry for a neuropsychiatric assessment. *Telemedicine and e-health*, Vol. 17 (3), 223-225.
- An, Ji-Young V. – Hayman, Laura L. – Park, Young-Shin – Dusaj, Teresa K. – Ayres, Cynthia G. (2009) Web-based weight management programs for children and adolescents: a systematic review of randomized controlled trial studies. *Advances in Nursing Science*, Vol. 32 (3), 222-240.
- Baigent, Michael F. – Lloyd, Christopher J. – Kavanagh, Sophie J. – Ben-Tovim, David I. – Yellowlees, Peter M. – Kalucy, Ross S. – Bond, Malcolm J. (1997) Telepsychiatry: 'tele' yes, but what about the 'psychiatry'? *Journal of Telemedicine and Telecare*, Vol. 3 (1), 3-5.
- Bonner, Laura M. – Simons, Carol E. – Parker Louise E. – Yano, Elizabeth M. – Kirchner JoAnn E. (2010) 'To take care of patients': Qualitative analysis of veterans health administration personnel experiences with a clinical informatics system. *Implementation Science*, 5:63
- Bishop, June E. – O'Reilly, Richard L. – Maddox, Kerry – Hutchinson, Louise J. (2002) Client satisfaction in a feasibility study comparing face-to-face interviews with telepsychiatry. *Journal of Telemedicine and Telecare*, Vol. 8 (4), 217-221.
- Burns, Nancy – Grove, Susan K. (2009) *The practice of nursing research*. 6th ed. Saunders, Elsevier. Missouri. USA.
- Castrén, Johanna – Huttunen, Teppo – Kunttu, Kristina (2008) Users and non-users of web-based health advice service among Finnish university students – chronic conditions and self-reported health status (a cross-sectional study). *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 8:8

- CEC (2009) Design as a driver of user-centered innovation. Commission of the European Communities. SEC (2009)501 final. http://ec.europa.eu/enterprise/policies/innovation/files/design_swd_sec501_en.pdf haettu 5.1.2012.
- CEN workshop agreement* (2004) European guide to good practice in knowledge management. CWA14924-1 <ftp://cenftp1.cenorm.be/PUBLIC/CWAs/e-Europe/KM/CWA14924-01-2004-Mar.pdf>, haettu 21.1.2013.
- Clark, Kim B. (1999) *Design rules: The power of Modularity*. MIT Press, Cambridge.
- Coyne, Imelda (2006) Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 15 (1), 61-71.
- Demiris, George – Edison, Karen – Vijaykumar, Santosh (2005) A comparison of communication models of traditional and video-mediated health care delivery. *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 74 (10), 851-856.
- Drake, Merja (2009) *Terveysviestinnän kipupisteitä. Terveystiedon tuottajat ja hankkijat Internetissä*. Väitöskirja. Studies in Humanities 127. Jyväskylän yliopisto.
- Elo, Satu – Kyngäs, Helvi (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 62 (1), 107-115.
- Eriksson, Esa – Arnkil, Tom Erik (2009) *Taking up one's worries. A handbook on early dialogues*. Terveystiedon ja hyvinvoinnin laitos. Jyväskylä.
- Goss, Stephen – Antony, Kate (toim.) (2008) *Uudet teknologiat terapiassa*. Edita. Helsinki.
- Harhoff, Dietmar – Henkel, Joachim – von Hippel, Eric (2003) Profiting from voluntary information spillovers: how users benefit by freely revealing their innovations. *Research policy*, Vol. 32, 1753-1769.
- HE 101/2010 (2010) Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kotikuntalain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta. <http://www.edilex.fi/virallistieto/he/20100101> haettu 5.1.2012.
- Heikkinen, Alpo (2007) *Nuoret lastensuojelun avohuollossa – palveluiden ja menetelmien tarkastelu*. Sosiaali- ja terveysministeriön Sosiaalialan kehittämishankkeen lastensuojelun kehittämisohjelman loppuraportti. Selvityksiä 2007:1. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.
- Hincapie, Ana L. – Warholak, Terri L. – Murcko, Anita C. – Slack, Marion – Malone Daniel C. (2011) Physicians' opinions of a health information exchange. *Journal of the American informatics association*, Vol. 18 (1) 60-65.
- Holmberg, Nils – Kähkönen, Seppo (2011) Kognitiivinen verkkoterapia psykiatristen häiriöiden hoidossa. *Duodecim*, Vol. 127 (7), 692-698.
- Hämäläinen, Päivi – Reponen, Jarmo – Winblad, Ilkka (2009) *eHealth of Finland Check point 2008*. Report 2009:1. National Institute for Health and Welfare.

- Kaikkonen, Risto – Mäki, Päivi (2009) Alueellista tietoa vauvasta vaariin. Sosiaali- ja terveystieteiden aikakauslehti *Tesso* 8. <http://www.tesso.fi/4.3.2012>.
- Kalijärvi, Teemu – Hanhinen, Sari – Martikka, Nina (2007) *Nuorten syrjäytymisen ehkäisy*. Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomus 146/2007.
- Kiilakoski, Tomi (2007) Johdanto: Lapset ja nuoret kuntalaisina. Teoksessa: Lasten ja nuorten kunta. (toim.) Anu Gretschel – Tomi Kiilakoski. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 77. Helsinki. Nuorisotutkimusseura.
- Kivimäki, Hanne – Saaristo, Vesa – Kosunen, Elise – Rimpelä, Arja – Wiss, Kirsi – Rimpelä Matti (2007) Kouluterveydenhuollon käynnit 1994-2005 – Toteutuiko tasa-arvo terveyskeskusten välillä informaatio-ohjauksen aikakaudella? *Sosiaalilääketieteen aikakauslehti*, Vol. 44 (4), 207-215.
- Kouri, Pirkko – Turunen, Hannele – Tossavainen, Kerttu – Saarikoski, Seppo (2006) Pregnant families' discussion on the net – from virtual connections toward real-life community. *Journal of Midwifery and Women's Health*, Vol. 51 (4), 279-283.
- Kyllönen, Marjo (2011) *Tulevaisuuden koulu ja johtaminen. Skenaariot 2020-luvulla*. Acta Universitas Tamperensis 1678.
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa (1999) Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, Vol. 11 (1), 3-12.
- Kärki, Jarmo – Laaksonen, Maarit – Hyppönen, Hannele (2012) *Tieto ja viestintä-tekniikan käyttö sosiaali- ja terveydenhuollossa vuonna 2011*. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 2/2012.
- Laihonen, Harri (2009) *Terveysjärjestelmän johtamisen tietovirrat*. Väitöskirja. Tampereen teknillinen yliopisto. Julkaisu 824.
- Lammi, Lauri (2011) Lääkärit tietojärjestelmäkoulutuksessa. *Suomen lääkäri-lehti*, Vol. (66) 19, 1573-1579.
- Lillrank, Paul – Kujala, Jaakko – Parvinen, Petri (2004) Keskenkärsivä potilas: terveydenhuollon tuotannonohjaus. Helsinki: Talentum.
- Linnakangas, Ritva – Suikkanen, Asko (2004) *Varhainen puuttuminen. Mahdollisuus nuorten syrjäytymisen ehkäisemisessä*. Selvityksiä 2004:7. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Linturi, Hannu – Rubin, Anita – Airaksinen, Tiina (2011) *Lukion tulevaisuus 2030. Toinen koulu, toinen maailma*. Opetushallitus, Oppimisen tulevaisuus 2030 –barometri, Otavan Opisto, Tulevaisuuden tutkimuskeskus.
- Lowden, Jacqueline (2006) Children's rights: a decade of dispute. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 37 (1), 100-107.
- LOS (1989) YK:n Lapsen oikeuksien sopimus. YK:n yleiskokous 20.11.1989 http://www.unicef.fi/files/unicef/pdf/LOS_A5fi.pdf haettu 5.1.2012.
- Melby, Line – Hellesø, Ragnhild (2010) Electronic exchange of discharge summaries between hospital and municipal care from health personnel's perspectives. *International journal of integrated care*, Vol. 10 (21), e039

- McGeedy, David – Kujala, Jaakko – Ilvonen, Karita (2008) The impact of patient-physician web messaging on healthcare service provision. *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 77 (1), 17-23.
- Moehr, Jochen R. – Anglin, C.R. – Schaafsma, Joseph P. – Pantazi, Stefan V. – Anglin, Sandra – Grimm, Nicole A. (2005) Video conferencing-based telehealth. *Methods of Information in Medicine*, Vol. 44 (2), 334-341.
- Mucic, Davor (2007) Telepsychiatry pilot-project in Denmark. Videoconference by distance by ethnic specialists to immigrants/refugees. *World cultural psychiatry research review*, Vol. 2 (1), 3-9.
- Mäki, Eerikki (2008) *Exploring and exploiting knowledge. Research on knowledge process in knowledge-intensive organizations*. Väitöskirja. Helsingin teknillinen korkeakoulu. 2008/1.
- Obstfelder, Aud – Engeseth, Kjersti H. – Wynn, Rolf (2007) Characteristics of successfully implemented telemedical applications. Systematic Review. *Implementation Science*, Vol. 2, 25.
- Ojanen, Elina – Sorvaniemi, Marko (2005) Videoneuvottelun käyttö psykiatrisissa päivystyskonsultaatioissa. Suomen Lääkärilehti, 22, 2477-2480.
- Payne, Thomas H. – Detmer, Don E. – Wyatt, Jeremy C. – Buchan, Iain E. (2010) National – scale clinical information exchange in the United Kingdom: lessons for the United States. *Journal of the American medical informatics association*, Vol. 18 (1), 91-98.
- Pirkanen, Marjatta (2007) Nuorten päihteettömyyden edistäminen. Varhaisen puut-tumisen malli koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 140. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Pönkkö, Maija-Leena (2005) *Erityisoppilaan psykiatrinen hoitoketju. Hoitoketjun tarpeen ja toiminnan monitahoarviointi*. Väitöskirja. Oulun yliopisto.
- Raitasalo, Raimo (2007) Mielialakysely. Suomen oloihin Beckin lyhyen depressoikyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 86. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.
- Rimpelä, Matti – Fröjd, Sari – Peltonen, Heidi (toim.) (2010) *Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen perusopetuksessa 2009*. Peruseräraportti. Koulutuksen seurantaraportit 2010:1. Opetushallitus. Sas-tamala: Vammalan kirjapaino Oy
- Salonen, Anne H. – Kaunonen, Marja – Åsted-Kurki, Päivi – Järvenpää, Anna-Liisa – Tarkka, Marja-Terttu (2008) Development of an internet-based inter-vention for parents of infants. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 64 (1), 60-72.
- Sanchez, Ron – Mahoney, Joseph T. (1996) Modularity, flexibility, and knowledge management in product and organization design. *Strategic management journal*, Vol. 17, 63-76.

- Shaikh, Ulfat – Nettiksimmons, Jasmine – Romano, Patrick (2011) Pediatric obesity management in rural clinics in California and the role of telehealth in distance education. *The Journal of Rural Health*, Vol. 27 (3), 263-269.
- Spohrer, Jim – Maglio, Paul P. (2008) The Emergence of Service Science: Toward Systematic Service Innovations to Accelerate Co-Creation of Value. *Production and operations management*, Vol. 17(3), 238–246.
- Stakes (2002) Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Oppaita 2002:51. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes.
- STM (2008) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Kaste 2008-2011. Julkaisuja 2008:6. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2009) Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Julkaisuja 2009:20. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Syrjäpalo, Kyllikki – Vuokila-Oikkonen, Päivi – Kuusimäki, Marja-Leena (2004) Kokemuksia telepsykiatrisesta yhteistyöstä Pohjois-Suomessa. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 59 (8), 799-803.
- Taloustutkimus (2008) Web & Mobile tracking –tutkimus. http://www.taloustutkimus.fi/ajankohtaista/uutiskirje/uutiskirje_2_2008/nuoret_nayttavat_suomalaisten_in/ haettu 15.8.2011.
- TEM (2010a) Kysyntä- ja käyttäjälähtöisen innovaatiopolitiikan jäsentely (osa I). <http://www.tem.fi/INNO> haettu 19.12.2011.
- TEM (2010b) Kysyntä- ja käyttäjälähtöisen innovaatiopolitiikan toimenpideohjelma (osa II). <http://www.tem.fi/KIITO> haettu 19.12.2011.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> haettu 5.5.2012.
- Tilastokeskus (2010) Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö –tutkimus. Tilasto-keskus. http://tilastokeskus.fi/artikkelit/2010/art_2010-12-22_002.html?s=3 haettu 15.8.2011.
- THL (2011) Peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaiden hyvinvointi vuosina 2000/01 – 2010/11. Kouluterveyskysely 2011 5.12.2011 http://www.thl.fi/attachments/kouluterveyskysely/Tulokset/ktkysely_kokomaa_200001_201011_pk.pdf haettu 20.9.2012.
- Varni, James W. – Limbers, Chistine A. – Burwinkle, Tasha M. (2007) How young can children reliably and validly self-report their health-related quality of life?: An analysis of 8,591 children across age subgroups with the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, Vol. 5 (1), 1-13.
- Viirolainen, Harri (2010) *“Kai sitä ihminen on vaan semmoinen laumaeläin” – Virtuaalisen tiimin ilmapäiri*. Väitöskirja. Turku: Turun yliopiston kauppakorkeakoulu. A-8:2010.
- Vuononvirta, Tiina – Kanste, Outi – Timonen, Markku – Keinänen-Kiukaanniemi, Sirkka – Timonen, Olavi – Ylitälo, Kirsti – Taanila, Anja (2011) Miten videovälitteinen etäterveydenhuolto onnistuu? *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 66 (26-31), 2165-2169.

- Wiss, Kirsi – Kivimäki, Hanne – Kosunen, Elise – Rimpelä, Arja – Saaristo, Vesa – Rimpelä, Matti (2007) Kouluterveydenhuollon henkilöstössä suuria eroja. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 62 (1-2), 53-59.
- Valtioneuvoston kanslia (2009) Poliittikkatoimien vaikuttavuusarvioinnin kehittäminen – Kuinka parantaa tiedonkäyttöä poliittisessa päätöksenteossa. Valtioneuvoston kanslian raporttisarja 6/2009.
- VM (2013) SADe-ohjelma. Toimintasuunnitelma 2013. Valtiovarainministeriö. http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/03_muut_asiakirjat/20130228SADeoh/SADe-ohjelma_toimintasuunnitelma_2013_20130226.pdf haettu 23.2.2013
- VTV (2010) Valtiontalouden tarkastusviraston kertomus eduskunnalle toiminnastaan varainhoitovuodelta 2009. Valtiontalouden tarkastusviraston eduskunnalle annettavat kertomukset K 20/2010 vp.
- VTV (2011) Valtiontalouden tarkastusviraston vuosikertomus eduskunnalle toiminnastaan 2011 valtiopäiville. Valtiontalouden tarkastusviraston eduskunnalle annettavat kertomukset K 17/2011 vp.
- Van Beveren, John (2003) Does health care for knowledge management? *Journal of knowledge management*, Vol. 7 (1) 90-95.
- Van Walraven, Carl – Etchells, Edward (2008) Information exchange among physicians caring for the same patient in the community. *Canadian medical association Journal*, Vol. 179 (10), 1013-1018
- Von Hippel, Erik (2007) Horizontal innovation networks--by and for users. *Industrial & Corporate Change*, Vol. 16 (2), 293-315.
- Wright, Adam – Soran, Cristine – Jenter, Chelsea A. – Volk, Lynn A. – Bates, David W. – Somin, Steven R. (2010) Physician attitudes toward health information exchange: results of a statewide survey. *Journal of American medical association*, Vol. 17 (1), 66-70.