

Liite 2. LASTENNEUVOLAT LAPSIPERHEIDEN TUKENA. Opas lastenneuvolatoiminnan järjestämiseksi kunnissa

SISÄLLYS

OSA I. NEUVOLATYÖN TAVOITTEET JA ORGANISOINTI	4
1 JOHDANTO	4
2 LASTENNEUVOLAN TAVOITTEET, TEHTÄVÄT JA TOIMINTAA OHJAAVAT PERIAATTEET	8
2.1 Lastenneuvolan tavoitteet ja tehtävät.....	8
2.2 Lastenneuvolan toimintaa ohjaavat periaatteet.....	9
2.3 Lastenneuvolaa koskevat odotukset ja kokemukset neuvolasta	12
3 MONIAMMATILLISTA YHTEISTYÖTÄ LAPSIPERHEIDEN HYVÄKSI.....	12
3.1 Valtakunnalliset ohjelmat yhteistyön lähtökohtana	12
3.2 Lapsiperhetyön tiivistäminen kunnassa	14
3.2.1 Perhepalvelukeskus tai -verkosto	14
3.2.2 Lapsiperheiden hyvinvoinnin ja palveluiden suunnittelu- ja seurantaryhmä.....	15
3.3 Lastenneuvolan henkilöstö	17
3.3.1 Terveystenhoitaja	17
3.3.2 Lastenneuvolan lääkäri	18
3.3.3 Perhetyöntekijä	19
3.3.4 Henkilökunnan mitoitus	20
3.4 Neuvolatyöryhmä ja muu neuvolan yhteistyö	21
3.5 Yhteistyötä kunnan sisällä	23
3.5.1 Yhteistyö lastensuojelun kanssa	23
3.5.2 Yhteistyö päivähoiton ja varhaiskasvatuksen kanssa.....	23
3.5.3 Yhteistyö kasvatus- ja perheneuvoloiden kanssa.....	25
3.5.4 Yhteistyö koulujen kanssa	26
3.5.5 Yhteistyö muiden sidosryhmien kanssa.....	27
3.6 Yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa	28
3.7 Neuvolatietojen luovuttaminen ja salassapito.....	29
4 NEUVOLATYÖN SEURANTA, ARVIOINTI JA KEHITTÄMINEN	31
4.1 Neuvolatyön johtaminen.....	31
4.2 Lapsen asiakirjat.....	33
4.3 Neuvolatoiminnan tilastointi ja sen kehittäminen	34
4.4 Paikallinen laadun arviointijärjestelmä.....	36
4.5 Paikallinen kehitystyö	37
4.6 Henkilöstön täydennyskoulutus.....	39
4.6.1 Terveystenhoitajan ja lääkärin koulutuksen antamat valmiudet neuvolatyöhön	39

4.6.2 Täydennyskoulutuksen kehittäminen	41
4.7 Työnohjaus	43
4.8 Työntekijän vaihtuminen ja perehdytys.....	44
4.9 Neuvolatyön kustannukset.....	45
5 YHTEENVETO OPPAAN KESKEISISTÄ SUOSITUKSISTA	47
6 SUOSITUSTEN KÄYTÄNNÖN TOTEUTTAMINEN, SEURANTA JA ARVIOINTI ...	53
OSA II. NEUVOLATYÖN SISÄLTÖ JA MENETELMÄT	55
7 VANHEMMUUS JA LAPSEN KEHITYKSEN TUKEMINEN	55
7.1 Vanhemmuuden voimavarat muuttuneessa elämäntilanteessa	55
7.2 Isäksi ja äidiksi kasvaminen	57
7.3 Vanhemmat lapsensa kehityksen tukijoina.....	58
7.3.1 Vanhemman ja vauvan varhainen vuorovaikutus	58
7.3.2 Vanhemmat lapsensa itsetunnon ja yksilöllisen erilaisuuden tukijoina	60
7.3.3 Lasten kasvatusta ja vanhemmuuden roolit.....	61
7.3.4 Lapsen näkökulma perheen arkeen.....	62
7.4 Neuvolan keinoja vanhempien tukemisessa	63
8 VERTAISTUKEA VANHEMPAINRYHMISTÄ.....	65
8.1 Vertaistuen merkitys.....	65
8.2 Vanhempainryhmätoiminnan järjestäminen	65
8.2.1 Esimerkkejä vanhempainryhmistä ja muista pienryhmistä.....	65
8.2.2 Perhevalmennuksen laajentaminen vanhempainryhmätoiminnaksi	67
8.2.3 Ryhmäneuvolat.....	69
8.3 Pienryhmätoiminnan järjestämisen edellytyksiä	70
9 YKSILÖLLISTÄ SEURANTAA JA TUKEA VAUVASTA KOULUIKÄÄN.....	71
9.1 Perheiden aito kohtaaminen ja suunnitelmallinen tukeminen.....	71
9.1.1 Lapsen kohtaaminen neuvolassa.....	71
9.1.2 Hyvä yhteistyösuhde vanhempiin - avain voimavarojen vahvistamiseen.....	72
9.1.3 Perheiden tuen tarpeet ja niiden tunnistaminen	73
9.1.4 Lomakkeet varhaisen puuttumisen apuvälineinä	75
9.1.5 Kokonaiskäsitys asiakaskunnan tuen tarpeista	77
9.1.6 Yksilöllisten palvelujen suunnittelu lapsille ja perheille	78
9.1.7 Voimavaralähtöiset työmenetelmät perheiden tietojen ja taitojen tukemisessa.....	79
9.1.8 Neuvolatyön tulos.....	81
9.2 Kotikäynnit	81
9.2.1 Kotikäyntien merkitys	81
9.2.2 Lastenneuvolan kotikäynti ennen lapsen syntymää	82
9.2.3 Kotikäynti vastasyntyneen lapsen perheeseen.....	83
9.2.4 Muut kotikäynnit	84

9.3 Lapsen määräaikaiseuranta	85
9.3.1 Määräaikaiseurannan yleisperiaatteita	85
9.3.2 Lapsen ensiviikot ja terveys seuranta	86
9.3.3 Kuuden-kahdeksan viikon ikäisen lapsen määräaikaistarkastus.....	88
9.3.4 Kolmen kuukauden ikäisen lapsen määräaikaistarkastus	89
9.3.5 Neljän kuukauden ikäisen lapsen määräaikaistarkastus.....	90
9.3.6 Viiden kuukauden ikäisen lapsen määräaikaistarkastus	91
9.3.7 Kuuden kuukauden ikäisen lapsen määräaikaistarkastus.....	92
9.3.8 Kahdeksan kuukauden ikäisen lapsen määräaikaistarkastus	93
9.3.9 Yksivuotias lapsi neuvolassa	95
9.3.10 Puolitoistavuotias lapsi neuvolassa.....	96
9.3.11 Kaksivuotias lapsi neuvolassa	98
9.3.12 Kolmevuotias lapsi neuvolassa.....	99
9.3.13 Nelivuotias lapsi neuvolassa.....	101
9.3.14 Viisivuotias lapsi neuvolassa.....	102
9.3.15 Kuusivuotias lapsi neuvolassa	105
9.4. Sairauksien ja vammaisuuden seulonnat	106
9.4.1 Somaattiset seulonnat	107
9.4.2 Näön ja kuulon seulonnat	109
9.4.3 Neurologisten ongelmien seulonnat	112
9.4.4 Psykkisten ongelmien seulonnat.....	115
9.5 Rokotukset.....	117
9.6 Terveyden edistämisen aiheita.....	119
9.6.1 Ravitsemus ja ravitsemusohjaus	119
9.6.2 Suun terveydenhoito.....	126
9.6.3 Tapaturmien ehkäiseminen.....	128
9.6.4 Liikunta	130
9.6.5 Vanhempien ja lasten seksuaalisen terveyden edistäminen.....	131
9.6.6 Vanhempien tupakointi.....	132
9.6.7 Lapset ja tietotekniikka.....	134
9.7 Neuvontaa sähköpostitse, puhelimitse ja verkon kautta	136
10 PERHEEN TUKEMINEN ERILAISISSA TILANTEISSA.....	138
10.1 Keskoslapsi.....	138
10.2 Itkuinen vauva	139
10.3 Temperamentiltaan vaativa lapsi	140
10.4 Pitkäaikaisesti sairas, paljon sairastava tai vammaainen lapsi	141
10.5 Allergiat ja astma.....	142
10.6 Lapsen ylipaino	144
10.7 Neurologisen kehityksen erityisvaikeudet ja oppimishäiriöt.....	146

10.8 Lapsen infektiokierre ja toistuvat korvatulehdukset	147
10.9 Lapsen käytöshäiriöt ja mielenterveysongelmat	148
10.10 Sisaruksen sairaus ja lapsen kuolema	149
10.11 Synnyttäneen äidin herkistyminen ja masennus	150
10.12 Vanhempien muut psyykkiset sairaudet	153
10.13 Lapsen kaltoinkohtelu ja sen tunnistaminen	154
10.14 Väkivaltalta perheessä	156
10.15 Vanhempien päihteiden käyttö	159
10.16 Parisuhde- ja seksuaalivaikeudet	160
10.17 Vanhempien avioerotilanne lapsen näkökulmasta	161
10.18 Kotona hoidetut lapset eristäytyneessä perheessä	162
10.19 Paikkakunnalle äskettäin muuttanut perhe	162
10.20 Monikulttuurinen perhe	163
10.21 Monimuotoinen perhe	164
10.22 Muita pulmatilanteita	165
LÄHTEET	167

LIITTEET

Liite 1. Suosituksessa käytettävät keskeiset termit.

Liite 2. Lastenneuvolatyöryhmä ja perhepalveluverkosto.

Liite 3. Laskelma terveydenhoitajan ja lääkärin mitoituksen perustelemiseksi.

Liite 4. Malli asiakastietoja koskevan luvan antamiseen.

Liite 5. Lastenneuvola koskeva lainsäädäntö.

Liite 6 . Raskaudenaikainen vuorovaikutusta tukeva haastattelulomake.

Liite 7. Lapsen syntymää seuraavaa vuorovaikutusta tukeva haastattelulomake.

Liite 8a. Mielialalomake synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseksi.

Liite 8b. Merkittävän masennuksen kriteerit.

Liite 9. Lomake parisuhdeväkivallan seulontaan äitiys- ja lastenneuvoissa.

Liite 10. Lomake lasta odottavan perheen voimavarojen ja perhettä kuormittavien tekijöiden tunnistamiseen.

Liite 11. Vauvaperheen arjen voimavarat. Lomake vauvaperheen voimavarojen ja kuormittavien tekijöiden tunnistamiseen.

Liite 12. Lastenneuvolan määräaikaistarkastusten runko-ohjelma.

Liite 13. Lastenneuvolassa tehtävät näkö- ja kuulo seulonnat.

Liite 14. Lastenneuvolatoiminnan kehittämistä tukevia kotisivuja.

OSA I. NEUVOLATYÖN TAVOITTEET JA ORGANISOINTI

1 JOHDANTO

Lasten neuvolatoiminnan järjestämistä koskeva opas laadittiin viimeksi Lääkintöhallituksen toimesta vuonna 1990. Kolme vuotta myöhemmin muutettiin valtionosuusjärjestelmää. Kunnilla on ollut sen jälkeen entistä itsenäisempi asema palveluiden järjestäjänä. 1980-luvun lopulta alkaen noin puolet kunnista ovat päättäneet järjestää terveydenhuoltonsa väestövastuuperiaatteen mukaisesti. Väestövastuujärjestelmän pelättiin heikentävän neuvolapalveluita ja uhkaavan neuvoloiden osaamista ja ammattitaitoa. Muutoksista huolimatta sekä äitiys- että lastenneurolat ovat säilyttäneet paikkansa terveydenhuollossa, joskin monin paikoin määräaikaistarkastuksia on supistettu ja kotikäynneistä luovuttu liian niukasti mitoitettujen terveydenhoitajaresurssien vuoksi. Neuvolapalvelujen tarpeellisuutta ja hyödyllisyyttä lasten terveyden edistäjinä ei ole vakavasti kuitenkaan kyseenalaistettu edes lamavuosina.

Neuvoloissa on tehty viime vuosikymmenten aikana valtavasti paikallista kehittämistyötä, toteutettu innovatiivisia ja väestön tarpeisiin vastaavia hankkeita, laajennettu yhteistyötä mm. muihin kunnallisiin toimijoihin, järjestöihin ja oppilaitoksiin. Asiakkaiden odotuksia ja tarpeita on selvitetty monin tutkimuksin. Terveydenhoitajien opetussuunnitelmia ja koulutusta on viime vuosina kehitetty vastaamaan entistä paremmin väestön muuttuvia tarpeita. Osa hyvistä ja toimivista uusista käytännöistä on levinnyt muihinkin neuvoloihin, yleensä kuitenkin sattumanvaraisesti ja riippuen paikallisten työntekijöiden ja vastuuhenkilöiden aktiivisuudesta. Kokonaiskuvan saamiseksi laadittiin sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön toimeksiannosta selvitys lastenneuvolatoiminnan kehittymisestä 1990-luvulla. Eräs selvitystyön johtopäätöksistä oli, että neuvolatoiminnan tueksi tulisi laatia uusi valtakunnallinen suositus. Niinpä sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö asetti ajalle 1.2.2002-31.1.2003 määräaikaisen asiantuntijatyöryhmän, jonka työn yhtenä tuloksena tämä opas on laadittu.

Suomalaisten lasten ja nuorten kuolleisuus on kolmen viimeksi kuluneen vuosikymmenen aikana puolittunut. Imeväiskuolleisuus oli vuonna 2000 maailman alhaisimpia (3.6 tuhatta elävänä syntynyttä lasta kohden). Valtaosa aiemmin kuolemaan tai vammautumiseen johtaneista vakavista infektioitaudeista on hävinnyt Suomesta rokotuksin. Lasten sairastavuus ei kuitenkaan ole juurikaan vähentynyt vakavia infektioitauteja ja hammaskariesta lukuun ottamatta. Hoidot sitä vastoin ovat kehittyneet ja monet sairaudet todetaan entistä varhaisemmassa vaiheessa ja voidaan hoitaa entistä tehokkaammin. Myös kuntoutusmenetelmät ovat kehittyneet. Lastenneuvolalla on ollut oleellinen merkitys infektiosairastavuuden vähentämisessä, tapaturmien ehkäisyssä sekä monien lapsuuden sairauksien seulonnassa, varhaisessa toteamisessa ja hoitoon ohjauksessa. Valtaosa lapsista tämän päivän Suomessa voi hyvin ja elää todennäköisesti pitempään kuin mikään aiempi sukupolvi.

Lasten terveyden edistämisessä on yhä edelleen haasteita. Mielenterveyden häiriöt sekä lapsilla että nuorilla ovat yleistyneet ja mm. vakavan masennuksen osuus sairaalahoitojen syynä on lisääntynyt. Nuorten alkoholin käyttö on yleistynyt. Lihavuuden yleistymisestä myös lapsiväestössä on selviä viitteitä. Oppimisvaikeudet näyttävät myös lisääntyneen. Astma, allergiat ja diabetes ovat yhä tavallisempia, toisaalta samalla niiden hoidotkin ovat kehittyneet. Perheiden ongelmista kertovat lastensuojelun avohuollon tukitoimet ja

huostaanotot ovat lisääntyneet. Neuvolaikäisten lasten perheistä 10-30% arvioidaan olevan erityisen tuen tarpeessa. Päivähoidossa olevista lapsista noin 6-15% tarvitsee erityistukea.

Lasten ja nuorten ongelmien ja oireilun taustalla on monia perheen ja yhteiskunnan muutoksia. Vanhemmuus on entistä suurempi haaste. Muuttoliike on kasvanut ja vanhempien sosiaaliset tukiverkostot ovat harvenneet. Perinteinen suomalainen yhteiskulttuuri on korvautumassa yksilöllisillä elämäntaparatkaisulla, ja kaupallinen media tuo myös perheisiin terveyden kannalta ristiriitaisia tarpeita ja odotuksia. Pienten lasten perheet ovat keskimäärin köyhempiä kuin lapsettomat perheet ja vanhempien lasten perheet. 2 000-luvun taitteessa n. 30 000 lapsen perhe hajoaa vuosittain. Vuonna 2 000 yli 40% lapsista syntyi avoliitossa tai perheeseen ilman toista vanhempaa. Raskaana olevista naisista n. 5% arvioidaan olevan alkoholin ongelmakäyttäjiä, jolloin sikiövaurioiden ja lapsen henkisen kehityksen häiriöiden riski on suuri. Miehillä alkoholin ongelmakäyttö on vielä yleisempää. Lasta odottavien ja kasvattavien vanhempien huumeiden käyttö on viime vuosina lisääntynyt. Synnyttäen äideistä noin 10-15% käy läpi masennusvaiheen, jonka aikana äidin ja lapsen varhainen vuorovaikutus häiriintyy helposti, mutta myös isien mielenterveyden ongelmat näkyvät lapsen elämässä. Alle 18-vuotiaista lapsista ja nuorista 17 % on kotona nähnyt tai kokenut väkivaltaa. Lapsen terve kasvu ja kehitys on vaarassa erityisesti silloin kun useampia terveyden ja hyvinvoinnin kannalta haitallisia tekijöitä kasaantuu, eikä riittävää tukea ole tarjolla.

Tutkimusten mukaan neuvolapalveluihin ollaan useimmiten melko tyytyväisiä. Vanhemmat toivoisivat terveydenhoitajalta ja lääkäriltä enemmän aikaa, yksilöllistä ja perheen tarpeista lähtevää tukea ja enemmän keskustelua mm. parisuhteeseen, vanhemmuuteen ja lasten kasvatukseen liittyvissä asioissa. He toivovat myös mahdollisuutta vaihtaa ajatuksia ja kokemuksia samassa elämäntilanteessa olevien kanssa. Eniten tukea halutaan pikkuvauva- ja uhmaikäivaiheessa. Neuvolaa ympäröivien palvelujen hajanaisuus koetaan myös ongelmallisena. Terveydenhoitajat tunnistavat melko hyvin äidin masennuksen sekä vanhempien jaksamiseen ja vanhempien ja lasten vuorovaikutukseen liittyviä ongelmia. Sen sijaan he kokevat puutteita taidoissaan tunnistaa perheen sosiaalisia pulmia ja kriisejä kuten vanhempien parisuhde- ja päihdeongelmia sekä perheväkivaltaa. Terveydenhoitajat kokevat myös, ettei heillä ole riittävästi aikaa ja välineitä perheiden tukemiseen. Verkosto- ja tiimityön mahdollisuuksia käytetään vielä liian vähän.

Lääkärin osuutta neuvolatyössä on tutkittu ja kehitetty varsin vähän. Vaikutelma on, että lääkärin keskimääräinen työpanos on neuvoloissa vähentynyt ja heidän roolinsa on kapeutunut konsultointityyppisiin tehtäviin, mikä on saattanut vähentää työn mielekkyyttä. Vaikka neuvolatyötä on muuten tutkittu ja kehitetty melko runsaasti, on tietoa neuvolatoiminnan vaikuttavuudesta vähän. Neuvolalla on kuitenkin selkeä yhteiskunnallinen arvoperusta.

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta on asetettu tavoitteeksi, että lasten hyvinvointi lisääntyy, terveydentila paranee ja turvallisuuteen liittyvät oireet ja sairaudet vähenevät merkittävästi. Asian tärkeys on nostettu esille myös eduskunnassa. Keskeiseksi keinoksi osoitetaan terveyden edistäminen, joka on juuri lastenneuvolan ominta aluetta.

2000-luvun alun lastenneuvola ei voi yksin muuttaa perheiden olosuhteita. Perheiden ja vanhemmuuden todellinen tukeminen ja lasten pahoinvoinnin ennaltaehkäisy edellyttää myös asunto-, verotus- ja sosiaalipoliittisia toimia sekä työelämän soveltamista lapsimyönteisempään suuntaan. Samalla tarvittaisiin koko yhteiskunnan läpi käyvä aasenteiden ja käyttäytymisen muutosta kohti yhteisvastuuta, välittämistä ja yhteisöllisyyttä.

Lastenneuvolassa toimivat terveydenhoitajat tapaavat lähes kaikki pienten lasten perheet yhteensä n. 15-20 kertaa. Lastenneuvolalla onkin vakiintuneen ja keskeisen asemansa, hyvän kattavuutensa ja matalan kynnyksensä vuoksi hyvät mahdollisuudet osaltaan sekä tehostaa lasten sairauksien ehkäisyä ja niin fyysisen kuin mielenterveydenkin edistämistä, että myös tukea perheitä ja vanhemmuutta erilaisissa pulmatilanteissa. Terveyden edistämiseen suositetaan voimavaralähtöistä, perhekeskeistä ja yhteistyöhakuista työtettä, joiden avulla lujitetaan perheiden omia lähtökohtia terveeseen elämään ennen kuin pulmia on syntynyt. Sekä suomalaisten että ulkomailla tehtyjen tutkimusten tulokset puoltavat varhaisen puuttumisen, moniammatillisen työn ja suunnattujen kotikäyntien lisäämistä. Niiden on todettu vähentävän lasten ja nuorten mielenterveyden ongelmia, käyttäytymishäiriöitä ja syrjäytymistä sekä tuovan säästöjä yhteiskunnalle. Vanhempainryhmistä ja ryhmäneuvoloista on myös hyviä kokemuksia. Neuvolatoiminta on terveydenhuollon muihin kustannuksiin suhteutettuna erittäin halpaa; esimerkiksi yhden lapsen koko lastenneuvolaiän seuranta maksaa 1000-2000 euroa riippuen vastaanottokäyntien, kotikäyntien ja valmennusryhmäkertojen määrästä. Lapsiin investoiminen tarkoittaa tulevaisuuteen investoimista.

Asiantuntijaryhmän ehdotukset on tarkoitettu suosituksiksi ja esimerkeiksi, joiden soveltaminen voi erilaisissa kunnissa ja alueilla olla erilaista ja silti paikallisesti tarkoituksenmukaista. Perheiden näkökulmasta on kyse tasa-arvosta ja oikeudenmukaisuudesta palvelujen tarjonnassa. Siksi suositusten eräänä tarkoituksena on taata neuvolatoiminnan riittävän yhtenäinen taso ja laatu eri puolilla maata. Monia seikkoja pitää vielä tutkia ja testata, ennen kuin niistä voidaan antaa valtakunnallisia suosituksia. Suosituksessa ehdotetaan esimerkiksi haastattelulomakkeiden käyttöä, mutta malliksi kelpaavia, hyviksi testattuja lomakkeita on toistaiseksi vähän. Ryhmäneuvolatoiminnasta kaivataan kattavaa selvitystä. ATK-järjestelmien kehittyessä tarvitaan yhtenäisiä tapoja kirjata ja siirtää neuvolatietoja. Toiminnan kehittäminen, suunnittelu ja arvioiminen tilastojen ja niistä nopeasti saatavien tietojen avulla on helpompaa uudella teknologialla. Tilastointi- ja seurantajärjestelmää täytyy kehittää paikallisesti ja valtakunnallisesti. Työryhmän ehdotuksiin sisältyykin tarve määrittää vastuutaho, joka huolehtii jatkuvasta lastenneuvolatyön kehittämisestä ja tehtyjen tutkimusten ja selvitysten tulosten saattamisesta kaikkien lastenneuvolatyötä tekevien ja sen resursseista päättävien tietoon. Työryhmän ehdotukset ja niiden taustalla oleva kirjallisuus perustuvat parhaaseen saatavilla olevaan tietoon. Jatkossa näyttöön perustuva toiminta edellyttää työntekijöiden valmiuksia tiedonhankintaan, jotta he pystyvät vastaamaan asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin.

Opas on tarkoitettu ensisijaisesti neuvolatyötä tekeville. Suositukset ovat paikoin melko yksityiskohtaisia, jotta niistä on tukea erityisesti uusille työntekijöille, sijaisille ja neuvolatyötä harvoin tekeville. Yksityiskohtaisuudesta on hyötyä laskettaessa mm. aikaa, joka asiakaskontakteihin tarvitaan ja arvioitaessa työn kokonaismitoitusta. Myös alan opiskelijat ja opettajat sekä läheiset yhteistyökumppanit hyötyvät suosituksista ja saavat niistä tietoa neuvolatoiminnan sisällöistä ja menetelmistä. Oppaan I osa on erityisesti päättäjiä varten. Siinä käsitellään neuvolatyön organisointia koskevia kysymyksiä, minkä lisäksi siihen on koottu tiivistelmä keskeisistä suosituksista.

Asiantuntijatyöryhmän ehdotus tiivistettynä

Jatkuvasti kehittyvä ja hyvin resursoitu lastenneuvolajärjestelmä tukee vanhemmuutta ja on osa kunnan terveyttä edistävää työtä. Oikein suunnatun ja oikeaan aikaan järjestetyn tuen avulla voidaan myös merkittävästi ehkäistä lasten ja nuorten pahoinvointia ja syrjäytymistä. Lapsen odotus, syntymä ja pikkulapsiaika lisäävät perheen motivaatiota kehittyä ja kasvaa lapsen hyvinvoinnin vuoksi. Neuvola kohtaa kaikki perheet ja useimmiten tunnistaa myös

avun tarpeen. Tällä hetkellä neuvolalla ei ole resursseja tarjota riittävästi apua tukea tarvitseville perheille ongelmien ollessa lieviä tai keskivaikeita. Nykytilanteessa perheet pääsevät sosiaalitoimen ja lastensuojelun tuen piiriin vasta ongelmien kärjistyttyä.

Perheiden ja vanhemmuuden tehokas tukeminen ja lasten pahoinvoinnin ehkäisy lastenneuvolan työtä tehostamalla ja laajentamalla edellyttää perhe- ja voimavaralähtöistä työtettä, verkostoituvia palveluita sekä nykyistä huomattavasti laajemman vertaistukitoiminnan järjestämistä, samoin kuin mahdollisuutta järjestää erityistä tukea ja tiheitäkin kotikäyntejä niitä tarvitseville perheille. Jotta tämä olisi mahdollista, tarvitaan väestöön ja sen erityispiirteisiin nähden riittävä määrä terveydenhoitajia (enintään 400 alle 7-vuotiasta lasta/terveydenhoitaja). Perhetyön osaamista lastenneuvolassa tulee vahvistaa täydennys- ja jatkokouluttamalla nykyisiä terveydenhoitajia. Lisäksi suositellaan erityistukea tarvitsevien perheiden tueksi kotikäyntitoimintaa varten perhetyöntekijöitä. Tarvitaan myös riittävä määrä neuvolatoimintaan motivoituneita, koulutettuja ja siitä vastuuta ottavia lääkäreitä (enintään 2 800 lasta/kokopäivätoiminen lääkäri).

Lisäksi tarvitaan perhepalveluverkoston tiivistä yhteistyötä päivähoidon, perhe- ja kasvatusneuvoloiden, psykologien, puhe-, fysio-, ravitsemus- ja toimintaterapeuttien, sosiaalityöntekijöiden ja tarpeen mukaan muiden työntekijöiden kanssa. Parhaiten yhteistoiminta järjestyy, jos se voi tapahtua samoissa tai lähekkäin olevissa tiloissa, jotka muodostavat perhepalvelukeskuksen. Keskus voi sisältää myös tiloja järjestöjen ja vanhempainryhmien toiminnalle. Mikäli fyysinen keskus ei ole mahdollinen, tulee vastaava toiminta järjestää tehostamalla palvelujen verkostoitumista. Yhteistyön tiivistäminen kannattaa liittää osaksi kunnan lapsipoliittista ohjelmaa. Kunnissa voidaan tehostaa lapsiperheiden terveyden edistämistä ja palveluiden seuranta ja ohjausta laaja-alaisen lapsiperhepalveluiden suunnittelu- ja seurantaryhmän avulla, joka raportoi kunnan poliittisille päättäjille. Parhaassa tapauksessa yhteisöllisyyden ja kansalaistoiminnan käynnistyminen, talkoohengen perinteitä vaalien, voi olla osa lasten ja nuorten tasapainoista kehitystä ja perheitä tukevaa turvallista kasvualustaa ja sosiaalista pääomaa.

Toimijoiden ja yhteistyöverkostojen tai keskusten nimeä tärkeämpää on toiminnan sisältö ja yhteinen halu kehittää sekä omaa työtä että yhteistyön muotoja ja keinoja lasten, perheiden ja väestön ehdoilla ja parhaaksi. Asiantuntijaryhmän ehdotuksia toiminnan järjestämisestä voidaan pitää esimerkkeinä ja suosituksina, joiden soveltaminen voi erilaisissa kunnissa ja alueilla olla erilaista ja silti paikallisesti tarkoituksenmukaista. Sosiaalisten ja mielenterveyden ongelmien lisääntyminen pakottaa kuitenkin vakavasti miettimään ongelmien varhaista ehkäisyä ja ongelmiin tarttumista silloin kun ne ovat vielä pieniä. Molempiin on jo olemassa keinoja, joiden käyttöönotto edellyttää varsin kohtuullisia, ongelmiin ja niiden hoitamisen kustannuksiin suhteutettuna jopa vaatimattomia lisävoimavaroja.

Ensisijaisia korjattavia asioita ovat lastenneuvolatyötä tekevien terveydenhoitajien ja lääkäreiden riittävä määrä sekä jatko- ja täydennyskoulutus. Lääkärit on saatava mukaan aktiivisesti suunnittelemaan ja kehittämään neuvolatyötä. Terveydenhoitajan työnkuva painottuu yhä enemmän perheiden tukemisen suuntaan unohtamatta lapsen kehityksen ja terveyden edistämisen vankkaa ammattitaitoa. Terveydenhoitajien ja lääkäreiden rinnalle tarvitaan perhetyöntekijöitä. Ilman riittäviä resursseja jää suomalaisissa lastenneuvoloissa oleva valtava tietotaito hyödyntämättä ja osaava, erinomaisen työmoraalin omaava ja motivoitunut henkilökunta uupuu liian suuren työtaakan ja vaatimusten alle.

2 LASTENNEUVOLAN TAVOITTEET, TEHTÄVÄT JA TOIMINTAA OHJAAVAT PERIAATTEET

Lapsiperheiden terveyden ja hyvinvoinnin turvaamiseksi 2000-luvulla on neuvolan käytettävissä uutta tietoa ja uusia työmenetelmiä, jotka mahdollistavat toiminnan edelleen kehittämisen ja suuntaamisen perheiden muuttuvien tarpeiden mukaisesti. Neuvolan toiminnassa tarvitaan työntekijöiden aktiivista tutkivaa työtettä toiminnan laadun kehittämiseksi ja turvaamiseksi. Seuraavat neuvolan tavoitteet, tehtävät ja toimintaperiaatteet perustuvat terveystieteisiin kannanottoihin, tutkimustuloksiin, käytännön kokemuksiin sekä eettisiin säädöksiin ja suosituksiin. Suositus on, että kunnat konkretisoivat niitä omissa lapsipoliittisissa ohjelmissaan ja neuvolatoimintaa koskevissa toimintasuunnitelmissaan.

2.1 Lastenneuvolan tavoitteet ja tehtävät

Lastenneuvolan yleistavoite:

- lasten terveydentila ja perheiden hyvinvointi paranevat ja perheiden väliset terveyserot kaventuvat
- seuraavan sukupolven terveyden ja vanhemmuuden voimavarat ovat paremmat kuin nykyisen

Lastenneuvolan muita tavoitteita:

- jokaisella vanhemmalla on mahdollisuus luoda lapseensa turvallinen, vastavuoroinen kiintymyssuhde jo varhain ja muodostaa myönteinen käsitys lapsesta ja itsestään vanhempana
- vanhemmat kehittävät parisuhdettaan ja vanhemmuuttaan siten, että he kykenevät pitämään huolta lapsestaan ja tukemaan tämän kehitystä. He tunnistavat omia voimavarojaan ja perhettä kuormittavia tekijöitä sekä ottavat vastuun lapsen ja perheen hyvinvoinnista
- jokainen lapsi saa riittävän huolenpidon ja tukea oman persoonallisuutensa kehittymiseen
- lasten sairaudet, kehitystä ehkäisevät tekijät sekä perheen muut terveystulmat tunnistetaan varhain nykytiedon mahdollistamissa rajoissa
- kaikki halukkaat vanhemmat saavat vertaistukea muilta vanhemmilta
- perhe saa tukea terveyttä edistäville valinnoilleen
- neuvolaa ja perhepalvelukeskusta ympäröivän yhteisön lapsi- ja perhemyönteisyys ja tuki lapsiperheille lisääntyvät
- lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöt vähenevät
- perheiden terveyteen liittyvä tasa-arvo lisääntyy, kun varhaista tukea kohdennetaan rohkeasti sitä eniten tarvitseville asiakasperheille
- vanhemmat osallistuvat aktiivisesti neuvolapalvelujen kehittämiseen

Lastenneuvolan tehtävänä on:**Lapsen ja perheen tasolla**

- mahdollistaa vanhemmille ajantasaisen ja tutkimukseen perustuvan tiedon saaminen lapseen, perheeseen ja näiden terveyden edistämiseen liittyvistä tekijöistä kullekin vanhemmalle soveltuvalla tavalla
- mahdollistaa vanhemmille riittävästi tukea vanhemmuuteen ja parisuhteeseen perheen toimivuuden vahvistamiseksi
 - tukea vanhempia turvalliseen lapsilähtöiseen ja turvallisen aikuisuuden sisältävään kasvatustapaan
- seurata ja tukea lapsen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kehitystä
- tunnistaa mahdollisimman ajoissa epäsuotuisan kehityksen merkit lapsessa, perheessä ja elinympäristössä sekä puuttua varhain terveyttä vaarantaviin tekijöihin
- ohjata lapsi ja perhe tarvittaessa muille asiantuntijoille tutkimuksiin tai hoitoon

Terveyskeskuksen tasolla

- perehtyä vastuualueeseensa kuuluviin perheisiin ja näiden elinoloihin
- varmistaa vanhempien osallistuminen neuvolapalvelujen kehittämiseen ja vanhempien riittävän vertaistuen saanti
- lisätä terveyden tasa-arvoa mm. kohdentamalla tukea tiedossa olevien ja tunnistettujen tarpeiden mukaisesti eniten tarvitseville perheille
- osallistua pitkäaikaissairaiden ja vammaisten lasten hoidon järjestämiseen ja koordinointiin
- järjestää ja koordinoi neuvolan/perhepalvelukeskuksen palvelut siten, että turvataan perheiden saamien palvelujen jatkuvuus ja tarvittava moniammatillinen yhteistyö; tehdä tarvittaessa aloitteita toimintamallien luomiseksi moniongelmaisten perheiden auttamiseksi
 - seurata ja arvioida säännöllisesti neuvolatoiminnan tuloksia, toimintaprosesseja ja toimintaedellytyksiä
 - kehittää aktiivisesti neuvolapalveluja ja henkilökunnan ammattitaitoa pitämällä huolta uuden tietouden kanavoitumisesta neuvolatoimintaan

Kunnan ja yhteiskunnan tasolla

- tuntee kunnan lapsiperheiden palvelut ja perheitä koskeva suunnittelu ja päätöksenteko sekä tarvittaessa vaikuttaa niihin
- seurata yhteisön ja ympäristön turvallisuutta, lapsi- ja perhemyönteisyyttä sekä erilaisten tekijöiden vaikutusta perheiden terveyteen ja edistää lasten ja perheiden hyvinvoinnin huomioon ottamista

2.2 Lastenneuvolan toimintaa ohjaavat periaatteet

Tähän oppaaseen on valittu eräitä keskeisiä lastenneuvolan toimintaa ohjaavia periaatteita, joista neuvolahenkilöstön toivotaan käyvän keskusteluja sekä pohtivan niiden sisältöä ja merkitystä omassa toiminnassaan. Lisäksi suositellaan, että vanhemmat saavat tietoa näistä

periaatteista esimerkiksi heille jaettavassa lastenneuvolan esitteessä. Niistä on myös hyvä keskustella perheiden kanssa. Mitä tietoisempia neuvolan työntekijät ja neuvolapalveluja käyttävät ovat toiminnan taustalla olevista arvoista ja periaatteista, sitä johdonmukaisempia ja laadukkaampia voidaan neuvolapalveluista kehittää. Arvot ja periaatteet ovat laadun arvioinnin yksi lähtökohta. Osa periaatteista perustuu terveystieteisiin kannanottoihin ja säädöksiin, osa taas vanhempien useissa tutkimuksissa ilmaisemiin odotuksiin ja toivomuksiin. Samat periaatteet koskevat koko perhepalvelukeskuksen toimintaa. Joitakin perinteisiä, edelleen ajankohtaisia periaatteita, kuten neuvolatoiminnan vapaaehtoisuutta ja luottamuksellisuutta ei ole erikseen mainittu tässä yhteydessä.

Perhekeskeinen ja asiakaslähtöinen toiminta

Lapsen etu. Neuvolan ensisijaisena tavoitteena on jokaisen lapsen mahdollisimman suotuisan kehityksen, terveyden ja hyvinvoinnin turvaaminen. Tämä edellyttää lapsilähtöisyyden huomioon ottamista neuvolan työskentelyssä ja tarvittaessa lapsen edun asettamista vanhempien edun edelle.

Perhekeskeisyys. Lapsen paras ei yleensä voi toteutua ilman vanhempia, sillä lapsen hyvinvointi riippuu koko perheen hyvinvoinnista, erityisesti vanhempien parisuhteen ja vanhemmuuden laadusta. Perhekeskeisyys tarkoittaa muun muassa sitä, että äidit, isät ja lapset ovat neuvolan asiakkaita, joiden näkökulma otetaan toiminnassa huomioon. Perheen elämäntilanne, kulttuuritausta, tottumukset ja ympäristö otetaan huomioon.

Yksilöllisyys ja asiakaslähtöisyys. Perheen elämäntilanne ja vanhempien ilmaisemat päällimmäiset tarpeet tai huolet otetaan kulloisenkin tapaamisen lähtökohdaksi. Asiakasta kuunnellaan aktiivisesti ja toiminnassa vältetään kaavamaisia ratkaisuja. Tällainen toiminta edellyttää perheen riittävää tuntemista, tilanneherkkyyttä, vanhempien oikeuksien ja päätöksenteon kunnioittamista sekä luottamuksen hankkimista.

Vanhempien ja lasten kunnioittaminen tosiasioiden esille ottamista unohtamatta. Vanhempien elämäntilanne ja ratkaisut eivät aina ole optimaalisia neuvolan ja terveyden edistämisen näkökulmasta. Työntekijän ammattitaidon varassa on etsiä suhtautumis- ja toimintatapoja, jotka eivät lähtökohtaisesti syyllistä, moiti tai hylkää asiakasta tunnetasolla. Tärkeää on asiakkaan kuunteleminen, hienotunteisuus ja asiakkaan hyväksyminen ihmisenä, vaikka tämän toimintaa ei voisi hyväksyä sen epäsuotuisien seurauksien vuoksi. Koska lapsen etu on tärkein toimintaa ohjaava tekijä, neuvolahenkilökunta joutuu ottamaan esille myös vaikeita tai epämiellyttävältä tuntuvia asioita. Tällöinkin paras toimintatapa on suora ja avoin lähestyminen, joka on helpointa silloin, kun perheeseen on ehditty tutustua ja rakentaa luottamusta.

Yhteisöllinen terveyden edistäminen

Terveyden edistäminen. Terveyden edistämällä lastenneuvolakontekstissa tarkoitetaan toimintaa, joka lisää perheiden mahdollisuuksia vaikuttaa terveytensä taustalla oleviin tekijöihin ja siten kohentaa perheen terveyttä. Neuvolassa kiinnitetään huomiota lapsen ja perheen terveen elämän edellytyksiin ja vanhempien ja lasten taitoihin tehdä esimerkiksi terveyttä edistäviä elämäntapavalintoja. Terveyttä edistävien yhteisöjen luominen sekä moniammatillinen ja intersektoraalinen yhteistyö kuuluvat myös neuvolan työtapaan. Terveys ymmärretään moniulotteisena kokonaisuutena, johon kuuluvat niin fyysinen terveys kuin mielenterveys samoin kuin ihmisten väliset suhteet ja elämänhallinta.

Voimavaralähtöisyys. Neuvolassa kiinnitetään aktiivisesti huomiota vanhempien ja lasten voimavaroihin, niitä suojaaviin ja vahvistaviin tekijöihin sekä perhettä kuormittaviin tekijöihin. Voimavaratekijät edistävät tervettä kasvua ja kehitystä ja suojaavat epäsuotuisilta vaikutuksilta. Lapsen kannalta voimavaratekijöitä ovat muun muassa huolenpito lapsesta,

hyvä itsetunto, lapsilähtöinen kasvatusta sekä perheen sosiaaliset verkostot. Neuvola toimii yhteistyössä vanhempien kanssa vanhempien kykyjen lisäämiseksi toimia oman perheensä hyväksi. Voimavarojen vahvistaminen on eräs keino toteuttaa terveyttä edistävää toimintaa.

Ehkäisy ja varhainen puuttuminen. Neuvolan tehtäviin kuuluu osallistua lapsiperheitä koskevien ongelmien ennalta ehkäisyyn ja tunnistettujen ongelmien pahenemisen estämiseen. Pitkittäistutkimusten antaman tiedon avulla voidaan tunnistaa ja jopa aktiivisesti etsiä syrjäytymisvaarassa olevia lapsia ja heidän perheitään ja puuttua pulmatilanteisiin mahdollisimman varhain.

Yhteisöllisyys ja vertaistuen hyödyntäminen. Neuvolan tehtävänä on osaltaan edistää lapsiperheiden yhteenkuuluvuutta, perheiden keskinäistä yhteistyötä ja toistensa tukemista. Parhaimmillaan yhteisöllisyys ilmenee myös kollektiivisena vastuuna lapsista, jolloin lapsia suojellaan muun muassa kaupalliselta medialta ja liian suurilta vapauksilta. Neuvolan ja perhepalvelukeskuksen tehtävänä on osaltaan pitää huolta siitä, että paikkakunnalla perheiden on mahdollista saada vertaistukea esimerkiksi organisoimalla vertaisryhmiä perhevalmennusryhmien jälkeen lastenneuvolassa tai kannustamalla muita tahoja organisoimaan niitä. Uusi teknologia tarjoaa yhden vaihtoehdon lisätä yhteisöllisyyttä, esimerkiksi verkossa käytävien keskustelujen kautta.

Tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus. Tasa-arvon periaate ohjaa kohdentamaan neuvolan palveluja perheiden tarpeiden mukaan. Toiset perheet selviävät hyvin neuvolasta saamiensa peruspalvelujen ja varmistuksen varassa, toiset tarvitsevat hyvinkin intensiivistä tukea. Neuvolan tulee rohkeasti olla mukana tässä terveyseroja kaventavassa ja yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta lisäävässä työssä.

Moniammatillinen yhteistyö. Terveydenhoitajan ja lääkärin lisäksi hyvin toimivaan neuvolatyöryhmään tarvitaan moniammatillista osaamista. Terveydenhoitajalla, lääkärillä, perhetyöntekijällä ja psykologilla on oma roolinsa, mutta on keskeistä, että kaikki jakavat samat arvot ja päämäärät, tapaavat toisiaan ja toimivat tilanteen mukaan yhdessä. On tärkeää kuntatasolla muodostaa kokonaisnäkemys lapsiperheiden palveluja ohjaavista periaatteista ja linjauksista sekä huolehtia niiden samansuuntaisuudesta.

Neuvolatyön laatu ja vaikuttavuus

Neuvolassa käytettävät toimintatavat ja menetelmät perustuvat parhaaseen saatavilla olevaan näyttöön. Neuvolassa käytetään ensisijaisesti menetelmiä ja toimintatapoja, joiden terveyttä edistävästä ja ennalta ehkäisevästä vaikutuksesta on näyttöä. Lisäksi neuvolassa esitettävät tiedot, näkemykset ja ehdotukset pyritään perustelemaan parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tiedon avulla. Esimerkiksi Internetin kautta on saatavana ajantasaista ja tutkimukseen perustuvaa sekä laajalti hyväksyttyä tietoa ammattilaisen työn tueksi. Tämä edellyttää mekanismien kehittämistä uuden tiedon seuraamiseksi, arvioimiseksi ja saamiseksi neuvolahenkilöstön käyttöön.

Neuvolatyön jatkuvuus ja pitkäjänteisyys. Neuvolatyön eräänä vahvuutena on sen mahdollisuus pitkäjänteiseen työhön, millä on myös tutkimusten mukaan mahdollista tukea monia perheitä vaikeissakin elämäntilanteissa. Siksi on tärkeää, että neuvolatoiminnan järjestämisessä pidetään huolta toiminnan jatkuvuudesta ja saumattomuudesta. Tämä on sitä tärkeämpää, mitä enemmän ja mitä vaikeampia pulmia perheessä on.

Laatu- ja tuloksellisuus. Neuvolatoiminnan laadukkaat ja vaikuttavat palvelut ovat keino perhe- ja lapsikohtaisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Kunnan tehtävänä on tarjota ajantasaista tietoa neuvolapalveluista. Neuvolatoiminnan säännölliseksi seuraamiseksi ja arvioimiseksi on tarpeen kehittää ja ottaa käyttöön toimivia menettelytapoja.

Johdon tuki. Korkeatasoisen lastenneuvolatoiminnan edellytyksenä on suunnitelmallinen ja ammattitaitoinen johtaminen. Lisäksi on tärkeää, että neuvolatoiminnasta vastaavilla henkilöillä on riittävästi neuvolatoiminnan sisällön asiantuntemusta.

Kestävä kehitys. Lastenneuvola edistää osaltaan sosiaalisesti, taloudellisesti, kulttuurisesti ja ekologisesti kestävä kehitystä omassa toiminnassaan. Ehkäisevällä ja terveyttä edistävällä toiminnalla parannetaan uusien lapsisukupolvien mahdollisuuksia antoisaan ja terveeseen elämään.

2.3 Lastenneuvolaa koskevat odotukset ja kokemukset neuvolasta

Asiakasperheiden odotukset muodostavat tärkeän lähtökohdan neuvolassa tehtävälle yhteistyölle. Neuvolahenkilöstö tarvitsee laaja-alaista tietoa lasta odottavien ja lapsen synnyttäneiden +vanhempien odotuksista ja kokemuksista neuvolasta voidakseen kehittää toimintaansa. Tätä tietoa saa monista tutkimuksista ja neuvolatyöstä tehdyistä selvityksistä. Perheiden odotukset voidaan jäsentää odotuksiin koko neuvolatoimintaa kohtaan sekä käyntikohtaisiin päällimmäisiin odotuksiin, jolloin ne heijastavat usein perheen senhetkisiä tarpeita. Työntekijän kannattaa asiakastilanteessa kysyä rohkeammin asiakkaan odotuksista. Odotusten tunnistaminen on osa asiakaslähtöistä palvelua (Sévon & Huttunen 2002), joka tarkoittaa erään määritelmän mukaan kykyä ottaa työn lähtökohdaksi äitien, isien ja perhемуotojen yksilöllisyys. Asiakaspalautteen avulla saa tietoa mm. vanhempien kokemuksista. Sen hankkiminen ei ole vielä vakiintunut työmuoto, vaikka sen avulla voi saada täsmätietoa neuvolatoiminnan laadusta.

Vanhemmat ovat yleensä melko tyytyväisiä neuvolaan, mutta he ovat esittäneet siitä myös kritiikkiä. Tyytymättömyyttä neuvolan toimintaan aiheuttavat mm. yksilöllisyyden puute, puutteellinen tieto tai neuvonta. Vanhemmat odottavat kiireettömiä, tasa-arvoisia ja luottamuksellisia vuorovaikutustilanteita sekä sellaista ilmapiiriä, jossa voi puhua myös vaikeista ja aroista asioista. Vanhemmat odottavat myös, että he voisivat käydä saman terveydenhoitajan ja lääkärin luona. (Pelkonen 1994, Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2000, Löthman-Kilpeläinen 2001). Vanhemmat haluaisivat enemmän tukea lapsensa psykososiaaliseen kasvuun ja kehitykseen (Hakulinen 1998), ja keskustella elämästään laajemmin myös erilaisista näkökulmista (Tiittanen 2001) sekä tukea parisuhteelleen (esim. Tarkka 2001). Erityisasiantuntijoiden kuten psykologien, puheterapeuttien ja ravitsemusterapeuttien palveluista tiedottamista tulisi tehostaa. (Viljamaa 2000)

SUOSITUS: Terveydenhoitaja keskustele uuden asiakasperheen kanssa tämän lastenneuvolaan kohdistamista odotuksista, kirjaa ne ja tarvittaessa realisoi asiakkaalle neuvolan mahdollisuudet, mm. resurssit vastata odotuksiin. Neuvola jakaa asiakkailleen palveluja kuvaavan esitteen. Jokaisella käyntikerralla selvitetään asiakasperheen päällimmäiset huolet ja odotukset.

3 MONIAMMATILLISTA YHTEISTYÖTÄ LAPSIPERHEIDEN HYVÄKSI

3.1 Valtakunnalliset ohjelmat yhteistyön lähtökohtana

Keskeisiä 2000-luvun valtakunnallisia ohjelmia, jotka antavat yhteisen arvoperustan moniammatilliselle yhteistyölle osana lastenneuvoloiden kehittämistä, ovat Terveys 2015-kansanterveysohjelma, Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi, Suomen Kuntaliiton lapsipoliittinen ohjelma sekä valtioneuvoston periaatepäätös

varhaiskasvatuksen valtakunnallisista linjauksista. Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksessa esitetyt periaatteet tähtäävät kuntalaisten laaja-alaiseen hyvinvointiin.

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta lapsia koskevaksi tavoitteeksi on asetettu: ”Lasten hyvinvointi lisääntyy, terveydentila paranee ja turvattuuteen liittyvät oireet ja sairaudet vähenevät merkittävästi”. ”Tavoitteisiin pyritään myös siten, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat”. Kuntien toiminnassa haasteena ja suositeltavana toimintasuuntana pidetään mm. terveyden edistämistä, seurantaa ja arviointia osana kuntien hyvinvointipoliittisia ohjelmia. Lasten terveyden osalta ohjelmassa korostetaan seuraavia toimintasuuntia:

- valtion, kuntien, järjestöjen ja elinkeinoelämän yhteistyötä kehitetään perheiden tukemiseksi sekä lapsiperheiden ja työelämän tarpeiden paremmaksi yhteensovittamiseksi,
- lasten päivähoidon, esiopetuksen ja peruskoulun lasten terveyttä edistävää roolia kehitetään yhteistyössä vanhempien kanssa,
- syrjäytymisuhassa olevia lapsia ja lapsiperheitä autetaan taloudellisen tuen ja psykososiaalisten palvelujen avulla osana kuntien hyvinvointipoliittisia ohjelmia. Parannetaan terveys- ja sosiaalipalvelujen sekä sosiaaliturvajärjestelmän edellytyksiä edistää lasten terveyttä ja erityisesti parantaa huono-osaisimpien ja riskiryhmiin kuuluvien lasten kasvuolosuhteita ja mahdollisuutta koulutukseen,
- lasten psykososiaalisen hyvinvoinnin osoittimia kehitetään ja niihin pohjautuva seurantajärjestelmä rakennetaan. Lasten tarvitsema mielenterveyshoito turvataan.

Suomen Kuntaliiton lapsipoliittinen ohjelma ”Eläköön lapset – lapsipolitiikan suunta” toimii esimerkkinä ja keskustelun käynnistäjänä kunnissa, joista monissa on laadittu omia lapsipoliittisia ohjelmia. Ohjelman visioissa lapsuus ja nuoruus on turvallinen ja terveyttä edistävää, lapsuuden voimavaroista lapsen eri kehitysvaiheissa ja perheen elämäntilanteissa on huolehdittu ja lapsella on mahdollisuus toimia aktiivisena osallistuvana kuntalaisena ja toteuttaa omaa erityislaatuisuuttaan.

Ohjelmassa korostetaan vanhemmuutta, laadukkaita palveluita, terveitä elämäntapoja, aikuisten mallia ja lähiyhteisöjä, asumista ja elinympäristöä ja lähiyhteisöjen toiminta- ja voimavarakeskuksia, lasten erityistarpeita ja syrjäytymiskehityksen katkaisua, päivähoidon ja oppimisen merkitystä, tietoon ja osaamiseen perustuvaa päätöksentekoa, tukipolitiikan johdonmukaisuutta ja koordinoitua, perhe- ja työelämän parempaa yhteensovittamista, lasten ja nuorten osallisuutta ja vastuullista kansainvälistä yhteistyötä.

Varhaiskasvatuksen valtakunnallisissa linjauksissa korostetaan muun muassa lapsen oikeuksia, vanhempien kasvatusvastuuta, varhaiskasvatuksen tehtävää lapsen suotuisan kasvun ja kehityksen tukemisessa sekä varhaiskasvatuksen henkilöstön yhteistyötä muun sosiaali- ja terveydenhuollon, erityisesti lastenneuvolan kanssa.

Mielenterveyspalveluiden laatusuositusten linjaukset ovat yhtenevät edellä kuvattujen periaatteiden kanssa lasten ja lapsiperheiden osalta.

Valtioneuvoston periaatepäätöksen, Kuntaliiton lapsipoliittisen ohjelman tavoitteiden ja varhaiskasvatuksen valtakunnallisten linjausten mukaista on pyrkiä lapsiperheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja lapsiperheille suunnattujen palvelujen mahdollisimman kokonaisvaltaiseen suunnitteluun, seurantaan ja arviointiin. Molempia voidaan kunnissa toteuttaa siten, että lapsen etu ja lapsilähtöinen, tasa-arvoa edistävä näkökulma ohjaa toimintaa. Laaja-alainen ja kokonaisvaltainen ote edellyttää, että on olemassa säännöllisesti toimiva, hyvin organisoitu ja riittävän selkeästi vastuutettu yhteistyöryhmä.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Eläköön lapset - lapsipolitiikan suunta. 2000. Suomen kuntaliiton lapsipoliittinen ohjelma. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi -työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 2002 3. 53. <http://www.vn.fi/stm/suomi/eho/julkaisut>

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. 2001. Oppaita 9. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö 23/2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle lasten ja nuorten hyvinvoinnista.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 2001:4.

3.2 Lapsiperhetyön tiivistäminen kunnassa

Lastenneuvola on keskeinen osa kunnan lapsiperheille suunnattuja hyvinvointipalveluja, jossa annetaan palveluja matalan kynnyksen periaatteella. Kyetäkseen tehokkaasti edistämään terveyttä ja hyvinvointia sekä palvelemaan lasten ja perheiden tarpeissa ja ongelmissa lastenneuvolan on tarpeen tehdä yhteistyötä monien eri toimijoiden kanssa. Usein lastenneuvoloiden henkilökunta rakentaa näitä yhteyksiä asiakaskohtaisesti, kulloistenkin tarpeiden mukaan. On ollut lastenneuvolan henkilökunnan aktiivisuuden ja paikallistuntemuksen varassa, miten hyvin paikkakunnan, sekä kunnallisista että seutukunnallisista, seurakuntien tai vaikkapa järjestöjen, tarjoamista mahdollisuuksista on osattu perheille tiedottaa. Monesti myös palveluketjuissa voi olla tarpeettomia viiveitä tai solmukohtia ja tietokatkoksia johtuen siitä, että palvelujen kokonaisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta on vaikea arvioida ja suunnitella riittävän laaja-alaisesti ja kokonaisvaltaisesti.

3.2.1 Perhepalvelukeskus tai -verkosto

Joillakin paikkakunnilla on jo aloitettu lapsiperheille tarkoitettujen palvelujen kokoaminen yhteen tai tiivistetty lapsiperhetyötä tekevien yhteistyötä. Usein keskuksiin tai verkostoihin on kytketty vapaaehtoistoimintaa. Suositeltavaa olisikin lisätä kunnallisen ja kolmannen sektorin yhteistyötä ja parantaa perheiden vaikutusmahdollisuuksia. Tämän kehityksen edistämiseksi ehdotetaan, että kunnissa keskusteltaisiin mahdollisuuksista koota kunnan lapsille suunnatut hyvinvointipalvelut perhepalvelukeskuksiin (Liite 1). Tällöin yhteistyö ja konsultaatiot helpottuisivat ja lapsiperheet saisivat palvelut samasta paikasta. Toiminnan kannalta fyysinen kokonaisuus voisi olla paras ratkaisu, mutta samat palvelut voidaan järjestää myös fyysisesti hajanaisempana ja silti toiminnallisena kokonaisuutena, perhepalveluverkostonä.

Perhepalvelukeskuksessa tai verkostossa toimii lääkäri, terveydenhoitaja, perhetyöntekijä, psykologi, puheterapeutti, fysioterapeutti ja tarvittaessa muita erityistyöntekijöitä. Lisäksi keskuksessa voisi toimia paikallisten olosuhteiden mukaan myös muita lapsiperheiden kanssa työskenteleviä ammattilaisia, kuten päivähoiton henkilöstö, kasvatus- ja perheneuvolan työntekijät, (lastensuojelun) sosiaalityöntekijät, toimintaterapeutti, ravitsemusterapeutti, hammaslääkäri ja/tai suuhygienisti. Perhepalvelukeskuksen kokoonpano voi vaihdella kuntakohtaisesti, paikallisten olosuhteiden ja tarpeiden mukaan, mutta jonkinasteinen edustus kaikista sosiaali- ja terveystoimen lapsiperheille tarkoitetuista palveluista tulisi keskuksessa olla, ennen kuin voitaisiin puhua perhepalvelukeskuksesta tässä tarkoitettussa merkityksessä. Liitteessä 2 on kuvattu perhepalveluverkoston kokoonpanoa. Perhepalvelukeskuksen tai

verkoston eri toimijoiden työnjaosta ja vastuista sopiminen on edellytys yhteistyön onnistumiselle.

Joillakin paikkakunnilla toimivat keskuslastenneuvolat tai lasten talot ovat toiminnallisesti lähellä perhepalvelukeskuksia. Perhepalvelukeskus voi myös toimia avoimena keskuksena, jossa on palvelujen lisäksi tilaa vanhempainryhmille, järjestöille, harrastus- ja perhekahvilatoiminnalle. Uusia tiloja suunniteltaessa tällainen keskus sopii hyvin esim. päiväkodin tai avoimen päiväkodin yhteyteen.

Hallinnollisesti perhepalvelukeskus voi olla yhtenäinen tai eri hallintokuntien edustajista koostuva, samoin kuin perhepalveluverkostokin. Eri kunnissa ja seutukunnissa on erilaiset olosuhteet ja perusteet erilaisille hallinnollisille ratkaisuille. Tässä ei esitetä kannanottoa hallinnollisen järjestämisen osalta. Keskuksen toiminta-ajatuksena on yhteistyön helpottuminen, ja asiakkaiden kannalta palveluiden helpompi saatavuus. Tärkeää on kuitenkin huolehtia yhteistyöstä terveyskeskuksen johdon kanssa ja yhteyksistä kunnan toimivaan johtoon.

Moniammatillinen tiimityö, esimerkiksi verkostotyö ei kuitenkaan suju itsestään, vaan siihen tarvitaan motivaatiota, tietoa ja pitkäjänteistä harjaantumista. Tiimityötä edistää muun muassa yhteisistä tavoitteista tai yhteisestä kohteesta sopiminen sekä toisten työn riittävä tuntemus. Eri työntekijäryhmien erilaiset lähtökohdat, toimintakulttuuri ja ammattikieli luovat helposti jännitteitä. Verkostotyön kehittymistä auttaa, jos on valmiuksia arvioida ensisijaisesti omaa roolia ja tehtäviä ja keskustella niistä verkoston muiden jäsenten kanssa. Yhteinen koulutus edistää luontevasti verkostotyötä. Jotta salassapitovelvollisuuden noudattamisesta ei muodostuisi yhteistyön estettä, on kaikkien tunnettava asiaan liittyvät säännökset ja sovittava asianmukaisista menettelytavoista (ks. luku 3.7, liite 4).

SUOSITUS: Kunnassa tai alueella käynnistetään suunnittelu siitä, miten lapsiperheille tarkoitettuja palveluja kootaan nk. perhepalvelukeskukseen tai -verkostoon. Tässä yhteydessä määritellään keskeiset toimijat, vastuut ja suhde kunnan hyvinvointipolitiikkaan. Perhepalvelukeskuksen tai -verkoston toiminta-ajatuksena on kodin, neuvolan, päivähoiton, sosiaalityön ja terveydenhuollon sekä paikallisten olosuhteiden mukaan myös muiden, mm. kolmannen sektorin toimijoiden yhteistyön kehittäminen

Suosittelavaa kirjallisuutta

Arnkil TE, Erikson E & Arnkil R. 2000. Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa. Sektorikeskeisyydestä ja projektin kaaoksesta joustavaan verkostointiin. Stakes, Raportteja 253, Helsinki.

3.2.2 Lapsiperheiden hyvinvoinnin ja palveluiden suunnittelu- ja seurantaryhmä

Useilla paikkakunnilla on jo kehitetty yli hallintokuntien rajojen työskentelevien yhteistyörakenteita. Niiden avulla voidaan tehostaa palveluiden taloudellista ja tarkoituksenmukaista käyttöä, välttää päällekkäistä työtä, suunnata resursseja väestön muuttuvien tarpeiden mukaan ja suunnitella eri yksiköiden yhteistyötä sujuvammaksi. Hyvästä tiedotuksesta huolehtiminen mm. seurakuntien ja kolmannen sektorin kanssa helpottuisi. Yhteistyörakenteet tehostavat myös lapsiperheiden tarvitsemien ostopalvelujen käytön suunnittelua. Tällaisia ovat mm. tutkimus-, kuntoutus-, päihde- ja lastensuojelupalvelut, joiden tuntemus ja käyttö on usein pirstaloitunut kunnan eri virkamiesten vastualueille.

Moniammatillinen yhteistyö onnistuu tehokkaasti vain, kun pelisäännöistä ja työmuodoista on yhteisesti sovittu. Tähän tarvitaan suunnitelmallisuutta ja säännönmukaisia tapaamisia eri

toimijoiden ja eri toiminnoista vastaavien kesken. Yhteistyön lähtökohdaksi sopii parhaiten kunnan oma lapsipoliittinen ohjelma tai kunnan hyvinvointipoliittisen ohjelman osio, jossa on sovittu lapsiperheiden tukemisesta ja terveyden edistämisestä paikkakunnalla. Lapsi- tai hyvinvointipoliittinen ohjelma yhdistää sosiaali- ja terveystoimeen eri toimijat kuten päivähoiton, liikunta- nuoriso- ja opetustoimen, kaavoituksen, liikennejärjestelyt, seurakunnan ja mahdolliset vapaaehtoistoimijat. Ohjelman hyödyn arvioimiseksi on sen toteutumista tarpeen seurata. Ohjelman puuttuminen ei kuitenkaan ole este yhteistyön organisoimiselle.

Suosittelaa, että jokaiselle paikka- tai seutukunnalle harkitaan perustettavaksi lapsiperheiden hyvinvoinnin ja palveluiden suunnittelu- ja seurantaryhmä, mikäli vastaavaa elintä ei jo ennestään ole. Seurantaryhmän toimenkuva voidaan rakentaa laaja-alaiseksi lapsiperheiden terveyden ja hyvinvoinnin seurantaan ja edistämiseen, tai kapea-alaisemmin palvelujen seurannan ja suunnittelun yhteistyöelimeksi. Toiminnallisesti ja hallinnollisesti sopiva väestöpohja yhtä seurantaryhmää ajatellen on noin 20 000 (-60 000) asukasta (vrt. Kansallinen terveysprojekti). Ryhmään on hyvä kuulua edustajat terveystoimesta, neuvolasta (neuvolatyöstä vastaava lääkäri ja terveydenhoitaja), päivähoitosta, sosiaalihuollosta, perheneuvolasta, suun terveydenhuollosta, mielenterveys- ja päihdepalveluista, koulujen hyvinvointipalveluista, seurakunnasta tai kirkon perheasiain neuvottelukeskuksesta, poliisista, järjestö- ja mahdollisesti elinkeinosektorista, ammattikorkeakoulusta, yliopistosta ym. sen mukaan, mikä kullakin paikkakunnalla on asianmukaista. Lapsiperheiden edustajan mukaan saaminen on tärkeää.

Lapsiperheiden hyvinvoinnin ja palvelujen suunnittelu- ja seurantaryhmän tehtävänä olisi suunnitella ja kehittää eri toimijoiden yhteistyötä, seurata lasten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin ja lapsipoliittisen ohjelman toteutumista, erityisesti hyvinvointipalvelujen osalta, sekä tehdä ehdotuksia lapsiperheiden hyvinvoinnin edellytysten turvaamiseksi. Tavoitteena on edistää laaja-alaisesti lasten ja lapsiperheiden terveyttä ja hyvinvointia. Ryhmä muodostaisi kokonais kuvan lapsiperheille suunnatuista palveluista, mikä helpottaisi sekä palvelujen kehittämistä, tarkoituksenmukaista käyttöä että päällekkäisyyksien välttämistä. Eräs seurantaryhmän tehtävistä voi myös olla paikkakunnalla järjestettävän vanhempien ohjatun vertaisryhmätoiminnan edellytyksistä huolehtiminen.

Ryhmä voi seurata palvelujen toimivuutta kokonaisuutena, eri palveluiden niveltymistä toisiinsa sekä suunnitella ja kehittää eri toimijoiden yhteistyötä, esimerkkeinä päivähoiton ja lastenneuvolan yhteistyö lasten kehitys seurannan, vanhempien kasvatustuen ja vaikkapa päivähoiton infektioiden ehkäisyn alueella. Toinen esimerkki alueesta, jolla yhteistyö on syytä sopia ja toteuttaa järjestelmällisesti, on esikouluun ja kouluun siirtyminen ja erityisesti tuen tarpeessa olevien lasten osalta tuen saumaton jatkuminen. Seurantaryhmä voi kannanotoillaan ja ehdotuksillaan myös vaikuttaa mm. työn ja perhe-elämän yhteensovittamisen paikallisiin edellytyksiin sekä kaavoitus- ja liikenne ratkaisuihin. Näillä voi olla suuri vaikutus perheiden yhdessä oloon, sosiaaliseen, fyysiseen ja kulttuuriseen ympäristöön, samoin kuin harrastus- ja liikuntamahdollisuuksiin. Perheiden, lasten ja nuorten terveyden edistämisen kannalta näillä ratkaisuilla on merkittäviä ja kauaskantoisia vaikutuksia.

SUOSITUS: Kunnassa tai alueella on toimiva lapsiperheiden hyvinvoinnin ja palveluiden suunnittelu- ja seurantaryhmä, jolla on seuranta- ja raportointivastuu kunnan virka- ja luottamus mies johdolle.

3.3 Lastenneuvolan henkilöstö

Lastenneuvolan keskeisiä työntekijöitä ovat terveydenhoitaja ja lääkäri, jotka muodostavat neuvolatoiminnan ydintyöparin. He toimivat kiinteässä yhteistyössä muiden lapsiperhetyötä tekevien kanssa. Neuvolaan ehdotetaan lisättäväksi perhetyön osaamista. Tämä on mahdollista lisäämällä neuvolahenkilöstön osaamista täydennyskoulutuksen avulla, sisällyttämällä perhetyöntekijä neuvolan henkilöstöön, tai täydentämällä neuvolatyöryhmää tai perhepalveluverkostoa perhetyöntekijällä.

3.3.1 Terveydenhoitaja

Lastenneuvolan keskeisin voimavara on terveydenhoitaja. Hän on terveyden edistämisen ja hoitotyön asiantuntija neuvolatyössä ja vastaa omalta osaltaan toiminnan hoitotieteellisestä tasosta. Terveydenhoitaja tuntee oman alueensa, sen väestön ja siihen kuuluvat perheet, sillä hän tapaa perhettä kussakin lastenneuvolassa noudatetun työkäytännön ja perheiden tarpeiden pohjalta noin 15-20 kertaa ennen lapsen kouluun menoa. Osa tapaamisista on kotikäyntejä. Terveydenhoitaja pystyy muodostamaan kokonaisnäkömyksen asiakaskunnastaan, seuraamaan siinä tapahtuvia muutoksia ja hyödyntämään lapsiperheille tarkoitettuja palveluja kunnassa. Terveydenhoitajan työn yhteisöllisyyteen kuuluu myös tiedon välittäminen perheiden tilanteesta alueellaan ja aloitteiden tekeminen.

Terveydenhoitaja huolehtii lapsen terveyden perusseurannasta, johon kuuluvat kasvun ja kehityksen seuranta, seulontatutkimukset ja rokotukset. Hänen työotteensa on perhekeskeinen ja voimavaralähtöinen ja näin koko perheen terveyttä edistävä. Siihen sisältyy vanhemmuuden, parisuhteen ja muiden perheen voimavarojen vahvistaminen (mm. kasvatusneuvonta, perheen elin- ja elämäntapojen tarkastelu) ja asiakaslähtöinen terveysneuvonta monipuolisin ja yksilöllisin menetelmin. Terveydenhoitaja antaa asiantuntemuksensa perheen käyttöön ja työskentelee sen kanssa kumppanuuden ja luottamuksen hengessä lapsen ja koko perheen terveyden edellytysten lujittamiseksi. Terveydenhoitaja laatii lapsen ja perheen terveysseurannan kokonaissuunnitelman yhdessä perheen kanssa ja sopii, miten sitä tarkistetaan ja arvioidaan.

Jos lapsi käyttää muita terveys- tai sosiaalipalveluja, terveydenhoitajan asiantuntijarooliin kuuluu neuvotella perheen kanssa lapsen ja perheen tarvitsemien palvelujen koordinoinnista ja jatkuvuudesta ja pitää osaltaan huolta siitä, että perheelle on nimetty vastuuhenkilö. Kokonaisuudesta ja jatkuvuudesta huolehtiminen edellyttää muun muassa, että saman perheen kaikki alle kouluikäiset lapset ovat saman terveydenhoitajan seurannassa ja että terveydenhoitaja on perheen helposti tavoitettavissa.

Terveydenhoitaja tekee myös kotikäyntejä ja vastaa siitä, että perheellä on halutessaan mahdollisuus vertaisryhmiltä saatavaan tukeen. Terveydenhoitajan rooliin kuuluu pienryhmätoiminnan suunnitteleminen ja ryhmien vetäminen itsenäisesti tai yhteistyössä moniammatillisen tiimin kanssa. Mikäli neuvolassa toimii perhetyöntekijä, voidaan ryhmätoiminnan järjestäminen jakaa perhetyöntekijän ja terveydenhoitajien kanssa. Jos terveydenhoitaja ei itse pidä ryhmiä, hän huolehtii ryhmätoiminnasta tiedottamisesta ja on selvillä ryhmäkokoontumisten asiasisällöistä.

Terveydenhoitaja arvioi yhdessä perheen kanssa, tarvitaanko lapsen terveyden ja hyvinvoinnin tai perheen muuttuvien tilanteiden vuoksi muiden työntekijöiden tutkimuksia tai tukea neuvolan perusseurannan ohella. Lapsen ja perheen tuen tarpeen varhainen tunnistaminen ja tilanteeseen puuttuminen ovat terveydenhoitajan avaintehtäviä. Terveydenhoitajan vastuulla on arvioida, aiheuttaako joku hänen seurannassaan esille tullut lapsen kasvuun, kehitykseen tai käyttäytymiseen liittyvä huoli jatkotutkimuksia tai –

toimenpiteitä. Ongelmatilanteissa terveydenhoitajalla tulee olla mahdollisuus neuvotella työryhmänsä kanssa. Erytistukea tarvitsevaa perhettä auttaa terveydenhoitajan yhteistyöhakuisuus ja muiden asiantuntemuksen käyttäminen lähtökohtana lapsen etu ja perheen tukeminen.

Mikäli toimitaan väestövastuujärjestelmässä suositellaan harkittavaksi terveydenhoitajan jaksamisen ja ammattitaidon ylläpitämisen näkökulmasta sektoreiden rajoittamista esimerkiksi yhdistettyyn äitiysneuvola- ja lastenneuvolatyöhön tai lastenneuvola- ja koulutyöhön. Mikäli terveydenhoitaja huolehtii useammasta sektorista, korostuu johdon vastuu toiminnan ajanmukaisuudesta ja riittävästä jatkokoulutuksesta.

SUOSITUS: Terveydenhoitaja on lastenneuvolan keskeisin toimija. Hän vastaa oman alueensa lapsiperheiden terveyden edistämisen ensiasteen asiantuntijuudesta sekä neuvolatoimintaa koskevan hoitotyön tasosta ja ajanmukaisuudesta. Terveydenhoitaja kehittää edelleen rooliaan perhekeskeisen palvelun antajana ja koordinoijana sekä lapsiperheiden yhteisöllisyyden lujittajana.

3.3.2 Lastenneuvolan lääkäri

Neuvolatyöryhmän lääkäri on terveydenhoitajan lisäksi ainoa ammattilainen, joka henkilökohtaisesti tapaa jokaisen lapsen ja tämän perheen. Siksi myös lääkärin työpanos perheen yksilöllisessä kohtaamisessa on keskeisen tärkeä neuvolatyön onnistumiselle. Lääkäri osallistuu lapsen terveyden ja kasvun seurantaan, vastaa sairauksien ja kehityksen poikkeavuuksien seulonnasta ja usein myös terveydenhoitajien tekemien kehityspoikkeaminen tulkinnasta (riippuen miten paikallisesti on sovittu) ja suunnittelee jatkotoimenpiteet yhdessä perheen kanssa. Määräaikaistarkastuksissa perhe ja lääkäri tutustuvat toisiinsa. Samalla rakentuu luottamus, jota tarvitaan, mikäli lapsella tai perheessä ilmenee ongelmia. Määräaikaistarkastusten lisäksi perheillä tulee olla mahdollisuus varata lääkäritä aika silloin, kun siihen on jokin erityinen syy. Tällaisia ovat imeväisikäisen oireet kuten ihottumat ja ärtyneisyys tai lapsen kehitykseen ja käyttäytymiseen liittyvät pulmat. On perheiden edun mukaista, että lääkäri huolehtii sairauksien seulonnan lisäksi omalta osaltaan perheiden tukemisesta, yksilöllisestä terveyden edistämisestä ja terveystasvatuksista. Hyvin toimivassa neuvolassa lääkäri osallistuu myös neuvolapalvelujen suunnitteluun, arviointiin ja kehittämiseen sekä moniammatilliseen yhteistyöhön.

Lääkärin ja terveydenhoitajan hyvä yhteistyö ja selkeä työnjako lisäävät perheiden saamien neuvolapalvelujen laatua. Määräaikaistarkastusten aikaisesta työnjaosta sopiminen sekä riittävän ajan varaaminen keskustelua ja konsultaatiota varten edistää yhteistyön avoimuutta ja mutkattomuutta. Tällöin lääkärin on mahdollista yhdessä terveydenhoitajan kanssa pohtia myös niitä pulmatilanteita, joihin ei tarvita muiden alojen ammattilaisia. Lääkärin hyvä motivaatio, riittävät tiedot ja muut valmiudet neuvolatyöhön edistävät neuvolan toimintaa ja ovat palkitsevia myös lääkärille itselleen.

Neuvolatoiminnalla tulee olla nimetty vastuulääkäri. Hänen tehtävänsä on vastata neuvolatoiminnan lääketieteellisestä tasosta, organisoinnista ja ajanmukaisuudesta lääketieteellisen toiminnan osalta. Jos lastenneuvolassa työskentelee useita lääkäreitä, vastuulääkärin tehtävänä on mm. uusien lääkäreiden perehdytys ja näiden täydennyskoulutuksen varmistaminen. Vastuulääkäri tai hänen valtuuttamansa lääkäri osallistuu myös moniammatillisiin yhteistyöryhmiin. Lastenneuvolan vastuulääkärin tulee itse tehdä lastenneuvolatyötä, jotta hän osaisi arvioida ajankohtaisia kehitystarpeita.

Jotta pitkäaikaisesti tai paljon sairastavien lasten hoito voi perusterveydenhuollossa toimia hyvin, neuvolan vastuulääkärin tulee sopia työnjaosta väestövuolulääkäreiden kanssa. Mikäli neuvolalääkäri on hyvin perehtynyt lastentauteihin, voi olla tarkoituksenmukaista järjestää joidenkin pitkäaikaisairauksien hoito- ja seurantakäyntejä neuvolaan. (Ks. myös luku 10.5, Allergiat ja astma.) Mikäli toimitaan väestövuolujärjestelmässä, voi olla tarkoituksenmukaista järjestää työ ainakin osittain sektoridusti siten, että tietyt lääkärit keskittyvät lastenneuvolatyöhön. (Ks myös luku 3.3.4 Henkilökunnan mitoitus.)

SUOSITUS: Jokaisessa lastenneuvolassa on nimetty vastuulääkäri, jonka tehtävänä on vastata neuvolatoiminnan lääketieteellisestä tasosta, organisoinnista ja ajanmukaisuudesta lääketieteellisen toiminnan osalta.

3.3.3 Perhetyöntekijä

Lastenneuvolatyössä kohdataan usein perheitä, joiden tilanne ja lasten käyttäytyminen antavat aiheita huoleen, mutta aina huolenaihe ei ole riittävän vakava-asteinen tai riittävän selkeästi muotoiltavissa, jotta esimerkiksi yhteydenotto lastensuojeluviranomaisiin tai ohjaus mielenterveyden tai päihdehoidon ammattilaisille tulisi kysymykseen. Näissä tilanteissa perhetilanteen tarkempi selvittäminen jo varhain sekä lastenneuvolasta luontevasti ja matalalla kynnyksellä järjestäytyvä tuki ja keskusteluapu perheen kotona on paras ja nopein vaihtoehto.

Eri puolille Suomea on rakentunut kokonainen kirjo erilaisia perhetyön toimintamalleja, useimmiten sosiaalityön ja lastensuojelun, mutta usein myös laitosten tai järjestöjen hankkeiden yhteyteen. Vammaisten Lasten ja Nuorten Tukisäätiö on 1996 lähtien kouluttanut vauvaperhetyöntekijöitä jokaiseen keskussairaalaan ja yliopistosairaalaan. Vauvaperhetyötä on tarjottu perheisiin, joihin on syntynyt keskonen, vammaisen tai sairaan lapsi tai perheessä on ollut muu riskitekijä. Projektin puitteissa on koulutettu myös joidenkin paikkakuntien lastenneuvoloiden terveydenhoitajia vauvaperhetyöhön. Kokemus toiminnasta on, että vauvaperhetyön tarve on selvästi suurempi kuin tarjolla olevat voimavarat.

Perhetyön kytkemisestä läheiseen yhteistyöhön päiväkotien ja lastenneuvoloiden kanssa on hyviä kokemuksia. Tällöin kysymys on ennalta ehkäisevästä työstä silloin kun sosiaalinen tai mielenterveydellinen riski on olemassa, mutta huoli lapsesta on vielä vähäinen eikä aiheita yhteydenottoon lastensuojeluviranomaisiin vielä ole. Esimerkiksi Hakunilan neuvolassa Vantaalla on kokeiltu hyvin tuloksin perhetyöntekijän toimintaa osana neuvolan antamia palveluja. Asiakkaat ohjautuvat perhetyön piiriin ensisijaisesti neuvolan kautta. Terveydenhoitaja ja perhetyöntekijä toimivat aina työparina. Perhetyön tarvetta on esimerkiksi masentuneilla äideillä, maahanmuuttajilla tai sitä aiheuttaa muu ongelmatilanne, joka vaatii perheen ja/tai lapsen tilanteen arviointia kotioloissa. Kunnan palvelujen joustavaa järjestämistä voi edistää, jos perhetyöntekijä toimii osa-aikaisesti paitsi lastenneuvolassa, myös päiväkodissa ja/tai lastensuojelussa.

Lastenneuvolan tai perhepalvelukeskuksen perhetyöntekijän tehtävänä on tukea ja edistää erityistä tukea tarvitsevien perheiden elämänhallintaa lyhytaikaista tukea vaativissa (itkuisen vauvan äidin väsymys, äidin lievä masennus, yksinhuoltajan tai hyvin nuorten vanhempien epävarmuus, lapsen levottomuus tai poikkeava uhmakkuus), mutta myös melko vaativissa kysymyksissä ja ongelmatilanteissa (mm. parisuhde-, päihde-, väkivalta- ja mielenterveysongelmissa) mm. säännöllisten ja riittävän pitkien kotikäyntien avulla. Suunnitelmallisen, perheen kotiin viedyn avun vaikuttavuudesta on kertynyt tutkimusnäyttöä. Tutkimuksissa tuen kustannusvaikuttavuus on ollut hyvä. Tuen avulla on arvioitu vältettävän 4-6 kertaa tehtyjä investointeja suuremmat kustannukset. Tehtäväalueeseen kuuluvat vanhempien tukeminen, lasten hoidon ja kasvatuksen tukeminen sekä apu silloin, kun

pulmana on yksittäisen perheenjäsenen sairaus tai sen vaikutus perheenjäsenten välisiin suhteisiin. Lisäksi perheen toimintakyky tai vanhempien kyky sopeutua perhe-elämän haasteisiin ja uusiin elämäntilanteisiin voivat aiheuttaa avun tarvetta. Perhetyöntekijän tulee kyetä erittelemään ja arvioimaan perheen kokonaistilannetta yhteistyössä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Erityisesti pitää huolehtia lastenneuvolan perhetyöntekijän ja lastensuojelun tiiviistä yhteistyöstä.

Perhetyöntekijä voi auttaa perheitä perheen läheis- ja palveluverkostojen hyödyntämisessä ja kokoamisessa. Hän tuntee hyvin myös kuntansa lastensuojelutyön sekä aikuisten päihde-, mielenterveys-, perheterapia- ym. palveluiden mahdollisuudet ja kykenee toimimaan näiden kanssa yhteistyössä. Perhetyöntekijän ensisijaisia työmuotoja ovat keskustelutyö yksin tai terveydenhoitajan tai sosiaalityöntekijän työparina perheiden kotona, neuvolassa ja ryhmätilaisuuksissa. Perhetyöntekijällä tulee myös olla tiivis yhteistyö ja esteetön konsultaatiomahdollisuus suhteessa neuvolalääkäriin.

Perhetyöntekijällä ei tarkoiteta tutkinto- eikä ammattinimikettä, vaan sillä kuvataan perheiden kanssa työskenneltäessä tarvittavia erityisvalmiuksia, mm. riittävää sosiaalialan osaamista, sekä työjärjestelyjä, jotka mahdollistavat kotikäynteihin painottuvan työnkuvan. Lastenneuvolan perhetyöntekijän peruskoulutukseksi sopii terveydenhoitajan, sosionomin (AMK), psykiatrisen erikoissairaanhoidajan, sosiaalityön, lastentarhan- tai erityislastentarhanopettajan, toimintaterapeutin, psykologin ja terveystieteiden maisterin (perhehoitotyö) tutkinto. Perhetyöntekijä tarvitsee lisäksi täydennys- tai jatkokoulutusta 20-40 opintoviikkoa koulutustaustasta riippuen.

Perhetyöntekijän lisäksi perheissä on myös kodinhoidollisen ja lastenhoidollisen avun tarvetta, jolloin lapsiperhetyöhön suuntautuneen lähihoitajan tai vastaavan työntekijän työpanos on tarkoituksenmukaisin. Lähihoitaja on konkreettisenä apuna perheessä ja tekee tarvittaessa kaikkia kodin arkipäivän töitä. Lähihoitaja on tiiviissä yhteydessä neuvolaan toimien usein sosiaalitoimesta käsin.

SUOSITUS: Lastenneuvolassa, perhepalvelukeskuksessa tai -verkostossa on perhetyöntekijöitä, joilla on myös sosiaalialan osaamista. He toimivat terveydenhoitajien työpareina tukea tarvitsevilla perheillä. Paikallisten olosuhteiden mukaan perhetyöntekijä voi toimia myös päivähoiton ja koulun yhteistyökumppanina.

Kunnissa järjestetään lapsiperheille suunnattu, ehkäisevä ja varhaisen tuen mahdollistava kotipalvelu, joka toimii yhteistyössä sosiaalipalvelujen ja neuvolan kanssa

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Heino T, Berg K & Hurtig J. 2000. Perhetyön ilo ja hämmennys, lastensuojelun perhetyömuotojen esittelyä ja jäsenyyksiä. Aiheita 14, Stakes, Helsinki.

Hägman-Laitila A, Ruskomaa L & Euramaa K-I (toim.). 2000. Varhaista tukea lapsiperheille. Kokemuksia Lapsiperhe-projektin perhetyöstä. Mannerheimin lastensuojeluliitto, Helsinki. *Kuvaus perhetyöntekijöiden työskentelystä yksittäisten perheiden kanssa.*

Kalland M & Maliniemi-Piispanen S. 1999. Vauvan kiikki. Kuvaus kokeilevasta vauvaperhetyöstä. Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö, Helsinki.

3.3.4 Henkilökunnan mitoitus

Tuloksellisen neuvolatoiminnan onnistumisen perusehto on laadultaan ja määrältään riittävä henkilöstö. Neuvolahenkilöstön lukumäärää ja lapsiperheiden kotipalvelua on vähennetty 1990-luvulla samaan aikaan kun toiminnan vaativuus on lisääntynyt perheiden ongelmien kasvaessa. Neuvolat edustavat ensimmäistä kontaktia ja peruspalvelua, jonka toimivuuteen

on kannattavaa investoida ongelmien varhaiseksi toteamiseksi ja niihin puuttumiseksi. Henkilöstön tarve voi olla ehdotettua suurempi riippuen mm. kunnan palvelujen tasosta ja perheiden tilanteesta (ks. luettelo). Aiempiin neuvolatyön mitoituksiin verrattuna uusia, aikaa vieviä työmuotoja ovat varhaisen vuorovaikutuksen ja vanhemmuuden järjestelmällinen tukeminen, moniammatillinen yhteistyö, tehostetut vanhempainryhmät ja lisääntyneet kotikäynnit.

Mitoitukseen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa

- kunnan työttömyysaste, muuttoaste, lastensuojelun tarve, toimeentulotukea tarvitsevien perheiden määrä, maahanmuuttajien, yksinhuoltajaperheiden, uusperheiden, monikulttuuristen perheiden määrä, alle 1-vuotiaiden määrä,
- terveydenhoitajien ja lääkäreiden työnkuva, muun muassa vanhempain ryhmien järjestäminen ja sektoreiden lukumäärä (sektoreiden lukumäärä lisää työntekijöiden tarvetta, sillä kukin niistä edellyttää tieto-taitotason ylläpitämistä)
- haja-asutusalueiden määrä (vrt. kotikäynteihin kuluva aika). Väestön pieneneminen muuton seurauksena ei välttämättä vähennä palvelujen tarvetta samassa suhteessa väestön pienenemiseen nähden,
- lapsiperheille suunnatun henkilöstön rakenne ja määrä kunnassa, esim. kuinka paljon on lapsiperheiden käyttöön varattuja perhetyöntekijöitä ja kodinhoitajia sosiaalitoimessa, tai paikkoja, jonne perheitä voi ohjata (esim. perhe- ja kasvatusneuvola).

SUOSITUS: Terveydenhoitajien laskennallisen mitoituksen lähtökohtana on enintään 400 lasta/kokopäivätoiminen terveydenhoitaja. Jos terveydenhoitaja työskentelee useammalla kuin kahdella sektorilla tai alueella on paljon maahanmuuttajia tai muita erityistä tukea tarvitsevia perheitä, vaikuttaa se lapsimäärää vähentävästi. Neuvolatyötä tekevien lääkäreiden mitoituksen lähtökohtana on 2 800 lasta/kokopäivätoiminen lääkäri.

Mitoitukset perustuvat laskelmiin, joiden laatimisen lähtökohtana on tämän oppaan suositusten mukainen toiminta (liite 3). Jos neuvolan työntekijöillä ei ole sijaisia, voi terveydenhoitajaa kohden olla enintään 340 lasta ja lääkäriä kohden enintään 2 400 lasta. Mikäli terveydenhoitaja tai lääkäri työskentelee vain osan työajastaan lastenneuvolassa, jaetaan kokopäivätoimista työntekijää varten mitoitettu lapsiluku kyseisellä osuudella.

Perhetyöntekijän tarpeeksi arvioitiin Lapsiperhe-projektissa yksi perhetyöntekijä 400-1200 alle kouluikäistä lasta kohden. Perhetyöntekijöiden täsmällistä mitoitustarvetta on vaikea arvioida, koska kokemusta kunnallisista lastenneuvoloiden perhetyöntekijöistä on vielä rajoitetusti, ja paikalliset olosuhteet vaihtelevat.

3.4 Neuvolatyöryhmä ja muu neuvolan yhteistyö

Neuvolatyöryhmä tarkoittaa yhteistyöryhmää, jossa konsultoidaan ja keskustellaan lasten ja perheiden seurannan, tuen ja tutkimusten mahdollisimman tarkoituksenmukaisesta järjestämisestä. Lisäksi niissä käsitellään asiakasperheiden tapaamisissa esiin tulleita pulmia, mahdollisuuksia tuen ja avun järjestämiseen sekä suunnitellaan esim. lapsen tarvitsemia jatkotutkimuksia. Järjestelmällisen tiimityön avulla saadaan työryhmään osallistuvien ammattitaito ja osaaminen parhaiten lasten ja perheiden hyödyksi. Asioiden hoito perheiden kannalta nopeutuu ja muuttuu joustavammaksi. Esimerkiksi lapsen neurologiseen kehitykseen liittyviä erityisvaikeuksia, joista osa voi ennakoida myöhempiä oppimisvaikeuksia, esiintyy

noin 10-20 %:lla lapsista. Paikallisen asiantuntijaverkon yhteistyö on tarpeen mm. varhaisen kuntoutuksen ja erikoissairaanhoidon tarkoituksenmukaisen käytön suunnittelussa.

Neurolatyöryhmän keskeisimmät toimijat ovat terveydenhoitaja, lastenneuvolan lääkäri ja perhetyöntekijä sekä psykologi. Muiden työntekijäryhmien osallistuminen neurolatyöryhmään riippuu paikallisista resursseista. Ryhmään kuuluvat myös puheterapeutti, fysioterapeutti, päivähoidon työntekijä, (lastensuojelun) sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti ja suun terveydenhuollon edustaja. Äitiysneuvolan terveydenhoitaja osallistuu neurolatyöryhmän kokouksiin ainakin silloin, kun hän toivoo konsultaatioapua tai kun hänen kokemustaan tarvitaan perheen jatkotuen suunnittelussa. (Liite 2.) Äitiys- ja lastenneuvoloitten saumatonta ja jatkuva yhteistyö koskee kuitenkin kaikkia syntyviä lapsia ja heidän perheitään. Neurolatyöryhmän kokoontuessa tiiviisti ja säännöllisesti tietojen vaihto sujuu kitkatta.

Neurolatyöryhmän tai -ryhmien järjestäytyminen ja toimintatapa voivat olla erilaisia eri kokoisilla paikkakunnilla ja erilaisissa neuvoloissa. On tärkeää sopia selkeästi vastuun ja tehtävien jakamisesta. Joskus voi olla tarkoituksenmukaista, että kullakin terveydenhoitajalla on oma neurolatyöryhmä. Joissakin tapauksissa neurolatyöryhmä voi olla sama useammille terveydenhoitajille.

Aina ei ole mahdollista perustaa edellä kuvatunlaista neurolatyöryhmää, sillä erityistyöntekijöiden saatavuus voi suurestikin vaihdella maan eri osissa. On kuitenkin tärkeää, että myös harvaan asutuilla alueilla neuvolan työntekijöille turvataan mahdollisuus konsultoida ainakin psykologia, puheterapeuttia ja fysioterapeuttia.

Terveydenhoitaja vastaa lastenneurolatyöryhmän kokoon kutsumisesta ja työskentelyn organisoinnista. Lääkäri ja terveydenhoitaja voivat sopia ryhmän vetovastuusta keskenään. Neurolatyöryhmän kitkatonta työskentelyä helpottaa, jos lapsen papereista löytyy perheen antama suostumus tietojen vaihtoon. Jollei lupaa ole kysytty tai annettu, tilanteesta voidaan keskustella ainoastaan niin, ettei perheen henkilöllisyys paljastu. Vanhempien osallistuminen työryhmätapaamiseen oman lapsensa asiaa käsiteltäessä on myös toivottavaa.

Ongelmatilanteissa voidaan muodostaa perheen ympärille myös tarpeenmukainen tukitiimi.

Monissa kunnissa on perustettu lasten kuntoutusryhmiä. Kuntoutustyöryhmän jäsenet ovat usein samoja kuin lastenneurolatyöryhmässä, ja näiden ryhmien on tärkeää tuntea toistensa työ ja tehdä selkeä työnjako keskenään. Kuntoutustyöryhmän tehtävänä on kuntoutussuunnitelmien tekeminen sekä erikoissairaanhoidon ohjaaman jatkohoidon ja kuntoutuksen järjestäminen. Ensisijaisena periaatteena on, että vanhemmat kutsutaan aina mukaan kuntoutustyöryhmän kokoukseen. Mikäli tämä ei ole mahdollista, heiltä pitää kysyä lupa, ennen kuin lapsen asioita voidaan käsitellä. Mikäli lapsi on päivähoitossa, kuntoutussuunnitelman laatiminen tapahtuu usein päivähoidon aloitteesta ja toimesta erityistyöntekijöitä tarpeen mukaan konsultoiden. Päivähoitoa koskevassa lainsäädännössä on erityislasten kuntoutusta ja sen suunnittelua koskeva selkeä velvoite.

SUOSITUS: Jokaisessa lastenneuvolassa toimii lastenneurolatyöryhmä. Siihen kuuluvat lapsen tutkimiseen ja perheiden tukemiseen osallistuvat työntekijät paikallisten olosuhteiden mukaan. Vanhemmat osallistuvat työryhmän kokoukseen oman lapsensa asiaa käsiteltäessä. Lastenneuvolassa sovitaan neurolatyöryhmän toiminnasta kuten osallistujista, tehtävistä ja kokoontumistiheydestä.

Äitiys- ja lastenneuvolan yhteistyö on saumatonta ja koskee kaikkia syntyviä lapsia ja heidän perheitään.

3.5 Yhteistyötä kunnan sisällä

3.5.1 Yhteistyö lastensuojelun kanssa

Lastensuojeluviranomaisten lakisääteinen tehtävä on tukea kaikkia lapsia ja nuoria, joiden terveys tai kehitys on vaarantunut. Tavoitteena on ehkäistä ongelmien syntyä ja niiden kasautumista, järjestää tarvittavaa apua, tukea, hoitoa ja kontrollia perheiden selviytymisen sekä lasten ja nuorten terveyden, kasvun ja kehityksen tueksi. Lastensuojelulaki velvoittaa mm. sosiaali- ja terveystoimen työntekijöitä ilmoittamaan sosiaalilautakunnalle, käytännössä sosiaalitoimen lastensuojelutyöntekijälle, perhe- tai yksilökohtaisen lastensuojelun tarpeesta olevasta lapsesta (Lastensuojelulaki, 40§). Lastensuojeluilmoitus on yhteistyöaloite, joka mahdollistaa lastensuojelun ja muiden tarvittavien tahojen osallistumisen lapsen tilanteen ja tuen tarpeen selvittämiseen ja tukitoimien suunnitteluun. Lastensuojeluilmoituksia tehdään neuvolasta käsin varsin vähän. Kuitenkin noin 4 %:sta imeväisikäisiä tehdään lastensuojeluilmoitus. Lastensuojelun työntekijät ovat lastenneuvolan tärkeitä yhteistyökumppaneita. Yleisesti yhteistyötä on tehty liian vähän.

Heti kun neuvolatyöryhmässä herää epäily lastensuojelun tarpeesta, konsultoidaan lastensuojeluviranomaista. Konsultaation voi alkuvaiheessa tehdä nimeämättä perhettä. Varsinainen lastensuojeluilmoitus edellyttää perheen yksilöimistä, tällöin on syytä myös sopia tai vähintään ilmoittaa perheelle ilmoituksen tekemisestä.

Neuvolatyöryhmä luonnollisesti osallistuu lastensuojeluviranomaisen toimintaan selvitys- ja tukitoimiin. Lastensuojeluviranomaiset huolehtivat yhdessä lastenneuvolan kanssa siitä, että myös lastensuojelun tukitoimien piirissä olevat lapset ja heistä huolehtivat aikuiset perheenä saavat tarvitsemansa lastenneuvola- sekä perhepalvelukeskuksen/verkoston palvelut.

Lastensuojelulain nojalla sosiaalityöntekijä voi tukea lasta ja perhettä taloudellisesti ja tarjota esim. asumiseen liittyvää tukea. Hän voi järjestää tukihenkilö- ja tukiperhetoimintaa ja terapiapalveluja, tukea harrastustoimintaa ja mahdollistaa perheelle loma- ja virkistyspalveluja.

SUOSITUS: Lastensuojelun edustajat osallistuvat perhepalvelukeskuksen ja tarvittaessa lastenneuvolatyöryhmän toimintaan. Lastenneuvolalla, perhepalvelukeskuksella ja lastensuojeluviranomaisilla on riittävä tuntemus toistensa toimintatavoista ja työmenetelmistä sekä yhdessä sovitut menettelyt lastensuojeluilmoituksen tekemisestä.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Elorinne E-L, Manninen R. 1997. Elsa-projekti. Ehkäisevän lastensuojelutyön avoimuusprojekti 1994-1997.

Harava-hanke on lastensuojelujärjestöjen ja julkissektorin yhteishanke, jonka koordinaattoreita ovat Suomen Kuntaliitto ja Lastensuojelun keskusliitto. Päämääränä on kehittää yhteistoiminnan rakenteita ja palvelumalleja siten, että lasten, nuorten ja heidän perheidensä psykososiaalisten palvelujen tarpeet ja maakunnalliset voimavarat ovat mahdollisimman hyvin tasapainossa. Projektille avataan kotisivut huhtikuussa 2003: www.harava.net.

Taskinen S. 1999. Huostaanotto. Lastensuojelun asiantuntijaryhmän suositus huostaanottoprosessin laatua ohjaaviksi yleisiksi periaatteiksi. Oppaita 33, Stakes, Helsinki.

3.5.2 Yhteistyö päivähoiton ja varhaiskasvatuksen kanssa

Varhaiskasvatuksessa painotetaan lasten, henkilöstön sekä vanhempien vuorovaikutusta sekä kasvatuksellista kumppanuutta. Varhaiskasvatusta toteutetaan yhteistyössä laajan lasta ja perhettä palvelevan verkon kanssa (liite 2). Päivähoito eri muotoineen on vallitsevin

yhteiskunnallinen varhaiskasvatuksen toimintaympäristö. Noin puolet kaikista lapsista on kunnallisessa päivähoitossa.

Päivähoito on neuvolan läheinen yhteistyökumppani, joten on toivottavaa, että perhepalvelukeskuksessa ja neuvolatyöryhmässä on päivähoiton edustaja. Päivähoitossa toteutettavan varhaiskasvatuksen lähtökohta on sama kuin neuvolan: lasten ja perheiden tarpeet. Molempien tehtävänä on lapsen kasvun, kehityksen ja oppimisen edistämisen lisäksi myös tukea vanhempia heidän kotikasvatuksessaan. Varhaiskasvatuksen vanhemmuuden tukeminen tapahtuu asiakaslähtöisesti monin erilaisin toiminnoin. Myös lapsen mahdollinen erityisen tuen tarve, oppimisvaikeudet, kieli- ja kulttuuritausta tai vaikkapa poikien ja tyttöjen erilaiset tarpeet on varhaiskasvatuksessa otettava huomioon (Valtioneuvoston periaatepäätös varhaiskasvatuksen valtakunnallisista linjauksista, 2002).

Varhaiskasvatuksella on kuitenkin lapsiperheisiin erilainen näkökulma kuin neuvolalla (Lammi-Taskula & Varsa 2001). Päivähoiton henkilöstö tapaa vanhempia joka päivä ja tästä lähtökohdasta henkilöstöllä on hyvä mahdollisuus keskustella vanhempien kanssa lapsen kasvuun, kehitykseen ja oppimiseen sekä perheeseen liittyvistä asioista.

Ennen kuin tietoja yksittäisen lapsen asioista voidaan vaihtaa, on lapsen neuvola-asiakirjoihin liitettävä vanhempien allekirjoittama lupa, jossa määritellään tietojenvaihto-oikeudet neuvolan ja päivähoiton välillä (ks. liite 4). Päivähoitossa voidaan vastaavasti pyytää samanlainen lupa. Olisi suotavaa, että vanhemmat toisivat päivähoiton henkilöstön arvion lapsen tilanteesta, taidoista ja ryhmässä selviämisestä neuvolan määräaikaistarkastukseen.

Joillakin paikkakunnilla, esimerkiksi Nokialla ja Espoossa, on hyviä kokemuksia määräaikaistarkastusten osittaisesta toteuttamisesta päiväkodissa (esim. Ollikainen 2002). Kokeilussa arviointi perustui koko hoitotiimin havaintoihin lapsen ryhmässä toimimisesta sekä kahdenkeskisiin tehtäviin lapsen kanssa. Vanhemmat olivat mukana arvioinnissa. Ennen lääkärintarkastusta he kävivät lastentarhanopettajan kanssa palautekeskustelun, jossa laadittiin yhteenveto lapsen kanssa tehdyistä tehtävistä sekä vanhempien ja päiväkodin henkilökunnan havainnoista. Yhteenveto toimitettiin vanhempien luvalla neuvolaan, jossa se on käytettävissä lääkärintarkastuksessa. Terveystenhoitajan tehtävänä oli kotona, perhepäivähoitossa tai yksityisessä päiväkodissa hoidossa olevien lasten arvioiminen samoilla menetelmillä. Helsingissä on kehitetty 3- ja 5-vuotiaiden lasten seurantaan vanhempien, neuvolan ja päivähoiton yhteistyömalli. Mainitunlainen yhteistyö on kokemusten mukaan auttanut päiväkotihenkilökuntaa entistä paremmin tiedostamaan lapsen yksilöllisen tuen tarpeet. Terveystenhoitajille yhteistyö on mahdollistanut lapsiperheiden entistä monipuolisemman tukemisen.

Päivähoitossa on myös erityistuen tarpeessa olevia lapsia. Vain osan ongelmat ovat terveydenhuollon tiedossa. Olisi toivottavaa, että kiertävä erityislastentarhanopettaja, tai milloin tällaista ei ole, muu päivähoiton henkilöstö toimisi yhteistyöaloitteen tekijänä näiden lasten kohdalla niin, että jokainen neuvolatyöryhmä olisi tietoinen omalla vastuullaan olevista, päivähoitossa erityistukea tarvitsevista lapsista. Sairauksien diagnostiikka ei kuulu päivähoiton henkilökunnalle, vaan lääkärille. Eräs tärkeä päivähoiton ja lastenneuvolan yhteistyöalue on päivähoitossa olevien lasten infektioiden ehkäisy (ks. Renko & Uhari 2001). On tärkeää, että päivähoitohenkilökunnalla on tunne, että terveydenhuolto hoitaa vastuunsa näiden erityislasten asioissa. Neuvolahenkilökunnan vierailut päivähoitoon voivat joskus olla hyödyllisiä. Lievien, normaaliin kirjoon kuuluvien kehityksen variaatioiden ja ominaispiirteiden leimaamista lääketieteelliseksi ongelmiksi tulee välttää. Toisaalta lieväkin vaikeus, vaikka sen laatu ja vaikeus eivät riittäisi täyttämään diagnostisia kriteerejä, voi aiheuttaa merkittävää haittaa arkipäivän toimintaan. Lapselle ja ympäristölle voi olla oleellista apua, jos vaikeus huomioidaan ja lapsen toimintaa tuetaan riittävästi. Perhepalvelukeskuksen

tai verkoston asiantuntemus ja tarvittaessa erikoissairaanhoidon ohjeistus auttavat päivähoitoa osaltaan järjestämään erityistä tukea, apua ja kuntoutusta silloin, kun sille on perusteet. Päivähoito on merkittävä alle kouluikäisten lasten erilaisten kehitys-, kontakti-, käyttäytymis- ja oppimisvaikeuksien kuntouttaja. Lastenneuvolan tai lastenneuvolatyöryhmän työntekijät voivat myös toimia aktiivisesti lasten ohjaamisessa päivähoitoon silloin kun sen arvioidaan edistävän lapsen kehitystä tai kuntoutusta. Päivähoitohenkilökunnan kannalta usein vaikeimpia ovat sosiaalisen käyttäytymisen ja itsesäätelyn osalta erityisen paljon tukea tarvitsevat lapset.

Perhepalvelukeskuksen työntekijöiden, erityisesti perhetyöntekijän, osallistuminen yhdessä päivähoitoon kanssa perheen ja lapsen tukemiseen voi auttaa lapsen kehitystä ja tukea sekä vanhemmuutta että henkilökunnan jaksamista. Myös päivähoitoon piirissä on meneillään kokeiluja perhetyöntekijöistä. Esimerkiksi Jussinlinnan päiväkotiin Hyvinkäällä palkatun perhetyöntekijän tehtävänä oli kantaa päävastuu vanhempien tukemiseen liittyvästä yhteistyöstä ja opastaa tarvittaessa henkilökuntaa. Hankkeen myötä yhteistyö vanhempien ja työntekijöiden välillä on tullut avoimemmaksi ja vaikeistakin asioista on helpompaa puhua. Uusi toimintamalli tarjoaa menetelmiä lasten pahoinvoinnin ehkäisemiseen tukemalla pienten lasten vanhempia arjen jaksamiseen kasvatustyössä.

Verkostotyyppistä, perheen ja eri työntekijätahot keskusteluun kokoavaa työskentelymallia toteutetaan jo useilla paikkakunnilla. Päivähoitoon piirissä tapahtuva yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon muiden toimijoiden kanssa perheen ollessa asiasta tietoinen ja osallinen voi tarvittaessa toimia koulun oppilashuoltoryhmien tapaan lapsen kasvua ja kehitystä ja perhettä tukien. Mikäli toimivat yhteistyömenettelyt paikallisesti saadaan aikaan ja vanhemmat hyvin informoitua toimintatavoista, on etuna myös toiminnan arkipäiväistyminen ja puuttumiskyvyn madaltuminen.

Päivähoitohenkilökunnan edustajan tai edustajien osallistuminen perhepalvelukeskuksen kokouksiin on tärkeää. Lisäksi suositellaan, että perhepalvelukeskukset järjestäisivät koulutus- ja virkistystilaisuuksia henkilöstölleen yhdessä päivähoitohenkilökunnan kanssa.

SUOSITUS: Päivähoitoon edustaja osallistuu perhepalvelukeskuksen ja tarvittaessa lastenneuvolatyöryhmän kokouksiin. Päivähoitoon ja lastenneuvolan välillä on yhteisesti sovitut yhteistyö- ja tiedonvaihtomenettelyt.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Jussinlinnan päivähoitohankkeessa kehitettiin uudenlaista tukea vanhempien kasvatustyölle. Tiedote 33/22.5.2002. Stakes. Vuoden 2002 TERVE-SOS –palkinto myönnettiin Hyvinkään kaupungin Jussinlinnan päivähoitoon hankkeelle, jossa tuetaan vanhempien kasvatustyötä.

Lammi-Taskula J & Varsa H. 2001. Vanhemmuuden aika. Vanhemmuuden tukemisen käytännöt ja haasteet osana neuvoloiden ja päiväkotien työtä. Aiheita 7. Stakes, Helsinki. *Tutkimus neuvoloiden ja päiväkotien käytännöistä vuosituuhannen taitteessa.*

Ollikainen L. 2002. Päivähoitoon, vanhempien ja neuvolan yhteistyö toimii. *Terveydenhoitaja* 45, 28-29.

Renko M & Uhari M. 2001. Infektioiden ehkäisy päiväkodeissa. *Duodecim* 117(10), 1093-8.

Valtioneuvoston periaatepäätös varhaiskasvatuksen valtakunnallisista linjauksista. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2002:9.

3.5.3 Yhteistyö kasvatusta ja perheneuvoloiden kanssa

Kasvatusta- ja perheneuvolat ovat myös tärkeä asiantuntija- ja yhteistyötaho sekä aikuisten hoitopisteille että lastenneuvolalle. Kasvatusta- ja perheneuvonnan järjestäminen on kunnan velvollisuus. Perheneuvoloiden verkostoon kuului lähes 130 perheneuvola ja 222 palvelupistettä 1990-luvun lopulla. Niiden perustehtävänä on, kuten lastenneuvoloilla,

edistää lasten ja perheiden myönteistä kehitystä. Ne auttavat lapsia, nuoria ja heidän perheitään kasvatukseen, kehitykseen ja perheiden ihmissuhteisiin liittyvissä asioissa antamalla ohjausta ja neuvontaa, tekemällä tutkimuksia lapsen ja perheen kokonaistilanteesta ja toteuttamalla erilaisia hoitomuotoja kuten perheterapiaa, lasten yksilöterapiaa, vanhemmuuden hoitoa ja verkostoterapiaa. Asiakas- ja käyntimäärät ovat huomattavasti lisääntyneet 1990-luvulla.

Perheneuvolan ja lastenneuvolan yhteistyömuotojen kehittäminen hyödyttää molempia osapuolia. Perheneuvolan edustajien osallistuminen lapsiperheiden palvelujen suunnittelu- ja seurantaryhmään ja mahdollisesti neuvolatyöryhmään on ensiarvoisen tärkeää. Muu yhteistyö riippuu perheneuvolan mahdollisuuksista panostaa ennaltaehkäisevän työn kehittämiseen kunnassa. Kasvatus- ja perheneuvoloiden työntekijät, yleensä psykologi, sosiaalityöntekijä ja lastenpsykiatri, voivat antaa konsultaatioapua lastenneuvoloiden työntekijöille, jotka hyvin usein ottavatkin yhteyttä perheneuvolaan lapsen tai perheen pulmatilanteissa. Perheneuvoloiden työntekijät voivat myös voimavarojensa puitteissa osallistua neuvolahenkilöstön koulutuksen ja työnohjauksen järjestämiseen. Hyviä kokemuksia yhteistyöstä on muun muassa varhaisen vuorovaikutuksen koulutuksen järjestämisestä moniammatillisesti. Yhteistyötä helpottaa, jos yhdessä sovitaan toimintakäytännöistä ja tietosuojaan liittyvistä kysymyksistä. Tietoja vaihdettaessa voidaan käyttää liitteenä olevaa lomaketta (liite 4.).

Suosittelavaa kirjallisuutta

Antikainen J. 1992. Palveleva kasvatus- ja perheneuvola. Oppaita 15. Sosiaali- ja terveyshallitus, Helsinki.

Johanson J. 2002. Haasteena vanhemmuus: Suomen kasvatus- ja perheneuvontaliitto 50 vuotta 1952-2002. Suomen kasvatus- ja perheneuvontaliitto, Helsinki.

Tasola S & Lajunen K. 1997. Vanhempana vahvemmaksi. Jyväskylän perheneuvola. *Opaskirja ylivilkkaiden ja keskittymättömien lasten vanhemmille.*

3.5.4 Yhteistyö koulujen kanssa

Kun lapsi aloittaa koulun, hänen keskeiset kasvuun ja kehitykseen liittyvät potilastietonsa siirretään kyseisen koulun kouluterveydenhuoltoon. Neuvolatyöryhmän on keväisin päätettävä, keistä lapsista on keskusteltava henkilökohtaisesti kouluterveydenhuollon kanssa ja sovittava tietojen vaihtamismenettelystä. Vanhemmilla tulee olla halutessaan mahdollisuus osallistua tähän tietojenvaihtotilaisuuteen. Jos perheen auttamiseksi on muodostettu tarpeenmukainen tukitiimi, on tämän tukitiimin tehtävänä saatella lapsi kouluterveydenhuollon seurantaan. Alueen lapsiperheiden hyvinvoinnin ja palvelujen suunnittelu- ja seurantaryhmän tehtävänä on varmistaa, että koulujen hyvinvointipalvelut jatkavat alle kouluikäisenä aloitettua moniammatillista tukea. On suositeltavaa, että kouluterveydenhuollon ja neuvolan edustajat määräväleihin tarkastelevat erityistukea tarvitsevien lasten tunnistamisen ja hoidon onnistumista ja pohtivat toiminnan kehittämistarpeita.

On toivottavaa, että kouluikäisten hoitoon keskittyneet ammattilaiset tuntevat hyvin alle kouluikäisten tueksi rakennetun järjestelmän, ja että neuvolatyöryhmät tuntevat koulujen hyvinvointiammatilliset henkilökohtaisesti. Esimerkiksi lastenneuvolassa on tunnettava koulujen erityisopetuksen ja oppilashuoltotyön tilanne pääpiirteittäin Suositellaan, että perhepalvelukeskukset järjestäisivät koulutus- ja virkistystilaisuuksia, joihin myös kouluterveydenhuollon edustajat voisivat osallistua.

SUOSITUS: Perhepalvelukeskus, lastenneuvola ja koulu noudattavat yhteisesti sovittua menettelyä lasten koulunaloituksen ja saumattoman tuen turvaamiseksi. Lapsi ja vanhemmat ovat menettelystä tietoisia ja osallistuvat täysivaltaisesti tapaamisiin.

Suosittelavaa kirjallisuutta

Aunola K, Barman S, isosaari T, Tuomi E & Nurmi J-E. 2001. Neuvolan 5-vuotistarkastus kouluvaikeuksien ennustajana. Psykologia 6,

Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Stakes Oppaita 51, Helsinki.

Liuksila P-R. 2000. Lastenneuvolan viisivuotistarkastus ja sen merkitys lapsen selviytymiselle ensimmäisellä luokalla koulussa. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, osa 161. Turun yliopisto, Turku.

Strid O. 1999. Viisivuotistarkastuksesta kuudennelle luokalle. Lastenneuvola ja kouluterveydenhuolto lapsen vaikeuksien havaittajana. Stakes Aiheita 16. Helsinki.

3.5.5 Yhteistyö muiden sidosryhmien kanssa

Mielenterveys-, päihde- ja väkivaltaongelmaisten vanhempien hoito toteutuu muualla kuin neuvolassa. Neuvolatyöryhmän on tarpeen sopia yhteistyöstä näiden tahojen kanssa, jotta hoitoon ohjaaminen ja lapsen vanhemmuuden tukeminen onnistuisivat hyvin. Hoitoketjut pitää rakentaa paikkakuntaakohtaisesti ja käytännöistä tulee sopia kirjallisesti. Lastenneuvola voi tukea näitä perheitä, sekä lapsia että vanhempia, parhaiten, jos yhteistyö vanhempia hoitavan tahon kanssa toimii. Vanhempien suostumus yhteistyöhön ja tietojen vaihtoon tarvitaan molemmille tahoille.

Seurakunnat ja järjestöt antavat monenlaisia palveluja ja järjestävät ryhmätoimintoja, kurseja ja projekteja, jotka monin tavoin täydentävät kunnallisia palveluita. Monet toimijat ovat lisäksi valmiita yhteistyöhön kunnallisen sektorin kanssa. Esimerkiksi kirkon perheasiain neuvottelukeskukset ja niissä työskentelevät perheasiain neuvojat ovat valmiita lisäämään ennaltaehkäisevän työnsä osuutta ja osallistumaan vanhempainryhmien järjestämiseen ja henkilökunnan kouluttamiseen parisuhdekysymyksissä. Perheasiain neuvottelukeskuksilla on myös vanhemmuuteen ja parisuhteeseen liittyvää materiaalia, josta osa on ilmaista.

Lapsiperhetyötä tekevillä järjestöillä on paljon toimintaa, josta neuvolassa työskentelevien on tarpeen tietää voidakseen ohjata perheitä niiden pariin. Esimerkiksi Mannerheimin lastensuojeluliitolla on useilla paikkakunnilla perhekeskuksia ja perhekahviloita (noin 300), sekä neuvontapuhelin vanhemmille. Liitto on myös tehnyt yhteistyötä perhevalmennuksen, muun muassa isävalmennuksen toteuttamisessa. Lastensuojelun keskusliitto kehittää lapsiperheiden palveluja ja yhteistyötä neuvolan kanssa muun muassa Harava-hankkeessa ja Varhaisen puuttumisen hankkeessa (Varpu). Ensi- ja turvakotien liiton hankkeista on mainittu mm. luvussa 8.2.2 .

Alueen lapsiperheiden hyvinvoinnin ja palvelujen suunnittelu- ja seurantar ryhmän tehtävänä on koordinoita ja tiedottaa paikkakunnalla olevista palveluista.

Lastenneuvola on osa terveyskeskuksen muodostamaa terveydenhuollon toimintayksikköä. Saumaton yhteistyö on tärkeää erityisesti lasten sairauksien osalta.

SUOSITUS: Lastenneuvola ja perhepalvelukeskus kasvatus- ja perheneuvola mukaan lukien sekä paikkakunnalla aikuisten mielenterveys- ja päihdeongelmia hoitavat tahot sopivat yhteistyömenettelyistä lasten ja perheen tukemiseksi. Perhepalvelukeskuksessa ja lastenneuvolassa huolehditaan siitä, että niillä on ajantasainen tieto paikkakunnan järjestöjen ja kirkon tarjoamasta sosiaalisesta ja tukitoiminnasta.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Solantaus T & Ringbom A. 2002. Miten autan lastani. Opas vanhemmille, joilla on mielenterveyden ongelmia. Stakes ja Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys, Helsinki.

Stakesin Toimiva perhe -hankkeessa tuotetaan materiaalia vanhempien mielenterveysongelmista ja lapsista sekä keinoista auttaa perheitä. www.stakes.fi/lapsetjanuoret/toimivaperhe/

Tavataan perhekahvilassa. Opas perhekahvilatoimintaan. 2001. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Helsinki.

Tehdään yhdessä. Kirkkohallituksen toiminnallinen osasto. Esite on tilattavissa Kirkkohallituksen julkaisumyynnistä, s-posti julkaisumyynti@evl.fi, puhelin (09) 18021. *Esitteessä kerrotaan Kirkkohallituksen toiminnallisen osaston toimialasta; esitteestä selviää myös, minkälaisia toimia seurakunnissa on.*

3.6 Yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa

Lähetteen erikoissairaanhoidon yksiköihin kirjoittaa neuvolan lääkäri. Erikoissairaanhoidon tulee mahdollisimman pian antaa palaute neuvolaan. Silloinkin, kun lähete on kirjoitettu muualta kuin neuvolasta (esim. yksityisvastaanotolta tai päivystyspisteestä), on toivottavaa, että erikoissairaanhoidon palautteet toimitetaan myös neuvolaan. Pitkäaikaissairaiden lasten osalta perusterveydenhuollon vastuulääkäri koordinoi hoitoa ja huolehtii osaltaan yhteydenpidosta erikoissairaanhoidon. Vastuulääkärinä voi toimia neuvolalääkäri tai väestövastuulääkäri, kunhan asiasta on potilas- tai sairauskohtaisesti sovittu ja erikoissairaanhoidon informoitu.

Lastenneuvolan vastaavan lääkärin velvollisuutena on huolehtia, että lastenneuvolan aihepiiriin liittyvät tarvittavat kirjalliset yhteistyösopimukset ja sovitut hoitopolut lasten erikoissairaanhoidon yksiköiden kanssa ovat ajan tasalla. On toivottavaa, että lastenneuvolan lääkäri henkilökohtaisesti tutustuu erikoissairaanhoidossa toimiviin kollegoihin. Luottamus helpottaa yhteistyötä. Kun kollegat tuntevat toisensa, on työnjaosta helpompi sopia. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon neuvoloiden välille tulee kehittää myös aktiivista koulutustoimintaa ja muuta tiedonvaihtoa.

Yhteistyötä tarvitaan lastentautien, lastenneurologian ja lastenpsykiatrian alan erikoissairaanhoidon kanssa. Synnytyksen jälkeisten sairaalahoitojen lyheneminen on lisännyt tietojen vaihdon merkitystä ja lastenneuvolan työtä ja vastuuta. Vauvan ensimmäiset päivät ovat terveystietojen ja seurannan kannalta lapsen elämän kaikkein kriittisin vaihe

Joissakin sairaanhoitopiireissä on kehitetty malleja tiettyjen sairauksien ja esim. synnyttäneiden äitien hoito-ohjelmiksi. Esimerkkejä tällaisista ovat astman, allergian ja lasten lihavuuden hoitoon laaditut ketjut HUSissa ja toistuvien korvatulehdusten hoito-ohjelma Pohjois-Pohjanmaalla. (ks. myös luku 10).

Sähköisten terveys- ja potilaskertomusten rakenteiden yhdenmukaiseen määrittelyyn ollaan kiinnittämässä lisääntyvää huomiota. Tulevaisuudessa elektroniset kertomukset mahdollistavat tiedonsiirron sujuvasti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Kuopion yliopistollisessa sairaalassa kehitetty Haikara, äitiyshuollon sähköinen tietojärjestelmä, tukee saumatonta palveluketjua ja toimii jo KYSin ja useiden kuntien välillä Pohjois-Savossa. Netteuvolaa käytetään Haikaran rinnalla, jolloin lasta odottavan perheen ohjaus on yhdenmukaistunut.

Joillakin paikkakunnilla erikoissairaanhoidon lastenlääkärit, lastenneurologit ja –psykiatrit tekevät kuntakohtaisilla sopimuksilla kuntakonsultaatiokäyntejä. Erikoislääkäritasoinen tuki, vaikka harvajaksoisestikin, on erittäin hyödyllistä perhepalvelukeskuksille tai verkostoille, erityisesti kuntoutustyöryhmille.

SUOSITUS: Tutkimus- ja hoitopolut erikoissairaanhoidon tavallisimpien tutkimus- ja hoitotarpeiden osalta ovat toimivat ja erikoissairaanhoidon palautejärjestelmä toimii. Kehitysseulonnoista sovitaan alueen erikoissairaanhoidon kanssa. Neuvola- ja väestövastuulääkäri sopivat pitkäaikaissairaiden lasten hoitoa koskevasta työnjaosta potilas- tai potilasryhmäkohtaisesti.

3.7 Neuvolatietojen luovuttaminen ja salassapito

Salassapitokysymyksiä on monesti pidetty esteenä moniammatilliselle yhteistyölle. Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (sosiaalihuollon asiakaslaki) tietosuojasäännökset ja toisaalta terveydenhuollon puolella potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (jäljempänä potilaslaki) tietosuojasäännökset rajaavat tietojen siirron luvanvaraiseksi sekä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon sisällä (eri toimintayksiköiden välillä), että myös näiden kahden välillä. Kirjallisen suostumuksen kautta on kuitenkin mahdollista siirtää kaikkia niitä tietoja, jotka ovat tarpeellisia asiakkaan hoidon tai sosiaalihuollon järjestämistä varten. Suostumusta tietojen luovuttamiseen kysyttäessä tulee aina ilmoittaa, kenelle tieto annetaan, mitä tietoja annetaan ja mitä käyttötarkoitusta varten. Pääsääntöisesti sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä siirrettävän tiedon tuleekin perustua asiakkaan kirjalliseen suostumukseen.

Sosiaalihuollon asiakaslain 17§:n mukaan sosiaalihuolto voi tietyissä poikkeustapauksissa antaa tietoja toiselle sosiaalihuollon viranomaiselle, sen toimeksiannosta sosiaalihuollon tehtäviä suorittavalle henkilölle tai yhteisölle sekä muulle viranomaiselle ilman suostumusta. Tämä on mahdollista eräin edellytyksin, mikäli ne ovat tarpeen asiakkaan hoidon tai huollon turvaamiseksi tai lapsen edun vuoksi. Sosiaalihuollon viranomaisilla on puolestaan sosiaalihuollon asiakaslain perusteella oikeus saada eräin edellytyksin tietoja salassapitosäännöksistä riippumatta mm. terveydenhuollon toimintayksiköltä ja ammattihenkilöltä. Näitä tietoja ovat sosiaalihuollon asiakassuhteeseen olennaisesti vaikuttavat tiedot ja selvitykset, jotka ovat välttämättömiä sosiaalihuollon tarpeen selvittämiseksi, sosiaalihuollon järjestämiseksi ja siihen liittyvien toimenpiteiden toteuttamiseksi.

Potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat lain mukaan salassa pidettäviä ja niitä saa antaa sivullisille lähtökohtaisesti vain potilaan tai hänen laillisen edustajansa kirjallisella suostumuksella (potilaslaki 785/1992, 13§). Sivullisella tarkoitetaan muita kuin asianomaisessa terveydenhuollon toimintayksikössä tai sen toimeksiannosta potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvia henkilöitä. Jos neuvolatyöryhmän jäsenet toimivat samassa toimintayksikössä, osallistuen potilaan hoitoon, heillä kaikilla on oikeus saada potilasasiakirjoihin merkityjä tietoja tietoonsa. Terveydenhuollon toimintayksiköitä ovat mm. terveyskeskukset. Näin ollen, jos lastenneuvolan työntekijänä toimii terveydenhoitajan ja lääkärin lisäksi perhetyöntekijä, on hän oikeutettu lapsen hoitoon osallistuvana tätä koskeviin potilastietoihin. Terveyskeskus on terveydenhuollon toimintayksikkö yleensä, ja äitiys- sekä lastenneuvola sekä kouluterveydenhuolto kuuluvat terveyskeskukseen, joten niissä potilaan hoitoon osallistuvilla on oikeus saada potilasasiakirjoihin kirjattuja tietoja. Jos neuvolatyöryhmän jäsenet ovat eri hallinnollisten yksikköjen (sosiaalihuolto, terveydenhuolto, terveydenhuollon eri toimintayksiköt) työntekijöitä, lupa tietojen antamiseen pitää aina erikseen pyytää potilaalta tai neuvolaikäisen lapsen tapauksessa vanhemmalta tai muulta huoltajalta.

Jatkohoitotapauksessa potilaan tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi saadaan kuitenkin luovuttaa tarpeellisia tietoja toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle sekä samoin yhteenveto annetusta hoidosta potilaan hoitoon lähettäneelle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle potilaan tai hänen laillisen edustajansa yksilöidyllä suullisella suostumuksella, josta tehdään merkintä potilasasiakirjoihin.

Ennen kuin tietoja siis saa antaa esim. päivähoidon, on aina pyydettävä kirjallinen lupa. Jos vanhemmat ovat antaneet kirjallisen suostumuksen tietojenvaihtoon lastenneuvolatyöryhmän tai perhepalveluverkon työntekijöiden kesken (Liite 4), voidaan lapsen tutkimusta ja hoitoa varten tarvittavia tietoja vaihtaa, vaikka lastenneuvolatyöryhmän tai perhepalveluverkon yksittäiset työntekijät eivät kuuluisi samaan toimintayksikköön. Potilas tai huoltaja voivat milloin tahansa peruuttaa suostumuksen, mikä on myös kirjattava joko suostumuslomakkeelle tai potilaskertomukseen.

Olisi toivottavaa, että myös päivähoidossa käytettäisiin vastaavaa lomaketta kuin neuvolassa, jolla vanhemmat voisivat antaa tietojenluovutusluvan päivähoidosta neuvolaan. Myös tässä lomakkeessa tulee määritellä, minkälaisia, kenelle, ja mitä käyttötarkoitusta varten tietoja luovutetaan.

Verkkoasiointi tulee lisääntymään, kun tietosuojaan liittyvät asiat on luotettavasti ratkaistu. Henkilön sähköiseen tunnistamiseen liittyvä lainsäädäntö kehittyy nopeasti.

Salassapitosäännösten estämättä lastensuojelulain 40§:n perusteella terveydenhuollon palveluksessa olevat ovat velvollisia ilmoittamaan sosiaalilautakunnalle ilmeisessä perhe- tai yksilökohtaisen lastensuojelun tarpeesta olevasta lapsesta, josta he ovat tehtävässään saaneet tietää. Vaikka tällöin ei tarvita vanhempien lupaa, on tarkoituksenmukaista keskustella asiasta ja kertoa sosiaalitoimen mahdollisuuksista tukea ja auttaa perheitä sekä työntekijän lakiin perustuvasta ilmoitusvelvollisuudesta.

Neuvolan lasta koskeviin asiakirjoihin voidaan ja tulee kirjata ne ja vain ne lasta ja hänen perhettään koskevat sairaus- ja sosiaaliset, perhesuhteita sekä käyttäytymistä koskevat tiedot, joilla on merkitystä lapsen terveydentilan ja kehityksen seurannan ja arvioinnin kannalta. Esimerkiksi äidin raskauden aikainen alkoholin tai huumeiden käyttö tai raskauden aikaiset infektiot tulee kirjata, sen sijaan äidille aiemmin tehtyjä raskauden keskeytyksiä ei.

SUOSITUS: Kunnassa on sovittu neuvolatietojen luovuttamisesta voimassa olevien säännösten mukaisesti ja kaikki yhteistyön osapuolet ovat tietoisia sovitusta menettelytavoista. Perhepalveluverkoston jäsenille järjestetään yhteistä, moniammatillista koulutusta salassapitoa koskevasta lainsäädännöstä.

Suosittelavaa kirjallisuutta

Parkkari J, Soikkeli M & Siira M. 2001. Julkisuus ja salassapito moniammatillisessa työssä. Stakes, Helsinki.

Ranta H (toim.) 2002. Sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädäntö. Kauppakaari/Talentum Media, Helsinki.

Tietosuojavaltuutetun toimisto: www.tietosuoja.fi

Tietoteknologian osaamiskeskus, Stakes: www.stakes.fi/oske/tietosuoja/suoja.htm

4 NEUVOLATYÖN SEURANTA, ARVIOINTI JA KEHITTÄMINEN

4.1 Neuvolatyön johtaminen

Neuvolatyön onnistuminen tarvitsee tuekseen taitavaa johtamista. Neuvolatyön johtaminen tarkoittaa neuvolatyön kehityksen ohjaamista. Tämä pitää sisällään edellytysten luomisen vaikuttavalle neuvolatyölle sekä tulevan kehityksen visioinnin ja strategisen suunnittelun. Johtamistyön perimmäisenä kiinnostuksen kohteena ovat neuvolatyön tulokset eli lapsiperheiden hyvinvoinnissa ja terveydessä tapahtuvat muutokset (ks. Simoila 1999). Neuvolatyön johtaminen edellyttää sitoutumista, vastuunottoa ja neuvolatyön riittävää sisällön asiantuntemusta.

Neuvolatyön johtamista on 1990-luvulla heikennetty muun muassa siten, että hoitotyön johtajien virkoja on huomattavasti vähennetty (ks. Ailasmaa 2002). Terveystuon voimakkaissa supistuksissa ehkäisevä työ ja sen johtaminen ei ole ollut riittävän mielenkiinnon kohteena. Neuvolatyön johtamisen tueksi ei liioin ole kehitetty riittävää välineistöä esimerkiksi tilastointi- tai laadunarviointijärjestelmiä. Neuvolatyön johtamista on tutkittu melko vähän. Tutkimusten mukaan neuvolahenkilöstö toivoo työlleen lisää tukea ja arvostusta sekä johdon sitoutumista. Ilman paneutuvaa johtamista neuvolatyö jää sattumanvaraiseksi ja paikallinen ja alueellinen laatutaso vaihtelevat perusteettomasti. Tästä syntyy epätasa-arvoa sekä asiakkaiden että työntekijöiden keskuuteen.

Neuvolatyön johtaminen vaihtelee kunnittain kunnassa tehtyjen hallinnollisten ratkaisujen ja kunnan koon mukaan. Neuvolatyön kehittymisen ja näin lapsiperheiden terveyden edistymisen kannalta on olennaista, että neuvolatyöstä vastaavat lääketieteen (neuvolan vastuulääkäri) ja hoitotyön edustajat on selkeästi nimetty, heille on annettu riittävät toimintaedellytykset ja että nämä henkilöt toimivat hyvässä yhteistyössä keskenään ja antavat näin mallia moniammatilliselle yhteistyölle.

Onnistunut johtaminen perustuu vankkaan koulutukseen, uusimpiin tutkimustuloksiin ja käytännön kokemuksen tuomaan jatkuvaan harjaantumiseen. Tämän päivän tutkimustulokset osoittavat kiistatta, että työn tuloksellisuuden ja työntekijöiden jaksamisen kannalta voidaan tunnistaa varsin yhdenmukaisia tekijöitä. (esim. Elovainio ym. 2001, Kivimäki & Lindström 1996, Wickstöm ym. 2000). Osallistavalla johtamisella, innovatiivisella organisaatioilmapiirillä, sosiaalisella ja ammatillisella tuella, työssä ja työstä oppimisella, koulutuksella, uralla etenemismahdollisuuksilla ja päätöksentekovallalla on työntekijöiden työtyytyväisyyttä ja hyvinvointia parantava vaikutus sekä yhteys parempiin työtuloksiin. Myös oikeudenmukaisuuteen, eettisyyteen ja luottamukseen liittyvät kysymykset työyhteisössä ovat yhä keskeisempiä. Hyvän johtamisen tunnusmerkkejä edellisten lisäksi ovat Kivimäen ja Lindströmin (1996) mukaan avoimuus työtulosten arvioinnissa ja tiedonkulussa sekä henkilöstön innovatiivisuuden tukeminen. Psykososiaalisilla tekijöillä on vaikutusta hyvinvoinnin lisäksi myös mahdollisuuksiin työssä oppimiseen ja työn kehittämiseen (Elovainio ym. 2000). Hyvän johtamisen edellytys on työntekijöiden arvostaminen ja sen osoittaminen työntekijöille. Arvostuksen puute voi heikentää työntekijöiden työhön sitoutumista. Johtamisella on myös suuri merkitys moniammatillisen yhteistyön ja muun tiimityön kehittämisessä. Laatujärjestelmän kehittäminen edellyttää neuvolatoiminnan arvoperustan tiedostamista.

Ulkomaiset tutkimukset vetovoimaisista työpaikoista (esim. magnet hospitals) ovat antaneet vastaavia tuloksia. Johtamisella on vaikutusta osaksi edellä kuvattuihin seikkoihin liittyen työntekijöiden työssä pysymiseen, mutta myös uusien työntekijöiden rekrytointiin. Riittävän ja tasokkaan työvoiman saaminen ja työssä pysyminen ovat tulossa yhä tärkeämmiksi kysymyksiksi myös neuvolassa niukasta työvoimasta työmarkkinoilla kilpailtaessa.

Lääkäreistä ja eräistä muista ryhmistä on jo nyt pulaa joidenkin terveyskeskusten neuvolatyössä, kun taas toisissa on työvoimaa riittävästi.

Neuvolatoiminnasta vastaavien henkilöiden tehtäviin kuuluu myös materiaalien edellytysten turvaaminen henkilökunnalle. Tämä tarkoittaa tarkoituksenmukaisia tiloja, välineitä ja muuta materiaalia. Tiedonhankinnassa (internet, terveystietokannat) ja yhteydenpidossa (puhelin, sähköposti) tarvittavat välineet ovat olennainen osa hyvin toimivaa neuvolaa. Ensisijaista kuitenkin on, että johtavat henkilöt pitävät huolta siitä, että neuvolatyössä on riittävästi henkilökuntaa (ks. luku 3.3.4).

Hyvään johtamiseen kuuluu myös tulevaisuuden, esimerkiksi väestön tarpeiden ja palvelujärjestelmän kehittämisen, ennakointi sekä tarpeellisiin toimiin ryhtyminen.

SUOSITUS:

Tämän suosituksen toimeenpanon ja lastenneuvolatoiminnan kehittämisen kannalta on keskeistä, että neuvolatyön johtamisesta vastuussa olevat oppaan tunnetuksi tekemisen lisäksi pitävät huolta

- oppaassa ehdotetuista terveyskeskukseen soveltuvista käytännöistä sopimisesta ja niiden kirjaamisesta.
- kuntakohtaisten neuvolapalvelujen suunnittelusta ja koordinoinnista sekä neuvolatyöryhmien ja muun moniammatillisen yhteistyön edellytysten turvaamisesta.
- pätevän henkilöstön hankinnasta, perehdyttämisestä, työssä pysymisestä sekä osaamisen kehittämisestä (täydennyskoulutus, työnohjaus, tutkimuksellisen tiedon kanavointi, urakehitys, portfolio, kehityskeskustelu).
- neuvolatyön jatkuvan kehittämisjärjestelmän ja laatujärjestelmän luomisesta ja ylläpitämisestä. Tähän sisältyy näyttöön perustuvan toiminnan edellytysten turvaaminen.
- ennaltaehkäisevän työn merkityksen osoittamisesta kunnan päätöksentekijöille, ja toisaalta terveystieteellisen tiedon kanavoimisesta työntekijöille.
- neuvolatyön seurannasta ja arvioinnista, niiden edellyttämästä tiedonkeruusta ja tilastoinnista sekä tietojen välittämisestä kuntatasolle

Suosittelavaa kirjallisuutta

Elovainio M, Sinervo T & Pekkarinen L. 2001. Uusien työvälineiden omaksuminen. Asenteet, työn sisältö, yhteistyö ja prosessi muutosta edistävinä tekijöinä perusterveydenhuollossa. Stakesin julkaisuja 1/2001, Helsinki.

Kivimäki M & Lindström K. 1996. Henkilöjohtaminen sairaalaosastolla: henkilöstön näkökulma. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 8. Työterveyslaitos, Helsinki.

Sinkkonen S & Taskinen H. 2002. Johtamisosaamisen vaatimukset ja taso perusterveydenhuollon johtajille. Hoitotiede 14, 129-141.

Strömmer R. 1999. Henkilöstön kehittäminen. Edita, Helsinki.

Vahtera J, Kivimäki M & Virtanen P. 2002. Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. Työterveyslaitos, Helsinki.

Wickström G, Laine M, Pentti J ym. 2000. Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla – muutokset 1990-luvulla. Työterveyslaitos, Helsinki.

4.2 Lapsen asiakirjat

Lastenneuvolan asiakirjat ovat tärkeä osa perheen kokonaisvaltaista hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Niiden tehtävänä on muun muassa turvata neuvolatoiminnan yksilöllisyys ja jatkuvuus, mikä korostuu perheen muuttaessa tai työntekijän vaihtuessa. Riittävät ja asianmukaiset merkinnät selkiinnyttävät ja vahvistavat sekä perheen että neuvolassa työskentelevien oikeusturvaa, turvaavat hoitoa koskevaa tiedonsaantia sekä edistävät luottamuksellisen yhteistyösuhteen kehittymistä. Yksi kirjaamisen tarkoitus on mahdollistaa hoidon ja palveluiden vaikuttavuuden mittaaminen. Tämä edellyttää, että pitkällä tähtäyksellä kirjaamista kehitetään siten, että voidaan dokumentoida lapsen ja perheen tarpeet, niihin vastaamisessa käytetyt menetelmät ja toimintatavat, sekä saadut tulokset (ICN:). Laadukas kirjaaminen osa laadukasta neuvolatyötä ja tekee osaltaan neuvolatyötä 'näkyväksi'.

Dokumentointi perustuu sosiaali- ja terveysministeriön antamiin säädöksiin, henkilötietolakiin, henkilörekisterilakiin sekä lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. Niiden mukaan kirjaamisen keskeisiä periaatteita ovat luottamuksellisuus ja avoimuus. Pääsääntönä voidaan pitää, että vanhempien kanssa sovitaan, mitä heidän lapsestaan ja perheestään kulloinkin kirjataan. Suositeltava kirjaamistapa perustuu havaintoihin ja mainitsee tiedonlähteen. Se on tarkoituksenmukainen niin lapsen kuin myös tarvittaessa työntekijän oikeusturvan näkökulmasta.

Lapsen ja perheen terveystietojen dokumentointiin löytyy useita vaihtoehtoisia tapoja. Suomen neuvoloissa käytetään Suomen Kuntaliiton kehittämää, 1990-luvun lopussa uudistettuja lomakkeita (Larjomaa 1997). Terveyskertomuslomakkeisto sisältää osittain muutetun perustietolomakkeen, rokotusten, kuulon ja näön seurantalomakkeet, terveydenhoitolomakkeen sekä kasvukäyrästäolomakkeet. Uuteen perhetietolomakkeeseen on mahdollista kirjata muun muassa perheen elämänmuutoksista, terveystottumuksista, lapsen hoitojärjestelyistä sekä perheen voimavaroista.. Näiden lomakkeiden toimivuudesta on vielä vähän tietoa. Erään kehittämishankkeen yhteydessä on todettu, että perhetietolomaketta käytetään hyvin niukasti, eikä esimerkiksi perheen voimavaroista ole juurikaan merkintöjä (Ihalainen ym. 2002).

Neurolat siirtyvät vähitellen sähköisiin asiakirjoihin. Kunnissa on käytössä mm. Pegasos ja Efficajärjestelmät, joissa on melko vähän, tai ei lainkaan tilaa mm. perhekohtaisten tietojen kirjaamiseen. Tämä voi olla pulma, jos ne rajoittavat neuvolatyön perhekeskeisyyden kehittämistä. Kuopiossa on kehitetty Haikara-järjestelmä, jossa synnytyssairaalan ja äitiysneuvolan tiedot voidaan kirjata samaan sähköiseen asiakirjaan. Sähköinen dokumentointi tulee tarjoamaan uudenlaisia mahdollisuuksia neuvolatyötä koskevan tiedon liikuteltavuuteen sekä toiminnan seurantaan ja kehittämiseen. On kuitenkin tarpeen pitää huolta siitä, että sähköisiä asiakirjoja kehitetään neuvolatoiminnan tarpeista käsin eikä kaupallisen tuottajan näkökulmasta. Sähköisen asiakirjan, kuten ei minkään muunkaan lomakkeen, täyttäminen ei saa säädellä perheen ja neuvolahenkilöstön vuorovaikutusta.

Perheen muuttaessa voidaan Potilasasiakirjojen laatimista koskevan oppaan (2001) mukaan potilaan asiakirjoista toimittaa potilaan suostumuksella jäljennöksiä tai antaa niitä lainaksi toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle. Neuvola- ja kouluterveydenhuollossa sekä hammashoidossa syntyvät lasten ja nuorten kasvua ja kehitystä koskevat asiakirjat voidaan kuitenkin potilaan suostumuksella toimittaa toiseen yksikköön alkuperäisinä. Lähettävän yksikön tiedostoihin tulee tällöin merkitä, mihin alkuperäiset asiakirjat on siirretty.

Tarvittaessa on syytä järjestää koulutusta kirjaamisen tehostamiseksi. Koulutuksen on oltava riittävän laaja-alaista, sillä joskus kirjaamisen puutteet voivat johtua kirjaamisesta tarvittavan

asiasisällön, esimerkiksi perheen voimavarojen, puutteellisesta hahmottamisesta. Joskus syynä voi olla kirjaamista koskevan ohjeiston riittämätön tuntemus. Kirjaamisen laadunseuranta voidaan toteuttaa esimerkiksi itse- ja vertaisarvioinnin keinoin työyhteisössä käytettävän laatukäsikirjan tai muun kirjaamisohjeiston mukaisesti.

SUOSITUS: Neuvolatyön kirjaamiseen tarkoitettut lomakkeet ja sähköiset järjestelmät mahdollistavat tasokkaan lapsi- ja perhekohtaisen kirjaamisen. Neuvolatyötä johtavat henkilöt vastaavat siitä, että kaupallisille tuottajille viestitään neuvolatoiminnan dokumentointitarpeet. Työyhteisössä seurataan säännöllisesti kirjaamista ja kehitetään sitä tarvittaessa.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Hallila L. (toim.) 1998. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Hygieia, Kirjayhtymä, Helsinki.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523 HE:96/1998.

Ihalainen K, Pelkonen M & Hakulinen T. 2002. Laadukas kirjaaminen lastenneuvolan tavoitteeksi. *Terveydenhoitaja* 4-5, 25-27.

Larjomaa R. (toim.) 1997. Laadukasta neuvolatyötä - laadukkaasti kirjaamalla. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Munnukka T. (toim) 1998. Dokumentointi hoitotyössä. Hoitotyön vuosikirja. Hygieia, Kirjayhtymä, Helsinki.

Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. *Opas terveydenhuollon työntekijälle*. 2001. Oppaita 2001:3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä. 99/2001.

4.3 Neuvolatoiminnan tilastointi ja sen kehittäminen

Neuvolatason tiedonkeruun tulisi olla motivoitua ja systematisoitua. Tiedonkeruun menetelmien standardointi on vähäistä, joten tarkoituksenmukaisten lasten seurantaan soveltuvien terveydentila-, hyvinvointi-, sairaus-, ja toimintakykyluokitusten ja määritelmien kehitystyölle on selvä tarve. Yksi ongelma on elektronisten potilas/asiakastietojärjestelmien heikkoudet tilastoinnissa ja tiedonkeruussa, mikä johtaa usein moninkertaiseen tiedonkeruuseen neuvolatasolla. Myös kansallisessa terveydenhuoltoprojektissa on tähän kiinnitetty huomioita. Tietojärjestelmien osalta tukeudutaan kansallisen terveydenhuoltoprojektin suosituksiin. Tässä luvussa esitettävä tiedonkeruu perustuu olemassa olevan, elektronisessa muodossa olevan tiedon hyödyntämiseen ja jatkojalostamiseen.

Tiedonkeruun motivaation kannalta on tärkeä perustella, miksi tietoa kerätään. Koko neuvolatoiminta perustuu terveyden edistämiseen sekä sairauksien ja pahoinvoinnin ehkäisyyn. Yksittäisen työntekijän kannalta tiedonkeruu on tärkeää oman työn laadun arvioimiseksi ja kohdentamiseksi, ilmiön tuntemiseksi, työn tavoitteellisuuden parantamiseksi ja asiakastasolla lapsen ja perheen tilanteen seurannan helpottamiseksi. Neuvolan näkökulmasta tiedonkeruu on välttämätöntä työn organisoimiseksi ja kehittämiseksi, resurssitarpeen määrittelemiseksi ja työn vaikuttavuuden seuraamiseksi. Kuntatason tiedonkeruu parantaa työn organisointia ja kehittämistä, helpottaa resurssitarpeista ja palvelurakenteesta päättämistä, on tärkeä osa kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden seuranta ja antaa perusmateriaalin alueellisia vertailuja varten esimerkiksi naapurikuntien tai muiden samansuuruisten kuntien välillä (benchmarking).

Valtakunnan tasolla neuvoloista kerättäviä tietoja ja neuvolatoimintaa koskevia tietoja tarvitaan koko maan ja sen eri alueiden tilanteen kartoittamiseksi niin palveluiden tarjonnan ja järjestämisen sekä lasten ja perheiden hyvinvoinnin kannalta, valtakunnallisten trendien seuraamiseksi ja tulevaisuuden skenaarioiden tekemiseksi ja palveluiden tasapuolisen

saatavuuden turvaamiseksi. Kansainvälisesti lasten terveyttä ja heille suunnatuista palveluista kerätään varsin vähän tietoa. Imeväiskauden jälkeen (kuolleisuus, epämuodostumat ja pienipainoisuus) eniten kerätään tietoa rokotusten kattavuudesta ja tartuntataudeista (WHO:n Euroopan aluetoimiston Terveyttä kaikille -tietokanta).

Neuvolatason tiedonkeruuta ja siinä käytettäviä osoittimia on tarpeen edelleen kehittää Stakesin ja Tieto 2005 –hankkeen yhteistyönä. Tavoitteena on, että lasten terveyttä ja hyvinvointia koskevat kuntatason tiedot kerätään säännöllisesti neuvoloista. Neuvolatoimintaa koskevien muuttujien osalta kuntatasolle suositellaan seuraavien muuttujien jatkuvaa seuraamista joko neljännesvuosittain tai vuositasolla: neuvolapalveluiden käyttö, muiden kuin neuvolapalveluiden käyttö, ja neuvolatoiminnan resurssit. Palveluiden laatua olisi neuvola- tai kuntatasolla seurattava säännöllisesti erillisselvityksin. Samalla voidaan kerätä tietoa neuvolan työnajan käytöstä erillisen tehtävänjaottelun avulla.

Neurolaverkostoa voidaan kartoittaa lääninhallituksen tekemän peruspalveluiden kartoituksen yhteydessä. Lääninhallitukset voisivat kerätä tiedot myös neuvolatoiminnan resursoinnista (neuvoloiden lukumäärä, henkilöstön lukumäärä ja neuvolatoimintaan käytetty työaika). Toimintaa koskevat valtakunnalliset käyntitiedot voidaan kerätä vuosittain Stakesin perusterveydenhuollon tilastoinnin yhteydessä. Erityisen tärkeää on saada tarkempaa tietoa käynneistä muiden terveydenhuollossa toimivien kuin lääkärin luokse.

Tämän lisäksi kerätään yhteen lääninhallitusten keräämät tiedot neuvolatoimintaan käytetyistä resursseista (neuvoloiden lukumäärä, henkilöstön lukumäärä ja heidän neuvolatoimintaan käyttämänsä työaika) valtakunnan tasolla. Sosiaali- ja terveysministeriön on yhdessä valtakunnallisesta tilastoinnista vastaavan laitoksen kanssa kehitettävä edelleen resurssimittareita.

Sen sijaan lasten terveyttä ja hyvinvointia koskevat muuttujat on kerättävä säännöllisin väliajoin, esimerkiksi joka kolmas vuosi tehtävän otantatutkimuksen avulla. Tutkimuksesta voisi vastata Stakes, jonka tukena olisi erillinen työryhmä. Erillinen tiedonkeruu tarvitaan edelleen imetystä ja ravinnonsaantia sekä rokotuskattavuutta koskien. Nykyisin tiedonkeruusta vastaavat sosiaali- ja terveysministeriö (imetys) ja Kansanterveyslaitos (rokotuskattavuus). Imetystiedot kerätään joka viides vuosi ja rokotuskattavuustiedot joka toinen vuosi.

Alle kouluikäisten suun terveydestä ei kerätä tietoja. Tiedonkeruu voitaisiin tehdä säännöllisin tutkimuksin, jotka kattaisivat ravintotottumukset (esimerkiksi sokerin, mehujen tms. käyttöfrekvenssi), suuhygienian, fluorin ja ksylitolin käytön, kariesin esiintyvyyden (ehkäisevää tai korjaavaa hoitoa vaativa), imemistottumukset, purennan, hoidon tarpeen (ehkäisevä/korjaava) sekä hammas- ja suusairauksien riskin arvioinnin.

SUOSITUS: Kunnat kehittävät neuvolatoiminnan seurantaa ja sitä tukevaa tiedonkeruuta osana valtakunnallista kehittämishanketta siten, että tiedonkeruu tukee kunnan lapsiperheiden palvelujen kohdentamista, kehittämistä ja resursointia.

Suosittelavaa kirjallisuutta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005 –hankkeessa suunnitellaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon kattava tietojärjestelmä, joka kokoaa yhteen alan tietovarannot. Hankkeessa tehdään esitys käytettävistä yhteisistä käsitteistä, luokituksista ja määritelmistä sekä kiinnitetään huomiota tietoteknologian tuomiin mahdollisuuksiin, tietopalvelutarpeisiin ja tietosuojamääräyksiin. Työryhmän määräaika päättyy 30.4.2003. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 154/2002.

4.4 Paikallinen laadun arviointijärjestelmä

Neuvolaan on tarpeen kehittää sen toiminnasta monipuolista palautetta antava laadun seuranta- ja arviointijärjestelmä. Tämä edellyttää laatutyöskentelyn ja laadunhallinnan periaatteiden omaksumista ja juurruttamista työyhteisöön. Neuvolatyön laadulla voidaan ymmärtää niiden ominaisuuksien kokonaisuutta, johon perustuu organisaation, tuotteen, palvelun tai tietyn prosessin kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja siihen kohdistuvat odotukset (SFS-ISO 8402). Näin ollen laadun arviointi antaa tietoa siitä, miten neuvola on saavuttanut sille asetetut tavoitteet ja täyttänyt muut siihen kohdistetut odotukset. Tämä tieto on hyödyllistä niin perheiden, neuvolantöntekijöiden ja johdon, kuin terveyskeskuksen päätöksentekijöiden näkökulmasta. Valtakunnallisen tason ohjauksen ja resursoinnin kannalta tieto on niinkään perustavaa laatua. Laadun seuranta liittyy läheisesti tieto- ja tilastointijärjestelmiin ja niiden kehittyneisyyteen. Myös työntekijöiden on tarpeen saada helposti käyttöönsä internetin kautta ajantasaisia toimintatietoja ja muuta tietoa, joka on sovittujen toimintalinjausten mukaista.

Työyhteisön näkökulmasta laadunhallinta työpaikoilla voi tarkoittaa seuraavia asioita (esim. Asiakaslähtöiset palveluprosessit 1999):

- jokainen tietää, mikä on oman organisaation ja työyksikön tehtävä ja tarkoitus
- tiedetään oma asiakaskunta ja tunnetaan heidän odotuksensa ja tarpeensa
- on sovittu tavoitteet ja toimintalinjat myös työn ja palvelujen laatua ajatellen
- on luotu edellytykset sovittujen tavoitteiden saavuttamiseksi (esim. riittävä osaaminen, riittävä määrä työntekijöitä palvelutarpeeseen nähden)
- työ on tehty näkyväksi itselle ja muille, jotta voidaan analysoida ja arvioida tehdäänkö oikeita asioita ja mitä pitäisi vielä kehittää
- palvelutarpeisiin perustuen on määritelty, millaisia palveluja tarjotaan ja mikä on annettavien palvelujen tarkempi sisältö
- sovittujen tavoitteiden ja sovitun laatutason saavuttamista sekä kustannuksia seurataan ja arvioidaan jatkuvasti tilastojen, palautteiden ja muiden arviointien perusteella
- ollaan valmiita korjaamaan ja muuttamaan toimintaa saadun arviointitiedon pohjalta.

Laadun arviointia ja laadunhallintaa varten on kehitetty lukuisia menettelytapoja ja järjestelmiä. Vaikka niiden työstäminen tai etsiminen edellyttää vaivannäköä ja yhteistä sopimista, on toimivasta laatujärjestelmästä paljon hyötyä kaikille osapuolille. Yleensä on todettu eduksi, että järjestelmä on riittävästi 'alhaalta ylös' –suuntautunut, ei pelkästään 'ylhäältä alas'. Laatujärjestelmä voi kohdistua yksittäisiin henkilöihin tai esimerkiksi koko työyhteisöön. Esimerkki jälkimmäisestä on ITE-työyksikön itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmä, jonka avulla työyhteisö voi seurata omaa kehitystään. Vertaisarviointimenettelyt voivat olla työyksikön sisäisiä tai esimerkiksi neuvoloita toisiinsa vertailevia (nk. benchmarking).

Martinlaakson neuvolassa Vantaalla on kehitetty laatujärjestelmä aluksi terveydenhoitajan, myöhemmin myös lääkärin palveluita varten. Laatujärjestelmään kuuluu laatukäsikirja, laatupolitiikka, sisäinen auditointi, asiakaspalautejärjestelmä, kaksi kertaa vuodessa tehtävä johdon katselmus sekä tulos- ja kehityskeskustelut. Laatujärjestelmässä kuvataan, miten neuvolapalveluita johdetaan ja resursseja hallitaan, miten tuotteet toteutetaan ja miten tuloksia mitataan, analysoidaan ja parannetaan. Lisäksi siinä kuvataan palveluprosessit, keinot osaamisen ylläpitämiseksi sekä konkretisoidaan sovitut arvot. Palveluille on asetettu asiakkaiden arvioitavissa olevat hyväksymiskriteerit. Asiakaspalautteeseen kuuluu

palautelaatikko, vastaanotolla kirjattavat havainnot sekä joka toinen vuosi tehtävä laaja asiakastyytyväisyyskysely. Neljän vuoden kehitystyö on tuottanut erittäin hyviä tuloksia kaikkien osapuolten näkökulmasta. (Salo-Jokinen 2002.)

Jokaisen neuvolan kannattaa suunnitella sille sopiva laadun seuranta- ja arviointijärjestelmä. Luotettavan tiedon saamiseksi järjestelmän on tarpeen tarkastella laatua riittävän monesta näkökulmasta ja monelta tasolta. Esimerkiksi neuvolaan on tarpeen kehittää nimenomaan neuvolaan kohdistuva asiakaspalautejärjestelmä, sillä nykyisin käytössä olevat organisaatiolähtöiset asiakastyytyväisyyskyselyt antavat niukasti neuvolaa koskevaa tietoa. Tällöin olisi mahdollista tehdä asiakkaiden odotuksiin ja kokemuksiin perustuvia alueellisia vertailuja ja kehittää toimintaa sovittujen linjausten mukaisesti. Lisäksi olennaista on, että asetetaan mitattavia tavoitelukuja, seurataan niiden toteutumista ja kehitetään toimivat mekanismit nk laatupoikkeamiin eli todettuihin epäkohtiin puuttumiseksi. Esimerkiksi on sovittu, että jokaiseen asiakaspalautteeseen vastataan.

Koska neuvolan arvokeskustelu lähtee kunnan arvoista, on kunnanhallituksella ja –valtuustolla tärkeä tehtävä palveluiden tuottamista koskevien periaatteiden täsmentämisessä. Terveystoimen johdon tehtäviin kuuluu terveyskeskuksen laatupolitiikan luomisesta huolehtiminen. Kunkin toimipisteen työntekijät konkretisoivat omassa työssään kunnan laatupolitiikkaa.

SUOSITUKSIA: Jokaiseen neuvolaan kehitetään osana terveyskeskuksen laadun seurantaan monipuolinen laatujärjestelmä, joka sisältää vähintään systemaattisen neuvolatoimintaan kohdistuvan asiakaspalautejärjestelmän, toimivien asiakasprosessien kuvaukset, henkilöstön itse-, vertais- ja esimiesarvioinnit sekä muut työyhteisöä ja johtoa koskevat menettelytavat.

Laadunseurantajärjestelmän kehittämisen perustaksi on käyty arvokeskustelua, sovittu neuvolatyötä ohjaavista periaatteista ja siitä, miten periaatteet konkretisoituvat käytännössä ja kuinka niiden toteutumista seurataan (mitattavat tavoiteluvut mahdollisimman monelle asialle). Laatupolitiikan perusteet lähtevät kunnan arvoista ja kuntalaisten toiveista.

Laadunhallintajärjestelmästä kerätty tieto viedään terveystoimen johdolle, joka välittää tiedot kunnallisille päättäjille vähintään toimintakertomuksessa.

Suosittelavaa kirjallisuutta.

Holma T. 1997. ITE. Menetelmä työyksikön itsearviointiin ja laadunhallintaan. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Outinen M, Lempinen K, Holma T & Haverinen R. 1999. Seitsemän laatupolkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen Kuntaliitto, Stakes, Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus, Helsinki.

Rousu S & Holma T. 1999. Laadunhallinnan perusteita lastensuojelutyöhön. Toimintamalleja ja työvälineitä kuntien sosiaalitoimistojen laatutyöhön. Suomen Kuntaliitto, Helsinki. *Antaa monipuolista ja yleistä tietoa laatutyöskentelystä, jota voidaan hyvin soveltaa neuvolatoimintaan.*

Salo-Jokinen B. 2002. Laatusertifikaatti Martinlaakson neuvolalle. Terveystoiminta 4-5, 22-24.

4.5 Paikallinen kehitystyö

Oman työn kehittäminen on osa jokaisen terveydenhuollossa toimivan työtä. Se on tarpeen muun muassa siksi, koska asiakaskunnan tarpeet muuttuvat ja tulee uutta tietoa vaikuttavista toimintamenetelmistä ja –muodoista. Myös jatkuva palaute- ja muu laadunseurantatieto, esimerkiksi vanhemmilta saatava palaute, antaa tietoa neuvolatyön kehittämisen pohjaksi.

Parhaimmillaan kehitystyö on luonteva osa paikallista organisaatiokulttuuria ja sille on luotu pysyvät rakenteet, joita tuetaan johtamisen keinoin. Oman työn kehittäminen edellyttää

avointa ja reflektointia omaan työhön. Tätä voidaan edistää pysyvin arviointikäytäntein, esimerkiksi itsearviointin, vertaisarviointin ja esimiesarviointien avulla. Jos kehittäminen ei ole olennainen osa omaa työtä, on siitä tarpeen tehdä työyhteisössä odotus, jonka täyttymistä seurataan säännöllisesti esimerkiksi esimiehen kanssa käytävissä kehityskeskusteluissa.

Terveydenhuollossa on tavoitteena, että käytettävät toimintatavat ja menetelmät perustuvat parhaaseen mahdolliseen näyttöön. Tämä edellyttää menetelmien ja niiden vaikuttavuuden arviointia ja jatkuvaa kehittämistä sekä järjestelmää uuden tiedon seuraamiseksi. Tällaisen uudenlaisen ajattelu- ja toimintatavan omaksuminen voi tuntua alkuun työläältä, mutta pitkällä tähtäyksellä se on varsin palkitsevaa, etenkin kun voidaan osoittaa tulosten parantuvan. Keskellä kiireistä arkipäivää kannattaa pitää mielessä, että voi tulla varsin kalliiksi niukkojen resurssien tilanteessa käyttää tehottomaksi todettuja menetelmiä. Esimerkiksi kotikäyntien, varhaisen vuorovaikutuksen ja pienryhmien merkityksestä on kertynyt luotettavaa tietoa. Tupakoinnista vieroitukseen on julkaistu Käypä hoito –suositus. Neuvolatyössä käytettäviä menetelmiä voitaisiin tarkastella käyttämällä Maailman terveysjärjestön (1996) tekemää luokitusta. Osa käytössä olevista menetelmistä on todennäköisesti sellaisia, joiden vaikuttavuudesta on luotettavaa tietoa. Osa voi olla yhdentekeviä, tai sellaisia, joiden vaikutuksesta ei ole näyttöä. Osasta menetelmiä voi olla enemmän haittaa kuin hyötyä.

Neuvolatyön kuten kaiken muunkin terveydenhuollon menetelmistä on olemassa eri asteista näyttöä. Vahvimpana näyttönä pidetään meta-analyseista ja systemoiduista katsauksista saatavaa näyttöä. Usein joudutaan kuitenkin tyytymään vaatimattomampaan näyttöön, mikä on syytä tiedostaa. Tutkimustiedon puuttuessa tai sitä täydentämään kannattaa käyttää tilastoista ja toiminnan arvioinneista saatavaa tietoa. Neuvolatyötä palvelevien tilastojen kehittäminen on suuri tulevaisuuden haaste (ks. luku 4.4). Monessa tapauksessa asiantuntijoiden yhdessä sopima toimintatapa edustaa parasta mahdollista näyttöä. Se on kuitenkin verrattomasti parempi kuin yksittäisen työntekijän julkilausumattomaan rutiiniin perustuva tapa.

Neuvolassa käytettävien menetelmien ja niiden vaikuttavuuden arviointia voidaan pääsääntöisesti pitää kansallisen tason tehtävänä, joka pitää organisoida viiveettä. Kuitenkin jokaisella neuvolatyötä johtavalla ja jokaisella neuvolatyötä tekevällä on vastuuta oman työn laadusta ja neuvolatoiminnan kehittämisestä.

Näyttöön perustuva toiminta työyhteisössä edellyttää muun muassa suotuisan asenneilmapiirin kehittämistä, riittävien valmiuksien takaamista, tarkoituksenmukaista työnjakoa sekä tarvittavaa välineistöä kuten kirjallisuutta, tietokoneita internet-yhteyksin, tietokantoja ja oikeuksia eräisiin maksullisiin kotisivuihin (Perälä 1999). Näyttöön perustuva toiminta on tulevaisuuden suunta, sillä uuden sukupolven isät ja äidit osaavat kysyä, mihin neuvolan ohjeet tai käytetyt toimintatavat perustuvat. Neuvolassa työskentelevät tarvitsevat koulutusta näyttöön perustuvaan toimintaan.

Paikalliseen kehitystyöhön on lukuisia keinoja. Usein paikallinen kehitystyö on organisoitu projekteiksi, jotka parhaimmillaan ovatkin oiva keino kehittää toimintaa työyhteisössä. Neuvolatoimintaa koskevia hankkeita onkin tehty 1990-luvulla lukuisia (ks. esim. Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2001). Aina ei tarvitse käynnistää uusia projekteja, jos voi hyödyntää jo olemassa olevia hankkeita ja niissä saatuja kokemuksia hyvistä käytänteistä. Niitä koskeva tieto, mielellään arviointitieto, on tehtävä helposti saatavaksi. Monistaa muistakin rakenteista voi olla hyötyä, esimerkiksi vastuuhenkilöiden ja työryhmien nimeämisestä sekä määrätietoisesta ja suunnitelmallisesta kehittämisteemojen työstämisestä ja niihin liittyvien

toimintatapojen kokeilusta. Säännöllinen koulutus, työkierto, kehittämistä koskevat keskustelut kuukausikokouksissa tai vastaavissa ja opintokäynnit antavat myös virikkeitä neuvolatyön kehittämiseen. On tärkeää, että neuvolan kehittämistyölle on luotu pysyvät ja toimivat rakenteet ja riittävät toimintaedellytykset.

Vuonna 2002 Kuopioon perustettu Itä-Suomen neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus työskentelee osittain alueellisesti, osittain valtakunnallisesti. Sen tehtävänä on kehittää ja arvioida neuvolatyössä käytettäviä toimintatapoja, kehittää neuvolatyötä tekevien osaamista ja arviointikäytäntöjä sekä koota, arvioida ja tiivistää neuvolatyötä koskevaa tietoa ja saattaa se helposti saatavaan muotoon. Se on ylläpitänyt neuvolatutkijoiden ja kehittäjien verkostoa. Keskuksen kotisivut tulevat auttamaan neuvolatyötä tekeviä neuvolaa koskevan tiedon hankinnassa. Keskus on vasta käynnistynyt ja sen resurssit ovat toistaiseksi melko vaatimattoman projektirahoituksen varassa.

Useat järjestöt ja organisaatiot kehittävät neuvolaa hyödyttäviä aineistoja ja toimintamuotoja, joten niiden tuotantoa kannattaa aktiivisesti seurata. Näitä ovat muun muassa Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Väestöliitto, Lastensuojelun keskusliitto, Ensi- ja turvakotien liitto, Stakes, Suomen Mielenveysseura, Kansanterveyslaitos, sosiaali- ja terveysministeriö. Tärkeää neuvolaa koskevaa tutkimus- ja kehittämistyötä tekevät yliopistot esimerkiksi Jyväskylän yliopiston perhetutkimusyksikkö, hoitotieteen laitokset, lääketieteelliset tiedekunnat, sekä ammattikorkeakoulut. Jyväskylän ammattikorkeakoulussa on toiminut Perhesuunnittelun osaamiskeskus vuodesta 1996 (ei kotisivuja 1998). Duodecimin ylläpitämän Terveysportin, jonka käyttöoikeudet lähes kaikki terveyskeskukset ovat jo hankkineet, kautta saa niinikään terveydenhuoltoon liittyvää tietoa. On tärkeä huolehtia siitä, että myös terveydenhoitajat pääsevät työasemaltaan Terveysporttiin. Näiden organisaatioiden kotisivujen osoitteita on koottu liitteeseen 14.

SUOSITUKSIA: Paikallinen kehitystyö on organisoitua, suunnitelmallista ja jatkuvaa, esimerkiksi kehitystyötä varten on perustettu työryhmä ja nimetty vastuuhenkilöt. Kehittämistyötä tuetaan johtamisella ja se on sisällytetty neuvolatyön laatujärjestelmään.

Neuvolatyössä käytettäviä menetelmiä ja toimintatapoja arvioidaan käytettävissä olevien mahdollisuuksien mukaan, muun muassa on nimetty henkilö seuraamaan menetelmistä saatavaa arviointitietoa (esim. FinOHTA, nettisivut, Cochrane-kirjasto) sekä uusia Käypähoito- ja hoitotyön suosituksia (Terveysportti).

Luodaan mekanismit perheiden tarpeiden seuraamiseksi, perheiden osallistumiseksi ja laadunseurantatiedon kanavoimiseksi toiminnan kehittämiseen.

Suosittelavaa kirjallisuutta

Miettinen S (toim.) 2000. Itsensä johtaminen sosiaali- ja terveysalalla. WSOY, Helsinki.

Partanen P & Perälä ML. 1997. Menetelmien arviointi hoitotyössä. Kansallisen ja kansainvälisen tutkimuksen systemoitu kirjallisuuskatsaus. FinOHTAn raportteja 8. Stakes, Helsinki.

Perälä ML. 1999. Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Teoksessa: Simoila R, Kangas R & Ranta J. (toim.) Hoitotyötä johtamaan. Kirjayhtymä, Helsinki 53-67.

Strömmer R. 1999. Henkilöstöjohtaminen. Edita, Helsinki.

WHO 1996.

4.6 Henkilöstön täydennyskoulutus

4.6.1 Terveystenhoitajan ja lääkärin koulutuksen antamat valmiudet neuvolatyöhön

Työssä olevilla terveydenhoitajilla ja lääkäreillä on erilaiset valmiudet neuvolatyöhön riippuen valmistumisajankohdasta, työkokemuksesta ja sen jälkeen hankitusta

lisäkoulutuksesta. Työelämässä on 1960-luvulla ja tätä myöhemmin valmistuneita terveydenhoitajia ja lääkäreitä.

Terveydenhoitajien koulutusta on muutettu useaan otteeseen. Vuoteen 1986 terveydenhoitajat valmistuivat 2.5-vuotisen koulutuksen jälkeen sairaanhoitajiksi ja erikoistuivat sitten terveydenhoitajiksi. Keskiasteen koulunuudistuksen myötä opiskelijat valikoituivat suoraan terveydenhoitajakoulutukseen. 1990-luvulla terveydenhoitajien koulutus siirrettiin ammattikorkeakouluihin, ja vuonna 2001 sen kesto pidennettiin kolmesta ja puolesta vuodesta neljään vuoteen (160 ov). Terveydenhoitajat laillistetaan terveydenhuollon ammattihenkilöiksi sairaanhoitajina ja terveydenhoitajina. Opetuksen yhtenäistämiseksi laadittiin vuonna 2001 eri tahojen yhteistyönä terveydenhoitajan osaamiskuvaukset, keskeisten opintojen sisällöt (14 sisältöaluetta) ja niiden vähimmäislaajuudet. Osaamiskuvauksia käytetään opetussuunnitelmien kehittämisen lisäksi muun muassa opiskelijoiden ohjatun harjoittelun ohjaajien perehdyttämisessä, opiskelijan työharjoittelukirjan päivittämisessä ja työelämässä kehityskeskustelujen jäsentäjänä. Uusi koulutus antaa monipuoliset valmiudet toimia lastenneuvolatyössä, muun muassa lapsen ja perheen terveyden- ja sairaanhoitoon ja koko perheen tukemiseen, monikulttuuriseen toimintaan, moniammatilliseen yhteistyöhön sekä oman työn arviointiin ja kehittämiseen. Myös elämänkaaren muut vaiheet sisältyvät koulutukseen.

Aikaisemman opistoasteen koulutuksen saaneilla terveydenhoitajilla on mahdollisuus päivittää tutkinto ammattikorkeakoulututkinnoksi tai täydentää osaamistaan avoimessa ammattikorkeakoulussa tai suorittamalla muita lyhytkursseja. Tarve tällaisen koulutuksen järjestämiseen on lisääntynyt.

Perustutkinnon jälkeen terveydenhoitajien on mahdollista suorittaa erilaisia erikoistumisopintoja, muun muassa perhehoitotyön, lasten ja nuorten hoitotyön, lasten ja nuorten hyvinvoinnin tukemisen sekä terveyden edistämisen erikoistumisopintoja ja tulevaisuudessa myös jatkotutkinto ammattikorkeakoulussa. Terveysalalla on elokuussa 2002 käynnistetty jatkotutkintokokeilu. Siihen kuuluu mm. terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn jatkotutkinto, jonka eräänä suuntautumisvaihtoehtona tulee olemaan lapsiperheiden terveyden edistäminen (60 ov).

Lääkäreiden viidessä yliopistossa annettavaan peruskoulutukseen sisältyy lastenneuvolatyöhön liittyvää opetusta sekä yleislääketieteen että lastentautien jaksoilla. Luento-opetuksen lisäksi on yleensä ryhmätyö- ja seminaarimuotoista opetusta. Lisäksi kaikissa yliopistoissa on keskimäärin kahden opintoviikon perusterveydenhuollon opintopaketti, jolla opiskelijat tutustuvat terveyskeskuksen toimintaan ja harjoittelevat lääkärin työtä paikallisen terveyskeskuslääkärin ohjauksessa. Näihin jaksoihin sisältyy yleensä 0.5-1 työpäivää lastenneuvolassa. Edellä kuvattu opetus antaa lääkäriksi valmistuville yleiskäsityksen neuvolan toiminnasta, mutta varsinainen kouluttautuminen neuvolatyöhön tapahtuu vasta käytännön neuvolatyössä. Perehdyttäjinä ovat yleensä terveydenhoitajat. Yliopistoissa tulisi kiinnittää huomiota saumattomaan yhteistyöhön yleislääketieteen, lastentautien, lastenneurologian ja lastenpsykiatrian opetuksessa, jotta neuvolatyön opetuksesta muodostuisi riittävästi näiden alojen teorian ja käytännön opetusta sisältävä kokonaisuus. Myös yliopistojen välistä yhteistyötä neuvolatyön opetuksessa olisi hyvä kehittää. Tavoitteeksi asetetaan, että lääketieteen lisensiaatintutkintoon johtava koulutus turvaisi perusvalmiudet toimia neuvolalääkärinä.

Yleislääketieteeseen ja lastentauteihin erikoistuvalla lääkärillä on halutessaan hyvät mahdollisuudet hankkia monipuolinen koulutus lastenneuvolatyöhön valitsemalla sairaala- ja terveyskeskuspalveluihin runsaasti lasten ja nuorten terveydenhuollon koulutusta. Erikoislääkärin tutkinnon jälkeen lääkäri voi suorittaa myös Suomen Lääkäriliiton

myöntämän lastenneuvola- ja kouluterveydenhuollon erityispätevyyden. Se edellyttää vähintään 2.5 vuoden lisäkoulutusta, johon sisältyy käytännön palvelun lisäksi teoreettista koulutusta ja kirjallinen kuulustelu. Erityispätevyyden suoritettuaan lääkäri hallitsee muun muassa perhekeskeisen työn ja moniammatillisen yhteistyön menetelmät ja pystyy toimimaan oman alansa kehittäjänä ja asiantuntijana.

Opetusministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön sekä koulutuksen edustajien on tarpeen arvioida terveydenhoitajan ja lääkärin peruskoulutuksen antamia valmiuksia oppaan suositusten mukaiseen neuvolatyöhön säännöllisin välein.

4.6.2 Täydennyskoulutuksen kehittäminen

Riittävän täydennyskoulutuksen järjestäminen on eräs perusedellytys, jotta suosituksessa esitetyt ehdotukset voidaan toteuttaa. Koska täydennyskoulutuksen järjestäminen ja siihen hakeutuminen on ollut sattumanvaraista, tarvitaan suunnitelma täydennyskoulutuksen määrätietoiseksi ja systemaattiseksi toteuttamiseksi. Kansallisen terveysprojektin ehdotusten perusteella annetun Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaan terveydenhuollossa toimivien pitää saada täydennyskoulutusta 3-10 päivää vuodessa riippuen peruskoulutuksen pituudesta, työn vaatavuudesta ja toimenkuvan muuttumisesta. Täydennyskoulutuksen kustannusvastuu on työnantajalla. Tämän lisäksi tarvitaan riittävän pitkäkestoista täydennyskoulutusta, johon parhaimmillaan sisältyy oman työn kehittämiseen liittyvä hanke. Mikään täydennyskoulutusjärjestelmä ei kuitenkaan korvaa työntekijän omaa motivaatiota elinikäiseen oppimiseen ja siihen liittyvää omaehtoista itseopiskelua.

Koulutuksen järjestäjinä toimivat yliopistot ja ammattikorkeakoulut sekä näiden avointa koulutusta antavat yksiköt. Tärkeitä koulutuksen järjestäjiä ovat itse työyhteisöt sekä monet järjestöt ja muut organisaatiot. Monimuotokoulutuksen suomia mahdollisuuksia on syytä käyttää hyväksi ja kehittää myös verkkopohjaisia koulutusmoduuleita. Teleteknologian kehittymisen myötä verkkokoulutuksesta ja sen mahdollistamasta etäopiskelusta kehittyvät yhä tärkeämpiä kouluttautumismuotoja. Tämä edellyttää riittävää välineistöä. Kuopiossa sijaitseva neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus järjestää vuosittain valtakunnalliset neuvolapäivät, joiden avulla edistetään oppaassa esitetyjä tavoitteita. Lisäksi neuvolakeskus osallistuu täydennyskoulutusmoduulien kehittämiseen.

Neuvolassa toimivien osaamis- ja koulutustarpeiden arvioimiseksi tarvitaan apuvälineitä. Tällainen on esimerkiksi Helsingin terveysvirastossa kehitetty lastenneuvolan ydinosaamisen osaamiskartta, jonka avulla voidaan arvioida osaamisen taso ja laatia sen perusteella yksilö-, ryhmä- tai organisaatiokohtainen kehitys- ja koulutussuunnitelma. (Ks. myös Strömmer 1999). Henkilökohtaisten kehitysportfolioiden ja kehityskeskustelujen lisäämisellä voidaan tehostaa täydennyskoulutuksen yksilöllistä suunnittelua ja seurantaa sekä tukea henkilökohtaista urakehitystä. Täydennyskoulutuksen suunnittelu on tärkeä kytkeä myös terveyskeskuksen strategiseen johtamiseen.

Täydennyskoulutusta tarvitaan monien sisällöllisten ja menetelmällisten valmiuksien päivittämiseksi ja kehittämiseksi. Näitä ovat muun muassa varhainen vuorovaikutus, varhainen puuttuminen, perhetyö, parisuhteen ja seksuaalisuuden tukeminen, mielenterveystyö, oppimisvaikeudet, vertaisryhmien järjestäminen ja moniammatillinen yhteistyö. Tärkeitä aihepiirejä ovat voimavaralähtöinen työote ja terveyden edistämisen uudet menetelmät, sekä luvussa 10 mainitut erityistilanteet. Lisäksi tarvitaan koulutusta tieto- ja viestintätekniseen osaamiseen, laadun ja kustannusten hallintaan, kehittämishankkeiden käynnistämiseen sekä näyttöön perustuvaan toimintaan. Tehtäväkuvien muutokset tuovat myös lisäkoulutustarvetta. Lisäkoulutusta tarvitaan työelämästä pitkään poissaolleille ja sinne

palaaville terveydenhoitajille ja lääkäreille. Täydenniskoulutuksessa käytettävien menetelmien tulee vastata nykyiselle aikuiskoulutukselle asetettuja vaatimuksia.

Koska väestövastuisesti toimiville lääkäreille lastenneuvola- ja kouluterveydenhuollon erityispätevyys ei ole realistinen vaihtoehto, tarvitaan myös kaikille neuvolatyötä tekeville lääkäreille suunnattua täydenniskoulutusta. Suositellaan, että lääkäreille suunnitellaan 2-3 päivän tiivis koulutus neuvolaoppaan keskeisistä sisällöistä.

Varhaisen vuorovaikutuksen koulutusta ja siihen liittyvää täydenniskoulutusta suositellaan kaikille neuvolatyössä toimiville terveydenhoitajille ja myös mahdollisimman monelle lääkärille. Joillakin paikkakunnilla on saatu erityisen hyviä kokemuksia tämän koulutuksen järjestämisestä moniammatilliselle ryhmälle, esimerkiksi terveydenhoitajille sekä päivähoidon ja sosiaalityön edustajille. Yhteinen koulutus edistää ratkaisevalla tavalla toisten työn tuntemista ja arvostamista, yhteisten tavoitteiden tunnistamista ja toimintakäytännöistä sopimista. Näin se edistää yhteistyön toimivuutta ja sujuvuutta ja luo pohjaa verkostotyypiselle yhteistyölle.

Varhaisen puuttumisen tehostamiseksi suositellaan, että neuvolassa työskentelevät osallistuvat Varhaisen puuttumisen –hankkeen (Varpu) järjestämään moniammatilliseen kouluttaja-koulutukseen ja tutustuvat tulossa oleviin materiaaleihin kuten varhaisen puuttumisen käytäntöjä ja puheeksi ottamista käsitteleviin oppaisiin.

Kaikki terveydenhoitajat tarvitsevat koulutusta perhehoitotyöhön. Tähän sisältyvät terveyden edistämisen uudistuneet työmenetelmät, mm voimavaralähtöinen keskustelu, dialogi ja videoavusteiset ja muut vuorovaikutteiset menetelmät. Vertaisryhmien järjestämisen ja vetämisen edistämiseksi tarvitaan tähän valmiuksia antavaa koulutusta.

Oppimisvaikeuksia, niihin liittyviä laaja-alaisia ongelmia ja näiden ehkäisyä ja tunnistamista käsittelevää tietoa tulee sisällyttää kaikkien lasten kanssa työskentelevien ammattiryhmien perus- ja täydenniskoulutukseen

Moniammatillisen yhteistyön tehostamiseksi on tarpeen järjestää yhteistä koulutusta koko neuvolatyöryhmälle. Verkostotyöskentely ei onnistu itsestään. Keskeisiä erityistilanteita, joista on tarpeen järjestää moniammatillista koulutusta, ovat päihde- ja mielenterveysongelmaisten lapsiperheiden auttaminen

Tieto- ja viestintätekniikan kehitys muuttaa kansalaisten ja terveydenhuoltohenkilöstön toimintatapoja. Myös neuvolapalveluja käyttäville tulee olemaan tarjolla yhä enemmän verkkopalveluja, minkä lisäksi neuvolatyötä tekevät käyttävät uusia mahdollisuuksia tiedon etsimiseen, tilastointiin ja tietojärjestelmiin. Tieto- ja viestintätekniiseen osaamiseen kuuluu tieto- ja viestintätekniikan perusteiden ja käyttötaitojen lisäksi mm verkkolukutaito sekä verkkoasiointiin tarvittavat valmiudet. Näiden taitojen opiskelun tärkeys korostuu sosiaali- ja terveysalalla, jolla työntekijöiden keski-ikä on lähes 44 vuotta.

Ammattitaidon ylläpitämisestä ja siihen tarvittavasta täydenniskoulutustarpeesta on helpompi huolehtia, jos neuvolatyötä tekevällä terveydenhoitajalla tai lääkärillä ei ole kovin montaa muuta sektoria vastattavanaan. Terveydenhoitajien osalta on hyviä kokemuksia kahdesta sektorista, esimerkiksi yhdistetystä äitiys- ja lastenneuvolatyöstä tai lastenneuvola- ja koulutyöstä.

<p>SUOSITUS: Lastenneuvolassa työskenteleville terveydenhoitajille suunnitellaan monimuotoisesti toteutettava täydenniskoulutusohjelma, josta osa suunnataan moniammatilliselle tiimille.</p>
--

Kaikille neuvolassa toimiville lääkäreille järjestetään lastenneuvolatyöhön liittyvää täydennyskoulutusta. Työnantajat kannustavat neuvolalääkäreitä suorittamaan lastenneuvola- ja kouluterveydenhuollon erityispätevyyden.

Neuvolassa työskentelevät hyödyntävät vuosittain Kansallisen terveysprojektin suosituksen mukaisen 3-10 päivän täydennyskoulutuksen.

Neuvolatyötä johtaville henkilöille järjestetään moniammatillista johtamisen täydennyskoulutusta.

Terveyskeskukset käyttävät neuvolahenkilöstön koulutustarpeen arvioinnissa apuvälineitä, esimerkiksi erilaisia osaamiskartoituksia. Osaamisen ylläpitämiseen tähtäävät toimet ovat osa neuvolatoimintaa koskevaa toimintasuunnitelmaa ja työntekijöiden omia urakehityssuunnitelmia. Koulutuksen hyödyntämistä ja osaamisen kehittymistä arvioidaan säännöllisesti esim. kehityskeskusteluissa.

Suosittelavaa kirjallisuutta

Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaamisen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät. Opetusministeriö 7.9.2001.

Jaroma A. 2000. Koulutus ja tuleva toiminta hoitotyössä. Kysely kätilö-, sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoille. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 83. Kuopio.

Liuksila P-R. 2000. Lastenneuvolan viisivuotistarkastus ja sen merkitys lapsen selviytymiselle ensimmäisellä luokalla koulussa. Turun yliopiston julkaisuja 161, Turku.

Lohiniva V. 1997. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti pohjoisessa toimintaympäristössä. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 509, Oulu.

Saranto K & Kouri P. 1999. Tieto- ja viestintätekniikka kansalaisten ja ammattilaisten vuorovaikutuksessa ja tiedonhankinnan apuvälineenä. Sivut 334-357. Kirjassa: Saranto K & Korpela M. (toim) Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. WSOY,

Simell O & Aula P. 1997. Neuvolakirja. Orion, Espoo.

Terveydenhoitajaopiskelijan ohjatun harjoittelun työkirja. 2001. Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennys- ja muu lisäkoulutus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta. Muistio 19.12.2001.

4.7 Työnohjaus

Työ lastenneuvolassa on ehkäisevää mielenterveystyötä perheiden parissa. Se on myös vaikeiden asioiden kuten väkivallan ja päihdeongelmien havaitsemista, esille ottamista ja niihin puuttumista. Siinä kiinnitetään huomiota ihmissuhteissa esiintyviin pulmiin kuten välinpitämättömyyteen ja vanhempien ja lasten kiintymyssuhteen luomisessa ilmeneviin ongelmiin. Työ perustuu työntekijän omiin vuorovaikutustaitoihin ja persoonallisuuteen ammatillisten tietojen ja taitojen lisäksi. Siinä käsitellään asioita, jotka liittyvät toisen ihmisen ihmisyyteen, ja ovat niin ollen hyvin herkkiä: taitamattomasta työstä voi olla myös haittaa.

Työnohjauksella tarkoitetaan oman alan kokeneemman työntekijän tai ihmissuhdealan asiantuntijan antamaa säännöllistä ja prosessiluonteista ohjausta ja tukea oman työn arvioinnissa, työongelmien erittelyssä sekä tarvittavien toimenpiteiden suunnittelussa. Sitä tarvitaan erityisesti tehtävissä, joissa asiakas-potilassuhteiden käsittely on keskeisellä sijalla (Työnohjaustyöryhmän muistio 1984).

Työnohjauksen tavoitteena on nostaa hoidon laatutasoa. Työnohjaus ei ole työntekijän henkilökohtaista hoitoa, vaan työnohjauksessa käsiteltävät asiat liittyvät laajasti ottaen aina työhön. Työnohjauksen tulee koitua lapsen perheen eduksi, parantaa hänen hoitoaan ja lisätä

ohjattavan kykyä ymmärtää ja auttaa häntä. Työnohjaus tähtää siihen, että ohjattava löytää työskentelytavan ja ammattiroolin, joka parhaiten auttaa lasta ja perhettä. Tavoitteena on työntekijässä tapahtuva muutos- ja kehitysprosessi: itsenäistyminen, omien kykyjen ja rajoitusten tuntemaan oppiminen sekä kehittyminen työntekijänä ja ihmisenä (Niskanen ym. 1988). Työnohjaus auttaa siten työntekijää säilyttämään objektiivisuutensa ja empatiakykynsä. Työnohjaus, joka tarjoaa mahdollisuuden kehittää omaa työtä, on myös työntekijän loppuunpalamista ehkäisevää toimintaa.

Työnohjaus on tuloksellisen lastenneuvolatyön edellytys. Työnohjaukseen ei voi pakottaa ketään, mutta työnantajan on järjestettävä mahdollisuus siihen. Harvakseltaan kokoontuva ryhmätyönohjaus on minimivaatimus. Yksilötyönohjauksen tarve tulee harkita henkilö- ja tilannekohtaisesti.

SUOSITUS: Kaikilla lastenneuvolatyössä toimivilla on mahdollisuus osallistua säännölliseen työnohjaukseen.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Niskanen P, Sorri P, Ojanen M. 1988. Auta auttamaan – käsikirja työnohjauksesta. WSOY, Juva. *Vanha perusteos, jossa terveydenhuollon työnohjaus on kuitenkin selitetty yksityiskohtaisesti ja ymmärrettävästi.*

Paunonen-Ilmonen M. 2001. Työnohjaus. Toiminnan laadunhallinnan varmistaja. WSOY, Helsinki. *Kirjassa esitellään mm. SUED-malli. (lyhenne sanoista succeed, supervision ja education). Mallin perusajatuksena on työnohjauksen ja toimipaikka- ja täydennyskoulutuksen yhdistäminen työhön sisältyväksi jatkuvaksi prosessiksi, jonka tavoitteena on henkilöstön tukeminen ja työn kehittäminen.*

4.8 Työntekijän vaihtuminen ja perehdytys

Työ neuvolassa perustuu luottamukseen, jatkuvuuteen ja viime kädessä kunkin neuvolatyöntekijän oman persoonan käyttöön. Työntekijän vaihtuminen ei ole perheiden näkökulmasta milloinkaan ongelmatonta. Siksi lähtökohtana on vakituinen neuvolahenkilökunta ja sijaisten käyttö vain poikkeustapauksissa. Neuvolavastuuseen soveltuvat sellaiset lääkärit, jotka sitoutuvat tähän työhön. Pysyvä henkilökunta on tärkeä henkilöstöpoliittinen tavoite (ks. luku 4.1 Neuvolatyön johtaminen). Työntekijän vaihtumisen vaikutuksia voidaan lieventää erilaisin keinoin. Perheen kanssa voidaan järjestää tapaaminen, jossa mukana ovat sekä uusi että vanha työntekijä. Tällaista menettelyä suositellaan etenkin erityistukea tarvitsevien perheiden kohdalla.

Työyhteisössä tarvitaan ainakin kahdenlaista perehdytystä: a) uuden, mutta jo kokeneen, työntekijän sekä b) vastavalmistuneen työntekijän perehdyttämiseen. Vastavalmistuneen työntekijän perehdyttämiseen sisältyy myös työn sisältöön perehdyttäminen, mikä on aikaa vievää ja vaativaa. Kokenut työntekijä, joka vaihtaa työpaikkaa, tarvitsee tietoa pikemminkin työyhteisöstä, paikkakunnasta ja käytännön järjestelyistä kuin itse neuvolatyöstä. Perehdyttämällä on tärkeä merkitys uudelle työntekijälle, koko työyhteisölle mutta ennen kaikkea perheille. Kyse on myös toiminnan turvallisuudesta ja laadusta. Perehdyttämiseen kannattaa investoida.

Terveydenhoitajan perehdytyksestä vastaa (perehdytys suunnitelman mukaan) johtava hoitaja ja/tai neuvolasta vastaava terveydenhoitaja, lääkärin perehdytyksestä neuvolatyöstä vastaava lääkäri. Ideaalista olisi, että pois lähtevä työntekijä olisi mukana perehdyttämässä seuraajansa. Perehdytyksessä pitää käydä systemaattisesti läpi niin neuvolatoiminnan yleiset ohjeet kuin myös paikkakunnalle erityisesti sovelletut ohjeet. Uuden terveydenhoitajan on tarpeen tutustua asiakkaidensa asiakirjoihin, erityisesti niiden, joiden kanssa aiempi työntekijä on tehnyt lähikuukausien kanssa erityistyötä. Perehdytysvaiheen jälkeen on suositeltavaa kokeilla mentorointia.

Myös uusi lääkäri pitää perehdyttää neuvolatyöhön, ja tätä varten pitää varata aikaa. On myös muistettava, että monet perheet eivät voi luottaa lääkäriin, jota eivät ole koskaan tavanneet. Alkuaikoina ensitapaamiset saattavat siksi vaatia tavallista enemmän uusintakäyntejä.

SUOSITUS: Neuvolassa on jokaiselle työntekijäryhmälle sovittu perehdytysohjelma.

4.9 Neuvolatyön kustannukset

Alle kouluikäisen lapsen ja hänen perheensä terveyden edistäminen neuvolassa on saatavilla olevien tietojen perusteella kustannuksiltaan hyvin edullista. Kuopion sosiaali- ja terveystieteiden keskuksen äitiys- ja lastenneuvolatyötä koskevassa tuotteistuspilotissa kustannuslaskenta perustui toimintanalyysiin ja ajankäytön seurantaan (Hyvönen ym. 2000). Kuopion melko supistetussa toimintamallissa lastenneuvolaiän seurannan keskimääräinen hinta perusterveydenhuollossa vuonna 2002 oli noin 600 euroa. Hintaan kuuluivat perusohjelman mukaiset käynnit, joihin sisältyi 12 neuvolakäyntiä terveydenhoitajan luona, yksi terveydenhoitajan kotikäynti vastasyntyneen luona ja kolme lääkäriä käyntiä. Lisäksi perhevalmennus perhettä kohden maksoi noin 150 euroa. Lääkäriäkäynti (18 min.) maksoi 25 euroa. Hintoihin on laskettu palkat, hallinnolliset kulut, vuokrat, matkakulut, koulutuksesta aiheutuvat kustannukset ja muut kulut kuten materiaali- ja kalustehankinnoista syntyvät kulut.

Vantaan terveystieteiden keskuksessa neuvolapalveluja on tuotteistettu 2-3 vuoden ajan. Äitiys- ja lastenneuvolakäynti, johon oli sisällytetty myös kotikäynnit, maksoi terveydenhoitajan osalta vuonna 2001 keskimäärin 42 euroa. Tällöin 15 käyntikerran kokonaisuus maksoi 630 euroa. Lääkärintutkimukset puuttuvat tästä summasta. Kyseessä on todellinen hinta, johon on laskettu kaikki palkka-, matka- ja tilakulut sekä ns. yhteiset kulut. Tornion terveystieteiden keskuksessa noin 13 terveydenhoitajalla käynnin on arvioitu maksavan 640 euroa. Turun terveystoimissa lapsen neuvolakäyntien kokonaisuuden hinta vuonna 2002 oli noin 660 euroa. Siihen sisältyivät terveydenhoitajan ja lääkärin palkat, kiinteistökulut, atk, puhelin, jakomateriaali sekä tilaukset apteekista ja keskusvarastosta.

Lapsiperheprojektissa on tehty laskelmia ennalta ehkäisevän työn, muun muassa perhetyöntekijän kustannuksista (Häggman-Laitila ym. 2001). Perhetyöntekijän perhekohtainen tuki erityistukea tarvitsevaa perhettä kohden maksoi keskimäärin 1 680 euroa ja ryhmäkohtainen tuki osallistujaa kohden noin 200 euroa. Perhetyöntekijät tapasivat perheitä keskimäärin 13,5 kertaa (vaihteluväli 1-78) ja työskentelivät heidän kanssaan keskimäärin 29 tuntia (vaihteluväli 1-320 tuntia). Keskimääräinen tuntihinta oli noin 50 euroa. Lapsiperhe-projektin sisäisen ja ulkoisen arvioinnin tuloksena oli, että perhetyöllä ehkäistiin 4-6-kertaisten vaihtoehtoiskustannusten syntyminen.

Neuvolassa käynnit ja perhevalmennus ovat kustannuksiltaan varsin edullisia. Kalleinta toimintamuotoa edustavat kotikäynnit, esimerkiksi kotikäynti vastasyntyneen perheen luokse maksoi Kuopiossa noin 82 euroa. Vanhempainryhmien hinta riippuu mukana olevien asiantuntijoiden palkkauksesta, kokoontumistiheydestä, ryhmiin käytettävästä ajasta, tiloista, materiaalista yms. Neuvolatyön kokonaiskustannukset vaihtelevat todennäköisesti terveystieteiden keskuksittain riippuen muun muassa lääkäreiden palkkausjärjestelmästä.

Tämän oppaan suositusten mukainen lastenneuvolaiän palvelukokonaisuus on yllä mainittujen kuntien arvioita jonkin verran kalliimpi, koska siihen kuuluu enemmän palveluja. Terveydenhoitajan käyntejä suositellaan 16 (mukana kaksi kotikäyntiä) ja lääkärin käyntejä neljä. Vantaan ja Kuopion hintoja soveltaen terveydenhoitajan osuus on noin 750 ja lääkärin

arviolta 200 euroa. Lisäksi mukaan on laskettava vanhempainryhmistä aiheutuvat kustannukset, arviolta 600 euroa. Varsin karkean arvion mukaan neuvolaiän kokonaiskustannukset perhettä kohden ovat noin 1600-2000 euroa, mikä merkitsee alle 300 euron vuosittaista kustannusta.

Pelkät hinnat eivät luonnollisesti kerro neuvolatoiminnan laadusta ja vaikuttavuudesta. Tieto kustannuksista tarjoaa myöhemmin mahdollisuuden toiminnan kustannus-vaikuttavuuden arviointiin. Kustannuslaskentaa on tarpeen jatkaa eri tyyppisissä terveyskeskuksissa. Lastenneuvolan tarjoamien peruspalvelujen hinnan lisäksi on tarpeen määrittää eriasteisen erityistuen edellyttämästä tehostetusta toiminnasta aiheutuvat kustannukset. Perhetyöntekijän palkkaukseen kuuluu arviolta 30 000 euroa vuodessa. Vertailun vuoksi mainitaan esimerkkejä vaihtoehtoisista kustannuksista eräiltä paikkakunnilta vuoden 2003 kustannustason mukaan. Yhden kuukauden kestävä lastenpsykiatrinen hoitojakso maksaa 9 000-15 000 euroa ja lastensuojelullinen sijoittaminen perheeseen tai laitokseen maksaa 30 000-60 000 euroa vuodessa. Yhden henkilökohtaisen avustajan palkkaamisesta päivähoitoon koituu kunnalle vuotuisia kustannuksia noin 18 000 euroa.

On tarpeen määrittää tehostetun varhaisen puuttumisen kustannukset ja toiminnan vaikuttavuus sekä pyrkiä arvioimaan, paljonko voidaan ehkäistä inhimillistä kärsimystä ja syrjäytymistä ja paljonko saadaan taloudellista säästöä. Neuvolarokotusten ansiosta vältetään kuolemien, vammautumisten ja sairastamisen lisäksi myös suurilta taloudellisilta kustannuksilta. Kansallisen rokotusohjelman rokotteet hankitaan Suomeen keskitetysti valtion budjetista ja toimitetaan kunnille ilman korvausta. Neuvolatoimintaa koskevan hyödyn arviointiin on lisäksi tarpeen sisällyttää terveyttä edistävän toiminnan vaikutusten tarkastelu esimerkiksi lapsen ja vanhemman varhaisen vuorovaikutuksen ja hyvin toimivan vanhemmuuden kauaskantoinen merkitys tai terveyttä edistävien tottumusten tuoma lisäarvo.

SUOSITUS: Kunnat ottavat neuvolatoimintaa koskevassa kustannuslaskennassa huomioon lyhyen ja pitkän aikavälin hyödyt ja vertaavat kustannuksia erityispalveluista aiheutuviin vaihtoehtoiskustannuksiin.

Kirjallisuutta

Lastenneuvolatyön tuotteistaminen Kuopion sosiaali- ja terveyskeskuksessa. Luonnos 16.10.2002 (ilmestyy 2003).

Häggman-Laitila A, Euramaa K-I, Hotari A-M, Kaakinen J & Hietikko M. 2001. Lapsiperheiden varhainen tuki, tuen vaikuttavuus ja kustannushyöty, Lapsiperhe-projektin loppuraportti. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Helsinki.

Hyvönen K, Ryyänen R & Varjoranta P. 2000. Äitiysneuvolatyön tuotteistaminen Kuopion sosiaali- ja terveyskeskuksessa. Muistio 16.10.2000.

5 YHTEENVETO OPPAAN KESKEISISTÄ SUOSITUKSISTA

Moniammatillista yhteistyötä lapsiperheiden hyväksi (luku 3)

Kunnassa tai alueella käynnistetään suunnittelu siitä, miten lapsiperheille tarkoitettuja palveluja kootaan nk. perhepalvelukeskukseen tai –verkostoon. Tässä yhteydessä määritellään keskeiset toimijat, vastuut ja suhde kunnan hyvinvointipolitiikkaan. Perhepalvelukeskuksen/verkoston toiminta-ajatuksena on kodin, neuvolan, päivähoidon, sosiaalityön ja terveydenhuollon sekä paikallisten olosuhteiden mukaan myös muiden, mm. kolmannen sektorin toimijoiden yhteistyön kehittäminen. Luku 3.2.1.

Kunnassa tai alueella on toimiva lapsiperheiden hyvinvoinnin ja palveluiden suunnittelu- ja seurantaryhmä, jolla on seuranta- ja raportointivastuu kunnan virka- ja luottamusmiesjohdolle. Luku 3.2.2.

Terveydenhoitaja on lastenneuvolan keskeisin toimija. Hän vastaa oman alueensa lapsiperheiden terveyden edistämisen ensiasteen asiantuntijuudesta sekä neuvolatoimintaa koskevan hoitotyön tasosta ja ajanmukaisuudesta. Terveydenhoitaja kehittää edelleen rooliaan perhekeskeisen palvelun antajana ja koordinoijana sekä lapsiperheiden yhteisöllisyyden lujittajana. Luku 3.3.1.

Jokaisessa lastenneuvolassa on nimetty vastuulääkäri, jonka tehtävänä on vastata neuvolatoiminnan lääketieteellisestä tasosta, organisoinnista ja ajanmukaisuudesta lääketieteellisen toiminnan osalta. Luku 3.3.2.

Lastenneuvolassa tai perhepalvelukeskuksessa/verkostossa on perhetyöntekijöitä, joilla on myös sosiaalialan osaamista. He toimivat terveydenhoitajien työpareina tukea tarvitsevilla perheillä tilanteissa, joissa lastensuojelun tuki ei vielä ole tarpeen. Paikallisten olosuhteiden mukaan perhetyöntekijä voi toimia myös päivähoidon ja koulun yhteistyökumppanina. Luku 3.3.3.

Kunnissa järjestetään lapsiperheille suunnattu, ehkäisevä ja varhaisen tuen mahdollistava kotipalvelu, joka toimii yhteistyössä sosiaalipalvelujen ja neuvolan kanssa. Luku 3.3.3.

Terveydenhoitajien laskennallisen mitoituksen lähtökohtana on enintään 400 lasta /kokopäivätoiminen terveydenhoitaja. Jos terveydenhoitaja työskentelee useammalla kuin kahdella sektorilla tai alueella on paljon maahanmuuttajia tai muita erityistukea tarvitsevia perheitä, vaikuttaa se lapsimäärää vähentävästi. Neuvolatyötä tekevien lääkäreiden mitoituksen lähtökohtana on 2 800 lasta/kokopäivätoiminen lääkäri. Luku 3.3.4.

Jokaisessa lastenneuvolassa toimii lastenneuvolatyöryhmä. Siihen kuuluvat lapsen tutkimiseen ja perheiden tukemiseen osallistuvat työntekijät paikallisten olosuhteiden mukaan. Vanhemmat osallistuvat työryhmän kokoukseen oman lapsensa asiaa käsiteltäessä. Lastenneuvolassa sovitaan neuvolatyöryhmän toiminnasta kuten osallistujista, tehtävistä ja kokoontumistiheydestä. Äitiys- ja lastenneuvolan yhteistyö on saumatonta ja koskee kaikkia syntyviä lapsia ja heidän perheitään. Luku 3.4.

Lastensuojelun edustajat osallistuvat perhepalvelukeskuksen ja tarvittaessa lastenneuvolatyöryhmän toimintaan. Lastenneuvolalla, perhepalvelukeskuksella ja lastensuojeluviranomaisilla on riittävä tuntemus toistensa toimintatavoista ja työmenetelmistä sekä yhdessä sovitut menettelyt yhteistyöstä ja lastensuojeluilmoituksen tekemisestä. Luku 3.5.1.

Päivähoidon edustaja osallistuu perhepalvelukeskuksen ja tarvittaessa lastenneuvolatyöryhmän toimintaan. Päivähoidon ja lastenneuvolan välillä on yhteisesti sovitut yhteistyö- ja tiedonvaihtomenettelyt. Luku 3.5.2.

Perhepalvelukeskus, lastenneuvola ja koulu noudattavat yhteisesti sovittua menettelyä lasten koulunaloituksen ja saumattoman tuen turvaamiseksi, lapsi ja vanhemmat ovat tästä tietoisia ja osallistuvat täysivaltaisesti tapaamisiin. Luku 3.5.4.

Lastenneuvola ja perhepalvelukeskus kasvatus- ja perheneuvola mukaan lukien sekä paikkakunnalla aikuisten mielenterveys- ja päihdeongelmia hoitavat tahot sopivat yhteistyömenettelyistä lasten ja perheiden tukemiseksi. Perhepalvelukeskuksessa ja lastenneuvolassa huolehditaan siitä, että niillä on ajantasainen tieto paikkakunnan järjestöjen ja kirkon tarjoamasta sosiaalisesta ja tukitoiminnasta. Luvut 3.5.3 ja 3.5.5.

Tutkimus- ja hoitopolut erikoissairaanhoidon tavallisimpien tutkimus- ja hoitotarpeiden osalta ovat toimivat ja erikoissairaanhoidon palautejärjestelmä toimii. Kehitysseulonnoista sovitaan alueen erikoissairaanhoidon kanssa. Neuvola- ja väestövastuulääkärit sopivat pitkäaikaissairaiden lasten hoitoa koskevasta työnjaosta potilas- tai potilasryhmäkohtaisesti. Luku 3.6.

Kunnassa on sovittu neuvolatietojen luovuttamisen menettelyistä voimassa olevien säännösten mukaisesti ja kaikki yhteistyön osapuolet ovat tietoisia sovitusta menettelytavoista. Perhepalveluverkoston jäsenille järjestetään yhteistä, moniammatillista koulutusta salassapitoa koskevasta lainsäädännöstä. Luku 3.7.

Neuvolatyön seuranta, arviointi, kehittäminen (luku 4)

Neuvolatyön johtamisesta vastuussa olevat pitävät huolta oppaassa ehdotetuista terveyskeskukseen soveltuvista käytännöistä sopimisesta ja niiden kirjaamisesta, kuntakohtaisten neuvolapalvelujen suunnittelusta ja koordinoinnista sekä neuvolatyöryhmien ja muun moniammatillisen yhteistyön edellytysten turvaamisesta. Lisäksi he huolehtivat pätevän henkilöstön hankinnasta, perehdyttämisestä sekä osaamisen kehittämisestä, neuvolatyön laatujärjestelmän toiminnasta, sekä neuvolatyön seurannasta ja arvioinnista, niiden edellyttämästä tiedonkeruusta ja tilastoinnista sekä tietojen välittämisestä kuntatasolle. Luku 4.1.

Neuvolatyön kirjaamiseen tarkoitetut lomakkeet ja sähköiset järjestelmät mahdollistavat tasokkaan lapsi- ja perhekohtaisen kirjaamisen. Neuvolatyötä johtavat vastaavat siitä, että kaupallisille tuottajille viestitään neuvolatoiminnan dokumentointitarpeet. Työyhteisössä seurataan säännöllisesti kirjaamista ja kehitetään sitä tarvittaessa. Luku 4.2.

Kunnat kehittävät neuvolatoiminnan seurantaa ja sitä tukevaa tiedonkeruuta osana valtakunnallista kehittämishanketta siten, että tiedonkeruu tukee kunnan lapsiperheiden palvelujen kohdentamista, kehittämistä ja resursointia. Luku 4.3.

Jokaiseen neuvolaan kehitetään laatujärjestelmä, joka sisältää systemaattisen asiakaspalautejärjestelmän, asiakasprosessien kuvaukset, henkilöstön itse-, vertais- ja esimiesarvioinnit sekä muut työyhteisöä ja johtoa koskevat menettelytavat. Laadunhallintajärjestelmästä kerätty tieto viedään terveystoimen johdolle, joka välittää tiedon kunnallisille päättäjille vähintään toimintakertomuksessa. Luku 4.4.

Paikallinen kehitystyö on organisoitua, suunnitelmallista ja jatkuvaa. Kehittämistyötä tuetaan johtamisella ja se on sisällytetty neuvolatyön laatujärjestelmään. Neuvolatyössä käytettäviä menetelmiä ja toimintatapoja arvioidaan käytettävissä olevien mahdollisuuksien mukaan. On luotu mekanismit perheiden tarpeiden seuraamiseksi, perheiden osallistumiseksi ja laadunseurantatiedon kanavoimiseksi toiminnan kehittämiseen. Luku 4.5.

Lastenneuvolassa työskenteleville terveydenhoitajille suunnitellaan monimuotoisesti toteutettava täydennyskoulutusohjelma, josta osa suunnataan moniammatilliselle tiimille. Kaikille neuvolassa toimiville lääkäreille järjestetään lastenneuvolatyöhön liittyvää täydennyskoulutusta. Työnantajat kannustavat neuvolalääkäreitä suorittamaan lastenneuvola- ja kouluterveydenhuollon erityispätevyyden. Neuvolassa työskentelevät hyödyntävät Kansallisen terveysprojektin suosituksen mukaisen 3-10 päivän täydennyskoulutuksen. Neuvolatyötä johtaville henkilöille järjestetään moniammatillista johtamisen täydennyskoulutusta. Terveyskeskukset käyttävät neuvolahenkilöstön koulutustarpeen arvioinnissa apuvälineitä kuten erilaisia osaamiskartoituksia. Osaamisen ylläpitämiseen tähtäävät toimet ovat osa neuvolatoimintaa koskevaa toimintasuunnitelmaa ja työntekijöiden omia kehityssuunnitelmia. Koulutuksen hyödyntämistä ja osaamisen kehittymistä arvioidaan säännöllisesti esim. kehityskeskusteluissa. Luku 4.6.

Kaikilla lastenneuvolatyössä toimivilla on mahdollisuus osallistua säännölliseen työnohjaukseen. Luku 4.7.

Neuvolassa on jokaiselle työntekijäryhmälle sovittu perehdytysohjelma. Luku 4.8.

Kunnat ottavat neuvolatoimintaa koskevassa kustannuslaskennassa huomioon lyhyen ja pitkän aikavälin hyödyt ja vertaavat kustannuksia erityispalveluista aiheutuviin vaihtoehtokustannuksiin. Luku 4.9.

Vanhemmuuden tukeminen, vertaistuki, kotikäynnit (luvut 2.3, 7, 8 ja 9.2)

Terveydenhoitaja keskustelee uuden asiakasperheen kanssa tämän lastenneuvolaan kohdistamista odotuksista, kirjaa ne ja tarvittaessa realisoi asiakkaalle neuvolan mahdollisuudet vastata odotuksiin. Neuvola jakaa asiakkailleen palveluja kuvaavan esitteen. Tavoitteena on, että jokainen perhe saisi neuvolapalveluita äidinkielellään. Luku 2.3

Neuvolassa tuetaan vanhempia vanhemmuuteen kasvussa ja oman lapsensa kehityksen edistämisessä. Neuvola pitää esillä lapsen näkökulmaa. Luku 7.

Neuvolassa tuetaan vauvan ja vanhempien välisen hyvän vuorovaikutuksen syntymistä. Luku 7.

Äitiys- ja lastenneuvola noudattavat yhteisesti sovittua menettelyä perhevalmennuksen, vanhempainryhmien kotikäyntien ja siirtymävaiheen osalta perheen saumattoman tuen turvaamiseksi.

Kunnassa sovitaan pysyvät käytännöt vanhempainryhmätoiminnan mahdollistamiseksi vähintään ensimmäistä lasta odottaville ja kasvattaville vanhemmille. Odotusajan ja ensimmäisen elinvuoden aikainen vanhempainryhmätoiminta on osa kunnan lapsiperheiden palvelujen resursoitua suunnitelmaa ja sitä seurataan ja arvioidaan yhteisesti sovituin käytännöin. Luku 8.

Jokaisen neuvolakäynnin yhteydessä toimitaan lasta arvostaen ja kunnioittaen, samalla huomioiden kunkin lapsen yksilöllinen elämäntilanne ja siihen kuuluvat aikuiset. Luku 9.1.1.

Vanhempien kanssa tehtävän yhteistyön tehostamiseksi työntekijän ja vanhemman välistä yhteistyösuhdetta kehitetään kumppanuuden ja dialogin suuntaan. Yhteistyön lähtökohtana ovat vanhempien tarpeet, voimavarat ja huolet. Yhteistyötä suuntaavat vanhemmista lähtevät tavoitteet. Luku 9.1.2.

Neuvolassa kehitetään perheiden tuen tarpeen tunnistamista ja siinä tarvittavia valmiuksia. Luku 9.1.3.

Varhaisen puuttumisen ja asiakaskeskeisyyden tehostamiseksi neuvolassa otetaan käyttöön omille asiakasperheille soveltuvia lomakkeita. Luku 9.1.4.

Neuvolassa kehitetään menetelmiä koko asiakaskunnan tuen tarpeiden ja niissä tapahtuvien muutosten kuvaamiseen. Luku 9.1.5.

Neuvolassa annettavaa tukea kohdennetaan lapsen kolmeen ensimmäiseen ikävuoteen sekä erityistukea tarvitseviin perheisiin. Luku 9.1.6.

Perheeseen tutustumiseksi ja erityistukea tarvitsevien perheiden tunnistamiseksi lastenneuvolan terveydenhoitaja tekee kotikäynnin jokaiseen vastuulleen tulevaan perheeseen vauvan odotusaikana sekä paikkakunnalle muuttaneeseen uuteen perheeseen. Varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseksi tehdään jokaiseen vastasyntyneen lapsen perheeseen kotikäynti. Luku 9.2.

Neuvolassa lisätään kotikäyntejä tunnistetun tarpeen perusteella. Kotikäyntien sisältöä ja käynnin kirjaamista kehitetään aktiivisesti. Kehitetään keinoja kotikäyntien seurantaan ja arviointia varten, alkuun esimerkiksi vertaisarviointia käyttäen. Luku 9.2.

Määräaikaistarkastukset, seulonnat, neuvonta

Määräaikaistarkastuskäytännöt käydään paikallisesti erikseen läpi, sovitaan omista käytännöistä sekä terveydenhoitajan ja lääkärin välisestä työnjaosta ja ajankäytöstä. Luku 9.3.

Lasten kasvukäyrät ovat käytettävissä kaikilla ei-päivystysluontoisilla perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotoilla. Luku 9.4.1

Sydäntutkimusten työnjaosta sovitaan neuvolan ja alueen erikoissairaanhoidon kesken. Luku 9.4.1.

Neuvolan, alueen erityistyöntekijöiden, päivähoidon ja lastenneurologisen erikoissairaanhoidon kanssa tehdään kirjallinen sopimus leikki-ikäisten lasten kehityseulontatavoista. Jos lapsi muuttaa neuvolaiässä muualle, lapsen asiakirjojen yhteydessä lähetetään kyseinen paikallinen sopimus uuteen neuvolaan. Luku 9.4.3.

Neuvolasta annetaan kaikille vanhemmille informaatio rokotuksista, rokotuksien ehkäistävästä taudista ja rokotteiden turvallisuudesta. Luku 9.6.1

Neuvolassa annetaan suun terveyteen liittyvää terveysneuvontaa. Kun terveydenhoitaja tunnistaa suun terveyden ongelmia, hän ohjaa lapsen suun terveydenhuoltoon. Neuvolassa on kirjalliset ohjeet suun terveyteen liittyvästä terveysneuvonnasta ja suun terveyden ongelmien tunnistamisesta. Luku 9.6.2.

Neuvolassa ohjataan vanhempia ehkäisemään lasten tapaturmia ikätason mukaisesti sekä hankkimaan tarvittavia turvalaitteita ja ensiaputaitoja. Luku 9.6.3.

Neuvolassa kiinnitetään aktiivista huomiota lapsen ja hänen perheensä liikuntaan ja liikuntamahdollisuuksiin esimerkiksi keskustelemalla lapsen ja hänen perheensä liikuntatottumuksista ja kiinnostuksen kohteista osana neuvolan määräaikaistarkastuksia. Tavoitteena on, että lapset löytävät heitä kiinnostavia liikuntatapoja ja omaksuvat fyysisesti aktiivisen elämäntavan lapsuudesta lähtien. Luku 9.6.4.

Neuvolahenkilöstö ohjaa tupakoivia vanhempia tupakoinnin lopettamiseen tai lasta mahdollisimman vähän vahingoittavaan tupakointikäyttäytymiseen Käypä hoito –suosituksen mukaan. Henkilöstöllä on ajantasaiset tiedot oman kuntansa vieroituspalveluista, nikotiinikorvaushoidon periaatteista sekä tupakoinnin vaikutuksesta vanhempien ja lasten terveydelle. Luku 9.6.5

Lapsen täytettyä kaksi vuotta lastenneuvolassa otetaan aktiivisesti esiin tietotekniikan ja median hyödyt ja haitat sekä käytön rajoittaminen perheissä. Luku 9.6.6.

Jokaisella neuvolatyöntekijällä on käytössään henkilökohtainen puhelin, puhelinvastaaja ja tietokoneyhteys. Jokaisena työpäivänä varataan aikaa puhelimitse ja sähköpostin välityksellä käytävään yhteydenpitoon asiakkaiden kanssa. Neuvontaa tukevan oheismateriaalin laatuun ja luotettavuuteen kiinnitetään aktiivista huomiota. Neuvolan työntekijöille mahdollistetaan riittävä koulutus uusiin tietoteknisiin välineisiin. Luku 9.7.

Perheiden tukeminen erilaisissa tilanteissa

Erityistilanteita kuten vanhempien päihteiden käyttöä, lapsen mielenterveysongelmia ja monikulttuurisia perheitä varten neuvolassa on kirjallinen ohje, joka sisältää tiedon sovituista menettelytavoista, vastuuhenkilöistä, yhteistyökumppaneista, työnjaosta, hoitopoluista ja aiheeseen mahdollisesti liittyvästä lisäkoulutuksesta. Luku 10.

Lastenneuvolan terveydenhoitaja käy mahdollisuuksien mukaan tapaamassa keskoslasta, perhettä ja hoitavaa tiimiä sairaalassa, jos lapsi joutuu olemaan vuodeosastohoidossa useita viikkoja. Keskoslapsen perheen tapaamiset ja mahdollinen lisätuki suunnitellaan yksilöllisesti. Luku 10.1.

Terveydenhoitaja, lääkäri ja perhetyöntekijä sopivat yhtenäisistä ohjeista koliikista kärsivien lasten vanhemmille. Erikoissairaanhoidon ja mahdollisen ympärivuorokautisen päiväkodin, ensikodin tms. kanssa sovitaan paikallisesti yöhoitojärjestelyistä. Luku 10.2.

Lastenneuvolan lääkäri voi toimia pitkäaikaissairaiden lasten perusterveydenhuollon vastuulääkärinä, mikäli perheen ja omalääkärin kanssa niin sovitaan. Lapsen epikriisit kerätään neuvolaan. Terveydenhoitaja koordinoi pitkäaikaissairaiden lasten hoitoa omalta osaltaan, ellei perheen kanssa ole muuten sovittu. Luku 10.4.

Alueen erikoissairaanhoidon kanssa tehdään kirjallinen sopimus allergioiden ja astman diagnostiikan, hoidon ja seurannan hoitopoluista. Terveysaseman ja neuvolan välillä sovitaan työnjaosta lasten allergisten sairauksien suhteen. Luku 10.5.

Terveydenhuollossa lastenneuvolalla on ensisijainen vastuu alle kouluikäisten lasten ylipainon ehkäisystä ja hoidosta. Neuvolassa on kirjallinen ohje, joka sisältää tiedon sovituista painonhallintaopetuksen vastuuhenkilöistä ja toteuttamisesta menettelytavoista, yhteistyökumppaneista, työnjaosta, hoitopoluista ja lisäkoulutuksesta. Luku 10.6.

Neuvolatyöryhmän, terveystaseman ja kunnan muilla sektoreilla toimivien erityistyöntekijöiden, päivähoiton ja alueen erikoissairaanhoidon kanssa tehdään sopimus kehityksen erityisvaikeuksien, oppimishäiriöiden kehitysseulonnoista, seulontarajoista, vastuuhenkilöistä, kuntoutustyöryhmän jäsenistä, ryhmän toiminnasta ja muista mahdollisesti sovittavista asioista ja hoito-ohjelmista. Luku 10.7.

Infektiokierteisten lasten seurannasta ja korvatulehdusten jälkitarkastuksista tehdään paikallinen sopimus terveystaseman ja lastenneuvolan välillä. Luku 10.8.

Neuvolan, terveystaseman, päivähoiton, kasvatus- ja perheneuvolan ja erikoissairaanhoidon välille tehdään kirjallinen sopimus lasten käytöshäiriöiden ja mielenterveysongelmien hoitopoluista. Luku 10.9.

Äitiys- ja lastenneuvolan, terveystaseman, erikoissairaanhoidon ja mielenterveysyksiköiden kesken tehdään kirjallinen sopimus synnytyksen jälkeisen masennuksen seulontatavoista, vastuuhenkilöistä, yhteistyökumppaneista, työnjaosta, hoitopoluista ja aiheeseen mahdollisesti liittyvästä lisäkoulutuksesta. Luku 10.11.

Neuvolan, terveysaseman, erikoissairaanhoidon ja mielenterveysyksiköiden kanssa tehdään sopimus mielenterveysongelmaisten vanhempien lasten seurannasta ja hoidosta. Luku 10.12.

Neuvolahenkilökunta, ja mieluiten moniammatillinen yhteistyöverkosto, saa koulutusta kaltoinkohtelun tunnistamiseen. Jokainen työntekijä perehtyy varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen ja siihen liittyvään teoriataustaan. Luku 10.13.

Väkivallasta kysytään kaikilta naisilta viimeistään lapsen puolivuotistarkastuksen yhteydessä sekä sen jälkeen tasavuositarkastuksissa. Parisuhdeväkivallan seulonnassa tulisi käyttää työvälineenä seulontalomaketta, jossa huomioidaan fyysisen väkivallan ohella myös henkinen ja lapsen kohdistunut väkivalta. Paikallisesti sovitaan eri viranomaisten ja muiden auttajatahojen yhteiset menettelytapaohjeet. Työntekijöille järjestetään täydennyskoulutusta, työnohjausta ja muuta tukea väkivaltatilanteiden käsittelyä varten. Luku 10.14.

Jokaiselta neuvolan asiakasperheeltä kysytään rutiininomaisesti kerran vuodessa alkoholin ja huumeiden käytöstä. Neuvolan, terveysaseman, erikoissairaanhoidon, päihdehuolto- ja mielenterveysyksiköiden kanssa tehdään sopimus päihdeongelmien hoitopoluista ja päihdeongelmaisten vanhempien lasten seurannasta ja hoidosta. Työntekijät saavat riittävästi päihteiden ongelmakäyttöä koskevaa koulutusta ja työnohjausta. Luku 10.15.

Neuvolassa otetaan aktiivisesti esiin parisuhteen merkitys ja sen vaalimisen tärkeys. Työntekijät saavat koulutusta parisuhdevaikeuksien ehkäisystä, niiden havaitsemisesta ja niistä keskustelemisesta. Huomioidaan myös yksinhuoltajavanhempien lähi-ihmissuhteiden merkitys. Luku 10.16.

Jo perhevalmennuksessa ennakoidaan mahdollista avo- tai avioeroa ja johdatetaan vanhempia pohtimaan, miten paras mahdollinen vanhemmuus säilyisi myös erotilanteessa. Erotilanteessa tuodaan aktiivisesti esiin lapsen näkökulmaa. Tarvittaessa järjestetään lisätukea. Luku 10.17.

Neuvola ottaa aktiivisesti yhteyttä niihin perheisiin, jotka eivät itse ota yhteyttä neuvolaan. Luku 10.18.

Alueelle muuttaneeseen perheeseen tutustutaan yhtä läheisesti kuin perheisiin, joihin syntyy lapsi. Perheelle tarjotaan mahdollisuutta ensitapaamiseen terveydenhoitajan kotikäynnillä. Luku 10.19.

Neuvolatyöryhmä tutustuu kulttuureihin, joihin oma vastuuväestö kuuluu, ja ottaa perheen kulttuuriset piirteet toiminnassaan huomioon kuitenkin lapsen etua vaarantamatta.. Lasta ei käytetä tulkkina vanhempien ja neuvolahenkilökunnan välisissä keskusteluissa. Luku 10.20.

Neuvolan tehtävänä on tukea kaikenlaisia perheitä. Läheis- ja sukulaisuussuhteita määriteltäessä käytetään lapsen perheessä käytössä olevia nimityksiä. Adoptiovanhemmille tarjotaan mahdollisuutta osallistua perhevalmennukseen. Luku 10.21.

6 SUOSITUSTEN KÄYTÄNNÖN TOTEUTTAMINEN, SEURANTA JA ARVIOINTI

Oppaan merkitys ja sen vaikutukset asiakastyöhön riippuvat suuresti siitä, kuinka se otetaan käyttöön ja miten sen toteuttamista tuetaan ja arvioidaan. Tarkoituksena on, että opasta hyödynnetään paikalliset olosuhteet huomioon ottaen lapsiperheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi.

Kunnat ja kuntayhtymät sekä niiden terveyskeskukset ovat ensisijaisesti vastuussa oppaassa esitettyjen suositusten käytäntöön saattamisesta. Suositellaan, että kunnissa tehdään neuvolatoimintaa koskeva tilannekatsaus vertaamalla kunnan lastenneuvolatoimintaa oppaassa esitettyihin ratkaisuihin. Nykytilanteen analyysin perusteella voidaan päätellä, mitä kunnassa halutaan ja voidaan tehdä lastenneuvolatoiminnan ja lapsiperheiden palvelujen kehittämiseksi. Tulos kirjataan kunnan käytäntöjen mukaan toimintasuunnitelmaan tai mahdollisesti valmisteilla olevaan lapsipoliittiseen ohjelmaan. Kunnassa on myös tärkeää pitää huolta siitä, että kaikki tarpeelliset tahot saavat tiedon oppaasta tai osoitteen, josta sitä voi saada. Neuvolatoiminnasta vastaavien henkilöiden nimeäminen kuntiin on neuvolatoiminnan kehittämisen ja oppaan suositusten käytäntöön viemisen kannalta välttämätöntä. Laaturaportteilla, kunnissa joissa sellainen on, on tärkeä tehtävä neuvolatoiminnan laaturaportin kehittämiseksi osana kunnan palvelujen laadun seuranta.

Lääninhallitusten tehtävänä on edistää suositusten toteuttamista esimerkiksi järjestämällä alueellisia koulutustilaisuuksia ja seminaareja oppaan aihepiireistä. Lisäksi ne voivat seurata suositusten toteuttamista ja toteuttamiseen mahdollisesti liittyviä esteitä terveyskeskuksissa kuntakäynneillä ja henkilökohtaisten kontaktien avulla. Neuvolatoiminnan tilaa voidaan ryhtyä arvioimaan 3-5 vuoden välein osana peruspalvelujen arviointia. Kokeiltavana on Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskuksen kehittämä lomake, jota voidaan edelleen kehittää tiedonkeruun välineeksi osana seurantajärjestelmää. Tämä mahdollistaisi esimerkiksi neuvolatoiminnan resursoinnin seuraamisen ja kuntakohtaisen vertailun. Lisäksi lääninhallitukset voivat ohjata hallinnoimiaan hankerahoja oppaan mukaisiin neuvolatoiminnan kehittämishankkeisiin ja käynnistää myös omia lapsiperheitä koskevia hankkeita. Lääninhallitukset voivat harkita, onko tarpeen perustaa seurantaryhmä tai vastaava läänin lasten ja nuorten hyvinvoinnin seuranta varten.

Ammattikorkeakoulut ja yliopistot voivat sisällyttää oppaassa esitettyjä sisältöjä, työmenetelmiä jne. opetusohjelmiinsa peruskoulutuksessa ja täydennyskoulutuksessa (avoin yliopisto, avoin ammattikorkeakoulu). Erityisen suositeltavaa on järjestää moniammatillista koulutusta neuvolatyöhön suuntautuville ammattiryhmille. Oppaassa esitetyt aiheet voivat antaa ideoita opiskelijoiden kehittämishankkeisiin ja opinnäytetöihin sekä muuhun yhteistyöhön työelämän kehittämiseksi, esimerkiksi asiantuntemuksen antamiseen kehittämishankkeisiin.

Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa ylimpänä viranomaisena neuvolatoiminnan kehittämistä informaatio-ohjauksen avulla sekä organisoimalla neuvolatyötä eteenpäin vievät rakenteet. Se tehtävänä on valmistella tarvittavaa lainsäädäntöä. Ministeriö tiedottaa oppaasta, seuraa ja arvioi oppaan toimeenpanoa sekä varmistaa oppaan päivittämisen. Opas on saatavissa verkkojulkaisuna ministeriön kotisivuilta osoitteesta www.stm.fi/ajankohtaista/ohjeita. Ministeriön kautta saa myös tietoa neuvolatoiminnan kehittämisen rahoitusmahdollisuuksista. Ministeriö järjestää työseminaareja yhteistyössä lääninhallitusten kanssa säännöllisin välein ja sen vastuulla on myös opasta koskevan arviointitutkimuksen organisoiminen.

Opetusministeriön tehtävänä on pitää huolta neuvolatyössä toimivien peruskoulutuksesta ja sen päivittämisestä sekä luoda myös neuvolahenkilöstöä koskeva täydennyskoulutusjärjestelmä yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa.

Stakes on sosiaali- ja terveysalan kansallinen tutkimus- ja kehittämiskeskus. Sen luokituskeskuksen tehtävänä on neuvolatoimintaa koskevan tieto- ja tilastointijärjestelmän edelleen kehittäminen yhteistyötahojen kanssa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen menetelmien arviointiyksikkö FinOHTAlle voidaan tehdä ehdotuksia neuvolatyötä koskevien menetelmien arvioimiseksi. Stakes jatkaa myös lapsia ja nuoria koskevien hyvinvointi-indikaattorien kehittelyä.

Kuntaliitto huolehtii oppaasta tiedottamisesta osana kuntiin suuntautuvaa toimintaansa. Sen luonteva tehtävä on tukea kuntia kehittämään sellaisia neuvolatoiminnan ratkaisumalleja palvelujärjestelmäänsä, jotka edistävät lasten kokonaisvaltaista hyvinvointia ja ovat kuntien lapsipoliittisten ohjelmien mukaisia. Myös neuvolatoimintaa koskevan laadunarviointijärjestelmän luominen keskitetysti tukisi kuntien laadunarvioinnin kehittämistä.

Vuonna 2002 käynnistetty Itä-Suomen neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus jatkaa osaltaan oppaan ehdotusten toimeenpanoa. Oppaan keskeisiä aiheita käsitellään keskuksen vuosittain järjestämällä Valtakunnallisilla neuvolapäivillä. Keskus voi osallistua erilaisten olemassa olevien ja uusien näyttöön perustuvien toimintamallien pilotointiin. Lisäksi se voi kehittää ja testata erilaisia apulomakkeita neuvolan käyttöön. Se voi osallistua tarvittaessa terveyskasvatusmateriaalin arviointiin ja näyttöön perustuva materiaalin tuottamiseen yhteistyössä Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kanssa. Se voi edelleen kehittää neuvolatyön selvitysten tekemiseen laatimaansa pilottilomaketta valtakunnalliseen käyttöön. Keskeisiä tehtäviä on toimia neuvolatoiminnan tietokeskuksena kotisivujen avulla. Niiden kautta voidaan koordinoitusti välittää neuvolatyötä ja sen kehittämistä koskevaa tietoa mm. toimintakäytänteistä, lomakkeista ja julkaisuista. Keskuksen toimintamahdollisuudet riippuvat kuitenkin sen resursoinnista, tällä hetkellä keskuksessa toimii yksi kokopäiväinen ja yksi osa-aikainen henkilö.

Ammatilliset järjestöt voivat edistää suositusten tunnetuksi tekemistä ja edistää niiden edellyttämää osaamista ammattilehtensä, paikallisyhdistystensä sekä valtakunnallisten koulutuspäiviensä kautta.

Ehdotettujen suositusten mukaisen yhteistyön kehittämisestä muiden oppaassa kuvattujen sidosryhmien, kuten järjestöjen ja seurakuntien, kanssa tulee sopia paikalliset olosuhteet ja voimavarat huomioiden.

OSA II. NEUVOLATYÖN SISÄLTÖ JA MENETELMÄT

7 VANHEMMUUS JA LAPSEN KEHITYKSEN TUKEMINEN

Vanhemmat ovat ensisijaisia lapsensa kehityksen ja perheensä hyvinvoinnin edistäjiä. Seuraavassa kuvataan lyhyesti nykytiedon avulla lapsen suotuisaa kehitystä edistäviä tekijöitä. Yleinen voimavaratekijä, esimerkiksi huolenpito tai lapsen oma lahjakkuustekijä, vaikuttaa lapsen kehitykseen myönteisesti muista tekijöistä riippumatta. Riskitekijä taas suuntaa lapsen kehitystä kielteiseen suuntaan. Haavoittuvuus tarkoittaa alttiutta kielteisille vaikutuksille olosuhteissa, joissa riskit ovat muutoinkin suuret. Suojaava tekijä tukee kehitystä riskeistä huolimatta. Sillä on puskurivaikutusta silloin, kun riski on suuri, mutta ei lainkaan vaikutusta vähäisen riskin vallitessa. (Pulkinen 2002.) Neuvolan tehtävää vanhempien tukijana kuvataan kunkin alaluvun sekä koko luvun lopussa.

7.1 Vanhemmuuden voimavarat muuttuneessa elämäntilanteessa

Lapsen syntymä muuttaa perheen elämäntilannetta monella tavalla, esimerkiksi vanhempien ajankäyttöä, ihmissuhteita, taloudellista tilannetta ja erityisesti parisuhdetta. Vaikka monet muutokset ovat myönteissävytteisiä, osa niistä koettelee perhettä ja sen jäsenten terveyttä. Vanhempien voimavarat ovat avainasemassa vanhempien oman ja lapsen hyvinvoinnin näkökulmasta. Perheen voimavarat muodostuvat kummankin vanhemman omista henkilökohtaisista sekä perheen sisäisistä ja ulkoisista voimavaroista. Sisäisiä voimavaroja ovat vanhempien koulutus, heidän tietonsa ja taitonsa ja itsetuntonsa vanhempana ja perheen taloudellinen tilanne. Hyvin toimiva parisuhde on perheen keskeinen voimavara, sillä se auttaa vanhempia jaksamaan vanhempana ja huolehtimaan lapsensa tarpeista monipuolisesti. Siksi kuuleekin sanottavan, että vanhempien parisuhde muodostaa lapsen parhaan 'kodin' ja kasvualustan. Tärkeitä voimavaroja ovat myös vanhempien ja lasten välille vähitellen kehittyvät avoimet ja turvalliset suhteet ja näihin liittyvä toimiva vanhemmuus.

Perheen ulkopuolisista voimavaroista keskeisimpiä ovat muiden ihmisten kuten sukulaisten, ystävien ja naapurien tarjoama sosiaalinen tuki. Samassa elämäntilanteessa olevat muut lapsiperheet ovat osoittautuneet tärkeiksi tuen lähteeksi. Myös perhepoliittiset ratkaisut kuten työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen muovaavat perheen voimavaroja.

Keskeisiä kuormittavia tekijöitä ovat, lapsen iästä ja perhetilanteesta riippuen, arkipäivän raskaus, erityisesti oman ajan ja vanhempien yhteisen ajan niukkuus. Muita yleisiä pulmia ovat väsymys (Jokinen 1996), vireystilan ja mielialan muutokset, äidin yksinäisyys, vanhemmuuteen liittyvä epävarmuus ja rooliristiriidat. (Välimäki 2000, Eirola & Friis 2001, Reinholm 2002). Monessa perheessä joustavuus vähenee, sen työnjako muuttuu, esiintyy kommunikaatiopulmia ja yhteenkuuluvuuden tunne vähenee (Hakulinen 1998).

Parisuhdetyytyväisyys on suurimmillaan suhteen alussa. Sitten se kääntyy laskuun - oli parilla lapsia tai ei - noustakseen jälleen (Rytkönen & Hautasalo 1999). Yhteensulautumisen vaiheesta siirrytään erillistymisen vaiheeseen, johon puoliset tulevat usein eri aikaan. Lasten syntymä ja lasten aika osuu usein aikaan, jolloin parisuhdetyytyväisyys on matalimmillaan. Useimmat erot tapahtuvat tässä vaiheessa, jolloin perheessä on 1-2 pientä lasta. Samaan aikaan osuu yleensä useita muita tärkeitä tapahtumia kuten työelämän aloittaminen, taloudellisen perustan luominen ja aikuistuminen. – Toisaalta tiedetään, että vanhemmuus lisää yhteenkuuluvuuden tunnetta parisuhteessa (Erel & Burman 1995).

Parisuhdetyytyväisyyteen vaikuttavat useat tekijät, mm. suhteen sisäiset tekijät, persoona (itsetunto, tunnetaidot, seksuaalisuus), omat lapsuuden kokemukset, vanhemmuus ja ulkoiset tekijät. Näihin kaikkiin voidaan vaikuttaa erilaisin keinoin: opettelemalla itsetuntemusta, tulemalla tietoiseksi tyytyväisyyttä aiheuttavista tekijöistä ja viestimällä niistä parille, opettelemalla viestintä- ja ristiriitojen ratkaisutaitoja, työstämällä mahdollisia pulmia henkisesti ja hankalimmissa tapauksissa terapian avulla. Muutokseen tarvitaan vankkaa motivaatiota. Helpointa olisi työstää parisuhteeseen liittyviä kysymyksiä ennen kuin ongelmat pahenevat, mutta siihen ei aina löydy valmiutta. Kotitöistä riidellään eniten. Pitkään kestäneitä parisuhteita tutkittaessa on havaittu, että parit puhuvat toisilleen, selvittävät syntyneet ristiriidat, hyväksyvät toistensa muuttumisen ja erilaisuuden ja osaavat ilahduttaa toisiaan (Määttä 2000). Lisäksi he kehittävät arkielämää ja pysyvät päätöksessään rakastaa toista eli sitoutuvat suhteeseen.

Perheet, myös yksinhuoltajien perheet, ovat erilaisia voimavaroiltaan. Usein voimia antavat ja kuormittavat tekijät kasaantuvat. Perheet, joissa on runsaasti kuormittavia mutta vain vähän voimavaratekijöitä, ovat haaste myös neuvolatyölle. Samassa perheessä mies ja nainen saattavat kokea perhetilanteeseen vaikuttavat tekijät eri tavalla. Vaikka useimmilla vanhemmilla on runsaasti voimavaroja selvitä lapsen syntymän jälkeisessä elämäntilanteessa, tarvitsee moni lisätukea ulkopuolelta.

Vanhempi voi vahvistaa omia voimavarojaan monin eri tavoin, muun muassa hakemalla tietoa, harjaantumalla avoimeen keskusteluun, hakemalla tarvittaessa sosiaalista tukea, sopimalla kotitöiden tekemisestä ja hoitamalla parisuhdetta aktiivisesti. Keskeistä on, että vanhemmat tunnistavat omia vahvuuksiaan, toimivat aktiivisesti oman elämäntilanteensa hyväksi ja ottavat siitä vastuuta. (Pelkonen & Hakulinen 2002.) Perheen voimavaroja voidaan vahvistaa myös neuvolasta käsin. Keskeisiä menetelmiä ovat vanhempien tietoisuuden lisääminen voimia antavista ja kuormittavista tekijöistä sekä valmiuksien lisääminen toimia perheen voimia vahvistavasti ja kuormittavia tekijöitä vähentävästi. Olennaista on tukea perheiden omaa toimintaa omien voimavarojensa hyväksi.

Neuvolan ajankohtaisena haasteena on tukea hyvää parisuhdetta ja ehkäistä parisuhteen pulmien kärjistymistä vastaanotoilla, kotikäynneillä ja vanhempainryhmissä. Neuvolan keinoja ovat puheeksi ottaminen, tunnustuksen antaminen ja kannustaminen silloin kun asiat menevät hyvin tai hyvin olevien asioiden toteaminen ääneen. Perhevalmennukseen kuuluu tieto parisuhteeseen normaalisti sisältyvistä vaiheista ja tyyppillisistä vaikeuksista, joita pari voi kohdata lapsen synnyttyä. Pareja voidaan ohjata tekemään itselleen samoja peruskysymyksiä, joita käytetään parisuhdekursseilla: Mikä on suhteessa hyvin, mikä toimii, mikä ei toimi tai mihin toivotaan muutosta, mitä pitäisi tehdä, jotta muutos saataisiin aikaiseksi. Avoimet kysymykset avaavat keskustelua. Kysymykset hyväksytään yleensä paremmin kuin neuvot, joita voi olla vaikea vastaanottaa.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Fisher B, Kiianmaa K & Hart N. 1997. Rakennamme parisuhdetta. Kehityksen avaimet, Jyväskylä.

Kinnula A & Tuovinen L. 2001. Tahdon sanoa tahdon. Opaskirja avioliittoon aikoville. Kirkon perheasiain keskus, Helsinki. *Kirjanen sisältää ajatuksia mm. parisuhteesta, avioliitosta, rakastamisesta ja seksuaalisuudesta. Seurakunnat jakavat kirjasta avioliittoon menossa oleville pareille.*

Parisuhdevihkonen vekaraperheen vanhemmille. 2003. Väestöliiton perheverkko, Helsinki. *Vihkosta voi tilata Väestöliiton Perheverkosta puh. 09-612 7102, tai perheverkko@vaestoliitto.fi. Hinta on 3 euroa ja postikulut.*

Pelkonen M & Hakulinen T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. Hoitotiede 5,

Rytkönen O & Hautasalo K. 1999. Laadukas parisuhde: onnea ja vuorovaikutusta. Jyväskylän yliopiston perhetutkimusyksikön julkaisuja 10. Jyväskylä.

7.2 Isäksi ja äidiksi kasvaminen

Vanhemmaksi kasvaminen on perheen sisäinen prosessi, johon vaikuttavat kummankin vanhemman aikaisemmat kokemukset, oma lapsuus, vanhemmuutta koskevat mielikuvat ja yhteiskunnalliset odotukset. Perheen taloudellisella tilanteella, puolisoiden urasuunnitelmissa ja lapsen mahdollisilla erityispiirteillä (etenkin vammaisuudella) on luonnollisesti merkitystä. Prosessi alkaa jo ennen lapsen syntymää ja se jatkuu koko elämän. Lapsen muodostetaan suhde, hänestä otetaan vastuu, toimitaan ja eletään käytännössä lapsen kanssa. Naisen kasvussa äidiksi on mukana biologinen ja fyysinen muutos, kun taas miehen kasvussa isäksi painottuu emotionaalinen ja sosiaalinen prosessi. Isän vastuuntunnon kehittymiselle ja vastuunottamiselle lapsen hoidosta ja hyvinvoinnista on merkittävää, onko hän itse halunnut lasta vai onko hän taipunut puolisonsa tahtoon hankkia lapsi. Siirtymä vanhemmuuteen yhteisenä valintana edesauttaa yhteistä sitoutumista lapsesta huolehtimiseen (Sevon & Huttunen 2002). Lapsi tulee todeksi isälle kuitenkin hyvin eri tavalla kuin äidille: monelle uusi elämänvaihe konkretisoituu vasta vauvan syntymän jälkeen (Kaila-Behm 1997, Säävälä ym. 2001).

Raskausaika on tärkeää aikaa äidiksi ja isäksi kasvulle sekä koko perheen muotoutumiselle, samoin itse synnytyskokemus. Äidille sekä isälle on tärkeä voida käydä läpi synnytyskokemusta, etenkin silloin, jos se on ollut odotettua vaikeampi. Käsittelemättömät epäonnistumisen kokemukset voivat haitata elämää jopa vuosikymmeniä ja aiheuttaa katkeruutta ja syyllisyyttä.

Vanhemman mielikuvat ja odotukset lapsesta jo raskausajasta lähtien vaikuttavat hänen toimintaansa myöhemmässä vuorovaikutuksessa. Äidin kielteinen mielikuva vauvasta raskauden aikana oli yhteydessä lapsen käyttäytymisessä näkyviin ongelmiin kahdeksan vuoden iässä. (Luoma ym. 2001.)

Jokainen isä ja äiti on erilainen, ja kaikilla on oikeus valita oma tapansa olla vanhempi. Esimerkiksi kulttuurinen tausta voi sisältää roolikäsityksiä, joita perhe haluaa noudattaa. Perinteinen käsitys äidin roolista voi kapeuttaa isän mahdollisuuksia täysipainoiseen vanhemmuuteen. Monille vanhemmille voi olla vapauttavaa ja antoisaa tieto jaetusta tai tasavertaisesta vanhemmuudesta. Jaetusta vanhemmuudesta on nykykäsitysten mukaan paljon hyötyä. Vauva saa siitä sekä turvaa että tukea kehitykselleen. Äiti saa tilaa huolehtia itsestään, ja isä saa uuden tavan toteuttaa itseään. Myös parisuhde voi usein paremmin, kun lapsenhoito on molempien vanhempien vastuulla (Säävälä ym. 2001). Eräänä lähtökohdana on uudempi psykoanalyttinen tutkimustieto, jonka mukaan lapsi pystyy kiintymään sekä isään että äitiin ja erottamaan nämä toisistaan (Pruett 1993).

Jaettu vanhemmuus merkitsee isän vahvaa osallistumista ja sitoutumista lapsen hoitoon. Tässä sitoutumisessa erotetaan kolme osa-aluetta: ”aktiivinen vuorovaikutus” lapsen kanssa, ”saatavillaolo” silloinkin, kun päähuomio on muussa toiminnassa, ja ”vastuunotto”, joka tarkoittaa sitä, että isä pohtii, huolehtii ja järjestää lapsen liittyviä käytännön asioita. Parhaimmillaan kumpikin vanhempi sitoutuu alun alkaen vanhemmuuteen kutakuinkin samalla intensiteetillä; kumpikin on valmis ja kykenevä (lähes) kaikkiin kodin ja lasten hoidossa eteen tuleviin töihin; kumpikin pyrkii tasapainoon työn ja perheen välillä; kumpikin on lapselle sekä hoivan että hellyyden antaja ja yhdessä sovittujen rajojen pitäjä; ja kumpikin on valmis neuvottelemaan ja keskustelemaan eteen tulevista tilanteista (Huttunen 2001).

Vaikka mies olisikin motivoitunut ja valmis osallistuvaan, jopa hoivaavaan isyyteen, sen toteuttaminen voi olla vaikeaa. Hyvin harvalla on nykypäivään soveltuvaa mallia omasta lapsuudestaan. Voi tuntua vaikealta muuttaa elämäntyyliään, eikä ole helppoa alkaa elää vauvan ehdoilla. Vauva saattaa tuntua vaikeahoitoiselta, ja äidin osaaminen ja kokeneisuus voivat tuntua ylivoimaisesti paremmilta. Pahimmillaan lapsen hoidon jakaminen johtaa vanhempien väliseen valtataisteluun (Säävälä ym. 2001). Äidin masentuessa tai sairastuessa isän rooli on perheen selviäminen ja lasten hyvinvoinnin kannalta keskeinen. Isät tarvitsevatkin riittävästi tietoa synnytyksen vaikutuksesta naiseen ja etenkin synnytyksen jälkeisestä masennuksesta.

Neuvolan tehtävänä on auttaa molempia vanhempia luomaan mahdollisimman myönteinen mutta realistinen kuva vastasyntyneen ominaisuuksista ja kyvyistä sekä vahvistaa äidin ja isän sitoutumista vauvaan (Puura 2002). Vanhemmille voi olla tarpeen kertoa, ettei kasvu äidiksi ja isäksi tapahdu itsestään, vaan edellyttää vanhemman ja lapsen vuorovaikutusta ja yhdessäoloa, toisin sanoen aikaa (Keltikangas-Järvinen 2000). Isiä on lähestyttävä tavoilla, jotka sopivat heille parhaiten. Monet isät ovat valmiita tulemaan ryhmiin. Henkilökohtaisesta kutsusta neuvolaan voi olla hyötyä. Kotikäynti ennen lapsen syntymää kannattaa sovittaa niin, että se sopii myös tulevan isän aikatauluihin.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Huttunen J. 2001. Isänä olemisen uudet suunnat. Hoiva-isiä, etä-isiä ja ero-isiä. PS-kustannus, Jyväskylä.

Kaila-Behm A. 1997. Miehestä esikoisen isäksi. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 49. Kuopio.

Keränen T & Ruskomaa L. 2002. Näkökulmia äitiyteen. Mannerheimin Lastensuojeluliiton Löytöretki vanhemmuuteen –projekti. Helsinki.

Piensoho T. 2001. Äitiyden alkumetrit: naisten raskaudelle ja synnytykselle antamat merkitykset ja oppimiskokemukset. Helsingin yliopisto, Helsinki.

Puura K, Tamminen T & Mäntymaa M ym. 2001. Lastenneuvolan terveydenhoitaja vauvaperheen tuen tarpeen havaitsijana. Suomen Lääkärilehti 47(56), 4855-4861.

Salo-Jokinen B. 2002. Äitiyden alkumetrit. Terveydenhoitaja 4-5, 12-13.

Säävälä H, Keinänen E & Vainio J. 2001. Isä neuvolassa – työvälineitä ja ajatuksia vauvaa odottavien ja hoitavien isien kanssa työskenteleville. Tasa-arvo julkaisuja 8. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.

Tarkka MT. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki. Acta Universitatis Tamperensis. Ser A vol 518, Tampere.

Torkkeli M (toim.) 2001. Näkökulmia isyyteen. Mannerheimin Lastensuojeluliiton Löytöretki vanhemmuuteen –projekti. Helsinki.

7.3 Vanhemmat lapsensa kehityksen tukijoina

7.3.1 Vanhemman ja vauvan varhainen vuorovaikutus

Lapsen optimaalinen sosio-emotionaalinen kehitys on riippuvainen ympäristöstä, joka vastaa hänen sosiaalisiin ja emotionaalisiin tarpeisiinsa. Pikkulapsipsykiatrinen tutkimus on tuonut uutta tietoa vauvan synnynnäisestä valmiudesta vuorovaikutukseen. Kiintymyssuhdeteorian mukaan ensimmäisen ikävuoden aikana vanhemman ja lapsen välille muotoutuva suhde on ratkaisevan tärkeä lapsen myöhemmälle psyykkiselle kehitykselle. Varhaiseen vuorovaikutukseen liittyvät tunnekokemukset ohjaavat aivojen toiminnallista kehitystä ja luovat pohjan ihmisen koko myöhemmälle kehitykselle. On myös todettu, että vauvat ovat erittäin herkkiä vanhemman emotionaalisen vasteen laadulle. Vanhemmat viestivät vauvalle puheen, ilmeiden, eleiden, kosketuksen, liikuttelun, otteiden ja yleensä fyysisen läheisyyden välityksellä.

Varhaisessa vuorovaikutuksessa on kyse vanhempi-lapsi –parin yhteensopivuudesta sekä vuorovaikutuksen vastavuoroisuudesta ja samantahtisuudesta. Vuorovaikutuksen samantahtisuus riippuu vanhemman sensitiivisyydestä eli taidoista ja halusta sovittaa oma toimintansa lapsen tarpeisiin, rytmeihin ja vuorovaikutuksellisiin kykyihin. Kun vuorovaikutus toimii hyvin, vanhempi kykenee nauttimaan suhteestaan lapseen, on emotionaalisesti saatavilla ja kykenee vuorovaikutuksessa vastavuoroisuuteen sekä ennustettavuuteen, jolloin lapsi saa jatkuvasti kokemuksia ympäristön luotettavuudesta. Lapsi kokee myös, että vanhempi ymmärtää ja hyväksyy hänen tarpeensa ja tunteensa. Samalla lapselle välittyy kokemus siitä, että on hyväksyttävää viestittää tunteistaan ja kokemuksistaan muille ihmisille ja että se johtaa myönteiseen lopputulokseen. Näin lapsi oppii vähitellen tunnistamaan omia tarpeitaan ja tunnetilojaan. Näillä kokemuksilla on tärkeä merkitys lapsen emotionaalisen itsesääntelyn ja myönteisen itsetunnon rakentumisen kannalta. On muun muassa osoitettu, että turvallisesti vanhempiinsa kiintyneet lapset ymmärtävät turvattomia paremmin sosiaalisia tilanteita ja toisen ihmisen tunnetiloja. Hyvä vuorovaikutus näkyy paitsi terveenä psyykkisenä kehityksenä, myös lapsen parempana älyllisenä suoriutumisenä. (Tamminen 1990, Lyytinen ym. 1995).

Varhaisen vuorovaikutuksen tukemista neuvolatyössä on edistetty muun muassa projektissa, joka aloitettiin Tampereella ja Oulussa ja johon on sittemmin sisältynyt alkuun Stakesin organisoimana koko maan kattavaa terveydenhoitajien ja päivähoitohenkilöstön koulutusta. Tavoitteena on ollut lisätä terveydenhoitajien valmiuksia lasten psyykkisen kehityksen ongelmien tunnistamisessa ja vanhempien neuvonnassa. Terveydenhoitajat tukevat vanhempien ja vauvan vuorovaikutusta, auttavat vanhempia löytämään keinoja tukea lapsiaan terveeseen kehitykseen sekä hoitamaan omia ongelmiaan tehokkaammin. Lisäksi he tunnistavat perheitä, joissa varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen on erityisen tarpeen. Projektin ansiosta terveydenhoitajat ovat rohkaistuneet ottamaan puheeksi vaikeitakin asioita.

Neuvolassa on tärkeää tukea vauvan ja vanhempien välisen hyvän vuorovaikutuksen syntymistä. Tätä varten tulee havainnoida ja tutkia vanhemman ja vauvan käyttäytymistä yhdessä, tunnetilojen jakamista ja sävyä heidän välillään sekä vanhemman ajatuksia vauvasta. Hyvää vuorovaikutusta tuetaan antamalla myönteistä palautetta hyvin toimivista tilanteista ja puuttamalla korjaavasti vauvan tai vanhemman kannalta huonosti toimiviin tilanteisiin. Korjaavaa puuttamista voi olla hienovarainen malliksi tekeminen (esim. nostetaan vauva vanhemman syliin rokotuksen jälkeen, jos vanhempi ei itse huomaa sitä tehdä), toiminnan kyseenalaistaminen avoimella ihmettelyllä (esim. Mahtaisiko vauva rauhoittua nopeammin, jos ottaisit hänet syliin) tai vauvan äänenä toimimalla (esim. Nyt minua itkettää ja tahdon syliin). Edellä kuvattu menetelmä on todettu taloudelliseksi ja tehokkaaksi (Puura ym. 2001).

Suosittelavaa kirjallisuutta

Davis H, Puura K & Tamminen T ym. 2001. Perusterveydenhuollon henkilöstön koulutusopas.

Kurki P-L, Koivuniemi-Iliev L, Tuulos T. Psyykkisten häiriöiden ehkäisy neuvolassa – Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolatyössä –projekti 1997-2000. *Oulun lääninhallituksen julkaisuja nro 64. Kuvaus varhaisen vuorovaikutuksen projektin teoriataustoista, projektin lähtökohdista ja toteutumisesta Oulun läänissä. Julkaisu on myös luettavissa osoitteessa www.intermin.fi/ollh*

Mäntymaa M & Tamminen T. 1999. Varhainen vuorovaikutus ja lapsen psyykinen kehitys. *Duodecim* 115, 2447-2453.

Puura K, Tamminen T, Mäntymaa M. ym 2001. Lastenneuvolan terveydenhoitaja vauvaperheen tuen tarpeen havaitsijana. *Suomen Lääkärilehti* 47(56), 4855-61.

Sinkkonen J & Kalland M. 2001. Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. WSOY, Helsinki.

Stern DN. Maailma lapsen silmin: mitä lapsi näkee, kokee ja tuntee. Suom. E-L. Jaakkola. WSOY, Helsinki.

7.3.2 Vanhemmat lapsensa itsetunnon ja yksilöllisen erilaisuuden tukijoina

Vanhempien eräs tärkeä tehtävä on luoda perusta lapsensa **hyvän itsetunnon**, ihmisen keskeisen voimavaran, kehittymiselle jo varhaisvaiheista lähtien. Kun vanhemmat pitävät vauvasta huolta ja poistavat hänen pahanolontunteensa, vauvalle syntyy tunne, että hän on tärkeä ja arvokas (ks. luku 7.3.1). Kun hoito lisäksi ajoitetaan oikein, eli silloin kun lapsi ilmaisee tarpeen, saa lapsi tunteen, että hän voi hallita itseensä liittyviä asioita. Ensimmäisen lapsen vanhempien pulmana saattaa olla ylihuolehtivuus: vauvaa hoidetaan ennakoiden ja varmuuden vuoksi, mikä ei ole lapselle hyväksi. Sen sijaan tarpeiden johdonmukainen tyydytys saa vauvassa aikaan luottamuksen muihin, mikä muuttuu luottamukseksi itsen. Välinpitämätön ja lapsen tarpeista piittaamaton hoito sekä toistuvat varhaiset hylätyksi tuleminen kokemukset ovat yhteydessä myöhempien vuosien itsetuntovaurioihin. Aikuisen saatavilla olo on tärkeää.

Imeväisiän jälkeen on tärkeää, miten muut suhtautuvat lapsen osaamiseen ja tekemiseen. Lapselle on tarpeen antaa paljon kiitosta ja vähän arvostelua, ja kehua myös lasta itseään - lapsi saa ympäristöä tarkkailemalla riittävästi palautetta omasta avuttomuudestaan. Rajojen asettaminen lisää lapsen turvallisuuden tunnetta ja vahvistaa siten itsetuntoa. Koska lapsi käyttäytyy sen mukaan, millaisena muut häntä pitävät, kannattaa huomata pikemminkin rohkeuden irtykset kuin pelokas toiminta.

Kyetäkseen tukemaan oman vauvansa yksilöllisyyttä monet vanhemmat hyötyvät lapsen **temperamenttia** koskevasta tiedosta. Kullakin vauvalla on hänelle ominaisia ja melko pysyviä tapoja ja yksilöllisiä piirteitä. Näitä ihmisten välisiä synnynnäisiä eli biologisia eroja käyttäytymisessä ja reaktioissa kutsutaan temperamentiksi. Selvimmin tunnistettava ja vähiten iän myötä muuttuva temperamenttipiirre on rytmisyys (unirytm, liikkeiden nopeus ja voima). Muita temperamenttipiirteitä ovat kärsivällisyys, rauhallisuus, aktiivisuus, levottomuus sekä sopeutumis- ja keskittymiskyky. Myös mielialat kuten ärtyisyys ja taipumus negatiivisiin tunteisiin, sekä uteliaisuus, rohkeus, tai ujous ja varautuneisuus uudessa tilanteessa kuuluvat temperamenttiin. Temperamentti määrää ensisijaisesti lapsen stressin sietokykyä, muttei sinänsä lapsen myöhempää elämää. Stressinsietokyvyllä taas on todettu olevan yhteyttä myöhempään sairastavuuteen.

Persoonallisuus syntyy temperamentin ja ulkomaailman vuorovaikutuksen, muun muassa kasvatuksen tuloksena. Pikkuvauvan temperamentti voi muuttaa suhtautumista häneen vaikuttamalla vanhemman käyttäytymiseen. Temperamenttiltaan vähemmän reagoiva lapsi saa enemmän aloitteita äidin puolelta ja kenties vähemmän palautetta. Lapsen omat aloitteet saavat herkkävaistoisen äidin mukauttamaan omaa toimintaansa. Lapsen aloitteisiin yhtyminen ja niiden vahvistaminen on lapsen kehityksen kannalta yhtä tärkeää kuin vanhemman aloitteista lähtevä käyttäytyminen. (Lyytinen ym. 1995.)

Vanhemman näkökulmasta lapsen temperamentti ilmenee siten, että toiset lapset ovat helppohoitoisia ja toiset taas vaativampia. Vauvan temperamentin yhteensopivuus vanhempien käytökseen ja odotusten kanssa voi olla sekä suoja- että riskitekijä (Thomass & Chess 1977). (ks. luku 10.3)

SUOSITUS: Vanhemmille kerrotaan itsetunnon merkityksestä ja temperamenttierojen synnynnäisestä luonteesta. Osa vanhemmista tarvitsee tukea ”uskaltaakseen” vahvistaa lapsen itsetuntoa. Tuen keinot ovat pohjimmiltaan yksinkertaisia, tärkeintä on lapsen ikäkauden mukainen huolenpito (ks. myös luku 7.3.1. varhaisesta vuorovaikutuksesta). Terveystieteiden ja lääkärin ammattitaitoa on osata käydä erilaisten vanhempien kanssa

keskustelua lapsen temperamentista. Keskustelua avaamaan voi esittää esimerkiksi kysymyksen: ”Miten äitinä/isänä kuvaisitte lapsenne piirteitä.”

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Huttunen J. 2001. Temperamentti ja vanhempien kasvatusasenteet nuoren psyykkisen hyvinvoinnin taustalla vaikuttavina tekijöinä. Helsingin yliopisto, Helsinki.

Keltikangas-Järvinen L. 1994. Hyvä itsetunto. WSOY, Helsinki.

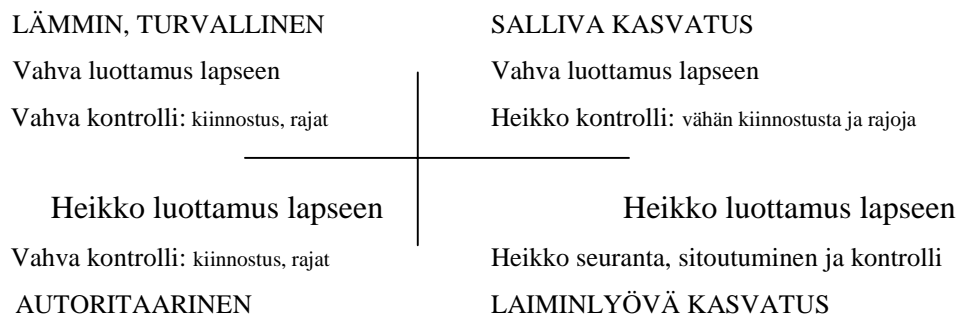
Keltikangas-Järvinen L. 2000. Tunne itsesi suomalainen. WSOY, Helsinki.

Säde M. 2001. Äidin psyykinen hyvinvointi ja kiintymystyyli lapsen temperamenttia koskevan arvion selittäjinä. Helsingin yliopisto, Helsinki.

7.3.3 Lasten kasvatustyyli ja vanhemmuuden roolit

Käsitykset suotavasta kasvatuksesta ovat aikojen kuluessa vaihdelleet. Monet tutkimustulokset tukevat kuitenkin käsitystä siitä, että demokraattisella tavalla toteutettu valvonta edistää lapsen kehitystä sosiaalisesti kyvykkääksi, epäaggressiiviseksi ja itseensä luottavaksi. Lämpö ja huolenpito lisäävät altruistisuutta, toisten huomioon ottamista, ystävällisyyttä ja itsekunnioitusta (Pulkinen 1984). Tällaista lapsen kehitykselle edullista kasvatustyyliä on kutsuttu lapsilähtöiseksi, ohjaavaksi kasvatukseksi tai lämpimäksi ja turvalliseksi, riittävän auktoriteetin omaavaksi kasvatukseksi (Kuvio 1).

Ns. lapsilähtöisen kasvatuksen edut on todettu useissa tutkimuksissa ja erityisesti yli 30 vuotta jatkuneessa suomalaisessa Lapsesta aikuiseksi –tutkimuksessa (Pulkinen 1996). Lapsilähtöinen kasvatustyyli muun muassa edistää lapsen kasvamista yhteiskuntaan sopeutuvaksi, tukee lapsen itsetuntoa ja edistää suoriutumista myöhemmin koulussa (Aunola 2001). Lapsilähtöisen kasvatuksen perustana on vanhempien hyvinvointi ja hyvä keskinäinen suhde, lapsen hyvä suhde isään ja äidin huolehtivainen suhde lapseen. Huolenpito sisältää emotionaalisen tuen antamisen, lapsen toimintojen valvonnan sekä tarpeellisten rajojen asettamisen. Lapsella on paljon onnistumisen kokemuksia, hän saa kiitosta, eikä rankaisua käytetä kasvatustyylinä. Lapsilähtöinen kasvatustyyli on merkittävä voimavarojen lähde lapsen elämässä. (Pulkinen 2002.) Vanhemmat pitävät lasta merkittävänä persoonana, jonka tarpeet ja mielipiteet otetaan huomioon, ja jota ei koskaan hylätä tunnetasolla. Aunolan (2001) tulokset vanhempien suotuisista kasvatustyyleistä ovat samansuuntaisia: Tärkeitä asioita ovat luottamus, lämpimyys, rajojen asettaminen ja kiinnostuneisuus lapsen toiminnoista. (Kuvio 1.). Rajojen asettaminen lisää lapsen turvallisuuden tunnetta.



Kuvio 1. Vanhempien kasvatustyyliä (lähde Aunola 2001)

Aikuiskeskittynyt eli aikuisen tarpeista ja mielialoista ohjautuva kasvatustyyli taas merkitsee riskitekijää lapselle. Se sisältää lapsen näkökulman vähäistä huomioon ottoa, vähäistä

vuorovaikutusta lapsen kanssa, mielivaltaa, epäoikeudenmukaisuutta ja välinpitämättömyyttä lapsen asioissa. (Pulkkinen 2002). Haitallisia tyylejä ovat myös liian salliva tai autoritaarinen tyyli. Laiminlyövä kasvatuksen haitat ovat ilmiselviä. (Kuvio 1).

Haastavaksi kasvatuksessa tukemisen tekee erilaisten ympäristötekijöiden vaikutuksen huomioon ottamisen. On esimerkiksi havaittu, että taloudelliset vaikeudet heijastuvat parisuhteeseen ja huono parisuhde puolestaan vanhemmuuden laatuun, muun muassa rankaisevuuteen ja välinpitämättömyyteen lapsen tarpeista. Tämä taas heikentää lapsen sopeutumiskykyä. (Pulkkinen 2002.) Myös kulttuurierot on tarpeen ottaa huomioon.

Kasvatuksen johdonmukaisuus on tärkeää. Lapsen kannalta on keskeistä, että hänen kasvatukseensa osallistuvat aikuiset toimivat suunnilleen samojen periaatteiden mukaisesti. Tämä koskee ensisijaisesti kotia. Lisäksi on tärkeää, että päivähoidon ja kodin kasvatuslinjaukset ovat riittävän yhdenmukaisia (ks varhaiskasvatuksen linjaukset).

Tutkimusten mukaan moni vanhempi toivoo kasvatukseen liittyvää keskustelua neuvolassa. Neuvolan tehtävänä on tukea vanhempia lastensa kasvatuksessa ja välittää tietoa lapsen kehitystä edistävistä ja toisaalta sitä jarruttavasta kasvatuksesta. Vanhemmat vaikuttavat lapsiinsa monin tavoin, osin tiedostamattaan, osin tietoisesti. Jotta sukupolvien perintönä siirtyviin käytäntöihin voisi vaikuttaa, niistä pitää voida puhua. Hyväksi osoittautunut työväline on vanhemmuuden roolikartta. Siinä on hahmotettu tehtäväkokonaisuuksia tai rooleja, joiden avulla neuvolassa on helppo havainnollistaa vanhempien kasvatusvastuuseen kuuluvia usein abstraktilta tuntuvia asioita (Helminen & Iso-Heiniemi 1999, Rautiainen 2001). Vanhemmuuteen kuuluu toimia muun muassa rakkauden antajana, huoltajana, rajojen asettajana, ihmissuhdeosaajana ja elämänopettajana.

Suosittelavaa kirjallisuutta

Aunola K. 2001. Children's and adolescents' achievement strategies, school adjustment, and family environment. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 178. University of Jyväskylä, Jyväskylä.

Eskelinen A. 2000. Rakkautta ja rajoja kasvatukseen: yhdessä elämään. Kirjapaja, Helsinki.

Helminen M-L & Isoheiniemi M. 1999. Vanhemmuuden roolikartta. Käyttäjän opas. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Pulkkinen L. 1996. Lapsesta aikuiseksi. Atena, Jyväskylä.

Pulkkinen L. 2002 Koti, koulu ja yksityinen elämänpääri hyvän elämän ankkurina. Teoksessa: Rönkä A & Kinnunen U (toim.). Perhe ja vanhemmuus. Suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen. PS-kustannus, Jyväskylä, 14-29.

Rautiainen M (toim.). 2001. Vanhemmuuden roolikartta. Syvennä ja sovelle. Käyttäjän opas 2. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

7.3.4 Lapsen näkökulma perheen arkeen

Neuvola voi tarvittaessa tukea vanhempia ajattelemaan asioita lapsen näkökulmasta ja lapsen kehitystasolta sekä ottamaan huomioon hänen yksilölliset piirteensä. Lapsen omaa näkökulmaa on tuotu esille tutkimuksissakin varsin niukasti.

Perheen arkea on tarpeen miettiä paitsi vanhempien tarpeiden, työnteon ja selviämisen näkökulmasta, myös ajatellen lapsen parasta. Lapsen paras toteutuu, kun lapsi saa kasvaa rakastettuna ja huolehdittuna ja käydä läpi kulloinkin ajankohtaisia kehitystehtäviään rauhallisessa ja turvallisessa ympäristössä. Ajatus voi kuulostaa itsestäänselvyydeltä perheessä, johon odotetaan toivottua lasta. Joissakin perheissä arki kuitenkin hukuttaa muun

alleen. Neuvolan tehtävänä on tarvittaessa tuoda esiin lapsen näkökulmaa näissäkin olosuhteissa.

Lapsi oppii uusia asioita ja tutustuu niihin ensiksi leikkimällä. Leikki tukee lapsen motorista kehitystä, kielellistä harjaantumista ja mielikuvitusta. Myöhemmin lapsi haluaa osallistua perheen töihin. Kaikki lapset eivät nykyisin saa mahdollisuutta ikätasoiseen leikkiin. Tähän ei tarvita monimutkaisia tai kalliita välineitä, vaan kotoa ja luonnosta löytyvät materiaalit riittävät mielikuvitusta innostavaan leikkiin. Lapselle lukeminen on olennaista muun muassa kielen ja mielikuvituksen kehittymisen näkökulmasta. Joitakin vanhempia on tarpeen tukea leikkimään ja puuhailemaan lapsensa kanssa ja löytämään molempia innostavia yhdessäolon tapoja.

Keskustelu lapsen kanssa paitsi kehittää verbaalisia taitoja, tukee myös tunne-elämän kehitystä. Lapset ovat erinomaisen tarkkoja havainnoitsijoita ja aavistavat perheenjäsenten tunnetilat ja usein ajattelevat niiden olevan heidän aiheuttamiaan. Lasta rauhoittaa, jos hän saa asiallista tietoa ja hän ymmärtää, mitä perheessä tapahtuu. Lapselle kannattaa kertoa lapsen ikätason mukaisesti esimerkiksi vanhemman sairaudesta ja sen tuomista muutoksista vanhemman käyttäytymiseen. Jos vanhemmilla on ollut erimielisyyksiä, on tarpeen kertoa myös lapselle riitojen selvittämisestä ja siitä, ettei riitojen syy ole ollut lapsessa.

Aikuisen malli on tärkeä lapsen kehitystä ohjaava tekijä jo lapsen leikki-iässä. Aikuisten on joskus tarpeen havahtua huomaamaan omien suhtautumis- ja toimintatapojensa siirtyminen lapselle. Lapselle on myös tärkeää, että hän ymmärtää vanhempien välittävän toisistaan ja että molemmat vanhemmat välittävät myös hänestä.

Lapselta ei pidä vaatia liikaa: kyvyt ja taidot ovat vielä kehittymässä. Alle kouluikäiseltä ei voi odottaa kovin pitkää keskittymiskykyä. Havainnointikyky on tarkka, kun lapsi on motivoitunut, mutta esimerkiksi liikenteen seuraamiseen se ei vielä riitä. Lapselta ei voi vaatia myöskään monimutkaista abstraktia ajattelukykyä. Lapsi ei ole aikuisen lohduttaja. Joka tilanteessa lapsen pitää saada tuntee olevansa se, josta pidetään huolta.

SUOSITUS: Neuvolan tehtävänä on pitää esillä lapsen näkökulmaa ja auttaa vanhempia ajattelemaan asioita lapsen näkökulmasta ja ottamaan se huomioon perheen arjessa.

Suosittelavaa kirjallisuutta

Jarasto P & Sinervo N. 1997. Alle kouluikäisen lapsen maailma. Gummerus, Jyväskylä.

7.4 Neuvolan keinoja vanhempien tukemisessa

Neuvolan työntekijöillä on useita keinoja tukea vanhempia lapsensa kasvatuksessa ja hoidossa. He voivat muun muassa

Ennen lapsen syntymää

- jakaa realistista tietoa uudesta elämänvaiheesta ja siihen liittyvistä muutoksista mm. parisuhteessa ja rohkaista vanhempia keskustellen varautumaan uuteen elämäntilanteeseen. Esimerkiksi perhevalmennukseen voi kutsua lapsen jo saaneen perheen kertomaan omista kokemuksistaan.
- keskustella vanhempien lapsen liittämistä mielikuvista ja odotuksista, heidän ennakoimistaan pulmista vauvan hoidossa ja perheen tilanteesta sekä ennen kaikkea keinoista, joilla he ajattelevat itse voivansa ratkaista vaikeudet. Tämä voi tapahtua luontevimmin perhevalmennuksen tai lastenneuvolan terveydenhoitajan kotikäynnin yhteydessä.

- auttaa vanhempia varautumaan siihen, että vauvavaiheessa voi tulla myös vaikeuksia ja että apua ja neuvoja kannattaa pyytää. Perhe voi myös vahvistaa tukiverkostojaan (sukulaiset, ystävät, naapurit) ja miten toimitaan lapsen kanssa, esim. synnytyksen jälkeinen masennus, ero, vanhempien vastuu lapsesta koko elämän ajan (myös vaikka tulee vanhemmille vaikeuksia)
- tarvittaessa ohjata vanhempia käyttämään myös esimerkiksi internetin keskusteluryhmiä ja asiantuntijapalveluita.

Lapsen syntymän jälkeen

- osoittaa kiinnostusta vanhempien kokemuksista ja jaksamisesta keskustelemalla niistä
- tukea vanhempia huolehtimaan omasta jaksamisestaan (esim. imeväisikäistä lasta kotona hoitavan jaksaminen)
- antaa ajoissa tietoa lapsen syntymän vaikutuksesta parisuhteeseen ja parisuhteen yleisistä kehityslinjoista sekä tukea vanhempia oman parisuhteensa pulmakohtien tunnistamisessa ja parisuhteen hoitamisessa (esimerkiksi varaamaan riittävästi aikaa parisuhteen hoitoon).
- antaa vanhemmille tilaisuus keskustella parisuhdeasioista ja seksuaalisuudesta
- rohkaista vanhempia keskinäiseen kommunikaatioon, tunteista puhumiseen ja elämäntilannetta helpottavien ratkaisujen tekemiseen sekä jakamaan kokemuksia muiden vanhempien kanssa
- antaa tietoa varhaisen kiintymyssuhteen keskeisestä merkityksestä ja tukea vanhempia luomaan lämmin vuorovaikutussuhde vauvaansa ja ylläpitämään sitä sekä kehittämään kasvatustyyliä lapsilähtöiseksi
- ottaa aktiivisesti keskusteluun lapsen yksilölliset temperamentti- ja niiden vanhemmissa herättämät tunteet, ohjata vanhempia ymmärtämään lapsensa yksilöllisyyttä ja toimimaan taitavasti tämän kanssa. Tähän sisältyy ajan antaminen lapselle, pakottamisen välttäminen ja rakentavien keinojen löytäminen arkojen ja ujojen lasten kanssa.
- kohdata lapsi tämän tunteita kunnioittaen ja ikätason mukaisesti, antaa tarvittaessa mallia lapseen suhtautumisessa sekä suoda lapselle onnistumisen kokemuksia ja antaa hyvää palautetta
- tehostaa kaksisuuntaista vuorovaikutusta vanhempien ja lasten kanssa: hankkia tietoa vanhempien odotuksista ja myöhemmin näiden kokemuksista, erityisesti neuvolan hyödyllisyydestä perheen tukemisessa
- hyödyntää uusia täydentäviä verkkopalveluita kuten keskustelupaikkoja ja mahdollisuuksia antaa palautetta internetin kautta

Ks. myös luvut 8.1 Vertaistuen merkitys ja 9.2.1 Kotikäyntien merkitys

8 VERTAISTUKEA VANHEMPAINRYHMISTÄ

8.1 Vertaistuen merkitys

Vertaistuellla tarkoitetaan tässä julkaisussa vertaisen eli toisen samanlaisessa elämäntilanteessa elävän vanhemman antamaa sosiaalista tukea. Sosiaalinen tuki sisältää yksilön tietoisuudeksi siitä, että on olemassa ihmisiä, joilta hän voi saada emotionaalista, tiedollista ja arviointia sisältävää tukea sekä käytännöllistä apua.

Vertaistuesta on raportoitu olevan kiistatonta hyötyä monille perheille vanhemmuuden siirtymävaiheessa kotimaisten ja ulkomaisten tutkimusten mukaan. On näyttöä siitä, että ryhmämenetelmät voivat olla yksilömenetelmiä tuloksellisempia vanhempien tukemisessa kriittisten siirtymäkausien (ennen ja jälkeen syntymän sekä taaperoiässä (Barlow 1999, Thomas ym. 1999). Pienryhmissä vanhemmat voivat saada toisiltaan käyttökelpoista tietoa, joka avaa uusia näkökulmia, auttaa jäsentämään omaa elämäntilannetta ja helpottaa käytännön pulmien ratkaisemista. Tätä tietoa tarvitaan asiantuntijoilta saadun tiedon lisäksi. Ryhmässä saatu emotionaalinen tuki eli tunne ymmärretyksi ja kuulluksi tulemisesta sekä mahdollisuus jakaa kokemuksia muiden kanssa on auttanut monia. Ryhmissä syntyneet uudet ystävyys- tai tuttavuusuhdet lujittavat perheiden sosiaalista verkostoa. Ryhmät ovat lisänneet äitien voimavaroja selvitä arkisista tilanteista, auttaneet arjen hallinnassa ja tuoneet iloa ja mielihyvää arkeen. (Vehviläinen-Julkunen & Teittinen 1993, Vanhanen-Silvendoin 1994, Varjoranta 1997, Järvinen ym. 2000, Säävälä ym. 2001, myös Häggman-Laitila ym. 2000.)

Pienryhmätoiminta voi kehittää vanhemman ja terveydenhoitajan välistä suhdetta avoimemmaksi ja luottamusta herättävämmäksi. Vanhemmat arvostavat sitä, että terveydenhoitajat järjestävät uusia mahdollisuuksia tukea vanhempia. Erityisesti vanhemmat arvostavat mahdollisuutta päättää omista asioistaan ja olla niissä asiantuntija. Pienryhmätoiminta aktivoi vanhempia osallistumaan neuvolatoiminnan suunnitteluun, ja lisää näin neuvolatoiminnan asiakaslähtöisyyttä. (Järvinen 1998, Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2001.) Pienryhmissä mukana olleet leikki-ikäiset lapset ovat kokeneet erilaiset ryhmätilanteet myönteisinä. Heidän sosiaaliset taitonsa ovat kehittyneet ja suhde terveydenhoitajaan on parantunut luottamuksen kehittymisen myötä (Järvinen 1998).

Pienryhmätoiminta on osoittautunut niin tärkeäksi, että vanhemmille on suotava mahdollisuus tällaisiin ryhmiin. Kaikkein eniten ryhmistä hyötyvät ensimmäistä lastaan odottavat ja kasvattavat vanhemmat.

Kirjallisuutta

Barlow J. 1999. Systematic review of effectiveness of parent-training programmes in improving behaviour problems in children aged 3-10 years. Health Services Research Unit, University of Oxford.

Järvinen ym.

Thomas H, Camiletti Y, Cava M ym. 1999. Effective public health project: Effectiveness of parenting groups with professional involvement in improving parent and children outcomes. (www.health.hamilton-went.on.ca/CSARP/ephppSumRev.htm).

8.2 Vanhempainryhmätoiminnan järjestäminen

8.2.1 Esimerkkejä vanhempainryhmistä ja muista pienryhmistä

Kuusamon malli

Kuusamon lastenneuvolassa on toteutettu vanhempainryhmätoimintaa vuodesta 1987. Pienryhmätoiminta on jatkoa äitiysneuvolan perhevalmennukselle ja tarkoitettu lähinnä

ensimmäisen lapsen vanhemmille. Tavoitteena on innostaa vanhempia löytämään voimavaroja itsestään, perheestään, läheisistään sekä asuin- ja työyhteisöstä sekä yhteiskunnasta. Ryhmätoiminnalla vahvistetaan vanhempien ja koko perheen kehitystä, tuetaan kriiseissä ja ratkaisujen löytämisessä arkielämän tarpeisiin. Kokoontumisia, joista jokaisella on oma teemansa, on lapsen ensimmäisen elinvuoden aikana seitsemän. Ryhmissä käsitellään synnytyskokemuksia, varhaista vuorovaikutusta, vauvan mukanaan tuomia iloja ja huolenaiheita, perheen ihmissuhteita sekä lapsen kehitykseen ja terveyteen liittyviä asioita. Vanhempien omille toiveille ja keskinäiselle keskustelulle jätetään runsaasti tilaa. Toiminnan tueksi terveydenhoitajat ovat valmistaneet kansion. Terveydenhoitajat työskentelevät pareittain.

Pienryhmätoiminta on pitkäjänteisen työn tuloksena vakiintunut osaksi normaalia neuvolatyötä. Alku ei ollut helppoa: ensimmäiseen ryhmään osallistui vain yksi perhe. Isien mukaan saaminen ryhmiin vaihtelee, koska ryhmät kokoontuvat pääasiassa päivällä. Yksi kokoontumiskerta on kuitenkin omistettu isille ja vauvoille, minkä lisäksi järjestetään parisuhdeilta.

Leksandin malli

Ruotsissa Leksandin noin 16 000 asukkaan kunnassa on kehitetty perinteistä neuvolaa täydentämään perhekeskus. Sen tavoitteena on muun muassa vahvistaa vanhempien keskinäistä suhdetta sekä lasten ja vanhempien välistä yhteyttä; parantaa vanhempien ja lasten hyvinvointia sekä lisätä vanhempien vaikutusmahdollisuuksia. Keskeisenä keinona ovat vertaisryhmät, joiden avulla muodostuvat sosiaaliset verkostot tukevat niin aikuisten kuin lasten arjessa selviytymistä ja hyvinvointia. Toiminta-ajatuksena ovat onnelliset ja itsensä turvalliseksi tuntevat vanhemmat, jotka pystyvät välittämään lapsilleen elämäniloa ja perusturvallisuutta.

Äitiys- ja lastenneuvola kutsuu lasta odottavat vanhemmat kahdeksan parin ryhmään, joka kokoontuu kahdeksan kertaa ennen lapsen syntymää ja kahdeksan kertaa ensimmäisen elinvuoden aikana. Kokoontumisissa on vuorollaan läsnä eri alojen asiantuntijoita ja lähes joka kerta osan ryhmäajasta käyttävät isät oman vertaisohjaajansa kanssa ja äidit vastaavasti esimerkiksi terveydenhoitajan kanssa. Toimintaa tukevat erilaiset muut ryhmät ja monipuolinen yhdessäolo, muun muassa avoin päiväkotit ja isien omat kokoontumiset. Isien mukaan saamiseen on kiinnitetty erityistä huomiota, joten ryhmätapaamisia järjestetään usein iltaisin. Monet vanhemmat ovat halunneet jatkaa toimintaa ensimmäisten vuosien jälkeen, tällöin vastuu on siirtynyt yhä enemmän vanhemmille itselleen ja Ruotsissa aktiivisesti toimivalle Kansankorkeakoulu-vapaaehtoistyölle. Tässä vertaistukeen ja eri osapuolten väliseen hyvään vuorovaikutukseen perustuvassa mallissa on saatu aikaan runsaasti positiivisia muutoksia. Varsinaiset vaikuttavuustutkimukset ovat kuitenkin vasta käynnissä. Tällä hetkellä näkemyksenä on, että pienillä panoksilla saadaan suuria tuloksia. Lisätyövoimaksi on palkattu koordinaattori, muutoin toiminta on käynnistetty olemassa olevilla voimavaroilla. Henkilökunnalle on järjestetty koulutusta. Koulutusta on järjestetty myös isäkouluttajille, jotka saavat pienen korvauksen isäryhmien vetämisestä.

Leksandin mallissa yhdistyvät laadukkaasti toteutettu perhevalmennus ja sen jälkeinen monipuolinen pienryhmätoiminta, joten uutta ei ole niinkään sisältö vaan mallin systemaattinen ja kattava, yhteisöllinen toteutustapa.

Muita pienryhmiä

Monilla paikkakunnilla kolmas sektori järjestää vertaisryhmätoimintaa ja koulutusta esim. nuorille vanhemmille, maahanmuuttajille, väkivaltaa kokeneille ja synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsiville. Tyypillisiä ovat isäryhmät, väkivaltaryhmät, laihdutusryhmät ja

kokkikerhot kokemattomille. Perhe- ja kasvatusneuvolat ovat kehittäneet ryhmätoimintoja, esimerkiksi eroryhmiä erikseen vanhemmille ja lapsille, lasten itseilmaisuryhmiä, levottomien poikien ryhmiä. Seurakunnilla voi myös olla vanhempien ja lasten ryhmätoimintaa. Monissa kunnissa sosiaalitoimi – päivähoito mukaan lukien – tai terveystoimi sekä järjestöt yhteistyössä ovat olleet aktiivisia ja järjestäneet toimintatiloja ja mahdollisuuksia lapsiperheiden kokoontumisille, avoimia päiväkoteja, perhetupia, perhekerhoja, perhekahviloita. Parisuhderyhmät toimivat samalla parisuhdeongelmien ennaltaehkäisijöinä.

Äidin ja vauvan vuorovaikutusta voidaan tukea myös intensiivisen ja kohdennetun ryhmätoiminnan avulla. Lastensuojelun perhekuntoutusryhmät kokoontuvat kolmena päivänä viikossa useita tunteja kerrallaan. Tavoitteena on perheen elämönhallinnan tukeminen luomalla kaaokseen rytmiä ja turvallisuutta sekä vauvan ’etsiminen ja löytäminen’ eli lapsen tarpeiden esille nostaminen. Kokemukset ovat osoittaneet, että näin voidaan auttaa hyvinkin vaikeassa elämäntilanteessa olevia perheitä (Törrönen 1998).

Kirjallisuutta

Johansson T & Jons I. 2002. Föräldrargrupper i praktiken. Gothia, Stockholm. *Leksandin mallista kertova kirja on tarkoitettu äitiys- ja lastenneuvoloiden, koulujen ja sosiaalitoimen henkilöstölle antamaan ideoita ennaltaehkäisevän työn kehittämiseen omassa kunnassa. Kirjassa kuvataan yhden vanhempainryhmän toimintaa kahden vuoden ajalta sekä perustellaan vanhempainryhmätoiminnan merkitystä.*

Neuvolan vanhempainryhmä. 2000. Kuusamon neuvola, Kuusamo. *Terveystoimintajien työryhmä on työstänyt vuosien aikana ryhmäkansion seitsemän kokoontumiskerran järjestämistä varten. Kansiota voi tilata osoitteesta Kuusamon kunta, perusturvalautakunta/neuvola, Raistakantie 1, 93600 Kuusamo. Kansion hinta on 58 euroa.*

Törrönen H. 1998. Ehjänä perille. Kokemuksia lastensuojelun vauvaperhetyön kehittämisestä. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 18. Ensi- ja turvakotien liitto, Helsinki.

8.2.2 Perhevalmennuksen laajentaminen vanhempainryhmätoiminnaksi

Neuvolan voimavaroja kannattaa kohdentaa sellaisen vanhempainryhmätoiminnan järjestämiseen, joka on suunnitelmallista ja pitkäjänteistä. Toiminta ehdotetaan jäsennettäväksi lapsen ja vanhempien kehitysvaiheiden ja ennakoitavissa olevien pulmien mukaan siten, että vanhemmilla on mahdollisuus tutustua toisiinsa ja muodostaa uusia sosiaalisia verkostoja samassa elämäntilanteessa elävien muiden vanhempien kanssa. Ensisijaisesti ehdotetaan raskauden aikaisten ryhmien suunnitelmallista ja saumatonta jatkamista ainakin ensimmäisten lasten vanhemmille, joiden motivaatio ja vertaistuen tarve on yleensä suurin. Ryhmän koko ei voi olla kovin suuri, korkeintaan kahdeksan paria, jotta siinä syntyisi keskustelua ja kokemusten jakamista, ja jotta ryhmä pysyisi pienryhmänä. Mikäli todellista ryhmäytymistä halutaan edistää, tulee pyrkiä saman ryhmän koossapitämiseen alusta lähtien. Onnistumiseen tarvitaan huolellista suunnittelua ja pitkäjänteistä työtä. Ensimmäisen vuoden aikana suositellaan kuutta-kahdeksaa kokoontumiskertaa. Ohjelmassa otetaan huomioon parisuhteeseen, vanhemmuuteen, lapsen ja vanhemman vuorovaikutukseen sekä lasten hoitoon, terveyden edistämiseen ja kasvatukseen liittyvät sisällöt lapsen ikävaihetta ja vanhempien elämäntilannetta ennakoiden. Kunkin aiheen alustajaksi kannattaa käyttää saatavilla olevaa ammattilaista. Näin vanhemmat tutustuvat kunnassa toimiviin eri alojen ammattilaisiin.

Nykyisin jo toimiviin, usein äitiysneuvolan järjestämiin perhevalmennuksiin ehdotetaan sisällytettäväksi, mikäli ne eivät jo ole sisällöissä, ainakin: 1) raskauden ja imetyksen tuomat fyysiset ja psyykkiset muutokset, isän rooli imetyksessä sekä isän ja äidin erilaiset tunteet, odotukset ja ajatukset, 2) vanhemmuus ja muutokset parisuhteessa, mm. seksuaalisuudessa, mahdollisen eron ennakointi lapsen näkökulmasta, 3) synnytys; 4) vauvan hoito, 5) vauvalle

tarpeelliset tavarat; 6) perhe-etuudet sekä lasten päivähoito ja varhaiskasvatus, 7) vanhempien jaksaminen ja seksuaalisuus.

Imeväisikäisten lasten vanhempien ryhmissä kannattaa käsitellä kulloinkin ajankohtaisia, lapsen kehitysvaiheeseen sopivia aiheita, esimerkiksi: 1) varhainen vuorovaikutus, tunteiden myllerrys, vanhempien työnjako; 2) vauvan ja vanhempien ruoka, ruokailu ja päivärhythmi 3) tapaturmariskit; 4) laulut, lorut ja kirjat; 5) isän rooli ja muuttunut parisuhde ja seksuaalisuus; 6) lapsen sairastaminen, 7) vauvan kommunikaation, aistijärjestelmien ja liikunnan kehitys.

Ihanteellisinta on, jos ohjelma suunnitellaan ja ryhmän tavoitteet asetetaan yhdessä vanhempien kanssa. Olennaista kuitenkin on, että kullakin tapaamiskerralla vanhempien itsensä ilmaisemille aiheille jätetään riittävästi tilaa. Toimintaa tuetaan tarkoituksenmukaisella oheismateriaalilla. Ryhmäjaksoon osallistuneille voidaan haluttaessa suunnitella 'todistus'.

Edellä esitetty vanhempainryhmätoiminta muodostaa pienryhmätoiminnan ytimen. Siihen kuuluu tai sen lisäksi voidaan vanhempien toivomuksesta tai todettujen tarpeiden sekä resurssien mukaan järjestää myös muita ryhmiä. Vanhempien näkökulmasta on suuri tarve järjestää 1.5-2.5 vuoden ikäisten lasten vanhemmille ryhmätapaamisia, jotta vanhemmilla olisi mahdollisuus jakaa kokemuksiaan tahtomisiensa pulmista ja kasvatuskäytännöistä ja keskustella niistä. Teemoja tässä ”tahtoiässä” voivat olla esimerkiksi: 1) johdonmukainen päivärhythmi, uhmaikäisen ruokailupulmat 2) sadut, lorut, laulut ja leikit; 3) vanhempien yhdenmukaiset kasvatuslinjat; 4) lapsen itsetunnon ja tunneilmaisun tukeminen sekä 5) toiminta pulmatilanteissa ja 6) parisuhteen hoitaminen.

Myös isompien lasten vanhemmille tai pelkästään isille ja äideille tarkoitettuja ryhmiä voi olla hyödyllistä järjestää vanhempien toiveiden ja paikallisten voimavarojen puitteissa. Nämä ryhmät voivat olla ohjattuja ryhmiä, mutta monet vanhemmat toivovat myös tilaisuuksia vanhempien omaehtoiseen tapaamiseen.

Isäryhmissä ja isä-vauva –ryhmissä pyritään vahvistamaan ja saamaan käyttöön isyyteen liittyviä voimavaroja. Keskeistä on vahvistaa isien uskoa ja luottamusta omaan selviämiseen ja osaamiseen kyllin hyvänä isänä. Isiä kannattaisi saada mukaan ideoimaan ryhmätoimintaa ja erilaisia toiminnallisia keinoja edistää lastensa terveyttä. Isillä on usein halua ja taitoa suunnitella ja rakentaa esimerkiksi tapaturmia ehkäiseviä ratkaisuja kotiin. Kaikki miehet eivät halua osallistua ryhmätoimintaan, eikä heitä pidä painostaa. Kun isäryhmä kootaan vanhempainryhmiä käynnistettäessä, esim. odotusajan perhevalmennuksessa, ryhmä saattaa muotoutua luontevasti. Olennaista on, että isillä on tilaisuus kokoontua myös omana ryhmänään, ilman äitejä. Ryhmistä saatujen kokemusten mukaan ryhmän vetäjänä voi toimia yhtä hyvin nainen kuin mies.

Monet äidit hyötyvät mahdollisuudesta jakaa tunteitaan ja kokemuksiaan muiden samassa elämäntilanteessa olevien äitien kanssa. Erityisesti äitiyslomalla ja itsensä yksinäiseksi tunteva ensimmäistä lastaan hoitava äiti voi saada ratkaisevaa apua ryhmätoiminnasta. Äitiryhmissä saatetaan haluta keskustella intiimeistä asioista, joista ei ole helppo puhua miesten kuullen. Useat neuvolat ja kolmas sektori ovat järjestäneet muun muassa mammakahviloita. Muita esimerkkejä ovat tukiryhmät imettäville. Äitiryhmiä suositellaan järjestettäväksi äitien tarpeiden ja käytettävissä olevien resurssien mukaan. Äitiryhmiä voi toteuttaa myös ryhmäneuvolan tapaan. Tiedon välittäminen paikkakunnalla järjestettävistä äitiryhmistä kuuluu jo nyt monen neuvolan normaaliin palveluun.

Lisävoimavaroja ryhmien järjestämiseen saadaan yhteistyökumppaneilta ja vanhemmista itsestään Perheneuvoloissa ja kirkon perheasiainneuvottelukeskuksissa työskentelee ammattilaisia, joilla on paljon soveltuvaa koulutusta esimerkiksi parisuhdeongelmien hoidosta. Samoin voi joko kunnalla tai sen alueella toimivilla järjestöillä olla eri alojen

asiantuntijoita, joita voi hyödyntää vanhempainryhmien ohjelmien suunnittelussa ja toteutuksessa. Työn ja perhe-elämän yhteensovittamista auttaa mahdollisimman kattava tieto sosiaaliturvasta ja mahdollisuuksista työaikajärjestelyihin. Yhteen tapaamiseen voi pyytää paikkakunnan KELA:n edustajaa tai aihepiiriä hyvin tuntevaa sosiaalityöntekijää. Kun vanhemmat ryhmätilanteessa tapaavat perhe- ja mielenterveystyön, parisuhde-, päihde- tai väkivaltaongelmien hoidon ammattilaisia, näiden puoleen on helpompi kääntyä tarvittaessa.

Kirjallisuutta:

Säävälä H, Keinänen E & Vainio J. Isä neuvolassa – työväliteitä ja ajatuksia vauvaa odottavien ja hoitavien isien kanssa työskenteleville. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tasa-arvojulkaisuja 2001:8. *Erinomainen opas, jossa on käytännön neuvoja miesten kohtaamisesta ryhmistä ja ryhmien vetämisestä. Sisältää myös pohdintoja vauvanhoidon ideologioista ja kokemuksia miesten kasvusta isyyteen.*

8.2.3 Ryhmäneuvolat

Ryhmäneuvolat ovat eräs tapa järjestää vanhemmille mahdollisuuksia vertaistuen saantiin. Ryhmäneuvolatoimintaa on kehitetty Suomessa muutamassa kehittämishankkeessa, joista on saatu hyviä kokemuksia (esim. Vakkilainen & Järvinen 1994, Järvinen & Keskisärkkä 1996, Mattila ym. 1998). Pisimmät kokemukset lienevät Kuusamosta, jossa ryhmäneuvolat ovat olleet jatkuvasti kehittyvä osa neuvolatoimintaa jo yli 10 vuoden ajan. Ryhmäneuvolan ideana on yhdistää samanikäisten lasten vanhempien neuvolakäynti seulontoineen ja rokotuksineen sekä keskustelumahdollisuus muiden vanhempien kanssa. Näin ollen se korvaa yhden määrääikaistarkastuksen. Sen toteuttamistapoja voidaan varioida. Ryhmäneuvolaan kutsutaan yleensä 4-5 samanikäistä lasta vanhempien normaalin kuukausi- tai vuositarkastuksen ajankohtaan. Aikaa on varattu 1-2 tuntia. Terveystieteiden lisäksi ryhmässä saattaa vieraila muita asiantuntijoita esimerkiksi psykologi, fysioterapeutti, puheterapeutti, suun terveydenhuollon edustaja tai perhepäivähoidon ohjaaja. Koska samaan aikaan syntyneiden lasten seuranta voi jakautua useammalle terveydenhoitajalle, terveydenhoitajien kannattaa järjestää ryhmäneuvoloita yhdessä.

Useimmat ryhmät ovat kokoontuneet ensimmäisen ikävuoden aikana 4-6 kertaa, jotkut ovat jatkaneet leikki-ikässä. Aiheet ovat tavallisimmin liittyneet vauvan kehittymiseen ja hoitoon, vanhempien parisuhteeseen, vanhemmuuteen ja jaksamiseen, lapsiperheiden palveluihin sekä muihin ajankohtaisiin aiheisiin. Kokemukset ryhmäneuvolatoiminnasta ovat olleet myönteisiä. Se on antanut vanhemmille mahdollisuuden keskustella arkipäivän huolista ja saada uusia näkökulmia asioihin (Mattila ym. 1998). Jokaisella tapaamiskerralla on oma teemansa. Silloin, kun vanhemmat osallistuvat vaihtelevasti ryhmäneuvolaan, on hyödyllistä kirjata ylös ne keskustelunaiheet, joista vanhempien kanssa on puhuttu.

Ryhmäneuvolassa on ehkä yksilötilannetta helpompi tuoda esiin tietoa yleisesti parhaana pidetyistä toimintatavoista, esimerkiksi ravitsemuksesta tai siitä, että koti on yleensä vuoden-parin ikäiselle lapselle paras hoitopaikka. Käytännössä hoitoratkaisuihin vaikuttavat kuitenkin kunkin perheen kohdalla monet erilaiset tekijät.

Ryhmäneuvolatoimintaa suositellaan kokeiltavaksi ja edelleen ideoitavaksi. Toiminnan järjestäminen edellyttää riittävän määrän lähes samanikäisiä lapsia. Aiheesta kannattaa keskustella vanhempien kanssa ja tiedustella heidän halukkuuttaan kokeiluun ja ehdotuksia käsiteltäviksi aiheiksi. Tärkein lähtökohta on mahdollisuus tarjota vertaistukea etenkin ensimmäistä lastaan kasvattaville vanhemmille. Ryhmäneuvola on järjestämistavasta riippuen eräs vaihtoehto jo aiemmin kuvatuista vanhempainryhmistä. Toisaalta verrattaessa vanhempainryhmien ja ryhmäneuvoloiden järjestämistapoja näyttää siltä, että kysymys on monesti hyvin samantapaisista toiminnoista.

8.3 Pienryhmätoiminnan järjestämisen edellytyksiä

Vanhempainryhmätoiminnan perusajatuksia on toteuttaa se pienryhmätoimintana, ei suurina luentotilaisuuksina. Pienryhmätoiminta mahdollistaa vanhempien toivoman ryhmän sisäisen vuorovaikutuksen sekä tiedon ja kokemusten vaihtamisen.

Pienryhmien vetäminen edellyttää erilaisia valmiuksia kuin luentojen pitäminen. Vanhempien vertaisryhmien vetäminen sisältyy jo nykyisin terveydenhoitajien peruskoulutukseen, joten asiasta kiinnostunut ja motivoitunut terveydenhoitaja tai perhetyöntekijä voi hyvin toimia ryhmän vetäjänä. Pidempään työssä olleet sen sijaan voivat tarvita lisäkoulutusta ja rohkaistumista pienryhmien pitämiseen. Ryhmätyön jatko- ja täydennyskoulutuksesta on etua, mutta välttämätöntä se ei ole, jos ryhmätoiminta on suunniteltua ja sen sisällöt, aihealueet ja erilaisten asiantuntijoiden (mm. perheneuvonta, ravitsemus, liikunta) osallistuminen on järjestetty lisäämään ryhmätapaamisten kiinnostavuutta.

Ryhmätapaamisten aihealueiden tulee olla suunniteltuja, vaikka joka kerran on tarpeen varata runsaasti aikaa vapaalle keskustelulle. On myös saatu hyviä kokemuksia siitä, että vanhemmat itse osallistuvat ryhmien suunnitteluun. Erityisesti isien osallistumisen kannalta olisi tärkeää, että ainakin osa ryhmätapaamisista voitaisiin järjestää iltaisin. Mikäli molemminpuolista halukkuutta on, työnantajan ja työntekijöiden on mahdollista sopia paikallisesti työaikajärjestelyistä siten, että ryhmien vetäjät saavat korvauksen iltatöistä joko vapaa-aikana tai rahana.

Pienryhmätoiminnan järjestäminen ei yleensä onnistu ilman lisäresursseja, ensi kädessä on kysymys terveydenhoitajan tai mahdollisen perhetyöntekijän käytettävissä olevasta ajasta. Mikäli kysymys on suuremman kunnan laajamittaisesta toiminnasta, saattaa erillinen koordinaattori olla tarpeen toiminnan organisoinnin mahdollistamiseksi. Tässä oppaassa ehdotetuista pienryhmätapaamisista kuusi kertaa on otettu huomioon terveydenhoitajien mitoituksessa. Olemassa olevien voimavarojen saamiseksi vanhempien vertaisryhmätoiminta suositellaan järjestettäväksi laajapohjaisena verkostotyönä. Tällöin voidaan hyödyntää kaikki asiantuntemus kunnassa. Yhteistyö vähentää turhia päällekkäisyyksiä ja avaa mahdollisuudet monipuoliseen toimintaan. On tärkeää, että kunnassa sovitaan yhteisesti, miten vanhempainryhmät järjestetään, kuka niitä järjestää ja mitä resursseja toimintaan voidaan käyttää. Jos toimintaa joudutaan priorisoimaan, kannattaa lähteä siitä, että ensimmäistä lastaan odottavat ja kasvattavat vanhemmat hyötyvät todennäköisesti vertaistuesta eniten. Vanhempien saama hyöty ja apu on ryhmätoiminnan järjestämisen tärkein peruste. Ryhmätoiminnasta on tärkeä saada palautetta, siksi sen toimivuutta on tarpeen arvioida säännöllisesti.

Lapsiperheiden hyvinvoinnin ja palvelujen suunnittelu- ja seurantaryhmän yhtenä tehtävänä on rakentaa yhteistyöjärjestelmät, joiden avulla tieto eri ryhmistä ja toimintamahdollisuuksista on kaikkien lapsiperheiden kanssa työskentelevien saatavilla. Tärkeintä olisi, että tieto ryhmistä tavoitettaisiin lastenneuvolan terveydenhoitajan, jotta hän tai neuvolatyöryhmä voi suositella asianmukaista ryhmää. Perhepalvelukeskuksen pitää pyydettyä osallistua ryhmien järjestämiseen, ja sen on syytä organisoida ryhmä, mikäli siihen on tarvetta eikä muu taho sitä tee.

SUOSITUS: Kunnassa sovitaan pysyvät käytännöt vanhempainryhmätoiminnan mahdollistamiseksi vähintään ensimmäistä lasta odottaville ja kasvattaville vanhemmille. Odotusajan ja ensimmäisen elinvuoden aikainen vanhempainryhmätoiminta on osa kunnan lapsiperheiden palvelujen resursoitua suunnitelmaa ja sitä seurataan ja arvioidaan yhteisesti sovituin käytännöin.

9 YKSILÖLLISTÄ SEURANTAA JA TUKEA VAUVASTA KOULUIKÄÄN

9.1 Perheiden aito kohtaaminen ja suunnitelmallinen tukeminen

9.1.1 Lapsen kohtaaminen neuvolassa

Lastenneuvolan ensisijaisena tarkoituksena on lapsen terveyden ja hyvinvoinnin varmistaminen. Tästä syystä lapsen näkökulman pitää olla aina ensisijainen. Lapsilähtöinen työote ei ole kuitenkaan itsestään selvyys sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sitä on kehitetty perhekeskeistä työskentelyä hyödyntävissä kehittämishankkeissa (esim. Forsberg 2000 ja 2002). Myös neuvolakäyntejä ja neuvolaympäristöä on tarpeen arvioida ja kehittää edelleen lapsen näkökulmasta.

Jokainen kohtaaminen lapsen kanssa on potentiaalisesti ratkaiseva lapsen myöhemmän elämän kannalta. Lapsi aistii herkästi sanatonta viestintää. On tärkeää, että lapselle jää kohtaamisesta tunne siitä, että hän on tärkeä ja arvokas, että aikuiset kuuntelevat häntä ja että aikuiset haluavat suojella ja tukea lasta. Lapsen tulee voida tuntea, että hän on neuvolakäynnin päähenkilö.

Jos lapsesta huolehtivat vanhemmat asuvat eri talouksissa, ainakin terveydenhoitajan olisi hyvä tavata heitä molempia. Kirjallinen materiaali voi olla tarpeen antaa kahtena kappaleena tai lähettää toiset kappaleet vanhemmalle, joka ei päässyt neuvolatapaamiseen. On tärkeää, ettei neuvolahenkilökunta ota kantaa toisen vanhemman puolesta toista vanhempaa vastaan. Ks. myös luku 10.21 Monimuotoinen perhe ja Liite 1, Oppaassa käytettävät keskeiset termit (perheen määritelmä).

Lasta pitää kuunnella ja arvostaa. Lapsen arvostamista osoittaa, kun hänelle selitetään tehtävät, tutkimukset ja toimenpiteet. Lapsen tutkiminen on paras suorittaa leikinomaisesti. Siksi tutkimishuoneissa pitää olla asianmukainen varustus leikkivälineitä kuten palikoita, palapelejä, kirjoja ja pallo. Lapsen näkökulmasta rokotukset ovat neuvolavastaanoton keskeisin ja pelottavin osa (Okkonen 1999). On luonnollista, että lapsen kipua pyritään kaikin tavoin ehkäisemään ja vähentämään. Lapselle tulee kuitenkin rehellisesti etukäteen kertoa pistämisen aiheuttamasta kivuta ja sen lyhyehköstä kestosta. Tärkeää on myös hyväksyä lapsen tuntema kipu ja suhtautua pelkäävään lapseen kunnioittavasti ja lohduttaen.

Lapselle pitää antaa riittävästi aikaa tutustua uuteen ympäristöön ja uusiin ihmisiin. Lapsi ei osaa suoriutua tehtävistä nopeasti ja tehokkaasti. Hänen pitää saada myös kokea onnistumisen iloa. Jokainen lapsi on ainutkertainen ja hänestä löytyy puolia, joita voi rehellisesti kehua ja ihailla. Erityistä huomiota on tarpeen kiinnittää nk. hiljaisiin lapsiin.

Hyvä neuvolaympäristö on turvallinen ja toisaalta lapselle riittävän mielenkiintoinen. Se antaa mahdollisuuksia mielekkääseen puuhailuun odotustiloissa ja vastaanottohuoneessa.

SUOSITUS: Jokaisen neuvolakäynnin yhteydessä toimitaan lasta arvostaen ja kunnioittaen, samalla huomioiden kunkin lapsen yksilöllinen elämäntilanne ja siihen kuuluvat aikuiset. Lapselle annetaan riittävästi aikaa ja positiivista palautetta. Neuvolaympäristö suunnitellaan lapselle mieluisaksi.

Suosittelavaa kirjallisuutta

Forsberg H. 2000. Lapsen näkökulmaa tavoittamassa. Arviointitutkimus turvakotien lapsikeskeisyyttä kehittävästä projektista. Ensi- ja turvakotien liitto, Helsinki.

Forsberg H. 2002. Lasten asiakuuden ja kokemukset turvakodissa. Arviointitutkimus Lapsen aika –projektista. Ensi- ja turvakotien liitto, Helsinki.

Jarasto P & Sinervo N. 1997. Alle kouluikäisen lapsen maailma. Gummerus, Jyväskylä.

Okkonen T. 1999. Neuvolakäynti kuusivuotiaan lapsen kuvaamana. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Lisensiaatintutkimus.

9.1.2 Hyvä yhteistyösuhde vanhempiin - avain voimavarojen vahvistamiseen

Lapsen ja perheen monipuolisen ja tuloksellisen tukemisen edellytys on myönteinen ja luottamusta herättävä yhteistyösuhde neuvolan työntekijän ja perheenjäsenten välillä. Perheet odottavat tulevana kuulluksi ja voivansa keskustella heille ajankohtaisista asioista. Tällainen suhde perustuu yhteistyökumppanuuteen ja on pikemmin keskinäinen dialogi kuin työntekijän monologi. Olennaisia piirteitä ovat vastavuoroisuuden lisäksi rehellisyys, sitoutuminen, reflektiivisyys ja vanhempien yksilöllisyyden kunnioittaminen. Siihen kuuluvat myös aitous, herkkyyden tunnistaminen vanhemman tunteita ja niiden hyväksyminen, hienotunteisuus ja perheen valinnanvapauden kunnioittaminen. (Falk-Rafael 2001). Dialoginen vuorovaikutussuhde mahdollistaa tunteista ja voimavaroista keskustelemisen, tarjoaa mahdollisuuksia vanhempien aktiiviseen osallistumiseen ja päätöksentekoon sekä antaa vanhemmille tunteen kiireettömyydestä ja kuulluksi tulemisesta. Lähtökohtana ovat vanhempien ja heidän elämäntilanteensa riittävä tuntemus. Vanhemmille annetaan myönteistä rehellistä palautetta, osoitetaan lapsiperheiden mahdollisten pulmien yleisyys ja tavallisuus, autetaan varautumaan mahdollisiin kielteisiin tai pulmallisiin tapahtumiin tai kehityskulkuihin, ja rohkaistaan vanhempia antamaan palautetta neuvolatoiminnasta.

Hyvä vuorovaikutussuhde on erityisen tärkeä lastenneuvolan kaltaisessa pitkäaikaisessa työskentelyssä ja jos perheellä pulmia, se mahdollistaa vaikeiden asioiden käsittelemisen (Häggman-Laitila 2002). Hyvä yhteistyösuhde mahdollistaa voimavarakeskeisen työotteen (myös Kettunen ym. 2002). Jos vanhemmat onnistutaan saamaan kumppaneiksi ja työskentelyn lähtökohtana ovat pääasiassa vanhemmista lähtevät tavoitteet, lisääntyvät perhettä hyödyttävään yhteistyön onnistumisen mahdollisuudet.

Ensimmäinen tapaaminen on usein ratkaiseva, sillä silloin luodaan puitteet vanhempien ja työntekijän tulevalle vuorovaikutukselle ja rooleille. On tarpeen miettiä, miten äiti ja isä voisivat omaksua aktiivisen osallistujan ja täysivaltaisen vanhemman roolin heti alusta alkaen, jotta he eivät jäisi passiivisiksi neuvojen vastaanottajiksi. Vanhempien odotusten ja näkemysten selvittäminen yksilöllisesti on tärkeää, jotta neuvola pystyisi tukemaan perhettä tuloksellisesti ja kustannuksiltaan edullisesti. Tarpeen on myös kertoa neuvolan toimintatavoista ja –muodoista, jotta perhe tietää, mitä se voi neuvolatyöryhmältä odottaa sekä siitä, että vanhempien toivotaan osallistuvan aktiivisesti yhteistyöhön ja mielellään neuvolatoiminnan kehittämiseen. Vanhempien näkökulmasta on hyödyllistä, jos lastenneuvolatoiminnasta on kirjallinen esite yhteystietoineen. Esitteessä on luontevaa selostaa myös perhepalvelukeskuksen tai verkon toiminta pääpiirteissään. Joissakin kunnissa on kerrottu kaikista lapsiperheiden palveluista samassa esitteessä.

Hyvään yhteistyösuhteeseen kuuluvat myös neuvolan työntekijän haastattelu- ja keskustelutaidot. Ne ovat avainasemassa muun muassa perheeseen tutustuttaessa, perheen tuen tarvetta tunnistettaessa ja perheen tilanteeseen puututtaessa. Hyvään haastatteluun kuuluu asiakasta kunnioittava tapa, taitavasti muotoillut kysymykset ja vastausvaltuuden antaminen vanhemmille. Haastattelutaitojen kehittämistä kiinnostuneen kannattaa tutustua motivoivaa tai interventiivistä haastattelua ja voimavarakeskeistä neuvontakeskustelua käsittelevään kirjallisuuteen. (esim. Hirvonen ym. 2001, Kettunen ym. 2002, myös Falk-Rafael 2001). Interventiiivisellä haastattelulla tarkoitetaan lähestymistapaa, jossa kaikki mitä haastatteluun tai vuorovaikutukseen osallistuva tekee, voidaan käsitellä interventioksi eli asioihin puuttumiseksi. Kysymyksiä voidaan arvioida sen mukaan, vahvistavatko ne yksilön

tai perheen käyttäytymistä, kyseenalaistavatko ne heidän käyttäytymisensä tai tilanteen vai saavatko ne etsimään uusia näkökulmia ja ratkaisuja tilanteeseen.

Tietoa hakevat kysymykset ovat yleensä suoria ja lyhyitä. Niiden avulla etsitään käsitystä perheen tilanteesta ja terveydestä. Ne korostavat terveydenhoitajan roolia kysyjänä ja asiantuntijana, eivätkä mahdollista kovin hyvin tunteista keskustelua. Vanhemman omaa ajattelua, omien voimavarojen tunnistamista ja ratkaisujen etsimistä tukevat kysymykset (refleksiiviset) mahdollistavat vanhemman ja terveydenhoitajan tasavertaisen osallistumisen ja vuorovaikutuksen sekä tunteista keskustelun ja tukevat näin ajatusta yhdessä työskentelystä. Ne voivat auttaa tiedostamaan ja jäsentämään omaa elämäntilannetta ja siinä mahdollisesti tarvittavia muutoksia. Lisäksi ne tukevat vanhempaa tunnistamaan itse ratkaisuja omiin ongelmiinsa. Perheen tilanteeseen puuttuttaessa saatetaan tarvita myös vastakkainasettelun taitoja (konfrontointi). Tällöin työntekijä antaa vanhemmalle havaintoihinsa perustuvaa palautetta saamastaan ristiriitaisesta informaatiosta. (esim. kerrotte, että kaikki on hyvin, mutta minusta näytätte hyvin väsyneeltä). Tärkeää on, että työntekijä tiedostaa itse omien kysymystensä ja oman puheensa tarkoituksen ja tarvittaessa tietoisesti harjoittelee eri tyyppisten kysymysten tekemistä. Uudenlaisten avointen kysymysten seurauksena voi parhaimmillaan havaita asiakkaankin toimivan uudella tavalla, ja etsivän uutta näkökulmaa tilanteeseensa.

SUOSITUS: Vanhempien kanssa tehtävän yhteistyön tehostamiseksi neuvolassa kehitetään työntekijän ja vanhemman välistä yhteistyösuhdetta kumppanuuden ja dialogin suuntaan. Yhteistyön lähtökohtana ovat vanhempien tarpeet, voimavarat ja huolet. Yhteistyötä suuntaavat vanhemmista lähtevät tavoitteet.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Kettunen T, Posikiparta M & Karhila P. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* 14(5), 213-222.

Hirvonen E, Pietilä AM & Eirola R. 2002. Terveyskeskustelu – tavoitteena dialogi terveyden edistämiseksi. Teoksessa: Pietilä AM ym. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. WSOY, Helsinki.

9.1.3 Perheiden tuen tarpeet ja niiden tunnistaminen

Neuvolatyön keskeisenä peruseriaatteena on tunnistaa lapsen ja perheen tuen tarve ja puuttua asioihin mahdollisimman varhain ja ehkäistä tällä tavalla vaikeuksien pahenemista. Tämä edellyttää valmiuksia tuen tarpeiden tunnistamiseen sekä asioihin puuttumiseen.

Yleisesti arvioidaan, että noin 70 % lapsista ja heidän perheistään voi hyvin, eikä heillä ole erityistä tuen tarvetta. Erityisen tuen tarpeessa olevien määräksi on arvioitu 10-30 % perheistä. Noin 10 % neuvolaikäisistä lapsista kasvaa perheissä, joissa on lasten psykososiaalista kasvua ja kehitystä haittaavia tai vaarantavia ongelmia ja 10 % lapsista on vaikeasti kasvatettavia (Koivisto ym. 1992). Lasten psyykkisen ja sosioemotionaalisen oireilun arvioidaan olevan tätä runsaampaa (Kumpulainen ym. 1994, Puura 1998). Tämän päivän keskeisinä pulmina pidetään vanhempien välinpitämättömyyttä lapsista ja vanhemman ja lapsen kiintymyssuhteeseen liittyviä ongelmia.

Erityistuen tarpeella tarkoitetaan tässä suosituksessa tilannetta, jossa lapsessa, perheessä tai ympäristössä on tekijöitä, jotka saattavat uhata lapsen tervettä kehitystä ja joihin neuvolan on syytä puuttua vaikeuksien kasautumisen ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi. Monilla perheillä on myös pienempää tuen tarvetta, johon neuvola voi vastata.

Suomalaisten alle kouluikäisten lapsiperheiden tuen tarpeet ovat useiden tutkimusten mukaan varsin samansuuntaisia (esim. Häggman-Laitila ym. 2000, Puura ym. 2001, Heimo 2002).

Mannerheimin lastensuojeluliiton Lapsiperhe-projektissa suurin osa perheiden nimeämistä tuen tarpeista liittyi vanhemmuuteen. *Vanhemmuuden ongelmia olivat* äitien ja isien uupumus, epävarmuus tai tietämättömyys vanhempana. Vanhemmilla oli kielteisiä tunteita lasta kohtaan tai vanhemmuudesta oli kadonnut ilo. Vanhemmilla oli myös keskinäisiä vaikeuksia jakaa kasvatus- ja huolenpitovastuuta. Aikuiset tarvitsivat tukea lapsen tarpeiden tunnistamiseen ja tukea vanhemman itsetunnolle. *Lasten kasvatukseen ja hoitoon* liittyvät pulmat kohdistuivat lapsen käyttäytymiseen, luonteeseen, itsetuntoon, nukkumishäiriöihin, imetykseen, hoidon ongelmiin ja rajojen asettamiseen. *Parisuhdetta koettelivat* yhteisen ajan puute, keskinäiset ristiriidat, avio- tai avoeroprosessi sekä aikaisempiin avio- tai avosuhteisiin liittyvät ongelmat. *Sosiaaliset verkostot* saattoivat olla puutteellisia, esimerkiksi oli vaikeuksia saada tilapäistä lasten- tai kodinhoitoapua tai vanhemmat ja lapset kaipasivat vertaisseuraa. Pienempi osa pulmista liittyi vanhempien ja lasten terveyteen, taloudelliseen tilanteeseen, asumiseen ja perherakennekriiseihin. Muita ongelmia olivat lapsen huoltajuus- ja tapaamisasiat, päihteet, väkivalta, suhde yhteiskunnan normeihin ja vaikeudet palveluihin hakeutumisessa. Perheet eivät esimerkiksi tiedäneet, mitä yhteiskunnalla on heille tarjottavaa ja mihin heillä on oikeus. (Häggman-Laitila ym. 2000.)

Puuran ym. (2001) tutkimuksessa terveydenhoitajat ilmoittivat synnytyksen jälkeen perheen tuen tarpeen syiksi lapseen, kiintymyssuhteeseen, parisuhteeseen ja vanhempiin, perheen olosuhteisiin sekä asumiseen ja ympäristöön liittyvät syyt. Terveydenhoitajat tunnistivat noin 70 % perheistä, joissa oli jokin tuen tarvetta aiheuttava riskitekijä (Puura ym. 2002).

Voimavarainen vanhemmuus – terveellinen lapsuus –projektin lähtötilanteessa perheitä kuormittavat tekijät liittyivät perheen arkeen ja ajankäyttöön, perheen ristiriitoihin, taloudelliseen tilanteeseen, elämäntilanteen muutoksiin ja terveydentilaan (Löthman-Kilpeläinen 2001). Eija Heimon (2002) väitöskirjassa perheiden ongelmat ja kriisit luokiteltiin terveydenhoitajien tunnistamisvalmiuksien mukaan seuraavaan neljän ryhmään: sosiaaliset ongelmat ja kriisit, lapsen ja vanhemman vuorovaikutus, arjen hallinta ja jaksaminen, äidin masennus.

Tuen tarpeen tunnistamisessa on puutteita. Perheet itse tunnistavat tuen tarpeensa liian myöhään, esimerkiksi lapsen tilannetta saatetaan seurata pitkään, ennen kuin haetaan apua. Puuran (1998) tutkimustulosten mukaan lastenpsykiatrisia häiriöitä ei tunneta riittävästi ja vain 10 %:lle masentuneista lapsista oli haettu apua. On viitteitä siitä, että neuvolassa tunnistetaan paremmin lapsen fyysiseen motoriseen ja kielelliseen kehitykseen liittyvät ongelmat kuin lapsen emotionaaliset ongelmat ja perhevaikeudet (Strid 1999). Heimon (2002) mukaan terveydenhoitajat keräävät vähemmän tietoa perheen elämäntilanteesta ja sosiaalisista suhteista kuin esimerkiksi lapsenhoidosta ja perheen terveydestä. Terveydenhoitajat itse arvioivat tunnistavansa parhaiten odottavan äidin raskaudenaikaisia pelkoja, vanhempien jaksamiseen liittyviä ongelmia sekä arkipäivän tilanteisiin liittyvää avuttomuutta. Huonoiten tunnistetaan lapsen seksuaalista hyväksikäyttöä, perheväkivaltaa, lapsen psyykkistä pahoinpitelyä ja isän päihdeongelmia.

Perhekohtaisen tuen tarpeen tunnistamista neuvoloissa on tarpeen kehittää. Tämä edellyttää työntekijöiden valmiuksien ja välineiden sekä moniammattillisen yhteistyön kehittämistä. Lisäksi on tarpeen sopia jatkotoimenpiteistä ja huolehtia seurannasta. Tuen tarpeiden tunnistamisvalmiuksiin kuuluu, että terveydenhoitaja ottaa rohkeasti puheeksi tuntemansa huolen. Hänellä saattaa olla intuitiivinen tunne, että perheessä on sitä kuormittavia tekijöitä, vaikka niitä on vaikea havaita tai saada keskustelussa esille. Terveydenhoitajien on todettu välttelevän huolen oma-aloitteista suoraa puheeksi ottamista vanhempien kanssa, sillä he saattavat pelätä suhteen huononevan. Kuitenkin valtaosa suhteista paranee ja saa avoimemman alun, kun huoli otetaan puheeksi. (Arnkil & Eriksson 1998). Huolen harmaa

vyöhyke on osoittautunut hyväksi työvälineeksi niin työntekijälle kuin lisäämään moniammatillista yhteistyötä. Sitä kuvataan tarkemmin Arnkilin ja kumppaneiden (2000) kirjassa.

SUOSITUS: Neuvolassa kehitetään tuen tarpeiden tunnistamista ja siinä tarvittavia valmiuksia.

9.1.4 Lomakkeet varhaisen puuttumisen apuvälineinä

Hyvä yhteistyösuhde luo perustan perheen tilanteeseen tutustumiseen. Monista aihepiireistä käytävää keskustelua voidaan helpottaa ja jäsentää erilaisin lomakkein. Ennen kaikkea ne mahdollistavat varhaisen puuttumisen perheen tilanteeseen, mitä perheet itse pitävät yleensä toivottavana. Lomakkeet voivat olla ajankäytön kannalta järkeviä, etenkin jos vanhemmat täyttävät lomakkeet kotona yhdessä keskustellen. Ne tehostavat ja syventävät neuvolatyötä, jos ne auttavat vanhempia yhdessä jäsentämään elämäntilannettaan, miettimään tarvittavia ratkaisuja ja ottamaan asioita puheeksi neuvolassa. Näin ne auttavat myös kohdentamaan neuvolassa annettavaa ohjausta ja tukea. Lomakkeet auttavat erityisesti nuorempia työntekijöitä pääsemään keskustelun alkuun. Kokeneen työntekijän haastattelutaidot auttavat keskustelua aroistakin aiheista. Terveystenhoitaja käyttää asiantuntemukseensa sisältyvää harkintaa päättäessään, mitä seuraavista lomakkeita hän kokeilee ja ottaa käyttöön.

Tällä hetkellä on olemassa erilaisia suppeampia teemakohtaisia ja laajempia perhetilannetta tarkastelevia lomakkeita. Esimerkkejä teemakohtaisista lomakkeista ovat synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseen tarkoitettu mielialalomake (Edinburgh Postnatal Depression, EPDS) (liite 6), vanhempien alkoholin käyttöä selvittelevä lomake (nk. audit-lomake, ks luku 8.12 Päihteiden käyttö) lasten käyttäytymistä tarkasteleva lomake (Terho 1998) ja lomake parisuhdeväkivallan seulomiseksi äitiys- ja lastenneuvolassa (Perttu 2002, liite 7). Niilo Mäki Instituutissa on kehitetty menetelmiä varhaisen kielen ja kommunikaation arviointiin (Lyytinen 1999), leikin arviointiin (Lyytinen 2000) sekä varhaisen ääntelyn ja motoriikan päiväkirjat (Lyytinen ym. 2000).

Mielialalomakkeen voi täyttää 6-8 –viikon ikäisen vauvan äiti joko itse tai yhdessä terveydenhoitajan kanssa. Kun kysymykset käydään läpi yhdessä, ei ole tarpeellista pisteyttää vastauksia. Kysely antaa tukea ja rohkeutta ottaa arkojakin aiheita puheeksi. Lomakkeen vaikuttavuus on osoitettu masennuksen tunnistamisessa.

Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolatyössä –projektissa käytettyjen lomakkeiden avulla voi saada monipuolista tietoa odotusajalta ja lapsen syntymän jälkeen. Raskaudenaikaista tilannetta selvittävässä lomakkeessa (liite 8) käsitellään muun muassa naisen nykyraskauteen liittämiä tunteita, perheen tukea, ennakoituja muutoksia perhe-elämässä, raskaana olevan naisen minäkuva, odotuksia ja näkemyksiä syntymättömästä lapsesta sekä perheen taloutta ja ympäristöä. Lapsen syntymän jälkeisessä haastattelussa (liite 9) käsitellään synnytystä, psyykkistä terveyttä, perheen suhtautumista, äidin lasta koskevia huolenaiheita ja näkemyksiä lapsesta, äidin ja vauvan välistä vuorovaikutusta ja viestintää, äidin tunne-elämän voimavaroja vastata vauvan tarpeisiin (ks myös luvut 9.2.2 ja 9.2.3 kotikäynnit). Kansainvälisessä versiossa haastattelu on tutkimuksellisista syistä kohdistettu äideille, Suomessa terveydenhoitajat ovat ottaneet isät mukaan ja soveltaneet haastattelua molempia vanhempia koskevaksi (Kurki, Koivuniemi-Iliev, Tuulos 2000). Lomakkeita testattu, tutkimukset vielä kesken

MLL:n Lapsiperhe-projektissa kehitetyn *perhetilannepuntarin* tarkoituksena on hahmottaa perheen kokonaistilannetta ja tuen tarpeita. Perheenjäsenet arvioivat itsenäisesti tai yhdessä työntekijän kanssa, minkä verran esimerkiksi vanhempien keskinäinen suhde, vanhempien

yhteisen ajan määrä, asioista sopiminen ja äidin mieliala ovat painaneet mieltä. Lomakkeen avulla voidaan tunnistaa vanhempien ja lasten erilaiset käsitykset asioista ja keskustella niistä. Samalla saadaan esille perheen vahvuuksia. (Häggman-Laitila ym. 2000, lomake on saatavissa osoitteessa: www.mll.fi.) Testattu Lapsiperhe-projektissa.

Lasta odottaville perheille ja raskausajan ohjauksen apuvälineeksi on kehitetty terveystuotokuvamittarin sovelluksena internetissä toimiva VERSO-testi (Pietilä ym. 1998, Eirola 1999, Oikarinen 2001). Testin tietoteknisestä toteutuksesta vastasi Mindcom Oy (www.mindcom.net). Se sisältää erilliset kyselyt äideille ja isille raskausajan alussa, keski- ja loppuvaiheessa, synnytysaeralla sekä lapsivuodeaikana. Kyselyissä on 16 raskauden kulkuun, tunne-elämään, terveysvalintoihin, parisuhteeseen ja vanhemmuuteen liittyvää teemaa monivalintakysymyksineen. Testin avulla äidit ja isät saavat käsityksen valmiuksistaan kohdata elämäntilanteidensa muutokset odotusajan eri vaiheissa ja lapsen syntymän jälkeen. Äidin ja isän yksilölliset elämäntilannetiedot antavat äitiyshuollon työntekijöille viitteitä siitä, mihin asioihin ohjaamisessa tulisi paneutua kunkin perheen yksilöllisten tarpeiden ja voimavarojen perusteella. Vaikuttavuustutkimuksista ei tietoa.

Perheen voimavarojen ja kuormittavien tekijöiden tunnistamiseksi odotusaikana (liite 10) (Kaljunen 2002) ja alle 1-vuotiaan perheessä on kehitetty ja kokeiltu lomakkeita (Pelkonen & Hakulinen 2002). *Vauvaperheen arjen voimavarat –lomake* (liite 11) sisältää kuusi aihepiiriä: vauvan syntymän jälkeinen elämäntilanne, vanhemmuus ja vauvan hoito, parisuhde, perheen tukiverkosto, perheen terveys ja elämäntavat sekä perheen tulevaisuudennäkymät. Tarkoituksena on tukea vanhempia tiedostamaan elämäntilanteensa, keskustelemaan siitä yhdessä ja tarvittaessa suunnittelemaan siihen muutoksia. Vanhempia rohkaistaan keskustelemaan teemoista neuvolassa niin halutessaan. Lomakkeen käytöstä on saatu rohkaisevia vanhemmilta, terveydenhoitajilta ja terveydenhoitajaopiskelijoilta. Testattu, vaikuttavuutta ei osoitettu.

Roolikartta (Rautiainen 2001) auttaa tunnistamaan ja keskustelemaan vanhemmuuden rooleista konkreettisella arkipäivän tasolla (ks. luku 7.2.3 ja liite ?). Se auttaa vanhempia arvioimaan omaa toimintaansa ja sen kehittyneisyyttä suhteessa lapsen tarpeisiin ja ikävaiheisiin. Neuvolassa työntekijät voivat käyttää karttaa keskustelussaan vanhempien kanssa perhevalmennuksessa, vastaanotoilla ja kotikäynneillä. Työntekijä voi pohtia, miten hän tukee vanhempia näiden moninaisissa rooleissa ja tarkastella taustaksi myös omaa vanhemmuuttaan. Jotkut terveyskeskukset ovat laatineet roolikarttaan liittyviä ikäkausikohtaisia lehtisiä vanhemmille jaettavaksi (esim. Kuopio) tai laittaneet seinälle virikkeeksi roolikarttajulisteen. On tärkeää lievittää vanhempien usein tuntemaa syyllisyyttä ja epäonnistumisen tunnetta ja rohkaista vanhempia toimimaan oman elämänsä asiantuntijoina sekä jakamaan tunteitaan muiden vanhempien kanssa. Vaikuttavuustutkimusta tehty?

Huoli-seula on kehitetty puheeksiottamisen ja varhaiseen puuttumisen apuvälineeksi (Arnkil ym. 2000) (ks. luku 7.1.6). Testaus, vaikuttavuustutkimuksesta ei tietoa.

Genogrammin eli sukupuun piirtäminen yhdessä vanhempien kanssa auttaa jäsentämään ja hahmottamaan perhetilanteen ja ihmissuhdeverkoston monimuotoisuutta esimerkiksi uusperheiden kohdalla (esim. Friedman 1992). Sukupuun avulla sekä perheen että työntekijän on helpompaa jäsentää ihmissuhdeverkostoa lapsen näkökulmasta ja kehittää yhteydenpitomahdollisuuksia verkoston jäseniin. Sukupuun voi myös auttaa tunnistamaan aikuisia, jotka voisivat tarvittaessa antaa lapselle lisätukea. Testaus Suomessa, vaikuttavuustutkimus?

Joitakin edellä mainituista lomakkeista voisi käyttää myös siten, että neuvolasta lähetetään tietyn ikäisen lapsen vanhemmille kutsu tulla neuvolaan ja samalla lomake etukäteen

täytettäväksi. Vanhemmat voivat kaikessa rauhassa täyttää lomakkeen kotona ja miettiä jo etukäteen aiheita, joista haluavat seuraavalla neuvolakäynnillä keskustella. (ks. luku 9.3)

SUOSITUS: Varhaisen puuttumisen ja asiakaskeskeisyyden tehostamiseksi neuvolassa otetaan käyttöön omille asiakasperheille soveltuvia lomakkeita.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Häggman-Laitila A, Ruskomaa L & Euramaa K-I. (toim.) 2000. Varhaista tukea lapsiperheille. Kokemuksia Lapsiperhe-projektin työstä. Mannerheimin lastensuojeluliitto, Helsinki.

Kettunen T, Poskiparta M & Karhila P. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* 14(5), 213-222.

Eirola R. 1999. Elämänhallintavalmiudet ja elämisen tavat. Haastattelututkimus peruskoulun seitsemäsluokkalaisille nuorille. *Lisensiaatintutkimus*. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto.

Kaljunen L. 2002. Ensimmäistä lastaan odottavan perheen voimavaraisuuden tunnistaminen. voimavaramittarin laatiminen ja arviointi. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Oikarinen K. 2001. Terveyden edistämisen mittaaminen. Terveysmuotokuvamittarin kehittäminen ja kokeilu terveydenhoitajan työssä. *Lisensiaatintutkimus*. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Pietilä A-M., Eirola R. & Oikarinen K. 1998. Terveysmuotokuva-käsitejärjestelmä. *Hoitotieteen näkökulma terveyden tutkimiseen*. *Hoitotiede* 2 (10): 78-86.

Rautiainen M. (toim.) 2001. Vanhemmuuden roolikartta. Syvennä ja sovelle. Käyttäjän opas 2. Suomen kuntaliitto, Helsinki.

9.1.5 Kokonaiskäsitys asiakaskunnan tuen tarpeista

Terveydenhoitajan tehtävänä perhekohtaisen työn lisäksi on muodostaa kokonaiskäsitys asiakaskunnastaan, siihen sisältyvistä perheistä ja heidän tilanteestaan sekä perheiden tuen ja palvelujen tarpeesta. Vastaavasti lääkärin, joka osaltaan vastaa mahdollisesti usean terveydenhoitajan asiakaskunnasta, on syytä arvioida kokonaisuutta eikä ainoastaan yksittäisten perheiden tilannetta. Kun näin toimitaan, pystyvät terveydenhoitaja ja lääkäri yhdessä neuvolatyöryhmän kanssa hahmottamaan paikka- tai seutukunnan lapsiperheille tarkoitettujen palvelujen riittävyyttä ja tekemään ehdotuksia palvelujen ja yhteistyön kehittämiseksi. Yleiskuvan hahmotus auttaa myös terveydenhoitajaa ja lääkäriä toimimaan rooleissaan lapsiperheiden palvelujen kokonaisuudesta vastaavina henkilöinä. Tässä työssä tarvitaan yhteisöanalyysistä ja kuntien hyvinvointiselonteista saatavan tiedon hyödyntämistä sekä terveyden seurantajärjestelmän kehittämistä (Koponen 2002).

Perheiden auttamista tehostaa, jos asiakasperheet voidaan luokitella jollakin yhtenäisellä tavalla. Luokittelu auttaa resurssitarpeen tunnistamisessa, tarvittavien menetelmien valinnassa ja paikallisessa seurannassa. Jos käytössä olisi valtakunnallinen tapa, se auttaisi neuvolatoiminnan seurannassa ja vaikuttavuuden arvioinnissa. Neuvoloissa voitaisiin esimerkiksi vuosittain tehdä yhteenveto asiakasperheiden sijoittumisesta erilaista tuen tarvetta kuvaaviin luokkiin. Tämä antaisi tietoa perheiden hyvinvoinnin muutoksista ja ohjaisi seuraavan vuoden strategista suunnittelua. Tutkimuksista löytyy muun muassa seuraavia malleja.

Valtakunnalliseen lapsiperheiden satunnaisotokseen perustuvassa tutkimuksessa ehdotettiin perheiden ryhmittelyä neljään luokkaan perheiden voimavarojen mukaan (Pelkonen 1994). Voimavaroiltaan riittäville perheille neuvola toimii varmistuspaikkana ja tarjoaa 'normaalin ohjelman'. Perheet, joiden voimavarat ovat melko riittävät, tarvitsevat säännöllistä seurantaa ja terveydenhoitajan valmiutta olla heidän käytettävissään. Voimavaroissa selviä puutteita

omaavat perheet tarvitsevat tehostettua toimintamallia ja voimavaroiltaan vähäinen ryhmä tarvitsee tehostettua moniammatillista yhteistyötä.

Arnkilin ja työtovereiden (1999) mukaan perheet voi ryhmitellä työntekijän tunteman huolen mukaan neljään luokkaan. Näitä ovat perheet, joista ei ole lainkaan huolta, perheet, joista on pientä huolta, perheet, jotka aiheuttavat huolta ja epävarmuutta ja perheet, joista on todella suuri huoli. Huolen vyöhykkeistön lähtökohtana on paljolti ollut sosiaalityön ammattilaisten mieltämä huoli.

MLL:n Lapsiperhe-projektissa projektilta apua etsivät perheet ryhmiteltiin neljään niin kutsuttuun perheprofiiliin. *Lisävoimavaroja etsivissä perheissä* perherakenteen muutos aiheutti epävarmuutta, mutta muuta muutoksen tarvetta tai ongelmia ei ollut. Erityisryhmiä olivat perheet, joissa vanhemmat olivat hyvin nuoria, iäkkäitä tai pitkään lapsettomuudesta kärsineitä. *Muutosta hakevissa perheissä* oli jokin suhteellisen rajattu asia, johon muutosta haettiin. Tällaisia olivat lapsen koliikki, yövalvominen, rajojen asettaminen lapselle tai parisuhteen orastavat ongelmat. *Arkeaan uudelleen rakentavissa perheissä ongelmat*, esimerkiksi perheenjäsenen ahdistuneisuus, masentuneisuus tai vanhempien uupumus, olivat jatkuneet pitkään. *Tukiverkon avulla etenevissä perheissä* ongelmat olivat jo kärjistyneet ja perheet olivat erilaisten sosiaali- ja terveystalvelujen piirissä, tai heidän elämässään oli lyhyen ajan sisällä tapahtunut merkittäviä perheen elämää vaikeuttaneita muutoksia. Kaksi ensimmäistä ryhmää hyötyivät pienryhmistä, kaksi viimeistä tarvitsivat sen sijaan intensiivistä tukea. (Häggman-Laitila ym. 2000.)

Tässä oppaassa lapsen terveystalvelukseen ehdotetaan kirjattavaksi, onko lapsella tai perheellä sellaista psyykkisen, sosiaalisen, kasvatuksellisen tai kehityksellisen lisätuen tarvetta, joka

A) hoituu itsestään perheen tiedostaessa tilanteen.

B) hoituu lastenneuvolan tavanomaisella lisäpanostuksella, esim. 1-2 ylimääräisellä koti- tai vastaanottokäynnillä terveydenhoitajan, perhetyöntekijän, lääkärin, psykologin, fysioterapeutin tai puheterapeutin luona.

C) vaatii suurempaa interventiota kuin 1-2 ylimääräistä käyntiä. Tällaisia ovat esimerkiksi perheen siirtyminen perhetyöntekijän asiakkaaksi, useamman erityistyöntekijän kuntoutukselliset selvittelyt, joihin on kytkettävä mukaan lastensuojelu tai muu neuvolan ulkopuolinen taho.

D) vaatii perheen ohjaamista asianmukaisesti erikoissairaanhoidon palveluihin.

Luokittelu voidaan tehdä, kun tuen tarve todetaan. Seurantakäynnillä kirjataan, ovatko suunnitelmat toteutuneet. Neuvolakohtaisesti yhteenvedot tehdään vuosittain seurannan ja suunnittelun avuksi. Tämäntyyppinen luokittelu vaatii vielä jatkotyöstämistä, mutta ajattelutapa voi olla hyödyllinen käytännön työssä.

SUOSITUS: Neuvolatyön tehostamiseksi kiinnitetään huomiota koko asiakaskuntaan, perheiden elämäntilanteeseen ja tuen tarpeisiin sekä kehitetään menetelmiä asiakaskunnan ja siinä tapahtuvien muutosten kuvaamiseksi.

9.1.6 Yksilöllisten palvelujen suunnittelu lapsille ja perheille

Ollakseen tuloksellista ja vaikuttavaa on neuvolatoiminnan oltava tavoitteellista, suunnitelmallista ja oikein kohdennettua. Etenkin silloin, kun perhe on tarvitsee erityistä tukea, suositellaan, että yhteistyössä perheen kanssa laaditaan lapsi- ja perhekohtainen suunnitelma. Suunnitelmassa asetetaan tavoitteet ja sovitaan käytettävistä menetelmistä sekä

tarvittavista palveluista ja toiminnan arviointitavoista. Vanhemmat ovat ensisijaisia tavoitteiden asettajia, mutta on muistettava, että keskeisintä on lapsen eikä vanhempien hyvinvoinnin turvaaminen. Suunnitelmaan sisältyy myös tuen tarpeen priorisointi yhdessä perheen kanssa.

Lapsiperhe-projektissa on kehitetty perhepalvelusuunnitelma tuen tarpeen määrittelyyn, tavoitteiden asettamiseen ja keinojen suunnitteluun. Lomaketta on käytetty myös perhetyön vaikuttavuuden arviointiin. (Häggman-Laitila ym. 2000).

Neuvolan tuen kohdentamista suositellaan nykyistä voimakkaammin tiettyihin lapsen kehitysvaiheisiin ja perheen elämäntilanteisiin perheen tuen tarpeen mukaan. Lapsen kehityksen ja vanhemmuuden kannalta kriittisiä vaiheita ovat vauvan ensimmäiset kuusi kuukautta sekä lapsen tahtomisikä lapsen ollessa 1.5-3 vuotta eli lapsen kolme ensimmäistä ikävuotta. Kohdennettua tukea voivat tarvita myös vanhemmat, joiden lapset ovat tavallista vaikeahoitoisempia, sekä muut erityistukea tarvitsevat vanhemmat (ks. luku 10). Tiheät tapaamiset tietyssä vaiheessa tai elämäntilanteessa voivat tuoda ratkaisevan helpotuksen perheen elämään ja ehkäistä tilanteen pahenemista tai jopa kriisiytymistä ja auttaa näin perheitä selviämään eteenpäin.

SUOSITUS: Neuvolassa annettavaa tukea kohdennetaan lapsen kolmeen ensimmäiseen ikävuoteen sekä erityistukea tarvitseviin perheisiin.

9.1.7 Voimavaralähtöiset työmenetelmät perheiden tietojen ja taitojen tukemisessa

Neuvolan eräänä keskeisenä terveyttä edistävänä tehtävänä on vahvistaa perheiden omia voimavaroja siten, että he pystyvät toimimaan mahdollisimman itsenäisesti lasten kehityksen ja koko perheen terveyden hyväksi. Toiminnan yleisperiaatteena suositellaan voimavaralähtöisyyttä pikemmin kuin ongelmakeskeisyyttä. Voimavaralähtöisyys ei tarkoita silmien sulkemista elämää kuormittavilta pulmatilanteilta. Siinä otetaan lähtökohdaksi perheen vahvuudet, niiden tunnistaminen ja kehittäminen sekä uusien vahvuuksien synnyttäminen. Perhettä autetaan kehittämään omia voimavarojaan ja vähentämään kuormittavia tekijöitä. Voimavaralähtöisen työskentelyn edellytyksenä on hyvä yhteistyösuhde (luku 7.1.2). Sen avulla on mahdollista lisätä vanhempien tietoisuutta sekä heidän tarvitsemiaan tietoja ja taitoja. Voimavaralähtöisiä menetelmiä voidaan jäsentää monella tavalla. Niitä voivat olla merkityksellisen tiedon tarjoaminen, vanhempien tukeminen taitojen kartuttamisessa sekä vanhemman itsetunnon ja henkilökohtaisen hallinnantunteen lujittaminen. Tärkeitä menetelmiä ovat myös perheen auttaminen valinnanmahdollisuuksien tunnistamisessa ja perheen sosiaalisen verkoston vahvistamisessa. Käytännössä menetelmät eivät ole kovin tarkkarajaisia. Seuraavassa käsitellään tietojen antamista, taitojen opettamista sekä emotionaalisen tuen tarjoamista lähinnä yksilötasolla. Lapsiperheiden terveyden edistämiseksi on tarkoituksenmukaista toteuttaa monipuolisia työmenetelmiä ja toimintamalleja ja räätälöidä niitä perheiden yksilöllisen tuen tarpeen mukaan.

Neuvolan tehtävä perheen neuvojana ja ohjaajana

Neuvolan eräänä tärkeänä tehtävänä on vanhempien odotusten mukaisesti mahdollistaa vanhemmille ajantasaisen tiedon saaminen lapsen suotuisan kehityksen ja koko perheen terveyden edistämiseksi eli terveysneuvonta. Neuvolan nimi viittaa neuvojen antamiseen, mitä on kuitenkin syytä tarkastella kriittisesti ja monipuolisesti. Neuvonnan tavoitteena on muun muassa tukea vanhempien itseluottamusta sekä perheelle soveltuvien ja sen terveyttä edistävien valintojen tekemistä.

Perheiden tarpeista lähtevän yksilöllisen ohjauksen kehittäminen on eräs neuvolan haasteista. Ohjausta ja neuvontaa on tarpeen kehittää muun muassa silloin, jos vanhemmat kokevat ohjauksen rutiininomaiseksi tai moralisoivaksi tai jos työntekijä kokee itse toimivansa vanhojen kaavojen mukaan. Yksilöllinen ohjaus edellyttää muun muassa vanhempien aikaisemman tietoperustan riittävää tunnistamista ja yksilöllisten keinojen suunnittelemista. Läheskään aina ei terveydenhoitajan kannata antaa ensimmäisenä neuvoja ja ohjeita kuuntelematta vanhempaa. Asiakaslähtöisyyden periaatteiden mukaista on kuunnella perheitä ja rohkaista heitä löytämään ratkaisuja itse.

Neuvolan työntekijän ammattitaidon varassa on päätellä, minkälaista tietoa, milloin ja missä muodossa hän kullekin perheelle antaa. Ohjauksessa käsitellään väistämättä perheen valintoja sekä elin- ja elämäntapoja. Vaikka perheellä on luonnollisesti oikeus omiin valintoihinsa, neuvolan henkilöstön tehtävänä on kuitenkin tarjota erilaisia vaihtoehtoja ja keskustella valintojen seurauksista lapsen ja koko perheen terveydelle ja hyvinvoinnille ja antaa tutkimuksiin perustuvaa ajankohtaista tietoa perheen oman päätöksenteon perustaksi. Perheen kiinnostuksesta ja taustasta riippuen ohjataan vanhempia lisätiedon lähteille.

Jotta tiedosta tulisi voimaa antava tekijä, sitä on annettava riittävän ajoissa, jotta vanhemmat voivat hahmottaa tiedon merkityksen omassa elämässään. Tapa, jolla tietoja annetaan, on tärkeä, sillä vääränlainen tai puutteellinen tieto saattaa pikemminkin lisätä pelkoja ja avuttomuutta kuin luoda turvallisuutta. Lapsen hyvinvointiin tähtäävät ohjeet ja suositukset ilman tarkempia perusteluja tai tietoa siitä, mitä tapahtuu jos ohjeita ei noudata, saattavat horjuttaa vanhempien luottamusta omiin kykyihinsä. (Sevon & Huttunen 2002.)

Lapsi omaksuu perheensä tavat ja tottumukset ja muovaa näin tahtomattaan omaa kehitystään ja tulevaa terveyttään. Esimerkiksi liikuntatottumukset luodaan varhain ja niiden merkitys tulevalle kehitykselle on osoitettu. Ravitsemuksen yhteydet suotuisaan kehitykseen ja toisaalta monille kansantaudeille altistumiseen ovat selvät. On esimerkiksi osoitettu, että äidin elämäntavalla on tilastollisesti merkitsevä yhteys lapsen käyttäytymispulmiin (Preski & Walker 1996). Määräaikaistarkastuksiin on liitetty lukuisia aiheita, joista tiedetään perheiden tarvitsevan tietoa sekä tukea. Niitä käsitellään myös luvussa 9.6. Sängen usein neuvolassa joudutaan keskustelemaan ristiriitaiseen tietoon suhtautumisesta.

Emotionaalinen tuen antaminen perheille

Tiedon lisäksi useimmat perheet odottavat emotionaalista tai sosioemotionaalista tukea elämäntilanteessaan. Tällainen tuki on luonteeltaan välittämistä, kunnioituksen osoittamista, kuuntelemista, ymmärtämistä ja vahvistamista. Sen avulla pyritään lujittamaan vanhemman itseluottamusta, selviytymistä ja omien valintojen ja ratkaisujen tekemistä sekä vastuunottoa. Tavoitteena on tukea vanhemmuutta, parisuhdetta ja koko perheen toimivuutta. Hyväksyvä ilmapiiri antaa vanhemmalle tilaisuuden ilmaista sanoin ja kohdata omia epävarmuuden tunteitaan tai muita kielteisiä ajatuksia herättäviä kokemuksiaan. Yhtälailta se antaa tilaa myönteisten tunteiden verbalisoinnille. Hyvään yhteistyösuhteeseen sisältyy runsaasti emotionaalista tukea antavia ominaispiirteitä (ks. luku 9.1.2). Kuulluksi tuleminen ja välittämisen kokemus on erityisen tärkeä sellaiselle vanhemmalle, jolla on vaikealta tuntuvassa elämäntilanteessa vähän muita tuen lähteitä neuvolan lisäksi.

Tulevaisuuden työmenetelmät

Tulevaisuuden neuvolatyössä tarvitaan uusia menetelmiä. Tällaisia ovat esimerkiksi videoavusteinen perheohjaus ja eläytymismenetelmä. Videoavusteisella perheohjauksella tarkoitetaan vanhempien ja lasten toimintaa tarkastelevaa, tiiviskestoista interventio-ohjelmaa, jossa perhe osallistuu aktiivisesti tietyn elämäntilanteen ongelman ratkaisemiseen ja tilanteen muuttamiseen. Siinä korostetaan vanhempien vahvuuksia ja vastuullisuutta.

Videoavusteisesta perheohjauksesta on saatu positiivisia tuloksia ja siitä on esitetty sovellusmahdollisuuksia myös neuvolatyöhön. Ohjauksen käyttö edellyttää erityiskoulutusta ja harjaantumista (Eirola & Pietilä 2001).

Eläytymismenetelmässä pyydetään aluksi asiakasta kuvittelemaan myönteinen tilanne, esimerkiksi muutos perheen elämässä. Sen jälkeen asiakasta pyydetään kertomaan, mikä on muuttunut perheen elämässä ja mitä on sitä ennen tapahtunut. Asiakas hahmottaa muutoksen suunnittelun omista lähtökohdistaan ja omin sanoin. (Eskola & Pietilä 2001). Lisäksi hän saattaa tunnistaa, minkälaisesta ulkopuolisesta tuesta voisi olla hänelle apua tämän muutoksen läpiviemisessä.

9.1.8 Neuvolatyön tulos

Neuvolatyön tuloksen jäsentäminen ja vaikuttavuuden arviointi on tämän päivän suuria haasteita. Asiakkaan voimavaraistumisen tulosta on jäsenetty muun muassa seuraavina muutoksina: muutokset itsessä (mm. lisääntynyt itseluottamus ja vahvistunut itsetunto), muutokset ihmissuhteissa (mm. parantuneet suhteet perheenjäseniin ja ystäviin, kehittyminen 'topakammaksi' (assertive) suhteessa terveydenhuollon työntekijään), ja muutokset toiminnassa (esim. itseään ja perhettään koskevien terveellisempien valintojen tekeminen) (Falk-Rafael 2001).

Lapsiperhe-projektissa on jäsenetty perhekohtaisen työn/varhaisen tuen vaikuttavuutta mm. seuraavin kriteerein: perheen arjessa jaksaminen, lasten kanssa selviytyminen, mielenrauhan säilyminen, vaikutukset omaan henkiseen kasvuun, elämänhalun lisääntyminen, lastenkasvatusvarmuus, vaikutukset parisuhteeseen, perheen vuorovaikutukseen, oman elämän suunnitteluun, päivärytmin selkiytyminen. Projektissa mitattiin myös perheen omien tavoitteiden saavuttamista projektin aikana ja perheen oman osuuden arviointia. – Kaiken kaikkiaan perhekohtaisen työn vaikutukset näkyivät perhe-elämän laadun kohentumisena vanhemmuudessa, lastenkasvatuksessa ja hoidossa, parisuhteessa, tukiverkoston ja myönteisten elämäntapojen vahvistumisessa sekä kielteisiltä elämäntapailta välttymisenä. (Häggman-Laitila ym. 2001).

Neuvolatyön vaikuttavuuden tutkimus on kiireellistä ja erityisen haasteellista. Aiheen tutkiminen liittyy tilastoinnin ja tietojärjestelmien kehittämistarpeisiin ja mm. hoitopolkujen dokumentointitarpeisiin.

9.2 Kotikäynnit

9.2.1 Kotikäyntien merkitys

Kotikäyntien merkityksestä on jonkin verran kotimaisia ja runsaasti ulkomaisia hoitotieteellisiä ja lääketieteellisiä tutkimuksia. Kotikäyntejä on tutkittu osana äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa sekä näistä erillisenä tuen muotona. Esimerkiksi Aronen ym. (1995) ovat tutkineet kotikäynteihin perustuvaa perhetukea yhtenä mielenterveyden häiriöiden primaariehkäisyä muotona. Kotikäynteihin perustuvan perheneuvonnan myönteiset vaikutukset voivat olla hyvinkin pitkäkestoisia ja havaittavissa jopa kymmenen vuotta sen jälkeen, kun interventio on loppunut (Aronen ym. 1995).

Viime vuosina on saatu tietoa myös kotikäyntiohjelmien vaikuttavuudesta. Ne voivat parantaa äitien ja lasten psykososiaalista tilannetta ja terveyttä, esimerkiksi edistää imetystä, tunnistaa ja hoitaa masennusta sekä lievittää lapsen hankalaa käyttäytymistä (Elkan ym. 2000). Lisäksi on todettu niiden hyöty esimerkiksi tapaturmien ehkäisyssä, äitien tiedon

saannissa, äidin ja lapsen vuorovaikutuksen kehittämisessä, lapsen hoidossa, sekä lapsen kaltoinkohtelun ehkäisyssä (Byrd 1997, Hodnett & Roberts 2000, Kendrick ym. 2000, Drummond ym. 2002). Tuloksellinen kotikäynti edellyttää empaattista, luottamuksellista ja kunnioittavaa suhdetta ja voimavaraistavien strategioiden käyttöä. Lasten kaltoinkohteluriskin vähentämisessä auttaa, jos riskiperheet tunnistetaan varhain, tukipalvelut aloitetaan mieluummin jo raskauden aikana ja tehdään useita käyntejä tietyn periodin, esimerkiksi kuuden kuukauden aikana (Cox 1998).

Iso-Britanniassa on kokeiltu neuvolatyön toteuttamista pienryhminä perheiden kodeissa. Myös Tanskassa tehdään paljon kotikäyntejä.

Kotikäyntejä tutkineen Hynysen (1999) mukaan terveydenhoitajat tekivät ohjelman mukaisia kotikäyntejä sekä nk. haastavia kotikäyntejä. Haastava kotikäynti tehtiin, jos lapsen etu oli vaarassa, lapsella oli pitkäaikaissairaus tai jos perheen lapsi oli kuollut. Haastavassa kotikäynnissä asiakkaana oli yleensä koko perhe. Tällainen kotikäynti edellyttää terveydenhoitajalta rohkeutta, riittävää asiantuntemusta, hyvää itsetuntemusta sekä kykyä syvälliseen vuorovaikutukseen. Haastavan kotikäynnin voi tehdä esimerkiksi yhdessä perhe- tai sosiaalityöntekijän kanssa.

9.2.2 Lastenneuvolan kotikäynti ennen lapsen syntymää

Ensimmäinen lastenneuvolan terveydenhoitajan tekemä kotikäynti suositellaan tehtäväksi odotusajan lopulla ainakin kaikkien esikoistaan odottavien vanhempien kotiin ja mielellään jokaisen lapsen syntymän jälkeen. Kotikäynti kannattaa tehdä sen jälkeen, kun perhevalmennuksessa on puhuttu parisuhteen muuttumisesta ja mahdollisista vaikeuksista, mieluiten vasta äitiysloman alettua. Käynti pyritään järjestämään niin, että myös tuleva isä on paikalla.

Vanhempien kannalta käynti viestii välittämistä ja paneutumista. Jos lapsen terveydenhoitaja on eri kuin raskautta seurannut, vanhemmat saavat nyt ensimmäisen tilaisuuden tutustua tähän henkilönä. Kotikäynti on hyvin intiimi tapahtuma ja avaa luottamuksellisen suhteen. Työntekijän kannalta kotikäynnin tarkoituksena on tutustua perheeseen sen arkipäivän ympäristössä. Käynnin jälkeen työntekijä pystyy paremmin tekemään yhteistyötä tavalla, joka ”istuu” perheen elämäntapaan. Käynnin tarkoituksena on myös keskustella muuttuvan perhetilanteen herättämistä odotuksista ja peloista kummankin vanhemman kannalta. Jos perheessä on vanhempia lapsia, heidänkin ajatuksensa ja odotuksensa kannattaa huomioida. Kolmas kotikäynnin tarkoitus on tapaturmien ennakointi ja ehkäisy.

Kotikäynnillä ennakoidaan vauvan tuloa, esimerkiksi haetaan erilaisia imetyspaikkoja ja pohditaan vanhempien nukkumisjärjestelyjä, jos lapsi itkee ja valvottaa kovasti. Kotikäynnillä on myös hyvä tilaisuus keskustella perheen sosiaalisista suhteista esimerkiksi sukulaisista tai muista tuttavista perheen voimavarana.

Kotikäynnillä suositellaan käytettäväksi Vavu-projektissa käytettyä raskaudenaikaista vuorovaikutusta tukevaa haastattelulomaketta (ks. liite 6). Vaihtoehtoisesti voidaan käyttää muita lomakkeita tai vapaamuotoista keskustelua, kunhan aihealueet tulevat katettua: Naisen ja miehen tuntemukset nykyraskauden kulusta, ennakoidut muutokset vauvan synnyttyä perhe-elämässä, selviytyminen tulevien muutoksia kanssa, mahdollisuus synnytyksen jälkeiseen masennukseen, odotukset lapsesta, synnytyksestä ja lapsen hoidosta, seksuaalinen kanssakäyminen ja parin keskinäinen läheisyys lapsen synnyttyä. Kannattaa myös ennakoida äitiyslomaa, rytmin löytämistä elämälle kotona ja kahdenkeskisen ajan järjestämisen tarvetta.

Vanhempien oman lapsuuden ja sen kokemusten käsittely voi sopia myös tapaamisiin ennen synnytystä. Jos vanhemmalla on vaikeita kokemuksia tai muistoja tai hän ei kykene muistamaan mitään omasta lapsuudestaan, keskustelut psykologin, perhetyöntekijän tai mahdollisuuksien mukaan perheterapeutin kanssa voivat olla tarpeen.

Mikäli äiti joutuu raskaana ollessaan pitkäksi aikaa vuodeosastohoitoon, on ”kotikäynti” mahdollista tehdä myös sinne. Olennaisinta on vanhempien tapaaminen ja tulevia elämänmuutoksia luotaava keskustelu. Varsinainen kotikäynti voidaan sopia tehtäväksi sitten, kun lapsi on syntynyt.

Myös uudelleen vanhemmaksi tulevat parit voivat tarvita tukea elämäntilanteeseensa. Jos uutta kotikäyntiä ei katsota tarpeelliseksi, voidaan tapauskohtaisesti harkita molempien vanhempien ja terveydenhoitajan tapaamista neuvolassa. Vaikka perheellä onkin kokemusta vanhemmasta lapsesta, edellä kerrotut asiat kannattaa käydä uudelleen läpi asiakkaan toiveiden mukaan.

SUOSITUS: Perheeseen tutustumiseksi ja erityistukea tarvitsevien perheiden tunnistamiseksi lastenneuvolan terveydenhoitaja tekee kotikäynnin jokaiseen vastuulleen tulevaan perheeseen vauvan odotusaikana.

9.2.3 Kotikäynti vastasyntyneen lapsen perheeseen

Toinen kotikäynti suositellaan tehtäväksi sitten, kun äiti on lapsen kanssa kotiutunut sairaalasta. Syntymän jälkeinen kotikäynti on erityisen tarpeellinen perheisiin, joihin ei ole tehty odotusaikaista kotikäyntiä (esim. toiset ja kolmannet lapset) etenkin perheissä, joissa useita pieniä lapsia. Käynnistä voidaan luopua harkinnan mukaan, etenkin jos kotikäynti on tehty jo aiemmin. Kotikäynti suositellaan tehtäväksi pääsääntöisesti sellaisena aikana, että isäkin on kotona.

Joillakin paikkakunnilla on tapana, että kotikäynnin vastasyntyneen perheeseen tekee yksinomaan äitiysneuvolan terveydenhoitaja. Kun näin menetellään, on hyvin tärkeää, että äitiysneuvolan terveydenhoitaja raportoi käynnistään henkilökohtaisesti lastenneuvolatyöryhmälle. Lastenneuvolatyön kannalta on olennaista, että perheestä vastuussa oleva lastenneuvolan terveydenhoitaja käy myös jossain vaiheessa kotona.

Lapsen syntymän jälkeisen käynnin pääsisältönä ovat äidin, isän ja vastasyntyneen lapsen voinnin havainnointi ja vauvan hoidon ohjaus. Kuten kaikilla ensimmäisillä neuvolakäynneilläkin, kaikkein tärkein asia on varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen. Mikäli odotusaikana ei ole tehty kotikäyntiä, voi kotia huomioida myös tapaturmien ehkäisyn näkökulmasta.

Kotikäynnillä kannattaa palata niihin puheenaiheisiin, jotka olivat esillä ensimmäisellä, odottavan perheen kotiin tehdyllä käynnillä. Jäikö jokin asia mietityttämään? Äidillä voi olla tarve puhua synnytyksen kulusta ja siitä, miten synnytys vastasi odotuksia ja jäikö jokin painamaan mieltä. Synnytyskokemuksista voi olla tarpeen keskustella kummankin vanhemman kanssa

Äidin kunto ja jälkivuodon määrä selvitetään. Mahdolliset episiotomia- tai keisarinleikkaushaavat ja repeämät tarkastetaan. Imetystekniikan ystävällinen ja rohkaiseva ohjaus käy yleensä luontevasti. Tarvittaessa tutkitaan rinnanpää ja neuvotaan esimerkiksi rintamaidon lypsämisessä.

Lapsessa olennaista ovat yleisvointi, paino, eritteiden laatu ja määrä ja mahdollinen keltaisuus. Lisäksi tarkastetaan napa. Myös synnytys sairaalasta mahdollisesti tulleet viestit

huomioidaan. Punnitsemiseen suositellaan tarkkaa digitaalivaakaa, mutta muukin vaaka käy, jolla voidaan todeta lapsen painon kehityksen suunta ja suuruusluokka. Terveen ja hyvin ravitun lapsen paino on ylittänyt syntymäpainon kahden viikon ikään mennessä, ja keskimääräinen painonlisäys on 20-30 g päivässä.

Äiti saattaa tarvita tukea ja apua imetykseen. Tulevia pulmia voi ennakoida harkiten, vaikka juuri käynnin aikainen tilanne näyttäisi valoisalta ja hyvältä. Jos lapsen tai äidin voinnissa tulee esiin pulmia, kannattaa herkästi ottaa yhteyttä synnytyssairaalaan.

Vanhemmat saattavat tarvita kannustusta ja rohkaisua päästäkseen hyvään vuorovaikutukseen lapsen kanssa. Vanhempien mielialan havainnointi on tärkeää. Apuna voidaan käyttää esimerkiksi Vavu-projektin Lapsen syntymää seuraava vuorovaikutusta tukevaa haastattelulomaketta (liite 7). Parisuhde elää nyt erityistä vaihetta. Ovatko tähänastiset kokemukset vastanneet ennakoituja, miten vanhemmat nyt kokevat tilanteensa ja tulevaisuutensa? Missä suhteessa isän mielestä äiti on erityisen hyvin onnistunut perheen uudessa tilanteessa, missä äidin mielestä isä? Synnytyksen jälkeisestä seksistä on tarpeen puhua, ja vanhempia kannattaa muistuttaa siitä, että ehkäisy on jälleen tarpeellista.

Vanhempien sisarusten vointi ja suhtautuminen vauvaan on syytä ottaa esille ja ottaa heidät mukaan vauvan hoidosta keskusteltaessa.

Suositus: Varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseksi tehdään jokaiseen vastasyntyneen lapsen perheeseen kotikäynti.

Suosittelavaa kirjallisuutta

Vehviläinen-Julkunen K, Varjoranta P & Karjalainen K. Asiakkaiden ja terveydenhoitajien arviointeja äitiys- ja lastenneuvoloiden kotikäynneistä. *Hoitotiede* 6 (1), 22-30.

9.2.4 Muut kotikäynnit

Luvuissa 9.2.2 ja 9.2.3 on kuvattu kotikäynnit lasta odottavan ja vastasyntyneen lapsen perheeseen. Lisäksi luvussa 10 luetellaan lukuisia esimerkkejä perheistä, joihin voi olla tarpeellista tehdä muitakin kotikäyntejä. Tällaisia ryhmiä ovat esim. keskosten perheet, paikkakunnalle muuttaneiden perheet, päihde- tai mielenterveysongelmista kärsivien vanhempien perheet jne. On mahdollista harkita myös esim. kolmivuotiaiden määrääaikaistarkastuksen tekemistä kotikäyntinä (ks. luku 9.3.12).

Neuvolatyö tulee suunnitella joustavaksi niin, että kotikäynteihin on mahdollisuus vastasyntyneisyyskauden jälkeenkin. Jokaisen äskettäin paikkakunnalle muuttaneen perheen kotiin suositellaan tehtäväksi kotikäynti. Samalla voidaan tunnistaa perheen vertaistuen tarve ja kertoa paikkakunnan lapsiperheille tarkoitetuista palveluista. Palveluista voitaisiin kertoa myös kunnan uusille asukkailleen lähettämässä kirjeessä.

SUOSITUS: Neuvolassa lisätään kotikäyntejä tunnistetun tarpeen perusteella. Kotikäyntien sisältöä ja käynnin kirjaamista kehitetään aktiivisesti. Kehitetään keinoja kotikäyntien seurantaan ja arviointia varten, alkuun esimerkiksi vertaisarviointia käyttäen.

Kirjallisuutta

Yrjänäinen H. 2002. Riskioloissa elävä perhe lastenneuvolan terveydenhoitajan asiakkaana. Lisensiaatin tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen laitos.

9.3 Lapsen määrääkaiss seuranta

9.3.1 Määrääkaiss seurannan yleisperiaatteita

Lapsen määrääkaistarkastukset liittyvät lastenneuvolan perustehtävään: Lapsen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kasvun ja kehityksen seurantaan ja tukemiseen sekä mahdollisten poikkeamien mahdollisimman aikaiseen toteamiseen. Määrääkaistarkastusten yhteydessä on luontevaa huomioida koko perhe. Monesti vanhempien ohjauksen ja tuen tarve on senlaatuista, etteivät vanhemmat itse osaa tai jaksa hakea siihen apua. Perheiden ongelmat ovat monimuotoistuneet ja monimutkaistuneet. Niinpä tarkastukset painottuvat yhä enemmän vuorovaikutukselle ja keskustelulle. Tämä edellyttää riittävää työvoimaresurssia, jotta työntekijällä on tarpeeksi aikaa tämän suosituksen mukaiseen perheen kokonaisvaltaiseen tukemiseen.

Suositukset perustuvat Suomen Lastenlääkäriyhdistykseltä, Suomen Lastenneurologiselta yhdistykseltä, Suomen Lastenpsykiatriyhdistykseltä, Suomen Silmälääkäriyhdistykseltä, Suomen Otolaryngologiyhdistykseltä, Stakesista, hammaslääketieteen edustajilta Hammaslääkäriseura Apolloniasta ja Oulun yliopistosta, Niilo Mäki Instituutilta, Suomen Psykologiliitolta, Kansanterveyslaitoksen rokoteosastolta ja Ravitsemusasiantuntijaryhmältä saatuihin kannanottoihin, vuosille 2003-2004 suunniteltuun rokotusohjelmaan sekä kommentteja antaneiden asiantuntijoiden lausuntoihin.

Suuri osa määrääkaistarkastusten hyödyistä menetetään, jos työntekijä vaihtuu useasti. Neuvolassa tulee olla mahdollisuus lapsen ja hänen perheensä pitkäaikaiseen seurantaan. Lapsen kehityksen edistyminen on usein tärkeämpää kuin se, mitä hän kulloisessakin poikkileikkaustilanteessa osaa.

Terveydenhoitajan ja perheen väliset kontaktit kattavat määrääkaistarkastuksista suurimman osan jatkuen esimerkiksi yhdistetyssä työssä raskausajasta aina kouluikään saakka. Tässä suosituksessa ehdotetaan tiettyä perusrunkoa määrääkaistarkastuksia varten ja ohjeistusta seulontatutkimuksille (liite 8). Tavoitteena on, että tarkastukset tehdään riittävän yhteneväisesti koko maassa ja taataan näin niiden riittävä laatutaso. Minimissään terveydenhoitaja tapaa lapsen ja tämän perheen 10 kertaa ennen yhden vuoden ikää, ja koko neuvolauran aikana yhteensä noin 16 kertaa (näistä neljä kertaa yhteistyössä lääkärin kanssa ja kerran odotusaikana).

Lääkäri tutkii kaikki lapset 6-8 viikon, 8 kuukauden ja 18 kuukauden iässä sekä lisäksi vähintään kerran leikki-iässä viiden vuoden iässä, yhteensä vähintään neljä kertaa (liite 8). Neuvolan lääkäriresursoinnista päätettäessä on neuvoteltava kaikkien asianosaisten kanssa. Jos päätetään, että lääkäri tutkii 4 kuukauden ja 3 vuoden ikäisistä ainoastaan ne, jotka terveydenhoitaja ohjaa jatkotarkastukseen, on huolehdittava siitä, että aikaa löytyy näihin ”tarveharkintaisiin” tutkimuksiin. Neljän lääkärintarkastuksen ”riisutussa” mallissa on vaarana, ettei lääkärille kerry riittävää tuntemusta eri-ikäisistä terveistä lapsista. On tärkeää mitoitaa lääkärintarkastus riittävän pitkäksi, jotta myös lääkäri ehtii huomioida sekä lapsen että vanhemmat ja keskustella myös psykososiaalisista huolista.

Terveydenhoitaja rokottaa lapsen voimassaolevan rokotusohjelman mukaisesti. Pienten lasten rokotukset kannattaa ajoittaa lääkärintarkastuksen yhteydessä lääkärin käynnin jälkeen.

Neuvolassa tutkitaan tämänhetkisen käytännön mukaan poikien sukuelimet. Myös tyttöjen genitaalien tutkimisesta suositellaan tehtäväksi rutiinitutkimukseen liittyvä luonteva käytäntö. Tutkiminen kuuluu ensisijaisesti lääkärille. Koska lääkärin tekemien määrääkaistarkastusten väli voi olla useita vuosia, kannattaa työnjaosta tarvittaessa sopia lääkärin ja terveydenhoitajan kesken. (ks myös luku 10.20 Monikulttuurinen perhe, ja liite 5 Lastenneuvola koskeva lainsäädäntö).

Suosittelavaa olisi, että perheet voisivat käyttää neuvolassa omaa äidinkieltään, tarvittaessa tulkin välityksellä. Kotimaisten kielten osalta tämä on asiakkaiden oikeus.

Osan määrääikaistarkastuksista voi osittain korvata ryhmäneuvolalla (ks. luku 8.2.3). Liitetaulukon (liite 12) aikavaraukset ovat suuntaa-antavia: Todellisuudessa tarvittava aika vaihtelee lapsen ja perheen tilanteesta riippuen. Ohjeelliset keskimääräiset ajat on tarkoitettu ensisijaisesti perheen ensimmäisen lapsen tarkastuksiin. Toisen tai seuraavan lapsen tarkastukseen ehdotetaan osin lyhyempiä aikoja (ks. Liite 12). Jotta perhe osaisi varata tarvitsemansa pituisen ajan, voi olla tarkoituksenmukaista, että terveydenhoitaja ehdottaa varattavan ajan pituuden edellisellä tapaamiskerralla.

Määrääikaistarkastukset merkitsevät tiettyä minimimäärää tapaamisia. Perheillä tulee lisäksi olla mahdollisuus varata joustavasti lisäaikoja yksilöllisten tarpeidensa ja elämäntilanteensa mukaan. Samoin työntekijällä tulee olla mahdollisuus tavata lasta ja perhettä joustavasti oman huolensa perusteella.

Suosittelaa, että puolitoistavuotiaat ja sitä vanhemmat lapset kutsutaan kirjeellä määrääikaistarkastuksiin. Samalla perheelle voitaisiin lähettää lomake, jonka vanhemmat täyttävät ennen määrääikaistarkastusta. Lomakkeeseen kannattaa sisällyttää myös tietoa vanhemmille siitä, mitkä ovat lapsen sen hetkiseen kehitysvaiheeseen liittyvät tyypillisimmät piirteet ja minkälainen seuraava lapsen kehitysvaihe on ennakoitavissa. Tämä tieto auttaa vanhempia tukemaan lapsensa iänmukaista tervettä kehitystä oman lapsensa parhaana asiantuntijana. Päivähoidossa olevia lapsia varten kannattaa lomakkeisiin varata kohta päivähoidon huomioita varten. Lomakkeeseen kannattaa sisällyttää kysymyksiä paitsi lapsesta, myös perheen tilanteesta, parisuhdehuolista, väkivallasta ja päihteiden käytöstä.

Havainnot, keskustelut ja suunnitelmat kirjataan mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti. Kirjaamisen merkitys korostuu silloin, kun vastaanottotilanteessa on tullut esille jotain erityistä joko lapseen tai perheeseen liittyen. Esiin tulleet huolet otetaan esille tilanteen mukaan joko neuvolalääkärin kanssa tai neuvolatyöryhmän kokouksessa. Etenkin pienten imeväisten terveysongelmat pitää ohjata pikaisesti lääkärin tarkempiin tutkimuksiin ja hoitoon.

Kun määrääikaistarkastuksissa tulee vanhempien kertomuksessa tai lapsen taidoissa esille jotakin huolestuttavaa tai poikkeavaa, voidaan sopia uusi tapaamisaika. Jos kyseessä on vanhempien huoli, on harkittava, järjestetäänkö tapaaminen ilman lasta. Työntekijä voi vanhemman luvalla keskustella asiasta neuvolatyöryhmässä. Jos lapsi ei selviydy seulontatehtävistä, kyse voi olla myös uhmasta, väsymyksestä tai muusta tilapäisestä tekijästä. Jos tätä epäillään, voi olla syytä kontrolloida tilanne uusintakäynnillä. Jos lapsi on päivähoidossa, sinne kannattaa olla yhteydessä. Lupamenettelyt riippuvat paikallisista sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelyistä. (ks. liite 4).

Terveydenhoitajan ja lääkärin välisestä keskinäisestä työnjaosta kannattaa sopia yksityiskohtaisesti molempien kokemus ja asiantuntemus yhdistäen ja hyödyntäen.

Ks. myös luku 9.4. Sairauksien ja vammaisuuden seulonnat.

SUOSITUS: Määrääikaistarkastuskäytännöt käydään paikallisesti erikseen läpi, sovitaan omista käytännöistä ja terveydenhoitajan ja lääkärin välisestä työnjaosta ja ajankäytöstä.

9.3.2 Lapsen ensiviikot ja terveysseuranta

Terveydenhoitajan ja neuvolan merkitys korostuu lapsen ensiviikkojen aikana, jolloin perhe tarvitsee runsaasti tietoa, tukea ja varmuutta, varsinkin ensimmäisen lapsen syntyessä.

Ensiviikot saattavat olla paitsi onnentäyteistä myös hämmentävää aikaa vanhemmille. Se on molemminpuolisen tutustumisen sekä hoidon opettelun aikaa. Tässä vaiheessa vanhempien täytyy sopeuttaa omaa elämäänsä paljon lapsen tarpeiden ja rytmin mukaan. Vanhemmilla saattaa olla epävarmuutta lapsen hoidon, ruokinnan, imetyksen, nukuttamisen, pukemisen ja muiden arkipäivän asioiden kanssa.

Ensimmäisillä koti- tai neuvolakäynneillä keskeisintä lapsessa ovat hänen yleisvointinsa ja painon nousu. Myös vanhempien synnytyskokemus, imetyksen onnistuminen, vanhemman ja lapsen välinen vuorovaikutus, vanhempien keskinäiset välit sekä jaksaminen ja mahdolliset huolet ovat tärkeitä. Monet vauvaperheiden vanhemmat ovat tässä elämänvaiheessa hyvin motivoituneita parantamaan omia elämäntapojaan. Alkoholit, unilääkkeet tai tupakka eivät sovi pikkulapsen hoitajalle.

Painon nousua ja esim. imetyksen onnistumista voi olla tarpeen seurata ensiviikkoina hyvinkin tiheästi. Koska käyntejä on tiheästi, se antaa mahdollisuuden keskustella eri aihealueista tilanteen ja vanhempien esille tuoman tarpeen tai terveydenhoitajan huomioiden mukaan. Samanikäisten vauvojen ryhmäneuvolakäynnit voivat olla hyvä ratkaisu keskustelunaiheiden läpikäymiseen (ks. luku 8.2.3 Ryhmäneuvolat).

Keskusteltavia aihealueita ja terveysneuvonta ensiviikkojen ja -kuukausien aikana:

- vanhempien esiin tuomat ilonaiheet ja huolet
- vanhempien havainnot lapsesta
- varhainen vuorovaikutus ja sen merkitys
- imetykset; D-vitamiinitippojen tarpeellisuus
- kodin olosuhteet: uusi elämäntilanne, parisuhde, äidin ja isän jaksaminen, keskinäinen tuki
- perheelle eri tahoilta tulevat ohjeet ja neuvot, niiden suodattaminen omaan elämäntapaan sopivaksi ja rohkaisu luottamaan vanhempien talonpoikaisjärkeen
- vanhempien omat arvot ja asenteet vanhemmuuden perustana; ”arjen sietäminen”
- isyys ja äitiys; perhe- ja työelämän yhteensovittaminen
- äidin mieliala, mahdolliset yksinäisyyden tunteet ja äidin oma aika
- perheen sosiaalinen verkosto, perhepiiri, isovanhemmat, ystävät
- vertaisryhmään osallistuminen tai tarve päästä sellaiseen
- perheen päivärytmin muotoutuminen
- vanhempien terveydenhoito: liikunta, tupakointi, alkoholi
- äidin ja isän harrastukset ja niiden sovittaminen uuteen elämäntilanteeseen
- vanhempien omat ruokailutavat ja yhteiset ruokailuhetket
- päihteiden käyttö ja perheväkivalta
- lapsen kanssa puhuminen, liikkuminen, leikkiminen, sylissä pitäminen
- seurustelu kun lapsi on virkeä, katsekontakti
- tyyntely kun lapsi on väsynyt ja itkuinen, itkuun reagointi
- lapsen fyysisen läheisyyden tarve
- juttelu, lorut, laulut, herkkyys lapsen aloitteille ja niistä jatkaminen
- vanhempainlomajärjestelyt, lapsen hoito vanhempainloman jälkeen

Vauvan tutkimus ensiviikkojen aikana: ks 9.2.3. Kotikäynti vastasyntyneen perheeseen ja 9.3.3. Kuuden- kahdeksan viikon ikäisen lapsen määräraikaistarkastus.

9.3.3 Kuuden-kaheksan viikon ikäisen lapsen määrääikaistarkastus

Lääkäri tekee (6-) 8 viikon ikäisen terveystarkastuksen. Tarkastus on tärkeä, koska nykyvauvat kotiutuvat synnytyssairaalasta hyvin nopeasti. Neuvolalääkärin tarkastus täydentää tärkeällä tavalla synnytyssairaalassa tavallisesti yhden kerran tehtyä tarkastusta. On syytä myös muistaa, että kyseessä on neuvolalääkärin ja perheen ensikohtaaminen. Positiivinen ensikohtaaminen luo pohjaa perheen ja lääkärin väliselle yhteistyösuhteelle myös jatkossa.

Terveen kahdeksan viikon ikäisen lapsen kehitysvaihe. Lapsi reagoi vielä hyvin kokonaisvaltaisesti. Hän voi vielä itkeä ilman selkeästi havaittavaa syytä, mutta lasta hoitava vanhempi erottaa nälkäitkun muista itkuista. Lapsi viihtyy sylissä hyvin. Hän kykenee kohdistamaan katseensa hetkeksi silmiin, seuraamaan katseellaan vähintään 90 astetta ja ylittämään keskilinjan. Lapsi osaa jo vastata hymyyn. Imeminen onnistuu vaikeuksitta. Hän on alkanut äänellä lyhyitä vokaalisarjoja. Tiu'un kilinään lapsi reagoi pysähtyen kuuntelemaan, mutta tämä testi onnistuu vain, kun lapsi on virkeä ja rauhallinen. Moro-reaktio tulee usein esiin symmetrisenä, mutta saattaa olla jo sammunutkin. Terve lapsi pystyy vetämään päänsä pystyasentoon 45 asteen kulmasta, ja hallitsemaan päätään hetken tuetusti istuessaan. Vatsallaan maataessa hän kykenee nostamaan nenänsä alustasta. Alaraajojen liikkeet ovat vuoroittaisia. Selällään maataessa hän nostaa ajoittain kyynärvarret alustasta, availee nyrkkejään ja käyttää käsiään symmetrisesti.

Keskustelunaiheita ja terveysneuvonta: ks. 9.3.2 sivu X Lapsen ensiviikot ja terveysseuranta

Terveystarkastajan kannattaa antaa äidin täytettäväksi masennusta seulova lomake (ks. liite 8a). Paikallisesti sovitun käytännön mukaisesti lomake käydään läpi yhdessä äidin ja joko terveystarkastaja tai lääkärin kanssa (ks. myös luku 10.11. Synnyttäneen äidin herkistyminen ja masennus).

Lääkärin tekemään lapsen terveystarkastukseen kuuluu lapsen kasvun ja kehityksen arvioinnin lisäksi vanhempien mahdolliset huolenaiheet. Vanhempaa kannattaa pyytää kuvailemaan lastaan.

(6-) 8 viikon ikäiseltä tutkitaan:

- yleisvaikutelma, jäntevyys
- pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- vuorovaikutus ja kontakti vanhemman kanssa, katsekontakti
- oraalimotoriikka ja vokaaliääntely (tarvittaessa anamnestisesti)
- kuuloreaktio tiu'ulle tai torvelle (imemisen loppuminen, silmien räpäytys tms.)
- katsefiksaatio, katseella seuraaminen
- pupillit, koko ja reagointi valoon ja punaheijaste
- pään saumat, iho, sydänäänet, vatsa, reisivaltimopulssit, vulva tai kivekset ja lonkat
- nyrkkien availu
- asymmetrinen tooninen niskaheijaste, Moro-reaktio, spontaani asento ja liikehdintä, askellus, liikkeiden symmetrisyys
- traktiokoe: terve ja virkeä lapsi pystyy nostamaan päänsä ylös, kun vartalo on n. 45 asteen kulmassa alustaan nähden
- pään hallinta hetken tuetussa istuma-asennossa

Tavallisesti eniten aikaa vievä osa on keskustelu vanhemman elämäntilanteesta ja voimavaroista. Äidin masennus tai lievempänä herkistyminen, ”baby blues”, ovat varsin tavallisia. Vanhempia kannattaa rohkaista kertomaan tuntemuksistaan, jotta sitten voitaisiin yhdessä pohtia, mitä olisi tarpeen tehdä (ks. luku 10.11 Synnyttäneen äidin herkistyminen ja masennus).

Jos arvioinnin perusteella jää epävarma tunne siitä, olisiko lapsen kehityksessä kuitenkin poikkeavaa, on viisasta tehdä uusi arviointi lyhyen ajan kuluttua (tässä iässä kahden viikon kuluessa) (Mustonen 1999). Tavallisimpia poikkeavuuksia ovat ongelmat pään hallinnassa ja lihastonuksessa ja nyrkkien avautumattomuus. Jos kuuloreaktiota ei saada näkyvästi esiin, on tutkitaan tai kysytään vanhempien käsitystä lapsen reagoinnista äänille. Lisäksi on aiheellista seurata aktiivisesti puheen ja kielen kehitystä, vaikka kuulo myöhemmin todettaisiinkin normaaliksi. Riskiryhmään kuuluvat erityisesti lapset, joiden lähisuvussa on lukihäiriöitä, oppimisvaikeuksia tai keskittymisvaikeuksia. Jos jää epäily kuulovammasta tai jos vanhemmat epäilevät kuulovammaa, tutkitaan lapsi viikon tai kahden kuluttua uudelleen ja lähetetään tarvittaessa jatkotutkimuksiin. Lääkäri ja terveydenhoitaja sopivat keskenään uuden arvioinnin/kontrollin työnjaosta tilanteen mukaan.

Vuorovaikutus- ja kontaktiongelmat voivat olla merkki vanhemman masennuksesta, psykoottisuudesta tai kiintymyssuhteen syntymättä jäämisestä, jota voidaan selvittää eteenpäin neuvolassa. Vauvan vuorovaikutustaidoissa ilmeneviin puutteisiin voivat olla syynä masennus, kehityshäiriö, vaikea-asteinen erityisvaikeus, kuulon ja näön häiriöt, jotka tulee tutkia. Tilanteen vakavuuden mukaan perhe voidaan ohjata lastenlääkärille, psykologille, perheneuvolaan tai aikuis- tai lastenpsykiatristen palvelujen piiriin. Erikoissairaanhoidon palvelut ovat tarpeen, jos äidin toimintakyky on selvästi heikentynyt, äidillä on psykoottistasoisia ajatushäiriöitä (esim. ”vauva haluaa olla minulle ilkeä”) tai kun äiti itse kokee niitä tarvitsevansa. On tärkeää selvittää myös isän käsitys tilanteesta. Muun hoidon lisäksi tulee huolehtia, että äiti saa kotiapua riittävästi.

Lapsi lähetetään jatkotutkimuksiin esimerkiksi, jos

- lapsen yleisvoinnissa on poikkeavuutta (päivystyslähete). Väsyminen syödessä, poikkeava kalpeus ja hikisyys sekä suuri hengitystaajuus (yli 40/min) ja huono painon nousu saattavat imeväisellä olla sydänvian oireita (Tikanoja 2002)
- sydämestä kuuluu sivuääni
- silmissä havaitaan rakenteellista poikkeavuutta tai ilmeistä karsastusta tai syntyy epäily kaihistä
- syntyy epäily lonkkaluksaatiosta
- lapsi on selvästi keltainen

9.3.4 Kolmen kuukauden ikäisen lapsen määräaikaistarkastus

Terveydenhoitajan suorittama lapsen määräaikaistarkastus tehdään kolmen kuukauden iässä ja soveltaen edellisen käynnin mukaan. Terveydenhoitaja kontrolloi tällöin lääkäri-neuvolassa mahdollisesti esille tulleet uudelleen arvioitavat seikat, mikäli ne eivät ole aiheuttaneet lääkärin uusintatarkastusta. Tämä ikä on sopiva myös mahd. ryhmäneuvolalle.

Terveen kolmen kuukauden ikäisen lapsen kehitysvaihe. Lapsi osaa jo kohdistaa katseensa, hymyillä valikoivasti hoitajalleen (sosiaalinen hymy) ja äänellä vastavuoroisesti. Hän käyttää käsiään aktiivisesti tarttumiseen, joskaan ei siinä välttämättä vielä onnistu. Käsi on enimmäkseen avoin. Varhaisheijasteet (Moro, askellus, tarttuminen, asymmetrinen tooninen niskaheijaste) ovat vähitellen häviämässä.

Keskusteluaiheita ja terveysneuvonta: ks.9.3.2 Lapsen ensiviikot ja terveysseuranta. Lisäksi otetaan esiin:

- vanhempien havainnot, ilon aiheet ja mahdolliset huolet
- rokotusten aloitus ja siihen liittyvä informaatio (vapaaehtoisuus, rokotuksiin ehkäistävät taudit, lapsen normaalit rokotusreaktiot, mahd. lääkehoito jne)
- kiinteän ruuan aloitus ja siihen liittyvät suositukset ks. luku 9.6.1.

Kolmen kuukauden ikäiseltä tutkitaan:

- yleisvaikutelma (esim. iho, hengitystaaajuus, asentojäntevyys)
- pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- iänmukainen kehitysarvio: Ks. kuvaus edellä. Varhaisheijasteet, kontaktiin tulo.

Tarkastuksessa tulisi saada esiin katsekontakti vauvan ja äidin välillä sekä "baby-talk". Mikäli vastavuoroisuutta ei saada esiin, pitää muistaa näkövammaisuuden mahdollisuus ja tutkia punaheijaste ja katseen kohdistaminen esim. shakkiruudukkoon. Ylimääräinen neuvolalääkärin tarkastus kannattaa järjestää herkästi. Kun näkövamma on poissuljettu, äidin mielenterveyteen liittyvät vuorovaikutuksen ongelmat pitää ottaa huomioon. Mikäli vauva ei ota katsekontaktia tutkijaan, ei vastaa tämän hymyyn, vaikuttaa apaattiselta ja hitaasti kehittyvältä, tulee harkita, onko syynä vauvan kokonaiskehityksen jälkeenympäristö tai masentuneisuus ja selvittää asia. Siihen tarvitaan mahdollisesti kotikäyntiä, erityistyöntekijöiden konsultaatiota tai yhteistyötä lastenpsykiatrisen hoitoyksikön kanssa (ks. edellä 8-viikkoistarkastus). Jos herää epäily, että lapsi ei jaksa hallita päätään edes virkeänä ollessaan tai että hartiajänteisyys on poikkeavan heikkoa, tarvitaan lisätutkimuksia. Usein fysioterapeutti pystyy arvioimaan tilannetta tarkemmin ja antamaan vanhemmille ohjeita vauvan käsittelystä kehityksen tukemiseksi.

9.3.5 Neljän kuukauden ikäisen lapsen määräraikaistarkastus

Neljän kuukauden iässä vauvan tarkastuksen tekee joko lääkäri tai terveydenhoitaja paikallisten sopimusten mukaisesti

Terveen neljän kuukauden ikäisen lapsen kehitysvaihe. Lapsi osaa jo fiksoida katseensa ja tarkkailla useita kymmeniä sekunteja ilmeitä. Selkeää karsastusta ei enää ole. Katseen symmetrinen konvergointi tarkoittaa, että lapsi näkee binokulaarisesti, kahden silmän avulla. Lapsi pystyy seuraamaan kasvokuvaa yli 90 astetta, ja kasvokuva kiinnostaa häntä merkityksettömästi geometrista kuvaa enemmän. Vauva hymyilee, kun hänelle jutellaan ja hymyillään. Hän osaa jokellella, hihkua ja nauraa ääneen, ja hän vastaa jutteluun äännelemällä ja jää mielellään kuuntelemaan omaa jokelteluaan. Lapsella ei enää juuri esiinny selittämättömyyttä itkua, ja hänet on helppo rauhoittaa syliin. Osa lapsista alkaa vierastaa tässä iässä. Enää ei esiinny spontaania säpsähtelyä tai ”morostelua”. Vatsamakuulla vauva osaa jo tukea kyynärvarsiinsa, ja hän pystyy myös varaamaan hetken alaraajoihinsa koko jalkaterällään. Hän kykenee tuomaan kätensä keskilinjaan ja tapailemaan esinettä.

Lapsen terveystarkastukseen kuuluu kasvun ja kehityksen arvioinnin lisäksi vanhempien mahdollisten huolten kartoitus. Vanhempaa kannattaa pyytää kuvailemaan lastaan.

Keskustelunaiheita ja terveysneuvonta: ks.9.3.2 sivu X Lapsen ensiviikot ja terveysseuranta.

Neljän kuukauden ikäiseltä lapselta tutkitaan (*merkityt kohdat vain, jos tarkastuksen tekee lääkäri)

- pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- hymyvaste, vastavuoroinen jokeltelu
- katsefiksaatio, karsastus, katseella seuraaminen
- konvergenssi, valoheijaste (=Hirschbergin koe)*
- kuuloreaktio (hiljeneminen tiu-ulle)
- spontaani liikehdintä, lihastonus: huomaa erityisesti asymmetriat, nilkkojen ojennustaipumus
- mahdolliset sarjamaiset nykäykset heräämisen jälkeen (anamnestisesti, infantiiispasmin mahdollisuus)
- yläraajojen käyttö: kädet lepoasennossa auki ja selinmakuulla yhteen, kädet suuhun, ojentaa kädet kohti esinettä ja tavoittelee esinettä puoliavoimella kädellä
- iho, sydänäänät*, vatsa*, reisivaltimopulssit*, kivekset*
- traktiokoe: vauva hallitsee päänsä vartalon tasossa; pään ja ylävartalon hyvä hallinta tuetussa istuma-asennossa
- vatsamakuulla tukeutuminen kyynärvarsiin
- alaraajojen symmetria ja lonkkien stabiilius*
- alaraajoihin varaaminen hetkittäin, ei pysyvää varvastusta

Jos arvioinnin perusteella jää epävarma tunne siitä, olisiko lapsen kehityksessä kuitenkin poikkeavaa, on viisasta miettiä, olisiko mahdollista saada lisäselvitystä tai tukea lapsen kehitykselle. Joka tapauksessa tulisi tehdä uusi arvointi lyhyen ajan kuluttua (tässä iässä kuukauden kuluessa) (Mustonen 1999). Esimerkiksi epäily lievästi lisääntyneestä tonuksesta, hypotoniasta tai puolierosta on aihe lähettää lapsi fysioterapeutin arvioon. Tällöin vanhemmat saavat myös ohjantaa lapsen liikunnallisen kehityksen tukemiseksi. Lapselle tulee varata myös aika uuteen lääkärintarkastukseen 5 kk:n iässä (Kunnamo 2001a). Ellei lapsi seuraa katseella, kysellään äidin havaintoja katsekontaktista. Seuraamisen puuttuminen tutkittaessa ja anamnestisesti on merkki jatkotutkimuksia edellyttävästä poikkeavuudesta.

Jokeltelun puuttuminen voi liittyä puheen tuottoon tai kuuloon liittyvään häiriöön, kehityshäiriöön tai varhaisen vuorovaikutuksen riittämättömyyteen. Lapsen kuuloon tulee kiinnittää erityistä huomiota, jos jokeltelu on niukkaa, jos vanhemmat epäilevät kuulon poikkeavuutta tai jos suku- ja raskausanamneesi (keskosuus, asfyksia, infektiot) antaa viitteitä kuulovammariskeistä.

Ihottuma saattaa viitata maitoallergiaan, etenkin, jos perheessä on atopiataustaa ja jos lapsi on saanut äidinmaidon korvikkeita. Todella herkät voivat reagoida myös äidinmaidon välityksellä saatuun lehmänmaitoon tai muihin ruoka-aineisiin. Myös vaihtelevat suolisto-oireet voivat johtua allergiasta (ks. luku 10.5 Allergiat ja astma). Allergiaepäilyn selvittely kuuluu aina lääkärille.

Epäily infantiiispasmeista on kiireellisen lähetteen aihe. Toispuoleista kivesretentiota ja kyyneltietukoksen epäilyä voidaan vielä jäädä seuraamaan. Lonkkaluksaatioepäily, sydämen sivuääni, karsastus ja muut silmälöydökset sekä epäily kuulon alenemasta edellyttävät jatkoselvittelyä.

9.3.6 Viiden kuukauden ikäisen lapsen määräraikaistarkastus

Yksilökäynti terveydenhoitajan luona /ryhmäneuvola.

Terveen viiden kuukauden ikäisen lapsen kehitysvaihe. Keskimääräinen vauva oppii näihin aikoihin kääntymään vatsalta selälleen ja päinvastoin. Vatsamakuulla hän kohottaa päätä ja ylävartaloa kyynärpäiden varassa. Varhaisheijasteet ovat esiintyessään poikkeavia.

Lapsi tarttuu yleensä jo innokkaasti esineisiin. Esineiden tutkiminen tapahtuu suun avulla. Osa lapsista on löytänyt jo varpaansakin ja vienyt ne suuhun. Kommunikaatio on kehittynyt eteenpäin: Lapsi osaa ”keskustella” hoitajansa kanssa yhä monipuolisemmin, ja hän reagoi eri tavoin eri sävyisiin ääniin. Moni lapsi osaa kuunnella ja tuottaa ääntelyin eri sävyjä.

Keskusteluaiheita ja terveysneuvonta: ks 9.3.2 sivu X. Lapsen ensiviikot ja terveysseuranta. Edellisten lisäksi tässä iässä ajankohtaisia (ryhmäneuvola-)aiheita:

- vanhempien havainnot, ilon aiheet ja mahdolliset huolet
- ruokavalion muutokset (ks. 9.6.1 Ravitsemus ja ravitsemusohjaus)
- nukahtaminen, yöheräilyt, yösyötöt, vanhempien toiminnan vaikutus lapsen nukkumiseen
- lapsen pitäminen lattialla (liikunnan/ syvätuntoaistien kehitys)
- perheen sosiaalinen tilanne ja läheissuhteet
- perheväkivalta

Viiden kuukauden ikäiseltä tutkitaan:

- yleisvaikutelma
- pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- iänmukainen kehitysarvio: Ks. kuvaus edellä. Lihastonus, kääntyminen, vatsallaan viihtyminen, vuorovaikutus ja kontakti vanhemman kanssa, jokeltelu.
-

9.3.7 Kuuden kuukauden ikäisen lapsen määräaikaistarkastus

Jos alle puolivuotiaan seurantakäynnit on hoidettu ryhmäneuvolassa 1.5 kk ja 4 kk tarkastuksia lukuun ottamatta, viimeistään 6 kk iässä on aiheellista järjestää perheen yksilöllinen terveydenhoitajan tapaaminen. Tapaamisen tarkoituksena on kasvun ja kehityksen arviointi, terveysneuvonta sekä voimavarojen ja mahdollisten huolien tunnistaminen.

Terveen kuuden kuukauden ikäisen lapsen kehitysvaihe. Lapsi osaa yleensä jo kääntyä selältä vatsalle ja vatsalta selälle. Istumaan vedettäessä pää tulee vartalon edellä ja istutettaessa lapsella on hyvä selän tasapaino. Pystyasennossa lapsi varaa osittain painoan molemmille jaloille. Vatsamakuulla lapsi nojaa suorille käsilleen. Kuuden kuukauden ikäinen osaa usein (ei aina) jo tarttua hallitusti esineeseen yhdellä kädellä, siirtää esinettä kädestä toiseen ja viedä esineen suuhun. Lapsi on usein jo oppinut erottamaan tutut vieraista ja osoittaa myös eron. Tavallisesti lapsi vielä tässä iässä hyväksyy kuitenkin kiinteän katsomisen jälkeen vieraat kasvot, jos tämä lähestyy lasta hitaasti. Temperamenttisilla lapsilla kiukkukouristukset tulevat esiin turhautumis- ja kiputilanteissa. On paikallaan todeta vanhemman tapa lohdutella lasta. Lapsen jokeltelu on tässä iässä vilkasta, ja hän kykenee ”keskustelemaan” pitkiä litanioita hoitajansa kanssa. Lapsi pystyy karsastamatta seuraamaan katseellaan liikkuvaa esinettä, esimerkiksi noin 1 cm läpimittaista punaista palloa. Kuuloärsykkeeseen reagointi voi olla vähäistä, jos lapsen mielenkiinto on samanaikaisesti keskittynyt muihin asioihin, mutta vanhemmat pystyvät yleensä kertomaan, että lapsi voi herätä päiväuniltaan melko vähäsiinkin rasahduksiin. Melun synnyttäminen tuottaa kuulevalle puolivuotiaalle mielihyvää.

Keskusteluaiheita ja terveysneuvonta ks.9.3.2 sivu X Lapsen ensiviikot ja terveysseuranta. Lisäksi tässä iässä otetaan esiin:

- lapsen hoitojärjestelyt tai –suunnitelmat
- perheen ruokailutavat, säännöllinen ruokailurytmi, yhteisten aterioitten tarve ja terveellinen ruokavalio

- lapsen totuttaminen hampaiden harjaukseen
- hampaiden reikiintymistä aiheuttavien bakteerien tartunnan ehkäisy
- tapaturmien ehkäisy
- vuorovaikutus ja tunteiden ilmaisu
- lohduttelu
- vierastaminen

Kuuden kuukauden ikäiseltä tutkitaan:

- yleisvaikutelma ja pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- iänmukainen kehitysarvio: Ks. kuvaus edellä. Liikkuminen, alaraajoihin varaaminen, suojeluheijasteet (eteen ja sivulle tulossa). Jokeltelu ja muu kontaktiin tulo. Liikkuvan esineen seuraaminen katseella, kuuloärsykeisiin reagoiminen.

Vanhempien havaintoja ja mahdollisia huolia pitää kuunnella.

Jos lapsella on kielen kehityksen suhteen riskitekijöitä (esim. suvussa on aiemmin esiintynyt puheen ja kielen kehityksen häiriöitä tai spesifejä oppimisvaikeuksia), perhe voidaan ohjata tekemään kielenkehityksen seuranta Niilo Mäki Instituutin suomentaman ja standardoiman Varhaisen kommunikaation ja kielen kehityksen arviointimenetelmän mukaisesti (ks. luku 9.4.3. Neurologisten ongelmien seulonnat). Menettelystä on syytä sopia neuvolatyöryhmän puheterapeutin kanssa.

Kaikki kohtausepäilyt vaativat jatkotutkimuksia (ks. 9.5.3.). Muutoin pienet yksittäiset poikkeamat tai viiveet edellä kuvaillusta eivät välttämättä merkitse patologista tilannetta. Esille tulleista huolista kannattaa keskustella lääkärin kanssa tai ottaa lapsi lääkärin vastaanotolle tai ottaa asia esille neuvolatyöryhmän kokouksessa. Jatkosuunnitelma tehdään kokonaistilanteen perusteella.

9.3.8 Kahdeksan kuukauden ikäisen lapsen määräraikaistarkastus

Tässä iässä sekä terveydenhoitaja että lääkäri tapaavat lapsen ja tämän perheen. Työnjaosta ks. luku 9.3.1.

Terveen kahdeksan kuukauden ikäisen lapsen kehitysvaihe. Lapsi hakeutuu mielellään syliin ja hakee katsekontaktia. Hän tavallaan kommunikoi ja ilmaisee itseään myös syliin hakeutuessaan ja se on myös merkinä siitä, että lapsi luottaa aikuiseen ja vuorovaikutus on myönteistä. Lapsi tunnistaa läheisimmät hoitajansa ja erottaa heistä vieraista. Suun motoriikka on hyvin kehittynyt: lapsi pystyy syömään jo melko karkeaa ruokaa ja hän myös jäljittelee ääntelyä tai pörryyttämistä, napsuttelua tai vastaavaa. Lapsella on jo konsonanteja sisältäviä yhdistelmiä jokeltelussaan ja sanahahmoilta kuulostavaa monitavuisuutta. Lapsi erottaa jo varsin pieniä esineitä ja tarttuu niihin etusormijohtoisesti. Hän kykenee ottamaan esineitä samanaikaisesti molempiin käsiinsä, vaihtamaan esineen kädestä toiseen ja viemään esineen hallitusti suuhun. Uudet esineet kiinnostavat jo tutkittua esinettä enemmän. Lapsi matkii mielellään esimerkiksi taputtamista. Hän ilahtuu piiloleikistä. Seisomaan nostettuna hän varaa jalkoihinsa koko jalkaterällään (9 kk iässä lapsi osaa yleensä itse seisoa tuettuna). Lapsi osaa jo liikkua päämäärähakuisesti tavalla tai toisella (ryömien, kontaten, kierien, peppukiitäen ym.). Osa lapsista osaa jo istua ilman tukea (9 kk iässä lähes kaikki). Lapsi ei enää tarvitse yösyöttöjä.

Keskusteluaiheita ja terveysneuvonta ks.9.3.2 sivu X Lapsen ensiviikot ja terveysseuranta sekä 9.3.7 sivu X Kuuden kuukauden ikäisen lapsen määräraikaistarkastus

Lääkärin tekemään lapsen terveystarkastukseen kuuluu kasvun ja kehityksen arvioinnin lisäksi vanhempien mahdollisten huolenaiheiden selvittäminen. Vanhempaa kannattaa pyytää kuvailemaan lastaan.

Kahdeksan kuukauden ikäiseltä lapselta tutkitaan

- yleisvaikutelma
- pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- kyky vuorovaikutukselliseen kontaktiin: syliin hakeutumien, katsekontaktin ottaminen, vuorovaikutteinen ääntely
- kyky erottaa vieraat läheisimmistä hoitajista
- iän mukainen ruokailu: syö lusikasta, pureskelee, nielee (anamnestisesti)
- ääntelyn jäljittely ja jokeltelutaidot: osaa jokeltaa vastavuoroisesti ja monitavuisesti.
- tarttuminen yhdellä kädellä, vaihto kädestä toiseen ja suuhun vieminen
- tarttuminen kahteen esineeseen yhtä-aikaisesti,
- riisimuron, rusinan tms. tapailu symmetrisesti ja etusormijohtoisesti
- kiinnostuminen uudesta lelusta (kuvaa epäspesifisesti visuaalista havainto- ja prosessointikykyä)
- silmillä seuraaminen ja karsastus: liikutetaan esinettä ylös, alas ja sivuille
- Hirschbergin testi,
- paikannusvaste uikulle tai tiu'ulle (lapsi kääntää päätään äänen suuntaan)
- varaaminen koko jalkaterään.
- tukeutuminen suoriin käsivarsiin vatsamakuulla (tai kyky kontata). Lapsi pystyy tarttumaan leluun menettämättä tasapainoaan.
- suojelehuheijasteet eteen ja sivulle (taaksepäin voi vielä puuttua). Jos lapsi istuu tukevasti lattialla ilman tukea suoristaen selkensä ja päänsä, tämä riittää eikä muuta tutkimista tarvita.
- spontaani liikehdintä, lihastonus: huomaa erityisesti asymmetriat, nilkkojen ojennustaipumus
- iho, sydänäännet, vatsa, reisivaltimopulssit, vulva tai kivekset, tärykalvot (ks. luku 9.4.2. Näön ja kuulon seulonnat)

Jos arvioinnin perusteella jää epävarma tunne siitä olisiko lapsen kehityksessä kuitenkin poikkeavaa, on usein viisasta konsultoida terveyskeskuksen erityistyöntekijöitä (esim. fysioterapeuttia). Nämä osaavat usein antaa vanhemmille lapsen kehitystä tukevia ohjeita. Uusi arviointi kannattaa tehdä lyhyen ajan kuluttua (kuukauden kuluessa). Yksittäinen löydös on harvoin merkittävä. Jos lapsi ei hakeudu vanhemman läheisyyteen, taustalla saattaa olla poikkeava vuorovaikutus tai psykososiaalinen deprivatio. Tällaiset epäilyt ovat aihe psykiatriin tai neurologisiin lisäselvityksiin, etenkin jos oireita on useita eikä tilanne korjaannu. Mikäli erityistason tutkimuksiin pääsyä joudutaan odottamaan, kannattaa odottaessa järjestää terveydenhoitajan tai perhetyöntekijän kotikäynnit. Poikkeavan kielen kehityksen taustalta pitää sulkea pois kuulovammaisuus. (Mustonen 1999). Jos lapsi ei reagoi uikun (=pienoisaudiometrin) ääneen, kuuloa testataan tiu'ulla. Jos paikantamisvaste on epävarma, kontrolloidaan löydös viikon kuluttua. Jos löydös on edelleen poikkeava, lapsi lähetetään korvalääkärin jatkotutkimuksiin.

Tarkistelu ja vierastaminen eli pääasiallisten hoitajien selvä suosiminen kertovat psykososiaalisen kehityksen etenemisestä. Vauvan tulisi kyetä jakamaan toisen aikomus (ts. ymmärtää katsoa esinettä eikä sormeaa, kun vanhempi osoittaa sormella johonkin). Näiden taitojen puute voi johtua puutteellisesta vuorovaikutuksesta vanhempien ja lapsen välillä tai muusta lapsen kehityshäiriöstä, joita tulee selvittää. Ellei vauva ole lainkaan kiinnostunut ihmisistä, voi kyseessä olla autistinen häiriö ja lapsi tulee lähettää jatkotutkimuksiin.

Jos silmä vetistää jatkuvasti, lapsi lähetetään nyt tai viimeistään 10 kk iässä kyyneltiesondeeraukseen. Jos todetaan korkea skrotaalinen kives tai piilokiveksisyys, kontrolloidaan tilanne 10 kk:n iässä tai lähetetään lapsi heti jatkotutkimuksiin. Sydämen sivuääni edellyttää jatkoselvittelyjä (ks. luku 9.4.1). Karsastus ja muut silmälöydökset edellyttävät myös lähetettä.

Tämän käynnin jälkeen runko-ohjelman mukaiset tarkastukset harvenevat, mutta tarvittaessa on mahdollisuus ylimääräisiin käynteihin.

9.3.9 Yksivuotias lapsi neuvolassa

Terveen yksivuotiaan lapsen kehitysvaihe. Yksivuotias lapsi alkaa liikkua yhä enemmän itsenäisesti. Kävelemään opitaan keskimäärin 1-vuotissyntymäpäivän tienoilla, mikä tarkoittaa, että kaikki terveet ja normaalit lapset eivät vielä osaa tässä vaiheessa kävellä. Lapsi haluaa tehdä yhä enemmän asioita itse. Hän on toimielias ja samalla tapaturma-altis. Ensimmäisiä oman tahdon ilmauksia tulee pikku hiljaa esiin. Lapsi ymmärtää yksinkertaista puhetta ja hän matkii ja tapailee sanoja. Sosiaalinen vuorovaikutus, sylissä pitäminen, juttelu, lorut, laulut, leikit ja yhdessäolo ylipäättään ovat lapsen kehitykselle tärkeitä. Mieluisia leikkejä ovat esimerkiksi esineen ottaminen ja antaminen ja piiloleikki yhdessä aikuisen kanssa. Lapsi siirtyy syömään samaa ruokaa kuin muu perhe, joten perheen ruokailutottumuksilla on nyt suurta merkitystä. Osa lapsista on aloittanut tai aloittelemassa päivähoidon.

Vanhempien voimavarojen ja huolien tunnistamiseen kuuluvat

- vanhempien spontaanisti esiin tuomat ilonaiheet ja/tai huolet
- vanhempien arvot ja asenteet vanhemmuuden perustana
- vanhempien oma terveys, työtilanne, työnjako kotona, parisuhde ja jaksaminen
- vanhempien havainnot lapsesta
- jo todetut lapsen terveystilanteet
- lapsen ruokinta, erityisruokavaliot, D-vitamiinilisän muistaminen
- perheen yhteinen ruokailu, perheen päivärutiini
- lapsen mahdolliset univaikeudet
- lapsen kanssa seurustelu, tyyntytely, leikkiminen ja muu kommunikointi
- perheen sosiaalinen tilanne ja läheissuhteet
- vanhempien päihteiden käyttötottumukset ja väkivalta perheessä
- lapsen hoitojärjestelyt tai –suunnitelmat
- vanhempien työnjako

Terveysneuvontaan kuuluu keskustelu

- perheen ja lapsen ruokailutavoista, säännöllisestä ruokailurytmistä, yhteisten aterioitten tarpeesta ja terveellisestä ruokavaliosta;
- lapsen hampaiden harjauksesta ja hampaiden reikiintymistä aiheuttavien bakteerien tartunnan ehkäisystä
- tapaturmien ehkäisystä;
- kieltämisestä ja rajojen asettamisesta;
- vanhemman turvallisesta läsnäolosta lapselle
- lapsen kanssa leikkimisestä, leikeistä, juttelemisesta, lukemisesta, loruista ja lauluista
- lohduttelusta ja läheisyydestä.

Yksivuotiaalta lapselta tutkitaan:

- yleisvaikutelma
- pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- Suun terveys: Katsotaan lapsen ylähuulen alle. Mikäli hampaiden pinnalla näkyy plakkia, lapsi ohjataan suun terveydenhuoltoon.
- iänmukainen kehitysarvio: Ks. kuvaus edellä. Liikkuminen. Yksinkertaisten ohjeiden ja kieltojen ymmärtäminen, sanojen tapailu. Vuorovaikutuksellinen leikki (piiloleikki, vilkuttaminen). Käsien käyttö, esineiden heittäminen, pinsettiote.

9.3.10 Puolitoistavuotias lapsi neuvolassa

Puolitoistavuotiaan lapsen perheelle järjestetään sekä terveydenhoitajan että lääkärin tapaaminen, joihin kumpaankin varataan riittävästi aikaa. Terveydenhoitajan vastuulla on ensisijaisesti terveysneuvonta; ensisijaisesti lääkäri vastaa sairauksien seulonnasta ja ottaa kokonaisvastuun lapsen terveydentilan arvioinnista. Hän suunnittelee yhdessä terveydenhoitajan ja perheen kanssa lapsen terveysseurannan. Terveydenhoitajan henkilökohtaisen tapaamisen osittaisena vaihtoehtona on ryhmäneuvolakäynti, jossa on hyvä mahdollisuus toteuttaa neuvontaa keskustellen. Ryhmäneuvolassa perheet saavat myös vertaismielipiteitä kasvatuskysymyksistä. Tässä ikävaiheessa on tärkeää kertoa lapsen normaalista tahtomisikävaiheesta ja miten siihen kannattaa suhtautua.

Terveen puolitoistavuotiaan lapsen kehitysvaihe. Lapsi osaa jo kävellä. Hän kurkistelee, kurottelee, kiipeilee ja tutkii, heittelee ja rikkoo esineitä. Lapsi alkaa osoittaa omaa tahtoaan: hän haluaa syödä itse, pukea itse, viedä lautasensa itse jne. Vanhemmalla on nyt hyvin tärkeä rooli turvallisena ja johdonmukaisena rajojen asettajana. Jos lapsi jatkuvasti saa tahtomisellaan siirtää vanhemman asettamia rajoja ja sääntöjä, voi lapsen sisäinen turvallisuuden tunne jäädä kehittymättä. Elämän ei silti pidä olla pelkkää kieltämistä ja käskemistä; lapsen täytyy saada kokea olevansa rakastettu, arvostettu ja ihailtu omana itsenään. Tämänikäinen lapsi lähtee yleensä hyvin mukaan uuteen toimintaan, mikäli hän kokee olonsa turvallisiksi. Lapsi on jo oppinut sanan ja esineen yhteyden ja hänellä on yleensä ainakin muutamia merkityksellisiä sanoja, joita hän osaa käyttää oikeissa asiayhteyksissä. Potalla käymistä voidaan tässä iässä alkaa opetella, mistä huolimatta ei pidä odottaa, että lapsi vielä oppisi kuivaksi. Normaali lapsi sairastaa tässä iässä 5-10 jonkinasteista hengitys- tai suolistoinfektioita vuodessa.

Terveysneuvonnan keskeisimpiä aihealueita ovat vanhemmille usein yllätyksenä tuleva lapsen voimakas oman tahdon kehittymisen vaihe ja sen kohtaaminen, vaiheen hyväksyminen lapsen normaaliin kehittymiseen kuuluvaksi ja ikävaiheeseen suhtautuminen. Tämä on tärkeää sekä lapsen itse- ja tunnesäätelyn että lapsen pettymysten sietokyvyn kehittymisen kannalta. Vanhempien kasvatuslinjat voivat olla valtakulttuurista poikkeavia. Kaikki vanhemmat eivät välttämättä tietoisesti pohdi omia kasvatuslinjojaan ja tapojaan, ellei heitä siihen johdateta. Isän ja äidin käsitykset lapsen kasvatustavoista voivat olla varsin erisuuntaiset, ja tästä on voinut seurata jännitteitä. Terveydenhoitajan tärkeä tehtävä on varmistaa, että vanhempien kasvatuslinjat tulevat yhteisesti sovituksi, ja että vanhemmat tietävät ruumiillisen kurituksen olevan haitallista ja Suomen lain mukaan kriminalisoitua.

Vanhemmilla pitää lisäksi olla tilaisuus kertoa yksilöllisistä huolistaan koskien esimerkiksi parisuhdevaikeuksia, lapsen kehitystä tai sairastelua tai konkreettisia ruokailu-, käytös- tai unipulmia.

Lääkärin tekemään **terveystarkastukseen** kuuluu lapsen kasvun ja kehityksen arvioinnin lisäksi vanhempien mahdollisten huolenaiheiden tunnistaminen. Aikaa on oltava riittävästi,

jotta lapsi ehdittäisiin tutkia kunnolla ja sen ohella keskustella esimerkiksi lapsen kasvatusongelmista tai sairastelusta. Ks. Lisäksi 9.3.9 sivu X Yksivuotias lapsi neuvolassa.

1,5 –vuoden ikäiseltä lapselta tutkitaan

- yleisvaikutelma
- pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- kyky vuorovaikutukselliseen kontaktiin: syliin hakeutumien, katsekontaktin ottaminen
- puheen tuotto: yleensä lapsella on mielekkäästi käytettyjä sanoja
- puheen ymmärtäminen: lapsi osoittaa nimetyn esineen (kuvat) ja toimii lyhyiden kehotusten mukaan
- lusikan käyttö syömiseen ja ruoan pureskelu (anamnestisesti)
- lapsen ylätuhampaiden puhtaus (jos hampaat ovat plakin peittämät, lapsi lähetetään suun terveydenhuoltoon)
- hampaiden puhkeaminen (jollei yhtään hammasta ole näkyvissä, lapsi lähetetään suun terveydenhuoltoon)
- pinsettiote
- 2 palikan pinoaminen (ongelmat voivat liittyä lihastonukseen, silmien ja käden yhteistyön vaikeuksiin tai jäljittelytaitojen vajavuuksiin)
- esineiden mielekäs käsittely
- kiinnostuminen uudesta lelusta
- kyky vastavuoroiseen (pallo- tai –”ota-anna”-)leikkiin
- silmillä seuraaminen ja karsastus: liikutetaan esinettä ylös, alas ja sivuille
- Hirschbergin testi, peittokoe, punaheijaste
- paikannusvaste, kun lapsen nimi kuiskataan (lapsi kääntää päätään äänen suuntaan)
- kävelykyky ilman tukea
- seisomaan nouseminen ilman tukea, kun lapsi esim. nostaa palloa lattialta.
- spontaani liikehdintä, istuma-asento, lihastonus: huomaa erityisesti asymmetriat, näön käytön ongelmista johtuva tortikollis
- iho, sydänäänet, vatsa, reisivaltimopulssit, kivekset, vulva, tärykalvot (ks. luku 9.4.2. Näön ja kuulon seulonnat)

Ruoka-aineallergiat ovat tässä iässä väistymässä. Ruoka-aineallergisilta kannattaa varmistaa, että dieetti on asianmukaisessa seurannassa. On tavallista, että eliminaatiodieetit jäävät tarpeettoman pitkään ”päälle”. Tarvittaessa tehdään dieettien purkuohjelma.

Pojat oppivat keskimäärin puhumaan hieman myöhemmin kuin tytöt. Tästä syystä tässä iässä pojilla mielekkäiden sanojen tai sanojen yritysten puuttuminen ei ehkä ole niin huolestuttavaa kuin tytöillä. Mikäli lapsen kuulo, kontaktikyky ja puheen ymmärtäminen (esim. ”Vie pallo äidille”) ovat ikätasoisia, voidaan ensimmäisiä sanoja jäädä odottamaan ja tarkistaa tilanne kahden vuoden iässä. Jos lapsella on tässä iässä aktiivisessa käytössä vain muutama sana, on aiheellista tiedustella, onko suvussa luki- , oppimis- tai keskittymisvaikeuksia. Vanhempia pitää ohjata lapsen kanssa leikkimiseen, hänen kanssaan juttelemiseen ja jaettuun tarkkaavaisuuteen (esim. aikuinen lähtee mukaan keskustelemaan asiasta tai esineestä, johon lapsi osoittaa kiinnostusta). Puheen kehityksen ongelmat voivat olla ensioireita erityisestä kielen oppimisvaikeudesta (dysfasia), kuulovammaisuudesta, kehitysvammaisuudesta, autistimista tai muista kontaktiongelmistä, motorisista häiriöistä (dyspraksia, puheliikkeiden ohjailuvaikeus), deprivatiosta ja perheen sisäisistä vuorovaikutusongelmista sekä monikulttuuristen lasten monimutkaisista psykososiaalisista ongelmista. Suvussa esiintyvät

kielen omaksumisen ja tarkkaavaisuuden häiriöt sekä luki- ja oppimisvaikeudet ovat aihe kielen ja kommunikaation kehityksen tavallista tarkempaan seurantaan. Puheterapeutin apua kannattaa pyytää herkästi. Epäilyttävissä tapauksissa voidaan yhä käyttää Niilo Mäki Instituutin kehittämää Varhaisen kommunikaation ja kielen kehityksen arviointimenetelmää (ks. luku 9.4.3. Neurologisten ongelmien seulonnat).

Ongelmat mielekkäissä esineiden käsittelyssä voivat liittyä puheen kuulemiseen tai ymmärtämiseen, näkökyvyn silmän ja käden yhteistyöhön, älylliseen kehitysvammaisuuteen jne. On siis selvää, että jokaista löydöstä tulee arvioida kokonaisuuteen suhteuttaen.

Kivekset voivat retentoitua missä iässä tahansa ennen puberteettia, joten kivesten palpaatio kuuluu jokaiseen neuvolalääkärin tutkimukseen.

9.3.11 Kaksivuotias lapsi neuvolassa

Terveen kaksivuotiaan lapsen kehitysvaihe. Kaksivuotias kehittyä liikunnallisesti koko ajan. Hän osaa jo vähän juosta, opettelee kiipeämään portaita ja yleensäkin harjoittelee tasapainoilua. Kaksivuotias tahtoo saada ja tehdä mitä erilaisimpia asioita, mutta hänellä ei kuitenkaan ole käsitystä siitä, mitä hän voi saada ja mitä ei, joten tämän ikäinen on usein aikuisen mielestä hankala. Lapsi leikkii mielellään toisten lasten kanssa, mutta lapset eivät varsinaisesti vielä osaa leikkiä yhdessä, vaan leikkivät samaa leikkiä rinnakkain. Kaksivuotias puhuu jo kaksisainaisia lauseita, mutta hän saattaa sanoa sanoja väärin ja toistaa sanojen alkuosia. Lapsi kysyy ”mikä”-kysymyksiä. Puheeseen ei pidä puuttua korjailemalla lapsen ilmaisuja. Sen sijaan on hyvä jatkaa keskustelua ja antaa samalla lapsen sanoman väärän sanahahmon oikea malli. Lapsen kehitystä edistää, kun hänen kanssaan puhutaan ja luetaan paljon ja katsellaan kuvia lapsen kanssa. Nyt on siisteyskasvatuksen aika: Moni lapsi pääsee 2-3- ikävuoden välillä kokonaan eroon vaipoista, mutta toisaalta hyvin moni tarvitsee vielä ainakin yövaippoja. Kuivaksi oppiminen riippuu yksilöllisestä kypsymistahdistista, ja vanhemmalta tarvitaan herkkyyttä aistia lapsensa tilannetta. Tutin käytöstä olisi hyvä luopua viimeistään tässä iässä. Infektiotauteja sairastetaan yhä paljon.

Vanhempien voimavarojen ja huolien tunnistaminen ja Terveysneuvonta: ks.9.3.9 sivu X. Yksivuotias lapsi neuvolassa

Lisäksi **terveysneuvontaan** kuuluu keskustelu

- kaksivuotiaan kehitysvaiheesta: tahtoiästä, rajojen asettamisesta ja tavoista, millä hankalista tilanteista voidaan selvitä;
- perheen ja lapsen ruokailutavoista, yhteisten aterioiden tarpeesta, terveellisestä ruokavaliosta; jatkuvan napostelun välttämistä ja D-vitamiinilisästä muistuttaminen;
- lapsen hampaiden harjauksesta ja reikiintymistä aiheuttavien bakteerien tartunnan ehkäisystä
- lapsen ja perheen fluorihammastahnan ja ksylitolin käytöstä
- siisteyskasvatuksesta ja tutista luopumisesta;
- television katselun rajoittamisesta

Kaksivuotiaalta lapselta tutkitaan:

- yleisvaikutelma
- pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- iänmukainen kehitysarvio: Ks. kuvaus edellä. Käveleminen, kyykistyminen ja ylösnouseminen, pallon potkaisu. Puheen kehitys: yksinkertaisten ohjeiden noudattaminen ja kieltojen ymmärtäminen, tuttujen esineiden nimeäminen kuvasta. Muutaman palikan tornin rakentaminen.

Erityistä huomiota tulee kiinnittää lapsiin, jotka eivät vielä 1.5 -vuotiaana osanneet sanoa mielekkäitä sanoja tai joiden lähisukulaisilla on tai on ollut luki-, oppimis- tai keskittymisvaikeuksia. Ellei lapsi kaksivuotiaana puhu sanoja tai ellei hän ymmärrä yksinkertaisia verbaalisia ohjeita, tutkitaan ensin kuulo. Jos kuulo vaikuttaa normaalilta, lapsi kannattaa lähettää puheterapeutin arvioon. Jos kuulo ei ole normaali, kirjoitetaan lähete korvalääkärille.

Vanhemman ja lapsen vuorovaikutusta tulee havainnoita. Lapsen tulee olla aloitteellinen vuorovaikutuksessa, ja hänen tulee osata totella kieltoa ja lyhyitä, selkeitä ohjeita (itsesäätely). Lapsen tulee osata lohduttaa ja hakea lohdutusta vanhemmaltaan (lapsen ja vanhemman empatiakyky). Vanhemman tulisi kyetä antamaan lapselle selkeitä ohjeita ja rajat, ja huolehtia niiden toteutumisesta ilman väkivaltaa. Vanhemman tulee osata suhtautua myötätuntoisesti lapseen. Lapsella tulee olla säännöllisiä päivärutiineja (ajantaju ja itsesäätely).

9.3.12 Kolmevuotias lapsi neuvolassa

Lapsen täyttäessä kolme vuotta voidaan perheen tapaaminen järjestää joko terveydenhoitajan ja lääkärin kanssa tai yksinomaan terveydenhoitajan kanssa. Tarkastus voidaan tehdä myös kotikäynnillä tai osa käynnistä voidaan korvata ryhmäneuvolalla, jolloin yksilötapaamiseen tarvitaan vähemmän aikaa.

Perinteisesti tässä iässä on suositeltu myös lääkärin tarkastusta. Kaikkien lasten suuntaamaton 3-vuotislääkärin tarkastus voidaan jättää pois, jos paikkakunnalla on jostain karsittava niukkojen lääkäriresurssien vuoksi. Lääkärin neuvolatyö pitää kuitenkin mitoittaa niin, että terveydenhoitajan on mahdollista ohjata tarkastuksensa perusteella lapsi herkästi lääkärin vastaanotolle. Kehitysseulontojen laajuudesta voidaan päättää paikallisesti: Ks. 9.4.3. Neurologisten ongelmien seulonnat.

Joissakin neuvoloissa on käytössä neuvolan ja päiväkodin yhteinen Kolmevuotiaan lapsen kehityksen arviointilomake. Lomakkeeseen on päiväkodissa kirjattu tietyt huomiot lapsesta ja tieto kulkee vanhempien mukana neuvolaan. Neuvolatarkastuksen perusteella terveydenhoitaja tai lääkäri kirjaa siihen omat huomionsa päiväkodin tiedoksi mahdollisiin jatkotoimenpide-ehdotuksiin.

Terveen kolmevuotiaan lapsen kehitysvaihe. Lapsi osaa hyppiä tasajalkaa ainakin yhden hypyn verran. Hän osaa myös seisoa sekunnin yhdellä jalalla, esimerkiksi silloin kun hän potkaisee tai yrittää potkaista palloa. Hän pystyy heittämään palloa molemmilla käsillä niin, että pallo lähtee tarkoitettuun suuntaan. Hän osaa kävellä varpaillaan (jotkut jopa koko ajan. Se on normaalia, jos seistessä kantapää on maassa.) Pihtipolvet ovat pahimmillaan. Lapsi osaa sanoa useita sanoja selvästi ja ymmärrettävästi ja hän puhuu lyhyitä lauseita. Puhe voi olla takeltelevaa ja toistavaa. 3-vuotias kyselee paljon ”miksi, missä” -kysymyksiä. Yleensä tämänikäinen kykenee keskittymään n. 15 minuutin ajaksi, kun hän esimerkiksi leikkii yksin. Lapsi matkii usein aikuisten arkitoimintoja esim. syöttämällä nukkea. Hän pitää luetuista kertomuksista, kun hän voi itse seurata tarinaa kuvia katsomalla. Hänen tulisi reagoida musiikkiin tavalla tai toisella. Hän on omistushaluinen ja itsenäinen, utelias ja kokeilee leluja: tunnustelee, taputtaa, kaataa ja tyhjentää, puristelee ja täyttää. Yksinkertaisesta rakentelemisesta hän yleensä pitää, mutta piirtäminen on vielä töhertelyä. Tavallisesti 3-vuotias lapsi kykenee ajamaan kolmipyöräistä pyörää, ja leikit kiinnostavat sekä ulkona että sisällä. Kolmevuotias on jo oivaltanut, että hän pystyy omalla tahdolla vaikuttamaan ympäristöönsä. Lapsi myös hakee eroa itsensä ja muiden välille ja haluaa konkreettisesti kokea, että hänestä pidetään huolta. Käytännössä nämä piirteet tarkoittavat, että lapsi on usein varsin uhmakas ja vaativa. Monet vanhemmat ovat jo väsyneitä yhä jatkuviin

kiukkukohtauksiin. Kieltoja ja sääntöjä pitäisi jaksaa noudattaa johdonmukaisesti. Toisten lasten kanssa leikki sujuu vielä vaihtelevasti, vaikka lapsi nauttiikin toisista lapsista. Useimmat leikit käydään rinnan toisten lasten kanssa. Varsinaiseen yhteisleikkiin 3-vuotias ei vielä kykene. Kolmevuotias osaa riisua itse ja pystyy pukemaan helppoja vaatteita päälleen tai nukon päälle. Monet 3-vuotiaat tutkivat innokkaasti sukupuolielimiään ja leikkivät niillä. Lähes kaikilta kakkaaminen ja pissaaminen onnistuvat pottaan. (Vasta yli 4-vuotiaan katsotaan tuhrivan.) Noin puolet 3-vuotiaista lapsista on myös yökuivia. Tutista pitäisi olla päästy jo eroon.

Vanhempien voimavarojen ja huolien tunnistaminen ks 9.3.8 sivu X Yksivuotias lapsi neuvolassa. Lisäksi

- vanhempien käsitys lapsen puhetaidoista, keskittymiskyvystä, arkitoimintojen matkimisesta, kertomuksien kuuntelemisesta,(musiikkiin reagoimisesta)
- oman tahdon edelleen kehittyminen ja miten vanhemmat jaksavat sen kanssa
- lapsen omatoimisuus päivittäisissä asioissa
- päivävaipan tarve, tutin käyttö
- miten lapsi leikkii toisten lasten kanssa

Terveysneuvonta ks 9.3.9 sivu X Yksivuotias lapsi neuvolassa. Lisäksi otetaan esiin

- 3-vuotiaan kehitysvaihe: 3-vuotias on mallioppija. Perheen yhteinen puuhailu ja arkitoiminnoista oppiminen. Vanhempia kannattaa ohjata kiittämään ja kannustamaan lastaan, keskustelemaan lapsen kanssa, vastailemaan lapsen loputtoman tuntuisiin kysymyksiin ja lukemaan satuja lapselleen;
- D-vitamiinilisä (loka-maaliskuussa); lapsen ja perheen fluorihammastahnan ja ksylitolin käyttö
- television ja videoiden katselun rajoittaminen ja mahdolliseen tietokoneeseen suhtautuminen (ks. luku 9.6.6. Lapset ja tietotekniikka)

Kolmivuotiaalta lapselta tutkitaan:

- yleisvaikutelma
- pituuden painon ja päänympäryksen kehitys
- lapsen yläetuhampaiden puhtaus (jos hampaat ovat plakin peittämät, lapsi lähetetään suun terveydenhuoltoon)
- kasvojen symmetria (jos selkeää epäsymmetriaa, lapsi lähetetään suun terveydenhuoltoon)
- psykososiaalinen kehitys: Lapsen tulisi olla kiinnostunut muista lapsista, kyetä odottamaan hetken aikaa ja kestää vanhemman lyhyt poissaolo
- karkea motoriikka: kävely, varpailla kävely, yhdellä jalalla seisominen, hyppääminen ja pallon heittäminen (ks. kuvaus edellä). Kävelyn tulee olla suuntatietoista, rytmikästä, joustavaa, rentoa. Suuntatietoisuuden pitäisi säilyä siitä huolimatta että lapsi katselee ympärilleen.
- puheen ymmärtäminen: noudattaa yksinkertaisia ohjeita, näyttää raajat ja kasvojen osat
- puheen tuottaminen: vähintään 3 sanan lauseet, käyttää monikkomuotoja
- puheen ymmärtäminen ja hahmotus: ymmärtää suuren ja pienen eron kuvatehtävässä, pystyy luokittelemaan eri väriset palikat eri paikkoihin. Lapsen tulisi myös ymmärtää sukupuolten ero.
- kuullun hahmotus: erottaa samantyyppiset sanat, jotka tarkoittavat eri asiaa
- silmä-käsi yhteistyö: pystyy rakentamaan 7 palikan tornin, jäljentää ympyrän, pysty- ja vaakaviivan, pystyy kiertämään korkin auki
- näköhavainto: lähi- ja kaukonäöntarkkuus esim. LH-tauluilla (jos lapsi on ko-operatiivinen), karsastus silmämääräisesti, peittokokeella ja Hirschbergin kokeella. Stereonäkö tutkitaan esim. TNO-testillä.
- jos puheen ymmärtämisessä tai tuotossa on ongelmia, on varmistettava, että lapsen kuulo on normaali (ks. luku 9.4.2.). Audiometritutkimus saattaa onnistua, jos lapsi on ko-operatiivinen.

Mikäli vähintään kolmessa karkeamotoriikkaa tutkivassa osatehtävässä on poikkeavuutta, lapsi on lähetettävä lisätutkimuksiin fysioterapeutille tai lastenneurologian poliklinikalle paikallisen hoito-ohjelman mukaisesti. Kahdessa osatehtävässä epäonnistunut lapsi kannattaa tutkia uudelleen jonkin ajan kuluttua. Vastaavalla tavalla tehdään kokonaisarvio myös muista osa-alueista.

Näöntarkkuuden tutkiminen ei aina onnistu puuttuvan ko-operaation vuoksi. Ellei ole erityistä syytä epäillä heikkonäköisyyttä, tutkimusta voidaan lykätä näissä tilanteissa myöhemmäksi. Lisätutkimuksiin on aihetta, jos näöntarkkuus on 05 tai huonompi tai silmien välillä on 2 rivin ero tai stereonäön testi on poikkeava.

Lapsi lähetetään puheterapeutin arvioon, jos hänen puheensa on epäselvää tai niukkaa, jos lyhyiden ohjeiden ja/tai kysymysten ymmärtäminen tuottaa vaikeuksia, jos lapsi vastaa asian vierestä tai ei anna ymmärrettävää vastausta tai vaihtaa puheenaihetta tai ei kykene keskittymään kuuntelemiseen, ei esimerkiksi reagoi kysymykseen tai ohjeeseen.

Mikäli sekä terveydenhoitaja että lääkäri osallistuvat tarkastuksen tekemiseen, heidän keskinäisestä työnjaostaan pitää sopia niin, että se on tarkoituksenmukainen ja sujuva.

9.3.13 Nelivuotias lapsi neuvolassa

Terveydenhoitajan tapaaminen. Kehitysseulontojen laajuudesta voidaan päättää paikallisesti: Ks. 9.4.3. Neurologisen ongelmien seulonnat.

Terveen neljävuotiaan lapsen kehitysvaihe. Nelivuotias on usein touhukas. Hänen on vaikea pysytellä pitkään paikoillaan, mutta jos jokin puuha häntä todella kiinnostaa, hän pystyy keskittymään siihen hyvin puoleksi tunniksi. Yksittäisellä esineellä hän jaksaa leikkiä 5-10 minuuttia. Lapsi on oppinut hallitsemaan liikkeensä hyvin ja hän on itsevarma ja peloton leikeissään. Hän osaa hypätä yhdellä jalalla paikallaan 4-5 kertaa ja tehdä haara-perus-hyppyjä. Hän kykenee seisomaan yhdellä jalalla 5-6 s ja kävelemään viivaa pitkin. Myös hienomotoriikka on hyvin kehittynyttä: lapsi osaa käyttää saksia ja napittaa pukunsa. Kielellinen kehitys on edistynyt nopeasti. Hän pystyy tuottamaan kokonaisia, vähintään 3-4 sanan lauseita, ja puhe on helposti ymmärrettävää. R:n ja S:n korvautumista voi vielä tapahtua. Lapsi pystyy noudattamaan helposti kaksiosaisia ohjeita, laskea ainakin kolmeen, ja hän ymmärtää kysymyksiä. Hän osaa nimetä ainakin kolme neljästä pääväristä. Nelivuotiaalla on vilkas mielikuvitus, hän liioittelee, kerskailee ja kertoo epätodellisia tarinoita. Nelivuotias kykenee jo yhteisleikkiin kahden tai kolmen lapsen ryhmässä, mutta leikeissä ei vielä ole suunnitelmaa yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Lapsen mielenkiinto kohdistuukin enemmän kavereihin kuin itse toimintaan. Roolileikit ovat mieluisia. Monet lapset myös mielellään leikkivät sukupuolielimillään, näyttävät niitä toisilleen ja riisuvat toistensa housuja. Lapsi pystyy jo hyvin olemaan erossa vanhemmistaan jonkin aikaa. Useimmat lapset ovat kuivia ja siistejä, joskin yökastelu on varsin yleistä.

Vanhempien voimavarojen ja huolien tunnistaminen: ks. 9.3.9 sivu X. Yksivuotias lapsi neuvolassa (soveltaen). Lisäksi:

- vanhempien käsitys lapsen keskittymiskyvystä, omatoimisuudesta ja leikkitaidoista toisten lasten kanssa
- minkälaiset leikit ovat mieluisimpia
- mahdollinen (yö)kastelu

Terveysneuvonta: ks. 9.3.9 sivu X. Yksivuotias lapsi neuvolassa (soveltaen). Lisäksi otetaan esiin:

- Nelivuotiaan kehitysvaihe: mielikuvitus voi tuottaa ongelmia, kun ero toden ja kuvitellun välillä on epäselvä. Pelottelua tai uhkailua ei kannata käyttää, sillä lapsella on helposti muutenkin liioiteltuja pelkoja. Vanhempia kannattaa ohjata kiittämään ja kannustamaan lastaan, keskustelemaan lapsen

kanssa, vastataksaan lapsen loputtoman tuntuisiin kysymyksiin. Nelivuotias on omatoiminen ja häntä kannattaa opettaa siisteyteen. Hän osallistuu mielellään kodin töihin.

- Lapsen luovuuden tukeminen, sadut, askartelu, rakentelu jne
- D-vitamiinilisä (loka-maaliskuussa); lapsen ja perheen fluorihammastahnan ja ksylitolin käyttö
- television ja videoiden katselun rajoittaminen ja mahdolliseen tietokoneeseen suhtautuminen (ks. luku 9.6.6 Lapsen ja tietotekniikka)

Nelivuotiaalta lapselta tutkitaan:

- yleisvaikutelma
- piteuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- lapsen yläetuhampaiden puhtaus ja kasvojen symmetria (ks. 9.3.12. Kolmevuotias lapsi neuvolassa)
- karkea motoriikka: kävely, varpailla kävely, yhdellä jalalla seisominen ja hyppiminen, haara-perushyppy ja pallon käsittely (ks. kuvaus edellä). Pallon heiton ja kiinnioton tulisi onnistua parin metrin päästä.
- vuorovaikutustaidot: kykenee vastavuoroisuuteen
- tarkkaavaisuus ja motivoituminen: lapsi pystyy keskittymään tehtäviin tutkimustilanteessa n 10 minuutiksi yhtäjaksoisesti
- puheen ja käsitteiden ymmärtäminen: noudattaa 2-osaisia ohjeita, vastaa asianmukaisesti kysymyksiin, nimeää värejä
- puheen tuottaminen: vähintään 3-4 sanan lauseet, helposti ymmärrettävää puhetta.
- kuullun hahmotus: erottaa samantyyppiset sanat, jotka tarkoittavat eri asioita
- silmä-käsi yhteistyö: jäljentää mallikuvioita (ristin ja neliön), leikkaa suoraa viivaa pitkin, pujottaa 1cm helmiä muovilankaan
- näköhavainto: lähi- ja kaukonäöntarkkuus testikuvioilla (LH-tyyppillä), karsastus silmämääräisesti ja Hirschbergin kokeella. Stereonäkötesti (esim. TNO-testi). Normaali näöntarkkuus on yli 0.5 binokulaarisesti ja korkeintaan yhden rivin ero silmien välillä.
- Kuulo tutkitaan audiometrillä. Normaali kuulo on 20 dB 0,25-4 kHz

Mikäli vähintään kolmessa karkeamotoriikkaa tutkivassa osatehtävässä on lievää poikkeavuutta, lapsi on lähetettävä fysioterapeutin jatkoarvioon. Yksikin selvä poikkeavuus on merkittävä, jos 1-4 muussa tehtävässä on lievää poikkeavuutta. Kahdessa osatehtävässä lievästi epäonnistunut lapsi kannattaa tutkia uudelleen jonkin ajan kuluttua. Vastaavalla tavalla tehdään kokonaisarvio myös muista osa-alueista.

Psykososiaalisen kehityksen kannalta on hälyttävää, jos lapsi ei kykene solmimaan ystävyssuhteita tai leikkimään vastavuoroisesti. Ensisijaisesti kannattaa asiaa selvittää kysymällä, vanhempien luvalla, päivähoiton käsityksiä. Tarvittaessa pyydetään psykologin arviota ja pohditaan tilannetta neuvola- tai kuntoutustyöryhmässä.

Jos puheen tuottamisessa, ohjeiden noudattamisessa, kysymysten ja käsitteiden ymmärtämisessä tai kuullun hahmotuksessa tulee esiin vaikeuksia, on lapsi lähetettävä puheterapeutin (lastenneurologin tai foniatrin) tutkimuksiin.

9.3.14 Viisivuotias lapsi neuvolassa

Viisivuotiaan neuvolatutkimus on yleensä kaikista määrääikäiskäynneistä laajin ja aikaa vievin, sillä suhteellisen lievätkin, mutta myöhemmin kouluvaikeuksia aiheuttavat neurologiset ongelmat pitäisi havaita viimeistään tässä iässä, jotta niitä voitaisiin asianmukaisesti selvittää ja tarvittaessa kuntouttaa ennen kouluikää. Tutkimukseen kannattaa liittää esihaastattelulomake, jonka vanhemmat täyttävät (ks. myös luku 9.3. Lapsen

määräaikaiseuranta). Kehytysseulontojen laajuudesta ja ajoituksesta voidaan päättää paikallisesti (Ks. 9.4.3. Neurologisten ongelmien seulonnat). Jos alueella on päätetty keskittää tarkimmat kehitysseulonnat viittä vuotta nuorempiin lapsiin, on muistettava, että jollain muulla paikkakunnalla tarkempi tutkimus tehtäisiin ehkä vasta viisivuotiaille. Tästä syystä alueelle muuttaneiden lasten viisivuotistarkastuksessa syytä selvittää, onko lapselle on kehitysseulonnat tehty.

Suosittelaa, että 5-vuotistutkimusta varten pyydetäisiin myös lausunto lapsen päivähoitajilta. Heillä on usein hyvä käsitys lapsen tilanteesta, taidoista ja mahdollisista pulmista. Heidän lausuntonsa on arvokas asiantuntijakannanotto, joka täydentää vanhempien kertomusta. On myös mahdollista toteuttaa osa 5-vuotistutkimuksesta päiväkodissa (ks. 3.4.3. Yhteistyö päivähoiton kanssa).

Terveydenhoitajan ensisijaisia tehtäviä viisivuotistarkastuksessa ovat vanhempien esihaastattelu, yleinen terveystarkastus, lapsen mittaaminen, punnitseminen ja kehitystasotehtävien teettäminen (ellei niitä ole tehty päivähoitossa). Näiden pohjalta lääkäri tekee lapsen somaattisen tutkimuksen, kokoaa tulokset yhteen ja esittää johtopäätökset. Jatkosuunnitelmat tehdään yhdessä vanhempien ja terveydenhoitajan kanssa. Jatkosuunnitelmat ovat usein lisätutkimustarpeista päättämistä ja yhteydenotoista sopimista.

Terveen viisivuotiaan lapsen kehitysvaihe. Viisivuotiaan kyky pitkäjännitteiseen toimintaan on jo melko hyvä. Lapsi jaksaa keskittyä erilaisiin tehtäviin ja esim. 5-vuotistesteihin vähintään 25-30 minuutiksi. Lapsi on utelias (esimerkiksi kiinnostunut ympäristöstään, myös terveydenhoitajan huoneessa olevista tavaroista). Hän keskustelee ja kuuntelee mielellään satuja ja musiikkia. Viisivuotiaan motoriset taidot (liikkeiden yhdistely ja sujuvuus) ovat jo varsin kehittyneitä. Lapsi kiipeilee, pyöriilee, hyppää narua jne. Askartelu on usein mieluista, ja lapsi osaa jo leikata saksilla ympyrän, pujotella sujuvasti helmiä ja jäljentää kolmion. Kätsisyys on vakiintunut ja kynäote on aikuismainen kolmisormiote. Ihmispiirroksessa on useita yksityiskohtia. Lapsi löytää kuvista pieniä yksityiskohtia, vertaa ja lajittelee esineitä ominaisuuksiensa mukaan ja rakentaa mallin mukaisia kokonaisuuksia palikoista. Lapsi ymmärtää kysymyslauseita, käyttää aikamuotoja, kykenee toistamaan lyhyitä rytmisarjoja ja lauseita ja ymmärtää peruskäsitteitä. R:n, S:n tai D:n puuttuminen on hyvin tavallista. Jos yksikin muu äänne on puutteellinen tai virheellinen, ohjataan lapsi puheterapeutille. Samoin jos suvussa on luki- tai oppimishäiriöitä, ohjataan herkästi jo 5-vuotiaana puheterapeutille. Tärkeämpää kuin pienet äännevirheet on, että puhe muuten on sujuvaa ja kielelliset taidot ovat muuten iänmukaisia. Viisivuotias pystyy yleensä selviämään ristiriitatilanteista ilman äärimmäisiä tunteenpurkauksia. Hän on sosiaalinen ja viihtyy niin leikkitoiverien kuin aikuistenkin seurassa. Lapsi kykenee oppimaan sopimusten tekemistä ja arvioimaan omaa käyttäytymistään. Leikkitoiverien kanssa leikit suunnitellaan yhdessä, tehtävät jaetaan ja osataan jo joustaa. Mielikuvi- ja roolileikit ovat mieluisia. Yökastelu on vielä tavallista, mistä huolimatta asiasta kannattaa jo keskustella lääkärin vastaanotolla.

Vanhempien voimavarojen ja huolien tunnistaminen ks. 9.3.9 sivu X. Yksivuotias lapsi neuvolassa (soveltaen). Lisäksi:

- vanhempien käsitys lapsen keskittymiskyvystä, omatoimisuudesta ja leikkitaidoista toisten lasten kanssa
- vanhempien käsitys lapsen tunne-elämästä, peloista, arkuudesta ja aggressiivisuudesta
- mieluisten leikkien ja liikuntamuotojen toteaminen
- kasteleeko lapsi
- lapsen mukanaolo kodin askareissa,
- lapsen hoitojärjestelyt ja vanhempien mielipide päivähoitosta

Terveysneuvonta ks. 9.3.9 sivu X. (soveltaen). Lisäksi otetaan esiin:

- viisivuotiaan kehitysvaihe
- klassiset sadut ja niiden merkitys (empatiakyvyn kehittyminen, oikean ja väärän/ hyvän ja pahan erottaminen jne)
- D-vitamiinilisä (loka-maaliskuussa); lapsen ja perheen fluorihammastahnan ja ksylitolin käyttö
- television ja videoiden katselun rajoittaminen ja mahdolliseen tietokoneeseen suhtautuminen (ks. luku 9.6.6. Lapset ja tietotekniikka)

Viisivuotiaan lapsen **kasvun ja kehityksen arviointimenetelmistä** ja seulontakriteereistä tulee sopia yhdessä alueen erityistyöntekijöiden (ensisijassa psykologin, puheterapeutin, fysioterapeutin ja mahdollisen toimintaterapeutin) kanssa. Menetelmästä riippumatta kaikki kehityksen osa-alueet tulee kattaa jollain tavoin. **Terveydenhoitajan** (tai mahdollisesti osittain päivähoidon) vastuulla oleviksi osuuksiksi ehdotetaan seuraavien asioiden tutkimista lapsesta:

- yleisvaikutelma
- pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- karkea motoriikka: kantapää- ja varvaskävely, varpailla kävely viivaan pitkin 5 m, yhdellä jalalla seisominen (vähintään 10 sekuntia ilman merkittävää huojuntaa) ja yhdellä jalalla hyppiminen (pitäisi onnistua vähintään 10 kertaa rytmikkäästi), Herne pussin heiton ja kiinnioton tulisi onnistua 2 m päästä niin, että kädet ovat selvästi irti vartalosta.
- vuorovaikutustaidot, tarkkaavaisuus ja motivoituminen: lapsi pystyy keskittymään tehtäviin tutkimustilanteessa n 25-30 minuutiksi yhtäjaksoisesti. Puheen tulee olla adekvaattia ja vuorovaikutuksen molemmat osapuolet huomioivaa, lapsi ei esimerkiksi puhu toisen päälle, kuuntelee mitä toinen sanoo, vastaa kysymyksiin.
- puheen ja kielen valmiudet tutkitaan mieluiten standardoidulla testillä esimerkiksi ns. Lumiukko – testillä. Arvioidaan kerronnan sujuvuutta, loogisuutta ja ymmärrettävyyttä, kuullun ymmärtämistä (kysymyslauseet ja aikamuodot), puhemotoriikkaa, auditiivista sarjamuistia (sanasarjojen muistaminen), lausemuistia ja sanahahmoja, nimeämistä ja artikulaatiota, peruskäsitteiden ja toimintaohjeiden ymmärtämistä.
- visuaalinen hahmottaminen: lapsi pystyy rakentamaan 6 palikan rakennelman uudelleen.
- silmä-käsi yhteistyö: jäljentää mallikuvioita (kolmion ja kolmio-neliö -yhdistelmän), leikkaa saksilla ympyrän, pujottaa 1cm helmiä muovilankaan normaalisti 5-6 helmeä minuutissa.
- näköhavainto: sekä lähi- että kaukonäöntarkkuus testikuvioilla (LH- taululla). Karsastus silmämääräisesti. Normaali näöntarkkuus on yli 0.7 kummallakin silmällä erikseen ja molemmilla silmillä yhdessä, eikä silmien välillä ole kahden rivin eroa. Stereonäkötesti (esim. TNO_ testi).
- kuulo tutkitaan audiometrillä, ellei kuulosta ole varmistuttu 4-vuotiaana. Normaali kuulo on 20 dB 0,25-4 kHz
- (verenpaine)

Lääkäri tutustuu asiakirjoihin ja tutkimustuloksiin, haastattelee vanhemmat ja tutkii lapsen. Lääkärintutkimukseen voi soveltuessa kuulua osia edellä luetelluista tehtävistä, etenkin jos löydös on ollut poikkeava tai terveydenhoitaja on jäänyt löydöksistä epävarmaksi. Mikäli lapsella on jokin ajankohtainen terveysongelma (esim. kastelu) tähän luonnollisesti puututaan tavalliseen tapaan. Jokaiselta lapselta lääkärin tutkimukseen kuuluvat kuitenkin myös

- yleisvaikutelma
- pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- lapsen yläetuhampaiden puhtaus ja kasvojen symmetria (kts. 9.3.12. Kolmevuotias lapsi neuvolassa)
- diadokokinesia (onnistuu samantahtisesti vähintään 5 kertaa ilman että olkavarsi liikkuu)
- sormi-nenänpääkoe (pitää onnistua ilman treemoria tai muita pakkoliikkeitä)

- näkö: näöntarkkuustestitulokset, peitinkoe, Hirschbergin testi, konvergenssi
- iho, ryhti, sydänäänet, vatsa, reisivaltimopulssit, kivekset.
- (verenpaine, ellei sitä sovita terveydenhoitajan tehtäväksi 5- tai 6-vuotistutkimuksen yhteydessä)
- keskustelu lapsen kanssa : lapsen käsitys terveydestään, lapsen mielipiteiden kuuleminen

Monilta lapsilta kuuluu tässä iässä sydämen sivuääni, joka tavallisesti on fysiologinen. Löydös ja mahdollinen jatkotutkimusehdotus pitää aina kertoa vanhemmille.

Riippuu paikallisista sopimuksista, työnjaosta ja resursseista, miten suhtaudutaan lapseen, jonka puheessa on äännevirheitä, jos puhe muuten on sujuvaa ja kielelliset taidot muuten iänmukaisia.

Tutkimustulosten perusteella lääkäri kokoaa johtopäätökset ja antaa palautteen lapselle ja vanhemmille. Vanhempien kanssa sovitaan palautteen antamisesta päivähoitoon Mahdollisista erityistoimista neuvotellaan yhdessä vanhempien ja terveydenhoitajan kanssa. Menettelytavoista poikkeavien löydösten suhteen pitää olla ennalta sovitut kirjalliset ohjeet.

9.3.15 Kuusivuotias lapsi neuvolassa

Terveydenhoitajan tapaaminen. Kehytysseulontojen laajuudesta voidaan päättää paikallisesti: Ks. 9.4.3. Neurologisen ongelmien seulonnat.

Terveen kuusivuotiaan lapsen kehitysvaihe. Kuusivuotias on usein ristiriitaisempi ja levottomampi kuin viisivuotias. Nopean kasvun vaihe on saattanut tehdä lapsen aiempaa kömpelömmäksi. Lapsi kykenee jo itse huolehtimaan pukeutumisesta ja riisumisesta, ja hän alkaa itsenäistyä. Toisaalta hän tarvitsee vielä paljon turvaa. Esimerkiksi liikenteessä liikkuminen yksin on vaarallista, koska lapsi ei havaintokyvyiltään ole vielä (moneen vuoteen) aikuisen veroinen. Ikätovereiden seura on mieluista ja myös tärkeää, sillä näin lapsi oppii sosiaalisia taitoja kuten neuvottelemista, vuoron odottamista ja toisten huomioon ottamista. Myös perheen yhteiset harrastukset, liikunta, retkeily ja yhteiset lukuhetket ovat tärkeitä. Lähestyvän koulun alkua varten kannattaa harjoitella toisaalta piirtämistä ja askartelemista, toisaalta keskittymistä, kuuntelemista ja itsensä ilmaisemista sanoin.

Vanhempien voimavarojen ja huolien tunnistaminen ks. 9.3.9. sivu X Yksivuotias lapsi ja 9.3.11 sivu X. Viisivuotias lapsi neuvolassa. Lisäksi:

- 5-vuotistarkastuksessa esiin tulleista huolten ja löydösten ajankohtainen tilanne, mahdollinen erityistuen tarve ja tukitoimien jatkuminen kouluiässä
- ajatukset koulun aloittamisesta

Terveysneuvonta ks. 9.3.14 sivu X. Viisivuotias lapsi neuvolassa. Lisäksi:

- kuusivuotiaan kehitysvaihe, erityisesti sosioemotionaalinen kehitys
- itseohjautuvuuden ja vastuullisuuden kehittymisen tukeminen
- ohjaus suun terveydenhuoltoon, jos lapsi ei vielä ole käynyt hammashoitolassa

Kuusivuotiaalta lapselta tutkitaan:

- yleisvaikutelma
- pituuden, painon ja päänympäryksen kehitys
- lapsen yläetuhampaiden puhtaus ja kasvojen symmetria (ks. 9.3.12. Kolmevuotias lapsi neuvolassa)
- karkea motoriikka: takaperin kävely merkkiteippiä pitkin (2-3 m matka onnistuu korkeintaan 2 huojahduksella), yhdellä jalalla seisominen (vähintään 15 sekuntia onnistuu) ja hyppiminen (vähintään 15 kertaa rytmikkäästi ja joustavasti onnistuu), kehon keskiviivan ylittäminen

- tarkkaavaisuuden suuntaaminen, keskittyminen, vuorovaikutus
- puheen tuottaminen: kuvasta kertominen, normaali puhemotoriikka
- kuulomuisti (toistaa 4 substantiivia)
- puheen ymmärtäminen: ohjeiden noudattaminen, luokittelu ja yläkäsitteiden ymmärtäminen, ”miksi”-kysymysten ymmärtäminen, kymmenen palikan laskeminen
- lukemisen ja kirjoittamisen valmiudet: oman nimen kirjoittaminen, alkukirjaimen hahmottaminen
- visuaalinen hahmotus: kolmiulotteisen palikkarakennelman toistaminen (vaikeampi kuin 5-vuotiaana)
- silmä-käsiyhteistyö: mallikuvioiden jäljentäminen ja saksilla leikkaaminen (edistyminen 5-vuotiaasta)
- verenpaine, ellei sitä ole mitattu 5-vuotiaan tai jos tulos oli tuolloin lähellä seulantarajoja.
- näkö tutkimukset, ellei niitä ole tutkittu 5-vuotiaana tai jos herää epäilyjä näön ongelmista. Normaali näöntarkkuus on yli 0.8 kummallakin silmällä erikseen ja molemmilla silmillä yhdessä, eikä silmien välillä ole kahden rivin eroa. Stereonäkötesti (esim. TNO-testi), ellei ole aiemmin varmistettu.
- kuulo tutkitaan audiometrillä, ellei sitä ole tutkittu 4-5-vuotiaana tai jos herää epäilyjä kuulemisen ongelmista. Normaali kuulo on 20 dB 0,25-4 kHz

Kuusivuotias rokotetaan voimassaolevan rokotusohjelman mukaisesti.

On syytä kysyä uudelleen (vaikka asiaa olisi vastasyntyneisyyskaudella kysyttykin), onko lähisuvussa tullut esiin hyperkolesterolemiaa tai varhaisella iällä ilmenevää sepelvaltimotautia (ks. luku 9.4.1.Somaattiset seulonnat). Jos lapsi kuuluu ns. riskisukuun, häneltä pitää ottaa verikoe kolesteroliarvojen tutkimista varten.

Äännevirheiden vuoksi (ks. ed. luku) kannatta puheterapeutille ohjata ainakin ne lapset, joilla syystä tai toisesta on kiusatuksi tulemisen riski tai vetäytymisriski on olemassa.

Lopuksi sovitaan tietojen siirtämisestä kouluterveydenhuoltoon.

9.4. Sairauksien ja vammaisuuden seulonnat

Seulonnan yleisperiaatteena tulee olla, että vain sellaisia asioita seulotaan, joiden toteamisesta on selvää hyötyä. Neuvolassa tulee olla selkeä ohjeistus siitä, miten positiivisten seulontatulosten kanssa toimitaan. Seulotuille on järjestettävä tarvittavat resurssit tutkimukseen ja hoitoon.

Edellä on kuvattu joitakin seulontatapoja. Neuvolan voi poiketa niistä perustelluista syistä. Esimerkiksi neurologista seulontaa on mahdollista toteuttaa monin tavoin. Apuna voidaan käyttää etukäteen kotiin lähetettäviä kyselykaavakkeita, tai vanhemman voi pyytää täyttämään kaavakkeen odottaessaan. Jos osa seulonnoista siirretään päivähoidossa tehtäväksi, on muistettava, että seulontatulosten tulkinta ja diagnoosin tekeminen on terveydenhuollon, viime kädessä lääkärin tehtävä (ks. myös luku 3.4.2. Yhteistyö päivähoidon kanssa).

Neuvolan vastuulääkärillä on ensisijainen vastuu siitä, mitä seulontoja neuvolassa toteutetaan, koska hänen vastuullaan on myös oikea-aikainen erikoissairaanhoidon lähettäminen. Seulontatavoista on sovittava yhteisesti. Jokaisessa neuvolassa pitää sopia terveydenhoitajan ja lääkärin työnjaosta. Joissakin tilanteissa on mielekästä olla päällekkäisyyksiäkin. Terveydenhoitajan ja lääkärin saumaton yhteistyö ja selkeys takaavat, että kaikki tarpeellinen tulee tehdyksi. Lääkärillä on vastuu myös terveydenhoitajan tekemien tutkimusten tulkinnasta.

Terveiden lasten seulonta on vaikeaa, koska poikkeavat löydökset ovat harvinaisia. Tutkijan on usein vaikea uskoa tulokseen silloin, kun se on poikkeava. Jokainen poikkeava tulos pitäisi aina kuitenkin kontrolloida. Vaikka on mahdollista, että poikkeavuudelle löytyy

”hyvänlaatuinen selitys” (esim. puheen ymmärtämisen vaikeudet poikkeavan kuulontutkimuksen selityksenä) poikkeavuutta saisi milloinkaan jättää ilman jatkoselvityksiä.

Tästä suosituksesta poikkeavat käytännöt kannattaa selkeästi kirjata perusteluineen, jotta esim. uudet työntekijät tietäisivät historian ja osaisivat toimia asianmukaisesti.

Jokaisella seulojalla pitää olla testien merkityksestä käsitys, jonka voi ymmärrettävästi kertoa asiakasperheille. Seulontatestien tarkoituksena ei ole normittaa ihmisiä samaan muottiin, vaan seuloa esiin ongelmia, joita voidaan hoitaa. Tärkein seulontamenetelmä on vanhempien paneutuva kuunteleminen. Vanhempien huolet täytyy aina ottaa vakavasti.

9.4.1 Somaattiset seulonnat

Kasvun seuranta heijastaa lapsen ravinnon saantia ja paljastaa tiloja, jotka kuluttavat liikaa kasvuun vaadittavaa energiaa (Saha 1997). Mm. hypotyreoosi, keliakia ja muut suolistosairaudet sekä luuston ja ruston kehityshäiriöt voivat ilmetä ainoastaan pituuskasvun hidastumisena tai hitautena. Se voi tuoda esille myös perheen vuorovaikutusongelmia, taloudellisia ja mielenterveyden pulmia. Kasvun seuraamisen laiminlyönti voi merkitä diagnostiikan viivästymistä, josta seuraa tarpeettomasti kärsimyksiä, komplikaatioita ja sairaanhoidon palvelujen tarvetta. Pituus ja paino mitataan jokaisella neuvolakäynnillä. Suomen Lastenlääkäriyhdistys suosittelee mittauksia puolen vuoden ikään asti kuukausittain, toisella vuosipuoliskolla 3 kk välein, toisella ikävuodella 6 kk välein ja 2 vuoden iästä alkaen kerran vuodessa. Lisämittauksia tehdään arvioidun tarpeen mukaan. Kasvun seulasäännöt on julkaistu kasvukäyrien yhteydessä ja myös esim. internetosoitteessa www.lastenendo.sci.fi.

SUOSITUS: Lasten kasvukäyrät ovat käytettävissä kaikilla ei-päivystysluonteisilla perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotoilla.

Obesiteetti on keskeinen myöhempää terveyttä vaarantava riskitekijä. Lihomiseen tulee puuttua, jos pituuspaino (aik. suhteellinen paino) on jatkuvasti lisääntymässä, on yli 30% tai lisääntynyt yli 10 prosenttiyksikköä vuodesta. Ks. luvut 9.6.1 Ravitsemus ja 10.6 Lapsen ylipaino. Lihavuuden hoito kuuluu pääsääntöisesti perusterveydenhuoltoon.

Vakavimmat sydänviat tulee tunnistaa alle vuoden iässä. Useimmat sydämen sivuäänit tulevat esiin vasta runsaan kuukauden iässä keuhkoverenpaineen laskiessa. Syanoosi ja sydämen vajaatoiminta voivat tulla esiin jo aiemmin. Aortan koarktaatio voi imeväisellä hoitamattomana johtaa kuolemaan, isommalla lapsella se johtaa vasemman kammion hypertrofiaan ja dilatoivaa kardiomyopatiaa muistuttavaan tilanteeseen. ASD tulee tavallisesti esiin vasta leikki-iässä, mistä syystä tarvitaan lääkärin tutkimus myös tällöin.

Oireettomaltakin lapselta, jolta kuuluu sivuääni, tulee reisivaltimopulssien tunnustelun lisäksi mitata verenpaine jokaisesta neljästä raajasta. Normaalitilanteessa systolinen verenpaine on alaraajasta mitattuna aina vähintään samaa tasoa kuin yläraajasta mitattuna. Jos alaraajapaine on keskiarvona yli 5 mmHg matalampi kuin korkeampi yläraajapaineista, on lähete jatkotutkimuksiin aiheellinen (Kunnamo 2001b).

Yleissääntönä on, että lasta ei tarvitse lähettää jatkotutkimuksiin, jos lapsi on oireeton, verenpaine- ja sydämen tilat ovat normaalit, alaraajojen verenpaineet ovat korkeammat kuin yläraajoista mitatut paineet, toisen sydänäänien jakaumat ja korostukset ovat normaalit ja sivuääni kuuluu vain keski- tai alkusystoleessa ja on voimakkuudeltaan korkeintaan 3/6 astetta. Epävarmoissa tilanteissa kannattaa pyytää EKG-tutkimus ja ottaa thorax-röntgenkuva. Jos esim. reisivaltimopulssia ei löydy, kuuluu diastolinen ääni tai verenpaineiden mittaaminen ei onnistu, lapsi pitää lähettää jatkotutkimuksiin.

Sydäimestä kuultavien sivuäänien tutkimisen hoitoketju pitää sopia paikallisesti kirjallisesti, kuten joillakin paikkakunnilla on jo tehty.

Korkea verenpaine on lapsella aina vakava oire: se on lapsella aina sekundaarista ja munuaisvian, aortan koarktaation tai endokrinologisen häiriön merkki. Se saattaa olla myös ainoa, helposti seulottavissa oleva oire näistä vioista. Ei ole olemassa tutkittua tietoa siitä, milloin verenpaine olisi kustannustehokkainta mitata. Käytännössä mittaus on paras tehdä iässä, jossa lapsi on ko-operatiivinen. Mansetin tulee olla leveydeltään oikea lapsen kokoon nähden. Seulontarajat ovat: alle 1-vuotiaalla 110/65, 1-5-vuotiaalla 115/75, 6-10 vuotiaalla 125/85 (Tikanoja 2001).

SUOSITUS:-Sydäntutkimusten työnjaosta sovitaan neuvolan ja alueen erikoissairaanhoidon kesken.

Seerumin kolesterolipitoisuus suositellaan tutkittavaksi viimeistään 6 vuoden iässä niiltä lapsilta, joiden suvussa on familiaalista hyperkolesterolemiaa tai jos sepelvaltimotauti on tullut ilmi isällä tai isoisällä alle 55-vuotiaana tai äidillä tai isoäidillä alle 65-vuotiaana. Suvussa esiintyvän hyperlipidemian rajat ovat kts. Yleislääkärin käsikirja.

Normaalin raja-arvona pidetään lapsen kokonaiskolesterolipitoisuutta alle 5.5.mmol/l ja LDL-pitoisuutta alle 4.0 mmol/l (Salo 1999). Jos kolesterolipitoisuus on suurentunut, perhe tarvitsee ruokavalio-ohjausta. Jos 6-12 kk seurannan aikana kolesteroli ei laske normaalitasoille (tai lähtötaso on hyvin korkea, kol yli 7.0 mmol/l/ LDL –kol yli 5.5 mmol/l) on lapsi syytä lähettää erikoissairaanhoidon.

Kivesten laskeutuneisuus pitää tarkastaa pojalta aina, kun tehdään lääkärin tutkimus. Nykysuosituksen mukaan laskeutumaton kives tulee hoitaa ennen kahden vuoden ikää, jotta piilokiveksisyyteen liittyvät spermatogeneesin häiriöt voitaisiin minimoida (Dunkel 2000). Poika, jonka toinen kives on laskeutumaton, ohjataan jatkotutkimuksiin 10 kk -1 v ikään mennessä. Myöhemmin on muistettava sekundaarisen retention mahdollisuus.

Synnynnäinen **lonkkaluksaatio** on yleisin merkittävä kongenitaalinen epämuodostuma. Jos mukaan lasketaan ns. luksoitavissa olevat lonkat, tämä vika todetaan lähes yhdellä prosentilla vastasyntyneistä. Pyrkimyksenä tulee olla diagnoosiin pääsy heti vastasyntyneenä, jolloin hoito on helppo ja sen tuloksena saadaan normaali lonkka (Louhimo ym). Lonkkien tutkiminen tulee kuulua lääkärin rutiiniin kaikissa tarkastuksissa siihen ikään asti, kun lapsi on oppinut varaamaan.

Erilaisia synnynnäisiä malformaatioita ja deformaatioita on lukuisia. Inspektio, auskultaatio ja palpaatio ovat hyvin keskeisiä tutkimusmenetelmiä. Diagnoosin tekeminen vaatii paljon kokemusta normaalivariaatioista.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Yleislääkärin käsikirja ja tietokanta. Kirjassa, CD:llä ja maksullisessa osoitteessa www.terveysportti.fi julkaistussa kokoelmassa on lukuisia artikkeleita, mm: Lapsen kasvu ja sen häiriöt (artikkeli sisältää myös kasvun seulasäännöt) ; Lapsen verenpaine; Ruokavaliherkkyys /-allergia,Lehmänmaitoallergia; Miten ruokiin liitettyjä oireita selvitetään?; Lapsen hyperkolesterolemian diagnostiikka ja hoito; Sydämen kuuntelu ja verenpaineen mittaus lastenneuvolassa.

Useat sairaanhoitopiirit ovat julkaisseet **alueellisia hoito-ohjelmia**. Ne ovat luettavissa internetin kautta Terveysportissa (www.terveysportti.fi; maksullinen). Hoito-ohjelmia esimerkiksi Kasvun häiriöt (EPSHP, päivitetty 15.3.01), Lasten lihavuus (HUS-Hyvinkää, päivitetty 13.11.01), Lapsella sivuääni sydämessä (HUS-Helsinki, päivitetty 10.6.02), Lasten astma (lukuista).

Osoitteesta www.ppsph.fi löytyy Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tekemiä **hoito-ohjelmia** hyvin monista sairauksista. Osoite on ilmainen.

Lasten **lihavuudesta** ja **ruoka-allergioista** ilmestyy lähiaikoina **Käypä Hoito** –suositus. *Duodecimin ja erikoislääkärijärjestöjen Käypä Hoito -hankkeen tavoitteena on laatia Suomeen soveltuvia valtakunnallisia hoitosuosituksia, joiden avulla voidaan parantaa hoidon laatua ja vähentää hoitokäytäntöjen vaihtelua. Tiiviit ja helppolukuiset hoitosuositukset toimivat tukena lääkärin käytännön työssä ja perustana laadittaessa alueellisia hoito-ohjelmia. Käypä hoito -suositukset löytyvät verkosta osoitteesta www.duodecim.fi/kh. Suositukset julkaistaan myös Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecimissa.*

www.lastenendo.sci.fi sisältää Lastenendokrinologian käsikirjan, jossa on mm. kasvun seulasäännöt ja menettelytapaohjeet erilaisia endokrinologisia häiriöitä epäiltäessä. Myös potilasohjeita. Osoite on ilmainen.

Louhimo I, Peltonen J, Rintala R (toim.) **Louhimon lastenkirurgiaa**. Kandidaattikustannus. 2. uusittu painos 2000. 137 s. *Helppolukuinen perusterveydenhuoltoa varten tehty pieni kirja. Kattaa koko lastenkirurgian alan elektiivistä sydänkirurgiaa lukuun ottamatta. Hoidon yksityiskohdista kerrotaan vain kaikkein tavallisimpien vaivojen kohdalla.*

Raivio K, Siimes MA. **Lastentaudit**. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim 1998. *Kirjan tiedot sopivat hyvin myös perusterveydenhuoltoon. Siinä on tietoa mm ravitsemuksesta, normaalista kasvusta ja kehityksestä, lastenkirurgiasta, aineenvaihduntataudeista, myrkytyksistä ja taudeista. Kirjan lopussa on luku tavallisista oireista, löydöksistä ja ongelmista ja näiden diagnostiikasta. Kirjasta ilmestyy uusi painos vuonna 2003.*

Ryöppy S. **Lasten ortopedia**. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim 1997. 200 s. *Ensimmäinen suomenkielinen kokonaisuus lastenortopediasta trauma lukuunottamatta. Sisältää mm. kasvuikäisten ortopedisia poikkeavuuksia elinjärjestelmittain, yleisiä tuki- ja liikuntaelimestön ongelmia sekä lasten reumaa, infektioita ja luukasvaimia.*

Simell O (toim.) **Neurolakirja**. Vammala: Orion-yhtymä Oy. Viides painos 1997. *Neurolassa tarpeellisia tietoja raskaudesta ja synnytyksestä alkaen. Kirja on loppuunmyyty.*

Välimäki M, Sane T, Dunkel L (toim.) **Endokrinologia**. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim 2000. *Kirja sisältää mm. luvun Dunkel L. Lapsuuden ja nuoruusiän endokrinologia.*

9.4.2 Näön ja kuulon seulonnat

Yhteenveto lastenneuvolan näkö- ja kuuloseulonnoista ks. liite 13.

Kuulo

Kuulo on kommunikaation tärkein aisti. Kuntoutuksen tulokset ovat paremmat, kun kuntoutus voidaan aloittaa varhain. Ensimmäinen kuulon seulonta tapahtuu synnytyssairaalassa. Koska kaikissa sairaaloissa ei vielä toistaiseksi kyetä tekemään moderneja kuulonseulontoja (otoakustista emissiota ja automatisoitua aivorunkovasteiden rekisteröintiä), neuvolassa pitää kuulon arviointia toistaa käyttämällä perinteisiä tiukuja, torvia ja käsien läpsäytyksiä. Tavoitteena tulee olla varhaislapsuuden kuulovikojen toteaminen viimeistään 6 kk ikään mennessä.

Kahdeksan kuukauden iässä kaikkien lasten kuuloa on tutkittava pienoisaudiometrillä eli käytännössä uikulla (taajuus 3-4 kHz). Lapsen tulee paikantaa ääni oikein molempien korvien puolelta. Uikun ääneen ”tottuu” nopeasti, niin että pieni tiuku tai joulukello voi olla parempikin.

Vastasyntyneisyyskauden jälkeen kuulovamman mahdollisuus on aina muistettava, kun epäillä viivettä kokonaiskehityksessä tai kommunikointitaidoissa. Jos 2-3 vuotiaan lapsen puhe vaikuttaa viivästyneeltä, kuuloa on mahdollista tutkia audiometrillä. Ellei tämä onnistu, voidaan kokeilla Tampereen yliopistossa vuonna 2003 testattavana olevaa vaihtoehtoinen tapa tutkia kuuloa kuiskaamalla noin 3m etäisyydeltä tietoisesti valittuja sanoja, joita vastaavat esineet lapsen on pakattu hänelle annettuun matkalaukkuun. Sanat ovat ”nalle”, ”paita”, ”laiva”, ”sukka”, ”avain” ja ”tutti”. ”Hämäysesineinä” voivat olla omena, kuppi, pupu, kukka, pelle. Yksi toisto sallitaan, mutta jos yksikin sana on väärin, tulos on poikkeava. Poikkeava tulos kontrolloidaan kahden viikon kuluttua, ja jos se on edelleen poikkeava, lapsi lähetetään jatkotutkimuksiin.

Tärykalvojen tutkiminen oireettomalta lapselta on aiheellista, kun syntyy epäily kuulovammasta, lapsi on edeltävästi sairastanut korvatulehduksia tai kun vanhempi tarkastusta toivoo. 8kk ja 18 kk ikäisiltä kannattaa tutkia tärykalvot, jotta löydettäisiin vähäoireiset sekretoriset otiitit (liimakorvatauti). Oireetonta, akuutilta vaikuttavaa välikorvatulehdusta voi jäädä seuraamaan, mutta löydös on kontrolloitava.

Kaikkien lasten seulontana audiometri on käyttökelpoinen viimeistään, kun lapsi on 6-vuotias. Seulontataso on 20 dB; 0.25-4 kHz.

Näön ja silmäsairauksien seulonta

Hyvä näkökyky on keskeinen tekijä kasvavan lapsen kehitykselle. Syntymähetkellä näköjärjestelmän rakenteet ovat melko valmiit, mutta näkökyky kehittyy vähitellen ja tämä kehitys on riippuvaista aivojen samanaikaisesta kehittymisestä. Molempien silmien tulisi välittää näköaivokuorelle alusta alkaen yhtäläinen näköhavainto, jotta aivojen näköradat ja –keskukset kehittyisivät normaalisti ja lapsi oppisi näkemään parhaalla mahdollisella tavalla. Jos toisen silmän aivoihin välittämä kuva on syystä tai toisesta epätarkka, seurauksena on palautumaton näön alenema, ns. toiminnallinen heikkonäköisyys.

Näköjärjestelmä on muovautuvuutensa vuoksi altis häiriötekijöille koko ensimmäisen elinvuosikymmenen ajan. Normaalin näönkehityksen kannalta kriittisin ajanjakso on alle 3 kk:n ikä. Näkemistä haittaavat sairaudet, kuten synnynnäinen kaihi, tulisi havaita ja hoitaa noin 2 kk:n ikään mennessä käyttökelpoisen näkökyvyn saavuttamiseksi. Muihin normaalin näönkehityksen häiriöihin voidaan hoitotoimenpiteillä vaikuttaa noin 8-10 vuoden ikään saakka, ei enää sen jälkeen.

Lastenneuvoloilla on Suomessa ollut ratkaiseva tehtävä lasten silmäsairauksien ja näkövikojen seulonnassa jo 1960-luvulta lähtien. Yksinkertaisilla näöntarkkuutta mittaavilla testeillä ja silmätutkimuksilla on oikea-aikaisesti ja huolellisesti suoritettuina mahdollista seuloa valta-osa hoidettavista lasten silmäsairauksista.

Esitiedot. Vanhemmilta kannattaa tiedustella mahdollisia suvussa esiintyviä silmäsairauksia:

- Lasten verkkokalvosyöpä (retinoblastooma)
- Synnynnäinen kaihi
- Karsastus ja toiminnallinen heikkonäköisyys (amblyopia)
- Periytyvät verkkokalvorappeumat

Tarkastelu eli inspektio. Neuvolatutkimuksessa tulisi havaita silmien ja luomien selvät rakennepoikkeavuudet, kehityshäiriöt, epäsymmetria ja poikkeavat silmien liikkeet. Silmätautien erikoislääkärin hoitoarviota edellyttävät esimerkiksi:

- Riippuluomi tai blefarofimoosi (riippuluomi, epikantuspoimu ja lyhyt luomirako)
- Silmien kokoero. Mikroftalmia viittaa silmän kehityshäiriöön ja silmän suuri koko glaukoomaan.
- Mustuaisen poikkeavuudet. Laaja, valojäykältä vaikuttava mustuainen voi viitata värikalvon puutokseen (oireyhtymä, johon saattaa kuulua myös munuaissyöpä) ja mustuaisen poikkeava sijainti tai muoto silmän etuosan kehityshäiriöön.
- Poikkeavat silmän liikkeet, silmävärve (nystagmus), epätavallinen pään asento (torticollis).
- Näkyvä karsastus

Näöntarkkuuden tutkiminen. Kuvionäköttestejä voidaan luotettavasti tehdä lapsen yksilöllisestä kehityksestä riippuen 3-4 vuoden ikäisenä. Tätä nuorempien näöntarkkuutta voidaan arvioida tarkkailemalla lapsen käyttäytymistä ja näönvaraista toimintaa, erityisesti silmien kohdistamista ja kohteen seuraamista.

Näöntarkkuuden mittaamiseen on olemassa useita erilaisia kuviotestejä. Yleisesti Suomen neuvoloissa on käytössä ns. LH-näkötesti (myydään myös nimellä Lea Symbols), joka soveltuu hyvin pientenkin (noin 3 v) lasten tutkimiseen ja on siten suositeltava. Se on suunniteltu havaitsemaan myös ns. ruuhkautumisilmiö (crowding), joka on hyvin ominainen toiminnalliselle heikkonäköisyydelle, mikä myös puoltaa LH-taulujen käyttöä nimenomaan neuvolassa.

Tutkimuspaikan tulisi olla rauhallinen ja testauksen kiireetön. Ensin on hyvä testata molempien silmien yhteisnäkö lähitaalulla ja varmistua siitä, että lapsi ymmärtää ja osaa ilmaista testin oikein.

Erikseen silmiä testattaessa **toinen silmä on peitettävä huolellisesti**. Tutkimus aloitetaan isoimmista kuvioista edeten nopeasti alemmille riveille, joilta näytetään 4-5 kuviota. Näkötaululla tulisi olla hyvä, heijastamaton ja muuttumaton valaistus. Jos tulos jää epävarmaksi testi on tehtävä ehdottomasti uudelleen jonkin ajan kuluttua.

Punaheijaste. Punaheijastetta tutkittaessa huoneen valaistus saa mielellään olla hämärä. Oftalmoskoopin läpi katsotaan silmää n. 40 cm:n etäisyydeltä valon osuessa kohtisuoraan mustuaisaukkoon. Normaali heijaste mustuaisessa on kirkkaan oranssin punainen. Tummaihoisen lapsen punaheijaste on tummempi verkkokalvon alaisesta runsaasta pigmentistä johtuen. Punaheijasteen tutkimisella on keskeinen merkitys synnyntäisen kaihen, verkkokalvosyövän eli retinoblastooman ja lasiaisen kehityshäiriöiden diagnostiikassa ja se tulisi ensimmäisen kerran tutkia jo vastasyntyneiltä ennen kotiutusta synnytyslaitokselta ja neuvolan yhden kuukauden tarkastuksessa.

Karsastuksen tutkiminen.

1) Hirschbergin lamppukoe. Lasta pyydetään katsomaan kohtisuoraan kynälamppuun, jota pidetään n. 40 cm :n etäisyydellä. Kokeessa tarkkaillaan sarveiskalvoilta tulevia valoheijasteita. Silmien ollessa suorassa valoheijaste sijaitsee mustuaisaukossa symmetrisesti, tavallisesti hiukan mustuaisen keskipisteestä nasaalisesti. Jos toisen silmän valoheijaste on mustuaisaukon ulkoreunassa ko. silmä karsastaa sisäänpäin. Jos valoheijaste tulee mustuaisaukon sisäreunasta ko. silmä karsastaa ulospäin. Tämä testi paljastaa näkyvän eli ilmeisen karsastuksen, ei piilokarsastusta.

2) Peittokoe. Lasta pyydetään katsomaan tutkijan kädessä olevaan kynälamppuun tai pieneen kuvaan. Toinen silmä peitetään pahvilapulla. Jos ei-peitetty silmä tekee korjausliikkeen joko sisältä ulos tai ulkoa sisään, kyseinen silmä karsastaa (= **ilmeinen karsastus** sisään- tai ulospäin vastaavasti). Jos mitään liikettä ei tapahdu, silmät eivät karsasta. Jos peitettynä ollut silmä tekee peiton poistamisen jälkeen korjausliikkeen, kysymyksessä on **piilokarsastus**.

Karsastus voi olla synnyntäinen (alkanut alle ½ vuoden iässä) tai se voi alkaa myöhemmin (esim. akkommodatiivinen sisäänpäin karsastus). Koska karsastus voi olla oire muusta silmätautiudesta, jopa verkkokalvosyövästä, kaikki selkeästi karsastavat lapset tulee heti ohjata silmätautien erikoislääkärin tutkittavaksi.

Karsastuskulman suuruudella ei ole toiminnallisen heikkonäköisyyden kehittymisriskin kannalta merkitystä. Pienikulmainenkin karsastus voi aiheuttaa syvän heikkonäköisyyden. Oleellisempaa on karsastuksen pysyvyys. Karsastaako jompikumpi silmä jatkuvasti vai onko

karsastus ajoittaista, esimerkiksi väsyneenä näkyvää? Leikkausta harkittaessa karsastuskulman suuruudella on ratkaiseva merkitys.

Piilokarsastus ei aiheuta toiminnallista heikkonäköisyyttä, mutta voi suurikulmaisena ja oireisena vaatia leikkaushoitoa. Oireeton pienikulmainen piilokarsastus ei edellytä jatkotutkimuksia.

Karsastuksen seulonta vähentää heikkonäköisien määrää (Kvarnström ym. 1998, Eibschitz-Tsimhoni M ym. 2000). Hoitotulokset ovat sitä paremmat, mitä aikaisemmin karsastus diagnosoidaan ja hoito aloitetaan (Williams C ym. 2002). Ilmeinen karsastus on usein havaittavissa jo ennen 4-vuotistarkastusta, minkä vuoksi on perusteltua edellyttää karsastuksen seulomista neuvolassa myös 0-3-vuotiailta.

Koska lääkärintarkastuksia on harvoin, myös terveydenhoitajan olisi hyvä opetella tekemään peittokoe ja Hirschbergin testi.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Osoitteesta www.ppsph.fi löytyy Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tekemiä **hoito-ohjelmia** hyvin monista sairauksista. Hoito-ohjelma mm. lasten näön tutkimisesta ja karsastuksesta. *Osoite on ilmainen.*

Hyvärinen L. Näön tutkiminen lastenneuvolassa. Yleislääkärin käsikirja /lääkärin tietokanta. Helsinki: Duodecim. *Maksullisessa internetosoitteessa www.terveysportti.fi sisältää yksityiskohtaiset ohjeet tutkimusten suorittamisesta*

Heikkinen T. Lapsen välikorvatulehdus: määritelmä, epidemiologia ja diagnostiikka. Yleislääkärin käsikirja /lääkärin tietokanta. Helsinki: Duodecim. *Maksullisessa internetosoitteessa www.terveysportti.fi.*

Heikkinen T. Lapsen välikorvatulehduksen hoito ja seuranta. Yleislääkärin käsikirja/lääkärin tietokanta. Helsinki: Duodecim. *Maksullisessa internetosoitteessa www.terveysportti.fi.*

9.4.3 Neurologisten ongelmien seulonnat

Ikäkausittaisten neurologisten seulontojen pohjana on käytetty Lastenneurologiyhdistyksen ja Niilo Mäki Instituutin lisäksi lastenneurologian ylilääkäri Kirsi Mustosen kehittämää vauvan neurologisen arvioinnin ja ohjannan menetelmää VANEa ja hänen työryhmänsä kehittämää leikki-ikäisen lapsen neurologista arviointimenetelmää LENEä. Nämä menetelmät on perusteltu, tutkittu ja toteutettu parhaan tämänhetkisen tiedon mukaisesti. Varsinaiset vaikuttavuustutkimukset ovat vielä kesken. Muitakin seulontamenetelmiä voidaan kuitenkin käyttää, jos ne sopivat paikalliseen tilanteeseen paremmin. Olennaista on, että lapsen kehitystä tukevat toimenpiteet aloitetaan heti, kun oireita ilmenee.

Jokaisessa iässä ei ole tarpeen tehdä yhtä yksityiskohtaista tarkastusta, vaikka tässä ohjeessa onkin 3-, 4-, 5- ja 6-vuotiaiden kehityksellinen seulonta siten esitetty. Siitä, minkä ikäkauden kehityksellisiin seulontoihin keskitytään, riippuu paikallisista olosuhteista. Jos lähisuvussa (mukaan lukien isovanhemmat ja heidän jälkeläisensä) tiedetään esiintyvän luki-, oppimis- tai keskittymisvaikeuksia, kannattaa tarkempia neurologisia kehitysseulontoja tehdä myös ennen viiden vuoden ikää.

Päännympäryksen kasvua tulee seurata, kunnes kallon saumat ovat pysyvästi luutuneet, mikä tapahtuu 12 vuoden ikään mennessä. Niin kauan kuin saumat ovat täysin erillään (6-20 kuukauden ikään), voi kiihtyvästi kasvava päännympäryys olla ainoa merkki aivopaineen kohoamisesta. Käytännön neuvolatyössä tavallisimmat vastaan tulevat tautitilat ovat hydrokefalia ja mikrokefalia. Hydrokefalian insidenssi on 0,2-2,5/1000 elävänä syntynyttä. Se pitää hoitaa kiireellisenä kirurgisesti, sillä muuten se voi johtaa pysyvään neurologiseen vammautumiseen ja jopa kuolemaan. Pienipäisyys (mikrokefalia) voi liittyä kallon saumojen

ennenaikaiseen luutumiseen, mutta sen taustalla voi olla monenlaisia muitakin (perinnöllisiä, toksisia, endokrinologisia) syitä. Osa näistä on hoidettavissa ja niin että estetään neurologinen lisävammautuminen. Silloinkin kun varsinaista hoitoa ei ole, mahdollisimman aikainen taudin toteaminen antaa kuitenkin oikean diagnoosin, joka on tärkeä kuntoutustoimenpiteiden sekä perinnöllisyysneuvonnan suhteen. Pään saumojen ennenaikainen luutuminen edellyttää ajoissa tehtävää leikkausta, jotta aivojen kehitys tapahtuu esteettä.

Kohtausoireista salakavalimpia ovat infantiilispasmit. Infantiilispasmiä pitää epäillä, jos tavallisimmin 4-7 kk ikäisen lapsen ollessa valveilla, varsinkin juuri herättyä, ilmenee sarja nopeita nykäyksiä, joissa pää nyökähtää eteen ja yläraajat heilahtavat sivuille tai fleksoituvat kyynärnivelistä. Selinmakuulla jalat voivat heilahtaa ylös. Kohtausten alkaessa kehitys usein pysähtyy tai taantuu. Nopea hoidonaloitus parantaa ennustetta.

Lapsen **karkean motoriikan** kehitys antaa kuvan lapsen yleisestä kehitystasosta. Sen viiveet tai lievät poikkeamat saattavat aiheutua psykososiaalisista tekijöistä, mutta voivat olla oireena esimerkiksi perinnöllisistä sairauksista, kehitysvammasta tai muutoin viivästyneestä kehityksestä tai myöhemmin oppimisongelmista. Normaali motorinen kehitys ei merkitse normaalia neurologista kehitystä, mutta selkeät viiveet tai poikkeamat viittaavat aivoperäisiin tai neuromuskulaarisiin sairauksiin, joiden tausta voi olla moninainen. Normaalin liikunnallisen kehityksen pysähtyminen tai taantuminen voi merkitä keskushermostosairautta tai olla oireena muusta elimistön sairaudesta. Syynä voivat olla monet lapsen yleistilaan vaikuttavat sairaudet, endokrinologiset sairaudet, tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet yllämainittujen tekijöiden lisäksi.

Hienomotoriikkaa arvioimalla voidaan löytää seuraavat tilat, taudit tai vaivat:

1. yleinen kehitysviive/älyllinen kehitysvammaisuus (prevalenssi 10/1000)
2. CP-vammoista osa (CP-vammojen prevalenssi 2.5/1000)
3. lapsen taantuminen
4. aivojen hienotoimintahäiriöt (entinen MBD), joissa mukana motorisen koordinaation ongelmaa (hienotoimintahäiriöiden prevalenssi, joissa mukana attention deficit hyperactivity disorder, ADHD, 70/1000 5-10-v:lla)
5. osa oppimisvaikeuksista (oppimisvaikeuksia kouluikäisistä 10-15 %)

Visuo-spatiaalista hahmotusta arvioimalla voidaan löytää seuraavat tilat, taudit tai vaivat:

- 1 yleinen kehitysviive/älyllinen kehitysvammaisuus
- 2 lapsen taantuminen
3. aivojen hienotoimintahäiriöt, joissa mukana hahmotuksen vaikeutta (n. 5 % 5-10-v)
4. kapea-alaiset spesifit hahmotusvaikeudet (2-3 % kouluikäisistä)
5. osa oppimisvaikeuksista

Älyllisessä kehitysvammaisuudessa nähdään viivettä hienomotoriikan kehittymisessä, kielellisissä ja hahmotus/havaintotoimintojen alueella. **CP-diagnostiikassa** hienomotoriikan arvio kuuluu yhteen karkeamotoriikan ja perusneurologisen statuksen kanssa (lihasjänteisyys, jänneheijasteet, liikemallit). **Taantumiseen johtavissa sairauksissa** (esim. AGU ja muut lysosomaaliset kertymätaudit) käden taitojen menetys ja havaintotoimintojen osalta lapsen kiinnostuksen väheneminen ympäristöön ovat ensimmäisiä oireita. **Hienotoimintahäiriöissä** oirekirjo on hyvin vaihteleva. Hienomotoriikan häiriö on usein liittyneenä muuhun motorisen koordinaation kömpelyyteen/kypsymättömyyteen. Usein mukana on tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen vaikeudet. Eriasteisia hahmotuksen häiriöitä voi olla mukana. Vaikeimmissa muodoissa tarkkaavaisuusongelmat, hieno- ja karkeamotoriikan ongelmat sekä hahmotusongelmat esiintyvät yhdessä kielellisen kehityksen ongelmien kanssa. Oppimishäiriöistä n. 60 %:lla on pohja varhaisemmissa havaintotoimintojen/hahmotuksen häiriöissä.

Lapsen **puheen ja kommunikoinnin** kehitys kytkeytyvät lapsen ja hoitajan vuorovaikutukseen, lapsen kontaktikykyjen, tarkkaavuuden ja oman toiminnan ohjauksen (sisäinen puhe tarvitaan) sekä tunne-elämän säätelyn kehitykseen ja kaiken oppimisen edistymiseen. Pienen lapsen kommunikointikyvyn arviointi liittyy läheisesti kontaktikyvyn ja tunne-elämän arviointiin ja samat tukitoimet vahvistavat näitä kaikkia. Eräs puheenkehityksen ja kielellisten oppimiskykyjen arvioinnin ja tukemisen tärkeimmistä vaiheista on esikielellinen vauvaikä (katsekontakti, tahdon ilmaisu, tunnetilojen ilmaisu, elekommunikointi, yksinkertaiset tavoitteelliset toiminnot esineillä), mistä syystä 0-2-vuotiaan lapsen vuorovaikutus- ja kommunikointikykyä tulee seurata ja tukea jokaisella neuvolatapaamisella. Standardoitujen seulontamenetelmien käyttöä puoltaa, että ne ohjaavat arvioinnin ohella vanhempia ikäkauteen kuuluviin yhteispuuhiin (virikkeiden tarjonta) lapsen kanssa (ks esim. Lyytinen 1999, alla kohdassa Suositeltavaa kirjallisuutta). Jo ennen kuin varsinaista puhetta ja kielen kehitystä kyetään arvioimaan, tulee arvioida perheen riskit (geneettinen riski ja sosioemotionaaliset tekijät sekä perusturvallisuus), tutkia kuuloa (**kuulon normaalius varmistettava kaikilta, joilla on todettu puheen tai kielen kehityksen viivästyminen**), seurattava ääntelyä ja esikielellistä vaihetta, varhaista puhetta ja sen ymmärtämistä, ja arvioitava 1,5-vuotiaan kontaktikykyä.

Kommunikointikyvyn puute voi aiheuttaa jo alle 2-vuotiaalla turhautuneisuutta ja sekundaariongelmiä kuten kontaktista vetäytymistä, omaehtoisuutta, psykosomaattisia oireita (esim. ummetus), uhmakkuutta ja käytöshäiriöitä sekä masennusta. Lievempien kielenhäiriöiden ja oppimisvalmiuksien seulonnan viivästyessä jää kuntoutuksen avulla tapahtuva lisäharjoittelu hyödyntämättä, menetetään mahdollisuus ottaa opetuksen alkuvaiheessa huomioon lapsen oppimistyylit ja realisoida vanhempien odotuksia.

On myös tutkimuksia ja kokemusta siitä, että lapsella, jolla on kommunikoinnin tai oppimisen vaikeus, oireisto on paljon laaja-alaisempi ja syrjäytymisen riski suurempi, jos perheessä on psykososiaalisia riskitekijöitä. Näissä perheissä tarvitaan erityistä tukea varhaisvaiheissa, myöhemmin on vanhempia vaikea saada mukaan kuntoutukseen. Jos perheen psykososiaalisten ongelmien riskilisää ei huomioida, jää viivästynyt puheenkehitys helposti vähemmälle huomiolle kuin muissa perheissä (perheen oman aktiviteetin puute ja toisaalta ”selitys” lapsen viiveelle). Näiden lasten lievätkin puheviiveet tulisi heti selvittää, jotta kielellistä vuorovaikutusta ja oppimista voidaan tukea.

Jos lapsella on äännevirheitä tai epäselvä puhe, kielijänteen pituus on syytä tarkistaa. Kielijänteen katkaisu onnistuu harvoin noin 0.5-4-vuotiaalta ilman nuketusta, joten mahdollinen lähete toimenpiteeseen kannattaa laatia esim. 4-vuotistarkastuksessa.

Autismin seulontatutkimuksena kansainvälisesti ehkä eniten kokemusta on CHAT (Checklist for autism in toddlers/Baron-Cohen et al 1992, Baird G et al ,Scambler D et al. 2001) -seulonnasta, joka on tarkoitettu 18 kk ikäisille. On arvioitu, että arvio vie terveydenhoitajalta noin 10-15 minuuttia. Ilmeisesti tämä edellyttää, että vanhemmat täyttävät oman osuutensa aiemmin (esim. odottaessa). Suomessa CHAT-arviota ei ilmeisesti ole tehty systemaattisesti aikaisemmin, joten menetelmää ei vielä voi suositella yleiseen käyttöön, ennen kuin pilottihanke on tehty.

Seulonnoista ja niissä suoriutumisesta huolimatta on huomioitava kokonaisuus. Lapsen selviytyminen päivähoidossa ja kotona on otettava huomioon.

SUOSITUS: Neuvolan, alueen erityistyöntekijöiden, päivähoidon ja lastenneurologisen erikoissairaanhoidon kanssa tehdään kirjallinen sopimus leikki-ikäisten lasten kehitysseulontatavoista. Jos lapsi muuttaa neuvolaiässä muualle, lapsen asiakirjojen yhteydessä lähetetään kyseinen paikallinen sopimus uuteen neuvolaan.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Valtonen R, Mustonen K. Leikki-ikäisen lapsen neurologisen kehityksen arviointimenetelmä (Lene), käsikirja. Joensuu: Honkalampisäätiö 1999. Kirja (=moniste) on tilattavissa Honkalampisäätiöltä, p. xxx, hinta xxx.

Mustonen K. Vauvan neurologinen arviointi- ja ohjantamenetelmä (Vane), käsikirja. Joensuu: Honkalampisäätiö 1999. Kirja (=moniste) on tilattavissa Honkalampisäätiöltä, p. xxx, hinta xxx.

Osoitteesta www.ppsHP.fi löytyy Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin tekemiä **hoito-ohjelmia** hyvin monista sairauksista. Hoito-ohjelmia mm. useista lastenneurologisista tilanteista. *Osoite on ilmainen.*

Korpilahti P. Lumiukko-testi 5-vuotiaan puheseula. Espoo: LACO Oy 1994. Tilattavissa xxx:stä, p. xxx, hinta xxx.

Mustonen K, Valtonen R, Ahonen T. Lene – leikki-ikäisen lapsen neurologisen kehityksen arviointimenetelmä lastenneuvoiloille. Suomen Lääkärilehti 55; 953-956, 2000.

Lyytinen P: Varhaisen kommunikaation ja kielen kehityksen arviointimenetelmä. Jyväskylän yliopiston Lapsitutkimuskeskus ja Niilo Mäki Instituutti. Jyväskylä: Yliopistopaino, 1999. Alkuperäismenetelmä The MacArthur Communicative Development Inventories (MCDI) on suomennettu ja standardoitu, ja menetelmä soveltuu käytettäväksi 8-30 -kuukauden ikäisillä lapsilla, jotka kuuluvat jollain tavalla kommunikaation kehityksen suhteen riskiryhmään. Samalta laitokselta ja painosta on myös vastaavantapainen julkaisu Varhainen leikki ja sen arviointi, 2000.

Sillanpää M. Kliininen neurologinen tutkimus eri ikäkausina. Kirjassa: Lastenneurologia, sivut 32-49. Toim.: Sillanpää M, Airaksinen E, Iivanainen M, Koivikko M, Saukkonen A-L. Duodecim, Helsinki 1996. *Ko. luvussa selitetään esim. varhaisheijasteet perusteellisesti. Kirjassa on myös muuta normaalista kehityksestä ja poikkeavuuksista, niiden taustoista ja seurauksista.*

Alueelliset hoito-ohjelmat, julkaistu Terveysportissa (www.terveysportti.fi; maksullinen). Hoito-ohjelma Lastenneurologiset sairaudet (EPSHP)

9.4.4 Psykkisten ongelmien seulonnat

Alle kouluikäisten psyykkiset häiriöt ovat yleensä lapsen säätelykykyyn, vuorovaikutukseen ja/tai kokonaistilanteeseen liittyviä kehityksellisiä häiriöitä. Häiriötilanteissa on tavallista, että psyykkiseen häiriöön liittyy sekä vuorovaikutuksellisia että neurologisia kehityksen ongelmia. Psykkisten häiriöiden erottelu muun kehityksen häiriöistä olisi keinotekoista. Yksittäisten psykiatriseen diagnoosiluokitukseen perustuvien häiriöiden seulomista ei suositella tässä ikäryhmässä. Tutkimuskäytössä on useita pienille lapsille soveltuvia varhaisen vuorovaikutuksen, säätelyn, lapsen käytöksen ja tunne-elämän häiriöiden seuloja, mutta toistaiseksi tutkimustieto näiden käytöstä perusterveydenhuollossa on riittämätöntä laajamittaista seulontaa ajatellen.

Seulonnasta mahdollisesti saatava hyöty on varsin kiinteästi yhteydessä siihen, miten seuloja käytetään. Kliinisessä työssä kyselylomakkeet voivat olla hyödyllisiä häiriöiden varhaisemman havaitsemisen, dokumentaation ja yleisemminkin ”puheeksi ottamisen” välineinä. Pääsääntöisesti vanhemmat ja lapset ovat kokeneet myönteisenä sen, että työntekijät kysyvät ja keskustelevat myös vuorovaikutukseen ja psyykkiseen hyvinvointiin liittyvistä asioista.

Psyykkisiä häiriöitä, joiden varhaisemmasta havaitsemisesta on asiantuntijoiden mukaan todennäköisesti hyötyä, ovat 1) varhaisen vuorovaikutuksen häiriöt (0-2-vuotiailla); 2) itsesäätelyn, tarkkaavuuden ja käytöksen häiriöt (5-6-vuotiailla) erityisesti muihin riskitekijöihin (mm. vuorovaikutuksen tai vanhemmuuden ongelmiin) liittyneinä; ja 3) laaja-alaiset kehityshäiriöt ja muut neuropsykiatriset häiriöt (0-6-vuotiailla). Neuvolassa voidaan harkita näiden häiriöiden seulomista, mikäli henkilökunta saa asiaankuuluvan koulutuksen ja työnohjauksen.

Lapsen ja vanhemman välisen varhaisen vuorovaikutuksen häiriön tunnistaminen.

Lapsen ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta arvioidaan sitä mitä tapahtuu (käyttäytymisen taso), miltä vuorovaikutus tuntuu (tunteen eli affektiivinen taso) ja miten osapuolet vuorovaikutuksen ymmärtävät (psykologinen taso). Käyttäytymisen tasolla vuorovaikutushäiriö voi näkyä lapsessa katsekontaktin (ei hae vanhemman katsetta tai välttää sitä), vuorovaikutusääntelyn tai puheen (vaikertaa, itkee tai on hiljaa, ei jokella vasteeksi vanhemman puheeseen) sekä yleisen aktiivisuuden ja vasteen vähenemisenä tai puuttumisena (liikkeet vaimeat ja niukat, vaste esim. kipuun tulee viiveellä tai on hyvin vaimea). Häiriintyneessä vuorovaikutuksessa tunnesävy voi olla niukasti myönteisiä tunteita sisältävä, hämmentävä, kylmä tai vihamielinen (esim. vanhempi käsittelee lasta mekaanisesti, tai puhuu lapsesta väliin myönteisesti, väliin erittäin kielteisesti tai tunneilmaisut ovat vihamielisiä). Psykologisella tasolla vuorovaikutushäiriö voi vauvassa näkyä hämmentyneenä tai torjuvana reaktiona vanhemman toimintaan (esim. vauva tulee pelokkaan tai surullisen näköiseksi vanhemman yrittäessä saada lasta hymyilemään). Vanhempi voi puolestaan antaa lapsen ominaisuuksille tai toiminnalle todellisuutta vastaamattomia merkityksiä (esim. vauvan tullessa kylläiseksi vanhempi ei sitä havaitse vaan kokee että vauva ei syö, koska on tottelematon).

Itsesäätelykyvyn, tarkkaavuuden ja käytöksen häiriö. Lapsen kyky säädellä omia tunteitaan ja toimintaansa kehittyy asteittain lapsuuden aikana toistuvissa vuorovaikutustilanteissa. Vanhemman toiminta lapsen ilon jakajana, lohduttajana ja rajoittajana opettaa lasta hallitsemaan kielteisiä tunteita kuten surua, kiukkua ja pettymystä, jakamaan myötätuntoa ja iloa sekä hallitsemaan ja suuntaamaan omaa toimintaa ja tarkkaavuutta kussakin tilanteessa sen vaatimalla tavalla. Hallinnan oppimisen vaatima aika riippuu lapsen yksilöllisistä ominaisuuksista (ks. temperamentti) ja vanhempien toiminnasta. Itsesäätelykyvyn häiriö näkyy lapsessa puutteena hallita omia tunnetilojaan ja reaktioitaan ikätasoisesti (esim. 4-vuotias alkaa huutaa ja raivota pienestäkin pettymyksestä, tai 5-vuotias ei kestä odottamista). Tarkkaavuuden häiriö tarkoittaa lapsen kyvyttömyyttä keskittyä joko mieluisaan tai ponnistusta vaativaan tehtävään ikätasoisesti (esim. 4-vuotias ei jaksa seurata 5 minuuttia kestävästä luettua kertomusta tai 5-vuotias 10 minuuttia). Käytöksen häiriö voi näkyä siten, että lapsi toiminnassaan rikkoo toistuvasti hänelle asetettuja rajoja, uhmaa aikuisia toistuvasti ja käyttäytyy ikätasoon nähden väkivaltaisesti, eikä kykene ajattelemaan lainkaan tekojensa seurauksia (esim. yli 3-vuotias lapsi lyö aina suuttuessaan tai puree muita, jättää noudattamatta selkeitä kieltoja, puhuu vihaisesti ja kiro sanoja käyttäen). Vanhempien toiminnassa riittämätön lapsen toiminnan ohjaus ja säätely sekä lapsen tunteiden heikko ymmärtäminen ja sietäminen voivat johtaa häiriöiden kehittymiseen. Riittämätön vanhempien lapsen toimintaan kohdistuva säätely näkyy usein lapsen arkirutiinien puuttumisena, lapselle asetettujen rajojen ja kieltojen horjumisena tai välinpitämättömyytenä lapsen toimintaa kohtaan. Lapsensa toiminnan hankalina kokevat vanhemmat ajautuvat helposti myös lapsen ruumiilliseen rankaisuun ja pahoinpitelyyn kokiessaan olevansa keinottomia ja väsyneitä lapsen kanssa syntyviin jatkuviin riitatilanteisiin.

Laaja-alaiset kehityshäiriöt ja muut neuropsykiatriset häiriöt. Alle kouluikäisellä lapselle vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksessa havaitun poikkeavuus voi johtua laaja-alaisesta kehityshäiriöstä. Pienillä lapsilla kiinnostus hakea aikuisen katsetta on alentunut, ja leikki-iässä lapset voivat olla kiinnostuneempia esineistä kuin ihmisistä. Vanhemmat voivat olla huolissaan siitä, ettei lapsi viihdy sylissä, tai että lapsi ei kuule, tai ei vastaa kun häntä kutsutaan nimellä. Usein epäily syntyy lasten jouduttua ensimmäistä kertaa kosketuksiin ikäisryhmänsä kanssa päiväkodissa ja koulussa, joissa näiden lasten sosiaalinen taidottomuus herättää huomiota. Autistiset ja Asperger-lapset kuvataan usein omaehtoisiksi, itsekkäiksi, oudoiksi, kyvyttömiksi odottamaan vuoroaan, toimimaan ryhmässä tai ottamaan vastaan

ohjeita. Heidän leikkinsä ovat usein esineiden järjestämistä tai niiden mekaanista käsittelyä, esim. pyörittämistä. Heillä voi myös olla erilaisia rutiineita ja pakkotoimintoja. Ylivilkkaat lapset huomataan samoin helpoimmin päivähoitossa ja esikoulussa, jossa heidän motorinen levottomuutensa ja keskittymisvaikeutensa näkyvät selvästi muihin lapsiin verrattaessa.

Leikki-ikäisen kohdalla lisäselvittelyt ovat tarpeen, jos (suluissa mahdollinen häiriötyyppi)

- Ikätason edellyttämässä taidoissa on suuria puutteita (kehitysviivästymät, erityisvaikeudet).
- Lapsi ei hae kontaktia muihin ihmisiin tai hänellä on omia, poikkeavia tapoja (autistinen häiriö).
- Lapsi on hyvin levoton tai aggressiivinen (tarkkaavaisuushäiriö, käytöshäiriö).
- Lapsi on itkuinen, alakuloinen, yksinäinen tai apaattinen (depressiiviset häiriöt).
- Lapsella on paljon häntä rajoittavia pelkoja (ahdistuneisuushäiriö).
- Lapsi ei kykene olemaan erossa vanhemmistaan edes lyhyttä aikaa (eroahdistushäiriö).
- Vanhemmat tuovat esiin kyvyttömyytään vanhempina tai herää epäily lapsen laiminlyönnistä tai väkivaltaisesta kurittamisesta (lastensuojelun tarve).

Selvittelyn voi aloittaa neuvolassa ja tilanteen vaikeuden mukaan ohjata lapsi perheineen perheneuvolaan, erikoissairaanhoidon palveluihin (lastenpsykiatria, lastenneurologia, foniatria) tai lastensuojelun asiakkaiksi.

Jos neuvolatapaamisessa tulee esiin sellaista, mihin ei ole sovittua jatkomenettelytapaa, terveydenhoitajan täytyy konsultoida neuvolalääkärinä tai tiimiään. Neuvolatyöryhmä ja perhe tekevät yhdessä jatkosuunnitelman (esimerkiksi sopimuksen psykologisiin tutkimuksiin menemisestä). Ensisijassa interventioiden tulisi tapahtua lähellä perhettä. Perhetyöntekijän kotikäynnit voivat olla tärkeä osa perheen tukemista muun tutkimuksen tai hoidon lisäksi. yhteistyössä perheneuvolan, päivähoiton ja sosiaalitoimen kanssa.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Puura, K. **VUOSI** Lapsen psyykkisen kehityksen seuraaminen neuvolan ikäkausitarkastuksissa. Yleislääkärin käsikirja ja tietokanta.

Osoitteesta www.ppshep.fi löytyy Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tekemiä **hoito-ohjelmia** hyvin monista sairauksista. Hoito-ohjelma mm. alle kouluikäisestä psyykkisesti oireilevasta lapsesta. *Osoite on ilmainen.*

9.5 Rokotukset

Yksi lastenneuvolajärjestelmän keskeisiä tehtäviä on huolehtia rokotuskattavuuden ylläpidosta. Tähän asti se on onnistunut hyvin, täydellisesti rokotettujen osuus oli viimeksi tehdyssä tutkimuksessa 92.5% tutkitusta 5-vuotiaiden otoksesta (Joensuu ym 2002). Kaksi vuotta aiemmin päästiin kuitenkin vielä korkeampaan lukuun, ja on pelättävissä, että suuntaus jatkuu. On arveltu että kun rokotuksin ehkäistävästä taudeista ja niiden vakavuudesta ei enää ole omakohtaista kokemusta, rokottamisen merkitys hämärtyy ja huomio kiinnittyy rokotteiden haittoihin ja voi johtaa rokottamatta jättämiseen. Siksi olisi tärkeää, että lasten rokotusten parissa työskentelevä terveydenhuoltohenkilökunta osaisi vastata vanhempien kysymyksiin rokotuksien ehkäistävästä taudeista, rokottamatta jättämisen vaaroista ja rokotteiden turvallisuudesta (Joensuu ym 2002).

Suomessa toteutettavan rokotusohjelman kehittämisestä vastaa Kansanterveyslaitos (KTL). Sen tehtävänä on laatia rokotussuositukset, muutostarpeen tieteelliset perustelut ja tietopaketti koulutusta varten sekä huolehtia materiaalin jakelusta kunnille. Rokotusohjelmaa ollaan uudistamassa. Taulukossa 2 on Kansanterveyslaitoksen rokotussuositustyöryhmän ja Kansallisen rokotusasiantuntijaryhmän ehdotus lasten rokotusohjelmaksi vuosina 2003-2004. Tämä ohjelma mahdollistaa myös uuden rokoteyhdistelmän (kurkkumätä-jäykkäkouristus-

hinkuuskä-polio) käytön, jos sellainen tulee saataville. Ohjelmassa ei toistaiseksi ole vesirokkorokotusta, mutta vanhempien niin halutessa voidaan vesirokkorokotus antaa yli yksivuotiaalle perheen omalla kustannuksella. Nykyisin käytössä olevan kansallisen rokotusohjelman muutoksista tiedotetaan terveyskeskuksille ja neuvoloille erillisillä sosiaali- ja terveysministeriön määräyksillä ja Kansanterveyslaitoksen ohjeilla.

Uudet kansainväliset rokotelyhenteet on otettu käyttöön vuoden 2003 alusta. Lyhenteellä wP (whole cell pertussis) tarkoitetaan kokosoluhinkuuskärokotetta ja lyhenteellä aP/ap (acellular pertussis) solutonta hinkuuskärokotetta. Poliorokotelyhenteen on IPV (inactivated polio vaccine).

Taulukko 1. Kansanterveyslaitoksen rokotussuositustyöryhmän ja Kansallisen rokotusasiantuntijaryhmän ehdotus lasten rokotusohjelmaksi Suomessa vuosina 2003-2004.

Rokote	Ikä
HBV	Ruiskuumeita käyttävien tai HBs-antigeenia kantavien vanhempien vastasyntyneille lapsille 0, 1, 2, ja 12 kuukauden iässä
BCG	< 1 vko
DTwP I	3 kk
DTwP II, Hib I	4 kk
DTwP III	5 kk
IPV I, Hib II	6 kk
IPV II	12 kk
MPR I, Hib III	14-18 kk
DTwP IV, IPV III	20-24 kk
MPR II, DtaP/ dTap/dtap⁴	6 v
IPV IV	6-7 v
dT	11-12 v¹
MPR	11-13 v²
Influenssa	> 6kk³

¹ Vain, jos ei ole saanut DTaP/dTap/dtap-rokotetta 6 v:n iässä

² Vain, jos ei ole saanut aiemmin kahta MPR-rokotetta

³ Kliinisiin riskiryhmiin kuuluville

⁴ 6-vuotiaana DTaP/dTap/dtap-rokotteen saaneille annetaan 14-16-vuotiaana dT/dtap-rokote.

Vuoden 2005 alusta alkaen kaikki Suomessa käytettävät kurkkumätä-jäykkäkouristus-hinkuuskärokotteet on ostettava ulkomailta, jolloin rokotusohjelma muuttuu väistämättä. Uudistussuunnitelmat ovat vielä kesken, ja niistä tullaan tiedottamaan myöhemmin. Muutokset tulevat todennäköisesti harventamaan rokotuskäyntejä ja vähentämään erillisten pistosten määrää. Neuvolan määrääikaistarkastuksia ei voi silti vähentää, sillä on suositeltavaa tavata alle puolivuotias kuukausittain mm. kasvun seurannan ja ruokamuutosten takia.

Rokottajana toimii terveydenhoitaja. Epävarmoissa tilanteissa tulee konsultoida omaa neuvolalääkärää, keskussairaalan lastenlääkärää tai KTL:n rokotusasiantuntijaa (KTL:n Rokoteosasto puh. (09) 4744 8243, arkisin klo 9-12). Rokotusohjelman muutoksiin liittyvää tietoa löytyy KTL:n julkisilta sivuilta (www.ktl.fi/rokohjuud/). Uudistetut rokotussuositukset ovat luettavissa Rokottajan käsikirjan uudesta painoksesta ja KTL:n rokottajan käsikirjan sähköisessä versiossa (www.ktl.fi/oppaita/roko/). Neuvolalääkärin on tunnettava rokotusten todelliset vasta-aiheet ja vältettävä turhia rokotuksista pidättäytymisiä.

Sekä lääkärin että terveydenhoitajan pitää osata antaa asiantietoa rokotuksiin ehkäistävästä taudeista, rokottamatta jättämisen vaaroista ja rokotteiden turvallisuudesta kaikille vanhemmille, mutta erityisesti niille, jotka epäroivät rokotusluvan antamista. Saamansa tiedon perustella vanhemmat tekevät ratkaisunsa.

SUOSITUS: Neuvolan tulee antaa vanhemmille informaatio rokotuksista, rokotuksen ehkäistävästä taudeista ja rokotteiden turvallisuudesta.

Eritystilanteita syntyy, kun lapsen sairaus tai vanhempien tahto aiheuttavat rokotusohjelmasta poikkeamisen. Maahanmuuttajalasten aikaisempien rokotusten yhteensovittaminen suomalaiseen rokotusohjelmaan vaatii usein yksilöllisesti nopeutetun rokotusohjelman.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Rokottajan käsikirja ja käytännön kysymyksiä 2003. Kansanterveyslaitos. Kustannus Oy Duodecim.

9.6 Terveysten edistämisen aiheita

9.6.1 Ravitsemus ja ravitsemusohjaus

Lapsen hyvinvoinnin edellytyksiä ovat riittävä ja ravitseva ruoka sekä arkiaktiivisuuden tukeminen. Leikki-ikäisillä ruokavalion ravitsemukselliset haasteet ovat samoja kuin aikuisväestöllä: rasvan määrän pitäminen kohtuullisena, laadultaan pehmeän rasvan suosiminen, kasvien, hedelmien ja marjojen sekä kuitupitoisten täysjyväviljavalmisteen käytön lisääminen sekä sokerin ja suolan käytön vähentäminen. Neuvoloita eniten työllistäviä ravitsemuskysymyksiä ovat lasten lihavuus ja allergiat sekä erilaiset syömisessä pulmat. Neuvolassa on mahdollista vaikuttaa koko lapsiperheen ruokakäyttäytymiseen ja painonhallintaan. Parhaaseen tulokseen päästään, kun ongelmiin puututaan riittävän aikaisin.

Perheen ravitsemuksesta keskusteleminen on luonteva osa neuvolakäyntiä. Esimerkiksi ateriat, ruokaostosten tekeminen ja ruoanvalmistus ovat olennainen osa perheen arkipäivää. Neuvonnan lähtökohtana on yksilöllisyys, joustavuus ja perhekeskeisyys. Vanhempia kannustetaan ottamaan vastuu perheen arjesta lapsen tarpeista käsin. Se mikä on hyväksi lapselle on yleensä hyväksi myös koko perheelle. Perheiden arjessa on kiinnitettävä huomiota työn, harrastusten ja yhteisten aterioiden yhteensovittamiseen. Erityishaasteena on niiden perheiden kohtaaminen, joiden voimavarat eivät riitä arjesta selviytymiseen.

Elintarvikehygienia

Alle 1-vuotiaalle ei tule botulismiriskin vuoksi antaa hunajaa. Erityistä huolellisuutta on noudatettava raa'an lihan, siipikarjan ja kalan käsittelyssä, koska kypsentämättömissä tuotteissa voi esiintyä alle kouluikäisille erityisen vaarallisia ruokamyrkytysbakteereita. Tätä koskevat suositukset muuttuvat. Aiheita koskevaa ajankohtaista tiedotusta järjestää elintarvikevirasto.

Imetyksen ohjaaminen

Neuvoloilla on yhteiskunnassa tärkeä rooli imetysmyönteisyyden vahvistamisessa osana varhaista vuorovaikutusta. Imetyksestä on hyötyä sekä äidille että lapselle. Imetys edistää äidin toipumista synnytyksestä. Imettämisellä on havaittu olevan myös pitempiäaikaisia naisen terveyttä edistäviä vaikutuksia, esimerkiksi naisen riski sairastua osteoporoosiin ja joihinkin syöpiin vähenee. Lapsi saa rintamaidosta taudeilta suojaavia aineita. Äidinmaidon ravintosisältö vastaa lapsen tarvetta ja ravintoaineet imeytyvät siitä tehokkaasti. Rintaruokintaa suositellaan läpi koko imeväisiän, koska parhaatkaan teolliset korvikkeet eivät ole rintamaidon veroisia. Varhainen pulloruokinnan aloittaminen on yhdistetty lisääntyneisiin purentavirheisiin ja oikomishoidon tarpeeseen. Lisäksi imetys edistää äidin ja lapsen luonnollista kiinteää yhteyttä.

Terveystenhuoltohenkilöstön antama ohjaus on imetyksen sujumisen kannalta tärkeää. Lastenneuvolassa annetun ohjauksen tulee olla samansuuntaista ja yhtenäistä äitiysneuvolassa ja synnytysairaialassa annetun ohjauksen kanssa. Terveystenhoitajilla tulee olla riittävät ja

ajankohtaiset tiedot imetyksestä, esimerkiksi imetysohjaajakoulutuksen kautta. Osalle äideistä imetys aiheuttaa suurta räsitusta ja henkisiä paineita. Imetysohjelmaisten äitien taitavaan ohjaukseen on tarpeen kiinnittää erityistä huomiota ja terveydenhoitajien tulee hallita ohjaus myös tavanomaisimmissa imetyksen ongelmatilanteissa. Riittävän imetystuen varmistamiseksi neuvolan yhteistyötä imetystukiryhmien kanssa tulisi tehostaa. Varsinkin imetysohjelmaisten äitien kohdalla vertaistuen merkitys on tärkeä. Ongelmatilanteissa etsitään koko perheen hyvinvointia edistäviä ratkaisuja lapsen ravitsemuksen turvaamiseksi. Rintamaidon puuttuessa käytetään teollista äidinmaidonkorviketta vuoden ikään asti.

Suurin osa täysimetetyistä lapsista saa rintamaidosta riittävästi ravintoa 6 kuukauden ikään saakka. Osa voi kuitenkin tarvita lisäravintoa jo aiemmin. WHO:n yleissuositus on täysimetys kuuden kuukauden ikään saakka. Suomen Lastenlääkäriyhdistys suosittelee, että lisäruokinta aloitetaan yksilöllisesti lapsen tarpeiden mukaan 4-6 kuukauden iässä. Ratkaisussa tulee ottaa huomioon lapsen kasvu ja halukkuus lisäruokien syömiseen. Tämä suositus perustuu mm. suomalaisilla lapsilla tehtyyn laajaan seurantatutkimukseen (Salmenperä 1985). Yksinomaista rintaruokintaa suositellaan Suomessa siis jatkettavaksi lapsen yksilöllisten tarpeiden mukaan 4-6 kk ikään.

Lapsen tarvitessa lisäruokaa puolta vuotta nuorempana on kiinteä sosemainen lisäruoka pulloruokintaa parempi vaihtoehto rintaruokinnan tukemiseksi. Lisäruokinnalla tarkoitetaan ensisijaisesti perunaa, kasviksia, hedelmiä, marjoja sekä vähitellen myös kalaa ja lihaa soseina sekä viljaruokia.

Lisäruokien aloittamisen jälkeen suositellaan imetystä soseiden ohella yhden vuoden ikään asti. Osa perheistä valitsee imetyksen tämänkin jälkeen. Tällöin on tärkeää, että lapsen muu ruokavalio on monipuolinen ja ateriarytmi iän mukainen. Tuttipullosta ja huvitutista vierotetaan yksilöllisesti noin yhden vuoden iässä hampaiden puhkeamisen jälkeen. Tuttia paljon imevillä lapsilla on todettu enemmän korvatulehduksia kuin tuttia käyttämättömillä lapsilla.

Yksinomaisesti rintaruokittujen lasten paino nousee ensimmäisten kolmen kuukauden ajan keskimäärin hieman enemmän kuin korvikeruokittujen. Kuuden kuukauden iästä lähtien vuorostaan rintamaitoa ja lisäruokia saavien painonnousu on hieman hitaampaa kuin korviketta ja lisäruokia saavien lasten. Rintalasten pituuskasvu puolestaan on kolmen kuukauden iästä keskimäärin hieman pullolapsia hitaampaa, mutta yhdeksän kuukauden tai viimeistään kahden vuoden iässä rintaruokitun ja korvikeruokitun lapsen pituuskaivat ovat yhtenevät (Salmenperä 1994). On siis sallittavaa, että rintaruokitun ja rintaa ja kiinteitä lisäruokia saavan lapsen suhteellinen pituus vähenee kolmen kuukauden iästä lähtien vähitellen 9 kuukauden ikään mennessä jopa 1 SD:n verran. Pituuspaino (aik. suhteellinen paino) ei kuitenkaan vähene, toisin sanoen painon lisääntyminen on pituuskasvun mukaista. Tämä on tyypillistä täysin terveille rintaruokituille lapsille. He ovat vielä vuoden iässäkin korvikeruokittuja hieman kevyempiä. Tämä ero normaalissa kasvussa tulisi tiedostaa turhan ja liian varhain aloitetun lisäruokinnan estämiseksi.

Isillä on tärkeä osuus äidin imetyksen tukemisessa. Puolison asenne imetystä kohtaan on tärkeä vaikuttaja äitien päätöksessä aloittaa rintaruokinta. Isien hyvät tiedot imetyksestä ovat yhteydessä positiiviseen suhtautumiseen. Äitien tiedot ja näkemykset imetyksestä vaihtelevat. Hyvät tiedot imetyksestä ja positiiviset imetysasenteet ovat yhteydessä pitempään imetyskeston (Hannula 2003). Imetystä voidaan myös tukea tasokkaan terveysneuvontamateriaalin avulla ja toimimalla taitavasti imetyksen ongelmatilanteissa. Muita keinoja ovat alueellisen imetysstrategian, valtakunnallisesti yhtenäisen imetys- ja ravitsemusseurantalomakkeen ja laatumittariston kehittäminen.

Tupakointi, päihteet ja imetys eivät sovi yhteen, sillä sekä nikotiini että alkoholi erittyvät rintamaitoon ja näin lapsen elimistöön. (ks. luku 9.6.5 Vanhempien tupakointi).

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Hannula L. 2003. Imetysnäkemykset ja imetyksen toteutuminen. Suomalaisten synnyttäjien seurantatutkimus. Turun yliopiston julkaisuja Sarja C, osa 195. Turun yliopisto, Turku.

Salmenperä L. 1997. Rintaruokinta ja kasvu. Duodecim 113, 605-610.

”Vauvamyönteinen Keski-Suomi - alueellinen hoito-ohjelma” Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Hoito-ohjelma on internetissä maksullisessa osoitteessa www.terveysportti.fi. Päivitetty 23.03.2000 Hoito-ohjelma perustuu WHO:n Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen –julistukseen (A Joint WHO/UNICEF Statement. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services. 1989.)

Vauvamyönteisysohjelma. Ohjelma imetysohjauksen jatkuvaan laadun kehittämiseen. 1994. Stakes.

www.lapsiperhe.net/vamy. Sisältää tietoa vauvamyönteisyydestä, lähinnä imetyksestä, myös 10 askelta onnistuneeseen imetykseen.

Elintarvikevirasto: www.elintarvikevirasto.fi

Lapsen muu ruokailu imeväisiässä

Lisäruokia annettaessa ruokavaliota laajennetaan vähitellen parilla uudella ruoka-aineella viikkoa kohti. Kun ruoka-aineet annetaan yksitellen, lapsi tottuu uusiin makuihin ja ruoan sopimattomuus voidaan havaita. Ensimmäisiksi lisäruoiksi sopivat peruna, muut kasvikset, marjat ja hedelmät. Niiden jälkeen aloitetaan lihan ja viljan antaminen. Lähellä yhden vuoden ikää aloitetaan tavallisten maitovalmisteiden käyttö. Totuttelu kannattaa alkaa hapanmaitotuotteilla. Imeväisikäisen ruoissa ei käytetä lainkaan suolaa eikä ruokaa valmisteta runsaasti suolaa sisältävistä elintarvikkeista kuten makkarosta tai juustoista.

Lapsen ruokailu leikki-ässä

Ensimmäisen ikävuoden lopulla lapsi alkaa vähitellen syödä yhdessä perheen kanssa samaa ruokaa. Aikuinen vastaa siitä, että lapselle on tarjolla säännöllisesti ravitsevaa ruokaa myönteisessä ilmapiirissä. Kun näin toimitaan, lapsi syö yleensä tarpeensa mukaisen määrän ruokaa ja syömisen pulmilta vältytään. Samanikäisten lasten keskinäiset erot energiantarpeessa ovat huomattavia. Energiansaannin sopivuutta arvioidaan yksilöllisesti kasvukäyrän avulla. Arvioinnissa auttavat myös vanhempien havainnot sekä lapsen tyytyväisyys ja vointi.

Rasva on leikki-ikäiselle tärkeä energian, välttämättömien rasvahappojen ja rasvaliukoisten vitamiinien lähde. Rasvan kokonaismäärän pitäminen kohtuullisena ja laadultaan pehmeän rasvan suosiminen ovat tärkeitä tavoitteita sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi. Käytännössä tämä tarkoittaa kovan rasvan välttämistä ja pehmeiden rasvojen valitsemista näkyväksi rasvaksi. Liha- ja maitovalmisteiden käyttöön siirryttäessä lapsi voi alusta asti käyttää rasvattomia tai vähärasvaisia vaihtoehtoja. Maidoksi sopii parhaiten rasvaton maito. Kovaa rasvaa on piilorasvana maito- ja lihavalmisteiden lisäksi myös esimerkiksi kekseissä ja muissa leivonnaisissa, joten niitä kannattaa käyttää vain satunnaisesti. Näkyvänä rasvana leivän päällä, salaatikastikkeissa, ruoanlaitossa ja leivonnassa käytetään kasviöljyä, kasvimargariinia ja juoksevaa kasviöljyvalmistetta (ns. pullomargariini). Kun alle kaksivuotias lapsi käyttää rasvattomia maitovalmisteita, ruokavalioon lisätään päivittäin 2-3 tl lisärasvaa kasviöljynä tai margariinina (80 % rasvaa) riittävän energiansaannin varmistamiseksi.

Koko perheen kannattaa jo raskausaikana totutella säännölliseen ateriarhythmiin, sillä napostelu ja usein toistuva syöminen ja juominen altistavat hampaat jatkuvalla happohyökkäykselle. Makeisten, keksien, jäätelön, limsan, mehujen ym. makean ruoan käyttö kannattaa rajoittaa

aterioiden yhteyteen tai erilaisiin juhlahetkiin. Makean tarjoamisessa on syytä kiinnittää huomiota useuden lisäksi myös määrään. Herkut syrjäyttävät helposti muuta ruokaa tai ovat ylimääräistä ja altistavat siten ylipainon kehittymiselle. Jatkuva napostelu häiritsee nälän ja kylläisyyden tunteen säätelyä. Janojuomana tulee opetella käyttämään pelkkää vettä.

Lapsi kannattaa pienestä pitäen opettaa syömään vähäsuolaista ruokaa. Samalla koko perhe tottuu vähäsuolaisuuteen. Useat maustesuolat, lihaliemet, marinadit ja soijakastikkeet sisältävät runsaasti suolaa. Niitä käytettäessä ruokaan ei tarvitse lisätä suolaa. Suolan saantia voidaan vähentää valitsemalla leivistä, lihavalmisteista, juustoista ja rasvavalmisteista mahdollisuuksien mukaan vähäsuolainen vaihtoehto ja käyttämällä erittäin runsaasti suolaa sisältäviä elintarvikkeita (esim. sipsit, suolapähkinät, säilötyt oliivit, feta-juusto) vain satunnaisesti.

Perheen yhteisissä ruokailutilanteissa voidaan tavoitteellisesti opetella sekä ruokailutaitoja että uusia syömistottumuksia. Vanhemmat ja muut läheiset ihmiset vaikuttavat omilla valinnoillaan, esimerkillään ja toimenpiteillään lapsen ruokatottumusten kehittymiseen. Varautuneisuus uutta ruokaa tai makua kohtaan on lapsille tyypillistä. Vanhempia kannustetaan tarjoamaan lapselle uusia ruokia pieninä annoksina useita kertoja saman viikon aikana. Kun lapsi saa toistuvasti maistella uusia ruoka-aineita oman halunsa mukaan pakottamatta, hän oppii helpommin pitämään erilaisista mauista. Ruokailutilanteen ilmapiiri vaikuttaa ratkaisevasti siihen, mistä lapsi oppii pitämään ja mitä hän syö. Kiireettömyys ja lapsen huomioiminen auttavat miellyttävän ruokailuilmapiirin luomisessa. Leikki-ikäinen lapsi tarvitsee selvät ohjeet toivotusta ja sopimattomasta käyttäytymisestä. Vanhemmat voivat ohjata lapsen ruokailutapoja esimerkiksi kiittämällä ja kannustamalla lasta. Maanittelu, tuputtaminen tai uhkaukset eivät ole tehokkaita kasvatukseenkeinoja.

Lasten kasvisruokavalio

Monet kasvissyöjät, erityisesti vegaanit, ovat erittäin perehtyneitä kasvisruokavalion noudattamiseen. Ruokavalion taustalla oleva vakaumus tai elämänkatsomus voi olla vahva. Terveystieteiden asenne ja suvaitseva ilmapiiri ovat ratkaisevan tärkeitä toimivan yhteistyösuhteen muodostumisessa. Yhteisenä tavoitteena on koostaa mahdollisimman monipuolinen ja ravitsemuksellisesti riittävä ruokavalio, jossa myös kasvissyöjän vakaumus on otettu huomioon. Selkeisiin ravitsemusriskeihin on kuitenkin aina puututtava asianmukaisesti.

Mitä useampia ruoka-aineita kasvisruokavalio sisältää, sitä todennäköisemmin se on ravitsemuksellisesti riittävä. Monipuolisesti koostettu semi-, lakto- tai lakto-ovovegetaarinen ruokavalio takaa ravintoaineiden riittävän saannin. Kalaa sisältävä ruokavalio ei ravitsemuksellisesti poikkea lihaa sisältävästä ruokavaliosta. Kala parantaa kasvisruokavalion rasva-, proteiini-, D-vitamiini- ja rautasisältöä.

Vain kasvikunnan tuotteista koostuvaa vegaaniruokavaliota ei suositella lapsille. Vegaaniruokavalion turvallisuutta ei voida taata, sillä asiasta ei ole toistaiseksi suomalaista tutkimustietoa tai vankkaa käytännön kokemusta. Eläinperäisiä elintarvikkeita korvaavien täydennettyjen tuotteiden valikoima on Suomessa suppea ja saatavuus melko heikkoa. Tämä hankaloittaa ravitsemuksellisesti riittävän vegaaniruokavalion koostamista. Jos perhe haluaa lasten noudattavan vegaaniruokavaliota, on ruokavalion ravitsemuksellisen riittävyyden edellytyksenä hyvä elintarviketuntemus ja ravitsemustietämys. Myös ruoanlaittotaito on tarpeen. Vegaaniruokavaliota on aina täydennettävä B₁₂-vitamiinilla, D-vitamiinilla, kalsiumilla ja tarvittaessa raudalla käyttämällä joko ravintoainevalmisteita tai täydennettyjä elintarvikkeita. Vegaanilapsilla ongelmana saattaa lisäksi olla energian saannin

riittämättömyys, kun niukasti energiaa sisältäviä kasvikunnan tuotteita ei jakseta syödä riittävästi.

Jos lapsella on ruoka-allergia tai muita ruokarajoituksia, kasvisruokavalion toteuttaminen on käytännössä erittäin hankalaa. Lapsen ravinnonsaanti jää helposti puutteelliseksi. Riittävästä D-vitamiinin saannista on huolehdittava antamalla lapselle D-vitamiinivalmistetta yleisten imeväisikäisiä koskevien ohjeiden mukaisesti.

Kasvisruokavaliota noudattavan lapsen kasvua seurataan tarvittaessa tiheemmin neuvolakäynnein. Vegetaristilapset ovat yleensä hiukan lyhyempiä ja kevyempiä kuin sekaruokaa syövät lapset. Selvän pituuskasvun hidastuman ja pituuspainon laskun syyt on selvitettävä. Hemoglobiiniseuranta 1-2 -vuotiaana on perusteltu ruokavalion raudan niukkuuden vuoksi.

D-vitamiinivalmisteen käyttö

Lapsi saa ensimmäiset puoli vuotta riittävästi vitamiineja ja kivennäisaineita äidinmaidosta ja leikki-iässä monipuolinen ruokavalio tyydyttää vitamiinien ja kivennäisaineiden tarpeen. Ainoa poikkeus on D-vitamiini, jonka saantia täydennetään antamalla kaikille alle 3-vuotiaille ympärivuotisesti D-vitamiinivalmistetta (Taulukko 2). Tätä vanhemmilla lapsilla on suositeltavaa jatkaa valmisteen käyttöä lokakuun alusta maaliskuun loppuun viidentoista vuoden ikään saakka. Tummaihoisille lapsille annetaan D-vitamiinia valmisteena ympärivuotisesti 15 vuoden ikään saakka. Raskaana olevat ja imettävät äidit tarvitsevat pimeänä vuodenaikana D-vitamiinivalmistetta 10 µg/vrk.

Taulukko 2. D-vitamiinivalmisteen annostelu eri ikäisille lapsille

Lapsen ikä ja saatu ravinto	D-vitamiinivalmisteen annostus
Alle 1-vuotiaat 2 viikon iästä	
-Yksinomainen tai osittainen imetys	10µg/vrk
- Äidinmaidonkorviketta, lasten erityisvalmistetta tai vitaminoitua lasten velliä saavat	6 µg/vrk
1-2-vuotias	
- Tavallinen monipuolinen ruoka	5-6 µg/vrk
- Vitaminoimatonta maitoa (tilamaito), luomumaitoa tai ei lainkaan maitoa käyttävät	10 µg/vrk
3-15-vuotias lapsi loka-maaliskuussa, jos ei käytä vitaminoituja maitovalmisteita säännöllisesti	5-6 µg/vrk
3-15-vuotias tummaihoisen lapsen ympärivuotisesti	5-6 µg/vrk

Ruokaan ja ruokailuun liittyvät pulmat

Ruoka-allergiaa on arvioitu olevan noin 5-10 %:lla pikkulapsista. Allergioitten hoidosta ks. luku 10.5 Allergiat ja astma. Syntyvän lapsen allergiaoireita ei voi ehkäistä raskauden aikaisella välttämisruokavaliolla. Ruokien välttämiseksi allergian ehkäisyä tarkoituksessa ei ole perusteita myöskään imetysaikana tai lapsen omaa ruokavaliota koostettaessa. Välttämisruokavaliota toteutetaan vasta silloin, kun allergia on selvästi todettu. Imetys voi suojata lasta allergista reaktiotapaa vastaan. Imettävän äidin ruokavalion monipuolisuus ja riittävyys ovat tärkeitä sekä äidin että lapsen hyvinvoinnin kannalta. Jos imettävän äidin

ruokavaliosta joudutaan poistamaan keskeisiä ruoka-aineita lapsen allergiaoireiden vuoksi, äiti ohjataan ravitsemusterapeutin vastaanotolle.

Leikki-ikäisten lasten ylipainoisuus on lisääntynyt: arviolta 5-10 % lapsista on ylipainoisia. Ylipainoisuuden hoidosta ks. luku 10.6. Lapsen ylipaino. Tässä suosituksessa annetut ruoka- ja ruokailuohjeet ehkäisevät ylipainon kertymistä tehokkaasti. Usein, jos lapsi lihoo, taustalla ovat epäsäännölliset ruoka-ajat sekä epävarmuus ja epäjohtonmukaisuus kasvatusotteessa. Tällöin lapselle jää epäselväksi milloin syödään, millainen ruoka on arkiruokaa ja millainen juhlaruokaa. Myös ruoan tuputtaminen sekä ruoalla palkitseminen ja lohduttaminen häiritsevät luontaista ruokamäärän säätelyä. Näihin vaikuttamalla voidaan ehkäistä liiallista painon nousua.

Erilaiset syömiseen liittyvät pulmat ovat osa sekä neuvolan että päivähoiton arkea. Ongelmina voivat olla muun muassa ruokahaluttomuus, valikoiva ruokailu (voi johtua myös pureskeluvaikueudesta), syömisestä kieltäytyminen tai liiallinen syöminen. Syömispulmat voivat pitkään jatkuessaan johtaa mm. syömishäiriöihin, hidastuneeseen kasvuun tai ylipainoon. Jatkuvia ruokailuun liittyviä ongelmia on noin 10 %:lla lapsista ja vähäisempiä ongelmia yli puolella lapsista. Syömispulmat alkavat leikki-ikässä ja lisääntyvät viiteen vuoteen asti. Toistaiseksi ei tiedetä, onko varhaisen ja myöhemmin esiintyvien syömishäiriöiden kuten anoreksian ja bulimian välillä yhteyttä. Ongelmien ennaltaehkäisyssä auttaa pienten viestien ja huolenaiheiden varhainen tunnistaminen. Avun saamiselle on oltava matala kynnyks. Suurin osa lasten tavanomaisista syömispulmista korjaantuu neuvolan, päivähoiton ja vanhempien yhteistyöllä, jos niihin puututaan ajoissa. Jos pulmat eivät ratkea ruokailutilannetta selvittelemällä, kyse voi olla ongelmista perheen vuorovaikutussuhteissa. Tällöin on tarpeen tilanteen laajempi selvittely.

Ravitsemusohjaus neuvolassa

Neuvolan ravitsemusneuvonnan tavoitteena on lapsen ja koko perheen hyvän ravitsemuksen turvaaminen. Tavoitteena on, että ruokailu on lapselle ja vanhemmille myönteinen asia ja iloinen tapahtuma, jossa terveellisyysnäkökohdat yhdistyvät makunautintoon.

Lasten ja perheiden ruokatottumuksia seurataan ja arvioidaan yhdessä perheen kanssa koko neuvolaiän ajan. Lapsen syöminen kehittyy vähitellen, iän ja taitojen lisääntyessä. Ravitsemusohjaus ajoitetaan lapsen kehitysvaiheen mukaisesti. Kun vanhemmat oivaltavat herkästi lapsen taidoissa tapahtuvia muutoksia, he pystyvät luomaan lapselle otolliset olosuhteet harjoitteluun ja uuden oppimiseen. Etenkin ensimmäisten lasten vanhemmat tarvitsevat perustietoa lapsen ravitsemuksesta, ohjeita syömisopetteluun liittyvien herkkyyskausien tunnistamisessa sekä konkreettisia vinkkejä siitä, mitä lapsi eri ikäisenä voi harjoitella. Näiden asioiden käsittely on todettu hyödylliseksi myös neuvoloiden äiti-lapsiryhmissä ja ryhmäneuvoloissa.

Neuvolan terveydenhoitaja on tärkeä linkki päivähoiton ja erikoissairaanhoidon välillä. Moniongelmaisten perheiden kohdalla tarvitaan yhteistyötä myös sosiaalityön kanssa. Alueellista yhteistyötä voidaan toteuttaa esimerkiksi siten, että terveydenhoitaja on mukana päiväkodin vanhempainillassa. Terveydenhoitajalla on myös oltava ajantasaisia tietoja erilaisista ruokavalioidista ja niiden vaikutuksista lapseen. Omien valmiuksiensa ylläpitämiseksi terveydenhoitaja tarvitsee tiedon tiedonlähteistä ja välineet, joilla hän hankkii tietoa.

Ravitsemusohjauksen työnjako sovitaan paikallisesti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Pitkään jatkuneissa vaikeissa syömisongelmissa tarvitaan ravitsemusterapeutin apua. Hän voi varmistaa riittävän monipuolisen ruokavaliion toteutumisen esimerkiksi silloin kun lapsella on vaikea ruoka-allergia, yli- tai alipainoa tai

lapsi on vammaisen. Ravitsemusterapeutin asiantuntemusta voidaan käyttää myös henkilökunnan koulutuksessa ja häntä voidaan tarvittaessa konsultoida.

TAULUKKO 3. Ravitsemusohjauksen keskeisin sisältö imeväis- ja leikki-iässä

IKÄKAUS I	MERKITTÄVÄÄ IKÄKAUDELLE	RAVITSEMUSOHJAUKSEN KESKEISET TEEMAT
0-4 kk	Voimakas kasvu ja kehitys Lapsen hoidon opettelu Usein pulmia ja epävarmuutta imetyksessä ja lisäruoan tarpeen arvioinnissa	<ul style="list-style-type: none"> • Yksinomainen imetys • Tehostettu imetystuki pulmatilanteissa • Lapsen halun mukainen syöttäminen • Tarvittaessa äidinmaidonkorvikkeen käyttö • Eri syöttötavat yksilöllisesti • Nopea tarttuminen pulmatilanteisiin • Rintaruokinnan turvaamiseksi tarvittaessa kiinteä lisäruoka 4kk:n iästä
4-6 kk	Motorinen kypsyminen lisäruokintaan Lisäruokien aloittaminen Imetyksen haavoittuvuus	<ul style="list-style-type: none"> • Lisäruokien aloitus yksilöllisesti lapsen tarpeen ja valmiuksien mukaan • Imetyksen jatkuvuuden turvaaminen
6-9 kk	Lapsen taitojen voimakas kehitys	<ul style="list-style-type: none"> • Ruokavalion monipuolistaminen • Osittaisen imetyksen tukeminen • Mukiin totuttelu • Ruoan karkeuttaminen • Sormiruokat ja pinsettiote • Siirtyminen keittiön pöydän ääreen
19-12 kk	Lapsi siirtyy perheen ruokiin Lapsi menee mahdollisesti päivähoitoon Omatoimisen syömisen opettelua	<ul style="list-style-type: none"> • Arjen aikataulu muuttuvassa tilanteessa, perheen ateriat, syömisen säännöllisyys • Perheen ruoanvalmistustaidot ja -mahdollisuudet • Rasvan määrä ja laatu, maitovalinnat, suolan käyttö, janojuomat • Välipalojen laatu (hampaat) • Omatoimisen syömisen opettelua • Lapsen nälkä/kylläisyysviestit • Imetys/vierotus • Vierotus tuttupullosta noin vuoden iässä. • Ruokailun pelisäännöt päivähoitossa
1-3 v	Lapsi syö kaikkea ruokaa Syöminen pääosin omatoimista Uhmaikä, syömiseen liittyvät pulmat tavallisia	<ul style="list-style-type: none"> • Perheen ruokailutilanne, ruoka-ajat ja ruokarajat • Toistuva totuttaminen uusiin ruokiin • Ruokailuvälineiden käytön opettelu • Ruokavalion monipuolisuus, kasvisten, hedelmien ja marjojen

		<p>käyttö, ruokavalion rasva ja sokeri, makeiset</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lapsen oman ruokahalun säätelyn tukeminen • Lapsen painon kehitys • Omaehtoisen liikkumisen ja toiminnan vahvistaminen • Nopea puuttuminen pitkittyviin ongelmatilanteisiin
4-5 v	<p>Lapsen oman kaveripiirin laajentuminen</p> <p>Kerhoikä</p> <p>Tovereiden vaikutus voimistuu</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lapsen osallistuminen perheen aterioiden valmisteluun • Välipalojen laatu (hampaat) • Ruokavalion rasva ja sokeri • Kasvisten, hedelmien ja marjojen käyttö • Lapsen oman ruokahalun säätelyn tukeminen • Lapsen painon kehitys • Fyysisen aktiivisuuden merkitys • Nopea puuttuminen pitkittyviin ongelmatilanteisiin
6 v	<p>Lapsi menee esikouluun ja kouluun</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kodin pääateriat ja välipalat • Lapsen omatoimisuuden tukeminen, pienet itsenäiset ruoanvalmistustehtävät • Ruokavalion rasva ja sokeri • Makeisten, virvoitusjuomien, mehujen ja naposteltavien käyttö • Lapsen painon kehitys • Fyysisen aktiivisuuden merkitys • Nopea puuttuminen pitkittyviin ongelmatilanteisiin

Suosittelavaa kirjallisuutta:

D-vitamiinivalmisteiden käyttösuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön kuntakirje 17.1.2003. Dno 8/66/2002.

Hasunen K. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa 2000. Saatavissa myös www.stm.fi/eho/julkaisut/hasunen/imevaisk.pdf.

Lapsi, perhe ja ruoka. 1997. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 7. Opas uusitaan vuonna 2003.

Mahtavat muksut – ratkaisuja lihavan lapsen hoitoon. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry:n julkaisema opas perustuu perhe- ja ratkaisukeskeiseen työotteeseen. (Lähde on myös luvussa 10)

Partanen R. 2002. Maahanmuuttajan ravitsemusneuvonta. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry, Helsinki.

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemuspoliittinen toimenpideohjelma. Tulossa.

www.lapsiperhe.net/kasvisperheet

9.6.2 Suun terveydenhoito

Suun terveys on osa lapsen kokonaisterveyttä ja sille luodaan lapsen ensimmäisinä elinvuosina koko elämän ajan vaikuttava perusta. Jotta lasten suun terveyden edistämässä ja ongelmien ehkäisyssä onnistuttaisiin, tarvitaan yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä. Hyvän suun terveyden ylläpitämiseen tarvittavat keinot ovat yksinkertaisia: kariesbakteeritartunnan ehkäisy, suun ja hampaiden puhtaus, terveellinen ravinto sekä fluorin ja ksylitolin käyttö. Huoltajien on tärkeää saada perustiedot suusairauksien synnystä ja ennaltaehkäisystä sekä käytännön ohjeet suun terveyden ylläpitämisestä jo ennen lapsen ensimmäisten hampaiden puhkeamista. Kasvun edetessä kulloinkin ajankohtaiset suun ja hampaiden hoitoon sekä

purennan kehitykseen liittyvät asiat on hyvä ottaa uudestaan esille neuvolakäynneillä. Vaikka hammashoitohenkilöstöllä on päävastuu suun terveydenhuollon toimintojen toteuttamisesta, yhteistyö eri ammattiryhmien välillä on onnistumisen edellytys. Yhteinen tavoite on tukea perhettä ottamaan vastuu kasvatuksesta, päivittäisistä rutiineista ja lapsen hyvinvoinnista. Neuvola- ja hammashoitohenkilökunnan yhteisiä koulutustilaisuuksia lisäämällä neuvonnan sisältö voidaan suunnitella siten, että eri ammattiryhmien viestit vahvistavat toisiaan.

Kariesbakteerien tartunnan ehkäisy

Erittäin tärkeää on ehkäistä mutans streptokokki –tartunta maitohampaiden puhkeamisvaiheessa. Varhaisen tartunnan on todettu lisäävän hampaiden reikiintymisen riskiä sekä maito- että pysyvissä hampaissa. Mutans streptokokit tarttuvat syljen mukana yleensä äidiltä, mutta muutkin lasta hoitavat henkilöt, joilla on mutans streptokokeja suussa, voivat tartuttaa lapsen. Niinpä esimerkiksi lasta syötettäessä ei ruokaa saa maistaa samalla lusikalla eikä tuttia saa nuolaista puhtaaksi ennen sen antamista lapselle. Lasta saa kuitenkin suukotella, koska tuolloin sylkikontaktin määrä ei ole merkittävä. Käyttämällä säännöllisesti ksylitolia äiti ja mahdolliset muut lapsen hoitajat voivat olennaisesti vähentää tartunnan todennäköisyyttä. Kariesbakteerin tartunnan lykkääntyessä leikki-ikäen ovat ei-haitalliset bakteerit vallanneet tilaa suussa niin, että kariesbakteerin tarttuminen ja lisääntyminen ovat vaikeutuneet ja mahdollisuudet säilyttää terve hampaisto ovat oleellisesti lisääntyneet.

Terveellinen ruokavalio

Säännöllinen ateriarytmi ja monipuolinen ravinto ovat perusta niin yleiselle kasvulle ja kehitykselle kuin suun terveydellekin. Suunnitellut ateriat ja välipalat mahdollistavat hampaille tärkeät tauot päivällä. Jano tulee sammuttaa pelkällä vedellä yöllä ja aterioiden välillä. Kaikki muut juomiset ja suuhunpantavat on syytä keskittää aterioille. Tiheä kariesbakteereille käyttökelpoisen ravinnon, esimerkiksi tavallisen sokerin (sakkaroosi), hedelmäsokerin (fruktoosi), hiilihydraatteja sisältävien naposteltavien, kuten makeisten, virvoitusjuomien ja perunalastujen käyttö lisää tartunta- ja kariesriskiä. Jokaisen tällaisen ravinnon nauttimiskerran jälkeen kariesbakteerit tuottavat happoa, joka liuottaa hampaan kiillettä. Hampaat kestävät päivittäin 5-6 happohyökkäystä, jos ateriointien väliin mahtuu lepojaksia, jolloin liukenemat korjaantuvat. Äskettäin suuhun puhjennut hammas ei ole vielä saavuttanut lopullista kovuuttaan ja on sen vuoksi erityisen altis reikiintymiselle.

Hampaiden puhdistaminen ja fluorin käyttö

Lapsi tarvitsee aikuisen apua hampaiden puhdistukseen. Harjaus aloitetaan ensimmäisten hampaiden puhjetessa totutellen alusta lähtien kahteen harjauskertaan päivässä. Maitoposkihampaiden puhjetessa n. 1,5-vuotiaana ryhdytään lisäämään harjaan pieni sipaisu hampaita vahvistavaa fluoritahnaa. Mahdollinen muiden fluorituotteiden käytön tarve määritellään suun terveydenhuollossa.

Imemistottumukset

Rintamaito on alkuvaiheessa lapsen parasta ravintoa ja imetys edistää suun alueen lihaksiston ja leukojen ihanteellista kehittymistä. Imemistarve on yksilöllinen. Se vähenee yleensä ensimmäisen ikävuoden lopulla hampaiden puhjetessa, jolloin tutista ja tuttipullostasta on usein mahdollista luopua. Pitkittyneet imemistottumukset lisäävät parentavirheiden, kuten avopurentojen ja ristipurentojen syntymistä ja saattavat ohjata leukaluiden kasvua epäedulliseen suuntaan. Valintatilanteessa tutin ja sormen imemisen välillä kannattaa kuitenkin suosia imuosaltaan litteää ja pehmeää tuttia: tutista on helpompi päästä eroon kuin peukalosta.

Suun terveyden ongelmien tunnistaminen neuvolaikäisellä

Varhainen kariesbakteeritartunta yhdessä haitallisten ruokailutottumusten kanssa voi johtaa hampaiden rajuun reikiintymiseen. Neuvolan terveydenhoitaja ja/tai lääkäri voivat usein löytää tällaiset riskilapset, jotka eivät välttämättä käytä suun terveyspalveluja. Bakteeripeitteet yläetuhampaiden pinnalla ovat merkki kohonneesta kariesriskistä. Ne on helppo havaita nostamalla lapsen ylähuulta. Jos etuhampaiden pinnalla on selvästi havaittava plakkikerros (vaalea tai kirjava peite), lapsi tulee viipymättä ohjata suun terveydenhuoltoon. Hampaiden puhkeamisiässä ja -järjestyksessä on luonnollista vaihtelua. Jos ensimmäistä hammasta ei näy vielä yksivuotiaalla, on suositeltavaa lähettää lapsi hammaslääkärin tutkimuksiin. Hoitoon lähettäminen on tarpeellista, kun kasvojen ja/tai leukojen alueella on epäsymmetriaa, jotain muuta poikkeavaa tai epäillään hampaiden kehityksen häiriöitä. Yhteistyö on tarpeen myös hampaiden ja leukojen alueelle kohdistuneiden tapaturmien yhteydessä. Suun terveydenhuollon henkilöstön kanssa on hyvä sopia käytännöistä, miten toimitaan tapaturman sattuessa.

Erityisryhmien huomiointi

Suusairauksien riski on lisääntynyt lapsilla, joilla on pitkäaikainen sairaus, toistuvia infektioita tai kehitysvamma. Lääkkeet voivat lisätä suusairauksien riskiä esimerkiksi vähentämällä syljen eritystä. Riskiryhmiä ovat lisäksi psykososiaalisista ongelmista kärsivien, moniongelmaisten perheiden lapset, nuorten tai hammashoitopelkoisten vanhempien sekä maahanmuuttajaperheiden lapset. Osa näihin ryhmiin kuuluvista lapsista jää helposti säännöllisen hammashuollon ulkopuolelle. Perheen voimat voivat kulua monien muiden ongelmien hoitoon tai hampaiden hoitoon suhtaudutaan välinpitämättömästi.

Erityisryhmien lapset perheineen käyttävät usein runsaasti muita terveyspalveluja. Hyvällä yhteistyöllä ja tiedonvälityksellä terveydenhuollon eri ammattilaisten välillä nämä lapset voidaan saattaa myös suun terveydenhuollon piiriin, jossa nämä lapset ja heidän perheensä voivat saada erityistä tukea ja neuvontaa sekä tehostettua ehkäisevää ja tarvittaessa korjaavaa hammashoitoa. Jatkuvan ja pitkäaikaisen hoitosuhteen luominen ja moniammatillinen yhteistyö ovat usein edellytyksiä onnistuneelle hoidolle.

SUOSITUS: Neuvolassa annetaan suun terveyteen liittyvää terveysneuvontaa. Kun terveydenhoitaja tunnistaa suun terveyden ongelmia, hän ohjaa lapsen suun terveydenhuoltoon. Neuvolassa on kirjalliset ohjeet suun terveyteen liittyvästä terveysneuvonnasta ja suun terveyden ongelmien tunnistamisesta.

Lisätietoa voi hakea mm. Mannerheimin lastensuojeluliiton julkaisemista opaslehtisistä.

9.6.3 Tapaturmien ehkäiseminen

Tapaturma on lasten ja nuorten yleinen kuolinsyy. Lasten vakavat tapaturmat ovat kuitenkin asteittain selvästi vähentyneet: 1970-luvulla keskimäärin 215 alle viisitoistavuotiaasta kuoli vuosittain tapaturmaisesti, 1980-luvulla vastaava luku oli 89, 1990-luvulla 68. Viimeisin tilastotieto vuodelta 2001 osoittaa 37 lapsen kuolleen tapaturmaisesti. Lasten kuolemaan johtaneet tapaturmat aiheutuvat useimmiten liikenteestä (50-60%) ja hukkumisista (10-25%). Tulen, esineiden ja koneiden aiheuttamien tapaturmien osuus on 10-15%. Tapaturmat aiheuttavat lapsille vuosittain noin 8 000 sairaalahoitokertaa. Lisäksi joka kymmenes lapsi käy tapaturman vuoksi lääkärillä vuosittain. Trendi näyttäisikin olevan, että vakavien tapaturmien määrä on laskenut ja lievempien pysynyt suunnilleen ennallaan.

Tällä hetkellä olemme Suomessa tilanteessa, jossa ei ole osoitettavissa sellaisia yksittäisiä toimenpiteitä tai lainsäädännön muutoksia, joilla voitaisiin ratkaisevasti vähentää lasten

tapaturmia. Tapaturmien ehkäisyyn liittyvä neuvonta lastenneuvoloiden terveystarkastuksissa on kuitenkin tärkeä perusinformaatio vanhemmille lasten turvallisuudesta huolehtimiseksi. Vanhempien tulisi seurata lapsen kasvua ja kehitystä ja tunnistaa eri vaiheisiin liittyvät tapaturmien ehkäisytoimet. Koska lapsi kasvaa nopeasti, myös vaaratilanteet muuttuvat. Pienten lasten (0-3-vuotiaat) tapaturmista valtaosa sattuu kodin sisätiloissa. 4-vuotiaasta lähtien kasvaa ulkoympäristössä sattuneiden tapaturmien osuus.

Pieni lapsi ja turvallinen koti

Vauvaikäisen turvallisuus merkitsee hyvää perushoitoa. Tärkeää on, että käytetään turvallisia lastenhoitotarvikkeita (tutit, sängyt, lastenvaunut, syöttötuolit) ja ettei vauvaa jätetä pitkäksi aikaa valvomatta. Yleisiä tapaturmavaaroja pienokaiselle ovat putoamiset (mm. hoitopöydältä), palovammat (mm. ruokapöydän kuumat juomat ja ruuat) ja vierasesineet hengitysteissä. Oraalisessa kehitysvaiheessa lapsi laittaa kaiken suuhunsa. Siksi vanhempien on huolehdittava, ettei lapsen ulottuvilla ole vaarallisia ainesosia sisältäviä materiaaleja kuten vaarallisia kemikaaleja, lääkkeitä tai vitamiineja, tupakkaa, nikotiinipurukumia. Myrkytyksen aiheuttamia kuolemantapauksia ei ole lapsille sattunut viime vuosina, mutta myrkytystilanteita kodeissa syntyy kuitenkin usein. Myrkytystietokeskukseen vuonna 1999 tulleista puheluista (37 200) 15 030 koski alle kuusivuotiaiden lasten myrkytyksiä. Keskuksen tilastojen mukaan tupakan syöminen on tavallisimpia pikkulasten myrkytystapaturmia.

Kun lapsi lähtee liikkumaan, vanhempien on huolehdittava siitä, että koti on mahdollisimman turvallinen.

Tärkeää on huolehtia siitä, että lapsi ei:

- putoa korkealta
- saa vakavia palovammoja
- laita suuhunsa myrkyllisiä aineita
- vahingoita itseään terävillä esineillä

Minkälaisia turvalaitteita kotiin tulisi hankkia, riippuu asuntotyypistä ja tilaratkaisuista. Seuraavilla tuotteilla on kiistaton hyöty lapsen turvallisuudelle:

- liesisuoja; pistorasioiden suojatulpat, ellei asunnossa ole valmiina turvasuojattuja pistorasioita,
- lukittava lääkekaappi; porrasveräjä, jos kodissa on sisäportaat.

Turvallisuuskulma on otettava huomioon myös hankittaessa lapselle leluja.

Lasten turvallisuus ulkona

Lasten kuolemaan johtaneet tapaturmat ja vakavat loukkaantumiset sattuvat pääsääntöisesti ulkotiloissa. Liikenteessä loukkaantuu vajaa tuhat alle 15-vuotiasta lasta vuodessa. Lapset matkustavat autossa nykyään yleisesti turvallisesti kiinnitettyinä. Hukkumiset ovat lasten toiseksi yleisin tapaturmaisen kuoleman syy. Suuri osa pienten lasten hukkumisista sattuu kesällä rantaleikeissä sekä kevään ja syksyn heikoilla jäillä kodin läheisyydessä

Kun lapsen leikit siirtyvät pihapiiriin, on syytä tarkastaa ympäristön turvallisuus. Kaupunkipihoilla vaaratilanteita aiheuttavat autojen huoltoajo ja parkkipaikkaliikenne. Pihojen ulkoleikkivälineiden tyypillisimpiä puutteita ovat niiden kovapintaiset alustat ja huoltotoimien laiminlyönti. Maaseudulla lasten ympäristöt ovat monipuolisia virikkeitä antavia, mutta pihapiirissä lasten kannalta vaarallisia voivat olla esimerkiksi työkoneet, työkalut, maatilan kemikaalit, putoamisvaarat, eläimet, jokien ja järvien rannat sekä kaivot.

Lasten turvallisuuden kannalta keskeistä on riittävä valvonta ja neuvonta. Vanhemmat kokevat ongelmallisiksi tilanteet, kun pitäisi päättää, missä iässä lapsi voi leikkiä yksin tai kavereidensa kanssa. Yksiselitteisiä ratkaisuja ei ole, fyysisen ympäristön ehdot on otettava huomioon. Tapaturmien ennaltaehkäisyyn lisäksi vanhempia on opastettava varautumaan tarkoituksenmukaisen ensiavun antoon.

SUOSITUS: Neuvolassa ohjataan vanhempia ehkäisemään lasten tapaturmia ikätason mukaisesti, hankkimaan tarvittavia turvalaitteita sekä ensiaputaitoja.

Suosittelavaa kirjallisuutta ja muita tiedonlähteitä

<http://www.health.fi/tapaturma/aineisto/Tarkastuslistat.pdf> (kodin turvallisuuden tarkastuslista)

[http://www.hus.fi/laboratorio/myrkyllisten kasvien luettelo.pdf](http://www.hus.fi/laboratorio/myrkyllisten_kasvien_luettelo.pdf) (myrkylliset kasvit)

<http://liikenneturva.fi>. Liikenneturvallisuuteen liittyvää tietoa.

<http://www.lskl.fi>. Turvassa tapaturmilta. Lasten ikävaiheittaiset esitteet (1/2-vuotias – 6-vuotias) saatavana Lastensuojelun Keskusliitosta.

Hoppu K, Pohjalainen T, Taalikka P (toim.) 2002. Lasten myrkytykset. Kustannus Oy Duodecim

9.6.4 Liikunta

Pieni lapsi liikkuu normaalisti runsaasti ja purkaa näin luontaista energiaansa. Liikunnan merkityksestä ihmisen terveydelle elämänkulun kaikissa vaiheissa on kertynyt vahvaa tutkimusnäyttöä. Lapsuudessa liikunta tukee tervettä kasvua ja kehitystä sekä edistää laaja-alaisesti lapsen terveyttä ja hyvinvointia. Lapsen motoriset taidot harjaantuvat fyysisen toiminnan avulla ja hän oppii monenlaisia liikkumisessa, tasapainon ylläpitämisessä ja välineiden käsittelyssä tarvittavia taitoja. Liikunta voi välillisesti edistää lapsen tiedollista, sosiaalista sekä tunteiden ja tahdon kehitystä. Siten liikkumiskyvyllä ja –taidoilla on tärkeä itseisarvo lapsen toimintakyvyn, minäkuvan, itseluottamuksen ja sosiaalisten taitojen kehittymiselle. Lisäksi säännöllinen fyysinen liikunta ehkäisee muun muassa ylipainon kehittymistä ja vähentää monien sairauksien riskiä.

Jo alle kouluikäisten lasten fyysisessä aktiivisuudessa on tunnistettu yksilöllisiä ja sukupuolittaisia eroja. Esimerkiksi kuusivuotiaat pojat ovat tyttöjä aktiivisempia. Koska passiivisuus on suhteellisen pysyvä käyttäytymismuoto, tulisi vähän liikkuvien lasten fyysiseen aktiivisuuteen ja liikuntaa koskeviin asenteisiin kiinnittää nykyistä enemmän huomiota jo ennen kouluikää sekä neuvolassa että päivähoidossa. Myönteiset ja monipuoliset liikuntakokemukset jo lapsuusiässä luovat edellytyksiä elinikäiselle liikuntaharrastukselle. Tällaisia antavat muun muassa erilaiset leikit, pelit ja yhteiset liikuntaharrastukset vanhempien kanssa. Liikunnan tarpeensa tyydyttänyt lapsi nukkuu yleensä riittävästi ja rauhallisesti, kun taas vilkas lapsi, jolla ei ole mahdollisuuksia energian purkamiseen, turhautuu ja alkaa käyttäytyä häiritsevästi.

Erityisesti liikunnasta hyötyvät motorisista ongelmista kärsivät lapset, joita on 4-5 –vuotiaista lapsista arviolta 5-10 %. Motoriset ongelmat liittyvät usein moniin kouluikässä esiin tuleviin oppimisvaikeuksiin ja ne ovat varsin pysyviä. Liikuntaa onkin syytä käyttää nykyistä enemmän lapsen kokonaiskehityksen tukemiseen. Lapsille, joilla on erilaisia oppimis- tai käyttäytymishäiriöitä tai motorisia ongelmia, ei ole tarjolla riittävästi ammattitaitoisesti ohjattua liikuntaa, vaikka juuri he siitä hyötyisivät. Monessa kunnassa voi olla pulaa fysioterapeuteista.

Vanhempien tärkeä tehtävä on tukea lapsensa kehitystä luomalla hänelle monipuolisia mahdollisuuksia toteuttaa luontaista liikkumishaluaan ja toimia itse tämän toiminnan hienovaraisena taustatukena ja ohjaajana. Tämä edellyttää muun muassa, että lapsille on

tarjolla riittävästi virikkeellisiä ja turvallisia pihvoja ja muita leikkipaikkoja lähiympäristössä. Koska lapsen tottumukset kehittyvät osana perheen tottumuksia, on toivottavaa, että liikkumisesta muodostuu myönteinen yhdessäolohetki mahdollisimman monelle perheelle.

Lapsen ja hänen perheensä liikunnan edistämiseksi tarvitaan sekä omaehtoista ja ohjattua liikuntaa että eri tahojen yhteistyötä kunnassa. Lähes puolet lapsista on päivähoidon piirissä, jolloin on erinomaiset mahdollisuudet edistää lapsen leikkiä ja liikuntaa. Esimerkkejä kehitteillä olevista liikuntahankkeista ovat liikuntakoulu 4-13 -vuotiaille lapsille, Nuoren Suomen käynnistämä Liikkuva päivähoito –hanke 2003-5 sekä perheliikunnan kehittäminen.

Neuvolassa on erinomaiset mahdollisuudet kiinnittää huomiota lasten liikkumiseen ja siinä mahdollisesti ilmeneviin pulmiin ja ohjata vanhempia yksilöllisesti. Jotkut lapset ja perheet voivat tarvita rohkaisua liikuntaan, tietoa liikunnan merkityksestä lapselle sekä lapsen ikäkauteen soveltuvista liikuntamuodoista, -mahdollisuuksista ja välineistä. Toisia perheitä voi olla tarpeen hillitääkin, esimerkiksi jos vanhemmat vievät lasta kovin aikaisin rasittaviin ohjattuihin liikuntamuotoihin.

SUOSITUS: Neuvolassa kiinnitetään aktiivista huomiota lapsen ja hänen perheensä liikuntaan ja liikuntamahdollisuuksiin esimerkiksi keskustelemalla lapsen ja hänen perheensä liikuntatottumuksista ja kiinnostuksen kohteista osana neuvolan määräraikaistarkastuksia. Tavoitteena on, että lapset löytävät heitä kiinnostavia liikuntatapoja ja omaksuvat fyysisesti aktiivisen elämäntavan lapsuudesta lähtien.

Suosittelavaa kirjallisuutta

Miettinen M. (toim.) 2000. Haasteena huomisen hyvinvointi. Miten liikunta lisää mahdollisuuksia? Liikunnan yhteiskunnallinen perustelu II. Tutkimuskatsaus. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 124. Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö, Jyväskylä.

Numminen P. Millainen merkitys liikunnalla on varhaislapsuudessa? Teoksessa Miettinen M. (toim.) 2000. Haasteena huomisen hyvinvointi. Miten liikunta lisää mahdollisuuksia? Liikunnan yhteiskunnallinen perustelu II. Tutkimuskatsaus. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 124. Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö, Jyväskylä, 49-53.

Sääkslahti A, Numminen P, Raittila P, Paakkunainen U & Välimäki I. 2000. 6-vuotiaiden fyysinen aktiivisuus. Liikunta ja tiede, 37, 6, 19.

Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 2001:12. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki.

Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan kehittämisestä. 2002. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Esitteitä 2.

9.6.5 Vanhempien ja lasten seksuaalisen terveyden edistäminen

Ks. myös luvut 7 ja 10.16.

Seksuaalisuus on keskeinen osa hyvin toimivaa parisuhdetta ja ihmisen hyvinvointia. Raskaus, synnytys ja lasten syntymän jälkeinen aika muuttavat parisuhdetta ja seksuaalisuutta sen myötä. Osalle nämä ajanjaksot saattavat aiheuttaa ongelmia, joiden syntyä voitaisiin ehkäistä tai vaikutuksia lievittää, jos niistä saa ajoissa tietoa ja on mahdollisuuksia keskustella omista tunteistaan ja kokemuksistaan. Jos raskauden aika vaikuttaa hyvin kielteisesti seksuaalitoimintoihin, on parisuhteen todettu jopa vaarantuvan.

Heti synnytyksen jälkeen yhdynnät eivät yleensä kiinnosta naista, koska hän on väsynyt, ja lapsen hoito voi aiheuttaa jännitystä ja uupumusta. Halu aloittaa yhdynnät ja kyky saada orgasmi ovat hyvin yksilöllisiä. Miehen merkitys on suuri. Mitä selvemmin nainen kokee itsensä halutuksi myös naisena, sen paremmin ja kokonaisvaltaisemmin hän voi nauttia

äitiydestään ja seksuaalisuudestaan. Myös muut elämänalueet heijastuvat voimakkaasti parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen samoin kuin puolisoiden valmiudet keskustella toisiinsa kohdistamista odotuksista ja perheen elämästä yleensä. Parisuhteen vaaliminen on avain. Kun vanhempien suhde toimii, voi lapsikin yleensä hyvin.

Lapsen seksuaalisen kehityksen vaiheet myötäilevät lapsen psykososiaalisen kehityksen vaiheita. Turvallinen ja hyvä suhde omiin vanhempiin muokkaa lapsen kuvaa itsestään, omasta kehostaan ja sukupuolisuuudestaan. Keskeisenä tunne- ja seksuaalielämän tasapainoisuuden kannalta pidetään perusturvallisuuden syntymisen vaiheen lisäksi myös siisteys- ja itsenäistymisvaihetta. Siisteyskasvatuksen tulee olla sallivaa, kannustavaa ja palkitsevaa.

Lapsi tarvitsee turvallisen ja myönteisen ilmapiirin sekä tietoa seksuaalisuudesta. Tämä edellyttää vanhemmilta valmiutta vastata lapsen kysymyksiin rehellisesti ja kohdata luontevasti ja sallivasti lapsen seksuaalisuuteen liittyvät toiminnot, esimerkiksi itsetyytytys. Voidakseen rakentaa itselleen myönteisen seksuaalisen identiteetin lapsi tarvitsee samastumiskohteen. Kaikissa perheissä ei ole molempia vanhempia, tällöin korostuu muiden läheisten ihmisten merkitys samaistumismalleina.

Terveydenhoitajan ja lääkärin tehtävänä on ottaa seksuaaliasiat lastenneuvolassa esille sekä vanhempien että lasten näkökulmasta. Seksuaalisuuteen liittyvien asioiden normaaliudesta kertominen ja asiantiedon antaminen ennakoivasti voivat auttaa monia vanhempia. Tarpeen voi myös olla antaa tilaa keskustella pulmista ja ohjata tarvittaessa muille asiantuntijoille. Vanhempien oma hyvinvointi, asenteet, toiminta ja mallit ihmissuhde- ja sukupuolikysymyksissä vaikuttavat lapseen ja siihen, miten tämä myöhemmin elämässään seksuaalisuuden kokee.

Työntekijän suhtautuminen omaan seksuaalisuuteensa vaikuttaa kykyyn keskustella asiakkaiden kanssa näistä kysymyksistä. Tarvitaan hyvät seksuaalisuutta koskevat tiedot, jotta pystyy ohjaamaan muita. Kirjallisuus, täydennyskoulutus, työnohjaus ja keskustelu aiheesta työyhteisössä antavat lisävalmiuksia. Muiden ohella Väestöliitto ja Perhesuunnittelun osaamiskeskus järjestävät seksuaalisuutta käsittelevää koulutusta ja kehittävät siihen liittyvää aineistoa.

Suosittelua kirjallisuutta

Kontula O & Lottes I (toim.) 2000. Seksuaaliterveys Suomessa. Tammi, Tampere.

Nurmi T. 2001. Seksuaaliterveys ja terveydenhoitaja. Seksuaaliterveyden edistäminen terveydenhoitajiksi valmistuvien seksuaaliterveyden asiantuntijuus 1970-, 1980- ja 1990-luvuilla. Julkaisuja 13. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki.

9.6.6 Vanhempien tupakointi

Alle kouluikäisten lasten vanhemmat tupakoivat arviolta saman verran kuin koko väestö: naisista tupakoi noin 20 % ja miehistä 28 % (Helakorpi ym. 2003). Raskauden aikana naisista tupakoi noin 15 % ja heidän puolisoistaan 70 %. Raskaana olevista vähemmän koulutetut tupakoivat enemmän kuin pitkän koulutuksen saaneet ja yksinhuoltajat enemmän kuin parisuhteessa elävät. Itä- ja Pohjois-Suomessa odottavat äidit tupakoivat runsaammin kuin muualla Suomessa asuvat. (Jaakkola 2002.) Nuorten naisten lisääntynyt tupakointi saattaa lisätä myös raskaana olevien ja pienten lasten vanhempien tupakointilukuja. Rasittavat ja kuormittavat elämäntilanteet lisäävät nuorten ja naisten tupakointia (Rimpelä ym. 1997). Osa raskauden aikana tupakoinnin lopettaneista aloittaa tupakoinnin uudelleen lapsen synnyttyä. Se on todennäköisempää, jos lopettamisen peruste on ollut lapsen terveys eikä oma terveys. Pohjoismaisen tutkimuksen mukaan kolmivuotiaiden vanhemmista ja

huoltajista noin 25 % tupakoi, suomalaiset vanhemmat yrittivät kuitenkin suojata lastaan tupakan savulta muiden maiden vanhempia useammin (Lund ym. 1998).

Odotus- ja imetyksen tupakointi sekä tupakan savu aiheuttavat lapselle terveysthaittoja

Äidin raskaudenaikainen tupakointi aiheuttaa lapselle monia terveysthaittoja. Äidin tupakointi lisää lapsen riskiä pienipainoisuuteen ja enneaikaiseen synnytykseen. Tupakan lähes kaikki myrkylliset ainesosat läpäisevät istukan ja altistavat näin sikiön ja aiheuttavat todennäköisesti pysyviä aivomuutoksia.

Imettävällä äidillä tupakan nikotiini ja sen hajoamistuote, kotiini, kulkeutuvat maitoon ja edelleen maidon mukana vauvan elimistöön. Pitoisuudet maidossa voivat olla moninkertaiset verrattuna pitoisuuksiin äidin veressä, ja nousevat tupakoinnin määrän myötä. Äidin tupakoinnin myötä lapsi altistuu myös tupakan syöpää aiheuttaville aineille ja raskasmetalleille, esimerkiksi kadmiumille. Äidin tupakointi imetyksen aikana lisää selkeästi lapsen riskiä sairastua toistuviin ylähengitystietulehduksiin, ja lisää lapsen alttiutta sairastua astmaan. Tupakointi altistaa siten lasta myöhemmin ilmeneville, vaikeillekin kroonisille sairauksille. Äidin imetyksenaikainen tupakointi voi lisätä lapsen riskiä myös koliikkivaivoille ja unihäiriöille sekä aiheuttaa pahoinvointia, vatsakipuja ja ripulia. Runsas tupakointi voi myös vähentää maidontuloa. Tupakoivat äidit imettävät keskimäärin selvästi lyhyemmän ajan kuin ei-tupakoivat. Tupakoivan äidin rintamaito on ravintosisällöltään köyhempää kuin tupakoimattoman maito. Esimerkiksi C-vitamiinipitoisuus jää puoleen tupakoimattoman naisen äidinmaidon C-vitamiinipitoisuudesta.

Noin 7-9 % lapsista altistuu tupakansavulle. Savu lisää lasten alttiutta sairastua hengitystieinfektioihin, kuten korvatulehduksiin, keuhkoputkentulehdukseen ja keuhkokuumeeseen. Vanhempien tupakointi lisää lapsen riskiä sairastua astmaan sekä astmaa sairastavan lapsen taudin vaikeusastetta. Tupakansavulla näyttää olevan myös merkittävä keuhkofunktiota alentava vaikutus. (Tieteellinen perustelukatsaus tupakansavun...2000.)

Tupakoinnin lopettaminen ja sen haittojen vähentäminen

Neuvolassa on tärkeä kiinnittää huomiota äidin ja isän tupakointiin. Vanhemmilta tiedustellaan heidän tupakointiaan silloin kun se tuntuu luontevalta, kuitenkin vähintään kerran vuodessa. Tupakoiville vanhemmille kerrotaan tupakoinnin haitoista uusimpien tutkimustulosten mukaisesti ja suositellaan molemmille vanhemmille tupakoinnin lopettamista. Tilanne kirjataan. Ohjauksessa tarvitaan hienotunteisuutta ja kykyä ymmärtää vanhempien elämäntilannetta. Osa tupakoivista vanhemmista kykenee luopumaan tupakoinnista oma-aloitteisesti, mutta monelle se on voimakkaan nikotiiniriippuvuuden vuoksi erittäin hankalaa. Moni voi tarvita 3-4 yritystä päästäkseen eroon tupakoinnista. Lopettamista kannattaa seurata ja tukea vanhempaa tupakoimattomuuteen. Positiivisella palautteella on suuri merkitys. Vieroitushoidoilla voidaan auttaa monia tupakoijia. Vieroitushoitoja kannattaa tarjota pienten lasten vanhemmille, jotta estetään lasten altistuminen tupakansavulle. Tupakoivia vanhempia, etenkin astmaa ja toistuvia infektioita sairastavien lasten vanhempia kannata ohjata vieroitukseen. Päävastuu tupakoinnista vieroittamisesta, esimerkiksi vieroitusryhmien järjestämisestä on terveysthaittojen keskuksella.

Jos lastaan imettävä äiti ei pysty lopettamaan tupakointia, ohjataan äitiä tupakoinnin vähentämiseen ja ajoittamiseen siten, että rintamaitoon erittyisi mahdollisimman vähän nikotiinia. Rintamaidon nikotiinimäärä puolittuu 1.5 tunnissa, joten äidin tulisi olla tupakoimatta ainakin 2.5-3 tuntia ennen imetystä. Mitään varmoja turvallisuusrajoja ei kuitenkaan ole olemassa, koska äitien tupakointitavat vaihtelevat. Joidenkin mielestä tupakoivan äidin ei pitäisi lainkaan imettää.

Joissain tilanteissa voi nikotiinikorvaushoito tulla kyseeseen äidin tupakoinnin lopettamisen tukena. Tällöin on hyvä muistaa, että nikotiinikorvaushoito yhdessä tupakoinnin kanssa voi aiheuttaa hyvinkin korkeita nikotiinipitoisuuksia äidin elimistöön ja edelleen maitoon. Tällaista yhdistelmää on siis ehdottomasti vältettävä. Jos äiti käyttää kerta-annoshoitoa (purukumi, suihke), suositellaan kahden - kolmen tunnin taukoa imetyksessä. Jos käytössä on laastarikorvaushoito, ei tämäkään ole este imetykselle. Nikotiinipitoisuus äidin seerumissa ja maidossa jää alhaisemmaksi, eikä altistusta tupakan mukana saataville muille haitallisille yhdisteille synny. Korvaushoitoa tulisi kuitenkin käyttää vain niissä tilanteissa, joissa vierotus tupakasta ei muuten onnistu.

Elleivät vanhemmat pysty lopettamaan tupakointia, korostetaan lapsen oikeutta puhtaaseen hengitysilmaan ja kerrotaan tupakansavun terveydellisistä haitoista. Tavoitteeksi on perusteltua asettaa, että vanhemmat eivät tupakoi sisätiloissa, myöskään autossa, eivätkä yleensä lapsen läsnäollessa. Perhepäivähoidossa olevan lapsen vanhempia ohjataan keskustelemaan samojen periaatteiden noudattamisesta lapsen ollessa hoidossa. Tupakkalainsäädäntö, joka kieltää tupakoinnin mm. päiväkodeissa, ei vielä koske perhepäivähoitoa. Keskusteluun kannattaa ottaa myös vanhempien mallin vaikutus lapsen tupakoinnin aloittamiseen myöhemmin. Vanhempien tupakoinnin lopettaminen vähentää lasten ja nuorten tupakoinnin aloittamista.

SUOSITUS: Neuvolahenkilöstö ohjaa tupakoivia vanhempia tupakoinnin lopettamiseen tai lasta mahdollisimman vähän vahingoittavaan tupakointiin Käypä hoito –suosituksen mukaan. Henkilöstöllä on ajantasaiset tiedot oman kuntansa vieroituspalveluista, nikotiinikorvaushoidon periaatteista sekä tupakoinnin vaikutuksista vanhempien ja lasten terveydelle.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro A & Uutela A. 2003. Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys. Kevät 2002. Kansanterveyslaitos, Helsinki.

Jaakkola N. 2002. Passive smoking during pregnancy and early childhood: occurrence, determinants, health effects and prevention. University of Helsinki.

Savuton koti. 2001. Mannerheimin Lastensuojeluliiton lehtinen.

Schatz BS. 1998. Nicotine replacement products: implications for the breastfeeding mother. Journal of Human Lactation 14:161-3.

Tieteellinen perustelukatsaus ympäristön tupakansavun terveyshaitoista. 2000. Selvityksiä 11. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot. Käypä hoito -suositus 2002. Duodecim 2002, 118(24), 2578-87. Käypä hoito -suositukset löytyvät internetistä osoitteesta www.duodecim.fi/kh.

Vierola H. 1996. Tupakka ja naisen terveys. Gummerus, Jyväskylä.

Vierola H. 2002. Tupakoitsijan oikeus hyvään terveysvalistukseen. Terveyskasvattajan kymmenen kuolemansyntiä. Terveystieteitä 4-5, 44-45.

9.6.7 Lapset ja tietotekniikka

Tietotekniikalla on monia positiivisia vaikutuksia elämäämme ja kulttuuriimme. Se on kuitenkin vielä uusi elämäalue ja vaatii valmiuksia, joita moni ei ole aiemmin tarvinnut. Yksi keskeinen vaatimus on medialukutaito. Sillä tarkoitetaan perinteisen lukutaidon laajennusta, johon kuuluvat audiovisuaalisen ilmaisun vastaanottotaidot ja kriittinen itsenäisyys median käytössä ja mediasisällön tulkinnessa (Mustonen & Pulkkinen 2003).

Tietokonepohjaiset viihde- ja opetussovellukset opettavat parhaimmillaan monia tärkeitä ajatteluprosesseja: ongelmanratkaisua, päättelyä ja visuaalista hahmottamista. Varhaiskasvatuksen alalla yksi keskeinen haaste on kouluttaa kasvattajia niin, että he ohjaisivat lapsia tiedostamaan tietokoneen mahdollisuudet. Erityisopetuksessa ja kuntoutuksessa käytetään jo nyt monia tietoteknisiä sovelluksia taitavasti hyväksi.

Alle kouluikäisten lasten maailmassa tietotekniikka on kuitenkin enemmän riski kuin mahdollisuus. Alle kouluikäiset ovat vasta rakentamassa persoonaansa. Keskeinen rakennusosa on ns. sosiaalinen alkupääoma, jolla tarkoitetaan lapsen vanhemmiltaan ja muista varhaisista ihmissuhteista omaksumia arvoja ja normeja, yhteisön tukea ja sosiaalisia verkostoja sekä luottamusta (Pekonen & Pulkkinen 2002). Sosiaalista pääomaa syntyy vain, jos vanhemmat ovat aidosti läsnä lastensa elämässä ja antavat lapsille aikaansa. Lapsi omaksuu inhimillisen pääoman sivistys- ja taitoperustaa, jos vanhemmat elävät ja toimivat lastensa kanssa välittäen heille tapakulttuuria, kielellistä ja kulttuurista perintöä ja tapoja ratkaista arkisia pulmia. Myös tietotekniikan yhteinen käyttö, sisältövalinnat ja omat mallit ovat yhä tärkeämpi osa sosiaalista pääomaa (Mustonen & Pulkkinen 2003).

Parhaimmillaan tietotekniikalla on positiivisia vaikutuksia sosiaaliselle alkupääomalle: Se voi opettaa suvaitsevaisuutta, tasa-arvoa ja aktiivista osallistumista tai vaikuttamista. Verkottuminen ja virtuaaliset ystävät voivat auttaa identiteettityöskentelyssä ja antaa samaistumis- ja roolimalleja.

Tietotekniikan riskit perustuvat siihen, että tietotekniikka vähentää aikuisten valtaa ja ohjaavaa roolia lasten elämässä. Mediamaailmassa ja internetissä vallitsee elämäntyylien ja arvojen moninaisuus. Ongelmallisiksi ovat nousemassa itsekkyyttä ja aggressiivisuutta hyväksyvät normit. Internetin kautta välitetään tehokkaasti niin eettistä kuin epäeettistäkin aineistoa, testattua tietoa ja humpuukia, keskenään ristiriitaisia ideologioita, huhuja ja valheita.

Vuorovaikutteisuuden ja eri aisteja yhdistävän luonteensa takia tietotekniikkaan perustuva media tempaa tehokkaammin mukaansa ja tuottaa voimakkaampia elämyksiä kuin perinteinen media. Tietokoneen tuottamassa keinoavaruudessa syntyy aistimuksia, jotka tuntuvat oikeilta ja jotka synnyttävät illuusion käyttäjän sulautumisesta lumemaailmaan.

Television katselun vaikutuksista on todettu, että valitulla sisällöllä on enemmän merkitystä kuin käytön määrällä (Shah ym. 2001). Raaka väkivalta, jota esitetään ihannoivaan sävyyn, johtaa turtumiseen ja empatian hiipumiseen. Lieväkin väkivalta voi johtaa aggressioita hyväksyviin asenteisiin ja normeihin. Mediaväkivalta lisää aggressiota etenkin niillä lapsilla, jotka itse ovat ennestään aggressiivisia, ja jotka elävät väkivaltaa hyväksyvässä ympäristössä.

Suurin osa lapsista ei muutu median vaikutuksesta väkivaltaiseksi, vaikka lapsi matkisikin filmin aggressiivisia tapahtumia leikeissään. Oleellista on, pysyykö aggressio leikkinä, vai pettäkö lapsen itsekontrolli niin, että hän tekee oikeasti vahinkoa muille tai esineille. On tärkeää muistaa, että rajukin leikki on aivan eri asia kuin toisten vahingoittaminen. Itse asiassa aggressiivisen käyttäytymisen läpikäyminen leikin kautta saattaa edistää itsehallinnan kehittymistä ja aggression kontrolloimista. Riskiryhmässä ovatkin ne lapset, joilla leikin ja oikean aggression raja häviää. Tähän ovat alttiita lapset, jotka ovat kokeneet väkivaltaa tai joita on laiminlyöty. (Mustonen & Pulkkinen 2003).

Toinen mediaväkivallan riskitekijä on turvattomuutta ja epäluottamusta ruokkivan maailmankuvan syntyminen ja sen tuottama ahdistuneisuus, johon riskiryhmässä ovat ujut ja pelokkaat lapset. Tämäkin vaikutus etenee kehämäisesti: arat ja pelokkaat henkilöt hakevat piristykseen elämysvoimaista viihdettä. Toimintafilmit voivatkin kohentaa mielialaa lyhytaikaisesti, mutta pitemmällä tähtäyksellä väkivaltafilmit ruokkivat epäluuloista

maailmankuvaa, jossa maailma nähdään vaarallisena paikkana, mikä edelleen lisää ahdistuneisuutta (Gerbner ym. 1994). Seurauksena voi sekä aggressiivisilla että ahdistuneilla olla myös sosiaalisia pelkoja ja epäluuloista suhtautumista lähimmäisiin.

Aikuisen tehtävänä tulisi olla lapsen johdattelu huomaamaan erilaisia esittämistapoja, tulkitsemaan niiden arvomaailmaa ja pohtimaan, miten realistisesti tai epärealistisesti aggression seuraukset esitetään. Eduskunnan Tulevaisuusvaliokunta hyväksyi tammikuussa 2003 seuraavanlaiset linjaukset, joiden mukaan vanhempia tulee aktivoida kasvatusvastuuseen. (Mustonen & Pulkkinen 2003.) Tietotekniikan ja median käytön rajoittaminen perheissä tarkoittaa mm:

1. Sisällöllinen ohjaus ja sopimukset: sovitaan, mitä katsotaan tai pelataan
2. Yhteinen valikointi, ostopäätökset, valinnoilla äänestäminen
3. Vaihtoehtoisen toiminnan ja harrastusten tarjoaminen
4. Määrän rajoittaminen: sovitaan etukäteen ohjelmien määrä
5. Ajan rajoittaminen: tuntirajoitus
6. Tekninen rajoittaminen: sensuurisiru (TV), suodatinohjelmat (internet)

Medialaitteet tulisi sijoittaa perheen yhteisiin oleskelutiloihin, joissa sosiaalinen vuorovaikutus on luontaista – ei lastenhuoneisiin.

SUOSITUS: Lapsen täyttäessä kaksi vuotta otetaan lastenneuvolassa viimeistään aktiivisesti esiin tietotekniikan ja median hyödyt ja haitat ja käytön rajoittaminen perheissä. Aiheeseen palataan myös myöhemmillä käynneillä.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Mustonen A & Pulkkinen L. 2003. Sosiaalinen alkupääoma ja tietotekniikka. Teknologian arviointia. Osa 14. Eduskunnan kanslian julkaisu 1. *Julkaisu valottaa tietotekniikan hyöty- ja riskinäkökohtia huomattavasti yllä olevaa perusteellisemmin. Pohdiskeluissa mukana myös kouluikäisten lasten ja nuorten suhde tietotekniikkaan.*

9.7 Neuvontaa sähköpostitse, puhelimitse ja verkon kautta

Monet vanhemmat ovat tottuneet asioimaan sähköpostitse. Myös neuvolan tietotaidon pitää olla lähestyttävissä sähköpostin kautta. Neuvolantyöntekijöillä voi kullakin olla oma tai työntekijöiden yhteinen sähköpostiosoite, joka annetaan vanhemmille. Jälkimmäisessä tapauksessa vanhempien tulee tietää, että osoitteeseen lähetetyt viestit voivat päättyä sihteerin tai muun henkilön luettavaksi. Koska sähköpostivastausten kirjoittaminen voi olla työlästä ja aikaa vievää, saattaa olla tarkoituksenmukaisinta, että pääsääntöisesti viesteihin vastataan puhelinsoitolla.

Nykypäivän ihmiset ovat tottuneet käyttämään käsipuhelinta ja lähettämään tekstiviestejä. Neuvolan on tarpeen sopeutua näihin muutoksiin. Puhelin ei saa häiritä henkilökohtaisia tapaamisia. Siksi pääsäännöksi ehdotetaan, että vanhemmat voivat jättää viestinsä puhelinvastaajaan tai mahdollisesti tekstiviestinä työntekijän käsipuhelimeen.

Erilaiset verkkopohjaiset palvelut ja verkkopohjainen tiedonvälitys yleistyvät. Useihin niistä on viitattu tämän oppaan sivuilla. A-klinikkasäätiön kehittämän Päihdelinkki-palvelun kautta voi osallistua keskusteluihin, erilaisiin testeihin ja tiedustella nimettömänä asiantuntijoilta päihteitä koskevia asioita. Väestöliitolla on nettipalveluita muun muassa lapsiperheille ja vuorovaikutteista seksuaalineuvontaa. Vanhempien saatavilla on yhä enemmän terveyteen liittyvää tietoa ja ohjeita eri toimijoiden kotisivuilla. Näiden sivujen laatuun ja luotettavuuteen on syytä kiinnittää huomiota.

Myös neuvoloiden toimintaan on kehitetty uusia työvälineitä sähköiseen asiointiin, esimerkiksi nk. nettineuvola. Nettineuvola on toistaiseksi äitiyshuollon käyttöön kehitetty kaupallinen tuote (ks. Elämisen alkuun –hanke 1996-2000). Siinä on kattava ja ajantasainen tietosisältö, jota sekä lasta odottava perhe että neuvolan ja synnytysairaalan hoitohenkilöstö voivat käyttää. Työntekijöille nettineuvola toimii perehdytys- ja tiedon tarkistuspaikkana. Perheet voivat keskustella vertaistensa kanssa odotusaikana ja lapsen syntymän jälkeen, mikä mahdollistaa perheiden tutustumisen toisiinsa. Nettineuvolan palveluja käyttävä tuntee oman neuvolan henkilökunnan ja saa myös yhteyden omaan synnytysairaalaan vaikka heti raskauden alussa.

Internetissä on myös lukuisia vertaisryhmien keskustelupalstoja. Terveystietäjien on hyödyllistä seurata erityisesti lapsiperheille tarkoitettuja sivuja, jotta he ovat tietoisia ajankohtaisista kysymyksistä omaa asiakaskuntaansa laajemmin ja osaavat tarvittaessa ohjata omia asiakasperheitään suhtautumaan niistä saatavaan tietoon kriittisesti (esim. rokotuskielteen keskustelu tms.). Äitien käyttämiä postituslistoja ovat muun muassa imetystukilista, mammatukilista, kotiäidit-lista ja vauvat-lista. Vuonna 2001 tehdyssä selvityksessä mukana olleet äidit käyttivät lähes 140 erilaista postituslistaa tai keskustelupalstaa (Munnukka ym. 2002)

Neuvoloissa jaetaan runsaasti erilaista oheismateriaalia neuvonnan tueksi. Joillakin paikkakunnilla on tehty aiheesta selvityksiä ja todettu, että materiaali on varsin kirjavaa. Olennaista on, että jaettava materiaali on ajantasaista ja parhaaseen mahdolliseen tietoon (näyttöön) perustuvaa. Terveystietämisen keskuksella on tässä työssä tärkeä rooli. Materiaalin päivittäminen ja suuntaaminen uusiin aiheisiin tuovat uusia haasteita materiaalin kehittämiseen. Tällainen on esimerkiksi monikulttuurisia perheitä tukeva terveystietämisen aineisto. Neuvolassa on myös tarpeen arvioida kriittisesti erilaisten yritysten jaettavaksi antamaa materiaalia, ja varmistaa, ettei niiden sisältö ole ristiriidassa voimassa olevien terveyslinjausten kanssa.

SUOSITUS: Jokaisella neuvolatyöntekijällä on käytössään henkilökohtainen puhelin, puhelinvästääjä ja tietokoneyhteys. Jokaisena työpäivänä varataan aikaa puhelimitse ja sähköpostin välityksellä käytävään yhteydenpitoon asiakkaiden kanssa. Neuvontaa tukevan oheismateriaalin laatuun ja luotettavuuteen kiinnitetään aktiivista huolta. Neuvolan työntekijöille mahdollistetaan riittävä koulutus uusiin tietoteknisiin välineisiin.

Munnukka T, Kiiikkala I & Valkama K. 2002. Äitien keskinäinen sosiaalinen tuki välittyy Internetin postituslistoilla. *Sairaanhoitaja* 75, 5, 24-27.

10 PERHEEN TUKEMINEN ERILAISISSA TILANTEISSA

Tässä luvussa on lueteltu joukko tehostettua neuvolaseurantaa vaativia tilanteita sekä tehty ehdotuksia perheiden tukemiseksi. Tietoa tilanteista, joihin kannattaa ajoissa puuttua, saadaan mm. tutkimuksista. Esimerkiksi Rintasen (2002) väitöskirjassa on neuvolatarkastusten laiminlyönti todettu erääksi nuoren elämän riskitekijäksi. Työ on tarpeen mitoittaa niin, että se ”kestää” nämä erikoistilanteet. Tilanteiden käsittelemistä helpottaa, kun kussakin neuvolassa on paikallisesti tarvittavien yhteistyötahojen kanssa sovittu toimintamalli. Sovittuihin käytäntöihin tulee kirjata menettelytavat ja hoito-ohjelmat, konsultaatioväylät ja vastuuhenkilöt. Myös lisäkoulutuksen järjestäminen ja työnohjaus sekä mahdollisten apulomakkeiden käyttö pitää kirjata. Perhepalvelukeskuksessa on mahdollista sopia vastuunjaosta ja erityisosaamisesta työntekijöiden kesken.

Vanhemmat saattavat viedä lapsensa tutkimuksiin tai hoitoon oma-aloitteisesti muita väyliä pitkin kuin neuvolan kautta. Vanhemmilla on ensisijaisvastuu lapsistaan, ja heillä on myös valta päättää, miten paljon omia asioitaan he haluavat jakaa lastenneuvolan kanssa. Neuvolan täytyy kunnioittaa vanhempien päätöksiä, sillä hyvä yhteistyö on edellytys lapsen auttamiselle. Mikäli on syytä epäillä lapsen kasvun ja kehityksen vaarantuvan, neuvolan on kuitenkin syytä varmistaa perheelle riittävä seuranta ja tuki.

SUOSITUS: Erityistilanteita varten neuvolassa tulee olla kirjallinen ohje, joka sisältää tiedon sovituista menettelytavoista, vastuuhenkilöistä, yhteistyökumppaneista, työnjaosta, hoitopoluista ja aiheeseen mahdollisesti liittyvästä lisäkoulutuksesta.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Määttä P. 1999. Perhe asiantuntijana. Erityiskasvatuksen ja kuntoutuksen käytännöt. Atena, Jyväskylä.

10.1 Keskoslapsi

Keskoslapsi syntyy perheeseen, jonka valmistautuminen vauvan tuloon on kesken. Tämän vuoksi useimmat vanhemmat tarvitsevat paljon tukea ulkopuoleltaan. Vauvan somaattiset, keskosuuteen liittyvät pulmat hoidetaan sairaalassa, ja useimmissa erikoissairaanhoitopiireissä myös keskoslapsen jälkiseuranta on hyvin järjestetty. Useissa keskussairaaloissa on myös hyvin organisoitu psyykinen ja sosiaalinen tuki keskosten perheille. Sairaalan mahdollisuudet auttaa perhettä ovat kuitenkin aina rajalliset.

Keskosia hoitavien sairaaloiden kanssa tulisi sopia, että tieto keskoslapsen syntymästä saatettaisiin neuvolan tietoon siitä riippumatta, kuinka kauan lapsi tulee olemaan sairaalassa. Jos lapsi joutuu olemaan sairaalassa useita viikkoja, on suositeltavaa, että terveydenhoitaja käy mahdollisuuksien mukaan sairaalassa tapaamassa lasta, tämän perhettä ja hoitavaa tiimiä. Sairaalahoidosta saadut kirjalliset dokumentit auttavat neuvolatyöryhmää hoidon jatkuvuuden turvaamisessa lapsen siirtyessä neuvolan seurantaan.

Keskoslapsen hoidossa on hyvin paljon pulmia, jotka ovat aivan samanlaisia kuin muidenkin vauvojen hoidossa ilmenevät pulmat. Vauva itkee ilman hyvää selitystä, unirytmii voi olla sekaisin, tai vauvan normaali kehitys mietityttää vanhempia. Keskoslapsella on lisäksi erityisiä pulmia, joista monet ovat hyvin yksilöllisiä. Monesti vaikeudet liittyvät ammattilaisten antamien ohjeiden ja kodissa vallitsevan todellisuuden yhteensovittamiseen. Kaikkien keskosten kohdalla keskeisimmän huomioitava asia on vanhempien ja lapsen välisen kiintymys- ja vuorovaikutussuhteen kehittyminen. Vaikka lapsi olisi vanhemmilleen hyvin ”kallis”, vaivalla hankittu ja hoidettu, häneen voi olla vaikea uskaltaa kiintyä. Vaikka vaikeat tilanteet on ohitettu, ja realistinen lapsen kuoleman riski on ohi, vanhemmat saattavat

irrationaalisesti pelätä lapsensa menettämistä. Tuntuu ikään kuin turvallisemmalta olla kiintymättä lapseen liian syvästi. Oman neuvolan tuki on tärkeä myös keskoslapsen perheelle. Neuvolan tehtävänä on hoitaa keskoslapsen kohdalla kaikki asiat, mm. rokotukset, joita ei ole erikseen sovittu sairaalasta käsin hoidettaviksi.

Pienimpien keskoslasten ruokintaohjeet poikkeavat täysiaikaisen ohjeista, ja nämä ohjeet annetaan sairaalasta. Jos äidinmaito ei riitä, alle 2500 g painoisina syntyneille lapsille suositellaan joko erityistä keskosille tarkoitettua äidinmaidon korviketta tai korviketta, jossa on valkuaisainetta vähintään 1,5 g/100 ml siihen asti, kun lapsi saa yhden täyden liha-aterian päivässä. Neuvolassa tulee huolehtia, että alle 2500g painoisena syntyneiden D-vitamiini- ja rautaprofylaksia toteutuu ja että lisäraudan annosta päivitetään sairaalan ohjeen ja lapsen kasvun mukaisesti. Kasvua ja kehitystä seurataan lasketun ajan mukaan eli korjatun iän mukaisesti kahden vuoden ikään saakka. Psykomotorista kehitystä, näköä ja kuuloa seurataan tavallista tarkemmin. Jos keskonen tai alipainoisena syntynyt lapsi ei kuulu sairaalaseurannan piiriin, kehitysseuranta ja varsinkin 4- ja 5-vuotistarkastus ovat hyvin tärkeitä ja ne on tehtävä huolellisesti. Pulmatilanteissa neuvolan kannattaa olla yhteydessä lasta hoitaneeseen erikoissairaanhoidon yksikköön. Muutenkin hyvä yhteistyö on tärkeää.

Hyvin usein vanhempien tunnemaailmaa häiritsevä asia on syyllisyys, vaikka tähän ei olisi mitään asiallisia perusteita. Syyllisyydentunnoista voi olla myös hyvin vaikeaa oma-aloitteisesti puhua. Asia ei mitenkään itsestään selvästi tule sairaalassa esille. Olisi toivottavaa saavuttaa neuvolassa sellainen keskusteluyhteys ja luottamus, että näistäkin, usein perusteettomista huolista voitaisiin puhua.

Monet keskoslasten vanhemmat hyötyvät vertaistuesta. Koska keskosia on sittenkin melko vähän, vertaistuen järjestäminen lienee kuitenkin luontevampaa erikoissairaanhoidosta kuin perusterveydenhuollosta käsin.

Keskoslapsen perheen tapaamiset suunnitellaan yksilöllisesti. Keskoslasten perheet hyötyvät erityisesti kotikäynneistä, joita saatetaan tarvita useita. Perhetyöntekijän käyttöä tulee harkita. Keskosohella huomioidaan myös perheen muut lapset, vanhempien jaksaminen ja parisuhde.

SUOSITUS: Lastenneuvolan terveydenhoitaja käy mahdollisuuksien mukaan tapaamassa keskoslasta, perhettä ja hoitavaa tiimiä sairaalassa, jos lapsi joutuu olemaan vuodeosastohoidossa useita viikkoja. Keskoslapsen perheen tapaamiset ja mahdollinen lisätuki suunnitellaan yksilöllisesti.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Askel-projekti.

Kuru. 1998. Täysivaltaiseen vanhemmuuteen. Perheiden tuentarve ja yhteistyö asiantuntijoiden kanssa pienen keskosensimmäisen elinvuoden aikana.

Järvenpää A-L.2001. Keskoslapsi avohoidossa. Yleislääkärin käsikirja /lääkärin tietokanta. Helsinki: Duodecim. Maksullisessa internetosoitteessa www.terveysportti.fi.

Virpiranta-Salo M. Vanhemmuuteen kasvaminen pienen keskosena syntyneen lapsen perheessä.

10.2. Itkuinen vauva

Itku on vauvalle tarpeellinen ilmaisukeino. Pieni vauva itkee keskimäärin kaksi tuntia vuorokaudessa. Koliikki-itkuksi kutsutaan kohtausmaista, läpituokevaa kipuitkua, jolle ei löydy syytä ja joka jatkuu rauhoitteluyrityksistä huolimatta. Ennen kuin itkua voidaan kutsua koliikiksi, on somaattiset syyt syytä sulkea pois. Koliikkia itkevä vauva vetää tyypillisesti

itsensä kaarelle, huitoo käsillään tai koukistaa ja nyrkistää niitä. Maha on usein pömpö, ja sieltä saattaa kuulua kurisevia suoliääniä. Ilmavaivat liittyvät usein kohtauksiin, koska lapsi itkiessään nielee ilmaa. Itku on jaksottaista ja ajoittuu yleensä samaan vuorokaudenaikaan.

Koliikki alkaa usein jo toisen elinviikon aikana, se on pahimmillaan 4-6 viikon iässä ja paranee neljän kuukauden ikään mennessä. Koliikkia esiintyy 10-30 prosentilla vauvoista määritelmistä riippuen. Ns. koliikkivauvaksi voidaan kutsua lasta, joka itkee yli kolme tuntia vuorokaudessa vähintään kolmena päivänä viikossa yli viikon ajan, ja jolta somaattiset itkun syyt (esim. korvatulehdukset ja lehmänmaitoallergiat) on poissuljettu.

Koliikin syytä ei tunneta. Koliikkia on pidetty vatsavaivana, mutta vakuuttavaa näyttöä asiasta ei ole. Tehokasta ja turvallista lääkehoitoa koliikkiin ei tunneta. Dimetikoni on suolesta imeytymätön ja siten turvallinen ilmavaivalääke, jota voi kokeilla, vaikka sen tehoa ei ole todistettu. Mahdollisesti tehokasta disykloveriini –nimistä lääkettä ei pidä käyttää, koska sen käyttöön on raportoitu liittyneen hengityspysähdyksiä.

Koliikkiin ei ole olemassa yleispätevää hoitoa, eikä tehotonta hoitoa pidä jatkaa. Systemaattinen erilaisten hoitoyritysten kokeilu, jossa lapselle tarjotaan maitoa, tuttua, syliä, kantamista tai lepoa vuorotellen, on antanut hyviä tuloksia (Lehtonen 1997).

Vanhemmat voivat pitää tärkeänä tietoa, ettei koliikki vaaranna lapsen kehitystä. Tärkeintä on, että vanhempi jaksaa sietää lapsen huutoa. Jos lapsi itkee todella paljon, on tärkeää että vanhempi saa itse riittävästi levätä.

SUOSITUS: Terveystieteiden asiantuntija, lääkäri ja perhetyöntekijä sopivat yhtenäisistä ohjeista koliikista kärsivien lasten vanhemmille. Erikoissairaanhoidon ja mahdollisen ympärivuorokautisen päiväkodin, ensikodin tms. kanssa sovitaan paikallisesti yöhoitojärjestelyistä. Huomiota kiinnitetään vanhempien jaksamiseen.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Lehtonen L. 1997. Imeväisen koliikki. Kirjassa Simell O (toim). Neuvolakirja. Viides painos. Vammala: Orion -yhtymä Oy, 400-403.

10.3 Temperamentiltaan vaativa lapsi

Jos vauvan temperamentti ei sovi yhteen vanhempien käytöksen ja odotusten kanssa, voi siitä muodostua riskitekijä lapsen elämään (Thomass & Chess 1977). Vaikeammin hallittavissa oleva temperamentti, joka näkyy mm. rytmien epäsäännöllisyytenä, itkuisuutena, pimeään pelkona ja negatiivisena emotionaalisena ärtyvyytenä, voi herättää vanhemmassa vihamielisyyttä, kriittisyyttä, lapsen huomiotta jättämistä, pakkokeinojen kehää ja epävarmaa kiintymystä (Pulkinen 2002).

Lapsen tapa reagoida ja toimia muokkaa hänen omaa kasvu- ja kehitysympäristöään. Lapsen voimakastahtoisuus, vahva ja kielteinen reagointi sekä tyytymättömyys ovat kehityksen riskitekijöitä. Vanhemmat voivat kokea epäonnistuneisuutta, olla itse ärtyneitä lapseensa ja ainakin toisinaan väsyä, olla ymmällään ja kokea syyllisyyttäkin.

Vanhemman kokemuksille ja tunteille on annettava tilaa. Vihan tunne ei ole harvinainen, sitä on lupa kokea, mutta se pitää pystyä purkamaan turvallisella tavalla. Viha ei oikeuta väkivaltaa tai laiminlyöntiä.

Toisen tyyppisen haasteen vanhemmilleen asettavat ”hitaasti lämpenevät”, arat lapset, jotka suhtautuvat vetäytyvästi ja torjuvasti ympäristöönsä, itselleen uusiin ja vieraisiin tilanteisiin.

Voimavaralähtöisesti ajatellen on keskeistä, että neuvolassa tunnistetaan vanhempien kokemat pulmat, jotka liittyvät lapsen temperamenttiin. Vanhemmille on hyvä selittää, että lapsen henkilökohtainen luonteenlaatu on myös voimavara. Voimakastahtoisien lasten kohdalla aikuisuuden säilyttäminen, turvallisesta rajojen asettaminen ja pelisäännöistä sopiminen ovat eräitä avainasioita. Yhteisiin sopimuksiin voimakastahtoiset lapset luonteenlaatunsa mukaisesti sitoutuvat vahvasti. Silti sopimuksia ei voida tehdä lasten ehdoilla. Arkojen lasten vahvuus on siinä, että he tarkkailevat ympäristöään, tutustuvat siihen ja prosessoivat sen eri piirteitä. He tarvitsevat aikaa. Antamalla aikaa ympäristöään tällä tavalla tutkiville lapsille vanhemmat voivat rohkaista lastaan. Suuri osa lapsista sijoittuu temperamentiltaan näiden kahden ääripään väliin.

Ryhmä voi olla hyvä paikka keskustella ja jakaa kokemuksia (Lyytinen ym. 1998). Lapsen temperamentin ymmärtäminen ja sen hyväksyminen on lapsen persoonallisuuden kunnioittamisesta ja muodostaa tällä tavalla erään kasvualustan tasapainoiselle kasvulle ja kehitykselle.

SUOSITUS: Neuvolassa kiinnitetään erityistä huomiota lasten temperamenttiin ja annetaan tarvittaessa sen synnynnäisestä luonteesta tietoa vanhemmille. Vanhempien tunteille annetaan tilaa, ja jos vanhemmat haluavat, keskustellaan miten vanhemman kannattaa käytännön kasvatustilanteissa toimia hankalahoitoisen lapsen kanssa.

10.4 Pitkäaikaisesti sairas, paljon sairastava tai vammaisen lapsi

Lasten pitkäaikaiset vaikeat sairaudet ovat hyvin yksilöllisiä. Tavallisimpia ovat allergiset sairaudet, neurologisen kehityksen erityisvaikeudet ja mielenterveyden häiriöt. Koska lastenneuvolassa kohdataan koko ikäluokka, sinne tulevat myös harvinaisempia sairauksia sairastavat lapset, kuten kehitys- aistin- ja liikuntavammaiset, diabeetikot ja syöpäsairaat. Neuvolalääkäri ja -terveydenhoitaja joutuvat perehtymään siihen sairauteen, jota omalla vastuulla oleva lapsi sairastaa, sillä vaikeakin sairautta potevalla on myös tavallisia ongelmia. Tavallisten ongelmien hoito ei onnistu, ellei tunne potilaan perussairautta. Neuvolassa on myös tarpeen hahmottaa, mitä lapsen pitkäaikaissairaus perheen elämälle ja selviytymiselle merkitsee.

Pitkäaikaisesti sairaalla lapsella on usein monia hoitavia tahoja, ja perheet kokevat, ettei mikään taho kunnolla perehdy kokonaisuuteen. Perusterveydenhuollon, joko väestövastuulääkäriin tai neuvolan, tehtävänä on perehtyä lapsen hoidon kokonaisuuteen ja pitää huolta palvelujen koordinoinnista ja jatkuvuudesta. Jos väestövastuulääkäri on myös lapsen neuvolalääkäri, ei työnjaosta tarvitse erikseen sopia.

Jos neuvolalääkäri on eri kuin perheen omalääkäri, työnjaosta ja vastuusta on sovittava selkeästi perhettä kuunnellen. Lasten erikoissairaanhoidon näkökulmasta on usein luontevampaa, että neuvolalääkäri toimii yhteistyökumppanina kuin järjestely, jossa erikoissairaanhoidon lääkärit yrittävät kommunikoida jokaisen terveyskeskuksen lääkärin kanssa. Määräaikaistarkastuksissa neuvolalääkäri joutuu joka tapauksessa perehtymään tilanteeseen, ja hän pystyy hyödyntämään terveydenhoitajan ammattitaitoa ja työpanosta. Nämä seikat puoltavat ajatusta, että neuvolalääkäri olisi pitkäaikaisesti sairaan lapsen perusterveydenhuollon ensisijainen vastuulääkäri.

Vaikka päätettäisiin, että kokonaisvastuu pitkäaikaisesti tai paljon sairastavan lapsen hoidosta olisi neuvolalääkärillä, ei ole tarkoituksenmukaista, että tämä lääkäri hoitaisi akuutteja sairaustapauksia. Kokonaisvastuulla tarkoitetaan lähinnä erilaisten tutkivien ja kuntouttavien tahojen, päivähoiton yms. koordinoimista, sairaan lapsen sosiaaliturvan varmistamista ja moniammatillisiin neuvotteluihin osallistumista.

Hoidon jatkuvuutta haittaa, jos perusterveydenhuollossa ei ole ajantasaista tietoa lapsen hoidosta erikoissairaanhoidossa. Vanhemmat eivät aina osaa tätä tietoa välittää. Siksi on suositeltavaa, että vanhemmat saisivat lapsen hoitoon liittyvät tiedot kirjallisina mukaansa. Epikriisien säilytyspaikasta tulee usein epäselvyyksiä, jos osa epikriiseistä lähetetään neuvolaan, osa fyysisesti eri paikassa sijaitsevalle terveysasemalle. Terveysaseman arkistohenkilökunnan tulee automaattisesti lähettää kopiot kaikista epikriiseistä lastenneuvolaan, ellei perhe erikseen tätä jostain syystä kiellä.

Vammaisten lasten vanhemmat toivovat, että perheelle tarjotaan samoja peruspalveluita kuin muillekin eli kehityksen seuranta ja kasvatuksellista tukea (Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2000). Hasun (1998) tutkimuksen mukaan lapsen sairastaessa paljon perheen sosiaaliset tukiverkot harvenivat, vanhempien toiminta lasten kanssa väheni ja perheet käyttivät useammin terveystalvija. Vanhemmat olivat tyytyväisiä tiedolliseen tukeen vastaanottokäynneillä, mutta he odottivat terveydenhoitajalta ja lääkäriltä enemmän emotionaalista tukea ja voimavarojensa vahvistamista.

Neuvolatarkastuksissa on tärkeää muodostaa käsitys, miten lapsi ja hänen vanhempansa suhtautuvat sairauteen, miten hoito toteutuu, rajoittaako sairaus ja miten jokapäiväistä elämää, kykenevätkö ja haluavatko vanhemmat noudattaa saamia hoito-ohjeita (esimerkiksi ruokavalio, vanhempien tupakointi, kuntoutus, seurantakokeet), miten lapsi ja perhe kokevat ympäristön suhtautumisen, jääkö vanhemmille aikaa sairaan lapsen lisäksi perheen muille lapsille ja toisilleen. Leikki-ikäisen lapsen kanssa voi ja on antoisaa keskustella lapsen omista käsityksistä sairaudestaan ja sen hoidosta ja vaikutuksesta lapsen arkeen.

Mikäli lapsi kuuluu vammaisneuvolan hoitoon, on selkeästi sovittava työnjaosta vammaisneuvolan ja tavallisen neuvolan välillä. Konkreettisia sovittavia asioita ovat mm. rokotuksista huolehtiminen, lapsen somaattisen/neurologisen/psyykkisen kehityksen seuraaminen, ravitsemusneuvonta, hampaistosta huolehtiminen, vanhempien parisuhteen tukeminen, kasvatusneuvonta ja –tuki ja koulukypsyysarviot.

SUOSITUS: Lastenneuvolan lääkäri voi toimia pitkäaikaissairaiden lasten perusterveydenhuollon vastuulääkärinä, mikäli perheen ja väestövuulääkärin kanssa niin sovitaan. Lapsen epikriisit kerätään neuvolaan. Terveystalvija koordinoi pitkäaikaissairaiden lasten hoitoa omalta osaltaan, ellei perheen kanssa ole muuten sovittu.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Moilanen I. 2000. Kroonisen sairauden ja vamman vaikutus tunne-elämään. Kirjassa Räsänen E. Moilanen I, Tamminen T & Almqvist F (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 2. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim.

Yleislääkärin käsikirja/lääkärin tietokanta. Kirjassa, CD:llä ja maksullisessa osoitteessa www.terveysportti.fi julkaistussa kokoelmassa on lukuisia artikkeleita kroonisista sairauksista.

Lisätietoa harvinaisista sairauksista: <http://www.harvinaiset.org>, <http://www.sos.se/smkh> (ruotsiksi), <http://rarediseases.info.nih.gov/> (Office of Rare Diseases, USA) ja <http://www.icodata.com/health/pedbase/pedlynx.htm> (yleispediatrinen englanninkielinen tietokanta).

10.5 Allergiat ja astma

Allergiat ja astma ovat lasten pitkäaikaissairauksista kaikkein tavallisimpia. On arvioitu, että ruoka-allergiaa on noin 5-10 prosentilla pikkulapsista (Lapsi, perhe ja ruoka 1997). Ruokayliherkkyydet puhkeavat tavallisesti alle yksivuotiaana. Niiden mahdollisuus tulee pitää mielessä, kun lapsi saa lisäruokaa ja harvinaisissa tapauksissa jo yksinomaisen rintaruokinnan

aikana. Oireet alkavat yleensä muutaman viikon kuluessa siitä, kun oireita aiheuttava uusi ruoka-aine on lisätty ruokavalioon.

Oireet voivat olla ihottumaa, kutinaa tai suolistoperäisiä (pulaattelua, löysiä ulosteita/ripulia, pahanhajuisia/oudonvärisiä ulosteita, ummetusta, vatsakipuja). Varsinkin viimeksi mainituista on usein vaikea sanoa, onko kyseessä oire vai normaalia vaihtelua.

Jopa 80%:lla suomalaislapsista tavataan ensimmäisten viiden elinvuoden aikana atooppiseen ihottumaan viittaavia ohimeneviä oireita kuten kuivuutta, raapimajälkiä ja ihottumaläiskiä, mutta atooppisen ihottuman diagnoosi asetetaan vain 16%:lle. Oleellista on hoitaa ihoa hyvin, muun muassa rasvaamalla. Jos oireet kuitenkin lisääntyvät tai jo alun perin häiritsevät pahasti perheen elämää, on lääkärin tarpeen selvittää oireita tarkemmin. Ruoka-aineallergian mahdollisuus tulee ottaa huomioon kaikilla imeväisikäisillä, joilla todetaan atooppinen ihottuma.

Neuvolan vastuulääkärin on sovittava terveyskeskuksen väestövastuulääkäreiden kanssa, paneudutaanko allergia-asioihin neuvolassa vai väestövastuulääkärin vastaanotolla. Koska neuvolalääkärille kertyy helpommin kokemusta alueesta, voi olla parempi tehdä allergiaselvittelyt neuvolassa. Määräaikaistarkastuksessa muodostetaan potilas-lääkärisuhde, jonka pohjalta saman lääkärin on usein helpompi tehdä jatkoselvityksiä. Vanhempia ei saa jättää yksin pohtimaan ruokien liittymistä oireisiin.

Keskeisintä ruoka-aineallergiaepäilyn tutkimisessa on huolellinen anamneesi. Vanhempia kannattaa neuvoa oirepäiväkirjan pitoon. Perusterveydenhuollon lääkäri voi hoitaa tilanteet, joissa epäillään yksittäisen ruoan (esim. kananmunan, kalan, sitrushedelmän) aiheuttamaa allergiaa, ja joihin ei liity merkittävää kasvun hidastumista. Epäilty ruoka poistetaan ruokavaliosta, seurataan oireita ja 1-2 viikon kuluttua ruoka kokeillaan uudestaan. Paikallisista hoito-ohjelmiasopimuksista riippuu, kuinka pitkälle ravitsemuksellisesti keskeisten ruoka-aineiden (maito, viljatuotteet) yliherkkyyttä selvitetään perusterveydenhuollossa. On muistettava, että lapset saavat lyhytaikaista oirehdintaa esimerkiksi ripulitautien ja muidenkin infektioiden jälkeen. Jos lapsella on epäilyä monen perusruoka-aineen allergioista ja/tai lapsella on lisäksi runsaat yleisoireet (ihottuma, kutina, suolioireet ja/tai kasvun häiriö), diagnoosi ja hoidon suunnittelu tulee tehdä erikoissairaanhoidossa.

Hyvin tärkeä vaihe on ruokavaliorajoitusten purkaminen. Se tapahtuu usein perusterveydenhuollossa. Yli 1.5-vuotiailla tulee aina miettiä, onko lapsen ruokavaliopuolustelu eli välttämistestit-kokeeseen tai kotikokeiluun, siis selviin oireisiin, perustuva. Kokeilemalla tai valvotulla altistuksella on syytä tarkistaa tilanne ainakin vuoden parin välein kunkin ruoan suhteen, mikäli lasten allergioiden hoitoon paneutunut lääkäri ei muuta neuvo.

Leikki-ikäisten ja vanhempien lasten oireilu voi olla esimerkiksi koivuallergisen ristireagoitua raaoille juureksille (peruna, porkkana, selleri, palsternakka), hedelmille ja vihanneksille (omena, päärynä, persikka, kiivi, luumu, mango, tomaatti, paprika), tietyille mausteille (sinappi, kumina, kurkuma, inkivääri, kaneli) tai (saksan)pähkinälle ja mantelille. Näiden ruokien välttäminen perustuu oireisiin, ihotesteihin tai RAST –tutkimuksiin ei voi luottaa. Kokonaisia listoja vältettäviä ruokia ei tule käyttää, vaan vältettävät ruoat arvioidaan yksilöllisesti kullekin lapselle.

Allerginen nuha ja silmäoireet alkavat yleensä aikaisintaan leikki-ikässä. Noin viidennes allergista nuhaa sairastavista sairastuu puolestaan astmaan. Allergisen nuhan diagnoosi perustuu myös huolelliseen anamneesiin. Jos oireilu pysyy kurissa antihistamiinilla tai ajoittaisella paikallissteroidilla, tarkempaa diagnostiikkaa ei välttämättä tarvita. Yli viisivuotiaitten, hankalasti oireilevien kannattaa miettiä siedätyshoitoarvioon lähettämistä.

Sitä ennen on todennettava oireiden IgE-välitteisyys joko ihon pistokokeella tai RAST-tutkimuksella.

Siedätyshoidon toteuttamisessa tarvittava työnjako ja vastuu on sovittava paikallisesti. Päätös siedätyshoidon aloittamisesta on erikoissairaanhoidon tehtävä, mutta hoito voidaan toteuttaa perusterveydenhuollossa.

Astmaan viittaavia oireita ovat fyysisen rasituksen välttely, päivittäinen yli kuusi viikkoa kestävä yskä ja rohinat ja helpompana oireena toistuva uloshengitysvaikeus ja –vinkuna. Oleellista on selvittää, missä tilanteissa oireet tulevat: yskä kyläpaikan koiraa halatessa, hengenahdistus riehussa tai koivun siitepölykaudella. Atopiatausta lisää astman riskiä ja tupakointi kotona hengitysoireiden riskiä ylipäätään. Astman perusselvitysten osalta työnjako tulee sopia neuvola- ja väestövastuulääkärin kesken.

SUOSITUS: Alueen erikoissairaanhoidon kanssa tehdään kirjallinen sopimus allergioiden ja astman diagnostiikan, hoidon ja seurannan hoitopoluista. Kun on ensin määriteltä, mikä kuuluu perusterveydenhuoltoon, terveysaseman ja neuvolan välillä sovitaan työnjaosta lasten allergisten sairauksien suhteen.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Yleislääkärin käsikirja/lääkärin tietokanta. Kirjassa, CD:llä ja maksullisessa osoitteessa www.terveysportti.fi julkaistussa kokoelmassa on lukuisia artikkeleita, mm. atopian selvittelystä, lehmänmaitoallergiasta, allergisista sairauksista neuvolassa, lapsen astman ja atooppisen ihottuman diagnostiikasta ja hoidosta. Artikkeleita päivitetään jatkuvasti.

Astman diagnostiikka ja hoito. Käypä hoito -suositus. Käypä hoito -suositukset löytyvät internetistä osoitteesta www.duodecim.fi/kh . Suositukset julkaistaan myös Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecimissa.

Tulossa Käypä hoito-suositukset lasten ruoka- allergian hoidosta.

Käypä hoito- sivuilta löytyy myös potilasohje: Apua astmaan. Se on julkaistu myös Hyvä Terveys -lehdessä 2000;15(11):47-8.

Useat sairaanhoitopiirit ovat julkaisseet alueellisia hoito-ohjelmia lasten allergioista ja astman tutkimisesta ja hoito-ohjelmasta. Kts. www.terveysportti.fi (maksulliset sivut).

Lapsi, perhe ja ruoka. STM:n Julkaisuja 1997:7. Kirjasta julkaistaan ajankohtaistettu laitos 2003.

10.6 Lapsen ylipaino

Lihavuuden ehkäisy, ks. luku 9.6.1 Ravitsemus.

Ylipainoisuus on merkittävimpiä kansanterveydellisiä ongelmiamme, keskeinen myöhempää terveyttä vaarantava riskitekijä. Lasten lihavuuden hoito on ensisijaisesti perusterveydenhuollon vastuulla. Neuvolassa pitää siksi suhtautua ylipainoisuuteen aktiivisesti.

Lapsella on ylipainoa, jos hänen pituus-painosuhteensa ylittää +20 %. Jos pituuspaino on tasaisesti +20–+30%, sillä on vähemmän merkitystä kuin silloin, kun pituuspaino jatkuvasti nousee. Lihomiseen tulee puuttua, jos pituuspaino näyttää lisääntyvän jatkuvasti, on yli 30% tai lisääntyy yli 10 prosenttiyksikköä vuodessa. Mitä kauemmin lapsi pysyy lihavana, sitä todennäköisempää on, että lapsi on lihava vielä aikuisenakin.

Ylipainon taustalla voi olla monenlaisia syitä. Luvussa 9.6.1 *Ravitsemus* on monia hyödyllisiä neuvoja, joita noudattamalla ylipainon kertymistä voi estää. Lasten kohdalla epäsäännöllisillä ruoka-ajoilla lienee paljon merkitystä, ja samoin sillä, että arki- ja juhlaruoka sekoittuvat lapsen mielessä.

Kun lapsi lihoo, perusselvityksistä keskeisin on varmistua siitä, ettei suhteellinen pituus samanaikaisesti laske. Tavallisesti suhteellinen pituus lihomisen seurauksena kiihtyy. Suhteellisen pituuden lasku viittaa endokrinologiseen (esim. kilpirauhas-) tai perinnölliseen sairauteen (oireyhtymään). Lääkärin tehtäviin kuuluu keskeisesti muiden perheenjäsenten ylipainoisuuden, sydän- ja verisuonitautien, aikuistyyppin diabeteksen ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöiden selvittäminen. Ylipainoisen tutkimuksia ovat kasvutietojen lisäksi verenpaineen mittaaminen. Jos kasvukäyrä tai anamneesi antavat siihen viitteitä, voi olla aiheellista ottaa joitakin verikokeita (B-PVK, fS-kol, fS-kol-HDL, fS-kol-LDL, fS-Trigly, S-ALAT, TSH). Erikoissairaanhoidon lähetettävistä potilaista on sovittava paikallisesti (ks. HUS-Hyvinkää –alueen paikallinen hoito-ohjelma Lasten lihavuus).

Terveydenhoitajan ja lääkärin yhteistyö ja työnjako ovat tärkeitä lihavuuden hoidossa. Lääkärin vastaanotto voi olla tarpeen paitsi diagnostiikassa, myös motivoinnissa.

Painonhallintaan motivointi voi olla vaikeaa, etenkin jos vanhemmat ovat myös lihavia. Se on kuitenkin erittäin keskeinen osa hoitoa: ellei motivaatiota ole, hoitoa ei kannata alkaa. Perheelle on tällöin hyvä jättää mahdollisuus uuteen yhteydenottoon laihdutusmotivaation kypsyttyä. Joillakin alueilla on sovittu, että jos pituuspaino < 60 % eikä motivaatiota ole, asiaan palataan esim. 1/2 - 1 vuoden jälkeen (ks. HUS-Hyvinkää –alueen paikallinen hoito-ohjelma Lasten lihavuus).

Hoidon tavoitteena tulee olla elinikäisen painonhallinnan saavuttaminen pysyvillä elämäntapamuutoksilla. Lievässä (pituuspaino 20 - 40 %) ja kohtalaisessa (pituuspaino 40 - 60 %) lihavuudessa tavoitteeksi riittää painonnousun pysäyttäminen ja absoluuttisen painon pysyminen samana. Vaikeassa lihavuudessa (pituuspaino > 60 %) pyritään vähittäiseen painonlaskuun, ei kuitenkaan enempää kuin 1/2 - 1 % / kuukaudessa.

Hoidossa (aikuisten)ryhmätoiminta on usein koettu hyödyllisimmäksi ja myös kustannustehokkaimmaksi. Ryhmien järjestämisestä kannattaa neuvotella perhepalvelukeskuksessa. Alueella saattaa olla myös järjestö- tai kansalaistoimintaa, joka voi organisoida laihdutusryhmiä.

Ylipainoisten lasten ryhmähoidosta on myös saatu hyviä kokemuksia. Lapsen ruokatottumukset muuttuvat kuitenkin yleensä helpommin, jos aikuiset samanaikaisesti muuttavat tapojaan. Lapselle asiasta ei kannata tehdä ongelmaa, vaan vanhemmat ottavat vastuun asiasta. Tavoitteena on, että koko perhe voi syödä yhdessä samaa täysipainoista ruokaa.

Valittiinpa hoitomuodoksi yksilö- tai ryhmätapaamiset, viikottaiset tapaamiskerrat useiden kuukausien ajan ovat tarpeen, sillä uusien ruoka- ja liikuntatottumusten omaksuminen ja vakiinnuttaminen on työlästä. Tarkoituksena on tehdä pieniä mutta pysyviä muutoksia arjen ruokavalintoihin ja syömiskäyttäytymiseen ja lisätä arkiaktiivisuutta. Muutosten tekeminen on mahdollista ainoastaan, jos perhe itse valitsee muutoksen. Tämän aktiivisemmän hoitoajan jälkeenkin seuranta on välttämätöntä.

SUOSITUS: Terveydenhuollossa lastenneuvolalla on ensisijainen vastuu alle kouluikäisten lasten ylipainon ehkäisystä ja hoidosta.

Neuvolassa on kirjallinen ohje, joka sisältää tiedon sovituista painonhallintaopetuksen vastuuhenkilöistä ja toteuttamisesta menettelytavoista, yhteistyökumppaneista, työnjaosta, hoitopoluista ja aiheeseen mahdollisesti liittyvästä lisäkoulutuksesta.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Mahtavat muksut – ratkaisuja lihavan lapsen hoitoon. 1999. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. Tilaukset: Dieettimedia Oy, Fabianink 17 B 10, 00130 Helsinki, puh. 09-66 22 50, fax 09 65 71 68, s-posti

www.health.fi/rtv. Julkaisun hinta on 16 euroa. *Sopii erittäin hyvin käsikirjaksi ja ohjausaineistoksi lihavien lasten hoitoon. Oppaan lähtökohdانا on perhe- ja ratkaisukeskeinen työote.*

Mustajoki P & Lappalainen R. 2001. Painonhallinta – Ohjaajan opas. Duodecim. 1. painos, 151 s. Ovh. 30 € *Erinomainen opas ammattilaisille.*

Mustajoki P & Leino U. 2002. Laihtu pysyvästi – hallitse painoasi. Duodecim. 3., uudistettu painos, 136 s. Ovh. 35 € *Erinomainen opas laihduttajille.*

Nuutinen O, Lautala P. 1997. Lasten lihavuuden ehkäisy ja hoito. Kirjassa Simell O (toim).Neuvolakirja. Viides painos. Vammala: Orion -yhtymä Oy. *Kirja on loppuunmyyty.*

HUS-Hyväkään piiri on julkaissut alueellisen hoito-ohjelman lasten lihavuudesta. Se on luettavissa internetin kautta Terveysportissa (www.terveysportti.fi; maksullinen).

Lasten lihavuuden hoidosta on tulossa uusi Käypä Hoito –suositus. Käypä hoito -suositukset löytyvät internetistä osoitteesta www.duodecim.fi/ki. Suositukset julkaistaan myös Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecimissa.

10.7 Neurologisen kehityksen erityisvaikeudet ja oppimishäiriöt

Arvion lapsen psykomotorisesta kehityksestä tulee perustua jatkuvaan kehitysseurantaan, vanhempien antamiin tietoihin, päivähoidon huomioihin ja terveydenhoitajan ja lääkärin tutkimuksiin. Useimmiten laaja-alaiset häiriöt erottuvat varhaisemmin kuin oppimisen erityisvaikeudet, jotka tulevat esiin vasta kun lapsi alkaa lähestyä kouluikää.

Erityisvaikeudet jaotellaan vaikeuksiksi puheen, tarkkaavaisuuden, hahmotuksen, motoriikan, käytöksen ja sopeutumisen, kontaktikyvyn ja oman toiminnan ohjauksen alueella (Voutilainen & Ilveskoski 2000). Motoriseen kömpelyyteen voi liittyä vaikeuksia oppimisen eri alueilla; samoin esim. kielelliset häiriöt ovat jaettavissa alaryhmiin.

Erityisvaikeudet johtuvat aivojen toimintahäiriöstä, johon ei tällä hetkellä suoranaisesti voida vaikuttaa. Tilannetta voidaan kuitenkin auttaa monin tavoin. Erityisesti voidaan estää sekundaaristen haittojen syntyminen. Täydellisyyttä tavoittelevassa yhteiskunnassamme toiminnallisesta haitasta kehittyy helposti sosiaalinen haitta, joka lopulta vaikuttaa jopa lapsen kokonaispersoonallisuuden kehittymiseen. Oppimishäiriöitä pidetäänkin riskitekijänä syrjäytymiskehitykselle.

Kun neuvolassa syntyy epäily erityisvaikeuksista, asiaa kannattaa ensin selvittää lääkärin vastaanotolla. Lääkärinä tarvitaan tässä vaiheessa etenkin erotusdiagnostiikan tekoon ja asian selvittämiseen vanhemmille. Erotusdiagnostiikassa huomioidaan psykososiaaliset olosuhteet (jotka tosin eivät poissulje oppimisvaikeuksia perheessä), psyykinen oireisto, somaattiset sairaudet, aistivammat ja neurologiset kohtaukselliset oireet. Kuulo pitää tutkia luotettavasti. Koska oppimisvaikeuksien periytyvyys on huomattava, lähisuvusta löytyy usein muita, joilla on ollut samankaltaisia vaikeuksia, usein hieman erilaisina ryvästyminä. Raskaus- ja synnytysanamneesissa voi olla tieto raskaudenaikaisesta alkoholi-altistuksesta, ennenaikaisesta synnytyksestä tai siihen liittyvistä komplikaatioista. Statuksessa tutkitaan, onko lapsella poikkeavia dysmorfisia piirteitä, kasvuhäiriötä, pienipäisyyttä, jotka voivat viitata FAE- tai muuhun syndroomaan. Pitkäraajaisuus ja viiveinen puberteettikehitys voi selittyä Klinefelterin oireyhtymällä. Iho on tutkittava, sillä maitokahviläiskät voivat viitata neurofibromatoosi I:een. Etiologiset tutkimukset ovat välttämättömiä, jos kehitys on taantunut tai vaikuttaa pysähtyvän, jos oppimisvaikeuteen liittyy muita poikkeavuuksia ulkonäössä, kasvussa tai muussa kehityksessä tai esiintyy muita neurologisia oireita. Erityisiä etiologisia tutkimuksia ei tarvita, jos oppimisvaikeus esiintyy suvussa ilman neurologista sairautta ja status on mahdollisesti pieniä neurologisia löydöksiä lukuunottamatta normaali.

Monet vanhemmat ovat hämmentyneitä lapsen testaamisesta. Tutkimusten merkitys on syytä selvittää heti tarkastuksen yhteydessä. Aina on muistettava kertoa niin lapselle kuin hänen vanhemmilleenkin lapsen vahvoista alueista ja muista hyvistä piirteistä.

Erityisvaikeusepäilyn jatkoselvittelyt tehdään tavallisesti perusterveydenhuollon erityistyöntekijän (puheterapeutin, psykologin, fysioterapeutin tai toimintaterapeutin) luona. Viimeistään tässä vaiheessa on syytä saada selvitys myös lapsen päivähoitajien havainnoista ja arvioista. Tulokset kootaan moniammatillisessa kuntoutustyöryhmässä, jonka vetäjä on lääkäri. Työryhmään pitäisi kuulua psykologi, terapeutit ja päivähoidon edustaja sekä aina lapsen asian tunteva henkilö ja mahdollisuuksien mukaan myös perhe. Kuntoutustyöryhmä kokoaa erityistyöntekijöiden näkemykset lapsen vahvoista ja tukea tarvitsevistä alueista, ja päättää, ovatko tehdyt selvitykset riittäviä vai tarvitaanko jatkoselvityksiä. Ryhmässä sovitaan myös jatkosta, sen tavoitteista ja menetelmistä.

Alle kouluikäisen kohdalla varhaiskuntoutus tapahtuu yleensä päiväkodissa, minkä lisäksi saatetaan tarvita yksilöterapiaa. Jatkoseurannasta tulee selvästi sopia kuntoutustyöryhmässä.

SUOSITUS: Neuvolatyöryhmän, terveysaseman ja kunnan muilla sektoreilla toimivien erityistyöntekijöiden, päivähoiton ja alueen erikoissairaanhoidon kanssa tehdään sopimus oppimishäiriöiden seulontavoista, seulontarajoista, vastuuhenkilöistä, kuntoutustyöryhmän jäsenistä, ryhmän toiminnasta ja muista mahdollisesti sovittavista asioista ja hoito-ohjelmista.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Lyytinen H. Oppimishäiriöt. Yleislääkärin käsikirja /lääkärin tietokanta. Helsinki: Duodecim. Maksullisessa internetosoitteessa www.terveysportti.fi.

Uotila K. Lasten kehityksen neurologisten erityisvaikeuksien tutkiminen/hoito/kuntoutus

Alueelliset hoito-ohjelmat. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri *Hoito-ohjelma on luettavissa internetin kautta Terveysportissa (www.terveysportti.fi; maksullinen). Ohjelma on päivitetty 29.01.1999*

Voutilainen A & Ilveskoski I. 2000. Terveystieteiden rooli oppimisvaikeuksien tutkimisessa ja hoidossa Duodecim 116(18):2025-31. Katsausartikkeli.

10.8 Lapsen infektioierre ja toistuvat korvatulehdukset

Lapsen infektioierreellä tarkoitetaan yleensä tiheästi toistuvia hengitystieinfektioita. Tilanteen hankaluudesta huolimatta on syytä tiedostaa, että kyseessä on lähes poikkeuksetta hyvänlaatuisen, ajan myötä häviävä ongelma. Varsinaiset immuunivajavuustilat toistuvien infektioiden syinä ovat erittäin harvinaisia.

Infektioierteen hallinnassa olennaisia asioita ovat hoidon ja seurannan keskittäminen yhdelle lääkärille, vanhempien tukeminen ja valistaminen, jokaisen infektioepisodin asianmukainen hoito, infektiolle altistavien tekijöiden vähentäminen sekä tarvittaessa lausunto hoitotukea varten. Kansaneläkelaitoksen (1999) lapsen hoitotukea koskevien ohjeiden mukaan lapsen katsotaan olevan infektioierreessä, jos hän sairastaa enemmän kuin 6-7 infektiota vuodessa ja saa vuosittain vähintään yhtä monta antibioottikuuria.

Infektioille altistavista tekijöistä tärkeimpiä ovat suuri päivittäisten lapsikontaktien lukumäärä (päiväkotihoidon) ja passiivinen tupakointi (ks. luku 9.6.5). Myös perintötekijöillä on infektioalttiuteen vaikuttavia eroja. Normaalin perusterveyden puolesta puhuvia seikkoja ovat infektioiden alkaminen päivähoiton aloituksen jälkeen, niiden paraneminen tavalliseen tahtiin, oireettomuus infektioiden välisenä aikana, hankalien komplikaatioiden puuttuminen

sekä pituuden ja painon normaali kehitys. Jos lapsen infektiot selittyvät hyvin esimerkiksi päiväkotihoidon aiheuttamalla lisääntyneellä infektiopaineella ja ne paranevat tavalliseen tapaan, laboratoriotutkimuksista ei ole odotettavissa lisävalaistusta asiaan. Tarvittaessa voidaan ottaa kertaalleen verinäyte perustutkimuksia (verenkuva, valkosolujen erittelylaskenta ja seerumin IgA, IgM ja IgG?) varten. Nämä tutkimukset on usein aiheellista tehdä myös silloin, kun vanhemmat ovat asiasta poikkeuksellisen ahdistuneita, vaikka lääkäri olisikin vakuuttunut tilanteen normaaliudesta. Röntgenkuvaus ei yleensä ole tarpeen, sillä toipilasvaiheessa otetun yksittäisen keuhkojen tai poskionteloiden röntgenkuvan informaatioarvo on vähäinen etenkin alle nelivuotiailla.

Pienten lasten toistuvat tai pitkittyvät välikorvatulehdukset flunssien komplikaatioina selittyvät useimmiten ylähengitysteiden rakenteellisilla ja toiminnallisilla syillä. Tarvittaessa korvalääkäri arvioi, voidaanko korvalääkärin toimenpiteillä helpottaa korvatulehduskierrettä. Lapsi tulee lähettää erikoissairaanhoidon arvioon, jos hänellä on 3-4 korvatulehdusta puolen vuoden tai 6 vuoden aikana, vaikka ne olisivatkin parantuneet hyvin; jos todetaan selvät ylähengitystieobstruktion oireet (iso kitarisa) tai liimakorva (lähinnä toistetuin parasenteesein) tai jos estolääkityksestä huolimatta lapsi saa edelleen korvatulehduksia. Äkillisen välikorvatulehduksen jälkitarkastus tulee tehdä noin kuukauden kuluttua sairastumisesta.

SUOSITUS: Infektiokierteisten lasten seurannasta ja korvatulehdusten jälkitarkastuksista tehdään paikallinen sopimus terveysaseman ja lastenneuvolan välillä.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Toistuvat korvatulehdukset. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Alueellinen hoito-ohjelma. Luettavissa internetin kautta Terveysportissa (www.terveysportti.fi; maksullinen).

Äkillisen välikorvatulehduksen hoitosuositus. Duodecimin Käypä hoito –työryhmä. Omat suositusversiot lääkäreille ja potilaille. Luettavissa internetin kautta Terveysportissa (www.terveysportti.fi; maksullinen). Päivitetty 09.09.1999.

Kunnamo I & Suonpää J. Infektiokierre ja immuunipuutokset. Yleislääkärin käsikirja ja tietokanta.

10.9 Lapsen käytöshäiriöt ja mielenterveysongelmat

Ks. myös luku 9.4 Sairauksien ja vammaisuuden seulonnat ja luku 10.13 Lapsen kaltoinkohtelu ja sen tunnistaminen.

Neuvolan tehtävänä on tukea vanhempien kasvatustyötä keskustelemalla heidän kanssaan lasten ikätasoisista kehityspiirteistä ja lapsen tarpeista kussakin eri ikävaiheessa. Joskus on syytä myös ohjata ja auttaa vanhempia oivaltamaan oma roolinsa ja vastuunsa. Terveystieteiden ja lääkärin vastuulla on erityisavun tarpeen havaitseminen. Kun herää huoli lapsen tai perheen ongelmista, asia on syytä tuoda neuvolatyöryhmään. Terveystieteilijä tai perhetyöntekijä ovat on ensisijaisia toimijoita, kun vanhemmat tarvitsevat lisätukea. Perhe voidaan ohjata esimerkiksi kasvatus- ja perheneuvolan palveluihin, jos neuvolalla ei ole riittävästi mahdollisuuksia ja tietotaitoa perheen tukemiseen. Lääkäri päättää mahdollisesta erikoissairaanhoidon lähettämisestä.

Huoli lapsen käytöshäiriöistä, tarkkaavaisuusongelmista, ylivilkkaudesta, kehitysviiveistä tai esimerkiksi masennuksesta voi herätä myös päivähoitossa (luku 3.5.2). Olisi tärkeää, että neuvolatyöryhmä kytkettäisiin varhain pohdintoihin mukaan, sillä jokaisella lapsella on oikeus saada myös lääketieteellinen arvio ongelmistaan. Joskus taustalla on ongelma, johon on olemassa lääketieteellistä apua.

Lapsen käytöshäiriöt, kehitysviiveet ja mielenterveysongelmat koetaan usein vaikeaksi keskustelun aiheeksi. Avoimet, luottamukselliset ja kunnioittavat keskusteluvälit vanhempien ja ammattilaisten välillä ovat hyvin tärkeitä. Ilman keskinäistä luottamusta ei voi käydä keskusteluja aroista asioista. On tilanteita, joissa vanhemmat eivät syystä tai toisesta halua nähdä tai kykene näkemään ongelmaa, joka on ammattilaisten mielestä ilmeinen. Näissä tilanteissa työntekijän kannattaa neuvotella oman työryhmänsä kanssa, ja pyytää muiden arviota tilanteesta. Vanhempien valmiutta ko-operaatioon kannattaa odottaa, sillä niin kauan kuin lapsi asuu heidän kanssaan, vanhemmat ovat lapsen elämän tärkeimmät vaikuttajat. (Vanhemmat saattavat luulla, ettei mitään ole tehtävissä tai että haetaan syyllistä.) Usein auttaa, kun vanhemmille kerrotaan avoimesti, minkälaisia jatkotutkimuksia suunnitellaan, ja minkälaisia hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksia tutkimusten kautta voi ajeta.

SUOSITUS: Neuvolan, terveysaseman, päivähoidon, kasvatus- ja perheneuvolan ja erikoissairaanhoidon välille tehdään kirjallinen sopimus lasten käytöshäiriöiden ja mielenterveysongelmien hoitopoluista.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

10.10 Sisaruksen sairaus ja lapsen kuolema

Sisaruksen sairaus herättää lapsessa monia negatiivisia tuntemuksia hädän ja huolen lisäksi. Vanhemmilta ei yleensä riitä yhtä runsaasti huomiota perheen muille lapsille, mikä on omiaan lisäämään sisarkateutta, joka puolestaan usein tuottaa syyllisyyttä (Moilanen 1998).

Eri sairaudet vaikuttavat osin eri tavoin. Kohtausoireet ja henkeä uhkaavat tilanteet kuten vaikea epilepsia, astma tai hydrokefalus pitävät perheen valppaana jatkuvasti. Yhteiset mukavat suunnitelmat, kuten kesäloman vietto, pyrkivät kaventumaan ja sisältämään ehdon: mikäli sairaus myöten antaa. Lapsen diabetes tai ruoka-aineallergia voi mukavuussyistä johtaa muutoksiin koko perheen ruokavaliassa. Monissa tilanteissa lapsi voi kokea itsensä ulkopuoliseksi: Liikuntavammaisen sisaruksen hoito ja kuntoutus voi viedä vanhempien ajan. Kun sisarus ei kehity normaalisti, vanhempien on usein vaikeaa osoittaa iloaan muiden lasten kehittymisestä. Periytyvä sairaus on usein uhka myös sisaruksille, vaikka aihetta voi olla vaikeaa käsitellä lapsen ymmärtämällä tavalla. Erityisesti konkreettinen kuoleman vaara sitoo perheen voimavaroja monin tavoin (Moilanen 1998).

Isoille sisarille tyypillisimpiä ovat itseen kohdistuvat oireet kuten masennus ja ahdistus, kun taas pikkuveljet useammin oireilevat käyttäytymisen häiriöillä ja aggressiolla. Toisaalta sisaruksen sairastaminen voi lisätä empatiakykyä ja moraalista kasvua irti itsekeskeisyydestä. Se voi myös itsenäistää ja tuottaa avarakatseisuutta (Moilanen 1998).

Kun sisarus kuolee tai syntyy kuolleena, osa lapsista tekee kaikkensa saadakseen vanhempansa takaisin entisiin rooleihinsa. Vanhemmat voivat saada lohtua lapsen taivasfantasioista ja piirroksista. Toisaalta surevan perheen lapsi saattaa oirehtia rajusti, taantua tai sulkeutua. Lapsi voi käsittää väärin tapahtuneen, syyllistää itsensä tai olla onneton, koska kuollut lapsi on vienyt vanhempien suurimman huomion (Väisänen 2000).

Lapsen kuolema on raskaimpia menetyksiä ihmisen elämässä. On toivottavaa, että terveydenhoitajalta löytyy rohkeutta ottaa yhteyttä lapsensa menettäneen perheen kotiin, sillä se on asiakkaiden taholta koettu erittäin merkittäväksi. Erityisen toivottavaa on järjestää kotikäynti perheen niin halutessa, sillä perheestä voi tuntua erityisen kipeältä tulla neuvolan tiloihin. Varsinkaan alkuvaiheessa vanhemmilla ei ole voimavaroja kohdata tiettyjä muistoja tai toisia lapsiperheitä neuvolassa. KÄPY-yhdistyksen materiaalista on hyötyä vanhemmille ja työntekijöille.

Vanhemmat voivat kokea terveiden sisarusten tarpeet ylivoimaisena taakkana. Siksi keskusteluissa vaanii syyllistämisen vaara. Vanhempien kuunteleminen ja kiireetön pohdinta tukikeinojen löytämiseksi ovat erityisen tärkeitä.

Hoidon porrastuksen kannalta on syytä muistaa, että erikoissairaanhoidon voi antaa perheelle informaation kyseisestä sairaudesta sekä siitä, mikä asia juuri tämän sairauden kohdalla on sisaruksille vaikeaa. Sopeutumisvalmennuskurssit ovat tavallisesti erikoissairaanhoidon järjestämiä. Muilta osin perheiden sosiaalinen tuki olisi onnellisinta saada perusterveydenhuollosta ja perussosiaalihuollosta (Moilanen 1998).

SUOSITUS: Jokaiselle lapselle varataan oma neuvolatarkastusaikansa. Vaikka sisaruksen tilanne olisi pulmallisempi, on muistettava, että jokainen tarvitsee henkilökohtaista huomiota. Terveystoimittaja ottaa yhteyttä lapsensa menettäneeseen perheeseen.

Suosittelavaa kirjallisuutta

Mannerheimin lastensuojeluliiton kirjanen perheille "Sisarus vammaisen ja pitkäaikaissairaana lapsen perheessä"

Moilanen I. 1998. Onko pitkäaikaissairaana lapsen sisarukset unohdettu? Suomen Lääkärilehti 53(29):3243. Katsausartikkeli.

Väisänen L. 2000. Kuolleena syntynyt lapsi. Duodecim 116(14):1507-12 Katsausartikkeli.

Surevan lapsen kanssa. 2003 Suomen Mielenterveysseura. *Kirjassa kerrotaan, miten opimme tunnistamaan lapsen surun sekä tukemaan ja auttamaan suruprosessissa, mitä tehtäviä on surutyöllä tai vertaistuellalla ja milloin lapsi tarvitsee terapiaa tai muuta ammattiapua. Kirja esittelee keinoja, jotka on koettu hyviksi arkipäivän tilanteissa.*

Lapsesi on kuollut –tukipaketti, sisältää myös kirjallisuusluettelon. Käpy-yhdistyksen julkaisu. Kätkytkuolemaperheiden yhdistys KÄPY ry. www.sci.fi/~kapy.

10.11 Synnyttäneen äidin herkistyminen ja masennus

Naisen fyysisessä tilassa, tunteissa, elämäntyyliin ja suhteissa muihin ihmisiin tapahtuu merkittäviä muutoksia raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Lapsen syntymää seuraavan vuoden aikana naisella on suurempi mahdollisuus kohdata psyykkisiä ongelmia kuin missään muussa elämänvaiheessa.

Herkistyminen, baby blues, on voimakkaimmillaan 3-5 päivää synnytyksen jälkeen ja kestää yleensä muutamia päiviä. Sen tyypillisiä oireita ovat itkuherkkyys, mielialan vaihtelu, ärtyneisyys, joskus myös ruokahaluttomuus ja unihäiriöt. Näitä oireita esiintyy jopa 80 %:lla synnyttäjistä. Niiden onkin katsottu olevan normaali osa uuteen elämäntilanteeseen sopeutumista, joka auttaa äitiä vauvan hoidossa. Nämä oireet häviävät normaalisti parin viikon sisällä, eivätkä vaadi mitään erityistä hoitoa ymmärtämystä ja tukea lukuun ottamatta. Herkistyminen lisää kuitenkin masennukseen sairastumisen vaaraa: 20 %:lla äideistä sitä seuraa synnytyksen jälkeinen masennus (Perheentupa 2003).

Synnytyksen jälkeinen **masennus** kestää kuukausia. On arvioitu, että synnytyksen jälkeinen masennus on melko yleinen, jopa 15-20%:lla synnyttäneistä. Lievät masennuksen oireet jäävät usein huomaamatta äideiltä itseltäänkin. Toisaalta monet äidit häpeävät sitä, etteivät pärjää kaikkien lapsen ja äitiyteen liittyvien haasteiden kanssa. Tällöin masennuksen oireita pyritään piilottelemaan. Synnytyksen jälkeinen masennus ei ole pelkästään äitien ongelma, vaan isilläkin on todettu tavallista enemmän mielialan häiriöitä.

Puerperaalipsykoosiin sairastuu 1-2 äitiä tuhannesta (Perheentupa 2003). Sille tyypillistä ovat todellisuudentajun pettäminen ja hallusinaatiot. Tauti puhkeaa tavallisesti kahden viikon kuluessa synnytyksestä. Siihen liittyy syvä masennus tai maanisia piirteitä, unettomuus, poikkeava puheliaisuus ja sekavuus. Lapsivuodeajan psykoosi on aina vakava häiriö, sillä se saattaa olla hengenvaarallinen sekä äidille että lapselle. Puerperaalipsykoosipotilaat kuuluvat aina psykiatrisen erikoissairaanhoidon piiriin.

Vastasynnyttäneiden ja pienten lasten äitien masennuksen hoitaminen on tärkeää paitsi äitien hyvinvoinnin, myös lapsen emotionaalisen kehittymisen takia. Amerikkalaisessa prospektiivisessä tutkimuksessa todettiin, että alle yksivuotiaan lapsen äidin masennus aiheutti lapsella sekä sisäänpäin suuntautuvia oireita, kuten masennusta ja ahdistuneisuutta, että ulospäin suuntautuvia oireita, kuten uhmaa, käyttäytymishäiriöitä ja aggressiivisuutta, selvästi enemmän kuin terveiden äitien lapsilla (Essex ym. 2001). Äidin masennuksen ehkäiseminen ja hoitaminen todennäköisesti ehkäisee siis myös lasten depressiivisyyttä, ahdistusherkkyyttä ja erilaista häiriökäyttäytymistä ja siten tukee lapsen normaalia kehitystä.

Synnytyksen jälkeiselle masennukselle altistavat tekijät. Hormonaalisilla muutoksilla on todennäköisesti merkitystä masennuksen syntyyn, mutta hormonaalisten ja psykologisten keskinäistä vaikutusta tunnetaan vielä puutteellisesti. On ilmeistä, että osalla äideistä masennus liittyy äitiyteen, synnytykseen ja siihen liittyviin tekijöihin. Osalla puolestaan masennuksen synty ei liity mitenkään äidiksi tulemiseen, vaan masennus synnytyksen jälkeen on 'vanhan mielialahäiriön' uudelleen puhkeamista. Terveystenhoitajan ja lääkärin kannattaa huomioida eräitä tekijöitä, joiden tiedetään lisäävän riskiä synnytyksen jälkeiseen masennukseen:

Äitiin liittyvät tekijät: Masennushistoria itsellä tai suvussa. Ennen synnytystä todettu masennus. Itsearvostukseen liittyvät vaikeudet äitinä. Ruokinta voi olla keskeinen äidin itsetuntoa määrittävä tekijä: (ongelmitta sujuvaa) rintaruokintaa korostava ja ihannoiva 'äitiyskulttuuri' ja sitä voimakkaasti suositteleva terveydenhuolto voi tuntua äidistä ahdistavalta. Rintaruokinnan puuttuminen näyttääkin liittyvän kasvaneeseen masennusriskiin, mutta on vaikea tietää onko vaikeus rintaruokinnassa masennuksen syy vai seuraus jostain muusta tekijästä, joka puolestaan liittyy suoraan masennukseen. Ei-suunniteltu raskaus. Vaikea baby blues. Ongelmanratkaisutapa: riskiryhmän muodostavat ne äidit, jotka käyttävät ns. emootiokeskeisiä keinoja: kieltävät ongelmat, pakenevat niitä, toivovat niiden korjautuvan itsestään.

Synnytykseen liittyvät tekijät: Puuttuva tuki synnytyksen aikana. Supistuksiin tai synnytykseen liittyvät komplikaatiot (äidillä tai lapsella). Synnytys, joka ei vastaa äidin mielikuvia. Ennenaikainen tai yliaikainen synnytys. Äidin ja lapsen erottaminen. Varhainen kotiutus sairaalasta synnytyksen jälkeen. Pitkittynyt sairaalassaolo liittyy myös masennusriskin kasvuun. Kuitenkin näissä tilanteissa synnytykseen on liittynyt komplikaatioita tai lapsen tilanne on vaatinut pidempää sairaalahoitoa, mikä selittää riskin kasvun.

Lapseen liittyvät tekijät: Kaksoset tai kolmoset. Negatiiviset tunteet lasta kohtaan, puutteellinen kiintymys. Lapsen terveyteen liittyvät ongelmat. 'Ei toivottu' lapsi (esim. sukupuoli, ulkonäkö). 'Vaikea lapsi' (temperamentti, ruokinta, nukkuminen, muut hoitovaikeudet): On todettu, että lapsen temperamentti selittää jopa 30% äitien synnytyksen jälkeisestä masennuksesta.

Sosiaaliseen tilanteeseen liittyvät tekijät: Heikot suhteet puolisoon tai ei puolisoa. Äidin elämässä on samaan aikaan muita suuria stressitekijöitä. Perheessä vanhempi lapsi tai vanhempia lapsia. Puuttuva, perheen ulkopuolinen tuki stressi- ja ongelmatilanteissa: partnerikin on hyvä tuki, mutta usein hän kokee itsekkin samaa stressiä ja samoja ongelmia kuin äitikin. Äidin (ei mahdollisuutta itsestä riippumattomista syistä palata työelämään äitiysloman jälkeen) tai isän työttömyys.

Synnytyksen jälkeistä masennusta pidetään ennusteeltaan hyvänä ja paraneminen tapahtuu usein nopeasti. Tyypillisesti oireet helpottavat hiljalleen kuukausien kuluessa. Masennusvaiheen kesto ilman hoitoa on keskimäärin seitsemän kuukautta. Täydellisen toipumisen todennäköisyys on hyvä. Synnytyksen jälkeinen masennus saattaa kuitenkin laukaista pitkäkestoisen masennuksen ja ahdistuneisuuden. Mielen tasapaino saattaa olla häiriintynyt vuosia. Tyypillistä on masennusvaiheiden toistuminen, tämä onkin syytä

huomioida hoitoa suunniteltaessa. Masennuksen uusiutumisen riski on erityisen suuri seuraavien synnytysten yhteydessä, jopa 40 %. (Perheentupa 2003.)

Lomake (ks. liite 8a) voi auttaa masennuksen tunnistamisessa. Kyseinen lyhyt lomake (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS), on myös suomalaisissa tutkimuksissa osoittautunut käyttökelpoiseksi (Tamminen 1990). Lomake on suositeltavinta täyttää (6)-8 viikkoisen vauvan tarkastuksen yhteydessä. Kun äiti ja terveydenhoitaja käyvät kysymykset läpi yhdessä, ei aina ehkä ole tarpeellista pisteyttää vastauksia. Kysely antaa tukea ja rohkeutta ottaa arkojakin aiheita puheeksi.

Synnytyksen jälkeisen masennuksen hoito. Lievissä tapauksissa saattaa äidin tukeminen ja rauhoittaminen riittää. Usein tarvitaan apua lasten ja kodin hoidossa. Äidille pyritään luomaan perheestä ja ystävistä koostuva tukiverkosto sekä säännöllinen mielenterveyskontakti. Tilanteestaan ja tunteistaan muille naisille puhuminen on osoittautunut hyväksi. Isän rooli on erityisen merkittävä, kun äiti on masentunut. (Ks. luku 7.2, jossa isän roolista on kirjoitettu enemmän.) Pariterapia saattaa joissakin tapauksissa olla tarpeen, mutta yhteistapaamisella on aina merkitystä.

Masentunut äiti tarvitsee psyykkistä tilaa, jossa hän voi tuntea olevansa hyväksytty omana itsenään. Neuvot ja ohjeet helposti vain lisäävät hänen häpeäänsä ja syyllisyyttään. Äiti kaipaa kokemusta siitä, että hänen kaikki ristiriitaiset tunteensa ymmärretään ja otetaan vastaan (Mäenpää-Reenkola 1997). Hän tarvitsee aikaa ja tukea uuden identiteetin rakentamisessa. Muut samassa tilanteessa olevat ymmärtävät tunteita ja vieraille puhuminen on usein helpompaa kuin aivan tutuille. Tärkeää on, että äiti tunteineen saa osakseen hyväksyntää.

Jos masennus jatkuu pitkään, on paras hoitomuoto lääkitys ja siihen yhdistetty joko terapia tai muut tuki- ja hoitomuodot. Serotoniinin takaisinoton estäjistä on kertynyt runsaasti tutkimustuloksia, ja niitä pidetään ensisijaisina lääkkeinä synnytyksen jälkeisen masennuksen hoidossa. Tähän lääkeyhmään näyttää liittyvän vain vähän vakavia sivuvaikutuksia, ja se on turvallinen myös imetettävän lapsen kannalta. Trisyklisten masennuslääkkeiden käytölle ei myöskään ole esteitä. Niiden valintaa tulee erityisesti arvioida, jos potilas on aiemmin reagoinut niihin suotuisasti. Bentsodiatsepiinien väliaikaiselle käytölle ei niin ikään ole estettä, sillä pieniä annoksia käytettäessä niiden vaikutukset imetettävään vauvaan ovat vähäiset. Koska masennusvaiheiden toistuminen on tavallista, suositellaan yleensä kuuden kuukauden yhtämittaista hoitoa. Terapiavaihtoehtoista yksilöterapian menestyksellisyys on dokumentoitu, mutta ryhmäterapian hyödyistä ei ole näyttöä (Perheentupa 2003). Muista lääkehoitovaihtoehtoista ks. tarkemmin Perheentupa 2003. Niissä tapauksissa, joissa äidin ja vauvan suhteen häiriö on keskeinen, tarvitaan erityistason terapiaa, jossa pyritään vaikuttamaan varhaiseen vuorovaikutukseen.

Synnytyksen jälkeinen masennus on tavallinen sairaus, jonka hoidossa lääkärin ja terveydenhoitajan yhteistyö on tärkeää. Neuvolatyöryhmässä tilanteesta kannattaa neuvotella myös psykologin ja perhetyöntekijän kanssa.

SUOSITUS: Paikallisen sopimuksen mukaisesti synnytyksen jälkeistä masennusta seulotaan joko äidin synnytyksen jälkitarkastuksessa tai viimeistään lapsen (6-) 8 –viikkoistarkastuksen yhteydessä. Vanhempien mielialoja havainnoidaan jokaisessa tapaamisessa.

Äitiys- ja lastenneuvolan, terveysaseman, erikoissairaanhoidon ja mielenterveysyksiköiden kesken tehdään kirjallinen sopimus synnytyksen jälkeisen masennuksen seulontatavoista, vastuuhenkilöistä, yhteistyökumppaneista, työnjaosta, hoitopoluista ja aiheeseen mahdollisesti liittyvästä lisäkoulutuksesta.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Hertzberg T. 2000. Synnytyksen jälkeinen masennus. Duodecim 116(14):1491-7. Katsausartikkeli.

Luoma I & Tamminen T. 2002. Äidin masennus ja lapsen psyykinen kehitys. Suomen lääkärilehti 41:4093-4096. Katsausartikkeli.

Perheentupa A. 2003. Synnytyksen jälkeinen masennus - onko vika hormoneissa? Suomen lääkärilehti 4: 387-391. Katsausartikkeli.

10.12 Vanhempien muut psyykkiset sairaudet

Vanhemman mielenterveysongelmat heijastuvat usein parisuhteeseen, vanhemmuuteen, perheen toimintatapoihin ja näiden kautta lasten kehitykseen. Tämän lisäksi terve vanhempi on erityisen tärkeä lapsen ja koko perheen kannalta, ja hän tarvitsee usein erityistä tukea. Noin 40 % masennusta kärsivien potilaiden puolisoista tarvitsee myös psykiatrista apua. Näiden perheiden auttaminen ei voi rajoittua äidin ja lapsen vuorovaikutuksen tukemiseen. Psykiatrisen avun lisäksi tarvitaan perhe- ja sosiaalityön apua.

Mielenterveyden ongelmat ovat harvoin perheitten ainoa ongelma. Mukana kulkevat, toinen toisiaan pahentaen, avioristiriidat, päihteiden käyttö, ahdas asuminen, taloudelliset ongelmat, työttömyys, ja monitasoinen syrjäytyminen. Riskitekijöiden kasautuessa kasvaa lapsen vaara sairastua moninkertaiseksi.

Työmenetelmät, joilla tuetaan lapsen kehitystä ja perheitten toimivuutta, parisuhdetta ja vanhemmuutta, ovat erityisen tärkeitä myös mielenterveyden häiriöistä kärsivien vanhempien perheille.

Kun vanhempi sairastaa mielenterveyden häiriötä, neuvolan on huolehdittava yhdessä muiden yhteistyötahojen kanssa:

- lapsen turvallisuudesta: onko perheessä väkivaltaa.
- lapsen perushoivasta: toimiiko vanhemmuus. Arjen rutiinit, ruoka, puhtaus ja vaatehuolto, aikuisen läsnäolo, rajat jne.
- lapsen oman psykiatrisen tutkimuksen ja hoidon tarpeen arvioinnista
- tuesta perheelle ja lapsen kehitykselle; neuvola voi toimia lasten edun näkökulmasta asiantuntijaresurssina aikuispsykiatrian suuntaan
- lapselle (3-vuotiaalle ja sitä vanhemmalle) kerrotaan ymmärrettävällä tavalla vanhemman sairastamisesta ja sen ilmenemisestä vanhemman toiminnassa

Neuvolatapaamiset kannattaa järjestää joustavasti ja yksilöllisesti, ja varata niihin tavallista enemmän aikaa. Kotikäynnit ovat suositeltavia. Mielenterveysongelmaisella vanhemmalla ei aina ole voimia lähteä neuvolaan, vaikka vanhemmilla on yleensä hyvä motivaatio saada lapsilleen apua. Moni lapsi tarvitsee oman terapiansa, joten mukaan arviointiin on syytä kytkeä myös neuvolalääkäri ja puhua tilanteista tiimissä. Terapiajärjestelyt riippuvat paikallisista olosuhteista.

Neuvolahenkilökunnan tehtävänä on tukea vanhempia itse auttamaan lapsiaan. Vanhemmille kerrotaan lasta suojaavista tekijöistä, kuten siitä, että hyvä suhde ainakin toiseen vanhempaan olisi perheessä erityisen tärkeä. Äidin sairastaessa isät usein jäävät etäisiksi lapsilleen. Syynä tähän voivat olla työpäivien piteneminen taloudellisten vaikeuksien vuoksi, mutta myös aviolliset ristiriidat ja isän väsymys. Lasta suojaa myös ymmärrys vanhemman ja koko perheen tilanteesta. Neuvolan henkilökunta voi auttaa vanhempia selvittämään lapsilleen, mistä on kysymys.

Mielenterveysongelmista kärsivät vanhemmat ja heidän lapsensa hyötyvät omista ryhmistään. Näistä on esimerkiksi Hollannissa kokemuksia jo 15 vuoden ajalta. Tällaisten ryhmien tarpeellisuudesta kannattaa keskustella paikallisesti kasvatus- ja perheneuvolan kanssa.

Neuvolan kannattaa tehdä yhdessä paikallisten mielenterveyspalveluorganisaatioiden kanssa kirjallinen sopimus yhteistyömenettelyistä. Voidaan esimerkiksi sopia, että aikuisten mielenterveystoimisto tai alueen psykiatrisen sairaanhoidon yksikkö liittyy rutiineihinsa kysymyksen asiakkaidensa lapsista ja siitä, että lastenneuvolaan voidaan antaa tieto vanhemman sairaudesta. Kun vanhemman psyykkisen kriisin vuoksi kootaan työryhmää, neuvolatyöryhmän jäsenen tulisi olla osa tätä ryhmää. Tämä jäsen voisi olla joko lapsen terveydenhoitaja, perhetyöntekijä, psykologi tai lääkäri, joka toisi esiin lapsen ja koko perheen näkökulmaa.

Vanhempien psyykkisiä ongelmia kohtaava ammattilainen tarvitsee myös työnohjausta.

SUOSITUS: Neuvolan, terveysaseman, erikoissairaanhoidon ja mielenterveysyksiköiden kanssa tehdään sopimus mielenterveysongelmaisten vanhempien lasten seurannasta ja hoidosta.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Solantaus T, Bardslee W & Inkinen M. (toim.) 2001. Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Tammi, Helsinki.

Solantaus T & Ringbom A. 2002. Miten autan lastani? Opas vanhemmille, joilla on mielenterveyden ongelmia. Stakes, Helsinki. *Ilmaista opasta voi tilata postikustannuksin Omaiset Mielenterveystyön tukena Uudenmaan yhdistys ry:stä puh 09-686 0260 tai sähköpostitse otu@omaisetpsyyuusimaa.fi*

10.13 Lapsen kaltoinkohtelu ja sen tunnistaminen

Ks. myös luvut 3.4.2 Yhteistyö lastensuojelun kanssa, 10.9 Lapsen käytöshäiriöt, kehitysviiveet ja mielenterveysongelmat, 10.14 Perheväkivalta, 10.15. Vanhempien päihteiden käyttö

Kaltoinkohdeltuja lapsia on olemassa, vaikka tämän tosiasian kieltäminen emotionaalisesti on tavallista. Kaltoinkohtelu voi olla fyysistä pahoinpitelyä, psyykkistä väkivaltaa, seksuaalista hyväksikäyttöä tai puutteellista hoitoa. Aktiivisen fyysisen pahoinpitelyn kohteeksi joutuu n. 1 % lapsista ja kaltoinkohtelun kohteeksi kaikkiaan n. 4 % alle yksivuotiaista vauvoista (Christensen 1996). Laiminlyönti voi olla aktiivista lapsen jättämistä tietoisesti ilman lohduttavaa kontaktia tai passiivista, esimerkiksi äidin masennuksesta johtuvaa ”poissaoloa”. Kaltoinkohtelu voi johtaa vakaviin sekä psyykkisiin että fyysisiin vammoihin. Sitä voi havaita vain, jos mieli on avoin. Työn lähtökohtia on vuoropuhelu vanhempien kanssa, mutta lapsen edun pitää olla ammattilaisen mielessä etusijalla. Toisten ammattilaisten työtä pitää myös kyetä kunnioittamaan.

Pienten lasten kohdalla varhaisen vuorovaikutuksen havainnointi on keskeisen tärkeää (Mäntymaa & Tamminen 1999). Kaikkien neuvolassa työskentelevien terveydenhoitajien, perhetyöntekijöiden ja lääkärin tulisi saada koulutus varhaisen vuorovaikutuksen häiriöiden ja kaltoinkohteluun viittaavien tekijöiden havaitsemiseen ja vuorovaikutuksen tukemiseen.

Vastaanottotilanteessa on hyvä tarkkailla, millä tavalla lapsi ja vanhempi kommunikoivat keskenään. Huolestuttavaa on (Söderholm 2002), jos:

- äidin/isän ja ammattilaisen käsitykset lapsen hyvinvoinnista ja mahdolliset huolet lapsesta eroavat oleellisesti toisistaan
- äiti/isä ei pidä ongelmallista tilannetta ongelmallisena
- äiti/isä on vihamielinen, syyttelevä tai loukkaava lasta kohtaan
- äiti on väkivallan kohteena parisuhteessaan

- lapselle ei anneta tilaa
- äiti/isä ei ”näe” tai ”kuule” lasta
- äiti/isä ei pysty lohduttamaan lasta
- äiti/isä ei osaa käsitellä lasta
- äidin/isän suuttuminen viranomaisille on suurempi kuin huoli lapsesta
- lapseen on vaikea saada katsekontaktia
- lapsi on poikkeuksellisen arka ja passiivinen
- lapsi on vihamielinen, kiukkuinen, levoton tai pelokas
- lapsi viestittää tai kertoo kaltoinkohtelustaan
- lapsi ei halua lähteä vastaanotolta.
- lapsella on epämääräisiä mustelmia epänormaaleissa paikoissa
- lapsi tekee väistöliikkeitä vanhemman lähestyessä

Työntekijän tehtävä on aina kartoittaa kaikkien osapuolten (vanhempien, lapsen, työntekijän) huolet ja koota ne selkeästi. Huolten kartoitus auttaa näkemään selkeämmin, onko asiantuntijoiden ja vanhempien näkemysten välillä ristiriitaa.

Vanhemmalla voi olla puutteellinen kyky ymmärtää realistisesti lapsen tarpeita tai kykyjä huolehtia itsestään. Puutteellinen vanhemmuus tarkoittaa myös empatian puutetta: kyvyttömyyttä asettaa lapsen tarpeita omien tarpeidensa edelle ja kyvyttömyyttä positiiviseen vuorovaikutukseen lapsen kanssa. Omaan tuskaa ja frustraatioita ei pidä purkaa lapseen. Lapsen tehtävänä ei ole ymmärtää tai lohduttaa aikuista; asian on toisin päin. (Killén 1996, Söderholm 1997)

Kaltoinkohteluepäily edellyttää aina yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa. Lastenneuvolan työntekijän on keskusteltava aiheesta omassa neuvolatyöryhmässään. Aina, kun herää kaltoinkohteluepäily, on lastensuojelulain nojalla tehtävä viipymättä lastensuojeluilmoitus. Ilmoituksen syy, herännyt huoli, pitää aina selittää vanhemmille. Ilmoitus on yhteistyöaloite, joka merkitsee lisätukea perheelle. Lastensuojeluilmoituksesta huolimatta neuvolaseurannan tulee jatkua. Jokainen perhe tarvitsee oman tarpeenmukaisen tukitiiminsä, joka jatkaa verkostoyhteistyötä (Ks. luku 3.4).

SUOSITUS: Neuvolahenkilökunta saa koulutusta kaltoinkohtelun tunnistamiseen. Jokainen työntekijä perehtyy varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen ja siihen liittyvään teoriataustaan.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Mäntymaa M & Tamminen T. 1999. Varhainen vuorovaikutus ja lapsen psyykinen kehitys. Duodecim 115(22):2447-53. Katsausartikkeli.

Killén K. 1996. Svikna barn. Wahström & Widstrand, 496 s. *Ruotsinkielinen kirja sisältää paljon työkaluja vanhemmuuden arviointiin ja esimerkkejä tilanteista, joissa vanhemmuus on puutteellista.*

Söderholm A. 2000. Lääkäri ja lastensuojelu. Suomen Lääkärilehti, 23:2562-5.

Söderholm, A. 1997. Lapsen huolenpidon laiminlyönti ja pahoinpitely. Kirjassa: Simell O (toim). Neuvolakirja. Viides painos, Vammala: Orion -yhtymä Oy, 466- 476. *Kirja on loppuunmyyty.*

Taskinen S. (toim) 1992. Miten auttaa lasta. Lapsen fyysisen ja seksuaalisen pahoinpitelyn tutkimus ja hoito. Lastensuojelun keskusliiton julkaisuja 89, Helsinki.

10.14 Väkivalta perheessä

Ks. myös luku 10.13 Lapsen kaltoinkohtelu ja sen tunnistaminen.

Tilastokeskuksen tekemän laajan kyselytutkimuksen mukaan (Heiskanen & Piispa 1998) nuoret parisuhteessa olevat naiset ovat parisuhdeväkivallan riskiryhmä. Avoliitossa olevista naisista, joilla oli alle 7-vuotiaita lapsia, 17 % oli kokenut parisuhdeväkivaltaa tutkimusta edeltäneen vuoden aikana. Vastaava luku avioliitossa olevista oli 11 %. Äitiyslomalla tai hoitovapaalla olevilla naisilla parisuhdeväkivalta oli hieman keskimääräistä yleisempää.

Stakesin naisein kohdistuvassa väkivallan ehkäisyprojektissa (1998-2002) nykyisessä parisuhteessaan joskus väkivallan kohteeksi oli joutunut äitiysneuvolan asiakkaana olevista naisista 17 % ja lastenneuvolan asiakkaan olevista 19 %. Tutkimuksessa myös havaittiin, että miehen käyttämä eri muotoinen eristävä, alistava tai pelotteleva käyttäytyminen nosti naisen riskiä joutua parisuhdeväkivallan kohteeksi 2,5–10,7-kertaiseksi. Siksi neuvoloissa on tärkeää keskustella naisten kanssa heidän kokemuksistaan parisuhteessa.

Kun kotona käytetään väkivaltaa, lapsista 40 – 80 % joutuu tilanteiden silminnäkijäksi tai he kuulevat väkivallan ääniä (Perttu 2003). Siksi myös parisuhdeväkivallan sivusta seuraaminen on lapseen kohdistuvaa henkistä väkivaltaa. Väkivalta vie tilaa vanhemmuudelta. Myös väkivallan traumatisoima ja tilanteen uuvuttama äiti saattaa alkaa käyttäytyä väkivaltaisesti lapsia kohtaan. Vaikeimmillaan tilanne voi johtaa lasten hoidon ja huolenpidon laiminlyöntiin (Paavilainen 1998, Perttu 2003). Väkivaltaisen perheen lapselle sekä henkinen että fyysinen väkivalta on normaalia perhetilannetta – hänellä ei ole kokemusta muusta. Moni väkivaltaa harjoittava kokee omien kokemustensa nojalla, että väkivalta on ”normaali” tapa toimia (Paavilainen 1998). ”Väkivallan traditio” periytyy. Siksi parisuhdeväkivallan havaitseminen ja sen puheeksi ottaminen on välttämätöntä lastenneuvolatyössä. Pienten lasten äiteihin kohdistuvan parisuhdeväkivallan ehkäiseminen on lastensuojelua.

Lapsiaan pahoinpiteleviä vanhempia luonnehtii, että vanhemmat ovat valmistautumattomia vanhemmuuteen, he eivät ymmärrä lapsen kehitykseen liittyviä vaikeuksia ja rajoituksia eri ikävaiheissa eivätkä he tiedä, miten suhtautua tai kasvattaa lapsia ilman väkivallalla uhkailua (Elliot 1993).

Uhreista vain noin 30 % hakee apua viranomaisilta ja heistä useimmat terveyskeskuksista fyysisiin vammoihin (Heiskanen & Piispa 1998). Parisuhdeväkivallan aktiivinen tunnistaminen on tärkeä osa neuvolatyötä. Tavallisimmat fyysisen väkivallan merkit ovat punoitus, nirhaumat, haavat, mustelmat ja ruhjeet erityisesti suun, kasvojen, kaulan, hiuspohjan sekä käsi- ja olkavarsien alueella. Tällöin työntekijän tulee kiinnittää huomiota toistuviin tai eri paranemisvaiheessa oleviin vammoihin tai siihen, vastaako vammojen sijainti, muoto tai tyyppi naisen kuvaamaa syntymekanismia. Vammat saattavat sijaita myös vaatteiden peittämällä alueella selän ja vatsan alueella sekä käsivarsissa. Väkivallan kuvaamisessa tulisi käyttää tarvittaessa apuna kehokarttaa. Kehokartta on hyödyllinen kuvattaessa erityisesti samanaikaisia useita vammoja.

Väkivalta aiheuttaa uhrille myös henkisiä trauman oireita, joiden tunnistaminen on oleellista. Myös väkivaltaa nähneet tai kuulleet lapset kärsivät trauman oireista. Trauman oireita voivat olla mm. ristiriitaiset tunteet ja mielialojen nopea vaihtelu, jolloin nainen saattaa perua päätöksensä ja sanojaan. Hän voi kärsiä masennuksesta, ahdistuksesta, keskittymiskyvyttömyydestä ja muistamattomuudesta, jolloin hän voi jättää vastaanottoaikoja käyttämättä eikä muista perua niitä. Hän saattaa vaikuttaa alistuneelta, passiiviselta ja pelokkaalta. Usein väkivallan kohteena olevat naiset alkavat käyttää alkoholia aikaisempaa enemmän, tupakointi lisääntyy, heillä on uni- tai rauhoittavien lääkeaineiden väärinkäyttöä tai huumeiden käyttöä. Naisilla voi olla myös itsemurha-ajatuksia tai -yrityksiä.

Väkivalta aiheuttaa uhrille jatkuvan stressitilanteen, jolloin hänellä voi olla kärsimättömyyttä tai vihanpurkauksia lapsia kohtaan. Hän joutuu myös usein olemaan ikään kuin kilpenä lasten ja väkivaltaa käyttävän välillä, jolloin hänen on yritettävä pitää lapset kiltteinä ja hiljaisina väkivallan estämiseksi. Silloin, kun isä on mukana lastenneuvolakäynnillä, on tärkeää havainnoida isän asennoitumista ja käyttäytymistä äitiä ja lasta kohtaan esimerkiksi lapsen hoitotilanteessa. Myös naisen erilainen käyttäytyminen lapsen isän läsnäollessa saattaa olla merkinä häneen kohdistuvasta väkivallasta.

Usein väkivallan tekijä pyrkii eristämään uhrin sosiaalisista suhteista ja osallistumisesta kodin ulkopuoliseen elämään. Tällöin naisella ei ole esimerkiksi ystäviä ja hän tapaa harvoin tai ei lainkaan sukulaisiaan. Väkivallan tekijä saattaa myös kontrolloida naisen rahan tai ajan käyttöä. Monet naiset joutuvat hermostuneena kiirehtimään vastaanotolta pois tarkaksi asetettujen kotiintuloaikojen vuoksi. Usein väkivaltaa käyttävät miehet haluavat olla läsnä kaikissa keskusteluissa ja tutkimuksissa neuvolassa säilyttääkseen kontrollin ja väkivallan salaisuuden. Tämän vuoksi ruotsalaiset tutkijat haluavat kyseenalaistaa näkemyksen, jonka mukaan miehen tulisi olla läsnä jokaisella neuvolakäynnillä. He ehdottavat työkäytännöksi, että naiset voivat tietyille neuvolakäynneille tulla ainoastaan lapsen kanssa. Tämä helpottaa myös väkivallasta kysymistä, eikä vaaranna naisen ja lasten turvallisuutta.

Puheeksi ottamisen periaatteet ja ohjeet

Usein uhri ei kerro oma-aloitteisesti kokemastaan väkivallasta. Syinä tähän ovat hänen kokemansa syyllisyys ja häpeä sekä leimautumisen pelko. Myös lasten menettämisen pelko on uhreilla yleistä johtuen väkivallan tekijän uhkauksista, pelottelemisesta sekä naisen äitinä toimimisen mitätöinnistä. Usein väkivalta myös sivuutetaan nopeasti sen tapahduttua erityisesti väkivallan tekijän pyrkimässä sopimaan ja hyvittämään tapahtunutta. Myös uhri saattaa ajatella, että väkivaltainen tapahtuma ei toistu.

Puheeksi ottamisen tärkeimmät periaatteet ovat:

- uhrin ja lasten turvallisuudesta huolehtiminen
- uhrien oikeuksien puolustaminen
- uhrin oikeusturvan huomioiminen

Huomioi puheeksi ottamisessa ja keskustelussa seuraavat asiat:

- uhrin ja lasten turvallisuus: luo aina kahdenkeskinen tilanne, sillä väkivallasta kysyminen kumppanin tai muiden läheisten läsnä ollessa saattaa aiheuttaa väkivallan uusiutumisen vaaran.
- kysy oma-aloitteisesti väkivallasta, älä odota hänen aloitettavan. Näin osoitat hänelle ottavasi ammatillista vastuuta hänen tilanteestaan ja edesautat luottamuksellisen suhteen syntymistä.
- keskitä koko huomiosi naiseen, älä tee paperitöitä samanaikaisesti.
- kysy levollisesti ja selitä, että väkivallasta kysyminen on tämän neuvolan työtapa.
- kysy väkivallasta suoraan ja kiertelemättä. Näin osoitat omalla esimerkilläsi, että väkivallasta saa ja voi puhua.
- luo luottamuksellinen suhde naiseen: naisten kokemaa kynnystä kertoa mahdollisesta väkivallasta laskee, jos kysymys esitetään turvallisissa ja luottamuksellisissa olosuhteissa ja jos kysyjänä on koulutettu, empaattinen, eituomitseva ja naisen terveyttä ja hyvinvointia kohtaan aitoa mielenkiintoa osoittava terveydenhoitaja.
- vakuuta naiselle, että väkivalta on aina väärin, se ei ole hänen syynsä ja se on rikos.
- kysy myös lapsista ja ilmaise huolesi heidän hyvinvoinnistaan.
- anna naiselle tietoa väkivallan muodoista ja erityisesti henkisestä väkivallasta, sillä sitä on vaikeinta tunnistaa. Henkinen väkivalta on keskeisintä uhrin ja lasten traumatisoitumisessa. Kerro väkivallan uusiutumisvaarasta ja

pahenemisesta ajan mittaan. Kerro väkivallan vaikutuksista lapsiin. Kerro myös väkivaltaiseen käyttäytymiseen liittyvistä piirteistä.

- ohjaa nainen lääkärin vastaanotolle. Lääkärin on tärkeää dokumentoida tapahtunut uhrin kertomana. Vaikka nainen ei tarvitsisi nyt dokumentteja, hän voi tarvita niitä myöhemmin tehdessään mahdollisesti rikosilmoituksen tai hakiessaan lähestymiskielloa. Keskustele myös rikosilmoituksen merkityksestä.

- etsi yhdessä naisen kanssa paras tapa jatkaa väkivallan käsittelyä ja katkaisutoimenpiteitä. Tähän tarvitaan muita viranomaisia mukaan. Pyydä naiselta lupa saada keskustella hänen tilanteestaan omassa työryhmässäsi.

- perhetilanteessa, jossa on väkivaltaa, ei pidä järjestää yhteisiä keskusteluja väkivallan tekijän ja uhrin kanssa uhrin ja lasten turvallisuuden vuoksi. Kysy uhrilta, voiko hänen ja lasten turvallisuutta vaarantamatta joku muu ottaa yhteyttä väkivaltaisesti käyttäytyvään osapuoleen.

- Keskustele naisen kanssa lastensuojelullisista toimenpiteistä ja kerro niiden merkitys. Voitte yhdessä ottaa yhteyttä lastensuojeluviranomaisiin.

Parisuhdeväkivallan seulonnan avuksi äitiys- ja lastenneuvoloissa on kehitetty lomake (ks. Liite 9). Lomake on muokattu ja testattu osana Sirkka Pertun (2003) tutkimushanketta.

SUOSITUS: Väkivallasta kysytään kaikilta naisilta viimeistään lapsen puolivuotistarkastuksen yhteydessä sekä sen jälkeen tasavuositarkastuksissa. Jos vanhempi haluaa puhua väkivallasta, on syytä keskittyä tähän aiheeseen ja sopia, että määrääikaistarkastuksen muihin yksityiskohtiin paneudutaan uudessa, myöhemmässä tapaamisessa.

Parisuhdeväkivallan seulonnassa tulisi käyttää työvälineenä seulontalomaketta, jossa huomioidaan fyysisen väkivallan ohella myös henkinen väkivalta ja lapsen kohdistunut väkivalta.

Paikallisesti tai alueellisesti sovitaan eri viranomaisten ja muiden auttajatahojen yhteiset menettelytapaohjeet. Tämä laskee työntekijöiden kynnystä puuttua väkivaltaan.

Työntekijöille järjestetään täydennyskoulutusta parisuhde- ja lapsiin kohdistuvasta väkivallasta sekä työnohjausta ja muuta tukea väkivaltatilanteiden käsittelyä varten.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Holmberg 2002. Lapset ja perheväkivalta. Stakes/Naisiin kohdistuvan väkivallan ehkäisyprojekti ja Lasten keskus. *Tietoa lapseen kohdistuvan väkivallan tunnistamisesta ja lapsen tukemisesta.*

Naiset, miehet ja väkivalta. Suomen evankelisluterilaisen kirkon näkökulmia perheväkivaltaan. 2000. Suomen ev.lut kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 1. *Vihkosessa on näkökulmia ja apua ongelmasta kärsiville, niin naisille kuin miehille. Tilaukset Kirkkohallitus, Julkaisu- ja AV-myynti, pl 185, 00161 Helsinki. p. 09-1802315, fax 09-1802454.*

Oranen M. 2001. Lapset ja perheväkivalta. Yleislääkärin käsikirja/lääkärin tietokanta. Helsinki: Duodecim. *Maksullisessa internetosoitteessa www.terveysportti.fi.*

Oranen M. 2001. Perheväkivallan varjossa. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 30. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto.

Perttu S. 1999. Perheväkivalta auttamistyössä. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 21. *Kirjassa on tarkat ohjeet, miten työntekijä voi dokumentoida väkivallan naisen kertomana.*

Perttu S. 1999. Päänavaus selviytymiseen. Väkivaltaa kokeneiden naisten käsikirja. *Kirjasta voi tilata Naisten kulttuurikeskuksesta, p. 09-642 277 tai tulostaa maksutta suomen-, ruotsin- venäjän- tai vironkielisenä osoitteesta www.vakivalta.net.*

Perttu S. 2003. Naisiin kohdistuvan väkivallan seulonta äitiys- ja lastenneuvoloissa. Käsikirjoitus.

Rautava M & Perttu S (toim). 2002. Naisiin kohdistuva pari- ja lähisuhdeväkivalta. Käsikirja perus- ja täydennyskoulutukseen. Stakes/Naisiin kohdistuvan väkivallan ehkäisyprojekti 1998-2002. *Kirjassa on mm. malli toimintaohjeesta, jossa kuvataan konkreettisesti, miten väkivaltaa kokeneiden auttamiseksi toimitaan.*

Tavoitteena elämä ilman väkivaltaa. Oulun läänin perhe- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisyprojekti 1998-2002. Oulun lääninhallitus, Oys psykiatrian klinikka ja Stakes. Oulun lääninhallituksen julkaisusarja 92/2002. *Raportti on luettavissa Oulun lääninhallituksen internetsivuilla osoitteessa www.intermin.fi/olh. Runsaasti tukimateriaalia perheväkivallan kokeneille, uhreille ja todistajille.*

www.vakivalta.net on Stakesin ja Sosiaali- ja terveysministeriön ylläpitämä sivusto joka liittyy naiseen kohdistuvan väkivallan ja prostituution ehkäisyhankkeeseen. Sivulla on tietoa mm. turvakodeista ja lapsista ja väkivallasta., materiaalia neuvoloihin. Sivuilta on myös linkki edelliseen viitteeseen.

10.15 Vanhempien päihteiden käyttö

Ks. myös luku 10.13 Lapsen kaltoinkohtelu ja sen tunnistaminen.

Äidin raskaudenaikaisen päihteiden käytön haitat tiedostetaan yhä paremmin. Äitiys- ja lastenneuvolan saumaton yhteistyö sekä keskenään että kunnan muiden palveluja antavien tahojen kanssa on välttämätöntä. Äidin alkoholinkäyttö ei aina tule ilmi äitiysneuvolassa, minkä vuoksi myös lastenneuvolassa on syytä kiinnittää päihteiden käytön tunnistamiseen aktiivista ja itsenäistä huomiota ja puuttua siihen ripeästi.

Alkoholi- ja/tai huumeongelmasta kärsivän vanhemman on vaikea luoda hyvää tunnesuhdetta vauvaan, ja hänen toimintansa saattaa olla hyvin epäjohdonmukaista. Lapset elävät usein riskiolosuhteissa, vaarana saattaa olla kaltoinkohtelu tai laiminlyönti. Siksi lapsiperheen päihdeongelma on aina myös lapsen ongelma. Päihdeongelmaisperheessä elävä lapsi kuuluu tehostetun neuvolaseurannan piiriin. Päihdeongelmien kohtaamiseen pätevät pitkälle samat ohjeet kuin väkivallan kohtaamiseen. Päihteet ja väkivalta voivat liittyä toisiinsa, mutta voivat olla myös erillisiä.

Ainakin kerran vuodessa määrääikäiskäynnin rutiineihin on syytä liittää kysymys alkoholin tai huumeiden käytöstä. Kuten väkivaltaa koskevat kysymykset, myös päihdekysymykset pitää toistaa. Työntekijän kannattaa muistaa, että päihteiden käyttöön liittyy erittäin paljon kieltämistä. Päihdeongelmiin viittaavia vaivoja ja merkkejä on tarpeen havainnoida aktiivisesti. Ongelmaisperhe ei useinkaan itse hakeudu avun piiriin.

Kaikkia vanhempia tulee rohkaista alkoholinkäytön itsetarkkailuun. Kohtuukäytön rajoiksi on melko yleisesti määritelty miehillä 24 annosta viikossa ja seitsemän annosta kerrallaan sekä naisilla 16 annosta viikossa ja viisi annosta kerrallaan. Tarvittaessa kannattaa käyttää Maailman terveysjärjestössä (WHO) kehitettyä AUDIT-testiä (ks. Suositeltavaa kirjallisuutta).

Kun päihdeongelma tai sen epäily tulee esiin lapsen määrääikäiskäynnillä, tulee varata uusi aika, jotta keskusteluaikaa jää riittävästi. Usein on parempi, jos aika pystytään järjestämään niin, ettei lapsi ole silloin mukana. Tapaamisten välissä työntekijän on syytä keskustella tilanteesta työryhmänsä kanssa.

Syylittäminen ei auta. Väkivallan tai päihteiden käyttö ovat oire ongelmista, joiden selvittämiseen perhe tarvitsee apua. Neuvolassa ensisijalle kannattaa nostaa huoli lapsen voinnista ja tulevaisuudesta. Psykologi sekä sosiaali- ja perhetyöntekijä kannattaa kytkeä mukaan mahdollisimman varhain.

Kuten väkivaltatyöskentely, päihdeongelmien käsittely on vaikeaa ja kuormittavaa. Henkilökunnan pitää saada riittävästi koulutusta ja työnohjausta.

SUOSITUS: Jokaiselta neuvolan asiakasperheeltä kysytään rutiininomaisesti kerran vuodessa alkoholin ja huumeiden käytöstä.

Neuvolan, terveysaseman, erikoissairaanhoidon, päihdehuolto- ja mielenterveysyksiköiden kanssa tehdään sopimus päihdeongelmien hoitopoluista ja päihdeongelmaisten vanhempien

lasten seurannasta ja hoidosta. Työntekijät saavat riittävästi päihteiden ongelmakäyttöä koskevaa koulutusta ja työnohjausta.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Ackerman RJ. 1992. Lapsuus lasin varjossa – lapsi alkoholiperheessä. Toinen painos. Kääntänyt T Peltoniemi. Opas vanhemmille, ammattikasvattajille ja hoitotyöntekijöille. Valtion painatuskeskus, Helsinki.

A-klinikkasäätiö. Lasinen lapsuus –projekti. www.a-klinikka.fi/lasinenlapsuus/. *Lasinen lapsuus on tiedotus-, koulutus- ja tutkimusprojekti, jossa kiinnitetään huomiota lapsiin perheissä, joissa käytetään runsaasti alkoholia.*

Holopainen A & Heinälä P. 2002. Päihteiden käytön tunnistaminen Yleislääkärin käsikirja ja tietokanta. Helsinki: Duodecim. Maksullisessa internetosoitteessa www.terveysportti.fi. *Internet-versio sisältää myös AUDIT-kyselyn tietokonesovelluksena.*

Halmesmäki E. 1999. Alkoholin suurkuluttajan ja narkomaanin tunnistaminen äitiysneuvolassa ja synnytysairaalassa. Stakes. 44 s. *Kirjassa on tiiviissä muodossa alkoholin ja huumeiden vaikutuksista, päihteiden käytön tunnistamisesta ja seurantasuosituksista raskauden aikana.*

Kiuttu T. 2000. Päihdeongelma raskauden aikana. Kokemuksia 3-portaisen hoitomallin käytännöistä ensimmäisen vuoden ajalta. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, naistentaudit ja synnytykset.

Poikolainen K. 1998. Alkoholin käyttö. Kirjassa: Koskenvuo K & Vertio H. Sairauksien ehkäisy, Helsinki: Duodecim, 500-505. *Artikkelissa on mm. WHO-AUDIT –kysely.*

Päihdepalvelujen laatusuositukset. 2002. Oppaita 3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Soikkeli M. 2002. Miten puhua huumeista. Stakes. 96 s. Hinta 9,08 € + toimituskulut 6 € Tilaukset: Stakes/päde, PL 220, 00531 Helsinki, merja.halme@stakes.fi, puh. 09- 3967 2491

10.16 Parisuhde- ja seksuaalivaikeudet

Koska vanhempien parisuhdevaikeudet ovat riski lapsen normaalille kehitykselle, on niiden hoito tehokasta lapsen mielenterveysongelmien ehkäisyä. Vanhempien hyvän parisuhteen tulisi olla ensimmäinen koti jokaiselle syntyvälle lapselle. Koti on myös paikka, jossa kaikkien tunteiden rakentava läpikäyminen pitäisi olla sallittua - sekä aikuisille että lapsille.

Vanhempia voidaan valmentaa kohtaamaan vaikeuksia. Ensimmäisen lapsen odotusaikana vanhempien pitäisi tiedostaa, että lapsen syntymä on usein parisuhteelle riskialtuinta aikaa. Silloin liikutaan ennen kokemattoman tunneskaalan ääripäissä, niin hyvässä kuin pahassa. Ongelmissa kulminoituvat usein naisten ja miesten erilaiset tavat kommunikoida ja toimia, jolloin seuraa väärinkäsityksiä. Moni sokeutuu itselleen nähden virheitä vain toisessa, kun illuusio itsestä tai kumppanista vanhempina ei olekaan toteutunut toivotulla tavalla. Isä mielestään raataa perheensä eteen, mutta kotiin jäänyt äiti saattaa kokea, että puoliso nauttii sosiaalisista suhteista koko pitkän työpäivän, kun hän itse on jäänyt riutumaan vauvan kanssa yksinäisyydessä vankilaksi muuttuneessa kodissa. Työssä olevalla puolisollla saattaa olla se käsitys, että kotona olevalla on loputtomasti vapaa-aikaa, tai kotiin jäänyt vain kuvittelee puolisolllaan olevan kodinhoidon suhteen todellisuutta suurempia odotuksia. Katkonaiset yöunet ja väsymys pahentavat ongelmia.

Ryhmäperhevalmennuksessa on syytä käydä läpi tavallisia odotettavissa olevia vaikeuksia, vaikka pääpaino on parisuhdeongelmien ehkäisyssä. Ryhmässä vanhemmat tapaavat henkilöitä, jotka paikkakunnalla hoitavat parisuhdekrisejä. Vaikeuksien tullessa tutun ammattilaisen puoleen on helpompi kääntyä.

Ensimmäinen lastenneuvolan terveydenhoitajan kotikäynti suositellaan tehtäväksi odotusaikana (ks. luku 9.2.2). Tämän kotikäynnin tärkein tavoite on keskustella vanhempien odotuksista, peloista ja tuntemuksista. Ryhmävalmennuksessa heränneitä ajatuksia kannattaa myös kuulostella.

Viime kädessä kyse on vanhempien, ei neuvolan valinnasta, miten paljon parisuhde- tai seksuaaliongelmia tulevat esiin neuvolassa. Neuvolan tehtävänä on antaa vanhemmille tilaisuus kertoa pulmistaan.

Kun vanhemmat tuovat parisuhdevaikeuksia esiin neuvolan määräaikaikäikäynnillä, kannattaa varata uusi aika, jotta keskusteluaikaa jää riittävästi. Usein on parempi, jos aika pystytään järjestämään niin, ettei lapsi ole silloin mukana. Pienen vauvan kohdalla tällaista aikaa saattaa olla vaikea järjestää. Tapaamisten välissä työntekijän kannattaa herkästi keskustella ongelmasta työparinsa tai työryhmänsä kanssa.

Missä määrin parisuhdevaikeuksia hoidetaan neuvolassa, riippuu paikallisista olosuhteista ja järjestelyistä, muun muassa yhteistyömahdollisuuksista muiden tahojen kanssa. Tiedon välittäminen paikkakunnan palveluista on joka tapauksessa keskeistä.

SUOSITUS: Neuvolassa otetaan aktiivisesti esiin parisuhteen merkitys ja sen vaalimisen tärkeys. Työntekijät saavat koulutusta parisuhdevaikeuksien ehkäisemisestä, niiden havaitsemisesta ja niistä keskustelemisesta. Huomioidaan myös yksinhuoltajavanhempien lähi-ihmissuhteiden merkitys.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Perheverkkoja kokemassa 1998-2000. Väestöliiton seksuaaliterveysklinikan pikkulapsiperheprojektin loppuraportti. 2000.

Laurila T, Reinholm M, Toppari H. 2002. PARISUHDEVihkonen vekaraperheen vanhemmille. Väestöliitto, Perheverkko 39 s. *Vanhemmille tarkoitettu helppolukuinen pieni opas. Tilaukset: Perheverkosta p.09- 6127 102 (ma-to 10-12) tai sähköpostitse osoitteesta perheverkko@vaestoliitto.fi. Hinta 3 euroa + postikulut.*

Reinholm M. 2001. ”Kupeitten kuuma vai kadonnut kaipuu?” Pikkulasten vanhempien kokemuksia seksielämästä perheeseen kasvaessa. Perheverkko, Väestöliitto.

www.seksuaaliterveys.org. *Internetosoitteessa on mm. yhteystiedot Väestöliiton perheverkon neuvontapuhelimeen ja sähköpostineuvontaan. Osoitteessa on myös lukuisia asiantuntija-artikkeleita ja mm. miehille tarkoitettu virtuaalivastaanotto.*

10.17 Vanhempien avioerotilanne lapsen näkökulmasta

Lapsen suurimmat toiveet avioerossa ovat, että läheinen suhde molempiin vanhempiin säilyisi ja että vanhemmat eivät riitelisi niin paljon. Lapsen kokemus hylkäämisen tunne on pitkäaikainen ja voi säilyä aikuisuuteen saakka, jos vanhemmat eivät onnistu lohduttamaan häntä. Lapsi saattaa myös pelätä, että kotona asuva vanhempikin jättää hänet yksin. Eron jälkeen lapsi on usein hyvin takertuvainen ja riippuvainen vanhemmista. Lapsi voi olla myös raivoissaan, koska joutuu muuttamaan elintapojaan. Toinen vanhemmista saa helposti syyllisen leiman ja vihat kannettavakseen. Monissa perheissä käy niin, että lapsi haluaa säästää kotona asuvaa vanhempaansa omilta huoliltaan ja hän alkaa oirehtia vasta sen jälkeen, kun aikuinen on itse päässyt selvemmille vesille.

Lapsen pitää saada olla lapsi. Lasta ei saa käyttää aseena eikä viestinviejänä vanhempien välisissä riidoissa. Raha-asioista ja elatusmaksuista ei pitäisi koskaan riidellä lasten kuullen, koska he tällöin kokevat helposti olevansa vanhemmilleen taakkoja. Lapsi ei ole aikuisihmissuhteen korvike. Aikuisen tehtävä on lohduttaa lasta eikä päinvastoin. Ihannetilanteessa lapsi saa erosta huolimatta ylläpitää suhteita molempiin vanhempiinsa; hän saa näyttää tunteensa eikä hän joudu riitojen välikappaleeksi. Lapsella pitää olla oikeus kaivata ja rakastaa molempia vanhempiaan, vaikka nämä eivät tulisikaan keskenään toimeen.

Lastenneuvolassa tilanne pitää nähdä lapsen kannalta. Vanhempia voi olla tarpeen rohkaista lapsen näkökulman muistamiseen ja eron vaikutusten lievittämiseen. Lasten eroryhmiä on kokeiltu enimmäkseen kouluikäisten lasten kohdalla, koska ajatellaan, että vasta kouluikässä lapsella on riittävät valmiudet asioiden verbalisointiin. Oulussa on kokeiltu alle kouluikäisten lasten eroryhmiä päiväkodissa.

SUOSITUS: Jo perhevalmennuksessa ennakoidaan mahdollista avo- tai avioeroa ja johdatetaan vanhempia pohtimaan, miten paras mahdollinen vanhemmuus säilyisi myös erotilanteessa. Erotilanteessa tuodaan aktiivisesti esiin lapsen näkökulmaa ja järjestetään tarvittaessa lisätukea.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Taskinen S. 2001. Lapsen etu erotilanteissa. Opas sosiaalitoimelle. Stakes Oppaita 46. *Kirjan lopussa on neljä sivua, jotka sisältävät lehtisen: Äiti ja isä eroavat – kuinka sinun käy? Sen voi kopioida lasta varten.*

10.18 Kotona hoidetut lapset eristäytyneessä perheessä

Neuvolat tekevät uusien ohjeiden mukaisesti aktiivista yhteistyötä päivähoidon kanssa. Tämän lisäksi on tarpeen kiinnittää erityishuomiota lapsiin, jotka ovat kotihoidossa. Usein vanhempi on jäänyt kotiin hoitamaan lasta toimiakseen lapsen parhaaksi, ja usein tämä lapsen paras toteutuukin näin parhaiten. Ongelmia voi silti liittyä myös kotihoitoon.

Kotiin jäänyt vanhempi saattoi kuvitella järjestelyn toimivammaksi kuin miksi se osoittautuu. Yksinäisyys vaivaa helposti. Osa suomalaisista perheistä eristäytyy muista, ja saa vain vähän apua naapureilta tai sukulaisilta. Eristäytyneessä kodissa vanhempien mielenterveys- tai päihdeongelmat saattavat kasvaa hyvin isoiksi, ennen kuin ympäristö ne havaitsee. Päiväkodissa lapsen pulmat havaitaan usein herkästi, mutta ongelmien kasautumisen kierteeseen kuuluu, ettei eristäytynyt vanhempi näe asioita kirkkaasti eikä osaa tai kehtaa pyytää apua.

Neuvolan tulee aktiivisesti ottaa yhteyttä perheeseen, jos leikki-ikäinen lapsi on kotihoidossa, eikä neuvolan määräaikaistarkastuksiin varata aikaa. Jos hankalat kulkuyhteydet esitetään pulmaksi, terveydenhoitajan kannattaa tarjoutua tekemään kotikäynti.

SUOSITUS: Neuvola ottaa aktiivisesti yhteyttä niihin perheisiin, jotka eivät itse ota yhteyttä neuvolaan.

10.19 Paikkakunnalle äskettäin muuttanut perhe

Pikkulapsiperheet elävät vaihetta, jolloin muutot asunnosta toiseen ja usein myös paikkakunnalta toiselle ovat tavallisia. Muutto katkaisee aiemmin solmitun kontaktin neuvolan kanssa. Uusi neuvola merkitsee uutta terveydenhoitajaa ja uutta lääkäriä, joihin perheen on ensin tutustuttava ja solmittava uusi, luottamuksellinen kontakti.

Muutto uudelle paikkakunnalle merkitsee aina jonkinasteista riskiä, etenkin jos äidin, isän ja lasten kontaktit naapureihin ovat olleet merkittäviä, ja muuton jälkeen suurin osa näistä kontakteista on kadonnut. Naapurien ja tuttavien merkitys eri ihmisten elämässä vaihtelee, ja samoin vaihtelee ihmisten kyky solmia uusia ihmissuhteita. Joskus perhe muuttaa vanhempien sukulaisten lähelle, mutta usein sukulaiset jäävät päinvastoin aiempaa etäisemmiksi.

Muuttamiselle on hyvin monenlaisia syitä. Perheen asumisväljyyden parantaminen tai halu palata kotipaikkakunnalle ovat positiivisia syitä muuttamiseen, mutta perheen muuttaminen

toisen vanhemman työn takia voi olla jo pulmallisempaa. Joskus perheet muuttavat ”pois” eli pakoon vanhoja elinympäristöjä. Moni muutto johtuu avio- tai avoerosta.

Kun paikkakunnalle muuttaa lapsiperhe, olisi ihanteellista, että terveydenhoitaja järjestää ensitapaamisen perheen kotiin yksilöllisesti perheen toivomusten mukaan. Kotikäyntien merkityksestä on tässä oppaalla enemmän toisaalla (luku 9.2.1) Kotikäynnin myötä terveydenhoitaja tutustuu koko perheeseen nopeammin ja kokonaisvaltaisemmin kuin vastaanottokäynnillä. Edellytyksenä on, että neuvola saa tiedot paikkakunnalle muuttaneista. Joskus terveydenhoitajan on tarpeen olla aktiivinen yhteydenottaja perheeseen.

Muuton taustoista ja muuton aiheuttamista stresseistä ja muutoksista on hyvä keskustella perheen kanssa. Yksi kotikäynnin funktioista on myös tapaturmien ennaltaehkäisy, kodin vaarallisten paikkojen kartoitus. Kunnan palveluista informointi, samoin neuvolan toimintatavoista ja perhetyön roolista on tärkeä antaa tietoa.

Kunnan johdon kanssa voidaan sopia, miten neuvola saa tiedon paikkakunnalle muuttaneista perheistä ja että lapsiperheille laitetaan tietopaketti, jossa muistutetaan myös neuvolan olemassaolosta ja annetaan tietoa neuvolapalveluista.

Kun terveydenhoitaja tapaa perheen, on syytä tiedustella, toivotaanko ylimääräistä tapaamista neuvolalääkärin kanssa. Ensitapaamisen jälkeen terveydenhoitaja raportoi perheestä työryhmälleen.

SUOSITUS: Alueelle muuttaneeseen perheeseen tutustutaan yhtä läheisesti kuin perheisiin, joihin syntyy lapsi. Perheelle tarjotaan mahdollisuutta ensitapaamiseen terveydenhoitajan kotikäynnillä.

10.20 Monikulttuurinen perhe

Suomessa asui vuoden 2001 lopulla noin 100 000 ulkomaiden kansalaista; lisäksi Suomen romaneita on arviolta noin 10 000, joista alle kouluikäisiä on noin 900. Suurimmat ulkomaalaisryhmät ovat Venäjältä (vuonna 2001 lähes 23 000), Virosta (lähes 12 000), Ruotsista (8000) ja Somaliasta (yli 4 000) Suomeen muuttaneet. Pakolaisena Suomeen on vuosina 1973-2001 Suomeen muuttanut 20692 henkilöä (lähde: www.stat.fi).

Kulttuurierot ovat todellisia myös lähialueilta peräisin olevien ihmisten kohdalla. Neuvolatyöryhmän tai perhepalvelukeskuksen työntekijöiden on tarpeen perehtyä asiakkaidensa kulttuuriin riittävästi, jotta he voisivat antaa soveltuvaa tukea ja apua. Esimerkiksi neuvolasta voitaisiin kertoa romanivanhemmille erilaisista varhaiskasvatuksen vaihtoehdoista. Suomen laki koskee kaikkia maassamme asuvia.

Kieliongelmiin vuoksi aikaa on varattava riittävästi, ja usein on tarpeen sopia aluksi ylimääräisiä tapaamisia. Tulkin on oltava ammattitaitoinen. Perheenjäsenen, etenkin lapsen, käyttäminen ei ole suositeltavaa.

Kaikilla perheillä on oikeus päättää, kehen he luottavat. Monet pakolaisperheistä tulevat maista, joissa suhde eri viranomaisiin, terveydenhuoltohenkilökunta mukaan lukien, on hyvin erilainen kuin Suomessa. Monilla on syynsä suhtautua terveydenhoitajaan tai lääkäriin hyvin epäluuloisesti. Luottamusta ei voi vaatia, se pitää aina ansaita.

Kulttuurishokista saattaa seurata, että vanhemmat eivät erota eri ammattilaisia toisistaan. Ammattilaisen pitää ymmärtää, ettei vieraasta kulttuurista tullut voi tietää, mitkä asiat kuuluvat kenenkin hoitoon Suomessa. Monissa maissa on esimerkiksi tapana turvautua lääkäriin tilanteissa, joissa suomalaiset luottavat terveydenhoitajaan. Perheille pitää riittävästi

selittää, miten meillä on tapana toimia. Ennaltaehkäisevän terveydenhuollon maksuttomuus on syytä kertoa.

Vastaanottoaikojen noudattaminen tai esteen tullessa peruminen voi olla vierasta eri kulttuuritaustasta tulleelle ihmiselle.

Lasten oikeudet ovat Suomessa samat niin suomalaisille kuin muista maista muuttaneille lapsille. Lapsen fyysinen koskemattomuus on turvattu erittäin voimakkaasti Suomen lainsäädännössä. Kasvattamisessa ei hyväksytä ruumiillista kurittamista. Naisten ja tyttöjen sukuelinten silpominen on Suomessa rikoslain mukaan rangaistava teko, josta voi saada teon törkeysasteesta riippuen usean vuoden vankeusrangaistuksen. Näin on silloinkin, jos Suomessa asuva henkilö viedään leikattavaksi ulkomaille. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön velvollisuus on puuttua tilanteisiin, joissa lapsen terveys ja kehitys ovat uhattuja.

Perheessä saatetaan uskonnollisista syistä noudattaa ruokavaliota, joka poikkeaa suomalaisista suosituksista. Aiheesta on syytä keskustella, jotta suomalaisia ohjeita voitaisiin soveltaa perheessä järkevästi. Erityisesti pitää perustella D-vitamiinin tarve Suomessa, sillä se on yllätys monelle lämpimämmistä maista tulevalle ihmiselle. Uusien suositusten mukaan tummaihoisten lasten tulee saada D-vitamiinivalmistetta 5-6 ug/vrk ympäri vuoden kasvuiän ajan.

Kun asiakkaaksi tulee uusi pakolais- tai turvapaikanhakijaperhe, on selvitettävä, onko perheen jäsenille jo tehty maahanmuuttajan terveystarkastus (maahantulotarkastus), vai onko se tarpeen suorittaa. Tulotarkastuksen tarkoitus on seuloa hoidettavissa olevat tai suoja-toimia edellyttävät tartuntataudit (ks. <http://195.236.0.10/ltk-root/fi/htm/DUO/D20006.HTM>) ja varmistaa rokotussuoja. Maahantulotarkastus tehdään joko pakolaiskeskuksessa tai sijoituskunnassa. Maahantulotarkastukseen kuuluvat asiat on kerrottu esimerkiksi Yleislääkärin käsikirjassa ja tietokannassa. Aiemmin saadut rokotukset tulee selvittää. Samassa tietolähteessä on ohjeet myös rokotusohjelman nopeuttamisesta, mikäli tämä on tarpeen. Neuvoja rokotuksista voi kysyä myös Kansanterveyslaitoksen rokoteosastolta, p. (09) 4744 8243.

Jos paikkakunnalla on paljon maahanmuuttajia, voi olla tarpeen perustaa heitä varten oma vertaisryhmä. Paikkakunnat voivat myös tehdä yhteistyötä naapurikuntien kanssa.

SUOSITUS: Neuvolatyöryhmä tutustuu kulttuureihin, joihin oma vastuuväestö kuuluu, ja ottaa perheen kulttuuriset piirteet toiminnassaan huomioon kuitenkin lapsen etua vaarantamatta. Lasta ei käytetä tulkkina vanhempien ja neuvolahenkilökunnan välisissä keskusteluissa.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Siikamäki H. 2002. Maahanmuuttajat ja perusterveydenhuolto. Yleislääkärin käsikirja ja tietokanta. Helsinki: Duodecim. Maksullisessa internetosoitteessa www.terveysportti.fi.

Naisten sukuelinten silpominen. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Työministeriö, maahanmuutto-osasto. Edita. Jakelu ja ylläpito: Terveiden edistämisen keskus, puh. 09- 725 30300, telefax 09-725 30320. *Esite, jossa lyhyesti kerrotaan ympärileikkaustyypeistä, terveyshaitoista ja rikosoikeudellisesta merkityksestä.*

Pakolaisten ja turvapaikan hakijoiden infektio-ongelmien ehkäisy. KTL.

Åkerlund T. 1993. Romani ja terveyspalvelut: opas terveydenhuollon ammattilaisille. Opetushallitus, Helsinki.

10.21 Monimuotoinen perhe

Usein erityistä huomiota kaipaavia perheitä ovat sijaishoito-, adoptio- ja monikkoperheet, monet yksinhuoltaja- ja uusperheet sekä perheet, joissa hedelmöittäminen on aikaansaatu

lääketieteellisten hoitojen avulla. Sijoitettujen ja huostaan otettujen lasten tilanne on usein psykologisesti erityisen monimutkainen. Vuonna 2002 voimaan astuneen parisuhdelain myötä samaan sukupuolta olevien vanhempien perheet yleistyivät.

On muistettava, että aikuiset valitsevat itse elämäntapansa ja perhemuotonsa. Lastenneuvolassa perhe määritellään lapsen näkökulmasta. Lapsen perheeseen saattavat kuulua biologisen äidin ja isän lisäksi tai sijasta sosiaalinen äiti tai isä, isäpuoli ja äitipuoli, erilaisia sisaruspuolia, isovanhempia ja muita sukulaisia. On syytä käyttää niitä nimityksiä, joita perheessä käytetään. Isä- tai äitipuolen sijasta joissakin tilanteissa voi olla mukavampi puhua ”varaisästä” ja ”varaäidistä”. Uusperheen uudet vanhemmat ja sisarukset ovat lapselle usein tärkeä voimavara.

Adoptio on usein pitkä ja raskas prosessi. Kun on tullut tieto siitä, että perhe tulee saamaan lapsen, tulevien vanhempien pitäisi päästä halutessaan osallistumaan vanhempainvalmennukseen. Lisäksi suositellaan, että terveydenhoitaja tekisi kotikäynnin tällaiseen perheeseen jo ennen lapsen saapumista, samaan tapaan kuin nyt suositellaan raskaana olevien perheeseen. Ohjeet, jotka on kirjoitettu keskoslapsista ja kroonisesti sairaista lapsista, ovat myös sovellettavissa adoptiolapsen tilanteeseen. Niinpä terveydenhoitajan ja lääkärin pitää perehtyä adoptiolapsen tarinaan kuten keskoslapsen tarinaan, ja huomioida erityisesti kiintymyssuhteen muodostuminen.

Monikkoperheillä tarkoitetaan perheitä, joihin syntyy kerralla useampi lapsi. Kahden pienen lapsen samanaikaiseen, yksilölliseen kasvattamiseen liittyy niin käytännöllisiä, taloudellisia kuin psykologisiakin pulmia. Yksinhuoltaja- ja uusperheiden erityisvaikeudet voivat liittyä uusiin sisarussuhteisiin ja isä- ja äitipuoliin, joiden asema ei välttämättä aina ole selkeä.

Lapsettomuushistorian omaavien perheiden ongelmat ovat moninaisia. Heitä yhdistävät monet pettymykset. Lastenneuvolan henkilökunnalta perheet odottavat kykyä ymmärtää erilaisia vanhemmuuden taustoja sekä kykyä ohjata vanhempia välttämään ’kalliista lapsesta’ ylihuolehtimista. Joissakin perheissä parisuhde voi joutua koetuksille raskaiden hoitojen aikana. Parisuhdevaikeudet ja psyykkisesti koetteleva lapsen hankintaprosessi saattavat heijastua siihen, miten lapseen ja hänen hoitoonsa suhtaudutaan. Suomessa on parhaillaan meneillään näitä aiheita koskevia tutkimuksia.

Perherakenteen ja perheen taustan merkityksestä voi olla tarpeen keskustella neuvolatyöryhmässä psykologin kanssa.

SUOSITUS: Neuvolan tehtävänä on tukea kaikenlaisia perheitä. Olennaista on lapsen hyvinvoinnin ja edun huomioiminen. Läheis- ja sukulaisuussuhteita määriteltäessä käytetään lapsen perheessä käytössä olevia nimityksiä.

Adoptiovanhemmille tarjotaan mahdollisuutta osallistua perhevalmennukseen.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Lapsettomien tuki ry. Simpukka-projekti. www.lapsettomientuki.net. Sivuilta saa tietoa lapsettomuudesta ja lapsettomien perheiden psykososiaalisesta tukemisesta.

10.22 Muita pulmatilanteita

Vanhemman vakava sairaus tai työttömyys saattaa lamata vanhempia ja tuoda taloudellisia vaikeuksia. Mielialapulmat näkyvät silloinkin, kun kyse ei ole suuren luokan mielenterveysongelmasta. Vanhempien parisuhde- ja ihmissuhdeongelmat, väsymys ja yksinäisyys voivat viedä vanhemmalta kyvyn aistia lapsensa tarpeita. Lapsi aistii tunnelmia

hyvin herkästi. Vaikeudet merkitsevät usein, että vastuu vanhemmuudesta heikkenee. Pienen lapsen hoivasta ja huolenpidosta on kuitenkin jonkun vastattava joka sekunti, joka viikko ja joka vuosi. Neuvolan tehtävänä on joka tilanteessa katsoa asiaa lapsen kannalta.

Omaisien kuolema, sairaus tai onnettomuus synnyttävät surua, jota lapsi kokee eri tavalla kuin aikuinen. Lapsen suru pitää tunnistaa. Lapsen mieli suodattaa tapahtumat lapsen oman kehitysvaiheen mukaisina. Surun käsittelyyn lapsi tarvitsee turvallisia aikuisia, henkistä tilaa sekä tuttuja sanoja ja satujen herättämiä vertauskuvia.

Tieto auttaa myös lasta. Ei ole itsestään selvää, että perheen sisällä on puhuttu ongelmista. Juttelu aviopuolisoiden kesken tai vanhempien ja lasten välillä hankalasta asiasta on ensisijainen työmuoto. Neuvolan työntekijä voi tarjoutua itse olemaan mukana keskustelussa, vaikka lapsen ajatukset onkin yleensä helpointa tavoittaa kotiympäristössä, silloin kun asiat spontaanisti tulevat esiin.

Samasta ongelmasta kärsiviä perheitä voi olla useita. Aikuisten vertaisryhmistä ks. luku 8 Vertaistukea vanhempainryhmistä. Kaikilla neuvolatyöryhmillä tulisi olla ajan tasalla olevaa tietoa alueella toimivista auttajatahoista ja vertaisryhmistä.

Arkipäivän pulmia ja lapsen vaivoja, joita edellä ei ole käsitelty, ovat esimerkiksi univaikeudet, ummetus, kastelu ja lapsen sairastaminen. Voidakseen toimia lastenneuvolassa sekä terveydenhoitajan että lääkärin on tiedettävä asioista riittävästi. Kokemus auttaa, mutta lisäksi jokaisessa neuvolassa pitää olla saatavilla riittävästi ajan tasalla olevaa lääketieteellistä, hoitotieteellistä ja muuta tietoa esim. käsikirjastossa. Internet voi korvata käsikirjastoa nykyisin varsin pitkälle, kunhan sitä osataan käyttää.

SUOSITUS: Kun jokin pulma nousee esiin, eikä yhteisistä toimintatavoista ole sovittu, kuka tahansa perhepalvelukeskuksen tai –verkon työntekijä voi tehdä aloitteen paikallisista hoitopoluista ja yhteisistä menetelmistä sopimiseksi.

Suosittelavaa kirjallisuutta:

Furman B. Elina kesyttää tiikerin. Ratkaisutarinoita II. Lyhytterapiainstituutti Oy ja Lasten Parhaat Kirjat, Helsinki 2001. *Kuvitettu satukirja yhteisesti luettavaksi lapsille ja aikuisille. Kirjan lopussa on kirjoitus, joka käsittelee kiukkukohtauksia ja niihin puuttumista.*

Mäkelä J. (vauvojen unihäiriöistä)

Otranen H. 1997. Unikoulu kotona. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Helsinki.

Rantala K. Kotiunikoulu neuvolan tuella. *Opas. Lisäksi laadittu unihäiriöisten imeväisten hoitopolku.*

Rintahaka P. Lasten unihäiriöt. Yleislääkärin käsikirja /lääkärin tietokanta. Helsinki: Duodecim. *Maksullisessa internetosoitteessa www.terveysportti.fi. Sisältää lääkärille hyödyllistä tietoa unihäiriöitten erotusdiagnostiikasta.*

LÄHTEET

- Arnkil, T., Eriksson, E. & Saikku, P. 1998. Huolen harmaa vyöhyke. *Dialogi*, 7, 8–11.
- Arnold J. Nursing Informatics Educational Needs. *Computers in Nursing*. 1996;14:6:333-339.
- Aronen E, Kuosa M, Tallila M & Arajärvi T. 1995. Kotikäynteihin perustuvan perheneuvonnan vaikutus nuoren psyykkiseen terveyteen – 15 vuoden seurantatutkimus. *Duodecim* 111(6), 505-509.
- Asikainen P. 1999. Yhteisön aktivointi. Toimintatutkimus sosiaali- ja terveystoimen työssä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Vammala: Vammalan kirjapaino.
- Aunola K. 2001. Children's and adolescents' achievement strategies, school adjustment, and family environment. *Jyväskylä studies in education, psychology and social research* 178. University of Jyväskylä, Jyväskylä.
- Aunola K, Barman S, Isosaari T, Tuomi E & Nurmi J-E. 2001. Neuvolan 5-vuotistarkastus kouluvaikeuksien ennustajana. *Psykologia* 6, sivut.
- Baird G et al. A screening instrument for autism at 18 months of age: A 6-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39: 694-702, 2000
- Baron-Cohen S et al. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *Br J Psychiatry* 161: 839-43, 1992
- Bardy M, Salmi M & Heino T. 2001. Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. *Stakes raportteja* 263, Helsinki.
- Belsky J. 1984. The determinants of parenting: a process model. *Child Development* 55, 83-96.
- Christensen. 1996. Definition, measuring and prevalence of child neglect – A study on children aged 0-1 year. Copenhagen: The Danish Institute of Social Research.
- Dunkel L. Lapsuuden ja nuoruusiän endokrinologia. Kirjassa: Välimäki M, Sane T, Dunkel L (toim).
- Eibschitz-Tsimhoni M, Friedman T, Naor J, Eibschitz N, Friedman Z. Early screening for amblyogenic risk factors lowers the prevalence and severity of amblyopia. *J AAPOS*. 2000;4(4):194-9
- Elliot 1993. Prevention of violence. Primary care, vol. 20, number 2, June 1993, p. 277-288.
- Eläköön lapset – lapsipoliittikan suunta. 2000. Suomen kuntaliiton lapsipoliittinen ohjelma. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Endokrinologia. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim 2000.
- Ensio A. 1999. Strateginen selvitys terveydenhuollon tietojärjestelmien standardisoinnista ja ehdotus Suomen panostuksesta standardointiin tulevaisuudessa. *Stakes. Aiheita* 39, Helsinki.
- Erel O & Burman B. 1995. Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 118, 108-132.
- Essex MJ, Klein MH, Miech R, Smider NA. Timing of initial exposure to maternal major depression and children's mental health symptoms in kindergarten. *Br J Psychiatry* 2001;179:151-156.
- Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M., & Signorielli, N. 1994. Growing up with television: The cultivation perspective. In J. Bryant & D. Zillmann (Eds.) *Media Effects. Advances in theory and research* (pp. 17 - 41).
- Hakulinen, T. 1998. The family dynamics of childbearing families, related family demands and support received from child health clinics. Väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 585. Vammala: Vammalan kirjapaino.
- Hakulinen T, Koponen P & Paunonen M. 1999. Perheen hoitotyöhön liittyvät käsitteet. 1999. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) *Perhe hoitotyössä. teoria, tutkimus ja käytäntö*, 25–42. Porvoo: WSOY.
- Halmesmäki E. 2000. Alkoholien suurkuluttajan ja narkomaanin tunnistaminen ja hoito äitiysneuvolassa ja synnytysairaalassa. *Stakes, ehkäisevä päihdetyö*. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino.

- Halmesmäki, E. & Autti-Rämö, I. 1994. Alkoholinkäytön vaikutukset raskauteen ja syntyvän lapsen ennuste. Suomen Lääkärilehti 49 (10), 1025–1028.
- Halmesmäki E. & Kari A. 1998. Huumeet ja raskaus. Duodecim 114, 2109–2114.
- Halmesmäki E. & Kinnunen K. 1993. Raskaudenaikaisen alkoholinkäytön yleisyys ja taustatekijät. Duodecim 109, 1070–1074.
- Hasu J. 1998. Lapsen sairastaminen ja vanhempien voimavarat sekä käsitykset terveydenhoitajan ja terveyskeskuslääkärin toiminnasta: kysely leikki-ikäisten lasten vanhemmille. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitoksen julkaisu 1998: 13. Pro gradu -tutkielma.
- Heikkinen T, Ruuskanen O. Lapsen infektioierre. Duodecim 2001;117(7):731-6
- Heimo E. 2002. Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa. Seurantatutkimus vuosina 1997-2000. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, osa 184, Turku.
- Helminen M-L & Iso-Heiniemi M. 1999. Vanhemmuuden roolikartta. Käyttäjän opas. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Hermanson E. 1997. Lapset perusterveydenhuollossa. Katsaus lastenneuvolan kehitykseen, visio tulevaan. Stakes, aiheita 24, Helsinki.
- Hermanson, E., Karvonen, S. & Sauli, H. 1998. Lasten ja nuorten hyvinvointi ja terveys Suomessa - valtakunnalliset trendit 1990-luvulla. Stakesin tilastoraportti 13. Helsinki: Stakes.
- Hiller-Ikonen, A. 1999. Yhteisökeskeisyys terveydenhoitajan työssä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Hirvonen E. Pietilä AM & Eirola R. 2002. Terveyskeskustelu – tavoitteena dialogi terveyden edistämässä. Teoksessa: Pietilä AM ym. (toim.) Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. WSOY, Helsinki.
- Hurme H. Perhe kehityksen kontekstina. Teoksessa Lyytinen P, Korhokangas M & Lyytinen H (toim.) Näkökulmia kehityspsykologiaan. Kehitys kontekstissaan. 1-3 p. WSOY; Porvoo, 139-156.
- Huttunen J. 2001. Isänä olemisen uudet suunnat. Hoiva-isiä, etä-isiä ja ero-isiä. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Hynynen, P. 1999. Terveydenhoitajan kotikäynti lapsiperheen terveyden edistämässä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu -tutkielma.
- Hyssälä, L. 1992. Health behaviour of a young family's father. A study of health behaviour of a young family's father, his transition to fatherhood and his role as a health educator conducted at Maternity Health Care Clinics and Well-Baby Clinics. University of Turku. Department of Public Health. National Agency for Welfare and Health. Research Reports 18. Vapok-Publishing. Helsinki: The Finnish Government Printing Center.
- Hägman-Laitila A, Ruskomaa L & Euramaa K-I. (toim.) 2000. Varhaista tukea lapsiperheille. Kokemuksia Lapsiperhe-projektin työstä. Mannerheimin lastensuojeluliitto, Helsinki.
- Ihalainen K, Pelkonen M & Hakulinen T. 2002. Laadukas kirjaaminen lastenneuvoloitten tavoitteeksi. Terveydenhoitaja 4-5, 25-28.
- Isätoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1999:1. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Jaakkola N. 2002. Passive smoking during pregnancy and early childhood: occurrence, determinants, health effects and prevention. Academic dissertation. University of Helsinki.
- Jarasto P & Sinervo N. 1997. Alle kouluikäisen lapsen maailma. Gummerus, Jyväskylä.
- Jaroma A (2000). Koulutus ja tuleva toiminta hoitotyössä. Kysely kättilö-, sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoille. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 83. Kuopion yliopistopaino. Kuopio.
- Joensuu J, Koskenniemi E, Hulkko T, Kilpi T. 2002. Pikkulasten rokotusohjelman toteutuminen Suomessa. Suomen Lääkärilehti 57(22):2407-2410.
- Jokinen E. 1996. Väsynyt äiti. Äitien omaelämäkerrallisia esityksiä. Gaudeamus, Tampere.
- Jokinen E. 1997. (toim.) Ruumiin siteet. Kirjoituksia eroista, järjestyksistä ja sukupuolesta. Vastapaino, Tampere.
- Jukarainen, R-L. 1994. Ensisynnyttäjien lastenneuvolan terveydenhoitajilta imetykseen saama sosiaalinen tuki.

- Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Opinnäytetyö.
- Järventie I & Sauli H. (toim.) 2001. Eriarvoinen lapsuus. WSOY, Helsinki.
- Järvinen R. Äitien kokemuksia lastenneuvolan vanhempainryhmistä: ryhmästä tukea arjessa selviytymiseen. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto, Pro gradu –tutkielma.
- Kaila P. 2001. Leikki-ikäisen lapsen hoito- ja kasvatuseuvonnan kehittäminen perhekeskeisessä neuvolatyössä. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, osa 174, Turun yliopisto, Turku.
- Kaila-Behm A. 1997. Miehestä esikoisen isäksi. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 49. Kuopio. Kansaneläkelaitos. Kelan etuusohjeet 1. Helsinki 1999.
- Karila, I. 1991. Lapsivuodeajan psyykkisten vaikeuksien ennakointi: kognitiivinen malli. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 83.
- Kartovaara L & Sauli H. 2000. Suomalainen lapsi. SVT. Väestö 2000:7. Tilastokeskus, Helsinki.
- Katainen S. 1999. Temperament and development: a longitudinal study of temperament-mothering interaction and the development of temperament, depressive tendencies and hostility. Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Kellokumpu-Tyvelä, T. 1998. Synnytyksen jälkeinen masennus äitien kokemana. Oulun yliopisto. Kasvatuspsykologia. Pro gradu -tutkielma.
- Keltikangas-Järvinen L. 1994. Hyvä itsetunto. Toinen painos. WSOY, Porvoo.
- Keltikangas-Järvinen L. 2000. Tunne itsesi, suomalainen. WSOY, Helsinki.
- Keltikangas-Järvinen L. 2002. Asiantuntijakuuleminen Neuvolatyön asiantuntijaryhmässä 11.6.
- Ketomäki, T. 2000. Työparina terveydenhoitaja ja perhetyöntekijä. Neuvolan ja kouluterveydenhuollon ammattilehti. Neuvola 2,14.
- Kettunen T, Poskiparta M & Karhila P. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. Hoitotiede 5, 213-222.
- Kiuttu, T. (toim.) 1999. Päihdeongelma raskauden aikana. 3-portainen hoitomalli Keski-Suomessa. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Jyväskylän kaupunki, A-klinikka ja Ensi- ja turvakoti. Julkaisematon moniste.
- Kiuttu, T. (toim.) 2000. Päihdeongelma raskauden aikana. Kokemuksia 3-portaisen hoitomallin käytännöistä ensimmäisen vuoden ajalta. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Julkaisematon moniste.
- Knuutila, L. 1996. Ulkomailta Suomeen muuttaneiden naisten kokemuksia suomalaisesta neuvolatyöstä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Koivisto, M., Kronqvist, E-L., Oksanen, R., Saukkonen, A-L., Forssius, H. & Wasz-Höckert, O. 1992. Oulun neuvolatutkimus: tehostetun neuvolatyön vaikutus esikoislapsen psyykkiseen ja fyysiseen kehitykseen ja terveyteen kahdeksan ensimmäisen ikävuoden aikana. Oulu: Mannerheimin Lastensuojeluliitto.
- Kontula O & Lottes I (toim.) 2000. Seksuaaliterveys Suomessa, Tammi, Tampere.
- Koponen P. 2002. Väestön terveysseuranta. Teoksessa: Pietilä AM ym. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. WSOY, Helsinki, 131-146.
- Kouri P & Saranto K (1999) Tieto- ja viestintätekniikka kansalaisten ja ammattilaisten vuorovaikutuksen ja tiedonhankinnan välineenä. Kirjassa: Saranto K. & Korpela M. toim. Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. WSOY. Porvoo. s 334-357.
- Kunnamo I (a). Lapsen somaattinen tutkiminen neuvolan ikäkausitarkastuksissa. Yleislääkärin käsikirja ja tietokanta. Helsinki:Duodecim. Maksullisessa internetosoitteessa www.terveysportti.fi.
- Kunnamo I (b). Sydämen kuuntelu ja verenpaineen mittaus lastenneuvolassa Yleislääkärin käsikirja ja tietokanta. Helsinki:Duodecim. Maksullisessa internetosoitteessa www.terveysportti.fi.
- Kurki P-L, Koivuniemi-Iliev L, Tuulos T. Psyykkisten häiriöiden ehkäisy neuvolassa – Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolatyössä –projekti 1997-2000. Oulun lääninhallituksen julkaisuja nro 64
- Kuronen M. 1994. Lapsen hyväksi naisten kesken. Tutkimus äitiys- ja lastenneuvolan toimintakäytännöistä. Stakes, tutkimuksia 35. Jyväskylä.
- Kvarnström G, Jakobsson P, Lennerstrand G. Screening for visual and ocular disorders in children, evaluation of the system in Sweden. Acta Paediatr 1998 Nov;87(11):1173-9

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Lammi-Taskula J & Varsa J. 2001. Vanhemmuuden aika. Vanhemmuuden tukemisen käytännöt ja haasteet osana neuvoloiden ja päiväkotien työskentelyä. Stakes

Larjoma R (toim.) 1997. Laadukasta neuvolatyötä – laadukkaasti kirjaamalla. Suomen kuntaliitto, Helsinki.

Lastenneuvolaopas. 1990. Lääkintöhallituksen opassarja no 7. Lääkintöhallitus, Helsinki.

Lauri, S. & Hietaranta, E. 1990. Terveystieteen tietoperusta ja päätöksenteko lasten terveydenhoidossa. Turun yliopiston. Hoitotieteen laitos. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C. Scripta Lingua Fennica Edita, osa 79. Lehtonen E, Holmberg-Marttila D, Kaila M. 2003. Cumulative prevalence of atopic eczema and related skin symptoms in a well-baby clinic: a retrospective cohort study. *Pediatr Allergy Immunol* (lähetetty julkaistavaksi).

Liuksila P-R. 2000. Lastenneuvolan viisivuotistarkastus ja sen merkitys lapsen selviytymiselle ensimmäisellä luokalla koulussa. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, osa 161. Turun yliopisto, Turku.

Lohiniva, V. 1999. Terveystieteen työ ja koulutustarpeet pohjoisessa toimintaympäristössä. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Acta Universitatis Ouluensis. Series D. Medica 509.

Lyytinen P, Eklund K & Laakso M-L. 1998. Varhainen kognitio, temperamentti vuorovaikutus. Teoksessa Lyytinen P, Korkiakangas M & Lyytinen H (toim.) Näkökulmia kehityspsykologiaan. Kehitys kontekstissään. 1-3 p. WSOY; Porvoo, 40-65.

Magnusson M. 1999. Barnhälsovård. Studier av effektivitet och föräldrarättfredsställelse. Acta Universitatis Upsaliensis. Faculty of Medicine 882, Uppsala.

Mansnéus, E. 1997. Voimavarojen avulla kohti arkielämän hallintaa –synnynnäisesti sydänvikaisten lasten vanhempien kokemuksia perheen voimavaroista ja niiden tukemisesta hoitotyössä. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Tutkielma.

Mustonen K. 1999. Vauvan neurologinen arviointi- ja ohjantamenetelmä Vane. 1.5, 4, 6, ja 18 kk. Pohjois-Karjalan keskussairaalan monistamo 1999. Honkalampi-säätiön julkaisusarja 19.

Mäenpää-Reenkola E. 1997. Naisen verhottu sisin. Helsinki: Yliopistopaino.

Mäntymaa M & Tamminen T. 1999. Varhainen vuorovaikutus ja lapsen psyykinen kehitys. *Duodecim*. 115(22), 2447-2453.

Neuvolatoiminnan kehittämistyöryhmän muistio. 1984. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Valtion painatuskeskus, Helsinki.

Nurmi T. 2001. Seksuaaliterveys ja terveydenhoitaja. Seksuaaliterveyden edistäminen ja terveydenhoitajiksi valmistuvien seksuaaliterveyden asiantuntijuus 1970-, 1980- ja 1990-luvuilla. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 13, (tarkista) Helsinki.

Nuutinen O, Lautala P. 1997. Lasten lihavuuden ehkäisy ja hoito. Kirjassa Simell O (toim.) Neuvolakirja. Vammala: Orion -yhtymä Oy. Viides painos.

Nuutinen M. Aineenvaihdunnan sairaudet. Kirjassa: Raivio K, Siimes MA. Lastentaudit. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim 1998.

Okkonen, T. 1999. Neuvolakäynti kuusivuotiaan lapsen kuvaamana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lisensiaatintutkielma.

Olds DL, Henderson CR & Kitzman H. 1994. Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life. *Pediatrics* 84, 157-164.

Olds DL, Henderson CR & Kitzman H, Eckenrode JJ, Cole RE & Tatelbaum RC. 1999. artikkelin nimi. *Future Child* 9(1), 44-65.

OPM (1998) Koulutuspolitiikasta elinikäisen oppimisen edistämispolitiikkaan. Elinikäisen oppimisen hankkeen loppuraportti. <http://minedu.julkaisut/elinikedis.html> .09.09.2000

Paavilainen, E. 1994. Asiakkaan selviytymistä tukeva yhteistyösuhde terveydenhoitajan näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Paavilainen, E. 1998. Lasten kaltoinkohtelu perheessä. Perheen toiminta ja yhteistyö perhettä hoitavan terveydenhoitajan kanssa. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 604. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Pekonen, O. & Pulkkinen, L. (2002) Sosiaalinen pääoma ja tieto- ja viestintätekniikan kehitys. Esiselvitys. Tulevaisuusvaliokunta, teknologian arvioiteja 11. Eduskunnan kanslian julkaisu 5/2000.

- Pelkonen, M. 1994. Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 18. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Pelkonen M & Hakulinen T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede* 5, 202-212.
- Pelkonen M & Löthman-Kilpeläinen L. 2000. Neuvola lapsiperheiden tukena. Selvitys äitiys ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista 1990-luvulla. *Selvityksiä 2000:10*, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Perkins ER, Simnett I & Wright L. 1999. Evidence-based health promotion. John Wiley & Sons, Chichester.
- Pietiläinen, U. 1995. Isien sosiaalinen tukeminen vanhemmuuteen lastenneuvolassa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Poskiparta M. 1996. Refleksiiviset kysymykset terveysneuvonnassa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 33, 91-97.
- Pruett, K.D. 1993. The paternal presence. Families in society. *The Journal of Contemporary Human Services* (January), 46-50.
- Pulkkinen L. 1996. Lapsesta aikuiseksi. Atena, Jyväskylä.
- Puura K 1998. What children tell and adults notice. Psychiatric disturbances among Finnish children. *Acta Universitatis Tampensis* 605. University of Tampere, Tampere.
- 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), 4855-4861.
- Rautiainen M (toim.) 2001. Vanhemmuuden roolikartta. Syvennä ja sovelle. Käyttäjän opas 2. Suomen kuntaliitto, Helsinki.
- Rautava M & Perttu S. 2002. Naisiin kohdistuva pari- ja lähisuhdeväkivalta: käsikirja perus- ja täydennyskoulutukseen. Stakes, Helsinki.
- Reuna, V. 1998. Perhebarometri 1998. Vastuu perheen arjessa. Väestöntutkimuslaitos E 4/1998. Helsinki: Väestöliitto.
- Riihelä M. Mitä teemme lasten kysymyksille? Lasten ja ammattilaisten kohtaamisten merkitysolottuvuuksia lapsi-instituutiossa. Stakes. Tutkimuksia 66. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.
- Rintanen H. 2000. Terveys ja koulutuksellinen syrjäytyminen nuoren miehen elämäkulussa. *Acta Universitatis Tampensis* 740. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Ruokolainen, A. 1998. Lasten ja nuorten hyvinvointi ja terveys 1990-luvulla. Sotka-tietoihin perustuva tilastoraportti hyvinvointiselontekoa valmistelevista kunnista. Stakesin aiheita 41. Helsinki: Stakes.
- Ruotsalainen P (2000) Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Kirjassa: Hyvinvointivaltion palveluketjut. Toim Nouko-Juvonen K, Ruotsalainen P & Kiikkala I. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki. Sivut 7-32.
- Rönkä A. 1999. Sosiaalinen selviytyminen lapsuudesta aikuisuuteen. *Psykologia* 34, 181-185.
- Rönkä A & Kinnunen U. 2002. Perhe ja vanhemmuus: suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen. PS-Kustannus, Jyväskylä.
- Saha M-T. Miksi kasvu seurataan? *Suomen Lääkärilehti* 1997;52(30):3479 Katsausartikkeli.
- Salo M. Lapsen hyperkolesterolemian diagnostiikka ja hoito. Yleislääkärin käsikirja ja tietokanta. Helsinki:Duodecim. Maksullisessa internetosoitteessa www.terveysportti.fi.
- Scambler D et al. Can the checklist for autism in toddlers differentiate young children with autism from those with developmental delays? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40: 1457-63, 2001
- Salmenperä L. 1985. Exclusively breast-fed healthy infants grow slower than reference infants. *Pediatric Research* 19, 307-312.
- Salo-Jokinen B. 2002. Laatusertifikaatti Martinlaakson neuvolalle. *Terveystieteiden tutkimus* 4-5, 22-24.
- Shah, D.V., McLeod, J.M. & So-Hyang, Y. 2001. Communication context, and community: An exploration of print, broadcast, and Internet influences. *Communication Research*, 28, 4, 13 – 42.
- Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999. Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon

- asiantuntijaryhmä. (toim.) Viisainen, K. Stakesin oppaita 34. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.
- Sihvola S. 2000. Terveyskeskustelu kouluuntulotarkastuksessa. Acta Universitatis Tamperensis 751, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Simell O & Aula P. Neuvolakirja. Orion, Espoo.
- Simojoki, K. 1999. Uusperheet lastenneuvolan asiakkaina. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen Pro gradu –tutkielma.
- Sinkkonen J & Kalland M. 2002.. Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. 1-2. painos. WSOY, Helsinki.
- Sinkkonen J. 2001. Lapsen puolesta. WSOY, Helsinki.
- Strid, O. 1999. Viisivuotistarkastuksesta kuudennelle luokalle. Lastenneuvola ja kouluterveydenhuolto lapsen vaikeuksien havaittajana ja auttajana. Stakesin aiheita 16. Helsinki: Stakes.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003. 1999. Valtioneuvoston päätös.
- Strömmer, R. 1999. Henkilöstöjohtaminen. Business EDITA. 1. painos. Helsinki: Editia.
- Säävälä H, Keinänen E & Vainio J. Isä neuvolassa – työvälineitä ja ajatuksia vauvaa odottavien ja hoitavien isien kanssa työskenteleville. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tasa-arvo-julkaisuja 2001:8.
- Söderholm, Annlis. Lastentautien erikoislääkäri. Luento Sosiaalipediatrian jatko- ja täydennyskoulutustilaisuudessa. Paikka: Helsingin yliopiston Lammin biologinen asema, Lammi.10-11.10.2002.
- Tamminen, T. 1990. Äidin masennus, imetys ja varhainen vuorovaikutus. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis ser A vol. 304. Tampereen yliopisto. Tampere: Vammalan kirjapaino.
- Tanttu, K. 1997. Vierasmaalainen perhe äitiyshuollon asiakkaana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitoksen Pro gradu -tutkielma.
- Tarkka, M. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki: ensisynnyttäjien selviytyminen äitiyshuollon varhaisvaiheessa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitoksen Acta Universitatis Tamperensis A518. Vammala: Vammalan kirjapaino.
- Tarkkanen A. *Principles of Ophthalmology (295 s) tai K.M. Saari: Silmätautioppi, (384s.) tai Hollwich F. Ophthalmology, A Short Textbook (363 s). JOKU NÄISTÄ luult sis viitteen!*
- Tikanoja T. Sivuaani lapsen sydämessä. Yleislääkärin käsikirja ja tietokanta. Helsinki:Duodecim. Maksullisessa internetosoitteessa www.terveysportti.fi.
- Tikanoja T.2001. Lapsen verenpaine. Yleislääkärin käsikirja ja tietokanta. Helsinki: Duodecim. Maksullisessa internetosoitteessa www.terveysportti.fi.
- Tieteellinen perustelukatsaus ympäristön tupakansavun terveyshaitoista.
- Tossavainen K. 1998. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti. Opetusministeriö. Koulutus- ja tiedepolitiikan osaston julkaisuja 53, Helsinki.
- Työnohjaus –työryhmän muistio, 1984 Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Törrönen, H. 1998. Ehjänä perille. Ensi- ja turvakotienliitto. Helsinki: Nykypaino.
- Vakkilainen E-L & Järvinen K. 1994. Taimi. ITU-projektin loppuraportti. Aiheita 10. Stakes, Helsinki.
- Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle lasten ja nuorten hyvinvoinnista. 2002. Julkaisuja 12. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolatyössä. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Saatavilla www.muodossa: http://www.stakes.fi/lapsetjanuoret/neuvola.html 12.10.1999.
- Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 4.
- Valtioneuvoston periaatepäätös varhaiskasvatuksen valtakunnallisista linjauksista. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2002:9.
- Varjoranta P. 1997. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti. Opetusministeriö. Koulutus- ja tiedepolitiikan osaston julkaisuja 53, Helsinki.
- Varjoranta P. 1997. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti. Opetusministeriö. Koulutus- ja tiedepolitiikan osaston julkaisuja 53, Helsinki.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1990a. Nursing in child health care: maintaining awareness of the child's development

- and care. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Alkuperäistutkimukset 1990: 3. Kuopio: University of Kuopio, Department of Nursing and Health Administration.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1996. Perhevalmennus perheiden tukena. Neuvolan asiakkaiden arviointia sisällöstä ja käytetyistä menetelmistä. *Hoitotiede* 8 (1), 3–10.
- Vehviläinen-Julkunen, K. & Saarikoski, S. (toim.) 1994. Synnytys- ja perhevalmennuksen kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä. Kuopion läänin projektin väliraportti. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 15. Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Vehviläinen-Julkunen, K., Saarikoski, S. & Martinen, P. 1995. Perhevalmennus perheiden tukena: tutkimus asiakasarvioinneista ja neuvoloiden työntekijöiden työorientaatioista. Kuopion yliopiston selvityksiä. E. Yhteiskuntatieteet: 3. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Vehviläinen-Julkunen, K., Varjoranta, P. & Karjalainen, K. 1994. Asiakkaiden ja terveydenhoitajien arviointeja äitiys- ja lastenneuvoloiden kotikäynneistä. *Hoitotiede* 6 (1), 22–30.
- Veijola J. 1996. Aikuisiän mielenterveys ja lapsuuden kokemukset. Sosiaalipsykiatrisen tutkimus. Kela, sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 8, Turku.
- Viinämäki, H., Rastas, S., Tukeva, L., Niskanen, L., Kuha, S. & Saarikoski, S. 1994. Synnyttäneiden henkinen hyvinvointi. *Duodecim* 110, 139–144.
- Viitala, R. & Virta, P. 1991. Lastenneuvolat vammaisten lasten perheiden tukijoina. Jyväskylän yliopisto. Erityispedagogiikan laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Viljamaa, M-L. 1997. Vanhempainryhmien kehittäminen neuvolan normaalitoimintana. Jyväskylän sosiaali- ja terveyspalvelukeskuksen julkaisuja: 5 Jyväskylä: Jyväskylän kaupunki.
- Viljanen, K. 1993. Perhekeskeinen lastenneuvolato: käsitteanalyysi perhekeskeisyydestä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lisensiaatintutkielma.
- Viljanen K. 1999. Perhekeskeinen lastenneuvolatoiminta. Teoksessa:
- Wickström G., Laine M., Pentti J., Elovainio M. & Lindström K. (2000) Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla - muutokset 1990 - luvulla. Työterveyslaitos. MIKTOR. Helsinki.
- Williams C, Northstone K, Harrad RA, Sparrow JM, Harvey I. Amblyopia treatment outcomes after screening before or at age 3 years: follow up from randomised trial. *BMJ*. 2002 Jun 29;324(7353):1549
- Yrjänäinen H. 2002. Riskioloissa elävä perhe lastenneuvolan terveydenhoitajan asiakkaana. Hoitotieteen laitos, Oulun yliopisto. Lisensiaatintutkimus.