

SEKSITAUTIEN PALVELUPOLKU

Nykytilan kartoittaminen ja kehittäminen Turussa

Varsinais-Suomen hyvinvointialue

Breitholtz Marjo

Opinnäytetyö

Hyvinvoinnin analytiikan asiantuntija
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

2023

Hyvinvoinnin analytiikan asiantuntija
Sairaanhoidaja YAMK

Tekijä	Marjo Breitholtz	Vuosi	2023
Ohjaaja	Milla Immonen		
Toimeksiantaja	Varsinais-Suomen hyvinvointialue		
Työn nimi	Seksitautien palvelupolku. Nykytilan kartoittaminen ja kehittäminen Turussa		
Sivumäärä	90 + 3		

Vuoden 2023 alussa voimaan tulleen sote-uudistuksen myötä perus- ja erityistason palveluja yhteensovitetaan sujuvammiksi ja kustannustehokkaammiksi. Uudistuksen takia seksitautien vuoksi asioiva asiakas tarvitsee myös selkeän ohjeistuksen, minne pitäisi hakeutua hoitoon: perusterveydenhuoltoon vai erikoissairaanhoidon. Oikean asiointipaikan valinta jää asiakkaan vastuulle. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa ja tehdä näkyväksi seksitautien nykyinen palvelupolku perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköissä Turussa ja kehittää sitä paremmin etenkin asiakasta, mutta myös terveydenhuoltoa palvelevaksi. Lisäksi seksitautien esiintyvyyttä tarkasteltiin ja analysoitiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tartuntatautirekisterin tilastojen pohjalta aiheen ajankohtauuden ja tärkeyden perustelemiseksi.

Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistyönä osana hyvinvoinnin analytiikan asiantuntija YAMK-tutkimusta. Asiakkaan palveluun ohjautumisen vaihtoehtoja selvitettiin internetistä. Palvelupolun muodostamiseksi tarvittiin kokemustietoa seksitauteja hoitavilta ammattilaisilta. Aineisto kerättiin fokusryhmähaastatteluilla, joita toteutettiin neljä. Osallistujia tuli neljästä eri yksiköstä (n=12). Aineisto pelkistettiin, teemoitettiin ja siitä muodostettiin synteesejä. Tuloksiin, havaintoihin ja kirjallisuuteen perustuen muodostettiin palvelupolku, joka visualisoi- tiin jatkokäyttöä varten.

Palvelupolku muodostettiin turkulaisille asiakkaille. Se on tehty Varsinais-Suomen tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankkeen ehkäisypalvelujen kehittämisen projektille ja siihen on käyttöoikeus kaikilla seksitauteja hoitavilla tahoilla Turussa. Se voidaan julkaista myös Varsinais-Suomen hyvinvointialueen verkkosivuilla, kunhan se on ensin implementoitu muihin hyvinvointialueen kuntiin. Seksitautien seulontaa ja seksitaudeista tiedottamista tulee lisätä tautien ehkäisemiseksi, jotta noususuhdanteiset esiintyvyyksiluvut saadaan laskuun, eivätkä oireettomat, diagnosoimattomat taudit aiheuta yhteiskunnalle kalliita jälkihoitoja. Lisäksi tärkeimmiksi kehittämiskohteiksi todettiin ammattilaisten koulutuksen lisääminen sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön ja yhteisten toimintatapojen kehittäminen.

Avainsanat sukupuoli- ja seksuaaliterveys, terveyden edistäminen, terveyspalvelut, sote-uudistus

Master of Well-being Analytics
Master of Health Care

Author	Marjo Breitholtz	Year	2023
Supervisor(s)	Milla Immonen		
Commissioned by	Wellbeing services county of Southwest Finland		
Title	Service path for sexually transmitted infections. Mapping and improving current state in Turku.		
Number of pages	90 + 3		

With the health and social services reform that entered into force at the beginning of 2023, primary and special level services will be coordinated more smoothly and cost-effectively. Due to the reform, a customer dealing with sexually transmitted infections (STIs) also needs clear instructions on where to seek treatment, primary health care or specialized medical care. Choosing the right place of service remains the responsibility of the customer. The purpose of the Master's thesis was to map and make visible the current service path for STIs in primary healthcare and specialized healthcare units in Turku and to develop it to serve the client, but also healthcare better. Also, the prevalence of STIs was examined and analyzed based on the statistics of the infectious disease register of the Institute of Health and Welfare to justify the topicality and importance of the topic.

The thesis was carried out as a research and development work as part of the Master on Health Care in Master of Well-being Analytics degree. The options for directing the customer to the service were explored on the internet. To create a service path, experience was needed from professionals treating STIs. The data was collected through focus group interviews, which were conducted four times. The participants came from four different units (n=12). The material was reduced, themed and syntheses were formed from it. Based on the results, observations and literature, a service path was formed and visualized for further use.

The service path was created for customers in Turku. It has been made for the prevention services development project of the Future Social and Health Center of Southwest Finland project, which has the right to use it at all facilities treating STIs in Turku. It can also be published on the website of the Wellbeing services county of Southwest Finland if it has first been implemented in other municipalities of the welfare area. Screening for STIs and information on STIs should be increased to prevent diseases, so that the rising prevalence rates can be reduced, so that asymptomatic, undiagnosed diseases do not cause expensive follow-up treatments to society. In addition, the most important areas of development were found to be increasing the training of professionals and developing cooperation and common operating methods between basic health care and specialized medical care.

Keywords sexually transmitted diseases, sexual health, health promotion, health services, health and social services reform

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	SEKSITAUDIT JA SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMINEN	8
2.1	Seksitauti ja seksuaaliterveys käsitteinä	8
2.2	Työkalut seksitautien ennaltaehkäisyyn	9
2.2.1	Seksuaaliterveystietämyksen lisääminen	9
2.2.2	Muut seksitautien ennaltaehkäisykeinot	12
2.3	Seksitautien seulonta	14
2.3.1	Seksitautien itämisajat ja oireet seulontatarpeen pohjana	14
2.3.2	Seksitautien diagnosointi	16
3	PALVELUPOLUN KEHITTÄMISEN LÄHTÖKOHDAT	19
3.1	Palvelupolku ja sen suunnittelu	19
3.1.1	Palvelupolku käsitteenä	19
3.1.2	Palvelupolun suunnittelun malli	20
3.2	Sote-palvelujen kehittämisen tausta	21
3.2.1	Palvelujen järjestäminen sote-uudistuksen jälkeen	21
3.2.2	Asiakaslähtöisyyden merkitys palvelujen kehittämisessä	23
3.2.3	Tiedon hyödyntäminen sote-palvelujen kehittämisessä	25
3.2.4	Kustannustehokkuus seksitautien ennaltaehkäisyssä	27
4	MENETELMÄLLINEN TOTEUTUS	30
4.1	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	30
4.2	Toimeksiantajan kuvaus	30
4.3	Opinnäytetyön lähestymistapa	31
4.4	Opinnäytetyön eteneminen vaiheittain	33
4.4.1	Opiskelijan verkostoituminen	34
4.4.2	Nykyisen palvelun taustoihin perehtyminen	36
4.4.3	Tartuntatautirekisterin tilastojen tarkastelu	38
4.4.4	Nykytilanteen kartoitus fokusryhmähaastattelujen avulla	39
4.4.5	Fokusryhmähaastattelun aineiston analysointi	40
4.4.6	Palvelupolun visualisointi ja tulosten esittäminen	41
5	TULOKSET	43
5.1	Seksitautien esiintyvyys Suomessa ja Varsinais-Suomessa	43
5.1.1	Kupan esiintyvyys Suomessa ja Varsinais-Suomessa	43

5.1.2	Klamydian esiintyvyys Suomessa ja Varsinais-Suomessa.....	47
5.1.3	Tippurin esiintyvyys Suomessa ja Varsinais-Suomessa.....	52
5.1.4	HIV:n esiintyvyys Suomessa ja Varsinais-Suomessa.....	56
5.1.5	Papilloomaviruksen ja genitaaliherpeksen esiintyvyys	60
5.2	Seksitautien palvelupolun nykytila haastateltavien näkökulmasta	61
5.2.1	Asiakkaan hoidon tarve ja yhteydenotto ammattilaiseen	61
5.2.2	Asiain käsittely.....	62
5.2.3	Näytteenotto ja hoitoon ohjautuminen	64
5.2.4	Haastateltavien näkemys kehitystarpeista	66
6	POHDINTA.....	70
6.1	Keskeisten tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	70
6.2	Eettiset lähtökohdat	74
6.3	Luotettavuuden tarkastelu.....	75
6.4	Pohdinta ja jatkokehittämissuhteet.....	76
	LÄHTEET.....	79
	LIITTEET	90

1 JOHDANTO

Seksitautitartuntojen määrä on lisääntynyt Suomessa jo useamman vuoden ajan (Hannila-Handelberg & Puumalainen 2020). Tartuntatautirekisterin mukaan esimerkiksi yleisimmän seksitaudin, klamydian, tartuntamäärä on noussut lähes 2000 tapauksella eli noin 13 %:lla vuodesta 2018 vuoteen 2022. Varsinais-Suomessa kuppataartuntoja todettiin vuosina 2018–2021 keskimäärin 14 tapausta vuodessa, kun vuonna 2022 tapausten määrä nousi 41:een. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022b.) Seksitautien ennaltaehkäisyyn yhtenä tärkeimpänä keinona on tehokas seksuaaliterveystietämyksen lisääminen, jossa huomioidaan eri väestöryhmien erityispiirteet (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 138). Lisäksi mahdollisimman varhainen seksitautien toteaminen vähentää jatkotartuntoja ja jälkitautilien puhkeamista, mikä säästää myös terveydenhuollon kustannuksia (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 140).

Väestörakenteen muuttuminen ja työvoimapulan lisääntyminen pakottavat sosi-
aali- ja terveysalan uudistamaan palvelujaan. Digitaalisilla ratkaisulla ja datan hyödyntämisellä tulee olemaan yhä suurempi rooli palvelujen kehittämisessä. Organisaatiokeskeisistä palveluista tulee päästä asiakaskeisempiin, datapohjaisiin ratkaisuihin, joissa asiakkaan tarpeeseen vastataan sujuvalla ja kustannus-
tehokkaalla eri toimijoiden yhteistyöllä. (Liede 2022.) Turussa on otettu käyttöön digitaalinen seksitautien Omaolo-palvelun oirearvio maaliskuussa 2020. Tavoitteena on ollut, että erikoissairaanhoidon ohjautuisi ainoastaan oireiset asiakkaat ja oireettomat asiakkaat testattaisiin ja hoidettaisiin perusterveydenhuollossa. On odotettu, että Omaolo-palvelun myötä hoitajien työmäärä vähenisi ja asiakkaiden hoito tulisi sujuvammaksi. (Härmä 2020.) On kuitenkin havaittu, että Omaolo-palvelu antaa asiakkaalle mahdollisuuden valita hoitopaikkansa eikä asiakkaan ohjautuminen oikeaan hoitopaikkaan ole aivan selkeää. Tähän haasteeseen pyritään opinnäytetyöllä vaikuttamaan.

Opinnäytetyössä tarkastellaan, analysoidaan ja visualisoidaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tartuntatautitilastojen pohjalta seksitautien esiintyvyyden nykytilaa sekä Suomessa että Varsinais-Suomessa. Tarkoituksena on perustella opinnäytetyön aiheen ajankohtaisuutta ja tärkeyttä sekä luoda pohjaa seksitautien ennaltaehkäisyyn ja hoidon kehittämistyölle. Terveydenhuollon ammattilaisia

haastattelemalla selvitetään seksitautien palvelupolun nykytila. Haastattelujen ja kirjallisuuden pohjalta muodostetaan seksitautien palvelupolku ensikäyntiin tai diagnoosiin saakka asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna. Tarkastelun kohteina ovat Turun kaupungin terveystieteiden palvelusijat (sote-alueet 7 ja 8), tartuntatautien torjunnan yksikkö sekä Turun yliopistollisen keskussairaalan sukupuolitautien poliklinikka. Seksitauteja hoidetaan Turussa näiden tahojen lisäksi päivystyksessä, yksityisellä sektorilla sekä opiskeluterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. Tuloksia voidaan kuitenkin hyödyntää koko Varsinais-Suomen hyvinvointialueen seksitautipalveluiden sujuvuuden parantamiseen, mahdollisesti myös valtakunnallisella tasolla.

Opinnäytetyö tehdään osana Lapin ammattikorkeakoulun hyvinvoinnin analytiikan asiantuntija YAMK-koulutusta. Hyvinvoinnin analytiikan asiantuntija kerää ja analysoi tietoa hoitotyön ammattilaisten tai johdon päätöksenteon tueksi. Asiantuntijan tietoa voidaan hyödyntää sote-palvelujen kehittämiseen. Tällä tiedolla voidaan parantaa esimerkiksi asiakaskokemusta ja potilasohjausta. (Keltanen & Tiihonen 2022; Lapin ammattikorkeakoulu 2023.) Sosiaali- ja terveysministeriö (2021, 8–9) on laatinut Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman 2020–2023, jota toteutetaan hyvinvointialueiden hankekokonaisuuksien myötä. Opinnäytetyö toteutetaan osana Varsinais-Suomen hyvinvointialueen tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankkeen ehkäisy- ja palvelujen kehittämisen projektia. Opinnäytetyön päätavoite on seksitautien palvelupolun muodostaminen. Työn ohessa syntynyt tilastotiedon analyysi seksitautien esiintymisestä on vapaasti käytettävissä hoitotyön ammattilaisten työn tueksi sekä sote-palvelujen kehittämiseen.

2 SEKSITAUDIT JA SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMINEN

Tässä luvussa syvennyttään seksitauteihin sekä niiden rooliin seksuaaliterveyden edistämisessä. Ensimmäisenä esitellään seksitautien ja seksuaaliterveyden käsitteet. Tämän jälkeen käydään läpi seksitautien ennaltaehkäisyyn käytössä olevia työkaluja, kuten tietämyksen lisääminen, rokottaminen, seulonta ja lääkkeet. Seksitautien palvelupolun lähtökohtien ymmärtämiseksi esitellään lopuksi myös seksitautien aiheuttamia oireita sekä seksitautien diagnosointimenetelmiä.

2.1 Seksitauti ja seksuaaliterveys käsitteinä

Seksitauti eli sukupuolitauti on bakteerin, viruksen tai alkueläimen aiheuttama infektio, joka saadaan pääosin suojaamattomassa seksikontaktissa limakalvojen sekä rikkoutuneen ihon kautta (Hiltunen-Back 2023). Yli miljoona seksitautitartunta saadaan päivittäin ympäri maailmaa. Yli 30 bakteerin, viruksen tai loisen tiedetään tarttuvan seksin välityksellä, joista kahdeksan aiheuttaa eniten tartuntoja. Näistä kahdeksasta neljä voidaan parantaa: klamydia, kuppa, tippuri ja trikomoniaasi. Muut neljä ovat viruksen aiheuttamia ja siksi parantumattomia: hepatiitti B, papilloomavirus (HPV), genitaalierpes ja HIV. World Health Organization (WHO) arvioi 374 miljoonan ihmisen saaneen parannettavissa olevan seksitaudin vuonna 2020. (World Health Organization 2022, luvut "Overview", "Scope of the problem", "Controlling the spread".)

Suomessa seksitaudit jaetaan kolmeen ryhmään tartuntatautilain mukaan: yleisvaaralliset seksitaudit, valvottavat seksitaudit ja muut seksitaudit. Yleisvaaralliseksi seksitaudiksi luetaan kuppa. Valvottavia seksitauteja ovat klamydia, tippuri, HIV, hepatiitti B ja C sekä sankkerit. Yleisvaarallisista ja valvottavista seksitaudeista täytyy tartuntatautilain mukaan tehdä tartuntatauti-ilmoitus tartuntatautirekisteriin Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle. (Tartuntatautilaki 2016/1227 § 1:28, 8:80.) Muut seksitaudit -ryhmään kuuluvat papilloomavirus eli kondylooma ja genitaalierpes. Niistä ei tehdä tartuntatauti-ilmoitusta. Edellä mainittujen lisäksi Käypä hoito -suosituksessa käydään läpi Mycoplasma genitalium- ja Trikomoniaasi-infektiot, joita ei lueta Suomessa seksitaudeiksi, mutta ne tarttuvat seksiteitse. (Käypä hoito -suositus 2018.) Hepatiitit ja sankkerit on rajattu tämän opinnäytetyön ulkopuolelle niiden harvinaisuuden vuoksi. Esimerkiksi hepatiitti

B:tä on viimeisen viiden vuoden aikana todettu keskimäärin seitsemän tapausta vuodessa koko maassa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2021a). Seksiteitse tarttuvia tauteja ei myöskään käsitellä, koska niitä ei virallisesti lueta seksitauteihin.

World Health Organizationin (2006) määritelmän mukaan seksuaaliterveys on ”fyysisen, emotionaalisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila suhteessa seksuaalisuuteen; se ei ole vain sairauden, toimintahäiriön tai vamman puuttumista”. Määritelmän mukaan seksuaaliset kokemukset eivät saa myöskään aiheuttaa syrjintää. Seksuaali- ja lisääntymisterveys liittyvät tiukasti toisiinsa. Niillä tarkoitetaan kykyä nauttia tyydyttävistä seksuaalisista suhteista ja oikeutta olla tulematta seksuaalisesti kaltoinkohdeksi. Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen kuuluu myös turvallinen ja suunniteltu raskaus ja synnytys sekä seksitaudeilta suojautuminen. (Väestöliitto 2023.) Seksuaaliterveyden edistämisestä sekä sen seurannasta vastaa Terveiden ja hyvinvoinnin laitos ja siitä on säädetty esimerkiksi terveydenhuolto- ja tartuntatautilaissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022b). Seksitautien ehkäisy, tutkimus ja hoito kuuluvat seksuaaliterveyden edistämiseen (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 14). Tartuntatautien torjunnan lisäksi seksuaaliterveyden edistämistoimiin kuuluu muun muassa kansallinen ohjaus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022b).

2.2 Työkalut seksitautien ennaltaehkäisyyn

2.2.1 Seksuaaliterveystietämyksen lisääminen

Seksitautien ennaltaehkäisyn tärkeimpänä työkaluna nähdään tehokas seksuaaliterveystietämyksen lisääminen huomioiden eri väestöryhmien erityispiirteet. Suosituksen mukaan seksitautitietämystä tulisi jakaa jo ala-asteella. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 138–142.) Etenkin nuorten seksuaaliterveystietämyksen lisääminen on tärkeä osa seksitautien ennaltaehkäisyä, koska seksitaudeista klamydia, papilloomavirus ja genitaalierpes ovat yleisiä nuorten keskuudessa ja tapausten määrä kasvaa vuosittain (Lehtinen ym. 2007, 2999). Pohdittaessa seksitautien esiintyvyyden lisääntymistä tulee huomioida myös muutos ihmisten seksuaalikäyttäytymisessä, kuten kumppanien ja suojaamattomien kontaktien määrässä (Nikula 2009, 7–8).

Pakarisen (2019, 43–45, 60, 69) mukaan nuoret aloittavat seksielämänsä keskimäärin 15-vuotiaana. Tutkimuksessa todettiin 15–19-vuotiaiden nuorten seksuaalitetämys puutteelliseksi. Poikien tietämys oli heikompaa kuin tyttöjen. Vain neljäsosa nuorista tiesi, että seksitauti voi olla oireeton. Parhaiten tiedettiin, etteivät ehkäisytabletit suojaa seksitaudeilta, ja että seksitaudit voivat tarttua myös suuseksissä. Kondomin käyttö oli epäsäännöllistä. Tartuntariskitiedoista huolimatta kondomia ei käytetty anaali- tai suuseksissä. Tytöistä 38 % ja pojista 9 % oli käynyt elämänsä aikana seksitautitestissä. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitoksen kouluterveyskyselyn perusteella on saatu saman suuntaisia tuloksia. Erityisesti seksitautitietämys oli huomattavasti huonontunut edellisiin kyselyihin nähden. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 28.)

Kuortti (2012, 75–76) havaitsi, etteivät nuoret juurikaan miettineet seksitautien mahdollisuutta, vaan ehkäisyä pohtiessa ajateltiin ensisijaisesti raskauden mahdollisuutta. Nikulan (2009, 7–8, 50) tutkimuksessa armeijan terveyskäyttäytymiskyselyn mukaan noin kymmenesosalla vastaajista oli ollut useampia seksikumppaneita viimeisen vuoden aikana ja viimeisimmässä kontaktissa ei ollut käytetty ehkäisyä. Suomessa alkoholin käytöllä on selkeä vaikutus tämänkaltaiseen riskikäyttäytymiseen. Nikula totesi myös, että miehillä kumppanien määrä viimeisen vuoden aikana oli keskimäärin 5, kun naisilla määrä oli 3,4. Merkittävä havainto oli myös se, että henkilöistä, joilla oli satunnaisia kumppaneita, noin 15 % oli naimisissa tai avoliitossa. Heistä miehet käyttivät enemmän kondomia kuin naiset. Suomessa ennaltaehkäisytyössä tulisi Nikulan mukaan keskittyä tartunnan saaneisiin sekä riskiryhmiin. Kylmä ym. (2016, 267) totesivat tutkimuksessaan, että miesten välinen seksi aloitetaan nuorena, yleensä alle 25-vuotiaana. Tutkimuksessa lähes kolmasosalla oli ollut miesten välistä seksiä jo alle 16-vuotiaana ja kymmenesosalla anaaliyhdyntöjä tuossa iässä. Kolmasosalla vastaajista oli ollut enemmän kuin yksi seksikumppani viimeisen vuoden aikana. Jansenin ym. (2020, luku ”Abstract”) mukaan seksitauteja esiintyy yleiseen tasoon verrattuna enemmän miehillä, joilla on seksiä miesten kanssa. Erityisryhmille tulisi olla omia matalan kynnyksen testaus- ja neuvontapaikkoja, joissa ei tarvitse pelätä leimautumista (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 138–141).

Säännöllisten seksitautitestien tärkeydestä tulisi antaa nuorille lisäkoulutusta (Gogineni ym. 2006, luku ”Discussion”; Balfe ja Brugha 2009, luku ”Results”).

Erytisesti miehet tulisi saada systemaattiseen seulontaan. Nuorissa ikäluokissa seksitauteja todetaan usein enemmän naisilla, mutta tämä saattaa johtua siitä, että naisten on helpompi päästä seksitautitesteihin esimerkiksi raskauden ehkäisyä aloittaessa. (Väestöliitto 2016.) Testeihin hakeutumisen esteenä koetaan oma hämmennys, häpeä sekä pelko vanhemmille ilmoittamisesta tai sosiaalisesta leimautumisesta. Nuoret saattavat kokea olevansa riskiryhmän ulkopuolella, eikä oireettoman taudin ajatella olevan kiireellinen. (Gogineni ym. 2006, luku "Discussion"; Balfe ja Brugha 2009, luku "Results".) Osa kokee ammattilaisen tuomitsevan ja arvostelevan heitä vastaanotolla, minkä vuoksi esimerkiksi seksikumppaneiden määrää saatetaan vähätellä (Balfe, Brugha, O'Donovan, O'Connell & Vaughan 2010, luku "Results"). Hoitohenkilöstö tarvitsee lisää koulutusta seksitaudeista ja tartunnan saaneen kohtaamisesta (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 138–141).

Ehkäisy- ja seksuaaliterveysneuvonnasta säädetään laissa. Neuvonta kuuluu koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon palveluihin peruskoulusta korkeakouluihin saakka. (Terveysneuvontalaki 2010/1326 § 2:17.3; Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 2011/338 § 3:16.) Suomessa myös perusopetuksen opetussuunnitelman mukaan 7.–9. luokan oppilaille opetetaan terveystietoa, jossa perehdytään seksuaaliterveyteen (Opetushallitus 2016, 400). Perustiedot seksitaudeista sisältyvät terveystiedon opintokokonaisuuteen, mutta tuntien sisältöön tulisi liittää myös kondomin käyttöopastus (Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002, 54–56). Koulujen terveystiedon oppitunneilla, tulisi huomioida miesten välinen seksi, siihen liittyvä turvaseksi sekä mahdolliset useammat kumppanit (Jansen ym. 2020, luku "Abstract"). Myös Jalanko (2022, 75) toteaa väitöskirjassaan, että muun muassa maksuttoman ehkäisyn lisäksi laadukas seksuaalikasvatus peruskoulussa, yksilöllinen ehkäisyneuvonta sekä ehkäisypalvelujen hyvä saatavuus ovat tärkeitä osa-alueita nuorten terveystietopalveluita järjestettäessä.

Kouluterveydenhuolto toimii nuorten yhteydenottoaikkana, kun seksin aloittaminen on ajankohtaista. Sillä on tärkeä rooli tiedonannossa ehkäisyyn ja seksitauteihin liittyen. Nuorten tulisi päästä seksitautitesteihin helposti kouluterveydenhuollon kautta. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002, 54–56, 79.)

Seksuaaliterveysneuvontaa voidaan tehostaa nuorten keskuudessa säännöllisten terveystarkastusten yhteydessä (Nikula 2009, 71).

2.2.2 Muut seksitautien ennaltaehkäisykeinot

Seksitautien ennaltaehkäisemiseksi on kehitetty rokotteet B-hepatiittia ja papilloomavirusta vastaan. Rokotteiden tarkoitus on ennaltaehkäistä tartuntatauteja sekä niistä aiheutuvia jälkitauteja. Niillä pyritään myös vähentämään tautien leviämistä. (Fimea 2023.) B-hepatiittirokote on tehokas tautia vastaan. Sen myötä taudin esiintyvyys on vähentynyt huomattavasti. B-hepatiittirokote on riskiryhmään kuuluville maksuton. (Anttila 2021.) Riskiryhmään kuuluvat esimerkiksi miesten välistä seksiä harrastavat (Käypä hoito -suositus 2018).

Papilloomavirusrokote suojaa useilta syöviltä. Rokotteella voidaan torjua erityisesti kohdunkaulasyöpää. Sillä voidaan ehkäistä jopa 95 % papilloomaviruksen aiheuttamista kohdunkaulan syövän vaikeista esiasteista. Markkinoilla on olemassa myös rokote, joka suojaa papilloomaviruksen aiheuttamilta näkyviltä kondyloomilta, mutta kyseistä rokotetta ei käytetä rokotusohjelmassa. (Tiitinen 2022a.) Papilloomavirusrokote on kuulunut kansalliseen rokotusohjelmaan tyttöillä vuodesta 2013 ja pojilla vuodesta 2020 (Pihlava 2021). Rokote annetaan 10–12-vuotiaille, jotta altistumista papilloomavirukselle ei vielä olisi sukupuolielämän aloittamisen vuoksi tapahtunut (Tiitinen 2022a). Marraskuussa 2021 lähes 80 % tytöistä ja 65 % pojista oli yläasteelle mennessä saanut jo rokotteen (Pihlava 2021). Papilloomaviruksen aiheuttama kohdunkaulasyöpä pyritään löytämään varhaisessa vaiheessa kutsumalla 30–65-vuotiaat naiset viiden vuoden välein kohdunkaulasyövän joukkoseulontaan, jossa papilloomaviruksen aiheuttamat solumuutokset havaitaan (Syöpärekisteri 2023).

Korkeassa HIV-tartuntariskissä olevat ihmiset, kuten miehet, joilla on seksiä miesten kanssa, voivat saada ennaltaehkäisevän prep-lääkityksen (pre-exposure prophylaxis) (Liitsola ym. 2019, 8). Se tarjoaa mahdollisuuden suuressa tartuntariskissä olevien saamiseen terveydenhuollon seurantaan (Virranniemi 2021), sillä lääkityksellä olevan henkilön on käytävä säännöllisesti seksitautitesteissä sekä lääkärin vastaanotolla (Liitsola ym. 2019, 8,11). Tutkimusten mukaan kuitenkin prep-hoitoa käyttävillä, miesten välistä seksiä harrastavilla miehillä on enemmän

seksitauteja kuin aiemmin (Jansen ym. 2020, luku "Results"; Ayerdi Aguirreben-
goa ym. 2021, luku "Results"). Ennen lääkkeen aloitusta varmistetaan aina,
ettei henkilö ole HIV-positiivinen, ja ettei hänellä ole muita seksitauteja. Seksitau-
dit testataan kolmen kuukauden välein. Kaikilla tapaamisilla muistutetaan kondom-
in käytöstä muiden seksitautien kuin HIV:n torjumiseksi. (Liitsola ym. 2019,
8,11,14.)

Rokotteiden, seulontojen ja lääkkeiden lisäksi viestintä ja ohjaus toimivat sek-
sitautilien ennaltaehkäisykeinoina, kuten esimerkiksi kondomin käytön valistus-
kampanjat ja matkailijaneuvonta. Entiset toimintamallit kaipaavat myös uudis-
tusta. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 138–141.) Haapa (2018, 108) kehitti väi-
töskirjassaan teorian, jonka avulla voidaan lisätä ihmisten tietoisuutta seksitau-
tien kanssa elämiseen liittyvistä kokemuksista. Tätä teoriaa voidaan hyödyntää
seksitautien ennaltaehkäisevässä työssä, tartunnan saaneiden hoidossa ja hoi-
tohenkilöstön täydennyskoulutuksessa. Muualla maailmalla on jo käytössä kla-
mydian kotitestausta, joka tulisi saada integroitua myös Suomessa terveydenhuol-
toon. Vielä ongelmana nähdään tartunnanjäljitys sekä positiivisen henkilön hoi-
toon saaminen (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 138–142), minkä vuoksi kotites-
tausta on käytössä vain muutamissa kaupungeissa.

Ehkäisy palveluihin kuuluu raskauden ehkäisyn lisäksi myös seksitautien ehkäisy
(Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023). Alle 25-vuotiaille tarjotaan maksutonta
raskauden ehkäisyä, jolla tehostetaan myös seksitautien ehkäisyä, mikäli kondom-
ia käytetään ehkäisymenetelmänä (Gyllenberg & Heikinheimo 2019, 1325). Eh-
käisy palveluja saadaan yleensä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon lisäksi äitiys-
tai ehkäisyneuvolasta, työterveyshuollosta, lääkäripalveluista tai yksityiseltä sek-
torilta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023). Raskauden ehkäisyä aloitettaessa
tulisi aina poissulkea seksitaudit ja muistuttaa kondomin olevan ainoa suoja sek-
sitauteja vastaan (Käypä hoito -suositus 2022). Raskaana olevilta naisilta seulo-
taan kuppaa, hiv ja hepatiitti B sosiaali- ja terveysministeriön antaman asetuksen
mukaan (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus rokotuksista ja tartuntatautien ras-
kaudenaikaisesta seulonnasta 2004/421 § 2:6).

2.3 Seksitautien seulonta

2.3.1 Seksitautien itämisajat ja oireet seulontatarpeen pohjana

Seksitaudeilla on erilaiset itämisajat ja ne myös aiheuttavat erilaisia oireita, jotka ilmenevät tautien eri vaiheissa. Tautien itämisajat esitellään taulukossa 1. Kaikki seksitaudit voivat olla myös oireettomia, etenkin alkuvaiheessa (Reunala & Hiltunen-Back 2002, 1376; AIDS Action Council of the ACT 2011, 24; Hiltunen-Back 2017, 40; Terveyskylä 2018; Tiitinen 2022b). Esimerkiksi maailmanlaajuisestikin yleisintä seksitautia, klamydiaa, sairastavista naisista jopa 70–80 % ja miehistä 40–50 % ovat oireettomia (Sturd & Rucks 2022, 1).

Taulukko 1. Seksitautien itämisajat (mukaillen Käypä hoito -suositus 2018; Tiitinen 2022b)

Seksitauti	Itämis aika
Kuppa	3–4 viikkoa
Klamydia	10–14 vuorokautta
Tippuri	1–5 vuorokautta (miehet), 2–3 viikkoa (naiset)
HIV	2–6 viikkoa
Papilloomavirus eli HPV	1–8 kuukautta
Genitaaliherpes	4–7 vuorokautta

Klamydia ja tippuri aiheuttavat hyvin samankaltaisia oireita: kirvely, virtsaamistarpeen lisääntyminen tai virtsaamisvaikeus, naisilla valkovuodon lisääntyminen, verinen vuoto sekä alavatsakipu, miehillä niukka harmahtava tai kellertävä vuoto virtsaputkesta (Hiltunen-Back 2017, 40). Klamydia ja tippuri voivat aiheuttaa sukuelinten infektion lisäksi tulehduksen myös nielussa tai peräaukossa, mikäli nämä ovat olleet tartuntareitteinä (Käypä hoito -suositus 2018; Sturd & Rucks 2022, 2).

Kuppa etenee vaiheittain (European Centre for Disease Prevention and Control 2023). Aluksi tartuntakohtaan tulee kova, kivuton ihovaurio (Hieta, Lehtonen &

Kaasinen 2017, 2014). Tavallisesti myös imusolmukkeet ovat turvoksissa (Reunala & Hiltunen-Back 2002, 1376). Vajaan kahden kuukauden kuluttua tartunnasta saattaa ilmetä ihottumaa limakalvoilla ja iholla sekä kyhmyisiä ihomuutoksia, syfilidejä, kämmenissä ja jalkapohjissa (Hieta ym. 2017, 2014). Samaan aikaan saattaa ilmetä yleisoireita, kuten huonovointisuutta, päänsärkyä tai lämpöilyä kupan levitessä yleisinfektioksi elimistöön. Hiustenlähtöä voi ilmetä taudin etenemisen loppupuolella. (Reunala & Hiltunen-Back 2002, 1375–1376.) Kuppa aiheuttaa myös silmän eri rakenteiden tulehdusta (Hieta ym. 2017, 2014) sekä suun limakalvovaurioita (Kopra, Ruokonen & Salo 2020, 2642–2643). Diagnosoitamaton ja hoitamaton kuppa voi aiheuttaa sokeutumista (Hieta ym. 2017, 2014) sekä vuosien kuluessa vaurioita sisäelimissä, verisuonissa ja keskushermostossa (European Centre for Disease Prevention and Control 2023). Keskushermostoon hakeutuessaan bakteeri voi aiheuttaa neurologisia oireita, neurosyfiliksen, joka pahimmillaan johtaa pysyvään vammautumiseen (Ylikallio, Heikinheimo, Anttila, Palomäki & Pekkonen 2014, 589).

HIV-tartunnan saaneella voi olla flunssan kaltaisia oireita, turvonneet imusolmukkeet, kuumetta, väsymystä, ripulia tai ihottumaa (AIDS Action Council of the ACT 2011, 24). Oireet kestävät yleensä muutaman viikon. Tämän jälkeen sairastunut voi olla vuosia oireeton tai vähäoireinen. (Hivpoint 2022.)

Papilloomavirus (HPV, human papilloma virus) saattaa aiheuttaa sukuelimiin kukkakaalimaisia, muutaman millimetrin kokoisia visvasyyliä eli kondyloomia. Naisilla kondyloomat voivat esiintyä myös sisäsynnyttimissä, jolloin ne ovat litteitä ja limakalvonmyötäisiä. (Tiitinen 2022b.) Papilloomavirus voi aiheuttaa pitkän ajan kuluessa solumuutosten kautta kohdunkaula- tai penissyöpää (Anic & Giuliano 2011, 36; Tiitinen 2022b). Papilloomavirusta voi esiintyä sukuelinten alueen lisäksi peräaukossa ja suussa sukupuolesta riippumatta (Burchell, Winer, de Sanjosé & Franco 2006, 52, 54), koska se tarttuu myös sukuelimiä ympäröivältä iholta, suuseksissä tai käsien välityksellä. Siksi syöpää voi kehittyä myös näille alueille (Tiitinen 2022b). Myös genitaaliherpes aiheuttaa näkyviä oireita. Ensimmäisten oireiden yhteydessä voi ilmetä kuumetta ja päänsärkyä. Usein nivusten imusolmukkeet ovat turvoksissa ja arat sekä sukuelinten alue kihelmöi ja kuumottaa, kunnes puhkeavat aristavat, nopeasti haavaisiksi muuttuvat rakkulat. Virus pesiytyy tartunnan jälkeen hermosolmukkeeseen ja voi aktivoitua myöhemmin

uudelleen eli on parantumaton. Tuolloin oireet kuitenkin ovat lievempiä ja kestävät vähemmän aikaa. (Terveyskylä 2018.)

2.3.2 Seksitautien diagnosointi

Yleisvaaralliset ja valvottavat seksitaudit diagnosoidaan laboratoriokokein verestä, virtsasta tai limakalvoilta. Näkyvien oireiden diagnosointi tapahtuu kliinisen arvion kautta. (Käypä hoito -suositus 2018; Hiltunen-Back 2020, 28–29.) Seksitautien diagnosointimenetelmät sekä suositellut ajankohdat luotettavalle näytteenotolle on esitelty taulukossa 2.

Taulukko 2. Seksitautien diagnosointimenetelmä ja luotettavan näytteenoton ajankohta (mukaillen Käypä hoito -suositus 2018)

Seksitauti	Diagnosointimenetelmä	Aikaa tartunnasta
Kuppa	Kliininen arvio ja verinäyte	3–4 vko*
Klamydia ja tippuri (yhdistelmänäyte)	Virtsaa- tai vanutikkunäyte	5 vrk
HIV	Verinäyte	3–4 vko**
Papilloomavirus	Kliininen arvio, papa- tai HPV-näyte	kun oireita
Genitaalierpes	Kliininen arvio ja vanutikkunäyte	kun oireita
* Kuppa on diagnosoitava uudelleen 1,5 kk kuluttua, ensimmäisen näytteen ollessa negatiivinen ** HIV on diagnosoitava uudelleen 3 kk kuluttua, ensimmäisen näytteen ollessa negatiivinen		

Asiakkaan ensihaastattelussa selvitetään oikea ajankohta näytteenotolle, koska seksitautien itämisajat poikkeavat toisistaan. Oireiselta asiakkaalta voidaan seksitaudit testata heti. Ensihaastattelussa kartoitetaan kaikki mahdolliset tartuntareitit (sukupuolimet, anaalikanava ja nielu), koska näyte on tärkeää ottaa jokaisesta tartuntapaikasta. (Käypä hoito -suositus 2018; Hiltunen-Back 2020, 28–29.) Esimerkiksi klamydian lääkehoito on erilainen sukupuolimissä kuin sukupuolinten ulkopuolella todetussa taudissa (Käypä hoito -suositus 2018). Miesten välistä seksiä harrastavilla seksitaudit ovat useimmiten sukupuolinten ulkopuolisia ja oireettomia,

minkä vuoksi diagnosointi ja hoito voivat tapahtua tartunnan leviämisen kannalta myöhään (Jansen ym. 2020, luku "Abstract", "Background"). Seksitaudin mahdollisuutta epäiltäessä asiakkaasta tulisi testata aina HIV, kun taas hepatiittitutkimuksissa voidaan käyttää harkintaa (Käypä hoito -suositus 2018). Asiakkaan haikutuessa seksitautitesteihin tulisi edellisten lisäksi herkästi testata myös kup-painfektion mahdollisuus (Hiltunen-Back 2022, 1336).

Klamydia-tippuritestistä miehillä virtsanäyte antaa yhtä luotettavan tuloksen kuin vanutikkunäyte, mutta naisilla emättimen limakalvoilta otettu vanutikkunäyte on virtsanäytettä luotettavampi (Käypä hoito -suositus 2018). Mikäli epäily tippuritar-tunnasta on suuri, tulisi aina tutkia myös bakteerin mikrobilääkeyliherkkyys tippu-rin antibioottiresistenssin vuoksi. Neljän viikon kuluttua klamydian tai tippurin hoi-don aloituksesta tartunnan saaneen tulisi käydä kontrollinäytteellä hoidon onnis-tumisen varmistamiseksi. (Hiltunen-Back 2017, 41.)

Suomessa on testattu klamydian ja tippurin kotinäytteenottoa pilottitutkimuksessa Vantaalla vuosina 2014–2015. Pilotin aikana 15 % kokonaistutkimusmäärästä tehtiin kotinäytteistä. Klamydiapositiivisten näytteiden määrä oli linjassa Vantaan yleiseen tasoon nähden. Tippuria havaittiin hieman odotettua vähemmän. Koti-testin tehneistä 17 % toisti näytteenoton. Toistetuista näytteistä 15–40 % oli po-sitiivisia. Kotitestauksen todettiin vapauttavan terveydenhuollon ammattilaisten aikaa. (Jokiranta ym. 2017, luvut "Tulokset", "Pohdinta".) Pilotin jälkeen kotinäyt-teenottoa jatkettiin ja se otettiin kokeiluun myös Ylioppilaiden terveydenhoitosää-tiöllä ja Tampereen kaupungilla vuonna 2015 (Jokiranta ym. 2017, luku "Poh-dinta"). Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön kotinäytteenotossa havaittiin, että nuorilla miehillä todettiin 70 % enemmän klamydiaa kuin perinteisellä seulonnalla (Väestöliitto 2016). Nykyään klamydian ja tippurin kotitestaus on käytössä myös Jyväskylässä (Fimlab 2023), Espoossa (Espoon kaupunki 2023) ja Vaasassa (Lahti 2018). Turussa kotitestaus ei ole käytössä perusterveydenhuollossa eikä erikoissairaanhoidossa.

Suomessa kotinäyte otetaan vain virtsasta tai emättimen limakalvoilta (Ylioppilai-den terveydenhoitosäätiö 2023), vaikka näyte olisi suositeltavaa ottaa kaikista tartuntapaikoista (Käypä hoito- suositus 2018). Yhdysvalloissa tehdyssä kotites-teihin liittyvässä tutkimuksessa havaittiin, että noin puolet löytyneistä tartunnoista

olisi jäänyt löytymättä, mikäli näytettä ei olisi otettu myös peräaukosta (Jordan, Jett-Goheen, Hsieh, Gaydos & Gaydos 2020, 245).

3 PALVELUPOLUN KEHITTÄMISEN LÄHTÖKOHDAT

Tässä luvussa esitellään asiakaslähtöisen sosiaali- ja terveysalan palvelupolun kehittämisen lähtökohtia. Aluksi esitellään palvelupolun käsite sekä palvelupolun suunnitteluun kehitetty malli. Tämän jälkeen syvennyttään sote-uudistuksen myötä tärkeiksi muodostuneisiin näkökulmiin palveluiden kehittämisessä, kuten asiakaslähtöisyyteen, kustannustehokkuuteen ja tiedolla johtamiseen.

3.1 Palvelupolku ja sen suunnittelu

3.1.1 Palvelupolku käsitteenä

Palvelupolku on asiakkaan tiettyyn tarpeeseen liittyvien palvelutapahtumien ja toimintojen prosessi. Palvelutapahtumalla tarkoitetaan asiakkaan ja ammattilaisen välisen yksittäisen palvelun toteuttamista sisältäen tutkimukset, toimenpiteet ja yhteydenotot, jotka kirjataan tietojärjestelmiin hoitajaksoina, käynteinä tai etäasiointitapahtumina. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2021b.) Palvelupolun tavoitteena on laadukkaan ja tarpeisiin vastaavan palvelun tarjoaminen asiakkaalle sekä palvelun jatkuvuuden takaaminen. Sen lähtökohdat ovat asiakaslähtöisyydessä, johon pyritään palveluiden integraation sekä eri toimijoiden saumattoman yhteistyön avulla. Palvelupolku toimii karttana asiakkaan palvelumatkalla, johon on koottu kaikki matkan varrella olevat palveluntarjoajat. Sillä voidaan koordinoita asiakkaan palvelumatkaa yli sektori-, organisaatio- ja ammattirajojen. (Hujala & Lammintakanen 2018, 20.)

Palvelu on aina prosessi, joka etenee aika-akselilla (Tuulaniemi 2011, 79). Usein asiakkaan kokema palvelu poikkeaa virallisesta palveluprosessista, jolloin puhutaankin asiakkaan kokemasta palvelupolusta. Eri asiakkailla voi olla erilaiset palvelupolut, vaikka he asioisivat saman asian vuoksi. Palvelupolku sisältää useita palvelutuokioita, jotka yhdessä muodostavat asiakkaalle palvelun kokonaisuuden. (Innokylä 2023.) Palvelupolku voidaan jakaa esimerkiksi asiakkaan näkökulmasta esipalveluun, ydinpalveluun ja jälkipalveluun. Esipalvelussa asiakas ottaa yhteyttä palveluntuottajaan. Ydinpalvelussa vastataan asiakkaan tarpeeseen, ja tässä vaiheessa palvelu tuottaa asiakkaalle arvoa. Jälkipalvelussa asiakas on kontaktissa palveluntuottajan kanssa varsinaisen palvelun jälkeen esimerkiksi

vastatessaan asiakastyytyväisyyskyselyyn. (Tuulaniemi 2011, 79.) Opinnäytetyössä kartoitetaan ja kehitetään asiakkaan palvelupolkua palvelutuokioiden myötä diagnoosin saamiseen asti.

Palvelupolku on yleisellä tasolla esitetty mallinnus asiakkaan palvelun etenemisestä, vaikka palvelun sisällä asiakas eteneekin yksilöllisen tarpeensa mukaan. Asiakkaalla on yleensä useita tapoja hakeutua palveluun eli asiakkuuteen. Erilaiset digitaaliset palvelut tavoittavat etenkin nuoret helposti, mutta myös muita asiointikanavia tulee olla olemassa. Sosiaali- ja terveystieteiden palveluntuottaja ottaa vastaan asiakkaan asioinnin sekä pyrkii vastaamaan asiakkaan tarpeisiin asiantuntevasti ja eri toimijoita hyödyntäen. (Niemelä & Kivipelto 2019, 13–14.)

3.1.2 Palvelupolun suunnittelun malli

Tulevaisuuden sote-keskusten palveluiden lähtökohdaksi on kehitetty yhteistyössä Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa asiakaslähtöinen, karkea palvelupolku malli. Prosessi lähtee liikkeelle määrittelemällä, mitä palvelupolulla tavoitellaan. Asiakkaan tarpeita kartoitetaan ja analysoidaan esimerkiksi erilaisten tilasto- ja rekisteritietojen pohjalta. Nykyisen palvelun uudistamistarpeita pyritään tunnistamaan analysoimalla palvelun käyttöastetta, oikea-aikaisuutta sekä tarkoituksenmukaisuutta. Tämän jälkeen suunnitellaan asiakkaan tarpeisiin vastaavat palvelut ja niiden toteutustavat siten, että ne tukevat asiakkaan tavoitteisiin pääsemistä. Suunnitteluun tulee ottaa asiakkaat mukaan. (Niemelä & Kivipelto 2019, 17.)

Palvelupolun toteuttamisessa tulee määrittellä palvelusta vastaava organisaatio. Tämä tulisi valita sen mukaan, millainen organisaatiomalli pystyy vastaamaan parhaiten asiakkaan tarpeisiin. Palvelun toimijoille tulee määrittää roolit ja kartoittaa heidän osaamistarpeensa. Haastavimpana ja eniten aikaa vievänä vaiheena nähdään eri toimijoiden, kuten perus- ja erityistason, viranomaisten ja järjestöjen sekä näiden toimintakäytäntöjen yhteensovittaminen. Tämä vaihe vaatii määrätietoista johtamista toteutuakseen. Lopuksi on tärkeää arvioida palvelupolun tavoitteiden toteutumista, esimerkiksi asiakaskyselyjä tai tilastoja ja rekistereitä hyödyntämällä sekä tehdä tarpeellisia muutoksia arvioinnin pohjalta. (Niemelä & Kivipelto 2019, 17.)

3.2 Sote-palvelujen kehittämisen tausta

3.2.1 Palvelujen järjestäminen sote-uudistuksen jälkeen

Kuntien ja kuntayhtymien vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä siirtyi hyvinvointialueille vuoden 2023 alusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita ja palveluja uudistetaan yhdenvertaisiksi, laadukkaiksi ja saataviksi eri puolella Suomea. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022a.) Väestörakenteen muuttuminen lisää palvelujen keskittymistä isompiin kaupunkeihin. Tämä vaatii sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilta muuntautumiskykyä, jotta palvelut pystytään turvaamaan myös maaseudulle ja haja-asutusalueille. (Niemi & Kivipelto 2019, 12.) Tavoitteena on perus- ja erityistason palvelujen sujuvampi yhteensovittaminen sekä kustannusten hillintä. Kuntien ja hyvinvointialueiden yhteistyö keskittyy väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Palveluita kehitetään enemmän ennaltaehkäisevään suuntaan, mikä vähentää palvelutarvetta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022a.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2021, 8–9, 11–15, 19) on laatinut Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman 2020–2023, joka linjaa hyvinvointipalvelujen kehittämistä ja uusien toimintamallien käyttöönottoa. Palvelut vaativat uudistamista, jotta palveluista saadaan vaikuttavia ja sen myötä kustannustehokkaita. Ohjelma liittyy sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistukseen ja sitä toteutetaan hyvinvointialueiden hankekokonaisuuksien myötä. Tavoitteena on laaja-alainen terveyskeskus, josta yhdellä yhteydenotolla alueen asiakas saa viipymättä tarvitsemansa palvelun. Palveluita kehitetään vastaamaan paremmin ihmisten tarpeisiin ja niissä hyödynnetään myös digitaalisia asiointipalveluja. Omaolo-palvelua tulee hyödyntää digitaalisten palvelujen kehittämisessä esimerkiksi laajentamalla sen sisältöä tai toiminnallisuuksia. Palvelupolkujen tulee olla sujuvia, joissa perus- ja erityistason palvelut ovat yhteensovitettuina.

Palvelujen järjestämisessä tarvelähtöisiksi on tärkeää asiakasryhmien määrittäminen. Näin pystytään tunnistamaan asiakasryhmän tarpeet ja vahvuudet, mikä auttaa palvelujen suunnittelussa ja resurssien tehokkaassa kohdentamisessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 13.) Palvelutarpeiden pohjalta kyetään myös kehittämään palvelujen vaatimaa osaamista ja yhteistyökäytäntöjä (Niemi &

Kivipelto 2019, 11). Haapa (2018, 112–113) suosittelee väitöskirjassaan, että sote-uudistuksessa vastuu seksitautien hoidosta annettaisiin erillisille seksuaali-terveysklinikoille, jolloin palvelun laatu olisi tasaisempaa ja palveluihin voisi haakeutua matalalla kynnyksellä. Hyvinvointi- ja terveyspalvelujen järjestämisessä tarvitaan myös kansalaisyhteisöjä ja järjestöjä tukemaan julkisia palveluita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 13). Tällaisia järjestöjä ovat seksitautien osalta esimerkiksi HivPoint ja Positiiviset ry eli HivFinland.

Palveluiden tuottamisen haasteeksi on muodostunut hoitotakuulainsäädännön muutokset, joilla tiukennetaan perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisaikoja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023). Säädosmuutosten tavoitteena on vahvistaa perusterveydenhuollon peruspalveluja ja parantaa palvelujen saatavuutta. Tarkoituksena on, että asiakkaat ohjautuvat palveluihin, joilla voidaan vastata paremmin heidän tarpeisiinsa. (Terveystietolaki 2010/1326 §1:2.). Jos hyvinvointialue ei kykene antamaan hoitoa määrääjässä, sen on hankittava palveluita muilta palveluntuottajilta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023). Hoitoon pääsyä tiukennetaan asteittain. Vuoden 2023 syyskuusta lähtien hoitoon tulee päästä 14 vuorokauden kuluessa hoidon tarpeen arviosta (Terveystietolaki 2010/1326 §6:51a). Aalto ym. (2017, 1–2) havaitsivat tutkimuksessaan, että hoitoon pääsy etenkin terveyskeskuksiin koettiin hankalaksi. Ongelmia kokivat eniten alle 30-vuotiaat nuoret ja naiset. Kuitenkin 83 % tutkimuksen vastaajista kertoi pääsevänsä hoitoon aina tai useimmiten ja vain 15 % kertoi pääsevänsä hoitoon joskus. (Aalto ym. 2017, 1–2.)

Helpottavana tekijänä hoitoon pääsyn takaamiseksi terveydenhuoltolaki antaa asiakkaalle mahdollisuuden valita terveyskeskuksen tai -aseman, jossa hän haluaa asioida (Terveystietolaki 2010/1326 § 6:47.1). Lainsäädäntö tähtää muun muassa sote-palvelujen yhdenvertaisempaan saavutettavuuteen sekä palvelujen asiakaslähtöisyyteen (Terveystietolaki 2010/1326 § 1:2). Tämän vuoksi on parannettu asiakkaan tiedonsaantimahdollisuuksia palveluista ja hoidon saavutettavuudesta. Esimerkiksi julkishallinnon organisaatioiden tulee lainvelvoittamana kuvata palvelunsa palvelutietovarantoon. Se on palvelu, johon palveluntarjoaja kuvaa palvelunsa sekä siinä käyttämänsä asiointikanavat asiakaslähtöisesti ja yhdenmukaisesti. Sieltä ne ovat vapaasti palvelunkäyttäjien luettavissa. Palvelutietovarannon tuottamisesta vastaa Digi- ja väestötietovirasto,

mutta palvelukuvausten päivittäminen on organisaatioiden omalla vastuulla. (Digi- ja väestötietovirasto 2023.) Valinnanvapaus herättää pohdintaa siitä, pirstaloituvatko palvelut entisestään, jos itsenäisten palveluntuottajien määrä lisääntyy. Olisi myös tärkeää tietää, millä perusteella asiakas valitsee palveluntarjoajansa ja mitä palveluita hän käyttää. (Virtanen, Smedberg, Nykänen & Stenvall 2017, 54.)

3.2.2 Asiakslähtöisyyden merkitys palvelujen kehittämisessä

Asiakslähtöisyydellä pyritään saamaan palvelut mahdollisimman hyvin asiakkaan tarpeita vastaaviksi sen sijaan, että painopiste olisi pelkästään organisaation tavoitteissa. Kuitenkin ratkaisuissa pyritään kustannustehokkuuteen. (Häyh-tiö 2017, 7.) Asiakslähtöiset palvelumallit nähdään keinona säästää resursseja niitä enemmän tarvitseville (Leväsluoto & Kivisaari 2012, 22–23). Palvelun tulisi aina tuottaa asiakkaalle arvoa. Arvon syntymistä lisää esimerkiksi palvelun helpokäyttöisyys ja saavutettavuus. (Tuulaniemi 2011, 117.)

Palvelupolku tulee muodostaa asiakastarve edellä, jotta palvelun uudistamistarpeet on mahdollista tunnistaa. Tärkeää on myös tunnistaa, miten palvelupolku tukee asiakkaan tavoitteiden saavuttamista. Palvelun tulisi toteutua ja näyttäytyä asiakkaalle sujuvana jatkumona, vaikka se rakenteellisesti etenisi eri toimijoiden rajapintojen yli. (Niemelä & Kivipelto 2019, 7, 9.) On tärkeää, että asiakas kokee tulleen kuulluksi. Mikäli ammattilaisen ja asiakkaan välisessä kommunikoinnissa on ongelmia, se vaikuttaa asiakkaan kokemukseen palvelun laadusta. (Silvennoinen-Nuora 2010, 307.) Sankalahti ja Turu (2023, 90–92) selvittivät tutkimuksessaan, millaisia muutoksia nuoret toivoivat omiin terveystietopalveluihinsa. Yläaste- ja lukioikäiset nuoret pelkäsivät avun hakemisen leimaavan tai aiheuttavan ikäviä seurauksia, minkä vuoksi nimettömänä asioinnin toivottiin olevan mahdollista. Nuoret kaipasivat enemmän tietoa esimerkiksi ammattilaisten vaitiolovelvollisuudesta sekä aikuisen ja nuoren välisen keskustelun luottamuksellisuudesta. He eivät myöskään olleet tietoisia heille suunnatuista palveluista tai niiden sisällöistä. Selkeät nettisivut, joissa palvelujen sisältö avattaisiin askel askeleelta, ja josta löytyisi ymmärrettävää ja helposti löydettävää tietoa, tulisi tarpeeseen. Nuorten mielestä palveluiden saavutettavuus ilman ajanvarausta olisi myös tärkeää. (Sankalahti & Turu 2023, 90–92.)

Hoitohenkilöstö tarvitsee lisää koulutusta seksitaudeista (Haapa 2018, 113). Esimerkiksi Tampereen yliopistollisen keskussairaalan vastuualueella olevissa terveyskeskuksissa sekä lääkäreistä että hoitajista noin viidesosa ei ollut saanut seksuaaliterveyteen liittyvää täydennyskoulutusta viimeisen kahden vuoden aikana (Sannisto 2011, 165, 171). Seksitauteja hoitavien ammattilaisten tulee saada lisätietoa myös tartunnan saaneen kohtaamisesta. Tartunnan merkitys on toisille vähäinen ja toisille hyvinkin merkittävä. Asiakasta tulee auttaa yksilöllisesti sopeutumaan omaan tilanteeseensa. Seksitaudeista tulisi yleisesti tiedottaa enemmän niiden aiheuttaman stigman vähentämiseksi. (Haapa 2018, 112–113.)

Sote-uudistuksen uusissa toimintamalleissa keskeistä on asiakkaalle tarjolla olevien palveluiden sekä hänen tilanteensa hallinta. Tausta- ja palveluprosessien tulee olla saumattomat palveluntuottajien välillä. Asiakaslähtöisesti muodostetut toimintaprosessit edistävät palveluintegraatiota. Asiakaslähtöinen palveluintegraatio tehostaa palveluprosesseja, lisää palveluiden laatua sekä tekee palvelupoluista saumattomampia. (Virtanen ym. 2017, 35, 43, 48.) Palvelun sujuvuus vaatii hyvää tiedonkulkua ja yhteistyötä perus- ja erityistason palveluiden välillä. Eri tahojen yhteistyön tulisi olla toimivaa ja asiakkaan hoidossa tulisi olla yhtenäiset käytännöt (Silvennoinen-Nuora 2010, 307). Palvelujen laatua tulisi selvittää esimerkiksi asiakastyytyväisyyskyselyillä (Haapa 2018, 112–113).

Teknologian kehitys pakottaa palveluntarjoajat kehittämään palveluitaan digitaaliseen muotoon (Koivisto, Säynäjäkangas & Forsberg 2019, 20). Digitaalisuutta tulisi hyödyntää asiakas- ja toimintaprosesseissa aina, kun se lisää tehokkuutta tai tuottavuutta sekä parantaa palvelukokemusta (Virtanen ym. 2017, 35). Palveluita lähdetään usein suunnittelemaan teknologia edellä, vaikka erityisesti digitaalisia palveluita kehittäessä tulisi palvelua tarkastella asiakkaan näkökulmasta (Koivisto ym. 2019, 20). Kivekäs (2019, 52–53, 58–59) tarkasteli tutkimuksessaan Kanta-palvelujen käyttöä. Asiakkaat kertoivat sähköisten terveyspalvelujen olevan hyödyllisiä, koska terveystiedot ovat nopeasti saatavilla ja ne mahdollistavat oman hyvinvoinnin ylläpidon. Sähköinen ajanvaraus oli eniten käytetty palvelu. Sähköiset palvelut koettiin helppokäyttöisiksi, niihin suhtauduttiin myönteisesti ja niitä oltiin motivoituneita käyttämään. Asiakkaiden ”pallottelu” palveluiden välillä saattaa johtua tietojärjestelmien huonosta integraatiosta eli tieto ei kulje

näiden välillä (Virtanen ym. 2017, 36). Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä koetuiksi yhteistyön ongelmiksi on nähty muun muassa puutteellinen tiedonkulku, osapuolien toiminnan puutteellinen tunteminen, resurssi- ja aikapula sekä asenteet (Salunen 2016, 58).

Palveluiden kehittäminen asiakkaan tarpeita vastaavaksi ei aina toteudu halutulla tavalla. Asiakkaiden osallistaminen voi joskus olla hankalaa asiakasryhmän luonteen vuoksi. Myös ideoiden testaaminen on hidas prosessi terveydenhuollossa muun muassa lainsäädännön vuoksi. (Häyhtiö 2017, 47–51.) Palvelujen kehittämisen esteenä nähdään se, ettei hoitohenkilökunnalla ole aikaa eikä resursseja uusien toimintamallien käyttöönottoon. Uudet projektit kuormittavat ja vievät hoitohenkilöstön aikaa potilaiden hoitamiselta. (Leväsluoto & Kivisaari 2012, 22–23.) Uusiin toimintatapoihin tutustuminen kuitenkin Salusen (2016, 54–56) tutkimuksen mukaan kannattaa. Tampereella toteutettiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä niin sanottu ketjulähetti-kokeilu. Perusterveydenhuollosta sai mennä viikon ajaksi tutustumaan valitsemansa erikoissairaanhoidon yksikön toimintaan. Ketjulähettitoiminta lisäsi verkostoitumista, korjasi ammattilaisten vääriä olettamuksia, laajensi ammattitaitoa sekä lisäsi tietoa uusista hoitokäytännöistä. Ketjulähettijakson avulla hoitokäytäntöjä päivitettiin uusien hoitokäytäntöjen mukaisiksi.

3.2.3 Tiedon hyödyntäminen sote-palvelujen kehittämisessä

Hyvinvointialueiden tulee seurata alueensa väestön terveyden ja hyvinvoinnin tilaa. Sen on myös seurattava järjestämiensä palvelujen tarvetta, laatua, vaikuttavuutta, saavutettavuutta, yhdenvertaisuutta ja kustannuksia. Tätä tietoa tulee verrata muiden hyvinvointialueiden vastaaviin tietoihin. Tällä pyritään varmistamaan kaikille yhdenvertaiset palvelut koko maassa. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 2021/615 §1:1.1, § 4:29.1.) Sosiaali- ja terveysministeriö tarvitsee riittävät tiedot myös sosiaali- ja terveystalouden seurantaan, arviointiin, suunnitteluun ja kehittämiseen (Neittaanmäki & Lehto 2018 ,4).

Asiakkaan käyttäessä terveydenhuollon palveluita, syntyy tietoa sekä hänen terveydestään ja hyvinvoinnistaan että hänen palveluidensa käytöstä. Näitä tietoja käytetään ensisijaisesti asiakkaan hoitoon. Tietoja voidaan nykyään hyödyntää

myös toissijaiseen käyttöön eli esimerkiksi tilastointiin, viranomaisseurantaan, tutkimukseen, palveluiden kehittämiseen ja tietojohdantamiseen. (Neittaanmäki & Lehto 2018, 41.)

Rakenneuudistuksessa eri osapuolet, viranomaiset ja hyvinvointialueet tarvitsevat ajantasaista ja vertailukelpoista tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista tiedolla johtamisen tarpeisiin (Piponius 2022). Myös Kokon (2022, 91) mukaan arvoperustainen terveydenhuolto on mahdollinen vain tietojohdantamista hyödyntämällä. Hän toteaa, että palveluprosessit vaativat tarkastelua niihin sopivien mittarein, jotta prosesseja voidaan muokata paremmiksi. Sosiaali- ja terveysministeriön Toivo-ohjelman (Sote-tiedolla johtamisen, ohjauksen ja valvonnan toimeenpano-ohjelma) avulla on tähdätty yhtenäiseen ja vertailukelpoiseen tietopohjaan, joka helpottaa hyvinvointialueiden toiminnan seurantaan, arviointia ja tiedolla johtamista. Yhtenäisen tietopohjan luomiseen osallistui Toivo-ohjelmaan kuuluva Valtava-hanke. Kansallinen sote-tieto tuotetaan prosessissa, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastieto tai muu palvelussa syntynyt tieto määritetään ja luodaan samoilla säännöillä ja periaatteilla niin, että se on yhteistä ja vertailukelpoista koko maassa. Tiedonkeruun ongelmana on ollut aiemmin esimerkiksi erilaiset kirjaamiskäytännöt ja yhtenäisten käsitteiden puute. (Piponius 2022.)

Vaikuttavuuden arviointia varten tulisi määrittää palvelukohtaiset mittarit. Niillä arvioidaan, onko nykyisillä toimintamalleilla saavutettu tavoitteet, joihin palvelulla halutaan vaikuttaa. Yhteiskunnallista vaikuttavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla palvelujen riittävyttä ja kustannustehokkuutta. Tavoitteita luodessa voidaan pohtia, missä määrin ja miten kohdennettuna palveluita tuotetaan tietyille asiakasryhmälle. Tavoitteiden asettamisen tukena voidaan käyttää esimerkiksi diagnosoituja tapausmääriä sekä ennustetta niiden kehityssuunnasta. Vaikuttavuuden arviointi vaatii tietoa sekä ammattilaisten että asiakkaiden näkökulmasta. (Silvennoinen-Nuora 2010, 309–311.)

Tutkimuksen mukaan tietoa ei osata vielä täysin hyödyntää sosiaali- ja terveyspalveluiden johtoportaan, jolloin sen käyttö palveluiden kehittämisessäkin jää vähäiseksi (Rytilä 2011, 190). Esimerkiksi vaikuttavuuden arvioinnin ongelmina

nähdään se, ettei menetelmiä tunneta eikä arviointiin ole riittävää henkilöstöressurssia (Silvennoinen-Nuora 2010, 308). Tietoa hyödynnetään lähinnä tietojärjestelmistä, kun taas asiantuntijaverkostoissa muodostuvaa tietoa ei osata käyttää. Osaamisen johtaminen rajoittuu myös pelkästään osaamisen kartoittamiseen, jolloin resursseja ei kohdisteta välttämättä tehokkaasti. Tietotarpeita, tiedon louhintaa tai sen analysointia oman toiminnan tueksi ei osata. Nämä taidot tulisi-kin liittää osaksi johtamiskoulutusta. (Rytilä 2011, 190, 212.) Simonen (2012, 72) ehdottaa väitöskirjassaan ratkaisuksi myös sitä, että tietty asiantuntijataho tuottaisi nopeasti hyödynnettävää ja tiivistettyä vaikuttavuustietoa johtajien päätöksenteon tueksi.

3.2.4 Kustannustehokkuus seksitautien ennaltaehkäisyssä

Seksuaaliterveyden edistämällä ja seksitautien varhaisella hoidolla on merkittävä vaikutus yhteiskunnan kustannuksiin. Seksitautidiagnoosin saaminen mahdollisimman aikaisessa vaiheessa vähentää jatkotartuntojen määrää ja ehkäisee jälkitautilien puhkeamista, jolloin myös terveydenhuollon kustannuksia säästyy (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 140). Yleisvaarallisten ja valvottavien seksitautien diagnosointi ja hoito ovat potilaalle maksuttomia (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1992/734 § 5.4) eli niiden aiheuttamat kustannukset ovat yhteiskunnan vastuulla. Muiden seksitautien tai seksiteitse tarttuvien tautien vuoksi aiheutuvista terveydenhuollon käynneistä potilasmaksut peritään normaalisti (Käypä hoito -suositus 2018).

Toistuvat ja kroonisia jälkitauteja aiheuttavat klamydiainfektiot ovat merkittävä taloudellinen menoerä terveydenhuollossa (Sturd & Rucks 2022, 1–2). Klamydia ja tippuri ovat yleisimmät, ehkäistävissä olevat lapsettomuuden aiheuttajat. Jopa puolet lapsettomuuden vuoksi tehtävistä keinohedelmöityksistä tehdään tulehduksen aiheuttaman munajohdinvaurion vuoksi, jonka syynä on useimmiten klamydia (Tsevat, Wiesenfeld, Parks & Peipert 2017, luku "Chlamydia trachomatis and Neisseria Gonorrhoeae".) Lapsettomuushoidot tulevat yhteiskunnalle erittäin kalliiksi (Paavonen 2002, 1370). Klamydia ja tippuri aiheuttavat myös kohdunulkaisia raskauksia, akuuttia sisäsynnytintulehdusta sekä lisäkiivistulehdusta (Hiltunen-Back 2017, 40; Sturd & Rucks 2022, 1–2). Klamydia on myös suurin parannettavissa oleva sokeutta aiheuttava syy (Sturd & Rucks 2022, 1–2).

Oireettomien aktiivinen seulonta on tärkeää klamydiainfektion kantajien löytämiseksi ja taudin leviämisen vähentämiseksi. Tehostettu seulonta ja ehkäisyneuvonta esimerkiksi normaalin terveystarkastuksen tai ehkäisyn hakemisen yhteydessä voisi lisätä oireettomien infektioiden kiinni jäämistä ja sitä kautta vähentää infektion pitkäaikaisvaikutuksia ja myös yhteiskunnan kustannuksia. (Paavonen 2002, 1351, 1371.) Sanniston (2011, 158–160) tutkimuksessa seksitautia epäilevä asiakas lähetettiin pääasiassa lääkärin vastaanotolle. Noin puolet tutkimukseen osallistuvista lääkäreistä kertoi tutkituttavansa klamydian ja HIV:n ehkäisyn aloituskäynnillä, kun taas hoitajista näin teki 70 %.

HIV tarvitsee elinikäisen lääkityksen, joka pitää sairastavan ihmisen oireettomana ja tartuttamattomana. Hoitamattomana HIV johtaa aids-vaiheeseen, jossa virus on tehnyt jo todella paljon tuhoa immuunipuolustusjärjestelmälle. Tällöin ihminen sairastuu vakavasti ja kuolee ilman lääkitystä. (Hivpoint 2022.) Korkeassa HIV-tartuntariskissä oleville tarjottava prep-lääkitys on käyttäjälleen maksuton (Hivpoint 2023). Yhden henkilön prep-lääkitys maksaa arviolta noin 3000 euroa, kun taas yhdestä HIV-tartunnasta tulee yhteiskunnalle melkein puolen miljoonan kustannukset (Sutinen, Hietalahti & Hiltunen-Back 2020, 1287).

Tyttöjen rokottaminen papilloomavirusta vastaan osana rokotusohjelmaa on kustannustehokasta. Rokotusohjelmaan kuuluvat rokotteet maksaa yhteiskunta (Fimea 2023). Papilloomavirusrokotteesta aiheutuu arviolta 2–3 miljoonan euron kustannukset. Kuitenkin kohdunkaulasyövän ja sen esiasteiden hoidosta aiheutuvat vuosittaiset kustannukset ovat yhteiskunnalle yli yhdeksän miljoonaa euroa. (Papilloomavirustautien torjuntatyöryhmä 2011, 99–100.)

Klamydian ja tippurin kotinäytteenottoa on testattu Suomessa pilottitutkimuksella, jonka pohjalta todettiin, että vaikka ylimääräisiä testejä saatettiin tilata esimerkiksi hoidon onnistumisen varmistamiseksi tai riskikäyttäytymisen seurausten arvioimiseksi, sen arvioitiin säästävän terveydenhuollon kustannuksia Suomessa pitkällä aikavälillä. Kotitestausta madaltaa näytteenottokynnystä ja siten vähentää taudin leviämistä ja jälkitautien hoitoa. (Jokiranta ym. 2017, luvut ”Tulokset”, ”Pohdinta”.) Englannissa oireettomista, negatiivisen vastauksen saaneista kotitestin tehneistä vain noin 6 % varasi ajan terveysasemalle 90 päivän kuluessa eli kotitesti vastasi valtaosan tarpeisiin sellaisenaan (Ayinde, Jackson, Phatthey &

Ross 2023, luku "results"). Ruotsissa palautettujen kotitestien vuosittainen määrä oli noin 75 % (Söderqvist ym. 2020, 162). Kotitestien tekeminen on arvioitu kustannustehokkaaksi, mikäli palautettujen testien määrä on yli 60 %. Englannissa havaittiin, että kotitestausta lisäsi 27 % kokonaistestauksen määrää (Turner, Loocher, Syred, Zienkiewicz & Baraitser 2019, luku "results"), mikä nostaa palvelun kokonaiskustannuksia (Ayinde ym. 2023, luku "discussion").

Systemaattinen oireettomien testaaminen vähentäisi klamydiasta aiheutuvia kustannuksia Ruotsissa, mikäli taudin esiintyminen naisilla on yli 5,1 % ja miehillä yli 12,3 % (Novak, Lindholm, Jonsson & Karlsson 2004, 330). Vertailuna voidaan todeta, että Suomessa vuonna 2022 klamydiatapausten esiintyvyys 20–24-vuotiailla naisilla oli 2,7 % ja miehillä 1,8 % (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022b; Tilastokeskus 2023). Yhdysvalloissa arvioitiin kotitestien kustannustehokkuutta laskemalla, että 10 000 naisen vuosittaisella kotitestein testaamisella, verrattuna tilanteeseen, jossa näitä ei tehtäisi, estettäisiin 35,5 sisäsynnytintulehdustausta. Tästä arvioitiin tulevan säästöä 41 000 dollaria vuosittain. (Huang, Gaydos, Barnes, Jett-Goheen & Blake 2011, 815.)

4 MENETELMÄLLINEN TOTEUTUS

4.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa seksitautien nykyinen palvelupolku perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköissä Turussa ja kehittää sitä paremmin asiakasta ja terveydenhuoltoa palveleviksi.

Opinnäytetyön tavoitteena on tehdä seksitautien palvelupolku näkyväksi asiakkaalle sekä yhteneväiseksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä Turussa. Tavoitteena on myös tarkastella avoimena datana löytyviä seksitautien tilastoja ja visualisoida niiden esiintyvyyttä nykytilanteen kuvaamiseksi ja tulevaisuuden kehittämistyön pohjaksi.

Opinnäytetyön kehittämiskysymykset ovat:

1. Miten seksitautien palvelupolku etenee palvelutarpeesta hoitokontaktiin perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa?
2. Miltä osin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelupolut eroavat ja miten niistä saadaan yhteneväisemmät?
3. Millainen on seksitautien esiintyvyys Suomessa ja Varsinais-Suomessa tilastojen valossa?

4.2 Toimeksiantajan kuvaus

Opinnäytetyö tehdään ehkäisy palvelujen kehittämisen projektille, joka on osa Varsinais-Suomen hyvinvointialueen tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hanketta. Hankkeessa kehitetään ja tarjotaan uusia toimintamalleja sote-palveluiden järjestäjille. Tavoitteena on palveluiden saatavuuden ja jatkuvuuden takaaminen sekä niiden laadun ja yhteen toimivuuden parantaminen, ennaltaehkäisevän toiminnan lisääminen ja kustannustehokkuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.) Hankkeen osana kehitetään lasten, nuorten ja perheiden palveluja, joihin kuuluu myös ehkäisy palvelujen kehittäminen (Varsinais-Suomen hyvinvointialue 2021).

Ehkäisypalvelujen kehittämisen projektissa tarjotaan ilmaista ehkäisyä kaikille alle 25-vuotiaille, koska tavoitteena on edistää alle 25-vuotiaiden maksuttoman ehkäisyn yhdenvertaista saatavuutta. Projekti on tarjonnut terveydenhuollon ammattilaisille koulutusta muun muassa seksuaaliterveyden edistämiseen, sen osaamisen varmistamiseen sekä ehkäisykierukoiden asentamiseen. Tavoitteena on ollut myös uusien toimintamallien kehittäminen, jossa työtä, kuten ehkäisyn aloittaminen, siirretään lääkäreiltä enemmän terveydenhoitajille ja kättilöille. (Elo 2023.) Ehkäisypalvelujen kehittämisen projektissa sisällytetään muun muassa seksuaalineuvontaa ehkäisypalveluihin hyödyntäen tässä myös digitaalisia palveluja (Varsinais-Suomen hyvinvointialue 2021).

4.3 Opinnäytetyön lähestymistapa

Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisena kehittämistyönä. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä yritetään ratkaista työelämästä lähteviä ongelmia tai kehitetään tai uudistetaan työelämän käytäntöjä. Siinä käytetään useampia menetelmiä ja ollaan vuorovaikutuksessa eri tahojen kanssa. Perustelujen löytämiseksi on tärkeää perehtyä kehittämiskohteen olemassa olevaan tietopohjaan, mutta lisäksi tietoa kerätään työelämän käytännöistä. Kehittämistyössä tarvitaan usein tutkimuksellista osuutta, jotta kehittämistyön tulos voidaan perustella ja tulos on mahdollisimman puolueeton. (Ojasalo, Moilanen & Ritakoski 2015, 18, 21.) Tutkimuksellisessa kehittämistyössä henkilöstön hiljaisella tiedolla on suuri merkitys aieman tutkimustiedon ja kehittämisen mukana tuotettavan tiedon lisäksi. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä on tärkeää suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus, prosessin jatkuva arviointi sekä kokemustiedon hyödyntäminen laadukkaana lopputuloksen saavuttamiseksi. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 55, 57.) Opinnäytetyön tuloksena kehitetty palvelupolku muodostettiin sekä kohdeorganisaatioista saadun kokemuksellisen tiedon että teoreettisen tietopohjan perusteella.

Opinnäytetyön lähestymistavaksi valikoitui tapaustutkimus. Tapaustutkimuksessa jokin tietty tapaus eli case on tutkimuksen kohteena luonnollisessa toimintaympäristössään (Piekkari & Welch 2002, 200; Ojasalo ym. 2015, 53). Siinä useimmiten vertaillaan kahta tai useampaa eri tapausta, mutta se voidaan tehdä myös yksittäistapaustutkimuksena. Yksittäistapaustutkimuksessa keskitytään

vain yhteen kohteeseen ja pyritään ymmärtämään sitä mahdollisimman monipuolisesti perustuen eri toimijoiden kokemuksiin ja merkityksiin. Siinä vertailua voidaan tehdä peilaamalla tutkimuksen kohdetta teoriaan. (Piekkari & Welch 2002, 200–204.) Tapaus, jota tutkitaan, ei välttämättä ole jokin yritys, vaan se voi olla myös jokin siellä käytössä oleva toimintamalli tai prosessi (Ojasalo ym. 2015, 53). Tässä tapauksessa tapaustutkimuksen kohteita oli kaksi, erikoissairaanhoidoa edustava Turun yliopistollisen keskussairaalan sukupuolitautien poliklinikka sekä perusterveydenhuoltoa edustavat Turun kaupungin terveystalujen terveysasemat (sote-alueet 7 ja 8) ja tartuntatautien torjunnan yksikkö. Näillä on, ainakin osittain, yhteinen prosessi: seksitautien palvelupolku. Tätä prosessia tarkasteltiin teoriaan peilaten sekä erillisinä että yhteisenä prosessina.

Tapaustutkimus soveltuu lähestymistavaksi esimerkiksi silloin, kun etsitään uusia kehittämisideoita. Tapaustutkimuksella löydetään usein vastauksia kysymyksiin ”miksi” ja ”miten”. Se alkaa kehittämiskohteen määrittämisestä, minkä jälkeen perehdytään aiheeseen teorian ja käytännön avulla. Tämän jälkeen kerätään aineisto, esimerkiksi haastatteleamalla toimijoita, ja aineiston pohjalta muodostetaan kehittämis ehdotus. (Ojasalo ym. 2015, 52–54.) Tapaustutkimuksen lähestymistapaa voidaan myös kritisoida, koska voidaan katsoa, että yksi tai muutama tapaus ei tuo luotettavaa tietoa tutkimukselle. Toisaalta hyvin suunniteltu ja toteutettu tutkimus tosielämän ongelmista tuottaa enemmän oivalluksia, joka ei olisi mahdollista määrällisessä kuvaavassa tutkimuksessa. (Saunders & Lewis 2012, 117.)

Palvelupolun muodostamisessa käytettiin lähestymistapana osittain palvelumuotoilua. Palvelumuotoilulla tavoitellaan sekä asiakkaan tarpeisiin että palveluntuottajan tavoitteisiin vastaavaa palvelua. Palvelusta pyritään saamaan asiakkaalle johdonmukainen ja käytettävä, mutta samalla myös palveluntuottajan näkökulmasta vaikuttava ja taloudellisesti kannattava. (Koivisto ym. 2019, 35.) Palvelumuotoilussa valitaan jokin olemassa oleva palvelu tai palvelupolun osa, jota lähdetään kehittämään (Tuulaniemi 2011, 24–26, 79). Palvelumuotoilu on aina asiakaslähtöistä (Koivisto ym. 2019, 35). Palvelun kehittämiseen otetaan mukaan kaikki siinä toimivat osapuolet, kuten asiakkaat ja palvelun tuottajat. Yhteiskehittämisen ideana on, että kaikki mahdolliset näkökulmat ja palveluun liittyvät asiat

tulevat mahdollisimman laajasti huomioitua. (Tuulaniemi 2011, 24–36.) Palvelumuotoilu toimii sosiaali- ja terveystalvvelujen kehittämisen tukena. Sen avulla voidaan kartoittaa esimerkiksi palvelun kehittämiseen vaadittavat resurssit ja menetelmät. Palvelumuotoilulla ja yhteiskehittämisellä saadaan ammattilaiset siiloutuneesta terveydenhuollon ekosysteemistä paremmin yhteen, jolloin kehittämiselle hierarkiasta johtuvia esteitä pystytään vähentämään. (Alhonsuo 2021, 120, 130.)

Palvelumuotoilun tunnetuin prosessimalli on niin sanottu tuplatimantti, joka toimii pohjana muotoiluprosessille riippumatta siinä käytettävistä metodeista (Design Council 2019). Tuplatimanttimallia käytetään usein palvelumuotoilun alkuvaiheessa, kun kartoitetaan asiakastarpeita ja ideoidaan vaihtoehtoisia palvelumalleja (Koivisto ym. 2019, 47). Ensimmäisessä timantissa pyritään ymmärtämään, mikä on palvelun ongelma. Palveluun ja sen eri toimijoihin tutustutaan syvällisesti (Discover). Varsinkin asiakkaita ja heidän tarpeitaan pyritään ymmärtämään. Tämän jälkeen määritellään taustatiedon perusteella palvelun haasteet (Define). Visualisoimalla ongelmat mahdollistetaan kaikille yhteinen ymmärrys asiasta. Toisessa timantissa pyritään löytämään ratkaisuja. Ensin rohkeasti ideoidaan uusia keinoja ongelman ratkaisemiseksi (Develop) ja sitten testataan ja hylätään tai jatkojalostetaan näitä keinoja (Deliver). Tuplatimantin prosessi on iteratiivinen. Joskus varhaisen vaiheen ideat voivat olla löytöjä. Toisaalta palvelu muuttuu ja kehittyy jatkuvasti eikä ole koskaan niin sanotusti valmis. (Design Council 2019.)

Asiakokonaisuuden arkaluonteisuus sekä ennalta määritelty toteuttamisajanjakso rajoittivat mahdollisuuksia asiakkaiden ottamiseen mukaan seksitautien palvelupolun kehittämiseen. Asiakas pidettiin kuitenkin keskiössä, ja palvelua havainnoitiin asiakkaan näkökulmasta. Asiakkaan palvelupolku mallinnettiin hyödyntämällä tietopohjaa sekä ammattilaisten haastatteluista nousseita asioita. Palvelupolun malli visualisoitiin ja siitä etsittiin kehittämiskohteita. Näihin kehittämiskohteisiin ideoitiin ratkaisuja, joiden testaaminen ja jatkojalostus jäivät jatkokehittämisen aiheiksi.

4.4 Opinnäytetyön eteneminen vaiheittain

Opinnäytetyö toteutettiin alkaen vuoden 2022 lokakuusta päättyen vuoden 2023 lokakuun lopulla. Opinnäytetyön eri vaiheet esitellään kuviossa 1.



Kuvio 1. Opinnäytetyön eteneminen vaiheittain

4.4.1 Opiskelijan verkostoituminen

Heti kiinnostavan kehittämiskohteen löydyttyä syntyi aihe opinnäytetyölle. Lokamarraskuussa 2022 verkostoiduttiin kohdeorganisaatioiden asiantuntijoiden kanssa. Verkostoituminen koko kehittämissuorituksen aikana on esitelty kuviossa 2.



Kuvio 2. Verkostoituminen kehittämissuorituksen aikana

Sukupuolitautilien poliklinikalla vierailu ja sen toimintaan tutustuminen perehdytti opinnäytetyön aiheeseen ja oli hyvä aloitus työlle. Sukupuolitautilien poliklinikalle tulee Omaolo-palvelun, puhelinasioinnin tai lääkärin lähetteen kautta vain oireiset asiakkaat. Poliklinikalla oli aiemmin kerran viikossa vastaanottopäivä, jolloin asiakas sai tulla testauttamaan seksitaudit ilman ajanvarausta. Jonoa riitti usein pitkälle iltaan saakka. Hoitajat käyvät itse läpi Omaolo-yhteydenotot ja ohjaavat oireettomat, heille kuulumattomat asiakkaat perusterveydenhuollon puolelle.

Turun kaupungin terveystilastojen kanssa pidettiin Teams-tapaaminen, johon osallistui kliininen hoitotyön asiantuntija, avoterveydenhuollon hallintoylilääkäri sekä kaksi tartuntatautihoitajaa. Tarkoituksena oli kuulla perusterveydenhuollon näkökulma seksitautien hoitoon liittyen. Turun kaupungin terveystilastoihin kuuluu kuusi terveysasemaa. Lisäksi perusterveydenhuoltoon kuuluu tartuntatautien torjunnan yksikkö. Vastaanotoille tulee sekä oireisia että oireettomia seksitautien vuoksi asioivia asiakkaita. Teams-kokouksen osallistujien kokemuksen mukaan perusterveydenhuollon puolella asiakkaan ohjaus ja neuvonta tulevaisuuden ennaltaehkäisyä ajatellen jää välillä puutteelliseksi kiireen vuoksi.

Virtuaalisen sote-keskuksen projektityöntekijän ja sähköisen perhekeskuksen projektiasiantuntijan kanssa pidettiin myös Teams-tapaaminen. Heidän kanssaan keskusteltiin yleisesti palvelun asiakaslähtöisyydestä. Kehittämistyön loppupuolella pidettiin Teams-tapaaminen myös liittyen palvelutietovarantoon. Seksitaudeista tullaan tekemään palvelukuvaus palvelutietovarantoon myöhemmin syksyllä vuonna 2023, johon opiskelijan on tarkoitus osallistua, vaikka tämä työ on jo silloin valmis. Ehkäisy- ja neuvonnan kehittämisen projektin projektipäällikkö osallistui kaikkiin edellä mainittuihin tapaamisiin opiskelijan lisäksi.

4.4.2 Nykyisen palvelun taustoihin perehtyminen

Ehkäisypalvelujen kehittämisen projektissa havaittiin, että seksitautien vuoksi hoitoon pääsy oli hankalaa asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna. Palvelu ei edennyt niin kuin se palveluntuottajan näkökulmasta oli tarkoitettu. Palvelupolkua piti tarkastella, kehittää ja visualisoida niin, että asiakkaan on helpompi löytää oikea palvelu. Tavoitteena oli myös selkiyttää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tehtävänjakoa.

Seksitautien palveluprosessista on WHO:n määrittelemänä karkea viitekehys. Se lähtee liikkeelle ennaltaehkäisystä. Ennaltaehkäisyyn kuuluu kattava seksuaalikasvatus ja -neuvonta, erityisesti riskiryhmiin kohdistuva ehkäisy- ja seksitautineuvonta sekä rokottaminen hepatiitti B:tä ja papilloomavirusta vastaan. Myös seksitautien testaamista voidaan pitää ennaltaehkäisyyn kuuluvana toimena, koska sillä ehkäistään tautien leviämistä, mutta se on myös prosessissa ennaltaehkäisyä seuraava vaihe. Mikäli asiakas saa negatiivisen tuloksen, hän palaa ennaltaehkäisevään vaiheeseen. Positiivisen tuloksen saadessaan, asiakas hakeutuu hoitoon. Lääkkeellisen hoidon lisäksi asiakkaan tulisi saada samassa yhteydessä seksuaalineuvontaa ja häntä tulisi rohkaista kertomaan tartunnastaan kumppaneilleen. Onnistuneen hoidon jälkeen asiakas palautuu ennaltaehkäisevään vaiheeseen ja sykli alkaa alusta. Hoidon epäonnistuessa hän jatkaa kroonisen sairauden hoitoa. (World Health Organization 2023.) Suomessa käytettävät ennaltaehkäisevät keinot noudattavat pääpiirteittäin tätä viitekehystä.

Keväällä 2023 havainnoitiin asiakkaan näkökulmasta seksitautitesteihin pääsyä Turussa. Tämä toteutettiin perehtymällä internetistä löytyviin ohjeistuksiin. Verkkosivuja on sen jälkeen päivitetty yhtenäisemmäksi hyvinvointialueella, mutta palvelun kuvaus perustuu tarkasteluhetken tilanteeseen. Nuorilla on Turussa useampia tahoja, joihin hakeutua seksitautia epäillessä. Terveysasemien ja erikoissairaanhoidon lisäksi kaupungin lasten ja nuorten poliklinikalla toimivalla nuorisogynekologisella poliklinikalla tehdään seksitautitestejä. Sinne pääsee ilman lähetettä ajanvarauksella kaikki alle 18-vuotiaat nuoret. (Turun kaupunki 2023a.) Aikuisia ohjeistetaan Turun kaupungin nettisivuilla tekemään Omaolo-oirearvio seksitautia epäiltäessä. Omaolo-palvelun kautta asiakas saa yhteyden ammattilaiseen, joka antaa tarkemmat toimintaohjeet tai tekee lähetteen laboratorioon.

Sivustolta pääsee suoralla linkillä sekä Omaolo-palveluun että Turun yliopistollisen keskussairaalan sukupuolitautilin poliklinikan nettisivuille. (Turun kaupunki 2023b.) Erikoissairaanhoidon nettisivuilla informoidaan, että sukupuolitautilin poliklinikalle vastaanotetaan asiakkaita vain Omaolo-palvelun tai puhelinasioinnin kautta sekä lääkärin läheteellä. Sivustolla kerrotaan, että oireettomat asiakkaat tulee arvioida ensisijaisesti omalla terveysasemalla. Myös erikoissairaanhoidon nettisivuilla on suora linkki Omaolo-palveluun. Sukupuolitautilin poliklinikalla annetaan myös seksitautien ennaltaehkäisyyn tähtäävää asiakasneuvontaa. (Turun yliopistollinen keskussairaala 2023.)

Turussa otettiin käyttöön seksitautien Omaolo-palvelun oirearvio maaliskuussa vuonna 2020. Tavoitteena oli, että erikoissairaanhoidon ohjautuisi ainoastaan oireiset potilaat ja oireettomat potilaat testattaisiin ja hoidettaisiin perusterveydenhuollossa. Odotettiin, että Omaolo-palvelun myötä hoitajien työmäärä vähenisi ja potilaiden hoito tulisi sujuvammaksi. (Härmä 2020.) Omaolo-palvelu on DigiFinland Oy:n kehittämä, CE-merkitty lääkinällinen laite. Sen kautta asiakas voi tehdä seksitautien oirearvion vuorokauden ajasta riippumatta. Oirearvion kysymykset esittää Kustannus Oy Duodecimin luoma ohjelmisto, joka perustuu tutkittuun tietoon. Oirearvio antaa asiakkaalle toimintaohjeet. Kun asiakas tunnistautuu palveluun, tiedot välittyvät ammattilaiselle, joka voi ottaa Omaolo-palvelun kautta yhteyttä asiakkaaseen. Oirearvion tarkoituksena on sanan mukaisesti arvioida hoidon tarvetta ja kiireellisyyttä, mutta se ei tee hoitopäätöksiä. Nämä ovat aina ammattilaisen tehtäviä. (DigiFinland 2023b.)

Omaolon oirearvio kehottaa asiakasta hakeutumaan seksitautitesteihin, jos hän on ollut suojaamattomassa seksikontaktissa henkilön kanssa, jolla on todettu jokin seksitauti, tai jos miehellä on ollut seksiä miesten kanssa. Kiireellisyydestä kerrotaan, että klamydia ja tippuri voidaan testata viiden vuorokauden kuluttua ja HIV 3-4 viikon kuluttua altistumisesta. Oireisen asiakkaan kehoitetaan ottamaan yhteyttä terveydenhuollon ammattilaiseen. (DigiFinland 2023a.)

Käypä hoito -suositus ohjeistaa lähettämään asiakkaan erikoissairaanhoidon, mikäli hänellä todetaan tuore HIV-infektio tai tartunta-ajankohdaltaan epäselvä kuppua. Jos asiakkaalla on sisäsynnytintulehdus, LGV tai keftriaksonille resistenssi tippuri, tulee hänen siirtyä erikoislääkärin arvioitavaksi. Myös asiakkaat,

joilta löytyy kliinisessä arvioissa kondyloomia, kuuluvat erikoislääkärin vastaanotolle. Lieväoireiset ja oireettomat voidaan hoitaa pääosin perusterveydenhuollossa. (Käypä hoito -suositus 2018.)

4.4.3 Tartuntatautirekisterin tilastojen tarkastelu

Opinnäytetyössä päädyttiin tarkastelemaan Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen avoimena datana löytyviä tartuntatautitilastoja. Opinnäytetyön tarkoituksen kannalta olisi haluttu syventyä tarkemmin asiakkaiden hoitoon ohjautumisen nykytilaan, mutta tämä osoittautui mahdottomaksi tämän laajuudessa työssä. Omaoloasioinneista ei kerätä merkittävää tilastotietoa, joten sitä ei ollut saatavilla. Asiakkaan oireettomuutta tai oireisuutta ei olisi pystytty selvittämään ilman, että potilastietoja olisi lähdetty tarkastelemaan asiakas kerrallaan. Haluttiin kuitenkin ymmärtää seksitautien esiintyvyyden nykytilaa asian ajankohtaisuuden perustelemiseksi. Tartuntatautitilastot kertovat todettujen seksitautitapausten lukumäärän, mutta seksitautien seulonnan ja hoidon kustannustehokkuutta on mahdotonta arvioida tietämättä seulontanäytteiden kokonaismäärää.

Tartuntatautitilastosta pystyi rajaamaan tietyt ominaisuudet, joita halusi tarkastella. Tilastoista tarkasteltiin kupan, klamydian, tippurin ja HIV:n esiintyvyyksilukuja Suomessa ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Ihanteellisinta olisi ollut tarkastella Turun tilastoja, mutta tämä ei ollut mahdollista. Rajauksena käytettiin eri ikäluokkia sekä sukupuolta. Tilastojen tiedot katsottiin ja tarkasteltiin 4.7.2023 olevan tilanteen mukaan. Näiden tietojen pohjalta tehtiin tilastollisia laskelmia seksitautien esiintyvyydestä ja siinä tapahtuneista muutoksista vuosina 2018–2022. Vuoden 2023 esiintyvyydestä tehtiin arvio kertomalla ensimmäisen puolen vuoden esiintyvyyksiluvut kahdella. Tartuntatautitilastoista löytyvät tiedot vain tartuntatautilain alaisuuteen kuuluvista seksitaudeista. Tämän vuoksi esimerkiksi papilloomaviruksen esiintyvyyttä ei voida arvioida ilman potilastietojen tarkastelua. Hepatiitti B ja C löytyvät tartuntatautitilastoista. Niiden esiintyvyys on kuitenkin niin vähäistä, että ne päätettiin rajata tässä opinnäytetyössä ulkopuolelle.

Seksitautien esiintyvyyden tilastollinen analyysi antaa tietoa seksitautien yleisyydestä sekä tulevaisuuden tapausmäärien suunnasta. Tilastollisen analyysin pe-

rusteella voidaan epäsuorasti tehdä päätelmiä nykyisten palvelujen ja seksuaali-terveyden edistämiskeinojen vaikuttavuudesta ja tehokkuudesta. Seksitautien esiintyvyyden lisääntymistä pohtiessa tulee huomioida myös muutos ihmisten seksuaalikäyttäytymisessä, kuten kumppanien ja suojaamattomien seksikontaktien määrässä. Esiintyvyyksilukuja ja seksuaalikäyttäytymistä tarkastelemalla voidaan seksitautien kansanterveydellisiä ennaltaehkäisytoimia kohdistaa paremmin. (Nikula 2009, 7–8.)

4.4.4 Nykytilanteen kartoitus fokusryhmähaastattelujen avulla

Palvelupolun nykytilaa lähdettiin syvällisemmin tarkastelemaan haastattelemalla ammattilaisia, jotka kohtaavat työssään seksitautien vuoksi asioivia asiakkaita. Haastattelumenetelmäksi valikoitui fokusryhmähaastattelu, joka on laadullinen tutkimusmenetelmä (Hennink 2014, 98). Laadullista tutkimusmenetelmää käytetään, kun halutaan ymmärtää ihmisten luomia merkityksiä (Vilkkä 2021, 94). Fokusryhmähaastattelussa keskustellaan vapaamuotoisesti, pitämällä kuitenkin fokus tutkijan kiinnostuksen kohteena olevassa aiheessa. Siinä tutkija pyrkii saamaan osallistujat vuorovaikutukselliseen keskusteluun keskenään sen sijaan, että hän esittäisi valmiiksi muotoiltuja kysymyksiä jokaiselle yksilönä. (Valtonen & Viitanen 2020, 113–114.) Ryhmäkeskustelussa tutkijan tukena toimii ennalta suunniteltu, teemoihin jaettu keskustelurunko (Mäntyranta & Kaila 2008, 1507, 1510). Tutkija tarjoaa tutkimuksensa tarkoituksen kannalta merkityksellisiä aiheita ryhmän keskusteltavaksi ennalta suunnitellun keskustelunrunгон pohjalta (Mäntyranta & Kaila 2008, 1507, 1510; Stevanovic & Weiste 2018, 115). Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi tämä runko on liitetty opinnäytetyöhön (Liite 2). Ryhmäkeskustelun hyvänä puolena nähdään sen luovuus. Keskustelijoilla on mahdollisuus vaikuttaa keskustelun sisältöön ja teemoihin. (Valtonen & Viitanen 2020, 126.) Ryhmäkeskustelua on hyvä käyttää esimerkiksi silloin, kun halutaan selvittää ryhmän yhteinen kanta tutkittavaan asiaan (Puusa 2020, 110–111). Sitä käytetään terveydenhuollon tutkimuksissa usein esimerkiksi asiakkaan näkökulman tai terveydenhuollon ammattilaisten toiminnan tarkasteluun sekä palveluiden kehittämiseen liittyvissä tutkimuksissa (Mäntyranta & Kaila 2008, 1507–1508).

Fokusryhmähaastatteluun osallistujat valitaan usein jonkin yhteisen tekijän mukaan (Mäntyranta & Kaila 2008, 1509). Haastatteluja varten otettiin yhteyttä Turun alueen terveysasemien sekä sukupuolitautilien poliklinikan esihenkilöihin. Heitä pyydettiin välittämään sähköpostitse kutsu tutkimukseen kaikille hoitohenkilöstön edustajille, jotka hoitavat seksitautien vuoksi asioivia asiakkaita. Sähköpostin liitteenä oli tiedote tutkimukseen osallistuvalla (Liite 1). Tavoitteena oli, että fokusryhmähaastattelussa seksitautien vuoksi asioivia asiakkaita hoitavat ammattilaiset olisivat samalla verkostoituneet, kuulleet muiden ajatuksia ja kokemuksia sekä mahdollisesti innostuneet suunnittelemaan yhteistyötä tulevaisuudessa. Fokusryhmähaastattelun aikana olisikin ollut mahdollista myös tutkimuksen kohteena olevien oppia uutta tai saada vahvistusta käsityksilleen (Vilkkä 2021, 100–101).

Tutkimusluvan hakuprosessissa meni runsaasti aikaa, minkä vuoksi haastatteluja päästiin toteuttamaan vasta touko-kesäkuun 2023 vaihteessa. Yhteisen haastatteluajankohdan löytäminen oli haastavaa, ja vapaaehtoisia osallistujia ilmoittautui vähän. Tämän vuoksi fokusryhmähaastattelutilaisuuksia tarjottiin yhteensä viisi, joista neljä toteutui. Kuudelta terveysasemalta, tartuntatautien torjunnan yksiköstä ja sukupuolitautilien poliklinikalta haastateltavia osallistui neljästä yksiköstä yhteensä 12. Haastattelut pidettiin Teamsin välityksellä ja tallennettiin.

4.4.5 Fokusryhmähaastattelun aineiston analysointi

Fokusryhmähaastattelun aineiston analysoimiseksi sitä tarkastellaan ja pelkistään alkuperäisen tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymysten perusteella. Tämän jälkeen aineisto ryhmitellään siten, että samankaltaiset asiat muodostavat kokonaisuuksia ja niistä muodostetaan edelleen teemoja (Hennink 2014, 129–130; Tuomi & Sarajärvi 2018, 79; Puusa 2020, 149.) Aineiston pelkistäminen on erittäin tärkeää, koska suuren aineiston järjestäminen teemoittain on muuten lähes mahdotonta (Hennink 2014, 130).

Aineistosta nousevista merkityksistä tulee vielä tehdä tulkintaa eli muodostaa synteesejä (Puusa 2020, 149, 151). Fokusryhmähaastattelun aineisto raportoi-

daan useimmiten kertomuksellisessa muodossa, johon on liitetty lainauksia aineistosta (Hennink 2014, 130), mutta se voidaan myös esittää teemoina (Mäntyranta & Kaila 2008, 1507).

Haastattelut litteroitiin sanasta sanaan heti niiden toteuduttua, jonka jälkeen videotallenteet hävitettiin. Videotallenteista tehtiin myös muistiinpanoja puheen lisäksi. Tekstiä tuli yhteensä 38 sivua fonttikoolla 12, rivivälillä 1,0. Aineistoa luettiin läpi huolellisesti useaan kertaan ja siitä karsittiin kehittämisiongelmiä kannalta epäoleelliset asiat. Jäljelle jäänyt aineisto jaettiin teemoihin ja niistä muodostettiin synteesejä, jotka esitellään luvussa 5.2. Opinnäytetyön valmistuttua, myös litteroidut tekstit hävitettiin tietosuojan takaamiseksi.

4.4.6 Palvelupolun visualisointi ja tulosten esittäminen

Haastatteluista saatujen tulosten ja teorian pohjalta muodostettiin palvelupolku (Liite 3). Palvelupolun visualisointiin käytettiin Canva-työkalua. Canvasta valittiin palvelupolkuun sopiva infograafipohja. Visualisointiin valittiin Varsinais-Suomen hyvinvointialueen verkkosivuilla käytetyt värit. Visualisoinnin ohella kiinnitettiin erityisesti huomiota tekstin ymmärrettävyyteen ja selkeään ulkomuotoon. Koska palvelupolku tulee ohjaamaan asiakkaan asiointia, esiteltiin se muutamalle projektin ulkopuoliselle henkilölle, jotta saatiin palautetta myös asiakkaan näkökulmasta.

Palvelupolku ja seksitautien esiintyvyyden tilastollinen analyysi tullaan esittämään seksitauteihin liittyvissä koulutustapahtumissa kahdesti syksyn 2023 aikana. Nämä koulutustapahtumat kohdistetaan Varsinais-Suomen hyvinvointialueella seksitautien tai seksuaaliterveyden parissa terveysasemilla työskenteleville ammattilaisille. Toinen näistä tilaisuuksista järjestetään webinaarina. Palvelupolku julkaistaan Varsinais-Suomen hyvinvointialueen verkkosivuilla myöhemmin, koska se tulee implementoida kaikissa hyvinvointialueen kunnissa ennen julkaisua. Implementoinnin aloittamiseksi opinnäytetyön tulokset esitetään avoterveydenhuollon johtoryhmälle marraskuussa 2023. Seksitautien palvelupolusta tehdään myös palvelukuvaus palvelutietovarantoon. Tämä toteutetaan opinnäytetyön valmistuttua palvelutietovarannon yhteyshenkilön, toimeksiantajan edustajan ja opinnäytetyön tekijän yhteistyönä. Varsinais-Suomen hyvinvointialueella

on päätetty, että ehkäisypalvelujen kehittämisen projektin jälkeen koordinaatio-
vastuu seksitaudeista on yliopistollisen sote-keskuksen tartuntatautien torjunnan
yksiköllä.

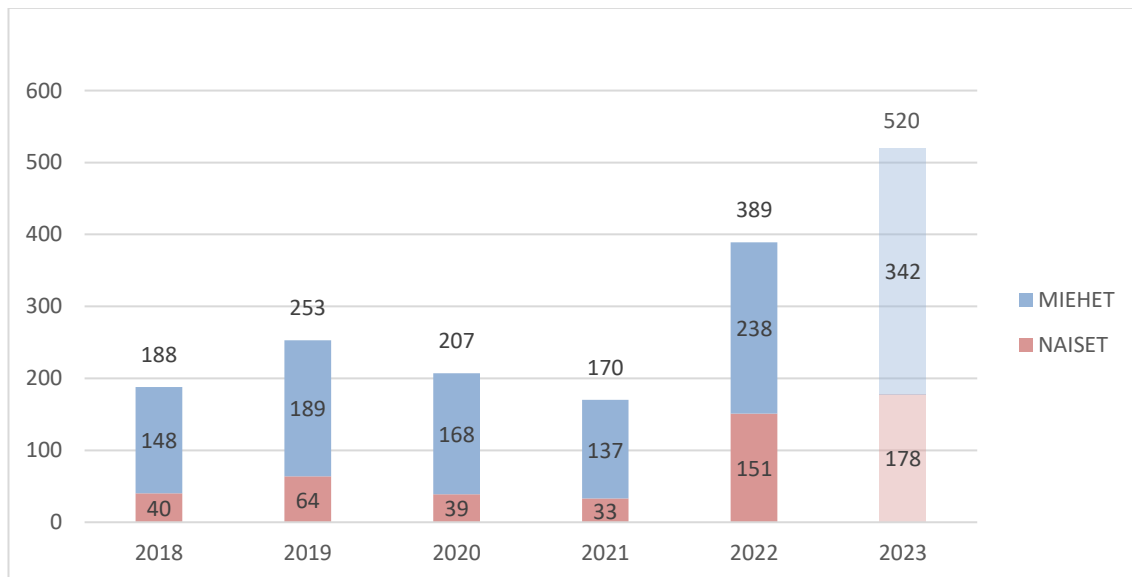
5 TULOKSET

5.1 Seksitautien esiintyvyys Suomessa ja Varsinais-Suomessa

Seksitautien esiintyvyyden tilastolliseen analyysiin käytetyt luvut ladattiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämästä, avoimena datana olevasta tartuntatautirekisteristä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022b). Luvuista tehdyt laskelmat ja visualisoinnit tehtiin osana tätä opinnäytetyötä tulevaisuuden kehittämistyön pohjaksi. Analyysin pohjalta voidaan pohtia esimerkiksi seksuaaliterveyden edistämistoimien tehostamista tai kohdentamista sekä arvioida nykyisten toimintamallien vaikuttavuutta.

5.1.1 Kupan esiintyvyys Suomessa ja Varsinais-Suomessa

Yleisvaarallista seksitautia, kuppaa, todettiin vuonna 2022 ennätysmäärä. Tarkasteltaessa vuoden 2022 tapausmääriä aiempien vuosien keskiarvoon nähden ovat kuppatapaukset lähes kaksinkertaistuneet Suomessa (kuvio 3).

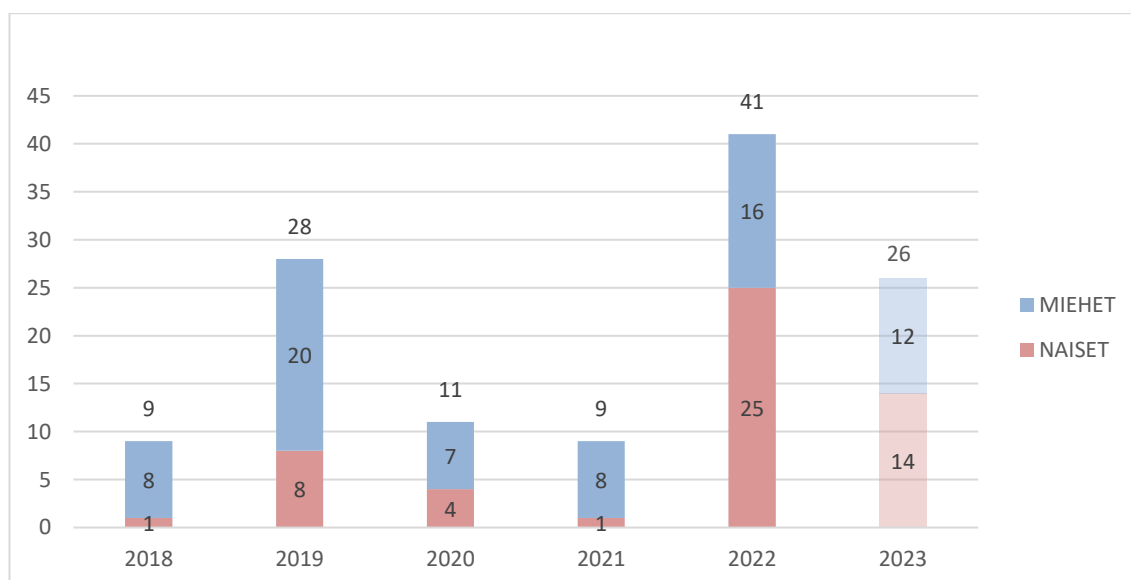


Kuvio 3. Kuppatapaukset Suomessa sukupuolen mukaan jaoteltuna vuosina 2018–2022 sekä vuoden 2023 ennuste

Tapausten määrä on vaihdellut Suomessa välillä 170–389. Alkuvuoden tapausmääriin perustuen kuppaa saatetaan todeta jopa yli 500 tapausa vuonna 2023. Tämä tarkoittaisi yli 30 % nousua. Kuppa on enemmän miesten sairastama seksitauti. Suomessa vuosina 2018–2021 kuppatautunnoista lähes 80 % on todettu

miehillä. Vuonna 2022 naisten osuus kuitenkin nousi jopa 40 %:iin samalla, kun naisten kuppatapaukset yli kolminkertaistuivat aiempien vuosien keskiarvoon nähden.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä on havaittavissa samansuuntainen nousu kuppatapauksissa vuonna 2022 kuin koko maassa. Aiempien vuosien keskiarvoon nähden kuppatapaukset kolminkertaistuivat Varsinais-Suomessa (kuvio 4). Tapausten lukumäärä on vaihdellut välillä 9–41 viimeisen viiden vuoden aikana. Alkuvuoden tapausmäärien perusteella kuppaa todetaan Varsinais-Suomessa arviolta alle 30 tapusta vuonna 2023, mikä olisi lähes 27 % vähemmän kuin vuonna 2022.

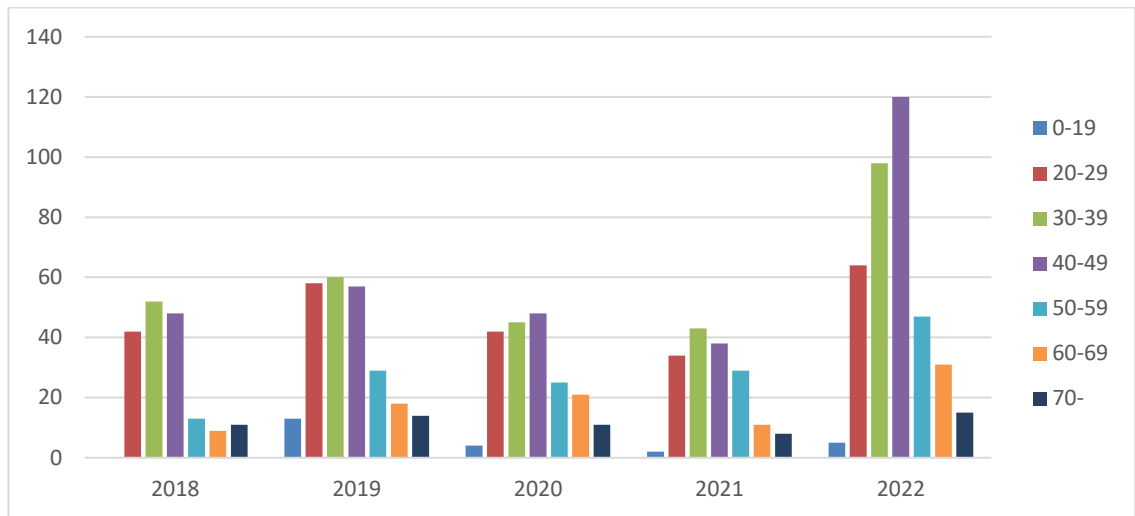


Kuvio 4. Kuppatapaukset Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä sukupuolen mukaan jaoteltuna vuosina 2018–2022 sekä vuoden 2023 ennuste

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä kuppatapauksien sukupuolijakauma on ollut vaihtelevampi kuin koko maassa. Miesten osuus tapausmäärästä on ollut vuosina 2018–2021 keskimäärin hieman alle 80 %, mutta vuonna 2022 miesten osuudeksi jäi enää noin 40 %, kun naisten kuppatapaukset kasvoivat lähes seitsemänkertaiseksi aiempien vuosien keskiarvoon nähden. Tuolloin naisten tapausmäärät ylittivät ensimmäisen kerran miesten tapauksien lukumäärän.

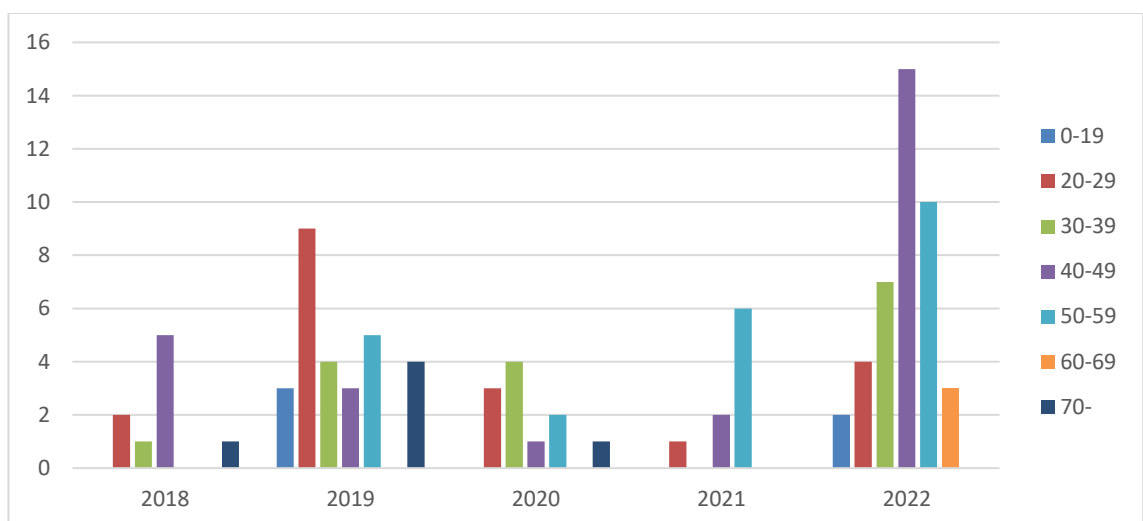
Kuppatapaukset jakautuvat ikäryhmien välillä melko laajalti. Suomessa kuppaa on todettu eniten 20–50-vuotiailla keskittyen useimpina vuosina 30–40-vuotiaisiin (kuvio 5). Sekä vuonna 2020 että 2022 kuppaa on kuitenkin todettu eniten 40–

50-vuotiailla. Alle 20-vuotiailla noin 70 % tapauksista on 15–19-vuotiailla ja vain yksittäiset tapaukset pienillä lapsilla.



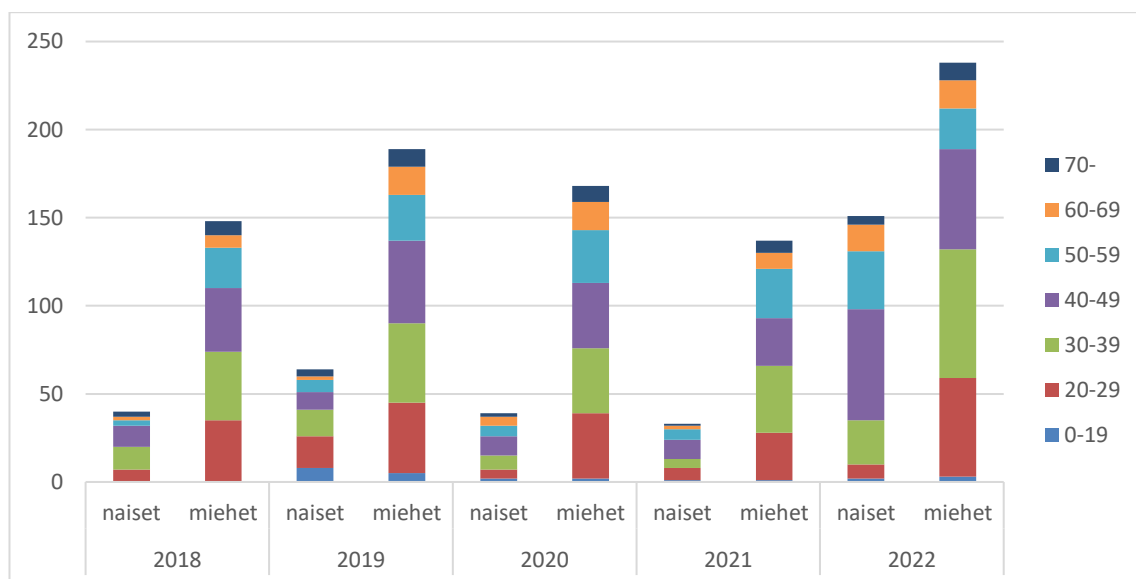
Kuvio 5. Kuppatapausten jakautuminen ikäluokkien mukaan Suomessa vuosina 2018–2022

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä kuppatapausten ikäjakaumasta ei voida tehdä yksiselitteistä analyysia, sillä ne poikkeavat toisistaan vuosittain (kuvio 6). Esimerkiksi vuonna 2019 oli 20–30-vuotiaat selvästi suurin ikäluokka, kun taas vuosina 2018 ja 2022 kuppaa todettiin eniten 40–50-vuotiailla. Kuppaa on todettu 60–70-vuotiailla ainoastaan vuonna 2022. Alle 20-vuotiaiden tapauksista hieman yli 80 % on 15–19-vuotiailla eli vain hyvin vähän pienillä lapsilla.



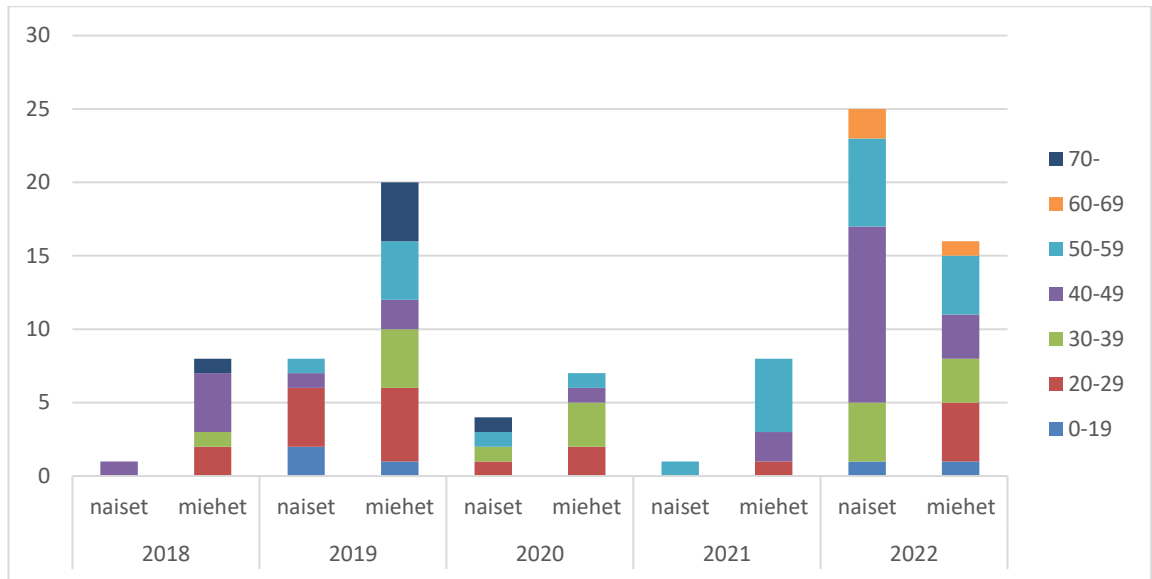
Kuvio 6. Kuppatapausten jakautuminen ikäluokkien mukaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä vuosina 2018–2022

Suomen kuppatapauksia tarkasteltaessa sekä sukupuolen että ikäluokan mukaan voidaan huomata, että miesten kuppatapaukset jakautuvat melko tasaisesti 20–60-vuotiaiden välillä vuosina 2018–2021. Vuonna 2022 kuitenkin 20–30-vuotiaiden ja 40–50-vuotiaiden miesten tapaukset lisääntyivät 1,5-kertaisiksi sekä 30–40-vuotiaiden 1,8-kertaisiksi. 30–40-vuotiailla miehillä esiintyi kuppaa eniten. Naisten tapausmäärät eivät merkittävästi muuttuneet vuosina 2018–2021, mutta vuonna 2022 naisten tapauksien lukumäärä yli kolminkertaistui. 30–40-vuotiaiden naisten tapauksien määrä 2,5-kertaistui, 40–50-vuotiaiden lähes kuusinkertaistui, 50–60-vuotiaiden kuusinkertaistui ja 60–70-vuotiaiden viisinkertaistui (kuvio 7). 40–50-vuotiailla naisilla esiintyi kuppaa eniten.



Kuvio 7. Kuppatapauksien jakautuminen sukupuolen ja ikäluokkien mukaan Suomessa vuosina 2018–2022

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä miesten kuppatapaukset ovat jakautuneet epätasaisesti eri ikäluokkien välillä. Tapausmäärät ovat myös vähäisiä eri ikäluokissa, mikä tekee niiden vertailusta ongelmallista. Vähintään viisi tapausa vuodessa on todettu vain 20–30-vuotiailla vuonna 2019 ja 50–60-vuotiailla vuonna 2021. Naisilla on ollut vain yksittäisiä kuppatapauksia vuosina 2018 ja 2021. Vuonna 2020 naisilla oli vain yksittäisiä kuppatapauksia eri ikäluokissa, kun taas vuonna 2019 oli 20–30-vuotiaiden ikäluokassa eniten tapauksia. Vuonna 2022, kun naisten kuppatapaukset yli seitsemänkertaistuivat Varsinais-Suomessa, oli selvästi suurin ikäluokka 40–50-vuotiaat. Heidän tapauksensa kattoivat lähes 50 % naisten tapauksista (kuvio 8).

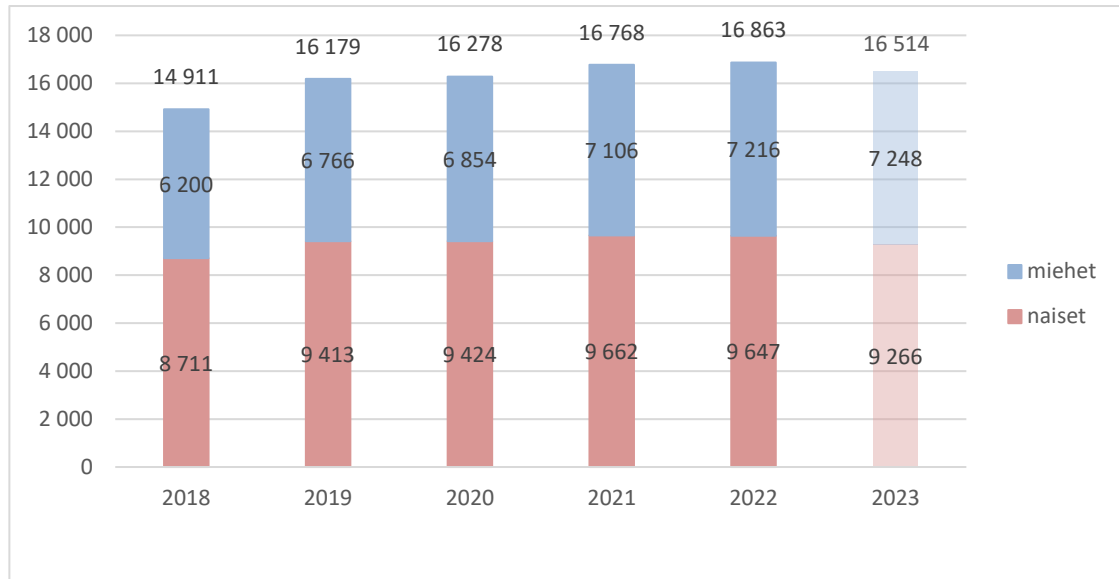


Kuvio 8. Kuppatapausten jakautuminen sukupuolen ja ikäluokkien mukaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä vuosina 2018–2022

Vuoden 2022 seksitautien tilasto ei ole täysin vertailukelpoinen aiempiin vuosiin nähden. Ukrainasta sodan vuoksi maahan saapuneiden testaus voisi selittää osan vuoden 2022 naisten kuppatapausten kasvusta, koska Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2022c) ohjeistuksen mukaan maahan tulleista pakolaisista tulisi ottaa HIV-, B-hepatiitti- sekä kuppänäytteet kolmen kuukauden kuluessa saapumisesta. Testiin hakeutuminen on kuitenkin vapaaehtoista. Koronapandemian vaikutus näkyy myös seksitautitilastoissa. Pandemian aikana ei käyty yhtä aktiivisesti seksitautien seulonnassa, ja taudit pääsivät leviämään. Toisaalta rajoitusten poistuttua ihmisten kontaktit lisääntyivät. (Toikkanen 2023.)

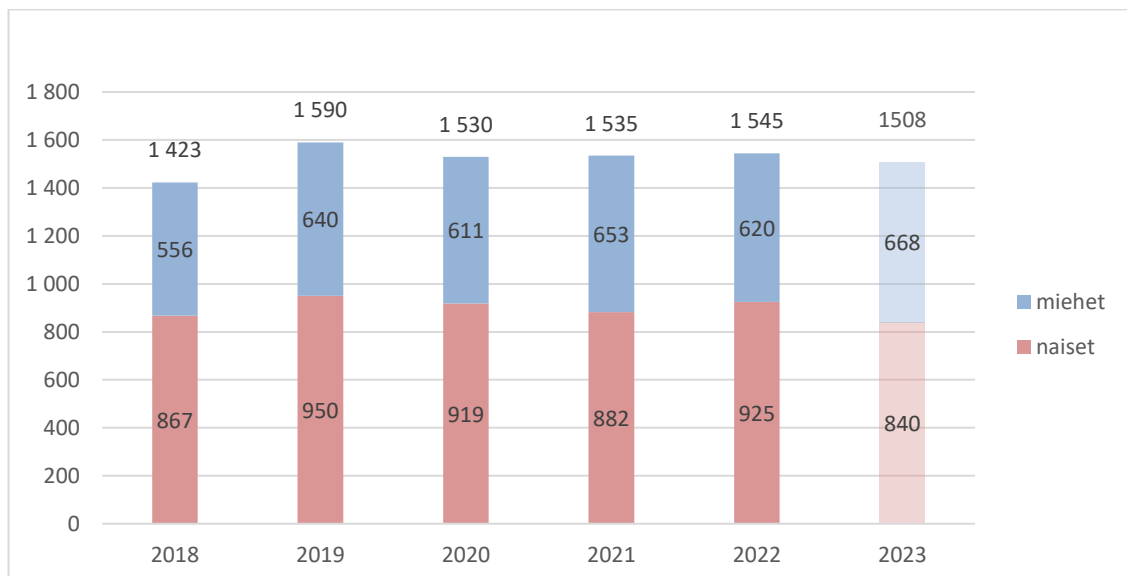
5.1.2 Klamydian esiintyvyys Suomessa ja Varsinais-Suomessa

Valvottaviin tartuntatauteihin kuuluva klamydia on kaikkein yleisin seksitauti Suomessa. Vuonna 2022 todettiin lähes 17 000 klamydiainfektiota. Vuonna 2019 klamydiatapaukset lisääntyivät yli 8 % vuoteen 2018 nähden, mutta tämän jälkeen vuosittainen kasvu on ollut keskimäärin prosentin luokkaa (kuvio 9). Klamydiaa on esiintynyt viime vuosina enemmän naisilla kuin miehillä Suomessa. Kokonaistartuntamäärästä noin 60 % on todettu naisilla. Alkuvuoden tapausten perusteella arvioituna klamydiatapauksen määrä jäisi vuonna 2023 edelleen alle 17000.



Kuvio 9. Klamydiatapaukset Suomessa sukupuolen mukaan jaoteltuna vuosina 2018–2022 sekä vuoden 2023 ennuste

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä klamydiatapauksen kasvu on hitaampaa kuin valtakunnallisesti, mutta trendi on kuitenkin nouseva. Myös Varsinais-Suomessa on ollut selkeä, jyrkkä kasvu klamydiatapauksissa. Vuonna 2019 tapauksien määrä kasvoi lähes 12 % vuodesta 2018, jolloin määrä oli lähes 1600 (kuvio 10). Tämän jälkeen kasvu on hidastunut, ollen noin puoli prosenttia vuosittain.



Kuvio 10. Klamydiatapaukset Varsinais-Suomessa sukupuolen mukaan jaoteltuna vuosina 2018–2022 sekä vuoden 2023 ennuste

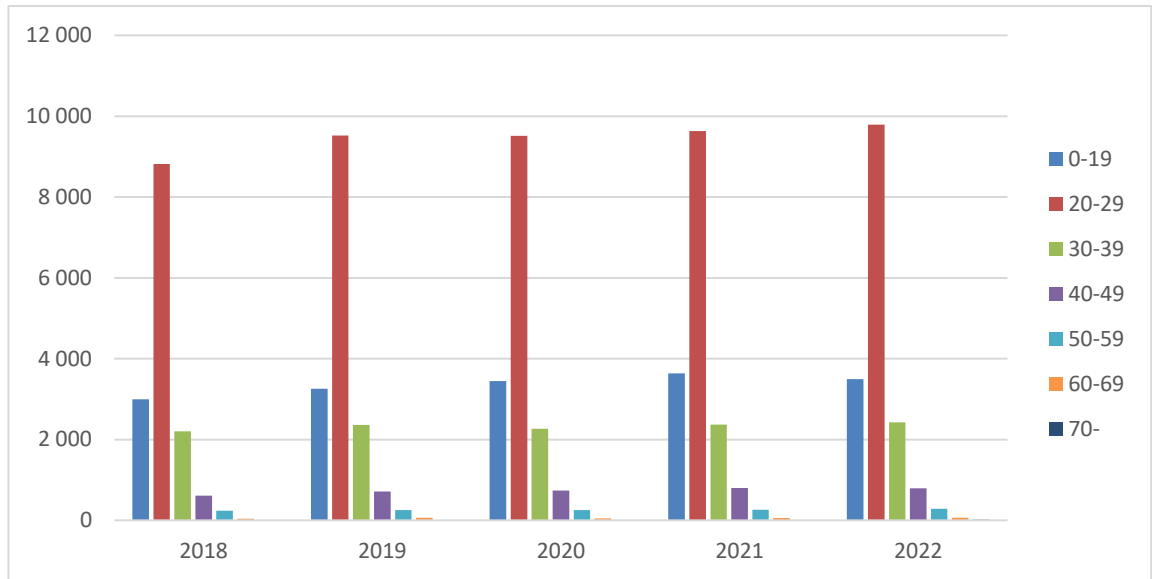
Myös Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä naisilla on todettu enemmän klamydiaa kuin miehillä. Vuosittaisesta tapausten kokonaismäärästä keskimäärin 60 % on ollut naisilla. Alkuvuoden tapausten perusteella arvioituna klamydiatapauksia tulee olemaan Varsinais-Suomessa noin 1500 vuonna 2023.

Klamydia on pääosin nuorten tauti. Tartuntoja on todettu kaikkein eniten 20–24-vuotiailla osuuden ollessa keskimäärin jopa 40 % kokonaistapausmäärästä (taulukko 3). Tartunnoista 80 % on todettu 15–30-vuotiailla.

Taulukko 3. Suomalaisten 15–30-vuotiaiden klamydiatapauksen keskiarvo vuosilta 2018–2022 sekä niiden prosentuaalinen osuus kokonaistapausmäärästä

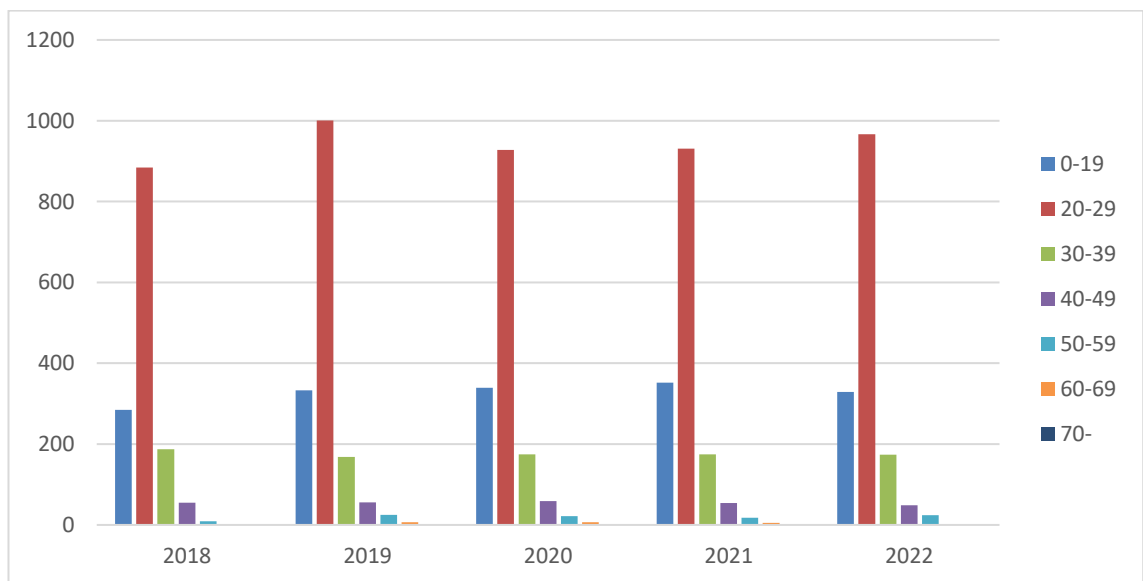
Ikäluokka	Klamydiatapauksen ka v.2018–2022	Tapausten osuus kokonaismäärästä
15–19-vuotiaat	3335	21 %
20–24-vuotiaat	6435	40 %
25–29-vuotiaat	3020	19 %
30–34-vuotiaat	1488	9 %

Alle 15-vuotiailla ja yli 60-vuotiailla tapauksia on todella vähän. Alle 15-vuotiaiden tapauksia on Suomessa alle 40 ja yli 60-vuotiaiden alle 80 vuosittain. 35–60-vuotiaiden tapaukset kattavat keskimäärin hieman yli 10 % kokonaistapausmäärästä vuosittain (kuvio 11).



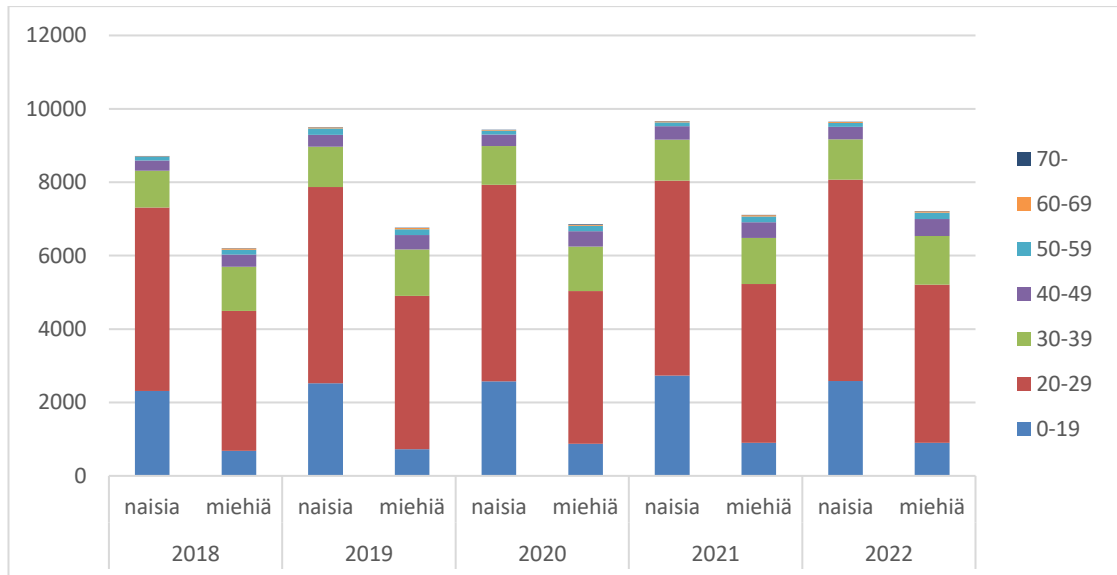
Kuvio 11. Klamydiatapausten jakautuminen ikäluokkien mukaan Suomessa vuosina 2018–2022

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä klamydiatapausten ikäjakauma näyttyy hyvin samanlaisena kuin koko maassa. Keskimäärin 44 % klamydiainfektioista oli 20–24-vuotiailla. Tapauksista keskimäärin 83 % on ollut 15–30-vuotiailla (kuvio 12). Alle 15-vuotiailla tapauksia on korkeintaan 5 vuosittain ja yli 60-vuotiailla alle 10. Keski-ikästä eteenpäin klamydiaa todetaan yleisestikin vähemmän, sillä 35–60-vuotiaiden osuus tapausten kokonaismäärästä on noin 9 %.



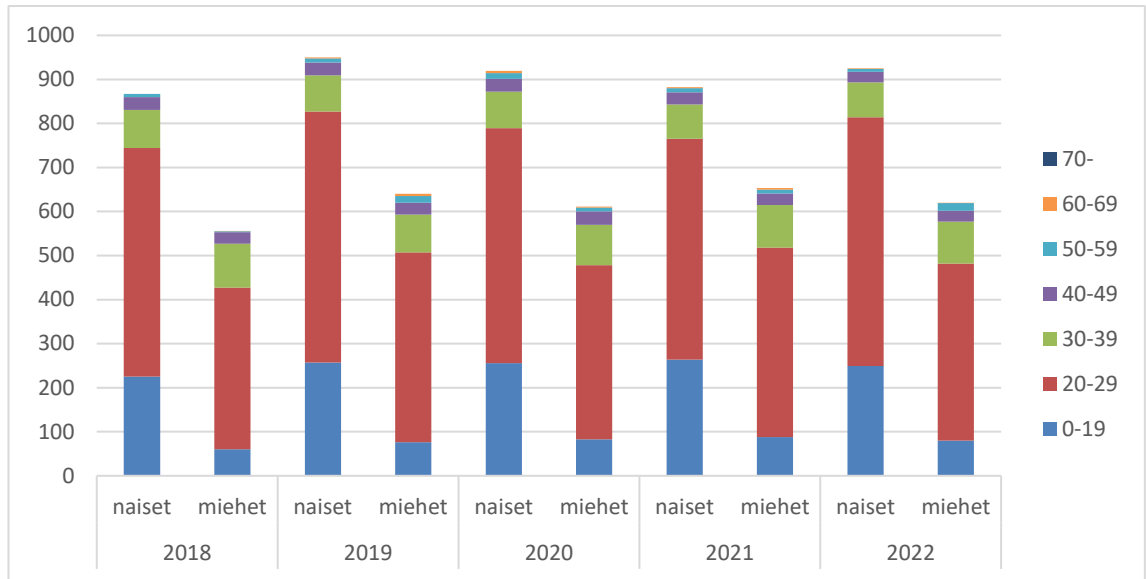
Kuvio 12. Klamydiatapausten jakautuminen ikäluokkien mukaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä vuosina 2018–2022

Alle 30-vuotiailla klamydiatapauksia todetaan enemmän naisilla kuin miehillä. 30 ikävuoden jälkeen sukupuolijakauma kuitenkin muuttuu ja yli 30-vuotiailla klamydiaa todetaankin enemmän miehillä kuin naisilla. 15–20-vuotiailla tytöillä klamydiaa on todettu huomattavasti enemmän kuin saman ikäisillä pojilla (kuvio 13). Suomessa 77 % 15–20-vuotiaiden tapauksista on todettu tytöillä.



Kuvio 13. Klamydiatapauksen jakautuminen sukupuolen ja ikäluokkien mukaan Suomessa vuosina 2018–2022

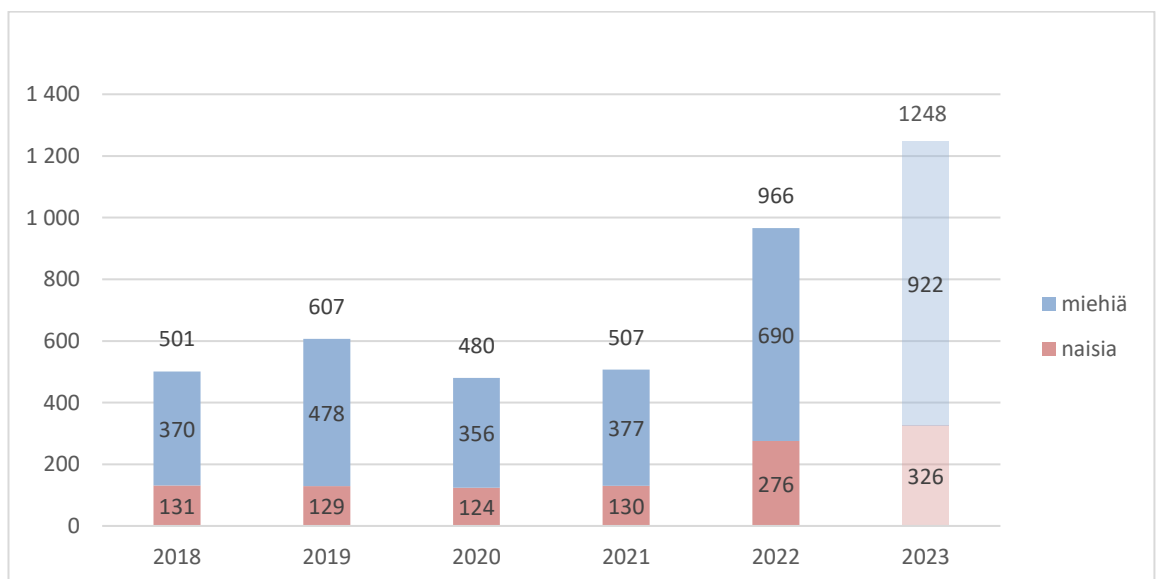
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä myös sukupuolen mukaan jaetut ikäkaumat noudattavat klamydiatapauksen valtakunnallista linjaa (kuvio 14). Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä 15–20-vuotiaiden tapauksista 79 % on todettu tytöillä. Tämä ero voisi selittyä ihan valtakunnallisestikin tyttöjen paremmalla testaamisaktiivisuudella tuossa iässä, koska kuitenkin vanhemmilla ikäluokilla klamydiaa todetaan miehillä jopa enemmän kuin naisilla.



Kuvio 14. Klamydiatapausten jakautuminen sukupuolen ja ikäluokkien mukaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä vuosina 2018–2022

5.1.3 Tippurin esiintyvyys Suomessa ja Varsinais-Suomessa

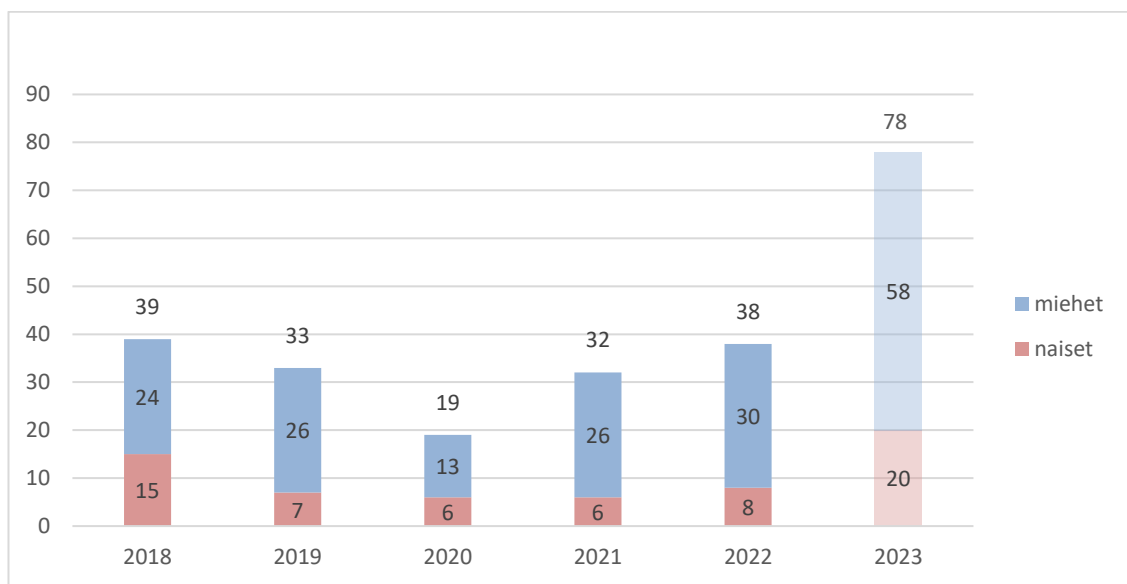
Tippuritapausten määrä vaihtelee jonkin verran vuosittain. Suomessa tapausten lukumäärät ovat olleet 480–966 väliltä. Määrä on kokonaisuudessaan noussut, sillä vuonna 2022 tippuritapauksia oli lähes kaksinkertainen määrä verrattuna vuoteen 2021 (kuviot 15). Vuosina 2018–2021 tippuritapaukset ovat lisääntyneet keskimäärin 2 % vuosittain.



Kuvio 15. Tippuritapausten määrä ja niiden jakautuminen sukupuolen mukaan Suomessa vuosina 2018–2022 sekä vuoden 2023 ennuste

Tippuria on selvästi enemmän miehillä kuin naisilla. Tapauksista keskimäärin 74 % on miehillä ja 26 % naisilla vuosittaisista kokonaismääristä. Alkuvuonna todettujen tapausten perusteella arvioituna tippuritapaukset tulevat nousemaan lähes 30 % vuonna 2023 edelliseen vuoteen nähden.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä vuonna 2020 tapaukset puoliintuivat vuoden 2018 tasoon nähden. Vuonna 2022 noustiin kuitenkin taas vuoden 2018 tasolle, jolloin 5 vuoden seurantajaksolla on löytynyt eniten tartuntoja määrän ollessa 38 (kuvio 16).

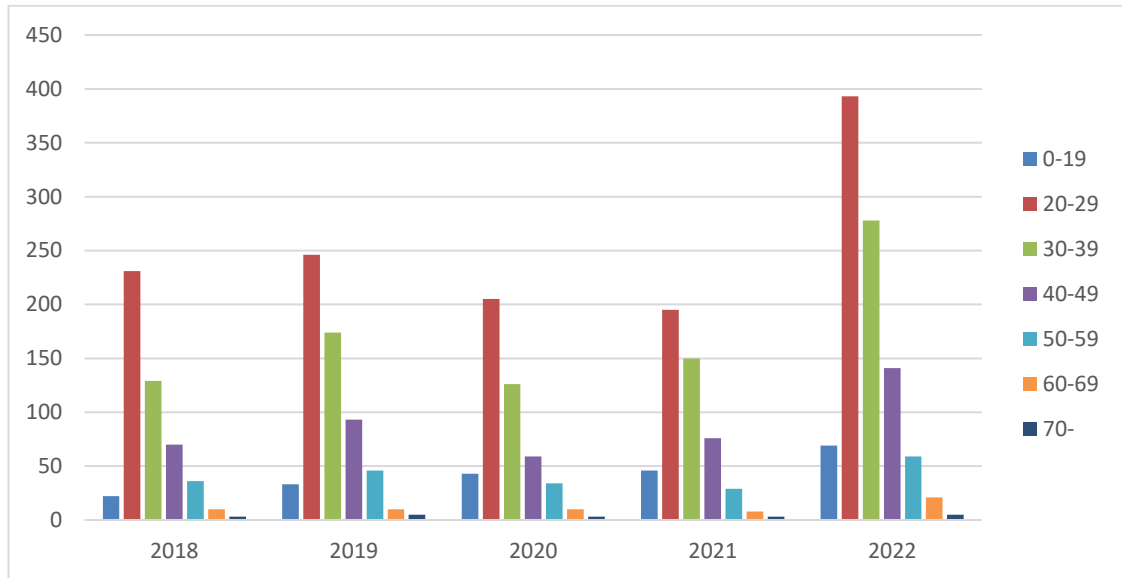


Kuvio 16. Tippuritapausten määrä ja niiden jakautuminen sukupuolen mukaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä vuosina 2018–2022 sekä vuoden 2023 ennuste

Alkuvuoden todettujen tapausten perusteella arvioituna tippuria tulotisiin toteamaan ennätysmäärä Varsinais-Suomessa vuonna 2023 määrän kaksinkertaistuksessa edeltävään vuoteen nähden. Myös Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä tapauksista keskimäärin 74 % on miehillä ja 26 % naisilla vuosittaisista kokonaismääristä.

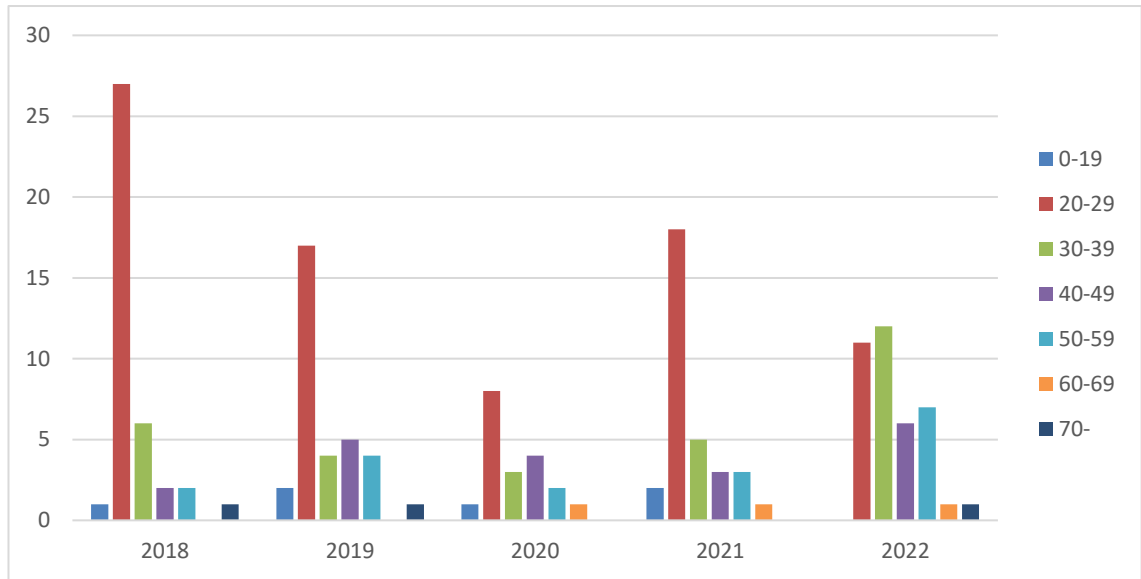
Tippuritapauksia on eniten 20–30-vuotiailla nuorilla. Keskimäärin 42 % tapauksista todetaan tuossa ikäluokassa. Toiseksi suurin ikäluokka ovat 30–40-vuotiaat, joiden infektioiden osuus on noin 28 % kaikista tapauksista. 40–50-vuotiaiden osuus kokonaistapausmäärästä on keskimäärin 14 %. Tippuria on todettu 50–60-vuotiailla alle 50 tapausta vuosittain, poikkeuksena vuosi 2022, jolloin tapauksia

oli 59. Alle 15-vuotiailla tippuria on todettu vain muutama yksittäinen tapaus, mutta 15–20-vuotiaiden tapauksia on hieman alle 7 % kokonaismäärästä (kuvio 17).



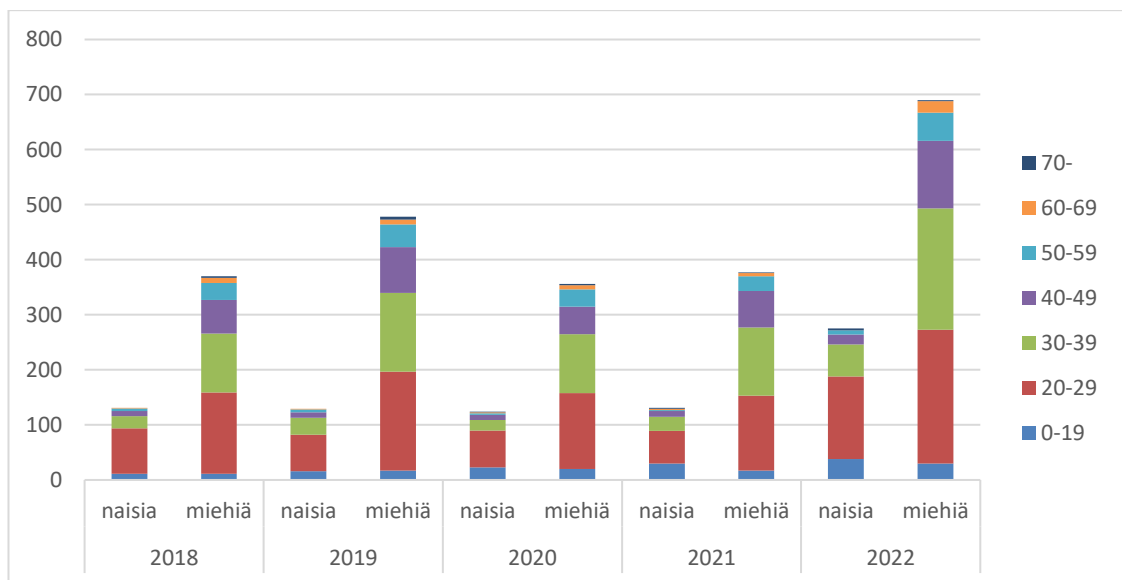
Kuvio 17. Tippuritapausten määrä Suomessa ikäluokkiin jaoteltuna vuosina 2018–2022

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä tippuritapaukset hajaantuvat eri ikäluokkiin vaihtelevasti vuosittain. Tapauksia on määrällisesti vähän, mikä tekee niiden luotettavasta vertailusta hankalaa. Pääosin tapauksia on ollut kuitenkin eniten 20–30-vuotiailla osuuden ollessa keskimäärin puolet kokonaismäärästä. 30–40-vuotiailla tippuritapauksia on ollut noin 18 % kokonaismäärästä. Alle 20- ja yli 60-vuotiailla on ollut vain yksittäisiä tapauksia. Vuonna 2022 tippuria on esiintynyt Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä poikkeuksellisesti eniten 30–40-vuotiailla osuuden ollessa noin 32 % kokonaismäärästä. Tuolloin tippuritapaukset jakautuivat tasaisemmin 20–60-vuotiaiden välille (kuvio 18).



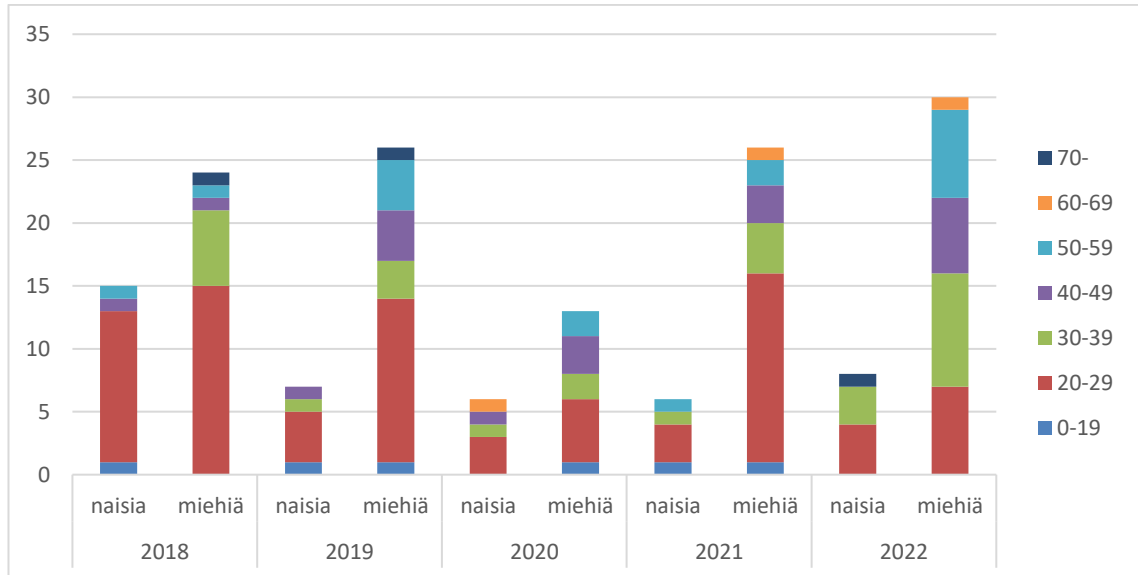
Kuvio 18. Tippuritapausten määrä Varsinais-Suomessa ikäluokkiin jaoteltuna vuosina 2018–2022

Tippuritapausten sukupuoli- ja ikäjakaumaa tarkastellessa voidaan havaita, että Suomessa naisilla tippuritapauksia on enimmäkseen 20–30-vuotiailla, kun taas miehillä tapaukset levittyvät tasaisemmin 20–50-vuotiaiden välille. Alle 20-vuotiaiden naisten tapaukset ovat kuitenkin hieman lisääntyneet (kuviot 18 ja 19).



Kuvio 19. Tippuritapausten jakautuminen sukupuolen ja ikäluokkien mukaan Suomessa vuosina 2018–2022

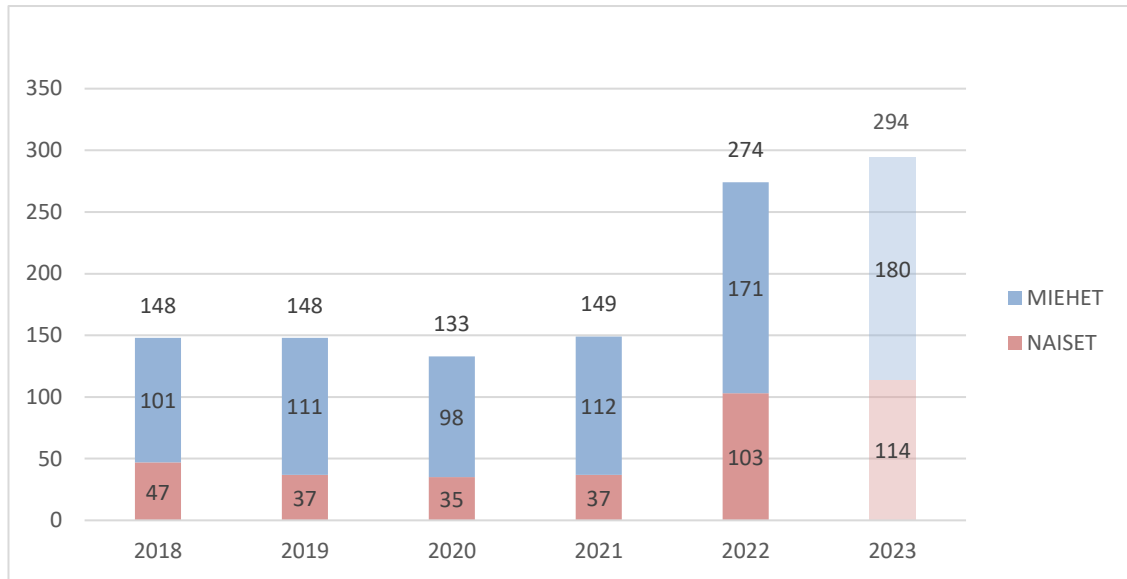
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä on nähtävissä, että tippuria esiintyy pääosin 20–30-vuotiailla sukupuolesta riippumatta. Vuonna 2022 tapaukset jakautuvat kuitenkin miehillä melko tasaisesti 20–60-vuotiaiden välille, eikä alle 20-vuotiailla ole todettu yhtään tapausta sukupuolesta riippumatta (kuvio 20).



Kuvio 20. Tippuritapausten jakautuminen sukupuolen ja ikäluokkien mukaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä vuosina 2018–2022

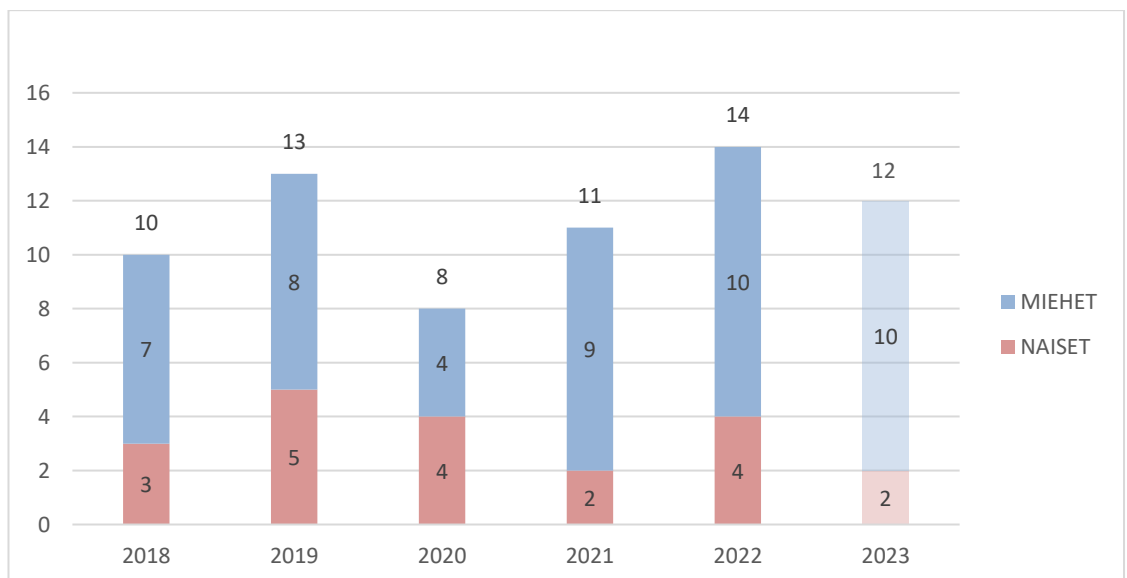
5.1.4 HIV:n esiintyvyys Suomessa ja Varsinais-Suomessa

HIV-tartuntoja on valtakunnallisella tasolla raportoitu noin 150 vuodessa (kuvio 21). Vuoden 2021 kansallisesta tilastosta varmuudella seksiteitse tarttuneita HIV-tartuntoja oli 44 % kokonaistartuntamäärästä eli hieman alle 70 tartuntaa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022a). Vuonna 2022 HIV-tapausten määrä lähes tuplaantui edellisen neljän vuoden keskiarvoon nähden, kun muuten luvut ovat pysyneet melko tasaisena. Tähän saattaa vaikuttaa Ukrainasta tulleiden pakolaisten tuomat infektiot, samoin kuin kupan kohdalla (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022c). Myös koronapandemian aiheuttama niin sanottu ”testausvelka” saattaa vaikuttaa (Toikkanen 2023). HIV:tä todetaan enemmän miehillä kuin naisilla. Noin 70 % tapauksista on miehillä ja 30 % naisilla. Alkuvuoden tapausmäärien perusteella arvioituna HIV-tapaukset lisääntyvät hieman vuonna 2023 nousun ollessa noin 7 % edelliseen vuoteen verrattuna.



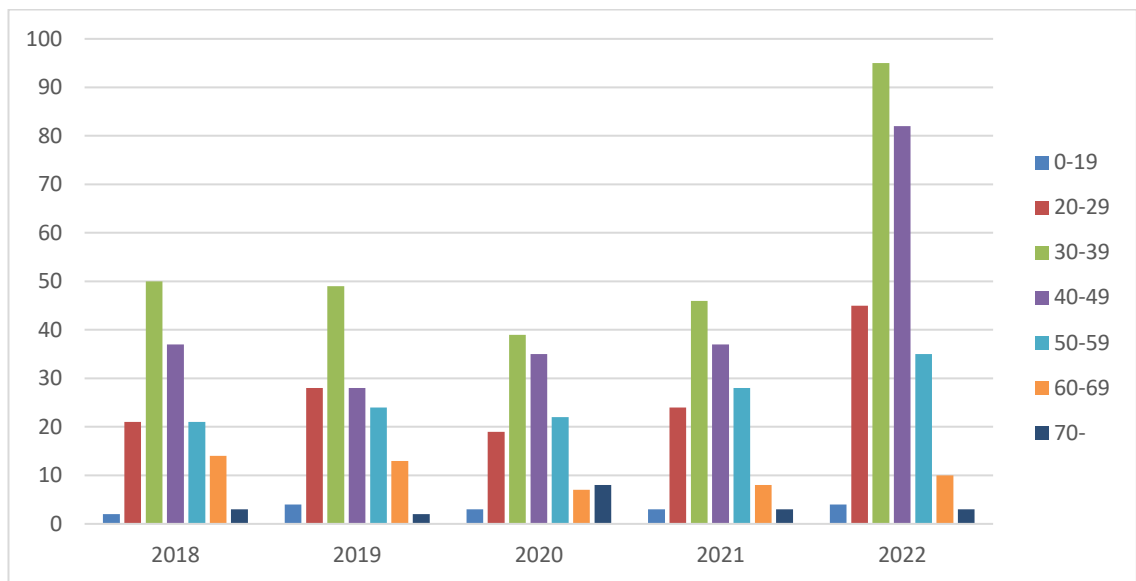
Kuvio 21. HIV-tapaukset Suomessa sukupuolen mukaan jaoteltuna vuosina 2018–2022 sekä vuoden 2023 ennuste

Varsinais-Suomessa vuosittaiset tartuntamäärät ovat olleet kymmenen molemmin puolin, keskimäärin 11 tapaista vuodessa. 67 % tapauksista on todettu miehillä ja 33 % naisilla (kuvio 22). Vuonna 2023 tartuntamäärät pysyvät mahdollisesti samantasoisina, alkuvuonna todettujen tapausten perusteella arvioituna.



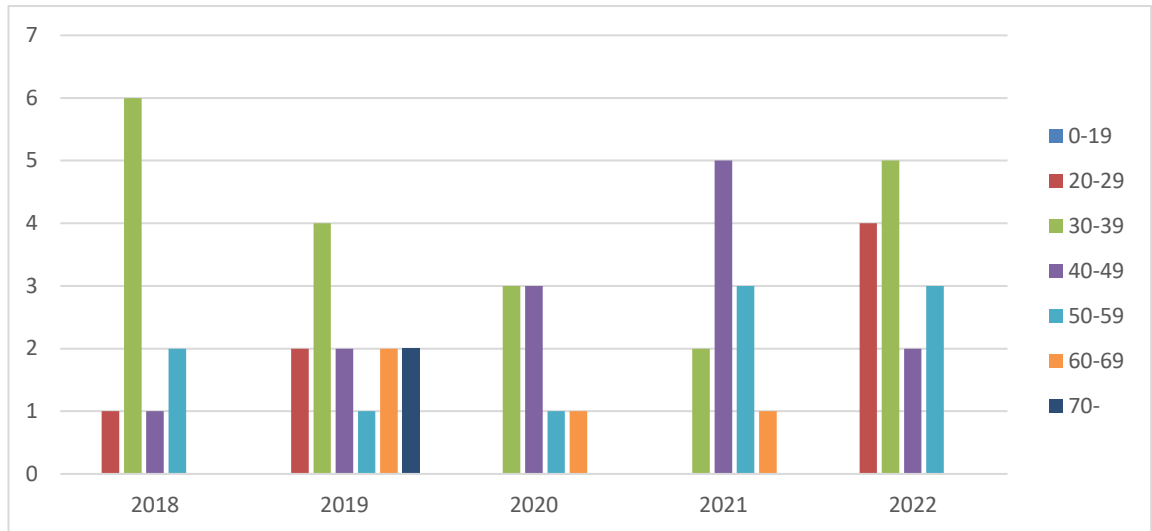
Kuvio 22. HIV-tapaukset Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä sukupuolen mukaan jaoteltuna vuosina 2018–2022 sekä vuoden 2023 ennuste

Suomessa HIV-tapauksia todetaan eniten 30–40-vuotiailla. Heidän osuutensa kokonaismäärästä on noin 32 %. Toiseksi eniten HIV:tä on todettu 40–50-vuotiailla. Heidän tapauksensa kattaa 25 % kokonaistapausmäärästä (kuvio 23). 20–30-vuotiailla ja 50–60-vuotiailla on lähes yhtä paljon tapauksia, keskimäärin noin 15 % kummassakin ikäluokassa. Kun vuonna 2022 HIV-tapausten määrä lähes tuplaantui, 20–40-vuotiaiden tapaukset kaksinkertaistuivat ja 40–50-vuotiaiden tapaukset kasvoivat lähes 2,5-kertaiseksi.



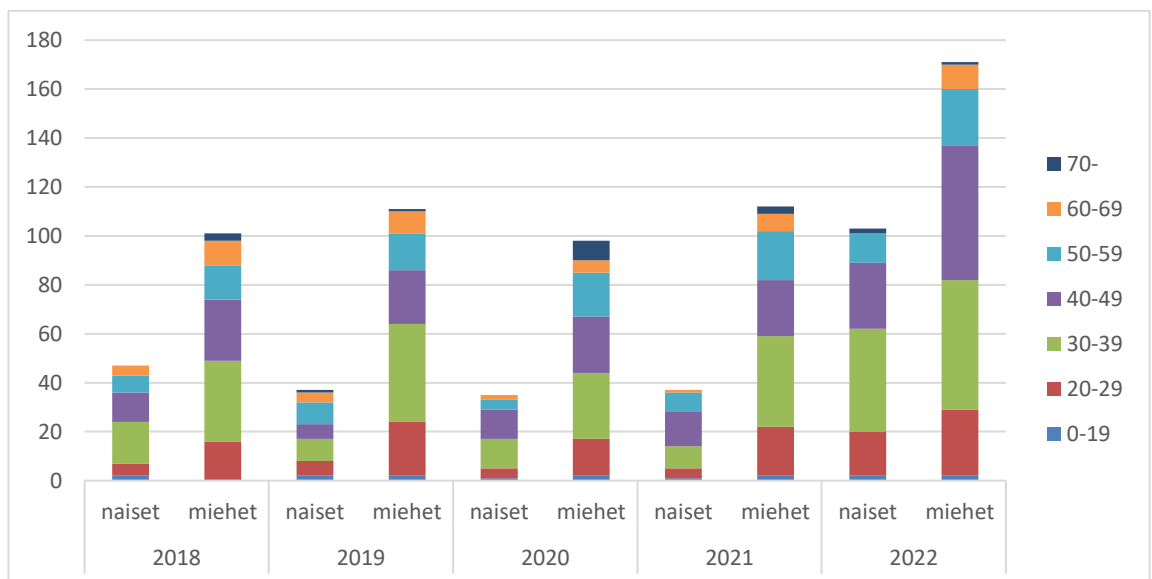
Kuvio 23. HIV-tapausten määrä Suomessa ikäluokkiin jaoteltuna vuosina 2018–2022

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä HIV-tapauksia on niin vähän, että niiden ikäjakaumasta ei voida tehdä pitkälle johtavia päätelmiä. 30–40-vuotiailla on useampana vuotena ollut eniten tapauksia, mutta vuonna 2021 tapauksia todettiin eniten 40–50-vuotiailla. Tuolloin 30–40-vuotiaiden tapausten määrä oli vain kolmasosan siitä, mitä se on viiden vuoden aikana ollut enimmillään. Vuonna 2022 tuplaantui 20–30-vuotiaiden HIV-positiivisten määrä siihen nähden, mitä se on ollut enimmillään muulloin viiden vuoden aikana. Vuosina 2020–2021 ei todettu yhtään HIV-tapausta alle 30-vuotiailla. Alle 20-vuotiailla ei ole todettu yhtään HIV-tapausta vuosina 2018–2022 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä (kuvio 24).



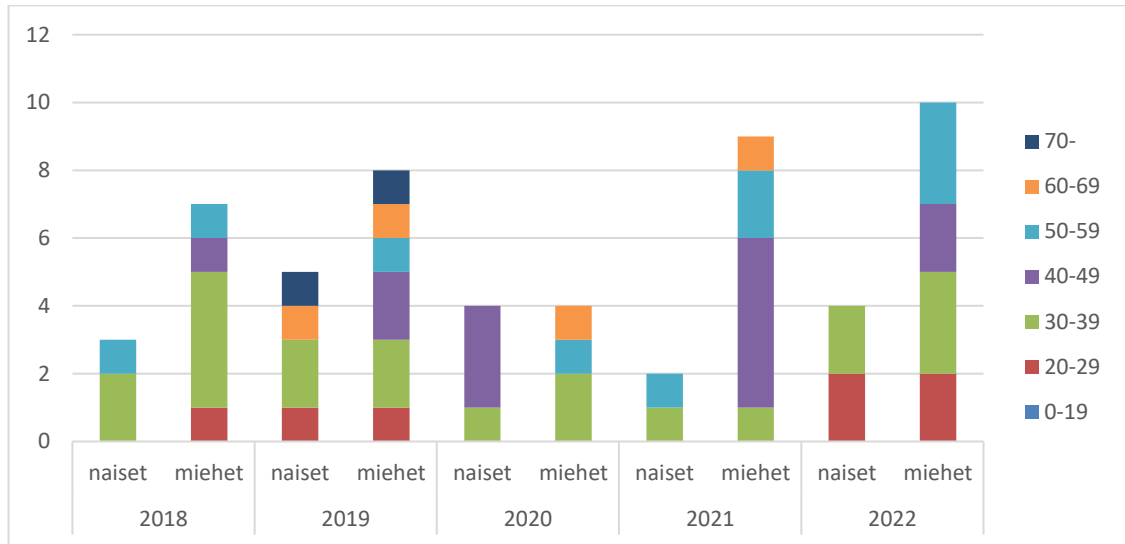
Kuvio 24. HIV-tapausten määrä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä ikäluokkiin jaoteltuna vuosina 2018–2022

Sekä miehillä että naisilla HIV-tapaukset jakautuvat samansuuntaisesti ikäluokkiin kuin kokonaistapausmäärätkin Suomessa. Vuonna 2022, kun HIV-tapaukset lisääntyivät reilusti, 20–30-vuotiaiden naisten tapaukset lähes nelinkertaistuivat. 30–40-vuotiaiden tapaukset lisääntyivät 3,5-kertaisiksi ja 40–50-vuotiaiden 2,5-kertaisiksi. Miehillä tapaukset lisääntyivät samoissa ikäluokissa noin 50 %, paitsi 40–50-vuotiailla miehillä tapaukset lähes 2,5-kertaistuivat aiempaan keskiarvoon nähden (kuvio 25).



Kuvio 25. HIV-tapaukset Suomessa sukupuolen ja ikäluokkien mukaan jaoteltuna vuosina 2018–2022

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä ikäjakaumat eri sukupuolilla vaihtelevat vuosittain paljonkin pienien tapausmäärien vuoksi. Vuonna 2019 HIV-tapauksia on ollut miehillä lähes kaikissa ikäluokissa. Vuonna 2018 sekä miesten että naisten tapaukset olivat pääosin 30–40-vuotiailla. Vuonna 2021 miesten tapaukset olivat pääosin 40–50-vuotiailla, naisilla tässä ikäluokassa on todettu HIV-tapauksia vain vuonna 2020 (kuvio 26).



Kuvio 26. HIV-tapaukset Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä sukupuolen ja ikäluokkien mukaan jaoteltuna vuosina 2018–2022

5.1.5 Papilloomaviruksen ja genitaalierpeksen esiintyvyys

Muut seksitaudit -ryhmään kuuluvat papilloomavirus ja genitaalierpes ovat yleisimpiä seksitauteja Suomessa (Hiltunen-Back 2023). Niiden esiintyvyydestä ei ole saatavilla tilastoja, koska ne eivät kuulu tartuntatautilain velvoittamana raportoitaviin seksitauteihin (Käypä hoito -suositus 2018).

Vuodesta 1995 on pidetty ns. seksitautien anturiverkostoa, johon muutamista terveydenhuollon yksiköistä on kerätty tartuntatautirekisteriä täydentävää tietoa seksitautien levinneisyydestä. Vuosina 1995–2006 ensikäynnille anturiverkoston kuuluville sukupuolitautien poliklinikoille tulevista asiakkaista seitsemällä prosentilla todettiin papilloomavirus ja kolmella prosentilla aktiivinen genitaalierpes. (Hiltunen-Back ym. 2009, 2999–3000.)

5.2 Seksitautien palvelupolun nykytila haastateltavien näkökulmasta

5.2.1 Asiakkaan hoidon tarve ja yhteydenotto ammattilaiseen

Haastateltavien mukaan asiakkaalla saattaa olla seksitauteihin liittyviä oireita, joiden vuoksi hänelle syntyy tarve ottaa yhteyttä terveydenhuoltoon. Tällaisia oireita ovat esimerkiksi virtsan kirvely, tihentynyt virtsaamisen tarve, kutina, epämääräinen tai poikkeava vuoto emättimestä sekä rakkulat tai näppylät sukuelimissä. Joskus seksikumppani on saattanut ilmoittaa itsellään todetusta seksitaudista, jolloin hänen kumppaniensa tulee hakeutua seksitautitesteihin. Useimmiten asiakas on kuitenkin oireeton. Hän on ollut suojaamattomassa seksikontaktissa, joko viime aikoina tai joskus aiemmin, minkä vuoksi hän haluaa poissulkea seksitautien mahdollisuuden. Haastateltavien näkökulmasta tämä nähtiinkin järkevänä esimerkiksi uudessa parisuhteessa, jossa ollaan luopumassa kondomin käytöstä.

– – et haluais tarkastaa seksitaudit ja pääsääntöisesti se on just tota, et he haluaa tarkastaa et on ehkä ollu joku satunnainen kumppani, siel suojaamaton kontakti tai sit alkamas uus suhde ja halutaan varmistaa. (H6)

Haastatteluista selvisi, että asiakkaiden yhteydenottoreitit vaihtelevat hieman toimipisteen mukaan. Pääosin yhteyttä otetaan Omaolo-palvelun kautta sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuoltoon. Omaolo-palvelussa asiakas täyttää oirearviokyselyn. Oirearviossa kysytään esimerkiksi tartunnan mahdollisuutta (suojaamaton tai suojattu seksi), tartunta-ajankohtaa, tartuntareittejä ja asiakkaalla olevia oireita. Oirearvio ohjautuu heidän valitsemalleen taholle ammattilaisen käsiteltäväksi, mikäli tämä on vastausten perusteella tarpeen. Haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että oireisten asiakkaiden asiointipaikka on erikoissairaanhoidossa ja oireettomien perusterveydenhuollossa. Seksuaalivähemmistöihin kuuluvat asiakkaat voivat myös asioida erikoissairaanhoidossa. Kaikille haastateltaville ei ollut aivan selvää, miten asiakas ohjautuu erikoissairaanhoidon. Asiakkaan tulee itse tietää, missä hänen kuuluisi ensisijaisesti asioida, ellei hän halua täyttää Omaolon oirearviota moneen kertaan. Ammattilaisten ohjeistus tähän oli myös hieman ristiriitainen. Raja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä oli myös haastateltavien mukaan epäselvä johtuen siitä, etteivät kaikki seksitauteihin viittaavista oireista johdu välttämättä seksitaudista.

– – oireettomien henkilöiden testaus kuuluu perusterveydenhuoltoon, esimerkiksi oireisia, nii sitte heidän testaus joko terveysasemalla tai sukupuolitautilien poliklinikalla. Ja oireinen henkilö tarvitsee yleensä lääkärin akuuttiajan. (H10)

Kyllä mä nyt joskus saatan laittaa, jos on vaikka just joku virtsankirvely, ni sitte laitan myös niinku bakteerivirtsanäytteet ja sitte klamydia-tippurinäytteet. Sitten, jos on selkeesti jotai rajumpaa oireilua, ni sitte ne ei hoidu meidän kautta, vaan ne menee aina, aina sitte kaikki mahdolliset herpeksset, kondyloomat, muut vastaavat, nii sitte Tyksin sukupuolitautilien polin kautta. (H7)

Haastateltavat kertoivat, että asiakas voi ottaa yhteyttä myös puhelimitse. Erikoissairaanhoidon voi soittaa puhelinajan aikana, terveysasemalle sen aukioloaikana. Pansion terveysaseman toiminnasta vastaa ostopalveluna Mehiläinen. Heillä on käytössä Oma Mehiläinen -sovellus, jonka kautta asiakkaat voivat asioida digiklinikalla. Asiakas saa yhteyden ammattilaiseen sovelluksessa toimivan chatin kautta. Varsinais-Suomen hyvinvointialueelle siirtymisen myötä asiakkaat myös soittavat sinne aiempaa enemmän. Jotkut asiakkaat ottavat puhelimitse yhteyttä myös tartuntatautien torjunnan yksikköön päästäkseen näytteille. Tartuntatautien torjunnan yksikön kerrottiin olevan perusterveydenhuoltoon kuuluva yksikkö, jota ammattilaiset voivat, tässä tapauksessa seksitauteihin liittyvissä kysymyksissä, konsultoida. Joskus asiakas saatetaan myös ohjata sinne terveysasemalta. Haastatteluissa nousi esiin, että asiakas voi ottaa yhteyttä terveydenhuoltoon myös jonkin muun syyn vuoksi, kuten epäillessään virtsatieinfektiota, jolloin seksitautilien mahdollisuus suljetaan tarvittaessa pois.

5.2.2 Asioinnin käsittely

Haastateltavat kertoivat oman näkemyksensä Omaolon oirearvion käsittelystä. Oirearvion tultua ammattilaiselle hän voi tarvittaessa viestitellä asiakkaan kanssa esimerkiksi pyytääkseen lisätietoja. Omaolon kautta annetaan asiakkaalle myös tieto tehdyistä läheteistä sekä ohjeistukset näytteille hakeutumiseen. Joskus ohjeistuksia voidaan antaa myös puhelimitse, vaikka asiointi olisi aloitettu Omaolon kautta. Haastatteluissa keskusteltiin myös hoidon tukena toimivista ohjeistuksista. Terveysasemilla ammattilaisella on asioinnin tukena käytössä Opastaja-järjestelmä. Mehiläisellä on käytössä oma hoidon tarpeen arvioinnin väline, Hoiutuki-järjestelmä, josta löytyy ammattilaiselle valmis fraasipohja, mitä asiakkaalta

tulee kysyä yhteydenoton yhteydessä. Hoituki antaa myös toimintaohjeet eri tilanteissa. Tartuntatautien torjunnan yksikössä hoitaja haastattelee asiakkaat puhelimitse.

Siel omaolos on semmonen viesteilyjuttu, mikä sitte, he saa sitte vastattua siihen ja siin on semmost sitte, keskustelua voi harrastaa. (H9)

Mä laitan omaolossa aina siihen niinku, et sinulle on tehty lähete – – ja muut ohjeistukset labroist ja kellonajoist ja muist. (H7)

Haastateltavat kertoivat asioinnin kulusta hoidon tarpeen arvion jälkeen. Mikäli asiakkaalla on näkyviä oireita, kuten rakkuloita tai näppylöitä, tarvitsee hän ajan lääkärin tutkimusta varten. Silloin hänelle varataan lääkäriaika erikoissairaanhoidon. Useimmiten ajan saa samalle viikolle. Muussa tapauksessa asiointia hoitava ammattilainen tekee asiakkaalle lähetteet tarvittaviin seksitautitutkimuksiin. Lähetteiden sisällössä on jonkin verran vaihtelua haastateltavien välillä. Enimmäkseen lähetteitä tehdään klamydia-tippurinäytteelle, joka on virtsanäyte. Osa tekee asiakkaalle lähetteen heti klamydiasta, tippurista, kupasta, hepatiiteista ja HIV:stä, osa tekee lähetteen näistä kaikista vain asiakkaan pyytäessä. Osa tekee lähetteet asiakkaan tartuntamahdollisuuden eli oirearvion vastausten mukaan. Kaikki eivät välttämättä automaattisesti tee lähetettä jokaisesta tartuntapaikasta, kuten nielusta ja peräaukolta, eivätkä puhelimitse asioidessa tiedustele, onko mahdollisesti ollut esimerkiksi miesten välistä seksiä.

Jos sä oot vaikka 17-vuotias ja sul on joku saman ikäinen suomalainen kaveri, ni kyl hän selvi sil klamydia-tippuritestillä. Mut jos hän on ollu vaikka sit jossaki Espanjassa matkalla, ni sitte ruvetaan miettimään niitä verikokeita. Tai jos on miesten välistä seksiä, tai se riippuu aina tapauksesta. (H1)

Me tarjotaan klamydiaa, tippurii ja sit vielä nielusta tai peräaukosta – – ja sitten jos haluaa, ni sit C-hepatiitti, B-hepatiitti, kuppa, hiv. Eli tarjotaan aika herkästi kaikkee, et ei välttämättä edes niinku kartoteta sitä, että onks nyt joku semmoinen riski näihin. (H6)

Mä aika herkästi tarjoon sitä verinäytemahdollisuut myös, mut tiedän et siit on aika semmosta niinku kirjavaa se lähetteitten laittaminen, et ketkä laittaa verinäytteitä ja ketkä ei. (H7)

Jos potilas pyytää laittamaan niin kun kaikki sukupuolitauditestit, ni oon mä sitte pistäny klamydia-tippurin lisäksi kaikki hivit ja hepatiitit ja kupat. En tiedä laittaako kaikki. (H10)

Jos otetaan klamydia-tippurinäyte ja sit on harrastettu suuseksiä ja anaaliseksiä ja rahasta seksiä, nii sit se otetaan joka rööristä, missä on käyty erikseen. (H10)

5.2.3 Näytteenotto ja hoitoon ohjautuminen

Haastatteluissa selvisi, että yhteydenoton jälkeen asiakas ohjataan tarvittaessa laboratorioon. Mikäli asiakkaalle kirjoitetaan lähete vain virtsanäytteille, voi hän käydä antamassa näytteen valitsemassaan laboratoriossa itselleen sopivana aikana ilman ajanvarausta. Asiakas voi myös hakea näytteenottovälineet kotiin ja toimittaa virtsanäytteen laboratorioon. Mikäli asiakkaan tulee käydä myös verinäytteillä tai vanutikkunäytteellä, pitää laboratoriosta varata aika. Haastateltavat kertoivat tämän hetken ongelmana olevan se, että Turussa on vain yksi laboratorio, johon voi mennä jonottamaan vuoronumerolla, koska laboratoriotoimintaa on supistettu. Vapaat ajat menevät useamman viikon päähän, jolloin moni jättää käymättä veri- tai tikkunäytteillä. Tämä koettiin haastateltavien keskuudessa huolestuttavana, koska tällöin tauteja saattaa jäädä diagnosoimatta. Jotkut haastateltavat informoivatkin asiakasta siitä, että tikkunäyte on etenkin naisilla luotettavampi, ja että muualla kuin sukuelimissä todettu seksitauti vaatii erilaisen lääkekuurin. Näin asiakasta voidaan yrittää motivoida laboratorionäytteillä käymiseen. Haastateltavien näkemyksen mukaan moni kuitenkin antaa tästä huolimatta pelkän virtsanäytteen. Erikoissairaanhoidossa näytteitä pyritään ottamaan poliklinikalla, mikäli itämisaikojen puolesta tämä on mahdollista. Terveysasemilla ei ole näytteenottomahdollisuutta.

Jos laittaa siitä lähetteitä sinne ja sanoo, et mieti nyt menetkö, ni ei ne niihin mene sitte niihin laajempiin testeihin, et kyl ne melkein sen klamydia-tippuritestin kanssa melkeen menevät. (H1)

Heti, jos tarvis ottaa vaikka nielunäyte tai verinäytteitä, nii potilaat ei sit mielellään mene sellasiin, koska täytyy varata aika ja se kestää, ennen kun saa, niin mielellään vaan menee ja ottaa tän pissanäytteen sitten. (H2)

Mä voin kysyy et otetaanko, tai et sen voi ottaa virtsasta, mut jos niinku haluaa, ne on mahdollisuus ottaa myös nielusta ja sitte just peräaukosta. Et mä voin sanoo niinku ne et mitkä, ja sit hän itte siin puntaroi, no joo no otetaan vaiks sitte nielustaki. Ja sit mä voin sanoo sen, et se ei aina, niinku klamydiaki on jännä, et se ei välttämättä sielt virtsasta löydy, mut se voiki löytyy nielusta. (H6)

Ja potilaille joutuu välillä vähä selittämään sitä, et niinku he ottais hirveen herkästi, niinku just naisetki ottais virtsanäytteen, vaiks ilmeisesti se tikkunäyte ois naisten

kohdal luotettavampi, mut ja sit kaikki anaalit ja nämä ni, niin ni tota sit joutuu se-littämään, et et vaiks se löytyis sult virtsast, mut jos se on siel anaalissakin, ni, niin tota se sama lääkitys ei sit toimi siihen. (H8)

Asiakkaan kanssa voidaan sopia lähetteitä tehdessä, miten negatiivisiksi vasta-tuista tuloksista ilmoitetaan. Pääosin asiakas katsoo vastaukset itse Omakanta-palvelusta, mutta jotkut haastateltavat kertoivat ilmoittavansa vastauksista teks-tiviestillä tai soittamalla. Halutessaan asiakas voi myös itse tiedustella tuloksia puhelimitse terveysasemalta.

Sen voi sit sopia potilaan kanssa, et joko potilas kattoo ne omakannasta ne vas-taukset tai laitetaanko tekstiviestiä tai onko potilas itse meihin päin yhteydessä ja tiedustelee vastauksia, ku on käyny kokeilla. Vähän varmaan riippuu tekijästä. (H10)

Vastaukset kun tulevat, ni me sovitaan, et jos kaikki on negatiiviset, ni yleensä mä ne kuittaa sinne, et kaikki on ollu negatiiviset ja hän kattoo omakannast niitä. (H6)

Haastatteluissa selvennettiin myös, miten palvelu etenee asiakkaan saadessa positiivisen testivastauksen. Positiivisesta tuloksesta tulee hälytysjärjestelmästä hälytys ammattilaiselle. Pääosin todetut seksitaudit ovat klamydiaa. Ammattilai-nen soittaa tällöin heti asiakkaalle ja pyytää tämän hakemaan lääkkeen terveys-asemalta tai sukupuolitautilien poliklinikalta. Lääkäri määrää tarvittavan lääkkeen ja kirjaa sen potilastietoihin. Asiakkaan hakiessa lääkettä, häntä ohjataan kerto-maan seksitaudistaan kumppaneilleen ja kehottamaan heitäkin hakeutumaan tut-kimuksiin. Täsmennyksenä vielä kerrottiin, että seksistä tulee pidättäytyä viikon ajan, minkä jälkeen kondomia tulee käyttää kontrollinäytteeseen saakka. Kontrol-linäytteelle tehdään lähete neljän viikon päähän.

Tietenkinhän ne meilläkin hälytysjärjestelmästä sitte hälyttää, jos sieltä positiivinen tulos tulee, millon me sit kontaktoidaan ite se asiakas. (H3)

– – että hälyt labraan tulleet, positiivinen tartunta, laitetaan lääkärille, joka määrää et mikä lääke. Ja sit kontaktoidaan potilas, et tulee terveysasemalle melkein tai useimmiten ne tulee terveysasemalta hakemaan sen, pois lukien sit tietysti, jos on joku nielu- tai peräaukos tai muuta, et on pidempi kuuri. (H7)

Sit he ottaa sen lääkkeen siin vastaanotolla, et sitä ei viedä mihinkään koteihin ja partneri sit hoidetaan erikseen, et siin täytyy sit ohjata sitten. (H9)

Joo, siihen on se tietty protokolla sit, että pitää olla ilman seksiä nyt sitte tän näin, ettei edes kondomin kanssakaan sais olla. (H9)

Joo, kun kontrolli, näin, että neljän viikon päähän yleensä tulee. (H11)

Haastateltavien ajatukset klamydian ja tippurin kotitestistä olivat pääosin vastahakoisia. Ajateltiin, että ihmiset saattaisivat tehdä kotitestin ennen kuin tauti olisi ehtinyt itää. Toisaalta taas kerrottiin, että Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön kautta tilattavan kotitestin kokonaisprosessi kestää viikkoja, jolloin jatkotartuntoja ehtii tulla paljon. Pohdittiin myös, jäisikö tartunnan polku selvittämättä tai miten lääkitystä arvioitaessa voitaisiin varmistua näyttöantajan henkilöllisyydestä. Positiivisena kuitenkin nähtiin se, että kotitesti saattaisi madaltaa testauskynnystä.

– – et se on vähän niinku jatkotartuntojen kannalta ni aika suuri riski mennä semmoseen. (H8)

– – et sit ne pitäis saada niinku just sitä lääkkeitä haettua niinku täältä, et kuka nyt miten se pystytään sit varmistamaan et kenen testi se on ollu. (H12)

Ehkä kans siinä on se, et jos he tekee sitä kotona, niin tuleeko sitten tehtyä se tartunnan niinku polku saatuu selville. (H3)

Voihan se tietenki taas madaltaa kynnystä, et herkemmin sit ottais itse sen sieltä alkuun ja näin. Kuhan se on luotettava. (H6)

Mitä se sit hyödyttää et sit sä oot siel kotona, huomaat et joo mul on klamydia, ni miten hän sit niin etenee? (H9)

5.2.4 Haastateltavien näkemys kehitystarpeista

Haastateltavat olivat sitä mieltä, että asiakkaiden seksitautitietämys on yleisesti melko hyvä. Tietoa on helposti saatavilla tarvittaessa esimerkiksi internetistä. Poikkeuksena pidettiin kuitenkin ulkomaalaisia maahanmuuttajia, joiden heikko tietämys saattaa johtua kulttuurista tai kielimuurista. Nuorten keskuudessa tietämättömyyden sijaan ongelmana nähtiin välinpitämättömyys: seksiä voi olla usean eri ihmisen kanssa lyhyen ajan sisällä, eikä kondomia käytetä.

No ei, tietysti se vähän riippuu kans, ei se oikein iästäkää, ku se, et jos on pitkä suhde takana ainaki vanhempi ihminen, ni eihän se tiedä mistään mitään. (H2)

En tiedä, onks se tiedosta vai mistä, mut et ei vaan tunnu kiinnostavan. On paljon heitä, joil saattaa olla kahden vuoden sisään ollu neljä klamydiatartuntaa, ja sit se on vaan, et no ei se haittaa, et se on vaan nää pillerit ja se siitä. (H7)

ihan nuorten se, et otetaan Tinderin kautta montaa eri kumppania ja ja ei oo mitään parisuhdet, mut sä tapaillet ja harrastat seksii vaiks 4 eri tyypin kaa, ni totta kai siin nyt sit tauditki levii. (H8)

Kylhän nyt varmaan kaikki sen kondomin tietää ja tietävät et sitä pitäis käyttää. Mut kyl sen sit tietää et se on tommonen nuorempi henkilö, niin sit jos on, helpostihan se tietty jää. (H9)

Jos sä nyt ajattelet jotain muslimitaustaisia nuoria, ni kyllä se, se on aika hankala, hankala tilanne, ja sitte tulee se pelko just, et jos tulee joku oire, ei tarviulla tulla ku vähän joku kirvely, ni ne ne pelkää todella paljon, et nyt he on saanu jotain ihan kauheeta ja mitä se voi olla ja nii. Se tietämys on sitte. (H1)

Haastateltavat pohtivat, ymmärretäänkö viime vuosien seksitautien yleistymisen määrää. Heidän mielestään ihmisiä tulisi tiedottaa yleisesti myös siitä, että seksitaudit tulisi testata kaikista mahdollisista tartuntapaikoista sekä verestä, jotta kaikki tartunnat tulisi löydettyä ja hoidettua.

Sukupuolitautilien vastustamisyhdistys järjestää ajankohtaisista aiheista vuosittain luentoja, joissa osa erikoissairaanhoidon ammattilaisista kertoi käyvänsä. Muuten yleinen näkemys haastateltavien keskuudessa oli, ettei koulutusta juurikaan ole. Lääkärit tuovat uutta tietoa hoitajille ajoittain. Kuitenkin koettiin, että ajan tasalla pysyminen on jokaisen itsenäisen opiskelun varassa. Hoitajat myös perehdyttävät toinen toisiaan. Hoitajat toivoivatkin lisää koulutusta seksitauteihin liittyen. Harvemmin esiintyville seksitaudeille kaivattiin selkeitä toimintaohjeita. Yhteistyö ja tiedon jakaminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä nähtiin erittäin tarpeellisena ja tervetulleena lähes kaikkien haastateltavien mielestä.

Me ollaan vaa ite törmätty näihin juttuihin niinku käytännön hoitajan työs ja tutkimal Käypä hoito -suositukseii. En mä edes tiedä, onks se kuin monel tiedossa se, et lääkitykset on eri sitte eri tartuntapaikas. (H8)

Hoitajat opettaa toisiaan, täällä sitten aina perehdyttää ja sit mennää samalla tavalla eteenpäin, ettei tuu uutta tietoo oikeen. (H9)

Juu näin, näis ehkä kaivattiin, kaivattais vähän ohjeita. (H12)

No mun mielest se yhteistyö vois olla hyvä ja koulutus, et vois olla ihan joku kerran vuodes, niinku diabeteshoitajillaki on VSSHP koulutuspäivä vuosittain, ni voisi olla ihan näihin seksitauteihin liittyen tai johonki vaikka tartunta tämmösiin, yleisimmät tartuntataudit. (H8)

Useat haastatteluissa esiin tulleet palvelupolun ongelmat johtuivat siitä, etteivät erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto tienneet toistensa toimintamalleista. Erikoissairaanhoidon puhelinaika saattaa kuormittaa asiakkaiden yhteydenotoista, koska terveysasemilta on ohjattu olemaan yhteydessä sinne. Asiakkaan tulee tehdä Omaolon oirearvio aina uudelleen ja ohjata se oikeaan paikkaan, mikäli hän on alun perin valinnut väärän asiointipaikan. Oirearvion siirtäminen ei ole mahdollista yksiköiden välillä. Sukupuolitautilin poliklinikalla on joskus voinut asioida ilman ajanvarausta, mutta tämän toiminnan loppumisenkaan ei ollut kaikilla perusterveydenhuollossa tiedossa, minkä vuoksi asiakkaita saatetaan välillä neuvoa väärin. Selkeinä ongelmina koettiin myös, että asiakas voi valita asiointipaikkansa, ja että toimintakäytännöt eivät ole aivan selvät yksikköjen välillä.

Nii ehkä varmaan jotenki se, että, miten se niinku se erikoissairaanhoidon puoli siinä sitte, et millon voi sinne ohjata. (H10)

– – meil ei oikeen se informaatio kulje heidän välillään tässä – – et sit on annettu vaa niit puhelinnumeroa ja sit sitä soittoaikaa heille. (H9)

– – hän kerto jostai lomakkeest, minkä hän oli lähettäny väärään paikkaan ja sit ku mä en sit osannu ollenkaa sanoa, mikä lomake se sit olis voinu olla, koska meidän omaoloon hän oli sit jo sen täyttäny. (H9)

Se on niinku harkinnassa tai ilmeisesti tulossa jossain vaiheessa, et me nähtäis se omaolo mikä on tehty, mut et vielä se ei ainakaan ole mahdollista. (H1)

Haastatteluissa selvisi, ettei Omaolon oirearvio päästä kaikkia asiakkaita tarvittaviin seksitautitesteihin, koska vain tietyillä vastauksilla oirearvio siirtyy ammattilaiselle. Oirearvio ei osaa huomioida esimerkiksi kaikkia eri tartuntareittejä. Tämän kerrottiin huolestuttavan, koska se saattaa lisätä tartuntojen diagnosoimattomuutta ja siten myös niiden leviämistä. Haastatteluissa nousi esiin, että löyhempää testeihin pääsyä kaivataan.

– – jos siihen laittaa, että seksi tuntemattoman kumppanin kanssa, ni sit se laittaa siihen hoitajan tiivistelmään heti, et suositellaan niinku laajempia seksitautitutkimuksia, mut sit jos siihen ei valitsekaan sitä, mut sit siel myöhemmin kysytään et oliko kumppani ennestään tuttu, ni vaiks siihen vastais ei, ni sit se ei laita siihen hoitajan tiivistelmään kuitenkaan sitä, et laajemmat näytteet olis tarpeen. (H6)

– – et niinku se ei huomioi esimerkiks, jos on suuseksii ilman mitään suojaust, ni se ei huomioi sitä sil taval. Et moni varmaan valkkais siitä, et on kondomi ollu käytös, mut ei tajuu sitä, et se niin kun omaolo ajattelee sen niin, et koskee sit niinku kaikki suuseksit ja muut se kondomikysymys. (H8)

Haastattelujen mukaan Omaolon oirearvion siirtämisen mahdollistaminen erikois-sairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on työn alla. Tämä muutos tulisi helpottamaan asiakkaan asiointia, kun hänen ei tarvitsisi täyttää oirearviota useaan kertaan. Yleisesti muutenkin kerrottiin, että Omaoloa pyritään kehittämään paremmin sekä asiakkaita että ammattilaisia palvelevaksi, mutta muutos on hidaista. Haastateltavat informoivat, ettei Omaoloa käytettäessä potilaasta kirjata diagnoosi- tai asiointikoodia. Oirearvio ja mahdollinen viestittely kopioidaan Kantaan sellaisenaan. Muuten kuitenkin käytetään kansallisia ICD-10- ja ICPC-2-koodeja.

Sit taas omaoloi hoitaes ei käytetä ollenkaan, oo niin kun minkäänlaisii koodeja. Et se kopioidaan se omaolo niinkun oirearvio ja se mitä me ollaan viestitelty sen potilaan kans, ni se kopioidaan siihe. (H7)

6 POHDINTA

6.1 Keskeisten tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa seksitautien nykyinen palvelupolku perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköissä Turussa sekä kehittää sitä paremmin asiakkaan ja terveydenhuollon tarpeita palvelevaksi. Asiakkaalle tehtiin selkeä palvelupolku helpottamaan oikean asiointipaikan löytämistä. Lisäksi tarkasteltiin tilastoja seksitautien esiintyvyydestä Suomessa ja Varsinais-Suomessa. Tilastoista tehtiin analyysia nykytilan kuvaamiseksi sekä tulevaisuuden kehittämistyön pohjaksi.

Seksitautien palvelupolku eteni hyvin samankaltaisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköissä. Asiakas päätyi terveydenhuoltoon pääosin Omaolo-palvelun kautta hoidon tarpeen ilmetessä. Oireiset asiakkaat asioivat erikoissairaanhoidossa ja oireettomat tai lieväoireiset perusterveydenhuollossa. Oireisten asiakkaiden palvelutarvetta hoidettiin myös perusterveydenhuollossa, koska seksitautien oireet voivat sopia myös muihin sairauksiin tai infektioihin. Ammatilainen teki asiakkaalle tarvittaessa läheteet seksitautitesteihin. Asiakas huolehti itse laboratorioajan varauksesta sekä näytteiden antamisesta. Selkeä ero erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä oli, että erikoissairaanhoidossa asiakkaalta voitiin ottaa näytteitä vastaanottokäynnin yhteydessä, kun perusterveydenhuollossa tämä ei ollut mahdollista. Negatiiviset testivastaukset asiakas katsoi itse Omakanta-alustalta tai ammatilainen lähetti niistä viestin. Positiivisista vastauksista ilmoitettiin asiakkaalle puhelimitse, jotta voitiin ohjeistaa hoitoon saapumisesta. Erikoissairaanhoidolla oli lisäksi myös puhelinaika asiakasneuvontaa varten. Perusterveydenhuollosta sellainen löytyi vain tartuntatautien torjunnan yksiköltä.

Palvelupolkua kartoittavissa ammattilaisten haastatteluissa nousi esiin keskeisiä kehittämistarpeita. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yksiköiden tietämys toistensa toimintamalleista oli heikko. Opinnäytetyön tuotoksena muodostettu seksitautien palvelupolku selkiyttää tulevaisuudessa asiakkaiden palveluun ohjautumista ja siinä etenemistä, mutta yksiköiden tiiviimpää yhteistyötä tarvitaan

palveluintegraation toteutumiseksi ja asiakkaan palvelukokemuksen sujuvoittamiseksi. Omaolo-palvelun oirearvio kaipasi myös jatkokehittämistä.

Käypä hoito -suosituksen (2018) mukaan seksitautien vuoksi asioivalle tulee tehdä laaja taustatietojen kartoitus. Omaolon valmisfraasit tekivät tämän kartoituksen ja puhelimitse ammattilaisen tuli haastatella samoja asioita. Puhelimitse tapahtuva haastattelu poikkesi sisällöltään eri ammattilaisten välillä, vaikka käytävissä oli yhtenäinen mallipohja. Käypä hoito -suositus (2018) ohjaa myös, että asiakkaan tulisi päästä klamydianäytteelle halutessaan. Haastatteluissa tuli esiin, että mikäli asiakas teki Omaolon oirearvion poissulkeakseen seksitautien mahdollisuuden ilman varsinaista tarvetta, Omaolo ei ohjannut oirearviota ammattilaiselle. Tällöin on riskinä oireettomien seksitautien leviäminen. Käypä hoito -suosituksen (2018) mukaan kartoituksen yhteydessä tulisi antaa myös ennaltaehkäisevää neuvontaa, mutta tämä ei aina toteutunut. Toteutuessaankin neuvonta jäi lähinnä ehkäisystä muistuttamiseen.

Hoitajan kirjoittaessa lähetteet seksitautitutkimuksiin noudatettiin ohjeistusten mukaisia näytteenottoaikoja. Seulonnan laajuudessa olisi kuitenkin parannettavaa. Ammattilaisille ei ollut aivan selvää, mistä kaikista tutkimuksista pitäisi tehdä lähetteet, vaan tässä oli yksilöllisiä eroja. Aina ei myöskään selvitetty tartunnan mahdollisuutta muualta kuin sukuelimistä, jolloin tarpeelliset lähetteet muista paikoista jäivät tekemättä. Suositeltavaa olisi, että seksitauteja epäiltäessä tutkittaisiin vähintään klamydia, tippuri, HIV sekä kuppa (Käypä hoito -suositus 2018; Hiltunen-Back 2022, 1336). Lisäksi jokaisen tartuntapaikan huomiointi olisi tärkeää, koska esimerkiksi klamydia hoidetaan erilaisella lääkekuurilla, mikäli se löydetään sukuelinten ulkopuolelta. Naisilla klamydiaseulonnassa vanutikkunäyte emättimen limakalvoilta olisi myös virtsanäytettä luotettavampi. (Käypä hoito -suositus 2018.) Tämä ei ollut kaikilla ammattilaisilla tiedossa, jotka hoitavat seksitautien vuoksi asioivia asiakkaita. Näytteiden suppeutta perusteltiin osittain laboratorioaikojen saatavuusongelmilla, joiden vuoksi asiakas ei halua hakeutua laajempiin testeihin. Haastatteluissa tuotiin myös vahvasti esiin ammattilaisten koulutustarve seksitauteihin liittyen.

Seksuaaliterveyden edistämiseksi kotitestausta tulisi integroida terveydenhuollon järjestelmiin (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 141–142). Kotitestausta voidaan

käyttää klamydian ja tippurin seulonnassa, kunhan huolehditaan myös positiivisen henkilön hoitoon ohjaamisesta ja tartunnan jäljittämisestä (Käypä hoito -suositus 2018). Turussa kotitestausta ei kuitenkaan nähty tarpeellisena osittain siitä syystä, ettei tiedetty kuka toimintaa voisi hallinnoida. Kotitestaus koettiin ennemmin seksitautien leviämisen uhkana kuin palvelun sujuvoittamisen mahdollistajana. Kuitenkin Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön aloittaessa kotitestauksen vuonna 2015, löytyi nuorilta miehiltä 70 % enemmän klamydiaa kuin perinteisellä seulonnalla (Väestöliitto 2016).

Yhteenvedona seksitautien esiintyvyyden tilastoista voidaan sanoa, että seksitautien tapausmäärät kasvavat edelleen vuosittain. Klamydia on tarkastelluista seksitaudeista yleisin. Klamydiatapauksen määrä kasvaa maltillisesti, mutta tapauksia todetaan lähes 17 000 vuosittain. Kupan, tippurin ja HIV:n tapaukset ovat merkittävimmin lisääntyneet viime vuosina Suomessa. Klamydia on pääasiassa nuorten, alle 25-vuotiaiden seksitauti ja kokonaismäärien tarkastelun perusteella sitä todetaan enemmän naisilla kuin miehillä. Kuppaa, tippuria ja HIV:tä todetaan enemmän miehillä kuin naisilla, vaikka naisten tapausmäärät nousivat vuonna 2022 huomattavasti. Koppa ei ole aivan nuorten tauti, vaan tapaukset keskittyvät keski-ikäisiin. Tippuria todetaan eniten 20–30-vuotiailla nuorilla aikuisilla, kun taas HIV-tapauksista kolmasosa on 30–40-vuotiailla. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella tilastojen kehitys näyttää kokonaisuudessaan samansuuntaiselta, mutta pienempien tapausmäärien vuoksi ikäjakaumasta ei pystytä kaikkien tautien osalta tekemään kovin yhtenäistä analyysia.

Seksitautien esiintyvyyden tilastoista tehtyä analyysia voidaan hyödyntää tulevaisuuden kehittämistyön pohjana esimerkiksi seksitautien ennaltaehkäisyn ja hoidon kehittämisessä. Syitä seksitautien esiintyvyyden kasvuun voidaan pohtia muutamasta näkökulmasta. Seksitautien lisääntyminen erityisesti viime vuosina saattaa johtua Ukrainasta tulleista pakolaisista. Heistä tulisi suositusten mukaan seuloa tartuntatautien osalta koppa, HIV ja hepatiitti B (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2022c). Toisena vaikuttavana tekijänä voidaan mahdollisesti pitää koronapandemian aiheuttamaa testausvelkaa, jota on nyt lähdetty purkamaan. Rajoitusten päätyttyä ihmiset ovat olleet enemmän kontaktissa keskenään. (Toikka-nen 2023.) Seksitautitesteihin ei olla hakeuduttu yhtä aktiivisesti kuin aiemmin, mikä on osaltaan mahdollistanut tautien aktiivisemmän leviämisen. Tähän liittyen

voidaan todeta, että seksitautien seulonta ja mahdollisimman varhainen diagnoosi on kustannustehokas keino ennaltaehkäistä seksitauteja (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 140).

Klamydian esiintyvyys etenkin nuorilla, alle 30-vuotiailla naisilla saattaa johtua tuossa iässä raskauden ehkäisyn aloittamisesta, jonka yhteydessä suositellaan seksitautien seulontaa (Käypä hoito -suositus 2022). Vaikka klamydia on selkeästi nuorten tauti, vuosina 2018–2021 miesten kuppatapaukset taas jakautuvat melko tasaisesti 20–60-vuotiaiden välillä. Seksitautien esiintyvyydet eri ikäluokissa muistuttavat, että seksuaaliterveyden edistämistä tulisi kohdistaa kaikkiin ikäluokkiin eikä pelkästään nuoriin. Sekä haastattelutuloksista että tilastoista nousi esiin, että aktiivisempi tiedottaminen seksitaudeista koko kansalle olisi tarpeen. Tämä on todettu myös kansallisessa seksuaaliterveyden edistämisen toimintasuunnitelmassa (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 139). Tutkimusten mukaan nuorten seksitautitietämys on heikkoa, mutta ammattilaiset näkivät nuorten suurempana ongelmana heidän välinpitämättömyytensä seksitauteja kohtaan. Seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa tulisi toteuttaa siten, että se tavoittaisi erityisesti miehet. Etenkin nuorissa ikäluokissa miesten tautimäärät ovat naisia pienemmät johtuen miesten vähäisestä seulonnasta (Väestöliitto 2016). Maahanmuuttajat nousivat haastatteluissa yhdeksi tärkeimmäksi neuvonnan kohderyhmäksi. Heidän neuvonnassaan tulisi pystyä ylittämään kulttuuri- ja kielimuurit.

Palvelupolun kartoittamiseen liittyvissä haastatteluissa kerrottiin, että Omaolo-asioinneista kopioitiin asiointissa käyty keskustelu asiakkaan Omakanta-alustalle sellaisenaan. Omaolo ei tarjoa minkäänlaisia raportteja oirearvioista. Seksitautien asiointien tilastointi ei siis ollut tavoitteellista. Tällöin on vaikea seurata, miten kustannustehokasta toiminta on, jos oireettomista, negatiivisista asiakkaista ei siirry lainkaan tietoja tilastoihin. Vain todetuista diagnooseista tai vastaanotolla asioineista asiakkaista muodostui raportointitietoa esimerkiksi palvelun vaikuttavuuden arviointiin ja tiedolla johtamisen tarpeisiin. Ryttilän (2011, 190, 212) mukaan kaikki käytettävissä oleva tieto tulisi osata hyödyntää palvelujen kehittämisessä. Tietotarpeiden hahmottaminen on tärkeää, jotta kaikki sekä tietojärjestelmissä että asiantuntijaverkostoissa muodostuva tieto tulee mahdollisimman hyvin analysoitua ja hyödynnettyä. Edellä mainittujen seikkojen perusteella voidaan todeta, että myös tiedolla johtaminen kaipaa lisää huomiota. Seksitautien

palvelun koordinaatiovastuu on myös erittäin tärkeää antaa tietylle taholle, jotta palvelua voidaan tavoitteellisesti kehittää.

6.2 Eettiset lähtökohdat

Tutkimuksen pitää aina noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Sen kaikissa vaiheissa tulee olla rehellinen, huolellinen sekä tarkka. Omasta toiminnasta pitää kantaa vastuu. Tutkimus- ja arviointimenetelmien, samoin kuin tiedon hankintamenetelmien tulee olla eettisesti hyväksytyjä. Toisten töitä ei saa plagioida. Tutkimuksen aikana tutkittava ja raportoitava tieto käsitellään tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaan. Tutkimuksessa tulee huomioida myös tietosuoja. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023.) Opinnäytetyön tietoperustan luomisessa on käytetty tutkittua tietoa tai asiantuntijoiden kirjoituksia. Tekstejä on arvioitu lähdekriittisesti ja ne on merkitty asianmukaisin lähdeviittein. Koko työn ajan on pyritty rehellisyyteen ja avoimuuteen ja tulokset on raportoitu todenmukaisina.

Ennen tutkimuksen aloittamista tulee määritellä osapuolien vastuut ja velvollisuudet (Vilka 2021, 42). Tämä tehtiin opinnäytetyön toimeksiantosopimuksella, jonka osapuolet allekirjoittivat. Ennen tutkimuksen aloittamista haettiin myös asiankuuluva tutkimuslupa.

Haastateltaville toimitettiin tiedote tutkimuksesta (Liite 1), jossa tuotiin esiin osallistumisen vapaaehtoisuus sekä tutkimuksen keskeyttämismahdollisuus. Haastatteluihin osallistumisesta ja niiden tallentamisesta pyydettiin haastateltavien suostumus. Tietoisella suostumuksella voidaan varmistaa se, että tutkimukseen osallistujat osallistuvat siihen omasta tahdostaan (Moriña 2021, 1561). Tallennetut haastattelut litteroitiin sanasta sanaan ja haastattelutallenteet poistettiin heti litteroinnin jälkeen tietosuojan turvaamiseksi. Haastateltavien henkilöllisyyttä ei paljastettu tulosten raportoinnin yhteydessä. Heille kerrottiin, ettei tuloksia raportoidessa käytetä sellaisia lauseita, joista heidät voisi tunnistaa. Tämä kertoo tutkijan ja tutkittavan välisestä luottamuksesta (Moriña 2021, 1562). Sukupuolitautien poliklinikalla työskentelee vain kaksi sairaanhoitajaa, minkä vuoksi osaa heidän sanomistaan lauseista ei voitu käyttää tulosten raportoinnissa anonymiteetin

säilyttämiseksi. Litteroidut tekstit säilytettiin salasanalla suojatussa tiedostossa, joka tuhottiin opinnäytetyön valmistuttua.

6.3 Luotettavuuden tarkastelu

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus arvioidaan tutkijan rehellisyyttä, puolueettomuutta, valintoja ja tulkintoja tarkastelemalla. Tutkijan tulee myös kyetä arvioimaan, miten hänen valintansa ovat toimineet suhteessa tutkimuksen tarkoitukseen. Koska laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen toistettavuus ei ole yleensä täysin mahdollista, voidaankin luotettavuutta arvioida sillä perusteella, pääseekö lukija tutkimustekstissä samaan tulokseen kuin tutkija. Tämän vuoksi tutkijan on raportoitava mahdollisimman tarkasti kaikissa tutkimuksen vaiheissa tekemänsä asiat ja valinnat. (Vilkka 2021, 155–157.)

Kehittämisprosessi on pyritty esittämään mahdollisimman tarkasti. Valitun tutkimusmenetelmän oli tarkoitus tuottaa kokemuksellista tietoa seksitautien palvelupolun kulusta. Valinta osoittautui kehittämistehtävään sopivaksi. Laadullisen tutkimuksen osuus eli fokusryhmähaastattelu raportoitiin mahdollisimman rehellisesti jokaisessa vaiheessa. Fokusryhmähaastattelun aineiston analyysissä huomion kiinnittäminen osallistujien yhteneväisiin tai eriäviin mielipiteisiin lisäsi tulosten luotettavuutta (Stevanovic & Weiste 2018, 122). Tuloksia peilattiin vielä tietoperustaan luotettavan lopputuloksen saamiseksi. Tulosten luotettavuus olisi vieläkin parempi, jos haastatteluihin olisi saatu osallistujia jokaiselta Turun alueen terveysasemalta. Toisaalta tulosta vahvistaa se, että osallistujilla oli hyvin paljon yhteneväisiä ajatuksia.

Koska tutkijan tausta ja henkilökohtaiset mielipiteet ja asenteet vaikuttavat aina laadullisen tutkimuksen lopputulokseen, tulee tutkimuksen uskottavuuden lisäämiseksi raportoida tutkijan suhde tutkittavaan aiheeseen (Puusa & Julkunen 2020, 182). Opinnäytetyön tekijä työskentelee sosiaali- ja terveysalalla, mihin tutkimuskin kohdistui, mutta hän oli kohdeorganisaatioille tuntematon, yksiköiden ulkopuolinen henkilö. Tekijä pyrki täydelliseen puolueettomuuteen työn aikana.

Luotettavuutta tarkasteltaessa tulee myös pohtia, ovatko tulokset oikeat ja totta (Puusa & Julkunen 2020, 193). Aiheeseen perehdyttiin syvällisesti kirjallisuuteen

perehtymällä, jotta haastattelua varten olisi valmistauduttu hyvin. Aineistoa analysoidessa pidettiin mielessä tutkimuksen tarkoitus. Myös tulokset olivat riittävän kattavat tarpeeseen nähden. Yleistettävyyys vaatii palvelupolun implementoinnin, mikä on kuitenkin kohtalaisen helposti toteutettavissa.

6.4 Pohdinta ja jatkokehittämisehdotukset

Opinnäytetyötä tehdessä saatiin haastattelujen ja palvelupolun visualisoinnin avulla kattava kuva palvelun kehittämistarpeista ja löydettiin kehittämisideoita. Näiden ideoiden testaaminen ja käytäntöön ottaminen jäivät jatkokehittämisen aiheiksi. Seksitautien palvelun kehittämisen tuleekin jatkua Turussa. Palvelu ei ole tällä hetkellä tasalaatuista, koska toimijoilla on erilaisia toimintatapoja. Sen vuoksi jatkossa palveluprosessin kuvaaminen myös ammattilaisten näkökulmasta on tärkeää, jotta seksitauteihin liittyvä palvelu voidaan varmistaa asiakkaalle samalla tavalla hoitavasta yksiköstä riippumatta. Palveluprosessi toimii erityisesti ammattilaisten työn tukena sekä myös uusien työntekijöiden perehdytystä ohjaavana työkaluna. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tulee lisätä keskinäistä yhteistyötä tiedonkulun osalta, mutta tärkeää on myös toimintatapojen selkiyttäminen. Tällä hetkellä perusterveydenhuollon tietämyksellä pystytään hoitamaan lähinnä klamydiatapaukset. Perusterveydenhuollossa voitaisiin hoitaa myös oireettomia tai lieväoireisia asiakkaita, joilla on jokin muu seksitauti, silloin kun he eivät vaadi erikoissairaanhoidon palvelua. Jotta tämä voitaisiin toteuttaa, erikoissairaanhoidon konsultointimahdollisuus tulisi järjestää myös perusterveydenhuollon hoitajille.

Opinnäytetyön valmistuttua palvelupolkua tullaan esittelemään kahteen kertaan vielä loppuvuodesta 2023 koulutustilaisuuksissa terveydenhuollon ammattilaisille. Tilaisuuksissa kerrotaan laajalti myös muuten seksitaudeista ja niiden seulonasta. Koulutuksen tulee olla jatkossa säännöllistä. Vuosittainen koulutus seksitaudeista nostaa hoitajien osaamistasoa. Yhteisissä koulutuksissa myös verkostoituminen ja tiedon jakaminen toisten ammattilaisten kanssa mahdollistuu.

Omaolo osoittautui melko kankeaksi järjestelmäksi tilastoinnin ja tiedolla johtamisen näkökulmasta. Sote-uudistuksen jälkeen erittäin tärkeä kehittämiskohde on-

kin tilastoinnin kehittäminen. Myös tartuntatautilain ulkopuolelle kuuluvista seksitaudeista pitää saada tarkemmat tartuntamäärät, jotta niiden esiintyvyydestä saadaan ajantasainen käsitys. Tällä hetkellä puuttuu myös luotettava tieto, miten paljon seksitaudit kuormittavat terveydenhuoltoa. Tiedon kokoaminen vaatii työllään potilastietojen selaamisen, koska sekundääristä dataa ei ole saatavilla. Mikäli Omaolon raportointia ei pystytä kehittämään, tulisi sitä kautta asioivista asiakkaista tehdä rakenteelliset kirjaukset potilastietojärjestelmään helpomman ja systemaattisemman tiedonkeruun mahdollistamiseksi. Tätä tietoa tulee asiantuntijoiden kokemustiedon lisäksi aktiivisesti kerätä ja hyödyntää palvelun kehittämiseksi. Tiedolla johtamisen taitoja tulee myös parantaa liittämällä se osaksi johtamiskoulutusta. Hyvinvointialue voi hyödyntää myös hyvinvointianalytiikan osaamista palvelujen kehittämisessä.

Asiakkaan Omaolo-asiointia tulee kehittää. On tärkeää, että asiointiin pystyisi siirtämään palveluyksikköjen välillä ilman, että asiakas joutuu täyttämään oirearvioitaan uudelleen. Omaolon tulee myös ohjata asiakas seksitautitesteihin aina hänen halutessaan, koska seulonta on suojatun seksin jälkeen kustannustehokkain seksitautien ennaltaehkäisykeino. Seulonnalla vähennetään seksitautien leviämistä, ja varhaisella hoidolla ehkäistään kalliita hoitoja vaativia jälkiseurauksia. Väestön tietämystä seksitaudeista tulee myös aktiivisesti lisätä. Vanhempien ikäluokkien kohdalla joukkotiedotuskampanjat ovat hyvä keino. Sosiaalista mediaa tulee myös aktiivisemmin hyödyntää. Seksitautien digihoitopolku voisi myös toimia tiedotusreittinä niille, jotka asioivat terveydenhuollossa seksitautiepäilyn vuoksi.

Seksitautien kasvavat esiintyvyyshluvut osoittavat seksitautien seulonnan tärkeyden. Erityisesti miehiin kohdistuvaa seulontaa tulee tehostaa. Naiset osallistuvat seksitautien seulontaan esimerkiksi raskauden ehkäisyä aloittaessa. Miehillä yhtenä vaihtoehtona voisi toimia systemaattinen seulonta armeijan terveystarkastuksen yhteydessä. Kotitestauksen mahdollisuutta on hyvä myös pohtia ja lähteä kehittämään Turussa. Kotitestauksessa voitaisiin päätyä aluksi myös välimuotoon tarjoamalla laboratoriosta noudettavaksi välineet vanutikkunäytettä varten virtsanäyteastioiden lisäksi. Silloin myös muut tartuntareitit tulisi huomioida varmemmin, kun asiakkaan ei tarvitse jonottaa aikaa laboratorioon. HIV:n ja kupan

pikatestiseulonta esimerkiksi pop up -tyyppisenä toteutuksena säännöllisin väliajoin lisäksi HIV-testausta, mikäli asiakkaat jättävät käymättä laboratorionäytteillä.

Seksitautien palvelupolku tulee julkaista Varsinais-Suomen hyvinvointialueen verkkosivuilla asiakkaan palveluun ohjautumisen helpottamiseksi. Ennen sitä tulee varmistaa, että palvelupolku on yhteneväinen koko hyvinvointialueella. Tämän vuoksi opinnäytetyön tulokset esitetään hyvinvointialueen avoterveydenhuollon johtoryhmälle marraskuussa 2023. Palvelupolun toimivuutta tulee aktiivisesti arvioida. Hyvinvointialueen palvelut ovat vielä murroksessa ja muuttuvat jatkuvasti. Muutosten vaikutukset myös seksitautien palvelupolkuun tulee huomioida. Seksitautien koordinaatiovastuu siirtyy ehkäisypalvelujen kehittämisen projektin jälkeen yliopistollisen sote-keskuksen tartuntatautien torjunnan yksikölle. Palvelupolun hyödyntäminen valtakunnallisesti vaatii sen implementointia myös muilla hyvinvointialueilla. Turkulaisille palvelupolku voidaan visualisoida tämän työn pohjalta.

LÄHTEET

Aalto, A-M., Vehko, T., Sinervo, T., Sainio, S., Muuri, A., Elovainio, M. & Pekurinen, M. 2017. Terveysthuollon asiakaslähtöisyys. Tutkimuksesta tiiviisti 12/2017. Helsinki: THL. Viitattu 5.3.2023 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-880-7>.

AIDS Action Council of the ACT 2011. Facts about HIV and AIDS. Teoksessa J. Healey (toim.) HIV and AIDS. Thirroul: The Spinney Press, 23–25.

Alhonsuo, M. 2021. Early Phase of Healthcare-Related Service Design. Väitöskirja, Lapin yliopisto. Viitattu 6.10.2023 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-337-296-2>.

Anic, G. M. & Giuliano, A. R. 2011. Genital HPV infection and related lesions in men. Preventive Medicine vol 53, supplement 1, 36–41.

Anttila, V-J. 2021. Maksatulehdus (hepatiitti) aikuisilla. Terveyskirjasto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ayerdi Aguirrebengoa, O., Vera García, M., Arias Ramíres, D., Gil García, N., Puerta López, T., Clavo Escribano, P., Ballesteros Martín, J., Lejarraga Cañas, C., Fernandez Piñeiro, N., Fuentes Ferrer, M. E., García Lotero, M., Hurtado Gallegos, E., Raposo Utrilla, M., Estrada Pérez, V., Del Romero Guerrero, J. & Rodríguez Martín, C. 2021. Low use of condom and high STI incidence among men who have sex with men in PrEP programs. PLoS one, vol 16, no 2 (2021): e0245925. Viitattu 12.3.2023 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245925>.

Ayinde, O., Jackson, L., Phatthey, J. & Ross, J. 2023. STI testing and subsequent clinic attendance among test negative asymptomatic users of an internet STI testing service; one-year retrospective study. PLoS One Feb 8; 18(2): e0281359. Viitattu 19.2.2023 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281359>.

Balfe, M. & Brugha, R. 2009. What prompts young adults in Ireland to attend health services for STI testing? BMC Public Health 2009 Vol 9: 311. Viitattu 20.3.2023 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/311>.

Balfe, M., Brugha, R., O'Donovan, D., O'Connell, E. & Vaughan, D. 2010. Triggers of self-conscious emotions in the sexually transmitted infection testing process. BMC research notes 2010, Vol 3: 229. Viitattu 20.3.2023 <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/3/229>.

Burchell, A.N., Winer, R.L., de Sanjosé, S. & Franco, E.L. 2006. Chapter 6: Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection. Vaccine, vol 24, supplement 3 (2006), 52-61.

Design Council 2019. Framework for Innovation: Design Council's evolved Double Diamond. Viitattu 21.3.2023 <https://www.designcouncil.org.uk/our-work/skills-learning/tools-frameworks/framework-for-innovation-design-councils-evolved-double-diamond/>.

DigiFinland 2023a. Seksitautiepäily. Viitattu 20.3.2023
<https://www.omaolo.fi/palvelut/oirearviot/42>.

– 2023b. Usein kysyttyä Omaolosta. Viitattu 20.3.2023 <https://www.omaolo.fi/>.

Digi- ja viestintävirasto 2023. Palvelutietovaranto. Viitattu 17.8.2023
<https://dvv.fi/palvelutietovaranto>.

Elo, T. 2023. Varsinais-Suomen hyvinvointialue, Ehkäisypalvelujen kehittämisen projekti. Projektikoordinaattorin esitys Ehkäisymenetelmien ja seksuaaliterveyden edistämisen -koulutuspäivässä 24.1.2023.

Espoon kaupunki 2023. Omanäytteenotto – Klamydia- ja tippuritartuntaepäily. Viitattu 2.4.2023 <https://www.espoo.fi/fi/omanaytteenotto-klamydia-ja-tippuritartuntaepaily>.

European Centre for Disease Prevention and Control 2023. Facts about syphilis. Viitattu 11.3.2023 <https://www.ecdc.europa.eu/en/syphilis/facts>.

Fimea 2023. Rokotteet. Viitattu 9.4.2023
<https://www.fimea.fi/vaestolle/rokotteet>.

Fimlab 2023. Seksitautien etättestaus. Viitattu 1.4.2023
<https://fimlab.fi/palvelut/seksitautien-etatestaus>.

Gogineni, V., Waselewski, M.E., Jamison, C.D., Bell, J.A., Hadler, N., Chaudhry, K.A., Chang, T. & Mmeje, O.O. 2021. The future of STI screening and treatment for youth: a National Survey of youth perspectives and intentions. BMC Public Health 21, 2006 (2021). Viitattu 17.2.2023
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-12091-y>.

Gyllenberg, F. % Heikinheimo, O. 2019. Maksuton raskauden ehkäisy – Kenelle tarjoamme? Duodecim 2019; 135(15), 1325–1326. Viitattu 3.10.2023
<https://www.duodecimlehti.fi/duo15044>.

Haapa, T. 2018. Käytännön teoria tartunnan saaneen aikuisen kokemuksista seksitaudin kanssa elämisestä. Väitöskirja, Tampereen yliopisto. Viitattu 30.9.2023 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0894-0>.

Hannila-Handelberg, T. & Puumalainen, T. 2020. Tartuntataudit Suomessa: Seksitaudit ja matkailuun liittyvät infektiot lisääntyivät viime vuonna. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 17.6.2020. Viitattu 23.11.2022 <https://thl.fi/fi/-/tartuntataudit-suomessa-seksitaudit-ja-matkailuun-liittyvat-infektiot-lisaantyivat-viime-vuonna?redirect=%2Ffi%2F>.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hennink, M. M. 2014. Focus Group Discussions. Understanding Qualitative Research. New York: Oxford University Press.

Hieta, N., Lehtonen, T. & Kaasinen, V. 2017. Silmäoireinen kuppa. *Duodecim* 2017; 133(21), 2014–2017. Viitattu 11.3.2023
<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/21/duo13997>.

Hiltunen-Back, E. 2017. Klamydian ja tippurin hoito helppoa? Sic! *Lääketietoa Fimeasta* 1/2017, 40–41. Viitattu 10.3.2023 <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201703071987>.

– 2020. Mitä uutta seksitautien diagnostiikassa ja hoidossa? *Infektioidentorjunta*, vol 38 nro 3 (2020), 28–30. Viitattu 29.11.2022
<https://infektioidentorjunta.fi/wp-content/uploads/2020/10/Infektioidentorjunta-3-2020-ok-net.pdf>.

– 2022. Tunnistatko kupan? *Duodecim* 2022; 138(15), 1333–1338. Viitattu 11.3.2023 <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2022/15/duo16947>.

– 2023. Sukupuolitaudit, seksitaudit. *Terveyskirjasto*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hiltunen-Back, E., Ruutu, P., Kautiainen, H., Ådahl, L., Savolainen, R., Paavonen, J. & Reunala T. 2009. Sukupuolitautilien anturiverkosto 1995–2006: toistuvat sukupuolitauditartunnat ovat yleisiä. *Suomen Lääkärilehti*, vol 64 nro 37 (2009), 2999–3004.

Hivpoint 2022. Tietoa hivistä. Viitattu 12.3.2023 <https://hivpoint.fi/tietoa-hivista/>.

– 2023. Prep – hivin ennaltaehkäisyväike. Viitattu 16.10.2023
<https://hivpoint.fi/prep-hivin-ennaltaehkaisyvaake/>.

Huang, W., Gaydos, C.A., Barnes, M.R., Jett-Goheen, M. & Blake, D.R. 2011. Cost-effectiveness analysis of Chlamydia trachomatis screening via Internet-based self-collected swabs compared to clinic-based sample collection. *Sexually transmitted diseases*. 2011; 38(9): 815–820. Viitattu 23.3.2023
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3156983/>.

Hujala, A. & Lammintakanen, J. 2018. Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keskiön. *Kunnallisan kehittämissäätöön julkaisu* 12. Viitattu 4.10.2023
<https://kaks.fi/julkaisut/paljon-sote-palveluja-tarvitsevat-ihmiset-keskioon/>.

Härmä, T. 2020. Kutinaa, kirvelyä tai näppyliitä – johtuvatko oireet seksitaudista? Tee oirearvio Omaolossa. *Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri* 9.4.2020. Viitattu 24.11.2022 <https://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoidopiiri/media-tiedotteet-viestinta/tiedotteet/Sivut/Kutinaa-kirvely%C3%A4-tai-n%C3%A4ppyli%C3%B6it%C3%A4-Tee-oirearvio-Omaolossa.aspx>.

Häyhtiö, T. 2017. Osallisuutta sote-palveluihin palvelumuotoilemalla? *Kunnallisan kehittämissäätöön julkaisu* 4. Viitattu 22.3.2023 <https://kaks.fi/wp-content/uploads/2017/05/osallisuutta-sote-palveluihin-palvelumuotoilemalla-004-1.pdf>.

Innokylä 2023. *Palvelupolku*. Viitattu 18.3.2023
<https://innokyla.fi/fi/tyokalut/palvelupolku>.

- Jalanko, E. 2022. Childbirth and induced abortion as a teenager: associations with contraceptive services and long-term health outcomes. Väitöskirja, Helsingin yliopisto. Viitattu 3.10.2023 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-7787-2>.
- Jansen, K., Steffen, G., Potthoff, A., Schuppe, A-K., Beer, D., Jessen, H., Scholten, S., Spornraft-Ragaller, P., Bremer, V., Tiemann, C. & MSM Screening Study group 2020. STI in times of PreP: high prevalence of chlamydia, gonorrhoea, and mycoplasma at different anatomic sites in men who have sex with men in Germany. *BMC Infectious Diseases* 2020 Feb 7: 20 (1):110. Viitattu 19.2.2023 <https://doi.org/10.1186/s12879-020-4831-4>.
- Jokiranta, S., Valtonen, K., Ihalainen, J., Lappalainen, M., Kutvonen, H., Halttunen, T. & Hiltunen-Back, E. 2017. Klamydian ja tippurin Internet-pohjaisen kotinäytteenottopalvelun tulokset Vantaalla. *Lääkärilehti* 7/2017, vsk 72, 419–424.
- Jordan, N.N., Jett-Goheen, M., Hsieh, Y.H., Gaydos, J.C. & Gaydos, C.A. 2020. Detection of Three Sexually Transmitted Infections by Anatomic Site: Evidence From an Internet-Based Screening Program. *Sexually Transmitted Diseases* 2020 Apr;47(4): 243–245. Viitattu 23.3.2023 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7082852/>.
- Keltanen, T. & Tiihonen, T. 2022. Uusi ammattiryhmä sote-alalle: Suomessa aletaan kouluttaa hyvinvointianalytikoita. *Sitra* 19.1.2022. Viitattu 30.9.2023 <https://www.sitra.fi/uutiset/uusi-ammattiryhma-sote-alalle-suomessa-aletaan-kouluttaa-hyvinvointianalytikoita/>.
- Kivekäs, E. 2019. Sähköisten terveystietopalveluiden koettu hyödyllisyys ja koettu helppokäyttöisyys - potilaiden ja lääkäreiden arviot vaikutuksista. Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 1.10.2023 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-3235-8>.
- Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. (toim.) 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Opas 33. 3. tarkennettu painos. Helsinki: THL. Viitattu 27.8.2023 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116162/THL_OPAS33_VERKKO9.3.2016.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
- Koivisto, M., Säynäjäkangas, J. & Forsberg, S. 2019. *Palvelumuotoilun bisneskirja*. Helsinki: Alma Talent.
- Kokko, P. 2022. Arvoperustainen terveydenhuollon ilmiö sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kohti vaikuttavampaa julkishallintoa? Väitöskirja, Tampereen yliopisto. Viitattu 14.10.2023 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-2568-8>.
- Kopra, E., Ruukonen, H. & Salo, T. 2020. Kuppa kummittelee suussa. *Duodecim* 2020; 136(23), 2641–2645. Viitattu 11.3.2023 <https://www.duodecimlehti.fi/duo15917>.

Kuortti, M. 2012. Suomalaisten tyttöjen seksuaaliterveys- ja kulttuuri. Väitöskirja, Tampereen yliopisto. Viitattu 6.3.2023 <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8806-1>.

Kuortti, M. & Halonen, M. 2018. Miten nuorten seksuaaliterveyttä edistetään tehokkaimmin? *Duodecim* 2018; 134(8), 873–879. Viitattu 7.3.2023 <https://www.duodecimlehti.fi/duo14270>.

Kylmä, J., Roos, M., Heikkinen, T., Sepponen, A-M., Pakarinen, M. & Suominen, T. 2016. Miesten välinen seksi – tietoa miesten seksuaaliterveyden edistämiseen. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, vol.53, nro 4, 258–271. Viitattu 23.3.2023 <https://journal.fi/sla/article/view/59670>.

Käypä hoito -suositus 2018. Seksitaudit. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Sukupuolitautien Vastustamisyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 23.11.2022 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50087#K1>.

Käypä hoito -suositus 2022. Raskauden ehkäisy. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Gynekologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 18.3.2023 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50104>.

Lahti, K. 2018. Seksitautien etättestaus otettu hyvin vastaan Vaasassa. *Vaasa* 6.2.2018. Viitattu 9.4.2023 <https://www.vaasalehti.fi/uutiset/seksitautien-etatestaus-otettu-hyvin-vastaan-vaasassa-1.2531557>.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734. Viitattu 20.2.2023 <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734>.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 29.6.2021. Viitattu 3.10.2023 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2021/20210612>.

Lapin ammattikorkeakoulu 2023. Hyvinvoinnin analytiikan asiantuntija. Viitattu 30.9.2023 <https://www.lapinamk.fi/fi/Hakijalle/YAMK-tutkinnot/Hyvinvoinnin-analytiikan-asiantuntija>.

Lehtinen, M., Apter, D., Kosunen, E., Lehtinen, T., Verho, T. & Paavonen, J. 2007. Nuorten seksitautien ehkäisy. *Duodecim* 2007;123(24): 2999–3007. Viitattu 16.8.2023 <https://www.duodecimlehti.fi/duo96942>.

Leväsluoto, J. & Kivisaari, S. 2012. Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. Espoo: VTT. Viitattu 6.3.2023 <https://www.vttresearch.com/sites/default/files/pdf/technology/2012/T62.pdf>.

Liede, S. 2022. Digitaalinen murros sotessa edellyttää yhteisiä tavoitteita, johtajuutta ja päivitetyn vision. STT Viestintäpalvelut Oy 23.9.2022. Viitattu 2.10.2023 <https://www.sttinfo.fi/tiedote/69952298/digitaalinen-murros-sotessa-edellyttaa-yhteisia-tavoitteita-johtajuutta-ja-paivitetyyn-vision?publisherId=69819541>.

Liitsola, K., Hiltunen-Back, E., Brummer-Korvenkontio, H., Kauppinen, J., Keronen, J., Pasanen, S., Ristola, M. & Sutinen, J. 2019. Uutta hivin ehkäisyssä. Hiv-altistusta edeltävä lääkehoito, prep. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ohjaus 3/2019. Viitattu 12.3.2023
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137989/URN_ISBN_978-952-343-321-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Moriña, A. 2021. When people matter: The ethics of qualitative research in the health and social sciences. *Health & social care in the community*, vol.29 nro 5: 1559–1565. Viitattu 30.8.2023 <https://doi.org/10.1111/hsc.13221>.

Mäntyranta, T. & Kaila, M. 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Duodecim* 2008;124(13): 1507–1513. Viitattu 27.8.2023 <https://www.duodecimlehti.fi/duo97349>.

Neittaanmäki, P. & Lehto, M. 2018. Suomen kansalliset SOTE-tiedonlähteet ja tietojen hyödyntäminen. Informaatioteknologian tiedekunnan julkaisuja No. 49/2018. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Viitattu 6.10.2023
<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/60560/978-951-39-7475-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Niemelä, J. & Kivipelto, M. 2019. Asiakaslähtöinen palvelupolkumalli tulevaisuuden sote-keskusten lähtökohdaksi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 2.10.2023 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-426-4>.

Nikula, M. 2009. Young men's sexual behaviour in Finland and Estonia: Opportunities for prevention of sexually transmitted infections. Väitöskirja, Helsingin yliopisto ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 1.10.2023
<https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085522>.

Novak D.P., Lindholm, L., Jonsson, M. & Karlsson, R.B. 2004. A Swedish cost-effectiveness analysis of community-based Chlamydia trachomatis PCR testing of postal urine specimens obtained at home. *Scandinavian journal of public health*, 32(5), 324–332. Viitattu 23.3.2023
<https://doi.org/10.1080/14034940410026282>.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät: uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Opetushallitus 2016. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2014. Määräykset ja ohjeet 2014:96. 4. painos. Helsinki: Opetushallitus. Viitattu 18.3.2023
https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/perusopetuksen_opetussuunnitelman_perusteet_2014.pdf.

Paavonen, J. 2002. Klamydiaepidemia jatkuu - mitä tehdä? *Duodecim* 2002 118(13); 1369–1373. Viitattu 16.3.2023 <https://www.duodecimlehti.fi/duo93039>.

Pakarinen, M. 2019. Ammattiin opiskelevien nuorien seksuaalikäyttäytyminen ja siihen liittyvät tiedot ja asenteet ennen seksuaaliterveysinterventiota ja sen jälkeen. Väitöskirja, Tampereen yliopisto. Viitattu 8.3.2023 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-1089-9>.

Papilloomavirustautien torjuntatyöryhmä 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asettaman papilloomavirustautien torjuntatyöryhmän selvitys. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 28/2011. Viitattu 9.4.2023 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80336/94d6f45d-22e1-4b53-b615-2eea48d90e1c.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Piekkari, R. & Welch, C. 2020. Oodi yksittäistapaustutkimukselle ja vertailun moninaiset mahdollisuudet. Teoksessa A. Puusa, P. Juuti & I. Aaltio (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Helsinki: Gaudeamus, 197–205.

Pihlava, M. 2021. Lähes 80 prosenttia yläkouluun menevistä tytöistä ja 65 prosenttia pojista on saanut HPV-rokotteen. Lääkärilehti 16.11.2021. Viitattu 13.3.2023 <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/lahes-80-prosenttia-ylakouluun-menevista-tytoista-ja-65-prosenttia-pojista-on-saanut-hpv-rokotteen/>.

Piponius, L. 2020. Kansallisen sote-tietotuotannon uudistaminen (Valtavanhanke). Viitattu 1.4.2023 <https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/kansallisen-sote-tietotuotannon-uudistaminen-valtava-hanke>.

Puusa, A. 2020. Haastattelutyypit ja niiden metodiset ominaisuudet. Teoksessa A. Puusa & P. Juuti (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Helsinki: Gaudeamus, 99–112.

Puusa, A. & Julkunen, S. 2020. Uskottavuuden arviointi laadullisessa tutkimuksessa. Teoksessa A. Puusa & P. Juuti (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Helsinki: Gaudeamus, 181–193.

Reunala, T. & Hiltunen-Back, E. 2002. Kupan ja tippurin muuttuva tartuntakirjo ja hoito. Duodecim 2002;118(13), 1374–1380. Viitattu 11.3.2023 <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2002/13/duo93040>.

Rytilä, M. 2011. Tietoperustainen johtaminen palvelutoiminnan suunnittelussa julkisella terveydenhuoltoalalla. Väitöskirja, Lapin yliopisto. Viitattu 8.10.2023 <https://urn.fi/URN:NBN:fi:ula-201111081198>.

Salunen, R. 2016. Ketjulahettimistöiminta osaamisen ja yhteistyön kehittämisen välineenä. Väitöskirja, Tampereen yliopisto. Viitattu 1.10.2023 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0102-6>.

Sankalahti, K. & Turu, P. 2023. Nuorten kokemukset palveluiden saavutettavuudesta dialogisen tiedonkeruun menetelmällä. Teoksessa Majlander, S., Vihtari, J., Kekkonen, M., Sankalahti, K., Turu, P. & Rautiainen, S. Lasten ja nuorten palveluiden yhdenvertainen saavutettavuus. Kansallisen lapsistrategian toimenpiteen 14 raportti. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 82–94. Viitattu 24.3.2023 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-027-9>.

Sannisto, T. 2011. Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa. Väitöskirja, Tampereen yliopisto. Viitattu 1.10.2023 <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8308-0>.

Saunders, M. & Lewis, P. 2012. Doing Research in Business & Management. An Essential Guide to Planning Your Project. Harlow, England: Pearson Education Limited.

Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin? Väitöskirja, Tampereen yliopisto. Viitattu 14.10.2023 <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8251-9>.

Simonen, O. 2012. Vaikuttavuustiedon hyödyntäminen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Väitöskirja, Tampereen yliopisto. Viitattu 12.10.2023 <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8667-8>.

Stevanovic, M. & Weiste, E. 2018. Keskustelunanalyysi ja fokusryhmien diskursiivinen tutkimus. Teoksessa L. Haapanen, L. Kääntä & L. Lehti (toim.) Diskurssitutkimuksen menetelmistä. Soveltavan kielitieteen tutkimuksia, nro 11 (2018), 114–136.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2020. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus - ohjelma. Viitattu 1.12.2022 <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM012:00/2020>.

– 2021. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2023. Ohjelma ja hankeopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:27. Viitattu 1.4.2023 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5655-1>.

– 2022a. Mikä sote-uudistus? Viitattu 12.1.2023 <https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti->

– 2022b. Seksuaaliterveyden edistäminen. Viitattu 27.8.2023 <https://stm.fi/seksuaaliterveys>.

– 2023. Hoitoon pääsy (hoitotakuu). Viitattu 8.5.2023 <https://stm.fi/hoitotakuu>.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Viitattu 18.3.2023 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75033/Oppaita51_2002.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus rokotuksista ja tartuntatautien raskaudenaikaisesta seulonnasta 6.5.2004/421. Viitattu 18.3.2023 <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040421>.

Sturd, N. & Rucks, E.A. 2022. Chlamydia trachomatis. Trends in microbiology. Julkaistu 23.11.2022. Viitattu 18.2.2023 <https://doi.org/10.1016/j.tim.2022.11.002>.

Sutinen, J., Hietalahti, J. & Hiltunen-Back, E. 2020. HIVin ehkäisy lääkkein: prep nyt Suomessakin. Duodecim 2020; 136(11), 1283–1290. Viitattu 8.4.2023 <https://www.duodecimlehti.fi/duo15510>.

Syöpärekisteri 2023. Kohdunkaulan syövän seulonta. Viitattu 13.3.2023
<https://syoparekisteri.fi/seulonta/kohdunkaulansyovanseulonta/>.

Söderqvist, J., Gullsby, K., Stark, L., Wikman, M., Karlsson, R. & Herrmann, B. 2020. Internet-based self-sampling for Chlamydia trachomatis testing: a national evaluation in Sweden. Sexually Transmitted Infections 2020; 96, 160-165. Viitattu 23.3.2023 <https://sti.bmj.com/content/sextrans/96/3/160.full.pdf>.

Tartuntatautilaki 21.12.2016/1227. Viitattu 20.2.2023
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2016/20161227#L8>.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2021a. Hepatiitti B-tapausten esiintyvyys Suomessa. Viitattu 29.11.2022 <https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset/taudit-ja-torjunta/taudit-ja-taudinaiheuttajat-a-o/hepatiitti-b/hepatiitti-b-tapausten-esiintyvyys-suomessa>.

– 2021b. Terveidenhuollon tiedonhallinnan sanasto. Viitattu 23.5.2023
<https://sotesanastot.thl.fi/termed-publish-server/vocabulary/3e597f88-02a0-478d-b65b-35f0fd7eae71/concept/f129b5f1-848d-4445-b6f8-7615c6866c6c>.

– 2022a. Hiv ja aids esiintyvyys ja tilastot. Viitattu 29.11.2022
<https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset/taudit-ja-torjunta/taudit-ja-taudinaiheuttajat-a-o/hiv/hiv-ja-aids-esiintyvyys-ja-tilastot>.

– 2022b. Tartuntatautirekisterin tilastotietokanta. Viitattu 24.11.2022
https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/ttr/shp/fact_shp.

– 2022c. Ukrainasta saapuneiden henkilöiden infektioautien ehkäisy ja rokotukset. Viitattu 6.12.2022 <https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset/ajankohtaista/ukrainasta-saapuneiden-henkiloiden-infektioautien-ehkaisy-ja-rokotukset>.

– 2023. Ehkäisy- ja seksuaalipalvelut. Viitattu 18.3.2023
<https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/sote-palvelut/ehkaisy-ja-seksuaaliterveyspalvelut>.

Terveidenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 18.3.2023
<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Terveyskylä 2018. Genitaaliherpes. Viitattu 15.3.2023
<https://www.terveyskyla.fi/ihotautitalo/seksitaudit/seksiteitse-tarttuvataudit/genitaaliherpes>.

Tiitinen, A. 2022a. HPV-rokote. Terveyskirjasto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 13.3.2023 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00940>.

– 2022b. Papilloomavirus (HPV) ja kondylooma naisella. Terveyskirjasto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 13.3.2023
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00162/papilloomavirus-hpv-ja-kondylooma-naisella>.

Tilastokeskus 2023. Väestö ja yhteiskunta. Väestön ikärakenne 31.12. Viitattu 20.10.2023

https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#vaestorakenne.

Toikkanen, U. 2023. Miksi seksitaudit ovat lisääntyneet? Lääkärilehti 17.5.2023. Viitattu 14.10.2023 <https://www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/miksi-seksitaudit-ovat-lisaantyneet/>.

Tsevat, D.G., Wiesenfeld, H.C., Parks, C. & Peipert, J.F. 2017. Sexually transmitted diseases and infertility. American Journal of obstetrics and gynecology 2017 Jan 2016 (1): 1–9.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Turner, K.M.E., Looker, K.J., Syred, J., Zienkiewicz, A., & Baraitser, P. 2019. Online testing for sexually transmitted infections: A whole systems approach to predicting value. PloS one, 14(2), e0212420. Viitattu 22.3.2023 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212420>.

Turun kaupunki 2023a. Nuorisogynekologinen poliklinikka. Viitattu 18.3.2023 <https://www.turku.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/laakarien-ja-hoitajien-vastaanotot/lasten-ja-nuorten-4>.

– 2023b. Sukupuolitaudit. Viitattu 18.3.2023 <https://www.turku.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/neuvolapalvelut/ehkaisy/sukupuolitaudit>.

Turun yliopistollinen keskussairaala 2023. Sukupuolitautien poliklinikka. Viitattu 18.3.2023 <https://www.tyks.fi/potilaille-ja-laheisille/sairaalat-ja-toimipisteet/tyks-kantasairaalan-alue/sukupuolitautien>.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Viitattu 30.8.2023 <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>.

Tuulaniemi, J. 2011. Palvelumuotoilu. 4. painos. Helsinki: Talentum Media Oy.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 6.4.2011/338. Viitattu 18.3.2023 <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338#Pidm45053757796224>.

Valtonen, A. & Viitanen, M. 2020. Ryhmäkeskustelut laadullisena tutkimusmetodina. Teoksessa A. Puusa & P. Juuti (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Helsinki: Gaudeamus, 113–126.

Varsinais-Suomen hyvinvointialue 2021. Varsinais-Suomen tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus. Päivitetty hankesuunnitelma. Varsinais-Suomen hyvinvointialue 22.11.2021.

Vilka, H. 2021. Tutki ja kehitä. 5., päivitetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Virranniemi, G. 2021. Hiviä ennaltaehkäisevä lääke muuttuu maksuttomaksi Suomessa – yhteiskunnalle satakertaisesti halvempaa kuin hiv-tartunnan hoito. Yle 3.2.2021. Viitattu 8.4.2023 <https://yle.fi/a/3-11760536>.

Virtanen, P., Smedberg, J., Nykänen, P. & Stenvall, J. 2017. Palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutukset sosiaali- ja terveystaloudessa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2017. (julkaisija Valtioneuvoston kanslia 10.1.2017) Viitattu 5.3.2023 https://valtioneuvosto.fi/documents/10616/3866814/2_Palvelu-+ja+asiakastietoj%C3%A4rjestelmien+integraation+vaikutukset+sosiaali-+ja+terveyspalveluissa/bcc5b696-7e81-4121-b496-c9ac78be815e?version=1.0.

Väestöliitto 2016. Seksitauti? #testaamallatiedät. Väestöliiton blogi 29.4.2016. Viitattu 14.10.2023 <https://vaestoliitonblogi.com/2016/04/29/seksitauti-testaamallatiedat/>.

– 2023. Mitä on seksuaaliterveys? Viitattu 27.8.2023 <https://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/seksuaaliterveys/mita-on-seksuaaliterveys/>.

World Health Organization 2006. Sexual health. Viitattu 27.8.2023 https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2.

– 2022. Sexually Transmitted Infections (STIs). Viitattu 18.2.2023 [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)).

– 2023. Global Sexually Transmitted Infections Programme. Viitattu 18.3.2023 <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/stis/overview>.

Ylikallio, E., Heikinheimo, T., Anttila, V.-J., Palomäki, M. & Pekkonen, E. 2014. Neurosyfiliksen monet kasvot. Duodecim 2014;130(6), 589–593. Viitattu 11.3.2023 <https://www.duodecimlehti.fi/duo11543>.

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö 2023. Seksitautien etättestaus. Viitattu 2.4.2023 <https://www.yths.fi/palvelut/raskaudenehkaisy-ja-seksitaudit/seksitautien-etatestaus/>.

LIITTEET

- Liite 1. Tiedote tutkimukseen osallistuville
- Liite 2. Fokusryhmähaastattelun pohjarunko
- Liite 3. Seksitautien palvelupolku

Liite 1. Tiedote tutkimukseen osallistuville

TIEDOTE LAPIN AMMATTIKORKEAKOULUN YLEMPÄÄN AMMATTIKORKEAKOULU TUTKINTOON LIITTYVÄSTÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Koulutus: Hyvinvoinnin analytiikan asiantuntija 90 op

Sairaanhoitaja (YAMK) -tutkintoon liittyvän opinnäytetyön nimi

Seksitautien palvelupolun kartoittaminen ja kehittäminen Turussa

Pyyntö osallistua sairaanhoitaja (YAMK) -tutkintoon liittyvän opinnäytetyön aineistonkeruuseen

Teitä pyydetään mukaan YAMK-tutkintoon liittyvän opinnäytetyön aineistonkeruuseen, jossa tarkoituksena on ryhmähaastattelun avulla kartoittaa seksitautien palvelupolku perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköissä ja kehittää sitä paremmin asiakasta ja terveydenhuoltoa palvelevaksi. Palvelupolku julkaistaan myös Varsinais-Suomen hyvinvointialueen verkkosivuilla, jotta oikea palvelu olisi asiakkaalle helpommin löydettävissä.

Haastattelut toteutetaan pienissä, 2–4 henkilön ryhmissä Teams-sovelluksen kautta. Haastattelut tallennetaan opinnäytetyön tekijän henkilökohtaiselle tietokoneelle, joka on salasanalla suojattu. Osallistujien henkilötietoihin ei ole pääsyä ulkopuolisilla ja opinnäytetyön tekijä on salassapitovollinen. Lopullisessa opinnäytetyön raportissa osallistuneet henkilöt eivät ole tunnistettavissa. Aineisto tuhotaan, kun opinnäytetyö on valmistunut.

Olemme arvioineet, että sovellutte yllä mainittuun opinnäytetyötutkimukseen, koska työskentelette seksitautien vuoksi asioivien asiakkaiden kanssa ja teillä on runsaasti kokemustietoa heidän hoidostaan. Haastattelun kesto on noin tunnin.

Tämä tiedote kuvaa YAMK-tutkintoon liittyvää opinnäytetyötä ja Teidän osuuttanne siinä. Pehitykää tähän tiedotteeseen. Teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä yllä mainitusta opinnäytetyöstä, jonka jälkeen Teiltä pyydetään suostumus siihen osallistumisesta.

Osallistuminen on vapaaehtoista

Opinnäytetyön aineistonkeruuseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte keskeyttää siihen osallistumisen koska tahansa. Mikäli keskeytätte tai peruutatte suostumuksen, teistä keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja ja näytteitä voidaan käyttää osana sairaanhoitaja (YAMK) -tutkintoon liittyvän opinnäytetyön tutkimusaineistoa.

Opinnäytetyön päättymisen ja tutkimustuloksista tiedottaminen

Opinnäytetyön päättymisestä ja sen tuloksista ei erikseen tiedoteta tutkittaville. Opinnäytetyön sähköinen versio säilytetään YKSA-arkistopalvelussa <https://yksa.darchive.fi/YKSA3/public/archive/LapinAMK/search.jsp>. Opinnäytetyön tuloksia voidaan julkaista myös laajemmin hyvän teellisen käytännön ja tutkittavien anonymiteetin säilyttämisen vaatimuksia noudattaen. Jos opinnäytetyö joudutaan keskeyttämään sen suorittajan taholta, ei opinnäytetyön tuloksia julkaista.

Opinnäytetyön tekijän yhteystiedot

Marjo Breitholtz
Sairaanhoitaja (YAMK) -opiskelija
Terveysalan koulutus

Ohjaajan tiedot (Lapin AMK)

Milla Immonen (yliopettaja)

Liite 2. Fokusryhmähaastattelun pohjarunko

Fokusryhmähaastattelun tueksi

- Miten seksitautien palvelupolku useimmiten etenee diagnoosin saamiseen asti?
- Mikä tässä toimii mielestänne hyvin?
- Onko jotain ongelmia/haasteita, joita näette tärkeäksi kehittää?
- Millaiseksi arvioitte asiakkaiden valmiudet kotitestauksen käyttöön?

Erilaisia case-tapauksia - miten näissä asiakkaan palvelupolku etenee:

1. 15–25-vuotias asiakas
 - joka harrastanut suojaamatonta seksiä kumppanin kanssa, jonka seksitautitausta ei ole tiedossa?
 - jolla useita kumppaneita, eikä käytä kondomia, jos työllä käytössä ehkäisytabletit
 - mies, jolla on seksiä miesten kanssa
2. 35–50-vuotias asiakas
 - satunnaisia vieraita kumppaneita, joista osan kanssa ei käytä kondomia ehkäisyvälineinä?
 - mies, jolla on seksiä miesten kanssa?
3. Minkä tahansa ikäinen asiakas, jolla suojaamatonta seksiä henkilön kanssa, joka on syntynyt korkean hiv-riskin maassa?

Huomioi, että nämä asiat tulee esiin:

- miten useimmiten ottavat yhteyttä?
- hakeutuvatko perusterveydenhuoltoon jonkin oireen vuoksi vai onko syynä halu testauttaa itsensä?
- milloin tulisi hakeutua testeihin?
- miten usein/säännöllisesti riskikäyttäytyjän tulisi hakeutua testeihin?
- miten nopeasti asiakkaat pääsevät testeihin/hoitoon?
 - onko tämä riittävän nopeasti mielestänne?
- mitkä kaikki seksitaudit testataan ja millä perusteella?
- milloin tarvitaan lääkärin arviota, milloin riittää hoitaja?
- millaista neuvontaa asiakkaat saavat (vai saavatko) ja missä vaiheessa?
- eri ikäluokkien seksuaaliterveystietämyksen?
- oma seksuaaliterveystietämyksen?

Liite 3. Seksitautien palvelupolku

SEKSITAUTIEN
PALVELUPOLKU
TURKULAISILLE