

Tiivistelmä

Hakulinen-Viitanen Tuovi, Pelkonen Marjaana, Haapakorva Arja. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Helsinki 2005. 205 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, ISSN 1236-2115, 2005: 22)
ISBN 952-00-1840-9 (nid.), ISBN 952-00-1841-7 (PDF)

Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus teki valtakunnallisen neuvolatyön selvityksen kokonaistutkimuksena yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. Selvitystä edelsi äitiys- ja lastenneuvolatyön pilottiselvitys Itä-Suomen läänissä 2003. Selvityksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa neuvolatoiminnan nykytilasta, erityisesti toimintaedellytyksistä, työtavoista, moniammatillisesta yhteistyöstä sekä kehittämistarpeista. Aineisto kerättiin 2004 kyselylomakkeilla terveyskeskusten johtavilta viranhaltijoilta (n=211), neuvolatyössä toimivilta lääkäreiltä (n=429) ja terveydenhoitajilta (n=1 282) Lapin, Oulun, Länsi-Suomen ja Etelä-Suomen lääneissä. Määrällinen aineisto analysoitiin tilastollisesti ja laadullinen aineisto sisällönanalyysillä. Tuloksia on verrattu neuvolatyötä koskeviin suosituksiin. Tulokset esitetään koko maata koskevinä sekä osa lääni- ja terveyskeskuskohtaisesti.

Tulosten mukaan neuvolatoiminnan johtaminen ja henkilöstövoimavarat sekä toiminnan sisältö ja toimintatavat vaihtelivat eri puolilla maata. Niissä oli useita vahvuuksia, mutta myös paljon kehitettävää. Suurin osa terveyskeskuksista oli sopinut neuvolatyön vastuuttamisesta. Kuitenkaan kolmasosa ei ollut nimennyt neuvolatyön kokonaisuudesta vastaavaa viranhaltijaa eikä viidesosa käytännön toiminnasta vastaavaa. Lisäksi johtavan hoitajan tai johtavan ylihoitajan virka puuttui joka kolmannesta terveyskeskuksesta. Neuvolatoiminnan suunnittelussa otettiin melko hyvin huomioon valtakunnalliset terveystieteelliset linjaukset, mutta ei tilastotietoja lapsista ja lapsiperheistä. Vain puolet terveyskeskuksista vei neuvolatoiminnan suunnitelmat ja raportit luottamuselinten käsittelyyn. Neuvolatoiminnan laadun, kustannusten ja vaikuttavuuden arviointi oli vielä melko vähäistä. Valmiudet sähköisen tiedon käsittelyyn olivat lähes kaikissa terveyskeskuksissa.

Terveyskeskuksissa on varauduttu lapsiperheiden palvelujen verkostoimiseen ja moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen. Lapsiperheiden palveluja suunnitteleva ja seuraava yhteistyöryhmä oli joka toisessa terveyskeskuksessa. Lisäksi lapsia ja lapsiperheitä käsittelevä hyvinvointiohjelma oli laadittu tai suunnitteilla kahdessa kolmasosassa terveyskeskuksia. Hoitoketjujen käyttöönotto oli käynnistynyt lähes puolessa terveyskeskuksista. Lääkärin ja terveydenhoitajan hyvä yhteistyö antaa perustan neuvolatyölle, mutta ajanpuute vaikeutti keskinäistä neuvonpitoa. Yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa oli runsaasti läänikohtaisia eroja.

Neuvolatyön keskeinen pulma ovat niukat henkilöstövoimavarat suurimmassa osassa terveyskeskuksia. Terveydenhoitajien määrä oli suositeltujen mitoitusten

mukainen äitiys- ja lastenneuvolassa noin kahdessa viidesosassa terveyskeskuksia. Lääkäreitä oli suositusten mukaisesti äitiysneuvolassa joka kolmannessa ja lastenneuvolassa joka kymmenennessä terveyskeskuksessa. Valtaosassa terveyskeskuksia oli fysioterapeutin ja psykologin palvelut järjestetty terveyskeskuksen omana toimintana, puheterapeutin ja toimintaterapeutin palvelut joko omana toimintana tai ostopalveluna. Ravitsemusterapeutin palveluja ei ollut lainkaan järjestetty kolmasosassa ja perhetyöntekijän palveluja puolessa terveyskeskuksia.

Voimavarojen niukkuus näkyi neuvolatyön sisällössä ja työmenetelmissä. Äitiysneuvolassa tehtävät määräaikaistarkastukset toteutuivat suositusten mukaisesti paremmin kuin lastenneuvolassa. Leikki-ikäisten määräaikaistarkastukset toteutuivat melko hyvin etenkin lääkärin osalta, kun taas imeväisten tarkastukset kaikkein puutteellisimmin. Lääkärin osalta ne toteutuivat vajaassa puolessa ja terveydenhoitajan osalta vain kolmasosassa terveyskeskuksia. Lääkäreistä neljännes käytti syvennettyyn tarkastukseen aikaa suositellun puoli tuntia ja terveydenhoitajista kolmannes suositellun tunnin. Edellä olevien lukujen valossa on ilmeistä, että neuvola ei niukkojen voimavarojen vuoksi pysty riittävästi tunnistamaan erityistuen tarpeessa olevia lapsia ja perheitä ja järjestämään heille tarvittavaa tukea. Tämä olisi välttämätöntä terveyserojen vähentämiseksi ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi. Myös terveydenhoitajista ja lääkäreistä puolet arvioi, ettei heidän työaikansa riitä lisäkäynteihin eikä erityistukea tarvitsevien perheiden ohjaukseen.

Neuvolatoiminnan vahvuutena on, että lapsen ja vanhemman varhaisen vuoro-vaikutuksen tukeminen on vakiintunut pysyväksi käytännöksi suurimmassa osassa neuvoloita, ja lähes kaikki terveydenhoitajat ovat siihen koulutautuneita. Sen myönteisistä vaikutuksista äideille ja lapsille on tutkimusnäyttöä. Perhevalmennus on vakiintunut toimintamuoto ja sen sisällöt ovat monipuolistuneet. Muut vanhempainryhmät olivat melko harvinaisia. Lomakkeiden käyttö on yleistymässä perheiden tarpeiden arvioinnissa etenkin terveydenhoitajien työssä. Kotikäyntien määrä on edelleen vähentynyt. Noin kaksi kolmasosaa terveydenhoitajista teki kotikäynnin jokaisen vastasyntyneen perheeseen.

Neuvolassa työskentelevät lääkärit ja terveydenhoitajat olivat varsin motivoituneita kehittämään omaa ammattitaitoaan ja hankkimaan lisää koulutusta. Lääkärit ja terveydenhoitajat olivat tunnistaneeet runsaasti äitiys- ja lastenneuvolatyön kehittämistarpeita. Niistä keskeisiä olivat ehdotukset ehkäisevän työn näkyvyyden lisäämiseksi ja neuvolan toimintaedellytysten turvaamiseksi.

Kyseessä on ensimmäinen valtakunnallinen selvitys neuvolatyöstä. Se antaa runsaasti uutta tietoa neuvolatoiminnan tilasta ja kehittämistarpeista kuntien työntekijöille, päätöksentekijöille, läänihallituksille, valtionhallinnolle ja koulutusorganisaatioille. Neuvolajärjestelmän perusta on vielä kunnossa, mutta toiminnan sisällön saattaminen perheiden tarpeiden edellyttämälle ja työntekijöiden valmiuksien mahdollistamalle tasolle edellyttää kiireellisiä toimenpiteitä ensisijaisesti henkilöstövoimavarojen parantamiseksi. Lisäksi on tarpeen kehittää johtamista ja moniammatillista yhteistyötä sekä kehittää ja ottaa käyttöön vaikuttavia mene-

telmiä. Terveysthuollon kasvavien kustannusten hillitsemiseksi kuntien kannattaa panostaa lasten ja heidän perheidensä terveyttä ja hyvinvointia parantavaan moniammatilliseen työhön. Näin ne voisivat vähentää korjaavan toiminnan suuria menoja ja saada terveempiä kuntalaisia.

Avainsanat: ammattitaito, henkilöstö, johtaminen, kättilöt, lastenneuvolat, lääkärit, terveydenhoitajat, toimintakyky, työmenetelmät, yhteistyö, äitiysneuvolat

Sammandrag

Hakulinen-Viitanen Tuovi, Pelkonen Marjaana, Haapakorva Arja. Rådgivningsverksamhet för mödra- och barnavård i Finland. Helsingfors 2005. 205 s. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter ISSN 1236-2115, 2005: 22)
ISBN 952-00-1840-9 (inh.), ISBN 952-00-1841-7 (PDF)

Utvecklings- och forskningscentralen för rådgivningsarbetet för mödra- och barnavård (Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus) har gjort en riksomfattande utredning om rådgivningsverksamheten i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet. Utredningen föregicks av en pilotstudie om rådgivningsverksamheten för mödra- och barnavård i Östra Finlands län år 2003. Avsikten med utredningen var att beskriva nuläget inom rådgivningsverksamheten, speciellt verksamhetsförutsättningar, arbetsmetoder, multiprofessionellt samarbete samt utvecklingsbehov. Materialet till utredningen samlades genom att skicka en förfrågan till ledande tjänsteinnehavare på hälsovårdscentraler (n=211) samt till läkare (n=429) och hälsovårdare (n=1 282) som utför rådgivningsarbete i Lapplands, Uleåborgs, Västra Finlands och Södra Finlands län. Det kvantitativa materialet analyserades på basis av statistik och det kvalitativa materialet med hjälp av innehållsanalys. Resultaten har jämförts med de existerande rekommendationerna för rådgivningsverksamheten. Resultaten framställs i fråga om hela landet samt en del av dem enligt län och hälsovårdscentral.

Resultaten från utredningen visar att ledningen och personalresurserna samt verksamhetsinnehållet och metoderna varierade i olika delar av landet. Det finns många starka sidor i verksamheten men också mycket som borde utvecklas. De flesta hälsovårdscentraler hade kommit överens om vem skall ansvara för rådgivningsarbetet. En tredjedel hade dock inte utsett en tjänsteinnehavare som skulle ansvara för arbetet i dess helhet och en femtedel hade inte utsett någon som skulle svara för den praktiska verksamheten. Därtill saknade var tredje hälsovårdscentral en tjänst som ledande skötare eller ledande överskötare. De riksomfattande hälsopolitiska riktlinjerna beaktades ganska väl i planeringen av rådgivningsverksamheten men däremot inte statistiska uppgifter om barn och barnfamiljer. Endast hälften av hälsovårdscentralerna framlade planerna och rapporterna om rådgivningsverksamheten inför förtroendeorgan. Utvärdering av verksamhetens kvalitet, kostnader och effektivitet sker ganska sällan. Nästan samtliga hälsovårdscentraler har färdigheter att hantera elektronisk information.

Hälsovårdscentralerna har förberett sig på att bilda nätverk av tjänsterna till barnfamiljer och att utveckla det multiprofessionella samarbetet. En samarbetsgrupp som planerar och följer upp tjänsterna till barnfamiljer finns på varannan hälsovårdscentral. Därutöver har två tredjedelar av hälsovårdscentralerna utarbetat eller har under arbete ett välfärdsprogram som berör barn och barnfamiljer. Nästan hälften av hälsovårdscentralerna har infört vårdkedjor. Ett bra samarbete mellan läkare och hälsovårdare utgör grundvalen för arbetet, men tidsbristen försvårade

samrådet mellan dem. Det finns rikligt med olikheter i samarbetet med övriga yrkesgrupper mellan länen.

Ett centralt problem i rådgivningsverksamheten är de knappa personalresurserna i största delen av hälsovårdscentralerna. Antalet hälsovårdare på rådgivningsbyråerna för mödra- och barnavård svarar mot rekommendationerna i fråga om ungefär två femtedelar av hälsovårdscentralerna. Antalet läkare på rådgivningsbyrån för mödravård svarar mot rekommendationen på var tredje hälsovårdscentral och på rådgivningsbyrån för barnavård på var tionde hälsovårdscentral. Största delen av hälsovårdscentralerna hade anordnat fysioterapeut- och psykologtjänster som hälsovårdscentralens egen verksamhet och talterapeut- och ergoterapeutjänster antingen som egen verksamhet eller som köpt service. En tredjedel av hälsovårdscentralerna hade inte alls anordnat näringsterapeutjänster och hälften hade inte anordnat familjearbetartjänster.

De knappa resurserna avspeglades i både rådgivningsarbetets innehåll och arbetsmetoder. Rådgivningsbyråerna för mödravård klarade av de periodvisa kontrollerna enligt rekommendationerna bättre än rådgivningsbyråerna för barnavård. De periodvisa kontrollerna för barn i lekåldern kunde genomföras tämligen bra, i synnerhet i fråga om läkare, medan kontrollerna för spädbarn var bristfälligare. Läkarna kunde genomföra dessa på nästan hälften och hälsovårdarna endast på en tredjedel av hälsovårdscentralerna. Därtill använde man mindre tid för kontrollerna än det rekommenderas: en fjärdedel av läkarna använde en halv timme och en tredjedel av hälsovårdarna en timme såsom rekommenderas. I ljuset av dessa tal är det uppenbart att rådgivningsbyråerna inte har tillräckliga resurser för att kunna identifiera barn och familjer som är i behov av särskilt stöd och anordna behövt stöd för dem. Detta skulle vara nödvändigt för att minska hälsoskillnader och förebygga social utslagning. Även hälften av hälsovårdarna och läkarna tyckte att deras arbetstid inte räcker till ytterligare besök eller handledning av familjer i behov av särskilt stöd.

Ett positivt element i rådgivningsverksamheten är att stödet för en tidig växelverkan mellan barn och föräldrar har blivit en permanent praxis på största delen av rådgivningsbyråerna, och nästan alla hälsovårdare har fått utbildning för denna uppgift. Det finns positiva forskningsrön om dess inverkan på mödrar och barn. Familjeträning är en permanent verksamhetsform och dess innehåll har blivit mångsidigare. Andra föräldragrupper var tämligen sällsynta. Formulär används allt oftare vid bedömningen av familjernas behov, i synnerhet i hälsovårdarnas arbete. Antalet hembesök har fortfarande minskat. Ungefär två tredjedelar av hälsovårdarna gjorde ett hembesök hos alla familjer med ett nyfött barn.

De läkare och hälsovårdare som arbetar på rådgivningsbyråerna är rätt så motiverade att utveckla sin egen yrkeskunnighet och att skaffa utbildning. Läkare och hälsovårdare har identifierat rikligt med behov av att utveckla rådgivningsarbetet. De mest centrala av dessa är förslagen för att öka det förebyggande arbetets synlighet och för att trygga verksamhetsbetingelserna för arbetet.

Det är fråga om den första riksomfattande utredningen om rådgivningsverksamheten för mödra- och barnavård. Den ger rikligt med ny information om nuläget i verksamheten och om utvecklingsbehov till anställda inom kommuner, beslutsfattare, länsstyrelserna, statsförvaltningen och utbildningsorganisationerna. Underlaget för systemet är ännu i gott skick, men det behövs brådskande åtgärder, främst med tanke på att förbättra personalresurserna, för att utveckla verksamhetens innehåll till en sådan nivå som krävs av familjernas behov och möjliggörs av de anställdas färdigheter. Därtill är det behövligt att förbättra ledarskapet och det multiprofessionella samarbetet samt att utveckla och införa effektiva metoder. Kommunerna borde också satsa på sådant multiprofessionellt samarbete som förbättrar barnens och familjernas välbefinnande för att få bukt på de ökande hälsovårdskostnaderna. På detta sätt kunde de minska kostnaderna för den 'kurativa' verksamheten och medverka till att kommuninvånarnas hälsa förbättras.

Nyckelord: arbetsmetoder, barnmorskor, hälsovårdare, kompetens, ledarskap, läkare, personal, rådgivningsbyråer för mödra/barnavård, samarbete, yrkeskunighet

Summary

Hakulinen-Viitanen Tuovi, Pelkonen Marjaana, Haapakorva Arja. Maternity and child health care in Finland. Helsinki 2005. 205pp. (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health ISSN 1236-2115, 2005: 22)
ISBN 952-00-1840-9 (print), ISBN 952-00-1841-7 (PDF)

The Development and Research Centre for Maternity and Child Health Care has carried out a nationwide comprehensive survey of municipal maternity and child health care together with the Ministry of Social Affairs and Health. The survey was preceded by a related pilot survey in the Province of Eastern Finland in 2003. The purpose of the survey was to provide information about the present state of MCH care, in particular as regards its operational prerequisites, methods and development needs, and multiprofessional co-operation. The material for the study was compiled in 2004 by questionnaires addressed to leading office-holders of the municipal health centres (n=211), and physicians (n=429) and public health nurses (n=1,282) working in MCH care in the Provinces of Lapland, Oulu, Western Finland and Southern Finland. The quantitative material was analysed statistically and the qualitative material by content analysis. The outcomes have been compared to the existing recommendations for MCH care. The results are presented for the entire country, and partly by province and health centre.

According to the results of the study the management and human resources of MCH care as well as the content and methods of the work varied in various parts of the country. There were many strengths, but also a great deal to develop. Most health centres had agreed on which persons are responsible for this work. One third of the health centres however had not appointed an officeholder responsible for the entirety of MCH care, and one fifth had not appointed a person responsible for the practical activities. Furthermore, every third health centre lacked a post of director of nursing. The national health policy guidelines were taken into account fairly well in the planning of activities but statistical data on children and families with children were not. Only 50 per cent of the health centres submitted the plans and reports concerning MCH care for the consideration of elected bodies. Assessment of the quality, costs and effectiveness of MCH care still occurred fairly rarely. There were facilities for the handling of electronic data in almost all health centres.

The health centres are prepared for networking of services for families with children and for developing their multiprofessional co-operation. There was a co-operation group planning and monitoring the services for families in every second health centre. In addition, a welfare programme dealing with children and families had been prepared or was being planned in two-thirds of the health centres. The introduction of care chains had started in almost half of the health centres. A good co-operation between physicians and public health nurses provides the basis for MCH care, but lack of time hampered mutual consultation. There

were a great deal of differences in the co-operation with other groups of professionals between the provinces.

A major problem in MCH care in most health centres was the limited personnel resources. The number of public health nurses working in MCH care corresponded to the recommendation in about two-fifths of the health centres. The number of physicians corresponded to the recommended number for maternity clinics at every third health centre and to the recommended number for child health clinics at every tenth health centre. The majority of the health centres provided physiotherapist's and psychologist's services as their own services and speech therapist's and occupational therapist's services as either their own services or services they purchase from other service providers. Nutritionist's services were not available in one third and family worker's services in half of the health centres.

The scantiness of resources was reflected in both the content and methods of the work. The recommended periodic examinations to be made at maternity clinics were realised better than those at child health clinics. The periodic health examinations of toddlers to be made by physicians were realised fairly well, whereas more defects were found regarding the examinations of infant babies: physicians managed to carry out them in less than half of the health centres and public health nurses in only one third of the health centres. Furthermore, less time than is recommended was spent on the examinations: one quarter of the physicians spent the recommended 30 minutes and one third of the public health nurses the recommended one hour. It is obvious in the light of these figures that maternity and child health clinics are not able to identify adequately the children and families in need of special support and to provide necessary support for them. That would be necessary in order to reduce differences in health and to prevent social exclusion. Also, 50 per cent of the public health nurses and physicians estimated that they have not enough time for additional visits and for giving guidance to families in need of special support.

One strength of MCH care is that giving support for early interaction between children and parents is now a permanent praxis at most maternity and child health clinics, and almost all public health nurses are trained for this task. There is evidence-based data on its impact on mothers and children. Family training is a permanent form of work and its contents have been diversified. Other parents' groups are still fairly rare. Use of specific forms is becoming more common in assessing families' needs, in particular in public health nurses' work. The number of home visits has continued to drop. About two-thirds of the public health nurses made a home visit to the family of every newborn baby.

The physicians and public health nurses working at a maternity/child health clinic are motivated to develop their professional skills and to take part in further training. Physicians and public health nurses identified a lot of needs to improve MCH care. The most important of them are the proposals for increasing the visibility of preventive work and for securing the operational prerequisites.

It is question of the first national study of MCH care. It gives a great deal of new information about the state of MCH care and development needs for municipal employees, decisionmakers, State Provincial Offices, state administration and educational organisations. The fundamental structures of the MCH system are in place, but developing the content of the work so as to meet the families' needs and to correspond to the level enabled by staff skills requires urgent measures, primarily for improving the human resources. It is also necessary to develop management and multiprofessional co-operation, as well as to develop and introduce effective methods. In order to curb the increase in health care expenditure the local authorities should place more emphasis on multiprofessional co-operation improving the health and wellbeing of children and their families. Thus they could reduce the high expenditure on remedial actions and improve the health of municipal inhabitants.

Key words: child health clinics, co-operation, management, maternity clinics, methods, midwives, personnel, physicians, professional skills, public health nurses, resources

Esipuhe

Tämä julkaisu on ensimmäinen kattava selvitys äitiys- ja lastenneuvolatyön toimintaedellytyksistä ja toimintatavoista Suomessa. Selvitys kuvaa neuvoloidemme tilaa vuonna 2004, jolloin uusi lastenneuvolaopas ilmestyi. Selvityksen tulokset osoittavat, että neuvolatoiminnassa on suuria eroja läänien ja kuntien välillä. Tällöin lapsiperheet eivät ole tasa-arvoisessa asemassa palvelujen saajina. Vaarana on, että kunnat ja neuvolat eivät pysty täyttämään niille annettua terveyttä edistävää ja ehkäisevää tehtävää, eivätkä näin ollen antamaan panostaan terveysterojen kaventamisessa ja syrjäytymiskehityksen katkaisemisessa.

Kuntien talous on tiukalla. Juuri siksi on tarpeen tarkastella lapsiperheiden palvelujen kokonaisuutta ja mahdollisuuksia vähentää lapsiperheistä aiheutuvia korjaavan toiminnan menoja ehkäisevää toimintaa tehostamalla. Neuvolatoiminta on jo nykyisellään erittäin edullista vaikka toimittaisiin uuden lastenneuvolaoppaan suositusten mukaisesti. Tämä selvitys osoittaa kiistatta, että neuvolatoiminnan johtamista, toiminnan sisältöjä ja lapsiperheiden palvelujen verkostointia ja moniammatillista yhteistyötä on mahdollista tehostaa. Tärkein haaste on ottaa lapsiperheiden asiat huomioon kunnallisessa päätöksenteossa.

Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus on tehnyt merkittävän työn tuottaessaan tietoja neuvolatoiminnan nykytilasta. Selvitys täydentää palveluja koskevaa tiedon vajausta. Myös jatkossa tarvitaan säännöllistä seurantatietoa ehkäisevistä palveluista. Tällaisen järjestelmän suunnitteleminen on käynnistetty.

Sosiaali- ja terveysministeriö on tukenut neuvolatyötä lastenneuvolaoppaan lisäksi myös muilla toimilla. Vuoden 2006 alussa voimaan tulevat kansanterveyslain muutokset vahvistavat valtakunnallista ohjausta. Neuvolatoiminta mainitaan nyt ensimmäistä kertaa itse lakitekstissä. Neuvolatyön suunnittelua auttaa, kun kuntien on seurattava asukkaiden terveydentilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin. Lisäksi kuntien on otettava terveystarkastukset huomioon kaikissa toiminnoissaan ja tehtävä yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa. Neuvoloiden näkökulmasta tärkeä uudistus on asetuksenantomahdollisuus terveysneuvonnan ja terveystarkastusten sisällöstä ja määrästä. Tämä mahdollistaa tarvittaessa ohjauksen tiukentamisen.

Ministeriö toivoo, että kuntapäätäjät ja neuvolatoiminnasta vastaavat viranhaltijat hyödyntävät tämän selvityksen tuloksia suunnitelmallisesti ja pitkäjänteisesti. Selvitys tarjoaa myös neuvoloiden työntekijöille tarpeellista tietoa neuvolatyöstä ja sen toimintaedellytyksistä ja näin mahdollisuuden verrata oman terveyskeskuksen tietoja muiden terveyskeskusten vastaaviin tietoihin.

Helsingissä 25.11.2005

Osastopäällikkö
Sosiaali- ja terveysministeriö

Kimmo Leppo

Sisältö

Tiivistelmä	3
Sammandrag	7
Summary	11
Esipuhe	15
Sisältö	17
1 Tausta ja tarkoitus	21
2 Aineistot ja menetelmät	25
2.1 Taustatietoa lääneistä	25
2.2 Tiedonantajat.....	26
2.3 Aineiston keruu.....	29
2.4 Aineiston analysointi.....	30
3 Äitiys- ja lastenneuvolatyön nykytilanne ja kehittämistarpeet	32
3.1 Neuvolatyön johtaminen	32
3.1.1 <i>Neuvolatoiminnasta vastaavien viranhaltijoiden nimeäminen</i>	32
3.1.2 <i>Neuvolatoiminnan suunnittelu ja raportointi</i>	33
3.1.3 <i>Neuvolatoiminnan laadun ja kustannusten arviointi</i>	40
3.2 Neuvolatyön henkilöstövoimavarat	41
3.2.1 <i>Lääkäreiden ja terveydenhoitajien toimenkuva</i>	41
3.2.2 <i>Äitiysneuvolatoiminnan henkilöstövoimavarat</i>	43
3.2.3 <i>Lastenneuvolatoiminnan henkilöstövoimavarat</i>	45
3.2.4 <i>Äitiys- ja lastenneurolapalvelut kesäaikana</i>	47
3.2.5 <i>Erytistyöntekijöiden palvelujen järjestäminen terveyskeskuksissa</i>	47
3.2.6 <i>Arviot neuvolahenkilöstön määrän riittävydestä ja toiminta henkilöstön saatavuuden turvaamiseksi</i>	49
3.3 Määräaikaistarkastukset äitiys- ja lastenneuvolatyössä.....	51
3.3.1 <i>Kunnassa sovitut määräaikaistarkastukset äitiysneuvolassa</i>	51
3.3.2 <i>Kunnassa sovitut määräaikaistarkastukset lastenneuvolassa</i>	53
3.3.3 <i>Kasvun ja kehityksen syvennetty seuranta</i>	55
3.3.4 <i>Muutokset määräaikaistarkastusten määrissä ja sisällöissä</i>	59
3.4 Neuvolatyössä käytettävät työmuodot ja -menetelmät	60
3.4.1 <i>Lääkäriin ja terveydenhoitajan työmuodot ja -menetelmät</i>	60
3.4.2 <i>Lomakkeiden käyttö asiakkaiden tarpeiden arvioinnissa</i>	63
3.4.3 <i>Ryhmätoiminta</i>	64

3.4.4 Kotikäynnit.....	69
3.5 Palvelujen verkostoiminen ja moniammatillinen yhteistyö.....	73
3.5.1 Kuntien lapsiperhepalvelujen koordinointi ja yhteistyön tiivistäminen.....	73
3.5.2 Lääkäreiden ja terveydenhoitajien yhteistyö neuvolatyön ytimenä.....	74
3.5.3 Terveydenhoitajan ja lääkärin yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa.....	76
3.5.4 Moniammatillisessa yhteistyössä käytetyt työmuodot.....	79
3.5.5 Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttavat tekijät ja toiminta niiden poistamiseksi.....	83
3.6 Ammattitaidon ylläpito ja kehittäminen.....	85
3.6.1 Henkilöstön ammattitaidon kehittämisessä käytetyt menetelmät.....	85
3.6.2 Täydennyskoulutuksen kehittäminen terveyskeskuksissa.....	88
3.6.3 Lääkäreiden ja terveydenhoitajien saama ja tarvitsema täydennyskoulutus.....	89
3.6.4 Yhteistyö oppilaitosten kanssa.....	92
3.6.5 Neuvolatoimintaan liittyvän tiedon seuraaminen ja hyödyntäminen.....	92
3.6.6 Terveydenhoitajan ja lääkärin työhön saatu tuki ja tuen tarve.....	94
3.6.7 Tutkimus- ja kehittämistoimintaan osallistuminen.....	96
3.7 Äitiys- ja lastenneuvolatyön kehittäminen.....	97
3.7.1 Kehittämistarpeet neuvolalääkärin työssä.....	97
3.7.2 Kehittämistarpeet terveydenhoitajan työssä.....	99
3.7.3 Neuvolatyön kehittämistarpeet johtavien viranhaltijoiden arvioimana.....	102
4 Pohdinta.....	106
4.1 Tulosten tarkastelu.....	106
4.1.1 Äitiys- ja lastenneuvolatyön johtaminen.....	106
4.1.2 Äitiys- ja lastenneuvolatyön henkilöstövoimavarat ja niiden turvaaminen.....	108
4.1.3 Lääkäreiden ja terveydenhoitajien tekemien määräaikaistarkastusten toteutuminen.....	111
4.1.4 Eryistukea tarvitsevat perheet ja varhainen puuttuminen.....	113
4.1.5 Lääkäreiden ja terveydenhoitajien käyttämät työmenetelmät.....	114
4.1.6 Palvelujen verkostoiminen ja moniammatillinen yhteistyö.....	116
4.1.7 Ammattitaidon ylläpito ja kehittäminen äitiys- ja lastenneuvolatyössä.....	118
4.1.8 Vastaajien arviot neuvolatyön kehittämishaasteista.....	120
4.2 Selvityksen luotettavuus ja eettisyys.....	121
5 Päätelmät ja suositukset neuvolatoiminnan kehittämiseksi.....	124
Lähteet.....	129

Liitteet.....135

Liite 1 Kirjoittajien yhteystiedot

Liite 2. Saatekirje ja kyselylomake vastaaville viranhaltijoille

Liite 3. Saatekirje ja kyselylomake lääkäreille

Liite 4. Saatekirje ja kyselylomake terveydenhoitajille

Liitetaulukot.....178

Liitetaulukko 1a-1d. Äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaat ja henkilöstövoimavarat terveyskeskuksittain Lapin, Oulun ja Länsi-Suomen ja Etelä-Suomen läänissä.

Liitetaulukko 2a-2d. Hyvinvointiohjelmat, sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen ja lääkäreiden väestövastuuvirkaehtosopimukset terveyskeskuksittain Lapin, Oulun, Länsi-Suomen ja Etelä-Suomen läänissä.

Liitetaulukko 3a-3d. Määräaikaistarkastukset äitiys- ja lastenneuvolassa terveyskeskuksittain Lapin, Oulun, Länsi-Suomen ja Etelä-Suomen läänissä.

1 Tausta ja tarkoitus

Neuvolatoiminta on keskeinen osa ehkäisevää kansanterveystyötä. Äitiysneuvola käyttää vuosittain noin 56 000 odottavaa naista ja lisäksi heidän puolisonsa. Lastenneuvola palvelee noin 278 000 perhettä, joilla on 0-6-vuotiaita lapsia. Lapsia näissä perheissä oli vuoden 2003 alussa noin 400 000 ja vanhempia arviolta 520 000. Yksinhuoltajaperheitä oli 40 000. (Suomen tilastokeskus 2005.) Äitiys- ja lastenneuvolat edustavat universaalialia palvelua, joka saavuttaa lähes kaikki lasta odottavat ja alle kouluikäisen lapsen perheet. Vanhemmilta saatujen palautteiden mukaan neuvolassa on helppo asioida. Vanhemmat ovat myös yleensä tyytyväisiä saamiinsa neuvolapalveluihin (Suomen Kuntaliitto 2005). Neuvolapalvelut ovat käyttäjille ilmaisia ja kunnille varsin edullisia.

Viimeisten vuosikymmenten aikana suomalaisten lasten terveyden kehitys on ollut kansainvälisesti vertailtuna hyvä. Osa lapsista on terveempiä kuin koskaan. Lasten terveyttä vaarantavat kuitenkin uudet uhat. Niistä keskeisiä ovat psykososiaaliset oireet, turvattomuus, ylipaino, oppimisvaikeudet sekä vanhempien mielenterveys-, päihde- ja väkivaltaongelmat, jotka heijastuvat lapsiin. Noin 10-30 % lapsista tarvitsee tutkimusten mukaan erityistukea. Lasten lisääntynyt oireilu näkyy perusterveydenhuollon puolella etenkin neuvolassa, jossa syrjäytymiskehitystä ennakoivat riskit on mahdollista havaita. Imeväisten terveydessä ei ole juurikaan eroja. Vanhempien elintavat vaikuttavat kuitenkin lapsiin ja synnyttävät varsinaisia ja potentiaalisia terveyseroja leikki-ikäisten lasten keskuuteen. (STM 2004a.)

Neuvolajärjestelmä on perusrakenteeltaan edelleen varsin toimiva. Muutokset vanhempien elinoloissa ja pienten lasten terveydessä sekä muutokset neuvolatoiminnassa ja sen ohjauksessa ovat lisänneet tarvetta kiinnittää huomiota neuvolatoiminnan kehittämiseen. Normiohjauksen väheneminen ja kuntien itsemääräämisen lisääntyminen 1990-luvun alussa, siirtyminen sektorimallista väestövastuuseen ja henkilöstöressurssien vähentyminen neuvolatyöstä ovat vähentäneet neuvoloiden mahdollisuuksia vastata perheiden tarpeisiin yksilöllisellä ja perhelähtöisellä tavalla. Neuvolatyöhön tämä on heijastunut kiristyneenä työtahtina ja työntekijöiden uupumisena sekä ajanpuutteena puuttua riittävän ajoissa havaittuihin perheiden pulmiin.

Äitiysneuvolaa koskevia ohjeita on annettu viimeksi vuonna 1999 (Viisainen ym. 1999). Lastenneuvolatoiminnan kehittämiseksi kunnissa sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi uuden oppaan vuonna 2004 (STM 2004a). Opas tarjoaa kunnille suuntaviivat lastenneuvolatoiminnan kehittämiseksi osana kunnan peruspalveluja. Se sisältää linjaukset neuvolatoiminnan toimintaedellytysten kuten henkilöstövoimavarojen ja johtamisen sekä sisällön ja menetelmien kehittämiseksi. Tätä opasta edeltävät ohjeet lastenneuvolatoimintaa varten ovat olleet voimassa vuodesta 1990 (Lääkintöhallitus 1990).

Lapsen ja perheen pulmien ehkäiseminen ja hoitaminen edellyttävät perheen kokonaistilanteen huomioimista, moniammatillista yhteistyötä ja hoitopoluista so-

pimista. Lastenneuvolaoppaassa ehdotetaan perhepalveluverkoston muodostamista ja yhteistyön sisällyttämistä osaksi kunnan lapsipoliittista ohjelmaa. Lapsiperheille suunnattujen palveluiden ohjausta ja seurantaan tehostamaan suositellaan perustettavaksi laaja-alainen suunnittelu- ja seurantaryhmä, jonka tehtävänä on raportoida lapsiperheiden tarpeista ja palvelujen tilanteesta poliittisille päättäjille. (STM 2004a).

Neuvolatoiminnan tukirangan muodostavat edelleen määräaikaiseuranta, erilaiset seulonnat ja niihin liittyvä perheiden neuvonta ja tukeminen. Välineiksi perheen ja vanhemmuuden tukemiseen sekä lasten hyvinvoinnin edistämiseen oppaassa suositellaan perhe- ja voimavaralähtöistä työtettä, laajaa vertaistukitoimintaa sekä huomion kiinnittämistä parisuhteen vaalimiseen. Näiden työtapojen lisäksi neuvolassa on kehitettävä valmiuksia lapsen ja perheen erityistilanteita varten. Tämä edellyttää varhaisen puuttumisen ja tukemisen tehostamista esimerkiksi lisäkäyntien, kotikäyntien, perhetyöntekijän työpanoksen sekä moniammatillisista hoitopoluista sopimisen avulla. (STM 2004a.)

Lapsiperheiden palvelujen kehittämiseen kiinnitetään huomiota myös eräissä muissa sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemissa ohjelmissa. Terveys 2015 – kansanterveysohjelmassa esitetään, että eri tahojen yhteistyötä on tarpeen kehittää perheiden tukemiseksi ja lasten terveyden ja hyvinvoinnin parantamiseksi (STM 2001a). Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2004–2007 suositellaan lasten ja nuorten syrjäytymisen ja terveyserojen kasvun ehkäisemiseksi kotikäyntien kehittämistä, varhaisen puuttumisen käytäntöjen vakiinnuttamista, jatkohoitomahdollisuuksista huolehtimista sekä huomion kiinnittämistä riittävän ajoissa syrjäytymiseen johtaviin tekijöihin. Kuntien tulee huolehtia myös riittävien henkilöstöresurssien turvaamisesta neuvoloihin vuoteen 2007 mennessä. (STM 2003b.)

Kansallinen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma vuosille 2004–2007 sisältää tavoitteita ja toimenpide-ehdotuksia lasta odottavien ja synnyttävien sekä lasta hoitavien ja kasvattavien perheiden palvelujen tehostamiseksi (STM 2003a). Tavoitteena on lisätä hoitotyön vaikuttavuutta terveydenhuollossa näyttöön perustuvaa toimintaa kehittämällä.

Kansallisen terveydenhuollon ja sosiaalihuollon hankkeiden yhteistyöhankkeessa nk. PERHE-hankkeessa, kehitetään perheiden palveluja ja pyritään parantamaan erityisesti peruspalvelujen kuten neuvolan, päivähoidon ja koulun rakenteita ja toimintamuotoja valtakunnallisessa, seudullisessa ja paikallisessa yhteistyössä eri hallinnonalojen ja muiden toimijoiden kanssa. (STM 2005.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005 -työryhmän loppuraportissa on todettu, että lasten terveyttä ja hyvinvointia sekä lapsille suunnattuja palveluja koskeva tietojen keruu on puutteellista. (STM 2003c). Nykyisin neuvolatoiminnasta valtakunnallisesti kerättävä tieto koostuu lähinnä käynti- ja asiakasmääristä sekä henkilöstön ja toimipisteiden määristä. Lisäksi kerätään tietoja imetyksestä ja rokotuksista valtakunnallisten otantatutkimusten avulla. Tilastotietoja on saa-

tavissa mm. Tilastokeskuksesta ja SotkaNet tietokannasta. Valtakunnallisia neuvolaa sivuavia selvityksiä on tehty vähän. Vuonna 1998 sosiaali- ja terveysministeriö selvitti seulontojen ja terveystarkastusten yleisyyttä terveyskeskuksissa (Marjamäki ym. 1998). Tieto ehkäisevien palvelujen tilanteesta on tarpeellista, sillä esimerkiksi hoitopääsyn kehittäminen on voinut edelleen vähentää ehkäisevän toiminnan voimavaroja kunnissa. Myös eduskunta on edellyttänyt ehkäisevien toimintojen ja niihin tarvittavien voimavarojen seuraamista terveyskeskuksissa.

Selvityksen tarkoituksena oli kuvata äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan nykytilannetta ja tulevaisuuden kehittämistarpeita Lapin, Oulun, Länsi-Suomen ja Etelä-Suomen lääneissä. Selvityksessä etsittiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaiset ovat äitiys- ja lastenneuvolatyön toimintaedellytykset johtamisen ja henkilöstövoimavarojen osalta?
2. Miten määräaikaistarkastukset toteutuvat äitiys- ja lastenneuvoloissa?
3. Millaisia työmenetelmiä neuvolatyössä käytetään?
4. Miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu neuvolatyössä?
5. Miten neuvolassa työskentelevät kehittävät ammattitaitoaan ja miten tätä kehitystä tuetaan?
6. Millaiset ovat äitiys- ja lastenneuvolatyön kehittämistarpeet?

Selvitys antaa tietoja siitä, minkälaiset mahdollisuudet neuvolatoiminnalla on sille asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen. Lastenneuvolan yleistavoitteeksi uudessa lastenneuvolaoppaassa on asetettu lasten fyysisen ja psyykkisen terveyden sekä perheiden hyvinvoinnin paraneminen varsinkin erityistä tukea tarvitsevilla perheillä. Tällöin perheiden väliset terveyserot kaventuvat. Tavoitteena on myös, että seuraavan sukupolven terveyden ja vanhemmuuden voimavarat ovat paremmat kuin nykyisen. (STM 2004a.)

Selvitys antaa ainakin viitteitä tekijöistä, joiden vaikutuksesta neuvolatoimintaan keskustellaan. Esimerkkejä tällaisista ovat lääkäreiden erilaiset virkaehtosopimukset sekä lääkäreiden ja terveydenhoitajien työnjako ja tehtäväalueiden sopiva lukumäärä. Monia tärkeitä asioita jää selvityksen ulkopuolelle.

Tavoitteena on, että selvityksen tulokset antavat tietoa neuvolatoiminnan nykytilasta terveyskeskusten johtaville viranhaltijoille ja työntekijöille sekä kuntien päättäjille. Selvitys antaa tietoja myös läänihallituksille, joiden tehtäviin kuuluu myös neuvolatoiminnan ohjaus ja valvonta. Läänikohtaiset tulokset tarjoavat arvokasta palautetta ja antavat viitteitä tulevan kehittämistyön pohjaksi. Koulutusorganisaatiot saavat tuloksista tietoa neuvolassa työskentelevän henkilöstön koulutustarpeista. Selvitys antaa tietoa myös neuvolatoiminnan valtakunnallista ohjausta varten ja palvelee näin neuvolatoiminnan edelleen kehittämistä. Selvityksen tulokset tarjoavat tietoa tilanteesta, jolloin uusi lastenneuvolaopas (STM 2004a) ilmestyi. Siihen asti neuvolatyötä on ohjannut vuonna 1990 julkaistu las-

tenneuvolaopas (ks. Lääkintöhallitus 1990). Selvityksen avulla voidaan seurata lastenneuvolaoppaan sisältämien suositusten toteutumista jatkossa.

Selvitys on osa vuonna 2002 toimintansa aloittaneen Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskuksen toimintaa. Keskuksen eräänä tehtävänä on koota, tiivistää ja arvioida lapsiperheitä ja neuvolatyötä koskevaa tietoa ja saattaa se toimijoiden ja päätöksentekijöiden käyttöön. Selvityksen tekijöiden yhteystiedot ovat liitteessä 1. Tutkimusapulaisina toimivat TtM Kati Komulainen ja HTM Riikka Pelkonen.

2 Aineistot ja menetelmät

2.1 Taustatietoa lääneistä

Tämän selvityksen aineisto on kerätty kokonaistutkimuksena vuonna 2004 Lapin, Oulun, Länsi-Suomen ja Etelä-Suomen lääneissä. Itä-Suomen läänistä tiedot kerättiin vuonna 2003 (Varjoranta ym. 2004).

Vuonna 2004 Suomessa oli 444 kuntaa, joista 428 oli Manner-Suomessa. Samana vuonna Suomessa oli 280 terveyskeskusta. Näistä kansanterveystyön kuntayhtymien terveyskeskuksia vuonna 2003 oli 70. Nämä kuntayhtymät antoivat palveluja 217 kunnalle. (Kuntien sosiaali- ja terveystoimen hallinto vuonna 2004, Punnonen 2004.) Tämän selvityksen piiriin kuului 236 terveyskeskusta. Lisäksi Itä-Suomen läänissä tehdyn pilottiselvityksen piiriin kuului 40 terveyskeskusta. Selvitysten ulkopuolelle on jäänyt 25 terveyskeskusta. Yhteensä näissä kahdessa selvityksessä on saatu tietoja 251 terveyskeskuksen johtavalta viranhaltijalta tai vastaavalta. (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Selvitykseen osallistuneiden terveyskeskusten määrä lääneittäin sekä tietoja lääneistä

Lääni	Kuntia	Asukkaita	Terveyskeskuksia yhteensä	Osallistuneet terveyskeskukset	
	n	n	n	n	%
Lappi	22	187 777	20	18	90
Oulu	50	456 000	41	35	85
Länsi-Suomi	204	1 839 581	110	100	91
Etelä- Suomi	88	2 095 416	65	58	89
Itä-Suomi	67	585 160	40	40	100

Lapin läänistä tähän selvitykseen osallistui 90 % (n=18) läänin terveyskeskuksista (Liitetaulukot 1-3). Tiedot puuttuvat Inarin ja Utsjoen terveyskeskuksista.

Oulun läänistä selvitykseen osallistui 85 % (n=35) terveyskeskuksista (Liitetaulukot 1-3). Tiedot puuttuvat mm. Lumijoen, Puolangan, Tynävän, Ristijärven, Vuolijoen terveyskeskuksista.

Länsi-Suomen läänin terveyskeskuksista 91 % (n=100) osallistui selvitykseen ja kaikki kuntayhtymät ovat mukana (Liitetaulukot 1-3). Selvityksestä puuttuvat mm. Pirkkalan, Längelmäen, Lestijärven, Himangan, Houtskarın, Iniön, Konneveden, Ylöjärven ja Perhon terveyskeskuksen tiedot.

Tähän selvitykseen osallistui 89 % (n=58) Etelä-Suomen läänin terveyskeskuksista. Kaikki kuntayhtymät ovat mukana (Liitetaulukot 1-3). Tiedot puuttuvat mm. Inkoon, Lemin, Ylämaan, Padasjoen, Virolahden ja Heinolan terveyskes-

kusten johtavien viranhaltijoiden osalta. Heinolan terveystieteiden tiedot eivät ehtineet mukaan tähän selvitykseen, mutta ne liitetään erillisenä julkaistavaan Etelä-Suomen läänin raporttiin.

Itä-Suomen läänistä osallistuivat kaikki terveystieteiden (N=40) (Varjoranta ym. 2004).

2.2 Tiedonantajat

Tämän selvityksen perusjoukko muodostuu Lapin, Oulun, Länsi-Suomen ja Etelä-Suomen läänien terveystieteiden äitiys- ja lastenneuvoloissa toimivista terveydenhoitajista (N=2 078), lääkäreistä (N=1 403) ja kuntien tai kansanterveystyön kuntayhtymien terveystieteiden työkentelevistä johtavista viranhaltijoista (N=236). Arviot äitiys- ja lastenneuvoloissa työkentelevien terveydenhoitajien ja lääkäreiden lukumääristä saatiin ennen aineiston keruuta läänien terveydenhuollon tarkastajilta. Kyselyn jälkeen luvut tarkistettiin siten, että luvut koottiin johtavien viranhaltijoiden omissa vastauksissaan ilmoittamista luvuista. Mikäli lukuja ei ollut ilmoitettu, arvioitiin puuttuvat henkilöstömäärät suhteessa asiakasmääriin. Selvityksen ulkopuolelle jääneiden terveystieteiden (n=25) osalta terveydenhoitajien ja lääkäreiden lukumäärä arvioitiin suhteessa asiakasmääriin. Näin saadut luvut olivat hyvin lähellä alkuperäisiä arvioituja lukuja.

Itä-Suomen läänissä vuonna 2003 tehdyssä pilottiselvityksessä saatiin tiedot 40 johtavalta viranhaltijalta (vastausprosentti 100), 125 terveydenhoitajalta (64 %) ja 49 lääkäriltä (29 %). (Varjoranta ym. 2004.)

Jatkossa viitattaessa tämän valtakunnallisen selvityksen tuloksiin käytetään ilmaisua 'yhteensä'. Itä-Suomen läänin tiedot mainitaan aina erikseen. Joidenkin tietojen osalta on laskettu yhteen molempien selvitysten tulokset. Silloin käytetään ilmaisua 'yhteensä koko maa'.

Kyselyyn vastasi 211 terveystieteiden johtavaa viranhaltijaa (N=236). Vastausprosentti oli 89. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Valtakunnalliseen neuvolaselvitykseen osallistuneet tiedonantajat lääneittäin (%)

Tiedonantaja	Lappi N %		Oulu N %		Länsi-Suomi N %		Etelä-Suomi N %		Yhteensä perus- joukko N	Yhteensä osallistuneet n %		Itä-Suomi N %	
Johtavat viranhaltijat	20	90	41	85	110	91	65	89	236	211	89	40	100
Neuvola-lääkärit	52	27	141	30	579	30	631	31	1 403	429	31	168	29
Terveydenhoitajat	94	68	224	56	859	58	901	65	2 078	1282	62	197	64

Selvityksen terveyskeskuksista (n=211) yhden kunnan terveyskeskuksia oli 71 % ja kuntayhtymien terveyskeskuksia 29 %. Sosiaali- ja terveystoimi oli yhdistetty 61 %:ssa kuntia ja kuntayhtymiä. Puolet terveyskeskuksista (52 %) palveli alle 10 000 asukkaan ja neljäsosa alle 5 000 asukkaan väestöpohjaa. Kolmanneksessa terveyskeskuksia oli 10 000 – 30 000 asukkaan väestöpohja. Yli 30 000 asukkaan väestöpohja oli 17 %:ssa terveyskeskuksia, joista yli 50 000 asukkaan väestömäärä oli 7 %:ssa.

Kyselyyn vastasi 429 lääkäriä (N=1 403) ja vastausprosentiksi muodostui 31. (Taulukko 2). Lääkäreistä 76 % työskenteli yhden kunnan terveyskeskuksessa ja 34 % terveyskeskuksissa, jotka palvelivat yli 50 000 asukasta. Lääkäreiden väestövastuuvirkaehtosopimus oli voimassa 42 %:ssa terveyskeskuksia. Kolmannes terveyskeskuksista käytti ostopalvelulääkäreitä. Läänien välillä ei ollut eroja.

Kyselyyn vastasi 1 282 terveydenhoitajaa (N=2 078) ja vastausprosentti oli 62 (Taulukko 2). Vastausprosentteissa oli melko suuria läänikohtaisia eroja. Suhteellisesti eniten terveydenhoitajia osallistui kyselyyn Lapin läänistä ja vähiten Oulun läänistä. Kymmenen terveydenhoitajaa ei ilmoittanut terveyskeskuksensa nimeä, joten heidän tietonsa jäivät läänikohtaisen tarkastelun ulkopuolelle. Terveydenhoitajista 71 % työskenteli yhden kunnan terveyskeskuksessa ja 32 % terveyskeskuksissa, jotka palvelivat yli 50 000 asukasta.

Kyselyyn vastanneet lääkärit olivat yleisimmin 30-49-vuotiaita naisia ja heillä oli varsin pitkä työkokemus neuvolatyöstä. Yli puolelle vastanneista oli neuvolatyövuosia kertynyt kymmenen tai enemmän (Taulukko 3). Yleisin lääkärien tehtäväalueyhdistelmä oli vastaanottotyö yhdistettynä äitiys- ja lastenneuvolatyöhön sekä kouluterveydenhuoltoon. Pelkästään äitiysneuvolatyötä teki lääkäreistä 2 % ja pelkästään lastenneuvolatyötä 1.5 %.

TAULUKKO 3. Kyselyyn vastanneiden lääkäreiden (n=429) ja terveydenhoitajien (n=1 282) taustatiedot

Taustatieto	Lääkäri		Terveydenhoitaja	
	n	%	n	%
Ikä (vuotta)				
Alle 30	47	11	77	6
30-49	270	63	719	56
50 tai yli	112	26	484	38
Tieto puuttuu	-	-	2	0.2
Sukupuoli				
Nainen	335	78	1 271	99
Mies	94	22	6	0.5
Tieto puuttuu	-	-	5	0.4
Kokemus neuvolatyöstä (vuotta)				
Alle 2	64	15	111	9
2-4	46	11	142	11
5-9	78	18	224	18
10 tai yli	238	55.5	790	62
Tieto puuttuu	3	0.5		
Lääkäreiden koulutus				
Lääketieteen lisensiaatti	242	56		
Yleislääketieteen erikoislääkäri	159	37		
Muu erikoislääkäri	14	3		
Erityispätevyys	10	2		
Tieto puuttuu	4	1		
Terveydenhoitajien koulutus				
Terveydenhoitaja			1001	78
Kätilö-terveydenhoitaja			221	17
Kätilö			24	2
Tieto puuttuu			36	3

Itä-Suomen läänissä toimivista lääkäreistä valtaosa oli naisia ja yli 30-vuotiaita. Suurin osa oli tehnyt neuvolatyötä yli 5 vuotta. Yli kymmenen vuoden kokemus neuvolatyöstä oli puolella vastanneista. Lääkäreiden toimintamalli oli yleisimmin laaja-alainen, jolloin neuvolatyön lisäksi työnkuvaan kuului kaksi tai useampia muita tehtäväalueita. Tavallisin 'muu tehtäväalue' oli kouluterveydenhuolto. (Varjoranta ym. 2004.)

Suurin osa terveydenhoitajan tehtävissä toimivista oli koulutukseltaan terveydenhoitajia (Taulukko 3). Kätilö-terveydenhoitajia oli lähes viidennes ja kätilökoulutuksen saaneita oli 2 %. Kaksi kolmasosaa äitiys- ja lastenneuvolatyössä toimivista terveydenhoitajista oli tehnyt neuvolatyötä 10 vuotta tai enemmän. Läänikohtaisesti tarkasteltuna tilanne oli hyvin samansuuntainen. Yleisin terveydenhoitajien tehtäväalueyhdistelmä oli äitiys- ja lastenneuvolatyö yhdistettynä kouluterveydenhuoltoon, vastaanottotyöhön tai raskauden ehkäisyneuvontaan. Pel-

kästään äitiysneuvolatyötä teki terveydenhoitajista 5 % ja lastenneuvolatyötä 10 %.

Itä-Suomen läänissä äitiys- ja lastenneuvolatyössä toimivat terveydenhoitajat olivat kaikki naisia ja koulutukseltaan terveydenhoitajia. Kätilö-terveydenhoitajia oli vastanneista 19 %. Suurimmalla osalla terveydenhoitajista oli neuvolatyökemusta yli 10 vuotta ja yli puolet heistä oli iältään 30-49-vuotiaita. (Varjoranta ym. 2004.)

2.3 Aineiston keruu

Itä-Suomen läänissä vuonna 2003 tehtyä pilottitutkimusta varten laadittiin kaksi erilaista puolistrukturoitua kyselylomaketta: toinen neuvolatyön johtaville viranhaltijoille ja toinen neuvolatyötä tekeville lääkäreille ja terveydenhoitajille.

Tämän selvityksen aineisto on kerätty kolmella erilaisella strukturoidulla kyselylomakkeella. Lomakkeiden kehittämisessä otettiin huomioon pilottitutkimuksessa saadut kokemukset. Lääkäreiden ja terveydenhoitajien lomakkeissa osa kysymyksistä on samoja kuin johtavien viranhaltijoiden lomakkeessa. Kyseisten ammattikuntien edustajat täyttivät lomakkeen ja antoivat palautetta sen käyttökelpoisuudesta ja ymmärrettävyydestä. Johtavien viranhaltijoiden lomaketta kommentoi sen laatimisen loppuvaiheessa kolme eri puolilla Suomea vastaavassa tehtävässä toimivaa henkilöä.

Johtavilta viranhaltijoilta kerättiin tietoa neuvolatoiminnan suunnittelusta, henkilöstövoimavaroista, seurannasta ja arvioinnista sekä henkilöstön osaamisesta ja neuvolatoiminnan kehittämistarpeista. Kyselylomake sisälsi 50 kysymystä (Liite 2). Lääkäreille suunnattu lomake sisälsi 33 kysymystä (Liite 3) ja terveydenhoitajille tarkoitettu lomake 44 kysymystä (Liite 4). Lomakkeiden rakenne oli sama: kysymykset käsittelivät taustatietoja, äitiys- ja lastenneuvolatyön työmuotoja ja -menetelmiä, moniammatillista yhteistyötä, henkilöstön osaamista sekä äitiys- ja lastenneuvolatyön kehittämistä. Kehittämistä käsittelevistä kysymyksistä yksi oli avoin. Kaikissa lomakkeissa oli samoja johtamisen menetelmiä käsitteleviä kysymyksiä. Työmenetelmiin liittyvät kysymykset kohdennettiin kummallekin ammattiryhmälle.

Varsinainen aineistonkeruu tehtiin postikyselynä syksyn 2004 aikana. Kyselylomakkeet lähetettiin lääninhallituksiin, joista terveydenhuollon tarkastajat lähettivät lomakkeet edelleen terveystieteiden keskuksiin. Kyselylomakkeiden mukana oli saatekirje (liitteet 2-4). Johtavia viranhaltijoita pyydettiin jakamaan kyselylomakkeet edelleen kaikille terveystieteiden keskuksessa toimiville lääkäreille ja terveydenhoitajille. Anonymiteetin turvaamiseksi tiedonantajat palauttivat kyselylomakkeet mukana seuranneessa palautuskuoressa suoraan Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskukseen.

Johtavien viranhaltijoiden lomakkeista kolme neljännestä palautui syksyn 2004 aikana. Uusintakyselyt lähetettiin joulukuussa 2004. Tällöin saatiin vastaukset 57 terveyskeskuksesta. Osa uusintakyselyistä tehtiin puhelinhaastatteluna ja postikyselynä vielä tammikuun 2005 alussa. Kuntien asukaslukujen ja 0-6-vuotiaiden lasten lukumäärien saamiseksi on vastaustietojen puuttuessa käytetty tietoja Sotkanetin tietokannasta vuodelta 2004. Lääkäreille ja terveydenhoitajille ei tehty uusintakyselyä.

Johtavista viranhaltijoista muutama koki kyselylomakkeen täyttämisen työlääksi ja aikaa vieväksi. Vaikeinta oli tilastotietojen kokoaminen. Johtavilla viranhaltijoilla ei ollut aina kaikkia tarvittavia tietoja, vaan he hakivat tietoja useista eri lähteistä ja tarvittaessa eri alojen edustajilta. Alkuperäinen tarkoitus oli, että jokaisesta terveyskeskuksesta täytettäisiin yksi neuvolatyön johtavien viranhaltijoiden lomake ja että johtavat viranhaltijat tekisivät yhteistyötä lomakkeen täyttämässä.

Johtaville viranhaltijoille suunnattuun kyselylomakkeeseen vastasi useimmiten johtava lääkäri tai ylilääkäri yhteistyössä johtavan hoitajan tai ylihoitajan kanssa. Jos vastaamassa oli kolmas henkilö, se oli yleensä vastaava terveydenhoitaja tai osastonhoitaja. Lapin läänissä kyselyyn vastasivat muita läänejä useammin osastonhoitajat tai vastaavat terveydenhoitajat.

2.4 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin SPSS for Windows 12.0 -ohjelmalla. Aineistosta laskettiin suorat frekvenssi- ja prosenttijakaumat (Liitteet 2-4). Joissakin vastauksissa oli paljon puuttuvia tietoja, erityisesti lääkäreiden vastauksissa. Suorat jakaumat on yleensä laskettu koko aineistosta ja puuttuvien tietojen määrät esitetään taulukoissa.

Aineisto analysoitiin tekemällä läänikohtaisia ristiintaulukointeja. Tätä varten järjestysasteikollisia muuttujia luokiteltiin uudellen, esimerkiksi neliluokkaisia kaksiluokkaisiksi. Läänikohtaiset tulokset on raportoitu yleensä vain silloin, kun erot ovat olleet tilastollisesti merkitseviä khiin neliötestillä testattuna. Jos on menetelty toisin, on asia ilmoitettu taulukossa. Lisäksi tarkasteltiin, mitä yhteyttä johtavan hoitajan viran olemassaololla on neuvolatoimintaan. Muuttujamuunnoksia tehtiin yhteenlaskua edellyttävien muuttujien muodostamiseksi.

Avoimista kysymyksistä muodostunut laadullinen aineisto kirjoitettiin tekstinkäsittelyohjelmaan ja analysoitiin sisällönanalyysilla. Vastauksista tehtiin pelkistyksiä, ryhmiteltiin samansisältöiset ilmaisut kategorioiksi ja annettiin niille niiden sisältöä mahdollisimman hyvin kuvaava nimi. Samaa kuvaavat alakategoriat yhdistettiin yläkategorioiksi. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Tulokset esitetään valtakunnallisesti ja osa lääneittäin. Raportissa on jokaisesta läänistä kolme liitetaulukkoa (1-3), joissa esitetään terveyskeskuksittain tietoja

asiakkaiden määrästä, henkilöstövoimavaroista ja määräaikaistarkastusten määrästä. Lisäksi niissä esitetään tiedot kuntien hyvinvointiohjelmista, sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisestä ja lääkäreiden väestövastuuvirkaehtosopimuksista.

Tässä selvityksessä käytetään henkilöstövoimavarojen kuvaamiseksi ja kuntien välisen vertailun helpottamiseksi indeksiä, joka kuvaa asiakasmäärää yhtä laskennallista kokopäivätoimista työntekijää kohti. Vastaavia viranhaltijoita pyydettiin arvioimaan, paljonko heidän terveyskeskuksensa lääkärit ja terveydenhoitajat käyttivät työajastaan äitiys- ja lastenneuvolatyöhön. Tuntimäärät muutettiin indekseiksi vastaamaan yhden kokopäivätoimisesti työskentelevän henkilön työpanosta.

Terveydenhoitajien indeksin muodostaminen: Terveydenhoitajien työtunnit äitiys- ja lastenneuvolatyössä (molemmat erikseen) on muutettu vastaamaan yhden kokopäivätoimisesti työskentelevän terveydenhoitajan työpanosta viikossa jakamalla kaikkien neuvolatyössä toimivien terveydenhoitajien yhteistunnit 40 tunnilla. Kunnan syntyneiden lasten ja alle kouluikäisten lasten määrä on jaettu saadulla luvulla.

Esimerkki. Lahden terveyskeskuksen terveydenhoitajat työskentelevät lastenneuvoloissa yhteensä 600 tuntia viikossa. 600 tuntia jaetaan 40 tunnilla ja näin saadaan 15 kokopäivätoimisen terveydenhoitajan työpanos lastenneuvolatyöhön. Kunnassa on 6 850 alle kouluikäistä lasta. Tämä luku jaetaan 15 terveydenhoitajan työpanoksella, jolloin indeksiksi saadaan 457. Näin ollen kunnassa on laskennallisesti 457 lasta yhtä kokopäivätoimisesti lastenneuvolassa työskentelevää terveydenhoitajaa kohti.

Lääkäreiden indeksin muodostaminen: Lääkäreiden työtunnit äitiys- ja lastenneuvolatyössä (molemmat erikseen) on muutettu vastaamaan yhden kokopäivätoimisesti työskentelevän lääkärin työpanosta kuukaudessa jakamalla kaikkien neuvolatyössä toimivien lääkäreiden kuukauden yhteistunnit 160 tunnilla (=yhden lääkärin kuukauden työtunnit).

Esimerkki. Karjalohjan terveyskeskuksessa lääkärit työskentelevät yhteensä 5 tuntia kuukaudessa lastenneuvolatyössä. Yhteenlasketut 5 tuntia jaetaan 160 tunnilla, jolloin saadaan 0,03 kokopäivätoimisen lääkärin laskennallinen työpanos lastenneuvolatoimintaan. Kuntayhtymässä on 112 alle kouluikäistä lasta, tämä luku jaetaan 0,03 lääkärin työpanoksella, jolloin indeksiksi saadaan 3 584. Näin ollen kuntayhtymässä on laskennallisesti 3 584 lasta yhtä kokopäivätoimisesti työskentelevää lääkäriä kohti.

3 Äitiys- ja lastenneuvolatyön nykytilanne ja kehittämistarpeet

3.1 Neuvolatyön johtaminen

3.1.1 Neuvolatoiminnasta vastaavien viranhaltijoiden nimeäminen

Neuvolatoiminnan johtamisen ja kehittämisen edellytyksenä on, että terveyskeskuksessa on sovittu, kuka toiminnasta vastaa. Noin kaksi kolmasosaa kyselyyn vastanneista terveyskeskuksista oli nimennyt *neuvolatyön kokonaisuudesta vastaavan viranhaltijan* (Taulukko 4). Yleisimmin kokonaisuudesta vastasi johtava lääkäri yhdessä johtavan hoitajan kanssa. Suhteellisesti eniten neuvolatyön kokonaisuudesta vastaavia viranhaltijoita oli Etelä-Suomen ja Oulun läänin ja vähiten Lapin läänin terveyskeskuksissa.

Neljä viidesosaa terveyskeskuksista oli nimennyt *käytännön neuvolatyön toiminnasta ja kehittämisestä vastaavan viranhaltijan* (Taulukko 4). Yleisimmin käytännön neuvolatyöstä vastasi osastonhoitaja tai muu nimetty vastuuhenkilö. Suhteellisesti eniten käytännön neuvolatyön toiminnasta ja kehittämisestä vastaavia viranhaltijoita oli Lapin läänin terveyskeskuksissa.

Molemmat vastuuhenkilöt oli nimetty 62 %:ssa ja ainakin yksi vastuuhenkilö 27 %:ssa terveyskeskuksia. Noin joka kymmenennessä terveyskeskuksessa (11 %) ei ollut kumpaakaan vastuuhenkilöä. Näiden terveyskeskusten asukaspohja oli varsin pieni, ja niitä oli joka läänissä. Niissä terveyskeskuksissa, joissa oli vain toinen vastuuhenkilö, suurimmassa osassa oli käytännön toiminnasta vastaava (n=33).

TAULUKKO 4. Neuvolatyöstä vastaavat viranhaltijat ja johtavien hoitajien virat lääneittäin johtavien viranhaltijoiden mukaan (%)

Viranhaltijan nimike	Lääni				Yhteensä (n = 206-208)
	Lappi (n = 17-18)	Oulu (n = 34-35)	Länsi- Suomi (n = 96-99)	Etelä- Suomi (n = 57-58)	
Neuvolatyön kokonaisuudesta vastaava viranhaltija					
Kyllä	61	79	66	85	73
Ei	39	21	34	16	27
Neuvolatyön käytännön toiminnasta vastaava lähiesimies					
Kyllä	89	79	79	79	80
Ei	11	21	21	21	20
Terveyskeskuksessa johtavan ylihoitajan tai johtavan hoitajan virka					
Kyllä	29	46	75	70	65
Ei	47	26	14	26	22
Virka lakkautettu	24	36	9	2	11
Virka perustetaan uudelleen	0	3	2	2	2

Terveyskeskuksista 65 %:ssa oli *johtavan hoitajan tai johtavan ylihoitajan virka*. (Taulukko 4). Jatkossa käytetään termiä 'johtava hoitaja' viitattaessa sekä johtaviin hoitajiin että johtaviin ylihoitajiin. Terveyskeskuksista 11 % oli lakkauttanut johtavan hoitajan viran ja 2 % terveyskeskuksista oli perustamassa virkaa uudelleen. Johtavan hoitajan virka oli yleisin 20 000 – 29 999 asukkaan terveyskeskuksissa ja harvinaisin yli 50 000 asukkaan terveyskeskuksissa. Kunnissa, joissa sosiaali- ja terveystoimi olivat erillään, oli todennäköisimmin johtavan hoitajan virka. Suhteellisesti eniten johtavan hoitajan virkoja oli Länsi-Suomen ja Etelä-Suomen läänien terveyskeskuksissa ja vähiten Lapin läänissä. Suhteellisesti eniten näitä virkoja oli lakkautettu Oulun ja Lapin läänissä. Kolmessa terveyskeskuksessa ei ollut nimetty yhtään neuvolatoiminnasta vastaavaa viranhaltijaa eikä niissä ollut johtavaa hoitajaa. Nämä asukaspohjaltaan pienet terveyskeskukset sijaitsivat Etelä-Suomen, Länsi-Suomen ja Lapin läänissä.

Itä-Suomen läänissä neuvolatoiminnan kokonaisuudesta vastaava viranhaltija oli nimetty 75 %:ssa terveyskeskuksia (N=40). Yleensä kokonaisuudesta vastasi johtava lääkäri yhteistyössä johtavan hoitajan kanssa. Neuvolatoiminnan käytännön kehittämisestä ja toiminnasta vastasi usein hoitotyön edustaja, joka oli osastonhoitaja, vastaava terveydenhoitaja tai ylihoitaja. (Varjoranta ym. 2004.)

3.1.2 Neuvolatoiminnan suunnittelu ja raportointi

Neuvolatoiminta ei toimi irrallaan maan terveystoiminnasta linjauksista. Neuvolatoimintaa ohjataan kansallisin suosituksin ja oppain. Neuvoloiden johtavien viranhaltijoiden mukaan terveystoiminnat ohjasivat kohtalaisesti neuvolatoiminnan suunnittelua. Äitiysneuvoloita koskeva, vuodelta 1999 oleva Stakesin Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa -asiakirja ohjasi eniten neuvolatoiminnan suunnittelua ja Suomen Kuntaliiton laatima Lapsipoliittinen ohjelma vähiten, tosin sekin vähintään jonkin verran 63 %:n mielestä. (Taulukko 5.) Läänien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja.

TAULUKKO 5. Terveystoiminnat ja valtakunnallisten suositusten merkitys neuvolatoiminnan suunnittelussa johtavien viranhaltijoiden (n = 211) arvioimana (%)

Ohjelman nimi	Ohjaa paljon	Ohjaa jonkin verran	Ei ohjaa lainkaan	Tietoa puuttuu
Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa (1999)	60	31	4	5
Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (2001)	24	66	4	5
Kansallinen terveydenhuolto-ohjelma (2002)	23	59	10	8
Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007 (2003)	22	61	10	8
Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007 (2003)	19	59	14	9
Suomen Kuntaliiton Lapsipoliittinen ohjelma (2000)	10	53	28	10

Terveyspoliittisia ohjelmia käyttivät yleensä samat terveyskeskukset. Jos terveyskeskuksessa oli johtava hoitaja, oli siellä muita useammin hyödynnetty Kansallista terveydenhuoltoprojektia ja Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaa neuvolatoiminnan suunnittelussa.

Lähes kaikki terveyskeskukset olivat laatineet hyvinvointiohjelmia. Yleisimmin oli laadittu päihdeohjelma. Se oli käytössä lähes puolessa ja valmisteilla tai suunnitteilla yli neljäsosassa terveyskeskuksia. (Taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Kunnassa tai kuntayhtymässä laaditut tai suunnitteilla olevat hyvinvointiohjelmat johtavien viranhaltijoiden (n = 211) mukaan (%)

Ohjelman aihe	Laadittu	Valmisteilla	Suunnitteilla	Ei suunnitelmissa	Tieto puuttuu
Päihitteet	46	12	15	12	16
Lapset ja lapsiperheet	40	10	18	17	15
Mielenterveys	21	17	14	22	27
Koko väestön hyvinvointi	16	11	14	33	26
Terveyskasvatus tai terveyden edistäminen	16	10	20	29	24

Lapsiin ja lapsiperheisiin liittyvän ohjelman oli laatinut lähes puolet terveyskeskuksista. Lisäksi se oli valmisteilla tai suunnitteilla joka kolmannessa terveyskeskuksessa (Taulukko 6). Mitä enemmän asukkaita kunnassa tai kuntayhtymässä oli, sitä todennäköisemmin siellä oli laadittu hyvinvointiohjelma. Terveyskeskukset, jotka olivat laatineet päihdeohjelman, olivat usein laatineet myös mielen-terveysohjelman. Oulun ja Etelä-Suomen lääneissä oli laadittu suhteellisesti eniten koko väestöä koskevia hyvinvointiohjelmia ja Oulun ja Länsi-Suomen lääneissä mielen-terveysohjelmia. (Liitetaulukko 2).

Itä-Suomen läänissä puolet terveyskeskuksista (N=40) oli laatinut päihdeohjelman, neljäsosa lapsiperheiden hyvinvointia koskevan ohjelman ja 13 % mielen-terveysohjelman (Varjoranta ym. 2004).

Neuvolatyön toimintasuunnitelman ja toimintakertomuksen laatiminen

Neuvolatoiminnan kehittämistä voidaan ohjata toimintasuunnitelman avulla. Suurin osa terveyskeskuksista (96 %) oli laatinut äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa koskevan toimintasuunnitelman. Erillisen neuvolatyön toimintasuunnitelman oli laatinut 19 % terveyskeskuksista ja 77 % oli laatinut sen osana terveyskeskuksen muuta suunnitelmaa. Terveyskeskuksista 82 % oli kirjannut neuvolatoiminnan tavoitteet osaksi toimintasuunnitelmaa. (Taulukko 7.) Neuvolatoimintaa koskevat tavoitteet sisältyivät poikkeuksetta toimintasuunnitelmiin, jotka oli tehty osana terveyskeskuksen muuta suunnitelmaa. Neuvolatoiminnan tavoitteet sisältyivät toimintasuunnitelmaan niissä terveyskeskuksissa, jotka keräsivät asiakaspalautetta neuvolatoiminnasta.

TAULUKKO 7. Äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa koskevan toimintasuunnitelman laatiminen ja siitä tiedottaminen johtavien viranhaltijoiden (n = 211) mukaan (%)

Toimintasuunnitelman laatiminen	Kyllä	Ei	Tieto puuttuu
Erillinen neuvolatyön suunnitelma	19	47	34
Osana terveyskeskuksen toimintasuunnitelmaa	77	11	11
Toimintasuunnitelmasta tiedottaminen			
Lautakunnalle	61	9	30
Kunnanvaltuustolle	48	14	37
Terveyskeskukselle	78	3	19
Neuvolatyön tavoitteet, arvot ja periaatteet			
Tavoitteet sisältyvät toimintasuunnitelmaan	82	10	8
Neuvolatoimintaa ohjaavat arvot ja periaatteet kirjattu	54	44	3

Neljässä viidesosassa terveyskeskuksista toimintasuunnitelma jäi terveyskeskuksen omaan käyttöön. Poliittiset luottamushenkilöt saivat tietää suunnitelmista harvemmin. Lähes kaksi kolmasosaa terveyskeskuksista vei suunnitelman sosiaali- ja terveyslautakunnan tai vastaavan tietoon ja puolet kunnanvaltuustolle. Yli puolet terveyskeskuksista oli tunnistanut ja kirjannut neuvolatoimintaa ohjaavat arvot ja periaatteet. (Taulukko 7.) Arvojen ja periaatteiden kirjaamisessa ei ollut läänikohtaisia eroja. Tulokset antavat viitteitä siitä, että terveyskeskukset, joissa on johtava hoitaja, ovat useammin kirjanneet neuvolatoimintaa ohjaavat arvot ja periaatteet toimintasuunnitelmaan kuin ne, joissa johtavaa hoitajaa ei ole. Terveyskeskukset, jotka olivat kirjanneet neuvolatoiminnan arvot ja periaatteet, käyttivät muita useammin asiakastytyväisyyskyselyjä ja tekivät yhteistyötä alan oppilaitosten kanssa.

Itä-Suomen läänin terveyskeskukset (N=40) laativat äitiys- ja lastenneuvolatyön toimintasuunnitelman tavallisimmin omaa toimintayksikköä varten. Puolet terveyskeskuksista toimitti suunnitelman lisäksi terveys- tai perusturvalautakunnalle. Lähes puolet terveyskeskuksista oli pohtinut neuvolatyön arvoja ja periaatteita. (Varjoranta ym. 2004.)

Neuvolatyön suunnittelussa tarvitaan erilaisia taustatietoja, muun muassa tilastotietoja. Vuonna 2004 tilastotietojen hyödyntäminen ei ollut kovin tavallista neuvolatyön suunnittelussa. Johtavien viranhaltijoiden mukaan vajaa kolmannes terveyskeskuksista käytti neuvolatyön suunnittelussa alle kouluikäisten lasten perheitä koskevia tilastotietoja. Lastensuojeluasiakkaina olevia perheitä koskevia tilastotietoja hyödynnettiin eniten. Vain joka 10. terveyskeskus käytti suunnittelussa tilastotietoja lapsiperheiden sosioekonomisista eroista. (Taulukko 8.)

TAULUKKO 8. Alle kouluikäisten lasten perheitä koskevien tilastotietojen käyttö neuvolatyön suunnittelussa johtavien viranhaltijoiden (n = 211) mukaan (%)

Tilastotiedon aihe	Kyllä	Ei	Tieto puuttuu
Lastensuojeluasiakkaina olevat perheet	28	67	5
Kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset	26	69	5
Toimeentulotukea saavat perheet	18	77	5
Yksinhuoltajaperheet	17	78	5
Lapsiperheiden sosioekonomiset erot	10	84	5

Läänikohtaisia eroja oli lastensuojelua, toimeentulotukea ja kodin ulkopuolelle sijoitettuja lapsia koskevien tietojen käytössä. Lastensuojelutilastojen käyttö oli yleisintä Etelä-Suomen (44%) ja Oulun läänin (36%) terveyskeskuksissa. Toimeentulotukea saavia perheitä koskevia tilastoja käytti 18 % terveyskeskuksista. Yleisintä toimeentulotukea koskevien tilastojen käyttö oli Etelä-Suomen läänin terveyskeskuksissa (32 %) ja vähäisintä Lapin läänissä (6 %). Tilastotietoja kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista käytti suunnittelun apuna 26 % terveyskeskuksista. Yleisintä näiden tilastojen käyttö oli Etelä-Suomen (44 %) ja Oulun (33 %) läänin terveyskeskuksissa ja vähäisintä Lapin läänissä (11 %).

Äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa koskeva toimintakertomus oli laadittu valtaosassa (97 %) terveyskeskuksia. Terveyskeskuksista 13 % laati neuvolan toimintakertomuksen erillisenä ja 84 % osana terveyskeskuksen muuta toimintakertomusta. (Taulukko 9.)

TAULUKKO 9. Äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa koskevan toimintakertomuksen laatiminen ja siitä tiedottaminen johtavien viranhaltijoiden (n = 211) mukaan (%)

Toimintakertomuksen laatiminen ja jakaminen	Kyllä	Ei	Tieto puuttuu
Toimintakertomuksen laatiminen			
Erillinen toimintakertomus	13	54	34
Osana terveyskeskuksen muuta toimintakertomusta	84	9	8
Toimintakertomuksesta tiedottaminen			
Lautakunnalle	65	9	26
Kunnanvaltuustolle	55	12	33
Terveyskeskukselle	78	5	17

Terveyskeskukset jakoivat toimintakertomuksen pääasiassa kunnan terveys- tai perusturvalautakunnalle ja terveyskeskuksen omaan käyttöön. Reilu puolet terveyskeskuksista saattoi toimintakertomuksensa kunnanvaltuuston tietoon. (Taulukko 9.) Yleisintä erillisen neuvolatoimintaa koskevan toimintakertomuksen teko oli Lapin läänissä, jossa kertomuksen laati 33 % terveyskeskuksista.

Itä-Suomen läänissä yli puolet (68 %) terveyskeskuksista (N=40) toimitti äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa koskevan toimintakertomuksen terveys- tai perusturvalautakunnalle. Kunnanvaltuustolle toimintakertomuksen toimitti vajaa puolet (45%) ja kuntasuunnittelusta vastaaville viranhaltijoille vajaa kolmannes (30%) terveyskeskuksista. (Varjoranta ym. 2004.)

Tunnuslukujen käyttö äitiys- ja lastenneuvolatoiminnasta raportoitaessa

Yleisimmin käytetyt tunnusluvut raportoitaessa äitiys- ja lastenneuvolatoiminnasta toimintakertomuksessa olivat käyntimäärät (92 %), asiakasmäärät (72 %), synnytysten (68 %) ja ryhmätilaisuuksien (67 %) määrät. Muiden tunnuslukujen käyttö oli huomattavasti harvinaisempaa. (Taulukko 10.)

Neurolatyön tuloksellisuutta kuvaavia tunnuslukuja käytti 11 % kyselyyn vastanneista terveyskeskuksista (Taulukko 10). Näistä tunnusluvuista yleisimpiä olivat rokotuskattavuus, uuteen toimintaan osallistuneiden lukumäärä sekä perhevalmennukseen ja vanhempainryhmiin osallistuneiden lukumäärä. Muita käytettyjä tunnuslukuja olivat käynnit asiakasta kohden, 5-vuotistarkastuksiin osallistuminen, tupakoinnin lopettaminen raskausaikana, ryhmäneuvoloiden lukumäärä, yhteistyö päivähoidon kanssa, varhaisen vuorovaikutuksen havainnointilomakkeen käytön yleisyys ja ennakoimattomat oppimisvaikeudet. Neurolatyön tuloksellisuutta kuvaavia tunnuslukuja käytettiin eniten Oulun läänissä.

Terveyskeskuksista 9 % ilmoitti käyttävänsä raportoinnissa asiakkaiden ja perheiden hyvinvoinnin vajeita kuvaavia tunnuslukuja (Taulukko 10). Näitä olivat muiden muassa raskausdiabeetikoiden, ennen aikaisten synnytysten, erityistä tukea tarvitsevien lasten, keskenmenojen ja raskaustoksemioiden määrä sekä odotavien äitien, joilla on kohonnut painoindeksi (BMI), määrä.

TAULUKKO 10. Toimintakertomuksissa käytetyt tunnusluvut äitiys- ja lastenneuvolatoiminnasta raportoitaessa johtavien viranhaltijoiden (n = 211) mukaan (%)

Tunnusluku	Kyllä	Ei
Määrää kuvaava tunnusluku		
Käyntimäärät (esim. kotikäynnit, vastaanottokäynnit)	92	8
Asiakasmäärät	72	28
Synnytysten määrät	68	32
Ryhmätilaisuuksien määrä	67	33
Muut tunnusluvut		
Neurolatyön tuloksellisuus (esim. rokotuskattavuus)	11	89
Asiakkaiden/perheiden hyvinvoinnin vaje	9	91
Asiakkaiden/perheiden terveystottumukset	8	92
Asiakkaiden/perheiden hyvinvointi	3	97

Asiakkaiden ja perheiden terveystottumuksia kuvaavia tunnuslukuja käytti 8 % terveyskeskuksista. Näitä terveystottumuksia kuvaavia tunnuslukuja olivat alle

yksivuotiaiden lasten vanhempien tupakointi, tupakointi yleensä, odottavan äidin ylipaino sekä imetyksen yleisyys ja kesto (Taulukko 10).

Asiakkaiden ja perheiden hyvinvointia koskevia tunnuslukuja hyödynsi vain kuusi terveyskeskusta, jotka sijaitsivat kaikki Etelä-Suomen läänissä. Myös hyvinvoinnin vajeita sekä terveystottumuksia kuvaavia tunnuslukuja käytettiin Etelä-Suomen läänissä muuta maata yleisemmin.

Itä-Suomen läänin terveyskeskuksissa äitiys- ja lastenneuvolatyötä kuvattiin yleisimmän määrällisillä tunnusluvulla kuten asiakkaiden, synnytysten, käyntien ja ryhmätilaisuuksien määrinä. Asiakkaiden ja perheiden hyvinvointia, hyvinvoinnin vajeita tai terveystottumuksia kuvaavia tunnuslukuja ei juuri käytetty toiminnan raportoinnissa. (Varjoranta ym. 2004.)

TAULUKKO 11. Neuvolatyötä koskevien tilastotietojen lähettäminen eri tahoille johtavien viranhaltijoiden (n = 211) mukaan (%)

Taho	Kyllä	Ei	Tieto puuttuu
Oma terveyskeskus	90	4	6
Oma kunta	78	9	13
Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes)	74	10	17
Oma lääni	28	30	42
Muu taho	6	22	73

Lähes kaikki neuvolat toimittivat neuvolatyön tilastoja oman terveyskeskuksen käyttöön. Noin kolme neljäsosaa terveyskeskuksista lähetti tietoja myös omaan kuntaan ja Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskuselle (Stakes). Omaan lääniin tietoja toimitti noin kolmasosa terveyskeskuksista. (Taulukko 11.)

Tietoteknologian hyödyntäminen käynnistää uuden kauden myös neuvoloiden toiminnassa. Vuonna 2004 suurin osa äitiys- ja lastenneuvoloista käytti sähköisiä tiedon käsittely- ja siirtomuotoja (Taulukko 12). Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen sähköinen asiointi ei ollut vielä vakiintunut, toisaalta yli kolmannes terveyskeskuksista suunnitteli sähköisten lähete-palaute-lomakkeiden käyttöön ottoa. Asiakkaiden ohjauksessa uuden teknologian mahdollisuuksia hyödynnetään vielä melko vähän. Läänien välillä ei ollut eroja sähköisten tiedon siirtomuotojen käytössä.

TAULUKKO 12. Sähköisten tiedon käsittely-, siirto- ja asiointimuotojen käyttö äitiys- ja lasten-neuvolatoiminnassa johtavien viranhaltijoiden (n = 211) mukaan (%)

Sähköinen järjestelmä	Kyllä	Suunnitteilla	Ei	Tieto puuttuu
Neuvoloissa internetyhteydet	94	2	1	3
Tilastointi toteutetaan sähköisessä järjestelmässä	92	4	1	3
ATK-työasema kaikissa neuvoloissa	91	5	1	2
Neuvoloissa sähköinen potilastietojärjestelmä	83	9	4	4
Lähe-te-palau-te -käytännöt perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä	33	36	22	9
Asiakkailla suunnattuja ohjeita terveyskeskuksen kotisivuilla	25	13	54	8
Asiakkaiden neuvonta/ohjaus sähköpostitse	18	12	59	10

Yleisimmin käytössä oleva ATK-pohjainen potilastietojärjestelmä oli Effica, jota käytti 42 % terveyskeskuksista. Pegasos oli toiseksi yleisin (37 %). Jotakin muuta tietojärjestelmää hyödynsi vajaa viidennes (17 %) terveyskeskuksista, ja näistä Mediatri oli kolmanneksi käytetyin. Finstar-tietojärjestelmä oli käytössä 5 %:ssa terveyskeskuksista. Etelä-Suomen ja Lapin lääneissä Pegasos oli yleisin potilastietojärjestelmä, kun taas Länsi-Suomen ja Oulun lääneissä Effica oli yleisin. Oulun läänissä muita tietojärjestelmiä käytti vain 6 % terveyskeskuksista, kun Etelä-Suomen, Lapin ja Länsi-Suomen lääneissä niitä käytti 19 – 24 % terveyskeskuksista. (Taulukko 13.)

TAULUKKO 13. Sähköiset potilastietojärjestelmät terveyskeskuksissa lääneittäin (%)

Sähköinen potilastietojärjestelmä	Lääni				
	Lappi (n = 17)	Oulu (n = 35)	Länsi-Suomi (n = 92)	Etelä-Suomi (n = 58)	Yhteensä (n = 202)
Pegasos	53	31	30	45	37
Effica	18	63	49	24	42
Finstar	6	0	2	10	5
Muu	24	6	19	21	17

Itä-Suomen läänissä lähes kaikissa terveyskeskuksissa (N=40) käytettiin sähköisiä tiedon siirto- ja käsittelymuotoja. Potilastietojärjestelmistä ATK-pohjaisia oli kolme neljäsosaa. Effica ja Pegasos olivat pääasialliset käytössä olevat potilastietojärjestelmät, mutta myös Finstar ja Mediatri mainittiin. Potilasohjeiden jako ja asiakasneuvonta kotisivujen kautta olivat harvinaisia, kuten myös sähköpostiviestintä asiakkaiden kanssa. (Varjoranta ym. 2004.)

3.1.3 Neuvolatoiminnan laadun ja kustannusten arviointi

Systemaattinen ja laaja-alainen neuvolatoiminnan laadunarviointi ei ole vielä vakiintunut terveyskeskuksiin. Joka kymmenennessä terveyskeskuksessa ei ollut mitään laadun seurantaa. Käytössä oli enimmäkseen yksittäisiä laadunarvioinnin menetelmiä. Kyselyyn vastanneissa terveyskeskuksissa neuvolatoiminnan laatua arvioitiin yleisimmin asiakastyytyväisyyskyselyillä ja oman asiakaspalautejärjestelmän avulla. Johdon katselmusta käytti 36 % terveyskeskuksista. Muuta laatu-järjestelmää käytti 10 % ja ulkoisen auditoinnin oli toteuttanut 7 % terveyskeskuksista. (Taulukko 14.)

TAULUKKO 14. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan laadun seuranta terveyskeskuksissa johtavien viranhaltijoiden (n = 211) mukaan (%)

Laadun seurantamenetelmä	Kyllä	Suunnitteilla	Ei	Tieto puuttuu
Asiakastyytyväisyyskysely	66	14	13	7
Neuvolan oma asiakaspalaute	60	10	21	9
Johdon katselmus	36	5	40	19
Neuvolan oma laatu-järjestelmä	10	12	55	23
Muu laatu-järjestelmä (esim. ISO 9000)	10	9	65	16
Ulkoinen auditointi	7	7	67	20

Läänikohtaisia eroja oli johdon katselmuksen tekemisessä ja neuvolan oman laatu-järjestelmän käytössä. Johdon katselmuksia tehtiin eniten Länsi-Suomen ja vähiten Oulun ja Lapin lääneissä. Neuvolan omaa laatu-järjestelmää käytettiin eniten Länsi-Suomen ja vähiten Oulun läänissä.

Itä-Suomen läänissä neuvolatoiminnan laadun arviointi ei ollut vielä vuonna 2003 vakiintunut. Puolet terveyskeskuksista (N=40) keräsi asiakaspalautteita ja muutamissa terveyskeskuksissa oli tehty johdon katselmus. Neuvoloiden oma asiakaspalaute oli käytössä neljäsosassa terveyskeskuksista. (Varjoranta ym. 2004.)

Neuvolatoiminnan kustannusvaikuttavuuden määrittäminen on tulevaisuuden tärkeitä haasteita. Neuvolakäyntien hinnat oli laskenut lähes puolet terveyskeskuksista, kun taas koko neuvolajakson hinnan määrittäminen oli harvinaista. Äitiys- ja lastenneuvolapalvelut oli tuotteistanut hieman alle kymmenesosa terveyskeskuksista (Taulukko 15). Palveluiden tuotteistamista suunnitteli kymmenesosa terveyskeskuksista.

TAULUKKO 15. Kustannuslaskenta äitiys- ja lastenneuvolatoiminnassa johtavien viranhaltijoiden (n = 211) mukaan (%)

Neurolakäyntien hinnoittelu	Kyllä	Suunnitteilla	Ei	Tieto puuttuu
Äitiysneuvola				
Neurolakäyntien hinnat laskettu	46	8	42	3
Neurolapalvelut tuotteistettu	7	11	75	8
Koko neurolajakson hinta laskettu	6	6	79	10
Lastenneuvola				
Neurolakäyntien hinnat laskettu	42	9	40	10
Neurolapalvelut tuotteistettu	7	11	70	13
Koko neurolajakson hinta laskettu	6	6	74	15

Vuonna 2003 Itä-Suomen läänissä 8 % terveyskeskuksista (N=40) oli tuotteistanut neurolapalvelut. Neurolakäyntien hinnat oli laskenut 15 % terveyskeskuksista. (Varjoranta ym. 2004.)

TAULUKKO 16. Terveystenhuollon menojen erittely ja neurolatyön vaikuttavuuden arviointi johtavien viranhaltijoiden (n = 211) mukaan (%)

Menojen erittely	Kyllä	Ei	Suunnitteilla	Tieto puuttuu
Ehkäiseviin palveluihin	16	78	-	6
Korjaaviin palveluihin	16	77	-	7
Neurolatyön vaikuttavuuden arviointi	10	67	20	4

Vuonna 2004 terveyskeskuksista 16 % oli eritellyt terveydenhuollon kuluja ehkäisevien ja korjaavien palvelujen kulujen osalta. Läänikohtaisia eroja ei ollut. Neurolatyön vaikuttavuutta oli arvioinut 10 % terveyskeskuksista ja 20 % suunnitteli sitä. Neurolatyön vaikuttavuutta oli arvioitu muita useammin terveyskeskuksissa, joissa sosiaali- ja terveystoimea ei ollut yhdistetty. (Taulukko 16.)

3.2 Neurolatyön henkilöstövoimavarat

3.2.1 Lääkäreiden ja terveydenhoitajien toimenkuva

Neurolatyössä toimivien lääkäreiden toimenkuva oli laaja-alainen. Vastaanotto- toiminnan sekä äitiys- ja/tai lastenneurolatyön lisäksi 70 %:lle lääkäreistä kuului myös muita tehtäväalueita. Lääkäreiden väestövastuuvirkaehtosopimus oli käytössä 42 %:lla vastanneista terveyskeskuksista (Taulukko 17) ja 2 % suunnitteli sen käyttöönottoa lähivuosina (myös Liitetaulukko 2).

TAULUKKO 17. Väestövastuuvirkaehtosopimuksen käyttöönotto terveyskeskuksissa lääneittäin johtavien viranhaltijoiden (n=211) mukaan (%).

	Lääni				
	Lappi (n = 18)	Oulu (n = 35)	Länsi-Suomi (n = 97)	Etelä-Suomi (n = 58)	Yhteensä (n=208)
Kyllä	17	17	42	67	43
Ei	72	83	57	31	55
Suunnitteilla	11	0	1	2	2

Läänit erosivat toisistaan siinä, kuuluivatko lääkärit väestövastuuvirkaehtosopimuksen piiriin vai ei. Suhteellisesti eniten väestövastuuvirkaehtosopimus oli käytössä Etelä-Suomen ja Länsi-Suomen lääneissä sekä väestöltään isoissa kunnissa. Kunnissa tai kansanterveystyön kuntayhtymissä, joissa asukkaita oli yli 30 000 tai enemmän, oli väestövastuuvirkaehtosopimus todennäköisempi (88 %), kuin kunnissa, joissa asukkaita oli alle 10 000 (20 %) tai 10 000 – 29 999 (58 %).

Itä-Suomen läänissä neuvolalääkärit työskentelivät useimmiten laaja-alaisen toimintamallin mukaisesti, jolloin vastaanotto toiminnan ja neuvolatyön lisäksi heille kuului kaksi tai useampia tehtäväalueita, tavallisimmin kouluterveydenhuolto. Väestövastuuvirkaehtosopimus oli vuonna 2003 käytössä neljäsosassa terveyskeskuksia. (Varjoranta ym. 2004.)

Neuvoloissa työskentelevien terveydenhoitajien toimenkuva oli myös varsin laaja. Terveydenhoitajista 42 % teki sekä äitiys- että lastenneuvolatyötä, 37 % lastenneuvolatyötä ja 21 % äitiysneuvolatyötä. Vain lastenneuvolatyötä teki terveydenhoitajista 10 %, vain äitiysneuvolatyötä 5 % ja vain äitiys- ja lastenneuvolatyötä 11 %. (Taulukko 18).

Terveydenhoitajien tehtäväalueiden määrä vaihteli 1-8. Yksi tehtäväalue oli 15 %:lla terveydenhoitajista ja kaksi 29 %:lla. Yli puolella (57 %) terveydenhoitajista tehtäväalueita oli kolme tai enemmän. Kolmanneksella oli neljä tai useampia tehtäväalueita. Tavallisimmat neuvolatyöhön liitetyt tehtäväalueet olivat vastaanotto toiminta, kouluterveydenhuolto ja raskauden ehkäisyneuvonta. (Taulukko 18.) Noin joka kymmenes terveydenhoitaja osallistui neuvolatyön lisäksi kotisairaanhoitoon ja tartuntatautien ehkäisyyn.

Lähes viidesosa terveydenhoitajista hoiti edellisten lisäksi muita tehtäviä (Taulukko 18). Näitä olivat mm. diabetes-, astma- ja/tai päihdeyhdyshenkilön sekä esimiehen tehtävät. Terveydenhoitajat tekivät erilaisia seulontatutkimuksia ja tarkastuksia kuten joukkotarkastuksia, kutsuntatarkastuksia ja lääkkeellisten raskaudenkeskeytysten jälkitarkastuksia sekä vetivät laihdutusryhmiä. Lisäksi heidän työhönsä kuului lapsettomuushoitojen ohjausta, matkailijoiden rokottamista ja useita muita tehtäviä, joiden joukossa oli myös sairaanhoidollisia tehtäviä. Osa toimi myös terveystieteiden yhdyskäsvaltuutuksena.

TAULUKKO 18. Äitiys- ja lastenneuvoloissa työskentelevien terveydenhoitajien (n = 1282) toimenkuvaan kuuluvat tehtäväalueet (%)

Tehtäväalue	Terveydenhoitajat	
	n	%
Lastenneuvolatyötä tekeviä yhteensä	1012	79
Vain lastenneuvolatyö	120	10
Lastenneuvolatyö ja jokin muu tehtäväalue	356	28
Äitiysneuvolatyötä tekeviä yhteensä	816	64
Vain äitiysneuvolatyö	62	5
Äitiysneuvolatyö jokin muu tehtäväalue	218	21
Lasten- ja äitiysneuvolatyötä tekeviä yhteensä	401	42
Vain lastenneuvola- ja äitiysneuvolatyö	135	11
Lasten- ja äitiysneuvolatyö ja jokin muu tehtäväalue	266	21
Muut tehtäväalueet neuvolatyön lisäksi	840	66
Vastaanotto toiminta	538	42
Raskauden ehkäisyneuvonta ja perhesuunnittelu	452	35
Kouluterveydenhuolto	440	34
Kotisairaahoito	190	15
Tartuntatauti ehkäisy ja hoito	138	11
Jokin muu	233	18

Itä-Suomen läänissä terveydenhoitajat (n=125) toimivat usein laaja-alaisen toimintamallin mukaisesti, jolloin tehtäväkuvaan kuului äitiys- ja lastenneuvolatyön lisäksi kaksi tai useampia muita tehtäväalueita. Terveydenhoitajista 10 % teki yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolatyötä ja 17 % lastenneuvola- ja kouluterveydenhuoltotyötä. (Varjoranta ym. 2004.)

3.2.2 Äitiysneuvolatoiminnan henkilöstövoimavarat

Henkilöstövoimavarojen kuvaamiseksi ja kuntien välisen vertailun helpottamiseksi voimavaroja koskevat tulokset raportoidaan indeksiä, joka kuvaa asiakasmäärää yhtä laskennallista kokopäivätoimista työntekijää kohti (ks. Liitetaulukko 1). Tarvittavat tiedot indeksien laskemiseen äitiysneuvolassa toimivien terveydenhoitajien työpanoksesta saatiin 225 terveyskeskuksesta. Tähän lukuun sisältyvät myös Itä-Suomen läänin terveyskeskukset.

Äitiysneuvoloissa toimivien *terveydenhoitajien* asiakasmäärät (syntyneiden lasten määrä) yhtä laskennallista kokopäivätoimista työntekijää kohti vaihtelivat suuresti (11-297). Valtakunnallisesti tarkasteltuna indeksi oli suosituksen mukainen 80 tai alle 38 %:ssa terveyskeskuksia. Terveyskeskuksista 34 %:ssa vuotuinen syntyneiden lasten määrä oli 81 - 99 yhtä kokopäivätoimista terveydenhoitajatyöpanosta kohti. Terveyskeskuksista 28 %:ssa vastaava syntyneiden lasten määrä oli 100 tai yli. (Taulukko 19.)

Lasketuista indekseistä pienin Lapin läänissä oli Muonion–Enontekiön kansanterveystyön kuntayhtymässä (indeksi 32), Oulun läänissä Siikalatvan kuntayhtymässä.

mässä (indeksi 32), Länsi-Suomen läänissä Kemiönsaaren terveystieteiden tutkimuskeskuksen kuntayhtymässä (indeksi 35), Etelä-Suomen läänissä Pohjassa (indeksi 57) ja Itä-Suomen läänissä Koillis-Savon kansanterveystyön kuntayhtymässä (indeksi 36). Suurimmat vastaavat luvut Lapin läänissä olivat Posiolla (indeksi 250), Oulun läänissä Oulunsalossa (indeksi 152), Länsi-Suomen läänissä Viljakalassa (indeksi 210), Etelä-Suomen läänissä Savitaipale-Suomenniemessä (indeksi 253) ja Itä-Suomen läänissä (ks. Varjoranta ym. 2004) Iisalmen seudun kansanterveystyön kuntayhtymässä (indeksi 137).

Äitiysneuvoja koskevien suositusten (esim. Lääkintöhallitus 1988, Sormunen ym. 2001) mukaan äitiysneuvolassa toimivalla kokopäivätoimisella terveydenhoitajalla tulisi olla enintään 80 synnyttävää asiakasta vuodessa. Äitiysneuvoloissa toimivien terveydenhoitajien mitoitus oli suositusten mukainen 28 %:ssa selviytykseen osallistuneista terveystieteiden tutkimuskeskuksista Lapin läänissä, 30 %:ssa Oulun läänissä, 40 %:ssa Länsi-Suomen läänissä, 33 %:ssa Etelä-Suomen läänissä ja 51 %:ssa Itä-Suomen läänissä. (Taulukko 19.)

TAULUKKO 19. Äitiysneuvoloissa kokopäivätoimisesti toimivien terveydenhoitajien ja lääkäreiden asiakasmäärät terveystieteiden tutkimuskeskuksissa lääneittäin (%)

Asiakasmäärät/ kokopäivätoiminen terveydenhoitaja	Lappi (n=18)	Oulu (n=30)	Länsi- Suomi (n=89)	Etelä- Suomi (n=51)	Itä-Suomi (n=37)	Yhteensä koko maa (n=225)
< 80 äitiä	28	30	40	33	51	38
81-99 äitiä	39	43	34	35	19	34
> 100 äitiä	33	27	26	32	30	28
Asiakasmäärät/ kokopäivätoiminen lääkäri	Lappi (n=15)	Oulu (n=33)	Länsi- Suomi (n=85)	Etelä- Suomi (n=48)	Itä-Suomi (n=35)	Yhteensä koko maa (n=216)
< 800 äitiä	53	30	24	23	43	30
801-1000 äitiä	14	27	16	27	11	19
> 1000 äitiä	33	43	02	50	46	51

Äitiysneuvolatoissa toimivien *lääkäreiden* henkilöstövoimavaroja kuvattiin vastaavanlaisella indeksillä (syntyneiden lasten määrä laskennallista kokopäivätoimisesta lääkäriä kohti) kuin terveydenhoitajien voimavaroja. Indeksien laskemiseen tarvittavat tiedot äitiysneuvolassa toimivien lääkäreiden työpanoksesta saatiin 216 terveystieteiden tutkimuskeskuksesta. Tähän lukuun sisältyvät myös Itä-Suomen läänin terveystieteiden tutkimuskeskukset. Indeksit vaihtelivat koko maassa 120-10 720. Valtakunnallisesti tarkasteltuna 30 %:ssa terveystieteiden tutkimuskeskuksia odottavia äitejä oli 800 tai alle sen yhtä kokopäivätoimisesta lääkäriä kohti. Vastaavasti 19 %:ssa terveystieteiden tutkimuskeskuksia indeksi oli 801-1 000 ja 51 %:ssa yli 1 000. (Taulukko 19.)

Lasketut indeksit vaihtelivat Lapin läänissä 440-2800, Oulun läänissä 480-2 345, Länsi-Suomen läänissä 120-10 720 ja Etelä-Suomen läänissä 573-2 560. Itä-Suomen läänissä indeksi vaihteli 320-3 522 synnytystä yhtä laskennallista kokopäivätoimisesta lääkäriä kohti (ks. Varjoranta ym. 2004). Suuri vaih-

teluväli todennäköisesti johtuu siitä, että lääkärit toimivat neuvolatyön lisäksi myös useilla muilla niin sanotuilla sektorityön alueilla ja näin ollen yhden sektorin työpanoksen arviointi oli vaikeaa.

Viimeinen äitiysneuvolassa toimivien lääkäreiden työpanosta koskeva suositus on 800 odottavaa äitiä vuodessa yhtä kokopäivätoimista lääkäriä kohti (Lääkintöhallituksen ohjekirje 1988). Henkilöstövoimavarat olivat suositusten mukaisia 53 %:ssa tutkimukseen osallistuneista terveystakesuksista Lapin läänissä, 30 %:ssa Oulun läänissä, 24 %:ssa Länsi-Suomen läänissä, 23 %:ssa Etelä-Suomen läänissä ja 43 %:ssa Itä-Suomen läänissä.

3.2.3 Lastenneuvolatoiminnan henkilöstövoimavarat

Myös lastenneuvolan henkilöstövoimavarojen kuvaamiseksi ja kuntien välisen vertailun helpottamiseksi käytettiin indeksiä, joka kuvaa asiakasmäärää yhtä laskennallista kokopäivätoimista työntekijää kohti (ks. Liitetaulukko 1). Indeksien laskemiseen tarvittavat tiedot lastenneuvoloissa toimivien terveydenhoitajien työpanoksesta saatiin 228 terveystakesuksesta. Tähän lukuun sisältyvät myös Itä-Suomen läänin terveystakesukset. *Lastenneuvolatyössä terveydenhoitajien* henkilöstövoimavarat jakautuivat epätasaisesti koko maassa (109-1 431), mutta myös läänien sisällä vaihtelu oli suurta. Valtakunnallisesti tarkasteltuna 37 %:ssa vastanneista terveystakesuksista lasten määrä yhtä kokopäivätoimista terveydenhoitajaa kohti oli alle 400 lasta. Terveystakesuksista 29 %:ssa lasten määrä yhtä kokopäivätoimista terveydenhoitajan työpanosta oli 500 tai yli. (Taulukko 20.)

TAULUKKO 20. Lastenneuvoloissa kokopäivätoimisesti toimivien terveydenhoitajien ja lääkäreiden asiakasmäärät vastanneissa terveystakesuksissa lääneittäin (%)

Asiakasmäärät/ kokopäivätoiminen terveydenhoitaja	Lappi (n=16)	Oulu (n=31)	Länsi-Suomi (n=92)	Etelä-Suomi (n=52)	Itä-Suomi (n=37)	Yhteensä koko maa (n=228)
< 400 lasta	25	45	37	40	32	37
401-499 lasta	56	23	37	31	30	34
> 500 lasta	19	32	26	29	38	29
Asiakasmäärät/ kokopäivätoiminen lääkäri	Lappi (n=15)	Oulu (n=33)	Länsi-Suomi (n=85)	Etelä-Suomi (n=49)	Itä-Suomi (n=37)	Yhteensä koko maa (n=221)
≤ 2 800 lasta	7	0	6	18	5	8
2801-5000 lasta	27	27	30	31	35	30
> 5000 lasta	66	73	64	51	60	62

Suositus terveydenhoitajien mitoitukseen lastenneuvoloissa on enintään 340 lasta yhtä kokopäivätoimista terveydenhoitajan työpanosta kohden, jos käytettävissä ei ole sijaista vuosiloman ajaksi ja 400 lasta kokopäivätoimista terveydenhoitajaa kohden, jos käytettävissä on sijainen. Terveydenhoitajan mahdollinen työskente-

ly useammalla kuin kahdella sektorilla ja alueella asuvien maahanmuuttajaperheiden tai erityistä tukea tarvitsevien perheiden iso määrä vaikuttavat suositeltua lapsimäärää vähentävästi. Mitoitukseen vaikuttavia muita tekijöitä ovat perheiden tuen tarve, terveydenhoitajien ja lääkäreiden työnkuva, maantieteellinen sijainti ja lapsiperheille suunnatun henkilöstön määrä ja rakenne kunnassa. (STM 2004a.) Lääneittäin tarkasteltuna henkilöstövoimavarat olivat suositusten mukaisia käytettäessä laskentaperusteena 400 lasta 25 %:ssa vastanneista terveyskeskuksista Lapin läänissä, 45 % Oulun läänin, 37 % Länsi-Suomen läänin, 40 % Etelä-Suomen läänin ja 32 % Itä-Suomen läänin terveyskeskuksia (Taulukko 20).

Lapin läänissä pienin asiakasmäärä oli 195 Muonion-Enontekiön kansanterveys-työn kuntayhtymässä ja suurin 630 Pelkosenniemen-Savukosken kansanterveys-työn kuntayhtymässä. Oulun läänissä pienin alle kouluikäisten lasten määrä yhtä laskennallista kokopäivätoimista terveydenhoitajaa kohti oli 218 Taivalkoskella ja suurin vastaava luku oli 711 Haapajärvellä. Länsi-Suomen läänissä pienin asiakasmäärä oli 205 Juupajoella ja suurin eli 712 Jurvan terveyskeskuksessa. Etelä-Suomen läänissä pienin asiakasmäärä oli 202 Asikkalassa ja suurin 717 Kirkkonummella. Itä-Suomen läänissä pienin alle kouluikäisten lasten määrä yhtä laskennallista kokopäivätoimista terveydenhoitajaa kohti oli 242 Mäntyharjulla ja suurin vastaava luku oli 838 Enossa (Varjoranta ym. 2004).

Lastenneuvoloissa toimivien *lääkäreiden* indeksien laskemiseen tarvittavat tiedot lääkäreiden työpanoksesta saatiin 221 terveyskeskuksesta Tähän lukuun sisältyvät myös Itä-Suomen läänin vastanneet terveyskeskukset (Taulukko 20). Laske-
tut indeksit (lasten määrä yhtä laskennallista kokopäivätoimista lääkäriä kohti) vaihtelivat koko maassa 1133-18 775. Lapin läänissä indeksit vaihtelivat 2 565 - 17 600, Oulun läänissä 3 333 - 12 320, Länsi-Suomen läänissä 1 964 - 11 013 ja Etelä-Suomen läänissä 1 133 - 11 760. Itä-Suomen läänissä indeksi vaihteli yhtä kokopäivätoimista lääkäriä kohti 2 663 - 18 775 (ks. Varjoranta ym. 2004). Suuri vaihteluväli johtunee siitä, että lääkäreiden työn osalta oli vaikea arvioida yhden sektorityön työpanosta, koska lääkärit toimivat neuvolatyön lisäksi myös muilla niin sanotuilla sektorityön alueilla. Valtakunnallisesti tarkasteltuna 8 %:ssa vastanneista terveyskeskuksista yhtä kokopäivätoimista lääkäriä kohti oli 2 800 lasta tai alle sen. Terveyskeskuksista 30 %:ssa lasten lukumäärä oli 2 801- 5 000 ja 62 %:ssa yli 5 001 lasta laskennallista kokopäivätoimista lääkäriä kohti.

Neuvolatyötä tekevien lääkäreiden mitoitukseksi suositellaan 2 400 lasta kokopäivätoimista lääkäriä kohti, jos käytettävissä ei ole vuosilomasijaista ja 2 800 lasta, jos käytettävissä on vuosilomasijainen (STM 2004a). Lääkäreiden mitoitukseen vaikuttaa myös työnkuva. Muun muassa sektoroitua työtä tekevien lääkäreiden kohdalla mitoituksen tulisi olla pienempi, koska usean sektorin hallitseminen on aikaa vievää ja se asettaa haasteita ammattitaidon ylläpitämiselle. Henkilöstövoimavarat olivat lääkäreiden mitoituksen osalta suositusten mukaisia 6 %:ssa vastanneista terveyskeskuksista Lapin läänissä, 0 %:ssa Oulun läänin, 6 %:ssa Länsi-Suomen läänin, 18 %:ssa Etelä-Suomen läänin ja 5 %:ssa Itä-Suomen läänin terveyskeskuksia (Taulukko 20).

3.2.4 Äitiys- ja lastenneuvolapalvelut kesäaikana

Äitiysneuvolapalveluita oli supistettu kesäaikana vähemmän kuin lastenneuvolapalveluita. Neuvolatyön johtavista viranhaltijoista kolmannes arvioi äitiysneuvoloiden lääkäri- ja terveydenhoitajapalveluiden pysyvän samantasoisina ympäri vuoden. Lastenneuvoloiden osalta näin arvioi viidesosa viranhaltijoista (Taulukko 21). Äitiysneuvolatoimintaa oli kesäaikana supistanut yli kolmannes ja lastenneuvolatoimintaa vajaa puolet terveyskeskuksista. Kesäaikana äitiysneuvola- ja lastenneuvolapalvelut oli keskittänyt alueellisesti yli kymmenesosa terveyskeskuksista. Terveyskeskuksista 2 % ilmoitti, että äitiys- ja lastenneuvoloissa ei ollut kesäaikaan saatavilla lääkäri- ja terveydenhoitajapalveluja.

TAULUKKO 21. Äitiys- ja lastenneuvolapalvelujen järjestäminen terveyskeskuksissa kesäaikana johtavien viranhaltijoiden (n = 211) mukaan (%)

Neuvolapalvelujen järjestäminen kesäaikana	Lääkärin osalta	Terveydenhoitajan osalta	Lääkärin ja terveydenhoitajan osalta	Ei osaa sanoa tai tieto puuttuu
Äitiysneuvola				
Toiminta samanlaista ympäri vuoden	4	16	31	49
Toimintaa supistettu	19	5	37	39
Palvelut keskitetty esim. alueellisesti	4	3	11	82
Palveluissa kesäaikana tauko	2	-	2	96
Lastenneuvola				
Toiminta samanlaista ympäri vuoden	5	11	19	65
Toimintaa supistettu	14	7	50	29
Palvelut keskitetty esim. alueellisesti	3	4	12	81
Palveluissa kesäaikana tauko	3	1	2	94

Lääneittäin tarkasteltuna terveyskeskukset eivät eronneet merkittävästi palvelujen järjestämisessä kesäaikana.

Itä-Suomen läänissä 75 % terveyskeskuksista (N=40) toteutti äitiysneuvolapalvelut lähes samanlaisina ympäri vuoden, mutta 23 % terveyskeskuksista oli supistanut lastenneuvolapalveluita huomattavasti kesäaikana (Varjoranta ym. 2004).

3.2.5 Erityistyöntekijöiden palvelujen järjestäminen terveyskeskuksissa

Terveyskeskuksissa oli erilaisia tapoja järjestää erityistyöntekijöiden palvelut (Taulukko 22). Eniten terveyskeskuksissa järjestettiin omana toimintana fysioterapeutin ja psykologin palveluja. Yli puolet toimintaterapeuttien ja lähes puolet puheterapeuttien palveluista hankittiin ostopalveluna. Seutukunnallisina palveluina järjestettiin viidesosa lastenlääkäreiden ja gynekologien palveluista. Nämä

palvelut puuttuivat kahdesta viidesosasta terveyskeskuksia. Perhetyöntekijän palveluja ei ollut järjestetty yli puolessa terveyskeskuksia.

TAULUKKO 22. Erityistyöntekijöiden palvelujen järjestäminen terveyskeskuksissa johtavien vi-
ranhaltijoiden (n=211) mukaan (%)

Työntekijä	Terveyskeskuksen omana toimintana	Ostopalveluna	Seutukunnallisena	Tk:n omana toimintana ja ostopalveluna	Ostopalveluna ja seutukunnallisena	Ei lainkaan järjestetty	Tieto puuttuu
Fysioterapeutti	83	7	0	8	0	0	2
Psykologi	70	20	6	1	1	1	2
Puheterapeutti	44	46	1	4	0	2	3
Toimintaterapeutti	21	53	2	2	0	18	3
Perhetyöntekijä	19	4	9	1	0	53	15
Ravitsemusterapeutti	9	33	17	1	1	33	7
Muu erityistyöntekijä	9	6	2	1	0	24	59
Gynekologi	8	20	21	0	1	40	10
Muu erikoislääkäri	8	22	7	0	0	24	40
Lastenlääkäri	6	23	22	0	1	40	9

Lääneittäin tarkasteltuna erityisesti lastenlääkärin, ravitsemusterapeutin ja toimintaterapeutin palvelujen järjestämisessä oli eroja. Lapin läänissä kolmasosa terveyskeskuksista järjesti lastenlääkärin palvelut ostopalveluna, viidesosa seutukunnallisena ja puolet terveyskeskuksista ei tarjonnut kyseisiä palveluja lainkaan. Vajaa puolet läänin terveyskeskuksista järjesti ravitsemusterapeutin ja toimintaterapeutin palvelut (47 %) seutukunnallisena. Vastaava osuus terveyskeskuksista ei tarjonnut kyseisiä palveluja lainkaan.

Oulun läänissä 45 % terveyskeskuksista järjesti lastenlääkärin palvelut ostopalveluna, ja kolmasosassa terveyskeskuksia niitä ei tarjottu lainkaan. Vastaavasti kahdessa kolmasosassa terveyskeskuksia toimintaterapeutin palvelut oli järjestetty ostopalveluna. Kyseiset palvelut puuttuivat pienestä osasta (6 %) läänin terveyskeskuksista. Hieman yli puolet (53 %) läänin terveyskeskuksista ei järjestänyt ravitsemusterapeutin palveluja lainkaan.

Viidesosa Länsi-Suomen läänin terveyskeskuksista järjesti lastenlääkärin palvelut joko seutukunnallisena tai ostopalveluna, mutta puolet terveyskeskuksista ei tarjonnut niitä lainkaan. Puolet läänin terveyskeskuksista oli järjestänyt toimintaterapeutin ja ravitsemusterapeutin palvelut ostopalveluina. Kolmasosa läänin terveyskeskuksista ei tarjonnut lainkaan ravitsemusterapeutin palveluja.

Etelä-Suomen läänissä kolmasosa terveyskeskuksista järjesti lastenlääkärin palvelut seutukunnallisena ja viidesosa ostopalveluna. Lähes 40 % läänin terveyskeskuksista ei tarjonnut kyseisiä palveluja lainkaan. Vajaa puolet (45 %) terveys-

keskuksista järjesti toimintaterapeutin palvelut ostopalveluna. Joka kymmenes terveyskeskus ei tarjonnut kyseisiä palveluja lainkaan. Kolmasosa läänin terveyskeskuksista järjesti ravitsemusterapeutin palvelut seutukunnallisena ja kolmasosa ei tarjonnut niitä lainkaan.

Myös Itä-Suomen läänissä terveyskeskukset (N=40) tuottivat omana toimintana yleisimmin fysioterapeuttien ja psykologien palvelut. Puheterapeuttien palvelut järjestettiin joko omana toimintana tai ostopalveluna. Yli puolet terveyskeskuksista järjesti toimintaterapiapalvelut ostopalveluina ja neljännes ei järjestänyt lainkaan kyseisiä palveluja. Noin kolmannes terveyskeskuksista järjesti ravitsemusterapiapalvelut joko omana toimintana tai ostopalveluna ja neljä terveyskeskusta seutukunnallisesti. Lähes puolet ei tarjonnut lainkaan ravitsemusterapiapalveluja. Lähes puolet terveyskeskuksista järjesti gynekologin ja lastenlääkärin palvelut omana toimintana, ostopalveluna tai seutukunnallisesti. (Varjoranta ym. 2004.)

3.2.6 Arviot neuvolahenkilöstön määrän riittävydestä ja toiminta henkilöstön saatavuuden turvaamiseksi

Johtavat viranhaltijat arvioivat neuvolahenkilöstön määrän useammin riittäväksi kuin riittämättömäksi tuottamaan laadukkaita palveluja. Neuvolalääkäreiden määrän arvioi melko tai täysin riittämättömäksi lähes kolmasosa vastanneista. Viidesosa vastanneista arvioi terveydenhoitajien määrän melko tai täysin riittämättömäksi. (Taulukko 23.)

TAULUKKO 23. Johtavien viranhaltijoiden käsitys terveydenhoitajien ja lääkäreiden määrän riittävydestä tuottamaan laadukkaita neuvolapalveluja terveyskeskuksissa lääneittäin (%)

	Lääni				
	Lappi (n = 17-18)	Oulu (n = 33-35)	Länsi-Suomi (n = 89-96)	Etelä-Suomi (n = 55-58)	Yhteensä (n = 197-204)
Terveydenhoitajien määrä					
Riittävä	78	77	84	89	84
Riittämätön	22	23	16	11	16
Lääkäreiden määrä					
Riittävä	59	76	79	67	73
Riittämätön	41	24	21	33	27

Läänien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Etelä-Suomen ja Länsi-Suomen läänien johtavat viranhaltijat arvioivat terveydenhoitajien määrän riittäväksi hieman useammin kuin muiden läänien viranhaltijat (Taulukko 23). Länsi-Suomen ja Oulun läänien johtavat viranhaltijat arvioivat lääkäreiden määrän riittäväksi hieman muita useammin. Kaksi viidesosaa Lapin läänin johtavista viranhaltijoista arvioi lääkäreiden määrän riittämättömäksi.

Itä-Suomen läänissä 75 % johtavista viranhaltijoista arvioi terveydenhoitajien määrän melko tai täysin riittäväksi ja puolet viranhaltijoista arvioi lääkäreiden määrän melko tai täysin riittäväksi. (Varjoranta ym. 2004.)

Valtakunnallisesti tarkasteltuna suurimmassa osassa terveystieteiden keskuksissa oli otettu huomioon henkilöstön saatavuus myös tulevaisuudessa. Henkilökunnan ammattitaidosta oli pidetty huolta lähes kaikissa terveystieteiden keskuksissa (Taulukko 24). Lapin ja Oulun läänien terveystieteiden keskuksissa olivat pitäneet huolta henkilökunnan ammattitaidosta hieman useammin kuin Etelä-Suomen ja Länsi-Suomen läänien terveystieteiden keskuksissa. Johtamistapoihin oli kiinnittänyt huomiota lähes kolme neljäsosaa terveystieteiden keskuksista. Terveystieteiden keskuksissa, jotka olivat kiinnittäneet huomiota johtamistapoihin, olivat myös kehittäneet henkilöstöpolitiikkaa. Erityisesti niissä terveystieteiden keskuksissa, joissa oli johtava hoitaja, oli kiinnitetty huomiota johtamistapoihin.

Terveystieteiden keskuksista kaksi kolmasosaa oli kehittänyt henkilöstöpolitiikkaa ja osa suunnitteli sen kehittämistä (Taulukko 24). Niissä terveystieteiden keskuksissa, joissa oli johtava hoitaja, oli henkilöstöpolitiikkaa kehitetty muita useammin. Henkilöstöpolitiikan kehittämisessä läänit erosivat toisistaan. Etelä-Suomen ja Oulun läänissä henkilöstöpolitiikkaa oli kehitetty 76 %:ssa terveystieteiden keskuksissa ja Länsi-Suomen läänissä 73 %:ssa terveystieteiden keskuksissa. Vähiten henkilöstöpolitiikkaa oli kehitetty Lapin läänin terveystieteiden keskuksissa (46 %).

TAULUKKO 24. Neuvolahenkilöstön saatavuuden turvaamiseksi tehdyt toimenpiteet terveystieteiden keskuksissa johtavien viranhaltijoiden (n=211) mukaan (%)

Toimenpide	Kyllä	Suunnitteilla	Ei	Tieto puuttuu
Henkilökunnan ammattitaidosta huolehtiminen	89	2	5	4
Huomion kiinnittäminen johtamistapoihin	72	5	13	10
Henkilöstöpolitiikan kehittäminen	62	6	18	14
Työskentelyedellytysten parantaminen	60	13	17	10
Palkkausjärjestelmän kehittäminen	54	11	24	10
Eläkepoistumien laskeminen	53	4	28	15
Henkilöstön rekrytoinnin kehittäminen	36	10	39	16
Määräaikaisten työsuhteiden vakinaistaminen	27	4	52	18

Yli puolet terveystieteiden keskuksista oli pyrkinyt parantamaan henkilöstön työskentelyedellytyksiä. Erityisesti henkilöstön työskentelyedellytyksiä oli parannettu niissä terveystieteiden keskuksissa, joissa oli johtava hoitaja. Neuvolatyössä toimivien palkkausjärjestelmää oli kehitetty hieman yli puolessa terveystieteiden keskuksista ja erityisesti niissä terveystieteiden keskuksissa, joissa oli johtava hoitaja. Palkkausjärjestelmän kehittämistä suunnitteli joka kymmenes terveystieteiden keskus. (Taulukko 24.) Etelä-Suomen läänissä palkkausjärjestelmän kehittäminen oli yleisintä (70 %), mutta myös Länsi-Suomen (62 %) ja Oulun läänissä (58 %) sitä oli kehitetty yli puolessa terveystieteiden keskuksista. Palkkausjärjestelmän kehittäminen oli harvinaisempaa Lapin läänissä, jossa sitä oli kehitetty 22 %:ssa terveystieteiden keskuksista.

Puolet terveystakeskuksesta oli laskenut eläkepoistumat (Taulukko 24). Terveystakeskuksesta, joissa oli johtava hoitaja, oli näin tehty muita useammin. Eniten eläkepoistumia oli laskettu Länsi-Suomen läänissä ja vähiten Lapin läänissä. Henkilöstön rekrytointia oli kehitetty lähes kahdessa viidesosaa terveystakeskuksesta. Rekrytoinnin kehittämistä suunnitteli joka kymmenes terveystakeskus. (Taulukko 24.) Henkilöstön rekrytointiin oli panostettu useimmin niissä terveystakeskuksesta, joissa oli johtava hoitaja. Henkilöstön rekrytoinnin kehittäminen vaihteli merkittävästi lääneittäin. Rekrytoinnin kehittäminen oli yleisintä Etelä-Suomen (50 %) ja Länsi-Suomen (45 %) läänissä. Oulun läänissä rekrytointia oli kehitetty 31 %:ssa ja Lapin läänissä 15 %:ssa terveystakeskuksesta.

Neljäsosa terveystakeskuksesta oli vakinaistanut määräaikaissa työsuhhteessa olevia ja pieni osa suunnitteli sitä (Taulukko 24). Määräaikaissa työsuhhteessa olevia oli vakinaistettu eniten Länsi-Suomen läänissä, jossa se oli suunnitteilla myös muita yleisemmin.

3.3 Määräaikaistarkastukset äitiys- ja lastenneuvolatyössä

3.3.1 Kunnassa sovitut määräaikaistarkastukset äitiysneuvolassa

Äitiysneuvolatyötä koskevissa suosituksissa ehdotetaan sekä ensi- että uudelleensynnyttäjille kolmea raskaudenaikaista ja yhtä synnytyksen jälkeistä lääkärintarkastusta. (Viisainen 1999.)

Tähän selvitykseen osallistuneissa terveystakeskuksesta (Taulukko 25) ensisynnyttäjät kävivät lääkärin tekemässä määräaikaistarkastuksessa yleensä kolme kertaa raskauden aikana (vaihtelu 1-4). Suositus toteutui 82 %:ssa terveystakeskuksesta. Synnytyksen jälkeisiä lääkärintarkastuskäyntejä ensisynnyttäjälle oli yksi. Terveystakeskuskohtaiset tiedot raskauden aikaisista määräaikaistarkastuksista ovat selvityksen liitteenä (Liitetaulukko 3).

TAULUKKO 25. Kunnassa sovitut lääkärin tekemät määräaikaistarkastuskäynnit äitiysneuvolassa johtavien viranhaltijoiden (n = 211) mukaan (%)

Käyntien määrä	Ensisynnyttävä		Uudelleensynnyttävä	
	Raskauden aikana	Synnytyksen jälkeen	Raskauden aikana	Synnytyksen jälkeen
1	2	92	2	92
2	7	1	12	1
3	78	0	73	0
4	6	0	5	0
Tieto puuttuu	7	8	8	8

Läänikohtaisia eroja oli jonkin verran. Oulun ja Etelä-Suomen lääneissä oli ensisynnyttäjälle muita useammin kolme lääkärintarkastusta raskauden aikana. Näi-

tä läänikohtaisia eroja ei ollut määräaikaikäykneissä synnytyksen jälkeen eli synnytyksen jälkeen ensisynnyttäjät kävivät lääkärillä yleensä kerran.

Uudelleensynnyttäjien kohdalla hajonta lääkäreiden tarkastusten määrissä oli suurempi kuin ensisynnyttäjien kohdalla (Taulukko 25). Valtaosassa terveyskeskuksia (73 %) uudelleensynnyttäjät kävivät kuitenkin lääkärillä kolme kertaa raskauden aikana (vaihtelu 1-4). Suositus toteutui 78 %:ssa terveyskeskuksia. Uudelleensynnyttäjien raskaudenaikaisissa lääkärillä käynneissä ei ollut läänikohtaisia merkitseviä eroja. Uudelleensynnyttäjät kävivät lääkärin tarkastuksessa yleensä kerran synnytyksen jälkeen.

Terveydenhoitajan *ensisynnyttäjille* tekemien määräaikaistarkastusten vähimmäismääräksi suositellaan 13–17 käyntiä, joihin sisältyy kaksi tarkastusta synnytyksen jälkeen (Viisainen 1999). Synnytyksen jälkeistä kotikäyntiä suositellaan sekä ensi- että uudelleensynnyttäjille. Neljäsosassa terveyskeskuksia ensisynnyttäjät kävivät terveydenhoitajan vastaanotolla 12 kertaa (vaihtelu 10-15) (Taulukko 26). Suositus toteutui 82 %:ssa terveyskeskuksia. Ensisynnyttäjien synnytyksen jälkeiset käynnit vaihtelivat yhdestä viiteen. Lähes puolessa terveyskeskuksia käyntejä oli kaksi, mutta viidesosassa terveyskeskuksia synnytyksen jälkeisiä käyntejä oli kolme. Mukaan oli laskettu kotikäynti vastasyntyneen vauvan ja perheen luo.

TAULUKKO 26. Kunnassa sovitut terveydenhoitajan tekemät määräaikaistarkastuskäynnit äitiysneuvolassa johtavien viranhaltijoiden (n = 211) mukaan (%)

Käyntien määrä	Ensisynnyttäjä		Uudelleensynnyttäjä	
	Raskauden aikana	Synnytyksen jälkeen	Raskauden aikana	Synnytyksen jälkeen
1	-	20		28
2	-	46		43
3	-	20		16
4	-	3		2
5	-	1		1
6	-	-		-
7	-	-		-
8	-	-	6	-
9	-	-	6	-
10	16	-	27	-
11	14	-	18	-
12	25	-	21	-
13	16	-	13	-
14	12	-	-	-
15	9	-	-	-
Tieto puuttuu	9	9	9	10

Uudelleensynnyttäjille suositellaan 9–13 käyntiä terveydenhoitajan luona. Näihin sisältyy kaksi synnytyksen jälkeistä käyntiä (Viisainen 1999). Uudelleensynnyt-

täjät kävivät raskauden aikana terveydenhoitajalla yleensä 10 kertaa (vaihtelu 8-13) (Taulukko 26). Suositus toteutui kaikissa terveyskeskuksissa. Synnytyksen jälkeen käyntejä oli yleensä kaksi, mutta lähes kolmasosassa terveyskeskuksia käyntejä oli yksi ja vajaassa viidesosassa kolme.

TAULUKKO 27. Kunnassa sovitut terveydenhoitajan tekemät määräaikaistarkastuskäynnit äitiysneuvolatyössä lääneittäin (%)

Ensisynnyttäjän käynnit raskauden aikana	Lääni				
	Lappi (n = 17)	Oulu (n = 32)	Länsi-Suomi (n = 90-91)	Etelä-Suomi (n = 52)	Yhteensä (n = 191-192)
Alle 11	6	34	14	17	18
11 tai yli	94	66	86	83	82
Uudelleensynnyttäjän käynnit raskauden aikana					
8-11	47	81	53	71	62
Yli 11	53	19	47	29	38

Ensi- ja uudelleensynnyttäjien määräaikaistarkastuskäynneissä terveydenhoitajan luona oli läänikohtaisia eroja (Taulukko 27). Ensisynnyttäjien raskauden aikaiset määräaikaistarkastuskäynnit eivät toteutuneet suositusten mukaisesti 34 %:ssa Oulun läänin, 17 %:ssa Etelä-Suomen, 14 %:ssa Länsi-Suomen ja 6 %:ssa Lapin läänin terveyskeskuksia. Uudelleensynnyttäjien raskauden aikaiset määräaikaistarkastuskäynnit terveydenhoitajan luona toteutuivat vähintään suositusten mukaisesti kaikissa lääneissä. Näitä määräaikaistarkastuskäyntejä oli suositukseen nähden enemmän eli ennen synnytystä yli 11 käyntiä 53 %:ssa Lapin läänin, 47 %:ssa Länsi-Suomen läänin, 29 %:ssa Etelä-Suomen läänin ja 19 %:ssa Oulun läänin terveyskeskuksia. Ensi- ja uudelleensynnyttäjien synnytyksen jälkeisissä käynneissä ei ollut läänikohtaisia merkitseviä eroja.

Itä-Suomen läänissä lääkärintarkastuksia koskevat suositukset toteutuivat ensisynnyttäjien kohdalla puolessa terveyskeskuksia (N=40) ja uudelleensynnyttäjien kohdalla hieman heikommin. Terveydenhoitajan tekemät tarkastukset toteutuivat suositusten mukaisesti kolmasosassa terveyskeskuksia. Ensisynnyttäjille tehtiin 11–18 ja uudelleensynnyttäjille 9–15 määräaikaistarkastusta. Uudelleensynnyttäjien kohdalla suositukset toteutuivat 75 %:ssa terveyskeskuksia. Ongelmana oli pystyä turvaamaan ensisynnyttäjien neljä lääkärintarkastusta suositusten mukaisesti. Ensisynnyttäjien käynnit terveydenhoitajalla eivät olleet puolessa terveyskeskuksia suositusten mukaisia. (Varjoranta ym. 2004.)

3.3.2 Kunnassa sovitut määräaikaistarkastukset lastenneuvolassa

Lastenneuvoloissa tehtävistä määräaikaistarkastuksista on annettu suositukset Lastenneuvolaoppaassa (STM 2004a). Oppaassa suositellaan, että lääkäri tutkii lapset 6-8 viikon, 4:n, 8:n ja 18 kuukauden iässä sekä lisäksi vähintään kerran leikki-iässä. Näin ollen lääkäri tapaa lapsen ja hänen perheensä vähintään viisi kertaa ennen lapsen kouluun menoa. Lääkintöhallituksen vuonna 1990 antamassa

oppaassa suositus oli vastaavanlainen: neljä kertaa ennen yhden vuoden ikää, ja kaksi kertaa 1-6-vuotiaana. (Lääkintöhallitus 1990).

Lääkärin imeväisikäiselle lapselle tekemät määräaikaistarkastukset (Taulukko 28) eli vähintään kolme kertaa toteutuivat suositusten mukaisesti vajaassa puolessa (43 %) terveyskeskuksia (ks. Liitetaulukko 3). Määräaikaistarkastusten vaihtelu terveyskeskuksissa oli 1–4. Imeväisikäisten lasten lääkärintarkastukset toteutuivat suositusten mukaisesti tai paremmin 64 %:ssa Etelä-Suomen, 53 %:ssa Länsi-Suomen, 31 %:ssa Lapin läänin ja 21 %:ssa Oulun läänin terveyskeskuksia. Lähes neljäsosa Oulun läänin ja hieman yli joka kymmenes Lapin läänin terveyskeskuksista järjesti yhden lääkärintarkastuskäynnin imeväisikäisille lapsille.

TAULUKKO 28. Kunnassa sovitut lääkärin tekemät määräaikaistarkastuskäynnit lastenneuvolassa johtavien viranhaltijoiden (n=211) mukaan (%)

Käyntien määrä	Lapsen ikä 0-12 kk	Lapsen ikä 13kk - 6 vuotta
1	7	8
2	39	42
3	42	37
4	1	1
Tieto puuttuu	11	12

Lääkärin leikki-ikäiselle lapselle tekemät määräaikaistarkastukset toteutuivat suositusten mukaisesti eli vähintään kaksi kertaa 80 %:ssa terveyskeskuksia (Taulukko 28). Lääkärintarkastusten määrän vaihtelu terveyskeskuksissa oli 1–4. Lääkärin leikki-ikäiselle lapselle tekemät määräaikaistarkastukset toteutuivat suositusten mukaisesti eli kaksi kertaa tai enemmän 98 %:ssa Etelä-Suomen, 91 %:ssa Oulun läänin, 89 %:ssa Länsi-Suomen ja 81 %:ssa Lapin läänin terveyskeskuksia. Lapin läänissä ja Länsi-Suomen läänissä joka kymmenes terveyskeskus tarjosi yhden lääkärintarkastuskäynnin leikki-ikäisille lapsille.

Terveydenhoitajan tekemien määräaikaistarkastusten osalta suositellaan, että tapaamiskertojen määrä ennen lapsen ensimmäistä ikävuotta on vähintään 10 kertaa (1990: 0-12 kk 10 kertaa ja sen jälkeen 8 kertaa eli yhteensä 18 kertaa) ja koko neuvolavaiheen aikana yhteensä noin 14-16 kertaa (STM 2004a). Tämän selvityksen tulosten mukaan suositus kymmenestä tapaamiskerrasta lapsen ensimmäisen ikävuoden aikana toteutui 30 %:ssa terveyskeskuksia (Taulukko 29). Määräaikaistarkastusten vaihtelu terveyskeskuksissa oli 6–10. Terveydenhoitajien imeväisikäisille lapsille tekemät määräaikaistarkastuskerrat eivät vaihdelleet merkittävästi lääneittäin.

TAULUKKO 29. Kunnassa sovitut terveydenhoitajan tekemät määräaikaistarkastuskäynnit lastenneuvolassa johtavien viranhaltijoiden (n=211) mukaan (%)

Käyntien määrä	Lapsen ikä 0-12 kk	Lapsen ikä 13kk - 6 vuotta
2	-	1
3	-	1
4	-	7
5	-	20
6	9	62
7	11	-
8	21	-
9	20	-
10	30	-
Tieto puuttuu	9	9

Yli puolet terveydenhoitajista tapasi leikki-ikäisen lapsen ja perheen yleensä kuusi kertaa. Määräaikaistarkastusten määrän vaihtelu terveyskeskuksissa oli 2–6. Terveydenhoitajien tekemät määräaikaistarkastuskerrat leikki-ikäisille lapsille eivät vaihdelleet merkitsevästi lääneittäin.

Itä-Suomen läänissä terveydenhoitajien määräaikaistarkastuksia koskevat suositukset ennen lapsen kouluikää tehtävistä tarkastuksista toteutuivat puolessa terveyskeskuksia (N=40). Imeväisikäisten määräaikaistarkastukset toteutuivat puutteellisesti. Ne toteutuivat suositusten mukaisesti 18 %:ssa terveyskeskuksia. Suurimmassa osassa terveyskeskuksia suositukseen ei ylletty myöskään lääkärintarkastusten osalta. Leikki-ikäisten lasten määräaikaistarkastukset toteutuivat terveydenhoitajien osalta paremmin kuin imeväisikäisten. Lääkärin toteuttamat määräaikaistarkastukset leikki-ikäisille toteutuivat imeväisikää huonommin. (Varjoranta ym. 2004.)

3.3.3 Kasvun ja kehityksen syvennetty seuranta

Terveydenhoitajat tekivät syvennetyn kasvun ja kehityksen seurantatarkastuksen lähes kaikille leikki-ikäisille lapsille. Terveydenhoitajista 79 % teki sen lapsen ollessa viisivuotias. Syvennetyn kasvun ja kehityksen seurannan kolmevuotiaalle lapselle teki 36 % ja nelivuotiaalle lapselle 27 % terveydenhoitajista.

Leikki-ikäisen lapsen kasvua ja kehitystä seurattiin ja arvioitiin monin menetelmin lastenneuvoloissa. Leikki-ikäisen lapsen kasvun ja kehityksen seurannassa 60 % terveydenhoitajista käytti ns. syvennettyä 3-, 4- tai 5-vuotistarkastusta. Viidesosa (21 %) terveydenhoitajista käytti systemaattista leikki-ikäisen lapsen neurologisen kehityksen arviointimenetelmää (LENE). Kahdella kolmasosalla terveydenhoitajista oli käytössä vanhemmille suunnattu kyselylomake lapsen kasvun ja kehityksen seurantaan. Joka kymmenennessä neuvolassa oli lisäksi käytössä omia menetelmiä lapsen kehityksen arvioimiseksi. Esimerkkejä näistä me-

netelmistä olivat matkalaukkuseula, vilperi, kehu! (viisivuotiaan lapsen kehityksen tukitoimien perusta), viisikko-tehtävistö, terveyskeskusten omat testit, lapsen oma kehityskansio päiväkodista ja psykologin tarkastus. (Taulukko 30.)

Lähes puolet terveydenhoitajista hyödynsi leikki-ikäisen lapsen kasvun ja kehityksen seurannassa päiväkodin työntekijän kirjallista arviota. Etelä-Suomen läänissä päiväkodin työntekijän kirjallinen arviointi oli käytössä useammin kuin muissa lääneissä. Vähiten päiväkodin työntekijän kirjallista arviota käytettiin Oulun läänissä.

TAULUKKO 30. Terveydenhoitajien (n=1 282) leikki-ikäisen kasvun ja kehityksen seurannassa ja arvioinnissa käyttämät menetelmät (%)

Menetelmä	Käytetään jokaiselle lapselle	Käytetään tarvittaessa	Ei käytetä koskaan	Tieto puuttuu
Kehityksen arviointimenetelmä				
Syvennetty 3-, 4- tai 5-vuotistarkastus	60	3	2	35
LENE	21	4	20	55
Lumiukkotesti	35	3	14	45
Jokin muu arviointimenetelmä	12	1	7	80
Kyselylomake vanhemmille	62	7	3	27
Päiväkodin työntekijän kirjallinen arvio	48	17	5	30
Päiväkodin työntekijän suullinen arvio	6	41	4	49
Jokin muu menetelmä	3	3	3	91

Etelä- ja Länsi-Suomen lääneissä toimivat terveydenhoitajat tekivät syvennettyjä 3-, 4- tai 5-vuotistarkastuksia suhteellisesti eniten jokaiselle lapselle. LENEä ja lumiukkotestiä terveydenhoitajat käyttivät suhteellisesti eniten Oulun ja Lapin läänissä. Vanhemmille suunnattuja kyselylomakkeita käytettiin vähiten Lapin läänissä.

Yli puolet lääkäreistä käytti leikki-ikäisen lapsen kasvun ja kehityksen seurannassa syvennettyä 3-, 4- tai 5-vuotistarkastusta (Taulukko 31). Lähes kaksi kolmasosaa lääkäreistä käytti myös vanhemmille suunnattua kyselylomaketta lapsen kasvun ja kehityksen seurannassa. Myös lääkärit hyödynsivät päiväkodin työntekijän kirjallista arviota leikki-ikäisen lapsen kasvun ja kehityksen seurannassa.

TAULUKKO 31. Lääkäreiden (n=429) leikki-ikäisen lapsen kasvun ja kehityksen seurannassa ja arvioinnissa käyttämät menetelmät (%)

Menetelmä	Käytetään jokaiselle lapselle	Käytetään tarvittaessa	Ei käytetä koskaan	Tieto puuttuu
Kehityksen arviointimenetelmä				
Syvennetty 3-, 4- tai 5-vuotistarkastus	53	8	2	37
LENE	19	7	16	57
Lumiukkotesti	24	5	14	58
Jokin muu arviointimenetelmä	7	4	8	82
Kyselylomake vanhemmille	56	8	4	32
Päiväkodin työntekijän suullinen arvio	7	38	5	51
Päiväkodin työntekijän kirjallinen arvio	40	25	3	32
Jokin muu menetelmä	1	5	6	88

Suhteellisesti useammin lääkärit tekivät syvennetyn 3-, 4- tai 5-vuotis-tarkastuksen jokaiselle lapselle Oulun ja Länsi-Suomen läänissä ja suhteellisesti harvemmin Lapin läänissä. Lääkärit käyttivät LENEä ja lumiukkotestiä eniten Lapin läänissä. Muissa lapsen kehityksen ja kasvun seurannan menetelmien käytössä ei ollut merkitseviä läänikohtaisia eroja.

Vajaa neljännes lääkäreistä käytti aikaa 3-, 4- tai 5-vuotiaan lapsen syvennettyyn tarkastukseen 30 minuuttia ja lähes puolet 11-20 minuuttia (Taulukko 32). Suosituksena on, että lääkäri käyttäisi määräaikaistarkastukseen 30 minuuttia (STM 2004a).

TAULUKKO 32. Lääkäreiden (n = 429) 3-, 4- tai 5-vuotiaan lapsen tarkastukseen käyttämä keskimääräinen aika (%)

Tarkastukseen käytetty aika (min)	Lääkärit
5-10	1
11-20	49
21-30	24
31-40	2
41-50	1
Tieto puuttuu	23

Lääkäreiden 3-, 4- tai 5-vuotiaan lapsen syvennettyyn tarkastukseen käyttämä aika vaihteli lääneissä. Oulun läänissä toimivista lääkäreistä 63 %, Etelä-Suomen ja Länsi-Suomen läänissä toimivista lääkäreistä noin kolmannes sekä Lapin läänissä toimivista lääkäreistä 17 % käytti syvennettyyn tarkastukseen aikaa yli 20 minuuttia.

Itä-Suomen läänissä lääkärit käyttivät 5-vuotiaan lapsen määräaikaistarkastukseen aikaa 5 - 30 minuuttia, yleisimmin 15 - 20 minuuttia (Varjoranta ym. 2004).

Terveydenhoitajista lähes 40 % käytti 3-, 4- tai 5-vuotiaan lapsen määräaikaistarkastukseen aikaa 31–60 minuuttia, yli kolmannes 61–90 minuuttia ja hyvin harva 91–120 minuuttia (Taulukko 33). Läänikohtaisia merkitseviä eroja ei ollut. Suosituksena on, että terveydenhoitaja käyttäisi aikaa syvennettyyn tarkastukseen 60–90 minuuttia (STM 2004a).

TAULUKKO 33. Terveydenhoitajien (n=1282) 3-, 4- tai 5-vuotiaan lapsen tarkastukseen käyttämä aika (%)

Tarkastukseen käytetty aika (min)	Terveydenhoitajia
Alle 30	0.5
31-60	39
61-90	33
91-120	3
Vaihdellen	4
Tieto puuttuu	21

Itä-Suomen läänin terveydenhoitajat toteuttivat valtaosan 5-vuotiaan määräaikaistarkastuksista suositusten mukaisesti, jolloin tarkastus kesti yleensä 60 minuuttia. Kolmannes terveydenhoitajista käytti niihin 90 minuuttia. (Varjoranta ym. 2004.)

Lähes kaikki terveydenhoitajat osallistuivat aina leikki-ikäisen lapsen määräaikaistarkastuksiin (Taulukko 34). Lisäksi määräaikaistarkastuksiin osallistuivat yleisimmin lääkäri ja päiväkodin työntekijä ja tarvittaessa psykologi. Tarvittaessa niihin saattoi osallistua myös fysioterapeutti, neurologi, puheterapeutti tai sosiaalityöntekijä. Muita määräaikaistarkastuksiin tarvittaessa osallistuvia olivat toimintaterapeutti, kasvatus- ja perheneuvolan edustaja, kiertävä erityislastentarhanopettaja ja kuulontutkija.

TAULUKKO 34. Leikki-ikäisen määräaikaistarkastukseen osallistuvat ammattihenkilöt terveydenhoitajien (n = 1 282) arvioimana (%)

Ammattihenkilö	Aina	Tarvittaessa	Ei koskaan	Tieto puuttuu
Terveydenhoitaja	81	0	0	19
Lääkäri	30	47	1	22
Päiväkodin työntekijä	24	22	20	34
Psykologi	3	55	11	31
Muu erityistyöntekijä	1	34	14	51

Psykologeista suhteellisesti eniten määräaikaistarkastuksiin osallistuivat Oulun läänissä toimivat psykologit. Heistä lähes joka kymmenes osallistui tarkastuksiin aina. Päiväkodin henkilöstö täytti sovitun osan lapsen kehityksen arviosta, joka voi olla esimerkiksi kettutesti, viisikko-tehtävistä, havaintoja 5-vuotiaasta lapsesta, lapsen sosiaaliset taidot ja 4-vuotiaan terveiset. Lapsen kehityksen arviointiin

sovitulta osin osallistuivat suhteellisesti eniten Lapin ja Etelä-Suomen läänissä toimivat päiväkodin työntekijät, joista kaksi viidesosaa osallistui aina leikki-ikäisen lapsen kehityksen arviointiin.

Itä-Suomen läänissä lääkäri osallistui viisivuotiaan lapsen määräaikaistarkastuksen toteuttamiseen kahdessa kolmesta määräaikaistarkastuksesta. Psykologi osallistui terveydenhoitajien arvioimana säännöllisesti kymmenesosaan viisivuotiaiden määräaikaistarkastuksia. Päiväkodin työntekijän tekemää kirjallista arviota lapsen kasvusta ja kehityksestä käytti aina 39 % terveydenhoitajista ja 39 % tarvittaessa. Suullisen arvion päiväkodista sai tarvittaessa 79 % terveydenhoitajista. (Varjoranta ym. 2004.)

3.3.4 Muutokset määräaikaistarkastusten määrissä ja sisällöissä

Kolme neljäsosaa terveyskeskuksista ilmoitti, että äitiysneuvolatarkastusten määrä oli pysynyt ennallaan viimeisten 5 - 10 vuoden aikana (Taulukko 35). Tarkastusten määrää oli supistettu 9 %:ssa ja lisätty 6 %:ssa terveyskeskuksia. Kaksi kolmasosaa terveyskeskuksista oli muuttanut tarkastusten sisältöä. Läänien välillä ei ollut merkitseviä eroja.

TAULUKKO 35. Määräaikaistarkastuksiin viimeisten 5-10 vuoden aikana tehdyt muutokset terveyskeskuksissa (n = 211) (%)

Tehdyt muutokset	Äitiysneuvola	Lastenneuvola
Tarkastusten määrä		
Ennallaan	75	52
Supistettu	9	30
Lisätty	6	10
Tieto puuttuu	10	9
Tarkastusten sisältö		
Ennallaan	25	15
Sisältöä muutettu	65	77
Tieto puuttuu	10	8

Lastenneuvolatarkastusten määrä oli pysynyt ennallaan joka toisessa terveyskeskuksessa viimeisten 5-10 vuoden aikana (Taulukko 35). Käyntejä oli supistettu 30 %:ssa ja lisätty 10 %:ssa terveyskeskuksia. Tarkastusten sisältöä oli muutettu lähes kolmessa neljäsosassa terveyskeskuksia. Läänien välillä ei ollut merkitseviä eroja.

Itä-Suomen läänissä määräaikaistarkastuksiin oli tehty sekä sisällöllisiä että määrällisiä muutoksia viimeisten 5-10 vuoden aikana. Neljäsosassa terveyskeskuksia (N=40) tarkastuskertoja oli vähennetty. Määräaikaistarkastuskäyntejä oli järjestetty myös uudella tavalla, esimerkiksi koulutulokkaiden terveystarkastuksia oli siirretty kouluterveydenhuoltoon. (Varjoranta ym. 2004.)

3.4 Neuvolatyössä käytettävät työmuodot ja -menetelmät

3.4.1 Lääkärin ja terveydenhoitajan työmuodot ja -menetelmät

Äitiys- ja lastenneuvolatyössä toimivien lääkäreiden tavallisin työmuoto oli ajanvarausvastaanotto. Päivittäinen puhelinaika oli kymmenesosalla lääkäreistä, mutta yli kolmasosalla heistä ei ollut lainkaan puhelinaikaa. Lääkärit tekivät kotikäyntejä, järjestivät iltavastaanottoja ja osallistuivat ryhmien pitämiseen erittäin harvoin. (Taulukko 36.)

TAULUKKO 36. Lääkäreiden (n=429) työmuotojen yleisyys äitiys- ja lastenneuvolatyössä (%)

Työmuoto	Päivittäin	Viikoittain	Kuukausittain	Vuosittain	Ei koskaan	Tieto puuttuu
Tietty puhelinaika	10	17	17	7	35	14
Ajanvarausvastaanotto	7	80	11	0,5	1	1
Vastaanotto ilman ajanvarausta	2	12	16	9	45	16
Sähköposti	1	1	3	8	69	18
Kotikäynti	0	1	1	5	75	18
Ryhmätoiminta	0	0	3	8	71	18
Iltavastaanotto	0	3	6	3	70	18

Lääneittäin tarkasteltuna lääkäreiden työmuodoissa ei ollut eroa lukuun ottamatta ajanvarausvastaanoton yleisyyttä. Etelä-Suomen ja Länsi-Suomen lääneissä toimivista lääkäreistä lähes 90 % piti ajanvarausvastaanottoa päivittäin tai viikoittain. Oulun läänissä (77 %) ja Lapin läänissä (64 %) toimivista lääkäreistä suurin osa piti ajanvarausvastaanottoa harvemmin.

Itä-Suomen läänissä lääkäreiden tavallisin työmuoto oli ajanvarausvastaanotto, jota piti 90 % lääkäreistä. Lääkäreistä 45 %:lla oli viikoittain puhelinaika. Iltavastaanotto, kotikäynnit ja ryhmät olivat harvinaisia lääkärin työssä. (Varjoranta ym. 2004.)

Myös terveydenhoitajien tavallisin työmuoto oli ajanvarausvastaanotto (Taulukko 37). Neuvolan asiakasperheille ilmoitettu tietty puhelinaika yhteydenottoa varten oli päivittäin käytössä kahdella kolmasosalla terveydenhoitajista. Ajanvarausvastaanoton lisäksi viidesosa terveydenhoitajista järjesti päivittäin vastaanoton ilman ajanvarausta. Terveydenhoitajista lähes puolet teki kotikäyntejä viikoittain. Vajaa puolet (45 %) terveydenhoitajista järjesti iltavastaanoton vähintään kuukausittain. Sama osuus terveydenhoitajista piti kuukausittain erilaisia ryhmiä. Yhteydenpito asiakkaisiin sähköpostitse oli vähäistä.

TAULUKKO 37. Terveydenhoitajien (n=1 282) työmuotojen yleisyys äitiys- ja lastenneuvolatyössä (%)

Työmuoto	Päivittäin	Viikoittain	Kuukausittain	Vuosittain	Ei koskaan	Tieto puuttuu
Ajanvarausvastaanotto	93	6	0	0	0	1
Tietty puhelinaika	65	7	5	4	13	7
Vastaanotto ilman ajanvarausta	22	31	11	5	21	10
Kotikäynti	2	45	37	11	1	4
Ilta vastaanotto	0	16	28	24	22	10
Ryhmätoiminta	0	4	41	41	8	6
Yhteydenpito sähköpostitse	0	6	18	23	46	8

Lääneittäin tarkasteltuna terveydenhoitajien työmuodoissa oli eroja (Taulukko 38) lukuun ottamatta ryhmätoimintoja. Päivittäistä ajanvarausvastaanottoa pitivät suhteellisesti eniten Etelä-Suomen ja vähiten Lapin läänissä toimivat terveydenhoitajat. Ilmoitettu puhelinaika oli eniten käytössä Etelä-Suomen ja vähiten Lapin läänissä. Vastaanoton ilman ajanvarausta järjestivät useimmiten Oulun läänissä ja vähiten Etelä-Suomen läänissä toimivat terveydenhoitajat.

TAULUKKO 38. Terveydenhoitajien (n=1 282) työmuotojen yleisyys äitiys- ja lastenneuvolatyössä lääneittäin (%)

Työmuoto	Lääni				
	Lappi (n = 52-63)	Oulu (n = 116-120)	Länsi-Suomi (n = 439-481)	Etelä-Suomi (n = 534-552)	Yhteensä (n = 1144-1172)
Ajanvarausvastaanotto					
Päivittäin	88	94	92	96	94
Viikoittain	12	6	8	4	6
Ilmoitettu puhelinaika					
Päivittäin-viikoittain	55	65	72	85	77
Kuukausittain	6	6	7	3	5
Vuosittain	9	7	3	4	4
Ei koskaan	30	22	18	8	14
Vastaanotto ilman ajanvarausta					
Päivittäin-viikoittain	67	76	62	51	69
Kuukausittain	4	7	11	15	12
Vuosittain	7	4	4	8	6
Ei koskaan	22	14	23	26	23
Kotikäynti					
Päivittäin-viikoittain	48	68	51	43	49
Kuukausittain	40	26	37	41	38
Vuosittain	13	4	11	14	12
Ei koskaan	0	3	1	2	2
Iltavastaanotto					
Päivittäin-viikoittain	13	15	18	20	18
Kuukausittain	20	26	24	39	31
Vuosittain	30	28	30	23	26
Ei koskaan	37	31	29	19	25
Yhteydenpito sähköpostitse					
Päivittäin-viikoittain	2	6	4	9	7
Kuukausittain	16	19	17	21	19
Vuosittain	16	23	21	29	25
Ei koskaan	66	52	58	41	50

Oulun läänissä toimivat terveydenhoitajat tekivät kotikäyntejä suhteellisesti eniten (Taulukko 38). Vähiten kotikäyntejä tehtiin Etelä-Suomen läänissä. Iltavastaanoton järjestivät suhteellisesti eniten Etelä-Suomen läänissä toimivat terveydenhoitajat ja vähiten niitä järjestettiin Lapin läänissä. Etelä-Suomen läänin terveydenhoitajat olivat suhteellisesti eniten yhteydessä asiakkaisiin sähköpostitse.

Itä-Suomen läänissä toimivien terveydenhoitajien yleisin työmuoto oli ajanvarausvastaanotto (99 %). Neljäsosalla terveydenhoitajista ei ollut tiettyä puhelinaikaa. Terveydenhoitajista 74 % mahdollisesti vastaanoton ilman ajanvarausta. Yli puolet terveydenhoitajista teki kotikäyntejä viikoittain ja kaikki tekivät kotikäyntejä vähintään vuosittain. Iltavastaanottoa piti viikoittain neljäsosa terveydenhoitajista. Yli puolet (54 %) terveydenhoitajista osallistui erilaisten ryhmien toteuttamiseen vähintään kuukausittain. (Varjoranta ym. 2004.)

3.4.2 Lomakkeiden käyttö asiakkaiden tarpeiden arvioinnissa

Terveydenhoitajat ja lääkärit käyttivät työssään vaihtelevasti erilaisia lomakkeita asiakkaiden tarpeiden arvioinnissa (Taulukko 39). Terveydenhoitajat käyttivät aktiivisimmin AUDIT-kyselyä, jonka myös lääkärit tunsivat. Viidesosa terveydenhoitajista käytti sitä säännöllisesti. Lääkäreistä kaksi kolmasosaa hyödynsi AUDIT-kyselyä tarvittaessa. Varhaisen vuorovaikutuksen havainnointilomaketta käytti kaksi kolmasosaa terveydenhoitajista joko säännöllisesti tai tarvittaessa, ja vastaavasti lääkäreistä vajaa viidesosa. Terveydenhoitajista lähes viidesosa hyödynsi mielialamittaria säännöllisesti ja kolmannes tarvittaessa. Huolen vyöhykkeistöön, parisuhteeseen, perheväkivaltaan ja vanhemmuuteen sekä perheen voimavaroihin liittyvät lomakkeet olivat edellä mainittuja vähemmän tunnettuja ja käytettyjä. Osa näistä harvemmin hyödynnetyistä lomakkeista oli uusia, mistä syystä niiden käyttö ei ollut vielä vakiintunut. Lääkäreiden työhön lomakkeiden käyttö ei kuulunut säännöllisenä työmuotona. Lääkärit hyödynsivät lomakkeita tarvittaessa, eikä lomakkeiden käytössä ollut merkitseviä läänikohtaisia eroja.

TAULUKKO 39. Lääkäreiden (n=429) ja terveydenhoitajien (n=1 282) lomakkeiden käyttö asiakkaiden tarpeiden arvioinnissa (%)

Lomake ja käyttäjä	Säännöllisesti	Tarvittaessa	Ei koskaan	Ei tunne
AUDIT- kysely				
Lääkäri	7	59	29	5
Terveydenhoitaja	21	38	26	15
Mielialamittari (EPDS)				
Lääkäri	4	50	30	16
Terveydenhoitaja	18	29	27	26
Varhaisen vuorovaikutuksen havainnointilomake				
Lääkäri	2	15	37	44
Terveydenhoitaja	17	44	21	19
Vanhemmuuden roolikartta				
Lääkäri	0	8	39	52
Terveydenhoitaja	6	53	29	13
Huolen vyöhykkeistö				
Lääkäri	0	4	37	59
Terveydenhoitaja	1	20	30	50
Parisuhdeväkivallan seulontalomake				
Lääkäri	1	11	36	53
Terveydenhoitaja	8	12	32	47
Parisuhteen roolikartta				
Lääkäri	0	6	38	56
Terveydenhoitaja	2	17	31	49
Voimavaralomake				
Lääkäri	0	5	34	61
Terveydenhoitaja	1	8	27	63
Perhepuntari				
Lääkäri	-	3	34	63
Terveydenhoitaja	0	2	26	72

Lääneittäin tarkasteltuna terveydenhoitajien lomakkeiden hyödyntämisessä oli eroja. AUDIT-kyselyä hyödynnettiin eniten Etelä-Suomen läänissä, jossa 70 % terveydenhoitajista käytti sitä joko säännöllisesti tai tarvittaessa. AUDIT-kysely oli vähiten käytetty Lapin läänissä, jossa kolmasosa terveydenhoitajista käytti sitä. Mielialamittaria (EPDS) hyödynnettiin eniten Etelä-Suomen ja Länsi-Suomen lääneissä. Mannerheimin Lastensuojeluliitossa kehitetyn Perhepuntarin käyttö oli yleensä vähäistä, mutta eniten sitä hyödynnettiin Lapin läänissä. Vanhemmuuden roolikarttaa käytettiin eniten Länsi-Suomen läänissä ja parisuhteen roolikarttaa sekä parisuhdeväkivallan seurantalomaketta Etelä-Suomen läänissä.

Terveyskeskuksilla oli käytössä myös monia omia lomakkeita neuvolatoimintaa varten. Näillä tiedusteltiin muun muassa asiakkaan alkoholinkäyttöä ennen raskautta, raskausajan tuntemuksia ja suhtautumista tulevaan synnytykseen. Myös päihdekartoitus, opiskelijan lomake ja terveyskysely olivat käytössä. Lisäksi mainittiin hyvinvointikysely, leikki-ikäisen ja vanhemman välinen vuorovaikutus-lomake, kysely 5-vuotiaan vanhemmille, perhetyönlomake ja kasvureppu.

Itä-Suomen läänin terveydenhoitajista 52 % käytti vanhemmuuden roolikarttaa säännöllisesti tai tarvittaessa ja 49 % varhaisen vuorovaikutuksen havainnointimenetelmää arvioidessaan perheiden tarpeita. Terveydenhoitajista 31 % käytti säännöllisesti ja 25 % tarvittaessa terveyskeskuksen omaa lomaketta. Vähiten he käyttivät perhepuntaria, voimavaralomaketta, huolen vyöhykkeistöä ja mielialamittaria. (Varjoranta ym. 2004.)

Itä-Suomen läänissä lääkärit käyttivät terveydenhoitajia vähemmän lomakkeita asiakkaiden tarpeiden tunnistamisessa. Yleisimmin heidän hyödyntämänsä lomake oli AUDIT-kysely asiakkaan alkoholinkäytön arvioimiseksi. Lääkärit käyttivät jonkin verran terveyskeskuksen omia lomakkeita ja osa käytti tarvittaessa mielialamittaria. (Varjoranta ym. 2004.)

3.4.3 Ryhmätoiminta

Lähes puolet terveydenhoitajista piti erilaisia ryhmiä kuukausittain (ks. Taulukko 37). Ryhmätoiminnan yleisin muoto oli perhevalmennus (Taulukko 40) ja toiseksi yleisin ryhmien järjestäminen alle yksivuotiaan lapsen perheille. Lisäksi kolmasosa terveydenhoitajista piti vuosittain vanhempainiltoja. Joka kymmenes terveydenhoitaja järjesti ryhmiä 1–6 -vuotiaiden lasten perheille, ryhmävastaanottoja, avoimia ryhmiä ja muita vertaisryhmiä. Terveydenhoitajat pitivät satunnaisesti vuosittain imetyksen tukiryhmiä, isäryhmiä ja parisuhdeiltoja. Ryhmien toteuttamisessa saattoi olla mukana vaihdellen muita ammattihenkilöitä, yleisimmin psykologi tai jokin ulkopuolinen asiantuntija.

TAULUKKO 40. Terveystenhoitajien (n = 1 282) järjestämien ryhmätoimintojen yleisyys (%)

Ryhmätoiminta	Viikoittain	Kuukausittain	Vuosittain	Ei koskaan	Tieto puuttuu
Perhevalmennus	2	33	44	14	8
Ryhmät alle yksivuotiaan lapsen perheille	2	13	24	44	17
Ryhmävastaanotto	1	3	9	65	22
Muut raskaudenaikaiset ryhmät	1	2	10	63	24
Avoimet ryhmät	1	2	9	68	20
Ryhmät 1 - 6 -vuotiaiden lasten perheille	0	1	11	65	22
Isäryhmät	0	1	5	72	22
Parisuhdeillat	0	1	4	73	22
Imetyksen tukiryhmät	0	1	3	74	21
Vanhempainilta	0	0	31	51	18

Lääneittäin tarkasteltuna ryhmien pitämisen yleisyydessä oli eroja perhevalmennuksen, alle yksivuotiaiden lasten perheiden ryhmien, ryhmävastaanoton, muiden raskaudenaikaisten ryhmien ja avoimien ryhmien osalta. Eniten näitä erilaisia ryhmiä järjestivät Etelä-Suomen läänissä toimivat terveydenhoitajat lukuun ottamatta perhevalmennusta, jota suhteellisesti eniten järjestivät Oulun läänissä toimivat terveydenhoitajat.

Lääkäreistä 71 % ei pitänyt ryhmiä koskaan ja loput osallistuivat niihin satunnaisesti. Näistä ryhmistä perhevalmennus oli keskeisin. Oulun läänissä toimivat lääkärit olivat muita aktiivisimpia ryhmätoimintaan osallistujia, joka kymmenes heistä osallistui perhevalmennukseen kuukausittain tai vuosittain.

Itä-Suomen läänissä terveydenhoitajien sovelsivat ryhmämenetelmää eniten perhevalmennuksissa. Vajaa puolet heistä piti perhevalmennusta viikoittain tai kuukausittain. Noin kolmannes terveydenhoitajista piti ryhmiä alle yksivuotiaiden lasten perheille sekä osallistui vanhempainiltoihin. Muiden ryhmien järjestäminen oli vähäistä. Lääkärit eivät osallistuneet aktiivisesti ryhmien pitämiseen. Heistä puolet ilmoitti, että ryhmätoiminta ei kuulu heidän työhönsä. Kolmannes lääkäreistä osallistui vuosittain ryhmätoimintaan neuvolatyössä. (Varjoranta ym. 2004.)

Perhevalmennus osana ryhmätoimintaa

Terveystenhoitaja oli perhevalmennusten keskeinen toteuttaja. Hänen lisäksi perhevalmennukseen osallistuivat usein psykologi tai muu asiantuntija kuten fysioterapeutti, Kelan edustaja, perhetyöntekijä, kummikätilö, seurakunnan edustaja tai hammashoitaja. Lääkäri ja sosiaalityöntekijä osallistuivat harvoin perhevalmennuksen toteuttamiseen.

Ensisynnyttäjien perhevalmennukseen kuului enimmäkseen 4-6 tapaamiskertaa (vaihtelu 1-9) ennen synnytystä ja 1-3 kertaa (vaihtelu 0 - 9) synnytyksen jälkeen

(Taulukko 41). Etelä-Suomen läänissä tapaamisia oli yleisesti neljä, Länsi-Suomen läänissä kolmesta kuuteen, Oulun läänissä kolmesta viiteen ja Lapin läänissä yleisesti kolme tapaamista. Itä-Suomen läänissä tapaamisia oli yleensä neljästä seitsemään (vaihtelu 1-10) (Varjoranta ym. 2004).

TAULUKKO 41. Ensi- ja uudelleensynnyttäjien perhevalmennukseen sisältyvät tapaamiskerrat terveydenhoitajien (n = 1 282) mukaan (%)

Tapaamiskerrat	Ensisynnyttäjät		Uudelleensynnyttäjät	
	Ennen synnytystä	Synnytyksen jälkeen	Ennen synnytystä	Synnytyksen jälkeen
0	0	25	35	42
1-3	33	34	13	6
4-6	42	2	7	1
7-9	4	1	1	1
Tieto puuttuu	21	39	44	51

Uudelleensynnyttäjien perhevalmennukseen osallistuminen oli harvinaisempaa (Taulukko 41). Lääneittäin tarkasteltuna uudelleensynnyttäjät osallistuivat perhevalmennukseen suhteellisesti eniten Lapin läänissä ja vähiten Oulun läänissä.

Perhevalmennuksessa yleisimmin käsiteltyjä aiheita olivat vauvan hoito ja imeytys, isän rooli, parisuhde ja seksuaalisuus (Taulukko 42). Perhe-etuudet ja lapsiperheiden palvelut olivat aiheina vajaassa puolessa perhevalmennuksia. Lääneittäin tarkasteltuna perhevalmennusten sisällöt eivät eronneet merkittävästi toisistaan.

TAULUKKO 42. Perhevalmennuksessa tai odotusajan vanhempainryhmässä terveydenhoitajien (n = 1 282) käsittelemät aihealueet (%)

Aihealue	Kyllä	Ei	Tieto puuttuu
Vauvan hoito	82	1	18
Imetys	80	1	20
Isän rooli	79	1	20
Parisuhde ja seksuaalisuus	75	2	23
Raskauteen liittyvät muutokset ja kokemukset	72	3	25
Synnytys	72	3	25
Perhe-etuudet ja lapsiperheiden palvelut	41	28	31

Alle yksivuotiaiden lasten perheille suunnatut ryhmät

Terveydenhoitajista kaksi viideosaa järjesti ryhmiä alle yksivuotiaiden lasten perheille vähintään vuosittain (Taulukko 40). Etelä-Suomen läänissä 46 % terveydenhoitajista piti vuosittain ryhmiä alle yksivuotiaiden perheille, Länsi-Suomen läänissä 36 %, Lapin läänissä 27 % ja Oulun läänissä 19 %. Ryhmätoi-

minnasta vastasi terveydenhoitaja ja usein ryhmissä vieraili ulkopuolinen asiantuntija ja satunnaisesti psykologi. Ryhmissä käsitellyt aiheita olivat useimmin synnytyskokemus, lapsen kehitys ja hoito sekä vanhemmuus ja parisuhde. Noin puolessa näistä ryhmistä pohdittiin perhe-etuuksia ja lapsiperheiden palveluja. (Taulukko 43.)

TAULUKKO 43. Alle yksivuotiaiden lasten perheiden ryhmissä käsitellyt aihealueet terveydenhoitajien mukaan lääneittäin (%)

Aihealue	Lääni				
	Lappi (n=17-20)	Oulu (n=26-30)	Länsi-Suomi (n=177-211)	Etelä-Suomi (n=294-326)	Yhteensä (n=514-585)
Synnytyskokemus					
Kyllä	53	83	89	92	89
Ei	47	17	11	8	11
Lapsen kehitys ja hoito					
Kyllä	80	97	96	97	96
Ei	20	3	4	3	4
Vanhemmuus					
Kyllä	80	97	96	97	96
Ei	20	3	4	3	4
Perheen ihmissuhteet					
Kyllä	74	97	93	94	93
Ei	26	3	7	6	7
Parisuhde ja seksuaalisuus					
Kyllä	53	77	79	82	80
Ei	47	23	21	18	20

Lääneittäin tarkasteltuna terveydenhoitajien käsittelemät aihealueet alle yksivuotiaiden lasten ryhmissä poikkesivat toisistaan. Kaikkia edellä mainittuja aiheita käsiteltiin vähiten Lapin läänissä (Taulukko 43).

Itä-Suomen läänissä kolmasosa terveydenhoitajista järjesti ryhmiä alle yksivuotiaiden lasten perheille. Näissä ryhmissä käsiteltiin perheen arkea ja lapsen päivittäistä hoitoa, vanhemmuutta, parisuhteen hoitamista, perheen muita ihmissuhteita, synnytyskokemuksia, lapsen kasvua ja kehitystä sekä lapsen kasvatusta. (Varjoranta ym. 2004.)

Leikki-ikäisten lasten perheille suunnatut ryhmät

Terveydenhoitajista joka kymmenes järjesti leikki-ikäisten lasten perheille suunnattuja ryhmiä satunnaisesti (ks. Taulukko 40). Terveydenhoitajat käyttivät ryhmien toteuttamisessa apuna tarvittaessa ulkopuolisia asiantuntijoita. Länsi-Suomen läänissä toimivista terveydenhoitajista 15 %, Etelä-Suomen läänissä 12 %, Lapin läänissä 11 % ja Oulun läänissä 5 % toteutti leikki-ikäisten lasten perheille ryhmiä vuosittain. Ryhmissä käsiteltiin lapsen kehitystä ja hoitoa, vanhemmuutta sekä perheen ihmissuhteita ja lapsen tahtoiän pulmia. Lapsiperheiden

palveluja ja perhe-etuuksia käsiteltiin satunnaisesti, samoin parisuhdetta ja seksuaalisuutta.

Itä-Suomen läänissä 14 % terveydenhoitajista järjesti ryhmiä leikki-ikäisten lasten perheille. Näissä ryhmissä käsiteltiin lapsen kasvuun ja kehitykseen, kasvatukseen, lapsen päivittäiseen hoitoon ja vanhemmuuteen liittyviä asioita. (Varjoranta ym. 2004.)

Isäryhmät ja isien osallistuminen äitiys- ja lastenneuvolakäynteihin

Isäryhmien järjestäminen neuvolassa ei ollut vielä vakiintunut työmuoto ja ryhmiä järjestettiin satunnaisesti. Terveydenhoitajista 6 % ilmoitti järjestävänsä isäryhmiä neuvolassa (ks. Taulukko 40). Yleisin isäryhmän muoto oli isien oma tapaamiskerta perhevalmennuksen yhteydessä. Isäryhmissä käsiteltiin lähes aina lapsen syntymää muutosvaiheena, isäksi kasvamista, isän roolia ja suhdetta lapseen sekä hyvin usein parisuhdetta ja vanhemmuutta. Isän omia terveysasioita käsiteltiin kolmasosassa ryhmiä.

Isät osallistuivat paremmin perhevalmennukseen kuin neuvolakäynneille. Yli puolet terveydenhoitajista arvioi, että perhevalmennukseen osallistuvat lähes kaikki isät (Taulukko 44). Itä-Suomen läänin terveydenhoitajien mukaan 55 % kaikista isistä osallistui perhevalmennukseen (Varjoranta ym. 2004). Isien osallistuminen perhevalmennukseen oli aktiivisinta Etelä-Suomen ja Oulun lääneissä. Lapin läänissä toimivista terveydenhoitajista 26 % arvioi, että kaikki isät osallistuvat perhevalmennukseen.

TAULUKKO 44. Terveydenhoitajien (n=1 282) arviot isien osallistumisesta perhevalmennukseen ja äitiys- ja lastenneuvolakäynteihin (%)

Isien määrä	Perhevalmennus	Äitiysneuvolan vastaanottokäynnit	Lastenneuvolan vastaanottokäynnit
Kolmannes isistä	5	35	44
Puolet isistä	7	21	18
Kaksi kolmasosaa isistä	19	13	10
Lähes kaikki isät	52	2	2
Tieto puuttuu	17	29	25

Terveydenhoitajista yli kolmasosa arvioi, että joka kolmas isä osallistui äitiysneuvolan vastaanottokäynneille yhdessä kumppaninsa kanssa. Vastaavasti kaksi viidesosaa terveydenhoitajista arvioi saman osuuden isistä osallistuvan lastenneuvolan vastaanottokäynneille.

Ryhmätoiminnassa käytettävät menetelmät

Yleisin ryhmien ohjaus- ja opetusmenetelmä oli keskustelu (Taulukko 45). Yleisesti käytettiin myös alustusta, luentoa, videon näyttämistä ja tutustumiskäyntiä

synnytyssairaalaan. Jonkin verran teetettiin ryhmätöitä. Muina menetelminä mainittiin muun muassa vauvaperheen sekä Mannerheimin Lastensuojeluliiton edustajan vierailu ryhmissä.

TAULUKKO 45. Ryhmätöiminnassa terveydenhoitajien (n=1 282) käyttämien opetus- tai ohjausmenetelmien yleisyys (%)

Opetus- tai ohjausmenetelmä	Lähes aina	Silloin tällöin	Ei koskaan	Tieto puuttuu
Keskustelu	80	8	1	11
Video	56	25	3	16
Alustus	51	22	5	22
Tutustumiskäynti synnytyssairaalaan	46	3	19	32
Luento	45	20	10	25
Käytännön harjoittelu	20	29	20	30
Demonstrointi	19	29	19	33
Ryhmätöyt	16	35	19	30
Vieraileva asiantuntija	12	44	17	27
Vanhempien alustukset	3	17	45	36
Draama	1	3	59	38

Ryhmätöiminnassa käytetyissä opetus- ja ohjausmenetelmissä oli jonkin verran läänikohtaisia eroja. Alustuksia hyödynnettiin koko maassa, joskin Etelä-Suomen ja Oulun lääneissä hieman muuta maata useammin. Ryhmätöitä tehtiin Etelä-Suomen läänissä aktiivisimmin. Tutustumiskäyntiä sairaalaan hyödynnettiin eniten Etelä-Suomen läänissä ja vähiten Lapin läänissä. Demonstrointi oli Etelä-Suomen läänissä ja Lapin läänissä muuta maata aktiivisempaa, kun taas käytännön harjoittelua käytettiin eniten Oulun läänissä.

Itä-Suomen läänissä järjestetyissä ryhmissä käytettiin yleisimmin keskustelua, luentoja, videoita ja alustuksia. Kolmasosassa terveystieteiden keskuksissa ei pystytty järjestämään tutustumiskäyntiä synnytyssairaalaan. Vanhempien vuorovaikutusta aktiivisten menetelmien, kuten vanhempien alustusten, ryhmätöiden ja draaman käyttö, oli perhevalmennuksessa vähäistä. (Varjoranta ym. 2004.)

3.4.4 Kotikäynnit

Kotikäynnit eivät kuuluneet lääkäreiden tavallisiin työmuotoihin, sillä 75 % lääkäreistä ei tehnyt niitä koskaan. Osa lääkäreistä teki yksittäisiä kotikäyntejä vuosittain. (ks. Taulukko 36.) Perheen pulmatilanteessa kotikäynnin oli valmis tarvittaessa tekemään 16 % lääkäreistä. Lääkäreistä 8 % oli valmis tekemään kotikäynnin sairaan lapsen perheeseen, 6 % vastasyntyneen perheeseen, 5 % leikkikäisen perheeseen, 4 % raskauden aikana ja 4 % vasta alueelle muuttaneeseen perheeseen riippuen tarpeesta.

Terveydenhoitajien työssä kotikäynnit ovat olleet perinteinen työmuoto. Selvityksen mukaan 47 % terveydenhoitajista teki kotikäyntejä vähintään viikoittain (ks. Taulukko 37). Raskauden aikainen kotikäynti tehtiin jokaiseen perheeseen hyvin harvoin (2 %), lähes puolet terveydenhoitajista teki sen tarvittaessa. Terveydenhoitajista 71 % teki kotikäynnin jokaiseen vastasyntyneeseen perheeseen. Lastenneuvolaopas suosittelee kahta kotikäyntiä, toista ennen lapsen syntymää ja toista syntymän jälkeen (STM2004a). Läänien välillä oli melko suuria eroja (Taulukko 46). Terveydenhoitajista 84 % teki kotikäynnin jokaiseen vastasyntyneeseen perheeseen Lapin läänissä, 82 % Oulun läänissä, 76 % Länsi-Suomen läänissä ja 63 % Etelä-Suomen läänissä. Itä-Suomen läänissä terveydenhoitajista 79 % teki kotikäynnin jokaiseen vastasyntyneeseen perheeseen (Varjoranta ym. 2004).

TAULUKKO 46. Terveydenhoitajien tekemien kotikäyntien yleisyys eri tilanteissa lääneittäin (%)

Kotikäyntitilanne/ yleisyys	Lappi (n=41-61)	Oulu (n=91-117)	Länsi-Suomi (n=351-482)	Etelä-Suomi (n=419-553)	Yhteensä (n=902-1213)
Raskauden aikana *)					
Jokaiseen perheeseen	2	3	3	4	3
Tarvittaessa	61	66	69	64	66
Ei koskaan	37	31	28	32	31
Vastasyntyneen perhe					
Jokaiseen perheeseen	84	82	76	63	71
Tarvittaessa	16	17	24	36	28
Ei koskaan	0	1	0	1	1
Leikki-ikäisen perhe					
Jokaiseen perheeseen	0	0	5	0	2
Tarvittaessa	71	59	61	62	62
Ei koskaan	29	41	34	38	36
Sairaalan lapsen perhe					
Jokaiseen perheeseen	0	2	2	1	1
Tarvittaessa	73	59	75	58	66
Ei koskaan	27	39	24	41	33
Äskettäin alueelle muuttanut perhe					
Tarvittaessa	53	40	49	39	44
Ei koskaan	47	60	51	61	56
Pulmatilanne *)					
Jokaiseen perheeseen	4	5	2	2	3
Tarvittaessa	87	83	89	86	87
Ei koskaan	9	12	9	12	10

*) Erot läänien välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä

Kaksi kolmasosaa terveydenhoitajista teki kotikäynnin leikki-ikäisen perheeseen yleensä tarvittaessa. Länsi-Suomen läänissä terveydenhoitajista 5 % teki kotikäynnin jokaisen leikki-ikäisen lapsen, yleensä 6-vuotiaan lapsen perheeseen. Yli neljä viidesosaa terveydenhoitajista teki kotikäynnin tarvittaessa perheen pulmatilanteissa ja tällöin mukana saattoi olla myös perhetyöntekijä tai sosiaalityöntekijä. Kaksi kolmasosaa terveydenhoitajista teki tarvittaessa kotikäyntejä sairaalan lapsen kotiin. Kaksi viidesosaa terveydenhoitajista teki tarvittaessa kotikäynnin äskettäin alueelle muuttaneeseen perheeseen. Tarvittaessa kotikäyntejä tehtiin

yhteistyössä perhetyöntekijän, toisen terveydenhoitajan, lastensuojelun tai psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa.

3.4.5 Työajan riittäminen eri työmuotoihin ja työajan kohdentaminen

Terveydenhoitajia ja lääkäreitä pyydettiin myös itse arvioimaan työaikansa riittävyttä. Lähes kaikki terveydenhoitajat arvioivat työaikansa riittäväksi määräaikaistarkastusten tekemiseen (Taulukko 47). Kaksi kolmasosaa ilmoitti työajan riittävän täysin tai melko hyvin myös kotikäynteihin. Vajaa kolmasosa terveydenhoitajista arvioi, että työaika oli melko tai täysin riittämätön lisäkäynteihin ja vajaa puolet, ettei työaika riitä ryhmätilaisuuksien järjestämiseen. Lähes puolet terveydenhoitajista arvioi, että työaika on melko tai täysin riittämätön erityistukea tarvitseville perheille. Puolet terveydenhoitajista piti työaikaansa riittävänä moniammatilliseen työskentelyyn, opiskelijaohjaukseen ja ammattitaidon ylläpitämiseen. Kaksi viidesosaa arvioi, että työaika oli riittävästi työn suunnitteluun ja arviointiin. Joka neljäs terveydenhoitaja ilmoitti, ettei iltavastaanottojen järjestäminen sisälly heidän työhönsä.

TAULUKKO 47. Terveydenhoitajien (n=1 282) arviot työaikansa riittävydestä eri työmuotoihin (%)

Työmuoto/ työn kohdentuminen	Täysin riittävä	Melko riittävä	Melko riittämätön	Täysin riittämätön	Ei sisälly työhön	Tieto puuttuu
Määräaikaistarkastukset	41	49	7	1	0	2
Kotikäynnit	21	44	21	11	1	2
Lisäkäynnit	18	52	24	4	-	3
Ryhmätilaisuudet	12	32	30	16	5	4
Iltavastaanotot	11	22	23	13	25	6
Moniammatillinen yhteistyö	7	47	35	8	-	3
Eryytistukea tarvitsevat perheet	7	40	39	9	1	4
Opiskelijaohjaus	6	48	33	6	4	3
Ammattitaidon ylläpitäminen	5	44	39	10	0	2
Työn suunnittelu ja arviointi	5	35	42	16	-	2

Lääneittäin tarkasteltuna terveydenhoitajien arvioinneissa oli eroja määräaikaistarkastusten, iltavastaanottojen ja erityistukea tarvitsevien perheiden osalta (Taulukko 48). Länsi- ja Etelä-Suomen lääneissä toimivat terveydenhoitajat arvioivat suhteellisesti eniten työaikansa riittävän määräaikaistarkastuksiin. Oulun läänissä toimivista terveydenhoitajista 15 % piti työaikaansa riittämättömänä määräaikaistarkastuksien toteuttamiseen. Etelä-Suomen läänissä toimivat terveydenhoitajat arvioivat suhteellisesti eniten työajan riittävän iltavastaanottojen järjestämiseen.

Oulun läänissä kaksi kolmasosaa ja Lapin läänissä yli puolet terveydenhoitajista koki, ettei heillä ollut riittävästi aikaa erityistukea tarvitseville perheille.

TAULUKKO 48. Työajan riittävyys terveydenhoitajien arvioimana lääneittäin (%)

Työajan riittävyys	Lappi (n=60-63)	Oulu (n=112-118)	Länsi-Suomi (n=465-484)	Etelä-Suomi (n=558-572)	Yhteensä (n=1195-1236)
Määräaikaistarkastukset					
Täysin riittävä	38	28	44	43	42
Melko riittävä	57	57	49	50	51
Riittämätön	5	15	7	7	7
Iltaavastaanotot					
Täysin riittävä	12	7	11	12	11
Melko riittävä	18	20	21	28	24
Riittämätön	32	40	38	39	38
Ei sisälly työhöni	38	33	30	21	27
Erityistukea tarvitsevat perheet					
Täysin riittävä	15	3	5	10	8
Melko riittävä	32	31	49	39	42
Riittämätön	54	66	46	51	51

Itä-Suomen läänissä toimivista terveydenhoitajista (n=125) 75 % arvioi työaikansa riittäväksi määräaikaistarkastusten tekemiseen. Yli puolet terveydenhoitajista (69 %) piti työaikansa riittävänä seurantakäynteihin, kotikäynteihin (66 %) ja moniammatilliseen yhteistyöhön (53 %). Sen sijaan 52 % terveydenhoitajista arvioi työaikansa riittämättömäksi kohdata erityistukea tarvitsevia perheitä. (Varjoranta ym. 2004.)

Valtaosa lääkäreistä arvioi määräaikaistarkastuksiin käytettävissä olevan työajan riittäväksi tai melko riittäväksi (Taulukko 49). Kolmasosa lääkäreistä arvioi, että työaika ei riitä lisäkäyntien järjestämiseen eikä opiskelijaohjaukseen. Vajaan kolmasosan mielestä opiskelijaohjaus ei sisälly heidän työhönsä. Lähes puolet lääkäreistä ilmoitti, että heillä ei ollut riittävästi aikaa erityistukea tarvitseville perheille. Lähes puolet lääkäreistä arvioi työajan riittäväksi moniammatilliseen yhteistyöhön ja ammattitaidon ylläpitoon. Yli puolet lääkäreistä koki, että heillä ei ollut riittävästi aikaa työn suunnitteluun ja arviointiin. Läkäreistä kaksi kolmasosaa ilmoitti, etteivät ryhmätilaisuudet sisälly heidän työhönsä ja vajaa kaksi kolmasosaa samoin kotikäyntien osalta.

TAULUKKO 49. Lääkäreiden (n=429) arvioinnit työajan riittävydestä eri työmuotoihin (%)

Työmuoto/ työn kohdentuminen	Täysin riittävä	Melko riittävä	Melko riittämätön	Täysin riittämätön	Ei sisälly työhön	Tieto puuttuu
Määräaikaistarkastukset	36	52	7	1	0	3
Lisäkäynnit	16	40	21	9	6	7
Opiskelijaohjaus	8	22	25	10	27	8
Moniammatillinen yhteistyö	6	37	31	11	7	8
Ammattitaidon ylläpitäminen	5	41	34	10	2	8
Työn suunnittelu ja arviointi	4	25	39	17	7	8
Erytistukea tarvitsevat perheet	3	24	32	17	15	9
Ryhmätilaisuudet	3	5	6	10	67	9
Kotikäynnit	2	4	6	19	60	9

Lääneittäin tarkasteltuna lääkäreiden arvioissa työajan riittävydestä eri työmuotoihin ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja lukuun ottamatta kotikäyntejä. Kaikissa lääneissä lääkäreistä vähintään puolet (53-77 %) raportoi, etteivät kotikäynnit sisälly heidän työhönsä. Länsi-Suomen läänissä toimivista lääkäreistä joka kymmenes arvioi työajan riittävän kotikäynteihin. Lähes puolet Oulun läänissä toimivista lääkäreistä raportoi, ettei työaika riitä kotikäynteihin.

Itä-Suomen läänissä toimivat lääkärit arvioivat työaikansa riittävän määräaikaistarkastuksiin ja seurantakäynteihin, mutta ei työn suunnitteluun ja arviointiin, ammattitaidon ylläpitämiseen, erityistukea tarvitsevien perheiden tapaamiseen ja moniammatilliseen yhteistyöhön. Yli puolet lääkäreistä raportoi, etteivät kotikäynnit ja ryhmämenetelmät sisälly heidän työhönsä. (Varjoranta ym. 2004.)

3.5 Palvelujen verkostoiminen ja moniammatillinen yhteistyö

3.5.1 Kuntien lapsiperhepalvelujen koordinointi ja yhteistyön tiivistäminen

Monessa kunnassa on luotu edellytyksiä lapsiperheiden parissa työskentelevien yhteistyön tukemiseksi. Äitiysneuvolatoimintaa suunnitteleva, seuraava ja kehitettävä moniammatillinen työryhmä oli neljäsosassa ja vastaava työryhmä lastenneuvolatoimintaa varten hieman yli kolmasosassa terveyskeskuksia. Lapsiperheiden palveluja kunnassa tai seutukunnassa suunnitteleva ja seuraava moniammatillinen yhteistyöryhmä oli lähes puolessa ja neuvolatyöryhmä tai vastaava, jossa käsitellään lasten ja perheiden asioita yli puolessa terveyskeskuksia (Taulukko 50).

TAULUKKO 50. Moniammatilliset työryhmät lapsiperheiden tukemiseksi terveyskeskuksissa johtavien viranhaltijoiden (n = 211) mukaan (%)

Työryhmä	Kyllä	Ei	Suunnittelilla	Tieto puuttuu
Äitiysneuvolatoimintaa suunnitteleva, seuraava ja kehittävä työryhmä	25	59	9	7
Lastenneuvolatoimintaa suunnitteleva, seuraava ja kehittävä työryhmä	35	47	10	8
Lapsiperheiden palveluja kunnassa tai seutukunnassa suunnitteleva ja seuraava yhteistyöryhmä	41	39	14	6
Neuvolatyöryhmä tai vastaava, jossa käsitellään lasten ja perheiden asioita	58	26	8	8

Noin 15 %:ssa terveyskeskuksia ei ollut yhtään moniammatillista työryhmää. Läänien välillä ei ollut eroja erilaisten työryhmien perustamisessa.

3.5.2 Lääkäreiden ja terveydenhoitajien yhteistyö neuvolatyön ytimenä

Terveydenhoitaja ja lääkäri muodostavat keskeisen työparin neuvolatyössä. Heidän yhteistyönsä näyttää tämän selvityksen valossa sujuvan erittäin hyvin. Sekä lääkärit että terveydenhoitajat arvioivat, että heidän on helppo ottaa yhteyttä toisiinsa. Molemmat ammattiryhmät olivat sitä mieltä, että yhteisiin keskusteluihin ei ollut varattu riittävästi aikaa. Suurin osa lääkäreistä ja terveydenhoitajista arvioi keskinäisen työnjaon selkeäksi. Terveydenhoitajista kolmannes ja lääkäreistä neljäsosa raportoi, että työnjakoa oli muutettu ja järkiperäistetty viimeisen kahden vuoden aikana. Vajaa puolet terveydenhoitajista oli sitä mieltä, että neuvolatyötä haittaa lääkäreiden vaihtuvuus. (Taulukko 51.)

TAULUKKO 51. Terveydenhoitajien (n=1282) ja lääkäreiden (n=429) yhteistyö ja työnjako neuvolassa (%)

Arvio yhteistyöstä ja työnjaosta	Samaa mieltä	Eri mieltä	Ei osaa sanoa	Tieto puuttuu
Yhteistyö sujuu yleensä hyvin				
Terveydenhoitaja	92	6	2	1
Lääkäri	98	1	1	-
Terveydenhoitaja/lääkäri pysyy yleensä samana				
Terveydenhoitaja	59	40	1	1
Lääkäri	84	15	1	-
Helppo ottaa yhteyttä				
Terveydenhoitaja	79	17	2	2
Lääkäri	97	2	0.5	0.5
Aikaa varattu neuvotteluihin ja keskusteluihin				
Terveydenhoitaja	20	76	2	1
Lääkäri	35	60	3	2
Työnjako on selkeä				
Terveydenhoitaja	84	13	2	1
Lääkäri	93	4	2	1
Työnjakoa muutettu				
Terveydenhoitaja	29	58	10	3
Lääkäri	25	41	22	13
Työnjako parantunut				
Terveydenhoitaja	29	31	34	6
Lääkäri	-	-	-	-

Terveydenhoitajan ja lääkärin välisen yhteistyön sujuvuudessa oli joitakin eroja läänien välillä. Terveydenhoitajien mukaan neuvolalääkärin pysyvyys toteutui parhaiten Länsi-Suomen läänissä (66 %) ja huonoiten Oulun (51 %) ja Lapin (52 %) lääneissä. Helpointa lääkäriin oli ottaa yhteyttä Länsi-Suomen läänissä työskentelevien terveydenhoitajien (83 %) ja hankalinta Lapin läänissä (63 %) työskentelevien. Parhaiten aikaa yhteisiin neuvotteluihin oli varattu Länsi-Suomen (23 %) ja huonoiten Lapin läänissä (13 %).

Terveydenhoitajista 60 % raportoi, että neuvolalääkärin palveluja oli ollut saatavilla omassa neuvolassa kolmen viimeisen vuoden aikana lähes koko ajan. Vajaan viidesosan (16 %) kohdalla lääkärin palvelut olivat olleet saatavilla noin puolet ajasta ja viidesosan kohdalla vähemmän kuin puolet ajasta (18 %). Kuiden terveydenhoitajan osalta lääkärin palvelut olivat puuttuneet kokonaan. Paras tilanne lääkäripalvelujen saatavuudessa oli ollut Länsi-Suomen (63%) ja Etelä-Suomen lääneissä (67%) ja huonoin Lapin läänissä (28 %).

3.5.3 Terveydenhoitajan ja lääkärin yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa

Terveydenhoitajat tekivät aktiivisimmin yhteistyötä kouluterveydenhuollon henkilöstön, puheterapeutin ja psykologin kanssa. Lähes puolet terveydenhoitajista työskenteli edellä mainittujen ammattihenkilöiden kanssa vähintään kuukausittain. Reilu kolmannes teki kuukausittain ja vajaa puolet vähintään puolivuositain yhteistyötä sosiaalityön ja päivähoidon henkilöstön ja vajaa kolmannes kuukausittain suun terveydenhuollon henkilöstön kanssa. Rungas neljännes terveydenhoitajista teki yhteistyötä perhetyöntekijän kanssa vähintään kuukausittain. Neljäsosa terveydenhoitajista ei tehnyt koskaan yhteistyötä seurakunnan, päihdepalveluhenkilöstön tai koulutoimen henkilöstön kanssa. (Taulukko 52.)

Yhteistyön tekemisessä oli runsaasti läänikohtaisia eroja. Terveydenhoitajat tekivät eniten kuukausittaista yhteistyötä puheterapeutin (58 %) ja fysioterapeutin (44 %) kanssa Oulun läänissä. Terveydenhoitajien yhteistyö kouluterveydenhuollon henkilöstön kanssa oli Lapin ja Oulun lääneissä hyvin tiivistä, yhteistyötä teki kuukausittain yli 70 % vastanneista. Yhteistyö suun terveydenhuollon, päivähoidon ja kotipalvelun henkilöstön kanssa oli samoin Lapin läänissä muuta maata yleisempää. Lapin läänissä yhteistyö mielenterveyspalveluhenkilöstön kanssa oli myös tiivistä. Terveydenhoitajien yhteistyö sosiaalityön henkilöstön kanssa oli Oulun läänissä (52 %) muuta maata vilkkaampaa.

TAULUKKO 52. Terveystenhoitajien (n=1 282) tekemä yhteistyö ja yhteistyön useus muiden ammattiryhmien kanssa (%)

Ammattiryhmä	Vähintään kuukausittain	Vähintään puolivuositain	Kerran vuodessa tai harvemmin	Ei koskaan	Ko. työntekijää ei ole	Tieto puuttuu/ ei osaa sanoa
Kouluterveydenhuollon henkilöstö	47	25	17	5	-	6
Puheterapeutti	46	25	6	12	6	4
Psykologi	41	41	11	1	3	3
Sosiaalityön henkilöstö	35	48	13	1	-	4
Päivähoidon henkilöstö	32	40	14	8	1	6
Suun terveydenhuolto	27	34	28	6	0	5
Fysioterapeutti	27	50	17	1	-	4
Perhetyöntekijä	27	34	17	6	10	7
Koulutoimen henkilöstö	25	16	25	24	1	10
Kotipalveluhenkilöstö	20	36	25	11	-	9
Gynekologi	18	11	11	20	31	10
Lastenlääkäri	14	19	22	10	27	9
Kasvatus- ja perheneuvolan henkilöstö	14	33	31	9	6	8
Lastenlääkäri	14	19	22	10	27	9
Toimintaterapeutti	10	20	18	21	24	8
Mielenterveyspalveluhenkilöstö	10	36	39	10	1	5
Ravitsemusterapeutti	3	27	31	5	28	6
Seurakunnan työntekijät	3	24	42	24	0	6
Päihdepalveluhenkilöstö	3	19	39	24	7	9
Muu erityistyöntekijä	3	2	2	5	4	85
Muu erikoislääkäri	2	7	9	10	2	51
Poliisitoimen henkilöstö	0	3	32	55	2	8

Lääkärit tekivät terveydenhoitajia vähemmän yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa. Aktiivisimmin he olivat yhteistyössä kouluterveydenhuollon henkilöstön, gynekologin, fysioterapeutin ja psykologin kanssa. Lääkärit tekivät yhteistyötä myös psykologin, puheterapeutin ja lastenlääkärin kanssa. Kolmasosa lääkäreistä ei tehnyt koskaan yhteistyötä perhetyöntekijän, koulutoimen henkilöstön, kotipalveluhenkilöstön, suun terveydenhuollon ja päihdepalveluhenkilöstön kanssa. Harvinaisin yhteistyötaho sekä terveydenhoitajien että lääkäreiden osalta oli poliisitoimen henkilöstö, jonka kanssa heistä yli puolet ei tehnyt koskaan yhteistyötä. (Taulukot 52 ja 53.)

Lääkäreiden yhteistyössä oli jonkin verran läänikohtaisia eroja. Lääkärit tekivät eniten yhteistyötä psykologien ja kouluterveydenhuollon henkilöstön kanssa Oulun läänissä ja sosiaalityön henkilöstön kanssa Länsi-Suomen läänissä.

TAULUKKO 53. Lääkäreiden (n=429) tekemä yhteistyö ja yhteistyön useus muiden ammattiryhmien kanssa (%)

Ammattiryhmä	Vähintään kuukausittain	Vähintään puoli-vuosittain	Kerran vuodessa tai harvemmin	Ei koskaan	Ko. työntekijää ei ole	Tieto puuttuu / ei osaa sanoa
Kouluterveydenhuolto	29	25	18	20	1	8
Gynekologi	23	19	12	15	26	6
Fysioterapeutti	23	54	15	5	1	2
Psykologi	21	47	23	5	3	2
Puheterapeutti	19	41	14	16	6	3
Lastenlääkäri	17	31	8	13	25	5
Päivähoidon henkilöstö	10	27	29	24	3	7
Koulutoimen henkilöstö	9	23	26	31	3	8
Toimintaterapeutti	7	23	22	18	25	5
Mielenterveyspalveluhenkilöstö	7	31	33	21	1	7
Kotipalveluhenkilöstö	6	20	28	36	2	9
Sosiaalityön henkilöstö	6	34	37	15	2	6
Muu erikoislääkäri	6	18	15	18	18	26
Suun terveydenhuolto	5	20	38	30	1	6
Kasvatus- ja perheneuvolan henkilöstö	5	24	32	25	7	8
Perhetyöntekijä	3	19	31	31	7	9
Päihdepalveluhenkilöstö	3	15	36	34	6	7
Ravitsemusterapeutti	1	19	35	14	27	4
Seurakunnan työntekijät	1	4	24	60	4	8
Muu erityistyöntekijä	1	1	3	21	6	69
Poliisitoimen henkilöstö	1	4	30	53	4	8

Sekä lääkärit että terveydenhoitajat tekivät eniten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä äitiyspoliklinikan henkilöstön kanssa. Terveydenhoitajista reilu puolet ja lääkäreistä kolmannes teki yhteistyötä vähintään kuukausittain. Kolmasosa terveydenhoitajista oli kuukausittain yhteistyössä synnytysosaston kanssa. Lastenosastoon ja lastenpsykiatriseen osastoon oltiin yhteydessä harvemmin, kuitenkin suurin osa vähintään vuosittain. (Taulukko 54.) Lapin läänissä toimivat terveydenhoitajat tekivät muita useammin yhteistyötä äitiyspoliklinikan (70 %) kanssa.

TAULUKKO 54. Terveystenhoitajien (n=1 282) ja lääkäreiden (n=429) yhteistyö ja yhteistyön useus erikoissairaanhoidon ja järjestöjen kanssa (%)

Yhteistyötaho	Vähintään kuukausittain	Vähintään puolivuositain	Kerran vuodessa tai harvemmin	Ei koskaan	Tieto puuttuu
Äitiyspoliklinikka					
Terveystenhoitaja	56	11	9	17	8
Lääkäri	32	25	16	20	7
Synnytysosasto					
Terveystenhoitaja	32	25	24	11	8
Lääkäri	12	21	31	29	8
Lastenosasto					
Terveystenhoitaja	8	44	37	6	5
Lääkäri	8	26	34	24	7
Lastenpsykiatrinen osasto					
Terveystenhoitaja	1	17	50	24	8
Lääkäri	1	24	43	26	7
Vapaaehtoisjärjestö					
Terveystenhoitaja	4	20	22	19	35
Lääkäri	-	1	14	53	33

Yhteistyö vapaaehtoisjärjestöjen toimijoiden kanssa oli satunnaista ja noin viides terveydenhoitajista ja reilu puolet lääkäreistä ei ollut koskaan yhteistyössä heidän kanssaan (Taulukko 54).

3.5.4 Moniammatillisessa yhteistyössä käytetyt työmuodot

Moniammatillisessa yhteistyössä käytetyt työmuodot vaihtelivat. Yleisimmin yhteistyössä käytettiin puhelinneuvotteluja. Terveystenhoitajat olivat lääkäreitä useammin mukana viranomaisten keskinäisessä yhteistyökokouksessa, lähes kolmannes oli kuukausittain ja vähintään puolivuositain reilu puolet. Yhteistyökokoukset, joissa asiakas oli mukana, olivat harvinaisia. Terveystenhoitajista noin kolmannes osallistui näihin kokouksiin vähintään kerran puolessa vuodessa. Terveystenhoitajista yhteensä 64 % osallistui yhteisiin koulutustilaisuuksiin vähintään puolivuositain ja lääkäreistä yhteensä 37 %. (Taulukko 55.) Läänikohtaisia pieniä eroja oli vain yhteisten koulutustilaisuuksien järjestämisen osalta.

TAULUKKO 55. Lääkäreiden (n=429) ja terveydenhoitajien (n=1 282) käyttämät työmuodot moniammatillisessa yhteistyössä (%)

Työmuoto	Työmuodon käytön useus					
	Viikoittain	Vähintään kuukausittain	Puolivuosittain	Kerran vuodessa tai harvemmin	Ei koskaan	Tieto puuttuu
Puhelinneuvottelu						
Lääkäri	6	19	19	24	27	6
Terveydenhoitaja	18	42	19	8	8	6
Viranomaisten yhteistyökokous						
Lääkäri	-	5	17	31	41	6
Terveydenhoitaja	-	28	31	24	12	5
Yhteinen koulutus						
Lääkäri	-	5	32	39	18	7
Terveydenhoitaja	-	16	48	28	2	4
Yhteistyökokous, asiakas mukana						
Lääkäri	-	2	13	38	41	6
Terveydenhoitaja	-	8	27	45	14	5

Myös Itä-Suomen läänissä yleisin moniammatillisen yhteistyön työmuoto oli puhelinneuvottelu, joihin osallistui vähintään kuukausittain 71 % terveydenhoitajista. Terveydenhoitajista 39 % osallistui kuukausittain yhteistyökokouksiin viranomaisten kanssa ja 14 % kokouksiin, joissa asiakas oli mukana. Lääkäreistä puolet ja terveydenhoitajista 63 % oli osallistunut yhteiseen koulutukseen puolivuosit- tai useammin. (Varjoranta ym. 2004.)

Moniammatillisten hoito-ohjelmien ja hoitoketjujen käyttö lasten ja lapsiperheiden erityistilanteissa vaihteli terveyskeskuksittain. Yleisimpiä käytössä olevia hoito-ohjelmia ja hoitoketjuja erityistilanteita varten olivat lapsen kehityksen tai oppimisen vaikeus, lapsen fyysinen sairaus, äidin päihde- tai huumeongelma sekä synnytyksen jälkeinen masennus. Terveydenhoitajat raportoivat lääkäreitä useammin, että terveyskeskuksessa käytettiin lapsiperheiden erityistilanteissa moniammatillisia hoitoketjuja tai -ohjelmia. (Taulukko 56.)

TAULUKKO 56. Terveyskeskuksessa käytössä olevat moniammatilliset hoitoketjut ja /tai hoito-ohjelmat lapsiperheiden erityistilanteita varten terveydenhoitajien (n=1282) ja lääkäreiden (n=429) mukaan (%)

Hoitoketjun aihe	Kyllä	Ei	Suunnitteilla	Tieto puuttuu
Lapsen kehityksen tai oppimisen vaikeus				
Lääkäri	38	38	5	20
Terveydenhoitaja	48	22	5	25
Lapsen fyysinen sairaus				
Lääkäri	45	33	4	18
Terveydenhoitaja	47	26	2	25
Lapsen ylipaino				
Lääkäri	30	44	7	19
Terveydenhoitaja	38	32	6	24
Lapsen psyykinen sairaus				
Lääkäri	24	51	3	23
Terveydenhoitaja	29	39	3	28
Synnytyksen jälkeinen masennus				
Lääkäri	33	44	4	19
Terveydenhoitaja	46	32	6	16
Äidin päihde- tai huumeongelma				
Lääkäri	35	41	5	19
Terveydenhoitaja	48	28	7	17
Vanhemman mielenterveyspulma				
Lääkäri	26	50	4	20
Terveydenhoitaja	32	41	5	22

Hoito-ohjelmien ja hoitoketjujen käyttö vaihteli läänikohtaisesti. *Lapsen fyysiseen sairauteen* (67 %) ja *lapsen ylipainoon* (62 %) liittyvä hoito-ohjelma oli yleisimmin käytössä Etelä-Suomen läänissä. *Lapsen psyykkisiä sairauksia* (45 %) ja *synnytyksen jälkeistä masennusta* (61%) koskeva toimintamalli oli tavallisin Länsi-Suomen läänissä. Hoito-ohjelma *äidin päihde- tai huumeongelman* hoitamiseksi oli useimmin käytössä Etelä-Suomen (62%) ja Länsi-Suomen (60%) lääneissä. *Vanhemman mielenterveyspulman* hoitoon sovitut toimintaohjeita käytettiin puolestaan eniten Oulun läänissä (45 %). Lapin läänin terveyskeskuksissa käytettiin kaikkia edellä mainittuja toimintamalleja muita läänejä harvemmin.

Hoitoketjujen rakentaminen oli Itä-Suomen läänissä aloitettu vuonna 2003. Keskeisimmät tilanteet, joihin terveyskeskuksissa oli laadittu tai suunnitteilla hoitoketjuja ja -ohjelmia, olivat päihteiden käyttö, mielenterveysongelmat, lastensuojelu ja lasten syömishäiriöt. Toiminta oli vielä hajanaista, mutta tarve yhteisesti kirjatuille ja sovituille toimintamalleille oli tunnistettu. (Varjoranta ym. 2004.)

Erilaisista moniammatillista yhteistyötä edellyttävistä tilanteista oli sekä terveydenhoitajien että lääkäreiden mukaan tavallisimmin sovitut tapauskohtaisesti. Useimmin oli etukäteen sovitut toimintavoista tilanteissa, joissa vanhemmat käyttävät päihteitä lapsen odotusaikana. Seuraavaksi tavallisimpia olivat sopi-

mukset menettelytavoista tilanteissa, joissa lapsella oli somaattinen ongelma, neurologinen ongelma tai vanhemmat käyttivät päihteitä lapsen syntymän jälkeen. (Taulukko 57).

TAULUKKO 57. Moniammatillisesta yhteistyöstä sopimistapa erilaisissa tilanteissa lääkäreiden (n=429) ja terveydenhoitajien (n=1282) mukaan (%)

Tilanne	Sovittu etukäteen	Sovitaan tapauskohtaisesti	Tieto puuttuu
Vanhempien päihteiden käyttö odotusaikana			
Lääkäri	22	68	11
Terveydenhoitaja	36	49	14
Lapsen somaattiset ongelmat			
Lääkäri	20	62	18
Terveydenhoitaja	26	54	19
Lapsen neurologiset ongelmat			
Lääkäri	18	64	18
Terveydenhoitaja	19	62	18
Vanhempien päihteiden käyttö lapsen syntymän jälkeen			
Lääkäri	11	79	11
Terveydenhoitaja	24	65	10
Lapsen käyttäytymishäiriö			
Lääkäri	10	73	18
Terveydenhoitaja	11	71	18
Lapsen psyykkiset ongelmat			
Lääkäri	11	71	18
Terveydenhoitaja	10	72	18
Vanhempien mielenterveysongelmat			
Lääkäri	9	82	10
Terveydenhoitaja	13	77	10
Perheväkivalta			
Lääkäri	11	79	10
Terveydenhoitaja	17	72	10
Puutteellinen vanhemmuus			
Lääkäri	5	83	12
Terveydenhoitaja	11	78	11

Moniammatillisen yhteistyön sopimisesta koskevilla menettelytavoilla oli joitakin eroja läänien välillä, terveydenhoitajien mukaan useammin kuin lääkäreiden. Etelä-Suomen läänissä oli muita läänejä yleisempää sopia yhteistyökäytännöistä etukäteen ja Lapin läänissä muita läänejä harvinaisempaa. Esimerkiksi vanhempien päihteiden käytön hoitamisesta odotusaikana oli sovittu terveydenhoitajien mukaan etukäteen 49 %:ssa Etelä-Suomen ja 12 %:ssa Lapin läänin terveyskeskuksia. Vanhempien mielenterveysongelmiin liittyvistä toimintakäytännöistä oli etukäteen sovittu useimmin sekä terveydenhoitajien ja lääkäreiden mukaan Oulun läänissä (20 %) ja harvimminkin niistä oli sovittu terveydenhoitajien mukaan Lapin läänissä (7 %) ja lääkäreiden mukaan Länsi-Suomen läänissä (6 %).

3.5.5 Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttavat tekijät ja toiminta niiden poistamiseksi

Sekä lääkärit että terveydenhoitajat nimesivät useita moniammatillista yhteistyötä haittaavia tekijöitä. Niistä tavallisimpia olivat ajankäyttöön, tiedonkulkuun, työntekijöiden vaihtuvuuteen ja toisen työn liian vähäiseen tuntemiseen liittyvät pulmat. Myös tietosuojakysymykset ja verkostotaitojen puute olivat ongelma joka kolmannen lääkärin ja terveydenhoitajan mukaan. Yhteistyötaitoja oli yleensä riittävästi ja yhteistyöstä sopiminen sujui pääosin hyvin (Taulukko 58). Terveydenhoitajien osalta oli joitakin eroja läänien välillä työntekijöiden vaihtuvuudessa, toisen työn tuntemisessa, yhteistyöstä sopimisessa, toimintakulttuurissa, yhteistyötaitoissa ja verkostotyötaitoissa. Lääkäreiden osalta läänikohtaisia eroja ei tullut esille.

TAULUKKO 58. Lääkäreiden (n=429) ja terveydenhoitajien (n=1 282) arviot moniammatillista yhteistyötä estävistä tekijöistä (%)

Yhteistyötä estävä tekijä	On ongelma	Ei ole ongelma	Tieto puuttuu/ (ja) ei osaa sanoa
Ajankäyttö			
Lääkäri	67	26	7
Terveydenhoitaja	70	22	8
Tiedonkulku			
Lääkäri	42	49	9
Terveydenhoitaja	57	34	9
Työntekijöiden vaihtuvuus			
Lääkäri	31	61	8
Terveydenhoitaja	44	48	8
Toisen työn tunteminen			
Lääkäri	28	64	8
Terveydenhoitaja	41	51	8
Tietosuojakysymykset			
Lääkäri	28	63	9
Terveydenhoitaja	39	52	9
Verkostotyötaidot			
Lääkäri	31	54	15
Terveydenhoitaja	33	54	13
Toimintakulttuuri			
Lääkäri	24	65	11
Terveydenhoitaja	35	50	15
Yhteistyöstä sopiminen			
Lääkäri	21	71	8
Terveydenhoitaja	29	61	10
Yhteistyötaidot			
Lääkäri	18	70	12
Terveydenhoitaja	23	65	12

Moniammatillista yhteistyötä estävien tekijöiden poistamiseksi tai lievittämiseksi oli ryhdytty toimimaan joissakin terveyskeskuksissa, mutta toiminta oli selvästi vähäistä suhteessa koettuun ongelmaan. Eniten terveydenhoitajien ja lääkäreiden mukaan oli toimittu ajankäytön tehostamiseksi, tiedonkulun parantamiseksi ja tietosuojakysymysten ratkaisemiseksi. Tämän kysymyksen vastauksissa oli paljon puuttuvia tietoja. (Taulukko 59.) Terveydenhoitajien vastauksissa ilmeni läänikohtaisia eroja lähinnä toiminnassa toisen työn tuntemisen, yhteistyöstä sopimisen, toimintakulttuurin sekä yhteistyö- ja verkostotyötaitojen parantamiseksi. Lääkäreiden arvioissa ei tullut esille läänikohtaisia eroja.

TAULUKKO 59. Lääkäreiden (n=429) ja terveydenhoitajien (n=1282) arviot toiminnasta moniammatillista yhteistyötä estävien tekijöiden poistamiseksi tai lievittämiseksi (%)

Yhteistyötä estävä tekijä	On toimittu	Ei ole toimittu	Tieto puuttuu ja ei osaa sanoa
Ajankäyttö			
Lääkäri	28	38	34
Terveydenhoitaja	24	40	36
Työntekijöiden vaihtuvuus			
Lääkäri	17	27	56
Terveydenhoitaja	14	29	56
Toisen työn tunteminen			
Lääkäri	18	22	60
Terveydenhoitaja	26	19	55
Yhteistyöstä sopiminen			
Lääkäri	20	18	62
Terveydenhoitaja	26	13	60
Tiedonkulku			
Lääkäri	27	22	51
Terveydenhoitaja	33	22	45
Toimintakulttuuri			
Lääkäri	15	22	63
Terveydenhoitaja	16	22	62
Tietosuojakysymykset			
Lääkäri	22	18	60
Terveydenhoitaja	29	16	55
Yhteistyötaidot			
Lääkäri	18	18	64
Terveydenhoitaja	23	14	63
Verkostotaidot			
Lääkäri	19	22	59
Terveydenhoitaja	24	17	59

Itä-Suomen läänissä moniammatillisen yhteistyön ongelmia olivat ajanpuute, työntekijöiden vaihtuminen, tiedonkulun puutteellisuus, toimintakulttuurien erilaisuus ja vaihtelovollisuus. Ajanpuutetta hallittiin sovituin tapaamisoin, puhe- ja sähköpostikeskusteluilla. Työntekijöiden vaihtumisen vaikutuksia pienennettiin työhön perehdyttämisellä,

vakituisilla sijaisilla, uuden työntekijän esittelemisellä asiakkaalle sekä hyvällä raportoinnilla. Tiedonkulkua parannettiin sähköisen potilastietojärjestelmän avulla, sähköpostilla, säännöllisillä palavereilla sekä kirjallisilla hoitosuunnitelmilla. Toimintakulttuurien erilaisuutta lähennettiin yhteisillä koulutuksilla ja palavereilla, avoimella keskustelulla ja erilaisuutta hyödyntämällä. Vaitiolovelvollisuuteen liittyviä esteistä lievennettiin ottamalla asiakas mukaan palvelun suunnitteluun. (Varjoranta ym. 2004.)

3.6 Ammattitaidon ylläpito ja kehittäminen

3.6.1 Henkilöstön ammattitaidon kehittämisessä käytetyt menetelmät

Neuvolatyön johtavien viranhaltijoiden mukaan työkokoukset ja toimipaikkakoulutus olivat parhaimmin toimivia menetelmiä terveydenhoitajien ja lääkäreiden ammattitaidon ylläpitämisessä. Monet menetelmät toimivat paremmin terveydenhoitajien kuin lääkäreiden kohdalla. Tällaisia olivat muun muassa kehityskeskustelut ja perehdyttämisohjelma. Vähiten käytettiin vertaisarviointia, työkiertoa ja mentorointia. Kehityskeskustelun käyttöön ottoa suunniteltiin terveystieteissä useimmin. (Taulukko 60.)

TAULUKKO 60. Lääkäreiden ja terveydenhoitajien ammattitaidon ylläpitämisessä käytettyjen menetelmien toimivuus johtavien viranhaltijoiden (n=211) mukaan (%)

Kehittämismenetelmä	Toimii hyvin	Toimii melko hyvin	Ei käytössä	Suunnitteilla
Perehdyttämisohjelma				
Lääkärin työssä	8	46	21	10
Terveydenhoitajan työssä	22	49	12	13
Kehityskeskustelut				
Lääkärin työssä	10	31	30	14
Terveydenhoitajan työssä	37	44	4	12
Vertaisarviointi				
Lääkärin työssä	1	10	66	3
Terveydenhoitajan työssä	4	19	60	8
Itsearviointi				
Lääkärin työssä	5	25	46	5
Terveydenhoitajan työssä	16	40	31	7
Työnohjaus				
Lääkärin työssä	3	23	54	4
Terveydenhoitajan työssä	16	40	29	10
Toimipaikkakoulutus				
Lääkärin työssä	21	46	14	2
Terveydenhoitajan työssä	30	51	10	3
Mentorointi				
Lääkärin työssä	7	25	46	4
Terveydenhoitajan työssä	4	26	56	5
Työkierto				
Lääkärin työssä	4	6	52	1
Terveydenhoitajan työssä	6	31	50	5
Työkokous				
Lääkärin työssä	28	42	12	1
Terveydenhoitajan työssä	56	37	1	1

Terveydenhoitajien mukaan työkokoukset, kehityskeskustelut, toimipaikkakoulutus ja täydennyskoulutus toimivat parhaiten heidän ammattitaitonsa ylläpitämisessä. Lääkäreiden mukaan parhaiten toimivat täydennyskoulutus, perehdyttäminen, työkokoukset ja toimipaikkakoulutus. Terveydenhoitajien mielestä tulisi edelleen kehittää työnohjausta, täydennyskoulutusta, toimipaikkakoulutusta ja kehityskeskusteluja. Myös lääkärit arvioivat täydennyskoulutuksen edelleen kehittämisen tärkeäksi. Seuraavaksi eniten he odottivat itsearvioinnin, vertaisarvioinnin ja kehityskeskustelujen käyttämistä oman ammattitaidon kehittämisessä. (Taulukko 61.)

TAULUKKO 61. Ammattitaidon ylläpitämisessä käytettyjen menetelmien toimivuus ja kehittämistarve neuvolatyössä lääkäreiden (n=429) ja terveydenhoitajien (n=1282) arvioimana (%)

Kehittämismenetelmä	Nykyinen toimivuus			Kehittämistarve		
	Toimii hyvin	Toimii osittain	Tieto puuttuu	Ei	Kyllä	Tieto puuttuu
Perehdyttäminen						
Lääkäri	34	56	10	43	35	22
Terveydenhoitaja	30	62	8	44	25	31
Kehityskeskustelut						
Lääkäri	17	66	17	32	49	19
Terveydenhoitaja	42	52	6	23	47	31
Vertaisarviointi						
Lääkäri	11	64	25	30	49	21
Terveydenhoitaja	14	60	26	24	41	36
Itsearviointi						
Lääkäri	21	63	17	27	50	23
Terveydenhoitaja	35	52	13	19	45	36
Työnohjaus						
Lääkäri	11	59	29	26	49	25
Terveydenhoitaja	26	52	22	13	61	27
Toimipaikkakoulutus						
Lääkäri	27	56	17	21	49	29
Terveydenhoitaja	38	52	11	17	48	35
Täydennyskoulutus						
Lääkäri	36	50	13	10	62	28
Terveydenhoitaja	36	54	9	9	60	31
Mentorointi						
Lääkäri	10	49	40	30	31	39
Terveydenhoitaja	6	40	54	25	21	54
Työkierto						
Lääkäri	11	46	42	44	20	36
Terveydenhoitaja	8	49	43	53	16	31
Työkokoukset						
Lääkäri	30	48	24	21	41	38
Terveydenhoitaja	59	33	8	17	46	37

Läänikohtaisesti esiintyi merkitseviä eroja: Oulun ja Lapin lääneissä noin kaksi kolmasosaa lääkäreistä arvioi perehdyttämisohjelmien kehittämisen tarpeelliseksi. Kehityskeskustelut, vertaisarviointi, itsearviointi ja toimipaikkakoulutus toimivat terveydenhoitajien mukaan parhaiten Etelä-Suomen (53 %) ja puutteellissimmin Lapin (26 %) läänissä. Täydennyskoulutus oli parhaiten järjestetty Länsi-Suomen läänissä työskentelevien terveydenhoitajien (43 %) mukaan ja puutteellisimmin Lapin läänissä (21 %). Työkokoukset tukivat ammattitaidon ylläpitämistä yhtä hyvin Etelä-Suomen ja Oulun läänien terveydenhoitajien (67 %) arvioimana.

Terveydenhoitajien ja lääkäreiden arviot ammattitaidon ylläpitämisessä käytettyjen menetelmien toimivuudesta poikkesivat johtavien viranhaltijoiden vastaavista arvioista. Johtavat viranhaltijat arvioivat kaikkien menetelmien toimivan huommin kuin lääkärit ja terveydenhoitajat itse arvioivat. Osapuolten arviot olivat lähimpänä toisiaan työkokousten toimivuuden osalta.

Itä-Suomen läänissä johtavien viranhaltijoiden vastauksia verrattiin lääkäreiden ja terveydenhoitajien vastauksiin. Parhaiten toimivat toimipaikkakoulutus, perehdytys, itsearviointi ja kehityskeskustelut. Toimivuudeltaan heikoimpia olivat mentorointi, työnohjaus ja vertaisarviointi. Lääkäreiden ja johtavien viranhaltijoiden näkemyserot olivat suurimmat toimipaikkakoulutuksen toimivuuden suhteen. Johtavat viranhaltijat arvioivat myös kehityskeskustelut toimivammiksi kuin lääkärit ja terveydenhoitajat. Molemmista ammattiryhmistä työnohjauksen kehittäminen oli keskeisintä. (Varjoranta ym. 2004.)

3.6.2 Täydennyskoulutuksen kehittäminen terveyskeskuksissa

Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus (STM 2004b) määrittelee täydennyskoulutuksen tavoitteeksi terveydenhuollon henkilöstön ammattitaidon ylläpitämisen, kehittämisen ja syventämisen työntekijän koulutustarpeisiin, organisaation perustehtävään sekä toiminnan kehittämiseen perustuen. Erityistä huomiota kehoitetaan kiinnittämään perusterveydenhuollon täydennyskoulutuksen toteuttamiseen. Suositukset koskevat täydennyskoulutuksen suunnittelua, mahdollistamista ja toteutusta sekä seuranta- ja arviointia.

TAULUKKO 62. Terveyskeskuksessa tehdyt tai suunnitteilla olevat toimenpiteet täydennyskoulutuksen kehittämiseksi johtavien viranhaltijoiden (n=211) mukaan (%)

Täydennyskoulutusta koskeva toimenpide	Kyllä	Ei	Suunnitteilla	Tieto puuttuu
Ulkopuolisten koulutusorganisaatioiden käyttäminen	74	11	6	9
Seurannan ja arvioinnin suunnitleminen	56	16	22	6
Terveyskeskuksen strategiseen johtamiseen niveltäminen	55	16	20	9
Alueellisesta tai seutukunnallisesta yhteistyöstä sopiminen	52	17	25	7
Henkilökunnan mukaan ottamisesta suunnitteluun sopiminen	42	33	17	9
Koulutuksen toteuttaminen organisaation omana toimintana	34	45	7	14
Työryhmän perustaminen koulutuksen suunnitteluun	21	57	14	8
Osaamis- ja koulutustarpeiden arviointimenetelmien käyttäminen	13	58	22	7

Johtavien viranhaltijoiden mukaan täydennyskoulutus toteutettiin yleensä ulkopuolisten koulutusorganisaatioiden avulla. Puolet terveyskeskuksista oli sopinut alueellisesta tai seutukunnallisesta yhteistyöstä täydennyskoulutuksen järjestämiseksi. Reilu kolmannes terveyskeskuksista järjesti täydennyskoulutusta omana toimintana. Yli puolet oli tehnyt suunnitelmia täydennyskoulutuksen seuraamisen ja arvioinnin kehittämiseksi. Puolet terveyskeskuksista oli liittännyt täydennyskoulutuksen osaksi terveyskeskuksen strategista johtamista. Noin viidennes oli perustanut työryhmän täydennyskoulutuksen suunnittelua varten ja henkilöstön mukaan ottamisesta suunnitteluun oli sopinut vajaa puolet terveyskeskuksista. Vähiten oli paneuduttu osaamis- ja koulutustarpeiden arviointimenetelmien käyttööntoon. (Taulukko 62.) Tilanne oli lähes samanlainen kaikissa lääneissä. Etelä-Suomen läänissä täydennyskoulutus toteutettiin muita useammin terveyskeskuksen omana toimintana. Jos terveyskeskuksessa oli johtava hoitaja, oli siellä suhteellisesti useammin tehty suunnitelmia täydennyskoulutuksen arvioimiseksi, sovittu henkilökunnan mukaan ottamisesta ja perustettu työryhmä täydennyskoulutuksen suunnittelua varten.

3.6.3 Lääkäreiden ja terveydenhoitajien saama ja tarvitsema täydennyskoulutus

Neuvolalääkärit olivat saaneet kolmen viimeisen vuoden aikana koulutusta kysytyistä aihealueista terveydenhoitajia vähemmän. Eniten koulutusta lääkärit olivat saaneet päihteistä (49 %), lapsen fyysisistä sairauksista (46 %), mielenterveydestä (45 %), raskauden seurannasta (43 %), lapsen kasvun ja kehityksen seurannasta (40 %) sekä riskiraskauksista (38 %). Kolmannes lääkäreistä (33 %) oli saanut myös lasten neurologiaan liittyvää koulutusta. (Taulukko 63.) Läänikohtaisia eroja oli vain vähän. Lapsen psyykkisiin sairauksiin lääkärit olivat saaneet eniten koulutusta Oulun (47 %) ja vähiten Lapin (9 %) läänissä.

TAULUKKO 63. Lääkäreiden (n= 429) kolmen viimeisen vuoden aikana saama neuvolatyöhön liittyvä koulutus ja koulutustarve (%)

Koulutuksen aihe	Saatu koulutus			Koulutustarve		
	Kyllä	Ei	Tieto puuttuu	Kyllä	Ei	Tieto puuttuu
Päihteet	49	42	8	48	24	28
Lapsen fyysiset sairaudet	46	42	12	47	21	31
Mielenterveys	45	45	10	48	23	30
Raskauden seuranta	43	47	10	44	26	30
Lapsen kasvun ja kehityksen seuranta	40	48	12	47	22	30
Riskiraskaudet	38	51	11	49	23	29
Lasten neurologia	33	54	13	53	19	28
Lapsen psyykkiset sairaudet	30	58	13	56	17	28
Seksuaaliterveys	28	63	9	38	32	31
Väkivalta	26	64	10	45	26	29
Varhainen vuorovaikutus	24	64	12	38	33	30
Lasten endokrinologia	20	66	14	51	22	27
Keskoslapset	15	73	13	47	24	29
Varhainen puuttuminen (Varpu)	10	76	14	43	28	29
Kotikäynnit	1	84	15	22	47	31
Pienryhmätoiminta	4	82	14	24	45	31
Verkostokonsulttikoulutus	3	83	14	22	46	32
Perhelääkärikoulutus	4	81	16	32	37	31

Neuvolalääkäreiden täydenniskoulutustarve oli ilmeinen (Taulukko 63). Noin puolet lääkäreistä ilmaisi tarvitsevansa koulutusta muun muassa lasten psyykkisistä sairauksista, lasten neurologiasta, lasten endokrinologiasta, lapsen fyysisistä sairauksista, mielenterveydestä ja riskiraskauksista. Lääkäreiden koulutustarpeissa oli läänikohtaisia eroja varhaisen vuorovaikutuksen, raskauden seurannan ja lapsen ja kasvun ja kehityksen seurannan osalta. Eniten koulutusta varhaisesta vuorovaikutuksesta tarvitsivat Lapin läänissä työskentelevät lääkärit (78%) ja vähiten Etelä-Suomen läänin lääkärit (45%).

Itä-Suomen läänissä lääkärit olivat osallistuneet yleisimmin erikoissairaanhoidon koulutuksiin, joiden aiheina oli ollut esimerkiksi lasten neurologia, psykiatria ja raskauden seuranta. Lääkäreistä lähes puolet toivoi täydenniskoulutuksen tehostamista. Keskeisiksi äitiyshuollon koulutusalueiksi he esittivät ultraäänitutkimuksia ja iäkkään synnyttäjän sekä päihteitä käyttävän äidin hoitoa. Lastenneuvolatyöhön kohdistuvaa koulutusta toivottiin lasten lievien neurologisten ja muiden kehityshäiriöiden diagnostiikasta ja hoidosta, lasten psyykkisestä hyvinvoinnista, rokotuksista, vanhemmuuden rooleista sekä varhaisen vuorovaikutuksen havainnoinnista ja tukemisesta. (Varjoranta ym. 2004.)

Terveydenhoitajat olivat saaneet eniten koulutusta varhaisesta vuorovaikutuksesta (67 %), päihteistä (50 %) ja vanhemmuuden tukemisesta (42 %) (Taulukko

64). Etelä-Suomen läänissä toimivat terveydenhoitajat olivat saaneet muita enemmän koulutusta varhaisesta vuorovaikutuksesta, parisuhteesta, mielenterveydestä, pienryhmätoiminnasta ja etnisistä vähemmistöistä. Oulun läänissä toimivat olivat saaneet eniten koulutusta väkivallasta. Imetysohjaajakoulutusta oli järjestetty eniten Länsi-Suomen ja Etelä-Suomen läänissä.

TAULUKKO 64. Terveydenhoitajien (n=1282) kolmen viimeisen vuoden aikana saama neuvolatyöhön liittyvää koulutus ja koulutustarve (%)

Koulutuksen aihe	Saatu koulutus			Koulutustarve		
	Kyllä	Ei	Tieto puuttuu	Kyllä	Ei	Tieto puuttuu
Varhainen vuorovaikutus	67	27	6	36	18	47
Päihteet	50	36	14	37	22	41
Vanhemmuuden tukeminen	42	44	14	57	9	33
Mielenterveys	35	49	16	48	15	37
Väkivalta	35	49	15	44	16	40
Imetysohjaajakoulutus	32	56	11	25	35	40
Lapsen oppimisvaikeudet	25	53	21	44	19	37
Seksuaaliterveys	21	61	18	45	18	38
Pienryhmätoiminta	18	63	19	38	23	39
Varhainen puuttuminen (Varpu)	14	70	16	53	12	35
Parisuhte	13	69	18	58	11	31
Etniset vähemmistöt	12	68	20	33	29	39
Kotikäynnit	12	68	20	20	37	43
Muu lapsen tai perheen terveyden edistämistä käsittelevä aihe	38	35	28	33	16	51
Näyttöön perustuva toiminta	7	69	25	22	30	48

Terveydenhoitajat tarvitsivat eniten koulutusta vanhemmuuden ja parisuhteen tukemisesta ja varhaisesta puuttumisesta ja vähiten kotikäynneistä, näyttöön perustuvasta toiminnasta ja imetysohjauksesta. (Taulukko 64). Koulutustarpeissa esiintyi jonkin verran läänikohtaisia eroja. Lapin läänin terveydenhoitajista suhteellisesti suurempi osa tarvitsi koulutusta varhaisesta vuorovaikutuksesta (89 %) ja lapsen oppimisvaikeuksista (76 %), Oulun läänin terveydenhoitajista imetysohjaajakoulutuksesta (57 %) ja Etelä-Suomen läänin terveydenhoitajista etnisistä vähemmistöistä (61 %).

Itä-Suomen läänissä terveydenhoitajat olivat viimeisen kahden vuoden aikana osallistuneet varhaisen vuorovaikutukseen, päihteisiin ja moniongelmaisten perheiden tukemiseen, perheiden psyykkiseen hyvinvointiin ja lapsen kehityksen arviointiin liittyviin koulutuksiin. He toivoivat koulutusta erityisesti moniongelmaisten lapsiperheiden tukemisesta ja lapsen auttamisesta näissä perheissä. (Varjoranta ym. 2004.)

3.6.4 Yhteistyö oppilaitosten kanssa

Terveyskeskuksista kaksi kolmasosaa (65 %) teki koulutuksellista tai neuvolatoiminnan kehittämiseen liittyvää yhteistyötä alan oppilaitosten kanssa. Yhteistyö oli monimuotoista ja sitä tehtiin sekä yliopistojen että ammattikorkeakoulujen kanssa. Pääasiallisin yhteistyön muoto oli opiskelijoiden työharjoitteluiden ja opinnäytetöiden ohjaus. Lisäksi oli käynnissä useita erilaisia neuvolatyöhön liittyviä kehittämishankkeita ja projekteja paikallisten ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen kanssa. (Taulukko 65.)

TAULUKKO 65. Esimerkkejä terveyskeskusten yhteistyöstä oppilaitosten kanssa

Esimerkkejä yhteistyöstä	
<ul style="list-style-type: none"> - opiskelijoiden työharjoittelujen ohjaus - opinnäytetöiden ohjaus - kehittämishankkeet, projektit - työkokoukset, osastotunnit - täydennyskoulutus, tilauskoulutus - asiantuntijatilaisuudet 	<ul style="list-style-type: none"> - opetusterveyskeskuksena toimiminen - työnkuvan laajentaminen - ryhmätoiminta - työnohjaus - tutustumiskäynnit - henkilöstövaihdot

Etelä-Suomen läänissä terveyskeskukset tekivät muita läänejä enemmän yhteistyötä ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen kanssa (80 %). Länsi-Suomen läänin johtavista viranhaltijoista 69 %, Oulun läänin 65 % ja Lapin läänin 35 % raportoi terveyskeskuksen ja oppilaitosten välisestä yhteistyöstä.

3.6.5 Neuvolatoimintaan liittyvän tiedon seuraaminen ja hyödyntäminen

Kolme neljäsosaa terveydenhoitajista seurasi säännöllisesti ammattilehtiä oman ammattitaidon ylläpitämiseksi. Kolmannes terveydenhoitajista luki säännöllisesti ammatillisia kirjoja. (Taulukko 66.) Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskuksen kotisivuja seurasi säännöllisesti ja silloin tällöin yli puolet terveydenhoitajista. Reilu neljännos terveydenhoitajista käytti säännöllisesti Terveysporttia ja viidennes ei koskaan. Yli puolet haki muuta tietoa internetistä silloin tällöin. Noin kymmenesosa terveydenhoitajista ei käyttänyt internetiä tiedonhakuun.

TAULUKKO 66. Neuvolatoimintaa koskevan uuden tiedon seuraaminen ja hyödyntäminen ammattitaidon ylläpitämisessä terveydenhoitajien (n=1 282) mukaan (%)

Tiedon seuraamistapa	Säännöllisesti	Silloin tällöin	Ei koskaan	Tieto puuttuu
Ammattilehtien seuraaminen	75	24	0	2
Muille koulutuspäiville osallistuminen	46	50	1	3
Alaan liittyvän uusimman tiedon käsitteleminen työyhteisössä	40	52	3	5
Muun tiedon hakeminen internetistä	34	54	9	3
Ammatillisten kirjojen lukeminen	31	66	2	2
Tiedon hakeminen Terveysportin kautta	27	49	20	3
Neuvolapäiville osallistuminen	12	50	34	4
Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskuksen kotisivujen seuraaminen	10	48	38	4
Terveydenhoitajapäiville/kätilöpäiville osallistuminen	7	53	35	6

Uuden tiedon seuraamisessa ja hyödyntämisessä oli läänikohtaisia eroja. Aktiivisimmin terveydenhoitajat hyödynsivät uusinta tietoa Länsi-Suomen (45%) ja vähiten Lapin läänissä (31 %). Oulun läänissä Terveysporttia käytti säännöllisesti 38 %, Lapin läänissä 16 %, Länsi-Suomen läänissä 25 % ja Etelä-Suomen läänissä 30 % terveydenhoitajista. Oulun läänin terveydenhoitajat (47 %) olivat aktiivisimpia hakemaan tietoa internetistä.

Valtakunnallisille neuvolapäiville ja terveydenhoitaja- tai kätilöpäiville osallistui silloin tällöin puolet terveydenhoitajista (Taulukko 66). Neuvolapäiville osallistuivat aktiivisimmin Etelä-Suomen ja Oulun läänien terveydenhoitajat. Kolmasosa ei osallistunut koskaan neuvolapäiville tai terveydenhoitaja- tai kätilöpäiville. Lähes kaikki terveydenhoitajat osallistuivat joskus muille koulutuspäiville ja heistä vajaa puolet osallistui niihin säännöllisesti. Kaksi viidesosaa terveydenhoitajista arvioi neuvolatoimintaan liittyvää uusinta tietoa käsiteltävän säännöllisesti omassa työyhteisössä ja puolet silloin tällöin. Etelä-Suomen ja Länsi-Suomen lääneissä uusimman tiedon käsittely työyhteisöissä oli Oulun ja Lapin läänejä aktiivisempaa.

TAULUKKO 67. Neuvolatoimintaa koskevan uuden tiedon seuraaminen ja hyödyntäminen ammattitaidon ylläpitämisessä lääkäreiden (n=429) mukaan (%)

Tiedon seuraamistapa	Säännöllisesti	Silloin tällöin	Ei koskaan	Tieto puuttuu
Lääkäripäiville osallistuminen	71	26	2	2
Ammattilehtien seuraaminen	67	32	-	1
Tiedon hakeminen Terveysportin kautta	47	43	8	2
Oman erikoisalan koulutuspäiville osallistuminen	44	42	3	12
Muulle koulutuspäiville osallistuminen	42	51	2	4
Ammatillisten kirjojen lukeminen	28	65	3	3
Työyhteisön neuvolatoimintaa käsitteleviin tilaisuuksiin osallistuminen	24	54	17	5
Muun tiedon hakeminen internetistä	21	55	18	5
Tiedon hakeminen FinOHTAn sivuilta	5	29	59	6

Lääkäreistä 67 % seurasi säännöllisesti ammattilehtiä oman ammattitaitonsa ylläpitämiseksi. Kaksi kolmasosaa luki ammatillisia kirjoja silloin tällöin ja kolmasosa luki niitä säännöllisesti. Terveysporttia hyödynsi säännöllisesti tai silloin tällöin yhdeksän lääkäriä kymmenestä. FinOHTAn sivuilta tietoa haki silloin tällöin noin kolmannes lääkäreistä. Lääkäreistä 76 % haki tietoa internetistä, mutta vajaa viidennes ei käyttänyt sitä koskaan. (Taulukko 67.)

Neuvolalääkäreistä 71 % osallistui säännöllisesti vuosittain järjestettäville lääkäripäiville. Ainoastaan 2 % lääkäreistä ei osallistunut näille päiville koskaan. Etelä-Suomen (82 %) ja Oulun (67 %) lääneissä toimivat lääkärit osallistuivat lääkäripäiville muita aktiivisimmin. Vajaa puolet lääkäreistä osallistui oman erikoisalan koulutuspäiville säännöllisesti ja puolet silloin tällöin. Lääkärit osallistuivat lähes vastaavasti myös muille koulutuspäiville. Noin neljännes lääkäreistä osallistui työyhteisössä järjestettyihin neuvolatoimintaa käsitteleviin tilaisuuksiin säännöllisesti, puolet silloin tällöin ja vajaa viidennes ei koskaan. (Taulukko 67.)

3.6.6 Terveystenhoitajan ja lääkärin työhön saatu tuki ja tuen tarve

Terveystenhoitajat saivat melko paljon tukea työhönsä eri tahoilta. Eniten he arvioivat saavansa tukea kollegoiltaan (95 %). Terveystenhoitajat saivat tukea myös esimiehiltä (70 %), omalta terveyskeskukselta (67 %), Kansanterveyslaitokselta (63 %) ja erikoissairaanhoidosta (63 %). Tukea toivottiin edelleen esimiehiltä (61 %), kollegoilta (54 %) ja omalta terveyskeskukselta (55 %). Lähes puolet terveystenhoitajista odotti tukea myös Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskukselta. (Taulukko 68.)

TAULUKKO 68. Terveystenhoitajien (n=1 282) eri tahoilta omaan työhön saama tuki ja koettu tuen tarve (%)

Tukea antava taho	Tuen saanti			Tuen tarve		
	Kyllä	Ei	Tieto puuttuu	Kyllä	Ei	Tieto puuttuu
Kollegat	95	2	3	54	2	44
Esimiehet	70	22	8	61	3	36
Oma terveyskeskus	67	24	10	55	5	41
Erikoissairaanhoido	63	26	11	53	7	41
Kansanterveyslaitos	63	23	14	45	7	47
Ammatilliset järjestöt	41	42	17	42	11	47
Stakes	39	44	17	40	13	47
Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus	28	51	21	46	8	46
Sosiaali- ja terveysministeriö	24	54	23	36	14	50
Muut järjestöt/kolmas sektori	23	36	41	25	13	62
Lääninhallitus	20	62	18	29	22	49

Lapin läänin terveydenhoitajat arvioivat saneensa muiden läänien terveydenhoitajia enemmän tukea lääninhallitukselta (40%), Stakesilta (61%) ja ammatillisilta järjestöiltä (63%).

TAULUKKO 69. Neuvolalääkäreiden (n=429) eri tahoilta omaan työhön saama tuki sekä koettu tuen tarve (%)

Tukea antava taho	Tuen saanti			Tuen tarve		
	Kyllä	Ei	Tieto puuttuu	Kyllä	Ei	Tieto puuttuu
Kollegat	86	9	5	57	9	34
Oma terveyskeskus	81	14	5	60	9	32
Erikoissairaanhoido	76	16	8	60	7	33
Esimiehet	61	31	8	57	10	33
Kansanterveyslaitos	22	63	16	30	33	38
Ammatillinen järjestö	16	67	17	26	35	39
Stakes	13	71	15	25	38	38
Sosiaali- ja terveysministeriö	10	73	17	28	34	38
Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus	10	74	16	37	26	37
Lääninhallitus	9	76	15	20	42	38
Muut järjestöt/kolmas sektori	5	61	34	15	35	50

Lääkärit olivat saaneet eniten tukea kollegoiltaan, omalta terveyskeskukselta ja erikoissairaanhoidosta. Vähiten he saivat tukea kolmannelta sektorilta, Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskukselta, Sosiaali- ja terveysministeriöltä sekä lääninhallituksilta. He toivoivat tukea eniten omalta terveyskeskukselta, erikoissairaanhoidosta, kollegoilta ja esimiehiltä. (Taulukko 69.) Läänikohtaisia merkit-

seviä eroja ei ollut. Sekä terveydenhoitajien että lääkäreiden tuen tarvetta koske-
vissa vastauksissa oli paljon puuttuvia tietoja (Taulukot 68 ja 69).

3.6.7 Tutkimus- ja kehittämistoimintaan osallistuminen

Terveydenhoitajat olivat toistaiseksi osallistuneet melko vähän erilaisiin neuvola-
työn tutkimus- ja kehittämishankkeisiin lukuun ottamatta varhaisen vuorovaiku-
tuksen hanketta. Tulevaisuudessa he kuitenkin haluaisivat osallistua niihin ny-
kyistä enemmän. Reilu puolet terveydenhoitajista oli osallistunut Varhaisen vuo-
rovaikutuksen hankkeeseen ja noin viidennes haluaisi osallistua siihen tulevai-
suudessa (Taulukko 70). Aktiivisinta edellä mainittuun hankkeeseen osallistumi-
nen oli Etelä-Suomen läänissä (68 %). Seuraavaksi eniten terveydenhoitajat oli-
vat osallistuneet neuvolan ja päivähoiton yhteistyöhankkeisiin, joihin Etelä-
Suomen läänin terveydenhoitajat olivat osallistuneet muita selvästi useammin (34
%). Vanhemmuuden ja parisuhteen tukemisen hankkeisiin osallistui suhteellisesti
suurempi osa Oulun läänin terveydenhoitajista ja perheväkivallan ehkäisyhank-
keisiin Etelä-Suomen terveydenhoitajista. Terveydenhoitajat halusivat mieluiten
osallistua parisuhdetta ja vanhemmuutta sekä varhaista puuttumista käsitteleviin
kehittämishankkeisiin.

TAULUKKO 70. Terveydenhoitajien (n = 1 282) osallistuminen ja halukkuus osallistua neuvola-
työn tutkimus- ja/tai kehittämistoimintaan (%)

Tutkimus- ja kehittämistoiminta	Kyllä	Ei	Haluaisi osallistua	Tieto puuttuu
Varhaisen vuorovaikutuksen hanke (Vavu)	57	14	22	8
Neuvolan ja päivähoiton yhteistyöhön liittyvä hanke	14	35	8	43
Varhaisen puuttumisen hanke (Varpu)	9	42	31	19
Lapsen kehityksen arviointiin liittyvä hanke	9	34	13	45
Vanhemmuuden tukemiseen liittyvä muu hanke	7	37	11	45
Perhetyöhön liittyvä hanke	6	40	8	46
Perheväkivallan tunnistamiseen ja ehkäisyyn liittyvä hanke	6	37	14	43
Neuvolan ja erikoissairaanhoidonyhteistyöhön liittyvä hanke	4	39	8	49
Harava-hanke	3	63	6	29
Alku-projekti (Parisuhteen tukeminen)	3	44	32	21
Löytöretki vanhemmuuteen -projekti	2	43	29	26
Parisuhteen tukemiseen liittyvä muu hanke	2	40	11	47
Terveyden edistämisen johtamisen hanke (Tejo)	1	63	10	26
Toimiva perhe -hanke	1	51	24	24

Lääkärit olivat osallistuneet melko vähän neuvolatoimintaa koskevaan tutkimus-
ja kehittämistoimintaan, eniten Varhaisen vuorovaikutuksen hankkeeseen (6 %).
Noin kymmenesosa lääkäreistä osallistuisi mielellään johonkin hankkeeseen.
Heitä kiinnostivat lapsen kehityksen arviointia, neuvolan ja erikoissairaanhoidon

yhteistyötä, varhaista puuttumista ja vuorovaikutusta sekä parisuhdeväkivaltaa käsittelevät hankkeet. Läänikohtaisia merkitseviä eroja hankkeisiin osallistumisessa ei esiintynyt.

Johtavien viranhaltijoiden mukaan kunnissa oli paljon neuvolatyöhön liittyviä tutkimus- tai kehittämishankkeita. Varhaisen vuorovaikutuksen hanke oli käynnissä kolmessa terveyskeskuksessa neljästä. (Taulukko 71.)

TAULUKKO 71. Kunnassa käynnissä olevat neuvolatyön tutkimus- ja/tai kehittämishankkeet johtavien viranhaltijoiden (n=211) arvioimana (%)

Tutkimus- ja kehittämistoiminta	Kyllä	Ei	Tieto puuttuu
Varhaisen vuorovaikutuksen hanke (Vavu)	76	14	10
Neuvolan ja päivähoidon yhteistyöhön liittyvä hanke	40	35	25
Varhaisen puuttumisen hanke (Varpu)	33	48	19
Vanhemmuuden tukemiseen liittyvä muu hanke	32	40	28
Perhetyöhön liittyvä hanke	28	44	28
Neuvolan ja erikoissairaanhoidon yhteistyöhön liittyvä hanke	28	43	29
Lapsen kehityksen arviointiin liittyvä hanke	26	45	29
Perheväkivallan tunnistamiseen ja ehkäisyyn liittyvä hanke	15	51	34
Harava-hanke	12	64	24
Parisuhteen tukemiseen liittyvä muu hanke	10	57	33
Terveyden edistämisen johtamisen hanke (Tejo)	8	67	26
Alku-projekti (parisuhteen tukeminen)	7	68	25
Toimiva perhe –hanke	4	69	27

Osa hankkeista on suunniteltu alkuvaiheessa toteutettavaksi valituilla paikkakunnilla, ja myöhemmässä vaiheessa levitettäväksi muille paikkakunnille. Tällaisia ovat muun muassa Stakesin Tejo- ja Toimiva perhe –hankkeet sekä Kataja ry:n Alku-projekti.

3.7 Äitiys- ja lastenneuvolatyön kehittäminen

3.7.1 Kehittämistarpeet neuvolalääkärin työssä

Selvitykseen osallistuneista neuvolatyössä toimivista lääkäreistä 43 % (n=185) oli vastannut kyselylomakkeen avoimeen kysymykseen neuvolatyön keskeisistä tulevaisuuden kehittämistarpeista. Lääkärit nimesivät keskeisimmiksi kehittämistarpeiksi yhteistyön lisäämisen, lasten ja perheiden hyvinvoinnin tukemisen ja laadukkaan neuvolatyön mahdollistamisen (Kuvio 1).

Kuvio 1. Neuvolatyön keskeiset kehittämistarpeet neuvolalääkäreiden (n=185) mukaan

Moniammatillisen yhteistyön lisääminen Yhteistyön lisääminen erikoissairaanhoidon kanssa	YHTEISTYÖN LISÄÄMINEN
Perhekeskeisen työskentelyn lisääminen Vanhemmuuden ja parisuhteen tukeminen Erylistukea tarvitsevien perheiden tunnistaminen ja tukeminen Varhainen puuttuminen	LASTEN JA PERHEIDEN HYVINVOINNIN TUKEMINEN
Neuvolatyön resurssien lisääminen Toiminnan ohjaus Toimintamallien ja työnjaon selkiyttäminen Oman työotteen laajentaminen Neuvolalääkäreiden koulutus	LAADUKKAAN NEUVOLATYÖN MAHDOLLISTAMINEN

Lääkärit halusivat kehittää moniammatillista yhteistyötä perusterveydenhuollon eri tahojen, erityisesti sosiaalitoimen kanssa. Oman alueen yhteistyötahoista ja erilaisista yhteistyömahdollisuuksista kaivattiin enemmän tietoa. Äitiysneuvolatyössä toimivat lääkärit halusivat tiivistää yhteistyötä erityisesti äitiyspoliklinikan kanssa ja lastenneuvolalääkärit toivoivat toimivia hoitoketjuja lasten psyykkisten ongelmien hoidon tehostamiseksi. Lääkärit uskoivat hoitopolkujen ja yhteisesti sovittujen käytänteiden edistävän perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä. (Kuvio 1.)

Lasten ja perheiden hyvinvoinnin tukemiseksi lääkärit korostivat perhekeskeisen työskentelyn lisäämistä tulevaisuudessa, parisuhteen ja vanhemmuuden tukemista ja erityisesti ongelmaperheiden tunnistamista ja tukemista. Tuen tarvetta aiheuttavat muun muassa perhesuhteiden rikkonaisuus, perheiden kyvyttömyys selvitä arkipäivästä, vanhemmuuteen liittyvät ongelmat sekä alkoholin ja muiden päihteiden käyttö. Haasteena on myös päihdeongelmien tunnistamisen vaikeus ja niiden perheiden saaminen neuvolaan, joilla ilmenee erityistä tuen tarvetta. Lääkärit olivat nähneet työssään perheiden pahoinvointia ja sen vaikutuksia lapsiin. Heidän mielestään ongelmiin tulisi puuttua mahdollisimman varhain ja tähän he tarvitsivat menetelmiä ja välineitä. Neuvolalääkärit halusivat auttaa erityisesti lasta selviämään perhe-elämän pulmien keskellä syrjäytymisen ehkäisemiseksi. (Kuvio 1.)

Lääkäreiden mielestä neuvolatyön ydin on osaava ja riittävä henkilöstö. Laadukas neuvolatyö tulisikin turvata riittävin resurssein ja työn toteuttamiseen pitäisi olla riittävästi aikaa. Lääkärit eivät kokeneet olevansa täysivaltaisia neuvolatyön toteuttajia, sillä he tekivät tärkeätä neuvolatyötä muun työn ohella. Monet kaipaivat lisähenkilöstöä, mutta usein he pohtivat resurssien kohdistamista vain todella apua tarvitseville perheille.

"Resussien lisääminen, jotta ongelmiin voisi oikeasti reagoida. Tällä hetkellä asiat sujuvat, jos ei kysy perheeltä miten he voivat."

Lääkärit odottivat yhteneväisiä ohjeita muun muassa määräaikaistarkastusten toteuttamiseen, koska neuvolatyön toteutus vaihteli suuresti eri paikkakunnilla. Ohjeistusta kaivattiin myös vaikuttavista ja kustannustehokkaista menetelmistä. Lääkärit toivoivat ohjeita kuntiin valtion taholta, sillä heidän mielestään kunnissa ei aina mielletä ehkäisevää työtä ensisijaiseksi. Neuvolalääkärit peräänkuuluttivat myös selkeitä toimintamalleja työn organisointiin ja työnjakoon neuvolatyön turvaamiseksi. Neuvolatyö vaatii erityisosaamista, jota omalääkäri- tai väestövastuumallilla toimivalla lääkäriellä ei välttämättä ole. Nykyisellään lääkärit toteuttavat mielestään vaativaa neuvolatyötä vastaanottotyön ohella, eikä siihen pystytty paneutumaan niin kuin olisi haluttu. He toivoivat työn arvostuksen näkyvän nykyistä enemmän väestövastuupalkkauksessa. Useiden lääkäreiden mielestä väestövastuupalkkaus ei tue neuvolatyötä.

Lääkärit halusivat kehittää työnjakoa siten, että heidän ammattitaitoaan käytetään kohdennetusti. He kokivat, että heidän on mahdotonta hallita kaikkia terveydenhuollon alueita. Sen sijaan kullakin lääkäriellä voisi olla yhdestä kahteen sektoria, joihin he voisivat paneutua perusteellisesti ja joita he voisivat seurata ja kehittää työssään. Tärkeään neuvolatyöhön kaivattiin omia vastaavia lääkäreitä, esimerkiksi perhelääkäreitä, jotka paneutuisivat neuvolatyön kehittämiseen. Näiden lääkäreiden palkkauksen tulisi vastata sairausvastaanottotyön palkkausta. Lääkärit korostivat neuvolalääkäriin ja terveydenhoitajan työparityöskentelyn tärkeyttä. He toivoivat selkeää työnjakoa, jolloin molemmat käyttävät omaa erityisosaamistaan. Työnjako erikoissairaanhoidon kanssa ja hoitoketjujen kehittäminen helpottaisivat arjen toimintaa.

Lääkärit kaipasivat monipuolista ja säännöllistä koulutusta neuvolatyöhön. Lääkäreiden mukaan terveystieteiden neuvolatyössä on laajentunut, mikä tuo lisää osaamishaasteita. Nykyisin korostuvat erityisesti lasten psyykkisten häiriöiden ehkäisy ja varhainen tunnistaminen sekä neurologisten ongelmien tunnistaminen ja toimintakäytännöt. Myös lasten lisääntyvä ylipaino ja sen hoitolinjat sekä liikunta ja ravitsemusasiat ovat tulleet neuvolatyössä entistä ajankohtaisemmiksi. Erityisesti koulutusta kaivattiin äitiysneuvolatyöhön sekä lasten neurologisten ja psyykkisten häiriöiden tunnistamiseen. Koulutukseen osallistumista vaikeutti resurssipula. (Kuvio 1.)

3.7.2 Kehittämistarpeet terveydenhoitajan työssä

Selvitykseen osallistuneista neuvolatyössä toimivista terveydenhoitajista 58 % (n = 748) oli vastannut avoimeen kysymykseen neuvolatyön keskeisistä kehittämistarpeista tulevaisuudessa. Analyysiin otettiin mukaan 395 terveydenhoitajan vastausta. Keskeisimpiä kehittämistarpeita terveydenhoitajan työssä olivat yhteistyön lisääminen, laadukkaan neuvolatyön mahdollistaminen, lasten ja perheiden hyvinvoinnin tukeminen sekä neuvolatyön arvostuksen lisääminen (Kuvio 2).

Kuvio 2. Neuvolatyön keskeiset kehittämistarpeet terveydenhoitajien (n=395) mukaan

Moniammatillisen yhteistyön lisääminen Alueellisen ja valtakunnallisen yhteistyön lisääminen Työnjaon selkiyttäminen	YHTEISTYÖN LISÄÄMINEN
Henkilöstöressurssien lisääminen ja ajankäytön mahdollistaminen Vakituisten neuvolalääkärien nimeäminen Kehittämistyön suhteuttaminen resursseihin ja neuvolatyön ydintehtävään Säännöllinen koulutus	LAADUKKAAN NEUVOLATYÖN MAHDOLLISTAMINEN
Vanhemmuuden ja parisuhteen tukeminen Varhainen puuttuminen Erityistukea tarvitsevien perheiden tukeminen	LASTEN JA PERHEIDEN HYVINVOIN- NIN TUKEMINEN
Ehkäisevän työn arvostaminen päättäjien taholla Tuen saaminen neuvolatyön johdolta ja esimiehiltä Palkkauksen kohentaminen	NEUVOLATYÖN ARVOSTUKSEN LISÄÄMINEN

Terveydenhoitajien mukaan jatkossa tulisi lisätä säännöllistä yhteistyötä sosiaali-toimen, erityisesti päivähoidon ja psykologien kanssa. He kaipaivat perhetyöntekijöitä työnsä tueksi. Yhteistyön kehittämiseksi he halusivat sopia käytännöistä etukäteen. Terveydenhoitajat toivoivat myös seutukunnallista yhteistyötä sekä yhtenäistä valtakunnallista linjaa neuvolatyöhön. Hoitoketjujen ja yhteisten toimintamallien avulla toiminta olisi joustavampaa ja laadukkaampaa. Yhteistyötä kehittämällä niukat resurssit voitaisiin kohdentaa tarkoituksenmukaisesti.

Yhteistyötä lisäämällä terveydenhoitajat halusivat välttää päällekkäistä työtä. Lääkäreiden ja terveydenhoitajien sekä kättilöiden tekemää työtä haluttiin selkeyttää. Monet terveydenhoitajat toivat esille vaikeuden hallita useita eri sektoreita. Neuvolaa pidettiin selkeästi ehkäisevän työn toteuttajana ja siihen toivottiin mahdollisuuksia. Osa terveydenhoitajista koki väestövastuun vaikeaksi hallita ja hahmottaa. (Kuvio 2.)

”Mitä pidempään olen tehnyt väestövastuista työtä ja tunnen väestöni, sitä enemmän olen alkanut toivoa kapea-alaisempaa työtä, koska tiedon tulva on uskomaton, ei pysty kaikkea omaksumaan.”

Laadukkaan neuvolatyön mahdollistamiseksi keskeisin kehittämishaaste terveydenhoitajista oli henkilöstöressurssien lisääminen. Perheiden monimutkaiset ongelmat ja työn sisällön laajentuminen asettivat terveydenhoitajat kovan työpaineen alle. Terveydenhoitajat arvioivat, että suurimpana esteenä laadukkaalle neuvolatyölle oli ajanpuute. Heillä ei ollut aikaa vastata perheiden muuttuneisiin

tarpeisiin haluamallaan tavalla. Myös uusien työmenetelmien, kuten varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen toteuttaminen, mutta toisaalta myös perinteisten työmenetelmien, kuten kotikäyntien toteuttaminen vaativat aikaa.

Terveydenhoitajat kaipasivat neuvolatyöhön vakituisia, ehkäisevästä työstä kiinnostuneita lääkäreitä kanssaan tasavertaisiksi työtovereiksi. Vakituiset neuvolalääkärit sitoutuisivat nykyistä paremmin neuvolatyön kehittämiseen.

Terveydenhoitajat olivat motivoituneita neuvolatyön kehittämiseen, mutta kaipa-sivat siihen lisäresursseja. Kehittämistyötä oli viime vuosina pitänyt tehdä liikaa oman työn ohella ja nopeasti tapahtuvissa muutoksissa oli vaikea pysyä perässä. Terveydenhoitajat halusivat säilyttää ja kirkastaa terveydenhoitajan perustehtävän neuvolatyön painopistealueiden muuttuessa ja laajentuessa. He pohtivat myös neuvolatyön mahdollisuuksia ja rajoja. Terveydenhoitajat uskoivat lisäkoulutuksen parantavan neuvolatyön laatua. Ilman jatkuvaa koulutusta on vaikea vastata kaikkiin kehittämishaasteisiin, muun muassa oppia uusia työmenetelmiä. Kehittämistyöryhmiin ja koulutuksiin osallistuminen aiheuttaa sijaisten puuttues-sa kohtuuttomia asiakasruuhkia ja työn kasautumista. (Kuvio 2.)

”Neuvolatyötä on kehitetty valtavalla vauhdilla ja uusia isoja haasteita otettu painotusalueeksi (varhainen vuorovaikutus, parisuhde, perheväkivalta, mielen-terveys ym.) Jatkossa toivoisi resurssien ja työn myös kohtaavan, jotta perustyö ei unohtuisi, rajaamista mikä kuuluu neivolalle”.

Perheet tarvitsevat terveydenhoitajien mukaan entistä enemmän tukea vanhemmuuteen, kasvatustyöhön ja arjessa selviytymiseen. Perheiden monimutkaiset muuttuvat elämäntilanteet asettavat haasteita terveydenhoitotyölle. Perheiden so-siaalisen tuen tarve on läheisten tuen puuttuessa kasvanut. Terveydenhoitajat ha-luaisivat tukea vanhemmuutta siten, että perheiden omat voimavarat saataisiin käyttöön.

Terveydenhoitajat ilmaisivat huolensa parisuhteiden ongelmista ja perheiden rik-koutumisesta erojen myötä. He halusivat tukea vanhempien parisuhdetta, jotta perheet pysyisivät yhdessä. Erityisiä haasteita parisuhteiden tukemisessa ovat perheväkivallan tunnistaminen ja hoitoonohjaus sekä seksuaalisuuteen liittyvät teemat. Terveydenhoitajat olivat pohtineet useita erilaisia keinoja tunnistaa per-heiden ja lasten ongelmia jo varhaisessa vaiheessa ja vastata niihin.

Terveydenhoitajat pitivät erityistukea tarvitsevien perheiden tunnistamista ja hei-dän tukemistaan tärkeänä neuvolatyön kehittämistarpeena. Sekä lasten että van-hempien lisääntyneet mielenterveysongelmat ja niiden ehkäisy asettavat tervey-denhoitajan työlle monia haasteita. Lasten ja nuorten mielenterveysongelmien hoitomahdollisuuksien puute sekä pitkät hoitoon jonotusajat aiheuttavat tervey-denhoitajille lisävalmiuksien tarvetta. Myös päihteiden käyttö perheissä on kas-vava terveysongelma. Terveydenhoitajat pohtivat keinoja tukea lasta terveeseen kasvuun ja kehitykseen perheessä, jossa vanhemmat käyttävät päihteitä. Usein päihteiden käyttöön liittyy muita ongelmia, kuten mielenterveysongelmia tai on-

gelmia vanhemmuudessa, jotka asettavat jatkossa terveydenhoitotyölle yhä enemmän haasteita. (Kuvio 2.)

Terveydenhoitajat toivoivat ehkäisevän työn saavan sille kuuluvaa arvostusta myös päättäjiltä. Terveydenhoitajat uskoivat päättäjien arvostuksen tuovan lisäresursseja neuvolatyöhön. He pitivät ehkäiseviä palveluja huokeina ja terveydenhoitajia ehkäisevän työn yhdyshenkilöinä. Terveydenhoitajat toivat esille huolensa ehkäisevän työn asemasta tulevaisuudessa. Tulevaisuuden uhkia terveydenhoitajista olivat hoitotakuu ja väestövastuu-toimintamalli ja niihin liittyvä mahdollinen sairaanhoidon lisääntyminen ehkäisevän työn kustannuksella.

Terveydenhoitajat kaipasivat kuntien ja luottamusmiesten sekä erityisesti neuvolatyön johdon ja lähiesimiesten tukea työlleen. Heistä esimiehiltä saadun tuen merkitystä ei koskaan voi korostaa liikaa. Johdon tuki näyttäytyy muun muassa työn arvostuksena, resurssien turvaamisena, työssä jaksamisen tukemisena sekä ehkäisevän työn merkityksen osoittamisena päättäjille. Terveydenhoitajista heidän palkkauksensa ei vastannut tämän päivän neuvolatyön vaatimuksia. Palkkaus ilmentää yleensä työn saamaa yleistä arvostusta. (Kuvio 2.)

3.7.3 Neuvolatyön kehittämistarpeet johtavien viranhaltijoiden arvioimana

Selvitykseen osallistuneista neuvolatyön johtavista viranhaltijoista 78 % (n=166) oli vastannut kyselylomakkeen avoimeen kysymykseen, joka koski neuvolatyön keskeisiä tulevaisuuden kehittämistarpeita kunnassa. Johtavat viranhaltijat nimesivät tärkeimmiksi kehittämisen kohteiksi yhteistyön lisäämisen, henkilöstöresurssien turvaamisen, perhelähtöisten neuvolapalvelujen kehittämisen, erityis-tukea tarvitsevien perheiden tunnistamisen ja varhaisen auttamisen, neuvolatyön johtamisen ja laadun kehittämisen sekä osaamisen turvaamisen (Kuviot 3-5).

Kuvio 3. Toimintamuotoihin ja henkilöstöön liittyvät kehittämistarpeet johtavien viranhaltijoiden (n=166) mukaan

Yhteistyön lisääminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä Hallintokuntarajat ylittävän yhteistyön lisääminen Perhepalvelujen vastuualueiden nimeäminen Verkostoyhteistyön ja tiimityön lisääminen Yhteistyön lisääminen päivähoiton kanssa Yhteistyön kehittäminen sosiaali- ja koulutoimen kanssa erityisperheiden auttamiseksi	YHTEISTYÖN LISÄÄMINEN
Pysyvien neuvolalääkäreiden nimeäminen Perhetyöntekijöiden nimeäminen neuvolahenkilöstön tueksi Henkilöstön saatavuuden turvaaminen Henkilöstön ja asiakasmäärien mitoittaminen vastaamaan työn sisältöä ja määrää Eläköitymisen huomioiminen	HENKILÖRESURSSIEN TURVAAMINEN

Neuvolatyön johtavat viranhaltijat pitivät tärkeinä hoitoketjujen tunnistamista ja nimeämistä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Lisäksi perusterveydenhuoltoon haluttiin konsultaatiomahdollisuudet erikoissairaanhoidon kanssa. Johtavat viranhaltijat nimesivät tulevaisuuden kehittämistarpeeksi myös hallintokuntarajat ylittävän yhteistyön ja perhepalvelujen vastuualueiden nimeämisen. Perhekeskusten kehittäminen moniammatillisiksi keskuksiksi oli myös tärkeää.

Johtavat viranhaltijat korostivat verkostoyhteistyötä ja tiimityötä. Yhteistyötä oli terveystieteissä tehty aiempaa enemmän, mutta joustavan yhteistyön lisääminen oli tarpeen. Tärkeäksi neuvolatyön yhteistyötahoksi nimettiin päivähoito, jonka roolia kolme-viisivuotiaiden lasten tarkastuksissa korostettiin. Erityisperheiden auttamiseksi johtavat viranhaltijat painottivat sosiaali- ja koulutoimen kanssa tehtävää yhteistyötä. (Kuvio 3.)

Yhtenä keskeisimpänä tulevaisuuden haasteena neuvolatyön johtavista viranhaltijoista oli neuvolahenkilöstön mitoituksen kehittäminen vastaamaan työn tarpeita, sisältöä ja määrää. Myös asiakasmäärät tulisi saada resurssien ja valtakunnallisten suositusten mukaisiksi. Uudet toimintatavat vaativat johtavien viranhaltijoiden mukaan myös aikaisempaa enemmän henkilöstöresursseja.

Johtavat viranhaltijat olivat huolissaan lääkäreiden roolista ehkäisevässä terveydenhuollossa, jonne he ehdottivat pysyvien neuvolalääkäreiden nimeämistä. Osassa terveystieteissä neuvolatyö tehdään sijaislääkäreiden voimin, jolloin jatkuvuus ja osaaminen ovat vaarassa.

”Henkilöstön määrän lisääminen vastaamaan työn sisällön ja määrän vaatimuksia. Lääkärityön takaaminen ennaltaehkäisevän terveydenhuollon käyttöön. Ennaltaehkäisevän työn arvostuksen lisääminen lääketieteen keskuudessa. Tarvitaan erikoistuneita lääkäreitä ehkäisevään terveydenhuoltoon eli äitiys- ja lastenneuvolaan.”

Perhetyöntekijän virkojen saamista perusterveydenhuoltoon neuvolatyön tueksi pidettiin tärkeänä. Henkilöstön saatavuuden turvaaminen eläköitymisen lisääntyessä oli myös lähitulevaisuuden iso haaste. (Kuvio 3.)

Kuvio 4. Perhelähtöiset kehittämistarpeet johtavien viranhaltijoiden (n = 166) mukaan

Perhekeskeisyyden lisääminen Vanhemmuuden ja parisuhteen tukeminen Perhevalmennuksen kehittäminen Perhelähtöisyyttä tukevien työmenetelmien toteuttaminen	PERHELÄHTÖISTEN NEUVOLA- PALVELUJEN KEHITTÄMINEN
Perheiden terveysriskien varhainen tunnistaminen Palvelujen oikea-aikaisuus ja tarvelähtöisyys Syrjäytymisriskissä olevien perheiden yksilöity auttaminen Perheiden terveyden eriarvoistumisen vähentäminen	ERITYISTUKEA TARVITSEVIEN PERHEIDEN TUNNISTAMINEN JA VAR- HAINEN AUTTAMINEN

Neuvolatyön johtavat viranhaltijat pitivät neuvolatyön yhtenä kehittämishaasteena perhekeskeisyyden lisäämistä. Tätä edustivat muun muassa ehkäisevä terveydenhuolto perheiden näkökulmasta ja perheiden omien voimavarojen ja selviytymisen tukeminen. Perhelähtöisen neuvolatyön sisällöllisiä kehittämishaasteita olivat vanhemmuuden ja parisuhteen tukeminen ja erityisesti perhevalmennuksen kehittäminen. Kotikäynnit ja ryhmävastaanotot, erilaiset ryhmät sekä varhaisen vuorovaikutuksen tukemisessa tarvittavien työmuotojen käyttöönotto ja resursointi mainittiin myös perhelähtöisyyttä tukevinä työmenetelminä ja kehittämishaasteina. (Kuvio 4.)

Oleellista neuvolatyössä on johtavien viranhaltijoiden mukaan erityisesti perheiden terveysriskien ja ongelma-perheiden varhainen tunnistaminen ja vaikeiden asioiden puheeksi ottaminen. Tavoitteena on palvelujen oikea-aikaisuus ja tarvelähtöisyys.

Merkittävänä kehittämishaasteena pidettiin erityistukea tarvitsevien perheiden kokonaisvaltaista tukemista. Neuvolatyössä tulisi keskittyä syrjäytymisriskissä olevien perheiden yksilöityyn seurantaan ja auttamiseen. Suurena tulevaisuuden haasteena on perheiden terveyden eriarvoistumisen vähentäminen. (Kuvio 4.)

Kuvio 5. Johtamiseen, laatutyöhön ja osaamiseen liittyvät kehittämistarpeet johtavien viranhaltijoiden (n=166) mukaan

Neuvolatyön saaminen osaksi terveyskeskuksen strategista johtamista Ehkäisevän työn vastuuhenkilön nimeäminen Neuvolatyön johtamisen mahdollistaminen Neuvolatyön kustannuslaskenta Vaikuttavuuden arviointi Ehkäisevän työn näkyväksi tekeminen Tunnuslukujen hyödyntäminen Laatujärjestelmän kehittäminen Neuvolatyön valtakunnallinen ohjaaminen	NEUVOLATYÖN JOHTAMISEN JA LAADUN KEHITTÄMINEN
Täydenniskoulutuksen järjestäminen Henkilöstön perehdyttäminen Kehityskeskustelujen järjestäminen Uusien työmenetelmien käyttöönotto Yhteistyö koulutuspalvelujärjestelmän kanssa Neuvolatyön kehittäminen näyttöön perustuvaksi	OSAAMISEN TURVAAMINEN

Johtavien viranhaltijoiden mukaan neuvolatyö tulisi niveltää selkeämmin osaksi terveyskeskuksen strategista johtamista. Yhtenä keskeisimpänä haasteena heistä oli ehkäisevän työn johtamisen, kehittämisen ja koordinoinnin keskittäminen yhdelle henkilölle kunnassa. Yhteistyö eri hallintokuntien kanssa vaatii aikaa ja erityisasiantuntijuutta. Neuvolatyön johtajille tulisi turvata riittävät työn suunnittelu- ja arviointiresurssit hyvän johtamisen mahdollistamiseksi, sillä johtamisen

avulla luodaan henkilöstölle edellytykset laadukkaaseen toimintaan. Johtavat viranhaltijat ehdottivat myös kuntakohtaisia neuvolatyön lähiesimiehiä sekä johtamiseen selkeää työn- ja vastuunjakoa.

Merkittävinä neuvolatyön kehittämistarpeena pidettiin ehkäisevän ja korjaavan työn hinnoittelua, neuvolatyön kustannuslaskentaa asiakkaiden äitiys- ja lastenneuvolajakson kokonaiskustannusten osoittamiseksi sekä erityisesti neuvolatyön vaikuttavuuden arviointia. Ehkäisevän terveydenhoitotyön aseman huomioiminen sairaanhoitokeskeisten päätösten joukossa sekä ehkäisevän työn merkityksen näkyväksi tekeminen koettiin kautta linjan erittäin tärkeäksi.

Johtavat viranhaltijat pitivät tulevaisuuden haasteena myös erilaisten lapsiin ja perheisiin liittyvien tunnuslukujen määrittelyä sekä olemassa olevien tunnuslukujen valtakunnallista hyödyntämistä ja seurantaa strategisen suunnittelun välineenä. Heistä oli tärkeää, että neuvolatyötä ohjattaisiin valtakunnallisesti ja että neuvolatyöhön kehitettäisiin systemaattinen laatujärjestelmä ja laatusuosituksia äitiys- ja lastenneuvolatyöhön. (Kuvio 5.)

"Hoitotakuu aiheuttaa paineita terveydenhuoltoon. Ennaltaehkäisevä työ on vaarassa jäädä sivuun. Ennaltaehkäisevän työn tärkeyttä tuotava esille joka tasolla."

Neuvolahenkilöstön osaamisen ylläpitäminen ja vahvistaminen korostuvat uusien haasteiden myötä. Neuvolatyö vaatii jatkuvaa sisällöllistä kehittämistä nykyajan perheiden tarpeisiin vastaamiseksi. Täydennyskoulutus mainittiin yhtenä keinona asiantuntijuuden päivittämisessä, muun muassa uusien työmenetelmien käyttöönotossa. Seutukunnallinen yhteistyö täydennyskoulutuksen järjestämiseksi erityisesti pienten paikkakuntien kohdalla olisi tarkoituksenmukaista. Perehdyttämishjelmaa ja säännöllisiä kehityskeskusteluja pidettiin myös tärkeinä keinoina osaamisen siirtämisessä ja turvaamisessa. Yhteistyötä koulutusjärjestelmien kanssa tulisi lisätä. Johtavat viranhaltijat painottivat neuvolatyön kehittämistä näyttöön perustuvaksi. (Kuvio 5).

"Täydennyskoulutuksen järjestäminen. Työnohjaus/työssä jaksamiseen liittyvät asiat. Asiakasmäärät suuria. Alueita(tehtäväalueita) useita."

Itä-Suomen läänissä johtavat viranhaltijat, lääkärit ja terveydenhoitajat esittivät keskeisiksi neuvolatyön kehittämistarpeiksi henkilöstövoimavarojen turvaamisen ja moniammatillisen yhteistyön. He ilmaisivat huolensa neuvolatyössä olevien lääkäreiden ja terveydenhoitajien liiankin laajoista työnkuvista. Työskentelytaidoista painotettiin perhekeskeisen työotteen kehittämistä sekä erilaisissa ongelmatilanteissa olevien perheiden tunnistamista ja auttamista. Neuvoloissa tulee varmistaa riskiraskauksien hoito ja lasten neurologisten ongelmien tunnistaminen ja hoito. Huomiota tulee kiinnittää erityistuen tarpeessa oleviin perheisiin. Myös neuvolatoiminnan arviointia korostettiin. (Varjoranta ym. 2004.)

4 Pohdinta

4.1 Tulosten tarkastelu

Selvityksen tuloksia tarkastellaan suhteessa johdantoluvussa esitettyihin selvityksen tarkoitukseen sekä lastenneuvolatyölle asetettuihin tavoitteisiin. Lisäksi tuloksia verrataan voimassa oleviin neuvolatyötä koskeviin suosituksiin. Näitä ovat äitiysneuvola koskevat ohjeet vuodelta 1999 (Viisainen 1999) ja lastenneuvolaoppaan suositukset vuodelta 2004 (STM 2004a). Selvityksen aineisto kerättiin lastenneuvolaoppaan valmistumisen kynnyksellä, joten ei voida edellyttää, että uudet suositukset olisivat linjanneet lastenneuvolatyötä aineiston keruuajana. Toisalta vuoteen 2004 asti voimassa olleiden, vuonna 1990 annettujen mukaan esimerkiksi määräaikaistarkastuksia olisi pitänyt tehdä uusia suosituksia enemmän (Lääkintöhallitus 1990).

4.1.1 Äitiys- ja lastenneuvolatyön johtaminen

Johtamisen tehtävänä on luoda edellytykset neuvolatoiminnalle ja ohjata sen kehitystä. Tulosten mukaan neuvolatyön johtamisessa oli vastuuttamisen osalta vakavia puutteita, sillä joka kymmenennessä terveyskeskuksessa ei ollut nimetty ketään vastaamaan neuvolatyöstä ja 20-25 %:sta puuttui joko kokonaisuudesta tai käytännön toiminnasta vastaava viranhaltija. Kolmessa terveyskeskuksessa ei ollut johtavaa hoitajaa eikä nimettyä vastuuhenkilöä (ks. Rimpelä 2005.) Neuvolatyöhön tarvitaan myös nimetty vastuulääkäri, joka vastaa neuvolatoiminnan lääketieteellisestä tasosta, organisoinnista ja ajanmukaistamisesta lääketieteellisissä kysymyksissä (STM 2004a). On ilmeistä, että neuvolatoiminnan johtaminen ja kehittäminen ovat vaikeutuneet edellä kuvatuissa terveyskeskuksissa ja että tilanne heijastuu henkilökunnan toimintaan ja perheiden saamiin neuvolapalveluihin.

Neuvolatoiminnan suunnittelu- ja raportointikäytäntö oli tulosten mukaan vakiintunut, mutta niiden sisällöissä on paljon kehitettävää. Lähes kaikki terveyskeskukset olivat laatineet toimintasuunnitelman, joka sisälsi neuvolatoiminnan tavoitteet, ja toimintakertomuksen. Neuvolatoiminnan kehittämisessä otettiin huomioon valtakunnalliset terveystieteelliset tavoitteet kohtalaisen hyvin, sillä monet terveystieteelliset asiakirjat ohjasivat neuvolatoiminnan suunnittelua vähintään jonkin verran. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa ja Terveys 2015 – kansanterveysohjelma ohjasivat yhdeksää terveyskeskusta kymmenestä. Lapsiperheitä koskevien tilastotietojen hyödyntäminen neuvolatyön suunnittelussa oli sen sijaan melko vähäistä. Vajaa kolmannes terveyskeskuksista käytti suunnittelussa alle kouluikäisten lasten perheitä koskevia tilastotietoja. Vähiten käytettiin tietoja lapsiperheiden sosioekonomisista eroista ja yksinhuoltajaperheistä. Yksinhuoltajaperheiden määrää koskevat tiedot ovat saatavilla kunnissa (ja vuodesta 2005 lähtien Stakesin Sotkanetissa). Näiden tietojen avulla voidaan kuvata neuvolan asiakaskuntaa ja suunnitella tarvittavia palveluja. Yksinhuoltajiin on tar-

peen kiinnittää erityistä huomiota terveystietojen vähentämisen näkökulmasta (Koskinen ym. 2004). Kunnan asukkaita koskevien väestöryhmittäisten tietojen kerääminen ja hyödyntäminen on ollut vähäistä myös vuonna 2003 tehdyn terveystietojen kyselyn mukaan (Rimpelä 2005). Uudistetussa kansanterveyslaissa edellytetään kunnan asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden seuraamista väestöryhmittäin vuoden 2006 alusta. Stakes on kehittänyt kunnille työvälineitä, mm. hyvinvointikertomuksen (Perttilä ym. 2004).

Kunnan poliittiset luottamuselimet tarvitsevat päätöksentekoa varten riittävästi tietoa kunnan asukkaiden terveydentilasta, siihen vaikuttavista tekijöistä ja järjestetyistä ehkäisevistä palveluista. Neuvolatoimintaa koskevaa suunnitelmaa ja kertomusta ei kuitenkaan viety aina luottamuselinten käsiteltäväksi. Puolet kunnanvaltuustoista ja 40 % lautakunnista ei saanut tietää neuvolatoiminnan suunnitelmista. Neuvolatoiminnan tuloksista raportoitiin toimintakertomuksessa vastaaville luottamushenkilöille hieman useammassa kunnassa. Määrälliset tunnusluvut ovat tähän asti olleet tavallisimpia neuvolatoiminnasta raportoitaessa, sillä vain joka kymmenes terveyskeskus käytti tuloksellisuutta kuvaavia tunnuslukuja (myös Rimpelä 2005). Neuvolatyön tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden kuvaaminen ovat tulevaisuuden haasteita. Näiden tunnuslukujen kehittäminen edellyttää myös valtakunnallista työtä.

Neuvolatyön kehittämiseksi antaa hyvän lähtökohdan se, että sähköiset tiedon käsittely-, siirto- ja asiointimuodot oli otettu käyttöön lähes kaikissa terveyskeskuksissa. Lähes jokaisella neuvolatyössä toimivalla oli ATK-työasema ja mahdollisuudet tiedonhakuun internetistä, joten tältä osin uuden lastenneuvolaoppaan suositukset toteutuivat hyvin (STM 2004a). Sähköinen potilastietojärjestelmä oli neljässä terveyskeskuksessa viidestä. Pulmana on, että käytössä oli useita sisälöltään ja ominaisuuksiltaan erilaisia potilastietojärjestelmiä, jotka eivät toistaiseksi ole yhteensopivia. Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena on vuoden 2007 loppuun mennessä luoda standardoitu sähköinen potilaskertomus, jossa potilastiedot kirjataan sähköisesti yhdenmukaisella rakenteella, ja tiedot ovat potilaan suostumuksella käytettävissä yli rekisterinpitäjän rajojen. Tavoitteena on myös valtakunnallisten tilastotietojen kokoaminen potilaskertomuksesta. (STM 2004c.)

Terveystietojen mahdollisuudet saada neuvolatoiminnan onnistuneisuudesta riittävästi palautetta ovat toistaiseksi vajavaiset, sillä systemaattisen ja laajalajisen laadunarvioinnin kehittäminen on vasta alkanut (myös Sinkkonen & Taskinen 2002). Myönteistä on, että lähes kaksi kolmasosaa terveyskeskuksista keräsi asiakaspalautetta. Itä-Suomessa vuotta aikaisemmin palautetta keräsi vain vajaa neljännes (Varjoranta ym. 2004). Asiakaspalautteen avulla myös asiakkaat voivat osallistua neuvolatoiminnan kehittämiseen ja palautteet auttavat työntekijöitä oman toiminnan reflektoinnissa. Huolestuttavaa on, että 21 terveyskeskuksessa laatua ei arvioitu lainkaan. Toisaalta pienessä osassa terveyskeskuksia oli jo varsin kehittyneet laadunseurantajärjestelmät. Jokaisessa neuvolassa tulisi lastenneuvolaoppaan (STM 2004a) mukaan olla osana terveyskeskuksen laadunseuran-

taa monipuolinen laatujärjestelmä. (myös Räikkönen & Perälä 2003, STM 2003a, Kvist 2004.)

Terveydenhuollossa arvojen julkituominen on toiminnan avoimuuden ja mm. laadun seurannan edellytys. Neuvolatoimintaan liittyvät arvot ja periaatteet oli kirjattu puoleessa terveystakeskukset. Terveystakeskukset, joissa oli pohdittu oman työn lähtökohdita ja tavoitteita, käyttivät asiakastytytyväisyyskyselyjä ja ottivat näin toiminnassaan muita paremmin huomioon asiakasnäkökulman. (ks. myös Terveystakeskuskysely 2003, Rimpelä 2005.) Työn taustalla olevia arvoja on tarpeen selkiyttää jokaisessa terveystakeskukset.

Terveydenhuollon menot ovat jatkuvasti kasvaneet, erikoissairaanhoidon menot perusterveydenhuollon menoja enemmän. Toiminnan supistukset on usein kohdennettu ehkäisevään ja terveyttä edistävään toimintaan, vaikka niiden tehostaminen olisi vaikuttavin keino palvelutarpeen kasvun ja näin kustannusten hillitsemiseen. Päätäjät tarvitsevat tietoa neuvolapalveluiden vaikuttavuudesta ja kustannuksista. Tällaista tietoa on toistaiseksi vähän. Tämän selvityksen tulosten mukaan neuvolapalveluiden kustannusten arviointi oli terveystakeskuksetissa aluillaan. Hyvin harvassa terveystakeskuksetissa oli tuotteistettu äitiys- ja lastenneuvolapalvelut. Käyntien hinnat oli laskettu lähes puoleessa terveystakeskuksetissa. Kustannusten erittely ehkäisevän ja korjaavan toiminnan menoihin oli myös hyvin harvinaista. Saatavilla olevien tietojen mukaan neuvolapalvelut ovat varsin edullisia. Uuden neuvolaoppaan suositusten mukaiset palvelut sisältävän koko syntymästä kouluikään kestävä nevolajakson kokonaiskustannuksiksi on arvioitu 1 600–2000 euroa lasta kohden. Korjaava toiminta on sen sijaan hyvin kallista. Esimerkiksi lapsen yhden kuukauden kestävä psykiatrinen laitoshoidotakso maksaa yhteiskunnalle noin 9 000–15 000 euroa ja huostanotto 30 000–60 000 euroa vuodessa. (STM 2004a). Tulevaisuuden haasteena on nevolatoiminnan kustannus-vaikuttavuuden arviointi ja osoittaminen sekä kuntarahoituksen painopisteen siirto – milloin mahdollista - korjaavasta ja sairauksia hoitavasta toiminnasta ehkäisevään toimintaan.

4.1.2 Äitiys- ja lastennevolatyön henkilöstövoimavarat ja niiden turvaaminen

Nevolalääkäreiden työ osoittautui laaja-alaiseksi ja useista eri tehtävälueista koostuvaksi. Yleisin tehtävien yhdistelmä oli vastaanottotyö sekä äitiys- ja/tai lastennevolatyö tai vastaanottotyö ja lastennevolatyö sekä kouluterveydenhuolto. Lääkäreiden avovastauksista ilmeni, että monet heistä kokivat tekevänsä rutiinomaisesti määräaikaistarkastuksia nevololoissa. Lääkärin ja terveydenhoitajan työn sisällön ja mielekkyyden sekä tuloksellisuuden kannalta on tärkeää saada pysyviä nevolalääkäreitä, joilla ei ole liian monta tehtävää vastuullaan. Väestövastuuvirkaehtosopimus oli käytössä etenkin isoissa kunnissa. Lääkärit ja johtavat viranhaltijat olivat sitä mieltä, väestövastuuvirkaehtosopimus ei tue nevolatyötä, koska se saattaa kaventaa lääkäreiden työn toteuttamismahdollisuuksia. On mahdollista, että syynä on pikemminkin yleinen resurssi- ja aikapula (ks. Heikkinen ym. 2003).

Myös terveydenhoitajien työ oli varsin laaja-alaista. Monien työ koostui äitiys- ja lastenneuvolatyöstä sekä kouluterveydenhuollosta. Näiden lisäksi terveydenhoitajilla oli lukuisia muita vastuualueita, suurimmillaan kahdeksankin tehtäväaluetta, kuten päihdeyhdyshenkilön tai astmahoitajan tehtävät ja raskauden ehkäisyneuvonta. Sekä neuvolalääkäreiden että terveydenhoitajien tehtävien laaja-alaisuus vaatii paljon asiantuntemusta. Monen tehtäväalueen yhdistelmä voi johtaa siihen, että työntekijä ei pysty ylläpitämään ammattitaitoaan kaikilla tehtäväalueilla. Valmiudet voivat vaarantua myös äitiys- ja lastenneuvolatyössä, jos esimerkiksi äitejä tai lapsia ei ole riittävästi. Muun muassa lastenneuvolaoppaassa (STM 2004a) suositellaan terveydenhoitajille ainoastaan kahta tehtäväaluetta, jotta heillä olisi mahdollisuus syventää niissä asiantuntijuuttaan. Terveydenhoitajat toivat myös itse esille tämän ongelman avovastauksissaan.

Tämän ja Itä-Suomen selvityksessä saatujen tietojen mukaan neuvolatyötä tekevien terveydenhoitajien määräksi on arvioitu koko maassa 2 275 ja neuvolatyötä tekevien lääkäreiden määräksi 1 571.

Henkilöstövoimavarojen kuvaamiseksi ja kuntien välisen vertailun helpottamiseksi selvityksessä käytetään terveyskeskuskohtaisia indeksejä, jotka kuvaavat asiakasmäärää yhtä laskennallista kokopäivätoimista työntekijää kohti. Indeksit toimivat hyvin terveydenhoitajien kohdalla, mutta niiden laskeminen lääkäreille osoittautui hankalaksi, koska lääkäreiden työn laajuus vaikeutti sektorityöpanoksen arviointia.

Äitiysneuvoloissa toimivien lääkäreiden henkilöstövoimavarat olivat suositusten mukaisia kolmasosassa terveyskeskuksia. Viidesosassa terveyskeskuksia lääkäreiden asiakasmäärät ylittivät suositusten enintään 200 henkilöllä, mutta puolessa terveyskeskuksia moninkertaisesti. Äitiysneuvoloissa toimivien terveydenhoitajien ja kättilö-terveydenhoitajien henkilöstövoimavarat olivat suositusten mukaisia kahdessa viidesosassa terveyskeskuksia. Läänien ja terveyskeskusten välillä oli isoja vaihteluja. Lääkärimitoituksen epäsuhdasta johtuvat ylipaineet heijastuvat herkästi erikoissairaanhoidon lisäten odottavien äitien käynthejä äitiyspoliklinikalla. Vastaavasti alueilla, joissa syntyvyys on vähäistä, on syytä miettiä, mikä määrä synnytyksiä tarvitaan ylläpitämään työntekijöiden ammattitaitoa. Osassa terveyskeskuksia ylitykset olivat kohtalaisia, mutta osassa moninkertaisia.

Lastenneuvolassa toimivien lääkäreiden henkilöstövoimavarat olivat suositusten mukaisia joka 10. terveyskeskuksessa. Kolmasosassa terveyskeskuksia lääkäreiden asiakasmäärät ylittivät suositusten ollen enintään 5000 lasta kokopäivätoimista lääkäriä kohti. Kahdessa kolmasosassa terveyskeskuksista lastenneuvolassa toimivien lääkäreiden asiakasmäärät olivat huomattavan suuria suosituksiin nähden. Lastenneuvoloissa toimivien terveydenhoitajien henkilöstövoimavarat olivat suositusten mukaisia vajaassa kahdessa viidesosassa terveyskeskuksia. Kolmasosassa asiakasmäärät ylittyivät korkeintaan sadalla lapsella, mutta kolmasosassa yli sadalla. Läänien ja terveyskeskusten välillä oli eroja mitoituksissa. Pienillä paikkakunnilla lääkäripula koskettaa neuvolatyötä, mutta myös muutto- ja lapsi-

voittoisilla alueilla toimivien lääkäreiden henkilöstömitoitukset ja asiakasmäärät voivat olla epäsuhdassa.

Vaikka henkilöstön mitoitus oli monessa terveyskeskuksessa suosituksia pienempi, arvioivat neuvolatyön johtavat viranhaltijat henkilöstön määrän riittäväksi. Tämä kertoo todennäköisesti siitä, että johtavat viranhaltijat eivät verranneet mitoitustiluksia valtakunnallisiin suosituksiin ja siitä että ei ole olemassa yhdenmukaista ja vakiintunutta tapaa henkilöstömitoituksen määrittämiseksi, dokumentoimiseksi ja seuraamiseksi. Sama ongelma on tullut esille kouluterveydenhuollossa (ks. Rimpelä ym. 2005). Henkilöstövahvuus ilmoitetaan yleensä työntekijöiden lukumääränä, henkilötyövuosina tai henkilötyötunteina (esim. Strömmer 1999). Neuvolatyötä ja kouluterveydenhuoltoa koskevissa oppaissa on perinteisesti suositeltu käytettäväksi mitoitustiluksia, joka kertoo asiakkaiden lukumäärän työntekijää kohden. Väestövastuuperiaatteen mukaisessa toiminnassa henkilöstömitoituksen laskeminen monimutkaistuu. Terveyskeskuksiin olisi kiireellisesti kehitettävä yhtenäinen tapa laskea henkilöstömitoitus.

Tulosten valossa näyttäisi siltä, että maan eri osissa väestö on epätasa-arvoisessa asemassa laadukkaiden palvelujen saannissa. Ilman riittäviä henkilöstöresursseja on mahdotonta tehdä hyvää neuvolatyötä ja vastata perheiden yksilöllisiin tarpeisiin. Asiakasmäärien tulisi olla suosituksia alemmat, mikäli alueella asuu etnisiin ryhmiin kuuluvia tai paljon erityistä tukea tarvitsevia perheitä (ks. STM 2004a). Osassa terveyskeskuksista on tarpeen tarkastella uudelleen henkilömitoituksen suhdetta väestöpohjaan ja mahdollistaa näin hyvät työskentelyedellytykset neuvolatyöhön.

Neuvolatyössä toimivat terveydenhoitajat olivat iäkkäämpiä kuin neuvolalääkärit. Terveydenhoitajista kaksi viidesosaa oli yli 50-vuotiaita. Lähivuosina työvoiman eläköityminen koskettaa myös neuvolatyötä. Ainoastaan puolet terveyskeskuksista oli laskenut eläkepoistumat. Valtaosa terveyskeskuksista ilmoitti kehittäneensä henkilöstöpolitiikkaa. Aktiivisimmin rekrytointia ja palkkausjärjestelmää oli kehitetty työvoimavoittoisilla alueilla eli Etelä-Suomen ja Länsi-Suomen lääneissä. Myös muissa lääneissä on tärkeää panostaa henkilöstön rekrytointiin ja palkkausjärjestelmään, sillä henkilöstömäärän riittämättömyys jo nykyisellään ei tule tulevaisuudessa helpottumaan ilman toimenpiteitä ja aktiivista henkilöstöhankintaa (ks. STM 2001b). Koulutetut on saatava pysymään alalla ja on myös saatava alan vetovoima säilymään, jotta saadaan uutta työvoimaa.

Selvityksen tulosten mukaan neuvolapalveluita supistetaan kesäaikana. Vain vajaassa kolmasosassa terveyskeskuksista äitiysneuvoloiden ja viidesosassa lastenneuvoloiden toiminta oli sekä lääkärin että terveydenhoitajan työn osalta samantyyppistä ympäri vuoden. Lastenneuvoloista puolen toimintaa oli kesäaikana supistettu ja äitiysneuvoloista kolmasosan. Joka 10. terveyskeskuksessa äitiys- ja lastenneuvolapalvelut oli keskitetty kesäaikana. Toiminnan supistuksista ja keskitämisestä huolimatta tauko neuvolapalveluissa kesäaikana oli harvinainen. Asiakkaiden näkökulmasta palvelujen saanti tulee turvata vuodenaikasta riippumatta.

Palvelujen supistaminen pitkittää asiakkaiden pääsyä vastaanotolle ja aiheuttaa lääkäreille ja terveydenhoitajille ruuhkia, joiden purkaminen vie pitkän ajan.

Perheiden tarpeiden näkökulmasta on tärkeää, että neuvola tekee yhteistyötä moniammatillisen henkilöstön kanssa. Kunnan tulee huolehtia neuvolan mahdollisuuksista konsultoida tätä henkilöstöä (ks. STM 2004a). Selvityksen mukaan erityistyöntekijöiden palvelut oli terveyskeskuksissa järjestetty monella eri tapaa. Esimerkiksi ravitsemusterapeutin palvelut oli järjestetty ostopalveluna kolmasosassa terveyskeskuksia, mutta kolmasosassa niitä ei tarjottu lainkaan. Neuvolalla on merkittävä rooli lapsiperheiden ravitsemuskasvatuksessa ja ongelmatilanteissa terveydenhoitajalla tulisi olla mahdollisuus konsultoida ravitsemusterapeuttia ja ohjata perhe tarvittaessa tämän vastaanotolle (ks. Hasunen ym. 2004).

Viidesosassa terveyskeskuksia perhetyöntekijän palvelut oli järjestetty terveyskeskuksen omana palveluna, mutta niitä ei ollut järjestetty lainkaan yli puolessa terveyskeskuksia. Lastenneuvolaoppaassa suositellaan perhetyöntekijän palkkaamista jokaiseen terveyskeskukseen toimimaan terveydenhoitajan työparina tukea tarvitsevilla perheillä (ks. STM 2004a). Aineisto kerättiin vuonna 2004 ajankohtaan, jolloin suositus perhetyöntekijöistä oli juuri julkaistu, joten perhetyöntekijät olivat tuolloin vasta tulossa terveyskeskuksiin. Avovastausten mukaan terveydenhoitajat toivoivat perhetyöntekijää kumppanikseen. Perhetyöntekijöiden merkityksestä on saatu myönteisiä kokemuksia lapsiperheiden tukijana eri puolella Suomea (mm. Häggman-Laitila ym. 2001, Eirola 2003). Perheiden kannalta on suuri etu, jos perhetyöntekijän palveluja voi saada samasta organisaatiosta kuin neuvolapalvelut.

4.1.3 Lääkäreiden ja terveydenhoitajien tekemien määräaikaistarkastusten toteutuminen

Odottavien perheiden saamien palvelujen määrä vaihtelee eri puolella maata, sillä sekä lääkäreiden että terveydenhoitajien tekemien määräaikaistarkastusten määrä poikkeaa suosituksista monen terveyskeskuksen *äitiysneuvolassa*. Parhaiten koko maassa toteutui suositus lääkärin tekemistä määräaikaistarkastuksista ensi- ja uudelleensynnyttäjille. Tosin Oulun ja Etelä-Suomen lääneissä oli terveyskeskuksia, joissa lääkärintarkastuskäynnejä oli ensisynnyttäjille vain yksi ennen lapsen syntymää. Tästä huolimatta Oulun läänissä suositus toteutui parhaiten, sillä siellä lähes kaikissa terveyskeskuksissa käynnit toteutuivat suositusten mukaisesti. Selvityksessä oli mukana myös terveyskeskuksia, joissa näitä käynnejä oli suosituksia enemmän.

Viidesosassa terveyskeskuksia terveydenhoitajien tekemiä määräaikaistarkastuksia ensisynnyttäjille oli suosituksia vähemmän. Uudelleensynnyttäjien raskaudenaikaiset käynnit toteutuivat suositusten mukaisesti ja osassa terveyskeskuksia heille oli näitä käynnejä suosituksia enemmän. Lääneittäin ja terveyskeskuksittain vaihtelu määräaikaistarkastuskäynneissä oli suurta. Heikoiten suositus käyntimäärästä toteutui Oulun läänissä. Myös vastaavat viranhaltijat raportoivat tervey-

denhoitajien määrän olevan riittämätön edellä mainittujen suositusten toteuttamiseen. Synnytyksen jälkeen käynnit toteutuivat koko maassa yleensä suositusten mukaisesti. Monessa terveyskeskuksessa näitä käynntejä oli suosituksia enemmän.

Määräaikaistarkastusten on oltava vähintään suositusten mukaisia, koska muuten lasta odottavien perheiden tarpeita ei tunnisteta ajoissa, eikä varhainen puuttuminen ole mahdollista. Ratkaisevaa on luonnollisesti käyntien sisältö, mutta turvalliseen odotukseen tarvitaan myös riittävää seurantaa (ks. Hartikainen 2003). Raskauden aikaisilla käynneillä on keskeinen merkitys myös vanhemmuuteen kasvamisessa. Äitiysneuvolassa toimivien kättilöiden ja terveydenhoitajien mahdollisuuksien tavata perheitä tulisi olla riittäviä, jotta he pystyvät huolehtimaan normaalista raskaudenaikaisesta ja synnytyksen jälkeisestä seurannasta, lyhentyneiden hoitoaikojen tuomista haasteista (mm. Järvenpää 2002) ja uuden perhetilanteen tuomista muutoksista: tukemaan muun muassa varhaista vuorovaikutusta, vanhemmuuteen kasvua, parisuhdetta ja imetyksen käynnistymistä. Tämän lisäksi äitiysneuvolassa tulisi kyetä vastaamaan moniongelmaisten perheiden erityistarpeisiin, esimerkiksi päihteitä käyttävien äitien tai parisuhdeväkivaltaa kokeneiden tarpeisiin. (ks. Kaila 2001, Puura ym. 2001, Pajulo & Tamminen 2002.)

Määräaikaistarkastuksista puutteellisimmin toteutuivat imeväisikäiselle lapselle tehtävät tarkastukset *lastenneuvolassa*. Lääkärintarkastukset toteutuivat suositusten mukaisesti vajaassa puolessa ja terveydenhoitajan tekemät määräaikaistarkastukset kolmasosassa terveyskeskuksia. Läänien ja terveyskeskusten välillä oli vaihtelua. Erityisesti Lapin ja Oulun lääneissä lääkärintarkastuskerrat eivät toteutuneet suositusten mukaisesti. Tulos on hälyttävä, sillä imeväisikä on erityisen otollista aikaa preventiolle ja toisaalta on tiedossa, että psykososiaalisia ongelmia on paljon. Terveydenhoitaja on keskeisessä roolissa lapsen kasvuun ja kehitykseen vaikuttavien tekijöiden tunnistamisessa. Esimerkiksi vaikuttavaksi menetelmäksi todettu varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen edellyttää, että ainakin terveydenhoitaja tapaa perhettä säännöllisesti (myös Mäntymaa & Tamminen 1999, Puura ym. 2001, Puura ym. 2005). Perheen ja terveydenhoitajan tuttuus mahdollistaa perheen arkielämään liittyvien asioiden käsittelyn neuvolassa. Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen saattaa vaikeutua harventuneiden käyntien vuoksi.

Lääkärin *leikki-ikäiselle lapselle* tekemät määräaikaistarkastukset toteutuivat suositusten mukaisesti valtaosassa ja terveydenhoitajan tekemät kahdessa kolmasosassa terveyskeskuksia. Näissä terveyskeskuksissa terveydenhoitajat tekivät määräaikaistarkastuksia leikki-ikäisille lapsille lähes saman määrän. Lastenneuvolan määräaikaistarkastusten tulee olla vähintään suositusten mukaisia, koska muuten lasten ja perheiden tarpeiden sekä lapsen kehityksen poikkeamien tunnistaminen ja niihin vastaaminen kärsivät. Neuvolan tehtävänä on ennaltaehkäisyä lisäksi puuttua varhain lapsen kasvuun ja kehitystä uhkaaviin pulmiin. Varhaisen puuttumisen toimintaedellytykset saattavat kärsiä, jos terveydenhoitajalla ei ole mahdollisuutta tavata perheitä säännöllisesti, jolloin vuorovaikutussuhteella ei ole jatkuvuutta eikä tuttuutta.

Lastenneuvolassa tehtävillä syvennetyillä määrääikaistarkastuksilla on iso merkitys lapsen tulevalle kehitykselle (STM 2004a). Selvityksen tulosten mukaan lähes kaksi kolmasosaa terveydenhoitajista ja lääkäreistä teki syvennetyn määrääikaistarkastuksen jokaiselle 3-, 4- tai 5-vuotiaalle lapselle. Kehityksen seurannassa käytettiin vanhemmille suunnattuja kyselylomakkeita ja päiväkodin työntekijöiden kirjallisia arvioita. Päivähoitohenkilöstö on keskeisessä asemassa arvioitaessa lapsen kasvua ja kehitystä arjessa ja sitä tuettaessa.

Vastaanottoajan niukkuus saattaa heijastua perheen ongelmiin puuttumattomuutena. Neljäsosa lääkäreistä käytti suositellun puoli tuntia määrääikaistarkastuksen tekoon. Yleistä oli tehdä tarkastus suositusta lyhyemmässä ajassa. Terveydenhoitajien määrääikaistarkastuksiin käyttämä aika toteutui hieman paremmin suositusten mukaisesti, sillä yli kolmasosa tarkastuksista kesti 60 minuuttia tai enemmän. Määrääikaistarkastuksilla on todettu olevan ennustearvoa lapsen myöhemmän selviytymisen kannalta ja sen vuoksi niiden säilyttäminen ja kehittäminen on erittäin tärkeää (ks. Liuksila 2000). Erilaiset testit tähtäävät mahdollisten ongelmien varhaiseen tunnistamiseen. Mitä varhemmin pulmat havaitaan ja tukitoimet aloitetaan, sitä enemmän niillä on vaikutusta (myös Valtonen ym. 2004).

4.1.4 Erityistukea tarvitsevat perheet ja varhainen puuttuminen

Erityisen tuen tarpeessa olevien lasten määräksi on arvioitu 10-30 % lapsista. Tämä tarkoittaa noin 5 600-16 800 lasta. Usein näiden lasten perheissä on vanhemmuuteen, parisuhteeseen, lasten kasvatukseen ja hoitoon sekä elämäntilanteeseen liittyviä pulmia (ks. Puura ym. 2001, Heimo 2002, Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2005, Solantaus 2005). Erityistä tukea tarvitaan myös, kun lapsella on oppimisvaikeuksia tai hän on ylipainoinen. Neuvolahenkilöstön tulee olla tietoinen oman alueen asiakasperheitä kuormittavista tekijöistä ja tuen tarpeista, jotta tukea pystyttäisiin kohdentamaan juuri näille perheille (STM 2004a).

Lähes puolet terveydenhoitajista ja lääkäreistä arvioi käytettävissä olevan työajan riittämättömäksi erityistukea tarvitseville perheille. Suositus neuvolassa annettavan tuen kohdentamisesta erityistukea tarvitseviin perheisiin ei toteutune neuvolahenkilöstön näin arvioidessa. Näin ollen on vaikea saavuttaa neuvolatyön tavoitetta, jonka mukaan lasten terveys ja perheiden hyvinvointi paranevat varsinkin erityistä tukea tarvitsevissa perheissä. Erityistukea tarvitseville perheille tulee neuvolassa laatia tavoitteellinen suunnitelma, jonka toteutumista myös seurataan ja arvioidaan (STM 2004a).

Määrääikaistarkastusten toteutuminen vähintään suositusten mukaisesti on tärkeää tuen tarpeen havaitsemiseksi ajoissa. Osassa terveystieteiden keskuksissa näin ei ollut, mikä on erityistuen tarpeessa olevien perheiden kohdalla erityisen vakavaa. Ajanpuutteesta johtuen perheen arkaluontoisia tai vaikeita asioita ei nosteta herkästi esille vastaanotolla (myös Ahokas 2001, Lammi-Taskula & Varsa 2001). Henkilöstövoimavarojen vähäisyys tekee vastaanottotilanteesta herkästi kiireisen, jolloin tilaa ei jää perheen pulmien käsittelyyn, koska lapsen kasvun ja kehityk-

sen seurantaan pidetään kuitenkin ensisijaisena. Parhaiten lapsen kasvua ja kehitystä tuetaan kuitenkin tukemalla vanhempien voimavaroja (ks. Pelkonen & Hakulinen 2002, Pietilä 2005).

Lähes puolet terveydenhoitajista ja lääkäreistä arvioi käytettävissä olevan työajan melko tai täysin riittämättömäksi lisäkäynteihin. Tällöin he eivät pysty suositteluun erityisen tuen tarpeessa oleville perheille lisäkäyntejä joko vastaanotolle tai kotikäynteinä eivätkä noudattamaan varhaisen tuen ja puuttumisen periaatetta (STM 2004a). Selvityksen mukaan varhaisen puuttumiseen apuvälineeksi kehitettyä huolen puheeksiottamismenetelmää, huolen vyöhykkeistöä, käytettiin neuvoloissa hyvin vähän (ks. Arnkil ym. 1998, Arnkil ym. 2000, Eriksson & Arnkil 2005). Viidennes terveydenhoitajista käytti sitä tarvittaessa ja puolet ei tuntenut lomaketta lainkaan. Stakesin Varhainen puuttuminen -hankkeessa vuosina 2001-2007 kehitetään eri puolilla maata palvelujärjestelmän kykyä puuttua lasten, nuorten ja lapsiperheiden pulmatilanteisiin silloin, kun huoli lapsesta jollakin taholla herää (ks. Hartikainen-Isokoski & Eriksson 2005). On tärkeää tunnistaa ja puuttua varhain perheiden pulmiin vielä silloin, kun pulmat ovat pieniä. Tällöin perheet hyötyvät eniten varhaisesta tuesta. Terveyskeskuksen perhepalveluverkostossa asioiden varhainen käsittely sekä yhteisesti ennalta sovitut toimintatavat mahdollistavat erityistukea tarvitseville perheille heidän tarvitsemansa varhaisen tuen. (STM 2004a.) Varhaisen puuttumisen hanketta kohtaan terveydenhoitajat osoittivat erityistä mielenkiintoa koko Suomessa.

4.1.5 Lääkäreiden ja terveydenhoitajien käyttämät työmenetelmät

Neuvolalääkärin työ koostui vastaanoton pitämisestä, eikä muita lääkärin palveluja juuri ollut tarjolla vanhemmille. Ilta-ajat, erilaiset ryhmät ja kotikäynnit eivät yleensä olleet osa neuvolalääkäreiden työtä. Lääkärit tekivät muiden ammattiryhmien kuin terveydenhoitajien kanssa melko vähän yhteistyötä. (ks. Heikkinen ym. 2003.) Terveydenhoitajat pystyivät käyttämään monipuolisempia työmenetelmiä kuin lääkärit. Ajanvarausvastaanoton lisäksi terveydenhoitajat tekivät kotikäyntejä, pitivät ryhmiä jonkin verran, ottivat vastaan perheitä ilman ajanvarausta ja olivat tavoitettavissa tiettyinä puhelinaikoina. Terveydenhoitajien työmenetelmiä on edelleen tarpeen kehittää, erityisesti ryhmämenetelmiä.

Lähes kaikissa neuvoloissa oli hyvin saatavilla atk-työvälineitä ja internetyhteydet, mutta yhteydenpito asiakkaisiin sähköpostitse ja asiakkaiden ohjaus kotisivuja hyödyntäen oli harvinaista. Joka neljäs terveystakeskus oli laittanut kotisivuilleen asiakkaille suunnattuja neuvoja ja ohjeita ja joka kymmenes terveystakeskus suunnitteli tekevänsä niin tulevaisuudessa. Tietotekniikka tarjoaa uusia mahdollisuuksia tarjota verkkopohjaisia palveluja ja tiedonvälitystä neuvoloiden asiakasperheille (ks. Jauhiainen 2004). Näitä neuvoloiden asiakasperheille suunnattuja ohjeita sähköisinä palveluina kannattaisi jo voimavarasyistä tehdä valtakunnallisesti. Yksittäinen terveystakeskus voi hyödyntää internetiä muun muassa asiakaspalautteen saamisessa (STM 2004a). Tietotekniikan välityksellä isät on mahdollista saada pitämään yhteyttä neuvolaan aikaisempaa enemmän.

Asiakaskeskeisyyden parantamiseksi ja varhaisen puuttumisen tehostamiseksi neuvolassa suositellaan otettavaksi käyttöön asiakasperheille soveltuvia lomakkeita (STM 2004a). *Erilaisten lomakkeiden käyttö* ei ollut toistaiseksi vakiintunut osa terveydenhoitajien ja lääkäreiden työtä. Monia lomakkeita, kuten AUDIT-kyselyä ja mielialamittaria (EPDS), käytettiin tarvittaessa. Terveydenhoitajat tunsivat edellisten lisäksi parhaiten varhaisen vuorovaikutuksen havainnointilomakkeen (STM 2004a) ja parisuhdeväkivallan seulontalomakkeen (STM 2004a) ja käyttivät niitä tarvittaessa. Suurin osa terveydenhoitajista ja lääkäreistä ei tuntenut osaa kysytyistä lomakkeista lainkaan, kuten voimavaralomakkeita (Kaljunen 2002, STM 2004a, Kaljunen ym. 2006) ja huolen vyöhykkeistöä (Arnkil ym. 1998). Terveydenhoitajilla tulisi olla työssään luotettavat perheen tuen tarpeen arviointiin kehitetyt haastattelu- ja arviointilomakkeet. Lomakkeet helpottavat perheiden pulmien esille ottamista ja suuntaavat keskustelua perhettä askarruttaviin asioihin. (myös Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2000, Heimo 2002, STM 2004a, Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2005.)

Erilaisten ryhmien järjestäminen perhevalmennusta lukuun ottamatta oli neuvolatyössä vielä suhteellisen harvinaista. Terveydenhoitajat kantoivat vastuun perhevalmennuksen toteuttamisesta. Asiantuntijoina valmennukseen osallistuivat tarvittaessa psykologi, fysioterapeutti ja hammashoitaja. Lääkärit eivät yleensä osallistuneet perhevalmennuksen toteuttamiseen. Parhaimmillaan perhevalmennus on terveydenhoitajan koordinoimaa moniammatillista yhteistyötä. Perhevalmennuksia järjestettiin erityisesti esikoistaan odottaville vanhemmille, joille suositellaan perhevalmennuksen jatkamista ainakin lapsen ensimmäisen ikävuoden ajan (STM 2004a). Perhevalmennuksessa käsiteltiin monipuolisesti lapsen odotukseen ja synnytykseen sekä synnytyksen jälkeiseen elämään liittyviä asioita. Näihin kuului parisuhde ja seksuaalisuus, mutta perhe-etuudet ja lapsiperhepalvelut jäivät vähälle huomiolle. Joissakin terveystieteissä on kehitetty uusia malleja vanhempainryhmien järjestämiseksi, esimerkiksi Espoossa (Viinikka 2004).

Perhevalmennuksen lisäksi ryhmiä järjestettiin aktiivisimmin alle yksivuotiaiden lasten perheille. Leikki-ikäisten lasten vanhemmille järjestettäviä ryhmiä oli satunnaisesti ja joissakin lääneissä käytäntö oli aluillaan. Muut ryhmät, kuten isäryhmät ja imetyksen tukiryhmät, olivat vielä hyvin harvinaisia. Vanhempainryhmätoiminnan on todettu antavan vanhemmille mahdollisuuden jakaa kokemuksia muiden vertaisten kanssa ja auttavan luomaan verkostoja (ks. Järvinen ym. 2000, Heimo 2002, Puura ym. 2001). Kunnissa tuleekin sopia pysyvä käytäntö vanhempainryhmätoiminnan mahdollistamiseksi vähintään ensimmäistä lastaan odottaville ja kasvattaville perheille. Ryhmätoiminnan järjestäminen sopii perhepalveluverkostolle. Vanhempainryhmätoimintaa on tarpeen myös seurata ja arvioida osana kunnan lapsiperhepalveluja. (STM 2004a.)

Isäryhmien pitäminen oli satunnaista ja ryhmien järjestäminen vaihteli lääneittäin. Aktiivisinta isäryhmätoimintaa oli Oulun läänissä, jossa on jo pidemmän aikaa järjestetty isäryhmiä perhevalmennuksen yhteydessä ja isävauvaryhmiä lapsen syntymän jälkeen (ks. Säävälä ym. 2001). Isäryhmissä ja isävauvaryhmissä pyritään vahvistamaan ja saamaan käyttöön isyyteen liittyviä voimavaroja (myös

Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2000, Halme 2001, Huttunen 2001, Koivisto 2002.) Yli puolet terveydenhoitajista arvioi lähes kaikkien isien osallistuvan perhevalmennukseen.

Isät eivät vielä osallistu kovin ahkerasti muille äitiys- tai lastenneuvolakäynneille. Isät saattavat kokea neuvolaympäristön heille vieraaksi, koska se mielletään naisten ja lasten valtakunnaksi. Monet miehet ovat kuitenkin halukkaita tulemaan neuvolaan, jos heitä pyydetään ja kannustetaan sinne ja samalla kehitetään työn sisältöä. Iltavastaanottojen järjestäminen voisi olla eräs ratkaisu. Myönteisellä perhepolitiikalla voidaan tukea miesten neuvolassa käyntiä.

Kotikäynnit ovat muodostaneet terveydenhoitajien työssä perinteisen osan, mutta niiden osuus on selvästi pienentynyt. Kotikäynntejä on vähennetty säästösyihin vedoten. Vuosina 1985-89 kotikäynti tehtiin lähes jokaisen vastasyntyneen luokse ja vuosina 1990-94 vielä 89 %:n luokse (Perälä ym. 1998), mutta vuonna 2003 ainoastaan 80 %:n luokse (ks. Rimpelä 2002). Nyt tehdyn selvityksen mukaan kotikäynntejä on edellen vähennetty. Tällöin noin kolmannes (noin 16 000) vauvan saaneista perheistä jää ilman kotikäyntiä. Vastasyntyneen perheeseen tehtävät kotikäynnit olivat kuitenkin terveydenhoitajien yleisimmin tekemiä. Tarvittaessa he tekivät kotikäynntejä leikki-ikäisen ja sairaan lapsen perheeseen sekä alueille äskettäin muuttaneeseen perheeseen. Perheiden kannalta on myönteistä, että terveydenhoitajilla on hyvät valmiudet tehdä kotikäynti tarvittaessa perheen pulmatilanteessa. Lääkärit tekivät kotikäynntejä huomattavasti vähemmän kuin terveydenhoitajat. Suositus ennen synnytystä tehtävästä kotikäynnistä ei toteudu. Tämä käynti olisi kuitenkin hyvin tarpeellinen, muun muassa varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseksi. Lastenneuvolasta käsin tehtyjä kotikäynntejä suositellaan lisättävän, koska kotikäynnit antavat paljon tietoa perheen arjesta ja mahdollistavat perheiden tuen kohdentamisen. (STM 2004a.)

On todettu, että vanhemmat kokevat terveydenhoitajien kotikäynnit positiivisina ja tasa-arvoisuutta sekä tuttuutta asiakassuhteeseen lisäävinä. Kotikäynneillä on todettu monia myönteisiä vaikutuksia fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen terveyteen sekä vanhemmuuteen, imetykseen, vanhempien ja lapsen väliseen vuorovaikutussuhteeseen. (ks. Kearney ym. 2000.) Terveydenhoitajat ovat perinteisesti toteuttaneet kotikäynnit, mutta terveydenhoitajan ja perhe- tai sosiaalityöntekijä-työparityöskentelyn avulla olisi mahdollista saavuttaa ammattialojen yhteistyön edut ja siten tukea perheitä mahdollisimman hyvin. Kotikäyntien haastavuus on myös kasvanut ja ne kaipaavat sisällöllistä kehittämistä ja arviointia (ks. Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2000, Heimo 2002, Korhonen 2005).

4.1.6 Palvelujen verkostoiminen ja moniammatillinen yhteistyö

Tarve vastata entistä paremmin lapsiperheiden tarpeisiin edellyttää moniammatillisen yhteistyön tehostamista ja lapsiperhetyötä tekevien verkostoitumista kunnassa tai seutukunnassa. Tällöin suunnitelmallinen yhteistyö ja konsultointi helpottuisivat. Lastenneuvolaoppaassa ehdotettua perhepalveluverkostoa rakennet-

taessa määritellään keskeiset vastuutahot, toimijat ja suhde kunnan hyvinvointipolitiikkaan. (STM 2004a.)

Hyvän lähtökohdan palvelujen verkostoimiselle ja monimmatillisen yhteistyön kehittämiseksi antaa, jos kunnassa tai seutukunnassa suunnitellaan yhteisesti lapsiperheille tarkoitettuja palveluja. Näitä palveluja suunnitteleva ja seuraava yhteistyöryhmä oli toiminnassa tai suunnitteilla joka toisessa terveyskeskuksessa. Hyvin myönteistä oli, että lapsia ja lapsiperheitä käsittelevä hyvinvointiohjelma oli laadittu, valmisteilla tai suunnitteilla kahdessa kolmasosassa terveyskeskuksia. Tällainen suunnitelma mahdollistaa lapsiperheiden palvelujen kehittämisen koordinoitusti ja resurssien tarkoituksenmukaisen käytön.

Suunnitteluryhmien lisäksi tarvitaan työryhmiä, joissa käsitellään lasten ja perheiden asioita. Neuvolatyöryhmä tai vastaava oli selvästi vakiintunein yhteistyöryhmä. Se oli lähes kahdessa kolmasosassa vastanneita terveyskeskuksia.

Saatuisten tulosten mukaan moniammatillisessa yhteistyössä, siltä osin kuin siitä kysyttiin, oli monia vahvuuksia, mutta myös useita kehittämisen kohteita. Hyvän lähtökohdan yhteistyön kehittämiseksi antaa se, että neuvolatyössä toimivat lääkärit ja terveydenhoitajat kokivat keskinäisen suhteensa hyväksi. Lääkärin ja terveydenhoitajan yhteistyössä ongelmallisinta oli yhteisen suunnittelu- ja keskusteluajan puute, lääkäreiden vaihtuvuus ja paikoitellen huono tavoitettavuus.

Lääkärin ja terveydenhoitajan keskinäisen työnjaon kehittäminen oli selvityksen mukaan melko vähäistä. Joka kolmannen terveydenhoitajan ja joka neljännen lääkärin mukaan työnjakoa oli muutettu viimeisten kahden vuoden aikana ja tehdyt muutokset olivat parantaneet työnjakoa. Meneillä on työnjakopilotteja, joissa esimerkiksi äitiysneuvolassa toimiva terveydenhoitaja tekee lisäkoulutusta saatuaan synnytyksen jälkitarkastuksen lääkärin asemesta (ks. Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005).

Terveydenhoitajat tekivät runsaasti ja lääkärit jonkin verran yhteistyötä useiden eri tahojen kanssa. Neuvolan yhteistyö etenkin päivähoiton kanssa on lapsiperheiden näkökulmasta välttämätöntä. Tämän selvityksen mukaan terveydenhoitajista lähes kolme neljäsosaa ja lääkäreistä lähes kaksi viidesosaa teki yhteistyötä päivähoiton henkilöstön kanssa vähintään puolivuositain. Neuvolan ja päivähoiton yhteistyön edelleen kehittäminen on tarpeen, jotta niiden henkilöstö pystyy tukemaan vanhempia ja edistämään lasten kehitystä riittävän yksituumaisesti. Yhteistyötä tehtiin paljon myös muiden kunnan toimijoiden kuten sosiaalitoimen ja koulun kanssa. (Ahokas 2001, Lammi-Taskula & Varsa 2001, Valtonen ym. 2004.)

Terveydenhoitajat tekivät jo jonkin verran yhteistyötä perhetyöntekijän kanssa. Noin viidesosa terveydenhoitajista oli tehnyt yhteistyötä perhetyöntekijän kanssa vähintään kuukausittain ja kaksi kolmasosaa vähintään puolivuositain. Perhetyöntekijän toiminta terveydenhoitajan työparina auttaa tukemaan monia erityistuen tarpeessa olevia perheitä silloin, kun pulmat ovat vielä pieniä. Usein näissä

tilanteissa tarvitaan toistuvia ja riittävän pitkäkestoisia kotikäyntejä. (ks. Häggman-Laitila ym. 2001)

Moniammatillista yhteistyötä ei ollut kaikilta osin organisoitu suunnitelmallisesti, vaan siitä sovittiin pääasiallisesti tapauskohtaisesti. Ennalta sovittuja käytäntöjä oli vaihtelevasti eri terveyskeskuksissa. Etukäteen oli sovittu vanhemman mielenterveys- tai alkoholiongelmiin tai lapsen fyysisiin oireisiin liittyvistä hoitokäytännöistä. Sopimalla etukäteen hoitopoluista ja toimintatavoista on toimintaa mahdollista tehostaa. Tällöin aikaa ei mene yhteistyötahon tunnistamiseen tai tavoittamiseen, vaan yhteistyö voi käynnistyä välittömästi ja lapsi ja perhe saavat tarvitsemansa, parhaaseen tietoon perustuvan avun.

Yhteistyön tehostamiseksi kunnan sisällä ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on 2000-luvulla ryhdytty laatimaan moniammatillisia hoitoketjuja. Terveyskeskuksissa oli käytössä melko paljon moniammatillisia hoitoketjuja tai hoito-ohjelmia lapsiperheiden erityistilanteita varten. Parhaiten ohjelmia oli käytössä lapsen fyysisiä sairauksia ja vanhemman päihdeongelmia ja huonoiten vanhemman tai lapsen mielenterveysongelmia varten. Kuitenkaan lähes puolet terveyskeskuksista ei käyttänyt hoito-ohjelmia lainkaan. Tilanne vaihteli läänien välillä melko paljon. Selvityksen avulla ei saatu juurikaan tietoa ohjelmien tai ketjujen toimivuudesta. Näyttää siltä, että ainakin lähete-palaute – käytäntöjä on tarpeen voimakkaasti kehittää, sillä vain kolmannes terveyskeskuksista raportoi tällaisesta käytännöstä. Reilu kolmannes terveyskeskuksista suunnitteli hoidon jatkuvuuden parantamista tältä osin. Tietoa hoito-ohjelmista on saatavilla mm. Terveysportin kautta ja sairaanhoitopiirien kotisivuilta.

Tämän selvityksen mukaan merkittävin moniammatillista yhteistyötä estävä tekijä oli aikapula (myös Heikkinen ym. 2003). Myös toisen ammattiryhmän edustajan työn tuntemisen vaikeus, työntekijöiden vaihtuvuus ja tiedonkulku koettiin ongelmalliseksi. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin muissa tutkimuksissa saadut (esim. Varjoranta ym. 2004). Toimenpiteitä yhteistyötä estävien tekijöiden poistamiseksi oli tehty, mutta toistaiseksi vähän.

4.1.7 Ammattitaidon ylläpito ja kehittäminen äitiys- ja lastenneuvolatyössä

Terveydenhuollossa toimivien ammattitaidon ylläpitäminen ja sen kehittäminen on niin työntekijöiden itsensä kuin johdon tehtävä. Neuvolatyössä toimivat lääkärit ja terveydenhoitajat arvioivat kaikkien ammattitaidon ylläpitämiseen käytettyjen menetelmien toimivan paremmin kuin neuvolatyön johtavat viranhaltijat. Vain työkokousten kohdalla arviot olivat lähes samanlaiset terveydenhoitajien osalta. Tämä saattaa johtua siitä, että johtavat viranhaltijat ovat useimmin läsnä samoissa työkokouksissa ja erisuuntaiset arviot taas siitä, että johtavat viranhaltijat eivät ole pyytäneet riittävästi palautetta lääkäreiltä ja terveydenhoitajilta.

Terveydenhoitajista ja lääkäreistä parhaiten toimivat täydennyskoulutus, työkokoukset ja toimipaikkakoulutus. Molempien ryhmien mielestä pitäisi edelleen

kehittää täydennyskoulutusta, terveydenhoitajista lisäksi erityisesti työnohjausta ja lääkäreistä itsearviointia. Tämä tuli esille myös lääkäreiden ja terveydenhoitajien vastauksissa avoimeen kysymykseen.

Täydennyskoulutuksen kehittämiseen liittyviä toimenpiteitä oli tehty lähes kaikissa terveyskeskuksissa. Erityisesti oli tehty suunnitelmia täydennyskoulutuksen seuraamiseksi ja arvioimiseksi sekä täydennyskoulutuksen niveltämiseksi terveyskeskusten strategiseen johtamiseen, joihin Täydennyskoulutussuosituskin kannustaa (STM 2004b). Osaamis- ja koulutustarpeiden arviointimenetelmiä oli sen sijaan otettu käyttöön hyvin vähän. Tämä olisi kuitenkin välttämätöntä, jotta koulutus kohdistuisi niin työntekijöiden kuin terveyskeskuksen toiminnan kannalta olennaisiin kysymyksiin ja veisi kehitystä eteenpäin. Jokaisen neuvolatyössä toimivan tulisi vuosittain osallistua täydennyskoulutukseen yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. (STM 2004a.) Kunnallisen työmarkkinalaitoksen tekemän ensimmäisen seurannan mukaan vuonna 2004 oli yliopistollisen koulutuksen saaneista 80 % ja ammattikorkeakoulutuksen saaneista 70 % osallistunut täydennyskoulutukseen. Koulutuspäiviä oli ensin mainitulla ryhmällä keskimäärin 6.8 ja jälkimmäisellä 4.5. (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2004.)

Terveydenhoitajat ja lääkärit tiedostivat hyvin omia täydennyskoulutustarpeitaan, jotka olivat varsin suuret. Terveydenhoitajat olivat saaneet parhaiten koulutusta varhaisesta vuorovaikutuksesta ja päihteistä ja vähiten ryhmätoiminnasta, etnisistä vähemmistöistä, parisuhteesta ja näyttöön perustuvasta toiminnasta. Terveydenhoitajista yli puolet arvioi tarvitsevansa koulutusta vanhemmuuden ja parisuhteen tukemisesta, varhaisesta puuttumisesta ja lähes puolet mielenterveydestä, väkivallasta, seksuaaliterveydestä ja lapsen oppimisvaikeuksista. Erityisesti tulee kiinnittää huomiota siihen, että neuvolatyössä käytettäisiin näyttöön perustuvia menetelmiä. Tällöin niukat resurssit kohdentuisivat oikein. Terveydenhoitajista vain pieni osa oli saanut koulutusta näyttöön perustuvasta toiminnasta. Hoitotyötä tekevien ammatillista osaamista ja työn vaikuttavuutta voitaisiin tehostaa käyttämällä parhaaseen ajantasaiseen tietoon perustuvia menetelmiä.

Lääkärit olivat saaneet kaikista kysytyistä aihealueista vähemmän koulutusta kuin terveydenhoitajat. Silti lääkärit olivat saaneet Kunnallisen työmarkkinalaitoksen selvityksen mukaan kaiken kaikkiaan terveydenhoitajia enemmän täydennyskoulutusta vuonna 2004 (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2004). Lääkäreiden koulutustarpeet olivat kaikkien kysytyjen aihealueiden osalta suuria. Myös lääkärit olivat saaneet eniten koulutusta päihteistä. Kunnat ovat ilmeisesti panostaneet ajankohtaisten alkoholi- ja huumeongelmien tunnistamiseen ja hoitamiseen.

Varhaisen vuorovaikutuksen koulutusta lasten mielenterveyden edistämiseksi on järjestetty koko Suomessa ja sen mukaista toimintaa on kahdessa kolmasosassa terveyskeskuksia. Terveydenhoitajien työssä tämä näkyy lisääntyneenä varhaisen vuorovaikutuksen havainnoimisena ja äitien tukemisena. Kyseessä on erittäin tärkeä hanke, sillä hankkeen seurantatutkimusten mukaan terveydenhoitajien taidot ottaa puheeksi vaikeita asioita ja tukea äitejä ovat lisääntyneet. Äidit pystyvät

paremmin tukemaan omaa lastaan ja ovat tyytyväisempiä terveydenhoitajan toimintaan. (Hastrup ym. 2005, Puura ym. 2005).

Työelämän ja koulutuksen yhteistyön kehittämisen näkökulmasta erittäin myönteistä oli, että kaksi kolmasosaa terveystieteistä teki yhteistyötä ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen kanssa. Tätä yhteistyötä tarvitaan, jotta tutkittu tieto ja hyvät käytännöt saadaan laajemmin hyödynnettyä. Terveyden edistämistä koskevan koulutuksen kehittäminen on laajemminkin ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen haasteena tehdyn selvityksen mukaan (ks. Rautio 2005).

Ammattitaidon kehittämisen kannalta myönteistä oli erilaisen alaa koskevan tiedon seuraaminen ja hyödyntäminen. Terveydenhoitajat seurasivat neuvolatoimintaa koskevaa kirjallisuutta ja lehtiä lääkäreitä hieman useammin, kun taas lääkärit käyttivät terveydenhoitajia enemmän Terveystietoa. Internetin käyttö tiedon hakemisessa oli molemmilla ryhmillä jo melko vakiintunut keino. Terveydenhoitajat tunsivat melko hyvin Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskuksen kotisivut, mutta niihin kohdistui runsaasti lisäodotuksia.

Yli puolet terveydenhoitajista ja lääkäreistä arvioi, että työaika ei riitä työn suunnitteluun ja arviointiin, mikä on kuitenkin keskeinen asiantuntijatehtävissä toimivan työmotivaation heijastuva tekijä. Terveydenhoitajat arvioivat lääkäreitä useammin, että työaika ei riitä ammattitaidon ylläpitoon. Tämä on huolestuttavaa, sillä useilla terveydenhoitajilla on monia tehtäväalueita, joiden hallinta edellyttäisi koulutusta oman ammattitaidon ylläpitämiseksi. Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on lakisääteinen velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan (STM 2004b).

Terveydenhoitajien ja lääkäreiden työ on itsenäistä, mutta usein varsin yksinäistä. Omat kollegat ovat molempien ryhmien tärkeimpiä tuen antajia. Molemmat ryhmät saivat työhönsä melko paljon tukea eri tahoilta, mutta tuen tarvetta oli edelleen runsaasti. Terveydenhoitajat ja lääkärit odottivat eniten tukea omalta esimieheltään, terveydenhoitajat lisäksi muulta terveystieteeltä ja lääkärit erikoissairaanhoidosta. Molemmat ammattiryhmät olivat osallistuneet melko vähän neuvolatoimintaa koskevaan tutkimus- ja kehittämistoimintaan.

4.1.8 Vastaajien arviot neuvolatyön kehittämishaasteista

Selvityksen laadullisen aineiston tulokset olivat varsin samansuuntaisia kuin määrälliset tulokset. Neuvolalääkärit, terveydenhoitajat ja neuvolatyön johtavat viranhaltijat nimesivät useita samansuuntaisia neuvolatyön tulevaisuuden kehittämistarpeita. Niitä olivat yhteistyön lisääminen, seutukunnallinen yhteistyö, yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä sekä moniammatillinen ja monialainen yhteistyö. Lasten ja perheiden hyvinvoinnin turvaaminen ja erityisesti erityistukea tarvitsevien perheiden tunnistaminen ja tukeminen moniammatillisesti oli myös yhteisesti koettu haaste. Riittävien resurssien turvaaminen neuvolatyöhön on edellytys laadukkaana neuvolatyön toteuttamiselle. Yhteis-

työ olisi keino yhdistää vähäisiä resursseja ja toimia esimerkiksi juuri erityistukea tarvitsevien perheiden ja lasten tukemiseksi ja auttamiseksi erikoissairaanhoidon huomattavasti edullisemmän avoterveydenhuollon piirissä. Ehkäisevän työn aseman parantamiseksi neuvolatyö pitäisi tehdä näkyväksi ja sen arvostusta lisätä, jotta se näkyisi kunnallisessa päätöksenteossa, neuvolatyön johdon yhteistyöminnassa päättäjien kanssa sekä heidän neuvolahenkilöstölle antamassaan tuessa.

Terveyskeskuslääkäreiden vastuualueiden ja työnjaon tarkoituksenmukainen selkiyttäminen ja neuvolatyöstä kiinnostuneiden lääkäreiden roolin vahvistaminen on keskeisiä haasteita. Suurimpana esteenä oli väestövastuuvirkaehtosopimuksella toimivien lääkäreiden palkkaus, joka ei lääkäreiden mukaan tue ehkäisevää työtä. Sen vuoksi terveyden edistäminen ja ehkäisevä työ pitäisi olla samassa asemassa kuin sairausvastaanotto. Terveydenhoitajien roolia ehkäisevän toiminnan yhdyshenkilöinä olisi jatkossa tarpeen selkiyttää ja tuoda julki. Neuvolatyön johtavista viranhaltijoista keskeistä oli neuvolatyön strategisen johtamisen, laadun kehittämisen sekä osaamisen turvaamisen. Ehkäisevä työ tulisi selkeästi vastuuttaa siihen nimetyille henkilölle. Tämä voisi osaltaan edistää neuvolatyön näkyväksi tekemistä, jos olisi mahdollista paneutua kustannuslaskentaan, vaikuttavuuden arviointiin sekä neuvolatyön laadun arviointiin.

Monet toivoivat, että ehkäisevää työtä ohjattaisiin myös valtion taholta. Kuntien itsehallinnon vuoksi mahdollisuudet ovat rajalliset. Uusi lastenneuvolaopas ilmestyi juuri selvityksen tekemisen aikoihin, joten sitä ei vielä juurikaan ollut ehditty hyödyntää. Tämä selvitys täydentää em. informaatio-ohjausta. Lisäksi kansanterveyslakia on uudistettu.

4.2 Selvityksen luotettavuus ja eettisyys

Selvityksen luotettavuutta tarkastellaan käytettyjen kyselylomakkeiden, aineistonkeruun ja saatujen tulosten osalta. Kyselylomakkeiden pohjana olivat Itä-Suomen läänin selvityksessä käytetyt lomakkeet, joita selkiytettiin ja strukturoitiin edelleen. Lääkäreille ja terveydenhoitajille suunniteltujen erillisten lomakkeiden tarkoituksena oli parantaa tiedon saantia lääkäreiltä. Kunkin alan edustajat antoivat palautetta lomakkeiden eri versioista ja tekivät niihin korjausehdotuksia. Lomakkeet jäivät kuitenkin edelleen pitkiksi. Jotkut kysymykset ovat todennäköisesti olleet epäselviä. Esimerkiksi terveyskeskuksissa ei ole vakiintunutta tapaa laskea henkilöstömitoitusta. Monivalintakysymykset eivät välttämättä tee oikeutta neuvolatyön monimuotoisuudelle. Jatkoseurantaa varten lomakkeita on tarpeen edelleen kehittää.

Aineiston keruuseen liittyi hankaluuksia, jotka ovat saattaneet heikentää selvityksen luotettavuutta. Tiedonantajien saavutettavuudessa oli jonkin verran pulmia. Eri lääneissä oli erilaisia tapoja pitää yllä yhteystietoja johtaviin viranhaltijoihin. Tietoa lääkäreiden ja terveydenhoitajien virkamääristä ei ole keskitetysti olemassa. Kyselylomakkeiden ohjautumista terveydenhoitajille ja lääkäreille hidasti johtavien viranhaltijoiden puuttuminen tai epätietoisuus siitä, keitä he olivat.

Tietoja tarkistettiin johtavilta viranhaltijoilta joissakin tapauksissa puhelimitse ja sähköpostitse. Myös joitakin uusintakyselyjä toteutettiin edellä mainittuja kanavia käyttäen. Joistakin terveystieteiden johtavista viranhaltijoista kyselyyn vastaaminen oli vaikeaa ja työlästä oman työn ohessa. Lisäksi meneillä oli samaan aikaan muita kyselyitä, mikä on voinut aiheuttaa heissä vastausväsymystä.

Neuvolalääkäreiden vastausten luotettavuutta alentaa lääkäreiden matala vastausprosentti (31 %). Toisaalta perinteisessä postikyselyssä 30–40 %:n vastausaktiivisuus on varsin tavallinen. Terveystieteiden vastaustaso oli melko hyvä (62 %). Johtavien viranhaltijoiden vastausprosentti 89 % oli erinomainen, joten heidän aineistonsa avulla saadaan hyvä kuva valtakunnallisesta tilanteesta. Koska kyse on kokonaistutkimuksesta, vastauksia ei yleistetä perusjoukkoon. Tieto vastaamatta jättäneistä olisi hyödyllinen, mutta heistä on vähän tietoa. Jälkikäteen saatujen tietojen mukaan osa äitiys- ja lastenneuvoloissa toimivista terveystieteiden ei ole lainkaan saanut kyselylomaketta. On todennäköistä, että ostopalvelulääkärit tai muut lyhytaikaiset sijaiset eivät ole vastanneet kyselyyn.

Joidenkin kysymysten vastauksissa oli kohtalaisen paljon puuttuvia tietoja. Johtavien viranhaltijoiden vastauksissa puuttuvia tietoja oli yleensä alle 10 %. Toimintasuunnitelman ja -kertomuksen laatimista ja niiden viemistä luottamuselinien käsittelyyn koskevissa vastauksissa puuttuvia tietoja oli noin 30 %. Joissakin lääkäreiden vastauksissa oli paljon puuttuvia tietoja, erityisesti kotikäyntejä, ryhmätoimintaa ja sen ohjaamista sekä tuen tarpeita ja koulutustarpeita koskevien vastausta osalta. Näistä osa koski sellaisia tehtäviä, joita eivät sisällyneet lääkärin työhön. Toisaalta Oulun läänin lääkärin olivat vastanneet muita huolellisemmin ja heidän kohdallaan puuttuvia tietoja ilmeni vähiten. (ks. Heikkilä 1999; Holopainen & Pulkkinen 2002). Myös joissakin terveystieteiden vastauksissa oli melko paljon puuttuvia tietoja. Terveystieteiden ja lääkäreiden kyselylomakkeessa kysymys, jossa kysyttiin ajankäyttöä 3-, 4- tai 5-vuotiaan lapsen määrääikaistarkastukseen, oli todennäköisesti epäselvä, sillä puuttuvia tietoja oli terveystieteiden osalta paljon suhteessa muihin kysymyksiin. Lääkäreiden kohdalla kysymys toimi hieman paremmin, mutta myös heiltä puuttui paljon tietoja. Tarkoituksena oli, että vastaaja valitsee ensin ajankohdan, jolloin syventävä tutkimus tehdään, ja kertoo sitten tarkastuksen keston. Näin meneteltiin, koska 5-vuotistarkastus ei ole enää ainoa syventävä tarkastus, vaan ajankohta on siirretty joissakin terveystieteiden aikaisemmaksi.

Terveystieteiden asiakasmääriä kuvaavan indeksin muodostaminen oli ensimmäiseen melko helppoa ja luotettavaa, koska lähes kaikkien terveystieteiden johtavat viranhaltijat pystyivät arvioimaan terveystieteiden neuvolatyöhön käyttämät tuntimäärät. Silti tietojen koonti oli odotettua työläämpää, koska kaikkien terveystieteiden osalta tietoja ei ollut helposti saatavissa. Indeksien laskeamiseen liittyviä tietoja työpanoksista tarkistettiin yli puolessa terveystieteiden. Sen sijaan lääkäreiden neuvolatyötä kuvaavan indeksin muodostaminen oli pulmallista, koska johtavien viranhaltijoiden oli vaikea koota lääkäreiden neuvolatyöhön käyttämiä tuntimääriä. Selvityksen työstämisen varmistettiin johtavilta viranhaltijoilta joitakin epäselviä lukuja puhelimitse ja sähköpostitse. Tar-

kistuksista huolimatta etenkin hyvin matalissa tai hyvin korkeissa indekseissä voi olla virheitä, mikä on syytä ottaa huomioon yksittäisten terveystarkastusten tuloksia tarkasteltaessa.

Tulosten luotettavuutta lisäävät lääkäreiden, terveydenhoitajien ja johtavien viranhaltijoiden samansuuntaiset käsitykset neuvolatyön tulevista kehittämistarpeista niin strukturoitujen kuin avovastaustenkin osalta. Tulokset ovat keskeisiltä osilta samansuuntaisia kuin Itä-Suomen selvityksessä saadut tulokset. Tämä vahvistaa yhteisesti tunnistettujen asioiden kehittämistarvetta valtakunnallisesti. Selvityksen luotettavuutta lisää myös se, että monet vastaajat ovat pitäneet selvityksen tekemistä erittäin tärkeänä ja olivat näin motivoituneita vastaamaan.

Kaikki tutkittavat saivat tietoa selvityksestä lomaketta seuranneessa saatekirjeessä (liitteet 2-4). Niissä kerrottiin selvityksen tarkoituksesta, toteutuksesta ja siitä, että osa tuloksista raportoidaan myös lääni- ja kuntakohtaisesti.

5 Päätelmät ja suositukset neuvolatoiminnan kehittämiseksi

Neuvolatoiminnan perusjärjestelmä on selvityksen tulosten mukaan vielä toimiva. Kuitenkin neuvoloiden palvelujen tarjonnassa ja toimintatavoissa oli suuria eroja terveyskeskusten välillä. Neuvolajärjestelmän kyvystä edistää lasten ja perheiden terveyttä ei ole täsmällistä käsitystä, koska kattava seurantatieto puuttuu. Sen sijaan on perusteltua syytä olla huolissaan, että neuvola ei pysty riittävästi auttamaan erityistä tukea tarvitsevia perheitä. Näihin kuuluvat muun muassa riskiraskauksien hoito äitiysneuvolassa sekä lasten oppimisvaikeudet, psykososiaaliset ongelmat ja ylipaino seurausvaikutuksineen lastenneuvolassa. Myös monet perustehtävään kuuluvat asiat voivat jäädä riittämättömästi hoidetuiksi esim. imeytysohjaus tai parisuhteen ja vanhemmuuden tukeminen. Näin ollen neuvolajärjestelmän mahdollisuudet tasoittaa lasten ja perheiden terveyseroja ja katkaista syrjäytymiseen johtavia kehityskulkuja ovat vakavasti uhattuina.

Neuvolan saattaminen ajan vaatimusten ja asiakkaiden tarpeiden edellyttämälle tasolle edellyttää kunnilta kiireellisiä toimia henkilöstövoimavarojen parantamiseksi. Tämän lisäksi tarvitaan johtamisen tehostamista, lapsiperheille tarkoitettujen palvelujen verkostoimisen jatkamista ja moniammatillisen yhteistyön tietoista ohjausta. Henkilöstön ammattitaidon käytön mahdollistaminen ja sen edelleen kehittäminen ovat välttämättömiä tehtäviä. Menetelmien ja työtapojen uudistaminen koko asiakaskunnan, etenkin erityistukea tarvitsevien perheiden auttamiseksi on osa työn sisällön kehittämistä. On ilmeistä, että myös valtakunnallista ohjausta on tehostettava, vaikka kunnilla on lakisääteinen vastuu asukkaidensa terveyspalveluista. Neuvolat ovat olennainen osa perus- ja lähipalveluja, joita tarvitaan, valittiinpa mikä tahansa malli kunta- ja palvelurakennetta uudistettaessa.

1. Kunnat huolehtivat neuvolatyön riittävästä resursoinnista.

- Kunnat kehittävät äitiys- ja lastenneuvolahenkilöstön mitoitusta suositusten mukaisiksi. Lastenneuvolassa tavoitteena on, että terveydenhoitajaa kohden on korkeintaan 400 ja lääkäriä kohden 2800 lasta. Nämä luvut edellyttävät vuosilomasijaisen käyttöä. (STM 2003b, STM 2004a.) Äitiysneuvolassa suosituksena on, että yhtä terveydenhoitajaa kohden on korkeintaan 80 synnyttäjää, ja lääkäriä kohden 800 synnyttäjää. (Lääkin-töhallitus 1988, Sormunen ym. 2001).
- Kunnat edistävät pysyvien neuvolalääkärien saamista terveyskeskuksiin ja keskittävät neuvolatyötä tietyille lääkäreille osaamisen varmistamiseksi. Kunnat takaavat neuvolatyötä tekeville lääkäreille riittävästi työaika, jotta he voivat osallistua neuvolatyön suunnitteluun, arviointiin ja kehittämiseen. Tämä edellyttää, että neuvolatyötä tekevien lääkäreiden palkkausjärjestelmää kehitetään neuvolatyötä suosivaksi ja siihen motivoivaksi.

- Kunnat kiinnittävät huomiota neuvolahenkilöstön saatavuuteen. Ne seuraavat henkilöstön eläköitymistä ja huolehtivat suunnitelmallisesta rekrytoinnista ja asiantuntemuksen siirtymisestä uusille työntekijöille.

2. Kunnat vastaavat siitä, että neuvolatyön johtamista tehostetaan.

- Kunnat huolehtivat siitä, että jokaisessa terveyskeskuksessa on nimetty neuvolatoiminnan vastuuhenkilö sekä hoito- että lääketieteen edustajista. Vastuulääkärin tehtävänä on vastata neuvolatoiminnan lääketieteellisestä tasosta, organisoinnista ja ajanmukaisuudesta lääketieteellisen toiminnan osalta (STM 2004a). Kunnat selkiyttävät ja kehittävät neuvolatyön johtamista yhteisvastuullisena toimintana. Kunnissa, joissa ei ole johtavan hoitajan virkaa, arvioidaan tilanne uudelleen tiedossa olevien haittojen ja hyötyjen valossa.
- Terveyskeskukset tehostavat neuvolatyön suunnittelua osana kunnan hyvinvointikertomusta tai vastaavaa järjestelmää. Lähtökohdaksi ne analysoivat kunnan lapsiperheiden tilanteen ja tarpeet sekä määrittävät erityistä tukea tarvitsevien lasten ja lapsiperheiden määrän. Tässä työssä ne käyttävät valtakunnallisia tilastoja (esim. Sotkanet, Tilastokeskus) ja kunnan omia tilastotietoja ja muita työvälineitä.
- Neuvolatyön vastuuhenkilöt huolehtivat siitä, että kunnan luottamuselimet (lautakunnat, kunnanvaltuusto ja kunnanhallitus) saavat säännöllisesti tietoa lapsiperheiden terveydentilasta ja neuvolapalveluista ja ottavat ne huomioon päätöksenteossa. Näin tehostetaan myös eri hallintokuntien välistä yhteistyötä.
- Terveyskeskukset tehostavat neuvolatyön vaikuttavuuden ja kustannusten seurantaan. Tämä edellyttää, että sovitaan – mieluiten kansallisesti - käytettävistä indikaattoreista ja muista toimintavoista ja että näyttöön perustuva toiminta vakiinnutetaan terveyskeskuksiin. Kustannusten seuraamiseksi kunnat erittelevät terveyden edistämisen ja korjaavan toiminnan (mm. sairaanhoidon) menot terveydenhuollossa ja alkavat seurata niitä vuosittain.
- Terveyskeskukset kehittävät ja ottavat käyttöön laadunseurantajärjestelmän neuvoloissa osana terveyskeskusten laadunseurantaan. Laatujärjestelmien kehittämisessä tarvitaan kansallista yhteistyötä. Kunnat hyödyntävät vuonna 2006 valmistuvaa terveyden edistämisen laatusuositusta.
- Terveyskeskukset seuraavat henkilöstönsä vahvuutta ja ottavat käyttöön valtakunnallisesti kehitettävän yhtenäisen ja luotettavan tavan henkilöstömitoituksen määrittelemiseksi ja seuraamiseksi.

3. Kunnat tehostavat lapsiperheiden palvelujen verkostoimista ja moniammatillista yhteistyötä.

- Kunnat kehittävät lapsiperhetyötä tekevien verkostoitumista ja moniammatillista yhteistyötä omalla alueellaan tai seutukunnassa. Tätä varten ne luovat tarvittavat rakenteet ja lisäävät yhteistyön suunnitelmallisuutta. Kunnat rakentavat alueelleen tai seutukuntiin perhepalveluverkoston tai vastaavan yhteistyörakenteen. Tätä varten kunnat tunnistavat eri toimijat, määrittelevät eri tahojen tehtäväkuvat ja vastuut sekä sopivat yhteistyömuodoista.
- Kunnat huolehtivat siitä, että neuvolatyön tueksi on käytettävissä moniammatillista asiantuntemusta (mm. perhetyöntekijä, psykologi, ravitsemusterapeutti).
- Kunnat tehostavat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä ottamalla käyttöön lasten ja perheiden erityistilanteisiin liittyviä moniammatillisia hoitoketjuja ja lähete-palautekäytäntöjä.

4. Kunnat mahdollistavat henkilöstön ammattitaidon käytön ja sen edelleen kehittämisen valtakunnallisten suositusten mukaisesti.

- Terveyskeskuksen johto suunnittelee terveydenhoitajan ja lääkärin työn neuvolassa ensisijaisesti siten, että yhdellä työntekijällä on vastuullaan korkeintaan 2-3 tehtäväaluetta. Kahden toisiaan seuraavan tehtäväalueen, kuten äitiys- ja lastenneuvolan tai lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon avulla voidaan edistää hoidon jatkuvuutta ja kokonaisvaltaisempaa terveyden edistämistä. Näin mahdollistetaan laadukkaammat palvelut ja henkilöstön ammattitaidon ylläpitäminen.
- Terveyskeskuksen johto varmistaa, että terveydenhoitajaa tai kättilöä kohden on riittävästi asiakkaita alueellisesti, jos omassa kunnassa asiakkaita on riittämättömästi asiantuntemuksen säilyttämiseksi. Se huolehtii laaja-alaisen toimintamallin mukaan toimivien terveydenhoitajien ja lääkäreiden ja uusien työntekijöiden osaamisesta.
- Terveyskeskuksen johto tukee lääkäreitä hakeutumaan perusterveydenhuollon ja neuvolatyön koulutukseen, esimerkiksi perhelääkärikoulutukseen tai muuhun lisäkoulutukseen.
- Terveyskeskuksen johto pitää huolta neuvolatyötä tekevien ammattitaidon jatkuvasta kehittämisestä. Koulutuksen kohdentamiseksi kehitetään osaa- mis- ja koulutustarpeiden arviointi- ja ennakointimenetelmiä.

- Terveyskeskukset lisäävät koulutusorganisaatioiden ja työelämän yhteistyötä. Ne osallistuvat koulutusorganisaatioiden opetussuunnitelmien ja oppisisältöjen kehittämiseen ennaltaehkäisevän ja terveyden edistämisen näkökulman vahvistamiseksi. Terveyskeskukset osallistuvat myös täydennuskoulutuksen suunnitteluun yhteistyössä koulutusorganisaatioiden kanssa.
- Neuvolatyön vastuuhenkilöt pitävät huolta siitä, että henkilöstön ammattitaidon kehittämisessä käytetään monipuolisia menetelmiä. Pidetään erityisesti huolta työnohjauksen sekä itse- ja vertaisarvioinnin kehittämisestä sekä verkko-opetuksen hyödyntämisestä.

5. Kunnat huolehtivat menetelmien ja työtapojen kehittämisestä neuvolatyössä koko asiakaskunnan, etenkin erityisen tuen tarpeessa olevien perheiden auttamiseksi.

- Neuvolatyön vastuuhenkilöt pitävät huolta siitä, että määräaikaistarkastukset toteutetaan suositusten mukaisesti (ajankohta, määrä, sisältö, kesto). Ensisijaisesti on korjattava imeväisikäisten määräaikaistarkastusten vaje.
- Neuvolatyön vastuuhenkilöt vastaavat siitä, että erityistuen tarpeessa olevien perheiden palvelut turvataan. Tämä edellyttää perheiden voimavarojen tunnistamista, varhaisen puuttumisen menetelmien hallintaa, lisäkäyn-tejä sekä tarvittaessa kotiin vietyjä palveluja. Lisäksi tarvitaan keskeisiin pulmiin ennalta suunnitellut ja kirjallisesti sovitut palveluketjut ja toimintamallit.
- Neuvolatyön vastuuhenkilöt pitävät huolta siitä, että kotikäyntien määrää lisätään suositusten mukaisiksi siten, että ennen synnytystä tehdään yksi kotikäynti ja synnytyksen jälkeen toinen. Vastuuhenkilöt huolehtivat kotikäyntien sisällön, perhetyöntekijän kanssa tehtävän yhteistyön ja kotikäyntien seurannan kehittämisestä.
- Neuvolatyön vastuuhenkilöt huolehtivat työmenetelmien ajanmukaistamisesta ja monipuolistamisesta suositusten mukaisesti. Niihin kuuluvat alkuiltavastaanotot, kotikäynnit ja vanhempainryhmät. Vastuuhenkilöt koordinoivat asiakkaiden tarpeiden arvioinnissa käytettävien lomakkeiden käyttöönoton ja huolehtivat riittävän koulutuksen järjestämisestä ja seurannasta.
- Neuvolatyötä tekevät lisäävät yhteistyötä perheiden kanssa: he selvittävät perheiden odotuksia ja ottavat heidät mukaan palvelujen suunnitteluun ja yhteistyöhön lapsiperhetyötä tekevien kanssa, erityisesti perheiden erityistilanteissa. Erityistä huomiota kiinnitetään isien mukaan saamiseen neuvolatyöhön.

6. Lääninhallitusten tuki.

- Lääninhallitukset tukevat kuntia neuvolaoppaan suositusten toimeenpanossa sekä tämän valtakunnallisen neuvolaselvityksen tulosten hyödyntämisessä. Ne valvovat alueillaan suositusten toteutumista ja tukevat lapsiperheiden parissa työskentelevien yhteistyön organisointia. Lääninhallitukset tukevat kuntia kansanterveyslain toimeenpanossa lapsiperheiden osalta, mm. lasten terveydentilan ja heidän terveyteensä vaikuttavien tekijöiden seurannassa ja terveysnäkökohtien huomioon ottamisessa kunnan kaikissa toiminnoissa.

7. Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskuksen ja muiden tutkimuslaitosten tuki neuvolatyön kehittämiselle.

- Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus jatkaa toimintansa kehittämistä neuvolahenkilöstön tukemiseksi. Keskus kehittää kotisivujaan valtakunnalliseksi neuvolatyön tietokeskukseksi. Se tukee neuvolahenkilöstön ammattitaitoa organisoimalla ajankohtaisista teemoista koulutustilaisuuksia, mm. valtakunnalliset neuvolapäivät. Keskus jatkaa neuvolatyötä koskevan tiedon tiivistämistä ja arvioimista, ja laatii mm. hoitosuosituksia. Keskus edistää voimavaralähtöisten työmenetelmien käyttöönottoa ja kehittää voimavaralähtöisiä työlomakkeita.
- Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus laatii valtakunnallisen neuvolatyön tutkimusohjelman yhteistyössä muiden tutkimus- ja koulutusorganisaatioiden kanssa. Erityisenä painopisteenä on neuvolatyöhön liittyvä vaikuttavuustutkimus ja menetelmien kehittäminen kustannusten seuranta varten.

8. Valtakunnallinen ohjaus.

- Neuvolatyötä linjataan lastenneuvolaoppaalla ja äitiyshuollon suosituksilla. Tämän selvityksen tulokset täydentävät informaatio-ohjausta antamalla kunnille palautetietoa neuvolatoiminnan nykytilasta. Uudistettu kansanterveyslaki asetuksenantomahdollisuuksineen vahvistaa terveyden edistämisen ja neuvolatyön asemaa sekä kuntien tehtävää väestön terveystilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden seurannassa.
- Luodaan ehkäisevien palvelujen jatkuva seurantajärjestelmä, jonka osana seurataan säännöllisin välein myös neuvolatyötä. Tämä edellyttää keskeisistä äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan seurantaindikaattoreista sopimista. Yhtenäinen ja luotettava tapa henkilöstömitoituksen määrittämiseksi ja seuraamiseksi on osa tätä kehitystyötä.

Lähteet

- Ahokas T. 2001. Neuvoloissa ei enää pystytä puuttumaan perheiden ongelmiin. *Sosiaalivakuutus* 4, 20 - 23.
- Arnkil T, Erikson E & Saikku P. 1998. Huolen harmaa vyöhyke. *Dialogi* 7, 8 - 11.
- Arnkil T, Eriksson E & Arnkil R. 2000. Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa. Sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin. *Stakes, Raportteja* 253, Helsinki.
- Eirola R. 2003. Lapsiperheiden elämänhallintavalmiudet: Perheohjauksen arviointi. *Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet* 102. Kuopio.
- Eriksson E & Arnkil T. 2005. Huoli puheeksi. *Opas varhaisista dialogeista*. Stakes, *Oppaita* 60, Helsinki.
- Hakulinen-Viitanen T & Pelkonen M. 2005. Lapsiperheiden voimavarojen tunnistaminen voimavaralomakkeiden avulla. *Sairaanhoitaja* 3, 16 – 19.
- Halme N. 2001. Isän ja leikki-ikäisen lapsen yhdessäolo eri perhemuodoissa. *Pro gradu –tutkielma*. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Hartikainen A-L. 2003. Äitiysneuvolakäynnit lisääntyvät jatkuvasti – olisiko aiheutta toiminnan arviointiin? *Suomen Lääkärilehti* 22(58), 2437-2440.
- Hartikainen-Isokoski H & Eriksson E. 2005. Ota vaikea asia puheeksi: Jaa huoli lapsen vanhempien kanssa. *Dialogi* 6, 24-26.
- Hastrup A, Toikka S, Solantaus T. 2005. Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö perustason työssä. *Vavu-hankkeen loppuraportti*. Aiheita 8. Stakes, Helsinki.
- Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H, Lagström H, Lyytikäinen A, Nurttila A, Peltola T & Talvia S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. *Sosiaali- ja terveysministeriö*. *Julkaisuja* 16, Helsinki.
- Heikkilä T. 1999. *Tilastollinen tutkimus*. Edita, Helsinki.
- Heikkinen A, Puura K, Ala-Laurila E-L, Niskanen T & Mattila K. 2003. Terveystieteiden keskuksen työntekijöiden työ neuvola- ja kouluikäisten parissa. *Suomen Lääkärilehti* 58, 1327 - 1332.
- Heimo E. 2002. Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa: Seurantatutkimus vuosina 1997-2000. *Turun yliopiston julkaisuja*, Sarja C, *Scripta lingua Fennica* edita, osa 184. Turku.

- Holopainen M & Pulkkinen P. 2002. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY.
- Hukkanen E & Vallimies-Patomäki M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveysthankkeen työnjakopilotista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 21. Helsinki.
- Huttunen J. 2001. Isänä olemisen uudet suunnat. PS- kustannus, Juva.
- Häggman-Laitila A, Euramaa K-I, Hotari A-M, Kaakinen J & Hietikko M. 2001. Lapsiperheiden varhainen tuki, tuen vaikuttavuus ja kustannushyöty: Lapsiperheprojektin loppuraportti. Mannerheimin lastensuojeluliitto, Helsinki.
- Jauhiainen A. 2004. Tieto- ja viestintäteknikka tulevaisuuden hoitotyössä. Asiantuntijaryhmän näkemys hoitotyön skenaarioista ja kvalifikaatioista vuonna 2010. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 113. Kuopio.
- Järvenpää A-L. 2002. Onko vastasyntyneen varhainen kotiuttaminen vaaratonta? Suomen Lääkärilehti 7 (57)m 757-759.
- Järvinen R, Tarkka M-T, Åstedt-Kurki P & Paavilainen E. 2000. Helpotusta pienten lasten perheiden arkeen: Kokemuksia lastenneuvolan vanhempainryhmistä. Hoitotiede 5, 270 - 279.
- Kaila P. 2001. Leikki-ikäisen lapsen hoito- ja kasvatusneuvonnan kehittäminen perhekeskeisessä neuvolatyössä. Turun yliopiston julkaisuja, Sarja C, Scripta lingua Fennica edita, osa 174. Turku.
- Kaljunen L. 2002. Ensimmäistä lastaan odottavan perheen voimavaraisuuden tunnistaminen. Voimavaramittarin laatiminen ja arviointi. Pro gradu - tutkielma. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos. Kuopio.
- Kaljunen L, Pelkonen M & Hakulinen-Viitanen T. 2006. Voimavaralomakkeen kehittäminen ensimmäistä lastaan odottavan perheen voimavaraisuuden tunnistamiseksi. Hoitotiede. Hyväksytty julkaistavaksi.
- Kearney MH, York R & Deatrick JA. 2000. Effects of home visits to vulnerable young families. Journal of Nursing Scholarship 32(4), 369-376.
- Koivisto H. 2002. Isäksi – esikoisensa saaneiden miesten isyys. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto, Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Tampere.
- Korhonen A. 2005. Vauvaperhetyö keskosten äitien tukena: Tuen asettamat osaamisvaatimukset kotikäyntejä tekeväille sairaanhoitajalle. Sairaanhoitaja 3, 20 – 23.
- Koskinen S, Martelin T, Talala K, Joutsenniemi K, Prättälä R. & Martikainen P. 2004. Lapsiperheiden terveyserot. Esitys valtakunnallisilla neuvolapäivillä 2.11.2004, Kuopio.

- Kuntien sosiaali- ja terveystoimen hallinto vuonna 2004. Saatavissa internetistä. www.kunnat.net. 10.9.2005.
- Kunnallinen työmarkkinalaitos 2004. Kunnallinen terveydenhuollon täydennyskoulutus vuonna 2004. www.kuntatyonantajat.fi 6.11.2005
- Kvist T. 2004. Hoidon laatu - potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Kuopion yliopisto, Terveyshallinnon- ja talouden laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 111. Kuopio.
- Kyngäs H. & Vanhanen L. 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 1, 3 – 12.
- Lammi-Taskula J & Varsa H. 2001. Miten neuvola ja päiväkotit tukevat vanhemmuutta? *Dialogi* 3, 30 – 31.
- Liuksila P-R. 2000. Lastenneuvolan viisivuotistarkastus ja sen merkitys lapsen selviytymiselle ensimmäisellä luokalla koulussa. Turun yliopiston julkaisuja, Sarja C, *Scripta lingua Fennica edita*, osa 161. Turku.
- Lääkintöhallitus 1988. Äitiyshuolto terveyskeskuksissa. Lääkintöhallituksen ohjekirje nro 2/1988. Dno 653/02/86. Helsinki.
- Lääkintöhallitus 1990. Lastenneuvolaopas. Lääkintöhallituksen opassarja nro 7. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Marjamäki P, Kolimaa M & Söder J. 1998. Seulonnat ja terveystarkastukset terveyskeskuksissa 1998. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 11, Helsinki.
- Mäntymaa M & Tamminen T. 1999. Varhainen vuorovaikutus ja lapsen psyykinen kehitys. *Duodecim* 115, 2447 - 2453.
- Pajulo M & Tamminen T. 2002. Äidin päihdeongelma, vauva ja varhainen vuorovaikutus. *Suomen Lääkärilehti* 57 (30-32), 3009-3012.
- Pelkonen M & Löthman-Kilpeläinen L. 2000. Neuvola lapsiperheiden tukena. Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista 1990-luvulla. Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 10. Helsinki.
- Pelkonen M & Hakulinen T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede* 5, 202 – 212.
- Perttilä K, Orre S, Koskinen S & Rimpelä M. 2004. Kuntien hyvinvointikertomus. Hankkeen loppuraportti. Stakes, Aiheita 7. Helsinki.
- Perälä M-L, Pelkonen M, Vehviläinen-Julkunen K, Viisainen K & Räikkönen O. 1998. Äitiyshuollon palvelut muutoksessa. Teoksessa Sihvo S & Koponen P. (toim.) Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Stakesin raportteja 220. Helsinki, 33-47.

- Pietilä L. 2005. Lapsikeskeinen näkökulma perusterveydenhuollossa – Osa 3. Suomen Lääkärilehti 40(60), 4021-4025.
- Punnonen H. 2004. Sähköpostitiedonanto 15.12.2004. Suomen Kuntaliitto.
- Puura K, Tamminen T, Mäntymaa M, Virta E, Turunen M-M & Koivisto A-M. 2001. Lastenneuvolan terveydenhoitaja vauvaperheen tuen tarpeen havaitsijana. Suomen Lääkärilehti 47(56), 4855 – 61
- Puura K, Davis H, Mäntymaa M, Tamminen T, Roberts R. ym. 2005. The outcome of the European early promotion project: Mother-child interaction. International Journal of Mental Health Promotion 7 (1), 82-94
- Rautio M. 2005. Selvitys terveyden edistämisen koulutuksesta sosiaali- ja terveysalalla. Opetusministeriö, Stakes ja Sosiaali- ja terveysministeriö. Käsikirjoitus.
- Rimpelä M. 2002. Perheneuvola koko perheen hyvinvointia tukemaan. Dialogi 2, 27.
- Rimpelä M. 2005. Ehkäisevä työ terveyskeskuksissa: Mikä on terveydenhuollon tehtävä kansanterveyden edistämisessä? Teoksessa Heikkilä M & Roos M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Stakes, Helsinki, 122 – 141.
- Rimpelä M, Ojajärvi A, Luopas P & Kivimäki H. 2005. Kouluterveyskysely, kouluterveydenhuolto ja terveystieto. Peruseräraportti kyselystä yläkouluille ja terveyskeskuksille. Työpapereita 1/2005. Stakes. Helsinki.
- Räikkönen O & Perälä M-L. 2003. Menetelmä asiakaslähtöisen toiminnan arviointiin hoitotyössä – indeksin kehittäminen. Hoitotiede 3, 131 – 143.
- Sinkkonen S & Taskinen H. 2002. Johtamisosaamisen vaatimukset ja taso perusterveydenhuollon hoitotyön johtajilla. Hoitotiede 3, 129 – 141.
- Solantaus T. 2005. Vanhemman mielenterveyden häiriö ja lapset. Mitä terveydenhuollossa tulee tietää ja tehdä? – Osa I. Suomen Lääkärilehti 38(60), 3765-3770.
- Sormunen S, Koponen P & Hemminki E. 2001. Terveydenhoitajien ja kättilöiden käsityksiä koulutuksen ja nykyisen työn vastaavuudesta. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 38(3), 251-259.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. Julkaisuja 4. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001b. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakoitintoimikunnan mietintö. Komiteanmietintö 7. Helsinki.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003a. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004 – 2007. Julkaisuja 18. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003b. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004 – 2007. Julkaisuja 20. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003c. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005. Väestön terveydentila -ryhmän raportti. Työryhmämuistioita 36. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Oppaita 14. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Oppaita 3. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004c. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti. Työryhmämuistioita 18. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2005. PERHE-hanke. Perhepalvelujen kumppanuusohjelma. Monisteita 4. Helsinki.
- Strömmer R. 1999. Henkilöstöjohtaminen. Edita, Helsinki.
- Suomen Kuntaliitto 2005. Kaupunki- ja kuntapalvelut 2005. Efeko Oy. Helsinki.
- Suomen tilastokeskus 2005. www.tilastokeskus.fi/til/vrm.html 6.11.2005
- Säävälä H, Keinänen E & Vainio J. 2001. Isä neuvolassa – työvälaineitä ja ajatuksia vauvaa odottavien ja hoitavien isien kanssa työskenteleville. Sosiaali- ja terveysministeriö, Tasa-arvojulkaisuja 8, Helsinki.
- Terveyskeskuskysely 2003.
www.stakes.fi/hyvinvointi/khs/johtamishanke/Kansanterveystyo/ttkysely.htm
6.11.2005
- Valtonen R, Ahonen T & Lyytinen P. 2004. Lapsen kehityksen seuranta neuvolassa LENE-menetelmällä. Suomen Lääkärilehti 38, 3485 - 3489.
- Varjoranta P, Pirskanen M, Pelkonen M, Hakulinen T & Haapakorva A. 2004. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Itä-Suomen läänissä 2003. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 4, Helsinki.
- Viinikka A. 2004. Perhekeskusprojektista perhekeskusprosessiksi. Teoksessa: Paavola A. (toim.). Perhe keskiössä. Ideoita yhteistyöhön perheiden parhaaksi; kokemuksia Ruotsin Leksandista ja useista Suomen kunnista. Lastensuojelun Keskusliitto, Helsinki.

Viisainen K. (toim.) 1999. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999. Oppaita 34, Stakes. Helsinki.

Liite 1 Kirjoittajien yhteystiedot

Tuovi Hakulinen-Viitanen TH, TTT, projektipäällikkö
Neurolatyon kehittämis- ja tutkimuskeskus
Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos
PL 1627, 70211 Kuopio
puh 050 567 9260
sähköposti: tuovi.hakulinen@uku.fi

Marjaana Pelkonen TH, THT, dosentti
Ylitarkastaja
Sosiaali- ja terveysministeriö
PL 33, 00023 Valtioneuvosto
puh 09 160 74036
sähköposti: marjaana.pelkonen@stm.fi

Arja Haapakorva TH, TtM
Suunnittelija
Neurolatyon kehittämis- ja tutkimuskeskus
Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos
PL 1627, 70211 Kuopio
puh 017 16 2257
sähköposti: arja.haapakorva@uku.fi

Liite 2. Saatekirje ja kyselylomake vastaaville viranhaltijoille

Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus
Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos
PL 1627, 70211 KUOPIO

Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatyön nykytilanteesta ja kehittämistarpeista Hyvät äitiys- ja lastenneuvolatyöstä vastaavat viranhaltijat

Tämän selvityksen tarkoituksena on saada tietoa äitiys- ja lastenneuvolapalvelujen nykytilanteesta.

Selvitys tehdään, koska äitiys- ja lastenneuvolatoiminnasta on olemassa vähän ja hajallaan olevaa tietoa, eikä vastaavia tietoja ole juurikaan saatavilla. Tätä selvitystä edelsi Itä-Suomessa tehty pilottiselvitys, jonka avulla saatiin tietoa neuvolatyön voimavaroista, johtamisesta ja toimintatavoista, mm. määräaikaistarkastuksista ja moniammatillisesta yhteistyöstä (Varjoranta ym. 2004, Äitiys- ja lastenneuvolatyö Itä-Suomen läänissä 2003. Selvityksiä 4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki).

Tulokset antavat arvokasta tietoa neuvolatoiminnan tilasta koko Suomessa. Kunnat voivat hyödyntää saatua tietoa päätöksenteon perustana sekä neuvolatoiminnan johtamisen ja kehittämisen tukena. Tuloksia hyödynnetään myös valtakunnan tasolla neuvolatoiminnan tukemisessa ja seurannassa.

Selvityksen aineisto kerätään jokaisen terveyskeskuksen neuvolatyön johtavalta lääkäriltä ja johtavalta hoitajalta sekä käytännön neuvolatyössä toimivilta terveydenhoitajilta ja lääkäreiltä, yhteensä noin 4 500 henkilöltä. Tällä sekä johtaville lääkäreille että johtaville hoitajille lähetetyllä lomakkeella kerätään tietoa neuvolatyöstä vastaavilta viranhaltijoilta. Toivomme yhteistyötä kysymyksiin vastaamisessa niin, että terveyskeskuksestanne palautetaan yksi johtavien viranhaltijoiden yhteistyössä täyttämä lomake. Toivomme, että mahdollisimman moni johtava viranhaltija vastaa kyselyyn, jotta neuvolatyöstä saadaan edustava ja luotettava kuva.

Lisäksi ohessa on käytännön neuvolatyössä toimiville lääkäreille (keltainen) ja terveydenhoitajille (valkoinen) osoitetut kyselylomakkeet palautuskuorineen. Pyydämme Teitä ystävällisesti jakamaan ne kaikille terveyskeskukseenne äitiys- ja lastenneuvolatyötä tekeville terveydenhoitajille ja lääkäreille. Mikäli lomakkeita ei ole riittävästi, voinette monistaa niitä tarvittavan määrän.

Selvityksen tekee vuonna 2002 perustettu Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus (www.uku.fi/neivolakeskus) yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. Antamianne tietoja käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Selvityksen tulokset raportoidaan lääni-, maakunta- ja kuntakohtaisesti. Selvityksistä laaditaan valtakunnallinen yhteenveto sosiaali- ja terveysministeriön julkaisusarjaan ja tarvittaessa läänikohtaiset raportit. Pyydämme palauttamaan kyselylomakkeen oheisessa palautuskuoressa mielellään kahden viikon kuluessa sen saannista. Projektipäällikkö Tuovi Hakulinen (puh. 050 5679260, tuovi.hakulinen@uku.fi) tai suunnittelija Arja Haapakorva (puh. 017 162257, arja.haapakorva@uku.fi) antavat teille tarvittaessa lisätietoja.

Yhteistyöstä kiittäen

Tuovi Hakulinen, TtT, TH, projektipäällikkö
Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus

Marjaana Pelkonen, THT, TH, ylitarkastaja
Sosiaali- ja terveysministeriö

ÄITIYS - JA LASTENNEUVOLATYÖN NYKYTILANNE JA KEHITTÄMISTARPEET

KYSELY NEUVOLATYÖSTÄ VASTAAVILLE VIRANHALTIJOILLE

Toivomme johtavien lääkäreiden ja johtavien hoitajien (tai muiden vastaavien) yhteistyötä kysymyksiin vastaamisessa niin, että terveyskeskuksestanne **palautetaan vain yksi** johtavien viranhaltijoiden täyttämä kyselylomake.

Vastausohje: Ympyröikää sopivimman vastausvaihtoehdon numero tai kirjoittakaa vastauksenne sille varattuun tilaan.

I TAUSTATIEDOT

1. Kyselyyn vastanneiden viranhaltijoiden virkanimikkeet :

2. Vastajaan / vastaajien koulutus :

A. Hoitotyön edustaja	n	%	B. Lääketieteen edustaja	n	%
Opistoasteen tutkinto	84	39,8	Lääketieteen lisensiaatti	30	14,2
Ammattikorkeakoulututkinto	16	17,6	Erikoislääkäri	96	45,5
Yliopistotutkinto TtM/THM	69	32,7	Muu, mikä	2	0,9
Muu, mikä	29	13,7	Tieto puuttuu	83	39,3
Tieto puuttuu	13	6,2	Yhteensä	211	100,0
Yhteensä	211	100,0			

C. Muun alan edustaja, minkä.

3. Yhteyshenkilö, jolta voimme tarvittaessa saada lisätietoja:

4. Mikä on terveyskeskuksenne nimi? _____

4.1 Koodi: _____

5. Missä läänissä terveyskeskuksenne sijaitsee?

Lääni	n	%
Etelä-Suomen lääni	59	28,0
Länsi-Suomen lääni	99	46,9
Oulun lääni	35	16,6
Lapin lääni	18	8,5
Yhteensä	211	100,0

6. Vastaako terveyskeskuksenne yhden vai useamman kunnan kansanterveystyöstä?

	n	%
Yhden kunnan	149	70,6
Kahden tai useamman	61	28,9
Tieto puuttuu	1	0,5
Yhteensä	211	100,0

7. Onko kunnassanne sosiaali- ja terveystoimi yhdistynyt?

	n	%
Kyllä	129	61,1
Ei	80	37,9
Tieto puuttuu	2	0,9
Yhteensä	211	100,0

8. Mikä on kuntanne/ kansanterveystyön kuntayhtymänne asukasluku?

	n	%
Alle 5 000 asukasta	53	25,1
5 000 – 9 999 asukasta	57	27,0
10 000 – 19 999 asukasta	47	22,3
20 000 – 29 999 asukasta	19	9,0
30 000 – 49 999 asukasta	20	9,5
50 000 tai enemmän	14	6,6
Tieto puuttuu	1	0,5
Yhteensä	211	100,0

9. Paljonko kunnassanne/ kansanterveystyön kuntayhtymässänne oli vuoden 2003 tilastojen mukaan?

1. Syntyneitä lapsia _____
2. Alle kouluikäisiä lapsia _____

10. Onko terveyskeskuksessanne nimetty äitiys- ja lastenneuvolatyön kokonaisuudesta vastaava viranhaltija ja / tai vastaavat viranhaltijat?

	n	%
Kyllä	150	71,1
Ei	56	26,5
Tieto puuttuu	5	2,4
Yhteensä	211	100,0

11. Onko terveyskeskuksessanne nimetty äitiys- ja lastenneuvolatyön käytännön toiminnasta vastaava lähiesimies?

	n	%
Kyllä	166	78,7
Ei	19,4	19,8
Tieto puuttuu	4	1,9
Yhteensä	211	100,0

12. Onko terveyskeskuksessanne johtava ylihoitaja/johtava hoitaja?

	n	%
Kyllä	135	64,0
Ei	46	21,8
Virka lakkautettu	23	10,9
Virka perustetaan uudelleen	4	1,9
Tieto puuttuu	3	1,4
Yhteensä	211	100,0

II ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLANEUVOLATYÖN HENKILÖSTÖN MÄÄRÄ JA TOIMINTAMALLIT**13. Mikä on kuntanne/kuntayhtymänne avoterveydenhuollossa toimivien terveyskeskuslääkäreiden virkojen lukumäärä ja täytettynä olevien virkojen määrä?**

1. _____ terveyskeskuslääkärin virkaa
2. joista täytettynä _____

14. Käytetäänkö terveyskeskuksessanne ostopalvelulääkäreitä neuvolatyössä?

	n	%
Kyllä	63	29,9
Ei	142	67,3
Suunnitteilla	3	1,4
Tieto puuttuu	3	1,4
Yhteensä	211	100,0

15. Onko lääkäreillä käytössä väestövastuuvirkaehtosopimus?

	n	%
Kyllä	89	42,2
Ei	15	54,5
Suunnitteilla	4	1,9
Tieto puuttuu	3	1,4
Yhteensä	211	100,0

Seuraavalla kysymyksellä haluamme selvittää, kuinka monella ns. sektorilla lääkärit työskentelevät vastaanottotoiminnan lisäksi.

16. Mikä on äitiys- ja /tai lastenneuvolatyötä tekevien lääkäreiden määrä yhteensä _____

- a. joista vain äitiysneuvolatyötä tekeviä _____
- b. joista vain lastenneuvolatyötä tekeviä _____
- c. joista sekä äitiys- että lastenneuvolatyötä tekeviä _____
- d. joista neuvolatyön lisäksi muuta sektorityötä tekeviä _____

17. Mikä on terveyskeskuksenne terveydenhoitajien virkojen määrä yhteensä ja täytettynä olevien virkojen määrä?

1. _____ terveydenhoitajan virkaa
2. joista täytettynä _____

18. Mikä on äitiys – ja/tai lastenneuvolatyössä toimivien terveydenhoitajien virkojen määrä yhteensä? _____

- a. joista täytettynä _____
- b. joista päätoimisesti äitiysneuvolatyötä tekeviä _____
- c. joista päätoimisesti lastenneuvolatyötä tekeviä _____
- d. joista yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolatyötä tekeviä _____
- e. joista neuvolatyön lisäksi muissa tehtävissä työskenteleviä _____

19. Millaiseksi arvioitte terveyskeskuksenne terveydenhoitajien ja lääkärien määrän riittävyyden tällä hetkellä tuottamaan laadukkaita äitiys- ja lastenneuvolapalveluja?

	Täysin riittävä	%	Melko riittävä	%	Melko riittämätön	%	Täysin riittämätön	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Terveydenhoitajien määrä	71	33,6	100	47,4	26	12,3	7	3,3	7	3,3	211
Lääkäreiden määrä	42	19,9	102	48,3	42	19,9	11	5,2	14	6,6	211

20. Mitä terveyskeskuksessanne on tehty neuvolahenkilöstön saatavuuden turvaamiseksi?

	Kyllä	%	Ei	%	Suunnit- teilla	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Laskettu eläke- poistumat	111	52,6	60	28,4	9	4,3	31	14,7	211/100
Vakinaistettu määräaikaisessa työsuhteessa olevia	56	26,5	109	51,7	9	4,3	37	17,5	211/100
Kehitetty henki- löstöpolitiikkaa	131	62,1	38	18,0	12	5,7	30	14,2	211/100
Kehitetty henki- löstön rekrytoin- tia	75	35,5	83	39,3	20	9,5	33	15,6	211/100
Kehitetty palk- kausjärjestelmää	114	54,0	51	24,2	24	11,4	22	10,4	211/100
Parannettu työ- kentelyedelly- tyksiä	127	60,2	35	16,6	28	13,3	21	10,0	211/100
Kiinnitetty huomiota joh- tamistapoihin	152	72,0	27	12,8	11	5,2	21	10,0	211/100
Pidetty hyvää huolta henkilö- kunnan ammat- titaidosta	187/	88,6	11	5,2	4	1,9	9	4,3	211/100
Muuta, mitä	22	10,4	5	2,4	2	0,9	182	86,3	211/100

Seuraavilla kysymyksillä arvioidaan eri terveyskeskuksissa käytettävissä olevan lääkäri- ja terveydenhoitaja-työpanoksen suhdetta asiakasmääriin.

21. Paljonko lääkärit käyttävät työajastaan äitiys- ja/tai lastenneuvolatyöhön kuukaudessa ?

- a. Lääkärit työskentelevät äitiysneuvoloissa yhteensä _____ tuntia kuukaudessa.
b. Lääkärit työskentelevät lastenneuvoloissa yhteensä _____ tuntia kuukaudessa.
c. Lääkärit työskentelevät äitiys- ja lastenneuvolatyö yhdistettynä yhteensä _____ tuntia kuukaudessa.

Vertailukelpoisten lukujen saamiseksi pyydämme Teitä laskemaan äitiys- ja lastenneuvolatyössä toimivien terveydenhoitajien viikossa käyttämät työtunnit. Eritelkää äitiys- ja lastenneuvolatyö.

Kunnassa työskentelee kolme terveydenhoitajaa, joista terveydenhoitaja A työskentelee 2 päivää lastenneuvolatyössä, yhden päivän äitiysneuvolassa ja kaksi päivää muussa terveydenhoitajan tehtävässä. Terveydenhoitaja B työskentelee kokopäiväisesti (5 päivää) lastenneuvolatyössä. Terveydenhoitaja C työskentelee 2½ päivää äitiysneuvolatyössä ja 2½ päivää kouluterveydenhuollossa. Tällöin kunnassa terveydenhoitajat tekevät lastenneuvolatyötä viikossa 7 työpäivää, tunteina 56 tuntia (7 x 8 t). (Tuntien laskemisessa suosittelemme selkeyden vuoksi käytettäväksi 8 t/työpäivä, vaikka yhden laskennallisen työpäivän pituus on hieman lyhyempi). Vastaavasti äitiysneuvolatyössä 3½ päivää eli 28 tuntia viikossa (3.5 x 8 t).

Kirjatkaa saadut luvut:

22. Terveydenhoitajien viikossa käyttämät työtunnit.

- a. Terveydenhoitajat työskentelevät äitiysneuvoloissa yhteensä _____ tuntia viikossa.
b. Terveydenhoitajat työskentelevät lastenneuvoloissa yhteensä _____ tuntia viikossa.

23. Miten kuntanne/kuntayhtymänne äitiys- ja lastenneuvolatyön lääkäri- ja terveydenhoitaja palvelut on järjestetty kesäisin?

1. Äitiysneuvolatyösä	Lääkäri	%	Th	%	Lääkäri ja Th	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Toiminta samanlaista ympäri vuoden	8	3,8	33	15,6	65	30,8	105	49,8	211
Toimintaa supistettu	41	19,4	10	4,7	79	37,4	81	38,4	211
Palvelut keskitetty esim. alueellisesti	8	3,8	7	3,3	23	10,9	173	82,0	211
Palveluissa kesäaikana tauko	4	1,9	5	2,4			202	95,7	211

2.Lastenneuvolatyössä	Lääkäri	%	Th	%	Lääkäri ja Th	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Toiminta samanlaista ympäri vuoden	10	4,7	24	11,4	41	19,4	136	64,5	211
Toimintaa supistettu	30	14,2	15	7,1	106	50,2	60	28,4	211
Palvelut keskitetty esim. alueellisesti	7	3,3	8	3,8	25	11,8	171	81,0	211
Palveluissa kesäaikana tauko	7	3,3	1	0,5	5	2,4	198	93,8	211

24. Miten erityistyöntekijöiden palvelut terveyskeskuksessanne on järjestetty?

	Terveyskeskuksen omalla toimintana	%	Ostopalveluna	%	Seutukunnallisenä	%	Tk:n oma ja osto	%	Osto ja seutu	%	Ei lainkaan järjestetty	%	Tietopuuttuu	%	Yhteensä
Ravitsemusterapeutti	18	8,5	70	33,2	36	17,1	2	0,9	1	0,5	70	33,2	14	6,6	211
Puheterapeutti	92	43,6	97	46,0	2	0,9	9	4,3	0	0	5	2,4	6	2,8	211
Psykologi	148	70,1	42	19,9	12	5,7	1	0,5	1	0,5	3	1,4	4	1,9	211
Toimintaterapeutti	45	21,3	112	53,1	5	2,4	5	2,4	0	0	37	17,5	7	3,3	211
Fysioterapeutti	176	83,4	14	6,6	16	7,6	0	0	0	0	0	0	5	2,4	211
Lastenlääkäri	12	5,7	49	23,2	46	21,8	0	0,0	1	0,5	84	39,8	19	9,0	211
Gynekologi	16	7,6	42	19,9	45	21,3	0	0	2	0,9	84	39,8	22	10,4	211
Muu erikoislääkäri, mikä	16	7,6	46	21,8	15	7,1	0	0	0	0	50	23,7	84	39,8	211
Muu erityistyöntekijä, mikä	18	8,5	13	6,2	5	2,4	1	0,5	0	0	50	23,7	124	58,8	211
Perhetyöntekijä neuvolassa	40	19,0	8	3,8	19	9,0	1	0,5	0	0	111	52,6	32	15,2	211

25. Millaisia moniammattilaisia lapsiperheiden tukemiseksi tarkoitettuja työryhmiä kunnas – sanne / kuntayhtymässänne toimii tai on suunnitteilla?

	On	%	Ei	%	Suunnitteilla	%	Tietopuuttuu	%	Yhteensä
Äitiysneuvolatoimintaa suunnitteleva, seuraava ja kehittävä työryhmä	52	24,6	124	58,8	18	8,5	17	8,1	211
Lastenneuvolatoimintaa suunnitteleva, seuraava ja kehittävä työryhmä	74	35,1	99	46,9	22	10,4	16	7,6	211
Lapsiperheiden palveluja kunnassa tai seutukunnassa suunnitteleva ja seuraava yhteistyöryhmä tai vastaava	86	40,8	82	38,9	29	13,7	14	6,6	211
Neuvolatyöryhmä tai vastaava, jossa käsitellään lasten ja perheiden asioita	123	58,3	55	26,1	17	8,1	16	7,6	211
Jokin muu ryhmä, mikä	51	24,2	20	9,5	4	1,9	136	64,5	211

III NEUVOLATYÖN SUUNNITTELU JA ARVIOINTI

26. Miten paljon seuraavat terveystieteelliset asiakirjat ja valtakunnalliset suositukset ohjaavat neuvolatoimintanne suunnittelua?

	Paljon	%	Jonkin verran	%	Ei lainkaan	%	Tietopuuttuu	%	Yhteensä
Terveys 2015-kansanterveysohjelma	51	24,2	140	66,4	9	4,3	11	5,2	211
Kansallinen terveydenhuolto-ohjelma	49	23,2	125	59,2	21	10,0	16	7,6	211
Sosiaali- ja terveydenhuollon taton ohjelma 2004-2007	46	21,8	128	60,7	20	9,5	17	8,1	211
Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007	39	18,5	124	58,8	29	13,7	19	9,0	211
Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa	127	60,2	65	30,8	8	3,8	11	5,2	211
Suomen Kuntaliiton Lapsipoliittinen ohjelma	21	10,0	112	53,1	58	27,5	20	9,5	211

27. Millaisia hyvinvointiohjelmiä on laadittu tai on suunnitteilla kunnassanne/kuntayhtymässänne? Kirjoittakaa ohjelman nimi sille varattuun tilaan.

	Laadittu	%	Valmis-teilla	%	Suunnitella	%	Ei suunnitelmassa	%	Tietopuuttuu	%	Yhteensä
Koko väestön hyvinvointi	33	15,6	24	11,4	30	14,2	69	32,7	55	26,1	211
Lapset ja lapsiperheet	85	40,3	22	10,4	38	18,9	35	16,6	21	10,0	211
Päihteet	96	45,5	26	12,3	31	14,7	25	11,8	33	15,6	211
Terveyskasvatus /terveyden edistäminen	33	15,6	22	10,4	43	20,4	62	29,4	51	24,2	211
Mielenterveys	44	20,9	35	16,6	30	14,2	46	21,8	56	26,5	211
Muu, mikä	43	20,4	11	5,2	1	0,5	32	15,2	124	58,8	211

28. Laaditaanko kunnassanne/kuntayhtymässänne äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa koskeva toimintasuunnitelma?

	Kyllä	%	Ei	%	Tietopuuttuu	%	Yhteensä
Terveyskeskuksessa erillinen suunnitelma	39	18,5	100	47,4	139	65,9	211
Osana terveyskeskuksen muuta suunnitelmaa	163	77,3	24	11,4	24	11,4	211

29. Mille taholle suunnitelma toimitetaan?

	Kyllä	%	Ei	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Lautakunnalle	129	61,1	19	9,0	63	29,9	211
Kunnanvaltuustolle	102	48,3	30	14,2	79	37,4	211
Terveyskeskuksen omaan käyttöön	164	77,7	6	2,8	41	19,4	211
Muualle, minne	24	11,4	18	8,5	169	80,1	211

30. Sisältyvätkö neuvolatoimintaa koskevat tavoitteet toimintasuunnitelmaan?

1 Kyllä

2 Ei

31. Onko terveyskeskuksessanne kirjattu neuvolatoimintaa ohjaavat arvot ja periaatteet?

1 Kyllä, mihin? _____

2 Ei

32. Käytetäänkö kuntanne / kuntayhtymänne neuvolatyön suunnittelussa seuraavia alle kouluikäisten lasten perheiden tilastotietoja?

	Kyllä	%	Ei	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Tilastotietoja yksinhuoltajaperheistä	36	17,1	165	78,2	10	4,7	211
Tilastotietoja lastensuojeluasiakkaina olevista perheistä	59	28,0	142	67,3	10	4,7	211
Tilastotietoja toimeentulotukea saavista perheistä	37	17,5	163	77,3	11	5,2	211
Tilastotietoja kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista	54	25,6	146	69,2	11	5,2	211
Tilastotietoja lapsiperheiden sosio-ekonomisista eroista	22	10,4	178	84,4	11	5,2	211

33. Laaditaanko kunnassanne/kuntayhtymässänne toimintakertomus äitiys- ja lastenneuvolatoiminnasta ja mille tahoille se toimitetaan?

a. Toimintakertomus	Kyllä	%	Ei	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Erillinen toimintakertomus	27	12,8	113	53,6	71	33,6	211
Osana terveyskeskuksen muuta toimintakertomusta	177	83,9	18	8,5	16	7,6	211

b. Mille taholle toimintakertomus toimitetaan?	Kyllä	%	Ei	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Lautakunnalle	138	65,4	19	9,0	54	25,6	211
Kunnanvaltuustolle	116	55,0	26	12,3	69	32,7	211
Terveyskeskuksen omaan käyttöön	164	77,7	11	5,2	36	17,1	211
Muualle, minne	29	13,7	30	14,2	152	72,0	211

34. Millaisilla tunnusluvuilla raportoitte äitiys- ja lastenneuvolatoiminnasta kuntanne / kuntayhtymänne toimintakertomuksissa? Voitte valita useita vaihtoehtoja.

	Kyllä	%	Tieto puuttuu	%
Asiakasmäärinä	151	71,6	60	28,4
Synnytysten määrinä	143	67,8	68	32,2
Käyntimäärinä (esim. kotikäynnit, vastaanottokäynnit)	193	91,5	18	8,5
Ryhmätilaisuuksien määrinä	142	67,3	69	32,7
Asiakkaiden/perheiden terveystottumuksia (esim. tupakointi) kuvaavina tunnuslukuina	17	8,1	194	91,9
Asiakkaiden/perheiden hyvinvoinnin vajeita (esim. synnytysten jälkeinen masennus) kuvaavina tunnuslukuina.	19	9,0	192	91,0

Asiakkaiden / perheiden hyvinvointia kuvaavia tunnuslukuja?	6	2,8	205	97,2
Neuvolatyön tuloksellisuutta kuvaavina tunnuslukuina	23	10,9	188	89,1

35. Mille tahoille toimitatte tilastoja neuvolatyöstä?

	Kyllä	%	Ei	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskukseen (Stakes)	155	73,5	20	9,5	36	17,1	211
Omaan terveyskeskukseen	191	90,5	8	3,8	12	5,7	211
Omaan kuntaan	164	77,7	19	9,0	28	13,3	211
Omaan lääniin	59	28,0	63	29,9	89	42,2	211
Muualle, minne?	12	5,7	46	21,8	153	72,5	211

36. Millaisia sähköisen tiedon käsittely-, siirto- ja asiointimuotoja käytetään terveyskeskukseen äitiys- ja lastenneuvolatoiminnassa? *Voitte valita useita vaihtoehtoja.*

	Kyllä	%	Ei	%	Suunnitteilla	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
ATK-työasema kaikissa neuvoloissa	192	91,0	3	1,4	11	5,2	5	2,4	211
Neuvoloissa sähköinen potilastietojärjestelmä	176	83,4	8	3,8	19	9,0	8	3,8	211
Tilastointi toteutetaan sähköisessä järjestelmässä	194	91,9	2	0,9	9	4,3	6	2,8	211
Neuvoloissa internet-yhteydet	198	93,8	2	0,9	4	1,9	7	3,3	211
Lähete-palautte -käytännöt perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä	70	33,2	47	22,3	76	36,0	18	8,5	211
Asiakkaille suunnattuja ohjeita terveyskeskuksen kotisivuilla	53	25,1	113	53,6	28	13,3	17	8,1	211
Asiakkaiden neuvonta/ohjaus sähköpostitse	38	18,0	125	59,2	26	12,3	22	10,4	211
Jokin muu sähköisen tiedon käsittelyn muoto	10	4,7	52	24,6	7	3,3	142	67,3	211

37. Jos terveyskeskuksessanne on sähköinen potilastietojärjestelmä, niin mikä?

	n	%
Pegasos	74	35,1
Effica	84	39,8
Finstar	9	4,3
Muu	35	16,6
Tieto puuttuu	9	4,3
Yhteensä	211	100,0

38. Miten äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan laatua seurataan terveyskeskuksessanne?

	Kyllä	%	Ei	%	Suunnitteilla	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Laatujärjestelmä (esim. ISO 9000) käytössä	22	10,4	136	64,5	19	9,0	34	16,1	211
Asiakastytyväisyysskyselyt	140	66,4	27	12,8	30	14,2	14	6,6	211
Ulkoisen auditointi	14	6,6	141	66,8	14	6,6	42	19,9	211
Johdon katselmus	76	36,0	84	39,8	11	5,2	40	19,0	211
Neuvolan oma asiakaspalautte	126	59,7	45	21,3	22	10,4	18	8,5	211
Neuvolan oma laatujärjestelmä	22	10,4	115	54,5	26	12,3	48	22,7	211
Jokin muu	22	10,4	38	18,0	1	0,5	150	71,1	211

**39. Onko kunnassanne toteutettu äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan kustannuslaskentaa?
Jos on, niin minkälaista?**

1.Äitiysneuvola	Kyllä	%	Ei	%	Suunnit- teilla	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Neuvolapalvelut tuotteistettu	15	7,1	157	74,4	23	10,9	16	7,6	211
Neuvolakäyntien hinnat laskettu	98	46,4	89	42,2	17	8,1	7	3,3	211
Koko neuvolajakson hinta laskettu	12	5,7	166	78,7	12	5,7	21	10,0	211
Muuta	6	2,8	48	22,7	1	0,5	156	73,9	211

2.Lastenneuvola	Kyllä	%	Ei	%	Suunnit- teilla	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Neuvolapalvelut tuotteistettu	14	6,6	147	69,7	23	10,9	27	12,8	211
Neuvolakäyntien hinnat laskettu	88	41,7	84	39,8	18	8,5	21	10,0	211
Koko neuvolajakson hinta laskettu	12	5,7	155	73,5	12	5,7	32	15,2	211
Muuta	6	2,8	46	21,8	1	0,5	158	74,9	211

40. Onko kunnassanne/kuntayhtymässänne arvioitu paljonko terveydenhuollon menoista kuluu ?

	Kyllä	%	Ei	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Ehkäiseviin palveluihin	34	16,1	164	77,7	198	93,8	211
Korjaaviin palveluihin	34	16,1	163	77,3	197	93,4	211

41. Onko kunnassanne/kuntayhtymässänne arvioitu neuvolatyön vaikuttavuutta?

- 1 Kyllä
- 2 Ei
- 3 Suunnitteilla

IV MÄÄRÄAIKAISTARKASTUKSET ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLOISSA

42. Kuinka monta lääkärin määräaikaistarkastuskäyntiä (kotikäynnit mukaan lukien) kunnassanne on sovittu toteutettavan äitiys- ja lastenneuvolassa? Huom! *Ultraäänitutkimuskäyntiä ei lasketa erilliseksi käynniksi, vaan sen katsotaan kuuluvan osaksi alkuraskauden lääkärintarkastusta.*

a. Ensisynnyttäjän käyntien määrä

	1	%	2	%	3	%	4	%	Tiedot puuttuu	%	Yhteensä
Raskausaikana	4	1,9	14	6,6	165	78,2	13	6,2	15	7,1	211
Synnytyksen jälkeen	194	91,9	1	0,5					16	7,6	211

b. Uudelleensynnyttäjän käyntien määrä

	1	%	2	%	3	%	4	%	Tiedot puuttuu	%	Yhteensä
Raskausaikana	5	2,4	26	12,3	154	73,0	10	4,7	16	7,6	211
Synnytyksen jälkeen	193	91,5	1	0,5					17	8,1	211

c. Lasten neuvolakäyntien määrä

	0	%	1	%	2	%	3	%	4	%	Tiedot puuttuu	%	Yhteensä
0 – 12 kk			14	6,6	83	39,3	89	42,2	2	0,9	23	10,9	211
13 kk – 6 vuotta	1	0,5	16	7,6	88	41,7	77	36,5	3	1,4	26	12,3	211

43. Kuinka monta terveydenhoitajan määräaikaistarkastuskäyntiä (kotikäynnit mukaan lukien) kunnassanne on sovittu toteutettavan äitiys- ja lastenneuvolassa?

c. Ensisynnyttäjän käyntien määrä

	10 tai alle	%	11	%	12	%	13	%	14	%	15 tai yli	%	Tiedot puuttuu	%	Yhteensä
Raskausaikana	34	16,1	29	13,7	52	24,6	33	15,6	26	12,3	18	8,5	19	9,0	211

	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	Tiedot puuttuu	%	Yhteensä
Synnytyksen jälkeen	43	20,4	97	46,0	43	20,4	7	3,3	2	0,9	19	9,0	211

d. Uudelleensynnyttäjän käyntien määrä

	8 tai alle	%	9	%	10	%	11	%	12	%	13 tai yli	%	Tiedot puuttuu	%	Yhteensä
Raskausaikana	13	6,2	12	5,7	56	26,5	38	18,0	45	21,3	27	12,8	20	9,5	211

	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	Tiedot puuttuu	%	Yhteensä
Synnytyksen jälkeen	59	28,0	90	42,7	34	16,1	5	2,4	1	0,5	22	10,4	211

d. Lasten neuvolakäyntien määrä

	5 tai alle	%	6	%	7	%	8	%	9	%	10 tai yli	%	Tiedot puuttuu	%	Yhteensä
0 – 12 kk	1	0,5	18	8,5	23	10,9	45	21,3	43	20,4	63	29,9	18	8,5	211

	2	%	3	%	4	%	5	%	6 tai yli	%	Tiedot puuttuu	%	Yhteensä
13 kk – 6 vuotta	2	0,9	3	1,4	15	7,1	42	19,9	130	61,6	19	9,0	211

44. Millaisia muutoksia kunnassanne on tehty määräaikaistarkastuksiin ja kotikäynteihin viimeisten 5 – 10 vuoden aikana?**1. Äitiysneuvola****A.Tarkastusten määrä****B.Tarkastusten sisältö**

1. Ennallaan
2. Supistettu
3. Lisätty

1. Ennallaan
2. Sisältöä muutettu

2. Lastenneuvola**C.Tarkastusten määrä****D.Tarkastusten sisältö**

1. Ennallaan
2. Supistettu
3. Lisätty

1. Ennallaan
2. Sisältöä muutettu

V OSAAMINEN SEKÄ ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLATYÖN KEHITTÄMINEN

45. Arvioikaa johtamisen menetelmien toimivuutta kunnassanne/kuntayhtymässänne neuvolatyötä tekevien lääkäreiden työssä:

	Toimii hyvin	%	Toimii melko hyvin	%	Ei lainkaan käytössä	%	Suunnitteilla	%	Tietoa puuttuu	%	Yhteensä
Perehdyttämisohjelma	16	7,6	97	46,0	44	20,9	21	10,0	33	15,6	211
Kehityskeskustelut	22	10,4	65	30,8	63	29,9	30	14,2	31	14,7	211
Vertaisarviointi	3	1,4	21	10,0	140	66,4	7	3,3	40	19,0	211
Itsearviointi	11	5,2	52	24,6	98	46,4	11	5,2	39	18,5	211
Työnohjaus	7	3,3	48	22,7	114	54,0	9	4,3	33	15,6	211
Toimipaikkakoulutus	45	21,3	97	46,0	30	14,2	5	2,4	34	16,1	211
Mentorointi	14	6,6	53	25,1	97	46,0	8	3,8	39	18,5	211
Työkierto	8	3,8	54	25,6	110	52,1	2	0,9	37	17,5	211
Työkokous	59	28,0	88	41,7	26	12,3	2	0,9	36	17,1	211

46. Arvioikaa seuraavien johtamisen menetelmien toimivuutta kunnassanne / kuntayhtymässänne neuvolatyötä tekevien terveydenhoitajien työssä:

	Toimii hyvin	%	Toimii melko hyvin	%	Ei lainkaan käytössä	%	Suunnitteilla	%	Tietoa puuttuu	%	Yhteensä
Perehdyttämisohjelma	47	22,3	103	48,8	25	11,8	28	13,3	8	3,8	211
Kehityskeskustelut	78	37,0	93	44,1	8	3,8	25	11,8	7	3,3	211
Vertaisarviointi	8	3,8	40	19,0	126	59,7	17	8,1	20	9,5	211
Itsearviointi	33	15,6	85	40,3	65	30,8	14	6,6	14	6,6	211
Työnohjaus	34	16,1	85	40,3	62	29,4	20	9,5	10	4,7	211
Toimipaikkakoulutus	64	30,3	107	50,7	20	9,5	7	3,3	13	6,2	211
Mentorointi	9	4,3	54	25,6	117	55,5	11	5,2	20	9,5	211
Työkierto	12	5,7	66	31,3	105	49,8	10	4,7	18	8,5	211
Työkokous	117	55,5	77	36,5	2	0,9	1	0,5	14	6,6	211
Muu	6	2,8	3	1,4	8	3,8			194	91,9	

47. Minkälaisia täydennyskoulutukseen liittyviä toimenpiteitä kunnassanne / kuntayhtymässänne on tehty tai on suunnitteilla?

	Kyllä	%	Ei	%	Suunnit- teilla	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Täydennyskoulutuksen kehittäminen on nivelletty terveyskeskuksen strategiseen johtamiseen	115	54,5	34	16,1	43	20,4	19	9,0	211
Sovittu alueellisesta tai seutukunnallisesta yhteistyöstä täydennyskoulutuksen järjestämisessä	109	51,7	35	16,6	53	25,1	14	6,6	211
Perustettu työryhmä täydennyskoulutuksen suunnitteluun	45	21,3	121	57,3	29	13,7	16	7,6	211
Sovittu, miten henkilöstö otetaan mukaan koulutuksen suunnitteluun	88	41,7	69	32,7	35	16,6	19	9,0	211
Otettu käyttöön osaamis- ja koulutustarpeiden arviointimenetelmiä, esim. osaamistarveanalyysit	27	12,8	123	58,3	46	21,8	15	7,1	211
Täydennyskoulutus toteutetaan organisaation omiana toimintana ?	71	33,6	95	45,0	15	7,1	30	14,2	211
Täydennyskoulutus toteutetaan ulkopuolisten koulutusorganisaatioiden avulla ?	156	73,9	23	10,9	13	6,2	19	9,0	211
Tehty suunnitelmia täydennyskoulutuksen seuraamiseksi ja arvioimiseksi	118	55,9	33	15,6	47	22,3	13	6,2	211

48. Millaisia neuvolatyön kehittämishankkeita kunnassanne on tällä hetkellä käynnissä?

	Kyllä	%	Ei	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Varhaisen puuttumisen –hanke (Varpu)	70	33,2	102	48,3	39	18,5	211
Varhaisen vuorovaikutuksen –hanke (Vavu)	160	75,8	30	14,2	21	10,0	211
Harava –hanke	26	12,3	134	63,5	51	24,2	211
Terveyden edistämisen johtamisen –hanke (Tejo)	16	7,6	141	66,8	54	25,6	211
Toimiva Perhe –hanke	9	4,3	146	69,2	56	26,5	211
Alku-projekti	14	6,6	144	68,2	53	25,1	211
Vilma-projekti	1	0,5	153	72,5	57	27,0	211
Löytöretki vanhemmuuteen –projekti	5	2,4	146	69,2	60	28,4	211
Vanhemmuuden tukemiseen liittyvä muu hanke	68	32,2	85	40,3	58	27,5	211
Parisuhteen tukemiseen liittyvä hanke	20	9,5	121	57,3	70	33,2	211
Perheväkivallan tunnistamiseen ja ehkäisyyn liittyvä hanke	32	15,2	107	50,7	72	34,1	211
Perhetyöhön liittyvä hanke	59	28,0	92	43,6	60	28,4	211
Lapsen kehityksen arviointiin liittyvä hanke,	54	25,6	95	45,0	62	29,4	211
Neuvolan ja erikoissairaanhoidon yhteistyöhön liittyvä hanke	59	28,0	91	43,1	61	28,9	211
Jokin muu kunnan oma hanke	60	28,4	27	12,8	124	58,8	211
Jokin muu kunnan oma hanke	19	9,0	13	6,2	179	84,8	211
Jokin muu kunnan oma hanke	6	2,8	14	6,6	191	90,5	211

49. Teettekö terveyskeskuksessanne koulutuksellista tai neuvolatoiminnan kehittämiseen liittyvää yhteistyötä alan oppilaitosten (toisen asteen oppilaitokset, AMK, yliopisto)kanssa?

	n	%
Kyllä	138	65,4
Ei	63	29,9
Tieto puuttuu	10	4,7
Yhteensä	211	100,0

50. Mitkä ovat mielestänne kuntanne neuvolatyön keskeiset kehittämistarpeet tulevaisuudessa?

Liite 3. Saatekirje ja kyselylomake vastaaville lääkäreille

Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus
Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos
PL 1627, 70211 KUOPIO

Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatyön nykytilanteesta ja kehittämistarpeista Hyvä äitiys- ja/tai lastenneuvolatyössä toimiva lääkäri

Tämän selvityksen tarkoituksena on saada tietoa äitiys- ja lastenneuvolapalvelujen nykytilanteesta.

Selvitys tehdään, koska äitiys- ja lastenneuvolatoiminnasta on olemassa vähän ja hajallaan olevaa tietoa, eikä vastaavia tietoja ole muutoin saatavilla. Tätä selvitystä edelsi Itä-Suomessa tehty pilottiselvitys, jonka avulla saatiin lääni- ja kuntakohtaista perustietoa neuvolatyön voimavaroista, johtamisesta ja toimintatavoista, mm. määräaikaistarkastuksista ja moniammatillisesta yhteistyöstä (Varjoranta ym. 2004. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Itä-Suomen läänissä 2003. Selvityksiä 4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki).

Tulokset antavat arvokasta tietoa neuvolatoiminnan tilasta ja toimintatavoista koko Suomessa. Kunnat voivat hyödyntää saatua tietoa päätöksenteon sekä neuvolatoiminnan johtamisen ja kehittämisen tukena. Tuloksia hyödynnetään myös valtakunnan tasolla neuvolatoiminnan tukemisessa ja seurannassa.

Selvityksen aineisto kerätään jokaisen terveyskeskuksen neuvolatyön johtavalta lääkäriltä ja johtavalta hoitajalta sekä käytännön neuvolatyössä toimivilta terveydenhoitajilta ja lääkäreiltä, yhteensä noin 4 500 henkilöltä. Tällä kyselylomakkeella kerätään tietoa neuvolatyötä tekevilta lääkäreiltä. Toivomme, että mahdollisimman moni lääkäri vastaa kyselyyn, jotta neuvolatoiminnasta ja neuvolalääkärin työstä saadaan edustava ja luotettava kuva.

Selvityksen tekee vuonna 2002 perustettu Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus (www.uku.fi/neivolakeskus) yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. Antamiasi tietoja käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Selvityksen tulokset raportoidaan lääni-, maakunta- ja kuntakohtaisesti. Selvityksistä laaditaan valtakunnallinen yhteenveto sosiaali- ja terveysministeriön julkaisusarjaan ja tarvittaessa läänikohtaiset raportit. Pyydämme palauttamaan kyselylomakkeen oheisessa palautuskuoressa mielellään kahden viikon kuluessa sen saannista. Projektipäällikkö Tuovi Hakulinen (puh. 050 5679260, tuovi.hakulinen@uku.fi) tai suunnittelija Arja Haapakorva (puh. 017 162257, arja.haapakorva@uku.fi) antavat sinulle tarvittaessa lisätietoja selvityksestä.

Yhteistyöstä kiittäen

Tuovi Hakulinen, TtT, TH, projektipäällikkö
Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus

Marjaana Pelkonen, THT, TH, ylitarkastaja
Sosiaali- ja terveysministeriö

ÄITIYS - JA LASTENNEUVOLATYÖN NYKYTILANNE JA KEHITTÄMISTARPEET KYSELY LÄÄKÄREILLE

Vastausohje: Ympyröi sopivimman vastausvaihtoehdon numero tai kirjoita vastauksesi sille varattuun tilaan.

I TAUSTATIEDOT

1. Mikä on terveyskeskuksesi nimi? _____

1.1 Koodi: _____

2. Vastaako terveyskeskuksesi yhden vai useamman kunnan kansanterveystyöstä?

	n	%
Yhden kunnan	325	75,8
Kahden tai useamman kunnan	100	23,3
Tieto puuttuu	4	0,9
Yhteensä	429	100,0

3. Mikä on kuntanne/ kansanterveystyön kuntayhtymänne asukasluku?

	n	%
Alle 5 000 asukasta	35	8,2
5 000 – 9 999 asukasta	56	13,3
10 000 – 19 999 asukasta	74	17,2
20 000 – 29 999 asukasta	43	10,0
30 000 – 49 999 asukasta	57	13,3
50 000 tai enemmän	147	34,3
Tieto puuttuu	17	4,0
Yhteensä	429	100,0

4. Missä läänissä terveyskeskuksesi sijaitsee?

	n	%
Etelä-Suomen lääni	194	45,2
Länsi-Suomen lääni	176	41,0
Oulun lääni	43	10,0
Lapin lääni	14	3,3
Tieto puuttuu	2	0,5
Yhteensä	429	100,0

5. Mikä on sukupuolesi?

	n	%
Nainen	335	78,1
Mies	94	21,9
Yhteensä	429	100,0

6. Minkä ikäinen olet?

	n	%
Alle 30 vuotta	47	11,0
30-49 vuotta	270	62,9
50 vuotta tai yli	112	26,1
Yhteensä	429	100,0

7. Mikä on virkanimikkeesi?

	n	%
Terveyskeskuslääkäri	371	86,5
Muu	54	12,6
Tieto puuttuu	4	0,9
Yhteensä	429	100,0

8. Mikä on koulutuksesi?

	n	%
Lääketieteen lisensiaatti	242	56,4
Yleislääketieteen erikoislääkäri	159	37,1
Muu erikoislääkäri	14	3,3
Erityispätevyys	10	2,3
Tieto puuttuu	4	0,9
Yhteensä	429	100,0

9. Kuinka kauan olet työskennellyt äitiys- ja/tai lastenneuvolatyössä?

	n	%
Alle 2 vuotta	64	14,9
2-4 vuotta	46	10,7
5-9 vuotta	78	18,2
10 vuotta tai yli	238	55,5
Tieto puuttuu	3	0,7
Yhteensä	429	100,0

10. Mitä tehtäväalueita kuuluu nykyiseen työhösi?

	n	%
Vastaanottotyö	6	1,4
Vain äitiysneuvolatyö	8	1,9
Vain lastenneuvolatyö	6	1,4
Äitiys- ja lastenneuvolatyö	1	0,2
Lastenneuvolatyö ja kouluterveydenhuolto	5	1,2
Äitiys- ja lastenneuvolatyö sekä kouluterveydenhuolto	4	0,9
Äitiys- ja/tai lastenneuvolatyö sekä 1 muu tehtäväalue (ei kouluterveydenhuolto)	16	3,7
Äitiys- ja/tai lastenneuvolatyö sekä 2 tai useampi tehtäväalue	64	14,9
Vastaanotto, lastenneuvolatyö ja kouluth	49	11,4
Vastaanotto ja äitiysneuvolatyö	31	7,2
Vastaanotto, äitiys- ja lastenneuvolatyö	48	11,2
Vastaanotto, äitiys- ja/tai lastenneuvolatyö sekä 2 tai useampi tehtäväalue	43	10,0
Vastaanotto, äitiys- ja lastenneuvolatyö ja kouluterveydenhuolto sekä 2 tai useampi tehtäväalue	12	2,8
Vastaanotto ja lastenneuvola	28	6,5
Vastaanotto, äitiys- ja/tai lastenneuvolatyö sekä 1 muu tehtäväalue	33	7,7
Vastaanotto, äitiys- ja lastenneuvolatyö sekä 2 tai useampi tehtäväalue	11	2,6

Vastaanotto, äitiys- ja lastenneuvolatyö sekä kouluterveydenhuolto	56	13,1
Vastaanotto, äitiys- ja/tai lastenneuvolatyö sekä kouluth sekä 2 tai useampi tehtäväalue	4	0,9
Vastaanotto, lastenneuvolatyö sekä 1 muu tehtäväalue	1	0,2
Vastaanotto, äitiysneuvolatyö sekä 2 tai useampi tehtäväalue	1	0,2
Tieto puuttuu	2	0,5
Yhteensä	429	100,0

II ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLATYÖN TYÖMUODOT JA -MENETELMÄT

11. Kuinka usein käytät seuraavia työmuotoja äitiys- ja/tai lastenneuvolatyössä?

	Päivät- tän	%	Viikot- tain	%	Kuu- kausit- tain	%	Vuosit- tain	%	Ei kos- kaan	%	Tieto puuttuu	%	Yhteen- sä
Ajanvaraus- vastaanotto	31	7,2	341	79,5	48	11,2	2	0,5	3	0,7	4	0,9	429
Vastaanotto ilman ajanvarausta	10	2,3	49	11,4	70	16,3	39	9,1	194	45,2	67	15,6	429
Kotikäynti	1	0,2	3	0,7	4	0,9	23	5,4	321	74,8	77	17,9	429
Ilmoitettu puhelinai- asiakkaille	42	9,8	71	16,6	75	17,5	31	7,2	150	35,0	60	14,0	429
Iltavastaanotto (klo 16 jälkeen)			11	2,6	27	6,3	12	2,8	302	70,4	77	17,9	429
Ryhmätoiminta	1	0,2	2	0,5	13	3,0	32	7,5	304	70,9	77	17,9	429
Yhteydenpito sähköpostitse asiakkaiden kanssa	2	0,5	4	0,9	14	3,3	36	8,4	296	69,0	77	17,9	429
Jokin muu	1	0,2	6	1,4	10	2,3	1	0,2	113	26,3	298	69,5	429

12. Kuinka usein toteutat seuraavanlaista ryhmätoimintaa?

	Viikottain	%	Kuukausittain	%	Vuosittain	%	Ei koskaan	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Perhevalmennus			8	1,9	12	2,8	389	90,7	20	4,7	429
Muut ryhmät	2	0,5	4	0,9	12	2,8	357	83,2	54	12,6	429

13. Millaisia opetus- tai ohjausmenetelmiä käytät ryhmätoiminnassa?

	Lähes aina	%	Silloin tällöin	%	Ei koskaan	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Luento	18	4,2	10	2,3	176	41,0	225	52,4	429
Alustus	21	4,9	13	3,0	174	40,6	221	51,5	429
Video	4	0,9	15	3,5	180	42,0	230	53,6	429
Keskustelu	38	8,9	7	1,6	169	39,4	215	50,1	429
Muu					164	38,2	265	61,8	429

14. Milloin ja kenen kanssa teet kotikäyntejä?

A. Milloin	Jokaiseen perheeseen	%	Tarvittaessa	%	Ei koskaan	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Raskauden aikana			18	4,2	274	63,9	137	31,9	429
Vastasyntyneen perheeseen	2	0,5	22	5,1	270	62,9	135	31,5	429
Leikki-ikäisen lapsen perheeseen			23	5,4	268	62,5	138	32,2	429
Perheen pulmatilanteessa (esim. päihdeongelma)			67	15,6	232	54,1	130	30,3	429
Sairaana lapsen perheeseen			33	7,7	257	59,9	139	32,4	429
Äskettäin alueellesi muuttaneeseen perheeseen			18	4,2	274	63,9	137	31,9	429

B. Kenen kanssa	Yksin	%	Toisen kanssa	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Raskauden aikana	2	0,5	6	1,4	421	98,1	429
Vastasyntyneen perheeseen	2	0,5	11	2,6	416	97,0	429
Leikki-ikäisen lapsen perheeseen	2	0,5	10	2,3	417	97,2	429
Perheen pulmatilanteessa (esim. päihdeongelma)	3	0,7	46	10,7	380	88,6	429
Sairaana lapsen perheeseen	7	1,6	15	3,5	407	94,9	429
Äskettäin alueellesi muuttaneeseen perheeseen	1	0,2	5	1,2	423	98,6	429

15. Missä iässä leikki-ikäiselle lapselle tehdään perusteellinen kasvun ja kehityksen seuranta?

	n	%
Lapsen ollessa 3-vuotias	35	8,2
Lapsen ollessa 4-vuotias	10	2,3
Lapsen ollessa 5-vuotias	233	54,3
Lapsen ollessa 3- ja 5-vuotias	48	11,2
Lapsen ollessa 4- ja 5-vuotias	2	0,5
Lapsen ollessa 3-, 4- ja 5-vuotias	13	3,0
Lapsen ollessa 6-vuotias	2	0,5
Tieto puuttuu	86	20,0
Yhteensä	429	

16. Mitä menetelmiä käytetään leikki-ikäisen lapsen kasvua ja kehitystä seurattaessa ja arvioitaessa?

	Jokaiselle lapselle	%	Tarvittaessa	%	Ei koskaan	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Kehityksen arviointimenetelmä neuvolassa	228	53,1	36	8,4	8	1,9	157	36,6	429
a. Syvennetty 3/4/5-vuotistarkastus									
b. LENE	83	19,3	30	7,0	70	16,3	246	57,3	429
c. Lumiukkotesti	101	23,5	23	5,4	58	13,5	247	57,6	429
d. Jokin muu	28	6,5	15	3,5	35	8,2	351	81,8	429
Kyselylomake vanhemmille	240	55,9	35	8,2	16	3,7	138	32,2	429
Päiväkodin työntekijän	28	6,5	163	38,0	21	4,9	217	50,6	429

suullinen arvio									
Päiväkodin työntekijän kirjallinen arvio	171	39,9	109	25,4	14	3,3	135	31,5	429
Jokin muu menetelmä	5	1,2	21	4,9	24	5,6	379	88,3	429

17. Mitkä ammattihenkilöt osallistuvat lapsen em. määräaikaistarkastukseen neuvolassa ja miten usein?

	Aina	%	Tarvittaessa	%	Ei koskaan	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Terveydenhoitaja	338	78,8	1	0,2	1	0,2	89	20,7	429
Lääkäri	264	61,5	74	17,2			91	21,2	429
Psykologi	13	3,0	253	59,0	31	7,2	132	30,8	429
Päiväkodin työntekijä toteuttaa sovitun osan kehityksen arvioinnista	98	22,8	131	30,5	42	9,8	158	36,8	429
Muu erityistyöntekijä	1	0,2	175	40,8	35	8,2	218	50,8	429

18. Miten paljon käytät keskimäärin aikaa 3/4/5-vuotiaan lapsen tarkastukseen?

Aika minutteina	n	%
5 – 10	6	1,4
11 – 20	211	49,2
21 – 30	103	24,0
31 – 40	7	1,6
41 – 50	2	0,5
Tieto puuttuu	100	23,3
Yhteensä	429	

19. Mitä seuraavista lomakkeista käytät arvioidessasi asiakkaittesi tarpeita ja miten säännöllisesti?

	Säännöllisesti	%	Tarvittaessa	%	Ei koskaan	%	En tunne	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
AUDIT-kysely/ 10 henkilökohtaista kysymystä alkoholinkäytöstä	28	6,5	227	52,9	113	26,3	19	4,4	42	9,8	429
Mielialamittari (EPDS)	17	4,0	191	44,5	116	27,0	61	14,2	44	10,3	429
Huolen vyöhykkeistö	1	0,2	14	3,3	138	32,2	221	51,5	55	12,8	429
Perhepuntari			11	2,6	127	29,6	235	54,8	56	13,1	429
Vanhemmuuden roolikartta	1	0,2	31	7,2	145	33,8	194	45,2	58	13,5	429
Parisuhteen roolikartta	1	0,2	21	4,9	142	33,1	208	48,5	57	13,3	429
Voimavaramittari	1	0,2	18	4,2	124	28,9	226	52,7	60	14,0	429
Varhaisen vuorovaikutuksen havainnointilomake	8	1,9	55	12,8	143	33,3	164	38,2	59	13,8	429
Parisuhdeväkivallan seulontalomake	4	0,9	40	9,3	134	31,2	197	45,9	54	12,6	429
Terveyskeskuksen oma kyselylomake	45	10,5	31	7,2	114	26,6	58	13,5	181	42,2	429
Joku muu	7	1,6	10	2,3	98	22,8	48	11,2	266	62,0	429

20. Miten työaikasi riittää seuraaviin toimintoihin neuvolassa?

	Täysin riittävä	%	Melko riittävä	%	Melko riittämätön	%	Täysin riittämätön	%	Ei sisällytyöhöni	%	Tietopuuttuu	%	Yhteensä
Määräaikaistarkastukset	156	36,4	223	52,0	31	7,2	5	1,2	1	0,2	13	3,0	429
Lisäkäynnit neuvolassa	70	16,3	173	40,3	91	21,2	37	8,6	27	6,3	31	7,2	429
Kotikäynnit	9	2,1	16	3,7	24	5,6	82	19,1	259	60,4	39	9,1	429
Ryhmätilaisuudet	11	2,6	21	4,9	27	6,3	44	10,3	289	67,4	37	8,6	429
Erityistukea tarvitsevat perheet	13	3,0	104	24,2	136	31,7	73	17,0	63	14,7	40	9,0	429
Moniammatillinen yhteistyö	25	5,8	159	37,1	134	31,2	47	11,0	28	6,5	36	8,4	429
Ammattitaidon ylläpitäminen	22	5,1	175	40,8	147	34,3	42	9,8	10	2,3	33	7,7	429
Opiskelijaohjaus	33	7,7	95	22,1	108	25,2	42	9,8	117	27,3	34	7,9	429
Työn suunnittelu ja arviointi	17	4,0	109	25,4	166	38,7	73	17,0	29	6,8	35	8,2	429

III MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

21. Arvioi seuraavien väittämien avulla lääkärin ja neuvolan terveydenhoitajan yhteistyötä ja työnjakoa

	Samaa mieltä	%	Eri mieltä	%	En osaa sanoa	%	Tietopuuttuu	%	Yhteensä
Yhteistyö terveydenhoitajan kanssa sujuu yleensä hyvin	422	98,4	6	1,4	1	0,2			429
Terveydenhoitaja pysyy yleensä samana	360	83,9	65	15,2	4	0,9			429
Terveydenhoitajaan on helppo ottaa yhteyttä	418	97,4	9	2,1	1	0,2	1	0,2	429
Aikaa on varattu myös neuvotteluihin ja keskusteluun	152	35,4	258	60,1	14	3,3	5	1,2	429
Työnjako on selkeää	401	93,5	19	4,4	8	1,9	1	0,2	429
Työnjakoa on uudelleen järjestetty	107	24,9	176	41,0	93	21,7	53	12,4	429
Jokin muu	1	0,2	2	0,5	31	7,2	395	92,1	429

22. Keiden muiden kanssa ja kuinka usein teet yhteistyötä äitiys- ja lastenneuvolatoiminnassa?

	Vähintään kuu-kau-sittain	%	Vähintään puoli-vuosittain	%	Kerran vuodessa tai harvemmin	%	Ei koskaan	%	Ko. työnte kijää ei ole	%	Tietopuuttuu	%	Yhteensä
Ravitsemusterapeutti	4	0,9	80	18,6	151	35,2	61	14,2	116	27,0	17	4,2	429
Puheterapeutti	85	19,8	177	41,3	60	14,0	67	15,6	27	6,3	13	3,0	429
Psykologi	89	20,7	201	46,9	97	22,6	22	5,1	13	3,0	7	1,6	429
Toimintaterapeutti	28	6,5	100	23,3	96	22,4	78	18,2	106	24,7	21	4,9	429

peutti													
Fysioterapeutti	100	23,3	231	53,8	63	14,7	23	5,4	4	0,9	8	1,9	429
Kouluterveydenhuollon henkilöstö	126	29,4	106	24,7	77	17,9	85	19,8	3	0,7	32	7,5	429
Hammashuollon henkilöstö	23	5,4	85	19,8	163	38,0	128	29,8	4	0,9	26	6,1	429
Lastenlääkäri	73	17,0	134	31,2	35	8,2	56	13,1	108	25,2	23	5,4	429
Gynekologi	98	22,8	82	19,1	52	12,1	62	14,5	111	25,9	24	5,6	429
Muu erikoislääkäri	24	5,6	76	17,7	62	14,5	75	17,5	79	18,4	113	26,3	429
Päivähoidon henkilöstö	42	9,8	117	27,3	125	29,1	101	23,5	13	3,0	31	7,2	429
Sosiaalityön henkilöstö	27	6,3	146	34,0	158	36,8	66	15,4	7	1,6	25	5,8	429
Koulutoimen henkilöstö	40	9,3	98	22,8	111	25,9	131	30,5	14	3,3	35	8,2	429
Kotipalveluhenkilöstö	25	5,8	84	19,6	122	28,4	153	35,7	7	1,6	38	8,9	429
Kasvatus- ja perheneuvolan henkilöstö	21	4,9	101	23,5	137	31,9	107	24,9	31	7,2	32	7,5	429
Seurakunnan työntekijät	3	0,7	16	3,7	102	23,8	256	59,7	19	4,4	33	7,7	429
Poliisitoimen henkilöstö	3	0,7	17	4,0	127	29,6	229	53,4	18	4,2	35	8,2	429
Mielenterveyspalveluhenkilöstö	29	6,8	134	31,2	140	32,6	90	21,0	6	1,4	30	7,0	429
Päihdepalveluhenkilöstö	11	2,6	64	14,9	155	36,1	146	34,0	24	5,6	29	6,8	429
Perhetyöntekijä	13	3,0	83	19,3	132	30,8	133	31,0	31	7,2	37	8,6	429
Muu erityistyöntekijä	3	0,7	2	0,5	13	3,0	89	20,7	25	5,8	297	69,2	429

23. Keiden muiden yhteistyökumppanien kanssa teet yhteistyötä äitiys- ja lastenneuvolatoiminnassa ja kuinka usein?

	Vähintään kuukausittain	%	Vähintään puolivuositain	%	Kerran vuodessa tai harvemmin	%	Ei koskaan	%	Tietoa puuttuu	%	Yhteensä
Äitiyspoliklinikan henkilöstö	138	32,2	106	24,7	70	16,3	85	19,8	30	7,0	429
Synnytysosaston henkilöstö	52	12,1	88	20,5	131	30,5	125	29,1	33	7,7	429
Lastenosaston henkilöstö	35	8,2	113	26,3	147	34,3	103	24,0	31	7,2	429
Lastenpsykiatrisen osaston henkilöstö	6	1,4	101	23,5	183	42,7	111	25,9	28	6,5	429
Vapaaehtoisjärjestöjen toimijat			3	0,7	59	13,8	227	52,9	140	32,6	429
Joku muu		6	6	1,4	12	2,8	150	35,0	261	60,8	429

24. Miten usein käytät seuraavia työmenetelmiä moniammatillisessa yhteistyössä?

	Viikoit- tain	%	Kuukausit- tain	%	Puolivu- osittain	%	Kerran vuodes- sa tai harvem- min	%	Ei kos- kaa n	%	Tieto puut- tuu	%	Yhteen- sä
Yhteistyö- kokous, joissa asiakasperhe mukana			10	2,3	54	12,6	164	38,2	176	41,0	25	5,8	429
Yhteistyö- kokous, joissa vain viranomaiset mukana	1	0,2	22	5,1	72	16,8	133	31,0	175	40,8	26	6,1	429
Puhelinneu- vottelut	26	6,1	82	19,1	81	18,9	101	23,5	115	26,8	24	5,6	429
Yhteiset koulutusti- laisuudet			23	5,4	138	32,2	165	38,5	75	17,5	28	6,5	429
Muu	3	0,7	2	0,5	3	0,7	12	2,8	87	20,3	322	75,1	429

25. Onko terveyskeskuksessanne käytössä moniammatillisia hoito-ohjelmia ja/tai hoitoketjuja lasten ja lapsiperheiden erityistilanteissa?

	Kyllä	%	Ei	%	Suunnitteilla	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Lapsen kehityksen tai oppimisen vaikeus	164	38,2	161	37,5	20	4,7	84	19,6	429
Lapsen fyysinen sairaus (astma, allergia)	193	45,0	142	33,1	15	3,5	79	18,4	429
Lapsen ylipaino	130	30,3	188	43,8	28	6,5	83	19,3	429
Lapsen psyykkinen sairaus	102	23,8	218	50,8	11	2,6	98	22,8	429
Synnytyksen jälkeisen masennus	140	32,6	189	44,1	19	4,4	81	18,9	429
Äidin päihde- tai huumeongelma	151	35,2	175	40,8	20	4,7	83	19,3	429
Vanhemman mielenterveyspulma	112	26,1	214	49,9	16	3,7	87	20,3	429
Jokin muu	3	0,7	83	19,3	7	1,6	336	78,3	429

26. Miten moniammatillinen yhteistyö on organisoitu neuvolassa seuraavissa tilanteissa?

	Yhteistyökäytän- nöistä sovittu etukäteen	%	Yhteistyöstä sovitaan tapauskohtaisesti	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Lapsen käyttäytymishäiriöt	41	9,6	312	72,7	76	17,7	429
Lapsen psyykkiset ongelmat	49	11,4	303	70,6	77	17,9	429
Lapsen neurologiset ongelmat	77	17,9	275	64,1	77	17,9	429
Lapsen somaattiset	85	19,8	267	62,2	77	17,9	429

ongelmat							
Vanhempien päihteiden käyttö odotusaikana	93	21,7	291	67,8	45	10,5	429
Vanhempien päihteiden käyttö lapsen syntymän jälkeen	46	10,7	338	78,8	45	10,5	429
Vanhempien mielenterveysongelmat	39	9,1	349	81,4	41	9,6	429
Perheväkivalta	45	10,5	339	79,0	45	10,5	429
Puutteellinen vanhemmuus	23	5,4	355	82,8	51	11,9	429

27. Seuraavassa esitetään tunnettuja moniammatilliseen yhteistyöhön yhteydessä olevia tekijöitä. Ovatko ne ongelma terveyskeskuksessasi ja onko siellä toimittu niiden lieventämiseksi tai poistamiseksi?

	A. Asian ongelmallisuus						B. Toiminta					
	Ei ole ongelma	%	On ongelma	%	Tieto puuttuu	%	Ei ole toimittu	%	On toimittu	%	Tieto puuttuu	%
Ajankäyttö	110	25,6	286	66,7	33	7,7	164	38,2	120	28,0	145	33,8
Työntekijöiden vaihtuvuus	262	61,1	134	31,2	33	7,7	114	26,6	72	16,8	243	56,6
Toisen työn tunteminen	275	64,1	121	28,2	33	7,7	95	22,1	79	18,4	255	59,4
Yhteistyöstä sopiminen	303	70,6	90	21,0	36	8,4	75	17,5	85	19,8	269	62,7
Tiedonkulku	210	49,0	182	42,4	37	8,6	93	21,7	114	26,6	222	51,7
Toimintakulttuuri	277	64,6	102	23,8	50	11,7	94	21,9	66	15,4	269	62,7
Tietosuojakysymykset	269	62,7	119	27,7	41	9,6	78	18,2	93	21,7	258	60,1
Yhteistyötaidot	301	70,2	76	17,7	52	12,1	76	17,7	75	17,5	278	64,8
Verkostotyötaidot	233	54,3	133	31,0	63	14,7	94	21,9	82	19,1	253	59,0
Jokin muu	36	8,4	9	2,1	384	89,5	19	4,4	4	0,9	406	94,6

IV OSAAMINEN SEKÄ ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLATYÖN KEHITTÄMINEN

28. Arvioi seuraavien menetelmien toimivuutta ammattitaitosi ylläpitämisessä neuvolatyössä.

	A. Nykyinen toimivuus						B. Kehittämistarve					
	Toimii hyvin	%	Toimii osittain	%	Tieto puuttuu	%	En tarvitse	%	Tarvitsen	%	Tieto puuttuu	%
Perehdyttäminen	147	34,3	239	55,7	43	10,0	185	43,1	149	34,7	95	22,1
Kehityskeskustelut	73	17,0	283	66,0	73	17,0	136	31,7	212	49,4	81	18,9
Vertaisarviointi	46	10,7	275	64,1	108	25,2	127	29,6	210	49,0	92	21,4
Itsearviointi	89	20,7	269	62,7	71	16,6	116	27,0	213	49,7	100	23,3
Työnohjaus	48	11,2	255	59,4	126	29,4	111	25,9	212	49,4	106	24,7
Toimipaikkakoulutus	117	27,3	240	55,9	72	16,8	92	21,4	212	49,4	125	29,1
Täydennyskoulutus	156	36,4	216	50,3	57	13,3	44	10,3	267	62,2	118	27,5
Mentorointi	44	10,3	212	49,4	173	40,3	130	30,3	133	31,0	166	38,7
Työkierto	49	11,4	199	46,4	181	42,2	190	44,3	84	19,6	155	36,1
Työkokoukset	119	27,7	207	48,3	103	24,0	91	21,2	177	41,3	161	37,5
Muu	2	0,5	30	7,0	397	92,5	23	5,4	26	6,1	380	88,6

29. Miten seuraat ja hyödynnät uusinta neuvolatoimintaan liittyvää tietoa ammattitaitosi ylläpitämisessä?

	Säännöllisesti	%	Silloin tällöin	%	Ei koskaan	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Seuraan ammattilehtiä	288	67,1	135	31,5			6	1,4	429
Luen ammatillisia kirjoja	122	28,4	280	65,3	14	3,3	13	3,0	429
Haen tietoa terveysportin kautta	200	46,6	185	43,1	34	7,9	10	2,3	429
Haen tietoa FinOHTAn sivuilta	22	5,1	126	29,4	255	59,4	26	6,1	429
Haen muuta tietoa internetistä	92	21,4	236	55,0	79	18,4	22	5,1	429
Osallistun lääkäripäiville	303	70,6	110	25,6	7	1,6	9	2,1	429
Osallistun oman erikoisalani koulutuspäiville	187	43,6	179	41,7	13	3,0	50	11,7	429
Osallistun muille koulutuspäiville	180	42,0	220	51,3	10	2,3	19	4,4	429
Työyhteisössä järjestetään tilaisuuksia neuvolatoimintaan liittyvistä aiheista	101	23,5	233	54,3	73	17,0	22	5,1	429
Muu tapa	3	0,7	8	1,9	14	3,3	404	94,2	429

30. Millaisessa neuvolatyön tutkimus- ja/tai kehittämistoiminnassa olet mukana tai haluaisit olla mukana?

	Kyllä	%	Ei	%	Haluaisin osallistua	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Varhaisen puuttumisen –hanke (Varpu)	17	4,0	302	70,4	49	11,4	61	14,2	429
Varhaisen vuorovaikutuksen –hanke (Vavu)	26	6,1	297	69,2	43	10,0	63	14,7	429
Harava –hanke	4	0,9	344	80,2	15	3,5	66	15,4	429
Terveyden edistämisen johtamisen –hanke (Tejo)	6	1,4	329	76,7	28	6,5	66	15,4	429
Toimiva Perhe –hanke	5	1,2	325	75,8	30	7,0	69	16,1	429
Vanhemmuuden tukemiseen liittyvä muu hanke	6	1,4	306	71,3	35	8,2	82	19,1	429
Parisuhteen tukemiseen liittyvä hanke	5	1,2	317	73,9	20	4,7	87	20,3	429
Perheväkivallan tunnistamiseen ja ehkäisyyn liittyvä hanke	12	2,8	298	69,5	42	9,8	77	17,9	429
Perhetyöhön liittyvä hanke	5	1,2	314	73,2	22	5,1	88	20,5	429
Lapsen kehityksen arviointiin liittyvä hanke	18	4,2	281	65,5	52	12,1	78	18,2	429
Neuvolan ja päivähoiton yhteistyöhön liittyvä hanke	11	2,6	299	69,7	30	7,0	89	20,7	429
Neuvolan ja	14	3,3	275	64,1	51	11,9	89	20,7	429

erikoissairaanhoidon yhteistyöhön liittyvä hanke										
Jokin muu kunnan oma hanke	19	4,4	157	36,6	8	1,9	245	57,1	429	

31. Millaista neuvolatyöhön liittyvää koulutusta olet saanut kolmen viimeisen vuoden aikana ja millaista koulutusta arvioit tarvitsevasi ammattitaitosi ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi?

	A. Saatu koulutus						B. Koulutustarve					
	Kyllä	%	Ei	%	Tieto puuttuu	%	Kyllä	%	Ei	%	Tieto puuttuu	%
Varhainen vuorovaikutus	104	24,2	274	63,9	51	11,9	162	37,8	140	32,6	127	29,6
Varhainen puuttuminen (Varpu)	43	10,0	325	75,8	61	14,2	186	43,4	120	28,0	123	28,7
Päihteet	211	49,2	182	42,4	36	8,4	204	47,6	104	24,2	121	28,2
Mielenterveys	194	45,2	192	44,8	43	10,0	204	47,6	97	22,6	128	29,8
Väkivalta	111	25,9	275	64,1	43	10,0	191	44,5	112	26,1	126	29,4
Seksuaaliterveys	118	27,5	271	63,2	40	9,3	163	38,0	135	31,5	131	30,5
Raskauden seuranta	184	42,9	202	47,1	43	10,0	189	44,1	112	26,1	128	29,8
Riskiraskaudet	162	37,8	220	51,3	47	11,0	208	48,5	98	22,8	123	28,7
Keskoslapset	64	14,98	311	72,5	54	12,6	200	46,6	103	24,0	126	29,4
Lapsen kasvun ja kehityksen seuranta 1	171	39,9	206	48,0	52	12,1	203	47,3	96	22,4	130	30,3
Lasten endokrinologia	85	19,8	285	66,4	59	13,8	217	50,6	95	22,1	117	27,3
Lasten neurologia	142	33,1	230	53,6	57	13,3	229	53,4	81	18,9	119	27,7
Lapsen fyysiset sairaudet	195	45,5	182	42,4	52	12,1	203	47,3	92	21,4	134	31,2
Lapsen psyykkiset sairaudet	128	29,8	247	57,6	54	12,6	238	55,5	73	17,0	118	27,5
Kotikäynnit	5	1,2	362	84,4	62	14,5	96	22,4	201	46,9	132	30,8
Pienryhmätoiminta	16	3,7	353	82,3	60	14,0	102	23,8	194	45,2	133	31,0
Verkostokonsulttikoulutus	11	2,6	357	83,2	61	14,2	96	22,4	198	46,2	135	31,5
Perhelääkärikoulutus	19	4,4	348	81,1	62	14,5	138	32,2	160	37,3	131	30,5
Muu	5	1,2	111	25,9	313	73,0	52	12,1	63	14,7	314	73,2

32. Miltä seuraavilta tahoilta olet saanut tukea työhösi ja miltä taholta toivot tukea työhösi?

	A. Tuensaanti						B. Tuentarve					
	Kyllä	%	Ei	%	Tieto puuttuu	%	Kyllä	%	Ei	%	Tieto puuttuu	%
Oma terveyskeskus	349	81,4	59	13,8	21	4,9	256	59,7	37	8,6	136	31,7
Esimiehet	263	61,3	131	30,5	35	8,2	246	57,3	43	10,0	140	32,6
Kollegat	367	85,5	40	9,3	22	5,1	245	57,1	40	9,3	144	33,6
Erikoissairaanhoido	326	76,0	70	16,3	33	7,7	258	60,1	28	6,5	143	33,3
Lääninhallitus	39	9,1	326	76,0	64	14,9	87	20,3	180	42,0	162	37,8
Stakes	54	13,3	306	71,3	66	15,4	107	24,9	161	37,5	161	37,5
Kansanterveyslaitos	94	21,9	268	62,5	67	15,6	127	29,6	140	32,6	162	37,8
Sosiaali- ja terveysministeriö	43	10,0	314	73,2	72	16,8	118	27,5	147	34,3	164	38,2
Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus	41	9,6	319	74,4	69	16,1	158	36,8	113	26,3	158	36,8
Ammatillinen järjestö	68	15,9	288	67,1	73	17,0	110	25,6	151	35,2	168	39,2
Muut järjestöt/kolmas sektori	23	5,4	262	61,1	144	33,6	64	14,9	152	35,4	213	49,7
Jokin muu taho	8	1,9	126	29,4	295	68,8	29	6,8	76	17,7	324	75,5

33. Mitkä ovat mielestäsi neuvolatyön keskeiset kehittämistarpeet tulevaisuudessa?

Liite 4. Saatekirje ja kyselylomake terveydenhoitajille

Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus
Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos
PL 1627, 70211 KUOPIO

Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatyön nykytilanteesta ja kehittämistarpeista Hyvä äitiys- ja/tai lastenneuvolatyössä toimiva terveydenhoitaja

Tämän selvityksen tarkoituksena on saada tietoa äitiys- ja lastenneuvolapalvelujen nykytilanteesta. Selvitys tehdään, koska äitiys- ja lastenneuvolatoiminnasta on olemassa vähän ja hajallaan olevaa tietoa, eikä vastaavia tietoja ole juurikaan saatavilla. Tätä selvitystä edelsi Itä-Suomessa tehty pilottiselvitys, jonka avulla saatiin lääni- ja kuntakohtaista perustietoa neuvolatyön voimavaroista, johtamisesta ja toimintatavoista, mm. määräaikaistarkastuksista ja moniammatillisesta yhteistyöstä (Varjoranta ym. 2004. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Itä-Suomen läänissä 2003. Selvityksiä 4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki).

Tulokset antavat arvokasta tietoa neuvolatoiminnan tilasta ja toimintatavoista koko Suomessa. Kunnat voivat hyödyntää saatua tietoa päätöksenteon perustana sekä neuvolatoiminnan johtamisen ja kehittämisen tukena. Tuloksia hyödynnetään myös valtakunnan tasolla neuvolatoiminnan tukemisessa ja seurannassa.

Selvityksen aineisto kerätään jokaisen terveystieteiden neuvolatyön johtavalta lääkäriltä ja johtavalta hoitajalta sekä käytännön neuvolatyössä toimivilta terveydenhoitajilta ja lääkäreiltä, yhteensä noin 4 500 henkilöltä. Tällä kyselylomakkeella kerätään tietoa neuvolatyössä toimivilta terveydenhoitajilta. Toivomme, että mahdollisimman moni terveydenhoitaja vastaa kyselyyn, jotta neuvolatyöstä saadaan edustava ja luotettava kuva.

Selvityksen tekee vuonna 2002 perustettu Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus (www.uku.fi/neuvolakeskus) yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. Antamiasi tietoja käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Selvityksen tulokset raportoidaan lääni-, maakunta- ja kuntakohtaisesti. Selvityksistä laaditaan valtakunnallinen yhteenveto sosiaali- ja terveysministeriön julkaisusarjaan ja tarvittaessa läänikohtaiset raportit. Pyydämme palauttamaan kyselylomakkeen oheisessa palautuskuoressa mielellään kahden viikon kuluessa sen saannista. Projektipäällikkö Tuovi Hakulinen (puh. 050 5679260, tuovi.hakulinen@uku.fi) tai suunnittelija Arja Haapakorva (puh. 017 162257, arja.haapakorva@uku.fi) antavat sinulle tarvittaessa lisätietoja selvityksestä.

Yhteistyöstä kiittäen

Tuovi Hakulinen, TtT, TH, projektipäällikkö
Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus

Marjaana Pelkonen, THT, TH, ylitarkastaja
Sosiaali- ja terveysministeriö

ÄITIYS - JA LASTENNEUVOLATYÖN NYKYTILANNE JA KEHITTÄMISTARPEET

KYSELY TERVEYDENHOITAJILLE

Vastausohje: Ympyröi sopivimman vastausvaihtoehdon numero tai kirjoita vastauksesi sille varattuun tilaan.

I TAUSTATIEDOT

1. Mikä on terveyskeskuksesi nimi? _____

1.1 Koodi: _____

2. Vastaako terveyskeskuksesi yhden vai useamman kunnan kansanterveystyöstä?

	n	%
Yhden kunnan	905	70,6
Kahden tai useamman kunnan	355	27,7
Tieto puuttuu	22	1,7
Yhteensä	1282	100,0

3. Mikä on kuntanne/ kansanterveystyön kuntayhtymänne asukasluku?

	n	%
Alle 5 000 asukasta	111	8,7
5 000 – 9 999 asukasta	187	14,6
10 000 – 19 999 asukasta	226	17,6
20 000 – 29 999 asukasta	125	9,8
30 000 – 49 999 asukasta	170	13,3
50 000 tai enemmän	405	31,6
Tieto puuttuu	58	4,5
Yhteensä	1282	100,0

4. Missä läänissä terveyskeskuksesi sijaitsee?

	n	%
Etelä-Suomen lääni	583	45,5
Länsi-Suomen lääni	500	39,0
Oulun lääni	125	9,8
Lapin lääni	64	5,0
Tieto puuttuu	10	0,8
Yhteensä	1282	100,0

5. Mikä on sukupuolesi?

	n	%
Nainen	1271	99,1
Mies	6	0,5
Tieto puuttuu	5	0,4
Yhteensä	1282	100,0

6. Minkä ikäinen olet?

	n	%
Alle 30 vuotta	77	6,0
30-49 vuotta	719	56,1
50 vuotta tai yli	484	37,8
Tieto puuttuu	2	0,2
Yhteensä	1282	100,0

7. Mikä on virkanimikkeesi?

	n	%
Terveydenhoitaja	1189	92,7
Kätilö	23	1,8
Terveydenhoitaja-kätilö	47	3,7
Muu	17	1,3
Tieto puuttuu	6	0,5
Yhteensä	1282	100,0

8. Mikä on koulutuksesi? Jos sinulla on amk-tutkinto, laita lisäksi rasti sopivaan kohtaan.

	n	%
Terveydenhoitaja	890	69,4
Kätilö-terveydenhoitaja	165	12,9
Kätilö	14	1,1
Muu	171	13,3
Tieto puuttuu	42	3,3
Yhteensä	1282	100,0

joista AMK-tutkinto yhteensä 158:lla

9. Kuinka kauan olet työskennellyt äitiys- ja/tai lastenneuvolatyössä?

	n	%
Alle 2 vuotta	111	8,7
2-4 vuotta	142	11,1
5-9 vuotta	224	17,5
10 vuotta tai yli	790	61,5
Tieto puuttuu	15	1,2
Yhteensä	1282	100,0

10. Mitä tehtäväalueita kuuluu nykyiseen työhösi?

	n	%
Äitiysneuvolatyö	809	63,1
Lastenneuvolatyö	1009	78,7
Kouluterveydenhuolto	440	34,3
Opiskelijaterveydenhuolto	49	3,8
Työterveyshuolto	11	0,9
Kotisairaanhoido	190	14,8
Vastaanottoiminta	538	42,0
Raskauden ehkäisyneuvonta ja perhesuunnittelu	452	35,3

Tartuntatautien ehkäisy ja hoito	138	10,8
Jokin muu	233	18,2

II ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLATYÖN TYÖMUODOT JA –MENETELMÄT

11. Kuinka usein käytät seuraavia työmuotoja äitiys- ja/tai lastenneuvolatyössä?

	Päivät- tän	%	Viikot- tain	%	Kuu- kausit- tain	%	Vuosit- tain	%	Ei kos- kaan	%	Tieto- puuttuu	%	Yhteen- sä
Ajanvaraus- vastaanotto	1190	92,8	78	6,1	1	0,1			3	0,2	10	0,8	1282
Vastaanotto ilman ajanvarausta	275	21,5	402	31,4	141	11,0	68	5,3	269	21,0	127	9,8	1282
Kotikäynti	19	1,5	574	44,8	468	36,5	146	11,4	18	1,4	57	4,4	1282
Ilmoitettu puhelinai- ka asiakkaille	832	64,9	87	6,8	63	4,9	48	3,7	169	13,2	83	6,5	1282
Iltavastaanotto (klo 16 jälkeen)	2	0,2	209	16,3	352	27,5	303	23,6	286	22,3	130	10,1	1282
Ryhmätoiminta	3	0,2	50	3,9	525	41,0	521	40,6	101	7,9	82	6,4	1282
Yhteydenpito sähköpostitse asiakkaiden kanssa	3	0,2	73	5,7	227	17,7	291	22,7	587	45,8	101	7,9	1282
Jokin muu	26	2,0	24	1,9	34	2,7	12	0,9	48	3,7	1138	88,8	1282

12. Kuinka usein toteutat seuraavanlaista ryhmätoimintaa?

	Viikottain	%	Kuukausittain	%	Vuosittain	%	Ei koskaan	%	Tieto- puuttuu	%	Yhteensä
Perhevalmennus	19	1,5	423	33,0	560	43,7	175	13,7	105	8,2	1282
Muut raskauden aikaiset ryhmät	6	0,5	28	2,2	133	10,4	813	63,4	302	23,6	1282
Ryhmät alle yksivuotiaan lapsen perheille	22	1,7	165	12,9	311	24,3	566	44,1	218	17,0	1282
Ryhmät 1-6- vuotiaiden lasten perheille	4	0,3	13	1,0	145	11,3	833	65,0	287	22,4	1282
Ryhmävastaanotto (vastaanotolla samanaikaisesti usea äiti/perhe)	7	0,5	38	3,0	121	9,4	838	65,4	278	21,7	1282
Avoimet ryhmät (esim. äitikahvila)	8	0,6	24	1,9	114	8,9	876	68,3	260	20,3	1282
Isäryhmät	17	1,3	63	4,9			922	71,9	280	21,8	1282
Vanhempainilta (esim. päiväkotit)	1	0,1	4	0,3	398	31,0	650	50,7	229	17,9	1282
Imetyksen tukiryhmät			13	1,0	42	3,3	954	74,4	273	21,3	1282

Parisuhdeillat			14	1,1	48	3,7	940	73,3	280	21,8	1282
Muut vertaisryhmät	4	0,3	21	1,6	82	6,4	614	47,9	561	43,8	1282

13. Mitkä ammattiryhmät osallistuvat ryhmien toteuttamiseen?

	Terveystenhoitaja	%	Lääkäri	%	Psykologi	%	Sosiaalityöntekijä	%	Muu asiantuntija	%
Perhevalmennus	1100	85,8	57	4,4	422	32,9	124	9,7	574	44,8
Muut raskauden aikaiset ryhmät	172	13,4	6	0,5	34	2,7	10	0,8	59	4,6
Ryhmät alle yksivuotiaan lapsen perheille	507	39,5	10	0,8	88	6,9	26	2,0	129	10,1
Ryhmät 1-6-vuotiaiden lasten perheille	165	12,9	2	0,2	60	4,7	12	0,9	41	3,2
Ryhmävastaanotto (vastaanotolla samanaikaisesti usea äiti/perhe)	168	13,1	5	0,4	8	0,6	1	0,1	16	1,2
Avoimet ryhmät (esim. äitikahvila)	130	10,1	2	0,2	12	0,9	18	1,4	69	5,4
Isäryhmät	83	6,5			13	1,0	4	0,3	48	3,7
Vanhempainilta (esim. päiväkot)	307	23,9	10	0,8	48	3,7	27	2,1	82	6,4
Imetyksen tukiryhmät	56	4,4			4	0,3	1	0,1	31	2,4
Parisuhdeillat	60	4,7	1	0,1	16	1,2	4	0,3	29	2,3
Muut vertaisryhmät	106	8,3	9	0,7	29	2,3	10	0,8	47	3,7

14. Montako tapaamiskertaa sisältyy perhevalmennukseen?

A. Ensisynnyttäjät

Kertoja	Ennen synnytystä, n	Ennen synnytystä, %	Synnytyksen jälkeen, n	Synnytyksen jälkeen, %
1	78	6,1	322	25,1
2	105	8,2	368	28,7
3	238	18,6	58	4,5
4	237	18,5	11	0,9
5	188	14,7	10	0,8
6	114	8,9	3	0,2
7	43	3,4	6	0,5
8	6	0,5	2	0,2
9	6	0,5	5	0,4
Ei tietoa	267	20,8	497	38,8

B. Uudelleensynnyttäjät

Kertoja	Ennen synnytystä, n	Ennen synnytystä, %	Synnytyksen jälkeen, n	Synnytyksen jälkeen, %
0	447	34,9	534	41,7
1	75	5,9	68	5,3
2	47	3,7	12	0,9
3	44	3,4	1	0,1

4	32	2,5	1	0,1
5	37	2,9		
6	23	1,8	5	0,4
7	6	0,5		
8	1	0,1	1	0,1
9	6	0,5	6	0,5
Ei tietoa	564	44,0	654	51,0

15. Millaisia opetus- tai ohjausmenetelmiä käytät ryhmätoiminnassa?

	Lähes aina	%	Silloin tällöin	%	Ei koskaan	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Luento	581	45,3	258	20,1	127	9,9	316	24,6	1282
Alustus	656	51,2	287	22,4	64	5,0	275	21,5	1282
Video	721	56,2	321	25,0	36	2,8	204	15,9	1282
Ryhmätyöt	208	16,2	450	35,1	243	19,0	381	29,7	1282
Keskustelu	1031	80,4	100	7,8	9	0,7	142	11,1	1282
Vanhempien alustukset	36	2,8	221	17,2	570	44,5	455	35,5	1282
Draama (roolileikit)	6	0,5	36	2,8	756	59,0	484	37,8	1282
Tutustumiskäynti synnytyssairaalaan	590	46,0	38	3,0	243	19,0	411	32,0	1282
Demonstrointi	240	18,7	372	29,0	247	19,3	423	33,0	1282
Käytännön harjoittelu (esim. rentoutus, vuorovaikutustaidot)	262	20,4	377	29,4	254	19,8	389	30,4	1282
Vieraileva asiantuntija	158	12,3	562	43,8	214	16,7	348	27,1	1282
Muu	41	3,2	22	1,7	92	7,2	1127	87,9	1282

16. Mitä seuraavista aihealueista käsitellään perhevalmennuksessa/ odotusajan vanhempainryhmissä?

	Kyllä	%	Ei	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Raskauteen liittyvät muutokset ja kokemukset	916	71,5	44	3,4	322	25,1	1282
Synnytys	924	72,1	37	2,9	321	25,0	1282
Vauvan hoito	1045	81,5	12	0,9	225	17,6	1282
Imetys	1021	79,6	9	0,7	252	19,7	1282
Isän rooli	1018	79,4	6	0,5	258	20,1	1282
Parisuhde ja seksuaalisuus	965	75,3	24	1,9	293	22,9	1282
Perhe-etuudet ja lapsiperheiden palvelut	522	40,7	363	28,3	397	31,0	1282

17. Mitä seuraavista aihealueista käsitellään alle yksivuotiaiden lasten perheiden ryhmissä?

	Kyllä	%	Ei	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Synnytykokemus	501	39,1	61	4,8	720	56,1	1282
Lapsen kehitys ja hoito	564	44,0	25	2,0	693	54,0	1282
Vanhemmuus	566	44,1	24	1,9	692	54,0	1282
Perheen ihmissuhteet	530	41,3	37	2,9	715	55,8	1282
Parisuhde ja seksuaalisuus	413	32,2	105	8,2	764	59,6	1282
Perhe-etuudet ja lapsiperheiden palvelut	308	24,0	162	12,6	812	63,4	1282
Jokin muu aihe	90	7,0	51	4,0	1141	89,0	1282

18. Mitä seuraavista aihealueista käsitellään 1-6 -vuotiaiden lasten perheiden ryhmissä?

	Kyllä	%	Ei	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Lapsen ja kehitys ja hoito	192	15,0	39	3,0	1051	82,0	1282
Vanhemmuus	198	15,4	39	3,0	1045	81,5	1282
Perheen ihmissuhteet	168	13,1	48	3,7	1066	83,2	1282
Parisuhde ja seksuaalisuus	97	7,6	83	6,5	1102	86,0	1282
Leikki-ikäisen lapsen tahtomisiän pulmat	194	15,1	40	3,1	1048	81,8	1282
Perhe-etuudet ja lapsiperheiden palvelut	95	7,4	85	6,6	1102	86,0	1282
Jokin muu aihe	32	2,5	49	3,8	1201	93,7	1282

19. Millaisia isäryhmiä neuvolassa järjestetään?

	n	%
Isille on omia tapaamiskertoja osana perhevalmennusta	158	12,3
Alle yksivuotiaiden lasten isien ryhmät	19	1,5
1-6 -vuotiaiden lasten isien ryhmät	2	0,2
Ei lainkaan isäryhmiä	761	59,4
Useita erilaisia isäryhmiä	22	1,7

20. Käsitelläänkö seuraavia aihealueita isäryhmissä?

	Kyllä	%	Ei	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Lapsen syntymä muutosvaiheena	157	12,2	20	1,6	1105	86,2	1282
Isäksi kasvaminen	164	12,8	17	1,3	1101	85,9	1282
Isän rooli ja suhde lapseen	164	12,8	19	1,5	1102	86,0	1282
Parisuhde ja vanhemmuus	161	12,6	18	1,4	1103	86,0	1282
Isän omat terveysasiat	54	4,2	86	6,7	1142	89,1	1282
Jokin muu	12	0,9	29	2,3	1241	96,8	1282

21. Arvioi, kuinka suuri osa vanhemmista osallistuu erilaisiin vanhempainryhmiin?

	Lähes kaikki	%	Kaksi kolmasosaa	%	Noin puolet	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Ennen synnytystä	680	53,0	245	19,1	107	8,3	250	19,6	1282
Synnytyksen jälkeen	109	8,5	209	16,3	251	19,6	803	55,6	1282

22. Kuinka monta henkilöä keskimäärin osallistuu vanhempainryhmiin?

	n	%
1-5 henkilöä	147	11,5
6-10 henkilöä	500	39,0
11-15 henkilöä	320	25,0
16-20 henkilöä	94	7,3
yli 20 henkilöä	21	1,6
Tieto puuttuu	200	15,6

23. Arvioi kuinka moni neuvolapiiriisi kuuluvista isistä osallistuu raskauden aikana järjestettävään perhevalmennukseen sekä äitiys- ja lastenneuvolan vastaanottokäynteihin?

	Kolmannes	%	Puolet	%	Kaksi kolmasosaa	%	Lähes kaikki	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Perhevalmennus	58	4,5	89	6,9	241	18,8	669	52,2	225	17,6	1282
Äitiysneuvolan vastaanottokäynnit	452	35,3	263	20,5	163	12,7	22	1,7	382	29,8	1282
Lastenneuvolan vastaanottokäynnit	565	44,1	235	18,3	127	9,9	23	1,8	332	25,9	1282

24. Milloin ja kenen kanssa teet kotikäyntejä?

	A. Milloin							
	Jokaiseen perheeseen	%	Tarvittaessa	%	Ei koskaan	%	Tieto puuttuu	%
Raskauden aikana	30	2,3	619	48,3	287	22,4	346	26,9
Vastasyntyneen perheeseen	864	67,4	335	26,1	7	0,5	76	5,9
Leikki-ikäisen lapsen perheeseen,	19	1,5	557	43,4	328	25,6	378	29,5
Perheen pulmatilanteessa (esim. päihdeongelma)	27	2,1	943	73,6	117	9,1	195	15,2
Sairaana lapsen perheeseen	13	1,0	667	52,0	338	26,4	264	20,6
Äskettäin alueellesi muuttaneeseen perheeseen			421	32,8	545	42,5	316	24,6

	B. Kenen kanssa							
	Yksin	%	Toisen kanssa	%	Tilanteen mukaan	%	Tieto puuttuu	%
Raskauden aikana	429	33,5	52	4,1	63	4,9	738	57,6
Vastasyntyneen perheeseen	869	67,8	34	2,7	56	4,4	323	25,2
Leikki-ikäisen lapsen perheeseen,	300	23,4	52	4,1	43	3,4	887	69,2
Perheen pulmatilanteessa (esim. päihdeongelma)	175	13,7	444	34,6	120	9,4	543	42,4
Sairaana lapsen perheeseen	412	32,1	17	1,3	11	0,9	842	65,7
Äskettäin alueellesi muuttaneeseen perheeseen	228	17,8	5	0,4	10	0,8	1039	81,0

25. Missä iässä leikki-ikäiselle lapselle tehdään perusteellinen kasvun ja kehityksen seuranta?

	n	%
Lapsen ollessa 3-vuotias	467	36,4
Lapsen ollessa 4-vuotias	347	27,1
Lapsen ollessa 5-vuotias	1009	78,7

26. Mitä menetelmiä käytetään leikki-ikäisen lapsen kasvua ja kehitystä seurattaessa ja arvioitaessa?

	Jokaiselle lapselle	%	Tarvittaessa	%	Ei koskaan	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Kehityksen arviointimenetelmä neuvolassa a. Syvennetty 3/4/5-vuotistarkastus	773	60,3	41	3,2	20	1,6	448	35,0	1282

b. LENE	265	20,7	49	3,8	261	20,4	707	55,1	1282
c. Lumiukkotesti	454	35,4	36	2,8	212	16,5	580	45,3	1282
d. Jokin muu	154	12,0	15	1,2	85	6,6	1028	80,2	1282
Kyselylomake vanhemmille	794	61,9	92	7,2	42	3,3	354	27,6	1282
Päiväkodin työntekijän suullinen arvio	70	5,5	521	40,6	55	4,3	636	49,6	1282
Päiväkodin työntekijän kirjallinen arvio	615	48,0	212	16,5	60	4,7	395	30,8	1282
Jokin muu menetelmä	38	3,0	40	3,1	38	3,0	1166	90,9	1282

27. Mitkä ammattihenkilöt osallistuvat lapsen em. määräaikaistarkastukseen neuvolassa ja miten usein?

	Aina	%	Tarvittaessa	%	Ei koskaan	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Terveydenhoitaja	1034	80,7	3	0,2			245	19,1	1282
Lääkäri	387	30,2	565	44,1	10	0,8	320	24,9	1282
Psykologi	37	2,9	710	55,4	142	11,1	393	30,7	1282
Päiväkodin työntekijä toteuttaa sovitun osan kehityksen arvioinnista	301	23,5	274	21,4	257	20,0	450	35,1	1282
Muu erityistyöntekijä	16	1,2	439	34,2	177	13,8	650	50,7	1282

28. Miten paljon käytät keskimäärin aikaa 3/4/5-vuotiaan lapsen tarkastukseen?

Aika minuutteina	n	%
alle 30	4	0,3
31 - 60	505	39,4
61 - 90	419	32,7
91 - 120	38	3,0
yli 120	53	4,1
Tieto puuttuu	263	20,5
Yhteensä	1282	

29. Mitä seuraavista lomakkeista käytät arvioidessasi asiakkaittesi tarpeita ja miten säännöllisesti?

	Säännöllisesti	%	Tarvittaessa	%	Ei koskaan	%	En tunne	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
AUDIT-kysely/ 10 henkilökohtaista kysymystä alkoholinkäytöstä	232	18,1	413	32,2	277	21,6	164	12,8	196	15,3	1282
Mielialamittari (EPDS)	187	14,6	311	24,3	289	22,5	273	21,3	222	17,3	1282
Huolen vyöhykkeistö	10	0,8	196	15,3	296	23,1	501	39,1	279	21,8	1282
Perhepuntari	1	0,1	19	1,5	247	19,3	699	54,5	316	24,6	1282
Vanhemmuuden roolikartta	62	4,8	568	44,3	313	24,4	137	10,7	202	15,8	1282
Parisuhteen roolikartta	22	1,7	162	12,6	291	22,7	458	35,7	349	27,2	1282
Voimavaramittari	8	0,6	78	6,1	258	20,1	597	46,6	341	26,6	1282
Varhaisen	178	13,9	467	36,4	218	17,0	186	14,5	233	18,2	1282

vuorovaikutuksen havainnointilomake												
Parisuhdeväkivallan seulontalomake	82	6,4	121	9,4	315	24,6	456	35,6	308	24,0	1282	
Terveyskeskuksen oma kyselylomake	279	21,8	57	4,4	166	12,9	117	9,1	663	51,7	1282	
Joku muu	62	4,8	23	1,8	117	9,1	80	6,2	1000	78,0	1282	

30. Miten työaikasi riittää seuraaviin toimintoihin neuvolassa?

	Täysin riittävä	%	Melko riittävä	%	Melko riittämätön	%	Täysin riittämätön	%	Ei sisällytyöhöni	%	Tietopuuttuu	%	Yhteensä
Määräaikaistarkastukset	523	40,8	631	49,2	84	6,6	8	0,6	7	0,5	29	2,3	1282
Lisäkäynnit neuvolassa	229	17,9	661	51,6	304	23,7	53	4,1			35	2,7	1282
Kotikäynnit	274	21,4	564	44,0	269	21,0	135	10,5	13	1,0	27	2,1	1282
Ryhmätilaisuudet	159	12,4	413	32,2	386	30,1	200	15,6	68	5,3	56	4,3	1282
Iltavastaanotot	138	10,8	287	22,4	293	22,9	166	12,9	321	25,0	77	6,0	1282
Erityistukea tarvitsevat perheet	93	7,3	512	39,9	503	39,2	117	9,1	9	0,7	48	3,7	1282
Moniammatillinen yhteistyö	90	7,0	608	47,4	449	35,0	100	7,8	3	0,2	32	2,5	1282
Ammattitaidon ylläpitäminen	58	4,5	564	44,0	503	39,2	129	10,1	3	0,2	25	1,9	1282
Opiskelijaohjaus	75	5,9	620	48,4	426	33,2	79	6,2	47	3,7	35	2,8	1282
Työn suunnittelu ja arviointi	68	5,3	448	34,9	534	41,7	205	16,0	1	0,1	26	2,0	1282

III MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

31. Arvoi neuvolalääkärin palvelujen saatavuutta omassa neuvolassasi kolmen viimeisen vuoden aikana

	n	%
Lääkäripalvelut saatavilla lähes koko ajan	762	59,4
Lääkäripalvelut saatavilla noin puolet ajasta	210	16,4
Lääkäripalvelut saatavilla vähemmän kuin puolet ajasta	224	17,5
Lääkäripalvelut puuttuvat kokonaan	6	0,5
en osaa arvioida	16	1,2

32. Arvioi seuraavien väittämien avulla lääkärin ja terveydenhoitajan yhteistyötä ja työnjakoa neuvolassasi

	Samaa mieltä	%	Eri mieltä	%	En osaa sanoa	%	Tietopuuttuu	%	Yhteensä
Yhteistyö lääkärin kanssa sujuu yleensä hyvin	1174	91,6	74	5,8	20	1,6	14	1,2	1282
Neuvolalääkäri pysyy yleensä	750	58,5	515	40,2	6	0,5	11	0,9	1282

samana													
Lääkäriin on helppo ottaa yhteyttä	1011	78,9	221	17,2	29	2,3	21	1,6	1282				
Aikaa on varattu myös neuvotteluihin ja keskusteluun	256	20,0	980	76,4	30	2,3	16	1,2	1282				
Työnjako on selkeää	1072	83,6	165	12,9	30	2,3	15	1,2	1282				
Työnjakoa on muutettu kahden viimeisen vuoden aikana	376	29,3	741	57,8	131	10,2	34	2,7	1282				
Työnjako on parantunut/järkiperäistynyt	374	29,2	398	31,0	437	34,1	73	5,7	1282				

33. Keiden muiden kanssa ja kuinka usein teet yhteistyötä äitiys- ja lastenneuvolatoiminnassa?

	Vähin-tään kuu-kau-sittain	%	Vähin-tään puoli-vuosittain	%	Kerran vuodesa tai harvemmin	%	Ei koskaan	%	Ko. työnte kijää ei ole	%	Tieto puut-tuu	%	Yhteen-sä
Ravitsemusterapeutti	38	3,0	343	26,8	400	31,2	68	5,3	355	27,7	78	6,1	1282
Puheterapeutti	588	45,9	325	25,4	82	6,4	156	12,2	77	6,0	54	4,2	1282
Psykologi	531	41,4	525	41,0	134	10,5	18	1,4	41	3,2	33	2,6	1282
Toimintaterapeutti	125	9,8	260	20,3	226	17,6	263	20,5	308	24,0	100	7,8	1282
Fysioterapeutti	342	26,7	645	50,3	220	17,2	17	1,3	3	0,2	55	4,3	1282
Kouluterveydenhuollon henkilöstö	601	46,9	320	25,0	220	17,2	59	4,6			82	6,4	1282
Hammashuollon henkilöstö	349	27,2	438	34,2	364	28,4	70	5,5	3	0,2	58	4,5	1282
Lastenlääkäri	180	14,0	240	18,7	276	21,5	126	9,8	346	27,0	114	9,0	1282
Gynekologi	225	17,6	134	10,5	135	10,5	261	20,4	393	30,7	134	10,4	1282
Muu erikoislääkäri	29	2,3	86	6,7	118	9,2	133	10,4	260	20,3	656	51,2	1282
Päivähoidon henkilöstö	411	32,1	513	40,0	178	13,9	101	7,9	7	0,5	72	5,6	1282
Sosiaalityön henkilöstö	451	35,2	611	47,7	166	12,9	9	0,7			45	3,5	1282
Koulutoimen henkilöstö	324	25,3	201	15,7	317	24,7	305	23,8	11	0,9	124	9,6	1282
Kotipalveluhenkilöstö	255	19,9	455	35,5	318	24,8	144	11,2			110	8,6	1282
Kasvatus- ja perheneuvolan henkilöstö	175	13,7	427	33,3	391	30,5	115	9,0	72	5,6	102	8,0	1282
Seurakunnan työntekijät	35	2,7	308	24,0	544	42,4	311	24,3	5	0,4	79	6,2	1282
Poliisitoimen henkilöstö	4	0,3	40	3,1	407	31,7	707	55,1	22	1,7	102	7,9	1282
Mielenterveyspalveluhenkilöstö	125	9,8	465	36,3	493	38,5	126	9,8	9	0,7	64	4,9	1282
Päihdepalveluhenkilöstö	41	3,2	244	19,0	494	38,5	307	23,9	83	6,5	113	8,8	1282
Perhetyöntekijä	342	26,7	430	33,5	223	17,4	75	5,9	126	9,8	86	6,7	1282
Muu	32	2,5	28	2,2	22	1,7	63	4,9	52	4,1	1085	84,6	1282

erityistyöntekijä													
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

34. Keiden muiden yhteistyökumppanien kanssa teet yhteistyötä äitiys- ja lastenneuvolatoiminnassa ja kuinka usein?

	Vähintään kuukausittain	%	Vähintään puolivuositain	%	Kerran vuodessa tai harvemmin	%	Ei koskaan	%	Tietoa puuttuu	%	Yhteensä
Äitiyspoliklinikan henkilöstö	714	55,7	135	10,5	109	8,5	213	16,6	111	8,6	1282
Synnytysosaston henkilöstö	407	31,7	322	25,1	304	23,7	139	10,8	110	8,5	1282
Lastenosaston henkilöstö	99	7,7	563	43,9	476	37,1	74	5,8	70	5,5	1282
Lastenpsykiatrisen osaston henkilöstö	15	1,2	214	16,7	642	50,1	302	23,6	109	8,5	1282
Vapaaehtoisjärjestöjen toimijat	55	4,3	260	20,3	282	22,0	237	18,5	448	34,9	1282
Joku muu	23	1,8	60	4,7	42	3,3	139	10,8	1018	79,4	1282

35. Miten usein käytät seuraavia työmenetelmiä moniammatillisessa yhteistyössä?

	Viikoittain	%	Kuukausittain	%	Puolivuositain	%	Kerran vuodessa tai harvemmin	%	Ei koskaan	%	Tietoa puuttuu	%	Yhteensä
Yhteistyökokous, joissa asiakasperhe mukana	3	0,2	98	7,6	348	27,1	576	44,9	182	14,2	75	5,9	1282
Yhteistyökokous, joissa vain viranomaiset mukana	12	0,9	354	27,6	391	30,5	309	24,1	148	11,5	68	5,3	1282
Puhelinneuvottelut	229	17,9	536	41,8	248	19,3	100	7,8	96	7,5	73	5,7	1282
Yhteiset koulutusilaisuudet	3	0,2	200	15,6	616	48,0	359	28,0	31	2,4	73	5,6	1282
Muu	4	0,3	12	0,9	9	0,7	5	0,4	44	3,4	1208	94,2	1282

36. Onko terveyskeskuksessanne käytössä moniammatillisia hoito-ohjelmia ja/tai hoitoketjuja lasten ja lapsiperheiden erityistilanteissa?

	Kyllä	%	Ei	%	Suunnitteilla	%	Tietoa puuttuu	%	Yhteensä
Lapsen kehityksen tai oppimisen vaikeus	616	48,0	287	22,4	65	5,1	314	24,5	1282
Lapsen fyysinen sairaus (astma, allergia)	600	46,8	337	26,3	31	2,4	314	24,5	1282
Lapsen ylipaino	483	37,7	410	32,0	79	6,2	310	24,2	1282

Lapsen psyykinen sairaus	377	29,4	498	38,8	44	3,4	363	28,3	1282
Synnytyksen jälkeisen masennus	584	45,6	409	31,9	81	6,3	208	16,2	1282
Äidin päihde- tai huumeongelma	621	48,4	361	28,2	88	6,9	212	16,5	1282
Vanhemman mielenterveyspulma	411	32,1	530	41,3	64	5,0	277	21,6	1282
Jokin muu	34	2,7	120	9,4	8	0,6	1120	87,4	1282

37. Miten moniammatillinen yhteistyö on organisoitu neuvolassa seuraavissa tilanteissa?

	Yhteistyökäytännöistä sovittu etukäteen	%	Yhteistyöstä sovitaan tapauskohtaisesti	%	Sovitun mukaisesti tapauskohtaisesti	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Lapsen käyttäytymishäiriöt	138	10,8	906	70,7	6	0,5	232	18,1	1282
Lapsen psyykkiset ongelmat	127	9,9	916	71,5	7	0,5	232	18,1	1282
Lapsen neurologiset ongelmat	245	19,1	797	62,2	7	0,5	233	18,2	1282
Lapsen somaattiset ongelmat	334	26,1	697	54,4	3	0,2	248	19,3	1282
Vanhempien päihteiden käyttö odotusaikana	464	36,2	630	49,1	9	0,7	179	14,0	1282
Vanhempien päihteiden käyttö lapsen syntymän jälkeen	303	23,6	837	65,3	9	0,7	133	10,4	1282
Vanhempien mielenterveysongelmat	161	12,6	983	76,7	6	0,5	132	10,3	1282
Perheväkivalta	222	17,3	923	72,0	6	0,5	131	10,2	1282
Puutteellinen vanhemmuus	139	10,8	997	77,8	5	0,4	141	11,0	1282

38. Seuraavassa esitetään tunnettuja moniammatilliseen yhteistyöhön yhteydessä olevia tekijöitä. Ovatko ne ongelma terveyskeskuksessasi ja onko siellä toimittu niiden lieventämiseksi tai poistamiseksi?

	A. Asian ongelmallisuus						B. Toiminta					
	Ei ole ongelma	%	On ongelma	%	Tieto puuttuu	%	Ei ole toimittu	%	On toimittu	%	Tieto puuttuu	%
Ajankäyttö	287	22,4	900	70,2	95	7,5	506	39,5	313	24,4	463	36,1
Työntekijöiden vaihtuvuus	620	48,4	563	43,9	99	7,8	375	29,3	183	14,3	724	56,4
Toisen työn tunteminen	648	50,5	523	40,8	111	8,6	246	19,2	328	25,6	708	55,2
Yhteistyöstä sopiminen	779	60,8	375	29,3	128	9,9	172	13,4	327	25,5	783	61,1
Tiedonkulku	432	33,7	734	57,3	116	9,1	275	21,5	426	33,2	581	45,4
Toimintakulttuuri	641	50,0	453	35,3	188	14,8	285	22,2	210	16,4	787	61,4
Tietosuojakysymykset	662	51,6	504	39,3	116	9,1	197	15,4	374	29,2	711	55,5
Yhteistyötaidot	837	65,3	293	22,9	152	12,0	173	13,5	296	23,1	813	63,4
Verkostotyötaidot	689	53,7	425	33,2	168	13,2	215	16,8	311	24,3	756	59,0
Jokin muu	47	3,7	21	1,6	1214	94,7	18	1,4	22	1,7	1242	96,9

IV OSAAMINEN SEKÄ ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLATYÖN KEHITTÄMINEN

39. Arvioi seuraavien menetelmien toimivuutta ammattitaitosi ylläpitämisessä neuvolatyössä.

	A. Nykyinen toimivuus						B. Kehittämistarve					
	Toimii hyvin	%	Toimii osittain	%	Tieto puuttuu	%	En tarvitse	%	Tarvitsen	%	Tieto puuttuu	%
Perehdyttäminen	386	30,1	791	61,7	105	8,2	564	44,0	323	25,2	395	30,8
Kehityskeskustelut	541	42,2	661	51,6	80	6,3	289	22,5	602	47,0	391	30,5
Vertaisarviointi	179	14,0	771	60,1	332	25,9	303	23,6	523	40,8	456	35,6
Itsearviointi	452	35,3	668	52,1	162	12,7	248	19,3	577	45,0	457	35,7
Työnohjaus	336	26,2	664	51,8	283	22,0	167	13,0	776	60,5	339	26,5
Toimipaikkakoulutus	486	37,9	661	51,6	135	10,6	211	16,5	619	48,3	452	35,2
Täydennyskoulutus	466	36,3	698	54,4	118	9,2	114	8,9	770	60,1	398	31,0
Mentorointi	70	5,5	515	40,2	697	54,4	322	25,1	274	21,4	686	53,6
Työkierto	102	8,0	630	49,1	550	42,9	676	52,7	205	16,0	401	31,3
Työkokoukset	760	59,3	425	33,2	97	7,6	213	16,6	591	46,1	478	37,3
Muu	8	0,6	17	1,3	1257	98,0	17	1,3	19	1,5	1246	97,2

40. Miten seuraat ja hyödynnät uusinta neuvolatoimintaan liittyvää tietoa ammattitaitosi ylläpitämisessä?

	Säännöllisesti	%	Silloin tällöin	%	Ei koskaan	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Seuraan ammattilehtiä	958	74,7	302	23,6	3	0,2	19	1,5	1282
Luen ammatillisia kirjoja	400	31,2	842	65,7	20	1,6	20	1,6	1282
Haen tietoa terveystieteen kautta	126	9,8	616	48,0	492	38,4	48	3,8	1282
Haen tietoa FinOHTAn sivuilta	349	27,2	633	49,4	260	20,3	40	3,1	1282
Haen muuta tietoa internetistä	436	34,0	698	54,4	109	8,5	39	3,1	1282
Osallistun neuvolapäiville	149	11,6	637	49,7	441	34,4	55	4,3	1282
Osallistun th-/kättilöpäiville	90	7,0	676	52,7	446	34,8	70	5,5	1282
Osallistun muille koulutuspäiville	593	46,3	640	49,9	11	0,9	38	2,9	1282
Työyhteisössä käsitellään alaan liittyvää uusinta tietoa	514	40,1	663	51,7	40	3,1	65	5,0	1282
Muu tapa	42	3,3	22	1,7	7	0,5	1211	94,5	1282

41. Millaisessa neuvolatyön tutkimus- ja/tai kehittämistoiminnassa olet mukana tai haluaisit olla mukana?

	Kyllä	%	Ei	%	Haluaisin osallistua	%	Tieto puuttuu	%	Yhteensä
Varhaisen puuttumisen –hanke (Varpu)	109	8,5	537	41,9	392	30,6	244	19,0	1282
Varhaisen vuorovaikutuksen –hanke (Vavu)	728	56,8	173	13,5	280	21,8	101	7,9	1282
Harava –hanke	34	2,7	806	62,9	74	5,8	368	28,7	1282
Terveyden edistämisen johtamisen –hanke (Tejo)	16	1,2	809	63,1	126	9,8	331	25,8	1282
Toimiva Perhe –hanke	14	1,1	652	50,9	311	24,3	305	23,8	1282
Alku-projekti (Parisuhteen tukeminen)	42	3,3	564	44,0	409	31,9	267	20,8	1282
Löytöretki vanhemmuuteen -projekti	22	1,7	556	43,4	376	29,3	328	25,6	1282
Vanhemmuuden	92	7,2	474	37,0	141	11,0	575	44,9	1282

tukemiseen liittyvä muu hanke										
Parisuhteen tukemiseen liittyvä hanke	22	1,7	514	40,1	146	11,4	600	46,8	1282	
Perheväkivallan tunnistamiseen ja ehkäisyyn liittyvä hanke	74	5,8	475	37,1	178	13,9	555	43,3	1282	
Perhetyöhön liittyvä hanke	76	5,9	517	40,3	97	7,6	592	46,2	1282	
Lapsen kehityksen arviointiin liittyvä hanke	114	8,9	429	33,5	162	12,6	577	45,0	1282	
Neuvolan ja päivähoiton yhteistyöhön liittyvä hanke	176	13,7	450	35,1	101	7,9	555	43,3	1282	
Neuvolan ja erikoissairaanhoidon yhteistyöhön liittyvä hanke	55	4,3	503	39,2	96	7,5	628	49,0	1282	

42. Millaista koulutusta olet saanut kolmen viimeisen vuoden aikana ja millaista koulutusta arvioit tarvitsevasi ammattitaitosi ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi?

	A. Saatu koulutus						B. Koulutustarve					
	Kyllä	%	Ei	%	Tieto puuttuu	%	Kyllä	%	Ei	%	Tieto puuttuu	%
Varhainen vuorovaikutus	859	67,0	346	27,0	77	6,1	456	35,6	226	17,6	600	46,8
Imetysohjaajakoulutus	411	32,1	723	56,4	148	11,6	324	25,3	443	34,6	515	40,2
Varhainen puuttuminen (Varpu)	176	13,7	900	70,2	206	16,1	685	53,4	153	11,9	444	34,7
Parisuhte	172	13,4	883	68,9	227	17,8	747	58,3	138	10,8	397	31,0
Vanhemmuuden tukeminen	534	41,7	565	44,1	183	14,3	734	57,3	121	9,4	427	33,3
Lasten oppimisvaikeudet	324	25,3	682	53,2	276	21,5	569	44,4	241	18,8	472	36,8
Päihteet	639	49,8	463	36,1	180	14,1	473	36,9	286	22,3	523	40,8
Mielenterveys	443	34,6	630	49,1	209	16,3	616	48,0	188	14,7	478	37,3
Väkivalta	453	35,3	633	49,4	196	15,3	561	43,8	208	16,2	513	41,1
Seksuaaliterveys	270	21,1	784	61,2	228	17,8	572	44,6	226	17,6	484	37,8
Muu lapsen tai perheen terveyden edistämistä käsittelevä aihe	481	37,5	447	34,9	354	27,6	423	33,0	209	16,3	650	50,7
Etniset vähemmistöt	150	11,7	870	67,9	262	20,5	424	33,1	356	27,8	502	39,2
Kotikäynnit	150	11,7	876	68,3	256	20,0	259	20,2	475	37,1	548	42,8
Pienryhmätoiminta	231	18,0	804	62,7	247	19,3	485	37,8	297	23,2	500	39,0
Näyttöön perustuva toiminta	83	6,5	882	68,8	317	24,7	284	22,2	379	29,6	619	48,3
Muu	41	3,2	119	9,3	1122	87,6	57	4,4	61	4,8	1164	90,8

43. Miltä seuraavilta tahoilta olet saanut tukea työhösi ja miltä taholta toivot tukea työhösi?

	A. Tuensaanti						B. Tuentarve					
	Kyllä	%	Ei	%	Tieto puuttuu	%	Kyllä	%	Ei	%	Tieto puuttuu	%
Oma terveyskeskus	854	66,6	306	23,9	122	9,5	703	54,8	60	4,7	519	40,5
Esimiehet	900	70,2	275	21,5	107	8,4	784	61,2	34	2,7	464	36,2

Kollegat	1221	95,2	26	2,0	35	2,8	692	54,0	30	2,3	560	43,7
Erikoissairaanhoido	810	63,2	329	25,7	143	11,1	673	52,5	83	6,5	526	41,1
Lääninhallitus	261	20,4	788	61,5	233	18,2	376	29,3	279	21,8	627	48,9
Stakes	499	38,9	569	44,4	214	16,7	518	40,4	163	12,7	601	46,9
Kansanterveyslaitos	813	63,4	297	23,2	172	13,5	582	45,4	95	7,4	605	47,2
Sosiaali- ja terveysministeriö	304	23,7	689	53,7	289	22,5	455	35,5	181	14,1	646	50,4
Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus	361	28,2	657	51,2	264	20,6	591	46,1	105	8,2	586	45,7
Ammatillinen järjestö	523	40,8	538	42,0	221	17,2	542	42,3	134	10,5	606	47,3
Muut järjestöt/kolmas sektori	298	23,2	461	36,0	523	40,8	323	25,2	166	12,9	793	61,9
Jokin muu taho	44	3,4	148	11,5	1090	85,0	80	6,2	62	4,8	1140	88,9

44. Mitkä ovat mielestäsi neuvolatyön keskeiset kehittämistarpeet tulevaisuudessa?

Kiitos vastauksestasi !

LIITETAULUKKO 1. Äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaat ja henkilöstövoimavarat terveyskeskuksittain

1a. Lapin lääni

Terveyskeskus	Asukasluku		Äitiysneuvola				Lastenneuvola						
	2003	Lääkärit yht/n/a	Terv.hoitajat yht/n/a	Syntyneet		Terv.hoitaja		0-6 -vuotiaat		Terv. hoitaja		Lääkäri	
				lapset	indeksi	työpanos	indeksi	lapset	työpanos	indeksi	työpanos	indeksi	
Kemijärvi	9603	8/2	5/4	64	0,63	89	0,1	640	509	1,18	433	0,09	5429
Kemi	22977	12/4	21/9	205	2,2	93	0,16	1312	1548	4,4	352	0,24	6518
Keminmaa	8884	7/5	10/4	20	0,2	100	0,03	800	128	1,6	454	0,02	6827
Kittilä	5797	5/5	6/4	50	0,8	63	0,06	800	350	0,8	438	0,03	14000
Kolari	3881	4/3	6/4	35	0,45	78	0,01	2800	220	0,5	440	0,01	17600
Muonion - Enontekiön ktt:n ky	4533	4/2	7/5	40	1,25	32	-	-	244	1,25	195	-	-
Peikosenniemen - Savukosken ktt:n ky	2631	2/2	3/2	21	0,14	168	0,03	672	126	0,2	630	0,03	4032
Pello	4562	4/2	6/1,5	26	0,4	65	0,05	520	225	0,4	563	0,05	4500
Posio	4385	4/1	4/1	25	0,1	250	0,05	533	250	0,6	417	0,05	5333
Ranua	4865	4/2	8/2	58	0,63	93	0,09	663	440	0,8	550	0,13	3520
Rovaniemi	34948	21/5	21/9,5	400	4,75	84	0,48	842	2437	-	-	0,95	2565
Rovaniemen maalaiskunta	21988	13/-	15/12	203	2,2	92	0,15	1353	1943	3,9	498	0,22	8882
Salla	4730	4/-	6/-	22	0,2	110	0,05	440	214	-	-	0,04	5707
Simo	3706	3/1	5/4	29	0,44	66	0,02	1547	263	0,64	413	0,04	6011
Sodankylä	9339	7/1	13/4	70	0,8	88	0,06	1244	630	2	315	0,15	4200
Tervola	3713	3/1	3,5/3,5	53	0,4	133	-	-	362	0,85	426	0,05	7240
Tornio	22231	12/2	20/12	269	1,83	147	-	-	1721	3,68	468	-	-
Ylitornio	5313	4/4	9/5	37	0,45	82	0,04	987	260	0,95	273	0,05	5200

- = tieto puuttuu

LIITETAULUKKO 1. Äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaat ja henkilöstövoimavarat terveyskeskuksittain

1b. Oulun lääni

Terveyskeskus	Asukasluku				Äitiysneuvola										Lastenneuvola			
	2003	Lääkärit yht/nla	Terv.hoitajat yht/nla	Syntyneet lapset	Terv.hoitaja		Lääkäri		0-6 -vuotiaat		Terv.hoitaja		Lääkäri					
					työpanos	indeksi	työpanos	indeksi	lapset	indeksi	työpanos	indeksi	työpanos	indeksi				
Haapajärvi	8153	6/2	9/4	103	1,05	98	0,1	1030	800	1,13	711	0,1	8000					
Haapavesi**	7751	7/2	8/5,5	-	1,5	-	0,11	-	748	2	374	0,1	7480					
Hailuoto	968	1/1	2/1	6	0,08	80	0,01	480	72	0,15	480	0,02	3840					
Haukipudas	16918	11/9	12/-	274	2,82	97	-	-	2000	3,82	524	-	-					
Hynynsaari	3196	3/1	4/2	18*	0,4	45	0,01	1440	154	0,6	257	0,01	12320					
li	6409	5/3	6/2,5	90	1,13	80	0,13	720	720	1,18	613	0,1	7200					
Kajaani	35609	27/13	28,5/12	381	4,8	79	0,16	2345	2688	7,2	373	-	-					
Kalajoensuu	9170	5,5/3	7/6	110	1,1	100	0,15	733	810	1,75	463	0,1	8100					
Kempele	13974	9/6	10/8	240	2,3	104	0,4	600	1710	3,8	450	0,31	5472					
Kiiminki	11632	7/4	10/7	248	2	124	0,25	992	1688	3,6	469	0,35	4858					
Kuhmo	10581	6/2	13/5	91	1,5	61	0,07	1324	603	2,1	287	0,09	6432					
Kuivaniemi	2038	2/1	2/1	19	0,23	84	0,01	1520	138	0,4	345	0,03	5520					
Kuusamo	17311	11/8	21/9	168	1,85	91	0,1	1712	1376	3,5	393	0,17	7919					
Kärsämäki	3124	3/1	4/2	46	0,4	115	0,08	613	250	0,6	417	0,08	3333					
Liminka	6774	6,5/2	8/3,5	140	1,4	100	0,14	1018	961	1,4	686	0,14	6889					
Muhos	8122	5/-	7/6	98	1,13	87	0,13	784	801	2,63	305	0,2	4005					
Nivala	10906	8/2	10/5	166	1,89	88	0,2	830	1150	4,6	305	0,28	4182					
Oulaisten seudun ktt:n ky	13009	12/4	15/7	155	1,58	98	0,17	919	1130	2,25	502	0,19	6026					
Oulu	126122	77/26	79/50	1725	18,28	94	1,98	873	10 616	20,33	522	2,54	4176					
Oulunsalo	9126	5/4	7/5	217	1,43	152	0,2	1085	1290	2,25	573	0,25	5160					
Paltamo	4223	4/2	4/2	36	-	-	0,08	480	300	-	-	0,06	5333					
Pudasjärvi	9613	8/2	13/8	86	1	86	0,1	860	650	2	325	0,08	8667					
Pyhäjärvi	6334	5/2	6/2	45	0,4	113	0,09	514	500	0,75	667	0,09	5714					
Raahen seudun th:n ky	32316	16/8	28,5/17	401	4,48	90	0,34	1188	2724	5,63	484	0,59	4637					
Rantsila	2085	2/2	2/-	30	-	-	0,03	960	170	0,44	389	0,03	5440					
Reisjärvi	3150	3/1	4/-	49*	-	-	0,04	1307	280	-	-	0,04	6400					
Siikalatvan ky	5336	5/3	8/3	45	1,4	32	0,04	1200	350	0,5	700	0,04	9333					
Sotkamo	10725	8/3	13/4	106	-	-	0,13	848	740	-	-	0,08	9108					
Suomussalmi	10548	7*	12/4	65	0,8	81	0,1	650	530	1,4	379	0,13	4038					
Taivalkoski	4832	5/2	5/3	44	0,75	53	0,03	1760	273	1,25	218	0,04	7280					
Utajärvi	3265	3,5/2	4/1	42	0,5	84	0,03	1680	190	0,4	475	0,05	3800					
Vaala	3894	3/1	3,5/2	26	0,5	52	0,03	1040	265	0,4	397	0,05	5300					
Vieskan thky	21302	19/4	17,5/14,5	287	4,3	67	0,38	765	2141	5,4	397	0,43	5038					
Yli-Ii	2315	2/2	2/2	23	0,2	115	0,03	906	250	0,4	625	0,03	10000					
Ylikkiemi	3322	2/2	3,5/2	36	0,4	90	0,04	823	282	0,75	376	0,06	5013					

- = tieto puuttuu, * tieto Soikaneista, **Pippola ostaa palvelut Haapavedeltä

LIITETAULUKKO 1. Äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaat ja henkilöstövoimavarat terveyskeskuksittain

1c. Länsi-Suomen lääni

Terveyskeskus	Asukasluku 2003	Äitiysneuvola						Lastenneuvola								
		Lääkärit		Terv.hoitajat		Syntyneet lapset	Terv.hoitaja		Lääkäri		6-vuotiaat lapset		Terv.hoitaja		Lääkäri	
		yht/nla	yht/nla	yht/nla	työpanos		indeksi	työpanos	indeksi	työpanos	indeksi	työpanos	indeksi	työpanos	indeksi	
Alahärmä	4907	4/2	5/2	50	0,45	111	0,04	1333	340	0,68	504	0,04	9 067			
Alajärvi	9080	6/2	9/4	110	1,7	65	0,18	629	790	1,6	494	0,14	5746			
Alavudenseudun thky	17291	17/5	25/6	164	1,93	85	-	-	1050	2,5	420	-	-			
Etelä-Pirkanmaan thky	13505	10,5/5	14,5/6	122	1,65	74	0,18	697	963	1,8	535	0,18	5503			
Eura	9467	6/2	9/6	89	0,88	102	0,08	1095	709	1,85	383	0,18	3912			
Evijärvi	2961	2/1	4/3	34	0,45	76	0,03	1360	200	0,6	333	0,05	4000			
Hankasalmi	5607	4/2	6/3	55	1	55	0,04	1257	400	1,1	364	0,08	5333			
Harjavalta	7749	12/5	21/13	152	2,1	72	0,68	1055	1145	4,35	263	0,2	6905			
Huittinen	9093	12/-	16/10	121	1,33	91	0,11	1139	1002	2,85	352	0,21	4715			
Hämeenkyrö	10051	5/2	10/5	115	0,9	128	0,1	1150	798	2	399	0,2	3990			
Härkätien ktt:n ky	21192	15/6	18/9	225	1,7	132	0,33	692	1948	3,45	565	0,4	4870			
Ikaalinen	7549	5/2	6/2	67	0,95	71	0,08	893	580	0,95	611	0,08	7733			
Ilmajoki	11744	7/4	14/7	97	1,88	52	0,07	1478	1031	1,63	635	0,12	8917			
Isojoki	2596	3/2	4/2	25	0,4	63	0,01	4000	180	0,4	450	0,05	3600			
Jalasjärvi	8740	6/2	9/6	80	1	80	0,05	1600	450	1	450	0,06	7200			
Joutsan seudun thky	6258	5/1	11/6	-	0,6	-	0,04	-	218	0,63	349	0,05	4360			
Jurva	4553	3/2	6/2	22	0,18	126	-	-	267	0,38	712	0,03	8544			
Juupajoki	2248	1,5/1	2/2	33	0,38	88	0,03	1320	154	0,75	205	0,05	3080			
Jyväskylä	82559	42,5/29	45/25	927	10,8	86	0,96	963	5760	12,8	450	1,09	5266			
Jämsän seudun thky	25950	17/8	14,3/14,3	243	2,3	106	0,09	2592	1802	4,15	434	0,19	9610			
Kaarinan-Piikkiön tkky	27535	19/5	26/11	349	3,8	92	0,31	1117	2400	5,3	453	0,59	4042			
Kangasalan seudun tkky	32973	22/22	36/17	353	4,2	84	0,53	672	2461	4,2	586	0,53	4688			
Kankaanpään ktt:n ky	20182	16/6	32/7	166	1,35	123	0,18	949	1394	2,35	593	0,23	6196			
Kannus	6026	4/2	6/3	70	0,85	82	0,11	622	500	1,5	333	0,09	5333			
Kauhajoki	14601	10/10	13/8	142	1,25	100	0,06	2272	1118	1,75	639	0,15	7453			
Kauhavan seudun ktt:n ky	10655	8/4	13,5/7	103	2,08	50	-	-	730	2,3	317	-	-			
Kemiönsaaren tkky	7560	5/3	10/4	63	1,8	35	0,05	1260	394	1,6	246	0,05	7880			
Keuruun-Multian thky	13589	9/7	19,5/8	120	2	60	-	-	720	2,13	339	-	-			
Kihniö	2379	8/4	13,5/7	17	0,3	57	0,04	453	136	0,4	340	0,04	3627			
Kiikoisten, Lavian ja Suodenniemen terveysvoimen ja vanhustenhuollon ky	4973	3/3	5,5/4	33	0,5	66	0,05	660	250	0,63	400	0,13	2000			

Terveyskeskus	Asukasluku 2003	Äitiysneuvola										Lastenneuvola									
		Lääkärit		Terv.hoitajat		Syntyneet		Terv.hoitaja		Lääkäri		0-6 -vuotiaat		Terv. hoitaja		Lääkäri		Lääkäri		Lääkäri	
		yht/nla	yht/nla	lapset	työpanos	indeksi	työpanos	indeksi	lapset	työpanos	indeksi	työpanos	indeksi	lapset	työpanos	indeksi	työpanos	indeksi	työpanos	indeksi	työpanos
Kinnula	1949	2/1	1/1	18	0,2	90	0,01	1440	125	0,3	417	0,01	10000								
Kokemäki	8559	5/2	9/2,3	78	0,8	98	0,06	1248	522	1,19	437	0,1	5220								
Kokkolanseudun tkky	44093	32,5/12	48/21,5	561	6	94	0,23	2493	3779	6,25	605	-	-								
Korpilahti-Muurame thky	5046	9,5/4	8,5/5,5	179	2,01	89	0,16	1102	1275	2,88	443	0,23	5667								
Korppoo	1040	1/1	1/1	4	0,05	80	-	-	50	0,15	333	0,03	2000								
Kristiinakaupungin-Karjjoen tkky	9641	6/4	13/11	67	0,55	122	0,01	10 720	525	1,05	500	0,08	7000								
Kruunupyö	6839	4/3	7,5/5	62	0,93	67	0,03	1984	481	1,65	292	0,06	8551								
Kurikka	10589	6/3	10/5	103	0,96	108	0,06	1648	776	2,1	370	0,1	7770								
Kuru	2770	1,2/1	3/2	25	0,3	83	0,02	1481	193	0,5	386	0,03	5826								
Kyrönmaan tkky	17 305	11/9	23/11	182	1,29	141	-	-	1242	4,9	254	-	-								
Laitilan-Pyhärannan ktt:n ky	10975	2/3	6,5/5	98	1,55	63	0,14	712	750	1,83	411	0,16	4800								
Lappejärvi	3781	3/2	5/2	31	0,4	77,5	0,05	620	185	0,5	370	0,05	3700								
Lapua	14039	8/8	14/-	150	1,48	102	0,18	828	1123	2,63	428	0,33	3390								
Laukaa	16756	12,5/9	14/8	216	-	-	-	-	1372	-	-	-	-								
Lempäälä	17614	10/10	17/10	210	2,5	84	0,13	1680	1678	-	-	-	-								
Loimaan seudun ktt:n ky	18740	13/7	19,5/5	188	2,13	89	0,15	1253	1248	2,63	475	0,35	3566								
Luoteis-Satakunnan ktt:n ky	14358	10/9	12/4,5	134	2	67	0,13	1072	1009	2,5	404	0,19	5381								
Luvia	3290	2/2	6/2	32	0,5	64	0,04	853	272	0,6	453	0,04	7253								
Malax - Korsnäs hvckf	7810	5/2	8/6	56	0,5	112	0,08	747	505	0,75	673	0,1	5050								
Maskun ktt:n ky	14213	8/4	13/8	159	1,88	84,8	0,13	1272	1264	2,73	464	0,64	1964								
Mouhijärvi	2986	2/1	3/1	30	0,3	100	0,04	686	275	0,68	407	0,04	6286								
Mustasaari	17173	12/6	17/7	208	-	-	0,31	666	1459	-	-	0,52	2813								
Mynämäen-Mietoisten tkky	7947	-/1	8/3	77	0,8	96	0,11	725	615	1,75	351	0,19	3280								
Mäntän seudun terveydenhuoltoalue	12379	7/2	17/-	140	-	-	0,1	1400	800	-	-	0,1	8000								
Naantalin ktt:n ky	16860	10/7	15/8	194	1,63	119	0,2	970	1399	3,25	431	0,38	3731								
Nauvo	1454	1/1	1/1	9*	-	-	0,08	120	95	-	-	-	-								
Nokia	28471	16/-	23/10	311	3,17	98	0,09	3317	2418	4,81	503	0,38	6448								
Närpiön tkky	11194	8/4	12,5/8	88	0,94	94	0,09	939	628	1,04	605	0,13	5024								
Oravaisten, Vöyrin ja Maksamaan tkky	6785	5/3	7/7	-	0,75	-	0,06	-	-	1	-	0,06	-								
Orivesi	8894	7/6	10/6	74	1,2	62	0,09	822	645	3	215	0,19	3395								
Paimion - Sauvon ktt:n ky	12751	8/2	9/4	130	1,23	106	0,2	650	996	2,35	424	0,2	4980								
Palokan thky	42861	23/16	40/18	561	7,08	79	0,11	4987	3491	10,18	343	-	-								

Terveyskeskus	Asukasluku 2003	Äitiysneuvola				Lasten neuvola							
		Lääkärit yht/nla	Terv.hoitajat yht/nla	Syntyneet lapset	Terv.hoitajat työpanos	Lääkäri työpanos	6-vuotiaat lapset	Terv.hoitajat työpanos	Lääkäri työpanos				
		indeksi	indeksi	indeksi	indeksi	indeksi	indeksi	indeksi	indeksi				
Parainen	12011	7/2	11/4,8	123	1,91	64	0,11	1093	870	2	435	0,14	6327
Parkano	7527	1/2	9/3,3	57	0,95	60	0,1	570	442	0,95	463	0,06	7072
Perniö-Särkisalo	6051	4/2	8/2	54	0,95	57	0,04	1440	450	0,95	474	0,06	7200
Pietarsaaren seudun tkky	33948	19/11	36/20	445	8,5	52	0,18	2543	2830	5	566	0,53	5391
Pihlpuudas	4992	4/2	7/2	50	0,95	52	0,05	1000	340	0,95	357	0,04	9067
Pori	76190	40/25	77/43	723	7,7	94	0,8	904	5167	11,63	445	0,99	5233
Pöytyän ktt:n ky	11 761	7/4	11/7	86	1,93	45	-	-	861	2,25	383	-	-
Raisio	23468	17/8	17/12	258	2,8	92	0,2	1290	1957	4,8	408	0,2	9864
Rauman ktt:n ky	46588	24/8	42/16	421	3	140	0,49	853	3175	7,25	438	0,7	4536
Ruovesi	5472	4/4	6/3	46	0,6	77	0,1	460	345	0,85	406	0,1	3450
Rusko	3705	2/2	2/1	48	0,48	101	0,03	1920	400	0,63	640	0,06	6400
Saarijärven-Karstulan seudun thky	21270	14,3/7	27,5/14	180	2,4	75	-	-	1100	3,25	339	-	-
Salon seudun ktt:n ky	46059	26/20	48/30	459	4,95	93	0,53	864	4213	7,95	530	0,69	6128
Seinäjoen seudun terveysyhtymä	51705	23/14	50,5/27	670	6,45	104	0,47	1429	4384	10,6	414	0,61	7158
Somero	9676	6/2	7/4	100	1,6	63	0,08	1333	600	1,6	375	0,11	5333
Säkylän ja Köyliön ktt:n ky	7932	5/2	9,5/3	70	1	70	0,06	1244	536	0,88	613	0,06	9528
Tampere	199823	89/-	130/-	2248	22,9	98	2,28	988	14 059	29,8	472	3,66	3845
Teuva	6328	4/4	7/5	49	0,5	98	0,02	2613	413	0,75	551	0,04	11 013
Toholampi	3662	4/2	4/2	49	0,48	103	0,05	980	304	0,7	434	0,05	6080
Toijala	8332	6/2	8/3	-	1	-	0,1	-	636	1,8	353	0,1	6360
Tunkkarin thky	9627	6/1	10/5,5	105	1,3	81	0,08	1292	620	3	207	0,1	6200
Turku	174258	77/37	120/-	1729	17,2	101	1,25	1383	11 560	29,1	397	5,41	2136
Uvilan ktt: ky	13991	8/3	15/10	151	1,8	84	0,08	2013	1107	2,6	426	0,19	5714
Uusikaarlepyy	7454	5/2	-7	73	0,95	77	0,1	730	456	1,8	253	0,2	2280
Uusikaupunki	16355	10/5	11/6	175	-	-	0,43	405	1120	2,38	472	0,16	6892
Vaasa	59925	42/-	48/16	695	6,75	103	0,6	1158	4235	10,2	415	1,1	3850
Valkeakoski	20464	14,5/4	12/8	144	1,5	96	0,11	1280	1450	2,6	558	0,2	7365
Vammalan ja Äetsän ktt:n ky	20 236	15/11	21/9,5	222	2,25	99	0,13	1776	1500	3,25	462	0,29	5217
Vehmassalon ky	5223	5/3	8/4	30	0,46	66	0,05	600	280	0,95	295	0,09	3200
Velkua	240	-/-	-/-	-	-	-	-	-	15	-	-	-	-
Vesilahti	3656	3/2	3/2	55	0,6	92	0,04	1467	402	0,8	503	0,08	5360
Viitasaari	7593	7/3	7/3	63	1,06	59	0,03	1939	448	1,18	381	0,05	8960

Terveyskeskus	Asukasluku 2003	Aitiysneuvola				Lasten neuvola							
		Lääkärit yht/nla	Terv.hoitajat yht/nla	Syntyneet lapset	Terv.hoitaja työpanos	indeksi	Lääkäri työpanos	indeksi	Terv.hoitaja työpanos	indeksi	Lääkäri työpanos	indeksi	
Ylihärnä	3051	2/1	4/2	29	0,3	97	0,03	1160	251	0,38	669	0,04	5737
Ähtärinjärven ktt:n ky	11823	10/4	20/5	-	1	-	0,13	-	764	1,88	408	0,13	6112
Ääneseudun thky	20425	20/6	25,3/11	238	3,13	76	0,16	1465	1663	3,25	512	0,22	7602
Viljakkala	2074	1/1	1/1	21	0,1	210	0,01	1680	145	0,25	580	0,04	3867
Vimpeli	3417	2/2	5/2	29	0,3	97	0,02	1547	222	0,6	370	0,04	5920
Virrat	8077	6/4	10/4	70	-	-	-	-	460	-	-	-	-

--tieto puuttuu, * tieto Sotkanetistä

LIITETAULUKKO 1. Äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaat ja henkilöstövoimavarat terveyskeskuksittain
1d. Etelä-Suomen lääni

Terveyskeskus	Äitiysneuvola						Lastenneuvola							
	Asukasluvut		Lääkärit		Terv.hoitajat		Syntyneet lapset		0-6-vuotiaat lapset		Terv. hoitajat		Lääkäri	
	2003	yht/nla	yht/nla	yh/nla	työpanos	indeksi	työpanos	indeksi	työpanos	indeksi	työpanos	indeksi	työpanos	indeksi
Anjalankoski	17108	10/6	16/10	139	2,35	59	0,13	1112	767	3,25	374	0,11	9 257	
Asikkala	8573	7/6	5/4	72	0,93	78	0,08	960	480	2,38	202	0,3	1600	
Askola	4499	2,6/2	3/3	64	0,8	80	0,1	2560	402	0,85	473	0,06	6432	
Elimäki	8444	5/4	7/4	101	1,25	81	0,12	851	750	1,75	429	0,12	6316	
Espoo	225858	110/-	147/96	3165	36	87	3,19	991	21 902	43,5	504	5,79	3780	
Forssan seudun thky	35557	24/10	26/6,5	366	-	-	-	-	2631	-	-	-	-	
Hanko	9962	5/2	9/4	107	0,95	113	0,6	713	682	2,38	287	0,15	4547	
Hamina	21919	-/5	21/10	194	3,35	58	0,9	862	1411	4,5	314	0,3	4703	
Hartola	3719	3/1	5/1	30	0,25	120	0,2	600	218	0,45	624	0,05	4360	
Helsinki	557814	270/174	317/244	6022	75	80	0,7	860	38 311	91	421	11,38	3368	
Hämeenlinna	47090	37/20	47/30	657	7,43	88	2,25	1168	4848	8,43	575	0,63	7757	
Hyvinkää	434 77	21/7	24/13	441	7,2	61	2,05	861	3503	7,8	449	0,63	5605	
Iitti	7368	5/3	7/2,5	72*	-	-	0,06	1152	500	1,38	364	0,13	4000	
Imatra	29892	14/12	17/9	244	3	81	0,2	1220	1554	4,2	370	0,3	5180	
Jaala	1919	1/1	2/1	16	0,2	80	-	-	113	0,2	565	-	-	
Janakkala	15659	-/	16/6	179	-	-	-	-	1293	-	-	-	-	
Joutseno	10835	6/3	10/5	101	1,73	59	0,09	1154	728	1,85	394	0,1	7280	
Järvenpää	37253	25/8	27/12	483	4,7	59	1,8	1073	3301	7,5	440	0,8	4126	
Karjaa	9068	6/4	10/3	105	0,98	108	0,38	1120	671	1,95	344	0,09	7157	
Karjalohja	1506	1/1	1/1	13	0,13	104	0,05	1040	112	0,2	560	0,03	3584	
Karkkila	8823	5/5	7/3	85	1	85	0,08	1133	630	-	-	-	-	
Kauniainen	8463	4/3	10/3	88	0,96	92	0,08	1173	684	2,74	250	0,15	4560	
Kerava	31375	20/8	20/12	324	4	81	0,48	682	2440	4,9	498	0,53	4648	
Kirkkonummi	32523	17,5/12	23/10	472	4,78	99	0,5	944	3400	4,74	717	3	1133	
Kotka	54670	26/12	31/22	473	5,28	90	0,25	1926	3213	8,61	373	0,63	5090	
Kouvola-Valkkealan ktt:n ky	42564	26/6	35/17	426	6,9	62	0,24	1448	2756	8,3	332	1,23	1958	
Kuusankoski	20441	11/6	21/8	203	-	-	0,19	1083	1618	-	-	0,6	2697	
Lahti	98216	46/-	56/27	970	9,25	105	0,75	1293	6850	15	457	0,63	10960	
Lammi-Tuulos	5621	4/2	7,5/3	69	0,6	115	0,08	920	526	1,6	329	0,33	1619	
Lappeenranta	58778	29/12	6/3	545	6,5	84	0,4	1363	3545	12,5	284	0,6	5908	
Lohja	36222	19/13	28/12	364	5,2	70	0,29	1266	3049	5,6	545	0,35	8711	
Loviisa	7436	14/11	26/20	167	122	122	-	-	1291	2,75	470	0,55	2347	
Luumäki	5295	4/2	5/2,5	30	0,3	100	0,05	600	334	0,8	418	0,06	5344	
Miehikkälä	2463	2/1	3/2	23	0,4	58	0,03	920	140	0,38	373	0,03	5600	
Mäntsälä	17765	10/2	14/8	235	3,5	67	0,4	588	1773	2,7	657	0,65	2728	

Terveyskeskus	Asukasluvut			Äitiysneuvola										Lasten neuvola			
	2003	Lääkärit yht/nla	Terv.hoitajat yht/nla	Syntyneet lapset	työpanos	indeksi	Terv.hoitaja indeksi	työpanos	indeksi	Lääkäri työpanos	indeksi	0-6 -vuotiaat lapset	työpanos	indeksi	Terv. hoitaja työpanos	indeksi	Lääkäri työpanos
Nastola	14789	10,5/6	10/7	150	1,7	88	1500	0,1	1500	1175	3,6	326	0,2	5875			
Nummi-Pusula	5932	4,5/2	5/4	55	0,6	92	733	0,08	733	468	0,83	567	0,13	3744			
Nurmijärvi	36477	22/7	33/14	502	5,55	91	1545	0,33	1545	4021	8,51	473	0,78	5188			
Oriinmäen seudun ktt:n ky	13009	10/4	19/14	200	2,38	84	914	0,22	914	1470	4	368	0,13	11760			
Parikkala	4401	31/10	9/4	30	0,2	150	800	0,04	800	270	0,6	450	0,06	4800			
Pohja	4976	4/2	4/2	51	0,9	57	-	-	-	402	0,95	422	-	-			
Pormainen	4506	4/1	5/3	71	-	-	947	0,08	947	550	-	-	0,1	5500			
Porvoo	46660	31/10	25/15	533	6,1	87	1218	0,44	1218	3810	6,95	548	0,63	6096			
Pyhtää	5217	4/2	6/5	64	0,38	171	-	-	-	389	1,08	362	-	-			
Rautjärvi	4379	4/1	5/1	33	0,25	132	754	0,04	754	262	0,5	524	0,14	1906			
Riihimäen seudun tkky	42142	31/10	33,5/18	459	5	92	1224	0,38	1224	3373	8	422	0,44	7710			
Ruokolahti	6013	4/2	5/2	43	0,6	72	573	0,08	573	365	0,6	608	0,08	4867			
Sammatti	1240	-	-	12	-	-	-	-	-	90	0,3	300	0,01	7200			
Savitaipale-Suomenniemi	4193	4/4	5/3	38	0,15	253	608	0,06	608	234	0,68	347	0,06	3744			
Siuntio	5234	3/2	3/2	100	0,95	105	1333	0,08	1333	450	0,95	472	0,08	6000			
Sipoo	18518	11/9	13,5/7	237	2,5	95	998	0,24	998	1994	3,35	595	0,33	6135			
Sysmä	4718	4/2	6/1	35	0,38	93	700	0,05	700	280	0,6	467	0,08	3733			
Taipalsaari	4845	3/2	5/3	43	0,28	156	1147	0,04	1147	384	1,15	334	0,14	2793			
Tammisaari	14517	9/-	10/6	129*	-	-	-	-	-	1010	-	-	-	-			
Tiirismaan ktt:n ky	27667	16/3	22/11,5	309	2,93	106	-	-	-	2279	6,15	371	-	-			
Tuusula	34402	23/-	21/11	437	6	73	874	0,5	874	3479	6	580	0,5	6958			
Vhti	25387	15/5	18/9	312	4,5	69	1135	0,28	1135	2379	4,5	529	0,43	5598			
Vantaa	184956	118/-	138/91	2493	27,2	92	-	-	-	16539	36,9	448	-	-			

--tieto puuttuu, * tieto Soikanetissä

LIITETAULUKKO 2. Hyvinvointiohjelmat, sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen ja lääkäreiden väestövastuuvirkaehtosopimukset terveyskeskuksittain

2a. Lapin lääni

Terveyskeskus	Väestön hyvinvointi	Lapsiperheet	Päihdeasiat	Terveystoimen edistäminen	Mielen-terveys	Yhdistetty sosiaali- ja terveystoimi		Lääkäreillä väestövastuuvirkaehtosopimus	
						Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
Kemijärvi	Suunn.	Kyllä	Kyllä	Suunn.	-	X			X
Kemi	-	Kyllä	Kyllä	-	Kyllä	X			X
Keminmaa	Ei suunn.	Ei suunn.	Kyllä	Kyllä	Kyllä		X		X
Kittilä	Valm.	Suunn.	Suunn.	Kyllä	Ei suunn.	X			X
Kolari	Ei suunn.	Suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	X		X	X
Muonion – Enontekiön ktt:n ky	Ei suunn.	Ei suunn.	Kyllä	Ei suunn.	Ei suunn.		X		X
Pelkosenniemen - Savukosken ktt:n ky	-	-	-	-	-		X		X
Pello	Ei suunn.	Kyllä	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.		X		X
Posio	Kyllä	Valm.	Suunn.	Kyllä	Valm.	X			X
Ranua	-	-	-	-	-	X			X
Rovaniemi	Kyllä	Suunn.	Suunn.	Suunn.	Suunn.	X			2006
Rovaniemen maalaiskunta	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	X		X	
Salla	-	-	-	-	Valm.	X			2004
Simo	Suunn.	Valm.	Kyllä	Ei suunn.	Suunn.	X			X
Sodankylä	Ei suunn.	Suunn.	Valm.	Ei suunn.	Ei suunn.	X			X
Tervola	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.		X		X
Tornio	Ei suunn.	Ei suunn.	Kyllä	Ei suunn.	Ei suunn.	X			X
Ylitornio	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.		X	X	

- tieto puuttuu, valm. = ohjelma valmistella, suunn. = ohjelma suunnitella, ei suunn. = ei suunnitella ohjelmaa

LIITETAULUKKO 2. Hyvinvointiohjelmat, sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen ja lääkäreiden väestövastuuvirkaehtosopimukset terveyskeskuksittain

2b. Oulun lääni

Terveyskeskus	Väestön hyvinvointi	Lapsiperheet	Päihdeasiat	Terveystoimen edistäminen	Mielen-terveys	Yhdistetty sosiaali- ja terveystoimi		Lääkäreillä väestövastuuvirkaehtosopimus	
						Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
Haapajärvi	-	-	Kyllä	-	-	X			X
Haapavesi**	Kyllä	Valm.	Ei suunn.	Suunn.	Suunn.	X			X
Hailuoto	Valm.	Ei suunn.	Ei suunn.	Kyllä	Kyllä	X			X
Haukipudas	Valm.	Suunn.	Kyllä	Suunn.	Valm.	X	X		
Hyrnsalmi	Valm.	Suunn.	Kyllä	Suunn.	Suunn.	X			X
Ii	Valm.	Valm.	Kyllä	Suunn.	Kyllä	X			X
Kajaani	Kyllä	Valm.	Valm.	Kyllä	Kyllä	X			X
Kalajoensuu	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Ei suunn.	Kyllä	X			X
Kempele	Kyllä	Kyllä	Valm.	Valm.	Kyllä	X			X
Kiiminki	Ei suunn.	Kyllä	Kyllä	Ei suunn.	Suunn.	X			X
Kuhmo	Suunn.	Suunn.	Kyllä	Suunn.	Suunn.	X			X
Kuivaniemi	Ei suunn.	Suunn.	Suunn.	Suunn.	Kyllä	X			X
Kuusamo	Kyllä	Kyllä	Valm.	Ei suunn.	Valm.	X			X
Kärsämäki	-	-	Kyllä	-	-	X			X
Liminka	-	-	-	-	-	X			X
Muhos	-	Kyllä	Kyllä	-	-	X		X	
Nivala	-	-	-	-	-	X			X
Oulaisten seudun ktt:n ky	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Valm.	X	X		X
Oulu	Ei suunn.	Kyllä	Kyllä	Suunn.	Kyllä	X		X	
Oulunsalo	-	Valm.	-	-	Valm.	X			X
Paltamo	Suun.	Suunn.	Suunn.	Suunn.	Suunn.	X			X
Pudasjärvi	Valm.	Kyllä	Kyllä	Suunn.	Valm.	X			X
Pyhäjärvi	Kyllä	Suunn.	Kyllä	-	-	X			X
Raahen seudun thky	Valm.	Kyllä	Valm.	Valm.	Valm.	X	X		X
Rantsila	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	X			X
Reisjärvi	-	-	-	-	-	X			X
Siikalatvan ky	Ei suunn.	Ei suunn.	Kyllä	Suunn.	Suunn.	X	X		X

Terveyskeskus	Väestön hyvinvointi	Lapsiperheet	Päihdeasiat	Terveyden edistäminen	Mielen-terveys	Yhdistetty sosiaali- ja terveystoimi		Lääkäreillä väestövastuu- virkaehtosopimus	
						Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
Sotkamo	-	Kyllä	Kyllä	-	-	X		Kyllä	X
Suomussalmi	-	Suunn.	Kyllä	-	-	X		Kyllä	X
Taivalkoski	Valm.	Suunn.	Ei suunn.	Suunn.	Valm.	X		Kyllä	X
Utajärvi	Suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	X		Kyllä	X
Vaala	Valm.	Suunn.	Kyllä	Ei suunn.	-	-		-	-
Vieskan thky	Kyllä	Suunn.	Valm.	Ei suunn.	-	X		Kyllä	X
Yli-Ii	Kyllä	Kyllä	-	-	Kyllä	X		Kyllä	X
Ylikirjuri	-	Kyllä	Kyllä	-	Suunn.	X		Kyllä	X

- tieto puuttuu, valm. = ohjelma valmisteilla, suunn. = ohjelma suunnitteilla, ei suunn. = ei suunnitteilla ohjelmaa, **Piippola ostaa Haapavedeltä palvelut

LIITETAULUKKO 2. Hyvinvointiohjelmat, sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen ja lääkäreiden väestövastuuvirkaehtosopimukset terveyskeskuksittain

2c. Länsi-Suomen lääni

Terveyskeskus	Väestön hyvinvointi	Lapsiperheet	Päihdeasiat	Terveysten edistäminen	Mielen-terveys	Yhdistetty sosiaali- ja terveystoimi			Lääkäreillä väestövastuuvirkaehtosopimus		
						Kyllä	Ei		Kyllä	Ei	Suunnitteilla
Alahärmä	-	Kyllä	-	-	-	X			X		
Alajärvi	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.		X		X		
Alavudenseudun thky	Suunn.	Valm.	Kyllä	Valm.	Ei suunn.		X		X		
Etelä-Pirkanmaan thky	Ei suunn.	Kyllä	Kyllä	Ei suunn.	Kyllä	-			X		
Eura	-	Kyllä	Suunn.	Suunn.	-		X		X		
Evijärvi	Suunn.	Kyllä	Kyllä	Valm.	Kyllä	X			X		
Hankasalmi	Suunn.	Ei suunn.	Valm.	Suunn.	Valm.	X			X		
Härjavalta	Kyllä	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.		X		X		
Huittinen	Ei suunn.	Suunn.	Kyllä	Ei suunn.	Suunn.	X			X		
Hämeenkyrö	Ei suunn.	Kyllä	Kyllä	Valm.	Valm.	X			X		
Härkätien ktt:n ky	Valm.	Kyllä	Suunn.	Ei suunn.	Valm.	X			X		
Ikaalinen	Valm.	Valm.	-	-	Valm.	X			X		
Ilmajoki	Suunn.	Suunn.	Kyllä	Kyllä	-	X			X		
Isojoki	-	-	Valm.	Kyllä	Suunn.	X			X		
Jalasjärvi	-	Kyllä	Kyllä	Ei suunn.	Kyllä		X		X		
Joutsan seudun thky	Ei suunn.	Ei suunn.	Suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.		X		X		
Jurva	Ei suunn.	Kyllä	Ei suunn.	Valm.	Ei suunn.	X			X		
Juupajoki	-	-	-	-	-	X			X		
Jyväskylä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Ei suunn.	Kyllä		X		X		
Jämsän seudun thky	-	Valm.	-	-	Valm.		X		X		
Kaarinan-Piikkion tkky	Ei suunn.	Valm.	Kyllä	Ei suunn.	Valm.		X		X		
Kangasalan seudun tkky	Ei suunn.	Kyllä	Suunn.	Suunn.	Valm.		X		X		
Kankaanpään ktt:n ky	-	-	Suunn.	Suunn.	Suunn.		X		X		
Kannus	Ei suunn.	Valm.	Suunn.	Suunn.	Suunn.	X			X		
Kauhajoki	-	-	Kyllä	Valm.	-	X			X		
Kauhavan seudun ktt:n ky	Suunn.	Kyllä	Kyllä	Suunn.	Valm.		X		X		
Kemiönsaaren tkky	Valm.	Ei suunn.	Kyllä	Ei suunn.	Ei suunn.		X		X		
Keuruu-Multian th ky	Suunn.	Kyllä	Kyllä	Suunn.	Kyllä		X		X		

Terveyskeskus	Väestön hyvinvointi	Lapsiperheet	Päihdeasiat	Terveystiedot	Mielen-terveys	Yhdistetty sosiaali- ja terveystoimi		Lääkäreillä väestövastuuvirkaehtosopimus	
						Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
Kihniö	Ei suunn.	Ei suunn.	Valm.	Ei suunn.	Valm.	X			X
Kiikoisten, Lavian ja Kinnula	Ei suunn.	Ei suunn.	Valm.	Ei suunn.	Valm.		X		X
Kokemäki	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	-	Valm.	X		-	X
Kokkolanseudun tkky	Suunn.	Suunn.	Valm.	Suunn.	Suunn.	X		X	
Korpilahti-Muurame thky	-	Kyllä	Valm.	Suunn.	Valm.	X		X	
Korppoo	-	Kyllä	Kyllä	Suunn.	Kyllä	X		X	
Kristiinankaupungin-Karjooen	Ei suunn.	Ei suunn.	Suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	X		X	
Kruunupyö	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Ei suunn.	X		X	
Kurikka	-	-	Kyllä	Kyllä	Kyllä	X		X	
Kuru	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	Valm.	X		X	
Kyrönmaan tkky	Ei suunn.	Valm.	Suunn.	Valm.	Suunn.		X	X	
Laitilan – Pyhäjärven ktt:n ky	-	Kyllä	-	-	-		X		
Lappajärvi	Valm.	Valm.	Valm.	Valm.	Valm.		X		
Lapua	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Ei suunn.	Suunn.	X		X	
Laukaa	-	Valm.	Kyllä	-	-	X		X	
Lempäälä	Ei suunn.	Kyllä	Kyllä	Ei suunn.	Valm.	X		X	
Loimaan seudun ktt:n ky	Ei suunn.	Kyllä	Kyllä	-	Suunn.	X		X	
Luoteis-Satakunnan ktt:n ky	Ei suunn.	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä		X	X	
Luvia	Ei suunn.	-	-	-	-		X	X	
Malax – Korsnäs hvckf	-	Kyllä	Kyllä	-	-	X		X	
Maskun ktt:n ky	Ei suunn.	-	Kyllä	Valm.	Valm.		X	X	
Mouhijärvi	-	-	-	-	-		X	X	
Mustasaari	Suunn.	Suunn.	Ei suunn.	Suunn.	Ei suunn.	X		X	2005
Mynämäen-Mietoisten tkky	Ei suunn.	Ei suunn.	-	Ei suunn.	Ei suunn.		X	X	
Mäntän seudun	Ei suunn.	Suunn.	Suunn.	Ei suunn.	Suunn.		X	X	
Naantalien ktt:n ky	Ei suunn.	Suunn.	Kyllä	Kyllä	Kyllä		X	X	
Nauvo	-	-	Valm.	-	Valm.			X	
Nokia	-	Kyllä	Kyllä	-	Kyllä		X	X	
Närpiön tkky	Valm.	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä		X	X	
Oravaisten, Vöyrin ja	Ei suunn.	Suunn.	Suunn.	Kyllä	Ei suunn.		X	X	2006

Terveyskeskus	Väestön hyvinvointi	Lapsiperheet	Päihdeasiat	Terveyden edistäminen	Mielen-terveys	Yhdistetty sosiaali- ja terveystoimi		Lääkäreillä väestövastuuvirkaehtosopimus	
						Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
Orivesi	Suunn.	Suunn.	Suunn.	Kyllä	Kyllä	X		X	
Paimion – Sauvon ktt:n ky	Ei suunn.	Kyllä	Kyllä	Ei suunn.	Suunn.		X	X	
Palokan thky	Ei suunn.	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Ei suunn.		X	X	
Parainen	Ei suunn.	Ei suunn.	Kyllä	Valm.	Valm.			X	
Parkano	-	Kyllä	Valm.	-	-	X		X	
Perniö	Ei suunn.	Valm.	-	-	-	X		X	
Pietarsaaren seudun tkky	Ei suunn.	Ei suunn.	Kyllä	Ei suunn.	Kyllä	X		X	
Pihtiopudas	Ei suunn.	Ei suunn.	Kyllä	Ei suunn.	Valm.		X	X	
Pori	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	-	X		X	
Pöytyän ktt:n ky	Suunn.	Valm.	Valm.	Valm.	Suunn.		X	X	
Raisio	-	Kyllä	-	-	-		X	X	
Rauman ktt:n ky	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Ei suunn.	Kyllä	X		X	
Ruovesi	Ei suunn.	Ei suunn.	Kyllä	-	Kyllä		X	X	
Rusko	Suunn.	Suunn.	Suunn.	Suun.	Suunn.	X		X	
Saarijärven-Karstulan seudun	Ei suunn.	Ei suunn.	Kyllä	Ei suunn.	Kyllä		X	X	
Salon seudun ktt:n ky	Valm.	-	Kyllä	-	-		X	X	
Seinäjoen seudun	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä		X	X	
Somero	-	-	Suunn.	-	-		X	X	
Säkylän ja Köyliön ktt:n ky	Ei suunn.	Kyllä	Kyllä	Ei suunn.	Ei suunn.	X		X	
Tampere	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä		X	X	
Tammisaari	-	Kyllä	-	-	-	X		X	
Teuva	Ei suunn.	Suunn.	Suunn.	Valm.	Valm.	X		X	
Toholampi	Kyllä	-	Kyllä	Suunn.	-	X		X	
Toijala	Suunn.	Kyllä	Kyllä	Suunn.	Kyllä		X	X	
Tunkkarin thky	-	-	-	-	Kyllä		X	X	
Turku	-	-	-	-	-		X	X	
Ulvilan ktt:n ky	Ei suunn.	Kyllä	Suunn.	Kyllä	-		X	X	
Uusikaupunki	Kyllä	Kyllä	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	X		X	
Uusikaarlepyy	-	-	-	-	-		X	X	
Vaasa	-	-	-	-	-	X		X	
Valkeakoski	-	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	X		X	
Vammalan ja Äetsän ktt:n ky	Valm.	Kyllä	Kyllä	Valm.	Valm.		X	X	

Terveyskeskus	Väestön hyvinvointi	Lapsiperheet	Päihdeasiat	Terveystiedon edistäminen	Mielen-terveys	Yhdistetty sosiaali- ja terveystoimi		Lääkäreillä väestövastuuvirkaehtosopimus	
						Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
Vehmassalon ky	Valm.	Ei suunn.	Valm.	Ei suunn.	Suunn.		X		X
Velkua	-	-	-	-	-	X		-	-
Vesilahti	Ei suunn.	Kyllä	Ei suunn.	Ei suunn.	Kyllä	X		X	
Viitasaari	Ei suunn.	Ei suunn.	Kyllä	Suunn.	Valm.	X			X
Viljakkala	Valm.	Kyllä	Suunn.	Ei suunn.	Suunn.	X			X
Vimpeli	Suunn.	Valm.	Suunn.	Suunn.	Ei suunn.	X			X
Virrat	-	-	-	-	Kyllä		X	X	
Ylihärmä	Suunn.	Kyllä	Suunn.	Ei suunn.	Kyllä	X			X
Ähtärinjärven ktt:n ky	Valm.	Kyllä	Kyllä	Valm.	-		X		X
Ääneseudun thky	Ei suunn.	Suunn.	Kyllä	Suunn.	Suunn.		X		X

- tieto puuttuu, valm. = ohjelma valmistella, suunn. = ohjelma suunnitella, ei suunn. = ei suunnitteilla ohjelmaa

LIITETAULUKKO 2. Hyvinvointiohjelmat, sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen ja lääkäreiden väestövastuuvirkaehtosopimukset terveyskeskuksittain

2d. Etelä-Suomen lääni

Terveyskeskus	Väestön hyvinvointi	Lapsiperheet	Päihdeasiat	Terveyden edistäminen	Mielen-terveys	Yhdistetty sosiaali- ja terveystoimi		Lääkäreillä väestövastuuvirkaehtosopimus	
						Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
Anjalankoski	Kyllä	Valm.	Kyllä	Kyllä	-	X		X	
Asikkala	Suunn.	Suunn.	Kyllä	Suunn.	Ei suunn.	X		X	
Askola	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	X		X	
Elimäki	Ei suunn.	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Ei suunn.	X		X	
Espoo	-	Kyllä	Kyllä	Suunn.	Ei suunn.	X		X	
Forssa	Kyllä	Ei suunn.	Kyllä	Kyllä	Kyllä	X	X	X	
Hanko	Ei suunn.	Kyllä	-	Suunn.	Ei suunn.	X		X	
Hamina	Ei suunn.	Suunn.	Suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	X		X	
Hartola	Suunn.	-	Valm.	Valm.	Valm.	X			2005
Helsinki	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	X	X	X	
Hämeenlinna	-	Kyllä	Kyllä	-	Kyllä	X	X	X	
Hyvinkää	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	-	X		X	
Iitti	Suunn.	Valm.	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	X		X	
Imatra	Valm.	Kyllä	Kyllä	Suunn.	-	X		X	
Jaala	Valm.	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	X		X	
Janakkala	-	Suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	X		X	
Joutseno	-	Kyllä	Kyllä	-	-	X		X	
Järvenpää	-	Kyllä	Kyllä	Kyllä	-	X		X	
Karjaa	Suunn.	Valm.	Suunn.	Suunn.	Ei suunn.	X		X	
Karjalohja	Ei suunn.	Suunn.	Suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	X	X	X	X
Karkkila	-	-	-	-	-	X		X	
Kauniainen	Valm.	Kyllä	Kyllä	Valm.	Kyllä	X		X	
Kerava	Kyllä	Kyllä	Valm.	Kyllä	Suunn.	X		X	
Kirkkonummi	Suunn.	Suunn.	Valm.	Suunn.	Ei suunn.	X	X	X	
Kotka	Valm.	Kyllä	Kyllä	Valm.	-	X		X	
Kouvolaan-Valkkealan ktt:n ky	Kyllä	Kyllä	Suunn.	Kyllä	Ei suunn.	X	X	X	
Kuusankoski	Suunn.	Suunn.	Valm.	Valm.	Valm.	X	X	X	
Lahti	Ei suunn.	Suunn.	Valm.	Ei suunn.	Ei suunn.	X		X	

Terveyskeskus	Väestön hyvinvointi	Lapsiperheet	Päihdeasiat	Terveyden edistäminen	Mielen-terveys	Yhdistetty sosiaali- ja terveys toimi		Lääkäreillä väestövastuu- virkaehtosopimus	
						Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
Lammi-Tuulos	-	-	-	Kyllä	-	Kyllä	X	X	
Lappeenranta	Valm.	Kyllä	Kyllä	Suunn.	Valm.	X	X	X	
Lohja	-	Suunn.	Kyllä	-	-	X	X	X	
Lovisa	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	X	X	X	X
Luumäki	Ei suunn.	Suunn.	Kyllä	Valm.	Valm.	X	X	X	X
Miehikkälä	Suunn.	Suunn.	Suunn.	Kyllä	Kyllä	X	X	X	X
Mäntsälä	Suunn.	Kyllä	-	Suunn.	Suunn.	X	X	X	X
Nastola	Ei suunn.	Kyllä	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	X	X	X	X
Nurmi-Pusula	Ei suunn.	Kyllä	Ei suunn.	Ei suunn.	Ei suunn.	X	X	X	X
Nurmijärvi	Ei suunn.	Kyllä	Kyllä	Suunn.	Ei suunn.	X	X	X	X
Orimattilan seudun ktt:n ky	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Suunn.	-	X	X	X	X
Parikkala	Ei suunn.	Ei suunn.	Kyllä	Ei suunn.	Ei suunn.	X	X	X	X
Pohja	-	Suunn.	-	-	-	X	X	X	X
Pornainen	Suunn.	Suunn.	Kyllä	Suunn.	Suunn.	X	X	X	X
Porvoo	Suunn.	Kyllä	Kyllä	Suunn.	Suunn.	X	X	X	X
Pyhtää	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Valm.	Suunn.	X	X	X	X
Rautjärvi	Ei suunn.	Suunn.	Suunn.	Ei suunn.	Suunn.	X	X	X	X
Riihimäen seudun tk:n ky	-	Kyllä	-	-	-	X	X	X	X
Ruokolahti	Ei suunn.	Kyllä	Valm.	Ei suunn.	Kyllä	X	X	X	X
Sammatti	Kyllä	Valm.	Valm.	-	-	-	-	-	-
Savitaipale-Suomenniemi	-	Kyllä	-	-	-	X	X	X	X
Siuntio	Suunn.	Valm.	Suunn.	Kyllä	Kyllä	X	X	X	X
Sipoo	Ei suunn.	Kyllä	Suunn.	Ei suunn.	-	X	X	X	X
Sysmä	Kyllä	Suunn.	Kyllä	Suunn.	Kyllä	X	X	X	X
Taipalsaari	-	Kyllä	-	-	Kyllä	X	X	X	X
Tammisaari	Ei suunn.	Kyllä	Valm.	Valm.	-	X	X	X	X
Tiirismaan ktt:n ky	-	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Valm.	X	X	X	X
Tuusula	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Ei suunn.	-	X	X	X	X
Vihhti	Kyllä	Kyllä	Valm.	Ei suunn.	Ei suunn.	X	X	X	X
Vantaa	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Ei suunn.	Kyllä	X	X	X	X

- tieto puuttuu, valm.= ohjelma valmisteilla, suunn.= ohjelma suunnitteilla, ei suunn.= ei suunnitteilla ohjelmaa

LIITETAULUKKO 3. Määräaikaistarkastukset äitiys- ja lastenneuvoloissa terveyskeskuksittain

3a. Lapin lääni

Terveyskeskus	Lääkäri-käynnit		Terveydenhoitaja-käynnit		Käynnit yhteensä		Lääkärikäynnit ja terveystoimi		Terveydenhoitaja-käynnit		Käynnit yhteensä	
	ES ennen/jälk.	US ennen/jälk.	ES ennen/jälk.	US ennen/jälk.	ES ennen/jälk.	US ennen/jälk.	0-12 kk	13 kk -6v	0-12 kk	13 kk -6v	0-12 kk	13 kk -6v
Kemijärvi	-/-	-/-	11/2	11/1	-	-	-	-	6	6	-	-
Kemi	-/-	-/-	-/-	-/-	-	-	2	2	2	2	6	8
Keminmaa	3/1	2/1	12/-	12/-	-	-	2	2	-	-	-	-
Kittilä	3/1	3/1	15/3	13/3	18/4	16/4	1	0	10	2	11	2
Kolari	2/1	2/1	12/2	12/2	14/3	14/3	3	1	8	5	11	6
Muonion – Enontekiön ktt:n ky	3/1	3/1	14/3	12/3	17/4	15/4	3	3*	11	7	14	10
Pelkosenniemen - Savukosken ktt:n ky	3/1	3/1	12/3	11/3	15/4	14/4	3	2*	10	6	13	8
Pello	4/1	4/1	14/3	13/3	18/4	17/4	3	2*	11	7	14	9
Posio	3/1	3/1	11/1	9/1	14/2	12/2	2	2	8	4	10	6
Ranua	3/1	3/1	12/2	10/1	15/3	13/2	3	2*	6	5	9	7
Rovaniemi	3/1	2/1	13/2	12/2	16/3	14/3	2	2	8	5	10	7
Rovaniemen maalaiskunta	3/1	2/1	11/2	10/2	14/3	12/3	2	2	8	4	10	6
Salla	3/1	3/1	14/-	13/-	-	-	-	-	8	6	-	-
Simo	2/1	3/1	12/2	12/2	14/3	15/3	2	2	9	6	11	8
Sodankylä	4/1	4/1	11/2	11/1	15/3	15/2	2	3*	8	5	10	8
Tervola	3/1	3/1	10/3	8/3	13/4	11/4	2	3*	8	6	10	9
Tornio	2/1	3/1	11/2	11/2	13/3	14/3	1	2	9	5	10	7
Ylitornio	2/1	1/1	14/3	12/2	16/4	13/3	2	1	10	6	12	7

- tieto puuttuu, * = lääkärin tarkastukset toteutuvat suositusten mukaisesti

LIITETAULUKKO 3. Määräaikaistarkastukset äitiys- ja lastenneuvoloissa terveyskeskuksittain

3b. Oulun lääni

Terveyskeskus	Lääkäri- käynnit		Terveydenhoitaja- käynnit		Käynnit yhteensä		Lääkärikäynnit ja terveystoimi		Terveydenhoitaja- käynnit		Käynnit yhteensä	
	ennen/ jälk.	US jälk.	ES ennen/ jälk.	US ennen/ jälk.	ES ennen/ jälk.	US jälk.	0-12 kk jälk.	13 kk-6v	0-12 kk jälk.	13 kk-6v	0-12 kk jälk.	13 kk-6v
Haapajärvi	3/1	3/1	10/1	8/1	13/2	11/2	2	2	7	6	9	8
Haapavesi**	3/1	3/1	12/2	8/2	15/3	11/3	1	2	8	6	9	8
Hailuoto	3/1	3/1	10/2	10/2	13/3	13/3	2	2	9	6	11	8
Haukipudas	3/1	3/1	-/-	-/-	-	-	1	2	9	6	10	8
Hyrnsalmi	1/1	1/1	15/2	12/2	16/3	13/3	2	-	-	-	-	-
Il	3/1	3/1	12/2	11/2	15/3	14/3	2	2	6	5	8	7
Kajaani	3/1	3/1	13/2	12/2	16/3	15/3	2	2	11	7	13	9
Kalajoki	3/1	3/1	12/3	10/3	15/4	13/4	3	1	8	6	11	7
Kempele	3/1	2/1	13/2	12/2	16/3	15/3	1	2	8	5	9	7
Kiiminki	3/1	2/1	11/1	9/1	14/2	14/2	1	2	6	4	7	6
Kuhmo	3/1	3/1	13/2	12/2	16/3	15/3	1	2	8	7	9	9
Kuivaniemi	-/-	-/1	10/3	9/3	-	-	2	3	10	6	12	9
Kuusamo	3/1	2/1	10/2	10/2	13/3	12/3	2	1	10	6	12	7
Kärsämäki	3/1	3/1	12/2	10/2	15/3	13/3	2	4*	9	6	11	10
Liminka	3/1	2/1	10/3	8/3	13/4	10/4	1	2	8	6	9	8
Muhos	3/1	3/1	11/1	11/1	14/2	14/2	3	2*	8	6	11	8
Nivala	3/1	3/1	12/3	10/3	15/4	13/4	3	3*	10	6	13	9
Oulaisten seudun ktt:n ky	3/1	3/1	14/2	11/2	17/3	14/3	2	2	9	6	11	8
Oulu	3/1	2/1	10/1	7/1	13/2	9/2	1	2	8	5	9	7
Oulunsalo	3/1	2/1	15/2	11/2	18/3	13/3	2	2	6	4	8	6
Paltamo	3/1	3/1	-/-	-/-	-	-	3	2*	-	-	-	-
Pudasjärvi	4/1	3/1	13/5	11/2	17/6	14/3	-	-	10	4	-	-
Pyhäjärvi	3/1	3/1	10/2	9/1	13/3	12/2	2	2	8	6	11	8
Raahen seudun thky	3/1	4/1	12/1	11/1	15/2	15/2	3	3*	8	6	11	9
Rantsila	3/1	3/1	12/2	12/1	15/3	15/2	-	-	10	5	-	-
Reisjärvi	3/1	3/1	-/-	-/-	-	-	2	3*	-	-	-	-
Siikalatvan ky	3/1	3/1	13/2	11/2	16/3	14/3	2	3*	9	6	11	9

Terveyskeskus	Lääkäri- käynnit		Terveydenhoitaja- käynnit		Käynnit yhteensä		Lääkärikäynnit ja terveystoimi		Terveydenhoitaja- käynnit		Käynnit yhteensä	
	ennen/ jälk.	US ennen/ jälk.	ES ennen/ jälk.	US ennen/ jälk.	ES ennen/ jälk.	US ennen/ jälk.	0-12 kk	13 kk -6v	0-12 kk	13 kk -6v	0-12 kk	13 kk -6v
Sotkamo	3/1	3/1	7/1	7/1	10/2	10/2	3	1	6	6	9	7
Suomussalmi	3/1	3/1	12/2	11/2	15/3	14/3	3	2*	10	6	13	8
Taivalkoski	3/1	3/1	12/3	12/3	15/4	15/4	2	2	10	6	12	8
Utajärvi	3/1	3/1	12/2	10/2	15/3	13/3	2	2	7	6	9	8
Vaala	3/1	2/1	12/2	11/2	15/3	13/3	-	-	8	5	-	-
Vieskan thky	3/1	3/1	10/1	8/1	13/2	11/2	2	2	6	5	8	7
Yli-Ii	3/1	3/1	10/2	9/2	13/3	12/3	1	3	9	6	10	9
Ylikiminki	3/1	3/1	10/3	10/2	13/4	13/3	1	2	9	4	10	6

- =tieto puuttuu, ** Piippola ostaa palvelut Haapavedeltä, * = lääkärin tarkastukset toteutuvat suositusten mukaisesti

LIITETAULUKKO 3. Määräraikaistarkastukset äitiys- ja lastenneuvoloissa terveyskeskuksittain

3c. Länsi-Suomen lääni

Terveyskeskus	Lääkäri- käynnit		Terveydenhoitaja- käynnit		Käynnit yhteensä		Lääkärikäynnit ja terveystoimi		Terveydenhoitaja- käynnit		Käynnit yhteensä	
	ennen/ jälk.	US ennen/ jälk.	ES ennen/ jälk.	US ennen/ jälk.	ES ennen/ jälk.	US ennen/ jälk.	0-12 kk	13 kk -6v	0-12 kk	13 kk -6v	0-12 kk	13 kk -6v
Alahärmä	3/1	3/1	14/3	12/3	17/4	15/4	2	2	8	5	10	7
Alajärvi	3/1	3/1	10/2	10/2	13/3	13/3	3	2*	8	5	11	7
Alavudenseudun thky	2/1	2/1	14/1	12/1	16/2	14/2	3	2*	12	7	15	9
Etelä-Pirkanmaan thky	3/1	3/1	10/1	10/1	13/2	13/2	2	3*	10	4	12	7
Eura	3/1	3/1	10/2	10/2	13/3	13/3	3	3*	8	6	11	9
Evijärvi	3/1	3/1	12/3	10/3	15/4	13/4	1	2	10	6	11	8
Hankasalmi	3/1	3/1	10/2	10/2	13/3	13/3	3	1	6	5	9	6
Harjavalta	3/1	3/1	10/2	8/2	13/3	11/3	2	2	10	6	12	8
Huittinen	3/1	3/1	12/2	12/2	15/3	15/3	3	3*	-	-	-	-
Hämeenkyrö	3/1	3/1	15/1	13/1	18/2	16/2	3	3*	9	6	12	9
Härkätien ktt:n ky	3/1	3/1	12/2	12/1	15/3	15/2	3	2*	7	6	10	8
Ikaalinen	3/1	3/1	-/-	-/-	-/-	-/-	3	3*	10	6	13	9
Ilmajoki	3/1	3/1	11/2	9/2	14/3	12/3	2	1	5	6	7	7
Isojoki	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-	-	-	-	-	-
Jalasjärvi	3/1	3/1	10/2	10/1	13/3	13/2	1	2	7	6	8	8
Joutsan seudun thky	3/1	3/1	10/3	10/3	13/4	13/4	3	3*	10	7	13	10
Jurva	3/1	3/1	14/2	12/1	17/3	15/2	3	2*	7	5	10	7
Juupajoki	3/1	3/1	11/2	11/2	14/3	14/3	2	3*	10	6	12	9
Jyväskylä	3/1	3/1	14/1	11/1	17/2	14/2	3	2*	7	4	10	6
Jämsän seudun thky	-/1	-/1	15/2	-/2	-/-	-/-	3	2*	10	6	13	8
Kaarinan-Piikkiön tkky	3/1	3/1	10/2	10/2	13/3	13/3	2	3*	10	6	12	9
Kangasalan seudun tkky	3/1	3/1	14/4	12/4	17/5	15/5	3	3*	8	6	11	9
Kankaanpään ktt:n ky	1/1	4/1	12/1	11/1	13/2	15/2	3	2*	6	5	9	7
Kannus	3/1	3/1	14/3	11/3	17/4	14/4	3	2*	10	6	13	8
Kauhajoki	3/1	3/1	-/-	-/-	-/-	-/-	2	1	7	5	9	6
Kauhavan seudun ktt:n ky	3/1	3/1	12/3	10/2	15/4	13/3	2	2	10	6	12	8
Kemiönsaaren tkky	3/1	3/1	13/2	12/1	16/3	15/2	2	2	8	5	10	7
Keuruun-Multian th ky	3/1	3/1	11/2	10/1	14/3	13/2	3	3*	9	6	12	9

Terveyskeskus	Lääkäri- käynnit		Terveydenhoitaja- käynnit		Käynnit yhteensä		Lääkärikäynnit ja terveystoimi		Terveydenhoitaja- käynnit		Käynnit yhteensä	
	ennen/ jälk.	ES US ennen/ jälk.	ES US ennen/ jälk.	ES US ennen/ jälk.	ES US ennen/ jälk.	ES US ennen/ jälk.	0-12 kk	13 kk-6v	0-12 kk	13 kk-6v	0-12 kk	13 kk-6v
Kihtiö	3/1	3/1	3/1	13/1	16/2	16/2	3	3*	10	7	13	10
Kiikoisten, Lavian ja Suodenniemen terveystoimen ja vanhustenhuollon ky	3/1	3/1	14/1	11/1	17/2	14/2	2	4*	7	5	9	9
Kinnula	1/1	1/1	13/2	11/2	14/3	12/3	2	2	10	6	12	8
Kokemäki	3/1	3/1	11/1	11/1	14/2	14/2	3	3*	9	6	12	9
Kokkolanseudun tkky	3/1	3/1	12/2	11/2	15/3	14/3	2	1	8	6	10	7
Korpilahti-Muurame thky	3/1	2/1	12/1	10/1	15/2	12/2	-	-	8	4	-	-
Korppoo	3/1	3/1	13/2	12/2	16/3	15/3	3	3*	10	6	13	9
Kristinankaupungin-Karjien tkky	3/1	3/1	14/3	13/2	17/4	16/3	2	3*	10	9	12	12
Kruunupyö	2/1	2/1	11/2	10/1	13/3	12/2	2	1	7	5	9	6
Kurikka	3/1	3/1	10/1	9/1	13/2	12/2	2	3*	6	4	8	7
Kuru	3/1	3/1	15/2	13/2	18/3	16/3	3	3*	8	6	11	9
Kyrönmaan tkky	3/1	3/1	15/2	13/2	18/3	16/3	4	3*	8	5	12	8
Laitilan – Pynhärannan ktt:n ky	1/1	3/1	13/2	12/1	14/3	13/2	3	3*	6	5	9	8
Lappajärvi	3/1	3/1	13/1	13/1	16/2	16/2	3	3*	9	6	12	9
Lapua	3/1	3/1	11/2	9/2	14/3	12/3	3	3*	10	6	13	9
Laukaa	-/-	-/-	14/2	11/2	-/-	-/-	2	2	6	5	8	7
Lempäälä	3/1	3/1	12/3	10/3	15/4	13/4	3	1	10	2	13	3
Loimaan seudun ktt:n ky	2/1	2/1	12/2	11/2	14/3	13/3	2	2	10	6	12	8
Luoteis-Satakunnan ktt:n ky	3/1	3/1	12/1	10/1	15/2	13/2	2	2	8	6	10	8
Luvia	3/1	3/1	10/3	8/3	13/4	11/4	3	3*	8	7	11	10
Malax – Korsnäs hvckf	3/1	3/1	13/2	13/2	16/3	16/3	3	2*	11	7	14	9
Maskun ktt:n ky	3/1	3/1	11/3	9/3	14/4	12/4	-	-	10	6	-	-
Mouhijärvi	2/1	3/1	15/1	13/1	17/2	16/2	3	3*	11	8	14	11
Mustasaari	3/1	3/1	13/1	11/1	16/2	14/2	3	2*	9	6	12	8
Mynämäen-Mietoisten tkky	3/1	3/1	13/2	11/2	16/3	14/3	2	3*	11	8	13	11
Mäntän seudun	4/1	4/1	11/1	10/1	15/2	14/2	2	2	-	-	-	-
Naantalın ktt:n ky	3/1	3/1	13/2	12/2	16/3	15/3	2	2	10	6	12	8

Terveyskeskus	Lääkäri- käynnit		Terveydenhoitaja- käynnit		Käynnit yhteensä		Lääkärikäynnit ja terveystoimi		Terveydenhoitaja- käynnit		Käynnit yhteensä	
	ennen/ jälk.	ES US ennen/ jälk.	ennen/ jälk.	ES US ennen/ jälk.	ennen/ jälk.	ES US ennen/ jälk.	0-12 kk	13 kk -6v	0-12 kk	13 kk -6v	0-12 kk	13 kk -6v
Nauvo	3/1	3/1	15/4	13/3	18/5	16/4	2	2	8	-	10	-
Nokia	3/1	3/1	10/1	10/1	13/2	13/2	3	1	6	5	9	6
Närpiön tkky	4/1	4/1	12/-	12/-	-/-	-/-	3	2*	8	6	11	8
Oravaisten, Vöyrin ja	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-	-	-	-	-	-
Orivesi	2/1	2/1	12/2	12/2	14/3	14/3	2	3*	9	6	11	9
Paimion – Sauvon ktt:n ky	3/1	3/1	14/1	13/1	17/2	16/2	3	3*	8	3	11	6
Palokan thky	3/1	3/1	13/1	12/1	16/2	15/2	2	1	9	5	11	6
Parainen	4/1	4/1	15/3	12/3	19/4	16/4	2	2	9	4	11	6
Parkano	3/1	2/1	12/2	9/2	15/3	11/3	2	1	8	3	10	4
Perniö	2/1	3/1	12/3	11/2	14/4	14/3	3	3*	7	5	10	8
Pietarsaaren seudun tkky	3/1	3/1	12/1	10/1	15/2	13/2	3	2*	9	6	12	8
Pihtipudas	1/1	1/1	12/3	12/3	13/4	13/4	1	3	8	6	9	9
Pori	3/1	3/1	12/3	11/3	15/4	14/4	2	2	10	6	12	8
Pöytyän ktt:n ky	3/1	3/1	14/3	12/2	17/4	15/3	2	3*	9	6	11	9
Raisio	3/1	3/1	11/2	11/2	14/3	14/3	3	2*	8	5	11	7
Rauman ktt:n ky	4/1	3/1	13/3	13/3	17/4	16/4	3	2*	9	6	11	8
Ruovesi	4/1	4/1	13/3	13/3	17/4	17/4	-	-	-	-	-	-
Rusko	3/1	3/1	12/3	12/-	-/-	-/-	2	2	10	4	12	6
Saarijärven-Karstulan seudun	-/-	-/-	15/3	15/3	-/-	-/-	3	3*	9	6	12	9
Salon seudun ktt:n ky	2/1	3/1	11/2	10/2	13/3	13/3	3	3*	10	6	13	9
Seinäjoen seudun	3/1	3/1	13/3	12/3	16/4	15/4	2	2	7	5	9	7
Somero	3/1	3/1	14/3	13/2	17/4	16/3	3	3*	8	6	11	9
Säkylän ja Köyliön ktt:n ky	3/1	3/1	11/2	11/2	14/3	14/3	3	3*	10	6	13	9
Tampere	3/1	3/1	15/2	13/2	18/3	16/3	3	-	10	6	13	-
Teuva	4/1	3/1	10/3	10/2	14/4	13/3	3	3*	9	6	12	9
Toholampi	3/1	3/1	-/-	-/-	-/-	-/-	-	-	9	7	-	-
Toijala	-/-	-/-	11/1	10/-	-/-	-/-	-	-	10	6	-	-
Tunkkarin thky	3/1	2/1	15/4	13/4	18/5	15/5	1	1	10	6	11	7
Turku	3/1	2/-	12/1	10/1	-/-	-/-	2	2	10	5	12	7
Ulvilan ktt:n ky	3/1	3/1	10/2	10/2	13/3	13/3	-	-	-	-	-	-
Uusikaupunki	3/1	3/1	14/3	12/3	17/4	15/4	3	3*	10	5	13	8
Uusikaarlepy	3/1	3/1	12/1	12/1	15/2	15/2	3	3*	7	5	10	8

Terveyskeskus	Lääkäri- käynnit		Terveydenhoitaja- käynnit		Käynnit yhteensä		Lääkärikäynnit ja terveystoimi		Terveydenhoitaja- käynnit		Käynnit yhteensä	
	ennen/ jälk.	US ennen/ jälk.	ES ennen/ jälk.	US ennen/ jälk.	ES ennen/ jälk.	US ennen/ jälk.	0-12 kk	13 kk -6v	0-12 kk	13 kk -6v	0-12 kk	13 kk -6v
Vaasa	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-	-	-	-	-	-
Valkeakoski	3/1	3/1	10/2	10/2	13/3	13/3	2	2	8	6	10	8
Vammalan ja Äetsän ktt:n ky	3/1	3/1	11/1	11/1	14/2	14/2	3	3*	7	5	10	8
Vehmassalon ky	3/1	3/1	11/2	11/2	14/3	14/3	-	-	10	8	-	-
Velkua	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vesilahti	3/1	3/1	-/2	-/2	-/-	-/-	3	3*	8	6	11	9
Viitasaari	1/1	1/1	12/3	12/3	13/4	13/4	2	2	11	7	13	9
Viljakkala	3/1	3/1	12/2	10/1	15/3	13/2	2	3*	9	7	11	10
Vimpeli	3/1	3/1	14/3	11/4	17/4	14/5	2	2	10	6	12	8
Virrat	2/1	2/1	12/4	10/4	14/5	12/5	2	3*	10	6	12	9
Ylihärnä	2/1	2/1	13/4	13/3	15/5	15/4	2	3*	9	6	11	9
Ähtärinjärven ktt:n ky	3/1	3/1	15/5	13/5	18/6	16/6	2	2	8	8	10	10
Äänessseudun thky	3/1	2/1	15/3	13/3	18/4	15/4	2	3*	6	5	8	8

LIITETAULUKKO 3. Määräaikaistarkastukset äitiys- ja lastenneuvoloissa terveyskeskuksittain

3d. Etelä-Suomen lääni

Terveyskeskus	Lääkäri- käynnit		Terveydenhoitaja- käynnit		Käynnit yhteensä		Lääkärikäynnit ja terveystoimi		Terveydenhoitaja- käynnit		Käynnit yhteensä	
	ES ennen/ jälk.	US ennen/ jälk.	ES ennen/ jälk.	US ennen/ jälk.	ES ennen/ jälk.	US ennen/ jälk.	ES ennen/ jälk.	US ennen/ jälk.	ES ennen/ jälk.	US ennen/ jälk.	ES ennen/ jälk.	US ennen/ jälk.
Anjalankoski	3/1	3/1	12/2	10/2	15/3	13/3	0-12 kk	13 kk-6v	9	8	12	11
Asikkala	3/2	3/2	12/2	10/2	15/4	13/4	4	4*	6	6	10	10
Askola	3/-	3/-	12/1	11/1	-	-	3	2*	9	5	12	7
Elimäki	3/1	3/1	10/2	10/2	13/3	13/3	2	2	9	6	11	8
Espoo	3/-	-/-	-/-	-/-	-	-	-	-	-	-	-	-
Forssa	3/1	2/1	10/2	8/2	13/3	10/3	3	2*	7	4	10	6
Hanko	3/-	3/1	10/2	8/1	-	-	3	3*	8	6	11	9
Hamina	3/1	3/1	13/1	11/1	16/2	14/2	3	3*	9	8	12	11
Hartola	3/-	-/-	-/-	-/-	-	11/3	-	-	-	-	-	-
Helsinki	3/1	3/1	12/2	8/2	15/3	-	2	2	9	5	11	7
Hämeenlinna	3/-	3/1	13/4	11/4	-	11/3	2	2	10	6	12	8
Hyvinkää	3/1	3/1	12/2	9/2	15/3	-	3	2*	7	6	10	8
Iitti	3/1	3/1	-/2	-/2	-	12/3	3	3*	9	5	12	8
Imatra	3/1	3/1	14/2	11/2	17/3	-	3	3*	8	7	11	10
Jaala	3/1	2/1	12/2	10/2	15/3	14/3	3	3*	9	4	12	7
Janakkala	-/-	-/-	-/-	-/-	-	12/3	-	-	-	-	-	-
Joutseno	3/1	3/1	13/3	12/3	16/4	-	3	3*	10	6	13	9
Järvenpää	3/1	3/1	10/2	10/2	13/3	15/4	3	1	7	5	10	6
Karjaa	3/1	3/1	11/1	10/1	14/2	13/3	3	3*	10	6	13	9
Karjalohja	4/1	4/1	11/3	10/3	15/4	13/2	2	3*	9	5	11	8
Karkkila	-/-	-/1	13/2	10/1	-	14/4	2	2	7	6	9	8
Kauniainen	3/1	3/1	13/3	10/3	16/4	-	3	3*	10	6	13	9
Kerava	3/1	3/1	11/2	11/2	14/3	13/4	-	-	10	6	-	-
Kirkkonummi	3/1	3/1	14/2	13/2	17/3	14/3	3	3*	9	6	12	9
Kotka	3/1	3/1	11/2	10/2	14/3	16/3	2	2	11	7	13	9
Kouvola-Valkkealan ktt:n ky	-/-	-/-	14/2	13/2	-	13/3	-	-	9	6	-	-
Kuusankoski	3/1	3/1	13/1	13/1	16/2	-	3	2*	10	6	13	8
Lahti	3/1	3/1	13/2	12/2	16/3	16/2	2	2	10	6	12	8

Terveyskeskus	Lääkäri-käynnit		Terveydenhoitaja-käynnit		Käynnit yhteensä		Lääkärikäynnit ja terveystoimi		Terveydenhoitaja-käynnit		Käynnit yhteensä	
	ennen/jälk.	US ennen/jälk.	ES ennen/jälk.	US ennen/jälk.	ES ennen/jälk.	US ennen/jälk.	0-12 kk	13 kk -6v	0-12 kk	13 kk -6v	0-12 kk	13 kk -6v
Lammi-Tuulos	3/1	3/1	10/2	8/2	13/3	15/3	3	3*	9	6	12	9
Lappeenranta	3/1	3/1	12/1	12/1	15/2	11/3	3	2*	7	6	10	8
Lohja	3/1	3/1	10/1	10/1	13/2	15/2	2	2	7	5	9	7
Loviisa	3/1	3/1	12/2	11/2	15/3	13/2	3	3*	9	6	12	9
Luumäki	3/1	3/1	11/1	10/1	14/2	14/3	2	3*	10	7	12	10
Miehikkälä	3/1	3/1	13/2	10/2	16/3	13/2	3	-	8	6	11	-
Mäntsälä	3/1	3/1	13/2	12/2	16/3	13/3	2	2	10	6	12	8
Nastola	2/1	2/1	10/2	10/2	12/3	15/3	2	3*	9	6	11	9
Nummi-Pusula	3/1	3/1	12/2	10/2	15/3	12/3	2	2	9	6	11	8
Nurmijärvi	3/1	3/1	14/1	12/1	17/2	13/3	-	-	-	-	-	-
Orimattilan seudun ktt:n ky	3/1	3/1	11/2	10/1	14/3	15/2	3	2*	9	5	12	7
Parikkala	3/1	3/1	11/2	10/1	14/3	13/2	3	3*	6	6	9	9
Pohja	3/1	3/1	15/4	12/3	18/5	13/2	2	3*	10	6	12	9
Pormainen	3/1	3/1	12/2	9/2	15/3	15/4	2	3*	9	6	11	9
Porvoo	3/1	3/1	14/2	12/2	17/3	12/3	3	3*	7	4	10	7
Pyhtää	3/1	3/1	15/3	13/2	18/4	15/3	3	3*	10	8	13	11
Rautjärvi	3/1	3/1	13/2	10/2	16/3	16/3	3	3*	7	6	10	9
Riihimäen seudun tk:n ky	3/1	3/1	13/2	10/2	16/3	13/3	2	2	9	6	11	8
Ruokolahti	4/1	4/1	14/3	13/3	18/4	13/3	3	3*	8	6	11	9
Sammatti	-/-	-/-	-/-	-/-	-	17/4	-	-	-	-	-	-
Savitaipale-Suomenniemi	3/1	3/1	12/1	10/1	15/2	13/2	3	2*	10	6	13	8
Siuntio	3/1	3/1	15/1	11/1	18/2	14/2	3	3*	10	6	13	9
Sipoo	3/1	3/1	10/1	10/1	13/2	13/2	3	3*	6	3	9	6
Sysmä	3/1	3/1	12/2	12/2	15/3	15/3	3	3*	7	6	10	9
Taipalsaari	3/1	3/1	12/1	12/1	15/2	15/2	3	2*	8	6	11	8
Tammisaari	-	-	-/-	-/-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tiirismaan ktt:n ky	3/1	3/1	13/2	12/2	15/3	15/3	3	3*	10	6	13	9
Tuusula	3/1	3/1	-/2	-/-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vihhti	3/1	3/1	11/3	11/2	14/4	14/3	2	2	6	5	8	7
Vantaa	3/1	3/1	14/2	10/2	17/3	13/3	2	2	8	5	10	7

=tieto puuttuu, ES = ensisynnyttäjä, US = uudelleensynnyttäjä