

Anu Pellinen

# Asiakkaan oikeus seksuaaliterveyttä edistäviin seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluihin

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän järjestämisvastuun alaiset seksuaalineuvonta ja -terapiapalvelut

Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Sosionomi YAMK  
Sosiaali- ja terveysalan johtaminen  
Opinnäytetyö  
1.5.2019

Tekijä(t) Otsikko  Sivumäärä Aika	Anu Pellinen Asiakkaan oikeus seksuaaliterveyttä edistäviin seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluihin. Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän järjestämisvastuun alaiset seksuaalineuvonta ja -terapiapalvelut 86 sivua + 2 liitettä 1.5.2019
Tutkinto	Sosionomi YAMK
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Suuntautumisvaihtoehto	Sosiaali- ja terveystieteiden johtamisen koulutusohjelma
Ohjaaja(t)	Lehtori Sirkka-Liisa Kolehmainen
<p>Tutkimusaiheena on julkisissa sosiaali- ja terveyspalveluissa tuotettavien seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden tuottamiseen liittyvä järjestämisvastuu. Tutkimuksen tarkoitus on kartoittaa millä tavalla seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluita on tuotettava osana lainsäätöisiä sosiaali- ja terveyspalveluita sekä vastata kysymyksiin mitä, kenelle, missä laajuudessa ja miten tuotettuna seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluita tulee tuottaa. Tutkimuksen tarkoituksena on osoittaa palveluiden järjestämisvastuun lisäksi asiakkaan oikeus kyseisiin palveluihin.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin integratiivisena kirjallisuuskatsauksena. Järjestämisvastuun selvittämiseksi tutkittiin seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluihin liittyvää lainsäädäntöä, asetuksia, sosiaali- ja terveysministeriön sekä terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja ja lausuntoja. Lopulliseksi aineistoksi valittiin 6 ajantasaista lähdettä, jotka tällä hetkellä määrittelevät kyseisten palveluiden tuottamisen. Tutkimusmenetelmänä on käytetty laadullista, induktiivista ja aineistolähtöistä sisällönanalyysimenetelmää.</p> <p>Tutkimuksen tulosten mukaan seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluita on tuotettava kunnan asukkaille osana julkisia terveyspalveluita, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa, äitiys- ja lastenneuvoloiden palveluita sekä muita sosiaali- ja terveyspalveluita. Tulokset korostavat erityisryhmien huomioon ottamista palveluiden tuottamisessa sekä seksuaalineuvonnan liittämistä osaksi kaikkia sosiaali- ja terveyspalveluiden hoitotoimenpiteitä. Seksuaalineuvonta tulee olla osa seksuaaliterveyden edistämistä ja sisältää myös seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan ja parisuhdeväkivallan ehkäisyä.</p> <p>Seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden järjestämisvastuun toteutuminen ja palveluiden saatavuus osana julkisia sosiaali- ja terveyspalveluita vaatii kuitenkin asiakkaan näkökulmasta vielä paljon kehittämistyötä, resursseja ja panostusta. Tutkimustulokset esittävät aineistoon pohjautuvat palvelupolut ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, joissa seksuaalisuus tulisi huomioida osana ihmisen kokonaisvaltaista hoitoa ja hyvinvointia.</p>	
Avainsanat	seksuaalineuvonta, seksuaaliterapia, seksuaaliterveys, sosiaali- ja terveydenhuolto, palvelujärjestelmä, lainsäädäntö, säädökset, järjestämisvastuu

Author(s) Title	Anu Pellinen The client's right to sexual counselling and sex therapy as part of sexual health promotion services. The Finnish social and health care system's responsibility to organize sexual counselling and sex therapy services
Number of Pages Date	86 pages + 2 appendices 21 May 2019
Degree	Master of Social Services
Degree Programme	Master Degree in Health Care and Social Services
Specialisation option	Leadership in Health Care and Social Services
Instructor(s)	Lecturer, Sirkka-Liisa Kolehmainen
<p>This research is focused on the responsibility of the public social and health care system to organize sexual counselling and sex therapy services for its clients. The purpose of this research is to find the answer how the sexual counselling and sex therapy services should be provided as a part of the statutory social and health care services and also to for whom, how and at what scale sexual counselling and sex therapy services should be provided. The purpose for this research is also to demonstrate the clients' right to sexual counselling and sex therapy as a part of the public social and health care service.</p> <p>The thesis was implemented as an integrative literature review. The research inspected existing legislation and statutes as well as reports and national guidelines from the Ministry of Social Affairs and Health and the National Institute for Health and Welfare. The final analysis is based on six current documents outlining the guidelines of organizing sexual counselling and sex therapy services in Finland. The research method is qualitative, inductive and resource-based content analysis.</p> <p>The results of the research show that the local public social and health care system must provide sexual counselling and sex therapy to its clients and citizens as part of the public health care; school and student health care; maternal and child health care services and any other social and health care services. The results highlight the need to pay more attention to special groups in organizing these services, and including sexual counselling in all client procedures within social and health care. Sexual counselling must be part of sexual health promotion and must include preventing sexual and domestic violence.</p> <p>However, from the perspective of the client, organizing the services and availability of sexual counselling and sex therapy still requires increased resources, investment and further development of the public social and health care services. The research results show the service paths and social and health care services that should recognise sexuality as a part of holistic treatment and wellbeing of an individual.</p>	
Keywords	sexual counselling, sex therapy, sexual health, public social and health care services, service system, legislation, statutes, responsibility to organize

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tutkimuksen keskeiset käsitteet	3
2.1	Seksuaalisuus, seksuaaliterveys ja seksuaaliterveyden edistäminen	3
2.1.1	Seksuaalisuus	3
2.1.2	Seksuaaliterveys	6
2.1.3	Seksuaaliterveyden edistäminen	9
2.2	Seksuaalineuvonta ja seksuaaliterapia	12
2.2.1	Seksuaalineuvonta	12
2.2.2	Seksuaaliterapia	16
2.3	Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuottaminen ja järjestämisvastuu	21
2.3.1	Seksuaalineuvonnan ja -terapian järjestämisvastuuseen liittyvien säädösten tausta	22
2.3.2	Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut ja niiden tuottaminen	23
2.4	Asiakkaan oikeus palveluihin ja seksuaalioikeudet	27
2.4.1	Asiakkaan oikeus palveluihin	27
2.4.2	Seksuaalioikeudet	28
3	Tutkimusmenetelmät, tutkimusongelman asettaminen, aineisto ja tutkimuksen toteutus	35
3.1	Tutkimusmenetelmä	35
3.2	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	36
3.3	Aineiston valinta ja laadun arviointi	37
3.4	Tutkimuksen toteutus	39
3.4.1	Aineiston analyysi	39
3.4.2	Luotettavuuden ja eettisyyden varmistaminen	42
3.4.3	Tutkimusprosessin eteneminen	43
4	Tulokset	44
4.1	Seksuaalineuvonta- ja terapiapalveluiden järjestämisvastuusta tehdyt säädökset	44
4.2	Seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden järjestämisvastuun perusteella tuotettavat palvelut	46
4.2.1	Sosiaali- ja lisääntymisterveyttä edistävät palvelut sosiaali- ja terveyspalveluissa	46
4.2.2	Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto	48
4.2.3	Neuvolatoiminta	51
4.2.4	Hiv-tartunnan saaneet	53

5	Johtopäätökset	55
6	Pohdinta	57
6.1	Tutkimusprosessin pohdinta	57
6.1.1	Ideointi ja suunnitteluvaihe	57
6.1.2	Aineiston valintaan liittyvät haasteet	58
6.1.3	Aineiston analyysin pohdinta	60
6.2	Tulosten pohdinta	60
6.2.1	Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävät palvelut sosiaali- ja terveyspalveluissa	62
6.2.2	Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto	71
6.2.3	Neuvolatoiminta	74
6.2.4	Hiv-tartunnan saaneet	77
6.3	Eettisyys ja luotettavuus	80
6.4	Johtopäätökset, kehittämissuositukset ja jatkotutkimusaiheet	81
	Lähteet	83

#### Liitteet

Liite 1. Aineistosta esille nousseet seksuaalineuvontaan ja -terapiaan liittyvät käsitteet

Liite 2. Seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden järjestämisvastuun perusteella tuotettavat palvelut

## 1 Johdanto

Seksuaalioikeuksien toteutuminen nähdään tärkeänä ihmisoikeuskysymyksenä. Siihen ovat ottaneet kantaa monet kansainväliset järjestöt, Maailman terveysjärjestö WHO (World Health Organization) mukaan lukien (Ryttläinen – Valkama. 2010: 14-15). Lisäksi seksuaalioikeuksia tukemaan on luotu monia kansainvälisesti, EU:n ja YK:n tasolla sitovia sopimuksia, jotka liittyvät niin ihmiskauppaan, seksuaali- ja väkivaltarikosten uhrin aseman, naisiin kohdistuvaan väkivallan ja perheväkivallan ehkäisyyn kuin vammaisten oikeuteen seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluihin (Finlex; RIKU 2014; Ulkoministeriö; Ulkoministeriö 1995). Kansainväliset sopimukset liittyvät vahvasti seksuaaliterveyteen ja antavat aihetta seksuaalisuuden huomioimiseen sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä ohjeistavat myös monien palveluiden tuottamista ja niiden sisältöä.

Suomen seksuaali- ja lisääntymisterveys on monilla mittareilla mitattuna erinomainen (Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 12). Suomen lainsäädäntö ja sen pohjalta tehdyt asetukset säätelevät Suomen seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluita. Sen lisäksi seksuaali- ja lisääntymisterveyttä sekä sen palveluiden tuottamista on säädetty ja ohjeistettu useilla kansallisilla toimintaohjelmilla, suosituksilla ja strategioilla. (Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 11.)

Sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa toimivan Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa toteutetaan osana kuntien palvelurakenteen ja ehkäisevien palveluiden uudistamista ja kehittämistä ja se suosittelee toimintaohjelman käyttämistä myös kuntien toiminta- ja taloussuunnitelmien laatimisessa. Näin saadaan rahoitus säädösten mukaisten seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden, kuten seksuaalineuvonnan ja seksuaaliterapian, tuottamiseen. (Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 3, 14.)

Suurimmassa osassa sairaanhoitopiirejä on seksuaalineuvonnan tai -terapian lisäkoulutuksen saanutta henkilöstöä, jotka järjestävät seksuaalineuvontaa ja -terapiavastaanottoa, mutta järjestämistavat vaihtelevat kunnissa, terveyskeskuksissa ja sairaanhoitopiireittäin ja väestön seksuaali- ja lisääntymisterveystietous on parantunut epätasaisesti (Klemetti, Reija – Raussi-Lehto, Eija. 2016: 12-15).

Vaikka lähes kaikissa sairaanhoitopiireissä oli palkattuna seksuaalineuvoja, koulutuksen saaneita seksuaalineuvoja ei ole palkattu terveyskeskuksiin riittävässä määrin ja terveys-

keskuksissa vain lähes joka kolmanneksessa oli vuonna 2010 seksuaalineuvoja koulutuksen saanutta henkilökuntaa. Niiden terveyskeskusten osalta, joissa oli palkattuna seksuaalineuvoja, ei myöskään tiedetä seksuaalineuvojan toimenkuvasta. (Ritamo – Pelkonen – Nikula 2010: 6) Myös palveluiden järjestämistavat terveyskeskuksissa vaihtelevat suuresti (Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 40).

Koska seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden, erityisesti seksuaalineuvonta ja seksuaaliterapiapalveluiden, tuottamisessa koetaan niin paljon haasteita, on syytä palata palveluiden järjestämistä tasolle ja katsoa, minkälaisia palveluita lakien ja säädösten mukaan tulisi tuottaa. Järjestämistä esille nostaminen sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteossa sekä asiakkaille luo pohjan lainmukaisten palveluiden tuottamiselle sekä asiakkaan palvelujen saantia koskevien oikeuksien toteutumiselle.

Vakuuttamalla palveluiden tuottajat kyseisten palveluiden tuottamisen tärkeydestä, saadaan järjestämistä mukaisia palveluita asiakkaille, mutta myös luotua työpaikkoja koulutetuille seksuaalineuvojille ja seksuaaliterapeuteille sekä nostettua heidän osaamisensa ja työnsä arvostusta ihmisten kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tukijoina.

Työn teoriaosio avaa tutkimukseen liittyvät keskeisemmät käsitteet määrittelemällä seksuaalisuuden, seksuaaliterveyden ja seksuaalioikeudet sekä seksuaalineuvonnan ja -terapian ja niiden järjestämistä vastuuseen liittyvien säädösten taustaa. Lisäksi teoriaosiossa käsitellään asiakkaan oikeutta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteisten palveluiden tuottamista.

Tutkimusmenetelmä osion jälkeen olevassa tuloksissa kuvataan seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden järjestämistä vastuuseen liittyvät säädökset sekä kuvataan, millaisia palveluita säädösten perusteella tulisi tuottaa. Järjestämistä vastuuta on havainnollistettu luomalla säädösten mukaiset esimerkit palvelupoluista, joiden mukaan seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluita tulisi saada osana sosiaali- ja terveyspalveluita. Tulosten pohdinta tuo esille epäkohtia, jotka liittyvät palveluiden järjestämistä vastuun mukaisen palveluiden tuottamiseen ja säädösten toteutumiseen tämän hetkisissä sosiaali- ja terveyspalveluissa.

## 2 Tutkimuksen keskeiset käsitteet

### 2.1 Seksuaalisuus, seksuaaliterveys ja seksuaaliterveyden edistäminen

#### 2.1.1 Seksuaalisuus

Kun puhumme seksuaalisuudesta, emme puhu vain seksistä, sillä seksuaalisuudella tarkoitetaan paljon muutakin. Suomela (2009) kuvaa asiaa parhaiten sanomalla, että seksuaalisuus on se, mitä me olemme ja seksi sitä, mitä teemme. (Suomela 2009: 9.) Seksuaalisuuteen ja siihen liittyvään hyvinvointiin vaikuttavat monet asiat. Yksiön kokemuksen lisäksi siihen vaikuttavat seksuaalikulttuuri, seksuaalioikeudet, seksuaaliterveys ja siihen liittyvät palvelut.

Seksuaalisuus voi aiheuttaa myös turhautumista tai kärsimystä yksilölle. Seksuaalineuvonta- ja terapiapalveluiden kannalta onkin tärkeää ymmärtää seksuaalisuuden moniulotteisuus, jotta ymmärretään, mitä kaikkea sairastuminen tai vammautuminen voi tarkoittaa seksuaalisuudelle ja elämänlaadulle. (Ryttyläinen – Valkama 2010: 12-13.)

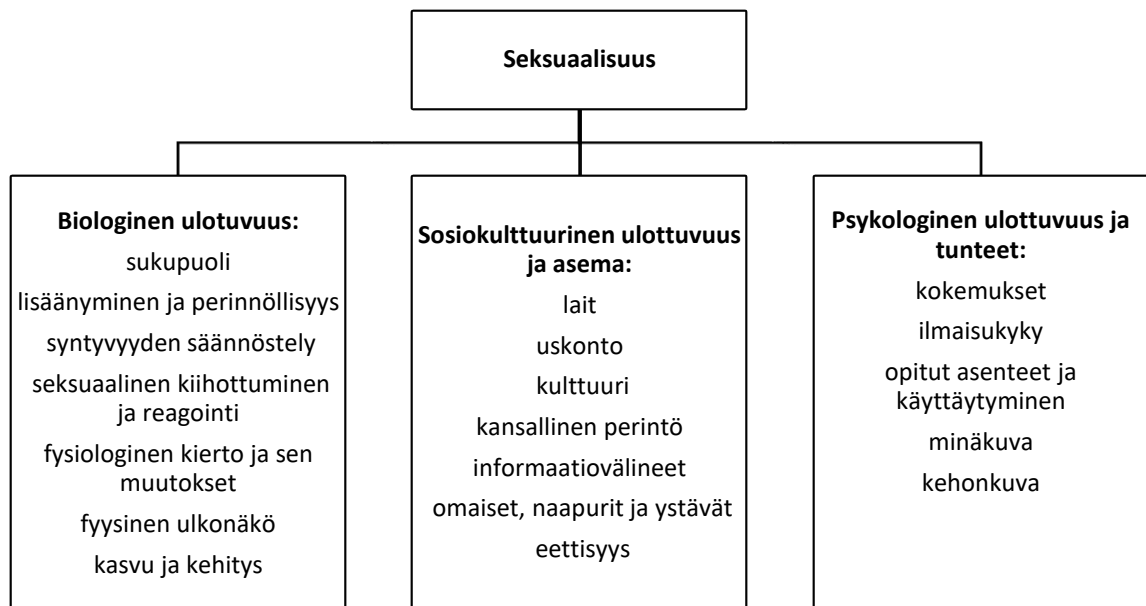
Seksuaalisuutta voidaan selittää monella tavoin. WHO on määritellyt seksuaalisuuden käsitteen seuraavasti

Seksuaalisuus on keskeinen osa ihmisyyttä kaikissa elämän vaiheissa, ja se käsittää sukupuolen, sukupuoli-identiteetin ja sukupuoliroolit, seksuaalisen suuntautumisen ja mielihyvän sekä koko seksuaalisen kehityksen järjen, tunteen ja biologian tasoilla. Seksuaalisia kokemuksia ja seksuaalisuuden ilmenemismuotoja ovat ajatukset, halut, uskomukset, asenteet, käyttäytyminen, oppiminen, tutkiminen, leikki, roolit ja suhteet. Vaikka seksuaalisuus voi pitää sisällään kaikki nämä ulottuvuudet, ihminen ei aina koe tai ilmennä niitä kaikkia. Biologiset, psykologiset, sosiaaliset, taloudelliset, poliittiset, eettiset, lailliset, historialliset, uskonnolliset ja hengelliset tekijät vaikuttavat vuorovaikutuksessa seksuaalisuuteen.

(Väestöliitto 2018.)

Greenberg, Bruess ja Haffner ovat jakaneet seksuaalisuuden biologiseen, sosiokulttuuriin ja psykologiseen ulottuvuuteen, jota tarkennetaan kuviossa 1. Se, kuinka ihminen kokee seksuaalisuutensa, muodostuu näiden ulottuvuuksien keskinäisestä suhteesta. (Ryttyläinen – Valkama 2010: 13.)





Kuvio 1. Seksuaalisuuden ulottuvuudet (Ryttyläinen – Valkama 2010: 13.)

Seksuaalisuus ei siis synny suhteessa kumppaniin tai parisuhteeseen, vaan se on osa yksilön kokonaisvaltaista ihmisyyttä, perustarve, joka rakentuu läpi elämämme (Ryttyläinen – Valkama 2010: 11, 14). Seksuaalisuus on synnynnäinen kyky ja valmius aistien ja virikkeiden aiheuttamaan fyysiseen ja psyykkiseen reagointiin, joka tuottaa eroottista tai seksuaalista mielihyvää ja halun pyrkiä näihin kokemuksiin. Seksuaalisuus on koettavissa niin ihmisen teoissa, ajatuksissa kuin tunteissakin. Sen tarkoitus on biologisen lajin säilymisen lisäksi tuottaa psyykkistä nautintoa. (Ilmonen – Nissinen 2006: 450.) Seksuaalisuus on myös kykyä olla yhteydessä itseen ja toiseen, kykyä olla omassa kehossaan ja nauttia seksuaalisuudesta toisia kunnioittaen (Ryttyläinen – Valkama 2010: 11,14).

Ihmisen keho, seksuaalinen identiteetti ja minäkuva muuttuvat ja kehittyvät sekä seksuaalinen halukkuus ja aktiivisuus vaihtelevat ihmisen elämän aikana. Seksuaalisuus on jokaiselle, ihmisenä olemista omalla tavallaan ja tyylillään, oman itsensä etsimistä ja löytämistä, eikä sen vuoksi kukaan muu voi määritellä yksilön seksuaalisuutta tai sen olemusta tai voimakkuutta. Koska seksuaalisuus pysyy muutoksessa läpi koko elämän, voi seksuaalineuvonnan tarve kohdata yksilön missä elämän vaiheessa tahansa, vaikka yleisintä se on silloin, kun kehon tai elämän muutokset ovat suurimpia. (Bildjuschkin – Ruutilahti 2008: 10.)

Käytännössä seksuaalisuus on ihmisen keskinen perusominaisuus, joka on ihmisessä koko ajan läsnä. Se, kuinka seksuaalisuuttamme ilmennämme, liittyy seksuaalikulttuurin

sosiaalisiin ja psykologisiin prosesseihin. Yhteisön sosiaaliset tavat, säännöt, uskomukset ja normit, niiden kautta syntyvä hyväksyntä tai paheksunta, käsitys seksuaalisuuden tai seksiin liittyvien tekojen ja ajatusten luonnollisuudesta tai luonnottomuudesta, synnyttävät tunteen siitä, millaisessa sosiaalisessa todellisuudessa elämme. Seksuaalikulttuuri määrittelee myös sukupuoliroolit ja niihin liittyvät vaatimukset ja mahdollisuudet koko elämän ajaksi. Määrittelyn tarkoituksena on johdonmukaisesti kontrolloida käyttäytymistä ja turvata järjestys ja yhteisön jatkuvuus. (Kontula 2008: 15-17.)

Länsimaissa seksuaalikulttuuria on pitkälti säädellyt uskonto, joka kirkon toimien kautta on pyrkinyt rankaisemaan sosiaalisesti, poliittisesti ja hengellisesti niitä, jotka ovat käyttäneet kirkon mukaan poikkeavasti. Uskonnolliset ja moraaliset käsitykset ovat vahvasti ohjanneet sitä, kuinka ja mistä syystä asiat tulee tehdä tietyllä tavalla, mitä tulisi haluta ja mihin tulisi elämässä pyrkiä, samalla kertoen mitä tulisi välttää ja mikä on erityisen kiellettyä. Yhteisön jäsenenä, huomaamme yhteisön määrittämät rajat vasta kun törmäämme niihin. (Kontula 2008: 15-17.) Uskonnon lisäksi seksuaalisuutta on pyritty rajaamaan myös politiikalla. Kirkon lisäksi myös lainsäädännöllä on valvottu moraalien käytännön toteutumista. Tällä on pyritty suojeleman perhettä yhteiskunnan perus-instituutiona, sillä varsinkin naiselle, leimaantuminen moraalisesti hairahtuneeksi on ollut huomattava sosiaalinen ja taloudellinen riski. (Kontula 2006: 28.)

Historiaa katsoen on ymmärrettävää, että seksuaalisuutteen liittyy paljon uskomusten ja asenteiden aiheuttamaa syyllisyyttä ja häpeää. Varhaiskirkon aikaan seksuaalisuus nähtiin haitalliseksi ja vältettäväksi avioliitossakin. Luther ja muut uskonpuhdistajat muuttivat hetkellisesti ilmapiiriä seksuaalimyönteisemmäksi 1500-luvulla, mutta 1600-luvulla palattiin takaisin seksuaalikielteiseen näkemykseen. Vielä 1900-luvun alkupuoliskolla Suomessakin pyrittiin ohjaamaan ja rajoittamaan väestön seksuaalikäyttäytymistä. Tuolloin oli vielä uskomus, että seksuaalisuus on ilmeinen terveysriski, sillä kiihottumisen katsottiin aiheuttava aivoissa haitallisia muutoksia. (Virtanen 2002: 18.)

Seksuaalisuutta suojaamaan on luotu seksuaalioikeudet, jotka toimivat myös seksuaaliterveyden perustana. Seksuaalioikeudet ovat osa ihmisoikeuksia. Oman seksuaalioikeuksien julistuksen ovat luoneet niin WHO (World Health Organization eli Maailman terveysjärjestö), IPPF (The International Planned Parenthood Federation eli Kansainvälinen perhesuunnittelujärjestöjen liitto) kuin myös WAS (World Association of Sexual Health eli Seksuaaliterveyden maailmanliitto). (Ryttyläinen – Valkama 2010: 14-15.)

Suomessa Väestöliiton kirjoittamat seitsemän seksuaalioikeutta käsittelevät laajasti seksuaalioikeuksien julistuksien sisältöä ja niiden merkitystä ihmisoikeuksille. Lähtökohtana

on, että kaikilla ihmisillä on sukupuolesta, etnisestä taustasta, seksuaalisesta suuntauksesta tai terveydentilasta riippumatta samat seksuaalisuuteen liittyvät oikeudet. Oikeuksilla varmistetaan yksilön oikeus hallita ja nauttia omasta seksuaalisuudestaan, saada tietoa seksuaalisuudesta ja sitä kautta suojella itseään ja yksityisyyttään seksuaalisuuden alueella sekä oikeus korkeatasoisiin seksuaaliterveyspalveluihin. (Ilmonen – Korhonen 2015: 10.)

Koko väestön seksuaalioikeuksien toteutumista on tärkeä valvoa, mutta tiettyjen erityisryhmien, kuten vammaisten, seksuaalioikeuksien toteutumiseen on syytä kiinnittää erityistä huomiota. Vammaisten oikeus seksuaaliseen itseilmaisuun ja seksuaalisiin suhteisiin muodostuu ongelmalliseksi etenkin silloin, kun yksilön liikkuminen tai viestintä on toisten avun varassa. Riippuvuus muiden, erityisesti perheen, tuesta voi vaikuttaa seksuaalisen identiteetin rakentumiseen. (Nissinen 2006: 148.)

Seksuaalioikeuksien tulee toteutua toisten hoidon varassa elävillä myös pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Tämä koskee vammaisten lisäksi myös ikäihmisiä sekä muun sairauden vuoksi hoitoa tarvitsevia. Oikeus tyydyttävään seksuaalielämään, joko yksin tai yhdessä kumppanin kanssa, sekä oikeus seksuaaliterveyttä koskevaan tietoon, neuvontaan ja terveyspalveluihin on toteuduttava kaikissa elämäntilanteissa. Jos seksuaalisuus aiheuttaa ongelmia yksilön hoidossa, hoitotilanteissa tai laitoshoidossa, on selvítettävä, kenen ongelmasta on lopulta kyse: onko seksuaalisuuteen liittyvät asiat ongelmia hoidettavalle, hoitohenkilökunnalle vai omaisille. (Rautiainen 2006: 237.)

Yksi erityisryhmä, jonka seksuaalioikeuksien toteutumiseen tulisi Suomessa kiinnittää erityistä huomiota ovat maahanmuuttajat ja muut valtaväestöstä kulttuuritaustaltaan poikkeavat, joiden osuus väestöstä on viime vuosikymmenet ollut jatkuvassa kasvussa. Seksuaalioikeuksien toteutumisen sekä tiedon ja seksuaaliterveyspalveluiden saannin haasteena ovat mahdollisesti niin kielelliset, kulttuurilliset kuin uskonnollisetkin syyt sekä molemminpuoliset ennakkoluulot. (Sannisto 2010: 203.)

### 2.1.2 Seksuaaliterveys

Seksuaaliterapiaa ja seksuaalineuvontaa käsiteltäessä on oleellista ja lähes pakollistakin puhua myös seksuaaliterveydestä. Seksuaaliterapiaa ja seksuaalineuvontaa käsitellään hyvin vähän sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä alan tutkimuksissa ja lainsäädännössä. Seksuaaliterapiasta ja erityisesti seksuaalineuvonnasta puhuttaessa keskustelu liittyy

usein seksuaaliterveyteen ja sen palveluihin. Tästä syystä työn keskeisiä käsitteitä ava-  
tessa on oleellista kiinnittää huomiota myös seksuaaliterveyden käsitteeseen.

1900-luvun puolivälissä länsimainen seksuaalikulttuuri koki suuria muutoksia Kinseyn  
vuosina 1948 ja 1953 sekä Master ja Johnsonin vuoden 1966 seksuaalisuutta koskevien  
tutkimusten myötä. Tutkimukset muuttivat näkemyksen seksuaalisuuden terveysvaiku-  
tuksista lähes täydellisesti ja tämän jälkeen seksuaalisuuden ja muun terveyden välillä  
nähtiin positiivinen korrelaatio. (Virtanen 2002: 18.)

Maapallon väestöräjähdyksen ja ehkäisypillereiden markkinoille tulon myötä, 1950- ja  
1960-luvuilla alettiin kiinnittää huomiota seksuaalisuuden lisääntymisulottuvuuteen. Tär-  
keänä nähtiin yksilön oikeus päättää lastenhankinnasta. 1970-luvulla alettiin puhumaan  
lisääntymisoikeuksista, samalla kun abortit pyrittiin pitämään turvallisina ja laillisina.  
Termi muuttui 1980-1990-luvulla lisääntymisterveydeksi. Seksuaaliterveydestä ja seksu-  
aalioikeuksista tehdyt ensimmäiset maininnat löytyvät 1970-1980-luvulta WHO:n asia-  
kirjoista. (Virtanen 2002: 11-12.)

Suomessa lääkintöhallitus raportoi vuonna 1989 seksuaalisella aktiivisuudella olevan  
mahdollisia terveyttä sekä yksilöiden ja perheiden elämänlaatua parantavia vaikutuksia.  
Seksuaalisuuden katsottiin voivan toimia ruumiillisten ja henkisten sairauksien ennalta-  
ehkäisijänä ja romanttisten suhteiden ehkäisevänä yksinäisyyttä, ahdistusta ja masen-  
nusta. Monissa 1990-luvun tutkimuksissa on todettu seksuaalisen aktiivisuuden ja tyyty-  
väisyyden vaikuttavan positiivisesti myös ihmisen kokemaan ja todelliseen terveydentil-  
aan ja elämään. Näiden tutkimusten johdosta Suomessakin on päädytty suosittamaan  
seksuaalista tyytyväisyyttä edistäviä toimia terveyden edistämiseksi. (Virtanen 2002: 19,  
kts. myös Kontula 2008: 18.)

Seksuaaliterveys on terminä otettu yleiseen käyttöön vuoden 1994 Kairon kansainväli-  
sen väestökongressin jälkeen. Tuon jälkeen termiä vielä tarkennettiin erottelemalla toi-  
sistaan lisääntymisterveys ja seksuaaliterveys, vaikkakin termien erillisestä käytöstä on  
ollut eriäviä mielipiteitä. Lisääntymisterveydellä tarkoitetaan hedelmällisyyteen, raskau-  
teen, synnytykseen ja imetyksen liittyviä lääketieteellisiä hoitokeinoja, kun taas seksuaa-  
literveydessä on kyse yksilön auttamisesta hallitsemaan ja hyväksymään omaa seksu-  
aalisuuttaan ja nauttimaan siitä. Seksuaaliterveyden palveluilla pyrittiin niin tiedon anta-  
miseen, oman identiteetin ja itsensä hyväksymiseen kuin seksuaaliongelmien diagno-  
sointiin ja hoitoon. Samoihin aikoihin todettiin myös seksuaaliterveyden olevan riippuvai-  
nen ihmisen psykodynamiikasta ja ihmisten välisistä suhteista. Seksuaaliterveyden uu-  
tena näkökulmana alettiin korostamaan myös seksuaalisuuden mielihyvän ja nautinnon

merkitystä ihmisen hyvinvoinnille ja terveydelle. Tällä voitiin nähdä laajoja positiivisia vaikutuksia yksilön lisäksi myös perheille ja yhteiskunnalle. Seksuaaliterveyteen katsottiin myös kuuluvan yksilön mahdollisuus ilmaista seksuaalisuuttaan ja nauttia siitä ilman riskiä seksitaudeista, ei-toivotusta raskaudesta tai pakotetuksi, väkivaltaisesti kohdelluksi tai syrjityksi tulemisesta. (Virtanen 2002: 13-14.)

WHO määritteli seksuaaliterveyden käsitteen vuonna 2002 korostaen siinä myönteistä näkemystä seksuaalisuudesta. Sen mukaan seksuaaliterveydellä tarkoitetaan seksuaalisuuteen liittyvää fyysistä, emotionaalista, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvoinnin tilaa, korostamatta pelkästään sairauden, toimintahäiriön tai vajaatoiminnan poissaoloa. (Ilmonen – Nissinen 2006: 451.) Tärkeää on myös nähdä, että seksuaaliterveys voidaan saavuttaa sairaudesta, toimintahäiriöistä, vajavuuksista tai vammautumisesta huolimatta (Ryttyläinen – Valkama 2010: 18). Hyvän seksuaaliterveyden edellytyksenä nähdään positiivinen suhtautuminen seksuaalisuuteen ja seksuaalisuhteisiin sekä mahdollisuus nautinnollisiin ja turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin. Sitä voidaan edistää ja ylläpitää seksuaalioikeuksia kunnioittamalla, seksuaalikasvatuksella, seksuaalisen kehityksen ja sukupuolisen kypsymisen suojelemisella ja tukemisella, sukupuolten ja erilaisuuden arvostamisella, riittäväillä ja laadukkailla seksuaaliterveyspalveluilla sekä oikeassa kehitysvaiheessa annetulla riittäväällä ja oikein kohdennetulla tiedolla, jonka pohjalta yksilöllä on oikeus tehdä vastuullisia valintoja. (Ilmonen – Nissinen 2006: 451; Ryttyläinen – Valkama 2010: 18.) Hyvä seksuaaliterveys edellyttää myös niin omien kuin toistenkin seksuaalioikeuksien kunnioittamista (Ryttyläinen – Valkama 2010: 18).

Koska seksuaaliterveys käsitteen käyttö on yleistynyt 2000-luvulla niin Suomessa kuin maailmallakin, on oleellista huomioida sen vahva sidonnaisuus aikaan, kulttuuriin, uskontoon, poliittiseen ilmastoon ja globalisaatioon sekä kuinka se heijastaa yhteiskunnan arvoja, normeja ja uskomuksia (Ryttyläinen – Valkama 2010: 17-18).

Seksuaaliterveyden tilaa voidaan väestötasolla arvioida seksuaaliterveyspalveluista saatavan tiedon ja muun tutkimuksen pohjalta. Tietoa antavat muun muassa tilastot teiniraskauksista, raskaudenkeskeytyksistä, seksuaalitiedoista, seksuaalisesta syrjinnästä, ehkäisyn käytöstä, seksuaalisen ja sukupuolittuneen väkivallan yleisyydestä, äitiys- ja imeväisyyskuolemista sekä seksitautien ja sukupuolielinten muiden sairauksien esiintyvyydestä. Tutkimusten pohjalta saadaan tietoa muun muassa väestön kokemasta seksuaalisesta tyytyväisyydestä, toimintakyvystä ja hyvinvoinnista. (Ilmonen – Nissinen 2006: 451.)

### 2.1.3 Seksuaaliterveyden edistäminen

Seksuaalinen hyvinvointi tarkoittaa seksuaaliterveyttä laajempaa käsitettä, joka pitää sisällään myös seksuaalisuuden tunnistamisen, kokemisen, toteuttamisen ja nimeämisen rakenteellisia, sosiaalisia, kulttuurisia ja yksilöllisiä tekijöitä. Näihin kuuluvat myös sosiaaliset rakenteet ja verkostot, jotka mahdollistavat kumppanin löytämisen, yleisen ilmaisiin ja tiedon, joka helpottaa oman seksuaalisen identiteetin tunnistamista ja sen mukaan elämistä sekä turvallisen ympäristön seksuaalisuuden toteuttamiselle. (Ilmonen – Nissinen. 2006: 456.) Tätä seksuaalisen hyvinvoinnin laajempaa näkökulmaa on tuotu esille myös Ryttyläisen ja Valkaman hoitotyötä käsittelevässä teoksessa, jossa seksuaaliterveyden edistäminen nähdään tapahtuvan yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasolla. (Ryttyläinen – Valkama 2010: 21.)

**Yksilötasolla** seksuaaliterveyttä voidaan tukea tarjoamalla muun muassa seksuaalikasvatusta ja seksuaaliterveyspalveluita. Näiden palveluiden avulla yksilöä tuetaan muodostamaan positiivinen kuva omasta seksuaalisuudestaan itsetuntoa vahvistamalla, oman kehon arvostusta lisäämällä, muutoksiin sopeutumalla, muiden kunnioittamista lisäämällä, vastuullisella käyttäytymisellä sekä tukemalla kykyä rakkauteen ja läheisyyteen. Riittävät tiedot seksuaaliterveydestä tukevat yksilön seksuaaliterveyteen liittyvää päätöksentekotaitoa. Kommunikaation, ongelmanratkaisu- ja neuvottelutaitojen käyttöä tukemalla edistetään myös parisuhteen hyvinvointia sekä erotilanteiden hyvää hoitamista. Yksilön vuorovaikutustaidot vaikuttavat mahdollisuuteen toteuttaa seksuaalisuutta tyydyttävällä ja turvallisella tavalla ja yksilön seksuaaliterveys muotoutuu muun muassa juuri parisuhteessa tai muissa seksuaalisissa vuorovaikutustilanteissa. Vuorovaikutustaitoisella, itseään ilmaisevalla ja arvostavalla yksilöllä on mahdollisuus vastuullisiin ja turvallisiin seksuaalisuhteisiin. (Ryttyläinen – Valkama 2010: 21, 23.)

Yksilöllä tulee olla oikeus seksuaaliterveyttä edistäviin palveluihin ja mahdollisuus keskustella seksuaalisuudestaan kaikissa terveyspalveluissa häntä kunnioittavalla tavalla. (Ryttyläinen – Valkama 2010: 23.)

**Yhteisötason** seksuaaliterveyden edistämistä on yhteisöjen voimavarojen ja verkostojen tukeminen sekä seksuaaliterveyden sisällyttäminen sosiaali-, terveys- ja sivistystoimien toimintasuunnitelmiin, kunnan strategioihin ja käytännön hoitoketjuihin. (Ryttyläinen – Valkama 2010: 21.)

Osa kuntien seksuaaliterveyteen liittyvistä tehtävistä on lakisääteisiä. Seksuaaliterveyden edistäminen tulisi integroida osaksi hallintoalojen normaalia toimintaa sekä yksityis-

sektorin, seurakuntien ja järjestöjen toimintaa. Kunnissa ja eri yhteisöissä tulisi muodostaa monialaisia asiantuntijaverkostoja suunnittelemaan ja toteuttamaan seksuaaliterveyden edistämistä. Esimerkiksi nuorten seksuaaliterveyden edistämiseksi opetus-, sosiaali- ja terveys-, vapaa-aika- ja nuorisotoimi sekä seurakunnat ja järjestöt sopivat yhdessä tavoitteet ja toimenpiteet nuorten seksuaaliterveyden edistämiseksi. Toiminnan suunnittelussa tulisi käyttää apuna tutkimustietoa sekä muun muassa kunnan ja sairaanhoitopiirin tilastoja siitä, missä asioissa seksuaaliterveyden edistämässä ei ole onnistuttu. Seksuaaliterveyden edistäminen kunnissa ja sairaanhoitopiireissä vaatii laajaa verkostojohtamista sekä ymmärrystä seksuaaliterveyden edistämisen tärkeydestä ja siihen vaadittavista voimavaroista. Seksuaaliterveyden edistämisen haasteet ja riskit on tunnistettava ja niihin on puututtava. Haasteena voidaan nähdä työn monialaisuus ja moniammatillisuus, sillä seksuaaliterveyden edistämistä tekevät yhteistyössä niin hoitajat, lääkärin, fysioterapeutit, seksuaalineuvojat, seksuaaliterapeutit kuin muutkin asiantuntijat. Yhteistyö eri ammattilaisten ja erikoisalojen välillä tulee turvata, jotta kaikki asiakkaat hyötyvät seksuaaliterveyspalveluista. Seksuaaliterveyden edistämisen huomioiminen kunnallisessa päätöksenteossa, muun terveyden edistämisen ohella, on tärkeää. Päätöksenteossa on osattava tunnistaa ja arvioida niiden seksuaaliterveyteen kohdistuvat vaikutukset. (Ryttyläinen – Valkama 2010: 24-25, 30.)

Kunnissa seksuaaliterveyden edistäminen tarkoittaa käytännössä yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä siitä, kuinka seksuaaliterveyspalveluita sekä seksuaaliohjausta, -neuvontaa ja -terapiaa toteutetaan sairaanhoitopiirissä. (Ryttyläinen – Valkama 2010: 26.)

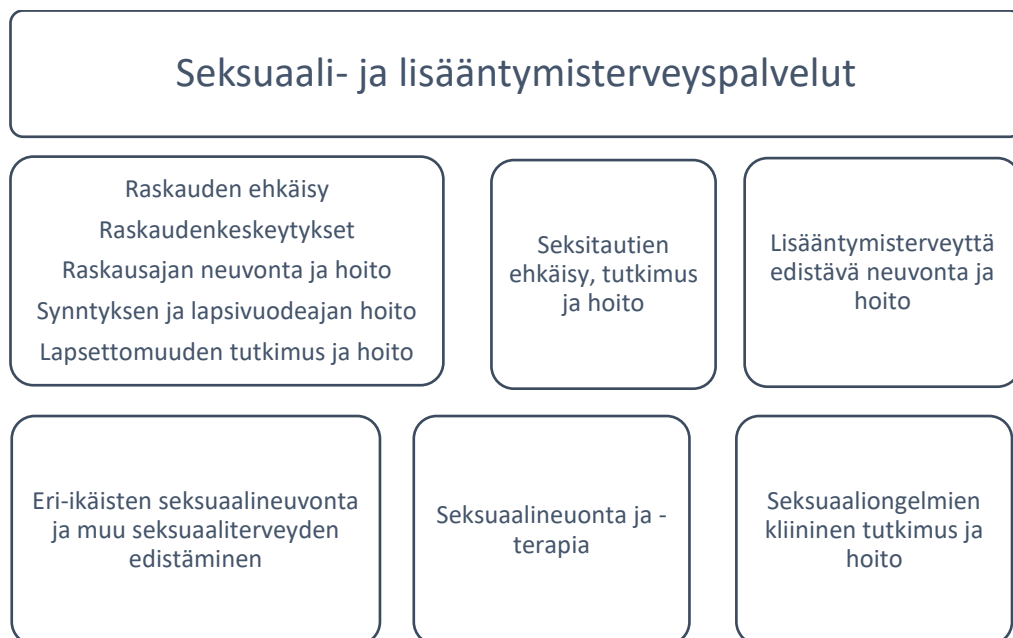
**Yhteiskunnan tasolla** seksuaaliterveyttä edistetään tutkimustiedon perusteella tehtyjen toimintaohjelmien ja strategioiden toteuttamisella sekä eri hallintoalojen vastuullisella ja tavoitteellisella toiminnalla, yhteistyöllä ja kouluttamisella (Ryttyläinen – Valkama 2010: 21).

Tutkimustietoon perustuvien toimintaohjelmien tarkoitus on murtaa yhteiskunnan virheellisiä uskomuksia seksuaalisuudesta sekä edistää seksuaalista suvaitsevaisuutta tiedon ja keskustelun avulla. Uskomukset, asenteet sekä virheellinen tieto tai tietämättömyys seksuaalisuuteen liittyen vaikuttavat ihmissuhteisiin sekä yksilön, erityisesti vanhusien, vammaisten, pitkäaikaissairaiden sekä seksuaali- ja sukupuoli vähemmistöjen kohdalla, mahdollisuuksiin toteuttaa seksuaalisuuttaan yksilönä sekä ihmissuhteissa. Myytit ja uskomukset luovat väärää kuvaa siitä, mikä seksuaalisuudessa on sallittua tai luvallista sekä jättävät huomioimatta seksuaalisuuden yksilöllisen ilmaisun ja laajan vaihtelun. (Ryttyläinen – Valkama 2010: 27.)

Suomessa merkittävin seksuaaliterveyden edistämiseen liittyvä toimintaohjelma on tässäkin työssä laajasti huomioitu seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma. Toimintaohjelma luotiin sosiaali- ja terveysministeriössä aluksi vuosille 2007-2011, jonka arvioinnin jälkeen terveyden- ja hyvinvoinnin laitos loi uuden toimintaohjelman vuosille 2014-2020.

Ohjelmien tavoitteiden toimeenpanoa ja toimintaa tulee seurata ja arvioida kunnissa sekä maanlaajuisesti eri tilastoilla ja rekistereillä, raporteilla ja muilla seurantamenetelmillä, joita eri viranomaistahot tuottavat (Ryttyläinen – Valkama 2010: 28).

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020 määrittelee seksuaaliterveyspalvelut lisääntymisterveyspalveluiden yhteydessä seuraavan kaavion mukaisesti:



Kuvio 2. Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelut (Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 14.)



## 2.2 Seksuaalineuvonta ja seksuaaliterapia

### 2.2.1 Seksuaalineuvonta

Seksuaalineuvonta on seksuaalisuuteen ja sukupuolisuuteen liittyvää ammatillista asiakas- ja potilastyötä. Seksuaalineuvonta tulisi olla osa eri ikäisten ja eri elämäntilanteissa olevien ihmisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita seksuaalisuuteen ja sukupuolisuuteen liittyvissä ongelmissa ja kriisitilanteissa. Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä kasvatus ja opetustyössä puhutaan ihmisen kokonaisvaltaisesta kohtaamisesta, näyttää siitä kuitenkin usein jäävän pois seksuaalisuuden alue. (Ilmonen 2006: 41, 43-45.)

Seksuaalisuuteen ja ihmissuhteisiin liittyviä asioita ei usein oteta puheeksi eikä niitä karroiteta samanveroisesti muiden terveyteen ja elämänlaatuun vaikuttavien tekijöiden kanssa. Seksuaalisuuteen liittyvä keskustelunavaus jätetään usein asiakkaan vastuulle. Henkilökohtaiselle keskustelulle ei myöskään välttämättä ole riittävästi aikaa tai käytävissä rauhallisia tiloja. (Ilmonen 2006: 41, 43-45.)

Myös työyhteisön ilmapiiri ja suhtautuminen seksuaalisuuteen ylipäätään vaikuttaa seksuaalineuvonnan ja seksuaalisuudesta käytävän keskustelun mahdollisuuksiin asiakas- tai potilastyössä. Seksuaalisuuteen liittyviä, koko työyhteisöä koskettavia tilanteita voi syntyä muun muassa sairaaloissa, päivähoidossa, vanhustenhoidossa tai kehitysvammaisten kanssa tehtävässä työssä käsiteltäessä esimerkiksi asiakkaan tai potilaan itsetyydytystä. Näissä tilanteissa yhteisten pelisääntöjen tekeminen ja avoimen keskustelun herättäminen asiasta on tärkeää. (Ilmonen 2006: 41, 43-45.)

Uuden haasteen seksuaalisuuden kohtaamiselle ja seksuaalineuvonnan antamiselle osana sosiaali- ja terveyspalveluita on luonut monikulttuurisuuden sekä eri etnisten ja uskonnollisten vähemmistöjen lisääntyminen Suomessa. Maahanmuuttajataustaisten ihmisten kokonaisvaltainen kohtaaminen edellyttää tutustumista muiden kulttuurien ja uskontojen näkemykseen seksuaalisuudesta, parisuhteesta, perheeseen liittyvistä arvoista, myyteistä ja tabuista. (Ilmonen 2006: 41, 43-45.)

Seksuaalineuvonnalla on kaksi tärkeää vaikutusta asiakkaan elämään: neuvonta ehkäisee ongelmien syntymistä, vaikeutumista ja kroonistumista sekä vähentää erityispalveluiden tarvetta. Seksuaalineuvonnan saaminen edellyttää palveluiden saatavuutta sekä

kykyä ja valmiuksia sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnalta antaa seksuaalineuvontaa asiakkaille ja potilaille. Tätä varten henkilökunnalle on annettava ammatillista koulutusta sekä riittävät tiedolliset valmiudet seksuaalisuudesta, että asennetason valmiudet näiden asioiden kohtaamiseen. (Ilmonen 2006: 45-46.)

Seksuaalineuvojat ovat saaneet koulutuksen, jonka pohjalta pystyvät paremmin kohtaamaan seksuaalisuuteen ja sukupuoliisuuteen liittyviä teemoja ja ottamaan asiaa käsitteelyyn asiakkaiden ja työssään kohtaamien ihmisten kanssa. Seksuaalisuuden käsitteleminen omassa työssä edellyttää oman seksuaalisuuden ja tunteiden kohtaamista sekä omien asenteiden, arvojen, normien ja uskomusten tarkastelua, empatiakykyä sekä tietoa ja taitoa seksologian alueelta. Seksuaalisuuteen liittyvät asiat ovat monille edelleen arkaluotoisia, joten työntekijältä edellytetään empatiakyvyn lisäksi rohkeutta ja kykyä kuunnella sekä vastaanottaa, joskus ristiriitaisiakin ja sanattomia, tunnetason viestejä. (Ilmonen 2006: 43.)

Seksuaalineuvontaa voidaan antaa yksilöllisesti tai pienryhmissä. Seksuaalikasvatus ja -valistus voi myös sisältää seksuaalineuvontaa. Yksilöllinen työskentely voi kohdentua tarkoin rajattuun neuvontaan ja yksilölliseen ohjaukseen, kun taas ryhmämuotoisessa neuvonnassa ja opetustilanteissa tieto voi olla yleisemmällä tasolla (Ilmonen 2006: 46).

Jack S. Annonin vuonna 1976 luoma PLISSIT-malli luo pohjaa seksuaalineuvonnan ja -terapian toteuttamiselle. Malli kuvastaa seksuaalineuvonnan ja -terapian eri osia ja tavoitteita jakamalla ne neljään eri tasoon:

Taulukko 1. PLISSIT-malli (Santalahti – Lehtonen 2016: 27-28.)

Permission	(P)	luvan antaminen
Limited information	(LI)	kohdennettu tai rajattu tieto
Specific suggestion	(SS)	erityisohjeet
Intensive therapy	(IT)	intensiivinen terapia

PLISSIT-mallin käytön kohdentamisessa ajatellaan, että luvan antamisesta hyötyvät kaikki, hyvin monet tiedon jakamisesta, harvemmat tarvitsevat kohdennettuja erityisohjeita ja hyvin harva varsinaista terapiaa (Vuola 2003: 261). Seksuaalineuvontaa annetaan PLISSIT-mallin kahdella ensimmäisellä, ja osittain myös kolmannella, tasolla (Santalahti – Lehtonen 2016: 27-28).

PLISSIT-mallin ensimmäistä ja osittain toistakin tasoa voivat työssään tehtävässä neuvonnassa käyttää terveydenhuollon peruskoulutuksen saaneet henkilöt. Kolmannen tason käyttäminen vaatii seksuaalineuvojan koulutusta. Neljännen tason toteuttaminen vaatii seksuaaliterapiakoulutuksen tai psykoterapiakoulutuksen. (Laitinen 2011: 77.)

Seksuaalineuvonnassa annetaan asiakkaalle lupa hänen omaksi katsomaansa seksuaalisuuteen ja seksuaaliseen nautintoon ja myös siitä puhumiseen (Vuola 2003: 261). Luvan antamisen tasoa voivat toteuttaa työssään siis kaikki terveydenhuollon peruskoulutuksen saaneet henkilöt (Laitinen 2011: 77).

**Luvan antamisen** tarkoituksena on antaa asiakkaalle sanallinen tai sanaton viesti tai vaikutus siitä, että hän sekä hänen seksuaalisuutensa, ajatuksensa, tunteensa, tarpeensa ja fantasiansa ovat ”normaaleita”, tavallisia ja luovallisia. Asiakas voi hakea lupaa muun muassa erilaisiin itsetyydytys-, kiihottumis- tai rakastelutapoihin sekä seksivälineiden tai kiihottavan materiaalin käyttöön. Erityisesti luvan antaminen on seksuaalisuuteen liittyvien asioiden ja ilmiöiden normalisointia. Tällöin asiakkaan ei tarvitse kokea itseään erilaiseksi tai poikkeavaksi tai kokea ahdistusta, pelkoa, häpeää tai syyllisyyttä omasta seksuaalisuudestaan, toiminnoistaan tai fantasioistaan. (Ilmonen 2006: 47.)

Luvan antaminen on myönteistä ja sallivaa suhtautumista seksuaalisuuden eri ilmene-  
mismuotoja kohtaan. Lupa voidaan antaa suoraan tai epäsuorasti ilmaistuna, korostaen  
kaikessa vuorovaikutuksessa sukupuolineutraalia ilmaisua ja oletusten välttämistä esi-  
merkiksi asiakkaan seksuaalisesta tai sukupuolisesta suuntautumisesta. Samalla sek-  
suaalisuudesta ja seksistä puhutaan positiivisena asiana, enemmän kuin esimerkiksi  
vain seksitautien ehkäisyn näkökulmasta. (Vuola 2003: 261) Kysymykset muotoillaan  
avoimiksi ja asioita normalisoivaksi, niin etteivät ne sisällä päätelmiä tai normittamista.  
Asiakkaalta siis kysytään kuinka usein hän harrastaa itsetyydytystä, sen sijaan, että hä-  
neltä kysyttäisiin harrastaako hän sitä. Neuvontatilanteissa voidaan käyttää samaa sa-  
nastoa asiakkaan kanssa, mikäli se tuntuu neuvojasta sopivalta, tai käyttää mahdollisim-  
man kuvaavaa sanastoa. Samalla varmistetaan asiakkaalta, että hän ymmärtää käytetyt  
käsitteet ja opetetaan häntä ottamaan ne myös omaan käyttöönsä. Näin tuetaan asia-  
kasta puhumaan omasta seksuaalisuudestaan ja siihen liittyvistä asioista. (Ilmonen 2006:  
47.)

Sopivassa asiayhteydessä ja tilanteessa seksuaalisuutta itse esille tuomalla näytetään  
asiakkaalle, että seksuaalisuudesta ja seksistä on lupa puhua ja se on aihe, jonka voi

ottaa työntekijän kanssa puheeksi. Työntekijän välittämä asenne hänen avoimesta suhtautumisestaan esimerkiksi sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjä kohtaan jo itsessään toteuttaa PLISSIT-mallin luvan antamista asiakkaalle, osoittamalla ettei asiassa ole mitään hävettävää, salattavaa tai väärää. (Vuola 2003: 261.)

Luvan antamiseen liittyy kuitenkin myös rajoituksia, eikä lupaa tule antaa mihin tahansa. Luvan kautta toteutetun toiminnan tulee olla lainsäädännön normien mukaista sekä kunnioittaa jokaisen seksuaalista itsemääräämisoikeutta. Työntekijän tulee kuitenkin toimia arvoneutraalisti ja kunnioittaa myös asiakkaan näkökulmaa ja tavoitteita, ilman idealisoinnilla omia arvojaan. Samalla on tärkeää myös varmistaa, että asiakkaalla on riittävästi tietoa valintojen tekoon ja että hän ymmärtää erilaisten valintojensa seuraukset. Luvan antamisen tasolla kohdataan yleensä eniten asiakkaita, sillä jo luvan antaminen omanlaiseen seksuaalisuuteen voi olla riittävää (Ilmonen 2006: 49.)

**Kohdennetun tai rajatun tiedon antaminen** tarkoittaa ihmisillä olevien seksuaalisuutta koskevien ennakkoluulojen ja väärän tiedon oikaisemista uutta tietoa ja näkökulmaa antamalla (Vuola 2003: 262). Kohdennetun ja rajatun tiedon antaminen kuuluu seksuaali-neuvojan ja osittain myös terveydenhuollon peruskoulutuksen saaneiden henkilöiden tehtäviin (Laitinen 2011: 77).

Vaikka nykypäivänä tietoa on helposti saatavana, sen luotettavuutta tai oikeellisuutta ei pysty aina maallikkona arvioimaan (Ilmonen 2006: 53). Myös väärät luulot, stereotypiat, odotukset ja opitut asenteet haittaavat seksuaalisen tyydytyksen saamista ja ihmisen rohkeutta toteuttaa itseään seksuaalisesti (Vuola 2003: 262). Väärityneisiin uskomuksiin ja seksuaalisuuden säätelyyn on länsimaissa vaikuttanut pitkään kirkon moraalikäsitteet ja perinteet vaikuttavat vielä nykyisinkin ihmisten, niin asiakkaiden kuin sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden, seksuaalikulttuuriin. Näitä arvoja, normeja ja uskomuksia ei usein nähdä tai osata kyseenalaistaa, sillä ne ovat tulleet osaksi ajatusmaailmaamme hyvin huomaamatta, kodin ja muun ympäristön ilmapiiristä ja sanattomasta viestinnästä. (Ilmonen 2006: 41-43.) Asianmukaisen tiedon puute korvautuu usein uskomuksilla ja kuvitelmillä. Tästä syystä rajattua tietoa tulisi antaa aina kun huomaa sitä jostain puuttuvan. Tietoa annetaan kuitenkin fokusoidusti vain siitä, missä sitä ei ole, mistä tieto ei ole paikansapitävää tai asiasta, joka huolettaa asiakasta. (Ilmonen 2006: 52.) Asiallisella ja tutkittuun tietoon perustuvalla, myönteisellä informaatiolla saadaan purettua ihmisten uskomuksia ja luuloja sekä mieltä vaivaavia, seksuaaliseen nautintoon ja itsetuntoon liittyviä kysymyksiä siitä, ovatko he normaaleja tai onko jokin heitä pohdituttanut asia tavalista (Vuola 2003: 262). Asioiden normalisointi on tärkeää myös tiedon antamisessa.

Pelkkä asiakkaan kokemien asioiden nimeäminen ja niiden yleisyydestä puhuminen voi helpottaa asiakasta (Ilmonen 2006: 53).

Kohdennetun tiedon antaminen ei liity pelkästään informatiivisen faktan kertomiseen vaan myös seksuaalisuuteen liittyvien odotusten realisointiin. Varsinkin nykyisin, kun pornon käyttö on yleistynyt, on monille muodostunut seksuaalisuuteen liittyviä epärealistisia odotuksia. Tästä syystä on tärkeää keskustella myös erotiikan ja pornografian eroista, pornon hyödyistä ja haitoista sekä sen antamasta mies- ja naiskuvasta. (Ilmonen 2006: 53.)

Tiedon antamisella voi olla monia seurauksia niin yksilölle kuin parisuhteen seksillekin. Tiedon puute lisää epävarmuutta, vaikeuttaa kontaktien luomista, johtaa epätydyttäviin kokemuksiin ja ei-toivottuihin seurauksiin. Näistä voi seurata niin ahdistusta kuin myös jatkossa seksuaalisia ongelmia ja häiriöitä. Tiedon ja asioiden nimeämisen avulla yksilöllä on mahdollisuus pohtia omia tuntemuksiaan ja kokemuksiaan sekä tunnistaa niitä. Rajatun tiedon tasolla kohdataankin toiseksi eniten asiakkaita. (Ilmonen 2006: 46, 55.)

**Erityisohjeiden antaminen** voi tarkoittaa erilaisten harjoitusten ohjaamista ja apuvälineiden käytön neuvomista, mutta se voi olla myös käytännön neuvoja esimerkiksi seurustelusuhteen aloittamiseksi, aloitteen tekemiseksi tai parisuhteessa keskustelun lisäämiseksi. Arkipäiväisemmät ohjeistukset ja yksinkertaisemmat ohjeistukset kuuluvat seksuaalineuvonnan piiriin, mutta monimutkaisemmat neuvot kuuluvat osaksi seksuaaliterapiaa. Tasot menevät helposti lomittain. (Vuola 2003: 262.)

Erityisohjeiden antamista varten seksuaalineuvoja tarvitsee luvan ja tiedon antamisen tasoja enemmän tietoa asiakkaan tilanteesta. Tarkat, yksityiskohtaiset tiedot esimerkiksi asiakkaan seksuaalielämästä, elämäntilanteesta ja muutostoiveista tarvitaan, jotta työntekijä voi tarjota ohjeistusta asiakkaan esittämiin yksilöllisiin ongelma-kohtiin. Erityisohjeet voivat olla varsin käytännönläheisiä, elämäntapaan liittyviä, itsetuntemusta tai vuorovaikutusta lisääviä sekä konkreettisia harjoituksia. (Ilmonen 2006: 55.)

## 2.2.2 Seksuaaliterapia

Seksuaaliterapialla tarkoitetaan toiminnallisten seksuaalihäiriöiden hoitamisen mallia, joka koostuu lyhytterapeuttisista menetelmistä ja asteittain etenevistä harjoituksista. Seksuaaliterapiaa voidaan antaa myös pitkäkestoisena terapiana, kun asiakas haluaa

käsitellä sukupuoli- ja seksuaali-identiteettiin, seksuaaliseen kaltoinkohteluun tai väkivaltaan liittyviä kokemuksia tai sairauden ja vammautumisen vaikutuksesta seksuaalisuuteen ja seksiin. Monimuotoisen, eri teoreettisista viitekehyksistä omaksi terapiasuunnakseen kehittyneen seksuaaliterapian tarkoitus on auttaa yksilöä tai paria seksuaalisuuteen tai seksuaalisiin toimintoihin liittyvissä haasteissa. (Santalahti – Lehtonen 2016: 25.)

Seksuaaliterapiassa toteutetaan kaikkia aikaisemmin työssä kuvatun PLISSIT-mallin neljällä tasolla. Seksuaaliterapia painottuu erityisesti intensiivisen terapian sekä erityisohjeiden antamiseen, mutta pitää sisällään myös luvan antamista ja kohdennettua tietoa. Seksuaaliterapiaa tarvitaan, kun seksuaalineuvonnasta ja PLISSIT-mallin alemmista tasoista ei ole ollut asiakkaalle riittävää apua. (Santalahti – Lehtonen 2016: 27-28.)

Seksuaaliterapiaa tulisi harkita, mikäli seksuaalihäiriö tai muu seksuaalisuuteen liittyvä ongelma on esiintynyt ainakin muutaman kuukauden ajan, ja ongelman aiheuttajana tai ylläpitäjänä on todennäköisesti psykologiset tekijät. Ennen terapian aloittamista on hyvä sulkea pois seksuaalihäiriöiden somaattiset eli ruumiilliset tai elimelliset syyt, vaikka somaattinen sairaus ei estä seksuaaliterapian aloittamista. Pariterapiaa tai parisuhteessa olevan yksilöterapiaa tulisi harkita, mikäli ongelma ei ole seurausta parisuhteen muista ongelmista. Jos pari hakeutuu pariterapiaan, on katsottava, että parisuhde ja sen molemmat osapuolet ovat riittävä tasapainoisia sitoutuakseen terapiaan ja tehdäkseen annettuja harjoitteita. Poissulkevia tekijöitä voivat olla parisuhteen toisen osapuolen vakava, akuutti psykiatrinen häiriö tai päihdeongelma sekä naisen raskaus. (Vuola 2003: 263.)

Seksuaaliterapian lähtökohtana on, että kaikkia eri syistä johtuvia oireita voidaan hoitaa koulutusta, tiedon jakamista, harjoituksia ja neuvontaa sisältävällä terapiamallilla, vaikka seksuaalisten ongelmien taustat eri ihmisillä olisivatkin erilaisia. Seksuaaliterapian kysyntää lisää myös ympäristön ja ihmisten elämän erotisoituminen. Samaan aikaan kun haluttomuus koetaan yhä yleisemmäksi ongelmaksi, ovat ihmisten odotuksen seksielämää kohtaan kasvaneet ja orgasmin kokemisesta on tullut seksuaalisen kompetenssin merkki. (Vuola 2003: 262-263.)

Terapeutin tehtävä on asiakkaan voimavarojen tukeminen, aktiivinen työote sekä ratkaisuvaihtoehtojen avaaminen uusia näkemyssuuntia ja asenteita opettaen. Seksuaaliterapia voidaan nähdä myös psykoedukatiivisena, jolloin asiakkaalle mahdollistetaan uudenlainen ajattelumalli, jonka ansiosta hän voi muuttaa kokemustaan ja toimintaansa jossain hänelle häiriötä tai ahdistusta tuottavassa asiassa. (Santalahti – Lehtonen 2016: 27-28.)

Seksuaaliterapiassa työntekijän koulutus mahdollistaa seksuaalikysymysten käsittelyn sitä mukaan, kun asiakas niitä terapiassa tuottaa. Keskeisenä ei seksuaalineuvonnan tavoin ole asteittain etenevät harjoitukset vaan toiminnallisena esiintyvät, monisyiset ongelmat vaativat usein laajempaa ja pitkäkestoisempaa terapiaa. Toiminnallisten häiriöiden hoitamisessa on tärkeää huomioida seksuaalista hyvinvointia vaarantavat monialaiset elämänhistoriaan ja elämäntilanteeseen liittyvät tekijät. Lisäksi on huomioitava myös asiakkaan somaattinen terveys, sillä monet sairaudet ja lääkitykset vaikuttavat seksuaaliseen toimintakykyyn. (Sironen – Kalilainen 2006: 355.)

Seksuaaliterapiaan hakeudutaan muun muassa sukupuoli- ja seksuaali-identiteettiä pohdittaessa, ikääntymisen, sairauksien tai vammautumisen vaikuttaessa seksuaalielämään, ihmissuhteiden muutosten sekä seksuaalisen väkivallan kokemusten myötä. (Sironen – Kalilainen 2006: 354.)

Seksuaaliterapian käytäntöjä ohjaavia peruslähtökohtia on kaksi: häiriöiden taustan tutkiminen sekä oireenmukainen työskentely. Molemmissa suuntauksissa on vahvuutensa ja heikkoutensa. Oireenmukainen hoito lyhytterapialla voi poistaa ongelman, mutta ei takaa sen taustalla olevien juurisyiden korjaantumista. Pitkälläkään taustoihin perustuvalla terapialla ei kuitenkaan myöskään voida luvata helpotusta oireiden ilmenemiseen. Tästä syystä terapian lähtökohtana tulisi olla asiakkaan tarpeet ja asiantuntijuus omasta elämästä, jonka pohjalta terapeutti voi valita asiakkaalle sopivimmat lähestymistavat ja terapiamuodot. (Sironen – Kalilainen 2006: 355.)

Seksuaaliterapiassa käytetään laajasti eri terapiamuotoja. Terapiamuotoja ei tule punnita vastakkain vain niiden laajassa käytössä tulee nähdä mahdollisuuksia. Menetelmää keskeisemmäksi nähdään toimiva vuorovaikutus terapeutin ja asiakkaan välillä sekä tietoisuus terapiaprosessin eri vaiheista. Seksuaaliterapeutin on oleellista hallita, eri terapiamenetelmien suurilta osin samankaltaisena näyttäytyvä, terapiaprosessi sekä seksologinen tietoperusta. Terapiassa painotetaan ihmisen kohtaamista kokonaisvaltaisesti, jolloin myös seksuaalikysymykset tulevat osaksi työskentelyä. Seksuaaliterapiassa psyykkisperäisiä toiminnallisia häiriöitä voidaan hoitaa lyhytterapeuttisilla menetelmillä, mutta seksuaali-identiteetin kysymykset, seksuaalisen väkivallan kokemukset ja seksuaaliset kohdehäiriöt vaativat useimmiten pidempikestoista psykoterapeuttista työskentelyä. (Sironen – Kalilainen 2006: 349.)

Seksuaaliterapia on saanut vaikutteita eri terapiamuodoista sen kehityksen aikana (Sironen – Kalilainen 2006: 349). Eri terapiamuotoja katsotaan, seksuaaliterapia mukaan

lukien, olevan yli neljäsataa. Yhteistä kaikille psykoterapiamuodoille on niiden tarkoitus ammatillisin keinoin auttaa ihmistä vapautumaan hyvinvointia haittaavista oireista tai käytöksestä. Monet muodot ovat siis vaikuttaneet seksuaaliterapian kehitykseen, ja monet seksuaaliterapeutit ovatkin vallinneet terapiamuodokseen kokonaisvaltaisen, integratiivisen työskentelytavan, jossa hyödynnetään monia eri psykoterapian muotoja ja menetelmiä. Seksuaaliterapiaan kuitenkin liittyy myös omia teoreettisia viitekehyksiä, joiden tarkoituksena on auttaa yksilöä tai paria seksuaalisuuteen tai seksuaalisiin toimintoihin liittyvissä ongelmissa. Seksuaaliterapiaa voidaan antaa niin yksilö-, pari- kuin ryhmäterapianakin (Santalahti – Lehtonen. 2016: 25, 34-37).

Tarkastellessa seksuaaliterapian kehitystä tarkemmin, huomataan kuitenkin tiettyjen terapiamuotojen olevan kriittisiä sen kehitykselle. Sigmund Freudin kehittämä psykoanalyysi ja sitä kautta kehittynyt psykodynaaminen psykoterapia painottaa psykoseksuaalisen kehityksen tarkastelua osana seksuaaliterapiaa (Sironen – Kalilainen 2006: 349).

Systeeminen näkökulma tuo esiin yksilön kehon ja mielen ykseyttä sekä naisen ja miehen vuorovaikutuksen tasapainon merkitystä. Systeeminen näkökulma painottaa moninaisia syitä seksuaaliongelmien taustalla ja sen työväliseksi käytetään niin sukupuun piirtämistä kuin LoPiccolon kehittämää seksuaalianamnesiaa, jolla voidaan tutkia seksuaalisuuden kehitystä lapsuudesta aikuisuuteen sekä merkityksellisten ihmisten, seksuaalisuhteiden ja tapahtumien välisiä suhteita. (Sironen – Kalilainen 2006: 352-353.)

Dialoginen näkökulma keskittyy edellisiä menetelmiä enemmän nykyhetkeen ja ihmisen keskeneräisyyteen. Näkökulman tarkoituksena ei ole löytää valmiita ratkaisuja vaan tarkoituksena on kuulluksi tuleminen ja kommunikaation selkeyttämisen aikaansaama seksuaalisen hyvinvoinnin lisääntyminen. (Sironen – Kalilainen 2006: 353-354).

Ratkaisukeskeinen näkökulma keskittyy nykyhetkestä nouseviin kysymyksiin, mutta dialogista näkökulmaa vahvemmin etsii niihin ratkaisuja tästä hetkestä ja tulevaisuudesta. Tulevaisuuden uuden suunnan luomiseen keskittyvä narratiivinen näkökulma painottaa asiakkaan elämässä olevia onnistumisia ja niiden siirtämistä asiakkaan vaikeaksi kokeisiin elämänalueisiin muun muassa kirjoittamisen ja uusien selviytymistarinoiden luomisen kautta, kiinnipitämättä elämää sitovista negatiivisista kokemuksista. (Sironen – Kalilainen 2006: 354.)

Yleisesti käytettyä kognitiivista psykoterapiaa käytetään paljon seksuaaliterapiassa. Kognitiiviseen muutokseen sekä ajattelun ja tunteiden välisten suhteiden muuttamiseen



keskittyvässä terapiassa opetellaan tunnistamaan negatiivisia ajatuksia, kyseenalaistamaan niitä ja muuttamaan ajatuksia paremmin tilanteisiin sopiviksi. Seksuaalisuutta työstetään keskittymällä tapahtumille annettuihin henkilökohtaisiin merkityksiin sekä niihin liittyviin käyttäytymis- ja tunnemalleihin. (Sironen – Kalilainen 2006: 354.)

Seksuaaliterapian kehitykseen ovat vaikuttaneet monet henkilöt ja ilmiöt. Sen juuret ovat 1950-luvun puolivälissä, josta se kehittyi omaksi terapiamuodokseen 1960- ja 1970-luvuilla. Tuolloin kehitykseen vaikuttivat muun muassa Kinseyn raportti 1960-luvulta ja Hite-raportit 1970-luvulta, jotka laajensivat käsitystä naisten ja miesten yksilöllisistä piirteistä ja lisäsivät seksuaalikysymysten tieteellistä kiinnostavuutta. (Sironen – Kalilainen 2006: 350-352.)

Mastersin ja Johnsonin 1960- ja 1970-luvuilla tehdyn seksuaalireaktioihin liittyvä tutkimuksen ansiosta parisuhteeseen ja seksuaaliongelmien alettiin kiinnittää enemmän huomiota ja löydettiin toimivia hoitokeinoja. Tutkimuksen pohjalta luotu seksuaaliterapiamalli on edelleen käyttökelpoinen psyykkisperäisten seksuaaliongelmien hoidossa. Malli ohjeistaa asteittain asiakasta kohti kommunikaation selkeyttämistä ja parantamista sekä auttaa erikoistekniikoiden ja harjoitusten avulla asiakasta tulemaan tietoisemmaksi omista seksuaalireaktioistaan ja niihin sekä seksuaalielämäänsä liittyvistä esteistä. Näitä asioita työstämällä sekä omien tarpeiden ja odotusten ilmaisua parantamalla päästään lähemmäksi seksuaalisen tyytyväisyyden saavuttamista. (Sironen – Kalilainen 2006: 350-352.)

Suomessa sukupuolielämän tutkimusta alettiin tehdä 1970-luvulla. Tuolloin käynnistettiin muun muassa Suomalainen seksitutkimus, jota tuotetaan edelleenkin FINSEX-tutkimuksen nimellä. (Sironen – Kalilainen 2006: 350.) Säännöllisin määräajoin tuotettava tutkimus käsittelee parisuhdetta, seksuaaliasenteita, seksuaalista käyttäytymistä ja seksuaaliongelmia. Tutkimus tuottaa tieteellistä tietoa suomalaisessa seksuaalielämässä tapahtuvista muutoksista ja tietoa on hyödynnetty muun muassa kansallisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden kehittämiseen liittyvän toimintaohjelman teossa. (Väestöliitto 2009.)

Psykoterapian tavoin, seksuaaliterapia ei ole, ainakaan vielä, Valviran valvonnan alaista toimintaa (Santalahti – Lehtonen 2016: 25). Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, ettei kukaan valvo seksuaaliterapeuttien toimintaa tai nimikkeellä toimivien terapeuttien koulutustaustaa. Suomen Seksologinen Seura, yhteistyössä Pohjoismaisen Seksologisen

Seuran (NACS) kanssa, auktorisoi koulutuskriteerit täyttäviä seksuaaliterapeutteja (Santalampi – Lehtonen 2016: 25). Tämä luo asiakkaallekin mahdollisuuden tarkastaa terapeutin koulutuksen laillisuus ja pätevyys.

Toimintaohjelmassa todetaan, että seksuaalineuvojalta, seksuaaliterapeutilta sekä kliinistä työtä tekevällä ammattilaiselta edellytetään auktorisoitua ammattinimikettä (Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 190). Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman väliarviossa (2010) on mainittu Stakesin ja Suomen Seksologisen Seuran sopimasta seksuaalineuvojia ja seksuaaliterapeutteja koskevasta koulutuksen tasosta niiden neuvojen ja terapeuttien osalta, jotka työskentelevät terveyskeskuksissa ja sairaanhoitopiireissä. Tuolloin seksuaalineuvojan koulutusvaatimuksena on ollut 30 opintopisteen täydennyskoulutus, jonka perusteella Suomen Seksologinen Seura myöntää auktorisoinnin. (Ritamo ym.2010: 6.)

Suurimmassa osassa sairaanhoitopiirejä on seksuaalineuvonnan tai -terapien lisäkoulutuksen saanutta henkilöstöä, jotka järjestävät seksuaalineuvonta ja -terapiavastaanottoa, mutta järjestämistavat vaihtelevat sairaanhoitopiireittäin. Myös palveluiden järjestämistavat terveyskeskuksissa vaihtelevat suuresti ja vain harvassa terveyskeskuksessa työskentelee seksuaalineuvontakoulutuksen saanutta henkilökuntaa. Toimintaohjelman kehittämiskohteena on seksuaalineuvojen ja -terapeuttien työn organisoiminen sekä henkilöstöresurssien lisääminen sairaanhoitopiirien tasolla, jotta seksuaalineuvonnan laadukkaat palvelut ja tasapuolinen saatavuus voitaisiin varmistaa (Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 12, 14, 15, 40.) Toimintaohjelman tavoitteet toteutuvat siis sairaanhoitopiirien mittakaavassa, mutta terveyskeskuksissa, josta kuntalaiset palveluita hakevat, ja josta heidän olisi niitä myös helppo saada, ei seksuaalineuvojia kuitenkaan ole palveluita tuottamassa.

Kansanterveyslaitos on arvioinut seksuaalineuvojen ja seksuaaliterapeuttien pätevyyttä (Ritamo – Ryttyläinen-Korhonen 2011: 13). Vuodesta 2008 alkaen seksuaalineuvojat ja seksuaaliterapeutit on hyväksytty Kansaneläkelaitoksen toimesta laitostenmuotoisen kuntoutuksen antajiksi (Ritamo ym 2010: 13).

### 2.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuottaminen ja järjestämisvastuu

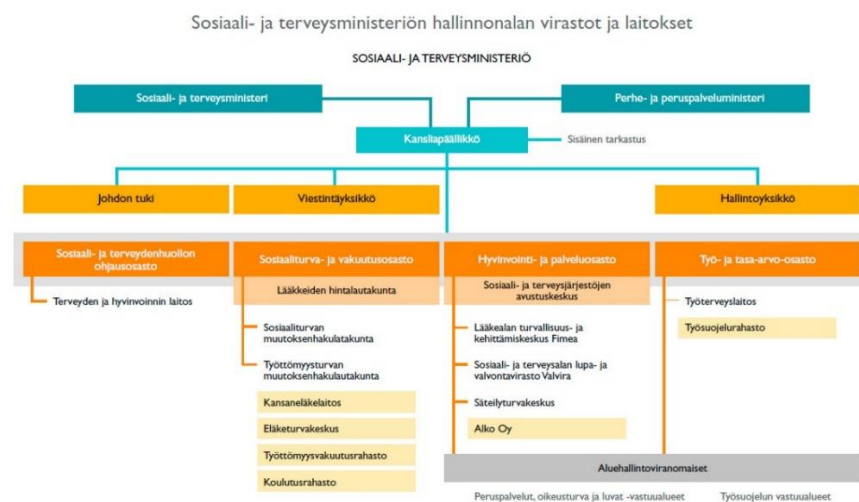
Tutkittaessa seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden järjestämisvastuuta, on tuotava esille myös sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamisen taustalla olevat instanssit ja rakenteet. Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistä koskevat säädökset ja palveluiden

tuottamista koskevat rakenteet luovat pohjan myös seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden tuottamiselle. Yksittäisten palveluiden tuottamista tutkittaessa on ymmärrettävä koko sosiaali- ja terveystalouden kentän valmisteluun, toimeenpanoon, kehittämiseen, seurantaan ja arviointiin liittyvät lähtökohdat sekä niiden yhteys hallitusohjelmiin ja hankkeisiin.

Sosiaali- ja terveyshuollon lakisääteisten palveluiden esille tuominen antaa kuvaa palvelukentästä, jolla tämän tutkimuksen tuloksien mukaisesti seksuaalineuvontaa tulisi tuottaa. Lakisääteisten sosiaali- ja terveystalouden rahoittamiseen, valvontaan sekä palveluiden laajuuteen, sisältöön ja järjestämistapaan liittyvä tietopohja antaa myös kuvaa siitä, kuinka sosiaali- ja terveystaloudet kunnissa tuotetaan.

### 2.3.1 Seksuaalineuvonnan ja -terapian järjestämisvastuuseen liittyvien säädösten tausta

Palveluiden järjestämisvastuu osoitetaan lainsäädännöllä. Lakipykälät eivät kuitenkaan aina osoita suoraan palveluiden järjestämisvastuuta tai niihin liittyvää laatu- tai määräkriteereitä. Esimerkiksi sosiaali- ja terveystalouden osalta, sosiaali- ja terveystalouden valmistelu ja toimeenpano kuuluvat sosiaali- ja terveystalouden ministeriölle. Valmistelu ja toimeenpano tarkoittavat lainsäädännön valmistelua, kehittämisen suuntaviivojen määrittämistä ja keskeisten uudistusten tekemistä sekä niiden toimeenpanon ohjaamista. Samalla ministeriö toteuttaa hallitusohjelmaa ja sen hankkeita. (Sosiaali- ja terveystalouden ministeriö 2011: 6.)



Kuvio 3 Sosiaali- ja terveystalouden ministeriön hallinnonalan virastot ja laitokset (Sosiaali- ja terveystalouden ministeriö h.)

Kuviossa 3 olevat osastot vastaavat muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisten tehtävien valmistelusta sekä toteutuksen ohjeistuksesta ja yhteensovittamisesta. Lisäksi osastot vastaavat palveluiden kehittämisestä ja sitä koskevasta lainsäädännöstä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011: 9, 12.)

Ministeriön ohjauksessa toimii useita itsenäisiä virastoja ja laitoksia, kuten tämän tutkimuksen kannalta oleellinen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Virastojen ja laitosten tehtävä on toteuttaa ministeriön linjaamia yhteiskunnallisia ja sosiaali- ja terveystalouden tavoitteita sekä osallistua hallitusohjelma hankkeisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011: 6, 26.)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos THL on tutkimus- ja kehittämislaitos, jonka työ painottuu erityisesti väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, sairauksien ja sosiaalisten ongelmien ehkäisyyn sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen. THL palvelee valtion ja kuntien päättäjien lisäksi alan muita toimijoita, järjestöjä, kansalaisia sekä tutkimusmaailmaa. THL toteuttaa tutkimuksia, tehtäviensä seuranta ja arviointia, kehittämistyötä, asiantuntijavaikuttamista sekä viranomaistehtäviään ja kansainvälistä yhteistyötä. THL toimii alansa tilastoviranomaisena sekä huolehtii painoalueensa tietoperustasta ja tiedon hyödyntämisestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011: 28.)

### 2.3.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut ja niiden tuottaminen

Sosiaali- ja terveyshuollon lakisääteiset palvelut pyritään järjestämään yleislakien nojalla. Tiettyjä aloja, kuten mielenterveys- ja päihdeongelmaisten palveluiden järjestämisestä on säädetty erityislakeja, takaamaan palveluita niille henkilöille, jotka eivät saa riittäviä palveluita yleislakien perusteella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005: 6.) Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistä koskevia yleislakeja ovat sosiaalihuoltolaki, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista, kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidon laki sekä laki potilaan oikeuksista ja asemasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005: 7-14.)

Lakisääteisiä terveyspalveluita ovat terveysneuvonta ja terveystarkastukset, neuvolapalvelut, sairaanhoito, kotisairaanhoito, lääkinnällinen kuntoutus, ensihoitopalvelut, suun terveydenhuolto, kouluterveydenhuolto, opiskeluterveydenhuolto, seulonnat, erikoissairaanhoito, työterveyshuolto, ympäristöterveydenhuolto, mielenterveystyö ja päihdetyö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005: 7-14; Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 §13-29, 39-40.)

Terveydenhuollon palveluihin kuuluu lääketieteellisesti perustellut toimenpiteet ja tutkimukset sairauksien ennaltaehkäisemiseksi ja toteamiseksi sekä hoito ja kuntoutus. Palveluihin ei kuulu sellaiset toimenpiteet, hoito tai kuntoutus, joiden vaikutus on vähäinen ja jonka aiheuttamat kustannukset ovat kohtuuttomat hyötyyn nähden. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 § 7a.)

Lakisääteisiä sosiaalipalveluita, joita kunnan on tuotettava tai joista huolehdittava, ovat sosiaalityö, sosiaaliohjaus, toimeentulotuki ja sosiaalisen luoton myöntäminen, sosiaalinen kuntoutus, kasvatus- ja perheneuvonta, lapsen ja vanhemman välisten tapaamisten ja huollon valvonta ja vahvistaminen ja perheasioiden sovittelu, kotihoito, kotipalvelut, asumispalvelut, laitospalvelut, perhetyö, perhehoito, lastensuojelu, adoptioneuvonta, liikkumista tukevat palvelut, omaishoidon tuki, lasten ja nuorten huolto, opiskeluhoito, päihdetyö, mielenterveystyö, kehitysvammaisten erityishuolto, vammaisuuden perusteella järjestettävät palvelut ja tukitoimet sekä kuntouttava työtoiminta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005: 7-14; Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 §14.)

Sosiaalihuoltolain (30.12.2014/1301) mukaan sosiaalipalveluja on järjestettävä muun muassa lähisuhde- ja perheväkivallasta tai muusta väkivallasta ja kaltoinkohtelusta aiheutuvan tuen tarpeeseen, mielenterveysongelmasta tai muusta sairaudesta ja vammasta, fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta tai kognitiivisesta syystä johtuvaan toimintakykyyn liittyvään tuen tarpeeseen. Sosiaalityöllä pyritään lievittämään vaikeuksia elämäntilanteessa ja vahvistamaan niin yksilön kuin perheenkin toimintaedellytyksiä, mielenterveystyössä annetaan ohjausta, neuvontaa ja psykososiaalista tukea yksilölle ja perheelle. Kasvatus- ja perheneuvoloiden tehtävänä on antaa ohjausta, asiantuntijaneuvontaa ja muuta tukea perhe-elämään ja ihmissuhteisiin liittyen psykologian, lääketieteen ja tarpeen mukaan muiden asiantuntijoiden kanssa. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 § 11, 15, 25, 26.)

Lakisääteisten palveluiden toteutumista ja lainsäädännön toimeenpanoa valvoo ja ohjaa sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. Sen tehtäviin kuuluu myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja organisaatioiden toiminnan ohjaus ja valvonta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011: 27-28.)

Suuri osa sosiaali- ja terveyspalveluista järjestetään määrärahasidonnaisesti eli yksilöllä on oikeus palveluun kunnan varaamien määrärahojen rajoissa. Palveluiden tarjoamisessa on periaate yksilöllisestä palveluntarpeen arvioinnista, jolla palveluita voidaan

kohdentaa niitä eniten tarvitseville. Potilaalta ei kuitenkaan voida evätä pääsyä palveluihin pelkästään määrärahan puutteeseen vedoten. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005:5.)

Kunnilla on vastuu sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoituksesta. Rahoitus muodostuu pääasiassa verotuloista, valtionosuuksista ja asiakasmaksuista. Valtionosuuksien määrään vaikuttavat kustannusten perusteena olevat tekijät, kuten kunnan asukasluku, ikärakenne, asukkaiden sairastavuus, asukkaiden työttömyys ja kunnan syrjäisyys. Kunnat voivat tämän lisäksi saada erillistä valtionavustusta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kannalta tarpeellisiin hankkeisiin, jotka tukevat toiminnan kehittämistä ja tehostamista sekä toimintatapojen uudistamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005: 18.)

Palveluiden järjestäminen on kunnan vastuulla, mutta sen ei välttämättä tarvitse itse toteuttaa kaikkia sen palveluita yksin. Kunta voi järjestää palvelut omana toimintanaan, mutta myös yhteistyössä muiden kuntien kanssa, jäsenenä kuntayhtymässä, ostamalla palvelut valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai yksityiseltä palveluntuottajalta. Kunta voi tarjota palvelun asiakkaalleen myös myöntämällä palvelunkäyttäjälle palvelusetelin, jonka käyttäjä voi sijoittaa kunnan hyväksymän yksityisen palveluntuottajan palveluun, maksaen palvelun palvelusetelillä sen arvoon saakka. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005: 6; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 3.8.1992/733 § 4)

Joidenkin palveluiden osalta, kuten erikoissairaanhoidolaissa ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa, on määrätty kuulumisesta kuntayhtymään, mutta nämä rajoitukset huomioon ottaen palvelujen järjestämistapa on vapaa. Jos palvelut järjestetään yksinomaan ostopalveluna, on niitä voitava käyttää säädetyssä laajuudessaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005: 18.)

Kunnilla on lainsäädännön velvoittama vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä, mutta laki ei säätele yksityiskohtaisesti toiminnan laajuutta, sisältöä eikä järjestämistapaa. Tästä syystä palveluissa voi olla kuntakohtaisia eroja paikallisten olosuhteiden ja väestön tarpeiden mukaan. Palveluiden laadun ja tason määrittäminen vastaamaan kunnan asukkaiden tarpeita on kunnallisten luottamushenkilöiden ja muiden päättäjien vastuulla. Useista palveluista ja niiden laajuudesta ei ole yksityiskohtaisesti määritelty, joten kunnilla on suuri harkintavalta palveluiden järjestämisen laadun suhteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005: 5-6, 16.)

Suunnittelu- ja valtiosuuslaki velvoittaa kuntia osoittaman voimavaroja valtiosuuden perusteella sosiaali- ja terveyshuoltoon, määrittelemättä kuitenkaan voimavarojen määrää. Järjestettävien lakisääteisten palvelujen vähimmäislaajuus määräytyy palvelujen järjestämistä koskevien lakien, eli sosiaalihuoltolain, kansanterveyslain, erikoissairaanhoidolain ja sosiaalihuollon asiakkaan asemasta sekä potilaan oikeuksista ja asemasta määrätyn lain perusteella. Lait korostavat palveluiden järjestämisvelvollisuuden laajuutta hyvin eri asteisesti. Toiset lait, kuten erikoissairaanhoidolaki velvoittaa kuntaa järjestämään erikoissairaanhoidon palvelut, sen enempää niitä määrittämättä. Toisissa laissa palvelut sekä niiden laajuus on määritelty yksityiskohtaisesti. Tästä esimerkkinä lastenhoitoa koskevat palvelut ja tuet. Toisena esimerkkinä kansanterveyslaki ja sen nojalla annettu kansanterveysasetus, joka määrittelee tarkasti palvelut ja niiden laajuuden, ilman, että palvelua tarvitsevalle on annettu täsmällisesti määritelty oikeus palvelun saamiseen. Palveluiden järjestämisen lähtökohtana tulisi olla tasavertaisuus, joka takaa yksilölle, toimintaan osoitettujen voimavarojen kautta, yhtäläiset oikeudet tarvitsemiinsa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluihin asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta ja kielestä riippumatta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005: 17.)

Myöskään kunnallisesti tuotettujen sosiaali- ja terveystalveluiden laadusta ei yleensä ole yksityiskohtaisia ohjeistuksia. Useissa laeissa tai niiden nojalla annetuissa asetuksissa on kuitenkin perusteita palvelujen laadun määrittelemiseksi. Laissa on määritelty muun muassa sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista ja täydennyskoulutuksesta sekä terveydenhuoltohenkilöstön pätevydestä. Asetukset liittyvät muun muassa lasten päivähoitosta säädetyssä asetuksessa lasten määrään suhteessa hoito- ja kasvatushenkilöstöön. Kuntien eri sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluiden laadunhallintatyötä on vuodesta 2000 lähtien tuettu valtakunnallisilla laatusuosituksilla, joita on luotu yleensä yhteistyössä Suomen Kuntaliiton kanssa. Laatusuositukset eivät ole oikeudellisesti sitovia, mutta niitä voidaan pitää palveluiden laatua mitattaessa asianmukaisina mittareina. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005: 17.)

Kunnan muiden kuin itsetuottamien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden, kuten yksityisiltä hankittavien ostopalveluiden, laadun tulee vastata samaa tasoa, jota edellytetään kunnallisilta palveluilta. Tällä pyritään turvaamaan, että kaikki julkisesti rahoitetut palvelut täyttävät samat laadulliset vähimmäisvaatimukset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005: 17.)

## 2.4 Asiakkaan oikeus palveluihin ja seksuaalioikeudet

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat suomalaisen sosiaali- ja terveyshuoltojärjestelmän järjestämisvastuun seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluista ja samalla kuvaavat asiakkaan oikeuden kyseisiin palveluihin.

Tässä kappaleessa kuvataan asiakkaan oikeuksia liittyen yleisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin ja sitä, kuinka asiakkaan oikeudet tulee palveluiden tuottamisessa huomioida.

Seksuaalioikeudet-kappaleessa on kuvattu seksuaalioikeuksien julistusten taustaa sekä eri ikäryhmiin ja elämäntilanteisiin liittyvää seksuaalioikeuksien huomioimisen sekä seksuaaliterveyden palveluiden tarvetta.

### 2.4.1 Asiakkaan oikeus palveluihin

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tuottaa valtion tuella tuotettujen kunnallisten toimijoiden lisäksi yksityiset yritykset sekä kolmannen sektorin järjestöt. Kunta voi tuottaa kaikki palvelut itse, osana kuntayhtymää tai ostaa sosiaali- ja terveyspalveluita muilta kunnilta, yksityisiltä yrityksiltä ja järjestöiltä. (Sosiaali- ja terveysministeriö a.)

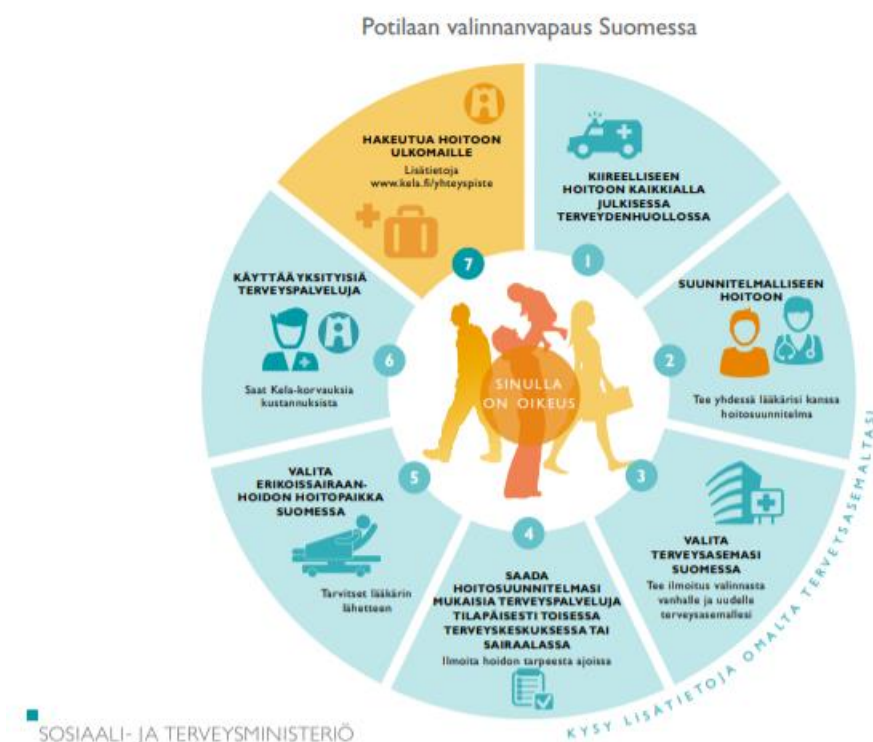
Niin julkisten kuin yksityistenkin terveydenhuollon toimintayksiköiden tulee lain mukaan ottaa huomioon potilaan oikeudet liittyen laadultaan hyvään palveluun ja kohteluun, yhdenvertaisuuteen, itsemääräämisoikeuteen, potilaan kuulemiseen ja suostumukseen, tietojen antamiseen ja virheellisten tietojen korjaamiseen sekä potilaan oikeuteen valittaa saamastaan hoidosta tai kohtelusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö b; Sosiaali- ja terveysministeriö c.)

Asiakkaalla on oikeus saada sosiaalihuollon palvelua, päätös haetusta palvelusta tai palvelutarpeen arviointi on aloitettava laissa määrätyn ajan sisällä (Sosiaali- ja terveysministeriö d). Terveydenhuoltolaki takaa asiakkaalle oikeuden päästä terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon palveluihin tiettyjen määräaikojen puitteissa, jotka koskevat niin ensiapua, kiireellistä kuin kiireetöntäkin hoitoa sekä yhteydenosaamista hoitotahoon (Sosiaali- ja terveysministeriö e).

Potilaan oikeuksiin kuuluu myös valinnanvapaus eli oikeus valita kaikista Suomen julkisista terveysasemista ja sairaaloista se terveysasema tai erikoissairaanhoidon yksikkö,



jota haluaa käyttää. Erikoissairaanhoidossa hoitopaikka valitaan yhdessä lähetteen tekijän lääkärin kanssa. Potilaalla voi olla mahdollisuus valita myös häntä hoitava lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattilainen. (Sosiaali- ja terveysministeriö f.) Potilaalla on oikeus valita hoitopaikka myös yksityisestä terveydenhuollosta, jolloin Kela korvaa osan hoitokuluista. Joissain kunnissa on käytössä myös palveluseteli, joka oikeuttaa potilaan käyttämään myös muita kuin julkisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. (Hoitopaikanvalinta.fi 2018.)



Kuvio 4. Potilaan valinnan vapaus Suomessa (Sosiaali- ja terveysministeriö g.)

#### 2.4.2 Seksuaalioikeudet

Ihmisen oikeudet seksuaaliseen hyvinvointiin ja turvallisuuteen sekä seksuaalisuuden huomioimiseen osana muita ihmisoikeuksia ovat määritelty kansainvälisellä tasolla, useita maita sitovissa ihmisoikeuksiin liittyvissä sopimuksissa ja julistuksissa. Kyseiset ihmisoikeuksiin liittyvät sopimukset ja julistukset sekä niihin viittaavat suomalaiset asetukset käsittelevät lapsen oikeuksia ja lapsen suojelemista seksuaaliselta väkivallalta, naisiin kohdistuvan väkivallan ja parisuhdeväkivallan ehkäisyä, seksuaalisen väkivallan ja ihmiskaupan uhrien tunnistamista, seksuaalirikokseen syyllistyneen tai riskikäyttäytymistä omaavan henkilön rikoksen ehkäisyyn tähtäävään hoitoon sekä seksuaalisen väkivallan uhrin ja hänen läheistensä tukipalveluiden järjestämistä. (Finlex.)

Näihin liittyviä merkittävimpiä kansainvälisiä sopimuksia ovat Rikosuhridirektiivi (2012/29/EU), joka pitää sisällään myös seksuaali- ja väkivaltarikosten uhrien asemaa, oikeutta, tukea ja suojelua koskevat säädökset sekä Euroopan neuvoston voimassa olevat ihmisoikeussopimuksen, mukaan lukien yleissopimukset ihmiskaupan vastaisesta toiminnasta sekä naisiin kohdistuvan väkivallan ja perheväkivallan ehkäisemisestä ja torjumisesta. Merkittäviä ovat myös Valtioneuvoston asetus Euroopan neuvoston yleissopimuksen voimaansaattamisesta koskien naisiin kohdistuvan väkivallan ja perheväkivallan ehkäisemistä ja torjumista (53/2015) eli niin kutsuttu Istanbulin yleissopimus sekä naisten asemaa koskeva Pekingin julistus vuodelta 1995. YK:n yleissopimukseen liittyvä valtioneuvoston asetus (27/2016) puolestaan takaa vammaisille henkilöille oikeuden samoihin seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluihin kuin muulle väestölle. (Finlex; RIKU 2014; Ulkoministeriö; Ulkoministeriö 1995.)

Yllämainitut niin kansainväliset kuin kansallisetkin asetukset ja sopimukset liittyvät vahvasti seksuaaliterveyteen ja antavat aihetta seksuaalisuuden huomioimiseen sosiaali- ja terveystaloudissa sekä ohjeistavat myös monien palveluiden tuottamista ja niiden sisältöä. Yhteistä yllä oleville sopimusten teemoille on niiden liittyminen seksuaalisuutta loukkaaviin ja seksuaalisen väkivallan kokemuksiin, joiden aiheuttamia haasteita seksuaalisuudelle ja elämälle ylipäätään tulisi päästä purkamaan seksuaaliväkivallasta ja seksuaaliterapiassa.

Seksuaalisen väkivallan uhrien palveluiden järjestämiseen on viitattu niin sosiaalihuoltolaissa, lastensuojelulaissa sekä monissa muissa laissa ja asetuksissa, jotka käsittelevät lapsen kohdistuvan seksuaalirikoksen selvittämistä sekä turvakotipalveluiden tuottamista. Oikeus-, sosiaali- ja terveysministeriö sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ovat luoneet useita rikoksen uhreihin, naisiin kohdistuvaan väkivaltaan sekä lähisuhde- ja perheväkivaltaan liittyviä ohjelmia sekä suosituksia, joiden tarkoitus on ohjata uhrien palveluiden toteuttamista sekä väkivallan ehkäisyä. Myös useammat hallitusohjelmat ovat maininneet seksuaalisen väkivallan sekä lähisuhde- ja perheväkivallan vastaisen työn hallitusohjelmassaan. (Finlex; Julkari.)

Myös kolmas sektori on maailman laajuisesti vaikuttanut hyvin paljon ihmisten seksuaalisten oikeuksien esille tuomiseen. Suomessa seksuaaliseen hyvinvointiin, seksuaalioikeuksiin ja muun muassa yllä mainittuihin seksuaalisen väkivallan uhrien palveluihin ovat panostaneet Väestöliitto, Sexpo, Pro-tukipiste ja Hivpoint.

Kolmannen sektorin toimijat ovat luoneet seksuaalisuutta suojaamaan myös omat julistuksensa, jotka toimivat myös seksuaaliterveyden perustana. Oman seksuaalioikeuksien

julistuksen ovat luoneet niin WHO (World Health Organization eli Maailman terveysjärjestö), IPPF (The International Planned Parenthood Federation eli Kansainvälinen perhesuunnittelujärjestöjen liitto) kuin myös WAS (World Association of Sexual Health eli Seksuaaliterveyden maailmanliitto). (Ryttyläinen – Valkama. 2010: 14-15.)

Suomessa Väestöliiton kirjoittamat seitsemän seksuaalioikeutta käsittelevät laajasti seksuaalioikeuksien julistuksien sisältöä ja niiden merkitystä ihmisoikeuksille. Lähtökohtana on, että kaikilla ihmisillä on sukupuolesta, etnisestä taustasta, seksuaalisesta suuntauksesta tai terveydentilasta riippumatta samat seksuaalisuuteen liittyvät oikeudet. (Ilmonen – Korhonen 2015: 10.)

1. **Oikeudella omaan seksuaalisuuteen**, tarkoitetaan ihmisen oikeutta hallita omaa seksuaalielämäänsä ja nauttia seksuaalisuudestaan. Nautinnollinen, turvallinen ja tasapainoinen seksuaalielämä tulee olla oikeus ihmisen kaikissa elämän ikävaiheissa, eikä siihen saa liittyä painostusta, pakotusta seksiin, eikä seksi saa aiheuttaa ahdistusta tai pelkoa. Oikeuden toteutumisessa tulee ottaa huomioon niin lapset, nuoret, aikuiset, vanhukset kuin vammaiset henkilöt ja seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt.
2. **Oikeus tietoon seksuaalisuudesta** kuuluu kaikille. Seksuaalisuuteen liittyvään koulutukseen tulee sisällyttää tietoa myös seksuaalisuuteen liittyvistä oikeuksista ja velvollisuuksista. Vain monipuolisen, eri elämänvaiheita ja niin hyötyjä kuin riskejäkin sisältävän tiedon perusteella ihmiset osaavat tehdä vastuullisia ja itsenäisiä päätöksiä seksuaalisuuteensa liittyen. Tieto mahdollistaa niin seksuaalisuudesta nauttimisen kuin itsensä suojelun ja hyvän seksuaaliterveyden.
3. **Oikeus suojella itseään ja tulla suojelluksi** seksuaaliselta väkivallalta on tärkeä ihmisoikeus. Seksuaalisella väkivallalla tarkoitetaan raiskausta, sukupuolielinten silpomista, seksuaalista kaltoinkohtelua ja häirintää. Ihmisillä on myös oikeus suojata itseään suunnittelemattomilta raskausilta ja seksitaudeilta sekä päättää itse avioitumisestaan. Erityishuomiota tulee kiinnittää sukupuoleen perustuvaan sekä seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin liittyvään korkeampaan riskiin kohdata väkivaltaa.
4. Seksuaalioikeuksien mukaan kaikilla on **oikeus korkeatasoisiin seksuaaliterveyspalveluihin**. Palveluihin tulee kuulua mahdollisuus turvalliseen aborttiin ja synnytykseen, lapsettomuustutkimuksiin ja -hoitoihin, seksitautien hoitoon sekä turvallisiin lääketieteellisiin hoitomenetelmiin ja ehkäisyvälineisiin.
5. **Oikeus tasa-arvoon ja syrjimättömyyteen** sekä yhteiskunta, joka on rakennettu kaikkia varten, on seksuaalioikeuksien lähtökohta. Myös seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt sekä vammaiset tulee ottaa näkyväksi osaksi yhteiskuntaa ja suojella heitä niin syrjinnältä, leimautumiselta, vähättelyltä ja väkivallalta.
6. **Oikeus yksityisyyteen** on otettava huomioon seksuaalisuuden toteutumisessa. Jokaisella on oltava oikeus tehdä yksityisiä ja yksilöllisiä päätöksiä liittyen omaan seksuaalisuuteensa ja toteuttaa omaa seksuaalisuuttaan. Siihen ei saa liittyä pelkoa vainosta, vapauden riistosta tai sosiaalisesta painostuksesta. Oikeus on otettava huomioon myös laitoksissa asuvien vanhusten ja vammaisten kohdalla.
7. Kaikilla on myös **oikeus ja velvollisuus vaikuttaa seksuaalioikeuksien toteutumiseen**. Itseään koskevaan päätöksentekoon vaikuttaminen täytyy tapahtua niin perheiden, yhteisöjen, valtioiden kuin YK:n tasolla. (Ilmonen – Korhonen 2015: 10-47.)

Seksuaalisuus on osa ihmisen persoonallisuutta ja se muuttuu koko elämän ajan. Seksuaalisuuteen vaikuttaa niin kaikki hyvä, kuin pahakin, jota olemme kokeneet. Ympäristö, lähipiiri ja ihmissuhteet muokkaavat myös seksuaalisuuttamme jatkuvasti. Ihmiset myös ilmentävät seksuaalisuuttaan hyvin eri tavoin. Toiset eivät ilmennä seksuaalisuuttaan erityisemmillä tavoilla vaan pitävät seksuaalisuutensa piilossa ja suuntaavat energiansa muihin asioihin. Toisille seksuaalisuus on aktiivinen osa elämää olosuhteiden niin sallissa nuoruudesta pitkälle vanhuuteen. Vanhetessa osalla pareista seksuaalisuus muuttuu muotoaan ja osa ihmisistä, tiedostaen tai tiedostamattaan, siirtyvät elämänvaiheeseen, johon seksuaalisuus ei enää kuulu. (Rautiainen 2006: 227-228.) Kuten seksuaalisuus muuttuu iän ja elämäntilanteen myötä, myös seksuaalioikeuksien huomioiminen sekä seksuaalineuvonnan ja muiden seksuaaliterveyspalveluiden tarve on erilaista eri elämäntilanteissa.

Lasten ja nuorten kohdalla tärkeä seksuaalioikeus on saada kehittyä seksuaalisuuteen omatahtisesti ja häiritsemättä. Seksuaalista itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ja jokaiselle kuuluu oikeus elää ilman painostusta ja syyllistämistä tai pelkoa hyväksikäytöstä. Seksuaalioikeuden toteutumiseksi on meidän kaikkien tehtävä huolehtia, ettei lasten ja nuorten puolustuskyvyttömyyttä, avuttomuutta tai valta-asemaa ja riippuvuussuhdetta käytetä seksuaalisesti hyväksi. Aikuisten on huolehdittava ja kannettava vastuu kaikissa tilanteissa, ettei lasten ja nuorten seksuaalisia oikeuksia rikota. (Cacciatore 2006: 215.) Seksuaalinen kehitys on keskeinen osa lapsen kehitystä. Vanhempien tulee tukea lapsen seksuaalista kehitystä ja myös lapsilla on oikeus seksuaalineuvontaan, esimerkiksi osana lastenneuvolan palveluita. Neuvolassa myös vanhempia voidaan opastaa lapsen seksuaalisen kehityksen tukemiseen. (Rytyläinen-Korhonen – Ala-Luhtala 2017: 183, 184.)

Nuoruuteen liittyy vahvoja tunteita, muuttuva ja haavoittuva kehonkuva sekä halu saada seksuaalisia kokemuksia. Seksuaalisuuteen liittyvät asiat aiheuttavat hämmennystä, herättävät uteliaisuutta ja laittavat pohtimaan oman kehon ja ulkonäön kelpaavuutta ja riittävyyttä. Nuori tarvitsee turvataitoja, jotta voi oppia suojaamaan itseään. Samalla muodostetaan käsitystä oman yhteisön seksuaalikulttuurista. Nuoruus lisää riskialttiutta sekä tiedon, suojelun ja seksuaaliterveyspalveluiden tarvetta. (Cacciatore 2006: 205-208.)

Hormonaalinen ehkäisy, raskaus ja synnytys sekä myös hedelmättömyys vaikuttavat seksuaalisuuteen, haluihin ja hormoneihin. Hormonit vaikuttavat merkittävästi seksuaaliseen haluun, mutta niiden vaikutuksen ovat monimutkaisia tutkia, sillä seksuaalisen halun määrään vaikuttaa niin moni muukin asia. Ehkäisytablettien ja muiden muun hormonaalisen ehkäisyn vaikutuksesta mielialaan ja seksuaaliongelmien, kuten seksuaalisen

halun laskuun, orgasmivaikeuksiin ja vaikeuteen nauttia seksuaalisuudesta, on saatu tutkimusviitteitä e-pillereiden markkinoille tulosta saakka. Syyksi epäillään hormonien vaikutusta naisen seksuaaliseen kiinnostukseen, seksuaaliseen virikkeisyyteen sekä kognitiiviseen tilaan sekä naisen kykyyn havaita ja reagoida feromonien viesteihin. Monille naisille hormonaalinen ehkäisy kuitenkin sopii ja se lisää seksuaalista hyvinvointia ja edistää seksuaaliterveyttä, kun pelkoa raskaudesta ei ole. Monien muiden ehkäisy-menetelmien on todettu toimivan samoin eli lisäävän seksuaalista aktiivisuutta ja kykyä nauttia seksistä, kun vaaraa raskaudesta tai kondomia käytettäessä seksitaudeista ei ole. (Ruusuvaara 2006: 198-202.)

Raskaus- ja pikkulapsiaika ovat seksuaalielämän kannalta elämänkaaren haasteellisimpia vaiheita. Lapsen syntymä vaikuttaa niin yksilöön kuin parisuhteeseen. Seksuaalisuutta haastaa raskauden aikainen huoli, stressi ja sairastelu. Raskaus ja lapsen syntymä parisuhteeseen vaativat loppuelämään vaikuttavien päätösten tekemistä. Haasteisiin vaikuttaa myös parisuhteen vaihe sekä se, onko raskaus suunniteltu. Mikäli parilla on ollut haluttomuutta jo ennen lapsen syntymää, ei uusi elämäntilanne yleensä paranna tilannetta. Raskauden aikaiseen seksuaaliseen haluun naisella vaikuttaa niin hormonaaliset, fyysiset kuin psyykkisetkin muutokset. Muuttuva keho voi hämmentää niin naista itseään kuin kumppaniakin. Useilla ihmisillä on pelkoja ja vääriä uskomuksia raskauden aikaiseen seksiin liittyen, vaikka normaali yhdyntä ei voi kuitenkaan aiheuttaa haittaa raskaudelle tai sikiölle. (Oulasmaa 2006: 191-192.)

Synnytyksen jälkeen keho palautuu seksuaalisilta reaktioiltaan entiselleen noin 8-12 viikon kuluessa. Tutkimuksen mukaan sama aika kuluu myös naisen seksuaalisen halun heräämiseen synnytyksen jälkeen. Synnytys ja imetys, sekä lapsen hoito ja tarpeet, vaikuttavat kuitenkin vielä pitkään, jopa vuoden ajan, naisen hormonituotantoon ja haluihin. Hormonivajeen vaikutus limakalvojen kuntoon, halukkuuteen sekä seksuaalireaktioihin on kuitenkin yksilöllistä. Ehkäisystä huolehtiminen synnytyksen jälkeen on tärkeää, sillä joka kymmenes abortti tehdään naiselle, jonka synnytyksestä on alle vuosi. Epävarmuus ehkäisystä vaikuttaa myös seksistä nauttavuuteen. Myös synnytyksestä johtuvat fyysiset vaivat ja kiputilat sekä yhdyntöjen kivuliaisuus vähentävät halukkuutta seksiin. Muita syitä seksuaalisen halun vähentymiseen synnytyksen jälkeen ovat hormonimuutosten lisäksi univaje ja naisen keskittyminen vauvan hoitoon. Useaan fyysiseen vaivaan löytyy apua lääkärin vastaanotolta. Synnytyksen jälkeen niin naisen kuin kumppaninkin on tärkeä tutustua naisen muuttuneeseen kehoon ja kehotuntemuksiin sekä pohtia erilaisia seksuaalisuuden toteuttamisen muotoja. Lapsen synnyttyä parisuhteen läheisyys ja seksuaalisuus on päivitettävä ja sovitettava uuteen arkeen, joka vaatii panostusta niin jakamiseen, aikaan kuin mahdollisuuksiinkin. (Oulasmaa 2006: 195-197.)

Hedelmättömyys saa ihmisen epäilemään omaa naiseuttaan tai miehisyttään, identiteettiään, minäkuvaansa ja seksuaalisuuttaan. Lapsettomuuskriisin aikana seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat ovat tavallisia. Pareilla esiintyy toimintahäiriöitä, mutta seksi koetaan myös suorittamisena, jonka tavoitteena intohimon ja nautinnon sijasta on raskauden aikaansaaminen. Myös seksin ajankohdan tarkkaileminen ja määrittäminen ovulaation kohdalle vie seksistä nautintoa. Kriisi vaikuttaa seksielämän lisäksi myös muuten parisuhteeseen ja läheisyyteen. Parin seksiongelmiiin auttaa yleensä seksuaalineuvonta. Myös seksuaaliterapiasta on hyötyä, mikäli lapsettomuuden syy on seksuaaliongelmassa. Muissa tilanteissa seksuaaliterapia ei ole ajankohtaista lapsettomuushoitojen yhteydessä, sillä kriisivaihe estää terapian. Avoin keskustelu seksuaalisuudesta myös muun hoitohenkilökunnan kanssa sekä vertaistuen saaminen on arvokasta monelle pariskunnalle. Lapsettomuusklินิกoiden hoitoryhmään olisi hyvä kuulua, lääkäreiden ja hoitajien lisäksi, myös psykologeja ja pariterapeutteja. (Ansamaa 2006: 187-188, 190.)

Ikääntyminen ja sairaudet vaikuttavat myös seksuaalisuuteen. Ikääntymisen seksuaaliset vaikutukset liittyvät niin parisuhteeseen, kumppanuuteen, yksinäisyyteen, leskeksi jäämiseen kuin omiin tai kumppanin sairauksiin ja lääkityksiin. Monet tutkimukset myös osoittavat, että vaihdevuodet vaikuttavat negatiivisesti naisen seksuaalisuuteen. Ikäihmisillä seksuaaliseen hyvinvointiin ja seksiin liittyy myös edelleen runsaasti uskomuksia ja myyttejä sekä lapsuuden seksuaalikielteisen ilmapiirin aiheuttamaa syyllisyyttä. Seksuaalineuvonnasta on hyötyä näiden asioiden käsittelemisessä ja konkreettisten neuvosten saaminen lisää seksuaalista hyvinvointia. (Rautiainen 2006: 228, 232.)

Totuus on kuitenkin se, ettei kiinnostus seksiin automaattisesti häviä iän myötä ja seksi on tarkoitettu kaikille ikään katsomatta, eikä liity vain suvunjatkamiseen. Kiinnostus seksiin voi vähentyä iän myötä, mutta useammin seksuaaliseen haluun vaikuttaa kumppanin puute tai huono fyysinen tai psyykinen terveys. Mikäli ihminen on kuitenkin kykenevä kävelemään ja harrastamaan liikuntaa, ei seksikään ole hänelle vaarallista. On myös todettu, että hyvä seksuaalielämä lisää fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia ja ylläpitää seksuaaliterveyttä. Myös ikäihmisten on huolehdittava turvaseksistä, vaikka raskauden ehkäisy ei enää olisikaan tarpeellista hedelmällisen iän päätyttyä. (Rautiainen 2006: 229, 230.)

Omalla tai kumppanin sairaudella on merkittävä vaikutus seksuaaliterveydelle. Sairaus tai vammautuminen voi luoda pelon seksuaalisen suhteen solmimisen tai seksin estymisestä esimerkiksi vammasta, sairaudesta, leikkauksesta tai lääkityksestä johtuen. Tämä vaikuttaa vahvasti myös ihmisen minäkuvaan ja itsetuntoon. Pitkäaikais sairaus tai vammautuminen vaikuttavat ihmisen seksuaalisuuteen sekä seksuaaliterveyspalveluiden

tarpeeseen. Seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset tulisi olla kiinteä osa hoito- ja kuntoutussuunnitelmia, sillä nämä edistävät kokonaisvaltaista toipumista. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa tai muuten toisten hoidon varassa olevilla on samat seksuaalioikeudet kuin muillakin. Heillä on oikeus päättää omasta seksuaalikäyttäytymisestään niin yksin kuin kumppanin kanssa sekä oikeus tietoon ja neuvontaan, joka tukee seksuaalista hyvinvointia. (Rautiainen 2006: 235, 237; Rosenberg 2006: 282.)

Vammaisten seksuaalioikeuksien toteutumiseen on myös syytä kiinni erityistä huomiota. Vammaisten oikeus seksuaaliseen itseilmaisuuksiin ja seksuaalisiin suhteisiin muodostuu ongelmalliseksi etenkin silloin, kun yksilön liikkuminen tai viestintä on toisten avun varassa. Riippuvuus muiden, erityisesti perheen, tuesta voi vaikuttaa seksuaalisen identiteetin rakentumiseen (Nissinen 2006: 148). Seksuaalioikeuksien tulee toteutua toisten hoidon varassa elävillä myös pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Tämä koskee vammaisten lisäksi myös ikäihmisiä sekä muun sairauden vuoksi hoitoa tarvitsevia. Oikeus tyydyttävään seksuaalielämään joko yksin tai yhdessä kumppanin kanssa sekä oikeus seksuaaliterveyttä koskevaan tietoon, neuvontaan ja terveyspalveluihin on toteuduttava kaikissa elämäntilanteissa. Jos seksuaalisuus aiheuttaa ongelmia yksilön hoidossa, hoitotilanteissa tai laitoshoidossa, on selvitettävä, kenen ongelmasta on lopulta kyse: onko seksuaalisuuteen liittyvät asiat ongelmia hoidettavalle, hoitohenkilökunnalle vai omaisille. (Rautiainen 2006: 237.)

Mielenterveysongelmat vaikuttavat myös seksuaalisuuteen, joko esimerkiksi aiheuttamalla haluttomuutta tai voimakasta seksuaalisuutta, jopa hyperseksuaalisuutta. Psykiatrisiin sairauksiin liittyy usein myös seksuaalisten toimintojen häiriöitä, kuten erektiohäiriöitä, orgasmi- ja kiihottumisvaikeuksia sekä seksuaalisen toimintakyvyn ja kiinnostuksen laskua. Lähes kaikki mielialaan vaikuttavat lääkkeet voivat myös vaikuttaa seksuaalitoimintoihin, esimerkiksi seksuaalista halukkuutta alentavasti ja sivuvaikutukset voivat johtaa hoidon laiminlyöntiin. Sairaus vaikuttaa myös itsetuntoon ja minäkuvaan, joilla on vahva yhteys ihmisen seksuaalisuuteen. (Rosenberg 2006: 297; Lepola – Koponen 2006: 305, 307.)

Jos mielenterveysongelmien taustalla on erityisesti seksuaalisuuteen tai väkivaltaan liittyviä kokemuksia, voi ihminen itse, sekä hänen läheisensä, joutua kohtaamaan monta vaikeaa asiaa seksuaalisuuteen liittyen. Mielenterveysongelmat vaikuttavat vahvasti parisuhteeseen ja johtavat usein eroon. Yksinäisyys, syrjäytyminen, kosketuksen puute, kumppanin löytämisen vaikeus tai seksuaalisten tarpeiden tyydyttämisen vaikeus irtosuhteissa luovat myös ongelmia mielenterveysongelmallisille. (Rosenberg 2006: 298.)

Psykiatristen sairauksien hyvään hoitoon kuuluu seksuaalisten häiriöiden kartoitus jo ennen lääkahoitojen aloittamista sekä toimintahäiriöiden hoito, seksuaalisuuden huomioon ottaminen lääkevalinnoissa ja seksuaalineuvonta. Kun hyvä hoitotasapaino saavutetaan ja hoidossa onnistutaan, voidaan mielenterveysongelman mahdollisuuksia seksuaaliseen hyvinvointiin ja toimivaan parisuhteeseen parantaa huomattavasti. (Rosenberg 2006: 298; Lepola – Koponen 2006: 305, 310.)

Yksi erityisryhmä, jonka seksuaalioikeuksien toteutumiseen tulisi Suomessa kiinnittää erityistä huomiota ovat maahanmuuttajat ja muut valtaväestöstä kulttuuritaustaltaan poikkeavat, joiden osuus väestöstä on viime vuosikymmenet ollut jatkuvassa kasvussa. Seksuaalioikeuksien toteutumisen sekä tiedon ja seksuaaliterveyspalveluiden saannin haasteena ovat mahdollisesti niin kielelliset, kulttuurilliset kuin uskonnollisetkin syyt sekä molemminpuoliset ennakkoluulot. (Sannisto 2010: 203.) Eri maista ja olosuhteista sekä eri seksuaalikulttuureista tulevien ihmisten ja suomalaisen yhteiskunnan sekä ihmisoikeuksien kannalta suurimmat haasteet liittyvät muun muassa tyttöjen ympärileikkauksiin eli silpomiseen sekä kunniaan liittyvä väkivaltaan (Hallenberg 2008: 90; Mölsä 2008: 128.)

### **3 Tutkimusmenetelmät, tutkimusongelman asettaminen, aineisto ja tutkimuksen toteutus**

#### **3.1 Tutkimusmenetelmä**

Tässä opinnäytetyössä tutkimusmetodina on käytetty kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuuskatsauksella kartoitetaan, millaista tietoa tutkittavasta aiheesta on olemassa ja käydään analyttisesti läpi, mitä tarkasteltavasta ilmiöstä tiedetään. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa aineistoa etsitään organisoidusti tietokannoista ja rekistereistä. Menetelmällä pyritään saamaan vastausta tutkimusongelmaan.

(Jyväskylän ammattikorkeakoulu b.)

Integroiva, integratiivinen kirjallisuuskatsaus tarkoittaa laajaa katsaustyyppiä, joka tiivistää olemassa olevan tiedon ilmiöstä tai Integratiivisella katsauksella on tarkoitus edesauttaa teorian kehittymistä niin että se on suoraan sovellettavissa käytäntöön ja toimintamalleihin (Whittemore & Knafel 2005, 546-547; Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 13).



Integratiivisen katsauksen tekemisen voi jakaa viiteen vaiheeseen. Ensimmäisenä vaiheena on tutkimusongelman määrittely, joka määrittää katsauksen tarkoituksen ja toteutuksen. Toisena vaiheena on tutkimusongelman mukainen tiedonhaku ja kolmantena vaiheena saadun aineiston arviointi. Neljäntenä vaiheena aineisto analysoidaan ja viides vaihe esittää saadut tulokset. (Whittemore & Knalf 2005, 548-552; Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, 113)

Tässä tutkimuksessa integratiivisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on saada tietoa palveluiden järjestämistä ja tehdä näkyväksi toimintamalleja ja palvelupolkuja, jotka palvelevat seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden kehittämistä ja tuottamista osana julkisia sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluita.

### 3.2 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden järjestämistä liittyvät säädökset ja tutkia niiden perusteella minkälaisia seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluita Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän tulisi tuottaa. Tutkimustulosten perusteella on tarkoitus saada mahdollisimman kattava kuva seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden säädösten mukaisesta tuottamistavoista, mukaan lukien kuvaus sitä mitä palveluita, kenelle, miten tuotettuna ja missä laajuudessa palveluita tulisi olla.

Tutkimuksen tavoitteena on tuoda järjestämistä vastuuta esille sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteossa ja näin luoda pohjaa säädöstenmukaisten palveluiden toteutumiselle ja tuottamiselle. Tutkimuksen tavoitteena on myös luoda kansalaisille kuvaa heidän oikeudestaan seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluihin.

#### Tutkimuskysymykset

- 1) Mitä seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden järjestämistä vastuusta on säädetty?
- 2) Minkälaisia seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluita järjestämistä vastuun perusteella tulisi tuottaa?

### 3.3 Aineiston valinta ja laadun arviointi

Tutkimuksen aineistoksi lähdettiin keräämään virallista tietoa seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden järjestämistä Suomessa. Suomessa julkisten sosiaali- ja terveystieteiden tuottamisen taustalta on löydyttävä riittävä lainsäädännöllinen määräys, jotta niiden tuottamiseen voidaan budjetoida taloudellisia resursseja julkisista varoista. Näin ollen, palveluiden järjestämistä selvittelemiseksi on tutkittava Suomen lainsäädäntöä sekä muita sosiaali- ja terveystieteiden tuottamista ohjeistavien, eli hallituksen asettamien ja valvomien, tahojen julkaisuja, jotka liittyvät seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden järjestämistä vastuuseen.

Aineistoon on mukaan otettu kaikki löydetty seksuaalineuvonta- ja terapiapalveluiden järjestämistä vastuuseen viittaavat, voimassa olevat Suomen lainsäädännön lait ja asetukset. Lainsäädäntöjen lisäksi tutkimuksen aineistoksi on valikoitu ministeriöiden tuottamia julkaisuja, joissa käsitellään seksuaalineuvonta tai -terapiapalveluiden järjestämistä vastuuta. Muut kuin ministeriöiden tai suoraan niiden alaisuudessa toimivien virastojen ja laitosten julkaisut on jätetty pois tutkimusaineistosta, sillä niiden ei voida katsoa olevan yleissitovia palveluiden järjestämistä vastuun kanssa. Myöskään kansainvälisiä säädöksiä ei suoraan otettu mukaan tutkimukseen, sillä niiden suoraa vaikutusta Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämistä vastuuseen ei ole aina nähtävissä. Osaa kansainvälisistä säädöksistä on kuitenkin huomioitu Suomen lainsäädännön asetuksissa, jolloin niiden vaikutus näkyy myös työssä mukana olevien lainsäädäntöjen välityksellä. Tästä syystä niihin on mahdollisesti viitattu myös tuloksissa, vaikka ne eivät itsenäisesti ole suoraan lainvoimaisia Suomessa.

Aineisto kerättiin Suomen lainsäädännön ja asetusten osalta oikeusministeriön omistamalta internetin Finlex-sivustolta, joka kokoaa yhteen lainsäädännön, valtiosopimukset, oikeuskäytännöt, viranomaispäätökset ja -määräykset, hallituksen esitykset sekä säädösvalmistelun liittyviä verkko-oppaita (Finlex).

Muiden ministeriöiden julkaisujen osalta aineistoa kerättiin Valtioneuvoston julkaisuarkisto VALTO:sta. Lisäksi aineistoa kerättiin sosiaali- ja terveysministeriön hallinnon alan yhteisestä avoimesta julkaisuarkistosta, Julkarista, joka toimii myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisurekisterinä. Julkarista käytettiin kokoelmia Sosiaali- ja terveysministeriöstä, Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta sekä Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakesilta.

Hakusanana kaikissa kokoelmissa käytettiin seksuaali\*-sanaa. Termin valintaan vaikutti opinnäytetyön aihealue, seksuaali-alkuisten sanojen liittyen niin seksuaalineuvontaan, seksuaaliterapiaan, seksuaaliterveyteen ja niiden palveluluihin, seksuaalioikeuksiin sekä esimerkiksi seksuaaliseen hyväksikäyttöön ja seksuaaliseen väkivaltaan. Hakuja tehtiin myös suoraan hakusanoilla seksuaalineuv\* ja seksuaaliterap\*.

Hakusanan valintaan vaikutti myös se, ettei Finlex-t tuottanut yhtään hakuosumaa hakusanoilla seksuaalineuv\* ja seksuaaliterap\*. Finlexin hakutoiminnolla, hakiessa hakusanaa seksuaali\*, saatiin ajantasaisesta lainsäädännöstä 44 hakuosumaa. Lisäksi saatiin 3 hakuosumaa säädösmuutosten hakemistosta sekä 24 valtiosopimusta. Näistä 71:stä hakuosumasta ei kuitenkaan löytynyt yhtään lakia, asetusta tai valtiosopimusta, joista voitaisiin vetää suoraa johtopäätös seksuaalineuvonta- ja terapiapalveluiden järjestämistä vastuuseen. Tarkemman tutustumisen ja rajaamisen jälkeen jäi tutkimuksen materiaaliksi 2 hakuosumaa, jotka voitiin katsoa luotettavasti liittyvän seksuaalineuvonta- ja terapiapalveluiden järjestämistä vastuuseen yhdistettynä ministeriöiden julkaisuista saatuihin lisätietoihin.

Ministeriöiden VALTO- ja Julkari-tietokannoista löytyi yhteensä 2266 julkaisua hakusanaa seksuaali\*. Hakusanat seksuaalineuv\* ja seksuaaliterap\* tuottivat VALTO- ja Julkari-tietokannoista yhteensä 154 julkaisua. Luvuissa on otettava huomioon kahden eri tietokannan päällekkäisyys, joten todellisten julkaisujen määrän oli tätä pienempi.

VALTO- ja Julkari-tietokannoista mukaan tutkimukseen löydettiin lopulta 4 julkaisua, jotka voitiin luotettavasti katsoa koskevan seksuaalineuvonta- ja terapiapalveluiden järjestämistä vastuuta.

Taulukko 2. Julkari-tietokannan hakuosumat aineiston keruussa (Julkari.)

Julkari kokoelma	Seksuaali*	Seksuaalineuv*	Seksuaaliterap*	Aineistoksi valittu
Terveysten ja hyvinvoinninlaitos THL	655	49	27	3
Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes	287	28	7	0
Yhteensä	1353	77	34	3
Valittu mukaan	3	3	2	3

Taulukko 3. VALTO-tietokannan hakuosumat aineiston keruussa (Valto.)

VALTO	Seksuaali*	Seksuaali- neuv*	Seksuaali- terap*	Aineistoksi valittu
Liikenne- ja viestintäministeriö	19	0	0	0
Maa- ja metsätalousministeriö	0	0	0	0
Oikeusministeriö	32	2	2	0
Opetus- ja kulttuuriministeriö	64	3	0	0
Puolustusministeriö	2	0	0	0
Sisäministeriö	88	1	0	0
Sosiaali- ja terveysministeriö	358	20	11	1
Työ- ja elinkeinoministeriö	12	0	0	0
Ulkoasianministeriö	2	0	0	0
Valtioneuvoston kanslia	29	2	0	0
Valtiovarainministeriö	7	2	0	0
Ympäristöministeriö	8	0	0	0
Yhteensä	913	30	13	1
Valittu mukaan	1	1	1	1

### 3.4 Tutkimuksen toteutus

#### 3.4.1 Aineiston analyysi

Tässä opinnäytetyössä aineiston analyysinä käytettiin laadullista, induktiivista, aineistolähtöistä sisällönanalyysimenetelmää.

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä on tekstimuotoisen, ei-numeraalisen, aineiston ja analyysin muoto, jossa ilmiötä tutkitaan subjektiivisesti ja jossa kohdeilmiön käsitteellisen pohdinnan merkitys korostuu. Laadulliselle tutkimukselle on luonteen omaista tutkimusvaiheiden kietoutuminen toisiinsa, jolloin eri tutkimusprosessin vaiheet eivät ole selvästi toisiaan seuraavia. Tutkimuskohteesta pyritään usein löytämään yhteiskunnallinen yhteys ja luomaan tarkka ja perusteellinen kuvaus, jota tuetaan vankalla teoreettisella perustalla. (Eskola – Suoranta 2014: 13-16, 18.) Laadullinen tutkimus pyrkii tutkimaan tutkittavaa aihetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, paljastaen tosiasioita tutkittavasta aiheesta. Tutkimuksessa on myös pidettävä kiinni arvolähtökohdista, jotka ohjaavat sitä, miten pyrimme ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Laadullinen tutkimus on aina tutkijansa tulkinta siitä, mitä aiheesta tiedetään. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2003: 152.)

Laadullisen tutkimusmenetelmän analyysissä aineisto hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudelleen uudella tavalla, jolloin loogisen päättelyn ja tulkinnan kautta aineistosta saadaan selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108). Tämän tutkimuksen laadullisessa analyysissä käytetään induktiivista päättelyn logiikkaa, jossa yksittäisestä aineistosta pyritään muodostamaan yleistä kuvausta koko tutkittavasta aineistosta (Tuomi – Sarajärvi 2009: 95). Tässä tutkimuksessa, induktiivisella analyysillä aineistosta pyritään luomaan kuvaa yksittäisestä säädöksestä kohti yleisempää käsitystä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän järjestämisvastuusta tuottaa seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluita. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on kuitenkin erityisen tärkeää, yleisempää kuvaa luodessa, pitää eri seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden kohderyhmiin liittyvien aineistojen erillään toisistaan.

Sisällönanalyysi on nähtävissä parhaaksi menetelmäksi opinnäytetyön tutkimuksessa, jossa tarkoituksena on analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Menetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä, eli säädöksistä, kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 103.) Sisällönanalyysillä kuvataan aineiston sisältöä ja etsitään siitä tutkimuksen aiheeseen liittyviä merkityksiä ja yhteyksiä. (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2001:21,22) Systemaattisuuden ja objektiivisuuden kannalta, tässä tutkimuksessa merkitysten ja yhteyksien tutkiminen liittyi vahvasti jo dokumenttien lajitteluun kohderyhmien mukaisesti ennen analyysin tekoa.

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä etsitään vastausta tutkimuskysymyksiin yhdistelemällä aineistosta nousevia käsitteitä. Menetelmä perustuu pitkälti tutkijan tekemään tulkintaan ja päättelyyn. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 112.) Käsitteiden ymmärtämisellä oli tässä työssä merkittävä vaikutus tulosten luotettavuuteen. Tämä tutkimus koskee seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluita, mutta aineistoon on otettu perustellusti myös materiaalia, joissa kyseisiä sanoja ei ole suoraan käytetty. Eri dokumenteissa on käytetty hyvinkin laajasti eri käsitteitä, joita on pyritty kattavasti selventämään ja avaamaan tämän työn teoria osuudessa. Aineistossa seksuaalineuvontaan ja -terapiaan liittyviä käsitteistä on tarkemmin avattu liitteenä olevasta taulukossa (liite 1).

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa aineisto redusoidaan eli pelkistetään. Pelkistämässä dokumentin materiaalista karsitaan pois tutkimukselle epäolennainen teksti. Pelkistämistä ohjaa tutkimuskysymykset, joiden perusteella materiaalista pilkotaan mukaan vain aineistona toimivien dokumenttien tekstistä niihin viittaavat osat. Aineistoa pelkistäessä dokumenttien materiaalia myös tiivistetään. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 109.)

Analyysitekniikkana käytetään tyypittelyä, jossa aineisto esitellään yhdistettyjen tyyppien avulla. Aineisto ryhmitellään tyypeiksi, jotka sisältävät samankaltaisuuksia ja yhteisiä ominaisuuksia, muodostaen eräänlaisia yleistyksiä aineistosta. (Eskola – Suoranta 2014: 182; Tuomi – Sarajärvi 2009: 93.) Tyypit tiivistyvät ja tyypillistyvät, kun aineistoa yhdistetään sisältämään kohtia, joita ei ollut yksittäisissä vastauksissa. Tässä tutkimuksessa tyyppejä muodostetaan niin sanotun mahdollisimman laajalla tyypittelyllä, jossa mukaan analyysiin otetaan myös asiat, jotka ovat mahdollisesti esiintyneet aineistossa vain kerran. Tyypittelyssä ei myöskään pyritä etsimään vain yleistä vaan mukaan tyypittelyyn otetaan myös erilaisuutta korostavia kohtia. (Eskola – Suoranta 2014: 182-183.)

Asiaa voidaan kuvata myös aineiston abstrahoinnin eli teoreettisten käsitteiden luomisen kautta. Abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto, jonka perusteella aineistosta muodostetaan teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Abstrahointi on prosessi, jossa tutkija muodostaa yleiskäsitteiden avulla kuvauksen tutkimuskohteesta. Tällöin tutkija muodostaa uutta teoriaa tutkittavasta aiheesta vertaamalla tekemiään johtopäätöksiä alkuperäisaineistoon. Johtopäätösten kautta tutkija pyrkii ymmärtämään, mitä aineisto merkitsee tutkijan ja tutkimuksen aiheen kannalta. (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2001: 26-30; Tuomi – Sarajärvi 2009: 111-113.)

Aineistolähtöisellä analyysillä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Analyysin mukaisesti, analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti, eikä niitä ole etukäteen sovittu tai harkittu. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 95-96.) Aineistolähtöisen analyysin analyysiyksikkönä tässä tutkimuksessa toimii säädösdokumentit luonnollisina yksikköinä (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2001: 26). Lainsäädännön ja asetusten osalta analyysi kohdistuu säädösdokumentissa ilmoitettuun lakiin, pykälään, artiklaan tai sen osaan, jossa tutkimusaihetta käsiteltiin. Muiden säädösten, kuten ministeriöiden suosituksen ja toimintaohjelmien osalta, niiden laajuudesta johtuen, valitaan analyysiin mukaan vain kappaleet, jotka käsittelevät seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden järjestämistä vastuuta. Sisällönanalyysissä pyritään säilyttämään mukana myös säädöksistä saatu kuvaus, ei vain järjestämistä vastuusta, vaan myös palveluiden tuottamisen laadusta ja määrästä, siinä määrin kuin sitä on materiaalissa kuvattu.

Tutkimuksen toiseen tutkimuskysymykseen, jonka avulla on tarkoitus tutkia minkälaisia palveluita, tulisi tuottaa, pyrittiin saamaan tarkempaa vastausta tutkimusaineistosta käyttämällä seuraavia tarkentavia kysymyksiä aineiston analysoinnissa ja ryhmittelyssä:

- 1) Mitä järjestämisvastuusta on säädetty?
- 2) Kenelle palvelua tulisi tuottaa?
- 3) Mitä palveluita ja missä laajuudessa palveluita tulisi tuottaa?
- 4) Miten palvelut tulisi tuottaa?

Kyseisten lisäkysymysten ja aineiston jaottelun avulla pyrittiin löytämään tarkempi kuvaus järjestämisvastuuseen liittyvästä aineiston tuottamasta palvelukuvauksesta. Tämän jaottelun mukaisesti tuotetut tulokset on taulukoitu työn liitteeksi (liite 2).

### 3.4.2 Luotettavuuden ja eettisyyden varmistaminen

Tutkimuksen eettisyyden sekä validiuden kannalta oli oleellista huomioida aineiston analyysissä eri säädösten kohderyhmät ja pitää ne erillään toisistaan sisällön analyysiin kaikissa vaiheissa, jotta analyysistä saatavat tulokset olisivat luotettavia. Tästä syystä aineisto tuli pilkkoa heti aineiston keräämisen jälkeen kohderyhmien mukaan eri osioihin, joista tehtäisiin itsenäiset sisällönanalyysit. Aineiston tiettyyn kohderyhmään liittyvien viittausten määrän ollessa vähäinen, tuli sisällönanalyysin toteutus myös sopeuttaa aineiston antamiin mahdollisuuksiin. Tutkimuksen tulosten kannalta oli myös oleellista säilyttää mukana jäljiteltävä lähde jokaiseen tutkimustulokseen, jotta ne olisivat perusteltavissa tarvittaessa. Tarkoitus oli kuitenkin vetää aineistosta luotettavasti yhteen johtopäätöksiä ja yhdistää samankaltaisuuksia sisällönanalyysin menetelmin.

Tulosten luotettavuuden kannalta on oleellista kuvata tulokset niin, että niiden ja aineiston välinen yhteys on nähtävissä. Aineiston analyysistä on myös pystyttävä päättelemään, kuinka aineistoa on pelkistetty niin, että se kuvaa tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman luotettavasti. Aineiston luokittelun ja pelkistämisen luotettavuus on tärkeää, jotta tekstistä voidaan tehdä valideja päätelmiä. (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2001: 36-37.) Luotettavuuden ja validiuden lisäämiseksi, tutkimusaineiston koosta ja luonteesta johtuen, tuloksista on suoraan nähtävissä, mistä aineiston dokumentista kukin tutkimustulos ovat lähtöisin.

Aineistolähtöisen analyysin toteuttamisella tai lopputuloksella ei myöskään ole mitään tekemistä aikaisempien havaintojen, tietojen tai teorioiden kanssa, sillä analyysi pohjautuu puhtaasti aineistoon. Ainut analyysissä käytetty teoria koskee vain analyysimenetelmää. Tutkimuksen aineistolähtöisellä analyysillä tulokseksi on tarkoitus saada teoreetti-

nen ymmärrys vain kyseisestä aineistosta, jolloin kaikki aikaisempi tieto aiheesta suljetaan analyysivaiheessa sen ulkopuolelle, eikä se näin ollen pääse vaikuttamaan analyysiin tai sen tulokseen. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 95-96.) Tämän tutkimuksen aineistoa kerätessä ja valittaessa on jouduttu käymään läpi mittava määrä materiaalia ja tekemään paljon valintoja tutkimusaineiston valinnassa. Läpikäydystä materiaalista saatujen, tärkeiden ja oleellisestikin tutkimuksen aiheeseen liittyvien aikaisempien tietojen poisjättäminen analyysivaiheessa oli tärkeää tutkimuksen luotettavuuden säilyttämiseksi ja tätä on toteutettu poikkeuksetta.

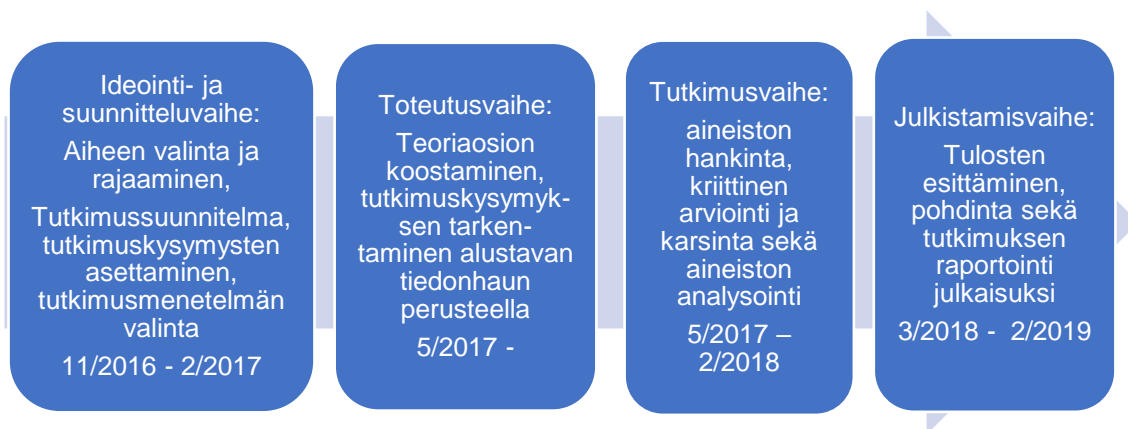
### 3.4.3 Tutkimusprosessin eteneminen

Tutkimuksen ideointi ja suunnitteluvaihe on käynnistynyt jo opintojen alkuvaiheessa. Ensimmäinen versio tutkimussuunnitelmasta on luotu jo ennen opintojen alkamista, hakuvaiheen ennakkotehtävän muodossa.

Varsinainen tutkimuksen ja sen pohjatyön tekeminen on aikataulullisista syistä aloitettu vasta kurssimuotoisten opintojen suorittamisen jälkeen. Alustavan tiedonhaun ja aineistomateriaaliin perehtymisen jälkeen tutkimussuunnitelmaa on vielä tarkennettu ja tutkimusta rajattu.

Tutkimuksen raportointi on alkanut keskeisiin käsitteisiin ja menetelmiin liittyvän teoriaosion koostamisella saman aikaisesti aineiston hankinnan kanssa. Aineiston kriittiseen arviointiin perustuva karsinta ja valinta veivät tutkimuksen tekemisessä paljon aikaa, sillä se vaatii laajaa perehtymistä lainsäädännön ja ministeriöiden lausuntojen lainvoimaisuudesta ja soveltamiseen liittyvästä arvioinnista ja käytännöistä. Aineiston valinnassa tuli ottaa huomioon niiden suhde muihin lainsäädännön kohtiin ja niiden ajantasaisuuteen sekä yleissitovuuteen. Aineistoa kerätessä on käytetty kolmea eri tietokantaa, joista on yhteensä läpikäyty tarkemmin noin pari sataa lakia, asetusta tai raporttia. Aineiston kriittisen arvioimisen ja valinnan tueksi on käytetty myös ulkopuolisten asiantuntijoiden tietämystä, joilta on kerätty tietoa aineiston käytettävyydestä yleissitovana ja lainvoimaisena.





Kuvio 5: Tutkimusprosessin eteneminen

Aineiston analysointi ja tulosten esittäminen sekä pohdinta vaativat myös oman aikansa ja lopputuloksena onkin suhteellisen kattava pohdinta niin seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden tilasta ja kehitystarpeista kuin yleisestikin sosiaali- ja terveystaloudesta.

## 4 Tulokset

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää lakien ja erinäisten säädösten perusteella seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden järjestämistä ja luoda kuvaa niistä palveluista, joita säädösten perusteella tulisi tuottaa.

Tulokset esittelevät ensimmäiseksi säädökset, jotka ovat valikoituneet tämän tutkimuksen aineistoksi ja kuvaavat seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden järjestämistä ja luonnetta.

Tulosten toisessa kohdassa kuvataan seksuaalineuvonta ja -terapiapalvelut, joita järjestämistä perusteella tulee tuottaa. Tulokset kuvaavat niin palveluiden tuottamisesta vastuussa olevaa tahoa, järjestämistä, kohderyhmää, palveluiden laajuutta ja sisältöä sekä palveluiden tuottamiseen liittyviä muita asioita.

### 4.1 Seksuaalineuvonta- ja terapiapalveluiden järjestämistä tehty säädökset

Ensimmäisenä tutkimustehtävänä oli selvittää seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden järjestämistä tehty säädökset. Tutkimuksen aineistoksi saatiin seuraavassa

taulukossa avatut 6 säädöstä, jotka koostuvat laista, asetuksista sekä ministeriöiden ja niiden alaisuudessa toimivien virastojen tuottamista materiaaleista.

Taulukko 4. Seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden järjestämisvastuuseen liittyvät säädökset

Säädös	Säädöksen tuottaja	Säädöksen aihe ja suhde muihin säädöksiin
Terveystarkastuslaki 30.12.2010/1326 § 13, 17	Laki. Säädetty 2010.	Kuvaa kunnan velvollisuuden tuottaa alueen asukkaille seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistäviä palveluita sekä määrittää neuvolan ja opiskeluterveydenhuollon palvelut.
Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 6.4.2011/338 § 14, 16, 17	Valtioneuvoston asetus. Säädetty 2011.	Asetusta sovelletaan terveydenhuoltolaissa tarkoitettujen neuvola sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluiden määrittämiseen ja toteuttamiseen ohjeistamiseen. Asetuksen tarkoituksena varmistaa, että palvelut ovat suunnitelmallisia, tarpeeseen vastaavia ja laadultaan yhtenäisiä.
Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020	Terveystarkastus ja hyvinvoinnin laitos. Klemetti - Raussi-Lehto. 2016.	Avaa terveydenhuoltolaissa käytetyn seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden määrittelyn ja kuvaa kuinka kyseisiä palveluita on eri kohderyhmille tuotettava. Ohjeistaa lain toteuttamista tuoden esille myös sen tavoitteet ja toimenpiteet, peilaten niitä edellisen, vuosien 2007-2011 tehdyn toimintaohjelman tuloksiin.
Opiskeluterveydenhuollon kehittäminen	Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän raportti. Hansson, Nuorteva. 2014.	Työryhmä antaa raportissaan toimenpide-ehdotuksia opiskeluterveydenhuollon lainsäädännön selkeyttämiseksi ja kehittämiseksi sekä esittää erilaisia toimenpiteitä opiskelijoiden tukemiseksi. Työryhmä toteaa raportissaan opiskeluterveydenhuollon resurssit riittämättömiksi ja esittää niiden tarkastamista niin, että lainmukainen opiskeluterveydenhuolto toteutuu kaikissa kunnissa. Toimenpide-ehdotukset kohdistuvat opiskeluterveydenhuollosta järjestämisvastuussa oleville kunnille.
Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkirja.	Terveystarkastus ja hyvinvoinnin laitos. Toim. Mäki – Wikström – Hakulinen – Laatikainen. Kirjoittanut Ryttyläinen-Korhonen – Ala-Luhtala. 2017.	Menetelmäkirja tarkentaa muita neuvoloitten ja kouluterveydenhuollon palveluita koskevia oppaita tarkemmin palveluiden tuottamisen kriteeristöä ja esimerkiksi tutkimus-, arviointi- ja mittausmenetelmiä. Kirja sisältää myös testejä ja kyselylomakkeita palveluiden järjestämisen tueksi.
Suomen HIV-strategian vuosille 2018-2020. Ehkäise, testaa, hoida.	Terveystarkastus ja hyvinvoinnin laitos. Kansallinen asiantuntijaryhmä. Liitsola. 2017.	Strategia tuo esille hiv-työn tilannetta, kehittämistarpeita, uudistuksia ja saavutuksia. Asiantuntijaryhmässä on jäseniä useista viranomais-tahoista, kolmannelta sektorilta sekä tartunnan saaneiden edustajia.

## 4.2 Seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden järjestämisvastuun perusteella tuotettavat palvelut

Seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden järjestämisvastuuta on esitelty seuraavaksi kohde- ja palveluryhmittäin. Tulosten lähteenä käytetyt säädökset ja muu materiaali on kohdennettu koskemaan useissa tapauksissa tiettyä kohderyhmää, sosiaali- ja terveyspalvelua tai asiakasryhmää, kuten koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa, äitiys- ja lastenneuvolapalveluita ja hiv-tartunnan saaneita. Kohdassa 5.2.1 esitetyt tulokset koskevat kuitenkin kaikkia Suomen kansalaisia asuinpaikasta riippumatta.

Palveluiden kohderyhmästä, palveluiden sisällöstä ja laajuudesta sekä palveluiden tuottamistavasta luotu laajempi taulukko löytyy tutkimuksen liitteenä (liite 2).

### 4.2.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävät palvelut sosiaali- ja terveyspalveluissa

Kunta on velvollinen järjestämään alueen asukkaille seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistäviä palveluita. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 §13.) Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman (2014-2020) mukaan seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluihin kuuluu kaikkien kunnan eri-ikäisten asukkaiden oikeus seksuaalineuvontaan ja muihin seksuaaliterveyttä edistäviin palveluihin sekä seksuaalineuvonta- ja -terapia- palveluihin, mukaan lukien seksuaaliongelmien kliinisen tutkimuksen ja hoidon (Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 14).

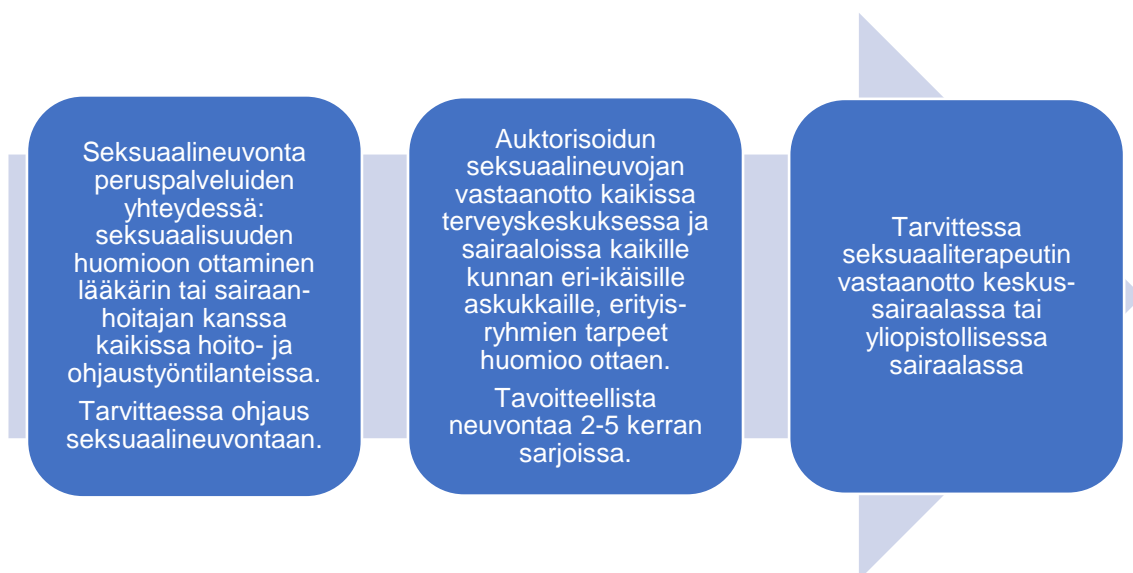
Erityistä huomiota tulee toimintaohjelman mukaan kiinnittää tiettyjen erityisryhmien seksuaalineuvontaan. Erityisryhmiä ovat vammaiset sekä muun muassa fyysisesti tai psyykkisesti pitkäaikaissairaat, sijaishuollon ja valtion koulukotien nuoret, vangit, maahanmuuttajat sekä seksi- ja erotiikka-alalla työskentelevät tai työskennelleet. (Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 66, 92.)

Erityisesti syövän hoidon ja kirurgian yksiköissä, pitkäaikaissairaita ja iäkkäitä hoitavissa yksiköissä ja ympärivuorokautisessa hoidossa oleville sekä miehille tulee tarjota seksuaalineuvojan palveluita. Lääkitysten ja leikkausten vaikutuksesta seksuaalitoimintoihin tulee kertoa sekä seksuaalista itsetuntoa ja parisuhdetta vahvistavaa tukea ja tietoa tulee

antaa potilaalle ammattihenkilöstön toimesta. Parisuhteessa elävien kumppanit tulisi ottaa mukaan neuvontaan ja myös heille tulisi antaa tietoa lääkkeiden ja leikkausten vaikutuksesta seksuaalitoimintoihin. (Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 59, 64.)

Jokaisessa terveyskeskuksessa on oltava palkattuna tai käytettävissä riittävästi seksuaalineuvoja täydennyskoulutuksen ja auktorisoinnin saaneita työntekijöitä, jotka voivat huolehtia myös erityisryhmien neuvonnasta ja ohjauksesta. Jokaisessa kunnan tai kuntayhtymän sairaalassa on oltava seksuaalineuvoja, yliopistollisissa ja keskussairaaloissa myös seksuaaliterapeutti.

Kuntien ja kuntayhtymien vastuulla on palkata riittävästi seksuaalineuvoja ikääntyneiden palveluihin. Toimintaohjelman (2014-2020) mukaan iäkkäiden osalta seksuaalineuvonnan tarpeen määrittä lääkäri diagnoosin teon ja eri toimenpiteiden jälkeen. (Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 64-65, 67.)



Kuvio 6: Seksuaalineuvonta- ja terapiapalvelupolku julkisissa sosiaali- ja terveystalouksissa

Perusterveydenhuollossa seksuaalineuvonta on mainittu seuraavilla tehtävälajeilla osaksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen tehtäviä: lääkärin ja hoitajan vastaanotto ja -päivystystoiminta, äitiys- ja ehkäisyneuvolat, opiskeluterveydenhuolto, työterveyshuolto ja työttömien vastaanotot, kotihoito ja kotisairaanhoito, iäkkäiden terveysneuvonta, mielenterveyspalvelut sekä kuntoutus ja fysioterapia. (Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 218.)

Raskaudenehkäisyneuvonnan yhteyteen on aina liitettävä seksuaalineuvontaa. Myös kumppanin osallistumista ehkäisyneuvonnan aloitus- ja seurantaikäynteille korostetaan, jolloin

seksuaalineuvontaa voitaisiin antaa samalla molemmille osapuolille. Raskauden ehkäisyneuvonnan tulisi sisältää myös seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan ehkäisyä. Myös tahattomaan lapsettomuuteen liittyvillä vastaanottokäynneillä tulisi toimintaohjelman mukaan ohjata asiakas tarvittaessa seksuaalineuvontaan parisuhteen tukemiseksi. (Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 92, 123-124.)

Seksuaalineuvonta katsotaan oleelliseksi osaksi ehkäisevää terveydenhuoltoa ja sen tulisi toimintaohjelman mukaisesti automaattisesti sisältyä hoitosuunnitelmaan, olla sisältyänsä potilaslähtöistä sekä koulutetun henkilökunnan toteuttamaa (Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 32, 40.)

Seksuaalineuvonta on tavoitteellista ja tilannekohtaista ammatillisessa vuorovaikutussuhteessa tapahtuvaa dialogista apua, ihmisen seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyvien asioiden ja ongelmien käsittelyä, jota toteutetaan tavallisimmin 2-5 tapaamiskerran sarjoissa. Seksuaalineuvontaa voidaan antaa yksilölle tai parille kaikissa hoito- ja ohjaustyön kohtaamisissa. Seksuaalineuvonta on myös osa parisuhdeohjausta ja -neuvontaa. (Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 38, 40-41.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman mukaan kuntien, kuntayhtymien, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja alan järjestöjen tulisi lisätä seksuaalineuvontapalveluja verkossa. (Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 61.)

Toimintaohjelman (2014-2020) mukaan erityisryhmät tulisi huomioida takaamalla seksi- ja erotiikka-alalla työskenteleville riittävät matalan kynnyksen seksuaalineuvonnan palvelut. (Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 92.)

THL huolehtii valtion koulukotien nuorten riittävästä seksuaalineuvonnan saannista. Koulukotien nuorten tarvitsema seksuaalineuvonta varmistetaan muun muassa kouluttamalla koulukotien henkilökuntaa täydennyskoulutuksella, jotta heillä on riittävät tiedot nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveydestä. (Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 67, 92.)

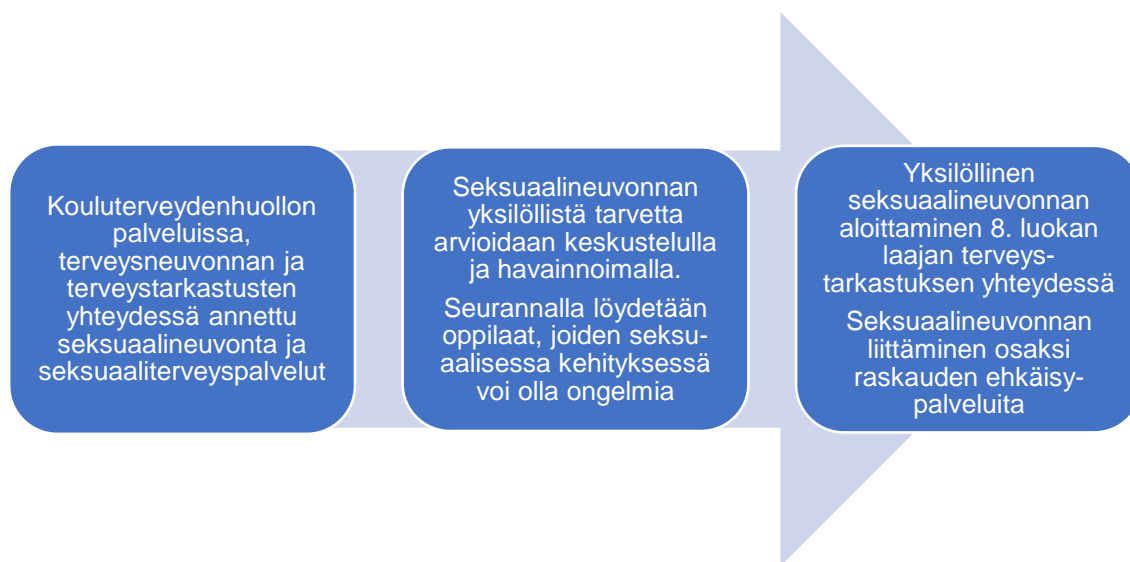
#### 4.2.2 Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

Kouluterveydenhuoltoa koskevan asetuksen (6.4.2011/338) 16§ mukaan oppilaan kehitysvaiheen mukaista seksuaalista kypsymistä ja kehitystä tulee tukea terveysneuvonnan ja terveystarkastusten yhteydessä annettavalla seksuaaliterveysneuvonnalla. Kouluterveydenhuollon tulee tuottaa koululaisille seksuaaliterveyttä edistäviä palveluita kuten

seksuaalineuvontaa, raskauden ehkäisy- ja muuta seksuaaliterveysneuvontaa. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 § 17; Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 49.)

Seksuaaliterveyden edistäminen ja seksuaalineuvonta kuuluu osaksi kouluterveydenhuollon määräämisiä terveystarkastuksia. Kouluterveydenhuollon tulee edistää koululaisen seksuaaliterveyttä tukemalla ja seuraamalla sitä sekä nähdä seksuaalinen kehitys osana koululaisen kehitystä. Koululaisten joukosta pystytään seurannalla löytämään lapset ja nuoret, joiden seksuaalisessa kehityksessä voi olla ongelmia. Erityisesti huomiotava on kiinnitettävä erityistä tukea tarvitseviin pitkäaikaissairaisiin ja vammaisiin oppilaisiin. Tärkeänä tavoitteena on myös koululaisen ymmärryksen lisääminen seksuaalisesta kehityksestä, jotta hän osaa kunnioittaa jokaisen itsemääräämisoikeutta ja käyttäytyä vastuullisesti. Tarkoituksena on taata jokaiselle kyky läheisiin ja lämpimiin ihmissuhteisiin sekä onnellisen ja täysipainoisen seksuaalielämän saavuttaminen. Seksuaalineuvonnan yksilöllistä tarvetta arvioidaan keskustelulla ja havainnoinnilla. Neuvonnan lähtökohtana tulee olla nuoren oma näkökulma ja tarve sekä myönteisen käsityksen luominen seksuaalisuudesta. (Ryttyläinen-Korhonen – Ala-Luhtala. 2017: 183-184, 187.)

Kouluterveydenhuollossa yksilöllisen seksuaalineuvonnan aloittaminen liittyy kahdeksannen luokan laajaan terveystarkastukseen, jossa käsitellään seurustelua, seksuaaliterveyttä ja raskauden ehkäisyä. Nuorten raskauden ehkäisypalveluissa tulisi aina antaa myös seksuaalineuvontaa. (Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 49, 50.)



Kuvio 7: Seksuaalineuvonta- ja terapiapalvelupolku kouluterveydenhuollossa

Kunnan perusterveydenhuolto on vastuussa opiskeluterveydenhuollon järjestämisestä alueella sijaitsevien lukioden, ammatillisten oppilaitosten ja korkeakoulujen opiskelijoille

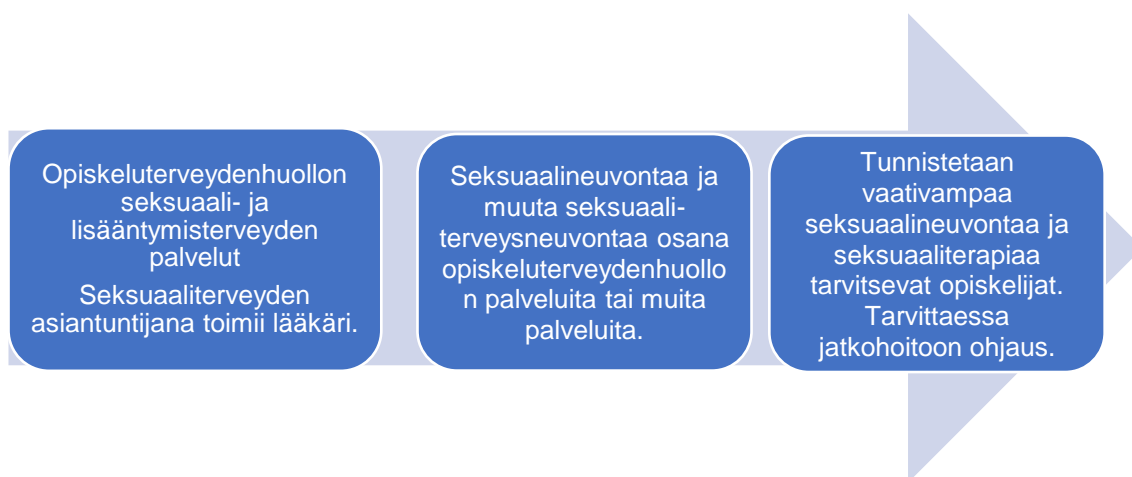
heidän kotipaikastaan riippumatta. Opiskeluterveydenhuoltoon kuuluu myös seksuaaliterveyden edistäminen. Opiskeluterveydenhuollon tulee tuottaa opiskelijoille seksuaalineuvontaa, raskauden ehkäisy- ja muuta seksuaaliterveysneuvontaa. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 § 17; Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 49.)

Asiaa on tarkennettu opiskeluterveydenhuoltoon liittyvässä valtioneuvoston asetuksessa, jonka mukaan opiskelijoille järjestettyjen terveyden- ja sairaanhoitopalveluihin tulee kuulua myös seksuaaliterveyttä edistäviä palveluita, seksuaalisuutta ja parisuhdetta koskevaa neuvontaa, hedelmättömyyden ja sukupuolitautilien ehkäisyä, seksuaalisen ja sukupuolisen suuntautumisen tukemista, seksuaalisen väkivallan ehkäisyä, seksuaaliterveyteen liittyvää muuta neuvontaa ja tarvittaessa jatkohoitoon ohjausta. (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 6.4.201/338 § 17.)

Opiskeluterveydenhuollon keskeinen osa-alue on seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelut, joiden tarve eri ikäisten opiskelijoiden keskuudessa on tunnistettava. Erityisen tärkeää on tunnistaa miesten sekä eri ikäisten opiskelijoiden seksuaaliterveyden edistämiseen liittyvät tarpeet sekä vaativampaa seksuaalineuvontaa tarvitsevat opiskelijat, jotka tarvitsevat erityiskoulutuksen saaneen seksuaalineuvojan tai seksuaaliterapeutin osaamista. (Hansson – Nuorteva 2014: 37.)

Opiskeluterveydenhuollon on, myös seksuaaliterveyden edistämisen palveluiden osalta, toimittava yhteistyössä opiskelijahuollon ja opetushenkilöstön ja muiden tarvittavien tahojen kanssa. Myös alaikäisen opiskelijoiden vanhempien ja huoltajien kanssa tulee tehdä yhteistyötä. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 § 17.)

Opiskeluterveydenhuollossa seksuaaliterveyden ongelmien asiantuntijana toimii lääkäri, jonka työnkuvaan kuuluvat yksilökäynnit, terveystarkastukset ja terveydenhoitokäynnit muun muassa raskauden ehkäisyyn liittyen sekä sairausvastaanottokäynnit. Opiskeluterveydenhuollon kehittämisen raportin (2014) mukaan yksilöllisen terveysneuvonnan tarve tulee määritellä elämäntilanteen, ikävaiheen haasteiden ja terveysriskien perusteella. (Hansson – Nuorteva. 2014: 29, 32.)



Kuvio 8: Seksuaalineuvonta- ja terapiapalvelupolku opiskeluterveydenhuollossa

Seksuaalineuvonta sekä muu seksuaaliterveysneuvonta kuuluu osaksi koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluita, mutta niitä voidaan järjestää myös osana muita palveluita (Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 49.) Yhteiseen terveysneuvontaan kuuluu myös seksuaaliterveys ja sen tarkoituksena on tukea voimavarojen vahvistumista ja parisuhdetta, tiedon soveltamista ja vastuun ottamista omasta terveydestä sekä edistää sosiaalisia tukiverkostoja. Terveysneuvonta tukee mielen terveyttä, psykososiaalista hyvinvointia, fyysistä kehitystä, ihmissuhteita sekä ehkäisee lähi- ja perheväkivaltaa ja yleistä turvallisuutta ja terveyttä. Terveysneuvontaa voidaan antaa joko yksilöllisesti, ryhmässä tai yhteisöllisesti. (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 6.4.2011/338 § 14.)

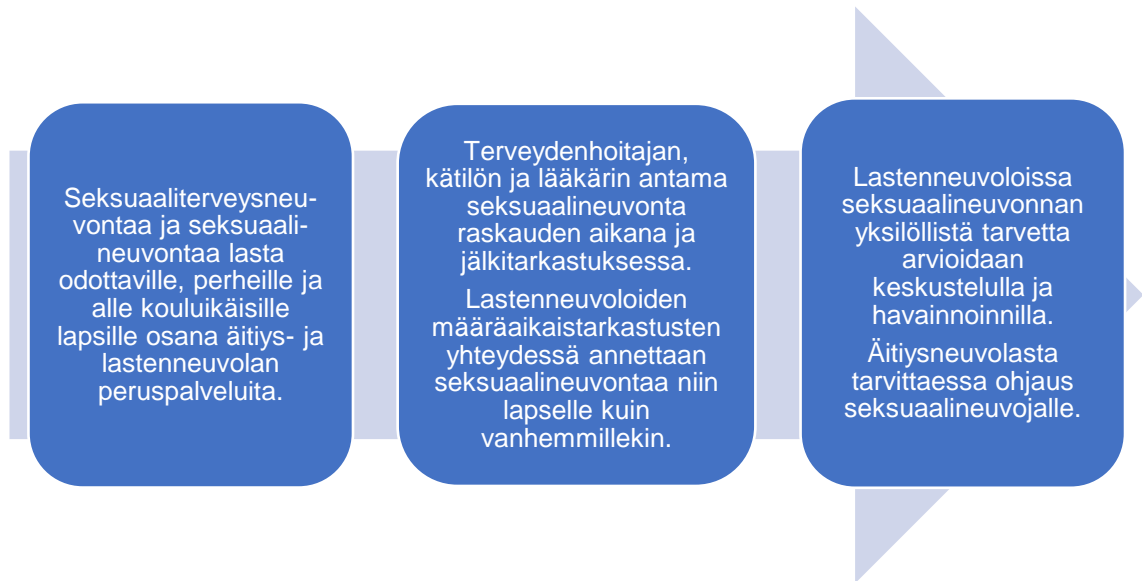
#### 4.2.3 Neuvolatoiminta

Kunta on velvollinen tuottamaan kaikille äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan asiakkaille yksilöllisen tarpeen ja kehitysvaiheen mukaista seksuaaliterveyteen liittyvää seksuaaliterveysneuvontaa (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 6.4.2011/338 § 14)

Yhteistyössä yksilön ja perheen kanssa toteutetun seksuaaliterveyteen liittyvän neuvonnan tulee tukea voimavarojen vahvistumista, ihmissuhteita ja parisuhdetta, antaa tietoa ja tukea tiedon soveltamista käytäntöön sekä vastuun ottamista omasta terveydestä.



Neuvonnan tulee sisältää myös lähi- ja parisuhdeväkivaltaan liittyvää neuvontaa. (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 6.4.2011/338 § 14.)



Kuvio 9: Seksuaalineuvonta- ja terapiapalvelupolku neuvolapalveluissa

Seksuaalineuvontaa on terveydenhoitajan, kättilön ja lääkärin toimesta sisällytettävä raskauden aikaiseen ohjaukseen sekä synnytyksen jälkeiseen jälkitarkastukseen. Tarvittaessa raskaana oleva on ohjattava parisuhde- tai seksuaalineuvojalle. (Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 101, 115.)

Seksuaalista kypsyttä ja kehitystä tukevaa neuvontaa tulee antaa kehitysvaihetta vastaavasti alle kouluikäisille osana lastenneuvolapalveluiden terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 6.4.2011/338 § 16.) Seksuaaliterveyden edistäminen ja seksuaalineuvonta kuuluu tärkeäksi osaksi lastenneuvolapalveluiden määräaikaista terveystarkastuksia, sillä seksuaalinen kehitys on keskeinen osa lapsen kehitystä. Lastenneuvolassa seksuaaliterveyden edistämisen tavoitteena on tukea vanhemmuutta, parisuhdetta ja parisuhteen seksuaalisuutta sekä ehkäistä parisuhdeväkivaltaa. Lastenneuvolan tarkoitus on myös tukea lapsen seksuaalista kehitystä sekä seurata, kuinka vanhemmat tukevat lapsen seksuaalista kehitystä. (Ryttyläinen-Korhonen – Ala-Luhtala 2017: 183, 184.)

Pienten lasten kohdalla seksuaalineuvonnan yksilöllistä tarvetta arvioidaan keskustelemalla ja havainnoimalla sekä keskustelemalla vanhempien kanssa kullekin ikäkaudelle

keskeisistä asioista, samalla opastaen vanhempia lapsen seksuaalisen kehityksen tukemiseen. Neuvolapalveluissa vanhemmille kerrotaan myös lapsen oikeuksiin liittyvistä asioista. (Ryttyläinen-Korhonen – Ala-Luhtala 2017: 184.)

Seksuaaliterveysneuvonta kuuluu osaksi äitiys- ja lastenneuvolan palveluita, mutta neuvontaa voidaan järjestää myös osana muita palveluita. Terveysneuvontaa voidaan antaa joko yksilöllisesti tai ryhmässä ja yhteisöllisesti. (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 6.4.2011/338 § 14, 16.)

#### 4.2.4 Hiv-tartunnan saaneet

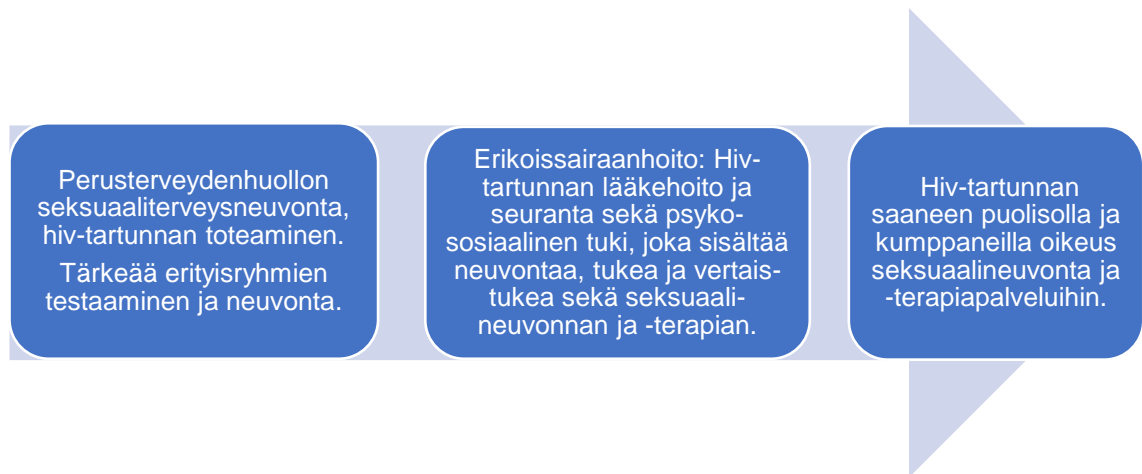
Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen laatiman Suomen HIV-strategian mukaan seksuaalineuvonta ja -terapia palveluita tulee tuottaa hiv-tartunnan saaneille ja heidän puolisolleen ja kumppaneille. (Liitsola 2017: 3, 4, 30.)

Hiv-strategiassa erikseen mainittu erityisryhmä hoidon kannalta ovat maahanmuuttajat, sillä yli puolet hiv-tartunnoista todetaan ulkomaalaista syntyperää olevilla. Myös heidän on saatava tarvitsemansa palvelut. Muita hiv-strategian mainitsemia erityisryhmiä, joiden palveluiden saatavuuteen on panostettava ovat paperittomat ja muu liikkuva väestö, kuten turvapaikan hakijat ja matkailijat sekä vangit, miesten välistä seksiä harrastavat, sukupuoli vähemmistöt, huumeita pistämällä käyttävät ja seksityötä tekevät (Liitsola 2017: 18, 22, 23.)

Kunnan perusterveydenhuolto on vastuussa seksuaaliterveyteen liittyvästä terveysneuvonnasta, hiv-tartuntojen seurannasta ja tartuntojen mahdollisimman varhaisesta toteamisesta. Hiv-infektioiden hoidosta ja seurannasta on vastuussa erikoissairaanhoido, yleensä infektiosairauksien toimiala. Hiv-infektion hoidossa tarvitaan moniammatillista osaamista, johon osallistuu infektio lääkäreiden lisäksi asiaan perehtyneitä sairaanhoitajia, sosiaalityöntekijöitä sekä psykologista tukea antavia henkilöitä (Liitsola 2017: 19, 25, 29).

Hiv-tartunnan saaneille tulee lääkehoidon ja infektion seurannan lisäksi tarjota myös muita kokonaisvaltaista hyvinvointia tukevia ja terveyttä ylläpitäviä palveluita. Näitä palveluita on psykososiaalinen tuki, seksuaalineuvonta sekä seksuaaliterapia. Psykososi-

aalisella tuella tarkoitetaan tässä yhteydessä neuvontaa, tukea, vertaistukea, seksuaalineuvontaa ja seksuaaliterapiaa. Myös hiv-tartunnan saaneen puolisoilla on oikeus seksuaalineuvontaa ja -terapia palveluihin. (Liitsola 2017: 22, 30.)



Kuvio 10: Seksuaaliterveysneuvonta- ja terapiapalvelupolku hiv-tartunnan saaneille

Hiv-tartunnan saaneiden palveluissa tulee panostaa hiv-tartunnan aiheuttaman stigman, häpeän ja itsearvostuksen puutteen vähentämiseen, sillä näiden katsotaan lisäävän riskikäyttäytymistä ja estävän palveluihin hakeutumista ja hoitoa. Puolisolla tai kumppanilla pelko hiv-tartunnasta voi johtaa hiv-testauksen välttelyyn. Hiv-tartunnan voidaan pelätä johtavan hylätyksi tulemiseen, esimerkiksi omasta yhteisöstä, tai henkiseen ja ruumiilliseen väkivaltaan. Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluville tulee tarjota tukea seksuaali- ja sukupuoli-identiteetin rakentamiseen (Liitsola 2017: 4, 21, 25).

Hiv-tartunnan saaneiden moninaisuus näkyy niin eroavaisuudessa iässä, sukupuolessa, etnisessä ja kulttuuritaustassa, sosioekonomisessa asemassa, tartuntatavassa ja oleskelustatuksessa. Palveluita tulee tuottaa asiakaslähtöisesti, keskeisille väestöryhmille räätälöityinä palveluina, jokaisen erityisryhmän erityistarpeet huomioon ottaen. Hiv-tartunnan saaneiden kokemustietoa tulee hyödyntää toiminnan suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Heillä tulee olla myös aktiivinen mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua itseään koskeviin asioihin. (Liitsola 2017: 4, 17, 25.)

Muun muassa maahanmuuttajien, liikkuvan väestön ja paperittomien ihmisten erityistarpeet tulee tunnistaa ja hiv-hoitoon panostaa poistamalla hoidon esteitä, sillä nämä kohderyhmät jäävät pitkälti sosiaali- ja terveyspalveluiden ulkopuolelle. Maahanmuuttajat tarvitsevat ammatillisia sekä vertaistukeen perustuvia tukipalveluita. (Liitsola. 2017: 4,17, 25.)

Järjestöt ovat kantaneet vastuuta hiv-työstä ja tuottavat hiv-tartunnan saaneille tukitoimintaa ja muita palveluita. Järjestöjen toiminta tavoittaa usein myös ne hiv-tartunnan saaneet, jotka jäävät julkisen sektorin palveluiden ulkopuolelle. Järjestöillä on tietämystä erityisryhmien kohtaamisesta ja matalan kynnyksen palveluiden järjestämisestä. Järjestöt myös tunnistavat nopeasti kohderyhmissä tapahtuvia muutoksia ja pystyvät reagoimaan niihin julkista sektoria nopeammin. (Liitsola 2017: 20.)

Järjestöjen osaamista ja työtä hiv-tartunnan saaneiden kanssa tulisi hyödyntää sekä järjestökentän ja kuntasektorin välinen vuorovaikutusta lisätä. Hiv-strategian mukaan järjestöjen tekemään hiv-työtä tulee tukea takaamalla riittävä ja pitkäaikainen rahoitus pitkäjänteisen, laajan ja monipuolisen toiminnan tuottamiselle ja kehittämiselle. (Liitsola 2017: 19, 20.)

Yhteistyön tekeminen on tärkeää myös muiden sektorien välillä. Esimerkiksi vankien palveluiden takaamiseksi yhteistyö erikoissairaanhoidon, vankilan ja vangin välillä on oltava sujuvaa. Seksuaaliterveyden kannalta vangeilla tulisi olla saatavilla puhtaita pistos- ja tatuointivälineitä sekä kondomeja. (Liitsola. 2017: 23.)

Hiv-tartuntaan, kuten myös seksityöhön tai muuhun hiv-työn erityiskohderyhmään kuulumiseen, liittyvän stigman ja syrjinnän vuoksi palveluiden tulisi olla riittävän laajoja ja helposti saavutettavia matalan kynnyksen palveluita. Hiv-tartunnan saaneiden hoito, mukaan lukien neuvonta, tuki, vertaistuki, seksuaalineuvonta ja -terapia, tulisi toteutua tasapuolisesti eri puolella Suomea. (Liitsola 2017: 22, 30.)

## 5 Johtopäätökset

Tutkimuksesta saatujen tulosten pohjalta voidaan vetää johtopäätös, että Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmälle on tehty selkeä, lainsäädäntöön perustuva, eri kohderyhmiä koskeva ohjeistus siitä, kuinka seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluita tulisi tuottaa osana julkisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Tulosten mukaan jokaisella tulee olla mahdollisuus saada seksuaalineuvonta ja terapiapalveluita julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden piiristä ja niiden sisällä monista eri palveluista elämäntilanteeseen liittyen.

Varsinkin seksuaalineuvontaan liittyvää järjestämisvastuuta on esitetty monissa sosiaali- ja terveyspalveluita ohjaavassa laissa ja ministeriöiden alaisissa lausunnoissa. Niiden mukaan kunnan tulisi tuottaa seksuaalineuvontaa kaikille kunnan eri-ikäisille asukkaille niin terveyskeskuksissa, erikoissairaanhoidossa, koulu- ja opiskeluterveyden huollossa,

äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden yhteydessä kuin monien muidenkin sosiaali- ja terveyspalveluiden osana.

Myös seksuaaliterapian järjestämistä on tuotu esille monissa lakien täytäntöönpanoa selkeyttävissä asetuksissa, ministeriöiden ohjeistuksissa ja toimintaohjelmissa. Seksuaaliterapia on näiden tulosten pohjalta erikoissairaanhoidon palvelu, jota tulisi tarpeen mukaan tarjota kaikille kunnan asukkaille. Tulokset tuovat myös esille palvelupolkuja, joissa kuvataan kuinka asiakkaan tulisi saada seksuaalineuvontaa ja ohjautua erikoiskoulutuksen saaneen seksuaalineuvojan ja tätä kautta tarvittaessa myös seksuaaliterapeutin palveluiden piiriin.

Tulokset korostavat hyvin monenlaisten erityisryhmien tarpeiden huomioon ottamista seksuaaliterveyspalveluiden tuottamisessa ja tuo esille myös heidän oikeuttaan seksuaalineuvontaa ja -terapiapalveluihin. Myös seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan sekä parisuhdeväkivallan ehkäisy on mainittu lähes kaikissa tuloksissa käsitellyissä asiakasryhmissä. Useampaa asiakasryhmää koskevissa tuloksissa tuodaan esille myös puolison tai kumppanin mukaan ottamisen tärkeyttä käsiteltäessä seksuaaliterveyteen liittyviä asioita tai annettaessa seksuaalineuvontaa.

Perehdyttäessä tarkemmin tuloksissa käytyyn materiaaliin, erityisesti vireillä olevaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmaan, voidaan kuitenkin vetää myös johtopäätös, ettei toimintaohjelman ohjeistuksen mukainen seksuaalineuvontaa ja -terapiapalveluiden toteutus ole ohjeistuksen mukainen. On kuitenkin huomioitava, että toimintaohjelma on luotu vuosille 2014-2020 ja sen työ on vielä kesken.

Edellisen, vuosille 2007-2011 tehty ensimmäinen seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskeva toimintaohjelma sai merkittäviä muutoksia aikaan, mutta myös sen loppuarvioinnista ja väliraporteista, sekä uuden toimintaohjelman alustuksesta käy vahvasti ilmi, ettei kaikkia, erityisesti seksuaalineuvontaan liittyviä muutoksia ja parannuksia saatu palveluihin aikaan toimintaohjelman aikana.

Tuloksissa on käytetty hyvin laajasti eri termejä liittyen palvelukuvaukseen. Seksuaaliterveysneuvonnan lisäksi saman aikaisesti käytetyt muut termit, kuten seksuaaliterveysneuvontaa ja seksuaaliterveyttä edistävät palvelut, vaikuttavat palveluiden järjestämistä selkeään osoittamiseen. Sen lisäksi seksuaalineuvontaa nimikettä käytetään puhuttaessa niin eri terveydenhoitohenkilökunnan, muun hoitotyön yhteydessä antamasta seksuaaliterveyteen liittyvästä neuvonnasta ja ohjauksesta kuin erityiskoulutuksen saaneen seksuaalineuvojan palveluistakin.

## 6 Pohdinta

### 6.1 Tutkimusprosessin pohdinta

#### 6.1.1 Ideointi ja suunnitteluvaihe

Idea tutkimukseen lähti tutkijan ammatillisesta tietämyksestä ja kokemuksesta seksuaalineuvonta- ja terapiapalveluiden tuottajien ja asiakkaiden kohtaamisen haasteista. Seksuaalineuvonta ja -terapiapalvelut ovat pitkälti yksityisiä palveluita. Palveluihin hakeutuminen sekä palveluista muodostuvat kustannukset ovat suurimmaksi osaksi asiakkaan vastuulla. Monille palveluiden piiriin hakeutumisen esteeksi muodostuvat taloudelliset resurssit. Myös ihmisten tietämys olemassa olevista palveluista ja niihin hakeutumisen mahdollisuuksista on joiltain osin varmastikin vähäinen. Tästä lähtikin idea tutkia, mikä on asiakkaan oikeus ja mahdollisuus saada seksuaalineuvonta- ja terapiapalveluita julkisten sosiaali- ja terveystalouden kautta ja niiden hinnalla. Tätä varten oli välttämättöntä perehtyä palveluiden tuottamisen taustalla vaikuttaviin säädöksiin, joiden pohjalta voitaisiin perustellusti osoittaa julkisten sosiaali- ja terveystalouden velvollisuus tuottaa asiakkaille seksuaalineuvonta- ja terapiapalveluita.

Tutkimuksen yhtenä tarkoituksena oli luoda väline, jolla osoittaa seksuaalineuvojen ja -terapeuttien palveluiden järjestämismääräyksiä sosiaali- ja terveystalouden julkisella puolella ja näin perustella itselle ja kollegoille työpaikkaa seksuaalineuvojan tai seksuaaliterapeutin tehtäviin sosiaali- ja terveystalouden julkisella kentällä. Koska tavoitteeseen pääseminen tulisi vaatimaan julkisen sosiaali- ja terveystalouden päätöksentekijöihin vaikuttamista, on tulosten tuottaminen todennettavasti ja luotettavasti sekä selkeästi yksi työn tärkeistä ohjenuorista ja tavoitteista.

Tutkimuksen toiseksi tavoitteeksi syntyi myös tiedon lisääminen ihmisille heidän oikeuksistaan julkisen sosiaali- ja terveystalouden seksuaalineuvonta- ja terapiapalveluihin. Tähän tavoitteeseen lähdettiin ideoimaan selkeää visuaalista mallia, joka lakien ja säädösten pohjalta osoittaisi ihmisille perusteet palveluiden saamiseksi julkisten sosiaali- ja terveystalouden puolelta.

Sosiaali- ja terveystalouden uudistus sekä KELA tukeman psykoterapian mahdolliset uudistukset loivat myös otollisen hetken tarkastella palveluiden saatavuutta ja mahdollisuuksia

tulevaisuuttakin ajatellen. Sosiaali- ja terveystalvaeluissa vallitseva linja palveluiden yksityistämistä ja ostopalveluihin siirtymisestä luo mahdollisesti myös uutta kenttää seksuaaliterveyden alalla.

Jo tutkimuksen ideoinnissa oli tärkeää huomioida tutkimuksen eettisyys ja tutkimushavaintojen validius, mikäli niitä tulvaisiin käyttämään sosiaali- ja terveystalvaeluihin vaikuttamisen pohjana. Tutkimuksen tulokset olivat tärkeää pitää helposti jäljitettävänä. Oli myös eettisesti erittäin tärkeää olla vetämättä aineistosta liian oman edun mukaista tulointaa vaan pysyä perustelluissa ja hyvin yleisessä näkökulmassa. Koska lait ja säädökset eivät aina olleet helposti tulkittavissa käytännön toteutuksen tai määritelmien ja käsitteiden yhteneväisyyden kannalta, osoittautui tämä osuus tutkimuksesta kaikkein haastavammaksi.

### 6.1.2 Aineiston valintaan liittyvät haasteet

Tutkimuksen jo suunnitteluvaiheessa oli vallitseva odotus, että seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden järjestämistä vastuusta löytyisi hyvä määrä aineistoa, jonka pohjalta saataisiin tutkimuksen tulokseksi luotua kattava kuva seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden suosituksen mukaisesta määrästä, laadusta, järjestämistä tavoista ja niihin suunnattavista resursseista. Aineiston määrän vähäisyys sekä suorien, seksuaalineuvontaan ja erityisesti seksuaaliterapiaan liittyvien, viittausten puuttuminen kuitenkin yllätti ja vaikutti merkittävästi myös aineiston analyysin toteuttamiseen liittyviin päätöksiin ja sen toteutukseen.

Ministeriöiden julkaisujen käyttökelpoisuuden varmistaminen vaati erityisen paljon työtä. Julkaisuja valittaessa tutkimuksen aineistoksi, haastetta tuotti joidenkin julkaisujen osalta selvittää, perustuivatko julkaisut viimeisimpiin, voimassaoleviin lakeihin ja asetuksiin. Monissa toimintaohjelmissa oli ajallisesti peräkkäisiä hankkeita, ja niistä oli useasta tuotettu myös väli- ja loppuraportit. Myös tämä tuli huomioida säädöksiä valittaessa, jotta mukaan tuli esimerkiksi toimintaohjelman tai strategian viimeisimmät tiedot.

Joidenkin julkaisujen osalta haasteen tuotti selvittää, voiko esimerkiksi lakia valmistele- van työryhmän mietintö, jossa seksuaalineuvontaa tai -terapiaa on käsitelty, olla lainvoimainen ohje lain noudattamiselle ja soveltamiselle, kun se on luotu ennen lain voimaantuloa, eikä ole varsinainen ohjeistus lain käyttöön otosta ja toteuttamisesta. Monet lait ovat hyvin lyhytsanaisia ja ympäröityjä, eikä monista lainsäädännöistä ole niiden voimaansaattamisen jälkeen tehty esitystä lain soveltamisesta, joten lakia valmistelevien

työryhmien muistiot voivat olla ainut asiakirja, joka kuvaa lain tarkoitusta tai määrittelee lakiin liittyviä käsitteitä. Lakeja ei kuitenkaan voi olettaa olevan tehty suoraan työryhmien mietintöjen pohjalta, joten niiden mukaan ottaminen tutkimuksen aineistoon olisi väärentänyt tuloksia.

Ministeriöiden julkaisusta löytyi myös hankekuvauksia esimerkiksi yksittäisistä sairaalaosastoista, joissa käsiteltiin seksuaalineuvonnan toteuttamista. Vaikka hankkeen kuvauksesta ja tuloksista olisi saanut hyvää aineistoa siitä, kuinka lainsäädäntöä tai siihen liittyvää ministeriön julkaisua olisi suotavaa soveltaa, ei materiaalia voida kuitenkaan käyttää koko Suomea tai edes sairaanhoitopiiriä koskevana yleistävänä aineistona.

Julkaisuja jätettiin aineiston ulkopuolelle myös koska niissä ollut tieto ei liittynyt riittävän selvästi seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden järjestämismääräyksiin. Useammassa julkaisussa puhuttiin palveluiden yhteydessä neuvonta- ja terapiapalveluista, mutta niitä ei oltu erikseen määritelty seksuaalineuvonta tai -terapiapalveluiksi. Joissain julkaisuissa puhuttiin myös psykososiaalisesta hoidosta, joka liittyy seksuaalisuuden käsittelemiseen. Koska sanaa seksuaaliterapia ei kuitenkaan kyseisessä julkaisussa mainittu, ei julkaisua voitu ottaa mukaan aineistoon. Vaikka psykososiaalista hoitoa olisi kuvattu tarkemmin jossain toisessa julkaisussa, ei kuvausta voitu kuitenkaan yleistää koskemaan myös muita julkaisuja, joissa puhuttiin psykososiaalisesta hoidosta. Mikäli seksuaalisuutta käsittelevistä julkaisuista olisi otettu mukaan kaikki neuvontaan ja terapiaan liittyvät maininnat, olisi materiaalia ollut enemmän, mutta sen luotettavuus seksuaalineuvonta- ja -terapiapalveluiden kuvauksessa ei olisi ollut validia.

Myös termi seksuaaliterveyspalvelu tuotti haastetta, sillä sitä ei ole määritelty edes laissa, joka käsittelee seksuaaliterveyspalveluiden tuottamista. Seksuaaliterveyspalvelu on kuitenkin määritelty ministeriön toteuttaman toimintaohjelman monissa julkaisussa. Toimintaohjelman vuosiin 2007-2010 sekä uuden vuosille 2014-2020 tehtyyn toimintaohjelman julkaisuun seksuaaliterveyspalveluiden sisältö on kuitenkin määritelty merkittävästi eri laajuisena, joten sen käyttäminen julkaisujen valintakriteerinä tai aineiston merkityksen ymmärtämisen tukena ei silti ollut yksiselitteistä.

Yllä mainitut aineiston valintaan liittyvät eettiset valinnat ovat vain muutamia, joihin työnsäni kohtasin. Muun muassa yllä mainittuihin ministeriöiden julkaisuihin liittyviin haasteisiin pyysin konsultointia muun muassa eduskunnan lakivaliokunnan jäseneltä sekä eräältä ministeriön työntekijältä. Konsultoinnit eivät kuitenkaan tuottaneet selkeitä vastauksia vaan sain enemmänkin varmistusta sille, että jokaiseen julkaisuun liittyvät tarkennukset ja soveltamisohjeet tulisi aina selvittää juuri kyseisen julkaisun tehneen minis-



teriön asiantuntijalta. Tämä olisi kuitenkin vaatinut huomattavasti lisää resursseja ja aikaa tutkimuksen tekemiseen, joten nämä epäselvät julkaisut jätettiin pitkän pohdinnan ja selvitystyön tuloksena tutkimusaineiston ulkopuolelle.

### 6.1.3 Aineiston analyysin pohdinta

Kvalitatiivisen tutkimuksen eräs piirre näkyy tässä tutkimuksessa ja sen arvioinnissa hyvin selkeästi. Eskolan ja Suorannan (2014:220) teoksen mukaan samasta ilmiöstä, eli tässä tilanteesta laista tai säädöksestä, voi samaan aikaan olla olemassa useampi väittäjä tai selitys, mutta kerrallaan niistä vain yksi voi olla totta. Toisella kertaa, toisesta näkökulmasta katsottuna, jokin toinen väite tai selitys voi olla totuudenmukaisempi. (Eskola – Suoranta 2014: 220). Tutkimuksen aineistona toimivat lait ja säädökset ovat hyvin tulkinnan varaisia ja ilman kirjattuja ennakkotapauksia niiden tulkinnat voivat eri tilanteissa ja eri virkamiehien tekemänä erota toisistaan huomattavasti. On myös inhimillisen ymmärrettävää, että palveluiden järjestämistä vastuusta puhuttaessa, palvelun tuottajana toimiva henkilö haluaa nähdä palvelun tuottamisen perusteet eri tavalla kuin esimerkiksi palveluiden rahoittamisesta vastaava henkilö, jolle palveluiden tuottamiseen tarvittavien taloudellisten resurssien järjestäminen on suuritöinen tehtävä.

## 6.2 Tulosten pohdinta

Pohdintaa lukiessa on huomioitava, että toimintaohjelma, jossa määritellään terveydenhoitolain mukaiset seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävät palvelut, on kesken. Vuosille 2014-2020 tehdyn toimintaohjelman tavoitteet pyritään saavuttamaan vielä muutama seuraavan vuoden ajan tämän tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Edellinen, vuosille 2007-2011 suunnattu, ensimmäinen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma, määritteli seksuaaliterveyspalvelut suppeammin kuin uusi toimintaohjelma. Toimintaohjelmassa vuosille 2007-2011 ei erikseen mainita tuotettavina palveluina seksuaaliterapiaa eikä seksuaaliongelmien kliinistä tutkimusta ja hoitoa. Toimintaohjelma perustui pitkälti seksuaalivoukon saamiseksi osaksi julkista terveydenhuoltoa.

Pohdinnan alkuun on myös todettava, että vaikka seksuaali- ja lisääntymisterveyden uusi toimintaohjelma määrittelee seksuaali- ja lisääntymisterveydenpalveluksi myös seksuaaliterapian, on seksuaaliterapia mainittu koko toimintaohjelmassa vain muutaman

kerran. Muutama maininnoista liittyi seksuaaliterapeutin koulutukseen. Ainoat seksuaaliterapian järjestämistä koskevat lausunnot liittyvät sairaanhoitopiirien seksuaalivointa- tai seksuaaliterapiavastaanottojen järjestämiseen. Vastaanottoja järjestetään toimintaohjelman mukaisesti suuressa osassa sairaanhoitopiirejä, mutta teos ei tarkemmin kuvaa tai erittele seksuaaliterapiavastaanottojen määrää tai laajuutta. Samalla mainitaan, että suurimmassa osassa sairaanhoitopiirejä on joko seksuaalivointien tai seksuaaliterapeutin koulutuksen saanutta henkilöstöä, mutta teos ei erottele tarkemmin myöskään sitä, mikä on seksuaaliterapeuttien osuus tai missä mittakaavassa he tekevät terapeutista vastaanottotyötä.

Työtä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen palveluiden parantamiseksi on siis tehty toimintaohjelmien suositusten kautta nyt jo yli kymmenen vuoden ajan. Lisää työtä tullaan kuitenkin vaatimaan, jotta toimintaohjelman tavoitteet saavutetaan ja kuntalaisille voidaan taata kattavat ja tasa-arvoiset seksuaalivointa- ja -terapiapalvelut. Kattavien seksuaaliterapiapalveluiden voimaansaattamisessa tulee siis olemaan vielä enemmän työtä. Käynnissä oleva ohjelma, edellisen tavoin, panostaa edelleen seksuaalivointien palveluiden järjestämiseen. Sote-uudistuksen ja toivottavasti seuraavan toimintaohjelman myötä kehitystä saadaan luotua myös seksuaaliterapiapalveluiden kattavuuteen ja tasa-arvoiseen saatavuuteen kaikille sitä tarvitseville kansalaisille.

Seksuaalivointa ja erityisesti seksuaaliterapiapalvelut ovat monille ihmisille tuntemattomia palveluita. Vaikka ihmiset tietäisivät palveluista, he eivät välttämättä tiedä, että heillä on oikeus palveluihin myös julkisten sosiaali- ja terveystieteiden kautta. Ilman tätä tietoa moni ryhtyy itse hakeutumaan yksityisten palveluntarjoajien palveluiden piiriin. Yksityisten palveluntarjoajien palvelut ovat maksullisia ja kaikilla palveluita tarvitsevilla ei ole taloudellista mahdollisuutta ostaa tarvitsemiaan palveluita.

Tämän työn kautta voidaan ihmisille jakaa tietoa heille kuuluvasta oikeudesta saada seksuaalivointa ja -terapiapalveluita myös julkisten sosiaali- ja terveystieteiden kautta. Samalla voidaan välittää tietoa myös päättäjille siitä, kuinka näiden palveluiden tuottamiseen tulisi resursoida enemmän rahaa ja muita voimavaroja, jotta ihmisten oikeus palveluiden tasa-arvoiseen saatavuuteen voidaan taata.

Tulosten luotettavuuden ja käytettävyyden kannalta on tutkimusta tehtäessä ollut tärkeää pitää eri tutkimuksen aineistosta nousseet kohderyhmät ja palvelualueet erillään. Tästä syystä myös tulosten pohdinnassa on oleellista käsitellä tuloksia samoissa osissa, joissa ne on tuloksissa käsitelty.

### 6.2.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävät palvelut sosiaali- ja terveystalouksissa

Tuloksissa mainitun terveydenhoitolain ja toimintaohjelman mukaisesti seksuaalivointia ja -terapiapalveluita tulisi olla tarjolla kaikille kunnan asukkaille. Palveluiden saatavuus ei kuitenkaan ole näin yksiselitteistä. Vaikka seksuaalivointia katsotaan oleelliseksi osaksi ehkäisevää terveydenhuoltoa ja sen tulisi tulosten mukaisesti automaattisesti sisältyä hoitosuunnitelmaan, olla potilaslähtöistä sekä koulutetun henkilökunnan toteuttamaa, ei palvelut välttämättä ole silti automaattisesti asiakkaan saatavilla. Seksuaaliterveyden palveluja tulisi olla tarjolla koko väestölle tasa-arvoisesti asiakkaan tai potilaan tarpeen mukaan riippumatta mistään yksilöllisistä ominaisuuksista. Tasa-arvo ei kuitenkaan toteudu ja erityisesti erityisryhmien seksuaaliterveyspalveluihin liittyviin erityistarpeet eivät tule huomioiduksi. Erityisryhmät on nostettu myös tuloksissa esille ja niiden lähteenä olevan toimintaohjelman tavoitteena on yhtäläisesti huomioida kaikkien ihmisten seksuaaliseen hyvinvointiin liittyvät oikeudet ja velvollisuudet.

Tulosten esittämänä tavoitteena on, että jokaisessa sairaalassa toimisi seksuaalivointia ja -terapiapalveluja sekä keskussairaaloissa ja yliopistollisissa sairaaloissa myös seksuaaliterapeutti. Jokaisessa terveyskeskuksessa tulisi olla riittävä määrä seksuaalivointia ja -terapiapalveluiden suorittamista auktorisoitua henkilökuntaa, jotta myös erityisryhmien seksuaalivointia ja -terapiapalveluiden tarpeeseen pystytään vastaamaan. Vaikka jokaisessa terveyskeskuksessa olisi koulutuksen saanut seksuaalivointia ja -terapiapalveluja, ei hänelle todennäköisesti voida taata riittäviä resursseja koko terveyskeskuksen asiakaskunnan seksuaalivointia ja -terapiapalveluiden järjestämiseen vastaanottotyönä. Tällä hetkellä on myös ilmeisesti tilanne, jossa seksuaalivointia ja -terapiapalveluiden käynyt terveyskeskuksen henkilöstö ei tee pääsääntöisesti seksuaalivointia ja -terapiapalveluiden vastaanottotyötä vaan toimii enimmäkseen muissa työtehtävissä. Resursseja tulisi siis terveyskeskuksissa lisätä huomattavasti, jotta palvelut olisivat riittävät, palveluihin helppo päästä ja jotta kynnys seksuaalivointia ja -terapiapalveluihin pysyisi asiakkaille matalana.

Tulosten mukaan jokaisella kuntalaisella tulisi olla oikeus myös seksuaaliterapiaan. Mikäli seksuaaliterapeutteja tulisi toimintaohjelman suositusten mukaan olla vain keskussairaaloissa ja yliopistollisissa sairaaloissa, on vaikea kuvitella, kuinka työntekijän resurssit voisivat riittää koko sairaanhoitopiirin asiakkaiden hoitoon. Tarkempaa resurssointia seksuaaliterapeuttien määrästä ei ole vaan toimintaohjelma on tulkittavissa, että yksikin terapeutti riittää täyttämään toimintaohjelman ohjeistuksen.

Haasteena ei ole pelkästään seksuaalineuvojien ja -terapeuttien vähyys terveystalouksissa vaan myös palveluihin ohjautuminen. Tuloksissa lähteenä käytetty toiminta-ohjelma ehdottaa muun muassa iäkkäiden osalta, että lääkäri määrittää potilaan seksuaalineuvonnan tarpeen diagnoosin teon ja hoitotoimenpiteiden jälkeen. Tästä voisi kai tehdä johtopäätöksen, että seksuaalineuvojan vastaanotolle päästäkseen on ensin hakeuduttava terveyskeskus lääkärin vastaanotolle, joka arvio seksuaalineuvonnan tarpeen ja tekee tarvittaessa lähetteen seksuaalineuvontaan.

Lääkärin tulisi pohtia muiden lääkärille hakeutumisen syiden yhteydessä asiakkaan tarvetta seksuaalineuvonnalle. Seksuaalisuuteen liittyvät asiat ovat monille ihmisille arkoja, eivätkä he itse uskalla aina oma-aloitteisesti ottaa aihetta esille lääkärin vastaanotokäynnillä. Myöskään lääkärit eivät ole aina aktiivisia seksuaalisuuden huomioimisessa ja puheeksi ottamisessa, vaikka seksuaalisuus on aina osa kokonaisvaltaista hoitoa. Monilla sairauksilla ja lääkkeillä on vaikutusta ihmisen seksuaalisuuteen, joten seksuaalisuuden esille ottaminen tulisi olla avoimempaa ja rutiininomaisempaa lääkärin käynneillä. Lääkäreiden koulutuksessa ei kuitenkaan ole merkittävästi panostettu seksuaalisuuden huomioimista ja myös monille lääkäreille seksuaalisuuden puheeksi ottaminen voi olla haasteellista lyhyillä vastaanotokäynneillä. Herääkin siis kysymys siitä, kuinka laajasti ja perusteellisesti lääkärit määrittelevät asiakkaan yksilöllisen seksuaalineuvonnan tarpeen hoitotoimenpiteiden yhteydessä ja kuinka helposti he ohjaavat asiakkaitaan seksuaalineuvojien vastaanotoille.

Tulosten mukaan seksuaalitoiminnot, seksuaalisen itsetunnon ja parisuhteen vahvistaminen tulisi seksuaalineuvonnan keinoin liittää aina niin leikkausten kuin lääkkeiden määräämisen yhteyteen. Tulokset mainitsevat erityisesti syövän hoidon ja kirurgian yksiköt, mutta epäilen rutiininomaista seksuaalineuvonnan ja seksuaalisuuden puheeksi ottoa lääkärin tai muun hoitohenkilökunnan osalta myöskään näissä yksiköissä.

Tulosten mukaan myös parisuhteessa elävien kumppanit tulisi ottaa mukaan neuvontaan ja myös heille tulisi antaa tietoa lääkkeiden ja leikkausten vaikutuksesta seksuaalitoimintoihin. Kumppanin mukaan ottaminen seksuaalineuvontatilanteisiin mainittiin tutkimuksen tuloksissa useamman kerran eri yhteyksissä. Ajatus on hyvä, mutta käytännössä sen toteuttamisen mahdollisuudet ja toimintamallit ovat haastavia. Niin kauan kuin seksuaalineuvontaan liittyvään palveluun, niin raskauden ehkäisyneuvonnassa kuin muiden terveystalouksienkin yhteydessä, ei ole resursoitu riittävästi seksuaalineuvojien työaikaan, on vaikea nähdä konkreettiset mahdollisuudet ottaa myös kumppani mukaan seksuaalineuvontaa tilanteisiin. Käytäntöjä kehittämällä ja kumppanin mukaan ottamisen

tärkeyden esilletuomisessa jo ajanvaraus tilanteessa, voitaisiin lisätä mahdollisuutta antaa seksuaalineuvontaa molemmille osapuolille esimerkiksi juuri raskauden ehkäisyneuvonnassa. Yleensä raskauden ehkäisyn aloittamisen ohjeistaa asiakkaalle lääkäri tai joissain tilanteissa sairaanhoitaja. Varsinkin lääkäreiden mahdollisuudet ja resurssit, lyhyillä vastaanottokäynneillä, antaa asiakkaan yksilölliseen tarpeeseen perustuvaa riittävää seksuaalineuvontaa, epäilyttävät.

Tulosten mukaan raskauden ehkäisyneuvontapalveluissa tulisi asiakkaan ja mahdollisen kumppanin kanssa ottaa puheeksi myös seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan ehkäisy. Seksuaalisen väkivallan puheeksi otto sekä lähi- ja parisuhdeväkivallan uhkan selvittäminen ovat tärkeitä asioita, joihin voidaan puuttua juuri esimerkiksi ehkäisyneuvonnan yhteydessä. Keskustelu on tärkeää seksuaalisen väkivallan ehkäisemiseksi ja tunnistamiseksi sekä tarvittavan hoidon ja avun tarjoamiseksi. Asia on siis tärkeä, mutta myös tässä asiassa, lääkäreiden ja sairaanhoitajien resurssit ja ammatillinen valmius ottaa asiaa puheeksi lyhyillä asiakasvastaanotoilla, epäilyttävät.

Tuloksissa puhutaan iäkkäistä sekä fyysisesti ja psyykkisesti pitkäaikaissairaista ja ympärivuorokautisessa hoidossa olevista seksuaalineuvonnan kohderyhmänä. Tähän kohderyhmään sisältyy myös vammaiset. Kohderyhmän asiakkaat asuvat hyvin erilaisissa olosuhteissa, joissa tuen määrä riippuu yksilöllisestä tarpeesta ja asumispaikan resursseista. Itsenäisen asumisen ja mahdollinen koti- tai omaishoidon apu, erilaisten tukiasuntojen ja tuetun asumisen yksiköiden, tehostetut palveluasumisen yksiköt ja hoitokodit, palvelu-, hoiva-, perhe- ja ryhmäkotien ja -talojen, hoito- ja kuntoutuslaitosten sekä terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastojen mahdollisuus tarjota seksuaaliterveyspalveluita ja seksuaalineuvontaa ovat hyvin erilaiset. Monet asiakkaat ovat kunnallisten ja erikoissairaanhoidon terveyspalveluiden piirissä, jota kautta heillä tulisi olla mahdollisuus tarvittaessa päästä terveyskeskusten ja keskussairaaloiden seksuaalineuvonnan asiakkaaksi. Mietin kuitenkin, kuinka oikeus seksuaalineuvontaan toteutuu niillä asiakkailla, joiden pääsy, syystä tai toisesta, terveyskeskuksiin itsenäisesti on estynyt tai joiden asuin- tai hoitopaikassa ei henkilöstörakenteesta riippuen ole valmiutta antaa seksuaalineuvontaa.

Erityisesti iäkkäiden kohdalla kokonaisvaltaisesta hoidosta unohdetaan yleensä seksuaalisuuteen liittyä ulottuvuus. Seksuaalisuuden ei enää katsota kuuluvan iäkkäiden elämään, varsinkaan mikäli asiakkaalla ei ole kumppania tai myös kumppani on iäkkäämpi. Iäkkäiden seksuaalineuvonta on tärkeää, jotta voidaan tukea yksilöiden oikeutta nauttia seksuaalisuudesta, yksilön omien halujen ja tarpeen mukaisesti, elämän loppuun saakka. Monilla iäkkäillä seksuaalisuuteen suhtautuminen, menneiden vuosikymmenien

yhteiskunnalliseen asenteeseen ja kulttuuriin liittyen, voi olla vaikeaa. Taustalla voi myös olla seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan ja hyväksikäytön kokemuksia, joista on ollut ajan hengen mukaisesti pakko vaieta. Kokemukset vaikuttavat kuitenkin yksilön kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin lisäksi terveydenhoidollisiin hoitotilanteisiin ja niistä olisi hyvä olla tietoa ja luoda ilmapiiri sekä henkilöstörakenne ja resurssit, jotta asioista on mahdollisuutta keskustella.

Sairaille, iäkkäille sekä vammaisille tulisi myös mahdollistaa oman seksuaalisuuden toteuttaminen omaehtoisesti. Tämän mahdollistaminen vaatii oikeanlaista suhtautumista hoivapaikan henkilöstöltä sekä mahdollisesti asiaan perehtyneen seksuaalineuvojan ohjausta. Myös tästä syystä seksuaalineuvonnan resursseihin tulisi kiinnittää erityistä huomiota niin iäkkäiden, pitkäaikaissairaiden sekä ympärivuorokautisessa hoidossa olevien kohdalla.

Vammaiset lukeutuvat yllämainittuun kohderyhmään pitkäaikaista hoitoa vaativista, mutta muodostavat silti hyvin erilaisen ja heterogeenisen ryhmän myös ajatellen seksuaalineuvonnan tarvetta. Vammaisuuteen liittyvä ulkopuolisen tuen tarve myös intiimeissä asioissa sekä mahdollisuudet pitää huolta omista seksuaalioikeuksista ja koskemattomuudesta altistaa vammaiset henkilöt myös seksuaaliselle väkivallalle, seksuaalista kehitystä häiritsevälle toiminnalle ja itsemääräämisoikeuden loukkauksille. Tästä syystä vammaisten seksuaalineuvontaan tulisi panostaa ja antaa heille riittävää, yksilöllistä ja yksilöllisen tarpeen mukaista neuvontaa ja keinoja niin turvataitojen kehittämiseen, omien seksuaalioikeuksien ja intiimin yksityisyyden ymmärtämiseen kuin oman seksuaalisuuden tukemiseen. Seksuaalineuvontaa tulisi antaa kaiken ikäisille vammaisille henkilöille heidän omassa ympäristössään sekä liitettynä sosiaali- ja terveyspalveluihin. Seksuaalineuvojan ammattitaito ja seksuaalineuvontatilanteet ovat myös hyödyksi kartoittamaan seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan kokemuksia ja näin mahdollistamassa tilanteeseen puuttumisen ja riittävän hoidon. Myös ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevien vammaisten hoitohenkilökuntaa tulisi kouluttaa ymmärtämään asiakkaiden seksuaaliset oikeudet ja tarpeet.

Erityisryhmäksi, joille seksuaalineuvontaa tulisi antaa, on tuloksissa nostettu myös psyykkisesti pitkäaikaissairaant. Psyykkisten sairauksien hoidossa hoitoketjut ovat hyvin yksilöllisiä ja vastuu hoidosta jakautuu mahdollisesti monelle eri taholle. Tällaisessa tilanteessa on haastavaa määritellä, kenellä lopulta on vastuu asiakkaan seksuaalineuvonnasta tai resursseja ja koulutusta sen antamiseen. Tulisiko siis psyykkisesti pitkäaikaissairaant lähettää seksuaalineuvontaan terveyskeskuksiin vai tulisiko heidän saada

seksuaalineuvontaa esimerkiksi mielenterveyskeskusten palveluista vai erikoissairaanhoidosta, osana muuta hoitoa.

Myös vankien seksuaalineuvonta oli nostettu tuloksissa esille. Vangeille tulisi tarjota seksuaalineuvontaa osana muita sosiaali- ja terveyspalveluita kuten muillekin kansalaisille. Suurimman huolen seksuaalineuvonta- ja terapiapalveluiden puuttumisesta vankien kohdalla herättää erityisesti seksuaalirikoksiin syyllistyneet vangit.

Yksi tuloksissa mainittu erityisryhmä on myös maahanmuuttajat, joiden seksuaali- ja lisääntymisterveydessä on erilaisia haasteita kuin valtaväestössä, kuten tyttöjen ympärileikkaukset, kunniaan liittyvä väkivalta, pakkoavioliitot, kidutuskokemukset sekä paperittomien oikeus ja mahdollisuudet seksuaaliterveyspalveluihin. Monet näistä haasteista ovat sellaisia, joita ei Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tule automaattisesti ajateltua, mutta joiden läsnäolo on arkipäiväistynyt maahanmuuton lisääntyessä. Näihin asioihin tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota ja tarjota laajasti seksuaalineuvonnan ja seksuaaliterapiankin palveluita niin ennaltaehkäisevässä kuin hoidollisessa tarkoituksessa. Seksuaaliterveyden huomioiminen tulisi ehdottomasti olla osa kotouttamista ja maahanmuuttajien kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin huomioimista. Erityisesti nuorten, toisen polven maahanmuuttajien seksuaalineuvonta tukisi heidän yksilöllistä seksuaalista kehitystä ja poistaisi heidän kokemiaan kulttuurisiin tai uskonnollisiin lähtökohtiin liittyviä haasteita sekä toimisi oikea aikaisesti annettuna myös niin tyttöjen ympärileikkauksen, seksuaalisuutta loukkaavan ja kunniaan liittyvän väkivallan ehkäisijänä. Myös psykososiaaliset sekä seksuaalisuuteen ja sukupuolirooleihin liittyvät normit ja arvot vaikuttavat palveluiden saatavuuteen. Tästä syystä sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöillä tulisi olla riittävää koulutusta huomioida, ottaa puheeksi ja reagoida maahanmuuttajiin liittyviin erityishaasteisiin, esimerkiksi asiakkaan riskiin joutua ympärileikkauksen, seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan tai muun seksuaalista kehitystä häiritsevän teon kohteeksi sekä rohkeutta ja tietoa toimia, mikäli hän huomaa asiakkaan joutuneen kyseisten tekosten uhriksi. Maahanmuuttajien kanssa tehtävässä työssä ennaltaehkäisevä työote olisi myös tärkeää näiden ongelmien poistamiseksi ja vähentämiseksi.

Maahanmuuttajien kohdalla oman kielisen tulkin käyttäminen neuvonta- ja terapiatilanteissa voi olla haasteellista liittyen kulttuurin siveellisyyssääntöihin, joiden mukaan seksuaalisuutta ylipäättään pidetään niin intiiminä asiana, ettei siitä tulisi puhua ulkopuolisille. Joidenkin maiden kielissä ei myöskään ole välttämättä sanaa arkikielessä, jolla seksuaalisuuteen liittyvistä asioista keskustella. Ammattitaitoinen seksuaalineuvoja ja -terapeutti löytää kyllä keinot yhteisten ilmaisujen luomiselle, mutta asioista keskusteleminen

ei välttämättä ole ongelmatonta ilman yhteistä kieltä. Suurempi haaste maahanmuuttajien seksuaalineuvonnan tarpeen mukaiseen saamiseen liittyy mielestäni palveluohjaukseen ja palveluiden resursointiin. Polkuja ja keinoja, joilla asiakas ohjautuu seksuaalineuvontaan, tulisi helpottaa myös maahanmuuttajien osalta. Ainut polku palveluihin ohjautumiseen ei esimerkiksi tulisi olla lääkärin kautta haettava lähete, vaan mahdollisuus palveluihin pääsemiseksi tulisi olla matalammalla kynnyksellä. Seksuaalineuvonta- vastaanottoja tulisi myös olla mahdollisuus resursoida useampia maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden kanssa, sillä yhteisen kielen löytymiseksi ja luottamuksen synnyttämiseksi tarvitaan enemmän aikaa. Yleensä myös maahanmuuttajien seksuaalineuvonnassa käsittelemät haasteet voivat olla syvempiä ja moninaisempia, jolloin niiden käsittely vie enemmän aikaa.

Haasteena tällä hetkellä palveluiden tuottamisessa on myös seksuaalineuvonnan määritelmä. Tulosten mukaan seksuaalineuvontaa tulisi terveyskeskuksissa antaa vain seksuaalineuvojakoulutuksen käyneen auktorisoidun henkilön toimesta. Samaan aikaan puhutaan kuitenkin niin lääkäreiden kuin sairaanhoitajienkin antamasta seksuaalineuvonnasta potilastyössä ja nähdään että seksuaalineuvontaa voidaan antaa osana kaikkia asiakastilanteita. Samalla puhutaan myös palvelua tarvitsevien ohjaamisesta eteenpäin seksuaalineuvontaan. Tämä luo epäselvyyden siitä, millaista seksuaalineuvontaa voidaan katsoa asiakkaalle annettavan hoitajan tai lääkärin toimesta ja milloin seksuaalineuvonnan tulisi olla juuri seksuaalineuvojan koulutuksen käyneen auktorisoidun henkilön antamaa.

Tuloksissa mainittuja perusterveydenhuollon tehtäväalueista seksuaalineuvontaa tulisi tarjota osana kuntoutusta ja fysioterapiaa, mielenterveyspalveluita, iäkkäiden terveysneuvontaa, kotihoitoa ja kotisairaanhoitoa, opiskeluterveydenhuoltoa, työterveyshuoltoa ja työttömien vastaanottoa, äitiys- ja ehkäisyneuvolassa sekä lääkärin ja sairaanhoitajien vastaanotto toiminnassa ja päivystystoiminnassa. Näissäkään kohdissa ei ole tarkemmin määritelty, tulisiko seksuaalineuvonta olla juuri seksuaalineuvojakoulutuksen käyneen auktorisoidun henkilön antamaa neuvontaa. Seksuaalineuvonnan tarjoaminen osana kokonaisvaltaista hoitoa ja ihmisen kohtaamista kaikissa tuloksissa mainituissa tehtäväalueissa on tärkeää, mutta suunnitelman toteuttamiseksi tulisi seksuaalineuvojia kouluttaa huomattavasti enemmän ja laajemmalle sosiaali- ja terveysalan kentälle, kuin vain terveyskeskuksiin. Tämän hetken tilanteessa, jossa seksuaalineuvojien riittävä resursointi terveyskeskuksiin näyttää olevan haasteellista, on vaikea kuvitella, kuinka seksuaalineuvontaa voidaan riittävästi tarjota osana kaikkia yllä mainittuja tehtäväalueita. Myös ylläoleviin palveluihin pääsemistä tulisi parantaa, jotta kuntalaiset voisivat saada myös seksuaalineuvontaa näiden palveluiden kautta.



Tuloksissa korostuu pitkälti seksuaalineuvontapalveluiden tuottaminen ja tarjoaminen terveydenhoidossa. Sosiaalialan seksuaalineuvontaan on tuloksissa ja niiden lähteissä olevissa materiaaleissa viitattu hyvin vähän. Erityisesti mielenterveyspalveluiden mainitseminen seksuaalineuvonnan tuottamisen kenttänä on tärkeä, mutta myös mielenkiintoinen pohdinnan aihe. Seksuaalisuus on kokonaisvaltainen osa ihmisyyttä ja siinä esiintyvät haasteet voivat vaikuttaa hyvin moniin elämän osa-alueisiin, kuten tutkimuksen teoriaosassa on kuvattu. Seksuaalisuuteen liittyvät fyysiset haasteet, kuten kiihottumisongelmat, saavat harvoin yksilön hakeutumaan terveydenhuollon palveluiden piiriin ja lääkärille. Vielä harvemmin apua lähdetään hakemaan, mikäli asia ei tuota suoraa fyysistä vaivaa, vaikka omaan seksuaalisuuteen liittyvät ajatukset saattavatkin aiheuttaa epäsuorasti myös fyysisiä oireita, ahdistusta ja stressiä sekä vaikuttaa merkittävästi esimerkiksi keskittymiseen, ihmissuhteisiin, nukkumiseen ja jaksamiseen. Näiden haasteiden vuoksi lääkärille hakeutuessa, lääkäri harvoin, todennäköisesti osaa esittää yksilölle oikeat kysymykset, joiden johdosta päästäisiin seksuaalisuuteen liittyvien haasteiden äärelle.

Yleisellä seksuaalineuvonnalla ja seksuaalikasvatuksella voidaan antaa yksilölle käytännön keinoja ja rikkoa tabuja, joiden avulla seksuaalista hyvinvointia voidaan lisätä. Jos yksilö kuitenkin kokee haasteita oman sukupuolisuuden, seksuaalisuuden tai niihin liittyvien halujen tai uskomusten kohdalla, hyödytään seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluista. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukenttää ajatellen, ei-fyysiseen haasteeseen voisi lähteä etsimään apua myös muualta kuin terveyskeskuslääkäriltä. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluihin kuuluu seksuaaliongelmien kliininen tutkimus ja hoito, joka kattaa lähinnä seksuaalisuuden biologisen ulottuvuuden eli sukupuolen, lisääntymisen ja ehkäisy, seksuaalisen kiihottumisen ja reagoinnin sekä fyysiseen ulkonäköön, muutoksiin, kasvuun ja kehitykseen liittyvät asiat. Näiden seksuaaliterveyteen liittyvien asioiden osalta oikea palvelupolku on terveyskeskuslääkäri.

Lääkäri ei kuitenkaan ole asiantuntija tai resurssienkaan puolesta oikea ammattihenkilö, silloin kun haasteet liittyvät seksuaalisuuden sosiokulttuuriseen ulottuvuuteen ja asemaan, kuten lakiin, uskontoon ja kulttuuriin, lähisuhteisiin ja eettisyyteen tai psykologiseen ulottuvuuteen ja tunteisiin, kuten kokemuksiin, opittuihin asenteisiin ja käyttäytymiseen, kehonkuvaan ja minäkuvaan. Näiden teemojen osalta lääkäriellä on mahdollisuus ainoastaan ohjata asiakas hänen tarvitsemiinsa palveluihin eli seksuaalineuvontaan ja -terapiaan.

Mielenterveyspalveluiden käyttöön liittyy kuitenkin edelleen vahva stigma, eikä palveluiden piiristä julkiselta puolelta löydy välttämättä koulutuksen omaavaa henkilökuntaa kä-

sittelemään juuri seksuaalisuuteen liittyviä teemoja. Seksuaalisuus ja sen haasteet nousevat kuitenkin luultavasti usein esille mielenterveyspalveluiden asiakastyössä ja tästä syystä olisikin tulevaisuudessa tärkeää panostaa myös mielenterveyspalveluiden kautta syntyvään seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden tarpeen kartoitukseen ja palvelu-ohjaukseen tai lisätä suoraan seksuaalisuuden tematiikkaan erikoistuneita työntekijöitä, kuten seksuaalineuvojia, julkisiin mielenterveyspalveluihin.

Tulosten mukaan seksuaalineuvonta on myös osa parisuhdeohjausta ja -neuvontaa. Lähteenä toimiva toimintaohjelma ei kuitenkaan määrittele tarkemmin, missä parisuhdeohjausta ja -neuvontaa tulisi ylipäättään saada. Yleisesti katsottuna parisuhdeohjausta ja -neuvontaa antavat äitiys-, lasten- ja perheneuvolat. Varsinkin perheneuvoloiden palveluihin on kuitenkin kaupungista riippuen omat palvelupolkinsa, eikä palveluita voi aina tästä syystä kutsua matalan kynnyksen palveluiksi. Perheneuvoloiden työntekijöitä ei myöskään ilmeisesti ole kovinkaan usein erityiskoulutettu seksuaalineuvontaan, joten perheneuvoloiden kyky antaa seksuaalineuvontaa voi olla rajoittunut tästä syystä. Myöskään vaatimuksia perheneuvoloiden tai muiden sosiaalialan julkisten palveluiden työntekijöiden pätevyyksistä tai henkilöstömitoituksista seksuaaliterveyteen, seksuaalineuvontaan tai seksuaaliterapiaan liittyen ei ole olemassa.

Erityisryhmät tulisi huomioida takaamalla seksi- ja erotiikka-alalla työskenteleville riittävät matalan kynnyksen seksuaalineuvonnan palvelut sekä huomioimalla valtion koulukotien nuorten tarvitsema seksuaalineuvonta kouluttamalla koulukotien henkilökuntaa. Tämän mukaan seksuaalineuvontaa tulisi tarjota erityisryhmiin kuuluville kuntalaisille myös terveyskeskusten ulkopuolella. Tästä herääkin kysymys, missä kaikkialla sosiaali- ja terveyspalveluissa seksuaalineuvontaa lopulta tulisi tarjota.

Sijaishuollon ja valtion koulukotien nuoret ovat nostettu yhdeksi tuloksissa mainituksi erityisryhmäksi. Valtion koulukotien osalta seksuaalineuvontaa pyritään järjestämään nuorille kouluttamalla koulukotien henkilökuntaa antamaan seksuaalineuvontaa nuorille. Tässäkin herää kysymys siitä, tulisiko jokaisessa valtion koulukodissa siis olla vähintään yksi seksuaalineuvojakoulutuksen käynyt työntekijä vai tulisiko koko henkilöstö perehdyttää aiheeseen yhteisillä koulutuspäivillä. Koko henkilöstön koulutus aiheeseen ei kuitenkaan ole mielestäni tehokas yksittäinen toimenpide, sillä henkilöstön tiedon lisääminen seksuaaliterveyteen liittyvistä aiheista ei välttämättä lisää nuorille annettavan laadukkaan seksuaalineuvonnan määrää, mikäli henkilöstöllä ei ole omia resursseja tai uskallusta puhua nuorten kanssa myös seksuaaliterveyteen ja seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Totuus on kuitenkin myös se, että kaikki koulukotien henkilökunta hyötyisi varmasti seksuaalisuuden puheeksi ottamista tukevasta koulutuksesta, sillä nuorten kanssa

työskenneltäessä aihe nousee arjessa monesti esille. Ennaltaehkäisevässä mielessä juuri syrjäytyneiden ja moniongelmaisten nuorten kohdistetulla ja yksilöllisesti riittävän kattavalla seksuaalineuvonnalla voitaisiin luultavasti päästä hyviin tuloksiin niin raskaudenkeskeytyksiä, teiniraskauksia, seksitautien tarttuvuutta kuin seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan ehkäisyäkin ajatellen.

Tulosten mukaan verkossa annettavaa seksuaalineuvontaa tulisi lisätä. Tämä mahdollistaisi seksuaalineuvontapalveluiden kattavuuden lisäämistä, matalampaa kynnystä, saavutettavuutta sekä vaikuttaisi merkittävästi resurssointiin. Internet on täynnä informatiivista tietoa seksuaalisuudesta ja myös terveydenhuollon eri tahot ovat tuottaneet materiaalia sivustoilleen. Tämä ei kuitenkaan poista tarvetta tai korvaa millään tavoin kahdenkeskeistä seksuaalineuvontaa, joka paneutuu asiakkaan yksilölliseen tilanteeseen, antaa kohdennettua tietoa ja erityisohjeita sekä antaa asiakkaalle myös mahdollisuuden tulla kohdatuksi ja saada lupa niin puhua, tuntea kuin kokea hänen omaan seksuaalisuuteen liittyviin asioihin. Verkossa tapahtuva seksuaalineuvonta ei myöskään helposti lisää tuloksissa useasti esille tuotua tavoitetta saavuttaa seksuaalineuvonnalla myös parisuhteessa olevan asiakkaan kumppani. Verkkoneuvonnassa on kuitenkin ajatuksena paljonkin potentiaalia, mikäli se osataan tuottaa oikein ja nykyajan digitaalisia mahdollisuuksia hyödyntäen. Tärkeää olisi taata asiakkaalle näköyhteys tai ainakin puheyhteys seksuaalineuvojaan sekä huomioida palveluiden toteuttamisessa myös muut mahdolliset kommunikointikeinot ajatellen erityisryhmänä esimerkiksi vammaisia ja niitä pitkäaikaissairaita, joiden kommunikaatio vaatii erityishuomiota. Tarkoitusta varten suunnitellut digitaaliset ohjelmat voisivat mahdollistaa ja helpottaa myös eri kieliryhmistä tulevien maahanmuuttajien seksuaalineuvontapalveluiden saamista, mikäli tämä vähentäisi ulkopuolisen tulkkauksen tarvetta palvelussa. Seksuaalineuvonnassa ja -terapiassa käsitellään hyvinkin intiimejä asioita, tarvitaan usein oman kielisiä tunnesanoja kuvaamaan kokemuksia sekä puhutaan asioista, joihin asiakkaalla ei kasvatuksellisista, kulttuurillisista tai uskonnollisista syistä välttämättä edes ole sanoja. Digitaalisilla menetelmillä voidaan poistaa kielellisiin haasteisiin liittyviä ongelmia ja helpottaa esimerkiksi palvelutarpeen arviointia, asioista kertomista sekä alkukartoitusta. Verkossa annettava seksuaalineuvonta olisi omiaan tavoittamaan myös erityisesti nuoret, jotka ovat kohdanneet seksuaalista ahdistelua, väkivaltaa tai sen uhkaa niin verkossa kuin sen ulkopuolellakin.

On mielenkiintoista nähdä, kuinka laajasti seksuaalineuvontaan ja -terapiaan liittyvät palvelut pyritään ulkoistamaan terveyskeskuksista yksityisille ja kolmannelle sektorille soteuudistuksessa. Toki palveluiden tarjoaminen asiakkaille ulkoistamisen myötä on vain positiivista, mutta siihenkin tulee varmasti liittymään haasteita. Yksityiset seksuaaliterapia-

palvelut ovat aina maksullisia, eivätkä kuulu suoraan esimerkiksi Kelan korvattavien psykoterapioiden piiriin. Kolmannella sektorilla taas puolestaan ei ole mahdollisuutta useinkaan, rahoitukseen liittyvien säädösten vuoksi, tarjota asiakkaille yksilöllistä ja pitkäkestoisista seksuaalineuvonta tai -terapiapalvelua. Jää siis nähtäväksi, mihin suuntaan tulevaisuus tulee, järjestämisvastuuseen vedoten, viemään seksuaalineuvonta ja -terapia-palveluita.

## 6.2.2 Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

Tulosten perusteella kaikille koululaisille ja opiskelijoille on tuotettava seksuaalineuvontaa sekä muuta seksuaaliterveysneuvontaa.

Kouluterveydenhuoltoa koskevan asetuksen (6.4.2011/338) mukaan koululaisille tulee antaa seksuaaliterveysneuvontaa oppilaan kehitysvaiheen mukaisesti. Oppilaat kuitenkin kehittyvät ja aloittavat seksuaaliset suhteet tai heräävät omaan seksuaalisuuteensa hyvin eri aikaisesti. Tästä syystä joidenkin oppilaiden kohdalla kahdeksannen luokan terveystarkastusten yhteydessä annettava seksuaalineuvonta voi jo olla osittain myöhässä. Oppilaiden seksuaalineuvonnan tarvetta tulisi siis kartoittaa tarkemmin jo ennen kahdeksannen luokan terveystarkastuksia. Tuloksissa mainitaan, että seksuaalineuvonnan yksilöllistä tarvetta tulisi arvioida keskustelulla ja havainnoinnilla, mutta lähteenä oleva menetelmäkäsikirja ei sen tarkemmin ota kantaa, kenen kyseisiä toimenpiteitä tulisi suorittaa ja miten mahdollisten havaintojen kanssa tulisi toimia. Koska kyse on alaikäisten oppilaiden seksuaalisuuteen liittyvästä havainnoinnista, ja siitä syntyvästä keskustelusta, tulee suhde oppilaan ja puheeksi ottajan välillä olla luottamuksellinen ja arvostava sekä tilanne puheeksi ottoon olla sopiva. On vaikea nähdä tällaisten luottamuksellisten suhteiden sekä sopivien tilanteiden syntymistä kiireisten oppipäivien ja vaihtuvien opettajien maailmassa, jossa myös suhde terveydenhoitajaan on etäinen vähäisten käyntien vuoksi.

Tuloksissa määritelty palvelu ja tuki seksuaaliseen kehitykseen voidaan katsoa tuote- tuksi, mikäli esimerkiksi kaikille koululaisille annetaan kehitysvaiheen mukaista tietoa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista, ilman että se täyttäisi yksilöllisen tarpeen palveluihin tai tietoon. Yksilöllisempää ja laajempaa tukea tai palvelua tarvitsevien oppilaiden tunnistaminen jää näin ollen kouluterveydenhuollon terveystarkastusten vastuulle. Mikäli terveystarkastuksista vastuussa olevalla henkilöllä ei kuitenkaan ole koulutusta tai kokemusta seksuaalisuuteen liittyvien asioiden esille ottamisesta, saattaa aihe jäädä käsittelemättä, mikäli oppilas ei itse uskalla tuoda seksuaalisuuteen liittyviä asioita esille.

Positiivisena asiana täytyy kuitenkin tuoda esille se, että tulokset painottavat seksuaaliterveyskasvatuksessa fyysisten asioiden, kuten raskauden ehkäisyn, ohella paljon myös seksuaalisuuteen liittyvään psyykkiseen ja kokonaisvaltaiseen puoleen, puhuen myös itsemääräämisoikeuksista, vastuullisuudesta, kunnioituksesta, läheisistä ihmissuhteista ja seurustelusuhteista sekä oikeudesta täysipainoiseen seksuaalielämään. Olisi kuitenkin mielenkiintoista perehtyä siihen, kuinka näiden asioiden puheeksi otto ja käsittely käytännössä toteutuu.

Opiskeluterveydenhuollon kohdalla huomataan sama asia kuin monen muunkin tuloksissa mukana olevan lähteen materiaalissa. Itse laki ei tarkasti määrittele palveluita, vaikka viittaakin niiden järjestämisvastuuseen. Onneksi opiskeluterveydenhuollon osalta asiaa tuetaan erillisellä asetuksella sekä monella muulla tulosten lähteenä olevalla asiakirjalla, jotka avaavat asiaa hiukan laajemmin. Asetus (6.4.201/338) antaa hyvin laajat raamit seksuaaliterveyden edistämiseksi ja puhuu seksuaaliterveyteen liittyvästä terveysneuvonnasta. Suoraa mainintaa ei asetuksessakaan kuitenkaan ole juuri seksuaalineuvonnasta, vaikka se viittaa hyvin pitkälti niihin sisältöalueisiin, joita käsitellään yksilöllisesti juuri seksuaalineuvonnassa. Asetus ei tarkemmin ota kantaa palveluiden tuottamistavan lisäksi palvelun tuottamisen määrään tai palvelun antajan pätevyysvaatimuksiin. Myöskään samaisessa kappaleessa suoraa mainintaa seksuaaliterapiaan ei ole, mutta jatkohoitoon ohjaamisella voidaan olettaa tarkoitettavan erityistason seksuaalineuvontaa ja seksuaaliterapiaa. Tätä ajatusta tukee myös sosiaali- ja terveysministeriön raportti (2014) opiskeluterveydenhuollon kehittämisestä, jossa korostetaan vaativampaa seksuaalineuvontaa ja seksuaaliterapeutin palveluiden tarpeessa olevien opiskelijoiden tunnistamista.

Opiskeluterveydenhuollon palveluiden tuottamisen haasteena on myös niiden eritasoisuus eri koulutusasteilla. Yliopistojen opiskeluterveydenhuolto on järjestetty laajasti ja kattavasti ja niiden piiristä on todennäköisesti hyvät mahdollisuudet saada myös yksilötasolla riittävää seksuaaliterveydenhuoltoa. Ammattikorkeakoulujen opiskeluterveydenhuoltopalvelut eivät ole olleet läheskään samalla tasolla yliopistojen kanssa, vaikka niiden järjestämiseen on pyritty resursoimaan. Tällä hetkellä ammattikorkeakoulujen opiskeluterveydenhuolto on yhdistetty suurimmaksi osaksi opiskelukaupunkien julkiseen terveydenhuoltoon. On kuitenkin vaikea nähdä terveyskeskusten resurssien riittävyys seksuaalineuvonnan toteuttamiseen palveluna kaikille, sitä tarvitseville kuntalaisille, nyt mukaan lukien myös opiskeluterveydenhuollon asiakkaat, joilla on oikeus palveluun erityisen lain ja asetuksen puitteissa. Toivon asian muuttuvan, kun tulevaisuudessa myös ammattikorkeakoulun opiskelijat pääsevät Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön eli nyt yliopisto-opiskelijoita palvelevan YTHS:n palveluiden piiriin.

Suurin huoli nousee nuoremmista, toiseen asteen oppilaitoksissa opiskelevista opiskelijoista, joiden seksuaalineuvontaan liittyvät terveydenhuoltopalvelut ovat jatkossakin usein opiskelukaupunkien julkisen terveydenhuollon palveluihin liitettynä. Toisen asteen oppilaitosten opiskelijoiden tarve seksuaalineuvontaan ja muuhun yksilölliseen terveysneuvontaan on ikävaiheen ja elämäntilanteen mukaisesti korkea, joka tulisi näkyä myös palveluiden tuottamisessa. Myös tuloksissa mainittua ryhmässä ja yhteisöllisesti annettavaa seksuaaliterveyteen liittyvää terveysneuvontaa tulisi huomattavasti lisätä toisen asteen oppilaitosten opiskelijoille, huomioiden heidän elämän- ja kehitysvaiheensa tarpeet.

Oppilaitoksissa on paikalla usein terveydenhoitaja, jonka puoleen voi kääntyä ehkäisy- ja seksuaaliterveyspalveluiden osalta. Joidenkin oppilaitosten yksiköiden kohdalla terveydenhoitajan vastaanotolle pääsemiseen vaikuttaa kuitenkin lyhyet vastaanottoajat. Palvelut painottuvat oppilaitosten terveydenhoitajien luona enimmäkseen ennaltaehkäisevään toimintaan ja sairauksien toteaminen ja hoito sekä muu vaativampi terveydenhuolto on julkisen terveydenhuollon palveluiden alla. Varsinkin nuorten kohdalla kynnys hakeutua muihin kuin puhtaasti raskaudenehkäisyyn liittyvien seksuaaliterveyspalveluiden piiriin, nousee huomattavasti, mikäli palvelut eivät ole matalan kynnyksen palveluita lähellä opiskeluympäristöä. Myös mahdollisuus tuoda esille seksuaalisen väkivallan, ahdistelun ja seksuaalisuuteen liittyviä muita haastavia kokemuksia vaikeutuu, mikäli lähellä ei ole luotettavaa, tuttua aikuista, esimerkiksi terveydenhoitajaa, jonka luona tuoda asioita esille. Vaihtuvat opettajat ja nykyinen opiskelukulttuuri, joka sisältää paljon itsenäistä työtä sekä työharjoittelua vaikuttavat myös mahdollisuuksiin luoda luotettavia kontakteja opiskelijahuollon ja opetushenkilöstön jäseniin, joiden tulisi tulostenkin mukaan toimia yhteistyössä opiskeluterveydenhuollon seksuaaliterveyden edistämisen palveluiden kanssa. Samoin kuin kouluterveydenhuollon kohdalla, muiden oppilaitosten henkilöstön kuin terveydenhoitajan puuttuminen opiskelijan seksuaaliterveyteen liittyviin asioihin on haastavaa.

Opiskeluterveydenhuoltoa koskevat tulokset mainitsevat lähi- ja parisuhdeväkivallan ehkäisyn yhtenä seksuaaliterveyteen liittyvänä palveluna. Lähi- ja parisuhdeväkivallan ehkäisy yhdessä seksuaaliterveyden tukemisen kanssa on tärkeää seksuaalisen väkivallan ehkäisemiseksi, väkivallan tunnistamiseksi sekä hoitoon hakeutumisen helpottamiseksi. Seksuaalinen väkivalta on tunnistettava palveluissa ja neuvonnassa lähi- ja parisuhdeväkivallan muodoksi ja siihen on puututtava. Opiskelijoita tulisi myös pyrkiä tukemaan seksuaalineuvonnalla ja muulla ohjauksella itse tunnistamaan terveen parisuhteen piirteet ja ennaltaehkäisevästi tietämään keinot, joilla puuttua, jos kokee uhkaa seksuaali-

sesta tai lähi- ja parisuhdeväkivallasta. Turvataitoja ja oman kehon ja mielen rajojen kunnioittamista tulisi opettaa yhä nuoremmille sekä kaikille sukupuolille, jotta seksuaalisuutta loukkaava väkivalta saataisiin myös lähi- ja parisuhteissa vähenemään.

### 6.2.3 Neuvolatoiminta

Neuvolatoimintaan liittyen valtioneuvoston asetuksessa (6.4.2011/338) puhutaan seksuaaliterveyteen liittyvästä terveysneuvonnasta. Monissa kunnissa lasta odottavien perhevalmennukset tuottavat parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen liittyvää ryhmämuotoista terveysneuvontaa, muun neuvonnan ollessa enemmän yksilötasoista.

Äitiys-, lapsi- ja perheneuvolassa perhettä tai vanhempaa kohtaa yleensä useamman kerran hänelle nimetty sama työntekijä. Tämä mahdollistaa yksilöllisemmän seksuaalisuuteenkin liittyvän terveysneuvonnan antamisen. Tuttu työntekijä myöskin voi laskea asiakkaan kynnystä ottaa puheeksi seksuaalisuuteen liittyvät asiat, jotka voidaan monesti kokea hankalaksi aiheeksi puhua. Neuvolan antaman seksuaaliterveysneuvonnan hyvänä puolena voidaan nähdä myös se, että se usein tavoittaa myös parisuhteessa elävien vanhempien molemmat osapuolet.

Asetuksessa (6.4.2011/338) mainittu lause yksilöllisestä tarpeesta tekee asetuksen kautta saatavan seksuaaliterveyspalvelun oikeutuksen asiakkaalle haastavaksi. On mielenkiintoista pohtia, kuka kunnassa määrittelee kunnan asukkaan yksilöllisen tarpeen seksuaaliterveyspalveluihin ja päättää palvelun muodon. Monesti palvelutarpeen arvioitsija on yksilön kanssa yhteistyötä tekevä työntekijä, kuten neuvolan terveydenhoitaja. Palveluiden saatavuus on kuitenkin terveydenhoitajan tietojen ja asiaan paneutumisen lisäksi kiinni aina myös kunnan määrärahoista ja niillä tuotetuista, saatavilla olevista palveluista.

Neuvoloissa annettavan seksuaalisuuteen liittyvän neuvonnan tulisi tulosten mukaan tukea voimavarojen vahvistumista, ihmissuhteita ja parisuhdetta, antaa tietoa ja tukea tiedon soveltamista käytäntöön sekä vastuun ottamista omasta terveydestä. Käytännössä tämän tavoitteen täyttäminen voidaan toteuttaa juuri seksuaalineuvontaa antamalla.

Parisuhteen huomioiminen ja sen sekä seksuaalisuuden puheeksi ottaminen neuvola- palvelussa antaa osaavalle työntekijälle hyvän kuvan parisuhteen dynamiikasta ja toimivuudesta. Tällöin työntekijällä on myös mahdollisuus arvioida parisuhteessa olevan parisuhdeväkivallan mahdollisuutta ja uhkaa sekä antaa ennaltaehkäisevää neuvontaa.

Parisuhteen haasteista selviämistä uudessa elämänvaiheessa voidaan tukea seksuaali- neuvonnalla. Raskaudenehkäisystä huolehtiminen, seksuaaliterveyteen liittyvien ohjeiden antaminen, seksuaaliseen kanssakäymiseen liittyvien asioiden puheeksi ottaminen, normalisointi sekä luvan antaminen ovat seksuaalineuvonnan keinoja, joilla voidaan tukea parisuhdetta ja siitä saatavia voimavaroja, joilla on suora vaikutus koko perheen hyvinvointiin.

Tulosten mukaan raskauden aikaista seksuaalineuvontaa tulisi saada niin terveydenhoitajan, kätilön kuin lääkärinkin palveluista. Seksuaalineuvontaa tulisi saada myös synnytyksen jälkeen. Taas kerran herää kysymys siitä, mikä lasketaan seksuaalineuvonnaksi, kuka on päteväksi antamaan seksuaalineuvontaa ja mikä on riittävää seksuaalineuvontaa. Raskauden aikainen seksuaalisuuden puheeksi otto liittyy usein esimerkiksi seksitautien testaamiseen. Synnytyksen jälkeen seksuaalisuuteen liittyvä keskustelu lähtee taas usein raskaudenehkäisyn näkökulmasta. Raskaus, synnytys sekä vanhemmuus voivat vaikuttaa seksuaalisuuteen ja parisuhteen seksielämään paljonkin, joten keskustelua myös muista näkökulmista olisi tärkeää käydä. Se, millaiset valmiudet neuvolan työntekijällä tai kätilöllä on seksuaalisuudesta keskustelemiseen, riippuvat pitkälti hänen omasta rohkeudestaan ja ammatillisesta kokemuksestaan ottaa asiaa esille. Kaikille työntekijöille seksuaalisuudesta puhuminen ei ole välttämättä luontevaa, vaikka se heidän työnkuvaansa kuuluisikin. Tästä syystä niin raskauden aikaista kuin synnytyksen jälkeistä seksuaalineuvontaa tulisi olla mahdollista saada myös erikoistuneelta seksuaalineuvojalta. Riittävästi resursoidut terveyskeskusten seksuaalineuvontapalvelut vastaisivat varmasti myös tämän asiakaskunnan tarpeeseen ja näin loisivat helpon palvelupolun seksuaalineuvontaan.

Käytännössä seksuaalineuvonnan antaminen jää pitkälti neuvolan terveydenhoitajan vastuulle, sillä raskauden aikaiset ja synnytyksen jälkeiset lääkärikäynnit ovat vähäisiä ja painottuvat lähinnä terveydellisiin seikkoihin. Lääkäreiden kouluttautumien seksuaalineuvojiksi tai -terapeuteiksi auttaisi heitä varmasti lähestymään seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä, mutta en näe todennäköisenä, että neuvolalääkäreillä olisi resursseja vaativamman seksuaalineuvonnan tai seksuaaliterapian antamiseen osana omaa potilastyötään. Myöskin kätilön mahdollisuudet antaa seksuaalineuvontaa ovat resursseiltaan



huonot. Tästä syystä neuvoloiden terveydenhoitajien seksuaalineuvonnan antamisen ammattitaitoon sekä resursseihin tulisi panostaa enemmän.

Tuloksissa tuodaan esille myös neuvoloiden velvollisuus ohjata raskaana oleva tarvittaessa parisuhde- tai seksuaalineuvojalle. Tällä todennäköisesti tarkoitetaan koulututtanutta seksuaalineuvojaa tai seksuaaliterapeuttia. Tulosten taustalla oleva toimintaohjelma ei kuitenkaan tarkenna, tulisiko seksuaalineuvontaa tai -terapiaa saada neuvolan palveluiden alta vai tarkoittaisiko tämä asiakkaan lähettämistä erikoissairaanhoidon tai terveyskeskusten palveluiden piiriin.

Mikään asetus tai ohjeistus ei tue ajatusta, että neuvolassa tulisi työskennellä seksuaalineuvojakoulutuksen käyntyttä henkilökuntaa. Koska seksuaalineuvonta nähdään niin oleellisena osana neuvolatoimintaa, olisi varmastikin oleellista luoda myös neuvoloille terveyskeskustenkaltaisen ohjeistus seksuaalineuvojakoulutuksen saaneen henkilöstön määrästä.

Tuloksissa tuodaan esille myös lastenneuvoloiden seksuaalineuvonnan antamisen tärkeyttä. Alle kouluikäisen lapsen seksuaalineuvontaan viitataan niin asetuksessa (6.4.201/338) kuin toimintaohjelmassakin. Tämän ikäisten lasten seksuaalineuvontaa ei välttämättä haluta nähdä niin tärkeäksi ja ikään sopivaksi, mutta seksuaalineuvonnalla on monia tarkoituksia ja keinoja tukea yksilön seksuaalista kehitystä. Turvataitojen sekä hyvän itsetunnon ja kehonkuvan opettaminen ovat jo itsessään osa seksuaalisuutta tukevaa kasvatusta, joka opetta lasta ymmärtämään omaa kehoa ja mieltään sekä pitämään kiinni niihin liittyvistä rajoista. Yksilöllistä seksuaalineuvontaa voidaan antaa esimerkiksi lapsille, joilla on haasteita oman sukupuolensa käsittelyssä tai jotka ovat törmänneet ikätasoon nähden liian seksuaaliseen materiaaliin. Molemmat ilmiöt ovat nykypäivänä yhä nuorempien lasten haasteita, joista selviytyäkseen he tarvitsevat ymmärtävän ja asiaan perehtyneen aikuisen tukea.

Lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon terveystarkastusten menetelmäkäsikirja ei kuitenkaan tarkemmin määrittele, missä laajuudessa, määrässä tai millä tavalla seksuaalineuvontaa tulisi antaa osana terveystarkastuksia. Menetelmäkirja ei myöskään avaa sitä, miten tulisi toimia, mikäli yksilöllisen palvelun tarpeen arvioinnin pohjalta työntekijä toteaa lapsella, nuorella tai perheellä olevan seksuaalineuvontapalveluiden tarve. Menetelmäkäsikirja jättää auki myös sen, tulisiko näissä tilanteissa seksuaalineuvontaa antaa samaisen työntekijän toimesta vai tulisiko palvelun tarvitsija ohjata esimerkiksi terveyskeskusten seksuaalineuvojien vastaanotolle.

Menetelmäkäsikirja tuo tuloksissa hyvin esille, ettei lastenneuvoloiden palveluiden tarkoitus ole vain lapsen kehityksen seuraaminen vaan myös tukea vanhemmuutta, parisuhdetta ja sen seksuaalisuutta sekä ehkäistä parisuhdeväkivaltaa. Tulokset tuovat hyvin esille myös tarpeen tukea ja opastaa vanhempia lapsen seksuaalisen kehityksen tukemisessa.

Näiden tuloksista tehtävien päätelmien perusteella voidaan todeta, että niin lapsen kuin parisuhteen tai vanhemman seksuaalisuuden esille ottaminen on jälleen kerran kiinni neuvolan terveydenhoitajan omasta aloitteellisuudesta sekä hänen ammattitaidostaan vastata vanhemman esille tuomiin, seksuaalisuuteen liittyviin, aiheisiin tai haasteisiin. Käytännössä parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen liittyvien aiheiden molemmin puoleinen esille ottaminen vaikeutuu lapsen kasvaessa. Kun lapsi lähestyy kouluikää, mutta on edelleen lastenneuvolan asiakas, ei hänen kuullen enää voida niin avoimesti keskustella parisuhteesta, seksuaalisuudesta tai niihin liittyvistä pulmista lapsen määräaikaistarkastusten yhteydessä. Näissä tilanteissa ei luultavasti vanhemmalla kuitenkaan ole mahdollisuutta varata itselleen aikaa keskustella aiheesta luontevasti, mahdollisesti monen vuoden asiakkuuden synnyttämän luottamussuhteen turvissa, seksuaalisuudesta yksin ilman lapsen läsnäoloa. Myöskin parisuhdeväkivallan tai sen uhkan esille tuominen tai kysyminen jo vanhemman lapsen läsnä ollessa voi olla haastavaa. Vanhemman parisuhteen ja sen seksuaalisuuden tukeminen tulisi siis edelleenkin kuulua neuvolaikäisen lapsen kohdalla neuvolan palveluiden piiriin. Keinoja sen toteuttamiseksi tulisi kuitenkin kehittää, jotta pystyttäisiin hyödyntämään mahdollisesti jo vuosia kestäneen asiakassuhteen mukanaan tuoma luottamus vanhemman ja työntekijän välillä, monille arkaluontoisen asian esille ottamiseksi.

#### 6.2.4 Hiv-tartunnan saaneet

Suomen hiv-strategia on hyvin selkeä siinä, mihin seksuaaliterveyteen liittyviin palveluihin hiv-tartunnan saaneella sekä hänen puolisoilla ja kumppaneilla on oikeus. Erityisesti seksuaalineuvonta ja -terapiapalvelut on strategiassa tuotu selkeästi esille. Strategiaa täytyy kehua sen tavasta huomioida myös hiv-tartunnan saaneen läheisten palvelun tarpeet.

Strategia näkee tärkeäksi tarjota palveluita niitä tarvitsevalle, mutta ei ota sen tarkemmin kantaa siihen missä laajuudessa tai minkä tahon tuottamana esimerkiksi seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluita tulisi tuottaa. Myöskään selvää ohjeistusta siitä, kuka palve-

luiden tarvetta selvittää ja tarvittaessa lähettää asiakkaan eteenpäin seksuaalineuvontaan tai -terapiaan, ei ole. Strategia edellyttää kyseisten palveluiden järjestämistä myös hiv-tartunnan saaneet puolisolle ja kumppaneille. Heidän kohdaltaan hoitoon ohjaus ja palveluiden laajuus jää vieläkin epäselvemmäksi.

Myös psykososiaalinen tuki, joka pitää sisällään seksuaalineuvonnan ja -terapian lisäksi myös muun neuvonnan, tuen ja vertaistuen, on jätetty hyvin vähälle avaamiselle sen osalta kuka palvelua tuottaa ja toteuttaa tai kuinka palveluihin ohjaututaan.

Strategia korostaa kuitenkin hyvin hiv-tartunnan kokonaisvaltaista vaikutusta ihmisen elämään ja lähipiiriin ja tuo hyvin esille tartunnan aiheuttaman stigman ja häpeän. Vaikka psykososiaalista tukea on tuloksissa strategian osalta painotettukin ja sen seurauksia tuotu myös esille, epäilen sen kuitenkin jäävän riittämättömäksi näkökulmaksi erityisesti julkisen terveydenhuollon puolella.

Strategian mukaan hiv-infektioiden hoidosta vastuussa olevalla erikoissairaanhoidolla tulee olla moniammatillista osaamista ja tarvittaessa käytössään hiv-tartunnan saaneen hoidossa myös sairaanhoitajia, sosiaalityöntekijöitä ja psykologista tukea antavia henkilöitä. Tässä kohdassa henkilöstön tarpeen ja ammattitaidon osalta ei kuitenkaan erikseen mainita seksuaalineuvoja tai -terapeutteja.

Kuten toisaalla tutkimuksen tuloksissa on mainittu, yliopistollisessa ja keskussairaalassa, joissa erikoissairaanhoidoa toteutetaan, tulisi olla palkattuna seksuaaliterapeutti. Myös tässä yhteydessä pohdin kuitenkin seksuaaliterapeutin resurssien mitoitusta verrattuna hiv-tartunnan saaneiden sekä heidän puolisoitensa ja kumppaniensa määrään ja palveluiden tarpeeseen. Tämä herättää kysymyksen siitä, kuinka laajasti ja järjestelmällisesti hiv-tartunnan saaneille kerrotaan heidän ja heidän läheistensä oikeudesta seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluihin tai missä laajuudessa palveluihin on mahdollisuus.

Strategia painottaa myös palveluiden tasapuolista saatavuutta eri puolella Suomea. Sote-uudistus tulee muuttamaan vielä entisestään sairaanhoitopalveluita ja -alueita. Näin spesifin erikoisalan tasa-arvoisten palveluiden saatavuuden mahdollistaminen tasapuolisesti herättää huolta.

Erityisryhmien hoidon saatavuuden haasteet on nostettu strategiassa laajasti esille. Jotta strategiassa ohjeistettu hiv-tartunnan saaneiden seksuaalineuvonta ja -terapiapalvelut voisivat saavuttaa myös esimerkiksi maahanmuuttajat, paperittomat, turvapaikan hakijat ja muun liikkuvan väestön, olisi heidät ensin saatava riittävässä määrin perusterveydenhuollon piiriin. Perusterveydenhuolto on vastuussa hiv-tartuntojen varhaisesta toteamisesta. Vaikka tiedetään, että yli puolet uusista hiv-tartunnoista todetaan ulkomaalaista

syntyperää olevilla, ei perusterveydenhuollossa epäilykseni mukaan silti riittävästi ponnosteta rutiininomaisiin hiv-testeihin riskiryhmässä olevilta. Testien rutiininomainen tarjoaminen riskiryhmille pitäisi olla automaattisesti niin hoitavan kuin ennaltaehkäisevän ja tartuntoja vähentävän toiminnan lähtökohtana.

Ulkomaalaista syntyperää olevien tarve seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluille on muistakin syistä mahdollisesti suurempi kantaväestöön verrattuna. Useissakaan maissa ei kulttuurillisista tai muista syistä käsitellä seksuaalisuutta samoin kuin esimerkiksi suomalaisessa perusopetuksessa ja muissa palveluissa tai anneta vastaavaa seksuaalikasvatusta kuin mitä kantasuomalaiset elämässään saavat. Tämä lisää erityisesti riskiä hiv-tartunnalle ja muille seksitaudeille, mutta lisää myös yhteentörmäysten vaaraa suomalaisen seksuaalikulttuurin kanssa. Tästä syystä seksuaalineuvontaa tulisi, hiv-testien yhteydessä, antaa laajasti ulkomaalaista syntyperää oleville perusterveydenhuollon asiakkaille sekä muille maassa oleville kohderyhmään kuuluville.

Ennaltaehkäisevänä työnä sekä tartuntojen varhaisen toteamisen vuoksi hiv-testausta tulisi laajentaa myös muihin hiv-tartunnan ja muiden seksitautien riskiryhmiin kuuluviin. Testejä tulisi tehdä rutiininomaisemmin vankien, seksityötä tekevien, huumeita pistämällä käyttävien sekä seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen palveluissa. Kaikessa toiminnassa tulisi huomioida laajemmin se, ettei tartunta näy ulospäin eikä kysy kantajansa ikää, sukupuolta, etnistä ja kulttuurillista taustaa tai sosioekonomista statusta.

Hiv-tartunnan saaneille on olemassa kolmannen sektorin palveluita, joissa tulosten esille tuomaa kohderyhmän kokemustietoa voidaan varmasti käyttää hyödyksi toiminnan suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Asiakslähtöisyys ja osallisuus ovat kuitenkin varmasti hyvin vähäisessä roolissa julkisten tai erikoissairaanhoidon palveluiden resurssoinnissa ja suunnittelussa. Epäilen vahvasti myös molemminpuolisen yhteistyön ja vuorovaikutuksen toimimista kaikkien niiden tuloksissakin mainittujen tahojen ja eri sektoreiden välillä, jotka ovat oleellisessa roolissa hiv-tartunnan saaneen kokonaisvaltaisessa hoidossa.

Yhteistyötä eri sektorien välillä vaikeuttaa se, ettei julkisten terveystalveluiden puolella yleensä ole verkostovastuuhenkilöä tai resursseja ylläpitää sektorirajat ylittäviä verkostoja. Vastuu verkostojen rakentamisesta ja ylläpitämisestä on yleensä yksittäisten järjestöjen toimihenkilöillä. Kun tuloksissa yhteistyötahoina on epäsuorasti tai suorasti mainittu niin kuntasektori, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, vankilat sekä eri kohderyhmien, kuten maahanmuuttajien ja turvapaikanhakijoiden, paperittomien ja muun liikkuvan väestön, seksityötä tekevien ja vankien omat tukijärjestöt ja muut toimijatahot, on

verkostollisen yhteistyön tekemisen ja kehittäminen suuri haaste kolmannen sektorin harteille kaadettavaksi.

Hiv-strategia on tärkeä työväline niin seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden oikeutukselle, mutta sillä on vaikutuksensa myös sen esille tuomiseen, miksi seksuaalineuvontaa tulisi laajasti tuottaa koko kansan palveluksi. Seksitautien ennaltaehkäisy, testaus ja hoito ovat kokonaisvaltaisen terveyden ja hyvinvoinnin välineitä. Seksuaalineuvonnalla ja -terapialla pystytään vaikuttamaan niin ihmisten tietouteen seksitaudeista, mutta myös tukemaan tai kuntouttamaan ihmisten seksuaalisuuteen liittyviä niin fyysisiä kuin psyykkisiäkin haasteita. Seksuaalisuuteen liittyvän minäkuvan kehittymisen tukeminen seksuaalineuvonnalla sekä seksuaalitraumojen ja vaikeampien seksuaalisuuteen liittyvien käytösmallien hoitamisella vaikutetaan ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin ja näin estetään seksuaalinen riskikäyttäytyminen, jotka altistavat yksilön myös seksitaudeille.

### 6.3 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen tulosten luotettavuuden arviointiin vaikuttaa moni asia. Tulosten vahvistuvuus jää esimerkiksi heikoksi, sillä tutkimusaiheesta ei ole tuotettu toista tutkimusta, joka voisi vahvistaa tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksen tulosten vastaavuutta on kuitenkin työssä helppo arvioida, sillä tutkimuksen alkuperäinen aineisto on tutkimuksen tuloksissa helposti nähtävissä.

Tutkimustulosten pysyvyys voidaan myös katsoa olevan hyvä, sillä tutkimuksen aineistona käytetty lainsäädäntö ja säädökset uudistuvat hyvin hitaasti. Säädösten tulkinallisuus kuitenkin riippuu pitkälti tietoa soveltavasta asiantuntijasta, joten tämä voi aiheuttaa tulosten pysyvyyden ja luotettavuuden kannalta haasteen.

Tutkimuksen reliabiliteettia ei ole varmistettu käyttämällä useaa arvioitsija tai havainnointitekniikkaa, mutta aineiston hankinnassa, aineisohakua suoritettiin useamman kerran eri tutkimuksessa käytetyistä lähdesivustoista. Havainnointikertoja lisättiin aineiston kattavuuden varmistamiseksi ja sen todentamiseksi, ettei tulokset perustu ei-sattumanvaraisiin havaintoihin. Tässä huomioitiin myös käytettyjen lähdesivustojen tulosten päällekkäisyys.

#### 6.4 Johtopäätökset, kehittämissuositukset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen tulokset eivät sinänsä luo uutta tietoa, mutta kokoavat kattavasti yhteen ja näkyväksi seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden tilanteet niin päättäjälle kuin palveluiden tarvitsijallekin. Palveluiden tuottamiselle on lailliset perusteet ja vaateet ja niiden mukaan jokaisella on oikeus saada kyseisiä palveluita tarpeensa mukaisesti. Varsinkin seksuaalineuvonnan tulisi olla osana monia terveydenhuollon palveluita ja seksuaalisuus tulisi ottaa laajasti huomioon kaikessa kokonaisvaltaisessa terveydenhuolto asiakastyössä.

Tutkimuksen tulokset ovat validit ja luotettavat, eikä niitä siis ole kiistäminen. Käytännössä kuitenkin palveluiden saatavuus on kiinni palveluntuottajien taloudellisista resursseista ja mahdollisuuksista, rahojen kohdentamisesta ja intresseistä tuottaa palveluita.

Tutkimuksen tuloksia tullaan hyödyntämään jakamalla tutkimuksesta saatua tietoa ihmisille. Näin ihmiset osaavat vaatia itselleen kuuluvia palveluita. Palvelutarpeen ja kysynnän lisääntyessä, myös tarve palveluiden kehittämiseen lisääntyy. Näin saadaan luotua myös painetta päättäjille, että seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden kehittämiseen tulisi panostaa. Pitkällä tähtäimellä tällä saadaan aikaiseksi tuloksia niin yksidioiden seksuaaliseen hyvinvointiin ja terveyteen liittyvien palveluiden saatavuudessa ja laadussa kuin ammattialan kysynnässä ja kehityksessäkin. Tulosten hyödynnettävyydessä on ensiarvoisen tärkeää tehdä yhteistyötä ammattikentän suurimpien toimijoiden, kuten Väestöliiton ja Sexpon kanssa, jotta voidaan löytää mahdollisia keinoja vaikuttaa asioihin poliittisella vaikuttamistyöllä laajemmassa mittakaavassa.

Jatkotutkimusaiheena tutkimukselle näkisin tärkeäksi lähteä kartoittamaan seksuaalineuvonta ja -terapiatyötä tekevien sekä palveluita tuottavien tahojen näkemystä siitä, millaiseksi palvelukenttä tulisi heidän mielestään rakentaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistus tulee toteutuessaan muuttamaan sosiaali- ja terveystalouden tuottamista sekä mahdollisesti myös tapoja, joilla asiakkaat ohjautuvat palveluiden piiriin tai maksavat niistä. Uskon, että seksuaaliterveyden ammattilaisilla ja palveluita tuottavilla tahoilla on oma näkemyksensä seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden tuotokellisesta ja asiakaslähtöisestä tuottamisesta, joka tulisi tutkimuksen tulostenkin mukaan ottaa paremmin huomioon palveluita kehitettäessä. Erityisesti kolmannen sektorin palveluntuottajien tietämys erityisryhmien tarpeista ja huomioimisesta tulisi hyödyntää palveluita kehitettäessä.

Alkuperäinen tutkimussuunnitelmani sisälsi myös yllä olevan jatkotutkimusaiheen. Tutkimus oli tarkoitus alun perin tehdä triangulaatiotutkimuksena, joka olisi sisältänyt myös seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluita tuottavien tahojen ja ammattilaisten haastattelun. Haastattelulla olisi tutkittu kentän näkemystä palveluista ja niiden tuottamisen tämän hetkisestä tilanteesta ja haasteista sekä tulevaisuuden näkymistä, erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen liittyen.

Triangulaatiotutkimuksen suunnitteluun ja valmisteluun käytettiin tutkimuksen alkuvaiheessa paljon resursseja. Haastattelut jätettiin kuitenkin pois tutkimuksesta, kun huomattiin, että tutkimuksen ensimmäinenkin osio, eli palveluiden järjestämisvastuun osoittaminen, johon haastattelulla saatuja tuloksia oli tarkoitus peilata, oli myös odotettua suuryöisempi. Suuritoisen tutkimuksesta teki aineiston valintaan liittyvät haasteet. Tutkimuksen tekoa olisi mahdollisesti nopeuttanut ulkopuolisen asiantuntija-avun nopeampi käyttäminen aineiston valinnan apuna. Käytetyt asiantuntijayhteydet kuitenkin osoittivat, ettei kenelläkään ollut yksiselitteistä vastausta lakien, säädösten tai raporttien soveltamisesta palveluiden järjestämisvastuun osoittamiseksi yhtään sen paremmin.

## Lähteet

Ansamaa, Outi 2006. Hedelmättömyyden vaikutus seksuaalisuuteen. Teoksessa Apter, Dan – Kaimola, Kari – Väisälä, Leena (toim.): Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim. 185-190.

Bildjuschkin, Katriina – Ruutilahti, Susanna 2008. Seksiä vaatteet päällä. Helsinki: Tammi.

Cacciatore, Raisa 2006. Lasten ja nuorten seksuaalisuus. Teoksessa Apter, Dan – Kaimola, Kari – Väisälä, Leena (toim.): Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim. 205-225.

Eskola, Jari – Suoranta, Juha 2014. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tallinna: Vastapaino.

Finlex. Oikeusministeriö. Verkkodokumentti. <<http://www.finlex.fi/fi/>> Luettu 11.4.2019

Hallenberg, Helena 2008. Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Brusila, Pirkko (toim.) Helsinki: Duodecim.

Hansson, Aino-Inkeri – Nuorteva, Leena 2014. Opiskeluterveydenhuollon kehittäminen. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014: 10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <[http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70281/ISBN\\_URN\\_978-952-00-3484-9.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70281/ISBN_URN_978-952-00-3484-9.pdf)> Luettu 11.4.2019

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2003. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tammi.

Hoitopaikanvalinta.fi 2018. Valitse hoitopaikkasi. Sosiaali- ja terveysministeriö, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos ja Kansaneläkelaitos. Verkkodokumentti. <<https://www.hoitopaikanvalinta.fi/valitse-hoitopaikkasi/>> Luettu 28.3.2019

Ilmonen, Kamomilla – Korhonen, Elina 2015. Seksuaalioikeudet. Helsinki: Väestöliitto. Verkkodokumentti. <[https://www.vaestoliitto.fi/@Bin/5048510/va%CC%88esto%CC%88liitto\\_seksuaalioikeudet\\_web.pdf](https://www.vaestoliitto.fi/@Bin/5048510/va%CC%88esto%CC%88liitto_seksuaalioikeudet_web.pdf)> Luettu 11.4.2019

Ilmonen, Tuisku 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa Apter, Dan – Kaimola, Kari – Väisälä, Leena (toim.): Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim. 41-59.

Ilmonen, Tuisku – Nissinen, Jussi 2006. Sanasto. Teoksessa Apter, Dan – Kaimola, Kari – Väisälä, Leena (toim.): Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim. 432-457.

Julkari - Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan avoin julkaisuarkisto. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <<https://www.julkari.fi/>> Luettu 8.1.2018

Jyväskylän ammattikorkeakoulu a. Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Integratiivinen katsaus. Verkkodokumentti. <<https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/kirjallisuuskatsaukset/integratiivinen-katsaus/>> Luettu 1.5.2019.

Jyväskylän ammattikorkeakoulu b. Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Kirjallisuuskatsaukset. Verkkodokumentti. <<https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/kirjallisuuskatsaukset/>> Luettu 1.5.2019.

Klemetti, Reija – Raussi-Lehto, Eija (toim.) 2016. Edistä, ehkäise, vaikuta – seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. Tampere: Terveiden ja hyvinvoin-



nin laitos. Verkkodokumentti. <[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116162/THL\\_OPAS33\\_VERKKO9.3.2016.pdf?sequence=3](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116162/THL_OPAS33_VERKKO9.3.2016.pdf?sequence=3)> Luettu 11.4.2019

Kontula, Osmo 2008. Halu & intohimo. Tietoa suomalaisesta seksistä. Keuruu: Otava.

Kontula, Osmo 2006. Suomalainen seksuaalikulttuuri. Teoksessa Apter, Dan – Kaimola, Kari – Väisälä, Leena (toim.): Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim. 27-37.

Laitinen, Liisa 2011. Lapsettomuus ja seksuaalisuus. Teoksessa Seksuaalineuvonnan tueksi. Toim. Ritamo, Maija – Ryttyläinen-Korhonen, Katri – Saarinen, Saana. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 73-77. Verkkodokumentti. <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80221/638fa3f5-4df4-4dc8-86e9-37e0d9db7a9c.pdf?sequence=1>> Luettu 11.4.2019

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 3.8.1992/733. Annettu Helsingissä 3.8.1992.

Latvala, Eila – Vanhanen-Nuutinen, Liisa. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, Sirpa - Nikkonen, Merja (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Lepola, Ulla – Koponen, Hannu 2006. Mielenterveysongelmat ja seksuaalisuus. Teoksessa Apter, Dan – Kaimola, Kari – Väisälä, Leena (toim.): Seksuaalisuus Helsinki: Duodecim. 305-310.

Liitsola, Kirsi (toim.) 2017. Suomen HIV-strategian vuosille 2018-2020. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135646/OHJ2017\\_28\\_Suomen%20Hiv-strategia%202018-2020\\_WEB.korjattupdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135646/OHJ2017_28_Suomen%20Hiv-strategia%202018-2020_WEB.korjattupdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y)> Luettu 11.4.2019

Mölsä, Mulki 2008. Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Brusila, Pirkko (toim.) Helsinki: Duodecim.

Nissinen, Jussi 2006. Seksuaalinen suuntautuminen. Teoksessa Apter, Dan – Kaimola, Kari – Väisälä, Leena (toim.): Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim. 130-156.

Oulasmaa, Minna 2006. Seksuaalisuus raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Teoksessa Apter, Dan – Kaimola, Kari – Väisälä, Leena (toim.): Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim. 191-197.

Rautiainen, Hilikka 2006. Ikääntyminen ja seksuaalisuus. Teoksessa Apter, Dan – Kaimola, Kari – Väisälä, Leena (toim.): Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim. 227-237.

RIKU - Rikosuhripäivystys 2014. Mikä on rikosuhridirektiivi? Verkkodokumentti. <<https://www.riku.fi/fi/ohjaa+asiakkaasi+rikun+palveluun/mika+on+rikosuhridirektiivi/>> Luettu 21.3.2019

Ritamo, Maija – Pelkonen, Marjaana – Nikula, Minna 2010. Seksuaali- ja lisääntymis-terveyden edistäminen. Väliarviointi sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmasta vuosille 2007-2011. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80218/cbbcdf34-116e-4a6e-b588-1b46b202f1b2.pdf?sequence=1>> Luettu 11.4.2019

Ritamo, Maija – Ryttyläinen-Korhonen, Katri 2011. Seksuaalineuvojan koulutus ja pätevyys. Teoksessa Seksuaalineuvonnan tueksi. Toim. Ritamo, Maija – Ryttyläinen-Korhonen, Katri – Saarinen, Saana. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 13-15. Verkkodokumentti. <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80221/638fa3f5-4df4-4dc8-86e9-37e0d9db7a9c.pdf?sequence=1>> Luettu 11.4.2019.

Rosenberg, Leena 2006. Pitkäaikaussairaus, vammatutuminen ja seksuaalisuus. Teoksessa Apter, Dan – Kaimola, Kari – Väisälä, Leena (toim.): Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim. 281-304.

Ruusuvaara, Leena 2006. Raskauden ehkäisy ja seksuaalisuus. Teoksessa Apter, Dan – Kaimola, Kari – Väisälä, Leena (toim.): Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim. 198-202.

Ryttyläinen, Katri – Valkama, Sirpa 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita.

Ryttyläinen-Korhonen, Katri - Ala-Luhtala, Riitta 2017. Seksuaaliterveys. Teoksessa Mäki, Päivi – Wikström, Katja – Hakulinen, Tuovi – Laatikainen, Tiina (toim.) Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkäsikirja. 183-188. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135858/URN\\_ISBN\\_978-952-302-964-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135858/URN_ISBN_978-952-302-964-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y)> Luettu 11.4.2019.

Sannisto, Tuire 2010. Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Verkkodokumentti. <<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66691/978-951-44-8308-0.pdf?sequence=1>> Luettu 11.4.2019.

Santalahti, Tarja – Lehtonen, Mika 2016. Seksuaaliterapia. Jyväskylä: PS-kustannus.

Sironen, Maija – Kalilainen, Päivi 2006. Terapeuttinen työskentely seksuaalikäytöksissä. Teoksessa Apter, Dan – Kaimola, Kari – Väisälä, Leena (toim.): Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim. 349-365.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Annettu Helsingissä 30.12.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2005. Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2005:7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70009/Es200507.pdf?sequence=1>> Luettu 11.4.2019.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö ja sen hallinnonala. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 1/2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73735/URN%3aNBN%3afi-fe201504224006.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Luettu 11.4.2019.

Sosiaali- ja terveysministeriö a. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuu. Verkkodokumentti. <<https://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut>> Luettu 28.3.2019.

Sosiaali- ja terveysministeriö b. Potilaan oikeudet. Verkkodokumentti. <<https://stm.fi/potilaan-oikeudet>> Luettu 28.3.2019.

Sosiaali- ja terveysministeriö c. Sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet. Verkkodokumentti. <<https://stm.fi/sosiaalihuollon-asiakkaan-oikeudet>> Luettu 28.3.2019.

Sosiaali- ja terveysministeriö d. Sosiaalipalveluiden saatavuus. Verkkodokumentti. <<https://stm.fi/sosiaalipalvelujen-saatavuus>> Luettu 28.3.2019.

Sosiaali- ja terveysministeriö e. Hoitoon pääsy. Verkkodokumentti. <<https://stm.fi/hoitotakuu>> Luettu 28.3.2019.

Sosiaali- ja terveysministeriö f. Hoitopaikan valinta. Verkkodokumentti. <<https://stm.fi/hoitopaikan-valinta>> Luettu 28.3.2019.

Sosiaali- ja terveysministeriö g. Hoitopaikan valinta. Verkkodokumentti. <[https://stm.fi/documents/1271139/1376276/Potilaan\\_valinnanvapaus\\_Suomessa.pdf/e26b320b-6eac-43cd-becc-9a79fed4223c/Potilaan\\_valinnanvapaus\\_Suomessa.pdf.pdf](https://stm.fi/documents/1271139/1376276/Potilaan_valinnanvapaus_Suomessa.pdf/e26b320b-6eac-43cd-becc-9a79fed4223c/Potilaan_valinnanvapaus_Suomessa.pdf.pdf)> Luettu 28.3.2019.

Sosiaali- ja terveysministeriö h. Hallinnonala. Verkkodokumentti. <<http://stm.fi/hallinnonala>> Luettu 14.2.2019.

Sulosaari, Virpi – Kajander-Unkuri, Satu 2015. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Teoksessa Stolt, Minna – Axelin, Anna – Suhonen, Riitta (toim.): Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A: 73/2015.

Suomela, Anu. 2009. Seksi. Kaikki mitä tulee tietää. Jyväskylä: Gummerus.

Stolt, Minna – Axelin, Anna – Suhonen, Riitta (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Annettu Helsingissä 30.12.2010.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Ulkoministeriö. Euroopan neuvoston voimassa olevat ihmisoikeussopimukset. Verkkodokumentti. <<https://um.fi/euroopan-neuvoston-voimassa-olevat-ihmisoikeussopimukset>> Luettu 21.3.2019.

Ulkoministeriö 1995. Pekingin julistus ja toimintaohjelma 1995. Verkkodokumentti. <[https://um.fi/documents/35732/0/Pekingin\\_julistus\\_ja\\_toimintaohjelma.pdf/6672475c-2ada-09a5-b0a2-af54616ba064?t=1542106796726](https://um.fi/documents/35732/0/Pekingin_julistus_ja_toimintaohjelma.pdf/6672475c-2ada-09a5-b0a2-af54616ba064?t=1542106796726)> Luettu 21.3.2019

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 6.4.2011/338. Annettu Helsingissä 6.4.2011.

Valto. Valtioneuvoston yhteinen julkaisuarkisto Valto. Kansalliskirjasto. Verkkodokumentti. <<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/>> Luettu 8.6.2017.

Virtanen, Jukka. 2002. Kliininen seksologia. Vantaa: WSOY.

Vuola, Tapani. 2003. Mitä seksuaaliterapia on? Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 2003; 119(3): 261-266. Verkkodokumentti. <<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo93413.pdf>> Luettu 11.4.2019.

Väestöliitto 2009. Suomalaisten seksuaalisuus FINSEX tutkimushanke. Helsinki: Väestöliitto. Verkkodokumentti. <[http://www.vaestoliitto.fi/tieto\\_ja\\_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/seksologinen\\_tutkimus/suomalaisten-seksuaalisuus-finse/](http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/seksologinen_tutkimus/suomalaisten-seksuaalisuus-finse/)> Luettu 4.4.2019

Väestöliitto 2018. WHO:n standardit Euroopassa. Helsinki: Väestöliitto. Verkkodokumentti. <[http://www.vaestoliitto.fi/vanhemmuus/tietoa\\_vanhemmille/pienten\\_lasten\\_vanhemmat/lapsijaseksuaalisuus/kokonaisvaltainen-seksuaalikasva/standardit/](http://www.vaestoliitto.fi/vanhemmuus/tietoa_vanhemmille/pienten_lasten_vanhemmat/lapsijaseksuaalisuus/kokonaisvaltainen-seksuaalikasva/standardit/)> Luettu 25.1.2018

Whittemore, R. – Knaf, K. 2005. The integrative review: updated methodology. Leading Global Nursing Research, 52 (5): 546-553. Verkkodokumentti. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>> Luettu 1.5.2019.

## Aineistosta esille nousseet seksuaalineuvontaan ja -terapiaan liittyvät käsitteet

LÄHDE	KÄYTETYT KÄSITTEET
<b>Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326</b>	seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävät palvelut seksuaaliterveyden edistäminen
<b>Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 6.4.2011/338</b>	seksuaaliterveyteen liittyvä seksuaaliterveysneuvonta, seksuaaliterveyteen liittyvä terveysneuvonta, seksuaaliterveyteen liittyvä neuvonta, seksuaaliterveyteen liittyvä muu neuvonta, seksuaaliterveysneuvonta, terveysneuvonta seksuaalista kypsyttää ja kehitystä tukeva neuvonta seksuaaliterveyttä edistävät palvelut seksuaalisen ja sukupuolisen suuntautumisen tukeminen seksuaalisuutta ja parisuhdetta koskeva neuvonta seksuaalisen väkivallan ehkäisy parisuhdeneuvonta
<b>Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020</b> Terveyden ja hyvinvoinnin laitos Klemetti – Raussi-Lehto. 2016.	SEKSUAALINEUVONTA SEKSUAALITERAPIA seksuaaliterveysneuvonta seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvä neuvonta ja ohjaus seksuaalista itsetuntoa ja parisuhdetta vanhvistava tuki ja tieto
<b>Suomen HIV-strategia vuosille 2018-2020</b> Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Liitsola. 2016.	SEKSUAALINEUVONTA SEKSUAALITERAPIA seksuaaliterveyteen liittyvä terveysneuvonta tuki seksuaali- ja sukupuoli-identiteetin rakentamiseen psykosisaalinen tuki, neuvonta, tuki, vertaistuki
<b>Terveystarkastukset lastenneuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkäsikirja.</b> Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ryttyläinen-Korhonen - Ala-Luhtala. 2016.	SEKSUAALINEUVONTA seksuaaliterveyden edistäminen
<b>Opiskeluterveydenhuollon kehittäminen</b> Sosiaali- ja terveysministeriö. Hansson - Nuorteva. 2014.	SEKSUAALINEUVONTA SEKSUAALITERAPIA seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelut seksuaaliterveyden edistäminen

## Seksuaalineuvonta ja -terapiapalveluiden järjestämistä vastaavien perusteella tuotettavat palvelut

Kenelle palveluja tulisi tuottaa	Mitä palveluita ja missä laajuudessa palveluita tulisi tuottaa	Miten palveluita tulisi tuottaa	Lähde
<p>Kunnan on järjestettävä kaikille kunnan eri-ikäisille asukkaille seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistäviä palveluita.</p> <p>Mainitut erityisryhmät:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vammaiset,</li> <li>- fyysisesti tai psyykkisesti pitkäaikaissairaat,</li> <li>- kirurgiapotilaat,</li> <li>- iäkkäät</li> <li>- ympärivuorokautisessa hoidossa olevat,</li> <li>- miehet,</li> <li>- sijaishuollon ja valtion koulukotien nuoret,</li> <li>- vangit,</li> <li>- seksi- ja erotiikka-alalla työskentelevät tai työskennelleet,</li> <li>- maahanmuuttajat</li> </ul> <p>Parisuhteessa elävien kumppanit tulee ottaa mukaan neuvontaan.</p>	<p>Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävät palvelut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- seksuaalineuvonta ja muu seksuaaliterveyden edistävät palvelut</li> <li>- seksuaalineuvonta ja seksuaaliterapia</li> <li>- seksuaaliongelmien kliininen tutkimus ja hoito</li> </ul> <p>Seksuaalineuvontaa tulee olla osana:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lääkärin ja hoitajan vastaanotto ja päivystystoiminta</li> <li>- äitiys- ja ehkäisyneuvoloiden toimintaa</li> <li>- opiskeluterveydenhuollossa</li> <li>- työterveyshuollossa ja työttömien vastaanotoilla</li> <li>- kotihoidossa ja kotisairaanhoidossa</li> <li>- iäkkäiden terveysneuvonnassa</li> <li>- mielenterveyspalveluissa</li> <li>- kuntoutuksessa ja fysioterapiassa</li> <li>- raskaudenehkäisyneuvonnoissa</li> </ul> <p>Seksuaalineuvonnan tulee sisältää myös seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan ehkäisyä.</p> <p>Asiakas tulee ohjata tarvittaessa seksuaalineuvontaan.</p>	<p>Jokaisessa terveyskeskuksessa on oltava riittävästi seksuaalineuvoja. Jokaisessa sairaalassa on oltava seksuaalineuvoja, yliopistollisissa ja keskussairaaloissa myös seksuaaliterapeutti.</p> <p>Seksuaalineuvonnan tarpeen määrittää lääkäri. Lääkityksen ja leikkausten vaikutuksesta seksuaalitoimintoihin tulee kertoa. Seksuaalista itsetuntoa ja parisuhdetta vahvistavaa tukea ja tietoa tulee antaa ammattihenkilöstön toimesta. Seksuaalineuvonta on osa parisuhdeohjausta ja -neuvontaa.</p> <p>Seksuaalineuvonta tulee automaattisesti sisältyä hoitosuunnitelmaan, olla sisällöltään potilaslähtöistä ja koulutetun henkilökunnan toteuttamaa.</p> <p>Seksuaalineuvontaa voidaan antaa yksilölle tai parille kaikissa hoito- ja ohjauksen tilanteissa.</p> <p>Seksuaalineuvonta on ammatillisessa vuorovaikutussuhteessa tapahtuvaa tavoitteellista ja tilannekohtaista dialogista apua, jota annetaan 2-5 tapaamiskerran sarjoissa.</p>	<p>Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326</p> <p>Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. Terveystieteiden tutkimuskeskus. (Klemetti – Raussi-Lehto 2016)</p>

Kenelle palveluja tulisi tuottaa	Mitä palveluita ja missä laajuudessa palveluita tulisi tuottaa	Miten palveluita tulisi tuottaa	Lähde
<p>Kouluterveydenhuolto tuottaa seksuaaliterveyspalveluita ja seksuaalineuvontaa koululaisille. Erityistä huomiota on kiinnitettävä erityistä tukea tarvitseviin pitkäaikaissairaisiin ja vammaisiin oppilaisiin.</p> <p>Opiskeluterveydenhuollon on tuotettava seksuaalineuvontaa ja seksuaaliterveysneuvontapalveluita kaikille lukioiden, ammatillisten oppilaitosten ja korkeakoulujen opiskelijoille heidän kotipaikastaan riippumatta.</p>	<p>Koululaisille on tuotettava seksuaalineuvontaa, raskauden ehkäisy- ja muuta seksuaaliterveysneuvontaa oppilaan kehitysvaiheen mukaisesti.</p> <p>8. luokan laajan terveystarkastuksen tulee käsitellä seurustelua, seksuaaliterveyttä ja raskauden ehkäisyä. Raskauden ehkäisypalveluissa tulee aina antaa myös seksuaaliterveysneuvontaa.</p> <p>Opiskelijoille on tuotettava seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluita</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- seksuaaliterveyttä edistäviä palveluita</li> <li>- seksuaalineuvontaa ja muuta seksuaaliterveysneuvontaa,</li> <li>- raskauden ehkäisyneuvontaa, hedelmättömyyden ja sukupuolitautien ehkäisyyn liittyvää neuvontaa,</li> <li>- seksuaali- ja parisuhdeneuvontaa,</li> <li>- muuta seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa,</li> <li>- tukea seksuaalisen väkivallan ehkäisyyn,</li> <li>- tukea seksuaaliseen ja sukupuoliin suuntautumiseen.</li> </ul> <p>Tarvittaessa opiskelija on ohjattava jatkohoitoon erityiskou-</p>	<p>Koululaisten määräkäyttöön terveystarkastuksiin kuuluu seksuaaliterveyden edistäminen ja seksuaaliterveysneuvonta.</p> <p>Koululaisten seksuaalineuvonnan yksilöllistä tarvetta arvioidaan keskustelulla ja havainnoinnilla. Seurannalla löydetään lapset ja nuoret, joiden seksuaalisessa kehityksessä voi olla ongelmia. Neuvonnan lähtökohtana tulee olla nuoren oma näkökulma ja tarve seksuaalineuvonnalle.</p> <p>Opiskeluterveydenhuollon on tunnistettava miesten ja eri ikäisten opiskelijoiden seksuaaliterveyden edistämiseen liittyvät tarpeet. Vaativampaa seksuaaliterveysneuvontaa tarvitsevat opiskelijat on ohjattava erityiskoulutulle seksuaalineuvonalle tai seksuaaliterapeutille.</p> <p>Seksuaalineuvonta ja muu seksuaaliterveysneuvonta kuuluvat osaksi koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa, mutta ne voidaan järjestää myös osana muita palveluita. Seksuaaliterveyteen liittyvää terveysneuvontaa annetaan yksilöllisesti, ryhmässä tai yhteisöllisesti.</p>	<p>Terveystarkastuslaki 30.12.2010/1326</p> <p>Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020 Terveystarkastuslaitos. (Klemetti – Raussi-Lehto 2016)</p> <p>Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisystä suun terveydenhuollosta 6.4.2011/338</p> <p>Opiskeluterveydenhuollon kehittäminen. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. (Hansson - Nuorteva 2014)</p> <p>Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkirja. Terveystarkastuslaitos. (Ryttyläinen-Korhonen - Ala-Luhtala 2017)</p>

	lutetulle seksuaali- neuvojalle tai seksuaaliterapeutille.		
<b>Kenelle palveluja tulisi tuottaa</b>	<b>Mitä palveluita ja missä laajuudessa palveluita tulisi tuottaa</b>	<b>Miten palveluita tulisi tuottaa</b>	<b>Lähde</b>
<p>Seksuaaliterveyteen liittyvää seksuaaliterveysneuvontaa on annettava yksilöllisen tarpeen ja kehitysvaiheen mukaisesti kaikille äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaille.</p> <p>Alle kouluikäisille lapsille tulee antaa kehitysvaihetta vastaavaa seksuaalineuvontaa sekä seksuaalista kypsymistä ja kehitystä tukevaa neuvontaa osana lastenneuvolan terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia.</p> <p>Seksuaalineuvontaa tulee antaa raskaana oleville sekä synnytyksen jälkeen osana äitiysneuvolan palveluita.</p>	<p>Kaikessa neuvonta-toiminnassa seksuaaliterveyteen liittyvä neuvontaa tulee toteuttaa yhteistyössä yksilön ja perheen kanssa ja sen tulee sisältää myös lähi- ja parisuhdeväkivaltaan liittyvää neuvontaa. Neuvonnan tulee tukea voimavarojen vahvistumista, ihmissuhteita ja parisuhdetta sekä antaa tietoa ja tukea vastuun ottamiseksi omasta terveydestä.</p> <p>Seksuaalineuvonta ja seksuaaliterveyden edistäminen kuuluu tärkeäksi osaksi lastenneuvolapalveluita. Sen tavoitteena on tukea vanhemmuutta, parisuhdetta ja sen seksuaalisuutta sekä ehkäistä parisuhdeväkivaltaa. Tarkoitus on tukea lapsen seksuaalista kehitystä sekä seurata, kuinka vanhemmat tukevan lapsensa seksuaalista kehitystä.</p>	<p>Äitiysneuvolassa seksuaalineuvonta on osa terveydenhoitajan, kättilön ja lääkärin työtä. Tarvittaessa raskaana oleva ohjataan seksuaalineuvojalle.</p> <p>Lastenneuvolassa seksuaalineuvonnan yksilöllistä tarvetta arvioidaan keskustelemalla ja havainnoimalla.</p> <p>Vanhempia opastetaan lapsen seksuaalisen kehityksen tukemiseen ja heille kerrotaan lapsen oikeuksista.</p> <p>Seksuaaliterveysneuvonta kuuluu osaksi neuvolan palveluita, mutta sitä voidaan tuottaa myös osana muita palveluita. Terveysneuvontaa voidaan antaa yksilöllisesti, ryhmässä tai yhteisöllisesti.</p>	<p>Valtioneuvoston asetuksessa neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 6.4.2011/338</p> <p>Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020 Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (Klemetti – Raussi-Lehto 2016)</p> <p>Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkäsikirja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (Ryttyläinen-Korhonen - Ala-Luhtala 2017)</p>

Kenelle palveluja tulisi tuottaa	Mitä palveluita ja missä laajuudessa palveluita tulisi tuottaa	Miten palveluita tulisi tuottaa	Lähde
<p>Hiv-tartunnan saaneille ja heidän puolisolleen ja kumppaneille on tuotettava seksuaalineuvontaa ja -terapia palveluita.</p> <p>Tärkeää erityisryhmien huomioiminen: maahanmuuttajat, paperittomat ja muu liikkuväestö, turvapaikan hakijat, matkailijat, vangit, miesten välistä seksiä harrastavat, sukupuolivähemmistöt, huumeita pistämällä käyttävät, seksityötä tekevät</p>	<p>Perusterveydenhuololla vastuu seksuaaliterveysneuvonnasta sekä tartuntojen toteutamisesta ja seurannasta.</p> <p>Hiv-tartuntojen hoidosta ja hoidon seurannasta on vastuussa erikoissairaanhoido.</p> <p>Lääkehoidon ja seurannan lisäksi tarjottava psykososiaalista tukea, seksuaalineuvontaa ja -terapiaa.</p> <p>Psykososiaalinen tuki pitää sisällään neuvontaa, tukea, vertaistukea sekä seksuaalineuvontaa ja -terapiapalveluita.</p> <p>Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluville tulee tarjota tukea seksuaali- ja sukupuoli-identiteetin rakentamiseen.</p> <p>Maahanmuuttajat tarvitsevat ammatillista sekä vertaistukeen perustuvia tukipalveluita.</p>	<p>Hoidossa tarvitaan moniammatillista osaamista, johon osallistuttava lääkärin lisäksi sairaanhoitajia, sosiaalityöntekijöitä sekä psykologista tukea antavia henkilöitä.</p> <p>Palveluissa tulee painostaa hiv-tartunnan aiheuttama stigman ja häpeän vähentämiseen.</p> <p>Palveluiden tulee olla riittävän laajoja ja helposti saavutettavia, matalan kynnyksen palveluita, jotka tavoittavat myös erityiskohderyhmät.</p> <p>Palveluita tulee tuottaa asiakaslähtöisesti, erityisryhmien erityistarpeet huomioon ottaen. Suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa on hyödynnettävä kokemustietoa. Hiv-tartunnan saaneilla tulee olla mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua itseä koskeviin asioihin.</p> <p>Eri hoitotahojen ja sektorien välistä yhteistyötä tulisi lisätä. Järjestöjen osamista on hyödynnettävä kunnallisissa palveluissa ja vuorovaikutusta lisättävä.</p> <p>Järjestöjen tuottamia palveluita tulee tukea varmistamalla järjestöille riittävä ja pitkäaikainen rahoitus hiv-työn tekemiseen.</p>	<p>Suomen HIV-strategian vuosille 2018-2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (Liitsola 2017)</p> <p>Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020 Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (Klemetti – Raussi-Lehto 2016)</p>