



TAMPEREEN
YLIOPISTO

Täydentävät ja vaihtoehtoiset hoidot

Tieteellinen tutkimus ja sen haasteet Suomessa

Tutkimusseminaari 13.11.2015

Tampereen yliopisto

Abstraktit



TAMPEREEN
YLIOPISTO

90

Sisällysluettelo

Ohjelma	3
Abstraktit	5
Täydentävät hoidot Euroopassa <i>Zimmerman P.</i>	5
Vaihtoehtolääkintä ja terveydenhuolto Suomessa <i>Vertio H.</i>	7
Potilaasta parantujaksi <i>Aarva P.</i>	10
Salutogeeninen terveyden teoria ja tutkimus <i>Kukkurainen ML.</i>	14
Onko olemassa vaihtoehtoja tai täydentävää lääketiedettä? <i>Louhiala P.</i>	17
Täydentävien hoitojen monimuotoiset maailmankuvat ja tiedon paradigmat <i>Helin K.</i>	18
Näkökulmia ”vaihtoehtohoitojen” kiistanalaisuuteen <i>Vuolanto P.</i>	21
Kokemusvaikutukset, valinnat ja osallisuus <i>Sorsa M.</i>	23
Ravintolat yliopiston kampuksella	31

Ohjelma

Paikka: Tampereen yliopisto, päätalo, Sali D10a

10.00 Avaus: *Juha Teperi*, johtaja, Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö

Täydentävien hoitojen asema Euroopassa ja Suomessa

Puheenjohtaja *Juha Teperi*

Alustus 20 min + keskustelu 10 min

10.15 **Täydentävät hoidot Euroopassa**
CAMbrella projekti – Eurooppalainen monikeskustutkimus: CAM:n merkitys ja haasteet tutkimuksen näkökulmasta
Peter Zimmermann

10.45 **Vaihtoehtolääkintä ja terveydenhuolto Suomessa**
Harri Vertio (estynyt, tiivistelmä esitetään)

11.00 **Potilaasta parantujaksi**
Tutkimustietoa täydentävien hoitojen käyttäjistä ja käytön syistä
Pauliina Aarva

11.30 **Salutogeeninen terveyden teoria ja tutkimus**
Marja Leena Kukkurainen

12.00–13.15 Lounas (omakustanteinen)

Täydentävien hoitojen tutkimuksen haasteet

Puheenjohtaja *Juha Teperi*

Alustus 20 min + keskustelu 10 min

13.15 **Onko olemassa vaihtoehtoista tai täydentävää lääketiedettä?**
Pekka Louhiala

13.45 **Täydentävien hoitojen monimuotoiset maailmankuvat ja tiedon paradigmat – taustaoletusten yhteisiä piirteitä**
Kaija Helin

14.15 Tauko

14.45 **Näkökulmia ”vaihtoehtoisten” kiistanalaisuuteen:**
Esimerkkinä hoitotieteen konfliktit paastosta ja terapeuttisesta kosketuksesta 1990-luvulla
Pia Vuolanto

15.15 **Kokemusvaikutukset, valinnat ja osallisuus**
CAM tutkimus ja tutkimuksen haasteet Suomessa
Minna Sorsa

15.45 **Loppukeskustelu**

16.30 **Seminaarin päätös**

Alustajat

Aarva Pauliina, YTT, dosentti, TaY

Helin Kaija, TtT

Kukkurainen Marja Leena, TtT

Louhiala Pekka, LT, dosentti, Hjelt-instituutti, HY

Sorsa Minna, TtM, kehittämiskoordinaattori, TaY

Teperi Juha, LT, dosentti, Terveystieteiden yksikön johtaja, TaY

Vertio Harri, LT

Vuolanto Pia, YTT, tutkija, TaSTI, TaY

Zimmerman Peter, LT, erikoislääkäri

Järjestäjät

Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto <http://www.uta.fi/hes/>

Suomen Integratiivisen Lääketieteen Foorumi <http://www.integrative-medicine.fi/index.html>

Abstraktit

Täydentävät hoidot Euroopassa

CAMbrella projekti – Eurooppalainen monikeskustutkimus integratiivisen lääketieteen asema ja haasteet

Peter Zimmermann

peter.zimmermann@fimnet.fi

Lukuisat tutkimukset osoittavat, että maailmanlaajuisesti ihmiset yhä enemmän ilmaisevat tarvetta hyödyntää kokonaisvaltaisia tai täydentäviä lääketieteellisiä menetelmiä (WHO 2013). Tarjolla onkin suuri määrä erilaisia täydentävän lääketieteen menetelmiä ja valmisteita, joilla on taloudellistakin merkitystä. Tarvitaan välttämättä näyttöön perustuva tieteellinen varmistus näiden hoitomuotojen turvallisuudesta ja toimivuudesta. Asian parissa työskentelee nykyään kasvava määrä tutkijoita ja keskuksia, myös akateemisissa laitoksissa.

Tämä on vaikuttanut myös nimitykseen: 20 vuotta sitten puhuttiin ”vaihtoehtolääketieteestä” ja usein halveksivasti ”paralääketieteestä”, 10 vuotta sitten sovinnollisemmin ”täydentävästä lääketieteestä” ja nykyään yhdistävästä eli ”integratiivisesta lääketieteestä”. Suomessa käytetään ainutlaatuisena maailmassa termiä ”uskomushoidot”. Suomi onkin jäänyt jälkeen kansainvälisen tutkimuksen kehityksestä.

Yhdysvalloissa johtavat yliopistot, kuten Harvard, Stanford, John Hopkins, University of California, University of Texas, University of Michigan ovat perustaneet perustaneet Yhdistävän lääketieteen keskuksia ja muodostaneet vuonna 2014 Academic Consortium for Integrative Medicine and Health” (ACIMH), johon kuuluu tällä hetkellä 60 keskusta. (Academic Consortium 2015)

Yhdistävästä tai ”integratiivisesta lääketieteestä” siis puhutaan, jos lääkäri yhdistää joitakin vaihtoehtoisia/täydentäviä (=CAM=Complementary and Alternative Medicine)-hoitomenetelmiä perinteiseen ns. koululääketieteellisessä koulutuksessa saatuun lääkärin ammattityöhön. Noin 150.000 lääkärinä Euroopassa käyttää yhdistävää lääketiedettä. Tämän lisäksi noin 160.000 ei lääketieteellisen, mutta jonkun CAM-hoitomenetelmän koulutuksen saanutta käyttää näitä menetelmiä Euroopan Unionin alueella. (von Ammon et al 2012)

Joka toinen EU:n kansalainen käyttää joitakin täydentäviä tai vaihtoehtoisia hoitoja (CAM). (Cordis 2015) Vaikka kiinnostus ja tarve käyttäjien keskuudessa on suuri, tiedemaailmassa vallitsee yleensä kielteinen asenne. Argumenttina esitetään tavallisesti tutkimusnäytön puute CAM-menetelmien tehosta ja huoli potilasturvallisuudesta, erityisesti silloin, jos joku muu kuin terveydenhuollon ammattilainen antaa kyseisen hoidon. Näistä kysymyksistä keskustellaan seminaarissa.

CAM tutkimus on ollut EU:n tutkimusagendalla jossakin määrin lähes 20 vuoden ajan (COST B4, 1993–1998; CAM-Cancer projekti 2002–2005). EU-Parlamentin vaatimuksesta myös edellinen, 2014 päättynyt tutkimusohjelma FP7 sisälsi määrärahat CAM-tutkimusta varten. Tavoite oli saada näyttöön perustuvia tutkimustietoja CAM-tilanteesta Euroopassa eli tietoja CAM-hoitojen saatavuudesta ja niiden laillisesta ja regulatorisesta asemasta, lisäksi tietoja palvelujen antajien määrästä ja koulutustasosta. Tavoite oli tehdä kirjallisuuskatsaus ja määrittellä sen perusteella CAM:n käsite. Päämäärä oli laatia tutkimustuloksien perusteella suunnitelma tulevaisuuden tutkimusprojektien sisällöstä, aikataulusta ja koordinoinnista ja perustaa tutkijaryhmien verkko EU:n tasolla tulevaisuuden tutkimusprojektien koordinoimista varten.

”CAMbrella” -konsortium muodostui 16 tutkijaryhmästä 12:sta Euroopan maasta. Tutkimus tehtiin 1.1.2010–31.12.2012 välisenä aikana. Tutkimusraportit ja projektiin liittyvät julkaisut ovat saatavissa kokonaisuudessaan internetissä.(CAMbrella 2015)

Tässä esitän muutamia ryhmän metodologisia suosituksia tulevaisuuden CAM tutkimukselle:

- Tutkimusasetelmien tulisi kattaa CAM-käyttäjien ja ammattilaisten, klinikoiden ja poliittisten päättäjien tarve ja kuvata todellisen elämän hoitotilanteita, erityisesti vaikuttavuuden ja turvallisuuden kannalta.
- CAM menetelmien monipuolisuuden ("complex intervention") vuoksi evidenssi CAM tutkimuksessa saadaan paremmin ns. "syklisellä evidenssimallilla" (Wallach et al 2006), jossa paras tutkimusmetodi valitaan kysymyksenasettelun mukaisesti, kuin "hierarkkisen evidenssimallin" mukaisesti, jossa RCT:sta (Randomized Clinical/Controlled Trial) tehdyt meta-analyysit ohjaavat näytön määrittelyä ja edustavat vallitsevassa lääketieteessä ikään kuin automaattisesti korkeinta evidenssitasoa.
- Vertaileva vaikuttavuuden tutkimusasettelma (comparative effectiveness research (Sox & Greenfield 2009) tavoittaa reaaliset kliiniset olosuhteet ja sopii "integratiiviseen", useita hoitoja yhdistävään CAM-hoitoympäristöön useimmiten paremmin kuin kokeellinen RCT-asetelma, joka tutkii selektiivisesti tietyn intervention tehoa tutkimuspotilailla (efficacy-research).
- Kliinisen CAM-tutkimuksen tulee myös tavoittaa ns. ei-spesifisiä tekijöitä, kuten esim. hoitotilanteet (context) ja asenteet sekä hoitoon liittyvät merkitykset (meaning), jotka vaikuttavat todellisen elämän hoitotilanteissa "spesifisten" tekijöiden kanssa.

CAM tutkimus vaatii koordinoitua. CAMbrella esittää tavoitteeksi EU-CAM tutkimuskeskuksen perustamista. Tällaisia keskuksia on muun muassa USA:ssa *National Center for Complementary and Integrative Health*, <https://nccih.nih.gov/>, Norjassa *Nasjonalt forskningsssenter innen komplementær og alternativ medisin* NAFKAM www.nafkam.no ja Ruotsissa *Integrative Care Science Center ICSC* www.integrativecare.se. Koskahan Suomeen perustetaan CAM - tutkimusyksikkö?

Peter Zimmermann on lääketieteen tohtori – väitöskirjat Mainzin yliopistossa (Dr.med.) ja Tampereen yliopistossa (LT). Hän on naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri ja antroposofisen lääketieteen asiantuntija. Hän toimii kansainvälisissä tehtävissä integratiivisen lääketieteen alueella ja on ollut CAMbrella-projektissa mukana asiantuntijana. Hänelle ovat tärkeitä kokonaisvaltainen lähestymistapa lääketieteessä ja potilaan vapaus valita terapiansa.

Kirjallisuus

Academic Consortium 2014. Academic Consortium for Integrative Medicine and Health. www.imconsortium.org (katsottu 15.9.2015)

CAMbrella 2015. www.cambrella.eu

Cordis 2015. Complementary medicine popular across Europe www.cordis.europa.eu/news/rcn/35388_en.html Accessed 13/9/2015

Sox HC & Greenfield S. 2009. Comparative Effectiveness Research: A Report From the Institute of Medicine. *Ann Intern Med.* 2009;151(3):203-205. doi:10.7326/0003-4819-151-3-200908040-00125 <http://annals.org/article.aspx?articleid=744633>

von Ammon et al 2012. Von Ammon K et al (2012). Health Technology Assessment (HTA) and a map of CAM provision in the EU. Final Report of CAMbrella Work Package 5. https://phaidra.univie.ac.at/detail_object/o:300096 p.15 (Accessed 4/10/2015)

Walach H, Falkenberg T, Fønnebø V, George Lewith G and Jonas WB. 2006. Circular instead of hierarchical: methodological principles for the evaluation of complex interventions. *BMC Medical Research Methodology* 2006, 6:29 doi:10.1186/1471-2288-6-29 <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/6/29>

WHO 2013. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1 (Accessed 4/10/15)

Vaihtoehtolääkintä ja terveydenhuolto Suomessa

Harri Vertio

harri.vertio@fimnet.fi

Terveydenhuollossa työskentelevien ammattilaisten suhdetta vaihtoehtolääkintään määrittävät yhtäältä terveydenhuoltoon koskevat lait, määräykset, suositukset ja käytännöt, toisaalta ammatillisen koulutuksen tuottama näkemys tieteeseen perustuvasta terveyden- ja sairaanhoidosta. Lisäksi suhteeseen vaikuttavat yksilöllisesti sekä omat ja lähiympäristön kokemukset sekä henkilökohtainen arvomaailma (esim. uskonto).

Täsmällisiä tietoja siitä, miten paljon terveydenhuollon henkilöstö omassa työssään käyttää vaihtoehtolääkinnäksi katsottavia hoitomuotoja, on niukasti käytettävissä. Lääkäreistä 4-8 % käyttää akupunktuuria, manipulaatiohoitoja käyttävät muutamat kirurgit ja ortopedit, homeopatiaa yksittäiset mm. Saksassa opiskelleet lääkärit. Lisäksi Suomessa on muutamia lääkäreitä, jotka käyttävät ns. megavitamiiniterapiaa esim. syöpäsairauksien hoidossa.

Terveydenhuollon ammattikoulutuksen saaneiden hoitajien osalta tiedot ovat vielä vähäisempiä. Kansanlääkintää toteuttavilla ei yleensä ole terveydenhuollon ammattikoulutusta. Ammattinimikesuojattujen ammattien harjoittajien toimintaa valvoo Valvira. Vastuukysymykset mm. sairaaloissa toteutettavasta vaihtoehtolääkinnästä saattavat olla vaikeita erityisesti lasten hoidossa.

Terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä ja asenteita on tutkittu hieman enemmän. Liisa Salmenperän väitöskirja (2005) käsittelee sekä lääkäreiden että hoitajien asenteita, Vertion ym. (1989,1995) ja Ilmasen ym. (2013) tutkimussarja puolestaan kuvaa lääkäreiden asenteita ja niiden muutoksia vuosina 1988- 2013.

Hoitohenkilökunnan ja terveydenhuoltoalan opiskelijoiden asenteita on selvitetty useissa pro gradu-töissä ja muissa opinnäytteissä suppeilla aineistoilla. Lääkäreiden osalta voinee tiivistää, että lääkäreiden asenteissa ei ole tapahtunut suuria muutoksia 25 vuoden aikana. Noin neljännes lääkäreistä suhtautuu vaihtoehtolääkintään hyvin kriittisesti, mutta enemmistö katsoo, että niitä voivat ihmiset käyttää, mikäli niistä ei aiheudu potilaille haittaa. Näkemykset saattavat olla polarisoitumassa siten, että nuorempien lääkäreiden mielipiteet ovat hieman jyrkempiä. Ilmasen ym. (2013) tutkimuksen aineisto on kuitenkin koottu eri tavalla kuin aikaisemmissa kyselyissä. Oheisessa taulukossa on kuvattu niiden lääkäreiden osuudet, jotka olisivat valmiita kieltämään kyseisen hoitomuodon kokonaan vuosina 1988,1995 ja 2013.

Lääkärit ja vaihtoehtolääkintä (Vertio ym.1996, Ilmanen ym.2013)

Petosta , pitäisi kieltää %				
		1988	1995	2013
Akupunktio		2	2	1
Ginsengjuuri		29	18	35
Naprapatia		8	6	5
Vyöhyketerapia		31	29	30
Homeopatia		46	46	-
Henkiparannus		62	57	75
Lymfahieronta		-	8	6

Syöpähoitajien asenteet Suomessa

Summamuuttajat	%
• Luonnollista, turvallista	11
• Potilaat voivat saada apua	16
• Ei haittaa, ei hyötyä	49
• Voivat viivyttää muuta hoitoa	89
• Roskaa	48
• Puoskarointia	54

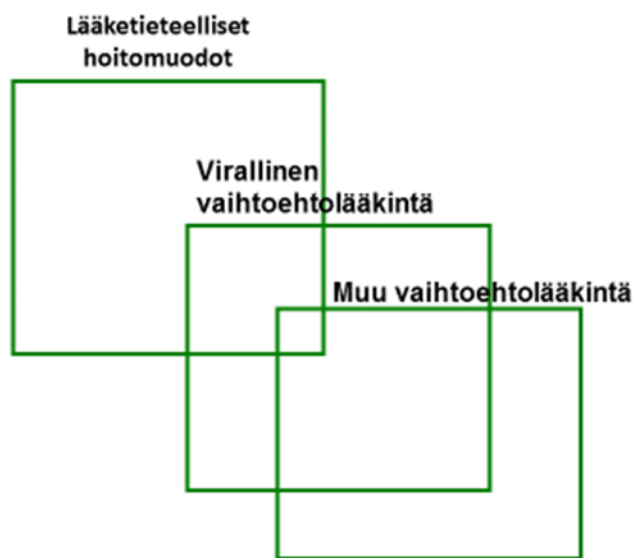
[Salmenperä 2005]

Hoitajien asenteet olivat hieman jyrkempiä. Niiden mukaan erityisesti muun hoidon vaarantuminen nähtiin olennaisena ongelmana. Salmenperän tutkimuksessa varsinkin syöpää hoitava henkilöstö oli muita kriittisempää.

Eryteisesti opiskelijoiden näkemykset puoltavat vaihtoehtolääkintää koskevan sisällön lisäämisen tarpeellisuutta ammatillisessa koulutuksessa. Lääkäreiden näkemykset eivät tue vaihtoehtolääkintää koskevan koulutuksen sisällyttämistä peruskoulutukseen. Terveystuon ammattilaiset joutuvat vastaamaan asiaa koskeviin kysymyksiin, joskaan lääkärit eivät koe kysymysten lisääntyneen, pikemminkin päinvastoin. Eryteisesti vaihtoehtolääkinnän ja muun hoidon yhteisvaikutukset olisi kuitenkin aiheellista tuntea terveydenhuollossa mahdollisten haittojen vähentämiseksi.

Suomessa ei ole vaihtoehtolääkintää koskevaa erityislainsäädäntöä toisin kuin esim. muissa Pohjoismaissa. Euroopan Unionin päätökset ovat vahvistaneet vaihtoehtolääkinnän asemaa mm. rohdoslääkkeiden osalta. Ns. integratiivinen lääketiede pyrkii näkemään eri hoitomuotojen yhteisen viitekehyksen. Vaihtoehtolääkinnän markkinoinnin valvonta on Suomessa riittämätöntä, vaikka markkinointia koskevat säädökset ovat asiallisia.

Vaihtoehtolääkinnän tuottajien organisaatiot ovat jäsenyneet viime vuosikymmenten aikana sekä Suomessa että Euroopassa. Ns. virallisen lääketieteeseen perustuvat terveydenhuollon viereen on kiinnittynyt ns. virallinen vaihtoehtolääkintä (mm. akupunktio, manipulaatiohoidot, rohdoslääkkeet), joka puolestaan haluaa erottua muusta vaihtoehtolääkinnästä.



Harri Vertio on lääketieteen ja kirurgian tohtori, väitöskirja Tampereen yliopistosta. Hän on terveydenhuollon erikoislääkäri ja työskennellyt uransa aikana julkisessa hallinnossa ja järjestöissä, viimeksi Syöpäjärjestöjen pääsihteerinä. Hänen erityinen mielenkiintonsa kohde on terveyden edistäminen.

Kirjallisuus

Ilmanen A ym. Lääkärien suhtautuminen vaihtoehtohoitoihin vuonna 2012. Suom Lääkl 2013: 13-14: 1014-1018

Salmenperä L. Complementary and alternative medicine: attitudes of cancer patients, nurses and physicians, the use of complementary and alternative medicine by cancer patients. Väitöskirja. Turun Yliopisto 2005

Vertio H ym. Lääkärien suhtautuminen vaihtoehtohoitoihin. Suom Lääkl 1995: 50: 2227-2229.

Potilaasta parantujaksi

Tutkimustietoa täydentävien hoitojen käyttäjistä ja käytön syistä

Pauliina Aarva

pauliina.aarva@uta.fi

Täydentävät hoidot tarkoittavat virallisen terveydenhuollon ulkopuolelle sijoittuvia hoitamisen ja terveyden edistämisen muotoja. CAM-termistä katso Zimmermann P. tässä julkaisussa. Yhdysvalloissa on äskettäin otettu käyttöön ”Täydentävät terveystieteet” (Complementary Health Approaches) -termi, joka kattaa a) luontaistuotteet, b) kehomielihoidot ja c) hoitojärjestelmät. (NCCIH 2015).

Suomessa 1990-luvulla 46 % aikuisväestöstä käytti vähintään kerran vuodessa täydentäviä hoitoja, mukaan lukien luontaistuotteet ja yrttivalmisteet; 13 % käytti niitä runsaasti (Meriläinen ym. 1993). 2000-luvun alussa käyttäjiä oli 11–43 % (Eardley ym. 2012). He olivat keskimääräistä useammin naisia, hyvin koulutettuja, parisuhteessa eläviä, työssä käyviä, joilla perheen tulot keskimääräistä korkeammat ja käyttäjillä oli muita enemmän koettuja somaattisia pitkäaikaissairauksia ja vammaisuutta, heikkoutta, ahdistusta ja paniikkihäiriötä. Samansuuntaisia tuloksia on saatu muistakin maista. (Stoneman 2013). Lindemanin (2011) aineistossa (n=1092) prevalenssi Suomessa oli 28 %.

Taloustutkimuksen (n=1005) mukaan ”itse tai joku perheen jäsen oli käyttänyt tai kokeillut” seuraavia: Luontaistuote 62 %, ravintolisävalmiste 47 %, rukous 45 %, rohdosvalmiste 36 %, kiiropraktiikka 27 %, akupunktio 26 %, vyöhyketerapia 21 %, kansanparannus 18 %, aromaterapia 11 %, homeopatia 11 %, hypnoosi 6 %, perinteinen kiinalainen lääketiede 5 %. Haastatelluista 39–71% uskoi että tietyllä hoitomuodolla voidaan parantaa jokin sairaus tai sairauksia. (Taloustutkimus 2008).

Syitä hakeutua neljään tutkittuun kosketushoitoon (Rosen, Rebalancing, Kajavahieronta ja vyöhyketerapia) olivat Svennevigin (2003) mukaan psyykinen tyytymättömyys ja muutoksen tarve. Hoidot lisäsivät vireyttä, rentoutuneisuutta, nostivat mielialaa ja vähensivät vihan tunteita. Salmenperän (2005) mukaan rintasyöpää ja eturauhassyöpää sairastavat asennoituivat täydentävään ja vaihtoehtoiseen lääkintään myönteisemmin kuin lääkärit ja sairaanhoitajat.

Yhdysvaltain kansallisessa terveystutkimuksessa (n=23149) prevalenssi oli 33 %. Ravintolisät, syvähengitysharjoitukset ja jooga olivat yleisimpiä. Hoitoja käyttäneistä 86 % ilmoitti syyksi joko hyvinvoinnin (wellness 51 %) tai sekä hyvinvoinnin että hoidon (both wellness and treatment 35 %). Pelkästään sairaudenhoidon ilmoitti syyksi 14 %. Ne, jotka elivät terveellisimmin käyttivät muita useammin CAM-hoitoja juuri terveyden edistämiseen. (Clarke ym.2015, Upchurch & Rainisch 2015).

Australialaisista (n=1256) 79 % ilmoitti joskus käyttäneensä joko täydentävän hoitajan palveluja tai hoitaneensa itse itseään epävirallisilla menetelmillä. Valtaosa ei kysynyt lääkärin neuvoa ennen hoitojen käyttöä. (Thomson 2014). Canawayn ym. (2014) mukaan diabeetikoista ja sydän- ja verisuonisairaista (n=2915) 44 % käytti hoitoja. Lähes kaikki olivat myös virallisessa hoidossa. 68 % diabeetikoista ja sydän- ja verisuonisairausta ilmoitti hoitojen käytön syyksi oireiden hoitamisen ja hallinnan. Kaikkiaan yli 80 % kertoi oireidensa lievittyneen, 4 % ilmoitti, ettei hoidoilla ollut vaikutusta.

Lisäksi hoitoja käytetään tuki- ja liikuntaelinten vaivojen ja psykosomaattisten sairauksien tukihoidona sekä syövän oireiden sekä kiputilojen leivittämisessä sekä muiden vaivojen lisähoitona (kuten väsymysoireyhtymä, fibromyalgia, ärtynyt suoli, unettomuus). Käytön syitä ovat myös halu välttää lääkkeiden sivuvaikutuksia, luonnonmukaisen hoidon arvostus ja parempi terapeutin suhde hoitajaan, mielialaongelmat, ”patterien lataaminen”, stressin vähentäminen ja yleinen hyvinvointi. Hyvinvointi ymmärrettiin laajasti. (Henneghan & Harrison 2014, Eardley ym. 2012, Nissen ym. 2012).

Siihen kuuluivat muun muassa levollisuus, itsensä kanssa toimeen tuleminen, autenttisuus, voimaantumisen, todellisena itsenä eläminen ja yhteyden luominen asioihin, joihin sen on jostain syystä menettänyt, esim. spirituaalisuus. Asiat, jotka ovat tärkeitä kokonaisvaltaisissa terveysnäkemyksissä (kehomieli-tietoisuus ja henkisyys) ovat tärkeitä myös parannuskokemuksessa. Tämä kokemus kehkeytyy hoitotilanteessa luotettavan henkilön läsnäolosta, myötätunnosta ja ”parantavasta” kosketuksesta. Biolääketieteellisten vaikutuksia koskevien selitysten sijaan monissa täydentävissä hoidoissa selityskorkeudet kumpuavat filosofisesta ajattelusta, jota on vaikea sovittaa biotieteelliseen ymmärrykseen todellisuudesta. (Sointu 2013, Stöckigt ym. 2015).

Käyttäjä on luonnehdittu henkilöiksi, joilla on aktiivinen ote hallita ongelmiaan ja he elävät keskimääräistä terveellisemmin. Muita piirteitä ovat spirituaalisista kokemuksista nouseva yksilöllisen tiedon arvostaminen, mutta ei kuitenkaan uskonnollisuus, sekä avoimuus uusille kokemuksille. (MacArtney & Wahlberg 2014, Thomson 2014).

Käyttäjien motiivit valita CAM-hoito olivat Danellin (2015) laadullisessa ruotsalaistutkimuksessa seuraavat: *Turhautuminen*, kun tavanomainen terveydenhuolto nähtiin rajoittuneena ja kun ei saatu kunnollista diagnoosia. Lääkkeiden haittavaikutukset ja se että ”mitään ei ole tehtävissä ja että ainoa keino lievittää kipuja on vahva lääkitys” huolestuttivat. *Arvot ja ideologia* merkitsi pitkäaikaiskäyttäjille hoitajien holistista otetta, asiakkaan yksilöllisyyden huomioon ottamista ja hyvää kommunikaatiosuhdetta. *Yksilön vastuu* liittyi ihmisen yksilöllisyyden ohella muun muassa riskien sietämiseen. *Yhdistävä hoitotähtäminen* näkyi siinä, että toisille virallinen järjestelmä oli ensisijainen ja luotettava, tieteellinen ja helposti saatavilla. Toiset pyrkivät käyttämään CAMia ensisijaisena ja virallista täydentävänä. CAM-hoitajia kritisoitiin, mikäli he eivät kuunnelleet asiakasta tai suhtautuivat epäkunnioittavasti. Toisinaan kritiikki kohdistui siihen, että ”hoito ei vain sopinut itselle”.

CAM-hoitoihin uskovien on todettu olevan muita taipuvaisempia luottamaan intuition. Se on kehityksessä varhaisempaa kuin looginen päättely ja siihen voi liittyä kategoriavirhe eli esimerkiksi se, että biologiset ja mentaaliset ominaisuudet sekoitetaan keskenään. Jos totuutta ja valhetta ratkaistaan intuition avulla ilman tietoista loogista päättelyä, intuitio voi Lindemanin (2008 ja 2011) mukaan vääristää maallikoiden arviointia hoidoista. Näin täydentävät hoidot sijoittuvat hänen mukaansa totuus - valhe -akselilla valheen puolelle ja voivat siksi olla *haitallisia ja uhka rationaalisuudelle*. Esimerkkinä kategoriavirheestä Lindeman mainitsee ”energian, jonka ajatellaan siirtyvän mielen kautta”. Franzelin ym. (2013) tutkimuksessa sen sijaan hoitoihin liitetyt kokemukset (hyvinvointi, henkilökohtainen kasvu, itse-aktivointi ja allianssi hoitavan henkilön kanssa) näyttävät *mahdollisuutena ja kehityksenä*, ei uhkana rationaalisuudelle.

Pohdintaa ja ehdotuksia

Nähtäväksi jää, *ovatko täydentävät terveysnäkemykset ottamassa sitä paikkaa, minkä perusterveydenhuolto on hylkäämässä*. Perusterveydenhuollossa kehitetään standardoituja hoitosuosituksia ja -prosesseja, joissa potilaan ja hoitavan henkilön suhteen merkittävyys saattaa jäädä ulkoisesti mitattavan evidenssin varjoon. (vrt. Puustinen 2015).

Suomessa ei seurata täydentävien hoitojen tarjontaa ja käyttöä systemaattisesti eikä niiden vaikutusta väestön hyvinvointiin tunneta. Hyödyistä ja haitoista on niukasti tietoa. *Tutkimustietoa tarvitaan näyttöön perustuvan terveyspoliittisen päätöksenteon tueksi*.

Kaiken kaikkiaan täydentävien hoitojen paikka terveyden edistämässä ja sairauksien ja vaivojen ehkäisyssä ja hoidossa on jäänyt epäselväksi. Ei tiedetä, miksi noin kolmannes suomalaisista hakee tukea ja apua virallisen järjestelmän ulkopuolelta. *Kansalaisen ja palvelujen käyttäjän näkökulma ansaitsee tulla nykyistä selkeämmin huomioon otetuksi*.

Asiakaskeskeisyys ja valinnan vapauden periaate ovat tulevaisuudessa entistä tärkeämpiä. Terveyden tulevaisuutta pohtivassa tutkimusraportissa *Terveys 2050* puhutaan ihmislähtöisestä terveysajattelusta, joka tulisi ottaa osaksi elinkeino-, innovaatio- ja tutkimuspolitiikkaa. Tutkimuksen

tehtävä onkin selvittää, *mikä rooli täydentävillä hoitomuodoilla tässä ihmislähtöisessä terveyspolitiikassa on.* Ihmislähtöisyyden toteutumiseksi tarvitaan *rohkeita yhdistävien terveysnäkemysten käytännön kokeiluja* ja niiden perusteella hyvien toimintamallien käyttöön ottoa terveydenhuollossa.

Vastausta kaipaavat myös hoitamisen sisältöön ja periaatteisiin liittyvät kysymykset: Mielletäänkö kulttuurissamme ”pehmonormiksi” se, että potilas hakee empatiaa, kosketusta ja hyvää kohtelua? Miksi täydentävät hoidot näyttävät olevan feminiininen ilmiö? Poikkeako terveydenhuoltohenkilöstön ja täydentävien hoitajien toimintaa ohjaava etiikka ja arvoperusta toisistaan? Mistä kertoo julkisuudessaakin ilmenevä jännite ja ristiriita virallisen ja epävirallisen hoitamisen välillä?

Pauliina Aarva on yhteiskuntatieteiden tohtori ja terveyden edistämisen dosentti Tampereen yliopistossa. Hän on toiminut kouluttajana, tutkijana, asiantuntijana ja johtajana useissa terveysalan tutkimus- ja kehittämishankkeissa Suomessa ja ulkomailla. Hän on kirjoittanut tietokirjan täydentävistä hoidoista (Parantavat energiat. Myyttistä ja tutkittua tietoa täydentävistä hoidoista. Basam Books 2015.)

Kirjallisuus

- Clarke, TC., Black, L. I., Stussman, B. J., Barnes, P. M., & Nahin, R. L. 2015. Trends in the use of complementary health approaches among adults: United States, 2002–2012. *National health statistics reports*, 79 (10).
- Danell, JA. 2015. From disappointment to holistic ideals: a qualitative study on motives and experiences of using complementary and alternative medicine in Sweden. *Journal of Public Health Research* 4:538, 125-132
- Eardley, S., Bishop, F. L., Prescott, P. et al. 2012. A Systematic Literature Review of Complementary and Alternative Medicine Prevalence in EU. *Forsch Komplementmed*, 19(2):18–28.
- Henneghan, AM. & Harrison, T. 2014. Complementary and Alternative Medicine Therapies as Symptom Management Strategies for the Late Effects of Breast Cancer Treatment. *Journal of Holistic Nursing*, 33(1):84–97.
- Lindeman, M. 2008. Intuitio ja usko ylikuonnolliseen vaihtoehtolääkinnän suosion selittäjänä. Katsaus. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 124(19):2171-7.
- Lindeman, M. (2011) Biases in intuitive reasoning and belief in complementary and alternative medicine. *Psychology and Health*, 26(3):371–382.
- Meriläinen P., Vaskilampi T., Vartiainen E., Koskela K, Viinamäki H., Mäntyranta T.1993 *Suomalaisen väestön virallisten ja epävirallisten hoitomuotojen rinnakkaiskäyttö vuosina 1982 ja 1992.* Teoksessa vaihtoehtolääkintä Suomessa 1982-1992, s. 79-93. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 3.
- NCCIH 2015. National Center for Complementary and Integrative Health Approaches. HIH, US. <https://nccih.nih.gov/>. Katsottu 1.11.2015.
- Nissen, N. et. al 2012. Citizens' needs and attitudes towards CAM. Final Report of CAMbrella Work Package 3. Available at https://phaidra.univie.ac.at/detail_object/o:264407. Katsottu 3.11.2015.
- Puustinen, R. 2015 Hoitoa liukuhihnatyönä – jos satut lääkärille ajan saamaan. *Potilaan Lääkärilehti* 27.10.2015. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/laakarin-aani/hoitoa-liukuhihnatyona-ndash-jos-satut-laakarille-ajan-saamaan/#.VjiE5Mvosbw>. Katsottu 3.11.2015.
- Salmenperä, L. 2005. *Complementary and alternative medicine: attitudes of cancer patients, nurses and physicians, the use of complementary and alternative medicine by cancer patients.* Väitöskirja. Turun yliopisto. Painosalama.Turku.
- Sointu, E. 2013. Complementary and alternative medicines, embodied subjectivity and experiences of healing. *Health* 17(5) 530–545.
- Stoneman, P., Sturgis P. & Allum N. 2013. Understanding support for complementary and alternative medicine in general populations: Use and perceived efficacy. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness & Medicine*, 17(5):512–529.

Svennevig, H. (2003) *Hyvän olon hoidot. Kosketukseen perustuvien hoitojen käyttö hyvinvoinnin ja itseymmärryksen lisäämisen välineenä*. Akateeminen väitöskirja. Acta Univesitatis Tampensis 949. Tampereen yliopisto.

Taloustutkimus 2008. *Kuluttajien näkemykset/kokemukset eri sairauksien hoitokeinoista*. LääketietokeskusOy/Suomen Lääkäriliitto/Suomen Apteekkariliito.

Terveys 2050. Neljä skenaariota ihmislähtöisestä terveydestä ja valinnan vapaudesta. Demos. Helsinki. Tekes. 2015. <http://www.demoshelsinki.fi/wp-content/uploads/2015/06/Terveys2050.pdf> Katsottu 5.10.2015.

Thomson, P., Jones, J., Browne, M. & Leslie, SJ. 2014. Psychosocial factors that predict why people use complementary and alternative medicine and continue with its use: A population based study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 20:302–310.

Upchurch, DM., Rainisch BW. 2015. The importance of wellness among users of complementary and alternative medicine: findings from the 2007 National Health Interview Survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 15:362. DOI 10.1186/s12906-015-0886-y

Wahlström, M., Sihvo, S., Haukkala, A., Kiviruusu, O., Pirkola, S. & Isometsä, E. 2008. Use of mental health services and complementary and alternative medicine in persons with common mental disorders. *Acta Psychiat Scand*, 118(1):73–80.

Salutogeeninen terveyden teoria ja tutkimus

Marja Leena Kukkurainen

marja.kukkurainen@phnet.fi

Aaron Antonovskya (1924–1994) voidaan pitää salutogeenisen, terveyslähtöisen teorian kehittäjänä. Hän etsi vastausta kysymykseen ”miksi tietyssä riskiryhmässä, tietyistä stressitekijöistä huolimatta toiset sairastuvat ja toiset eivät, ja mikä saa ihmisen säilymään kaikesta huolimatta terveenä?”. Salutogeeninen terveyden teoria perustuu kahteen keskeiseen käsitteeseen: koherenssikäsitys (sense of coherence -SOC) ja yleiset kestävyysvoimavarat (General Resistance Resources -GRRs). Antonovsky on kuvannut teoksissaan teorian rakenteen ja keskeisten käsitteiden väliset yhteydet terveyteen. (Antonovsky 1979, 1987.)

Lisäksi tärkeät käsitteet ovat stressi ja stressin hallinta. SOC on yhteydessä siihen, muodostuuko erilaisista jännitystilanteista stressi, pystyykö ihminen ehkäisemään sen, tai määrittelemään jopa tervetulleena haasteena, tunnistamaan käytössään olevat voimavarat ja ottamaan ne käyttöön. Ihmiselämälle on ominaista eläminen jatkuvasti erilaisten stressitekijöiden ja jännitteiden kanssa, ja siitä huolimatta jopa suurten stressitekijöiden kohtaamina jotkut selviävät ja jopa voivat hyvin. Ratkaisevaa on se, miten ihminen olemassa olevien voimavarojensa avulla yhä uudelleen ja uudelleen kohtaa elämän haasteet.

Koherenssikäsitys ja sen kehittyminen

SOC on yleinen elämänasenne, joka ilmaisee miten yleistynyt, kestävä ja silti dynaaminen luottamuksen tunne (feeling of confidence) ihmisellä on siitä, että (1) elämässä sekä sisäisestä että ulkoisesta ympäristöstä tulevat ärsykkeet ovat sellaisia, että ne ovat ymmärrettävissä, ne ovat ennustettavissa ja selitettävissä, että (2) ihmisellä on saatavilla voimavaroja kohdata tämän ärsykkeen edellyttämät vaatimukset ja että (3) nämä vaatimukset ovat haasteellisia, niihin kannattaa vastata ja sitoutua. Kohdatessaan haasteita vahvan koherenssintunteen omaava ihminen motivoituu kohtaamaan ne (merkityksellisyys). Hän uskoo, että haaste on ymmärrettävä (ymmärrettävyys) ja uskoo, että resurssit tähän kohtaamiseen ovat saatavilla (hallittavuus).

Antonovskyn mukaan SOC kehittyy lapsuuden ja varhaisaikuisuuden aikana jäaden kohtuullisen pysyväksi. Viimeaikaisissa tutkimuksissa sen on todettu kuitenkin olevan elämän aikana jatkuva prosessi, jopa ikääntyessä kehittyvän vahvemmaksi ihmisen seestyessä. Kun elämään liittyy johdonmukaisuuden kokemuksia, pystyy ihminen muodostamaan ymmärrystä siitä, mitä itselle on tapahtumassa. Vahvan SOC:n kehittyminen edellyttää myös sellaisia elämäkokemuksia, joissa kuormittuminen on tasapainossa, ihmisellä ei ole ylikuormittumista eikä toisaalta alikuormittumista. Näin ihmiselle muodostuvat käsitys ja keinot oman elämän hallintaan. Hallittavuus edellyttää myös mahdollisuutta osalla osallisena asioissa ja siten saada asioille merkitystä ja perusteluja toiminnalle.

SOC:n kehittymisessä keskeisessä asemassa ovat voimavarat, jotka voivat olla yleisiä kestävyysvoimavaroja (GRRs = General resistance resources) tai niiden puutteita (DRRDs = General resistance resource deficits). Tärkeimpiin psykososiaalisiin voimavaroihin kuuluvat aineelliset voimavarat, tieto ja älykyys, minäkuva/minäkäsitys, stressinhallintakeinot (rationaalinen, joustava, ennakoiva), sosiaalinen tuki ja ihmissuhteet, sitoutuminen (jatkuvuus, yhteenkuuluvuus, kontrolli), kulttuuri, uskonto, filosofia ja taide sekä ennaltaehkäisevä terveydenhoito. Lisäksi voimavaroihin kuuluvat geneettiset ja rakenteelliset voimavarat.

Yleistyneet kestävyysvoimavarat ovat kaikkia niitä tekijöitä, joita ihminen, ryhmä, kulttuuri tai yhteiskunta käyttää välttääkseen stressitekijöitä tai niitä kohdatessaan. Yleiset kestävyysvoimavarat toimivat laajasti erilaisissa jännitys- ja stressitilanteissa. Vahva SOC rakentuu näiden yleistyneiden, geneettisten ja rakenteellisten voimavarojen avulla ja niiden kautta. Vahva SOC auttaa myös ottamaan erilaisia voimavaroja käyttöön ja käsittelemään erilaisia stressitekijöitä. Yleisiin voimavaroihin kuuluu sairauksien ennaltaehkäisy, jonka kautta voimavarat jo ennalta ehkäisevät mahdollisen stressitekijän ilmaantumisen. Lisäksi ihmisellä on käytettävissään erityisiä

voimavaroja (SRRs = Specific resistance resources), jotka voivat olla elämän aikana hankittuja tai ulkopuolelta saatuja. Esimerkiksi terveydenhuolto-palvelut, jotka ihminen kulloinkin arvioi tarpeelliseksi ja toimiviksi jännityksen ja stressin käsittelyssä ovat ulkopuolelta saatuja voimavaroja.

Voimavarojen suhteen ei ole ensisijaista, minkä verran ja mitä on käytettävissä, vaan oleellista on kyky käyttää jatkuvasti niitä, joita on olemassa yhä uudelleen ja uudelleen. Vahva SOC auttaa ottamaan käyttöön voimavaroja, jotka voivat olla peräisin varhaisesta lapsuudesta asti ja arvioimaan, ovatko ne sopivia ratkaisemaan jännityksen. Vaikka varhaisesta lapsuudesta asti koetut elämäntapahtumat (johdonmukaisuus, kuormituksen tasapaino, osallisuus) luovat perustan vahvalle koherenssille, niin silti elämä tuo jatkuvasti eteen muutoksia, jotka puolestaan koettelevat SOC:a läpi elämän.

Erilaiset elämäntapahtumat, kuten yllättävät muutokset tai stressiä aiheuttavat elämäntilanteet voivat rikkoa johdonmukaisuutta, vaikuttaa SOC:iin ja olla yhteydessä sairastumiseen. Muutokset, joihin ei pysty ennalta valmistautumaan eikä vaikuttamaan, voivat aiheuttaa suurta kuormittumista. Suuret yllättävät muutokset, leskeys, lapsen kuolema tai työn menetys ovat ennakoimattomia. Muutos voi johtaa merkittävään SOC:n heikkenemiseen, mutta se voi rakentua hitaasti uudelleen ihmisen löytäessä merkityksen asialle ja tehdessään valintoja.

Salutogeenisen tutkimuksen näyttö ja soveltaminen

Koherenssin mittaamiseksi on käytössä useita mittareita, yleisimmin SOC-13 (13 osiota) ja SOC-29 (29 osiota) (7-portainen Likert asteikko). Kysymykset koskevat ymmärrettävyyttä, hallittavuutta ja merkityksellisyyttä. Korkeampi pistemäärä merkitsee vahvempaa SOC:a. Mittaria on käännetty 49 kielelle ja 45 maahan eri puolilla maailmaa ja käytetty erilaisissa kulttuureissa. Antonovskyn teoria on sovellettavissa yksilön, ryhmän ja yhteiskunnan tasolla. (Mittarista lisätietoa ja käyttöoikeus: http://www.salutogenesis.hv.se/eng/SOC_questionnaire.19.html)

Tutkimustulosten mukaan vahva SOC on yhteydessä hyvään toimintakykyyn, hyvinvointiin ja terveyteen, erityisesti henkiseen terveyteen. SOC suojaa ahdistukselta, depressiolta, burnoutilta ja toivottomuudelta ja on vahvasti ja positiivisesti yhteydessä terveyden voimavaroihin, kuten optimismiin, kestävyyskykyyn, hallintaan ja copingiin. SOC toimii puskurina stressiä vastaan läpi elämän; aina nuoruudesta, aikuisuuteen ja vanhuuteen ja vahvistuu iän myötä. Honkisen ym. (2009) mukaan jo kolmevuotiaan käyttäytymisongelmat ennustivat heikkoa SOC:a 18-vuotiaana. Heikko SOC oli yhteydessä psykologisiin ongelmiin ja käyttäytymisongelmiin murrosiässä. Eriksson ja Lindström viittaavat myös Mayer ja Bonessin tutkimukseen (2011) jonka mukaan vahva SOC on yhteydessä koulumenestymiseen, saavutuksiin, onnistumiseen, kykyyn kohdata konflikteja ja monikulttuurisiin taitoihin ja hyvinvointiin. SOC on yhteydessä työn psykososiaalisiin tekijöihin. Salutogeenista viitekehystä on käytetty organisaatiotutkimuksissa monissa yhteyksissä.

Palvelun tarjoajan asemassa tulee pohtia, mitä ihminen kulloinkin tarvitsee, mitä hänen itse kokemansa tarpeet ovat ja luoda mahdollisuuksia olemassa olevien voimavarojen tunnistamiseen. Olemassa olevien voimavarojen käyttöönotto edellyttää sitä, että ihminen tunnistaa omat voimavaransa, saa siihen tukea ja pystyy sen jälkeen ottamaan ne käyttöön ja tarvittaessa saamaan niitä myös ulkopuolelta. Tämä edellyttää keskustelua vaikeuksien ja ongelmien lisäksi siitä miten aikaisemmista ongelmista on selvitty, millaisia kokemuksia on syntynyt erilaisten haasteiden kohtaamisesta. Puheeksi ottaminen on yksi voimavaralähtöisen lähestymistavan menetelmä niin, että myös potilaan itse arvioidut voimavarat ovat tulleet keskusteluun mukaan. Meidän tulee luoda sellaisia rakenteita ja käytäntöjä, joissa ihmiset kokevat eri tilanteissa asiat ymmärrettäviksi, merkityksellisiksi ja hallittaviksi ja siten koherenssi käsitys voi säilyä vahvana (Eriksson & Lindström 2014).

A practical application of the salutogenic model is exemplified by the "salutogenic dialogue" that promotes health. Characteristics of such dialogue is, inter alia, an atmosphere of sincere willingness to understand each other, respect for the other's knowledge and experiences as different but of equal value, a strong ethical foundation where both are respectfully treated, and a context where both feel

empowered and strengthened. (Lindström & Eriksson 2010b, 46;). (Eriksson, M. & Lindström, B. 2014, 81.)

Marja Leena Kukkurainen on terveystieteen tohtori, jonka tutkimustyö kohdistuu terveyden voimavaroihin (sosiaalinen tuki ja koherenssikäsitys) sekä elämänlaatuun ja elämään tyytyväisyyteen. Lisäksi hän on tutkinut hoitohenkilökunnan työnhallintaa.

Kirjallisuus

Antonovsky, A. 1979. Health, Stress and Coping. Jossey-Bass Publishers. San Fransisco.

Antonovsky, A. 1987. Unraveling the Mystery of Health. Jossey-Bass Publishers. San Fransisco.

Antonovsky, A. 1996. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International; 11 (1), 11-19.

Center on Salutogenesis. The Resource Center on Salutogenesis at the University West.

<http://www.salutogenesis.hv.se/eng/Home.2.html>

Eriksson, M. 2007. Unravelling the Mystery of Salutogenesis: The Evidence Base of the Salutogenic Research as Measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale. Folkhälsan Research Centre.

Eriksson, M. & Lindström, B. 2008. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. Health Promotion International, Vol. 23 No. 2. doi:10.1093/heapro/dan014

Eriksson, M. & Lindström, B. 2014. The salutogenic framework for well-being: implications for public policy. In Hämäläinen T. J. & Michaelson, J.(Eds.) Well-being and Beyond. Broadening the Public and Policy Discourse, 68-97. Sitra Publication series (Sitra 306). Edward Elgar Publishing Limited.

Hämäläinen, T. J. 2014. In search of coherence: sketching a theory of sustainable well-being. In Hämäläinen T. J. & Michaelson, J.(Eds.) Well-being and Beyond. Broadening the Public and Policy Discourse, 17-67. Sitra Publication series (Sitra 306). Edward Elgar Publishing Limited.

Lindström, B. & Eriksson, M. 2010a. The Hitchhiker's Guide to Salutogenesis: Salutogenic Pathways to Health Promotion. Folkhälsan Research Center Health Promotion Research Report.

Lindström, B. & Eriksson, M. 2010b. Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen. Teoksessa A.-M. Pietilä (toim.) Terveysten edistäminen: Teoriasta toimintaan. Porvoo. WSOY.

Lindström, B. Reducing social inequalities in health beyond tired rhetoric? Saatavana <https://www.youtube.com/watch?v=j9qvXroAi38> .Julkaistu 10.9.2013 (n. 42 min.)

Onko olemassa vaihtoehtoja tai täydentävää lääketiedettä?

Pekka Louhiala

pekka.louhiala@helsinki.fi

”Virallisen lääketieteen” tai ”koululääketieteen” ulkopuolisista hoidoista on käytetty monenlaisia nimityksiä. Osa näistä hoidoista tekee selvän pesäeron viralliseen lääketieteeseen. Joskus eroa pyritään tarkoituksella hämärtämään: maallikon voi olla vaikea ymmärtää, että ”kiinalaisen lääketieteen asiantuntija” ei useimmiten ole lääkäri vaan maallikko, jonka ”asiantuntijuus” perustuu tuntemattomaan määrään asian harrastamista.

Nimitykset kertovat sekä nimitettävästä että nimittäjästä. ”Vaihtoehtolääkintä” kuulostaa siltä kuin se olisi aidosti vaihtoehto jollekin. Jotkut ilmoittavat harjoittavansa ”täydentävää lääketiedettä”, mikä kuulostaa siltä, että hallussa on tavanomaisen lääketieteellisen tiedon lisäksi jotakin tärkeää ja tehokasta. ”Uskomuslääkintä” taas on toisella tavoin leimaava: kuka nimittäisi itseään sen edustajaksi?

”Virallisen lääketieteen” käsitettä ei ole helpompi määritellä, koska ”virallisuudesta” ei usein ole yksimielisyyttä. ”Koululääketiede” asettaa rajan yksinkertaisesti siihen, mitä lääkäriskoulussa opetetaan. Ja tähän tunnetusti vaihtelee ajan ja paikan muuttuessa. ”Näyttöön perustuva lääketiede” pyrkii tekemään pesäeroa sellaisiin hoitoihin, jotka eivät perustu luotettavaan tieteelliseen arvioon. Monista nykyisin yleisessä käytössä olevista hoitomuodoista kun ei kuitenkaan ole vahvimman luokan näyttöä.

Onko siis lääketieteelle olemassa aitoja vaihtoehtoja? Riippuu siitä mitä vaihtoehdolla tarkoitetaan. Poliittisena ja sosiologisena ilmiönä vaihtoehtohoidot ovat toki olemassa. Tieteellisessä mielessä lääketieteelle ei ole aitoja vaihtoehtoja. Hoidolla pitää olla ainakin teoriassa mahdollisuus toimia. Jos jonkin hoitomuodon toimivuutta ei edes periaatteessa voi tutkia tieteellisesti, on se rajattu lääketieteen ulkopuolelle.

Moniarvoisessa yhteiskunnassa (aikuisen ja täysivaltaisen) potilaan pitää halutessaan voida valita mitä tahansa hoitoja, vaikkapa ”vaihtoehtohoidoja”. ”Vaihtoehtolääketiedettä” ei kuitenkaan ole olemassa. On vain yksi lääketiede, ja hoidon toimivuus testataan käytännössä.

***Pekka Louhiala** on lääketieteen tohtori (Helsingin Yliopisto) ja filosofian tohtori (Univeristy of Wales, Swansea) sekä lastentautien erikoislääkäri. Hän työskentelee yliopistonlehtorina Helsingin yliopistossa. Hänen tutkimusteemojaan ovat käsitteelliset kysymykset lääketieteessä, esimerkiksi plasebo, näyttöön perustuva lääketiede (EBM) ja täydentävät ja vaihtoehtoiset hoidot CAM).*

Kirjallisuus

Louhiala P. Onko lääketieteelle vaihtoehtoja? Yliopisto 2007;10:60-61.

Täydentävien hoitojen monimuotoiset maailmankuvat ja tiedon paradigmat – taustaoletusten yhteisiä piirteitä

Kaija Helin

helin.kaija@kolumbus.fi

Täydentävät ja vaihtoehtoiset hoidot (CAM-treatments) ovat pluralistisia terveyden hoitamisen ja sairauksien parantamisen epävirallisia käytäntöjä (non-conventional medicine), joiden juuret ja taustafilosofiat ovat erilaisissa kulttuureissa ja historiallisissa aikakausissa. CAM:iin luetuilla hoitomuodoilla ei kokonaisuudessaan voitane sanoa olevan yhteistä, T. Kuhnin (1962) mukaista, autonomista paradigmaa.

Joidenkin hoitojen tai tekniikkojen kohdalla on niiden kuvausta ja teoreettista selitysmallia pyritty modernisoimaan paremmin biolääketieteen viitekehykseen sopivaksi. Osalla on eksplisiittisesti määriteltyjä paradigmaattisia taustaoletuksia, vakiintunut käsitteistö ja näistä ohjautuvat menettelytavat (esim. antroposofinen- ayurvedinen- ja perinteinen kiinalainen lääketiede), mutta suurella osalla ovat paradigmaattiset piirteet enemmän tai vähemmän implisiittisiä ja niistä ohjautuvat käytännöt hajanaisia tai vailla institutionaalista ohjausta.

Pluralistisista taustoista ja semanttisista erilaisuuksista huolimatta voidaan useimpien CAM-hoitojen tausta-ajattelusta kiteyttää yhteneviä ihmiskäsitystä, terveys-, sairaus- ja paranemiskäsitystä koskevia ontologisia perusoletuksia (basic beliefs), esimerkiksi:

1. Kokonaisvaltaisuus (holistisuus)
2. Päämäärään suuntautuneisuus, (teleologisuus, intentionaalisuus)
3. Kokemuksellisuus.

Yllä mainittujen perusoletusten viitekehyksessä CAM-hoidot näyttäytyvät biolääketieteen naturalistisen paradigman kanssa yhteismitattomina tai sitä haastavina ilmiöinä.

Valtavirtalääketieteen ja CAM-hoitojen kentät eivät kuitenkaan välttämättä ole yhteen sovittamattomia, jos niitä tarkastellaan suhteessa toisiinsa komplementaarisesti, eli toisiaan täydentävinä vastakohtina. Molemmat ovat muodostuneet historiallisen ja yhteiskunnallisen kehityksen tuloksena ja ovat dynaamisessa vuorovaikutuksessa keskenään.

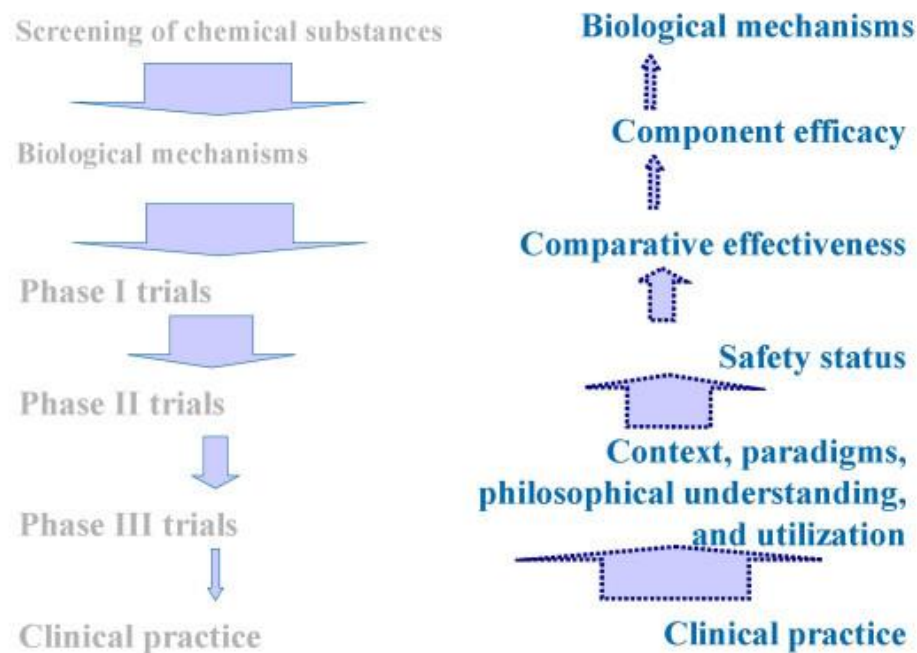
Asettamalla biolääketieteen ja CAM-hoitojen taustafilosofiset piirteet historialliseen vuoropuheluun muodostuu tulkintakehys, jonka puitteissa on mahdollista tarkastella näiden erilaisten selityserustojen dialektiikkaa ja jonka kautta CAM-hoitojen käytäntöjä ohjailevia merkityksenantoja voidaan avata.

CAM:in paradigmaattinen potentiaali piilee sen mahdollisuudessa avata tutkimukselle lääketieteen ja terveystieteiden ontologista ja epistemologista ulottuvuutta uudesta näkökulmasta. Tässä mielessä edellä mainittujen perusoletusten yhteinen piirre näyttäisi olevan, että ne täydentävät ja laajentavat biolääketieteen naturalistista paradigmaa kaventuneesta ja osiinsa palautettavasta todellisuuden tulkinnasta kohti kokonaisvaltaisempaa asiakas- ja terveyslähtöistä lähestymistapaa.

Erilaisten CAM-hoitojen tausta-ajattelun sisällöt ovat usein vaikeaselkoisia tai haasteellisia artikuloita. Sen vuoksi niiden tutkimuksellinen tarkastelu ja selkeyttäminen on tarpeellista. CAM:in paradigmaattisten piirteiden tutkimus Suomessa puuttuu, vaikka yllä mainitut käsitteet eivät ainoastaan luonnehdi CAM-hoitojen tausta-ajattelua, vaan ovat laajemminkin terveydenhuoltoa koskevan yhteiskunnallisen keskustelun kohteena.

CAM:in hoitokäytäntöjä ohjailevan tausta-ajattelun ymmärtämisessä ja tutkimuksessa tarjoaa esim. Tromssan yliopiston NAFKAM tutkimuskeskuksen ehdottama tutkimusstrategia uudenlaisen kehyksen, jossa huomioidaan lähtökohtaisesti jo olemassa olevien CAM-hoitojen käytännöt ja paradigmaattiset erityispiirteet.

Norjan NAFKAM Tutkimusstrategia <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/7>



Research strategies in drug trials and CAM (proposed). Phases that contrast the proposed phased research strategy in CAM (dark arrows) with that conventionally used in drug trials (light arrows). Fønnebø *et al. BMC Medical Research Methodology* 2007 7:7 doi:10.1186/1471-2288-7-7

Kaija Helin on terveystieteen tohtori. Hän tekee Åbo Akademin kasvatustieteen ja hyvinvointialojen laitoksen hoitotieteen yksikön tutkijaverkostossa postdoc tutkimusta. Hänen asiantuntemusalueitaan ovat hoitotieteen tieteenteoria, hoito- ja lääketieteen aatehistoria sekä kuvataiteen käyttö ja merkitys sairaanhoidon kontekstissa. Hän on perehtynyt myös useisiin täydentäviin hoitomuotoihin ja niiden taustafilosofioihin.

Kirjallisuus

Aarva, P. 2015 Parantavat energiat. Myyttistä ja tutkittua tietoa täydentävistä hoidoista. Tallinna. Basam Books.

Eklöf, M. 2010. *Läkare och läkekonster*. Carlsson Bokförlag, Stockholm.

Eppenich, H. 2003. Homeopatian tieteellisyys. Lähestymistapoja homeopatian filosofisen perustan luomiseksi. Teoksessa Genneper, T., Wegener, A. (toim.). *Homeopatian oppikirja. Perusteet ja käytäntö*. Suom. Hildén, M. AudeSapere Kirjat s 351-364.

Feyerabend, P. 2010. *Against Method*. 4th ed., New York, NY: Verso Books, 2010.

Gebhardt, K-H. 2015. Die Homöopathie als wissenschaftstheoretische Herausforderung im 21. Jahrhundert. *AHZ, Allgemeine Homöopathische Zeitung* 2. 13-19.

Glöckler, M., Girke, M., Matthes, H. Anthroposophische Medizin und ihr integratives Paradigma. Teoksessa Uhlenhoff, R. (Hg). 2011. *Anthroposophie in Geschichte und Gegenwart*. BWV- Berliner Wissenschafts-Verlag, 515-615.

Helin, K . Täydentävien hoitomuotojen moniulotteinen kenttä. Kuvaus kahdeksasta yleisimmin käytetystä hoitomuodosta Suomessa. *Raportti 1. 2009. STM:n vaihtoehtohoitojen lainsäädännön tarvetta selvittävälle työryhmälle.* www.lkl.fi/

Hytönen, E. 1997. *Lohikäärmeen lääketiede. Kiinalaisen lääketieteen perusteet.* Epigram Oy. Helsinki.

[Jonas WB](#), [Eisenberg D](#), [Hufford D](#), [Crawford C](#). 2013. The evolution of complementary and alternative medicine (CAM) in the USA over the last 20 years. *Forschende Komplementärmedizin* 20 (1):65-72.

Karjalainen, K.2005. *Moderni ja postmoderni terveydenhuollossa.* Suomen lääketieteen filosofian seura PPT. Internetlähde 15.5.2014.
http://laaketieteenfilosofia.yhdistysavain.fi/@Search/Select?E*Q=moderni+ja+postmoderni

Kathan, B. 2002. *Das elend des ärztlichen kunst. Eine andere geschichte der medizin.* Kadmos kulturverlag, Berlin. ISBN 3-931659-34-8.

Kiene, H. (Hrsg.)1994. *Komplementärmedizin - Schulmedizin: der Wissenschaftsstreit am Ende des 20. Jahrhunderts.* Schattauer Verlagsgesellschaft GmbH, Stuttgart.

Kuhn, T. S. 1962/1996. *The structure of Scientific revolutions.* Third edition. The university of Chicago Press, Chicago,London.

Lyotard. J.-F. 1985. *Tieto postmodernissa yhteiskunnassa. Vastapaino. Tampere.*

NAFKAM, Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin.
www.biomedcentral.com/1471-2288/7/7

Walach, H. 2009. Homeopathic Pathogenetic Trials Produce Specific Symptoms Different from Placebo. *Forschende Komplementärmedizin* 2009;16:105–110.

Näkökulmia ”vaihtoehtohoitojen” kiistanalaisuuteen

Esimerkkinä hoitotieteen konfliktit paastosta ja terapeuttisesta kosketuksesta 1990-luvulla

Pia Vuolanto

Pia.Vuolanto@staff.uta.fi

Johdanto

Esitykseni analysoi miten eri sosiaalisista maailmoista tulevat toimijat ymmärsivät paaston ja terapeuttisen kosketuksen kiistoissa, jotka tapahtuivat Tampereen yliopiston hoitotieteen oppiaineessa vuonna 1996. Laajemman tutkimukseni tavoitteena on etsiä mahdollisia yhtymäkohtia ja ilmeisiä yhteensovittamattomuuksia eri sosiaalisten maailmojen – erityisesti lääketieteen, muiden tieteenalojen, integratiivisten näkökulmien ja terapioiden - välillä. Kartoitan myös eri toimijoiden käsityksiä terapioiden käytettävistä terminologiasta.

Tutkimuksessa käytetään tieteesosiologian lähestymistapoja, erityisesti sosiaalisten maailmojen tutkimusperinnettä. Keskityn esityksessäni siihen, kuinka eri toimijoilla omista maailmoistaan käsin oli hyvin erilaiset ymmärrykset paastosta, terapeuttisesta kosketuksesta ja terapioiden muutenkin ja väitän, että sosiaalisten maailmojen yhteensovittamattomuudet olivat perustavia kiistojen syntymiselle. Kiistojen päätoimijat tulivat hoitotieteestä, lääkärikunnasta, hoitotieteen opiskelijoiden, terapeuttien ja skeptikkojen parista.

Kiistat

Paastoa koskeva kiista sai alkunsa Helena Frankberg-Lakkalan väitöskirjasta keväällä 1996. Väitöskirja hyväksyttiin monien vaiheiden kautta hoitotieteen väitöskirjaksi, mutta vastaväittäjät Katie Eriksson ja erityisesti Mikael Fogelholm, joka ilmaisi asiasta mielipiteensä Suomen Lääkärilehdessä vielä väitöstilaisuuden jälkeenkin, suhtautuivat väitöskirjan tieteelliseen pätevyysvarauksellisesti. Skepsis-yhdistys kyseenalaisti väitöskirjan tieteellisen merkittävyyden ja katsoi sen heikon tason vaikuttavan myös hoitotieteen uskottavuuteen.

Esityksessä käydään läpi paastoväitöskirjaa koskevaa keskustelua ja niitä toimijoita, jotka ottivat kiistassa kantaa paastoon. Siinä etsitään vastausta kysymykseen, miksi eri toimijat kokivat tarpeelliseksi ilmaista kantansa kiistassa ja miten he omasta maailmastaan käsin ymmärsivät paaston ja erilaiset terapiat. Toinen kiista syntyi Anja Rautajoen kirjasta *Terapeuttinen kosketus*, jonka kustantaja Kirjayhtymälle Skepsis -yhdistys kohdensi vuoden 1996 Huuhaa-palkintonsa. Kirja perustui hoitotieteen pro gradu -tutkielmaan, joka oli hyväksytty Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella hyvin arvosanoin. Huuhaa-palkinnon jälkeen hoitotieteen laitosneuvosto kielsi tiettyihin kirjoihin ja teorioihin viittaamisen opinnäytetöissä. Opiskelijat olivat tästä kiellosta hämmästyneitä ja kyseenalaistivat sen. Analysoin esityksessäni osapuolia, jotka ottivat kiistassa kantaa ja miten he omasta maailmastaan käsin ymmärsivät terapeuttisen kosketuksen ja muutkin terapiat.

Lähestymistavat ja tutkimusmateriaali

Esitys nojautuu tieteen- ja teknologiantutkimuksen piirissä käytettyyn sosiaalisten maailmojen viitekehykseen. Tämä lähestymistapa kohdistaa huomion yhteiskunnallisiin toimijoihin, joilla on jotain sanottavaa tiedosta, tieteestä tai teknologiasta ja jotka ovat valmistautuneet ottamaan jollakin tavalla kantaa niihin. Näihin keskittyen tarkastelen toimijoita, jotka aktiivisesti muodostivat mielipiteitä kiistan kohteena olevista ilmiöistä, terapeuttisesta kosketuksesta tai paastosta. Esitykseni tavoitteena on löytää kaikki ne toimijat, joilla oli sanottavaa kohteesta, ei vain jakaa heitä kahteen leiriin, kuten usein tapahtuu käsiteltäessä terapioiden lääketieteen ja vaihtoehtolääketieteen välisenä kamppailuna tai rajankäyntinä.

Kummassakin kiistassa näkemyksiä esitettiin virallisissa dokumenteissa, sanomalehdissä, tieteellisissä lehdissä, aikakauslehdissä, yliopistollisissa lehdissä ja ainejärjestöjen tiedotteissa, paastoväitöskirjan tapauksessa myös televisiossa. Kiistojen analyysi tehtiin näiden tekstien avulla. Esityksessä puran auki kiistoja erityisesti sen kannalta, millaisia argumentteja käyttäen osapuolet

pyrkivät vakuuttamaan toiset osapuolet oman kantansa paremmuudesta, koska se auttaa näkemään toisaalta miten jotkut osapuolet käyttivät valtaa kiistassa ja miten toiset alistettiin ja pakotettiin myöntymään vahvemman osapuolen kantoihin. Kummallekin kiistalle oli tyypillistä, että potilaat olivat hiljaisia oletettuja toimijoita, jotka eivät käyttäneet ääntään. Heidän sosiaalisesta sosiaalisesta maailmastaan ja terapatottumuksistaan tehtiin kuitenkin oletuksia.

Pia Vuolanto on yhteiskuntatieteiden tohtori. Hän toimii tutkijana Tampereen yliopiston Tiedon, tieteen, teknologian ja innovaatioiden tutkimuskeskuksessa. Hänen asiantuntemusalueitaan ovat tieteellinen rajanvetotyö, tieteelliset kiistat sekä terveystieteiden, yhteiskuntatieteiden ja humanististen tieteenalojen tieteentutkimus. Hän on paneutunut myös Suomen tiedejärjestelmän rahoitukseen ja laadunarviointiin, tohtorikoulutukseen sekä naisten asemaan tieteessä.

Kirjallisuus

Brosnan, Caragh. 2015. 'Quackery' in the academy? Professional knowledge, autonomy and the debate over complementary medicine degrees. *Sociology*. doi: 10.1177/0038038514557912

Clarke, Adele & Montini, Theresa 1993. The many faces of RU486: Tales of situated knowledges and technological contestation. *Science, Technology & Human Values* 18 (1), 42-78.

Clarke, Adele E. & Star, Susan Leigh 2008. The social worlds framework: A theory/methods package. In Edward J. Hackett, Olga Amsterdamska, Michael Lynch & Judy Wajcman (eds.) *The handbook of science and technology studies*. Third edition. The MIT Press, Cambridge, Massachusetts, London, England, 113-137.

Danell, Jenny-Ann Brodin 2012. Representation and negotiation of complementary and alternative medicine: A Citation Context Analysis. *Science Communication*, 34(3), 299-333. doi:10.1177/1075547011413140

Danell, Jenny-Ann Brodin 2014. Reception of integrative and complementary medicine (ICM) in scientific journals: A citation and co-word analysis. *Scientometrics*, 98(2), 807-821. doi:10.1007/s11192-013-1082-9

Danell, Jenny-Ann Brodin & Danell, Rickard 2009. Publication activity in complementary and alternative medicine. *Scientometrics*, 80(2), 539-551. doi:10.1007/s11192-008-2078-8

Frankberg-Lakkala, Helena 1996. Terveyttä ja hyvää oloa paastolla. Tampere: Tampereen yliopisto.

Rautajoki, Anja 1996. Terapeuttinen kosketus. Helsinki: Kirjayhtymä.

Vuolanto, Pia 2013. Boundary-work and the vulnerability of academic status: the case of Finnish nursing science. Tampere: Tampereen yliopisto, Acta Universitatis Tamperensis 1867.

Vuolanto, Pia 2013. Väitöskirja Skepsiksen toiminnasta. *Skeptikko* 4, 30-31.

Vuolanto, Pia 2013. Humpuukia vai pätevää tiedettä? Rajanvetokiistat hyvän tieteen määrittelyssä. *Alusta! Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikön verkkolehti*, 19.11.2013.

Vuolanto, Pia 2014. Hoitotieteen kiistat paastosta ja terapeuttisesta kosketuksesta lähitarkastelussa. *Pro Terveys – Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat* 41 (1), 4-6.

Vuolanto, Pia 2014. Hyvän tieteen määrittely ja rajanvetokiistat. Teoksessa Reetta Muhonen & Hanna-Mari Puuska (toim.) *Tutkimuksen kansallinen tehtävä*. Tampere: Vastapaino, 259-270.

Vuolanto, Pia 2015. Boundary work and power in the controversy over therapeutic touch in Finnish nursing science. *Minerva*. doi: 10.1007/s11024-015-9284-3.

Vuolanto Pia, Vanhala Anni, Apponen Eevi 201). Monitieteisyyden ja moniammatillisuuden maastoissa – hoitotiede ja sosiaalityö kumppaneina. *Yhteiskuntapolitiikka* 80 (3), 292-298.

Kokemusvaikutukset, valinnat ja osallisuus

CAM -tutkimus Suomessa ja tutkimuksen haasteet

Minna Sorsa

minna.sorsa@gmail.com

Suomessa ei ole tehty kattavaa vaihtoehtoisten hoitomuotojen tieteellistä tutkimusta selvittävää katsausta. Tutkijaryhmämme teki kirjallisuushaun suomalaisista CAM -hoitomuodoista ja Suomessa toteutetusta tieteellisestä tutkimuksesta. Esittelen alustavia tuloksia.

Toteutimme haun kotimaisista Elektra, Arto ja Medic -tietokannoista kesällä 2015. Otimme mukaan niin suomen- kuin englanninkielisiä julkaisuja. Käytimme seuraavia hakusanoja: *CAM-terapia*, *Complementary medicine*, *Epäviralliset hoitomuodot / hoidot*, *Integratiivinen lääketiede*, *Kansanparannus*, *Luontaishoidot*, *Luontaislääkintä*, *Täydentävät hoitomuodot*, *Uskomushoidot*, *Vaihtoehtoiset hoidot ja Vaihtoehtohoidot*. Osumia tietokannoissa oli runsaasti ja jouduimme seulomaan laajan aineiston, sillä hakusanat nostivat paljon sellaisia tuloksia, mitkä eivät kuulu lainkaan tähän tutkimusalueeseen. Elektran reilusta 400 osumasta ei jäänyt yhtään tieteellistä tutkimusta haaviin. Arto -tietokannan vajaan sadasta kymmenisen sopi katsaukseen. Medic -tietokanta toi vajaa 8000 osunaa, joista aihepiiriltään sopivia oli 1300.

Lisäksi käytimme kansainvälisten Medline ja Scopus -tietokantojen -hakuja asiasanalla *complementary therapies* kohdennettuna Suomeen, jotka toivat tulokseksi 12 artikkelia. Päätimme sisällyttää Suomeen sijoittuvaa tieteellistä tutkimusta, jonka tutkimusaineisto ja tutkimusmenetelmät on kuvattu. Ulkopuolelle jäivät yleiskatsaukset ja erilaiset mielipidekirjoitukset.

Rajasimme tässä vaiheessa pois suomalaisia perinnehoidoja lukuun ottamatta yksittäiset hoitomuodot. Myös muita rajoituksia tehtiin, ruoan ja ravintolisien osalta, sekä terveisiin elämäntapoihin yleisesti liitettyjä kysymyksiä. Katsauksessa keskitytään erilaisiin terapiamuotoihin.

Tieteellisten tutkimusraporttien määrä tässä katsauksessa on 26, julkaisuista suomenkielisiä oli 12 ja englanninkielisiä 14. Näiden perusteella voidaan esittää vain alustavia tuloksia, sillä osa viitteistä on vielä tarkistamatta. Lisäksi määrittelemällä CAM eri tavoin nousisi mahdollisesti mukaan lisätutkimuksia. CAM:iin liittyviä julkaisuja löytyi paljon eri alojen ammatillisista julkaisuista. Aihe on herättänyt eri vuosikymmeninä runsaasti keskustelua. Suomessa on tehty kymmenkunta väitöskirjaa aihealueelta, mutta ne ovat myös tämän katsauksen ulkopuolella.

Tulokset

Tutkimusraportteja löytyi kuusi 1980-luvulta, neljä 1990-luvulta, kymmenen 2000-luvulta ja kuusi 2010-luvulta. Muista yliopistoista paitsi Tampereen ja Lapin yliopistoista löytyi tutkimuksia. Lisäksi osa tutkimuksista oli toteutettu muussa kuin yliopistoyhteydessä: kahdessa terveyskeskuksessa, Kaustisen kansanlääkintäkeskuksessa, Fimeassa (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus) ja Suomen lääkäriliitossa. Tieteenaloissa esiintyy Lääketiede (12), Terveystieteet (6), Yhteiskunta- ja käyttäytymistieteet (7) ja Uskontotiede (1).

Tutkimuksista yksitoista on aikuisväestöön liittyviä, kuusi kuvaa lasten kysymyksiä, kahdeksan eri ammattikuntia, ja lisäksi yksi työ on teoreettinen. Kvantitatiivisia tutkimuksia oli 19 ja kvalitatiivisia 7. Tutkimustuloksia on julkaistu kotimaassa Suomen lääkirlehdessä viisi, Duodecim-lehdessä neljä, Dosis -lehdessä yksi, Hippokrates -aikakauskirjassa yksi, ja lisäksi yksi on erillinen tutkimusraportti.

Sisällöistä lyhyesti

Suomalaisista perinnehoidoista on eniten tutkittu *jäsenkorjausta*, niin jäsenkorjaajien työtä kuin menetelmiä (Hernesniemi 1989a, Hernesniemi 1989b, Hänninen ym. 2004, Zaproudina ym. 2007). Lisäksi on tutkittu saamelaisia kansanparantajia (Räisänen ja Räisänen 1981), kuppauksia (Vaskilampi ja Hänninen 1981) ja erilaisia ravintoon ja kasveihin liittyviä kysymyksiä.

Epäviraalisia hoitomuotoja on tutkittu *saattohoidossa* (Hinkka ym. 2004, Hökkä ym. 2014). Hökkä ym. (2004) mukaan ei-farmakologisissa terapioissa on paljon tiedon aukkoja; ei tunneta musiikin, henkisen hoidon, hypnoosin, selviytymisen valmennuksen, kylmä- ja äänistimulaation mahdollisia hyötyjä (Hökkä ym. 2014, 1996). Hökkä ym. (2014) kaipaavat lisäevidenssiä ja ehdottavat laadullisia tutkimuksia tuomaan esiin potilaiden havaintoja ja kokemuksia.

Hinkan ym. (2004, 134) tutkimuksessa kokeneimmat *syöpälääkärit* suhtautuivat myönteisemmin asiakkaiden erilaisiin hoitovalintoihin. Tulokset osoittivat, että aktiivinen vuorovaikutus potilaan, perheen ja lääkärin välillä mahdollistaa suuremman potilaan ymmärryksen (Hinkka ym. 2004, 1359).

Wahlström ym. (2008) tutkivat *mielenterveyspotilaiden* CAM käyttöä ja totesivat, ettei CAM ole vaihtoehto mielenterveysthoidolle, vaan pikemmin mielenterveystyötä täydentävää apua. Usea tutkimusryhmä on tutkinut *lasten auttamista* vaihtoehtohoidoin. Siponen ym (2012, 1644) totesivat, että CAM -hoitomuotoja käytetään terveyden ylläpitämiseen ja parantamiseen sekä oireiden lievittämiseen. Niskala ym. (2009, 186) ja Siponen ym. (2013, 1644) totesivat, että terveydenhuollon henkilöstön tulisi ottaa huomioon täydentävät hoitomuodot keskustellessaan asiakkaan kanssa lääkityksestä. Korvenranta ym. (1996) toivat esiin, että lähes viidennes iho- ja allergiasairaalan lapsipotilaista oli käyttänyt tai kokeillut luonnonlääkkeitä. Huolestuttavaa oli, että yli puolet lapsipotilaiden vanhemmista ei kerro luonnonlääkkeiden käytöstä lääkärilleen.

Ammattiryhmien käsityksiä on tutkittu Salmenperän eri tutkimuksissa (1998, 2001, 2003). Lääkäriliitto on tehnyt säännöllisiä jäsenkyselyjä vaihtoehtohoidoista (Klaukka ym. 2008, Vertio ym 1995, Ilmanen ym. 2013). Klaukka ym. (2008, 2845) toteavat, ettei lääkärinkunnalla ole stereotyyppioita vaihtoehtoisista hoitomuodoista, vaan käsitykset vaihtelevat terapiakohtaisesti. Lääkäreiden asenteisiin vaikuttaa erityisesti se, onko hoitomuodolla ajateltavissa olevaa rationaalista vaikutustapaa (Klaukka ym., 1988, 2847). Katso myös Vertio H. tässä julkaisussa.

CAM-terapioiden käyttäjiä ovat tutkineet Meriläinen ym. (1986), Hämeen-Anttila ym. (2011) ja Salmenperä ym. (2002). Naal (2008, 95-96) kuvaa, kuinka syöpäpotilaat täydentävien hoitomuotojen käytön myötä ”ottavat oman arkielämänsä haltuun”. Heille on tärkeää vastuu omasta elämästä ja terveydestä. Näkökulma yksilöön toteutuu laajempaan kuin sairastavana ihmisenä: hänellä voi olla kotielämässä, työssä ja ihmissuhteissa vaikeuksia. Syöpäpotilaat kokevat väsymystä ja toivottomuutta ja CAM-terapiat tukevat ja luovat toivoa. (Naal 2008, 96.) Vastakohta asiakaslähtöiselle tutkimukselle on katsanto, jossa ulkoapäin pyritään ymmärtämään ihmistä. Kotimaisessa kirjoittelussa löytyy käsite ”uskomushoito” (magical belief). Aarnio & Lindeman (2004,72) hakevat ymmärrystä CAM-hoitomuotojen suosioon, he käyttävät käsitettä uskomushoito ja käyttävät selitysmallia, jonka mukaan käyttäjät ohjautuvat harhaan, sillä ”*maagiset uskomukset saavat maailman näyttämään organisoituneelta, ennustettavalta ja kontrolloitavalta*”. Katso myös Aarva P. tässä julkaisussa.

Tutkimuksen haasteita

1. Suomalaista CAM-hoitomuodoista toteutettua *tieteellistä tutkimusta on vähän* ja olemassa oleva *tutkimus on pääasiassa lääketieteen tietoperustaa soveltavaa*.
2. Suomalaista *tutkimusta olisi syytä uudistaa ottamalla huomioon kansainvälinen nykytutkimus ja sen tulokset*.
3. CAM-hoitomuotoihin liittyvä *käsitteistö on monimuotoinen, ja vaatii selkeyttämistä*. Salmenperä ym. (1998, 458) korostavat, että CAM-hoitomuotojen käsitteellinen epätarkkuus on tutkimustyössä ongelmallista, niin sisällöllisesti kuin laajuudessaan. Tarvitaan *käsitemäärittelyä, käsiteanalyysia ja tutkimuksen lähtökohtien avaamista ja tarkastelua*.
4. On tarvetta myös *perustutkimukselle* eli CAM hoitojen vaikutusmekanismien selvittämiseksi sekä *sosiaalisen ja kulttuurisen kontekstin* arvioimiselle osana CAM-hoitamisen prosessia. Nämä

lisäävät ymmärrystä eri hoitomuodoista ja siitä, mikä niissä on auttavaa. Ymmärrys voi tuoda lisätietoa potilassuhteesta, auttamisesta, itsehoidosta ja terveyden edistämisestä.

5. CAM-hoitomuotojen ihmiskäsitykset ja maailmankuvan kysymykset ovat laajat ja ne haastavat totuttuja terveystieteellisiä traditioita (katso Helin K. tässä julkaisussa), sillä tutkimuskohteen ja tutkimuskysymysten tulee määrittää, millaisia tutkimusotteita sovelletaan. Luonnontieteellisen tutkimustradition mukaiset käytännöt eivät ole riittäviä CAM-terapioiden tutkittaessa. *Monimutkaisen maailman tarkasteluun tarvitaan uusia linssejä ja katsomisen tapoja*. Omassa ajassammekin olemme sidoksissa vallitseviin käsityksiin totuudesta, ja se rajaa toimintaamme (Katso Vuolanto P. tässä julkaisussa).

6. Selkeä tutkimuksen kokonaisuus on suomalainen kansanlääkintä ja siitä juontuneet perinteet. Hänninen (2002) on esittänyt, että Suomessa tulisi selvittää omien perinteisten hoitomuotojemme tehokkuutta, sillä muut eivät oman maamme perinteitä tutki. WHO:n suositusten mukaan perinnehoitot ja uudenlaiset vaihtoehtohoidot tulisi integroida terveydenhuoltojärjestelmään. (WHO 2013).

7. Paikka yhteiskunnassa. Suomessa lainsäädäntö on olematonta. Tuula Vaskilampi (1986, 9) peräänkuulutti jo 30 vuotta sitten laillisuusaseman, yhteiskunnallisen funktion, vaihtoehtoisten hoitomuotojen instituutioiden ja alan taloudellisen aseman tutkimusta. Jonsson (2007, 2576) ehdottaa, että tieteellisen näytön kertyessä jotkin CAM-hoitomuodoista voivat siirtyä jopa osaksi terveydenhuoltojärjestelmää.

8. Tieteellisen tutkimuksen vähyys on ristiriitaista sen tosiasian kanssa, että kansalaiset käyttävät CAM-terapioiden runsaasti (katso Zimmermann P. ja Aarva P. tässä julkaisussa), *Osallisuus ja itsehoito ovat nousseet tärkeiksi teemoiksi sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisessä*. Siksi olisikin hyödyllistä ymmärtää CAM-hoitomuotoja aiempaa käytännöllisemmältä kannalta ja erityisesti asiakasnäkökulmasta. Asiakkaat ovat aktiivisia toimijoita. He valitsevat itse, miten hoitavat terveyttään. Tutkimuksen tulee ottaa asiakasnäkökulma nykyistä selkeämmin mukaan.

9. Kun CAM-hoitomuotoja on julkisessa keskustelussa ajoittain syytetty plasebo-vaikutuksen ja ”pelkän” hoivan tarjoamisesta tai siitä, että vaikutukset syntyvät ”vain” hyvän potilas-hoitajasuhteen vuoksi, on kysyttävä, eikö tärkeintä ole, että asiakas saa apua. Ehdotankin täydentävien hoitojen kokemusvaikutusten tutkimuksen käynnistämistä Suomessa. Se on innovatiivista, kansalaisia palvelevaa ja saattaa tarjota hyvinvointipalvelujen kehittämisessä jopa kansainvälisiä markkinoita. Se tuottaa terveydenhuoltojärjestelmän kipeästi tarvitsemää tietoa asiakkaan kannalta hyvästä ja vähemmän hyvästä sekä vaikuttavasta ja vähemmän vaikuttavasta hoitamisesta. Täydentävien hoitojen käyttäjän tunnustaminen vapaita valintoja tekeväksi persoonaksi terveydenhuoltojärjestelmässä saattaa lisätä hyvinvointia (vrt. Pirhonen ja Pietilä 2015).

Minna Sorsa on hoitotieteen tohtoriopiskelija Tampereen yliopistossa ja hän valmistui terveystieteiden maisteriksi vuonna 2002. Sen jälkeen hän on työskennellyt tutkimushankkeissa ja nykyisin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Lisäksi hän vaikuttaa päätöksentekijänä Ylöjärvellä ja Pirkanmaalla. Täydentävät hoitomuodot ovat henkilökohtainen tutkimusintressi.

Kirjallisuus

Aarnio, K., Lindeman, M. 2004. Magical food and health beliefs: a portrait of believers and functions of the beliefs. *Appetite*, 43, 65–74.

Hernesniemi, A. 1989a. Kansanparantajan ja lääkärin yhteistyökokeilu. *Suomen lääkärilehti*, 44, 8, 800-802.

Hernesniemi, A. 1989b. Jäsenkorjaajien käyttämät hoitomenetelmät Pohjanmaalla. *Duodecim*, 105, 758-763.

Hinkka, H., Kosunen, E., Lammi, U., Metsänoja, R., Kellokumpu-Lehtinen, P. 2004. Attitudes to terminal patients' unorthodox therapy: Finnish doctors' responses to a case scenario. *Supportive Care in Cancer*, 12(2), 132-136.

- Hämeen-Anttila, K., Niskala, U., Siponen, S., Ahonen, R. 2011. The use of complementary and alternative medicine products in preceding two days among Finnish parents - a population survey *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 11:107.
- Hänninen, O. 2002. Suomalainen kansanlääkintä eilen ja tänään. *Suomen lääkärilehti*, 57, 51-52, 5222-5226.
- Hänninen, O., Räsänen, V., Zaproudina, N., Leinonen, V. 2004. Tuki- ja liikuntaelinkipujen perinnehoito vanhan kirjallisuuden ja tämän päivän havaintojen valossa. *Hippokrates, Suomen Lääketieteen Historian Seuran Vuosikirja*, Yliopistopaino, Helsinki.
- Hökkä, M., Kaakinen, P., Pölkki, T. 2014. A systematic review: Non-pharmacological interventions in treating pain in patients with advanced cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 70(9), 1954-1969.
- Ilmanen, A., Myllykangas, M., Tuomainen, T-P., Vertio, H., Vuorenkoski, L. 2013. Lääkärien suhtautuminen vaihtoehtohoitoihin vuonna 2012. *Suomen lääkärilehti*, 68, 13-14, 1014-1018.
- Jonsson, P. 2007. Vaihtoehtoiset ja täydentävät hoitomuodot pohjoismaisessa lainsäädännössä. *Suomen lääkärilehti*, 62, 26, 2573-2577.
- Korvenranta, E., Juntunen-Backman, K., Mäntyranta, T. 1996. Luonnonlääkkeiden käyttö lasten allergioissa. *Suomen lääkärilehti*, 51, 4, 300.
- Klaukka, T., Kujala, S., Vertio, H. 1988. Lääkäri ja vaihtoehtoiset hoitomuodot. *Suomen lääkärilehti*, 43, 29, 2844-2847.
- Meriläinen, P., Vaskilampi, T., Sinkkonen, S. 1986. Kysely vaihtoehtoisten hoitomuotojen tutkimuksessa -esitutkimus vaihtoehtoisten hoitomuotojen käytöstä Kuopion ja Maaningan aikuisväestölle vuosina 1979 ja 1982. Teoksessa: *Vaihtoehtoisten hoitomuotojen tutkimuksen problematiikkaa* (Toim. Vaskilampi, T.). Jyväskylän yliopiston Yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia N:0 15, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä, 1986, sivut 118-142.
- Niskala, U., Ylinen, S., Pääkkilä, H., Hämeen-Anttila, K. 2009. Täydentävät ja vaihtoehtoiset hoitomuodot lasten itsehoitossa: vanhempien kokemuksia. *Dosis: farmaseuttinen aikakauskirja*, 25, 4, 186-196.
- Pirhonen, J., Pietilä, I. 2015. Patient, resident, or person: Recognition and the continuity of self in long-term care for older people. *Journal of Aging Studies*, 35, 95-103.
- Räsänen, L., Räsänen, S. 1981. Saamelaiset kansanparantajat. *Duodecim* 11, 703-708.
- Salmenperä, L., Suominen, T., Lauri, S. 1998. Oncology nurses' attitudes towards alternative medicine. *Psycho-Oncology*, 7(6), 453-459.
- Salmenperä, L., Suominen, T., Lauri, S., Puukka, P. 2001. Attitudes of patients with breast and prostate cancer toward complementary therapies in Finland. *Cancer Nursing*, 24(4), 328-334.
- Salmenperä, L. 2002. The use of complementary therapies among breast and prostate cancer patients in Finland. *European Journal of Cancer Care*, 11(1), 44-50
- Salmenperä, L., Suominen, T., Vertio, H. 2003. Physicians' attitudes towards the use of complementary therapies (CTs) by cancer patients in Finland. *European Journal of Cancer Care*, 12(4), 358-364.
- Siponen, S. M., Ahonen, R. S., Kettis, A., Hämeen-Anttila, K. P. 2012. Complementary or alternative? Patterns of complementary and alternative medicine (CAM) use among Finnish children. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 68(12), 1639-1645
- Siponen, S., Ahonen, R., Kiviniemi, V., & Hämeen-Anttila, K. 2013. Association between parental attitudes and self-medication of their children. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 35(1), 113-120.
- Vaskilampi, T., Hänninen, O. 1981. Kuppaus kivun ja säryn hoitona nyky-Suomessa. *Duodecim*, 15, 1174-83.
- Vaskilampi, T. 1986. Vaihtoehtoiset hoitomuodot tutkimuskohteena. Teoksessa: *Vaihtoehtoisten hoitomuotojen tutkimuksen problematiikkaa* (Toim. Vaskilampi, T.). Jyväskylän yliopiston Yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia N:0 15, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä, 1986, sivut 1-12.
- Vaskilampi, T., Pylkkänen, K.. 1991. Luonnollinen ja yliluonnollinen vaihtoehtolääketieteessä. *Duodecim*, 107, 1060-1068.
- Vertio, H., Klaukka, T., Kujala, S. 1995. Lääkärien suhtautuminen vaihtoehtohoitoihin. *Suomen lääkärilehti*, 50, 20-21, 2227.
- Wahlström, M., Sihvo, S., Haukkala, A., Kiviruusu, O., Pirkola, S., & Isometsä, E. 2008. Use of mental health services and complementary and alternative medicine in persons with common mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(1), 73-80.

WHO 2013. *WHO Traditional Medicine Strategy 2013-2024*. WHO, Geneva, 2013.

Zaproudina, N., Hänninen, O., Airaksinen, O. 2007. Effectiveness of Traditional Bone Setting in Chronic Neck Pain: Randomized Clinical Trial. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 30(6), 432-437.

Muistiinpanoja

Ravintolat yliopiston kampuksella

- ❶ Pääatalo, 2.kerros, ravintola Juvenes
- ❸ Pinni B -rakennus, 2.kerros, ravintola Minerva
- ❹ Linna-rakennus 1.kerros (Kalevantie), ravintola Campus

