

HELSINGIN YLIOPISTO

**Perusterveydenhuollon valmiudet ja kehitystoimet
nuorten syömishäiriöiden tunnistamisessa ja
hoidossa hyvinvointialueilla**

Annina Rosenqvist

Helsingin yliopisto

Valtiotieteellinen tiedekunta

Sosiaali- ja terveystutkimuksen
ja -johtamisen maisteriohjelma

Maisterintutkielma

Kesäkuu 2025

Tiedekunta: Valtiotieteellinen tiedekunta

Koulutusohjelma: Sosiaali- ja terveystutkimuksen ja -johtamisen maisteriohjelma

Tekijä: Annina Rosenqvist

Työn nimi: Perusterveydenhuollon valmiudet ja kehitystoimet nuorten syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa hyvinvointialueilla

Työn laji: Maisterintutkielma

Kuukausi ja vuosi: Kesäkuu, 2025

Sivumäärä: 87 sivua + lähteet ja liitteet

Avainsanat: Nuoret, syömishäiriöt, perusterveydenhuolto, perustaso, hyvinvointialueet

Ohjaajat: LKT, nuorisopsykiatrian erikoislääkäri Yasmina Silén ja professori Tea Lallukka

Tiivistelmä: Viime vuosina nuorten mielenterveys on heikentynyt ja mielenterveyspalveluiden käyttö kasvanut. Myös syömishäiriöiden on raportoitu lisääntyneen erityisesti koronapandemian aikana. Syömishäiriöt koskettavat monia nuoria. Ennen pandemiaa tehdyn suomalaistutkimuksen mukaan varhaisaikuisuuteen siirtyessä joka kuudes nainen ja neljäskymmenes mies on sairastanut syömishäiriön. Tänä päivänä lukemat saattavatkin olla vielä suurempia. Syömishäiriö aiheuttaa yksilölle merkittävää elämänlaadun heikkenemistä. Syömishäiriöihin liittyy myös kohonnut kuolemanriski muuhun samanikäiseen väestöön nähden. Lisäksi syömishäiriöt aiheuttavat yhteiskunnalle merkittäviä kustannuksia. Varhaisen puuttumisen on todettu syömishäiriöiden kohdalla vaikuttavan myönteisesti paranemisenusteeseen sekä hoidon kustannuksiin. Tutkimuksen mukaan tällä hetkellä terveydenhuollossa tunnistetaan kuitenkin vain kolmasosa syömishäiriöistä ja vielä pienempi osa saa sairauteensa hoitoa.

Tässä maisterintutkielmassa tarkastellaan perustason resursseja sekä kehitystoimia nuorten syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa Suomen hyvinvointialueilla. Tavoitteena on syventää ymmärrystä hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon nykyisistä valmiuksista nuorten syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa sekä tunnistaa keskeiset kehitystoimet ja -tarpeet. Aihetta tarkasteltiin hyvinvointialueiden ammattilaisten näkökulmasta.

Tutkielmassa hyödynnettiin THL:n kansallisessa syömishäiriöselvityksessä kerättyä aineistoa. Selvityksen aineisto koostuu 21 hyvinvointialueen sekä Helsingin, Ahvenanmaan ja HUS:n ammattilaisten täyttämistä puolistrukturoiduista, luokiteltuja ja avoimia kysymyksiä sisältävistä, kyselylomakkeista. Lisäksi aineistoa täydennettiin kolmelle hyvinvointialueelle toteutetulla puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Tutkielma toteutettiin siis monimenetelmällisen tutkimuksen lähtökohdista, mutta pääpainopiste tutkielmassa on laadullisessa aineistossa. Kyselylomakkeiden avoimet kysymykset sekä litteroitu haastatteluaineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmällä. Määrällistä aineistoa kuvataan kuvailevan tilastotieteen menetelmillä. Raportointivaiheessa tulokset yhdistettiin.

Tutkielman keskeisten tulosten mukaan perustason valmiudet tunnistaa ja hoitaa nuorten syömishäiriöitä vaihtelevat eri alueiden, yksiköiden ja ammattilaisten välillä. Perustasolla koetaan monenlaista osaamisen vajetta sekä lisäkoulutustarvetta. Keskeisiä henkilöstöresursseja ovat opiskeluhoollon sekä nuorten perustason mielenterveyspalveluiden henkilökunta. Näyttöön perustuvien hoitomenetelmien saatavuus on heikkoa. Tarjolla oleva hoito on usein omahoitoa, tukea, ohjeistusta ja seurantaa. Perhepohjaista hoitoa on tarjolla jonkun verran, ja muita syömishäiriöihin kohdennettuja psykososiaalisia interventioita on tarjolla niukasti. Tyypillisiä konsultaatiotahoja ovat syömishäiriöiden hoitoon perehtyneet tiimit ja yksiköt, erikoissairaanhoidon yksiköt sekä myös perustason sisällä toiset ammattilaiset. Matalan kynnyksen syömishäiriötiimit ja yksiköt sekä toimivat nuorten perustason mielenterveyspalvelut tukevat syömishäiriötyötä perustasolla. Useilla alueilla on suunniteltu tai järjestetty lisäkoulutusta syömishäiriöistä. Perustason ja erikoissairaanhoidon roolien selkeyttäminen, moniammatillinen yhteistyö sekä yhdessä sovitut koko alueen kattavat hoitoketjut ja konsultaatiomallit kuvataan keskeisiksi kehitystoimiksi. Yhteistyön vahvistaminen ja syömishäiriötiedon jakaminen myös muiden sidosryhmien, kuten läheisten, kanssa on tärkeää.

Tulosten perusteella perustason rooli nuorten syömishäiriöiden hoidossa on kasvanut, ja perustasolla tuleekin varmistaa riittävät resurssit nuorten syömishäiriöiden tunnistamiseen ja varhaiseen hoitoon. Tutkielman tuloksia voidaan hyödyntää perustason syömishäiriöhoidon sisältöä ja rakenteita suunnitellessa. Aihe on tärkeä myös sosiaali- ja terveystieteiden päätöksenteon kannalta. Lisäksi tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa, mikäli perustasolle implementoitaisiin uutta varhaisen tuen hoitointerventiota. Jatkossa olisi hyödyllistä tutkia esimerkiksi potilaiden ja läheisten kokemuksista perustason palveluista. Lisäksi tarvitaan tutkimusta perustason hoitomallien vaikuttavuudesta sekä kustannusvaikuttavuudesta.

Sisällysluettelo

1	Johdanto	5
2	Nuorten syömishäiriöt	9
2.1	Syömishäiriön määrittelyä	9
2.2	Mielenterveys- ja syömishäiriöiden esiintyvyys, yleistyminen sekä mielenterveyteen liittyvä palvelutarpeen kasvu nuorilla	10
2.3	Syömishäiriöiden etiologiasta, samanaikaissairastavuudesta sekä ennusteesta	13
3	Perusterveydenhuolto osana syömishäiriöiden tunnistamista ja hoitoa	15
3.1	Syömishäiriöhoidon porrastus sekä palveluintegraatio	15
3.2	Perusterveydenhuollon rooli syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa	18
3.3	Perustason resurssit syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa	19
3.4	Perustason syömishäiriöhoidon kehittäminen	21
3.5	Mielenterveysstrategia 2020–2030 ja syömishäiriöselvitys	23
4	Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset	24
5	Aineisto ja tutkimuksen toteutus	26
5.1	Metodologiset valinnat	26
5.2	Aineiston keruu ja kuvailu	27
5.2.1	Kyselylomakkeet	28
5.2.2	Haastattelut	28
5.3	Aineiston analyysi	31
5.3.1	Laadullinen analyysi	32
5.3.2	Määrällisen aineiston käsittely	36
5.4	Tutkimuseettiset näkökulmat	37
6	Tulokset	39
6.1	Nuorten syömishäiriöiden tunnistamiseen ja hoitoon liittyvät resurssit perustasolla	39
6.1.1	Osaaminen	40
6.1.2	Tarjolla oleva hoito	44
6.1.3	Saatavilla oleva henkilöstö	48
6.1.4	Saatavilla oleva asiantuntijatuki	53

6.2	Nuorten syömishäiriöiden tunnistamisen ja hoidon kehittäminen perustasolla	56
6.2.1	Rakenteelliset muutokset perustason palveluissa	57
6.2.2	Syömishäiriöihin kohdistuvan osaamisen kehittäminen perustasolla	61
6.2.3	Eri toimijoiden välisen yhteistyön kehittäminen	66
7	Pohdinta ja johtopäätökset	72
7.1	Pohdintaa tutkimustuloksista suhteessa aiempaan tutkimukseen	73
7.2	Tutkimuksen luotettavuus	80
7.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	84
	Lähteet	88
	Liitteet	100
	Liite 1. Kyselylomake	100
	Liite 2. Haastattelukutsu	114
	Liite 3. Tutkimustiedote	116
	Liite 4. Haastattelurunko	117

1 Johdanto

Nuorten mielenterveyspalveluiden kysyntä sekä käyttö ovat lisääntyneet viime vuosina merkittävästi (Marttunen & Kaltiala, 2023). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen [THL] selvityksen mukaan perusterveydenhuollon asiakas- ja käyntimäärät ovat kasvaneet merkittävästi vuodesta 2015 lähtien. Vuodesta 2020 vuoteen 2023 mielenterveysperusteisten tutkimus- ja hoitokäyntien määrä on kasvanut 18 % ja asiakkaiden määrä noussut peräti 44 %. (Forsell, 2025.) Nuorten mielenterveyden raportoitiinkin heikenneen COVID-19-pandemian aikana ja muun muassa masennusta, ahdistusta ja psyykkistä ahdinkoa raportoitiin enemmän pandemian alettua (Aalto-Setälä ym., 2021; Kauhanen ym., 2023; Kiviruusu ym., 2024; Madigan ym., 2023; Samji ym., 2022). Tutkimusten perusteella ei voida kuitenkaan täysin suoraan olettaa, että taustalla on mielenterveyshäiriöiden merkittävä yleistyminen, vaan myös esimerkiksi nuorten ja heidän vanhempiansa kasvanut tietoisuus mielenterveyshäiriöistä voi olla yksi syy kasvun taustalla (Marttunen & Kaltiala, 2023). Nuorten mielenterveyshäiriöiden yleistymisen taustalla voivat vaikuttaa myös esimerkiksi mielenterveyspuheen arkipäiväistyminen, koulumaailman lisääntyneet odotukset itseohjautuvuudesta, pandemia ja muut kriisit kuten Venäjän hyökkäyssota, tai netin ja sosiaalisen median käytön yleistyminen. Useimmat selitykset ovat kuitenkin vielä hypoteeseja eikä niiden vaikutuksista ole vahvaa näyttöä. (Kiviruusu ym., 2025.)

Syömishäiriöt ovat psyykkisiä häiriöitä, joihin kuuluu keskeisesti poikkeava syömiskäyttäytyminen ja siihen liittyvä ahdistuneisuus sekä fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen toimintakyvyn eritasoinen heikentyminen (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2025). Tutkimusten perusteella myös nuorten syömishäiriöt lisääntyivät korona-aikana merkittävästi (Häkkinen & Raevuori, 2022; Devoe ym., 2023; Gyllenberg ym., 2023; Sideli ym., 2021; Silén & Keski-Rahkonen, 2022). Myös kouluterveyskyselyn mukaan häiriintynyt syömiskäyttäytyminen kasvoi vuodesta 2021 vuoteen 2023 yläasteen tytöillä ja pojilla (Kiviruusu ym., 2024). Lisäksi Suomessa lapsia ja nuoria hoitavat terveydenhuollon ammattilaiset ovat huomanneet syömishäiriöiden yleistymisen (Häkkinen & Raevuori, 2022).

Syömishäiriöt ovatkin yleinen kansanterveydellinen haaste nuorilla, ja joka kymmenes nuorista on sairastanut syömishäiriön varhaisaikuisuuteen mennessä.

Syömishäiriöitä esiintyy yleisimmin nuorilla tytöillä ja naisilla, vaikka niihin voi sairastua kuka tahansa sukupuolesta tai iästä riippumatta. Suomalaistutkimuksen mukaan varhaisaikuisuuteen mennessä joka kuudes nainen ja joka neljäskymmenes mies on sairastanut syömishäiriön. (Silén ym., 2020.) Syömishäiriö kestää usein vuosia. Tutkimuksen mukaan Suomessa terveydenhuollossa tunnistetaan vain kolmasosa syömishäiriöistä ja vielä pienempi osuus saa syömishäiriöönsä hoitoa (Silén ym., 2021). Myös eurooppalaisia syömishäiriötutkimuksia kokoavassa kirjallisuuskatsauksessa todettiin, että enemmistö syömishäiriöistä jää terveydenhuollosta tunnistamatta ja moni syömishäiriötä sairastava jää hoidon ulkopuolelle (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

Syömishäiriöiden kohdalla varhaista puuttumista ja hoidon porrastusta pidetään tärkeänä. Syömishäiriöiden uusissa Käypä hoito -suosituksissa (2025) tärkeinä painopisteinä pidetään muun muassa syömishäiriöiden varhaista tunnistamista, hoitoviiveiden vähentämistä sekä myös hoidon tehostamista äkillisesti pahenevissa ja pitkittyneissä tilanteissa. Onkin esitetty, että onnistuneen syömishäiriöhoidon saavuttamiseksi hoidon tulee olla porrastettua, konsultaatorakenteiden tulee olla kunnossa ja vaikuttava hoito saatavilla oikea-aikaisesti (Häkkinen & Raevuori, 2022). Nopea hoitoon pääsy on yhdistetty myös lyhyempään syömishäiriöiden keston ja parempaan hoitovasteeseen (Austin ym., 2022; Pajari, Silén & Keski-Rahkonen, 2023). Lisäksi varhainen tunnistaminen ja hoito on yhdistetty tutkimuksissa kustannussäästöihin (Austin ym., 2022; Toulany ym., 2015). Porrastetut hoitomallit ovatkin näyttäneet lupaavina ratkaisuina järjestää syömishäiriöpalveluita kohdennetusti ja kustannustehokkaasti. Perusterveydenhuollon ammattilaisten osallistamista ja osaamisen kehittämistä on ehdotettu ratkaisuna resurssihaasteisiin sekä syömishäiriöiden oikea-aikaisen tunnistamisen ja hoidon varmistamiseksi (Pehlivan ym., 2022.)

Syömishäiriöt aiheuttavat myös merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle (Silén, ym., 2016; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2025.) Tutkimuksen mukaan nuoruusikäisenä sairastuneista pitkäaikaisesta lauhuushäiriöstä kärsivistä suuri osa jää työelämän ulkopuolelle. Syömishäiriöiden yhteiskunnalle aiheuttamat kustannukset koostuvat hoitokulujen lisäksi muun muassa potilaille ja heidän läheisilleen kohdistuvista ansionmenetyksistä sekä opiskelu- ja työkyvyn

heikentymiseen ja ennenaikaiseen kuolleisuuteen liittyvästä tuottavuuden menetyksestä. (van Hoeken & Hoek, 2020.)

Syömishäiriöiden perustason hoitoa on lähivuosina tutkittu ja kehitetty useissa maissa. Esimerkiksi Australiassa ja Englannissa terveystaloustieteiden järjestelmää on hiljattain kehitetty syömishäiriöiden hoidon sujuvoittamiseksi ja laadun parantamiseksi. Kehittämistyön yhteydessä muun muassa perustason osaamista on vahvistettu (Eisler ym., 2022; Maguire & Maloney, 2021). Lisäksi syömishäiriöiden varhaisen puuttumisen malleista on jonkun verran tutkimusnäyttöä (Allen ym., 2023; Austin ym., 2021; Austin ym., 2022; Isomaa & Isomaa, 2014).

Syömishäiriöiden hoitoon liittyvä tutkimus on kuitenkin Suomessa edelleen vähäistä, erityisesti perusterveydenhuollon näkökulmasta.

Suomessa on lähivuosina kiinnitetty huomiota perustason palveluiden vahvistamiseen. Alkuvuonna 2023 toteutuneen sote-uudistuksen keskeisiä tavoitteita ovat esimerkiksi perus- ja erikoissairaanhoidon integraatio ja perustason vahvistaminen (Valtioneuvosto, n.d.). Lisäksi juuri voimaan tullut alle 23-vuotiaita lapsia ja nuoria koskeva terapiatakuu määrittää, että kyseisen ikäryhmän tulee päästä tiettyjen palveluiden piiriin viimeistään kuukauden kuluessa hoidon tarpeen toteamisesta. Takuun piiriin kuuluvat perusterveydenhuollon lyhytpsykoterapiat sekä määrämötoiset lyhytinterventiot, jotka on suunniteltu lievien mielenterveyden ongelmien hoitoon ja ehkäisyyn, ja joista on riittävä tutkimusnäyttöä. (STM, n.d.) Suomessa perustason rooli nuorten lievempien mielenterveyshäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa vaikuttaakin korostuneen. Tutkielman aihe on siis monella tapaa ajankohtainen ja nivoutuu yhteen uusien Käypä hoito -suositusten, sote-uudistuksen sekä nuorten terapiatakuun kanssa.

Tämän tutkielman tarkoituksena on selvittää, millaiseksi terveydenhuollon ammattilaiset kokevat nuorten syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa käytettävät perustason resurssit. Lisäksi tarkoituksena on kuvata, miten syömishäiriöiden tunnistamista ja hoitoa ja niihin liittyviä valmiuksia on perustasolla kehitetty tai miten niitä voitaisiin kehittää. Tavoitteena on syventää ymmärrystä hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon nykyisistä valmiuksista nuorten syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa sekä tunnistaa keskeiset kehitystoimet

ja -tarpeet. Tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi perustason hoitopolkujen kehittämisessä ja hoidon rakenteiden suunnittelussa.

Maisterintutkielma toteutettiin monimenetelmällisen tutkimuksen lähtökohdista, mutta pääpainopiste tutkielmassa on kuitenkin laadullisessa aineistossa. Tutkielman aineistona on THL:n selvitystyönä vuonna 2024 toteutetun syömishäiriöselvityksen kyselylomakeaineisto sekä selvityksen tueksi tehdyt kolmen hyvinvointialueen haastattelut. Syömishäiriöselvityksessä hyvinvointialueiden ammattilaisilta kerättiin sekä laadullista että määrällistä tietoa siitä, miten syömishäiriöitä hoidetaan tällä hetkellä Suomessa 21:llä eri hyvinvointialueella. Lisäksi Helsingin alueen erilliskäyttö ja Ahvenanmaa ovat selvityksessä mukana. HUS:n vastaukset on kerätty omana yksikkönään. Haastattelut koostuivat valikoidun kolmen eri hyvinvointialueen ammattilaisten puolistrukturoiduista teemahaastatteluista. Haastattelut toteutettiin pari- tai ryhmähaastatteluina eli kahdelta hyvinvointialueelta osallistui haastatteluun molemmista kaksi haastateltavaa ja yhdeltä alueelta kolme haastateltavaa.

Tutkielma etenee siten, että seuraavassa kahdessa luvussa kuvaillaan perusterveydenhuollossa tapahtuvaa syömishäiriöiden tunnistamista, hoitoa ja syömishäiriöhoidon kehittämistä koskevaa aiempaa kirjallisuutta. Lisäksi määritellään tutkielman keskeiset käsitteet ja kuvataan tarkemmin tutkielman kontekstia. Sen jälkeen luvussa neljä esitellään tutkielman tavoitteet ja tutkimuskysymykset, minkä jälkeen luvussa viisi esitellään tutkielmassa käytettävä aineisto samalla kuvaten tutkimuksen toteutustapa. Luvussa kuusi kuvataan tutkimustulokset. Viimeisenä tutkielmassa on luvun seitsemän pohdinta, jossa vedetään yhteen tutkielman keskeisimpiä tuloksia suhteessa aikaisempaan tutkimukseen, arvioidaan tutkielman luotettavuutta sekä esitellään keskeisimpiä johtopäätöksiä ja jatkotutkimusaiheita.

2 Nuorten syömishäiriöt

Tässä luvussa kuvataan tutkielman kannalta keskeisiä käsitteitä sekä tarkastellaan nuorten syömishäiriöihin liittyvää aiempaa tutkimuskirjallisuutta. Aluksi määritellään syömishäiriön käsite käyttäen apuna mielenterveydenhäiriön käsitettä. Tässä yhteydessä kerrotaan myös tyypillisistä syömishäiriöistä ja niiden oireista. Tämän jälkeen määritellään mitä tutkielmassa tarkoitetaan nuorilla, minkä jälkeen tarkastellaan nuorten mielenterveys- ja syömishäiriöiden esiintyvyyttä ja yleistymistä. Viimeisenä siirrytään käsittelemään syömishäiriöitä lyhyesti niiden etiologian, samanaikaissairastavuuden ja ennusteen kautta.

2.1 Syömishäiriön määrittelyä

Syömishäiriön käsitteen avaamiseksi on hyvä ymmärtää, mitä tarkoitetaan mielenterveyden häiriöllä. Mielenterveyden häiriö on kattotermi erilaisille psykiatrisille häiriöille, joihin liittyy kliinisesti merkitseviä psyykkisiä oireita, jotka aiheuttavat kärsimystä tai haittaa (THL, 2023a). Mielenterveyden häiriöiden määrittäminen tarkasti on haastavaa, sillä useat mielen oireista, kuten ahdistuneisuus ja pelot, kuuluvat ajoittaisina myös tavalliseen elämään. Terveyskirjaston mukaan mielenterveyden häiriöstä puhutaan silloin, kun henkilön tunteet, ajatukset, mieliala tai käytös haittaavat toimintakykyä tai ihmissuhteita, aiheuttavat pitkäaikaista kärsimystä tai muuten rajoittavat elämää huomattavasti. (Lääkärikirja Duodecim, 2025.)

Syömishäiriöt ovat yleisiä psyykkisiä häiriöitä, joihin kuuluu keskeisesti poikkeava syömiskäyttäytyminen ja siihen liittyvä ahdistuneisuus sekä fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen toimintakyvyn eritasoinen heikentyminen (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2025; THL, 2024). Syömishäiriöt ovat oirekuvaltaan ja vaikeusasteeltaan monimuotoisia. Syömishäiriöt jaotellaan tyypillisesti ahmintaoireisiin, rajoittaviin sekä määrittämättömiin syömishäiriöihin. Suomessa käytetään ICD-10-tautiluokituksen mukaisia syömishäiriöiden diagnoosikriteereitä. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2025.) Määrittämättömässä syömishäiriössä henkilö ei täytä tautiluokituksen mukaisia tietyn syömishäiriön kriteerejä, mutta voi silti kärsiä merkittävistä ongelmista liittyen syömiskäyttäytymiseen ja liikuntaan.

Terveydenhuollossa on eniten puutteita määrittömättömien syömishäiriöiden tunnistamisessa. (Silén ym., 2021.)

Ahminta-oireisista syömishäiriöistä esimerkkejä ovat bulimia ja BED eli binge eating disorder. Bulimiaan liittyy voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä sekä toistuvat ylensyöntijaksot. Bulimiaa sairastava pyrkii estämään ruoan ”lihottavat vaikutukset” oksentelun, ajoittaisen syömättömyyden tai esimerkiksi ulostuslääkkeiden avulla. Potilaalla on myös lihomispelko ja käsitys itsestä lihavana. BED:issä potilaalla on toistuvia ahmimiskohtauksia, jolloin hän syö suuria ruokamääriä ja hänellä voi olla tunne, ettei kykene keskeyttämään tai hallitsemaan syömistä. Ahmintaoireeseen liittyy voimakasta ahdistuneisuutta, mutta ei kuitenkaan syömisestä epäasianmukaista kompensointia kuten tyhjentämistä tai liiallista liikuntaa. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2025.)

Rajoittavia syömishäiriöitä ovat taas esimerkiksi anoreksia ja ARFID. Anoreksiassa potilaan ruumiinkuva on vääristynyt, ja hän pelkää lihomista ja asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen. Painon laskua aiheutetaan välttämällä ”lihottavia” ruokia tai esimerkiksi liiallisen liikunnan tai ulostuslääkkeiden avulla. Ennen murrosikää alkava anoreksia aiheuttaa kasvun ja murrosiän fyysisten muutosten hidastumista tai pysähtymistä. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2025.) Uusi syömishäiriödiagnoosi ARFID (avoidant-restrictive food intake disorder) tarkoittaa sellaista vaikeaa valikoivaa syömistä tai syömiseen liittyviä pelkoja, jotka uhkaavat kasvua ja ravitsemustilaa tai muuten aiheuttavat merkittävää psykososiaalista haittaa. Siihen ei liity taas tietyn painon tavoittelu, vaan sen taustalla voivat olla esimerkiksi synnynnäinen vähäinen ruokahalu, traumaattiset syömistapahtumat tai aistilyherkkyyksiin liittyvä valikoiva syöminen. (Keski-Rahkonen ym., 2024; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2025.)

2.2 Mielenterveys- ja syömishäiriöiden esiintyvyys, yleistyminen sekä mielen terveyteen liittyvä palvelutarpeen kasvu nuorilla

Nuoruudelle ei ole olemassa universaalialia ikään perustuvaa määritelmää. Yhdistyneet kansakunnat [YK] määrittelee nuoriksi kaikki 15–24-vuotiaat (YK, n.d.). Lancetin komission maailmanlaajuisesti nuorten terveyttä ja hyvinvointia käsittelevässä

raportissa (2016) käytetään nuoruuden ajanjakson määritelmänä 10–24-vuotiaita (Patton ym., 2016). Maailman terveysjärjestö määrittelee murrosikäiset [adolescents] taas 10–19-vuotiaiksi, kun taas nuorilla tai nuoruudella [youth] tarkoitetaan ikävuosia 15–24. Nuoret ihmiset -termi taas viittaa 10–24-vuotiaiden ikäryhmään (World Health Organization [WHO], n.d.). Toisaalta Lapsen oikeuksien yleissopimuksessa (1989) kaikki alle 18-vuotiaat määritellään lapsiksi. Monissa maissa taas täysi-ikäisyyden laillinen ikäraja, jolloin yksilöä pidetään aikuisena, on 18 vuotta. Tällöin aikuisuuden asema myönnetään eri ikäisenä eri toimintoja, kuten ajokortin saamista, varten. (Patton ym., 2016.) Suomen Nuorisolain mukaan nuorilla tarkoitetaan kaikkia alle 29-vuotiaita (Nuorisolaki 1285/2016 § 2). Nuoruuden ikäjaksoa voidaan määritellä myös sille tyypillisten kehitystehtävien, kuten vanhemmista irtautumisen, itsenäistymisen sekä sosiaalisten roolisiirtymien, kuten työelämään siirtymisen tai taloudellisen riippumattomuuden kautta. Lisäksi nuoruuteen liittyvät keskeisesti psyykkiset ja biologiset muutokset kuten aivojen merkittävä kehittyminen. (Patton ym., 2016; Sawyer ym., 2018.)

Tässä tutkielmassa nuorilla tarkoitetaan noin 13–22-vuotiaita. Ikärajaus määräytyi aiemman kirjallisuuden, käytettävissä olevan aineiston sekä tutkielman kontekstin perusteella. Yläikärajaksi rajattiin 22 vuotta etenkin siksi, että se on yhtenäinen ikärajaus juuri 1.5.2025 voimaan tulleen lasten ja nuorten terapiatakuun kanssa. Terapiatakuu koskee lapsia ja alle 23-vuotiaita nuoria. Ikärajaus on yhtenevä myös terveydenhuollon lainsäädännön kanssa. Terveydenhuoltolaki takaa alle 23-vuotiaille nopeamman pääsyn psykiatriseen erikoissairaanhoidon. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 53). Tarkastelun alarajaksi muodostui 13 vuotta syömishäiriöselvityksen nuorten (13–17-vuotiaat) palveluja koskevan kyselylomakkeen mukaisesti. Lisäksi 13 vuoden ikä on tyypillinen ikärajaus lasten- ja nuorisopsykiatrian välillä.

Nuoret ovat keskeinen ikäryhmä mielenterveyshäiriötä tarkasteltaessa. Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat merkittävä syy nuorten terveysongelmiin, syrjäytymiseen ja pitkäkestoiseen työkyvyttömyyteen. Aikuisiän mielenterveyden häiriöistä kolme neljästä puhkeaa ennen 25 vuoden ikää. (Silén ym., 2025, 25.) Nuorten mielenterveys heikentyi myös COVID-19-pandemian aikana ja muun muassa masennusta, ahdistusta ja psyykkistä ahdinkoa raportoitiin enemmän pandemian alettua (Kauhanen ym., 2023; Madigan ym., 2023; Samji ym., 2022).

Kouluterveyskyselyyn perustuvassa tutkimuksessa arvioitiin suomalaisten 13–20 –vuotiaiden nuorten mielenterveyttä ennen koronaa, korona-aikana sekä sen jälkeen. Yleistynyt ahdistuneisuus ja masennus kasvoivat kaikissa mittausryhmissä vuodesta 2019 vuoteen 2021. Etenkin yläasteikäisillä tytöillä kuitenkin yleistyneen ahdistuneisuuden, masennuksen ja sosiaalisten tilanteiden pelon oireet jatkoivat kasvuaan pandemian jälkeen vuodesta 2021 vuoteen 2023. (Kiviruusu ym., 2024).

Myös mielenterveyspalveluiden käyttö on nuorilla lisääntynyt. THL:n tilastoraportin mukaan 12–22-vuotiaiden asiakkaiden määrä, jolla oli viimeisen vuoden aikana ollut mielenterveysperusteinen tutkimus- tai hoitokäynti sekä mielenterveysperustaisista syistä johtuvien raportoitujen käyntien määrä kasvoi vuodesta 2015 vuoteen 2020 noin kolmanneksella. Suhteellisesti eniten tarkasteltavalla ajanjaksolla lisääntyi 13–17-vuotiaiden käyntien määrä perusterveydenhuollossa. (Forsell, 2022.) Lisäksi vuodesta 2020 vuoteen 2023 mielenterveysperusteisten tutkimus- ja hoitokäyntien määrä on kasvanut perusterveydenhuollossa 18 %, ja asiakkaiden määrä nousut peräti 44 % (Forsell, 2025).

Myös syömishäiriöoireilu on nuorilla yleistä ja yleistyi tutkimuksen mukaan edelleen korona-aikana. Ennen koronapandemiaa tehdyn suomalaistutkimuksen mukaan 17,9 prosenttia naisista ja 2,4 prosenttia miehistä oli kärsinyt syömishäiriöstä varhaisaikuisuuteen mennessä. Tytöillä yleisin ikä syömishäiriön puhkeamiselle oli 16–19-vuotiaana. (Silén ym., 2020.) Erään systemaattinen katsauksen mukaan pandemian aikana syömishäiriöiden esiintyvyys kasvoi merkittävästi, erityisesti nuorilla ja naisilla. Erityisesti anoreksian ja bulimian oireet pahenivat. (Sideli ym., 2021.) Kouluterveyskyselyn mukaan häiriintynyt syömiskäyttäytyminen kasvoi vuodesta 2021 vuoteen 2023 yläasteen tytöillä ja pojilla. Syömishäiriöoireilu lisääntyi yläasteikäisillä tytöillä selvästi toisen asteen tyttöjä enemmän. (Kiviruusu ym., 2024.) Kouluterveyskyselyn tulosten perusteella vuonna 2023 syömiskäyttäytymisen haasteita esiintyi jopa 30 % lukiota ja 31 % ammattioppilaitosta käyvistä tytöistä tai naisista. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksen perusteella (KOTT 2024) syömiseen liittyviä haasteita oli taas joka viidennellä opiskelijalla. (Silén ym., 2025, 25.)

Tytöillä ja naisilla syömishäiriöoireilu on siis poikia ja miehiä yleisempää, mutta on kuitenkin tärkeää, ettei mielikuva syömishäiriöpotilaasta rajoitu pelkästään nuoriin tyttöihin ja naisiin. Vaikka miehillä diagnosoidaan syömishäiriö huomattavasti naisia harvemmin, on diagnoosin saaneilla miehillä erityisen korkea kuolleisuus verrattuna naisiin sekä miehiin, joilla ei ollut syömishäiriötä. (Larsen ym., 2024). Onkin mahdollista, että syömishäiriö tunnustetaan miehillä heikommin, mikä johtaa hoidon viivästymiseen ja täten huonompiin hoitotuloksiin (Larsen ym., 2024; Sangha ym., 2019). Suomalaistutkimuksessa määrittelemätön syömishäiriö olikin miehillä yleisin syömishäiriödiagnoosi, eli DSM-5:n kriteerit eivät välttämättä tavoita täysin miesten syömishäiriöiden luonnetta (Silén ym., 2020). Lisäksi sukupuolivähemmistöt ovat suuressa riskissä sairastua syömishäiriöihin. Systemaattisen katsauksen mukaan trans- ja muunsukupuolisista jopa yli 30 prosentilla voidaan tunnistaa syömishäiriöoireilua ja 2–12 prosenttia on saanut syömishäiriödiagnoosin. (Keski-Rahkonen, 2023.)

2.3 Syömishäiriöiden etiologiasta, samanaikaissairastavuudesta sekä ennusteesta

Syömishäiriöt ovat monisyisiä mielenterveyden häiriöitä, joiden taustatekijöitä ei vielä täysin tunneta. Painoon, kehonkuvaan ja syömiseen liittyvien häiriintyneiden asenteiden tiedetään olevan kuitenkin keskeisessä roolissa häiriöiden synnyssä ja ylläpidossa. Tutkimukset viittaavat myös siihen, että eri syömishäiriöiden taustalla olevassa etiologiassa on eroja. (Treasure ym., 2020.)

Syömishäiriölle voivat altistaa niin biologiset, psykologiset, psykososiaaliset kuin myös käyttäytymiseen liittyvät tekijät. Biologisia tekijöinä vaikuttavat esimerkiksi geneettinen alttius ja sukupuoli, ja psykologisina tekijöinä esimerkiksi matala itsetunto, tunne-elämän vaikeudet sekä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö tai autisikirjon piirteet. Psykososiaalisia taustatekijöitä ovat esimerkiksi kuormittavat tai traumaattiset elämäntapahtumat sekä kulttuurisidonnaiset tekijät, kuten laihuutta ihannoiva ympäristö ja sen aiheuttamat ulkonäköpaineet. Käyttäytymiseen liittyvät tekijät voivat olla esimerkiksi painon ja syömisen ylikontrollointia tai perfektionismi opittuna selviytymiskeinona. (Treasure ym., 2020.) Lisäksi esimerkiksi liikunta voi lisätä syömishäiriön riskiä erityisesti lajeissa, joissa korostuvat hoikkuus ja kurinalaisuus (Anis ym., 2019).

Tutkimusten mukaan syömishäiriöhoidon aloittamisessa on viivettä, mikä saattaa vaikuttaa myös paranemisennusteeseen. Syömishäiriöiden välillä viive hoidon alkamiseen vaihteli, noin kahdesta ja puolesta vuodesta anoreksian kohdalla, lähes kuuteen vuoteen ahmintahäiriön kohdalla. Tutkimustulosten mukaan vaikuttaa myös siltä, että lyhyempi syömishäiriöiden hoitamaton kesto parantaisi toipumisen todennäköisyyttä. (Austin ym., 2021.)

Syömishäiriöihin liittyy kohonnut kuolemanriski muuhun samanikäiseen väestöön verrattuna. (Arcelus ym., 2011; Crow ym., 2009; Larsen ym., 2024.) Diagnoosin saaneilla miehillä kuolleisuus on erityisen korkea (Larsen ym., 2024). Kaikkien syömishäiriöiden kohdalla itsemurhakuolleisuus on lisääntynyt (Crow ym., 2009; Larsen ym., 2024; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Viidesosa anoreksiaan liittyvistä kuolemista johtuu itsemurhasta ja kuolemanriski anoreksiassa on jopa 6-kertainen muuhun saman ikäiseen väestöön nähden (Arcelus ym., 2011).

Suuri osa sairastuneista kuitenkin toipuu. Meta-analyysin tulosten mukaan syömishäiriöin sairastuneista toipuu keskimäärin 46 %. Noin 25 %:lla oireet jäävät silti pitkäkestoisiksi. (Solmi ym., 2024.) Huomionarvoista onkin, että vaikka esimerkiksi suurimmalla osalla anoreksiapotilaista toipumisnäkymät ovat hyvät, merkittävä osa kärsii silti pitkäaikaisista oireista ja somaattisista ongelmista. (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016.) Meta-analyysin perusteella lapsilla ja nuorilla toipumisaste oli korkein, sekä anoreksian kohdalla heillä oli myös matalin sairauden kroonistumisaste. Syömishäiriöiden kohdalla sairauden edetessä potilaalle kehittyikin neurobiologisia ja psykososiaalisia sairautta ylläpitäviä tekijöitä, jolloin sairauden hoito voi hankaloitua. Löydökset tukevat riittävien resurssien merkitystä varhaisen diagnoosin ja hoidon mahdollistamiseksi sekä nuorten hoitoon pääsyn esteiden ja viivästysten vähentämiseksi. (Solmi ym., 2024.)

3 Perusterveydenhuolto osana syömishäiriöiden tunnistamista ja hoitoa

Tässä luvussa taustoitetaan tutkielmaa lisää kuvaamalla sen kontekstia eli perusterveydenhuollon roolia syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa. Lisäksi luvussa käydään läpi aikaisempaa tutkimusta aiheesta. Aluksi käsitellään syömishäiriöhoidon porrastuksen ja palveluintegraation perusteita paikantaen perusterveydenhuollon roolia syömishäiriötyössä. Tämän jälkeen siirrytään perusterveydenhuollon käsitteen määrittelyyn, minkä jälkeen kuvataan perusterveydenhuollon resursseja syömishäiriöiden tunnistamisen ja hoidon näkökulmasta. Viimeisempänä tarkastellaan perustason syömishäiriöhoidossa tehtyjä kehitystoimia Suomessa ja muualla maailmalla sekä esitellään tutkielman aineistona käytettävä THL:n Syömishäiriöselvitys.

3.1 Syömishäiriöhoidon porrastus sekä palveluintegraatio

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluintegraatiolla tarkoitetaan sitä, että sosiaali- ja terveystalvelujen tuottaja tai järjestäjä muodostaa asiakkaalle kokonaisuuden hänen tarvitsemistaan palveluista. Palveluintegraation tavoitteita ovat muun muassa nopeampi hoitoon pääsy, palveluiden laadun paraneminen, kustannussäästöt sekä palvelujärjestelmän tehokkaampi toiminta. Palveluintegraatio voi olla sekä horisontaalista että vertikaalista. Horisontaalisessa palveluintegraatiossa samalla hoidon tai palvelun porrastuksen tasolla yhteensovitetään eri palveluita asiakasta palvelevaksi kokonaisuudeksi. Horisontaalista integraatiota on esimerkiksi perustason terveystalvelujen yhteensovittaminen. Vertikaalisella palveluintegraatiolla tarkoitetaan sitä, että perustaso ja erityistaso toimivat saumattomasti yhteen ja toteuttavat yhdessä sovittuja asiakasprosesseja. (THL, 2023b.)

Syömishäiriöiden kohdalla onnistunut palveluintegraatio sekä selkeä hoidon porrastus on tärkeää. Perustasojen yksiköillä, kuten koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa on suuri rooli häiriöiden nopeassa tunnistamisessa ja hoidon aloituksessa, mutta on myös tärkeää, että vaikeasti oireilevat sekä vakavista oheishäiriöistä kärsivät lapset ja nuoret saavat hoitoa syömishäiriöihin erikoistuneissa yksiköissä. Tehokkaan ja porrastetun syömishäiriöhoidon

aikaansaamiseksi muun muassa konsultaattiorakenteiden tulee olla kunnossa ja vaikuttava hoito saatavilla oikea-aikaisesti. Lisääntyneeseen hoidon tarpeeseen vastaaminen vaatii toimivaa yhteistyötä niin perustason toimijoilta, erikoissairaanhoidolta kuin myös sosiaali- ja perhepalveluilta. (Häkkinen & Raevuori, 2022.)

Syömishäiriöhoidon porrastus on tärkeää myös hoidon kustannusten ja hoitoennusteen kannalta. Varhainen puuttuminen on yhdistetty tutkimuksissa kustannussäästöihin vähentämällä sairaalahoidon määrää (Austin ym., 2022; Toulany ym., 2015). Lisäksi varhaisen puuttuminen on liitetty muun muassa parempaan hoitoennusteeseen sekä pitkäaikaiskomplikaatioiden ehkäisyyn (Austin ym., 2022). Toisaalta tutkimuksissa on myös osoitettu, että lasten- ja nuorten syömishäiriöiden hoito vaikuttaa olevan erikoissairaanhoidossa perustason hoitoa kustannusvaikuttavampaa (Byford ym., 2021). Suomalaisessa tutkimuksessa tutkittiin nuorten laihuushäiriön hoitoa erikoissairaanhoidon yksikössä. Hoidon hinnasta jopa 76 % koostui osastohoidosta ja 24 % avohoidosta (Silén ym., 2016). Tutkimus kohdistui erikoissairaanhoidon, mutta tulokset osoittavat silti osastohoidosta aiheutuvat korkeat kustannukset.

THL:n tilastoraportin (2020) mukaan syömishäiriödiagnoosi oli kirjattu 0,6 %:lle 13–17-vuotiaista ja 0,5 %:lle 18–22-vuotiaista. Nuoremmilla se oli yksi kymmenestä yleisimmästä mielenterveysperustaisesta käyntisyystä sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Perustasolla se muodosti vain yhden prosentin mielenterveyskäynneistä, kun taas erikoissairaanhoidossa osuus oli 7 prosenttia. Vanhemmilla nuorilla syömishäiriöt eivät olleet yleisimpiä käyntisyitä, mutta erikoissairaanhoidossa ne kirjattiin 6 %:ssa mielenterveysperustaisista käynneistä. Raporttiin liittyy kuitenkin puutteita esimerkiksi tietojen hajanaisuuden, erilaisten kirjaamiskäytäntöjen sekä puutteellisen tilastoinnin vuoksi. (Forsell, 2022.) Tämän perusteella voidaan päätellä, että syömishäiriöiden hoito Suomessa painottuu erikoissairaanhoidon. Potilaat saatetaan esimerkiksi ohjata nopeasti perustasolta erikoistuneisiin palveluihin tai vaihtoehtoisesti syömishäiriöitä ei tunnisteta riittävän varhain perusterveydenhuollossa, jolloin hoitoon hakeudutaan vasta häiriön edettyä vaikeampaan vaiheeseen.

Toinen THL:n raportti (2023c) taas osoittaa, että Suomessa nuorten mielenterveyskäynnit perusterveydenhuollossa ovat lisääntyneet merkittävästi, kun taas psykiatrian erikoissairaanhoidon käyntimäärät ovat pysyneet ennallaan. Perustasolla mielenterveysperusteisten tutkimus- tai hoitokäyntien määrä on kasvanut 18 % ja asiakkaiden määrä 44 % vuodesta 2020. Mielenterveysperusteiset käynnit painottuvat siis yhä enenevässä määrin perusterveydenhuoltoon. (Forsell, 2025.) Ei ole kuitenkaan itsestään selvää, että sama kehitys koskisi syömishäiriöitä niiden luonteen ollessa erilainen ja usein erikoistunutta, moniammatillista hoitoa vaativa.

Myös esimerkiksi Australiassa tehdyssä tutkimuksessa tarkasteltiin syömishäiriöihin liittyviä potilaskäyntejä perustason yleislääkärien vastaanotoilla vuosina 2000–2016. Hoitoon pääsyn määrät olivat alhaiset verrattuna syömishäiriöiden arvioituun esiintyvyyteen Australian väestössä, mikä viittaa puutteisiin tunnistamisessa ja hoidossa. Syömishäiriöiden hoitaminen perusterveydenhuollossa kuitenkin kaksinkertaistui tutkimusjakson aikana, mikä viittaa perustason kasvaneeseen rooliin syömishäiriöhoidossa. (Ivancic ym., 2021.)

Uusien Käypä hoito -suositusten mukaan hyvinvointialueilla tulee olla selkeät ohjeet syömishäiriöiden diagnosoinnista ja hoidosta sekä selkeä hoitoketjun kuvaus. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisestä työnjaosta ja yhteistyöstä tulisi sopia osaajaresurssit ja työnjako huomioiden. Suosituksissa linjataan, että hoitoketjukurvauksessa tulee nimetä perusterveydenhuollon tiimit, joissa työntekijät ovat riittävän perehtyneitä eri hoitomenetelmien toteuttamisesta perustasolla sekä vastaavat potilaiden ja heidän läheistensä ohjauksesta ja neuvonnasta eli psykoedukaatiosta. Tarpeen mukaan suositellaan kehitettäväksi myös matalan tason tiimejä tai yksiköitä. Lisäksi hoitoketjussa tulee kuvata erikoissairaanhoidon konsultaatiotahot. Jokaisella yliopistosairaалalla tai sen yhteistyöalueella tulee olla syömishäiriöiden hoitoon erikoistunut avo- ja osastohoitoa tarjoava yksikkö, joka vastaa myös alueellisesta koulutuksen koordinoinnista. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2025.)

3.2 Perusterveydenhuollon rooli syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa

Suomen perustuslaki määrittää, että jokaisella on oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Julkisen terveydenhuollon järjestämisvastuu on hyvinvointialueilla, Helsingin kaupungilla sekä HUS-yhtymällä. Suomen julkiset terveyspalvelut jakautuvat perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuoltoa tuotetaan sosiaali- ja terveyskeskuksissa. Palveluita ovat esimerkiksi neuvola-, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, avosairaanhoidon yleislääkärin vastaanotot, suun terveydenhuolto sekä perustason mielenterveys- ja päihdepalvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö [STM] a, 2024.) Terveydenhuoltolaissa määritellään perusterveydenhuollon palveluiden sisällöksi muun muassa väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistäminen, avo- ja kotisairaanhoidon, mielenterveyden hoito sekä suun terveydenhuolto (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 3). Erikoissairaanhoidon palvelut keskittyvät taas erikoisalojen tutkimuksiin ja hoitoihin sekä edellyttävät usein lähetettä. Työterveyshuolto ja yksityiset palvelut täydentävät julkisen terveydenhuollon palveluita. (STMa, 2024.)

Lisäksi Suomessa on myös laaja sosiaali- ja terveysjärjestöjen kenttä, joka osaltaan täydentää julkisia palveluita (STMb, 2024). Yhtenä esimerkkinä syömishäiriöiden kohdalla kolmannen sektorin palveluista on valtakunnallinen asiantuntija- ja vaikuttajajärjestö Syömishäiriöliitto SYLI, joka tuottaa asiantuntevaa ja ymmärrystä lisäävää tietoa syömishäiriöistä sekä tarjoaa tukea syömishäiriöistä kärsiville, heidän läheisilleen ja ammattilaisille. (Syömishäiriöliitto - SYLI, n.d.)

Perusterveydenhuollosta puhutaan usein myös perustason hoitona. Jatkossa tässä tutkielmassa käytetäänkin luettavuuden helpottamiseksi termiä *perustaso* viittaamaan perusterveydenhuoltoon. Yhtenä perustason tehtävänä voidaan ajatella olevan myös nuorten syömishäiriöiden ehkäisy, mutta aiheen rajaamisen vuoksi syömishäiriöiden ehkäisyä ei kuitenkaan tässä maisterintutkielmassa ensisijaisesti tarkastella. Kyselylomakkeiden kysymykset painottuivat myös nimenomaisesti tunnistamiseen, varhaiseen puuttumiseen ja hoitoon.

Käypä hoidon (2025) mukaan syömishäiriöiden hyvä hoito perustasolla perustuu varhaiseen tunnistamiseen, oireisiin puuttumiseen ja potilaan motivoimiseen hoitoon. Hoito edellyttää turvallista, jatkuvaa hoitosuhdetta ja läheisten huomioimista. Hoito toteutetaan moniammatillisessa tiimissä paikallisten resurssien mukaan ja siinä huomioidaan myös mahdolliset samanaikaiset psyykkiset, somaattiset ja psykososiaaliset ongelmat. Potilasta ja perhettä ohjataan syömishäiriöiden tunnistamiseen, terveellisiin ruokailu- ja liikuntatottumuksiin sekä tarvittaessa itsehoito-ohjelmiin. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2025.)

Suostuksissa kuvataan myös keskeisiä toimijoita. Terveystieteiden ammattihenkilöillä, läheisillä, opettajilla ja valmentajilla kuvataan olevan keskeinen asema syömishäiriöiden varhaisessa tunnistamisessa ja hoitoon ohjaamisessa perustasolla. Epäily herää usein terveystarkastuksen tai muun huolen heräämisen kautta. Lisäksi suosituksissa keskeisiksi perustason toimijoiksi kuvataan koululääkäreitä, nuorten matalan kynnyksen mielenterveyspalveluita, koulupsykologia sekä suun terveydenhuoltoa. Suosituksissa painotetaan myös saatavilla olevan asiantuntijatuken tärkeyttä. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2025.)

3.3 Perustason resurssit syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa

Resurssit voidaan määritellä monin eri tavoin. Tieteen termipankki määrittelee resurssit taloudellisiksi, inhimillisiksi tai sosiaalisiksi voimavaroiksi. Resurssit voidaan luokitella esimerkiksi kolmeen pääresurssityyppiin: fyysiset resurssit, ihmiset ja organisatoriset resurssit. Muun muassa ihmisten osaamisen taso sekä fyysiset puitteet ovat esimerkkejä resursseista. (Tieteen termipankki, 2025.) Tässä tutkielmassa resursseilla tarkoitetaan osaamista, hoitomenetelmiä, henkilöstöä ja asiantuntijatukea. Tutkittavat resurssit rajautuivat aineistolähtöisesti eli analyysivaiheessa huomattiin aineiston kertovan kyseisistä resursseista. Suomessa syömishäiriöiden tunnistamiseen ja hoitoon liittyvistä perustason resursseista on niukasti tutkimusta, mutta kansainvälistä tutkimusta aiheesta on enemmän.

Aiemman tutkimuksen perusteella perustason ammattilaiset kuvaavat osaamisen vajetta liittyen syömishäiriöiden tunnistamiseen ja hoitoon. Tutkimuksen mukaan esimerkiksi perustasolla sekä sairaanhoitajat että lääkärit kokevat osaamisensa syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa rajalliseksi (Lebow ym., 2021). Lisäksi

monessa tutkimuksessa nousee esille, että perustason lääkärit kokevat puutteita syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa kaivaten lisäkoulutusta syömishäiriöihin (Linville ym., 2012; Robinson ym., 2012; Tse ym., 2022; Waller ym., 2014). Syömishäiriöpotilaiden hoidon viivästyksen taustalla voikin olla myös perusterveydenhuollon ammattilaisten puutteellinen arviointi ja diagnosointi (Pehlivan ym., 2022).

Muun muassa koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä yleislääkärin vastaanotto nousevat aiemmassa tutkimuksessa esille keskeisinä toimijoina perustason syömishäiriöhoidossa. Avainasemassa syömishäiriöiden tunnistamisessa ja varhaisessa puuttumisessa kuvataan toimivan terveydenhuollon ammattilaiset, kuten koulujen terveydenhoitajat (Suokas, 2015). Kouluterveydenhoitajilla kuvataan olevan keskeinen rooli syömishäiriöiden tunnistamisessa heidän tavatessaan nuorta säännöllisesti ja seuratessaan nuoren terveydentilaa. Myös ravitsemusterapeutit tunnistetaan keskeisenä resurssina nuoren syömishäiriöiden hoidossa perustasolla. (Kynsilehto ym., 2018.) Osassa aiempia tutkimuksia on todettu, että syömishäiriöön sairastuneen hoitopolku alkaa usein yleislääkärin vastaanotolta (Ivancic ym., 2021; Linville ym., 2012; Monteleone ym., 2023). Lisäksi psykiatrit ja psykologit ovat tyypillisiä ensimmäisiä hoitokontakteja. Tutkimuksen perusteella ennen erikoistuneeseen syömishäiriöyksikköön pääsyä syömishäiriöpotilaat tapaavat keskimäärin kahta muuta ammattilaista. (Monteleone ym., 2023.)

Perustasolla tarjottava hoito on aiemman tutkimuksen valossa moninaista. Tarjolla oleva hoito useimmiten lähettämistä erikoissairaanhoidon, lääketieteellistä seurantaa tai yksilöterapiaa tai -neuvontaa. Lisäksi muiksi yleisiksi, mutta harvemmin mainituiksi palveluiksi on tutkimuksessa noussut lääkehoito, ravitsemusneuvonta, perheneuvonta tai -terapia ja liikuntaohjaus. (Robinson ym., 2012.) Kouluterveydenhuollossa tarjottava hoito on suomalaistutkimuksen mukaan muun muassa hoidollisia ohjauskeskusteluja sekä painon seurantaa (Kynsilehto ym., 2018). Suokkaan katsausartikkelin (2015) mukaan koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa tehdään tarvittavat laboratoriotutkimukset sekä toteutetaan kasvun seurantaa. Tiedon antamista sairaudesta sekä luottamuksellisen hoitosuhteen luomista pidetään tärkeänä. Perheen mukana olo on myös tärkeää. (Suokas, 2015.) Myös esimerkiksi perustason sairaanhoitajien ja lääkäreiden

käyttöön räätälöidystä perhepohjaisen hoidon mallista on alustavaa näyttöä nuorten rajoittavien syömishäiriöiden hoidossa (Lebow ym., 2025).

Syömishäiriöiden hoidossa myös käytettävissä oleva asiantuntijatuki on perustasolle tärkeää. Aiemman tutkimuksen mukaan perustason ammattilaiset kaipaavat lisää tukea syömishäiriöiden hoitoon syömishäiriöihin perehtyneiltä asiantuntijoilta (Lebow ym., 2021). Suomalaistutkimuksen valossa syömishäiriöhoidon konsultaatiotahoina on kouluterveydenhuollossa tunnistettu psykiatrian ammattilaiset, lastenlääkärit sekä ravitsemusterapeutit (Kynsilehto ym., 2018).

3.4 Perustason syömishäiriöhoidon kehittäminen

Varhaisen puuttumisen mallien kehittämisestä löytyy jonkun verran tutkimusta ja vaikuttavalta näyttäviä ratkaisuja maailmalta. Syömishäiriöiden hoitoa on uudistettu esimerkiksi Englannissa, jossa julkisen terveydenhuollon piirissä kehitettyä syömishäiriöiden varhaisen puuttumisen mallia kutsutaan FREED-malliksi. 16–25-vuotiaille suunnatussa mallissa sairastunut saa viimeistään kahden vuorokauden kuluessa avun hakemisesta nimetyn yhteyshenkilön ja ensitietoa syömishäiriöstä. Mallin tavoitteena on jouduttaa hoitoon pääsyä ja näin ennaltaehkäistä syömishäiriön kroonistumista. Keskeistä on sairastuneelle annettava psykoedukaatio, joka liittyy syömishäiriön riski- ja suojatekijöihin. Mallin vaikuttavuudesta on saatu lupaavia tuloksia. 60 % mallilla hoidetuista potilaista saavutti vuoden kuluessa normaalipainon. Vertailtaessa mallilla hoidettuja tavanomaista hoitoa saaneisiin todettiin, että mallilla hoidetuilla sairaalahoidon tarve väheni kolmanneksella. Tämä sai aikaan myös merkittäviä kustannussäästöjä (Allen ym., 2023; Austin ym., 2022; Pajari, Silén & Keski-Rahkonen, 2023). Sittenmin FREED-malli on laajentunut syömishäiriöiden valtakunnalliseksi hoitomalliksi Britanniassa. Englannissa on myös laajemmin uudistettu syömishäiriöhoidon palvelujärjestelmää suurehkolla valtion rahoituksella. Myös tässä uudistuksessa perustasoa vahvistetaan. (Eisler ym., 2022.)

Tanskan uuden STIME-mallin tavoitteena on mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisy ja intervention tarjoaminen niille lapsille ja nuorille, joiden oireet eivät ylitä vielä psykiatrisen hoidon kynnystä. Kohderyhmään kuuluvat myös ne 10–17-vuotiaat lapset ja nuoret, joilla on varhaisia merkkejä syömishäiriöstä. Mallissa lapsille ja nuorille tarjotaan strukturoitua kognitiivista käyttäytymisterapiaa.

Hoitohenkilökunnan kouluttaminen sekä erityisosaajien konsultaatio ovat keskeistä.

STIME-mallin pilotin tulosten mukaan 74 % 11–17-vuotiaista nuorista suosittelisi STIME-mallia samanlaisten hankaluuksien kanssa kamppailevalle läheiselle ja 79% nuorista oli tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Vastaavat luvut nuorten vanhemmilla oli 86 % ja 90 %. SDQ-kyselyllä viiden eri ulottuvuuden (perhe, ystävät, koulu, vapaa-aika ja mieliala) avulla mitattuna lasten ja nuorten toimintakyky oli mallin jälkeen selvästi parantunut. (European Commission-Best Practices Portal, 2024.)

Lisäksi esimerkiksi Australia on resursoinut syömishäiriöhoidon kehitystyötä runsaasti, koska syömishäiriöiden hoitopolkujen on todettu olevan epäjohdonmukaisia ja vaikeita navigoida. Sekä vertikaalinen että horisontaalinen palveluintegraatio ovat keskeisessä osassa kehitystyössä. (Maguire & Maloney, 2021.) Etelä-Australiassa tutkittiin perustason mielenterveyspalveluiden yhteyteen räätälöityä FREED-mallia matalamman sosioekonomisen aseman omaavilla syömishäiriöpotilailla. Hoidon tulokset olivat vaikuttavia ja tukevat varhaisen intervention mallin käyttöönottoa tälle väestöryhmälle. (Radunz ym., 2021). Lisäksi Kanadassa on resursoitu ja kehitetty syömishäiriöiden tunnistamista ja hoitoa perustason mielenterveyspalveluiden kehittämisen yhteydessä (Allen ym., 2023).

Varhaista puuttumista on kehitetty jonkun verran myös Suomessa. Pohjanmaalla sijaitseva syömishäiriöiden hoitoon erikoistunut Fredrika-klinikka tarjoaa syömishäiriöihin erikoistunutta hoitoa yli 13-vuotiaille. Hoitoon pääsee ilman lähetettä. (Pohjanmaan hyvinvointialueen www-sivut, n.d.) Klinikalla hoidettujen hoitotuloksista on saatu vaikuttavaa näyttöä. Viisi vuotta hoidon aloituksesta kliinisesti toipuneiksi arvioitiin 95 % hoitoon sitoutuneista ja 83 % kaikista hoidon aloittaneista. (Isomaa & Isomaa, 2014.)

Oulussa taas tarkasteltiin vuosina 2013–2019 kaupungin terveyskeskuksen lastenlääkärin vastaanotolla hoidettuja potilaita (n=70), joilla oli syömishäiriökäyttämisen lisäksi selvää anorektista painon laskua. Tutkittavien keski-ikä oli 14,4 vuotta. Täysin avohoidossa potilaista oli 84 %. Potilaita hoidettiin onnistuneesti avohoidossa valmentavalla, vanhempien vastuuta korostavalla otteella, joka muistutti lähinnä perhepohjaista syömishäiriöiden hoitomallia. Nopeaa hoitoon pääsyyn ja tiiviiseen alkuvaiheen tukeen panostettiin. Seuranta-ajan päättyessä 78 % potilaista oli parantunut. (Ronkainen & Ronkainen, 2021.)

3.5 Mielenterveysstrategia 2020–2030 ja syömishäiriöselvitys

Tutkielmassa käytetty aineisto perustuu THL:n kansallisen mielenterveysstrategian rahoittaman hyvinvointialueille kohdennetun syömishäiriöselvityksen aineistoon. Kansallinen mielenterveysstrategia 2020–2030 julkaistiin alkuvuonna 2020 ja sen tavoitteena on turvata mielenterveystyön jatkuvuus ja tavoitteellisuus. Strategian pohjalta senhetkinen hallitus valitsee esimerkiksi hallituskauden mielenterveyspolitiikan painopisteet sekä määrittelee toimeenpanon keinot, välineet ja seurannan. (STM, 2024c.) Mielenterveyshäiriöiden ollessa kansanterveydellinen haaste, strategian tavoitteena on, että palveluiden saatavuus tulisi muiden sosiaali- ja terveyspalveluiden tasolle (Vorma ym., 2020). Mielenterveysstrategiaa toimeenpannaan THL:n hankekokonaisuuksissa muun muassa hankkimalla kattava tietopohja mielenterveyspalveluiden saatavuudesta ja laadusta (STM, 2024c).

Syömishäiriöselvitys on osa THL:n hankekokonaisuutta, jossa selvitetään mielenterveyspalveluiden palveluvalikoimaa. Selvitys on ensimmäinen koko maan kattava tarkastelu syömishäiriöiden palveluista Suomessa, ja siinä tarkasteltiin sekä lasten, nuorten että aikuisten palveluja. Valmis selvitys julkaistiin helmikuussa 2025. Selvityksen mukaan syömishäiriöihin liittyvä palvelutarve on kasvanut erityisesti nuorilla sekä perustasolla että erikoissairaanhoidossa, ja syömishäiriöiden tunnistamista ja hoitoa tulee vahvistaa. Oirekuvan koettiin moninaistuneen ja kytkeytyvän laajempiin ongelmiin. Puutteet hoitoketjuissa olivat yleisiä, ja niiden kehittämistä pidettiin keskeisenä. Alueiden välillä ilmeni eroja hoitokäytännöissä ja resursseissa. Muun muassa hoidon jatkuvuuden parantaminen ja eri toimijoiden yhteistyön kehittäminen tunnistettiin tärkeiksi. Samanaikaissairauksista masennus, ahdistus ja itsetuhoisuus otettiin pääosin hyvin huomioon, mutta kehittämistarpeita oli erityisesti neuropsykiatristen häiriöiden ja päihdeongelmien hoidossa. Pitkäaikaissairaiden hoitoa hankaloitti yhtenäisten hoitolinjausten puute. (Silén ym., 2025.)

4 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset

Aiemman tutkimuksen perusteella tiedetään, että syömishäiriöt ovat nuoruudessa yleisiä ja edelleen yleistyneet korona-aikana. Syömishäiriöt jäävät kuitenkin usein terveydenhuollossa tunnistamatta ja hoitamatta. Tutkimuksen mukaan varhaisella puuttumisella ja nopealla hoitoon pääsyllä voidaan vähentää syömishäiriön kestoa, hoidon kustannuksia sekä parantaa hoitovastetta. Varhaisen puuttumisen malleista onkin vaikuttavalta näyttäviä ratkaisuja maailmalta. Lisäksi aiemman tutkimuksen perusteella syömishäiriöiden hoitoon liittyvä tutkimus on Suomessa edelleen vähäistä, erityisesti perusterveydenhuollon näkökulmasta. Tämä tutkielma täydentää aiempaa niukkaa suomalaista tutkimusta kuvaamalla resurssien, kuten osaamisen, hoitomenetelmien, henkilöstön ja asiantuntijatuen nykytilaa.

Tämän tutkielman tarkoituksena on monimenetelmällisellä lähestymistavalla selvittää, millaiseksi terveydenhuollon ammattilaiset kokevat nuorten syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa käytettävät perustason resurssit. Resurssit voidaan määritellä eri tavoin (kts. luku 3.2), mutta tutkielmassa resursseilla tarkoitetaan osaamista, hoitomenetelmiä, henkilöstöä ja asiantuntijatukea. Lisäksi tutkielman tarkoituksena on kuvata, miten syömishäiriöiden tunnistamista ja hoitoa ja niihin liittyviä valmiuksia on perustasolla kehitetty tai miten niitä voitaisiin kehittää.

Tutkielman tavoitteena on syventää ymmärrystä hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon nykyisistä valmiuksista nuorten syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa sekä tunnistaa keskeiset kehitystoimet ja -tarpeet. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi perustason hoitopolkujen kehittämisessä ja hoidon rakenteiden suunnittelussa.

Monimenetelmällisessä tutkimuksessa on tärkeää asettaa sellaiset tutkimuskysymykset, johon metodologia tarjoaa tilaisuuden vastata. Kysymyksiin voidaan sisällyttää sekä laadullisia että määrällisiä elementtejä, ja tyypillinen lähestymistapa yhdistävän kysymyksen muotoiluun on tuoda kysymykset sisällöllisesti yhteen. (Tashakkori & Creswel, 2007; Åkerblad & Seppänen-Järvelä, 2024, 56–57.) Tässä tutkielmassa on muotoiltu tutkimusongelman pohjalta kaksi tutkimuskysymystä, joihin molempiin voidaan vastata sekä laadullisen että määrällisen aineiston avulla.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisiksi hyvinvointialueiden ammattilaiset kuvaavat perustason resursseja nuorten syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa?
2. Miten nuorten syömishäiriöiden tunnistamista ja hoitoa perustasolla on kehitetty tai voitaisiin kehittää?

5 Aineisto ja tutkimuksen toteutus

Tässä luvussa kuvataan ensiksi tutkielman metodologisia lähtökohtia ja valintoja. Sen jälkeen kuvataan tutkielmassa käytettävää aineistoa ja aineiston keruuta, minkä jälkeen siirrytään esittelemään aineiston analyysiä. Viimeisessä alaluvussa kuvataan tutkimusprosessia tutkimuseettisestä näkökulmasta.

5.1 Metodologiset valinnat

Tämä maisterintutkielma on kuvaileva tutkimus, jossa kuvataan tutkittavaa ilmiötä ammattilaisten näkökulmasta. Maisterintutkielma toteutetaan monimenetelmällisen tutkimuksen lähtökohdista. Monimenetelmällisen tutkimuksen käsitettä voidaan määritellä eri tavoin. Yksinkertaistettuna se tarkoittaa, että samassa tutkimuksessa hyödynnetään sekä määrälliseen että laadullisen tutkimusperinteeseen liitettyjä aineistoja ja menetelmiä. (Sormunen ym., 2013, 312; Åkerblad & Seppänen-Järvelä, 2024, 9.) Monimenetelmätutkimuksen tieteenfilosofiseksi lähtökohdaksi kuvataan usein pragmatismia, joka korostaa tutkimuksella saavutettavan tiedon käytännöllistä luonnetta (Sormunen ym., 2013, 313). Monimenetelmällinen lähestymistapa sopii tutkimusongelman luonteeseen hyvin, koska tutkielmassa tietoa kerättiin eri menetelmillä ja käytettävissä oleva data oli sekä laadullista että määrällistä. Tutkielman tuloksia voidaan hyödyntää käytännön syömishäiriöhoidon sisältöä ja rakenteita suunniteltaessa.

Englanninkielisessä terminologiassa erotetaan toisistaan edelleen multiple methods -tutkimus ja mixed methods -tutkimus. Aiemmin mainitussa tyypittelyssä käytetään useita eri aineistoja tai menetelmiä laadullisen tai määrällisen asetelman sisällä. Jälkimmäiseksi mainitussa tyypissä taas yhdistetään laadullisia ja määrällisiä aineistoja sekä lähestymistapoja. (Åkerblad & Seppänen-Järvelä, 2024, 19–20.) Tutkielman aineisto on kerätty kyselylomakkeilla ja puolistrukturoiduilla haastatteluilla. Aineisto sisältää määrällistä ja laadullista dataa, ja aineistoa analysoidaan ja kuvaillaan myös sekä laadullisesti että määrällisesti. Tämä tutkielma sisältää siis monimenetelmällisen tutkimuksen piirteitä riippumatta siitä, mitä määritelmää tarkastellaan.

Monimenetelmällisyyden tarkoituksena on usein saavuttaa laajempi ja syvempi ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä. Lisäksi monimenetelmällisyys valintana voi perustua tutkimustulosten luotettavuuden vahvistamiseen ja moninäkökulmaisuuuden mahdollistamiseen. (Sormunen ym., 2013, 314–315; Åkerblad & Seppänen-Järvelä, 2024, 51.) Kaikki nämä perustelut olivat läsnä myös tutkielman metodologista lähestymistapaa valitessa. Tässä tutkielmassa monimenetelmällisyys mahdollistaa sekä määrällisesti että laadullisesti mitattujen kokemusten tarkastelun yhdistämisen, jolloin hyvinvointialueiden ammattilaisten kokemuksista saadaan monipuolisempi kuva. Lisäksi on kiinnostavaa tarkastella, onko määrällinen data laadullisen datan kanssa yhteneväistä. Tämä vaikuttaa myös tutkielman luotettavuuteen. Määrällinen kuvailu on mielekästä myös siksi, koska kyselylomakkeisiin ovat vastanneet kaikki Suomen hyvinvointialueet, Helsinki, Ahvenanmaa ja HUS, ja useat alueet ovat keränneet ohjeistuksen mukaan vastaukseensa alueen keskeisten toimijoiden havainnot. Vastaukset eivät siis yleensä heijasta pelkästään alueen yksittäisen ammattilaisen kokemusta nuorten syömishäiriöiden palveluista, vaan vastausten jakaumia tarkastelemalla voidaan saada laajempaa yleiskuvaa palveluiden tilanteesta.

Vaikka tutkielma sijoittuu monimenetelmällisen metodologisen paradigman kehykseen, nojaa tutkimus sen sisällä laadulliseen paradigmaan merkittävästi määrällistä paradigmaa enemmän. Tutkielmassa käytettävä määrällinen aineisto on vähäistä ja lähinnä täydentää laadullista analyysiä. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteisiin kuuluvat asianosaisten omien merkitysten ja tulkintojen korostaminen, keskittyminen toimintaan sekä monimutkaisuuden sietokyky (Juhila, n.d.). Laadullisen tutkimuksen tieteenfilosofian mukaisesti tutkimuksen tavoitteena on ymmärryksen lisääminen tutkittavasta ilmiöstä esimerkiksi tutkimalla ihmisten kokemuksia (Elo ym., 2022, 216). Kokemusnäkökulma nojaa hermeneuttiseen tutkimusperinteeseen ja fenomenologiaan. Siinä tutkittavaa todellisuutta pidetään moninaisena ja tutkimuksen kohteena ovat subjektiiviset merkitykset. (Jokinen, n.d.) Tutkielmassa syvennetäänkin ymmärrystä perustason ammattilaisten moniulotteisista kokemuksista syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa.

5.2 Aineiston keruu ja kuvailu

Tutkielmassa käytetään kahta aineistoa; tutkimuksen kvalitatiivinen osa perustuu THL:n syömishäiriöselvityksessä ammattilaisilta kerättyjen kyselylomakkeiden

avoimiin vastauksiin sekä kolmen eri hyvinvointialueen ammattilaisille tehtyihin haastattelun. Tutkimuksen kvantitatiivinen osa koostuu kuvailevasta datasta koskien kyselylomakkeiden suljettuja kysymyksiä.

5.2.1 Kyselylomakkeet

Tutkielmassa käytetyt puolistrukturoidut kyselylomakkeet ovat osa THL:n Syömishäiriöselvityksen aineistoa. Syömishäiriöselvityksessä kerättiin ammattilaisilta tietoa erillisillä lomakkeilla lasten, nuorten ja aikuisten syömishäiriöiden palveluista. Tutkielmassa käytetään vain nuorten palveluihin kohdennettua kyselylomaketta (liite 1. kyselylomake). Kyselylomake koostuu likertasteikollisista muuttujista, monivalintamuuttujista sekä avoimista vastauksista koskien nuorten syömishäiriöiden palveluita hyvinvointialueella. Kysymykset koskivat esimerkiksi osaamista ja koulutusta, käytettävissä olevia palveluja ja sekä alueen konsultaatiokäytäntöjä syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa. Suurin osa kysymyksistä on jaoteltu koskemaan erikseen perustasoa ja erikoissairaanhoidoa.

Selvityksessä olivat mukana 21 hyvinvointialuetta sekä Helsinki ja Ahvenanmaa. Lisäksi HUS:n vastaukset kerättiin omana yksikkönään. Word-pohjaiset kyselylomakkeet lähetettiin keväällä 2024 THL:n kirjaamon kautta psykiatrian, lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian palveluista vastaaville toimiala-, tulosalue- tai linjajohtajille, psykiatrian, lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian sairaalahoidon ja avohoidon ylilääkärille ja ylihoitajalle, hyvinvointialueiden mielenterveyspalveluista vastaavalle ylilääkärille ja ylihoitajalle, sisätautien ja lastentautien sairaalahoidon ja avohoidon ylilääkärille ja ylihoitajalle sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta vastaavalle ylilääkärille ja terveydenhoitajien esihenkilölle. Kyselylomakkeiden täytön ohjeistuksessa aluetta pyydettiin keräämään eri asiantuntijoilta tiedot yhteen asiakirjaan.

5.2.2 Haastattelut

Sekä laadullista että monimenetelmällistä lähestymistapaa kuvaa iteratiivinen tutkimusprosessi, jossa tutkimuksen eri vaiheet ovat häilyviä ja niiden välillä voidaan liikkua edestakaisin (Åkerblad & Seppänen-Järvelä, 2024, 131–132). Myös tässä tutkielmassa liikuttiin tutkimuksen eri vaiheiden välillä. Kyselylomakkeiden vastauksia käytiin läpi silmämääräisesti ennen varsinaisen analyysin aloittamista.

Tuolloin huomattiin, että vastaajina oli monia hyvinvointialueita, joiden perustasolla tunnistettiin nuorten syömishäiriöiden tunnistamisen tai hoidon haasteita, kehittämistarpeita tai lueteltiin jo tehtyjä kehitystoimia. Lisäksi avoimet vastaukset olivat usein lyhyehköjä ja tietyistä teemoista jäätiin kaipaamaan tarkentavaa tietoa. Tällöin vahvistui ajatus kerätä aineistoa lisää. Haastattelut tekivät myös erontekoa tutkielman ja THL:n Syömishäiriöselvityksen välille. Tutkielman lopullinen aihe rajautuikin alustavien kyselylomakkeissa esille nousevien teemojen sekä aiemman kirjallisuuden perusteella. Tutkielman tekijä toteutti haastattelut THL:n vierailevan tutkijan roolissa. Tutkielmassa käytettiin siis peräkkäisen otoksen taktiikkaa, jossa ensimmäisessä vaiheessa kerätty aineisto antaa viitteitä siitä, miten seuraavan vaiheen osallistujat kannattaisi valita (Åkerblad & Seppänen-Järvelä, 2024, 170).

Haastatteluja suunniteltaessa tavoitteena oli, että haastateltavat hyvinvointialueet olisivat rakenteeltaan, maantieteelliseltä sijainniltaan sekä kooltaan erilaisia, jotta aineisto kuvaisi mahdollisimman kattavasti Suomen erilaisia hyvinvointialueita. Uudenmaan hyvinvointialueita ei kuitenkaan ensisijaisesti haluttu haastateltavaksi, koska erikoissairaanhoidon on niissä keskitetty kokonaan HUS-yhtymään, mikä vääjäämättä vaikuttaa myös perustason hoitoon ja täten eroaa merkittävästi rakenteeltaan Suomen muista hyvinvointialueista. Mukaan haluttiin kuitenkin ainakin yksi yliopistosairaala-alue.

Lopulta haastateltavaksi valikoituivat Pohjanmaan, Kymenlaakson ja Varsinais-Suomen hyvinvointialueet, jotka ovat maantieteelliseltä sijainniltaan erilaisia alueita, ja joiden kyselylomakkeiden vastauksissa ilmeni tarve kehittää perustason syömishäiriöpalveluita. Alueet poikkeavat toisistaan rakenteellisesti myös esimerkiksi hyvinvointialueen väestömäärän suhteen. Alueilla oli hiljattain kehitetty tai suunniteltu kehitettäväksi syömishäiriöhoitoa esimerkiksi lisäkoulutuksen avulla. Nuorten perustason mielenterveyspalveluiden vahvistamisen tarve oli myös huomattu. Lisäksi tiedettiin, että Pohjanmaalla sijaitsee Suomen ainoa syömishäiriöyksikkö, joka toimii perustason ja erikoissairaanhoidon rajamaastossa. Käytännössä yksikkö kuuluu erikoissairaanhoidon alle, mutta yksikössä on käytössä matalan kynnyksen syömishäiriöhoidon malli eli hoitoon pääsee ilman lähetettä hoidon viivettä minimoiden. Yksikössä käytössä olevasta mallista on saatu lupaavaa vaikuttavuusnäyttöä (Isomaa & Isomaa, 2014). Yksikön toiminnasta haluttiin saada

tutkielman kontekstissa ehdottomasti lisää tietoa. Yksiköstä käytetään tutkielmassa termiä *välimaaston syömishäiriöyksikkö*.

Tavoitteena oli, että jokaiselta hyvinvointialueelta haastatteluun osallistuisi kaksi henkilöä, joilla olisi yhdessä riittävä tieto alueen opiskeluhuollon palveluista sekä mahdollisista nuorten perustason mielenterveyspalveluista tai terveysaseman mielenterveyspalveluista. Parihaastattelun ajatuksena oli myös, että vastaajat voisivat täydentää toistensa tietoja tai auttaa toista muistamaan. Haastateltavien nimikkeitä tai alueelle sijoittumista tärkeämpänä tekijänä pidettiin siis sitä, että haastateltavilla oli kattava kuva alueen perustason nuorten syömishäiriöhoidosta. Osa haastatteluihin kutsutuista olivat samoja henkilöitä, jotka olivat jo vastanneet kyselylomakkeisiin. Ammattilaisia osallistettiin sopivien haastateltavien valintaan, ja heitä pyydettiin ehdottamaan omalta alueeltaan aihealuetta parhaiten tuntevia henkilöitä, mikäli alueelta ei ollut löydetty vielä toista haastateltavaa. Laadullisessa haastattelussa luotettavuuden kannalta on olennaista valikoida tutkimukseen haastateltavia, joilla on kokemusta ja tietoa kohteena olevasta ilmiöstä (Graneheim ym., 2017, 33).

Haastateltaville lähetettiin toukokuussa 2024 sähköpostitse kutsu (liite 2. haastattelukutsu), tutkimustiedote (liite 3. tutkimustiedote) sekä puolistrukturoidun haastattelun kysymysrunko (liite 4. haastattelurunko). Haastateltaville kerrottiin, että haastatteluun ei tarvitse valmistautua muuten kuin toimivalla kuva- ja äänyhteydellä. Aikaa haastattelulle pyydettiin varamaan noin tunti. Kolme haastattelua toteutettiin etähaastatteluina Microsoft Teamsin välityksellä elokuussa 2024. Haastateltaville kerrottiin, että haastatteluissa on tarkoitus käsitellä noin 13–22-vuotiaiden nuorten hoitoa. Lisäksi kerrottiin, että kyseinen ikärajaus on kuitenkin vain suuntaa antava ja tärkeintä on, että vastaaja viittaa vastauksillaan nuorten syömishäiriöhoitoon. Kaikki haastattelut kestivät noin tunnin, haastattelujen yhteiskeston ollessa 3 h 9 min.

Haastattelut toteutettiin lopulta pari- tai ryhmähaastatteluina. Haastatteluihin osallistui yhteensä seitsemän henkilöä; Pohjanmaan hyvinvointialueelta kaksi, Kymenlaaksosta kolme ja Varsinais-Suomesta kaksi henkilöä. Haastatteluihin osallistuneet ammattilaiset olivat esimerkiksi alueen koulu- ja

opiskeluterveydenhuollosta, mielenterveys- ja päihdepalveluista tai lasten, nuorten ja perheiden palveluista vastaavia osastonhoitajia, ylilääkäreitä ja vastuu- tai toimialuejohtajia.

Haastattelut noudattivat puolistrukturoidun teemahaastattelun piirteitä.

Puolistrukturoidusta haastattelusta käytetään usein termiä teemahaastattelu, mutta puolistrukturoidussa haastatteluun liitetään usein tarkat ennalta määritellyt haastattelukysymykset, jotka käydään kaikkien vastaajien kanssa läpi.

Teemahaastattelussa korostuu taas tilanteen keskustelunomaisuus. Ennalta päätetyt teemat pyritään keskustelemaan kaikkien haastateltavien kanssa, mutta järjestys on vapaa. (Hyvärinen ym., n.d.; Saaranen & Puusniikka, 2006a; Saaranen & Puusniikka, 2006b.) Tutkielmassa haastattelurunko oli rakennettu valmiiksi kyselylomakkeissa esille nousseiden teemojen avulla (liite 4. haastattelurunko).

Haastatelluille kerrottiin kuitenkin, ettei kysymyksiä tarvitse käydä läpi järjestyksessä tai välttämättä jokaista kysymystä läpi ollenkaan, vaan tärkeintä on, että aiheesta syntyy keskustelua. Haastateltavat puhuivatkin aiheista monipuolisesti eikä kaikkia haastattelurungon kysymyksiä tarvinnut erikseen esittää.

Kolme haastattelua oli aineiston määräksi riittävä niin ajankäytöllisistä syistä kuin aineiston saturoitumisen kannalta. Kolmannen haastattelun kohdalla alkoi näkyä samojen teemojen toistuminen. Toki jotain uutta tietoa olisi voinut vielä tulla haastatteluita jatkettaessa, koska alueiden välillä oli merkittävää vaihtelua syömishäiriöiden hoitoon liittyvissä käytännöissä.

5.3 Aineiston analyysi

Monimenetelmällinen tutkimus edellyttää aineistojen, analyysien, löydösten ja johtopäätösten yhteen tuomista eli aineistotason integraatiota (Åkerblad & Seppänen-Järvelä, 2024, 138). Tutkielmassa kyselylomakkeen avoimien vastausten sekä haastattelujen analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Kyselylomakkeissa ja haastatteluissa nousi esille hyvin samankaltaisia asioita, ja koska haastatteluissa syvennyttiin nimenomaan kyselylomakkeiden teemoihin, analyysijä ei ollut syytä tehdä niistä erikseen. Kyselylomakkeiden määrällinen tieto esitetään taas kuvailevan tilastotieteen menetelmillä. Määrällinen kuvaileva tieto nivottiin yhteen vasta raportointivaiheessa

tuloksia esitettäessä. Tällainen menettely on myös hyvin tavallista monimenetelmälliselle tutkimukselle, joskin on kuitenkin toivottavaa, että aineistojen yhdistäminen ei tapahtuisi pelkästään tässä vaiheessa prosessia (Åkerblad & Seppänen-Järvelä, 2024, 181).

5.3.1 Laadullinen analyysi

Laadullinen aineisto analysoitiin induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Sen avulla aineisto saatetaan selkeään ja tiiviiseen muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota (Elo ym., 2022, 2016; Tuomi & Sarajärvi, 2018, 121).

Laadullisessa sisällönanalyysissä keskitytään niihin asioihin, aiheisiin ja teemoihin, joista aineisto kertoo. Tällöin ollaan siis kiinnostuneita siitä, mistä haastateltavat puhuvat, mutta sen sijaan aineiston kielellistä muotoa tai muuta ilmaisullista muotoa ei yleensä systemaattisesti analysoida. (Vuori, 2021.) Aineistolähtöisen sisällönanalyysin pyrkimys on luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi, 2018, 108).

Analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun pohjalta (Tuomi & Sarajärvi, 2018, 108). Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkija tuottaa tulosten luokittelun itse aineistoonsa perustuen (Elo ym., 2022, 218). Tutkielmassa käytettiin analyysiyksikkönä ajatuskokonaisuutta. Ajatuskokonaisuus on tutkittavan ilmaisu, joka vastaa tutkimuskysymykseen. Se voi muodostua useammista lauseista ja lisäksi yhdestä ajatuskokonaisuudesta voi muodostua esimerkiksi kaksi pelkistettyä ilmaisua, jotka molemmat vastaavat tutkimuskysymykseen vähän eri näkökulmista. (Elo ym., 2022, 219.) Tutkielmassa yksi koodi saattoi siis koskea osaa lauseesta, yhtä lausetta tai esimerkiksi pidempää ajatuspätkää, jossa vastattiin tutkimuskysymykseen.

Aineistolähtöistä sisällönanalyysiä varten haastattelut ja kyselylomakkeet ladattiin Atlas.ti -ohjelmistoon, joka on laadullisten aineistojen käsittelyyn kehitetty tietokoneohjelma. Kyselylomakkeen toiset avoimet kysymykset vastasivat tutkimuskysymyksiin paremmin kuin toiset ja kyseisiin vastauksiin kiinnitettiin analyysissä erityistä huomiota. Nämä kysymykset nähtävillä taulukossa 1. Jos muiden avoimien kysymysten alta löytyi kuitenkin tutkimuskysymyksiin selkeästi vastaavia vastauksia, otettiin ne mukaan analyysiin.

Taulukko 1. Kyselylomakkeen avoimet kysymykset, joihin analyysissä on keskitytty.

Kysymys
4.5 Tarkenna kysymykseen 4.4a liittyen nuorten syömishäiriöiden hoitoon perustasolla tarjottavia menetelmiä. a) Onko käytössä jokin muu menetelmä? b) Tarkenna myös tarvittaessa mahdollisen muun perustasolla tarjottavan digitaalisen hoidon sisältöä.
7.2 Tarkenna kysymykseen 7.1a liittyen, minkälaista lisäkoulutustarvetta arvioit hyvinvointialueen perustasolla olevan nuorten syömishäiriöiden hoitoon liittyen?
7.6 Tarkenna kysymykseen 7.5 liittyen nuorten syömishäiriöhoidon konsultaatiokäytäntöjä hyvinvointialueella.
7.8 Tarkenna tarvittaessa kysymykseen 7.7 liittyen hyvinvointialueen henkilöstöresursseja. a) Perustasolla
7.9 Tarkenna kysymykseen 7.7 liittyen, minkälaista ammattiresurssia tarvittaisiin lisää, jotta nuorten syömishäiriöiden hoito hyvinvointialueella paranisi?
8.1 Onko hyvinvointialueella suunniteltu tai parhaillaan toteutumassa nuorten syömishäiriöiden hoidon kehitystoimia? Jos on, kuvaile suunnitelmaa.
8.2 Mitkä ovat hyvinvointialueen tärkeimmät kehittämiskohteet nuorten syömishäiriöiden tunnistamisen ja hoidon näkökulmasta?

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi alkaa tutkijan käydessä aineiston läpi useamman kerran ja koodaten aineistosta tutkittavasta ilmiöstä kertovat kohdat (Vuori, 2021). Tutkielmassa aineisto luettiin ensiksi kaksi kertaa huolellisesti läpi tehden alustavia merkintöjä havainnoista. Sitten aineisto luettiin läpi uudestaan samalla koodaten Atlas.ti ohjelmaa hyödyntäen kaikki sellaiset kohdat, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Samaa ilmiötä kuvaavat havainnot pyrittiin yhdistämään näitä yhdistävän käsittekoodin alle. Aineistoa koodatessa koodit jaoteltiin myös tutkimuskysymysten perusteella kahteen eri ryhmään värikoodaamalla koodit eri värein. Ensimmäisen koodauskierroksen jälkeen koodattuja aineisto-otteita oli yhteensä 421 ja koodeja 282. Jotkut aineisto-otteet sisälsivät useampia eri koodimerkintöjä. Esimerkki koodauksesta nähtävissä taulukossa 2.

Taulukko 2. Esimerkkejä aineiston koodauksesta.

Analyysiyksikkö	Koodi
<p><i>"Opiskeluhuollon terveydenhoitaja konsultoi opiskeluhuollon lääkäriä"</i></p> <p><i>"Tai sitten terveydenhoitaja voi konsultoida lääkäriä, että onko tämä jo sitten tällainen erikoissairaanhoidotasoinen."</i></p>	<p>mahdollisuus konsultoida opiskeluhuollon lääkäriä</p>
<p><i>"Hoitoketju on tehty vuonna 2013, sitä ollaan päivittämässä osana alaikäisten mielenterveyspalveluiden toimenpideohjelmia."</i></p> <p><i>"Kyllä, meillä on käynnissä alaikäisten mielenterveystyön toimenpideohjelma, jossa yhtenä osana on hoitopolkujen tekeminen diagnoosipohjaisesti. Syömishäiriöiden hoitopolku päivitetään parin seuraavan vuoden kuluessa "</i></p> <p><i>"Syömishäiriön hoitoketjua suunnitellaan päivitettäväksi "</i></p>	<p>hoitoketjun päivittäminen ajankohtainen kehitystoimi</p>
<p><i>"Keskitetty perustason syömishäiriötiimi voisi lisätä saatavuutta, osaamista ja parantaa hoidon laatua."</i></p>	<p>kehitysideana keskitetty perustason syömishäiriötiimi</p>
<p><i>"Voisin vastata meidän osalta, että se vaihtelee. Että siellä on siis ihan aloittelevia ja sitten siellä on konkareita ja[...] se on hyvin tällaista sattumanvaraisesti sijoittunutta vielä niin kuin siellä alueella sitten se osaaminen johtuen tästä, että se on kyllä haastava pitää sitä osaamista yllä siellä"</i></p>	<p>osaaminen vaihtelevaa uusien ja kokoneiden hoitajien välillä</p> <p>osaamista hankala pitää yllä</p>
<p><i>" Että yleisellä tasolla kyllä tunnistaminen toimii ja työntekijät osaavat bongata, mutta sitten se ongelma[...]että meillä sitten se ongelma on enemmän, että mitä sitten ja mihin jatkoon? Että minkä tasoinen tämä on? Ja sitten ehkä sellainen, että nyt nämä roolit ovat ehkä sitten vähän epäselvät. Että jos lähete palautetaan niin mitkä laitetaan nuorisopsykiatriselle ja mitkä nuorten perustason mielenterveyspalveluun?"</i></p>	<p>riittäväksi koettu osaaminen tunnistamisessa</p> <p>perustason ja esh:n välisen työnjaon epäselvyys haastaa osaamista</p>
<p><i>"ei riittävää osaamista arvioida syömishäiriötä ja ohjata eteenpäin"</i></p>	<p>ei riittävää osaamista arvioida syömishäiriötä ja ohjata eteenpäin</p>
<p><i>"henkilöstölle tullut useita uusia tehtäväkokonaisuuksia, jotka vähentävät syömishäiriöihin kohdennettavaa resurssia - pahoinvointi on lisääntynyt nopeasti ja resurssit eivät ole pystyneet tähän vastaamaan"</i></p>	<p>lisääntyneeseen palveluntarpeeseen ei olla pystytty vastaamaan riittävillä henkilöstöresursseilla</p>

Seuraavaksi vuorossa oli aineiston klusterointi eli ryhmittely. Siinä aineistosta koodatut alkuperäisilmaisut käydään tarkasti läpi etsien mahdollisia samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia käsitteissä. Samaa ilmiötä kuvaavat käsitteet yhdistetään ja jaotellaan eri luokkiin, joista muodostuvat analyysin alaluokat. (Elo ym., 2022, 220; Tuomi & Sarajärvi, 2018, 124; Vuori, 2021.) Tutkielmassa toisella koodauskierroksella aineistosta löytyi vielä muutamia alkuperäisilmaisua, joita ensimmäisellä kierroksella oli jäänyt koodaamatta. Kyseiset ilmaisut koodattiin. Koodien läpikäynti osoitti myös osittaisia päällekkäisyyksiä. Tällaiset koodit yhdistettiin ja tarvittaessa koodin nimeä vaihdettiin sisältöä paremmin kuvaavaksi. Tutkimuskysymykseen heikosti vastaavia koodeja karsittiin. Tämän jälkeen koodeja oli jäljellä 227. Jäljelle jääneet koodit värikoodattiin eri luokkiin niin, että samanväriset koodit sisälsivät samaa asiaa käsitteleviä ilmiöitä. Koodeja yhdistelemällä muodostettiin alaluokat ja alaluokille annettiin aineistolähtöisen analyysin tapaan koodien sisältöä mahdollisimman tarkasti kuvaava nimi (Elo ym., 2022, 220; Tuomi & Sarajärvi, 2018, 124). Tässä käytettiin apuna Atlaksen ryhmittelytoimintoa.

Klusterointivaihetta seurasi aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen. Siinä muodostetaan tutkimuksen kannalta olennaisen tiedon eli alaluokkien avulla teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Luokkien yhdistelyä jatketaan niin kauan kuin aineisto sen mahdollistaa. Se kuinka paljon mahdollisia eritasoisia luokkia syntyy, riippuu aineistosta ja selviää vasta analyysin aikana. Käsitteiden avulla saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Elo ym., 2022, 220–221; Tuomi & Sarajärvi, 2018, 125–127.) Muodostetut luokat esitellään alempana tulosten esittelyn yhteydessä.

Sisällönanalyysiä päädyttiin jatkamaan vielä aineiston kvantifoinnilla. Aineiston kvantifointi tapahtuu laskemalla, kuinka monta kertaa tietyn luokan sisällä kyseinen asia ilmenee koko aineistossa. Kvantifoinnin avulla voidaan sanallisen kuvaamisen rinnalla havainnollistaa luokkia määrällisesti ja näin esimerkiksi nähdä, mitkä asiat ovat aineistossa tiedonantajien osalta painottuneet. (Elo ym., 2022, 218.) Tämä voi antaa suuntaa siitä, kuinka yleistä tietty asia aineistossa on. ATLAS.ti mahdollistaa koodien frekvenssien tarkastelun. Atlaksesta siis poimittiin frekvenssit

muodostettuihin alaluokkiin kuuluville koodeille. Kvantifoinnin tulokset esitetään myös alempana tulososiossa.

5.3.2 Määrällisen aineiston käsittely

Kyselylomakkeissa kerätyt määrälliset tiedot oltiin THL:n puolesta siirretty tilastolliseen analyysiin tarkoitettuun SPSS-ohjelmistoon (IBM SPSS Statistics Version 29.0.2.0) jatkotarkastelua varten. Joissain tapauksissa samaan kyselyyn oli vastannut alueelta useampi henkilö, ja vastauksia ei oltu yhdistetty koko alueen yhtenäiseksi vastaukseksi. Kyseiset vastaukset yhdistettiin THL:n päässä SPSS:ssä valitsemalla vastauksista myönteisempi. Tutkielmassa tarkasteluun päätyivät sellaiset luokitellut muuttujat, jotka toivat tutkielmaan tutkimuskysymysten kannalta lisäarvoa (taulukko 3).

Taulukko 3. Kyselylomakkeen kysymykset, joiden jakaumia tutkielmassa tarkastellaan.

Kysymys	Vastaustapa
Kysymys 4.4. a) Minkälaisia hoitomenetelmiä hyvinvointialueella on tarjolla nuorten syömishäiriöiden hoitoon. Kysymys esitetään erikseen perustasolle ja erikoissairaanhoidolle. Rastita listasta sopivat eli sellaiset palvelut, joita ainakin osittain pystyttäisiin tarjoamaan silloin, kun se olisi potilaan hoidon kannalta oleellista.	Nominaali-asteikko
Kysymys 7.1. a) Minkälaiseksi arvioit henkilökunnan koulutuksen ja osaamisen nuorten syömishäiriöiden hoidossa hyvinvointialueella?	Likert-asteikko
Kysymys 7.4 a) Mitä välineitä tai osaamista tarvittaisiin, jotta nuorten syömishäiriöiden ehkäisy, tunnistaminen ja hoito paranisivat hyvinvointialueella perustasolla?	Nominaali-asteikko
Kysymys 7.5 Minkälaiseksi arvioit nuorten syömishäiriöhoitoon liittyvät konsultaatiomahdollisuudet hyvinvointialueella? Valitse sopiva(t).	Nominaali-asteikko
Kysymys 7.7.a) Ovatko viiden vuoden aikana henkilöstöressurit (vakanssit, työssä olevat) nuorten syömishäiriöiden hoidossa...?	Likert-asteikko

Löydöksiä esitellään kuvailevan tilastotieteen keinoin frekvenssien ja prosentiosuuksien avulla. Tutkielmassa käytetään vain kuvailevaa tilastollista tietoa, koska tilastollisia analyysejä ei ollut mielekäästä tehdä näin pienellä havaintoyksikköjen (n=24) määrällä. Määrälliset ja laadulliset tulokset yhdistettiin vasta tulosten raportointivaiheessa.

5.4 Tutkimuseettiset näkökulmat

Tutkielmassa noudatetaan koko tutkimusprosessin ajan hyvää tieteellistä käytäntöä sekä tutkimuseettisen neuvottelukunnan [TENK] ohjeistusta tutkimusaineiston käsittelystä sekä tutkimuksen etiikasta. Hyvän tieteellisen käytännön peruspilareita ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto (TENK, 2023). Nämä kaikki on huomioitu tutkielmaprosessin jokaisessa vaiheessa. Tutkija kirjotti heti tutkielmaprosessin alettua omat ennako-oletuksensa aiheesta ylös. Tällä pyrittiin minimoimaan tutkijan vaikutusta tuloksiin. Tutkielmaa varten ei ollut tarvetta hankkia erikseen tutkimuslupaa, koska haastattelut tehtiin vierailevana tutkijana THL:n syömishäiriöselvityksen yhteydessä. Tutkimusasetelma ei vaatinut myöskään eettistä ennakkoarviointia.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistuksen mukaan ihmiseen kohdistuvassa tutkimuksessa tulee huomioida muun muassa tutkimuksen perustuminen vapaaehtoisuuteen, tietoon perustuva suostumus, henkilötietojen käsittely sekä yksityisyyden suoja (TENK, 2019). Tutkielman tekijä lähetti haastateltaville haastattelukutsun lomassa tutkimustiedotteen (liite 3. tutkimustiedote), jossa kerrottiin haastattelun toteuttamistavasta, tavoitteista, tulosten raportoinnista ja mahdollisista julkaisualustoista sekä tutkimusetiikasta, tietosuojasta ja aineiston käsittelystä. Haastateltaville kerrottiin, että haastatteluihin osallistuminen on vapaaehtoista, suulliseen suostumukseen perustuvaa ja haastateltavalla on oikeus keskeyttää haastattelu tai peruuttaa suostumuksensa osallistua tutkimukseen milloin tahansa.

Lisäksi haastateltavia tiedotettiin siitä, että tutkielmassa kerrotaan haastatellut hyvinvointialueet sekä kuvataan haastateltavien sijoittumista hyvinvointialueelle yleisluonteisesti. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistuksen mukaan ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa henkilönimiä ja taustatietoja voidaan julkaista tutkimuksessa, jos henkilö on antanut siihen suostumuksensa tai tietojen julkaisu on esimerkiksi yhteiskunnallisesti perusteltua. Vaikka julkaisu ei sisältäisi nimiä, tutkittaville ei tule luvata täyttä tunnistamattomuutta, jos he voivat olla tunnistettavissa esimerkiksi sellaisten henkilöiden toimesta, jotka tuntevat tutkimuskohteena olevan organisaation. (TENK, 2019, 12–13.)

Tutkielmassa tilanne oli edellä kuvatun mukainen ja haastateltavien tunnistamisen mahdollisuutta ei voidakaan täysin poissulkea. Analyysin ja tulosten kerronnan takia oli tärkeää mainita, että tutkielmassa oli haastateltu välimaaston syömishäiriöyksikköä Fredrika-klinikkaa, sen ollessa Suomen tasolla poikkeava malli järjestää matalan kynnyksen syömishäiriöhoitoa. Yksikön mainitseminen lisää tunnistamisen mahdollisuutta. Tunnistaminen voikin olla tutkielmassa mahdollista etenkin sellaisten henkilöiden toimesta, jotka tuntevat haastateltavien organisaatioiden toimintaa. Tämä käytiin läpi myös haastattelujen yhteydessä, ja Fredrika-klinikan kohdalla varmistettiin lisäksi suostumus yksikön mainitsemiseen tutkielmassa.

Sekä SPSS-tiedostoa että Atlaksen tiedostoja säilytettiin koko prosessin ajan asianmukaisesti THL:n suojatulla verkkolevyllä, johon tutkijalla oli pääsy toukokuun 2025 loppuun hänen toimiessaan vierailevana tutkijana THL:ssä. Haastattelut nauhoitettiin kahdella laitteella (Teams-tallenne THL:n tietokoneella, jossa VPN-yhteys sekä nauhuri puhelimassa, jossa ei verkkoyhteyttä), minkä jälkeen haastattelut litteroitiin sekä litteroinnin yhteydessä pseudonymisoitiin. Välittömästi litteroinnin jälkeen nauhoitteet tuhottiin asianmukaisesti. Näin turvattiin, että henkilötiedoksi luokiteltava äänitiedosto ei jää tallenteeksi minnekään. Litteroitua tekstiä tuli haastatteluista yhteensä 44 sivua, kun fonttina oli Times New Roman, fonttikokona 12 ja rivivälinä 1,5. Tutkimusetiikkaan ja luotettavuuden arviointiin palataan luvussa seitsemän.

6 Tulokset

Tässä luvussa esitellään tutkielman tulokset vastaten tutkielmassa asetettuihin tutkimuskysymyksiin sekä suhteuttaen niitä aiheesta aiemmin tehtyyn tutkimukseen. Aiempaan tutkimukseen palataan syvemmin pohdintaluvussa.

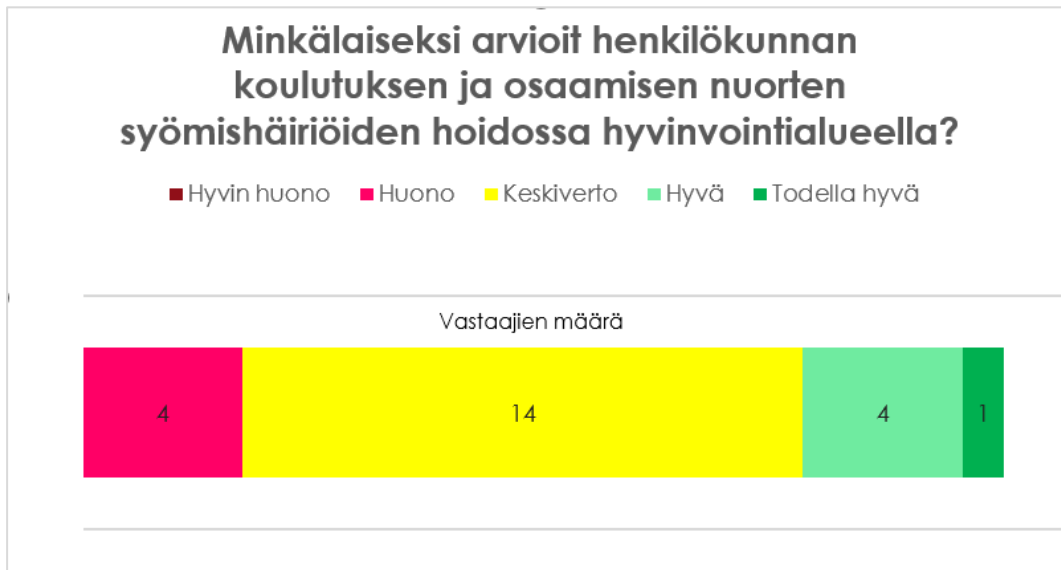
Alaluvut 6.1 ja 6.2 on eritelty vastaamaan kahteen eri tutkimuskysymykseen. Myös kyseiset alaluvut on jaettu edelleen alalukuihin, jotka on otsikoitu laadullisen analyysin pohjalta muodostettujen pääluokkien tai yhdistävien luokkien mukaan. Nämä alaluvut alkavat mahdollisella aiheesta käytettävissä olevalla määrällisen tiedon kuvailulla. Tätä seuraa laadullisen analyysin taulukkomuotoinen esittely, jossa esitellään kyseiseen pää- tai yhdistävään luokkaan kuuluvat ylä- ja alaluokat. Tämän jälkeen ylä- ja alaluokkien sisältö avataan tekstissä. Alaluokkien esittelyn yhteydessä esitetään kvantifoinnin keinoin myös koodien sijoittuminen eri alaluokkiin.

Myös suoria lainauksia käytetään tulosten esittämisen apuna. Alkuperäisilmaisua kuvatessa lukijalle ilmoitetaan, onko aineisto-ote haastattelusta (H) vai kyselylomakkeista (K). Kyselylomakkeiden aineistositaatteja on muokattu vain siten, että niistä on korjattu mahdolliset kirjoitusvirheet. Haastattelujen litterointivaiheessa taas jätettiin pois kaikki murre- ja täytesanat. Lisäksi osasta sitaateista on jätetty pois epärelevantteja kohtia, tai sitaatteja on lyhennetty niiden luettavuuden parantamiseksi. Tämä on merkitty sitaattiin [...] merkillä.

6.1 Nuorten syömishäiriöiden tunnistamiseen ja hoitoon liittyvät resurssit perustasolla

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli, millaisiksi hyvinvointialueiden ammattilaiset kuvaavat perustason resursseja nuorten syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen kohdalla yhdistäviksi luokiksi muodostettiin neljä aineiston analyysin avulla löytynyttä keskeistä resurssia: osaaminen, tarjolla oleva hoito, saatavilla oleva henkilöstö sekä saatavilla oleva asiantuntijatuki.

6.1.1 Osaaminen



Kuvio 1. Henkilökunnan koulutus ja osaaminen nuorten syömishäiriöiden hoidossa perustasolla.

Hyvinvointialueista neljällä koettiin, että alueen perustason henkilökunnan koulutus ja osaaminen nuorten syömishäiriöiden hoidossa on huonoa. Samoin myös neljällä hyvinvointialueella arvioitiin, että osaaminen ja koulutus on hyvää. Vain yhdellä alueella osaaminen ja koulutus koettiin todella hyväksi. Toisaalta yksikään hyvinvointialueista ei vastannut osaamisen olevan myöskään hyvin huonoa. Suurimmalla osalla hyvinvointialueista (n=14) arvioitiin osaamisen ja koulutuksen olevan keskipertoa. Yhdeltä alueelta kysymykseen ei vastattu. Vastausten jakauma esitetty visuaalisesti kuviossa 1.

Laadullisen analyysin myötä perustason osaamiselle pystyttiin tunnistamaan kaksi eri yläluokkaa ja kuusi eri alaluokkaa. Luokat esitelty taulukossa 4.

Taulukko 4. Laadullisen analyysin pohjalta muodostettu luokittelu, jossa yhdistävänä luokkana osaaminen.

Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Osaaminen vaihtelevuus eri ammattilaisten ja yksiköiden välillä (n=10)	Osaamisen vaihtelevuus ammattilaisten ja yksiköiden välillä	6.1.1 Osaaminen
Riittämättömäksi koettu osaaminen (n=13)		
Riittäväksi koettu osaaminen (n=6)		
Osaamisen ylläpitäminen haasteena (n=5)	Osaamista heikentävät asiat	
Epäselvyys perustason roolista haastaa osaamista (n=5)		
Tämänhetkinen osaaminen ei riitä vastaamaan esh:n tiukentuneisiin kriteereihin (n=4)		

Osaamisen vaihtelevuus ammattilaisten ja yksiköiden välillä

Aineistoissa ammattilaiset kokivat, että osaamisessa oli vaihtelevaa sekä yksittäisten ammattilaisten että eri yksiköiden välillä (n=10). Koettu perustason palveluiden osaamisen vaihtelevuus saattoi aiheuttaa myös hoidon laadun vaihtelevuutta. Uusien hoitajien osaamista pidettiin usein kokeneiden ja pitkään työssä olevia hoitajien osaamista heikommaksi. Uusilla hoitajilla ei välttämättä ollut esimerkiksi vielä kaikkia työkaluja, kuten erilaisia Omahoito-ohjelmia, käytössään. Myös aiemman tutkimuksen mukaan työkokemus tuo varmuutta syömishäiriöiden tunnistamiseen (Kynsilehto ym., 2018). Osaaminen saattoi olla perustason palveluissa hajallaan, minkä koettiin vaikeuttavan muun muassa asiakkaan kokonaistilanteen hahmottamista.

Voisin vastata meidän osalta, että se vaihtelee. Että siellä on siis ihan aloittelevia ja sitten siellä on konkareita ja[...] se on hyvin tällaista sattumanvaraisesti sijoittunutta vielä niin kuin hyvinvointialueella sitten se osaaminen johtuen tästä[...] (H)

Aineistossa ammattilaiset kuvasivat myös, että syömishäiriöhoidon osaaminen perustasolla oli riittämätöntä (n=13). Etenkin varhaisen vaiheen hoidon kohdalla

puutteet osaamisessa olivat yleisiä. Lisäksi osaamisen haasteita koettiin syömishäiriöiden tunnistamisessa, vaikeusasteen arvioinnissa sekä oikeanlaiseen jatkohoitoon ohjaamisessa. Myös aiemman tutkimuksen mukaan esimerkiksi perustason psykologien sekä perhelääkärien osaaminen syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa on puutteellista (Robinson ym., 2012). Ammatillaiset kuvasivat myös epävarmuutta syömishäiriöihin puuttumisessa ja niiden hoitamisessa:

[...] tai tässä on kyse, että pelätään tietyllä tavalla ja arastellaan tiettyä potilasryhmää[...] että ja sitten taas mä en usko, että millään menetelmäkoulutuksella korjautuisi se puoli, kun meidän pitäisi korjata se ongelma, että uskalletaan niin kuin tarttua ja tehdään niitä perusasioita mitä ihan taatusti koulussa on kaikki terveydenhoitajatkin oppinut. (H)

Myös aiemmassa tutkimuksessa terveydenhoitajat ovat kokeneet esimerkiksi syömishäiriöiden puheeksi ottamisen vaikeaksi (Kynsilehto ym., 2018). Lisäksi perustason lääkärit saattavat epäröidä syömishäiriöasian esille ottamista tai vältellä siitä puhumista muun muassa sairauteen liittyvän korkean stigman vuoksi (Tse ym., 2022). Tutkielmassa osaaminen suhteessa erikoissairaanhoidon osaamiseen koettiin myös heikkona. Lisäksi ammatillaiset kuvasivat moninaisia perustason lisäkoulutustarpeita. Lisäkoulutustarpeet kuvaillaan tutkielmassa myöhemmin alaluvussa 6.2.2.

Toisaalta myös osassa vastauksia perustason osaamista kuvattiin riittävänä (n=6). Muun muassa varhaista tunnistamista ja tuen antamista kuvattiin hyväksi.

Osaamista heikentävät asiat

Keskeinen osaamista heikentävä asia oli haasteet osaamisen ylläpidossa (n=5). Osaamisen ylläpitäminen oli vaikeaa etenkin henkilökunnan, kuten koulu- ja opiskeluterveydenhoitajien sekä koululääkärien, suuren vaihtuvuuden vuoksi.

Ja tämä on ehkä sitten se ongelma, että meillä on paljon koululääkäreitä, jotka on meillä vaan muutaman kuukauden töissä kunnes uudet tulee. Niin myös nämä hoidon porrastukset voi olla vieraita ja voi tulla sitten sitä kautta niitä vääriä ohjauksia ja arvioita myös[...] (H)

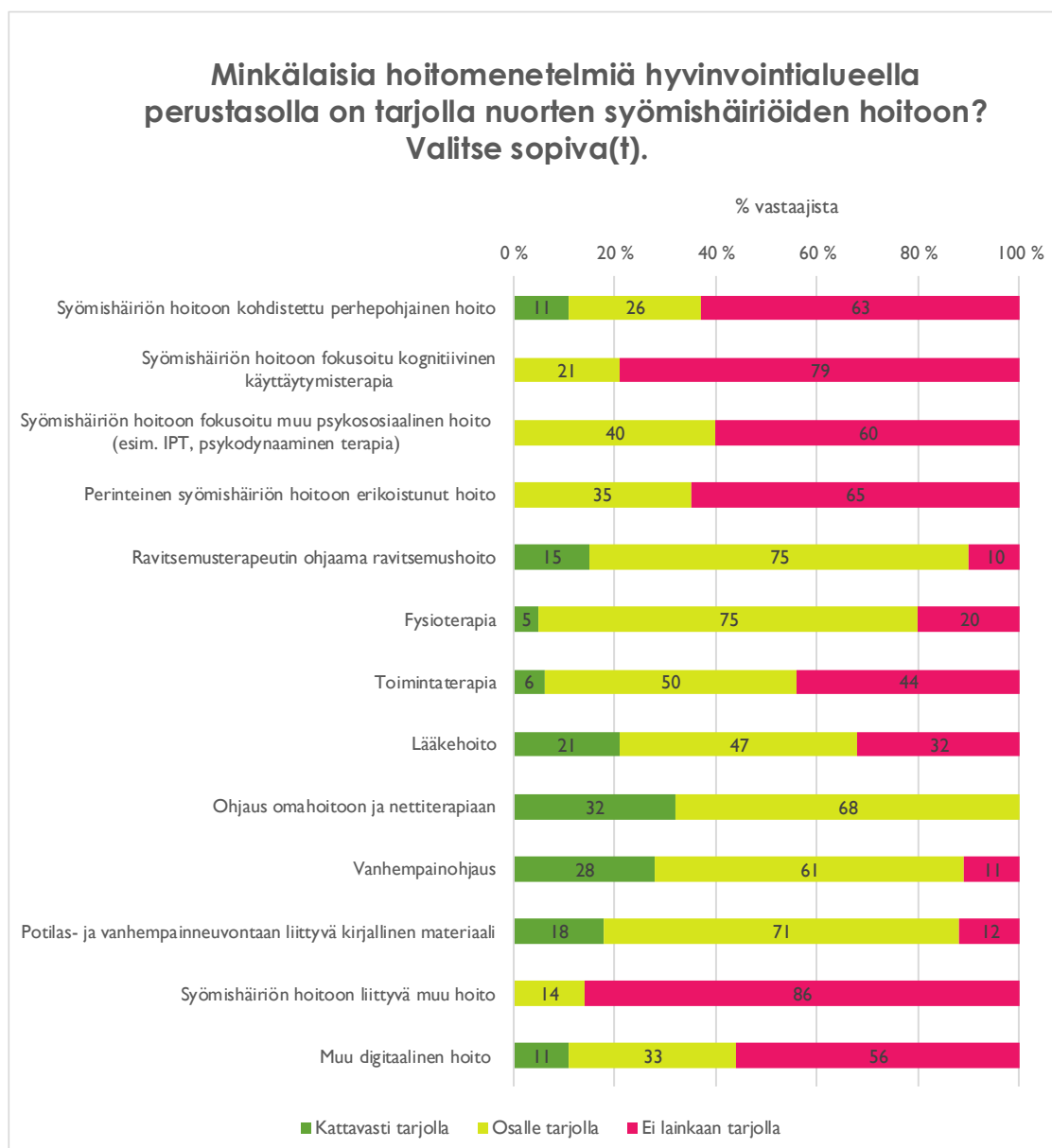
Henkilökunnan vaihtuvuuden takia siis esimerkiksi paikalliset ohjeistukset eivät olleet tuttuja saattaen aiheuttaa haasteita arvioinneissa. Toinen osaamista heikentävä asia liittyi epäselvyyteen perustason roolista syömishäiriöiden hoidossa (n=5). Etenkin haastateltavat kuvasivat tilanteita, joissa ei oltu varmoja siitä, mihin jatkohoitopaikkaan potilas kuuluu ohjata tai minkä tasoinen syömishäiriö kuuluu hoidettavaksi erikoissairaanhoidon.

[...]Jettä meillä sitten se ongelma on enemmän, että mitä sitten ja mihin jatkoon? Että minkä tasoinen tämä on? Ja sitten ehkä sellainen, että nyt nämä roolit ovat ehkä sitten vähän epäselvät. Että jos lähete palautetaan, niin mitkä laitetaan nuorisopsykiatriselle ja mitkä nuorten perustason mielenterveyspalveluun? (H)

Jotkut ammattilaisista kuvasivat tilannetta kompleksisena, sillä syömishäiriöt vaativat usein erikoistunutta hoitoa, jota ei toisaalta ole tarkoituskaan antaa peruspalveluissa eikä etenkin koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Ammattilaiset kuvasivatkin epäselvyyttä siitä, mitä perustasolta vaaditaan syömishäiriöiden hoitoon liittyen. Myös aiemman tutkimuksen mukaan perustason ammattilaisilla on ristiriitaisia näkemyksiä perustason roolista syömishäiriöhoitossa. Lebow ym., tutkimuksessa (2021) monet perustason ammattilaiset esimerkiksi kokivat, ettei syömishäiriöhoitoa ole mahdollista integroida perustasolle ilman lisäresursseja sekä ajallista tukea. Osa pitikin vakiintunutta käytäntöä eli lähettämistä erikoistuneisiin yksiköihin helpompana (Lebow ym., 2021).

Ammattilaiset kuvasivat myös tilanteita, jossa tämänhetkinen perustason osaaminen ei riittänyt vastaamaan erikoissairaanhoidon tiukentuneisiin kriteereihin (n=4). Erikoissairaanhoidon kriteerejä oli jollain alueilla tiukennettu, mikä aiheutti sen, että syömishäiriöpotilaiden läheteet saattoivat palautua erikoissairaanhoidosta takaisin esimerkiksi perustason mielenterveyspalveluihin. Ammattilaiset kokivat, että erikoissairaanhoidolla ei ollut välttämättä käsitystä perustason todellisista valmiuksista hoitaa syömishäiriöitä.

6.1.2 Tarjolla oleva hoito



Kuvio 2. Perustasolla tarjottavat hoitomenetelmät syömishäiriöiden hoidossa.

Kun tarkastellaan määrällistä tietoa perustasolla saatavissa olevista hoitomenetelmistä, nähdään, että perustasolla näyttöön perustuvien hoitomenetelmien, kuten perhepohjaisen hoidon, kognitiivisen käyttäytymisterapian tai muun psykososiaalisen hoidon eli intersoonallisen terapian tai psykodynaamisen terapian, saatavuus on erittäin heikkoa. Jokaisen mainitun menetelmän kohdalla yli puolissa vastauksista arvioitiin, ettei menetelmää ollut perustasolla tarjolla ollenkaan. Vain 11 % vastauksissa arvioitiin, että perhepohjaista hoitoa oli laajasti saatavilla. Kolme kattavimmin tarjolla olevaa hoitomuotoa olivat

ohjaus omahoitoon ja nettiterapiaan (32 %), vanhempainohjaus (28 %) sekä lääkehoito (21 %). Ravitsemusterapeutin ohjaamaa ravitsemushoitoa arvioitiin olevan kattavasti tarjolla 15 % vastauksista, fysioterapiaa 5 % vastauksista ja toimintaterapiaa 6 % vastauksista. Toisaalta sekä ravitsemusterapiaa että fysioterapiaa arvioitiin olevan 75 % vastauksista kuitenkin tarjolla osalle. Toimintaterapiaa arvioitiin olevan osalle tarjolla 50 % vastauksista. Digitaalisen hoidon saatavuus oli myös heikkoa ja yli puolissa vastauksissa arvioitiin, ettei digitaalista hoitoa ollut ollenkaan tarjolla. Vastausten jakauma esitetty visuaalisesti kuviossa 2.

Laadullisessa analyysissä tarjolla olevasta hoidosta muodostettiin kolme eri yläluokkaa ja 9 alaluokkaa. Luokat esiteltä taulukossa 5.

Taulukko 5. Laadullisen analyysin pohjalta muodostettu luokittelu, jossa yhdistävänä luokkana tarjolla oleva hoito.

Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Psykoedukaatiota/ohjeistusta/tukea saatavilla (n=12)	Passiivisempi hoito – tiedon antaminen ja seuranta	6.1.2 Tarjolla oleva hoito
Somaattisen tilan seuranta ja/tai jatkoseuranta saatavilla (n=10)		
Varsinaista syömishäiriöihin kohdistunutta hoitoa ei saatavilla perustasolla (n=8)		
Perhepohjaista tai muuta syömishäiriöihin kohdistettua psykososiaalista hoitoa saatavilla (n=10)	Aktiivisempi, oireiluun keskittynyt hoito	
Ravitsemusterapiaa saatavilla (n=8)		
Psykofyysinen fysioterapia/fysioterapia saatavilla (n=4)		
Digitaaliset omahoito-ohjelmat keskeisenä menetelmänä (n=17)	Digitaalinen hoito	
Nettiterapia mahdollisuutena (n=3)		
Verkkosivut psykoedukaation välineenä (n=2)		

Passiivisempi hoito – tiedon antaminen ja seuranta

Ammattilaiset kuvasivat perustasolla tarjolla olevan hoidon olevan usein psykoedukaatiota, ohjeistusta tai tukea (n=12). Usein tämä piti sisällään esimerkiksi ravitsemusneuvontaa tai tukikäyntejä opiskeluhuollossa. Opiskeluhuolto olikin usein ensimmäinen arviointi- tai tukikontakti, josta nuori ohjattiin tarvittaessa eteenpäin. Lisäksi perustasolla oli saatavilla somaattisen tilan seuranta sekä muuta jatkoseuranta (n=10). Somaattisen tilan seuranta toteutui etenkin koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, johon syömishäiriötä sairastavia nuoria ohjattiin joskus myös erikoissairaanhoidosta jatkoseurantaan. Jollain alueella kroonisesti sairaiden somaattinen seuranta ja ravitsemusneuvonta oli sovittu avoterveydenhuollon sairaan- ja terveydenhoitajien tehtäväksi. Opiskeluterveydenhuollon seurantaan oli siirtynyt myös nuoria, jotka olivat kieltäytyneet osastohoidosta. Aineistossa nousee esiin myös se, että varsinaista syömishäiriöihin kohdistunutta hoitoa ei ole perustasolla ollenkaan tarjolla (n=8). Vastajaat kuvasivat muun muassa, että syömishäiriötä hoidetaan osana muiden mielenterveyshäiriöiden hoitoa. Lisäksi joissain vastauksissa korostui näkemys siitä, ettei perustason tehtäviin kuulu syömishäiriöiden hoitaminen.

Aktiivisempi, oireiluun keskittynyt hoito

Analyysin perusteella perustasolla on kuitenkin jonkin verran tarjolla myös aktiivisempaa, oireiluun keskittyvää hoitoa. Yleisemmin tämä tarkoitti saatavilla olevaa perhepohjaista tai muuta syömishäiriöihin kohdistettua psykososiaalista hoitoa (n=10). Seuraavissa sitaateissa kuvataan perhepohjaista hoitoa nuorten perustason mielenterveyspalveluissa:

Joo, jos on kyse niin kuin nuoresta elikkä alle 18-vuotiaasta, niin ensimmäinen käynti on aina perhekäynti tai siinä on ainakin toinen vanhemmista mukana [...]Se on aika vahvasti perhepohjainen lähestymistapa siinä, koska me meidän pitää saada perhettä mukaan. (H)

Ja sitten meillä on, jos on tosi hankala tilanne, niin sitten voidaan tarvita perhepohjaisia interventioita nuorilla. (H)

Perhepohjainen hoitomalli oli käytössä etenkin niin sanotuissa välimaaston sekä matalan kynnyksen tiimeissä tai -yksiköissä, joissa hoidettiin nuorten syömishäiriöitä. Näitä olivat muun muassa Pohjanmaalla sijaitseva Fredrika-klinikka, Pirkanmaan hyvinvointialueen [Pirha] nuorten intensiiviyksikkö sekä Pirhan pohjoisen alueen syömishäiriötiimi. Robinson ym., (2012) totesivat haastattelututkimuksessaan, että vain kolmasosa ammattilaisista raportoi ottavansa perheen aina mukaan syömishäiriön arviointi- tai hoitoprosessiin nuoren kohdalla. Lisäksi suurin osa niistä ammattilaisista, jotka osallistivat perhettä hoitoon, tarjosivat kuitenkin yksilöterapiaa varsinaista perhepohjaista hoitoa tai perheterapiaa useammin. Näyttöön perustuvia hoitointerventioita oli kaiken kaikkiaan perustasolla tarjolla niukasti. Yksittäisillä alueilla oli mahdollisuus kognitiiviseen hoitosuhdetyöskentelyyn tai ostopalveluna lyhytterapiaan. Lisäksi perustasolla käytettävänä hoitomenetelminä mainittiin ravitsemusterapia (n=8) sekä psykofyysinen fysioterapia ja/tai pelkkä fysioterapia (n=4).

Digitaalinen hoito

Analyysissä digitaaliset omahoito-ohjelmat tulivat esille keskeisenä hoitomenetelmänä perustasolla (n=17). Lähes kaikissa tapauksissa tällä viitattiin Mielenterveystalon omahoito-ohjelmiin kuten syömishäiriöön sairastuneen läheiselle suunnattuun omahoito-ohjelmaan sekä ahminnan omahoito-ohjelmaan. Aiemmassa tutkimuksessa on hyväksi todettua kokemusta esimerkiksi vanhemmille suunnatusta syömishäiriöiden verkkokurssista (Karjalainen ym., 2020). Tutkimuksen mukaan syömishäiriöihin onkin kahden viime vuosikymmenen aikana kehitetty maailmalla useita digitaalisia hoitomuotoja, jotka koettiin etenkin Covid-19 pandemian aikana erityisen hyödyllisiksi (Sideli ym., 2021).

Seuraavissa sitaateissa ammattilaiset kuvaavat Mielenterveystalon omahoito-ohjelmien käyttöä:

[...] ja varsinkin, jos on kyse vähän niin kuin vanhemmasta nuoresta, nuoresta aikuisesta[...] ja on jonkinäköistä enemmän niin kuin ahmintaproblematiikkaa, niin nopeasti ohjataan myös joko ihan itsenäisesti, että he tekisi ensin sen Mielenterveystalon omahoito-ohjelman tai sitten se voi olla myös niin kuin hoidon rinnalla mukana. (H)

Minulla on se käsitys, että ne on kyllä käytössä ja etenkin opiskeluterveydenhuolto kyllä osaa niitä käyttää ja käyttää[...] että tuota kun se ikäluokka on sitten jo vähän sellaista vanhempaa, kuudestatoista eteenpäin. (H)

Ja siihen on yritetty heille myös[...] että heidän niin kuin työkalupakkiin tulisi Ohjattua omahoito, että he pystyisivät näitä omahoito-ohjelmia sitten Mielenterveystalosta hyödyntämään siinä ravitsemusohjauksen osana. (H)

Mielenterveystalon omahoito-ohjelmia käytettiin siis aktiivisesti muun hoidon rinnalla tai tukena etenkin vähän vanhemmilla nuorilla tai nuorilla aikuisilla. Lisäksi digitaalinen hoito piti sisällään mahdollisuuden nettiterapiaan (n=3) sekä verkkosivut psykoedukaation välineenä (n=2). Näistä esimerkkeinä olivat muun muassa Omaks –ravitsemusterapia, Omaperhe verkkopalvelu, Syömishäiriöliiton sivut sekä bulimian nettiterapia.

6.1.3 Saatavilla oleva henkilöstö



Kuvio 3. Henkilöstöresurssien muutos viiden vuoden aikana nuorten syömishäiriöiden hoidossa perustasolla.

Määrällistä dataa tarkasteltaessa nähdään, että henkilöstöresurssit nuorten syömishäiriöiden hoidossa perustasolla ovat viimeisen viiden vuoden aikana lisääntyneet 9 % vastauksista ja vähentyneet 30 % vastauksista nuorten syömishäiriöiden hoidossa perustasolla. Suurimmassa osassa hyvinvointialueita eli

60 % vastauksista raportoitiin, ettei resursseihin ole viimeisen viiden vuoden aikana tullut muutosta. Vastausten jakauma esitetty visuaalisesti kuviossa 3.

Laadullisessa analyysissä perustason saatavilla olevasta henkilöstöstä muodostui viisi yläluokkaa ja 13 alaluokkaa. Luokat esitelty taulukossa 6.

Taulukko 6. Laadullisen analyysin pohjalta muodostettu luokittelu, jossa yhdistävänä luokkana saatavilla oleva henkilöstö.

Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Koulu- ja opiskeluterveydenhoitajat keskeisinä toimijoina (n=17)	Opiskeluhuollon henkilöstö keskeisenä toimijana	6.1.3 Saatavilla oleva henkilöstö
Koululääkärit keskeisinä toimijoina (n=12)		
Koulukuraattorit terveydenhoitajan työparina(n=4)		
Perustason mt-palveluiden hoitajat keskeisenä toimijana (n=8)	Perustason mt-palveluiden henkilöstö keskeisenä toimijana	
Perustason mt-palveluiden lääkärit keskeisinä toimijoina (=8)		
Psykiatriset sairaanhoitajat toimijoina (n=9)	Muut tunnistamiseen tai hoitoon osallistuvat perustason toimijat	
Ravitsemusterapeutit toimijoina (n=10)		
Muut nimetyt perustason toimijat (n=19)		
Henkilökunnan vaihtuvuus haasteena (n=6)	Henkilökunnan veto- ja pitovoiman haasteet	
Henkilöstön saatavuus haasteena (n=8)		
Riittävät tai lisääntyneet henkilöstöresurssit (n=8)	Vaihteleva henkilöstöresurssien määrä	
Riittämättömät tai heikentyneet henkilöstöresurssit (n=6)		
Ei erillistä kohdennettua henkilöstöresurssia (n=5)		

Opiskeluhuollon henkilöstö keskeisenä toimijana

Analyysin perusteella opiskeluhoolto on keskeinen toimija nuorten syömishäiriöiden tunnistamisessa sekä niihin puuttumisessa. Erityisen usein ammattilaiset kuvasivat koulu- ja opiskeluterveydenhoitajien olevan keskeinen toimija syömishäiriötyössä perustasolla (n=17). Terveystenhoitajien osuutta syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa kuvattiin muun muassa seuraavasti:

Ja kyllä se on niin kuin terveydenhoitajan vastaanotto se ensimmäinen, mistä se selvittely alkaa. Terveystenhoitaja kartoittaa asiaa yleensä hyvin laajasti[...] (H)

Syömishäiriöepäily syntyy yleensä kouluterveydenhoitajan tai -lääkärin vastaanotolla tai kun vanhemmat tai koulun henkilökunta ottavat yhteyttä kouluterveydenhoitajan. (H)

Myös aiemman tutkimuksen perusteella kouluterveydenhoitajilla on keskeinen rooli syömishäiriöiden tunnistamisessa ja varhaisessa puuttumisessa (Kynsilehto ym., 2018; Suokas, 2015). Myös koululääkärit mainittiin useasti keskeisenä toimijana (n=12). Ammattilaiset kuvasivatkin terveydenhoitajan ja lääkärin yhteistyötä, jossa terveydenhoitajalla herää epäily syömishäiriöstä, jolloin hän mahdollisesti konsultoi lääkäriä, joka taas tarvittaessa tekee nuoresta lähetteen eteenpäin. Lisäksi osa ammattilaisista toi esille koulukuraattorien toimimisen terveydenhoitajan työparina (n=4). Koulukuraattori saattoikin olla ensimmäinen ammattilainen, jolla heräsi huoli nuoren syömisestä, jolloin hän saattoi toimia apuna tilanteen selvityksessä.

Perustason mt-palveluiden henkilöstö keskeisenä toimijana

Lisäksi perustason nuorten mielenterveyspalveluiden henkilöstö osallistui analyysin mukaan syömishäiriötyöhön perustasolla. Perustason mt-palveluiden hoitajat mainittiinkin keskeisenä toimijana (n=8). Tähän luokkaan sisällytettiin kyseisten palveluiden sairaan- ja terveydenhoitajat. Hoitajat tapasivat nuorta ja perhettä usein esimerkiksi hoidollisten keskustelujen merkeissä. Osalla hoitajista kuvattiin olevan kokemusta ja erityisosaamista syömishäiriöiden hoidossa:

Pirhan pohjoisen alueen el-johtoisessa tiimissä on syömishäiriön vastuuhoidajat, joilla 10–15 vuoden kokemus syömishäiriön perhepohjaisesta hoidosta[...] (K)

Keskeisenä toimijana olivat myös perustason mielenterveyspalveluiden lääkärit (n=8). Lääkärit toimivat muun muassa hoidon tukena sekä arvioivat erikoissairaanhoidon tarvetta.

Muut tunnistamiseen tai hoitoon osallistuvat perustason toimijat

Kaksi keskeistä ammattiryhmää syömishäiriöiden hoidossa olivat analyysin perusteella myös psykiatriset sairaanhoitajat (n=9) sekä ravitsemusterapeutit (n=10). Psykiatrisia sairaanhoitajia työskenteli sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa että muualla avoterveydenhuollossa. Ravitsemusterapeutit toimivat usein työparina tai konsultaatiotukena jollekin muulle ammattilaiselle syömishäiriöiden hoidossa. Yksittäisellä alueella ravitsemusterapeuttien käytön syömishäiriöiden hoidossa koettiin lisääntyneen. Lisäksi ammattilaiset nimesivät useita muita yksittäisiä perustason toimijoita, jotka osallistuivat syömishäiriöiden tunnistamiseen tai hoitoon perustasolla (n=19). Lueteltuja ammattilaisia olivat perhetyöntekijä, sosiaaliohjaaja, sosiaalityöntekijä, alueen oma syömishäiriöhoidon erityisasiantuntija, syömishäiriösairaanhoitaja, toimintaterapeutti, koulupsykologi, avoterveydenhuollon psykologi, psykofyysinen fysioterapeutti, terveyskeskuksessa työskentelevä sairaan- tai terveydenhoitaja sekä sairaanhoitaja ja lääkäri välimaaston syömishäiriöyksikössä.

Henkilökunnan veto- ja pitovoiman haasteet

Analyysin perusteella pystyttiin tunnistamaan haasteita henkilökunnan veto- ja pitovoimassa. Osa ammattilaisista mainitsi haasteeksi henkilökunnan vaihtuvuuden (n=6). Vaihtuvuus oli haasteena yleisimmin koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Lisäksi analyysissä tuli ilmi kokemus henkilökunnan saatavuuden haasteista (n=8). Muun muassa koulupsykologeista, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajista sekä -lääkäreistä oli pulaa. Myös osaavien toiminta- ja ravitsemusterapeuttien heikosta saatavuudesta mainittiin.

Vaihteleva henkilöstöresurssien määrä

Kokemuksissa henkilöstöresurssien riittävydestä oli vaihtelua. Osa ammattilaisista piti syömishäiriöihin kohdennettuja resursseja riittävinä tai lisääntyneinä (n=8). Muun muassa koulupsykologien, psykiatristen sairaanhoitajien ja –kuraattorien määrää oli joillain alueilla lisätty. Resurssilisäyksiä oli tullut myös yleisesti lasten ja nuorten mielenterveyspalveluihin. Jotkut ammattilaiset kuvasivat myös sitä, että välttämättä tarvetta lisähenkilöstölle ei olisi, kunhan nykyinen perustason henkilökunta pääsisi kouluttautumaan. Toisaalta osa ammattilaisista kokivat resurssit edelleen riittämättömiksi tai heikentyneiksi (n=6). Yksi vastaajista kuvasi tilannetta näin:

Henkilöstölle tullut useita uusia tehtäväkokonaisuuksia, jotka vähentävät [käytettävissä olevien henkilöstöresurssien määrää] -pahoinvointi on lisääntynyt nopeasti ja resurssit eivät ole pystyneet tähän vastaamaan. (K)

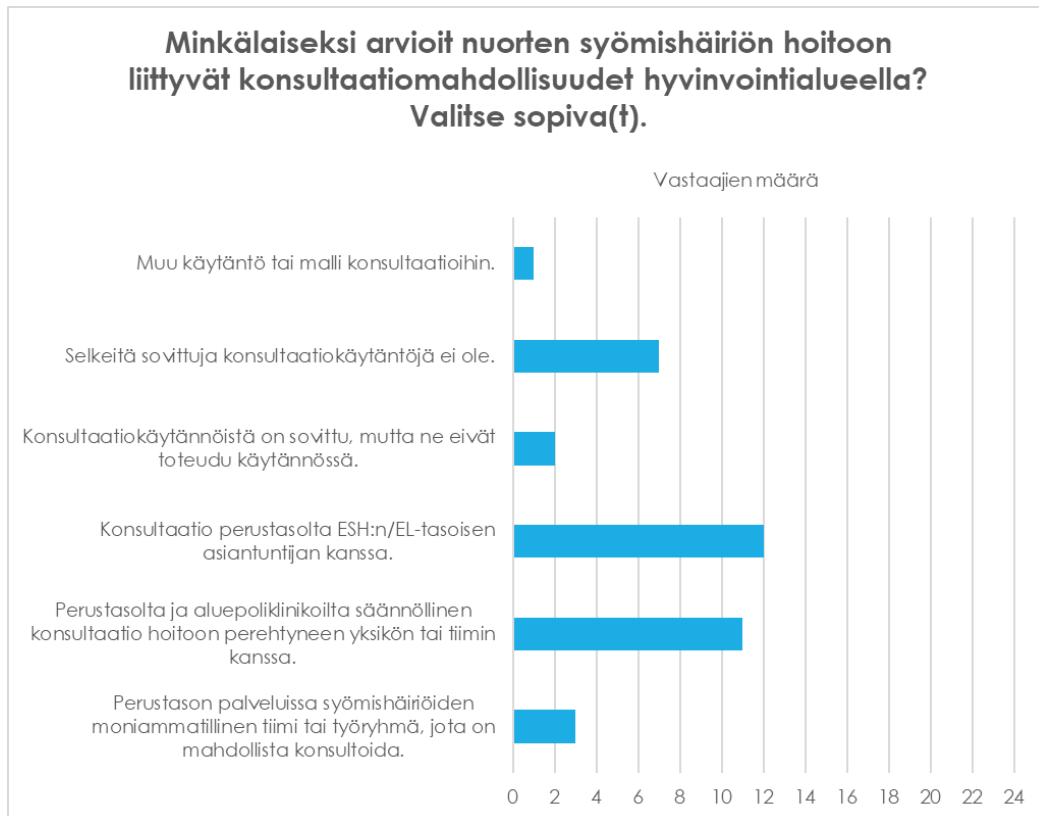
Perustasolla resurssien käyttömahdollisuus syömishäiriöhoidon toteutukselle kuvattiinkin välillä hyvinkin haasteelliseksi. Lisäksi kuvattiin, ettei syömishäiriöille ollut ollenkaan erikseen kohdennettua henkilöstöresurssia (n=5).

Ei ole korvamerkittyä henkilöstöresurssia, vaan hoito toteutuu miepäpalveluissa. (K)

Muutamia psykiatrisia sairaanhoitajia. Ei ole kohdennettu pelkästään syömishäiriöiden hoitoon vaan perustason psykiatriseen hoitoon. (K)

Syömishäiriöpotilaiden hoidon henkilöstöresurssit vaikuttivatkin analyysin mukaan olevan yhteisiä muun psykiatrisen hoidon kanssa.

6.1.4 Saatavilla oleva asiantuntijatuki



Kuvio 4. Nuorten syömishäiriöiden hoitoon liittyvät konsultaatiomahdollisuudet hyvinvointialueilla.

Yleisin konsultaatiomalli perustasolla oli määrällisten vastausten perusteella konsultaatio erikoissairaanhoidon tai erikoislääkäritasoisien asiantuntijan kanssa (n=12). Lisäksi yleinen konsultaatiomalli (n=11) oli perustason ja aluepolilinikoiden säännöllinen mahdollisuus konsultoida syömishäiriöiden hoitoon perehtynyttä yksikköä tai tiimiä. Jopa seitsemällä hyvinvointialueella arvioitiin, että selkeitä sovittuja konsultaatiokäytäntöjä ei ole ja kaksi hyvinvointialuetta kokivat, että konsultaatiokäytännöistä on kyllä sovittu, mutta ne eivät toteudu käytännössä. Kolmella hyvinvointialueella myös perustason palveluissa oli syömishäiriöihin perehtynyt moniammatillinen tiimi tai ryhmä, jota oli mahdollisuus säännöllisesti konsultoida. Yhdellä hyvinvointialueella oli joku muu käytäntö tai malli konsultaatioon. Vastaajille annettiin vapaus valita useampia vaihtoehtoja, eli on huomattava, että alueen sisällä saattoi olla myös useampia erilaisia konsultaatiotapoja tai –kokemuksia. Vastausten jakauma esitetty visuaalisesti kuviossa 4.

Saatavilla olevan asiantuntijatuen alle muodostui analyysin pohjalta kolme yläluokkaa ja kahdeksan alaluokkaa. Luokat esitelty taulukossa 7.

Taulukko 7. Laadullisen analyysin pohjalta muodostettu luokittelu, jossa yhdistävänä luokkana saatavilla oleva asiantuntijatuki.

Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Syömishäiriötiimin/ -yksikön konsultaatio mahdollista (n=4) Mahdollisuus konsultoida erikoissairaanhoidon yksikköä, mutta ei syömishäiriöihin erikoistunutta tiimiä/yksikköä (n=5)	Saatavilla olevien konsultaatioyksiköiden vaihtelevuus	6.1.4 Saatavilla oleva asiantuntijatuki
Esh:n hoitajan konsultaatio (n=3) Esh:n lääkärin konsultaatio (n=10) Toisen perustason ammattilaisen konsultaatio (n=13)	Kirjavat mahdollisuudet eri ammattilaisten konsultoimiseen	
Konsultaatio puhelimitse tai sähköisellä konsultaatiolähetteellä (n=7) Konsultaatiotiimi (n=3) Mahdollisuus pyytää esh:n työntekijä yhteiselle tapaamiselle (n=2)	Erilaiset välineet tai tavat konsultaatioon	

Saatavilla olevien konsultaatioyksiköiden vaihtelevuus

Laadullisen analyysin perusteella käytettävissä olevat konsultaatioyksiköt vaihtelivat alueittain. Myös laadullisen analyysin perusteella joillain mahdollista konsultoida varsinaista syömishäiriöyksikkö tai -tiimiä (n=4) ja toisilla pelkästään erikoissairaanhoidon yksikköä, jolla ei ollut erikoistumista syömishäiriöihin (n=5). Tuloksia tulkittaessa tulee huomata, että tähän luokkaan sisällytettiin vain sellaiset avoimet vastaukset, jossa konsultaatiokäytännöistä puhuttiin yksikkötasolla.

Kirjavat mahdollisuudet eri ammattilaisten konsultoimiseen

Saatavilla olevia konsultaatiomahdollisuuksia analysoimalla oli mahdollista erottaa myös keskeisiä ammattiryhmiä, joita perustasolta konsultoitin.

Erikoissairaanhoidon hoitajan konsultaatio mainittiin aineistossa harvemmin (n=3), mutta erikoissairaanhoidon lääkärin konsultointia kuvattiin useammin (n=10). Muun muassa opiskeluhuollon lääkärin oli mahdollista konsultoida erikoissairaanhoidon lääkäriä esimerkiksi nuorisopsykiatralta. Yksittäisissä tapauksissa kuvattiin haasteita tavoittaa lääkäri konsultoitavaksi, koska esimerkiksi nuorisopsykiatreista oli alueella pulaa. Ammatilliset kuvasivat konsultointitavaksi myös perustason sisällä tapahtuvan toisen ammattilaisen konsultaation (n=13). Monet ammatilliset kuvasivat kouluterveydenhoitajan mahdollisuutta konsultoida koululääkäriä. Lisäksi alueen perustason ravitsemusterapeutin konsultoiminen oli käytössä oleva tapa useammalla alueella. Myös Käypä hoito -suosituksissa (2025) suositellaan perustasolle vähintään ravitsemusterapeutin konsultaatiomahdollisuutta, sillä ravitsemusterapeutin mukana olo hoidossa yhdistetään tutkimuksessa parempiin hoitotuloksiin. Lisäksi ammatilliset kuvasivat mahdollisuutta konsultoida välimaaston syömishäiriöyksikön henkilökuntaa:

Kouluterveydenhoitaja soittaa suoraan meidän poliklinikan hoitajille[...]Että meillä on niin vähän lääkärin resursseja[...]sekä meillä että kouluissa[...] että jätetään lääkärit tämän yhteistyön ulkopuolelle[...] (H)

Lisäksi yksittäisellä alueella kuvattiin perustason ja erikoissairaanhoidon välimaastoon sijoittuvien avopediatrien konsultaatiota. Lisäksi perustason nuorten mielenterveyspalvelun lääkärin konsultaatio oli mahdollista. Myös yksiköiden sisällä konsultoitin kokeneempia työntekijöitä.

Erilaiset välineet tai tavat konsultaatioon

Konsultaatiotapoja oli myös monia. Analyysissa keskeisesti esille nousut konsultaatiotapa oli konsultaatio puhelimitse tai sähköisellä läheteellä (n=7). Joidenkin alueiden syömishäiriöyksiköissä oli käytössä ammattilaisten yhteydenottoon suunnattu konsultaatiopuhelin:

[...]Yksiköllä käytössä ammattilaisille suunnattu konsultaatiopuhelin, johon voi olla yhteydessä kaikkina arkipäivinä. (K)

Eräänä konsultaatiotapana oli konsultaatiotiimi (n=3). Yhden konsultaatiotiimin toimintaa kuvattiin seuraavasti:

Osassa hyvinvointialueen alueista kokoontuu säännöllisesti monialainen arviointi- ja konsultaatiotiimi (MONARK), jossa jäsenenä avopediatri, neuvola/koululääkäri, terveydenhoitaja, kuntoutuksen ammattilaisia, opiskeluhuollon henkilöstöä, kouluissa työskenteleviä psykiatrisia sairaanhoitajia ja sosiaalipalvelut. Tiimin kautta voidaan konsultoida ja suunnitella jatkohoitoa myös syömishäiriöpotilaille. Tarkoitettu hoidon tueksi, jos/kun tarvitaan moniammatillista tukea/hoitoa. (K)

Konsultaatiotiimien toimintaa kuvattiinkin monialaisena asiantuntijatukena. Tiimeissä pystyttiin yhdessä suunnittelemaan esimerkiksi potilaiden jatkohoitoon tai erikoissairaanhoidon tarpeeseen liittyviä kysymyksiä. Lisäksi analyysin perusteella erillisenä konsultaatiotapana oli pyytää erikoissairaanhoidosta hoitaja mukaan perustasolla tapahtuvaan potilastapaamiseen (n=2).

6.2 Nuorten syömishäiriöiden tunnistamisen ja hoidon kehittäminen perustasolla

Toisena tutkimuskysymyksenä oli, miten nuorten syömishäiriöiden tunnistamista ja hoitoa perustasolla on kehitetty tai voitaisiin kehittää. Toisen tutkimuskysymyksen laadullisen analyysin pohjalta muodostuivat pääluokat: rakenteelliset muutokset perustason palveluissa, syömishäiriöihin kohdistuvan osaamisen kehittäminen perustasolla sekä eri toimijoiden välisten yhtenäisten toimintatapojen sekä yhteistyön kehittäminen.



Kuvio 5. Välineet ja osaaminen nuorten syömishäiriöiden ehkäisyssä, tunnistamisessa ja hoidossa hyvinvointialueella.

Tässä luokitellun muuttujan kysymyksenasettelussa oli mainittu myös syömishäiriöiden ehkäisy, mutta muuttuja päätettiin ottaa mukaan analyysiin, sillä kysymys oli ainoa määrällinen tieto koskien tutkimuskysymystä kaksi. Tätä tuki havainto siitä, että kyselylomakkeen kysymykset keskittyivät muuten pääosin nimenomaan syömishäiriöiden tunnistamiseen ja hoitoon eivätkä ehkäisyyn. Määrällisen tiedon perusteella jopa 22 hyvinvointialuetta raportoi, että perustasolla syömishäiriöiden ehkäisy, tunnistamisen ja hoidon parantamiseksi tarvittaisiin lisää ohjeistusta. Vastaavasti 20 aluetta raportoi tarvetta verkostoitumiselle. Lisäksi 18 hyvinvointialuetta arvioi interventiokoulutuksen tarpeelliseksi. Vähiten hyvinvointialueiden vastauksissa suosittiin teknologia-avusteista hoitoa, jonka vastasi vain yhdeksän hyvinvointialueista. Vastausten jakauma esitetty visuaalisesti kuviossa 5.

6.2.1 Rakenteelliset muutokset perustason palveluissa

Laadullisessa analyysissä ilmeni, että perustason palveluihin kaivataan rakenteellisen tason muutoksia. Rakenteelliset muutokset jaettiin laadullisen analyysin perusteella kahteen yläluokkaan ja kuuteen alaluokkaan. Luokat esitelty taulukossa 8.

Taulukko 8. Laadullisen analyysin pohjalta muodostettu luokittelu, jossa pääluokkana rakenteelliset muutokset perustason palveluissa.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Matalan kynnyksen syömishäiriötiimi tai -yksikkö tunnistuksen ja hoidon tukena (n=10) Lasten ja nuorten perustason mielenterveyspalveluiden vahvistaminen (n=9)	Matalan kynnyksen palveluiden vahvistaminen	6.2.1 Rakenteelliset muutokset perustason palveluissa
Ravitsemusterapeutteja tarvitaan lisää (n=5) Psykiatrisia sairaanhoitajia tarvitaan lisää (n=4) Muut lisähenkilöstötarpeet (n=10) Henkilöstön pysyvyyden vahvistaminen (n=2)	Riittävät henkilöstöresurssit perustasolle	

Matalan kynnyksen palveluiden vahvistaminen

Analyysin perusteella matalan kynnyksen palveluiden vahvistaminen on keskeinen kehitystoimi nuorten syömishäiriöiden tunnistamisen ja hoidon vahvistamiseksi hyvinvointialueilla. Yläluokka sisälsi matalan kynnyksen syömishäiriötiimin tai -yksikön syömishäiriöiden tunnistamisen ja hoidon tukena (n=10). Jollain alueilla perustason syömishäiriöhoidosta vastaavia tiimejä oli jo muodostettu, ja esimerkiksi Pirhan Ylöjärven nuorten intensiiviyksikössä toimi 12–17-vuotiaita hoitava, perhehoitomallia käyttävä syömishäiriötiimi. Lisäksi Pirhan pohjoisen alueen eljohtoisessa tiimissä toimivat pitkää kokemusta omaavat syömishäiriöiden vastuuhoitajat sekä psykofyysinen fysioterapeutti. Yksiköt toimivat PIRHAN Lanupepalvelulinjan perustason tukena. Lisäksi keskitetyn perustason tiimin perustaminen tuotiin vastauksissa esille mahdollisena kehitysideana:

Keskitetty perustason syömishäiriötiimi voisi lisätä saatavuutta, osaamista ja parantaa hoidon laatua. (K)

Perustason keskitetyllä osaamisella nähtiinkin olevan paljon myönteisiä vaikutuksia hoitoon. Lisäksi kuvattiin ideaa erillisestä tiimistä, joka tekisi kotiinpäin suuntautuvaa, liikkuvaa työtä.

Pohjanmaan hyvinvointialueella oli muista hyvinvointialueista poikkeava ratkaisu, syömishäiriöiden hoitoon perehtynyt Fredrika-klinikka, josta käytetään tässä tutkielmassa nimeä välimaaston syömishäiriöyksikkö. Yksikkö kuuluu käytännössä erikoissairaanhoidon alle, mutta hoitoon pääsee ilman lähetettä. Esimerkiksi potilas tai vanhempi voi itse olla yhteydessä yksikköön ja saada syömishäiriöihin perehtynyttä hoitoa matalalla kynnyksellä. Kyseisen yksikön toiminnan vaikuttavuudesta on saatu myös lupaavia tuloksia (Isomaa & Isomaa, 2014). Klinikkan toimintaa kuvattiin esimerkiksi seuraavasti:

Joo ja siinä on minun mielestäni myös laajempi merkitys. Että sellainen niin kuin turvallisuuden tunne välittyy koko alueelle, perheille, kouluille[...] että he tietävät, että tarvittaessa saa apua, mikä tarkoittaa myös, ettei välttämättä tarvitse aina hakea erikoissairaanhoidoa, kun tietää että me voidaan seurata[...] että sitten kun on oikea tarve, niin sitten me saadaan tukea ja[...] juuri että vanhemmatkin voi konsultoida meitä suoraan. (H)

Kyllä minä ajattelen vahvasti, että tällaisia niin kuin melko pieniä matalan kynnyksen yksiköitä, missä kuitenkin saa riittävästi hoitoa, että se ei ole liian kevyttä[...] että vaan niin kuin arvioidaan ja sitten joudutaan lähettämään eteenpäin[...] vaan tällaisia niin kuin Fredrika-klinikan kaltaisia ympäri Suomen[...] Että niillä olisi varmasti tilausta. Että nopeutetaan hoidon saantia ja silloin myöskin pärjätään aika vähillä resursseilla. (H)

Välimaaston syömishäiriöyksiköstä koettiin siis monenlaista hyötyä syömishäiriöhoidon kehittämisessä alueella. Sen koettiin muun muassa auttavan potilasta ja läheisiä hoitoon hakeutumisessa sekä nopeuttavan hoidon saantia. Analyysissä voitiin tunnistaa keskeiseksi kehityskohteeksi myös lasten ja nuorten perustason mielenterveyspalveluiden vahvistaminen (n=9). Lasten ja nuorten perustason mielenterveyspalvelujen puutteesta mainittiin osassa alueista, ja niitä toivottiin kehitettäväksi. Kyseisiä palveluita kaivattiin muun muassa koulu- ja opiskeluterveydenhuollon konsultaatiomahdollisuuksien vahvistamiseen sekä yleisesti perustason osaamiseen lisäämiseen. Toisaalta jollain alueilla perustason nuorten mielenterveyspalveluita oli jo vahvistettu, ja hoitoon pääsy oli näin

helpottunut. Lisäksi syömishäiriöhoitoa päivitettiin jollain alueilla osana muuta lasten ja nuorten palveluiden kehittämistä:

Parhaillaan on käynnissä hyvinvointialue-tasoinen lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden selvitys ja lisäksi käynnistymässä lastentautien palveluiden selvitys, joissa yhteyksissä tarkoitus nostaa syömishäiriöiden hoidon kehittämistarpeet keskusteluun. (K)

Riittävät henkilöstöresurssit perustasolle

Analyysissä selvisi, että jotta nuorten syömishäiriöiden tunnistamista ja hoitoa voitaisiin kehittää perustasolla, tarvittaisiin sinne riittävät henkilöstöresurssit. Ammatillaiset kuvasivat, että alueille tarvittaisiin lisää ravitsemusterapeutteja (n=5) sekä psykiatrisia sairaanhoitajia (n=4).

Tarvitaan enemmän psykiatrisia hoitajia tukemaan lievästi oireilevia, hyvin varhainen hoito ja tuki on aivan ratkaisevaa syömishäiriön hoidossa. (K)

Ravitsemusterapeutin palvelut tarvitaan koko alueelle. (K)

Lisäksi yksittäisiä muita lisähenkilöstötarpeita kuvattiin (n=10). Lueteltuja ammattilaisia olivat fysioterapeutti, toimintaterapeutti, perustason mielenterveyspalvelun sairaanhoitaja, -terveydenhoitaja ja -psykologi sekä koululääkäri ja -psykologi. Lisäksi useammassa vastauksessa lisähenkilöstötarpeita perustasolla kuvattiin yleisemmällä tasolla:

Kun perustason henkilöstöresurssi olisi kaikkiaan suositusten mukainen (opiskeluhoito), pärjättäisiin myös syömishäiriöiden perustason tehtävissä melko hyvin. (K)

Syömishäiriöiden hoitoon perehtyneitä työntekijöitä, jonne voi ohjata ja konsultoida silloin, kun erikoissairaanhoidon kriteerit eivät vielä täyty. (K)

Alueilla kuvattiin siis lisätarvetta sellaiselle henkilöstölle, jolla olisi syvempää osaamista syömishäiriöiden hoidossa. Lisäksi yhtenä henkilöstöresurssiin liittyvänä kehityskohteena voitiin analyysissä tunnistaa henkilöstön pysyvyyden vahvistaminen (n=2). Esimerkiksi opiskeluhoillon terveydenhoitajan kohdalla

nuoren pitkäaikainen tunteminen ja siten mahdollisten muutosten tunnistaminen koettiin hyödylliseksi.

6.2.2 Syömishäiriöihin kohdistuvan osaamisen kehittäminen perustasolla

Analyysin perusteella syömishäiriöihin kohdistuvan osaamisen kehittäminen jakautui kolmeen yläluokkaan ja kahdeksaan alaluokkaan. Luokat esitely taulukossa 9.

Taulukko 9. Laadullisen analyysin pohjalta muodostettu luokittelu, jossa pääluokkana syömishäiriöihin kohdistuvan osaamisen kehittäminen perustasolla.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	
Lisäkoulutustarve syömishäiriöiden tunnistamiseen ja/tai diagnostiikkaan (n=22)	Perustason moninaisten lisäkoulutustarpeiden huomiointi	6.2.2 Syömishäiriöihin kohdistuvan osaamisen kehittäminen perustasolla	
Lisäkoulutustarve syömishäiriöiden perustiedolle ja potilaan ohjaamiselle (n=20)			
Lisäkoulutustarve perustason näyttöön perustuvissa hoitointerventioissa (n=24)			
Lisäkoulutustarve samanaikaisoireiluun ja/tai epätyypilliseen oireiluun (n=11)			
Järjestetty koulutus (n=9)	Kouluttautumisen tilanne perustasolla		
Suunnitteilla oleva koulutus (n=11)			
Ammattilaisten koulutus digialustojen avulla tai etänä (n=7)	Erilaiset tavat järjestää lisäkoulutusta		
Esh:n tai syömishäiriöyksikön henkilökunnan rooli koulutuksessa (n=10)			

Perustason moninaisten lisäkoulutustarpeiden huomiointi

Analyysin perusteella perustasolla tunnistettiin monipuolisesti ja paljon erilaisia lisäkoulutustarpeita. Yksi keskeinen lisäkoulutustarve oli lisäkoulutustarve syömishäiriöiden tunnistamiseen ja/tai diagnostiikkaan (n=22). Useat ammattilaiset kuvasivat tarvetta vahvistaa syömishäiriöoireiden varhaisen vaiheen tunnistamista, ja

varhainen tunnistaminen mainittiinkin useasti yhtenä tärkeimpänä kehittämiskohteenä nuorten syömishäiriöiden tunnistamisen ja hoidon näkökulmasta. Lisäkoulutustarvetta tunnistamiseen kaivattiin sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa että perustason mielenterveyspalveluissa. Myös lisäkoulutustarvetta diagnosoinnin helpottamiseksi kuvattiin. Myös aiemman tutkimuksen perusteella perustason ammattilaiset hyötyisivät lisäkoulutuksesta niin syömishäiriöiden tunnistamisessa kuin arvioinnissakin (Robinson ym., 2012). Lisäksi lisäkoulutuksen on tutkimuksessa kuvattu tuovan varmuutta syömishäiriöiden tunnistamiseen (Kynsilehto ym., 2018).

Toinen keskeinen lisäkoulutustarve oli lisäkoulutustarve syömishäiriöiden perustiedolle ja potilaan ohjaamiselle (n=20). Ammattilaiset kuvasivat, että perustasolta puuttuu ymmärrystä ja osaamista koskien perustietoa syömishäiriöistä. Myös potilaan kohtaamisessa sekä ohjauksessa kaivattiin lisäkoulutusta. Ammattilaiset kuvasivat tarvetta kehittää osaamista potilaan sekä vanhempien ohjaukseen esimerkiksi ravitsemuskuntoutusta aloitettaessa. Myös nuoren motivointi ja motivoiva haastattelun osaaminen kuvattiin lisäkoulutustarpeena.

[...]tällaista niin kuin geneerisempää ravitsemusosaamisen ja motivoivan keskustelun osaamisen levittämistä, niin se olisi minun mielestä ehkä se tärkein asia, että me saataisiin tämä perustoiminta kuntoon[...] (H)

Lisäksi ammattilaiset kuvasivat usein tarvetta lisäkoulutukselle perustason näyttöön perustuvissa hoitointerventioissa (n=24). Tarve perhepohjaisen hoidon lisäkoulutukselle mainittiin alaluokan sisällä erityisen usein (n=14). Perustasolle kaivattiin koulutusta ja osaamisen lisäämistä myös yleisesti näyttöön perustuvissa, perustasolla käytettävissä olevista hoitointerventioista. Eräs vastaaja kuvasi lisäkoulutustarvetta seuraavasti:

Perustason palveluissa tarvitaan lisää koulutusta syömishäiriön tunnistamiseen ja hoitoon (lievät ja keskivaikeat oirekuvat) -> pystytään tekemään tarvittavat tutkimukset ja hoitointerventiot ennen kuin lähetetään erikoissairaanhoidon. (K)

Lisäkoulutustarve syömishäiriöiden tunnistamiseen, tilanteen arviointiin ja varhaisen vaiheen hoitointerventioille siis tunnistettiin. Myös aiemmassa tutkimuksessa on

tunnistettu, että perustason ammattilaiset hyötyisivät lisäkoulutuksesta muun muassa syömishäiriöiden näyttöön perustuvissa hoitointerventioissa (Kynsilehto ym., 2018; Robinson ym., 2012; Tse ym., 2022).

Ammattilaiset kuvasivat myös lisäkoulutustarvetta samanaikaisoireiluun ja/tai epätyypilliseen oireiluun (n=11). Syömishäiriöiden laaja kirjo sekä samanaikaissairastavuus haastoivat ammattilaisia. Aiemman tutkimuksen mukaan perustasolla onkin tunnistettu haasteita esimerkiksi epätyypillisten syömishäiriöiden tunnistamisessa (Sangha ym., 2019; Tse ym., 2022). Aiemman tutkimuksen mukaan myös perustason ammattilaisten lisäkoulutus epätavallisista syömishäiriöistä voisi edistää häiriöiden oikea-aikaista havaitsemista ja vähentää hoidon viivästymisestä aiheutuvia terveydenhuoltokustannuksia (Pehlivan ym., 2022).

Kouluttautumisen tilanne perustasolla

Kouluttautumisen tilanne hyvinvointialueilla vaihteli, mutta yleisesti ottaen perustason lisäkoulutustarve oli selkeästi huomattu. Analyysin perusteella useammilla hyvinvointialueilla oli jo järjestetty erilaista syömishäiriöihin liittyvää koulutusta (n=9). Kouluttautuminen oli tosin ollut säännöllisempää ennen koronaa ja hyvinvointialueudistusta. Järjestetyt koulutukset olivat olleet joko yksittäisiä koulutuspäiviä tai pidempiä koulutusrupeamia. Koulutuksia oli tarjottu esimerkiksi syömishäiriösensitiivisyydestä sekä yleisesti syömishäiriöistä ja niiden hoidosta perustasolla. Alempana tutkielman tuloksissa koulutusten sisältöjä kuvataan lisää.

Ammattilaiset kuvasivat myös suunnitteilla olevaa perustason koulutusta (n=11). Perustason mielenterveyspalveluiden lisäkoulutusta kuvattiin esimerkiksi seuraavasti:

Toki nyt on tulossa ne koulutukset siihen tunnistamiseen ja muuhun. Niin kyllä meiltä on porukkaa lähdössä ihan sen takia, koska enenevässä määrin taas jollakin tavalla näitä syömisasioita ilmenee niissä ohjauksissa, joita meille tulee[...] (H)

Lisäkoulutustarpeella pyrittiinkin useasti vastaamaan lisääntyneen palvelutarpeeseen perustasolla. Useammalla alueella oli tutkimushetkellä suunnitteilla myös alueellisia

syömishäiriöpäiviä, jossa perustason ja erikoissairaanhoidon työntekijät pääsevät tutustumaan toistensa toimintaan sekä kouluttautumaan.

Erilaiset tavat järjestää lisäkoulutusta

Analyysissä olikin mahdollista tunnistaa myös erilaisia tapoja järjestää lisäkoulutusta. Ammattilaisten koulutus digialustojen avulla tai etänä (n=7) koettiin tärkeäksi mahdollisuudeksi. Esimerkiksi välimaaston syömishäiriöyksikkö oli pitänyt lähivuosina tiivistettyjä etäkoulutuksia yleisesti omasta toiminnastaan ja syömishäiriöistä. Ammatilliset kuvasivat, että etäkoulutuksen avulla oli myös mahdollista saavuttaa isompi joukko osallistujia:

Sitten pitää miettiä juuri sitä nyt kun on paljon isompi organisaatio[...]Että pitäisikö olla täysin etänä, että aika moni pääsisi osallistumaan siihen[...]Mutta toisaalta oli tosi kivat tapaamiset, että minä en välttämättä haluaisi pitää täysin etänä. Että siinä oli yhtenä tarkoituksena myös, että kaikki toimijat pääsi vähän niin kuin tutustumaan toisiinsa. Kouluterveydenhuollosta ja somatiikasta ja lastensuojelusta ja näin että[...] (H).

Tänä päivänä tietysti Teams- koulutukset ovat hyvin tavoitettavissa. Niin se on ihan hyvä. Tietysti livekoulutukset on parempi, mutta tämä päivänä ei aina kaikki pääse. Niin kun on mahdollisuutta myös etänä osallistua, niin on ihan hyvä. (H)

Toisaalta livekoulutukset koettiin siis tärkeiksi esimerkiksi yhteistyön vahvistamisen kannalta. Digialustojen roolia tunnistamisen ja hoidon kehittämässä kuvattiin seuraavasti:

No kyllä ammattilaisille olisi todella hyvä, jos löytyisi [digitaalinen koulutus]alusta]. Tietysti kyllä minä näen, että ne Mielenterveystalon on aika hyviä ja käy myös ammattilaisille, jos haluaa tutustua syömishäiriöihin. Mutta kyllä heillä voisi olla omansa siellä myös. (H)

Mielenterveystalon sivuilla olevat syömishäiriöihin liittyvät materiaalit nähtiinkin keskeisenä tiedon ja kouluttautumisen lähteenä myös ammattilaiselle. Lisäksi yksittäisellä alueella mainittiin ruotsinkielisen ammattilaisten verkkokoulutuksen mahdollisuudesta.

Keskeistä koulutuksen järjestämisessä oli myös erikoissairaanhoidon tai syömishäiriöyksikön henkilökunnan rooli koulutuksessa (n=10). Välimaaston syömishäiriöyksikkö oli järjestänyt monenlaista koulutusta, jota kuvattiin seuraavasti:

Joo minulla on ollut kaksi kertaa nyt sellainen vuoden kestävä laajempi koulutuskokonaisuus juuri kouluterveydenhoitajille ja sosiaalihuollon henkilökunnalle ja myös somaattisen lasten osaston ja -poliklinikan hoitajille[...] siinä oli juuri niin kuin vähän yleisesti syömishäiriöstä, diagnostiikasta, syömishäiriön historiasta[...]Oli tunnistamisesta, arviointityökaluista[...] Sitten oli vähän syvemmin syömishäiriön ymmärtämisestä. Elikkä miten ajatellaan, että syömishäiriö syntyy ja mitä on tällaisia ylläpitäviä tekijöitä, elikkä tällaista niin kuin syömishäiriön psykologiaa lähinnä. Ja sitten oli vähän tällaisia niin kuin[...]Ihan alustavasti tällaisista psykoterapeuttisista lähestymistavoista. (H)

Analyysin perusteella vaikuttikin siltä, että alueella, jossa oli oma välimaaston syömishäiriöyksikkö sekä syömishäiriöhoidon erityisasiantuntija, oli tarjolla hyvin laaja-alaista perustason koulutusta. Perustason nuorten mielenterveyspalveluissa ideana oli myös mahdollistaa perustason kouluttautuminen erikoissairaanhoidon tuella.

Niin jotenkin sen perhepohjaisen mallin jalkauttaminen silleen perustasolle, että se työpari voisi olla[...]että sitä tekisi enemmän yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto[...] tämä olisi yksi, joka ehkä vastaisi myös tähän tiukkaan kriteeriin erikoissairaanhoidon siirtymisessä. Tämä tavallaan välimalli siinä, että voisi tehdä yhteistyötä. Että meidän sairaanhoitajia kouluttautuisi siihen perhepohjaiseen malliin, ja sitten olisi ehkä työpari erikoissairaanhoidosta[...] (H)

Perustason syömishäiriöosaamista voitaisiin sitaatin mukaan kehittää kouluttautumalla perhepohjaiseen malliin erikoissairaanhoidosta olevan työparin avulla. Myös esimerkiksi Lebow ym. kuvasivat tutkimuksessaan (2021), että perustason ammattilaiset kokivat kiinnostusta integroidun syömishäiriöhoitomallin suuntaan, jossa he saisivat ensiksi koulutusta syömishäiriöihin ja sitten voisivat hoitaa syömishäiriöitä yhteistyössä syömishäiriöihin erikoistuneen ammattilaisen kanssa.

6.2.3 Eri toimijoiden välisen yhteistyön kehittäminen

Analyysin keskeinen löydös perustason syömishäiriöiden tunnistamisen ja hoidon kehittämisessä olikin eri toimijoiden välisten yhtenäisten toimintatapojen sekä yhteistyön kehittäminen. Tämä pääluokka jakautui kolmeen yläluokkaan ja kahdeksaan alaluokkaan. Luokat esitelty taulukossa 10.

Taulukko 10. Laadullisen analyysin pohjalta muodostettu luokittelu, jossa pääluokkana eri toimijoiden välisten yhtenäisten toimintatapojen sekä yhteistyön kehittäminen.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Ennalta sovittujen hoitoketjujen rakentaminen tai selkeyttäminen (n=21) Perustason roolin selkeyttäminen (n=7) Yhtenäiset toimintatavat ja ymmärrys toisen työstä (n=7)	Perustason ja erikoissairaanhoidon roolien selkeyttäminen ja yhteisten toimintatapojen luominen	6.2.3 Eri toimijoiden välisen yhtenäisten toimintatapojen sekä yhteistyön kehittäminen
Moniammatillinen työote syömishäiriöiden hoidossa (n=14) Moniammatilliset tiimit hoidon kehittäjinä (n=9) Konsultaatioverkoston luominen perustasolle (n=10)	Moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen	
Syömishäiriötiedon lisääminen, läheiset ja muu väestö sekä alan opiskelijat (n=14) Sylin kanssa tehtävä yhteistyö (n=3)	Muiden sidosryhmien kanssa tehtävän yhteistyön vahvistaminen	

Perustason ja erikoissairaanhoidon roolien selkeyttäminen ja yhteisten toimintatapojen luominen

Analyysin perusteella syömishäiriöiden tunnistamisen ja hoidon vahvistamiseksi perustason ja erikoissairaanhoidon rooleja pitäisi selkeyttää ja yhteisiä toimintatapoja vahvistaa. Analyysin perusteella erittäin keskeinen kehityskohde oli ennalta sovittujen hoitoketjujen rakentaminen tai selkeyttäminen (n=21). Hoitoketjut

olivat monien ammattilaisten kuvaamina puutteellisia ja monilla alueilla hoitopolkujen rakentaminen oli parhaillaan käynnissä. Jotkut ammattilaiset kuvasivat, että hoitoketjujen päivittämisestä oli alueella kulunut paljon aikaa, ja hoitoketju tarvitsi päivittämistä muun muassa hyvinvointialueuudistuksen takia. Hoitoketjuja oli tarkoitus päivittää laaja-alaisesti ja hoidon porrastuksen mukaisesti. Päivittämistyötä kuvattiin esimerkiksi seuraavasti:

[...]meillä on käynnissä alaikäisten mielenterveystyön toimenpideohjelma, jossa yhtenä osana on hoitopolkujen tekeminen diagnoosipohjaisesti. Syömishäiriöiden hoitopolku päivitetään parin seuraavan vuoden kuluessa. (K)

On lähinnä epävirallinen linjaus; tarvittaisiin virallinen kirjattu hoitoketju. Aiemmin, kuin syömishäiriöön sairastavuutta (ennen vuotta 2020) oli vähemmän, oli järkeväkin keskittää syömishäiriöiden hoito yksikköön, jossa oli tietotaitoa ja kokemusta (esh, nuorisopsykiatria); nyt tarvittaisiin hoitoketjuja perustason palveluiden suuntaan siten, että jatkohoidot voitaisiin ohjata perustasolle, ja toisaalta lievemmät tapaukset hoitaa kokonaan perustasolla. (K)

Lisääntynyt palveluntarve aiheuttikin osaltaan tarpeen kehittää hoitoketjuja myös perustason palveluiden suuntaan. Analyysissä eräs ilmennyt kehityskohde olikin perustason roolin selkeyttäminen (n=7), joka tuli aiemmin esille myös perustason osaamista heikentävänä tekijänä. Perustason roolin epäselkeyttä kuvattiin esimerkiksi seuraavasti:

Alueella hämmentää erilaiset näkemykset hoidon toteuttajasta. Onko tämän kokoisella hyvinvointialueella järkeä hajauttaa hoitoa perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon (THL:n ohjeistuksen mukaan) vai edelleen jatkaa keskitettynä erikoissairaanhoidon? (K)

Perustasolla tehtävä työ, jota ei ole edes selkeästi määritelty. Mikä on perustason rooli ja tehtävät missäkin vaiheessa. (K)

Sitaateissa käy ilmi se, että perustason roolista syömishäiriöiden hoidossa ollaan epävarmoja. Sekä kyselylomakkeissa että haastatteluissa tulikin esille se, että perustasolta vaaditaan yhä isompaa vastuuta syömishäiriöpotilaista, vaikka tämänhetkiset valmiudet syömishäiriöiden hoitoon ovat usein perustasolla huonot. Aiemman tutkimuksen valossa on myös esitetty, että perusterveydenhuollon

ammattilaisten suurempi rooli syömishäiriöiden arvioinnissa ja diagnosoinnissa olisi keskeistä syömishäiriöiden onnistuneen hoidon kannalta (Pehlivan ym., 2022).

Keskeinen kehityskohde nuorten syömishäiriöiden tunnistamisen ja hoidon näkökulmasta olivat myös yhtenäiset toimintatavat ja ymmärrys toisen työstä (n=7). Ymmärryksen lisäämistä toisen työnkuvasta sekä yhteisen kielen löytämistä kuvattiin tärkeänä perustason ja erikoissairaanhoidon yhteistyön kehittämisen kannalta. Lisäksi alueet pitivät yhtenäisten työmenetelmien sekä -tapojen käyttöönottoa tärkeänä:

Ja [nimi] kun sanoit, että jotenkin osaamista sinne [perustasolle] ennen kuin siirtyy, niin ajattelen että se olisi järkevää, vaikka työntekijät siinä välissä vaihtuu, että aloitettaisiin sillä samalla. Että jotenkin se perhepohjaisen hoitomalli tai ne periaatteet olisi ainakin käytössä jo siellä perustason nuorten mielenterveyspalvelussakin [...] (H)

Yllä oleva sitaatti kuvaa hoidon jatkuvuuden tärkeyttä, mikä tuli esille myös muissa vastauksissa, joissa kuvattiin tarvetta yhtenäisille toimintatavoille. Myös erikoissairaanhoidon ja perustason yhteiskoulusta pidettiin tärkeänä. Sen ajateltiin lisäävän ymmärrystä toisen työympäristöstä sekä sujuvoittavan yhteistyötä. Ammatilliset kuvasivat, että yhtenäisten työtapojen kehittäminen myös perustason ammattilaisten kesken on tärkeää muun muassa hoidon vaikuttavuuden ja tasalaatuisuuden kannalta.

Moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen

Moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen ajateltiin olevan keskeistä nuorten syömishäiriöiden tunnistamisen ja hoidon vahvistamisessa perustasolla. Osittain yläluokka on limittäinen aiemmin esitetyn yläluokan kanssa. Tärkeäksi kehityskohteeksi kuvattiin moniammatillista työtettä syömishäiriöiden hoidossa (n=14). Moniammatillista yhteistyötä korostettiin sekä perustason ja erikoissairaanhoidon ammattilaisten välillä että perustason sisällä olevien ammattilaisten kesken. Välimaaston syömishäiriöyksikön ja perustason moniammatillista yhteistyötä kuvattiin aineistossa seuraavasti:

Joo ja me kutsutaan[...]No melkein joka vuosi ollaan kutsuttu kaikki alueen kouluterveydenhoitajat meille aamukahville ja tutustutaan ja käydään läpi vähän juuri niitä käytänteitä ja[...] (H)

Kehitysideana olivat myös moniammatilliset tiimit perustason ja erikoissairaanhoidon ammattilaisten välille. Osassa alueita tiimejä oli jo muodostettu. Erään tiimin toimintaa kuvattiin näin:

On perustettu moniammatillinen syömishäiriötiimi (aiemman syömishäiriötiimin toiminta loppui koronan aikana), jossa kokoontuu peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon edustajat ainakin kaksi kertaa vuodessa. Alussa tiiviimmin hoitoketjun tekemisen vuoksi. Mukana kouluterveydenhuolto, miekkarit, som. erikoissairaanhoito, opiskeluterveydenhuolto, perhetyö, ravitsemusterapeutti ja fysioterapeutti. (K)

Kyseinen sitaatti kuvaa tilannetta, jossa tiimin toimintaan kuuluu vahvasti hoitoketjujen sekä mahdollisesti muun yhteistyön kehittäminen. Vastauksen perusteella on mahdotonta sanoa, onko tiimissä myös hoidollinen elementti eli käsitelläänkö tiimissä myös mahdollisia asiakastapauksia. Toisaalta sitaatti on kyselylomakkeen vastaus kysymykseen alueen konsultaatiokäytännöistä, joten konsultoinnin voisi ajatella olevan tiimissä myös mahdollista.

Analyysin perusteella tunnistettiin kuitenkin oma alaluokkansa eli moniammatilliset tiimit hoidon kehittäjinä (n=9). Analyysin perusteella moniammatillisia tiimejä hyödynnettiin etenkin hoitoketjujen päivittämiseen. Tällaisten tiimien toimintaa kuvattiin esimerkiksi seuraavasti:

Ja sittenhän me tehtiin sitä syömishäiriöiden hoitomallia tänne alueelle ja sehän oli sellaista tiivistä työskentelyä[...] Eli se oli jotenkin silleen, että mietittiin aina että mitä vaikka kouluterveydenhuollossa[...]että mitkä ovat ne tavoitteet että mitä siellä tehdään ja miten tehdään. Ja kirjattiin ne[...] Ja sitten ihan siellä perustasolla, erikoissairaanhoito, somatiikka, esimerkiksi naistentaudit, hammashuolto[...]Että se oli kyllä ihan kaikkea syleilevä työskentely[...] (H)

Joo ensin perustettiin, kun tämä hyvinvointialue perustettiin[...] niin pistettiin käyntiin sellainen syömishäiriötyöryhmä, missä oli edustajia sekä keskussairaalaasta että peruspalveluista[...] ja aika iso ryhmä[...]Kartoitettiin näitä erilaisia haasteita ja ongelmakohtia. Sen jälkeen nyt on sitten perustettu uusia työryhmiä. Meillä on yksi sellainen työryhmä, joka mieltii juuri tätä syömishäiriöiden hallinnointia tai

hallintoa[...]ja onko juuri niin kuin erilaisia kehittämistarpeita, koulutustarpeita[...] Ja sitten on sellaisia erilaisia vielä erikoistuneempia työryhmiä. Nyt on yksi, joka miettii sitä niin kuin arfidin hoitoketjua ja hoitoa. (H)

Alueilla on siis erilaisia moniammatillisia työryhmiä, joissa kehitetään hoitoketjuja, hoitoa sekä hoidon keskeisiä ongelmakohtia.

Lisäksi tärkeä kehityskohde oli konsultaatioverkoston luominen perustasolle (n=10). Koko alueen kattavia konsultaatiomalleja oli suunnitteilla, ja osassa alueista niitä jo kehitettykin. Yhtenä ideana oli koko hyvinvointialueen kattava neuvontapuhelin, johon sekä ammattilaiset että vanhemmat voisivat ottaa yhteyttä, ja saada ohjausta eteenpäin. Luokka piti sisällään myös esimerkiksi ammattilaisten välisten keskustelufoorumien ylläpitämistä.

Muiden sidosryhmien kanssa tehtävän yhteistyön vahvistaminen

Analyysissä tuli esille myös muita sidosryhmiä, joiden kanssa yhteistyön vahvistaminen koettiin parantavan syömishäiriöiden tunnistamista ja hoitoa. Keskeistä sidosryhmien kanssa tehtävässä yhteistyössä oli syömishäiriötiedon lisääminen (n=14). Syömishäiriöistä kaivattiin lisää tietoa muun muassa sairaanhoitaja-/terveydenhoitaja- sekä lääkärikoulutukseen. Tämän koettiin auttavan perustiedon kerryttämisessä jo opintojen aikana, jolloin syömishäiriöhoidon kouluttaminen ei jäisi vasta kentälle. Lisäksi keskeisenä löydöksenä analyysissä nousi esiin vanhempien kanssa tehtävän yhteistyön lisääminen etenkin tiedon jakamisen ja psykoedukaation kautta. Tätä kuvattiin esimerkiksi seuraavasti:

Joo ja sitten siellä tulee päivittäin tilanteita siellä kotona. Että varmaan ruokailuun liittyen juuri, että ”nyt syömään”[...] että ihan jotenkin sellaista psykoedukaatiota, että miten niitä ”handlataan” niitä tilanteita. (H)

Lisäksi tiedon lisäämisen tapoina kuvattiin muun muassa välimaaston syömishäiriöyksikön järjestämiä yleisöluentoja:

Että kyllä sanoisin, että meidän alueella myös terveydenhoitajilla on hyvä osaaminen syömishäiriön tunnistamisessa ja myös vanhemmilla on aika

hyvä[...] kun me ollaan pitkään toimittu siellä alueella ja paljon pidän myös tällaisia niin kuin ihan yleisöluentoja[...]Että kyllä vanhemmat tunnistavat aika hyvin. (H)

Lisäksi suunnitteilla oli muun muassa koko alueen kattava syömishäiriöiden neuvontapuhelin, johon myös vanhemmat voisivat soittaa ja saada ohjeistusta. Lisäksi valtamediassa tapahtuvaa keskustelua syömishäiriöistä pidettiin tärkeänä tunnistamisen ja hoidon kehittämisen kannalta:

Aina kaikki asiat, mitkä nousee valtakunnan mediassa niin muistuttaa sairauden ja oireen läsnäolosta. Että sellaista että pitää yllä tätä[...] Ja myös se, että niin kuin väestö ja vanhemmat tietää oireista. Ja opettajat. Sellainen yleinen tietämys aina auttaa[...] (H)

No olen ehkä samaa mieltä, että tämä pitäisi olla enemmän näkyvillä[...] Ja jotenkin näkyvämmiin, jos se olisi puheissa, niin ehkä se jollain tavalla olisi paremmin muistissa ja myös se, että ohjaa myös näitä ihmisiä hakemaan koulutusta siihen ja lisää osaamista. (H)

Ammattilaiset siis kuvasivat, että muun muassa väestölle sekä vanhemmille jaetun syömishäiriötiedon lisääminen ja yleisen keskustelun ylläpitäminen syömishäiriöistä voivat helpottaa syömishäiriöiden tunnistamista. Myös aiemman tutkimuksen valossa yhteistyö vanhempien kanssa on koettu tärkeäksi syömishäiriöiden hoidossa perustasolla (Kynsilehto ym., 2018).

Lisäksi analyysissä yhdeksi kehitystoimeksi tunnistettiin kolmannen sektorin kanssa tehtävä yhteistyö (n=3). Tarvetta kolmannen sektorin kanssa tehtävään yhteistyöhön kuvattiin seuraavasti:

No se mitä meiltä puuttuu aika lailla on tällaisia niin kuin kokemusasiantuntijoita[...] ja niin kuin kolmannen sektorin järjestämää työtä[...] (H)

Syömishäiriöliitto SYLI:n kuvattiin eräällä alueella järjestävän aamukahvit ammattilaisille kerran vuodessa, mikä mahdollisti muun muassa ammattilaisten välistä verkostoitumista. Lisäksi kuvattiin myös tarvetta kolmannen sektorin järjestämälle työlle, kuten esimerkiksi kokemusasiantuntijoille. Kolmas sektori jäi kuitenkin analyysissä pieneen rooliin.

7 Pohdinta ja johtopäätökset

Tässä luvussa pohditaan aluksi tutkielman keskeisiä tuloksia suhteessa aiempaan tutkimukseen. Sen jälkeen siirrytään tarkastelemaan tutkielman luotettavuutta ja lopuksi esitetään tehtyjä johtopäätöksiä sekä mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

Tutkielman tavoitteena oli syventää ymmärrystä hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon nykyisistä valmiuksista nuorten syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa sekä tunnistaa keskeiset kehitystoimet ja -tarpeet. Tutkielman keskeisten tulosten mukaan perustason valmiudet tunnistaa ja hoitaa nuorten syömishäiriöitä vaihtelevat eri alueiden, yksiköiden ja ammattilaisten välillä. Perustasolla koetaan monenlaista osaamisen vajetta sekä lisäkoulutustarvetta. Keskeisiä henkilöstöresursseja ovat opiskeluhuollon sekä nuorten perustason mielenterveyspalveluiden henkilökunta. Näyttöön perustuvien hoitomenetelmien saatavuus on heikkoa. Tarjolla oleva hoito on usein omahoitoa, tukea, ohjeistusta ja seurantaa. Perhepohjaista hoitoa on tarjolla jonkun verran, ja muita syömishäiriöihin kohdennettuja psykososiaalisia interventioita, kuten psykodynaamista terapiaa, on tarjolla niukasti. Tyypillisiä konsultaatiotahoja ovat syömishäiriöiden hoitoon perehtyneet tiimit ja yksiköt, erikoissairaanhoidon yksiköt sekä myös perustason sisällä toiset ammattilaiset.

Matalan kynnyksen syömishäiriötiimit ja yksiköt sekä toimivat nuorten perustason mielenterveyspalvelut tukevat syömishäiriötyötä perustasolla. Useilla alueilla on suunniteltu tai järjestetty lisäkoulutusta syömishäiriöistä. Perustason ja erikoissairaanhoidon roolien selkeyttäminen, moniammatillinen yhteistyö sekä yhdessä sovitut koko alueen kattavat hoitoketjut ja konsultaatiomallit kuvataan keskeisiksi kehitystoimiksi. Yhteistyön vahvistaminen ja syömishäiriötiedon jakaminen myös muiden sidosryhmien, kuten läheisten kanssa, on tärkeää.

7.1 Pohdintaa tutkimustuloksista suhteessa aiempaan tutkimukseen

Laadullisten tulosten mukaan perustason osaamisen taso vaihtelee eri hyvinvointialueiden, yksiköiden ja ammattilaisten kesken, mutta yleisesti ottaen osaamisessa koetaan monenlaisia puutteita. Tukea osaamisessa kaipaavat etenkin uudet ammattilaiset, joilla ei ole vielä työn tuomaa kokemusta tai kaikkia välineitä käytössään. Osaamista heikentävät muun muassa tiukentuneet erikoissairaanhoidon kriteerit, henkilökunnan vaihtuvuus, epäselvyys perustason roolista sekä epävarmuus syömishäiriöiden puheeksi ottamisessa. Havaintoja tukee määrällinen tieto, jonka mukaan osaaminen arvioitiin alueilla useimmiten keskiverroksi (n=14), ja harvemmin hyväksi (n=4) tai huonoksi (n=4).

Laadullisessa aineistossa keskeiseen rooliin nousee myös perustason moninainen lisäkoulutustarve. Koulutusta kaivataan etenkin syömishäiriöihin liittyvässä perustiedossa sekä potilaan kohtaamisessa, syömishäiriöiden tunnistamisessa ja diagnosoinnissa sekä myös näyttöön perustuvissa hoitointerventioissa. Lisäkoulutusta toivottiin jonkun verran myös samanaikaisoireiluun ja epätyypilliseen oireiluun. Myös määrällisen tiedon perusteella 18 hyvinvointialueista tunnistaa tarpeen interventiokoulutukselle. Laadullisten tulosten perusteella monilla hyvinvointialueilla onkin suunnitteilla tai on jo toteutettu perustason syömishäiriökoulutusta. Erikoissairaanhoidon tai syömishäiriöyksiköiden ammattilaisten rooli näyttyy keskeisenä lisäkoulutuksen mahdollistamisessa. Verkossa tapahtuva koulutus vaikuttaa lupaavalta koulutusmuodolta.

Tulokset ovat yhteneväisiä aiemman tutkimuksen kanssa. Perustason kokemat puutteet syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa sekä niihin liittyvä lisäkoulutustarve ovat nousseet esille myös aiemmassa tutkimuksessa (Allen ym., 2023; Tse ym., 2022; Wade ym., 2022; Waller ym., 2014). Esimerkiksi perustason yleislääkärit kokevat osaamisensa syömishäiriöiden seurannassa ja hoidossa usein puutteelliseksi (Ashby & Ogden, 2024; Tse ym., 2022; Wade ym., 2022). Perustason lääkäreiden osaamisen haasteet johtuvat tutkimuksen mukaan esimerkiksi epäselvistä lähetekäytännöistä, puutteellisesta yhteistyöstä eri hoitotahojen välillä sekä koulutuksen puutteesta (Ashby & Ogden, 2024). Myös epätyypillisten oirekuvien tunnistaminen on aiemman tutkimuksen mukaan perustasolla heikkoa (Pehlivan ym., 2022; Sangha ym., 2019; Tse ym., 2022). Lisäksi aiemman tutkimuksen valossa

perustason ammattilaiset kokevat syömishäiriöiden puheeksi ottamisen vaikeaksi (Kynsilehto ym., 2018; Lebow ym., 2021; Tse ym., 2022). Perustason lääkärien keskeisiksi koulutustarpeiksi on aiemmassa tutkimuksessa tunnistettu syömishäiriöpotilaan kohtaaminen, seulonta ja diagnosointi sekä hoitointerventiot ja lähettämiskäytännöt (Tse ym., 2022). Aiemman tutkimuksen perusteella perustason ammattilaiset hyötyisivätkin lisäkoulutuksesta näyttöön perustuvissa hoitointerventioissa (Kynsilehto ym., 2018; Robinson ym., 2012; Tse ym., 2022). Lisäksi joustavan verkkopohjaisen koulutusmenetelmän on todettu olevan toteuttamiskelpoinen ja tehokas tapa lisätä perustason yleislääkäreiden tietämystä, taitoja ja luottamusta hoitaa syömishäiriöpotilaita (Aouad ym., 2024).

Tutkielman laadullisten tulosten mukaan perustasolla tarjolla oleva hoito on vaihtelevaa, mutta tämänhetkinen hoito on pitkälti ohjeistusta, tukea ja seuranta. Lisäksi Mielenterveystalon omahoito-ohjelmia käytetään perustasolla paljon, muuten digitaalinen hoito on vähäistä. Määrällisen tiedon perusteella kolme kattavimmin tarjolla olevaa hoitomuotoa ovat taas ohjaus omahoitoon ja nettiterapiaan, vanhempainohjaus sekä lääkehoito. Muuten löydökset tukevat toisiaan, mutta lääkehoito ei noussut laadullisessa analyysissä esille keskeisenä hoitomuotona.

Laadullisen analyysin perusteella myös ravitsemusterapiaa ja fysioterapiaa käytetään perustasolla jonkin verran. Perhepohjaista tai sen tyyppistä hoitoa kuvattiin olevan tarjolla jonkun verran, mutta muuten näyttöön perustuvien psykososiaalisten hoitointerventioiden rooli jäi laadullisessa analyysissä hyvin vähäiseksi. Määrällisen tiedon perusteella perhepohjaisen hoidon, kognitiivisen käyttäytymisterapian sekä muun psykososiaalisen hoidon (psykodynaaminen terapia tai interpersoonallinen terapia) kohdalla yli puolissa hyvinvointialueiden vastauksissa arvioitiinkin, ettei menetelmää ollut ollenkaan saatavilla perustasolla. Toisaalta sekä ravitsemusterapiaa että fysioterapiaa arvioitiin olevan 75 % vastauksissa tarjolla osalle nuorista.

Perustasolla tarjottava hoito on myös aiemman tutkimuksen valossa moninaista. Aiemmassa tutkimuksessa keskeisinä perustasolla tarjottavina hoitotoimenpiteinä ovat näyttäytyneet yksilöterapia tai -neuvonta sekä lähettäminen erikoissairaanhoidon (Ivancic ym., 2021; Robinson ym., 2012). Lisäksi muita yleisiä perustasolla käytettäviä hoitomenetelmiä ovat tutkimuksen mukaan lääketieteellinen seuranta, lääkehoito, ravitsemusneuvonta, perheneuvonta tai -terapia ja

liikuntaohjaus. Kouluterveydenhuollossa tarjottava hoito on tutkimuksen mukaan ohjauskeskusteluja sekä painon seurantaa (Kynsilehto ym., 2018). Perheen osallistaminen nuorten kohdalla syömishäiriöhoitoon on perustasolla tunnistettu puutteelliseksi (Robinson ym., 2012). Aikaisemmissa tutkimuksissa on kuitenkin saatu alustavaa näyttöä perhepohjaisen hoidon toimivuudesta perustasolla nuorten syömishäiriöiden hoidossa (Lebow ym., 2024, Lebow ym., 2025; Partain ym., 2023). Myös Suomessa perustasolla vaikuttaa siltä, että perhepohjaista lähestymistapaa voitaisiin hyödyntää nuorten syömishäiriöiden hoidossa aiempaa enemmän.

Aiempi tutkimus osoittaa myös, että omahoito-ohjelmia voidaan käyttää onnistuneesti ensivaiheen hoitona perustasolla etenkin ahmimisoireista kärsivien potilaiden kohdalla (Hay ym., 2009; Perkins ym., 2006). Davey ym. (2024) tutkivat ohjatun omahoidon soveltuvuutta lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoidossa. Tulosten mukaan ohjattua omahoitoa pidetään lupaavana tapana vastata hoitotarpeisiin ja parantaa psykologisen tuen saatavuutta. Lisäksi aiemmassa tutkimuksessa on hyväksi todettua kokemusta esimerkiksi vanhemmille suunnatusta syömishäiriöiden verkkokurssista (Karjalainen ym., 2020). Tutkielman tulokset toivat siis esiin aiemman tutkimuksen kanssa yhteneväisiä perustason syömishäiriöiden hoitomenetelmiä, kuten yksilöllinen neuvonta ja ohjaus, kasvun seuranta sekä verkkopohjainen omahoito.

Laadullisten tulosten perusteella koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ammattilaiset sekä perustason mielenterveyspalveluiden ammattilaiset ovat keskeisessä roolissa syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa perustasolla. Myös etenkin psykiatriset sairaanhoitajat sekä ravitsemusterapeutit toimivat usein apuna perustason syömishäiriötyössä. Henkilöstöresurssit vaihtelevat hyvinvointialueittain, mutta perustasolla on jonkun verran haasteita henkilöstön veto- ja pitovoiman kanssa. Toisilla alueilla resurssit ovat viime vuosina lisääntyneet, toisilla taas vähentyneet. Hyvinvointialueilla ei pääsääntöisesti vaikuta olevan erillistä kohdennettua henkilöstöresurssia syömishäiriöiden hoitoon. Perustasolla tunnistetaan tarve riittävien henkilöstöresurssien turvaamiselle. Muun muassa psykiatrisia sairaanhoitajia ja ravitsemusterapeutteja kaivataan laadullisten tulosten perusteella lisää.

Aiempi tutkimus perustason syömishäiriöhoidon henkilöstöresursseista vastaa tutkielman tuloksia. Aikaisemmassa kirjallisuudessa korostetaan perusterveydenhuollon ammattilaisten tärkeää roolia syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa (Partain ym., 2023; Monteleone ym., 2023). Tutkimuksessa on kuvattu kuitenkin perustason resurssien riittämättömyyttä syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa lapsilla ja nuorilla (Lebow ym., 2021). Suomalaistutkimuksien perusteella kouluterveydenhoitajilla on keskeinen rooli syömishäiriöiden tunnistamisessa ja varhaisessa puuttumisessa (Kynsilehto ym., 2018; Suokas, 2015). Useat kansainväliset tutkimukset taas tunnistavat yleislääkärit syömishäiriöön sairastuneen tyypilliseksi ensikontaktiksi (Ivancic ym., 2021; Linville ym., 2012; Monteleone ym., 2023.) Perustason mielenterveyspalveluiden ammattilaisten rooli ei aiemmassa tutkimuksessa noussut merkittävänä esille, mikä voi johtua myös maiden erilaisista tavoista järjestää mielenterveyspalveluita. Myös Suomessa nuorten mielenterveyshäiriöiden hoito perustasolla on korostunut vasta lähivuosina.

Tutkielman laadullisten tulosten perusteella myös käytettävissä olevat konsultaatiotahot ja -tavat vaihtelevat alueittain. Toisilla alueilla on mahdollisuus konsultoida syömishäiriöihin perehtynyttä tiimiä tai yksikköä, toisilla pelkästään erikoissairaanhoidon yksikköä ilman syömishäiriöihin erikoistumista. Konsultaatio tapahtuu yleensä perinteisesti puhelimitse tai lähetteellä, joillain alueilla on käytössä myös monialaisia konsultaatiotiimejä. Lääkäriin konsultaatio vaikuttaa olevan hoitajan konsultaatiota yleisempää. Myös perustason sisällä tapahtuva toisen ammattilaisen, kuten koululääkäriin tai ravitsemusterapeutin, konsultaatio on laadullisten tulosten perusteella yleistä.

Myös määrällisen tiedon kohdalla 12 hyvinvointialuetta arvioi, että alueilta on mahdollista konsultoida erikoissairaanhoidon tai erikoislääkäritasosta asiantuntijaa, kun taas 11 alueella säännöllinen konsultaatio syömishäiriöiden hoitoon perehtyneen yksikön tai tiimiin kanssa oli mahdollista. Seitsemän hyvinvointialueista koki, etteivät konsultaatiot toteudu käytännössä. Myös laadullisten tulosten perusteella paremmille, koko alueen kattaville konsultaatioverkostojen kehittämiseksi koetaan tarvetta.

Myös aiemmassa tutkimuksessa ammattilaiset ovat kokeneet erikoisasiantuntijan konsultoinnin mahdollisuuden tärkeäksi perustason syömishäiriöhoidon tukena (Ashby & Ogden, 2024; Lebow ym., 2021). Perustason ammattilaiset kaipaavatkin lisää tukea syömishäiriöiden hoitoon syömishäiriöihin perehtyneiltä asiantuntijoilta (Lebow ym., 2021). Suomalaistutkimuksen valossa konsultaatiotahoina on kouluterveydenhuollossa tunnistettu psykiatrian ammattilaiset, lastenlääkärit sekä ravitsemusterapeutit (Kynsilehto ym., 2018). Myös kansainvälisessä tutkimuksessa ravitsemusterapeutit on tunnistettu aiemmassa tutkimuksessa keskeiseksi konsultaatiotahoksi lasten ja nuorten perustason syömishäiriöhoidossa (Robinson ym., 2012). Lisäksi Käypä hoito -suosituksissa (2025) suositellaan perustasolle ravitsemusterapeutin konsultaatiomahdollisuutta, sillä ravitsemusterapeutin mukana olo hoidossa on yhdistetty parempiin hoitotuloksiin.

Laadullisten tulosten perusteella nuorten perustason palveluihin kaivataan rakenteellisia muutoksia. Esimerkiksi nuorten perustason mielenterveyspalveluiden puute haastaa joitain alueita. Lisäksi matalan kynnyksen syömishäiriötiimien tai -yksiköiden koetaan helpottavan syömishäiriöiden tunnistamista ja hoitoa perustasolla. Pohjanmaan hyvinvointialueella toimiva välimaaston syömishäiriöyksikkö vaikuttaa parantavan perustasolla tapahtuvaa syömishäiriöiden tunnistamista, hoitoa ja hoitoon ohjausta muun muassa tarjoamalla matalan kynnyksen hoitoa, ammattilaisten koulutusta sekä matalan kynnyksen konsultaatioapua perustasolle.

Varhaisen puuttumisen hoitomalleista on vaikuttavuusnäyttöä myös aiemman tutkimuksen perusteella (Allen ym., 2023; Austin ym., 2021; Austin ym., 2022; Isomaa & Isomaa, 2014). Isossa-Britannian syömishäiriöiden varhaisen puuttumisen FREED-malli onnistui esimerkiksi vähentämään hoitamattoman syömishäiriön kestoa useilla kuukausilla (Allen ym., 2023; Austin ym., 2022). Varhainen puuttuminen on liitetty myös parempaan hoitoennusteeseen sekä pienempään osastohoidon tarpeeseen (Andrés-Pepiñá ym., 2020; Chang ym., 2021; Austin ym., 2022; Isomaa & Isomaa, 2014).

Perustason ja erikoissairaanhoidon yhteistyön ja yhtenäisten toimintatapojen kehittämistä pidetään tärkeänä keinona vahvistaa perustason syömishäiriöiden

tunnistamista ja hoitoa. Laadullisen analyysin perusteella perustason rooli syömishäiriöiden hoidossa aiheuttaa jonkin verran epäselvyyttä. Perustason vastuu syömishäiriöiden hoidossa on lisääntynyt, mutta osaaminen ei riitä aina vastaamaan tähän tarpeeseen eikä erikoissairaanhoidolla ole välttämättä käsitystä perustason todellisista valmiuksista hoitaa syömishäiriöitä. Myös hoitoketjut ovat monilla alueilla puutteellisia ja vaativat päivittämistä. Selkeiden hoitoketjukuvausten uskotaan parantavan syömishäiriöiden tunnistamista ja hoitoa.

Määrällisen tiedon perusteella 22 alueista kokee tarvetta ohjeistuksen lisäämiselle perustasolla. Ohjeistuksen sisältöä ei ollut kyselykyselylomakkeessa määritelty tarkemmin, mutta kyseinen tarve voi liittyä esimerkiksi juuri yhtenäisten hoitoketjujen muodostamiseen tai perustason roolin selkeyttämiseen syömishäiriöiden hoidossa. Ohjeistuksen tarve voi olla myös tarvetta kansallisen tason ohjaukseen.

Myös aiemman tutkimuksen valossa selkeät roolit ja hoitoketjut perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ovat tärkeitä syömishäiriöiden tunnistamisen ja hoidon laadun kannalta (Pehlivan ym., 2022; Wade ym., 2022). Perustason yleislääkärille järjestetyn lisäkoulutuksen sekä selkeiden syömishäiriöiden arviointi- ja hoitopolkujen on todettu lisäävän syömishäiriöiden seulontaa ja lähes kolminkertaistaneen erikoissairaanhoidon tehtyjen läheteiden määrän (Wade ym., 2022). Aiempi tutkimus osoittaa myös, että perustason yleislääkäreillä ei ole välttämättä tietoa, minne hoitopaikkaan ohjata potilas syömishäiriön toteamisen jälkeen (Waller ym., 2014). Lisäksi perustason ammattilaisilla vaikuttaa olevan ristiriitaisia näkemyksiä syömishäiriöhoidon toteuttamisesta perustasolla. Monet ammattilaiset pitävät varhaista puuttumista tärkeänä, mutta samanaikaisesti kokevat, ettei syömishäiriöhoitoa ole mahdollista integroida perustasolle ilman lisäresursseja sekä ajallista tukea. (Lebow ym., 2021.)

Tutkimus perustason ja erikoissairaanhoidon syömishäiriöpalveluiden integraatiosta on vähäistä eikä ole täysin tiedossa, miten eri hoitotahot toimisivat parhaiten yhteen. Porrastetun hoidon malli, *stepped care model*, nousi eräässä katsauksessa esiin lupaavana lähestymistapana syömishäiriöhoidon järjestämisessä. Mallissa potilaat saavat ensin vähiten intensiivistä hoitoa, kuten omahoitoa, ja siirtyvät tarvittaessa

intensiivisempiin hoitoihin, esimerkiksi avohoitoon ja sitten vuodeosastohoitoon. (Pehlivan ym., 2022.)

Toisaalta tutkimuksissa on todettu, että syömishäiriöiden kohdalla kustannusvaikuttavinta vaikuttaa olevan matalan kynnyksen pääsy erikoistuneeseen hoitoon. Varhaisen puuttumisen hoitomallien kustannustehokkuutta taas selittää syömishäiriöiden kohdalla etenkin sairaalahoidon väheneminen. (Linnaranta, 2024.) Tiukasti porrastettu malli voikin syömishäiriöiden kohdalla nostaa kustannuksia muun muassa sairaalahoidon tarpeen kasvaessa. Toimivana syömishäiriöiden hoitomallina esitetään yksilölliseen tarpeeseen perustuvaa, kohdennetusti porrastettua hoitomallia (*stratified care model*). Siinä hoito porrastetaan yksilöllisen tarpeen perusteella, milloin se huomioi paremmin asiakkaan monimuotoiset tarpeet sekä vastaa niihin nopeammin. (Linnaranta, 2024; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2025.) Malli edellyttää riittävää resurssointia arviointiin ja hoitoon (Linnaranta, 2024).

Tutkielman laadullisen analyysin perusteella myös moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen koetaan tärkeänä syömishäiriöhoidon kehittämisessä. Monialaisten tiimien avulla voidaan esimerkiksi kehittää alueiden hoitoketjuja. Monialainen yhteistyö on tärkeää myös potilaan onnistuneen hoidon kannalta tarjoten esimerkiksi mahdollisuuksia erikoissairaanhoidon konsultointiin. Määrällisen tiedon mukaan 20 alueista arvioi kokevansa tarvetta verkostoitumiselle tukien laadullisen analyysin havaintoa moniammatillisen yhteistyön tärkeydestä. Myös aiempi tutkimus tunnistaa moniammatillisen yhteistyön merkityksen perustasolla. Se voi esimerkiksi helpottaa syömishäiriöiden tunnistamista ammattilaisten tunnistaessa erityyppisiä syömishäiriöön viittaavia psyykkisiä ja fyysisiä oireita (Robinson ym., 2012).

Laadullisessa aineistossa keskeiseen rooliin nousee myös syömishäiriöiden perustason tunnistamisen ja hoidon kehittäminen muiden sidosryhmien kanssa tehtävän yhteistyön avulla. Syömishäiriötiedon levittäminen sote-alan koulutuksessa sekä valtamediassa koetaan merkittävänä keinona kehittää syömishäiriöiden tunnistamista ja hoitoa perustasolla. Tulosten mukaan myös läheisten kanssa tehtävää yhteistyötä ja tiedon jakamista läheisille pitäisi lisätä.

Muiden sidosryhmien rooli nousee esille myös aiemmassa tutkimuksessa. Tutkimuksen mukaan syömishäiriötiedon lisääminen yleislääkärien koulutusohjelmaan voisi parantaa yleislääkärien heikoksi kokemaa osaamistaan syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa (Waller ym., 2014). Aiempi tutkimus osoittaa myös, että esimerkiksi kouluterveydenhoitajat kokevat syömishäiriöihin liittyvän osaamisen kertyneen työssä itsenäisesti opiskeltuna eikä koulutuksessa olla saatu riittävästi tietoa syömishäiriöistä (Kynsilehto ym., 2018). Lisäksi aikaisemman tutkimuksen perusteella esimerkiksi pelko stigmasta tai kokemus siitä, etteivät perhe tai muut läheiset ymmärrä sairautta tai heiltä ei saa sairaudessa tukea, on todettu olevan avunhakemisen esteenä (Ali ym., 2017; Foran ym., 2020; Pehlivan ym., 2022; Sangha ym., 2019; Waller ym., 2014). Perheellä onkin usein merkittävä rooli potilaan hoitoon hakeutumisessa (Monteleone ym., 2023), ja aiemman tutkimuksen valossa yhteistyö perheen kanssa on koettu tärkeäksi syömishäiriöiden hoidossa perustasolla (Kynsilehto ym., 2018). Tutkimuksen mukaan läheisille annettu tuki ja läheisten osallistaminen hoitoon parantavat myös syömishäiriöiden kohdalla hoitotuloksia (Hannah ym., 2022).

Vaikuttaakin siltä, että myös aiemman tutkimuksen perusteella syömishäiriötiedon lisääminen parantaa hoitoon hakeutumista, syömishäiriöiden tunnistamista ja hoitoa. Lisäksi tutkimuksissa tunnistetaan tarve lisätä koko väestön mielenterveyslukutaitoa, tietoa syömishäiriöiden laajasta kirjosta ja moninaisista oirekuvista sekä erilaisista hoitovaihtoehdoista. Myös tämän ajatellaan helpottavan esimerkiksi syömishäiriöiden tunnistamista. (Pehlivan ym., 2022; Sangha ym., 2019; Waller ym., 2014.)

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Maisterintutkielma vastaa tutkielmalle asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja tutkielmalla saadaan täytettyä aukkoa aikaisemmassa tutkimuksessa. Aiempaa tutkimusta on pyritty avaamaan kattavasti ja tutkielmassa on pyritty keskittymään mahdollisimman uusiin kansainvälisiin sekä suomalaisiin artikkeleihin, jolloin aiheesta on saatu mahdollisimman ajankohtainen tieto. Tutkielman luotettavuutta lisää se, että tutkimustulokset ovat samansuuntaisia aiemman tutkimuksen kanssa. Tutkielman aihe on merkittävä sekä ajankohtainen ja tutkielman tulokset tarjoavat käytännöllistä lisäarvoa syömishäiriöhoidon suunnittelun tueksi.

Tutkimusaineistoista saatu materiaali on monipuolista, kattavaa ja mahdollistaa luotettavan analyysin tekemisen. Tätä tukee se, että tutkielmassa on käytetty aineiston keruuseen ja analyysiin erilaisia menetelmiä. Haastattelut syventävät kyselylomakkeissa kerättyä tietoa. Määrällinen kuvaileva data täydentää taas osaltaan laadullista analyysiä. Lisäksi tutkimustulokset näyttäytyvät yhteneväisinä sekä laadullisen että määrällisen analyysin perusteella. Tämä parantaa tutkimuksen luotettavuutta ja triangulaatiota. Triangulaatiossa kyse on moninäkökulmaisuuudesta tai -paradigmaisuudesta eli siitä, että tutkimuksessa yhdistetään monia lähestymistapoja ja tutkimusmenetelmiä. Triangulaation avulla on mahdollista parantaa tutkimuksen luotettavuutta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006c; Sormunen ym., 2013, 313.) Triangulaatio auttaa saavuttamaan kokonaisvaltaisemman ymmärryksen tutkittavasta ilmiöstä vähentämällä muun muassa menetelmästä johtuvaa tulkinnan yksipuolisuutta (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006c; Åkerblad & Seppänen-Järvelä, 2024, 61). Tutkielma sisältääkin sekä menetelmä- että aineistotriangulaatiota, mikä vaikuttaa tutkielman luotettavuuteen myönteisesti.

Tutkimus on maisterintutkielmaksi pitkähkö, minkä takia aiheen rajaamisen onnistumista on hyvä pohtia. Tutkielmaa pidentää osaltaan myös monimenetelmällinen lähestymistapa. Aihetta olisi voinut rajata esimerkiksi niin, että tutkielmassa olisi käsitelty vain kahta tai kolmea perustason resurssia, mutta kyseiseen valintaa päädyttiin lopulta siksi, että tutkielmassa haluttiin analysoida kaikki aineistosta keskeisesti esille nousevat resurssit. Lisäksi jälkimmäiseen tutkimuskysymykseen saatiin paljon aineistoa haastatteluista, mikä teki erontekoa myös tutkielman ja syömishäiriöselvityksen välille, ja näin ollen kysymys haluttiin pitää tutkielmassa ehdottomasti mukana. Tutkielman tekijällä oli myös THL:n ehdotelma aiheesta, vaikka lopullinen aiheen rajaus lopulta olikin tekijän itse päätettävissä.

Tutkimuksen luotettavuutta voi heikentää se, että tutkimus on tehty kokonaan yksin, jolloin vaarana saattaa olla joidenkin havaintojen huomaamatta jääminen. Tieteenfilosofisilta lähtökohdiltaan tutkielma nojaa muun muassa fenomenologis-hermeneuttiseen perinteeseen, jonka mukaan tutkijan tulee kirjoittaa omat

ennakkokäsityksensä ilmiöstä ylös ja suhtautua niihin kriittisesti koko analyysin ajan. Näin edesautetaan sitä, että analyysi tapahtuisi aineiston tiedonantajien ehdoilla eikä tutkijan omat ennakoasenteet pääsisi vaikuttamaan tuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, 109.) Vähentääkseni omien ennako-oletusteni vaikutusta tutkimukseen, kirjoitin ennen tutkielman tekoa omat ennako-oletukseni aiheesta ja olettamistani tuloksista ylös, palaten niihin tutkielmaprosessin aikana useaan otteeseen.

Tiedostin myös tutkielmaa tehdessä sen, että oma sairaanhoitaja-/terveydenhoitajataustani saattoi vaikuttaa käsitykseeni syömishäiriöistä ja niiden hoidosta. Toisaalta oma hoitoalan kokemus esimerkiksi yläasteen kouluterveydenhoitajana auttoi myös kontekstin ymmärtämisessä sekä tulosten tulkitsemisessä. Niinpä aiemman työkokemuksen voi myös ajatella lisäävän luotettavuutta. Lisäksi pidin tutkimuspäiväkirjaa koko prosessin ajan, mikä mahdollisti sen, että pystyin palata tarkastelemaan esimerkiksi syitä aiemmin tehtyjen valintojen taustalla.

Tutkielman luotettavuutta ja läpinäkyvyyttä lisää se, että tutkielmassa kuvataan aineiston keruun sekä analyysin vaiheet kohta kohdalta huolellisesti ja perustellen. Näin lukija pystyy arvioimaan, että tehty analyysi ja tulkinta ovat perusteltua, luotettavaa ja uskottavaa. (Graneheim ym., 2017; Günther ym., 2024.) Myös tutkielmassa aineiston keruu ja analyysi pyrittiin avaamaan mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Myös suorien sitaattien käyttö lisää tutkielman luotettavuutta ja analyysivaiheen läpinäkyvyyttä, koska lukija pystyy näkemään, miten tulkintoja on aineistosta tehty ja tutkimustuloksiin päädytty.

Aineiston keruun kohdalla luotettavuutta voi heikentää se, että haastattelurunko muodostettiin osittain kyselylomakkeiden vastausten pohjalta. Täten voidaan pohtia, oliko osa haastattelukysymyksistä johdattelevia, koska tutkijalla oli jo tietty ennakkokäsitys esille nousevista asioista. Haastattelujen aikana pyrittiin toistamaan haastateltavien kertomaa ja kysymään tarkentavia kysymyksiä, jotta pystytiin varmistamaan, että haastateltavien kerronta oli tulkittu oikein. Tutkimuksen heikkoutena voidaan pitää lisäksi sitä, että kyselylomakkeissa nuorilla viitattiin 13–17-vuotiaisiin, kun taas haastattelussa noin 13–22-vuotiaisiin. Tähän ratkaisuun päädyttiin tutkielman kontekstin takia. Haastatteluista ei haluttu rajata pois

opiskelijaterveydenhuollon palveluita, ja lisäksi yläikäraja haluttiin pitää yhtenevänä terapiatakuun kanssa.

Valitut analyysimenetelmät sopivat kaiken kaikkiaan hyvin käytettävissä olevaan dataan. Yksi analyysin luotettavuutta heikentävä tekijä on se, että kaikissa kyselylomakkeen kysymyksissä ei olla eritelty perustasoa ja erikoissairaanhoidoa erikseen. Tällöin jokaisesta vastauksesta ei ollut täysin mahdollista erottaa sitä, koskiko vastaajan vastaus perustasoa, erikoissairaanhoidoa vai niitä molempia. Kysymys 8.1 eli kysymys hyvinvointialueen syömishäiriöhoidon kehitystoimista on esimerkki tällaisesta kysymyksestä (liite 1. kyselylomake). Jos vastauksesta ei oltu tulkittavissa varmuudella se, että vastaus koski perustasolle tarkoitettuja kehitystoimia, jätettiin se analyysin ulkopuolelle. On siis mahdollista, että joitain perustasoa koskevia asioita jäi uupumaan analyysistä. Lisäksi analyysiä tai vastausten tulkintaa vaikeutti se, että kyselylomakkeiden avoimet vastaukset olivat usein lyhyehköjä.

Kyselylomakkeeseen olivat vastanneet kaikki hyvinvointialueet eli käytettävissä oleva aineisto kuvaa monipuolisesti Suomen hyvinvointialueiden perustason ammattilaisten kokemusta. Toisaalta kyselylomakkeisiin vastasivat vain yksittäiset ammattilaiset. Tutkimuksen luotettavuutta olisi voinut lisätä vielä suurempi vastaajajoukko, jonka rekrytoiminen olisi toki käytännössä ollut haastavampaa sekä vienyt enemmän resursseja. Lisäksi voidaan pohtia, olisivatko tutkimustulokset olleet erilaisia, jos vastaajina olisi ollut pelkästään eturivin työntekijöitä kuten pelkkää kliinistä työtä tekeviä sairaanhoitajia tai lääkäreitä. Voi esimerkiksi olla, että kaikki tieto käytännön haasteista ei aina kulje lähi- ja keskijohdolle asti.

Tutkielmaa tarkasteltaessa tulee huomioida myös se, että tutkimus on tehty vain ammattilaisten näkökulmasta, joten esimerkiksi potilaiden sekä läheisten ääni ja kokemus perustason syömishäiriöpalveluista ei tule kuuluviin. Lisäksi tutkielma käsitteli syömishäiriöiden tunnistamista ja hoitoa vain tietystä näkökulmasta. Tutkielmassa ei käsitelty ollenkaan esimerkiksi hoidon kustannuksia tai tarjolla olevan hoidon laatua ja vaikuttavuutta.

Tutkielmassa noudatettiin koko tutkimusprosessin ajan hyvää tieteellistä käytäntöä sekä tutkimuseettisen neuvottelukunnan tutkimuseettisiä käytäntöjä tutkielman luvussa 5.4 esitetyn suunnitelman mukaisesti. Haastateltaville informoitiin muun muassa haastattelujen kulusta ja tavoitteista, haastattelujen vapaaehtoisuudesta ja peruutusoikeudesta, tietosuojasta sekä aineiston käsittelystä.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkielman tulokset tuottavat uusia näkökulmia nuorten syömishäiriöiden tunnistamisen ja hoidon resursseista sekä kehitystoimista Suomessa, samalla myös vahvistaen aiempaa näkemystä perustason roolista ja osaamisesta nuorten syömishäiriöiden hoidossa. Tutkielman tuloksia tarkastelemalla voidaan myös osoittaa, että monet asiat tämänhetkisessä Suomen perustason nuorten syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa, kuten läheisten huomioiminen sekä moniammatillinen työote, ovat yhteneväisiä nykyisten Käypä hoito -suositusten kanssa. Tutkielmaa voidaan hyödyntää jatkossa syömishäiriöhoidon rakenteita suunniteltaessa ja kehittäessä.

Tutkielman mukaan perustason rooli nuorten syömishäiriöiden hoidossa vaikuttaa kasvaneen, minkä vuoksi myös resurssointia perustasolle tulisi lisätä. Perustason rooli saattaa korostua myös lisääntyneen syömishäiriöoireilun ja suuremman potilasvolyymien vuoksi. On myös mahdollista, että syömishäiriöitä osataan epäillä aiempaa herkemmin. Perustason roolia nuorten syömishäiriöiden hoidossa tuleekin selkeyttää. Alueet hyötyvät kansallisesta ohjeistuksesta syömishäiriöhoidon sisällön ja hoidon porrastuksen suunnittelussa. Tähän tarpeeseen ovat osittain varmasti jo vastanneet uudet Käypä hoito -suositukset sekä THL:n kansallinen syömishäiriöselvitys.

Hyvinvointialueiden tulisi panostaa perustason laaja-alaisen koulutuksen järjestämiseen koskien nuorten syömishäiriöiden tunnistamista ja hoitoa. Yksi ratkaisu tähän voisi olla verkossa tapahtuva ammattilaisten lisäkoulutus. Lisäksi näyttäisi olevan tärkeää nostaa syömishäiriöt myös sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa aiempaa paremmin esille. Toisaalta perustason ammattilaisilla saattaa olla hyväkin osaamista esimerkiksi ravitsemusohjauksessa, psykososiaalisen tuen antamisessa tai luottamuksellisen hoitosuhteen rakentamisessa, mutta he eivät

välttämättä tunnista osaamistaan tai osaa ja uskalla hyödyntää sitä syömishäiriöpotilaiden kohdalla.

Tunnistamisen vaikeus ja avun hakemisen haaste onkin monisyinen.

Terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksen lisäksi olisi tärkeää, että myös nuori ja läheinen tunnistaisivat kyseessä olevan syömishäiriö, ja muutosta lähdettäisiin edistämään mahdollisimman pian. Syömishäiriöteeman esille nostaminen valtamediassa voisi auttaa kasvattamaan tietoisuutta aiheesta. Myös stigman poistaminen syömishäiriöiden ympäriltä on tärkeää. Syömishäiriöiden tunnistaminen ja hoito voivat helpottua, jos nuori uskaltaa tukeutua oireilussa läheiseen tai ammattilaiseen, ja toisaalta myös läheinen tai ammattilainen uskaltaa ja osaa kysyä nuoren mahdollisista oireista ja tarttua oireiluun sen huomattuaan.

Horisontaalista ja vertikaalista palveluintegraatiota tulee edistää. Yhteistyötä ja yhtenäisiä toimintatapoja tulee kehittää etenkin perustason ja erikoissairaanhoidon välillä. Hyvinvointialueiden tulee päivittää ajantasaiset nuorten syömishäiriöiden hoitoketjumallit. Selkeät hoitoketjut lisääisivät hoidon jatkuvuutta sekä helpottaisivat perustason ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä. Lisäksi hyvinvointialueiden perustason konsultaatorakenteita tulisi vahvistaa. Tämä helpottaisi perustason ammattilaisten syömishäiriötyötä ja voisi lisäksi vähentää erikoissairaanhoidon kuormitusta, kun lievää syömishäiriöoireilua pystyttäisiin hoitamaan perustasolla erikoissairaanhoidon tuella.

Perustasolla tulee varmistaa riittävät henkilöstöresurssit nuorten syömishäiriöiden tunnistamiseen ja hoitoon. Sote-henkilökunnan veto- ja pitovoiman ylläpito on myös syömishäiriöhoidon kannalta keskeistä. Voi olla mahdollista, että suurta henkilöstöresurssien lisäystä ei välttämättä tarvittaisi, mikäli perustason nykyisen henkilökunnan pysyvyyttä saataisiin vahvistettua ja heille tarjottaisiin lisäkoulutusta syömishäiriöihin liittyen. Toisaalta myös lisäkoulutuksen järjestäminen sekä uusien toimintatapojen toimeenpano ja juurruttaminen vaativat alueilta riittävää resurssointia kyseisiin palveluihin.

Hyvinvointialueilla voitaisiin hyötyä myös perustason syömishäiriöhoitomallien kehittämisestä. Alueelliset matalan kynnyksen syömishäiriötiimit tai -yksiköt voivat

parantaa nuorten syömishäiriöiden tunnistamista ja hoitoa. Tärkeintä vaikuttaa olevan etenkin se, että yksiköissä, joissa syömishäiriöitä hoidetaan, on riittävästi tietoa ja osaamista syömishäiriöiden hoidosta eikä niinkään se, tapahtuuko hoito perustasolla vai erikoissairaanhoidossa.

Hyvinvointialueilla kaivataan menetelmäosaamisen vahvistamista nuorten syömishäiriöiden hoidossa perustasolla. Voidaankin pohtia, voitaisiinko perustasolla hyötyä nyt puuttuvasta näyttöön perustuvasta varhaisen puuttumisen interventiosta. Tutkielmassa kerättyä tietoa voidaan hyödyntää osana syömishäiriöiden perustason hoitointervention implementointiprosessia, jos sellaista tulevaisuudessa kehitettäisiin. Toisaalta esimerkiksi kognitiivisen käyttäytymisterapian tai psykodynaamisen psykoterapian tarjoaminen ei ole aiemmin keskeisesti kuulunutkaan perustason tehtäväksi, mutta muun muassa lasten ja nuorten terapiatakuun myötä psykososiaalisten menetelmien tarjoaminen perustasolla tulee muuttumaan.

Mielenterveystalon digitaalisia omahoito-ohjelmia käytettiin alueilla paljon, ja digihoito voisikin olla yksi mahdollinen toimiva ratkaisu perustason syömishäiriöhoidon tukena tulevaisuudessa. Toisaalta nuorten kohdalla sitoutuminen teknologia-avusteisiin omahoito-ohjelmiin voi olla heikkoa ja ne eivät riitä yksinään alaikäisen mielenterveyshäiriöiden hoidoksi (Linnaranta ym., 2024). Digityövälineitä voitaisiinkin hyödyntää etenkin perheen ja ammattilaisten tiedon lisäämisessä ja tukemisessa. Suomessa onkin kehitetty LivingSkills ED™ -verkkovalmennuksia ammattilaisille ja perheille, joiden avulla heitä koulutetaan tukemaan syömishäiriöön sairastunutta perhepohjaisen mallin mukaan (LivingSkills, n.d.).

Tutkielman aihe on ajankohtainen ja merkityksellinen niin yksilöille, hyvinvointialueille kuin yhteiskunnalle. Varhaisen tunnistamisen ja hoidon riittävä resurssointi lisää todennäköisyyttä saada vaikuttavaa hoitoa oikea-aikaisesti, mikä voi lieventää syömishäiriöoireilua, lyhentää syömishäiriön kestoa ja parantaa yksilön elämänlaatua. Tunnistamisen ja varhaisen hoidon kehittämisen avulla voitaisiin myös mahdollisesti vähentää syömishäiriöihin liittyvää kuolleisuutta. Lisäksi varhaisen puuttumisen mallien avulla voitaisiin säästää hoidon kustannuksissa ja ne voisivat tarjota apua yhteiskunnan resurssien riittämiseen syömishäiriöhoidossa, mikäli häiriöt edelleen jatkavat yleistymistään. Jäsennelty kuva syömishäiriöiden

tunnistamisen ja hoidon valmiuksista perustasolla auttaa myös tunnistamaan palvelujärjestelmän kohtia, jotka vaativat kehittämistä. Tulokset saattavatkin helpottaa syömishäiriöhoidon suunnittelua hyvinvointialueilla. Tulosten avulla alueet voivat oppia toisiltaan myös ”benchmarkingin” eli vertailuanalyysin avulla.

Sosiaali- ja terveystieteissä päätöksenteossa olisi tärkeää ottaa huomioon nuorten syömishäiriöt ja lisääntynyt palveluntarve. Riittävät ja yhdenvertaiset julkiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tulee turvata. Tutkielma kytkeytyykin sosiaali- ja terveyspalveluiden resurssoinnin, järjestämisen ja saatavuuden teemoihin. Nuorten perustason mielenterveyspalveluiden saatavuudessa vaikuttaa olevan suurta alueellista vaihtelua. Hyvinvointialueiden tulisi järjestää alueille toimivat ja yhdenvertaiset nuorten mielenterveyspalvelut, jotka tukisivat myös nuorten lievien syömishäiriöiden hoitoa. Tämä säästäisi myös koulu- ja opiskeluterveydenhuollon resursseja lakisääteisten työtehtävien, kuten terveystarkastuksien toteuttamiseen, mikä voisi vaikuttaa positiivisesti myös syömishäiriöiden ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen tunnistamiseen.

Jatkoa ajatellen olisi tärkeää tutkia potilaan sekä läheisten kokemuksia perustason osaamisesta ja tarjolla olevasta hoidosta. Olisi mielenkiintoista selvittää, millaisia tiedon ja tuen tarpeita potilailla tai läheisillä on, ja miten niihin voitaisiin parhaiten perustasolla vastata. Lisäksi on keskeistä tutkia, miten hoitoketjut ja konsultaatiomallit eroavat alueittain ja mikä tekee niistä toimivia tai toimimattomia. Perustasolla tarjottavan hoidon sisältöä ja sen vaikuttavuutta olisi myös mielekästä tutkia lisää. Lisäksi voitaisiin selvittää palveluiden saatavuuden näkökulmasta hoidon viivettä eli kuinka pian syömishäiriön toteamisen jälkeen nuorelle tarjotaan esimerkiksi syömishäiriöön kohdistettua hoitointerventiota. Olisi myös keskeistä selvittää, miten alueiden matalan kynnyksen syömishäiriötiimit tai -yksiköt vaikuttavat syömishäiriöhoidon kustannusvaikuttavuuteen, ja vertailla syömishäiriöhoidon kustannusvaikuttavuutta perustasolla ja erikoissairaanhoidossa. Maailmalla on jo hyväksi todettua näyttöä varhaisen puuttumisen malleista. Myös Suomessa tulisi jatkossa selvittää tarkemmin, millaisin konkreettisin toimin nuorten syömishäiriöiden tunnistamista ja hoitoa voitaisiin perusterveydenhuollossa vahvistaa sekä miten perustason ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö kannattaisi tulevaisuudessa jäsentää.

Lähteet

- Aalto-Setälä, T., Suvisaari, J., Appelqvist-Schmidlechner, K., & Kiviruusu, O. (2021). Pandemia ja nuorten mielenterveys: Kouluterveyskysely 2021. THL. Tutkimuksesta tiiviisti 55/2021. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-738-8>
- Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S., & Griffiths, K. M. (2017). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *The International journal of eating disorders*, 50(1), 9–21. <https://doi.org/10.1002/eat.22598>
- Allen, K. L., Mountford, V. A., Elwyn, R., Flynn, M., Fursland, A., Obeid, N., Partida, G., Richards, K., Schmidt, U., Serpell, L., Silverstein, S., & Wade, T. (2023). A framework for conceptualising early intervention for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 31(2), 320–334. <https://doi.org/10.1002/erv.2959>
- Andrés-Pepiñá, S., Plana, M. T., Flamarique, I., Romero, S., Borràs, R., Julià, L., Gárriz, M., & Castro-Fornieles, J. (2020). Long-term outcome and psychiatric comorbidity of adolescent-onset anorexia nervosa. *Clinical child psychology and psychiatry*, 25(1), 33–44. <https://doi.org/10.1177/1359104519827629>
- Anis, N., Aaltonen, S., & Keski-Rahkonen, A. (2019). Liikunta ja syömishäiriöt. *Duodecim*, 135(13-14), 1249-1255.
- Aouad, P., Janssen, A., Corry, S., Spielman, K., Gonzalez-Arce, V., Bryant, E., Simeone, R., Shaw, T., & Maguire, S. (2024). Educating primary care physicians about eating disorders: Pilot data from a microlearning programme. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 32(4), 687–699. <https://doi.org/10.1002/erv.3074>
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 724–731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Ashby, C., & Ogden, J. (2024). Managing patients with eating disorders: a qualitative study in primary care. *BJGP open*, 8(3), BJGPO.2024.0014. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2024.0014>
- Austin, A., Flynn, M., Richards, K., Hodsoll, J., Duarte, T. A., Robinson, P., Kelly, J., & Schmidt, U. (2021). Duration of untreated eating disorder and relationship

- to outcomes: A systematic review of the literature. *European Eating Disorders Review*, 29(3), 329–345. <https://doi.org/10.1002/erv.2745>
- Austin, A., Flynn, M., Shearer, J., Long, M., Allen, K., Mountford, V. A., Glennon, D., Grant, N., Brown, A., Franklin-Smith, M., Schelhase, M., Jones, W. R., Brady, G., Nunes, N., Connan, F., Mahony, K., Serpell, L., & Schmidt, U. (2022). The First Episode Rapid Early Intervention for Eating Disorders - Upscaled study: Clinical outcomes. *Early Intervention in Psychiatry*, 16(1), 97–105. <https://doi.org/10.1111/eip.13139>
- Byford, S., Petkova, H., Barrett, B., Ford, T., Nicholls, D., Simic, M., Gowers, S., Macdonald, G., Stuart, R., Livingstone, N., Kelly, G., Kelly, J., Joshi, K., Smith, H., & Eisler, I. (2021). Cost-effectiveness of specialist eating disorders services for children and adolescents with anorexia nervosa: a national surveillance study. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), Article 76. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00433-5>
- Chang, P. G. R. Y., Delgado, J., & Waller, G. (2021). Early response to psychological treatment for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 86, 102032. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102032>
- Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D., & Mitchell, J. E. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *The American journal of psychiatry*, 166(12), 1342–1346. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020247>
- Davey, E., Micali, N., Bryant-Waugh, R., Bennett, S. D., Lau, C., & Shafran, R. (2024). "The only way that they can access help quickly": a qualitative exploration of key stakeholders' perspectives on guided self-help interventions for children and young people with eating disorders. *Journal of eating disorders*, 12(1), 149. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01113-w>
- Devoe, D., Han, A., Anderson, A., Katzman, D. K., Patten, S. B., Soumbasis, A., Flanagan, J., Paslakis, G., Vyver, E., Marcoux, G., & Dimitropoulos, G. (2023). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *The International Journal of Eating Disorders*, 56(1), 5–25. <https://doi.org/10.1002/eat.23704>
- Eisler, I., Simic, M., Fonagy, P., & Bryant-Waugh, R. (2022). Implementing service transformation for children and adolescents with eating disorders across England: the theory, politics, and pragmatics of large-scale service

- reform. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), Article 146.
<https://doi.org/10.1186/s40337-022-00665-z>
- Elo S., Kajula O., Tohmola A. & Kääriäinen M. (2022). Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede* 34 (4): 215–225.
- European Commission. Best practices portal. (2024). STIME: Cross-sector Collaboration on children and adolescents in mental distress.
<https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/best-practice/425>
- Foran, A. M., O'Donnell, A. T., & Muldoon, O. T. (2020). Stigma of eating disorders and recovery-related outcomes: A systematic review. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 28(4), 385–397. <https://doi.org/10.1002/erv.2735>
- Forsell, M. (2022). Lasten ja nuorten mielenterveysperusteinen tutkimus ja hoito 2020: Lähes joka viidennellä 18–22-vuotiaalla oli mielenterveyteen liittyvä käynti julkisessa terveydenhuollossa vuonna 2020. THL. Tilastoraportti 21/2022. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022060342738>
- Forsell, M. (2025). Lasten ja nuorten mielenterveysperusteinen tutkimus ja hoito 2023. Perusterveydenhuolto tarjoaa mielenterveyden tukea ja hoitoa yhä useammalle nuorelle. THL. Tilastoraportti 11/2025.
<https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2025032521229>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Gyllenberg, D., Bastola, K., Wan Mohd Yunus, W. M. A., Mishina, K., Liukko, E., Kääriälä, A., & Sourander, A. (2023). Comparison of new psychiatric diagnoses among Finnish children and adolescents before and during the COVID-19 pandemic: A nationwide register-based study. *PLoS Medicine*, 20(2), e1004072–e1004072. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004072>
- Günther, K., Hasanen, K. & Juhila, K. (2024). Johdanto: analyysi ja tulkinta. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu: 6.1.2025.
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/analyysi-ja-tulkinta/>
- Hannah, L., Cross, M., Baily, H., Grimwade, K., Clarke, T., & Allan, S. M. (2022). A systematic review of the impact of carer interventions on outcomes for patients

- with eating disorders. *Eating and weight disorders : EWD*, 27(6), 1953–1962.
<https://doi.org/10.1007/s40519-021-01338-7>
- Hay, P. P., Bacaltchuk, J., Stefano, S., & Kashyap, P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2009(4), CD000562.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000562.pub3>
- Hyvärinen, M., Suoninen, E & Vuori, J. (2021). Haastattelut. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Viitattu 1.4.2024.
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/laadullisen-tutkimuksen-aineistot/haastattelut/>
- Häkkinen, L., & Raevuori, A. (2022). Lasten ja nuorten syömishäiriöt lisääntyneet ja oireilu vaikeutunut korona-aikana. *Duodecim*.
- Isomaa, R., & Isomaa, A. L. (2014). And then what happened? A 5-year follow-up of eating disorder patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(8), 567–572.
<https://doi.org/10.3109/08039488.2014.892152>
- Ivancic, L., Maguire, S., Miskovic-Wheatley, J., Harrison, C., & Nassar, N. (2021). Prevalence and management of people with eating disorders presenting to primary care: A national study. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 55(11), 1089–1100. <https://doi.org/10.1177/0004867421998752>
- Jokinen, A. (n.d). Laadullisen tutkimuksen näkökulmat. Teoksessa: J. Vuori. (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 1.3.2025.
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/laadullisen-tutkimuksen-nakokulmat/>
- Juhila, K. (n.d). Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet. Teoksessa: J. Vuori. (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 5.6.2024.
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/laadullisen-tutkimuksen-ominaispiirteet/>
- Karjalainen, S., Keski-Rahkonen, A., & Nyberg, R. (2020). Nuorten laihuushäiriön perhepohjainen hoito. *Duodecim*, 136(12), 1467-1474.
- Kauhanen, L., Wan Mohd Yunus, W. M. A., Lempinen, L., Peltonen, K., Gyllenberg, D., Mishina, K., Gilbert, S., Bastola, K., Brown, J. S. L., & Sourander, A.

- (2023). A systematic review of the mental health changes of children and young people before and during the COVID-19 pandemic. *European child & adolescent psychiatry*, 32(6), 995–1013. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02060-0>
- Keski-Rahkonen, A. (2023). Eating disorders in transgender and gender diverse people: characteristics, assessment, and management. *Current Opinion in Psychiatry*, 36(6), 412–418. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000902>
- Keski-Rahkonen, A., Ketvel, L., Westerholm, S., Aapro, S., Nyberg, R., & Ruusunen, A. (2024). Syömisen välttämishäiriö (ARFID). *Duodecim*, 140(5), 363-371.
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 340–345. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
- Kiviruusu, O., Ranta, K., Lindgren, M., Haravuori, H., Silén, Y., Therman, S., Lehtonen, J., Sares-Jäske, L., Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., & Suvisaari, J. (2024). Mental health after the COVID-19 pandemic among Finnish youth: A repeated, cross-sectional, population-based study. *The Lancet Psychiatry*, 11(6), 451–460. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00108-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00108-1)
- Kiviruusu, O., Silén, Y., Haravuori, H., & Marttunen, M. (2025). Nuorten mielenterveysoireet ovat lisääntyneet. *Duodecim*, 141(8), 615-617.
- Kynsilehto, T., Kääriäinen, M., & Ruotsalainen, H. (2018). Terveystieteiden tutkimusten kokemuksia syömishäiriöiden varhaisesta puuttumisesta ja hoidosta koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. *Hoitotiede*, 30(1), 53–66.
- Larsen, J. T., Yilmaz, Z., Bulik, C. M., Albiñana, C., Vilhjálmsson, B. J., Mortensen, P. B., & Petersen, L. V. (2024). Diagnosed eating disorders in Danish registers - incidence, prevalence, mortality, and polygenic risk. *Psychiatry research*, 337, 115927. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115927>
- Lebow, J., Mattke, A., Partain, P., Billings, M., Geske, J., Gewirtz O'Brien, J. R., Narr, C., Breland, R., Schmit, T., Le Grange, D., Loeb, K., Jacobson, R. M., & Sim, L. (2025). Family-Based Treatment for Primary Care: An Observational Study of a Community Sample of Youth With Restrictive Eating Disorders. *The*

- International journal of eating disorders*, 58(6), 1085–1095.
<https://doi.org/10.1002/eat.24416>
- Lebow, J., Narr, C., Mattke, A., Gewirtz O'Brien, J. R., Billings, M., Hathaway, J., Vickers, K., Jacobson, R., & Sim, L. (2021). Engaging primary care providers in managing pediatric eating disorders: A mixed methods study. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00363-8>
- Lebow, J., Sim, L., Redmond, S., Billings, M., Mattke, A., Gewirtz O'Brien, J. R., Partain, P., Narr, C., Breland, R., Soma, D., Schmit, T., Magill, S., Leonard, A., Crane, S., Le Grange, D., Loeb, K., Clark, M., Phelan, S., Jacobson, R. M., Enders, F., ... Leppin, A. (2024). Adapting Behavioral Treatments for Primary Care Using a Theory-Based Framework: The Case of Adolescent Eating Disorders. *Academic pediatrics*, 24(2), 208–215.
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2023.08.004>
- Linnaranta, O., Pelkonen, I., Kaltiala, R., Marttunen, M., & Paavonen, J. (2024) Itsehoidot, omahoidot ja verkkoterapia lasten ja nuorten mielenterveysongelmien ehkäisyssä ja hoidossa. *Duodecim* 140(7), 537-545.
- Linnaranta, O. (2024). Tutkimusnäyttö auttaa kehittämään mielenterveyspalveluita. *Suom Lääkäril*; 79: e41033.
- Linville, D., Brown, T., O'Neil, M. (2012). Medical providers' self perceived knowledge and skills for working with eating disorders: A national survey. *Eating Disorders*, 20(1). <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.635557>
- LivingSkills. (n.d.). LivingSkills ED™. Verkkovalmennukset ja digitaaliset työvälineet syömishäiriön hoitoon ja perheiden tukemiseen. Viitattu 7.7.2025.
<https://www.livingskills.fi/lv-ed-paketti/>
- Lääkärikirja Duodecim. Mielenterveyden häiriöitä. (2025). Viitattu 17.4.2024.
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01313>
- Madigan, S., Korczak, D. J., Vaillancourt, T., Racine, N., Hopkins, W. G., Pador, P., Hewitt, J. M. A., AlMousawi, B., McDonald, S., & Neville, R. D. (2023). Comparison of paediatric emergency department visits for attempted suicide, self-harm, and suicidal ideation before and during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 10(5), 342–351.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00036-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00036-6)
- Maguire, S., & Maloney, D. (2021). The implementation of large-scale health system reform in identification, access and treatment of eating disorders in

- Australia. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), Article 121.
<https://doi.org/10.1186/s40337-021-00476-8>
- Marttunen, M., & Kaltiala, R. (2023). Ovatko nuorten mielenterveyshäiriöt yleistyneet? *Psykiatria (15. uud. p. toim.)* pkro0379 (024.003) Duodecim.
- Monteleone, A. M., Barone, E., Cascino, G., Schmidt, U., Gorwood, P., Volpe, U., ... Monteleone, P. (2023). Pathways to eating disorder care: A European multicenter study. *European Psychiatry*, 66(1), e36.
[doi:10.1192/j.eurpsy.2023.23](https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.23)
- Nuorisolaki 1285/2016. Oikeusministeriö. Viitattu 16.4.2024.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20161285>
- Pajari, E., Silén, Y., & Keski-Rahkonen, A. (2023). Varhainen puuttuminen syömishäiriöihin. Kustannus Oy Duodecim.
- Partain, P., Sim, L., Fladager Muth, J., Mattke, A., Billings, M., Jacobson, R., Le Grange, D., & Lebow, J. (2023). The Role of Primary Care in Bridging Adolescents Awaiting Eating Disorder Treatment. *Pediatrics*, 152(5), e2023061672. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-061672>
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A. H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., ... Viner, R. M. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet (British Edition)*, 387(10036), 2423–2478.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)
- Pehlivan, M. J., Miskovic-Wheatley, J., Le, A., Maloney, D., Research Consortium, N. E. D., Touyz, S., & Maguire, S. (2022). Models of care for eating disorders: Findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 166.
<https://doi.org/10.1186/s40337-022-00671-1>
- Perkins, S. J., Murphy, R., Schmidt, U., & Williams, C. (2006). Self-help and guided self-help for eating disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*, (3), CD004191. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004191.pub2>
- Pohjanmaan hyvinvointialueen www-sivut. (n.d.) Fredrika-klinikka. Viitattu 1.5.2025. <https://pohjanmaanhyvinvointi.fi/palvelumme/psykososiaaliset-palvelut/aikuisten-mielenterveys-ja-paihdepalvelut-avohoito/fredrika-klinikka/>.

- Radunz, M., Pritchard, L., Stein, E., Williamson, P., & Wade, T. D. (2021). Evaluating evidence-based interventions in low socio- economic-status populations. *International Journal of Eating Disorders*, 54(10), 1887–1895.
<https://doi.org/10.1002/eat.23594>
- Robinson, A. L., Boachie, A., & Lafrance, G. A. (2012). Assessment and treatment of pediatric eating disorders: a survey of physicians and psychologists. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(1), 45–52.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3269249/>
- Ronkainen J, Ronkainen J. (2021). Valmentava avohoito oli vaikuttavaa nuorten anorektisissa syömishäiriöissä. *Suomen Lääkärilehti* 2021;76:283-6.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006a). Strukturoitu ja puolistrukturoitu haastattelu. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkójulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovaranto. Viitattu 16.4.2024.
https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_3.html
- Saaranen-Kauppinen, A & Puusniekka, A. (2006b). Teemahaastattelu. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkójulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovaranto. Viitattu 16.4.2024.
https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006c). Triangulaatio. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkójulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovaranto. Viitattu 18.4.2024.
https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_4.html
- Samji, H., Wu, J., Ladak, A., Vossen, C., Stewart, E., Dove, N., Long, D. and Snell, G. (2022), Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth – a systematic review. *Child Adolesc Ment Health*, 27: 173-189. <https://doi.org/10.1111/camh.12501>
- Sangha, S., Oliffe, J. L., Kelly, M. T., & McCuaig, F. (2019). Eating Disorders in Males: How Primary Care Providers Can Improve Recognition, Diagnosis, and Treatment. *American journal of men's health*, 13(3), 1557988319857424.
<https://doi.org/10.1177/1557988319857424>
- Sideli, L., Lo Coco, G., Bonfanti, R. C., Borsarini, B., Fortunato, L., Sechi, C., & Micali, N. (2021). Effects of COVID-19 lockdown on eating disorders and obesity: A systematic review and meta-analysis. *European eating disorders review : the*

- journal of the Eating Disorders Association*, 29(6), 826–841.
<https://doi.org/10.1002/erv.2861>
- Silén, Y., Huikko, E., Aalto-Setälä, T., Haravuori, H., & Marttunen, M. (2025a). Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuushäiriöt opiskeluterveydenhuollossa: Arviointi, hoito ja käytännöt. THL. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-449-9>
- Silén, Y., & Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current opinion in psychiatry*, 35(6), 362–371. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000818>
- Silén, Y., Raevuori, A., Sipilä, P., Jüriloo, E., Tainio, V. M., Marttunen, M. J., & Keski-Rahkonen, A. (2016). Nuoren laihuushäiriön hoito ja erikoissairaanhoidon kustannukset. *Duodecim*.
- Silén, Y., Rosenqvist, A., Aalto-Setälä, T., Suvisaari, J. & Linnaranta, O. (2025). Hyvinvointialueille kohdennettu selvitys syömishäiriöiden palveluista: osaamista ja yhteistyötä tulee vahvistaa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos [THL]. Työpaperi 6/2025. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-456-7>
- Silén, Y., Sipilä, P. N., Raevuori, A., Mustelin, L., Marttunen, M., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2020). DSM-5 eating disorders among adolescents and young adults in Finland: A public health concern. *The International journal of eating disorders*, 53(5), 520–531. <https://doi.org/10.1002/eat.23236>
- Silén, Y., Sipilä, P. N., Raevuori, A., Mustelin, L., Marttunen, M., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2021). Detection, treatment, and course of eating disorders in Finland: A population-based study of adolescent and young adult females and males. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 29(5), 720–732. <https://doi.org/10.1002/erv.2838>
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223–228. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
- Solmi, M., Monaco, F., Højlund, M., Monteleone, A. M., Trott, M., Firth, J., Carfagno, M., Eaton, M., De Toffol, M., Vergine, M., Meneguzzo, P., Collantoni, E., Gallicchio, D., Stubbs, B., Girardi, A., Busetto, P., Favaro, A., Carvalho, A. F., Steinhausen, H. C., & Correll, C. U. (2024). Outcomes in people with eating disorders: a transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis. *World psychiatry* :

- official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 23(1), 124–138.
<https://doi.org/10.1002/wps.21182>
- Sormunen, M., Saaranen, T., Tossavainen, K., & Turunen, H. (2014).
 Monimenetelmätutkimus terveystieteissä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 50(4).
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (n.d.). Lasten ja nuorten terapiatakuu. Viitattu 30.5.2025. <https://stm.fi/lasten-ja-nuorten-terapiatakuu>
- Sosiaali- ja terveysministeriö [STM]. (2024a). Terveyspalvelut. Viitattu 6.8.2024. <https://stm.fi/terveyspalvelut>
- Sosiaali- ja terveysministeriö [STM]. (2024b). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut. Viitattu 29.5.2024. <https://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut>
- Sosiaali- ja terveysministeriö [STM]. (2024c). Kansallinen mielenterveysstrategia 2020–2030. Viitattu 4.4.2024. <https://stm.fi/mielenterveysstrategia>
- Suokas, J. (2015). Syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen perusterveydenhuollossa. *Suomen lääkirilehti*: 24.
<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2015/SLL242015-1733.pdf>
- Syömishäiriöliitto - SYLI ry. (n.d.). Meistä: Syömishäiriöliitto. Viitattu 29.5.2025. <https://syomishairioliitto.fi/meista/syomishairioliitto>
- Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus. (2025). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrinen yhdistys ry:n ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 27.5.2025. www.kaypahoito.fi
- Tarnanen, K., Raevuori, A., Silén, Y., Sipilä, R. (2025). Syömishäiriöt (Käyvän hoidon potilasversiot). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 1.6.2025. <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00109>.
- Tashakkori, A., & Creswell, J. W. (2007). Editorial: Exploring the Nature of Research Questions in Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(3), 207–211. <https://doi.org/10.1177/1558689807302814>
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2010/1326#chp_1__sec_1v20220581__heading

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [THL]. (2023a.) Mielenterveyshäiriöt. Viitattu 1.5.2025. <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyshairiot/>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [THL]. (2023b.) Palveluintegraatio. Viitattu 30.5.2024. <https://thl.fi/fi/web/sote-palvelujen-johtaminen/kehittyva-palvelujarjestelma/palveluintegraatio>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [THL]. (2023c.) Palvelujen saatavuus ja jatkuvuus. Viitattu 29.5.2024. <https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/kehittyva-palvelujarjestelma/palvelujen-saatavuus-ja-jatkuvuus>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [THL]. Syömishäiriöt. (2024). Viitattu 1.6.2025. <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyshairiot/syomishairiot>.
- Tieteen termipankki. (2025). Taloustiede:resurssi. Viitattu 8.6.2025. <https://tieteentermipankki.fi/wiki/Taloustiede:resurssi>.
- Toulany, A., Wong, M., Katzman, D. K., Akseer, N., Steinegger, C., Hancock-Howard, R. L., & Coyte, P. C. (2015). Cost analysis of inpatient treatment of anorexia nervosa in adolescents: hospital and caregiver perspectives. *CMAJ open*, 3(2), E192–E197. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20140086>
- Treasure, J., Duarte T.A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet (British Edition)*, 395(10227), 899-. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
- Tse, A., Xavier, S., Trollope-Kumar, K., Agarwal, G., & Lokker, C. (2022). Challenges in eating disorder diagnosis and management among family physicians and trainees: a qualitative study. *Journal of eating disorders*, 10(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00570-5>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. (Uudistettu laitos.). Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta [TENK]. (2019). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. Helsinki: TENK. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta [TENK]. (2023). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023. Helsinki: TENK. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf

- Valtioneuvosto. (n.d.). Sote-uudistus. Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisen uudistaminen. Viitattu 4.5.2024.
https://valtioneuvosto.fi/documents/16650278/81626765/Sote-uudistus_yleisesittely.pdf/b736e2b6-301e-573c-4ec3-d8848dcoa5a7/Sote-uudistus_yleisesittely.pdf?t=1624434537540
- Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2020). Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current opinion in psychiatry*, 33(6), 521–527.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000641>
- Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M. & ja Kosloff, A. (2020). Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriö [STM]. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7>
- Vuori, J. (2021). Laadullinen sisällönanalyysi. Teoksessa: J. Vuori. (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto.
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/laadullinen-sisallanalyysi/>
- Wade, T. D., Johnson, C., Cadman, K., & Cook, L. (2022). Turning eating disorders screening in primary practice into treatment: A clinical practice approach. *The International Journal of Eating Disorders*, 55(9), 1259–1263.
<https://doi.org/10.1002/eat.23732>
- Waller, G., Micali, N., & James, A. (2014). General Practitioners are poor at identifying the eating disorders. *Advances in Eating Disorders (Abingdon, U. K.)*, 2(2), 146–157. <https://doi.org/10.1080/21662630.2013.859437>
- World Health Organization [WHO]. n.d. Adolescent health. Viitattu 6.8.2024.
<https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health>
- Yhdistyneet kansakunnat [YK]. (n.d.). Youth. Viitattu 8.11.2024.
<https://www.un.org/en/global-issues/youth>
- Åkerblad, L. & Seppänen-Järvelä, R. (2024). Monimenetelmällinen tutkimus. Gaudeamus Oy: Tallinna.

Liitteet

Liite 1. Kyselylomake



HYVINVOINTIALUEILLE KOHDENNETTU KYSELY NUORTEN SYÖMISHÄIRIÖIDEN PALVELUISTA

Tausta

THL selvittää mielenterveyspalveluiden palveluvalikoimaa kevään 2024 aikana tehtävillä, hyvinvointialueille suunnatuilla kyselyillä.

Kansallisen syömishäiriöiden hoidon selvitystyön tavoitteena on kartoittaa syömishäiriöön sairastuneiden lasten, nuorten ja aikuisten palveluvalikoimaan kuuluvia menetelmiä ja palveluiden järjestämistä sekä tunnistaa palvelujärjestelmän kehitys- ja ongelmakohtia. Tulokset julkaistaan loppuvuodesta 2024 THL:n työpaperina.

Tässä kyselyosiossa kartoitetaan nuorten (13–17-vuotiaiden) syömishäiriöiden palveluja.

Kyselyyn vastaaminen

Pyydämme keräämään hyvinvointialuetta koskevat tiedot eri asiantuntijoilta tähän yhteen asiakirjaan. Syömishäiriökyselyt lähetetään täytettyinä osoitteeseen mielenterveyskyselyt@thl.fi. Tarvittaessa syömishäiriökyselyn lisäkysymyksissä teitä auttaa ylilääkäri Yasmina Silén osoitteessa yasmina.silen@thl.fi, puh. 0295247353.

Kiitos vastauksestasi!

Sisällys

1. PERUSTIEDOT	101
2. PALVELUTARPEEN MUUTOKSET	101
3. SYÖMISHÄIRIÖÖN SAIRASTUNEIDEN NUORTEN HOITOKETJU	102
4. NUORTEN SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOIDOSSA TARJOTTAVAT PALVELUT JA MENETELMÄT	103
5. SYÖMISHÄIRIÖÖN SAIRASTUNEIDEN NUORTEN HOIDON JATKUVUUS JA YHTEISTYÖ ERI TOIMIJOIDEN VÄLILLÄ	106
6. PSYKIATRINEN SAMANAIKAISSAIRASTAVUUS	108
7. SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOITOON LIITTYVÄN OSAAMISEN JA HENKILÖSTÖRESURSSIEN VARMISTAMINEN	109
8. AVOIMET KYSYMYKSET HYVINVOINTIALUEEN NUORTEN SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOIDON KEHITTÄMISEEN LIITTYEN	112

1. PERUSTIEDOT

1.1 Vastuuhenkilön tiedot

Nimi:

Nimike:

Toimipiste:

Hyvinvointialue:

Väestömäärä hyvinvointialueella:

2. PALVELUTARPEEN MUUTOKSET

2.1. Onko nuorten syömishäiriöiden hoidon palvelutarve muuttunut hyvinvointialueella viimeisen viiden vuoden aikana? Rastita sopiva vastaus.

a) Perustasolla

Lisääntynyt paljon

Lisääntynyt vähän

Ei muutosta

Vähentynyt vähän

Vähentynyt paljon

b) Erikoissairaanhoidossa

Lisääntynyt paljon

Lisääntynyt vähän

Ei muutosta

Vähentynyt vähän

Vähentynyt paljon

2.2. Tarkenna kysymykseen 2.1 liittyen.

a) Onko nuorilla ilmennyt perustasolla palvelutarvetta, jota aikaisemmin ei ole ollut?

b) Onko nuorilla ilmennyt erikoissairaanhoidossa palvelutarvetta, jota aikaisemmin ei ole ollut?

2.3. Tarkenna kysymykseen 2.1 liittyen.

a) Onko perustasolla hoitoon tulleiden nuorten oirekuva muuttunut tai jokin oirekuva korostunut?

b) Onko erikoissairaanhoidossa hoitoon tulleiden nuorten oirekuva muuttunut tai jokin oirekuva korostunut?

3. SYÖMISHÄIRIÖÖN SAIRASTUNEIDEN NUORTEN HOITOKETJU

3.1. Onko hyvinvointialueella sovittu terveydenhuollon monitoimijainen hoitoketju syömishäiriöön sairastuneiden nuorten tutkimuksiin, diagnostiikkaan ja hoitoon? Rastita sopivin vastaus.

on sovittu ja hoitoketjut pääsääntöisesti toteutuvat koko hyvinvointialueella

on sovittu, mutta hoitoketjut toteutuvat vain osittain

- on sovittu koko hyvinvointialueella, mutta hoitoketjut eivät toteudu käytännössä
- hoitoketjuista on sovittu vain osassa hyvinvointialuetta
- ei ole sovittu

3.2. Tarkenna kysymykseen 3.1 liittyen. Kuvaile hoitoketju tai liitä linkki hyvinvointialueella tai sen osassa toimivasta nuorten hoitoketjusta.

4. NUORTEN SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOIDOSSA TARJOTTAVAT PALVELUT JA MENETELMÄT

4.1. Minkälaiset yksiköt ja toimijat osallistuvat nuorten (13–17-vuotiaiden) syömishäiriöiden varhaiseen puuttumiseen ja hoitoon hyvinvointialueella. Rastita listasta kaikki sopivat vaihtoehdot.

Perustaso

- koulu- ja opiskeluterveydenhuolto
- opiskeluhuollon psykologipalvelut, opiskeluhuollon kuraattoripalvelut
- terveysasemat
- perustason nuorten mielenterveyspalvelu

Erikoissairaanhoito

- nuorisopsykiatrian polikliininen avohoito
- nuorisopsykiatrian tehostettu avohoito
- nuorisopsykiatrian päiväosastohoito
- nuorisopsykiatrian vuodeosastohoito
- somaattinen avohoito (lastentaudit, sisätauti)
- somaattinen osastohoito (lastentaudit, sisätauti)
- syömishäiriöiden hoitoon erikoistunut avohoidon yksikkö
- avohoidon tiimi, jolla on erityisosaamista syömishäiriön hoidosta
- jalkautuva tiimi, jolla on erityisosaamista syömishäiriön hoidosta

- syömishäiriöiden hoitoon erikoistunut päiväsasto
- päiväsaston tiimi, jolla on erityisosaamista syömishäiriön hoidosta
- syömishäiriöiden hoitoon erikoistunut vuodeosasto
- vuodeosaston tiimi, jolla on erityisosaamista syömishäiriön hoidosta

Muu

- ostopalvelut
- lastensuojelun tai sosiaalihuollon palvelu
- kuntoutuspalvelut
- Kelan palvelu
- muu toimija, tarkenna kohdassa 4.3

4.2. Tarkenna kysymykseen 4.1 liittyen. Jos hyvinvointialueella on nuorille kohdennettu syömishäiriöön erikoistunut yksikkö tai erityisosaamista omaava tiimi, kuvaile sanallisesti niiden toimintaa ja sitä, miten yksikkö tai tiimi on hallinnollisesti järjestetty? Lisäksi tarkenna tarvittaessa hoitoyksikön ikäraajat.

4.3. Tarkenna tarvittaessa kysymykseen 4.1 liittyen syömishäiriön hoitoon osallistuvien yksiköiden ja toimijoiden tietoja. Voit tässä kohtaa tarkentaa esimerkiksi, mitkä perustason mielenterveyspalvelut osallistuvat syömishäiriöiden hoitoon sekä mahdollisten ostopalvelujen, kuntoutus-, sosiaali- sekä Kelan palveluiden tietoja.

4.4. Minkälaisia hoitomenetelmiä hyvinvointialueella on tarjolla nuorten syömishäiriöiden hoitoon. Kysymys esitetään erikseen perustasolle ja erikoissairaanhoidolle. Rastita listasta sopivat eli sellaiset palvelut, joita ainakin osittain pystyttäisiin tarjoamaan silloin, kun se olisi potilaan hoidon kannalta oleellista.

a) Perustaso

	kattavasti tarjolla	osalle tarjolla	ei lainkaan tarjolla
Syömishäiriön hoitoon kohdistettu perhepohjainen hoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Syömishäiriön hoitoon fokuoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syömishäiriön hoitoon fokuoitu muu psykososiaalinen hoito (esim. IPT, psykodynaaminen terapia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perinteinen syömishäiriön hoitoon erikoistunut hoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ravitsemusterapeutin ohjaama ravitsemushoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toimintaterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lääkehoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaus omahoitoon ja nettiterapiaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanhempainohjaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilas- ja vanhempainneuvontaan liittyvä kirjallinen materiaali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu, tarkenna 4.5a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu digitaalinen hoito, tarkenna 4.5b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Erikoissairaanhoito

	kattavasti tarjolla	osalle tarjolla	ei lainkaan tarjolla
Syömishäiriön hoitoon kohdistettu perhepohjainen hoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syömishäiriön hoitoon fokuoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syömishäiriön hoitoon fokuoitu muu psykososiaalinen hoito (esim. IPT, psykodynaaminen terapia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perinteinen syömishäiriön hoitoon erikoistunut hoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ravitsemusterapeutin ohjaama ravitsemushoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toimintaterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lääkehoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaus omahoitoon ja nettiterapiaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vanhempainohjaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilas- ja vanhempainneuvontaan liittyvä kirjallinen materiaali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu, tarkenna 4.6a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu digitaalinen hoito, tarkenna 4.6b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.5. Tarkenna kysymykseen 4.4a liittyen nuorten syömishäiriöiden hoitoon perustasolla tarjottavia menetelmiä.

- a) Onko käytössä jokin muu menetelmä?
- b) Tarkenna myös tarvittaessa mahdollisen muun perustasolla tarjottavan digitaalisen hoidon sisältöä.

4.6. Tarkenna kysymykseen 4.4b liittyen nuorten syömishäiriöiden hoitoon erikoissairaanhoidossa tarjottavia menetelmiä.

- a) Onko käytössä jokin muu menetelmä?
- b) Tarkenna myös tarvittaessa mahdollisen muun erikoissairaanhoidossa tarjottavan digitaalisen hoidon sisältöä.

5. SYÖMISHÄIRIÖÖN SAIRASTUNEIDEN NUORTEN HOIDON JATKUVUUS JA YHTEISTYÖ ERI TOIMIJOIDEN VÄLILLÄ

5.1. Syömishäiriö saattaa vaatia hoitoa monella eri hoidon tasolla tai eri hoitoyksiköissä. Näihin liittyy siirtymävaiheita, jotka ovat alttiita hoidon katkoksille. Syömishäiriöön sairastunut nuori voi tarvita myös lastensuojelun ja sosiaalihuollon tukea. Minkälaiseksi arvoit syömishäiriöön sairastuneiden nuorten hoidon jatkuvuuden ja yhteistyön eri toimijoiden välillä? Onko hyvinvointialueella ongelmia siirtymissä? Rastita sopiva vastausvaihtoehto.

	hyvin huono	huono	keskiverto	hyvä	todella hyvä
Onko hoidon jatkuvuus ja yhteistyö perustason ja psykiatrisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

erikoissairaanhoidon
välillä

Onko hoidon jatkuvuus ja

yhteistyö perustason ja

somaattisen

erikoissairaanhoidon

välillä

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Onko hoidon jatkuvuus ja

yhteistyö somaattisen

erikoissairaanhoidon ja

psykiatrisen

erikoissairaanhoidon

välillä

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Onko hoidon jatkuvuus ja

yhteistyö ikävaiheeseen

liittyvissä siirtymissä

lastenpsykiatrian ja

nuorisopsykiatrian välillä

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Onko hoidon jatkuvuus ja

yhteistyö ikävaiheeseen

liittyvissä siirtymissä

nuorisopsykiatrian ja

aikuispsykiatrian välillä

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Onko yhteistyö

nuorisopsykiatrisen

erikoissairaanhoidon sekä

sosiaalihuollon ja

lastensuojelun välillä

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5.2. Tarkenna kysymykseen 5.1 liittyen hyvinvointialueen käytäntöjä ja haasteita hoidon jatkuvuuden tai eri toimijoiden yhteistyön suhteen.

a) Oheisessa listassa on listattu joitakin hoidon jatkuvuuden ja yhteistyön haasteita. Raksi merkittävimmät haasteet.

- Hoidon koordinaatiossa on puutteita eri toimijoiden välillä
- Tiedonvälityksessä on puutteita eri toimijoiden välillä
- Yhteistyökäytäntöjä ei ole sovittu eri toimijoiden välillä
- Somaattisen osastohoidon jälkeen avohoidon jatkohoitosuunnitelmissa on puutteita tai käynnistymisessä viivettä

- Psykiatrisen osastohoidon jälkeen avohoidon jatkohoitosuunnitelmissa on puutteita tai käynnistymisessä viivettä
- Ikävaiheisiin liittyvissä siirtymissä ei ole yhteisesti sovittuja käytäntöjä
- Ikävaiheisiin liittyvissä siirtymissä hoidon sisällölliset muutokset vaikeuttavat syömishäiriön hoidon jatkuvuutta
- Muu_ tarkenna kohdassa 5.2b

b) Tarkenna merkittävimpiä hoidon jatkuvuuden ja yhteistyön haasteita sanallisesti.

6. PSYKIATRINEN SAMANAICAISSAIRASTAVUUS

6.1. Psykiatriset samanaicaissairaudet, esim. mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt, itsetuhoisuus, päihdehäiriöt ja neuropsykiatriset häiriöt, ovat syömishäiriöissä yleisiä. Samanaicaissairastavuuden on tutkimuksissa todettu vaikuttavan syömishäiriön ennusteeseen ja hoidon tuloksellisuuteen sekä kustannuksiin. Miten arvioit, että samanaicaissairastavuus huomioidaan nuorten syömishäiriöiden hoidossa hyvinvointialueella? Rastita sopivat.

	hyvin huono	huono	keskiverto	hyvä	todella hyvä
Mielialahäiriöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Itsetuhoisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ahdistuneisuushäiriöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Päihdehäiriö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropsykiatriset häiriöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muut samanaicaissairaudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.2. Tarkenna kysymykseen 6.1 liittyen psykiatriseen samanaikaissairastavuuteen liittyviä hoitokäytäntöjä tai haasteita.

a) Oheisessa listassa on listattu joitakin psykiatristen samanaikaissairauksien hoitoon liittyviä haasteita. Rastita merkittävimmät haasteet.

- samanaikaissairauden vuoksi hoidon koordinointi on haastavaa
- syömishäiriöiden ja psykiatristen samanaikaissairauksien hoidossa ei koeta riittävää osaamista
- syömishäiriöön sairastuneen on haasteellista saada hoitoa psykiatriseen samanaikaissairauteen
- psykiatrisen samanaikaissairauden vuoksi syömishäiriöön sairastuneen on haasteellista saada syömishäiriöön kohdennettua hoitoa tai hoitoa erikoistuneessa yksikössä
- Muu, tarkenna kohdassa 6.2b

b) Tarkenna merkittävimpiä haasteita sanallisesti.

7. SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOITON LIITTYVÄN OSAAMISEN JA HENKILÖSTÖRESURSSIEN VARMISTAMINEN

7.1 Minkälaiseksi arvioit henkilökunnan koulutuksen ja osaamisen nuorten syömishäiriöiden hoidossa hyvinvointialueella?

a) Perustasolla

- hyvin huono
- huono
- keskiverto
- hyvä
- todella hyvä
- en osaa sanoa

b) Erikoissairaanhoidossa

- hyvin huono
- huono
- keskiverto
- hyvä
- todella hyvä
- en osaa sanoa

7.2 Tarkenna kysymykseen 7.1a liittyen, minkälaista lisäkoulutustarvetta arvioit hyvinvointialueen perustasolla olevan nuorten syömishäiriöiden hoitoon liittyen?

7.3 Tarkenna kysymykseen 7.1b liittyen, minkälaista lisäkoulutustarvetta arvioit hyvinvointialueen erikoissairaanhoidossa olevan nuorten syömishäiriöiden hoitoon liittyen?

7.4 Mitä välineitä tai osaamista teidän näkökulmastanne tarvittaisiin, jotta nuorten syömishäiriöiden ehkäisy, tunnistaminen ja hoito paranisivat hyvinvointialueella? Rastita sopiva(t).

a) Perustasolla

- interventiokoulutusta
- teknologia-avusteista hoitoa
- verkostoitumista
- ohjeistusta

b) Erikoissairaanhoidossa

- interventiokoulutusta
- teknologia-avusteista hoitoa
- verkostoitumista
- ohjeistusta

7.5. Minkälaiseksi arvioit nuorten syömishäiriön hoitoon liittyvät konsultaatiomahdollisuudet hyvinvointialueella? Valitse sopiva(t).

- Perustason palveluissa on moniammatillinen tiimi tai työryhmä (tai useita alueellisia tiimejä /työryhmiä), joilla on keskitettyä osaamista syömishäiriöiden varhaisesta tuesta tai hoidosta, ja joita perustason työntekijät voivat konsultoida.
- Perustasolta ja aluepoliklinikoilta on mahdollista säännöllisesti konsultoida syömishäiriöiden hoitoon perehtynyttä hoitoyksikköä tai tiimiä.
- Perustasolta on mahdollista konsultoida erikoissairaanhoidon/erikoislääkäritasoista asiantuntijaa, muttei syömishäiriön hoitoon perehtynyttä tiimiä tai yksikköä.
- Konsultaatiokäytännöistä on sovittu, mutta ne eivät toteudu käytännössä.
- Selkeitä sovittuja konsultaatiokäytäntöjä ei ole.
- Muu käytäntö tai malli konsultaatioihin.

7.6 Tarkenna kysymykseen 7.5 liittyen nuorten syömishäiriöhoidon konsultaatiokäytäntöjä hyvinvointialueella.

7.7 Ovatko viiden vuoden aikana henkilöstöresurssit (vakanssit, työssä olevat) nuorten syömishäiriöiden hoidossa?

a) Perustasolla

- lisääntynyt paljon
- lisääntynyt vähän
- ei muutosta
- vähentynyt vähän
- vähentynyt paljon

b) Erikoissairaanhoidossa

- lisääntynyt paljon
- lisääntynyt vähän

- ei muutosta
- vähentynyt vähän
- vähentynyt paljon

7.8 Tarkenna tarvittaessa kysymykseen 7.7 liittyen hyvinvointialueen henkilöstöresursseja.

- a) Perustasolla
- b) Erikoissairaanhoidossa

7.9 Tarkenna kysymykseen 7.7 liittyen, minkälaista ammattiresurssia tarvittaisiin lisää, jotta nuorten syömishäiriöiden hoito hyvinvointialueella paranisi?

8. AVOIMET KYSYMYKSET HYVINVOINTIALUEEN NUORTEN SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOIDON KEHITTÄMISEEN LIITTYEN

8.1 Onko hyvinvointialueella suunniteltu tai parhaillaan toteutumassa nuorten syömishäiriöiden hoidon kehitystoimia? Jos on, kuvaile suunnitelmaa.

8.2 Mitkä ovat hyvinvointialueen tärkeimmät kehittämiskohteet nuorten syömishäiriöiden tunnistamisen ja hoidon näkökulmasta?

8.3 Mille potilasryhmille hyvinvointialueella olisi nuorten syömishäiriöiden hoidon suhteen hoidollista lisätarvetta?

8.4 Miten eri osapuolten välistä yhteistyötä nuorten syömishäiriöiden hoidossa on tarkoitus kehittää hyvinvointialueella?

8.5 a) Seurataanko hyvinvointialueellanne nuorten syömishäiriöiden hoidon todellisista kustannuksista?

**b) Jos seurataan, kehen voisimme tarvittaessa olla yhteydessä lisätietojen saamiseksi?
Lisää nimi, matkapuhelin ja sähköposti.**

8.6 Onko vielä jotain, mitä haluaisit sanoa? Haluaisitko lisätä tai täsmentää jotain aikaisemmissa vastauksissasi?

8.7 Keneen tai keihin voisimme tarvittaessa olla yhteydessä mahdollisten muiden lisäkysymysten osalta?

Kiitos kyselyyn vastaamisesta.

Liite 2. Haastattelukutsu

Haastattelukutsu

Hei!

Kutsun sinut nuorten perusterveydenhuollon syömishäiriöhoitoa koskevaan haastatteluun.

Kevään 2024 aikana THL on tehnyt kyselylomakkein toteutettavaa syömishäiriöselvitystä Suomen hyvinvointialueille. Selvitystyön tarkoituksena on kartoittaa syömishäiriöön sairastuneiden lasten, nuorten ja aikuisten palveluvalikoimaan kuuluvia menetelmiä ja palveluiden järjestämistä sekä tunnistaa palvelujärjestelmän kehitys- ja ongelmakohtia. Syömishäiriöselvitystä täydennetään nyt kolmelle hyvinvointialueelle tehtävällä parihaastattelulla. Haastateltavat alueet on valittu niiden maantieteellisen ja rakenteellisen eroavuuden sekä kyselylomakkeissa ilmenneiden perustason haasteiden ja/tai tunnistettujen kehitystarpeiden perusteella. Haastattelujen tavoitteena on syventää ymmärrystä perusterveydenhuollon osaamisesta ja valmiuksista nuorten (noin 13–22-vuotiaat) syömishäiriöiden hoidossa. Lisäksi tavoitteena on tunnistaa osaamisen ja valmiuksien kehittämismahdollisuuksia.

Opiskelen sosiaali- ja terveystutkimuksen ja -johtamisen maisteriohjelmassa Helsingin yliopistossa ja teen parhaillaan korkeakouluharjoittelua THL:ssä syömishäiriöselvityksen parissa. Olen vastuussa haastattelujen toteuttamisesta jatkaessani THL:n vierailevana tutkijana vuoden loppuun asti.

Hyödynnän haastatteluita myös osana maisterintutkielmaani.

Ohjeet haastatteluun

Lyhyt tutkimustiedote ja haastattelun kysymysrunko ovat nähtävissä sähköpostin liitteinä. Alueenne toisen kutsutun vastaajan näette sähköpostin vastaanottajalistasta.

Haastattelut toteutetaan parihaastatteluina Microsoft Teamsissa. Tavoitteena on, että vastaajilla olisi yhdessä riittävä yleiskuva alueen opiskeluhuollon palveluista ja mahdollisista nuorille tarjottavista muista perustason mielenterveyspalveluista/terveysasemien palveluista. Pyydän varaamaan haastattelulle aikaa noin tunnin. Voitte itse valita, osallistutteko haastatteluihin erillisiltä vai samalta tietokoneelta. Toivon, että valitsette yhdessä seuraavasta Doodle-linkistä teille sopivimman haastatteluajankohdan **viimeistään maanantaina 10.6.2024**. Huomaathan, että osa aikaehdotuksista osuu jopa jo muutaman viikon päähän, loput elokuulle. Haastatteluihin osallistuu myös syömishäiriöselvityksen vastuuhenkilö ylilääkäri Yasmina Silén. Mikäli ehdottamistani ajoista mikään ei sovi, pyydän teitä ehdottamaan itsellenne sopivaa muuta aikaa.

Annan mielelläni lisätietoja, mikäli teille herää kysymyksiä haastatteluihin liittyen!

Ystävällisin terveisin,

Annina Rosenqvist

annina.rosenqvist@thl.fi

0440991277

Liite 3. Tutkimustiedote

Tutkimustiedote

Kevään 2024 aikana THL on tehnyt kyselylomakkein toteutettavaa syömishäiriöselvitystä Suomen hyvinvointialueille. Selvitystyön tarkoituksena on kartoittaa syömishäiriöön sairastuneiden lasten, nuorten ja aikuisten palveluvalikoimaan kuuluvia menetelmiä ja palveluiden järjestämistä sekä tunnistaa palvelujärjestelmän kehitys- ja ongelmakohtia. Syömishäiriöselvitystä täydennetään nyt neljälle hyvinvointialueelle tehtävällä parihaastattelulla. Haastateltavat alueet on valittu niiden maantieteellisen ja rakenteellisen eroavuuden sekä kyselylomakkeissa ilmenneiden perustason haasteiden ja/tai tunnistettujen kehitystarpeiden perusteella. Haastattelut toteutetaan noin tunnin mittaisina parihaastatteluina Microsoft Teamsissa. Haastattelujen tavoitteena on syventää ymmärrystä perusterveydenhuollon osaamisesta ja valmiuksista nuorten syömishäiriöiden hoidossa. Lisäksi tavoitteena on tunnistaa osaamisen ja valmiuksien kehittämismahdollisuuksia.

Tulosten raportointi maisterintutkielmassa

Osallistumalla haastatteluun hyväksyt, että:

-Haastatteluja käytetään myös osana maisterintutkielman aineistoa. Tutkielmassa ei kerrota haastateltavien nimiä, mutta tutkielmassa kerrotaan ne hyvinvointialueet, joille haastattelut tehtiin. Lisäksi haastateltavien sijoittumista hyvinvointialueelle kuvataan yleisluonteisesti kuten: *”Hyvinvointialueilta haastatteluihin osallistuneet olivat esimerkiksi alueen koulu- tai opiskeluterveydenhuollosta vastaava ylilääkäreitä ja/tai mielenterveyspalveluista vastaava ylilääkäreitä ja/tai lasten, nuorten ja perheiden palveluista vastaava ylilääkäreitä ja/tai mielenterveys- ja päihdepalvelujen vastuu- tai toimialuejohtajia”*. Tutkielman laatija voi myös halutessaan raportoida ja esittää tutkielmansa tuloksia tieteellisissä tai ammatillisissa julkaisuissa tai konferensseissa.

Tutkimusetiikka, tietosuoja ja aineiston käsittely

Haastateltavista ei kerätä erikseen mitään henkilötietoja. Haastattelut nauhoitetaan kahdella laitteella (Teams-tallenne ja puhelimen nauhuri ilman verkkoyhteyttä), ja välittömästi haastattelun jälkeen litteroidaan sekä pseudonymisoidaan. Heti litteroinnin jälkeen nauhoitteet tuhotaan asianmukaisesti. Litteroidut haastattelut säilytetään THL:n suojatulla verkkolevyllä. Haastatteluihin osallistuminen on vapaaehtoista, suulliseen suostumukseen perustuvaa, ja tutkittavalla on oikeus keskeyttää haastattelu tai peruuttaa suostumuksensa osallistua tutkimukseen milloin tahansa.

Liite 4. Haastattelurunko

Puolistrukturoitu parihaastattelu, kysymysrunko

→Kaikki kysymykset koskevat **nuorten** (noin 13–22-vuotiaat) syömishäiriöiden tunnistamista ja hoitoa **perusterveydenhuollossa**.

Rakenteet ja hoitopolku

- 1) Miten ja missä epäily nuoren syömishäiriöstä yleensä herää?
- 2) Miten edetään syömishäiriöepäilyn herättyä?
- 3) Minkälaista hoitoa/hoitomenetelmiä nuorelle on tarjolla perusterveydenhuollossa? Missä yksiköissä hoitoa annetaan?
- 4) Milloin nuori ohjataan eteenpäin erikoissairaanhoidon?
- 5) Kun nuoren syömishäiriön hoito päättyy erikoissairaanhoidossa, jatkuuko nuoren hoito perustasolla? Jos, niin miten?
- 6) Miten yhteistyö ja työnjako perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä mielestänne toimii?

Lisäkysymyksiä:

Miten nuorten syömishäiriöiden ennaltaehkäisy huomioidaan perusterveydenhuollossa?
Noudatetaanko nuoren hoidossa yhdessä sovittua monitoimijaista hoitoketjua?

Ammattilasten osaaminen ja tietotaito

- 1) Mitä vahvuuksia tai puutteita tunnistamiseen tai hoitoon liittyvässä osaamisessa tunnistetaan?
- 2) Minkälaisia ovat tyypillisimmin ne tilanteet, joissa osaaminen ei riitä?
- 3) Miten osaamisen haasteet näkyvät hoidon laadussa tai vaikuttavuudessa?
- 4) Jos henkilökunnalla on syömishäiriöihin liittyvää lisäkoulutusta, kerrotko siitä?

Lisäkysymyksenä:

Minkälaiseksi kuvaisit henkilökunnan valmiudet tunnistaa ja hoitaa syömishäiriöiden ohella muita psykiatrisia samanaikaissairauksia?

Käytössä olevat resurssit (saatavilla olevat työkalut, välineet, henkilöstö ja asiantuntijatuki)

- 1) Minkälaisia syömishäiriöiden tunnistamista tai hoitamista helpottavia apuvälineitä tai työkaluja alueellanne on käytössä?
- 2) Jos digitaalista hoitoa käytetään apuna syömishäiriöiden tunnistamisessa tai hoidossa, minkälaista hoitoa miten?
- 3) Minkälaiset konsultaatiomahdollisuudet perusterveydenhuollosta on alueenne erikoissairaanhoidon tai syömishäiriöihin perehtyneeseen tiimiin/yksikköön? Minkälaista muuta asiantuntijatukea on tarjolla?
- 4) Minkälaiset henkilöstöresurssit syömishäiriöiden tunnistamiseen ja hoitoon alueellanne on? Onko jostain ammattiluokasta erityistä pulaa?

Syömishäiriöihin liittyvien valmiuksien ja osaamisen kehittäminen

- 1) Mitä hyväksi koettuja toimia tai ratkaisuja tunnistamiseen ja hoitoon liittyvien valmiuksien ja osaamisen kehittämiseksi on jo tehty?
- 2) Mitä esteitä kehittämistyössä on havaittu?
- 3) Minkälaista lisäkoulutustarvetta henkilökunnalla on syömishäiriöihin liittyen?
- 4) Minkälaisia resursseja (saatavilla olevat työkalut, välineet, hoitomenetelmät, henkilöstö, asiantuntijatuki) tarvittaisiin lisää?
- 5) Miten yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä voitaisiin vahvistaa?
- 6) Millä muilla tavoin syömishäiriöihin liittyviä perusterveydenhuollon valmiuksia ja osaamista voitaisiin mielestänne vahvistaa?