



# Sosiaalilääketieteen päivät 2018

Ohjelma ja rinnakkaissessioiden tiivistelmät

A collection of white and blue icons on an orange background, including a puzzle piece, a clock, a heart, a gear, a ring, a speech bubble, a pipe, a fork, and a pushpin.

Sosiaalilääketieteen päivät 3.-4.10.2018  
THL, Helsinki

**TERVEYDEN EDISTÄMISESTÄ  
HYVINVOINNIN EDISTÄMISEEN**

**UUDET TOIMINTAMALLIT, DIGITAALISUUS JA  
TERVEYDEN EDISTÄMINEN SOTE-AIKANA**



## Järjestäjien tervehdys

Syksyn koittaessa on aika taas Sosiaalilääketieteen yhdistyksen vuoden päätapahtumalle. Vuorovuosin järjestettävistä Terveystutkimuksen päivistä ja Sosiaalilääketieteen päivistä on tällä kertaa vuorossa jälkimmäinen. Yhdistyksen 50-vuotisjuhluvuodenkin kunniaksi seminaaritapahtuma on jälleen kaksipäiväinen, ja aiheeltaan kansanterveyden ydinkysymyksiä laajalla perspektiivillä tarkasteleva.

Seminaarin tarkoituksena on kautta aikojen ollut uuden tiedon tarjoamisen lisäksi erilaisten näkökulmien esittäminen ja keskustelun herättäminen uuden yhteistyön syntymiseksi. Ensimmäisen seminaaripäivän teema **"Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen SOTE:ssa"** kattaa kutsuttuja puheenvuoroja aiheen teoriasta käytännön toteutukseen, keinoista ja tulevaisuuden näkymistä. Iltapäivien työryhmäosuus antaa tilaa alan tutkijoiden esityksille omista tutkimus- ja kehityshankkeistaan. Tänä vuonna abstraktitarjonta päiville oli ilahduttava runsas, mistä kiitämme kaikkia aiheita tarjonneita! Rinnakkaisia työryhmiä on tämän vuoksi viisi, ja niistä kaikissa kuullaan kuusi aihetta. Ensimmäisen seminaaripäivän aikana jaetaan myös toista kertaa Sosiaalilääketieteen yhdistyksen opinnäytetyöpalkinto korkeatasoisesta sosiaalilääketieteellisestä opinnäytetyöstä. Lisäksi yhdistyksellä on ilo ja kunnia julkistaa ensimmäiset kunniajäsenensä.

Perjantain teema **"Uudet toimintamallit hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä - Mitkä toimivat ja kenelle?"** jatkaa ensimmäisen päivän aihetta viidellä kutsutulla puheenvuorolla. Päivien päätteeksi järjestetään SLY:n syyskokous, johon toivomme mahdollisimman monia yhdistyksen jäseniä kuulemaan lisää yhdistyksen toiminnasta ja mahdollisesti lähtemään mukaan aktiivisesti toimintaa kehittämään. Mikäli mielessäsi on pientä, tai isompaakin uutta, johon toivoisit SLY:n tarttuvan, tule jakamaan ajatuksiasi matalan kynnyksen syyskokoukseen.

Tästä kirjasesta löydät Sosiaalilääketieteen päivien 2018 ohjelman, tiivistelmiä kutsuttujen puhujien esityksistä sekä tiivistelmät ensimmäisen seminaaripäivän iltapäiväsessioissa esiteltävistä tutkimuksista ja hankkeista. Kutsuttujen puhujien päivillä nähdyt esitysmateriaalit tullaan soveltuvin osin tallentamaan yhdistyksen sivuille [www.socialmedicine.fi](http://www.socialmedicine.fi), joten kannattaa seurata sivuja.

Kiitämme Terveystutkimuksen ja hyvinvoinnin laitosta mahdollisuudesta järjestää seminaari tällä kertaa taas Helsingissä. Lämmin kiitos myös kaikille käytännön järjestelyissä mukana olleille. Toivotamme kaikille erittäin antoisaa seminaaria ja runsaita mahdollisuuksia verkostoitumiseen!

Helsingissä 27.9.2018

järjestelytoimikunta:

Mikko Laaksonen, Eläketurvakeskus  
Peija Haaramo, puheenjohtaja,  
Sosiaalilääketieteen yhdistys ry  
Noora Berg, Terveystutkimuksen ja hyvinvoinnin laitos  
Ilmo Keskimäki, Terveystutkimuksen ja hyvinvoinnin laitos  
Ulla-Sisko Lehto, Terveystutkimuksen ja hyvinvoinnin laitos  
Minna Mänty, Laurea-ammattikorkeakoulu  
Sakari Suominen, Turun yliopisto

**Osallistu keskusteluun myös  
Twitterissä aihetunnisteella #SLY50**

## Ohjelma

**Sosiaalilääketieteen päivät 2018** Terveyden ja hyvinvoinnin laitos,  
Helsinki, Mannerheimintie 166, salit 1-3 (1. krs)

KESKIVIIKKO 3.10 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen SOTE:ssa

puheenjohtaja **Mikko Laaksonen**

- 10.00 Ilmoittautuminen
- 10.30 **Tilaisuuden avaus**  
*Puheenjohtaja **Peija Haaramo**, Sosiaalilääketieteen yhdistys*
- 10.45 **Keynote I: Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen - mistä on kyse?**  
*Professori **Marja Vaarama**, Itä-Suomen yliopisto*
- 11.30 **Heikommassa asemassa olevat ja heidän tarpeensa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulmasta**  
*Tutkimusjohtaja **Tomi Mäki-Opas**, Itä-Suomen yliopisto*
- 12.00 Lounas (omakustanteinen)
- 13.00 **Social Marketing Toolkit for the Promotion of Social Wellbeing**  
*Professori **Janet Anand**, Itä-Suomen yliopisto*
- 13.30 **Tuuppauksen mahdollisuudet hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä?**  
*Tutkija **Saara Pentikäinen**, VTT*
- 14.00 Opinnäytetyöpalkinnon jako ja kunniajäsenten julkistaminen
- 14.15 Kahvi
- 14.35 Abstraktisessiot (*Sali 1-3, kokoustila Hypoteesi ja ravintola Helmen kokoustila*)
- 16.15 **Keynote II: Sote ja terveyden edistäminen**  
*Professori **Päivi Rautava**, Turun yliopisto*

TORSTAI 4.10 Uudet toimintamallit hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä - Mitkä toimivat ja kenelle?

puheenjohtaja **Tea Lallukka**

- 9.00 Keynote III: Julkinen valta terveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä: Mitä voisimme historiasta oppia, kun valmistaudumme vastaamaan 2020-luvun haasteisiin?  
*Professori **Matti Rimpelä**, Tampereen yliopisto*
- 9.45 Voimaannuttava ryhmäohjaus ja digitaaliset menetelmät hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tukena erilaisille väestöryhmille  
*Tutkijatohtori **Tanja Tilles-Tirkkonen**, Itä-Suomen yliopisto*
- 10.15 *Tauko*
- 10.30 Itsemääräämisteoria ja käyttäytymisen muutostekniikat mobiilisovelluksella toteutettavassa ohjauksessa  
*Väitöskirjatutkija **Aija Logren**, Tampereen yliopisto*
- 11.00 Kehonkuvaan ja syömiseen liittyvien toimintatapojen kehittäminen nuoria kohtaavissa palveluissa (KEHUVA-hanke)  
*Hankekoordinaattori **Sanna Talvia**, Itä-Suomen yliopisto*
- 11.30 Seminaarin loppupuheenvuoro, esittäjänään SLY:n vastanimetty kunniajäsen
- 12.00 *Sosiaalilääketieteen yhdistyksen syyskokous*

## Lounaspaikkoja

### THL:n oma lounasravintola Leijona Cateringin ravintola Helmi

Lounaslipukkeita buffetlounaalle (sis. jälkiruoka ja kahvi) ostettavissa keskiviikolle ilmoittautumistiskin yhteydestä hintaan 10 €.

Lounaslista keskiviikkona 3.10.

Kotiruoka: Kuorrutettu uunimakkara L,G, Perunasose L,G  
Bistro Wasabi-seesamkirjolohta L,M,G, Sitruuna-aiolia L,G,VS, Perunasose L,G  
Keittolounas Kasvissosekeittoa SY, L,G  
Kasvislounas Tofuwokkia SY,L,M,G,VE,PÄ,VS, Basmatiriisiä SY,L,M,G,VE  
Jälkiruoka Mansikkavispipuuroa ja Vaniljakermää L  
Deli salaatti Broilerinpaistia ras-el-hanout L,M,G, Falafelpyöryköitä ja tomaattia L,M,VE

Lounaslista torstaina 4.10.

Kotiruoka: Kala-äyriäispataa SY,L,M,G,PÄ,VS, Basmatiriisiä SY,L,M,G,VE  
Bistro Wieninleike L, Perunasosetta L,G  
Keittolounas Tuorehernekeittoa SY,L,G  
Kasvislounas Tomaatti-mozzarellalasangne L  
Jälkiruoka Pannukakkua L,M, Mansikka-omenahilloa L,M,G, Kermavaahtoa L,G  
Deli salaatti Marinoitua tofua L,M,G,VE, Kalkkunanrintaa L,M,G

### Nepalilainen ravintola Gurans, Mannerheimintie 168

KESKIVIIKKO		TORSTAI	
<b>1. MALAI KOFTA</b>	8,90€	<b>1. PANEER KORMA</b>	9,00€
Pehmeät kasvispyörykät (perunaa-inkivääriä-cashewjauho ja tuorejuustoa) tomaatti-voi-kermakastikkeessa		Tuorejuustoa cashewjauho-curry-kermakastikkeessa	
<b>2. PALAK PANEER</b>	9,00€	<b>2. VEGETABLE KOFTA</b>	8,90€
Tuorejuustoa ja pinaattia kumina-inkivääri kastikkeessa		Paistetut kasvispyörykät (kasvissekoitus-peruna-tuorejuusto) ja curry-kookos kermakastikkeessa	
<b>3. BUTTER CHICKEN</b>	9,00€	<b>3. CHICKEN TIKKA MASALA</b>	9,00€
Tandoorigrillattua broilerin rintafilettä, tomaatti-yrtti-kermakastikkeessa		Yrttjogurtissa marinoitua ja tandoori uunissa grillattua broilerin rintafilettä mausteisessa tomaatti-sipulikastikkeessa	
<b>4. KHASI CHILLI</b>	9,00€	<b>4. KHASI KIMA</b>	9,00€
Lammasta ja paprikaa sipuli-tomaatti-soija-miedossa chilikastikkeessa		Lammasta ja lampaan jauhelihaa sipuli-inkiväärikastikkeessa	
<b>5. PRAWN PANEER</b>	9,00€	<b>5. MACHHA CHILLI</b>	8,90€
Katkarapuja ja tuorejuustoa inkivääri-tomaatti kermakastikkeessa		Kalaa, paprikaa, sipulia ja tomaattia soija-valkopippurikastikkeessa	
<b>6. YHDISTELMÄ</b>	10,50€	<b>6. YHDISTELMÄ</b>	10,50€
Voit valita kaksi eri ruokaa päivän ruokalistalta samaan annokseen.		Voit valita kaksi eri ruokaa päivän ruokalistalta samaan annokseen	
<b>7. PÄIVÄN ERIKOIS CHICKEN TIKKA</b>	11,00€	<b>7. PÄIVÄN ERIKOIS CHICKEN KARAI</b>	11,00€
Tandoorigrillattua broilerin rintafilettä inkivääri-korianteri-sitruuna-tandoori masala kastikkeessa		Tandoorigrillattua broilerin rintafilettä ja tuorejuustoa curry-kermakastikkeessa	

## Abstraktisessiot

Abstraktisessiot pidetään keskiviikkona 3.10 klo 14.35-16.10

### Ryhmä 1: Lasten ja nuorten terveys

ravintola Helmen kokoustila (0. krs)

Puheenjohtaja: *Noora Berg*

---

1. Lasten terveys, hyvinvointi ja palvelut (LTH) -tutkimus: uutta tietoa pienistä lapsista perheineen *Maaret Vuorenmaa*
2. Koulupoissaolot Suomen kymmenessä suurimmassa kaupungissa – tutkimus puuttumiskäytännöistä *Katja Melander*
3. Tyydyttämätön tuen ja avun tarve kouluterveydenhuollosta erilaisia toimintarajoitteita kokevilla nuorilla *Outi Kanste*
4. Suomenruotsalais-saamelainen romani – pilailuvastaukset nuorten kyselytutkimuksessa *Hanne Kivimäki*
5. Oppimisvaikeudet, psyykinen hyvinvointi ja osallisuus toisen asteen opiskelijoilla *Johanna Korkeamäki*
6. Nuorten toimeentulotukiasiakkaiden mielenterveysongelmat ja tuen saannin kesto *Maria Vaalavuo*

### Ryhmä 2. Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen

Sali 1 (1. krs)

Puheenjohtaja: *Eva Roos*

---

1. Millaista ammatillista osaamista terveyden ja hyvinvoinnin edistäjillä tulisi olla tulevaisuudessa? *Arja Liinamo*
2. Digitaaliset menetelmät kotouttamisen tukena – toimintakyvyn arviointi sähköisesti ja kulttuurisensitiivisesti *Misha Henriksson*
3. Robottiikka: uhka vai mahdollisuus ikääntyneen hyvinvoinnin tukemisessa *Paula Lehto*
4. Integroiva perhevalmennus hanke - tarvekartoitus tulevaisuuden perhevalmennuksesta *Pirjo Koski*
5. Developing the logic model of change for a health promotion intervention aiming to reduce socioeconomic differences in preschoolers' health behaviors and wellbeing- the DAGIS study *Carola Ray*
6. Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estäminen; tiedonkeruu ja ehkäisevät toimet Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksella *Mimmi Koukkula*

### Ryhmä 3: Sairastavuus ja kuolleisuus

Sali 2 (1. krs)

Puheenjohtaja: Ossi Rahkonen

---

1. Koetun terveyden eriarvoisuus 1984-2014: kasvu vai kaventuminen? *Eero Lahelma*
2. Physical heaviness of work and sitting at work as predictors of mortality: a 26-year follow-up of the Helsinki Birth Cohort Study *Tuija Mikkola*
3. The impact of severe mental illness on mortality of lung cancer patients in Finland in 1990-2014 *Martti Arffman*
4. Aviottomien lasten särkyneet sydämet - 80 vuotta sitten aviottomana syntyneiden lasten sydänterveys aikuisiässä *Maiju Mikkonen*
5. Vaikuttavat käytännöt tyypin 2 diabeteksen torjunnassa - miten siinä onnistuttiin maakunnan kattavassa interventiossa *Linda Dalbom*
6. Kuluttajadatan mahdollisuudet kansanterveyden tutkimuksessa *Jaakko Nevalainen*

### Ryhmä 4: Terveyskäyttäytyminen

Sali 3 (1. krs)

Puheenjohtaja: Sakari Suominen

---

1. Päiväkodin henkilöstön käytäntöjen ja mielipiteiden yhteydet lasten ruuankäyttöön päiväkodissa *Reetta Lehto*
2. Myyrän vuosi – itsesäätelyn opetteluun ja kasvisten käyttöön kannustavan mobiilisovelluksen pilotointi päiväkotiympäristössä *Majjaliisa Erkkola*
3. Kalja, tupakka ja ruoka asiakasomistajien ostoskasseissa *Liisa Uusitalo*
4. Unen eri osa-alueiden muutokset eläkkeelle siirryttäessä: Aktiivisena eläkkeelle -tutkimus (FIREA) *Saana Myllyntausta*
5. Mitä korkeampi kato sen voimakkaammin terveyskäyttäytymisen mukaan valikoituneita vastaajia? Löydöksiä neljästä vaihtelevan vastauskadon seurantakyselytutkimuksesta *Sakari Suominen*
6. Motivaatiolla muutokseen -koulutus ohjausosaamisen kehittämisessä *Soile Juujärvi*

### Ryhmä 5. Terveysthuolto

Hypoteesi (0. krs)

Puheenjohtaja: Ilmo Keskimäki

---

1. Kuka haluaa vaihtaa terveysasemaa? *Annamari Aalto*
2. Young Employees' Trajectories and Occupational Class Differences in Utilization of Primary Care Services Provided by Occupational Health Service *Jaakko Harkko*
3. ACSC trajectories for primary health care authorities in Finland in 1996-2013 *Ilmo Keskimäki*
4. Cumulative disadvantage and hospitalisations due to ambulatory care sensitive conditions in 2011–2013 in Finland *Sonja Lumme*
5. Migration, Ageing and Care – A study on 50 years and older Russian-speaking migrants in Finland *Laura Kemppainen*
6. Suomalaisen kokemuksiä täydentävistä hoitomuodoista *Tiina Väänänen*

## Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen – mistä on kyse?

Marja Vaarama, professori, YTT  
Yhteiskuntatieteiden laitos, Itä-Suomen yliopisto  
marja.vaarama@uef.fi

### Johdanto

Vallitsevaa terveyden edistämisen paradigmaa kritisoidaan keskittymisestä yksilöiden elintapoihin ja käyttäytymiseen sen sijaan että parannettaisiin myös ihmisten puutteellisia elinoloja ja muita terveyden ja hyvinvoinnin edellytyksiä. (Marmot 2010, Green ym. 2015; Karvonen ym. 2017, Lahelma & Rahkonen 2017). Paradigman laajentamista onkin pidetty tärkeänä. Suomessa tämä laajennus on politiikkatasolla jo tehty, mutta ”hyvinvoinnin edistämisen” käsitteellinen epäselvyys häiritsee toimintaa. (Karvonen ym. 2017, Syväjärvi & Leinonen 2017). Juuriltaan sosiologinen *yhteiskunnan sosiaalisen laadun teoria* yhdistettynä terveyden ja hyvinvoinnin kattavaan *elämänlaadun teoriaan* tarjoaa mahdollisuuden kokonaisvaltaiseen tarkasteluun. (Beck ym. 1997; Van Der Maesen & Walker 2012, Vaarama & Pieper 2014:2016, Pieper, Karvonen & Vaarama, tulossa) Esityksessä keskustellaan mallista ja sen potentiaalista PROMEQ-tutkimushankkeen alustavien tulosten pohjalta.

### Kohti kokonaisvaltaista viitekehystä

Sosiaalisen laadun teoria keskittyy yksilöiden toimijuuden ja yhteiskunnan rakenteiden vuorovaikutukseen. Taustalla on ajatus jokaisen oikeudesta osallistua yhteiskunnan sosiaalisiin, taloudellisiin ja kulttuurisiin toimintoihin tavoilla, jotka vahvistavat hyvinvointia ja omien potentiaalien käyttöä. Yhteiskunnan sosiaalinen laatu toteutuu seuraavissa neljässä toisiinsa vaikuttavasta ulottuvuudessa, määrittäen ihmisten toimijuutta ja vaikuttaen heidän terveyteensä ja elämänlaatuunsa. (Van Der Maesen & Walker 2012, Vaarama & Pieper 2016, Holman & Walker 2017):

*Sosioekonominen turvallisuus*: riittävä toimeentulo ja palvelut, suoja elämän riskitilanteissa.

*Sosiaalinen valtaistuminen*: elämän mahdollisuuksien tasa-arvoinen jakautuminen (terveys, tiedot ja taidot), sekä mahdollisuus käyttää niitä ja vaikuttaa siihen, mitä yhteiskunnassa tapahtuu.

*Sosiaalinen osallisuus*: sosiaalisten, taloudellisten, inhimillisten ja kansalaisoikeuksien toteutuminen, osallisuus yhteiskunnan toimintoihin ja vuorovaikutukseen.

*Sosiaalinen koheesio*: liima joka pitää yhteiskuntaa koossa: yhteiskunnan moraalinen sopimus, yhteiset arvot, solidaarisuus, luottamus, sosiaalinen vakaumus.

### Kokemuksia mallista

Strategisen tutkimusneuvoston rahoittama PROMEQ-hanke testaa ja kehittää mallia tutkien hyvinvoinnin ja terveyden alueellista ja yksilöllistä vaihtelua sekä mekanismeja erityisesti huono-osaisissa ryhmissä. Hankkeessa on määritelty teoriaohjatusti erilaisia sosiaalisen laadun indikaattoriseitejä, joita on testattu ja edelleen testataan erilaisilla rekisteri- ja surveyaineistoilla, sekä erilaisilla tutkimusasetelmilla kontrolloiduista koeasetelmista laadullisiin analyyseihin. Tulosten mukaan sosioekonomisten tekijöiden ja palvelujen puutteiden lisäksi osallisuuden, valtaistumisen ja koheesio merkitys on terveydelle ja hyvinvoinnille suuri. Näiden käsitteiden operationalisointi on kuitenkin haastavaa.

### Johtopäätökset

Sosiaalisen laadun malli vaikuttaa lupaavalta lähestymistavalta tarjoten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi yhteisen viitekehyksen ja hyvinvointi- ja terveyserojen tutkimiseen kaivatun kokonaisvaltaisen mallin, mutta mallin testaus jatkuu edelleen.



## Heikommassa asemassa olevat ja heidän tarpeensa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulmasta

Tomi Mäki-Opas, dosentti, FT, Tutkimusjohtaja  
Yhteiskuntatieteiden laitos, Itä-Suomen yliopisto  
tomi.maki-opas@uef.fi, twitter: @temakinen

### Tausta

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen nykyiset toimet eivät tavoita tai puhuttele heikommassa sosiaalisessa asemassa olevia ryhmiä: koulutuksen ja työelämän ulkopuolella olevia nuoria (NEET), pitkäaikaistyöttömiä, pakolaisia ja kotona yksin asuvia ikäihmisiä. Osallistava terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen (PROMEQ) –tutkimus perustuu laajaan hyvinvoinnin käsitteeseen, ja syventää ymmärrystä väestön ja etenkin mainittujen ryhmien hyvinvoinnista ja terveydestä, ja niihin liittyvistä mekanismeista. Tavoitteena on tuottaa tietoa vaikuttavien hyvinvointia ja terveyttä edistävien toimien suunnitteluun ja kohdentamiseen. Tämä esitys tarkastelee näiden ryhmien elämänlaatua sen eri ulottuvuuksilla (fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja ympäristöllinen), sekä elämänlaadun taustatekijöitä, kuten sosioekonomisia tekijöitä, elinoloja ja palveluita.

### Aineisto ja menetelmät

Hyödynsimme PROMEQ-hankkeen (www.promeq.fi, STN #303615) ensimmäisen vaiheen kyselyaineistoa (vuosi 2017, N=1253). Osallistumisaktiivisuus oli tavoitteen mukainen kunkin ryhmän osalta, ja lisäksi saimme 22 %:n ylitannan myöhempää seurantaan varten. Tarkastelemme elämänlaadun (WHO QOL-Bref) vaihtelua ja keskinäisiä yhteyksiä sekä niiden taustatekijöitä lineaarisen regressioanalyysin avulla (ikävakioitu B-kerroin; Pearsonin p-value)

### Tulokset

Verrattuna koko väestöön NEET:eillä, pitkäaikaistyöttömillä, pakolaisilla ja ikäihmisillä oli keskimäärin huonompi elämänlaatu sen kaikilla ulottuvuuksilla. NEET:eillä ja pitkäaikaistyöttömillä elämänlaadun ongelmat liittyivät pääosin elämänlaadun psyykkiseen ulottuvuuteen, pakolaisilla psyykkiseen ja ympäristölliseen ulottuvuuteen, ja ikäihmisillä fyysiseen ja psyykkiseen ulottuvuuteen. Kaikissa ryhmissä hyvää elämänlaatua edisti tyytyväisyys SOTE-palvelujen saavutettavuuteen ja laatuun, ja yhteys oli voimakkain pakolaisilla (0.26; 0.000). Hyvää elämänlaatua vahvistivat NEETeillä tyytyväisyys liikkumiskykyyn (0.19; 0.013), omaan ulkomuotoon (0.35; 0.000), ihmissuhteisiin (0.29; 0,000) ja sukupuolielämään (0.19; 0.003). Pitkäaikaistyöttömillä hyvää elämänlaatua vahvistivat tyytyväisyys omaan ulkomuotoon (0.26; 0,000), asuinalueen olosuhteisiin (0.07; 0.03) ja hyvä itsetunto (0.08; 0.03). Pakolaisilla hyvää elämänlaatua vahvistivat tyytyväisyys omaan ulkomuotoon (0.27; 0,001). Ikäihmisillä hyvää elämänlaatua vahvistivat tyytyväisyys työkykyyn (0.13; 0.007), mikä tässä tulkitaan yleiseksi toimintakyvyksi.

### Johtopäätökset

Heikommassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvoinnin edistämiseen tulisi kohdistaa yleisiä toimia kuten SOTE-palveluiden saavutettavuuden ja laadun parantaminen, sekä oman identiteetin tukeminen. Lisäksi tulisi kohdistaa räätälöityjä toimia, kuten NEETien liikkumismahdollisuuksien parantamiseen ja sosiaalisten suhteiden tukemiseen, pitkäaikaistyöttömien itsetunnon tukemiseen ja ikäihmisten päivittäisen toimintakyvyn ylläpitämiseen.

## Social Marketing Toolkit for the Promotion of Social Wellbeing

Janet Anand  
Professor of International Social Work  
Faculty of Social Sciences and Business Studies  
University of Eastern Finland, Kuopio, Finland

Social marketing is a field of academic inquiry concerned with changing or maintaining people's behavior for the benefit of individuals and society as a whole. Yet it has been our experience that social work colleagues view social marketing with ungrounded skepticism. There is no denying that social marketing is used extensively by private enterprise to sell products to consumers for profit. Yet this image should not overshadow the long humanitarian history of social marketing as an effective discipline and strategy applied to benefit local communities through health and/or social outcomes. International evidence demonstrates that social marketing is both relevant and effective in the provision of grass roots preventative health care, social medicine and social development. The purpose of this presentation is to compare the disciplines of social marketing and social work, using concepts familiar to both as a criteria i.e. social change, scoping and evidencing need, personalising and targeting services, service user participation and evidenced informed interventions, and identify key points of connection and departure. The definition, aims, philosophy and key concepts of the two disciplines will be critically examined to explore opportunities for future interdisciplinary collaboration and to serve as a potential guide for the adoption of social marketing principles in mainstream social work and social care practice. Examples as to the application of social marketing principles in the development of community based services for recent migrants to regional Finland (PROMEQ) grounds this discussion in real life practice.

## Tuuppauksen mahdollisuudet terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä

Saara Pentikäinen<sup>1</sup>, Eeva Rantala<sup>1,2</sup>, Markus Kanerva<sup>2</sup>, Pilvikki Absetz<sup>2</sup>, Kaisa Poutanen<sup>1</sup>, Leila Karhunen<sup>2</sup>  
ja StopDia-tutkimusryhmä

<sup>1</sup> Teknologian tutkimuskeskus VTT

<sup>2</sup> Itä-Suomen yliopisto

saara.pentikainen@vtt.fi, Tietotie 2, PL 1000, 02044 Espoo

Tuuppauksilla (engl. *nudge*) tarkoitetaan valintaympäristön muokkaamista siten, että ihmisen käyttäytyminen muuttuu ennakoitavalla tavalla ilman, että vaihtoehtoja on vähennetty tai valinnasta aiheutuvia kustannuksia merkittävästi muutettu. Tuuppauksessa hyödynnetään ymmärrystä siitä, että ihmisen toimintaa ohjaavat reflektiivisten prosessien lisäksi automaattiset, osin tiedostamattomat prosessit. Tuoppausnäkökulma tarjoaa siten mielenkiintoisen mahdollisuuden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen keinovalikoimaan perinteisten yksilön reflektiivisiin prosesseihin vetoavien toimien lisäksi.

Erityisesti 2010-luvulla on tehty maailmalla runsaasti tuoppausta hyödyntäviä terveydenedistämisen interventioita. Tulokset ovat olleet vaihtelevia, mutta pääosin lupaavia. Tutkimuksissa on esimerkiksi onnistuttu vähentämään energiansaantia ja lisäämään arkiaktiivisuutta.

Käynnissä olevassa Stop Diabetes -tutkimushankkeessa (StopDia) rakennetaan toimintamallia tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuuden vähentämiseksi. Lähtökohtana on nykyistä tehokkaampi diabetesriskissä olevien henkilöiden tunnistaminen ja terveyttä tukeviin elintapoihin ohjaaminen yksilön ohjaamisen ja/tai elinympäristön muutosten avulla.

StopDia-tutkimushankkeessa sovelletaan tuuppauksen periaatteita työpaikoilla työntekijöiden terveyden edistämiseen. Tavoitteena on edistää hyviä työpäivän aikaisia ruokailu- ja liikuntatottumuksia työympäristöä muokkaamalla. Tutkimushankkeessa on koottu yhteen aiempaan tutkimuskirjallisuuteen ja tutkimushavaintoihin pohjautuvia, työpaikoille soveltuvia tuoppausnäkökulmaa hyödyntäviä toimia ns. 'Tuoppauspakiksi'.

Yhteensä 16 työpaikkaa ja yli 100 toimipistettä kolmen maakunnan alueelta osallistuu tutkimukseen. Tuoppauspakista on valittu kunkin työpaikan kanssa kokeiltavaksi soveltuvat tuoppaustoimet. Vuoden kestävä interventio on käynnissä. Intervention myötä saadaan tietoa tuoppaustoimien hyväksyttävyydestä ja soveltuvuudesta erilaisilla työpaikoille sekä vaikutuksista työaikaisiin ruokailu- ja liikkumistottumuksiin.

Tähän mennessä kirjallisuudessa raportoidut tuoppaustutkimukset ovat olleet valtaosin lyhyitä ja kontrolloiduissa ympäristöissä toteutettuja. StopDiassa tuoppausta tutkitaan tosielämän olosuhteissa pitkällä aikavälillä. Jatkossa olisi hyödyllistä yhdistää tehokkaiksi osoittautuneita tuoppaustoimia suuremmiksi kokonaisuuksiksi, joilla voitaisiin monipuolisesti ja aiempaa tehokkaammin helpottaa suositeltavien valintojen tekemistä ja sitä kautta edistää kokonaisvaltaista hyvinvointia.

## Sote ja terveyden edistäminen

Päivi Rautava, Turun yliopisto  
paivi.rautava@tyks.fi

Terveyden edistäminen on laaja sateenvarjokäsite. Suuri osa terveydenedistämisen työstä tapahtuu muualla kuin terveydenhuollossa, muun muassa eduskunnassa vero- ja hintapoliittisilla linjauksilla, kunnanvaltuustoissa toiminta- ja budjettipäätöksinä, teollisuudessa terveysvaikuttavia tuotteita kehittämällä, kouluissa terveysasioiden opettamisena, mutta myös aikuisten esimerkkinä ja kotona arjessa joka hetki.

Kuntien velvollisuutena on ollut koota jäsenet kaikista hallintokunnista keskustelemaan kunnan yhteisistä terveyden edistämisen tavoitteista ja keinoista. Tällä lailla on saatu viimeisen 20 vuoden aikana paljon hyviä asioita kunnissa eteenpäin ja terveyden edistäminen laajasti monen eri toimijan tehtäväksi.

Terveydenhuollon lainsäädäntö ohjaa ehkäisevää työtä tehtäväksi laajasti ja kaikessa terveydenhuollon työssä. Se miten preventiiviset asiat muistuvat mieleen tai miten henkilökunnalla on rohkeutta ja osaamista puuttua asioihin, vaihtelee suuresti, mutta oikeutus työhön on. Varsinaiset ehkäisevän työn toimipisteet, neuvolat, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto ja työterveyshuolto ovat terveydenhuollon osia, vaikkakin tekevät tiivistä yhteistyötä laajasti eri hallintokuntien yhteistyökumppanien ja kolmannen sektorin kanssa. Miten tämä yhteistyö sujuu uudessa Sotemaailmassa?

Sote-lakiesityksen mukaan ehkäisevän terveydenhuollon toimipisteet kuuluisivat edelleen maakunnallisten terveystalusten tuottajien vastuulle, mutta muu terveyden edistäminen jäisi kuntien tehtäväksi. Haasteena jatkossa on, miten kunnan toimintaan ja työryhmiin turvataan terveydenhuollon väen mukanaan tuoma terveysasioiden tietotaito. Pitääkö maakunnan rakentaa konsultointi-/tukityöhön kunnissa oma palvelupakettinsa?

Kunnat tekevät jatkossakin hyvinvointisuunnitelmat kuntalaisten terveyden edistämiseksi. Maakunnat tekevät ehkäisevän työn strategian, ja strategialla ja kuntien hyvinvointisuunnitelmilla pitäisi olla yhteinen perussävel ja tavoite, jotta päästään tuloksiin. Soten mukana tulee tasavertaiseksi toimijaksi kolmas sektori, joka jo nyt hoitaa laajan osan terveydenedistämistyöstä. Hallituksen terveystalustavoitteina on vähentää terveyden eriarvoisuutta ja vahvistaa sairauksia ehkäisevää ja terveyttä edistävää työtä. Tämä onkin lähes ainoa keino hillitä terveystalusten kysyntää. Jotta näissä tavoitteissa edistyttäisiin uuden lainsäädännön aikana, on lainvalmistelussa otettava huomioon terveyden edistämiseen liittyvien laajojen verkostomaisten työtapojen mahdollistaminen yhteiskunnassa, muuten on reaalinen vaara, että maakunta ja kunnat puhuvat eri kieltä ja toimivat niin, etteivät tehdyt ratkaisut terveyden edistämässä tue toisiaan eivätkä terveyden edistämisen menetelmät kehity ihmisten tarpeita vastaavaksi.

Kaiken avain on palvelujen järjestäjän eli tilaajan rooli! Tilaajan on osattava vaatia toiminnan painopistettä siirrettäväksi ehkäisevään työhön ja valvottava, että palvelupaketeissa ehkäisevä työ on huomioitu. STM:n ohjausmahdollisuutena ovat todennäköisesti rahalliset kannustimet eli rahoitusjärjestelmään on sisään rakennettava kuntalaisten terveyden edistymisestä saatavat bonukset, ettei käy niin, että vuosien työ valuu hukkaan ja kunnissa ajatellaan (kuten aikoinaan), että terveydenhuolto hoitakoon omat asiansa.

## Kohonneessa tyypin 2 diabetesriskissä olevien tavoittaminen sekä ryhmämuotoinen ja digitaalinen elintapaohjaus erilaisille väestöryhmille – kokemuksia StopDia tutkimuksesta

Tanja Tilles-Tirkkonen<sup>1</sup>, Pilvikki Absetz<sup>1</sup>, Marja Harjumaa<sup>2</sup>, Elina Mattila<sup>2</sup>, Reija Männikkö<sup>1</sup>, Riia Järvenpää<sup>2</sup>, Jaana Lindström<sup>3</sup>, Leila Karhunen<sup>1</sup>, Timo Lakka<sup>4</sup>, Jussi Pihjalamäki<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Itä-Suomen yliopisto, kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö, Kuopio

<sup>2</sup> Teknologian tutkimuskeskus VTT, Espoo

<sup>3</sup> Terveiden ja Hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut yksikkö

<sup>4</sup> Itä-Suomen yliopisto, Biolääketieteen yksikkö, Kuopio

tanja.tilles-tirkkonen@uef.fi, Itä-Suomen yliopisto, PL 1627 70211 Kuopio

Tyypin 2 diabetes on keskeinen kansanterveydellinen haaste. Arviolta puoli miljoonaa suomalaista sairastaa tyypin 2 diabetesta. Lisäksi 30 %:lla väestöstä on kohonnut riski sairastua siihen. Tyypin 2 diabetekseen liittyy perinnöllinen alttius, mutta on myös vakuuttavaa tutkimusnäyttöä siitä, että sairastuminen olisi vältettävissä elintapamuutoksilla. Elintapamuutoksia tukeva ohjaus ei ole kuitenkaan riittävästi juurtunut osaksi terveydenhuollon toimintaa.

Kohonneessa riskissä olevien tunnistamiseen voidaan käyttää tutkimusnäyttöön pohjautuen kehitettyä FINDRISK-diabetesriskitestä. Suomessa kohonneessa riskissä olevien tavoittamista tehdään pääosin terveydenhuollon kautta. Erilaisia viestintäkanavia riskissä olevien tavoittamiseen olisi kuitenkin tarjolla laajemminkin. Tieto eri kanavien tehosta ja siitä millaisia väestöryhmiä niiden kautta voidaan saavuttaa, on kuitenkin puutteellista.

Stop Diabetes – tutkimushankkeessa on tavoitteena luoda osaksi yhteiskuntaa toimintamalli tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn. Tutkimuksessa on hyödynnetty useita eri viestintäkanavia kohonneessa tyypin 2 diabetesriskissä olevien tavoittamiseksi ja tunnistamiseen on käytetty FINDRISK -testiä. Tutkimushankkeessa kehitetyn Pienet teot-digisovelluksen ja IkäHyvä Päijät-Häme -ryhmäohjausmalliin pohjautuvan StopDia-ryhmäohjausmallin toimivuutta ja vaikuttavuutta tutkitaan randomoidussa kontrolloidussa tutkimusasetelmassa (RCT). Tutkimukseen (RCT) on osallistunut noin 3000 kohonneessa tyypin 2 diabetesriskissä olevaa henkilöä. Lisäksi tutkimushankkeessa on toteutettu pilottitutkimus mallien soveltumisesta osaksi matalan kynnyksen palveluja, kuten ruoanjakelua ja kuntouttavaa työtoimintaa. StopDia – tutkimushanketta toteuttavat Itä-Suomen yliopisto, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos ja VTT yhdessä yli kahdenkymmenen yhteistyökumppanin kanssa. Tutkimushanketta rahoittaa Suomen Akatemian Strategisen tutkimuksen neuvosto.

Esityksessä tarkastellaan alustavasti erilaisten viestintäkanavien avulla tavoitettavia väestöryhmiä sekä voimaannuttavan ryhmäohjauksen ja digiohjauksen toimivuutta osana eri toimipaikkojen toimintaa. Alustavien tulosten mukaan tehokkaimpia viestintäkanavia tavoittamaan kohonneessa tyypin 2 diabetesriskissä olevia ovat lehtiartikkelit, sukulaisten ja tuttavien kautta saatava viesti, työpaikkojen kautta tapahtuva viestistä ja sosiaalinen media. Eri viestintäkanavien merkityksen todettiin vaihtelevan sosiodemografisten taustatekijöiden mukaan. Voimaannuttavaa ryhmäohjausmallia toteuttaneet ryhmäohjaajat kokivat ryhmäläisten hyötyneen ohjauksesta ja myös itse voimaantuneensa. Digisovelluksen käyttöaktiivisuus RCT-tutkimuksessa oli aktiivista; 60 % raportoi ottaneensa sovelluksen säännölliseen käyttöön. Osana ruoan jakelua ja kuntouttavaa työtoimintaa sovelluksen säännölliseen käyttöön ottaneita oli 33 %.

## Itsemääräämisteoria ja käyttäytymisen muutostekniikat mobiilisovelluksella toteutettavassa ohjauksessa

Aija Logren, Sanni Tiitinen, Sakari Ilomäki, Johanna Ruusuvoori  
Evidence-based health promotion at work –hanke, Tampereen yliopisto  
aija.logren@uta.fi

Markkinoilla on lukuisia mobiilisovelluksia jotka tähtäävät käyttäjän terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen, mutta vain murto-osa niistä perustuu tutkimustietoon elintapakäyttäytymisestä ja muutosprosessia edistävästä tekijöistä. Esimerkiksi suosituimmista liikunnan lisäämiseen tähtäävistä mobiilisovelluksista noin puolet keskittyy tietojen ja taitojen lisäämiseen. Muutoksessa harvoin on kyse puhtaasti tiedollisten ja taidollisten puutteiden poistamisesta. Promo@Work –hankkeessa tarkasteltiin, miten interventiossa voitaisiin hyödyntää monipuolisesti käyttäytymisen muutostekniikoita ja käyttäytymistieteellistä teoriatietoa. Aikaisempien meta-analyyysien perusteella kehitettiin mikroyrittäjien työstä palautumista ja työkykyä tukeva mobiilisovellus.

Tässä esityksessä kuvaamme, miten itsemääräämisteoria ja toimiviksi osoitetut käyttäytymisen muutostekniikat yhdistettiin terveystietoisuutta koskevaan substanssisisältöön mobiilisovelluksessa. Tarkastelemme, millaisia käyttäytymisen muutostekniikoita interventioon valittiin ja miten ne toteutettiin itsemääräämisteorian valossa.

Itsemääräämisteoriassa ihminen nähdään luonnostaan aktiivisena, motivoituneena ja kehittyvänä. Toiminnan säätelyä kuvataan kolmivaiheisen mallin avulla. Ensimmäisessä, niin sanotussa sisäisesti pakotetun säätelyn (introjection) vaiheessa ihminen mukautuu ulkoiisiin odotuksiin ja noudattaa niitä pitääkseen yllä omanarvontuntoaan ja välttääkseen syyllisyydentunteita. Toisessa, samaistumisen (identification) vaiheessa ihminen samaistuu itse toimintaan liittyvien arvojen kanssa ja hyväksyy toiminnan ja arvot osaksi omaa itseään. Viimeisessä eli integraatiovaiheessa ihminen puolestaan yhdistää aiemmassa vaiheessa saavutetun samaistumisen osaksi identiteettinsä ydinarvoja ja -käytäntöjä. Näiden eri tasoilla sisäistettyjen säätelyn muotojen lisäksi toiminnan säätely voi perustua ulkoiisiin tekijöihin tai olla sisäsyntyistä. Mitä sisäistetympää toiminnan säätely on, sitä todennäköisemmin ihmiset kykenevät tekemään elintapamuutoksia ja ylläpitämään niitä.

Myös ihmisen perustarpeiden huomioiminen ja niihin vastaaminen ovat olennaisia toiminnan säätelyssä. Itsemääräämisteorian mukaan ihmisen motivaation perustana ovat kolme psykologista perustarvetta: 1) autonomian tarve, 2) kompetenssin tarve ja 3) liittymisen tarve. Autonomialla tarkoitetaan kokemusta itsestä toiminnan lähteenä ja mahdollisuudesta vapaaseen tahtoon toiminnassa. Kompetenssilla viitataan ihmisen kokemukseen itsestä todellisena toimijana, joka pystyy saavuttamaan haluamiaan asioita ja hyödyntämään omia kykyjään. Liittymisen tarpeella puolestaan tarkoitetaan ihmisen tarvetta tulla ymmärretyksi ja arvostetuksi.

Sen lisäksi että sovellukseen valitut muutostekniikat ovat aiemman tutkimuksen perusteella vaikuttavia, pyrimme varmistamaan, että ne huomioivat yksilön ja hänen ympäristönsä kattavasti. Tässä apuna käytimme Behavior Change Wheel -mallia ja etenkin siihen sisältyvää ajatusta ”toimintajärjestelmästä” käyttäytymisen osatekijöiden kuvaajana. Mallin ajatuksena on, että toimintaan (behavior) voidaan vaikuttaa vain siihen liittyvien kykyjen (capabilities), motivaation (motivation) ja mahdollisuuksien (opportunities) kautta (COM-B-malli). Lisäksi kyvyt ja mahdollisuudet vaikuttavat yksilön motivaatioon. Lisäksi toiminta vaikuttaa takaisin kykyihin, motivaatioon ja mahdollisuuksiin.

Mobiilisovelluksen kehitystyössä valittiin käyttäytymisen muutostekniikoita ja pohdittiin niiden toteutustapoja siten, että ne a) ovat aiempien tutkimusten valossa vaikuttavia, b) ottavat monipuolisesti huomioon kaikki COM-B-mallin osa-alueet, ja c) vastaavat itsemääräämisteoriassa määriteltyihin toiminnan säätelyn perusteisiin.

## Kehonkuvaan ja syömiseen liittyvien toimintatapojen kehittäminen nuoria kohtaavissa palveluissa (KEHUVA-hanke)

Sanna Talvia<sup>1</sup>, Leila Karhunen<sup>1</sup>, Raisa Valve<sup>2</sup>, Juho Saari<sup>3</sup> ja muu työryhmä

<sup>1</sup>Itä-Suomen yliopisto

<sup>2</sup>Helsingin yliopisto

<sup>3</sup>Tampereen yliopisto, ja Helsingin Diakonissalaitos

sanna.talvia@uef.fi

Työmarkkinoiden ja koulutuksen ulkopuolella olevat nuoret jäävät useimpien terveyttä edistävien toimenpiteiden (mm. oppilaitos/työpaikkaruokailu ja -terveydenhuolto) ulkopuolelle. Toisaalta he edustavat ryhmää, jossa elintapoihin liittyvien fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien kehittymisen riski on suuri. Nuorten ruokatottumukset ovat usein yksipuolisia eivätkä tue hyvinvointia. Helsingin Diakonissalaitoksen Vamos-palveluissa tehdyn tutkimuksen mukaan yli- tai alipainosta aiheutuva kehotytyttömyys ja heikko itsearvostus vaikuttavat nuorten koettuun hyvinvointiin jopa perinteisiä tekijöitä (tulot, koulutus, asuminen, työkokemus) voimakkaammin. Tästä huolimatta kehollisuus ja syömiseen liittyvät kysymykset ovat jääneet toistaiseksi vähälle huomiolle haavoittuvassa asemassa olevien nuorten parissa tehtävässä työssä.

Vain ongelmien esiin nostamiseen ja tiedon lisäämiseen perustuvat toimet eivät johda elintapojen muutokseen. Kokemus haavoittuvassa asemassa olevien nuorten parissa on osoittanut, että nuoret pystyvät sitoutumaan hyvinvointiaan edistäviin tavoitteisiin vasta sitten, kun he ensin arvostavat itseään. Tästä lähtökohdasta ponnistaa terveyden edistämisen määrärahalla (STM) rahoitettu KEHUVA-hanke (2017-2019). Hankkeen tausta-ajatuksena toimii ruoan ja hyvinvoinnin kaksisuuntainen yhteys: yhtäältä syömällä ravitsevaa ruokaa tasapainoisesti ja ruoasta nauttien voidaan edistää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia; toisaalta itsearvostus, pystyvyyden tunne ja hyväksytyksi tulemisen kokemus voivat vahvistaa sisäistä motivaatiota itsestä huolehtimiseen ja edistää siten hyvinvointia edistäviä ruokatottumuksia. Tavoitteena on vahvistaa haavoittuvassa asemassa olevien nuorten toimintakykyä ja elämänhallintaa kehittämällä heitä kohtaaviin palveluihin toimintatapoja, joissa yhdistyy itsemyötätunnon, myönteisen keho- ja ruokasuhteen sekä syömisestä taidon elementtejä. Hankkeessa tarkastellaan myös mahdollisuuksia osallistavan ruokapalvelutoiminnan kehittämiseen.

Hanke toteutetaan yhteistyössä Itä-Suomen, Tampereen ja Helsingin yliopistojen sekä Helsingin Diakonissalaitoksen Vamos-palveluiden kanssa.

## Lasten terveys, hyvinvointi ja palvelut (LTH) -tutkimus: uutta tietoa pienistä lapsista perheineen

Vuorenmaa Maaret, Kivimäki Hanne, Hedman Lilli, Rajala Rika, Klemetti Reija  
maaret.vuorenmaa@thl.fi, Mannerheimintie 166, Helsinki, Finland

Tutkimuksen on toteuttanut THL:n Lapset, nuoret ja perheet -yksikkö. Pilottitutkimus toteutettiin Etelä-Karjalassa, Päijät-Hämeessä (+Iitti ja Myrskylä, ei Heinola), Kanta-Hämeessä (ei Janakkala), Etelä-Savossa (ei Heinävesi), Huittisissa, Järvenpäässä, Kirkkonummella, Lapinjärvellä, Lohjalla, Loviisassa, Mäntsälässä, Pornaisissa, Porvoossa ja Sipoossa. Nelivuotiaiden tiedonkeruu on käynnissä 290 Manner-Suomen kunnassa (ei Helsinki, Vantaa, Kerava, Nurmijärvi ja Tyrnävä).

### Tausta

Pienten lasten ja heidän perheidensä terveydestä, hyvinvoinnista ja palvelukokemuksista ei ole ollut saatavilla kansallisesti kattavaa seurantatietoa. Tietoa tarvitaan päätöksenteon tueksi, lapsiperhepalvelujen kehittämiseksi paikallisella, alueellisella ja kansallisella tasolla sekä valtakunnallisessa ohjauksessa ja politiikkapäätösten arvioinnissa. Osana Lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelmaa (LAPE) on kehitetty ja käynnistetty Lasten terveys, hyvinvointi ja palvelut (LTH) -tutkimus, joka jatkuu tulevaisuudessa osana THL:n säännöllisesti toteutettavia väestötutkimuksia.

### Tarkoitus

LTH-tutkimuksen tarkoituksensa on tuottaa tietoa kolmi-nelikuisten ja nelivuotiaiden lasten ja heidän perheidensä hyvinvoinnista, terveydestä, osallisuudesta ja toimintakyvystä sekä näihin yhteydessä olevista tekijöistä. Sen lisäksi tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa kolmi-nelikuisten ja nelivuotiaiden lasten ja heidän perheidensä avun, tuen ja palvelujen saatavuudesta ja palvelujen tarpeisiin vastaavuudesta sekä avun ja tuen riittävydestä.

### Tutkimusaineisto ja -menetelmät

LTH-tutkimuksen tiedonkeruu toteutetaan joka toinen vuosi koko maassa ja se kohdistuu vuorotellen kolmi-nelikuisiin vauvoihin ja nelivuotiaisiin lapsiin perheineen. Perheet rekrytoidaan tutkimukseen lastenneuvolan laajassa terveystarkastuksessa. Tutkimuksessa kerätään tietoa kyselylomakkeilla lapsen molemmilta huoltajilta ja lastenneuvolan terveydenhoitajilta. Kysely-aineistot yhdistetään toisiinsa anonyymien tutkimustunnisteiden avulla. Kyselyaineisto yhdistetään myöhemmin lapsen henkilötunnuksen avulla myös rekistereihin tietosisällön laajentamiseksi (syntyneiden lasten rekisteri, Kelan hoitotuki-, lääkeosto- ja korvaustiedot, hoitoilmoitusrekisterit, lastensuojelu- ja epämuodostumarekisteri).

Pilottitutkimuksena toteutettiin kolmi-nelikuisiä vauvoja ja heidän perheitään koskeva tiedonkeruu kuuden maakunnan alueella loka-marraskuussa 2017. Pilottitutkimukseen osallistui yhteensä 659 vauvaperhettä. Terveystarkastajat täyttivät 639 vauvasta terveydenhoitajan lomakkeen. Kyselylomakkeeseen vastasi 746 vanhempaa, joista 439 oli äitejä ja 307 toisia vanhempia. Yhteensä 451 vauvasta on toisen tai molempien täyttämä kyselylomake. Kaiken kaikkiaan tietoa saatiin yhteensä 657 vauvasta perheineen.

Ensimmäinen kansallinen nelivuotiaisiin lapsiin ja perheisiin kohdistuva tiedonkeruu käynnistyi 290 Manner-Suomen kunnassa helmikuussa 2018 ja perheiden rekrytointi tutkimukseen jatkuu lokakuun 2018 loppuun asti. Tässä esityksessä käytetään 31.5.2018 mennessä kertynyttä aineistoa. Tämä aineisto koostuu yhteensä 8196 nelivuotiaasta lapsesta perheineen. Terveystarkastajat olivat täyttäneet 8015 nelivuotiaasta lapsesta terveydenhoitajan lomakkeen. 31.5. mennessä 4613 vanhempaa oli täyttänyt ja palauttanut kyselylomakkeen ja yhteensä 3773 nelivuotiaasta lapsesta oli käytettävissä yhden tai molempien vanhempien täyttämä kyselylomake.

### Tulokset

Sosiaalilääketieteen päivillä esitetään ja vertaillaan keskeisiä tuloksia kolmi-nelikuisten vauvojen ja nelivuotiaiden lasten ja heidän perheidensä hyvinvoinnista, terveydestä ja palvelukokemuksista. Nelivuotiaiden lasten ja heidän perheidensä tulokset ovat alustavia, koska tiedonkeruu on edelleen kesken.



## **Koulupoissaolot Suomen kymmenessä suurimmassa kaupungissa – tutkimus puuttumiskäytännöistä**

Katja Melander, Silja Kosola, Laura Aittoniemi, Katariina Mäki-Kokkila, Riittakerttu Kaltiala-Heino, Minna Kaila ja Elina Hermanson  
katja.melander@helsinki.fi, Kalastajankuja 4 F 43, 02230 Espoo

Suorituspaikat: Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku, Tampere, Oulu, Kuopio, Kouvola, Lahti ja Jyväskylä

### **Ongelma**

Koulupoissaolot haittaavat oppimista, kertovat oppilaan toimintakyvystä ja liittyvät esimerkiksi syrjäytymisriskiin sekä riskikäyttäytymiseen. Ne vahingoittavat sosiaalisten taitojen kehittymistä, mikä voi johtaa huonoon itsetuntoon ja ihmissuhdevaikeuksiin niin koulu- kuin aikuisiällä. Useimmiten toistuvien koulupoissaolojen taustalla on psyykkistä sairastavuutta, mutta ne voivat johtua myös ruumiillisesta sairaudesta, jota ei vielä ole todettu tai joka on huonossa hoitotasapainossa. Riskit liittyvät sekä luvattomiin (lintsaus) että huoltajan luvalla tapahtuviin poissaoloihin, jotka ovat tunnistettava, nykyisiin ja tuleviin ongelmiin viittaava merkki. Kansallista ohjetta koulupoissaoloihin puuttumiseen ei ole, vaan jokaisella kunnalla on omat käytäntönsä. Tässä tutkimuksessa kartoitimme Suomen 10 suurimman kunnan käytännöt toistuviin koulupoissaoloihin puuttuttaessa.

### **Menetelmät ja aineisto**

Halusimme selvittää milloin ja miten poissaoloihin puututaan sekä mikä on kouluterveydenhuollon rooli näissä prosesseissa. Tiedot kerättiin lukuvuonna 2016-2017. Ensisijaisesti käytimme koko kaupungin toistuvia koulupoissaoloja koskevaa ohjetta (N=8 kaupunkia). Yhteisen ohjeen puuttuessa kerättiin ohjeet kaupungin ylä- ja yhtenäiskouluista. Täydentäviä tietoja pyydettiin joko sähköpostitse tai puhelimitse kaupungin tai koulun kontaktihenkilöltä. Keräsimme yhteensä 25 ohjetta, joista 17 oli yksittäisten koulujen ohjeita.

### **Tulokset**

Poissaoloihin puuttumisen ajankohta vaihteli, esimerkiksi lastensuojeluilmoitus ohjeistettiin tekemään 50-300 poissaolotunnin jälkeen, tai se puuttui ohjeista kokonaan. Pääsääntöisesti luvattomiin poissaoloihin puututaan aikaisemmin kuin luvallisiin poissaoloihin. Puuttumiskeinot olivat kaikkialla samoja. Kouluterveydenhuolto mainittiin 13 (62%) kirjallisessa ohjeessa, joista neljä (18%) oli laadittu ilman kouluterveydenhuollon panosta.

### **Johtopäätökset**

Koulupoissaoloihin puuttuminen vaihtelee erityisesti puuttumisajankohdan osalta. Tutkimusten mukaan poissaoloihin on vaikeampi puuttua, jos ei ole ennalta sovittu, milloin ja miten tilanteeseen tartutaan. Kouluterveydenhuollon rooli vaikuttaa vakiintumattomalta. Kouluterveydenhuollon yhteistyötä koulun muiden toimijoiden kanssa tulisi tiivistää. Poissaoloihin puuttumisesta tulisi laatia tutkittuun tietoon perustuva kansallinen ohjeistus.

## Tyydyttämätön tuen ja avun tarve kouluterveydenhuollosta erilaisia toimintarajoitteita kokevilla nuorilla

Outi Kanste, Dosentti, TtT, Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikkö, PL 5000, 90014 Oulun yliopisto  
outi.kanste@oulu.fi

### Tausta

Kansainväliset lapsen ja vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevat yleissopimukset velvoittavat parantamaan vammaisten lasten ja nuorten mahdollisuuksia saada palveluja yhdenvertaisesti. Palvelutarpeisiin vastaamisesta tarvitaan tietoa palvelujen seurannassa paikallisella, maakunnallisella ja kansallisella tasolla sekä koulujen toiminnan, nuorten palvelujen ja opiskeluhuollon kehittämisessä.

### Tarkoitus

Tutkimuksessa kuvataan nuorten tuen ja avun tarvetta ja saamista kouluterveydenhuollosta toimintarajoitteisilla ja muilla nuorilla sekä erityisesti tyydyttämätöntä tuen ja avun tarvetta sosiodemografisten tekijöiden mukaan.

### Menetelmät

Tutkimuksessa käytettiin valtakunnallisen Kouluterveyskyselyn 2017 aineistoa. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat perusopetuksen 8. ja 9. luokkien oppilaat (n = 72 994). Nuorten toimintarajoitteita mitattiin kansainvälisen suosituksen mukaisesti kuuden toimintakyvyn ulottuvuuden kautta. Näitä ovat näkeminen, kuuleminen ja liikkuminen sekä kognitiivisista toiminnoista muistaminen, uusien asioiden oppiminen ja keskittyminen. Tuen ja avun tarvetta ja saamista tarkasteltiin terveydenhoitajalta ja lääkäriltä kouluterveydenhuollosta. Aineisto analysoitiin ristiintaulukoinnilla,  $\chi^2$ -merkitsevyydestillä ja logistisella regressioanalyysillä.

### Tulokset

Noin 15 prosenttia 8.–9. luokkalaisista nuorista arvioi, että heillä oli jokin vakava toimintarajoite, tytöistä suurempi osa kuin pojista. Nuorista, jotka ilmoittivat tarvinneensa tukea ja apua terveydenhoitajalta, kymmenesosa ei ollut sitä saanut. Lääkäriltä tukea ja apua tarvinneista nuorista noin joka kuudes ei ollut saanut sitä. Tyydyttämätön tuen ja avun tarve kouluterveydenhuollosta oli yli kaksi kertaa yleisempää erilaisia toimintarajoitteita kokevilla nuorilla kuin muilla nuorilla. Erilaisia toimintarajoitteita kokevilla oli yli kaksinkertainen riski jäädä ilman tarvitsemaansa tukea ja apua kouluterveydenhuollosta, vaikka sosiodemografiset tekijät vakioitiin. Tyydyttämätöntä tuen ja avun tarvetta oli erityisesti niillä 8.–9.luokkalaisilla, joilla oli kognitiivisiin toimintoihin liittyviä vaikeuksia.

### Johtopäätökset

Toimintarajoitteisten nuorten hyvinvointi ja tuen saaminen ovat monella tavoin heikompia kuin muiden nuorten. Toimintarajoitteisilla nuorilla on muita nuoria enemmän hyvinvointiin ja terveyteen liittyviä tuen tarpeita, joista osa voi jäädä tunnistamatta, ja nuori voi kokea jäävänsä ilman tukea ja apua. Osalle toimintarajoitteisista nuorista saattaa kasautua useita hyvinvointia uhkaavia tekijöitä. Erot toimintarajoitteisten ja muiden nuorten välillä ovat suuria, mikä on haaste yhdenvertaisuuden toteutumiselle. Eriarvoisuuteen voidaan vaikuttaa kouluissa ja palveluissa esimerkiksi lisäämällä edelleen osallisuutta ja yhteisöllisyyttä sekä kehittämällä tuen tarpeen varhaista tunnistamista. Kouluterveydenhuollolla ja opiskeluhuollolla on tärkeä tehtävä terveys- ja hyvinvointierojen kaventamisessa ja yhdenvertaisuuden edistämässä.

## Suomenruotsalais-saamelainen romani – pilailuvastaukset nuorten kyselytutkimuksessa

Ikonen Riikka<sup>1</sup>, Kanste Outi<sup>2</sup>, Kivimäki Hanne<sup>1</sup>, Luopa Pauliina<sup>1</sup>, Halme Nina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

<sup>2</sup>Oulun yliopisto

hanne.kivimaki@thl.fi, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, PL 30, 00271 Helsinki

Kyselylomakeaineiston luotettavuuden tarkastelu on välttämätön osa laadukasta tutkimusta. Nuorilta kerättyssä aineistossa yhtenä riskinä on, että nuoret voivat antaa tahallisesti vääriä, usein ääriarvoja antavia, vastauksia kysymyksiin. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää tällaisten pilailuvastauksien määrää suuressa väestöaineistossa.

Tutkimuksessa käytettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen keräämää Kouluterveyskysely 2017 aineistoa. Nimettömään ja vapaaehtoiseen kyselyyn vastasi luokkatilanteessa 73 680 perusopetuksen 8. ja 9. luokan oppilasta (aineiston kattavuus 63 %), 34 961 lukion 1. tai 2. vuoden opiskelijaa (aineiston kattavuus 51 %) ja 31 188 ammatillisten oppilaitosten 1. tai 2. vuoden opiskelijaa (aineiston kattavuutta ei voida luotettavasti laskea). Pilailuvastauksien tunnistamiseksi kyselystä identifioitiin kolme kysymyssarjaa, jotka tuottivat epätodennäköisen yhdistelmän: ateriointi (nuori ilmoittanut, että ei syö aamupalaa, lounasta, iltaruokaa, iltapalaa eikä välipaloja kouluviikon aikana yhtenäkin päivänä), toimintarajoitteet (nuori joka ilmoitti, että ei pysty toimimaan lainkaan kysytyillä kuudella toimintakyvyn ulottuvuudella tai heillä oli niillä paljon vaikeuksia) sekä kulttuuriryhmiin kiinnittyminen (nuori ilmoittanut kuuluvansa saamelaisiin, romaneihin ja suomenruotsalaisiin). Aineisto analysoitiin kuvailevilla tilastomenetelmillä.

Vastaaajista 98,7 % (n = 114 047) ei antanut pilailuvastausta mihinkään kolmesta tarkastellusta kysymyssarjasta. Pilailuvastauksia tunnistettiin 0,6 % (n = 804) ateriointia koskevassa kysymyssarjassa, 0,6 % (n = 857) toimintarajoitteissa ja 1,0 % (n = 1175) kulttuuriryhmiin kiinnittymistä koskevassa kysymyssarjassa. Pilailuvastausten antaminen oli yleisintä 8. ja 9. luokkaa käyvillä pojilla (ateriointi 1,4 %, toimintarajoitteet 1,4 %, kulttuuriryhmiin kiinnittyminen 1,8 %) ja ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevilla pojilla (0,7 %, 0,6 %, 1,5 %), lukiota käyvät pojat antoivat pilailuvastauksia huomattavasti vähemmän (0,2 %, 0,2 %, 0,7 %). Tytöillä pilailuvastauksien antaminen oli verrattain harvinaista 8. ja 9. luokalla (ateriointi 0,4 %, toimintarajoitteet 0,4 %, kulttuuriryhmiin kiinnittyminen 0,5 %), ammatillisissa oppilaitoksissa (0,2 %, 0,3 %, 0,5 %) ja erityisesti lukioissa (0,0 %, 0,0 %, 0,1 %). Niistä nuorista, jotka olivat antaneet pilailuvastauksen vähintään yhdessä kysymyssarjassa (n = 1479), joka kymmenes (11,2 %, n = 165) oli tehnyt niin kaikissa kolmessa kysymyssarjassa.

Tulokset osoittavat, että nuoret, yleisimmin 8. ja 9. luokkaa käyvät ja pojat, antavat jonkin verran pilailuvastauksia. Pilailuvastauksia on noin 0-2 % vastauksista. Pilailuvastauksien antaminen ei ole systemaattista läpi kyselylomakkeen. Pilailuvastauksilla ei voida olettaa olevan vaikutusta tutkimuksen tuloksiin suuressa vastaajamäärässä, mutta tarkasteltaessa pienempiä erityisryhmiä (esimerkiksi toimintarajoitteisia nuoria) pilailuvastaukset tulee tunnistaa ja poistaa aineistosta ennen analyysia.

## Oppimisvaikeudet, psyykinen hyvinvointi ja osallisuus toisen asteen opiskelijoilla

Johanna Korkeamäki, Sanna Kärkkäinen, Elina Naamanka, Hanna Rinne, Riikka Shemeikka  
Kuntoutussäätiö, PL 39, 00411 Helsinki  
johanna.korkeamaki@kuntoutussaatio.fi

### Tavoite

Tämän meneillään olevan tutkimuksen tavoitteena on tutkia koettujen oppimisvaikeuksien yhteyttä psyykkiseen hyvinvointiin ja osallisuuteen lukiolaisilla ja ammattiin opiskelevilla. Oppimisvaikeudet ja eriasteinen psyykinen oireilu ovat toisen asteen opiskelijoilla yleisiä. Sekä todetuilla että itseraportoiduilla oppimisvaikeuksilla on havaittu yhteys psyykkiseen oireiluun, ahdistuneisuuteen ja masennukseen. Oppimisvaikeuksiin liittyy usein myös erilaisia kielteisiä koulukokemuksia, joilla voi olla vaikutusta opiskelijan hyvinvointiin myös laajemmin. Myös koettu terveys on kouluvaikeuksia raportoineilla muita nuoria heikompaa.

### Aineisto ja menetelmät

Käytetty aineisto on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen keväällä 2017 keräämä Kouluterveyskysely. Kyselyyn vastasi 57,500 16–18-vuotiasta 1. ja 2. vuoden lukio- ja ammattioppilaitoksen opiskelijaa (vastausprosentit: 51 % lukio, 40 % ammattioppilaitos). Oppimisvaikeus määritetään koettuna kirjoittamisen ja lukemisen vaikeutena sekä laskemisen vaikeutena. Psyykkistä hyvinvointia mitataan koettuna ahdistuksena (GAD-7 -mittaristo), masentuneisuutena ja koulutyöhön liittyvänä uupumuksena. Osallisuutta mitataan kysymyksellä ”Koen olevani tärkeä osa”. Tilastomenetelmänä tutkimuksessa käytetään ristiintaulukointia ja logistista regressioanalyysia. Analyysit tehdään sukupuolen ja kouluasteen mukaan. Taustamuuttujina huomioidaan ikä, koettu terveys ja perhetausta.

### Tulokset

Lukemisen ja kirjoittamisen sekä laskemisen vaikeuksia kokivat eniten ammattiin opiskelevat tytöt (18 % kirjoittaminen ja lukeminen; 16 % laskeminen), ja vähiten lukiolaispojat (12 %; 7 %). Kirjoittamisen ja lukemisen vaikeuksia kokevilla tytöillä vaikeaa ahdistuneisuutta oli 14 % lukiolaisista, ja 13 % ammattiin opiskelevista; kolminkertaisesti verrattuna tyttöihin, jotka eivät kokeneet oppimisvaikeutta. Masentuneisuus (33 % lukio ja ammattioppilaitos) ja uupumus (73 % lukio; 50% ammattioppilaitos) olivat kaksi kertaa yleisempiä. Kokemus osattomuudesta (37 % lukio, 30 % ammattioppilaitos) oli 1,5 kertaa yleisempää. Pojat kokivat vähemmän psyykkisiä vaikeuksia kuin tytöt, mutta sen sijaan erot oppimisvaikeutta kokevien ja muiden poikien välillä olivat suuremmat. Laskemisvaikeuksia kokevilla oli enemmän uupumusta ja osattomuutta kuin kirjoittamisen ja lukemisen vaikeuksia kokevilla.

### Pohdinta ja johtopäätökset

Kuvailutietojen perusteella toisen asteen opiskelijoiden kokemukset opiskeluvaikeuksista eroavat käytetyn oppimisvaikeusmääritelmän mukaan. Lisäksi poikien ja tyttöjen kokemukset oppimisvaikeuksista erosivat toisistaan. Pojat ja tytöt erosivat toisistaan myös psyykkisen hyvinvoinnin suhteen. Oppimisvaikeuksia kokevilla oli enemmän psyykkisiä vaikeuksia ja koettua osattomuutta kuin muilla opiskelijoilla. Tutkimuksen seuraavassa vaiheessa tarkastellaan tilastollisesti opiskeluvaikeuksien ja psyykkisten tekijöiden välistä yhteyttä.

Tämä tutkimus tuo uutta tietoa koetuista oppimisvaikeuksista, psyykkisestä oireilusta ja osallisuuden vahvistamisen tarpeesta toisen asteen opiskelijoiden keskuudessa. Tutkimuksen tuomaa tietoa voidaan hyödyntää tukea tarvitsevien opiskelijoiden tunnistamisessa, yhdenvertaisten opiskelumahdollisuuksien edistämässä ja terveyden edistämistä koskevien interventioiden suunnittelussa.

## Nuorten toimeentulotukiasiakkaiden mielenterveysongelmat ja tuen saannin kesto

Maria Vaalavuo, PhD, tutkimuspäällikkö, Taru Haula, tutkija  
Terveys- ja sosiaalitalous -yksikkö, THL Mannerheimintie 166, 00271 Helsinki  
maria.vaalavuo@thl.fi

Tässä käynnissä olevassa tutkimuksessa tarkastelemme 18–34-vuotiaiden toimeentulotukiasiakkaiden ja muun samanikäisen väestön julkisen erikoissairaanhoidon palvelujen, lääkkeiden ja Kelan kuntoutuspalveluiden käyttöä. Aikaisempi tutkimus suomalaisista toimeentulotukiasiakkaista on jo tuonut ilmi, että toimeentulotukiasiakkaat käyttävät muuta väestöä enemmän julkisia terveystalouksia ikään ja sukupuoleen katsomatta. Toimeentulotuen asiakkuuden ja erityisesti mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvän palvelunkäytön yhteys on todettu vahvaksi. Keskitymmekin tarkastelussamme erityisesti mielenterveyden häiriöiden vuoksi erikoissairaanhoidossa käyneisiin nuoriin aikuisiin.

Analyysimme perustuvat rekisteriaineistoon Helsingin, Vantaan ja Espoon asukkaista vuosina 2006–2014. Rikas aineisto pitää sisällään toimeentulotukirekisterin, hoitoilmoitusrekisterin sekä Kelan rekisterit kuntoutuksesta, reseptilääkkeiden kustannuksista ja erityislääkekorvauksista. Aineiston avulla voidaan verrata toimeentulotukiasiakkaita muuhun samanikäiseen väestöön sekä seurata yksilöitä jopa kymmenen vuoden ajan.

Nuorten toimeentulotukiasiakkaiden määrä on kasvanut 2000-luvulla ja tuen saannin kesto on keskimäärin pidentynyt, mikä tekee aiheesta yhteiskunnallisesti ja sosiaalilääketieteellisesti merkittävän. Alustavien tulosten mukaan vuonna 2014 noin 30 000 nuorta aikuista, eli noin 10 prosenttia ikäryhmästä, sai toimeentulotukea Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla. Heistä kolmasosa sai tukea yli 10 kuukautta vuoden aikana. Toimeentulotuen saanti oli yleisintä Vantaalla.

Toimeentulotukiasiakkaat käyttivät ilman toimeentulotukea pärjänneitä ikätovereitaan enemmän erikoissairaanhoidon, erityisesti psykiatrian, palveluita. Psykiatrian palveluiden käyttö oli yleisintä yli 10 kuukautta tukea saaneilla. Myös Kelan korvaukseen oikeutetut lääkeostot olivat yleisempiä toimeentulotukea saaneilla. Vuonna 2014 toimeentulotukea saaneista 18–34-vuotiaista psykiatrian palveluita käytti noin 16 prosenttia ja ilman tukea toimeen tulleista noin 3 prosenttia. Psykiatrian palveluita käyttäneistä tukea saaneilla oli selvästi yleisemmin lääkkeisiin ja päihteisiin liittyviä häiriöitä (ICD-10 diagnoosiluokituksen ryhmä F1\*), hieman yleisemmin skitsofreniatyyppisiä (ryhmä F2\*) sekä aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöitä (ryhmä F6\*), mutta hieman harvemmin neuroottisuuteen tai stressiin liittyviä diagnooseja (ryhmä F4\*). Toimeentulotukea saaneilla oli keskimäärin selvästi enemmän psykiatrian käyntejä, kun taas muita erikoissairaanhoidon käyntejä oli lähes saman verran kuin ilman tukea toimeen tulleilla. Toisaalta mielenterveysongelmista kärsivillä toimeentulotukiasiakkailla oli hieman harvemmin esimerkiksi psykoterapian käyttöä.

Tutkimus tuo lisätietoa toimeentulotukiasiakkaiden terveydentilasta sekä mahdollisista tuen saannin taustalla olevista ongelmista. Tuloksia voidaan hyödyntää toimeentulotukiasiakkaiden palvelukokonaisuuksien kehittämistyössä. Toimeentulotukiasiakkaiden lääkkeiden ja terveystalouksien käytön tarkastelu suhteessa ilman tukea pärjänneisiin ikätovereihin on kiinnostavaa myös sikäli, että toimeentulotuesta korvataan lääkekustannuksia ja sote –palveluiden asiakasmaksuja.

## Millaista ammatillista osaamista terveyden ja hyvinvoinnin edistäjillä tulisi olla tulevaisuudessa?

Arja Liinamo, Kaija Matinheikki-Kokko

arja.liinamo@metropolia.fi Metropolia Ammattikorkeakoulu, PL 4000, 00079 Metropolia

Avain laadukkaaseen ja vaikuttavaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen on osaavan työvoiman kouluttaminen. Tulevaisuuden osaamistarpeita selvitettiin osana EU Central Baltic -ohjelman rahoittamaa Viron (Tallinnan yliopisto, Haapsalu College) ja Suomen (Metropolia Amk) korkeakoulujen toteuttamaa HPP-hanketta (Health Promotion Programme 2016-2019). Tavoitteena on kehittää terveyden edistämisen koulutusta. Tässä esityksessä kuvataan suomalaisten ja virolaisten vastaajien arvioimia tulevaisuuden osaamistarpeita HPP-hankkeessa toteutetun tutkimuksen pohjalta.

Molemmissa maissa toteutettiin terveyden edistämisen asiantuntijoiden (n=18) ryhmähaastattelut sekä sähköinen kysely keväällä 2017. HPP-kyselylomake laadittiin alan tutkimusnäytön, HPP -projektissa toteutettujen ryhmähaastattelujen tulosten sekä IUHPE:n (International Union for Health Promotion and Education 2016) määrittämien terveyden edistämisen ydinosaamisalueiden pohjalta. Kyselylomake sisälsi yhteensä 77 väittämää, ryhmiteltyinä yhdeksään eri kompetenssialueeseen. Vastaajat arvioivat kuinka olennaiseksi he arvioivat tulevaisuudessa kunkin väittämän kuvaaman terveyden edistämisen osaamisen eli kompetenssin. Väittämissä oli neljä vastausvaihtoehtoa: olennainen (4) tai toivottava (3) kompetenssi kaikille, erityinen kompetenssi, relevantti joillekin, mutta ei kaikille (2) ja ei relevantti kompetenssi (1). Kompetenssialueittain tuloksia kuvataan kunkin alueen väittäminen summamuuttujien keskiarvolla sekä väittämäkohtaisina profiileina. Kunkin yhdeksän kompetenssialueen sisäinen konsistenssi oli korkea. Cronbachin alphalla mitattuna sen arvo sijoittui välille .787 – .912 osoittaen mittarin luotettavuutta.

HPP-kyselyyn vastasi Suomesta 588 ja Virossa 249 julkisella-, yksityisellä-, kolmannella- tai koulutussektorilla toimivia työntekijöitä ja asiantuntijoita, josta 91 % oli naisia. Suomalaisista 45 % ja virolaisista 31 % ilmoitti käyttävänsä yli puolet työajastaan terveyden edistämiseen. Molemmissa maissa lähes 90%:lla vastaajista oli korkeakoulututkinto. Suomalaisista vastaajista neljänneksellä oli lisensiaatin tai tohtorin tutkinto. Suomalaisvastaajista suurin osa työskenteli terveystalveissa (80 %), kun taas virolaiset toimivat useimmiten koulutuksessa (38 %) ja sosiaalipalveluissa (30 %). Viron ja Suomen vastaajien näkemykset tulevaisuudessa tarvittavista terveyden edistämisen kompetensseista olivat pitkälti samansuuntaisia. Kolme tärkeintä tulevaisuuden osaamisaluetta terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi olivat Muutoksen mahdollistaminen, Tietoperusta ja Viestintä. Eestiläisten arvioinnit useimpien osaamisväittämien olennaisuudesta olivat suomalaisia korkeammat. Poikkeuksena tästä oli muutoksen mahdollisuutta kuvaava osaamisalue, jota suomalaiset pitivät olennaisimpana osaamisalueena. Yksittäisistä osaamisväittämistä olennaisimmaksi arvioitiin molemmissa maissa terveyden edistämisen ammattilaisen taito ”vahvistaa kansalaisten kykyä ottaa vastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan”.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen haasteena on saada hyvät toimintamallit ja menetelmät toteutumaan käytännössä. Kansainväliset terveyden edistämisen ydinkompetenssit ja ammatillisten standardien määrittelyt sovellettuna, Suomen palvelujärjestelmään ja toimintakulttuuriin, antavat hyvät lähtökohdat kehittää terveyden edistämisen ammattilaisten ja asiantuntijoiden koulutusta.

## Digitaaliset menetelmät kotouttamisen tukena – toimintakyvyn arviointi sähköisesti ja kulttuurisensitiivisesti

Misha Henriksson<sup>1</sup>, Shadia Rask<sup>2</sup>, Miia Wikström<sup>3</sup>, Jussi Konttinen<sup>4</sup>, Heidi Anttila<sup>5</sup>, Hannamaria Kuusio<sup>5</sup>

<sup>1</sup>projektitutkija, THL <sup>2</sup>projektipäällikkö, THL <sup>3</sup>tutkija, hankejohtaja, TTL <sup>4</sup>erityisasiantuntija, TTL <sup>5</sup>erikoistutkija, THL

misha.henriksson@thl.fi, Yhdenvertaisuus- ja osallisuus -yksikkö, Hyvinvointiosasto, THL, PL 30, 00271 Helsinki

Paikka: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL), yhteistyössä Työterveyslaitos (TTL) ja Arffman Consulting Oy  
Rahoitus: Turvapaikka-, maahanmuutto- ja kotouttamisrahasto (AMIF)

Internetin, sosiaalisen median ja mobiilisovellusten entistä paremmalla hyödyntämisellä voidaan saavuttaa nopeampia ja parempia kotoutumisen polkuja. Tämä on tärkeää sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta. THL:n koordinoiman mobiTARMO-hankkeen lähtökohtana oli sähköisen toimintakyvyn arviointimenetelmän kehittäminen, joka olisi kulttuurisensitiivinen ja tukisi kotoutumista.

Hankkeessa kartoitettiin yli 60 erilaista toimintakyvyn arviointiin kehitettyä mittaria ja kysymystä. Kartoituksen tuloksena syntyi yhteistyö Työterveyslaitoksen kehittämän Kykyviisarin kanssa. Kykyviisari on työ- ja toimintakyvyn itsearviointimenetelmä, joka perustuu vastaajan omaan arvioon tilanteestaan. Se on muodoltaan kyselylomake, jonka voi täyttää paperilla ja verkossa, myös mobiilissa.

Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa Kykyviisari käännettiin kolmelle kielelle (arabia, somali ja kurdin sorani). Kykyviisaria testattiin oleskeluluvan ja kuntapaikan saaneilla, kotoutumiskoulutuksessa olevilla henkilöillä (n=52). Kulttuurisensitiivisyyden ja käännösten laadun testaamiseen käytettiin kognitiivista haastattelua. Se on menetelmä, jossa osallistujia pyydetään kertomaan tutkimuskysymykset omin sanoin ja sanallistamaan vastaamiseen liittyviä haasteita. Kognitiivisen haastattelun avulla saatiin syvällisempi ymmärrys kysymyksiin liittyvistä epäselvyyksistä ja tulkintaeroista. Testaamisen pohjalta käännöksiin tehtiin hienosäätöä ja kysymyksiä tarkennettiin kohderyhmälle.

Hankkeen toisessa vaiheessa käännetty lomakkeet sähköistettiin. Näin Kykyviisarista saatiin selaimessa ja mobiilissa toimiva työ- ja toimintakyvyn arviointimenetelmä kolmella uudella kielellä. Arabian, somalin ja kurdin soranin lisäksi lomake on saatavilla suomeksi, ruotsiksi, englanniksi ja selkokielellä. Sähköisen version testaus jatkuu vuoden 2018 loppuun.

Digitaaliset menetelmät tarjoavat mahdollisuuksia toimintakyvyn arviointiin ja kotouttamistyöhön:

- Kulttuurista riippumatta ihmiset ovat kiinnostuneita omasta ja perheensä hyvinvoinnista. Toimintakyvyn arviointi koettiin hyödylliseksi, vaikka itsearviointi ei ole kaikille tuttua. Etenkin abstraktimmat termit ja kysymykset, jotka koskivat henkilökohtaista ja sisäistä kokemusmaailmaa (esim. *olen kokenut itseni rauhalliseksi*), koettiin haastaviksi.
- Toimintakyvyn arvioiminen esim. älypuhelimella avulla voi olla luontevampaa kuin paperilomakkeen täyttäminen, erityisesti heikosti lukeville ja kirjoittaville ihmisille. Verkkopalvelut helpottavat myös asiakkaan tavoittamista ja mahdollistavat sopivin osin etänä tehtävän asiakastyön. Toisaalta kaikki eivät osaa käyttää internetiä tai sähköisiä sovelluksia. Monet miettivät myös yksityisyyden suojaa verkkopalvelussa.
- Erityisesti oikealta vasemmalle luettavien kielten tekniseen toteutukseen liittyy haasteita.
- Useilla eri kielillä olevat sähköiset menetelmät mahdollistavat eri kielten käyttämisen rinnakkain esim. asiakas- tai ryhmänohjaustilanteissa.
- Monikielisille digitaalisille palveluille on suuri tarve. Kykyviisarin käännösversiona kohtaan on osoitettu laajaa kiinnostusta ja niitä testataan parhaillaan useissa hankkeissa ja käytännön asiakastyössä.

## Robottiikka uhka vai mahdollisuus ikääntyneen hyvinvoinnin tukemisessa

Paula Lehto, yliopettaja, TtT, Jaakko Porokuokka, palvelumuotoilija Espoo  
paula.lehto@laurea.fi, Vanha maantie 9, 02650 Espoo

Digitaalisaatio ja automaatio ovat keskeisessä roolissa pyrittäessä löytämään uusia ratkaisuja ajankohtaisiin yhteiskunnallisiin haasteisiin, kuten väestön ikääntymiseen ja hyvinvointipalvelujen kehittämiseen. Tekoälyn ja robotiikan kehitys tarjoavat keinoja vastata näihin haasteisiin. Uuden sukupolven hoivarobottien ja sosiaalisten robottien mahdollinen käyttöönotto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja kotona selviytymisen tueksi sekä palvelujen uudistamiseksi on osa tätä kehitystä.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan kotihoidon työntekijöiden käsityksiä kotihoidon nykytilasta ja hoivarobotiikan mahdollisuuksista kotihoidossa. Tutkimuskysymyksiä ovat: Millainen on kotihoidon työn nykytila työntekijöiden kuvaamana? Millaisia käsityksiä hoitotyöntekijöillä on hoivarobotiikasta kotihoidossa? Mitä odotuksia hoitotyöntekijöillä on hoivarobotiikan käytöstä kotihoidossa ja ikääntyneen hyvinvoinnin tukemisessa?

Tutkimuksen aineisto on kerätty laadullisilla tutkimusmenetelmillä. Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin fokusryhmähaastattelua, joka toteutettiin kahdessa eri vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa kartoitettiin kotihoidon nykytilaa ja toisessa vaiheessa työntekijöiden käsityksiä ja odotuksia hoivarobotiikasta. Osallistujat (n=75 neljässä ryhmässä) olivat kotihoidon työntekijöitä. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisen laadullisen sisällönanalyysin avulla. Tuloksena saatiin kuvaukset kotihoidon nykytilasta, asiakkaasta kotihoidossa, olosuhteista kotihoidon ympäristössä, kotihoidon käynnin tapahtumista ja ajankäytöstä sekä kotihoidon haasteista. Toisessa tiedonkeruuvaiheessa selvitettiin kotihoidon työntekijöiden käsityksiä ja odotuksia sekä kehitysideoita hoivarobotiikasta ikääntyneen kotihoidossa. Käsitykset ja odotukset muodostuivat robotiikkaan liittyvät peloista, robotiikan hyödyistä kotihoidossa sekä robotin käyttöominaisuuksista, sen vuorovaikutuskyvystä ja eettisistä kysymyksistä asiakkaan kokonaistilanteesta. Aineistoa on myöhemmin laajennettu haastattelemalla ikääntyneitä ja järjestämällä työpajoja hoivarobotiikkaan liittyen.

Tulosten perusteella suunniteltiin ja toteutettiin Pepper-robotilla useita ikäihmisille tarjottavia palveluita (Bingo, jumppa, viestintäsovellus, uutistenlukija, musiikkimuistelu). Tutkimuksen toteutuksessa noudatetaan tutkimuseettisiä ohjeita ja käytänteitä.

Tutkimus on osa meneillään olevaa Suomen akatemian strategisen tutkimuksen neuvoston (STN) rahoittamaa Robots and the Future of Welfare Services (ROSE)- hanketta.



## **Integroiva perhevalmennus hanke - tarvekartoitus tulevaisuuden perhevalmennuksesta**

Pirjo Koski, TtT, Metropolia AMK  
Sari Haapio, TtT, Metropolia AMK  
Kirsti Sutinen, Kehityspäällikkö, Cultura- säätiö  
Pekko Kohonen, Johtaja, Cultura- säätiö

### **Hankkeen tausta**

Perhevalmennus ei tavoita maahanmuuttajanaisia. Haasteita valmennukseen aiheuttaa mm. kielitaito, viestintä, erilaiset tavat ja perinteet ja hoitohenkilökunnan asenteet.

Hankkeen tarkoitus: Tarkoituksena on toteuttaa tarvekartoitus tämän hetken perhevalmennuksesta ja tuottaa tarvekartoituksen pohjalta ehdotus Integroivasta perhevalmennusmallista, joka soveltuu sekä valtaväestöön kuuluville, että maahanmuuttajataustaisille Suomessa asuville lasta odottaville perheille.

### **Hankkeen tavoitteet**

Hyödyntää ja vahvistetaan eri järjestöjen, kaupunkien viranomaisten ja yhdistysten välistä yhteistyötä. Osallistuttaa venäjänkielisiä ja muita maahanmuuttajavähemmistöjä suomalaiseen yhteiskuntaan ja sen palvelujärjestelmiin.

### **Hankkeen kohderyhmä**

Suomen ja venäjänkieliset lasta odottavat ja synnyttäneet äidit ja perheet sekä perhevalmennuksen toteuttajat.

### **Hankkeen toteutus vuonna 2019**

Vaihe 1: selvitetään avulla venäjän- ja suomenkielisten perheiden kokemuksia, toiveita ja odotuksia perhevalmennuksen sisällöistä, menetelmistä ja toteuttajista.

Vaihe 2: selvitetään perhevalmennuksen toteuttajien ja sidosryhmien kokemuksia, toiveita ja odotuksia perhevalmennuksen sisällöistä, menetelmistä ja toteuttajista.

Vaihe 3: kehitetään ehdotus maahanmuuttajataustaisten perheiden integroitumista tukevasta perhevalmennusmallista.

### **Hankkeen toteuttajat**

Hankkeesta vastaa Cultura-säätiö. Yhteistyökumppanit: Metropolia AMK, Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimiala, Klubok Ry.

Rahoitus: Toimintaan on haettu STEA- rahoitusta vuodelle 2019.

## Developing the logic model of change for a health promotion intervention aiming to reduce socioeconomic differences in preschoolers' health behaviors and wellbeing- the DAGIS study

Carola Ray<sup>1</sup>, Riikka Kaukonen<sup>1</sup>, Elviira Lehto<sup>1</sup>, Henna Vepsäläinen<sup>2</sup>, Reetta Lehto<sup>1</sup>, Nina Sajaniemi<sup>3</sup>,  
Maijaliisa Erkkola<sup>2</sup>, Eva Roos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Folkhälsan Research Center, Helsinki, Finland

<sup>2</sup>Department of Food and Environmental Sciences, University of Helsinki, Finland

<sup>3</sup>Division of Early Education, University of Helsinki, Finland

carola.ray@folkhalsan.fi, Folkhälsanin tutkimuskeskus, Topeliuksenkatu 20, 00250 Helsinki

### Introduction & Purpose

Socioeconomic status (SES) differences in children's energy balance-related behaviors (EBRBs) exist already at preschool age. When planning health promotion interventions targeting all, it is important to pay special attention to those who most need it. The aim is to present the process of planning the logic model of change for the Increased Health and Wellbeing in preschool (DAGIS) intervention. The first steps in the Intervention Mapping (IM) framework were used as a guiding tool in the process.

### Methods

The first steps in IM; needs assessment and the definition of behavioral outcomes were guiding the process. The needs assessment was conducted as literature review, focus group interviews, and an extensive survey among parents and preschool personnel. Mediation analysis of the survey data detected the most relevant determinants for SES differences in children's EBRBs. Additionally, behavior change theories were used in the development of the logic model.

### Results

The needs assessment showed the largest SES differences in following EBRBs; children's screen time, intake of sugary foods and drinks, and children's self-regulation. These formed the secondary outcomes. The mediator analysis yielded, together with behavior change theories, following determinants for children's EBRBs; parents and preschool personnel as role models for EBRB's, the availability and accessibility of screens and sugary food. These formed the intermediate outcomes in the intervention. Additional determinants formed the short term outcomes; norms about suitable amounts of screen time, food consumption, and physical activity (PA), importance of PA, restrictions about screen time and food consumption, knowledge about children's self-regulation and EBRBs recommendations, awareness of the EBRBs environment at home and preschool, parents and preschool personnel self-efficacy in promoting children's self-regulation and EBRBs.

### Conclusions

The development of the logic model of change for the preschool family involved intervention was preceded by an extensive needs assessment in accordance with IM. The final model includes preschool and home components which will influence short time-, intermediate-, and secondary outcomes.

## **Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estäminen; tiedonkeruu ja ehkäisevät toimet Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksella**

Mimmi Koukkula, Mika Gissler, Reija Klemetti  
mimmi.koukkula@thl.fi, FGM-asiantuntija, THL, PL 30, 00271 Helsinki

### **Tausta**

Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus (FGM/C) on ikivanha, terveysongelmia aiheuttava perinne, joka muuttoliikkeen myötä on levinnyt ympäri maailman, myös Suomeen. Suomessa asuu paljon perinnettä harjoittavista maista lähtöisin olevia maahanmuuttajia ja iso joukko tyttöjä on vaarassa joutua ympärileikatuksi. Kansalaisaloite FGM/C:n kieltävästä erillislaista on juuri saavuttanut 50 000 allekirjoittaneen rajan, joten se menee eduskunnan käsittelyyn. Suomessa on vielä vähän tutkittua tietoa tyttöjen ympärileikkauksesta. Ajantasaista tietoa ilmiön yleisyydestä, sen aiheuttamista haitoista, keinoista siihen puuttumiseksi ja jo leikattujen tyttöjen ja naisten terveyden ja hyvinvoinnin parantamisesta tarvitaan. Kahdesta väestötutkimuksesta, Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimus (Maamu) ja Ulkomaista syntyneiden työ- ja hyvinvointitutkimus (UTH), on saatu tietoa ympärileikkauksen yleisyydestä eri maahanmuuttajaryhmissä. Maamu-tutkimuksessa somalitaustaisista 69 % (N=165) ja kurditaustaisista naisista 32 % (N=224) oli ympärileikattuja. UTH-tutkimuksessa (N=298) somalitaustaisista 84 % ja Irak- tai Iran-taustaisista naisista 9 % oli ympärileikattuja.

### **Tutkimusmenetelmät**

Kysymys tyttöjen ympärileikkauksesta on sisällytetty kolmeen meneillään tai suunnitteilla olevaan tutkimushankkeeseen: Ulkomailla syntyneiden hyvinvointitutkimukseen (FinMONIK), Turvapaikanhakijoiden terveys- ja hyvinvointitutkimukseen (TERTTU) ja Kouluterveyskyselyyn. Sen lisäksi, syntyneiden lasten rekisteri ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri tuottavat tietoa ympärileikkauksista. Syntyneiden lasten rekisterin tiedonkeruu uudistettiin vuonna 2017, jolloin siihen lisättiin kysymys ympärileikkauksesta ja ympärileikkauksen avausleikkauksesta. Kaikki synnytyssairaalat paitsi HUS-alueen synnytyssairaalat, pystyivät tuottamaan tietoja uudistetun tiedonkeruulomakkeen mukaisesti. Vuonna 2016 uudistettuun äitiyskorttiin on myös lisätty kysymys ympärileikkauksesta.

### **Tulokset**

Vuoden 2017 syntyneiden lasten rekisterin uudistetussa tiedonkeruussa synnyttäjistä ympärileikattuja oli 0,35 % (N=118). Ympärileikkauksen avausleikkaus synnytyksen yhteydessä oli tehty 0,02 %:lle (N=9) synnyttäjistä. Kaksi kolmasosaa ympärileikatuista oli alle 30-vuotiaita ja kolmasosa ympärileikatuista oli ensisynnyttäjiä. Puolesta ympärileikatuista saatiin tieto ulkomaalaistaustasta ja/tai ulkomailla syntymisestä. Kaikki avausleikkauksen läpikäyneet olivat alle 30-vuotiaita. Avausleikkauksen läpikäyneistä kaksi kolmasosaa oli ensisynnyttäjiä ja kolmannes toissynnyttäjiä. Kolmasosasta oli tieto syntymämaasta ja ulkomaalaistaustasta. Lähes puolet ympärileikatuista oli tullut Suomeen vuoden 2014 jälkeen, joten heistä ei ole saatavilla tietoa kielestä tai synnyinmaasta.

### **Johtopäätökset**

Koska tiedonkeruut ovat vielä meneillään, jää kokonaiskuva Suomen ympärileikkaustilanteesta vielä vaillinaiseksi. Syntyneiden lasten rekisterin perusteella näyttää siltä, että Suomessa on synnytysikäisiä ympärileikattuja maahanmuuttajataustaisia naisia: ammattilaiset ovat niitä tunnistaneet ja kirjanneet. Monet heistä ovat tulleet Suomeen hiljattain, vuoden 2014 jälkeen. Tämän vuoksi jatkuvaa ehkäisytyötä on tärkeä tehdä. Ehkäisytyössä oleellista on tiedon jakaminen ammattilaisille, jotka kohtaavat asian työssään niin sosiaali- ja terveydenhuollossa, varhaiskasvatuksessa, kouluissa, vastaanottokeskuksissa, mediassa ja poliisissa sekä tiedonjako perinnettä harjoittavien yhteisöjen jäsenille. THL yhteistyössä STM:n ja muiden ministeriöiden ja ammattilaisten kanssa on laatimassa uutta tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämisen toimintaohjelmaa syksyn 2018 aikana.

## Koetun terveyden eriarvoisuus 1984-2014: kasvu vai kaventuminen?

Eero Lahelma<sup>1</sup>, Olli Pietiläinen<sup>1</sup>, Oona Pentala-Nikulainen<sup>2</sup>, Satu Helakorpi<sup>2</sup>,  
Ossi Rahkonen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Helsingin yliopisto, kansanterveystieteen osasto, PL 20, 00014 Helsingin yliopisto

<sup>2</sup>Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL

eero.lahelma@helsinki.fi, Helsingin yliopisto, kansanterveystieteen osasto, PL 20, 00014 Helsingin yliopisto

### Tutkimusongelma

Terveydentila jakautuu eriarvoisesti kaikissa maissa, joista tutkimustietoja on käytettävissä. Suomessa koetun terveyden sosioekonomiset erot ovat eurooppalaista keskitasoa. Tietomme terveyserojen pitkän aikavälin muutoksista ovat kuitenkin puutteelliset. Käynnissä olevassa tutkimuksessamme selvitetään 1) koetun terveyden suhteellisia ja absoluuttisia koulutuksen mukaisia eroja 31 vuoden aikana sekä 2) erojen muutoksiin vaikuttavia tekijöitä.

### Aineisto ja menetelmät

THL:n Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK) -tutkimus on koottu postikyselyinä vuosittain 1979-2014 (n=2183-4089). Aineisto edustaa 15-64-vuotiaita suomalaisia. Tutkimme 25-64-vuotiaita ja yhdistimme vuosiaineistot kuudeksi periodiksi: 1984-88, 1989-93, 1994-98, 1999-04, 2005-08 ja 2009-14. Terveydentilan mittarina oli keskitasoinen tai sitä huonompi koettu terveys. Sosioekonomisen aseman mittarina käytettiin suoritettuja koulutusvuosia jatkuvana muuttujana. Koulutuksen mukaisten terveyserojen suuruutta tarkasteltiin regressioanalyysiin perustuvilla eriarvoisuusindekseillä. RII-indeksi (Relative Index of Inequality) kuvaa esiintyvyyksien suhdetta tutkittavien ryhmien välillä ja RII:n arvo >1.0 osoittaa suhteellisia terveyseroja. SII-indeksi (Slope Index of Inequality) kuvaa esiintyvyyksien erotusta tutkittavien ryhmien välillä ja SII:n arvo >0-1.0 osoittaa absoluuttisia terveyseroja. RII ja SII sekä 95 %:n luottamusvälit laskettiin kullekin periodille, ja koko tutkimusjaksolle sovitettiin lineaarinen trendi. Analyyseissa vakioitiin ikä, siviilisääty ja tupakointi.

### Tulokset

Koetun terveyden prevalenssi laski jaksolta 1984-88 jaksolle 2009-2014 naisilla 36 %:sta 32 %:iin ja miehillä 38 %:sta 35 %:iin. Naisilla suhteellisten ja absoluuttisten koulutuksen mukaisten terveyserojen lineaarinen trendi osoitti erojen kaventumista. Perioditarkastelussa erot kaventuivat 1990-luvun puoliväliin saakka, jolloin ne kääntyivät kasvuun ja tasaantuivat 2000-luvulla. Miehillä suhteellisten erojen trendi osoitti erojen kasvua. Absoluuttisten erojen lineaarinen trendi oli tasainen, mutta trendin sisällä erot kasvoivat 1990-luvun lama-aikana ja kaventuivat tämän jälkeen. 2000-luvun lama-aikana erot jälleen kasvoivat. Iän vaikutus eroihin oli suuri etenkin tutkimusjakson alkupuolella. Siviilisäädyn ja tupakoinnin vakiointi kavensi hieman eroja.

### Johtopäätökset

Koetun terveyden koulutuksen mukaiset erot säilyivät koko 31 vuoden tutkimusjakson ajan. Vaikka naisten suhteelliset ja absoluuttiset terveyserot kaventuivat 1980-90-luvulla, ne kääntyivät kasvuun ja tasaantuivat 2000-luvulla. Miehillä suhteelliset erot kasvoivat etenkin 2000-luvulla ja absoluuttiset erot sekä 1990-luvun suurtyöttömyyden että 2000-luvun rahoituskriisin aikana. Viimeisen 20 vuoden aikana sekä suhteelliset että absoluuttiset terveyserot ovat kasvaneet naisilla ja miehillä. Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen on ollut terveystieteiden ohjelmien tavoitteena Suomessa 1980-luvulta saakka. Terveyserot ovat kuitenkin osoittautuneet varsin pysyviksi eikä ohjelmilla ole kyetty torjumaan viime vuosikymmeninä kasvaneita eroja. Jatkossa tarvitaan tehokkaampia toimia terveyserojen kasvun pysäyttämiseksi ja erojen kaventamiseksi.

## Physical heaviness of work and sitting at work as predictors of mortality: a 26-year follow-up of the Helsinki Birth Cohort Study

Tuija M. Mikkola,<sup>1</sup> Mikaela B. von Bonsdorff,<sup>1,2</sup> Minna K. Salonen,<sup>1,3</sup> Hannu Kautiainen,<sup>1,4</sup> Leena Ala-Mursula,<sup>5</sup> Svetlana Solovieva,<sup>6</sup> Eira Viikari-Juntura,<sup>6</sup> Johan G. Eriksson<sup>1,3,7</sup>

<sup>1</sup>Folkhälsan Research Center, Helsinki, Finland

<sup>2</sup>Gerontology Research Center and Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Finland

<sup>3</sup>Chronic Disease Prevention Unit, National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland

<sup>4</sup>Primary Health Care Unit, Kuopio University Hospital, Finland

<sup>5</sup>Center for Lifecourse Health Research, University of Oulu, Finland

<sup>6</sup>Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, Finland <sup>7</sup>Department of General Practice and Primary Health Care University of Helsinki and Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland

tuija.mikkola@folkhalsan.fi, Folkhälsan Research Center, PL 211, 00251 Helsinki

### Background

Evidence on the associations of occupational physical demands and sitting with mortality is contradictory. The purpose of this study was to examine the relationships of late-career physical heaviness of work and sitting at work with mortality.

### Methods

The participants were 5210 men and 4725 women from the Helsinki Birth Cohort Study. The participants were followed-up for 237322 person-years from 1990 to 2015. The likelihood of physical heaviness of work (carrying, lifting, digging) and prolonged sitting at work (>5 hours/day) were assessed using a job exposure matrix at the age of 45 to 57 years in 1990. Outcomes included all-cause mortality, and deaths due to cardiovascular diseases, cancer and external causes. Cox regression and competing risk regression models were adjusted for age and years of education.

### Results

During the follow-up, 1536 men and 759 women died. Among men, physical heaviness of work was positively and sitting at work was negatively associated with all-cause, cardiovascular and external causes mortality but they were not associated with cancer mortality. The hazard ratios (HR) for men in the highest quartile of physical heaviness of work compared to men in the lowest quartile were 1.54 (1.31 to 1.80) for all-cause mortality, 1.70 (1.30 to 2.23) for cardiovascular mortality, and 3.18 (1.75 to 5.78) for external causes mortality. Compared to the lowest quartile, the hazard ratios for the highest quartile of sitting at work among men were 0.71 (0.61 to 0.82) for all-cause mortality, 0.59 (0.45 to 0.77) for cardiovascular mortality, and 0.38 (0.22 to 0.66) for external causes mortality. In women, neither physical heaviness of work nor sitting at work were associated with mortality.

### Conclusions

Men in physically demanding work at their late work career are at higher risk of death than men in physically light work. Preventive measures against cardiovascular diseases are warranted among late-career men in physically demanding jobs.

## The impact of severe mental illness on mortality of lung cancer patients in Finland in 1990-2014

Martti Arffman, MSocS<sup>1</sup>, Kristiina Manderbacka, PhD<sup>1</sup>, Jaana Suvisaari, MD<sup>2</sup>, PhD, Research Professor, Jussi Koivunen, MD, PhD<sup>3,4,5</sup>, Sonja Lumme PhD<sup>1</sup>, Ilmo Keskimäki, MD, PhD<sup>1,6</sup>, Professor, Aulikki Ahlgren-Rimpiläinen, MD, PhD<sup>2</sup>, Eero Pukkala, PhD, Professor<sup>6,7</sup>

<sup>1</sup>National Institute for Health and Welfare, Health and Social Systems Research, P.O.Box 30, 00271 Helsinki, Finland

<sup>2</sup>National Institute for Health and Welfare, Mental Health Unit, P.O.Box 30, 00271 Helsinki, Finland

<sup>3</sup>Department of Oncology and Radiotherapy, Oulu University Hospital, Oulu, Finland

<sup>4</sup>University of Oulu, Oulu, Finland

<sup>5</sup>Medical Research Center Oulu, Oulu, Finland

<sup>6</sup>Faculty of Social Sciences, P.O.Box 100, 33014 University of Tampere, Finland

<sup>7</sup>Finnish Cancer Registry, Institute for Statistical and Epidemiological Cancer Research, Unioninkatu 22, 00130 Helsinki, Finland

martti.arffman@thl.fi, Health and Social Systems Research, National Institute for Health and Welfare, P.O.Box 30, 00271 Helsinki

### Background

While the link between mental illness and elevated cancer mortality is well established, few studies have examined lung cancer survival and mental illness in detail. Our study compared cancer-specific mortality in lung cancer patients with and without a history of severe mental illness (SMI), and whether mortality differences could be explained by cancer stage at presentation, comorbidity or differences in cancer treatment.

### Methods

We identified patients with their first lung cancer diagnosis in 1990-2013 from the Finnish Cancer Registry, their preceding hospital admissions due to SMI from the Hospital Discharge Register and deaths from the Causes of Death statistics. Cox regression models were used to estimate hazard ratios (HR) for the impact of SMI on mortality. Analyses were done separately in men and women, and by lung cancer type.

### Results

Out of the 37 852 lung cancer cases, 12% had a history of SMI. Cancer-specific mortality differences were still found between the patient groups in some lung cancer types after controlling for cancer stage at presentation and treatment. In the full model, men with a history of psychosis had a HR of 1.31 (95% CI 1.06-1.62) in small cell carcinoma, and 1.19 (1.04-1.36) in squamous cell carcinoma. Among women, the respective HRs were 1.70 (1.35-2.13) and 1.65 (1.20-2.26). Patient group differences in HRs in five-year mortality did not markedly change from the 1990s to the more recent years.

### Conclusions

We found elevated cancer-specific mortality among persons with a history of SMI. Understanding all factors contributing to mortality differences among patients with SMI requires further studies. Collaboration between patients, mental health care professionals, and oncological teams is needed in order to reduce the gap between cancer patients with and without SMI.

## Aviottomien lasten särkyneet sydämet - 80 vuotta sitten aviottomana syntyneiden lasten sydänterveys aikuisiässä

H. Maiju Mikkonen<sup>1,2,3</sup>, Minna K. Salonen<sup>1,4</sup>, Antti Häkkinen<sup>3</sup>, Clive Osmond<sup>5</sup>, Johan G. Eriksson<sup>1,4,6</sup>, Eero Kajantie<sup>1,7-9</sup>

<sup>1</sup>Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; <sup>2</sup>Lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto; <sup>3</sup>Politiikan ja talouden tutkimuksen laitos, Helsingin yliopisto; <sup>4</sup>Folkhälsanin tutkimuskeskus; <sup>5</sup>MRC Lifecourse Epidemiology Unit, University of Southampton; <sup>6</sup>Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto, Helsingin yliopisto ja Helsingin yliopistollinen sairaala <sup>7</sup>Lasten ja nuorten sairaala, Helsingin yliopisto ja Helsingin yliopistollinen sairaala <sup>8</sup>Lääketieteellinen tiedekunta, PEDEGO tutkimusyksikkö, MRC Oulu, Oulun yliopistollinen sairaala ja Oulun yliopisto, <sup>9</sup>Department of Clinical and Molecular Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim

maiju.mikkonen@thl.fi, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut-osasto  
Kansanterveyden edistäminen –yksikkö, PL 30, 00271 Helsinki

### Tausta

Sydän- ja verisuonisairaudet ovat yleisin kuolinsyy maailmanlaajuisesti, ja ne aiheuttavat edelleen lähes puolet työikäisten kuolemista Suomessa. Tutkimuksissa on osoitettu, että varhaislapsuuden alhainen sosioekonominen asema on merkittävä riskitekijä sydän- ja verisuonisairauksille. Usein sosioekonomisen aseman mittarina on käytetty vanhempien ammattiasemaa. Tässä historiallis-epidemiologisessa tutkimuksessa olemme tutkineet varhaislapsuuden huono-osaisuuden eli alhaisen sosioekonomiseen aseman yhteyttä aikuisiän sydänterveyteen (aivohalvaus, sepelvaltimotauti) käyttäen huono-osaisuuden mittarina äidin siviilisäätystä.

1930–1940-luvuilla noin 8 prosenttia helsinkiläislapsista syntyi avioliiton ulkopuolella. Ydinperheen asema oli hallitseva, ja aviottomuus nähtiin sekä yhteiskunnallisena että moraalisen ongelmana. Aviottoman lapsen saaneet naiset kuuluivat usein alempiin yhteiskuntaluokkiin, ja heidän osuutensa köyhäinhoidon avunsaajista oli suuri. On kuitenkin mahdollista, että suomalaista yhteiskuntaa ravistellut toinen maailmansota vaikutti myös aviottomien äitien asemaan.

### Tutkimusaineisto ja –menetelmät

Tutkimusaineisto muodostuu Helsingin syntymäkohorttiaineistosta, joka sisältää 13345 Helsingissä vuosina 1934–1944 syntyneen henkilön synnytyssairaalan, neuvolan ja kouluterveydenhuollon tietoja. Henkilötunnuksen avulla tiedot on yhdistetty Kuolinsyyrekisteristä, Hoitoilmoitusrekisteristä ja Tilastokeskuksesta saatuihin tietoihin perheen sosioekonomisesta asemasta (ammatti, siviilisäätty, tulot). Analyysimenetelmänä on toiminut Coxin regressio.

### Tulokset

Aviottomana syntyneiden lasten osuus tutkimusaineistossamme ennen sotaa (1934–1939) oli 240/4052 (5.9%) ja 397/9197 (4.3%) sodan aikana (1940–1944). Aviolapsiin verrattuna aviottomana syntyneillä henkilöillä oli suurempi riski sairastua aivohalvaukseen (HR 1.45, 95% CI 1.01, 2.08) ja sepelvaltimotautiin (HR 1.38; 1.02, 1.86) mikäli henkilö oli syntynyt aviottomana ennen sotaa. Sodan aikana syntyneillä tätä yhteyttä ei havaittu. Tulokset eivät täysin selittyneet lapsuuden tai aikuisuuden muilla sosioekonomisilla tekijöillä.

### Johtopäätökset

Aviottomana lapsena syntyminen on yksi sosioekonomisen aseman ulottuvuus, joka vaikuttaa terveyteen aikuisikään saakka. Merkittävä yhteiskunnallinen kriisi kuten sota voi kuitenkin muuttaa sen merkitystä nopeasti.

## Vaikuttavat käytännöt tyypin 2 diabeteksen torjunnassa - miten siinä onnistuttiin maakunnan kattavassa interventiossa

Linda Dalbom, TYKS

Päivi Rautava, tutkimusylilääkäri TYKS

[linda.dalbom@tyks.fi](mailto:linda.dalbom@tyks.fi), TYKS tutkimuspalvelut PL 52, 20521 Turku

### Tausta

Diabetes on suomalaisten kansansairaus, josta tyypin 2 diabetes kehittyy elintapojen ja perimän yhteisvaikutuksesta. Elintavat vaikuttavat pääasiassa insuliiniresistenssin kehittymiseen. Lihavuus on yksi diabeteksen suurimmista riskitekijöistä. Yli puolet suomalaisista aikuisista ovat ylipainoisia ja viidennes heistä lihavia.

Hyvän hoitotasapainon saavuttamiseksi on tuotettava kohdennettuja palveluja erityisryhmille. Parhaimmillaan kysymys on prosessista, jossa ravitsemusohjaus ja liikuntaneuvonta ovat osa kunnassa olevaa palveluketjua. Neuvontatyössä korostuu potilaan osallisuuden vahvistaminen ja voimaantuminen hoitamaan itseään.

### Tarkoitus

Tutkimuksessa selvitetään, miten yliopistosairaalan osallistuminen hallituksen kärkihankkeeseen Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon 2017–2018 (Vesote) onnistui, miten toiminta jalkautettiin kuntiin ja miten hankkeen toimenpiteet vaikuttavat alueen diabeetikkojen hoitotasapainoon. Hankkeen tavoitteena on, että elintapaohjauksessa kaikissa alueen kunnissa on käytössä vaikuttavat käytännöt.

### Hankkeessa

- koulutetaan henkilökuntaa
- otetaan käyttöön Parantavan vuorovaikutuksen – menetelmä ohjaustyössä
- kehitetään palvelutarjotin, jonne kootaan keskitetysti tiedot alueen kuntien ja järjestöjen tarjoamista palveluista
- rakennetaan joka kuntaan elintapaohjauksen palveluketju
- yhtenäistetään kirjaamista

### Metodit

Toteutetaan rekisteritutkimuksena, jossa seurataan ja verrataan alueellisesti diabeetikkojen hoitotasapainoa.

Seurataan, miten hyvin alueen kunnat osallistuvat toimintaan ja miten se näkyy kunnan diabeetikkojen arvoissa (osallistui aktiivisesti-ei osallistunut).

Arvioidaan onnistuiko kehittämistoiminta: miten kunnat osallistuivat edellä mainittuihin toimenpiteisiin.

### Tulokset

Lyhyen aikavälin tulokset voidaan raportoida vuoden 2018 lopussa, pitkän aikavälin 2019 lopussa.

### Yhteenveto

Kuvaus 500 000 ihmisen kattavan intervention käynnistämisestä, haasteita ja onnistumisista Vesote-hankkeessa vuosina 2017–2018 käytettäväksi alueuudistuksen tueksi. Hankkeen tuloksilla pyritään turvaamaan yhdenmukainen ja vaikuttava elintapaneuvonta kaikille kansalaisille.



## Kuluttajadatan mahdollisuudet kansanterveyden tutkimuksessa

Jaakko Nevalainen<sup>1</sup>, Maijaliisa Erkkola<sup>2</sup>, Hannu Saarijärvi<sup>3</sup>, Liisa Uusitalo<sup>2</sup> ja Mikael Fogelholm<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Terveystieteet, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Tampereen yliopisto

<sup>2</sup>Elintarvike- ja ravitsemustieteiden osasto, Helsingin yliopisto

<sup>3</sup>Johtamiskorkeakoulu, Tampereen yliopisto

Asiakkaista digitaalisesti kerättävän kuluttajadatan käyttö tuottaa enenevässä määrin lisäarvoa elinkeinoelämälle. Tutkimuksen näkökulmasta kuluttajadata voi tuoda mahdollisuuksia tarkastella yksilöiden valintoja ja kansanterveyttä. Suomessa on poikkeuksellisen keskittynyt päivittäistavaramarkkina, mikä mahdollistaa väestön elintapojen tarkastelun jo yhden suuren toimijan datan avulla.

LoCard-hankkeen pilottivaiheessa HOK-Elannon asiakasomistajille lähetettiin sähköinen suostumuslomake ja tiedote, jossa heitä pyydettiin luovuttamaan vuoden 2016 ostotietonsa tutkimustarkoitukseen. Aineisto koostuu 14 595 asiakasomistajan ja henkilöstön yli 13 miljoonasta ruoka-, alkoholi- ja tupakkaostotapahtumasta vuoden ajalta. Tutkittavien keski-ikä on 46 (vaihteluväli 16-90) vuotta ja heistä 68,5 % on naisia. Vuosiestojen kokonaissummaa määrittävät sukupuoli ja ikä. Olut ja tupakka olivat ostetuimpien tuoteryhmien joukossa (€/vuosi).

Tutkimusnäkökulmasta aineiston vahvuuksia ovat suuri koko, keruun kustannustehokkuus, pitkä ajallinen ulottuvuus, objektiivisuus ja ostotapahtumatietojen harvinaislaatuinen yksityiskohtaisuus. Pilottihankkeen perusteella haasteina näyttäytyvät aineiston osittainen valikoituneisuus, vajavaiset osallistujien taustatiedot, tuoteryhmittelyn paikoittainen epätarkoituksenmukaisuus sekä kortinomistajan ostojen ja kotitalouteen kuuluvien kulutuksen keskinäisen suhteen arviointi.

Kesän 2018 aikana pilottihanketta laajennettiin noin 47 000 asiakasomistajaa koskeväksi valtakunnalliseksi kolmevuotiseksi seurannaksi, joka on yhä meneillään. Laajennuksen yhteydessä tuoteryhmittelyä tarkennettiin tutkimustarkoituksiin paremmin soveltuvaksi. Suostumusten keräämisen yhteydessä toteutettiin myös mm. sosiodemografisia tietoja tarkentava kyselytutkimus. Kyselytutkimuksen aineisto mahdollistaa myös ostotietojen validoinnin.

Suomalaisille kauppaketjuille kertyvät ostotiedot ovat kansanterveystutkimuksen näkökulmasta lähes ilmainen oheistuote, jotka syntyvät jo olemassa olevissa rakenteissa ja joita on parhaimmillaan mahdollista hyödyntää riippumattomassa tutkimuskäytössä. Kuluttajadatan avulla voidaan tarkastella keskeisten kansansairauksiemme riskitekijöitä, elintapojen kasaantumista ja niiden alueellisia sekä sosioekonomisia eroja aiempaa laajemmin ja yksityiskohtaisemmin. Tutkimuksen löydöksiä voidaan käyttää eriarvoisuuden tunnistamiseen ja siihen puuttumiseen. LoCard-hankkeen tuottaman näytön avulla voidaan kehittää yritysten yhteiskuntavastuullista toimintaa.

## Päiväkodin henkilöstön käytäntöjen ja mielipiteiden yhteydet lasten ruuankäyttöön päiväkodissa

Reetta Lehto, Carola Ray, Eva Roos, Henna Vepsäläinen, Liisa Korkalo, Suvi Määttä, Kaija Nissinen, Essi Skaffari, Maijaliisa Erkkola  
Folkhälsanin tutkimuskeskus, Helsingin yliopisto

### Tausta

Ruokien saatavuuden lisäksi myös aikuisten ruokintatyylin (feeding style) ja ateriointiin liittyvien käytäntöjen on havaittu olevan yhteydessä lasten ruuankäyttöön kotona ja osin myös päiväkodissa. Tiettyjä käytäntöjä myös suositellaan käytettäväksi, vaikka aihetta on tutkittu melko vähän. Tavoitteenamme oli tutkia ateriointiin liittyvien käytäntöjen ja päiväkotihenkilöstön mielipiteiden yhteyksiä lasten ruuankäyttöön päiväkotiaikana Suomessa.

### Metodit

Tutkimus on osa DAGIS-poikkileikkaustutkimusta, jonka aineisto kerättiin 2015-2016 kahdeksassa kunnassa Uudellamaalla ja Etelä-Pohjanmaalla. Tutkimukseen osallistui 66 kunnallista päiväkotia ja 378 henkilöstön jäsentä. Henkilöstö piti päiväkotipäivän aikaista ruokapäiväkirjaa 586:lta 3-6-vuotiaalta lapselta kahden päivän ajan. Analyyseissä oli mukana lapset, jotka olivat syöneet sekä aamiaisen, lounaan että välipalan päiväkodissa ainakin toisena ruokapäivänkirjanpitopäivänä. Lasten ruuankäytöstä tutkittiin kasvisten kulutusmäärää, päiväkotiruoasta saadun energian osuutta koko päivän energiansaannista, kuidun määrää (g/MJ) ja lisätyn sokerin saantia (E%). Henkilöstö myös raportoi omia käytäntöjään ja mielipiteitään päiväkotiruoasta. Tutkittavia tekijöitä olivat roolimallius (söikö henkilöstö samaa ruokaa lasten kanssa ja samassa pöydässä), kasvisten ja hedelmien syönnin kannustaminen, ruoalla palkitseminen, mielipide päiväkotiruoasta ja näkemys siitä, tarjoillaanko päiväkodissa riittävästi kasviksia. Lisäksi ruoan tarjoilutapa (ottivatko lapset ruokaa itse vai eivät) päiväkotiryhmissä havainnoitiin. Tilastollisena menetelmänä käytettiin lineaarista regressiota. Analyyseissä vakioitiin kunta, lapsen ikä ja sukupuoli.

### Tulokset

Henkilöstön positiivinen mielipide päiväkotiruoasta ja näkemys, että kasviksia oli riittävästi tarjolla olivat yhteydessä runsaampaan kasvisten kulutukseen lapsilla. Henkilöstön roolimallina olo ja positiivinen mielipide päiväkotiruoasta olivat yhteydessä vähäisempään energiansaantiin lapsilla. Kasvisten ja hedelmien syönnin rohkaiseminen oli yhteydessä suurempaan kuidun saantiin. Lisätyn sokerin saanti oli vähäistä (4.4 E%) eivätkä tutkitut käytännöt ja mielipiteet olleet yhteydessä siihen.

### Johtopäätökset

Osa tutkituista käytännöistä ja henkilökunnan mielipiteistä oli yhteydessä lasten terveelliseen ruuankäyttöön päiväkodissa, mikä tekee näistä tekijöistä mahdollisia välineitä lasten terveellisen ruoankäytön edistämiseen.

## Myyrän vuosi – itsesäätelyn opetteluun ja kasvien käyttöön kannustavan mobiilisovelluksen pilotointi päiväkotiympäristössä

Henna Vepsäläinen<sup>1</sup>, Essi Skaffari<sup>1</sup>, Eira Suhonen<sup>2</sup>, Carola Ray<sup>3</sup>, Mikko Lehtovirta<sup>4</sup>, Linda Kokkonen<sup>3</sup>, Nina Sajaniemi<sup>2</sup>, Maijaliisa Erkkola<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Helsingin yliopisto, Elintarvike- ja ravitsemustieteiden osasto

<sup>2</sup> Helsingin yliopisto, Kasvatustieteellinen tiedekunta

<sup>3</sup> Folkhälsanin tutkimuskeskus

<sup>4</sup> Helsingin yliopisto, Molekyyli- ja lääketieteen instituutti

<sup>3</sup> NordicEdu Oy

maijaliisa.erkkola@helsinki.fi, Elintarvike- ja ravitsemustieteiden osasto, PL 66, 00014 Helsingin yliopisto

### Tutkimusongelma

Uudessa varhaiskasvatuksen ruokailusuosituksessa annetaan suuntaviivat ravitsemuksen edistämisestä ja ruokakasvatuksesta varhaiskasvatuksessa. Suositus korostaa ruokailutilanteita ja ruokakasvatusta osana pedagogista toimintaa. Varhaiskasvatussuunnitelman perusteiden mukaan päiväkotien tulee taata lapsille tasa-arvoiset mahdollisuudet teknologian käytön perustaitojen omaksumiseen. Tutkimushankkeen tarkoituksena on pilotoida hankkeessa kehitettyä digitaalista sovellusta, jota voidaan käyttää päiväkodeissa ruokakasvatuksen apuvälineenä. Tavoitteena on vahvistaa lasten itsesäätelytaitoja ja edistää positiivista asennetta ruokaa ja syömistä kohtaan.

### Aineisto ja menetelmät

”Myyrän vuosi” -pelin prototyyppi on kehitetty yhteistyössä opetuspelejä valmistavan NordicEdun kanssa. Kehitysvaiheessa kolmessa helsinkiläisessä päiväkodissa järjestettiin työpajapäiviä, joihin osallistui 4–6-vuotiaita lapsia (N=48) sekä varhaiskasvattajia. Työpajapäivien aktiviteetteihin kuului muun muassa kasviksiin, hedelmiin ja marjoihin tutustumista, niiden aistinvaraista arviointia, ruoka-aiheisia leikkejä ja olemassa olevien ruoka-aiheisten mobiilipelien pelaamista ja arviointia. Sovelluksen ensimmäinen prototyyppi kehitettiin työpajoissa koottujen havaintojen pohjalta. Syys–lokakuussa 2018 kolme helsinkiläistä päiväkotiryhmää (julkisen ja yksityisen päiväkodin ryhmä sekä erityisryhmä) saa sovelluksen käyttöönsä. Sovellus sisältää ryhmässä toteutettavia oppimistehtäviä sekä leikkejä. Varhaiskasvattajat saavat suullisen ja kirjallisen opastuksen sovelluksen käyttöön sekä mahdollisiin oheistoimintoihin (esim. maistelutilanteet). Kun ryhmät ovat käyttäneet sovellusta kuukauden ajan, sovelluksen käyttöä kuvataan kussakin osallistuvassa päiväkotiryhmässä. Aineistosta analysoidaan käyttötilanteita sekä käytön ongelmakohtia. Sovelluksesta saadaan tietoa käyttötiheydestä ja eri osien suosituimmuudesta. Lisäksi varhaiskasvattajat osallistuvat yksilö- tai ryhmähaastatteluun, jolla selvitetään sovelluksen käytettävyyttä heidän näkökulmastaan.

### Tutkimuksen merkitys

Pilotoinnin avulla saadaan tietoa digitaalisen sovelluksen käytettävyydestä ruokakasvatuksen välineenä päiväkotiympäristössä. Prototyyppiä kehitetään edelleen saadun palautteen perusteella. Jatkossa tutkitaan, voidaanko sovellusta käyttämällä lisätä päiväkotikäisten lasten itsesäätelytaitoja ja kasvien käyttöä.

## Kalja, tupakka ja ruoka asiakasomistajien ostoskasseissa

Liisa Uusitalo<sup>1</sup>, Majjaliisa Erkkola<sup>1</sup>, Tomi Lintonen<sup>2,3</sup>, Ossi Rahkonen<sup>4</sup>, Jaakko Nevalainen<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Elintarvike- ja ravitsemustieteiden osasto, Helsingin yliopisto

<sup>2</sup> Alkoholitutkimussäätiö, Helsinki

<sup>3</sup> Terveystieteet, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Tampereen yliopisto

<sup>4</sup> Kansanterveystieteen osasto, Helsingin yliopisto

liisa.uusitalo@helsinki.fi, Agnes Sjöbergin katu 2, PL 66, 00014 Helsingin yliopisto

Alkoholinkäytön terveydelliset ja sosiaaliset haittavaikutukset tunnetaan hyvin, ja lisäksi alkoholi kytkeytyy usein tupakointiin ja epäterveelliseen ruokavalioon. Alkoholinkäytöstä on kuitenkin vaikea saada luotettavaa kuvaa vastaajien valikoitumisen ja aliraportoinnin takia. Asiakasomistajakortin käytön yhteydessä automaattisesti tallentuvan ostotietoaineiston käyttäminen on uusi lähestymistapa, joka ei vaadi osallistujalta aktiivista panosta ja jossa alkoholiostot mitataan objektiivisesti. Tämän tutkimuksen tavoitteena on tarkastella yksittäisten kaupassakäyntikertojen tasolla alkoholijuomien ostoja päivittäistavarakaupoista sekä tarkastella miten alkoholiostot ovat yhteydessä ruoan ja tupakan ostamiseen.

Tutkimusaineistona käytettiin S-ryhmän ostotietoja HOK-Elannon alueen (pääkaupunkiseutu ja osa kehyskunnista) asiakasomistajilta vuodelta 2016. Aineistoon kuului 13 274 asiakasomistajaa ja 1 527 217 asiointikertaa. Ostoskassit ryhmiteltiin alkoholisisältönsä suhteen samankaltaisiin ryhmiin k:n keskiarvon klusterianalyysin avulla. Erot erilaisten kaljakassien sisältämien ruokien ja tupakan välillä testattiin lineaarisella sekamallilla.

Alkoholijuomia oli joka kuudennessa ostoskassissa. Erilaisia kaljakasseja tunnistettiin kahdeksan: 'pari kaljaa', 'pari siideriä', 'mäyräkoira olutta', 'siideriä '15 €', 'olutta 30 €', 'olutta 50 €', 'alkoholia 100 €', 'puolet olutta ja puolet siideriä' sekä 'olutta 100 €'. Yleisimpiä olivat pienet kaljakassit olutmäyräkoiraan asti. Siideriä ei ostettu suuria määriä ilman että samalla ostettiin myös olutta. Alkoholittomien vaihtoehtojen ostot olivat vähäisiä. Parin oluen tai siiderin ostajien ostoskassin sisältö oli samankaltainen kuin niillä jotka eivät ostaneet alkoholia. Ruokaan käytetty rahamäärä kasvoi alkoholiostosten kasvaessa. Makkara, virvoitusjuomat ja vedet sekä snacks-tuotteet olivat selvimmän yhteydessä alkoholiostoihin. Samat elintarvikkeet kytkeytyivät yleensä sekä olut- että siideriostoihin, mutta siiderinostajat suosivat erityisesti makeita elintarvikkeita. Tupakan suhteellinen osuus oli suurin 'mäyräkoira olutta', 'siideriä '15 €' ja 'olutta 30 €' -kasseissa.

Aiemmissä tutkimuksissa havaittu alkoholinkäytön yhteys epäterveelliseen ruokavalioon oli havaittavissa yksittäisten asiointikertojen tasolla. Alkoholin yhteydessä ostettiin runsaasti rasvaa, suolaa ja/tai lisättyä sokeria sisältäviä elintarvikkeita. Suuria määriä alkoholijuomia päivittäistavarakaupasta ostaneet asiakasomistajat eivät joutuneet tinkimään ruokaostoksista. Ruokien määrä ja laatu viittaavat siihen, että ostokset on tarkoitettu isommalle seurueelle sosiaalisessa tilanteessa nautittavaksi. Tupakkaa ostettiin suhteellisesti eniten keskikokoisten kaljakassien mukana, mikä voi viitata epäterveellisten elintapojen kasautumiseen. Automaattisesti tallentuva ostotietoaineisto antaa arvokasta tietoa väestön terveyskäyttäytymisestä.

## Unen eri osa-alueiden muutokset eläkkeelle siirryttäessä: Aktiivisena eläkkeelle - tutkimus (FIREA)

Saana Myllyntausta<sup>1</sup>, Paula Salo<sup>2,3</sup>, Erkki Kronholm<sup>3</sup>, Jaana Pentti<sup>1,5</sup>, Tuula Oksanen<sup>3</sup>, Mika Kivimäki<sup>3,4,5</sup>, Jussi Vahtera<sup>1</sup>, Sari Stenholm<sup>1,6</sup>

<sup>1</sup>Kansanterveystiede, Turun yliopisto ja Turun Yliopistollinen keskussairaala, Turku

<sup>2</sup>Psykologian ja logopedian laitos, Turun yliopisto, Turku

<sup>3</sup>Työterveyslaitos, Helsinki

<sup>4</sup>Department of Epidemiology and Public Health, University College London, Lontoo, Yhdistynyt kuningaskunta

<sup>5</sup>Clinicum, Lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto

<sup>6</sup>Terveystieteet, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Tampereen yliopisto  
saakar@utu.fi, Turun yliopisto, Kansanterveystiede, 20014 Turun yliopisto

Eläkkeelle siirtyminen tarjoaa otollisen mahdollisuuden nukkua enemmän ja myös paremmin, kun vapaa-aika lisääntyy ja työhön liittyvät stressitekijät katoavat. Aiemmissä tutkimuksissa onkin saatu viitteitä unen keston lisääntymisestä ja univaikeuksien vähenemisestä eläköitymisen yhteydessä ja pääosin näitä positiivisia muutoksia unessa on selitetty työstressin poistumisella. Ei kuitenkaan ole täysin selvää, mitä mekanismeja näiden muutoksien taustalla on ja lisää pitkäikäistutkimuksia kaivataan. Tässä tutkimuksessa pyrimme selvittämään työstressin poistumisen roolia unen muutoksissa eläköitymisen yhteydessä käyttämällä toistettuja unimittauksia. Tutkimuksessa käytettiin aineistoa Aktiivisena eläkkeelle -tutkimuksesta (Finnish Retirement and Aging study, FIREA), joka on Turun yliopistossa parhaillaan käynnissä oleva pitkäikäistutkimus. Tutkimusjoukko koostui 2053 tutkittavasta, jotka eläköityivät vuosien 2013 ja 2017 välillä. Tutkittavien unen eri osa-alueita, kuten unen kesto, erilaisia univaikeuksia, päiväaikaista väsyneisyyttä ja huolten vuoksi valvomista selvitettiin kyselyillä. Kyselyt lähetettiin tutkittaville vuoden välein sekä ennen että jälkeen eläköitymisen ja keskimäärin toistettuja mittauksia oli 3,5 tutkittavaa kohden [vaihteluväli 2–5]. Tutkimuksessa selvitettiin unen eri osa-alueiden muutoksia eläköitymisen yhteydessä ja kuinka ne olivat yhteydessä työn psykososiaalisiin stressitekijöihin, kuten työn kuormittavuuteen, heikkoon työaikojen hallintaan, ponnisteluiden ja palkkioiden epäsuhtaan ja organisaatioinaaliseen epäoikeudenmukaisuuteen ennen eläköitymistä. Unen keston havaittiin lisääntyvän ja ennenaikaisten heräämisten, virkistämättömän unen, päiväaikaisen väsyneisyyden ja huolien vuoksi valvomisen vähenevän pian eläköitymisen jälkeen. Nämä muutokset eivät kuitenkaan olleet systemaattisesti yhteydessä eri stressitekijöihin, sillä vain yksittäisten stressitekijöiden osalta havaittiin suurempia muutoksia joidenkin, mutta ei kaikkien, unen osa-alueiden osalta. Lisäksi havaittiin, että suurempi määrä stressitekijöitä ei ollut yhteydessä suurempiin muutoksiin minkään unen osa-alueen osalta. Tämän pitkäikäistutkimuksen perusteella itseraportoitu uni lisääntyy ja paranee pian eläköitymisen jälkeen. Työstressin poistumisella vaikuttaa kuitenkin olevan vain pieni rooli näiden muutoksien selittäjänä. Kaivataankin lisää pitkäikäistutkimuksia, joissa pyritään selvittämään unessa tapahtuvia muutoksia eläköitymisen yhteydessä ja joissa unta on mitattu myös objektiivisin menetelmin.

## Mitä korkeampi kato sen voimakkaammin terveyskäyttäytymisen mukaan valikoituneita vastaajia? Löydöksiä neljästä vaihtelevan vastauskadon seurantakyselytutkimuksesta

Sakari Suominen, Kansanterveystiede, Turun yliopisto, 20014 Turun yliopisto, Suomi ja University of Skövde, Ruotsi, Pekka J. Virtanen, Uppsala University ja Tampereen yliopisto, Olli Kiviruusu, Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos, Noora Berg, Uppsala University ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Urban Janlert, Umeå University  
sakari.suominen@utu.fi

### Johdanto & Tarkoitus

On epäselvää, kuinka seurantatutkimusten vastaajakato vaikuttaa tutkittujen muuttujien välisiin tilastollisiin yhteyksiin. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää valikoiko korkeampi vastauskato selkeämmin vastaajia terveyskäyttäytymisen mukaan neljässä terveyskyselytutkimusaineistossa

### Menetelmät

'Northern Sweden Cohort (NoSCo65)' kohorttitutkimus koostuu kaikista koululaisista, jotka vuonna 1981 (n = 1 083) olivat peruskoulun viimeisellä luokalla (ikä 16 vuotta) Luulajan kaupungissa Ruotsissa. Seurannassa osallistujien ollessa 43-vuotiaita 93 % kaikista 21 vuoden iässä osallistuneista oli yhä mukana. 'Younger Northern Sweden Cohort (NoSCo73)' kohorttitutkimus edustaa edellisen kanssa samanlaista otosta samasta kaupungista (n = 897) vuodelta 1989. Seurannassa osallistujien ollessa 39-vuotiaita 86 % kaikista 21 vuoden iässä osallistuneista pysyi edelleen mukana. 'Stressi, kehitys ja mielenterveys (TAM)' tutkimuksen aineisto koostui 16 vuoden ikäisistä 9. luokan peruskoulun oppilaista Tampereella vuonna 1983 (n = 2 269). Seurannassa osallistujien ollessa 42-vuotiaita 70 % 22 vuoden iässä osallistuneista oli vielä mukana tutkimuksessa. 'Terveys, hyvinvointi ja ihmissuhteet Suomessa (HeSSup)' on vuonna 1998 käynnistetty ja edelleen käynnissä oleva väestöpohjainen seurantatutkimus perustuen 64 797 henkilön Suomen työikäistä väestöä edustavaan satunnaisotokseen. Vuonna 1977 syntyneistä vastaajista 40 % osallistui seurantaan 35 vuoden iässä. Sosiaalista taustaa kuvasivat sukupuoli, työmarkkina-asema (ansiotyössä, työtön, opiskelija, muu) ja terveyskäyttäytymistä tupakointi (nykyinen vs. muut), alkoholin kulutus (humalajuominen kuukausittain tai useammin vs. muut), sekä BMI (>25 vs. muut). Aineistot yhdistettiin ja analysoitiin monimuuttujaisella logistisella regressioanalyysillä. Vastemuuttujana oli osallistuminen yhdestä tiedonkeruusta toiseen vs. osallistumattomuus. Selittäjinä toimivat sukupuoli, sosiaalinen tausta, terveyskäyttäytyminen sekä mihin kyseisistä kyselytutkimuksista oli osallistunut.

### Tulokset

Terveyskäyttäytyminen ei erotellut osallistujia osallistumattomista ainoana poikkeuksena usein humalaan juovat NoSCo73 - tutkimuksessa. Vain yksi tilastollisesti merkitsevä yhdysvaikutus voitiin todeta.

### Päätelmät

Vastauskato ei näyttänyt voimistavan vastaajien valikointia suhteessa terveyskäyttäytymiseen.

## Motivaatiolla muutokseen -koulutus ohjausosaamisen kehittämisessä

Soile Juujärvi ja Ossi Salin

soile.juujarvi@laurea.fi, Laurea-ammattikorkeakoulu, Vanha maantie 9, 02650 Espoo

Tutkimuksen suorituspaikka: Laurea-ammattikorkeakoulu

Ohjausosaaminen on yksi tunnistetuista osaamistarpeista ajankohtaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa (Kangasniemi ym. 2018). Terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi pyritään vaikuttavuuteen, mikä edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ohjausosaamisen syventämistä muuttuvassa toimintaympäristössä. Motivoiva haastattelu ja ratkaisukeskeinen ohjaus ovat tutkittuun näyttöön perustuvia ohjauksen menetelmiä, joita voidaan menestyksellisesti käyttää asiakkaiden ja potilaiden ohjaamisessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ohjausosaaminen perustuu kuitenkin pitkälti hiljaiseen tietoon. Ohjauksen teorioiden ja taitojen opiskelu tutkintoon johtavassa koulutuksessa näyttää olevan satunnaista, vaikka asiakaslähtöisyyttä painotetaan työn arvoperustana. Täydennyskoulutus ei riitä paikkamaan asiakaslähtöisyyden perustaidoissa olevia puutteita. (Juujärvi & Salin 2018).

Edellä mainituista lähtökohdista käsin olemme lähteneet kehittämään pedagogista mallia ohjausosaamisen oppimiseen meneillään olevassa STN:n rahoittamassa COPE-hankeessa. Motivaatiolla muutokseen -mallissa ohjauksen oppiminen perustuu teoreettisen perustan omaksumiseen, asteittain monimutkaistuvien taitojen harjoitteluun simuloituissa tilanteissa sekä opittujen taitojen käytännön soveltamiseen (Juujärvi & Silvennoinen 2018). Tässä esityksessä kuvaamme keväällä 2018 toteutetun opetuspilotin tuloksia. Pilotti toteutettiin sosiaali- ja terveysalan ylemmässä ammattikorkeakoulututkinnossa 5 opintopisteen kokonaisuutena. Osallistujat olivat runsaan työkokemuksen omaavia sairaanhoitajia, terveydenhoitajia ja sosionomeja (N=30).

Opiskelijat perehtyivät ohjausmenetelmien teoreettiseen perustaan etukäteistehtävässä, jossa he reflekoivat nykyistä osaamistaan ja asettivat henkilökohtaiset oppimistavoitteet. Lähiopetuksessa teoriaa sovellettiin käytännön harjoituksiin. Taitojen harjoittelu perustui omakohtaisten asiakastapausten työstämiseen moniammatillisissa pienryhmissä, joissa videoitiin ja arvioitiin simuloituja asiakaskeskusteluja. Opiskelijat arvioivat ohjaustaitojaan 19-osioisella mittarilla opintojakson alussa ja lopussa. Opiskelijat arvioivat edistyneensä 14 taidossa, joissa painottuivat heijastavan kuuntelun ja asiakaslähtöisen tavoitteen rakentamisen taidot.

Johtopäätöksenä esitetään, että ohjausosaamisen oppiminen edellyttää menetelmien taustateorioiden ja arvoperustan omaksumista, taitojen harjoittelua paloittain ja jatkuvaa palautetta taitojen kehittymisestä. Erityisesti heijastavan kuuntelun taitoihin tulisi kiinnittää huomiota, koska ne muodostavat perustan edistyneille ohjauksen taidoille. Omakohtaisten kokemusten käyttäminen oppimismateriaalina motivoi erityisesti aikuisopiskelijoita ja luo yhteistä asiakaslähtöistä orientaatiota moniammatillisessa opiskelijaryhmässä. Ohjausmenetelmien vaikuttava opettaminen edellyttää opettajan perehtyneisyyttä menetelmiin ja opiskelijoiden yksilöllistä ohjausta. Tämä on ristiriidassa sosiaali- ja terveysalan koulutuksen tendenssin kanssa, jossa oppimista siirretään enenevässä määrin verkkoympäristöön ja harjoittelupaikoille.

Juujärvi, S. & Salin, O. (2018). Kohti motivoivaa ohjausta. Julkaistavaksi hyväksytty kirjoitus.

Kangasniemi, M. ym. (2018). Optimoitu sote-ammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 39/2018.

Silvennoinen, P. & Juujärvi, S. (2018). Simulaatiot integratiivisen pedagogiikan välineenä motivoivan haastattelun oppimisessa. *Ammattikasvatuksen aikakauskirja*, 20, 46–61.

## Kuka haluaa vaihtaa terveysasemaa?

Aalto AM, Elovainio M, Muuri A, Vehko T, Parikka S, Sinervo T.  
Terveysten ja hyvinvoinnin laitos  
anna-mari.aalto@thl.fi, Postiosoite: THL, PL 30, 00271 Helsinki

### Tausta

Valinnanvapauden lisäämiseen tähtääviä toimia on terveydenhuollossa perusteltu keinona potilaiden ja asiakkaiden itsemääräämisoikeuden sekä palvelujen laadun ja tehokkuuden parantamiseen. Jotta valinnanvapaus voisi toteutua, tulee palvelujen käyttäjillä olla valinnanvaraa eli vaihtoehtoisia palveluntuottajia joista valita sekä ennen kaikkea valinnan kannalta olennaista tietoa palveluntuottajista. Valintaan liittyy kuitenkin myös muita palvelun käyttäjään liittyviä tekijöitä, kuten palvelutarpeet, kokemukset palveluista ja työllisyys. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan useita terveysaseman (TA) vaihtoaikaisiin liittyviä tekijöitä Andersenin terveyspalvelujen käyttöä kuvaavan mallin mukaisesti.

### Menetelmät

Tutkimus perustuu FinSote2018 väestökyselyyn (n=26 422, vastausprosentti 45,3). Selittävinä tekijöinä tutkittiin Andersenin mallin mukaisesti (A) altistavia tekijöitä (ikä, sukupuoli), (B) mahdollistavia tekijöitä (koulutus, työllisyys, taloudelliset resurssit, pääasiallinen avohoitopaikka, jatkuva hoitosuhde, valinnanvara terveysasemissa, riittävä valintoja tukeva tieto, palvelukokemukset) sekä (C) tarpeita (pitkäaikaissairaus, psyykinen hyvinvointi, toimintakykyrajoitteet, terveysasemakäynnit). Selittävien muuttujien yhteyksiä terveysaseman vaihtoaikaisiin analysoitiin monimuuttujaisella regressioanalyysillä.

### Tulokset

Mahdollistavista tekijöistä terveysaseman vaihtoaikaisiin olivat yhteydessä heikot taloudelliset resurssit (OR=1,4), asiointi pääasiallisesti yksityisellä sektorilla tai työterveyshuollossa (OR 1,7 ja 1,3 verrattuna julkisella sektorilla asioiviin), koettu valinnanvara (OR=1,6) sekä huonot kokemukset hoitoon pääsystä (OR=1,2), hoidon koordinaatiosta (OR=1,7) tai osallistavasta vuorovaikutuksesta henkilöstön kanssa (OR=1,4). Vakituksessa hoitosuhteessa olevat harkitsivat terveysaseman vaihtamista muita harvemmin (OR=0,8). Tarvetekijöistä terveysaseman vaihtoaikaiset olivat yleisempiä niillä, joilla oli parempi psyykinen hyvinvointi (OR=1,3). Altistavat tekijät eivät olleet yhteydessä terveysaseman vaihtoaikaisiin monimuuttujamallissa.

### Yhteenveto

Kielteiset potilaskokemukset hoitoon pääsystä, hoidon integraatiosta ja vuorovaikutuksesta henkilöstön kanssa voivat motivoida terveysaseman vaihtoon. Palvelun tuottajien tulisi panostaa palvelukokemusten laatuun. Vaihtoehtojen puuttuessa terveysaseman vaihtoa kuitenkin harkitaan harvemmin. Koska valinnanvara vaihtelee selvästi alueittain, tämän voi johtaa eriarvoisuuteen asiakkaiden mahdollisuuksissa vaikuttaa omaan hoitoonsa. Myös haavoittuvien ryhmien, kuten mielenterveysongelmaisten, mahdollisuuksiin hyödyntää valinnanvapautta terveysaseman valinnassa tulee kiinnittää huomiota.



## Young Employees' Trajectories and Occupational Class Differences in Utilization of Primary Care Services Provided by Occupational Health Service

Hilla Sumanen<sup>1,2</sup>, Jaakko Harkko<sup>3</sup>, Kustaa Piha<sup>2</sup>, Olli Pietiläinen<sup>2</sup>, Ossi Rahkonen<sup>2</sup>, Anne Kouvonen<sup>3, 4, 5</sup>  
<sup>1</sup>South-Eastern Finland University of Applied Sciences, Unit of Healthcare and Emergency care and Unit of Research, Development and Innovation <sup>2</sup>University of Helsinki, Faculty of Medicine <sup>3</sup>University of Helsinki, Faculty of Social Sciences <sup>4</sup>SWPS University of Social Sciences and Humanities in Wrocław <sup>5</sup>Queen's University Belfast, Administrative Data Research Centre – Northern Ireland, Centre for Public Health  
jaakko.harkko@helsinki.fi, Unioninkatu 35 (PL 54), 00014 Helsingin yliopisto

### Objectives

To identify groups of municipal employees between the ages of 20 and 34 years with distinct utilization trajectories of primary care services provided by occupational health service (OHS), measured as the annual number of OHS visits, and to identify demographic and socio-economic risk factors that distinguish employees in the high utilization trajectory group(s).

### Design

Retrospective register-based cohort study.

### Setting

The City of Helsinki, Finland.

### Participants

All municipal employees of the City of Helsinki aged 20-34 in the Helsinki Health Study (HHS), recruited from 2004 to 2013, with follow-up data for at least four years were included in the present study (n = 10,064).

### Outcome measure

Group-based trajectories of OHS utilization, identified with a group-based trajectory analysis (GBTA).

### Predictors

The demographic and socio-economic variables used to predict the outcome were age, first language, educational level, occupational class, part-time work and income. The analyses were stratified by gender.

### Results

A large proportion of the young employees do not use OHS primary care services. Trajectory groups of "No visits" (50%), "Low/increasing use" (18%), "Low/decreasing use" (22%) and "High/recurrent use" (10%) were identified. We found occupational class differences in primary care utilization patterns. After full adjustment, occupational class differences were seen mostly in the trajectory group of High/recurrent OHS utilization for both genders.

### Conclusions

Preventive measures should be considered among the two lowest occupational classes, and their OHS primary care utilization should be closely monitored in order to intervene early. More research with longitudinal OHS data is needed.

This study was funded by the Finnish Work Environment Fund (grant 117321).

## ACSC trajectories for primary health care authorities in Finland in 1996-2013

Markku Satokangas<sup>1-3</sup>, Sonja Lumme<sup>1</sup>, Martti Arffman<sup>1</sup>, Kristiina Manderbacka<sup>1</sup>, Ilmo Keskimäki<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Service System Research Unit, National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland

<sup>2</sup>Department of General Practice and Primary Health Care, Network of Academic Health Centres, University of Helsinki, Helsinki, Finland

<sup>3</sup>Department of Social Services and Health Care, Health Centre of City of Helsinki, Helsinki, Finland

<sup>4</sup>Faculty of Social Sciences, University of Tampere, Tampere, Finland

ilmo.keskimaki@thl.fi, Service System Research Unit, National Institute for Health and Welfare, Helsinki, PL 30, 00271 Helsinki

### Background

Due to stagnating resources and increase in staff workload, the quality of Finnish primary health care (PHC) is claimed to have deteriorated slowly. With decentralized PHC organisation, municipalities have adopted different coping strategies, resulting in regional discrepancies. To assess if these discrepancies emerge, we analysed PHC authority trajectories in hospitalisations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC).

### Methods

ACSCs, a proxy for PHC quality, comprise conditions in which hospitalisation could be avoided by timely care. We obtained ACSCs in 1996-2013 from the national hospital discharge register for subgroups of acute, chronic, and vaccine-preventable causes, and calculated annual age-standardized rates by gender and PHC authorities. According to these rates and area-level factors, such as morbidity index, expenditure ratio of primary to secondary care, and proportion of people reimbursed for private health care use, we assigned authorities to trajectories by Group-Based Trajectory Modelling.

### Results

Three trajectories emerged as authorities differed in terms of levels and rates of change for ACSCs, as well as use of health care services. Depending on the trajectory chronic ACSCs decreased (57-65%), acute ACSCs remained relatively stable, and vaccine-preventable ACSCs slightly increased (2-45%). While absolute differences in chronic ACSCs between authorities somewhat narrowed, relative discrepancies increased: comparing to the South-West regions and large cities, 20% of PHC authorities mainly in the rural Northern Finland had 32-77% higher ACSC rates, and higher morbidity and expenditure ratio, as well as the lowest coverage of reimbursements.

### Conclusions

We identified three groups of PHC authorities with differing trajectories of time trends for ACSCs suggesting that the quality of care particularly in Northern Finland authorities may have lagged behind the general improvement. The findings call for reforms supporting rural area PHC.

### Main messages

Remote rural areas of Northern Finland lagged behind in the nationwide decrease of ACSC. Emerging differences in quality of care call for supporting primary health care in rural areas.

## Cumulative disadvantage and hospitalisations due to ambulatory care sensitive conditions in 2011–2013 in Finland

Sonja Lumme<sup>1</sup>, Martti Arffman<sup>1</sup>, Kristiina Manderbacka<sup>1</sup>, Sakari Karvonen<sup>1</sup>, Ilmo Keskimäki<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Terveysthuolto ja hyvinvoinnin laitos, Järjestelmät-osasto, Helsinki

<sup>2</sup>Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Tampere  
sonja.lumme@thl.fi

### Background

Inequalities in health care are a major public health concern. Hospital admissions due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC) have been used to indirectly evaluate the effectiveness and quality of primary care. ACSCs are conditions for which hospitalisations could be avoided by preventive care and early disease management. Earlier studies have found socioeconomic inequities in ACSCs but the effect of cumulative social disadvantage on ACSCs has received relatively little attention. The aim of this study is to assess the interplay between several disadvantage indicators and ACSCs in 2011–2013 in Finland using a unique individual level register data covering the whole Finnish population.

### Methods

We analysed ACSC hospital admissions of patients aged 45-64 and over 64 in 2011–2013 in Finland. The data on ACSCs were extracted from the national hospital care register which were individually linked to the registries of Statistics Finland for data on sociodemographic factors of all inhabitants. We study the most common indicators of disadvantage, such as low education, long term unemployment, low income, and living alone. The cumulative effect of disadvantage on ACSCs is studied using logistic regression.

### Results

Our preliminary results show that cumulative disadvantage was significantly associated with ACSC. The most hazardous combination of disadvantage was simultaneous low education, low income and living alone for both age groups; Odds ratios (OR) of being hospitalized due to ACSC was 3.9 (95% CI 3.7-4.1) among younger men and 4.5 (4.3-4.7) among younger women compared with individuals without any of these risk factors and controlling for residential area. For older age groups, the OR was 2.7 (2.6-2.7) and 3.8 (3.7-3.9). Additionally, prolonged cumulative disadvantage increased further the risk of ACSC, especially among younger age groups.

### Conclusions

Our study revealed that people with cumulative social disadvantage are more likely to be hospitalized due to ACSCs. The risk was especially pronounced for younger women. Our results suggest the urge to improve the access to and/or quality of primary care among the disadvantaged in Finland. The accumulation of disadvantage can have worse effects among middle aged women and more attention to them should be paid in primary care.

## Migration, Ageing and Care – A study on 50 years and older Russian-speaking migrants in Finland

Kemppainen Laura, Olakivi Antero, Wrede Sirpa, Kouvonen Anne  
Faculty of Social Sciences, University of Helsinki  
laura.kemppainen@helsinki.fi, Snellmaninkatu 14 C, 00014 Helsingin yliopisto

Ageing and migration are important socio-demographic phenomena in Europe as well as globally. In the context of rapid population ageing as well as increasing international migration, the issues of retirement, pension and care organisation for older migrants are becoming pressing social questions. Data on the living conditions and wellbeing of older migrants, and their use of social care services are internationally rare and very little research is conducted on this topic in Finland. This research aims to contribute to filling this gap by providing new quantitative evidence on the issue by investigating Russian-speaking older migrants in Finland. Russian speaker is the biggest migrant group in Finland comprising almost 22% of all migrants in the country.

The purpose of the study is to investigate health and wellbeing of older Russian-speaking migrants as well as issues of formal and informal care, including local and transnational ties and digital communication. The research is conducted as a postal survey, which is collected in a random sample of 50 years and older Russian-speaking migrants (gross sample=3000). When the consent of the participant is acquired, survey data are linked with register data to allow for follow-up and deeper information on the health, care and wellbeing of the participants

The research aims at investigating following themes:

- 1) Health, wellbeing and use of healthcare services in ageing Russian-speaking migrants
- 2) Care preferences, practices and needs: formal and informal care
- 3) Transnational and translocal caring ties
- 4) Questions of integration and identity: host society, ethnic and transnational integration
- 5) Digital communication and inequalities

In this presentation we will present our study plan including theoretical background, methodology and research ethical questions.

This research is funded by the Centre of Excellence for Research on Ageing and Care (RG 3 Migration, Care and Ageing, Academy of Finland project number 312310).

## Suomalaisten kokemuksia täydentävistä hoitomuodoista

Tiina Väänänen, Tohtorikoulutettava, Tampereen yliopisto  
tiina.vaananen@saimia.fi, Salastintie 66, 56210 Virtutjoki

Käsittelen esityksessäni tekeillä olevaa väitöskirjatutkimustani. Sen tarkoituksena on selvittää, millaisia syitä suomalaisilla on käyttää täydentäviä hoitomuotoja, sekä millaisia kokemuksia heillä on niistä. Täydentäviin hoitoihin sisällytetään muun muassa luontaistuotteet, kehon ja mielen hoidot sekä hoitoperinteet kuten homeopatia, kiinalainen lääkitä ja eri maiden kansanparannustraditiot. Suomalaisista noin joka kolmannes on käyttänyt jotain täydentävää hoitomuotoa.

Tutkimusaineistoni koostuu 259 vapaamuotoisesta kirjoituksesta, jotka kerättiin kirjoituspyynnöllä Voi Hyvin- lehdessä 11.5.-31.8.2016. Kirjoituspyyntö levisi myös sosiaalisessa mediassa. Kirjoituksissa pyydettiin kertomaan, mihin oireeseen tai vaivaan henkilö oli täydentävää hoitoa käyttänyt, hoitomuoto sekä millaista hyötyä tai haittaa hoidosta oli ollut.

Aineistossa on yli 500 vaivaa tai syytä, joihin täydentäviä hoitomuotoja on käytetty. Yleisimmät syyt ovat tuki- ja liikuntaelinoireet, stressi ja mielenterveysongelmat, autoimmuunisairaudet, pitkäaikaissairaudet, infektiot sekä terveyden edistäminen. Hoitomuotoina on käytetty yli 30 erilaista täydentävää hoitomuotoa.

Lähes kaikki vastaajat kuvaavat käyttävänsä täydentävää hoitoa virallisen lääketieteen rinnalla. Täydentävistä hoitomuodoista kuvataan olleen hyötyä. Muutama kirjoittaja tuo esille, että hoidosta ei ollut apua ja kahdessa kirjoituksessa hoidosta kuvataan olleen haittaa.

Luokittelin tutkimusaineiston sisällönanalyysillä kolmeen eri käyttäjäryhmään. Suurin ryhmä muodostuu vastaajista, jotka kuvaavat käyttävänsä täydentäviä hoitomuotoja ja virallista terveydenhoitoa aina tarvittaessa. Toinen ryhmä ovat ihmiset, jotka ovat pettyneet viralliseen terveydenhoitoon ja saaneet vaivaansa apua täydentävistä hoitomuodoista. Kolmantena ryhmänä on vastaajat, jotka kertovat syntyneensä täydentäviä hoitoja käyttäneeseen sukuun ja hoitomuodot ovat luonteva osa heidän elämäänsä.

Käsittelen tutkimuksessani myös täydentäviä hoitoja käyttävien suhdetta viralliseen terveydenhoitoon. Virallisen terveydenhuollon nähdään hoitavan vain yhtä vaivaa ja vastaanottoajat ja hoitosuhteet ovat lyhyet. Täydentävien hoitojen kohtaamiset kuvataan tilanteina, joissa huomioidaan ihminen kokonaisuutena. Merkittävänä kokemuksena vastaajat kuvaavat kuulluksi tulemisen tunteen. Lisäksi vastaanottoajat ovat pidemmät ja hoitosuhteet ovat usein pitkäaikaisia ja sidoksissa tiettyyn hoitajaan.



Sosiaalilääketieteen yhdistys on poikkitieteellinen eri ammattiryhmistä ja tieteenaloilta sekä eri paikkakunnilta tulevien yhteinen keskustelufoorumi. Yhdistys toimii Suomen sosiaalilääketieteen ja kansanterveystieteen tutkimuksen alalla tutkijoiden ja samalla myös tutkimuslaitosten yhdyssiteenä. Sosiaalilääketieteen yhdistyksen toiminnan tarkoitus on erilaisin tilaisuuksin, aloittein ja lausunnoin edistää sosiaalilääketieteen ja sen lähialojen tutkimusta ja koulutusta.

[www.socialmedicine.fi](http://www.socialmedicine.fi)

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen toimintaan kuuluu myös Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden toimittaminen. Lehden tilaus kuuluu yhdistyksen jäsenmaksuun.

Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti on monitieteinen, vertaisarviointia käyttävä kotimainen foorumi yhteiskunnallisesti virittyneelle terveystutkimukselle. Se julkaisee empiirisiä, teoreettisia ja metodisia alkuperäisartikkeleita, tieteellisiä katsauksia ja tutkijapuheenvuoroja sekä muita kirjoituksia suomen ja ruotsin kielellä. Lehti ilmestyy neljä kertaa vuodessa.

[www.journal.fi/sla](http://www.journal.fi/sla)