

Edistä, ehkäise, vaikuta

– Seksuaali- ja lisääntymisterveyden
toimintaohjelma 2014–2020

.....
TOIMITTANEET REIJA KLEMETTI & EIJA RAUSSI-LEHTO



Seksuaali- ja lisääntymisterveysyksikön asiantuntijat:

Bildjuschkin, Katriina

Klemetti, Reija

Kulmala, Teija

Luoto, Riitta

Nipuli, Suvi

Nykänen, Maarit

Parekh, Seija

Raussi-Lehto, Eija

Surcel, Heljä-Marja

Toimittaneet

Reija Klemetti ja Eija Raussi-Lehto



© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Toimitus ja kielenhuolto: Maria Kuronen

Kannen suunnittelu ja luvun aloitussivu: Tiina Kuoppala

Taitto: Tiina Kuoppala

ISBN 978-952-302-173-0 (painettu)

ISSN 1798-0097 (painettu)

ISBN 978-952-302-174-7 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0100 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-174-7>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy

Tampere 2014

LUKIJALLE

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) julkaisema Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma vuosille 2007–2011 oli ensimmäinen seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma Suomessa. Toimintaohjelman väliarviointi tehtiin vuonna 2009 ja loppuarviointiseminaari pidettiin joulukuussa 2011. Sekä väliarvioinnin että seminaarin johtopäätös oli, että toimintaohjelman aikana oli saatu aikaan merkittäviä uudistuksia seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi Suomessa. Tehtävää oli kuitenkin vielä runsaasti, joten toimintaohjelma päivitettiin alkuperäisen suunnitelman mukaisesti.

Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Seksuaali- ja lisääntymisterveysyksikkö (SELI) sai tehtäväkseen toimintaohjelman päivityksen. SELI-yksikön lisäksi päivittämiseen osallistuivat useat THL:n sisäiset ja ulkopuoliset asiantuntijat (Liite 1). Päivityksen aikana SELI-yksikkö kutsui järjestöjen edustajat kahteen kokoukseen keskustelemaan toimintaohjelmasta järjestöjen näkökulmasta. Järjestöiltä saadun arvokkaan palautteen perusteella toimintaohjelmaa kehitettiin edelleen. SELI-yksikkö kuului toimintaohjelman päivittämisessä myös edellisen toimintaohjelman laatimiseen osallistuneita asiantuntijoita. Lausuntokierrokselta THL sai yhteensä 50 lausuntoa, joiden perusteella toimintaohjelmaa viimeisteltiin.

Toimintaohjelmaa päivitettiin samaan aikaan, kun sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistusta vielä valmisteltiin. Tästä syystä toimintaohjelman vastuutahojen määrittäminen oli vaikeaa. THL:n ja STM:n edustajien tapaamisissa tehtiin ehdotuksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpiteiden toteuttajatahoiksi. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa toteutetaan osana kuntien palvelurakenteen ja ehkäisevien palvelujen uudistamista ja kehittämistä. Lisäksi THL suosittelee toimintaohjelman käyttämistä kuntien toiminta- ja taloussuunnitelmien laatimisessa.

Toimintaohjelmassa kootaan yksiin kansiin lähivuosien tavoitteet seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi Suomessa ja esitetään toimenpide-ehdotuksia näihin tavoitteisiin pääsemiseksi. Ohjelmassa käsitellään myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimuksen aukkokohtia ja ehdotetaan tutkimusaiheita. Toimintaohjelma on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle, henkilöstölle, alan järjestöille ja muille keskeisille yhteistyötahoille sekä luottamushenkilöille. Sen lisäksi kohderyhmänä ovat seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkijat, yliopistot, tutkimuslaitokset, ammattikorkeakoulut ja tutkimuksen rahoittajat, sosiaali- ja terveysalan opettajat ja opiskelijat sekä peruskoulujen, lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten terveystiedon opettajat ja näitä opettavat tahot.

Kiitämme lämpimästi kaikkia toimintaohjelman päivitykseen osallistuneita ja lausunnon antaneita. Yhteistyöllä edistämme parhaiten seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ja siten koko kansan terveyttä ja hyvinvointia.

Helsingissä 17.3.2014

Marjaana Pelkonen

Neuvotteleva virkamies, Sosiaali- ja terveysministeriö

SISÄLLYSLUETTELO

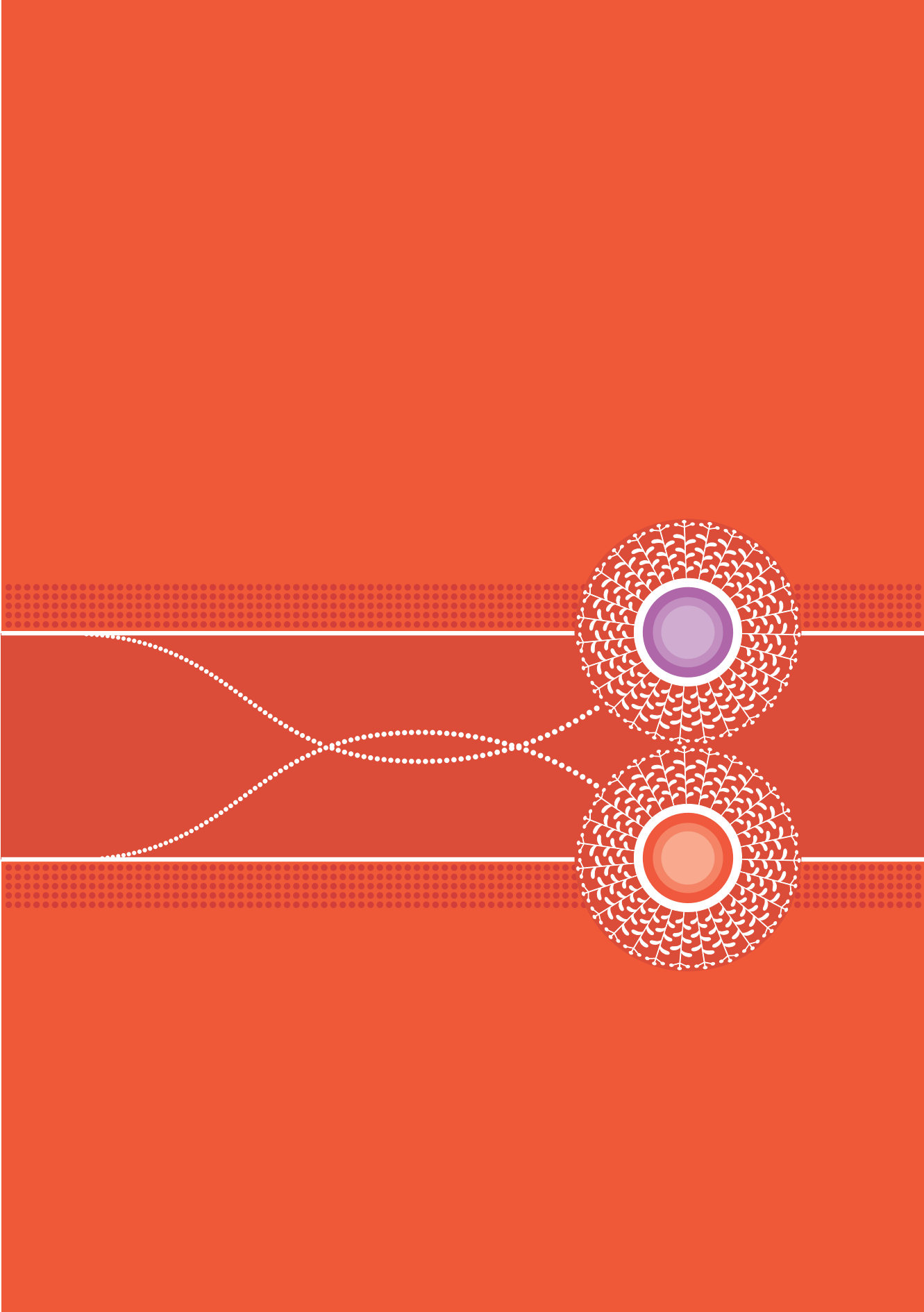
LUKIJALLE	3
TOIMINTAOHJELMASSA KÄYTETYT LYHENTEET	7
1 JOHDANTO	10
2 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISOIKEUDET	22
SEKSUAALIOIKEUDET JA LISÄÄNTYMISOIKEUDET KÄSITTEINÄ	22
KANSAINVÄLISET SOPIMUKSET	23
SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS SUOMEN ULKOPOLITIIKASSA	25
3 VÄESTÖN TIEDOT SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDESTÄ JA SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN	28
TIEDON TASO JA SEN SEURANTA	28
VÄESTÖN SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN	29
4 SEKSUAALIKASVATUKSEN OSA-ALUEET	38
SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYSVALISTUS	38
SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYSOPETUS, -OHJAUS JA -NEUVONTA	39
5 SEKSUAALIKASVATUS	46
LAPSET JA NUORET	46
SEKSUAALIKASVATUS LASTEN JA NUORTEN PALVELUISSA	49
NUORET AIKUISET	55
AIKUISET	58
IKÄÄNTYNYT VÄESTÖ	62
ERITYISTÄ TUKEA TARVITSEVIA RYHMIÄ	65
6 MONIKULTTUURISUUS	74
PERINTEISTEN VÄHEMMISTÖJEN PALVELUJEN TARVE	74
MONIKULTTUURISTUVA SUOMI	75
ULKOMAALAISTAUSTAISTEN SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYTEEN VAIKUTTAVIA ERITYISKYSYMYKSIÄ	76
TERVEYTEEN JA HYVINVOINTIIN LIITTYVÄ TUTKIMUS	80
PALVELUJÄRJESTELMIEN SUUNNITTELEMISESSA HUOMIOITAVIA ASIOITA	82
7 LISÄÄNTYMISTERVEYTTÄ EDISTÄVÄ NEUVONTA JA HOITO	88
8 TAHATON LAPSETTOMUUS	92
9 RASKAUSAIKA	98
10 SYNNYTYS JA SYNTYMÄN JÄLKEINEN AIKA	104
SYNNYTTÄMISEN JA SYNTYMÄN HOIDON TRENDJÄ	104
SYNNYTYKSEEN VALMENTAUTUMINEN JA SYNNYTYKSEN SUUNNITTELU	105
SYNNYTYKSEN HOITO JA ENSIHETKET SYNTYMÄN JÄLKEEN	106
LYHENTYNEET HOITOAJAT JA VARHAINEN KOTIUTUMINEN	111
SYNNYTYKSEN JÄLKEISEN MASENNUKSEN TUNNISTAMINEN JA HOITO	113
JÄLKITARKASTUS JA SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN RASKAUDEN EHKÄISY	114
11 RASKAUDEN EHKÄISY	118
EHKÄISYMENETELMIEN KÄYTTÖ	118
SUUNNITTELEMATON RASKAUS	120
RASKAUDEN EHKÄISYPALVELUT	122
EHKÄISYPALVELUJEN KEHITTÄMINEN	123
12 RASKAUDENKESKEYTYS	130

13 SEKSITAUDIT	136
ESIINTYVYYS.....	136
TARTUNTOJEN EHKÄISY.....	138
TESTAUKSEN JA HOIDON JÄRJESTÄMINEN.....	140
14 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN YHTEYS MIELENTERVEYTEEN	146
SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS JA PSYKKINEN HYVINVOINTI.....	146
SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS OSANA MIELENTERVEYDEN EDISTÄMISTÄ.....	147
15 SEKSUAALISUUTTA LOUKKAAVA VÄKIVALTA	152
VÄKIVALLAN YLEISYYS ERI VÄESTÖRYHMISSÄ.....	152
VÄKIVALLAN VAIKUTUKSET.....	155
EHKÄISY JA HOITO.....	155
TOIMINTAMALLEJA EHKÄISYYN, TUNNISTAMISEEN JA HOITON.....	158
VÄKIVALLATTOMUUTEEN KASVATTAMINEN.....	165
16 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN TUTKIMUS	172
SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS TUTKIMUSALANA SUOMESSA.....	172
HAASTEET JA RAHOITUS.....	174
TUTKIMUSOHJELMA.....	175
17 AMMATTIHENKILÖIDEN OSAAMISEN KEHITTÄMINEN JA TUKEMINEN	182
VÄRHAISKASVATUKSEN, ESI- JA PERUSOPETUKSEN SEKÄ TOISEN ASTEEN KOULUTUKSEN AMMATTIHENKILÖT.....	182
SOSIAALI- JA TERVEYSALAN OPPILAITOSTEN OPETTAJIEN KOULUTUS.....	183
SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖIDEN KOULUTUS.....	184
HOITOSUOSITUKSET JA TUKIMATERIAALI AMMATTILAISILLE.....	191
18 TILASTOINTI- JA SEURANTAJÄRJESTELMÄT JA NIIDEN KEHITTÄMINEN	196
TIEDONKERUU JA RAPORTOINTI.....	196
TIEDONKERUUN, RAPORTOINNIN JA SEURANTAOSOITTIMIEN KEHITTÄMINEN.....	199
KANSAINVÄLISET TILASTOT.....	202
KANTA-HANKE.....	203
19 TYÖNJAO, YHTEISTYÖN JA KOORDINOINNIN KEHITTÄMINEN	208
TYÖNJAKO JA VASTUUT KANSALLISELLA TASOLLA.....	208
KANSALLISEN TYÖNJAO, KOORDINAATION JA YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN.....	213
ALUEELLISEN TASON TYÖNJAKO JA YHTEISTYÖ.....	215
PAIKALLISEN TASON TYÖNJAKO JA YHTEISTYÖ.....	217
20 TOIMINTAOHJELMAN TOIMEENPANO JA SEN TUKEMINEN	224
TOIMEENPANON TARKOITUS, TAVOITE JA AIKATAULU.....	224
AVAINAHOITTO TOIMEENPANOSSA.....	224
TOIMINTAOHJELMASTA TIEDOTTAMINEN.....	225
TOIMEENPANON KÄYNNISTÄMINEN JA SEN TUKEMINEN.....	226
TOIMEENPANON SEURANTA JA ARVIOINTI.....	227
21 YHTEENVETO	230
LIITE 1. SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN EDISTÄMISEN TOIMINTAOHJELMAN TEOSSA MUKANA OLLEET ASIAINTUNTIJAT.....	236
LIITE 2. SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYTEEN LIITTYVÄÄ LAINSÄÄDÄNTÖÄ SUOMESSA.....	238
LIITE 3. SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN EDISTÄMISEEN TAI PALVELUJEN JÄRJESTÄMISEEN LIITTYVIÄ TAVOITTEITA JYRKI KATAISEN HALLITUSOHJELMASSA.....	240
LIITE 4. KANSAINVÄLISEN KIRJALLISUUDEN MUKAISET LISÄÄNTYMISTERVEYTTÄ EDISTÄVÄN NEUVONNAN JA HOIDON KESKEISET SISÄLLÖT.....	242

TOIMINTAOHJELMASSA KÄYTETYT LYHENTEET

AMK	Ammattikorkeakoulu
AvoHilmo	Avoterveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri
BMI	Body mass index, painoindeksi
ECHI	European Care Health Indicators
ECR	Euroopan konservatiivien ja reformistien ryhmä
EPDS-lomake	Edinburgh Postnatal Depression Scale -lomake
EPP	Euroopan kansanpuolueen ryhmä
ETENE	Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta
ESSM	European Society for Sexual Medicine
EU	Euroopan unioni
EURO-PERISTAT	Perinataaliterveyttä Euroopan tasolla selvittävä hanke
EY	Euroopan yhteisö
EVO	Erityisvaltionosuusrahoitus
FET	Frozen embryo transfer
FGC	Female genital cutting, naisten ja tyttöjen ympärileikkaus
FGM	Female genital mutilation, naisten ja tyttöjen sukuelinten silpominen
FMC	Finnish Maternity Cohort
Fimea	Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus
FINRISKI	Väestötutkimus kroonisten, ei-tarttuvien tautien riskitekijöistä
FINSEX	Väestöliiton Väestön seksuaalisuustutkimushanke
HBSC	Health behaviour in school-aged children, WHO:n koululaistutkimus
HILMO	Hoitoilmoitusrekisteri
Hiv	Human immunodeficiency virus
HCQI	OECD:n laatuosoitinhanke
HPV	Human papilloma virus
IASHS	The Institute for Advanced Study of Human Sexuality
ICPD	International Conference on Population and Development
ICSI	Intracytoplasmic sperm injection
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IUI	Intrauterine insemination
IVF	In vitro fertilisation
JBI	Joanna Briggs Institute
KASTE	Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma
KAVI	Kansallinen audiovisuaalinen instituutti
Kela	Kansaneläkelaitos
KIVA	Kansainvälisten asiain yksikkö, THL
LAHY	Lasten ja nuorten hyvinvointi ja terveys -yksikkö, THL
LAM	Lactational amenorrhea method
LANU	Lasten, nuorten ja perheiden palvelut -yksikkö, THL
LANUKE	Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma
LAPO	Lapset, nuoret ja perheet osasto, THL
LYSY	Lyhytjälkihoitoinen synnytys
Maamu	Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimus

MEKA | Menetelmien ja käytäntöjen arviointiyksikkö, THL
MLL | Mannerheimin lastensuojeluliitto
NACS | Nordic Association of Clinical Sexology
NICE | National Institute for Health and Clinical Excellence
NTTT | Nuorten terveystapatutkimus
OECD | Organisation for Economic Cooperation and Development
OKM | Opetus- ja kulttuuriministeriö
OM | Oikeusministeriö
OPH | Opetushallitus
OPTULA | Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, Oikeusministeriön tutkimuslaitos
PESESE | Väestöliiton Koululaisten seksuaalikasvatustutkimushanke
PM | Puolustusministeriö
RAP | Raiskatun akuuttiapu
RCM | The Royal College of Midwives
SELI | Seksuaali- ja lisääntymisterveys -yksikkö, THL
SELI-verkostokirje | Seksuaali- ja lisääntymisterveyden verkostokirje, THL
Seta | Seksuaalinen tasavertaisuus ry
Sexpo | Säätiö seksuaalisen hyvinvoinnin edistämiseksi
SIECUS | Sexuality Information and Education Council of the United States
SM | Sisäministeriö
SOSTE | Suomen sosiaali ja terveys ry
SOTE | Sosiaali- ja terveydenhuolto
SOTKAnet | THL:n indikaattoripalvelu
SSS | Suomen Seksologinen Seura
STAKES | Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
STM | Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusministeriö
SVT | Suomen virallinen tilasto
TEM | Työ ja elinkeinoministeriö
TerPS | Terveempi Pohjois-Suomi
THL | Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
TTL | Työterveyslaitos
TUKIJA | Valtakunnallinen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta
UKIA | The UK Intersex Association
UM | Ulkoasiainministeriö
UTH | Ulkomaista syntyneitä olevien työ ja hyvinvointi -tutkimus
Valvira | Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto
Valtava | Sukupuolten tasa-arvon edistäminen ja valtavirtaistaminen – kehittämisohjelma
VAMPO | Suomen vammaispoliittinen ohjelma
VSSH | Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri
WAS | World Association for Sexual Health
WHO | World Health Organization, Maailman terveysjärjestö
VNA | Valtionneuvoston asetus
YTHS | Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö
YTY | Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyökeskus
YK | Yhdistyneet kansakunnat



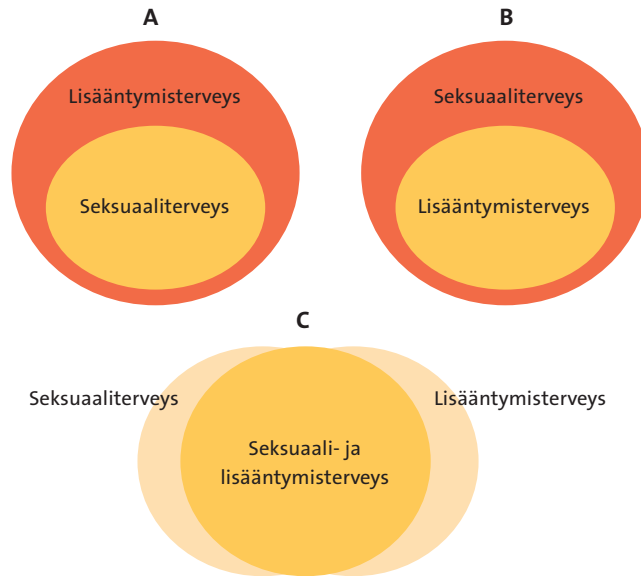
1 JOHDANTO

Seksuaali- ja lisääntymisterveys on olennainen osa ihmisen terveyttä ja hyvinvointia ja siten merkittävä osa kansanterveyttä. Lisääntymisterveyden käsite (reproductive health) on esiintynyt jo pitkään sekä kansainvälisessä että kansallisessa sanastossa, ja lisääntymisterveyteen on Suomessa kiinnitetty huomiota jo vuosikymmenten ajan. Lisääntymisterveyteen kuuluu Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan mahdollisuus vastuulliseen, tyydyttävään ja turvalliseen seksielämään, mahdollisuus ja vapaus lisääntyä ja päättää siitä milloin ja kuinka usein se tapahtuu, oikeus sopiviin ja hyväksyttäviin itse valittuihin ehkäisyvälineisiin sekä pääsy palveluihin, jotka mahdollistavat turvallisen raskauden ja synnytyksen sekä tarjoavat parhaan mahdollisuuden saada terve vastasyntynyt.¹

Seksuaaliterveyden (sexual health) käsite yleistyi vasta 1990-luvulla. WHO määrittelee seksuaaliterveyden seksuaalisuuteen liittyväksi fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Se sisältää positiivisen ja kunnioittavan lähestymistavan seksuaalisuuteen ja seksuaaliin suhteisiin samoin kuin mahdollisuuden tyydyttäviin ja turvallisiin seksikokemuksiin vapaana painostuksesta, syrjinnästä ja väkivallasta.²

Seksuaalisuuden WHO määrittelee keskeiseksi osaksi ihmisyyttä kaikissa elämän vaiheissa, ja se käsittää sukupuolen, sukupuoli-identiteetin ja sukupuoliroolit, seksuaalisen suuntautumisen, erotiikan, mielihyvän, intiimisuhteet ja lisääntymisen. (ks. vielä laajemmin WHO, 2010).³ Seksuaalisuudella voi olla eri elämänvaiheissa erilaisia merkityksiä. Ihmiset voivat elää tyytyväisinä myös ilman parisuhdetta tai seksiä. Parisuhteella on kuitenkin todettu olevan terveyttä ylläpitävä vaikutus. Tyydyttävä seksuaalielämä on oleellinen osa myös iäkkään ihmisen hyvinvointia ja elämänlaatua.

Lisääntymisterveyden ja seksuaaliterveyden käsitteiden hierarkiasta on keskusteltu ja osittain kiisteltäkin siitä asti, kun seksuaaliterveyden käsite määriteltiin ja otettiin käyttöön. Osa oli ja on sitä mieltä, että lisääntymisterveyden käsitteeseen sisältyy myös seksuaaliterveys (kuvio 1, A) ja osa puolestaan ajatteli ja ajattelee, että seksuaaliterveys on lisääntymisterveyden yläkäsite (kuvio 1, B). Molemmista käsitteistä on kuitenkin omia erityisiä ulottuvuuksia ja toisaalta päällekkäisyyksiä, joten tässä toimintaohjelmassa seksuaaliterveys ja lisääntymisterveys ymmärretään rinnakkaisina ja pitkälti päällekkäisinä käsitteinä, joilla on kummallakin oma erityismerkityksensä ja jotka yhdessä muodostavat toisiaan täydentävän kokonaisuuden, seksuaali- ja lisääntymisterveyden (kuvio 1, C). Tämä on jo kansainvälisestikin vakiintunut käsite. Enää ei mm. puhuta pelkästään lisääntymis- tai seksuaalioikeuksista vaan seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ja oikeuksista (ks. luku 2 Seksuaali- ja lisääntymisoikeudet). Käsitteen kansallista vakiintumista kuvastaa se, että sosiaali- ja terveysministeriön (STM) ensimmäinen kansallinen aihealueen toimintaohjelma oli nimenomaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma vuosille 2007–2011 ja että Terveiden ja hyvinvoinnin laitokseen (THL) perustettiin nimenomaan seksuaali- ja lisääntymisterveysyksikkö (SELI) vuonna 2010. Sekä toimintaohjelma että SELI-yksikön perustaminen ovat Suomessa merkittävästi edistäneet yhtä kansanterveyden osa-aluetta, seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. SELI-yksikön tehtävät kuvataan tarkemmin luvussa 19.



Kuvio 1. Seksuaaliterveyden ja lisääntymisterveyden hierarkkinen suhde, kun lisääntymisterveyden katsotaan olevan yläkäsite (A), kun seksuaaliterveyden katsotaan olevan yläkäsite (B) ja nykyinen toimintaohjelmassa käytetty määritelmä seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteestä (C), jossa seksuaali- ja lisääntymisterveyden päällekkäisyys ja toisiinsa kytkeytyvät vaikutukset ovat näkyvissä.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelujen säätely ja ohjeistus

Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluja on Suomessa säädelty useilla eri laeilla ja asetuksilla (Liite 2). Sen lisäksi Jyrki Kataisen hallitusohjelmassa⁴ on monia seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseen tai yleisiä palvelujen järjestämiseen (koskevat myös seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelujen järjestämistä) liittyviä tavoitteita kuten raskaudenkeskeytysten ja naisiin kohdistuvan väkivallan vähentäminen tai viittomakielisten sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä Kelan järjestämien tulkkauspalvelujen kehittäminen (Liite 3).

Lainsäädännön ja hallitusohjelman lisäksi on useita kansallisia toimintaohjelmia, suosituksia tai strategioita, joissa säädellään tai ohjataan seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ja siihen liittyviä palveluja ja jotka ovat tämän toimintaohjelman kannalta merkittäviä. Näitä ovat esimerkiksi STM:n vuonna 2012 julkaisema Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämisen toimintaohjelma⁵ ja THL:n julkaisemat ohjeet laajojen terveystarkastusten järjestämisestä⁶, vuonna 2013 THL:n julkaisemat kansallisen äitiyshuollon asiantuntijaryhmän laatimat suositukset äitiysneuvoloihin⁷, naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämiseen tähtäävä ohjelma⁸, hiv-strategia⁹ ja vammaispoliittinen ohjelma.¹⁰ Koska äitiysneuvolasuosituksissa annetaan hyvinkin yksityiskohtaisia suosituksia raskausajan ja synnytyksen jälkeisen ajan seurantaan, hoitoon

ja raskaana olevan tai synnyttäneen ja hänen perheensä tukemiseen, ne käsitellään tässä toimintaohjelmassa vain lyhyesti. Eri ohjelmat, strategiat ja suositukset otetaan lyhyesti esille kunkin aihekokonaisuuden yhteydessä.

Toimintaohjelman pohja ja rakenne

Tämän toimintaohjelman pohjana on ensimmäinen Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma vuosille 2007–2011.¹¹ Toimintaohjelma perustuu asiakaslähtöisyyteen ja tasa-arvoon: seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluissa asiakaita tulee kohdella yhdenvertaisesti, yksilöllisesti ja arvostaen, heidän itsemääräämisoikeuttaan kunnioittaen ja heidän tarpeidensa ja toiveidensa esille tuloa edistäen tasa-arvoisesti ilman sukupuoleen, seksuaaliseen suuntautumiseen, ikään, vammaan, etniseen tai kansalliseen alkuperään, kieleen tai muihin henkilökohtaisiin ominaisuuksiin perustuvaa syrjintää.

Koska tarkoituksena oli edellisen toimintaohjelman päivittäminen, toimintaohjelma noudattaa pitkälti sen rakennetta. Seksuaalineuvonta ja seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelut on integroitu osaksi kutakin aihealuetta. Uusia ovat luku seksuaalikäyttäytymisestä yhdistettynä seksuaali- ja lisääntymisterveystietämykseen sekä luvut seksuaalikasvatuksesta, monikulttuurisuudesta ja mielenterveydestä. Kunkin luvun lopussa esitetään tavoitteet ja niiden toteutumiseen tähtäävät toimenpiteet. Osa tavoitteista on hyvinkin yksityiskohtaisia, osa yleisluotoisempia. Toimenpiteiden vastuutahoja on mietitty THL:n ja STM:n edustajien yhteisissä tapaamisissa. Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi, mutta eivät rajaa ketään tai mitään sellaista tahoja ulkopuolelle, jota ei ole mainittu vastuutahona.

Seksuaali- ja lisääntymisterveys toimintaohjelman lähtökohtana

Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ja siinä ajassa tapahtuneita muutoksia voidaan Suomessa luotettavasti seurata eri rekistereiden avulla. Synnytyksistä seurattavia asioita ovat esimerkiksi synnytystapa, synnytysten käynnistäminen ja kivunlievityksen käyttö. Vastasyntyneiden terveydessä seurataan ennenaikaisuutta, pienipainoisuutta ja kuolleisuutta. Raskaudenkeskeytyksissä seurataan yleisyyttä, menetelmiä ja syitä ja seksitaudeissa niiden yleisyyttä. Tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveydestä on saatu myös eri väestökyselyjen, kuten Terveys 2000- ja Terveys 2011-, FINRISKI-, FINSEX- ja Maamu-tutkimusten, Kouluterveyskyselyn, WHO:n Koululaistutkimuksen ja PESESE-tutkimuksen sekä yksittäisten laadullisten ja määrällisten tutkimusten avulla. Kuitenkin esimerkiksi miesten, iäkkäiden ja erityisryhmien seksuaali- ja lisääntymisterveydestä tai seksuaalineuvonnan tarpeista seurantatieto puuttuu tai sitä on vähän.

Kansainvälisesti katsottuna seksuaali- ja lisääntymisterveys on Suomessa monilla mittareilla mitattuna erinomainen. Kokonaishedelmällisyysluku on eurooppalaisittain pysynyt suhteellisen korkeana vuosikymmenet ollen 1,8 vuonna 2012.¹² Syntymärekisterin mukaan kymmenen viime vuoden aikana syntyneiden lasten määrä on kasvanut noin 5 prosenttia.¹³ Vastasyntyneiden terveys on erinomainen.

Esimerkiksi perinataalikuolleisuus (kuolleenä syntyneet tai alle seitsemän vuorokauden iässä kuolleet) oli vuonna 2012 matalin koko syntymärekisterin 25-vuotisen tiedonkeruun aikana: 3,9 tuhatta syntynyttä lasta kohti. Keisarileikkausten osuus synnytyksistä oli 16 prosenttia vuonna 2012 ja se on pysynyt kansainvälisesti katsottuna pienenä. Alle 20-vuotiaiden osuus kaikista synnyttäjistä on vähentynyt, ja vuonna 2012 heitä oli 2 prosenttia. Myös alle 20-vuotiaiden raskaudenkeskeytysten määrä on vähentynyt 2000-luvulla: 11 keskeytystä tuhatta vastaavanikäistä naista kohti. Sairaanhoidopiirit ovat panostaneet henkilöstön osaamiseen.¹⁴ Suurimmasa osassa sairaanhoidopiirejä on seksuaalineuvojan tai -terapeutin lisäkoulutuksen saaneita henkilöitä. Suurin osa sairaanhoidopiireistä on myös järjestänyt seksuaalineuvonta- ja/tai seksuaaliterapiavastaanottoja.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisessä on silti Suomessakin vielä monia kehittämistarpeita ja -kohteita:

- Ensisyntyvät ovat yhä vanhempia: keski-ikä oli 28,4 vuotta vuonna 2012.¹³
- Yli 35-vuotiaiden osuus on kasvanut: viidennes kaikista synnyttäjistä vuonna 2012.¹³
- Synnyttäjillä on yhä useammin kroonisia sairauksia: noin 8 prosentilla vuonna 2010.¹⁵
- Vuonna 2012 joka kolmas (35 %) synnyttäjä oli ylipainoinen (painoindeksi, BMI 25 tai enemmän) ja kuudennes oli lihavia (BMI \geq 30).¹³
- Raskauden aikana tupakoivien määrässä ei ole tapahtunut muutosta 1980-luvun lopusta: osuus on edelleen 16 prosenttia.¹³
- Toistuvien klamydiatartuntojen määrä on noussut, tippuritartunnat ovat lisääntyneet etenkin nuorilla naisilla ja miesten kuppapapausten määrä on lisääntynyt pääkaupunkiseudulla.¹⁶
- Nuorten tiedot seksuaaliterveydestä ovat heikentyneet.¹⁷
- Seksuaalinen häirintä ja väkivalta ovat yleisiä nuorten arjessa.¹⁷
- 20–24-vuotiaiden raskaudenkeskeytysten määrä on edelleen korkea (18 tuhatta samanikäistä naista kohti vuonna 2012) ja toistuvien raskaudenkeskeytysten määrä on kasvanut.¹⁸
- Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan näyttäisi siltä, että tahaton lapsettomuus on hieman lisääntynyt.¹⁹

Maahanmuuttajien osuus väestöstä on kasvanut ja heidän seksuaali- ja lisääntymisterveydessään on erilaisia haasteita kuin valtaväestöllä.

- Esimerkiksi 70 prosenttia somalialaistaustaisista naisista ja 32 prosenttia kurdi-taustaisista naisista on ympärileikattu.²⁰
- Somalialaistaustaisilla naisilla on keskimääräistä enemmän keskenmenoja.²¹
- Venäläistaustaisilla naisilla on keskimääräistä enemmän raskaudenkeskeytyksiä.²¹
- Afrikkalaistaustaisilla naisilla on enemmän raskausajan ongelmia ja heidän vastasyntyneillään enemmän terveysongelmia kuin muilla Suomessa asuvilla etnisillä ryhmillä.²²
- Paperittomien asema suomalaisessa terveydenhuollossa on ratkaisematta. Suuri osa etenkin paperittomien naisten terveydenhuollon palvelutarpeesta liittyy juuri seksuaali- ja lisääntymisterveyteen.²³

Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelut

Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelut kattavat:

- lisääntymisterveyttä edistävän neuvonnan ja hoidon
- raskausajan neuvonnan ja hoidon
- synnytyksen ja lapsivuodeajan hoidon
- raskauden ehkäisyyn
- lapsettomuuden tutkimuksen ja hoidon
- raskaudenkeskeytyksen
- seksitautien ehkäisyyn, tutkimuksen ja hoidon
- eri-ikäisten seksuaalineuvonnan ja muun seksuaaliterveyden edistämisen
- seksuaalineuvonnan ja -terapian sekä seksuaaliongelmien kliiniset tutkimukset ja hoidon.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelujen järjestämistavat kunnissa ja terveyskeskuksissa ovat monenlaisia, ja esimerkiksi ehkäisyneuvontapalveluja tarjotaan usein eri tavoilla järjestettyinä.^{24–26} Synnytyspalvelujen järjestämiseen tulee lähivuosina runsaasti muutoksia synnytysten keskittämisen myötä. Suomessa oli vuoden 2013 alussa 30 synnytysairaala, joista kahdessa tehtiin synnytystoiminnan lopettamispäätös vuoden 2013 aikana. STM:n päivystysasetus tulee voimaan synnytysten osalta vuonna 2017.²⁷ Asetuksen tuomat yhteiset laatustandardit johtavat päivystysten keskittymiseen ja yhä useampien synnytysyksiköiden lakkauttamiseen.

Alan järjestöillä on tärkeä rooli seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelujen tarjoajina. Yhteistyötä kunnallisten toimijoiden ja kolmannen sektorin palvelun tarjoajien kanssa tarvitaan, jotta työntekijöillä on riittävästi tietoa niistä kolmannen sektorin tahoista, joihin he voivat tarvittaessa ohjata asiakkaitaan.

Väli- ja loppuarviointien keskeiset tulokset, kehittämiskohteet ja -tarpeet ja niihin vastaaminen

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma vuosille 2007–2011 väliarvioitiin keväällä 2009 strukturoidun tietojen keruun ja kyselyjen avulla.²⁸ Arvioinnin mukaan seksuaalineuvonta oli ammatillistunut, raskauden ja synnytyksen sekä synnytyksen jälkeisen ajan hoidon edellytyksiä parannettu, raskaudenkeskeytyksen hoidon suosituksia ja lomakkeita uusittu. Myös seksitautien hoitoon ja ehkäisyyn oli laadittu ohjeita. Aiheesta oli tehty tutkimusta, seksuaalisen väkivallan hoitoon ja ehkäisyyn oli tartuttu, ammattihenkilöstön osaaminen oli vahvistunut ja tilastoinnissa, seurannassa ja tutkimuksessa oli tapahtunut edistysaskeleita. Väestön seksuaali- ja lisääntymisterveydestietous oli kuitenkin parantunut epätasaisesti, ja raskauden ehkäisypalveluja oli toteutettu kirjavasti.

Keskeisiksi kehittämiskohteiksi ja -tarpeiksi väliarvioinnissa nostettiin seuraavat asiat:

- raskauden ja seksitautien ehkäisy
- seksuaaliterveyden integrointi terveyden edistämiseen sekä hyvinvointisuunnitelmiin tai terveyden edistämisen suunnitelmiin

- seksuaalineuvojien ja -terapeuttien työn organisointi sairaanhoitopiirien tasolla
- äitiyshuollon ohjeistuksen päivitys
- seksuaalisen väkivallan vastainen työ
- seksuaalikasvatuksen sisällyttäminen varhaiskasvatukseen ja perusopetukseen
- seksuaali- ja lisääntymisterveyden kouluttajien koulutus
- seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen huomioiminen
- päihteiden käytön, mielenterveysongelmien ja väkivallan huomioiminen nuorten palveluissa
- maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveys
- monitieteisen ja laaja-alaisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimusohjelman valmistelu.

Toimintaohjelman sairaanhoitopiireille kohdistetussa loppuarvioinnissa todettiin, että sairaanhoitopiireissä oli monin tavoin edistetty seksuaali- ja lisääntymisterveyttä.¹⁴ Tulevaisuuden kehittämiskohteiksi ja -tarpeiksi sairaanhoitopiireissä nostettiin mm. seuraavat asiat:

- seksuaali- ja lisääntymisterveyden integroiminen terveyden edistämisen ohjelmiin ja hoitoketjuihin
- perusterveydenhuollon yksikön mukaan saaminen aihealueen kehittämiseen
- yhteistyön kehittäminen, selkeyttäminen ja koordinointi perusterveydenhuollon kanssa (mm. yhteiset hoitopolut, hoitoketjut potilastietojärjestelmä, seksuaalineuvonnan osaamista perusterveydenhuoltoon)
- verkostojen hyödyntäminen
- henkilöstöressurssien lisääminen seksuaalineuvontaan ja seksuaaliterveyden edistämisen suunnitteluun ja koordinointiin
- työryhmän perustaminen koordinoimaan, arvioimaan ja kehittämään seksuaali- ja lisääntymisterveystoimintaa alueella
- seksuaalineuvojan toimenkuvan määrittäminen ja toimien avaaminen
- seksuaaliterveyden yhteyshenkilön tehtävän ja roolin vahvistaminen
- seksuaalineuvonnan tasapuolisen saatavuuden varmistaminen
- raskauden keskeytysten ja sukupuolitautien vähentäminen
- varhainen puuttuminen mm. päihteiden käyttöön, toimeentulovaikeuksiin ja mielenterveysongelmiin
- väestön ikääntymisen heijastumat seksuaali- ja lisääntymisterveyteen.

Osaan kehittämiskohteista ja -tarpeista on jo osittain pystytty vastaamaan väli- ja loppuarviointien jälkeen, mutta osa on edelleen ajankohtaisia. Äitiysneuvolaan sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöhön on laadittu uudet suositukset.²⁹ Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyttä on tutkittu sekä yksittäisissä tutkimuksissa^{22, 30–33} että THL:n vuosina 2010–2012 tekemässä Maamutkimuksessa.³⁴ Uusi maahanmuuttajien terveyttä koskeva tiedonkeruu alkoi vuonna 2014. Seksuaalisen väkivallan ehkäisyyn, tunnistamiseen ja uhrien auttamiseen on kehitetty erilaisia toimintatapoja ja -ohjelmia kuten väkivallan puheeksi ottaminen osana terveydenhuollon toimintaa, STM:n toimintaohjelma tyttöjen ja naisten ympärileikkausten (female genital mutilation, FGM) estämiseksi⁵ sekä Turvataitoja nuorille -opas.³⁵

Toimintaohjelman tavoitteet ja painopisteet

Toimintaohjelma pyrkii edistämään seksuaali- ja lisääntymisterveyttä lisäämällä tietämystä, kehittämällä palveluja ja vahvistamalla seksuaalikasvatusta niin, että se tavoittaa tasa-arvoisesti kaikenikäiset ihmiset ja sisältyy kasvatukseen, opetukseen ja koulutukseen sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Yksityiskohtaiset tavoitteet ja toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi on esitetty kunkin asiakokonaisuuden yhteydessä.

Toimintaohjelman ensimmäisenä painopisteenä ovat **lapset ja nuoret**. Edellisen toimintaohjelman väliarviointi nosti esiin tulevaisuuden haasteista seksuaalikasvatuksen sisällyttämisen varhaiskasvatukseen ja perusopetukseen, seksuaalisen väkivallan vastaisen työn, seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen huomioimisen sekä ei-toivotujen raskauksien ja seksitautien ehkäisyn. Nämä liittyvät pitkälti lasten ja nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseen ja perustelevat hyvin ensimmäisen painopistealueen valinnan.

Nuorten ongelmien kasautuminen, eriarvoisuuden lisääntyminen ja nuorten syrjäytyminen tai syrjään joutuminen tuovat haasteita myös nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelujen kehittämiselle. Seksuaalikasvatuksella voidaan vahvistaa lapsen ja nuoren omanarvontuntoa ja itsetuntemusta sekä kasvattaa turvalliseen ja positiiviseen seksuaalisuuteen. Peruskoulun seksuaalikasvatus on avainasemassa, koska se tavoittaa koko oppivelvollisuusikäisen väestön. Tietämystä lisäämällä ja palveluja kehittämällä edistetään paitsi lasten ja nuorten omaa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä myös tulevien sukupolvien terveyttä ja hyvinvointia.

Seksuaali- ja lisääntymisterveys on perinteisesti liitetty naiseen eikä miesten ole ollut helppo hakeutua ehkäisy- ja äitiysneuvolapalveluihin, jotka on koettu naisille suunnatuiksi. Miesten seksuaali- ja lisääntymisterveydestä, tiedon tasosta, palvelujen käytöstä ja toveista palvelujen suhteen on vasta vähän tietoa. Toisena toimintaohjelman painopisteenä onkin siksi **miesten seksuaali- ja lisääntymisterveys**. Palvelut tulisi pyrkiä järjestämään niin, että myös miehet osaavat ja voivat niihin hakeutua. Tarvitaan myös kohdennettuja palveluja niille miesryhmille, joiden palvelujen tarve on suurin.³⁶

Toimintaohjelman kolmantena painopisteenä on **monikulttuurisuus**, johon jo edellisen toimintaohjelman väliarvioinnissakin kiinnitettiin huomiota. Vaikka Suomi on ollut monien kulttuurien maa jo pitkään, maahanmuutto on Suomessa ollut vähäisempää kuin esimerkiksi muissa Pohjoismaissa. Suomi on kuitenkin vähitellen muuttunut yhä monikulttuurisemmaksi. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi tarvitaan sekä lisää tietoa että kulttuurisensitiivistä ja omakielistä neuvontaa ja palveluja. Myös paperittomilla tulee olla pääsy seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluihin.

Neljäntenä painopisteenä on **hyvä syntymän hoito**. Uudet äitiysneuvolasuositukset²⁹ antavat suosituksia äitiysneuvoloille sekä neuvolan ja eri tahojen kuten synnytysairaaloitten yhteistyöhön, mutta niissä ei anneta suosituksia itse synnytyksen hoidosta. Siksi hyvä syntymän hoito on valittu yhdeksi tämän toimintaohjelman painopistealueeksi. Tavoitteena on edistää synnyttäjän, vastasyntyneen ja koko perheen terveyttä ja hyvinvointia tukemalla synnyttäjän ja hänen kumppaninsa omia voima-

varoja, vähentämällä tarpeetonta puuttumista synnytyksen kulkuun ja edistämällä varhaista vuorovaikutusta vastasyntyneen kanssa. Syntymän hoidossa tavoitteena on turvata synnyttäjän ja vastasyntyneen paras mahdollinen terveys ja mahdollistaa kokonaisvaltainen ja voimaannuttava synnytyskokemus perheelle sekä tukea äitiä synnytyksen jälkeen onnistuneeseen imetykseen.

Toimintaohjelman toimeenpano ja seuranta

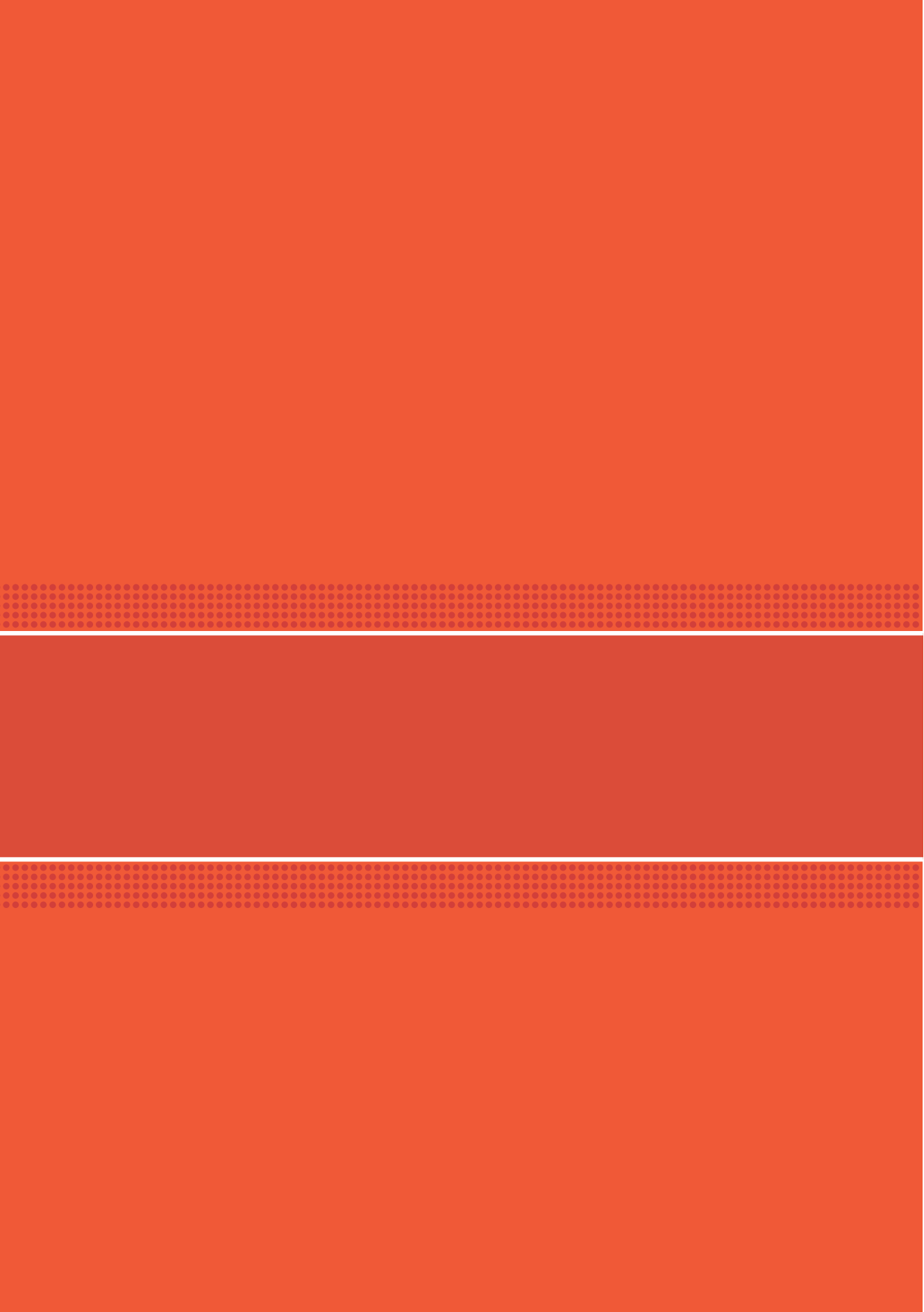
Toimintaohjelman päivittämisen aikana sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus oli vielä meneillään. Toimintaohjelman toimenpide-ehdotukset ja vastuutahot mukautuvat tuleviin rakenteellisiin ja toiminnallisiin muutoksiin terveys- ja sosiaalipalvelujärjestelmässä, koulutussektorilla ja eri sektoreiden yhteistyössä valtakunnallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa toteutetaan osana kuntien palvelurakenteen ja ehkäisevien palvelujen uudistamista ja kehittämistä. Tätä varten STM ja THL suosittelevat kunnille toimintaohjelman käyttämistä tulevien vuosien toiminta- ja taloussuunnitelmien laatimisessa sekä kunta- ja palvelurakennemuutostukseen liittyvien selvitysten valmistelussa.

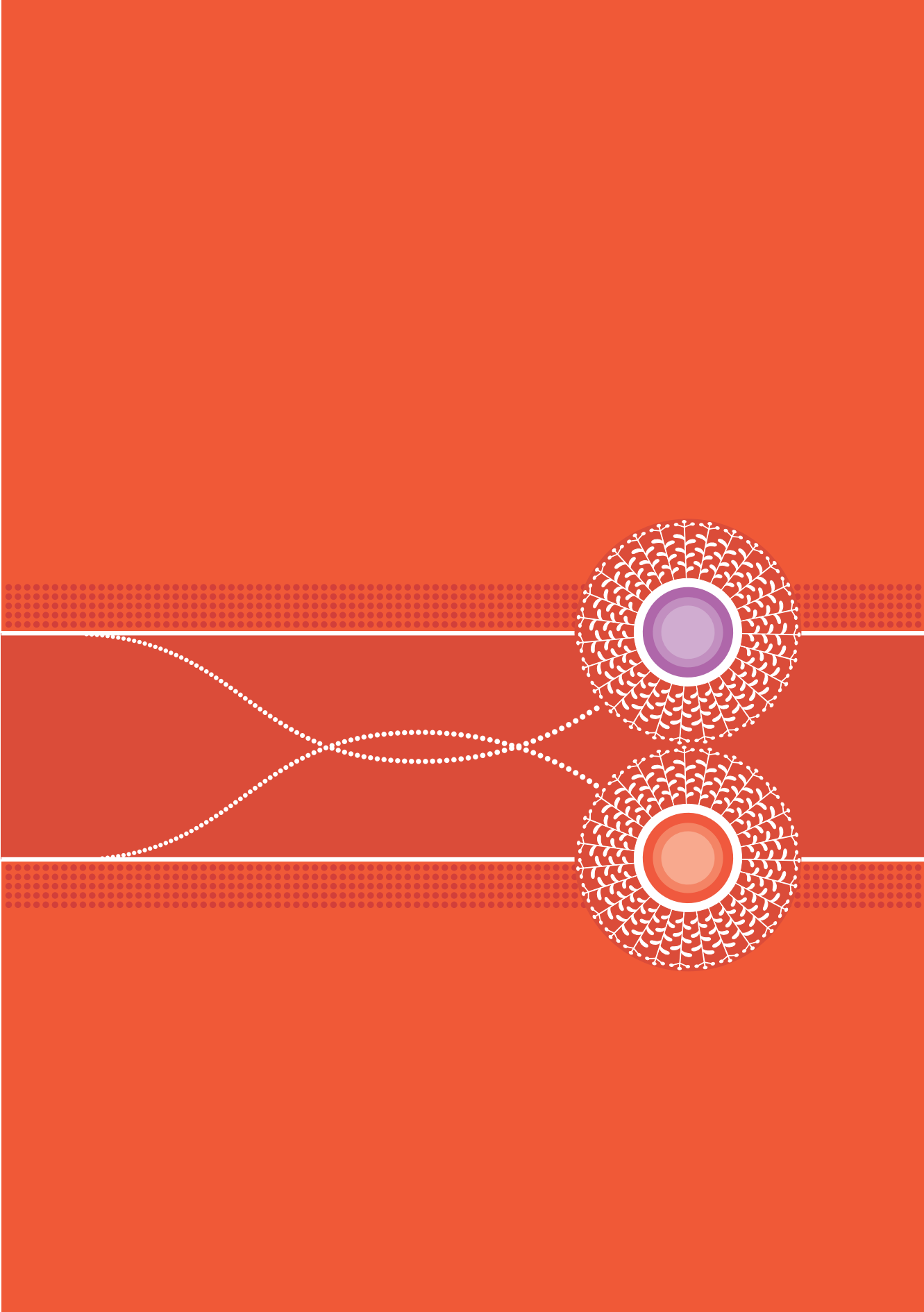
THL ja STM järjestävät yhdessä valtakunnallisen seminaarin päivitetyn toimintaohjelman tunnetuksi tekemiseksi ja toimeenpanon käynnistämiseksi keväällä 2014 ja tiedottavat ohjelmasta myös muissa tilaisuuksissaan tulevina vuosina. Sen lisäksi alueellisella tasolla huolehditaan siitä, että toimintaohjelma otetaan alueellisten koulutuspäivien yhdeksi teemaksi. Toimintaohjelma julkaistaan myös sähköisenä versiona THL:n verkkosivuilla. Lisäksi toimintaohjelmasta tiedotetaan THL:n SELI-verkostokirjeellä ja muilla viestintäkanavilla. Toimeenpanon seuranta toteutetaan poikkileikkaavasti eri toimialoilla ja hallinnon kaikilla tasoilla sekä järjestökentässä koko Suomessa. THL ja STM järjestävät yhdessä seurantaseminaarin, jossa arvioidaan toimeenpanon edistymistä. Ohjelma päivitetään viimeistään vuonna 2020.

Lähteet

1. WHO. 2014. Reproductive health. www.who.int/topics/reproductive_health/en.
2. WHO. 2014. Sexual health. www.who.int/topics/sexual_health/en/.
3. WHO. 2010. Maailman terveysjärjestön (WHO) Euroopan aluetuomio ja BZgA. 2010. Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa. Suuntaviivat poliittiselle päättäjille, opetus- ja terveydenhuoltoalan viranomaisille ja asiantuntijoille. Alkuperäinen teos: Standards for Sexuality Education in Europe. A framework for policy makers, educational health authorities and specialists. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085324>.
4. Valtioneuvosto. 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. <http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf>.
5. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämisen toimintaohjelma 2012–2016 (FGM). Julkaisuja 8/2012. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3343-9>.
6. Hakulinen-Viitanen T., Hietanen-Peltola M., Hasturup A., Wallin, M. & Pelkonen, M. 2012. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Opas 22. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-708-0>.
7. Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.). 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Opas 29. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5>.
8. Sosiaali- ja terveysministeriö. Naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelma. 2010. Julkaisuja 5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3031-5>.
9. Liitsola, K., Kauppinen, J., Pahlman, I., Pasanen, S., Brummer-Korvenkontio, H., Anttila, M. & Salmiinen, M. (toim.). 2012. Suomen hiv-strategia 2013–2016. Suositus 7/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90918/URN_ISBN_978-952-245-799-8.pdf?sequence=1.
10. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Vahva pohja osallisuudelle ja yhdenvertaisuudelle. Suomen vammaispoliittinen ohjelma VAMPO 2010–2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12157.pdf.
11. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://pre20090115.stm.fi/pr1180335140613/passthru.pdf>.
12. Suomen virallinen tilasto (SVT). 2012. Syntyneet. Helsinki: Tilastokeskus. http://www.stat.fi/til/synt/2012/synt_2012_2013-04-12_tie_001_fi.html Viitattu: 27.2.2014.
13. Suomen virallinen tilasto (SVT). 2013. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnyttykset ja vastasyntyneet 2012. Tilastoraportti 24/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201309276347>.
14. Ryttyläinen-Korhonen, K., Klemetti, R., Pelkonen, M., Ritamo, M., Vallimies-Patomäki, M. & Nikula, M. 2012. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen sairaanhoitopiireissä: Osa I Loppuarviointi 2011; Osa II Väliarviointi 2009. Raportti 28/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085323>.
15. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Lääkehoito ja raskaus -hanke. http://www.thl.fi/fi-FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/laake_ja_raskaus Viitattu: 27.2.2014.
16. Jaakola, S., Lyytikäinen, O., Rimhanen-Finne, R., Salmenlinna, S., Vuopio, J., Roivainen, M., Nohynek, H., Löflund, J.-E., Kuusi, M. & Ruutu, P. 2013. Tartuntataudit Suomessa 2012. Raportti 10/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-890-2>.
17. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Kouluterveyskysely. <http://thl.fi/kouluterveyskysely>. Viitattu: 27.2.2014.
18. Suomen virallinen tilasto (SVT). 2013. Raskaudenkeskeytykset 2012. Tilastoraportti 18/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201306284109>.
19. Koponen, P., Klemetti, R., Luoto, R., Alha, P. & Surcel, H.-M. 2012. Raskauden ehkäisy, raskaudet ja lasten hankinta. Teoksessa Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 111–115. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-769-1> Viitattu: 27.2.2014.
20. Koponen, P. & Mölsä M. 2012. Naisten ympärileikkauksen Teoksessa Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 141–144.
21. Koponen, P., Klemetti, R., Surcel, H.-M., Mölsä, M., Gissler, M. & Weiste-Paakkanen, A. 2012. Lisääntymisterveys. Teoksessa Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 134–144.
22. Malin, M. & Gissler, M. 2009. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. BMC Public Health 9:84. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/84>.
23. Keskimäki, I., Nykänen, E. & Kuusio, H. 2014. Paperittomien terveyspalvelut Suomessa. Raportti 11/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-156-3>.
24. Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M. & Haapakorva, A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:952-00-1841-7>.
25. Sannisto, T. 2010. Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa. Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos. Acta Electronica Universitatis Tampensis; 1029. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8308-0>.

26. Raussi-Lehto, E., Regushevskaya, E., Gissler, M., Klemetti, R. & Hemminki, E. 2011. Äitiysneuvolatoiminta Suomessa 2000-luvulla. Kyselytutkimuksen perusraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 52/2011. Tampere. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/da06c9a3-9e36-43a1-ac3b-693b1601d26c>.
27. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Päivystysasetuksella varmistetaan riittävä asiantuntemus kiireellisessä hoidossa. Tiedote 153/2013. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1862521> Viitattu 27.2.2014.
28. Ritamo, M., Pelkonen, M. & Nikula, M. 2010. Seksu- ja lisääntymisterveyden edistäminen Väliarviointi sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmasta vuosille 2007–2011. Avauksia 6. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085322>.
29. Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.). 2013. Äitiysneuvolaopas – Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Opas 29. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5>.
30. Degni, F., Koivusilta, L. & Ojanlatva, A. 2006. Attitudes towards and perceptions about contraceptive use among married refugee women of Somali descent living in Finland. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 11(3), 190–6.
31. Degni, F., Mazengo, C., Vaskilampi, T. & Essén, B. 2008. Religious beliefs prevailing among Somali men living in Finland regarding the use of the condom by men and that of other forms of contraception by women. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 13(3), 298–303.
32. Malin, M. & Gissler, M. 2008. Induced Abortions among Immigrant Women in Finland. *Finnish Journal of Ethnicity and Migration* 3(1), 2–12.
33. Malin, M. 2011. Maahanmuuttajien terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat tekijät. *Yhteiskuntapolitiikka* 76(2), 201–213. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117822>
34. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimus (Maamu). http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hankesivu?id=22131 Viitattu 27.2.2014.
35. Aaltonen, J. 2012. Turvataitoja nuorille. Opas sukupuolisen häirinnän ja seksuaalisen väkivallan ehkäisyyn. Opas 21, Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-611-3>.
36. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Mieskysymyksiä tasa-arvopolitiikassa pohtiva työryhmä. Väliaraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3474-0>.





2 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISOIKEUDET

SEKSUAALIOIKEUDET JA LISÄÄNTYMISOIKEUDET KÄSITTEINÄ

Lisääntymiseen liittyvien oikeuksien (reproductive rights) määrittely alkoi jo 1960-luvulla osana ihmisoikeuksien määrittelyä. Seksuaalioikeuksien (sexual rights) määrittely alkoi 1990-luvulla. Tuolloin perhesuunnittelun ja seksitautien hoidon ohella alettiin kiinnittää laajempaa huomiota seksuaaliterveyden kysymyksiin. Keskustelu laajeni vähitellen koskemaan myös seksuaalioikeuksia. Sekä lisääntymisterveyteen liittyvien oikeuksien että seksuaalioikeuksien keskeinen sisältö on, että jokaisella yksilöllä tai parilla on oikeus tietoisesti ja vastuullisesti päättää omaan elämäänsä liittyvistä asioista, kuten läheisen ihmissuhteen solmimisesta, avioitumisesta, lasten hankkimisesta ja ehkäisyyn käytöstä. Seksuaalioikeuksilla pyritään lisäksi mm. suojeleman yksilön oikeutta kehon koskemattomuuteen, seksuaaliseen turvallisuuteen, sukupuolen ja seksuaalisuuden moninaisuuteen sekä seksuaaliseen hyvinvointiin.

Seksuaalioikeuksia koskee Seksuaaliterveyden maailmanjärjestön (World Association for Sexual Health, WAS) julistus¹ ja laajennettuja seksuaali- ja lisääntymisoikeuksia perhesuunnittelujärjestöjen liiton julistus² (International Planned Parenthood Federation, IPPF). Niiden lisäksi seksuaali- ja lisääntymisoikeuksia käsitellään kansainvälisten ihmisoikeusjuristien kokoamassa Yogyakartan periaatteissa³ sekä muiden toimijoiden kuten The Institute for Advanced Study of Human Sexuality:n julkilausemassa⁴. Kansainväliseen käsitteistöön on vakiintunut käsite *seksuaali- ja lisääntymisterveys ja -oikeudet* kattamaan sekä aiemmat lisääntymiseen liittyvät oikeudet että myöhemmin määritellyt seksuaalioikeudet.

Monet järjestöt muun muassa Sexpo-säätiö ja Väestöliitto ovat ottaneet seksuaalioikeuksien edistämisen tavoitteekseen. Tavoite näkyy mm. koulutuspäivien aiheissa, kannanotoissa, projektityössä ja julkaisuissa.⁵ Suomessa seksuaali- ja lisääntymisterveysoikeuksien edistämisen tavoitteina 2000-luvulla on nähty hoidosta riippuvaisten ihmisten (muun muassa pitkäaikaissairaat, vammaiset, vanhukset, mielenterveysongelmaiset), paperittomien ja sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen oikeuksien toteutuminen sekä nuorten seksuaalioikeuksien parantaminen.

Suomalaisessa lainsäädännössä seksuaali- ja lisääntymisterveysoikeuksista sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluista on säädetty useissa eri laeissa (Liite 2). Kansallinen toimintaohjelma⁶ ja SELI-yksikön perustaminen THL:een ovat olleet merkittäviä edistysaskeleita Suomen seksuaali- ja lisääntymisoikeuksien toteutumisen edistämiseksi ja palvelujen kehittämiseksi.

Uudistetun toimintaohjelman lähtökohtana ovat koko väestöä koskevat seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät oikeudet. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen tulee toteutua tasa-arvoisesti asiakkaan tai potilaan tarpeen mukaan riippumatta iästä, sukupuoli-identiteetistä ja sukupuolen ilmaisun moninaisuudesta, seksuaalisesta suuntautumisesta, kulttuuritaustasta tai muista yksilöllisistä ominaisuuksista. Tasa-arvo ei aina toteudu Suomessa. Siksi ns. erityisryhmien, kuten seksuaali- ja sukupuoli-

vähemmistöjen, maahanmuuttajien ja vammaisten seksuaali- ja lisääntymisterveyteen ja -palveluihin liittyviä erityistarpeita nostetaan toimintaohjelmassa esille. Erityisryhmään kuulumisen ja erityistarpeet vaihtelevat asiayhteyden mukaan. Tavoitteena on, että kaikkien ihmisten oikeudet ja velvollisuudet seksuaalisen hyvinvoinnin ja lisääntymisen kysymyksissä tulevat huomioituksi yhtäläisesti ja vaikuttavat toiminnot turvataan eriarvoisuuden vähentämiseksi.

KANSAINVÄLISET SOPIMUKSET

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden ja -oikeuksien maailmanlaajuisessa edistämisessä tärkeitä virstanpylväitä ovat vuoden 1994 Kairon väestö- ja kehityskonferenssi (International Conference on Population and Development, ICPD) sekä vuoden 1995 Pekingin neljäs naisten asemaa käsittelevä maailmankonferenssi. Kairon toimintaohjelmassa asetetaan kansainväliselle yhteisölle joukko tärkeitä väestö- ja kehitystavoitteita. Yhdistyneiden kansakuntien (YK) 179 jäsenvaltiota hyväksyivät 20 vuoden toimintaohjelman, joka toteaa, että yksilön oikeuksien toteutumisen ja tasapainoisen kehityksen edellytyksiä ovat naisten voimaannuttaminen sekä lisääntymisterveyden takaavien koulutus- ja terveystarpeiden toteutuminen.

Kairon ja Pekingin toimintaohjelmien ohella myös YK:n vuosituhattavoitteet liittyvät läheisesti seksuaali- ja lisääntymisterveyteen ja -oikeuksiin. Vuonna 2000 järjestetyssä huippukokouksessa 189 YK:n silloista jäsenvaltiota hyväksyi vuosituhatjulistuksen. Sen pohjalta laadittiin vuosituhattavoitteet (Millennium Development Goals, MDGs).⁷ Vuosituhattulistus ja -tavoitteet ovat YK:n jäsenmaiden, YK-järjestöjen ja kansainvälisten rahoituslaitosten sopimus kansainvälisen yhteistyön kehitystavoitteista. Tavoitteet on tarkoitus saavuttaa vuoteen 2015 mennessä. Läheisimmin seksuaali- ja lisääntymisterveyteen sekä -oikeuksiin liittyy viides vuosituhattavoite, joka koskee raskaana olevien terveyden parantamista. Sen alatavoitteita ovat raskaudesta ja synnytyksestä johtuvien kuolemien vähentäminen kolmella neljäsosalla sekä lisääntymisterveyspalvelujen ulottaminen kaikkien saataville vuoteen 2015 mennessä.⁸

Maailman terveysjärjestö päivitti vuonna 2010 lisääntymisterveyden edistämistä koskevan strategian⁹, joka nojaa edellä mainittuihin kansainvälisiin sopimuksiin. Strategiassa on viisi painopistealuetta

- 1) lisääntymisterveyspalvelujen kapasiteetin vahvistaminen mm. synnytysten hoito
- 2) lisääntymisterveyden tutkimuksen vahvistaminen
- 3) poliittisen vaikuttamistyön lisääminen
- 4) lisääntymisterveyttä koskevaan lainsäädäntöön vaikuttaminen
- 5) lisääntymisterveyden alueellinen monitorointi ja arviointi.

2000-luvulla seksuaali- ja lisääntymisterveyttä on käsitelty EU:n asiakirjoissa. Euroopan parlamentti on julkaissut 2002 päätöslauselman¹⁰ ja 2004 Euroopan neuvosto on laatinut strategian¹¹ seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ja niihin liittyvistä oikeuksista. Suomi on hyväksynyt Euroopan neuvoston vuoden 2007 lasten seksuaalisen hyväksikäytön vastaisen sopimuksen eli ns. Lanzaroten sopimuksen.^{12,13} Suomi on myös hyväksynyt vuonna 2007 ja EU ratifioinut vuonna 2010 YK:n yleissopimuksen ja siihen liittyvän lisäpöytäkirjan vammaisten henkilöiden oikeuksista (Vammaisyleissopimus).¹⁴

Vammaisyleissopimus täydentää jo voimassaolevia YK:n ihmisoikeussopimuksia. Sopimuksella vahvistetaan kaikkien ihmisoikeuksien ja perusvapauksien kuuluminen myös vammaisille henkilöille, ja heille taataan mahdollisuus nauttia näistä oikeuksista ja vapauksista täysimääräisesti ilman syrjintää.

Kehityspolitiikkaa koskevassa eurooppalaisessa konsensusuksessa vuodelta 2005 mainitaan erityisesti seksuaali- ja lisääntymisterveys ja niihin liittyvät oikeudet niin kuin ne on määritelty kansainvälisen väestö- ja kehityskonferenssin toimintaohjelmassa.¹⁵ Lisäksi EU:sta ja globaalista terveydestä vuonna 2010 annettujen neuvoston päätelmien mukaan seksuaali- ja lisääntymisterveys on yksi terveyden alan neljästä päähaasteesta.¹⁶ Euroopan parlamentti on useaan kertaan ilmaissut tukevansa seksuaali- ja lisääntymisterveyden ja siihen liittyvien oikeuksien edistämistä, esimerkiksi vuosituhatavoitteiden saavuttamista käsittelevässä kertomuksessa, joka hyväksyttiin kesäkuussa 2010. Euroopan parlamentti hyväksyi vuonna 2013 julkilausuman,¹⁷ jossa todettiin seksuaali- ja lisääntymisterveyden ja sitä koskevien oikeuksien sekä kouluissa annettavan seksuaalikasvatuksen kuuluvan jäsenvaltioiden toimivaltaan. Julkilausunnossa kuitenkin todettiin, että Euroopan unioni voi osallistua parhaiden käytäntöjen edistämiseen jäsenvaltioissaan.

Euroopan kansanpuolueen ryhmän (EPP) ja Euroopan konservatiivien ja reformistien (ECR) ehdottaman päätöslauselman vuoksi ns. Estrelan raporttia¹⁸ ei parlamentissa käsitelty eikä siten keskusteltu raportissa esille otetuista seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvistä asioista. Raportissa käsiteltiin mm. tyttöjen ja naisten seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevia oikeuksia, ehkäisyä ja turvallisen raskauden-keskeytyksen saatavuutta, kaikille tarjottavaa seksuaalikasvatusta, nuorille suunnattuja seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluja, seksitautien ehkäisyä sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvän väkivallan ehkäisemistä.

Viimeisiä ratifiointeja keväällä 2014 odottanut niin sanottu Istanbulin sopimus on ensimmäinen eurooppalainen oikeudellisesti sitova sopimus naisiin kohdistuvan väkivallan ja perheväkivallan ehkäisemiseksi.¹⁹ Aikaisemmin asiaan on pyritty puuttumaan erilaisilla toimintaohjelmilla ja julistuksilla. Istanbulin sopimus laajentaa näitä olemassa olevia kansainvälisiä velvoitteita tuntuvasti. Sopimus velvoittaa osapuolet saattamaan rangaistavaksi useita naisiin kohdistuvia väkivallan muotoja kuten tyttöjen ja naisten ympärileikkaus, pakkoavioliitto, vainoaminen ja seksuaalinen häirintä. Naisiin kohdistuva väkivalta ja perheväkivalta ovat vakavia ongelmia myös Suomessa. Istanbulin sopimusta selvittänyt Suomen työryhmä luovutti mietintönsä ulkoasiainministeriölle huhtikuussa 2013.

Vaikka lukuisissa ihmisoikeussopimuksissa ei erityisesti mainita perinteisiä haitallisia käytäntöjä, niiden katsotaan kieltävän tyttöjen ympärileikkaukset. Ihmisoikeussopimukset ovat juridisesti sitovia.

Tyttöjen ympärileikkausten ehkäisyyn liittyviä tärkeitä ihmisoikeussopimuksia ovat:

- Euroopan neuvoston yleissopimus naisiin kohdistuvan väkivallan ja perheväkivallan torjumiseksi, ns. Istanbulin sopimus (2011)
- Yhdistyneiden kansakuntien lapsen oikeuksia koskeva yleissopimus (1989)
- Naisten syrjinnän poistamista koskeva yleissopimus (1979)

- Kansalaisyhteiskuntaa ja poliittisia oikeuksia koskeva yleissopimus (1966)
- Kidutuksen ja muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen vastainen yleissopimus (1984)

Kansainväliset ihmisoikeussopimukset luovat perustan, jolle kansallisten oikeusjärjestelmien ja toimintaohjelmien tulisi rakentua.

Pakolaisten oikeusasemaa koskeva yleissopimus, ns. Geneven sopimus, astui voimaan vuonna 1951. Viime aikoina on ryhdytty kiinnittämään yhä enemmän huomiota naispakolaisten erityisongelmiin kuten naisiin kohdistuvaan seksuaaliseen väkivaltaan.²⁰

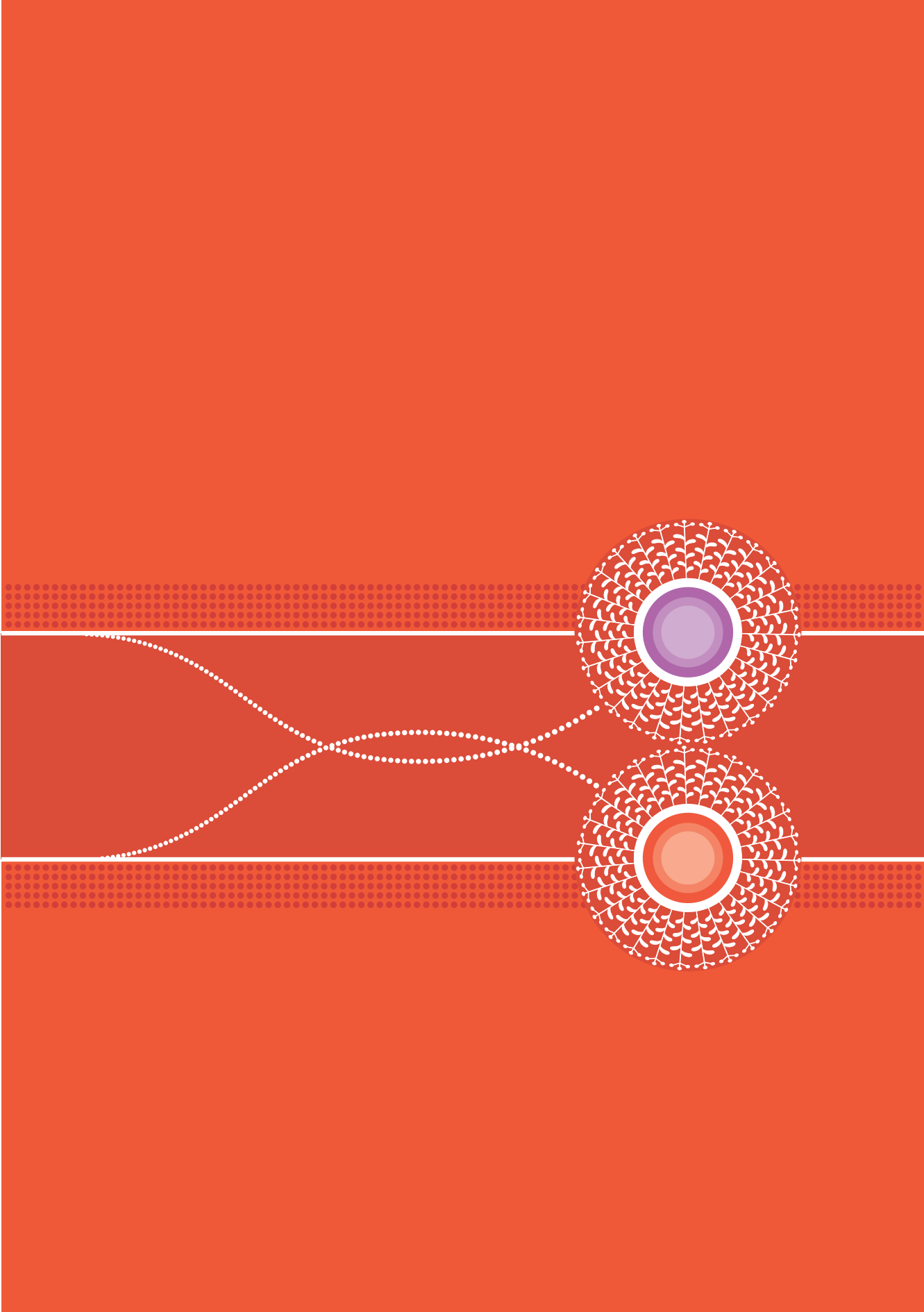
SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS SUOMEN ULKOPOLITIIKASSA

Suomen ulko- ja turvallisuuspolitiikassa tunnustetaan ihmisoikeuksien, kehityksen ja turvallisuuden keskinäisriippuvuus. Suomi edistää erityisesti naisten, lasten, vammaisten henkilöiden, seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen sekä alkuperäiskansojen oikeuksia. Suomen ihmisoikeuspolitiikassa seksuaali- ja lisääntymisterveys sekä -oikeudet ja niiden tunnustaminen ihmisoikeutena otetaan esiin naisten oikeuksien alla. Tämä johtuu siitä, että sillä saralla on ollut eniten työtä. Seksuaali- ja lisääntymisterveys sekä -oikeudet koskettavat kuitenkin yhtälailla miehiä.²¹

Suomi tukee Kairon väestökonferenssissa hyväksytyyn toimintaohjelman tavoitteita. Suomen näkemyksen mukaan lisääntymisterveys- ja perhesuunnittelupalvelujen saatavuus ja hyvä laatu ovat avain köyhyyden vähentämiseen, äitiys- ja lapsikuolleisuuden laskemiseen sekä hiv-tartuntojen ehkäisyyn. Suomi on sitoutunut Pekingin toimintaohjelmaan ja sen tavoitteisiin ja on panostanut vahvasti naisten aseman edistämiseen. Suomen laaja näkemys seksuaali- ja lisääntymisterveydestä on saanut kansainvälistä tunnustusta. Työssä painottuvat pitkäaikainen sitoutuminen ja avoimuus.²¹ Heinäkuussa 2013 uudistetun Suomen YK-strategian mukaan Suomi toimii laaja-alaisesti, mutta keskittyy vaikuttavuuden aikaansaamiseksi YK:ssa neljään kärkiteemaan, joista yksi on sukupuolten välisen tasa-arvon edistäminen. Tähän liittyy myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden ja -oikeuksien tukeminen sekä niiden kuuluminen vuoden 2015 jälkeiselle kehitysohjelmalle.²²

Lähteet

- World Association for Sexual Health. 1999. Declaration of Sexual Rights <http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/> Viitattu 28.2.2014.
- International Planned Parenthood Federation. 2008. Sexual rights: an IPPF declaration. http://ippf.org/sites/default/files/sexualrightspdfdeclaration_1.pdf Viitattu 28.2.2014.
- The Yogyakarta Principles. 2006. <http://www.yogyakartaprinciples.org/> Viitattu 28.2.2014.
- The Institute for Advanced Study of Human Sexuality. 2005. Basic Sexual Rights. <http://www.iashs.edu/rights.html>. Viitattu 28.2.2014.
- Sexpo-säätiö. 2013. Seksuaalioikeudet. Sexpo-säätiö. <http://www.sexpo.fi/seksuaalisuus/seksuaalioikeudet>. Viitattu 28.2.2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://pre20090115.stm.fi/pr1180335140613/pas thru.pdf>.
- Yhdistyneet kansakunnat. 2014. Millennium Development Goals. <http://www.un.org/millennium-goals/>. Viitattu 28.2.2014.
- Euroopan komissio. 2010. EU contribution to the millennium development goals. Some key results from European Commission programmes 2010. http://ec.europa.eu/europeaid/infopoint/publications/europeaid/documents/188a_mdg_en.pdf. Viitattu 28.2.2014.
- WHO. 2010. Progress Report – Reproductive health strategy. To accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/rhr_10_14/en/index.html.
- Euroopan parlamentti. 2002. Seksuaali- ja lisääntymisterveys ja seksuaali- ja lisääntymisoikeudet. Mietintö. Naisten oikeuksien ja tasa-arvoasioiden valiokunta. Istuntoasiakirja A5-0223/2002.
- Euroopan neuvosto. 2004. Resolution 1399 (2004). European strategy for the promotion of sexual and reproductive health and rights. <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta04/ERES1399.htm>. Viitattu 28.2.2014.
- Euroopan neuvosto 2007. Council of Europe Convention on the Protection of Children against Sexual Exploitation and Sexual Abuse. Lanzarote Spain 25.10.2007. Council of Europe Publishing 2007.
- Euroopan neuvoston yleissopimus lasten suojelemisesta seksuaalista riistoa ja seksuaalista hyväksikäyttöä vastaan. 2011. <http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/2011/20110088> Viitattu 28.2.2014.
- Euroopan komissio. 2011. EU ratifioi vammaisten oikeuksia koskevan YK:n yleissopimuksen. Lehdistötiedote. http://europa.eu/rapid/press-release_IP-11-4_fi.htm. Viitattu 28.2.2014.
- Euroopan Unionin portaali. 2007. Kehityspoliittikkaa koskeva eurooppalainen konsensus. http://europa.eu/legislation_summaries/development/general_development_framework/r12544_fi.htm. Viitattu 28.2.2014.
- Euroopan parlamentti. 2012. Kirjallisesti vastattava kysymys E-007257/12 neuvostolle Michael Cashman (S&D), Sophia in 't Veld (ALDE), Sirpa Pietikäinen (PPE), Norbert Neuser (S&D), Jean Lambert (Verts/ALE), Antonia Parvanova (ALDE) ja Véronique Mathieu (PPE) (18. heinäkuuta 2012).
- Euroopan parlamentti. 2013. MEPs say sexual and reproductive health and rights are matter for member states. <http://www.europarl.europa.eu/news/fi/news-room/content/20131206IPR30024/html/MEPs-say-sexual-and-reproductive-health-and-rights-are-matter-for-member-states>. Viitattu 28.2.2014.
- Estrela, E. 2013. Report on Sexual and Reproductive Health and Rights (2013/2040(INI)) <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2013-0426+0+DOC+XML+V0//EN&language=en>. Viitattu 28.2.2014.
- Ulkoasiainministeriö. 2013. Istanbulin sopimuksen ratifiointia käsitellyt työryhmä luovutti mietintönsä. Ulkoasiainministeriön uutiskirje. <http://formin.finland.fi/Public/default.aspx?contentid=274283>. Viitattu 28.2.2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämisen toimintaohjelma 2012–2016 (FGM). Julkaisuja 8/2012. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3343-9>.
- Ulkoasiainministeriö. 2010. Vapaus valita. Seksuaali- ja lisääntymisterveys sekä -oikeudet Suomen kehityspoliittikassa. Ulkoasiainministeriö.
- Ulkoasiainministeriö. 2013. Yhdistyneiden Kansakuntien 68. yleiskokouksen avajaisviikko ja Suomen kansalliset painopisteet YK:n 68. istunnossa. Ulkoasiainministeriö, eduskunta, ulkoasiainvaliokunta. Viite UTP 24/2013vp. <http://217.71.145.20/TRIPviewer/show.asp?tunniste=UTP+24/2013&base=ueasia&palvelin=www.eduskunta.fi&f=WORD> Viitattu 28.2.2014.



3 VÄESTÖN TIEDOT SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMIS-TERVEYDESTÄ JA SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMIS-TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen tavoitteena on, että väestö tietää, mitkä tekijät edistävät ja mitkä puolestaan heikentävät seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Kaikilla tulee olla saatavilla ajantasaista ja laadukasta tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveydestä. Oikeus tietoon ja opetukseen on keskeisellä sijalla seksuaali- ja lisääntymisterveyden oikeuksissa. Väestön tiedon tasosta ei kuitenkaan ole kaikilta osin riittävästi tutkittua tietoa.

TIEDON TASO JA SEN SEURANTA

Peruskoulun 8. ja 9. luokan, lukion ensimmäisen ja toisen vuoden sekä ammatillisien oppilaitosten ensimmäisen ja toisen vuoden opiskelijoiden seksuaali- ja lisääntymisterveyden tiedon tasoa seurataan säännöllisesti THL:n Kouluterveyskyselyssä¹ opetussisältöjä koskevien kysymysten ja tietoväittämien avulla. Hyvät tiedot seksuaaliterveydestä -indikaattori¹ on muodostettu kahdeksasta seksuaaliterveyteen liittyvästä väittämästä.² Indikaattori on saatavilla peruskoululaisista ja lukiolaisista vuosilta 2006–2013 ja ammattiin opiskelevista vuosilta 2008–2013.

Kouluterveyskyselyn mukaan nuorten tiedot seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ovat heikentyneet vuodesta 2008/2009 kaikilla opiskeluasteilla ja molemmilla sukupuolilla.³ Vuonna 2013 hyvät tiedot seksuaali- ja lisääntymisterveydestä oli peruskoulun tytöistä enää 20 prosentilla ja pojista 13 prosentilla. Ammattiin opiskelevilla tytöillä hyvät tiedot olivat 34 prosentilla ja pojilla 18 prosentilla. Lukiolaisista hyvät tiedot seksuaaliterveydestä oli 43 prosentilla tytöistä ja 30 prosentilla pojista. Erityisesti tietämys seksitaudeista on heikentynyt huomattavasti.

Kouluterveyskysely on osoittanut, että poikien seksuaali- ja lisääntymisterveys-tietämys on heikompaa kuin tyttöjen ja ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevien heikompaa kuin lukiolaisten.³ Myös Väestöliiton 8. luokan oppilaille vuosina 2000 ja 2006 toteutettujen seksuaaliterveystietokilpailujen perusteella tietämysero sukupuolten välillä on säilynyt suurena tyttöjen hyväksi.⁴

Nuoren huonon koulumenestyksen ja vanhempien matalan koulutustason on niin ikään osoitettu olevan yhteydessä heikkoon seksuaali- ja lisääntymisterveyden tiedon tasoon.⁵ Viitteitä on myös siitä, että maahanmuuttajataustaisten nuorten seksuaaliterveystietämys olisi heikompaa kuin yläkoululaisilla keskimäärin.⁶ Maahanmuuttajataustaiset nuoret arvioivat usein tietonsa paremmiksi kuin ne todellisuudessa olivat,

1 Hyvät tiedot seksuaaliterveydestä -indikaattori on muodostettu kahdeksasta seksuaaliterveyteen liittyvästä väittämästä, josta kaikki pitää tietää, jotta vastaajalla on hyvät tiedot seksuaaliterveydestä. Väittämät ovat: 1) Kuukautisten alkaminen on merkki siitä, että tyttö voi tulla raskaaksi; 2) Ehkäisyvälineistä vain kondomi suojaa sukupuolitaudeilta; 3) Sukupuolitauti on joskus täysin oireeton; 4) Nainen ei voi tulla raskaaksi ensimmäisellä yhdyntäkerralla; 5) Siemensyöksyjen alkaminen on merkki siitä, että poika on tullut sukukypsäksi ja voi siittää lapsia; 6) Klamydiatulehdus voi aiheuttaa hedelmättömyyttä; 7) Kerran sairastettua sukupuolitauti ei voi saada uudelleen; 8) Saatuaan HI-viruksen henkilö voi tartuttaa sitä muihin loppuikkinsä.

eivätkä he mielestään tarvinneet lisätietoa. Tiedon taso ei kuitenkaan suurelta osin vastannut opetussuunnitelman tavoitteita. Myös maahanmuuttajataustaisilla nuorilla tyttöjen tiedot olivat poikia paremmat. Maahanmuuttajataustaisten nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyden tiedon tasosta voidaan saada jatkossa tietoa Kouluterveyskyselyn avulla, sillä taustakysymyksiin on lisätty vastaajan ja hänen vanhempiansa syntymämaat ja asuinaika Suomessa.

Sekä suomalaisissa että kansainvälisissä tutkimuksissa on selvitetty nuorten aikuisten tiedon tasoa iän vaikutuksesta hedelmällisyyden laskuun ja raskauden riskeihin.⁷⁻⁹ Tulosten mukaan nuorten aikuisten tiedoissa on puutteita. Suuri osa ei tiedä, missä vaiheessa hedelmällisyys alkaa laskea ja kuinka merkittävästi. Suomalaisista naisyliopisto-opiskelijoista kuudesosa ja miesopiskelijoista kolmasosa ei tiedä, että raskaaksi tuleminen on 35-vuotiaalle vaikeampaa kuin 25-vuotiaalle.⁹ Yliopisto-opiskelijoiden ryhmähaastatteluissa hedelmällisyysneuvonta eli neuvonta muun muassa iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen ja raskauden riskeihin koettiin hyväksyttäväksi.¹⁰

Aikuisväestön seksuaali- ja lisääntymisterveyden tiedon tasoa ei ole viime vuosina tutkittu.

VÄESTÖN SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN

Väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvästä käyttäytymisestä saadaan tietoa rekistereistä (raskaudenkeskeytys, syntyneiden lasten rekisteri, tartuntataudit, joukkotarkastusrekisterit), kyselytutkimusten (esim. Kouluterveyskysely, WHO:n Koululaistutkimus, Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus, FINSEX, Terveys 2000 ja 2011, FINRISKI, Maamu, Lapsiperhekyselyt) ja laadullisten tutkimusten avulla. Kyselytutkimuksia käsitellään myöhemmin eri osioiden yhteydessä ja tarkemmin tutkimusta käsittelevässä luvussa.

Varhaisnuorista nuoriin aikuisiin

Seksuaalisen hyvinvoinnin perusteet luodaan jo lapsuudessa ja siksi on tärkeä tutkia lasten suhtautumista monenlaisiin ihmissuhteisiin ja oman kehon muutoksiin. THL toteutti vuonna 2013 kyselyn, johon vastasi yli 3 000 viidesluokkalaista eri puolelta Suomea.¹¹ Alustavien tulosten mukaan kaksi kolmesta viidesluokkalaisesta koki aikuiseksi kasvamisen luonnollisena ja mukavana. Pelottavaksi tai ahdistavaksi asian koki lähes joka kymmenes: tytöt hieman useammin kuin pojat. Noin joka neljäs ei osannut sanoa, miltä aikuiseksi kasvaminen muutoksineen tuntuu. Lähes kaksi kolmesta kertoi olevansa tai olleensa ihastunut tai rakastunut ja oli usein kertonut siitä jollekin kuten parhaalle kaverille; tytöt poikia useammin. Kahdella kolmesta oli lähipiirissään ainakin yksi aikuinen, jonka kanssa voi jutella murrosikään tai seurusteluun liittyvistä asioista ja taas tytöillä hieman useammin kuin pojilla. Joka kymmenennellä tällaista aikuista ei ollut ja joka neljäs vastasi, että ei halunnutkaan tai kokenutkaan tarvitsevana enempää tietoa murrosikään tai seurusteluun liittyvistä asioista.

Nuorten ja nuorten aikuisten seksuaali- ja lisääntymisterveyskäyttäytymisessä on nähtävissä sekä ilon- että huolenaiheita. Yhdynnässä olleiden peruskoulun yläluokkalaisten

ja lukiolaisten tyttöjen osuus on vähentynyt 2000-luvun aikana.¹² Vuonna 2013 peruskoulun 8.–9.-luokkalaisista yhdynnässä oli ollut 22 prosenttia.³ Peruskouluikäisissä sukupuolten välillä ei ollut eroja, mutta lukiolaisista ja ammattiin opiskelevista tytöt olivat olleet poikia useammin yhdynnässä. Samanaikaisesti kun yhdynnät ovat nuorilla 2000-luvulla vähentyneet, myös nuorten raskaudenkeskeytys- ja synnytysluvut ovat laskeneet (ks. luku 11 Raskauden ehkäisy). Erityisesti alle 20-vuotiaiden raskaudenkeskeytysten määrä on vähentynyt 2000-luvulla. Yhdyntöjen varhainen aloittaminen näyttää olevan yhteydessä nuoren varhaisempaan fyysiseen kehitykseen: yhdynnän kokoneilla 14–16-vuotiailla nuorilla kuukautiset tai siemensyöksyt olivat alkaneet varhemmin kuin niillä, jotka eivät olleet olleet yhdynnässä.¹³ Aikainen kuukautisten alkamisikä ei kuitenkaan ollut yhteydessä tyttöjen moniin seksikumppaneihin.¹⁴ Tytöille tärkeitä asioita ensimmäisessä yhdynnässä olivat parisuhde, tunne ja valmius yhdyntään.

Yhdynnässä olleiden nuorten ehkäisyn käytön yleisyydessä ei ole tapahtunut toivottavaa kehitystä 2000-luvun alkuun nähden.¹² Kouluterveyskyselyn³ mukaan ilman ehkäisyä viimeisimmässä yhdynnässään oli ollut vuonna 2013 peruskoulun yläluokkien pojista 18 prosenttia ja tytöistä 14 prosenttia. Toisella asteella luvut olivat lähes yhtä huolestuttavia: ammattiin opiskelevista pojista 13 prosenttia ja tytöistä 11 prosenttia sekä lukiolaispojista 8 prosenttia ja -tytöistä 6 prosenttia ei ollut käyttänyt viimeisimmässä yhdynnässään ehkäisyä. Myös sekä kondomin että hormonaalisen ehkäisyn samanaikainen käyttö (tuplaehkäisy) oli harvinaista nuorten keskuudessa. Harvempi kuin joka kymmenes yhdynnässä ollut nuori ilmoitti viimeisimmässä yhdynnässä käyttäneensä tuplaehkäisyä.

Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimuksen mukaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden osoittimet olivat selkeästi yhteydessä muihin hyvinvointiongelmia kuvaaviin osoittimiin.¹⁵ Niillä kohortin tytöillä, joilla ei ollut peruskoulun jälkeistä jatkotutkimtoa, oli seuranta-aikana enemmän klamydiatartuntoja (15,8 % vs. 5,5 %), raskaudenkeskeytyksiä (20,7 % vs. 3,9 %) ja teinisyntymyksiä (16,0 % vs. 0,7 %) kuin ylioppilas- tai korkeakoulututkinnon suorittaneilla. Seksuaali- ja lisääntymisterveysongelmat kasautuivat usein niille, joilla muutenkin oli useita terveyttä vaarantavia riskitekijöitä.

Nuorten seksuaalinen riskikäyttäytyminen, kuten ehkäisyn laiminlyöminen ja useat seksikumppanit, oli yhteydessä päihteiden käyttöön.^{13, 14} Positiivista kuitenkin oli, että alkoholin käyttö ei välttämättä aiheuttanut tytöillä itsehallinnan ja kontrollin menetystä tai ehkäisyn käytön laiminlyöntiä.¹⁶ Seksuaalisesti latautuneiden tilanteiden hallintaa edistivät tietyt persoonallisuuden piirteet kuten sisältäpäin ohjautuvuus ja hyvä itsetunto. Tyttöjen seksuaaliseen käyttäytymiseen vaikuttivat persoonallisten tekijöiden lisäksi tilannetekijät kuten päihteet ja sosiaaliset tekijät kuten vanhemmat ja kaverit.¹⁴ Tytöt olivat myös hyvin omaksuneet länsimaisen vallitsevan kulttuurisen käsityksen, jonka mukaan tytöillä on seksiasioissa vastuunkantajan rooli. Poikien osalta vastaavia tutkimuksia ei ole tehty.

Viime vuosina on selvitetty myös nuorten seksuaaliterveyteen liittyvää nettikäyttäytymistä. Pelastakaa Lapset ry:n kyselyyn vastanneista nuorista yli puolet oli keskustellut internetissä seksiin liittyvistä asioista.¹⁷ Pääsääntöisesti seksiasioista keskusteltiin reaali maailmasta tuttujen kavereiden tai nettikavereiden kanssa. Kouluterveyskyselyn³ tulosten mukaan tuntemattoman, muun kuin terveydenhuollon ammattilaisen kanssa

seksistä oli internetissä keskustellut peruskoulun 8. ja 9. luokkalaisista pojista 18 prosenttia ja tytöistä 23 prosenttia. Toisella asteella luvut olivat vielä hieman korkeammat.

Peruskoulun 8- ja 9.-luokkalaisista sekä lukiolais- ja ammattiin opiskelevista pojista 15–16 prosenttia ja tytöistä 12–14 prosenttia on kuvannut tai katsonut webkameran avulla verkossa intiimejä kehon osia tai itsetyydytystä.³ Omia tai toisen intiimejä kuvia verkossa muiden nähtäväksi on levittänyt alle viisi prosenttia. Pornografian katsomisessa internetistä on suuret sukupuolten väliset erot sekä perus- että toisella asteella. Kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisista pojista 74 prosenttia ja tytöistä 22 prosenttia oli katsonut pornografiaa.

Armeijan alokkaille tehdyssä tutkimuksessa ilmeni, ettei seksuaalisen riskikäyttäytymisen taso merkittävästi muuttunut vuosien 1998–2005 aikana.¹⁸ Noin puolet miehistä ei ollut käyttänyt kondomia viimeisessä yhdynnässä. Seksuaalinen riskikäyttäytyminen ja seksitaudit olivat yhteydessä päihteiden käyttöön. Tutkimuksen tulokset korostavat seksitautien leviämiseen liittyvien riskitekijöiden seurannan ja ehkäisyn tarpeellisuutta.

Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksen mukaan vakituinen parisuhde oli kahdella kolmesta opiskelijasta.¹⁹ Noin 60 prosenttia opiskelijoista oli tyytyväisiä seksielämäänsä; naiset hieman miehiä yleisemmin. Ammattikorkeakouluissa opiskelevista 30–34-vuotiaista naisista puolella oli lapsia, yliopisto-opiskelijoista kolmanneksella. Kaiken kaikkiaan korkeakouluopiskelijoista lapsia oli ainoastaan noin 7 prosentilla. Korkeasti koulutetut siirtävät lapsen hankintaa muita useammin hedelmällisen iän loppupuolelle, jolloin tahattoman lapsettomuuden riski kasvaa. Lähes joka kolmas lapseton yliopisto-opiskelija on epävarma, aikooko tulevaisuudessa hankkia lapsia.⁹

Aikuiset

Seksuaali- ja lisääntymisterveyskäyttäytymisen tutkimus on perinteisesti ollut heteronormatiivista ja seksin on ajateltu olevan penis-vagina yhdyntöjä. Esimerkiksi seksuaali- ja lisääntymisterveyttä selvittävissä väestötutkimuksissa seksuaalista suuntautumista tai omaa kokemusta sukupuolesta ei yleensä kysytä. Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen seksuaali- ja lisääntymisterveyskäyttäytymisestä onkin vielä hyvin vähän tietoa.

Suomalaisten aikuisväestön seksuaalikäyttäytymisessä tapahtuneita muutoksia on seurattu FINSEX-tutkimuksella vuodesta 1971 lähtien. Seurantatutkimuksen mukaan seksikumppaneiden määrä elämän aikana on viime vuosikymmeninä kasvanut. Vuonna 1971 naiset ilmoittivat olleensa 2,6 ja miehet 11 kumppanin kanssa elämänsä aikana. Vuonna 2007 luku oli naisilla 10,4 ja miehillä 14,7.^{20, 21}

Vuoden 2007 FINSEX-tutkimuksen mukaan 18–74-vuotiaista miehistä 61 prosenttia ja naisista 53 prosenttia oli ollut yhdynnässä viimeisimmän viikon aikana.²² Sukupuolten ero selittyy osittain sillä, että vanhimmassa ikäryhmässä naisissa oli enemmän iäkkäitä leskiä, joilla ei enää ollut halua tai tilaisuutta seksuaalisuhteeseen. Vuoteen 1999 verrattuna osuudet olivat pienentyneet muutamalla prosentilla ja 1990-luvun alkuun verrattuna noin kymmenellä prosentilla.

Vuonna 2007 18–34-vuotiaista miehistä 66 prosenttia oli ollut yhdynnässä kyselyä edeltäneen viikon aikana ja naisista 62 prosenttia.²¹ 35–54-vuotiaiden vastaavat osuudet

olivat miehillä 65 prosenttia ja naisilla 60 prosenttia sekä 55–74-vuotiailla miehillä 53 prosenttia ja naisilla 35 prosenttia. Miehistä 82 prosenttia ja naisista 86 prosenttia ilmoitti viimeisimmän seksikumppanin olleen oma puoliso tai muu vakituinen kumppani. Noin 14 prosenttia suomalaismiehistä kertoi ostaneensa joskus elämänsä aikana seksiä.²³

FINSEX-tutkimukseen osallistuneista kahdella kolmesta naisella ja neljällä viidestä miehellä olisi halukkuutta yhdyntään vähintään kaksi kertaa viikossa, jos he voisivat itse päättää yhdyntätiheydestä.²² Eurooppalaisessa vertailussa, jossa mukana olivat Suomi, Espanja, Italia, Kreikka, Portugali ja Norja sekä suomalaisilla miehillä että naisilla oli yhdyntöjä vähemmän kuin muissa maissa. Parisuhteessa kumppanusten välisten yhdyntöjen lisäksi seksiä on myös itsetyydytys. Viimeisen kuukauden aikana itsetyydyttäneiden osuus kasvoi 39 prosentista 51 prosenttiin vuodesta 1999 vuoteen 2007. Vuonna 1971 tämä osuus oli ainoastaan 20 prosenttia. Kasvanut itsetyydytys näyttää korvanneen osittain yhdyntälukumäärien putoamisen parisuhteissa 2000-luvulla.

Eniten yhdyntöjä oli niissä parisuhteissa, jotka koettiin onnellisiksi.²¹ Yhdyntöjen lisäksi parisuhdeonnea lisäsivät muu fyysinen läheisyys ja kyky puhua seksistä kumppanin kanssa. Koskettelun vähäisyys liittyi parisuhdeonnen vähenemiseen suhteen keston kasvaessa. Onnellisimpia olivat suhteet, jotka olivat kestäneet vasta muutaman vuoden ja joissa oli riittävästi fyysistä läheisyyttä ja koskettelua. Toisaalta seksuaalinen tyytyväisyys ei riitä pelastamaan liittoa, josta puuttuu vastavuoroisuus, ymmärrys, sitoutuminen ja me-henki.²⁴

Seksuaalisen halun puute parisuhteessa aiheuttaa ongelmia sekä yksilöille että parisuhteille.²¹ Seksuaalisen halun puute oli naisilla neljä kertaa yleisempää kuin miehillä, ja sitä esiintyi usein toistuvana joka toisessa parisuhteessa. Puolisoiden halukkuuserot aiheuttavat stressiä ja ristiriitoja sekä nykypäivänä yhä useammin myös parisuhde-eroja. Parisuhdeneuvonnan, seksuaalineuvonnan ja -terapian avulla voidaan auttaa pareja myös haluttomuus- ja orgasmiongelmissa. WHO:n määritelmän mukaan seksuaaliterveyden keskeisenä sisältönä on mahdollisuus nauttia molemmin puolin tyydyttävistä seksuaalisista suhteista.²⁵

WHO:n mukaan seksuaaliterveydessä olennaista on fyysinen, emotionaalinen, henkinen ja sosiaalinen hyvinvointi suhteessa seksuaalisuuteen.²⁵ Hyvä seksuaaliterveys pystytään saavuttamaan sairauksista, vammoista tai häiriöistä huolimatta. Monet krooniset sairaudet, syövät ja muut vakavat sairaudet voivat vaikuttaa ihmisen seksuaalisuuteen ja seksuaaliseen käyttäytymiseen. Syöpätautiklinikan potilaista kolme neljästä piti tarpeellisena seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyä sairaalassa.²⁶ Keskustelu-aloitteen toivottiin tulevan lääkäriltä tai hoitajalta. Seksuaalineuvonnan ja -ohjauksen sisällön tulee olla potilaslähtöistä, ohjauksen sisältyä automaattisesti osaksi hoitosuunnitelmaa ja koulutetun henkilökunnan tulee toteuttaa seksuaalineuvontaa.^{27,28} Vuonna 2010 vuodeosastopotilaiden ohjaus ja neuvonta kuului vain joidenkin harvojen seksuaalineuvojen tai -terapeuttien työhön.²⁹ Osa seksuaalineuvojista ja -terapeuteista teki neuvontatyötä oman työnsä ohella, osalla oli tietyt vastaanottoajat. Osa sairaanhoitopiireistä järjestikin seksuaalineuvojan tai -terapeutin vastaanottoja muun muassa urologian, kirurgian, syöpätautien, selkäydinvamma- ja pelkopoliklinikalla.

Venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisten maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyskäyttäytymisestä on jonkin verran tietoa THL:n Maamu-tutkimuksessa.³⁰

Se osoitti, että luotettavien ehkäisymenetelmien käyttö oli vähäisintä ja spontaanit keskenmenot yleisimpiä somalialaistaustaisilla naisilla.³¹ Heillä oli myös eniten synnytyksiä. Venäläistaustaisilla naisilla raskaudenkeskeytykset olivat yleisiä. Noin 70 prosentille somalialaistaustaisista naisista ja 32 prosentille kurditaustaisista naisista oli tehty ympärileikkaus.³²

Jatkossa seksuaali- ja lisääntymisterveyskäyttäytymistä selvittävässä tutkimuksessa on huomioitava seksuaalinen suuntautuminen ja sukupuolen moninaisuus. Jos käyttäytymistä tutkitaan heteronormatiivisista oletuksista käsin, saadaan virheellistä tietoa esimerkiksi ehkäisyn käytöstä. Seksuaalista hyvinvointia tulisi myös tutkia nykyistä kokonaisvaltaisemmin ja hyödyntäen sekä määrällistä että laadullista tutkimusotetta. Terveyserojen kaventamisen kannalta on olennaista, että huomiota kiinnitetään erityisesti niihin ryhmiin, joiden tiedon taso on muuta väestöä heikompaa ja käyttäytyminen riskialttiimpaa.

Tavoitteet

- ▶ Tuotetaan tietoa aikuisväestön seksuaali- ja lisääntymisterveystietoudesta ja -käyttäytymisestä.
- ▶ Parannetaan väestön seksuaali- ja lisääntymisterveystietoutta ja vähennetään sukupuolesta, koulutuseroista tai muista syistä johtuvaa eriarvoisuutta väestön seksuaali- ja lisääntymisterveydessä ja tiedontasossa.
- ▶ Sukupuolen ja seksuaalisuuden moninaisuus huomioidaan seksuaali- ja lisääntymisterveystutkimuksissa.

Toimenpiteet

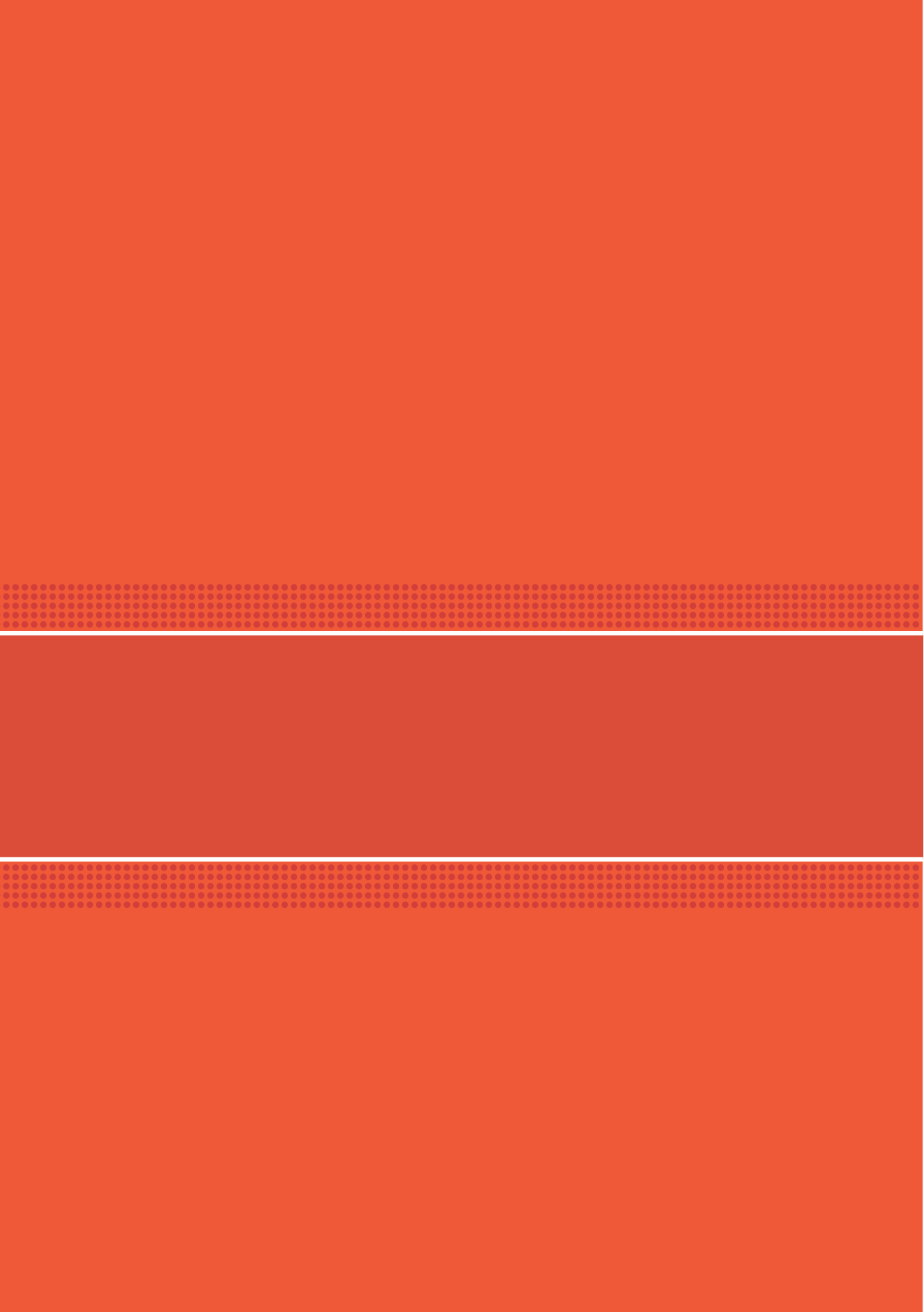
- ▶ Tutkimuslaitokset ja korkeakoulut selvittävät väestökyselyjen avulla seksuaali- ja lisääntymisterveyden tiedon tasoa ja seksuaali- ja lisääntymisterveyskäyttäytymistä.
- ▶ OKM, OPH ja muut koulutuksen suunnittelusta ja järjestämisestä vastaavat tahot lisäävät koulujen opetussuunnitelmiin seksuaali- ja lisääntymisterveystietoa nykyistä laajemmin, kuten hedelmällisyysneuvontaa jo yläasteikäisten terveystiedon opetukseen ja osaksi ammattiin opiskelevien ja lukiolaisten terveystiedon opetusta.
- ▶ Terveyshuollon ammattihenkilöt jakavat seksuaali- ja lisääntymisterveystietoa osana omaa työtään nykyistä monipuolisemmin.
- ▶ Tutkimuslaitokset ja korkeakoulut huomioivat tutkimuskysymysten asettelussa ja tulosten raportoinnissa sukupuolen ja seksuaalisuuden moninaisuuden.

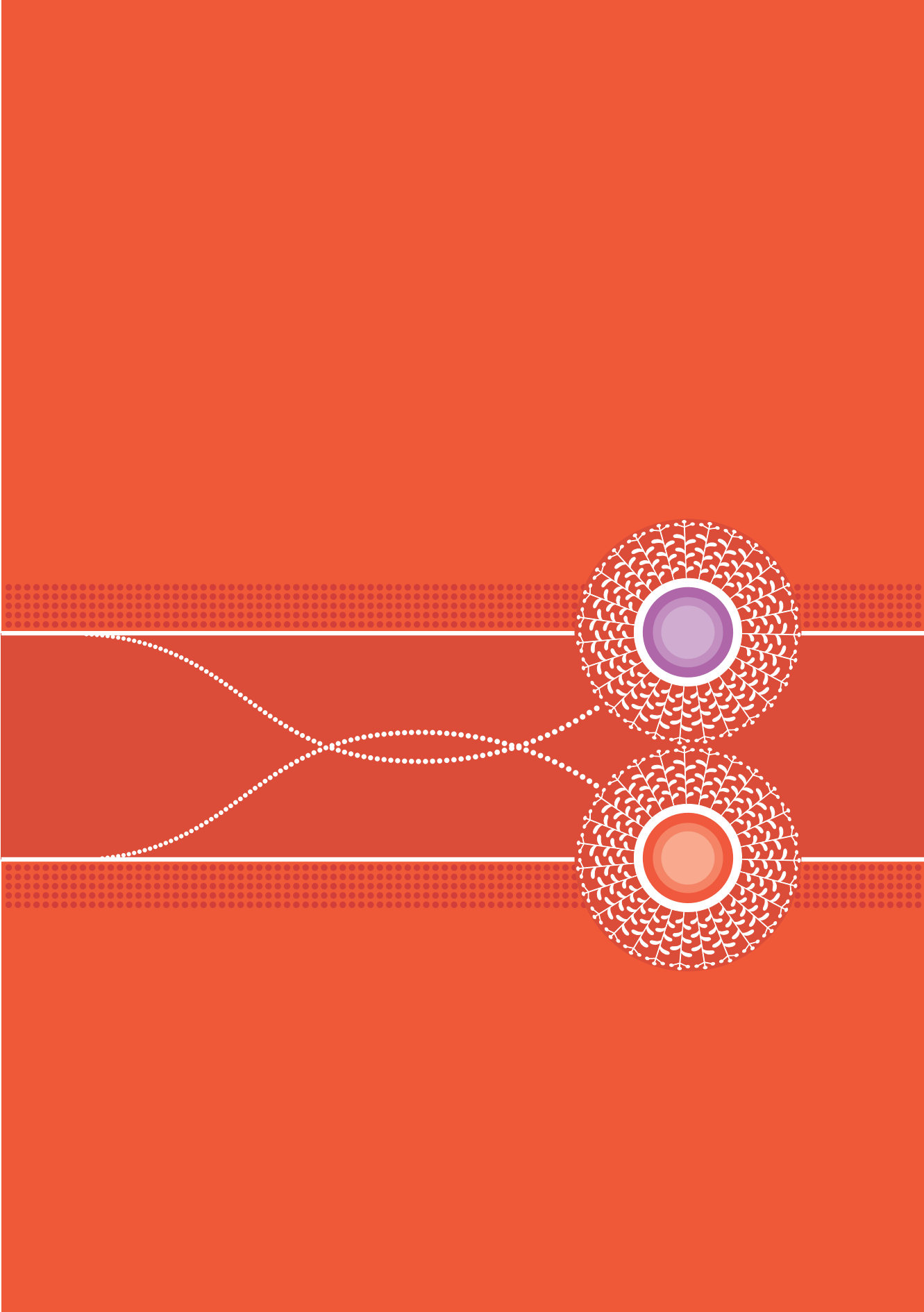
* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

Lähteet

1. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Kouluterveyskysely. www.thl.fi/kouluterveyskysely. Viitattu 28.2.2014.
2. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Kouluterveyskyselyn indikaattoreiden kuvaukset. <http://www.thl.fi/urn:fi:web/tilastot/indikaattorit>. Viitattu 28.2.2014.
3. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Kouluterveyskyselyn tulokset 2013. <http://www.thl.fi/urn:fi:web/tilastot/kaikotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset>. Viitattu 28.2.2014.
4. Kontula, O. & Meriläinen, H. 2007. Koulun seksuaalikasvatus 2000-luvun Suomessa. Väestötutkimuslaitos. Katsauksia E 26/2007. Helsinki: Väestöliitto, väestötutkimuslaitos.
5. Liinamo, A. 2005. Suomalaisnuorten seksuaalikasvatus ja seksuaaliterveystiedot oppilaan ja koulun näkökulmasta – Arviointia terveyden edistämisen viitekehityksessä. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
6. Nurmekela, S. 2011. Suomessa asuvien yläkouluikäisten maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveystiedot. Pro gradu -tutkielma, Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ju:2011121911826>.
7. Lundsberg, LS., Pal, L., Garipey, AM., Xu, X., Chu, MC. & Illuzzi, JL. 2014. Knowledge, attitudes, and practices regarding conception and fertility: a population-based survey among reproductive-age United States women. *Fertil Steril*. 2014 Mar;101(3):767-774.e2.
8. Virtala, A., Vilska, S., Huttunen, T. & Kunttu, K. 2011. Childbearing, the desire to have children, and awareness about the impact of age on female fertility among Finnish university students. *The European journal of contraception & reproductive health care*. 16(2), 108-115.
9. Nipuli, S., Klemetti, R. & Hemminki, E. 2012. Finnish university students' awareness of age-related fertility. NACS conference 4-7th Oct, 2012, Helsinki Finland/EUPHA conference, 8-10th Nov, Malta, 2012.
10. Brandt, J. 2013. Yliopisto-opiskelijoiden näkemyksiä hedelmällisyysneuvonnasta. Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos, pro gradu -tutkielma. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ju:201304161448>.
11. Kanste, O. 2014. Erikoistutkija, THL. Henkilökohdan tiedonanto 21.2.2014.
12. Puusniekka, R., Kivimäki, H. & Jokela, J. 2012. Nuorten seksuaalikäyttäytyminen 2000-luvulla. Nuorisotutkimus 3, 4–24.
13. Samposalo, H. 2013. Juomatapojen yhteys alkoholihaittoihin ja riskikäyttäytymisen 14–16-vuotiailla nuorilla. Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö. *Acta Electronica Universitatis Tampereensis*: 1297. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9091-0>.
14. Kuortti Marjo Kuortti. 2012. Suomalaisen tyttöjen seksuaaliterveys ja -kulttuuri. Arvot, riskit ja valinnat. Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö. *Acta Electronica Universitatis Tampereensis*: 1201. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8806-1>.
15. Paananen, R., Ristikari, T., Merikukka, M., Rämö, A. & Gissler, M. 2012. Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimusaineiston valossa. Raportti 52. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-696-0>.
16. Suvivuo, P. 2011. The Ability of Adolescent Girls to Exert Control over Sexually-Charged Situations. A Narrative Study for the Promotion of Sexual Health. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0413-3>.
17. Pelastakaa Lapset ry: 2010. Tutut tuntemattomat. Raportti lasten ja nuorten nettituttavuudesta sosiaalisessa mediassa. Viitattu 27.2.2014. http://pelastakaa-lapset-fi-bin.directo.fi/@Bin/a6a-735e1022fe480bbb15bf046be5875/1378099262/application/pdf/234470/Tutut%20tuntemattomat%20-%20raportti_web.pdf.
18. Nikula, M. 2009. Young men's sexual behaviour in Finland and Estonia. Opportunities for prevention of sexually transmitted infections. National Institute for Health and Welfare. Research 26/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
19. Kunttu, K. & Pesonen, T. 2013. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2012. Helsinki: Yliopilaisten terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 47. Verkkojulkaisu: http://www.yths.fi/filebank/1864-KOTT_2012_verkkoon.pdf Viitattu 27.2.2014.
20. Haavio-Mannila, E. & Kontula, O. 2001. Seksin trendit: Meillä ja naapureissa. Helsinki: WSOY.
21. Kontula, O. 2009. Parisuhdeonnen avaimet ja esteet. Perhebarometri 2009. Helsinki: Väestöliitto.
22. Kontula, O. 2008. Halu & Intohimo: Tietoa suomalaisesta seksistä. Helsinki: Otava.
23. Regushevskaya, E., Haavio-Mannila, E. & Hemminki E. 2013. Sociodemographic characteristics and attitudes of men buying sex in Finland. *Scand J Public Health*. 2013 Nov;41(7):729-36.
24. Perho, H., Kärkkäinen, H., Nurminen, HR & Korhonen, M. 2010. Lyhyet Gottman -pohjaiset interventiot parisuhteen muokkaajina: 8-9 kuukauden seurannat. Helsinki: Väestöliitto.
25. WHO. 2010. Maailman terveysjärjestön (WHO) Euroopan aluetuomisto ja BZgA. 2010. Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa. Suuntaviivat poliittiselle päättäjille, opetus- ja terveydenhoitoalan viranomaisille ja asiantuntijoille. Alkuperäinen teos: Standards for Sexuality, Education in Europe. A framework for policy makers, educational health authorities and specialists. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085324>.
26. Kellokumpu-Lehtinen, P., Väisälä, L. & Hautamäki, K. 2003. Syöpä ja seksuaalisuus. *Duodecim* 199, 237–46.

27. Hautamäki-Lamminen, K., Åstedt-Kurki, P., Lehto, J. & Kellokumpu-Lehtinen, P. 2010. Syöpään sairastuminen ja seksuaalisuus: mitä potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta? *Hoitotiede* 4, 282–90.
28. Järvinen, S., Hautamäki-Lamminen, K. & Kellokumpu-Lehtinen, P. 2012. Seksuaaliterveyden edistäminen osana terveysneuvontaa – Pilottina syöpä ja seksuaalisuus. Raportti 25/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
29. Ryttyläinen-Korhonen, K., Klemetti, R., Pelkonen, M., Ritamo, M., Vallimies-Patomäki, M., Nikula, M. 2012. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen sairaanhoitopiireissä : Osa I Loppuarviointi 2011; Osa II Väliarviointi 2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085323>.
30. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimus (Maamu). http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hankesivu?id=22131 Viitattu 27.2.2014.
31. Koponen, P., Klemetti, R., Surcel, H-M., Mölsä, M., Gissler, M. & Weiste-Paakkanen, Anneli. 2012. Lisääntymisterveys. Teoksessa Castaneda A., Rask S., Koponen P., Mölsä M. & Koskinen S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 134–144.
32. Koponen, P. & Mölsä M. 2012. Naisten ympärileikkaus. Teoksessa Castaneda A, Rask S, Koponen, P, Mölsä, M & Koskinen, S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 141–144.





4 SEKSUAALIKASVATUKSEN OSA-ALUEET

Seksuaalikasvatuksella edistetään seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Toimintaohjelmassa lähtökohtana ovat WHO:n julkaisemat seksuaalikasvatuksen standardit, jotka käännettiin suomeksi vuonna 2010.¹ WHO:n vuonna 2013 julkaisemat standardien toteuttamisohjeet² käännettiin suomeksi keväällä 2014 THL:n toimesta.

WHO:n seksuaalikasvatuksen standardeissa¹ seksuaalikasvatus määritellään seuraavasti: Seksuaalikasvatus on seksuaalisuuden kognitiivisten, emotionaalisten, sosiaalisten, vuorovaikutteisten ja fyysisten näkökohtien oppimista. Seksuaalikasvatus alkaa varhaislapsuudesta ja jatkuu läpi nuoruuden ja aikuisuuden. Lasten ja nuorten kohdalla sen tavoitteena on tukea ja suojella seksuaalista kehitystä.

WHO:n mukaan kokonaisvaltaisen seksuaalikasvatuksen tulee

- alkaa syntymästä
- ottaa huomioon ikä, kehitystaso, käsityskyky, kulttuuri, sosiaaliset tekijät ja sukupuoli sekä elämän realiteetit
- perustua seksuaalisuutta ja lisääntymistä koskeviin ihmisoikeuksiin
- perustua kokonaisvaltaiseen käsitykseen hyvinvoinnista, joka käsittää myös terveyden
- perustua sukupuolten tasa-arvoon, itsemääräämisoikeuteen ja erilaisuuden hyväksymiseen
- olla keino kehittää yhteiskuntaa oikeudenmukaiseen ja myötätuntoiseen suuntaan voimaannuttamalla yksilöitä ja yhteisöjä
- perustua tieteellisesti pätevään tietoon.

Seksuaalikasvatuksen osa-alueita ovat seksuaalivalistus, -opetus ja -neuvonta.³ Seksuaalikasvatukseen kuuluu myös seksuaaliohjaus.^{4,5} Seksuaalivalistus on yksisuuntaista tiedon jakamista esimerkiksi väestökampanjoiden avulla. Seksuaaliopetus on ryhmässä tapahtuvaa opetusta, jossa on reflektoinnin mahdollisuus. Seksuaalineuvonta on yhdelle tai kahdelle ihmiselle tarjottavaa dialogista apua. Seksuaaliohjaus on tavoitteellista ja tilannekohtaista toimintaa, jota voidaan tehdä kaikissa hoito- ja ohjaustyön kohtaamisissa. Seksuaalikasvatusta voi tapahtua sekä virallisella (muodollinen kouluttajataho) että epävirallisella (esimerkiksi perheet) taholla. Seksuaalikasvattaja ei kasvatustyössä tee oletuksia toisen ihmisen sukupuolesta tai seksuaalisuudesta.

SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYSVALISTUS

Seksuaalivalistus on tehokasta tiedonjakoa, jolla saavutetaan suuret ihmisjoukot nopeasti ja tieto voidaan suunnata tietyille ihmisryhmälle. Valistus on yksisuuntaista eikä suora mahdollisuutta tarkentaviin kysymyksiin aina ole. Valistuskampanjan tarkoitus on rajattuna aikana ottaa kertaluonteisesti tai toistuvasti esille jokin huomiota vaativa asia. Seksuaali- ja lisääntymisterveysvalistuskampanjoita ovat olleet esimerkiksi kampan-

ja nuorten miesten kivessyövän tunnistamiseksi (<http://www.cancer.fi/taskubiljardi/>), kesäkumikampanja (<http://www.punainenristi.fi/kesakumi>), miesten eturauhassyöpää koskeva seksuaaliterveyskampanja Movember (<http://fi.movember.com/>), THL:n Mun Kroppa. Mä päätän -kampanja ja Helsingin kaupungin maksuttomien kondomien jakelukampanja. Toteutuneet valistuskampanjat on kohdistettu pääosin nuorille tai nuorille aikuisille eikä kaikkien niiden vaikutuksia tai vaikuttavuutta ole tutkittu.

Valistusta tulee tehdä pitkäjänteisesti ja monella eri taholla, jotta sillä on vaikutusta.^{1,6,7} Valistus tukee kulttuurista muutosta, jonka välityksellä tieto, asenteet ja käytäytyminen voivat muuttua. Yksittäisen valistuskampanjan vaikuttavuutta ei voi heti arvioida, sillä seksuaaliterveyden muutoksiin, kuten teiniraskauksien tai seksitautitartuntojen määrään vaikuttavat valistuksen lisäksi monet muutkin tekijät. Hankkeen toteuttajan on kuitenkin aina mietittävä ja pystyttävä perustelemaan hankkeen odotettua vaikuttavuutta. Välittömien vaikutusten arvioinnin tulisi aina olla osa kampanjahanketta. Vaikutuksia voidaan arvioida esimerkiksi mittaamalla välitöntä reaktiota kampanjaan ja kampanjan saamaa julkisuutta mediassa.

Suomessa ei ole virallista järjestämis- tai seurantavastuuta väestölle suunnatuista seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvästä tiedotuksesta tai kampanjoinnista. Valistuskampanjoista on hyvä informoida THL:n SELI-yksikköä toimijoiden välisen yhteistyön ja tiedonkulun lisäämiseksi. Tietoa kampanjoista voidaan valtakunnallisesti levittää SELI-yksikön verkostokirjeen avulla.

SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYSOPETUS, -OHJAUS JA -NEUVONTA

Seksuaali- ja lisääntymisterveysopetuksessa vaikutetaan tietoihin, taitoihin ja asenteisiin. **Opetus** on dialogista ja oppijoilla on mahdollisuus keskustella opettajan kanssa sekä tarkentaa opetusta omilla lisäkysymyksillään. Tieto rakentuu jo aiemmin opitun tiedon päälle. Opetusta voidaan antaa kaiken ikäisille erilaisissa tilanteissa ja paikoissa, esimerkiksi koulussa, työterveyshuollossa tai ikääntyneiden palveluissa.

Alakouluissa seksuaali- ja lisääntymisterveysopetus kuuluu nykyisin luokanopettajille integroituna useiden oppiaineiden opetukseen. Yläkoulussa on erillinen terveystieto-oppiaine, jota opettaa terveystiedon aineenopettajapätevyyden hankkinut opettaja. Toisella asteella sekä lukiossa että ammatillisissa oppilaitoksissa terveystietoa oli yksi pakollinen kurssi vuonna 2014. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet muuttuvat vuonna 2016. Terveystieto tulee silloin olemaan luokilla 1–6 ympäristöoppikokonaisuuden (biologia, maantieto, fysiikka, kemia, terveystieto) osana ja luokilla 7–9 omana oppiaineenaan. OPH arvioi terveystieto-oppiaineen oppimistuloksia vuonna 2013.⁸ Tarkoituksena oli selvittää, miten hyvin oppiaineen tavoitteet oli saavutettu ja mikä oli oppiaineen osaamisen kansallinen taso. Oppilaiden (n = 3652) osaamista arvioitiin heille suunnattujen tehtävien ja kyselyn avulla. Lisäksi tehtiin kyselyt myös opettajille (n = 193) ja rehtoreille (n = 62). Vajaalla 40 prosentilla opettajista oli terveystiedon aineenopettajan kelpoisuus, vaikka siirtymäaika koulutuksen hankkimiseen oli päätynyt heinäkuussa 2012. Opetusmenetelminä käytettiin eniten opetuskeskustelua, opettajan kyselyä, esitystä tai luentoa sekä pari- ja ryhmätyöskentelyä. Toiminnallisten menetelmien käyttö vaikutti positiivisesti oppimistuloksiin.

Opettajan pätevyydellä ei ollut vaikutusta oppimistuloksiin, mutta täydennyskoulutus näytti vaikuttavan positiivisesti oppilaiden osaamiseen.

Oppilaiden terveystiedon osaaminen oli vain tyydyttävää tasoa: keskimäärin 59 prosenttia enimmäispistemäärästä.⁸ Tyttöillä osaaminen oli poikia parempaa. Osaamisessa oli myös alueellisia eroja: Itä-Suomen oppilaat saivat parhaimmat tulokset. Kaikilla oli kuitenkin myönteinen asennoituminen terveystietoon. Jatkokoulutukseksi lukion valinneet menestyivät paremmin kuin ammatilliselle puolelle suuntautuneet. Seksuaaliterveyden perusteet sisältyivät terveys arkielämän valintatilanteissa -osioon. Tässä osiossa osaamisen keskiarvo oli 62 prosenttia. Myös tässä osiossa tytöt pärjäsivät poikia paremmin (65 % vrt. 58 %).

Kouluterveydenhoitaja ottaa seksuaalisuuden puheeksi terveystarkastusten yhteydessä ja voi osallistua myös opetukseen. Kouluterveydenhoitajien koulutukseen sekä terveystiedon opettajien ja terveydenhoitajien yhteistyöhön tulee tulevaisuudessakin kiinnittää huomiota. Seksuaaliterveyden ja seksologian opintojen laajuus ja sisällöt opettajien ja terveydenhoitajien koulutuksessa vaihtelevat suuresti.⁹

Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevaa tietoa on saatavissa lukuisista tietolähteistä, mutta tiedon laadun ja oikeellisuuden kriittinen arviointi edellyttää väestöltä hyvää perustietämystä. Suomalaisista 16–89-vuotiaista 85 prosenttia käyttää verkkoa.¹⁰ Verkossa saatavilla olevan tiedon luotettavuuden arviointi on erityisen ongelmallista. Mediakasvatus on osa seksuaaliopetusta ja sen avulla voidaan tarjota erityisesti lapsille ja nuorille keinoja käsitellä yhteiskuntaa ja mediaa. Mediamaailmasta välittyvä kuva seksistä saattaa muokata kapeaksi monien nuorten ja nuorten aikuisten käsitystä siitä, miten he kokevat oman seksuaalisuutensa ja toisten odotukset ja vaatimukset heitä kohtaan.¹¹

Seksuaaliohjaus on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattikoulutuksen saaneen henkilön jokapäiväistä työtä asiakkaan ja potilaan neuvomisessa ja seksuaalisuuden puheeksi ottamista. Seksuaaliohjausta tehdään myös nuorisotyössä ja vapaa-ajanohjauksessa. Ohjauksen konteksti on vapaamuotoisempaa kuin muodollinen (formaali) opetus, mutta kuitenkin koulutetun ammattilaisen tekemää. Seksuaaliohjausta voi olla esimerkiksi eri terveysongelmiin liittyvillä sopeutumisvalmennuskursseilla.

Seksuaalineuvonta on vuorovaikutussuhteessa ammattilaisen ja asiakkaan välillä tapahtuvaa tavoitteellista ja ammatillista ihmisen seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyvien asioiden ja ongelmien käsittelyä. Seksuaalineuvonta sisältää tavallisimmin 2–5 tapaamiskertaa (ks. tarkemmin seksuaalineuvojan koulutuksesta luvusta 17 Ammattihenkilöiden osaamisen kehittäminen ja tukeminen). Seksuaalineuvonnan tarpeesta on olemassa vain hajanaista tutkimustietoa, joten siitä tarvitaan lisätutkimusta. Suurimmassa osassa sairaanhoitopiirejä on järjestetty seksuaalineuvonta- ja/tai seksuaaliterapiavastaanotto, mutta järjestämistavat vaihtelevat sairaanhoitopiireittäin.¹² Suurimmassa osassa sairaanhoitopiirejä on myös seksuaalineuvojan tai seksuaaliterapeutin koulutuksen saaneita henkilöitä.

Seksuaalineuvonta kuuluu oleellisena osana ehkäisevän terveydenhuollon palveluihin. Palvelujen järjestämistavat terveyskeskuksissa voivat olla monenlaisia.¹³ Vain harvassa terveyskeskuksessa työskenteli seksuaalineuvojakoulutuksen saaneita hoitajia. Muut kuin seksuaalineuvojakoulutuksen saaneet hoitajat ilmoittivat ottavansa jossain määrin seksuaalineuvontaan liittyviä kysymyksiä esille raskauden ehkäisyneuvonnassa.

Seksuaalineuvonta on osa parisuhdeohjausta ja neuvontaa. Parisuhteen päättymiseen johtavat tavallisimmin uskottomuus, vaikeudet puhua ja selvittää erimielisyyksiä, suhteen ulkopuoliseen ihmiseen rakastuminen, parisuhteen hoitamattomuus ja rakkauden puute.¹⁴ Ongelmia parisuhteessa aiheuttaa ja pahentaa parin kykenemättömyys selvittää hankalia tilanteita. Apua ristiriitojen selvittämiseen tai erokriisiin haetaan ammattiauttajilta joko terapiasta tai parisuhdekursseilta. Avun saamisella toivotaan saatavan valmiuksia vuorovaikutustaitoihin ja ongelmien ratkaisukykyyn. Neuvonnan keinoin voidaan auttaa pareja löytämään ratkaisuja ongelmiin. Tietoa ja neuvontaa ihmis- ja parisuhdevaikeuksista ja niiden ehkäisystä voitaisi antaa nykyistä enemmän osana kunnallista ehkäisevää äitiys- ja lastenneuvolatyötä. Tällä edistettäisiin pienten lasten vanhempien hyvinvointia ja suhteen säilymisen edellytyksiä ja siten todennäköisesti ainakin osittain vähennettäisiin pikkulapsiperheiden vanhempien eroja. Äitiysneuvolasuosituksissa (mm. luvuissa Seksuaalinen hyvinvointi ja Vanhemmuuden tukeminen) kuvataan seksuaalineuvontaa yhtenä osana raskaudenajan neuvontasisältöjä ja kiinnitetään huomiota parisuhteen tukemiseen.¹⁵

THL:n koordinoima seksuaalineuvojen verkosto on lisännyt yhteistyötä eri toimijoiden kesken, levittänyt malleja toiminnan organisoinnista, jakanut vertaistietoa ja -tukea sekä tehnyt näkyväksi seksuaalineuvontapalveluja ja niiden merkitystä.¹⁶

Kolmannella sektorilla on paljon toimijoita, kuten Väestöliitto, Seta, Sexpo-säätiö, Suomen Punainen Risti ja Hiv-tukikeskus, joiden palveluihin sisältyy seksuaalisuuteen, seksuaaliterveyteen ja parisuhteeseen liittyvää neuvontaa. Seksuaaliongelmien ehkäisyssä tulisi keskittyä seksuaalikasvatukseen, tiedon helppoon saatavuuteen, matalan kynnyksen palveluihin ja jalkauttavaan toimintaan, joka vie tietoa suoraan kohderyhmille.

Tavoitteet

- ▶ Seksuaalikasvatus sisältyy kasvatus- ja opetustoimintaan varhaiskasvatuksesta korkeakoulutukseen sekä aikuisväestön palveluihin.
- ▶ Väestökampanjat toteutetaan suunnitelmallisesti ja mahdollisuuksien mukaan eri toimijoiden ja kohderyhmän esimerkiksi nuorten kanssa yhteistyössä.
- ▶ Valistuskampanjoiden vaikuttavuuteen ja vaikutusten arviointiin kiinnitetään huomiota.
- ▶ Seksuaalikasvatuksessa ja kasvatusmateriaalin suunnittelussa huomioidaan seksuaalisen suuntautumisen, sukupuoli-identiteetin ja sukupuolen ilmaisun moninaisuus.
- ▶ Seksuaalineuvojen työn tueksi kehitetään erillinen sähköinen seksuaalineuvonta- ja terapialomake.

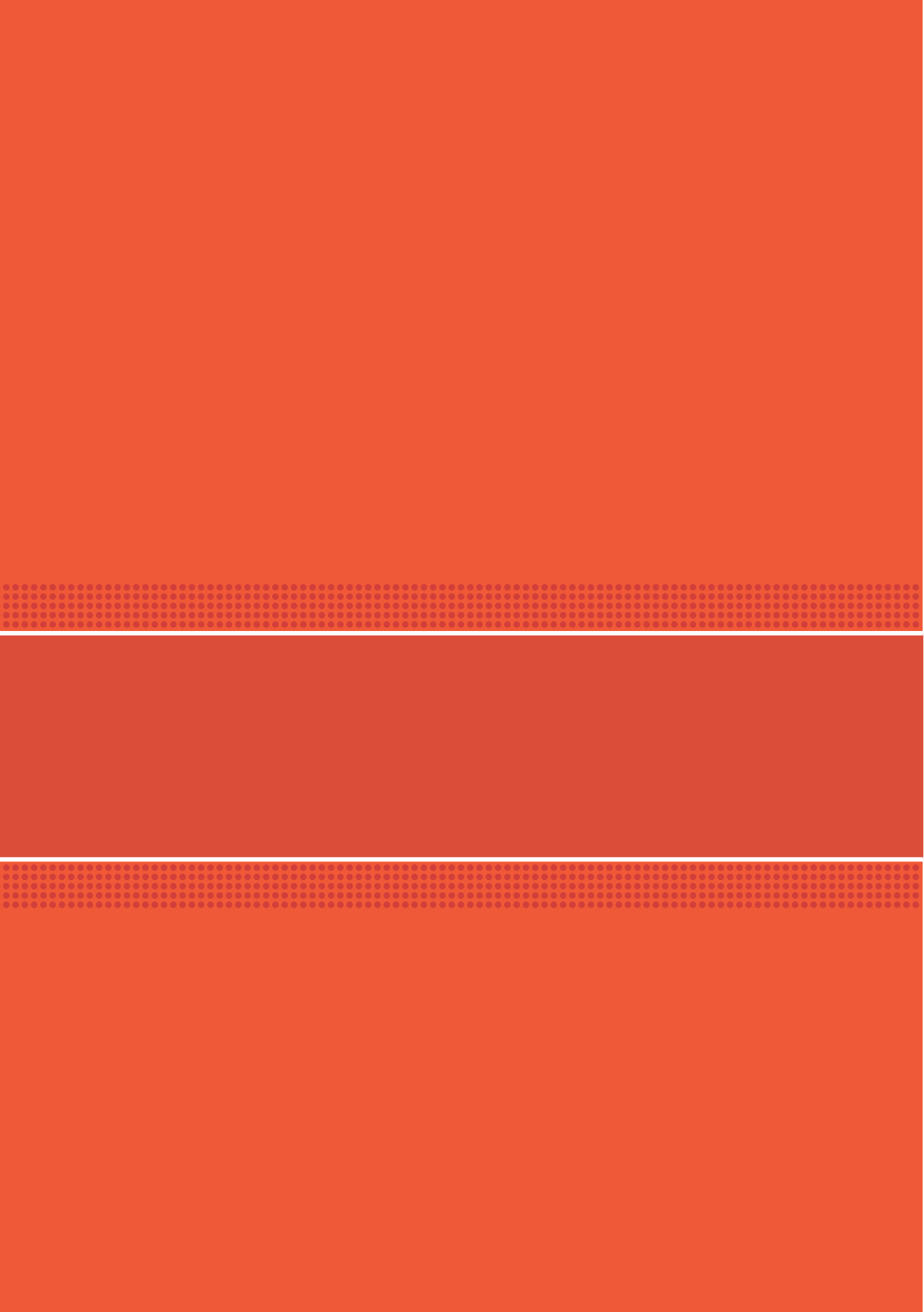
Toimenpiteet

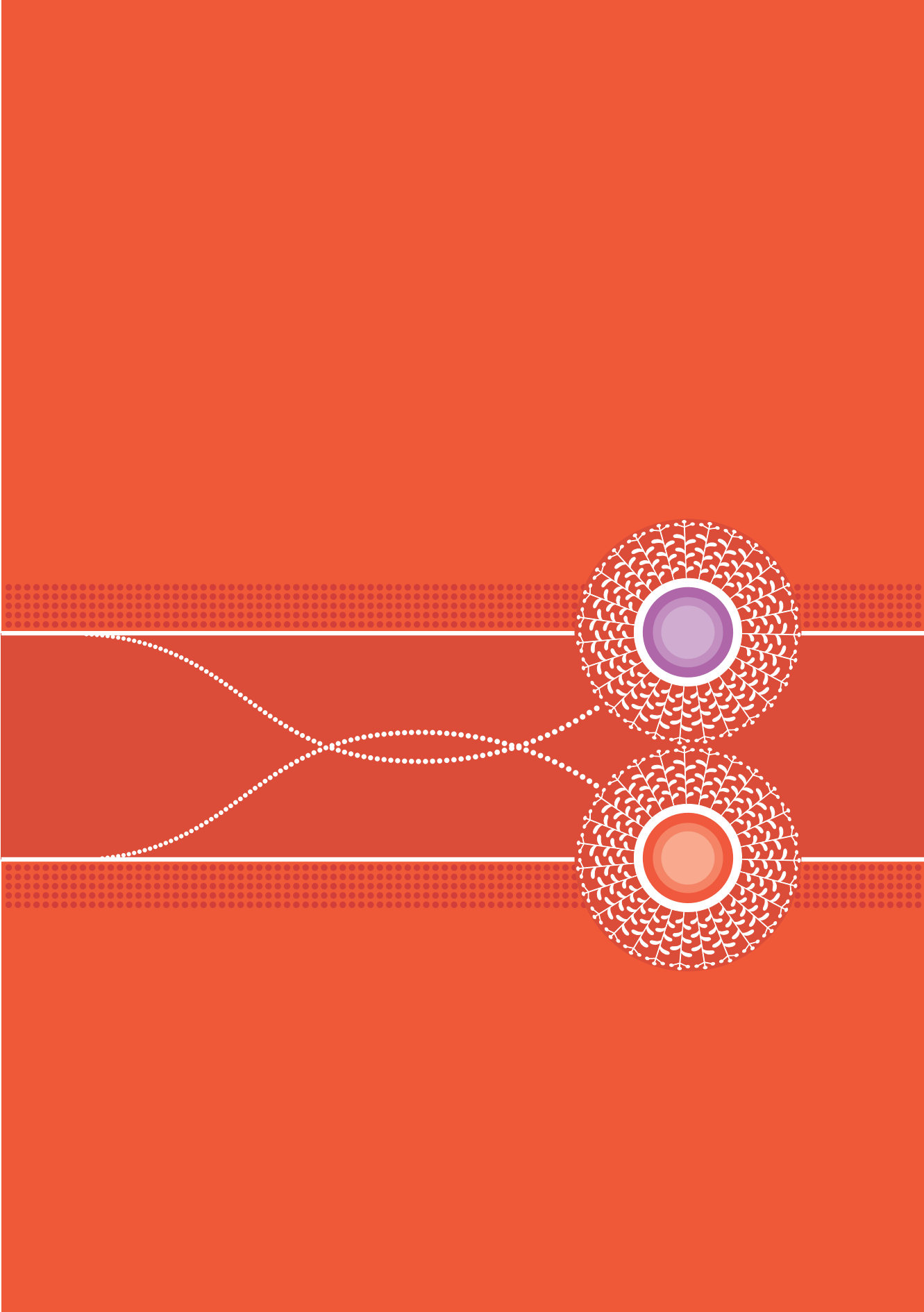
- ▶ Eri ammattiryhmät ja toimialat tekevät yhteistyötä paikallisella, alueellisella ja valtakunnallisella tasolla siten, että seksuaalikasvatuksella ja sitä tarjoavilla palveluilla on yhtenäiset tavoitteet, jotka tukevat toisiaan.
- ▶ Julkinen sektori ja järjestöt toistavat yhteistyössä väestökampanjoita säännöllisesti väestön tiedontason parantamiseksi ja ylläpitämiseksi ja muodostavat yhteistyöelimen, jossa keskustellaan väestökampanjoiden ajankohtaisista painopistealueista ja sovitaan työnjaosta sekä siitä, kuinka eri kohderyhmät osallistetaan kampanjoihin.
- ▶ Väestökampanjoiden toteuttajat arvioivat kampanjoiden välittömiä vaikutuksia osana hanketta.
- ▶ Tutkimuslaitokset ja korkeakoulut selvittävät väestötutkimuksilla pidemmän aikavälin seksuaalivalistuksen vaikuttavuutta tutkimalla väestön tiedon tasoa, asenteita ja käyttäytymistä.
- ▶ Seksuaalikasvatusmateriaaleja tuottavat tahot tekevät materiaalin selkokielellä kohderyhmä huomioiden (esimerkiksi äidinkieli ja kulttuuri) ja niin, että ne kunnioittavat seksuaalisen suuntautumisen, sukupuoli-identiteetin ja sukupuolen ilmaisun moninaisuutta.
- ▶ Sosiaali- ja terveydenhuollon, opetuksen ja kasvatuksen sekä soveltuvin osin myös muiden alojen ammattihenkilöt jakavat seksuaalikasvatuksen ja palvelujen yhteydessä ajantasaista, ei-kaupallista, normikriittistä ja näyttöön perustuvaa materiaalia.
- ▶ Kunnassa sähköisestä potilastietojärjestelmästä vastaava luo erillisen seksuaalineuvonta- ja terapialomakkeen, jonka luku- ja kirjoitusoikeus kuuluu auktorisoiduille neuvojille, terapeuteille tai kliinisille seksologeille. Luku- ja kirjoitusoikeuden antamisesta vastaa kunnan seksuaalineuvonnasta vastaava koulutettu henkilö.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

Lähteet

1. WHO. 2010. Maailman terveysjärjestön (WHO) Euroopan aluetuimisto ja BZgA. 2010. Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa. Suuntaaviivat poliittiselle päättäjille, opetus- ja terveydenhuoltoalan viranomaisille ja asiantuntijoille. Alkuperäinen teos: Standards for Sexuality Education in Europe. A framework for policy makers, educational health authorities and specialists. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085324>.
2. WHO. 2013. World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe. 2013. "Guidance for Implementation" for the Standards for Sexuality Education. <http://www.bzga-whocc.de/?uid=01a65030038feecd775305b3943c39e5&id=home>.
3. Nummelin, R. 2000. Seksuaalikasvatusmateriaalit -pääkaupunkiseutulaisten nuorten näkemyksiä ja kokemuksia. Tampereen yliopisto, terveystieteiden laitos. Acta Universitatis Tampereensis 778.
4. Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Editat.
5. Bildjuschkin, K. & Ruuhilahti, S. (toim.) 2012. HOT. Huolehdi, Ohjaa, Tue. Puheenvuoroja seksuaalisen hyvinvoinnin vahvistamiseksi toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa. Turku: Selkenevää! Seksuaalisen hyvinvoinnin vahvistamishanke 2010–2012.
6. Yzer, MC., Siero, FW. & Buunk, BP. 2000. Can public campaigns effectively change psychological determinants of safer sex? An evaluation of three Dutch campaigns. Health Education Research 15(3), 339-52.
7. Soikkeli, M., Salasuo, M., Puuronen, A. & Piispa, M. 2011. Se toimii sittenkin – Kuinka päihdevalituksesta saa selvää. Nuorisotutkimusseuran/Nuorisotutkimusverkoston julkaisuja 116. Sarja: Hybridit.
8. Summanen, AM. 2014. Terveystiedon oppimistulokset perusopetuksen päättövaiheessa 2013. Koulutuksen seurantaraportit 2014:1. Opetushallitus, Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere. http://www.oph.fi/julkaisut/2014/terveystiedon_oppimistulokset_perusopetuksen_paattovaiheessa_2013.
9. Järvinen, S. & Mällinen, A. 2009. Seksuaaliterveyden ja seksologian opetus ja koulutus Suomessa 2003–2009. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200912157896>.
10. Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö. 2013. Helsinki: Tilastokeskus. <http://www.stat.fi/til/sutivi/meta.html>. Viitattu: 24.1.2014.
11. Kokko, M. & Virtala, A. 2009. Nettipornosta arkiseen seksiin -opiskelija tarvitsee monipuolista tietoa. Suomen Lääkärelehti 2009;34:2694–2697.
12. Ryttyläinen-Korhonen, K., Klemetti, R., Pelkonen, M., Ritamo, M. & Vallimies-Patomäki, M. 2012. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen sairaanhoitopiireissä. Loppuarviointi 2011. Raportti 28/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
13. Sannisto, T. 2010. Seksuaaliterveyspalvelut terveystieteiden keskuksissa. Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos. Acta Electronica Universitatis Tampereensis; 1029. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8308-0>.
14. Kontula, O. 2013. Yhdessä vai erikseen? Tutkimus suomalaisten parisuhteiden vahvuuksista, ristiriidoista ja erojen syistä. Väestöliiton Perhebarometri 2013. Väestötutkimuslaitos katsauksia E 47/2013. Helsinki: Väestöliitto Väestötutkimuslaitos.
15. Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.). 2013. Äitiysneuvolaopas, suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Opas 29. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
16. Ritamo, M., Ryttyläinen-Korhonen, K. & Saarinen, S. 2011. Seksuaalivoukon tueksi. Raportti 27/2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085325>.





5 SEKSUAALIKASVATUS

LAPSET JA NUORET

Lapset ja nuoret hankkivat vähitellen tietoja seksuaalisuudesta ja heille kehittyy ihmiskehoon, intiimeihin suhteisiin ja seksuaalisuuteen liittyviä mielikuvia, arvoja, asenteita ja taitoja.¹ Oppimista tapahtuu sekä epävirallisten että virallisten lähteiden kautta. Epävirallisia lähteitä ovat esimerkiksi vanhemmat. Heidän osuutensa on sitä suurempi, mitä pienemmästä lapsesta on kysymys. Virallisen seksuaalikasvatuksen, jota annetaan esimerkiksi varhaiskasvatuksessa ja kouluissa, tulee olla lapsen oikeuksia ja moninaisuutta kunnioittavaa. Unescon katsauksen mukaan seksuaalikasvatus ei aikaista seksuaalisten suhteiden aloittamista.² Kolmanneksessa tutkimuksista seksuaalikasvatus myöhensi seksuaalisten suhteiden alkua eikä lisännyt seksuaalisten kontaktien määrää. Kolmanneksen mukaan se myös vähensi kontakteja. Seksuaalisten riskien ottaminen väheni yli puolessa tutkimuksista ja lisääntyi vain yhdessä.

Seksuaalikasvatuksen aikataulujen, sisältöjen suunnittelun ja toteutuksen tulisi perustua WHO:n standardeihin,¹ joiden mukaan opetus alkaa vastasyntyneestä. Koska kommunikaatiotaidot parisuhteessa ovat pohja lapsen kasvatukselle, odottavien vanhempien ja parisuhteiden tukeminen mm. kommunikaatiotaitoja opettamalla edistää myös lapsen kasvatusta. Seksuaalikasvatukseen sisältyy seksuaalioikeuksien ja kulttuuristen ja sosiaalisten erojen käsittely.

Erityisesti lasten ja nuorten seksuaalikasvatuksessa on tärkeää muistaa, että seksuaalikasvattajan kasvatustyö ei perustu oletuksiin toisen ihmisen sukupuolesta tai seksuaalisuudesta. Joskus ongelmia voi tulla virallisten ja epävirallisten tahojen arvoristiriitojen vuoksi. Näin on esimerkiksi tilanteissa, joissa rajoitetaan nuoren vapautta valita seurustelukumppani tai poikien ei-lääketieteellisessä ympärileikkauksessa. Vanhempien uskonnonvapaus ja uskonnon harjoittamisen vapaus on ristiriidassa lapsen oikeuksien kunnioittamisen kanssa (oikeus ruumiilliseen koskemattomuuteen, itsemääräämisoikeuteen ja yksityiselämän suojaan).

Seksuaaliterveys varhaiskasvatuksessa ja koulussa

Seksuaalisuus on keskeinen osa ihmisyyttä elämän kaikissa vaiheissa.¹ Alle kouluikäisten ja alakoululaisten seksuaalikasvatuksen tulee luoda pohjaa hyvälle itsetunnolle ja ihmissuhteille sekä toisten ihmisten kunnioittamiselle.³ Seksuaalikasvatuksen tulee kehittää ymmärrystä omasta kehosta ja itsemääräämisoikeudesta. WHO:n seksuaalikasvatuksen standardien mukaan seksuaalikasvatuksessa pitää huomioida lasten ja nuorten osallistaminen, sukupuolen ja seksuaalisuuden moninaisuus, toiminnan jatkuvuus, tilannelähtöisyys ja interaktiivisuus sekä yhteistyö vanhempien ja yhteisöjen kanssa.¹

Valtakunnallisissa varhaiskasvatussuunnitelman perusteissa kasvatuksen päämääräksi todetaan henkilökohtaisen hyvinvoinnin edistäminen, toiset huomioon ottavien

käyttäytymismuotojen ja toimintatapojen vahvistaminen sekä itsenäisyyden asteittainen lisääminen.⁴ Sukupuolten välinen tasa-arvo mainitaan kasvatuksen arvolähtökohdaksi, mutta varhaiskasvatuksen sisällölliset orientaatiot eivät mainitse erikseen lapsen seksuaalisen kehityksen tukemista. Esiopetuksen opetussuunnitelman perusteissa keskeisissä sisältöalueissa mainitaan terveyden kohdalla, että lasta ohjataan toiminnalla ja tapakasvatuksella myönteisiin ihmissuhteisiin ja tunne-elämän terveyteen sekä välttämään väkivaltaa.⁵ Seksuaalisen kehityksen tukemista ei sisältökohdissa mainita erikseen.

WHO:n standardeissa 0–3-vuotiaiden seksuaalikasvatuksen keskeinen teema on löytäminen ja tutkiminen.¹ Vauvaikäinen lapsi, 0–1-vuotias kokee asioita aistiensa kautta. Hänelle kehittyy varhaisessa vuorovaikutuksessa luottamus toisiin ihmisiin. Taaperoiden eli 2–3-vuotiaiden seksuaalikasvatuksessa huomioidaan heidän uteliaisuutensa kehoa kohtaan. Lapset oppivat, millaisia eri sukupuolirooleja on, ja kiinnostuvat sukupuolista. Lapset myös haluavat tutkia omaa kehoaan. Lasta ei saa koskaan nolata tästä uteliaisuudesta.

Lapsi oppii säännöt 4–6-vuotiaana. Ryhmässä oleminen ja leikki tukevat myös seksuaalikasvatusta. Seksuaalikasvatukseen kuuluu sukupuoliroolien pohdinta, tykkäämisestä puhuminen ja sopivan seksuaalisuuteen liittyvän sanaston oppiminen.

Alakoulun seksuaalikasvatuksen teemoja ovat mm. häpää ja ensirakkaus. Lapset alkavat muodostaa ryhmiä sukupuolen mukaan, ja leikkiin kuuluu myös kilpailua. Varhaispuberteetti alkaa noin 10–11-vuotiaana. Lapset alkavat kiinnostua seksuaalisuudesta ja sen muutoksista. Tunne- ja turvataidot sekä väkivallan ehkäisy ovat osa alakoulun seksuaalikasvatusta.

Puberteetti ajoittuu ala- ja yläkoulun siirtymävaiheeseen ja yläkoulun aikaan. Tiedot muutoksista tulee kuitenkin opettaa jo ennen kuin kehon muutokset alkavat. Itsetyydytys, seurustelu, seksuaalinen minäkuva ja -identiteetti, ja seksuaali- ja lisääntymisterveydestä huolehtiminen ovat seksuaaliopetuksen keskeistä sisältöä. Lapsille tulee kertoa ja heitä tulee opettaa keskustelemaan mm. vertaispaineen, median, pornon, kulttuurin, uskonnon ja lakien vaikutuksesta seksuaalisuuteen.

Yläkoulussa (7.–9. luokat) terveystietoa opetetaan omana oppiaineenaan kolme vuosiviikkotuntia.⁶ Nuoren tulee saada tietoa oman kasvunsa ja kehityksensä tueksi. Yläkoulussa opetuksessa tulee käsitellä seurustelua, rakkautta, intiimisuhteita, seksiä ja pornoa sekä mediaa seksuaalitiedon välittäjänä. Lähisuhde- ja seksuaalisuutta loukkaava väkivalta tulee ottaa mukaan opetuksen sisältöihin.

Lukion opetussuunnitelma sisältää terveystietoa yhden pakollisen ja kaksi valinnaista kurssia. Sisällöissä mainitaan myös seksuaaliterveyden aiheita.⁷ Ammatillisen perustutkinnon opetussuunnitelmassa terveystietoa on yksi opintoviikko. Tavoitteisiin kuuluu muun muassa tietää mielenterveyden, seksuaaliterveyden ja ihmissuhteiden merkityksestä ihmisen hyvinvoinnille.⁸ Terveystieto on ollut osana ylioppilastutkinnon ainereaalikoetta keväästä 2007 lähtien.

Seksuaalikasvatuksen avulla voidaan kouluissa lisätä yhdenvertaisuutta. Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluviin nuoriin (sateenkaarinuoriin) kohdistuu erimuotoista syrjintää, joka vaikuttaa heidän hyvinvointiinsa.⁹ Suurella osalla sateenkaarinuorista on kokemuksia vaikeuksista ja ongelmista, jotka aiheutuvat

yhteiskunnan sukupuolta ja seksuaalista suuntautumista koskevista normatiivisista käsityksistä. Sateenkaarinuoret ovat useammin tyytymättömiä psyykkiseen terveydentilaansa kuin heteronuoret ja nuoret, jotka eivät koe sukupuoliristiriitaa. Muihin nuoriin verrattuna sateenkaarinuorilla on enemmän masennus- ja ahdistusoireita, itsetuhoajatuksia ja itsetuhoista käyttäytymistä. Sateenkaarinuorten hyvinvoinnin edistämiseksi tarvitaan asiallista tietoa moninaisuudesta ja tukea nuorten parissa työskenteleville ammattilaisille. Seksuaalineuvontaa annettaessa on oltava hyvät valmiudet ymmärtää sukupuolen ja seksuaalisuuden moninaisuuden merkityksiä asiakaskunnassa.¹⁰

Toisella asteella tuetaan edelleen nuoren seksuaali-identiteetin ja minäkuvan kehittymistä, puhutaan intiimeistä ihmissuhteista, parisuhteesta ja seksuaali- ja lisääntymisterveyden hoitamisesta sekä jatketaan lähisuhde- ja seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan käsittelyä. Seksuaali- ja lisääntymisterveys voi kuulua sisältöihin terveystiedon lisäksi myös muissa aineissa, esimerkiksi biologiassa, yhteiskuntaopissa, psykologiassa, uskonnossa ja äidinkielessä.

Terveystiedon oppikirjoja on useita, mutta niiden sisältämää seksuaali- ja lisääntymisterveystietoa ei ole arvioitu systemaattisesti tai normikriittisesti. Pro gradu -työn mukaan seksuaalisuus ei näy alakoulujen kirjoissa, vaikka lapsen kokonaisvaltainen hyvinvointi on peruskoulun opetussuunnitelman perusteiden mukaan opetuksen tavoite.¹¹ Murrosiän käsittelyä on alakoulussa vähän, vaikka osalla oppilaista murrosikä alkaa jo alakouluaikana.

Valtion kirkot ja järjestöt seksuaalikasvattajina

Seksuaalikasvatusta voidaan nivoa kaikkeen nuorten kanssa tapahtuvaan toimintaan. Noin 84 prosenttia suomalaisista 15-vuotiaista käy vuosittain rippikoulun.¹² Sen yhteydessä annetaan seksuaalikasvatusta, jota tukemaan on julkaistu isosille suunnattua aineistoa.¹³ Ortodoksikirkolla on kristinoppikoulu ja nuoret voivat halutessaan käydä kriparin, joka toimii ortodoksinuorten aikuistumisriittinä.¹⁴ Osa nuorista osallistuu Prometheus-leireille, joilla seksuaalisuus on yhtenä käsiteltävänä aihepiirinä.¹⁵ Seksuaalikasvatusta voi toteuttaa myös osana muuta nuorten toimintaa, esimerkiksi partio- tai liikuntatoiminnassa. Suomen Kätilöliitto on tuottanut IhmiSeksi¹⁶ aineiston seksuaalikasvatustyön tueksi, jota voi hyödyntää peruskouluissa, rippikouluissa ja Prometheus-leireillä. Väestöliitto on julkaissut Seksuaalisuuden portaat -mallin¹⁷ seksuaalikasvatuksen tueksi ja poikaS -hankkeessa kasvattajan oppaan, jossa keskeistä on poikien seksuaalikasvatuksen erityistarpeet.¹⁸

Nuorten Akatemia on kouluttanut nuoria kouluttajiksi, jotka ovat kiertäneet kouluissa ja toteuttaneet Seksimyytin murtajat -koulutusta pienryhmätoimintana. Koulutuksella pyritään purkamaan yleisimpiä seksuaalisuuteen ja ehkäisyyn liittyviä harhakäsityksiä. Lisäksi ideoidaan miten teeman käsittelyä voitaisiin jatkaa koulussa. Koulutusta varten on laadittu useita valmiita oppimateriaaleja.¹⁹

Lasten, nuorten ja heidän vanhempiensa parissa työtä tekevien aikuisten tehtävänä on

- pohtia omaa seksuaalisuttaan; arvojaan ja ihmiskäsitystään ja tunnistaa oma asema esimerkkinä nuorelle
- tiedostaa ja tunnistaa lapsen ja nuoren kehitystaso, jonka mukaisesti annetaan aikuisen luottamusta ja suojaa, mutta myös vastuuta, ja hankkia riittävät perustiedot lasten ja nuorten seksuaalisesta kehityksestä
- varmistaa, että nuorelle on tarjolla hyviä keinoja ja palveluja tiedon, neuvojen ja ohjeiden saamiseksi, sekä tunnistaa omat rajansa tiedollisesti ja taidollisesti ja ohjata nuori tarvittaessa lisätiedon ja -avun lähteille
- auttaa nuorta tunnistamaan erilaisia tunteita ja ilmaisemaan niitä
- asettaa nuorelle rajoja ja ohjata ottamaan vastuuta omista valinnoista
- keskustella nuoren kanssa realiteeteista, jos hänellä on epärealistisia käsityksiä tai tavoitteita
- antaa nuorelle mahdollisuus oppia virheistä ja saada ”uusi mahdollisuus”.

mukaillen Väestöliitto²⁰

SEKSUAALIKASVATUS LASTEN JA NUORTEN PALVELUISSA

Nuorten kohtaaminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa luo hyvän mahdollisuuden seksuaalikasvatukselle. Lähtökohtana nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluille on helppo saavutettavuus.²¹ Palveluihin tulee päästä fyysisesti helposti eli niiden tulee olla lähipalveluja tai saavutettavissa julkisilla liikennevälineillä, niihin tulee päästä mieluiten ilman ajanvarausta tai helpolla ajanvarauksella sekä lyhyellä odotusajalla. Palveluihin hakeutumista helpottaa vaihtoehtojen olemassaolo, esimerkiksi raskauden ehkäisyn aloittaminen joko keskitetyssä ehkäisyneuvolassa tai koulu- tai opiskeluterveydenhuollossa. Palvelut tulisi integroida niin, että raskauden ehkäisyn yhteydessä annetaan aina seksuaalineuvontaa. Taloudellinen saavutettavuus eli palvelujen edullisuus tai maksuttomuus on nuorten palveluissa tärkeää. Palvelujen tulisi olla myös psykososiaalisesti saavutettavia eli nuorten hyväksymiä. Tämän lisäksi on tärkeää, että palvelut ovat sekä fyysisesti että tiedonsaannin osalta saavutettavia ja esteettömiä.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelut

Nuorille tarkoitettut, integroidut ja koulun yhteydessä olevat nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelut näyttävät kansainvälisessä vertailussa todennäköisimmin edistävän nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyttä.^{22, 23} Seksuaalineuvonta on jo pitkään ollut koulu- ja opiskeluterveydenhuollon tehtävänä.^{24, 25} Uusi lainsäädäntö on edelleen selkiyttänyt tätä tehtävää.^{26, 27} Raskauden ehkäisy- ja muu seksuaaliterveysneuvonta on määritelty neuvolan ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluihin kuuluvaksi, mutta sitä voidaan järjestää myös muiden palvelujen osana.

Terveydenhuoltolain mukaan kunnan on järjestettävä kouluterveydenhuollon palvelut alueellaan sijaitsevien perusopetusta antavien oppilaitosten oppilaille ja opiskeluterveydenhuollon palvelut alueellaan sijaitsevien lukioiden, ammatillista koulutusta antavien oppilaitosten sekä korkeakoulujen opiskelijoille heidän kotipaikastaan riippumatta.²⁶ Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto voidaan kunnan suostumuksella järjestää myös muulla Valviran hyväksymällä tavalla. Opiskeluterveydenhuoltoon kuuluu laajempi seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen: seksuaalisuutta ja parisuhdetta koskeva neuvonta, hedelmättömyyden ehkäisy, seksuaalisen ja sukupuolisen suuntautumisen tukeminen, sukupuolitautilien torjunta ja seksuaalisen väkivallan ehkäisy sekä seksuaaliterveyteen liittyvä muu neuvonta ja tarvittaessa jatkohoitoon ohjaus.²⁷

Kouluterveydenhuollossa oppilaalle on tehtävä terveystarkastus jokaisella vuosiluokalla niin, että ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella luokalla tarkastus on niin sanottu laaja terveystarkastus.²⁷ Seksuaali- ja lisääntymisterveyden osalta viidesluokkalaisten laajan terveystarkastuksen tulisi sisältää arvio oppilaan kehityksestä ja murrosiän vaiheesta ja valmistella sekä lasta että vanhempia murrosiän mukanaan tuomiin muutoksiin ja tukea heitä.²⁸ Kahdeksaluokkalaisten laajassa terveystarkastuksessa tulisi päihteisiin liittyvän neuvonnan lisäksi huomioida seurusteluun, seksuaaliterveyteen ja raskauden ehkäisyyn liittyvät näkökohdat.

Lukion ja ammatillisten oppilaitoksen opiskelijoille on tehtävä kaksi määräaikaista terveystarkastusta; ensimmäisenä opiskeluvuonna terveydenhoitajan ja ensimmäisenä tai toisena opiskeluvuonna lääkärintarkastus, ja sen lisäksi tarkastuksia yksilöllisen tarpeen mukaisesti.²⁷ Näin sekä terveydenhoitaja että lääkäri tapaavat jokaisen toisen asteen opiskelijan ainakin kerran opintojen aikana. Tarkastuksissa hyödynnetään terveydenhoitajan ja lääkärin työparityöskentelyä. Niissä paneudutaan opiskelijan yksilöllisiin voimavaroihin, hyvinvointiin, terveystottumuksiin, riskeihin ja tuen tarpeisiin. Opiskeluterveydenhuollon terveystarkastukset, muut terveydenhoitokäynnit sekä sairausvastaanotto-käynnit tarjoavat terveydenhoitajalle ja lääkärille mahdollisuuden yksilökohtaiselle, kohdennetulle terveydenedistämiseksi mukaan lukien seksuaaliterveyden edistämisen. Mielenterveys- ja päihdetyö, seksuaaliterveyden edistäminen sekä opiskelijan erityisen tuen tai tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen, opiskelijan tukeminen ja tarvittaessa jatkotutkimuksiin tai -hoitoon ohjaaminen kuuluvat opiskelijoiden lakisääteiseen opiskeluterveydenhuoltoon.

Uusi oppilas- ja opiskelijahuoltolaki astuu voimaan elokuussa 2014.²⁹ Lain tavoitteena on edistää sosiaali-, opetus- ja terveystoimen yhteistyönä oppilaiden ja opiskelijoiden terveyttä ja hyvinvointia esiopetuksesta toisen asteen koulutuksen päättymiseen asti. Oppilas- ja opiskelijahuolto on mm. järjestettävä niin, että terveydenhoitajalle pääsee ilman ajanvarausta. Seksuaali- ja lisääntymisterveys on osa terveyden edistämistä, jota voidaan aiempaa suunnitelmallisemmin toteuttaa osana yhteisöllistä opiskeluhuoltoa.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstöllä on nuorten parissa toimimiseen vaadittavaa erityisosaamista. Vahvuuksiin kuuluu myös se, että kouluterveydenhuollon palvelut ovat kaikkien peruskoulua käyvien tavoitettavissa. Opiskeluterveydenhuollon ulkopuolelle jäävät kuitenkin ne nuoret, jotka eivät jatka opiskelua. Juuri

heillä saattaa olla suurin tarve matalan kynnyksen seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluille. Seksuaali ja lisääntymisterveyttä heikentävät tai riskikäyttäytymistä lisäävät elintavat kuten tupakointi ja päihteiden käyttö sekä toistuvat raskaudenkeskeytykset. Seksitaudit ja teiniraskaudet ovat yleisempiä vähemmän koulutetuilla ja riskien otto yleisempää niillä, joilla on useita seksikumppaneita.^{30–35} Nuoren huono koulumenestys ja vanhempien matala koulutustaso ovat myös yhteydessä heikkoon seksuaali- ja lisääntymisterveyden tiedon tasoon.³⁶ Nuorten ongelmien on todettu kasautuvan myös ylisukupolvisesti.^{33, 37} Lastensuojelun avohuollossa olevien lasten ja nuorten vanhemmat olivat useimmiten eronneet ja perheet olivat yhden vanhemman – tavallisesti äidin – perheitä, joten perheen tulot ovat tavallisimmin pienemmät kuin kahden vanhemmat perheissä.³⁷

Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan aloite

STM:n Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunta ehdottaa, että lasten, nuorten ja perheiden sosiaali- ja terveyspalvelut järjestetään toiminnallisena palvelukokonaisuutena. Palvelukokonaisuus muodostuisi alle kouluikäisten, kouluikäisten ja opiskeluidäisten palveluista. Opiskeluidäisten palvelut koskisivat myös aiemmin opiskeluterveydenhuollon ulkopuolelle jääneitä nuoria, ja niillä pysyttäisiin aiempaa paremmin mm. kaventamaan terveyseroja ja ehkäisemään syrjään joutumista.³⁸ Aloitteessa on esitetty, että sote-alueen järjestämisvastuulla oleva opiskeluidäisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuus sisältäisi opiskeluterveydenhuollon lisäksi psykologi- ja kuraattoripalvelut, lastensuojelun, sosiaalityön, vammaispalvelut, työterveyshuollon töissä käyvien osalta, terveyskeskuspalvelut, nuorisoasemat ja muut päihdehuollon nuorisolle suunnatut palvelut sekä nykyisen somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelut.

Kaste 2012–2015 ja SOTERKO

Kansallisen sosiaali- terveydenhuollon kehittämissuunnitelman (Kaste 2012–2015) lasten, nuorten ja perheiden palveluja uudistetaan -osaohjelman erityisenä tavoitteena on lasten ja nuorten eriarvoisuuden vähentäminen ja syrjäytymisen ehkäiseminen.³⁹ Erityisesti kiinnitetään huomiota maahanmuuttajataustaisiin ja romaninuoriin sekä vahvistetaan nuorisososiaalityötä ja etsivää nuorisotyötä. Tavoitteena on myös lisätä kohdennettuja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen muotoja ja matalan kynnyksen palveluja sekä ottaa käyttöön toimintamalleja, jotka tukevat perheitä, vanhemmuutta ja lasten ja nuorten kanssa työskenteleviä aikuisia. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden ja seksuaalisen hyvinvoinnin edistämistä tai seksuaalikasvatusta ei mainita tavoitteissa erikseen, mutta esitetään luotavaksi toimintamalleja seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten, nuorten ja heidän perheidensä auttamiseksi. Niin sanottu SOTERKO-tutkimusyhteistyö kuvasi lasten ja nuorten syrjäytymistä ehkäiseviä politiikkatoimia 1990-luvulta alkaen ja totesi, että politiikkatoimien vaikuttavuudesta on hyvin vähän tutkimus- ja arviointitietoa ja että erityisen vähän tiedetään maahanmuuttajataustaisen lasten, nuorten ja perheiden palveluiden käytöstä ja tuen tarpeista.⁴⁰

Ruotsin nuorisovastaanottojen malli

Ruotsissa nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelut on järjestetty erillisinä nuorisovastaanottoina.⁴¹ Nuorisovastaanotot on siellä tarkoitettu 12- tai 13-vuotiaasta vaihdellen joko 21-, 22-, 23- tai jopa 25-vuotiaaseen asti. Nuori voi hakeutua nuorisovastaanotolle mm. keskustellakseen omaan kehoonsa, terveyteensä, elintapoihinsa, hyvinvointiinsa, seksuaalisuuteensa, ihmissuhteisiinsa tai murrosikään liittyvistä kysymyksistä tai ongelmista tai halutessaan seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä palveluja kuten ehkäisyneuvontaa tai raskaustestin.

Ruotsin nuorisovastaanotoilla työskentelee monen alan ammattilaisia vastaamassa nuorten tarpeisiin tai sitten nuori ohjataan vastaanotolta sopivan ammattihenkilön vastaanotolle.⁴¹ Moniammatilliseen tiimiin voivat kuulua kättilö, kuraattori, sairaanhoitaja, perushoitaja, yleislääkäri, gynekologi, psykologi, psykoterapeutti, iho- ja sukupuolitautilien erikoislääkäri ja ravitsemusterapeutti. Nuorisovastaanottojen rinnalla on tarjolla myös koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluja, mutta Ruotsissa koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluihin eivät kuulu säännölliset terveystarkastukset. Suurempien paikkakuntien vastaanotoilla on myös mahdollisuus osallistua erilaisiin ammattilaisten vetämiin ryhmiin kuten seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa kokeneiden, ehkäisyneuvontaa haluavien tai alakuloisten tai masentuneiden nuorten ryhmiin. Vastaanottoaika varataan useimmiten puhelimitse, mutta yhä useammin sen voi varata myös verkosta. Pienemmällä paikkakunnilla palvelut on ajoitettu tiettyyn tai tiettyihin päiviin ja kellonaikoihin viikossa. Suuremmilla paikkakunnilla palveluja on tarjolla joustavammin. Palvelussa korostetaan yksilöllisyyttä ja luottamuksellisuutta.

Palvelujen käyttö Suomessa

Kouluterveyskyselyn mukaan suomalaisnuorista iso osa kokee edelleen vaikeaksi varata aikaa lääkärille tai terveydenhoitajalle seksuaaliterveyteen liittyvässä asiassa⁴² (taulukko 1).

Taulukko 1. Seksuaaliterveyteen liittyvän ajan varaamisen lääkäriltä tai terveydenhoitajalta vaikeaksi* kokeneiden osuus sukupuolen ja opiskeluasteen mukaan, %.

	Poika	Tyttö	Yhteensä
8. ja 9. luokan oppilaat (n = 96 399)	40	38	39
Lukiolaiset (n = 47 781)	35	24	30
Ammattiin opiskelevat (n = 33 920)	27	20	23

* Melko ja erittäin vaikeaa

Lähde: Kouluterveyskysely 2013

Myönteistä on, että vuodesta 2008/2009 lähtien toisella asteella pojat ovat kokeneet ajan varaamisen aikaisempia vuosia helpommaksi, vaikkakin asian vaikeaksi kokevien osuus on edelleen suuri.⁴² Myönteistä on myös se, että niiden osuus, jotka kokevat vaikeaksi päästä terveydenhoitajan vastaanotolle minkä tahansa syyn vuoksi, on pienentynt peruskoulun tyttöjä lukuun ottamatta. Heistä edelleen 15 prosenttia arveli, että olisi vaikea päästä terveydenhoitajan vastaanotolle. Psykologille (25–42 %) ja koululääkärille (21–45 %) pääsy arveltiin vaikeaksi huomattavasti useammin.

Kouluterveyskysely ei anna vastausta siihen, miksi ajan varaaminen seksuaali- ja lisääntymisterveysasioissa on edelleen vaikeaa. Paras mahdollinen tapa järjestää nuorten palvelut olisivat kansainvälisen arvion mukaan nuorten omat vastaanotot.⁴³ Tampereen yliopistollisen sairaalan alueella tehdyssä tutkimuksessa kolmella suuremmalla paikkakunnalla oli omat nuorten vastaanotot.²¹ Se, että vastaanotto on rajattu pitkälti seksuaali- ja lisääntymisterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin kuten Ruotsissa, voi nostaa nuoren kynnystä hakeutua palveluun leimautumisen pelossa, vaikka palvelu olisikin kaikin tavoin helposti saavutettavissa ja jopa ilman ajanvarausta. On tärkeää, että nuorten palvelut koskevat ikäryhmää, jossa raskaudenkeskeytykset ovat yleisimpiä (20-24-vuotta) ja jonka olisi jo hyvä saada raskaudenehkäisyneuvonnan lisäksi hedelmällisyysneuvontaa. Nuorten tulisi olla riittävän ajoissa tietoisia naisen ja miehen hedelmällisyyteen vaikuttavista tekijöistä kuten iästä, elintavoista ja seksitaudeista. Tärkeää olisi myös, että opiskelijat saisivat oppilaitoksen sijaintikunnasta riippumatta tasavertaisesti heille kuuluvia seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevia opiskeluterveydenhuollon palveluja koko Suomessa. Laaja-alainen lähestymistapa ja nuorten huomioiminen tarjoavat parhaimmat mahdollisuudet nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseen ja eheään aikuisuuteen kasvamiseen.³⁴

Nuorten tiedon tarpeet ja verkko- ja puhelinpalvelut

Nuoret haluavat sekä perustietoa seksuaaliterveydestä että seikkaperäisempää ja yksityiskohtaisempaa tietoa. Rinkisen tutkimuksessa kolmannes nuorten kysymyksistä käsitteli seksuaalista toimintaa.⁴⁴ Useimmiten nuori epäili, että hänellä on jokin seksiongelma. Lisäksi kysyttiin seksin harrastamisesta, siihen valmistautumisesta ja sen hyväksyttävyydestä. Toiseksi eniten kysyttiin mieheksi ja naiseksi kasvamisesta ja raskaudesta. Omaa kehoa koskevat kysymykset käsittelivät ulkonäköä, mahdollisuutta vaikuttaa muuttuvaan kehoon sekä pelkoa omasta normaaliudesta. Palveluun oli tullut myös seksuaalista kaltoinkohtelua käsitteleviä kysymyksiä.

Verkko on keskeinen ympäristö seksuaalikasvatuksessa; sen kautta nuoret saavat tietoa mutta sen kautta tapahtuu myös häirintää ja väkivaltaa. Nuorille on perustettu verkkoon sivustoja, joilla tarjotaan tietoa seksuaaliterveydestä ja joiden välityksellä nuorilla on mahdollisuus esittää asiantuntijoille kysymyksiä. Tällaisia sivustoja ovat esimerkiksi Varsinais-Suomen nuorten yhteinen Pointti (www.pointti.info) ja Pohjanmaan kaksikielinen Decibel.fi (www.decibel.fi) ja Sexpo-säätiön nuorten nettineuvonta (www.sexpo.fi/nuorille/nuorten-nettineuvonta). Mannerheimin Lastensuojeluliiton (MLL) vuonna 1980 perustama Lasten ja nuorten puhelin on valtakunnallinen,

suomenkielinen ja maksuton kaikille lapsille ja nuorille tarkoitettu auttava puhelin. Lasten ja nuorten nettikirjepalvelu on osa MLL:n nuorille suunnattua verkkopalvelua, Nuortennettiä (www.mll.fi/nuortennetti). Vuodesta 2011 lähtien nuoret ovat voineet käydä MLL:n sivustolla aikuisen kanssa kahdenkeskistä chat-keskustelua. Väestöliitto aloitti ensimmäisenä Suomessa nuorille suunnatun verkkopalvelun vuonna 2001 (www.vaestoliitto.fi/nuoret). Palvelussa nuoret voivat kysyä seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista ja käydä kahdenkeskisiä keskusteluja asiantuntijoiden kanssa.

Tavoitteet

- ▶ Seksuaalikasvatus tavoittaa varhaiskasvatuksessa, perusopetuksessa ja toisella asteella tasa-arvoisesti kaikki lapset ja nuoret.
- ▶ Seksuaalikasvatuksessa opetetaan kunnioittamaan lapsen ja nuoren henkilökohtaista koskemattomuutta, yksityiselämän suojaa ja itsemääräämisoikeutta.
- ▶ Koulujen seksuaaliopetuksessa otetaan huomioon seksuaalinen suuntautuminen, sukupuoli-identiteetti ja sukupuolen ilmaisun moninaisuus sekä yhteiskunnan monikulttuuristuminen. Ketään ei jätetä vammaisuuden tai muun yksilöllisen ominaisuuden vuoksi seksuaaliopetuksen ulkopuolelle.
- ▶ Koulujen seksuaaliopetukseen sisältyy seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan tunnistaminen ja ehkäisy. Kouluista ja oppilaitoksista tehdään turvallisia ympäristöjä, joissa kukaan ei altistu häirinnälle ja väkivallalle.
- ▶ Terveystietoon sisältyvä seksuaaliopetus ja kouluterveydenhuollon toiminta suunnitellaan yhteistyössä siten, että niiden antama seksuaalikasvatus täydentää ja tukee toisiaan muodostaen kokonaisuuden, jolla on seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen kannalta määritellyt yhteiset tavoitteet.
- ▶ Nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelut ovat esteettömiä, helposti saatavettavia sekä fyysisesti, taloudellisesti että psykososiaalisesti ja niissä huomioidaan sukupuolen ja seksuaalisuuden moninaisuus.
- ▶ Nuorten palveluissa tavoitetaan syrjäytymisvaarassa olevat nuoret ja erityisesti ne, jotka eivät jatka peruskoulun jälkeen opintojaan.

Toimenpiteet

- ▶ Varhaiskasvatuksen, esi- ja perusopetuksen sekä toisen asteen ammattihenkilöt kirjaavat lapsen ja nuoren seksuaalisen kehityksen tukemisen ja seksuaalisen hyvinvoinnin yhdeksi opetuksen ja kasvatuksen tavoitteeksi.
- ▶ Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilökunta tukee nuoren seksuaali- ja lisääntymisterveyden kehitystä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon asetuksen ja oppaissa annettujen suositusten mukaisesti ja tarjoaa seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluja integroituna koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluihin.

- ▶ Kunnat tai kuntayhtymät integroivat seksuaalikasvatusta syrjäytymisvaarassa oleville nuorille suunnattuihin hankkeisiin ja toimintoihin, esimerkiksi etsivään nuorisotyöhön.
- ▶ THL, STM, OKM, OPH, TTL, YTHS, Kuntaliitto ja muut keskeiset tahot selvittävät koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelujen verkostoimista koulu- ja opiskeluidenäisten monialaisiksi palvelukokonaisuuksiksi.
- ▶ Koulut huomioivat opetussuunnitelmissaan, että seksuaaliopetuksessa sovelletaan monipuolisia opetusmenetelmiä siten, että ne antavat paitsi tiedollisia myös vuorovaikutuksellisia ja sosiaalisia valmiuksia sekä turvataitoja.
- ▶ Kouluissa ja oppilaitoksissa opettajat ja terveydenhoitajat tekevät yhteistyötä seksuaalikasvatuksen suunnittelussa, toteuttamisessa ja kehittämisessä.
- ▶ THL:n SELI-yksikkö verkostoinen huolehtii seksuaalikasvatusmateriaalien laadunvarmistusjärjestelmän kehittämisestä sekä seksuaali- ja lisääntymisterveystietoon liittyvien opetusmateriaalien arvioimisesta.
- ▶ Tutkimuslaitokset ja korkeakoulut seuraavat määrääjain seksuaalikasvatuksen toteutumista, ja seksuaalikasvatuksen tuloksia seurataan oppilaille tehtävillä kyselytutkimuksilla.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehtotusten toteuttajatahoiksi.

NUORET AIKUISET

Nuorten aikuisten elämässä tapahtuu usein monia merkittäviä muutoksia lyhyen ajan sisällä, kuten opintojen tai työn perässä toiselle paikkakunnalle muuttaminen, ystäväpiiriin muuttaminen, itsenäistyminen henkisesti ja taloudellisesti sekä mahdollisesti alkavat ensimmäiset pidemmät seurustelusuhteet. Korkeakouluopiskelijoiden seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ja palvelujen käytöstä on tietoa, mutta muiden nuorten aikuisten osalta tietoa ei ole tai se on vähäistä. Siksi olisi tärkeää, että nämä nuoret aikuiset pääsisivät helposti seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen piiriin (ks. luku 4 Seksuaalikasvatuksen osa-alueet).

Varusmies- ja siviilipalvelusaika

Lähes kaikki nuoret miehet ja osa naisista osallistuu joko varusmies- tai siviilipalvelukseen. Asevelvollisten kutsuntatarkastus tavoittaa käytännössä lähes koko nuorten miesten ikäluokan. Kutsuntatarkastuksia voisikin hyödyntää nykyistä paremmin nuorten miesten seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseen ja tutkimukseen, esimerkiksi selvittämällä nuorten miesten seksuaali- ja lisääntymisterveyskäyttäytymistä ja tiedon tasoa. Nykyisin yksittäisissä kutsunnoissa, esimerkiksi pääkaupunkiseudulla, on ollut mukana terveysalan tai muiden alojen opiskelijoita, jotka ovat jakaneet muun muassa valistusmateriaalia osana omia opintoprojektejaan. Varusmiesten seksuaali- ja lisääntymisterveystietämystä on mitattu joissakin opinnäytteissä.⁴⁵ Koska

seksuaalinen riskikäyttäytyminen oli varusmiehillä yhteydessä päihteiden käyttöön,³⁵ ehkäisevien strategioiden suunnittelussa tulisi varusmies- ja siviilipalvelusaikana erityisesti huomioida päihteiden käyttö.

Seurustelukumppanin tai perheen jääminen siviilielämään saattaa aiheuttaa vaikeuksia ja vaikuttaa palveluksessa suoriutumiseen. Yhteydenpito seurustelukumppaniin tai kotiin palveluksen alussa voi olla hankalaa. Oman päätösvallan väheneminen voi heikentää seksuaalista hyvinvointia. Väestöliiton ylläpitämä maksuton ja anonyymi Varusmiespuhelin on puhelinpalvelu, joka tarjoaa keskustelutukea kutsuntoihin osallistuville, varusmiespalvelusta suorittaville miehille ja naisille, heidän omaisilleen sekä palveluksesta kotiutuneille.⁴⁶ Tukipuhelimeen voi soittaa jo varhaisessa vaiheessa, kun ongelmat ovat vielä ehkäistävissä. Tukipuhelimen taustalla toimii moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu muun muassa psykiatrinen sairaanhoitaja, seksuaaliterapeutti, seksuaalineuvoja, psykoterapeutti, lastenpsykiatri, nuorisokysymyksiin erikoistunut sosionomi ja puhelinauttamisen ammattilaisia.

Varusmieskoulutuksessa terveystarkastukseen kuuluu lääkärin pitämä seksikäyttäytymistä ja -tauteja käsittelevä oppitunti. Lisäksi vakiintuneena tapana on ollut järjestää varusmieskoulutuksen alkupuolella yhden päivän mittainen kansalais- ja terveystarkastusaiheinen teemapäivä, jossa terveystarkastusta annetaan 1–2 rastilla 30–60 minuutin pituisena koulutuksena. Puolustusvoimien oman lääkintähenkilöstön tai ulkopuolisen tahon, usein terveystarkastuskeskusten, tuottama terveystarkastusrasti on usein painottunut seksuaaliterveyteen.⁴⁷

Vuonna 2012 ilmestyneessä Puolustusvoimien terveystarkastusohjeessa seksuaaliterveyttä ei ole erikseen mainittu.⁴⁸ Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tulee olla osa sekä varusmiesten että siviilipalvelusta suorittavien terveystarkastusta. Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä tulee tukea palvelusajan seksuaaliohjausta ja -neuvontaa lisäämällä.

Korkeakouluopiskelijat

Toisen asteen opintojen jälkeen osa nuorista aikuisista jatkaa opintojaan ammattikorkeakouluissa ja yliopistoissa. Kolmen vuoden kuluttua ylioppilastutkinnon suorittamisesta noin 70 prosentilla on opiskelupaikka joko yliopistossa tai ammattikorkeakoulussa.⁴⁹ Suomessa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) vastaa yliopisto- sekä tiede- ja taidekorkeakouluopiskelijoiden terveydenhuollosta. Ammattikorkeakouluopiskelijat kuuluvat kunnallisen opiskeluterveydenhuollon piiriin.

YTHS on tutkinut yliopisto-opiskelijoiden terveyttä, mukaan lukien seksuaali- ja lisääntymisterveyttä vuodesta 2000. Vuodesta 2008 ammattikorkeakoulut ovat olleet mukana tutkimuksessa. Viimeisimmän tutkimuksen mukaan korkeakouluopiskelijoista 40 prosenttia asui yksin omassa taloudessa ja 37 prosenttia kaksin puolisonsa kanssa.⁵⁰ Gynekologisia ongelmia vuoden sisällä oli kokenut 64 prosenttia naisista. Miesopiskelijoista seksuaaliterveyteen liittyviä ongelmia oli ollut 27 prosentilla. Apua seksuaaliterveysasioihin toivoi saavansa ammattikorkeakouluopiskelijoista 5 prosenttia ja yliopisto-opiskelijoista 7 prosenttia. Apua ihmissuhde- ja itsetuntoasioihin toivoi saavansa 14 prosenttia ammattikorkeakoulu- ja 13 prosenttia yliopisto-opiskelijoista. Parisuhdeongelmat ovat merkittävä opiskelun keskeyttämiseen johtava syy. Lisäämäl-

lä ohjausta ja neuvontaa ihmissuhde- ja parisuhdetaidoissa voidaan näitä ongelmia ehkäistä. Palveluntarjoajien apu saavuttaa opiskelijat hyvin, sillä hyvin harva ilmoitti, ettei ollut tullut kuulluksi ja ymmärretyksi vastaanottokäynnillä.

Pitkät opiskeluaajat tuovat haasteita nuorten aikuisten seksuaali- ja erityisesti lisääntymisterveysneuvonnalle. Iän karttuessa ehditään altistua erilaisille hedelmällisyyttä alentaville tekijöille. Tällaisia ovat klamydiainfektio sekä erilaiset ympäristö- ja elämäntapatekijät, kuten tupakointi ja ylipaino.⁵¹ Epävarmuus siitä aikooko tulevaisuudessa hankkia lapsia voi edelleen siirtää päätöksentekoa, jolloin nuorten aikuisten on oltava tietoisia lastenhankinnan siirtämisen mahdollisista seurauksista ja riskeistä. Hedelmällisyyttä alentaviin tekijöihin ja opiskelijoiden tietouden lisäämiseen on kiinnitettävä huomiota opiskeluterveydenhuollossa ja mahdollisuuksia opiskelun ja perheen perustamisen parempaan yhteensovittamiseen tulee selvittää ja lisätä.

Tavoitteet

- ▶ Nuorten aikuisten seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta parannetaan, ja palvelut vakiintuvat kaikkia nuoria aikuisia koskeviksi.
- ▶ Hedelmällisyysneuvonta ja lisääntymisterveyttä edistävä neuvonta ja hoito tulevat osaksi terveyden edistämistä integroituna terveyspalveluihin soveltuvin osin.
- ▶ Mahdollisuuksia opiskelun ja perheen perustamisen yhteen sovittamiseen lisätään ja jaetaan niistä tietoa opiskelijoille.
- ▶ Kaikkien nuorten aikuisten seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ja palvelujen käytöstä saadaan tietoa.

Toimenpiteet

- ▶ THL, STM, OKM, OPH, TTL, YTHS, Kuntaliitto ja muut keskeiset tahot selvittävät opiskeluterveydenhuollon palvelujen verkostoimista muiden opiskeluikäisten palvelujen kanssa monialaisiksi palvelukokonaisuuksiksi.
- ▶ Opiskeluterveydenhuollon ammattihenkilöt tehostavat seksuaaliohjausta ja tarvittaessa ohjaavat seksuaali- ja parisuhdeneuvontaan.
- ▶ Kunnat tai kuntayhtymät tarjoavat muun terveysneuvonnan yhteydessä seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvää neuvontaa.
- ▶ STM, kunnat ja kuntayhtymät, Kansaneläkelaitos, ammatilliset oppilaitokset, korkeakoulut ja muut toimijat selvittävät, miten opiskelun ja perheen perustamisen yhteen sovittamista voidaan tukea nykyistä paremmin.
- ▶ Yhteistyössä Puolustusvoimien kanssa THL tuottaa tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveydestä varusmiehille jaettavaan Varusmieskirjaan.

- ▶ Nuorten palvelukontakteissa koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa tai muissa nuorten palveluissa sekä varusmies- ja siviilipalveluksenpalvelun aikana ammattihenkilöt huomioivat erityisesti poikien ja nuorten miesten neuvontatarpeen.
- ▶ Tutkimuslaitokset ja korkeakoulut selvittävät nuorten aikuisten seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ja palvelujen käyttöä.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

AIKUISET

Miesten seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ja siihen liittyvästä palvelujen käytöstä ja neuvonnan tarpeesta, joka on yksi tämän toimintaohjelman painopistealueista, on hyvin vähän tutkittua tietoa. Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä heikentävät elintavat kuten tupakointi ja alkoholin käyttö ovat miehillä naisia yleisempiä.⁵² Jonkin verran on tietoa lähinnä seksikäyttäytymisestä, tahattoman lapsettomuuden ja seksitautien yleisyydestä, alokkaiden seksuaali- ja lisääntymisterveydestä, eturauhas- ja erektio-ongelmista, miesten tekemästä lähisuhde- ja seksuaalisuutta loukkaavasta väkivallasta ja seksin ostosta, isyydestä, isien kokemuksista tai isyyden vaikutuksesta parisuhteeseen ja seksielämään.^{53–58}

Isyys voi tuoda muutoksia parisuhteeseen: 20 prosenttia isistä ei ollut pannut merkille erityisempää muutosta parisuhteen seksielämässä, 5 prosenttia kertoi, että suhde oli muuttunut jopa aiempaa paremmaksi, noin kolme neljäsosaa kertoi seksuaalisen aktiivisuuden vähentyneen ja 30 prosenttia kuvasi parisuhteen seksin vähentyneen hyvinkin voimakkaasti.⁵⁸ Seksielämän vähentymistä ei pidetty vain negatiivisena asiana: aikaa jäi enemmän keskusteluun, hellimiseen ja yhdessä rentoutumiseen.

Suomessakin miesten väliseen seksiin tiedetään liittyvän kohonnut hiv-infektion ja muiden seksitautien riski.⁵⁹ Hivin esiintyvyys on tässä väestöryhmässä noin parikymmentä kertaa korkeampi kuin väestössä keskimäärin. Miesten välisen seksin tartunnat todetaan pääasiassa suomalaisilla. Yli puolet tartunnoista on kotimaassa saatuja. Niin kuin tämän toimintaohjelman Monikulttuurisuus-luvussa todetaan, maahanmuuttajamiesten seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ja seksuaalineuvonnan tarpeista ei juuri ole tietoa.

Seksuaali- ja lisääntymisterveys on perinteisesti liitetty naisiin, eikä seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelujen hankkiminen ei ole edelleenkaan vaivatonta tai helppoa miehille, koska ehkäisy- ja äitiysneuvolapalvelut koetaan naisille suunnatuiksi. Terveystarpeissa on halua ja tarvetta keskustelulle miesten terveysongelmista, esimerkiksi ikääntymiseen liittyvästä seksuaalisuudesta.⁶⁰ Miesten terveyspalvelujen tarpeen ilmaisua ja käyttöä voi miesten itsensä mielestä vähentää pelko sairaaksi leimautumisesta ja mahdollisen työstämenettämisen menettämisestä.

Äitiysneuvolan laajoissa terveystarkastuksissa otetaan esille tulevan isän terveys ja hyvinvointi.²⁸ Vuonna 2013 julkaistuissa äitiysneuvolasuosituksissa mietitään keinoja, joilla miehet saataisiin osallistumaan äitiysneuvolakäynteihin.⁶¹ Vuoden 2012 neuvoloiden valtakunnallisessa seurannassa 60 prosenttia terveyskeskuksista ilmoitti, että

molemmat vanhemmat osallistuivat äitiysneuvoloiden laajaan terveystarkastukseen.⁶² Terveyskeskuksista 30 prosenttia lähetti isille erillisen kutsun laajaan terveystarkastukseen ja 20 prosenttia ilmoitti, että perhevalmennuksessa on erillinen isäryhmä.

Lapsiperhepalveluja selvittäneessä tutkimuksessa äidit raportoivat isiä enemmän vanhemmuuteen ja lapseen liittyviä huolia, mutta heidän oli myös isiä helpompaa kertoa huolistaan lähipiirissä.⁶³ Isät olivat äitejä tyytymättömämpiä työntekijän tapaan työskennellä vanhemman tai perheen kanssa neuvolassa tai kouluterveydenhuollossa sekä yhteistyöhön muiden palvelujen tarjoajien kanssa (Kansaneläkelaitos, poliisi ja pelastustoimi, vertaisryhmätoiminta, yksityiset palvelujen tarjoajat, järjestöt jne.). Äitiys- ja lastenneuvola ovat uusille isille ensimmäinen kontakti lasten ja perheiden palveluihin, joten olisi tärkeä, että isät osattaisiin kohdata niin, että heille jäisi myönteinen käsitys lapsiperhepalveluista ja halu osallistua niihin jatkossakin.

Mieskysymyksiä tasa-arvo politiikassa pohtineen työryhmän raportissa ei varsinaisesti mainita seksuaali- ja lisääntymisterveyttä, mutta myös siinä todetaan, että neuvolan, varhaiskasvatuksen ja koulujen ammattilaisille on saatava nykyistä enemmän eväitä isien ja poikien kohtaamiseen ja tukemiseen.⁶⁴ Kuntien tulisi järjestää palvelut niin, että myös miehet osaavat ja voivat niihin hakeutua. Palveluja tulee suunnata myös entistä kohdennetummin miesryhmiin, joiden kohdalla palvelujen tarve on suurin. Näitä ovat esimerkiksi ammattikouluissa opiskelevat pojat, joiden tiedon taso on heikompi kuin lukiolaisten,⁴² nuoret miehet, joilla on riskikäyttäytymistä³⁵ tai miehet, joilla on seksiä miesten kanssa.⁵⁹ Miesten seksuaalineuvonnan tarve tulee tunnistaa muissakin terveydenhuollon palveluissa, kuten erilaisten kroonisten tai äkillisten sairauksien hoidossa tai työterveyshuollon tarkastuksissa. Miehillä tulee antaa neuvontaa tai ohjata eteenpäin heidän tarvitsemiinsa palveluihin.

Aikuisten seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämässä parisuhteiden ja intiimien ihmissuhteiden tukeminen on keskeistä, vaikka kotitalouksien rakenne onkin muuttunut. Yhden hengen talouksien ja lapsettomien pariskuntien osuus on kasvanut ja lapsiperheiden vähentynyt.⁶⁵ Yhden hengen talouksista osa elää parisuhteessa, joten pelkkä asumismuoto ei kerro parisuhteesta tai parisuhteen hyvinvoinnista. Vuonna 2011 Suomen yleisin perhetyyppi oli lapseton aviopari, joita oli 36 prosenttia kaikista perheistä. Avioparin ja lasten muodostamia perheitä oli 30 prosenttia kaikista perheistä. Avoparien määrä ja osuus perheistä kasvaa. Noin 14 prosenttia kaikista perheistä on avopareja, joilla ei ole lapsia ja 8 prosenttia avopareja, joilla on lapsia. Vuonna 2012 Suomessa oli noin 800 rekisteröityä miesparia ja 1200 naisparia.⁶⁶

Joka viides rekisteröityyn parisuhteeseen pohjautuva perhe oli vuonna 2012 lapsiperhe, ja useammalla kuin joka kolmannella naisparilla oli lapsia.⁶⁶ Sateenkaariperheiksi kutsutaan sellaisia lapsiperheitä, joissa ainakin yksi vanhemmista kuuluu seksuaali- tai sukupuolivähemmistöön. Tilastojen pohjalta voidaan kuitenkin tarkastella vain sellaisia sateenkaariperheitä, joissa vanhemmat ovat rekisteröineet parisuhteensa. Muita sateenkaariperheitä ovat esimerkiksi avoparit, joilla on lapsia ja apilaperheet. Kolmiapilaperheessä lapsella on syntymästään asti kolme vanhempaa: biologinen vanhempi eli lähivanhempi, jonka luona hän asuu; biologinen vanhempi, jota hän tapaa enemmän tai vähemmän säännöllisesti eli etävanhempi, sekä lähivanhemman parisuhdepuoliso, jota voidaan kutsua sosiaalisesti vanhemmaksi.⁶⁷

Neliapilaperheissä vanhempia on neljä. Sateenkaariperheen lapset ovat syntyneet joko hedelmöityshoitojen tai koti-inseminaation avulla tai puolisoiden edellisistä suhteista.

Suomalaiselle kulttuurille on tyypillistä, että seurustelu-, intiimi- ja parisuhteita on useita elämän aikana. Parisuhteen merkitys on muuttunut; aiemmin parisuhteita solmittiin toimeentulon vuoksi, nykyisin tunteiden pohjalta.⁵⁵ Seksuaalisen hyvinvoinnin ja seksuaalisen itsemääräämisoikeuden merkitys on kasvanut. Romanttisen parisuhdekäsityksen mukaan puolisoiden yhdessä oleminen perustuu seksuaalisuuteen ja emotionaaliseen intiimiyteen sekä vanhemmuuteen (ks. myös luku 3 Väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyskäyttäytyminen).⁵³ Parisuhteiden tueksi järjestetään koulutusta sekä pareille että heitä hoitaville ammattihenkilöille. Väestöliitto on julkaissut Tahdolla ja Taidolla -ohjelman, Suomen evankelis-luterilainen kirkko Parisuhteen palikat -ohjelman ja Kataja ry. erilaisia parisuhdekoulutuksia ja materiaaleja. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon perheneuvontatyössä miesten osuus vastaanottojen asiakkaista oli 42 prosenttia ja palvelevan puhelimen asiakkaista 49 prosenttia vuonna 2011.¹² Palvelevan netin asiakkaiden lähettämistä viesteistä ei aina käy selvästi ilmi sukupuoli, mutta miehiksi varmasti tunnistettujen osuus oli 16 prosenttia vuonna 2011.

Aikuisväestön seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi on useita mahdollisuuksia. Työterveyshuollossa seksuaalisuuden puheeksi ottaminen, neuvontamahdollisuuksista tiedottaminen sekä verkkopalveluista kertominen olisi luontevaa ja saavuttaisi laajasti väestön. Määräaikaistarkastukset, terveysasemien sairausvastaanotot, seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät seulontatutkimukset sekä parisuhdekursit ja sosiaalitoimen vastaanotot ovat paikkoja, joissa seksuaalisuus on mahdollista ottaa puheeksi. Myös äitiys- ja lastenneuvoloiden laajat terveystarkastukset voivat olla soveltuvin osin tilanteita, joissa parisuhteen ja seksuaalisuuden voi ottaa luontevasti puheeksi.²⁸ Seksuaalisuuden puheeksi ottamiselle luotujen mallien mukaan seksuaali-ohjaus kuuluu jokaisen terveyden- ja sosiaalialan ammattihenkilön työhön.^{68, 69}

Vuonna 2006 toteutettiin Sateenkaariperhekysely, jonka mukaan vanhemmat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä muun muassa raskauden ja synnytyksen aikaisiin palveluihin.⁷⁰ Palveluissa koettiin myös puutteita, joita olivat esimerkiksi riittämätön vanhemmuuden ja parisuhteen tukeminen. Vanhemmat olivat odottaneet esimerkiksi neuvolassa keskustelua parisuhteesta ja synnytyksen jälkeisestä seksuaalisuudesta. Kuitenkaan neuvolassa, synnytyssairaalassa ja perhevalmennuksessa juuri kenenkään kanssa ei ollut puhuttu parisuhteesta. Kaikissa seksuaalikasvatuksen kohtaamisissa tulee lähteä yhdenvertaisuudesta, eikä asiakkaan sukupuolta tai seksuaalista suuntautumista oleteta hänen puolestaan. Asiakkaan parisuhdemuoto ei saa vaikuttaa palvelujen laatuun tai tarjontaan.

Tavoitteet

- ▶ Seksuaaliseen hyvinvointiin sekä pari- ja ihmissuhdetaitojen tukemiseen ja palvelujen saatavuuteen kiinnitetään soveltuvin osin huomiota kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon kohtaamisissa asiakkaan sukupuolesta riippumatta.
- ▶ Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen vakiintuu sosiaali- ja terveydenhuollossa.
- ▶ Miesten seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelujen käyttöä tuetaan kehittämällä palveluja niin, että jo peruskouluikäiset pojat oppivat käyttämään palveluja ja ymmärtävät, että seksuaali- ja lisääntymisterveys ja vastuu siitä on myös poikien asia, jolloin seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden käyttö on luontevaa myös aikuisiässä.
- ▶ Varmistetaan yhdenvertaisuuden toteutuminen seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelujen, kuten seksuaali- ja parisuhdeneuvonnan, tarjonnassa.

Toimenpiteet

- ▶ Työnantajat järjestävät seksuaalisuuden puheeksi ottamisen koulutuksia toimipaikkakohtaisesti, jotta osaaminen voidaan varmistaa.
 - ▶ Kunnat tai kuntayhtymät ja työterveyshuollon toimijat järjestävät ja markkinoivat asiakkailleen seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluja sukupuolesta, seksuaalisesta suuntautumisesta, vammasta, terveydentilasta, iästä tai etnistä taustasta riippumatta.
 - ▶ Työterveyshuollossa sekä työttömien tukitoimissa toimivat kehittävät valmiuttaan käsitellä seksuaalisuuteen ja seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä kysymyksiä.
 - ▶ Kunnat tai kuntayhtymät järjestävät palvelut niin, että seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvilla on mahdollisuus saada asiantuntevaa neuvontaa osana julkisia sosiaali- ja terveyspalveluja.
 - ▶ Kunnat tai kuntayhtymät, seurakunnat ja yksityiset toimijat lisäävät erityisesti miehille suunnattuja neuvontapalveluja ja niiden muotoja sekä kehittävät sisältöjä niin, että miesten on helppo hakeutua palveluihin ja niin, että on tarjolla myös kohdennettuja palveluja niitä tarvitseville.
 - ▶ Kunnat tai kuntayhtymät, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido ja alan järjestöt lisäävät sekä seksuaalineuvontapalveluja verkossa että niistä tiedottamista.
- * Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

IKÄÄNTYNYT VÄESTÖ

Nykyisin suomalaiset elävät aiempaa vanhemmiksi ja keskimäärin terveempinä kuin ennen. Suurten ikäluokkien vanhenemisen seurauksena väestörakenne on nopeasti muuttumassa. Suurin osa iäkkäistä asuu omasta halustaan omassa kodissaan: vuonna 2011 lähes 90 prosenttia yli 75-vuotiaista asui kotona.⁷¹ Iäkkäinäkin miehillä on usein kumppani, mutta naiset jäävät useammin yksin miesten kuollessa nuorempina. Toisaalta naisten aiempi leskeyteen tyytymistä suosinut asenne on muuttunut hyväksyvämmäksi iäkkäiden seurustelua kohtaan.⁷²

Parisuhteessa olevien seksuaalinen aktiivisuus voi säilyä korkeana ja sairaus häiritsee merkittävästi seksuaalielämää vasta yli 70-vuotiailla.⁵⁵ Nuorena seksuaalisesti aktiiviset ihmiset ovat aktiivisia korkeassakin iässä.⁷³ Miehillä fyysisen suorituskyvyn säilyminen ylläpitää seksuaalista kiinnostusta. Naisilla seksuaalimyönteinen asenne ja aiemman elämän hyvät seksuaaliset kokemukset tukevat seksuaalista vireyttä vanhuudessa. Nykyisin iäkkäät ovat tyytyväisempiä seksuaalielämäänsä kuin aiempina vuosikymmeninä, mutta silti elämään toivotaan enemmän seksiä myös ikääntyessä.

lääkkäiden seksuaalisuuden tukeminen

Vanhuspalvelulain mukaan kunnan tulee järjestää ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia neuvontapalveluja ja ohjata ikääntyvät näiden palvelujen käyttöön.⁷⁴ Vaikka laissa ja vanhuspalvelujen laatusuosituksissa ei erikseen mainita seksuaaliterveyden edistämistä, niissä korostetaan laadukkaita palveluja, yksilöllisyyttä ja iäkkään henkilön mahdollisuutta osallistua päätöksentekoon sekä kehoitetaan ottamaan huomioon mahdollinen yksinäisyys ja sosiaalisten suhteiden puuttuminen.

Vaikka asenteet yhteiskunnassa muuttuisivatkin myönteisimmiksi iäkkäiden seksuaalisuutta kohtaan, ei se välttämättä ilman ohjeistuksia johda muuttuviin käytäntöihin. Terveystieteiden tutkimusten mukaan henkilökunnan olisi hyvä varautua iäkkäiden seksuaaliterveyden edistämiseen ja ikääntyneiden palvelujen joustaviin sääntöihin.^{55, 73} Seksuaaliterveyden edistämiseksi tulisi nykyistä enemmän huomioida yksinäisyyden, kumppanin puutteen ja toiminnallisten häiriöiden vaikutuksia sekä suhtautua myönteisesti ja kannustavasti iäkkäiden keskinäisiin lämpimiin ihmissuhteisiin. Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä on varmistettava, ettei kukaan henkilökuntaan kuuluva tai yksikössä hoidettava pääse rikkomaan hoidettavan seksuaalista koskemattomuutta. Eettisten periaatteiden on oltava koko henkilöstön tiedossa. Ympäri- vuorokautista hoivaa tarvitsevien iäkkäiden henkilöiden kohdalla on huolehdittava siitä, että pariskunnat saavat automaattisesti ympärivuorokautisen hoidon yksikössään oikeuden asua yhdessä. Myös ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä tai hoivayhteisöissä elävien mahdollisuutta luoda ja ylläpitää lämpimiä ihmissuhteita tulee tukea ja mahdollisuuksia häiriintymättömiin, intiimeihin hetkiin tulee parantaa.

Sukupuolen ja seksuaalisuuden moninaisuus on yhtäläillä läsnä iäkkäiden henkilöiden kanssa tehtävässä työssä kuin lapsi-, nuoriso- ja aikuistyössäkin. Yhdenvertainen vanhuus -projektin yhteydessä tehty selvitys kertoo suomalaisen

vanhustenhuoltohenkilökunnan puutteellisista tiedoista sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöistä.⁷⁵ Helsinkiläisvanhainkodeissa työskentelevien lähi- ja perushoitajien, sairaanhoitajien ja osastonhoitajien parissa tehdyssä kyselyssä enemmistö 92 vastajasta kertoi, ettei ollut opinnoissaan saanut tietoa sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuudesta (54 prosenttia) tai vähemmistöihin kuuluvien ikääntymisestä ja palveluntapeista (75 prosenttia). Pelko siitä, ettei elämäkumppania tunnusteta ja tunnusteta elämäkumppaniksi, nousi esille 50–80-vuotiaille sukupuoli- ja seksuaalivähemmistön edustajille tehdyssä kyselyssä.⁷⁶

Vammaisten ja sairaiden iäkkäiden tarve käyttää seksin apuvälineitä yksin tai kumppanin kanssa tulee mahdollistaa. Jokainen iäkäs ja hänen seksuaalisuutensa tulee kohdata kunnioituksella niin puhuttelussa kuin muussakin kohtelussa.

Itsetyydytys voi toimia mielihyvän lähteenä sekä yksin että parisuhteessa elävälle. Siihen suhtaudutaankin nykyisin aiempaa hyväksyvämmiin.⁷³ Iäkkäät miehet voivat edesauttaa paisuvaiskudoksen toimintakykyä säännöllisellä itsetyydytyksellä.⁷² Parisuhteessa itsetyydytys on mahdollisuus seksuaaliseen tyydytykseen tilanteissa, joissa puolisoiden seksuaaliset halut ovat eritahtisia. Fyysisissä rajoitteissa läheisyyttä voi kokea seksin asemesta sylittelyllä, suukottelulla ja muulla hellyydellä.

Seksuaalisuutta haittaavat sairaudet ja ikääntymiseen liittyvät tekijät

Miehillä elimelliset, terveyteen liittyvät erektiohäiriöt ovat tavallisempia 50 vuoden iästä ylöspäin. Niiden ilmaantuminen voi olla ensioire kehittyvästä sydän- ja verisuonisairaudesta. Moniin muihinkin sairauksiin (esim. masennus) ja niiden lääkitykseen voi alkuun liittyä erektion häiriintymistä. Jännittämisestä ja suorituspaineista aiheutuu erektio-ongelmia iäkkäillekin, etenkin jos seksi on ollut tauolla.⁷²

Naisilla limakalvot muuttuvat vaihdevuosissa estrogeenin puutteesta kuiviksi, ohuiksi ja aroiksi, yhdynnät voivat tulla mahdottomiksi ja seksuaalinen halu vähentyä. Iäkkäiden naisten limakalvoja voidaan hoitaa miedoilla estrogeenipitoisilla paikallishoidoilla, jotka myös ehkäisevät virtsatietulehduksia. Käytölle ei ole yläikärajaa, mutta käytön on oltava säännöllistä ja ohjeistuksen mukaista. Intiimeissä hetkissä liukasteita voi käyttää lisäapuna.⁷²

Iän myötä paino nousee, krooniset sairaudet kuten diabetes yleistyvät, syöpäsairaudet lisääntyvät ja eturauhasen liikakasvu ja erektiohäiriöt yleistyvät. Terveydenhuollon ammattilaisten on hyvä kertoa potilaalle, että seksuaalisuus jää aluksi sivuun äkillisen sairastumisen yhteydessä. Paranemisen myötä tai tilanteen tasaannuttua seksuaalisuudellekin löytyy oma tilansa ja uusia ilmaisumuotoja.⁷²

Kroonista taudeista tyypin 2 diabetes aiheuttaa naisille tuntohermovaurioita, tunnottomuutta ja verenkierron häiriöitä, jotka puolestaan heikentävät fyysisiä reaktioita ja tuntemuksia. Miehillä diabetes aiheuttaa edellisten lisäksi erektiohäiriöitä, jotka liittyvät tavallisesti myös korkeaan kolesteroliin, sydänverisuonisairauksiin ja verenpaineeseen osin lääkitystenkin vuoksi.⁷²

Osa syövästä koskettaa syvästi juuri seksuaalisuutta. Miehillä tavallisen eturauhassyövän hoitoihin liittyy yleisesti erektio-ongelmia, jotka voivat korjautua ajan mittaan. Nykyiset lääkehoidot eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvuun eivät aiheuta

merkittäviä seksuaalitoiminnan häiriöitä. Leikkaushoidot ovat pääasiassa höyläyshoitoja, joissa poistetaan vain osa eturauhasesta. Kokopoistojen seurauksena (kuten käy myös eturauhassyövässä) ilmaantuu ns. ”kuiva” eli virtsarakkoon suuntautuva siemensyöksy, jossa miehelle jää kokemus siemensyöksystä mutta sperma poistuu virtsan mukana.⁷²

Sekä rintasyövässä että gynekologisissa syövässä kehon kuva voi muuttua, millä voi olla vaikutusta parisuhteeseen ja naisen kokemukseen omasta haluttavuudestaan tai viehättävyydestään. Miedot paikalliset estrogeenihoidot ovat soveltuvia myös rintasyöpäpotilaille hoitojen jälkeen limakalvojen kuivuutta ja virtsatieinfektioita ehkäisemään. Emättimeen tehtävät leikkaustoimenpiteet voivat tehdä yhdynnät kivuliaiksi tai mahdottomiksi. Sädehoidon jälkeen kudosten toipuminen voi viedä aikaa. Hellävaraisuutta tarvitaan erilaisista leikkauksista johtuvien muutosten ja mahdollisten kipuongelmien vuoksi. Kaikella muulla läheisyydellä on tällöin erityisen suuri merkitys.⁷²

Seksuaalineuvojan palveluja tulee tarjota erityisesti syövän hoidon ja kirurgian yksiköissä sekä pitkäaikaissairauksia ja iäkkäitä hoitavissa yksiköissä. Parisuhteessa elävän potilaan kohdalla tulee pyrkiä ottamaan kumppani mukaan neuvontaan. Terveystuon ammattilaisten tulee muistaa ottaa puheeksi lääkitysten ja leikkausten vaikutukset seksuaalitoimintoihin. Ammattihenkilöstön antamaa tukea ja tietoa voidaan tarvita seksuaalisen itsetunnon ja parisuhteen vahvistamiseksi. Kun yhdynnät eivät onnistu, kannustus seksuaalisuuden muihin ilmaisumuotoihin, läheisyyteen ja hellyyteen sekä leikkimielisyyteen tukee iäkkään itsetuntoa ja seksuaalista hyvinvointia.⁷²

Iäkkäiden seksuaalisuuteen liittyvää ammatillista tietoa on vapaasti saatavana Suomen VirtuaaliAMK -verkoston osoitteesta www.seksuaaliterveysasema.fi.

Tavoitteet

- ▶ Seksuaalista hyvinvointia edistetään ikääntyneiden palveluissa mm. henkilöstöä kouluttamalla.
- ▶ Sairaanhoidossa iäkkäiden seksuaalineuvontaa lisätään ja toimintaa vakiinnutetaan.
- ▶ Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevien seksuaalineuvontaa lisätään ja toimintaa vakiinnutetaan.

Toimenpiteet

- ▶ OPH lisää valtakunnalliseen opetussuunnitelman perusteisiin seksuaaliohjausopetusta lähihoitajien koulutukseen, ja ammattikorkeakoulut tarjoavat ikääntyneiden palveluissa työskenteleville täydennyskoulutusta iäkkäiden seksuaaliterveydestä.
- ▶ Kunnat tai kuntayhtymät kouluttavat ja palkkaavat riittävästi seksuaalineuvoja ikääntyneiden palveluihin ja sairaalat varmistavat, että kaikissa sairaaloissa on seksuaalineuvoja ja keskussairaloissa ja yliopistollisissa sairaaloissa myös seksuaaliterapeutti.

- ▶ Ikääntyneiden palveluissa työskentelevät huomioivat iäkkäiden seksuaalisuuden erityispiirteet ja neuvonnan tarpeen.
- ▶ Lääkäri määrittää iäkkään seksuaalineuvonnan tarpeen diagnoosin teon ja eri toimenpiteiden jälkeen.
- ▶ Ikääntyneiden pitkäaikaishoitoa tarjoavat tahot mahdollistavat ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä asuville intiimin yksityisyyden ja parisuhteen jatkumisen.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

ERITYISTÄ TUKEA TARVITSEVIA RYHMIÄ

Tässä luvussa nostetaan esille joitakin erityistä tukea seksuaalikasvatuksessa tarvitsevia ryhmiä. Osa ihmisistä voi kuulua useampaankin erityisryhmään. Tavoitteena on, että kaikkien ihmisten oikeudet ja velvollisuudet seksuaalisen hyvinvoinnin ja lisääntymisen kysymyksissä tulevat huomioiduksi yhtäläisesti ja vaikuttavat toiminnot turvataan eriarvoisuuden vähentämiseksi.

Vammaisuus

Vammaiseksi katsotaan henkilö, jonka pitkäaikainen ruumiillinen, henkinen tai älyllinen vamma tai aistivamma estää yhdessä erilaisten muiden esteiden kanssa hänen täysimääräisen ja tehokkaan osallistumisensa yhteiskuntaan yhdenvertaisesti muiden kanssa.⁷⁹ Vammaisilla henkilöillä on oikeus päättää tietoisesti ja vastuullisesti omaan seksuaalisuuteensa liittyvistä asioista.⁷⁸

YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista korostaa, että vammaisilla henkilöillä on yhdenvertainen oikeus

- perustaa perhe sekä päättää vapaasti ja vastuullisesti lastensa määrästä ja ikäerosta
- saada ikänsä mukaista tietoa ja lisääntymis- ja perhesuunnitteluvalistusta sekä tarvittavat keinot näiden oikeuksien käyttämiseen.⁷⁷

Vammaisilla henkilöillä on myös oikeus säilyttää hedelmällisyytensä eikä heitä tule vastoin heidän tahtoaan steriloida tai pakottaa käyttämään ehkäisyvalmisteita. Vammaisilla henkilöillä tulee olla myös käytännössä yhdenvertainen, hedelmöityshoitotolain mukainen oikeus hedelmöityshoitoihin. Heillä on yksilölliset mieltymykset, toiveet ja huolenaiheet. He tarvitsevat yhdenvertaista, asiantuntevaa seksuaalikasvatusta ja seksuaaliterveyspalveluja päätöksentekonsa tueksi.⁷⁹ Kaikissa suunnitelmisissa ja toimissa tulee kunnioittaa asiakkaan esittämiä toiveita ja ratkaisuvaihtoehtoja. Vammaiset henkilöt kohtaavat muuta väestöä enemmän palvelujen käyttöön ja tiedonsaantiin liittyviä esteitä.⁸⁰⁻⁸²

Erityistä huomiota tulee kiinnittää peruskoulun, toisen asteen ja jatko-opintojen seksuaalikasvatuksen ja seksuaaliterveyspalvelujen yhdenvertaisuuteen. Seksuaalikasvatuksessa lähtökohtana tulee aina olla ensisijaisesti ikätasoinen kehitys, ei oppijan

erityispiirre. Vammaisen lapsen tai nuoren seksuaalikasvatus ei pääsääntöisesti poikkea millään tavoin muiden lasten ja nuorten seksuaalikasvatuksesta.

Olennaisia osia seksuaalikasvatusta ovat turvataitokasvatus ja seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan ehkäisy. Vammaiset henkilöt saattavat altistua seksuaalisuutta loukkaavalle ja seksuaalista kehitystä häiritsevälle toiminnalle herkemmin kuin muut lapset ja nuoret, koska voivat tarvita avustusta myös intiimeinä pidetyissä päivittäistoiminnoissa.⁸¹ Seksuaalioikeudet on keskeinen osa seksuaalikasvatusta myös vammaisilla lapsilla ja nuorilla. Nuori on aina itse oman seksuaalisuutensa paras asiantuntija.

Muita erityistä tukea tarvitsevia ryhmiä

Seksuaalineuvonnan kannalta muita erityisryhmiä ovat mm. fyysisesti tai psyykkisesti pitkäaikaissairaat, sijaishuollossa olevat nuoret, vankilaan tai yhdyskuntaseuraamukseen tuomitut sekä seksi- tai erotiikka-alalla työskentelevät tai alalla aikaisemmin toimineet. Heidän seksuaali- ja lisääntymisterveytensä edistäminen osana normaaleja terveydenhuollon palveluja saattaa jäädä toteutumatta.

Vuonna 2012 Suomessa oli kodin ulkopuolelle sijoitettuja lapsia tai nuoria 17 830.⁸³ Lastensuojelulain⁸⁴ mukaan lastensuojelulaitoksia ovat lastenkodit, koulukodit ja niihin rinnastettavat laitokset. Valtion kuuden koulukodin lisäksi Suomessa on kaksi yksityistä koulukotia. Laitoksissa asui sijoitettuna noin 2500 lasta vuonna 2011. Valtion koulukoteja tulosoittaa OPH ja valvoo THL:n Lapset, nuoret ja perheet osasto, LAPO.⁸⁵ Lastensuojelun keskusliiton selvityksessä tuli ilmi, että laitoksesta luvatta poistuneilla lapsilla ja nuorilla oli suuri riski joutua kokemaan seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa tai kaltoinkohtelua näiden luvattomien poissaolojen aikana.⁸⁶ Laitoksessa sijoitettuna olevien nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveydestä tai palvelujen käytöstä ei ole tutkittua tietoa.

Vankilaan tai yhdyskuntaseuraamukseen tuomittujen terveyspalveluista vastaa Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikkö.⁸⁷ Seksi- tai erotiikka-alalla työskentelevien tai alalla aikaisemmin toimineiden palveluja tuottaa Pro-tukipiste.⁸⁸

Seksityöntekijöiden hyvinvointi ja terveys -tutkimuksen mukaan seksityöstä kertominen lääkärille on vaikeaa.⁸⁹ Merkittävä osa ulkomaalaistaustaisista seksi- ja erotiikka-alalla työskentelevistä jää kokonaan julkisten palvelujen ulkopuolelle. Tutkimuksen perusteella erotiikka- ja seksityötä tekeville erityisen tärkeitä ovat kohdenetetut ja suunnitellut matalan kynnyksen palvelut.

Tavoitteet

- ▶ Seksuaalikasvatus toteutuu tasa-arvoisesti asiakkaan tarpeen mukaan riippumatta asiakkaan pitkäaikaissairaudesta, vammasta tai muista yksilöllisistä ominaisuuksista.
- ▶ Seksuaalikasvatusta on saatavissa integroituna normaaleihin terveydenhuollon palveluihin siten, että perusterveydenhuollon ehkäisevään työhön sekä sairauksien hoitoon integroidaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen näkökulma.
- ▶ Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluissa huomioidaan erilaisten vähemmistöjen ja erityisryhmien tarpeet.
- ▶ Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelujen esteettömyyteen ja saavutettavuuteen kiinnitetään huomiota.
- ▶ Laitokseen sijoitettujen nuorten turvallisuuteen ja lasten koskemattomuuteen kiinnitetään erityistä huomiota.

Toimenpiteet

- ▶ Kunnat tai kuntayhtymät varmistavat, että jokaisen terveyskeskuksen käytettävissä on riittävä määrä seksuaalineuvojan täydennyskoulutuksen ja auktorisoinnin saaneita työntekijöitä, joilla on valmiudet myös erityisryhmien neuvontaan ja ohjaukseen.
- ▶ Palveluja tarjoava taho vastaa, että vastaanottotilat tehdään esteettömiksi ja helposti saavutettavaksi. Esimerkiksi tutkimuspöydän tulee olla laskettavissa riittävän alas, jotta siihen siirtyminen on erilaisissa tilanteissa helppoa ja turvallista.
- ▶ Kunnat tai kuntayhtymät varmistavat, että palveluissa jaettava seksuaali- ja lisääntymisterveysmateriaali ja -tieto on saatavilla myös vaihtoehtoisissa muodoissa pistekirjoituksella, isotekstisenä, äänitteenä, selkokielellä tai kuvitettuna. Kuulo-, kuulonäkö- ja puhevammaisten asiakkaiden kanssa huolehditaan tarvittaessa myös tulkkauksesta.
- ▶ Sekä pitkäaikaissairaiden että vammaispalvelujen tarjoajat integroivat seksuaalisuuteen ja seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvää neuvontaa ja ohjausta muihin palveluihinsa.
- ▶ THL huolehtii, että valtion koulukodeissa asuvat nuoret saavat tarvitsemansa seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelut ja seksuaalineuvontaa ja että koulukodissa työskentelevä henkilökunta on saanut joko peruskoulutuksessa tai täydennyskoulutuksessa riittävät tiedot nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ja turvataidoista.
- ▶ THL huolehtii, että vankien terveyspalveluihin integroidaan seksuaalisuuteen ja seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvää neuvontaa ja ohjausta.

> >

- Pro-tukipiste järjestää seksi- ja erotiikka-alalla oleville kohdennettuja ja hyvin suunniteltuja matalan kynnyksen seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluja ja ottaa seksi- ja erotiikka-alalla olevat mukaan palvelujen kehittämiseen. Ne kunnat tai kuntayhtymät, joissa ei ole Pro-tukipistettä, suunnittelevat seksi- ja erotiikka-alalla oleville matalan kynnyksen seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluja esimerkiksi seksitautitestausta, jonka yhteydessä terveydenhuollon ammattilaiset antavat seksuaaliohjausta ja mahdollisesti myös seksuaalineuvontaa.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

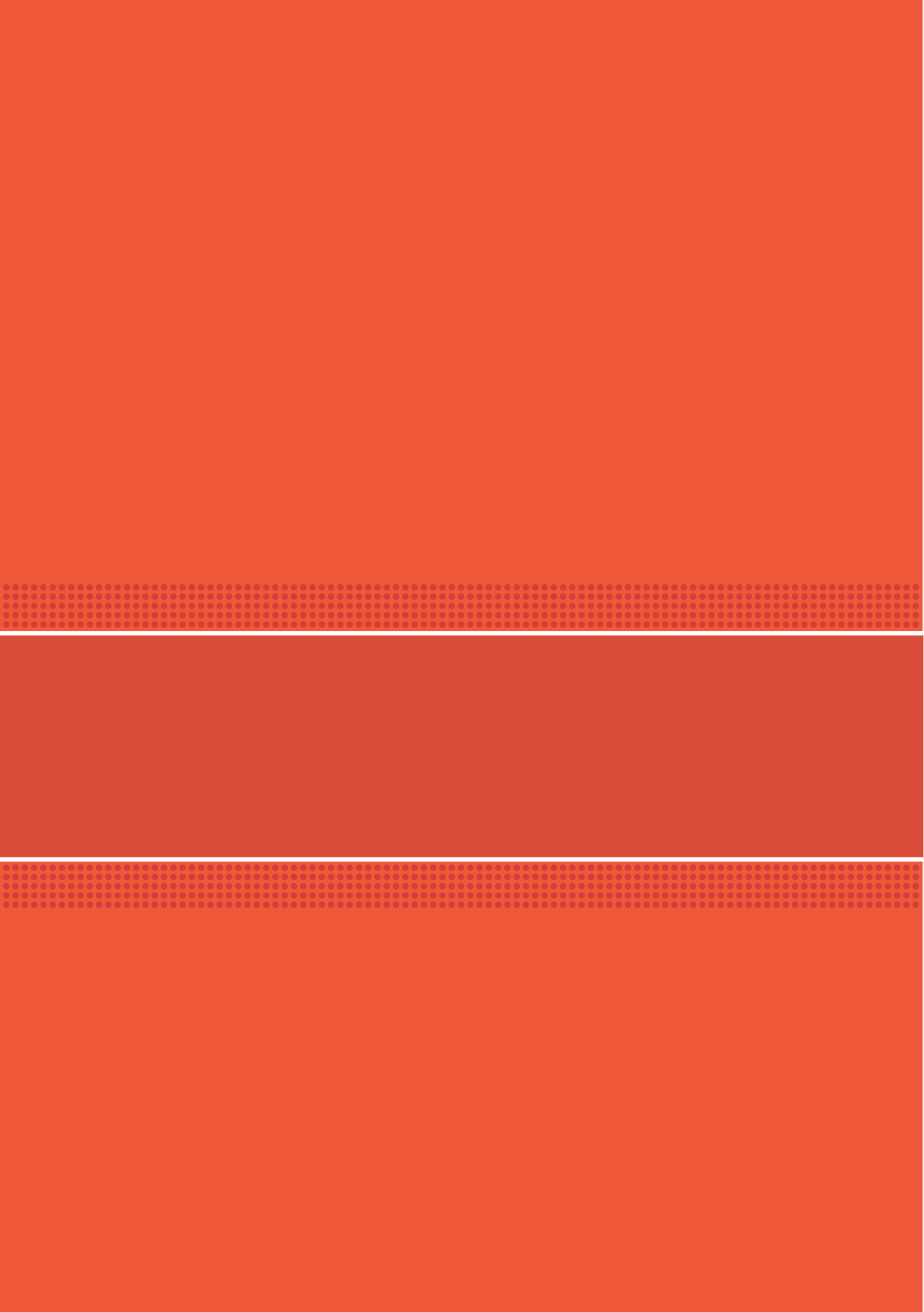
Lähteet

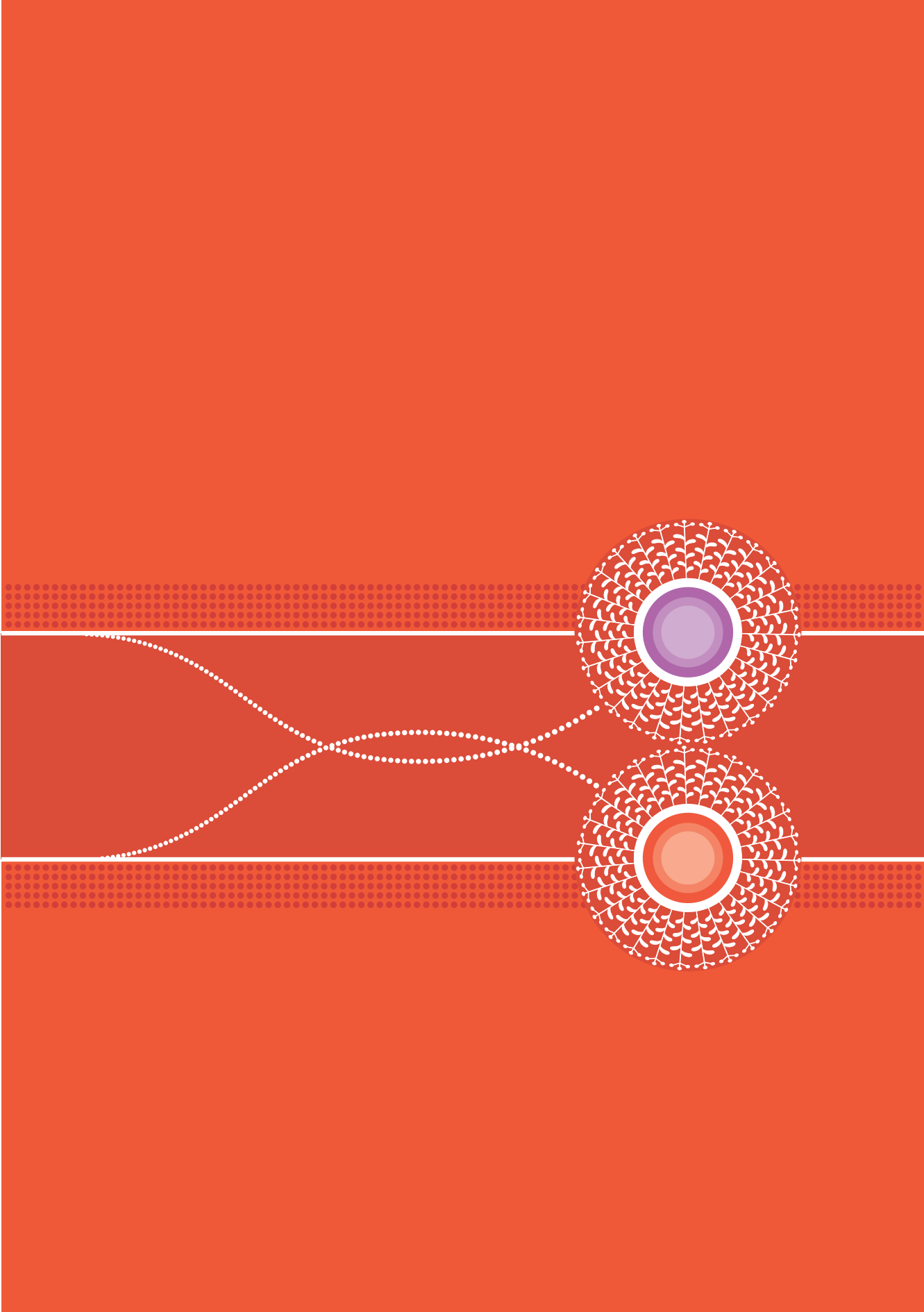
- WHO. 2010. Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa. Suuntaviivat poliittisille päättäjille, opetus- ja terveydenhuoltoalan viranomaisille ja asiantuntijoille. Maailman terveysjärjestö WHO, Euroopan aluetuotoimisto ja BZgA. Alkuperäinen teos: Standards for Sexuality Education in Europe. A framework for policy makers, educational health authorities and specialists, käänös: Semantix Lingua Nordica Oy. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- UNESCO 2010. International technical guidance on sexuality education. Vol. 1: The rationale for sexuality education. Pariisi: UNESCO http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=47268&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html. Viitattu 6.3.2014.
- SIECUS. 2004. Sexuality Information and Education Council of the United States <http://www.siecus.org/> Viitattu 6.3.2014.
- Heikkilä, M., Välimäki, A. & Ihalainen, S. 2007. Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet. 2. painos. Helsinki: Stakes. Oppaita 56. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201210089363> Viitattu 6.3.2014.
- Opetushallitus. 2010. Esiopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2010. Määräykset ja ohjeet 2010:27. Helsinki: Opetushallitus.
- Opetushallitus 2004. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2004. http://www.oph.fi/download/139848_pops_web.pdf Viitattu 6.3.2014.
- Opetushallitus. 2014. Edu.fi. Opetushallituksen ylläpitämä verkkopalvelu. <http://www.edu.fi/lukiokoulu/terveystieto> Viitattu 6.3.2014.
- Opetushallitus. 2012. Ammatillisten perustutkintojen perusteiden toimeenpano. Ammatillisena peruskoulutuksena ja näyttötutkintona. Oppaat ja käsikirjat 2012:10. Helsinki: Opetushallitus.
- Alanko, K. 2013. Hur mår HBTIQ-unga i Finland? Ungdomsforskningsnätverket/Ungdomsforsknings-sällskapet, publikationer 143, nätpublikationer 68 & Seta. Seta-publikationer 21. http://www.nuorisotutkimusseura.fi/julkaisuja/hbtiq_unga.pdf Viitattu 6.3.2014.
- Nissinen, J. 2011. Seksuaalisuuden ja sukupuolen moninaisuus ja seksuaalineuvonta. Teoksessa: Ritamo, M., Ryttyläinen-Korhonen, K., Saarinen S. (toim.) Seksuaalineuvonnan tueksi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 60–70.
- Hanninen, K. & Mikkonen, Pauliina. 2014. Kokonaisvaltainen seksuaalikasvatus peruskoulun oppikirjoissa. Pro gradu, Tampereen yliopisto. Tampere: Tampereen yliopisto. <http://tampub.uta.fi/handle/10024/94938>.
- Kirkon perheasiain yksikkö. 2012. Toimintakertomus 2011. Suomen ev. lut. kirkko. [http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/6F5D6F8FFAE4F901C225772E004178DF/\\$FILE/Perheasiat2011.pdf](http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/6F5D6F8FFAE4F901C225772E004178DF/$FILE/Perheasiat2011.pdf).
- Järviö, E., Kinnula, A., Lankinen, K. & Sarajarvi, M. 2006. Jumalan silmissä ihme. Puhetta seksuaalisuudesta, ruumiillisuudesta ja sukupuolisuudesta. Helsinki: Aids-tukikeskus.
- Ortodoksisen nuorten liitto ONL ry. 2014. Kristinopikkoulu. <http://www.onl.fi/kristinopikkoulu> Viitattu 6.3.2014.
- Prometheus-leirin tuki ry. 2012. <https://www.protu.fi/prometheus-leirit> Viitattu 6.3.2014.
- Kättilöliitto. 2013. IhmiSeksi. Materiaalia rippikoulun ohjaajalle ja nuorelle rippikoulun seksuaalikasvatusta varten. Suomen kättilöliitto ry. http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/ihmiseksi_2009.pdf Viitattu 6.3.2014.
- Korteniemi-Poikela, E. & Cacciatore, R. 2000. Seksuaalisuuden portaat / Sexualiteten steg för steg. Opetuspaketti peruskoulun 1.-9.luokille. Helsinki: Opetushallitus.
- Halonen, M., Reyes, M. & Kontula, O. 2014. Poikänäkökulma seksuaaliopetukseen – kasvattajan opas. 104. Helsinki: Väestöliitto.
- Nuorten akatemia. Oppimateriaalit ja teemat. <http://www.nuortenakatemia.fi/fi/note/oppimateriaalit/> Viitattu 6.3.2014.
- Väestöliitto. 2013. Vanhempia tarvitaan. http://www.vaestoliitto.fi/vanhemmuus/tietoa_vanhemille/murrosikaisten-vanhemmat/tietoa/seksuaalisuus_ja_seurustelu/vanhempia_tarvitaan/ Viitattu 6.3.2014.

21. Sannisto, T. 2010. Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa. *Acta Electronica Universitatis Tampensis*; 1029. Tampere: Tampereen yliopisto. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8308-0>.
22. Hosie, A. 2004. Sexual health policies and trends in Europe. Teoksessa Burtney, E. & Duffy, M. Young people and sexual health. Individual, social and policy context., Bristol, 60–79.
23. Ahern, NR. & Kiehl, EM. 2006. Adolescent sexual health & practice – a review of the literature: implications for healthcare providers, educators, and policy makers. *Family & community health* 29, 299–313.
24. Stakes. 2002. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Op-paita 51. Helsinki: Stakes.
25. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2006:12. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
26. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
27. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
28. Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., Hasturup, A., Wallin, M. & Pelkonen, M. 2012. Laaja terveystarkastus: Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Opas 22/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
29. Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2013. Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 1287/2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20131287>.
30. Samposalo, H. 2013. Juomatapojen yhteys alkoholihaittoihin ja riskikäyttäytymisen 14–16-vuotiailla nuorilla. Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö. *Acta Electronica Universitatis Tampensis*: 1297. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9091-0>.
31. Klemetti, R., Gissler, M., Niinimäki, M., Hemminki, E. 2012. Birth outcomes after induced abortion: a nationwide register-based study of first births in Finland. *Human Reproduction* 27(11), 3315–20.
32. Heino, A. & Gissler, M. 2013. Toistuvat raskaudenkeskeytykset Suomessa 1983–2009. *Suomen Lääkärilehti* 68, 3083–86.
33. Paananen, R., Ristikari, T., Merikukka, M., Rämö, A. & Gissler, M. 2012. Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimusaineiston valossa. Raportti 52. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-696-0>.
34. Kuortti, M. 2012. Suomalaisen tyttöjen seksuaaliterveys ja -kulttuuri. Arvot, riskit ja valinnat. Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö. *Acta Electronica Universitatis Tampensis*: 1201. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8806-1>.
35. Nikula, M. 2009. Young Men's Sexual Behaviour in Finland and Estonia Opportunities for prevention of sexually transmitted infections. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/50626/youngmen.pdf?sequence=1>. 1.3.2012.
36. Liinamo, A. 2005. Suomalaisnuorten seksuaalikasvatus ja seksuaaliterveystiedot oppilaan ja koulun näkökulmasta – Arviointia terveyden edistämisen viitekehässä. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
37. Lämsä, A-L. 2009. Tuhat tarinaa lasten ja nuorten syrjäytymisestä: lasten ja nuorten syrjäytyminen sosiaalihuollon asiakirjojen valossa. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514290213/isbn9789514290213.pdf>.
38. Pelkonen, M., Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., & Puumalainen, T. 2013. Hyvinvointia useammille – lasten ja nuorten palvelut uudistuvat. Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:36. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
39. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012–2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3328-6> Viitattu 6.3.2014.
40. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työterveyslaitos ja Säteiläyturvakeskus. 2014. Sosiaali- ja terveysalan asiantuntijalaitosten yhteenliittymä (SOTERKO). <http://www.soterko.fi/fi> Viitattu 6.3.2014.
41. Ungdomsmottagningar. <http://www.umo.se> Viitattu 6.3.2014.
42. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Kouluterveyskyselyn tulokset 2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset. Viitattu 28.2.2014.
43. IPPF European Network. 2007. A guide for developing policies on the sexual and reproductive health & rights of young people in Europe. Bryssel: IPPF European Network.
44. Rinkinen, T. 2012. Nuorten kysymyksiä seksuaaliterveydestä Väestöliiton Internetpalvelussa. Väestöliiton Väestötutkimuslaitoksen julkaisusarja D54/2012.
45. Hassinen, H. 2012. Varusmiesten seksuaalikäyttäytyminen ja seksuaaliterveys. Opinnäytetyö, Hoitotyön koulutusohjelma, Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/40891/Hassinen_Hanna.pdf?sequence=1 Viitattu 28.2.2014.
46. Väestöliitto. 2013. Varusmiesten tukipuhelin. http://www.vaestoliitto.fi/vaestoliitto/mita_vaestoliitto_teeke/palvelut/puhelinneuvonta/varusmiespuhelin/ Viitattu 28.2.2014.
47. Harjuvaara Petteri. 2013. Henkilökohtainen tiedonanto.
48. TTO. 2012. Terveystarkastusohje. Sotilaslääketieteen keskus ja Pääesikunta /Logistiikkaosasto. Ohjesääntönumero 330.
49. Opetusministeriö. 2010. Ei paikoillanne, vaan valmiit, he! Koulutukseen siirtymistä ja tutkinnon suorittamista pohtineen työryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2010:11.
50. Kunttu, K. & Pesonen, T. 2013. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2012. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 47. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö.

51. Unkila-Kallio, L. & Ranta, V. 2012. Raskaus ei ole alkanut: milloin parille lähetä lapsettomuustutkimukseen? Suomen lääkärilehti. 67, 26–31.
52. Koskinen, S., Lundqvist, A., Ristiluoma, N. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 111–115. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-769-1>.
53. Kontula, O. 2008. Halu ja intohimo. Tietoa suomalaisesta seksistä. Helsinki: Otava.
54. Jaakola, S., Lyytikäinen, O., Rimhanen-Finne, R., Salmenlinna, S., Vuopio, J., Roivainen, M., Nohynek, H., Löflund, J.-E., Kuusi, M. & Ruutu, P. 2013. Tartuntataudit Suomessa 2012. Raportti 10/2013. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-890-2>.
55. Kontula, O. 2009. Parisuhdeonnen avaimet ja esteet. Perhebarometri 2009. Helsinki: Väestöliitto.
56. Kontula, O. 2013. Yhdessä vai erikseen? Tutkimus suomalaisten parisuhteiden vahvuksista, ristiriidoista ja erojen syistä. Väestötutkimuslaitos Katkaisua E 47/2013. Helsinki: Väestöliitto ry, Väestön tutkimuslaitos.
57. Regushevskaya, E., Haavio-Mannila, E. & Hemminki, E. 2013. Sociodemographic characteristics and attitudes of men buying sex in Finland. *Scand J Public Health*. 2013 Nov;41(7):729-36.
58. Kontula, O. 2010. Lastenhankinta – koettelus isien seksuaalisille toiveille. Teoksessa Jämsä, J. & Kallio-maa, S. (toim.) Isyyden kielletyt tunteet. Helsinki: Väestöliitto, 76–86.
59. Liitsola, K., Kauppinen, J., Pahlman, I., Pasanen, S., Brummer-Korvenkontio, H., Anttila, M. & Salmi-nen, M. 2012. Suomen hiv-strategia 2013–2016. Suo-situs 7/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.julkari.fi/handle/10024/90918>.
60. Näslindh-Ylispangar, A. 2008. Men's health behaviour, health beliefs and need for health counselling: A study amongst 40-year-old males from one Helsinki City region. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-4917-0>.
61. Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.). 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Opas 29. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5>.
62. Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., Bloigu, A. & Pelkonen, M. 2014. Äitiys- ja lastenneuvoloi-minta sekä kouluterveydenhuolto. Valtakunnallinen seuranta. Käsikirjoitus Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja julkaisusarjaan.
63. Perälä, M.-L., Salonen, A., Halmes, N. & Nykänen, S. Miten lasten ja perheiden palvelut vastaavat tarpeita? Vanhempien näkökulma <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085199> Viitattu 28.2.2014.
64. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Mieskysymyksiä tasa-arvopolitiikassa pohtiva työryhmä. Väiliraportti. Helsinki 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön raporteja ja muistioita 2014:3 Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3474-0>.
65. Suomen virallinen tilasto (SVT). 2013. Tulonjakotilasto. Helsinki: Tilastokeskus. <http://www.stat.fi/til/tjt/meta.html> Viitattu 28.2.2014.
66. Tilastokeskus. 2013. Sateenkaariperheet tuovat väriä tilastoihin. Helsinki: Tilastokeskus. https://www.tilastokeskus.fi/artikkelit/2013/art_2013-09-23_001.html?s=3 Viitattu 28.2.2014.
67. Tudeer, L. 2012. Sateenkaariperhelapsen kolme vanhempaa – Vanhemmuus ja huoltajuus kolmiapilaperheessä. Pro gradu -tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopisto, oikeustieteellinen tiedekunta.
68. VSSHP. 2009. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen terveyden- ja sairaanhoidossa – perusteet. Yksiköiden henkilökunnan materiaali. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Seksuaaliterveyden edistämisen toimikunta. <http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/21414/Puheeksi-ottaminen.pdf> Viitattu 28.2.2014.
69. Ryttyläinen, K. & Virolainen, L. 2009. Lupa puhua. Asiakkaan ja potilaan seksuaaliohjaus hoitotyössä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.
70. Jämsä, J. 2009. Sateenkaariperheiden lasten hyvinvointi. Teoksessa Lammi-Taskula, J., Karvonen, S., Ahlström, S. (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 138–139.
71. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2013:11. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>.
72. Brusila, P. 2011. Seksuaalisuus on mielen ja kehon yhteispeliä. Teoksessa Leinonen & Syrjälä (toim.) Kosketuksen kaipuu – kypsän iän seksuaalisuus. Helsinki: Väestöliitto, 32–47.
73. Kontula, O. 2011. Minkä nuorena oppii, sen vanhana taitaa: Seksuaalinen hyvinvointi avaimena ikäihmisten onneen. Teoksessa Leinonen & Syrjälä (toim.) Kosketuksen kaipuu – kypsän iän seksuaalisuus. Helsinki: Väestöliitto, 8–17.
74. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120980>.
75. Valtonen, S. 2012. Yhdenvertainen vanhuus -hanke. Raportti vanhustyöntekijöille suunnatun kyselyn tuloksista. http://seta.fi/yhdenvertainen-vanhuus/wp-content/uploads/2012/06/raportti_vanhustyon_ammattilaiset_valtonen_saini2012.pdf. Viitattu 28.2.2014.
76. Jalava, J. 2013. Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen toiveet ja tarpeet yhdenvertaiseen vanhuuteen. Satakunnan ammattikorkeakoulu. https://www.the-seus.fi/bitstream/handle/10024/63843/Jalava_Jenni.pdf?sequence=1. Viitattu 28.2.2014.
77. YK. 2006. YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista ja sopimuksen valinnainen pöytäkirja. Suomen YK-liitto. http://www.ykliitto.fi/sites/ykliitto.fi/files/ykn_vammaissopimus_uudistettu_painos_2012.pdf Viitattu 28.2.2014.
78. Korhonen, E. 2011. Seksuaalioikeudet kuuluvat kaikille. Teoksessa Korhonen, E. & Mäkinen, I. (toim.) Ilman esteitä. Vammaisten seksuaalioikeudet ja kehitys. Väestötietosarja 23. Helsinki: Väestöliitto, s. 10–12.

79. Urhonen, A. 2011. Vammaisuus ja seksuaalisuus, kaksi tabua. Teoksessa Korhonen, E. & Mäkinen, I. (toim.) Ilman esteitä. Vammaisten seksuaalioikeudet ja kehitys. Väestötietosarja 23. Helsinki: Väestöliitto, 6-8.
80. Mäkinen, I. 2011. Oikeus terveyteen sekä laadukaisiin seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluihin. Teoksessa Korhonen, E. & Mäkinen, I. (toim.) Ilman esteitä. Vammaisten seksuaalioikeudet ja kehitys. Väestötietosarja 23. Helsinki: Väestöliitto, 22-28.
81. Piispa, M. (toim.) 2013. Uskalla olla, uskalla puhua. vammaisen nainen ja väkivalta. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
82. Ritamo, M., Ryttyläinen-Korhonen, K. & Saarinen, S. 2011. Seksuaalineuvonnan tueksi. Raportti 27/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
83. Lastensuojelu 2012. Tilastoraportti 30/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201311257399>.
84. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Lastensuojelulaki 13.4.2007/417. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070417>.
85. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Lastensuojelun käsikirja. Koulukodit. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/tyoprosessi/sijaisuolto/muodot/lastensuojelulaitokset/koulukoti/> Viitattu 28.2.2014.
86. Lehtonen, I. & Telén, J. Hatkassa. http://www.lskl.fi/files/1799/Hatkassa_final.pdf. Viitattu 28.2.2014.
87. Rikosseuraamuslaitos. 2014. <http://www rikosseuraamus.fi/fi/index.html> Viitattu 28.2.2014.
88. Pro-tukipiste. 2014. <http://pro-tukipiste.fi/> Viitattu 28.2.2014.
89. Liitsola, K., Kauppinen, J., Nikula, M., Thesslund, E., Huovinen, M., Ollgren, J., Brummer-Korvenkontio, H. & Aalto, E. Terveyttä seksi- ja erotiikka-alalla: Erotiikka-, escort-, ja seksityötä tekevien terveys ja hyvinvointi Suomessa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-105-1>.





6 MONIKULTTUURISUUS

PERINTEISTEN VÄHEMMISTÖJEN PALVELUJEN TARVE

Suomi on ollut monien kulttuurien maa jo vuosisatojen ajan. Suomessa asuvia perinteisiä kulttuurisia vähemmistöjä ovat romanit, saamelaiset, suomenruotsalaiset, juutalaiset ja tataarit. Suomessa on etnisyyttä kuvaavia tilastotietoja julkistettu viimeksi vuonna 1970 väestönlaskennan yhteydessä. Silloin kerättiin tietoja romaneista, saamelaisista ja ruotsinkielisestä väestöstä. Tataareista ja juutalaisista ei ole julkaistu tilastoja erikseen. Nykyään Suomessa asuvan romaniväestön määräksi on arvioitu 10 000–12 000.¹ Saamelaiskäräjät arvioivat Suomessa asuvien saamelaisten määräksi noin 9350.² Suomenruotsalaisten määrä oli vuonna 2012 noin 5,4 prosenttia väestöstä.³

Romanit

Romaniväestön seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ei ole tutkittua tietoa, mutta THL toteuttaa lähivuosina Romanien hyvinvointitutkimuksen, jossa tutkitaan myös seksuaali- ja lisääntymisterveyttä osana laajaa tutkimuskokonaisuutta. Romanien hyvinvointi- esitutkimuksen kuulemistilaisuuksissa romaniedustajat toivat esiin sen, että seksuaali- ja lisääntymisterveys on monella tapaa sensitiivinen romanikulttuurissa. Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvä palvelukokonaisuus onkin suunniteltava romanikulttuuria huomioivalla tavalla.

Terveydenhuollon ammattilaisille suunnatussa Romani ja terveysterveyst -oppaassa⁴ todetaan, että romaninuoret eivät puhu seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista vanhempien romanien kanssa. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon tulee siis huolehtia murrosikään, ehkäisyyn ja sukupuolisuuteen liittyvästä neuvonnasta. Romaninuorilla on usein kulttuuriin liittyviä odotuksia perheen perustamisesta nuorena. Myös raskeana aikana romanit käyttävät neuvolapalveluja vähemmän kuin muu väestö.

Romaninaiset ja -nuoret ovat erityisinä kohderyhminä myös Romanipoliittisen ohjelman seurannassa.⁵

Vuonna 2013 toteutettiin selvitys romaninaisten kohtaamasta lähisuhde- ja perheväkivallasta osana kansallisen Naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen toimintaohjelmaa 2010–2015.⁶ Tutkimuksessa suositellaan, että turvakotipalvelujen henkilöstön tietoja romanikulttuurista lisättäisiin ja romaninaisille suunnattaisiin tiedotusta olemassa olevista tukipalveluista. Aineiston perusteella tunnistettiin myös tarve lisätä lapsiin kohdistuvia palveluja perheväkivaltatilanteiden yhteydessä. Tutkimuksen mukaan turvakotipalvelut ovat tärkeitä romaninaisille.

Hallituskauden Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2012–2015 (LANUKE)⁷ sisältää nuorisolain mukaiset tavoitteet alle 29-vuotiaiden kasvu- ja elinolojen parantamiseksi. Huoli romaninuorista on tuotu esiin monissa yhteyksissä. Esimerkiksi romaniasiain neuvottelukuntien neuvottelupäivillä romaninuorten työllistymisen ja kouluttautumisen tukemiseen kiinnitettiin erityisesti huomiota. Huoli siitä, että osa romaninuorista syrjäytyy, on myös ajankohtainen. Tällä hetkellä ei ole saatavilla tut-

kittua tietoa siitä, pääsevätkö tai hakeutuvatko romanit eri elämäntilanteiden ja ikävaiheiden mukaisesti palveluihin.

Saamelaiset

Suomen saamelaisista alle puolet asuu kotiseutualueellaan. Suomessa puhutaan kolmea eri saamen kieltä: pohjois-, inarin- ja koltansaamea.² Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä haasteena ovat saamelaisten kotiseutualueella pitkät etäisyydet ja koko Suomen alueella saamenkielisten palvelujen puute.⁸ Saamelaisten seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisestä on vain vähän tutkimusta Suomessa.

Lapin sairaanhoitopiirissä tehdyn selvityksen mukaan puolet hoitajista (n = 100) oli kohdannut kielellisiä ongelmia saamenkielisen potilaan hoitotyössä.⁹ Pääsääntöisesti hoitajat pitivät äidinkielellä saatua hoitoa tärkeänä saamenkielisille potilaille. Hoitajat arvioivat saamenkielisen hoitohenkilökunnan määrän riittämättömäksi. Tulkkausapu koettiin tarpeelliseksi, mutta tulkin saaminen ei ollut aina helppoa. Saamenkieliläki ei myöskään ollut riittävän hyvin tunnettu hoitajien keskuudessa, ja he arvioivat kielilaista tiedottamisen puutteelliseksi.

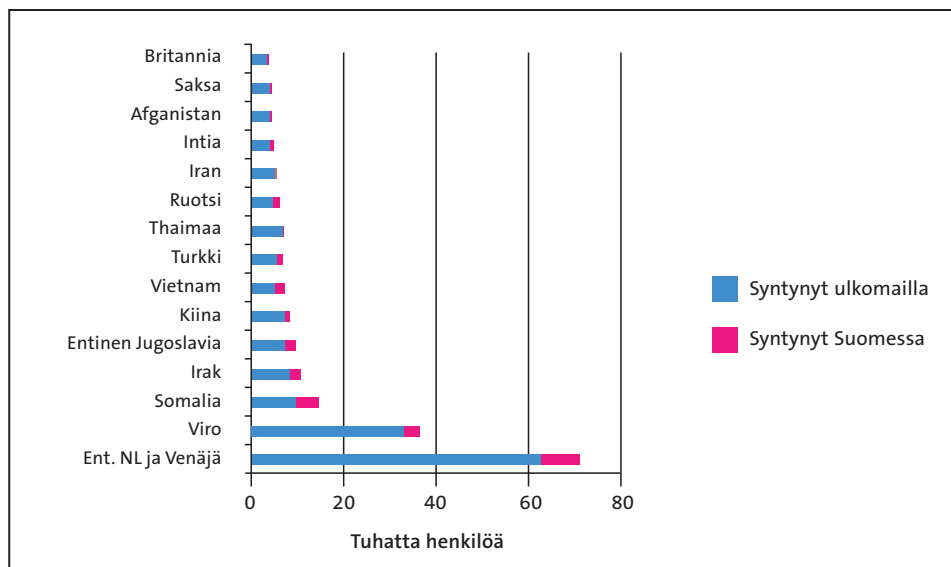
MONIKULTTUURISTUVA SUOMI

Suomen väestö on 1990-luvun alusta alkaen entisestään monimuotoistunut niin kulttuurisesti kuin kielellisestikin maahanmuuton myötä. Ulkomailla syntyneiden määrä on nelinkertaistunut vuodesta 1990, ulkomaan kansalaisten määrä on seitsenkertaisesti ja vieraskielisten määrä on kymmenkertaistunut.¹⁰ Tästä huolimatta Suomessa on vielä vähän ulkomaalaistaustaisia henkilöitä verrattuna esimerkiksi muihin Pohjoismaihin tai Euroopan maihin.¹¹

Ulkomaalaistaustaiset henkilöt muodostavat hyvin heterogeenisen ryhmän. He ovat naisia, miehiä ja lapsia, joilla on hyvin erilaiset taustat. Heidän joukossaan on niin lukutaidottomia kuin korkeasti koulutettujakin henkilöitä. Maahanmuuton perusteena voi olla esimerkiksi opiskelu, työ tai avioliitto. Osa saapuu maahan turvapaikanhakijana tai pakolaisena.

Ihmiset voivat myös kiertää maasta toiseen ja saattavat välillä palata tilapäisesti kotimaahansa. Maahanmuutto aiheuttaa kulttuurisia ja yhteiskunnallisia muutoksia sekä lähtö- että tulomaissa. Se vaikuttaa niin muuttajiin itseensä kuin heitä vastaanottavien maiden ihmisiin.¹²

Suomessa asui vuoden 2012 lopussa noin 280 000 ulkomaista syntyperää olevaa henkilöä eli lähes viisi prosenttia koko väestöstä. Heistä noin 85 prosenttia oli ensimmäisen polven maahanmuuttajia eli ulkomailla syntyneitä ja 15 prosenttia toisen polven maahanmuuttajia eli Suomessa syntyneitä.¹³ Kaikkiaan maahanmuuttajataustaisesta väestöstä yli puolet asui Uudellamaalla. Suurin osa Suomeen tulijoista oli lähtöisin naapurimaista. Neljäsosa kaikista ulkomaista syntyperää olevista oli tullut entisestä Neuvostoliitosta tai Venäjältä. Seuraavaksi suurimmat ryhmät olivat virolaistaustaiset, somalialaistaustaiset ja irakilaisistaustaiset (kuvio 2). Muut maahanmuuttajataustaiset ryhmät olivat pieniä.



Kuvio 2. Suurimmat ulkomaista syntyperää olevat ryhmät Suomen väestössä 31.12.2012.¹³

Kaksikulttuuriset liitot ja perheet

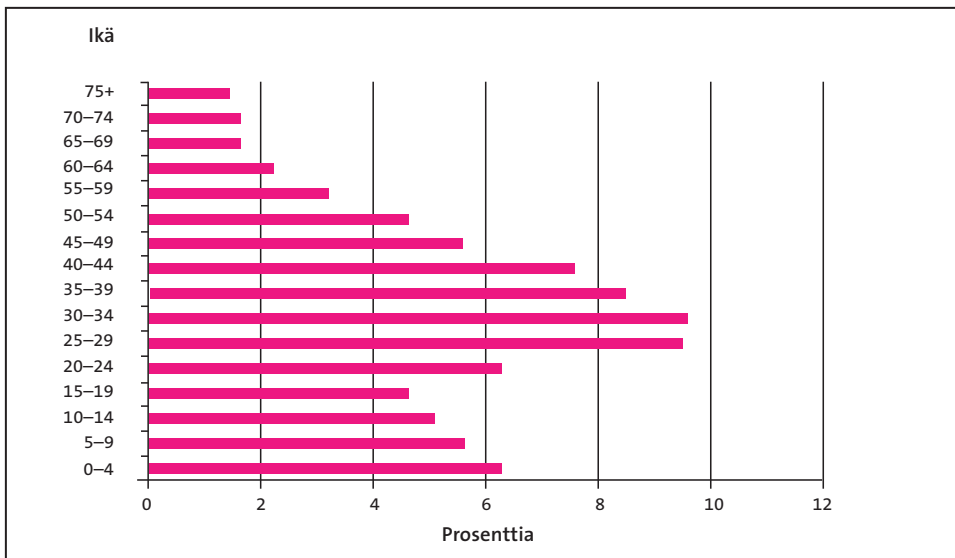
Monikulttuurisuus lisääntyy Suomessa myös kaksikulttuuristen avioliittojen ja parisuhteiden myötä. Vuosittain solmitaan 3500–4000 kaksikulttuurista avioliittoa.¹⁴ Väestöliiton Perhebarometrin mukaan enin osa kaksikulttuuristen liittojen naispuolisoista tuli Venäjältä tai Virosta. Miespuolisot tulivat Turkista, Britanniaista, USA:sta ja Ruotsista. Puolison kielen opiskelu vaihteli. Sujuvasti kumppaninsa kieltä osasi naisista 45 prosenttia ja miehistä 19 prosenttia. Ulkomaalaistaustaiset puoliset olivat koulutettuja: vähintään keskiasteen koulutusta vastaavat opinnot oli 80 prosentilla. Naisista 12 ja miehistä 15 prosenttia ei osannut lainkaan puolisonsa kieltä. Hyvä kieli-taito paransi puolison ymmärtämistä, mutta sitä ei katsottu kuitenkaan elintärkeäksi. Parisuhteen onnistumisen kannalta tärkeimpinä asioina pidettiin halukkuutta keskustella ongelmista, uskollisuutta, lapsia ja hyvää seksuaalista suhdetta.

ULKOMAALAISTAUSTAISTEN SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYTEEN VAIKUTTAVIA ERITYISKYSYMYKSIÄ

Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyteen vaikuttavat konkreettisesti muun muassa seuraavat tekijät: muuttosyy, sosioekonominen asema lähtömaassa ja Suomessa, koulutus ja kielitaito, ikä, sukupuoli, yksilöllinen seksuaalihistoria, seksuaalinen suuntautuneisuus ja perhetilanne sekä kulttuurinen ja uskonnollinen tausta.¹⁵ Seksuaali- ja lisääntymisterveys on yksi intiimein ja yksityisimmäksi koettu terveyden osa-alue, josta keskusteleminen vieraalla kielellä uudessa ympäristössä voi tuottaa vaikeuksia kenelle tahansa.¹⁶

Taustastaan huolimatta maahanmuuttajat joutuvat miettimään, kuinka huolehtia seksuaali- ja lisääntymisterveydestään uudessa kotimaassaan. Vuonna 2012 ulkomaalaistaustaisista henkilöistä yli puolet oli 15–49-vuotiaita eli hedelmällisyysikäisiä (kuvio 3),¹³ joten seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelujen saatavuus ja saavutettavuus on heille tärkeää. Lähitulevaisuudessa Suomessa on kasvava joukko sellaisia monikulttuurisia nuoria aikuistumassa ja perustamassa perheitä, joiden vanhemmista toinen tai molemmat ovat muuttaneet ulkomailta Suomeen. Myös heidän tarpeensa seksuaali- ja lisääntymisterveyskysymyksissä tulevat koko ajan ajankohtaisemmiksi.¹⁶

Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi laaditussa Väestöliiton toimintasuunnitelmassa on maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät haasteet jaoteltu kolmeen ryhmään: 1) sairauksien ja riskien epidemiologia 2) psykososiaaliset ja kulttuuriset tekijät sekä 3) kommunikaation haasteet.¹⁶ Palveluja suunniteltaessa olisi tärkeää huomioida maahanmuuttajien moninaisuus niin kielen, kulttuuritaustan, sosiaalisen aseman kuin koulutuksen suhteen.¹⁵



Kuvio 3. Ulkomaista syntyperää olevien osuus väestöstä iän mukaan 31.12.2012.¹³

Paperittomien tilanne

Turvapaikanhakijoiden ja ns. paperittomien seksuaali- ja lisääntymisterveydestä tai palvelujen tarpeesta ja käytöstä Suomessa ei ole tutkimustietoa. THL teki STM:n pyynnöstä selvityksen paperittomien terveydenhuollosta Suomessa.¹⁷ Paperittomien lukumääristä Suomessa on vain arvioita. Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto arvioi paperittomien henkilöiden määräksi noin 5000, mikä saattaa olla yliarvio THL:n selvityksen mukaan. Suurin osa paperittomista oleskelee pääkaupunkiseudulla. Osa paperittomista asuu toistaiseksi Suomessa. Heillä on esimerkiksi puoliso, jolla on maassaololupa. Paperittomia henkilöitä on hoidettu Global Clinic -nimisillä

yksityisillä, pääsääntöisesti vapaaehtoistoimintaan perustuvilla klinikoilla Helsingissä, Oulussa ja Turussa. Iso osa klinikoiden asiakkaista on hedelmällisyysikäisiä ja tarvitsee seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluja. Viidennes Helsingin Global Clinicin 400 käynnistä vuosina 2011–2013 liittyi raskauteen tai raskauden ehkäisyyn.¹⁷

Vuoden 2013 yhdeksän ensimmäisen kuukauden aikana Helsingissä sijaitsevalle klinikalle tehtiin 47 seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvää käyntiä, joista 36 liittyi raskauteen, 2 synnytyksen jälkeiseen aikaan, 10 seksitautiepäilyihin ja yksi gynekologiseen syöpään.¹⁸ Laboratorionäytteitä klinikalla ei voida ottaa. Raskaana olevat ohjataan Hiv-tukikeskukseen ilmaiseen hiv-testiin. Sinne hakeutuminen jää raskaana olevan naisen päätettäväksi. Asiakkaan pitää itse varata aika tukikeskukseen. Ongelmana on usein kielitaidottomuus tai puutteellinen kielitaito. Hiv-positiiviset raskaana olevat paperittomat eivät saa antiretroviraalista lääkitystä, joka suojaisi sikiötä tartunnalta.

Synnyttämään hakeutuessa asiaankuuluvat infektioseulonnat (hiv, B-hepatiitti, kuppa) otetaan, mutta vastaukset tulevat viiveellä ja tällöin synnytyksen aikainen suojalääkitys jää saamatta.¹⁸ Jos vastaus on tiedossa, lääkitys aloitetaan synnytyksen aikana. Tarvittaessa lapsi saa ensimmäisen B-hepatiitti -rokotesuojan sekä mahdollisen tuberkuloosi-rokotteen sairaalassa, mutta muu rokoteohjelma jää antamatta. Vastasyntyneet paperittomien lapset ovat heikossa asemassa. Synnytyssairaalasta kotiututtuaan he jäävät ilman neuvolaseurantaa, jolloin esimerkiksi painon ja kasvun seuranta ei toteudu ja rokotesuoja jää saamatta.

Ruotsin hallitus on päättänyt antaa paperittomille samat oikeudet terveydenhuoltoon kuin turvapaikanhakijoilla on.¹⁷ Tämä sisältää käytännössä kaikki neuvolapalvelut ja synnytykset maksuttomasti. THL:n selvityksessä esitettiin kolme vaihtoehtoista mallia, joilla paperittomien terveyspalvelut voitaisiin turvata Suomessa. Ensimmäisen vaihtoehdon mukaan paperittomat saisivat samat palvelut kuin henkilöt, joilla on kotikunta Suomessa. Toisessa vaihtoehdossa turvattaisiin samat palvelut kuin turvapaikanhakijoille eli noudatettaisiin Ruotsin mallia. Kolmannessa vaihtoehdossa turvattaisiin kiireellinen hoito, raskaudet, synnytykset ja lasten terveyspalvelut.

Kunniaan liittyvä väkivalta

Joihinkin kulttuureihin sisältyvää kunniaan liittyvää väkivaltaa on tutkittu vähän. Kunniaan liittyvään väkivaltaan turvautuvat yhdistävät kunnian vahvasti etenkin tyttöjen ja naisten siveyteen, mutta väkivalta voi kohdistua myös poikiin ja miehiin. Jokainen kunniaan liittyvää väkivaltaa työssään kohtaava ammattilainen tarvitsee koulutusta ilmiöstä ja sen ehkäisystä. THL:n Kasvun kumppanit -verkkopalvelussa on koulutusmateriaalia ammattilaisille ehkäisevään työhön. Käytettävissä on materiaalia itseopiskeluun¹⁹ ja kouluttamiseen.²⁰

Mannerheimin Lastensuojeluliiton verkkosivuilla on myös ensiapupaketti viranomaisille, jotka epäilevät kunniaan liittyvän väkivallan uhkaa asiakastapauksessa.²¹

Ihmisoikeusliiton Kitke-hanke on toiminut vuodesta 2010 kunniaan liittyvän väkivallan ehkäisemiseksi. Hankkeen puitteissa muun muassa ylläpidetään päivystävää puhelinta, joka ohjaa ja neuvoo sekä viranomaisia että yksittäisiä ihmisiä ja perheitä kunniaan liittyvissä konfliktitilanteissa.

Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus

Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus yhdistetään myös kunniaan liittyvään väkivaltaan. Kyseessä on tuhansia vuosia vanha kulttuurinen perinne, jota harjoitetaan yhä eri puolilla Afrikkaa, Lähi-itää ja Aasiaa.²² Tyttöjen ja naisten ympärileikkaukseen viitataan useilla eri termeillä. Tavallisimmin on kansainvälisesti käytetty termiä FGM (female genital mutilation) eli tyttöjen ja naisten sukuelinten silpominen. Tämän termin rinnalle on vakiintunut myös neutraalimpi termi FGC (female genital cutting) eli tyttöjen ja naisten sukuelinten leikkaaminen. Termi vastaa parhaiten suomenkielistä käännöstä. Kansainvälisesti on ryhdytty käyttämään myös näiden kahden termin yhdistelmää FGM/C.

Perinne loukkaa ihmisoikeuksia, ja se vaikuttaa negatiivisella tavalla seksuaali- ja lisääntymisterveyteen (ks. luku 15 Seksuaalisuutta loukkaava väkivalta). Tyttöjen ja naisten ympärileikkausperinteen taustalla vaikuttavat monenlaiset syyt, jotka vaihtelevat maasta ja kulttuurista toiseen. Myös ympärileikkauksikä vaihtelee suuresti eri alueille ja eri etnisissä ryhmissä. Useimmiten tytöt ympärileikataan 4–10-vuotiaina. Kansainvälisen muuttoliikkeen myötä aihe on ajankohtainen ja tärkeä myös Suomessa. Rikoslain mukaan tyttöjen ympärileikkaus on rangaistava teko.²³ Tämä koskee myös Suomessa asuvan tytön viemistä ulkomaille ympärileikattavaksi. Lisäksi lastensuojelulaki velvoittaa viranomaisia toimenpiteisiin, jos tyttöä uhkaa ympärileikkaus.²⁴ STM:n valtakunnallisella toimintaohjelmalla pyritään tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen ehkäisyyn.²² Tyttöjen ja naisten ympärileikkausten ehkäisemiseen liittyvä tietopaketti löytyy THL:n verkkosivuilta www.thl.fi/tyttojenymparileikkaus.

Poikien ympärileikkaus

Poikien ympärileikkauksella tarkoitetaan lääketieteellisiin, kulttuurisiin tai uskonnollisiin syihin perustuvaa toimenpidettä, jonka yhteydessä peniksen esinahka poistetaan osittain tai kokonaan. Ympärileikkaus tehdään yleensä vauvaiän ja teini-ikäisen välisenä aikana. Poikien ei-lääketieteellinen ympärileikkaus on tuhansia vuosia vanha perinne, joka on levinnyt eri puolille maailmaa. Suomessa niitä on tehty ainakin 150 vuoden ajan juutalaisten ja tataarien keskuudessa osana uskonnollista perinnettä. Poikien ei-lääketieteellisistä ympärileikkauksista on käyty paljon keskustelua Suomessa, sillä asia on tullut ajankohtaiseksi muslimitaustaisten maahanmuuttajien määrän kasvaessa.²⁵ Poikien ympärileikkaukseen liittyvät näkemykset ovat moninaisia. Perinteen jatkamista perustellaan kulttuurilla, terveydellisillä hyödyillä ja uskonnolla.

Poikien ympärileikkauksia tehdään Suomessa vuosittain noin 2000.²⁶ Suomen Lääkäriliiton arvion mukaan lääketieteellinen peruste olisi noin 300 leikkaukselle. Uskonnollisten yhteisöjen edustajien mukaan uskonnollisista syistä tehtäviä poikien ei-lääketieteellisiä ympärileikkauksia tehdään Suomessa arviolta noin 400 vuodessa.²⁷

Poikien ei-lääketieteellisen ympärileikkauksen terveydellisten vaikutusten luotettava tutkimusnäyttö on vähäistä ja ristiriitaista. Välittömiä terveyshaittoja kuten infektioita tai vuotoa oli tanskalaisessa lasten kirurgisessa yksikössä tehdyn tutkimuksen mukaan 2,9 prosentilla ympärileikatuista pojista (3 vk–16 v) ja 2,2 prosentilla myöhäiskomplikaatioita (kuten epätäydellistä ympärileikkausta), mutta vakavia

komplikaatioita ei tullut esille.²⁸ THL:n Menetelmien ja käytäntöjen arviointiyksikön (MEKA) STM:lle tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan poikien ympärileikkaukseen liittyvät vakavat haitat ovat harvinaisia.²⁹ Lieviä ja kohtalaisia haittoja esiintyy, ja ne ovat tavallisempia, kun toimenpide tehdään imeväisiän jälkeen, epästeriilisti tai kun tekijä on kokematon.

Australialaistutkimuksen mukaan ympärileikkaus ei aikuisiässä ollut yhteydessä seksitautien yleisyyteen, mutta suojasi miehiä hiivasienitaudeilta.³⁰ Se ei myöskään ollut yhteydessä seksiongelmien: ympärileikatut miehet raportoivat harvemmin yhdyntäkipuja ja erektio-ongelmia. Tanskalaistutkimuksen mukaan hyvän seksielämän arvostus ja seksuaalinen aktiivisuus ei juuri eronnut ympärileikatuilla ja leikkaamattomilla miehillä tai naisilla, joilla oli ympärileikattu tai leikkaamaton mies.³¹ Ympärileikatut miehet raportoivat useammin orgasmiongelmia ja heidän vaimonsa useammin seksielämän epätäydellisyyttä kuten orgasmiongelmia ja yhdyntäkipuja.

Pohjoismaiset lapsiasiavaltuutetut ovat kannanotossaan ehdottaneet, että poikien ympärileikkaukseen tarvitaan pojan oma suostumus.³² Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden neuvottelukunta (Etene) hyväksyy poikien uskonnolliset ympärileikkaukset.³³ Jos vanhemmat ovat eri mieltä asiasta, pojan tulee Etenen mukaan itse saada päättää ympärileikkaamisestaan. Sexpo-säätiön Ehjä-hankkeen tavoitteena on vähentää poikien ei-lääketieteellisiä ympärileikkauksia valistuksen avulla.³⁴ Hanke tiedottaa ympärileikkausten riskeistä, haitoista ja eettisistä ongelmista.

TERVEYTEEN JA HYVINVOINTIIN LIITTYVÄ TUTKIMUS

Suomessa on vähän tietoa ulkomaalaistaustaisten ihmisten seksuaali- ja lisääntymisterveydestä samoin kuin heidän terveydestään ja hyvinvoinnistaan ylipäätään. Sitä on selvitetty sekä muutamissa yksittäisissä tutkimuksissa^{12, 35–38} että THL:n vuosina 2010–2012 tekemässä Maamu-tutkimuksessa.³⁹ Uusi maahanmuuttajien terveyttä koskeva tiedonkeruu alkoi vuonna 2014.⁴⁰ Maamu-tutkimuksen päämääränä oli luotettavan tiedon kerääminen Suomen suurimpien maahanmuuttajaryhmien terveydentilasta, toiminta- ja työkyvystä, elintavoista ja palvelujen tarpeesta. Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat venäläis-, somalialais- ja kurditaustaiset 18–64-vuotiaat henkilöt.

Seksuaali- ja lisääntymisterveys

Ulkomaalaistaustaisten naisten raskaudenkeskeytyksiä selvittäneen tutkimuksen mukaan nuorilla naisilla Virosta, Kiinasta ja Saharan eteläpuoleisesta Afrikasta (lukuun ottamatta Somaliaa) oli keskimääräistä enemmän ei-toivottuja raskauksia.³⁷ Sen sijaan raskausajan neuvolaseurannassa ulkomaalaistaustaiset naiset kävivät yhtä usein kuin suomalaissyntyiset naiset.³⁸ Raskauden ja synnytyksen aikana toteutettujen interventtioiden yleisyys kuten ultraäänitutkimus, synnytyskivunlievitys, synnytyksen käynnistys ja keisarileikkaus vaihteli eri etnisten ryhmien välillä. Afrikkalaistaustaisille ensisynnyttäjille tehtiin muun muassa muita enemmän keisarileikkauksia. Afrikkalais- ja somalialaistaustaisilla naisilla esiintyi eniten terveysongelmia, mikä näkyi korkeampana perinataalikuolleisuutena muihin etnisiin ryhmiin verrattuna.

Somalialaisperheiden perhevalmennusta kehittäneessä väitöstutkimuksessa todettiin, että somalialaisnaiset toivoivat perhevalmennusta toteutettavan pienryhmissä keskustellen, synnytyssairaalaan tutustumisen tapahtuvan omalla äidinkielellä, valmennuksessa otettavan esille somalikulttuuriin kuuluvia asioita, mutta toisaalta myös saatavan lisää tietoa suomalaisen kulttuuriin liittyvistä asioista.⁴¹ Myös tyttöjen ja naisten ympärileikkaus toivottiin otettavan perhevalmennuksen sisältöihin. Somalikulttuurin erityistarpeet huomioivaa perhevalmennusta tulisi kohdistaa erityisesti ensisynnyttäjille ja heidän tukihenkilöilleen ja somalialaismiehiä tulisi rohkaista osallistumaan perhevalmennukseen. Tavoitteena tulee olla kulttuurisensitiivinen äitiyshuolto, jonka puitteissa pystytään paremmin vastaamaan maahanmuuttajataustaisten naisten ja vastasyntyneiden tarpeisiin.³⁸ Maahanmuuttajaperheiden kohtaamiseen äitiyshuollossa on tehty alueellisia ja paikallisia hoitoketjuja, esimerkiksi Metropolian Ammattikorkeakoulun, HUS-naistensairaalan ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tehty hoitoketju.⁴² Äitiyshuollon henkilökunta tarvitsee täydennyskoulutusta monikulttuurisesta hoitotyöstä ja maahanmuuttajataustaiset naiset tietoa omista oikeuksistaan.³⁸ Vuoden 2013 Äitiysneuvolaoppaassa on oma luku monikulttuurisuuden kohtaamisesta äitiysneuvolassa.⁴³

Osa Maamu-tutkimuksen kysymyksistä liittyi myös seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. Tutkimustulosten mukaan luotettavien ehkäisymenetelmien käyttö oli vähäisintä (ks. luku 3 Väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyskäyttäytyminen ja luku 11 Raskauden ehkäisy) ja spontaanit keskenmenot yleisimpiä somalialaistaustaisilla naisilla.⁴⁴ Heillä oli myös eniten synnytyksiä. Venäläistaustaisilla naisilla raskaudenkeskeytykset olivat yleisiä; useammalle kuin joka toiselle oli tehty raskaudenkeskeytys. Noin 70 prosentille somalialaistaustaisista naisista ja 32 prosentille kurditaustaisista naisista oli tehty ympärileikkaus. Merkittävä osuus ympärileikatuista naisista oli kokenut toimenpiteestä aiheutuneita terveysongelmia.⁴⁵

Kaikissa tutkituissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä naiset osallistuivat syöpäseulontoihin kuten mammografiaan ja kohdunkaulan irtosolunäytetutkimukseen harvemmin kuin naiset koko väestössä.⁴⁶ Myös kansainvälisissä tutkimuksissa on huomattu maahanmuuttajataustaisten naisten osallistuvan syöpäseulontoihin kanta- väestön naisia harvemmin.

Mielenterveys

Mielenterveyttä selvittävästä Maamu-tutkimuksen kysymyksistä kävi ilmi, että kurditaustaisilla maahanmuuttajilla esiintyi yleisesti ajankohtaisia vakavia masennus- ja ahdistuneisuusoireita.⁴⁷ Kurditaustaisilla naisilla oireita esiintyi enemmän kuin miehillä. Myös venäläistaustaisilla naisilla esiintyi yleisesti vakavia masennus- ja ahdistuneisuusoireita. Venäläistaustaisista naisista vanhin ikäryhmä oireili psyykkisesti eniten. Somalialaistaustaisten vakavien masennus- ja ahdistuneisuusoireiden esiintyvyys oli samankaltainen koko väestön lukeman kanssa. Kurditaustaisista 78 prosenttia, somalialaistaustaisista 57 prosenttia ja venäläistaustaisista 23 prosenttia oli kokenut jonkin merkittävän trauman entisessä kotimaassaan. Kurdi- ja somalialaistaustaisten yleisimmät traumat liittyivät sodan keskellä elämiseen ja toisen ihmisen väkivaltaisen

kuoleman tai loukkaantumisen näkemiseen. Venäläistaustaisten traumat puolestaan liittyivät vakavan fyysisen vahingon teon kohteeksi joutumiseen tai toisen ihmisen väkivaltaisen kuoleman tai loukkaantumisen näkemiseen. Psyykinen hyvinvointi vaikuttaa merkittäväällä tavalla ihmisen kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn, minkä vuoksi monikulttuurisuuden aiheuttamat haasteet terveydenhuollossa tulisi tunnistaa ja korjata ajoissa.

Lasten ja nuorten terveys ja hyvinvointi

Maahanmuuttajataustaisten lasten ja nuorten terveydestä ja hyvinvoinnista on vain vähän tietoa (ks. myös luku 5 Seksuaalikasvatus). Maamu-tutkimuksen yhteydessä toteutettiin pääkaupunkiseudulla Etnokids ja Nuorten kotoutumisen indikaattorit -hanke vuosina 2011–2012.⁴⁸ Kyseessä oli erillinen tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisten perheiden 13–16-vuotiaille nuorille. Tutkimuksen tavoitteena oli kerätä tietoa maahanmuuttajataustaisten lasten ja nuorten terveyteen, hyvinvointiin ja kotoutumiseen vaikuttavista tekijöistä sekä siitä, miten palvelujärjestelmät ja aikuiset tukevat lapsen kasvua ja kehitystä koulussa ja kotona. Tutkimustulokset julkaistaan keväällä 2014.

PALVELUJÄRJESTELMIEN SUUNNITTELEMISESSA HUOMIOITAVIA ASIOITA

Edellisen seksuaali- ja lisääntymisterveydentoimintaohjelman väliarvioinnissa nostettiin yhdeksi tulevaisuuden kehittämiskohteeksi maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Maahanmuuttajien palvelujen kehittäminen osana maahanmuuttajien kotouttamista oli myös vuoden 2011 hallitusohjelman tavoitteena.⁴⁹ Jotta maahanmuuttajien tarpeet ja toiveet tulisivat kuulluksi ja huomioon otetuksi, palvelujärjestelmässä tarvitaan ammattitaitoisia tulkkaus- ja käännöspalveluita, joihin velvoittaa laki potilaan asemasta ja oikeudesta.⁵⁰ Suurissa kaupungeissa on laadittu maahanmuuttajille aineistoja heidän äidinkielellään. Aineistoja tulisi voida käyttää myös alueen muissa kunnissa, joissa asuu maahanmuuttajaväestöä. Väestöliitto tarjoaa verkkosivuillaan koulutus- ja konsultaatiopalveluja sekä julkaisuja esimerkiksi monikulttuurisista parisuhteista tai vanhemmuudesta.⁵¹

Maahanmuuttajien perhe-elämään, seksuaalisuuteen ja sukupuolirooleihin liittyvät normit ja arvot voivat poiketa suuresti suomalaisista käsityksistä, mikä saattaa aiheuttaa ongelmia palveluntarjoajien ja käyttäjien välille. Kielivaikkeudet, vuorovaikutuksen ongelmat ja tiedon saamisen vaikeus voivat estää seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluihin hakeutumisen tai oikean palvelun löytämisen ja saamisen.¹⁶

Tavoitteet

- ▶ Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelut toteutuvat tasa-arvoisesti riippumatta asiakkaan kulttuuritaustasta tai kielestä.
- ▶ Lisätään romanien, erityisesti romaninuorten, seksuaali- ja lisääntymisterveystietoisuutta ja siten tuetaan romaniperheiden hyvinvointia ja lasten terveyttä.
- ▶ Tehostetaan neuvola-, perhetyö- ja varhaiskasvatustoimintaa romanien keskuudessa ja ohjataan romaninuria toisen asteen koulutukseen ja siten koulu- ja opiskeluterveydenhuollon piiriin.
- ▶ Turvataan saamelaisille seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelut heidän omalla äidinkielellään ja heidän kulttuuritaustansa huomioon ottaen.
- ▶ Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluissa huomioidaan maahanmuuttaja-taustaisen väestön erityistarpeet.
- ▶ Maahanmuuttajien terveyteen ja hyvinvointiin liittyvää tutkimusta lisätään (myös erityiskysymyksistä kuten kunniaan liittyvästä väkivallasta ja tyttöjen ja naisten ympärileikkauksesta).
- ▶ Paperittomien asema Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa ratkaistaan valtakunnallisesti, alueellisesti ja paikallisesti.
- ▶ Kunniaan liittyvästä väkivallasta järjestetään koulutusta eri alojen ammattilaisille.
- ▶ Suomessa toimitaan sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelman ohjeistuksen mukaisesti tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen ehkäisemiseksi ja jo ympärileikkattujen tyttöjen ja naisten terveyden ja elämänlaadun parantamiseksi.
- ▶ Selvitetään alaikäisten poikien ei-lääketieteellisten ympärileikkausten säätelyn tarve Suomessa lapsen oikeuksia ja asian kulttuurisensitiivisyyttä kunnioittaen.

Toimenpiteet

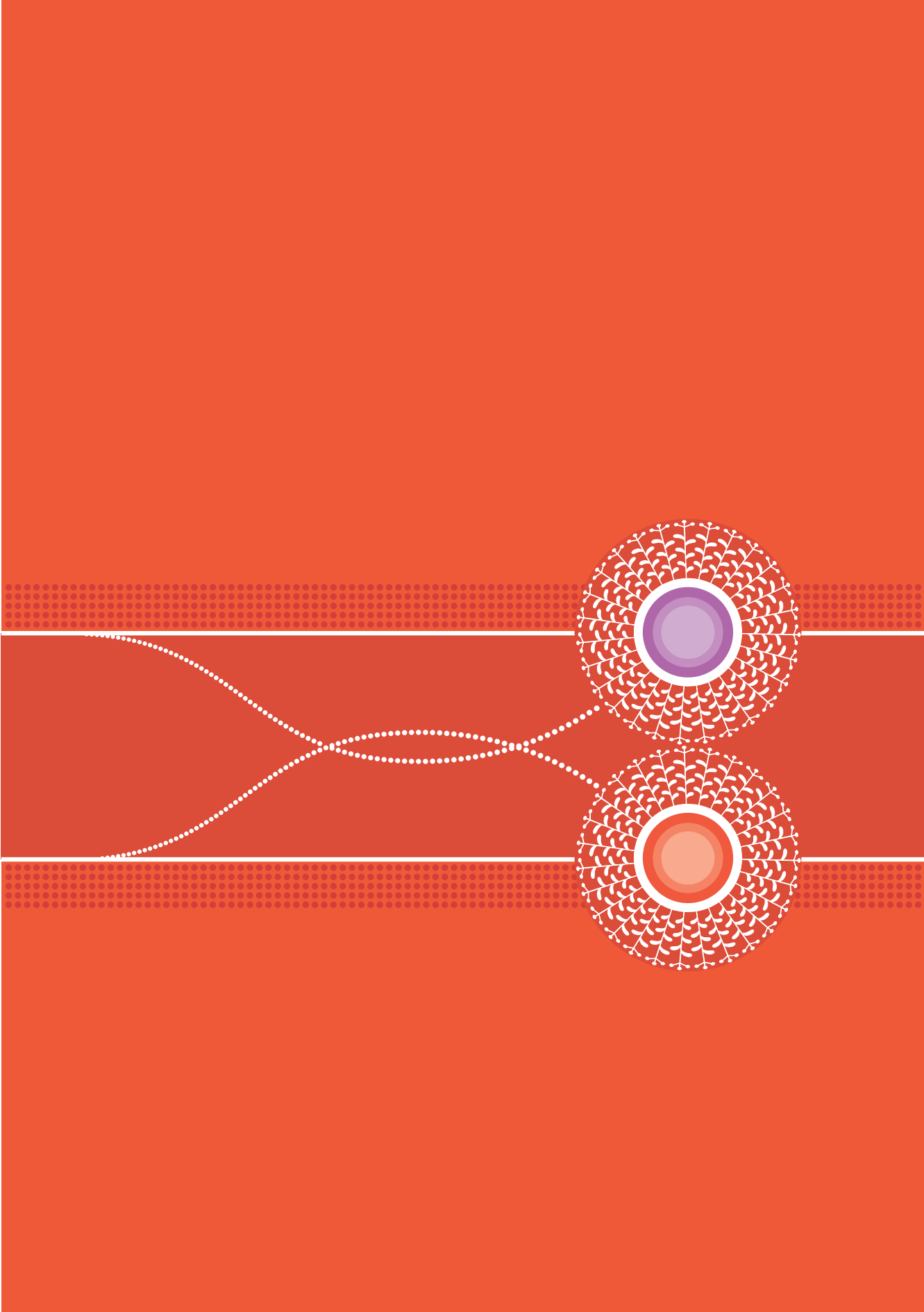
- ▶ Kunnat tai kuntayhtymät varmistavat asianmukaisten ja kulttuurisensitiivisten seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelujen saatavuuden.
- ▶ Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon sekä neuvolan ammattihenkilöt tehostavat romanien, erityisesti romaninaisten ja -nuorten parissa tapahtuvaa ohjausta ja neuvontaa koskien perhesuunnittelua, tietoisuutta terveysasioista, perusoi-keuksista ja perheiden tukipalveluista.
- ▶ Seksuaali- ja lisääntymisterveyden täydennys- ja lisäkoulutusta järjestävät tahot huomioivat saamenkielisten palvelujen tarpeen.

- ▶ OKM, OPH, ammattikorkeakoulut ja yliopistot huolehtivat, että ammattihenkilöiden (terveys-, sosiaali-, kasvatus- ja opetusala sekä nuorisotyö) peruskoulutuksen pakollisiin opintoihin sisällytetään monikulttuurisuuden opintoja.
 - ▶ Korkeakoulut ja muut täydennyskoulutuksesta vastaavat tahot järjestävät täydennyskoulutusta eri alojen ammattihenkilöille maahanmuuttajien kohtaamisesta ja seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvistä erityistarpeista. Esimiehet mahdollistavat työntekijöidensä osallistumisen täydennyskoulutukseen.
 - ▶ Kunnat ja kuntayhtymät varmistavat, että eri kulttuuritaustan omaavien erityistarpeet kuten tulkkauksen tarve otetaan huomioon seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvässä neuvonnassa.
 - ▶ Korkeakoulut ohjaavat eri tieteenalojen tutkimusta maahanmuuttajien terveyteen ja hyvinvointiin, myös erityiskysymyksiin kuten kunniaan liittyvään väkivaltaan ja tyttöjen ja naisten ympärileikkaukseen.
 - ▶ STM varmistaa, että lainsäädännöllä tai valtakunnallisella päätöksenteolla turvataan paperittomien pääsy tarpeenmukaisiin seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluihin, ja antaa toimintaohjeet alueelliselle ja paikalliselle tasolle.
 - ▶ Esimiehet mahdollistavat työntekijöiden osallistumisen kunniaan liittyvää väkivaltaa käsittelevään koulutukseen.
 - ▶ Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollossa, päivähoidossa, lastensuojelussa, opetus- ja sivistystoimissa, nuorisotoimissa ja vastaanottokeskuksissa työskentelevät ammattihenkilöt ottavat tyttöjen ympärileikkauksen puheeksi niiden maahanmuuttajataustaisten perheiden kanssa, joiden lähtömaassa perinnettä yhä harjoitetaan, vaikka suoranaista uhkaa tytön ympärileikkaamisesta ei olisikaan.
 - ▶ STM ja OM selvittävät poikien ympärileikkausta koskevan oikeudellisen tilanteen ja harkitsevat, tarvitaanko asiassa erillistä lainsäädäntöä tai ohjeistusta.
- * Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

Lähteet

1. Tilastokeskus 2013. Etnisyystiedon merkitys kasvava maahanmuuton lisääntyessä. http://stat.fi/artikkelit/2013/art_2013-09-23_003.html?s=5 Viitattu 27.2.2014.
2. Magga, R. 2010. Saamelaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisen haasteet Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 75 (2010):6. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100341/magga.pdf?sequence> Viitattu 27.2.2014.
3. Tilastokeskus 2013. Väestö. http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html Viitattu 27.2.2014.
4. Opetushallitus, 2012. Romani ja terveyspalvelut. Opas terveydenhuollon ammattilaisille. Oppaat ja käsikirjat 2012:6.
5. Suomen romanipoliittinen ohjelma. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:48. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2912-8> Viitattu 27.2.2014.
6. Törmä, S., Tuokkola, K. & Hurtig, J. 2013. Lähisuhde- ja perheväkivalta romaninaisten kokemana. Avun tarpeet yhteisössä ja palvelujärjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:33. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3629-4> Viitattu 27.2.2014.
7. Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2012–2015. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisu 2012:6. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2012/liitteet/OKM06.pdf?lang=fi> Viitattu 27.2.2014.
8. Saamelaiskäräjät. http://www.samediggi.fi/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=91&Itemid=115 Viitattu 27.2.2014.
9. Kinnunen, O. & Kittilä, H. 2013. Saamelaisten kielellisten oikeuksien toteutuminen Lapin sairaanhoitopiirissä. Rovaniemen ammattikorkeakoulu. Lapin ammattikorkeakoulu. <https://www.theseus.fi/handle/10024/63821> Viitattu 27.2.2014.
10. Koskinen, S., Castaneda, A. E., Rask, S., Koponen, P. & Mölsä, M. 2012. Johdanto. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi – Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 13–16.
11. Ruotsalainen, K. & Nieminen, J. 2012. Toisen polven maahanmuuttajia vielä vähän Suomessa. Tieto & trendit 4–5/2012. Tilastokeskus. http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-07-04_003.html?s=0#2 Viitattu 27.2.2014.
12. Malin M. 2011. Maahanmuuttajien terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat tekijät. *Yhteiskuntapolitiikka* 76:2.
13. Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne [verkkójulkaisu]. 2012. Helsinki: Tilastokeskus. <http://www.stat.fi/til/vaerak/index.html> Viitattu 27.2.2014.
14. Lainiala, L. & Säävälä, M. 2012. Rakkautta, rikkautta ja ristiriitoja. Suomalaisten solminat kaksikulttuuriset avioliitot. *Perhebarometri* 2012. Väestöntutkimuslaitos – Katsauksia E 46/2012. http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/?x27363=2000436 Viitattu 27.2.2014.
15. Sainola-Rodriguez, K. 2009. Transnationaalinen osaaminen – uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1302-8/urn_isbn_978-951-27-1302-8.pdf Viitattu 10.2.2014.
16. Väestöliitto 2009. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Tarpeita, tietoa ja yhdenvertaisuutta – Toimintasuunnitelma 15.6.2009. <http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/1903ea7f42ea5fa1e83c5d2820b17a5b/1392033894/application/pdf/906852/maahanmuuttajien%20seksuaaliterveys.pdf> Viitattu 27.2.2014.
17. Keskimäki, I., Nykänen, E. & Kuusio, H. 2014. Paperittomien terveyspalvelut Suomessa. Raportti 11/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-156-3>.
18. Henkilökohtainen tiedonanto. Global Clinic, Helsinki 29.10.2013.
19. Seikkula, M. 2012. Viranomaiskoulutus kunniaan liittyvän väkivallan tunnistamiseksi. Itseopiskelumateriaali. http://www.thl.fi/attachments/kasvunkumppanit/klvv_koulutettavanmateriaali_30112012FINAL.pdf Viitattu 27.2.2014.
20. Seikkula, M. 2012. Viranomaiskoulutus kunniaan liittyvän väkivallan tunnistamiseksi ja ehkäisemiseksi. Kouluttajan materiaali. http://www.thl.fi/attachments/kasvunkumppanit/klvv_kouluttajanmateriaali_301112FINAL.pdf Viitattu 27.2.2014.
21. Ensiapupaketti viranomaisille jotka epäilevät asiakastapauksessa kunniaan liittyvän väkivallan uhkaa. Mannerheimin lastensuojeluliitto. http://uudenaanpiiri.mll.fi/toiminta/kunniaan-liittyvan-vakivallan-eh/kaytannon_ohjeita/ensiapupaketti_viranomaisille/ Viitattu 27.2.2014.
22. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämisen toimintaohjelma 2012–2016 (FGM). Julkaisuja 2012:8.
23. Oikeusministeriö. 1889. Rikoslaki 1889/39. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001> Viitattu 27.2.2014.
24. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2007. Lastensuojelulaki 13.4.2007/417. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417> Viitattu 27.2.2014.
25. Korhonen, E. & Närhi, R. (toim.) 2011. Uskonnot ja seksuaalisuus. Väestöliiton väestötietosarja 24.
26. Lääkäriliitto. 2013. Kulttuurierot ohjaavat poikien ympärileikkauksista. Suomen Lääkäriliitto ja Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. Julkaistu 21.3.2013. <http://www.laakariliitto.fi/uutiset/ajankohtaista/suomen-laakariliitto-ja-suomalainen-laakarisseura-duodecim-kulttuurierot-ohjaavat-poikien-ymparileikkauksista> Viitattu 3.3.2014.
27. Yrjö-Koskinen, J. 2014. Lääkintöneuvos, STM. Henkilökohtainen tiedonanto 9.2.2014.
28. Thorup, J., Thorup, S.C., Ifaoui, I.B. 2013. Complication rate after circumcision in a paediatric surgical setting should not be neglected. *Danish Medical Journal* 60(8), A4681.

29. Mäkinen, E., Isojärvi, J. & Leipälä, J. 2013. Kulttuurisista tai uskonnollisista syistä tehdyn poikien ympärileikkauksen terveyshaitat. Selvitys poikien ei-lääketieteellisen ympärileikkauksen komplikaatioista. Menetelmien ja käytäntöjen arviointiyksikkö (MEKA), Finohta-tiimi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
30. Richters, J., Smith, AM., de Visser, RO., Grulich, AE. & Rissel, CE. 2006. Circumcision in Australia: prevalence and effects on sexual health. *International journal of STD & AIDS*. 17(8), 547-54.
31. Frisch, M., Lindholm, M. & Grønbaek, M. 2011. Male circumcision and sexual function in men and women: a survey-based, cross-sectional study in Denmark. *International journal of epidemiology* 40(5), 1367–81.
32. Pohjoismaisten lapsiasiavaltuutettujen julkilausuma. 2013. Annetaan poikien itse päättää ympärileikkauksesta. Pohjoismaisten lapsiasiavaltuutettujen ja lasten lääketieteen ammattilaisten yhteinen julkilausuma 30.9.2013. <http://www.lapsiasia.fi/nyt/aloitteet/aloite/-/view/1865087> Viitattu 28.2.2014.
33. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 1999. Lausunto poikien ympärileikkauksesta. 15.6.1999. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17203&name=DLFE-547.pdf Viitattu 28.2.2014.
34. Sexpo-säätio. Ehjä-hanke. <http://ehja.sexpo.fi/> Viitattu 28.2.2014.
35. Degni, F., Koivusilta, L. & Ojanlatva, A. 2006. Attitudes towards and perceptions about contraceptive use among married refugee women of Somali descent living in Finland. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 11(3), 190-6.
36. Degni, F., Mazengo, C., Vaskilampi, T. & Essén, B. 2008. Religious beliefs prevailing among Somali men living in Finland regarding the use of the condom by men and that of other forms of contraception by women. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 13(3), 298-303.
37. Malin, M. & Gissler, M. 2008. Induced Abortions among Immigrant Women in Finland. *Finnish Journal of Ethnicity and Migration* 3(1): 2–12.
38. Malin, M., & Gissler, M. 2009. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BMC Public Health* 9:84. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/84/abstract> Viitattu 27.2.14.
39. Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
40. THL. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimus (UTH). http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hankkeet/uth Viitattu 27.2.2014.
41. Koski, P. 2014. Somaliperheiden perhevalmennuksen kehittäminen toimintatutkimuksen keinoin Suomessa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-5608-0>. Viitattu 4.3.2014.
42. Saavalainen-Kourula, R. 2013. Erityiskysymyksiä monikulttuuristen perheiden kohtaamiseen ja tukemiseen. Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto, Nuvola- ja perhetyö. Luentomateriaali. <http://videonet.fi/thl/2013-neuvolapaivat/11/saavalainen-kourula.pdf> Viitattu 27.2.2014.
43. Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.) 2013. Äitiysneuvolaopas - Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Opas 29. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5>.
44. Koponen, P., Klemetti, R., Surcel, HM., Mölsä, M., Gissler, M. & Weiste-Paakkanen, A. 2012. Raskauden ehkäisy, raskaudet, synnytykset ja imetys. Teoksessa Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa, toim. Castaneda, A.E., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 134–140.
45. Koponen, P. & Mölsä, M. 2012. Naisten ympärileikkauksen terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 141–144.
46. Koponen, P., Kuusio, H., Mölsä, M. & Keskimäki, I. 2012. Terveyspalvelut ja kuntoutus. Teoksessa Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa, toim. Castaneda, A.E., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 244–249.
47. Castaneda, A. E., Lehtisalo, R., Schubert, C., Pakaslahti, A., Halla, T., Mölsä, M. & Suvisaari, J. 2012. Mielenterveys. Teoksessa Castaneda, A.E., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 145–156.
48. Etnokids ja Nuorten kotoutumisen indikaattorit-hanke. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hankesivu?id=22150 Viitattu 27.2.2014.
49. Valtioneuvoston kanslia. 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. <http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf> Viitattu 28.1.2014.
50. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 1993. Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 785/1992. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> Viitattu 27.2.2014.
51. Väestöliitto. 2014. Monikulttuurisuus. www.vaestoliitto.fi/monikulttuurisuus/ Viitattu 28.1.2014.



7 LISÄÄNTYMISTERVEYTTÄ EDISTÄVÄ NEUVONTA JA HOITO

Hedelmöittymiseen, raskauden kulkuun, synnytykseen ja lapsen terveyteen vaikuttavat monet tuleviin vanhempiin liittyvät tekijät, joista osa on ollut tai tapahtunut jo ennen raskauden alkua. Raskautta edeltävästä, lisääntymisterveyttä edistävästä hoidosta käytetään kansainvälisessä kirjallisuudessa käsitettä pre-conception care and health.¹ Käsitteelle ei ole olemassa hyvää suomenkielistä vastinetta. Tässä toimintaohjelmassa halutaan painottaa neuvonnan merkitystä ja käytetään käsitettä "lisääntymisterveyttä edistävä neuvonta ja hoito".

Tämä käsittelee seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen niin, että raskaaksi tuleminen on turvallista, mahdollinen raskaus aikanaan sujuu mahdollisimman hyvin, päättyy turvalliseen, hyvään synnytykseen ja syntyvän lapsen mahdollisimman hyvään terveyteen. Se sisältää kaiken raskautta edeltävän, hedelmällisyyttä ylläpitävän neuvonnan ja hoidon silloinkin, kun raskauden suunnittelu ei ole (vielä) ajankohtaista, raskautta ei (vielä) haluta suunnitella, raskaus ei toiveista huolimatta onnistu tai raskaus on päättynyt keskenmenoon tai keskeytykseen, mutta tavoitteena on ylläpitää ja edistää seksuaali- ja lisääntymisterveyttä sekä saada tukea parisuhteelle.

Tulevien vanhempien terveys, hyvinvointi ja terveystottumukset jo ennen hedelmöittymistä vaikuttavat sikiön kehitykseen kohdussa ja syntyvän lapsen aikuisiän terveyteen.² Lisääntymisterveyttä edistävän neuvonnan ja hoidon tehokkuudesta on vahva näyttö.³ Foolihappolisän käyttöönotto, vihurirokko- ja hepatiitti B -rokotukset, monien haitallisten lääkeaineiden käytön välttäminen sekä tupakoinnin ja alkoholin käytön lopettaminen jo ennen raskautta tai viimeistään heti, kun raskaus on todettu, painon hallinta, hivin ja seksitautien (klamydia ja tippuri) ehkäisy, diagnosointi ja hoito sekä diabeteksen hyvä hoito ovat edistäneet raskausajan ja vastasyntyneen terveyttä.

Raskauden suunnittelu ja sitä edeltävä neuvonta

Suomalaisissa vuoden 1999 äitiysneuvolasuosituksissa raskauden suunnittelua suositeltiin naisille, joilla on pitkäaikaissairaus, ongelmia aiemmissa raskauksissa tai suvussa periytyviä sairauksia.⁴ Vuoden 2013 suosituksissa käsitettä on laajennettu koskemaan myös perheitä, joissa on psykososiaalisia ongelmia tai raskauteen liittyvä tiedon tai tuen tarve (luku Yhteydenotto neuvolaan raskautta suunniteltaessa).⁵ Kansainvälisessä kirjallisuudessa lisääntymisterveyttä edistävän neuvonnan ja hoidon sisältöä on laajennettu entisestään, ja sen katsotaan koskevan sekä hedelmällisyysikäisiä naisia että miehiä.^{1, 3, 6-8}

Järjestelmällisillä seuloilla pyritään tunnistamaan mahdolliset seksuaali- ja lisääntymisterveyden riskit ja ongelmat, mutta myös myönteiset, seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävät tekijät. Yksilön tai parin tarpeista lähtevällä neuvonnalla lisätään tietoa, tuetaan, rohkaistaan ja kannustetaan pitämään huolta seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ja parisuhteesta sekä autetaan tekemään tietoisia kunkin asiakkaan arvo maailmaan sopivia valintoja. Sen lisäksi pyritään hoitamaan mahdollisesti tunnistetut

sairaudet ja muut ongelmat. Kroonisten sairauksien kohdalla tavoitteena on saavuttaa optimaalinen terveys mahdollista raskautta ja syntyvää lasta ajatellen.

Kansainvälisen kirjallisuuden mukaiset, yksityiskohtaiset lisääntymisterveyttä edistävän neuvonnan ja hoidon keskeiset sisällöt on koottu tämän toimintaohjelman liitteeksi (Liite 4).^{1,3,6-8} Lisääntymisterveyttä edistävän neuvonnan ja hoidon sisällöt voivat vaihdella ja ovat sovellettavissa kunkin maan tilanteen mukaan. WHO:n mukaan lisääntymisterveyttä edistävä neuvonta ja hoito ovat osa tarttumattomien tautien ehkäisyä ja seuranta, ja kansallisten terveyden edistämisen suunnitelmien tulisi kattaa myös nämä asiat.⁹

Tavoitteet

- ▶ Näyttöön perustuvaa ja puolueetonta tietoa lisääntymisterveyttä edistävästä neuvonnasta ja hoidosta on helposti saatavilla sekä sähköisessä muodossa että kaikissa seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluissa.
- ▶ Lisääntymisterveyttä edistävä neuvonta ja hoito ymmärretään laajasti, ja ne tulevat luontevaksi osaksi naisten ja miesten seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluja niin, että seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen koetaan positiiviseksi asiaksi sekä parisuhteessa että yksin elävillä eikä raskaaksi tulemista turhaan medikalisoida.
- ▶ Kouluissa annettava seksuaalikasvatus sisältää ehkäisyneuvonnan ohella neuvontaa myös hedelmällisyydestä ja sen ylläpitämisestä. Myös opiskeluterveydenhuollossa huomioidaan lisääntymisterveyttä edistävä neuvonta ja hoito.

Toimenpiteet

- ▶ THL luo verkkosivun, jossa on saatavilla näyttöön perustuvaa ja puolueetonta tietoa lisääntymisterveyttä edistävästä neuvonnasta ja hoidosta.
- ▶ Ammattihenkilöt koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, työterveyshuollossa, gynekologien vastaanotoilla, ehkäisy-, perhesuunnittelu- ja äitiysneuvoloissa, äitiyspoliklinikoilla ja synnytysairaaloissa sekä muissa terveydenhuollon toimintayksiköissä ottavat aktiivisesti ja myönteisellä tavalla puheeksi lisääntymisterveyttä edistävät asiat.
- ▶ Kunnat tai kuntayhtymät tarjoavat perusterveydenhuollossa lisääntymisterveyttä edistäviä neuvontakäyntejä matalan kynnyksen palveluina niin, että ne saavuttavat myös ne nuoret naiset ja miehet, jotka eivät (vielä) suunnittele raskautta, mutta haluavat edistää seksuaali- ja lisääntymisterveyttään.
- ▶ Kunnat tai kuntayhtymät antavat lisääntymisterveyttä edistävää neuvontaa ja hoitoa osana kunnan nuorille suunnattuja monialaisia palveluja (ks. luku 5 Seksuaalikasvatus).
- ▶ OPH ja koulujen opetussuunnitelmista vastaavat henkilöt huolehtivat siitä, että perusopetuksen ja lukion opetussuunnitelmien seksuaalikasvatuksen sisältöihin liitetään lisääntymisterveyttä edistävä neuvonta ja hoito.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

Aiheesta verkossa:

Center for Disease Control, Preconception care and health care – Information for Health Professions Recommendations: <http://www.cdc.gov/preconception/hcp/recommendations.html>

Preparing for life: <http://www.preparingforlife.net/en/home>

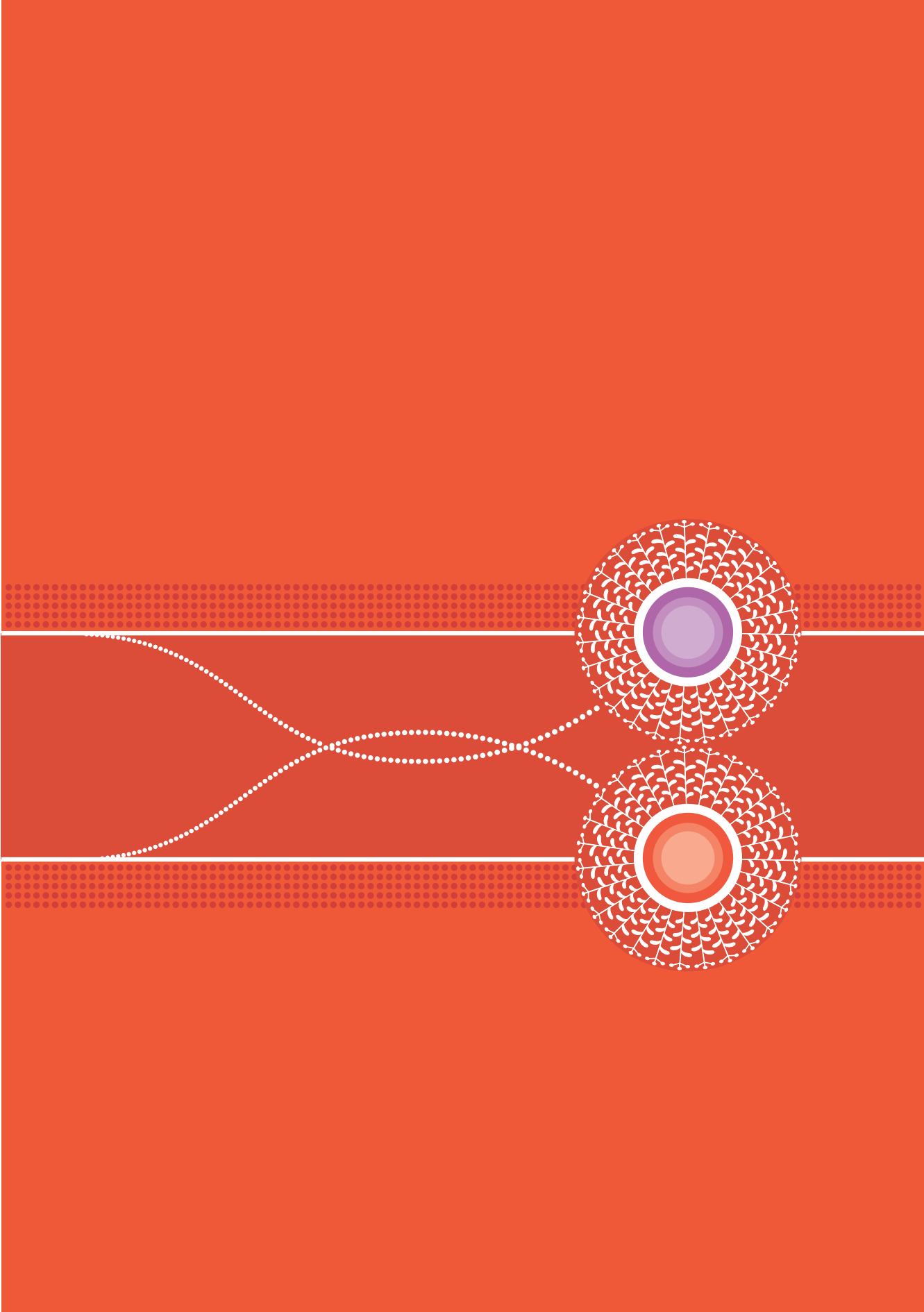
Den bedste start: <http://www.denbedstestart.dk/TaenkerDuPaaAtBliveGravid.aspx>

12 Steps to Follow Before Getting Pregnant:

www.parenthood.com/article-topics/12_steps_to_follow_before_getting_pregnant.html

Lähteet

1. WHO. 2012. Preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity. Meeting report and packages of interventions: WHO HQ, February 2012. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/concensus_preconception_care/en/. Viitattu 27.2.2014.
2. Barker, D., Ericsson, J., Forsten, T. & Osmond, C. 2002. Fetal origins of adult disease: Strength of effects and biological basis. *International Journal of Epidemiology* 31, 1235–39.
3. Atrash, HK., Johnson, K., Adams, MM., Cordero, JF., Howse, J. 2006. Preconception care for improving perinatal outcomes: the time to act. *Maternal and child health J* 10, S3–S11.
4. Viisainen, K. (toim.). 1999. *Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa, suosittukset*. Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä. Oppaita 34. Helsinki: Stakes.
5. Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.). 2013. *Äitiysneuvolaopas, suosituksia äitiysneuvolatoimintaan*. Opas 29. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
6. Jack, BW., Atrash, H., Coonrod, D., Moos, MK., O'Donnell, J., Johnson, K. 2008. The clinical content of preconception care: an overview and preparation of this document. *American journal of obstetrics and gynecology*, 199 (6, Suppl.2), 266–79.
7. Malnory, M. & Johnson, T. 2011. The reproductive life plans as a strategy to decrease poor birth outcomes. *Journal of obstetric, gynecology, and neonatal nursing* 40, 109–121.
8. Tydén, T. 2013. Vad är preconception health and care. *Jordemodern*, 7–8:4–7.
9. WHO. 2013. World Health Assembly, A66/9, 6 May 2013. Draft action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: WHO.



8 TAHATON LAPSETTOMUUS

Tahaton lapsettomuus voi johtua hedelmällisyyteen liittyvistä ongelmista, muusta fysiologisesta syystä, elämäntilanteesta tai seksuaalisesta suuntautumisesta. Terveys 2011 -tutkimuksessa 19 prosenttia naisista ja 11 prosenttia miehistä raportoi kokeneensa jossain elämänsä vaiheessa tahatonta lapsettomuutta.¹ Vuoteen 2000 verrattuna tahaton lapsettomuus vaikutti hieman yleistyneen.

Heteroparilla katsotaan olevan lapsettomuusongelma silloin, kun raskaus ei ole alkanut vuoden sisällä suojaamattomien, säännöllisten yhdyntöjen jälkeen tai kun raskaus keskeytyy toistuvasti.² Määritelmä perustuu siihen, että naisella on noin 20 prosentin kuukausittainen mahdollisuus tulla raskaaksi. Tahaton lapsettomuus voi johtua joko miehestä (25 %), naisesta (25 %) tai molemmista (25 %). Neljäsosassa lapsettomuustapauksista syytä lapsettomuuteen ei löydetä.

Heikentynyt hedelmällisyys (subfertiliteetti) on yleisimmän ensisijainen syy tahattomaan lapsettomuuteen. Hedelmällisyys heikkenee naisilla 30 ikävuoden jälkeen ja huomattavasti yli 35-vuotiaana.³ Myös miehillä hedelmällisyys heikkenee 40 ikävuoden jälkeen, joskin hitaammin kuin naisilla.⁴ Iän lisäksi muita hedelmällisyyttä alentavia tekijöitä ovat esimerkiksi yli- ja alipaino, runsas tupakointi ja alkoholin käyttö, tietyt lääkkeet ja anaboliset steroidit. Steriliteetti eli täydellinen hedelmättömyys on harvinaista (4 %).

Suomessa lapsettomuuden yleisyydessä ja hoitoihin hakeutumisessa on sosioekonomisia eroja.^{5,6} Korkeammin koulutetut naiset siirtävät useammin raskauden yrittämistä myöhemmälle iälle, jolloin hedelmällisyys voi olla jo laskussa. Nuorissa ikäryhmissä lapsettomuus on taas yleisempää vähemmän koulutetuilla naisilla, mikä selittyy pitkälti elintapojen eroilla. Hedelmöityshoitoihin hakeutuminen on yleisempää kaupungeissa sekä korkeammin koulutetuilla ja varakkaimmilla naisilla.

Tahaton lapsettomuus ei ole ainoastaan lääketieteellinen tai biologinen ilmiö, vaan usein myös psykososiaalinen kriisi. Tahattomaan lapsettomuuteen liittyy vaikeasti siedettäviä ja käsiteltäviä tunteita sekä stressiä.^{7,8} Psykososiaalinen tuki on tärkeä apu asian käsittelyssä ja uupumuksen ehkäisyssä. Tahaton lapsettomuus on monelle yksi aikuiselämän suurimmista vastoinkäymisistä, johon liittyy pelkoa yksin jäämisestä ja perheettömyydestä. Mielialavaihtelut, masentuneisuus ja suru voivat vaikuttaa naisella ja miehellä seksuaaliseen halukkuuteen. Yhdyntöjen ajoittaminen voi aiheuttaa suoriutumispaineita ja miehelle erektio-ongelmia. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulisi ottaa seksuaalisuus ja parisuhde puheeksi tahattomaan lapsettomuuteen liittyvillä vastaanottokäynneillä. Jos asiakas tai pariskunta kokee tarvitsevansa seksuaalivouontaa tai tukea parisuhteelle, ohjataan asiakas tai pariskunta seksuaali- ja/tai parisuhdeneuvontaan.

Vaihtoehtoja tahattoman lapsettomuuden hoitamiseen tai siitä selviämiseen on useita. Lasta haluava voi harkita lapsen adoptoimista, sijais- tai tukivanhempana toimimista tai hakeutua hedelmöityshoitoihin. Monet tahatonta lapsettomuutta kokevat valitsevat myös lapsettoman elämän.

Adoptio

Adoption tarkoituksena on edistää lapsen parasta vahvistamalla lapsen ja vanhemman suhde adoptoitavan ja adoptionhakijan välille.⁹ Adoptiolapsella on perheessä sama oikeudellinen asema kuin biologisella lapsella. Vuonna 2012 Suomessa tehtiin 466 adoptiota.¹⁰ Adoptoiduista 208 oli syntynyt ulkomailla ja 258 Suomessa. Rekisteröidyssä parisuhteessa olevien perheen sisäisiä adoptioiteja tehtiin 91.

Adoptiolakia uudistettiin vuonna 2012.⁹ Uudessa laissa säädetään muun muassa lapsen ja adoptionhakijan välisestä vähimmäis- ja enimmäisikäerosta. Lain mukaan adoptionhakijan tulee olla täyttänyt 25 vuotta, ja jos adoptoitava on alaikäinen, hakija ei saa olla 50 vuotta vanhempi. Jos adoptoitava on alaikäinen, adoptoitavan ja adoptionhakijan välinen ikäero voi olla vähintään 18 vuotta ja enintään 45 vuotta. Uusi adoptiolaki mahdollisti myös ns. avoimen adoption. Käräjäoikeus voi tällöin vahvistaa adoptiolapsen oikeuden pitää yhteyttä aikaisempaan vanhempaansa adoption jälkeen, jos yhteydenpito ei ole vastoin lapsen etua. Kaikissa alaikäisen lapsen adoptiota koskevissa päätöksissä ja muissa toimenpiteissä on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen etu.

Adoptoiminen on Suomessa mahdollista miehelle ja naiselle yksin sekä aviopuolisoille yhdessä. Adoptio edellyttää lakisäateistä adoptioneuvontaa, jossa käsitellään adoption hakijan vanhemmuutta koskevia edellytyksiä, odotuksia, motiiveja, taloudellista tilannetta, parisuhdetta ja muita vanhemmuuteen liittyviä tekijöitä aina kokonaisuutena ja yksilöllisesti. Adoptioneuvontaa antavat kuntien sosiaalitoimistot sekä Pelastakaa Lapset ry. Alaikäisen lapsen adoptioon tarvitaan Sosiaali- ja terveystieteiden valvontaviraston (Valvira) alaisen adoptiolautakunnan lupa sekä kotimaisissa että kansainvälisissä adoptioissa.

Kansainvälisen adoption kustannuksiin on saatavissa taloudellista tukea.¹¹ Tuki kattaa osan niistä kustannuksista, joita aiheutuu asiakirjojen kääntämisestä, palvelujen antajalle maksettavista palkkioista, matkakuluista ja erilaisista hallintokuluista.

Sijaisvanhemmuus, tukihenkilö- ja tukiperhetoiminta

Jos biologisilla vanhemmilla on vaikeuksia tarjota lapselleen turvallinen ja tasapainoinen elinympäristö, voidaan lapsi sijoittaa kodin ulkopuolelle, laitos- tai perhehoitoon.¹² Vuonna 2012 kodin ulkopuolelle oli sijoitettuna 17 830 lasta ja nuorta.¹³ Puolet huostassa olleista oli sijoitettuna sijaisperheisiin. Vaikka suurella osalla sijaisvanhemmista on itsellään biologisia lapsia, voi sijaisvanhemmuus olla yksi vaihtoehto vanhemmuuteen myös tahattomasti lapsettomalle. Perhehoito tarjoaa lapselle mahdollisuuden kokea vakaata perhe-elämää sekä luoda läheisiä ihmissuhteita. Perhehoitajaksi voi ryhtyä pariskunta, yksin asuva, yksinhuoltaja tai uusperheen vanhemmat. Sijaisvanhemmat koulutetaan, eikä heiltä edellytetä tiettyä koulutus- tai työtaustaa. Sijaisvanhempi voi olla myös lapsen sukulainen tai muu läheinen.

Sijaisvanhemmuuden lisäksi on olemassa esimerkiksi tukihenkilö ja tukiperhetoimintaa.¹⁴ Tukihenkilötoiminnassa tuettava ja tukihenkilö tapaavat lapsen omassa elinympäristössä yhteisen tekemisen tai harrastuksen merkeissä. Tukiperhetoiminnassa tuettava lapsi osallistuu tukiperheen arkeen ja yöpyy tukiperheen luona esimerkiksi yhden viikonlopun kuukaudessa. Tukiperhe voi olla lapseton pariskunta, yksinasuvan aikuisen perhe,

yksinhuoltajaperhe, kahden vanhemman lapsiperhe tai jo aikuiseksi omat lapsensa kasvattanut "varamummola". Tukiperhettä tarvitaan monenlaisille lapsille ja erilaisissa elämäntilanteissa. Tukisuhteen tavoitteet, tapaamisten tiheys ja kesto sekä tukisuhteen suunniteltu kesto sovitaan yhdessä lapsen ja hänen biologisen perheensä ja tukiperheen kanssa.

Hedelmöityshoidot

Hedelmöityshoidoilla tarkoitetaan lääketieteellisiä toimenpiteitä, joiden tarkoitus on parantaa raskauden alkamisen todennäköisyyttä. Hedelmöityshoitojen onnistumiseen vaikuttaa lapsettomuuden alkuperäinen syy ja hoidettavan ikä.¹⁵

Vuonna 2007 voimaan tullut hedelmöityshoitolaki ei rajoita hoitojen antamista naisen iän, seksuaalisen suuntautumisen, sukupuoli-identiteetin, sukupuolen ilmaisun, vammaisuuden tai siviilisäädyn perusteella.¹⁶ Hedelmöityshoidoissa voidaan käyttää joko omia tai lahjoitettuja munasoluja, siittiösoluja tai alkioita. Hedelmöityshoitoa ei saa antaa, jos on ilmeistä, ettei lapselle voida turvata tasapainoista kehitystä tai lääkärin on syytä olettaa, että lapsi aiotaan antaa ottolapseksi. Jälkimmäinen ehto kieltää käytännössä sijaissynnytyjärjestelyt. Hedelmöityshoitolaki ja STM:n asetus velvoittavat palvelun tuottajia toimittamaan hedelmöityshoitoja koskevat tiedot THL:lle valvontaa, seurantaa ja tilastointia varten.

Vuonna 2012 Suomessa toimi 23 hedelmöityshoitoa antavaa terveydenhuollon toimintayksikköä, joista 13 oli suurimmissa kaupungeissa toimivia yksityisklinikoita.¹⁷ Julkisen terveydenhuollon puolella hedelmöityshoitoja annettiin maamme jokaisessa viidessä yliopistosairaalassa sekä viidessä keskussairaalassa. Vuonna 2011 Suomessa aloitettiin yhteensä noin 14 460 hedelmöityshoitoa, joista runsaat 9300 oli koeputki- ja mikrohedelmöityshoitoja (in vitro fertilization, IVF ja intracytoplasmic sperm injection, ICSI) tai niihin liittyviä pakastetun alkion siirtoja (frozen embryo transfer, FET) ja hieman alle 5000 inseminaatiohoitoja (intrauterine insemination, IUI).¹⁸ Hoidoista seurasi 3150 raskautta ja syntyi 2540 lasta; tämä on noin 4 prosenttia kaikista syntyneistä lapsista. Julkisessa terveydenhuollossa tehtiin noin 40 prosenttia kaikista hedelmöityshoidoista vuonna 2012.

Omilla sukusoluilla tehdyistä hedelmöityshoidoista noin 20–25 prosenttia etenee elävän lapsen syntymään.¹⁸ Viimeisen kymmenen vuoden aikana IVF-hoitojen tulokset ovat pysyneet melko tasaisina, mutta ICSI-hoitojen ja FET- siirtojen tulokset ovat parantuneet selkeästi. Hedelmöityshoitojen avulla alkaneeseen sekä yksi- että monisikiöiseen raskauteen liittyy joitakin terveysongelmia, kuten ennenaikaisuus, pienipainoisuus, tehohoito ja keisarileikkaukset.^{5, 19, 20} Tärkein yksittäinen raskauden kulkuun sekä äidin, sikiöiden ja vastasyntyneiden terveyteen vaikuttava tekijä on monisikiöisyys. Hedelmöityshoitoihin liittyy yhä nelinkertainen monisikiöisyyden riski.¹⁸

Hedelmöityshoitolain 9§ määrittää, että jos hoidoissa käytetään luovutettuja sukusoluja, on palvelun antajan järjestettävä hoitoja saavalle mahdollisuus keskustella asiantuntijan kanssa kysymyksistä, jotka liittyvät syntyvän lapsen alkuperään ja alkuperän mahdollisista vaikutuksista perheenjäsenten keskinäisiin suhteisiin sekä siitä, miten mahdollisia ongelmia voidaan ehkäistä tai lievittää.¹⁶

Hedelmöityshoitoihin hakeutuminen, hoidoissa käyminen ja hoitojen lopettaminen ilman toivottua lopputulosta on kuitenkin myös muissa tapauksissa psyykkisesti

raskas prosessi. Hedelmöityshoitoihin hakeutuneet ovat huolissaan hoitojen kuormittavuudesta, omasta ja puolison jaksamisesta sekä hedelmöityshoitojen terveysvaikutuksista.²¹ Noin 30 prosenttia IVF-hoitoihin hakeutuneista keskeyttää hoidot, ja yleisin raportoitu keskeyttämisen syy on hoitojen psyykkinen kuormitus.¹⁵ Sopeutuminen lapsettomuuteen epäonnistuneiden hoitojen jälkeen vie vuosia. Psykososiaalisen tuen tarjoaminen hoitojen kaikissa vaiheissa on perusteltua.

Tavoitteet

- ▶ Tahatonta lapsettomuutta vähennetään terveitä elintapoja edistämällä sekä lisäämällä tietoisuutta iän ja seksitautien yhteyksistä hedelmällisyyteen.
- ▶ Sijaisvanhempana ja tukihenkilönä tai -perheenä toimiminen, adoptio, hedelmöityshoitoihin hakeutuminen ja lapsettomana eläminen ovat tasa-arvoisia vaihtoehtoja tahattomaan lapsettomuuteen. Niistä kaikista annetaan tietoa, jolloin yksilö voi valita hänelle parhaimmin sopivan vaihtoehdon.
- ▶ Vähennetään tahattoman lapsettomuuden eri ratkaisuvaihtoehtoihin liittyviä sosioekonomisia eroja, jolloin kaikilla on tasa-arvoinen mahdollisuus valita sopivin vaihtoehto.
- ▶ Tahattoman lapsettomuuden aiheuttamaan psyykkiseen kuormitukseen kiinnitetään huomiota sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.

Toimenpiteet

- ▶ OKM, OPH ja muut koulutuksen suunnittelusta ja järjestämisestä vastaavat tahot lisäävät peruskoulujen, lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten opetussuunnitelmiin seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävää tietoa tahattoman lapsettomuuden taustalla olevien syiden ehkäisemiseksi ja riskien vähentämiseksi.
- ▶ Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt antavat neuvontaa hedelmällisyyden ylläpitämiseksi ja edistämiseksi osana terveydenhuollon peruspalveluja ja opiskeluterveydenhuollon palveluja (ks. luku 7 Lisääntymisterveyttä edistävä neuvonta ja hoito).
- ▶ Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt suhtautuvat sijaisvanhempana ja tukivanhempana tai -perheenä toimimiseen, adoptioon, hedelmöityshoitoihin ja lapsettomana elämiseen tasa-arvoisesti ilman ennako-oletuksia ja antavat kaikista vaihtoehdoista tasa-arvoisesti tietoa.
- ▶ Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt kohtelevat adoptiota, sijaisvanhemmuutta tai hedelmöityshoitoja hakevia yhdenvertaisesti, ettei henkilö jää laissa tarkoitettujen oikeuksien ulkopuolelle syrjivien soveltamisohjeiden tai toimintakäytänteiden vuoksi.
- ▶ Hedelmöityshoitoklinikoiden ammattihenkilöt antavat hoitojen onnistumisesta ja niihin liittyvistä riskeistä realistista ja näyttöön perustuvaa tietoa, jotta hoidoista kiinnostuneilla ja hoitoihin hakeutuvilla on mahdollisuus tehdä tietoon perustuvia päätöksiä eri vaihtoehtoja pohtiessaan.

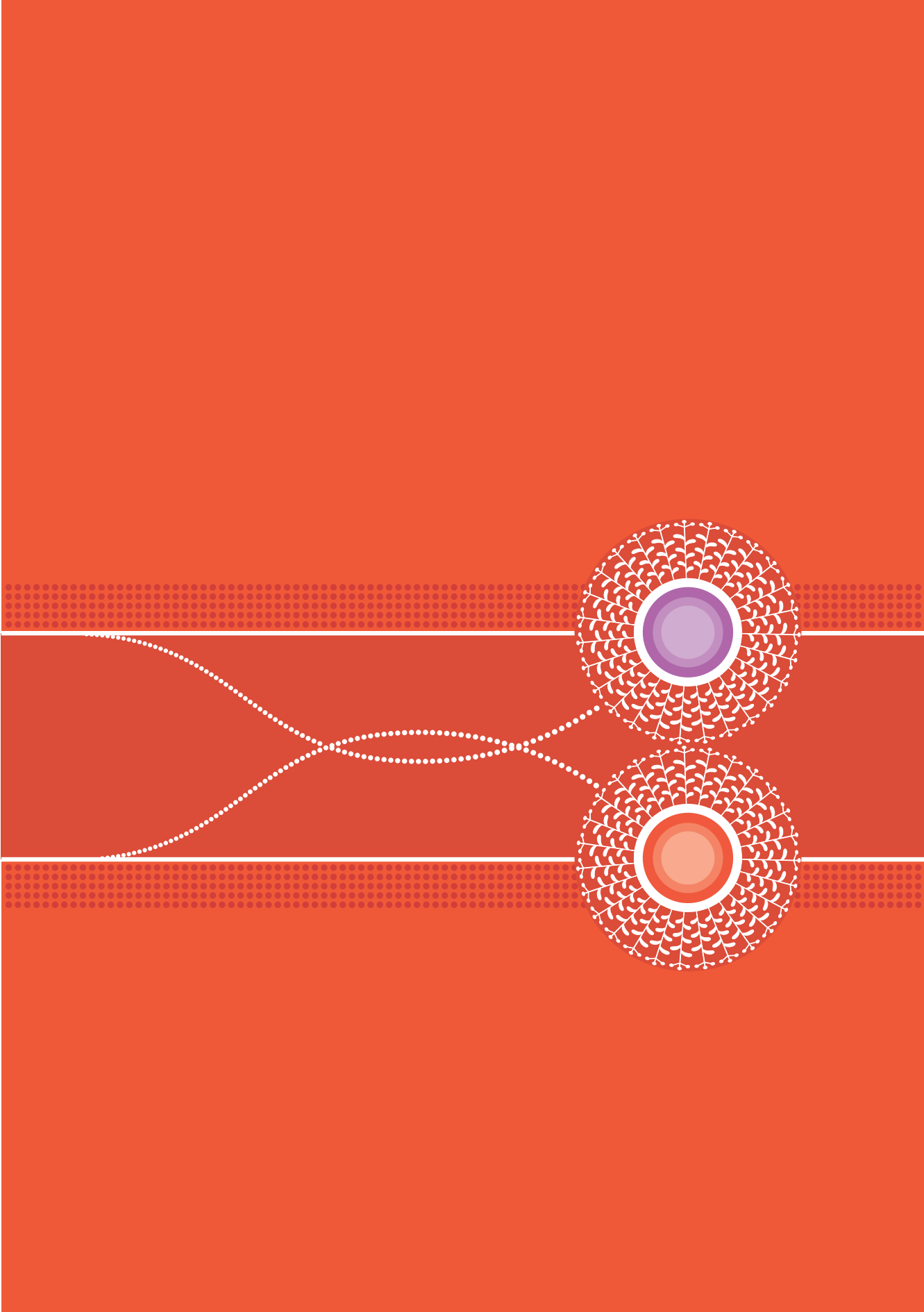
> >

- ▶ Kunnat tai kuntayhtymät huolehtivat siitä, että tahattoman lapsettomuuden hoidossa ja asiakkaiden tukemisessa on joustava mahdollisuus moniammatilliseen yhteistyöhön ja konsultaatioihin.
- ▶ Tahattoman lapsettomuuden hoitoon osallistuvat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt huomioivat psykososiaalisen tuen ja vertaistuen niin, että niistä tulee kiinteä osa tahattoman lapsettomuuden hoitopolkua sekä peruserikoistason että yksityissektorin palveluissa.
- ▶ Kansaneläkelaitos selvittää, ovatko hedelmöityshoitojen sairausvakuutuskorvaukset tasa-arvoisia ja seksuaalisesta suuntautumisesta, sukupuoli-identiteetistä ja perhemuodosta riippumattomia.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

Lähteet

1. Koponen, P., Klemetti, R., Luoto, R., Alha, P. & Surcel, H.-M. 2012. Raskauden ehkäisy, raskaudet ja lasten hankinta. Teoksessa Koskinen, S., Lundqvist, A., Ristiluoma, N. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 111–115. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-769-1>.
2. Morin-Papunen, L. & Koivunen, R. 2012 Hedelmätömyyden hoidot - osa I. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 128(14):1478–85.
3. Broekmans, FJ. & Klinkert, ER. 2004. Female age in ART: When to stop? Gynecologic and obstetric investigation 58, 225–34.
4. Kaukoranta, S. & Suikkari, A.-M. 2012. Miehestä johutuva tahaton lapsettomuus. Lääkärilehti 26–31 vsk 67, 2065–2071.
5. Klemetti, R. 2006. The Use of assisted fertilization in Finland: health effects and equity. Akateeminen väitöskirja. Tutkimuksia 158. Helsinki: Stakes.
6. Yli-Kuha, A.-N. 2012. Prevalence and socio-demographic determinants of infertility, success of infertility treatments and health of treated women. Acta Universitatis Tamperensis; 1691. Tampere: Tampereen yliopisto.
7. Tulppala, M. 2012. Lapsettomuus ja parisuhde. Suomen Lääkärilehti 67(26–31), 2081–2087.
8. Anttila, L. & Korkeila, J. 2012. Stressi ja lapsettomuus. 67(26–31), 2076–2080.
9. Oikeusministeriö. 2012. Adoptiolaki 22/2012.
10. Suomen virallinen tilasto (SVT): Adoptiot. 2012. Helsinki: Tilastokeskus. http://tilastokeskus.fi/til/adopt/2012/adopt_2012_2013-05-31_tie_001_fi.html Viitattu 28.2.2014.
11. Kela 2013. Adoptiotuki ulkomaan adoptioon. http://www.kela.fi/adoptio_adoptiotuki. Viitattu 28.2.2014.
12. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2007. Lastensuojelulaki 417/2007. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>.
13. Suomen virallinen tilasto (SVT): Lastensuojelu 2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201311257399>.
14. Lastensuojelun käsikirja. 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL. http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelukasikirja/tyoprosessi/avohuolto/muuttukitoimet/tukihenkilö_tai_tukiperhe/ Viitattu 27.2.2014.
15. Kuivasaari-Pirinen, P. 2013. The pathway from infertility to parenthood through assisted reproductive technology (ART). Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, 159. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
16. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2006. Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2006/20061237>.
17. Valvira 2013. Vuonna 2012 noin 40 prosenttia hedelmöityshoidoista tehtiin julkisessa terveydenhuollossa. http://www.valvira.fi/luvat/hedelmöityshoito/hedelmöityshoitoklinikoiden_toimintatietoja_vuodelta_2012. Viitattu 27.2.2014.
18. Suomen virallinen tilasto (SVT): Hedelmöityshoidot 2011–2012. Tilastoraportti 13/2013. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201305243725>.
19. Pandey, S., Shetty, A., Bhattacharya, S. & Maheswari, A. 2012. Obstetric and perinatal outcomes in singleton pregnancies resulting from IVF/ICSI: a systematic review and meta-analysis. Human Reproduction Update 18, 485–503.
20. Hansen, M., Bower, C., Kurinczuk, JJ., Milne, E., de Klerk, N. & Bower, C. 2013. Assisted reproductive technologies and birth defects: a systematic review and meta-analysis. Human Reproduction Update Advance Access Feb 28.
21. Miettinen, A. 2011. Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidolla. Väestöntutkimuslaitos. Katsauksia E 40/2011. Helsinki: Väestöliitto Väestöntutkimuslaitos.



9 RASKAUSAIKA

Raskausajan hoidon ydintehtävänä on turvata raskaana olevan, sikiön, vastasyntyneen ja perheen paras mahdollinen terveys ja hyvinvointi. Toimintatavat pyrkivät korostamaan perhekeskeisyyttä ja asiakkaiden tarpeista lähtevää palvelua. Kokonaisvaltainen raskausaikainen hoito edistää ja turvaa raskaana olevan ja hänen perheensä terveyttä ja hyvinvointia sekä syntyvän lapsen terveyttä sikiöajasta aikuisuuteen.

Terveydenhuoltolaki¹ ja sen perusteella annettu valtioneuvoston asetus² sekä seulonta-asetus³ antavat äitiysneuvolatoimintaa ohjaavien suositusten säädöserustan. Äitiysneuvolaoppaassa⁴ annetaan hyvinkin yksityiskohtaisia suosituksia raskauden ajan seurantaan, seulontaan ja hoitoon sekä monialaisen yhteistyön järjestämiseen, joten raskausaikaa on käsitelty vain lyhyesti tässä toimintaohjelmassa. THL:n SELI-yksikkö arvioi ja seuraa äitiyshuollon suosituksia osana tämän toimintaohjelman seuranta- ja arviointia.

Raskauden seuranta

Äitiysneuvolapalvelut kuuluvat kaikille Suomessa oleskeleville raskaana oleville ja heidän perheilleen. Raskauden seuranta toteutetaan yksilöllisesti 8–9 määräaikaisella kättilön/terveydenhoitajan terveystarkastuskäynnillä sekä kahdella lääkärikäynnillä. Lisäksi on mahdollisuus lisäkäynteihin, joilla pyritään turvaamaan kaikkien erityistä tukea ja/tai seuranta- ja tarvitsevien ongelmien varhainen tunnistaminen ja tarvittaessa jatkohoitoon ohjaaminen.

WHO on määritellyt perinataalihoidon (ajalle 22 raskausviikosta 6 vrk synnytyksen jälkeen) periaatteet, joita Suomessakin noudatetaan (taulukko 2).

Taulukko 2. WHO:n perinataalihoidon periaatteet.⁵

Periaate	Sisältö
1. Normaalin raskauden ja synnytyksen hoidossa on vältettävä medikalisaatiota	Hoito on toteutettava mahdollisimman vähäisillä interventioilla ja vähällä teknologialla.
2. Hoidossa on käytettävä tarkoituksenmukaista teknologiaa.	Tarkoituksenmukaisella teknologialla tarkoitetaan toimintojen kokonaisuutta, johon kuuluvat menetelmät, tekniikat, varustus ja muut välineet, joita sovelletaan tietyn ongelman ratkaisemiseen. Pyritään vähentämään teknologian ylikäyttöä tai monimutkaisen teknologian käyttöä silloin, kun yksinkertaisempi menetelmä riittäisi tai voisi olla paras.
3. Hoidon on perustuttava näyttöön.	Näyttöön perustuva hoito tarkoittaa parhaan saatavilla olevan tutkimusnäytön ja satunnaistettujen etenevien tutkimusten tuottaman tiedon käyttöä aina kun se on mahdollista ja sopivaa.
4. Hoidon on oltava porrastettu tarkoituksenmukaisesti.	Hoidon on perustuttava tehokkaaseen järjestelmään, jossa perusterveydenhuollosta lähetetään tarvittaessa erikoissairaanhoidon.
5. Hoidon on oltava moniammatillista.	Hoitoon osallistuvat kättilöt, synnytyslääkärit, neonatologit, sairaanhoitajat, perhe- ja synnytysvalmennusta pitävät henkilöt sekä sosiaalialan ammattilaiset.*
6. Hoidon on oltava kokonaisvaltaista	Hoidossa on otettava huomioon naisten, lasten ja perheiden älylliset, emotionaaliset, sosiaaliset ja kulttuuriset tarpeet, eikä vain biologinen hoito.
7. Hoidon on oltava perhekeskeistä.	Naisen ja vastasyntyneen tarpeiden lisäksi hoidon tulee kohdistua naisen kumppaniin, lähiomaisiin ja ystäviin.
8. Hoidon on oltava kulttuurihuomioivaa.	Hoidossa tulee ottaa huomioon ja sallia kulttuurisia eroja asiakkaiden odotuksissa.
9. Naisten on saatava osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.	–
10. Hoidossa on kunnioitettava naisten yksityisyyttä, arvokkuutta ja luottamuksellisuutta.	–

* Suomessa myös muu äitiysneuvolahenkilökunta kuten terveydenhoitajat, lääkärit, fysioterapeutit, perheterapeutit

Raskauden seurannan haasteita

Kroonisesti sairaiden määrä, raskausajan diabetes ja ylipainon lisääntyminen ovat raskausajan hoidon merkittäviä haasteita. Monialaista yhteistyötä tarvitaan lisäksi masennushäiriöiden hoidossa.⁶⁻⁸ Monikulttuurisuus ja lisääntynyt maahanmuutto tuovat uudenlaisia osaamis- ja resurssivaatimuksia raskausajan hoitoon, sillä eri väestöryhmien välillä on selviä eroja sekä seksuaali- ja lisääntymis- että perinataaliterveydessä.⁹⁻¹¹ Myös raskausaikaisen tupakoinnin, alkoholin ja huumeiden käytön ehkäisemiseen ja hoitoon tarvitaan edelleen voimavaroja.¹² Raskauden aikana tupakoivien osuus on edelleen 16 prosenttia.¹³ Vuonna 2012 kuitenkin 42 prosenttia kaikista tupakoivista synnyttäjistä ilmoitti lopettaneensa tupakoinnin raskausaikana kun 2000-luvun alussa näin teki vain 14 prosenttia. Vuonna 2012 alle 20-vuotiaista joka toinen tupakoi raskauden alussa ja heistä joka kolmas (33 %) lopetti tupakoinnin raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana. Toisin kuin tupakoinnista raskausaikaisesta alkoholin käytöstä ei saada tietoa syntymärekisteristä. Hallitusohjelmassa tavoitteena on ollut varmistaa raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten ja vauvaperheiden hoito ja kuntoutus (Liite 3).¹⁴ On erittäin tärkeää, että päihdeongelmaiset raskaana olevat saadaan neuvolan asiakkaiksi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja että heidän auttamiseksi ja tukemiseksi on olemassa selvät valtakunnalliset, alueelliset ja paikalliset ohjeet ja hoitopolut. Jos raskausaikana ilmenee perusteltuja syitä epäillä, että syntyvä lapsi tulee tarvitsemaan lastensuojelun tukitoimia välittömästi syntymänsä jälkeen, on terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtävä ennakkollinen lastensuojeluilmoitus.¹⁵

Tavoitteet

- ▶ Raskausajan hoito toteutetaan THL:n Äitiysneuvolaoppaan suositusten mukaisesti.
- ▶ Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksia ehkäisevää työtä toteutetaan jo raskausaikana STM:n toimintaohjelman mukaisesti.¹⁶
- ▶ Raskausajan hoidon alueellinen eriarvoisuus vähenee yhtenäisten ohjeiden myötä.
- ▶ Raskausajan hoito toteutetaan yksilöllisesti, tarve- ja asiakaslähtöisesti sekä perhekeskeisesti.
- ▶ Sikiöseulontoja tarjottaessa annetaan tietoa monipuolisesti ja puolueettomasti. Tähän sisältyy tieto seulontojen vapaaehtoisuudesta, tarkoituksesta, tavoitteista, menetelmistä, vaikutuksista, mahdollisista jatkotutkimuksista ja seulontojen riskeistä, oikeudesta päättää sikiöseulonnan tulosten perusteella raskauden keskeytyksestä tai jatkamisesta silloin, kun vaikeavammaisuuden kriteerit täyttyvät, sekä tietoa niistä tukitoimista, joita yhteiskunta tarjoaa vammaisen lapsen kanssa elämisen mahdollisuuksista.
- ▶ Sikiöseulontojen laatua ja vaikuttavuutta seurataan alueellisesti ja valtakunnallisesti.

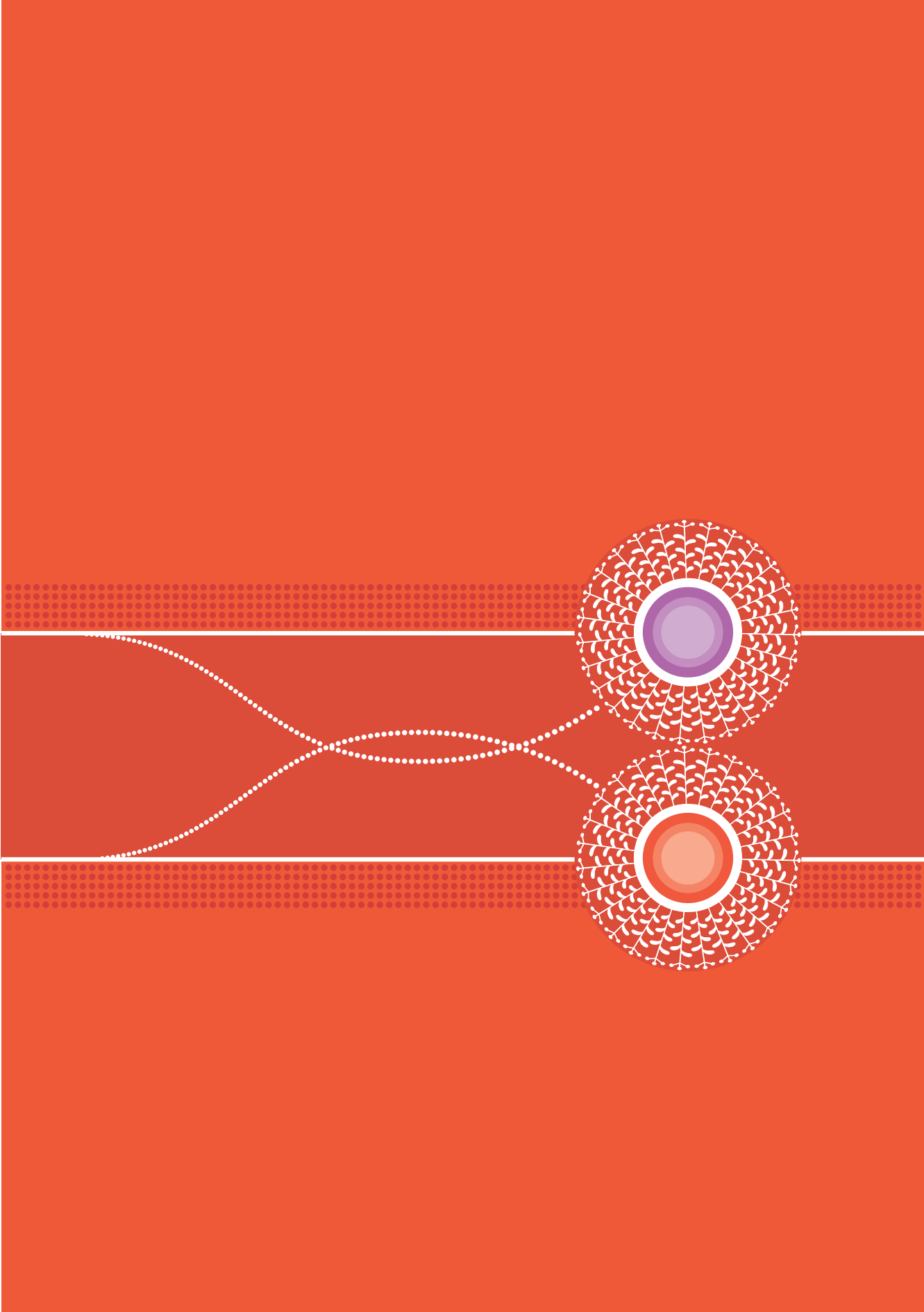
Toimenpiteet

- ▶ THL tekee Äitiysneuvolaoppaan suositukset tunnetuiksi käyttäen mahdollisimman monia viestintäkanavia sekä esitellen niitä alueellisilla ja valtakunnallisilla koulutuspäivillä.
- ▶ Perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido ja sosiaalitoimi kehittävät yhteistyötä alueellisesti Äitiysneuvolaoppaan suositusten mukaisesti.
- ▶ THL:n SELI-yksikkö koordinoi matalan riskin raskauden määrittelyn hoitokäytäntöjen kehittämisen perustaksi.
- ▶ THL tuottaa verkkosivut tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen puheeksi ottamisesta jo raskausaikana.
- ▶ Terveystenhoitajat, kätilöt ja lääkärit ottavat ympärileikkauksen puheeksi niiden raskaana olevien kanssa, jotka tulevat ympärileikkauksiperinnettä harjoittavilta alueilta. Asiaa käydään läpi sekä raskaana olevan että mahdollisesti syntyvän tyttövauvan kannalta.
- ▶ Terveystenhoitajien ammattilaiset perus- ja erikoissairaanhoidossa tarjoavat ympärileikkaukselle raskaana oleville tarvittaessa mahdollisuuden avausleikkaukseen.
- ▶ Terveystenhoitajat, kätilöt ja lääkärit arvioivat raskaana olevan hoidon, tuen ja seurannan tarvetta jokaisella neuvolakäynnillä.
- ▶ Terveystenhoitajat, kätilöt ja lääkärit sisällyttävät raskausaikaiseen ohjaukseen seksuaalineuvontaa ja tarvittaessa ohjaavat parisuhde- ja/tai seksuaalineuvojalle.
- ▶ Terveystenhoitajat, kätilöt ja lääkärit käyttävät lisäkäyntejä alueellisen järjestämissuunnitelman mukaisesti tunnistaessaan Äitiysneuvolaoppaan esittämiä lisäseuranta edellyttäviä ongelmia, sairauksia tai erityisen tuen tarvetta.
- ▶ Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido toteuttavat toimivia ja joustavia konsultaatio- ja lähetekäytäntöjä riskiraskauksien hoidossa.
- ▶ Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido varmistavat henkilöstön riittävän osaamisen täydennys- ja lisäkoulutuksella.
- ▶ THL, STM ja THL:n nimeämä kansallinen työryhmä suunnittelevat ja pilotoivat syntymärekisterin yhteyteen sikiöseulontarekisterin sikiön poikkeavuuksien seulonnan vaikuttavuuden kansallista seuranta ja laadunhallintaa varten. THL suunnittelee rekisterin ja toteuttaa sekä ylläpitää sitä.
- ▶ Tutkimuslaitokset ja korkeakoulut selvittävät tutkimuksissaan mm. sikiöseulontojen järjestämistä Suomessa, seulontoihin liittyvää neuvontaa, asiakkaiden ja seulontoja tekevien ammattilaisten kokemuksia.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

Lähteet

1. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2010. Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
2. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2011. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
3. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2011. Valtioneuvoston asetus seulonnoista 339/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110339>.
4. Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.). 2013. Äitisyneuvolaopas, suosituksia äitisyneuvolatoimintaan. Opas 29. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
5. Chalmers, B., Mangiaterra, V. & Porter, R. 2001. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*, 28(3), 202-7.
6. Korja, R., Savonlahti, E., Ahlqvist-Björkroth, S., Stolt, S., Haataja, L., Lapinleimu, H., Piha, J., Lehtonen, L. & PIPARI study group. 2008. Maternal depression is associated with mother-infant interaction in preterm infants. *Acta Paediatrica* 97(6), 724-30.
7. Hübner-Liebermann, B., Hausner, H. & Wittmann, M. 2012. Recognizing and treating peripartum depression. *Deutsches Ärzteblatt International* 109(24), 419-24.
8. Patel, M., Bailey, RK., Jabeen, S., Ali, S., Barker, N. & Osiezagha, K. 2012. Postpartum depression: a review. *Journal of health care for the poor and underserved* 23(2), 534-42.
9. Malin, M. & Gissler, M. 2009. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BMC Public Health* 9, 84. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/84>.
10. Malin, M. 2011. Maahanmuuttajien terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat tekijät. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Yhteiskuntapolitiikka-YP 76: 2. Helsinki. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117822>.
11. Koponen, P., Klemetti, R., Luoto, R., Alha, P. & Surcel, H-M. 2012. Raskauden ehkäisy, raskaudet ja lasten hankinta. Teoksessa Koskinen, S., Lundqvist, A., Ristiluoma, N. (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Raportti 68. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 111-115.
12. Autti-Rämö, I., Gissler, M. & Ritvanen, A. 2011. Alkoholin aiheuttamien sikiövaurioiden diagnostiikkaa ja esiintyvyyssarvioita voidaan parantaa. *Suomen Lääkärelehti* 66, 1915-1921.
13. Suomen virallinen tilasto (SVT). 2013. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2012. Tilastoraportti 24/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201309276347>.
14. Valtioneuvoston kanslia. 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. <http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf> Viitattu 28.2.2014.
15. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2007. Lastensuojelulaki 417/2007. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>.
16. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämisen toimintaohjelma 2012–2016 (FGM). Julkaisuja 8/2012. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3343-9>.



10 SYNNYTYKS JA SYNTYMÄN JÄLKEINEN AIKA

SYNNYTTÄMISEN JA SYNTYMÄN HOIDON TRENDIÄ

Syntyvyys ei juuri ole muuttunut edellisen toimintaohjelman valmistumisesta: vuonna 2012 Suomessa syntyi 59 856 lasta 59 038 synnytyksestä.¹ Ensi- ja uudelleensynnyttäjien suhde on pysynyt hyvin samanlaisena: ensisynnyttäjiä on noin 40 prosenttia ja uudelleen synnyttäjiä 60 prosenttia. Sen sijaan synnyttäjäväestö ja palvelujen käyttö on muuttunut. Synnyttäjien keski-ikä on noussut tasaisesti. Kaikkien synnyttäjien keski-ikä oli 30,3 ja ensisynnyttäjien 28,4 vuotta vuonna 2012. Yli kolmannes (35 % vuonna 2012) synnyttäjistä oli ylipainoisia (BMI \geq 25) ja alipainoisia (BMI $<$ 18,5) oli 3,6 prosenttia.¹

Suunnittelemattomien sairaalan ulkopuolisten synnytysten määrä lisääntyi jonkin verran vuodesta 2002 vuoteen 2012 (46 vrt. 63).¹ Suunniteltujen kotisynnytysten määrä on Suomessa hyvin alhainen, mutta nousi hieman vuodesta 2002 (12 kpl) vuoteen 2012 (18 kpl). Keisarileikkausten määrä on Suomessa toistaiseksi pysynyt kansainvälisesti katsottuna alhaisena: 16,3 prosenttia vuonna 2012. Imukuppisynnytykset ovat yleistyneet lähes 9 prosenttiin vuonna 2012. Pihtisynnytykset ovat hävinneet lähes kokonaan. Synnytyksen aikaista kivunlievitystä sai 91 prosenttia kaikista synnyttäjistä vuosina 2010–2011.² Yleisin kivunlievitysmenetelmä oli ilokaasu. Sairaaloiden välillä ei ollut suuria eroja. Epiduraalipuudutus on yleistynyt. Vuonna 2012 epiduraali- ja/tai spinaalipuudutuksen sai 66,5 prosenttia alakautta synnyttäneistä.¹ Pienissä sairaaloissa epiduraalipuudutuksen käyttö on lisääntynyt, mutta yliopistosairaloissa epiduraalipuudutusta käytettiin eniten.²

Ompelua vaatineet kolmannen ja neljännen asteen repeämät yleistyivät vuosittain vaihteessa, mutta niiden määrä tasoittui 1,2 prosenttiin (vuonna 2012), mikä on kansainvälisesti edelleen varsin matala taso.¹ Välilihan leikkausten eli episiotomioiden määrä väheni, vaikka muuten synnytystoimenpiteet yleistyivät. Vuonna 2012 episiotomioita tehtiin 22 prosentille kaikista alatiesynnyttäjistä eli vajaa 10 prosenttia vähemmän kuin vuonna 2007.

Vastasyntyneiden terveys on Suomessa kansainvälisesti arvioiden erinomainen. Monisikiöisiä oli 1,4 prosenttia synnytyksistä vuonna 2012; määrä on laskenut 1990-luvun lopulta, kun hedelmöityshoidoissa on siirrytty pääosin yhden alkion siirtoon.¹ Kansainvälisistä trendeistä poiketen ennenaikaisuus ei ole lisääntynyt Suomessa. Vuonna 2012 ennenaikaisina (alle 37 raskausviikkoa) syntyi 5,7 prosenttia ja pienipainoisina (alle 2500 grammaa) 4,2 prosenttia lapsista. Perinataalikuolleisuus oli 3,9 promillea vuonna 2012.

STM:n päivystysasetus tulee aiheuttamaan muutoksia synnytystoiminnassa.³ Suomessa oli vuoden 2013 alussa 30 synnytysairaala, joista kahdessa tehtiin vuoden 2013 aikana päätös lopettaa synnytystoiminta. Suomessa on viimeaikaisena trendinä ollut synnytysten keskittäminen suurempiin yksiköihin ja pienten synnytysairaaloiden lakkauttaminen. Synnytysympäristöllä on merkittävä vaikutus synnyttäjän turvallisuuden tunteeseen.⁴

Synnytyssairaaloiden etäisyys ja sairaalassaolon lyhyt kesto luovat paineita raskaana olevan tilan seurantaan, korostavat synnytyssuunnitelman merkitystä ja synnytyssairaaloiden polikliinisen työn merkitystä. Synnytysten keskittämisen vuoksi on seurattava synnyttäjän ja vastasyntyneen hyvinvointia uhkaavia tekijöitä, esimerkiksi matkasynnytysten ja mahdollisten toimenpidesynnytysten lukumäärien kehitystä. Kuntien ja sairaalan välisen yhteistyön tulee olla saumatonta ja molempien vastuut asioiden hoidosta selkeät.

Kaikkien erityistä tukea tarvitsevien raskaana olevien ja heidän kumppaniensa (esimerkkinä synnytyspelko, aiemman synnytyksen ongelmat, mielenterveyden häiriöt tai päihdeongelma perheessä) hoidossa tarvitaan monialaista synnytyksen suunnittelua, synnytyksen hoitoa ja synnytyksen jälkeisen ajan suunnittelua.

Tavoite

- ▶ Alueellinen eriarvoisuus vähenee synnytyksen ja sen jälkeisen ajan hoidossa.

Toimenpiteet

- ▶ Synnytyspalvelujen järjestämisestä vastuussa olevat alueelliset tahot, korkeakoulut ja tutkimuslaitokset selvittävät matkasynnytysten ja operatiivisten synnytysten taustalla olevia syitä, sekä syitä alueellisille vaihteluille.
- ▶ Synnytyspalvelujen järjestämisestä vastuussa olevat alueelliset tahot kehittävät selkeitä synnyttäjien hoitoon liittyviä hoitopolkuja synnytyssairaaloiden ja synnyttäjien kotikuntien välille.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

SYNNYTYKSEEN VALMENTAUTUMINEN JA SYNNTYKSEN SUUNNITTELU

Perhevalmennuksen synnytysoSION tavoitteena on tukea perheitä kokonaisvaltaiseen, myönteiseen synnytyskokemukseen ja omien voimavarojen vahvistamiseen.⁵ Suomessa kuntien tulee järjestää moniammatillista perhevalmennusta, johon sisältyy vanhempainryhmätoimintaa.⁶ Synnytysvalmennus tulee antaa esteettömissä tiloissa, ja valmennuksen ohessa annettavan kirjallisen materiaalin tulee olla kaikille saavutettavassa muodossa. Valmennuksen tulisi olla perheiden tarpeita vastaavaa ja tarjota näyttöön perustuvaa tietoa synnytyksen kulusta ja paikallisista hoitokäytännöistä. Hyviä tuloksia on saatu asiakaslähtöisten ja osallistavien menetelmien ja vertaistuen käytöstä sekä mahdollisuudesta tutustua synnytyssympäristöön etukäteen.

Äitiysneuvolasuosituks⁷ sisältävät keskeiset synnytysvalmennuksen sisältöalueet. Synnytysvalmennuksessa käydään läpi synnytyksen latenttivaihe. Tämä tarkoittaa aikaa, jolloin synnytys on käynnistymässä ja supistukset tulevat kivuliaina mutta eivät välttämättä jatkuvina.⁸ Hyvä latenttivaiheen synnytysvalmennus on yhteydessä myöhempään sairaalaan saapumiseen ja vähempiin synnytyksenaikaisiin toimenpiteisiin.⁹

Synnytyssuunnitelma on väline omien konkreettisten toiveiden esiintuomiseen mm. synnytyskivunlievityksestä, ponnistusasennoista ja ensihetkistä vastasyntyneen kanssa.^{10, 11} Synnytyssuunnitelmaan sisältyy myös keskustelu siitä mahdollisuudesta, ettei synnytys etenekään etukäteissuunnitelman mukaan. Jos perheellä on erityisiä toiveita synnytyspaikan tai hoitoaikojen suhteen, tulisi tämä huomioida jo synnytykseen valmentautumisessa ja synnytyssuunnitelmassa. Synnyttämään lähdön ohjauksessa tulee kiinnittää huomiota kodin ja sairaalan etäisyyteen, etenkin nykyisessä tilanteessa, jossa synnytyssairaaloiden määrää ollaan yhä vähentämässä.

Tavoitteet

- ▶ Kaikilla raskaana olevilla on mahdollisuus osallistua synnytyksensä suunniteluun ja synnytysvalmennukseen osana perhevalmennusta.
- ▶ Synnyttäjille suunnitellaan turvallinen ja rauhallinen synnytysympäristö, joka mahdollistaa yksityisyyden, liikkumisen ja rentoutumisen.

Toimenpiteet

- ▶ Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ammattihenkilöt käyttävät synnytysvalmennuksessa näyttöön perustuvaa ja alueellisesti ajanmukaista tietoa.
- ▶ Terveystenhoitajat ja kätilöt hyödyntävät synnytysvalmennuksessa asiakaslähtöisiä ja osallistavia menetelmiä sekä vertaistukea, esimerkiksi synnytystukihenkilötoimintaa.
- ▶ Kätilö, terveydenhoitaja tai lääkäri laatii synnytyssuunnitelman yhdessä raskaana olevan kanssa perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa, kirjaa ja raportoi sen jatkuvuuden turvaamiseksi sekä huomioi synnytyssuunnitelmaa laadittaessa synnytyksen latenttivaiheen hoidon.
- ▶ Synnytysvalmennuksessa kätilöt tai terveydenhoitajat antavat ohjeita latenttivaiheen itsehoitoon, jotta synnyttäjät, joilla ei ole erityisiä raskauteen tai synnytykseen liittyviä riskitekijöitä, hallitsevat latenttivaihetta kotona tukihenkilön ja puhelimitse synnytysosaston henkilökunnan tuella.
- ▶ Synnyttämään lähdön ohjauksesta vastaavat kätilöt, terveydenhoitajat ja lääkärit huomioivat kodin ja sairaalan välisen matkan, jotta synnytys tapahtuisi siihen suunnitellussa ympäristössä.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

SYNNYTYKSEN HOITO JA ENSIHETKET SYNTYMÄN JÄLKEEN

Normaalin (matalan riskin) synnytyksen määrittelyssä on huomioitava raskauden riskistatus ja synnytyksen kulku.¹² Riskin arviointi ei ole kertaluontoista, vaan jatkuu

läpi raskauden ja synnytyksen. Milloin tahansa voi ilmetä varhaisia komplikaatioita, jotka voivat vaikuttaa päätökseen raskaana olevan siirtämisestä lääketieteellisesti korkeammalle hoidon tasolle. Vasta synnytyksen jälkeen tiedetään lopullisesti, oliko kyseessä normaali (matalan riskin) synnytys vai ei. WHO:n mukaan tämä on johtanut usein päätelmään, että kaikkia synnytyksiä tulee hoitaa kuten komplisoituneita synnytyksiä.¹² Jo edellisessä seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa¹³ esitettiin kansallisen hoitosuosituksen aiheeksi matalan riskin synnytyksen hoitoa. Tämä mahdollistaisi synnyttäjän määrittelyn matalan riskin synnyttäjäksi jo ennen synnytyksen alkamista tai sen alkaessa.

WHO:n mukaan (1996) normaalin (matalan riskin) synnytyksen kriteerit ovat:¹²

- spontaani käynnistyminen
- toteutuminen raskausviikoilla 37–42
- avautumisvaiheen alkaessa riski on matala ja pysyy matalana avautumis- ja ponnistusvaiheen aikana
- lapsi syntyy spontaanisti, pää tarjoutuvana
- synnytyksen jälkeen äiti ja lapsi voivat hyvin.

WHO:n (1996) mukaan matalan riskin synnytystä hoitavan henkilön tehtävänä on:¹²

- tukea naista, hänen kumppaniaan ja perhettään synnytyksen avautumisvaiheessa, syntymän aikana ja sen jälkeisenä aikana
- tarkkailla synnyttävää naista, seurata sikiön ja vastasyntyneen vointia, arvioida riskitekijöitä sekä huomata ongelmat varhaisessa vaiheessa
- tarvittaessa toteuttaa interventioita, kuten kalvojen puhkaisu ja episiotomia, sekä hoitaa vastasyntyntä syntymän jälkeen
- siirtyä hoidossa korkeammalle lääketieteelliselle tasolle, jos riskitekijät ovat ilmeisiä tai kehittyä komplikaatioita, joiden perusteella siirtäminen on aiheellista.

Synnytyksen latenttivaiheen hoitopaikka on yleensä oma koti, jolloin kumppanin tai läheisen tuki ja synnytyssalin kättilön tavoitettavuus puhelimitse korostuvat. On tärkeää, että synnytysvalmennuksessa käydään läpi latenttivaihe, jotta rentoutus- ja kivunlievitysmenetelmiä osataan hyödyntää kotona.

Hyvän syntymän hoidon edellytyksenä on omahoitajamalli, jossa synnyttäjällä on oma vastuukättilö/lääkäri, joka synnytyssuunnitelmaa toteuttaen vastaa synnytyksen kokonaisvaltaisesta hoidosta huolehtien hoidon jatkuvuudesta, kirjaamisesta ja raportoinnista.^{8,14} Synnytystä hoitava henkilökunta on vastuussa siitä, että synnyttäjä on tietoinen oman synnytyksensä etenemisestä, jotta hän pystyy olemaan aktiivinen omaan synnytykseen liittyvässä päätöksenteossa. Synnytyksen aikainen tuki kaikissa synnytyssympäristöissä on tärkeä osa synnytystä, synnytykskokemusta ja se edistää synnytyksen luonnollista fysiologista etenemistä ja synnyttäjän hallinnan tunnetta.^{15,16} Synnytyksen aikainen vuorovaikutuksellinen tuki voi toteutua fyysisenä ja henkisenä tukena, ohjaamisena ja informointina sekä synnyttäjän edustajana toimimisena. Syntymänaikaiseen tukeen sisältyy myös tukihenkilön huomiointi.¹⁰ Jatkuva tuki

synnytyksen aikana lisää alatiesynnytyksen todennäköisyyttä, tyytyväisyyttä synnytykseen, vähentää lääkkeellisen kivunlievityksen tarvetta ja lyhentää synnytyksen kestoja.^{10,15,16}

Synnytyksen avautumisvaiheen hoitoon sisältyy synnytyksen edistymisen seuraaminen, synnyttäjän ja sikiön voinnin seuranta ja erityisesti synnytyskivun hoito.¹⁷ Synnytyksen hoidon perustana on synnytyssuunnitelma sekä synnytyksen aikainen tilanne, joka voi muuttua nopeasti. Synnyttäjän tukeminen vastuunottoon ja aktiiviseen päätöksentekoon yhdessä hoitavan kättilön ja lääkärin kanssa lisää hallinnantunnetta ja luottamusta omiin kykyihin synnyttäjänä.¹⁸

Synnytyssuunnitelmaan tulisi sisältyä suunnitelma synnyttäjän synnytyskivun työstämiseen liittyvistä toiveista. Lääkkeettömien synnytyskivun lievitysmenetelmien käytön suunnittelussa on syytä etukäteen huomioida valitun synnytyssairaalan tarjonta. Lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käyttöön tulee sisältyä informaatiota niihin liittyvistä mahdollisista riskeistä, jotta synnyttäjällä on valintaa tehdessään mahdollisuus tietoiseen päätöksentekoon.

Ponnistusvaiheeseen sisältyy laskeutumis- eli siirtymävaihe ja aktiivisen ponnistamisen vaihe.¹⁹ Jos synnyttäjällä ei ole erityisiä riskitekijöitä, häntä tuetaan ponnistamaan haluamassaan asennossa, mutta välttämään ponnistusasentoja, joihin liittyy supiinioireyhtymän riski. Voimassa olevia hoitosuosituksia 3. ja 4. asteen repeämisen ehkäisemiseksi noudatetaan, ja repeämien ompelussa käytetään näyttöön perustuvia ompelutekniikoita.^{8,20–22}

Jälkeisvaihe voidaan hoitaa fysiologisesti (matalan riskin synnytys) tai aktiivisesti (matalan/korkean riskin synnytys).²³ Aktiivista jälkeisvaiheen hoitoa toteutetaan tilanteissa, joissa on syytä nopeuttaa istukan syntymistä ja ehkäistä runsaita verenvuotoja.

Apgarin pisteet annetaan yhden ja viiden minuutin iässä vastasyntyneen voinnin arvioimiseksi.¹⁹ Jo raskausaikana neuvolassa ja perhevalmennuksessa on hyvä tuoda esiin ensi-imetyksen ja varhaisen ihokontaktin merkitystä. Vastasyntyneelle tulisi taata mahdollisuus varhaiseen ihokontaktiin. Synnyttäneelle tarjotaan tarvittaessa ohjausta kiireettömään ensi-imetykseen; rutiinitoimenpiteitä voidaan lykätä vastasyntyneen voinnin salliessa.

Imetyksen tukeminen

Imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2009–2012 antoi suuntaviivoja imetysohjauksen tueksi äitiys- ja lastenneuvoloissa sekä synnytyssairaaloissa.²⁴ Ohjelma perustui tutkittuun tietoon imetyksen terveysvaikutuksista ja toimivista imetysohjauk käytännöistä. Imetysohjausta käsitellään THL:n Äitiysneuvolaoppaassa (luku Imetyks),²⁵ joten se otetaan vain lyhyesti esille tässä toimintaohjelmassa.

Imetysohjaus on yksi keino terveyserojen kaventamiseen.^{24,26} Lyhyen koulutuksen saaneet ja pienemmän tulotason omaavat äidit imettävät lapsiaan harvemmin ja lyhyempään kuin korkeasti koulutetut äidit.

Imetysohjaus tulee toteuttaa suunnitelmallisesti, näyttöön perustuvasti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä siten, että WHO:n ja Unicefin kansainvälinen Vauvamyönteisysohjelma otetaan kokonaisuudessaan käyttöön.²⁷

Imetysohjausta annetaan jo raskausaikana ja sitä jatketaan aina vieroitukseen saakka. Erityisen tärkeää on ammattilaisten antama imetysohjaus ja -tuki imetyksen käynnistymisvaiheessa. Kaikkien äitien tulee saada ohjausta imetykseen, mutta erityistä tukea tarvitsevien raskaana olevien ja synnyttäneiden tunnistamiseen tulee kiinnittää huomiota ja tarjota kohdennettua ohjausta. Tukea tulee tarjota myös niille, jotka eivät pysty imettämään. Henkilökunnan riittävästä koulutuksesta huolehditaan.

Synnytyskeskustelu

Synnytyskeskustelu tarjoaa synnyttäneille ja heidän kumppaneilleen tai tukihenkilöilleen mahdollisuuden synnytyksen läpikäymiseen ja henkilökunnalle mahdollisuuden oman työn laadun kehittämiseen. Synnytyskeskustelun tavoitteena on synnytyskokemuksen purkaminen ja ymmärtäminen, turvallisuuden tunteen luominen ja onnistumisten korostaminen, joiden seurauksena synnytyskokemuksesta muodostuu synnyttäjälle voimaannuttava kokemus.²⁸ Myönteinen synnytyskokemus vaikuttaa positiivisesti mm. synnyttäneen ja lapsen suhteeseen, synnyttäneen itsetuntoon ja käsitykseen vanhemmuudesta.²⁹ Kielteisen synnytyskokemuksen vaikutukset voivat olla pitkäaikaisia ja sillä on yhteyttä synnytyksen jälkeiseen masennukseen, varhaiseen vuorovaikutukseen ja jopa perheen jatkosuunnitelmiin uudesta raskaudesta ja synnytystavasta. Synnytyskeskustelu tapahtuu mieluiten synnytyksen hoitaneen kättilön kanssa, mutta tarvittaessa myös synnytyksen hoitoon osallistuneiden lääkäreiden tulee keskustella perheen kanssa. Synnytyskeskustelussa synnytys käydään kokonaisuudessaan läpi epäselvyyksien välttämiseksi ja eheän kokemuksen muodostamiseksi sekä huomioidaan myös synnytyksen jälkeinen palautuminen, seksuaalisen hyvinvoinnin saavuttaminen ja parisuhteen tukeminen. Synnytyskeskustelu kirjataan osaksi synnytyskertomusta.

Tavoitteet

- ▶ Syntymän aikainen kokonaisvaltainen tuki toteutuu kaikkien synnyttäjien hoidossa.
- ▶ Synnytyksen hoidossa tuetaan synnyttäjän omia voimavaroja ja vältetään tarpeetonta puuttumista synnytyksen kulkuun.
- ▶ Synnyttäjät saavat toiveitaan ja tarpeitaan vastaavaa kivunlievitystä siten, että he ovat tietoisia niihin liittyvistä eduista ja mahdollisista haitoista.
- ▶ Syntymän hoidossa tuetaan synnyttäjää ja hänen perhettään voimaannuttavaan synnytyskokemukseen.
- ▶ Synnyttäneellä on myönteinen asenne ja riittävät tiedot ja taidot imetykseen.
- ▶ Kaikilla on mahdollisuus synnytyskeskusteluun ja synnytyskokemuksen läpikäymiseen synnytyssairaalassa ja myöhemmin neuvolassa.

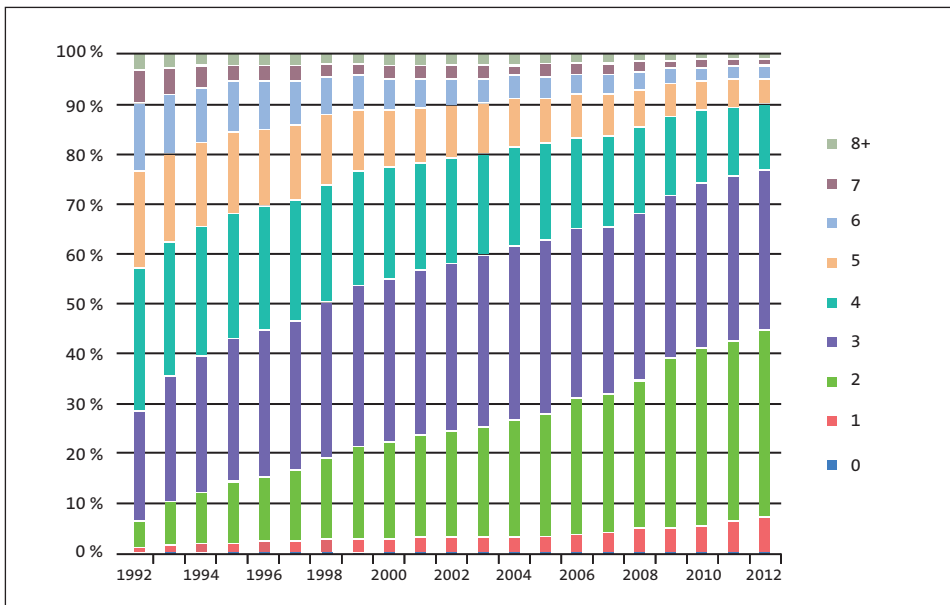
Toimenpiteet

- ▶ Kätilöt ja lääkärit toteuttavat kokonaisvaltaista, asiakaslähtöistä ja voimaannuttavaa syntymän hoitoa hyödyntäen synnyttäjän synnytyssuunnitelmaa.
- ▶ Kätilöt ja lääkärit huomioivat synnytykokemukseen vaikuttavat osatekijät, mm. vuorovaikutuksen laadun, läsnäolon, kontrollin tunteen, päätöksentekoon osallistumisen, tiedonantamisen ja synnytysympäristön syntymän hoidossa.
- ▶ Raskautta tai synnytystä hoitavat terveydenhoitajat, kätilöt ja lääkärit antavat näyttöön perustuvaa ja paikallisen synnytyssairaalan tilannetta vastaavaa tietoa synnytys kivun lievittämisen mahdollisuuksista synnytyssuunnitelmassa ja synnytyksen aikana.
- ▶ Raskaana olevia ja synnyttäviä hoitavat terveydenhoitajat, kätilöt ja lääkärit päivittävät osaamistaan synnytys kivun hoidossa.
- ▶ Alueellisista synnytyspalveluista vastaavat tahot turvaavat synnytysympäristön, jossa erilaisten kivunlievitysmenetelmien käyttö on mahdollista. Kätilöt ja lääkärit tarjoavat monipuolisesti erilaista kivunlievitystä naisen toiveiden ja tarpeiden mukaan.
- ▶ Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon terveydenhoitajat, kätilöt ja lääkärit antavat raskausaikana, synnytyssuunnitelmassa ja syntymän jälkeen tietoa ihokontaktin tärkeydestä.
- ▶ Esimiehet huolehtivat, että kaikilla synnytyssairaalan kätilöillä ja neuvolan terveydenhoitajilla on imetysohjaajakoulutus sekä lääkäreillä osaamista imetyksen tukemiseen.
- ▶ Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ammattihenkilöt kiinnittävät erityistä huomiota imetyksen tukemisessa nuoriin, matalasti koulutettuihin ja yksinhuoltajiin.
- ▶ Terveydenhoitajat, kätilöt ja lääkärit sekä vertaistuen antajat kehittävät yhteistyötään imetyksen tukemisessa.
- ▶ Lapsivuodeosaston osastonhoitajat organisoivat työn niin, että jokaisella perheellä on synnytyssairaalassa omahoitaja, joka ohjaa ja tukee imetyksessä ja vastasyntyneen hoidossa sekä varhaisessa vuorovaikutuksessa.
- ▶ Synnytyksen hoidosta vastuussa olevat kätilöt ja lääkärit synnytyssairaalassa ja kätilöt ja terveydenhoitajat neuvolassa tarjoavat mahdollisuutta synnytyskeskusteluun kaikille synnyttäneille perheille. He tarjoavat traumaattisen synnytyksen kokeneille mahdollisuuden uuteen keskusteluun 4-6 viikon kuluttua synnytyksestä synnytyssairaalassa ja tarvittaessa tarjoavat traumaattisen kokemuksen läpikäymiselle tarvittavan tuen.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

LYHENTYNEET HOITOAJAT JA VARHAINEN KOTIUTUMINEN

Lapsivuodeajan hoito sairaalassa on lyhentynyt (kuvio 4). Kun vuonna 1992 synnyttäjäistä 54 prosenttia kotiutui viimeistään neljäntenä synnytyksen jälkeisenä päivänä, vastaava luku vuonna 2012 oli 90 prosenttia ja 45 prosenttia kotiutui kahden päivän sisällä.¹ Hoitopäivien keskiarvo synnytyksen jälkeen oli 2,9 päivää vuonna 2012. Alateitse synnyttäneiden hoitopäivien keskiarvo oli 2,7 ja keisarileikkauksella synnyttäneiden 4,0 päivää. Lyhentyneet hoitoajat lapsivuodeosastolla edellyttävät entistä tiiviimpää ohjausta lyhyessä ajassa, tehokasta vastasyntyneen voimien seurantaa sekä imetyksen ja koko perheen tukemista avoterveydenhuollossa.



Kuvio 4. Hoitopäivät synnytyksen jälkeen vuosina 1992–2012.¹

Lyhytjälkihoitoinen synnytys ja kotisyntyisyys

Lyhytjälkihoitoisessa synnytyksessä eli LYSY:ssä synnyttänyt äiti ja lapsi kotiutuvat sairaalasta alle 48 tuntia synnytyksestä. Polikliinisestä synnytyksestä puhutaan, jos kotiutuminen tapahtuu kuuden tunnin kuluttua syntymästä. Synnyttäneen äidin ja vastasyntyneen seuranta LYSY:n jälkeen vaihtelee riippuen siitä, kuinka nopeasti synnytyksen jälkeen kotiudutaan. LYSY sopii henkilöille, joilla on ollut säännöllinen raskaus ja synnytys, joiden toiveena on nopea kotiutuminen synnytyssairaalasta ja joiden vastasyntyneiden voimissa ei ilmene mitään poikkeavaa. LYSYyn liittyvä suositus on käsitelty THL:n Äitiysneuvolaoppaan luvussa Lyhytjälkihoitoinen synnytys.²⁵

Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on velvollisuus antaa kotisynnytystä suunnitteleville perheille puolueetonta tietoa siihen liittyvistä riskeistä, kriteereistä ja juridisista kysymyksistä sekä tietoa käytännön toteutuksesta. Osapuolten (terveydenhuollon ammattihenkilön ja synnyttäjän ja/tai perheen) suositellaan allekirjoittavan kotisynnytykseen liittyvä sopimus. Synnytyssairaalaa informoidaan kotisynnytyssuunnitelmasta synnyttäjän suostumuksella ja synnytyksen jälkeen vanhemmat tai kätilö/lääkäri ottavat yhteyttä synnytyssairaalaan sopiakseen vastasyntyneen tarkastuksesta. Koska kotisynnytyksen jälkeen ensisijainen vastuu lapsen voinnin tarkkailusta on vanhemmilla, synnytyksen hoitaneiden ammattihenkilöiden tulee ohjeistaa perhettä tarkkailemaan vastasyntyntä ja ottamaan yhteyttä tarvittaessa lastenlääkəriin. Äitiysneuvolaoppaassa ei suositella kotisynnytystä, mutta siinä annetaan suosituksia kotisynnytystä suunnitteleville (luku Kotisynnytytys).²⁵

Kotikäynnit perheen tukena

Valtioneuvoston asetuksen⁶ mukaan kotikäynti toteutetaan kaikille ensimmäistä lastaan odottaville perheille joko raskauden aikana tai lapsen syntymän jälkeen. Mahdollisuuksien mukaan syntymän jälkeinen kotikäynti tehdään jokaisen vastasyntyneen kotiin. Kotikäynnin toteuttaa äitiysneuvolan terveydenhoitaja tai kätilö tarvittaessa yhteistyössä esimerkiksi perhetyöntekijän tai sosiaalityöntekijän kanssa. Kotikäyntejä tehdään tarpeen mukaan erityistä tukea tarvitseviin perheisiin, jolloin kotikäyntien määrä, ajoitus ja siihen osallistuvien työntekijöiden kokoonpano perustuu perheen yksilöllisiin tarpeisiin. Kotikäynneistä on yksityiskohtaisia suosituksia Äitiysneuvolaoppaassa (luku Kotikäynnit).²⁵

Tavoitteet

- ▶ Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen palvelujen ja hoidon jatkuvuus toteutetaan asiakaslähtöisesti alueellisista lähtökohdista käsin.
- ▶ Lyhytjälkihoitoisten- ja kotisynnytysten hoito ja seuranta toteutetaan Äitiysneuvolaoppaan²⁵ suositusten mukaisesti.
- ▶ Äitiyshuollon asiantuntijoilla on erityisosaamista lyhytjälkihoitoisesta synnytyksestä ja sen jälkeisestä hoidosta.
- ▶ Perheellä on riittävät valmiudet selviytyä turvallisesti kotona synnytyksen jälkeen.
- ▶ Synnytyksen jälkeinen kotikäynti toteutetaan mahdollisuuksien mukaan jatkaiseen perheeseen.

Toimenpiteet

- ▶ Neuvolan kättilö tai terveydenhoitaja järjestää varhaisia kotiutujia varten varhaisen kotikäynnin tai perheelle mahdollisuuden käydä sairaalassa kättilön tai lääkärin vastaanotolla.
- ▶ Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen jälkeen erikoissairaanhoidon kättilöt (kotisyntytyksissä synnytyksen hoitanut terveydenhuollon ammattihenkilö) tukevat perheen hyvinvointia mm. puhelinneuvonnalla ja varmistamalla tiedonkulun erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.
- ▶ Perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa terveydenhoitajat, kättilöt ja lääkärit ylläpitävät ja tarvittaessa täydentävät osaamistaan, jotta vastasyntyneen fyysisen voimien häiriöiden ja synnyttäneen synnytyksen jälkeiseen palautumiseen liittyvät riskit havaitaan ja diagnosoidaan riittävän ajoissa.
- ▶ Terveydenhoitajat, kättilöt ja lääkärit perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa ohjaavat yhteistyössä laadituin yhdenmukaisin ohjein perhettä vastasyntyneen vointiin ja synnytyksen jälkeiseen palautumiseen liittyvien riskien tarkkailuun ja varhaiseen tunnistamiseen.
- ▶ Perusterveydenhuollon kättilö tai terveydenhoitaja toteuttaa kotikäynnin tarvittaessa moniammatillisesti esimerkiksi perhetyöntekijän tai sosiaalityöntekijän kanssa ja selvittää kotikäynnillä synnytyksen kulkua ja kokemusta, synnyttäneen vointia ja toipumista, vastasyntyneen vointia, perheyhteisön sosiaalista verkostoa ja mahdollista imetystuen ja lisäavun tarvetta.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

SYNNYTYKSEN JÄLKEISEN MASENNUKSEN TUNNISTAMINEN JA HOITO

Synnytyksen jälkeistä masennusta arvioidaan Suomessa olevan noin 9–16 prosentilla synnyttäneistä naisista.^{30, 31} Myös isillä on todettu synnytyksen jälkeistä masennusta, joka on korkeimmillaan 3–6 kuukauden kuluttua synnytyksestä ja joka on yhteydessä äidin masennukseen.³² Synnytyksen jälkeisen masennus voi vaihdella lievista oireista psykoottiseen masennustilaan. Lapsivuodepsykoosi on vakava mielenterveysongelma, joka puhkeaa tavallisesti kahden viikon kuluttua synnytyksestä, ja siihen liittyy tyypillisesti todellisuudentajun pettämistä ja hallusinaatioita. Lapsivuodepsykoosiin sairastuu 1–2 äitiä tuhannesta. Sairastuneiden äitien hoito toteutetaan erikoissairaanhoidossa.^{33,34}

Terveydenhuollon henkilökunnalta edellytetään hyviä vuorovaikutustaitoja, mielenterveytyksen erityisosaamista ja moniammatillista yhteistyötä synnytyksen jälkeisen masennuksen varhaiseksi tunnistamiseksi ja hoitamiseksi. Hoito edellyttää varsinaisen masennushoidon lisäksi koko perheen hyvinvoinnin kokonaisvaltaista tukemista. EPDS-lomaketta (Edinburgh Postnatal Depression Scale) ja siihen liittyvää keskustelua hyödynnetään sekä lasta odottavien että synnyttäneiden perheiden hoidossa. EPDS-lomakkeen käyttö edellyttää toimivien hoitopolkujen olemassaoloa.

Synnytyksen jälkeisestä masennusta ja suosituksia sen tunnistamisesta ja hoidosta käsitellään Äitiysneuvolaoppaassa (luku Synnytyksen jälkeinen masennus).²⁵

Tavoite

- ▶ Synnytyksen jälkeinen masennus tunnistetaan, ja synnyttänyt, kumppani ja muu perhe saavat tarvitsemansa hoidon ja tuen.

Toimenpiteet

- ▶ Perusterveydenhuollon ja/tai erikoissairaanhoidon ammattihenkilöiden tarvittaessa moniammatillisesti toteutettavaa kotikäyntiä hyödynnetään synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa.
- ▶ Alueelliset palvelujen järjestämisestä vastuussa olevat tahot varmistavat synnytyksen jälkeistä masennusta sairastavan hoitopolun olemassa olon ja toimivuuden.
- ▶ Perusterveydenhuollon ja/tai erikoissairaanhoidon terveydenhoitajat, kätilöt ja lääkärit käyttävät EPDS-lomaketta synnytyksen jälkeisen masennuksen seulonassa jokaiselle äidille ja ohjaavat hoitopolun mukaisesti hoitoon.
- ▶ THL laatii synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta kansallisen hoitosuosituksen yhdessä alan asiantuntijoiden kanssa.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

JÄLKITARKASTUS JA SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN RASKAUDEN EHKÄISY

Jälkitarkastus suoritetaan synnytyksen jälkeen äidin terveydentilan tutkimiseksi ja mahdollisten synnytysvaurioiden toteamiseksi.³⁵ Vanhempainrahan maksamisen edellytyksenä on, että äiti on käynyt lääkärin tai säännöllisen synnytyksen jälkeen julkisen terveydenhuollon palveluksessa olevan ja riittävän koulutuksen saaneen kätilön tai terveydenhoitajan suorittamassa jälkitarkastuksessa aikaisintaan 5 ja viimeistään 12 viikon kuluttua synnytyksestä. Jälkitarkastuksen sisältö ja sitä koskeva suositus esitetään Äitiysneuvolaoppaassa (luku Synnytyksen jälkitarkastus).²⁵ Alustava keskustelu perhesuunnittelusta käydään loppuraskauden aikana ja ehkäisytarpeen arviointi otetaan uudelleen esiin synnytyksen jälkeen sopivan ehkäisymenetelmän valitsemiseksi.

Tavoitteet

- ▶ Jälkitarkastuksessa selvitetään synnyttäneen kokonaistilanne ja mahdolliset synnytysvauriot.
- ▶ Synnytyksen jälkeisen ensimmäisen vuoden aikana tehtyjen raskaudenkeskeytysten määrä vähenee.

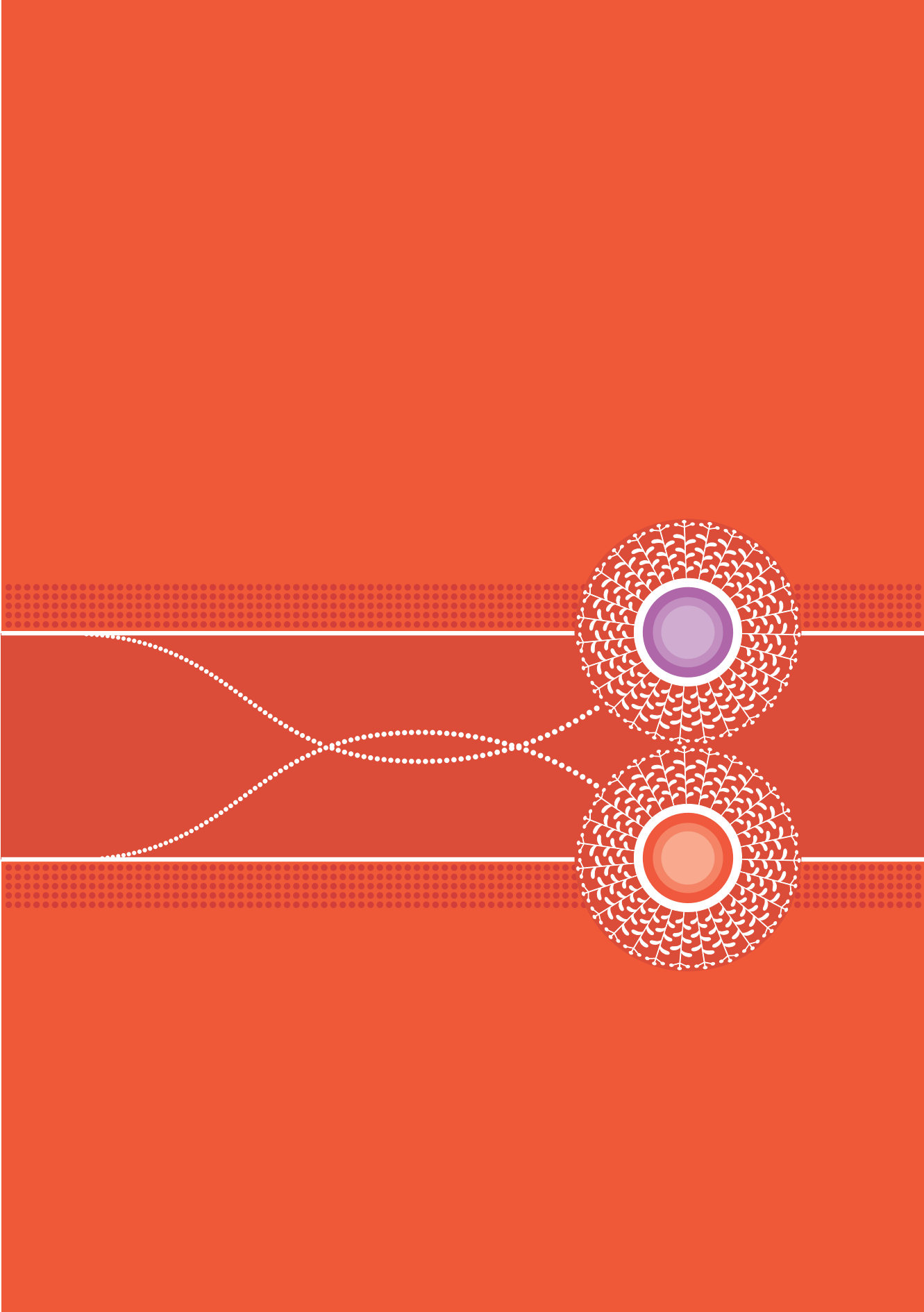
Toimenpiteet

- ▶ Terveydenhoitaja, kätilö tai lääkäri selvittää jälkitarkastuksessa äidin fyysisen kunnon lisäksi myös psyykkisen tilan, perheen psykososiaalisen tilanteen ja antaa perheen selviytymistä edistävää ohjausta ja tukea, keskustelee perhesuunnittelusta sekä loppuraskaudessa että synnytyksen jälkeen ja antaa seksuaali-neuvontaa yksilöllisesti tarpeen mukaan.
- ▶ Jälkitarkastuksessa terveydenhoitaja, kätilö tai lääkäri tehostaa parisuhteen tukemista, synnytyksen jälkeisen ehkäisyn aloittamista ja siihen liittyvää neuvontaa erityisesti painottaen pitkäaikaisen ehkäisyn, kuten kierukoiden ja kapseleiden käyttöä.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

Lähteet

1. Suomen virallinen tilasto (SVT). 2013. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2012. Tilastoraportti 24/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201309276347>.
2. Suomen virallinen tilasto (SVT). 2012. Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain 2010–2011. Tilastoraportti 27/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201301291679>.
3. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Päivystysasetuksella varmistetaan riittävä asiantuntemus kiireellisissä hoidossa. Tiedote 153/2013. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1862521>. Viitattu: 27.2.2014.
4. The Royal College of Midwives (RCM). 2012. Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour: Birth Environment.
5. Joanna Briggs Institute. 2011a. Midwifery Practice Manual. Antenatal: Parent Education.
6. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
7. Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.). 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Opas 29. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5>.
8. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). 2007. Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical guidelines, CG55. NICE clinical guideline. London.
9. The Royal College of Midwives (RCM) 2012. Evidence Based Guidelines for Midwifery-led Care in Labour. Latent phase. The Royal College of Midwives.
10. Adams, E. & Bianchi, A. 2008. A Practical Approach to Labor Support. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing 37, 106–115.
11. Bailey, JM. & Crane, P. 2008. Childbirth Education and Birth Plans. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 35, 497–509.
12. WHO. 1996. Care in normal birth: a practical guide. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/ Viitattu: 27.2.2014.
13. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://pre20090115.stm.fi/pr1180335140613/passthru.pdf>.
14. Joanna Briggs Institute. 2009. Midwifery Practice Manual. Firts Stage of Labour.
15. Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, G., Sakala, C. 2012. Continuous support for women during childbirth. The Cochrane Library. Cochrane Database Syst Rev. 17;10:CD003766. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub4/abstract>.
16. Romano, A. & Lothian, J. 2008. Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth A Look at the Evidence. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing 37, 94–105.
17. Joanna Briggs Institute. 2011. Midwifery Practice Manual. Firts Stage of Labour.
18. Erickson-Owens, D. & Mercer, J. 2010. Labor Support. In Shields, S.G and Candib, S.G. eds. Women-Centered Care in Pregnancy and Childbirth, Oxford: Radcliffe Publishing Ltd, 296–297.
19. Joanna Briggs Institute. 2011c. Midwifery Practice Manual. Second Stage of Labour.
20. Kettle, C., Hills, RK., Jones, P., Darby, L., Gray, R., Johanson, R. 2002. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. Lancet. 29;359(9325), 2217–23.
21. Kettle, C., Hills, RK., Ismail, KM. 2007. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. Cochrane Database Syst Rev. 17;(4):CD000947.
22. Kättilöliitto. 2009. Synnyttäjän hoito onnistusvaiheessa. Hoitosuositukset ja toimintaohjelmat. Suomen Kättilöliitto ry. <http://www.suomenkättiliitto.fi/?do=open&page=63> Viitattu: 28.2.2014.
23. Joanna Briggs Institute. 2011. Midwifery Practice Manual. Third Stage of Labour.
24. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Imetyksen edistäminen Suomessa: Toimintaohjelma 2009–2012. Raportti 32/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085091>.
25. Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.) 2013. Äitiysneuvolaopas, suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Opas 29. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5>.
26. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
27. WHO & Unicef. 2009. Vauvamyönteisyysohjelma. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/vauvamyönteisyys/ohjelma Viitattu: 27.2.2014.
28. Koskela, M. & Kääriäinen, M. 2009. Kättilöiden käsitykset synnytyskeskustelusta ja sen merkityksestä kättilötyössä. Tutkiva hoitotyö 4/2009, 20–26.
29. Lawrence, BB. & Phipps, B. 2004. Normal birth: women's stories. Teoksessa Downe, Soo (toim.): Normal birth. Evidence and debate. Churchill Livingstone Elsevier.
30. Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin R. & Almqvist, F. 2001. Longitudinal Study of maternal depressive symptoms and child well-being. Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 40, 1367–1374.
31. Korja, R., Savonlahti, E., Ahlqvist-Björkroth, S., Stolt, S., Haataja, L., Lapinleimu, H. ym. 2008. Maternal depression is associated with mother–infant interaction in preterm infants. Acta Paediatrica 97(6), 724–30.
32. Paulson, JF. & Bazemore, SD. 2010. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. The Journal of the American Medical 19;303(19), 1961–9.
33. Hübner-Liebermann, B., Hausner, H., Wittmann, M. 2012. Recognizing and Treating Peripartum Depression. Dtsch Arztebl Int. 2012 Jun;109(24):419–24.
34. Patel, M., Bailey, R., Jabeen, S., Ali, S., Barker NC. & Osiezagha K. 2012. Postpartum Depression: A Review. J Health Care Poor Underserved. 23(2):534–42.
35. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Sairausvakuutuslaki 1224/2004. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041224>.



11 RASKAUDEN EHKÄISY

Raskauden ehkäisymenetelmien käytöstä on Suomessa saatavilla väestötason tietoa lähinnä Kouluterveyskyselyistä, Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksista, FINRISKI- ja Terveys 2000 ja 2011 -tutkimuksista sekä muutamista yksittäisistä tutkimuksista. Venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisten naisten ehkäisyn käytöstä on tietoa THL:n Maamu-tutkimuksessa. Steriloinneista saadaan vuosittain tietoa sterilointirekisteristä.

EHKÄISYMETELMIEN KÄYTTÖ

Nuoret ja opiskelijat

Tyttöjen ehkäisypillereiden käytön lisääntyminen saavutti suunnilleen nykyisen tasonsa 1990-luvun alussa.¹ Kouluterveyskyselyn mukaan peruskoulun yläluokkalaisista 16 prosenttia, lukiolaisista 7 prosenttia ja ammattiin opiskelevista 12 prosenttia oli ollut viimeisimmässä yhdynnässä ilman ehkäisyä.²

Peruskoululaiset käyttivät ehkäisykeinona yleisimmin kondomia.² Ammattiin opiskelevilla tytöillä yleisin ehkäisymenetelmä oli hormonaalinen ehkäisy. Tyttöillä hormonaalinen ehkäisy yleistyi siirryttäessä alemmalta luokka-asteelta ylemmälle ja peruskoulusta toiselle asteelle. Kondomin ja e-pillerien tai muiden hormonaalisten valmisteiden yhteiskäyttö oli nuorilla harvinaista. Jälkiehkäisyn käyttö on lisääntynyt 2000-luvulla kaikilla luokka-asteilla.³ Vuosina 2010/2011 yhdynnässä olleista peruskoulun tytöistä 28 prosenttia, lukion tytöistä 39 prosenttia ja ammattiin opiskelevista tytöistä 43 prosenttia oli käyttänyt joskus jälkiehkäisyä.

Yliopistossa ja ammattikorkeakoulussa opiskelevista naisista 47 prosenttia ja miehistä 39 prosenttia ilmoitti käyttäneensä raskauden ehkäisynä ehkäisypillereitä viimeisen kuukauden aikana.⁴ Kondomia oli käyttänyt 45 prosenttia miehistä ja 36 prosenttia naisista. Yliopisto-opiskelijanaisista jälkiehkäisyä on Suomessa käyttänyt lähes puolet.⁵ Muista aikuisopiskelijoista ei vastaavaa tutkimusta ole tehty.

Aikuisväestö

Terveys 2011 -tutkimuksessa noin viidennes 30–44-vuotiaista miehistä (21 %) ja naisista (22 %) ilmoitti käytössä olevan hormonaalisen ehkäisymenetelmän (naisten ehkäisypilleri, -rengas tai -laastari).⁶ Miehet (27 %) raportoivat naisia (21 %) useammin kondomin käytöstä. Hormonaalisen ehkäisyn ja kondomin yhteiskäyttö oli 45–54-vuotiailla harvinaisempaa kuin 30–44-vuotiaalla, etenkin naisilla. Kierukkaa käytettiin molemmissa ikäryhmissä yhtä paljon. Raskaudenkeskeytyksen jälkeen aiempaa useampi nainen suunnitteli jatkoehkäisykseen kohdunsisäistä menetelmää.

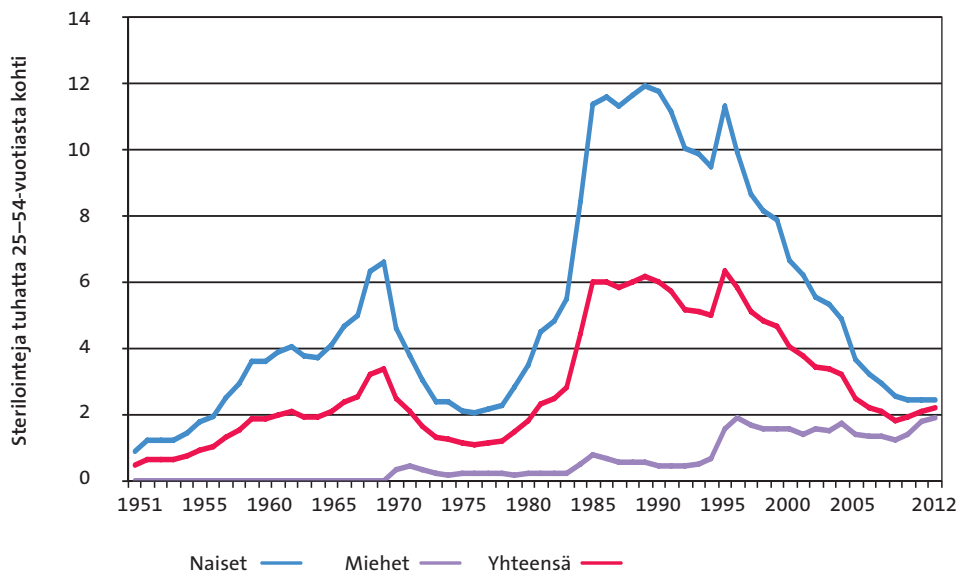
Lähes kaikkien luotettavien ehkäisymenetelmien käyttö oli Maamu-tutkimukseen osallistuneilla naisilla harvinaisempaa kuin Terveys 2011 -tutkimukseen osallistuneilla naisilla.⁷ Alle 55-vuotiaista venäläis- ja kurditaustaisista naisista 43 prosenttia

ja somalialaistaustaisista alle 12 prosenttia kertoi käyttävänsä jotain raskauden ehkäisymenetelmää. Hormonaalista ehkäisyä (ehkäisytabletti, -rengas tai -laastari) käytti 9 % venäläis-, 3 % somalialais- ja 16 % kurditaustaisista 18–54-vuotiaista naisista. Noin 20 % venäläis-, 2 % somalialais- ja 8 % kurditaustaisista naisista raportoi käyttävänsä ehkäisymenetelmänä kondomia.

Jälkiehkäisyyn vapautuessa itsehoitolääkkeeksi vuonna 2002 asetettiin toiveita raskauden keskeytysten vähenemiseen nimenomaan jälkiehkäisyä eniten käyttävien ikäryhmissä (alle 25-vuotiaat). Raskaudenkeskeytystilastojen perusteella toivottua tavoitetta ei ole saavutettu. Kouluterveyskyselytutkimuksen mukaan nuorten tietoisuus jälkiehkäisystä oli hyvä ja kasvoi iän myötä.¹

Steriloinnit

Steriloitien kokonaismäärä on muutaman viime vuoden lisääntymistä lukuun ottamatta laskenut huomattavasti 15 viime vuoden aikana (kuvio 5).⁸ Laskua selittävät muun muassa hormonikierukan käytön kasvu, ehkäisymenetelmien valikoiman laajeneminen, lastenhankkimisiin nousu ja pitkät odotusajat sterilointiin. Suurin osa steriloinneista tehdään edelleen naisille (55 %), mutta miesten ja naisten sterilointien määrän suhde on jatkanut tasoittumista. Väestöön suhteutettuna sterilointeja tehtiin tuhatta 25–54-vuotiasta kohti 2,2, miehille 1,9 ja naisille 2,4. Vuonna 2012 suurin osa naisten steriloinneista tehtiin 35–39-vuotiaille (38,1 %), vaikka 30–34-vuotiaiden naisten sterilointien osuus on viime vuosina kasvanut. Myös miehillä sterilointi oli yleisintä 35–39-vuotiailla (31 %). Miehille kuitenkin tehtiin sterilointeja tasaisemmin eri ikäryhmissä.

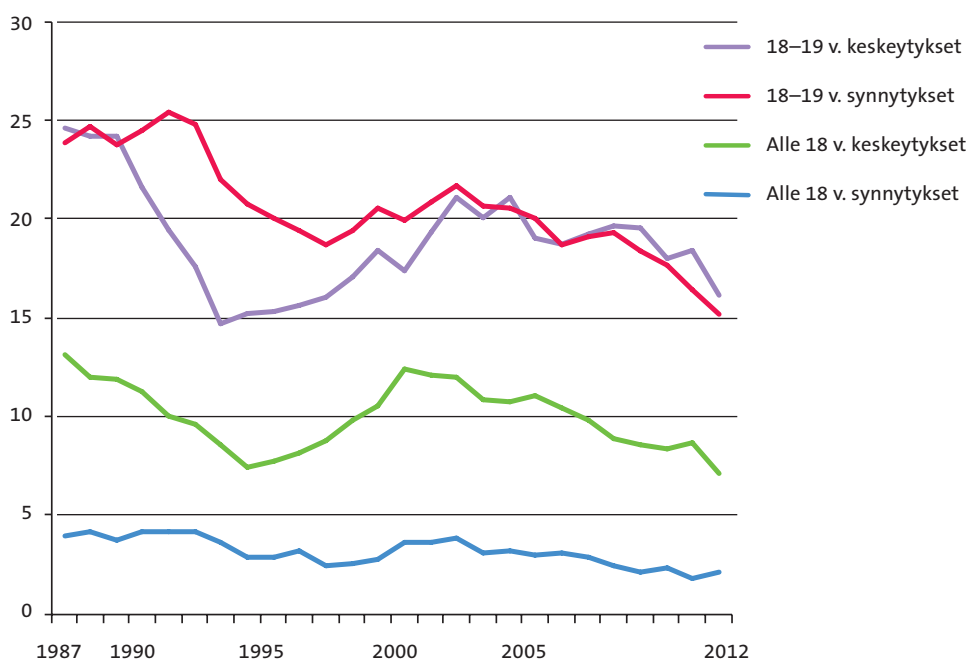


Kuvio 5. Steriloinnit tuhatta 25–54-vuotiaasta kohti vuosina 1950–2012.⁸

SUUNNITTELEMATON RASKAUS

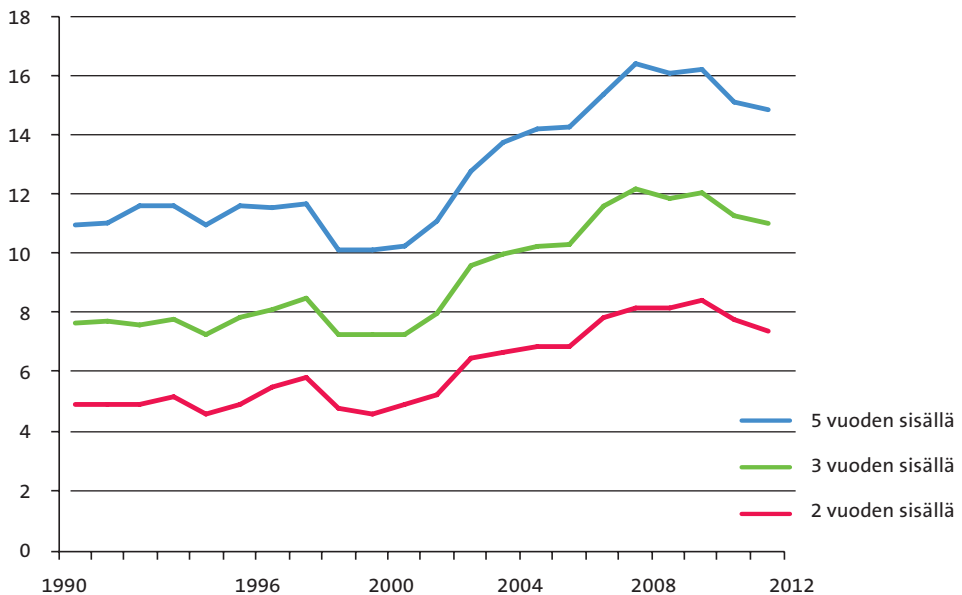
Suomessa on hyvin vähän tietoa siitä, miten suuri osa raskauksista on ollut suunniteltuja ja miten hyvin perheen koon suunnittelu ja lasten syntymän ajoittuminen ovat onnistuneet. THL:n vuonna 2012 toteuttaman Lapsiperheiden hyvinvointi -kyselyn mukaan 19 prosenttia naisvastaajista ja 16 prosenttia miesvastaajista ilmoitti, että esikoislapsen syntymään johtanut raskaus oli suunnittelematon.⁹ Nuoremmilla ja vähemmän koulutetuilla tämä oli yleisempää. Iällä oli koulutusta suurempi merkitys: suunnittelematon raskaus oli kolme kertaa yleisempää alle 30-vuotiailla kuin 30 vuotta täyttäneillä naisilla.

Raskauden ehkäisyn tuloksellisuutta voidaan arvioida raskaudenkeskeytystilastojen perusteella. Lisäksi indikaattorina voidaan käyttää nuorten raskauksia, sillä yli puolet alle 20-vuotiaiden ja lähes kaikki alle 18-vuotiaiden (70–85 %) raskauksista ovat todennäköisesti suunnittelemattomia, koska ne päättyvät raskaudenkeskeytykseen (kuvio 6). Alle 20-vuotiailla raskaudenkeskeytysten ja synnytysten määrä on 1990-luvun kasvu lukuun ottamatta kokonaisuudessaan laskenut vuodesta 1987 ja tasoittunut 2000-luvulla.



Kuvio 6. Alle 18-vuotiaiden ja 18–19-vuotiaiden synnytykset ja raskaudenkeskeytykset tuhatta 15–17/18–19-vuotiasta naista kohti.^{10, 11}

Aiemmin raskaudenkeskeytyksessä olleiden osuus kaikista raskauden keskeytyksistä kasvoi 1990-luvulta vuoteen 2009 ja on sen jälkeen kääntynyt hienoiseen laskuun (kuvio 7). Erityisenä huolenaiheena ovat lyhyellä aikavälillä toistuvat raskaudenkeskeytykset. Vuonna 2012 vähintään kerran aiemmin raskaudenkeskeytyksessä oli ollut 37 prosenttia ja lähes puolet oli synnyttänyt vähintään kerran.¹² Molemmat ryhmät ovat siis olleet aiemmin terveydenhuollon palvelujärjestelmän piirissä, mutta ehkäisyneuvonnalla ei ole ollut toivottavaa vaikutusta. Perhesuunnittelun vaikeuksista kertoo se, että raskaudenkeskeytyksen riski on kohonnut 6–8 kk synnytyksen jälkeen.¹³ Vuonna 2011 runsas 11 prosenttia raskaudenkeskeytyksessä olleista naisista on synnyttänyt joko samana vuonna tai sitä edeltävänä vuonna.^{10, 14}



Kuvio 7. Raskaudenkeskeytykset, joissa edellinen raskaus päättynyt keskeytykseen 2, 3 ja 5 vuoden sisällä vuosina 1990–2012, %.¹⁰

Lisääntymistilastojen perusteella ehkäisy ei toteudu toivotulla tavalla etenkin alle 25-vuotiailla. Tähän saattaa myös vaikuttaa kyseisten ikäluokkien tarpeita vastaavien ehkäisypalvelujen puute. Myös synnytyksen ja raskaudenkeskeytyksen jälkeisiä ehkäisypalveluja ja -tarjontaa on parannettava.

Vuonna 2012 kaikista raskaudenkeskeyttäjäistä 35 prosenttia ei ollut käyttänyt mitään ehkäisyä raskauden alkaessa.¹² Alle 20-vuotiaiden osuus oli 33 prosenttia. Alle 20-vuotiaista hieman yli puolet oli käyttänyt ehkäisynä kondomia ja 14 prosenttia ehkäisytabletteja tai -kapselia. Vaikka raskauden ehkäisyyn aina liittyvä epäonnistumisen mahdollisuuskin huomioitaisiin, ainakin kolmannes keskeytyksistä olisi estettävissä riittävän ehkäisyn käytöllä.

Vuonna 2002 jälkiekhäisyn reseptipakko poistettiin 15 vuotta täyttäneiltä. Tämän jälkeen jälkiekhäisyä käyttäneiden osuus on kasvanut hieman, mutta tasaantunut viime vuosina.¹² Vuonna 2012 kaikista raskaudenkeskeyttäjäistä jälkiekhäisyä ilmoitti käyttäneensä 3,4 prosenttia eli lähes yhtä usea kuin vuonna 2012. Alle 20-vuotiaista sitä oli käyttänyt 2,3 prosenttia.

Raskaudenkeskeytyksen jälkeiseksi ehkäisymenetelmäksi oli vuonna 2012 yleisimmin suunniteltu ehkäisytablettiä tai -kapselia (57 %).¹² Alle 20-vuotiaille näitä suunniteltiin ehkäisykeinoksi 84 prosentille. Kohdunsisäinen ehkäisy oli vuonna 2012 suunnitelmissa 28 prosentille. Tämän ehkäisyntavan osuus on suunnitellussa ehkäisyssä kasvanut. Kaikista raskaudenkeskeyttäjäistä 7,2 prosentille ei ollut suunniteltu ehkäisyä tai sitä ei ollut ilmoitettu. Vastaava luku alle 20-vuotiaille oli run- sas 2 prosenttia.

RASKAUDEN EHKÄISYPALVELUT

Raskauden ehkäisyneuvonta tuli kuntien järjestettäväksi Kansanterveyslain¹⁵ myötä vuonna 1972. Terveystieteidenhuoltolaki¹⁶ säätelee ja ohjaa alueiden ehkäisyneuvontaa ja laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista¹⁷ seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelujen maksutonta järjestämistä. Suomessa ei ole valtakunnallisia suosituksia raskauden ehkäisystä. WHO on julkaissut kansainväliset kriteerit vuonna 2009.¹⁸

Vuonna 2008 erillinen ehkäisyneuvola oli olemassa neljänneksessä terveyskeskuksista.¹⁹ Tämä oli yleisin palvelujen järjestämistapa silloin, kun väestömäärä ylitti 50 000 asukasta. Useimmiten palvelu oli liitetty muuhun neuvolatoimintaan (yhdistetty äitiys- ja ehkäisyneuvola 45 %, äitiys-, ehkäisy- ja lastenneuvola 21 %). Erillisiä nuorisovastaanottoja oli vähän, mutta valtaosassa kunnista nuoret saivat ehkäisy- palveluja koulu- ja opiskeluterveydenhuollon kautta. Nuoret pääsivät seksuaaliterveysasi- oissa vastaanotolle viikon sisällä 41 prosentissa terveyskeskuksista. Alle 20-vuotiaiden ehkäisymenetelmien tuki toteutui kolmanneksessa terveyskeskuksista. Ehkäisyneu- vonnassa keskeinen seikka on nopea pääsy palveluihin ja palvelujen saavutettavuus.

Raskauden ehkäisy- palvelujen tehostamiseksi on tärkeää

- tehostaa poikien ja miesten saamista mukaan ehkäisyneuvontaan
- madaltaa yhteydenottokynnystä ehkäisyneuvontapalveluihin
- tehostaa raskaudenkeskeytykseen hakeutuvan naisen ehkäisyneuvontaa pa- neutumalla hänen elämäntilanteeseensa, aiemmin käytettyihin ja mahdollisesti epäonnistuneisiin ehkäisyvaihtoehtoihin ja miettimällä yhdessä pitkäaikaisia (kierukka, kapseli) vaihtoehtoja raskaudenkeskeytyksen jälkeiseen ehkäisyyn (ks. luku 12 Raskaudenkeskeytyks)
- saada kunnan tai Kelan tukea alle 25-vuotiaiden ehkäisyvälineiden hankintaan
- antaa tietoa käyttäjän kannalta helpoista, vaivattomista ja luotettavista vaihtoehtoista
- vähentää kierukkaehkäisyyn liittyviä ennakkoluuloja ja harkita hormonikie- rukkaa vaihtoehtona myös synnyttämättömille nuorille, jotka voivat tarvita ehkäisyä useampia vuosia.²⁰

Ehkäisy synnytyksen jälkeen

Synnytyksen jälkeinen raskauden ehkäisy on tarpeen ottaa puheeksi jo raskausaikaisessa ohjauksessa.²¹ Ohjauksen sisältöä ja vaikuttavuutta tulee arvioida ja kehittää. Valtakunnallisesti tarvitaan yhtenäisiä käytäntöjä ja pariskunnat tehokkaasti tavoitettavaa neuvontaa ja toimintatapoja.

Täysimetus ja kuukautisten puuttuminen ensimmäisten kuuden kuukauden ajan lapsen syntymästä (Lactational amenorrhea method, LAM) vastaavat ehkäisytehoon kondomin käyttöä.²¹ Viimeistään jälkitarkastuksessa on mietittävä ehkäisyvaihtoehtoja ja huolehdittava, että raskaudenehkäisystä on tehty suunnitelma, joka voidaan ottaa käyttöön mahdollisimman pian, ellei toiveissa ole uusi raskaus. On kuitenkin muistettava, ettei täysimetus ja kuukautisten puuttuminen ensimmäisten kuuden kuukauden ajan suojaa seksin välityksellä tarttuvilta taudeilta.

Nuoret ja ehkäisy

Neuvonta raskauden ehkäisystä ja muu seksuaaliterveysneuvonta kuuluvat valtioneuvoston asetuksen²² mukaan neuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluihin. Suositusten mukaan kouluterveydenhuollossa tulisi olla mahdollisuus antaa nuorille tarvittaessa maksuttomia kondomeja sekä jälkiehkäisyypakkauksia. Toimivaksi on todettu käytäntö, jonka mukaan kouluterveydenhoitaja voi lääkärin ohjeiden mukaan tehdä ehkäisytablettien aloitukseen liittyvän haastattelun ja antaa aloituspakkauksen nuorelle mukaan.²³ Samalla varataan aika ensimmäiseen tarkastukseen lääkärin vastaanotolle.

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) tarjoaa palveluja yliopisto-opiskelijoille. Raskaudenehkäisykäynti oli 1986–2005 seurantajakson aikana yleisin yksittäisen lääkärin vastaanotolla käynnin syy.²⁴ Opiskeluterveydenhuollon opas antaa ohjeita muun muassa opiskelijoiden seksuaaliterveyspalveluista ja korostaa viivytyksetöntä pääsyä raskauden ehkäisypalveluihin.²⁵

15 vuotta täyttäneillä on ollut mahdollisuus hankkia hormonaalista jälkiehkäisyä reseptittä apteekista vuodesta 2002 lähtien. Jälkiehkäisyn toteuttamisessa tarvitaan silti terveydenhuollon palveluja.²⁶ Alle 15-vuotiaat tarvitsevat edelleen reseptin jälkiehkäisyyn ja apteekin on ohjattava asiakas jälkitarkastukseen, jos kuukautiset myöhästyvät yli viikon. Lisäksi kaikki alle 18-vuotiaat ohjataan jälkitarkastukseen yksilöllistä seksuaali- ja ehkäisyneuvontaa varten. Seksien välityksellä tarttuvien tautien seulonta on tärkeä muistaa jälkiehkäisyn yhteydessä. Lisäksi terveyskeskuksen kautta pitäisi tarvittaessa saada kuparikierukka myös jälkiehkäisyarkoitukseen.

EHKÄISYPALVELUJEN KEHITTÄMINEN

Raskauden ehkäisypalveluiden ydinajatuksukset ovat paljolti samat kuin edellisessä toimintaohjelmassa: palvelujen kehittäminen kokonaisvaltaisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen suuntaan. Hallitusohjelmassa²⁷ tavoitteeksi on asetettu se, että raskauden ehkäisyneuvontaan integroidaan kokonaisvaltainen seksuaaliterveyden edistäminen eli seksitautien ehkäisy, seksuaaliterveysneuvonta ja seksuaalisuutta loukkaavan

väkivallan ehkäisy. Sopivan ehkäisymenetelmän valinta edellyttää haastattelua seksuaalikäyttäytymisestä, parisuhteen luonteesta ja elämäntilanteesta, mikä tarjoaa luontevan tilaisuuden hallitusohjelman tavoitteen toteuttamiseen. Aiempaa enemmän huomiota tulisi kiinnittää myös ikää ja hedelmällisyyttä koskevaan neuvontaan.^{24,28}

Valtaosa suomalaisista 15–79-vuotiaista käyttää verkkoa, jonka kautta haetaan jonkin verran tietoa myös ehkäisystä.^{29,30} Ehkäisypalvelujen kehittämisessä verkkoa kannattaakin hyödyntää muun muassa asiakkaiden informoinnin sekä palveluaikojen sähköisen varaamisen kehittämisessä. Palvelujen ja neuvonnan vieminen verkkoon alentaa palvelujen piiriin hakeutumisen kynnyistä ja lisää maantieteellistä yhdenvertaisuutta.

Perhesuunnittelupalveluja tulisi kehittää niin, että myös miehet voisivat luontevasti tulla vastaanotolle perhesuunnittelu- ja seksuaaliterveysasioissa.²⁴ Kumppanin olisi hyvä osallistua niin ehkäisyn aloitus- kuin seurantakäynnille. Näin olisi mahdollista antaa seksuaalineuvontaa molemmille osapuolille.

Kätilön, sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan aloittamasta hormonaalisesta ehkäisystä ja lääkärin määräämien ehkäisyvalmistereseptien uusimisesta säädellään lailla terveydenhuollon ammattihenkilöistä,³¹ oireenmukaista hoitoa³² ja rajattua lääkkeen määräämistä koskevilla säädöksillä³² sekä STM:n asetuksella lääkkeen määräämisestä.³³ Asetuksen mukaan kätilö, sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja, joka on saanut lisäkoulutuksen ja jolla on riittävästi kokemusta, voi määrätä ehkäisytabletteja, progesteronia sisältäviä muovikierukoita ja emätinrenkaita. Lainsäädäntö ei määrittele esimerkiksi sitä, mitä lääkäri, kätilö, sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja voi tehdä kierukoiden asettamisessa. Osaaminen saadaan koulutuksessa ja työnjakoa ammattiryhmien välillä voidaan kehittää terveydenhuollon ammattihenkilölainsäädännön pohjalta. Hormonaalisen ehkäisyn aloittamisen lisäksi hoitaja voi huolehtia myös merkittävästä osasta terveen naisen seurantakäyntejä.³⁴

Tavoitteet

- ▶ Raskauden ehkäisystä tehdään valtakunnalliset suositukset.
- ▶ Seksuaalineuvontaa annetaan raskaudenehkäisypalvelujen yhteydessä ja synnytyksen jälkeen.
- ▶ Raskauden ehkäisypalveluja tarjotaan maksutta ympärivuotisesti kaikille hedelmällisyyksiänsä oleville ikäryhmille; raskauden ehkäisyn aloittamiseen ja seurantaan liittyvät tutkimukset sisältyvät näihin palveluihin.
- ▶ Raskauden ehkäisy- ja perhesuunnittelupalveluissa huomioidaan nuorten ja miesten, vammaisten ja maahanmuuttajien erityistarpeet sekä seksuaalisen suuntautumisen, sukupuoli-identiteetin ja sukupuolen ilmaisun moninaisuus.
- ▶ Raskauden ehkäisyneuvontaa kehitetään kansainvälisten suositusten mukaisesti ja kehittämishankkeita rahoitetaan osana terveyttä edistävää toimintaa.
- ▶ Kehitetään lääkäreiden ja hoitajien raskauden ehkäisyyn liittyvää osaamista ja selkiytetään työnjakoa.

Toimenpiteet

- ▶ Duodecimien Käypä hoito -työryhmä tekee raskauden ehkäisystä Käypä hoito -suosituksen.
- ▶ Alueelliset ja paikalliset seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelujen järjestämisestä vastaavat tahot laativat toimintaohjeet ehkäisyneuvonnan toteuttamisesta ja palvelujen järjestämisestä Käypä hoito -suosituksen pohjalta sekä kehittävät ehkäisyneuvonnan laatukriteerejä.
- ▶ Terveydenhuollon ammattihenkilöt tarjoavat maksutta valitun ehkäisymenetelmän raskauden keskeytyksen yhteydessä ja synnytyksen jälkeen (esim. pillerit, ehkäisyrengas tai -laastari, ehkäisykapselit, kierukka) ja suosivat erityisesti raskaudenkeskeytyksen jälkeen pitkäaikaisia ehkäisymenetelmiä (kapselit, kierukka).
- ▶ Kunnat tai kuntayhtymät huolehtivat äitiys- ja/tai lastenneuvolan yhteyteen järjestettyjen ehkäisyneuvontapalvelujen tunnettavuudesta riittävän ja monikanavaisen informaation avulla sekä ehkäisyneuvontapalvelujen ympärivuotisesta saatavuudesta ja saavutettavuudesta.
- ▶ Kunnat tai kuntayhtymät keskittävät ehkäisyneuvontapalvelut paikkaan, jonka työntekijöillä on tarvittava erityisosaaminen: suuremmissa kunnissa/kuntayhtymissä erilliseksi ehkäisy- tai perhesuunnitteluneuvolaksi ja pienemmissä yksiköissä muun neuvolatoiminnan yhteyteen.
- ▶ Kunnat tai kuntayhtymät järjestävät ehkäisyneuvontapalvelut niin, että ehkäisyvälineiden valikoima kattaa kaikki käytössä olevat menetelmät, vastaanottotilat ovat esteettömät, ehkäisy voidaan aloittaa mahdollisimman nopeasti ja että nuoret asiakkaat saavat vastaanottoajan viimeistään viikon sisällä yhteydenotosta terveydenhuoltoon.
- ▶ Kunnat tai kuntayhtymät tarjoavat alle 20-vuotiaille heidän valitsemansa ehkäisyn maksutta.
- ▶ Kunnat tai kuntayhtymät huolehtivat, että ehkäisyneuvontamateriaalia on saatavilla sekä selkokielenä että useilla eri kielillä ja varmistavat tarvittaessa sekä vieraiden kielten että viittomakielen tulkin käytön.
- ▶ Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluista järjestämisvastuussa olevat tahot järjestävät alueellaan miehille mahdollisuuden sterilointiin.
- ▶ Kunnat tai kuntayhtymät ja alan järjestöt kehittävät palvelukäytäntöjä niin, että niissä huomioidaan myös pojat ja miehet.
- ▶ Tulevaisuudessa etenkin suuremmat kunnat tai kuntayhtymät, järjestävät nuorten ehkäisyneuvontapalvelut ja -neuvonnan osana nuorten monialaisia palveluja ja kiinnittävät erityistä huomiota maahanmuuttajanuorten neuvontaan.
- ▶ Nuorten palveluissa työskentelevät ammattihenkilöt huomioivat luottamuksellisuuden, helpon saavutettavuuden (lähipalvelu), esteettömyyden ja eri kulttuurien tavat sekä mahdollisuuden moniammatillisiin konsultaatioihin.

> >

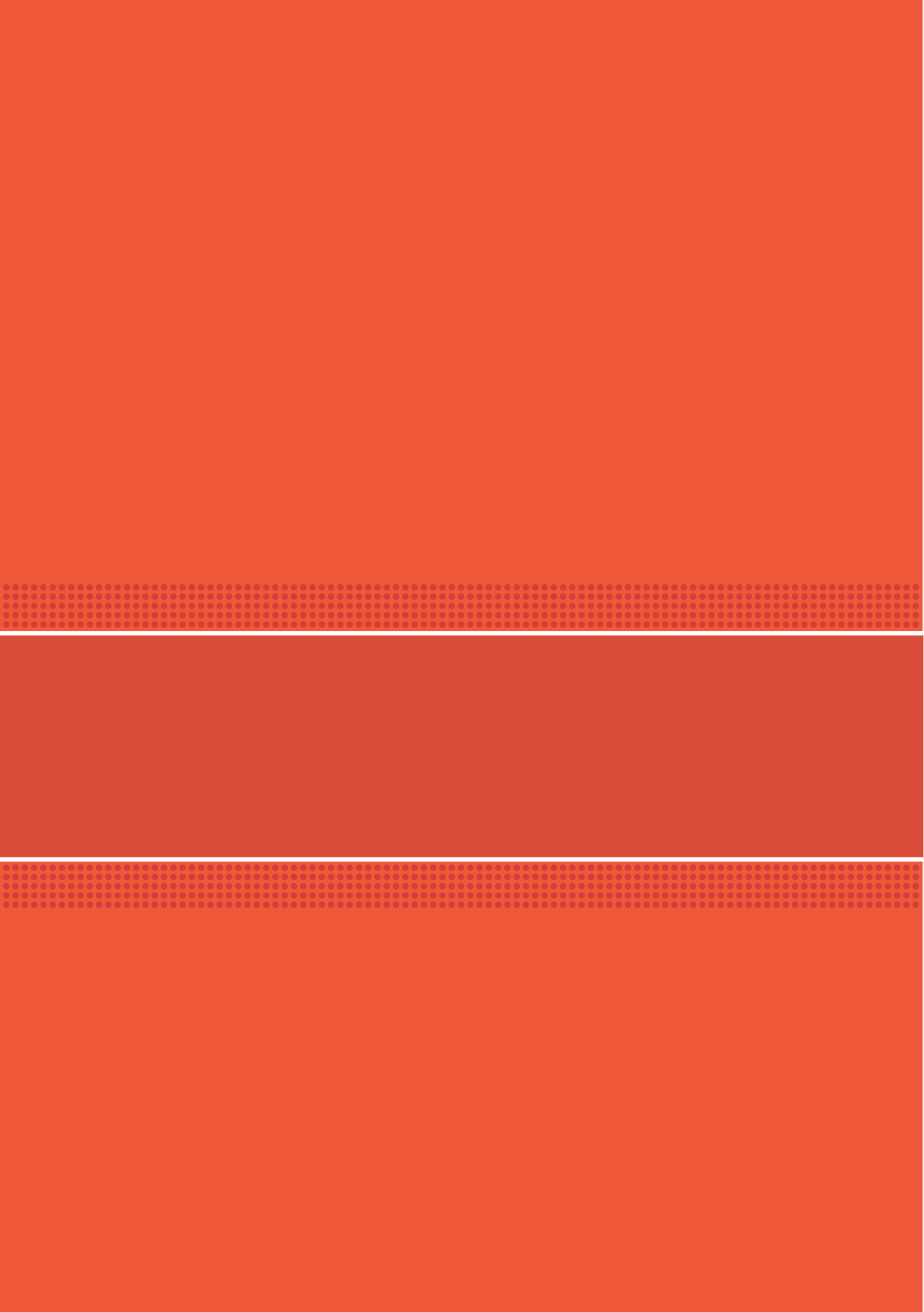
- ▶ Terveyskeskukset ja apteekit sopivat paikkakuntaakohtaisesti alle 20-vuotiaiden jälkiehkäisyasiakkaiden jälkitarkastukseen ohjaamisesta sekä seksitautitesteihin pääsystä Käypä hoito-suosituksen mukaisesti.
- ▶ Esimiehet huolehtivat, että ehkäisyneuvontatyötä tekevät ammattihenkilöt saavat ehkäisyneuvonnasta täydennyskoulutusta, joka sisältää mm. tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveydestä, eri ehkäisyvalmisteista, lääkkeenmäärämisoi-keuksista, erityisryhmien kuten vammaisten ja maahanmuuttaja-asiakkaiden tarpeista sekä eri kulttuurien huomioon ottamisesta.
- ▶ Ehkäisyneuvonnan ammattihenkilöt luovat moniammatillisia verkostoja esimerkiksi lastensuojelutarpeeseen tai seksuaaliseen kaltoinkohteluun liittyvien tilanteiden varalle.
- ▶ Terveyskeskukset nimeävät ehkäisyneuvonnan johtamisesta ja kehittämises-tä vastaavat työntekijät, suuremmissa yksiköissä sekä lääkärin että hoitotyön-tekijän.

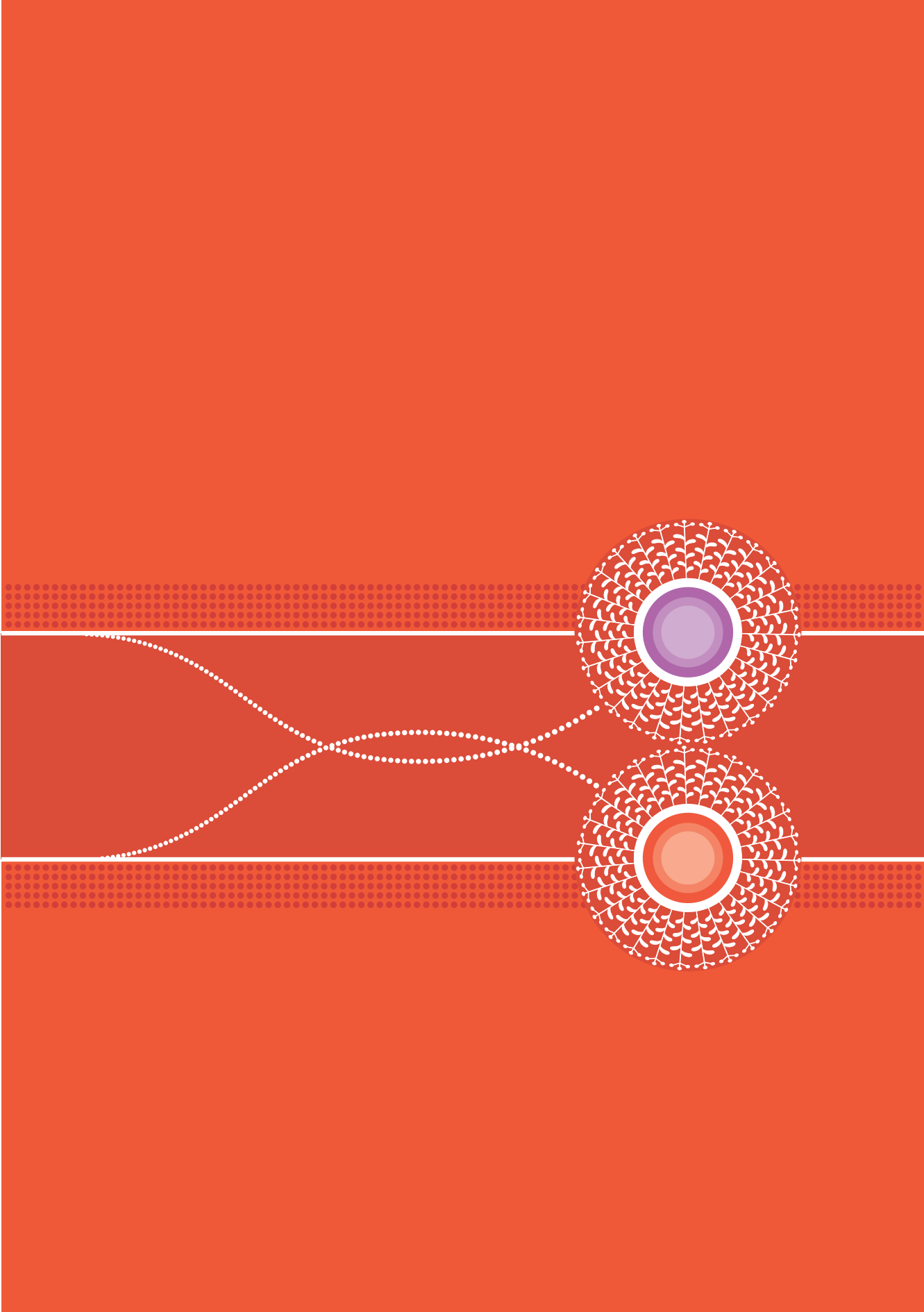
* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

Lähteet

1. Hassani, F. 2010. Changes in Sexual Behavior and Hormonal Contraceptives Use Among Finnish Adolescents. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1536. Tampere. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8138-3> Luettu 27.1.2014.
2. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Kouluterveykselyn tulokset 2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset. Viitattu 28.2.2014.
3. Puusniekka, R., Kivimäki, H. & Jokela, J. 2012. Nuorten seksuaalikäyttäytyminen 2000-luvulla. Nuorisotutkimus 3, 4–24.
4. Kunttu, K. & Pesonen, T. 2013. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2012. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 47. http://www.yths.fi/filebank/1864-KOTT_2012_verkkoon.pdf
5. Nipuli, S., Klemetti, R. & Hemminki, E. 2012. Finnish university students' awareness of age-related fertility. NACS conference 4-7th Oct, 2012, Helsinki Finland/ EUPHA conference, 8-10th Nov, Malta, 2012.
6. Koponen, P., Klemetti, R., Luoto, R., Alha, P. & Surcel, H-M. 2012. Raskauden ehkäisy, raskaudet ja lasten hankinta. Teoksessa Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 111–115. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-769-1>.
7. Koponen, P., Klemetti, R., Surcel, H-M., Mölsä, M., Gissler, M., Weiste-Paakkanen, A. 2012. Lisääntymisterveys. Raskauden ehkäisy, raskaudet, synnytykset ja imetys. Teoksessa Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi - Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 134–140.
8. Suomen virallinen tilasto (SVT). 2013. Steriloinnit 2012. Tilastoraportti 28/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
9. Klemetti, R., Gissler, M., Lammi-Taskula, J., Miettinen, A. 2014. Lapsenhankinnan ajoitus. Käsi- ja kirurgiset. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
10. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Raskauden keskeyttämisrekisteri. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
11. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Syntyneiden lasten rekisteri. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
12. Suomen virallinen tilasto (SVT). 2013. Raskauden keskeytykset 2012. Tilastoraportti 18/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201306284109>.
13. Vikat, A., Kosunen, E. & Rimpelä, M. 2002. Risk of post-partum induced abortion in Finland: a register-based study. Perspectives on Reproductive and Sexual Health 43, 84–90.

14. Kosunen, E. 2006. Raskauden ehkäisy ensimmäisenä vuonna synnytyksen jälkeen. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. <https://publications.theseus.fi/handle/10024/17861>.
15. Sosiaali- ja terveysministeriö. 1972. Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>.
16. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
17. Sosiaali- ja terveysministeriö. 1992. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734>.
18. World Health Organization. 2009. Department of Reproductive Health and Research. 2009. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Neljäs painos. Geneve: WHO. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/.
19. Kosunen, E. 2009. Seksuaaliterveys. Teoksessa: Rimpelä, M., Saaristo, V., Wiss, K., Ståhl, T. Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Raportti 19. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 232–243.
20. Suhonen, S. & Heikinheimo, O. 2008. Kun raskauden ehkäisy epäonnistuu. Duodecim 124, 457–61.
21. Suhonen, S. 2010. Raskauden ehkäisy synnytyksen jälkeen. Suomen Lääkärilehti 65, 3033–35.
22. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
23. Rimpelä, M., Rautava, M. & Orre, S. 2002. Koulu-terveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Oppaita 51. Helsinki: Stakes & Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201211089652>.
24. Virtala A. 2007. Family planning among university students. in Finland. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. Acta Universitatis Tampensis 1218.
25. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:12. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:952-00-2027-6>.
26. Käypä hoito -suositus. 2010. Jälkiehkäisy (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Gynekologiyhdistyksen ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/Viitattu.28.2.2014>.
27. Valtioneuvoston kanslia. 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. <http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf> Viitattu 28.2.2014.
28. Klemetti, R. 2006. The Use of assisted fertilization in Finland: health effects and equity. Akateeminen väitöskirja. Tutkimuksia 158. Helsinki: Stakes.
29. Taloustutkimus Oy. 2012. Web & Mobile Tracking 2012 -tutkimus.
30. Taloustutkimus Oy. 2012. Raskauden ehkäisy -tutkimus.
31. Sosiaali- ja terveysministeriö. 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940559>.
32. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta 433/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100433>.
33. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101088>.
34. Sannisto, T., Kuortti, M., Kuukankorpi, A. & Niitty, S. 2012. Raskauden ehkäisyn aloitus ja seuranta. Duodecim 128, 1265–72.





12 RASKAUDENKESKEYTYS

Raskaudenkeskeytys perustuu lakiin ja siitä annettuun asetukseen.^{1,2} Suomessa raskaudenkeskeytyksen hoidosta on olemassa Käypä hoito -suositus.³ Raskaudenkeskeytysten määrän vähentäminen kirjattiin vuonna 2011 hallitusohjelman tavoitteeksi.⁴

Raskaudenkeskeytys on turvallinen toimenpide maissa, joissa se on laillinen, ja siihen liittyvä kuolleisuus on hyvin pieni, 0,7/100 000.⁵ Kuitenkin maailmanlaajuisesti raskaudenkeskeytykseen liittyy edelleen huomattava kuolleisuus kehittyvissä maissa, 220/100 000. Toistuvien raskaudenkeskeytysten on todettu lisäävän ennenaikaisuuden ja pienipainaisuuden riskiä ensimmäisessä keskeytysten jälkeisessä synnytyksessä.⁶

Raskaudenkeskeytysten määrä ja toteutus

Vuonna 2012 Suomessa tehtiin 10 060 raskaudenkeskeytystä eli 8,6 keskeytystä tuhatta hedelmällisyysikäistä (15–49-vuotiasta) naista kohti.⁷ Vuonna 2013 raskaudenkeskeytyksistä 92 % tehtiin sosiaalisin perustein ja noin 3 prosenttia mahdollisen tai todetun sikiövaurion perusteella. Raskaudenkeskeytysten kokonaismäärä on 2000-luvulla pysynyt melko tasaisena, mutta alle 20-vuotiaiden keskeytysten määrä on vähentynyt merkittävästi. Eniten keskeytyksiä tehdään 20–24-vuotiaille (vuonna 2012 17,5/1 000 vastaavanikäistä naista). Toistuvasti raskautensa keskeyttävien osuus on 30 viime vuoden aikana kasvanut huomattavasti.⁸ Raskaudenkeskeyttämisrekisteristä tehdyn arvion mukaan 17 prosentille 20–54-vuotiaista naisista on tehty raskaudenkeskeytys.⁹

Lääkkeellinen varhaisraskauden keskeytys (raskaudenkesto \leq 9 viikkoa) on ollut Suomessa käytössä vuodesta 2000. Raskaudenkeskeytyksissä on siirrytty enenevästi kirurgisesta menetelmästä lääkkeelliseen keskeytykseen, joita on jo lähes 90 prosenttia kaikista keskeytyksistä.⁷ Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys raskausviikoilla 9–12 on yleistynyt viime vuosina, samoin osittain kotona toteutettu lääkkeellinen keskeytys alle 9-viikkoisessa raskaudessa.

Raskaudenkeskeytystilastot viittaavat siihen, ettei keskeytyksen yhteydessä annettu ehkäisyneuvonta ole tehostunut Käypä hoito -suosituksen julkaisemisen jälkeen, sillä toistuvien keskeytysten osuus on viime vuosina noussut. Nykyisin runsaalla kolmanneksella keskeytykseen tulevista on takanaan jo vähintään yksi aiempi keskeytys ja lähes 15 prosentilla vähintään kaksi.⁷ Pikaisesti keskeytyksen jälkeen aloitetun kierre- ja kapseliehkäisyyn on todettu vähentävän toistuvien raskaudenkeskeytysten määrää.^{10,11} Ehkäisyyn kustannukset tulevat pian kunnalle edullisemmiksi kuin uuteen keskeytykseen liittyvät kustannukset. Lisäksi raskaudenkeskeytykseen liittyvä naisen psyykkisen ja fyysisen kuormituksen välttäminen sekä myös työstä poissaoloon liittyvä kustannussäästö puoltavat ehkäisyyn hyvää ja tehokasta hoitoa.

Elämäntilanne ja tarvittava tuki

Raskaudenkeskeytyspäätösten taustalla on hyvin erilaisia syitä. Keskeytykseen päätynyt raskaus on voinut olla toivottu ja pitkään odotettu, ei-toivottu myönteinen tai

kielteinen yllätys tai seurausta rikoksesta. Raskaudenkeskeytyspäätös ja -kokemus aiheuttavat naisissa monenlaisia tunteita, joihin vaikuttavat keskeytyksen syy ja elämäntilanne. Myös muiden, kuten kumppanin tai lääkärin, tunteilla ja suhtautumistavalla voi olla vaikutusta raskaudenkeskeyttäjän tunteisiin ja toimintaan.¹² Ammattihenkilön oikeanlaisella tuella voidaan vaikuttaa raskaudenkeskeytykseen päätyvän naisen psyykkiseen hyvinvointiin. Suomessa ei ole tehty tutkimusta raskaudenkeskeytykseen liittyvästä terapian tarpeesta.

Erityistä tukea voivat tarvita hyvin monenlaisissa elämäntilanteissa olevat naiset.³ Asiakkaalle tulee tarjota aktiivisesti mahdollisuutta keskustella esimerkiksi terveyskeskuspsykologin, psykiatrisen erikoissairaanhoidajan tai sosiaalityöntekijän kanssa. Myöhäisen tai toistuvan raskaudenkeskeytyksen yhteydessä kiinnitetään erityistä huomiota tuen tarpeen selvittämiseen ja antamiseen (ks. Äitiysneuvolaopas¹³, luku Raskaudenkeskeytys). Jos raskaus on keskeytetty sikiön poikkeavuuden vuoksi, vanhemmille annetaan psyykkisen tuen lisäksi tarvittaessa myös mahdollisuus neuvontaan perinnöllisyyslääketieteen yksikössä. Keskeytykseen päätyneen naisen psykososiaalinen hoito ja tehokkaan raskauden ehkäisyn suunnittelu on entistä enemmän lähettävän ja jälkitarkastuksen tekevän tahon eli perusterveydenhuollon palvelujen varassa, mikä on huomioitava palvelujen toteuttamisessa. Psyykkisen tuen tarve arvioidaan vielä jälkitarkastuksenkin yhteydessä ja viimeistään silloin keskustellaan myös ehkäisystä, jos uusi raskaus ei ole toivottu.

Tavoitteet

- ▶ Raskaudenkeskeytysten hoito toteutetaan Käypä hoito -suosituksen mukaisesti, ja se on turvallista ja korkealaatuista.
- ▶ Hoitoketjussa huomioidaan asiakkaan neuvontatarve kokonaisvaltaisesti.
- ▶ Toistamiseen raskaudenkeskeytykseen tulevien osuus vähenee.
- ▶ Pitkävaikutteinen ehkäisy (kierukat ja ehkäisykapselit) annetaan maksutta keskeytyksen jälkeen.
- ▶ Alle 25-vuotiaiden raskaudenkeskeytykset vähenevät viiden vuoden kuluessa vähintään 1990-luvun puolivälin tasolle.

Toimenpiteet

- ▶ Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluista vastaavat alueelliset tahot laativat alueelliset ja paikalliset hoitoketjut Käypä hoito -suositusten pohjalta vuoden 2015 loppuun mennessä. Toimipaikat laativat ja ottavat käyttöön toimipaikka-kohtaiset potilasohjeet ja järjestävät koulutuksen.
- ▶ Perusterveydenhuollon ammattihenkilöt tarjoavat raskaudenkeskeytysasiakkaille aktiivisesti mahdollisuutta keskusteluun ja psykososiaaliseen tukeen varaamalla riittävän pitkän vastaanottoajan asian käsittelyyn lähetettä tehtäessä. Tarvittaessa he järjestävät asiakkaalle mahdollisuuden uuteen tapaamiseen.

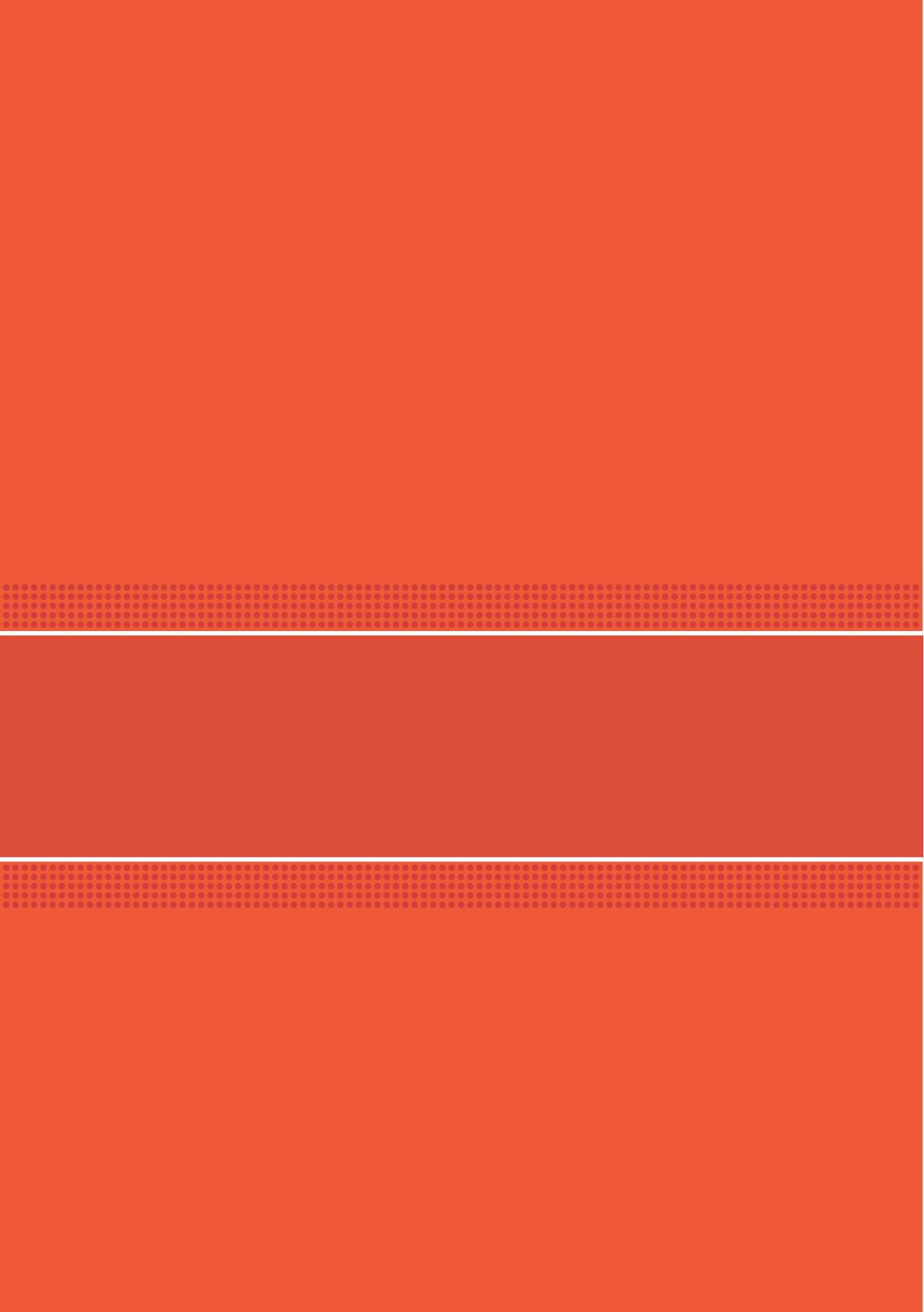
> >

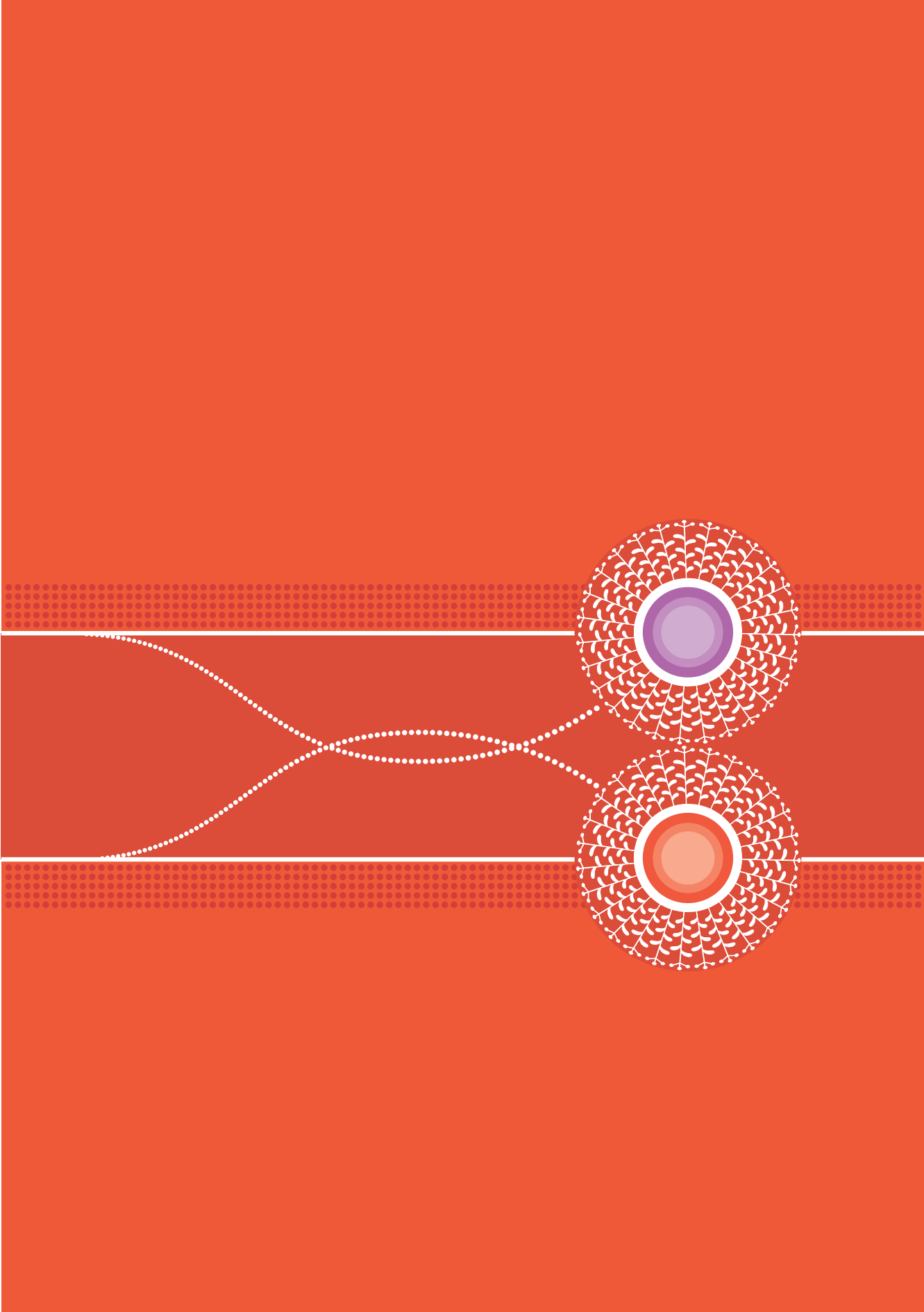
- ▶ Perusterveydenhuollon ammattihenkilöt keskustelevat raskaudenehkäisystä ja jakavat kirjallista opasmateriaalia jo lähetekäynnillä.
- ▶ Erikoissairaanhoidon ammattihenkilöt selvittävät asiakkaan tuen tarpeen kotiutusvaiheessa ja kiinnittävät erityistä huomiota raskauden ehkäisyn valintaan jatkossa.
- ▶ Jos uusi raskaus ei ole toivottu, terveydenhuollon ammattihenkilöt huolehtivat, että raskauden ehkäisy aloitetaan jo keskeytyksen yhteydessä, tai viimeistään jälkitarkastuksessa.
- ▶ Terveydenhuollon ammattihenkilöt huolehtivat, että aloitettava ehkäisy on asiakkaalle maksuton ja kannustavat pitkävaikutteisen menetelmän valintaan.
- ▶ Terveydenhuollon ammattihenkilöt arvioivat toistamiseen raskauden keskeytykseen hakeutuvan jatkohoidon tarpeen kokonaisvaltaisesti (elämäntilanne, tarvittavat tukitoimet ja maksuton raskaudenehkäisy pitkävaikutteisia menetelmiä suosien).
- ▶ Terveydenhuollon ammattihenkilö varmistaa, että nuorella keskeytysasiakkaalla on lääkkeellisesti tehtävässä osittaisessa kotitoteutuksessa saatavilla aikuinen tukihenkilö.
- ▶ Terveydenhuollon ammattihenkilö antaa selkeät ohjeet tilanteista, jolloin on syytä ottaa yhteys keskeytysyksikköön (kipu, kuume, runsas tai pitkittynyt vuoto) erityisesti kun kyseessä on osittainen kotitoteutus.
- ▶ Terveydenhuollon ammattihenkilö, ensisijaisesti kättilö tai terveydenhoitaja, varmistaa raskauden keskeytymisen tekemällä jälkitarkastuksen.
- ▶ Terveydenhuollon ammattihenkilö selvittää jälkitarkastuksessa fyysisen ja psyykkisen toipumisen, ohjaa tarvittaessa jatkohoitoon, varmistaa raskaudenehkäisyn, antaa seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvää neuvontaa sekä arvioi jatkotuen tarpeen.
- ▶ THL ja alan järjestöt kehittävät koko väestön tavoitettavaa seksuaali- ja lisääntymisterveyden verkkomateriaalia ja tuottavat sitä kotimaisten kielten lisäksi myös muilla kielillä (esim englanti, venäjä).

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

Lähteet

1. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 1970. Laki raskauden keskeyttämisestä 24.3.1970/239. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1970/19700239>.
2. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 1970. Asetus raskauden keskeyttämisestä 29.5.1970/359. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1970/19700359>.
3. Käypä hoito -suositus. 2013. Raskaudenkeskeytys (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2001.
4. Valtioneuvoston kanslia. 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. <http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf> Viitattu 28.2.2014.
5. WHO. 2012. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd edition. The World Health Organization, World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/.
6. Klemetti, R., Gissler, M., Niinimäki, M., Hemminki, E. 2012. Birth outcomes after induced abortion: a nationwide register-based study of first births in Finland. *Human Reproduction* 27(11), 3315–20.
7. Suomen virallinen tilasto (SVT). 2013. Raskaudenkeskeytykset 2012. Tilastoraportti 18/2013. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201306284109>.
8. Heino, A. & Gissler, M. 2013. Toistuvat raskaudenkeskeytykset Suomessa 1983–2009. *Suomen Lääkärilehti* 68, 3083–86.
9. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Raskaudenkeskeyttämisrekisteri. Viitattu 4.2.2014.
10. Cameron, ST., Glasier, A., Chen, Z.E., Johnstone, A., Dunlop, C. & Heller, R.. 2012. Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy. *BJOG* 119(9), 1074–80.
11. Heikinheimo, O., Suhonen, S., Gissler, M. 2008. Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception* 78(2), 149–54.
12. Tuomaala, S. 2011. Keskeytyksiä elämässä. Naisien toimijuudet aborttikertomuksissa. Uskontotiede 13. Helsinki: Helsingin yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-6908-6>.
13. Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.). 2013. Äitiysterveystieteiden suosituksia äitiysterveystieteiden toimintaan. Opas 29. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.



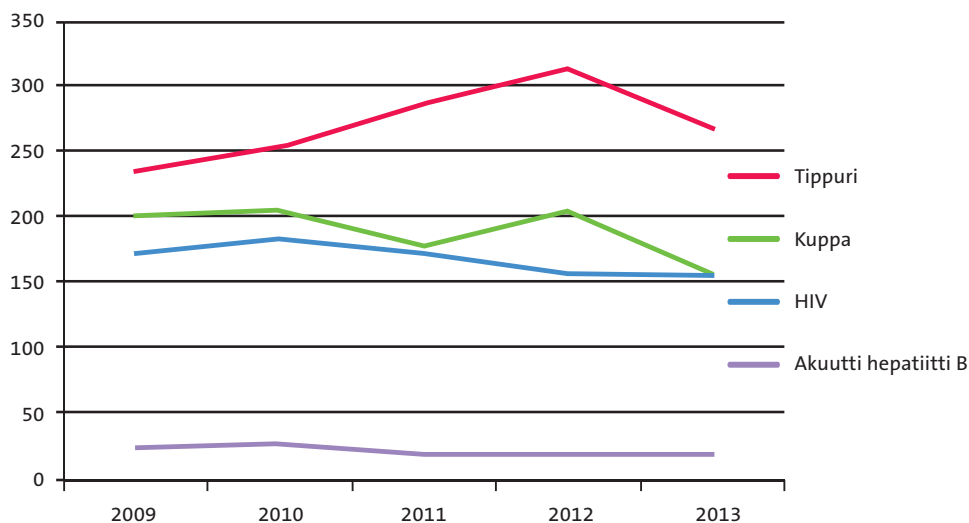


13 SEKSITAUDIT

THL ylläpitää valtakunnallista tartuntatautirekisteriä¹, johon lääkärit, hammaslääkärit sekä mikrobiologiset laboratoriot ilmoittavat toteamansa yleisvaaralliset ja ilmoitettavat seksin välityksellä tarttuvat taudit. Poikkeuksena on klamydia, josta ilmoituksen tekee vain laboratorio. Yleisvaaralliseksi seksin välityksellä tarttuvaksi taudiksi luokitellaan kuppa. Ilmoitettavia tauteja ovat klamydia, tippuri, hiv, hepatiitti B ja C sekä Suomessa harvoin esiintyvät sankkerit. Parhailleen on käynnissä tartuntatautilain kokonaisuudistus, joka voi tuoda muutoksia myös seksitautien seurantaan ja torjuntaan.

ESIINTYVYYS

Seksitautien tapausseurantatiedon lisäksi tulee kerätä riittävän kattavasti tietoa käytäytymisestä, riskikäsituksesta ja asenteista. Lisäksi tarvitaan kohdennettuja tutkimuksia väestöryhmissä, joissa seksitautien esiintyvyys on korkea tai jotka ovat haavoittuvia näiden tautien suhteen.² Seksin välityksellä tarttuvien tautien määrissä ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia viiden viime vuoden aikana Suomessa (kuvio 8).³ Toisaalta uusien tartuntojen määrä ei ole lisääntynyt, mutta ei myöskään kääntynyt toivottuun laskuun.



Kuvio 8. Vuosittain todetut hiv-, tippuri-, kuppa- ja akuutti hepatiitti B -tartunnat.¹

Klamydiatartuntoja todetaan kymmeniä kertoja enemmän kuin muita seksitautitartuntoja (taulukko 3). Valtaosa tartunnoista todetaan alle 25-vuotiailla. Tärkein klamydiainfektion jälkitauti on sisäsynnytintulehdus, joka voi aiheuttaa hedelmällisyyden alenemista. Klamydiatartuntojen tasaisesta määrästä huolimatta jälkitautien määrä on laskenut 1990-luvun jälkeen.⁴ Klamydiatartunnan varmistavia vasta-aineita todetaan harvemmin kuin 1980-luvulla.^{5,6} Klamydian tartuntamäärien ja jälkitautien vähenemisen välinen ristiriita selittyy osittain toistuvilla tartunnoilla, joiden osuus on merkittävästi kasvanut 1990-luvun jälkeen.⁷ Klamydiatartuntojen vähentämisessä keskeisiä keinoja ovat kohdennetun testauksen lisääminen, toistuvien tartuntojen ehkäiseminen sekä tartunnan jäljityksen tehostaminen. Tautitilastojen lisäksi tarvitaan valtakunnallisesti tietoa siitä, kuinka monta klamydianäytettä vuosittain otetaan, jotta voidaan arvioida testauksen kattavuus ja osuvuus.

Tippuritartunnat ovat lisääntyneet etenkin nuorilla naisilla, vaikka valtaosa tapauksista todetaan edelleen miehillä. Tippurin hoidon kannalta ongelmana on vastustuskykyisten kantojen lisääntyminen. Samanaikaiset tippuri- ja klamydiainfektiot ovat lisääntyneet.

Miesten kuppatapausten määrässä on havaittu selvä nousu pääkaupunkiseudulla. Pääosa näistä tartunnoista on saatu miesten välisissä seksikontakteissa. Merkittävä muutos on tapahtunut tartuntojen toteamisessa – entistä useampi tapaus todetaan vasta infektion myöhäisessä vaiheessa.

Valtaosa hiv-tartunnoista saadaan Suomessa seksin välityksellä. Huolestuttavaa on, että joka toinen tartunta todetaan vasta useita vuosia tartunnan saamisen jälkeen. Hiv-testausta tulee tehostaa, jotta tartunnat löydetään nykyistä varhaisemmin. Noin 40 prosenttia hiv-tartunnoista saadaan heteroseksissä, ja noin yksi kolmesta tartunnasta on todettu miehillä, joilla on miesten välistä seksiä. Äiti-lapsi tartuntojen ehkäisyssä Suomessa on onnistuttu hyvin kattavan seulonnan ja aktiivisen hoidon ansiosta.

Akuutteja hepatiitti B -tartuntoja on raportoitu viiden viime vuoden aikana hyvin vähän. Vähäisistä tapauksista valtaosa on saatu seksin välityksellä. Rokotuskattavuuden lisääntyminen on vähentänyt hepatiitti B -tartuntoja.

Papilloomavirus (HPV) on yleisin seksin välityksellä tarttuva virus; joka kolmannella yli 20-vuotiaalla naisella on HPV-tartunta. Osa HPV-infektioista etenee syöväksi. Suomessa löydetään vuosittain seulonnoissa noin 2800 syövän esiastetta ja 150 kohdunkaulan syöpää.⁸

Taulukko 3. Seksin välityksellä tarttuvat taudit 2008–2012 keskiarvolukuina ja osuudet prosentteina (%). Luvut perustuvat tartuntatautirekisterin ja anturikeskusten tietoihin.³

			Tartunnat ikäryhmittäin, %				
	Todettu tartuntoja /vuosi	Naisten osuus, %	alle 20, %	20–29, %	30–39, %	yli 39, %	Ulkomailla saatujen tartuntojen osuus %*
Klamydia	13 390	59	25	60	11	5	alle 10
Tippuri	258	26	10	40	25	25	55
Kuppa	201	35	2	15	27	57	66
Hiv	168	32	3	26	33	39	69
Akuutti hepatiitti B	25	26	10	28	22	40	70

* Poissuljettu ne tapaukset, joissa tartuntamaa ei ole tiedossa

TARTUNTOJEN EHKÄISY

Seksitautien ehkäisytönn perustana on väestön seksuaalitietouden lisääminen. Uusia neuvonta- ja vastaanottopalveluja perustettaessa tulisi huomioida eri väestöryhmien erityispiirteet. Henkilökunnalla tulee olla riittävät sosiaaliset taidot ja lääketieteelliset tiedot asiakaskuntansa kohtaamiseen. Henkilökunnan kielteiset asenteet eivät saisi hidastaa testaukseen ja hoitoon hakeutumista.

Kondomin käyttö

Kondomin käyttö on ainoa tapa suojautua seksin välityksellä tarttuvilta taudeilta. Kondomien ilmaisjakelu nuorille ja erityisryhmille sekä niiden hankintahinnan alentaminen edistäisi todennäköisesti niiden käyttöä. Nuorille kondomin käyttöä onkin markkinoitu kesäaikaan valistuksella ja jakamalla ilmaisia kondomeja festivaaleilla. Valistuskampanjat tarjoavat hyvän tilaisuuden kondomin käytön opastukseen. Lisäksi tarvitaan erityisryhmille ja koko väestölle suunnattuja tiedotuskampanjoita seksitaudeilta suojautumisesta. Erityisesti miesten välisessä seksissä liukuvoiteen käyttöä kondomin käytön yhteydessä tulisi korostaa.

Matkailijoiden neuvonta

Suomalaiset matkailevat ja oleskelevat paljon alueilla, joilla seksitautien esiintyvyys on korkeampi kuin Suomessa. Matkalla saatetaan myös ottaa enemmän riskejä kuin kotimaassa. Merkittävä osa suomalaisten hiv-, tippuri- ja kuppainfektioista saadaankin ul-

komailla. Osa matkailijoista on yhteydessä terveydenhuoltoon ennen matkalle lähtöä hankkiakseen esimerkiksi matkalla tarvittavia rokotuksia. Nämä tilanteet tulisi hyödyntää ottamalla puheeksi myös matkakohteen seksitautitilanne ja suojautumiskeinot. Lisäksi tarvitaan keinoja tavoittaa ne matkailijat, jotka eivät käytä terveydenhuoltopalveluja ennen matkaa. Heidät voidaan tavoittaa erilaisin kampanjoin ja matkajärjestäjien kautta. Matkan jälkeen terveydenhuoltoon hakeutuvalla matkailijalle tulisi tarjota seksitautitestin mahdollisuutta, jotta mahdolliset tartunnat löydetään varhaisessa vaiheessa.

Uudet testauskäytännöt

Seksitautien testauksen tehostamiseksi tarvitaan vanhojen käytäntöjen rinnalle uusia toimintatapoja. Muualla maailmassa käytetään jo kotinäytteitä esimerkiksi klamydian tutkimiseksi: näyte tutkitaan laboratoriossa ja vastauksen saa verkkosivulta. Suomessa on saatavilla vastaavia verkkopalveluja sekä kotona itse tehtäviä klamydiapikatestejä, mutta nämä ovat maksullisia. Ongelmana on positiivisen tuloksen saaneen henkilön hoito ja tartunnan jäljittäminen. Tarvitaankin jo olemassa oleviin kunnallisiin palvelurakenteisiin integroitu toimintamalli, joka takaa sujuvasti ja maksuttomasti tutkimuksen lisäksi koko hoitoketjun, aina jälkitarkastukseen saakka. Näin voidaan taata kaikille tasa-arvoinen oikeus tutkimukseen ja hoitoon.

Rokotteet

Rokotteilla voidaan torjua seksin välityksellä tarttuvista taudeista hepatiitti B- ja papilloomavirustartuntoja. Hepatiitti B -rokote annetaan osana kohdennettua rokotusohjelmaa mm. hepatiitti B-kantajien ja ruiskuhuumeiden käyttäjien seksikumppaneille ja heidän lapsilleen sekä seksityöntekijöille.⁹ Rokotteen käytön laajeneminen on selvästi vähentänyt akuutteja hepatiitti B -tartuntoja.³

Kansalliseen rokotusohjelmaan hyväksyttiin vuonna 2013 papilloomavirusrokote (HPV-rokote). Rokote ehkäisee kohdunkaulan syöpää estämällä HPV-infektion. Rokote tarjotaan kouluterveydenhuollon kautta. Kahtena ensimmäisenä vuotena rokotuksia tarjotaan pääkohderyhmän eli 6. luokan tyttöjen lisäksi myös 7.–9. luokkien tytöille. Nuorista alle 25-vuotiaista naisista noin neljännes kantaa korkean syöpärisikin HPV-tyyppiä. HPV-infektioista suurin osa paranee itsestään, mutta joskus infektio pitkittyy ja voi edetä syövän esiasteeksi tai syöväksi. Suomessa löydetään vuosittain seulonnoissa noin 2800 syövän esiastetta ja 150 kohdunkaulan syöpää. THL:n asettaman papilloomavirustautien torjuntatyöryhmän tekemän mallinnuksen perusteella rokotusohjelma on kustannusvaikuttava ja rokottamalla voidaan tuntuvasti vähentää HPV:n aiheuttamaa tautitaakkaa.¹⁰

Tartunnanjäljitys

Tartunnanjäljityksellä on merkittävä rooli seksitautien torjunnassa. Tartunnanjäljityksellä tarkoitetaan kaikkien tartunnalle altistuneiden seksikumppanien ohjaimista tutkimuksiin ja hoitoon. Jäljityksellä pyritään katkaisemaan tartuntaketjut

ja ohjaamaan tartunnan saaneet varhaisessa vaiheessa hoitoon. Tartunnan jäljittämistä vastaa ensisijaisesti hoitava lääkäri. Tässä yhteydessä on hyvä tilaisuus neuvontaan, jossa tartunnalle altistuneita motivoidaan jatkossa suojautumaan seksitautitartunnoilta.

Eri tahojen yhteistyö

Seksitautien torjunnassa viranomaistahojen lisäksi keskeisessä roolissa ovat kansalaisjärjestöt. Järjestöjen tarjoama kohdennettu testaus-, ehkäisy- ja etsivätyö ovat ensiarvoisen tärkeitä keinoja tavoittaa tiettyjä väestöryhmiä, esimerkiksi miehiä, joilla on seksiä miesten kanssa. Kunkin toimijan rooli ja kohderyhmä tulisi huolella määrittää, jotta vältettäisiin turhaa päällekkäistä työtä ja pystyttäisiin suuntaamaan rajalliset resurssit kustannusvaikuttavasti. Torjuntatyössä mukana oleville tahoille pitäisi myös taata rahoituspohja, jolla taataan toiminnan jatkuvuus ja riittävä laajuus.

TESTAUKSEN JA HOIDON JÄRJESTÄMINEN

Tartuntatautilainsäädäntö määrittelee seksin välityksellä tarttuvien tautien vastustamistyön toimijat.¹¹ Vastustamistyöhön kuuluu ehkäisy, varhaistoteaminen ja seuranta sekä sairastuneen tai sairastuneeksi epäillyn tutkimus ja hoito. Tartuntatautien vastustamistyön yleisestä suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta vastaa STM ja asiantuntijalaitoksena toimii THL. Aluehallintovirastoille kuuluu tartuntatautien vastustamistyön suunnittelu, ohjaus ja valvonta toimialueellaan. Tartuntatautien vastustamistyöhön liittyvä ohjaus ja asiantuntijatuki toteutetaan alueellisesti.

Kunnan velvollisuutena on järjestää alueellaan tartuntatautien vastustamistyö osana kansanterveystyötä. Hoitava lääkäri on vastuussa sairastuneen potilaan ja mahdollisesti muiden tartunnan saaneiden saattamisesta tutkimukseen ja hoitoon.

Seksitautien varhaisella toteamisella ja hoidolla voidaan vähentää taudin jälkiseurauksia, yksilön kärsimyksiä sekä yhteiskunnan kustannuksia. Varhainen toteaminen on myös olennaista pyrittäessä estämään uusia tartuntoja. Tehokas tartuntojen ehkäisy ja hoito edellyttävät, että kaikilla tulee olla mahdollisuus testaukseen ja neuvontaan. Testaus tarjoaa hyvän mahdollisuuden keskustella riskitilanteiden välttämiskeinoista tulevaisuudessa. Seksitautien tutkimus ja hoito ovat maksuttomia perusterveydenhuollossa.

Seksitautien Käypä hoito -suositus kattaa nuorten ja aikuisten yleensä perusterveydenhuollossa hoidettavien seksitautien (klamydia, tippuri, genitaalierpes, kondylooma, kuppa) diagnostiikan ja hoidon.¹² Tavoitteena on yhdenmukaistaa diagnostiikkaa ja hoitokäytäntöjä ja antaa ohjeet tartunnan jäljityksestä. Lisäksi THL:n kutsuma asiantuntijaryhmä on laatinut ohjeen seksitautien tutkimuksesta ja hoidon porrastuksesta pääkaupunkiseudulle.¹³ Ohjeen tarkoituksena on selkeyttää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjakoa. Hiv-tartunnan saaneiden hoito on keskitetty erikoissairaanhoidon työntekijöille. Hiv-infektion hoidossa noudatetaan kansainväliseen näyttöön perustuvia parhaita käytäntöjä, sillä kansallista suositusta ei ole. Hiv-testauksesta on annettu oma suositus.¹⁴

Äitiysneuvoloissa seulotaan raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana kuppa-, hiv- ja hepatiitti B -infektiot STM:n antaman asetuksen mukaan.¹⁵ Osallistuminen on vapaaehtoista, mutta kieltäytyjien määrä on hyvin vähäinen. Kuppa- ja hiv-tarunnoissa äidin lääkehoidolla ja hepatiitti B -kantajien lasten rokottamisella pystytään useimmiten torjumaan lasten infektiot.

Perusterveydenhuollon keskeinen tehtävä on terveysterveystarvonta ja tartuntojen mahdollisimman varhainen toteaminen. Lisäksi tarvitaan erityisryhmille suunnattuja matalan kynnyksen testaus- ja neuvontapaikkoja, joihin on helppo hakeutua ilman ajanvarausta ja leimautumisen pelkoa ja joissa osataan huomioida kyseisen ryhmän erityistarpeet.

Hallitusohjelman yhtenä tavoitteena oli hiv-strategian päivittäminen (Liite 3).¹⁶ THL:n johtama Hiv-asiantuntijaryhmä julkaisi päivitetyn strategian vuonna 2012.² Tämä toimintaohjelma tukee vuosille 2013–2016 päivitettyä Hiv-strategiaa. Hiv-strategian tavoitteena on vähentää uusia tartuntoja, taata kaikille tartunnan saaneille suositusten mukainen hoito ja vähentää tartunnan saaneisiin kohdistuvaa stigmaa sekä syrjintää. Hiv-strategia nostaa esille hiviin liittyviä ongelmia Suomessa ja esittää niitä vähentäviä toimenpiteitä. Hiv-infektion ehkäisyyn kohdennetusta neuvonnasta, testauksesta ja tukitoiminnasta kansalaisjärjestöillä on pitkäaikainen kokemus. Niillä on tärkeä rooli palvelujen järjestämisessä ja keskeisten väestöryhmien kohtaamisessa.

Tavoitteet

- ▶ Vähennetään seksitautitartuntoja ja niiden seurauksia.
- ▶ Lisätään väestön tietoisuutta seksitaudeista ja seksitaudeilta suojautumisesta.
- ▶ Järjestetään kohdennettuja palveluja erityisryhmille.
- ▶ Varmistetaan sujuva pääsy seksitautitesteihin ilman leimautumisen pelkoa.
- ▶ Kehitetään seksitautien ja niiden taustatekijöiden seurantaa.
- ▶ Lisätään terveydenhuollon toimijoiden asiantuntemusta seksitaudeista.
- ▶ Arvioidaan klamydiatestauksen kattavuus ja osuvuus.
- ▶ Tytöillä saavutetaan 80 prosentin HPV-rokotuskattavuus.
- ▶ Seksitautien ehkäisyä toteutetaan eri tahojen kanssa kiinteässä yhteistyössä.
- ▶ Tuetaan Hiv-strategian tavoitteiden toteutumista.

Toimenpiteet

- ▶ Kunnat tai kuntayhtymät järjestävät matalan kynnyksen testausta ja neuvontaa erityisryhmille kuten nuorille, maahanmuuttajille, miehille, joilla on mies-tenvälistä seksiä, sekä seksityötä tekeville.
- ▶ Kunnat tai kuntayhtymät ja alan järjestöt tarjoavat maksuttomia kondomeja ja liukuvoiteita erityisryhmille.

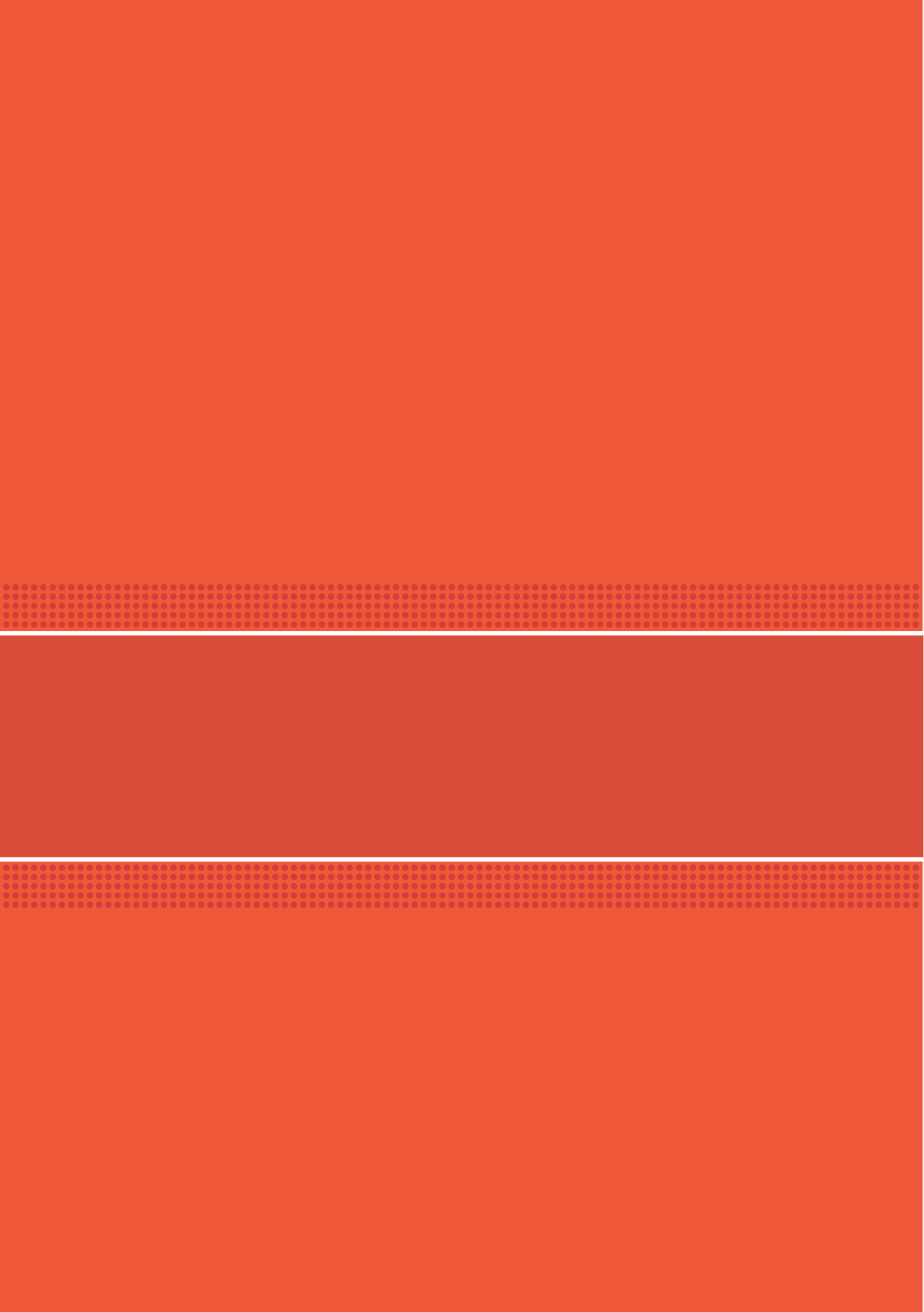
> >

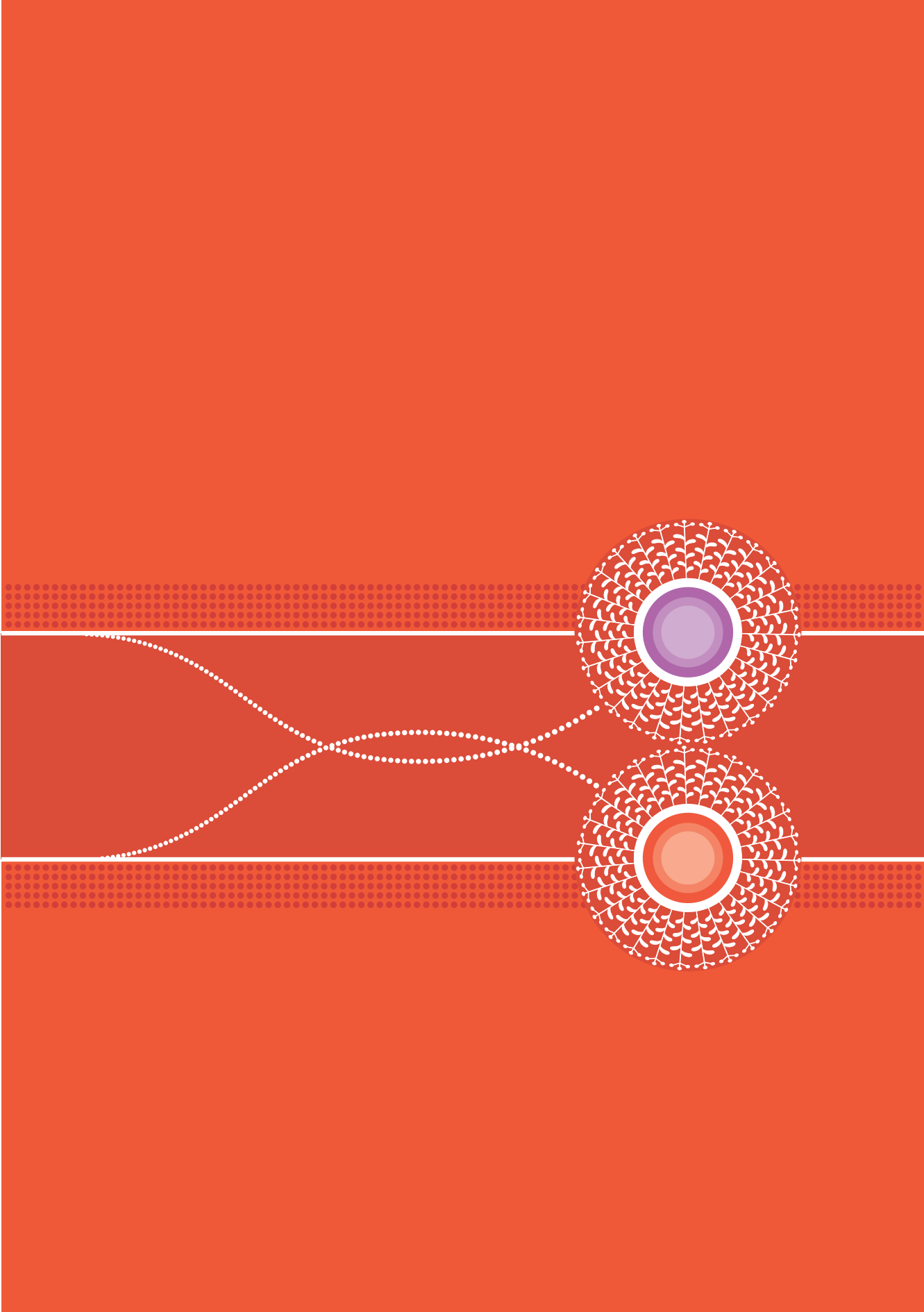
- ▶ UM, THL, terveydenhuollon ammattihenkilöt ja alan järjestöt tehostavat matkailijoiden seksitautien terveysneuvontaa ja järjestävät väestölle suunnattua tietotusta seksitaudeista.
- ▶ OPH huolehtii, että seksitautiopetus on mukana opetussuunnitelman perusteissa jo alakoulussa.
- ▶ Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ammattihenkilöt sekä terveystiedon- ja soveltuvien osin muiden aineiden opettajat tarjoavat nuorille nykyistä aikaisemmin ja laajemmin tietoa seksitaudeista ja niiltä suojautumisesta osana yleistä seksuaali- ja lisääntymisterveyskasvatusta seksuaalinen suuntautuminen, sukupuoli-identiteetti ja sukupuolen ilmaisun moninaisuus huomioiden.
- ▶ Seksuaali- ja lisääntymisterveydestä vastaavat alueelliset tahot päivittävät testaus-, hoito- ja tartunnanjäljityskäytännöt Käypä hoito -suositusten mukaisiksi.
- ▶ Tutkimuslaitokset ja korkeakoulut kehittävät ja arvioivat uusia testauskäytäntöjä.
- ▶ THL kerää valtakunnallisesti tietoa vuosittain otettujen klamydianäytteiden määristä testauksen kattavuuden ja osuvuuden arvioimiseksi.
- ▶ Kunnat tai kuntayhtymät ja seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelujen alueellisesta järjestämisestä vastaavat tahot kouluttavat seksitauteihin perehtyneitä vastuuhenkilöitä terveydenhuollon toimipisteisiin.
- ▶ THL jatkaa tehostettua tiedotuskampanjaa HPV-rokotuksesta saatavista hyödyistä verrattuna rokotukseen liittyviin haittoihin tytöille, heidän vanhemmilleen, opettajilleen ja kouluterveydenhoitajille useita eri viestintäkanavia käyttäen.
- ▶ THL selvittää mahdollisia HPV-rokotuskattavuutta heikentäviä tekijöitä ja antaa tarvittaessa ohjeita sekä itse rokotus- että rokotuslupaprosessin yksinkertaistamiseen.
- ▶ THL, muut tutkimuslaitokset ja korkeakoulut arvioivat tarvetta sisällyttää pojat HPV-rokotusohjelmaan.
- ▶ THL, muut tutkimuslaitokset ja korkeakoulut hyödyntävät olemassa olevia seurantajärjestelmiä sekä väestön terveys- ja hyvinvointitutkimuksia seksitauteihin liittyvän käyttäytymistiedon keräämiseen ja analysointiin.
- ▶ THL, muut tutkimuslaitokset ja korkeakoulut toteuttavat kohdennettuja tutkimuksia väestöryhmissä, joissa seksitautien esiintyvyys on korkea tai jotka ovat haavoittuvia näiden tautien suhteen.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

Lähteet

1. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Tartuntatauti- ja rekisteri. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektioaudit-fi/tartuntatauti-rekisteri. Viitattu 28.2.2014.
2. Liitsola, K., Kauppinen, J., Pahlman, I., Pasanen, S., Brummer-Korvenkontio, H., Anttila, M. & Salminen, M. 2012. Suomen hiv-strategia 2013–2016. Suositus 7/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.julkari.fi/handle/10024/90918>.
3. Jaakola, S., Lyytikäinen, O., Rimhanen-Finne, R., Salminenlinna, S., Vuopio, J., Roivainen, M., Nohynek, H., Löflund, J.-E., Kuusi, M. & Ruutu, P. 2013. Tartuntataudit Suomessa 2012. Raportti 10/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-890-2>.
4. Jakobsson, M., Gissler, M., Paavonen, J. & Tapper, A.-M. The incidence of preterm deliveries decreases in Finland. *British J Obst Gynecol*. 2008; 115 (1): 38–43.
5. Lyytikäinen, E., Kaasila, M., Hiltunen-Back, E., Lehtinen, M., Tasanen, K., Surcel, H.M., Koskela, P. & Paavonen, J. 2008. A discrepancy of Chlamydia trachomatis incidence and prevalence trends in Finland 1983–2003. *BMC Infect Dis*. Dec 18;8:169.
6. Wikström, E. 2013. Epidemiology of Chlamydia trachomatis infection in Finland during 1983–2009. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis. Series D, Medica 1207. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526201535>.
7. Wikström, E., Bloigu, A., Öhman, H., Hiltunen-Back, E., Virtanen, M.J., Tasanen, K., Paavonen, J., Lehtinen, M. & Surcel, H.-M. 2012. An increasing proportion of reported Chlamydia trachomatis infections are repeat diagnoses. *Sexually Transmitted Diseases* 39(12), 968–72.
8. Salo, H., Leino, T., Kilpi, T., Auranen, K., Tiihonen, P., Lehtinen, M., Vänskä, S., Linna, M. & Nieminen, P. 2013. The burden and costs of prevention and management of genital disease caused by HPV in women: a population-based registry study in Finland. *Int J Cancer*. 2013;133:1459–69.
9. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Rokottajan käsikirja. Verkkopalvelu. <http://www.thl.fi/rokottaminen>.
10. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asettaman papilloomavirus-tautien torjuntatyöryhmän selvitys 30.4.2011. Raportti 28/2011. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085434>.
11. Sosiaali- ja terveysministeriö. 1986. Tartuntatautilaki 25.7.1986/583. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860583>.
12. Käypä hoito -suositus. 2010. Sukupuolitaudit (online). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Sukupuolitautilien Vastustamisyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
13. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Infektioaudit. Sukupuolitautilien tutkimukset perusterveydenhuollossa -malli. http://www.thl.fi/attachments/infektioaudit/TAVY/HIV-labratutkimusohjeet/sukupuolitautilien%20tutkimus%20ja%20hoito%20pk_seudulla.pdf Viitattu 28.2.2014.
14. Brummer-Korvenkontio, H., Hiltunen-Back, E., Liitsola, K. & Salminen, M. 2010. Hiv-testauksen periaatteita: Suositus perusterveydenhuollon toimipisteille ja matalan kynnyksen palvelupisteille. Suositus 3/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085062>.
15. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus rokotuksista ja tartuntatautilien raskaudenaikaisesta seulonnnasta 421/2004. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2004/20040421>.
16. Valtioneuvoston kanslia. 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. <http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf> Viitattu 28.2.2014.





14 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN YHTEYS MIELENTERVEYTEEN

Seksuaali- ja lisääntymisterveys vaikuttaa psyykkiseen hyvinvointiin, ja sitä edistämällä voidaan mahdollisesti edistää myös mielenterveyttä.¹ Toisaalta psyykkistä hyvinvointia edistämällä voidaan mahdollisesti edistää myös seksuaali- ja lisääntymisterveyttä.

SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS JA PSYKKINEN HYVINVOINTI

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden ja mielenterveyden tärkeimmät rajapinnat liittyvät eri elämänvaiheissa esiintyvään masennukseen, joka on WHO:n mukaan maailmanlaajuisesti suurin yksittäinen naisten terveysongelma.² Masennus on naisilla 2–3 kertaa miehiä yleisempää, ja sen ennustetaan olevan vuoteen 2020 mennessä yleisin toimintakyvyttömyyttä aiheuttava sairaus. Raskauteen ja synnytykseen liittyvä voimakas psykofyysinen rasitus voi altistaa synnyttäjän myös muiden mielenterveyden häiriöiden puhkeamiselle tai aiempien häiriöiden pahenemiselle. Esimerkkinä tästä ovat synnytyksen jälkeiset psykoosit – vaikea synnytys voi olla traumaattinen kokemus. Traumaperäisen oireyhtymän tunnistaminen synnyttäneillä, johtui se sitten varhaisiän traumatisoitumisesta ja dissosiaatiohäiriöstä tai synnytyksestä, on tärkeää. Hoitamattomana tila voi vaikeuttaa äidin ja lapsen varhaista vuorovaikutusta ja kroonistua. Vaikean synnytyksen jälkeen, kun äiti kärsii masennuksesta tai kun varhainen vuorovaikutus on ongelmallista, olisi tärkeää ohjata äiti mahdollisuuksien mukaan fokuoituun traumapsykoterapiaan.³

WHO:n mukaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden ja mielenterveyden yhteiset ongelmat liittyvät raskauksiin, synnytyksiin, perhesuunnitteluun, vaihdevuosiin, gynekologisiin sairauksiin kuten syöpiin, seksuaaliseen väkivaltaan, hiv-tartuntaan, tahattomaan lapsettomuuteen ja hedelmöityshoitoihin sekä naisten ympärileikkaukseen.⁴ Kaikkiin näihin seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueisiin voi liittyä masennus- ja ahdistusoireita, surua, mielialan vaihtelua tai elämänlaadun muutoksia.

Raskausaikaisista psyykkisistä oireista tiedetään vähemmän kuin synnytyksen jälkeisestä masennuksesta, joka on kehitysmaissa selvästi kehittyneitä maita yleisempää naisten heikomman sosiaalisen aseman johdosta. Sterilointiin ja ehkäisyvälineiden käyttöön liittyy yleisesti mielialaoireita, jotka johtuvat parisuhteeseen liittyvien tekijöiden ja käytettyjen ehkäisymenetelmien yhteisvaikutuksesta.⁴ Suomalaisen tutkimuksen mukaan hormonaalisen ehkäisyn käyttö ei ollut yhteydessä psyykkiseen pahoinvointiin tai masennusoireisiin.¹

Raskauden keskeytyksestä ja spontaanista keskeytymisestä voi seurata surun lisäksi pitkäaikaisiakin mielialaoireita ja masennusta. Suomalaisiin aineistoihin perustuvien tutkimusten mukaan keskenmenojen määrä oli yhteydessä psyykkisiin oireisiin tai mielenterveyden häiriöihin.¹ Vaihdevuosi-ikässä psyykkisiä oireita oli eniten niillä naisilla, joilla oli aiemmin ollut masennusta.⁴ Suomalaisen tutkimusten mukaan masennus- ja ahdistusoireet olivat kuitenkin yleisiä vaihdevuosi-ikäisillä naisilla, ja

hormonikorvaushoidon käyttö oli yhteydessä psyykkiseen pahoinvointiin.^{1,5} Gynekologiset infektiot ja syövät liittyvät usein psyykkisiin oireisiin, jotka olisi tärkeä huomioida terveyspalveluissa. Tahaton lapsettomuus saattaa olla yhteydessä psyykkisiin oireisiin ja lisääntyneeseen päihteiden käyttöön sekä miehillä että naisilla.^{4,6,7} Suomalaistutkimuksen mukaan syömishäiriöistä kärsivillä naisilla oli suurempi tahattoman lapsettomuuden, keskenmenojen ja raskaudenkeskeytysten riski.⁸ Myös hedelmöityshoitojen seurauksina syntyneiden lasten psyykkistä terveyttä tulisi selvittää, sillä tiedot ovat toistaiseksi puutteellisia.⁴

SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS OSANA MIELENTERVEYDEN EDISTÄMISTÄ

Ihmisen hyvinvointi koostuu fyysisen kehon, mielen ja sosiaalisten suhteiden hyvinvoinnista. Mielenterveyden ongelmien ehkäisyssä ja hoidossa tulee kiinnittää huomiota stigmojen ehkäisyyn ja palveluiden saatavuuteen.^{2,9} Mielenterveysongelmien ehkäisyyn lisäksi tärkeää on myös mielen hyvinvoinnin edistäminen osana kansalais- taitoja. Seksuaalisuus ja mielenterveyskysymykset ovat molemmat asioita, joiden hoitaminen vaatii ammattilaiselta herkkyyttä ja uskallusta ottaa asia puheeksi. Psykkisen terveys on nostettava esille samanarvoisena ja yhtä helposti lähestyttävänä asiana asiakastyössä kuin fyysisenkin terveys.

Tietoisuutta mielen hyvinvoinnille haasteellisista vaiheista elämänkulussa tulisi lisätä.⁹ Haasteellisia vaiheita voivat olla psykososiaaliset kehityskriisit, lisääntymiseen liittyvät tapahtumat, parisuhteen kriisit sekä sairastuminen ja leskeksi jääminen. Esimerkiksi perhe-elämän ja vanhemmuuden tukeminen sekä mielen hyvinvoinnin tukeminen raskausaikana ja synnytyksen jälkeen edesauttavat mielenterveyden tukemista. Seksuaalisuuden ja mielenterveyden tukemisessa ja hoidossa tulee muistaa myös asiakkaan läheisten mukaan ottaminen.

Murrosiän kehitys on nopeaa ja muutokset ovat suuria.^{10,11} Nuoren mielen hyvinvoinnin edistämiseksi on tärkeää, että lasten ja nuorten palveluissa tehdään yhteistyötä eri alojen ammattilaisten, nuorten ja heidän vanhempiensa kanssa ja ymmärretään nuoren kokonaisvaltaisen tukemisen merkitys.^{9,11} Lasten ja nuorten palveluissa myös seksuaalisuuden kehittymisen tukeminen on keskeistä. Lasten ja nuorten tiedon ja tuen saaminen on varmistettava. Nuorisotyön ammattilaisille on kirjallisuutta, jossa seksuaalisuutta käsitellään voimavarana.¹⁰ Seksuaalikasvatus kuuluu koulussa opettajien, koko oppilashuollon ja vanhempien yhteisiin tehtäviin.

Sairastumisen tai muun kriisin hoidossa tulee aina ottaa myös seksuaalinen hyvinvointi puheeksi. Mielenterveyden edistäminen ja tukeminen tulee ottaa mukaan kaikkiin seksuaali- ja lisääntymisterveysohjelmiin ja -toimintoihin. Ongelmat ja vaikeudet pari- ja seksuaalisuhteissa voivat horjuttaa mielen hyvinvointia, ja siksi terveystarkastuksiin tulee soveltuvin osin liittää myös seksuaalisuuden puheeksi ottaminen. Asiakkaiden tulee päästä myös seksuaali- ja parisuhdeneuvontaan riittävän varhaisessa vaiheessa, jotta perheen selviytymistä erokriiseistä voitaisiin edistää. Parisuhteen riskitekijöiden ja muiden mielen hyvinvoinnin haasteiden havaitsemista tulisi parantaa. Erityisesti apua tarvitsevat miehet tulisi saattaa tehokkaammin

mielenterveystyön palvelujen piiriin monialaista yhteistyötä lisäämällä, jotta erokriisit eivät päätyisi surmiksi tai muiksi tuhoaviksi teoiksi.

Palveluja tulee tarjota kaikille muusta terveydentilasta, seksuaalisesta suuntautumisesta, etnisestä taustasta, sukupuoli-identiteetistä tai sukupuolen ilmaisusta riippumatta.^{2,13} Mielenterveyspalvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa tulisi huomioida kattavammin myös maahanmuuttajien erityistarpeet, koska heillä masennuksen ja traumaperäisen stressihäiriön riski on suuri. THL:n Maamu-tutkimuksessa todettiin, että vakavien masennus- ja ahdistusoireiden esiintyvyys kurdi- ja venäläistaustaisten naisten ryhmissä oli huomattavasti koko väestöä yleisempää.¹² Lisäksi seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvien tulisi päästä tehokkaammin mielenterveyspalvelujen piiriin, koska heillä on muita ryhmiä enemmän mielenterveysongelmia ja psyykkistä oireilua kuten itsetuhoisuutta ja syömishäiriöitä.¹³ Peruspalvelujen kaikkien toimijoiden tulee tehdä yhteistyötä sekä palvelujen järjestämisessä että niistä tiedottamisessa. Kuntien palvelurakennemuutoksessa tulisi huomioida myös mielenterveyttä edistävät palvelut osana seksuaali- ja lisääntymisterveyden kokonaisuutta.

Koulutusta seksologian ammattilaisille mielenterveyden kysymyksistä ja mielenterveyden ammattilaisille seksologiasta tulee lisätä. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden kysymysten sekä mielen hyvinvoinnin puheeksi ottaminen kuuluu luontevana osana asiakkaan tai potilaan esitietojen selvittämiseen. Mielenterveysnäkökulma tarvitaan myös asiakkaille tai potilaille jaettavassa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevassa materiaalissa.

Tavoitteet

- ▶ Seksuaali- ja lisääntymisterveyden merkitys mielenterveydelle, mielenterveyden häiriöille ja niiden ehkäisylle tunnustetaan kaikessa seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimuksessa ja hoidossa.
- ▶ Mielenterveystyössä tunnustetaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden merkitys mielen hyvinvoinnille ja kehitetään seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluja ja niiden saatavuutta.
- ▶ Mielenterveystyön ammattilaisilla on asiantuntemusta seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvien ja eri kulttuureista tulevien ihmisten kohtaamiseen ja tukemiseen.
- ▶ Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluissa toimivilla ammattihenkilöillä on asiantuntemusta eri ikä-, kehitys- ja elämänvaiheisiin liittyvistä mielenterveyskysymyksistä tai -ongelmista sekä taitoa kohdata mielenterveystyön asiakkaita.
- ▶ Seksuaali- ja lisääntymisterveyden merkitys mielenterveydelle on osa mielenterveysalan täydennyskoulutusta ja mielenterveyden merkitys seksuaali- ja lisääntymisterveydelle osa seksuaali- ja lisääntymisterveysalan ammattihenkilöiden täydennyskoulutusta.

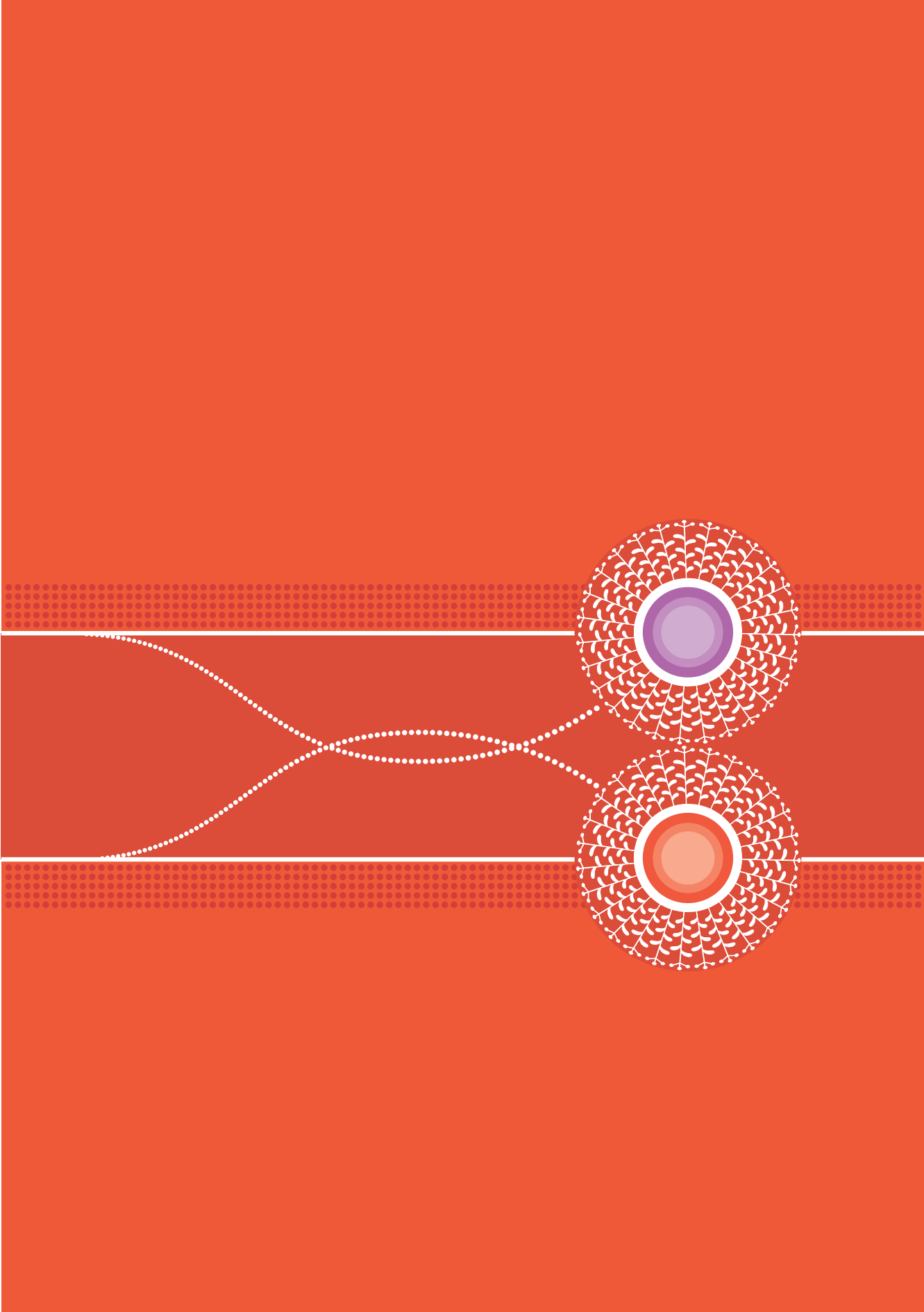
Toimenpiteet

- ▶ Ammattikorkeakoulut ja täydennyskoulutuksesta vastaavat alueelliset tahot lisäävät mielenterveystyön ammattihenkilöille täydennys- ja lisäkoulutusta seksuaali- ja lisääntymisterveydestä, seksuaalisuuden puheeksi ottamisesta, seksuaalisen suuntautumisen, sukupuoli-identiteetin ja sukupuolen ilmaisun moninaisuudesta sekä seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvien henkilöiden kohtaamisesta. Esimiehet mahdollistavat ammattihenkilöiden koulutukseen osallistumisen.
- ▶ OPH, OKM, korkeakoulut ja muut sosiaali- ja terveydenhuollon, varhaiskasvatuksen ja esi- ja perusopetuksen henkilöiden koulutuksesta ja koulutuksen sisällöistä vastaavat tahot huolehtivat, että lasten ja nuorten sekä ikääntyneiden kanssa työskentelevien peruskoulutuksessa on tietoa seksuaali- ja mielenterveyden yhteyksistä eri ikävaiheissa. Ammattikorkeakoulut ja täydennyskoulutuksesta vastaavat tahot lisäävät tietoa seksuaali- ja mielenterveyden yhteyksistä eri ikävaiheissa täydennys- ja lisäkoulutukseen. Esimiehet mahdollistavat ammattihenkilöiden täydennyskoulutukseen osallistumisen.
- ▶ OPH, OKM, korkeakoulut ja muut eri alojen ammattihenkilöiden koulutuksesta ja koulutuksen sisällöistä vastaavat tahot huolehtivat, että peruskoulutuksessa on tietoa eri kulttuureihin kuuluvien henkilöiden seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ja mielenterveydestä sekä niiden yhteydestä toisiinsa. Ammattikorkeakoulut ja täydennyskoulutuksesta vastaavat tahot lisäävät tietoa ammattihenkilöiden täydennyskoulutukseen (ks. myös luku 6 Monikulttuurisuus).
- ▶ Julkinen sektori ja järjestöt tehostavat tiedottamista ja yhteistyötä mielenterveyteen ja seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvissä asioissa.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

Lähteet

1. Toffol, E. 2013. Mental health and reproductive health in women. Tutkimus 106/2013. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.julkari.fi/handle/10024/104484>.
2. WHO. 2013. Mental health action plan 2013–2020 http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/. Viitattu 28.2.2014.
3. Ylikomi, R. 2014. Henkilökohtainen tiedonanto.
4. WHO. 2009. Mental health aspects of women's reproductive health A global review of the literature. Department of Reproductive Health and Research, World Health <http://www.who.int/reproductive-health/publications/general/9789241563567/en/>.
5. Moilanen, J., Aalto, A.-M., Hemminki, E., Aro, A.R., Raitanen, J. & Luoto, R. 2010. Prevalence of menopause symptoms and their association with lifestyle among Finnish middle-aged women. *Maturitas* 2010; 67:368-74.
6. Revonta, M., Raitanen, J., Sihvo, S., Koponen, P., Klemetti, R., Männistö, S. & Luoto, R. Health and lifestyle among infertile men and women. *Sexual and Reproductive Health Care* 2010; 1:91-98.
7. Klemetti, R., Raitanen, J., Sihvo, S., Saarni, S. & Koponen, P. Infertility, mental disorders and well-being - a nationwide survey. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89(5):677-82.
8. Linna, M.S., Raevuori, A., Haukka, J., Suvisaari, J., Suokas, J. & Gissler, M. Reproductive health outcomes in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2013 (in press).
9. WHO. 2013. The European Mental Health Action Plan. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf Viitattu 28.2.2014.
10. Erkkö, A. & Hannukkala, M. 2013. Mielenterveysvoimaksi. Suomen Mielenterveysseura.
11. WHO. 2010. Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/121135/E94270.pdf Viitattu 28.2.2014.
12. Castaneda, A., Lehtisalo, R., Schubert, C. Pakaslahti, A., Halla, T., Mölsä, M. & Suvisaari, J. 2012. Lisääntymisterveys. Teoksessa Castaneda, A., Rask, S., Koponen P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos, 145–150. <http://www.julkari.fi/handle/10024/90907>.
13. National Youth Chances Project. Youth Chances Summary of First Findings: the experiences of LGBTQ young people in England. http://www.youthchances.org/wp-content/uploads/2014/01/YC_REPORT_FirstFindings_2014.pdf. Viitattu 28.2.2014.



15 SEKSUAALISUUTTA LOUKKAAVA VÄKIVALTA

Seksuaalisuutta loukkaavasta väkivallasta käytetään tavallisimmin käsitteitä seksuaalinen väkivalta ja seksuaalinen hyväksikäyttö. Termit viittaavat siihen, että väkivalta olisi seksuaalinen kokemus, mitä se ei ole uhrin näkökulmasta. Kyse on seksuaalisen itsemääräämisoikeuden ja integriteetin loukkauksesta, joka traumatisoi ihmistä. Sen vuoksi tässä toimintaohjelmassa suositellaan käytettäväksi ja soveltuvien osin käytetään käsitteitä seksuaalisuutta loukkaava väkivalta ja kaltoinkohtelu. Rikoslaisissa¹ on useita nimikkeitä seksuaalisuutta loukkaavalle väkivallalle. Tässä toimintaohjelmassa käytetään seksuaalinen väkivalta -käsitettä viitattaessa rikoslakiin.

VÄKIVALLAN YLEISYYS ERI VÄESTÖRYHMISSÄ

Väkivaltaa voi olla kaikissa lähisuhteissa riippumatta sukupuolesta, iästä, seksuaalisesta suuntautumisesta tai parisuhteen muodosta. WHO:n arvion mukaan parisuhteissa ilmenevään väkivaltaan liittyy usein myös seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa ja sanoja tai tekoja.² EU:n laajuisen tutkimuksen mukaan 47 prosenttia suomalaisista naisista on kokenut fyysistä väkivaltaa tai seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa, kun Euroopan keskiarvo on 22 prosenttia.³ Parisuhdeväkivallan lisäksi seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa voi tapahtua myös muussa lähisuhteessa. Väkivallan tekijä voi olla myös muu tuttava tai täysin tuntematon henkilö. Seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan muotoja ovat mm. seksuaalinen häirintä, ahdistelu, nimittely, lähentely ja raiskaus. Seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa tapahtuu myös verkossa.

Kulttuuriseen perinteeseen liittyvä väkivalta

Maahanmuuttajataustaan saattaa liittyä kulttuurisiin eroihin perustuvaa väkivaltaa tai sen uhkaa.⁴ Usein väkivalta on luonteeltaan seksuaaliterveyttä ja -oikeuksia vaarantavaa, esimerkiksi kunniaan liittyvä väkivalta, pakkoavioliitot ja ympärileikkaukset. Kunniaan liittyvä väkivalta liitetään yleisesti tyttöjen ja naisten siveellisyyteen, mutta se voi koskea myös poikia ja miehiä. Pakkoavioliitto on kyseessä, kun toinen (tai molemmat) puolisoista ei ole itse voinut vaikuttaa avioliiton solmimiseen tai puolison valintaan pelkäämättä uhkaa tai painostusta perheen tai suvun taholta tai on suostunut avioliittoon painostuksen alaisena fyysisen tai psyykkisen väkivallan pelossa. Pakkoavioliitto voi kohdistua sekä tyttöihin että poikiin. Muun muassa Norjassa pakkoavioliittojen ja tyttöjen ympärileikkausten estämiselle on yhteinen toimintaohjelma.⁵ Pakolaistaustaisilla henkilöillä saattaa olla henkilöhistoriassaan myös kidutuskokemuksia, joihin usein liittyy seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa niin miehillä kuin naisillakin.

Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus on yksi naisiin kohdistuvista väkivallan muodoista. Nykyään perinne nähdään maailmanlaajuisesti ihmisoikeuksia loukkaavana käytäntönä. Se on muun väkivallan tavoin hyökkäys tyttöjen ja naisten arvokkuutta, tasa-arvoa ja koskemattomuutta kohtaan.⁶ Kansainvälisen muuttoliikkeen myötä ympärileikkattuja ja ympärileikkausuhan alaisia tyttöjä ja naisia asuu nykyään ympäri maailmaa. Maamu-

tutkimuksessa Suomessa asuvista somalialaistaustaisista naisista 70 prosenttia ja kurdi-taustaisista naisista 32 prosenttia ilmoitti olevansa ympärileikkattuja.⁷

Poikien ei-lääketieteellistä ympärileikkausta (ks. luku 6 Monikulttuurisuus) ei ole mielletty väkivallaksi eikä sitä ole toistaiseksi kielletty missään maassa. Se kuitenkin loukkaa lapsen henkilökohtaista koskemattomuutta ja itsemääräämisoikeutta. Kaikkia tarpeettomia kirurgisia toimenpiteitä pitäisi välttää. Ihmisoikeusliiton mielestä poikien ei-lääketieteellistä ympärileikkausta tulisi lähestyä nimenomaan ihmisoikeusnäkökulmasta.⁸

Lapset ja nuoret

Seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan yleisyydestä on yhä vaikea saada kokonaiskuva, sillä väkivalta jää usein piiloon. Väkivalta ja erityisesti seksuaalisuutta loukkaava väkivalta on voimakkaasti häpeää aiheuttava asia. Seksuaalisuudesta puhuminen saatetaan kokea hankalaksi. Seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan kohteeksi joutuneet alaikäiset eivät useinkaan tunnista väkivaltaa eivätkä osaa tai uskalla kertoa kokemuk- sistaan kenellekään.⁹ Luontevan sanaston puuttuminen lasten ja nuorten arkikielestä vaikeuttaa avun hakemista.¹⁰ Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvien nuorten on usein vaikea kertoa hyväksikäytöstä ja väkivallan kokemuksista, sillä kertominen vaatisi identiteetin paljastamista aikuiselle, mikä ei nuorelle usein ole helppoa.¹¹

Lapsen oikeuksien sopimuksen mukaan lapsella on oikeus tulla kuulluksi (artikla 12) ja oikeus tulla suojelluksi ikätasolleen sopimattomalta mediasisällöltä (artikla 17).¹² Lasta tulee suojella väkivallalta, välinpitämättömältä kohtelulta ja hyväksikäytöltä (artikla 19) sekä seksuaaliselta hyväksikäytöltä (artikla 34).

Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen raportin mukaan lasten seksuaalisten hyväksikäyttöjen määrä on pysynyt kahden viime vuosikymmenen ajan suhteellisen sama- na, ja vakavammat tapaukset ovat vähentyneet.¹³ Seksuaalirikokset tulevat kuitenkin entistä useammin viranomaisten tietoon. Tilastoidut teot ovat kaksinkertaistuneet viimeisen vuosikymmenen aikana. Vuonna 2012 kirjattiin 1 567 lapsiin kohdistunutta hyväksikäyttörikosta (taulukko 4).

Taulukko 4. Seksuaalirikokset Suomessa vuonna 2007–2012.¹³

Seksuaalirikokset	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Raiskaus, törkeä raiskaus, pakottaminen sukupuoliyhteyteen (RL 20:1-3)	739	915	660	818	1039	1009
Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö (RL 20:6-7)	1025	1321	1068	1102	1682	1567
Muut seksuaalirikokset (RL 20:4-5, 8-9)	562	670	477	497	531	935

Häirintä ja seksuaalisuutta loukkaava väkivalta ovat yleisiä nuorten arjessa. Peruskoulun 8.–9.-luokkalaisista sekä 1.–2.-vuosikurssilaisista ammattiin opiskelevista ja lukiolaisista seksuaalista häirintää eli häiritsevää seksuaalista ehdottelua, ahdistelua tai seksuaalisuutta loukkaavaa nimittelyä oli kokenut noin 60 prosenttia tytöistä

ja 33–46 prosenttia pojista vaihdellen hieman luokka-asteittain.¹⁴ Seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa eli yhdyntään tai muunlaiseen seksiin painostamista tai pakottamista, rahan, tavarain tai päihteiden tarjoamista vastineeksi seksistä tai kehon intiimien alueiden koskettelua vasten tahtoa oli kokenut yli viidesosa tytöistä; ammattiin opiskelevista tytöistä jopa kolmasosa. Pojista seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa oli kokenut noin joka kymmenes.

Nuorten rikoskäyttäytyminen ja uhrikokemukset 2012 -tutkimuksen mukaan vuoden aikana seksuaalista häirintää kokeneita nuoria oli 9 prosenttia.¹⁵ Viimeisimmistä tapahtumista 41 prosenttia oli sellaisia, joissa tekijä oli suostutellut nuorta seksuaaliseen käyttäytymiseen. Tapauksista 13 prosentissa tekijä painosti, 10 prosentissa käytti fyysistä väkivaltaa ja 6 prosentissa tapauksista tekijä antoi nuorelle rahaa tai jonkin muun palkkion.

Yli viidenneksellä 9.-luokkalaisista nuorista, joilla oli ollut seksuaalista kanssakäymistä yli viisi vuotta vanhemman aikuisen kanssa, oli kokemuksia seksuaalisesta hyväksikäytöstä.¹⁶ Nuoret kokivat vaikeaksi kertoa asiasta muille, mutta osa kertoi kuitenkin asiasta läheisille ihmisille tai ammattilaisille. Varhaisen seksuaalisen kanssakäymisen tunnistaminen hyväksikäytön riskiksi auttaa hoitotyöntekijöitä kehittämään toimintamalleja riskinuorten tunnistamiseksi ja auttamiseksi.

Erityis- ja riskiryhmät

Seksuaalista häirintää kokeneet seksuaali- ja sukupuolivähemmistönuoret (homo-, lesbo-, bi-, trans- ja inter- eli hlbt- nuoret) arvelivat, ettei siitä kertominen johtaisi toimenpiteisiin.¹¹ Nuoret kohtasivat eniten sukupuoleen tai seksuaaliseen suuntautumiseen liittyvää häirintää koulussa. Seksuaaliselle hyväksikäytölle ja väkivallalle altistuvat erityisesti myös varhain kehittyneet tytöt, joiden olisi saatava ajoissa kehitysvaihetta vastaavaa ja myös itsesuojelun näkökohdat huomioivaa seksuaalikasvatusta.¹⁷

Intersukupuolisen henkilön sukupuolta ei voida yksiselitteisesti määrittää sukupuoliominaisuuksien avulla. Intersukupuolisella voi olla kummankin sukupuolen tunnusmerkkejä tai sukupuoliset tunnusmerkit voivat olla epäselvät. Intersukupuolisia lapsia syntyy Suomessa arviolta noin 10 vuodessa. Korjausleikkaukset ovat peruuttamattomia, ja niitä voidaan pitää seksuaalisuutta loukkaavana väkivaltana, koska päätös sukupuolesta tehdään ennen kuin lapsen oma sukupuoli-identiteetti on selvinnyt.

Vammaisiin tyttöihin ja naisiin kohdistuu seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa useammin, se on monimuotoisempaa ja kestää pidemmän aikaa kuin vammattomien naisten kokema väkivalta.¹⁸ Naisen ikä, vammaisuuden laatu, vamman vaikeusaste, tuen tarve ja elinympäristö sekä palvelujen saanti vaikuttavat riskiin joutua seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan uhriksi. Erityisen suuri riski on vammaisilla naisilla ja tytöillä sekä niillä, joilla on kehitysvamma, psyykkisiä sairauksia tai suuria vaikeuksia kommunikaatiossa tai jotka asuvat suurissa asumisyksiköissä ja laitospaikoissa.^{18, 19}

Sekä vammaiset naiset että miehet voivat kohdata seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa. Amerikkalaistutkimuksen mukaan seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa oli kokenut vammaisista naisista lähes 27 prosenttia ja vammaisista miehistä lähes 14 prosenttia, kun vammattomilla osuudet ovat 14 ja 4 prosenttia.²⁰

Vammaisten henkilöiden haavoittuvuutta lisäävät myös yhteiskunnan asenteet, jotka vaikuttavat siihen, että heitä pidetään puolustuskyvyttöminä ja ei-seksuaalisina. Vammaiset henkilöt ovat myös usein saaneet puutteellisesti tietoa oikeuksistaan ja seksuaalisuudesta.²¹ He voivat myös pelätä menettävänsä itsenäisen asumistavan, jos he kertovat seksuaalisuutta loukkaavasta väkivallasta.²² Tutkittua tietoa vammaisten kokemasta väkivallasta ja väkivaltaa kokeneiden turva- ja tukipalvelujen käytöstä ei ole riittävästi.²³

Seksityötä tekevät henkilöt ovat usein erityisen haavoittuvassa asemassa, koska he eivät välttämättä luota viranomaisten apuun.²⁴ Seksityöhön ja paritukseen sekä näihin yhteydessä olevaan ihmiskauppaan voi liittyä väkivaltaa tai sen uhkaa. Oikeusjärjestelmä ei välttämättä tunnista prostituoituihin kohdistuvaa väkivaltaa ja väkivallan uhkaa, eikä prostituoituja käsitellä väkivallan tai muun rikoksen uhreina, vaan väkivalta nähdään prostituutioon ja paritustoimintaan normaalisti kuuluvina.²⁵

VÄKIVALLAN VAIKUTUKSET

Seksuaalisuutta loukkaava väkivalta voi aiheuttaa posttraumaattisen stressioireyhtymän joko välittömästi tai viiveellä. Tilanne saattaa kriisiytyä kuukausien, jopa vuosienkin kuluttua.²⁶ Seksuaalisuutta loukkaavaan väkivaltaan liittyy kognitiivisia, emotionaalisia ja neurofysiologisia vaikutuksia, jotka altistavat mielenterveysongelmille ja saattavat ilmetä monenlaisena psyykkisenä ja somaattisena oireiluna kuten esimerkiksi masennuksena, pelkotiloina (mm. synnytyspelkona), itsetuhoisuutena, keskittymiskyvyn muutoksina, välttämiskäyttäytymisenä, toimintakyvyn laskuna, alisuoriutumisena ja seksuaalisuuden muutoksina.^{27–30}

Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksesta aiheutuu lukuisia terveyshaittoja, jotka vaihtelevat muun muassa toimenpiteen tekotavan, laajuuden ja vallitsevien olosuhteiden mukaan. Välittömiä terveyshaittoja ovat kipu, verenvuoto, tulehdukset, virtsaamisvaikeudet ja psykologiset ongelmat.³¹ Pitkäaikaisia terveyshaittoja ovat voimakkaat kuukautiskivut, yhdyntäkivut, arpeutumisen jälkivaivat, virtsaamisvaivat ja psykologiset ongelmat. Sen lisäksi synnytykseen voi liittyä synnytyspelkoa, vaikeutta seurata synnytyksen kulkua ja sikiön vointia, tarpeettomia keisarileikkauksia ja psykologisia ongelmia.

Kirurgiset toimenpiteet intersukupuolisten lasten sukupuolielimien korjaamiseksi voivat aiheuttaa kipua, tunnottomuutta ja myöhempää seksuaalisen mielihyvän puuttumista. Pienen lapsen sukupuoli saatetaan korjata eri suuntaan kuin millaiseksi lapsi myöhemmin kokee sen.³² Liian varhainen korjaaminen on lapsen kehollisen itsemääräämisoikeuden loukkaamista.

EHKÄISY JA HOITO

Seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan ehkäisy ja hoito sisältävät myös uhrin tukemiseen ja oikeusturvaan liittyvät asiat. Pitkäaikaisten haittojen syntymistä seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan tai kaltoinkohtelun seurauksena ehkäistään väkivallan mahdollisimman varhaisella tunnistamisella. Systemaattisella seulonnalla voidaan vaikuttaa lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden hoitoonohjaukseen ja väkivallan ehkäisyyn. Vain puolet

terveyskeskuksista oli kirjannut yhteisiä käytäntöjä parisuhde- ja läheisväkivaltaepäilyn sekä lasten seksuaalisen hyväksikäytön tunnistamiseksi.³³

Aikaisemmat seksuaalisen kaltoinkohtelun tai seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan kokemukset eivät välttämättä tule esille terveydenhuollon vastaanottotilanteissa, ellei niitä erikseen kysytä. Terveydenhuollossa tarvitaan kykyä tunnistaa tilanne ja taitoja ottaa väkivalta ja kaltoinkohtelu hienovaraisesti esille, koska asiakas ei välttämättä itseään tunnista kokemustensa ja oireilunsa yhteyttä.³⁴ Väkivallan kokemuksia tuleekin kysyä kaikilta, myös erityisryhmien edustajilta.

Väkivallan ehkäisyä koskevat linjaukset

Vuoden 2011 hallitusohjelmassa oli tavoitteena seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan uhrien katkeamattoman hoitoketjun turvaaminen, turvakotipaikkojen lisääminen ja huomion kiinnittäminen paikkojen alueellisesti tasaisempaan jakautumiseen.³⁵ Lisäksi ehdotettiin poliisin ja sosiaaliviranomaisten yhteistyömahdollisuuksien parantamista väkivaltaan liittyvien kotikäyntien yhteydessä.

Poikkihallinnollisen Naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelman 2010–2015 tavoitteena on puuttua väkivaltaan ennakoivasti vaikuttamalla asenteisiin ja käyttäytymismalleihin, ehkäistä väkivallan uusiutumista, parantaa seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan uhrien asemaa, kriisiapua ja tukea, kehittää keinoja tunnistaa ja puuttua haavoittuvassa asemassa olevien kokemaan väkivaltaan sekä lisätä viranomaisten ja ammattilaisten tietoa ja osaamista.²⁴ Ohjelmassa kehitetään materiaalia turvallisuuskasvatukseen tueksi, opetetaan seksuaalioikeuksia ja turvataitoja, parannetaan uhrien oikeudellista asemaa, lisätään palveluja uhreille sekä annetaan siviilipalvelusvelvollisille ja puolustusvoimien peruskoulutettaville koulutusta naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisestä. Sekä uusien maahanmuuttajien että perinteisten etnisten vähemmistöjen, kuten romanien ja saamelaiden, omia järjestöjä ohjataan antamaan tietoa naisiin kohdistuvasta väkivallasta ja palveluista Suomessa. Osana ohjelmaa THL:ssa on tehty kansalliset suositukset turvakotien palvelujen laadusta.³⁶

Naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelman keskeisiä toimenpiteitä ovat myös seksuaalirikoksia koskevan lainsäädännön kehittäminen (esimerkiksi paritus- ja ihmiskauppa), seksuaalirikosten käsitteleminen rikosprosessissa sekä viranomaisten koulutus prostituutio- ja paritustoiminnan sekä ihmiskaupan yhteydessä tapahtuviin oikeudenloukkauksiin.²⁴ Vuoden 2014–2015 aikana tehdään selvitys sukupuolisensitiivisen nuorisotyön kehittämiseksi. Tavoitteena on hankkia tutkimustietoa seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvien kokeman väkivallan yleisyydestä ja muodoista, sukupuolittuneen väkivallan syistä, ehkäisystä ja uhrien tarvitsemasta tuesta sekä etnisten vähemmistöjen kokemasta parisuhde- ja perheväkivallasta. Vastuutahoiksi on määritelty STM, SM ja yliopistot.

Turvallisempi huominen³⁷ on Valtioneuvoston hyväksymä kolmas sisäisen turvallisuuden ohjelma. Ohjelmassa ehkäistään lapsiin ja nuoriin kohdistuvaa seksuaalista häirintää ja seksuaalirikoksia, luodaan verkosto, joka koordinoi tiedon levitystä lapsiin ja nuoriin kohdistuvasta seksuaalisesta väkivallasta ja sen ehkäisystä nuorille, nuorten vanhemmille ja nuorten parissa työskenteleville, sekä tehdään suositukset

siitä, että kaikki opettajakoulutuksessa olevat, opettajat ja opettajienkouluttajat saavat perustiedot ihmisoikeuskasvatuksesta.

Ohjelmassa selvitetään myös lainsäädäntömuutokset, jotka mahdollistaisivat te-lekuuntelun lapsen seksuaalisen hyväksikäytön estämiseksi ja selvittämiseksi sekä lainsäädäntömuutokset, jotka mahdollistavat televalvonnan rikoslain¹ 20 luvun 8 b mukaisen rikoksen (ns. grooming) estämiseksi ja selvittämiseksi. Vuoden 2014 alussa tulevat voimaan uudet säännökset verkossa tapahtuvien lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten jäljittämiseksi. Selvityksen tulosten perusteella esitetään lainsäädäntöön mahdollisesti tarvittavia muutoksia. Ohjelmaa toteutetaan laatimalla verkkoon nuorisotyön strategia ja lisäämällä eri viranomaisten läsnäoloa ja moniammatillista yhteistyötä verkossa huomioiden etsivä nuorisotyö.

Väkivallan tunnistaminen ja uhrin hoito

Äitiysneuvolaoppaan³⁸ luvussa Lisäseuranta raskaana olevan ja perheen erityistilanteissa ohjeistetaan kysymään väkivallasta äitiysneuvoloissa molemmilta (tulevilta) vanhemmilta niin, ettei toinen ole läsnä, sekä ohjaamaan tarvittaviin toimenpiteisiin. Perheessä esiintyvää väkivaltaa seulotaan myös lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon laajoissa terveystarkastuksissa.³⁹ Väkivallasta kysyminen oletetun väkivallan tekijän läsnä ollessa on uhrille turvallisuusriski, joten laajoissa terveystarkastuksissa lasten kokeman väkivallan esille saaminen on hyvin haasteellista. Sen vuoksi tulee järjestää myös sellaisia tilanteita tai hetkiä vastaanoton aikana, joissa lapsi tai aikuinen saa tavata terveydenhoitajaa kahden kesken. Opiskeluterveydenhuollossa on käytössä toimipaikkakohtaisia lomakkeita, mutta väkivallasta kysyminen vaihtelee.⁴⁰ Suomessa on 2000-luvulla selvitetty ja ohjeistettu lasten perheissä kokeman seksuaalisen hyväksikäytön tutkimista ja hoitoa.^{41,42} Nykyinen lastensuojelulaki⁴³ on selkeyttänyt viranomaisten velvollisuutta tehdä lastensuojeluilmoitus sekä lisännyt ilmoitusvelvollisten määrää.

Lastensuojelun käsikirjasta,⁴⁴ Lääkärin käsikirjasta⁴⁵ ja Käypä hoito -suosituksesta⁴⁶ löytyy tietoa lasten kaltoinkohtelun tunnistamisesta, hoitamisesta, hoitopoluista ja lastensuojelullisista toimenpiteistä. THL:n ylläpitämältä Kasvun kumppanit -sivustolla on ”Lähisuhde ja perheväkivallan ehkäisy kunnassa ja koordinaattorin tehtäväkuvamalli”, jossa on käytännön ohjeita ja ehdotuksia väkivallan ehkäisyn ja koordinaattorin toimenkuvamalliksi.⁴⁷

Vammaisten henkilöiden väkivallan uhriksi joutumista voidaan ehkäistä antamalla heille saavutettavalla, myönteisellä ja ymmärrettävällä tavalla tietoa seksuaalisuudesta.⁴⁸ Seksuaalikasvatuksen kautta ihminen hahmottaa, mitkä asiat kuuluvat seksiin ja milloin taas on kysymys seksuaalisuutta loukkaavasta väkivallasta ja itse-määräämisoikeuden rikkomisesta. Väkivalta tai hyväksikäyttö tulee todennäköisesti helpommin ja aikaisemmassa vaiheessa ilmi, jos henkilöllä on luotettavia ja turvallisia ihmissuhteita. Tieto saatavilla olevista esteettömistä palveluista helpottaa vammaisten palveluihin hakeutumista ja väkivaltaan puuttumista. Lisäksi avun saamista helpottavat esteettömät liikennevälineet ja kuljetuspalvelut sekä turvatalot.^{36,49}

Akuuttitilanteessa seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan tai kaltoinkohtelun uhri tarvitsee asianmukaisen oikeuslääketieteellisen tutkimuksen, oikeusturvaansa liittyvää

neuvontaa ja psykososiaalisia tukitoimia. Syntyneen trauman käsittelyssä tarvitaan asiaan perehtynyttä diagnostiikkaa, ammattitaitoista tukea ja osalle pitkäaikaista terapiaa.²⁶ Väkivaltaa kokeneiden hoitoon liittyviä palveluja on kehitetty, ohjeistettu ja parannettu, esimerkiksi RAP – raiskatun akuuttiapu⁵⁰ ja kaksivuotinen kansallinen väkivallan ehkäisemishjelma vuosille 2007–2008.⁵¹ Sairaaloiden ja terveyskeskusten ensiavun yhteyteen on kehitetty palveluja, joista seksuaalisen väkivallan uhri saa akuutin vaiheen palveluja ja asianmukaista lääketieteellistä ja psykososiaalista hoitoa. Esimerkikejää näistä palveluista ovat Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiriin (VSSHP) raiskatun hoitoreitti ja Turun kaupungin ja kolmannen sektorin yhteinen seksuaaliväkivallan ehkäisytyöryhmä sekä Jyväskylän RAISEK-malli. Kehitystoimista huolimatta avun saanti ja laatu vaihtelevat huomattavasti eri puolilla maata.

Ammattilaisten päivystysluonteista puhelinkonsultaatioapua on saatavana mm. Raiskauskriisikeskus Tukinainen ry:stä, Helsingin oikeuslääketieteelliseltä laitokselta ja joiltakin paikallisilta poliisilaitoksilta. Ensi- ja turvakotien liitto on valtakunnallinen lastensuojelujärjestö, jonka tarkoituksena on tukea vaikeissa ja turvattomissa oloissa eläviä lapsia ja perheitä sekä ehkäistä perhe- ja lähisuhdeväkivaltaa. Järjestöllä on 12 turvakotia ympäri maata ja lisäksi avopalveluja.⁵²

TOIMINTAMALLEJA EHKÄISYYN, TUNNISTAMISEEN JA HOITON

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos toteutti 15–17-vuotiaille nuorille kohdistetun seksuaalisen väkivallan vastaisen ”Mun kroppa. Mä päätän” -kampanjan yhdessä STM:n, SM:n, poliisin ja useiden kansalaisjärjestöjen ja yhteisöjen sekä Helsingin kuvataidelukoulun oppilaiden kanssa.⁵³ Kampanja korosti nuorten seksuaalista itsemääräämisoikeutta ja kannusti nuoria määrittelemään omat rajansa, tunnistamaan uhkatilanteita ja puhumaan oikeuksiensa loukkauksista. Kampanja tuotti myös vanhemmille ja muille nuorten kanssa työtä tekeville aikuisille tukimateriaalia.

Väestöliiton nuorten valtakunnallisten nettisivujen tehtävänä on toimia alle 20-vuotiaiden nuorten tukena seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa, myös seksuaalioikeuksiin ja seksuaaliseen kaltoinkohteluun liittyvissä asioissa. Väestöliiton Poikien Puhelimeen tulee runsaasti kysymyksiä myös seksuaalisuutta loukkaavasta väkivallasta. Rajat ry järjestää koulutusta ammattihenkilöille miesten kokeman seksuaalisen väkivallan kohtaamisesta ja hoitamisesta (<http://www.rajat.fi/>). Rikosuhripäivystys toteuttaa palvelua nuorille rikosten uhreille (<http://nuoret.riku.fi/>).

Raiskauskriisikeskus Tukinainen ry antaa apua, neuvoa ja ohjausta seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa koskevissa asioissa. Se toimii Helsingissä ja Jyväskylässä sekä verkostojensa kautta valtakunnallisesti (esim. Nettitukinainen). Kumppanuustalo Tyttöjen Talo® – sukupuolisensitiivisen tyttötyön keskus on Kalliolan Nuoret ry:n, Setlementtinuortenliitto ry:n ja eri kaupunkien (Helsinki, Turku, Tampere ja Oulu) nuorisosiainkeskustoiminnan ylläpitämä palvelu, joka tukee tyttöjä ja nuoria naisia kasvun ja kehityksen erilliskysymyksissä, myös lähisuhdeväkivaltaa tai seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa kokeneita.

Kalliolan Nuoret ry pitää yllä e-talo-palvelua, joka on matalan kynnyksen verkossa toimiva sukupuolisensitiivinen auttamispalvelu 10–28-vuotiaille (www.e-talo.fi).

Vuonna 2012 Rikosuhripäivystyksen asiakkaista 23 prosenttia oli seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan uhreja. Rikosuhripäivystys tarjoaa rikoksen uhreille, heidän läheisilleen ja rikosasian todistajille suunnattuja valtakunnallisia puhelin- ja verkkopalveluja sekä tukihenkilötoimintaa 29 palvelupisteessä.

Poikien ja miesten kokema seksuaalisuutta loukkaava väkivalta on vielä vaikeampi asia kuin naisten. Miesuhreja on vaikeampi tavoittaa avun piiriin ilman erityisesti pojille ja miehille suunnattuja palveluja. Poikien Talo on Kalliolan Nuoret ry:n nelivuotinen (2011–2014) kehittämishanke, jonka kohderyhmänä ovat 10–28-vuotiaat erityisessä syrjäytymisvaarassa olevat pojat ja nuoret miehet.⁵⁴ Poikien Talon matalan kynnyksen toimintojen avulla toteutetaan kannattelevaa ja vakauttavaa ohjaavaa työtä seksuaalista kaltoinkohtelua ja väkivaltaa kokeneiden poikien ja nuorten miesten auttamiseksi ja tuetaan poikien ja nuorten miesten psykososiaalista kasvua ja kokonaisvaltaisen sukupuoli-identiteetin kehittymistä.

Turussa on ammatillisesti ohjattuja vertaistukiryhmiä seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa kokeneille nuorille ja aikuisille ja VSSHP:ssä on sovittu käytäntö, jossa väkivaltaa kokeneilta asiakkailta kysytään akuuttitilanteen hoidon yhteydessä lupa antaa väkivaltaa kokeneen yhteystiedot Rikosuhripäivystykselle, joka ottaa yhteyttä asiakkaaseen.⁵⁵ Nuorten Exit-hanke pyrkii ehkäisemään nuoriin kohdistuvaa seksuaalista häirintää, houkuttelua, seksinostonyrityksiä ja seksinostoa tiedottamalla nuorille heidän omista oikeuksistaan ja aikuisten kaltoinkohtelijoiden toimintatavoista, tapaamalla nuoria esimerkiksi kaupungilla ja kouluissa sekä tekemällä etsivää työtä verkossa ja puuttumalla siellä havaittuun nuoria kaltoinkohtelevaan toimintaan.⁵⁶ Hanketta koordinoi Nuorten Exit – Pois prostituutiosta ry. Väkivaltaa kokeneen lisäksi tukea saattavat usein tarvita myös uhrin läheiset.

Mediakasvatus.fi-sivustolta löytyy Suojele minua kaikelta -aineisto ja tietoa lasten kanssa ja lasten hyväksi toimiville ammattilaisille siitä, miten verkko ja digitaalinen media voivat altistaa lapsen seksuaaliselle hyväksikäytölle. Aineistoa ovat olleet tuottamassa mm. oikeus- ja liikenne- ja viestintäministeriö, Helsingin poliisilaitos sekä useita järjestöjä. Seta ry:n Transtukipiste tarjoaa inter- ja transsukupuolisille ihmisille ja heidän läheisilleen psykososiaalisia tukipalveluja.

Vaikka maahanmuuttajien kanssa tehtävän työn keskeisiä periaatteita on asiakkaan kulttuurin kunnioittaminen, väkivaltaa ei pidä oikeuttaa kulttuuriin kuuluvana. Monika-naiset ry auttaa väkivallan kohteeksi joutuneita maahanmuuttajanaisia ja toimii väkivallan ehkäisemiseksi (<http://www.monikanaiset.fi>). Tukimateriaalia maahanmuuttajien auttamistyöhön löytyy sosiaali- ja terveysalalle suunnatusta oppaasta.⁵⁷

Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämisen toimintaohjelman tarkoituksena on luoda Suomeen pysyviä valtakunnallisia ja alueellisia rakenteita tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen ehkäisyyn.⁵⁸ Lisäksi toimintaohjelman tarkoituksena on tehostaa yhteistyötä, selkeyttää työnjakoa ja parantaa koordinaatiota eri viranomaistahojen ja muiden toimijoiden kesken. Samalla Suomi osaltaan vastaa kansainvälisistä sitoumuksistaan koskien naisten ja lasten ihmisoikeuksien edistämistä sekä nauttien kohdistuvan väkivallan ehkäisemistä. Valtakunnallisen toimintaohjelman päätavoitteena on ehkäistä tyttöjen ympärileikkaukset Suomessa sekä lisätä jo ympärileikkattujen tyttöjen ja naisten hyvinvointia ja elämänlaatua. Ihmisoikeusliiton KokoNainen -hanke

on toiminut vuodesta 2002 lähtien.⁶ Hankkeessa toimitaan maahanmuuttajayhteisöjen keskuudessa, ja siinä on koulutettu ammattihenkilöstöä sekä tuotettu valtakunnalliseen käyttöön tarkoitettua materiaalia, mm. ”Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus Suomessa. Asiantuntijatyöryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle”.

Intersukupuolisilla ihmisillä tulee olla itsellään oikeus päättää omien sukupuolielimien korjaamisesta aina kun intersukupuolisuuteen ei liity terveydellisiä ongelmia.⁵⁹ Mies- ja naissukupuolen rinnalle tulee hyväksyä ja lisätä vaihtoehdoksi syntymärekisteriin ja väestörekisteriin intersukupuoli, jolloin paine intersukupuolisen lapsen varhaiseen kirurgiseen puuttumiseen vähenee. Mahdolliset kirurgiset toimenpiteet tehdään siinä vaiheessa, kun ihminen itse tietää, millaisia korjaustoimenpiteitä hän haluaa.

Transsukupuolisia henkilöitä koskevat sukupuolen muuttamiselle asetetut lisääntymiskyvyttömyys- ja naimattomuusvaatimukset loukkaavat sukupuoltaan korjaavien henkilöiden oikeutta keholliseen koskemattomuuteen ja perhe-elämään. Euroopan neuvoston ihmisoikeusvaltuutettu on kehottanut Suomea poistamaan nämä vaatimukset.⁶⁰ STM on asettanut työryhmän uudistamaan annettua lakia transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta.⁶¹

Diakonissalaitoksen yhteydessä Helsingissä toimiva Kidutettujen kuntoutuskeskus on erikoistunut kidutukseen liittyvien tilanteiden hoitoon.⁶² Lisäksi maahanmuuttajien erityispalveluja tarjoaa Suomen Mielenterveysseuran SOS-keskus.⁶³

Vankeinhoidossa on ollut vuodesta 1998 lähtien käytössä seksuaalirikoksista tuomituille tarkoitettu ohjelma, joka perustuu englantilaiseen Sex Offender Treatment Programme: Core Programme -malliin ja josta Suomessa käytetään lyhennettä STOP.⁶⁴ Etelä-Suomen aluevankilan alueella Riihimäen vankilassa toteutettavaan STOP-ohjelmaan voi hakea kaikista Suomen vankiloista. Ohjelman tavoitteena on lisätä tuomitun ymmärrystä siitä, mikä on saanut hänet tekemään seksuaalirikoksen ja kuinka hän voi tulevaisuudessa elää ilman rikoksia. STOP-ohjelman käyneiden seurannasta on saatu lupaavia tuloksia, mutta ohjelman vaikuttavuudesta tarvitaan tutkimusnäyttöä. Syyskuuhun 2012 mennessä ohjelman oli käynyt läpi 200 vankia, joista noin 180 oli ehtinyt vapautua. Heistä kuusi oli saanut uuden tuomion seksuaalirikoksesta.

Tavoite 1

- ▶ Seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa kokeneet pääsevät asianmukaiseen tutkimukseen ja hoitoon asuinpaikasta, varallisuudesta, iästä, etnisestä taustasta, vammasta, seksuaalisesta suuntautumisesta, sukupuoli-identiteetistä tai sukupuolen ilmaisusta riippumatta.

Toimenpiteet

- ▶ Jokainen kunta nimeää vastuuhenkilön ja tekee suunnitelman seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan ehkäisyyn ja toiminnan kehittämiseen.
- ▶ Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt antavat tietoa kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteydessä seksuaalisuutta loukkaavaan väkivaltaan ja kaltoinkohteluun saatavilla olevasta tuesta ja avusta ja ohjaavat asiakkaan avun piiriin.
- ▶ Kunnat tai kuntayhtymät kehittävät ja sisällyttävät peruspalveluihin asiakkaalle maksuttomia, helposti saavutettavia matalan kynnyksen palveluja, erityisesti nuorten ja miesten erityistarpeet huomioiden.
- ▶ Kunnat tai kuntayhtymät, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, YTHS, THL ja media tiedottavat väestölle selkeästi varhaisen tutkimuksen ja hoitoon hakeutumisen merkityksestä seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan tutkimisessa ja hoitamisessa sekä tarjolla olevista palveluista.
- ▶ Kodit sekä varhaiskasvatuksen, koulun, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ja alan järjestöt antavat lapsille ja nuorille tunne- ja turvataitokasvatus- ta niin, että lapset tunnistavat aiempaa paremmin seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa ja kaltoinkohtelua, uskaltavat ja osaavat kertoa siitä ja saavat tarvitsemansa avun.
- ▶ Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt tunnistavat inter- ja transukupuolisten ihmisten läheisten psykososiaalisen tuen tarpeen ja ohjaavat tarvittaviin palveluihin.
- ▶ Eri rahoittajatahot ymmärtävät kolmannen sektorin merkityksen seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan ehkäisyssä ja hoidossa ja turvaavat kolmannen sektorin palvelujen jatkuvuuden.

Tavoite 2

- ▶ Seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa kokeneiden kokonaisvaltaista, viiveetöntä tutkimusta, hoitoa ja kriisiapua parannetaan akuuttivaiheessa ja kehitetään seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa kokeneiden pitkäaikaista hoitoa ja psykososiaalista tukea.

Toimenpiteet

- ▶ Jokainen kunta tai kuntayhtymä nimeää vastuuhenkilön ja tekee suunnitelman seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan hoidon ja tuen kehittämiseksi.
- ▶ Paikallinen ja alueellinen vastuutaho kehittävät seksuaalista väkivaltaa kokeneiden hoitopolkujen ja -ketjujen sekä akuuttivaiheen tutkimuksen ja hoidon organisointia (sisältäen näytteenoton ja säilytyksen) siten, että alueelliset hoitokäytännöt saadaan yhtenäisiksi ja selkeästi ohjeistetuiksi tilanteissa, joissa epäillään parisuhde- tai muuta läheisväkivaltaa.
- ▶ Perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido ja kolmas sektori lisäävät ja vakiinnuttavat yhteistyötä väkivallan tunnistamisessa, ehkäisyssä ja hoidossa.
- ▶ THL ja alueelliset vastuutahot tiedottavat RAP – Raiskatun akuuttiapu -käsikirjan olemassa olosta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Paikallinen taho varmistaa, että käsikirja on saatavilla kaikissa päivystystoimipisteissä.
- ▶ Kolmas sektori perustaa ja ylläpitää ammatillisesti ohjattuja vertaistukiryhmiä.
- ▶ Paikallinen ja alueellinen vastuutaho ottavat seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa tai häirintää nähneet tai kokeneet nuoret mukaan laatimaan väkivallan vähentämiseen tähtäviä toimia.

Tavoite 3

- ▶ Luodaan pysyvät valtakunnalliset ja alueelliset rakenteet tyttöjen ja naisten ympärileikkausten estämiseksi ja ympärileikkauksen kokeneiden tyttöjen ja naisten hyvinvoinnin ja elämänlaadun parantamiseksi.

Toimenpiteet

- ▶ THL tuottaa materiaalia tyttöjen ja naisten ympärileikkauksesta verkkosivuilleen, ammattilaisille jaettavan esitteen ja jakaa aiheesta tietoa osallistumalla kansallisiin, alueellisiin ja paikallisiin koulutustilaisuuksiin.
- ▶ Sosiaali- ja terveydenhuollon, varhaiskasvatuksen ja opetuksen ammattihenkilöt ottavat tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen puheeksi sellaisten henkilöiden kanssa, jotka ovat lähtöisin alueilta, joilla tyttöjä ja naisia ympärileikataan.
- ▶ Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt sekä varhaiskasvattajat ja opettajat ehkäisevät tyttöjen ympärileikkauksia omien tehtäviensä mukaisesti. Puheeksi ottamisen yhteydessä he nostavat esille ihmisoikeusnäkökulman ja toimenpiteistä aiheutuvia terveyshaittoja. Lisäksi he kertovat, että tytön ympärileikkaaminen on Suomessa rikos, josta seuraa rangaistus ympärileikkauksen tekijälle, tekoon jollakin tavalla osallistuneille ja siihen yllyttäneille.
- ▶ Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä vastaavat alueelliset tahot laativat toimintaohjeet ja hoitopolut tilanteisiin, joissa tyttöjen ympärileikkauksen uhka on olemassa tai toimenpide on jo tehty.

- ▶ STM ja THL järjestävät vuosittaisia työseminaareja tiedon välittämistä varten ja ylläpitävät eri toimijatahojen keskeisten yhteyshenkilöiden verkostoa.
- ▶ OPH, OKM ja korkeakoulut ottavat tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen yhdeksi aiheeksi eri ammattiryhmien perus-, täydennys- ja lisäkoulutukseen. Ammatikorkeakoulut ja yliopistot valmistelevat koulutukseen sopivia kokonaisuuksia.
- ▶ THL ja OPH järjestävät erityisesti maahanmuuttajalasten kanssa toimiville peruskoulun opettajille ja varhaiskasvattajille täydennyskoulutuksen tai tietopakettien tyttöjen ja naisten ympärileikkauksesta. Esimiehet ja johtavat viranhaltijat mahdollistavat henkilökunnan osallistumisen tyttöjen ja naisten ympärileikkaus-aiheen sisältävään jatko-, lisä- ja/tai täydennyskoulutukseen.

Tavoite 4

- ▶ Seksuaalisuutta loukkaava väkivalta ja kaltoinkohtelu tunnustetaan aiempaa paremmin ja niiden yleisyydestä saadaan aiempaa järjestelmällisemmin tietoa.

Toimenpiteet

- ▶ Ammattihenkilöt ottavat järjestelmällisesti väkivallan puheeksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, erityisesti neuvoloissa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa sekä vammaisten ja ikääntyneiden palveluissa käyttäen tähän tarkoitukseen kehitettyjä kysymyksiä.
- ▶ Tutkimuslaitokset ja korkeakoulut tuottavat tietoa seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin ja vammaisiin henkilöihin kohdistuvasta sekä etnisiä ryhmiä koskevasta seksuaalisesta häirinnästä ja seksuaalisuutta loukkaavasta väkivallasta.
- ▶ THL, alueelliset ja paikalliset palvelujen järjestämisestä vastaavat tahot sekä alan järjestöt kuulevat seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjä ja erityisryhmiä ja ottavat heidät mukaan seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan ehkäisyn kehittämissuunnitelmiin.
- ▶ Tutkimuslaitokset ja korkeakoulut lisäävät seksuaali- ja sukupuoli-identiteettiä koskevia kysymyksiä valtakunnallisiin säännöllisesti tehtäviin hyvinvointia kartoittaviin kyselytutkimuksiin.

Tavoite 5

- ▶ Sosiaali-, terveys- ja opetusalan ammattilaisten osaamista ja verkostoitumista kehitetään kuntakohtaisesti ja luodaan paikallisia malleja väkivallan tunnistamiseksi ja ehkäisemiseksi.

Toimenpiteet

- ▶ Korkeakoulut ja muut kouluttajatahot lisäävät seksuaalineuvojien täydennyskoulutusta väkivaltaa kohdanneiden auttamisessa.
- ▶ OKM, OPH, ammattikorkeakoulut ja yliopistot huolehtivat, että ammattihenkilöiden (terveys- sosiaali-, kasvatusta- ja opetusala sekä nuorisotyö) peruskoulutuksen pakollisiin opintoihin sisällytetään tietoa seksuaalisuutta loukkaavasta väkivallasta ja kaltoinkohtelusta.
- ▶ Työnantajat huolehtivat, että ammattihenkilöt, jotka työssään kohtaavat seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa kokeita lapsia, nuoria tai aikuisia, saavat täydennyskoulutusta ja työnohjausta.
- ▶ Yliopistot tehostavat lääkärin perus- ja täydennyskoulutuksessa seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa kokeneiden oikeuslääketieteellisen tutkimuksen koulutusta.
- ▶ Kouluttajatahot hyödyntävät kolmannen sektorin asiantuntijoiden kokemusta väkivaltaa kokeneiden tutkimuksessa, hoidossa ja tukemisessa.
- ▶ Kunnat ja kuntayhtymät edistävät väkivaltaa ehkäisevää ja vähentävää kasvatusta nuorisotyössä ja kehittävät nuorille suunnattua materiaalia perheväkivallasta ja seksuaalisuutta loukkaavasta väkivallasta.

Tavoite 6

- ▶ Seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan tai kaltoinkohtelun uhrin oikeusturvaa kehitetään.

Toimenpiteet

- ▶ Oikeusministeriö (OM) ja STM kehittävät seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa ja kaltoinkohtelua koskevaa lainsäädäntöä.
- ▶ OM käynnistää sukupuolen korjausta hakevien henkilöiden sterilointiin ja intersukupuolisten lasten sukuelimien korjaukseen liittyvän lainsäädäntötyön.
- ▶ Ammattihenkilöt informoivat seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa kohdanneutta hänen oikeusturvastaan (mm. mahdollisuudesta maksuttomaan oikeusavustajaan, Rikosuhripäivystyksen tukihenkilöön oikeusprosessin ajaksi).
- ▶ Päivystyspisteissä työskentelevät ammattilaiset huolehtivat, että päivystyspisteissä on valmius oikeuslääketieteellisten tutkimusten asianmukaiseen suorittamiseen ja näyttöiden säilyttämiseen ja kertovat seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa kohdanneelle hänen oikeudestaan oikeuslääketieteelliseen tutkimukseen riippumatta rikosilmoituksen tekemisestä.
- ▶ SM ja STM selvittävät, mitä tehdyt lainmuutokset ovat vaikuttaneet sosiaalitoimen rikosilmoituksiin lapsiin kohdistuneessa väkivallassa.

Tavoite 7

- ▶ Seksuaalirikollisten hoitoa ja hoitoon pääsyä parannetaan.

Toimenpiteet

- ▶ OM ja Rikosseuraamuslaitos jatkavat yhteistyötahojen kanssa seksuaalirikosten uusimisriskin vähentämiseen tähtäävää STOP-ohjelmaa ja kehittävät avohoitoon soveltuvia jatkokuntoutusohjelmia.
- ▶ OM, STM ja SM kehittävät alaikäisten seksuaalirikoksia tai seksuaalisesti loukkaavia tekoja tehneiden nuorten hoidon keskittämistä valtakunnallisesti.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

VÄKIVALLATTOMUUTEEN KASVATTAMINEN

Väkivaltaan ja häirintään liittyvän ehkäisevän työn toteuttamista vahvistettiin vuoden 2003 koululainsäädännössä.⁶⁵ Perusopetuksen, lukiokoulutuksen ja ammatillisen koulutuksen opetussuunnitelmiin sisältyy mahdollisuus käsitellä turvallisuuden ja väkivaltaan liittyviä aiheita eri oppiaineiden yhteydessä sekä aihekokonaisuuksissa. Näistä esimerkkinä ovat toisten huomioonottaminen, suvaitsevuus, fyysisen ja psyykkisen koskemattomuuden kunnioittaminen ja ihmisoikeudet. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon perusteissa on tarkistettu ammatillisten tutkinnon osien ammattitaitovaatimuksia, joihin sisältyvät myös uudistetut tavoitteet lähi- ja parisuhdeväkivallan tunnistamisesta sekä sen puheeksi ottamisesta ja jatkohoidon ohjauksesta.

Seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan ja häirinnän, itsemääräämisoikeuden rikkomisen sekä lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn ja tuen hakemisen teemat ovat osa terveystiedon oppiaineen tavoitteita ja sisältöjä sekä sen tueksi laadittuja aineistoja ja ne otetaan käyttöön jo varhaiskasvatuksesta alkaen. Tasa-arvolaki velvoittaa myös oppilaitoksia ehkäisemään ja puuttumaan seksuaaliseen häirintään ja sukupuolen perusteella tapahtuvaan syrjintään. OPH:n julkaisemassa oppaassa oppilaitoksia kehoitetaan kiinnittämään erityistä huomiota seksuaalisen häirinnän ehkäisemiseen tasa-arvosuunnitelmia laadittaessa.⁶⁶ Oppilas- ja opiskelijahuollon oppaaseen liittyvä tukiaineisto on laadittu OPH:n ja THL:n yhteistyönä.⁶⁷

Väkivallan ehkäisyn toimenpiteet voidaan jakaa kohderyhmän mukaan kolmeen osaan (taulukko 5). Yleiset toimenpiteet kohdistuvat kokonaisuun ryhmiin tai koko väestöön, esimerkiksi väkivallan ehkäisemiseen tähtäävät, oppilaitosten kaikille oppilaille tai opiskelijoille tarkoitetut oppikurssit tai tietyn ikäisille lapsille koko yhteisössä suunnatut mediakampanjat. Valikoidut toimenpiteet suunnataan oletetuille riskiryhmille, esimerkiksi tyttöjen ympärileikkauksen ehkäisemiseen tähtäävät toimet niille, joita perinne koskettaa. Osallisille suunnatut toimenpiteet kohdistetaan jo väkivallan uhriksi joutuneille uusiutuvan väkivallan ehkäisemiseksi tai väkivallan tekijöille väkivaltaiseen käyttäytymiseen puuttumiseksi, esimerkkinä hoitoonohjaus.²

Taulukko 5. Väkivallan ehkäisyn toimenpiteet WHO:n raporttia² mukaillen Bildjuschkin & Raussi-Lehto.

	Yleiset toimenpiteet	Valikoidut toimenpiteet	Toimenpiteet osallisille
Kohde	Väestö, kokonaiset ryhmät	Riskiryhmät	Väkivaltaa kohdanneet
			Väkivallan tekijät
	Kurssit Kampanjat	Asennekasvatus	Turvataidot
			Psyykkinen tuki, hoitoonohjaus
			Väkivaltaiseen käyttäytymiseen puuttuminen

Naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelmassa on toimenpiteitä väkivallan ehkäisyksi kaikilla tasoilla (ks. edellä). Lasten turvataidot -materiaali⁶⁸ on suunnattu alakouluun ja Turvataitoja nuorille -opas⁴⁸ on suunnattu yläkoulun ja toisen asteen oppilaitosten opettajille, kuraattoreille ja terveydenhoitajille. Ne sisältävät kattavasti tietoa keskeisistä ilmiöistä kuten seksuaalisesta väkivallasta, sukupuolisesta häirinnästä ja seurusteluväkivallasta. OPH on osallistunut oppaan laatimiseen ja levittämiseen oppilaitoksiin. Turvataitojen opettamisen avulla edistetään turvallisuuskasvatuksen aihesisältöjen sisällyttämistä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon, kuraattorien ja koulupsykologien, opettajien ja varhaiskasvatuksen henkilökunnan (lastentarhanopettajat, lastenhoitajat, lähihoitajat) perus- ja täydennyskoulutukseen.

Tavoitteet

- ▶ Alle kouluikäiset lapset saavat turvataitokasvatusta viimeistään esikouluissa. Väkivallan ehkäisy on osa kaikkea seksuaalikasvatusta.
- ▶ Lapset ja nuoret ovat tietoisia seksuaalioikeuksistaan, he osaavat puolustaa omia oikeuksiaan, kunnioittavat toisten oikeuksia ja tunnistavat väkivaltaisen kohtelun ja hyväksikäytön.
- ▶ Lasten ja nuorten vanhemmat saavat tietoa turvataidoista ja seksuaalioikeuksista.
- ▶ Terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja opetustoimen ammattihenkilöillä on osaamista kasvattaa väkivallattomuuteen ja varhaiseen puuttumiseen, erityisesti seksuaalisuutta loukkaavien kiusaamiskäytäntöjen ja häirinnän ehkäisyyn.
- ▶ Lapsia ja nuoria suojellaan media- ja viihdekulttuurin seksuaaliterveyttä vahingoittavalta ja väkivaltaa sisältävältä viestinnältä esimerkiksi suojaikärajojen käytöllä.
- ▶ Tuetaan väkivaltakielteistä, seksuaalisen turvallisuuden ilmapiiriä koulu- ja opiskelijayhteisöissä sekä työpaikoilla.

Toimenpiteet

- ▶ Varhaiskasvatuksen, esiopetuksen ja peruskoulujen ammattihenkilöt kirjaa-
vat väkivallattomuuteen kasvattamisen turvallisuuteen ja hyviin ihmissuhtei-
siin tähtäävän kasvatuksen tavoitteeksi ja lisäävät väkivallan ehkäisyn kaikkeen
seksuaalikasvatukseen.
- ▶ Varhaiskasvatuksen, esiopetuksen ja peruskoulujen ammattihenkilöt kehittävät
väkivallattomuuteen tähtäävää kasvatusta edelleen ja sisällyttävät siihen seksuaa-
lioikeuksien sekä yksilön koskemattomuuden ymmärtämiseen ja itsesuojeluun
tähtäävien tietojen ja taitojen (turvataitojen) opetusta. Nuorisotyötä sekä rippi-
koulu- tai vastaavaa työtä tekevät käsittelevät myös samoja teemoja toiminnas-
saan ja tilaisuuksissaan.
- ▶ Korkeakoulut järjestävät täydennyskoulutusta varhaiskasvatuksen ammattihen-
kilöille ja peruskoulujen opettajille sekä kehittävät opetusmateriaalia väkival-
lattomuuteen kasvattamisesta.
- ▶ Päivähoidon, varhaiskasvatuksen ja koulun henkilökunta tiedottaa turvataidois-
ta ja seksuaalioikeuksista lasten vanhemmille.
- ▶ Äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon, työter-
veyshuollon ja muiden ehkäisevien palvelujen ammattihenkilöt toimivat aktii-
visesti seksuaalisuutta loukkaavaa ja muuta väkivaltaavaa ehkäisevästi ja seulo-
vat väkivaltaa kokeneita, dokumentoivat ja kehittävät hoitopolkua.
- ▶ Lastenneuvolan ammattihenkilöt keskustelevat lapsen seksuaalisesta kehityk-
sestä ja ohjaavat vanhempia tukemaan tasapainoista kehitystä seksuaalitervey-
den näkökulmasta. Tarvittaessa he tarjoavat neuvontaa ja keskusteluaupua sek-
suaalisuuteen ja läheissuhteisiin liittyvissä kysymyksissä.
- ▶ Järjestöt jatkavat pari- ja lähisuhdeväkivallan vähentämiseksi käynnistyneitä
ohjelmia ja hankkeita toimintakäytäntöjen juurruttamiseksi ja tekevät näky-
väksi myös seksuaalisen väkivallan näkökulmaa.
- ▶ Kunnat tai kuntayhtymät ja järjestöt tukevat ja laajentavat riskiryhmiin kuulu-
ville nuorille suunnattua toimintaa.
- ▶ Puolustusvoimat käsittelevät seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa asevelvolli-
sille annettavan seksuaalikasvatuksen yhteydessä.
- ▶ Vanhemmat, varhaiskasvatuksen ja koulujen ammattihenkilöt, median edusta-
jat, Kansallinen audiovisuaalinen instituutti (KAVI), nuorisotyön ammattilaiset
ja alan järjestöt tekevät yhteistyötä lapsille suunnatun mediaväkivaltaviihteen
kuten lasten ja nuorten ohjelmat, mainokset, pelit ja elokuvat, rajoittamiseksi.
- ▶ Peruskouluissa työskentelevät ammattihenkilöt antavat kriittisen medialuku-
taidon opetusta.
- ▶ Tutkimuslaitokset ja korkeakoulut selvittävät seksuaalisuutta loukkaavan väki-
vallan kokemuksen yleisyyttä säännöllisesti toteutettavien nuorisotutkimus-
ten (esim. Kouluterveyskysely, WHO-koululaistutkimus, Nuorten terveysta-
patutkimus) avulla.

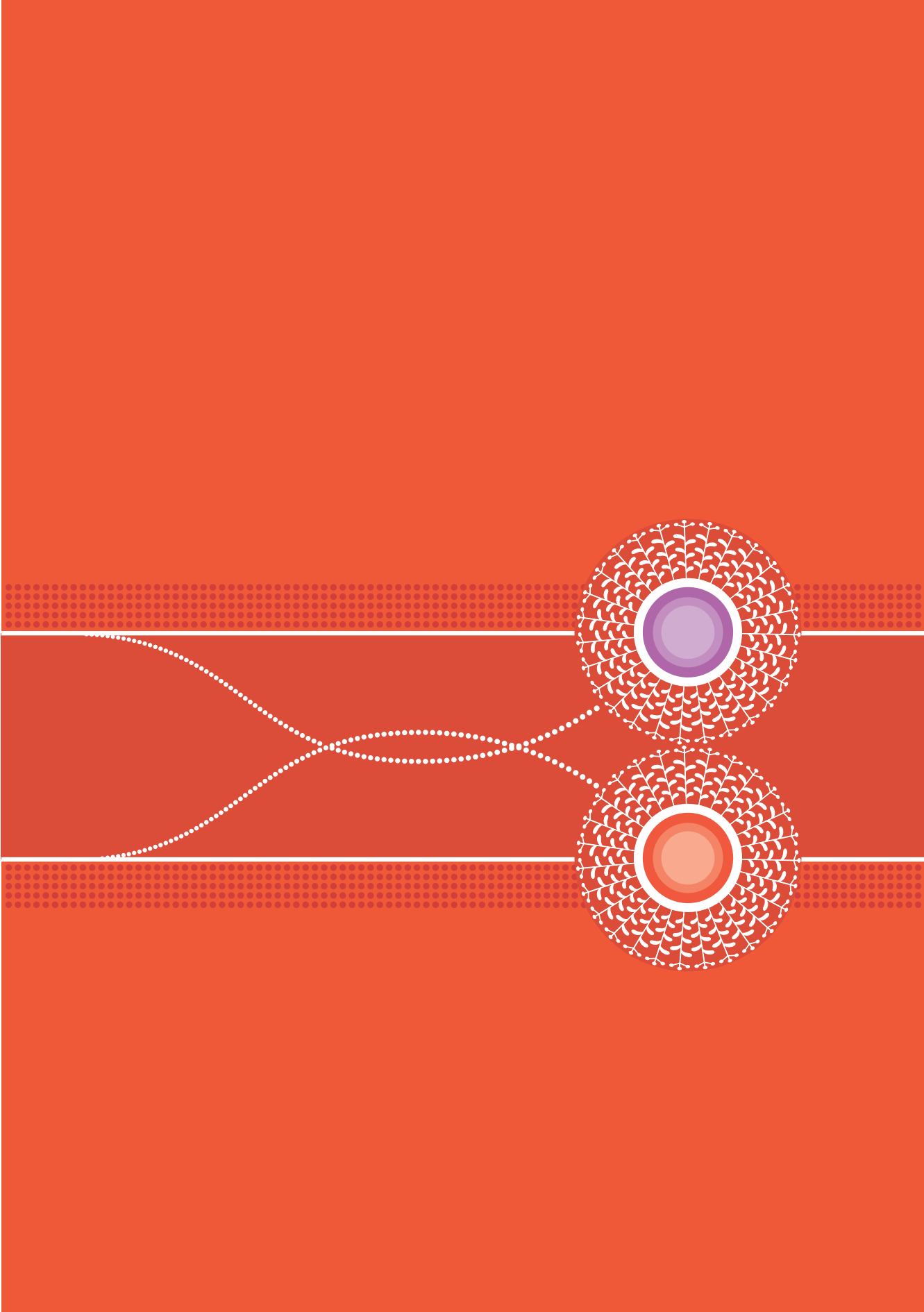
* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

Lähteet

- Oikeusministeriö. 1889. Rikoslaki 19.12.1889/39. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001>.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. (toim.) 2005. Väkivalta ja terveys maailmassa. WHO:n raportti. Lääkärien sosiaalinen vastuu ry & terveyden edistämisen keskus ry. Alkuperäinen teos: WHO 2002, World Report on Violence and Health World Health Organization. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/full_fi.pdf.
- FRA – European Union Agency for Fundamental Rights. 2014. Violence against women: an EU-wide survey. http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results_en.pdf Viitattu 6.3.2014.
- Haarakangas, T., Ollus, N. & Toikka, S. 2000. Väkivaltaa kokeneet maahanmuuttajanaiset – haaste turvatoimivalle Suomessa. Tasa-arvojulkaisuja 2000:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Norwegian Ministry of Children, Equality and Social Inclusion. 2012. Action Plans for Combating Forced Marriage and Female Genital Mutilation. Norwegian Government Administration Services 03/2012. <http://www.regjeringen.no/upload/BLD/IMA.pdf> Viitattu 3.3.2014.
- Tiilikainen, M. (toim.) 2011. Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus Suomessa. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. (3. painos). Helsinki: Ihmisoikeusliitto ry.
- Koponen, P. & Mölsä, M. 2012. Naisten ympärileikkaus. Teoksessa Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 141–144.
- Grans, L. & Mattila, P. 2013. Ihmisoikeuksia ei saa unohtaa ympärileikkausta koskevassa keskustelussa. Helsingin Sanomat, mielipidekirjoitus 26.8.2013.
- Brusila, P., Hyvärinen, S., Kallio, M., Porras, K. & Sandberg, T. 2009. Eikö se kuulu kenellekään? Rohkene kohdata seksuaalisesti kaltoinkohdeltu nuori. Helsinki: Väestöliitto.
- Bildjuschkin, K. & Ruuhilahti, S. 2008. Seksiä vaatteet päällä. Helsinki: Tammi.
- Alanko, K. 2013. Hur mår HBTIQ-unga i Finland? Ungdomsforskningsnätverket/Ungdomsforsknings-sällskapet, publikationer 143, nätpublikationer 68 & Seta, Seta-publikationer 21. http://www.nuorisotutkimusseura.fi/julkaisuja/hbtiq_unga.pdf.
- YK. Lapsen oikeuksien sopimus. http://www.unicef.fi/lapsen_oikeuksien_sopimus. Viitattu 3.3.2014.
- Optula. 2013. Rikollisuustilanne 2012. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. <http://www.optula.om.fi/fi/index/ajankohtaista/tiedotteet/2013/06/18.6.2013rikollisuustilanne2012ilместynyoptntutkimuksia264.html> Viitattu 3.3.2014.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2013. Kouluterveydenselvitys tulokset 2013. <http://www.thl.fi/fi/FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset>. Viitattu 28.2.2014.
- Salmi, V. 2012. Nuorten rikoskäyttäytyminen ja uhrikokemukset 2012. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 113. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. http://www.optula.om.fi/material/attachments/optula/julkaisut/tutkimustiedonantoja-sarja/CVAKVdrHD/tta_113_Salmi.pdf Viitattu 28.2.2014.
- Lepistö, S. & Paavilainen, E. 2012. Nuorten seksuaalinen kanssakäyminen yli viisi vuotta vanhemman kanssa ja siitä selviytyminen. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1567259> Viitattu 28.2.2014.
- Irwin, CE. & Rickert, VI. 2005. Coercive sexual experiences during adolescence and young adulthood: a public health problem. *Journal of Adolescent Health* 36, 359–61.
- Henttonen, P. 2013. Seksuaalinen väkivalta. Teoksessa Piispa, M. (toim.) Uskalla olla, uskalla puhua vammaisen naisen ja väkivalta. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 65–80.
- Powers, LE. & Oschwald, M. 2004. Violence and Abuse Against People With Disabilities: Experiences, Barriers and Prevention Strategies. Oregon Institute on Disability and Development 2004. <http://nasuad.org/sites/nasuad/files/hcbs/files/53/2622/AbuseandViolenceBrief.pdf> Viitattu 28.2.2014.
- Mitra, M., Mouradian, VE., Diamond, M. 2011. Sexual Violence Victimization Against Men with Disabilities. *American Journal of Preventive Medicine*. 41 (5), 494–497.
- Beleza ML. 2003. Discrimination against women with disabilities. Council of Europe Publishing. http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/Discrimination%20Women_E%20in%20color.pdf Viitattu 28.2.2014.
- International Network of Women with Disabilities. 2010. Document on violence against Women with Disabilities. <http://www.sosiaalipolitti.fi/File/3a5b8b4e-b262-4b36-9c98-d4fdb18c2af/ViolenceAgainstWomenwithDisabilities.doc> Viitattu 28.2.2014.
- Piispa, M. (toim.) 2013. Uskalla olla, uskalla puhua vammaisen naisen ja väkivalta. Opas 28. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3031-5>.
- Roth, V. 2010. Defining human trafficking, identifying its victims. A Study on the impact and future challenges of the international, European and Finnish legal responses to prostitution-related trafficking in human beings. Akateeminen väitöskirja. Oikeustieteellinen tiedekunta. Turku: Turun yliopisto.
- Ylikomi, R. & Punamäki, R-L. 2007. Raiskauksen II: Raiskauksen uhrin psyykinen akuuttihoito ja hoitopolun rakentaminen. *Suomen Lääkärilehti* 62, 877–83.
- Heikinheimo, A. & Tasola, S. 2004. Vain muistamalla voi unohtaa. Seksuaalisesti hyväksikäytettyjen naisten ryhmäterapia. Tie toipumiseen. Jyväskylä.

28. Punamäki, R-L. & Ylikomi, R. 2007. Raiskaustrau-
ma I. Raiskauksen kokeminen altistaa psyykkisille
ongelmille. Suomen Lääkärilehti 62, 757–61.
29. Makkonen, K. & Cacciatore, R. 2006. Nuoren tytön
seksuaalinen hyväksikäyttö – miten toimim? Suomen
Lääkärilehti 61, 3849–52.
30. Saisto, T. & Rouhe, H. 2012. Synnytyspelon taustate-
kijät ja hoitotulokset tutkimuksen valossa. Suomen
Lääkärilehti 67, 3007–3012.
31. WHO. 2012. Health complications of female genital
mutilation. [http://www.who.int/reproductivehealth/
topics/fgm/health_consequences_fgm/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/health_consequences_fgm/en/) Viitattu
28.2.2014.
32. Venhola, M. 2011. Kirjeitä ja mielipiteitä. Lääketie-
teellinen Aikakauskirja Duodecim 127(2), 152.
33. Kosunen, E. 2009. Seksuaaliterveys . Teoksessa Rim-
pelä, M., Saariisto, V., Wiss, K., Ståhl, T. (toim.) Terveyden
edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Terveyden
ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 19/2009. Helsin-
ki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, s. 232–243.
34. Wijma, B., Schei, B., Swahnberg, K., Hilden, M., Of-
ferdal, K., Piakrinen, U., Sidenius, K., Steingrimsdot-
tir, T., Stoum, H. & Halmesmäki, E. 2003. Emotional,
physical, and sexual abuse in patients visiting gynae-
cology clinics: a Nordic cross-sectional study. *Lancet*
361, 2107–13.
35. Valtioneuvoston kanslia. 2011. Pääministeri Jyrki Ka-
taisen hallituksen ohjelma. [http://valtioneuvosto.fi/
hallitus/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf](http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf) Viitattu 28.2.2014.
36. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Turvako-
tipalvelujen kansalliset laatusuosituksukset. Ohjaus:
11/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-924-4>.
37. Sisäasiainministeriö. 2012. Turvallisempi huominen.
Sisäisen turvallisuuden ohjelma. 26/2012. Helsinki:
Sisäasiainministeriö. [http://www.intermin.fi/down-
load/34893_262012_STO_III_fi.pdf?1e94b949a3b4d088](http://www.intermin.fi/download/34893_262012_STO_III_fi.pdf?1e94b949a3b4d088)
Viitattu 28.2.2014.
38. Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.). 2013.
Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoiminta-
aan. Opas 29. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin
laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5>.
39. Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., Hast-
rup, A., Wallin, M. & Pelkonen, M. 2012. Laaja ter-
veystarkastus: Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvola-
toimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Opas
22/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
40. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Opiskeluter-
veydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveysministeriön
julkaisuja 2006:12. Helsinki: Sosiaali- ja terveysmi-
nisteriö.
41. Taskinen, S. (toim.) 2003. Lapsen seksuaalisen hy-
väksikäytön ja pahoinpitelyn selvittäminen. Asian-
tuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveyden-
huollon henkilöstölle. Oppaita 55. Helsinki: Stakes.
42. Antikainen, J. & Taskinen, S. (toim.). 2006. Seksuaa-
lisesti hyväksikäytettyjen lasten ja lapsia hyväksikäy-
täneiden nuorten hoito. Helsinki: Stakes.
43. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Lastensuojelu-
laki 417/2007. [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajanta-
sa/2007/20070417](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417).
44. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Lastensuoje-
lun käsikirja. [http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/Las-
tensuojelu/](http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/Las-
tensuojelu/) Viitattu 28.2.2014.
45. Kunnamo, I. 2004. Lääkärin käsikirja. Helsinki: Duo-
decim.
46. Käypä hoito -suositus. 2013. Lapsen seksuaalisen hy-
väksikäytön epäilyn tutkiminen (online). Suomalai-
sen Lääkärisseuran Duodecim ja Suomen Lasten-
psykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki.
Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. [www.kaypa-
hoito.fi](http://www.kaypa-
hoito.fi) Viitattu 28.2.2014.
47. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Kasvun
kumppanit. [http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvun-
kumppanit-fi/tyon/ehkaiseva/lahisuhde_perhevaki-
vallon_ehkaisytyo](http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvun-
kumppanit-fi/tyon/ehkaiseva/lahisuhde_perhevaki-
vallon_ehkaisytyo). Viitattu 28.2.2014.
48. Aaltonen, J. 2012. Turvataitoja nuorille. Opas suku-
puolisen häirinnän ja seksuaalisen väkivallan ehkäi-
syyn. Opas 21. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin
laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-611-3>.
49. Vammajärjestöjen naisverkosto. 2013. Kokemuk-
sista kehitysehdoituksiksi. Teoksessa Piispa, M.
(toim.) Uskalla olla, uskalla puhua vammaisen nai-
nen ja väkivalta. Opas 28. Helsinki: Terveyden ja hy-
vinvoinnin laitos, 92–100.
50. RAP-käsikirja. 2009. Seksuaalista väkivaltaa kokeneen
tutkimus- ja hoito terveydenhuollon toimipisteissä
-Raiskatun akuuttiapu. Päivitetty 2009. [http://www.
vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/
ammattilaiset/tyokalupakki/valineita_nuoren_koh-
taamiseen/rap-kasikirja/](http://www.
vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/
ammattilaiset/tyokalupakki/valineita_nuoren_koh-
taamiseen/rap-kasikirja/). Viitattu 28.2.2014.
51. Oikeusministeriö. 2009. Väkivallan vähentäminen
Suomessa. Kansallisen väkivallan vähentämisohjelman
2007–2008 toimeenpanon seurantaraportti. Lausun-
toja ja selvityksiä 2009:3. Helsinki: Oikeusministeriö.
52. Nettiturvakoti. Ensi- ja turvakotien liiton verkkopalve-
lu. <https://www.turvakoti.net/site/> Viitattu 28.2.2014.
53. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. ”Mun krop-
pa. Mä päättän.” -kauppanja. [http://www.munkroppa.
fi/](http://www.munkroppa.
fi/). Viitattu 28.2.2014.
54. Kalliolan Nuoret ry. Poikien Talo. [http://www.kal-
liola.fi/Nuorisotyto/kehittamishankkeet/Sivut/Poi-
kienTalo.aspx](http://www.kal-
liola.fi/Nuorisotyto/kehittamishankkeet/Sivut/Poi-
kienTalo.aspx) Viitattu 28.2.2014.
55. Bildjuschkin K. 2013. Seksuaali- ja lisääntymister-
veyden asiantuntija, Turun kaupunki, Terveyden
edistämisen yksikkö. Henkilökohtainen tiedonanto
21.6.2013.
56. Exit - pois prostituutiosta ry. Exit-hanke. [http://www.
exithanke.fi/](http://www.
exithanke.fi/) Viitattu 28.2.2014.
57. Kyllönen-Saarnio, E. & Nurmi, R. 2005. Maahan-
muuttajanaiset ja väkivalta. Opas sosiaali- ja terveys-
alan auttamistyöhön. Sosiaali- ja terveysministeriön
oppaita 2005:15. Helsinki: sosiaali- ja terveysminis-
teriö, työministeriö, Monika-naiset liitto ry [http://
urn.fi/URN:ISBN:952-00-1743-7](http://
urn.fi/URN:ISBN:952-00-1743-7).
58. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Tyttöjen ja
naisten ympärileikkauksen estämisen toimintaoh-
jelma 2012–2016 (FGM). Julkaisuja 8/2012. Hel-
sinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [http://urn.fi/
URN:ISBN:978-952-00-3343-9](http://urn.fi/
URN:ISBN:978-952-00-3343-9).
59. UKIA. United Kingdom Intersex Association. [http://
www.ukia.co.uk/](http://
www.ukia.co.uk/) Viitattu 28.2.2014.
60. CommDH. (2012) 27. 2012. Raportti Euroopan neu-
voston ihmisoikeusvaltuutetun Nils Muižnieksin vie-
railusta Suomessa 11.–13. kesäkuuta 2012. Epäviral-
linen suomennos. [http://web.eduskunta.fi/dman/
Document.phx?documentId=vh33512131157549&
cmd=download](http://web.eduskunta.fi/dman/
Document.phx?documentId=vh33512131157549&
cmd=download) Viitattu 28.2.2014.

61. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2013. Transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta annetun lain uudistamisen työryhmä. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6556944&name=DLFE-27406.pdf Viitattu 28.2.2014.
62. Diakonissalaitos. Helsingin Diakonissalaitos, kikutettujen kuntoutuskeskus, verkkosivut: <https://www.hdl.fi/fi/toiminta/kidutettujen-kuntoutus/140-kidutettujen-kuntoutuskeskus> Viitattu 28.2.2014.
63. SOS-kriisikeskus. Suomen Mielenterveysseura, SOS-kriisikeskus, <http://www.mielenterveysseura.fi/sos-kriisikeskus> Viitattu 28.2.2014.
64. Siira, A. 2012. Vankien kokemuksia STOP -ohjelmasta. Opinnäytetyö, Laurea ammattikorkeakoulu, Rikosseuraamusalan koulutusohjelma.
65. Opetushallitus. Koulukiusaamisen vastaisen toimintamallin laatiminen. Opetushallituksen ylläpitämä EDU.fi-verkkosivusto. http://www.edu.fi/yleissivis-tava_koulutus/hyvinvointi_koulussa/oppilas_ja_opiskelijahuolto/erilaiset_ongelma-_ja_kriisitilanteet/kiusaaminen_vakivalta_ja_hairinta/koulukiusaamisen_vastaisen_toimintamallin_laatiminen Viitattu 28.2.2014.
66. Riski, T. 2009. Naisiin kohdistuva väkivalta ja tasa-arvopolitiikka. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:50. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2931-9>.
67. Opetushallitus. 2013. Oppilas- ja opiskelijahuollon opas. Väkivalta, kiusaaminen ja häirintä. Oppilas- ja opiskelijahuollon opas -verkkosivusto. Opetushallitus. http://www.oph.fi/oppilashuollon_opas/yksilolinen_oppilashuolto/vakivalta_kiusaaminen_ja_hairinta Viitattu 28.2.2014.
68. Lajunen, K., Andell, M., Jalava, L., Kemppainen, K., Pakkanen, M. & Ylenius-Lehtonen, M. 2012. Turvataitoja lapsille. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.



16 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN TUTKIMUS

SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS TUTKIMUSALANA SUOMESSA

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimuskenttä on monitieteellistä ja määrittyy sekä seksuaaliterveyden että lisääntymisterveyden kautta. Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen sisältyy esimerkiksi terveystieteellistä, yhteiskuntatieteellistä ja käyttäytymistieteellistä sekä kulttuurin ja viestinnän tutkimusta. Osa tutkimuksista voidaan sijoittaa seksuaaliterveyden alle kuten seksologiset ja seksuaalikäyttäytymistä käsittelevät tutkimukset. Osa voidaan puolestaan sijoittaa lisääntymisterveystutkimuksen alle, muun muassa raskauteen, synnytykseen ja hedelmällisyyteen ja sen päättymiseen liittyvät tutkimukset. Osa tutkimuksista on sekä seksuaali- että lisääntymisterveyden alle sopivia tutkimuksia kuten seksitauteihin ja raskaudenkeskeyttämiseen liittyvät tutkimukset. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimusalan rikkautena on se, että tutkimuksia on tehty eri tieteenaloilla, erilaisilla menetelmillä ja eri paikoissa. Kaikki esimerkiksi terveyskäyttäytymiseen tai terveydenhuoltotutkimukseen perehtyneet tutkijat eivät välttämättä ole mieltäneet tutkimuksiaan seksuaali- ja lisääntymisterveyteen sisältyväksi.

Yliopistot ja ammattikorkeakoulut

Suomessa seksuaali- tai lisääntymisterveyttä on tutkittu monilla sektoreilla menestyksellisesti, vaikka alalla ei ole suomalaisessa yliopistossa oppituolia. Merkittäviä tutkimuksia on tehty mm. gynekologisista syöväistä ja erityisesti niiden seulonnasta. Lisääntymisterveyttä on käytetty esimerkkinä monissa terveyteen ja terveydenhuoltoon liittyvissä lähestymistavoissa, esimerkiksi teknologian arvioinnissa, terveydenhuoltotutkimuksessa ja terveyspoliittisissa tutkimuskysymyksissä.

Opetusohjelmia ei ole tätä toimintaohjelmaa varten käyty järjestelmällisesti läpi. Kansainvälisen lääketieteen lisääntymiseen liittyvät globaalit kysymykset ovat nykyisessä opetusohjelmassa Tampereen yliopistossa, jossa on järjestetty seksuaali- ja lisääntymisterveyttä käsittelevä opintojakso kansainvälisen terveyden jatko-opiskelijoille. Alan tutkimuksen sisältyminen opetusohjelmaan on useimmiten yksittäisten tutkijoiden kiinnostuksen varassa.

Lisääntymisterveyden kliininen tutkimus on perinteistä lääketieteellistä tutkimusta. Se sijoittuu yliopistoissa ja erikoissairaanhoidossa naistentautien ja synnytysten opintalaan, jonka piirissä tehdään valtaosa alan tutkimustyöstä. Lisäksi seksuaaliterveyden aiheita tutkitaan muun muassa urologiassa (miesten seksuaaliset toimintahäiriöt) sekä iho- ja sukupuolitautien alalla (seksin välityksellä tarttuvat taudit). Alan suomalaista tutkimusta on julkaistu runsaasti sekä kansainvälisissä että kotimaisissa lehdissä.

Seksuaaliterveyteen liittyvää tutkimusta on tehty terveystieteiden ohella eniten yhteiskuntatieteiden tieteenaloilla. Suomessa on jo vakiintunutta, yliopistojen ja tutkimuslaitosten yhteistyönä tehtyä seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimusta, jonka

kautta saadaan seurantaluonteista tietoa. Väestötutkimuksissa kertyy tietoa seksuaalikäyttäytymisestä, ehkäisystä, raskauksista, synnytyksistä ja hedelmällisyydestä.

Hoitotieteessä on tehty laadullista eli kvalitatiivista tutkimusta seksuaali- ja lisääntymisterveyden aiheista. Ammattikorkeakouluissa tehdään paljon seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujärjestelmään ja asiakastyöhön suuntautuvia selvityksiä opinnäytetöinä ja työelämän yhteistyöhankkeina sekä soveltavana tutkimuksena.

Kansalliset tutkimuslaitokset

THL vastaa valtaosasta aikuisväestöä koskevista terveystutkimuksista, joista seksuaali- ja lisääntymisterveyden kannalta kattavimpia ovat Terveys 2000 - ja Terveys 2011 -tutkimukset.¹ FINRISKI- ja Terveys 2000 -tutkimuksissa on ollut erillinen lisääntymisterveysosio, joka on mahdollistanut lisääntymisterveyteen liittyvien asioiden seurannan väestötasolla.^{2,3} THL toteutti vuosina 2010–2012 Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (Maamu), jossa kysyttiin mm. hiv-tietoisuudesta, ympärileikkauksista ja ehkäisystä.⁴

Analysoitaessa säännöllisesti toteutettujen kyselytutkimusten seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevien kysymysten sisältöä havaittiin, että kysymykset koskevat useimmiten (naisten) lisääntymistä ja ovat tyypillisesti ongelmalähtöisiä.¹ Myönteiset seksuaali- ja lisääntymisterveyden kysymykset ovat harvinaisia. Lisäksi palvelujen käyttöön tai niiden tarpeeseen liittyvä tiedonkeruu on puutteellista erityisesti ei-synnytyksikäisten naisten, miesten ja iäkkäiden henkilöiden kohdalla.

THL on tehnyt seuranta- ja rekisteritietoihin perustuvaa tutkimusta klamydiainfektioiden riskitekijöistä, epidemiologiasta ja pitkäaikaisvaikutuksista, yläasteikäisten papilloomavirusrokotustutkimusta sekä tutkimusta väestön altistumisesta ympäristömyrkyille ja ympäristömyrkkujen pitoisuuksista äidinmaidossa.⁵⁻⁹

THL:ssa tehdään myös neuvolatyön valtakunnallista seurantaa sekä neuvolatyöhön liittyvää tutkimusta.^{10,11} Tutkimusteemoja ovat muun muassa vanhemmuus ja parisuhde sekä niiden tukeminen neuvolan vastaanotoilla, perhevalmennuksessa ja kotikäynneillä. Nämä teemat sisältyvät lasta odottavien perheiden ja lapsiperheen arjen voimavaralomakkeisiin, joiden käytöstä kerätään palautetietoa. Tavoitteena on tunnistaa parhaimmat käytänteet. Lisäksi monitieteisessä tutkijaryhmässä tutkitaan äitiyshuollon palvelujen saatavuutta ja jatkuvuutta. Lapsiperheiden hyvinvointia mm. lastenhankinnan ajoitusta, suunnitelmallisuutta ja onnistumista on selvitetty lapsiperheille suunnatuilla kyselyillä vuosina 2006 ja 2012.¹²

THL:n terveystutkimusten toimialueen, lasten, nuorten ja perheiden osaston SELI-yksikköön kuuluu 3–5 osa-aikaista tutkijaa, joiden tehtävänä on seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimus, asiantuntijatyö, tiedon välitys ja yhteistyön koordinointi sekä THL:n sisällä (seksuaali- ja lisääntymisterveyden ja äitiyshuollon tutkijoiden verkostot) että ulkopuolisten toimijoiden kanssa.

THL:ssa on tehty myös ennen SELI-yksikön perustamista kansainvälisesti merkittävää rekisteritutkimusta muun muassa lisääntymisterveyden palvelujärjestelmistä ja epidemiologiasta. THL:n lisääntymisterveyttä koskevat rekisterit ovat olleet tietolähteenä myös suurelle joukolle tutkimuksia, jotka on tehty ja tehdään THL:n

ulkopuolella tai yhteistyössä THL:n kanssa (tarkemmin luvussa 18). THL:ssa on lisäksi toteutettu pienimuotoisia seksuaaliterveyden edistämisen tutkimushankkeita ja selvityksiä. Nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyvää tietoa saadaan edelleen joka toinen vuosi toteutettavasta koko Suomen kattavasta Kouluterveyskyselystä.

Työterveyslaitos (TTL) on monitieteinen tutkimus- ja asiantuntijalaitos, joka toimii kuudella paikkakunnalla sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonalalla. Tavoitteena on, että työelämä on terveellistä ja turvallista koko työuran ajan. Työtoksikologian alalla tutkitaan muun muassa työssä saatavien altistuksien vaikutuksia raskauksiin ja keskenmenoihin. Työhyvinvoinnin aihepiireihin kuuluvat muun muassa sukupuoli- ja seksuaalinen häirintä työpaikoilla, josta TTL on tehnyt tutkimusta ja laatinut ohjeita työpaikoille. Työn ja perheen yhteensovittaminen ja perhevapaalta työelämään paluu ovat myös merkittäviä tutkimusalueita, joita THL on tehnyt yhteistyössä TTL:n kanssa.

Muu toiminta ja kansainvälinen yhteistyö

Yllä kuvattujen tutkijaverkoston lisäksi organisoituneita seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkijaverkostoja on Sosiaalilääketieteen yhdistyksellä (lisääntymisterveyden jaos) ja Suomen Seksologisella Seuralla. Väestöliiton Väestöntutkimuslaitos tekee merkittävää seksuaali- ja lisääntymisterveys tutkimusta.

Euroopassa on useita seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimusta ohjelmiinsa sisällyttäviä tutkimuslaitoksia, mutta usein niissä on rajauduttu vain joihinkin alakysymyksiin tai lähestymisnäkökulmiin. Kansainvälisesti seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimus on enemmän esillä, mm. hivin, väestönkasvun tai äitien ja lasten terveyden näkökulmista.

Suomalaisilla yliopistoilla ja valtion tutkimuslaitoksilla on hankekohtaista kansainvälistä tutkimusyhteistyötä esimerkiksi Virossa ja Pietarin alueella. THL:ssä on tehty lisääntymisterveyttä koskevia tutkimuksia mm. Kiinassa ja Mosambikissa. THL:n kansainvälisten asiain yksikön (KIVA) hankkeissa hiv ja aids sekä seksitautien torjunta ovat olleet keskeinen aihe. UM on viime vuosina rahoittanut kehitysmaissa erityisesti äitiyshuoltoon liittyvää tutkimus- ja kehittämistoimintaa.

HAASTEET JA RAHOITUS

Seksologialla, seksuaalikasvatuksella, seksuaaliterveydellä tai lisääntymisterveydellä ei ole yhtään opetusvirkaa yliopistolaitoksessa, minkä vuoksi tutkimuksella ei ole yliopistollista ”kotipesää”. Alan monitieteisyys vaikeuttaa myös osaltaan sijoittumista minkään olemassa olevan yliopistollisen oppialan suojiin. Tutkimusrahoituksen saaminen kilpailusta tutkimusrahoituksesta mm. Suomen Akatemialta on mahdollista, mutta vaikeaa. Tiedepoliittisilla päätöksillä voitaisiin edistää merkittävästi alan tutkimusta esimerkiksi käynnistämällä suurimman tiederahoittajan, Suomen Akatemian tutkimusohjelma seksuaali- ja lisääntymisterveyden kysymyksistä.

Seksologian, seksuaalikasvatuksen, seksuaaliterveyden ja lisääntymisterveyden tutkijat ovat hajallaan eri yliopistoissa ja ammattikorkeakouluissa sekä sektoritutki-

muslaitoksissa, mistä aiheutuu yhteistyön, koordinaation ja jatkuvuuden puute. Alalla ei ole järjestelmällistä verkostoitumista, ja esimerkiksi yhtään eri toimijoiden tuottaa tutkijakoulua tai tutkimusohjelmaa ei ole toistaiseksi käynnissä.

Terveystieteellinen ja muu tutkimusrahoitus

Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ei mainita erikseen Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa. Seksuaali- ja lisääntymisterveys liittyy kuitenkin läheisesti moniin teemoihin, joita on haluttu painottaa viime vuosien suomalaisen yhteiskunnan tavoitteenasettelussa, kuten syrjäytymisen ehkäiseminen, lasten ja nuorten terveyden edistäminen ja väkivallan vähentäminen. Ruotsissa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen on sisällytetty kansanterveysohjelman aihealueisiin erillisenä.

Tutkimusrahoituksen näkökulmasta seksuaali- ja lisääntymisterveyden ongelma on, että aihepiirin yhteyttä terveyden ja hyvinvoinnin kokonaiskenttään ei vielä kukaan mielletä. Terveyden edistäminen on pitkään rajautunut perinteisiin aiheisiin kuten tupakointiin, päihteiden käyttöön, ylipainoon ja liikuntaan. Muutamissa muissa maissa seksuaalikasvatus on yksi terveyskasvatuksen osa-alue, mutta ei Suomessa. Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävä käyttäytyminen on vastaavalla tavalla oma aihealueensa, jolla on yhtymäkohtansa muihin terveystapoihin ja sosioekonomisiin taustatekijöihin. Ehkäisevän terveydenhuollon oppaissa ja terveyden edistämisen laatusuosituksen sisällyksissä samoin kuin terveyden edistämisen määrärahojen hakuohjeessa on aihealueen teemoja jo enemmän. Terveydenhuollon tutkimukseen suunnatuissa tutkimusohjelmissa seksuaali- ja lisääntymisterveyden aihealuetta ei ole edelleenkään missään nimetty erikseen, eikä aihealue kuulu minkään säätiön erikseen nimettyihin rahoituskohteisiin.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimuksen eri lähteistä saamasta rahoituksesta ei ole tehty selvityksiä. Seksuaaliterveyteen liittyvää tutkimusta ja kehittämistyötä on rahoitettu terveyden edistämisen määrärahoista ja rahoitetaan edelleen. Lisääntymisterveyden kliininen tutkimus on vahvasti painottunut erikoissairaanhoidon, ja rahoitus tulee siten samoista lähteistä kuin erikoissairaanhoidon muukin tutkimusrahoitus, erityisvaltionosuuksista sairaaloille (EVO-rahoitus). Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimusta on myös terveystieteiden ulkopuolella sekä eri tieteenalojen ja eri tutkimusorganisaatioiden välillä. Tällä tavoin toteutetun tutkimuksen rahoituskanavista tai -määristä ei ole olemassa kokonaiskuvaa.

TUTKIMUSOHJELMA

Toimintaohjelman päivittämisen myötä on noussut esille useita seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen kannalta tärkeitä aiheita, joista tietoa puuttuu siitä huolimatta, että tieto on luonteeltaan perustavaa laatua tai koskee suuria väestöryhmiä. Luvussa 18, Tilastointi- ja seurantajärjestelmien kehittäminen, kuvataan seksuaali- ja lisääntymisterveyden tiedonkeruu ja seurantaosoitimet, joilla on suuri merkitys kansallisten seksuaali- ja lisääntymisterveyteen kuuluvien suositusten teon ja terveystieteellisen päätöksenteon kannalta. Korkealaatuisten terveydenhuollon rekistereiden tietoja yhdistämällä on mahdollista saada suuriin aineistoihin perustuvaa, kansainvälisestikin

ainutlaatuista tutkimustietoa. Tätä mahdollisuutta on jo hyödynnetty merkittävästi, mutta rekisteritietojen yhdistämistä voitaisiin hyödyntää vielä nykyistä tehokkaammin ja monipuolisemmin. Tässä luvussa ei tarkastella rekistereitä erikseen, vaan pohditaan yleisempiä seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimuksen kannalta tärkeitä osa-alueita ja niihin liittyviä temaattisia kysymyksiä. Rekistereistä saatavan tiedon lisäksi tarvitaan myös laadullisia tutkimuksia.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimusohjelma voidaan jakaa viiteen keskeiseen alueeseen, joihin kaikkiin sisältyvät läpileikkaavina teemoina terveystalvet ja terveystalvet, sosioekonomiset terveystalvet sekä elintavat ja ympäristötekijät. Seitsemän keskeistä seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimuksen temaattista osaa on esitetty taulukossa 6.

Läpileikkaavalla teemalla tarkoitetaan esimerkiksi äitiyteen liittyvien terveystalvet tutkimusta, äitiystalvetneuvolasuositusten käytännön toimivuuden arviointia (taulukko 6). Sosioekonomiset terveystalvet ovat tärkeitä tutkittavia asioita kaikissa osa-alueissa, esimerkiksi kroonisten tautien ja seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhtymäkohdissa sekä perhesuunnittelun kannalta. Elintapojen kuten tupakoinnin merkitys on suuri esimerkiksi tahattoman lapsettomuuden kannalta. Ympäristötekijöillä tarkoitetaan sekä rakennetun ympäristön, kemikaalien tai sisäilman vaikutuksia. Työterveyshuoltoa koskevassa tutkimuksessa voidaan huomioida sisäilman tai muiden altisteiden vaikutuksia esimerkiksi raskauksiin tai niiden suunnitteluun.

Taulukko 6. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimuksen keskeiset teemat ja läpileikkaavat sisällöt.

Keskeiset teemat	Läpileikkaavien teemojen sisällöt
<ul style="list-style-type: none"> • Aikuisväestö • Lapset, nuoret ja nuoret aikuiset • Perhesuunnittelu • Äitiys ja tahaton lapsettomuus • Seksitaudit • Seksuaalisuutta loukkaava väkivalta ja ympärileikkaukset • Krooniset taudit ja ikääntyminen 	<div style="text-align: center;">  <p>Terveystalvet ja terveystalvetiikka Sosioekonomiset terveystalvet Elintavat ja ympäristötekijät</p> </div>

Seksuaali- ja lisääntymisterveystalvet ovat keskeinen osa seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimusta, ja niiden yhteys erillisiin teemoihin on tärkeä. Tulevien tutkimusten aiheita ovat esimerkiksi seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen, vammaisten ja maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelutarpeet ja -kokemukset, jotka eivät välttämättä tule esiin alla olevassa jaottelussa.

Seitsemän seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimusalueetta kuvataan seuraavassa tarkemmin. Myös toimintaohjelman muiden lukujen ehdotukset tutkimus- ja arviointialueiksi sisältyvät alla oleviin kappaleisiin.

Aikuisväestön seksuaali- ja lisääntymisterveys osa-alue sisältää tutkimusaiheita, jotka koskevat aikuisväestön seksuaaliterveystietoja, seksuaaliasenteiden muutoksia ja seksuaalista hyvinvointia. Tähän osa-alueeseen kuuluvat myös kysymykset mediakulttuurin vaikutuksista seksuaalikäyttäytymiseen ja -terveyteen. Kliinisen seksologian ja seksuaaliterveyden edistämistä kehitetään ja tutkitaan yhdessä yliopistojen ja korkeakoulujen kanssa. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen tulisi perustua tieteelliseen näyttöön. Seksuaali- ja lisääntymisterveyskysymysten tulisikin vakiintua osiksi merkittäviä kansallisia väestökyselyjä (esimerkkinä FINSEX-tutkimus), myös muuten kuin ongelmalähtöisesti.

Lapset, nuoret ja nuoret aikuiset -teemaan sisältyvät erityiskysymyksinä lasten ja nuorten seksuaaliopeutus ja -kasvatus, kouluikäisen lapsen seksuaalista kypsymistä ja kehitystä tukeva neuvonta (ns. turvataidot), lapsen kehityksen yhteys mielenterveyteen sekä mediakulttuurin vaikutukset seksuaalikäyttäytymiseen ja -terveyteen. Alaikäisten vastikkeellista seksiä koskevaa akateemista tutkimusta ei ole Suomessa tehty, vaikka viitteitä ilmiöstä on saatu mm. THL:n Kouluterveyskyselystä ja Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen rikoskäyttäytymistä koskevista tutkimuksista. Nuoria aikuisia koskevaan opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvat myös seksuaaliterveyttä edistävät palvelut ja niiden tutkimus. Opiskeluterveydenhuollossa tärkeitä kysymyksiä ovat parisuhdeneuvonta, mielenterveyteen liittyvät asiat, hedelmättömyyden ehkäisy, seksuaalisen kehityksen tuki, seksitautien torjunta ja seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan ehkäisy.

Perhesuunnittelu osa-alueeseen sisältyvät perhesuunnittelunäkökulmat, ehkäisy, raskaudenkeskeytykset ja raskauden keskeytyminen sekä kohtukuolemat. Erityisesti tulisi seurata ja arvioida ehkäisy menetelmien käytön trendejä sekä suunnittelun perhekoon ja lasten syntymän ajoituksen toteutumista kansallisissa väestötutkimuksissa. Raskauden ehkäisyneuvonnan laatuksiteereitä tulisi kehittää edelleen. Lisäksi tarvitaan toistuvien raskaudenkeskeytysten lisääntymisen ja hoidon laadun tarkempaa tutkimusta, erityisesti sosioekonomiset terveyserot huomioiden, sekä tutkimusta mielenterveyden ja seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhteyksistä.

Äitiys ja tahaton lapsettomuus osa-alueeseen kuuluvat äitien ja syntymättömien lasten terveys ja synnytyksen jälkeinen aika sekä tahaton lapsettomuus ja hedelmättömyys. Äitien ja syntymättömien lasten terveyttä koskevat tutkimustarpeet sivuavat palvelunäkökulmaa (lääkäreiden ja terveydenhoitajien tai kättilöiden työnjaon kehittäminen, erityisryhmien palvelutarpeet), vaikuttavuutta (synnytysvalmennus, synnytyspelon ehkäisy ja hoito, synnytyksen jälkeisen masennuksen ehkäisy ja hoito, raskaudenaikainen infektioseulonta) tai hoitokäytäntöjä (välilihan leikkaamisen hoitokäytännöt, keisarileikkausten yleisyys ja terveydelliset seuraukset, imetyksen tuki). Lisäksi on tarpeen tutkia elintapojen kuten päihteiden käytön ja tupakoinnin, raskauden aikaisen painonnousun ja ympäristöaltisteiden merkitystä äitien ja syntymättömien lasten terveyteen ja raskauden kulkuun. Sikiöseulontojen vaikuttavuutta ja menetelmiä sekä seulontaprosessin mahdollisia haittoja tulisi tutkia. Matalan riskin raskaus tulisi määritellä, ja sitä tulisi selvittää laajemmin. Synnytysikänsä nousu väestössä on merkittävä kansanterveydellinen kysymys, jonka yhteiskunnallisia seurauksia tulisi arvioida laajemmin myös kustannusten kannalta. Syksyllä 2013 julkaistun Äitiysneuvolaoppaan soveltamisen seuranta ja arviointia tulisi toteuttaa osana toimintaohjelmaa.¹³

Tahattoman lapsettomuuden ja hedelmättömyyden sekä hedelmöityshoitojen yleisyys on sisältynyt joihinkin väestötutkimuksiin, mutta erityisesti muutoksia ajassa tulee selvittää ja arvioida. Hedelmöityshoitojen seurauksena syntyneiden lasten terveys on tärkeä tutkimusaihe hoitojen yleisyyden lisäksi. Tahattoman lapsettomuuden yhteys elintapoihin kuten tupakointiin tai painoon, ja mielenterveyteen tulisi selvittää tarkemmin.

Seksitaudit osa-alueessa tutkitaan seksin välityksellä tarttuvien infektioiden yleisyyttä ja seurantatietoja väestötutkimuksissa. Osana seksitautien ehkäisyyn kuuluvat seksuaaliasenteiden muutokset ja seksitautiseulonta, joita tulisi selvittää tarkemmin tässä yhteydessä. Uusia seksitautien testauskäytäntöjä tulisi arvioida. Seksitauteihin liittyvän käyttäytymistiedon kerääminen ja tutkimus tulisi toteuttaa osana olemassa olevia seurantajärjestelmiä. Poikien liittämistä HPV-rokotusohjelmaan tulisi arvioida tyttöjen rokottamisesta saadun näytön perusteella. Klamydianäytteiden määrästä ja laadusta tulisi kerätä valtakunnallista tietoa kattavuuden ja osuvuuden arviointia varten.

Seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan ja ympärileikkausten osa-alueessa selvitetään väkivallan yleisyyttä sekä tyttöjen ja poikien ympärileikkaukseen liittyviä tutkimuskysymyksiä. Lisää tutkimusta tarvittaisiin myös vammaisiin henkilöihin ja seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kohdistuvasta väkivallasta.

Krooniset taudit ja ikääntyminen osa-alueessa tutkitaan kroonisten kansantautien, kuten syövän, valtimosairauksien ja diabeteksen yhteyttä seksuaali- ja lisääntymisterveyteen käyttäen pohjana suomalaisia väestötutkimuksia. Ikääntymisen kannalta tärkeitä tutkimusaiheita ovat vaihdevuosisioireiden hoitovaihtoehdot, vaihdevuosisioireiden yleisyys ja yhteydet kroonisiin sairauksiin. Lisäksi tulisi selvittää iäkkäiden ja ikääntyneiden palvelujen erityiskysymyksiä seksuaaliterveyden näkökulmasta.

Tavoitteet

- ▶ Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimustarpeet tunnistetaan ja lisätään tuleviin kansanterveysohjelmiin.
- ▶ Tunnistetaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden ja mielenterveyden yhteydet, niihin liittyvät tutkimustarpeet ja lisätään niiden tutkimusta.
- ▶ Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmasta ja tutkimustarpeista välitetään tietoa yliopistojen laitoksille, tutkimuslaitoksille ja ammattikorkeakouluille.
- ▶ Seksuaali- ja lisääntymisterveys tutkimusalana vahvistuu ja selkeytyy, sille luodaan yliopistollinen oppituli sekä turvataan tutkimuksen rahoitus.

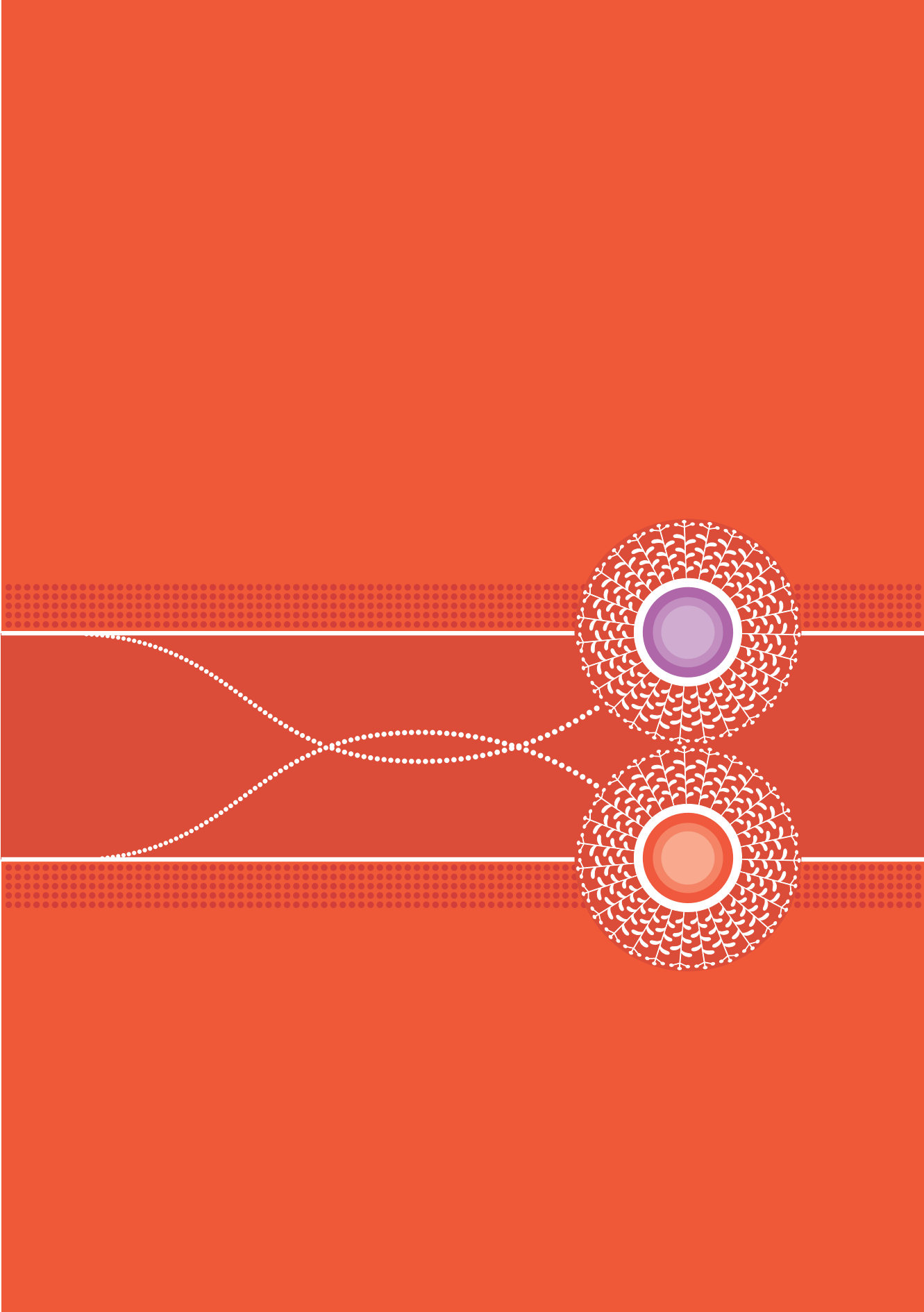
Toimenpiteet

- ▶ STM huomioi seksuaali- ja lisääntymisterveyden näkökulman Terveys 2015 -ohjelman mukaisissa tutkimus- ja hankerahoituksissa.
- ▶ STM ja THL tukevat seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkijoiden kansallista verkostoitumista ja tutkimusperinteen kehittymistä sekä lisääntymisrekistereiden tuottaman tiedon hyödyntämistä suuntaamalla siihen riittävät voimavarat.
- ▶ Seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijakeskus (THL/SELI) ylläpitää osaltaan tutkijaverkostoja ja seuraa alalta julkaistavaa kotimaista ja kansainvälistä tutkimusta ja liittää sen osaksi SELI-verkostokirjettä sähköisesti välitettäväksi.
- ▶ Tutkimusta rahoittavat tahot (ministeriöt ja Suomen Akatemia) pitävät tutkimus- ja kehittämistoiminnan rahoituksen riittävänä ja varmistavat, että perusterveydenhuollon palvelujen tutkimukseen ja terveydenhuoltotutkimukseen (seksuaali- ja lisääntymisterveyden ja mielenterveyden palvelut mukaan lukien) suunnataan varoja.
- ▶ STM käynnistää tutkimustarpeiden priorisoinnin. Laajoja tutkimusaiheita olisivat esimerkiksi
 - seksuaali- ja lisääntymisterveys Suomessa 2020: vaikutukset työuriin, eriarvoisuuteen ja terveys- ja hyvinvointipalveluihin
 - seksuaali- ja lisääntymisterveys SOTE- palvelujen vertikaalisessa ja horisontaalisessa integraatiossa
 - perheellistyminen tulevaisuuden Suomessa: lastenhankinnan ajoitus, terveydelliset ja yhteiskunnalliset seuraukset ja vaikutukset sosiaali- ja terveystalouden käyttöön.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

Lähteet

1. Tuunala, J. & Paaso, T. 2013. Seksuaali- ja lisääntymisterveys väestötutkimuksissa. Opinnäytetyö, Oulun seudun ammattikorkeakoulu. <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/62515/OPINNAYTYO.pdf?sequence=1> Viitattu 27.2.2014.
2. Koponen, P. & Luoto, R. (toim.). 2004. Lisääntymisterveys Suomessa. Tuloksia Terveys2000- tutkimuksesta. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 2004. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
3. Luoto, R., Kinnunen, T., Kaaja, R. & Koponen, P. 2004. Naisten lisääntymisterveys- tuloksia Finriski 2002-tutkimuksesta. Suomen Lääkärilehti 59, 885–90.
4. Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
5. Öhman, H. 2012. Immunogenetic risk factors of Chlamydia-induced tubal factor infertility. Research 85/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-682-3>.
6. Laukkanen P. 2012. Occurrence of high risk human papillomaviruses and cervical cancer among fertile-aged women in Finland. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis. Series D, Medica 1187. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526200187>.
7. Wikström, E. 2013. Epidemiology of Chlamydia trachomatis infection in Finland during 1983–2009. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis. Series D, Medica 1207. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526201535>.
8. Luostarinen, T., Namujju, P.B., Merikukka, M., Dillner, J., Hakulinen, T., Koskela, P., Paavonen, J., Surcel H.M. & Lehtinen, M. 2013. Order of HPV/Chlamydia infections and cervical high-grade precancer risk: a case-cohort study. International journal of cancer. 1;133(7), 1756-9.
9. Kiviranta, H. 2013. Äidinmaidossa yhä vähemmän ympäristömyrkyjä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, tiedote 6.6.2013. <http://www.thl.fi/doc/fi/33614>. Viitattu 28.2.2014.
10. Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M., Saaristo, V., Hastrup, A. & Rimpelä, M. 2008. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007: Tulokset ja seurannan kehittäminen. Raportteja 21/2008. Helsinki:Stakes.
11. Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., Bloigu, A. & Pelkonen, M. 2014. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta sekä kouluterveydenhuolto. Valtakunnallinen seuranta. Käsikirjoitus Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja julkaisusarjaan.
12. Lammi-Taskula, J., Karvonen, S. & Ahlström, S. 2009. (toim.). Lapsiperheiden hyvinvointi 2009. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085156>.
13. Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.). 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Opas 29. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5>.



17 AMMATTIHENKILÖIDEN OSAAMISEN KEHITTÄMINEN JA TUKEMINEN

VARHAISKASVATUKSEN, ESI- JA PERUSOPETUKSEN SEKÄ TOISEN ASTEEN KOULUTUKSEN AMMATTIHENKILÖT

Varhaiskasvatuksen ja esiopetuksen suunnitelmiin sisältyy tavoite lapsen seksuaalisen kasvun ja kehityksen tukemisesta. Tämä on huomioitava näiden alojen ammattilaisten tutkinto- ja täydennyskoulutuksessa. Varhaiskasvatus on arvojen, normien ja sanojen oppimisen kannalta tärkeää aikaa, siksi seksuaalikasvatuksen tulee näkyä varhaiskasvatuksen opetussuunnitelmassa omana kokonaisuutenaan seksuaalikasvatus-käsitettä käyttäen. Peruskoulun alaluokilla terveystietoa ei ole omana oppiaineenaan, vaan terveystieto (ja siten myös seksuaaliopetus) on sisällytetty muihin oppiaineisiin. Alaluokien seksuaaliopetuksen aiheiden järjestelmällinen integrointi edellyttääkin erityistä huomiota opetuksen suunnitteluun.

Terveystiedon opetusta koskevat asetukset annettiin vuonna 2001 ja perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet vuonna 2004. Opetus peruskouluissa käynnistyi vähitellen tämän jälkeen. Terveystiedon perus- ja aineopinnot yliopisto-opintoina antavat yliopistotutkinnon suorittaneille opettajille kelpoisuuden toimia terveystiedon opettajana.^{1,2} Opintojen laajuus on 60 opintopistettä. Vuonna 2014 terveystiedon opiskelu oli mahdollista muun muassa Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksella ja Turun yliopiston opettajankoulutuslaitoksella, sekä avoimen yliopiston kautta useilla paikkakunnilla. Seksuaaliterveys oli huomioitu lukuvuonna 2012–2013 omana opintojaksonaan esimerkiksi Jyväskylän, Turun ja Oulun yliopiston järjestämissä opinnoissa kolmen opintopisteen laajuisena.

Vuodesta 2011 lähtien terveystiedon opetukseen on vaadittu terveystiedon aineenopettajakelpoisuus. Aiemmin yläkoulujen terveystietoa ovat opettaneet liikunnan-, kotitalouden- ja biologianopettajat, lukioissa liikunnan-, biologian- ja psykologianopettajat.³ Yleisesti opettajat ovat kokeneet suurta tarvetta täydennyskoulutukseen sekä huolta siitä, että terveystiedon sisältöjen opettamiseen on varattu liian vähän aikaa.⁴

Ammatillisen koulutuksen opettajien täydennyskoulutuksessa seksuaalisuutta on käsitelty esimerkiksi harjoittelemalla tunne- ja vuorovaikutustaitoja sekä nuoren rohkaisemista pitämään kiinni omista rajoista.⁵

Tavoite

- ▶ Seksuaali- ja lisääntymisterveyskasvatusta antaa tehtävään koulutettu ammattihenkilöstö kaikilla opetusasteilla riittävin resurssein.

Toimenpiteet

- ▶ OKM, OPH ja muut koulutuksen suunnittelusta ja sisällöstä vastaavat tahot varmistavat, että päivähoidossa työskentelevien ammattihenkilöiden koulutuksessa on lapsen seksuaalista kehitystä, sukupuolen moninaisuuden tunnistamista ja yhdenvertaisuuden tukemista sekä vanhempien ohjausta käsittelevää sisältöä.
- ▶ OPH varmistaa, että peruskoulun ja toisen asteen opettajien koulutusten opetussuunnitelmat sisältävät seksuaali- ja lisääntymisterveyden ja sukupuolen moninaisuuden laaja-alaisen näkökulman sekä seksuaalisuuden puheeksi ottamista tukevaa koulutusta.
- ▶ THL ylläpitää verkkosivuillaan lasten ja nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyskasvatukseen liittyvää opetus- ja neuvontamateriaalia.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

SOSIAALI- JA TERVEYSALAN OPPILAITOSTEN OPETTAJIEN KOULUTUS

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia kouluttavien oppilaitosten opettajille ei ole määriteltä pätevyysvaatimuksia seksologian tai seksuaaliterveyden opetukseen. Seksologian opettaja- ja tutkijakoulutuksen kriteerit on laatinut Nordic Association of Clinical Sexology (NACS).⁶ Opettajille suunnattua, ko. kriteerit täyttävää koulutusta ei ollut vuonna 2014 tarjolla Suomessa. Osa ammattikorkeakoulujen opettajista on suorittanut seksologian erikoistumisopinnot, joita voi tehdä pedagogisesti orientoituen Jyväskylän ammattikorkeakoulussa.

Seksuaaliterveyden tai seksologian opettajina tai kouluttajina toimivista opettajista yliopistollisen opinnäytetyön aiheesta (pro gradu, liseniaattityö tai väitöskirja) on tehnyt vain pieni osa opettajista, suurin osa on yhä kouluttautunut lyhyissä täydennyskoulutuksissa, koulutuspäivillä tai projekteissa.⁷

Tavoite

- ▶ Ammattihenkilöstöä kouluttavat opettajat ovat kouluttautuneet seksuaali- ja lisääntymisterveyden aihealueeseen ja ylläpitävät osaamistaan täydennyskoulutuksella.

Toimenpiteet

- ▶ Julkiset koulutusorganisaatiot kehittävät seksologian ja seksuaaliterveyden koulutuksia.
- ▶ Ammattikorkeakoulut turvaavat moniammatillisen koulutuksen jatkuvuuden ja kehittämisen.
- ▶ Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä opettavat opettajat hankkivat järjestelmällisesti täydennyskoulutusta.
- ▶ Valtakunnallisista koulutuspäivistä vastaavat tahot huomioivat seksuaali- ja lisääntymisterveyden näkökulman ja sen ajankohtaiset haasteet.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖIDEN KOULUTUS

Terveyden- ja sosiaalihuollon ammatinharjoittamista koskeva lainsäädäntö on esitetty toimintaohjelman Liitteessä 2. EU:n jäsenmaissa säädellään lääkärin, sairaanhoitajan ja kättilön koulutusta ja tutkintoja ammattipätevyyskierrosten tunnistamista koskevalla direktiivillä.⁸

Yliopistotutkinnot

Lääkärin peruskoulutuksessa seksuaali- ja lisääntymisterveyden keskeisiä aiheita opiskellaan erityisesti naistentautien ja synnytysten, urologian, iho- ja sukupuolitautien sekä psykiatrian opinnoissa. Perusterveydenhuollon äitiys- ja ehkäisyneuvolatyön opetusta toteutetaan vaihtelevasti eri tiedekunnissa gynekologian ja yleislääketieteen opettajien yhteistyönä siten, että osa opetuksesta toteutuu neuvoloissa. Lääkäreistä puolet arvioi peruskoulutuksen antaman opetuksen vastaavan huonosti terveyskeskuksessa tehtävää neuvolatyötä.^{9, 10}

Raskauden ehkäisy, seksitaudit ja seksuaalisuutta loukkaava väkivalta ovat peruskoulutuksessa lääketieteen opettajien ja opiskelijoiden keskuudessa tehtyjen selvitysten mukaan hyvin esillä. Sen sijaan ikääntymiseen tai pitkäaikaissairauksiin ja seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset, naisten seksuaali-ongelmat ja seksuaalisuuden moninaisuus jäävät vähälle käsittelylle tai puuttuvat kokonaan.^{10, 11–13}

Erikoislääkärikoulutuksesta vastaavat yliopistot, ja sen kesto on viisi- tai kuusi-vuotinen.¹⁴ Seksuaali- ja lisääntymisterveyden näkökulmasta keskeisiä erikoisaloja ovat naistentaudit ja synnytykset, urologia, yleislääketiede, iho- ja sukupuolitaudit, onkologia ja psykiatria. Seksuaalilääketieteellistä osaamista tarvitaan useilla muillakin erikoisaloilla. Erikoislääkärikoulutuksen sisältöjä ei ole tutkittu seksuaaliterveyden näkökulmasta.

Vuonna 2011 perustettu seksuaalilääketieteen implementointityöryhmä selvitti tiedekuntien koulutuksen seksologiset sisällöt. Ilmeni, että seksuaalisuutta koskevan koulutuksen määrät ja sisällöt ovat hyvin vaihtelevia, usein vapaavalinnaisia

Ammattikorkeakoulututkinnot

THL:n tilaamassa selvityksessä seksuaaliterveyden ja seksologian opetuksesta Suomessa vuosina 2003–2009 ilmeni, että seksuaaliterveyden opetusta sisältyi pääsääntöisesti kättilöiden, terveydenhoitajien, sairaanhoitajien, ensihoitajien, naprapaattien, toimintaterapeuttien ja geronomien tutkintoihin.⁷ Kolmanneksien sosionomien ja fysioterapeuttien koulutuksista ei sisältänyt seksuaaliterveyden opetusta. Yhdessä ammattikorkeakoulussa oli mahdollisuus suorittaa seksuaaliterveyden edistämisen ylempi ammattikorkeakoulututkinto.

Ammattikorkeakoulututkintojen osaamisvaatimukset toimivat suosituksina ammattikorkeakoulukohtaisten opetussuunnitelmien laadinnassa. Terveysalalle ne on päivitetty vuonna 2006 vastaamaan kotimaisia ja kansainvälisiä osaamisvaatimuksia.²¹ Vuonna 2014 julkaistaan terveysalan ammattikorkeakoulututkinnoissa uusia osamiskuvauksia, joiden hyödyntämisestä jokainen korkeakoulu päättää itse.

Sosiaali- ja terveysalan toisen asteen tutkinto (lähihoitajakoulutus)

Lähihoitajan koulutuksessa, kuten kaikissa ammatillisissa perustutkinnoissa, terveystietoa on yksi opintoviikko, ja tavoitteisiin kuuluu muun muassa tietää mielenterveyden, seksuaaliterveyden ja ihmissuhteiden merkityksestä ihmisen hyvinvoinnille.²² Erityisesti sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon tavoitteena on, että lähihoitaja osaa tunnistaa väkivallan uhkan ja sen eri ilmenemismuodot sekä osallistua väkivaltaa ja syrjäytymistä ehkäisevään työhön. Koulutusohjelmittain eriytyvissä ammatillisissa opinnoissa opiskelijalla tulee kiitettävällä tasolla olla osaamista tukea asiakkaan seksuaalisuutta osana identiteettiä ja persoonallisuutta sekä antaa tarvittaessa työryhmän jäsenenä turvataitokoulutusta. Lasten ja nuorten hoidon ja kasvatuksen koulutusohjelmassa tai osamusalassa kiitettävällä tasolla opiskelijalla on osaamista hoitaa vastasyntyntä, tukea ja ohjata vastasyntyneen perhettä, ottaa huomioon perheen tarpeet ja osata perustella monipuolisesti muun muassa imeväisen rintaruokintaa.²³ Nuoriso- ja vapaa-ajanohjaajan opinnoissa on terveystieto-oppiaineen lisäksi opintoja ohjaajuudesta.²⁴

Täydennyskoulutus, lisäkoulutus ja työnkuvan muutoksiin liittyvät koulutustarpeet

Myös terveyden- ja sosiaalihuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutusta koskeva lainsäädäntö on esitetty Liitteessä 2. Lainsäädännön lisäksi valtakunnalliset suositukset säätävät sekä terveyden- että sosiaalihuollon henkilöstön täydennyskoulutusta.^{25, 26}

THL:n sairaanhoitopiireille järjestämässä kyselyssä ilmeni, että seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvää täydennyskoulutusta oli järjestetty vuonna 2011 enemmän kuin vuonna 2009.²⁷ Useimmissa sairaanhoitopiireissä oli järjestetty sisäistä koulutusta imetysohjauksesta ja seksuaalisesta väkivallasta sekä varhaisesta vuorovaikutuksesta. Seksuaalineuvonnan koulutuksia oli järjestetty sekä sisäisenä että terveyskeskuksille suunnattuna. Sairauksista ja seksuaalisuudesta sekä raskauden keskeytyksestä järjestettiin vähemmän koulutuksia.

Koulutussisältöjä olivat esimerkiksi

- seksuaalisuuden traumat
- seksuaalisuuden puheeksi ottaminen
- Papa-muutokset, papilloomavirusrokote (HPV)
- seksin välityksellä tarttuvat taudit
- raskauden ehkäisy
- raskausdiabetes
- aivoverenkiertohäiriö ja seksuaalisuus
- lääkkeitä ja seksuaalisuus
- välilihan 3. ja 4. asteen repeämät
- naisen seksuaalisuus
- nuorten seksuaaliterveys
- synnytyspelko
- mielenterveys ja raskaus
- seksuaalisuuden tukeminen synnytyksen jälkeen
- gynekologinen syöpä
- huumeita, alkoholia tai/ja lääkkeitä käyttävä potilas
- seksuaalisuuden monimuotoisuus sekä
- parisuhde-, perhe- ja lähisuhdeväkivalta sekä seksuaalisuutta loukkaava väkivalta.

Äitiysneuvolasuositukset vuosille 2013–2020 esittävät suosituksia ammattihenkilöiden osaamisen kehittämiseksi ja tukemiseksi.²⁸ Suositusten mukaan raskauden, synnytyksen ja sen jälkeisen ajan hoidossa yhdistyvät sekä lääketieteellinen että kättilö- ja terveydenhoitotyön tietoperusta ja osaaminen. Lisäksi olennaista on äitiysneuvolan, synnytysairaalan ja niihin liittyvien sosiaalipalvelujen saumaton yhteistyö. Suositusten mukaan uudet osaamisvaatimukset tulee ottaa huomioon äitiysneuvolassa työskentelevien ammatillisiin perustutkintoihin johtavassa koulutuksessa, täydennyskoulutuksessa ja muussa lisäkoulutuksessa sekä alan opettajien koulutuksessa.

Tyttöjen ja naisten ympärileikkausten estämisen toimintaohjelman yhtenä tavoitteena on lisätä ammattilaisten tietämystä tyttöjen ja naisten ympärileikkauksista.²⁹ Aihe tulee sisällyttää eri ammattilaisten perus- ja täydennyskoulutukseen, eri ammattiryhmille suunnattuihin valtakunnallisiin koulutustapahtumiin sekä erilaisiin moniammatillisiin tilaisuuksiin.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueella laajennettuihin tehtävänkuviiin liittyviä koulutustarpeita ovat mm. alkuraskauden ultraäänitutkimus, uhkaavan ennenaikaisen synnytyksen arviointi, synnytyksen jälkitarkastus, kierukan laitto, kotiutus lyhytjälkihoitoisen synnytyksen ja keisarileikkauksen jälkeen sekä synnytyspelkopoliklinikkatoiminta.³⁰ Työnjaon kehittämistä koskevat suositukset ja lakimuutosehdotukset valmistellaan STM:ssä. Muutoksiin liittyvään koulutukseen edellytetään sisällytettävään tietoa myös muuttuvasta palvelujärjestelmästä.

Uudet sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja kättilöiden osaamisalueet ehkäisyn aloittamisesta ja reseptien uusimisesta (ks. tarkemmin luku 11 Raskauden ehkäisy) sekä oikeudesta jälkitarkastuksen tekemiseen (ks. luku 10 Synnytys ja syntymän jälkeinen aika) otetaan huomioon kättilön ja terveydenhoitajan tutkintoihin johtavaa

koulutusta kehitettäessä ja lisäkoulutusta järjestettäessä. Ultraäänitutkimusten tekemisessä otetaan huomioon STM:n antamat suositukset tasosta, joka kaikkien kuntien ja kuntayhtymien tulisi toteuttaa seulonta-asetuksen sisällön ja tavoitteen saavuttamiseksi.³¹ Osaamisen tueksi THL:n verkkosivuille on koottu oppaita ja muuta materiaalia sikiön poikkeavuuksien seulunnoista sekä ammattilaisille että perheille.³²

Seksologian koulutus- ja auktorisointitasot Suomessa

Seksologian alan koulutus voidaan jakaa kolmeen linjaan, joista kaksi (neuvonta ja kasvatus) vielä kolmeen eri tasoon (taulukko 7). Eteneminen tasolta seuraavalle edellyttää edellisen tason koulutuksen hankkimista. Perustason kuuluvat seksuaalineuvojan ja seksuaalikasvattajan koulutus. Seksuaalineuvojan auktorisoinnin eli valtuutuksen toimia seksologina on antanut Suomen Seksologinen Seura (SSS) (www.seksologinenseura.fi) vuodesta 2008. SSS julkaisee auktorisointikriteerit seksuaalikasvattajille vuoden 2014 aikana.

Perustason eli seksuaalineuvojan ja tulevaisuudessa siis myös seksuaalikasvattajan auktorisointi haetaan SSS:lta. Toisen ja kolmannen tason auktorisoinnit eli terapeutin ja pedagogin sekä kliinisen seksologin ja ns. promoottorin (sexuality educator and sexual health promoter, tässä käännetty seksuaalikasvatuksen kouluttajaksi ja edistäjäksi) auktorisointi haetaan pohjoismaiselta järjestöltä (Nordic Association of Clinical Sexology, NACS) (www.nacs.eu).

Kolmannessa linjassa eli tieteellisessä, tutkimukseen tähtäävässä linjassa ei ole tasoja, ja nimike voisi suomeksi olla auktorisoitu seksuaalitieteilijä tai seksuaalitieteen edustaja (authorised in sexual science). Auktorisoinnin antaa NACS.

Taulukko 7. Seksologian koulutuksen linjat ja tasot sekä auktorisoiva taho.

	Linja	
Taso	Neuvonta	Kasvatus
I	Seksuaalineuvoja (SSS)	Seksuaalikasvattaja *
II	Seksuaaliterapeutti (NACS)	Seksuaalipedagogi (NACS)
III	Kliininen seksologi (NACS)	Seksuaalikasvatuksen kouluttaja ja edistäjä** (NACS)

* Suomen Seksologinen Seura julkaisee seksuaalikasvattajan auktorisointikriteerit vuonna 2014

** Englanniksi ”promoter”, ei virallista käännöstä

Seksuaalikasvatusta ei ole Suomessa aikaisemmin voinut opiskella erillisinä omina opintoinaan. Sexpo-säätiö aloittaa koulutuksen syksyllä 2014. Seksologian opinnot ovat suuntautuneet seksuaalineuvontaan ja -terapiaan. Perustason opinnot ovat laajuudeltaan 30 opintopistettä (op). Pohjakoulutusvaatimus opintoihin pääsemiseksi on vähintään opisto- tai AMK-tason pohjakoulutus soveltuvalta alalta. Seksuaalikasvattajille

koulutukseen pääsemisen tasovaatimus tulee olemaan ammatillinen oppilaitos. Koulutettu ja kansallisesti auktorisoitu seksuaalikasvattaja voi toimia virallisissa seksuaalikasvatustehtävissä kaiken ikäisten seksuaalikasvatuksessa. Perustason koulutusta tarjoavat ammattikorkeakoulut ja järjestöt.

Toisen tason koulutus oikeuttaa käyttämään seksuaaliterapeutin tai -pedagogin nimitystä. Koulutus edellyttää 30 op:n kokonaisuutta perusopinnojen lisäksi. Koulutusta tarjoavat ammattikorkeakoulut ja järjestöt. Kolmannen tason kliinisen seksologin ja seksuaalikasvatuksen kouluttajan ja edistäjän opinnot ovat laajuudeltaan 90 op (perusopinnot 30 op ja lisäopinnot 30 op + 30 op).

Tarjolla olevia seksologian alan koulutuksia voi tiedustella ammattikorkeakouluista ja seksologian alan järjestöistä. Seksologian koulutusta on aiemmin tarjottu Jyväskylän, Helsingin, Turun, Tampereen, Vaasan, Kuopion, Joensuun ja Rovaniemen ammattikorkeakouluissa ja kesäyliopistoissa sekä Sexpo-säätiössä, Väestöliitossa ja Seta:ssa.

Ammattikorkeakoulujen seksologian täydennyskoulutukseen hakeutuneet ovat olleet pääosin terveydenhuolto-oppilaitoksista tai ammattikorkeakouluista valmistuneita. Yliopistotutkinnon suorittaneita on koulutuksessa ollut suhteellisen vähän.

Seksologian alan kouluttajilla ja opettajilla tulee olla seksologian alan opintoja sekä opettajana toimimiseen pedagoginen pätevyys. He voivat hakea pohjoismaista auktorisointia. Kouluttajien ja opettajien osaamisen kansalliset kriteerit tulisi valmistella.

Tavoitteet

- ▶ Implementoidaan seksuaalilääketiede osaksi lääkärinkoulutuksen perusopetusta niin, että se on huomioitu erikoisalaopintojen yhteydessä.
- ▶ Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten perustutkinnot ja yliopistotutkinnot sisältävät riittävät perustiedot seksuaalisuudesta, sukupuolesta ja niiden moninaisuudesta sekä seksuaali- ja lisääntymisterveydestä.
- ▶ Jokainen sosiaali- ja terveystieteiden tutkinto tarjoaa ja varmistaa seksuaaliterveyden perusosaamisen ja seksuaalisuuden huomioimisen.
- ▶ Koulutuksen aikana varmistetaan, että sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijat saavat ammattinsa vaatimat syvemmät tiedot seksuaali- ja lisääntymisterveydestä sekä valmiudet antaa seksuaalineuvontaa.
- ▶ Käynnistetään seksuaalikasvatuksen korkeakouluopinnot.
- ▶ Seksuaali- ja lisääntymisterveyden täydennyskoulutusta opettajille ja muille ammattihenkilöille järjestetään säännöllisesti ja maantieteellisesti kattavasti esim. ammattikorkeakouluissa.
- ▶ Seksuaali- ja lisääntymisterveyden täydennyskoulutus toteutetaan täydennyskoulutuksesta annettujen säännösten ja valtakunnallisen suosituksen mukaisesti.

- ▶ Seksuaali- ja lisääntymisterveyden täydennyskoulutusta kehitetään niin, että se on luonteeltaan monitieteistä ja palvelee monipuolisesti myös koulutustaustaltaan erilaisia opiskelijoita. Tuetaan mahdollisuuksia oppisopimustyyppiseen koulutukseen.
- ▶ Seksuaalineuvojana, -terapeuttina tai kliinisessä työssä toimivalta ammattilaiselta edellytetään auktorisointia (NACS tai SSS).
- ▶ Seksuaalikasvattajat auktorisoidaan SSS:n vuonna 2014 julkaisemien seksuaalikasvattajien kansallisen tason auktorisointikriteerien mukaan.
- ▶ Lisätään ja ylläpidetään ammattihenkilöstön perustietoja ja osaamista tyttöjen ja naisten ympärileikkausten ehkäisystä ja jo ympärileikattujen tyttöjen ja naisten hoidosta.

Toimenpiteet

- ▶ Yliopistot laajentavat lääkärien peruskoulutuksen seksuaali- ja lisääntymisterveyden opetussisältöjä.
- ▶ Yliopistot lisäävät seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä lääkäreiden erikoistumiskoulutukseen, erityisesti yleislääketieteen, gynekologian, urologian, psykiatrian, lastentautien ja -psykiatrian sekä onkologian koulutuksiin.
- ▶ Tiedekorkeakoulut kehittävät monialaisessa yhteistyössä kliinisen seksologian ja seksuaaliterveyden edistämisen opintoja.
- ▶ OKM ja OPH varmistavat, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattikorkeakoulututkintojen opetussuunnitelmat sisältävät seksuaali- ja lisääntymisterveyden perustiedot.
- ▶ Yliopistot varmistavat, että kaikki korkeakoulutasoiset tutkinto-ohjelmat, jotka valmistavat sosiaali- ja terveysalan työtehtäviin (opettajat, sosiaalityö, psykologia), sisältävät vähintään valinnaisina seksuaali- ja lisääntymisterveyden opintoja.
- ▶ OKM, OPH ja muut koulutuksen sisällöistä ja järjestämisestä vastaavat tahot varmistavat, että sosiaali- ja terveysalan koulutukset antavat valmiudet monimuotoisen asiakaskunnan kohtaamiseen.
- ▶ Kunnat ja sosiaali- ja terveydenhuoltoalueet kehittävät moniammatillista opetusneuvolatoimintaa yhteistyössä yliopistojen ja korkeakoulujen kanssa.
- ▶ Korkeakoulut aloittavat seksuaalikasvatuksen 30 opintopisteen laajuiset opinnot NACS-kriteeristön mukaisesti.
- ▶ Korkeakoulut ja tutkimuslaitokset selvittävät alueittain täydennys- ja lisäkoulutuksen tarvetta seksuaali- ja lisääntymisterveyden sisällöistä.

- ▶ Yliopistot, ammattikorkeakoulut ja alueelliset täydennyskoulutusta järjestävät tahot laativat täydennyskoulutussuunnitelmia seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisestä sekä omana aihealueenaan että sairauksien hoitoon ja kuntoutukseen integroituna. Suunnitelmia toteutetaan alueellisessa yhteistyössä täydennyskoulutusstrategioiden mukaisesti.
- ▶ OPH, OKM ja yliopistot sisällyttävät seksuaalineuvontaa ja -ohjausta koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden (psykologit, kuraattorit, terveydenhoitajat, lääkärit) peruskoulutukseen ja yliopistot ja ammattikorkeakoulut sekä alueelliset täydennyskoulutusta järjestävät tahot täydennyskoulutukseen. Esimiehet tukevat tätä työnohjausta kehittämällä ja huolehtimalla ajantasaisen materiaalin helposta saatavuudesta sekä ottamalla aiheen huomioon johtamisessa.
- ▶ Ammattihenkilöiden esimiehet tukevat työyhteisöissä osaamisen kehittämistä työkiertoilla, työnohjauksella, urakehitysmalleilla, kehitysohjelmilla sekä osaamisen seurantajärjestelmien avulla.
- ▶ OPH ja THL järjestävät täydennyskoulutus- tai tietopakettien tyttöjen ja naisten ympärileikkauksesta ja alueelliset koulutuksesta vastaavat tahot sisällyttävät aiheen täydennys- ja lisäkoulutuksiinsa. Esimiehet ja johtavat viranhaltijat mahdollistavat ammattihenkilöiden osallistumisen jatko-, lisä- tai täydennyskoulutukseen.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

HOITOSUOSITUKSET JA TUKIMATERIAALI AMMATTILAISILLE

Hoitosuositukset ovat parhaaseen tutkimusnäyttöön ja kliiniseen asiantuntemukseen perustuvia suosituksia päätöksenteon pohjaksi tietyn terveysongelman ratkaisemisessa. Valtakunnallisten hoitosuosituksien toimeenpanon kannalta tärkeäksi osoittautui suositusten moniammatillinen käsittely ja yhteisen tavan sopiminen terveyskeskuksessa.³³

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim laatii Käypä hoito -suosituksia lääkäreille, terveydenhuollon ammattihenkilöstölle ja kansalaisille hoitopäätösten pohjaksi.³⁴

Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä Käypä hoito -suosituksia on annettu tämän toimintaohjelman julkaisemiseen mennessä 11 aiheesta: vastasyntyneen elvytys (päivitetty 2011), ennenaikainen synnytys (2011), jälkiehkäisy (päivitetty 2010), kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnyttinten solumuutokset (päivitetty 2010), kohdunulkoinen raskaus (päivitetty 2012), munasarjasyöpä (2012), kortikosteroidihoito ennenaikaisen synnytyksen uhatessa (päivitetty 2009), lapsen seksuaalisen hyväksikäytön epäilyn tutkiminen (päivitetty 2006), raskaudenkeskeytys (päivitetty 2013), raskausdiabetes (2008), runsaat kuukautisvuodot (päivitetty 2009) ja sukupuolitaudit (2010).³⁴

Hoitotyön tutkimussäätiö (www.hotus.fi) koordinoi kansallisten hoitotyön suositusten laadintaa ja tuottaa tukirakenteita näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi ja juurruttamiselle. Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvä hoitotyön suositus imetysohjauksesta on julkaistu vuonna 2010. Synnytyksen jälkeisen masennuksen

varhaisesta tunnistamisesta ja auttamisesta on valmisteilla suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö toimii myös Suomen JBI (Joanna Briggs Institute) -yhteistyökeskuksena. Australialaisen JBI-keskuksen tärkeimpänä tavoitteena on tuottaa tiivistettyä tutkimusnäyttöä sekä tukea näyttöön perustuvaa toimintaa terveysalalla. Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvistä JBI-suosituksista on käännetty suomeksi suositus imetykseen liittyvän rinnanpään kivun ja/tai imettämiseen liittyvän trauman hoidosta³⁵ sekä suositus naisten odotuksista ja kokemuksista imetystuesta.³⁶ Lisäksi ollaan työstämässä suositusta imetysongelmista akuutissa hoidossa ja perusterveydenhuollossa. Suomen Kättilöliitto on julkaissut suosituksen synnyttäjän hoidosta ja välilihan suojelemisesta ponnistusvaiheessa.³⁷

Äitiysneuvolasuositukset²⁸ vuosille 2013–2020 sisältävät suosituksia raskauden- ja synnytyksen jälkeisen ajan hoitoon. Ammattilaisten työn tueksi tarkoitettu Terveysportti (www.terveysportti.fi) sisältää muun muassa Lääkärin tietokannat, Sairaanhoidajan tietokannat sekä Oppiportin, joka on täydennyskoulutuksen työkalu terveydenhuollon organisaatioille. Osa Terveysportin sisällöstä on julkista, osa maksullista.

THL ylläpitää Kasvun kumppanit -verkkopalvelua³⁸, joka tarjoaa ammattilaisten tueksi tietoa lasten, nuorten ja perheiden peruspalveluista sekä tukea niiden kehittämiseen (esimerkkinä vanhemmuuden tueksi Vauvankaa.fi -sivusto). Tavoitteena on edistää monialaista, osallistavaa, yhteisöllistä ja dialogista toimintatapaa ammattilaisille oman työn kehittämiseen sekä tuottaa tutkimustuloksia, tilastoja ja lakitietoa päättäjille.

Tavoite

- ▶ Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tukimateriaali on ajantasaista, perustuu tieteelliseen näyttöön ja on helposti ammattilaisten tavoitettavissa.

Toimenpiteet

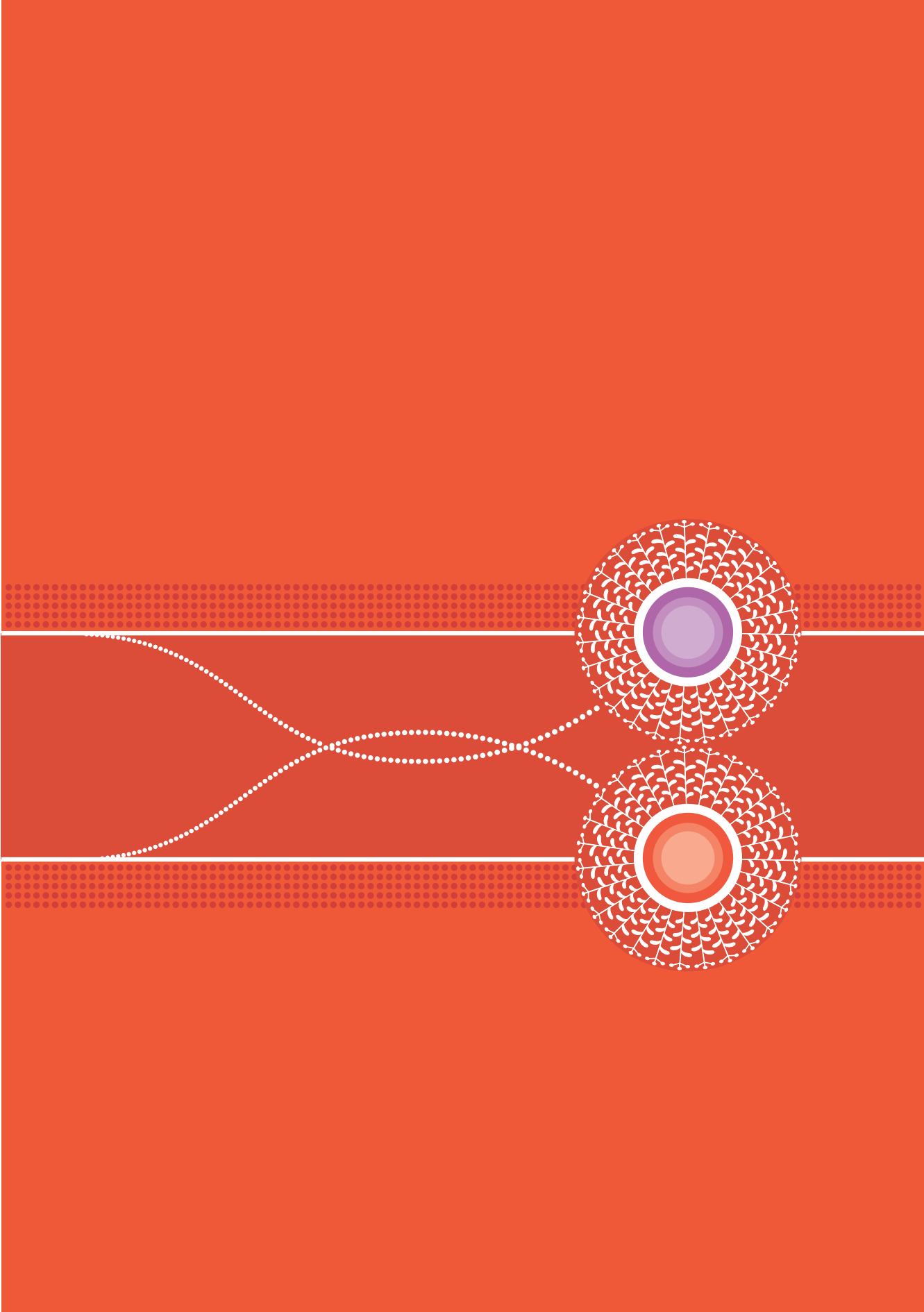
- ▶ Käypä hoito -suosituksista, kansallisista hoitosuosituksista ja alueellisista hoito-ohjelmista, potilasohjeista, hoitoketjuista, yhteistyökäytänteistä, työnohjaus- ja konsultaatiomenettelyistä vastaavat tahot tarkentavat ohjeistukset sisältämään myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen näkökulman.
- ▶ Julkinen ja yksityinen sektori sekä alan järjestöt tehostavat kansallisten hoitosuosistusten käyttöönottoa.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

Lähteet

1. Asetus opetustoimen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 986/1998.
2. Valtioneuvoston asetus opetustoimen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetun asetuksen 14 ja 28 §:n muuttamisesta 614/2001.
3. Kannas, L., Peltonen, H. & Aira, T. (toim.). 2009. Kokemuksia ja näkemyksiä terveystiedon opetuksesta yläkouluissa. Terveystiedon kehittämistutkimus osa I. Helsinki: Jyväskylän yliopisto ja Opetushallitus.
4. Kannas, L., Peltonen, H. & Aira, T. (toim.). 2009. Elämää vai ylioppilastutkintoa varten – Lukion opettajien käsityksiä ja kokemuksia terveystiedon opetuksesta. Terveystiedon kehittämistutkimus osa II. Helsinki: Jyväskylän yliopisto ja Opetushallitus.
5. Tikkanen, T. 2012. Kysy mitä kuuluu. Opettaja 50, 26–29.
6. Ryttyläinen, K., Valkama, S., Ritamo, M. & Blek, T. Seksologian ja seksuaaliterveyden koulutuksen kehittyminen. 2008. Teoksessa Ritamo, M. (toim.) Seksuaalisuus ammattihenkilöstön koulutuksessa sekä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden terveyspalveluissa. Stakesin työpapereita 26/2008. Helsinki: Stakes.
7. Järvinen, S. & Mällinen, A. 2009. Seksuaaliterveyden ja seksologian opetus ja koulutus Suomessa 2003–2009. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200912157896>.
8. 2005/36/EY Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2005/36/EY.
9. Vänskä, J., Hyppölä, H., Halila, H., Virjo, I., Mattila, K., Kumpusalo, E., Kujala, S. & Isojoki, M. 2005. Lääkäri 2003. Kyselytutkimus vuosina 1992–2001 valmistuneille lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:9. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:952-00-1698-8>.
10. Sannisto, T. 2010. Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto, lääketieteiden laitos. Acta Electronica Universitatis Tampensis; 1029. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8308-0>.
11. Kosunen, E. 2003. Seksuaalisuuden käsittely lääkäreiden peruskoulutuksessa. Suomen Lääkärilehti, 58:4373–7.
12. Närte, N., Seppänen, M. & Kosunen, E. 2004. Sairaus ja seksuaalisuus – kyselytutkimus valmistuville lääkäreille. Suomen Lääkärilehti 59, 1817–23.
13. Rautio, M. 2006. Terveiden edistämisen koulutus sosiaali- ja terveysalalla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:49. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö.
14. Opetus- ja kulttuuriministeriö. Valtioneuvoston asetus erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärintutkinnoista 420/2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120420>.
15. Brusila, P. Henkilökohtainen tiedonanto.
16. Tikkanen Tuomo. 2013. Henkilökohtainen tiedonanto.
17. Mäkinen Päivi. 2013. Henkilökohtainen tiedonanto.
18. Vehviläinen-Julkunen Katri. 2013. Henkilökohtainen tiedonanto.
19. Poskiparta Marita. 2013. Henkilökohtainen tiedonanto.
20. Jyväskylän yliopisto. 2012. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnan opinto-opas 2011–2012, 2012–2013, 2013–2014. Päivitetty 11/2012. <https://www.jyu.fi/sport/opiskelu/opas>. Viitattu 27.2.2014.
21. Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Helsinki: opetusministeriö. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi> Viitattu 27.2.2014.
22. Opetushallitus. 2012. Ammatillisten perustutkintojen perusteet, 2012. http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/opetussuunnitelmien_ja_tutkintojen_perusteet/ammattilliset_perustutkinnot Viitattu 27.2.2014.
23. Opetushallitus. 2010. Ammatillisen tutkinnon perusteet. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja 2010. Määräys 17/011/2010. Helsinki: Opetushallitus. http://www.oph.fi/download/124811_SoTe.pdf Viitattu 27.2.2014.
24. Opetushallitus. 2009. Ammatillisen tutkinnon perusteet. Nuoriso- ja vapaa-ajanohjauksen koulutusohjelma/osaamisala. Määräys 17/011/2009. http://oph.fi/download/110545_Nuoriso_ja_vapaa_ajanohjauksen_perustutkinto_vapaa_ajanohjaaja_2009.pdf Viitattu 27.2.2014.
25. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Terveystieteiden täydennyskoulutusosuus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaia 2004:3. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö. <http://pre20090115.stm.fi/pr1076941420387/passthru.pdf> Viitattu 27.2.2014.
26. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Sosiaalihuollon täydennyskoulutusosuus. Opas kunnille ja kuntayhtymille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2006:6. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:952-00-2005-5>.
27. Ryttyläinen-Korhonen, K., Klemetti, R., Pelkonen, M., Ritamo, M., Vallimies-Patomäki, M. & Nikula, M. 2012. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen sairaanhoitopiireissä: Osa I Loppuarviointi 2011; Osa II Väliarviointi 2009. Raportti 28/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085323>.
28. Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.). 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Opas 29. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5>.
29. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämisen toimintaohjelma 2012–2016 (FGM). Julkaisuja 8/2012. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3343-9>.
30. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveysjärjestön työjakopiloteista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:952-00-1806-9>.

31. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Sikiön poikkeavuuksien seulonta. Seulonta-asetuksen täytäntöönpanoa tukevan asiantuntijaryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2755-1>.
32. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Sikiön poikkeavuuksien seulonnat. THL:n tietopaketti seulonnoista. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/seulonnat/sikion_poikkeavuuksien_seulonnat Viitattu 27.2.2014.
33. Lehtomäki, L. 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Akateeminen väitöskirja. Lääketieteen tiedekunta. Acta Universitatis Tamperensis 1426. <http://tampub.uta.fi/handle/10024/66495>.
34. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Käypä hoito-suositukset. <http://www.kaypahoito.fi>.
35. Joanna Briggs Institute. 2009. Imetykseen liittyvän rinnanpään kivun ja/tai imettämiseen liittyvän trauman hoito. http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2009-4.pdf Viitattu 28.2.2014.
36. Joanna Briggs Institute. 2010. Naisten odotuksia ja kokemuksiaimetystuesta. http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-7.pdf Viitattu 28.2.2014.
37. Suomen Kätilöliitto. 2011. Synnyttäjän hoito ponnistusvaiheessa. Hoitotyön suositus välilihan repeämien ehkäisemiseksi. http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/Synnyttajan_hoito_ponnistusvaiheessa_suositus_2011_versio3.pdf Viitattu: 28.2.2014.
38. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kasvun kumppanit-verkkopalvelu. www.thl.fi/kasvunkumppanit. Viitattu 28.2.2014.



18 TILASTOINTI- JA SEURANTAJÄRJESTELMÄT JA NIIDEN KEHITTÄMINEN

Suomen terveysseuranta perustuu terveysrekistereihin ja -tilastoihin, joita täydentävät säännöllisesti tehtävät kyselytutkimukset. THL ja Tilastokeskus ovat keskeisiä seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvien tietojen tilastoviranomaisia.

TIEDONKERUU JA RAPORTOINTI

THL kerää suurimman osan seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevista tilastoista. Pääosa näistä perustuu henkilötason rekisteritietoihin (taulukko 8). Myös hoitoilmoitusrekisteriin kerätään tietoja seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvästä erikoissairaanhoidosta (HILMO)¹ ja perusterveydenhuollosta (AvoHILMO).²

THL:n rekisteritietojen keruu perustuu lakiin ja asetukseen terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä.^{3,4} Lainsäädännön mukaan terveydenhuollon henkilöstö on rekisteröitävissä asioissa ilmoitusvelvollinen, eikä rekisteröitävien lupaa tarvitse kysyä. Henkilötietolain mukaan omien tietojen tarkastamisoikeus ei koske tilastointia varten kerättäviä tietoja.⁵

Taulukko 8. THL:n seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät rekisteripohjaiset tiedonkeruut (2013).

Rekisteri	Tietoja vuodesta	Sähköinen rekisteri vuodesta
Syntyneet lapset		
• synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet	1987	1987
• pienet keskoset	2004	2004
Syövät	1953	1953
Joukkotarkastukset (kohdunkaula- ja rintasyöpä)	1968	1987
Tartuntataudit (seksitaudit, hiv/aids)	1932	1995
Synnynnäiset epämuodostumat	1963	1986
Raskaudenkeskeytykset	1950	1983
Steriloinnit	1939	1987
Hedelmöityshoidot	1992 (tilasto)	–
Hoitoilmoitukset		
• vuodeosastohoito	1967	1967
• toimenpiteelliset hoitojaksot	1994	1994
• poliklinikkakäynnit	1998	1998
• perusterveydenhuollon käynnit	1990 (tilasto)	2011

Rekisteripohjaisen tiedonkeruun lisäksi THL kerää tietoja hedelmöityshoitojen klinikko-kohtaisista lukumääristä ja lopputuloksista. Hedelmöityshoitotilastointiin osallistuminen oli vuoteen 2006 saakka vapaaehtoista, mutta muuttui pakolliseksi hedelmöityshoitolainsäädännön voimaantulon jälkeen vuonna 2007.⁶

Äitiysneuvolatoiminnasta saadaan joitakin tietoja syntyneiden lasten rekisteristä (ensimmäisen neuvolakäynnin ajoitus, kaikkien raskaudenaikaisten tarkastuskäyntien ja poliklinikkakäyntien määrä), mutta tämä tiedonkeruu kattaa ainoastaan synnytykseen päätyneet raskaudet.

THL julkaisee vuosittain maksuttomat raportit kaikista seksuaali- ja lisääntymis-terveyteen liittyvistä tietovarannoista. Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevia indikaattoreita julkaistaan SOTKANet-tietopankissa myös kuntatasolla.⁷

HILMO ja AvoHILMO

Osana hoitoilmoitusrekisterijärjestelmää (HILMO) THL on vuodesta 2011 alkaen kerännyt tietoa myös perusterveydenhuollon käynneistä sekä kouluterveyshuollosta ja neuvolatoiminnasta (AvoHILMO). Tätä ennen perusterveydenhuollosta kerättiin ainoastaan tilastotason käyntitietoja, joiden vertailukelpoisuus oli vaihtelevaa. Tietoja ei kerätty esimerkiksi käyntien syistä, diagnooseista tai toimenpiteistä.

AvoHILMO:n avulla on mahdollisuus seurata aikaisempaa paremmin perusterveydenhuollon toimintaa sekä väestön terveyttä. AvoHILMO:n avulla voidaan seurata muun muassa sitä, miten hyvin Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta toteutuu.⁸ Sitä voidaan osittain hyödyntää sikiön poikkeavuuksien seulontaan liittyvien käyntien seurannassa, mutta esimerkiksi tietoa seulontojen tuloksista ei saada AvoHILMO:n avulla. Tietojen avulla voidaan jatkossa tarkastella alueellisia eroja palvelujärjestelmän toiminnassa. Osana AvoHILMOa on otettu käyttöön käyntiluokitus (SPAT), jolla saadaan tietoa yksittäisten palvelutapahtumien sisällöistä.

Tutkimuksissa syntyvät seuranta-aineistot ja biopankit

Perusrekisterien lisäksi THL:ssä ylläpidetään Lääkehoito ja raskaus -tutkimusaineistoa, jossa THL:n syntyneiden lasten rekisterin, raskaudenkeskeyttämisrekisterin ja epämuodostumarekisterin tiedot on yhdistetty Kelan ylläpitämiin resepti- ja erikoiskorvaus-oikeustietoihin.⁹ Hankkeen tavoitteena on selvittää raskausaikaista lääkkeiden käytön laajuutta ja määrää, vaikutuksia raskauden kulkuun, syntyneen lapsen terveyteen ja epämuodostumien esiintyvyyteen. Vuonna 2003 käynnistynyt toiminta on Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen (Fimea), THL:n ja Kelan yhteistyöhanke.

THL:ssä toimii myös Finnish Maternity Cohort (FMC) -seerumipankki, jonka aineisto koostuu raskaudenaikaisten infektioiden seulontaa varten otetuista näytteistä.¹⁰ Neuvolassa otetut seulontatutkimusnäytteet säilytetään äidin suostumuksella FMC-seerumipankissa, ja näytteitä voidaan hyödyntää väestön terveyden edistämiseen tähtäävässä tutkimustyössä. Vuoden 2014 alussa aineistossa oli vuodesta 1983 koottuna lähes kaksi miljoonaa näytettä vajaalta miljoonalta äidiltä.

THL selvittää väestön altistumista ympäristössä esiintyville pysyville orgaanisille ympäristömyrkyille ja niiden yhteyttä erilaisiin terveyshaittoihin mm. äidinmaito-näytepankin avulla. Useat tutkitut kemikaalit on liitetty myös lisääntymisterveyden ongelmiin: mm. hormonihäiriöihin, endometrioosiin, sukupuolijakauman vääristymiseen, piilokiveksisyyteen, siittiöiden laadun heikkenemiseen ja määrän vähenemiseen sekä kivessyöpään.

Väestötutkimukset

THL:n tilastotietoja tuotetaan valtakunnallisten rekisterien lisäksi myös väestötutkimusten avulla. Kyselytutkimuksina toteutettavat väestökyselyt tuottavat ainutlaatuisia tietoa, jota ei ole mahdollista kerätä esim. rekistereihin. Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät kysymykset ovat tärkeä osa aikuisväestöä koskevissa terveyskyselytutkimuksissa ja niiden asemaa on vahvistettava myös jatkossa.¹¹ Väestökyselyihin lisätyt seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät kysymykset eivät ole vähentäneet vastaushalukkuutta.

Kouluterveyskyselyssä kerätään tietoa nuorten elinoloista, terveydestä, terveystotumuksista sekä oppilas- ja opiskelijahuollosta.¹² Kysely toteutetaan joka toinen vuosi, ja vuodesta 2008 tiedonkeruu on kattanut myös ammatilliset oppilaitokset. Osana kyselyä kerätään tietoa mm. fyysisestä kehittämisestä, seksuaalikäyttäytymisestä sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyden tiedontasosta, ehkäisyn käytöstä, sekä seksuaalisuutta loukkaavasta väkivallasta ja häirinnästä.

Lapsiperheiden hyvinvointia on selvitetty THL:ssa kyselytutkimuksina vuonna 2006 ja 2012.¹³ Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä teemoja ovat olleet lastenhankinta, sen ajoitus ja onnistuminen.

Koska terveydenhuollon rekistereihin ei Suomessa voida kerätä tietoa kansalaisuudesta tai etnisestä taustasta, maahanmuuttajien ja maahanmuuttajataustaisten seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ei ole saatu seurantatietoa. THL:n Maamu-tutkimuksessa¹⁴ saatiin tietoa venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisten maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ja Etnokids-tutkimuksesta¹⁵ tietoa maahanmuuttajien lasten terveydestä. Uusi etnisiä vähemmistöjä koskeva tiedonkeruu; Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimus¹⁶ (UTH) aloitettiin THL:n ja Tilastokeskuksen yhteistyönä vuonna 2014.

Tilastokeskuksen aineistot

Tilastokeskus kerää rekisteritietoja perherakenteesta, kansalaisuudesta ja äitiys- ja lapsikuolleisuudesta. Tiedot kuolleena syntyneistä ja ensimmäisen elinviikon aikana kuolleista kerätään myös THL:n syntymärekisteriin. Näiden kahden tietojärjestelmän tiedot tarkastetaan vuosittain keskenään tietojen luotettavuuden parantamiseksi. Tilastokeskuksen kuolemansyytietojen keruuta säätelee oma lainsäädäntö.^{17,18} Tilastokeskus raportoi kuolemansyytilastot vuosittain. Tiedot löytyvät myös Tilastokeskuksen StatFin-tilastopalvelusta.

Muut tiedonkeruut

Muulla kuin THL:ssa ja Tilastokeskuksessa tehtäviä seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä tiedonkeruita:

- Imetyssuosituksen toteutumista ja imetyksen laajuutta on seurattu viiden vuoden välein toteutettavalla STM:n ja THL:n toteuttamalla kansallisella kyselyllä (viimeksi vuonna 2010).
- Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (Fimea) kerää osana lääkemyyntirekisteriä tietoa mm. hormonaalisista ehkäisyvälineiden ja jälkiekhäisytablettien myyntimääristä.
- Valvira ylläpitää Luoteri-rekisteriä hedelmöityshoitoja varten tehdyistä sukusolujen ja alkoiden luovutuksista.
- Väestöntutkimuslaitoksen Väestön seksuaalisuus (FINSEX) -hankkeessa seurataan suomalaisten seksuaalisuutta ja siinä tapahtuvia muutoksia. Erityisen seurannan kohteena ovat suomalaisten seksuaaliasenteet, seksuaalinen halu, seksuaalikäyttäytyminen, seksuaaliongelmien ja seksuaalinen nautinto. Tuorein valtakunnallinen kyselyaineisto aiheesta on kerätty vuonna 2007.
- Tampereen yliopiston toteuttama Nuorten terveystapatutkimus (NTTT) on aloitettu vuonna 1977 ja tehdään joka toinen vuosi. NTTT:stä saadaan tietoa seurustelusta ja ehkäisytablettien käytöstä, mutta ei muusta seksuaalikäyttäytymisestä.
- WHO-Koululaistutkimus (HBSC) on aloitettu vuonna 1984 ja aineistot kerätään neljän vuoden välein. Tietoja saadaan muun muassa kypsymisestä (13- ja 15-vuotiaat), seksuaalikäyttäytymisestä ja ehkäisyn käytöstä (15-vuotiaat). Tutkimuksen toteuttaa Jyväskylän yliopisto yhteistyössä WHO:n kanssa.
- Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) on kerännyt tietoja korkeakouluopiskelijoiden terveydestä ja terveystapatutkimuksesta neljän vuoden välein vuodesta 2000 alkaen. Mukana on ollut kysymyksiä lastenhankinnasta, hedelmällisyysneuvonnasta, seksuaalisuudesta ja gynekologisista ongelmista.
- Väestöliiton Koululaisten seksuaalikasvatus PESESE -tutkimushankkeessa on vuonna 1996 ja 2006 kerättyjen aineistojen avulla selvitetty koulujen seksuaalikasvatuksen ja oppilaiden seksuaalitietojen muutosta. Tiedonkeruuta suunnitellaan jatkettavaksi.

TIEDONKERUUN, RAPORTOINNIN JA SEURANTAOSOITTIMIEN KEHITTÄMINEN

Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevat tilastot ja rekisterit ovat Suomessa kattavia ja korkealaatuisia. Lainsäädännön, käytäntöjen ja kentän muuttuessa haasteena ovat toiminnan kehittäminen ja riittävän nopea reagoiminen. Kerättäviä tietoja pitäisi pystyä hyödyntämään ja raportoimaan yhä tehokkaammin. Terveystapatutkimuksen laadun parantamisen ja laadun parantamisen että tutkimuksen kannalta. Rekisterijärjestelmien kehittäminen vaatii lisäresursseja.

Jotta tietotarpeisiin voidaan vastata mahdollisimman kattavasti, on lainsäädännön oltava ajan tasalla. Terveydenhuollon henkilörekisterilainsäädännön päivittäminen nykyisten vaatimusten mukaiseksi on tärkeää rekisteritoiminnan kehittämisen kannalta.

Raportoinnin nopeuttaminen on keskeinen strateginen tavoite, joka parantaa kaikkien rekisterien ja tilastojen laatua, vaikuttavuutta ja käytettävyyttä. Tämä vaatii sähköisen tiedonsiirron, automaattisten aineiston käsittelyjen ja sähköisen raportoinnin jatkuvaa kehittämistyötä ja sen riittävää resursointia. Tietojärjestelmäkehityksen avulla on varmistettava rekistereihin kerättävän tiedon automaattinen siirtyminen toimintayksiköistä tilastoviranomaisille kirjaamisrasitteen vähentämiseksi.

Hoitoilmoitusrekisterit

Hoitoilmoitusrekisterin (HILMO ja AvoHILMO) käyttöä ja raportointia on edistettävä. Rekisteriin kerätään tietoja mm. kohdunpoistoista ja sukupuolen korjaamiseen liittyvistä toimenpiteistä, mutta niiden raportointi on puutteellista. AvoHILMO:n aineiston karttuessa on aktiivisesti selvitettävä mahdollisuuksia tietokatveiden täydentämiseen (mm. ehkäisyn käyttö ja keskenmenojen hoito).

Hoitoilmoitusrekisterin ja erityisesti perusterveydenhuollon AvoHILMO:n käytettävyyden kannalta on tärkeää kehittää rekisterin kattavuutta ja laatua myös jatkossa. Kirjaamiskäytäntöjen (mm. diagnoosi- ja käyntityyppitiedot) jatkuva kehittäminen on vaatimuksena aineistojen käyttökelpoisuudelle.

Osana AvoHILMOa on myös ns. ajantasaseuranta, jossa tiedot siirtyvät toimipisteistä automaattisesti THL:een kerran vuorokaudessa. Tämä mahdollistaa mm. infektioiden esiintyvyyden ajantasaisen seuraamisen. Vuonna 2013 tiedonkeruu kattoi 92 prosenttia väestöstä ja 95 prosenttia kunnista toimitti tiedot ajantasaisesti.

Rekisteritiedon keruun rajoituksia ja kehitystarpeita

Tällä hetkellä (vuonna 2014) terveydenhuollon rekistereihin ei voida kerätä tietoa kansalaisuudesta tai etnisestä taustasta, mikä tulee hoidon kansainvälistyessä (mm. EU:n potilaiden liikkuvuusdirektiivi, terveysturismi) aiheuttamaan yhä merkittävämpiä hankaluuksia kansallisen tilastoinnin kannalta. Erityisesti synnytyksiä, hedelmöityshoitoja ja raskaudenkeskeytyksiä tehtäen yhä enemmän myös ulkomaalaisille hoidon hyvän tason vuoksi. Kansallisen tilastoinnin vertailtavuuden ja käytettävyyden kannalta olisi keskeistä pystyä erottelemaan muiden maiden kansalaisten palvelujen käyttö Suomessa, jottei tilastojen käyttö mm. toiminnan ohjauksessa ja toimenpiteiden suunnittelussa kärsisi. Suomesta ulkomaille suuntautuva terveysturismi vaikeuttaa toiminnan laajuuden seuranta.

Alueellisen seurannan kannalta muuttuvassa kuntakentässä olisi keskeistä saada nykyistä kuntatietoa tarkempia aluetietoja (esim. GIS-koodien avulla) rutiinitietona myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden rekistereihin.

Seulonta-asetuksen¹⁹ toteutumisen seuranta ei ilman rekisteritiedonkeruuta ole mahdollista. Sikiön poikkeavuuksien seulontojen toteutumisen ja muiden niihin liittyvien tekijöiden seurannan järjestämisen vaihtoehtoja selvitetään vuonna 2014.

Yhtenä vaihtoehtona on esitetty seulonnetietojen sisällyttämistä osaksi syntyneiden lasten rekisteriä (THL) ja sikiöperusteisten keskeytysten osalta osaksi epämuodostumarekisteriä (THL). Seulonnetietojen keräämiseen ja seulonnan vaikuttavuuden arviointiin liittyy kuitenkin monenlaisia haasteita. Se edellyttää muun muassa tiedonkeruuta sekä äidistä että sikiöstä/lapsesta, useiden rekistereiden tietojen yhdistämistä ja useista hoitopisteistä kertyvän tiedon yhdistämistä pitkällä aikavälillä sekä uudenlaisten seulontaosoittimien kehittämistä.

On monia kysymyksiä, joihin nykyinen hedelmöityshoitotilastointi ei pysty vastaamaan. Syntyneiden lasten rekisterin (THL) yhteydessä kerätään tieto raskauden aikaansaamisesta hedelmöityshoidoilla, mutta ne koskevat vain synnytykseen johtaneita hoitoja. Suomessa ei ole saatavilla tietoa esim. siitä, kuinka montaa naista/paria on hoidettu vuodessa tai kuinka monennella hoitokerralla hoidot onnistuvat, sekä tietoa hoitoihin osallistuvien yhdenvertaisuudesta (mm. sosioekonominen asema) tai naispareille ja itsellisille naisille tehtyjen hoitojen määrästä.

Steriloimisrekisterin lakkauttamista on selvitetty vuonna 2004. Tällöin todettiin, ettei luotettavaa tietoa steriloinneista saada hoitoilmoitusrekisteristä, joten steriloisrekisterin lakkauttamista ei kannatettu. Sterilointien määrän voimakkaan vähenemisen myötä 1990-luvulta lähtien on rekisteritoiminnan jatkoa arvioitava myös tulevaisuudessa. Samanaikaisesti tulee kuitenkin huomioida, että sterilointia koskevia tilastoja kysytään melko paljon.

THL:n tartuntatautirekisteriin kerätään tartuntatauti-ilmoituksiin perustuvaa tietoa laboratoriovarmennetuista positiivisista tapauksista (hiv, kuppa, tippuri, klamydia, hepatiitit ja sankkerit). Jotta saataisiin kattava kokonaiskuva tilanteesta, tarvittaisiin tapausmäärien ohella systemaattista tietoa otettujen näyttöiden määrästä. Lisäksi tulisi kerätä nykyistä enemmän käyttäytymis-, riskikäsitys- ja asennetietoja.

Kuolintodistusarkistointi ja kuolemansyytilastointi siirretään Tilastokeskuksesta THL:een sitten, kun kuolintodistusten tiedonkeruu ja arkistointi tapahtuu kokonaan sähköisesti. Laitosten välistä työnjakoa muutettaessa myös lainsäädäntö on päivitettävä STM:n, THL:n ja Tilastokeskuksen tilastoyhteistyötä ja työnjakoa selvittävän työryhmän loppuraportin mukaisesti.²⁰

Tiedon hyödyntämistä tehostettava

Nykyisin jo kerättävien seksuaali- ja lisääntymisterveyden tilasto- ja rekisteritietojen hyödyntämistä ja etenkin niiden yhdistettyä käyttöä on tehostettava edelleen sekä väestön terveyden seurantaan että tutkimustarkoituksiin. Käytön tehostamisen vaatimus koskee terveydenhuollon palveluja antavia yksiköitä, sosiaali- ja terveysministeriön alaisia tutkimuslaitoksia sekä yliopistoja, korkeakouluja ja ammattikorkeakouluja. Tilasto- ja rekisteritietojen käytön tehostaminen edellyttää rekisterien hyvää yhteistyötä ja tietojen ristikkäistä käyttömahdollisuutta.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvien julkisten tietoaineistojen käyttöä on edistettävä ottaen huomioon tietosuojakysymykset, jotta niiden käyttö ja jatkoanalysointi olisi mahdollisimman laajaa. Viranomaisten välisen tietojen jakamisen muuttaminen osapuolille maksuttomaksi edistäisi seksuaali- ja lisääntymisterveyteen

liittyvien tekijöiden säännöllisempää tarkastelua ja seurantaa (mm. Tilastokeskuksen sosioekonomisten ja maahanmuuttajia koskevien tietojen yhdistäminen lisääntymisrekistereihin).

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden osoittimien esittäminen julkisissa tilastotietokannoissa on tällä hetkellä melko suppeaa. THL:n indikaattoripalveluista ainoastaan SOTKANetissä on seksuaali- ja lisääntymisterveyden kokonaisuus. Esim. THL:n Terveys-, TEAvisari-, Palveluvaaka- ja Hyvinvointikompassi-verkkopalveluissa seksuaali- ja lisääntymisterveys on jäänyt vähälle huomiolle. Valtioneuvoston kanslian ja Tilastokeskuksen Findikaattori-palvelussa ei myöskään ole imeväiskuolleisuutta lukuun ottamatta huomioitu seksuaali- ja lisääntymisterveyttä.

KANSAINVÄLISET TILASTOT

Kansanterveyttä kuvaavien osoittimien keruu ja kehittäminen on ajankohtaista myös kansainvälisesti. Euroopan unioni pyrkii luomaan kattavan kansanterveyden seuranta-järjestelmän (European Care Health Indicators, ECHI), mutta järjestelmän toimeenpanosta ei ole tehty päätöstä pitkäaikaisesta kehittämistyöstä huolimatta. Seuranta-järjestelmien tilastollisia osoittimia on kehitetty EU:n kansanterveys- ja kuluttajasioiden pääosaston rahoittamissa lisääntymis- ja seksuaaliterveyden hankkeissa.

OECD kerää vuosittain tietoja syntyvien lasten pienipainoisuudesta, tietyistä epämuodostumista, hedelmällisyydestä, tietyistä kirurgisista toimenpiteistä (kohdunpoistot, keisarileikkaukset), imeväis- ja äitiyskuolemista, seulonnan kattavuudesta sekä lisääntymiseen liittyvistä syöivistä. Lisäksi OECD:n laatuosoitinhanke (HCQI) kerää joka toinen vuosi tietoja syöpien eloonjäämisluvusta (rinta- ja kohdunkaulansyöpä) ja synnytysrepeämistä. Suomi pystyy toimittamaan kaikki kerätyt tiedot.

WHO kerää tiedot äitiys-, perinataali-, ja imeväiskuolleisuudesta, seksitaudeista, hedelmällisyydestä, raskaudenkeskeytyksistä, keisarileikkauksista, pienipainoisuudesta ja tietyistä epämuodostumista sekä naimisissa olevien 15–49-vuotiaiden käyttämästä ehkäisystä. Viimeistä lukuun ottamatta (ehkäisyn käyttö) Suomi pystyy toimittamaan tiedot myös WHO:lle.

Perinataaliterveyttä Euroopan tasolla selvittävä EU:n EURO-PERISTAT-hanke alkoi vuonna 2001. Vuosina 2008 ja 2012 julkaistiin hanketta esittelevät raportit.^{21, 22}

Vuoden 2012 EURO-PERISTAT-tiedonkeruu koostui ydinindikaattoreista (11 kpl) ja suositelluista indikaattoreista (14 kpl). Suomen terveysrekisterien pohjalta pystyttiin tuottamaan sekä kaikki ydinindikaattoritiedot (kuolleisuustiedot vuositasona, ei kohorttitietoina) että suositellut indikaattoritiedot.

EU:n rahoittamassa REPROSTAT-hankkeessa kehitettiin ja kerättiin EU:n tasolla seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä indikaattoreita (18 kpl).

Hankkeen yhteydessä todettiin, ettei Suomessa kerätä säännöllisesti kattavia tietoja seuraavista indikaattoreista: mediaani-ikä ensimmäisen yhdynnän aikana, aikuisväestön ehkäisymenetelmien käyttö (ehkäisytabletteja käyttävien ja steriloitujen osuutta lukuun ottamatta), raskautta vuoden tuloksetta yrittäneiden osuus, virtsanpidätysongelmien laajuus naisten keskuudessa, itse raportoitu tyytyväisyys seksuaaliterveyteen ja seksuaalista väkivaltaa kokeneiden osuus.²³ Hankkeen loppuraportti julkaistiin 2011.

Erityisesti aikuisväestön ehkäisymenetelmien käytön laajuus on seksuaaliterveyden kannalta keskeinen osoitin, jonka järjestelmällinen ja riittävän ajantasainen tiedonkeruu olisi järjestettävä. Tietoa tarvitaan muun muassa palvelujärjestelmän toimivuuden arvioinnissa, ja sitä kysytään usein myös kansainvälisiin vertailuihin.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi tarvitaan myös palveluiden laadun kehittämistä ja laadun seuranta. Yleisten tilastollisten seurantaosoittimien kehittämisen jälkeen terveydenhuollon palvelujen laatua mittaavien osoittimien kehittäminen on seuraava tärkeä kehitysvaihe. Ansiokasta laatutyötä on tehty monessa terveydenhuollon yksikössä, mutta niiden tekemä työ ei kuitenkaan mahdollista valtakunnallista vertaailua. THL:ssa kehitetään kansainvälisten kokemusten pohjalta kansallisia laadunseurantaosoittimia, jotka hyödyttävät myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen laadunseuranta. Nykyisistä OECD:n ja Pohjoismaisen ministerineuvoston terveydenhuollon laatuosoitinryhmien ehdottamista indikaattoreista ainoastaan 3. ja 4. asteen repeämien ilmaantuvuutta alatiesynnytyksissä raportoidaan säännöllisesti Suomessa.

KANTA-HANKE

Kansallinen terveystietokanta Kanta (www.kanta.fi) on terveydenhuollon, apteekkien ja kansalaisten valtakunnallinen tietojärjestelmäpalvelu, jonka osia ovat sähköinen resepti, lääketietokanta, omien tietojen katselu ja potilastiedon arkisto. Kantaan vietävien tietojen hyödyntäminen kansallisten tilastotietojen keruussa on tilasto- ja rekisteritoiminnan kannalta keskeinen kehittämiskohde. Tavoitteena on, että moniin nykyisistä tietokatveista myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueella voidaan vastata Kanta-palvelun avulla.

Keskeistä sähköisen potilaskertomuksen tilastointikäytössä on tietojen esittämisen rakenteisessa muodossa, joka mahdollistaa tietojen tallentamisen yhtenäisesti kaikissa toimintayksiköissä. Sähköisen potilaskertomuksen sisällön tarkempi rakenteinen määrittely alkaa vuoden 2016 jälkeen.

Sähköisen tiedonkeruun yhtenäistäminen parantaa niin paikallisen, alueellisen kuin kansallisen tason tilastointia. Tämä koskee erityisesti niitä terveystietojärjestelmän osia, joiden tilastointi on puutteellista. Paras esimerkki on perusterveydenhuolto ja neuvolatoiminta sen osana. Osana terveydenhuollon sähköisten tietojärjestelmien kehittämistä on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lukuisten tietojärjestelmien yhteensovittaminen.

Tilastoviranomaiset pitävät tärkeänä, että sähköinen potilastietojärjestelmä ja rekisteriaineisto pysyvät erillisinä, toisin sanoen kansalliset terveydenhuollon rekisterit jatkavat toimintaansa. Ne voisivat kuitenkin hyödyntää sähköisen potilastietojärjestelmän tietoja rekisteri- ja tilastotietojen laadun ja luotettavuuden parantamiseksi ja aineistojen keruun ja tilastojen julkaisemisen nopeuttamiseksi. Terveydenhuollon rekisterien tietosisällön laajentaminen tai uusien tietolähteiden käyttäminen ei kuitenkaan ole mahdollista ilman lainsäädännöllisiä muutoksia.

Tavoitteet

- ▶ Rekisterilainsäädäntöä päivitetään ja kehitetään niin, että ajantasainen lainsäädäntö mahdollistaa tarvittavat kehitystoimenpiteet. Lainsäädännön valmisteluvaiheessa arvioidaan nykyisten rekisterien tarpeellisuus ja mahdollisten uusien rekisterien perustamistarve.
- ▶ Hoitoilmoitusrekisteriä (HILMO ja AvoHILMO) hyödynnetään laajemmin seksuaali- ja lisääntymisterveyden raportoinnissa ja seurannassa.
- ▶ Lääkehoito ja raskaus -tutkimusaineisto muutetaan pysyväksi tiedonkeruuksi.
- ▶ Syntyneiden lasten rekisterin tiedonkeruuta täydennetään.
- ▶ Sähköisen potilaskertomuksen avulla voidaan rekisteritietoja täydentää mahdollisimman automaattisesti.

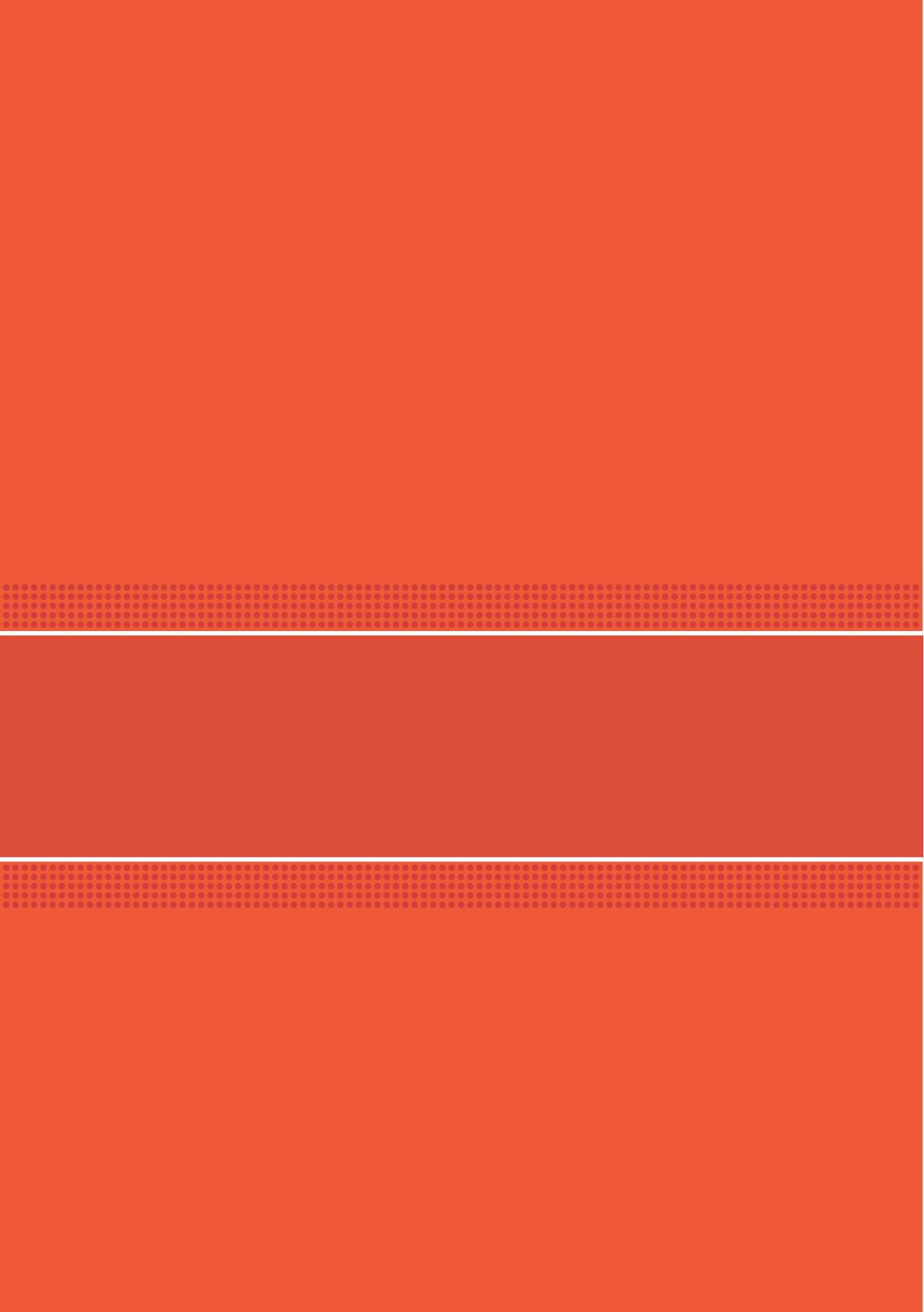
Toimenpiteet

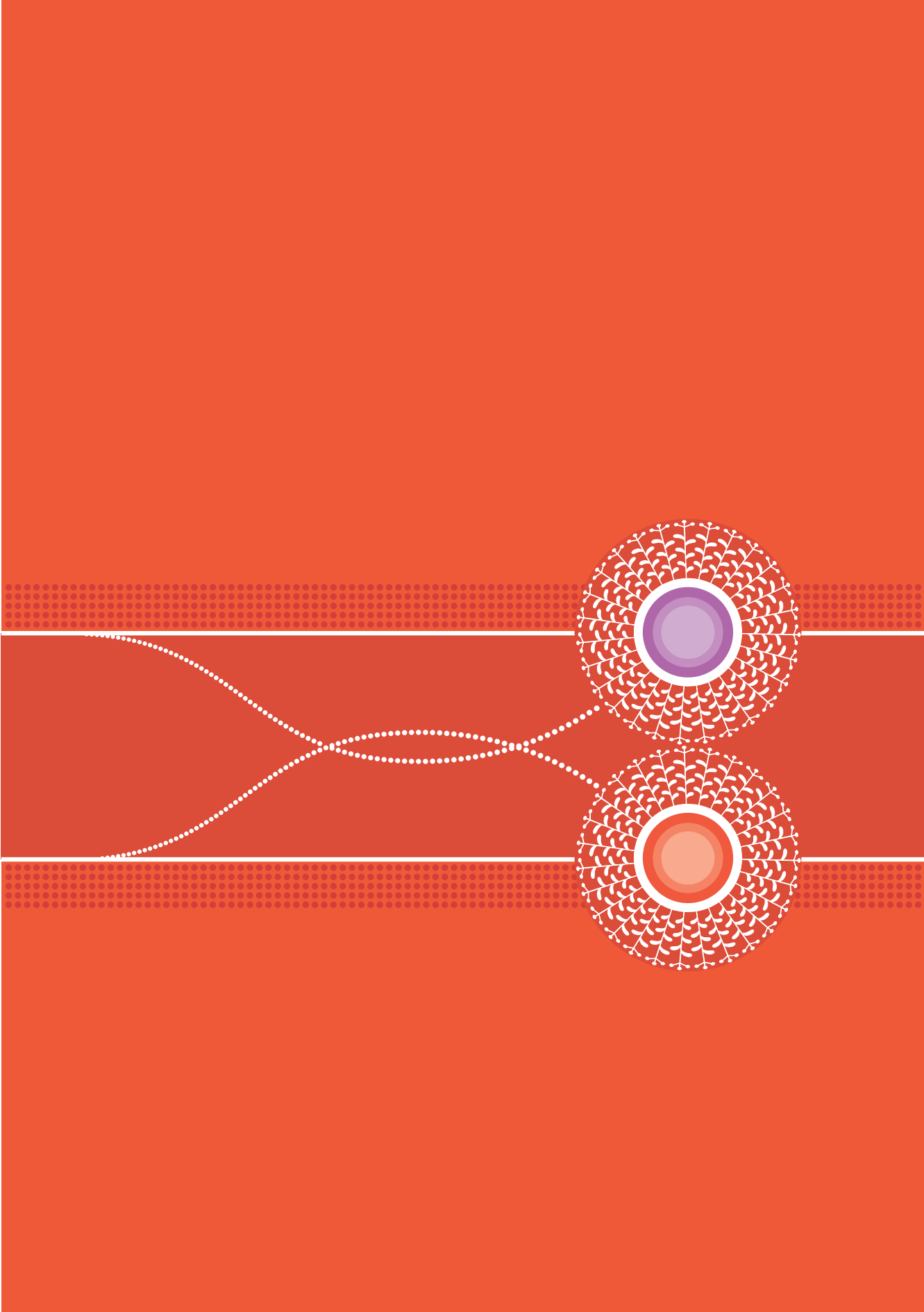
- ▶ THL ja muut toimijatahot suunnittelevat ja toteuttavat seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvän, nykyistä laaja-alaisemman säännöllisesti toistuvan raportoinnin.
- ▶ THL integroi seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät kysymykset pysyväksi osaksi kaikkia THL:n väestötutkimuksia.
- ▶ STM huolehtii lainsäädännön muuttamisesta siten, että kansallisen terveystietokannan tietoja voidaan hyödyntää terveysrekisterien kokoamisessa.
- ▶ THL ja kansallinen asiantuntijaryhmä uudistavat syntymärekisterin tiedonkeruun niin, että syntymärekisteriin kerätään tulevaisuudessa tieto isästä, molempia vanhempia koskevat tarkemmat taustatiedot kuten kuntaa tarkempi asuinpaikkatieto, mahdollinen maahanmuuttajatausta ja korkein koulutus.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

Lähteet

1. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hoitoilmoitusjärjestelmä (HILMO). http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/tiedonkeruut/hilmo Viitattu: 27.2.2014.
2. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteri (Avo-HILMO). Viitattu: 27.2.2014.
3. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 1989. Laki terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä 556/1989. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19890556>.
4. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 1989. Asetus terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä 774/1989. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1989/19890774>.
5. Oikeusministeriö. 1999. Henkilötietolaki. 22.4.1999/523. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>.
6. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (STM). Laki hedelmöityshoidoista 22.12.2006/1237. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20061237>.
7. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. www.sotkanet.fi Viitattu: 27.2.2014.
8. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2011. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
9. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Lääkehoito ja raskaus -hanke. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/laake_ja_raskaus Viitattu: 27.2.2014.
10. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Finnish Maternity Cohort (FMC) -seerumipankki. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hankesivu?id=28461. Viitattu: 27.2.2014.
11. Tuunala, J. & Paaso, T. 2013. Seksuaali- ja lisääntymisterveys väestötutkimuksissa. Opinnäytetyö, Oulun seudun ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013060913602>.
12. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Kouluterveyskysely. <http://thl.fi/kouluterveyskysely>. Viitattu: 27.2.2014.
13. Lammi-Taskula, J., Karvonen, S. & Ahlström, S. 2009. (toim.). Lapsiperheiden hyvinvointi 2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085156>.
14. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimus (Maamu). http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hankesivu?id=22131 Viitattu 27.2.2014.
15. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Etnokids. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hankesivu?id=26071 Viitattu 27.2.2014.
16. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Ulkomaisista syntyperä olevien työ ja hyvinvointi -tutkimus (UTH). http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hankkeet/uth Viitattu 27.2.2014.
17. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 1973. Laki kuolemansyyntä selvittämisestä 1.6.1973/459. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1973/19730459>.
18. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 1973. Asetus kuolemansyyntä selvittämisestä 21.12.1973/948.
19. Valtioneuvoston asetus seuloista. 2011. 339/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110339>.
20. STT-raportti. 2010. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Tilastokeskuksen tilastoyhteistyötä ja työnjakoa selvittävän työryhmän loppuraportti. 1.12.2010. STM/4490/2009, THL 1335/4.02.00/2009, TK-03-1421-09.
21. Euro-Peristat. 2008. European perinatal health report. Better statistics for better health for pregnant women and their babies. Data from 2004. Euro-Peristat Project with SCPE, EUROCAT and EURONEOSTAT.
22. Euro-Peristat. 2013. European perinatal health report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. Euro-Peristat Project with SCPE and EUROCAT.
23. Oliveira da Silva M, Jahn A, Olsen J, Karro H, Temmerman M, Gissler M, Bloemenkamp K, Hannaford P & Fronteira I. 2011. The Reproductive Health Report - The state of sexual and reproductive health within the European Union. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 16(S1), s1-S70.





19 TYÖNJAON, YHTEISTYÖN JA KOORDINOINNIN KEHITTÄMINEN

Valtakunnallinen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma vuosille 2007–2011 suuntasi, aktivoi ja laajensi seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä Suomessa. Toimintaa on tarpeen kehittää edelleen kansallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla.^{1,2}

TYÖNJAKO JA VASTUUT KANSALLISELLA TASOLLA

STM ja sen alaiset laitokset

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (STM) (www.stm.fi) ohjaa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä ja palveluja lainsäädännön, sosiaali- ja terveystieteiden strategioiden, terveyden edistämisen laatusuosituksen ja oppaiden avulla. Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä aihekokonaisuuksia ovat muun muassa terveyden edistäminen, tartuntatauti- ja ehkäiseminen, perhepolitiikan kehittäminen, lähi- ja parisuhdeväkivallan ehkäiseminen sekä palvelujärjestelmän kehittäminen. Kaste-ohjelma³ sekä kunta- ja palvelurakennemuutos vaikuttavat myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen rakenteeseen ja järjestämiseen. Kansainvälistä yhteistyötä tehdään muun muassa WHO:n, EU:n ja YK:n kanssa. Ministeriön alaiset neuvottelukunnat kuten kansanterveyden neuvottelukunta, tartuntatauti- ja neuvottelukunta, lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunta ja lapsiasianeuvottelukunta käsittelevät tehtäväksi antonsa puitteissa väestön terveyden ja hyvinvointiin liittyviä kysymyksiä.

Jyrki Kataisen hallitusohjelmassa painotetaan mm. seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelujen kehittämistä, palvelujen kehittämistä lähisuhde- ja perheväkivallan, sekä seksuaalisen väkivallan uhreille sekä seksuaaliterveyden (seksuaalivahvuus, sukupuolitauti- ja ehkäisy, väkivallan ehkäisy) sisällyttämistä osaksi raskauden ehkäisyneuvontaa.⁴ STM koordinoi myös valtakunnallisesti lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisemistä, ohjaa ja valvoo rikos- ja riita-asioiden sovittelua sekä osallistuu ihmis- ja eläin- ja ympäristöterveyden ja uhrien auttamiseen.

STM ohjaa THL:ta, aluehallintovirastoja, Valviraa, Työterveyslaitosta sekä muita hallinnonalansa virastoja ja laitoksia. Näiden kanssa tehdään nelivuotinen tulossovituspöytäkirja.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman⁵ tavoitteena on kaikenlaista hyvinvointi- ja terveyseroja ja järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut asiakaslähtöisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistuksessa on tavoitteena yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut sekä nykyisin riittämättömästi toimivien peruspalvelujen vahvistaminen.⁵ Uudessa integroidussa ja kaksitasoisessa palvelurakenteessa olisi nykyistä laajempi sosiaali- ja terveydenhuollon perustaso sekä sitä täydentävä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen erityisvastuutaso. Palvelurakennetyöryhmän mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon perustasolla tarvitaan riittävää väestöpohjaa ja riittäviä

tuotantovolyymejä kansallisesti yhdenvertaisen palvelujärjestelmän, palvelujen laadun ja turvallisuuden takaamiseksi. Työryhmän mukaan riittävän väestöpohjan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen tulisi olla kantokykytekijöistä riippuen vähintään 50 000 – 100 000. Muita kantokykytekijöitä ovat järjestäjän taloudellinen kestävyys ja va-
kaus, osaamisen turvaaminen, henkilöstön saatavuus sekä riittävyys ja infrastruktuuri.

Vuoden 2015 alussa (synnytysten osalta vuoden 2017 alussa) voimaan tuleva päi-
vystysasetus luo yhtenäiset kriteerit kiireelliselle hoidolle.⁶ Asetuksen keskeisin tavoite on parantaa päivystyshoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Tähän pyritään varmistamalla riittävät voimavarat ja asiantuntemus etenkin sairaanhoidon vaativilla erikois-
aloilla. Asetuksen toimeenpano edellyttää vaativan päivystyshoidon keskittämistä sair-
aaloihin, joiden päivystystoiminta täyttää asetuksen asettamat ehdot, tai vastaavasti
lisäinvestointeja päivystyshoittoon niissä sairaaloissa, joiden toiminta ei nykyisellään
täytä esitettyjä vaatimuksia erikoisaloilla.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (www.thl.fi) on sosiaali- ja terveystoimintamääräysten hallinnonalalla toimiva tutkimus- ja kehittämislaitos. Se palvelee valtion ja kuntien päättäjiä, alan toimijoita, järjestöjä, tutkimusmaailmaa ja kansalaisia, tavoitteena vaikuttaa suomalaisten terveyden ja hyvinvoinnin puolesta. THL:n tehtävänä on väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, sairauksien ja sosiaalisten ongelmien ehkäiseminen, sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittäminen. Tehtävää toteutetaan tutkimuksen, seurannan ja arvioinnin, kehittämistyön, asiantuntijavaikuttamisen ja viranomaistehtävien sekä kansainvälisen yhteistyön avulla. THL on myös alansa tilas-
toviranomainen ja huolehtii tehtäväalueensa tietoperustasta ja sen hyödyntämisestä.

THL on jaettu neljään toimialaan vuoden 2010 alusta. Sosiaali- ja terveyspalvelujen toimialaan kuuluva Lapset ja nuoret ja perheet -osasto (LAPO) on jaettu kolmeen yksikköön: Seksuaali- ja lisääntymisterveys -yksikkö (SELI), Lasten ja nuorten hyvinvointi ja terveys -yksikkö (LAHY) ja Lasten, nuorten ja perheiden palvelut -yksikkö (LANU). SELI-yksikön tehtävänä on edistää seksuaali- ja lisääntymisterveyttä:

- tutkimalla väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyttä
- tutkimalla ja kehittämällä seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluja
- tutkimalla elintapojen yhteyttä seksuaali- ja lisääntymisterveyteen
- ylläpitämällä raskaudenaikaista seulontarekisteriä ja siihen liittyvää seeruminäyteaineistoa
- välittämällä tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveydestä.

SELI-yksikkö tekee yhteistyötä LAPO:n muiden yksiköiden ja laajemmin myös THL:n muiden osastojen ja yksiköiden, kuten Palvelujärjestelmä-osaston, Tartuntatautiseurannan ja -torjunnan osaston, Väestön terveys, toimintakyky ja hyvinvointi -osaston sekä Tieto-osaston kanssa ja hyödyntää muun muassa laitoksen kysely- ja rekisteriaineistoja tutkimuksissaan. Yksikkö pyrkii tukemaan moniammatillista verkostoitumista seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisestä kiinnostuneiden tahojen välillä. Verkostoitumiskumppaneina on muun muassa kuntatoimijoita (esim. neuvolat, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon asiantuntijat kunnissa), tutkijoita, järjestöjä, kouluttajia ja koulutustahoja, turvataitoverkosto, seksuaalineuvojien ja seksuaaliterveyden yhdysopettajien verkostot. Kasvun kumppanit -verkkoportaali (www.kasvunkumppanit.fi) toimii tiedonvälityksen kanavana ammattilaisille.

SELI-yksikkö tuottaa seksuaali- ja lisääntymisterveyden SELI-verkostokirjettä⁷, joka kertoo ajankohtaisista aiheista kuten koulutuksista, tapahtumista, julkaisuista, kehittämishankkeista ja tutkimustuloksista. Se on suunnattu kaikille seksuaali- ja lisääntymisterveyden alan toimijoille ja aiheesta kiinnostuneille, ja sen voi tilata yksikön verkkosivujen kautta ilmaiseksi omaan sähköpostiin. THL:n sisäinen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen asiantuntijaverkosto kokoontuu säännöllisesti 4–6 kertaa vuodessa.

Menetelmien arviointiyksikkö MEKA toimii THL:n Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen, Palvelujärjestelmä-osastossa. Sen tavoitteena on edistää hyvien ja tieteelliseen näyttöön perustuvien menetelmien käyttöä Suomen terveydenhuollossa, ja siten kehittää terveydenhuollon tehokkuutta ja vaikuttavuutta.

Valvira (www.valvira.fi) ylläpitää ja edistää potilasturvallisuutta ja huolehtii terveyspalvelujen laadusta omalta osaltaan. Valtakunnallinen lääketieteellinen tutkimusseittinen toimikunta (TUKIJA) toimii Valviran yhteydessä. Yhteistyössä aluehallintoviranomaisten kanssa Valvira on laatinut valtakunnallisen valvontaohjelman neuvolatoiminnalle, koulu- ja opiskeluterveydenhuollolle sekä lasten ja nuorten ehkäisevään suun terveydenhuoltoon (asetuksen 338/2011⁸ valvonta). Valvontaohjelmalla lisätään valvonnan suunnitelmallisuutta, avoimuutta ja läpinäkyvyyttä, sekä ohjataan palveluntuottajia kehittämään omaa toimintaansa ja toiminnan omavalvontaa.⁹ Valviralle kuuluvat hedelmöityshoito-, raskaudenkeskeyttämis- ja sterilointilakien mukaiset luvat. Valviran adoptiolautakunta toimii asiantuntija-, lupa- ja valvontaviranomaisena adoptioasioissa.

Työterveyslaitos (TTL) (www.ttl.fi) on monitieteinen tutkimus- ja asiantuntijalaitos, joka toimii kuudella paikkakunnalla sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonalalla. Toiminnan tavoitteena on, että työelämä on terveellistä ja turvallista koko työuran ajan, mukaan lukien työntekijöiden lisääntymisterveys, erityisesti raskauden aikana.

Opetus- ja kulttuuriministeriön hallinnonala

Opetus- ja kulttuuriministeriön (OKM) (www.minedu.fi) vastaa esi- ja perusopetuksesta sekä varhaiskasvatuksesta. OKM:n vastuulla ovat yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen antama koulutus sekä ammatillinen koulutus. OKM vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tutkinto- ja peruskoulutuksesta. Lainsäädännön kautta vaikutetaan perusopetuksen ja toisen asteen opetuksen tuntijakoon ja siinä muun muassa terveystiedon opetuksen määrään. Valtioneuvosto hyväksyy joka neljäs vuosi koulutuksen ja tutkimuksen kehittämissuunnitelman, joka määrittelee lähivuosien koulutus- ja tutkimuspoliittiset linjaukset.

Yliopistoja ohjataan hallitusohjelman, koulutuksen ja tutkimuksen kehittämissuunnitelman sekä lainsäädännön lisäksi ministeriön ja yliopistojen välisillä sopimuksilla. Kolmivuotisen sopimuskauden alussa käydään neuvottelut, joissa sovitaan yliopistojen toiminnalliset ja määrälliset tavoitteet sekä niiden vaatimat määrärahat, tavoitteiden seuranta ja arviointi sekä toiminnan kehittäminen.¹⁰ Ammattikorkeakouluja ohjataan hallitusohjelman, koulutuksen ja tutkimuksen kehittämissuunnitelman sekä lainsäädännön lisäksi ministeriön, ammattikorkeakoulujen ylläpitäjien

ja ammattikorkeakoulujen välisillä sopimuksilla. Kolmivuotisissa sopimuksissa sovi-
taan ammattikorkeakoulujen toiminnan keskeisistä tavoitteista, niiden seurannasta
ja toiminnan kehittämistä. Vuosina, jolloin neuvotteluja ei käydy, OKM antaa kor-
keakouluille kirjallisen palautteen.¹¹

Opetushallitus (OPH) (www.oph.fi) on opetuksen kehittämisvirasto, joka vastaa
muun muassa varhaiskasvatuksen linjaamisesta, esi- ja perusopetuksen, lukio-ope-
tuksen ja ammatillisen peruskoulutuksen kehittämistä. OPH laatii perusopetuksen
ja lukion opetussuunnitelmien perusteet (oppiainejako, mm. terveystieto), amma-
tillisten tutkintojen ja näyttötutkintojen perusteet sekä parantaa koulutusta erilaisin
kehittämishankkein. Tehtäviin kuuluvat myös muun muassa koulutuksen arviointi,
tietopalvelujen tuottaminen ja koulutuksen tukipalvelut, esimerkiksi opettajien ja
koulutoimen muun henkilökunnan jatkokoulutus.

Kansallinen audiovisuaalinen instituutti KAVI (www.kavi.fi) on OKM:n alainen
virasto, jonka tehtävinä ovat mediakasvatuksen ja lapsille turvallisen mediaympäris-
tön edistäminen, sekä kuvaohjelmien tarjoamisen valvonta. Virasto toimii asiantun-
tijana lasten mediaympäristön kehittämisessä, edistää alan tutkimusta, seuraa alan
kansainvälistä kehitystä ja tiedottaa lapsia ja mediaa koskevista asioista.

Oikeusministeriön hallinnonala

Oikeusministeriö (OM) (www.om.fi) ylläpitää ja kehittää oikeusjärjestystä ja oike-
usturvaa sekä huolehtii demokratian rakenteista ja kansalaisten perusoikeuksista.
Ministeriön tehtäväalueet ovat yhteydessä seksuaaliterveyden edistämiseen väkival-
taa ja erityisesti seksuaalista väkivaltaa ehkäisevän työn sekä seksuaalirikoksista tuo-
mittujen hoidon ja rikosten uusimisriskin vähentämiseen tähtäävien toimien osalta.

Oikeusministeriössä on valtioneuvoston asettama rikosseuraamusalan neuvotte-
lukunta, joka toimii asiantuntijana rikosseuraamusalan kehittämiseen liittyvissä kysy-
myksissä sekä tukee ja edistää yhteistyötä tuomittujen yhteiskuntaan sijoittamiseksi ja
uusintarikollisuuden vähentämiseksi. Rikoksentorjuntaneuvosto ([www.rikoksentor-
junta.fi](http://www.rikoksentor-
junta.fi)) on oikeusministeriön yhteydessä toimiva asiantuntija- ja yhteistyöelin, joka
suunnittelee ja toteuttaa toimia rikollisuuden ehkäisemiseksi. Näihin kuuluu muun
muassa väkivaltaa ehkäisevä työ mukaan lukien seksuaalisen väkivallan ehkäisy.

Rikosseuraamuslaitos (www.rise.fi) on vankeusrangaistusten ja yhdyskuntaseu-
raamusten täytäntöönpanoviranomainen, joka toimii oikeusministeriön alaisuudessa.
Rikosseuraamustyöntekijät ja muut virkamiehet huolehtivat rangaistusten lainmu-
kaisesta ja turvallisesta täytäntöönpanosta. Sille kuuluvat muun muassa seksuaaliri-
kollisten hoito ja uusintarikollisuuden ehkäisemiseen tähtäävät toimet. Rikosseuraa-
musasiakkaiden hoitojatkumoiden osalta vastuu on kunnilla. Alaikäisten, etenkin
alle 15-vuotiaiden osalta, hoitotoimet kuuluvat kunnille ja STM:n hallinnonalaan.

Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos (www.optula.om.fi) on oikeusministeriön alai-
nen tutkimuslaitos, jonka tehtävänä on harjoittaa riippumatonta oikeuspoliittista tut-
kimusta ja siihen liittyvää julkaisutoimintaa. Laitos tuottaa vuosittain yhteenvedon ri-
kollisuustilanteesta, jossa on eriteltyinä muun muassa yhteenvedot raiskauksista, lap-
siin ja varhaisnuoriin kohdistuneista seksuaalirikoksista ja muista seksuaalirikoksista.

Muut hallinnonalat

Sisäministeriö (SM) (www.intermin.fi) huolehtii ihmisten turvallisuudesta, rakentaa kilpailukykyistä yhteiskuntaa ja varmistaa ihmisten yhdenvertaisen kohtelun. Ministeriön neljästä osastosta Poliisiosasto vastaa poliisin toimialan strategisesta ohjauksesta ja valvonnasta. Seksuaalisen väkivallan ja hyväksikäytön tutkimukset kuuluvat ensisijaisesti poliisin virkatehtäviin, mutta niissä tarvitaan kiinteää yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten kanssa sekä kansallisella että paikallisella tasolla. Sisäministeriö on julkaissut kolmannen Sisäisen turvallisuuden ohjelman¹² (ks. luku 15 Seksuaalisuutta loukkaava väkivalta). Edellisen ohjelman toimenpiteisiin liittyvistä hyvistä käytännöistä on tehty julkaisu.¹³ Hyvät käytännöt liittyvät muun muassa väkivaltatyöhön kuten perheväkivaltatyöhön sekä Poikien Talo -hankkeeseen. Hyvät käytännöt on tarkoitettu ottaa käyttöön valtakunnallisesti.

Työ- ja elinkeinoministeriö (TEM) (www.tem.fi) vastaa muun muassa työmarkkinoiden toimivuudesta ja työntekijöiden työllistymiskyvystä. Toimialaan kuuluvat muun muassa työllisyys ja julkinen työvoimapalvelu, alueiden kehittäminen ja maahanmuuttajien kotouttaminen. Ministeriö edistää sukupuolten tasa-arvoa valtavirtaistamalla sukupuolinäkökulman kaikkiin perusprosesseihin hallituksen tasa-arvo-ohjelman 2012–2015 mukaisesti. Euroopan sosiaalirahaston Rakennerahasto-ohjelmakaudella 2007–2013 TEM toteutti sukupuolten tasa-arvon edistämisen ja valtavirtaistamisen (Valtava) -kehittämisohjelmaa, jossa muun muassa kehitettiin tasa-arvon edistämisen menetelmiä. Nuorisotakuu-hankkeella tavoitellaan nuorten työllisyyden edistämistä ja syrjäytymisen ehkäisyä.

Puolustusministeriö (PM) (www.defmin.fi) vastaa muun muassa Puolustusvoimista ja asevelvollisille annettavasta terveyskasvatuksesta seksuaalikasvatus mukaan lukien.

Ulkoasiainministeriö (UM) (www.formin.fi) on pitänyt kansainvälisessä kehityspolitiikassa esillä ihmisoikeusperustaista kehityspolitiikkaa, eriarvoisuuden poistamista, sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyden ja oikeuksien edistämistä. Nämä ovat keskeisiä teemoja myös Suomen kehityspoliittisessa toimenpideohjelmassa, jossa yksi läpileikkaavista tavoitteista on sukupuolten välisen tasa-arvon edistäminen. Suomi tukee naisten osallistumista päätöksentekoon ja vastustaa syrjintää, kuten seksuaalista ja perheväkivaltaa sekä epätasa-arvoisia omistus- ja perintäoikeuksia.

Kuntaliitto

Kuntaliiton (www.kunnat.net) päätehtävät ovat kuntien ja niiden yhteistyöorganisaatioiden edunvalvonta, palvelu ja kehittäminen. Palvelualueisiin kuuluvat mm. sosiaali- ja terveys sekä opetus ja kulttuuri. Kuntaliitto on mukana luomassa sähköistä potilaskertomusjärjestelmää, jolla on keskeinen merkitys muun muassa seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen kehittämisessä. Samoin se on ollut mukana kehittämässä kuntien sähköistä hyvinvointikertomusta. Terveempi Pohjois-Suomi (TerPS) -hankkeessa (<http://sp.terps.foral.fi>) on laadittu hyvinvointikertomuksen rakenne, tehty vaatimusmäärittelyt, toteutettu pilotointi sekä perusosoittimien kokoaminen ja käyttöönotto.

Suomen valtionkirkot

Suomen evankelisluterilaisen kirkon (www.evl.fi) toiminnoista seksuaali- ja lisääntymis-terveyteen painottuvat rippikoulutoiminta, sekä perheasiain neuvottelukeskusten toteuttama perheneuvontatyö ja perhetyö, josta vastaa kirkon Kasvatuksen ja perheasiain yksikkö. Tällä hetkellä esimerkiksi Virtaa välillämme -hanke järjestää eri puolella Suomea tapahtumia ja kursseja erityisesti nuorille pareille. Ortodoksikirkko järjestää nuorille vapaaehtoista kristinoppikoulua, joka tyyppillisimmillään suoritetaan noin viikon kestäväenä kristinoppikoululeirinä, joka toimii ortodoksinuorten aikuistumisriittinä.

Järjestöt

Kolmannella sektorilla on suuri määrä yhdistyksiä ja järjestöjä, joilla on seksuaali- ja lisääntymis-terveyteen liittyviä tehtäviä. Kolmannella sektorilla on muun muassa asiakastyötä, väestölle ja ammattilaisille suunnattua tietotuotantoa ja verkkopalveluja. Osa toiminnoista on paikallista, osa alueellista tai valtakunnallista.

Seksuaali- ja lisääntymis-terveyden edistämisen toimintaohjelmassa¹⁴ vuosille 2007–2011 todettiin kolmas sektori tahoksi, jonka kanssa tehtävää yhteistyötä tulee vahvistaa. Kuitenkin yhteistyö on ollut toistaiseksi satunnaista.¹ Jatkossa toimintaohjelman toimeenpanossa tulee tehostaa ja laajentaa yhteistyötä järjestöjen kanssa.

SOSTE, Suomen sosiaali ja terveys ry (www.soste.fi) on valtakunnallinen kattojärjestö, joka kokoaa yhteen yli 170 sosiaali- ja terveysalan järjestöä sekä useita kymmeniä muita yhteistyötahoja. Perustajajäsenet ovat Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyökeskus YTY ry, Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry ja Terveystieteiden edistämisen keskus ry.

Ammattiliitot ja ammatilliset järjestöt

Edunvalvonnan ohella sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiliitot ja ammatilliset järjestöt kehittävät ammattikäytäntöjä ja järjestävät täydennyskoulutusta.

KANSALLISEN TYÖNJAON, KOORDINAATION JA YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN

Seksuaali- ja lisääntymis-terveyden edistämisen toimintaohjelmassa¹⁴ vuosille 2007–2011 määriteltiin tarvittaviksi toimenpiteiksi hallinnonalojen yhteistyökysymyksiä ja koordinaointia käsittelevän seksuaali- ja lisääntymis-terveyden edistämisen yhteistyöelimen perustaminen sekä valtakunnallisen pysyvän asiantuntijaorganisaation organisointi. Näistä jälkimmäinen on toteutettu perustettaessa THL:n SELI-yksikkö vuoden 2010 alussa. Kansallista yhteistyöelintä ei ole vielä perustettu.

Käytännössä seksuaali- ja lisääntymis-terveyden edistämisen asiantuntijatyötä toteuttavan SELI-yksikön rinnalle tarvitaan kansallinen, määräajoin kokoontuva yhteistyöelin, sillä keskeisiä toimijoita on paljon. Toimijoiden välinen yhteistyö on ollut seksuaali- ja lisääntymis-terveyskysymyksissä satunnaista. Kokonaisvastuun ja koordinaation puute on keskeinen ongelma, sillä seksuaali- ja lisääntymis-terveyden edistämisen

kehittäminen edellyttää useiden hallinnonalojen säännöllistä yhteistyötä. Kolmanella sektorilla on merkittävää kokemusta uusien palvelujen kehittämisestä ja tuottamisesta. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueella on olemassa ja kehittymässä kansallisia verkostoja, mutta jotkut niistä saattavat keskittyä jonkin yhden kapean osa-alueen ympärille. Eri verkostojen toimijat eivät aina tunne toisissa verkostoissa olevaa tietoa ja osaamista, jolloin monesti tehdään päällekkäistä työtä ja menetetään erilaisen asiantuntemuksen yhdistämisen tuoma synergia. Myös työnjako esimerkiksi tutkimus- ja kehittämistyön johtamisessa on joiltain osin epäselvä. Lisäksi on tärkeitä tehtävälajeita, joista vastuutus puuttuu kokonaan. Esimerkkejä näistä alueista ovat joukkoviestimien avulla toteutettu väestölle tiedottaminen, väestökampanjoiden suunnittelu ja toteutus sekä palvelujen tukimateriaalituotanto.

Kansallisessa yhteistyöelimestä tulisi olla edustettuna ainakin STM, OKM, OPH, THL:n SELI-yksikkö, TTL, Kuntaliitto, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido sekä kouluttajatahojen edustajat, oppilaitos- ja korkeakouluverkostot ja lukuisat järjestöt. Yhteistyöelin voisi aihekohtaisesti kutsua kokoukseen kuultaviksi asiantuntijoita ja muiden hallinnonalojen edustajia esimerkiksi ulko-, oikeus- tai sisäministeriöstä.

Yhteistyöelimen tehtävät voisivat olla seuraavat:

- seurata ja arvioida seksuaali- ja lisääntymisterveyden ja niihin liittyvien palvelujen kansallista ja kansainvälistä kehitystä ja resurssointia
- edistää ja koordinoida eri hallinnonalojen, kuntien, tutkimus- ja koulutuslaitosten, järjestöjen ja muiden tahojen välistä yhteistyötä seksuaali- ja lisääntymisterveyden kehittämiseksi
- tehdä ehdotuksia seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen pitkäjänteiseksi kehittämiseksi
- seurata alan ammattilaisten koulutuskysymyksiä, edistää yhteistyötä olemassa olevien kouluttajaverkostojen kanssa ja tehdä ehdotuksia koulutuksen kehittämiseksi.

Tavoitteet

- ▶ Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ohjataan, kehitetään ja seurataan suunnitelmallisesti ja säännöllisesti kansallisella tasolla.
- ▶ Seksuaali- ja lisääntymisterveyden työnjaosta ja yhteistyöstä sovitaan, kaikkia asianosaisia tiedotetaan sovitusta käytännöistä ja tehdään yhteistyötä suunnitelmallisesti ja tavoitteellisesti.

Toimenpiteet

- ▶ THL ja STM perustavat hallinnonalojen yhteistyökysymyksiä ja koordinointia käsittelevän seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhteistyöelimen.
- ▶ Perustettava yhteistyöelin suunnittelee, tehostaa ja toteuttaa yhteistyötä toimintaohjelman toimeenpanossa.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

ALUEELLISEN TASON TYÖNJAKO JA YHTEISTYÖ

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä alueellisesti on kehitetty viime vuosina. Valtakunnallisen toimintaohjelman 2007–2011¹⁴ arvioinnissa vuonna 2011 seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen oli sisällytetty viiden sairaanhoitopiiriin toimintaohjelman ja kahdessa se oli suunnitteilla, kun vuonna 2009 se oli mukana vain kolmen sairaanhoitopiiriin toimintaohjelmassa.¹⁵ Seksuaaliterveyden yhteyshenkilö oli nimetty kahdeksaan sairaanhoitopiiriin. Sisäinen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen suunnittelu- ja koordinaatiotyöryhmä oli nimetty kahdeksaan ja alueellisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen työryhmä kuuteen sairaanhoitopiiriin. Vuoteen 2009 verrattuna sairaanhoitopiirit järjestivät vuonna 2011 täydennyskoulutusta aiempaa aktiivisemmin. 18 sairaanhoitopiiriä ilmoitti kehittäneensä vanhemmuuden tukemisen hoito- ja toimintakäytänteitä seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman mukaisesti. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen seurantaan käytettiin THL:n tilastoista eniten raskaudenkeskeytys- (17), syntymä- (15) ja tartuntatautirekisteriä (14). Sairaanhoitopiireistä vain kahdessa käytettiin SOTKANettia.

Sairaanhoitopiireissä on tehty vuoteen 2011 mennessä myös muita alueellisia seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen aloitteita. Niitä ovat olleet esimerkiksi seksuaaliterveysvastaanottojen perustaminen, seksuaalineuvojakoulutuksen käynnistäminen alueella, hoitoreittien ja -ketjujen laatiminen, tietosuojattu seksologian hoitokertomus, kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen, verkkokurssi ja muut sähköiset materiaalit ja niiden käyttöön ottaminen, koulutussuunnittelutyöryhmän perustaminen, perhevalmennusmallin kehittäminen, imetyspoliklinikan käynnistäminen sekä erilaiset hankkeet.

Terveydenhuoltolain¹⁶ velvoittamassa terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa yksikään kysymykseen vastanneista 12 sairaanhoitopiiristä ei ollut ottanut huomioon seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä tai suunnitelmaa ei ollut vielä laadittu.¹⁵

Seksuaalineuvojien ja terapeuttien tehtäväkuva ja resurssit vaihtelivat sairaanhoitopiireissä vuonna 2011. Heidän työtään tulisi kuvata, organisoida ja resursoida. Potilasohjeita tulee arvioida ja kehittää järjestelmällisesti seksuaali- ja lisääntymisterveyden näkökulmasta.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen tulee liittää alueellisten vastuutahojen toimintaohjelmiin ja alueelliseen terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaan, kuntien hyvinvointikertomuksiin sekä muihin terveyden edistämisen ohjelmiin. Hoitoketjuja tulee arvioida seksuaali- ja lisääntymisterveyden näkökulmasta. Haasteena on myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön vahvistaminen sekä perusterveydenhuollon yksiköiden hyödyntäminen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämässä.¹⁵

Hoitoketjut olivat vuonna 2011 käytössä useimmissa sairaanhoitopiireissä sikiöseulontojen järjestämisessä, päihdeongelmaisten äitien hoidossa, imetysohjauksessa, raskauden keskeytyksen ja keskenmenojen hoidossa sekä poikkeavissa Papa-löydöksissä.¹⁵ Sukupuolitautien diagnostiikan ja hoidon hoitoketju löytyi 12 sairaanhoitopiiristä sekä synnytyksen jälkeisen masennuksen ja seksuaalista väkivaltaa kokeneiden tunnistamisen, tutkimuksen ja hoidon hoitoketjut 10 sairaanhoitopiiristä.

Vain neljässä sairaanhoitopiirissä oli käytössä erityisosaamista vaativan seksuaalivonnan hoitoketju. Lisäksi käytössä oli joitain yksittäisiä hoitoketjuja.

Terveydenhuoltolakia¹⁶ sovelletaan kansanterveyslaissa¹⁷ ja erikoissairaanhoitolaissa¹⁸ säädetyn kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvan terveydenhuollon toteuttamiseen ja sisältöön, jollei muussa laissa toisin säädetä. Terveydenhuolto käsittää terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon. Terveydenhuoltolain mukaan samaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymään kuuluvien kuntien tulee laatia terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, joka perustuu alueen väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen. Suunnitelmasta tulee neuvotella sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kanssa. Suunnitelmassa tulee sopia muun muassa kuntien yhteistyöstä, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuutaahoista, terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä sekä tarvittavasta yhteistyöstä perusterveyshuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalihuollon, lääkehuollon ja muiden toimijoiden kesken. Perusterveydenhuollon yksikkö tarjoaa asiantuntemusta ja sovittaa yhteen alueellaan perusterveydenhuollossa tehtävää tutkimusta, kehittämistä, hoito- ja kuntoutusketjujen laatimista ja täydennyskoulutusta sekä huolehtii henkilöstötarpeen ennakoinnista sekä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja soveltuvin osin sosiaalitoimen yhteensovittamisesta.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimijoiden säännöllistä yhteistyötä on luontevasti niissä aihepiireissä, joissa eri toimijat toimivat jatkuvassa kliinisessä yhteistyössä ja erityisesti silloin, kun on olemassa selkeä kliinisestä työssä vastuussa oleva taho. Esimerkiksi äitiysneuvolan ja synnytysairaalan asiakas on yhteinen, ja ne muodostavat hoitoketjun, jossa toimiva yhteistyö on hyvien hoitotulosten perusta. Äitiyshuollon toimijoiden yhteistyötä on kuvattu vuonna 2013 julkaistuissa valtakunnallisissa suosituksissa (luku Yhteistyö).¹⁹ Pällekkäisiä toimintoja voidaan vähentää yhtenäisillä ja yhdessä luoduilla ja sovitulla hoitokäytännöillä, joiden käyttöönotto edellyttää sitä, että synnyttäjän tiedot ovat reaaliaikaisesti käytettävissä eri organisaatioissa ja että yhtenevistä hoito- ja ohjauskäytännöistä on aina uusin tieto saatavissa.²⁰

Alueellisia toimijoita ovat myös yliopistot ja ammattikorkeakoulut, joiden tehtäviin kuuluu koulutuksen ohella tutkimus- ja kehittämissyhteistyö omilla alueillaan. Oppilaitokset toimivat koulutuksen ja palvelutuotannon rajapinnalla ja välittävät alueeltaan esiin tulevia seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimus-, kehittämis- ja koulutustarpeita.

Tavoitteet

- ▶ Vastuulliset alueelliset tahot ja toimijat parantavat seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen työnjakoa, koordinointia ja yhteistyötä alueellaan.
- ▶ Vastuulliset alueelliset tahot ja toimijat sekä kunnat tai kuntayhtymät tekevät säännöllistä ja suunnitelmallista yhteistyötä alueen eri toimijoiden (yliopistot, oppilaitokset, järjestöt) kanssa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi.

Toimenpiteet

- ▶ Vastuulliset alueelliset tahot ja toimijat perustavat työryhmiä alueellista ja perusterveydenhuollon kanssa tehtävää yhteistyötä varten tai laajentavat olemassa olevien työryhmien toiminta-alueen koskemaan myös seksuaali- ja lisääntymisterveyttä.
- ▶ Vastuulliset alueelliset tahot ja toimijat nimeävät henkilön/henkilöitä koordinoimaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä alueellaan.
- ▶ Vastuulliset alueelliset tahot ja toimijat tarkistavat seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluihin liittyvät toimintatavat, ohjeet ja yhteistyömuodot toimintaohjelman perusteella.
- ▶ Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimijat jatkavat hoitoketjujen rakentamista ja päivittämistä yhteistyönä (esim. raskaudenkeskeytys, klamydian tutkimus, hoito ja ehkäisy, erityisosaamista vaativa seksuaalineuvonta, seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa kokeneiden hoito, päihdeongelmaisten raskaana olevien hoito, synnytyksen jälkeinen masennus, imetysohjaus).
- ▶ Vastuulliset alueelliset tahot ja toimijat järjestävät säännöllistä täydennyskoulutusta seksuaali- ja lisääntymisterveydestä.
- ▶ Vastuulliset alueelliset tahot ja toimijat lisäävät seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen systemaattista seurantaa oman toimintansa kehittämisessä.
- ▶ Vastuulliset alueelliset tahot ja toimijat tarjoavat kunnille koordinoitua tukea seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseen, muun muassa osana terveydenhuoltolain velvoittaman terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaa ja kuntien hyvinvointikertomuksen laatimista.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

PAIKALLISEN TASON TYÖNJAKO JA YHTEISTYÖ

Kunnan tehtävänä on edistää väestönsä terveyttä ja järjestää riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Terveyden edistämistehtävän toteuttamista on vahvistettu terveydenhuoltolailla,¹⁶ valtioneuvoston asetuksella neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta,⁸ sekä terveyden edistämisen laatusuosituksella.²¹ Kunnan tulee järjestää alueensa asukkaille ehkäisyneuvontaa ja muita seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistäviä palveluja.¹⁶

Perusterveydenhuollossa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen vastuutahoksi hahmottuvat selvästi äitiyshuolto ja ehkäisyneuvonta sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto. Laaja-alaisesti ymmärrettyinä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen integroituu kuitenkin moniin muihinkin perusterveydenhuollon tehtävälajeisiin. Taulukkoon 9 on koottu seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseen liittyviä tehtäviä perusterveydenhuollon eri toiminnoissa.

Taulukko 9. Perusterveydenhuollon tehtävälueiden vastuut seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisessä.

Tehtävälue	Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen tehtävä
Vastaanotto toiminta (lääkäri, hoitaja) ja päivystystoiminta	Sairauksien ja terveysongelmien hoito ja siihen liittyvä seksuaalineuvonta
Äitiys- ja ehkäisyneuvolat	Seksuaalineuvonta, seksitautien ehkäisy, seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan ja muun väkivallan ehkäisy, raskauden ehkäisy, suunnittelu ja seuranta sekä synnytyksen jälkeinen hoito, perhevalmennus (ml. synnytysvalmennus), parisuhdeneuvonta (ml. seksuaalineuvonta), seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen neuvonta ja tuki
Lastenneuvolatoiminta	Lapsen seksuaalisen kehityksen tukeminen, vanhempien parisuhteen tukeminen, väkivallan ehkäisy
Kouluterveydenhuolto	Seksuaalikasvatus, raskauksien ehkäisy, seksitautien torjunta, rokotukset (HPV), seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan ehkäisy, seksuaaliopetus ja opetuksen suunnitteluun osallistuminen
Opiskeluterveydenhuolto	Sairauksien ja terveysongelmien hoito, lisääntymisterveyttä edistävä neuvonta, seksuaalineuvonta, raskauksien ehkäisy, seksitautien torjunta, seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan ehkäisy
Työterveyshuolto ja työttömien vastaanotot	Työolojen arviointi lisääntymisterveyden kannalta, lisääntymisterveyttä edistävä neuvonta ja hoito, seksuaalineuvonta, seksuaalisen häirinnän ehkäisy työpaikoilla
Kotihoito ja kotisairaanhoidot	Pitkäaikaissairaiden, vammaisten ja iäkkäiden henkilöiden seksuaalisten tarpeiden huomioiminen, seksuaalineuvonta
Terveyskeskussairaalat ja laitospalvelut	Laitoshoidossa olevien seksuaaliterveyden ja seksuaalisten tarpeiden huomioiminen
Iäkkäiden terveysneuvonta	Ikääntymiseen ja pitkäaikaissairauksiin liittyvä seksuaalineuvonta ja ongelmien hoito
Suun terveydenhuolto	Raskausajan hammashuolto, seksin välityksellä tarttuvien tautien ja hivin diagnostiikka
Mielenterveyspalvelut	Sairauksien ja mielenterveysongelmien ehkäisy ja hoito sekä niihin liittyvä seksuaalineuvonta, lisääntymisterveyttä edistävä neuvonta ja hoito, seksuaalikasvatus
Kuntoutus, fysioterapia	Seksuaalineuvonta moni- ja pitkäaikaissairauksien ja vammojen kuntouttamisessa, inkontinenssi, synnytyksen jälkeinen neuvonta
Seulonta	Kohdunsuun irtosolunäytteiden otto, seulontamammografia, raskaudenajan seulontanäytteet, sikiöseulonnat, klamydian opportunistinen seulonta

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen kannalta kunnan sisäisessä yhteistyössä terveystoimen ensisijaisia yhteistyökumppaneita ovat sosiaalitoimi sekä opetus- ja sivistystoimi. Yhteisiä pelisääntöjä tarvitaan muun muassa poliisin kanssa. Paikkakunnalla olevat yksityiset palvelut ja kolmannen sektorin toimijat huomioidaan yhteistyössä täydentävinä resursseina. Taulukkoon 10 on koottu esimerkkejä siitä, millaisissa asioissa kunnan sisäistä tai alueellista yhteistyötä tarvitaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisessä.

Taulukko 10. Terveysthuollon yhteistyökumppanit ja keskeiset yhteistyöaiheet kunnan seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi.

Terveysthuollon yhteistyökumppanit	Keskeiset yhteistyöaiheet
Sosiaalitoimi <ul style="list-style-type: none"> • lastensuojelu • ikääntyneiden palvelut • vammaishuolto 	Verkostojen luominen ja menettelytavoista sopiminen seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa ja riistoa epäiltäessä Ikääntyneen väestön seksuaalisten tarpeiden huomiointi ympärivuorokautisessa hoidossa olevilla Vammaisten seksuaalisuuden ymmärtäminen ja huomioon ottaminen
Nuorisotoimi	Seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan ehkäisy ja tunnistaminen; nuoren seksuaalista kasvua ja kehitystä tukevat toimintatavat seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt huomioiden
Opetus- ja sivistystoimi <ul style="list-style-type: none"> • päiväkodit • esiopetus • perusopetus • toisen asteen opetus • vapaa sivistystyö 	Lasten seksuaalista kasvua ja kehitystä tukevat toimintatavat Esi- ja perusopetuksen ja toisen asteen seksuaaliopeutuksen suunnittelu ja toteutus; oppilashuolto Kansalais- ja työväenopistojen opetus ja yleisötilaisuudet
Poliisi	Menettelytavat seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa tai kaltoinkohtelua kokeneiden oikeuslääketieteellisissä tutkimuksissa; täydennyskoulutus
Yksityiset palvelut	Seksuaalineuvonta ja -terapiapalvelut
Seurakunnat	Parisuhdekoulutus ja -neuvonta, lapsi- ja nuorisotyö
Kolmas sektori	Täydentävät palvelut, koulutus

Taulukoissa 11a ja b on esitetty vuoden 2012 valtakunnallisessa terveydenedistämistäksiväsukselyssä saatuja seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevia tuloksia. Kyselyyn vastasivat kaikki Suomen terveyskeskukset. Tiedot on julkaistu terveyskeskuskohtaisesti TEAviisari-tietokannassa osoitteessa www.thl.fi/teaviisari. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma oli jaettu tiedoksi kolmasosassa terveyskeskuksista mutta kaksi kolmasosaa ei ollut käsitellyt sitä lainkaan luottamushenkilöhallinnossa. Viidennes oli jakanut toimintaohjelman johtoryhmässä, viidennes esitellyt sen, lähes viidennes oli keskustellut siitä ja tehnyt siihen liittyviä päätöksiä. Noin 40 prosentissa terveyskeskuksista oli kirjattu käytäntö, jonka mukaan tarjotaan tukea ja ohjausta seksuaaliterveysongelmissa.

Taulukko 11a. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisasiivisuus terveyskeskuksissa vuonna 2012: myönteisesti vastanneiden osuus, %.

Kysymyksen sisältö (TK=terveyskeskus)	N	%
Toimeenpanosuunnitelma seksuaali- ja lisääntymisterveydestä	153	44
Nimetty lääkäri, joka vastaa ehkäisyneuvonnan ja muun seksuaaliterveysneuvonnan johtamisesta ja kehittämisestä	117	62
Nimetty hoitaja, joka vastaa ehkäisyneuvonnan ja muun seksuaaliterveysneuvonnan johtamisesta ja kehittämisestä	144	90
Nimetty erityistyöntekijä, joka vastaa ehkäisyneuvonnan ja muun seksuaaliterveysneuvonnan johtamisesta ja kehittämisestä	104	16
Nimetty joku, joka vastaa ehkäisyneuvonnan ja muun seksuaaliterveysneuvonnan johtamisesta ja kehittämisestä	152	91
TK:ssa toimii seksuaaliterveysneuvonnan täydennyskoulutuksen saanut henkilö	151	38
N = kysymykseen vastanneiden lukumäärä (www.thl.fi/teaviisari)		

Taulukko 11b. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisasiivisuus terveyskeskuksissa vuonna 2012: vahvistettu vakiintuneeksi käytännöksi, %.

Kysymyksen sisältö (TK=terveyskeskus)	N	Joissakin toimipisteissä	Kaikessa toiminnassa
Nuoret pääsevät seksuaaliterveysasioissa vastaanotolle viikon sisällä	155	46	45
Alle 20-vuotiaat saavat kondomeja maksutta	154	30	10
Kaikki ehkäisymenetelmät ovat maksuttomia 20. ikävuoteen saakka	152	7	11
Uusille ehkäisyneuvonta-asiakkaille korostetaan kaksois-ehkäisyn tarvetta seksitautien ja hivin ehkäisyssä	155	32	65
Uusille ehkäisyneuvonta-asiakkaille tarjotaan klamydiatesti	154	23	60
Hiv-testiin pääsee halutessaan ilman lääkärin arviota	153	12	81
Raskaudenkeskeytyksessä käyneille tarjotaan jälkitarkastuskäynti	155	23	66
Toistuvan raskaudenkeskeytyksen jälkeen tarjotaan maksuton ehkäisy	152	13	18
Ehkäisyneuvontatyötä tekevällä hoitajalla on puhelinneuvontaan varattua aikaa	154	29	62
N = kysymykseen vastanneiden lukumäärä (www.thl.fi/teaviisari)			

Pienehköissä ja keskisuurissa kunnissa seksuaali- ja lisääntymisterveyden sisäiset yhteistyökysymykset voidaan käsitellä samassa terveyden edistämisen yhteistyöryhmässä kuin muutkin terveyden edistämiseen kuuluvat aiheet. Suurissa asutuskeskuksissa voi olla erillinen seksuaali- ja lisääntymisterveyden työryhmä. Pienissä kunnissa koko terveyden edistämistyö voisi rakentua alueelliselle yhteistyölle, jolloin työryhmä palvelisi useampaa kuntaa ja riittävä asiantuntemus eri aloilta mahdollistuisi. Muun muassa erikoisosaamista vaativa seksuaalineuvonta ja seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa kokeneiden erityispalvelut edellyttävät laajaa väestöpohjaa.

Tavoite

- ▶ Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ohjataan, johdetaan, kehitetään ja seurataan kunnissa osana terveydenedistämistoimintaa.

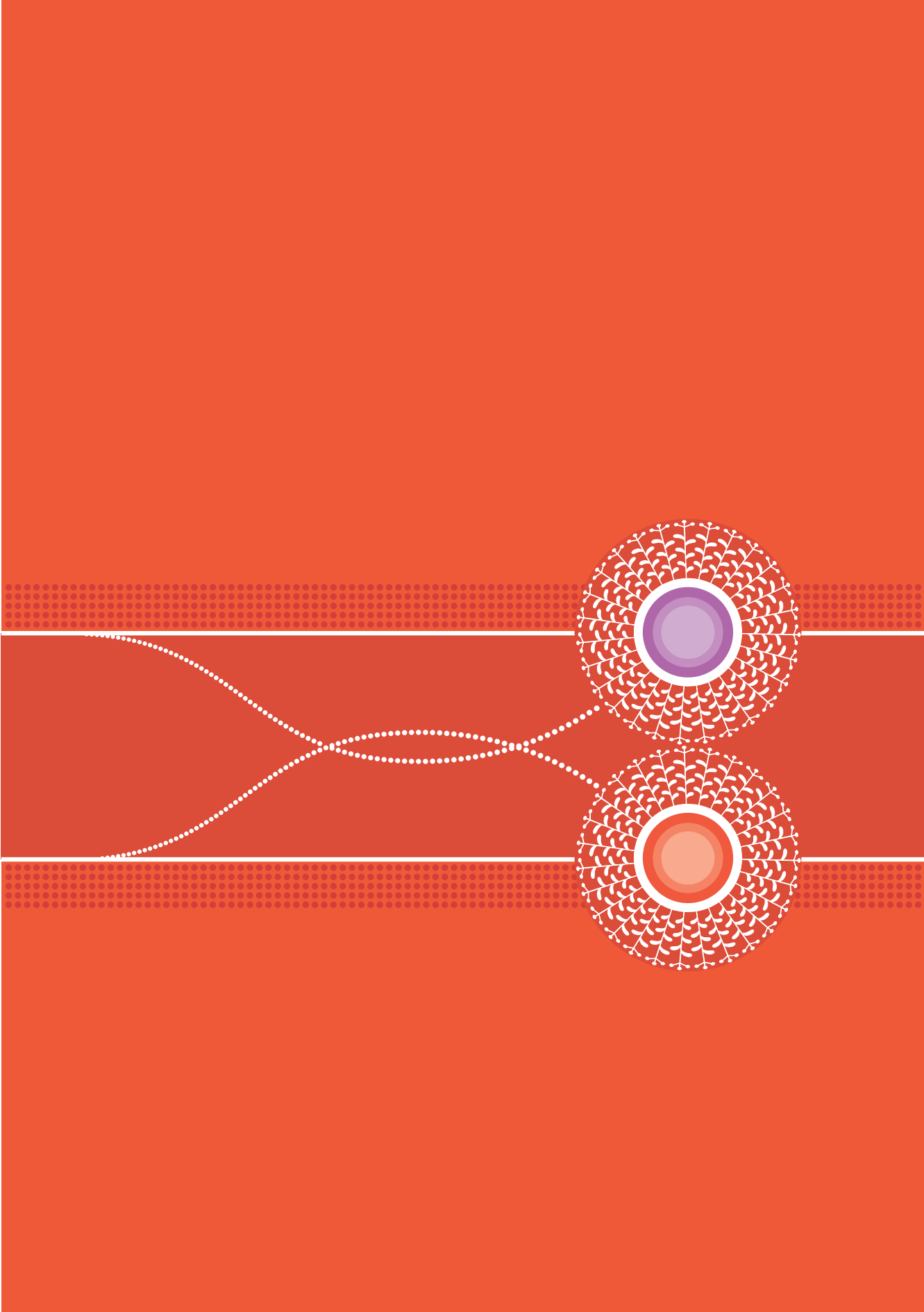
Toimenpiteet

- ▶ Kunnat tai kuntayhtymät perustavat terveyden edistämisen yhteistyöryhmän, joka vastaa myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisestä kunnassa.
- ▶ Kunnat tai kuntayhtymät valitsevat yhteistyöryhmään vähintään sosiaali- ja terveystoimen, opetus- ja sivistystoimen sekä tarvittaessa poliisin, seurakunnan tai kolmannen sektorin edustajat.
- ▶ Terveyden edistämisen yhteistyöryhmä tekee yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja paikallisten kolmannen sektorin toimijoiden kanssa.
- ▶ Terveyskeskusten johtoryhmät sopivat seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvästä ohjausvastuusta, toimintatavoista (erityisesti seksuaalineuvonta, seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan kohtaaminen), työnjaosta ja yhteistyöstä.
- ▶ Kunnat tai kuntayhtymät huolehtivat, että terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaan sisällytetään seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen.

* Vastuutahot ovat suosituksia parhaiksi mahdollisiksi toimenpide-ehdotusten toteuttajatahoiksi.

Lähteet

- Ritamo, M., Pelkonen, M. & Nikula, M. 2010. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Väliarviointi sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmasta vuosille 2007–2011. Avauksia 6. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ryttyläinen-Korhonen, K., Klemetti, R., Pelkonen, M., Ritamo, M. & Vallimies-Patomäki, M. 2012. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen sairaanhoitopiireissä. Loppuarviointi 2011. Raportti 28/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu ja 2012:1. Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-17905.pdf.
- Valtioneuvoston kanslia. 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. <http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf> Viitattu 28.2.2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Palvelurakenneryöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:30. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3267-8>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Luonnos päivitysasetukseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivityksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42730&name=DLFE-26853.pdf.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. SELI-verkostokirje. www.thl.fi/seliverkostokirje. Viitattu 28.2.2014.
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011.
- Valvira. 2012. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014. Valvontaohjelmia 1:2012. Sosiaali- ja terveysalan valvontavirasto. http://www.valvira.fi/files/tiedostot/n/e/Neuvolatoiminta_valvontaohjelma.pdf.
- Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2013. Yliopistojen hallinto, ohjaus ja rahoitus. http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/yliopistokoulutus/hallinto_ohjaus_ja_rahoytus Viitattu 28.2.2014.
- Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2013. Ammattikorkeakoulujen hallinto, ohjaus ja rahoitus. http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/ammattikorkeakoulutus/hallinto_ohjaus_ja_rahoytus Viitattu 28.2.2014.
- Sisäministeriö. 2012. Turvallisempi huominen – Sisäisen turvallisuudenohjelma. Sisäasiainministeriön julkaisusarja 26/2012. Sisäasiainministeriö. <http://www.intermin.fi/julkaisu/262012?docID=35265> Viitattu 28.2.2014.
- Sisäasiainministeriö. 2012. Tie turvallisempaan huomiseen. Sisäisen turvallisuuden ohjelman hyvät käytännöt. Sisäasiainministeriön julkaisu ja 29/2012. Helsinki: sisäasiainministeriö. http://www.intermin.fi/download/39496_292012.pdf Viitattu 28.2.2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://pre20090115.stm.fi/pr1180335140613/passthru.pdf>.
- Ryttyläinen-Korhonen, K., Klemetti, R., Pelkonen, M., Ritamo, M., Vallimies-Patomäki, M. & Nikula, M. 2012. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen sairaanhoitopiireissä: Osa I Loppuarviointi 2011; Osa II Väliarviointi 2009. Raportti 28/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085323>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1972. Kansanterveyslaki 66/1972. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1972/19720066>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1989. Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>.
- Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.). 2013. Äitiysneuvolaopas – Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Opas 29. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5>.
- Kouri, P., Antikainen, I., Saarikoski, S., Wuorisalo, J. 2001. Elämisen alkuun -projekti. Äitiyshuollon joustavan verkkopalvelun, Nettineuvolan, kehittäminen Internetissä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu ja 2001:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu ja 2006:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9303.pdf Viitattu 28.2.2014.



20 TOIMINTAOHJELMAN TOIMEENPANO JA SEN TUKEMINEN

TOIMEENPANON TARKOITUS, TAVOITE JA AIKATAULU

Tämän toimeenpanosuunnitelman *tarkoituksena* on tukea **seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman** toimeenpanoa poikkileikkaavasti eri toimialoilla ja hallinnon kaikilla tasoilla, sekä järjestökentässä koko Suomessa. *Tavoitteena* on sitouttaa keskeiset tahot ja toimijat ohjelman tavoitteisiin ja ehdotettujen toimenpiteiden toteuttamiseen.

Toimintaohjelmaan sisältyvät toimenpiteet liittyvät ja mukautuvat tuleviin rakenteellisiin ja toiminnallisiin muutoksiin terveys- ja sosiaalipalvelujärjestelmässä, koulutussektorilla ja eri sektoreiden yhteistyössä valtakunnallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla.

Ohjelma on tarkoitus toteuttaa osana kuntien palvelurakenteen ja ehkäisevien palvelujen uudistamista ja kehittämistä. Tätä varten STM ja THL suosittavat kunnille toimintaohjelman hyödyntämistä toiminta- ja taloussuunnitelmien laatimisen yhteydessä sekä kunta- ja palvelurakenneuudistukseen liittyvien selvitysten valmistelussa valtioneuvostolle.

Tavoitteena on, että ohjelma tulee tunnetuksi vuosien 2014–2015 aikana. Samalla aloitetaan ohjelman toimeenpanovaihe, jonka tavoitteena on, että ohjelman ehdotukset vakiintuvat osaksi normaalia toimintaa. Toimintaohjelman ehdotukset on laadittu vuosille 2014–2020.

AVAINAHOT TOIMEENPANOSSA

Keskeiset toimialat ohjelman toimeenpanossa ovat sosiaali- ja terveydenhuolto sekä yleissivistävä ja ammatillinen koulutus. Koska toimintaohjelma liittyy tasa-arvon edistämiseen, seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden yhdenvertaiseen saatavuuteen sekä väkivallan ehkäisyohjelmiin, ohjelman toimeenpano koskee myös puolustusvoimia, oikeuslaitosta, poliisitoimea ja työministeriön toimialaa.

STM:ssä ohjelman toimeenpanosta vastaavat sosiaali- ja terveystieteiden osasto sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osasto. THL:n tehtävät ohjelman toimeenpanossa määräytyvät laitoksen perustehtävästä, nykyisestä työnjaosta ja tulosopimuksesta. OKM:n ja OPH:n vastuuvirkamiehillä on keskeinen rooli yleissivistävään ja ammatilliseen koulutukseen liittyvien ehdotusten toimeenpanossa.

Aluehallinnossa sosiaali- ja terveystoimen ohjaus- ja valvontatehtävistä vastaa aluehallintovirasto. Sairaanhoidopiirit tai vastaavat alueelliset terveydenhuolto koordinoivat tahot vastaavat toimintaohjelman alueellisesta toimeenpanosta ja erikoissairaanhoidon lakisääteisistä tehtävistä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi. Paikallisella tasolla toimeenpanosta vastaa kuntien, kuntayhtymien tai sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveystoimen johto. Terveyden edistämisen vastuuhenkilöt sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja kuntien hallinnossa eri

sektoreilla ovat avainasemassa ohjelman käytännön toteutuksessa ja hallinnonalojen välisen yhteistyön koordinoinnissa. Poliisitoimen kanssa tarvitaan yhteistyötä paikallisten menettelytapojen sopimiseksi seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa kokeneiden tutkimisessa. Kolmannella sektorilla on tärkeä tehtävä uusien toimintamallien kehittämisessä ja toiminnan haasteiden esille nostamisessa.

Koulutusjärjestelmässä avainhenkilöitä ovat koulutusalan ja koulutusohjelmien johtajat sekä terveys- ja sosiaalialan ammattihenkilöitä kouluttavat opettajat yliopistoissa, ammattikorkeakouluissa ja toisen asteen ammatillisissa koulutuksissa. Alan tutkimuksen edistäminen ja tutkijoiden yhteistyön tiivistäminen voi lähteä käyntiin yksittäisen laitoksen tai tiedekunnan aloitteesta.

Terveystiedon opettajat peruskoulussa ja lukiossa vastaavat toimintaohjelman käytöstä opetussuunnitelmien laatimisessa ja opetuksen kehittämisessä sekä oppimateriaalina. Yliopistoissa, ammattikorkeakouluissa ja toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa avainhenkilöitä ovat koulutusalan ja koulutusohjelmien johtajat sekä terveyden- ja sosiaalihuollon ammattihenkilöitä kouluttavat opettajat. Myös alan ammatillisilla järjestöillä on tärkeä rooli ammatillisen täydennyskoulutuksen järjestämisessä. Alan tutkimuksen edistäminen ja tutkimusyhteistyön tiivistäminen edellyttävät yksittäisten laitosten tai tiedekuntien aloitteita sekä kansallista koordinoitua (ks. luku 16 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimus).

Jokaisella terveys- ja sosiaalitoimen työntekijällä on lakisääteinen vastuu perusteltujen toimintatapojen käyttämisestä ja ammatillisen osaamisen jatkuvasta kehittämisestä. Avainhenkilöitä ovat ehkäisevän terveydenhuollon henkilöstö äitiys- ja ehkäisyneuvoloissa, lastenneuvoloissa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa, seksuaali- ja lisääntymisterveyden ammattilaiset perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa sekä varhaiskasvatuksen, lastensuojelun ja nuorisotoimen henkilöstö.

TOIMINTAOHJELMASTA TIEDOTTAMINEN

THL vastaa ohjelman valtakunnallisesta tiedottamisesta ja julkaisutoiminnasta. THL ja STM järjestävät valtakunnallisen seminaarin ohjelman tunnetuksi tekemiseksi ja toimeenpanon käynnistämiseksi keväällä 2014 sekä tiedottavat ohjelmasta myös muissa vuonna 2014–2015 järjestämässään tilaisuuksissa. Toimintaohjelma julkaistaan myös sähköisenä versiona THL:n verkkosivuilla.

THL, Kuntaliitto ja OPH tiedottavat ohjelmasta verkkosivuillaan ja järjestävät ohjelmasta koulutustilaisuuksia. THL:n SELI-yksikkö tiedottaa verkkosivuillaan ja SELI-verkostokirjeen avulla ohjelmasta, sen eri osa-alueiden edistymisestä ja niihin liittyvistä ajankohtaisista asioista. Muita tärkeitä tiedottajia ovat alan ammattijärjestöt ja muut järjestöt.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluista vastuulliset alueelliset tahot järjestävät alueellisia tiedotus- ja koulutustilaisuuksia. Eri hallinnonalojen johtajat kunnissa vastaavat ohjelman paikallisesta tiedottamisesta. Johtajat informoivat myös luottamushenkilöitä.

TOIMEENPANON KÄYNNISTÄMINEN JA SEN TUKEMINEN

Tarkoituksena on, että seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa hyödynnetään terveyden- ja sosiaalihuoltoa sekä opetustointia koskevassa strategia- ja kehittämistyössä.

Kunnat ja perusterveydenhuolto

Terveydenhuoltolain mukaisesti kunnat ovat nimenneet terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuutahot. Nämä tahot vastaavat seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen rakenteiden luomisesta, yhteistyön järjestämisestä ja muusta toimeenpanosta. Nämä tahot myös integroivat seksuaaliterveyden edistämisen ehkäisevään työhön, sairauksien hoitoon ja kehittävät näiden palvelujen suunnittelua, seurantaa ja niistä tiedottamista. Erityisiksi kehittämisen kohteiksi kuuluvat nuorten palvelut ja seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan ehkäiseminen, varhainen tunnistaminen ja hoito. Kunnat laativat laajan hyvinvointikertomuksen valtuustokausittain ja suppean hyvinvointikertomuksen vuosittain. Hyvinvointikertomuksen avulla voidaan seurata myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman sisältämien aihealueiden tilannetta paikallisesti.

Vastuulliset alueelliset toimijat

Vastuulliset alueelliset toimijat tarkistavat ja tarvittaessa laajentavat ja vakiinnuttavat toimintayksiköiden seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevat toimintatavat, ohjeet ja yhteistyömuodot sekä kehittävät niitä toimintaohjelman suuntaisesti yhdessä henkilökunnan kanssa. Sen lisäksi ne nimeävät seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhteyshenkilöt, huolehtivat heidän kouluttautumisesta, perustavat esim. määräaikaisten työryhmän alueellisen toiminnan käynnistämiseksi ja pysyvien palvelurakenteiden luomiseksi sekä vastaavat alueellisten hoitoketjujen rakentamisesta ja kokoavat alueellisia ja seudullisia verkostoja ja asiantuntijaryhmiä (esim. äitiyshuollon alueellinen yhteistyöverkosto).

Sosiaalitoimi

Sosiaalitoimissa tehdään yhteistyötä väkivallan ehkäisyssä ja hoidossa terveystoimen ja muiden tarvittavien tahojen kanssa. Toimintaohjelman tavoitteet ja sisällöt otetaan huomioon lastensuojelua, nuorisotyötä, ikääntyneiden palveluja sekä vammaispalveluja kehitettäessä.

Terveys- ja sosiaalialan toisen asteen koulutus, ammattikorkeakoulutus ja terveystieteellinen ja lääketieteellinen yliopistokoulutus

Ohjelmaa käytetään opetuksen sisältöjen kehittämiseen ja oppimateriaalina, kouluttajien valmiuksien arviointiin ja kouluttautumiseen sekä tutkimus- ja kehittämistyön suuntaamiseen seksuaali- ja lisääntymisterveyden tukemiseksi.

Aluehallintovirastot

Aluehallintovirastot ohjaavat ja valvovat seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä ja palveluiden tuottamista alueillaan.

STM yhdessä THL:n, Suomen Kuntaliiton sekä OPM:n ja OPH:n edustajien kanssa

STM, THL, Kuntaliitto, OPM ja OPH osallistuvat alueellisiin ja kansallisiin koulutus- ja yhteistyökokouksiin, joissa välitetään uutta tietoa ja suunnitellaan ehdotusten toteuttamista sekä organisoivat teemaan liittyviä koulutussisältöjä omissa koulutustilaisuuksissaan esim. THL:n Terve kunta -päivät, Kouluterveyspäivät, Terve SOS -tapahtuma, Opiskeluterveyspäivä, Kuntaliiton Sairaalapäivä ja terveyskeskusten johdon neuvottelupäivät.

Ammattijärjestöt

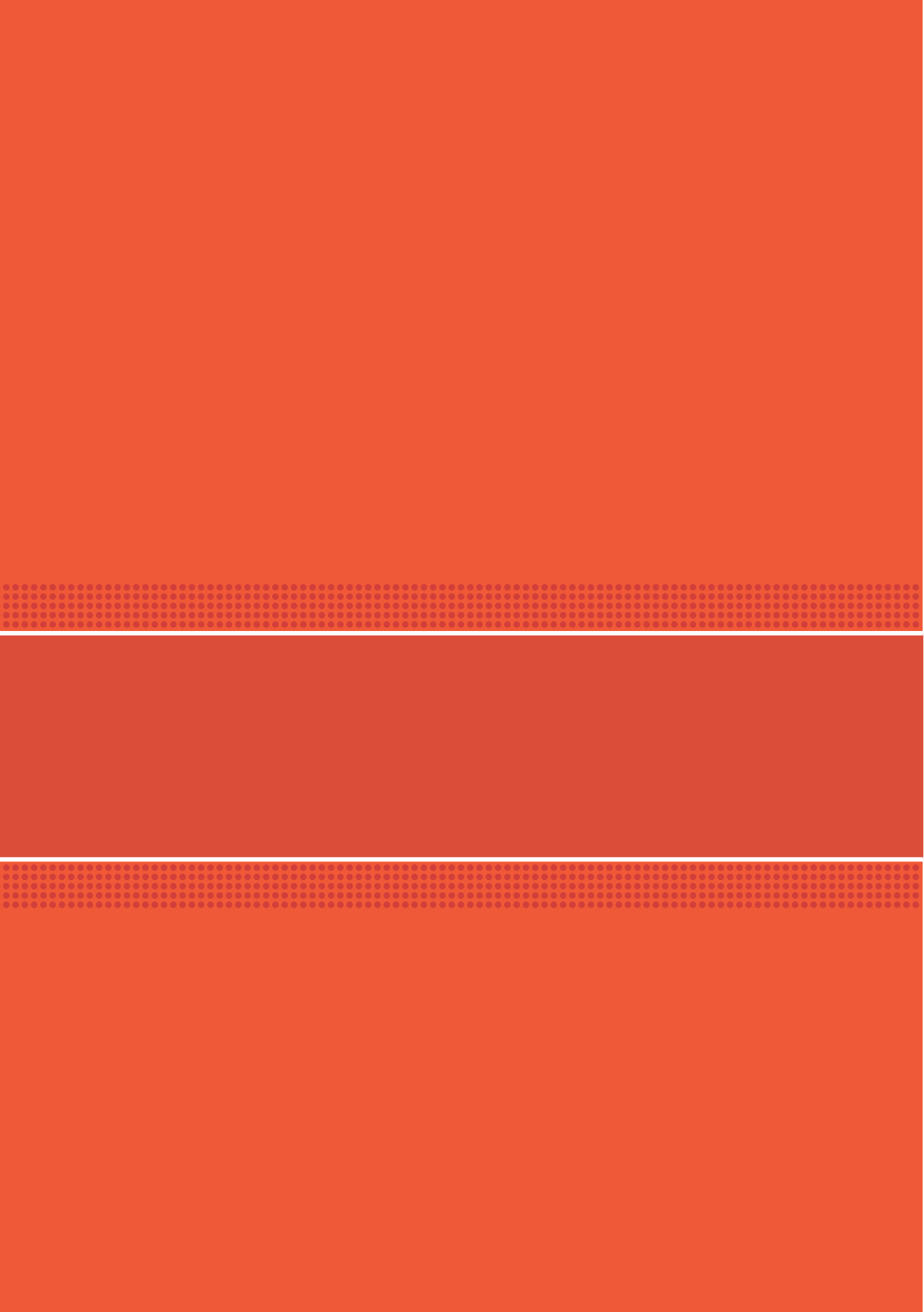
Ammattijärjestöt tukevat ohjelman toimeenpanoa alueellisessa ja paikallisessa yhteistyössä terveyspalvelujen johtajien kanssa ja käsittelevät ohjelmaa koulutustilaisuuksissa, julkaisuissaan ja kotisivuillaan.

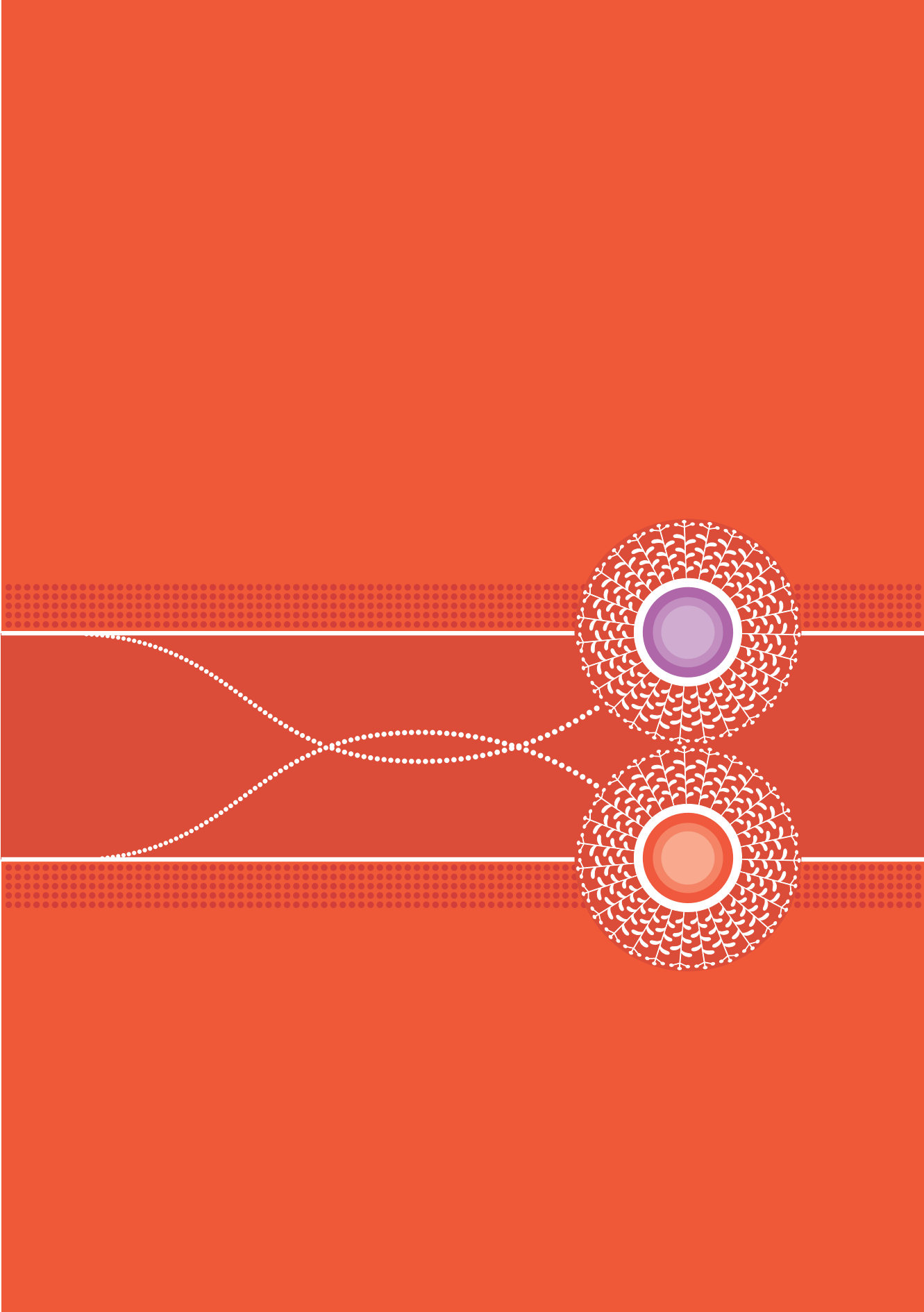
Alan muut järjestöt

Alan muut järjestöt tukevat toimintaohjelman toimeenpanoa omalla sektorillaan ja tekevät yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa.

TOIMEENPANON SEURANTA JA ARVIOINTI

THL organisoii ohjelman toimeenpanon säännöllisen seurannan. Vuonna 2017 THL ja STM järjestävät valtakunnallisen seurantaseminaarin, jossa arvioidaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman toimeenpanon edistymistä ja tunnistetaan esiin nousseita ongelmia. THL päivittää ohjelman viimeistään vuonna 2020.





21 YHTEENVETO

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma päivitettiin edistämään seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ja vähentämään siihen liittyvää eriarvoisuutta. Tähän pyritään lisäämällä tietoa, kehittämällä palveluja ja vahvistamalla seksuaalikasvatusta vuosina 2014–2020. Edistämällä seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ja kaventamalla siinä olevia terveyseroja edistämme koko väestön terveyttä ja hyvinvointia. Tavoitteena on, että keskeiset toimijat sitoutuvat ohjelman tavoitteisiin ja toimenpide-ehdotuksiin ja että toimintaohjelmaa käytetään seuraavaa hallitusohjelmaa laadittaessa, kuntien palvelurakenteen ja ehkäisevien palvelujen kehittämisessä ja osana kuntien hyvinvointikertomuksia. Lisäksi toimintaohjelma on tarpeellinen sosiaali- ja terveydenhuollon, varhaiskasvatuksen ja opetusalan ammattihenkilöiden koulutuksessa kaikilla tasoilla. Edellisen toimintaohjelman loppuraportin perusteella seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävät hyvät käytännöt ja toiminnot tarvitsevat vielä tukea ja niitä tulee kehittää edelleen. Päivitetyn toimintaohjelman painopistealueiksi valittiin lapset ja nuoret, miesten seksuaali- ja lisääntymisterveys, monikulttuurisuus ja hyvä syntymän hoito.

Tavoitteet ja toimenpiteet on suunnattu valtiovalle, poliittisille päättäjille, luottamushenkilöille, sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja henkilöstölle, alan järjestöille ja muille keskeisille yhteistyötahoille, yliopistoille, tutkimuslaitoksille, ammattikorkeakouluille ja tutkimuksen rahoittajatahoille, varhaiskasvatukseen, eri alojen ja eriaasteisten koulujen opettajille ja heitä opettaville tahoille. Toimintaohjelmassa esitetään yhteensä yli 100 tavoitetta seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi vuoteen 2020 mennessä. Näihin tavoitteisiin pääsemiseksi toimintaohjelmassa ehdotetaan yhteensä yli 200 toimenpidettä. Toimenpide-ehdotusten toteuttajaksi on suositeltu eri tahoja, jotka on katsottu parhaiksi mahdollisiksi toteuttajatahoiksi.

Toimintaohjelman päivitys sattui juuri samaan aikaan, kun sosiaali- ja terveydenhuollon- sekä kuntarakenteen uudistukset olivat käynnissä Suomessa. Lisäksi maailmanlaajuinen pitkään jatkunut heikko taloudellinen tilanne oli jo pakottanut ja pakottaa edelleen Suomen valtiota ja kuntia sopeuttamaan toimintaansa. Tässä tilanteessa toimintaohjelmassa esitetyt tavoitteet voivat tuntua vaikeasti saavutettavilta ja toimenpide-ehdotukset vaikeasti toteutettavilta. Koska ehkäisevän työn vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus näkyvät ja todentuvat vasta tulevaisuudessa, voi ehkäisevä työ olla houkutteleva säästökohde. Pienilläkin mutta oikeilla ratkaisuilla voidaan edistää seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ja lyhytnäköisillä päätöksillä puolestaan merkittävästi heikentää sitä. Tästä on hyvä esimerkki alle 18-vuotiaiden raskaudenkeskeytysten määrän kääntyminen kasvuun 1990-luvun puolivälissä. Taustalla olivat laman jälkeiset julkisen terveydenhuollon supistukset, ehkäisyn kallistuminen sekä seksuaalikasvatuksen määrän ja laadun suuri vaihtelu koulujen välillä, mikä johtui siitä, että kunnat saivat vuodesta 1994 itse päättää koulujensa opetussuunnitelmista. Vuonna 2001 annettiin valtioneuvoston asetus terveystiedon opetuksesta ja vuonna 2004 uudistettiin perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet. 2000-luvulla sekä teiniraskauksien että -keskeytysten määrät ovat vähentyneet kolmanneksella. Siitä,

kuinka vahvasti terveystiedon opetus ja nuorten keskeytysten väheneminen ovat yhteydessä toisiinsa ja mitkä muut tekijät ovat vaikuttaneet 2000-luvun parantuneeseen tilanteeseen, ei ole olemassa tutkittua tietoa mutta oletettavaa on, että seksuaalikasvatuksella on merkittävä rooli. Peruskoulun seksuaalikasvatus on avainasemassa, koska se tavoittaa koko oppivelvollisuusikäisen väestön.

Noin kuudennes toimintaohjelman toimenpide-ehdotuksista koskee valtiovaltaa. Noin seitsemän prosenttia koskee yksistään THL:sta. Ehdotukset liittyvät pääosin seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistäviin uusiin valtakunnallisiin ohjeisiin, lainsäädäntöön, koulutuksen sisältöön ja järjestämiseen, uusien palvelujen suunnitteluun tai jo olemassa olevien toimintaohjelmien tai ohjeistusten jalkauttamiseen alueelliselle ja paikalliselle tasolle ammattihenkilöiden seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyöhön. Esimerkiksi tyttöjen ja naisten ympärileikkausten ehkäisyyn on olemassa STM:n toimintaohjelma, jonka toteuttamiseen tarvitaan OPH:n ja THL:n yhteistyössä tehtävä koulutuspaketti, alueellisia koulutuspäiviä ja verkkosivut, joista ammattilaiset voivat itse hakea tietoa oman työnsä tueksi.

Vajaa viidennes toimenpide-ehdotuksista koskee kuntien tai kuntayhtymien järjestämiä palveluja ja noin viisi prosenttia alueellisesta seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelujen organisoinnista vastaavia tahoja. Osa toimintaohjelman tavoitteista toteutuu jo osittain joillakin alueilla ja kunnissa tai kuntayhtymissä. Koska tavoitteena on koko väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen, tavoitteet tulisi saavuttaa kaikkialla Suomessa. Monien toimenpide-ehdotusten kohdalla kyse on vastuuhenkilöiden nimeämisestä (esimerkiksi ehkäisyneuvonnasta vastaavan lääkärin nimeäminen), töiden uudelleen organisoimisesta (esimerkiksi synnytyksen jälkitarkastus), hoitopolkujen järjestämisestä (esimerkiksi synnytyksen jälkeisen masennuksen tai raskauden keskeytysasiakkaan hoitopolut), yhteistyön kehittämisestä ja toimintaohjelman hyödyntämisestä kuntien hyvinvointikertomuksissa.

Peräti kolmasosa toimintaohjelman toimenpide-ehdotuksista koskee ammattihenkilöiden toimintaa eli hyvin pitkälle toimintaohjelman toteuttamisessa päästään sillä, että kiinnitetään huomiota ammattihenkilöiden tapaan tehdä työtä, koulutukseen, työnhajukseen ja esimiestyöhön. Noin kahdeksan prosenttia toimenpide-ehdotuksista liittyy koulutuksen uudistamiseen tai uudenlaisen koulutuksen järjestämiseen kuten seksuaalikasvattajan korkeakouluopintojen aloittamiseen tai seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen lisäämiseen lääkäreiden erikoistumiskoulutukseen. Noin kuusi prosenttia toimenpide-ehdotuksista liittyy tutkimuslaitoksissa ja korkeakouluissa tehtävään tutkimustyöhön. Esimerkiksi seksuaali- ja lisääntymisterveyteen tai sukupuoli-identiteetin, sukupuolen ilmaisun ja seksuaalisuuden moninaisuuteen liittyviä kysymyksiä tulisi lisätä väestötutkimuksiin. Näiden lisäksi jotkut yksittäiset toimenpide-ehdotukset koskevat alan järjestöjä ja eri tahojen yhteistyötä.

Suurin osa toimintaohjelman ehdotuksista on siis toteutettavissa jo olemassa olevilla resursseilla tai vähäisillä lisäresursseilla, uudennlaisella organisoinnilla, koulutuksen suunnittelulla ja suuntaamisella, eri vastuutahojen määrittämisellä ja hyödyntämällä toimintaohjelmaa kuntien hyvinvointikertomuksissa. Toimintaohjelman lähes seitsemän vuoden voimassaoloaikana ensimmäisenä toteutettaviksi toimenpiteiksi ehdotetaan toimenpiteitä, jotka liittyvät toimintaohjelman painopistealueisiin.

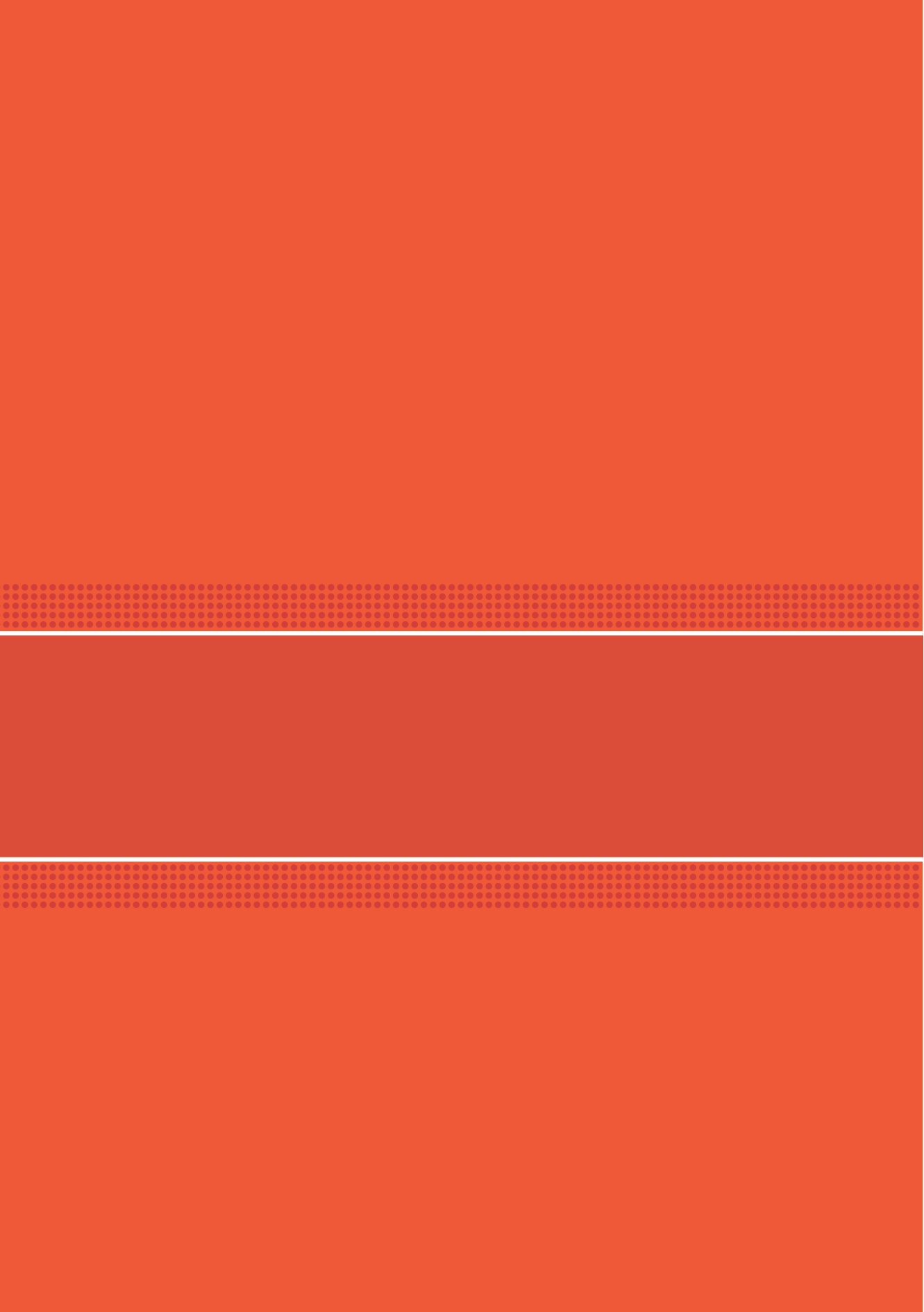
Seksuaalikasvatuksella voidaan vahvistaa lapsen ja nuoren omanarvontuntoa ja itse-tuntemusta sekä kasvattaa turvalliseen ja positiiviseen seksuaalisuuteen. Tärkeää on, että seksuaalikasvatus lisätään varhaiskasvatukseen ja esiopetukseen, terveystiedon opettajien koulutuksesta huolehditaan, terveystiedon opetukseen lisätään hedelmällisyysneuvonta ja tehostetaan seksitautiopetusta eikä terveystiedon tuntimääriä vähennetä. Kuntien tulee huolehtia siitä, että nuorten palvelut järjestetään niin, että ne ovat esteettömät, helposti saavutettavat, maksuttomat, asiakaslähtöiset eli nuorten itsensä hyväksymät ja tavoittavat myös koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ulkopuolella olevat nuoret. Meneillään oleva rakenneuudistus antaa hyvän mahdollisuuden nuorten palvelujen uudelleen organisointiin. Yli kolmannes alle 20-vuotiaista raskaudenkeskeytysasiakkaista ei ollut käyttänyt ehkäisyä. Toimenpide-ehdotus alle 20-vuotiaiden maksuttomasta ehkäisystä, maksaa onnistuessaan itsensä takaisin. Kun otetaan huomioon vain lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen suora, euromääräinen kustannus (720 €, HUS-hinnasto 2013), yhden lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen hinnalla saa esimerkiksi kuudelle nuorelle ehkäisy-pillerit noin vuodeksi. Ehkäisyn aloittamiseen kuuluu aina seksuaalikasvatuksen antaminen; turvalliseen ja vastuulliseen seksikäyttäytymiseen ohjaaminen. Jos laskelmaan lisätään annetun seksuaalikasvatuksen tuoma hyöty ja raskaudenkeskeytyksen välttämisestä koitunut etu nuoren hyvinvoinnille, niin yhden raskaudenkeskeytyksen hinnalla saadaan vielä huomattavasti useammalle kuin kuudelle nuorelle maksuton ehkäisy vuodeksi.

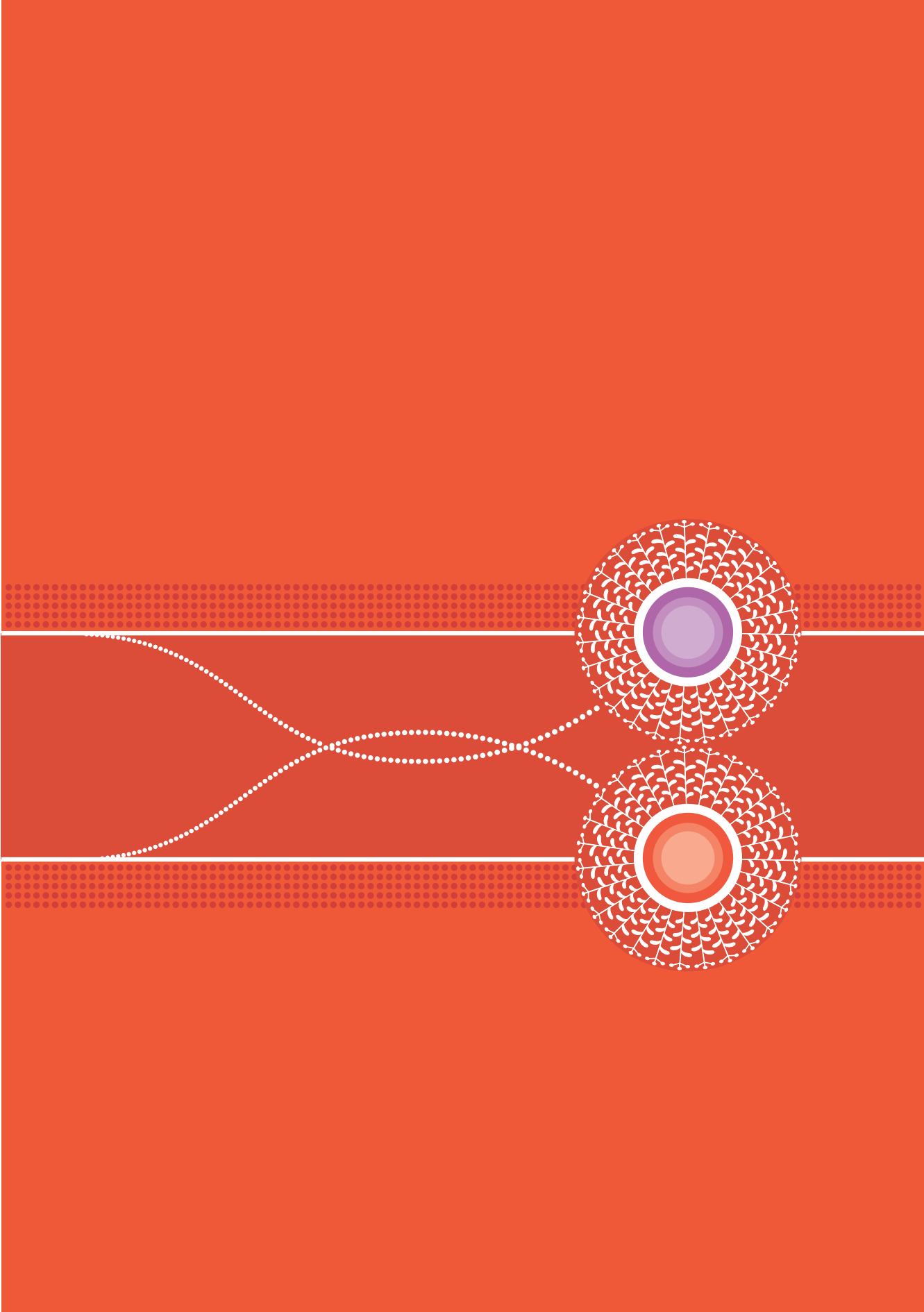
Koska vastuu seksuaali- ja lisääntymisterveydestä on perinteisesti pitkälti ollut naisilla ja palvelujen ajateltu olevan heille suunnattuja, miesten seksuaali- ja lisääntymisterveyteen ja heille sopivien ja kohdennettujen palvelujen kehittämiseen tulee kiinnittää huomiota. Jo varhaiskasvatuksesta lähtevässä seksuaalikasvatuksessa tulisi ottaa esille poikien osuus ja vastuu niin, että miesten ei tulevaisuudessa enää tarvitse ajatella, etteivät seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen ja palvelut koskisi heitä. Toistaiseksi tarvitaan vielä erityisesti pojille ja miehille suunnattuja palveluja ja neuvontaa kuten neuvolapalvelujen kohdentamista miehille esimerkiksi erillisellä kutsulla raskausajan laajaan terveystarkastukseen, joustavilla vastaanotto- ja perhevalmennuksen järjestämisaajoilla, omilla palveluilla riskiryhmille sekä seksuaalineuvonnan liittämällä osaksi miesten seksuaali- ja lisääntymisterveyteen vaikuttavien muiden sairauksien hoitoa ja neuvontaa.

Suomi on monikulttuuristunut. Sekä omien perinteisten vähemmistöjemme että muualta tänne muuttaneiden seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyy erityispiirteitä, jotka on tärkeä ottaa huomioon palveluja suunniteltaessa ja järjestettäessä. Varhaiskasvatuksessa, kouluissa ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tarvitaan yhä laajenevaa monikulttuurista asiantuntemusta maahanmuuton yleistyessä. Ilman riittävää valmentautumista monikulttuuriset kohtaamiset palvelujärjestelmässä saattavat aiheuttaa pettymyksiä niin asiakkaille kuin työntekijöille. Erilaisissa seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluissa on huomioitava myös se, että joidenkin maahanmuuttajataustaisten henkilöiden perustiedot saattavat olla puutteellisia, koska seksuaalisuus on edelleen tabu monissa kulttuureissa. Ammattihenkilöiden täydennys- ja lisäkoulutus, asiakkaiden omakieliset palvelut ja maahanmuuttajataustaisten seksuaalikasvatus ovat olennaisia tekijöitä kehitettäessä monikulttuurisia seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluja. Paperittomien tilanne Suomen terveydenhuollossa vaatii pikaista ratkaisua.

Hyvän syntymän toteuttamisesta ei ole aiemmin ollut kansallisia ohjeita tai suosituksia. Syntymän hyvällä hoidolla edistetään synnyttäjän, vastasyntyneen ja koko perheen terveyttä ja hyvinvointia. Toimenpide-ehdotukset liittyvät pääosin raskausajan ja synnytyksen hoitoon ja perheiden valmennukseen osallistuvien ammattihenkilöiden työhön, heidän koulutukseensa ja kouluttautumiseensa. Valmennuksessa ehdotetaan käytettävän näyttöön perustuvaa ja alueellisesti ajanmukaista tietoa sekä annettavan tietoa ihokontaktin ja imetyksen merkityksestä. Synnytysuunnitelman tekoon kannustetaan. Synnyttäjää tulee tukea fyysisesti ja henkisesti, ohjaamalla, informoimalla ja ajamalla synnyttäjän etua. Synnytysairaalan henkilökunnan toivotaan kouluttautuvan aktiivisesti synnytyskivun hoitoon. Synnytyskokemukseen vaikuttaviin osatekijöihin, mm. kommunikaation laatuun, läsnäoloon, kontrollin tunteeseen, päätöksentekoon osallistumiseen, annettuun tietoon ja synnytysympäristöön ehdotetaan kiinnitettävän huomiota syntymän hoidossa.

Nekin alueet ja kunnat tai kuntayhtymät, joissa edellä mainittuihin asioihin on jo kiinnitetty huomiota, löytävät varmasti toimintaohjelmasta toimenpide-ehdotuksia, joita toteuttamalla voivat edelleen parantaa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä alueellaan. Kaikki toimintaohjelmassa esitetyt toimenpide-ehdotukset on tarkoitettu toteutettavaksi tai toiminta aloitettavaksi toimintaohjelman voimassaoloaikana. Edistä, ehkäise, vaikuta – investoimalla seksuaali- ja lisääntymisterveyteen sijoittamalla tulevaisuuteen.





LIITE 1.

SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN EDISTÄMISEN TOIMINTAOHJELMAN TEOSSA MUKANA OLLEET ASIAANTUNTIJAT

Bildjuschkin Katriina

THL, asiantuntija, erikoissairaanhoitaja-kätilö, seksuaalipedagogi (NACS)

Klemetti Reija

THL, SELI-yksikön päällikkö, erikoistutkija, dosentti, FT

Kulmala Teija

THL, ylilääkäri, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, LT

Luoto Riitta

THL, tutkimuspäällikkö, dosentti, LT

Nipuli Suvi

THL, tutkija, VTM

Nykänen Maarit

HYKS, apulaisosastonhoitaja, kätilö, TtK

Parekh Seija

THL, asiantuntija, FM, TH

Raussi-Lehto Eija

THL, erityisasiantuntija; Metropolia Ammattikorkeakoulu, lehtori, THM

Surcel Heljä-Marja

THL, erityisasiantuntija, dosentti, PhD

Apter Dan

Väestöliitto, ylilääkäri, naistentautien erikoislääkäri, dosentti, LKT

Autio Anu

erikoissuunnittelija, KM, sosionomi

Brusila Pirkko

erikoislääkäri, pari- ja seksuaaliterapeutti, LL

Ewalds Helena

THL, kehittämisspäällikkö, THM

Gissler Mika

THL, tutkimusprofessori, dosentti, FT, VTM

Hannula Leena

Metropolia Ammattikorkeakoulu, lehtori, TtT

Heikinheimo Oskari

HUS, osaston ylilääkäri ja Helsingin yliopisto, professori, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, LKT

Heino Anna

THL, erikoissuunnittelija, VTM, FM

Hemminki Elina

THL, tutkimusprofessori, LKT

- Hiltunen-Back Eija*
THL/HUS, iho- ja sukupuolitautilien erikoislääkäri, LT
- Jouhki Maija-Riitta*
Metropolia Ammattikorkeakoulu, lehtori, TtM
- Koponen Päivikki*
THL, tutkimuspäällikkö, TtT
- Liinamo Arja*
Metropolia Ammattikorkeakoulu, yliopettaja, TtT
- Liitsola Kirsi*
THL, erikoistutkija, FT
- Lindberg Päivi*
THL, kehittämisspällikkö, KM
- Lindbohm Marja-Liisa*
Työterveyslaitos, vanhempi tutkija, THT
- Melender Hanna-Leena*
Vaasan ammattikorkeakoulu, yliopettaja, TtT
- Pelkonen Marjaana*
STM, neuvotteleva virkamies, THT, TH
- Piispa Minna*
THL, kehittämisspällikkö, dosentti, VTT
- Poikajärvi Kristiina*
STM, neuvotteleva virkamies, THL
- Ritamo Maija*
asiantuntija, VTM
- Salminen Mika*
THL, tutkimusprofessori, dosentti, FT
- Suhonen Satu*
Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto, keskitetty ehkäisyneuvonta, vastaava lääkäri, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, dosentti
- Suvisaari Jaana*
THL, tutkimusprofessori, LT
- Tamminen Nina*
THL, erikoissuunnittelija, LitM, MA
- Vallimies-Patomäki Marjukka*
STM, neuvotteleva virkamies, TtT
- Venhola Mia*
terveyskeskuslääkäri (eläk.), kliininen seksologi NACS, LL
- Virtanen Terhi*
Suomen Kätilöliitto ry, puheenjohtaja, kättilö, TtM
- Vuori Eija*
THL, suunnittelija, erikoissairaanhoidaja-kättilö, terveydenhoitaja
- Weiste-Paakkanen Anneli*
THL, tutkija, VTM

LIITE 2.

SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYTEEN LIITTYVÄÄ LAINSÄÄDÄNTÖÄ SUOMESSA

Adoptiolaki 22/2012

Ammattikorkeakoululaki 351/2003

Asetus kuolemansyyn selvittämisestä 21.12.1973/948

Asetus lasten suojelua sekä yhteistyötä kansainvälisissä lapseksiottamisasioissa koskevan yleissopimuksen voimaansaattamisesta 497/1997

Asetus opetustoimen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 986/1998

Asetus raskauden keskeyttämisestä 239/1970

Asetus terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä 774/1989

Avioliittolaki 234/1929

Elatustukilaki 580/2008

Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989

Henkilötietolaki 523/1999

Isyyslaki 700/1975

Kansanterveyslaki 66/1972

Laki ammatillisesta koulutuksesta 630/1998

Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006

Laki isyyslain voimaanpanosta 701/1975

Laki kuolemansyyn selvittämisestä 1.6.1973/459

Laki lapseen kohdistuneen seksuaalirikoksen selvittämisen järjestämisestä 1009/2008

Laki lasten kanssa työskentelevien rikostaustan selvittämisestä 504/2002

Laki oikeusgeneettisestä isyystutkimuksesta 378/2005

Laki pohjoismaisten isyysratkaisujen tunnustamisesta 352/1980

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992

Laki raskauden keskeyttämisestä 239/1970

Laki rekisteröidystä parisuhteesta 950/2001

Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta 437/2010

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta 433/2010

Laki terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä 556/1989

Laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta 563/2002

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999

Laki toimeentulotuesta 1412/1997

Lapsilisälaki 796/1992

Lastensuojelulaki 417/2007
Lukiolaki 629/1998
Nuorisolaki 72/2006
Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 1287/2013
Perusopetuslaki 628/1998
Perustuslaki 731/1999
Rikoslaki 39/1889, luvut 17 ja 20
Sairausvakuutuslaki 1224/2004
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010
SosTMA hedelmöityshoidoista 825/2007
SosTMA rokotuksista ja tartuntatautien raskaudenaikaisesta seulonnasta 421/2004
SosTMA sukupuolen muuttamiseen tähtäävän tutkimuksen ja hoidon järjestämisestä sekä lääketieteellisestä selvityksestä transseksuaalin sukupuolen vahvistamista varten 1053/2002
Sotilasavustuslaki 781/1993
Steriloimislaki 283/1970
Steriloimisasetus 427/1985
STM:n asetus potilasasiakirjoista 298/2009
Tartuntatautilaki 583/1986
Tartuntatautiasetus 786/1986
Tasa-arvolaki 609/1986
Terveystieteiden tutkimuslaki 1326/2010
VNA adoptiosta 202/2012
VNA erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärintutkinnoista 420/2012.
VNA lasten adoptiosta tehdyn eurooppalaisen yleissopimuksen voimaansaattamisesta sekä yleissopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta annetun lain ja adoptiolain 86§:n 2 momentin 2 kohdan ja 94§:n voimaantulosta 388/2012
VNA neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011
VNA oikeusgeneettisestä isyystutkimuksesta 755/2005
VNA opetustoimen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetun asetuksen 14 ja 28 §:n muuttamisesta 614/2001.
VNA seulonnoista 339/2011
VNA äitiysavustuksesta ja adoptiotuesta 885/2002
Varhaiskasvatustutkimuslaki, ehdotus eduskunnalle keväällä 2014
Yhdenvertaisuuslaki 21/2004
Yliopistolaki 558/2009
Äitiysavustuslaki 477/1993

LIITE 3.

SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN EDISTÄMISEEN TAI PALVELUJEN JÄRJESTÄMISEEN LIITTYVIÄ TAVOITTEITA JYRKI KATAISEN HALLITUSOHJELMASSA (VALTIONEUVOSTO, 2011)

- kehitetään lisääntymis- ja seksuaaliterveyden edistämispalveluja
- integroidaan raskauden ehkäisyneuvontaan seksuaaliterveyden edistäminen (sukupuolitautilien ehkäisy, seksuaalineuvonta, väkivallan ehkäisy)
- päivitetään hiv-strategia
- vähennetään raskaudenkeskeytyksiä
- taataan raskaudenkeskeytykseen hakeutuneen asiakkaan neuvonnan ja tuen saaminen koko hoitoketjussa ja selvitetään, onko tarvetta muuttaa raskauden keskeytyksen myöhäisintä viikkorajaa koskevaa lainsäädäntöä
- kehitetään keinoja ehkäistä lähisuhde- ja perheväkivaltaa eri hallinnonalojen yhteistyönä ja palveluja lähisuhde- ja perheväkivallan sekä seksuaalisen väkivallan uhreille
- jatketaan naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämiseen tähtäävän ohjelman toimeenpanoa ja lisätään turvakotipalveluja alueellisen tasa-arvon edistämiseksi
- vahvistetaan kolmannen sektorin järjestöjen mahdollisuuksia luoda ja parantaa hyvinvoinnin ja terveyden edellytyksiä, osallistumisen ja vaikuttamisen kanavia sekä tarjota erilaista arjen apua ja tukea
- turvataan palvelujen saatavuutta myös saamen kielellä
- kehitetään viittomakielisiä sosiaali- ja terveystalveluja
- kehitetään Kelan järjestämiä tulkkauspalveluja
- otetaan huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehitettäessä maa-hanmuuttajien erityistarpeet kotoutumisen edistämiseksi
- ikäihmisten terveyttä ja itsenäistä toimintakykyä tuetaan hyvinvointia ja terveyttä edistävillä palveluilla
- jatketaan vammaispoliittisen ohjelman (VAMPO) toimeenpanoa
- varmistetaan raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten ja vauvaperheiden hoito ja kuntoutus lainsäädännöllä

- vanhemmuuden tukea sekä lasten vanhempien parisuhdeneuvontaa kehitetään ja lisätään
- kehitetään adoptioon liittyviä palveluja adoptioprosessin eri vaiheissa sosiaali- ja terveysministeriön ja oikeusministeriön yhteistyönä
- kavennetaan kouluterveydenhuollon alueellisia eroja ja erityistä huomiota kiinnitetään ammatillisen koulutuksen opiskelijoiden terveyspalvelujen kehittämiseen
- varmistetaan korkeakouluopiskelijoiden tasavertainen asema terveyspalvelujen saamisessa
- lisätään isille merkittäviä vapaita, joustavoitetaan isien perhevapaiden käyttöä ja mahdollistetaan lapsen hoitaminen kotona vanhempainpäivärahan turvin nykyistä pidempään.

LIITE 4.

KANSAINVÄLISEN KIRJALLISUUDEN MUKAISET LISÄÄNTYMISTERVEYTTÄ EDISTÄVÄN NEUVONNAN JA HOIDON KESKEISET SISÄLLÖT

Terveysneuvonta
Hedelmällisyys
Seksuaalisuus
Parisuhde
Perhesuunnittelu (sis. ehkäisy)
Vanhemmuus
Fyysinen aktiivisuus
Uni ja lepo
Paino (Body Mass Index, BMI)
Ravitsemus
Erityisruokavalio
Suunterveys
Foolihappolisä
Rokotukset
Tupakointi
Päihteet
Seksitaudit
Väkivalta
Immunisaatio
HPV (papa, rokotus)
Hepatiitti-B
Vesirokko
Sikotauti, tuhka- ja vihurirokko
Influenssa
Kolmoisrokote
Ravinto
A-vitamiini
Foolihappo
Monivitamiinit
D-vitamiini
Kalsium
Rauta
Jodi
Välttämättömät rasvahapot
Ylipaino
Alipaino
Syömishäiriöt
Ravintolisät

Mielenterveys
Masennus, ahdistus
Psykiatriset sairaudet
Raskaushistoria
Ennenaikainen synnytys
Keisarileikkaus
Keskenmeno
Kohtukuolema
Raskaudenkeskeytykset
Aiemmalla lapsella/sikiöllä sairaus tai vamma
Aiemmalla lapsella/sikiöllä epämuodostuma
Kohdun epämuodostumat
Muut ongelmat
Tahaton lapsettomuus
Ikä ja hedelmällisyys
Tahattoman lapsettomuuden ehkäisy
Tutkimus ja hoito
Psykososiaaliset tekijät
Taloudellinen tilanne
Hoitoon pääsy
Ei-toivottu raskaus
Raiskaus
Henkinen väkivalta
Fyysinen väkivalta
Seksuaalisuutta loukkaava väkivalta
Synnytyspelko
Elintavat ja elämäntyyli
Asumisolot
Harrastukset
Matkat
Luontaistuotteet
Alkoholi
Tupakka
Huumeet

Perinnölliset sairaudet
Sukutausta
Etnisten ryhmien perinnölliset sairaudet
Aiemmassa raskaudessa perinnöllinen sairaus
Tiedetyn perinnöllisen sairauden riski
Seulonnat
Perinnöllisyysneuvonta
Sikiöseulonnat
Erityisryhmät
Vammaiset
Maahanmuuttajat, pakolaiset ja paperittomat
Syöpään sairastuneet
Lyhytkasvuiset
Krooniset sairaudet/tilat
Diabetes
Kilpirauhasen sairaudet
Fenylketonuria
Epilepsia
Verenpainetauti
Reuma
Autoimmuunitaudit
Munuaissairaus
Sydänsairaus
Trombofilia
Astma
Lääkkeiden käyttö
Lääkkeiden määrääminen
Pitkäaikaislääkitys
Käsikauppalääkkeet
Ravintolisät

Infektiot
Hiv
Hepatiitti-C
Tuberkuloosi
Toksoplasmoosi
Sytomegalovirus
Listerioosi
Parvovirus
Malaria
Tippuri
Klamydia
Kuppa
Herpes simplex
Oireeton bakteeriuria
Ientulehdus
Bakteerivaginoosi
B-streptokokki
Ympäristöaltisteet
Elohopea
Lyijy
Maaperän ja veden laatu
Työperäiset altisteet
Kodin altisteet
Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus (FGC/FGM)

