

**KANSALLISTEN TOIMINTAOHJELMIEN OHJAAVUUS
NUORTEN SEKSUAALITERVEYSPALVELUJEN
JÄRJESTÄMISESSÄ**

Halonen-Rämö Leena

Pro gradu -tutkielma

Terveyshallintotiede

Itä-Suomen yliopisto

Sosiaali- ja terveystieteiden lait-
tos

Syyskuu 2015

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta
Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, terveystieteiden tiedekunta

HALONEN-RÄMÖ LEENA: Kansallisten toimintaohjelmien ohjaavuus nuorten seksuaaliterveyspalvelujen järjestämisessä

Pro gradu -tutkielma, 80 sivua, 4 liitettä (8 sivua)

Tutkielman ohjaajat: HTT, professori Jari Vuori
YTT, yliopistolehtori Sanna Laulainen

Syyskuu 2015

Avainsanat: informaatio-ohjaus, toimintaohjelmat, nuorten seksuaaliterveyspalvelut, arviointi

Valtio ohjaa kuntien terveyspalveluja normien ja resurssien lisäksi tietoon perustuvalla informaatio-ohjauksella. Informaatio-ohjaus tuli keskeiseksi ohjausmuodoksi 1990-luvun puolivälissä, kun valtion ohjauksen toimintatapa suhteessa kuntiin muutettiin. Informaatio-ohjaus on sen laajasta käytöstä huolimatta osoittautunut kuitenkin epäselväksi ja jäsentymättömäksi ohjausmuodoksi. Tässä tutkimuksessa selvitettiin kansallisten seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmien ohjaavuutta nuorten seksuaaliterveyspalvelujen järjestämiseen perusterveydenhuollossa.

Tutkimus on laadullista tutkimusta, joka toteutettiin arviointitutkimuksen viitekehyksessä. Arviointikriteereinä toimivat kansallisten toimintaohjelmien asettamat tavoitteet nuorten seksuaaliterveyden edistämiseksi. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla Pohjois-Karjalan terveyskeskusten terveysneuvonnan lähijohtajia, joilla oli tietämystä toimintaohjelmien toteuttamisesta käytännössä. Varsinainen tutkimusaineisto koostui kymmenestä (10) yksilöhaastattelusta. Tutkimustulokset analysoitiin laadullisella teoria-ohjaavalla sisällönanalyysillä.

Toimintaohjelmat tunnettiin osittain tai ei ollenkaan suurimmassa osassa terveysneuvontayksiköitä. Suurin osa toimintaohjelmien asettamista nuorten seksuaaliterveyden edistämisen tavoitteista ja toimenpiteistä toteutui osittain. Tavoite nuorten odottavien naisten ohjauksen saamisesta odotusajan riskeistä, synnytykseen valmentautumisesta ja synnytyksen jälkeisestä hoidosta toteutui kuitenkin hyvin. Kehitettävää nousi esille erityisesti seksuaaliterveyteen liittyvän tiedon jakamisessa ja internet-pohjaisten palvelujen kehittämisessä sekä nuorten tietoisuuden lisäämisessä seksuaalioikeuksistaan.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että kansalliset toimintaohjelmat ohjaavat vain osittain nuorten seksuaaliterveyspalvelujen järjestämistä. Toimintaohjelmien selailu ja silmäily toi esille terveysneuvonnan yksiköiden kehittämiskohteita, mutta muuten toimintaohjelmien ohjaavuus osoittautui heikoksi. Jatkotutkimusaiheita aihepiirin ympärillä riittää, koska informaatio-ohjauksen ja muun valtion ohjauksen vaikutuksista seksuaaliterveyspalvelujen järjestämiseen tiedetään vähän.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Social Sciences and Business Studies. Department of Health and Social Management, Health Management Sciences

HALONEN-RÄMÖ LEENA: Effectiveness of the national action programs in implementation of young peoples' sexual health services

Master's thesis, 80 pages, 4 appendices (8 pages)

Advisors: Professor Jari Vuori
Senior lecturer Sanna Laulainen

September 2015

Keywords: information steering, action programs, sexual health services, young people, evaluation

The central government steers municipal health services by standards, resources and knowledge based information. Information steering became to a main steering instrument in the mid 1990's, when the governmental steering practice in relation to municipalities was changed. However, despite its widespread use, information steering has proved to be an unclear and disorganized form of steering. In this study, the ways national sexual and reproductive health action programs steer young peoples' sexual health services in primary health care was examined.

This study was conducted using qualitative methods. The evaluation framework, in which the criteria were the targets sets by the national action programs to promote young peoples' sexual health was used. The primary data were collected by interviewing ten (10) first-line managers of the health care centers in North Karelia. The interview data were analyzed using content analysis method.

The key findings of this study showed that the action programs were known partially or not at all in most of the health counseling units. However, most of the targets and measures of young peoples' sexual health were achieved partially. The target focusing on how young women receive information about pregnancy, childbirth and sexual counseling associated with preventive work, were achieved well. The areas of development were found to be the practices on improving sexual health knowledge and internet services and raising young peoples' sexual rights awareness.

To conclude, the national action programs only partially steer the offering of young peoples' sexual health services. Reviewing the action programs had brought up the development areas in the health care centers, but otherwise the steering had not been influential. There are a number possible future research topics in this area, because there is a severe lack of knowledge on the effects of information steering and other governmental steering on organizing sexual health services.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
1.1 Tutkimuksen lähtökohdat	3
1.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	6
2 KUNTIEN TERVEYSPALVELUIHIN KOHDISTUVA VALTIONOHJAUS....	8
2.1 Ohjaukäsäite ja ohjauspolitiikan kehitys.....	8
2.2 Valtion ohjauskeinot kuntiin	11
2.2.1 Ohjauskeinojen kokonaisuus.....	11
2.2.2 Normiohjaus ja resurssiohjaus.....	13
2.2.3 Informaatio-ohjaus	16
2.2.4 Ohjauksen valintaan vaikuttavia tekijöitä	18
3 INFORMAATIO-OHJAUS JA KANSALLISET TOIMINTAOHJELMAT TERVEYSNEUVONTAPALVELUISSA	20
3.1 Terveysneuvontapalvelut perusterveydenhuollossa ja niihin kohdistuva informaatio-ohjaus	20
3.2 Nuorten seksuaaliterveyden edistäminen terveysneuvontapalveluissa ...	24
3.2.1 Nuoruus ja seksuaaliterveys	24
3.2.2 Nuorten seksuaaliterveyspalvelut	29
3.2.3 Nuorten seksuaaliterveyden edistäminen informaatio-ohjauksen keinoin	32
3.3 Kansalliset seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmat.....	35
3.3.1 Toimintaohjelmien sisältö	35
3.3.2 Nuorten seksuaaliterveyden edistämisen tavoitteet ja toimenpiteet.....	37
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	42
4.1 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat	42
4.2 Tutkimusaineiston hankinta ja analyysi.....	44
5 TOIMINTAOHJELMIEN TUNNETTAVUUDEN JA NUORTEN SEKSUAALITERVEYDEN TAVOITTEIDEN JA TOIMENPITEIDEN TOTEUTUMISEN ARVIOINTI	48
5.1 Kansallisten toimintaohjelmien tunnettavuus.....	48
5.2 Seksuaalineuvonnan ja seksuaaliohjauksen toteutuminen	50
5.3 Yhteistyön toteutuminen	55
5.4 Seksuaaliterveystietouden jakaminen.....	56
5.5 Seksuaaliterveyspalveluiden saatavuus	59

5.6 Yhteenveto tuloksista.....	63
6 POHDINTA JA PÄÄTELMÄT	67
6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	67
6.2 Keskeisten tulosten tarkastelu, päätelmät ja jatkotutkimusaiheet	68
LÄHTEET.....	75

LIITTEET

Liite 1. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman (2007-2011) asettamia tavoitteita ja toimenpiteitä nuorten henkilöiden osalta.....	81
Liite 2. Teemahaastattelurunko.....	85
Liite 3. Terveyskeskukset, saadut tutkimusluvut ja haastattelupäivät.....	86
Liite 4. Tutkimuslupa.....	88

KUVIOT

KUVIO 1. Ohjaustapahtuman tekijät (Ahlstedt, Jahnukainen & Vartola 1979, 49).....	8
KUVIO 2. Poliittikan ohjausprosessi (Lundquist 1992, 13).....	9
KUVIO 3. Ohjausketju (Oulasvirta ym. 2002, 30).....	9
KUVIO 4. Poliittisen ohjauksen muodot Lundquistiä (1992, 79) mukaillen.....	12
KUVIO 5. Seksuaaliterveyden ja lisääntymisterveyden käsitteiden suhde, kun lisääntymisterveys on yläkäsite (A), kun seksuaaliterveys on yläkäsite (B) ja kun seksuaaliterveys ja lisääntymisterveys ovat päällekkäisiä käsitteitä (C). (THL 2014a, 10).....	25

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Ohjausmuotojen ominaisuuksia (Oulasvirta ym. 2002, 29).....	19
TAULUKKO 2. WHO:n määrittelemät seksuaalioikeudet (2002).....	27
TAULUKKO 3. Nuorten seksuaaliterveyden edistämisen tavoitteet ja toimenpiteet (STM 2007).....	39

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen lähtökohdat

Julkisessa hallinnossa politiikan ja hallinnon suhteeseen kuuluu ohjaus, jota toteutetaan eri ohjausmuodoilla. Valtiollisen ohjauksen politiikka ja valitut ohjausmuodot ilmentävät aikaansa ja muuttavat muotoaan kulloisiinkin tarpeisiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauspolitiikka on edennyt kunta-valtio-suhteen muuttumisen myötä tiukasta säädösohjauksesta ja valvonnasta ohjausmuotojen monimuotoistumiseen: aiempaa väljempien ja vähemmän normatiivisten ohjaustapojen käyttöönottoon. 1990-luvun puolivälissä valtion informaatio-ohjaus yleistyi merkittävästi normi- ja resurssiohjauksen vähentyessä. (Oulasvirta, Ohtonen & Stenvall 2002, 16, 18; Nyholm 2011, 131–132.)

Informaatio-ohjauksessa kuntia pyritään ohjaamaan tiedolla, jotta ne voivat kehittää toimintaansa ja parantaa tuottavuuttaan. Informaatio-ohjauksen muodot vaihtelevat suppeammista kunnille tuotetuista kansallisista tilastotiedoista laajempiin kansallisiin kehittämisohjelmiin. Informaatio-ohjaus on luonteeltaan ei-sitovaa ja suostuttelevaa, joten ohjattava taho voi toimia kokonaan tai osittain tai olla myös toimimatta ohjauksen mukaisesti. (Stenvall & Syväjärvi 2006, 17; Jalonen 2008, 3.) Informaatio-ohjauksen tyyppistä ohjeistusta liittyy myös muihin ohjausmuotoihin, kuten normien ja resurssien käyttöön (Vedung 1997, 133). Käytännössä eri ohjausmuotoja käytetään päällekkäin ja rinnakkain, toisiaan täydentäen. Normien ja resurssien sääntelyllä valtio pyrkii määräämään ja valvomaan kuntia ja informaation avulla puolestaan perustelevaan ja taivuttelevaan. Eri ohjausmuotojen erottelua on pidetty keinotekoisena juuri niiden päällekkäisyyden vuoksi.

Kuntien sosiaali- ja terveyspalveluihin kohdistuvaan informaatio-ohjauksen luonteeseen on useissa tutkimuksissa esitetty vahvaa kritiikkiä. Lasse Oulasvirta, Jukka Ohtonen ja Jari Stenvall (2002) tutkivat 2000-luvun vaihteessa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta tapaustutkimuksilla, joiden aiheina olivat muun muassa kouluterveydenhuolto, lastensuojelu ja vanhustenhuollon laatusuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksi antamassa tutkimuksessa kuvattiin sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen kehittymistä normiohjauksesta informaatio-ohjaukseksi. Tutkimuksen mukaan ainoastaan informaatio-ohjauksessa pitäytyminen osoittautui ongelmalliseksi kaikissa tapaustutkimuksen kohteina olleissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Tutkijoiden mukaan informaatio-

ohjauksella ei ollut selkeitä tavoitteita ja valtion ohjauskeinot olivat ristiriitaisia ja yhteen sopimattomia. Tutkimuksen johtopäätöksenä oli, että ohjausta tulee kehittää voimakkaasti. (Oulasvirta ym. 2002). Samansuuntaisia tuloksia raportoivat Jari Stenvall ja Antti Syväjärvi (2006) tutkiessaan informaatio-ohjauksen merkitystä kuntien sosiaali- ja terveyspalveluissa. Informaatio-ohjauksen vaikutusta kunnan päätöksentekoon epäiltiin vahvasti. Informaatio-ohjauksen toteutus oli koordinoimatonta ja eri ohjauksen muodot eivät muodostaneet ehyttä kokonaisuutta. Informaatio-ohjauksen vaikutusarviointeja ei ole tehty riittävän laaja-alaisesti, eikä ohjauksen vaikuttavuudesta ollut muutenkaan selkeää käsitystä. Parhaiten informaatio-ohjaus oli vaikuttanut kuntien laatutyössä, auttanut tunnistamaan kehittämiskohteita, tuottanut tietoa rahoitusmahdollisuuksista ja selkeyttänyt normeja. (Stenvall & Syväjärvi 2006.)

Valtionhallinnon uudistuksessa 2000-luvun alussa siirryttiin keskitetystä hallinnosta horisontaaliseen hallintatapaan, jolloin ohjausta muokattiin ohjelmalliseen suuntaan. Ratkaisuna tähän tulivat ylisektoriset politiikkaohjelmat ja valtion ohjauksellinen ohjaustapa kuntiin. Ohjelmaohjaus yhtenä informaatio-ohjauksen muotona laajentui ja kehittyi merkittävästi. (VTV 2009.) Liisa Heinämäki (2012) selvitti tutkimuksessaan ohjelmaohjauksen vastaavuutta 2000-luvun tarpeisiin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkimuksen mukaan ohjelmaohjaus ei ole vastannut hallinnon ja politiikkatoimien muutosten tuottamaan ohjauksen muutostarpeeseen. Horisontaalisuus ei ole lisääntynyt kunnissa, eikä se ole edennyt valtionhallinnossa. Ohjelmien ohjausvoiman on todettu hajoavan tunnistamattomasti laaja-alaiseen verkostoitumiseen. Tämän seurauksena kuntiin kohdistuva ohjaus toteutuu heikosti tai jää kokonaan toteutumatta. Valtionhallinnossa ohjelmien arvona nähtiin kuitenkin niiden näkyvyys kuntien suuntaan. Heinämäen mukaan kuntien ohjelmaohjausta ei ole riittävästi arvioitu ja johdettu ohjelmien voimassaolon aikana. (Heinämäki 2012.)

Yhden keskeisimmän terveydenhuoltoon vaikuttavan ohjelman, Terveys 2015 -kansanterveysohjelman, väliarvioinnissa vuonna 2008 (Muurinen, Perttilä & Ståhl) ja vuonna 2012 (STM 2012a) on todettu, että kansanterveysohjelma ei ole esiintynyt kattavasti kuntien päätösasiakirjoissa, mutta se oli ohjannut osittain kuntien strategioiden laatimista. Vuoden 2008 väliarvioinnin mukaan ohjelma tunnettiin sosiaali- ja terveyssektorilla hyvin, mutta sen vieminen toiminta- ja taloussuunnitelmiin oli vähäistä. Esteenä kansanter-

veysohjelman tavoitteiden toteutumiseen kunnissa koettiin olleen ammattitaitoisten henkilöiden ja myös rahan puutteen. Vuonna 2012 tehdyssä kansanterveysohjelman väliarvioinnissa on kuitenkin todettu, että ohjelman tavoitteet on nostettu keskeisiksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteiksi kuntapolitiikassa (STM 2012a). Koska Terveys 2015 -kansanterveysohjelmaa on toteutettu lakien, ohjelmien, oppaiden ja suositusten sekä hankkeiden kautta, ohjelman vaikutusten ja ohjaavuuden arviointi on haasteellista.

Ohjelmaohjauksen, ja kokonaisuudessaan informaatio-ohjauksen, kiinnostavuus on sen erityisyydessä ja poikkeavassa luonteessa. Informaatio-ohjaus tutkimuskohteena on haastava, koska se liittyy usein muihin ohjausmuotoihin ja sen itsenäinen ohjausrooli on kyseenalainen. Tavoitteenani on saada tietoa ohjelmaohjauksen vaikutuksista nuorten seksuaaliterveyspalvelujen järjestämiseen perusterveydenhuollossa. Nuorten seksuaaliterveyspalveluja, muiden terveyspalvelujen tapaan, ohjaavat useat kansalliset oppaat ja suositukset sekä eri lait ja asetukset. Jo vuonna 1980 lääkintöhallituksen ohjekirjeessä ehdotettiin seksuaaliterveyden näkökulman liittämistä normaaleihin perusterveydenhuollon palveluihin. Ensimmäinen kansallinen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma julkaistiin vuonna 2007 ja sen päivitys vuonna 2014. Toimintaohjelmat kokoavat yhteen useissa eri suosituksissa esitettyjä seksuaaliterveyden edistämisen tavoitteita. Toimintaohjelmissa painotetaan perusterveydenhuollon keskeistä roolia seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelujen tuottajana. Vuonna 2009 tehdyssä terveyskeskusten terveyden edistämistyöhön kohdistuneessa tutkimuksessa (Kosunen 2009) on todettu vain 1/5 terveyskeskuksista käsitelleen seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmaa lautakunnissa tai kuntayhtymän hallituksessa. Eniten toimintaohjelmaan oli tutustunut hoitohenkilöstö, joka oli tehnyt päätöksiä ohjelman mukaisesti 15 %:ssa terveyskeskuksista.

Nuorten seksuaaliterveyden edistämisessä ovat keskeisessä asemassa koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä äitiys- ja perhesuunnitteluneuvolat. Tällä hetkellä ei ole saatavilla valtakunnallisesti kattavaa tietoa nuorten seksuaaliterveyspalvelujen järjestämisestä perusterveydenhuollossa.

1.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimukseni tarkoituksena on selvittää kansallisten seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmien ohjaavuutta nuorten seksuaaliterveyspalveluiden järjestämiseen perusterveydenhuollossa. Arvioin toimintaohjelmien ohjaavuutta sen perusteella, miten niihin asetetut nuorten seksuaaliterveyden edistämisen keskeiset tavoitteet ovat toteutuneet. Tavoitteiden toteutumista arvioin sen perusteella, miten toimintaohjelmat tunnetaan perusterveydenhuollossa ja miten nuorten seksuaaliterveyden edistämistä koskeviin toimenpiteisiin on vastattu. Kiinnostukseni kohteena on erityisesti se, onko nuorten palvelujen erityistarpeet huomioitu toimintaohjelmien ehdotusten mukaisesti.

Tutkimukseni pääkysymys ja alakysymykset ovat:

Miten nuorten seksuaaliterveyden edistämiseksi asetetut tavoitteet ovat toteutuneet perusterveydenhuollossa?

- Miten toimintaohjelmat tunnetaan perusterveydenhuollossa?
- Miten nuorten seksuaaliterveyden edistämistä koskeviin toimenpiteisiin on vastattu?

Tutkimukseni kohdistuu perusterveydenhuollon terveystalouteen ja sosiaalipalvelut on rajattu tutkimuksen ulkopuolelle. Tässä tutkimuksessa nuorilla tarkoitan 13–25-vuotiaita henkilöitä, jotka käyttävät koulu- ja opiskeluterveydenhuollon, ehkäisy- ja perhesuunnitteluneuvolan tai äitiysneuvolan palveluita. Tutkimustulokset antavat suuntaa kansallisissa toimintaohjelmissa esitettyjen nuorten seksuaaliterveyden edistämisen tavoitteiden ja toimenpiteiden toteutumisesta perusterveydenhuollossa. Aiempaa tutkimustietoa toimintaohjelmien ohjaavuudesta nuorten seksuaaliterveyspalvelujen järjestämiseen tai kehittämiseen perusterveydenhuollossa on hyvin niukasti. Ensimmäisestä seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmasta 2007-2011 on julkaistu arviointitietoa ainoastaan sairaanhoitopiireille asetettujen tavoitteiden toteutumisesta. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää hyödyksi suunniteltaessa toisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2014-2020 väliarviointia, joka on suunniteltu toteutettavan vuonna 2017 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toimesta.

Tutkielmaraportti koostuu kuudesta pääluvusta, joista johdannon jälkeisessä toisessa pääluvussa avaan ohjaus-käsitettä ja kuntien terveystalvueluihin kohdistuvaa valtioneuhausta. Kolmannen pääluvun tarkoituksena on kuvata, mitä informaatio-ohjausta kohdistuu perusterveydenhuollon tervetvneuvontatalveluihin ja nuorten seksuaaliterveyttalvueluihin. Lisäksi tarkoituksena on kuvata kansallisten seksuaali- ja lisääntymisterveysten toiminta-ohjelmien tämän tutkielman osalta keskeiset tavoitteet ja toimenpiteet. Neljännessä pääluvussa avaan tutkielman empiirisen toteutuksen ja viidennessä pääluvussa keskeiset tutkimustulokset. Viimeisessä eli kuudennessa pääluvussa pohdin tutkimustuloksia ja esitän päätelmiä sekä jatkotutkimusaiheita aihepiirin mahdollisille tuleville tutkimuksille.

2 KUNTIEN TERVEYSPALVELUIHIN KOHDISTUVA VALTIONOHJAUS

2.1 Ohjaukäsäsite ja ohjauspolitiikan kehitys

Ohjaus kuuluu olennaisena osana julkisen politiikan toteuttamiseen. Ohjauksessa on kyse asemaan perustuvasta oikeudesta, jossa ohjaava taho, esimerkiksi ministeriö, pyrkii vaikuttamaan ohjattavan tahon, esimerkiksi kunnan, toimintaan. (Jalonen 2008, 2.) Ohjaus voidaan nähdä yhtenä politiikkaprosessin osana, jossa ohjataan hallintoa toteuttamaan politiikkaa tai ohjelmaa tavoitteiden mukaan. Poliitiikan ja siihen sisältyvien ohjelmien tavoitteiden mukainen toteuttaminen käytännössä riippuu monista tekijöistä, joista vain osa on päätöksentekijän kontrolloitavissa. Poliitiikan tai ohjelman onnistunut toteutuminen edellyttää paitsi riittäviä inhimillisiä ja taloudellisia voimavaroja myös riittävää taitoa ja kykyä sen toimeenpanoon sekä sidosryhmien osallistumista. (Oulasvirta ym. 2002, 16.)

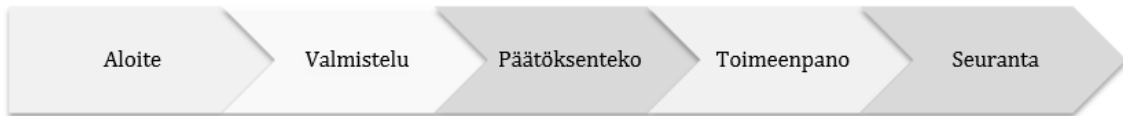
Ohjauksen järjestelmäajattelun mukaisesti ohjausta voidaan kuvata kolmena eri osana: ohjaava yksikkö, ohjattava yksikkö ja ohjausimpulssit (Kuvio 1). Ohjaava yksikkö lähettää ohjausimpulssit ohjattavaan organisaatioon halutun toiminnan aikaansaamiseksi. Ohjausimpulssina voi toimia esimerkiksi informaatio. Ohjaava yksikkö määrittää sen mukaan, millainen on sen ohjausvoima eli usein säädöksissä ilmaistuun oikeuteen perustuvalta vaikuttaa ohjattavan organisaation toimintaan. Julkisen hallinnon toimintayksiköiden tehtävänä on toiminnan ohjaaminen erilaisia toimintapolitiikkoja, periaatteita ja resursseja koskevien päätösten avulla. Ohjauksen tarkoituksena on toiminnan tavoitteiden ja päämäärien saavuttaminen. (Ahlstedt, Jahnukainen & Vartola 1983, 49–50.)



KUVIO 1. Ohjaustapahtuman tekijät (Ahlstedt, Jahnukainen & Vartola 1983, 49)

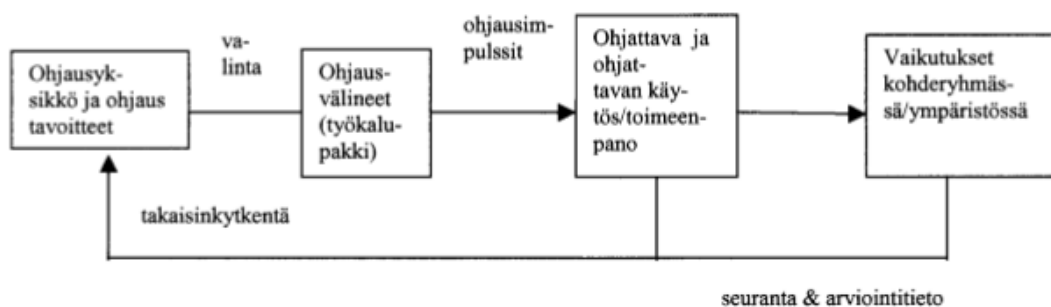
Lennart Lundquist (1992, 12–13) on kuvannut ohjausta prosessina, jonka vaiheet etenevät aloitteen tekemisestä valmisteluun, päätöksentekoon, toimeenpanoon ja seurantaan (Kuvio 2). Aloitteen tekijänä voi olla lähes jokainen henkilö. Aloitteen tekeminen johtaa

valmisteluun, joka on muun muassa päätöksenteon tueksi tarvittavan materiaalin kokoamista ja arviointia. Päätöksentekovaiheessa valitaan toimenpiteet ja määritellään ne tavoitteet, joihin pyritään. Toimeenpano- eli implementaatiovaiheessa ohjaus kohdistuu yhteiskuntaan ja järjestelmään, jolloin poliittiset tavoitteet ja todellisuus kohtaavat. Prosessin lopuksi arvioidaan, miten tavoitteet ovat toteutuneet. (Lundquist 1992, 95–100.)



KUVIO 2. Ohjauksen prosessimalli (Lundquist 1992, 13)

Lasse Oulasvirta kumppaneineen (2002, 30) kuvaavat ohjausta ohjausketjuna (Kuvio 3), jossa aluksi ohjaava yksikkö määrittelee ohjauksen tavoitteet ja valitsee ohjauksen välineet ja keinot. Ohjaukselle asetetut tavoitteiden ja keinojen yhteys on tiedettävä, jotta tehokkainta keinoa voidaan käyttää ongelman ratkaisemiseksi. Useimmiten ohjausta suunniteltaessa toimitaan epätäydellisen tiedon varassa. Ohjauksessa vaikutetaan ohjattavan tahon käyttäytymiseen, mikä tekee ohjauksesta haasteellisen. Ohjaava taho toivoo intressinsä näkyvän ohjattavan toiminnassa: ohjattavan toiminnan muuttuessa haluttuun suuntaan ohjauksen katsotaan onnistuneen. Ohjaava taho myös valvoo, seuraa ja arvioi vaikutuksien toteutumista ja tämän avulla tarkistaa omaa ohjaustaan. Arviointia ja valvontaa toteuttavat myös muut ulkopuoliset tahot. (Oulasvirta ym. 2002, 30.)



KUVIO 3. Ohjausketju (Oulasvirta ym. 2002, 30.)

Ohjauskeinoja voidaan luokitella lukuisilla eri tavoilla. Luokituksia voidaan erotella minimalistisen ja maksimaalisen tavan mukaan. Minimalistinen tapa jakaa keinot kahteen osaan eli negatiivisiin ja positiivisiin. Negatiivinen ohjaustapa on rankaiseva tai epäedul-

linen kohteelle, kun taas positiivinen on palkitsevaa ohjausta. Maksimaalinen tapa erottelee kymmeniä toisistaan eroavia ohjauskeinoja. (Oulasvirta ym. 2002, 19.) Maksimaalisen tavan mukaisessa erittelyssä kiinnitetään huomiota siihen, mihin ohjaus kohdentuu. Tällöin pyritään ohjaamaan kiinnittämällä huomiota esimerkiksi panoksiin, prosesseihin tai vaikutuksiin (Stenvall & Syväjärvi 2006, 18).

Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauspolitiikka on siirtynyt kunta-valtio-suhteen muuttumisen myötä tiukasta säädösohjauksesta ja formaalista kontrollista epämuodollisempiin ohjauskeinoihin (Nyholm 2011, 132). Vuokko Niiranen (2013, 209) kuvaa valtion ja kuntien ohjaussuhteiden kolmea erilaista aikakautta 1980-luvulla vallinneesta tiiviin valtionohjauksen vaiheesta kunnallista itsehallintoa painottaneeksi vaiheeksi, joka on muuttunut 2000-luvun hybridivaiheeksi. Valtio ohjasi kuntien sosiaali- ja terveyspolitiikkaa normi- ja resurssiohjauksen keinoin 1980-luvun loppupuolelle saakka. Hyvinvointipalvelut rakennettiin ja laajennettiin valvontaan perustuvan valtion ohjauksen avulla. Vuoden 1984 alusta alkaen kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto tuli normiluonteisen valtakunnallisen suunnittelu- ja valtionohjauksjärjestelmän piiriin. Valtioneuvosto hyväksyi valtakunnallisen suunnitelman sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi (VALSU) vuosittain kuntia sitovalla tavalla seuraavaksi viisivuotiskaudeksi. 1980-luvun lopulta alkaneen 1990-luvulle jatkuneen hallintouudistusten aallossa uudistettiin valtionosuusjärjestelmän lisäksi kuntalaki ja samaan aikaan toteutui myös vapaakuntakokeilu. Uudistukset vähensivät kuntiin kohdistuvaa ohjausta. (Niiranen 2013, 209–210.)

Merkittävä terveydenhuollon ohjauksjärjestelmän muutos tapahtui vuonna 1993, jolloin valtionosuusjärjestelmä uudistui: valtion rahoitus irrotettiin ohjauksesta ja kuntien vastuuta korostettiin palvelujen tuottamisessa ja kehittämisessä. Ohjaus alkoi rakentua paikallisen päätöksenteon, lainsäädännön ja informaatio-ohjauksen eri muotojen varaan. (Eduskunta 2008.) Samaan aikaan valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi muutettiin suositukseksi. Valtion normi- ja resurssiohjausta vähennettiin huomattavasti ja kuntia pyrittiin ohjaamaan entistä enemmän tiedolla. Informaatio-ohjaus nousi keskeiseksi kuntien ohjaamistavaksi kuntien itsehallinnon laajenemisen myötä. (Heinämäki 2012, 93–95.) Normiohjauksesta informaatio-ohjaukseen siirtyminen muutti valtion ja kuntien välistä valtasuhdetta, joka ei ole täysin kirkastunut millekään osapuolelle (Virtanen 2000, 385). Kunta-valtio-suhteeseen välittyi kilpailuperusteiseen yhteiskuntaan siirtyminen ja uuden julkisjohtamisen (New Public Management,

NPM) ideologia, jonka mukaan kunnat voivat toimia itsenäisinä, eivätkä tarvitse valtion ohjausta (Nyholm 2011, 131).

Suomalaisessa kontekstissa byrokraattisista hierarkioista siirtymistä epäsuorempiin ohjausmuotoihin on kuvattu siirtymisenä hallinnosta hallintaan. Hallinta on johtanut julkisen politiikan ja palveluiden monimutkaistumiseen. Kuntien ohella myös muut hallinnan verkostoissa toimivat organisaatiot ja toimijat vaikuttavat politiikan muotoutumiseen. 2000-lukua voidaan kutsua monimuotoisen hybridiohjauksen vaiheeksi. Kunta-valtiosuhteessa on nähtävissä valtion ja kuntien kumppanuuden vahvistuminen ja yleisesti vuorovaikutuksen lisääntyminen. (Nyholm 2011, 132; Niiranen 2013, 211.) Ohjaukskirjallisuuden mukaan 2000-luvulla ohjaus on muuttunut yksityiskohtaisemmaksi ja normiohjaus on lisääntynyt. Myös kansalaisten oikeudet ja osallisuus ovat painottuneet ja arviointitiedon käyttö ohjauksessa on lisääntynyt.

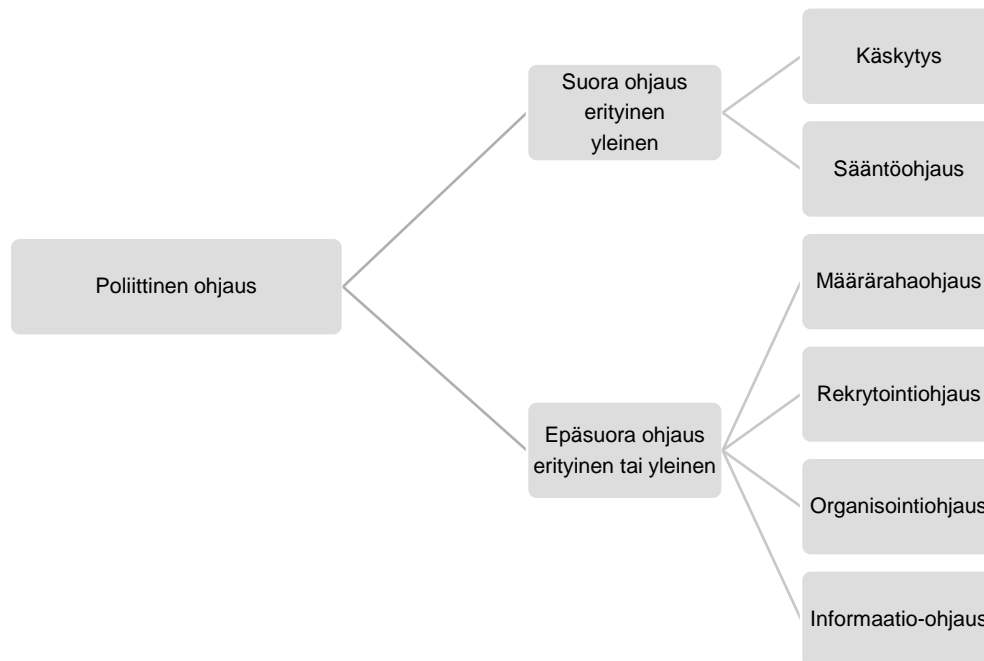
2.2 Valtion ohjauskeinot kuntiin

2.2.1 Ohjauskeinojen kokonaisuus

Terveyspalveluiden valtakunnallisesta ohjauksesta vastaavat eduskunta, valtioneuvosto ja sosiaali- ja terveysministeriö ja palveluiden järjestämisvastuu on kunnilla (HE 236/2006). Kuntien lisäksi terveyspalveluja tuottavat yksityiset palveluntuottajat ja kolmannen sektorin toimijat, kuten säätiöt, järjestöt ja muut yleishyödylliset palveluntuottajat (Ekroos 2004, 9, 11). Perustuslain mukaan julkisen vallan, eli valtion ja kuntien, on turvattava riittävät terveyspalvelut kuntalaisille ja edistettävä väestön terveyttä (Suomen perustuslaki 731/1999). Kunnat voivat tuottaa terveyspalvelut itse tai yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa tai mahdollista on myös ostaa palvelut muilta kunnilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta (Ekroos 2004, 19).

Kuntiin kohdistuva valtionohjaus voi toimia keskitettynä tai hajautettuna ja se sisältää normatiivisia ja ei-normatiivisia muotoja (Heinämäki 2012, 90). Kuntien ja valtion suhteisiin vaikuttavat useat eri toimijat ja toimijatasot. Kunnan terveyspalveluihin kohdistuu myös laajempia kansallisia ja kansainvälisiä, vaikeastikin tunnistettavia ohjausmekanismeja. (Niiranen 2013, 208–209.) Ohjauksen moninaisuutta on pyritty kirjallisuudessa kuvaamaan havainnollistavilla malleilla.

Lennart Lundquistin klassisen määrittelyn mukaan valtion ohjaustavat kuntiin voidaan jakaa suoraan ja epäsuoraan ohjaukseen, jotka edelleen jakautuvat erityiseen ja yleiseen ohjaukseen (Kuvio 4). Suora ohjaus sisältää käskytyksen ja sääntöohjauksen. Käskyohjaus on ohjattavaa kohdetta velvoittavaa ohjausta ja sääntöohjaus on yleistä ohjausta, joka on luonteeltaan velvoittavaa ja rajoittaa ohjattavan toiminnanvapautta. Epäsuora ohjaus voi olla luonteeltaan erityistä tai yleistä ja se jakaantuu määräraha-, rekrytointi-, organisointi- ja informaatio-ohjaukseen. Määrärahojen avulla valtio pyrkii vaikuttamaan kuntien toimintaan. Rekrytointiohjaus on epäsuora ohjaustapa, joka voi olla erityistä, kun valtio valitsee virkamiehen valtion organisaatioon tai yleistä, kun päätetään virassa toimivien henkilöiden pätevyydestä ja määrästä. Organisoitiohjausta valtio käyttää esimerkiksi pyrkiessään vaikuttamaan hallintoyksiköiden fyysiseen tilaan tai sijaintiin liittyvistä asioista. Informaatio-ohjaus perustuu informaation tuottamiseen ja jakamiseen. Informaatio-ohjausta voidaan käyttää sekä erityisellä että yleisellä tavalla. (Lundquist 1992, 79–80.)



KUVIO 4. Poliittisen ohjauksen muodot Lundquistiä (1992, 79) mukailten

Evert Vedung (1997, 122-123) käyttää ohjauskeinoista käsitettä politiikkainstrumentit, jotka hän luokittelee sääntelyyn, taloudellisiin keinoihin ja informaatioon. Vedung kuvaa

sääntelyä kepeiksi, taloudellisia keinoja porkkanaksi ja informaatiota saarnaksi, joita käytetään vallankäytön perusvalintoina. Vedungin luokittelu on yleisesti käytetty valtion ohjauskeinojen jaottelu kolmeen pääryhmään: lainsäädännön kautta toimivaan normiohjaukseen, talous- eli resurssiohjaukseen ja tietoon pohjautuvaan informaatio-ohjaukseen (ks. esim. Oulasvirta ym. 2002, 23; Jalonen 2008, 2; Niiranen 2013, 209).

Ohjauskeinoja on luokiteltu myös useilla muilla tavoilla. Normi-, resurssi- ja informaatio-ohjauksen lisäksi ohjausmuodoiksi luokitellaan muun muassa valvonta, ohjelma- ja hankejohtaminen ja asiakasohjaus. Valvonta liittyy lainsäädännön noudattamiseen, resursien tarkoituksenmukaiseen käyttöön ja ohjelmien ja suositusten noudattamiseen. Ohjelma- ja hankejohtamisen avulla tuotetaan uutta tietoa, osaamista ja käytänteitä siten, että valtio osallistuu hankkeista aiheutuviin kustannuksiin. Hankeohjaukseen sisältyy sekä resurssi- että informaatio-ohjausta. (Eduskunta 2008; Wilskman & Lähteenmäki 2010, 401; Oulasvirta ym. 2002, 22.) Asiakasohjauksella tarkoitetaan asiakkaan asemaa ja oikeuksia sekä palvelujen laatua korostavaa ohjausta. Asiakasohjauksessa asiakkaan tarpeet ovat palvelujen järjestämisen keskiössä. (Stakes 1999, 6).

2.2.2 Normiohjaus ja resurssiohjaus

Valtion ohjauskeinoista sääntely on kaikkein vahvin ja pakottavin keino, jolla valtiovalta vaikuttaa kansalaisten käyttäytymiseen sääntöjen ja direktiivien mukaan. Sääntelyn keinot voivat olla positiivisia, jolloin ohjataan toivottavana pidettyyn käyttäytymiseen määräysten ja sitovien ohjeiden avulla. Negatiivisilla sääntelyn keinoilla, ehdottomilla ja ehdollisilla kielloilla, pyritään ehkäisemään tai rankaisemaan tietynlaista käyttäytymistä. Kun ehdottomat kiellot ovat absoluuttisesti sitovia, ehdolliset kiellot taas sallivat poikkeukset tietyissä tilanteissa, esimerkiksi toimiminen lisenssin tai toimiluvan saatuaan. (Vedung 1997, 129–130; Vedung 1998, 41–42.) Sääntelyä vastaava käsite kirjallisuudessa on normiohjaus. Normiohjausta pidetään varmana ja tehokkaana ohjausmuotona, mutta sen tehokas käyttö vaatii valvontaa (Taulukko 1). Normiohjausta on kritisoitu myös liian sitovaksi ja itsemääräämisoikeutta rajoittavaksi.

Perinteistä normiohjausta toteutetaan lakien, asetusten ja erilaisten määräysten avulla. Valtionosuusuudistuksen jälkeen sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä on kehitetty

yksityiskohtaisesta sääntelystä (detaljiyhjauksesta) puitelainsäädännöksi (Eduskunta 2008). Puitelaki ohjaa toimintaa ainoastaan yleisten tavoitteiden tai halutun suunnan mukaisesti. Puitelakeja tarkennetaan usein alemmilla määräyksillä. (Oulasvirta ym. 2002, 23.) Subjektiiiviset oikeudet tekevät poikkeuksen lainsäädännön kehittymisessä väljemään suuntaan (Eduskunta 2008).

Kuntien tehtäviä säädellään useilla eri laeilla ja asetuksilla. Kuntalaki säätelee kunnan velvollisuutta hoitaa sille laissa määrätty tehtävät niin, että kunta hoitaa tehtävät itse tai yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa. Lain mukaan kunnalle ei saa antaa uusia tehtäviä tai ottaa pois tehtäviä tai oikeuksia muuten kuin säätämällä siitä lailla. (Kuntalaki 365/1995). Kansanterveyslain mukaan kansanterveystyöhön, perusterveydenhuoltoon, kuuluvat terveyspalvelut ovat lakisääteisiä ja pakollisia (Kansanterveyslaki 66/1972). Terveysneuvontolain mukaan kuntien tulee järjestää asukkailleen terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä ja kaikkiin terveydenhuollon palveluihin kuuluvaa terveysneuvontaa. Lain mukaan kunnan on järjestettävä tarpeelliset terveystarkastukset, neuvolapalvelut, ehkäisyneuvonta ja muut seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävät palvelut, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon palvelut ja valtakunnallisen seulontaohjelman mukaiset seulonnat. Asiakas voi valita terveydenhuollon toimintayksikön, jossa häntä hoidetaan. Lisäksi asiakkaan roolia oman hoitonsa suunnittelussa ja toteutuksessa painotetaan. (Terveysneuvontolaki 1326/2010.)

Nuorten terveyspalveluita koskevia keskeisiä lakeja ovat edellä mainittujen terveydenhuollon toimintaa ohjaavien lakien lisäksi lastensuojelulaki, rikoslaki ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Lastensuojelulaki (417/2007) velvoittaa lasten ja nuorten kanssa työskentelevät ammattihenkilöt tekemään lastensuojeluilmoituksen, jos he saavat tietää lapsen olosuhteista tai omasta käyttäytymisestä asioita, jotka edellyttävät lastensuojelutarpeen selvittämistä. Rikoslaki (39/1889) määrittelee muun muassa suojaikärajan, jonka mukaan kukaan ei saa ryhtyä seksuaaliseen suhteeseen tai tehdä seksuaalista tekoa alle 16-vuotiaan kanssa. Alle 18-vuotiasta pidetään Suomen lainsäädännön mukaan alaikäisenä, mutta 12 vuotta täyttäneen mielipidettä tulee kunnioittaa hoitopäätöksiä tehdessä. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) alaikäistä, joka pystyy ikänsä ja kehitystasonsa perusteella päättämään hoidostaan, on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Hänellä on oikeus kieltää tietojen antamista vanhemmilleen tai huoltajilleen.

Mikään ohjeistus ei siis anna yksiselitteisiä rajoja, mihin esimerkiksi kouluterveydenhuollon työntekijät voisivat nojautua.

Koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoa ja myös neuvolatoimintaa on tehostettu Valtioneuvoston asetuksella vuonna 2011. Asetuksen tarkoituksena on varmistaa terveysneuvonnan ja terveystarkastusten yhteneväisyys ja yksilöiden ja väestön tarpeiden huomioon ottaminen. Asetuksen mukaan myös oppilaan ja opiskelijan seksuaalista kehitystä tukeva neuvonta sisällytetään terveysneuvontaan ja terveystarkastuksiin nuoren kehitysvaihetta vastaavasti. Lisäksi asetuksen mukaan raskauden ehkäisyneuvonta ja muu seksuaalineuvonta sisällytetään neuvolan toimintaan ja koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon. Terveysneuvonnan ja terveystarkastusten lisäksi myös muut seksuaaliterveyttä edistävät palvelut kuuluvat opiskeluterveydenhuoltoon. (VNa 338/2011.)

Normiohjauksen rinnalla taloudellisilla ohjauskeinoilla valtio osallistuu kuntien palveluiden rahoittamiseen. Taloudellisen ohjauksen eli resurssiohjauksen merkittävin muoto on laskennallinen valtiosuusjärjestelmä, jonka lisäksi valtio myöntää harkinnanvaraisia valtiosuuksia muun muassa kansallisten kehittämishankkeiden toteuttamiseen. Valtion resurssiohjauksen keskeisin väline on talousarvio, jonka avulla eduskunta päättää voimavarojen suuntaamista. Kunnilla on mahdollisuus päättää itsehallinnon puitteissa eri palveluihin käytettävien resurssien määrästä. (Eduskunta 2008.) Valtiosuudet ja erilaiset apurahat kuuluvat taloudellisten ohjauskeinojen kannustaviin eli positiivisiin ohjauskeinoihin. Ehkäiseviä eli negatiivisia taloudellisia ohjauskeinoja ovat puolestaan verot ja maksut (esimerkiksi haittamaksu). (Vedung 1997, 132–133.) Myös lakeihin ja asetuksiin voidaan liittää taloudellisia sanktioita tai sakkomaksuja, ellei toivottu käyttäytyminen ole toteutunut (Oulasvirta ym. 2002, 26). Taloudelliset ohjauskeinot voidaan jakaa myös tulonsiirtoihin (in-cash) ja palveluihin (in-kind). Rahamuotoisia ohjauskeinoja ovat erilaiset avustukset ja maksut, kun taas palveluja ovat esimerkiksi ilmainen terveydenhuolto ja kouluruokailu. (Vedung 1998, 43.)

Normiohjauksen tilalle tai osittain sitä korvaamaan tuli informaatio-ohjaus, jossa pyritään vaikuttamaan ihmisiin tietoa jakamalla. Olennaista informaatio-ohjauksessa on sen luonne: se ei velvoita vastaavassa määrin kuin esimerkiksi lainsäädäntö ja siinä korostuvat vuorovaikutuksellisuus ja yhdessä tekeminen. Informaatio-ohjaus ei pääsääntöisesti muodosta miniminormistoa, jonka mukaan ohjattavan tahon tulisi toimia.

2.2.3 Informaatio-ohjaus

Perinteisen ohjausajattelun mukaan informaatio-ohjauksessa kuntatoimijoille ja muille palvelujen tuottajille välitetään tietoa ja suosituksia, mitä ohjattava taho arvostaa ja mikä toiminta on toivottavaa (Vedung 1997, 133). Tavoitteena on yleinen tiedon ja osaamisen lisääminen, jotta palvelujen tuottajat voivat kehittää omaa toimintaansa ja tuottavuuttaan (Stenvall & Syväjärvi 2006, 17). Lisäksi tavoitteena on julkisen politiikan toteutuksen varmistaminen. Ohjauksessa tuleva informaatio muuttuu tiedoksi vasta sitten, kun toimija tulkitsee sitä omassa viitekehyksessään ja kontekstissaan. (Jalonen 2008, 2, 8.) Informaatio-ohjaus voi olla positiivista tai negatiivista: positiivisella ohjauksella pyritään taivuttelemaan haluttuun käytökseen ja negatiivisella ehkäisemään vääränlaista käyttäytymistä (ks. esim. Vedung 1997, 133). Informaatio-ohjauksen kaltaista ohjeistusta liittyy myös lainsäädännön ja resurssien käyttöön, joten informaatio-ohjauksen voidaan sanoa liittyvän tavalla tai toisella kaikkiin muihin ohjausmuotoihin.

Informaatio-ohjauksen vaikutus voi olla suoraa ja välitöntä tai välillistä. Kuntatoimija voi muuttaa toimintatapaansa haluttuun suuntaan saamansa informaation perusteella. Ohjauksella on välillinen seuraus silloin, kun kuntatoimija tunnistaa kehittämiskohteen tai ongelman. Ohjaus on vaikuttavaa, kun kuntatoimija tekee muutoksia toiminnassaan esimerkiksi alkaa etsiä ratkaisua todettuun ongelmaan. (Stenvall & Syväjärvi 2006, 17.) Informaatio-ohjaus ei ole pakottavaa vaan ohjattava taho voi itse päättää ohjauksen tarjoaman informaation noudattamisesta. Ohjattava taho voi toimia kokonaan tai osittain ohjauksen mukaisesti tai toimia omalla tavallaan.

Informaatio-ohjausta voidaan ajatella myös viestinnän näkökulmasta. Viestintä voi olla yksi- tai kaksisuuntaista: yksisuuntainen viestintä voidaan hyväksyä esimerkiksi kiireellisen asian ratkaisemiseen, kun taas pitkäaikaisessa kehittämistoiminnassa viestinnän tulisi olla kaksisuuntaista. Viestintää voidaan toteuttaa julkisuus-, informaatio- ja kommunikaatioperiaatteen mukaisesti. Julkisuusperiaatteen mukaan informaatiota ei välitetä ohjattavalle taholle aktiivisesti, vaan sen on itse hankittava tietoa. Ohjaava taho on passiivinen lähettäjä ja ohjattava taho, kuten kunta, on puolestaan aktiivinen vastaanottaja. Informaatioperiaatteen mukaan molemmat ovat aktiivisia osapuolia: valtio lähettäjänä ja kunta vastaanottajana. Informaatio on kuitenkin yksisuuntaista. Kommunikaatioperiaatteen mukaan sekä ohjaava että ohjattava taho osallistuvat aktiivisesti ja tasapuolisesti tiedon

tuottamisprosesseihin. (Stenvall & Syväjärvi 2006, 20–22.) Informaatio-ohjausta on kritisoitu kaksisuuntaisen viestinnän puutteesta ja suorasta ylhäältä-alas tulevasta ohjaustavasta. Informaatio-ohjauksessa tulisi pyrkiä yhä enemmän vuorovaikutteisuuteen ja dialogiin, jossa kaksisuuntaisen viestinnän näkökulma ulottuu asioiden valmisteluvaiheesta ohjauksen arviointiin saakka.

Informaatio-ohjaus voi toimia myös tietojohdantamisen ja tiedon hallinnan välineenä. Organisaatiot toimivat yhä enemmän tiedon varassa, joten onnistunut tiedon käyttö voidaan nähdä yhtenä organisaation menestystä edistävänä tekijänä. Tiedon käyttö voi parantaa organisaation ongelmanratkaisu- ja päätöksentekokykyä sekä sopeutumista toimintaympäristöön. Julkisessa hallinnossa tieto voi olla tietämystä faktoista, arvoista ja ideoista. (Stenvall & Syväjärvi 2006, 24; Jalonen 2008, 7-8.) Informaatio-ohjausta kuvataan sitä vaikuttavammaksi mitä paremmin ohjauksessa välitettävä tieto sopii ohjattavan tahon jo olemassa oleviin tietorakenteisiin.

Informaatio-ohjausta toteutetaan monin eri tavoin. Informaatio-ohjausta voidaan jaotella sen muodon mukaan, jotka voivat vaihdella suppeammista kansallisista tilastotiedoista laajempiin kansallisiin kehittämissuunnitelmiin. (Jalonen 2008, 3.) Ohjelmaohjaus nostettiin esiin erillisenä informaatio-ohjauksen muotona 2000-luvun alussa, vaikka ohjelmaohjaus on ollut käytössä jo pidempään. Ohjelmaohjausta on kuvattu informaatio-ohjauksen jaloitukseksi muodoksi. (Heinämäki 2012, 101.) Informaatio-ohjauksen muotoiksi luetaan ohjelmien lisäksi suositukset, oppaat ja julkaisut, koulutus ja konsultointi, kuntatiedotteet, vuorovaikutus ja tietojen vaihto erilaisissa verkostoissa ja tutkimus- ja kehittämistoiminnassa, vertais- ja arviointitieto sekä ministeriöiden tavoitteet ja kehittämissuunnitelmat. Myös toimintaa mittaavat indikaattorit ja standardit sekä muihin ohjausmuotoihin, kuten normiohjaukseen, liittyvän tiedon jakaminen luetaan informaatio-ohjauksen muotoihin. (Vedung 1997, 125–126; Jalonen 2008, 3.) Stenvall ja Syväjärvi (2006, 19) puolestaan luokittelevat informaatio-ohjauksen eri muodot niiden sisällön mukaan kuvauksiksi, vertailuiksi, ideaaleiksi tai näiden yhdistelmiksi. Kuvaus voi olla esimerkiksi tilastoja, tutkimusraportteja tai laatuohjelmien sisältöä, kun taas vertailua on vertaisarvioinnin tai vertaisoppimisen seurauksena tuleva informaatio. Ideaalitulannetta voidaan hahmotella suosituksen muotoon, joka kertoo parhaimman, tavoiteltavan toimintatavan eli hyvän käytännön. (Stenvall & Syväjärvi 2006, 19.) Esimerkiksi kouluterveydenhuollon laatusuositus sisältää kahdeksan eri toimijoiden näkökulmasta katsottua keskeistä tavoitetta

kouluterveydenhuollon toiminnassa. Näihin tavoitteisiin tulee kaikkien toimijatahojen pyrkiä yhdessä.

Vaikka informaatio-ohjaus on ohjausmuodoista kevyin, ohjattavan kohteen voi olla helppompaa hyväksyä tietoon perustuvaa ohjausta kuin pakottavia ohjausmuotoja (Taulukko 1). Informaatio-ohjaus on sopiva keino silloin, kun ohjaavan ja ohjattavan intressit ovat samansuuntaisia. Toisaalta informaatio-ohjaus on hyvä keino kriisitilanteissa, kun muihin ohjauskeinoihin ei ole riittävästi aikaa käytettävissä. (Vedung 1997, 133; Oulasvirta ym. 2002, 28–29.) Informaatio-ohjaus vaatii tiedon vastaanottajalta osaamista ja soveltamistaitoa, jotta uutta tietoa osataan käyttää omassa toiminnassa. Vaarana voi olla myös uuden tiedon valikointi niin, että se vahvistaa vanhoja ja rutinoituneita käytäntöjä.

2.2.4 Ohjauksen valintaan vaikuttavia tekijöitä

Ohjausmuodon valintaan vaikuttavat useat eri seikat, kuten asian luonne ja asiayhteys. Esimerkiksi kehittämistehtävät vaativat erilaista ohjausta kuin terveydenhuollon peruspalveluiden tasainen jakautuminen. Lasse Oulasvirta kumppaneineen (2002, 38) kuvaavat ohjausmuodon valintaan vaikuttavan kaksi keskeistä kriteeriä: taloudellisuus ja vaikuttavuus. Taloudellisuus tarkoittaa haluttujen vaikutusten saavuttamiseen käytettyjen resurssien ja kustannusten määrää ja vaikuttavuus puolestaan tarkoittaa, miten hyvin saadaan aikaan toivottua käyttäytymistä kohdeorganisaatioissa. Marie-Louise Bemelmans-Videc (1998, 7–8) puolestaan kuvaa ohjausmuodon valintaan vaikuttavan neljä ”hyvän hallinnon” kriteeriä, joiden perustella valtion toimintaa arvioidaan: vaikuttavuus, tehokkuus, laillisuus ja demokraattisuus.

Ohjauskeinojen valintaan vaikuttaa myös toimintaympäristö, johon ohjaustoimenpiteet kohdistuvat. Yksinkertaisessa toimintaympäristössä syy-seuraussuhteet ovat selkeät, jolloin johonkin toimijaan vaikuttamalla aikaansaadaan haluttuja vaikutuksia. (Oulasvirta ym. 2002, 31.) Terveysterveystoimintaympäristö on laaja ja se muuttunut luonteeltaan monimutkaisemmaksi ja muuttuu yhä jatkuvasti. Toimintaympäristöön vaikuttavat samanaikaisesti yhteiskunnalliset, poliittiset ja hallinnolliset muutokset. (Niiranen 2013, 207.) Toiminnan muodostuessa usean eri toimijan yhteistoiminnan seurauksena, yhteen toimijaan vaikuttamalla ei saada kokonaisuuden kannalta riittävää vaikutusta. Poliitiikan

toimeenpanovaihe on kriittinen, koska tavoitteet olisi pantava toimeen ympäristön aset-
tamien rajoitusten puitteissa. Toimeenpanovaiheessa aiemmin muodostetut oletukset
ohjausvälineiden toimivuudesta saattavat osoittautua enemmän tai vähemmän osuviksi.
Politiikan toimeenpanoon liittyy ohjattavan tahon käyttäytymisen seuranta ja valvonta,
josta saadun tiedon perusteella ohjaava taho voi muuttaa ohjaustaan. (Oulasvirta ym.
2002, 31, 33.)

TAULUKKO 1. Ohjausmuotojen ominaisuuksia (Jalonen 2008, 3–4; Oulasvirta ym.
2002, 29)

Ohjausmuoto	Ohjausmuodon luonne	Edut	Haitat
Säädösohjaus	Pakottavin ohjausmuoto	Tehokas vaikutus ohjattavaan	Vaatii valvontakoneiston ja valvontaresursseja Yksityiskohtainen sääntely voi olla epä-tarkoituksenmukaista tai epäajanmukaista
Taloudellinen ohjaus	Kannustava tai ehkäisevä vaikutus	Mahdollistaa käyttäytymisen sovittamisen ohjauskohteen itsensä päätettäväksi	Vaatii valvontakoneiston ja valvontaresursseja Tuet lisäävät valtion menoja
Informaatio-ohjaus	Ei-pakottava ohjausmuoto	Kohteen helpompi hyväksyä kuin pakottavat muodot Tiedotuksen nopeus ja ulottuvuus laajoihin kohderyhmiin Edullinen	Ohjausvoima heikko tai vaikeasti arvioitavissa Tulokset sattumanvaraisia ja vaikuttavuus heikko Käsitteenä ristiriitainen ja toimintatapana epäselvä Tuottaa monenkirjavaa informaatiota

3 INFORMAATIO-OHJAUS JA KANSALLISET TOIMINTAOHJELMAT TERVEYSNEUVONTAPALVELUISSA

3.1 Terveysneuvontapalvelut perusterveydenhuollossa ja niihin kohdistuva informaatio-ohjaus

Perusterveydenhuollon terveysneuvontapalveluihin kuuluvat äitiys-, lasten- ja perhesuunnitteluneuvolojen palvelut (Lehto, Kananoja, Kokko & Taipale 2001, 108). Äitiys- ja lastenneuvolat sekä ehkäisy- ja perheneuvolat kuuluvat osana perusterveydenhuollon ehkäisevään ja terveyttä edistävään toimintaan. Äitiysneuvolat vastaavat raskauden seurannasta ja seulontatutkimuksista sekä yksilöiden ja perheiden tarpeet huomioivasta terveysneuvonnasta. Myös perhe- ja synnytysvalmennus on tärkeä osa äitiysneuvolojen työtä. (Mäkelä & Lottes 2000, 69, 71.) Raskauden ehkäisyneuvonta ja muu perhesuunnitteluneuvonta tuli perusterveydenhuollon tehtäväksi kansanterveyslain myötä jo vuonna 1972. Ehkäisyneuvolat toimivat usein äitiysneuvolojen yhteydessä. (Mäkelä & Lottes 2000, 69; STM 2007, 47.) Perhesuunnitteluneuvolojen palvelut ovat nykyään kehittämispaineen alla, kun aikaisemmin keskeisinä pidettyjen raskauden suunnittelu- ja ehkäisy palvelujen rinnalle on toiminnan tavoitteeksi noussut kokonaisvaltainen seksuaali-terveyden ylläpitäminen ja edistäminen.

Terveysneuvontapalveluihin kuuluvat myös koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon palvelut (Lehto ym. 2001, 108). Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon järjestämistä kunnassa velvoittaa terveydenhuoltolaki (1326/2010). Kouluterveydenhuoltoon sisältyvät oppilaiden terveyden ja hyvinvoinnin seuraaminen ja tukeminen määrääikaisten terveystarkastusten avulla, terveysneuvonnan toteuttaminen yksilöllisen tarpeen mukaan, huoltajien kasvatustyön tukeminen ja erityisen tuen tarpeen varhainen tunnistaminen sekä tuen järjestäminen. Lisäksi kouluterveydenhuoltoon kuuluu kouluympäristön terveellisyden ja turvallisuuden edistäminen. (VnA 338/2011; STM & Stakes 2002.)

Opiskeluterveydenhuoltoon sisältyvät opiskelu ympäristön terveellisyden ja turvallisuuden edistäminen, opiskelijan terveyden ja opiskelukyvyn edistäminen ja terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen järjestäminen. Opiskelu ympäristön terveellisyttä pyritään edistämään muun muassa vaikuttamalla tukea antavan oppimisilmapiirin syntymiseen ja

tukemalla opiskeluyhteisöjen toimivuutta asiantuntija-apua antamalla. Opiskelijoiden terveyttä ja opiskelukykyä pyritään edistämään esimerkiksi lisäämällä opiskelijoiden tietoa ja taitoja terveystensä edistämiseen ja tukemalla opiskelijoita elämänvaiheiden eri tilanteissa. (STM 2006a, 25.) Opiskeluterveydenhuollon palvelut voi vaihtoehtoisesti järjestää Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, YTHS (Lehto ym. 2001, 114).

Terveysneuvontapalveluilla voidaan tarkoittaa myös muita perusterveydenhuollon palveluita, joissa käsitellään terveyttä edistäviä tai sairauksia ehkäiseviä tai hoitoa koskevia kysymyksiä. Terveysneuvontaan voi kuulua esimerkiksi aikuisvastaanotot ja ikäluokkatarkastukset. Tässä tutkimuksessa terveysneuvontapalvelut tarkoittavat koulu- ja opiskeluterveydenhuollon, ehkäisy- ja perhesuunnitteluneuvolan ja äitiysneuvolan palveluita.

Terveydenhuollon palveluihin liittyviä julkishallinnon kansallisia ohjelmia, suosituksia ja linjauksia on ollut 2000-luvulla useita kymmeniä. Lisäksi on meneillään lukuisia kansallisia strategioita ja kansainvälisiä ja alueellisia kehittämisohjelmia ja -projekteja. (Heinämäki 2012, 104.) Ohjelmia ja suosituksia on luokiteltu sisällöllisen terveystalouden linjauksen perusteella viiteen ryhmään: kansanterveystyötä linjaavat laatusuositukset ja periaatepäätökset, politiikkaohjelmat, kansalliset toimintaohjelmat, teemakohtaiset ohjelmat ja palvelujärjestelmää, palveluja ja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintakäytäntöjä kehittävät ohjelmat. (STM 2012a, 56.) Useiden kansallisten suositusten ja ohjelmien keskeisenä tavoitteena on lasten ja nuorten terveyden edistäminen.

Valtakunnallisen tavoite- ja ohjelmaohjauksen käynnisti vuoden 2000 alussa sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma (TATO), joka tuli aiemmin olleen viisivuotisen, vuosittain valtioneuvostossa vahvistetun VALSUN, valtakunnallisen suunnitelman sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, tilalle. Tavoite- ja toimintaohjelmia asetettiin vuosille 2000-2003 ja 2004-2007 ja niillä täsmennettiin hallitusohjelman sosiaali- ja terveystaloudellisia tavoitteita. (Heinämäki 2012, 102; Niiranen 2013, 210.) Vuonna 2001 laadittuun Terveys 2015-kansanterveysohjelmaan on linjattu kansalliset terveyden edistämisen tavoitteet, joista yhden osan muodostavat lasten ja nuorten hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen liittyvät tavoitteet. Yli hallintosektoreiden ulottuvassa toimintaohjelmassa korostetaan lasten ja nuorten syrjäytymisen ehkäisemistä ja nuorten elämänhallinnan parantamista sekä varhaista puuttumista nuorten ongelmiin. (STM 2001.) Terveys

2015-kansanterveysohjelman mukaista toimintaa ohjaavat kansalliset ohjelmat ja oppaat, suositukset ja myös lainsäädäntö (STM 2012a, 2).

Tavoite- ja toimintaohjelmat muuttuivat vuonna 2008 sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisiksi neljävuotisiksi kehittämisohjelmiksi (Kaste), jotka ovat sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön lakisääteisiä strategisia ohjausvälineitä sosiaali- ja terveystieteiden johtamiseen (Heinämäki 2012, 104). Ohjelmien tavoitteiden toteutumista on edistetty laajoilla valtionavustushankkeilla. Avustus on kohdistettu niihin hankkeisiin, joiden pyrkimyksenä on ollut kestävät rakenteelliset ja toiminnalliset muutokset palveluiden järjestämisessä. Kaste-ohjelmia on laadittu vuosille 2008-2011 ja 2012-2015. Uusimman Kaste-ohjelman 2012-2015 keskeisenä tavoitteena on lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin lisääntyminen muun muassa asiakaslähtöisiä palvelukokonaisuuksia kehittämällä, terveystieteiden kaventamalla ja monialaista yhteistyötä lisäämällä (STM 2012b). Kaste-ohjelmassa kiinnitetään huomiota esimerkiksi väkivallan ehkäisytyön kehittämiseen. Kaste-ohjelmat koostuvat terveystieteiden palveluihin kohdistuvat uudistukset ja ohjaukset ja määrittelevät mikä tahansa vastaa ohjelmien sisältämistä toimenpiteistä. Kaste-ohjelma pyrkii vahvasti vuorovaikutukseen ja eri tahojen väliseen viestintään.

Eri hallinnonalarajoja ylittävät politiikkaohjelmat otettiin käyttöön 2000-luvulla kansallisten kehittämisohjelmien rinnalle. Hallitusohjelmaan kuuluvien politiikkaohjelmien tarkoituksena on yhteistyön parantaminen eri hallinnonalojen, sektoreiden ja toimijoiden välillä. (VTV 2009.) Vuonna 2007 julkaistiin Terveyden edistämisen politiikkaohjelma, jonka keskeisenä tavoitteena on väestön terveydentilan parantuminen ja terveystieteiden kaventuminen. Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa mainitaan koulu- ja opiskelija-terveydenhuollon palvelujen olevan avainasemassa nuorten terveyden edistämisessä. Samana vuonna julkaistiin myös Lasten, nuorten ja perheiden politiikkaohjelma, joka nostaa keskeiseksi teemaksi ennaltaehkäisevän työn ja nuorten syrjäytymisen ehkäisemisen (VTV 2010). Politiikkaohjelmat perustuvat poliittisiin päätöksiin, eikä niillä ole säädösperustaa.

Laatusuosituksia alettiin asettaa 2000-luvulla ja niiden tarkoituksena oli toimia ohjauksen lisäksi toiminnan seurannan ja arvioinnin välineenä (STM 2012b). Esimerkkejä laatusuosituksista ovat sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön laatima terveyden edistämisen laatusuositus

(STM 2006b) ja sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton kouluterveydenhuollon laatusuositus (STM & Suomen Kuntaliitto 2004). Terveyden edistämisen laatusuosituksessa jäsennetään terveyden edistämisen laajaa kenttää ja tuetaan kuntien laadunhallintatyötä. Laatusuosituksen tavoitteena on terveyden edistämisen ja väestön hyvinvoinnin nostaminen keskiöön kaikissa kunnan toiminnoissa. Tarkoituksena on auttaa kuntia arvioimaan rakenteita, kehittämään johtamista, suuntaamaan voimavaroja terveyden edistämistyöhön ja arvioimaan ja seuraamaan toimintaa säännöllisesti. Laatusuositus tukee Terveys 2015-kansanterveysohjelman toteutumista kunnissa. (STM 2006b, 13–14.) Kouluterveydenhuollon laatusuositus kuvaa laadukkaan kouluterveydenhuollon toteutumista edellyttävät tekijät. Suosituksen tarkoituksena on yhdenvertaisen kouluterveydenhuollon toteutuminen eri puolilla maata. (STM & Suomen Kuntaliitto 2004.)

Terveysneuvontapalveluita ohjaavia keskeisiä kansallisia oppaita ovat koulu- ja opiskeluterveydenhuollon oppaat ja äitiysneuvolaopas. Kouluterveydenhuollon oppaassa kuvataan kouluterveydenhuollon tavoitteita, sisältöä ja järjestämistä, ohjataan koulu yhteisön hyvinvoinnin edistämistä, oppilaiden terveyden ja hyvinvoinnin seuranta ja terveyden edistämistä sekä tautien ehkäisyä (STM & Stakes 2002). Opiskeluterveydenhuollon opas puolestaan sisältää opiskeluterveydenhuollon tavoitteet, tehtävät ja sisällön sekä ohjaa opiskelijoiden terveyden ja opiskelukyvyn edistämistyötä. Opas sisältää myös terveys- ja sairaanhoitopalvelujen järjestämisen periaatteet ja opiskelu ympäristön terveellisyyteen ja turvallisuuteen vaikuttamisen ja opiskelijoiden terveysongelmien erityispiirteet. (STM 2006a.) Lisäksi yksi keskeisistä terveydenhuoltopalveluita ohjaavista oppaista on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ohjeistus laajoista terveystarkastuksista äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Ohjeistus sisältää muun muassa terveystarkastusten tavoitteet, ajankohdat ja käytännön toteutuksen sekä lapsen ja perheen elämäntilanteen arvioimisen tavat. Ohjeistus on tarkoitettu neuvoloiden työntekijöiden ja johtavien viranhaltijoiden tueksi lasten ja vanhempien hyvinvoinnin edistämistyössä. (Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Hastrup, Wallin & Pelkonen 2012.)

Myös Käypä hoito-suositukset ovat tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia, jotka on laadittu terveydenhuollon ammattilaisille päätöksenteon tueksi ja myös kansalaisten käyttöön. Suosituksissa käsitellään terveyteen ja sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon liittyviä kysymyksiä. (Käypä hoito 2015.) Vaikka Käypä hoito-suositukset eivät

ole valtionhallinnon asiakirjoja, niitä käytetään laajasti terveydenhuollossa. Terveysneuvonnan toiminta-alueen suosituksia on tehty muun muassa jälkiehkäisystä, raskaudenkehityksestä, sukupuolitaudeista ja lihavuudesta.

Seksuaaliterveyden edistäminen on useiden kansallisten suositusten ja oppaiden mukaan yksi perusterveydenhuollon keskeisistä tehtävistä. Perusterveydenhuollon palvelut tavoittavat lähes kaikki nuorten ikäluokat.

3.2 Nuorten seksuaaliterveyden edistäminen terveysneuvontapalveluissa

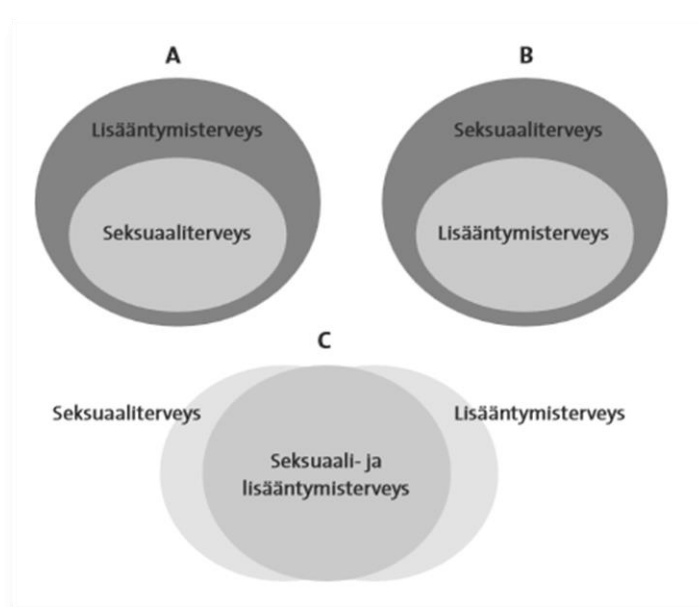
3.2.1 Nuoruus ja seksuaaliterveys

Nuoruus on mullistavaa kasvun ja kehityksen aikaa. Nuoruusikä alkaa puberteetista ja päättyy aikuisen persoonallisuuden rakenteiden vahvistumiseen, sijoittuen useimmiten ikävuosien 12 ja 22 välille. (Kaltiala-Heino 2004, 61.) Vaikka ihmisen seksuaalinen kehitys kestää koko elämänkaaren, seksuaalisuus nousee nuoruudessa yhdeksi keskeiseksi osaksi elämää. Nuoren seksuaalinen kehitys tapahtuu portaittain osana psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista kehitystä. Seksuaalista kehitystä ei siis ole irrallinen ilmiö, eikä sitä voi erottaa muusta kehityksestä. (Cacciatore 2006, 205.) Nuoruudessa rakennetaan suhdetta omaan kehoon, irrottaudutaan lapsuudesta ja muodostetaan aikuisen identiteetti. Identiteetin muotoutumiseen vaikuttavat lukuisat tekijät, muun muassa biologia, tiedot, sosiaalinen ympäristö ja valitsevat eettis-moraaliset käsitykset (Apter 2006, 12). Nuoren kehittymiseen vaikuttaa olennaisesti ikätovereiden seura. Myös vanhempien rooli on merkittävä, koska he välittävät nuorelle tunteen hänen arvokkuudestaan ja tärkeydestään. Nuorella tulee olla mahdollisuus saada luottamuksellista tukea aikuisilta henkilöiltä. Nuoret hakevat seksuaalisuuteen liittyvää tietoa vanhempien ja kavereiden lisäksi lehdistä, kirjoista ja internetistä.

Hyvä itsetunto on nuoren seksuaaliterveyden perusta. Seksuaaliterveys käsitteenä sisältää kaikkea seksuaaliseen kehitykseen, sukupuolielämään ja sukupuolielimiin liittyvää. Maailman terveysjärjestön, WHO:n (2014b) mukaan seksuaaliterveys on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, joka sisältää positiivisen ja kunnioittavan suhtautumisen seksuaalisuuteen ja seksuaalisiin suhteisiin sekä tyydyttäviä ja turvallisia seksikokemuksia, joihin ei liity painostusta, syrjintää tai väkivaltaa. WHO:n (2014a)

määritelmä erottaa seksuaaliterveydestä lisääntymisterveyden, johon kuuluu vastuullinen, tyydyttävä ja turvallinen seksielämä sekä vapaus ja mahdollisuus lisääntyä ja päättää itse ajankohdasta. Lisäksi lisääntymisterveyteen kuuluu oikeus tehokkaisiin ja hyväksytyihin ehkäisyvälineisiin ja pääsy terveyspalveluihin, jotka mahdollistavat naisille turvallisen raskauden ja synnytyksen ja tarjoavat pariskunnille mahdollisuuden saada terve lapsi. (WHO 2014a.)

Lisääntymisterveyden ja seksuaaliterveyden käsitteitä käytetään rinnakkain ja osittain toistensa synonyymeinä. Seksuaaliterveyden käsitettä pidetään usein yläkäsitteenä, johon osana kuuluu lisääntymisterveys. Kansainvälisestikin vakiintuneet seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteet ymmärretään rinnakkaisina ja päällekkäisinä käsitteinä (Kuvio 5), joilla kummallakin on oma merkityksensä ja jotka täydentävät toisiaan (THL 2014a, 10). Tässä tutkimuksessa käytän *seksuaaliterveyden* käsitettä kuvaamaan nuorten sekä seksuaaliterveyttä että lisääntymisterveyttä (ks. kuvio 5, käsite B).



KUVIO 5. Seksuaaliterveyden ja lisääntymisterveyden käsitteiden suhde, kun lisääntymisterveys on yläkäsite (A), kun seksuaaliterveys on yläkäsite (B) ja kun seksuaaliterveys ja lisääntymisterveys ovat päällekkäisiä ja toisiinsa kytkeytyneitä (C). (THL 2014a, 10.)

Seksuaaliterveyttä voidaan tarkastella seksuaalisuuden eri ulottuvuuksien kautta. Greenberg työryhmineen (1993, 5–6) jakaa seksuaalisuuden biologiseen, kulttuurilliseen, psykologiseen ja eettiseen ulottuvuuteen. Biologinen ulottuvuus sisältää fyysisen seksuaali-

suuden, johon kuuluu muun muassa kasvu ja kehitys, seksuaaliset reaktiot ja lisääntyminen. Kulttuurinen ulottuvuus sisältää perheen, seurustelun, avioliiton, lait ja tiedotusvälineet sekä median. Psykologiseen ulottuvuuteen kuuluu esimerkiksi tunteet, kokemukset, minä-käsitys, opitut asenteet ja opittu käyttäytyminen. Eettiseen ulottuvuuteen kuuluu uskomukset, arvot ja ihanteet sekä uskonnolliset käsitykset. Seksuaalisuuden eri ulottuvuuksien keskinäinen suhde vaikuttaa siihen, miten ihminen kokee seksuaalisuutensa. (Greenberg, Bruess & Mullen 1992, 5–6.)

Viime aikoina seksuaaliterveyteen on liitetty myös seksuaalioikeudet-käsite, joka sisältää muun muassa oikeuden tietoon ja terveystalouteen. Seksuaali- ja lisääntymisterveydestä puhuminen seksuaalioikeuksien näkökulmasta katsotaan alkaneen Yhdistyneiden kansakuntien vuonna 1994 järjestämän Kairon kansainvälisen väestö- ja kehityskonferenssin jälkeen. Konferenssin myötä globaali näkökulma siirtyi väestökasvun rajoittamisen tavoitteista yksilön ja ihmisoikeuksien näkökulmasta lähteviin tavoitteisiin. Näiden tavoitteiden mukaan yksilön oikeuksien toteutumisen ja tasapuolisen kehityksen edellytyksinä ovat muun muassa lisääntymisterveyttä koskevien tarpeiden toteuttaminen. (THL 2014a, 22-23; IPPF 1997.) Sekä lisääntymiseen liittyvät oikeudet että seksuaalioikeudet tarkoittavat jokaisen yksilön tai parin oikeutta päättää omaan elämäänsä liittyvistä asioista: ihmissuhteiden solmimisesta, avioitumisesta, ehkäisyn käytöstä ja lasten hankkimisesta. Seksuaalioikeudet sisältävät myös yksilön oikeuden kehon koskemattomuuteen, sukupuolen ja seksuaalisuuden moninaisuuteen, seksuaaliseen turvallisuuteen ja hyvinvointiin. (THL 2014a, 22.) Seksuaalioikeuksia ovat määritelleet useat kansainväliset järjestöt, kuten Maailman terveysjärjestö (WHO), seksologian maailmanjärjestö (WAS) ja kansainvälinen perhesuunnittelujärjestö (IPPF). Maailman terveysjärjestön (WHO 2002) määrittelemät kaikkia ihmisiä koskevat seksuaalioikeudet on esitetty taulukossa 2.

TAULUKKO 2. WHO:n määrittelemät seksuaalioikeudet (2002)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • oikeus parhaaseen saavutettavissa olevaan terveydentilaan suhteessa seksuaalisuuteen, mukaan lukien mahdollisuus käyttää seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluja • oikeus etsiä, ottaa vastaan ja levittää tietoa seksuaalisuudesta • oikeus saada seksuaalikasvatusta • oikeus ruumiilliseen koskemattomuuteen • oikeus kumppanin valintaan • oikeus päättää, onko seksuaalisesti aktiivinen vai ei • oikeus molemminpuoliseen vapaaehtoisuuteen perustuviin seksuaalisiin suhteisiin • oikeus päättää avioitumisestaan • oikeus päättää lasten hankkimisesta ja siihen liittyvästä ajankohdasta • oikeus tavoitella tyydyttävää, turvallista ja nautinnollista seksielämää |
|---|

Väestöliitto on koonnut erilliset nuorten seksuaalioikeudet, jotka pohjautuvat WHO:n tekemiin kaikkia ihmisiä koskeviin seksuaalioikeuksiin. Nuorten seksuaalioikeuksissa painotetaan oikeutta tietoon seksuaalisuudesta, oikeutta nauttia seksuaalisuudesta, suojella itseään ja tulla suojelluksi, oikeutta seksuaaliterveydenhuoltoon ja oikeutta osallistua nuoria koskevan päätöksentekoon. (Korhonen, Lipsanen & Yli-Räisänen 2009.)

Seksuaalikasvatus on yksi seksuaaliterveyden edistämisen keinoista, johon kuuluu seksuaalivalistus, -opetus ja -neuvonta. Seksuaalikasvatuksen katsotaan alkavan syntymästä ja jatkuvan aikuisuuteen sekä perustuvan ihmisoikeuksiin. Seksuaalikasvatus voi olla virallista tai epävirallista: kouluttajien toteuttamaa tai perheissä tapahtuvaa. Seksuaalivalistus toteutetaan joukkoviestinnän tavoin yksisuuntaisesti. Valistuksen tarkoituksena on ottaa esille jokin huomiota vaativa aihe, kuten nuorten miesten kivessyövän tunnistaminen. (THL 2014a, 38-39.) Seksuaaliopetus on puolestaan suunnitelmaan pohjautuvaa, ryhmäkohtaista opetusta, kuten koulun terveystieteiden opetus (Väestöliitto 2006, 10).

Seksuaalineuvonta on henkilökohtaista, yksilöllisiin tarpeisiin ja kysymyksiin pohjautuvaa vuorovaikutukseen perustuvaa neuvontaa, jonka keskiössä ovat seksuaalisuuteen ja sukupuolisuuteen liittyvät ongelmat (Ilmonen 2006, 41). Seksuaaliohjaus on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL 2014a, 38) määritelmän mukaan tavoitteellista ja tilannekohtaista toimintaa, jota voidaan tehdä kaikissa ohjaustyön tilanteissa. Seksuaalisuuteen liittyvä sanasto on kirjavaa, eikä yhdenmukaista käsitteistöä löydy kirjallisuudesta.

Esimerkiksi seksuaalineuvonta- ja seksuaaliohjaus-käsitteitä käytetään synonyymeinä, vaikka seksuaalineuvonnalla tarkoitetaan yleensä seksuaalineuvoja-koulutuksen saaneen henkilön toteuttamaa ammatillista vuorovaikutussuhteessa tapahtuvaa neuvontaa. Seksuaalineuvonta koostuu yleensä 2-5 käyntikerrasta, joissa on aloitus, työskentelyvaihe ja lopetus. Seksuaaliohjauksella puolestaan tarkoitetaan kaikissa hoito- tai ohjaustilanteissa tapahtuvaa vuorovaikutusta, joka ei ole prosessiluonteista.

Nuorten seksuaaliterveytilanne Suomessa

Nuorten seksuaaliterveyden mittarit ovat yleensä fyysistä (biologista) terveyttä painottavia, kuten yhdyntöjen aloitusikä, teiniraskauksien ja sukupuolitautilien määrä, vaikka seksuaaliterveys käsittää muitakin näkökulmia (ks. esim. Greenberg ym. 1992, 5–6; Kaltiala-Heino 2004, 61). Biologisen seksuaaliterveyden näkökulmasta nuorten tilanne kehittyi myönteisesti 1990-luvulle saakka, jolloin 15-19-vuotiaiden raskaudet, raskaudenkeskeytykset ja sukupuolitautilartunnat olivat alhaisissa lukemissa. 1990-luvun puolivälin jälkeen tilanne huononi: klamydiatulehdusten ja raskaudenkeskeytysten määrä alkoi lisääntyä. Raskaudenkeskeytysten määrä kasvoi puolella 1975-luvulta vuoteen 1994 tultaessa. 1990-luvun puolivälin tasosta raskaudenkeskeytysten määrä kasvoi tasaisesti vuoteen 2002 asti. Tyttöjen klamydiatartunnat kaksinkertaistuivat. Teini-ikäisten synnytysten määrä väheni vuoteen 1997 asti, mutta sen jälkeen synnyttäjien määrä on lisääntynyt. (Gissler 2004, 18; Väestöliitto 2006, 20; THL 2014a, 13.) 1990-luvun puolivälissä karstiin monia ennaltaehkäiseviä palveluja: kouluterveydenhuoltoa supistettiin, ehkäisyneuvoloiden toiminta lopetettiin ja koulujen opetuksesta perhekasvatus poistettiin. Sen jälkeen seksuaalikasvatusta on annettu hyvin vaihtelevasti. Näiden toimintojen supistukset on katsottu vaikuttaneen epäedullisesti nuorten seksuaaliterveyteen.

Raskaudenkeskeytysten osalta tilanne on vuoden 2004 jälkeen mennyt parempaan suuntaan. Alle 20-vuotiaiden raskaudenkeskeytykset ovat vähentyneet 2000-luvulla. Sen sijaan 20-24-vuotiaiden raskaudenkeskeytysten määrä on edelleen korkea ja toistuvien raskaudenkeskeytysten määrä on kasvanut. 2000-luvun puolivälin jälkeen teini-ikäisten synnytykset ovat vähentyneet ja vuonna 2012 alle 20-vuotiaita synnyttäjiä oli 2 prosenttia. (THL 2014a, 13.) Hälyttävää on ollut tutkimusten mukaan että alle 20-vuotiaista keskeytykseen hakeutuvista yli 40 prosentilla ei ollut ehkäisyä tai käytetystä menetelmästä ei ollut tietoa.

Seksuaalinen häirintä ja väkivalta ovat tutkimusten mukaan yleisiä nuorten arjessa. Noin 60 prosenttia peruskoulun 8.-9. luokkalaisista sekä 1.-2. vuosikurssin lukiolaisista ja ammattiin opiskelevista tytöistä ja 33-46 prosenttia pojista oli kokenut häiritsevää seksuaalista ehdottelua, ahdistelua tai seksuaalisesti loukkaavaa nimitelyä. Yli viidesosa tytöistä, ammattiin opiskelevista jopa kolmasosa, oli kokenut seksiin painostamista tai pakottamista tai muun muassa rahan tarjoamista seksin vastikkeeksi tai intiimialueiden tahdonvastaista koskettelua. Pojista noin joka kymmenes oli kokenut seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa. (Kouluterveyskysely 2013; THL 2014a, 153–154.)

Nuorten seksuaaliterveyden edistämisessä perusterveydenhuollolla on keskeinen rooli. Erityisesti neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon palvelut ovat keskeisiä seksuaaliterveyteen liittyvän neuvonnan toteuttamisessa.

3.2.2 Nuorten seksuaaliterveyspalvelut

Seksuaaliterveyden edistäminen on perusterveydenhuollossa erityisesti äitiysneuvolan, ehkäisyneuvonnan ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollon toiminnan vastuulla. Seksuaaliterveyden edistäminen laaja-alaisesti ymmärrettyä liittyy muihinkin perusterveydenhuollon tehtäväalueisiin. Ensisijaisia terveystoimen kanssa yhteistyötä tekeviä tahoja ovat sosiaalityö ja opetus- ja sivistystoimi. (THL 2014a, 217–218.) Suurin osa nuorten seksuaaliterveyspalveluista toteutuu julkisten terveydenhuoltopalveluiden piirissä (Kosunen 2000, 271). Perusterveydenhuollon lisäksi seksuaaliterveyspalveluja järjestävät erikoissairaanhoidon yksiköt ja kolmannen sektorin yhdistykset ja järjestöt, kuten Kansainvälisen perhesuunnittelujärjestöjen liiton IPPF:n suomalainen jäsenjärjestö Väestöliitto ja Sexpo-säätiö (STM 2007, 29; Väestöliitto 2006). Väestöliitto järjestää vastaanotto- ja neuvontapuhelinpalveluja ja nuorille suunnattuja internet-palveluja. Myös yksityiset palveluntuottajat tarjoavat muun muassa ehkäisyneuvontapalveluita, raskaudenkeskeytykseen liittyviä palveluita, sukupuolitautilien diagnostiikan ja hoidon palveluita sekä seksuaalineuvonta- ja seksuaaliterapiapalveluita (Sannisto 2010, 61).

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan seksuaaliterveyspalveluita ovat kaikki palvelut, joissa käsitellään ihmisen seksuaalisuutta, seksuaalitoimintoja tai parisuhdetta ja lisääntymisterveyspalveluita ovat raskauden ja synnytyksen suunnitteluun ja hoitoon liittyvät

palvelut (STM 2007, 21). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen jaottelun mukaan seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelut sisältävät lisääntymisterveyttä edistävän ja raskausajan neuvonnan ja hoidon, synnytyksen ja lapsivuodeajan hoidon. Lisäksi ne sisältävät raskauden ehkäisyä, lapsettomuuden tutkimuksen ja hoidon, raskaudenkeskeytyksen, seksitautien ehkäisyä, tutkimuksen ja hoidon, eri-ikäisten seksuaalineuvonnan ja muun seksuaaliterveyden edistämisen, seksuaaliterapian ja seksuaaliongelmien kliinisen tutkimuksen ja hoidon. (THL 2014a, 14.) Tavoitteena on, että jokaisen terveyskeskuksen käytettävissä on ainakin yksi seksuaalineuvojakoulutuksen saanut henkilö, jolla on valmiudet myös erityisryhmien kuten seksuaalivähemmistöihin kuuluvien henkilöiden neuvontaan.

Seksuaaliterveyspalveluita on jäsennetty Annonin (1976) kehittämän PLISSIT-mallin avulla, jonka mukaan perusterveydenhuollossa tulisi toteutua mallin ensimmäisen tason mukaisen seksuaalineuvontatyön. Ensimmäisellä PLISSIT-mallin tasolla on kyse ”luvan antamisesta tai ”sallimisesta” (P = permission). Ammattilainen voi antaa luvan ottamalla seksuaalisuuteen liittyvät asiat puheeksi asiakkaan kanssa, jolloin asiakas voi varmistua ajatuksiensa ja tunteidensa normaaliudesta. PLISSIT-mallin toisella tasolla on ”rajatun tiedon antaminen” (LI = limited information), joka tarkoittaa tiedon antamista asiakkaan tiettyyn huoleen tai kysymykseen. Kolmannella ja neljännellä tasolla olevat erityisohjeet (SS = specific suggestions) ja intensiivinen terapia (IT = intensive therapy) edellyttävät usein ammattilaisen erityiskoulutusta eivätkä siten ole perusterveydenhuollossa toteutettavissa. (Annon 1976; THL 2014b.) PLISSIT-mallin ensimmäisen ja toisen tason työ voi toteutua perusterveydenhuollossa. Näillä tasoilla tehtävä ohjaustyö edellyttää työntekijältä perehtyneisyyden seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen sekä olemisen ”sinut” oman seksuaalisuutensa kanssa. Sen sijaan mallin kolmannella ja neljännellä tasolla olevat erityisohjeiden antaminen ja intensiivinen terapia edellyttävät työntekijän erityiskoulutusta.

Nuoruuteen elämänvaiheena liittyy useita tekijöitä, jotka haastavat seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluita tarjoavia tahoja. Nuoruus on tunnistettava vaiheeksi, jolloin ihminen tarvitsee omia, erityisiä palveluja. Koska kouluterveydenhuolto on nykyään ainoa erityisesti nuorille kohdistettu terveydenhuollon palvelu, sen toimintaedellytysten vahvistaminen on tärkeää. Kouluterveydenhuollon palveluiden lisäksi tarvitaan myös vaihteoisia palveluja. (Hermanson, Cacciatore & Apter 2004, 93.) Kirjallisuudessa on esi-

tetty ihanteellisimmaksi ratkaisuksi kouluterveydenhuollon rinnalla toimivaa nuorten ongelmiin vastaavaa nuorisoneuvolaa, joka tarjoaisi matalan kynnyksen palvelut. Tällä hetkellä nuorisovastaanottoja toimii Suomessa vain suurimpien kaupunkien terveyskeskuksissa. Monissa Euroopan maissa, kuten Iso-Britanniassa, toimii nuorisotalojen yhteydessä nuorten seksuaaliterveyspalvelu-klinikoita, jotka tarjoavat runsaasti erilaisia palveluja, kuten kondomien hankinta ja mahdollisuuden jälkiehkäisyyn ja raskauden testaukseen sekä seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa (Hayter 2005, 339–346). Myös Pohjoismaissa, esimerkiksi Ruotsissa, raskauden ehkäisyä palveluita tarjotaan julkisten terveydenhuollon palveluiden lisäksi nuorisoklinikoilla, joissa tehdään myös aktiivista klamydiaseulontaa ja hoidetaan sukupuolitauteja (Danielsson & Sundström 2006, 147–164).

Vaihtoehtoisten palvelujen huomioimisen lisäksi keskeinen lähtökohta laadukkaille nuorten seksuaaliterveyspalveluille on niiden helppo saavutettavuus: nuoret odottavat nopeaa palvelua ilman ajanvarausta. Palvelujen tulisi olla ilmaisia tai hyvin edullisia. Nuorten palveluiden tulisi olla myös psykososiaalisesti helposti lähestyttäviä eli nuorten hyväksymiä ja luottamuksellisia. Palveluiden aikainen vuorovaikutus ratkaisee hakeutuuko nuori uudelleen palvelujen pariin. Nuorten kohtaaminen vaatii erityisosaamista, minkä vuoksi nuorta hoitavalla henkilöllä on oltava riittävästi tietoa ja motivaatiota käsitellä normaalin kasvun ja kehityksen lisäksi myös erityiskysymyksiä, kuten väkivallan käyttö, riskikäyttäytyminen ja seksuaalisuuden moninaisuus. (Väestöliitto 2006, 24; Sannisto 2012, 66–67.) Tutkimuksissa (ks. esim. Nummelin 2000) on todettu nuorilla olevan vaikeuksia löytää äitiysneuvolan tai perhesuunnitteluneuvolan nimikkeiden alta seksuaalisuuteen tai ehkäisyyn liittyviä palveluja.

Internet on nykyään osa nuorten arkea ja sen vuoksi he suosivat internet-sivustoja myös seksuaaliterveystietoa ja -palveluja hakiessaan. Tuija Rinkinen (2012) tutki väitöstutkimuksessaan nuorten kysymyksiä Väestöliiton internetpalvelussa. Tutkimustulosten mukaan nuorten seksuaaliterveyteen liittyvä tiedontarve oli monen tasoinen: nuoret tarvitsivat sekä perustietoja että seikkaperäisiä ja yksityiskohtaisia tietoja seksuaaliterveydestä. Yleisimmät kysymykset käsittelivät seksuaalista toimintaa, mieheksi ja naiseksi kasvamista ja raskautta. Nuoret kysyivät selkeästi edellisiä teemoja vähemmän sukupuoli-taudeista, seurustelusta ja seksuaalisuudesta terveystarkastuksissa. (Rinkinen 2012.)

Tällä hetkellä seksuaaliterveyspalvelut ovat hajallaan ja sattumanvaraisia. 2000-luvun seksuaaliterveyspalveluiden rakenteesta ja sisällöstä ei ole saatavissa kattavaa tietoa, koska seurantatietoa tuottava tiedonkeruujärjestelmä puuttuu. (Väestöliitto 2006, 14–15.) Tuire Sannisto (2012) on todennut Tampereen seudulla toteuttamassaan tutkimuksessa perusterveydenhuollon seksuaaliterveyspalvelujen järjestämistapojen olleen moninaiset ja palveluiden laadun olleen varsin vaihtelevaa. Nuorten erityistarpeisiin oli palveluiden rakenteiden osalta vastattu harvoin. Tutkimuksen mukaan keskeisten seksuaaliterveyspalvelujen, muun muassa raskauden ehkäisypalveluiden tarjontaa perusterveydenhuollon yksiköissä voitiin pitää kuitenkin hyvänä. Elise Kosusen (2009) tutkimuksessa todetaan erillisen ehkäisyneuvolan toimivan vain suurimmissa terveyskeskuksissa. Ehkäisyneuvonta oli tyypillisesti järjestetty äitiysneuvolan yhteyteen, jolloin nuorten hakeutuminen palvelun piiriin voi vaikeutua. Valtaosassa terveyskeskuksista nuoret pääsivät viikon sisällä vastaanotolle seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa. Maksuton ehkäisy järjestyi alle 20-vuotiaille nuorille kolmanneksessa terveyskeskuksista. (Kosunen 2009.) Nuorten seksuaaliterveyden edistämistä pyritään ohjaamaan useilla eri valtion ohjausmuodoilla, joista informaatio-ohjaus on keskeisessä asemassa.

3.2.3 Nuorten seksuaaliterveyden edistäminen informaatio-ohjauksen keinoin

Nuorten seksuaaliterveyden edistämistä ohjataan lakien ja asetusten lisäksi valtakunnallisissa sosiaali- ja terveystieteellisten strategioissa, kansallisissa toimintaohjelmissa, terveyden edistämisen laatusuosituksessa ja oppaissa (THL 2014a, 11, 208). Myös useat kansainväliset asiakirjat linjaavat nuorten seksuaaliterveyden edistämistä. WHO:n Euroopan aluetuomio laati vuonna 2001 jäsenmailleen strategian, jossa korostetaan muun muassa nuorten palvelujen järjestämisen tärkeyttä (WHO 2001). WHO hyväksyi vuonna 2004 ja päivitti vuonna 2010 globaalin lisääntymisterveyden strategian, joka nostaa esiin seksuaaliterveyden edistämisen ja erityisesti nuorten tarpeisiin vastaamisen ja heidän oikeutensa seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluihin (WHO 2010). Myös kansainvälisen perhesuunnittelujärjestön IPPF:n Euroopan verkosto on laatinut oppaan nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyden ja -oikeuksien edistämiseksi (IPPF European Network 2007).

Vuoden 2011 hallitusohjelmassa oli monia seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseen ja palvelujen järjestämiseen liittyviä tavoitteita, esimerkiksi raskaudenkeskeysten ja naisiin kohdistuvan väkivallan vähentäminen sekä seksuaalineuvonnan sisällyttäminen osaksi raskauden ehkäisyneuvontaa (Hallitusohjelma 2011). Myös vuoden 2015 hallitusohjelmassa painotetaan lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämistä esimerkiksi koulua ja varhaiskasvatusta kehittämällä (Hallitusohjelma 2015). Seksuaaliterveyden edistäminen sisältyy useisiin viimeaikaisiin terveydenhuollon kansallisiin suosituksiin.

Kansallisessa terveyden edistämisen laatusuosituksessa seksuaaliterveys on nostettu esille omana kokonaisuutenaan. Laatusuositus ehdottaa muun muassa maksuttoman raskauden ehkäisyneuvonnan ja ohjauksen sekä ensimmäisen ehkäisymenetelmän antamista. Lisäksi seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyviä asioita suositellaan käsiteltävän kaikilla äitiys- ja lastenneuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynneillä. Lasten ja nuorten kohdalla painotetaan tiedotuksen ja neuvonnan osalta asiallisen ja oikean tiedon antamista yliseksualisoituneissa ja kaupallisen seksin vääristämässä olosuhteissa. (STM 2006b, 60–63.)

Kouluterveydenhuollon laatusuosituksessa seksuaalisuus on yksi kansanterveyden kannalta keskeinen aihe, jota painotetaan yksilö- ja ryhmäneuvonnassa. Laatusuositus korostaa koululaisen seksuaaliterveystiedon vahvistamista. (STM & Suomen Kuntaliitto 2004, 31). Myös valtakunnallisessa kouluterveydenhuollon oppaassa oppilaiden seksuaalisen kehityksen tukeminen ja seksuaalineuvonnan järjestäminen sekä kouluterveydenhuollon osallistuminen seksuaaliopetukseen on nostettu esille. Opas suosittaa, että seksuaaliopetus ja kouluterveydenhuollon tarjoama neuvonta täydentävät ja tukevat toisiaan muodostaen kokonaisuuden, jolla on seksuaaliterveyden edistämisen kannalta yhteiset tavoitteet. Kouluterveydenhuollon opas suosittaa ilmaisten kondomien ja jälkiehkäisy pakkausten jakamista kouluterveydenhuollossa. Lisäksi suositellaan, että kouluterveydenhoitaja antaa nuorelle ehkäisytablettien aloituspakkauksen. (STM & Stakes 2002, 54–56.) Opiskeluterveydenhuollon oppaassa esitetään opiskelijoiden seksuaaliterveyden edistämiseksi helpon ja viivytyksettömän pääsyn turvaamista raskauden ehkäisy palveluihin, mahdollisuuden tarjoamista sukupuoliteitse tarttuvien tautien testeihin ja seksuaalineuvonnan antamista muun muassa hedelmällisen iän rajallisuudesta (STM 2006a, 131).

Myös äitiysneuvolaopas ja ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon laajoja terveystarkastuksia varten sisältävät seksuaaliterveyden edistämisen näkökulman. Ohjeistuksessa laajoja terveystarkastuksia varten on nuorten seksuaaliterveys ehdotettu yhdeksi kouluterveydenhuollon terveystarkastusten aihealueeksi. Äitiysneuvolaopas sisältää suositukset raskauden aikaisen seksuaalisen hyvinvoinnin edistämiseen, mikä koskee kaikenikäisiä äitiysneuvolan asiakkaita. (Hakulinen-Viitanen, Hiitanen-Peltola, Hastrup, Wallin & Pelkonen 2012; Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 56–57.)

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisemiseksi laadituissa ohjelmissa, suosituksissa ja oppaissa ohjataan ja säädellään myös seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ja siihen liittyviä palveluja. Esimerkiksi naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelman (2010-2015) yhtenä tavoitteena on seksuaalisen väkivallan uhrien aseman parantaminen kehittämällä matalan kynnyksen palveluja ja terveydenhuollon ammattilaisten osaamista (STM 2010). Nuorille kohdistetuista oppaista turvataitoja nuorille-opas (Aaltonen 2012) puolestaan ohjeistaa ennaltaehkäisemään nuorten kokemaa seurusteluväkivaltaa, seksuaalista väkivaltaa ja sukupuolista häirintää.

Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämisen toimintaohjelma (2012-2016) pyrkii luomaan pysyviä valtakunnallisia ja alueellisia rakenteita tyttöihin ja naisiin kohdistuvan väkivallan estämiseksi. Ympärileikkaukset koskevat maahanmuuttajataustaisia perheitä, joiden lähtömaissa harjoitetaan perinnettä. Toimintaohjelma suosittelee ympärileikkauksen puheeksi ottamisen neuvoloissa ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa niissä tilanteissa, joissa kohdataan ympärileikattuja tai ympärileikkauhan alaisia tyttöjä ja naisia. Koska Suomessa aihe koskee pientä osaa henkilöitä, se jää helposti huomaamatta tai sitä ei osata ottaa puheeksi käytännön työssä. (STM 2012c, 7, 11–12.)

Väestöliiton vuonna 2006 julkaisemassa seksuaaliterveyspoliittisessa ohjelmassa kuvataan keskeisiä seksuaaliterveyden ja -palveluiden haasteita ja esitetään niihin ratkaisuehdotuksia. Nuorten seksuaaliterveyden edistämiseksi ehdotetaan erityisesti ennaltaehkäisevien laadukkaiden palvelujen järjestämistä. Palveluissa tulee tunnistaa nuorten erityistarpeet. Palveluja järjestäessä tulee ajatella, että asiakkaana on ”ujo, hämmentynyt ja kokematon, joka asioi viranomaisten luona elämänsä ensimmäisiä kertoja”. (Väestöliitto 2006, 25.)

Kansainvälisesti katsottuna seksuaali- ja lisääntymisterveyden tila on erinomainen Suomessa. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi ja yhteistyössä on kuitenkin monia kehittämistarpeita ja -kohteita ja myös alueellisia eroja. (THL 2014a, 12–13.) Vuonna 2007 julkaistiin Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta ensimmäinen kansallinen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma Suomessa. Toimintaohjelma julkaistiin samaan aikaan, kun terveyden edistäminen oli vahvassa muutosvaiheessa: sitä oli vahvistettu kansanterveyslain uudistuksessa vuonna 2006 ja linjattu kansallisissa ohjelmissa, kuten Terveys 2015-kansanterveysohjelmassa ja terveyden edistämisen laatusuosituksessa. (STM 2007, 3, 21.)

3.3 Kansalliset seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmat

3.3.1 Toimintaohjelmien sisältö

Kansalliset seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmat linjaavat seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyötä, sen johtamista, toimintatapoja ja palveluiden sekä osaamisen kehittämistä. Toimintaohjelmat on kohdistettu laaja-alaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon sekä opetustoimen henkilöstölle ja heidän yhteistyökumppaneille. Toimintaohjelmissa seksuaali- ja lisääntymisterveys ymmärretään osaksi kansanterveyttä ja seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen osaksi terveyden edistämistä. Sosiaali- ja terveysministeriö laati ensimmäisen kansallisen toimintaohjelman vuosille 2007-2011. Toimintaohjelman tarkoituksena on väestön, pariskuntien ja yksilöiden seksuaali- ja lisääntymisterveyden parantaminen, huomioiden erityisesti nuoret. (STM 2007, 3–4.) Toimintaohjelma sisältää 14 aihekokonaisuutta, joille on asetettu tavoitteet ja toimenpiteet vuoteen 2011 saakka. Aihekokonaisuudet kohdistuvat eri hallinnon aloille ja tasoille, pääosin sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja opetustoimeen. (STM 2007, 22.) Toimintaohjelmaan on koottu useissa muissa kansallisissa oppaissa ja suosituksissa olevia keskeisiä seksuaaliterveyden aihekokonaisuuksia.

Lähtökohtina ensimmäisen toimintaohjelman laatimiselle olivat seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen riittämättömyys ja epätasainen jakautuminen erityisesti syrjäytymisvaarassa olevien ja vähemmistöryhmien näkökulmasta sekä uusien hoitokäytäntöjen ja menetelmien juurruttaminen osaksi sosiaali- ja terveystalv palveluja. Toimintaohjelmassa

suositeltiin seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen palvelurakenteeseen kohdistettujen linjausten toimeenpanoa osana kunta- ja palvelurakenneuudistusta ja terveyden edistämisen tehostamista. (STM 2007, 13, 21–22.)

Ensimmäisestä toimintaohjelmasta on tehty väliarviointi vuonna 2009 ja loppuarviointi vuonna 2011. Väli- ja loppuarvioinnin tavoitteena on ollut selvittää toimintaohjelmassa sairaanhoitopiireille asetettujen tavoitteiden ja toimenpiteiden toteutumisesta. Verrattaessa väliarvioinnin ja loppuarvioinnin tuloksia keskenään vuonna 2011 sairaanhoitopiirit olivat nimenneet seksuaaliterveyden yhdyshenkilöitä ja sisäisiä suunnittelu- ja koordinoitiryhmiä enemmän kuin vuonna 2009. Sairaanhoitopiirin ja perusterveydenhuollon välisiä hoitoketjuja oli laadittu useimmissa sairaanhoitopiireissä esimerkiksi raskauden keskeytysten ja keskenmenojen hoidossa. Useimmat sairaanhoitopiirit olivat järjestäneet seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvää täydennyskoulutusta vuoden 2011 aikana aktiivisemmin kuin vuonna 2009. Tärkeimmiksi tulevaisuuden haasteiksi sairaanhoitopiirit arvioivat seksuaali- ja lisääntymisterveyden integroitumisen terveyden edistämisen ohjelmiin ja perusterveydenhuollon yksiköiden aktivoimisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyöhön sekä yhteistyön kehittäminen perusterveydenhuollon kanssa. Haasteina pidettiin myös seksuaalineuvonnan tasapuolisen saatavuuden varmistamista ja seksuaaliterveyden koordinoitua ja resursoitua. (Ryttyläinen-Korhonen, Klemetti, Pelkonen, Ritamo, Vallimies-Patomäki & Nikula 2012.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos päivitti toimintaohjelman vuonna 2014 sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta. Toisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2014-2020 tavoitteena on tietämyksen, palvelujen ja seksuaalikasvatuksen kehittäminen niin, että ne tavoittavat kaikenikäiset ihmiset. Painopisteinä ovat lasten, nuorten ja miesten seksuaali- ja lisääntymisterveys, monikulttuurisuus ja hyvä syntymän hoito. (THL 2014a, 16.) Toisen toimintaohjelman tavoitteet ja toimenpiteet pohjautuvat pitkälti ensimmäiseen toimintaohjelmaan. Toisessa toimintaohjelmassa korostetaan väestön seksuaali- ja lisääntymisterveystietojen ja -käyttäytymisen yhteyttä ja lapsille ja nuorille kohdistetun seksuaalikasvatuksen merkitystä. Toimintaohjelman lähtökohtana ovat WHO:n julkaisemat seksuaalikasvatuksen standardit. Toisessa toimintaohjelmassa painottuu myös monikulttuurisuus-näkökulma, jossa kiinnitetään huomiota erityisesti romanien ja maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden haasteisiin. (THL 2014a, 38, 83.)

Molemmat toimintaohjelmat ovat laajoja ja sisältävät lukuisia tavoitteita ja toimenpiteitä kuhunkin aihekokonaisuuteen. Toimintaohjelmat perustuvat asiakaslähtöisyyteen ja tasa-arvoon. Molemmissa toimintaohjelmissa painotetaan nuorten seksuaaliterveyden edistämistä ja palvelujen järjestämistä. Tämän tutkimuksen kiinnostuksen kohteena ovat nuorten seksuaaliterveyden edistämisen tavoitteet ja toimenpide-ehdotukset (Taulukko 3), jotka on suunnattu perusterveydenhuoltoon. Olen valinnut tämän tutkimuksen kohteeksi osan ensimmäisen toimintaohjelman 2007-2011 tavoitteista. Valitsin arvioitavat tavoitteet ensimmäisen toimintaohjelman mukaan, koska se on päättynyt ja sen tavoitteiden saavuttamista voidaan arvioida. Ensimmäisen toimintaohjelman tavoitteet ovat olleet pohjana myös toisen toimintaohjelman tavoitteiden asettamiseen, mutta toinen toimintaohjelma on ollut tutkimushetkellä vasta hieman yli vuoden voimassa. Valitsin arvioitavat tavoitteet ensimmäisen toimintaohjelman mukaan myös siksi, että toisessa toimintaohjelmassa nuoria henkilöitä koskevat tavoitteet painottuvat enemmän seksuaalikasvatukseen ja seksuaalikäyttäytymisen ja seksuaaliterveystietämyksen väliseen yhteyteen.

Koska toimintaohjelma sisältää runsaasti nuorten palveluihin kohdistuvia tavoitteita ja toimenpiteitä, olen nostanut niistä vain osan tämän tutkimuksen kohteeksi. Olen pyrkinyt valitsemaan tavoitteet ja toimenpiteet keskeisistä seksuaaliterveyden kehittämisen kohteena olevista kokonaisuuksista. Tutkielman ulkopuolelle jäävät muille hallinnon aloille ja erikoissairaanhoidon kohdistetut tavoitteet ja toimenpiteet.

3.3.2 Nuorten seksuaaliterveyden edistämisen tavoitteet ja toimenpiteet

Ensimmäisestä toimintaohjelmasta valitsin arvioitavaksi 12 tavoitetta ja niihin liittyvät toimenpiteet (Taulukko 3). Toimintaohjelman keskeisinä, laajoina tavoitteina ovat seksuaaliterveyteen liittyvän neuvonnan integroiminen peruspalveluihin ja seksuaalineuvonnan toteutuminen tasa-arvoisesti asiakkaan tarpeen mukaan riippumatta asiakkaan sukupuolesta, iästä, seksuaalisesta suuntautumisesta, kulttuuritaustasta tai muista yksilöllisistä ominaisuuksista. Näiden tavoitteiden saavuttamiseksi on esitetty toimenpiteitä, joiden mukaan perusterveydenhuollon ehkäisevään työhön, sairauksien hoitoon ja erilaisiin hoitotoimenpiteisiin liitetään seksuaaliterveyden näkökulma ja seksuaalineuvontapalvelussa huomioidaan tasapuolisesti eri-ikäiset ja eri ryhmiin kuuluvat henkilöt. Erityisesti poikien ja nuorten miesten neuvontatarvetta pyritään huomioimaan palvelukontakteissa.

Eri ammattiryhmien ja toimialojen yhteistyötä koskevaan tavoitteeseen pyritään toimenpiteillä, joiden mukaan nuoren seksuaalikasvatuksessa ja seksuaalikehityksen tukemisessa tehdään yhteistyötä vanhempien ja huoltajien kanssa. Myös koulujen ja oppilaitosten opettajien ja terveystietopalveluiden yhteistyötä korostetaan seksuaalikasvatuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja kehittämisessä. Nuorten tutustumiskäyntejä terveysneuvonnan yksiköihin suositellaan tehtävän.

Seksuaaliterveyttä koskevaa tiedon tuottamista koskevan tavoitteen toteutuminen edellyttää huomion kiinnittämistä ajantasaisen ja luotettavan tiedon hankintaan ja useiden eri kanavien kautta tapahtuvaan tiedon jakamiseen. Toimenpiteissä korostetaan asiakasateriaalien helppoa saatavuutta, käypä hoito-suositusten potilasversioista kertomista ja kansalaisten terveystietoportista tiedottamista asiakkaille. Internet-pohjaisten palvelujen käyttöä koskevan tavoitteen toteutumisessa korostetaan monialaista yhteistyötä, palvelujen käyttöön juurruttamista ja asiakkaiden mahdollisuutta sähköiseen ajanvaraukseen ja omaseurantaan.

Tavoitteeseen, jossa pyritään nuorten tietoisuuden parantamiseen lapsettomuuden taustalla olevista syistä, riskitekijöistä ja riskien ehkäisystä, pääseminen edellyttää hedelmällisyyteen liittyvän valistuksen antamista koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynneillä. Toimenpiteenä on ehdotettu myös nuorille suunnattujen tiedotuskampanjoiden järjestämistä terveydenhuollon yksiköiden ja kolmannen sektorin yhteistyönä.

Sopivan ehkäisymenetelmän saamiseen tähtäävä tavoite sisältää useita toimenpiteitä, jotka edellyttävät muun muassa maksuttomien raskauden ehkäisy palvelujen tarjoamista, nopeaa pääsyä vastaanotolle ja palvelukäytäntöjen kehittämistä myös pojat huomioiden. Myös nuorten palveluissa huomioitavaa luottamuksellisuutta, helppoa saavutettavuutta ja mahdollisuutta moniammatillisiin konsultaatioihin korostetaan. Yhdeksi toimenpiteeksi on asetettu alle 20-vuotiaiden jälkiehkäisyasiakkaiden jälkitarkastuskäytännöstä sopiminen paikkakuntaakohtaisesti. Alle 25-vuotiaiden raskaudenkeskeytysten vähentämiseen tähtäävän tavoitteen saavuttaminen edellyttää puolestaan toimenpidettä, jossa toistamiseen raskauden keskeytykseen hakeutuvien jatko hoito arvioidaan kokonaisvaltaisesti.

Sukupuolitautilien, erityisesti klamydiainfektioiden, määrän vähentymiseen liittyvään tavoitteeseen pyritään toimenpiteillä, joissa tietoutta sukupuolitautilien ehkäisystä ja vaikutuksista pyritään parantamaan ja seulontatutkimuksia lisätään muun muassa raskauden ehkäisy palveluissa. Raskaana olevien nuorten naisten ohjauksen saantiin kohdistuvaa tavoitetta pyritään saavuttamaan toimenpiteillä, joissa esimerkiksi lisätään tietoisuutta raskausajan riskeistä, kuten päihteiden käytöstä ja ylipainosta, ja synnytykseen valmistautumisesta. Toimenpiteenä ehdotetaan myös kotikäynnin tekemistä synnytyksen jälkeen jokaiseen perheeseen.

Tavoitteeseen, joka tähtää nuorten tietoisuuden lisäämiseen seksuaalioikeuksistaan, pyritään kolmella eri toimenpiteellä: seksuaalioikeuksista tiedotetaan nuorten vanhemmille, seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa käsitellään aktiivisesti vastaanottotilanteissa ja asiakkaille annettavissa ohjeissa huomioidaan väkivallan vähentämisen näkökulma. Seksuaalista väkivaltaa kokeneiden tutkimukseen ja hoitoon pääsyyn kohdistuvaan tavoitteeseen pyritään puolestaan toimenpiteillä, jotka tähtäävät matalan kynnyksen palveluiden kehittämiseen ja seksuaalisen väkivallan kokemuksiin liittyvän oireilun tunnistamisen parantamiseen. Yhtenä toimenpiteenä on esitetty seksuaalista väkivaltaa kokeneiden akuuttivaiheen tutkimuksen ja hoidon saatavuuden parantamista.

TAULUKKO 3. Nuorten seksuaaliterveyden edistämisen tavoitteet ja toimenpiteet (STM 2007)

Tavoitteet	Toimenpiteet tavoitteen saavuttamiseksi
seksuaalineuvontaa on saatavissa integroituna normaaleihin terveydenhuollon palveluihin	perusterveydenhuollon ehkäisevään työhön, sairauksien hoitoon ja erilaisiin hoitotoimenpiteisiin integroidaan seksuaaliterveyden edistämisen näkökulma
seksuaalineuvonta toteutuu tasa-arvoisesti asiakkaan tarpeen mukaan riippumatta asiakkaan sukupuolesta, iästä, seksuaalisesta suuntautumisesta, kulttuuritaustasta tai muista yksilöllisistä ominaisuuksista	seksuaalineuvontapalveluissa otetaan huomioon sukupuolten välinen tasa-arvo ja vähemmistöjen ja erityisryhmien tarpeet
eri ammattiryhmät ja toimialat tekevät yhteistyötä paikallisella ja alueellisella tasolla niin, että seksuaalikasvatuksella ja terveyspalveluilla on yhtenäiset tavoitteet ja ne tukevat toisiaan	seksuaalikasvatuksessa ja seksuaalisen kehityksen tukemisessa opettajat ja terveydenhoitajat tekevät yhteistyötä ja yhteistyötä tehdään myös kotien kanssa

<p>seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevaa laadukasta ja ajantasaista tietoa tuotetaan kaikkien kansalaisten ulottuville luotettavien kanavien kautta</p>	<p>toimintayksiköissä asiakasmateriaali ovat helposti saatavilla joko paperilla tai internetissä tai niissä molemmissa</p> <p>Käypä hoito-suositusten potilasversioista kerrotaan niille asiakkaille, joita ne koskevat ja kansalaisen terveystietoportista tiedotetaan asiakkaille useita kanavia myöten</p>
<p>kaikilla tulevilla vanhemmilla on mahdollisuus käyttää palveluja myös internetin kautta</p>	<p>internet-pohjaiset palvelut kehitetään monialaisessa yhteistyössä</p> <p>palvelujen käyttäjille tarjotaan mahdollisuus sähköiseen ajanvaraukseen ja omaseurantaan</p>
<p>nuoret tuntevat lapsettomuuden taustalla olevat syyt ja riskitekijät sekä riskien ehkäisyn</p>	<p>koulu- ja opiskeluterveydenhuollon asiakas-kontakteissa annetaan hedelmällisyyteen liittyvää valistusta ja nuorille suunnataan tiedotuskampanjoita lapsettomuuden riskitekijöiden ehkäisystä</p>
<p>jokaisella yksilöllä ja parilla on halutessaan mahdollisuus saada sopiva ehkäisymenetelmä</p>	<p>raskauden ehkäisy palveluita tarjotaan maksutta, niihin liittyvät tutkimukset liittyvät näihin palveluihin, palveluja saa myös koulu- ja opiskeluterveydenhuollon kautta ja raskauden ehkäisyneuvontaan integroidaan kokonaisvaltainen seksuaaliterveyden edistäminen</p> <p>nuorille ehkäisyn aloitus järjestetään viikon sisällä yhteydenotosta</p> <p>nuorten palveluissa huomioidaan luottamuksellisuus, helppo saavutettavuus sekä mahdollisuus moniammatillisiin konsultaatioihin</p> <p>alle 20-vuotiaiden jälkiehkäisyasiakkaiden jälkitarkastuskäytännöstä sovitaan</p>
<p>alle 25-vuotiaiden raskaudenkeskeytykset vähenevät ja toistuvien raskaudenkeskeytysten osuus vähenee</p>	<p>toistamiseen raskauden keskeytykseen hakeutuvan jatkohoidon tarve arvioidaan kokonaisvaltaisesti</p>
<p>sukupuolitautilien, kuten klamydian, määrä laskee</p>	<p>tietoutta sukupuolitaudeista, niiden ehkäisystä ja vaikutuksista lisääntymisterveyteen parannetaan ja opportunistista klamydian seulontaa lisätään</p> <p>klamydianäyte otetaan jokaiselta uudelta alle 25-vuotiaalta ehkäisyasiakkaalta</p>

	klamydiapositiiviseksi todettujen henkilöiden sukupuolikumppanien tutkimukseen ja hoitoon saattamista tehostetaan
jokainen raskaana oleva nainen saa ohjausta odotusajan riskeistä, synnytykseen valmistautumisesta ja synnytyksen jälkeisestä hoidosta	<p>synnytysvalmennus toteutetaan osana perhevalmennusta ja naiselle annetaan mahdollisuus synnytyssuunnitelman laatimiseen</p> <p>ylipainoisille äideille ja muille raskausdiabeteksen riskissä oleville äideille järjestetään riittävä ohjaus elämäntapamuutoksiin</p> <p>päihteiden käytön tunnistamiseksi käytetään kaikille äideille AUDIT-lomaketta ja suositellaan, ettei alkoholia käytetä lainkaan raskauden aikana ja tupakoinnin lopettamista tuetaan</p> <p>synnytyksen jälkeen tehdään kotikäynti jokaiseen perheeseen</p>
nuoret ovat tietoisia seksuaalioikeuksistaan, he osaavat puolustaa omia oikeuksiaan ja kunnioittaa toisten oikeuksia	<p>seksuaalioikeuksista tiedotetaan nuorten vanhemmille</p> <p>vastaanottotilanteissa ja ryhmissä toimitaan aktiivisesti seksuaalista väkivaltaa ehkäisevästi ja asiakkaille annettavissa ohjeissa huomioidaan seksuaalisen ja muun väkivallan vähentämisen näkökulma</p>
seksuaalista väkivaltaa kokeneet pääsevät asianmukaiseen tutkimukseen ja hoitoon	<p>seksuaalista väkivaltaa kokeneiden hoitoon hakeutumista edistetään ja akuuttivaiheen tutkimuksen ja hoidon saatavuutta ja laatua parannetaan</p> <p>seksuaalisen väkivallan kokemuksiin liittyvän oireilun tunnistamista parannetaan</p>

Arvioitavat tavoitteet ja toimenpiteet on kuvattu kokonaisuudessaan liitteessä 1.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat

Tässä tutkimuksessa käytän arviointitutkimuksen otetta. Arviointitutkimusta voidaan tehdä hyvin monella tavalla. Sirkka Sinkkonen ja Juha Kinnunen (1994, 32–35) toteavat arvioivan otteen liittyvän kaikenlaiseen tutkimukseen: perustutkimuksessa korostetaan itsenäistä ja kriittistä tiedon etsintää, mutta arviointitutkimuksessa korostuu välittömästi käytäntöön sovellettavan tiedon tuottaminen. Arviointitiedon käyttö ohjauksessa on kirjallisuuden mukaan lisääntynyt. Vaikuttavuuden arvioinnista ja tavoitearvioinnista on julkaistu runsaasti tutkimuksia. Sen sijaan, vaikka arviointitutkijat (ks. esim. Sinkkonen & Kinnunen 1994; Virtanen 2007) ovat jäsentäneet useita tapoja arvioida organisaatioiden ja poliittisen toimeenpanon onnistumista, poliittisen ohjauksen arvioinnista on kirjoitettu verraten vähän.

Arviointitutkimuksen erottaa muusta tutkimuksesta se, että arviointiin liitetään jonkin kohteen arvo tai ansiokkuus. Arviointitutkimuksessa tiedon hankinta tapahtuu luotettavia, tieteellisiä menetelmiä käyttäen. (Robson 2001, 25.) Arviointi ei ole arvioitavan kohteen arvostelua, vaan arviointi tuo esille havaintoja, päätelmiä ja kehittämisehdotuksia (Virtanen 2007, 25). Arvioinnilla voidaan pyrkiä kolmeen eri tarkoitukseen: tilivelvollisuuden täyttämiseen, tiedon lisäämiseen ja kehittämistyön tukemiseen (Vedung 1997, 101). Tässä tutkimuksessa arvioinnin tarkoituksena on tuottaa uutta käytäntöön sovellettavaa tietoa perusterveydenhuollon terveysneuvontayksiköiden kehittämistyöhön. Tutkimustietoa voidaan hyödyntää myös toisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman väliarviointia suunniteltaessa.

Arviointi voi kohdistua toiminnan panoksiin, muuntomekanismiin eli prosessiin tai tuotoksiin. Panokset voivat olla esimerkiksi osaamisen kanavoitinta tai taloudellisia resursseja. Prosessi puolestaan tarkoittaa panosten muuttamista käytännön toimenpiteiksi esimerkiksi hankkeen tai ohjelman avulla. Tuotokset kuvaavat mitä panoksilla ja prosessilla on saatu aikaan. (Virtanen 2007, 17–18.) Arvioinnissa voidaan nähdä ajallinen ulottuvuus: prosesseihin kohdistuva arviointi tapahtuu prosessin aikana ja on tyypillisesti formatiivista, muovaavaa. Sen sijaan toiminnan vaikutusten, tuotosten arviointi on summatiivista, kokoavaa ja toteutuu projektin lopussa. (Robson 2001, 80–81.) Formatiiivinen

arviointi vastaa kysymyksiin, miten projektia on tehty ja miten sen toimintaa voitaisiin vielä parantaa. Summatiivinen arviointi vastaa puolestaan kysymykseen, mitä vaikutuksia projekti on saanut aikaan. (Clarke & Dawson 1999, 9.) Kaksiluokkaista jaottelua on kuitenkin kritisoitu, koska arviointi on harvoin puhtaasti formatiivista tai summatiivista. Tämän tutkimuksen mielenkiinto kohdistuu pääosin ajallisen jatkumon loppupäähän eli toiminnan tuotosten arviointiin. Tutkimuksessa sovelsin summatiivista arviointia ensimmäisen toimintaohjelman osalta, koska se on päättynyt ja siten voidaan arvioida ohjelman aikaansaamia vaikutuksia. Tutkimuksessa on myös prosessiarvioinnin piirteitä meneillään olevan, toisen toimintaohjelman osalta, koska arvioin myös sen tunnettavuutta.

Politiikan sisältöön, ohjelmiin, uudistuksiin ja muuhun julkiseen toimintaan kohdistuvan arvioinnin lähtökohtana ovat toiminnalle asetetut tavoitteet. Toiminnan tavoitteet muodostavat arvioinnin kriteeristön. Arvoperusteiset kriteerit ilmaisevat mikä on hyvää ja oikein, mikä on toivottavaa ja ei-toivottavaa. Tavoiteperusteisen arvioinnin periaatteena on, että toiminnalle on asetettu erilaisia tavoitteita, joiden toteutumista sitten arvioidaan. Tästä näkökulmasta esitetään arvottavat johtopäätökset ja päätelmät. Tavoitteiden saavuttamisen aste osoittaa toiminnan onnistuneisuutta: haasteena on määrittellä se taso, joka osoittaa toiminnan onnistumista. (Sinkkonen & Kinnunen 1994, 37, 82–83.) Tässä tutkimuksessa käytän arviointikriteereinä toimintaohjelmien asettamia tavoitteita, jotka on kohdistettu nuorten seksuaaliterveyden edistämiseksi perusterveydenhuollon yksiköissä. Tavoitteiden toteutumista arvioin toimintaohjelmien tunnettavuuden ja nuorten seksuaaliterveyden edistämiseksi asetettujen toimenpiteiden toteutumisen avulla. Toimintaohjelmien tunnettavuutta arvioin asteikolla hyvin, osittain tai ei ollenkaan. Arvioinnissa tavoitteiden saavuttamisen asteesta totean esimerkiksi, että seksuaalivärvonnan tasa-arvoiseen toteutumiseen liittyvä tavoite on toteutunut hyvin tai osittain tai ei ollenkaan. Tavoite on toteutunut hyvin, kun valtaosa tavoitteen saavuttamiseen tähtäävistä toimenpiteistä on toteutunut hyvin. Tavoite on toteutunut osittain, kun toimenpiteisiin on vastattu osittain. Totean tavoitteen toteutuneen osittain myös silloin, kun osaan toimenpiteistä on vastattu hyvin, mutta osaan on vastattu osittain tai ei ollenkaan.

Arviointitutkimuksessa arvioijan rooli on keskeinen. Sisäinen arvioija tuntee organisaation historiaa ja kulttuuria sekä pystyy sitoutumaan organisaation kehittämiseen arvioinnin tulosten mukaisesti. Toisaalta sisäinen arvioija voi toimia johdon näkemysten mukaisesti tai suosia omassa työyksikössään kehitettyjä ohjelmia. Ulkoisen arvioijan etuna on,

että hän on riippumaton arvioinnin kohteesta ja lähestyy objektiivisemmin ja kriittisemmin arvioitavaa kohdetta. Ulkoinen arvioija voi kuitenkin sivuuttaa ne sisäiset seikat, jotka vaikuttavat arvioinnin lopputulokseen. Hän on vastuussa arvioinnista organisaation ulkopuoliselle taholle. (Clarke & Dawson 1999, 23.) Tässä arviointitutkimuksessa on kyse ohjelman ulkopuolelta tapahtuvasta arvioinnista. Tätä tutkimusta ei tehdä toimeksiannosta, eikä arvioinnille ole suoraa tilaajaa.

Arviointitutkimus voi olla laadullista tai määrällistä tai näiden yhdistelmää. Laadullista tutkimusta voidaan hahmottaa kuvaamalla sen eri tasoja: ilmiöitä tunnistava ja kuvaileva ja ilmiöitä selittävä laadullinen tutkimus. Näiden lisäksi voidaan erottaa myös arvioiva laadullinen tutkimus. (Kylmä & Juvakka 2007, 33–34). Tämä tutkimus kuuluu arvioivan laadullisen tutkimuksen tasolle. Käytän tutkimuksessa laadullisia tutkimusmenetelmiä ja sovellan tavoiteperusteisen arviointitutkimuksen otetta käyttäen arviointikriteereinä kansallisissa toimintaohjelmissa esitettyjä nuorten seksuaaliterveyden edistämisen tavoitteita. Laadullisessa tutkimuksessa päästään lähelle niitä merkityksiä ja tutkittavien tapoja, joilla he hahmottavat ja jäsentävät asioita. Tällöin tulee hankkia aineistoa, jossa ihmiset puhuvat omin sanoin, eivätkä vastaa tutkijan valitsemien vastausvaihtoehtojen mukaan (Alasuutari 2011, 84). Laadullisessa tutkimuksessa pyritään jäsentämään tutkittavaa todellisuutta tutkimukseen osallistuvien henkilöiden näkökulmasta. Halusin saada tietoa terveysneuvonnan yksiköiden johdon näkemyksistä toimintaohjelmien ohjaavuudesta. Sen vuoksi valitsin haastateltavaksi yksiköiden lähijohtajina toimivat henkilöt varsinaista terveysneuvontatyötä tekevien terveydenhoitajien sijaan.

4.2 Tutkimusaineiston hankinta ja analyysi

Tutkimusaineiston kokosin yksilöhaastatteluin, jotka toteutin perinteisesti kasvokkain tapahtuvina haastatteluina. Haastattelumenetelmä on sopiva, kun kyseessä on vähän kartoitettu alue tai arkaluonteinen aihealue (Hirsjärvi & Hurme 2010, 35). Valitsin haastattelumenetelmän tiedonkeruumenetelmäksi sen joustavuuden vuoksi. Tutkimushaastattelussa on mahdollisuus muuttaa kysymysten järjestystä, toistaa kysymys, oikaista väärinkäsityksiä ja selventää ilmauksia. Haastattelumenetelmää käyttämällä pystyin syventämään haluamiani tietoja ja pyytämään perusteluja esitetyille mielipiteille. Haastattelumenetelmän valintaan vaikutti myös tutkittavan ilmiön luonne. Tämän tutkimuksen aihealu-

etta, valtion informaatio-ohjauksen ohjaavuutta seksuaaliterveyspalvelujen järjestämiseen, on tutkittu vähän. Myös nuorten seksuaaliterveyspalvelujen sisällöstä on vähän tutkimustietoa tällä hetkellä. Seksuaaliterveys on käsitteenä ja tutkimuskohteena sensitiivisempi ja vähemmän huomioitu verrattuna muihin terveyden edistämisen osa-alueisiin, joten haastattelua käyttämällä oletin saavani paremmin tietoa kuin esimerkiksi kyselylomaketta käyttämällä.

Käytännön arvioinneissa käytetään usein puolistrukturoituja haastatteluita, jossa tutkija käyttää etukäteen suunniteltua teemalistaa muistilistana. Teemahaastattelu edellyttää huolellista aihepiiriin perehtymistä, jotta haastattelussa saadaan arviointikysymysten kannalta olennaista tietoa. (Robson 2001, 137). Valitsin haastattelun eri muodoista teemahaastattelun, jonka avulla haastattelut etenevät tiettyjen teemojen varassa. Rakensin teemahaastattelurungon (Liite 2) ensimmäisessä kansallisessa toimintaohjelmassa nuorten palveluille asetettujen tavoitteiden ja toimenpiteiden pohjalta. Testasin rungon haastatteleamalla yhtä kohderyhmään kuuluvaa terveysneuvonnan lähijohtajaa. Koehaastattelua en nauhoittanut, enkä ole analysoinut sen sisältöä tutkimusta varten. Koehaastattelun perustella tarkensin käytettäviä sanavalintoja ja lisäsin avainsanoja kunkin haastatteluteeman alle. Koska keräsin aineistoa terveydenhuollon organisaatioista, pyysin kirjallisen tutkimusluvan (Liite 4) kunkin terveyskeskuksen johdolta ennen haastattelujen aloittamista. Lisäksi haastateltavilta lähijohtajilta pyysin suostumuksen haastatteluun osallistumisesta sähköpostitse. Suostumusta pyytäessä kuvasin lähijohtajille tutkimuksen aiheen ja tarkoituksen, aineistonkeruun toteutuksen, tutkimusaineiston käytön ja osallistumisen vapaaehtoisuuden. Ilmoitin samassa yhteydessä myös yhteystietoni. Suostumuksen varmistuttua sovin haastatteluajan ja -paikan joko sähköpostitse tai puhelimitse.

Haastattelutilanteet alkoivat tutkimusaiheen ja tutkimuksen tarkoituksen esittelyllä. Lisäksi kerroin nauhoituksen tarkoituksesta ja haastatteluaineiston säilyttämisestä. Korostin tietojen luottamuksellisuutta. Haastattelut etenivät pitkälti haastattelurungon mukaan, mutta tarpeen mukaan muotoilin lisäkysymyksiä erityisesti arvioitaviin toimenpiteisiin liittyen, ellei haastateltava tuonut vapaassa puheessaan kyseisiä asioita esille. En kysynyt haastatteluissa suoraan arvioitavien tavoitteiden toteutumista. Kirjasin muistiinpanoja ylös jokaisen haastattelun aikana ja loputtua. Haastattelun lopussa annoin haastateltaville mahdollisuuden kommentoida vapaasti aihepiiriin liittyen. Lopuksi kysyin haastateltavan mielipidettä terveyskeskuksen nimen käytöstä tutkimustuloksia raportoitaessa.

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Pohjois-Karjalan terveyskeskusten terveysneuvontayksiköiden lähijohtajat, joilla oletin olevan tietoa kansallisten toimintaohjelmien ohjauksesta seksuaaliterveyspalvelujen järjestämiseen ja terveysneuvonnan yksiköissä toteutettavasta nuorten seksuaaliterveyden edistämistyöstä. Tavoitteena oli haastatella yhdentoista terveyskeskuksen lähijohtajaa, mutta sain tutkimusluvan yhdeksään terveyskeskukseen. Tutkimuksessa olivat mukana Ilomantsin, Joensuun, Juuan, Kiteen (johon kuuluu Kesälahden terveyskeskus), Kontiolahden, Lieksan, Liperin, Polvijärven ja Outokummun terveyskeskus (Liite 3). Joensuun terveyskeskukseen kuuluvat Enon, Pyhäselän, Tuupovaaran ja Kiihtelysvaaran terveyskeskukset. Hallinnollisesti Joensuun terveyskeskukseen kuuluvat myös Kontiolahden ja Outokummun terveyskeskukset. Tutkimuskuntien asukasluvut vaihtelevat Polvijärven kunnan 4664 asukkaasta Joensuun kaupungin 74 471 asukkaaseen (Tilastokeskus 2014).

Haastattelut kestivät puolesta tunnista reiluun tuntiin ja haastatteluaineistoa kertyi yhteensä noin 450 minuuttia. Pisimmissä haastatteluissa haastatellut kuvasivat laajasti seksuaaliterveyspalveluiden järjestämistä ja siihen liittyviä haasteita, kun taas lyhimmissä haastatteluissa he pitäytyivät kuhunkin teemaan liittyvässä aihekokonaisuudessa. Litteroitua aineistoa muodostui yhteensä 60 sivua. Numeroin haastattelut juoksevilla numeroinnilla H1-H10.

Tutkimuksessa mukana olleissa terveyskeskuksissa toimii yhteensä kymmenen terveysneuvonnan lähijohtajaa, jotka kaikki osallistuivat haastatteluun. Kaikissa muissa terveyskeskuksissa työskentelee yksi terveysneuvonnan lähijohtaja, mutta Joensuun terveyskeskuksessa työskentelee kaksi: toinen koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ja toinen äitiys-, lasten- ja perhesuunnitteluneuvolan lähijohtajana. Joensuun terveyskeskuksesta haastatelin kahta lähijohtajaa, koska tavoitteenani oli saada käsitys koko terveysneuvonnan yksiköissä tapahtuvasta toiminnasta.

Haastatellut olivat toimineet terveysneuvonnan lähijohtajina 1,3–22 vuotta. Puolet haastatelluista oli toiminut lähijohtajana alle viisi vuotta. Terveysneuvonnan yksiköissä eli koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, ehkäisy- ja perhesuunnitteluneuvolassa ja äitiysneuvolassa toimi 2 ½–35 terveydenhoitajaa. Yhtä terveyskeskusta lukuun ottamatta lähijohtajien vastuualueelle kuului terveysneuvonnan yksiköiden lisäksi myös muita terveyskeskuksen eri toimintayksiköiden johtotehtäviä. Useimmiten lähijohtajat vastasivat 4–6

muun yksikön lähijohtajan tehtävistä. Kokonaisuudessaan alaisten lukumäärä vaihteli 8 henkilöstä 35 henkilöön.

Tutkimusaineiston analyysissä käytin sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysillä tutkija pyrkii erilaisten sisällöllisten luokittelujen avulla analysoimaan tutkittavaan ilmiöön liittyviä sisältöjä. Sisällönanalyysillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä selkeä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä sanallisessa muodossa. Tässä tutkimuksessa pyrittiin analysoimaan millaisia merkityksiä haastateltavat antavat arvioitaville tavoitteille ja ohjelmaohjauksen ohjauudelle. Jouni Tuomen ja Anneli Sarajärven (2012, 95–97) mukaan sisällönanalyysi voidaan tehdä aineisto- tai teorialähtöisesti tai teoriaohjaavasti. Aineistolähtöisessä analyysissä pyritään luomaan aineistosta teoreettinen kokonaisuus, kun taas teorialähtöisessä aineiston analyysi nojaa aiempaan teoriaan tai malliin, jonka mukaan määritellään tutkimuksen käsitteet. Myös teoriaohjaavassa analyysissä luokittelu perustuu aikaisempaan teoriaan tai käsitteistöön, mutta aiempi teoria toimii enemmänkin apuna ja uusien ajatusten virittäjänä analyysin tekemisessä kuin valmiina mallina. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 95–97.) Käytän tässä tutkimuksessa abduktiivista, teoriaohjaavaa analyysitapaa, jonka tekemisessä vaihtelevat aineistolähtöisyys ja aiemmin tiedetyt seikat tutkittavasta ilmiöstä.

Sisällönanalyysin ensimmäisiin vaiheisiin kuuluu analyysirungon muodostaminen. Kun aineisto kerätään teemahaastattelun avulla, teemahaastattelurunko voi toimia aineiston jäsenyyksenä ja koodauksen apuvälineenä. (Eskola & Suoranta 2008, 152; Tuomi & Sarajärvi 2012, 92–93.) Aloitin aineiston tutustumisen kuuntelemalla jokaisen nauhoitetun haastattelun kertaalleen läpi. Sen jälkeen litteroin haastattelut eli purin ne tekstimuotoon. Koska olin kuunnellut haastattelut kokonaisuudessaan, litteroin haastatteluista oleelliset kohdat tutkimuskysymyksiin vastaamisen kannalta. Haastattelurungon teemat (Liite 2) toimivat aineiston alustavan luokittelun pohjana, koska olin rakentanut ne nuorten seksuaaliterveyspalveluille asetettujen tavoitteiden mukaan. Keräsin kutakin teemaa koskevat vastaukset ensin yhteen. Seuraavassa vaiheessa seuloin koko aineistosta tekstikohtia, jotka kuvasivat kyseisiä asioita. Sen jälkeen järjestin teemat uudelleen tavoitearviointi-asetelmani mukaan. Kun luokitus olivat valmis, esitin tulokset näiden teemojen mukaan ja liitin aiempaa teoriaa sekä tutkimustuloksia tukemaan tai kumoamaan saamiani tutkimustuloksia.

5 TOIMINTAOHJELMIEN TUNNETTAVUUDEN JA NUORTEN SEKSUAALITERVEYDEN TAVOITTEIDEN JA TOIMENPITEIDEN TOEUTUMISEN ARVIOINTI

5.1 Kansallisten toimintaohjelmien tunnettavuus

Arvioitaessa kansallisten seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmien tunnettavuutta haastateltujen mukaan, toimintaohjelmat tunnettiin osittain suurimmassa osassa terveysneuvonnan yksiköitä. Toimintaohjelmien olemassaolosta oltiin tietoisia ja ne olivat yksiköiden toimintaan enimmäkseen taustalla vaikuttavia asiakirjoja. Yksi haastateltu lähijohtaja kuvasi asiaa sanomalla: ”seksuaaliterveyteen liittyvät asiat ovat siellä toisella kehällä” (H4). Toimintaohjelmia oli selailtu ja silmäilty, mutta niiden sisältöön ei ollut paneuduttu tarkemmin, eikä niitä ollut käytetty toiminnan suunnittelussa tai kehittämisessä. Kahdessa terveysneuvonnan yksikössä kansallisia toimintaohjelmia ei tunnettu lainkaan.

Toimintaohjelmien perehtymiseen ei haastateltujen mielestä ollut riittävästi aikaa, koska muita työtehtäviä oli niin paljon. Aika- ja resurssipula nousivat esille toimintaohjelmien toteuttamisen esteiksi kaikkien niiden haastateltujen kohdalla, jotka tunsivat toimintaohjelmat osittain tai eivät olleet perehtyneet toimintaohjelmiin ollenkaan. Toimintaohjelmissä oleviin tavoitteisiin ei koettu pystyttävän vastaamaan tämänhetkisillä terveysneuvonnan yksiköissä olevilla pienillä henkilöstö- ja taloudellisilla resursseilla. Seuraavat haastatteluesimerkit kuvaavat toimintaohjelmien käyttöön vaikuttaneita esteitä:

”Siinä vaiheessa kun toimintaa arviojiaan ja tehhään toimintasuunnitelmia, niin se taustamateriaali jota vois siinä vaiheessa hyödyntää, sen läpikäymiseen ei ole riittävästi aikaa ja se jää enemmänkin siihen harrastuneisuuteen.” (H4)

”Pitäis tuntee paremmin se toimintaohjelma, pitäis ruveta perehtymään siihen ihan ajatuksen kanssa ja sitten se, mikä sitä estää, että sitä ei voida toteuttaa...niin se on ihan raha ja resurssikysymys, meillä on kuitenkin pienet resurssit millä mennään ja kun tiedetään tämä taloustilanne niin siihen on vaan taivuttava niin sitten ne ei välttämättä kohtaa ne suositukset ja se millä pystytään palveluja toteuttamaan.” (H9)

Haastatteluesimerkeistä nousee esiin tietynlainen kynnys toimintaohjelmien tarkempaan perehtymiseen, ellei työntekijä omasta kiinnostuksestaan perehdy niihin. Toisaalta esimerkissä tulee esille myös selkeä tarve toimintaohjelmien tuntemiseen. Vaikka useat haastatellut nostivat aika-, henkilöstö- ja taloudelliset resurssit esille toimintaohjelmien käytön esteiksi, toimintaohjelmien olemassaoloa ja tuntemista pidettiin tärkeänä asiana. Lisäksi osa haastatelluista koki terveysterveystyössä tehtävän työn olevan toimintaohjelmien suositusten mukaista, vaikka he eivät olleet tarkemmin perehtyneet toimintaohjelmien esittämiin tavoitteisiin ja toimenpide-ehdotuksiin. Kansallisessa seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa (STM 2007) todetaan, että esitetyt suositukset voidaan toteuttaa osana muuta kehittämistoimintaa, tämänhetkisiä resursseja käyttäen. Joidenkin suositusten toteuttaminen voi aiheuttaa alussa kustannuksia, mutta ajan myötä suositusten toteuttaminen parantaa palvelujen saatavuutta ja laatua. (STM 2007.)

Muutamien haastateltujen mukaan toimintaohjelmat tunnettiin yksiköissä hyvin ja niitä oli käytetty nuorten seksuaaliterveyspalvelujen suunnittelun ja kehittämisen pohjana. Toimintaohjelmien tavoitteita oli nostettu yksiköiden toiminnan tavoitteiksi. Toimintaohjelmat olivat tulleet tutuiksi alueellisen työryhmätyöskentelyn, seksuaalivoujo-koulutuksen suorittaneen henkilön tai terveysterveystyön henkilöstön omaehtoisesta kiinnostuksesta kautta. Seuraava haastatteluesimerkki kuvaa toimintaohjelmien tärkeyttä valtakunnallisten linjausten näyttäjänsä.

”Minusta suositukset ja ohjelmat on erittäin hyviä, koska ne on valtakunnallisia ja silloin se tasa-arvo toteutuu asiakkaan kohdalla (...) minä nään ne erittäin käyttökelpoisena materiaalina, koska muuten käytännöt olis hyvin kirjavia eikä painopistealueita muuten millään saatais Suomessa samalla tavalla.” (H2)

Kansalliset suositukset koettiin keskeisiksi asiakirjoiksi yhteneväisten toimintakäytäntöjen saavuttamisessa ja tasa-arvoisten palvelujen takaamisessa. Ilman kansallisista ohjeistusta käytännöt ja myös ohjauksen laatu poikkeaisivat toisistaan. Tärkeitä kansallisia suosituksia terveysterveystyön suunnitteluun ja kehittämiseen olivat haastateltujen mukaan olleet äitiys- ja lastenneuvolaopas sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon oppaat. Lisäksi haastateltujen mukaan terveysterveystyöpalvelujen järjestämiseen vaikuttivat keskei-

sesti eri lait ja asetukset sekä valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Muutamat haastatellut lähijohtajat totesivat kansallisia suosituksia olevan liikaa, joten tarkka perehtyminen niihin koettiin ylivoimaiseksi.

5.2 Seksuaalineuvonnan ja seksuaaliohjauksen toteutuminen

Seksuaalineuvonnan saatavuuteen liittyvä tavoite toteutui osittain. Toimenpide-ehdotukseen, jonka mukaan seksuaaliterveyden edistämisen näkökulma integroidaan perusterveydenhuollon ehkäisevään työhön, oli vastattu hyvin. Seksuaaliterveyden näkökulma oli integroitu kouluterveydenhuollossa määräaikaiksiin terveystarkastuksiin nuoren kehitykseen, murrosikään, ehkäisyn aloittamiseen ja seurusteluun liittyvänä yksilöllisenä ohjauksena ja opiskeluterveydenhuollossa erityisesti ehkäisyneuvontaan liittyen. Lisäksi seksuaaliterveyden edistämisen näkökulma oli integroitu neuvoloiden raskauden ehkäisypalveluihin, raskauden aikaiseen ja synnytyksen jälkeiseen ohjaukseen ja perhevalmennusryhmiin. Seuraava haastatteluesimerkki kuvaa seksuaaliterveyden näkökulman liittymistä asiakkaiden kokonaisuhoitoon.

”Kaikkeenhan se liittyy, sehän on osa ihmisen elämää, joskus se on enemmän pinnassa joskus vähemmän, en osaa laittaa sitä erilleen mihinkään. Terveystoimittajan työnkuvahan on jo semmonen että sitä ihmisen terveyttä katotaan niinkun joka puolelta että eihän me yhen vaivan takia ihmistä hoideta, vaan kokonaisuushan se on, oli se millä puolella tahansa.” (H6)

Seksuaaliterveyden liittymistä muuhun terveyteen pidettiin luonnollisena asiana, jota ei voida tarkastella erillisenä ilmiönä. Terveystoimittajan työtä eri tehtäväalueilla pidettiin kokonaisvaltaisena asiakkaan terveyden edistämistyönä, johon myös seksuaaliterveys kuuluu. Haastatellut korostivat asiakkaiden tarpeista lähtevän yksilöllisen ohjauksen merkitystä.

Seksuaaliterveyden näkökulman liittyminen eri sairauksien hoitoon tuli esille kuitenkin vain raskausdiabeetikoiden, mielenterveysongelmista kärsivien ja kehitys- ja liikunta- vammaisten ohjauksessa. Näiden asiakasryhmien kohdalla sairauden vaikutus seksuaaliseen toimintakykyyn pyrittiin huomioimaan yksilöllisesti. Erilaisten hoitotoimenpiteiden

yhteydessä huomioitava seksuaaliterveyden näkökulma tuli esille muslimiuskontoon kuuluvien tyttöjen ja naisten vastaanottotilanteissa, mutta ei muiden asiakasryhmien kohdalla. Toimenpide-ehdotus, jonka mukaan seksuaaliterveyden näkökulma liitetään sairauksien hoitoon ja hoitotoimenpiteisiin, toteutui vain osittain.

Toimenpide-ehdotukseen, jonka mukaan jokaisessa terveyskeskuksessa on käytettävissä seksuaalineuvojan täydennyskoulutuksen saanut työntekijä, oli vastattu osittain: puolessa terveysneuvonnan yksiköistä työskentelee terveydenhoitaja, jolla on seksuaalineuvojan täydennyskoulutus. He tekivät seksuaalineuvontatyötä oman työnsä ohessa, lähinnä omissa asiakaskontakteissaan. Varsinaiseen seksuaalineuvontaan, jossa yhdelle tai kahdelle henkilölle tarjotaan dialogista apua esimerkiksi seksuaalisiin toimintahäiriöihin liittyen, heillä oli käytettävissä resursseja hyvin rajallisesti.

”Terveydenhoitaja on omasta kiinnostuksestaan kouluttautunut seksuaalineuvojaksi. Periaatteessa kuka vaan voi mennä vastaanotolle, mutta käytännössä rajoittaa se onko vapaita aikoja (...), mutta se että meillä olis seksuaalineuvojan vastaanotto toimintaa, niin sitä ei ole. Henkilökunta tietää että meillä on seksuaalineuvojakoulutuksen saanut henkilö ja hänelle periaatteessa voi ohjata asiakkaita.” (H4)

Seksuaalineuvoja-koulutukseen hakeutumisessa nousee esiin työntekijän oma kiinnostus toimia seksuaaliterveyteen liittyvien ongelmien kanssa. Vaikka seksuaalineuvoja-koulutuksen saaneet terveydenhoitajat eivät voineet toteuttaa varsinaista vastaanotto toimintaa, osassa terveysneuvonnan yksiköitä muut terveydenhoitajat tai muiden yksiköiden työntekijät voivat konsultoida seksuaalineuvojaa omien asiakkaidensa kohdalla tai lähettää heitä seksuaalineuvontaan. Seksuaalineuvoja-koulutuksen saaneen henkilön työpanosta pidettiin tärkeänä lisänä terveysneuvonnan yksiköissä. Seksuaalineuvonnan tarvetta arvioitiin olevan enemmän kuin tämänhetkisillä resursseilla pystytään tarjoamaan (ks. myös Sannisto 2010).

Seksuaalineuvonnan tasa-arvoiseen toteutumiseen liittyvä tavoite ja siihen pääsemiseksi asetetut toimenpiteet toteutuivat osittain. Toimenpide-ehdotus sukupuolten välisen tasa-arvon huomioinnista palvelukontakteissa toteutui hyvin: pojat ja nuoret miehet pyrittiin huomioimaan samalla tavalla kuin tytöt ja nuoret naiset. Suurin osa haastatelluista kertoi

poikien tulevan yhä useammin yhdessä tyttöystävien kanssa vastaanotolle esimerkiksi raskauden ehkäisyn aloitukseen. Nuoret miehet tulivat terveysterveystalon vastaanotoille tyypillisesti odottavien naisten kanssa äitiysterveystalonkäynnille, mutta muuten nuoret miehet hakeutuivat vastaanotoille harvoin. Haastateltujen mukaan myös pojat tulivat harvoin yksin vastaanotoille määräaikaisten tarkastuskäyntien lisäksi. Nuorille miehille tai pojille suunnattuja neuvontapalveluita ei ollut erityisesti lisätty tai kehitetty.

Toimenpide-ehdotus vähemmistöjen ja erityisryhmien tarpeiden huomioinnista terveysterveystalon seksuaalineuvontapalveluissa toteutui osittain. Erityisryhmien tarpeiden huomiointiin oli panostettu terveysterveystalon yksiköissä. Yleisin erityisryhmä oli maahanmuuttajat, joita oli käynyt asiakkaina useimmissa terveysterveystalon yksiköissä. Lisäksi erityisryhminä mainittiin romanitaustaiset, kehitys- ja liikuntavammaiset ja erilaisiin uskonnollisiin ryhmiin kuuluvat henkilöt. Erityisryhmien neuvonta- ja ohjaustarpeita oli pyritty huomioimaan esimerkiksi kouluttautumalla ja perehtymällä kulttuuristen näkemysten eroavaisuuksiin ja käyttämällä tulkkipalveluita. Haastavina asiakasryhminä terveysterveystalon neuvonnassa koettiin ympärileikatut naiset ja myös muslimiuskontoon kuuluvat nuorten vanhemmat, joille nuoren seksuaalisuudesta puhuminen oli tabu.

Yksittäisiä seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvia henkilöitä oli ollut asiakkaina noin puolessa terveysterveystalon yksiköistä. Vähemmistöryhmiin kuuluvia asiakkaita pyrittiin ohjaamaan kuten muitakin terveysterveystalon asiakkaita ja neuvonnan erityistarpeita pyrittiin huomioimaan tapauskohtaisesti. Seuraavassa esimerkissä on yhden haastatellun näkemys erityisryhmien tarpeiden huomioinnista:

”Enenevässä määrin on kyllä erilaisia perheitä äitiysterveystalossa ja tietysti siellä se pitää ottaa huomioon ja jo se miten puhutaan puolisoista onko se aviomies ja aviovaimo kun suurin osa on avoliitossa nykyisin ja sitten se ei oo välttämättä mies se puoliso, terveystalossa ei välttämättä oo äiti ja isä vaan voi olla kaks äitiä tai jopa kaks isää.” (H10)

Esimerkissä seksuaalisen suuntautumisen moninaisuutta huomioitiin pohtimalla perinteisiä käsityksiä perheestä ja parisuhteesta ja myös miettimällä erilaisten perheiden jäsenten puhuttelemista. Vähemmistöryhmien huomiointi tuntui luonnolliselta. Kansallisissa suo-

situksissa, esimerkiksi äitiysneuvolaoppaassa (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013) ja kouluterveydenhuollon laatusuosituksessa (STM & Suomen Kuntaliitto 2004) korostetaan vähemmistöryhmien erityistarpeiden huomioimista terveydenhuollon palveluissa, jotta palveluja ei koeta syrjivinä tai riittämättöminä.

Tavoite ohjauksen saamisesta odotusajan riskeistä ja synnytykseen valmentautumisesta ja synnytyksen jälkeisestä hoidosta toteutui hyvin. Tavoitteen saavuttamiseksi asetettuihin kaikkiin toimenpiteisiin oli vastattu täysin. Toimenpide-ehdotus ohjauksen antamisesta elämäntapamuutoksiin raskausdiabeteksen riskissä oleville ja ylipainoisille odottajille toteutui hyvin. Terveelliseen ravintoon ja liikunnan harrastamiseen liittyvää ohjausta annettiin kaikissa terveysneuvonnan yksiköissä. Lisäksi heille oli järjestetty jatkuva seuranta ja ohjaus neuvolassa ja tarvittaessa myös diabeteshoitajan tai ravitsemusterapeutin lisäohjaus. Muutamat haastatellut kertoivat ylipainon olevan riski raskauden aikana, mutta myös mahdollisuus odottavien naisten elämäntapamuutoksiin:

”Meillä on paljon kaikkee, se on jatkuva haaste, raskausaikanaahan ylipaino on iso riski mutta toisaaltahan raskaus on hyvä motivaattori tehdä näitä elämäntapamuutoksia, silloinhan siihen panostetaan ihan tosi paljon, terveydenhoitajilla on hyvä tietämys raskausdiabeteksen ennaltaehkäisystä ja hoidosta..” (H10)

Terveysneuvonnan yksiköissä oli selkeästi panostettu raskausdiabeteksen riskissä olevien ja ylipainoisten odottavien ohjaukseen, johon ammattilaisten tiedot koettiin riittäviksi. Terveydenhoitajien ohjauksen lisäksi yhdessä terveyskeskuksessa ravitsemusterapeutti toteutti raskausdiabeetikoille omia ryhmiä ja myös perhevalmennukseen liittyvää ohjausta raskausdiabeteksen ehkäisystä ja hoidosta. Yksi terveysneuvonnan yksikkö oli suunnitellut ylipainoisille odottajille ja äskettäin synnyttäneille ryhmäohjausta yhteistyössä ravitsemusterapeutin kanssa, mutta ryhmään pyydetty henkilöt eivät kuitenkaan osallistuneet ryhmään. Ryhmien suunnittelua ja kokoamista ei koettu vaikeaksi, mutta osallistujien tulematta jääminen koettiin ongelmalliseksi.

Toimenpide-ehdotukset AUDIT-lomakkeen käytöstä päihteiden käytön tunnistamiseksi ja ohjauksen antaminen alkoholin ja muiden päihteiden käytön sekä tupakoinnin rajoittamisesta ja lopettamisesta toteutuivat hyvin. Kaikille raskaana oleville naisille ja myös

imettäville äideille käytettiin AUDIT-lomaketta ja heidän kanssa keskusteltiin päihteiden käytön ja tupakoinnin välttämisestä raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Päihteisiin ja tupakointiin liittyvä ohjaus toteutui haastateltujen mukaan ”rutiininomaisesti”.

Toimenpide-ehdotukset synnytysvalmennuksen toteutumisesta osana perhevalmennusta ja odottavan naisen osallistumisesta synnytyssuunnitelmansa laatimiseen toteutuivat hyvin. Perhevalmennusta oli toteutettu jo kauan terveystieteiden yksiköissä ja sen eri toteuttamismuotoja oli kokeiltu vuosien varrella. Perhevalmennus toteutui joko yksilöllisesti tai ryhmässä tai molemmissa. Joillakin paikkakunnilla ei saatu perhevalmennusryhmiä kokoon pienen syntyvyyden tai vähäisen osallistujamäärän vuoksi. Pääsääntöisesti ensisynnyttäjät kävivät synnytysvalmennuksessa myös keskussairaalassa, jossa he samalla tutustuivat synnytyssairaalan tiloihin ja toimintoihin. Vaikka jokaisessa terveystieteiden yksiköissä odottavalle naiselle annettiin mahdollisuus synnytyssuunnitelmansa laatimiseen, sen laatimista etukäteen myös kritisoitiin:

”...kuinka monta synnytystä voi suunnitella etukäteen tai voihan niitä suunnitella, mutta harvoin ne mennee niinkun on paperilla suunniteltu että toisaalta en näkis hirveesti järkeä ohjeistaa ihmistä suunnittelemaan etukäteen miten toimit siinä tilanteessa.” (H1)

Koska synnytyksen aikaisia tapahtumia ei voida varmuudella ennustaa, synnytyksen tarkkaa etukäteissuunnittelua ei pidetty tarpeellisena. Teoriassa suunniteltu synnytystapahtuma ei vastannut käytännön tilannetta. Synnytyssuunnitelman laatimista pidetään kuitenkin tärkeänä osana synnytysvalmennusta useiden kansallisten suositusten mukaan (ks. esim. Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013). Synnytyssuunnitelman laadinta pidetään tärkeänä erityisesti synnyttävän naisen hallinnan tunteen ja itsemääräämisoikeuden lisäämiseksi, mutta myös tietoisuuden parantamiseen erilaisista kivunlievitysvaihtoehdoista.

Synnytyksen jälkeinen kotikäynti tehtiin jokaisen ensisynnyttäjän kotiin: kotikäynnin toteutumista koskevaan toimenpide-ehdotukseen vastattiin hyvin. Joillakin paikkakunnilla tehtiin useampikin kotikäynti perheen yksilöllisen tarpeen mukaan. Kotikäyntejä tehtiin myös uudelleen synnyttäjien koteihin, ellei synnyttäjä kieltänyt työntekijää tulemasta. Kahdessa toimipisteessä perhetyöntekijä osallistui kotikäynteihin terveydenhoitajan

kanssa tai he kävivät vuorotellen synnyttäneen kotona. Lapsen syntymän jälkeisen käynnin sisältöinä olivat vauvan hoidon ja imetyksen ohjaus sekä äidin ja isän tai kumppanin voinnin seuranta. Yksittäisten haastateltujen mukaan kotikäynnillä ohjattiin myös lantiopohjan lihasten harjoittelua ja sopivan ehkäisymenetelmän valintaa.

5.3 Yhteistyön toteutuminen

Eri ammattiryhmien ja toimialojen väliseen yhteistyöhön liittyvä tavoite toteutui osittain. Kaikki haastatellut kokivat yhteistyön tekemisen tärkeäksi asiaksi. Jokainen terveysneuvonnan yksikkö teki jossain määrin yhteistyötä koulujen ja oppilaitosten sekä nuorten vanhempien kanssa: yhteistyötä koskeviin toimenpide-ehdotuksiin oli vastattu osittain. Yleisin yhteistyömuoto oli terveydenhoitajien osallistuminen koulujen vanhempainiltoihin, joissa he esittelivät terveysneuvonnan palveluja tai pitivät esitelmiä seksuaaliterveyteen liittyvistä aiheista. Nuorten vanhempien ja huoltajien kanssa tehtiin yhteistyötä aktiivisesti myös Wilma-portaalin kautta. Wilma toimi viestien välittäjänä terveysneuvonnan ja kotien välillä. Yhteistyötä pyrittiin lisäämään myös pyytämällä vanhempia mukaan 8-luokkalaisten laajoihin terveystarkastuksiin. Seuraava haastatteluesimerkki kuvaa terveysneuvontayksikön työntekijöiden yhteistyön haasteita nuorten vanhempien kanssa:

”Ja nyt kun on ne laajennetut terveystarkastukset, niin ohjeistuksen mukaan me yritetään saaha sinne niitä vanhempia mukkaan, mutta ei se oo ihan helppo asia. Kyllähän ne tulee tänne neuvolaan ekaluokkalaisten kanssa mutta sitten kun tulee 8-luokkalainen niin eipä ne tulekkaan, nuoret ei halluu niitä mukkaan ja sitten pitäisi olla töistä vappaata jotta pääsis memmat mukkaan.” (H6)

Vanhempien osallistumista nuorten terveystarkastuksiin pidettiin toivottavana, mutta varsinkin 8-luokkalaisten kohdalla vanhemmat osallistuivat näihin käynteihin vähän. Haastatteluesimerkin mukaan yhteistyön esteet voivat johtua nuoren asenteesta pyytää vanhempaa mukaan tai vanhemman työhön liittyvistä haasteista. Vanhempia toivotaan mukaan ainakin yhdelle 8-luokkalaisten laajoihin terveystarkastuksiin liittyvistä käynneistä, mutta kahdenkeskinen keskustelu nuoren kanssa on myös suositeltavaa järjestää (ks. esim. Hakulinen-Viitanen ym. 2012).

Muutaman terveysneuvontayksikön terveydenhoitaja oli pitänyt kouluilla ja oppilaitoksissa oppitunteja, joiden aihealueena oli seksuaaliterveys. Terveydenhoitajien pitämät oppitunnit toteutuivat joko 4-luokan tytöille tai 8- tai 9-luokan kaikille oppilaille. Yhdessä terveysneuvonnan yksikössä terveydenhoitajat olivat suunnitelleet terveystiedon tunteja yhdessä opettajien kanssa ja antaneet materiaaleja opettajien käyttöön. Osa terveysneuvontayksiköiden terveydenhoitajista oli osallistunut kouluilla ja oppilaitoksissa järjestettyihin teemapäiviin tai terveysneuvontatapahtumiin, joiden yhtenä aiheena oli ollut seksuaaliterveys. Oppilasryhmät olivat käyneet tutustumassa ehkäisy- ja perhesuunnitteluneuvolan toimintaan alle puolessa tutkimuksessa mukana olleista terveyskeskuksista. Haastateltujen mukaan yhteistyötä tehtäisiin enemmän, jos tämänhetkisiä resursseja hyödynnettäisiin tehokkaammin ja toisaalta resursseja olisi enemmän erilaisten yhteistyömuotojen kehittämiseen ja toteuttamiseen.

Terveysneuvontayksiköiden terveydenhoitajat tekivät aktiivisesti yhteistyötä terveyskeskuksen muiden ammattiryhmien kanssa esimerkiksi nuoren elämäntilanteen vaatiessa moniammatillista konsultaatiota. Yleisimmin terveydenhoitajat tekivät yhteistyötä lääkäreiden ja sosiaalitoimen työntekijöiden kanssa: *”Meillähän tehään paljon yhteistyötä mielenterveys- ja päihdepuolella ja nämä terveydenhoitajat ja lääkäri tekevät yhteistyötä keskenään ja moniammatillista konsultaatiota on mahdollisuus käyttää”* (H8). Yhteistyön tekeminen oli haastateltujen mielestä sujuvaa erityisesti sen vuoksi, kun eri ammattiryhmät toimivat usein saman katon alla.

5.4 Seksuaaliterveystietouden jakaminen

Seksuaaliterveyttä koskevan laadukkaan tiedon tuottamista koskeva tavoite ja lähes kaikki sen saavuttamiseen esitetyt toimenpide-ehdotukset toteutuivat osittain. Toimenpide-ehdotukseen asiakasmateriaalin pitämisestä helposti saatavilla vastattiin osittain. Haastatellut suhtautuivat paperilla jaettavaan materiaaliin varauksella. Paperilla olevaa asiakasmateriaalia oli saatavissa kaikissa terveysneuvontayksiköissä, mutta se oli pääosin kaupallista mainontaa sisältävää. Yhdessä terveyskeskuksessa jaettiin myös ammatikorkeakoulun opiskelijoiden tekemiä opaslehtisiä, esimerkiksi alkoholin ja seksuaalisen riskikäyttäytymisen välisestä yhteydestä. Yksi terveysneuvonnan lähijohtaja kommentoi paperilla jaettavan materiaalin olemassaoloa seuraavasti:

”Itse asiassa sitä materiaalia on tosi vähän, sitä itse tuotettua materiaalia, meillä on nuo ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat tehny pieniä lehtisiä että jos tulee semmonen onnistunut lehti niin sitä yritetään sitten painattaa jakoon.” (H7)

Paperilla olevasta materiaalista oltiin luopumassa kaikissa yksiköissä, eikä materiaalia itse enää tuotettu. Sen sijaan internetissä olevaa seksuaaliterveyteen liittyvää materiaalia pidettiin nuorten kohdalla tärkeimpänä tiedonlähteenä. Seksuaaliterveyteen liittyvistä internet-sivustoista kerrottiin kaikkien terveysneuvontayksiköiden asiakkaille. Internet-sivustojen markkinoinnissa korostettiin tutkittuun ja luotettavaan tietoon perustuvia lähteitä. Käypä hoito-suositusten potilasversioita jaettiin harvoin asiakkaille, mutta ammattilaisten käyttöön tarkoitettuja Käypä hoito-suosituksia ja terveystietoporttia hyödynnettiin käytännön työn tukena kaikissa terveysneuvonnan yksiköissä. Toimenpide-ehdotukseen, jonka mukaan kansalaisen terveystietoportista tiedotetaan useita kanavia myöten, ei ollut vastattu ollenkaan. Kansalaisen terveystietoportti oli haastatelluille pääosin vieras.

Tavoite, jonka mukaan kaikilla tulevilla vanhemmilla on mahdollisuus käyttää palveluja myös internetin kautta, toteutui osittain. Toimenpide-ehdotukseen palvelujen kehittämisestä monialaisessa yhteistyössä oli vastattu vain osittain, koska useimpien haastateltujen mukaan internet-pohjaisten palvelujen kehittäminen ja käyttöön juurruttaminen oli vasta alkuvaiheessa. Sähköisen ajanvarauksen mahdollistamiseen liittyvä toimenpide toteutui osittain. Sähköinen ajanvaraus oli käytössä suurimmassa osassa terveysneuvonnan yksiköitä, mutta vain osassa näistä toimipisteistä sähköisen ajan voi varata useisiin terveysneuvonnan palveluihin ja osassa rajoitetummin vain tiettyihin palveluihin, esimerkiksi opiskeluterveydenhuoltoon. Suurimmassa osassa terveysneuvonta-yksiköitä oli käytössä Medinet-verkkopalvelu. Medinet-palvelun avulla Pohjois-Karjalan alueen asukkaat voivat seurata ja edistää omaa terveyttään ja asioida sähköisesti ammattilaisten kanssa (Medinet 2015). Haastateltujen mukaan Medinet-palvelua käytettiin yleisimmin laboratorio-tulosten lähettämiseen ja seurantaan ja yksittäisten haastateltujen mukaan myös viestien lähettämiseen ja vastaanottamiseen, omaehtoiseen verenpaineeseen ja äitiysneuvolan esitietolomakkeiden täyttämiseen. Yhdessä toimipisteessä oli suunniteltu Medinetin käytön laajentamista semppi- eli itsehoitopisteille, joissa asiakas voi käyttää palvelua

muiden palvelujen lisänä. Lisäksi yhdessä toimipisteessä oli suunnitteilla liittää perhevalmennus Medinetissä tapahtuvaksi (internetissä toimiva neuvola).

Tavoite, jonka mukaan nuoret tuntevat lapsettomuuden taustalla olevat syyt ja riskitekijät sekä riskien ehkäisyn, toteutui osittain. Toimenpide-ehdotus hedelmällisyyteen liittyvän valistuksen antamisesta koulu- ja opiskeluterveydenhuollon asiakaskontakteissa toteutui hyvin. Valistusta annettiin nuorten vastaanottokäynneillä ja myös kouluilla ja oppilaitoksissa toteutettujen teemapäivien tai terveysneuvontatapahtumien yhteydessä. Tupakka- ja alkoholi-valistuksen yhteydessä annettiin tietoa niiden vaikutuksista hedelmällisyyteen ja lapsettomuuteen. Lisäksi perhesuunnitteluneuvoloissa annettiin tietoa ylipainon vaikutuksista raskaaksi tulemiseen. Nuorille suunnattuja tiedotuskampanjoita lapsettomuuden riskitekijöiden ehkäisystä ei ollut järjestetty, joten toimenpide-ehdotus terveydenhuollon ja kolmannen sektorin yhteistyössä järjestettävistä tiedotuskampanjoista ei toteutunut.

Toimenpide-ehdotukseen, jonka mukaan tietoutta sukupuolitaudeista ja niiden ehkäisystä ja vaikutuksista edistetään, oli vastattu hyvin. Sukupuolitautilien tartuntatapoihin, ehkäisyyn ja seurauksiin liittyvää tietoa annettiin nuorille henkilökohtaisilla käynneillä kaikissa terveysneuvonnan yksiköissä. Lisäksi tietoa jaettiin koulujen ja oppilaitosten kanssa yhteistyössä toteutetuissa teemapäivissä ja muissa tapahtumissa.

Tavoite, jonka mukaan nuoret ovat tietoisia seksuaalioikeuksistaan ja osaavat puolustaa oikeuksiaan sekä kunnioittaa toisten oikeuksia, toteutui vain pieneltä osin. Suurin osa haastatelluista kuvasi nuorten seksuaalioikeuksien käsittelyn ja niistä tiedottamisen nuorten vanhemmille kuuluvan lähinnä koulun opetukseen, ei niinkään terveysneuvontaan. Kolmasosa haastatelluista kertoi nuorten seksuaalioikeuksia käsiteltävän vastaanottotilanteissa. Nuorten kanssa keskusteltiin oman kehon itsemääräämisoikeudesta etenkin raskauden ehkäisyn aloituksessa. Yksi haastateltu kertoi nuorten seksuaalioikeuksien olleen teemana yläkoulun vanhempain illassa. Seksuaalista ja muuta väkivaltaa käsiteltiin ja otettiin rutiininomaisesti puheeksi asiakaskontakteissa vain muutamassa terveysneuvonnan yksikössä: toimenpide-ehdotus seksuaalista väkivaltaa ehkäisevästi toimimisesta toteutui pieneltä osin. Kuitenkin suurimmassa osassa terveysneuvontayksiköitä seksuaalinen tai muu väkivalta otettiin herkästi puheeksi ja käsiteltäväksi, jos asiakas toi väkivallan esille tai keskustelun aikana työntekijällä heräsi epäily väkivallasta. Väkivallan

seulontalomakkeita käytettiin joko antamalla lomake asiakkaalle täytettäväksi tai kysymällä lomakkeen kysymykset suullisesti vastaanotolla. Toimenpide-ehdotus seksuaalisen ja muun väkivallan vähentämisen näkökulman huomioimisesta asiakkaille annettavissa ohjeissa toteutui vain osittain.

5.5 Seksuaaliterveyspalveluiden saatavuus

Tavoite, jonka mukaan jokaisella yksilöllä ja parilla on mahdollisuus saada sopiva ehkäisymenetelmä, toteutui osittain. Toimenpide-ehdotukset, joiden mukaan raskauden ehkäisyneuvonnan yksiköissä virka-aikana. Ehkäisyn aloituksessa ehkäisytabletit annettiin maksutta 1-3 ensimmäisen kuukauden ajan ja sen jälkeen ne olivat maksullisia, kuten muutkin ehkäisyvälineet. Yhdessä terveysneuvonnan yksikössä pyrittiin jatkamaan ehkäisytablettien antamista maksutta kuuteen kuukauteen ja maksimissaan yhdeksään kuukauteen saakka. Myös toimenpide-ehdotus, jonka mukaan ehkäisyn aloitus onnistuu myös koulu- ja opiskeluterveydenhuollon kautta, toteutui suurimmassa osassa toimipisteitä. Ehkäisyn aloitus tapahtui nuoren kohdalla useimmiten viipymättä: se järjestyi viikon sisällä yhteydenotosta. Yhdessä terveyskeskuksessa asiakkaiden suuren lukumäärän vuoksi ehkäisyn aloitukseen saattoi mennä enemmän kuin viikko aikaa. Raskauden ehkäisyn aloittamiseen ja seurantaan liittyvät tutkimukset sisältyivät näihin palveluihin. Tutkimuksina mainittiin raskaudesta, verenpaineen mittausta, sukupuolitauditestit tarvittaessa ja irtosolunäyte-tutkimus tarvittaessa tai vuoden kohdalla ehkäisyn aloituksesta. Toimenpide-ehdotus tutkimusten liittymisestä raskauden ehkäisyneuvonnan palveluihin toteutui siis hyvin.

Toimenpide-ehdotus, jonka mukaan raskauden ehkäisyn aloitukseen liitetään kokonaisvaltaisen seksuaaliterveyden näkökulma, toteutui osittain. Raskauden ehkäisyn aloitukseen oli liitetty ohjausta ja neuvontaa muun muassa sukupuolitautilien ehkäisystä, kondomin käytöstä ja väkivallan ehkäisystä. Yksittäisten haastateltujen mukaan ohjausta annettiin myös henkilökohtaisesta hygieniasta ja oman kehon itsemääräämisoikeudesta. Sukupuolitautilien ehkäisyn näkökulma liitettiin raskauden ehkäisyn aloitukseen esimerkiksi

rutiininomaisella klamydiatestiin ohjauksella. Osassa yksiköistä klamydiatesti otettiin oireiden perusteella tai se liittyi myöhempiin raskauden ehkäisyn seurantakäynteihin, jos kumppani oli vaihtunut.

Alle 20-vuotiaiden jälkiesiakkaiden jälkitarkastukseen ohjaamiseen liittyvä toimenpide-ehdotus toteutui osittain. Haastateltujen mukaan jälkiesiä tarvitsevat nuoret ovat hakeneet tabletit apteekista sen jälkeen, kun ne vapautuivat itsehoitolääkkeiksi. Jälkiesin käytön jälkeen vain pieni osa nuorista tuli terveydenhoitajan vastaanotolle. Useimmat haastatellut kokivat käytännön jossain määrin ongelmalliseksi. Yksi haastateltu kommentoi käytäntöä seuraavasti:

”Meidän toivoma käytäntö on, että kun nuori hakkee sitä jälkiesiä apteekista niin apteekki ohjaa ottamaan yhteyttä ja mainostaa meidän sähköistä ajanvarausta (...) minusta siihen ei oo muuta keinoja kuin se että apteekki muistuttaa mutta eihän siihen mitään kontrollia voi rakentaa.” (H4)

Terveysneuvonnan yksiköissä luotettiin siihen, että apteekin henkilökunta neuvoo nuorta ottamaan yhteyttä terveysneuvontaan jälkitarkastusajan varaamiseksi. Nuoren hakeutumista jälkitarkastukseen kannatettiin yleisesti, mutta terveysneuvonnan yksiköissä ei voitu vaikuttaa asiaan: päätöksen hakeutumisesta teki viime kädessä nuori itse.

Nuorten palveluissa huomioon otettiin luottamuksellisuuden ja helppoon saavutettavuuteen kohdistuvat toimenpiteet toteutuivat hyvin. Luottamuksellisuutta haastatellut lähijohtajat pitivät itsestään selvänä asiana, kuten kaikkien muidenkin asiakasryhmien palveluissa. Useat haastatellut kertoivat luottamuksellisuutta ja vaitiolovelvollisuutta korostettavan juuri nuorten kanssa asioidessa. Luottamuksellisuus aiheutti erityistä pohdintaa niissä tilanteissa, kun alaikäinen nuori tuli vastaanotolle puhumaan seksuaalisuhteen aloittamisesta ja raskauden ehkäisyn tarpeesta. Seuraava haastatteluesimerkki kuvaa luottamuksellisuuden säilyttämiseen liittyvää haastetta, kun alle 16-vuotias tuli hakemaan raskauden ehkäisyä:

”Me ollaan nyt tehty se ratkaisu, että nuorelta kysytään ja jos nuori sanoo että ei, niin sitten ei oo otettu vanhempain yhteyttä. Tässä on koko ajan puun ja kuoren välissä näitten nuorten kanssa, tavallaan meillä on pidetty kiinni

siitä, että terveydenhoitaja varmentaa että ne oikeesti tietää mitä ne tekee ja ymmärtää.” (H7)

Luottamuksellisuuden säilyttämistä pidetään tärkeänä asiana ja samanaikaisesti tasapainoillaan sen kanssa, miten nuoret osaavat päättää hoidostaan. Keskustelemalla ja tietoa antamalla pyrittiin varmistamaan, että nuori tietää mihin hoitoon on sitoutunut. Palvelujen luottamuksellisuuden huomioinnin lisäksi suurin osa haastatelluista piti terveysneuvonnan palveluita nuorille helposti saavutettavina. Helppoon saavutettavuuteen haastatellut kuvasivat vaikuttaneen erityisesti sen, että terveydenhoitajat olivat tuttuja oppilaille ja opiskelijoille. Terveydenhoitajien koettiin olevan helposti lähestyttäviä ja omaavan hyvät vuorovaikutustaidot nuorten kanssa toimimiseen.

”Meillä on kyllä semmoset henkilöt sekä koulun puolella että neuvolassa että he ovat helposti lähestyttäviä, että he ei varmasti vähättele kettään ja varmasti hoitavat ja ihmiset uskaltaa tulla.” (H2)

Lisäksi helppoon saavutettavuuteen vaikutti haastateltujen mukaan koulu- ja opiskeluterveydenhuollon toimipisteiden sijainti koulujen ja oppilaitosten yhteydessä, mahdollisuus sähköiseen ajanvaraukseen ja joillekin vastaanotoille pääsy myös ilman ajanvarausta. Eräs haastateltu kiteyttää palvelujen helpon saavutettavuuden perusteluksi seuraavaa:

”Meillehän voi tulla hoitajan vastaanotolle ilman ajanvarausta niinkun periaatteessa jatkuvasti ja jos ei just pysty ottamaan niin varataan aika ja se aika on yleensä lähipäiville. Jos tulee vastaanotolle ja niin paljon jo näkee vaivaa että ottaa kontaktin, se on kyllä helposti saavutettavissa, sama pätee yläkouluun ja myös neuvolaan, että hyvin joustavasti. (H5)

Nuorten omaehtoista tulemistä vastaanotolle pidettiin palvelujen helpon saavutettavuuden osoituksena. Kun nuori saapui itsenäisesti vastaanotolle, hänelle pyrittiin varaamaan vastaanottoaika mahdollisimman nopeasti. Kouluterveydenhuollon palveluiden tarjontaa ensimmäisenä, helposti lähestyttävänä kontaktina suositellaan erityisesti tilanteissa, joissa ehkäisyyn tarve ja seksuaalisuhteen aloittaminen on nuorella ajankohtaista (ks. esim. STM & Stakes 2002). Useat asiantuntijat (ks. esim. Hermanson, Cacciatore & Apter

2004) ja myös kansalliset suositukset korostavat kouluterveydenhuollon palvelujen helppoa saavutettavuutta nuorten seksuaaliterveyden edistämiseksi, mutta myös näiden palvelujen kehittämistä.

Sukupuolitautilien määrän laskemiseen tähtäävä tavoite toteutui osittain. Haastateltujen mukaan sukupuolitautiltutkimuksia tehtiin herkästi ja sukupuolitautilien määrän vähentämiseen pyrittiin vaikuttamaan aktiivisesti. Toimenpide-ehdotuksiin, joiden mukaan klamydianäyte otetaan jokaiselta uudelta alle 25-vuotiaalta ehkäisyasiakkaalta ja klamydian opportunistista seulontaa lisätään, vastattiin vain osittain. Klamydiatutkimuksia tehtiin pääasiassa oireiden perusteella ja varsinaista opportunistista seulontaa ei tehty. Myös muiden sukupuolitautilien testeihin nuoret pääsivät oireiden perusteella joko otettua yhteyttä puhelimitse tai käymällä vastaanotolla. Lisäksi papilloomavirusrokotteet oli annettu suurimmalle osalle tytöistä kaikissa terveysneuvonnan yksiköissä. Toimenpide-ehdotukseen klamydiapositiivisten henkilöiden sukupuolikumppaneiden tutkimukseen ja hoitoon saattamisesta oli vastattu hyvin jokaisessa yksikössä.

Alle 25-vuotiaiden raskaudenkeskeytysten vähentämiseen liittyvän tavoitteen toteutumista ei voi arvioida tämän tutkimuksen perusteella, koska haastateltujen mukaan raskauden keskeytysasiakkaat ohjautuivat pääosin lääkäreiden päivystys- tai ajanvarausvastaanotolle. Eräs haastateltu kuvasi käytäntöä näin: *”Nehän käy lääkärin vastaanotolla ne jotka raskauden keskeytykseen lähetteen saavat, kyllähän siinä terveyskeskuslääkäri, joka sitä asiaa hoitaa käy läpi varmasti niitä asioita ja miten pystytään välttämään ja sitä ehkäisyasiaa mikä se olis sopiva sitten asiakkaalle”* (H3). Lääkärin antamaan ohjaukseen luotettiin, jotta ei-toivotun raskauden uusimisesta välttyttäisiin ja myös raskauden ehkäisymenetelmän valintaan kiinnitettäisiin huomiota. Osa haastatelluista kuvasi toistamiseen raskauden keskeytykseen hakeutuvien nuorten jatkohoidon ja seurannan olevan järjestetty terveyskeskuksessa ja osan heistä tulevan seurantakäynneille terveysneuvonnan yksiköihin.

Myöskään tavoitetta, jonka mukaan seksuaalista väkivaltaa kokeneet pääsevät asianmukaiseen tutkimukseen ja hoitoon, ei voi arvioida tämän tutkimuksen tulosten perusteella. Seksuaalista väkivaltaa kokeneiden tutkimus ja hoito oli pohdittu ja järjestetty puolessa terveyskeskuksista. Hoito painottui lääkäreiden vastaanotoille, eivätkä väkivaltaa koke-

neet olleet ensisijaisesti terveysneuvontayksiköiden asiakkaita. Kuitenkin joidenkin seksuaalista väkivaltaa kokeneiden hoito saattoi alkaa terveysneuvontayksikön käynniltä, jossa he kertoivat ensimmäistä kertaa kokemuksestaan. Myös lääkärin vastaanottokäyntien jälkeiset seurantakäynnit voivat toteutua terveysneuvonnan yksikössä. Yksi haastateltu lähijohtaja toivoi alueellisen hoitoketjun rakentamista väkivaltaa kokeneiden kokonaishoidon järjestämiseksi ja selkeyttämiseksi.

Haastateltujen mukaan seksuaalista ja muuta väkivaltaa kokeneiden oireiden tunnistamista oli parantanut MARAK-menetelmäkoulutuksiin (moniammatillinen riskien arviointi) ja muihin aihepiiriä koskeviin koulutuksiin osallistuminen. MARAK-koulutuksiin olivat osallistuneet kaikki terveysneuvonnan yksiköt. Muutamat haastatellut lähijohtajat toivat esille väkivallan oireilun tunnistamisen haasteellisuuden.

”Onhan niitä koulutuksia ollu ja niihin osallistuttu, mutta ne oireethan ovat aika yllättäviä, joku sanoo että en vois kuvitella että tuossa perheessä on, että kyllähän se on semmonen vaikke ja sitten nuo lastensuojeluasiat, ne on rankkoja systeemejä, että en tiijä onko meidän taijjot, että millä olis varmaan kehittämistä sillä alueella..” (H6)

Haastatteluesimerkissä nousee esiin väkivallan tunnistamisen haasteellisuuden lisäksi myös väkivallan esiintymisen arvaamattomuus ja tarve työntekijöiden käytännön taitojen vahvistamiseen. Vaikka väkivallan kokeneiden oireilun tunnistaminen koettiin haasteellisenä työtehtävänä, useiden haastateltujen mukaan oireilun tunnistamista oli parantanut erityisesti terveydenhoitajien pitkä työkokemus ja sen mukana tuoma herkkyyys huomata muutos nuoren käyttäytymisessä. Haastatellut lähijohtajat kuvasivat suurimman osan nuorista olevan tuttuja terveydenhoitajille useiden vuosien aikana toteutuneiden käyntien perusteella.

5.6 Yhteenveto tuloksista

Tutkimuksen pääkysymyksellä selvitettiin, miten kansallisissa seksuaali- ja lisääntymis-terveyden toimintaohjelmissa esitetyt nuorten seksuaaliterveyden edistämisen tavoitteet

ovat toteutuneet. Arvioinnin kohteena olevista 12 tavoitteesta voitiin arvioida 10 tavoitteen toteutuminen tämän tutkimuksen tulosten perusteella. Yhdeksän tavoitetta toteutui osittain ja yksi tavoite toteutui hyvin. Kahden tavoitteen toteutumista ei voitu arvioida, koska tavoitteen mukainen toiminta toteutui pääosin muussa terveyskeskuksen yksikössä kuin terveysneuvonnassa.

Arvioitaessa toimintaohjelmien tunnettavuutta haastateltujen vastausten mukaan, kansalliset seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmat tunnettiin vain osittain suurimassa osassa terveysneuvonnan yksiköitä. Toimintaohjelmat olivat yksiköiden toiminnan taustalla vaikuttavia asiakirjoja, joita oli selailtu ja silmäilty. Suurimpana esteenä toimintaohjelmien toteuttamiseen haastatellut kuvasivat aika- ja resurssipulan. Muutamassa terveysneuvonnan yksikössä toimintaohjelmia ei tunnettu lainkaan. Toimintaohjelmat hyvin tuntevilla, muutamassa terveysneuvonnan yksikössä, ohjelmia oli käytetty toiminnan suunnittelussa ja kehittämisessä. Toimintaohjelmat koettiin tärkeiksi asiakirjoiksi yhteneväisten toimintatapojen saavuttamiseksi.

Seksuaalineuvonnan saatavuuteen ja tasa-arvoiseen toteutumiseen kohdistuvat tavoitteet ja toimenpiteet toteutuivat osittain. Seksuaaliterveyden näkökulma oli integroitu kaikissa terveysneuvonnan yksiköiden ehkäisevään työhön kuten kouluterveydenhuollossa määrääkääisiin tarkastuksiin ja ehkäisy- ja perhesuunnitteluneuvolassa yksilökäynneihin ja perhevalmennusryhmiin. Seksuaalineuvojan täydennyskoulutuksen saanut terveydenhoitaja työskenteli puolessa terveysneuvonnan yksikössä. Sukupuolten välinen tasa-arvo ja vähemmistöjen ja erityisryhmien tarpeet pyrittiin huomioimaan kaikissa seksuaalineuvontapalveluissa.

Tavoite, jonka mukaan jokainen raskaana oleva nuori nainen saa ohjausta odotusajan riskeistä, synnytykseen valmentautumisesta ja synnytyksen jälkeisestä hoidosta, toteutui hyvin ja kaikkiin asetettuihin toimenpiteisiin oli vastattu täysin. Raskausdiabeteksen riskissä oleville ja ylipainoisille odottaville annettiin ravintoon ja liikuntaan liittyvää ohjausta ja järjestettiin seurantakäynnit. Perhevalmennus, johon liittyi myös synnytysvalmennus, toteutettiin yksilökäynneillä tai ryhmissä tai molemmissa. AUDIT-lomaketta käytettiin ja alkoholin ja muiden päihteiden käytön sekä tupakoinnin rajoittamisesta puhuttiin kaikille odottaville äideille. Synnytyksen jälkeinen kotikäynti tehtiin jokaisen ensisynnyttäjän kotiin.

Eri ammattiryhmien ja toimialojen väliseen yhteistyöhön kohdistuva tavoite ja sen saavuttamiseksi asetetut toimenpiteet toteutuivat osittain. Kaikki terveysneuvonnan yksiköt tekivät jossain määrin yhteistyötä nuorten vanhempien ja huoltajien sekä koulujen ja oppilaitosten opettajien kanssa. Yleisin yhteistyömuoto oli vanhempainillat, joissa terveydenhoitajat muun muassa esittelivät terveysneuvontapalveluita. Yhteistyötä tehtiin vanhempien ja huoltajien kanssa erityisesti Wilma-portaalin välityksellä.

Seksuaaliterveyttä koskevan laadukkaan ja ajantasaisen tiedon tuottamiseen tähtäävä tavoite ja lähes kaikki toimenpiteet toteutuivat osittain. Suullisen ohjauksen lisäksi seksuaaliterveyttä koskevaa ajantasaista tietoa jaettiin paperilla, joka oli pääosin kaupallista mainontaa sisältävää. Internetissä olevista seksuaaliterveyttä koskevista sivustoista kerrottiin kaikkien terveysneuvontayksiköiden asiakkaille. Käypä hoito-suositusten paperiversioita jaettiin harvoin. Internet-pohjaisten palvelujen kehittäminen oli alkuvaiheessa useimmissa terveysneuvonnan yksiköissä. Sähköinen ajanvaraus oli käytössä suurimassa osassa terveysneuvontayksiköitä. Tavoite, jonka mukaan nuoret ovat tietoisia lapsettomuuden taustalla olevista syistä ja riskitekijöistä, toteutui osittain. Toimenpiteisiin oli vastattu osittain: hedelmällisyyteen liittyvää valistusta annettiin asiakaskontakteissa ja teemapäivien yhteydessä, mutta lapsettomuuden riskitekijöihin liittyviä valistuskampanjoita ei ollut järjestetty. Tavoite, jonka mukaan nuoret ovat tietoisia seksuaalioikeuksista, toteutui osittain. Toimenpiteisiin oli vastattu vain osittain. Nuorten seksuaalioikeuksia käsiteltiin eri kontakteissa vähän. Myös seksuaalinen väkivalta otettiin rutiininomaisesti puheeksi harvoin.

Myös tavoite, jonka mukaan jokainen yksilö ja pari voi halutessaan saada sopivan ehkäisyvälineen, ja sen saavuttamiseksi asetetut toimenpiteet toteutuivat osittain. Raskauden ehkäisyä palveluja tarjottiin osittain maksutta ja nuori sai palvelun lähes aina viikon sisällä yhteydenotosta. Palveluja oli tarjolla suurimmaksi osaksi myös koulu- ja opiskeluterveydenhuollon kautta. Ehkäisytabletit annettiin maksutta 1-3 kuukauden ajaksi kaikissa toimipisteissä. Muut ehkäisyvälineet olivat maksullisia. Suurimassa osassa terveysneuvonnan yksiköitä kokonaisvaltainen seksuaaliterveyden edistäminen oli liitetty raskauden ehkäisyä palveluihin. Jälkiehkäisytabletit nuoret hakivat suoraan apteekista ja vain osa heistä hakeutui sen jälkeen asiakkaaksi terveysneuvonnan yksikköön. Haastateltujen mukaan nuorten palveluissa korostui luottamuksellisuus ja helppo saavutettavuus.

Sukupuolitautilien määrän vähentymiseen liittyvä tavoite ja toimenpiteet toteutuivat osittain. Klamydiatestejä ja myös muita sukupuolitauditestejä tehtiin pääasiassa oireiden perusteella. Varsinaista klamydian opportunistista seulontaa ei tehty. Klamydiapositiivisten henkilöiden sukupuolikumppaneiden tutkimuksiin ja hoitoon ohjaamista oli tehostettu kaikissa terveysneuvonnan yksiköissä.

Alle 25-vuotiaiden raskaudenkeskeytysten vähentämiseen ja seksuaalista väkivaltaa kokeneiden tutkimuksen ja hoidon järjestämiseen liittyvää tavoitetta ei voida arvioida tämän tutkimuksen tulosten perusteella. Raskaudenkeskeytysasiakkaat menivät pääsääntöisesti lääkäreiden vastaanotoille ja vain harvoin terveysneuvonnan yksiköihin. Samoin seksuaalista väkivaltaa kokeneiden hoito painottui lääkäreiden vastaanotoille, vaikka osalla heistä hoito alkoi terveysneuvonnan yksikön käynnillä, jossa he kertoivat kokemuksestaan ensimmäistä kertaa. Seksuaalista ja muuta väkivaltaa kokeneiden oireilun tunnistamista oli parantanut MARAK-koulutuksiin ja muihin aihepiiriä käsitteleviin koulutuksiin osallistuminen. Lisäksi oireiden tunnistamista haastatellut kokivat parantavan terveydenhoitajien pitkän työkokemuksen ja sen, että he tuntevat vastaanotoilla käyvät nuoret yleensä hyvin.

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että kansalliset toimintaohjelmat ohjaavat vain osittain nuorten seksuaaliterveyspalvelujen järjestämistä. Suurin osa haastatelluista lähijohtajista tunsi toimintaohjelmat vain osittain. Valtaosa nuorten seksuaaliterveyden edistämiseksi asetetuista tavoitteista ja toimenpiteistä toteutui osittain. Ainoastaan yksi tavoite ja sen saavuttamiseen asetetut toimenpiteet toteutuivat hyvin.

6 POHDINTA JA PÄÄTELMÄT

6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Laadullisessa tutkimuksen luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia, jossa tutkija itse on ollut keskeinen tutkimusväline (Eskola & Suoranta 2008, 210). Tutkimuksen luotettavuutta olen pyrkinyt vahvistamaan kuvaamalla tutkimusprosessin eri vaiheet mahdollisimman avoimesti, jotta lukija pystyy seuraamaan tutkimusprosessin kulkua pääpiirteissään. Haastateltujen suorilla lainauksilla olen pyrkinyt vahvistamaan omien tulkintojeni oikeellisuutta ja siten parantamaan tutkimuksen uskottavuutta. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että tutkija on ollut riittävän pitkän aikaa tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Oma seksologian koulutukseni ja seksuaaliterveyden parissa työskentelyni antoivat hyvän pohjan tämän tutkimuksen sensitiivisen aiheen käsittelyyn. Myös seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyvä laaja ja ei-yhtenäinen käsitteistö oli minulle jo entuudestaan tuttu, mistä oli hyötyä erityisesti haastattelutilanteissa: puhuin haastateltavien kanssa asioista samoilla termeillä.

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston laatua painotetaan enemmän kuin määrää (Eskola & Suoranta 2008, 18), jonka vuoksi tutkimukseen osallistuvien määrä on pieni. Laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita todellisuuden subjektiivisesta tai sosiaalisesta näkökulmasta (Kylmä & Juvakka 2007, 24). Laadullinen tutkimuksen viitekehys soveltui hyvin tutkimukseen, koska siten tutkittavien ääni pääsi kuuluviin ja sain syvyyttä arviointiin. Koska tässä tutkimuksessa haastateltuja oli kymmenen, tutkimustuloksia ei voida yleistää. Tulokset antavat suuntaa ohjelmaohjauksen merkityksestä nuorten seksuaaliterveyspalvelujen järjestämiseen ja myös tietoa tämänhetkisestä seksuaaliterveyspalvelujen saatavuudesta ja kehittämisen kohteista.

Arviointitutkimuksen viitekehys sopi tutkimukseen hyvin: tutkimus pystyttiin kohdentamaan pääosin summatiiviseen arviointiin ja myös osittain formatiiviseen arviointiin. Tavoiteperusteinen arviointi asetti myös haasteita. Arvioitavat tavoitteet olivat varsin eritasoisia, osa hyvin laajoja ja sen vuoksi vaikeasti mitattavia. Haasteeksi osoittautui myös määrittellä se tavoitteiden saavuttamisen taso, joka osoitti toiminnan onnistumista. Arviointikirjallisuuden mukaan toiminnan vaikutusten arvioinnissa käytetään enemmän määrällistä kuin laadullista tutkimusotetta, jolloin vertailuasetelma onnistuu helpommin,

mutta ohjelma-arviointi ei kuitenkaan ole sitoutunut sen enemmän laadulliseen kuin määrälliseenkin metodologiaan (ks. esim. Arviointi sosiaalipalveluissa 2001).

Haastattelumenetelmä ja sen eri lajeista teemahaastattelu sopi hyvin tämän tutkimusaiheen tutkimiseen. Teemat toivat ohjailtavuutta haastattelutilanteisiin, mutta myös ylimääräisten kysymysten esittäminen mahdollistui. Koska oli rakentanut teemat nuorten seksuaaliterveyden edistämiseksi asetettujen tavoitteiden mukaan, pystyin varmistamaan kaikkien arvioitavien kohtien käsittelyn haastattelujen aikana. Haastattelut saivat hyvin myönteisen vastaanoton. Ainoastaan kahden terveyskeskuksen johdolta en saanut suostumusta haastatteluihin.

Tutkimuksessa olen noudattanut hyvän tieteellisen käytännön periaatteita, kuten tarvittavien tutkimuslupien hankinta, rehellisyys ja huolellisuus tutkimuksen tekemisessä ja tulosten esittämisessä ja arvioinnissa (Kuula 2006, 34-35; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tutkimuksessa on huomioitu myös arviointitutkimukseen liittyviä eettisiä näkökulmia (Robson 2011). Tutkimuksessa hain tutkimusluvut tutkittavien terveyskeskusten johdolta. Lisäksi informoin haastatteluun osallistuvia tutkimukseen liittyvistä asioista ja annoin heille mahdollisuuden myös olla osallistumatta tutkimukseen. Tutkimustuloksia raportoidessa vastauksia ei voi yhdistää tiettyyn henkilöön. Osa haastatelluista ei halunnut organisaatiotaan tuotavan esille tutkimusraportissa, jonka vuoksi en esitellyt tuloksia terveyskeskuksittain. Tutkimustulokset on pyritty esittämään niin, että niiden perusteella on mahdollista kehittää perusterveydenhuollon yksiköiden toimintaa. Arvioinnin tuloksia voi hyödyntää myös kansallisten toimintaohjelmien arviointi- ja kehittämistoiminnassa.

6.2 Keskeisten tulosten tarkastelu, päätelmät ja jatkotutkimusaiheet

Tässä pro gradu-tutkielmassa selvitin kansallisten seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmien ohjaavuutta nuorten seksuaaliterveyspalvelujen järjestämiseen perusterveydenhuollossa. Arvioin toimintaohjelmien asettamien nuorten seksuaaliterveyden edistämisen tavoitteiden toteutumista toimintaohjelmien tunnettavuuden ja tavoitteiden saavuttamiseksi asetettuihin toimenpiteisiin vastaamisen avulla.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan kansalliset toimintaohjelmat ohjasivat vain osittain nuorten seksuaaliterveyspalvelujen järjestämistä. Toimintaohjelmat tunnettiin hyvin ainostaan muutamassa terveysneuvonnan yksikössä. Suurimmassa osassa terveysneuvonnan yksiköitä toimintaohjelmat tunnettiin joko osittain tai ei tunnettu ollenkaan. Tutkimuksen tulokset ovat linjassa aiempiin tutkimustuloksiin, joiden mukaan ohjelmat tunnettiin kunnissa vain osittain, toimintaohjelmia ei tunnustettu ohjauksena ja niillä ei ollut ohjausvoimaa (ks. Heinämäki 2012)

Osa haastatelluista totesi, että toimintaohjelmiin tutustuminen ja niiden selailu on tuonut esille seksuaaliterveyden edistämisen kehittämiskohteita, joihin tulisi panostaa terveysneuvontayksiköiden toiminnassa. Tällöin voidaan todeta, että ohjauksella on ollut välillinen vaikutus, koska yksiköiden toiminnan kehittämiskohteita oli tunnustettu. Myös Stenvallin ja Syväjärven (2002) tutkimuksessa todettiin, että informaatio-ohjaus on auttanut tunnistamaan terveystoimen kehittämishaasteita, mutta ohjauksen yhteys kuntien kehittämistoimintaan oli kuitenkin epäselvä. Seksuaaliterveyden edistämistä ohjataan useassa muussa asiakirjassa kansallisten toimintaohjelmien lisäksi, joten samansuuntaisia kehittämissuhteita tulee monelta taholta. Myös uudistuneessa lainsäädännössä (ks. esim. Terveystoimintalaki 1326/2010) säädetään seksuaaliterveyden edistämisestä perusterveydenhuollossa.

Toimintaohjelmien toteuttamista estivät haastateltujen mukaan resurssien riittämättömyys. Myös Terveystoimintalaki 2015-kansanterveysohjelman väliarvioinnissa (ks. Muurinen, Perttilä & Ståhl 2008) todettiin ohjelman tavoitteiden toteuttamisen esteenä olleen ammattitaitoisten henkilöiden ja myös rahan puutteen. Seksuaaliterveyteen liittyvien asioiden käsittely asiakastilanteissa vaatii terveydenhuollon ammattilaisilta oman seksuaalisuuden kohtaamista, omien asenteiden tiedostamista, empatiakykyä ja seksologian tietoa ja taitoa. Seksuaalisuuden käsittely asiakastilanteissa on toisille luonnollista, mutta toisille se voi olla jopa ongelmallista. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen voi jäädä kokonaan toteutumatta, jos ammattilainen kokee seksuaalisuuteen liittyvät asiat toisarvoisiksi tai itselle kaukaisiksi. Terveystoimintalaki 2015-kansanterveysohjelmassa korostetaan asiakkaan kokonaisvaltaista kohtaamista, jossa seksuaalisuus on yksi osa. Jos seksuaaliterveyteen liittyvät asiat ovat ”siellä toisella kehällä” yhden haastateltavan sanoja lainaten, ne jäävät helposti muiden asioiden varjoon. Myös Oulasvirran ym. (2012) tutkimuksessa todettiin informaatio-ohjauksen kohteena olevien asenteiden, arvojen ja intressien ollessa ristiriitaisia ohjaavan tahon

kanssa, ohjauksen vaikuttavuus vähenee. Organisaatiot eivät toimi pelkän tietoon perustuvan ohjauksen vaikutuksesta vastoin omia intressejään. (Oulasvirta ym. 2002.)

Terveysneuvonnan yksiköiden resurssipula ja myös aikapula tuli esille yhteistyön toteuttamisessa koulujen ja oppilaitosten kanssa. Aika- ja resurssipulan vuoksi muun muassa koululuokkien tutustumiskäynneistä ehkäisy- ja perhesuunnitteluneuvoihin on jouduttu luopumaan. Toisaalta tuli esille, että koulujen ja oppilaitosten opettajat eivät välttämättä pyydä terveydenhoitajia koulujen oppitunneille tai vanhempainiltoihin, vaan opettajat itse huolehtivat niiden toteutuksesta. Näiden tulosten perusteella voidaan todeta, että yhteistyön tiivistäminen terveysneuvonnan yksiköiden ja koulujen ja oppilaitosten kesken on tarpeellista, jotta monialainen yhteistyö ja yhteisten tavoitteiden saavuttaminen onnistuu paremmin jatkossa.

Tavoitteista parhaiten toteutui nuorten raskaana olevien naisten ohjauksen saaminen odotusajan riskeistä, synnytykseen valmentautumisesta ja synnytyksen jälkeisestä toipumisesta. Kaikki tavoitteeseen pääsemiseksi asetetut toimenpiteet toteutuivat täysin. Tämän voidaan päätellä johtuvan äitiysneuvolatoiminnan pitkästä perinteestä ja myös siitä, että neuvolatoimintaa on vahvistettu viimeisen kymmenen vuoden aikana. Neuvolatoiminnan kehittämiseksi on laadittu muun muassa kansalliset ohjeistukset laajasta terveystarkastuksesta lasta odottavalle. Tätä vahvisti myös neuvolatoimintaa, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa sekä lasten ja nuorten ehkäisevää suun terveydenhuoltoa koskeva valtioneuvoston asetus vuonna 2011. Asetuksen mukaan lasta odottavien naisten ja perheiden terveysneuvonta ja terveystarkastukset ovat suunnitelmallisia ja tasoltaan yhtenäisiä sekä yksilöiden tarpeet huomioivia (Vna 338/2011).

Suurin osa arvioinnin kohteena olleista nuorten seksuaaliterveyden edistämisen tavoitteista oli toteutunut osittain. Nuorten palveluja koskeviin erityistarpeisiin oli siis vastattu osittain. Keskeisenä tavoitteena ollut seksuaalineuvonnan integroiminen normaaleihin terveydenhuollon palveluihin toteutui vain osittain: seksuaaliterveyden näkökulma oli liitetty terveysneuvonnan useimpiin työtehtäviin, mutta eri sairauksien ja hoitotoimenpiteiden yhteydessä se oli vielä puutteellista. Myös seksuaalineuvojan palveluiden saatavuudessa oli kehitettävää. Seksuaalineuvojan täydennyskoulutuksen omaava työntekijä oli vain puolessa tutkimuksessa mukana olleissa terveysneuvontayksiköissä. Näiden seksu-

aalineuvojen toimintamahdollisuudet olivat rajatut ja he ennättivät toteuttaa seksuaalivouontaa etupäässä omilla asiakaskontakteissaan. Heillä ei ollut aikaa pitää varsinaista seksuaalivouonta-vastaanottoa. Elise Kosusen (2009) tutkimuksen mukaan seksuaalivouvojakoulutuksen saaneen henkilön palveluita oli saatavissa 30 %:ssa terveyskeskuksesta. Sen sijaan Tuire Sanniston (2012) tekemässä tutkimuksessa seksuaalivouvoja-koulutus oli vain 5 %:lla hoitajista (N=118), joten tilanne näyttää olevan menossa parempaan suuntaan. Lähitulevaisuuden haasteena on saada kaikkiin terveyskeskuksiin seksuaalivouvoja, jonka työpanosta voidaan käyttää laajasti terveysneuvonnan asiakkaille, myös erityisryhmiin kuuluville. Seksuaalivouvojan palveluita voidaan myös ostaa yksityiseltä palveluntuottajalta. Annonin vuonna 1976 esittämä ehdotus PLISSIT-mallin ensimmäisen ja toisen tason seksuaalivouvoventatyöstä – luvan antaminen seksuaalisuudesta puhumiseen ja rajatun tiedon jakaminen – perusterveydenhuollossa ei toteudu kuin osittain vielä 2010-luvullakaan.

Toimenpide-ehdotuksiin, jotka liittyivät seksuaaliterveyttä koskevan ajantasaisen tiedon jakamista koskevaan tavoitteeseen, vastaamisessa oli suuria terveyskeskusten välisiä eroja. Erityisesti internet-pohjaisten palvelujen käyttöä ja kehittämistyötä oli suunniteltu ja toteutettu pitkälle osassa terveysneuvonnan yksiköitä, kun taas osassa vasta suunniteltiin palvelujen sisältöä. Medinet-palvelun avulla tapahtuva omaseuranta oli viety pitkälle vain muutamassa terveysneuvonnan yksikössä, vaikka Medinet-verkkopalvelu oli käytössä lähes kaikissa terveysneuvonnan yksiköissä. Toisaalta itsehoitopisteisiin, jotka ovat olleet käytössä Pohjois-Karjalassa jo vuodesta 2006 lähtien, olisi helppoa liittää joko paperilla tai internetissä olevaa seksuaaliterveyteen liittyvää materiaalia. Tuija Rinkisen (2012) tekemässä tutkimuksessa nuorten internetissä kysytyistä kysymyksistä nousi esiin voimakas tiedontarve aina seksuaaliterveyden peruskysymyksistä seikkaperäisempiin ja yksityiskohtaisempiin kysymyksiin.

Kehitettävää on myös nuorten seksuaalioikeuksista tiedottamisessa ja seksuaalisen väkivallan käsittelyssä ja ohjauksessa. Suurin osa terveysneuvonnan lähijohtajista oli sitä mieltä, että seksuaalioikeuksista tiedottaminen nuorten vanhemmille on koulun tehtävä, eikä niinkään terveydenhuollon tehtävä. Seksuaalioikeudet ovat kuitenkin universaaleja ihmisoikeuksia, jotka koskevat kaikkia ihmisiä nuoret mukaan lukien. Seksuaalioikeuksien toteutumattomuus tekee erityisesti nuoresta hyvin haavoittuvan, minkä vuoksi oikean

tiedon saaminen myös terveydenhuollon ammattilaisilta on tärkeää (ks. Korhonen Elina, Lipsanen Laura & Yli-Räisänen Heli 2009).

Seksuaalista ja muuta väkivaltaa nostettiin esille vastaanottotilanteissa, jos nuori otti väkivallan puheeksi tai työntekijällä heräsi epäily väkivallasta keskustellessaan nuoren kanssa vastaanotolla. Väkivallan rutiininomainen puheeksi ottaminen ei vielä toteudu kuin pienessä osassa terveysneuvontayksiköitä. Seksuaalisen väkivallan ehkäisyn näkökulmaa ei ollut erityisesti huomioitu asiakkaille jaettavassa materiaalissa. Seksuaalisesta väkivallasta kysyminen ja puheeksi ottaminen on vaativa aihe, joka vaatii työntekijöiltä riittävän syvällistä perehtymistä aiheeseen. Vaikka terveysneuvonnan yksiköt olivat osallistuneet väkivallan vastaiseen koulutukseen, väkivallan käsittely vastaanottotilanteissa oli yllättävän vähäistä. Kuitenkin tutkimusten mukaan (ks. Kouluterveyskysely 2013) nuorten kokema seksuaalisuutta loukkaava väkivalta on yleistä, joten sen puheeksi ottaminen on tärkeää (ks. esim. Aaltonen 2012). Myös seksuaalista väkivaltaa kokeneiden hoitoon hakeutumisen edistämiseksi ja väkivallan kokemuksiin liittyvän oireilun tunnistamisessa on kehitettävää. Oireilun tunnistaminen koettiin erityisen haastavaksi työtehtäväksi, joten siihen kaivattiin lisäkoulutusta ja myös alueellista panostusta.

Toimintaohjelmissa painotetut nuorten raskauden ehkäisy- ja sukupuolitautilien torjuntapalvelut toteutuivat tämän tutkimuksen mukaan samansuuntaisesti kuin Tuire Sanniston (2012) tutkimuksessa, jossa ensimmäiset ehkäisyvälineet, useimmiten ehkäisytabletit, annettiin maksutta, mutta muut ehkäisyvälineet olivat pääsääntöisesti maksullisia. Myös sukupuolitautilien torjunta, kuten klamydiainfektion suunnitelmallinen seulonta, toteutui Sanniston tutkimuksen mukaan vain harvoin samoin kuin tämän tutkimuksen tulokset osoittavat: klamydiatestejä tehtiin herkästi oireiden perusteella, mutta klamydian suunnitelmallinen seulonta ei kuitenkaan toteutunut. Myös Elise Kosusen (2009) tutkimuksen mukaan vain noin puolet terveyskeskuksista teki klamydiatestiä uusille ehkäisyneuvonnan asiakkaille. Sukupuoliteitse tarttuvien tautien seulontakäytännöissä on vielä paljon tehostamisen varaa, kun niitä peilataan kansallisiin suosituksiin.

Mielenkiintoisista tutkimustuloksissa oli se, että tavoitteita ja toimenpiteitä oli saavutettu pitkälti samalla tavalla niissä yksiköissä, jotka eivät olleet tutustuneet tarkemmin toimintaohjelmien sisältöön kuin niissä, jotka tunsivat toimintaohjelmat hyvin. Esimerkiksi seksuaaliterveyden näkökulman liittäminen ehkäiseviin palveluihin toteutui yhtä hyvin

niissä yksiköissä, joissa toimintaohjelmia ei tunnettu lainkaan kuin niissä, joissa toimintaohjelmat tunnettiin hyvin. Tämä voi selittyä sillä, että nuorten seksuaaliterveyden edistämistä ohjaavat samansuuntaisesti useat muut kansalliset suositukset ja oppaat sekä lait ja asetukset. Haastatellut mainitsivat keskeisiksi asiakirjoiksi koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ja äitiyshuollon oppaat, jotka tunnettiin hyvin terveysneuvontayksiköissä. Uusimmasta normiohjauksesta vuonna 2009 ilmestynyt ja 2011 päivitetty valtionneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta tunnettiin myös hyvin.

Kun tämän tutkimuksen tuloksia peilataan WHO:n esittämiin seksuaalioikeuksiin (ks. WHO 2002), voidaan todeta, että nuorten seksuaalioikeuksien edistäminen on toteutunut osittain. Nuorilla oli oikeus muun muassa käyttää seksuaaliterveyspalveluita, saada seksuaalikasvatusta ja ottaa vastaan seksuaalisuuteen liittyvää tietoa. Lisäksi nuoria kannustettiin puhumaan seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista terveysneuvontayksiköiden vastaanotoilla. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella nuorten tietoutta oikeudesta henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja itsemääräämiseen olisi tarpeellista kuitenkin lisätä terveysneuvonnan palveluissa.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että ohjelmaohjaus on auttanut löytämään kehittämiskohteita terveysneuvonnan yksikön toiminnassa, mutta toimintaohjelmien ohjaavuus nuorten seksuaaliterveyspalvelujen järjestämiseen on kokonaisuutena ollut heikko. Osa haastatelluista lähijohtajista ei tiennyt kansallisten seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmien olemassaoloa lainkaan, vaikka ne ovat valtakunnallisia suosituksia palvelujen ja yhteistyön järjestämiseen ja kehittämiseen. Osa haastatelluista puolestaan tunsivat toimintaohjelmat hyvin ja terveysneuvontayksiköiden toimintaa oli kehitetty toimintaohjelmien tavoitteiden suuntaan. Koska toimintaohjelmat eivät velvoita kuntia toimimaan suositusten mukaisesti, kunnat noudattivat niitä varsin vaihtelevasti. Osa kunnista on toiminut niiden mukaan, osa on toiminut osittain ja osa ei lainkaan. Tämä on väistämättä vaikuttanut seksuaaliterveyspalvelujen saatavuuden ja laadun eroihin kuntien välillä.

Informaatio-ohjauksen ja muun valtion ohjauksen vaikutuksista seksuaaliterveyspalvelujen järjestämiseen on vähän tietoa. Tämän vuoksi aihepiiriin jatkotutkimusaiheita on runsaasti. Tämän tutkimuksen laajentaminen koskemaan eri maakuntien terveyskeskuksia

antaisi valtakunnallisesti kattavaa tietoa kansallisten toimintaohjelmien seksuaaliterveyden edistämiseksi asetettujen tavoitteiden toteutumisesta. Myös tutkimuksen kohdentaminen tiettyihin sairaanhoitopiireihin ja niiden terveyskeskuksiin toisi tietoa esimerkiksi alueellisten hoitoketjujen rakentamisen vaiheesta ja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön toteutumisesta seksuaaliterveyden edistämistyössä.

LÄHTEET

Aaltonen Jussi 2012. Turvataitoja nuorille. Opas sukupuolisen häirinnän ja seksuaalisen väkivallan ehkäisyyn. Opas 21. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere.

Ahlstedt Leo, Jahnukainen Iiro & Vartola Juha 1983. Organisaatio ohjausjärjestelmänä julkisessa hallinnossa. WSOY, Espoo.

Alasuutari Pertti 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Vastapaino, Tampere.

Apter Dan 2006. Parempaa seksuaaliterveyttä nuorille. Kansanterveys 7/2006, 12-13.

Arviointi sosiaalipalveluissa 2001. Katsaus arvioinnin peruskysymyksiin. Stakes, FinSoc Työpapereita 3/2001. Helsinki. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75416/Ty%C3%B6papereita32001.pdf?sequence=1>

Bemelmans-Videc Marie-Louise 1998. Policy Instrument Choice and Evaluation. Teoksessa: Bemelmans-Videc Marie-Louise, Rist Ray C., Vedung Evert. Carrots, Sticks and Sermons. Policy Instruments & Their Evaluation. Transaction Publishers. USA. 1-18.

Cacciatore Raisa 2006. Lasten ja nuorten seksuaalisuus. Teoksessa: Apter Dan, Väisälä Leena & Kaimola Kai (toim.). Seksuaalisuus. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Danielsson Maria & Sundström Kajsa 2006. Reproductive health. Scandinavian Journal of Public Health 2006, 34(Suppl 67). 147-164.

Eduskunta 2008. Tarkastusvaliokunnan mietintö 5/2008. saatavissa: www.eduskunta.fi/faktatmp/utatmp/akxtmp/trvm_5_2008_p.shtml

Ekroos Vesa 2004. Terveystuotannon palvelutuotanto. Yksityisesti vai julkisesti. Talentum, Helsinki.

Gissler Mika 2004. Synnytykset ja raskaudenkeskeytykset. Teoksessa: Kosunen Else & Ritamo Maija (toim.). Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Stakes, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 282. 17-27.

Greenberg Jerrold S., Bruess Clint E. & Mullen Kathleen D. 1993. Sexuality. Insights and Issues. WCB Brown & Benchmark. USA.

Hakulinen-Viitanen Tuovi, Hietanen-Peltola Marke, Hastrup Arja, Wallin Mervi & Pelkonen Marjaana 2012. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Opas 22. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere.

Hallitusohjelma 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. Valtionneuvoston kanslia, 22.6.2011. Saatavissa: http://vnk.fi/documents/10616/622966/H0111_P%C3%A4%C3%A4ministeri+Jyrki+Kataisen+hallituksen+ohjelma.pdf/a49b3eb5-9e98-44c6-bd92-b054bea36f61?version=1.0

Hallitusohjelma 2015. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Saatavissa:

http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDISTETTY_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82

Hayter Mark 2005. Reaching Marginalized Young People Through Sexual Health Nursing Outreach Clinics: Evaluating Service Use and the Views of Service Users. *Public Health Nursing* 22(4). 339-346.

HE 236/2006. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain muuttamisesta. Saatavissa: <http://www.edilex.fi/he/20060236>

Heinämäki Liisa 2012. Valtionhallinnon ohjelmaohjaus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa 2000-luvulla. Väitöskirja. *Tutkimus* 75/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Hermanson Elina, Cacciatore Raisa & Apter Dan 2004. Erikoisosaamista nuorten palveluihin. Teoksessa: Kosunen Else & Ritamo Maija (toim.). Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Stakes, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 282. 93-99.

Hirsjärvi Sirkka & Hurme Helena 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus, Helsinki.

Ilmonen Tuisku 2006. Seksuaalivahvuus. Teoksessa: Apter Dan, Väisälä Leena & Kaimola Kai (toim.) Seksuaalisuus. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä. 41-59.

IPPF 1997. IPPF charter guidelines on sexual and reproductive rights. International Planned Parenthood Federation. Lontoo.

IPPF European Network 2007. A guide for developing policies on the sexual and reproductive health & rights of young people in Europe. IPPF European Network, Bryssel.

Jalonen Harri 2008. Informaatio-ohjaus tietojohdamisen näkökulmasta. *Informaatiotutkimus* 27(2). 1-14.

Kaltiala-Heino Riittakerttu 2004. Seksuaalisuus ja mielenterveys nuoruusiässä. Teoksessa: Kosunen Elise & Ritamo Maija (toim.) Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Stakes, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 282. 61-70.

Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013. Äitiysneuvolaopas, suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Opas 29. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Suomen yliopistopaino Oy, Tampere.

Kansanterveyslaki 66/1972. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Korhonen Elina, Lipsanen Laura & Yli-Räisänen Heli 2009. Seksuaalioikeudet kuuluvat kaikille. Väestöliitto, Kansainvälisen kehityksen yksikkö. Väestötietosarja 18. Saatavissa: http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/43abb6202ab554792db73f70cd18a2b4/1443075142/application/pdf/313043/seksuaalioikeudet_kuuluvat_kaikille.pdf

Kosunen Elise 2000. Nuorten seksuaaliterveys. Teoksessa: Kontula Osmo & Lottes Ilsa (toim.) Seksuaaliterveys Suomessa. Tammi, Helsinki. 270-281.

Kosunen Elise 2009. Seksuaaliterveys. Teoksessa: Rimpelä Matti, Saaristo Vesa, Wiss Kirsi & Ståhl Timo (toim.) Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Raportti 19/2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino, Helsinki. 232-243.

Kouluterveyskysely 2013. Saatavissa: www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijaty/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset

Kuntalaki 365/1995. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1995/19950365>

Kuula Arja 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino, Tampere.

Kylmä Jari & Juvakka Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita, Helsinki.

Käypä hoito 2015. Saatavissa: www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lastensuojelulaki 417/2007. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>

Lehto Juhani, Kananoja Aulikki, Kokko Simo & Taipale Vappu 2001. Sosiaali- ja terveydenhuolto. WSOY, Helsinki.

Lundquist Lennart 1992. Förvaltning, stat och samhälle. Studentlitteratur, Lund.

Medinet 2015. <https://medinet.pohjoiskarjala.net>

Muurinen Seija, Perttilä kerttu, Ståhl Timo 2008. Terveys 2015-kansanterveysohjelman ohjaavuuden, toimeenpanon ja sisällön arviointi 2007. Stakes. Raportteja 19/2008.

Mäkelä Marjukka & Lottes Ilsa 2000. Lisääntymisterveyden palvelut. Teoksessa: Kontula Osmo & Lottes Ilsa (toim.). Seksuaaliterveys Suomessa. Tammi, Helsinki. 67-77.

Niiranen Vuokko 2013: Sosiaali- ja terveystalouden ohjausympäristöt ja ohjausmekanismit. Teoksessa: Ollila Seija, Raisio Harri (toim.). Hyvinvointijärjestelmät muuttuvassa toimintaympäristössä. Juhlakirja professori Pirkko Vartiainen 60-vuotisjuhlan kunniaksi. Vaasan yliopisto. Acta Wasaensia 277, sosiaali- ja terveyshallintotiede 8. 207-215.

Nummelin Raija 2000. Seksuaalikasvatusmateriaalit – pääkaupunkiseutulaisten nuorten näkemyksiä ja kokemuksia. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, Tampere.

Nyholm Inga 2011. Kunta-valtio-suhteen muodonmuutos – linjakkaasta liitosta monimuotoisten mekanismien määrittämäksi kokonaisuudeksi. Saatavissa: http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/uutiskirjeet/kolumnit/2011/Documents/nyholm%20acta224_sisaltoverkkoon.pdf

Oulasvirta Lasse, Ohtonen Jukka, Stenvall Jari 2002. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:19.

Rikoslaki 39/1889. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001>

- Rinkinen Tuija 2012. Nuorten kysymyksiä seksuaaliterveydestä Väestöliiton Internetpalvelussa. Väitöskirja. Väestötutkimuslaitoksen julkaisusarja D54/2012.
- Robson Colin 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Tammi, Helsinki.
- Sannisto Tuire 2010. Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Sinkkonen Sirkka & Kinnunen Juha 1994. Arviointi ja seuranta julkisella sektorilla. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 22.
- Stakes 1999. Stakes sosiaali- ja terveysalan informaatio-ohjaajana. Kokemuksia ja kehitysnäkymiä. Aiheita 11/1999. toim. Hannu Uusitalo. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76464/Aiheita11.pdf?sequence=1>
- Stenvall Jari & Syväjärvi Antti 2006. Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä. Valtiovarainministeriö, hallinnon kehittämisosasto. Tutkimukset ja selvitykset.
- STM 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4.
- STM & Stakes 2002. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuololle, peruskouluille ja kunnille. Oppaita 51. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.
- STM & Suomen Kuntaliitto 2004. Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:8.
- STM 2006a: Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveydenhuollon julkaisuja 2006:12.
- STM 2006b. Terveiden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2006:19.
- STM 2007: Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17.
- STM 2010. Naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:5. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112013/URN%3aNBN%3afi-fe%201504223100.pdf?sequence=1>
- STM 2012a. Terveys 2015-kansanterveysohjelman väliarviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. Saatavissa: www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511574&name=DLFE-26108.pdf
- STM 2012b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012-2015. Toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:20. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf
- STM 2012c. Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämisen toimintaohjelma 2012-2016. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:8. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-21903.pdf

Suomen perustuslaki 731/1999. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Ryttyläinen-Korhonen Katri, Klemetti Reija, Pelkonen Marjaana, Ritamo Maija, Vallimies-Patomäki Marjukka & Nikula Minna 2012. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen sairaanhoitopiireissä. Osa I Loppuarviointi 2011; Osa II Väliarviointi 2009. Raportti 28/2012. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80219/59b23ab5-6bb0-487f-9080-a3c8c8d282d1.pdf?sequence=1>

THL 2014a: Klementti Raija & Raussi-Lehto Eija (toim.). Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.

THL 2014b: Seksuaalisuus puheeksi. Saatavissa: www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/seksuaalinen-hyvinvointi/seksuaalisuus-puheeksi

Tilastokeskus 2014. Kuntien asukasluvut. Saatavissa: www.tilastokeskus.fi/tup/kunnat/kuntatiedot/167.html

Tuomi Jouni & Sarajärvi Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

van der Doelen Frans C.J. 1998. The "Give-and-Take" Packaging of Policy Instruments: Optimizing Legitimacy and Effectiveness. Teoksessa: Bemelmans-Videc Marie-Louise, Rist Ray C., Vedung Evert. Carrots, sticks and sermons. Policy Instruments & Their Evaluation. Transaction Publishers. USA. 129-146.

Virtanen Matti 2000. Normit ja informaatio-ohjaus. Yhteiskuntapolitiikka 65:5, 385-386.

Virtanen Petri 2007: Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Edita, Helsinki.

Vedung Evert 1997. Public policy and program evaluation. Transaction Publishers, New Brunswick.

Vedung Evert 1998. Policy Instruments: Typologies and Theories. Teoksessa: Bemelmans-Videc Marie-Louise, Rist Ray C., Vedung Evert. Carrots, sticks and sermons. Policy Instruments & Their Evaluation. Transaction Publishers. USA. 21-58.

VNa 338/2011. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110338>

VTV 2009. Poliittikaohjelmat. Valtion tarkastusviraston tutkimuksia ja selvityksiä. Edita Prima Oy, Helsinki.

VTV 2010. Poliittikaohjelmat ohjauskeinona. Esimerkkinä Terveyden edistämisen ohjelma. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 212/2010.

Väestöliitto 2006: Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. Helsinki.

WHO 2001. WHO regional strategy on sexual and reproductive health. World Health Organization. Kööpenhamina. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/69529/e74558.pdf

WHO 2002. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva. http://www.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

WHO 2010. Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. World Health Organization, Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70438/1/WHO_RHR_10.14_eng.pdf

WHO 2014a: Reproductive health. www.who.int/topics/reproductive_health/en/

WHO 2014b: Sexual health. www.who.int/topics/sexual_health/en/

Wilskman Kaarina & Lähteenmäki Marko 2010. Informaatio-ohjaus ja THL. Yhteiskuntapolitiikka 75:4, 400-410.

Liite 1. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman (2007-2011) asettamia tavoitteita ja toimenpiteitä nuorten henkilöiden osalta

1. *seksuaalineuvontaa on saatavissa integroituna normaaleihin terveydenhuollon palveluihin*
2. *seksuaalineuvonta toteutuu tasa-arvoisesti asiakkaan tarpeen mukaan riippumatta asiakkaan sukupuolesta, iästä, seksuaalisesta suuntautumisesta, kulttuuri-taustasta tai muista yksilöllisistä ominaisuuksista*

- toimenpiteet:

- perusterveydenhuollon ehkäisevään työhön integroidaan seksuaaliterveyden edistämisen näkökulma (parisuhdetta ja seksuaalisuutta koskeva neuvonta raskauden ehkäisypalvelujen yhteydessä, raskauden aikana ja perhevalmennuksessa sekä synnytyksen jälkeen, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa tuetaan nuoren seksuaaliterveyden kehitystä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon oppaissa annettujen suositusten mukaisesti)
- seksuaaliterveyden näkökulma integroidaan sairauksien hoitoon ja erilaisiin hoitotoimenpiteisiin (sairauksien ja hoitotoimenpiteiden vaikutukset seksuaaliseen toimintakykyyn huomioidaan hoitoon liittyvässä ohjauksessa ja neuvonnassa, joko kaisen terveystieteiden käytettävissä on ainakin yksi seksuaalineuvojan täydennyskoulutuksen saanut työntekijä)
- seksuaalineuvontapalveluissa otetaan huomioon sukupuolten välinen tasa-arvo (nuorten palvelukontakteissa huomioidaan poikien ja nuorten miesten neuvontatarve, erityisesti miehille suunnattuja neuvontapalveluita lisätään ja kehitetään)
- seksuaalineuvontapalveluissa otetaan huomioon vähemmistöjen ja erityisryhmien tarpeet (seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvilla on mahdollisuus saada asiantuntevaa neuvontaa julkisten terveystieteiden piirissä, heitä osataan ohjata järjestöjen antaman erityistiedon ja palvelujen piiriin sekä muihin julkisiin erityis- palveluihin, maahanmuuttajien ja pakolaisten kulttuuritausta otetaan huomioon neuvontapalveluissa, vammaisten palveluihin integroidaan seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa ja ohjausta)

3. *eri ammattiryhmät ja toimialat tekevät yhteistyötä paikallisella ja alueellisella tasolla niin, että seksuaalikasvatuksella ja terveystieteillä on yhtenäiset tavoitteet ja ne tukevat toisiaan*

- toimenpiteet:

- seksuaalikasvatuksessa ja seksuaalisen kehityksen tukemisessa tehdään yhteistyötä kotien kanssa (esimerkiksi vanhempainillat ja tiedottaminen seksuaaliterveyden palveluista)
- kouluissa ja oppilaitoksissa opettajat ja terveydenhoitajat tekevät yhteistyötä seksuaalikasvatuksen suunnittelussa, toteuttamisessa ja kehittämisessä (esimerkiksi tutustuminen seksuaaliterveyden palveluihin)

4. *seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevaa laadukasta ja ajantasaista tietoa tuotetaan kaikkien kansalaisten ulottuville luotettavien kanavien kautta*

- toimenpiteet:

- toimintayksiköissä asiakasmateriaali ovat helposti saatavilla joko paperilla tai internetissä tai niissä molemmissa
- Käypä hoito-suositusten potilasversioista kerrotaan niille asiakkaille, joita ne koskevat
- kansalaisen terveystietoportista tiedotetaan asiakkaille useita kanavia myöten

5. *kaikilla tulevilla vanhemmilla on mahdollisuus käyttää palveluja myös Internetin kautta*

- toimenpiteet:

- internet-pohjaiset palvelut kehitetään monialaisessa yhteistyössä, palvelujen testausta ja käyttöön juurruttamista jatketaan
- palvelujen käyttäjille tarjotaan mahdollisuus sähköiseen ajanvaraukseen ja oma-seurantaan

6. *nuoret tuntevat lapsettomuuden taustalla olevat syyt ja riskitekijät sekä riskien ehkäisy*

- toimenpiteet:

- koulu- ja opiskeluterveydenhuollon asiakaskontakteissa annetaan hedelmällisyyteen liittyvää valistusta
- terveydenhuollon toimintayksiköt yhteistyössä kolmannen sektorin kanssa suuntaavat nuorille tiedotuskampanjoita lapsettomuuden riskitekijöiden ehkäisyä

7. *jokaisella yksilöllä ja parilla on halutessaan mahdollisuus saada sopiva ehkäisy-menetelmä*

- toimenpiteet:

- raskauden ehkäisyä palveluita tarjotaan maksutta ja niihin liittyvät tutkimukset liittyvät näihin palveluihin
- nuorille ehkäisy aloitus järjestetään viikon sisällä yhteydenotosta
- alle 20-vuotiaat saavat ehkäisyvälineet maksutta
- nuorten palveluissa huomioidaan luottamuksellisuus, helppo saavutettavuus sekä mahdollisuus moniammatillisiin konsultaatioihin
- palvelukäytäntöjä kehitetään myös pojat huomioiden
- ehkäisyneuvontapalveluja saa myös koulu- ja opiskeluterveydenhuollon kautta
- raskauden ehkäisyneuvontaan integroidaan kokonaisvaltainen seksuaaliterveyden edistäminen (sukupuolitautilien ehkäisy, seksuaalineuvonta ja väkivallan ehkäisy)
- alle 20-vuotiaiden jälkiehkäisyasiakkaiden jälkitarkastukseen ohjaamisesta ja klamydiatestiin pääsystä sovitaan paikkakuntaakohtaisesti Käypä-hoitosuositusten mukaisesti

8. *alle 25-vuotiaiden raskaudenkeskeytykset vähenevät vähintään 1990-luvun puolivälissä valinneelle tasolle ja toistuvien raskaudenkeskeytysten osuus vähenee*

- toimenpiteet:

- toistamiseen raskauden keskeytykseen hakeutuvan jatkohoidon tarve arvioidaan kokonaisvaltaisesti (kartoitetaan elämäntilanne, suunnitellaan tarvittavat tukitoimenpiteet, kiinnitetään huomiota raskauden ehkäisyjärjestymiseen pitkäaikaisella ehkäisymenetelmällä)

9. *sukupuolitautilien, kuten klamydia ja HIV, määrä laskee*

- toimenpiteet:

- tietoutta sukupuolitaudeista, niiden ehkäisystä ja vaikutuksista lisääntymisterveyteen parannetaan (paikallisesti tuotettu materiaali, omaehtoista testiin hakeutumisesta edistetään)
- opportunistista klamydian seulontaa lisätään
- klamydianäyte otetaan jokaiselta uudelta alle 25-vuotiaalta ehkäisyasiakkaalta
- klamydiaposiitiviseksi todettujen henkilöiden sukupuolikumppanien tutkimukseen ja hoitoon saattamista tehostetaan

10. *jokainen raskaana oleva nainen saa ohjausta odotusajan riskeistä (raskausdiabetes, ylipaino, tupakointi, alkoholi ja muut päihteet), synnytykseen valmistautumisesta ja synnytyksen jälkeisestä..*

- toimenpiteet:

- synnytysvalmennus toteutetaan osana perhevalmennusta kokeneen kättilön toimesta
- naiselle annetaan mahdollisuus synnytyssuunnitelman laatimiseen
- ylipainoisille äideille ja muille raskausdiabeteksen riskissä oleville äideille järjestetään riittävä ohjaus elämäntapamuutoksiin
- päihteiden käytön tunnistamiseksi käytetään kaikille äideille AUDIT-lomaketta ja suositellaan, ettei alkoholia käytetä lainkaan raskauden aikana
- odottavien ja imettävien äitien tupakoinnin lopettamista tuetaan ohjauksella
- synnytyksen jälkeen tehdään kotikäynti jokaiseen perheeseen

11. *nuoret ovat tietoisia seksuaalioikeuksistaan, he osaavat puolustaa omia oikeuksiaan ja kunnioittaa toisten oikeuksia*

- toimenpiteet:

- seksuaalioikeuksista tiedotetaan nuorten vanhemmille
- äitiysneuvolassa ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa toimitaan aktiivisesti seksuaalista väkivaltaa ehkäisevästi käsittelemällä aihetta vastaanottotilanteissa, perhevalmennuksessa ja vanhempainryhmissä
- ehkäisevien palvelujen asiakkaille annettavissa ohjeissa huomioidaan seksuaalisen ja muun väkivallan vähentämisen näkökulma

12. seksuaalista väkivaltaa kokeneet pääsevät asianmukaiseen tutkimukseen ja hoitoon

- toimenpiteet:

- seksuaalista väkivaltaa kokeneiden hoitoon hakeutumista edistetään (matalan kynnyksen palveluja kehitetään, palveluista tiedotetaan)
- seksuaalisen väkivallan kokemuksiin liittyvän oireilun tunnistamista parannetaan (väkivallasta kysyminen otetaan rutiiniksi)
- seksuaalista väkivaltaa kokeneiden akuuttivaiheen tutkimuksen ja hoidon saavuutta ja laatua parannetaan

Liite 2: Teemahaastattelurunko

Yleiset kysymykset:

Miten kauan olet työskennellyt terveysneuvonnan lähijohtajana?

Mitä yksiköitä sinun vastualueeseen kuuluu?

Kuinka monta työntekijää on vastualueellasi?

Teema 1. Kansallisten toimintaohjelmien tunnettavuus

- Miten kansalliset toimintaohjelmat tunnetaan yksiköissä?
- Miten toimintaohjelmat on otettu käyttöön yksiköissä?
- Mikä on edistänyt / estänyt toimintaohjelmien toteuttamista?
- Miten muut kansalliset ohjelmat/oppaat/suositukset tunnetaan?

Teema 2. Seksuaalineuvonnan toteutuminen (toimenpiteet tavoitteisiin 1 ja 2)

- seksuaaliterveyden näkökulma ehkäisevässä työssä/ sairauksien hoidossa ja erilaisissa hoitotoimenpiteissä
- seksuaalineuvoja-koulutuksen saanut henkilö käytettävissä
- sukupuolten välinen tasa-arvo seksuaalineuvontapalveluissa/ miesten ja poikien neuvontatarve
- vähemmistöjen ja erityisryhmien tarpeiden huomiointi

Teema 3. Seksuaalikasvatuksen ja terveystietopalveluiden yhteistyö (tavoite 3)

- yhteistyötä kotien kanssa
- yhteistyö seksuaalikasvatuksessa koulujen ja oppilaitosten kanssa

Teema 4. Seksuaaliterveystiedon tuottaminen ja jakaminen (tavoitteet 4, 5 ja 6)

- asiakasmateriaali
- Käypä hoito-suositusten käyttö/kansalaisen terveystietoportista kertominen
- Internet-pohjaisten palveluiden kehittäminen
- sähköinen ajanvaraus ja omaseuranta
- hedelmällisyyteen liittyvä/ lapsettomuuden riskitekijöiden ehkäisyyn liittyvä valistus

Teema 5. Raskauden ehkäisypalvelujen saatavuus ja raskaudenkeskeytysten väheneminen (tavoitteet 7 ja 8)

- raskauden ehkäisypalveluiden järjestäminen/maksuttomuus/myös koulu- ja opiskeluterveydenhuollon kautta/nuorelle viikon sisällä yhteydenotosta
- raskauden ehkäisypalveluihin liittyvät tutkimukset
- nuorten palvelujen luottamuksellisuus/helppo saavutettavuus/mahdollisuus moniammatillisiin konsultaatioihin
- kokonaisvaltainen seksuaaliterveyden edistäminen raskauden ehkäisyneuvonnassa
- alle 20-vuotiaiden jälkiehkäisyasiakkaiden jälkitarkastus ja klamydiatestiin pääsy
- toistamiseen raskauden keskeytykseen hakeutuvien jatkohoito

Teema 6. Tiedon ja ohjauksen antaminen: lapsettomuus, raskausaika, synnytys, synnytyksen jälkeinen aika, sukupuolitaudit (tavoitteet 9 ja 10)

- synnytysvalmennus osana perhevalmennusta/odottavan naisen osallisuus synnytyssuunnitelman laatimiseen
- elämäntapaohjaus ylipainoisille/raskausdiabeteksen riskissä oleville
- AUDIT-lomakkeen käyttö/alkoholin ja muiden päihteiden käytön rajoittaminen ja tupakoinnin lopettaminen
- synnytyksen jälkeinen kotikäynti/myös imetyksen ja vauvan hoidon ohjaus
- tietouden edistäminen sukupuolitaudeista, niiden ehkäisystä/vaikutuksista, omaehtoinen testeihin hakeutuminen
- klamydian seulonta ja klamydiapositiivisten henkilöiden sukupuolikumppanien tutkimukseen hakeutuminen

Teema 7. Tietoisuus seksuaalioikeuksista ja seksuaalista väkivaltaa kokeiden ohjaus ja hoito (tavoitteet 11 ja 12)

- nuorten seksuaalioikeuksista tiedottaminen vanhemmille
- seksuaalisen ja muun väkivallan käsittely/ vähentämisen huomiointi eri vastaanottotilanteissa ja ryhmissä
- seksuaalista väkivaltaa kokeneiden oireilun tunnistamisen/ hoitoon hakeutumisen/ hoidon saatavuuden ja laadun parantaminen

Haastateltavan vapaa kommentointi aiheeseen liittyen.

Liite 3: Terveyskeskukset, saadut tutkimusluvut ja haastattelupäivät

Terveyskeskus	Lupa pyydetty/ saatu	Haastattelu-päivä
Joensuun terveyskeskus	16.3.2015/ 27.4.2015	8.5.2015 ja 19.5.2015
Kontiolahden terveyskeskus	16.3.2015/ 27.4.2015	13.5.2015
Outokummun terveysasema	16.3.2015/ 27.4.2015	4.5.2015
Liperin terveyskeskus	16.3.2015/ 1.4.2015	24.4.2015
Polvijärven terveyskeskus	16.3.2015/ 17.3.2015	8.5.2015
Ilomantsin terveyskeskus	16.3.2015/ 19.3.2015	6.5.2015
Juuan terveyskeskus	17.3.2015/ 28.3.2015	29.4.2015
Kiteen terveyskeskus	18.3.2015/ 26.3.2015	5.5.2015
Lieksan terveyskeskus	31.3.2015/ 22.4.2015	7.5.2015

Liite 4: Tutkimuslupa

Terveyskeskuksen yhteystiedot

**ANOMUS SOSIAALI- JA TERVEYSVIRASTOSSA/TERVEYSKESKUKSESSA
SUORITETTAVAN TUTKIMUKSEN TEKEMISTÄ VARTEN**

Tutkimussuunnitelma anomuksen liitteenä

Tutkimuksen nimi ja tarkoitus:

Selvitys tutkimusaineistosta:

Tutkimuksen alkamisaika ja kesto:

Tutkimuksen suorittaja:

Vastuuhenkilö:

Tutkimuslupa-anomus käsitelty

.....

Päätös: Tutkimuslupa myönnetään. Eettisen toimikunnan lupaa ei tarvita, koska tutkimuksessa ei käsitellä potilastietoja.

Yhdyshenkilö:

Paikkakunta ____/____ 2015

osoite:

.....

puh.

Yksi kappale valmiista tutkimusraportista tulee toimittaa terveystieteiden keskukseseen.