

*Marjaana Pelkonen, Tuovi Hakulinen-Viitanen, Marke Hietanen-Peltola,
Taneli Puumalainen (Toim.)*

Hyvinvointia useammille –

LASTEN JA NUORTEN PALVELUT UUDISTUVAT

Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin
neuvottelukunnan loppuraportti

KUVAILULEHTI

| | |
|---|-------------------------------------|
| Julkaisija | Päivämäärä |
| Sosiaali- ja terveysministeriö | 25.11.2013 |
| Tekijät | Toimeksiantaja |
| Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunta | Sosiaali- ja terveysministeriö |
| | HARE-numero ja toimeksiantamispäivä |
| | STM106:00/2010, 9.12.2010 |

Muistion nimi

Hyvinvointia useammille - lasten ja nuorten palvelut uudistuvat. Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan loppuraportti

Tiivistelmä

■ Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunta on toisen kautensa (15.12.2010-14.12.2013) aikana keskittynyt lapsia, nuoria ja perheitä koskevan uuden lainsäädännön toimeenpanon, seurannan ja valvonnan tukemiseen sekä valmistelussa olleiden lakiesitysten kommentointiin. Tavoitteena on edistää eri hallinnonalojen lapsia, nuoria ja perheitä koskevan lainsäädännön sisältöä ja koordinaatiota terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, varhaisen tuen organisoimisessa ja syrjäytymisen sekä terveyserojen ehkäisemisessä. Neuvottelukunta asetti Lasten ja nuorten ehkäisevien terveyspalvelujen jaoston tukemaan terveydenhuoltolain ja VNA:n 338/2011 säännöksiä ja arvioimaan niiden muutostarpeita.

Neuvottelukunta julkaisee toimikautensa päätteeksi loppuraportin. Raportissa kuvataan neuvottelukunnan toiminta ja esitetään keskeiset toimenpide-ehdotukset lasten, nuorten ja perheiden palvelujen, monialaisen yhteistyön ja yhteen sovittavan johtamisen kehittämiseksi.

Raporttiin sisältyy katsaus lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja palvelujen tilaan ensisijaisesti Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimusten ja seurantatietojen perusteella. Lasten, nuorten ja perheiden ehkäisevät terveyspalvelut ovat em. asetuksen myötä vahvistuneet, vaikka kehittämistä on vielä runsaasti. Raportissa tehdään ehdotuksia palvelujen, toimintatapojen ja toimintaedellytysten kehittämiseksi sekä lasten ja nuorten osallisuuden varmistamiseksi palveluissa ja niiden edistämiseksi. Raportti painottuu ehkäiseviin terveyspalveluihin, mutta sisältää myös ehdotuksia lasten, nuorten ja perheiden palvelukokonaisuuden ja sen johtamisen uudistamiseksi. Niihin kuuluu neuvottelukunnan aloite lasten, nuorten ja perheiden palvelujen järjestämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksessa.

Asiasanat

Hyvinvointi, lapset, nuoret, palvelut, perheet, terveyden edistäminen

| | | |
|--|--|-------|
| Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:36 | Muut tiedot | |
| | www.stm.fi | |
| ISSN-L 2242-0037 | Kokonaissivumäärä | Kieli |
| ISSN 2242-0037 (verkkojulkaisu) | 131 | Suomi |

ISBN 978-952-00-3452-8 (PDF)
 URN:ISBN:978-952-00-3452-8
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3452-8>

PRESENTATIONSBLAD

| | |
|---|--|
| Utgivare | Datum |
| Social- och hälsovårdsministeriet | 25.11.2013 |
| Författare | Uppdragsgivare |
| Delegationen för främjande av barns och ungas välfärd | Social- och hälsovårdsministeriet |
| | Projektnummer och datum för tillsättandet av organet |
| | SHM106:00/2010, 9.12.2010 |

Rapportens titel

Välfärd för fler – tjänster för barn och unga reformeras. Slutrapport av delegationen för främjande av barns och ungas välfärd

Referat

■ Delegationen för främjande av barns och ungas välfärd i samband med social- och hälsovårdsministeriet har under sin andra mandatperiod (15.12.2010–14.12.2013) koncentrerat sig på att stödja genomförandet, uppföljningen och övervakningen av den nya lagstiftning som gäller barn, unga och familjer samt att kommentera de lagpropositioner som varit under beredning. Målet är att främja innehållet och koordineringen av lagstiftningen som gäller barn, unga och familjer inom de olika förvaltningsområdena när det gäller åtgärder för att främja hälsa och välfärd, organisera tidigt stöd och förebygga social utslagning och hälsoskillnader. Delegationen tillsatte en sektion för förebyggande hälso-tjänster för barn och unga för att stödja tillämpningen av de relevanta bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen och i statsrådets förordning 338/2011 och att bedöma om det finns behov att ändra dem.

Delegationen utger en slutrapport som avslutning för sitt arbete. I rapporten beskrivs delegationens verksamhet och föreslås viktiga åtgärder för att utveckla ledningen av tjänster för barn, unga och familjer och det multiprofessionella samarbetet på ett koordinerat sätt.

I rapporten ingår en översikt om läget i fråga om välfärden och tjänsterna för barn och unga främst utgående från Institutet för hälsa och välfärds undersökningar och uppföljningsuppgifter. Ovan nämnda förordning har medverkat till att de förebyggande hälsovårdstjänsterna för barn, unga och familjer har stärkts, även om det finns flera områden som ännu behöver utvecklas. I rapporten ingår förslag till att utveckla tjänsterna, tillvägagångssätten och verksamhetsbetingelserna samt att säkerställa barns och ungas delaktighet i tjänsterna och i utvecklingen av dessa. Rapporten fokuserar på förebyggande hälsovårdstjänster, men den innehåller också förslag till att reformera servicehelheten för barn, unga och familjer och dess ledning. I dessa ingår delegationens initiativ om hur tjänsterna för barn, unga och familjer ska ordnas i samband med servicestrukturreformen inom social- och hälsovården.

Nyckelord

Barn, familjer, främjande av hälsan, tjänster, unga, välbefinnande, välfärd

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2013:36

Övriga uppgifter

www.stm.fi/svenska

ISSN-L 2242-0037
ISSN 2242-0037 (online)

Sidoantal

131

Språk

Finska

ISBN 978-952-00-3452-8 (PDF)
URN:ISBN:978-952-00-3452-8
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3452-8>



SOCIAL- OCH
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

SISÄLLYS

| | | |
|---------------------|--|-----------|
| I | JOHDANTO | 5 |
| II | NEUVOTTELUKUNNAN TOIMINTA JA TOIMENPIDE-EHDOTUKSET..... | 10 |
| III | TILANNEKATSAUS LASTEN JA NUORTEN HYVINVOINTIIN JA PALVELUIHIN SEKÄ KEHITTÄMISEHDOTUKSET..... | 17 |
| 1 | Lasten, nuorten ja heidän vanhempiansa terveys ja hyvinvointi..... | 17 |
| 1.1 | Lasten ja nuorten hyvinvointiin vaikuttavat tekijät - Kansallinen syntymäkohortti 1987 | 17 |
| 1.2 | Terveys- ja hyvinvointierojen syntyminen alkaa jo lapsuudessa – tuloksia Lasten terveysseurantatutkimuksesta..... | 24 |
| 1.3 | Nuorten osallisuus on lisääntynyt ja elintavat parantuneet – tekemistä silti riittää. Kouluterveyskysely 2013..... | 31 |
| 1.4 | Terveys, hyvinvointi ja tuen tarve lapsiperheissä vanhempien näkökulmasta..... | 39 |
| 1.5 | Lapsiperheiden vanhempien hyvinvointi, terveys, työ- ja toimintakyky 2013..... | 44 |
| 1.6 | Korkeakouluopiskelijoiden terveydentila..... | 54 |
| 2 | Lasten, nuorten ja perheiden ehkäisevien palvelujen tilanne | 58 |
| 2.1 | Äitiys- ja lastenneuvolan sekä kouluterveydenhuollon palvelut vahvistuneet..... | 58 |
| 2.2 | Laajat terveystarkastukset vanhempien näkökulmasta | 68 |
| 2.3 | Psykologi- ja kuraattoripalvelut perusasteella ja toisella asteella | 75 |
| 2.4 | Opiskeluterveydenhuollon tilanne | 81 |
| 3 | Ehdotukset lasten, nuorten ja perheiden ehkäisevien palvelujen kehittämiseksi | 86 |
| 3.1 | Palvelukokonaisuudet ja palvelujen porrastaminen tuen tarpeiden mukaisesti | 86 |
| 3.2 | Uudistuvat toimintatavat äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan sekä kouluterveydenhuollon kehittämisen tukena..... | 93 |
| 3.3 | Asiakkaat mukaan palveluja kehittämään | 102 |
| 3.3.1 | Lasten, nuorten ja vanhempien osallisuus palvelujen kehittämisessä... .. | 102 |
| 3.3.2 | Opiskelijoiden osallisuus palvelujen kehittämisessä | 107 |
| 3.4 | Riittävästi osaavia lääkäreitä lasten ja nuorten ehkäiseviin palveluihin | 109 |
| 3.5. | Yhteensovittava monialainen johtaminen tukee palvelujen uudistumista | 114 |
| 3.6 | AvoHILMO-kirjaaminen ja tiedonkeruu lasten ja nuorten palveluiden seurannan ja kehittämisen tukena..... | 120 |
| LIITTEET | | |
| Liite 1 | Neuvottelukunnan jäsenet ja varajäsenet. Lasten ja nuorten ehkäisevien terveyspalvelujen jaoston jäsenet..... | 124 |
| Liite 2 | Neuvottelukunnan aloite lasten, nuorten ja perheiden palvelujen uudistamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksessa | 126 |

I JOHDANTO

Marjaana Pelkonen, Maire Kolimaa, Taneli Puumalainen

Lasten ja nuorten terveydessä ja hyvinvoinnissa on tapahtunut useita myönteisiä muutoksia 2010-luvulla. Keskeisin ongelma on, että lasten ja nuorten hyvinvointi eriytyy ja pahoinvointi kasautuu, mikä voi lisätä sukupolvelta toiselle siirtyviä ongelmia ja johtaa väestönsosan pitkäaikaiseen syrjäytymiskehitykseen. Vanhempien hyvinvoinnilla ja perheen elinolosuhteilla on tutkimusten mukaan ratkaisevan tärkeä vaikutus lapsen terveyteen ja hyvinvointiin. Lasten ja nuorten mielenterveysongelmat sekä jo raskauden aikana alkavat terveyserot ovat kasvavia haasteita. Lasten ja nuorten hyvinvoinnin tilaa ja kehitystä on tarkasteltu Terveys 2015 -kansanterveysohjelman väliarvioinnissa (STM 2013b) sekä tämän julkaisun ensimmäisessä luvussa.

Lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistäminen on mahdollista. Tarvitaan lapsi-, nuoris- ja perhekeskeistä yhteiskuntapolitiikkaa, jossa hyvinvointiin liittyvät kysymykset otetaan huomioon kaikilla hallinnonaloilla ja -tasoilla. Lasten ja nuorten kehitysympäristöjä on tuettava siten, että hyvinvointia suojaavia tekijöitä vahvistetaan samalla kun riskiä aiheuttavia tekijöitä ehkäistään ja niiden vaikutuksia lievennetään. Lasten, nuorten ja perheiden palvelujärjestelmä on uudistettava siten, että painopiste siirtyy korjaavista palveluista hyvinvointia edistäviin ja ongelmia ehkäiseviin palveluihin. Sairauksien hoitoa porrastetaan edelleen ja otetaan käyttöön uusia toimintatapoja (ks. Liite 2).

Kansallinen ohjaus tiivistynyt 2 000-luvulla ja vahvistanut ehkäiseviä palveluja

Keskeisiä lasten, nuorten ja perheiden palveluja ohjaavia lakeja ovat tuoreet terveydenhuoltolaki ja lastensuojelulaki sekä uudistettavana oleva sosiaalihuoltolaki. Terveydenhuoltolain terveyden edistämistä koskevat säännökset luovat perustan kuntatason toiminnalle, minkä lisäksi laissa on perussäännökset neuvolatoiminnasta sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta. Lastensuojelulaissa korostetaan ehkäisevää lastensuojelua lapsi- ja perhekohtaisen lastensuojelun lisäksi. Kunnan tai kuntien laatima ja valtuuston hyväksymä lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma tarjoaa laaja-alaiset puitteet monialaiselle ja määrätietoiselle hyvinvointityölle sekä lastensuojelulle. Toimiva lastensuojelu -selvitysryhmä (STM 2013c) on tarkastellut lastensuojelun sisällöllisiä kysymyksiä ja tehnyt ehdotuksia lakimuutoksiksi.

Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (338/2011 aik. 380/2009) täsmentää terveydenhuoltolain säännöksiä. Asetus annettiin, koska useiden 2004–2007 tehtyjen selvitysten mukaan kuntien välillä oli eroja lasten ja nuorten ehkäisevien palvelujen voimavaroissa ja sisällöissä, eivätkä palvelut aina vastanneet kansallisia suosituksia. Asetuksen tarkoituksena on varmistaa, että terveysneuvonta ja terveystarkastukset ovat suunnitelmallisia, tasoltaan yhtenäisiä sekä yksilöiden ja väestön tarpeet huomioon ottavia. Tavoitteena on vahvistaa terveyden edistämistä ja tehostaa varhaista tukea ja syrjäytymisen ehkäisyä.

Edellä mainitun asetuksen mukaan kuntien on seurattava ja edistettävä lasten, nuorten ja perheiden terveyttä ja hyvinvointia. Jotta lasten ja nuorten hyvinvointiin vaikuttavat huolet ja ongelmat pystytään tunnistamaan varhain ja kohdistamaan tukea

sitä tarvitseville, tarvitaan säännöllisiä terveystarkastuksia näiden henkilöiden löytämiseksi. Näistä terveystarkastuksista erityisen merkittävä on nk. laaja terveystarkastus, jossa selvitetään tutkimusten mukaan lapsen hyvinvointiin olennaisesti vaikuttavia tekijöitä kuten vanhempien hyvinvointia ja jaksamista, elämäntilannetta ja perheen tukiverkostoja. Tuen varhaisemmaksi järjestämiseksi terveydenhuoltolakiin ja asetukseen sisältyvät säännökset erityisen tuen tarpeen tunnistamisesta ja järjestämisestä ja tarkastuksista pois jäävien tuen tarpeen selvittämisestä. Kehitysympäristöjen hyvinvointia edistävät koulu- ja opiskeluympäristön sekä opiskeluyhteisön hyvinvoinnin tarkastukset.

Asetuksen mukaisten palvelujen järjestämiseksi ja tarvittavan henkilöstön rekrytoimiseksi korotettiin kuntien peruspalvelujen valtionosuuksia pysyvästi 18.5 miljonnalla eurolla vuodesta 2011 lähtien. Vuonna 2010 summa oli 9.25 M euroa. Vain osa kunnista on hyödyntänyt saamaansa lisärahoitusta em. tarkoitukseen. Vuonna 2009 terveyskeskuksista 34 prosenttia oli ottanut huomioon korotetun valtionosuuden vuoden 2010 talous- ja toimintasuunnitelman valmistelussa. Vuonna 2012 oli 54 prosenttia terveyskeskuksista käyttänyt valtionosuuden henkilöstön rekrytointiin. Vuosina 2010–2012 oli palkattu noin 300 uutta työntekijää: 223 terveydenhoitajaa ja 74 lääkäriä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tehtävänä on seurata terveydenhuoltolain ja em. asetuksen toimeenpanoa ja kerätä tietoja myös valvontaa varten. THL seuraa tilannetta joka toinen vuosi tehtävällä Terveyden edistämisasiivisuus perusterveydenhuollossa -kyselyllä. Kuntakohtaiset tulokset ovat nähtävissä THL:n ylläpitämässä TEA-viisarissa (www.thl.fi/TEAviisari) ja asetuksen seurantalukset erillisissä raporteissa (Ståhl & Saaristo 2011, Wiss ym. 2012). Lisäksi THL on tehnyt äititys- ja lastenneuvolatoiminnan sekä kouluterveydenhuollon valtakunnallisen selvityksen vuonna 2012 (luku 2.1). STM teetätti selvityksen opiskeluterveydenhuollosta syksyllä 2011 (STM 2012, luku 2.4). Koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä muusta oppilas- ja opiskelijahuollosta löytyy tietoja myös Opetushallituksen ja THL:n toteuttamista Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen peruskouluissa ja toisella asteella -selvityksistä (ks. luku 2.3).

Asetuksen (338/2011) toimeenpanon valvonta kuuluu aluehallintovirastoille sekä Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolle (Valvira). Valvira on yhteistyössä aluehallintovirastojen kanssa valmistellut vuosille 2012–2014 asetuksen valvontaohjelman (Valvira 2012), jonka tarkoituksena on tehostaa ja yhtenäistää valvontatoimenpiteitä. Valvontaohjelma sisältää valvonnan kohteet ja puuttumiskriteerit ja vuosittain vaihtuvat valvonnan painopisteet.

Kuntien oman kehittämistyön ja kansallisen ohjauksen tuloksena ehkäisevien terveyspalvelujen sisältö ja voimavarat ovat selvästi vahvistuneet, vaikka kehitettävää on vielä runsaasti (luku 2).

Lasten Kaste -ohjelma vauhdittanut palvelujen uudistamista

Palvelujen uudistamisen keskeisin väline lainsäädännön lisäksi on sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste), jonka linjaukset on tarkoitettu ohjaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä. Ohjelma tähtää pysyviin muutoksiin sekä hyvien toimintamallien ja -käytäntöjen levittämiseen.

Kaste-ohjelman ensimmäisen ohjelmakauden (2008–2011) tavoitteena oli uudistaa lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluja kokonaisuutena siten, että perustasolla kehitetään ja nivotaan yhteen kehitystä tukevat, ongelmia ja häiriöitä ehkäisevät ja

korjaavat palvelut yli sektorirajojen. Tavoitteena oli, että erityispalvelut tukevat peruspalveluja erilaisin toimintavaihtoehtoin ja ne tuodaan suoraan lasten ja nuorten kehitysympäristöihin kuten kotiin, päivähoitoon, kouluun ja vapaa-ajan toimintaan. Lisäksi haluttiin purkaa laitoskeskeisyyttä ja luoda uudenlaisia palvelujen kokonaisu-malleja. Ohjelman tavoitteet perustuvat lapsen ja nuoren kehitysympäristön merkitys-tä koskevaan tutkimustietoon.

Ensimmäisellä Kaste-kaudella on edetty ohjelman tavoitteiden ja toimeenpano-suunnitelman mukaisesti. Palvelurakenteiden uudistamiseksi lapsiperheiden hyvinvoinnin näkökulmasta on Lasten Kaste -hankkeissa kehitetty strategisen tason työ-skentelyä, laajoja verkostotyömalleja sekä monialaista yhteistyötä yli kunta- ja hallin-non sektorirajojen. Esimerkkinä alueellisesta palvelumallista ovat lapsiperheiden palvelujen kokoaminen perhekeskuksiin ja niiden johtamisjärjestelmän kehittäminen. Järjestöjen työpanosta on hyödynnetty luomalla hyvin toimivia kumppanuuksia jul-kisten palvelujen kanssa ja lisätty tapaamispaikkoja perheille. Monessa hankkeessa laajassa yhteistyössä kehitetyt toimintamallit ovat jääneet pysyväksi toiminnaksi ja levinneet pilottialueilta lähikuntiin.

Hankkeissa palvelujen uudistamisen lähtökohdaksi on otettu kaikille tarkoitetut universaalit peruspalvelut ja monipuoliset varhaisen tuen palvelut. Peruspalveluja on vahvistettu niin, että jokaisen lapsen ja nuoren lisätuen tarve tunnistettaisiin ja tukea tarjottaisiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Uudet monialaiset palvelutarpeen arviointimallit tukevat tätä työtä. Erityisen ja intensiivisen tuen palveluja on uudistettu tuomaan nopeaa ja riittävän pitkäkestoista apua jo hankaliksi muuttuneissa ongelmissa. Mitä paremmin näiden palvelujen kokonaisuus toimii, sitä vähemmän tarvitaan kalliita korjaavia palveluja kuten lastenpsykiatrista laitoshoidoa tai lastensuojelutoimia. Tämä on ehkäisevää lastensuojelua parhaimmillaan. Yksi keskeisistä tuloksista liittyy perus- ja erikoispalveluiden suhteen muuttamiseen. Kun lasten peruspalveluissa on tarvittu lisätukea, on perinteinen tapa ollut lähettää lapsi erikoissai-raanhoitoon. Tätä poislähtämisen kulttuuria on pyritty aktiivisesti vähentämään.

Kehittämistyön myötä on havahduttu lasten, nuorten ja perheiden osallisuuden merkitykseen yhteisön elämässä ja tärkeyteen omien asioiden käsittelyssä. Myös lap-sen, nuoren ja heidän vanhempiansa kohtaamisessa ongelmien varhaiseksi tunnista-miseksi on edistytty. Jotta ihmisille tärkeitä ja vaikealta tuntuvia asioita voidaan ottaa puheeksi ja auttaa heitä, tarvitaan asiakkaan puheen ja siihen sisältyvien viestien to-dellista kuulemistä ja sitä kautta syntyvää luottamuksellista suhdetta.

Vuonna 1987 syntyneiden lasten kohorttitutkimus (Paananen ym. 2012) vahvistaa tehtyjen linjausten ja uusien toimintatapojen oikeaan osuvuuden: lapsia, nuoria ja heidän vanhempiaan on tuettava riittävän varhain ja riittävän intensiivisesti. Lakisää-teiset laajat terveystarkastukset antavat mahdollisuuden vahvistaa lasten ja perheiden hyvinvointia, tunnistaa varhaisen tuen tarpeet ja tehostaa syrjäytymisen ehkäisyä jo raskauden ajalta lähtien. Mahdolliset käytöshäiriöt ja muut pitkäaikaisia ongelmia ja vaikeuksia ennakoivat seikat on tunnistettava mahdollisimman aikaisessa vaiheessa, jo ennen kouluikää. Tähän ikävaiheeseen panostaminen, tarvittaessa intensiivisesti-kin, on välttämätöntä. Koska elämä ja nuoren kehitys ovat ennalta arvaamattomia, on palvelujärjestelmän oltava valppaana myös koko kouluajan, erityisesti murrosiässä, jolloin nuori on varsin haavoittuvassa vaiheessa.

Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen uudistamistyötä on jatkettu toisella Kaste-ohjelmakaudella (2012–2015). Jo ohjelmaa suunniteltaessa tiedettiin, että näin laa-jaan kulttuuriseen uudistukseen tarvitaan vähintään 10 vuoden uurastusta. Edelliseltä kaudelta käytettävissä on ollut erilaisia toimintamalleja ja menetelmiä – ja ennen kaikkea palvelujen ja niiden järjestämisen kokonaishahmotus. Lisäksi käytettävissä

on hyödyllistä tietoa ja kokemuksia uuden toimintatavan juurtumista edistävästä teki-
jöstä, kuten strategisen työn, johdon sitoutumisen ja päätöksenteon tuen sekä osaami-
sen vahvistamisen merkityksestä.

Toiselle Kaste-ohjelmakaudelle on valittu kolme strategista kärkeä ohjaamaan las-
ten, nuorten ja perheiden palvelujen uudistamista. Alle kouluikäisten palvelut kootaan
perhekeskuksiin siten, että ne täydentävät toisiaan mielekkäästi. Koulu- ja opiske-
luikäisten palveluja vahvistetaan oppilas- ja opiskelijahuollon kokonaisuutena. Näi-
den palvelujen tehostaminen toimii nuorisotakuun kanssa samansuuntaisesti, kun
mahdollisimman moni nuori saa riittävän tuen jo opintojensa aikana. Kolmas kehittä-
misen kärki on lastensuojelu, jossa painotetaan avohuoltoa ja perhehoitoa. Erityise-
nä kehittämisen kohteena ovat lastensuojelutarpeen selvittämisen menetelmät ja toi-
mintamallit.

Sote-uudistus ja lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos tukee lasten, nuorten ja perhei-
den palvelujen uudistamista kokonaisuutena ja Kaste-ohjelmassa tehtävää kehittä-
mistyötä. Sote-uudistuksen tavoitteena on integroida perusterveydenhuollon ja eri-
koissairaanhoidon sekä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelut. Tämä suunta on
erittäin tervetullut lasten, nuorten ja perheiden palvelujen järjestämisen näkökulmasta,
sillä näin mahdollistuu järkevien, kattavien ja taloudellisesti tarkoituksenmukaisten
palvelukokonaisuuksien muodostaminen. Neuvottelukunnan aloite lasten, nuorten ja
perheiden järjestämiseksi on kokonaisuudessaan liitteessä 2. Sen linjaukset näkyvät
neuvottelukunnan toimenpide-ehdotuksissa osassa II ja III osan luvussa 3.

Julkaisun tarkoitus ja rajaukset

Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan julkaisun tarkoitukse-
na on tukea lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin edistämistä ja palvelujen uudis-
tumista. Julkaisu painottuu ehkäiseviin palveluihin, mutta sisältää useita palvelujen
kokonaisuutta vahvistavia toimenpide-ehdotuksia. Neuvottelukunnan ehdotukset ovat
julkaisun II osassa. Ehkäisevien palvelujen jaosto on koonnut osan III. Siihen on kut-
suttu kirjoittajiksi alan tutkijoita. Kirjoittajat vastaavat kirjoittamiensa lukujen sisäl-
löstä julkaisun linjausten mukaisesti ja toimituskunta koko julkaisun toimitustyöstä.

Julkaisu on laajuudeltaan rajallinen, eikä monia tärkeitä kysymyksiä pystytä tässä
yhteydessä käsittelemään. Lastensuojelusta on julkaistu kevään aikana Toimiva las-
tensuojelu -selvitysryhmän loppuraportti (STM 2013c) sekä lastensuojelun laatusuositu-
s (STM 2013a). Opiskeluterveydenhuoltoa koskevat toimenpide-ehdotukset eivät
sisälly julkaisuun, sillä tarkoitusta varten on asetettu erillinen työryhmä, jonka toimi-
kausi on vuoden 2013 loppuun. Ehdotusten aiheet on kuvattu luvussa 2.4. Osaamista,
joka on keskeinen voimavara palvelujen uudistamisessa, käsitellään useassa luvussa.
Osaamisella tarkoitetaan työntekijöiden peruskoulutuksen lisäksi mahdollisuutta
hankkia tarvittava lisä- tai erityisnäyttö sekä ammattitaidon jatkuvaa päivittämistä
työyhteisössä. Osaamisen kokonaisuutta on tarpeen tarkastella viimeistään, kun sosi-
aali- ja terveydenhuollon järjestämislinjat on vahvistettu.

Lähteet

- Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Rämö A & Gissler M. 2012. Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimusaineiston valossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 52/2012.
- STM. 2012. Opiskeluterveydenhuollon selvitys. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 18.
- STM 2013a. Lastensuojelun laatusuositus. Työryhmän esitys. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 20.
- STM 2013b. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman väliarviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:4.
- STM 2013c. Toimiva lastensuojelu. Selvitysryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 19.
- Ståhl T, Saaristo V. 2011. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2009. Kuntien valmiudet asetuksen (380/2009) toimeenpanoon. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 21/2011.
- Valvira. 2012. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012-2014. Valvontaohjelmia 1:2012.
- Wiss K, Frantsi-Lankia M, Koskinen H & Saaristo V. 2012. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2011. Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 71/2012.

II NEUVOTTELUKUNNAN TOIMINTA JA TOIMENPIDE-EHDOTUKSET

Neuvottelukunnan toiminnan painopisteet

Kansanterveyslain (66/72) 4 §:n 3 momentin mukaan sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimii lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin laaja-alaista kehittämistä varten lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunta. Neuvottelukunnan kokoonpanosta, asettamisesta ja tehtävistä säädetään valtioneuvoston asetuksella (734/2007).

Toinen lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunta asetettiin kolmivuotiskaudeksi 15.12.2010–14.12.2013. Neuvottelukunnan puheenjohtajana on toiminut ylijohtaja Aino-Inkeri Hansson ja sihteerinä Marjaana Pelkonen, STM, ja Päivi Muranen, THL. Neuvottelukunta on luonteeltaan poikkihallinnollinen asiantuntijaelin. Sen jäsenet ovat edustaneet sosiaali-, terveys- ja opetustointa ja hallinnon eri tasoja. Mukana on ollut edustajia myös sosiaalialan oppimiskeskuksesta, opiskelijajärjestöistä ja vanhempia edustavasta järjestöstä. (Liite 1). Työvaliokuntaan ovat kuuluneet puheenjohtajan ja sihteerien lisäksi neuvottelukunnan jäsenet Maire Kollmaa, Ritva Partinen ja Päivi Lindberg ja vuodesta 2012 Taneli Puumalainen.

Neuvottelukunnan toisen kauden toiminta on ollut ensimmäistä kohdennetumpaa. Se on keskittynyt lapsia, nuoria ja perheitä koskevan uuden lainsäädännön toimeenpanon, seurannan ja valvonnan tukemiseen sekä valmisteilla olleiden lakiesitysten kommentointiin. Toimintasuunnitelmassa asetettiin tavoitteeksi edistää eri hallinnonalojen lapsia, nuoria ja perheitä koskevan lainsäädännön sisältöä ja koordinaatiota terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, varhaisen tuen organisoimisessa ja syrjäytymisen sekä terveyserojen ehkäisemisessä. Lisäksi tavoitteena oli tukea em. lainsäädännön toimeenpanoa, seurantaa ja valvontaa.

Toimikautensa alussa neuvottelukunta käsitteli pääministeri Jyrki Kataisen hallitusohjelman (2011–2015) lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointiin liittyviä linjauksia ja niiden merkitystä neuvottelukunnan työskentelylle. Hallitusohjelman kolme painopistealuetta koskevat kaikki lapsia, nuoria ja perheitä. Ne ovat köyhyyden, syrjäytymisen ja eriarvoisuuden vähentäminen; julkisen talouden vakauttaminen; kestävän talouskasvun, työllisyyden ja kilpailukykyyn vahvistaminen. Erityisen merkittävä on hallitusohjelman linjaus, jonka mukaan hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä eriarvoisuuden vähentäminen otetaan huomioon kaikessa yhteiskunnallisessa toiminnassa ja sisällytetään kaikkien hallinnonalojen ja ministeriöiden toimintaan. Olennaisia ovat linjaukset, joiden mukaan kavennetaan kouluterveydenhuollon alueellisia eroja varmistamalla neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta annetun asetuksen toimeenpano. Erityistä huomiota kiinnitetään ammatillisen koulutuksen opiskelijoiden terveyspalvelujen kehittämiseen.

Hallitusohjelman mukaan lasten, nuorten ja perheiden asioiden yhteistyötä valtiohallinnossa parannetaan luomalla toimiva koordinaatio asianomaisten ministeriöiden välille (OKM, OM, TEM, STM). Neuvottelukunnalle esiteltiin STM:ssä valmisteltu muistio, joka käsitteli lasten, nuorten ja perheiden asioiden yhteistyötä ja koordinaatiota valtionhallinnossa. Neuvottelukunta keskusteli koordinaatiosta ja STM:n hallinnonalalla toimivien lasten ja nuorten asioita käsittelevien neuvottelukuntien mahdol-

lisesta yhdistämisestä ja piti näitä periaatteissa kannatettavina. Asiaa valmisteltiin eteenpäin ministeriön sisäisessä työryhmässä.

Lapsia, nuoria ja perheitä koskevat kansalliset ohjelmat

Neuvottelukunta antoi lausunnon Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste-ohjelma) seuraavan ohjelmakauden (2012–2015) valmistelusta. Se piti välttämättömänä, että lasten, nuorten ja perheiden palvelujen uudistamista ja hyvinvoinnin vahvistamista jatketaan myös seuraavan ohjelmakauden aikana ja että kuntien kehittämistyö suuntautuu palvelujen uudistamisen edellytysten varmistamiseen. Niistä tärkeimpinä seikkoina korostettiin monialaisen ja poikkihallinnollisen yhteistyön rakenteiden aikaan saamista ja kehittämistyön koordinaation lisäämistä.

Kaste-ohjelman lisäksi neuvottelukunta seurasi Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelman 2012–2015 valmistelun etenemistä. Se kuuli Kaste II-ohjelman toimeenpanosuunnitelman valmistumisesta, erityisesti Lasten, nuorten ja perheiden osaohjelman keskeisistä linjauksista.

Lainsäädäntö

Neuvottelukunta seurasi sosiaalihuoltolain valmistelua ja kuuli lain lähtökohdista, periaatteista ja lakiluonnoksen lapsia ja perheitä koskevasta sisällöstä. Laki on asiakaslähtöinen ja painottaa asiakkaiden tarpeita ja keinoja tarpeisiin vastaamiseksi. Keskusteltiin muun ohessa mahdollisuudesta ehkäistä varhaisen tuen ja avoimuuden palvelujen avulla nuorten huostaanottoja, jotka ovat lisääntyneet. Eri palvelujen rajapinnoilla on monesti vaikea määritellä tarkasti vastuutahoja. Pohdittiin, olisiko mahdollista velvoittaa eri sektoreiden toimijoita yhteisvastuuseen ja aitoon yhteistyöhön ja välttää tilanteita, joissa toiminta rajataan muille kuuluvaksi. Keskusteltiin kasvatus- ja perheneuvonnasta, sen erilaisesta asemasta eri kaupungeissa ja erilaisesta kulttuurista riippuen siitä, painottuuko toiminnassa terveydenhuollon vai sosiaalihuollon henkilöstö. Kasvatus- ja perheneuvolalla on iso potentiaali tehdä ehkäisevää ja korjaavaa mielenterveystyötä. Sen toiminta lähestyy toisaalta neuvolatyötä ja oppilashuoltoa ja toisaalta erikoissairaanhoidtoa sijoittuen näiden välimaastoon. Nykyiset säännökset eivät säätele korjaavaa työtä, vaikka monessa paikassa toiminta siihen painottuu. Ehkäisevällä työllä pitäisi kuitenkin olla riittävästi sijaa. Neuvottelukunta kantoi huolta kasvatus- ja perheneuvoloiden kansallinen ohjauksen riittämättömyydestä. Neuvottelukunta otti kantaa kasvatus- ja perheneuvolan toiminnan linjaamiseen lasten, nuorten ja perheiden palvelujen järjestämistä koskevassa aloitteessaan (Liite 2).

Neuvottelukunta käsitteli lastensuojelua useassa kokouksessa. Lastensuojelulakiin vuoden 2012 alusta tehtyjen muutosten mukaan lapsen sijaishuolto on järjestettävä ensisijaisesti perhehoidossa; perhehoitajan on suoritettava ennakkovalmennus ja hänelle on nimettävä vastuutyöntekijä; ilmoitusvelvollisuus poliisille lapseen kohdistuneen seksuaalirikoksen epäilystä laajeni. Kuultiin lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmien laatimisen etenemisestä kunnissa ja lastensuojelun kuntakyselyn tuloksista ja keskusteltiin Toimiva lastensuojelu -selvitysryhmän loppuraportista sekä uusista lastensuojelun laatusuosituksista.

Neuvottelukunnalle esiteltiin terveydenhuoltolain lapsia, nuoria ja perheitä käsittelevät säännökset. Tarkemmin keskusteltiin 70 §:stä, jossa käsitellään lapsen huomi-

oon ottamista aikuisten palveluissa, ja tarpeesta muuttaa ko. säännöksen sanamuotoa. Lapsen tuen tarpeiden tunnistaminen ja riittävän tuen järjestäminen silloin kun aikuisella on vakava sairaus tai muita vaikeuksia, on keskeinen toimenpide sukupolvelta toiselle siirtyvien ongelmien ehkäisemisessä. Asian valmistelu siirrettiin jaostolle ja aihe on sisällytetty neuvottelukunnan aloitteeseen (Liite 2). Neuvottelukunta käsitteli jaoston laatimaa suunnitelmaa terveydenhuoltolain ja asetuksen 338/2011 seurantatulosten perusteella tarvittavista toimenpiteistä. Useita ehdotuksia on sisällytetty neuvottelukunnan julkaisuun.

Kuultiin terveydenhuoltolain edellyttämän hyvinvointikertomuksen sähköisen muodon kehittämistä. Hyvinvointikertomus on kunnan johtamisjärjestelmään kuuluvan hyvinvointijohtamisen strateginen työkalu. Hyvinvointijohtamisen edellytyksenä on, että johtaminen on vastuutettu poikkihallinnollisesti. Sähköisen hyvinvointikertomuksen tehtävänä on koota kunnan muita suunnitelmia ja tarjota työväline kunnan suunnitelmatyöhön ja kehittämistoimintaan. Tavoitteena on yli valtuustokauden tapahtuva suunnittelu sekä toiminnan ja talouden suunnittelun sisällyttäminen osaksi suunnitelmaa. Toiveena on, että mm. kouluterveyskyselyn indikaattorit saataisiin yhdistettyä mukaan. Kuntien toimintakulttuuri ja strategioiden sisällöllinen valmistelu ovat muuttuneet myönteisesti.

Varhaiskasvatuksen hallinnonala siirtyi vuoden 2013 alusta sosiaali- ja terveystoimintaministeriöstä opetus- ja kulttuuriministeriöön. Neuvottelukunta seurasi valmistelua. Samassa yhteydessä varhaiskasvatuksen neuvottelukunta siirrettiin opetus- ja kulttuuriministeriön yhteyteen. Hallitusohjelman mukaisesti käynnistettiin varhaiskasvatuslain valmistelu. Tarkoituksena oli keskustella lain valmistelijoiden kanssa lapsiperheiden palveluiden järjestämisessä tarvittavasta yhteistyöstä, mutta yhteistä aikaa ei löytynyt. Neuvottelukunnan aloitteeseen sisällytettiin ehdotus kirjata varhaiskasvatuslakiin yhteistyövelvoitteet lasten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kanssa (Liite 2).

Neuvottelukunta seurasi oppilas- ja opiskelijahuoltolain valmistelua antoi vuoden 2013 alussa lausunnon luonnoksesta oppilas- ja opiskelijahuoltolaiksi. Lausunnossa korostettiin lain merkitystä oppilas- ja opiskelijahuollon toiminnan kehittämisessä kokonaisuutena. Lakiehdotuksen tarkoitusta pidettiin kannatettavana. Opetus-, sosiaali- ja terveystoimen panoksen yhteensovittaminen on välttämätöntä toimivan oppilas- ja opiskelijahuollon aikaan saamiseksi. Laki tuo oppilas- ja opiskelijahuollolle rakenteen, kun tarvittavista suunnitelmista ja ryhmistä sekä niiden tehtävistä säädetään. Ehkäisevän ja yhteisöllisen toiminnan vahvistaminen sekä velvoite järjestää psykologi- ja kuraattoripalvelut myös toisella asteella ovat tarpeen. Neuvottelukunta teki useita ehdotuksia lain ja sen perustelujen edelleen kehittämiseksi ja säännösten täsmentämiseksi. Ne koskivat muun muassa lapsen ja nuoren oman edun turvaamista ja toisaalta vanhemmuuden näkökulman ja kodin ja koulun yhteistyön vahvistamista, yhteisöllisen opiskeluhuollon selkeämpää määrittelyä ja yhdenvertaisuusnäkökulman vahvistamista muun muassa vammaisten opiskelijoiden opiskeluhuollossa. Useat ehdotukset otettiin huomioon lakiesityksen jatkovalmistelussa. Hallituksen esitys oppilas- ja opiskelijahuoltolaiksi (67/2013) annettiin eduskunnalle kesäkuussa 2013. Neuvottelukunnan toimikauden päättyessä HE:n käsittely eduskunnassa on meneillään. Aihetta on käsitelty neuvottelukunnan seminaarissa joulukuussa 2013.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutostusta ja järjestämislain valmistelua seurattiin jokaisessa kokouksessa vuoden 2013 aikana. Neuvottelukunta valmisteli aloitteen lasten, nuorten ja perheiden palvelujen järjestämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu-uudistuksessa (Liite 2). Aloitteen valmistelun lähtökohtana olivat valmisteluryhmän väliraportin kannanotot (STM 2013) sekä Lasten Kaste -ohjelman

tulokset (THL 2013) Aloite sisälsi ehdotuksen järjestämislakiin kirjattavista yhteistyövelvoitteista. Aloite tarjoaa lähtökohdan jatkotyöskentelyn perustaksi.

Ehkäisevien palvelujen valvonta

Neuvottelukunnan toimikauden aikana vuoden 2011 lopussa valmistui historiallinen ensimmäinen ehkäisevien palvelujen valvontaohjelma (Valvira, Valvontaohjelmia 1:2012.). Se on tarkoitettu neuvolatoimintaa, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa sekä lasten ja nuorten ehkäisevää suun terveydenhuoltoa koskevan asetuksen (338/2011) seurannan ja valvonnan tueksi. Neuvottelukunta kuuli valvontaohjelman valmistumisesta ja valvonnan käynnistymisestä. Valvonnan edellytyksenä on selkeä säädösperspektiivi ja säännöllisen seurannan tuoma tieto. Valvonta on osaltaan vaikuttanut ehkäisevien palvelujen myönteiseen kehitykseen valtiosuoksien korotuksen ohella.

Uudet toimintatavat, uudet seurantatulokset

Käytiin perusteellinen keskustelu Lapsiperhepalvelujen monialaisen, poikkihallinnollisen ja yhteensovittavan johtamisen vahvistamisesta. Aihe on sisällytetty neuvottelukunnan aloitteeseen (Liite 2) ja toimenpide-ehdotuksiin. Kuultiin koko perheen hyvinvointia tukevien laajojen terveystarkastusten ohjeistuksen valmistumisesta ja lasten mielenterveystyön järjestämisestä. Lisäksi kuultiin Terveystieteiden tutkimuskeskuksen perusterveydenhuollossa 2012 -kyselyn ja Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan sekä kouluterveydenhuollon valtakunnallisen selvityksen 2012 uusista tuloksista. Käsiteltiin lastenlääkärien koulutuksen ja työnkuvan kehittämistarpeita tavoitteena hyödyntää avopediatrien työpanosta lasten, nuorten ja perheiden palveluissa.

Neuvottelukunta keskusteli STM:n teettämän Opiskeluterveydenhuollon selvityksen (STM 2012) tuloksista. Selvityksessä esitettiin jatkotoimenpiteitä opiskeluterveydenhuollon kehittämiseksi sekä paikallisella että valtakunnallisella tasolla. STM asetti toimenpide-ehdotusten eteenpäin viemiseksi Opiskeluterveydenhuollon kehittämisen työryhmän toimikaudeksi 1.8.2012–31.12.2013. Neuvottelukunta on seurannut työryhmän työskentelyn etenemistä. Neuvottelukunta on kuullut myös ammattikorkeakouluopiskelijoiden YTHS-mallin kokeilun etenemisestä.

Kuntien tehtävien arviointi aktualisoitui neuvottelukunnan toimikauden loppupuolella. Neuvottelukunta kuuli STM:n asiantuntijaa valmistelutilanteesta ja keskusteli asiasta. Neuvottelukunnan mukaan säästömahdollisuuksia ei pitäisi etsiä ehkäisevistä palveluista. Sen sijaan tarvitaan niiden järjestämisen uudistamista ja palvelujen tarjonnan tehostamista.

Seminaarit

Neuvottelukunta järjesti toimikautensa aikana kaksi seminaaria. Joulukuussa 2012 seminaari *Seurantatiedosta vauhtia ehkäisevien palvelujen kehittämiseksi* kokosi 125 henkilöä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän eri tasoilta sekä oppilaitoksista. Kansallisessa syntymäkohortti 1987 -tutkimuksessa on seurattu vuonna 1987 syntyneitä kokonaista ikäluokkaa ja analysoitu hyvinvointitietoja useiden rekistereiden avulla. Seminaarissa käsiteltiin hiljattain tehtyjen seurantojen tuloksia (neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, oppilas- ja opiskelijahuolto). Niiden mukaan eh-

käisevät terveyspalvelut ovat jonkin verran vahvistuneet. Luennoissa käsiteltiin myös valvontaa, vaikuttavia menetelmiä lapsen tukemiseksi aikuisten palveluissa ja erityis- palvelujen tukea peruspalveluille.

Toimikautensa päätteeksi neuvottelukunta järjesti Säätytalolla päätösseminaarin *Tienviitat lasten ja nuorten palvelujen vahvistamiseksi*. Lisäksi se valmisti tässä luvussa esitettävät toimenpide-ehdotukset lasten, nuorten ja perheiden palvelujen kehittämiseksi.

Neuvottelukunta kokoontui noin neljä kertaa vuodessa, viimeisenä toimintavuonna seitsemän kertaa. Yksi kokous vuonna 2013 järjestettiin yhteisenä Kansanterveyden neuvottelukunnan kanssa.

Ehkäisevien terveyspalvelujen jaosto

Neuvottelukunta asetti Lasten ja nuorten ehkäisevien terveyspalvelujen jaoston tukemaan terveydenhuoltolain ja valtioneuvoston asetuksen 338/2011 säännöksiä ja arvioimaan niiden muutostarpeita. Jaostoon kuului kuntien, Kuntaliiton, ammattikorkeakoulun, järjestöjen ja keskushallinnon edustajia (Liite 1). Osa jäsenistä kuului myös neuvottelukuntaan. Jaoston puheenjohtajana toimi neuvotteleva virkamies Marjaana Pelkonen.

Jaosto valmisti muistion terveydenhuoltolain ja em asetuksen muutostarpeista. Se keskusteli muun muassa esiopetuksessa olevan lapsen terveydenhuoltopalveluista ja lapsen huomioon ottamisesta aikuisille suunnatuissa palveluissa käsittelevää säännöstä. Esiopetukseen liittyvästä oppilashuollosta on tarpeen järjestää neuvottelu opetus- ja kulttuuriministeriön ja Opetushallituksen kanssa. Asetusta on tarpeen päivittää muun muassa raskauden ajan määräaikaistarkastuksia koskevilla säännöksillä.

Jaosto otti kantaa useisiin THL:ssa ehkäisevien palvelujen tueksi valmisteilla olleisiin kansallisiin ohjeisiin ja lomakkeisiin. Niitä olivat laajojen terveystarkastusten ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon, lomake opettajan arviointia varten kouluterveydenhuollon laajoissa terveystarkastuksissa, kouluterveydenhuollon esitietolomakkeet ja äitiysneuvolaopas. Jaosto otti kantaa THL:n neuvolatoimintaa ja kouluterveydenhuoltoa koskeviin seurantoihin, kuuli niiden tuloksista ja laati tulosten perusteella suunnitelman tarvittavista toimenpiteistä. Useat ehdotukset sisällytettiin neuvottelukunnan julkaisuun. Opiskeluterveydenhuollon osalta kuultiin STM:n selvityksen tulokset.

Jaosto seurasi AvoHilmon valmistelun etenemistä ja teki ehdotuksia sen luokituksen kehittämiseksi. Avoterveydenhuollon hoitoilmoituksen avulla on tarkoitus kerätä tietoja suoraan kunnista. Sen avulla voidaan muun muassa kuvata perusterveydenhuollon toiminnan sisältöjä. Tavoitteena on, että sen avulla voitaisiin vuodesta 2015 seurata VN asetuksen (338/2011) toimeenpanoa. Seurantatietojen perusteella mahdollistuisi myös valvonta.

Jaosto käsitteli neuvola- ja koululääkärien rekrytoinnin lisäämismahdollisuuksia. Keskeisiä keinoja tilanteen korjaamiseksi ovat työolojen, johtamisen ja työnkuvien kehittäminen. Lääkäreiden määrä ehkäisevissä palveluissa on seurantojen mukaan jonkin verran parantunut vuosina 2010–2012.

Jaosto valmisti neuvottelukunnan päätösseminaarin ohjelmaa ja neuvottelukunnan julkaisun sisältöä. Jaosto kokoontui vuonna 2011 kerran, 2012 kuusi ja 2013 seitsemän kertaa.

Neuvottelukunnan toiminnan arviointia

Neuvottelukunta on poikkihallinnollisena elimenä pystynyt käsittelemään monia keskeisiä lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointiin ja palveluihin liittyviä kysymyksiä ja ottamaan kantaa valmistelussa olleisiin lakiesityksiin niiden edelleen kehittämiseksi. Keskeisin tulos on neuvottelukunnan aloite lasten, nuorten ja perheiden palvelujen järjestämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksessa. Siihen sisältyy useita neuvottelukunnan toimikautensa aikana käsittelemiä kannanottoja ja ehdotuksia. Työn jatkaminen aloitteen perusteella on tarpeen.

Haasteena on organisoida neuvottelukunnan toiminta siten, että työtä voitaisiin jakaa tasaisemmin neuvottelukunnan jäsenten kesken. Neuvottelukunta on toiminut sosiaali- ja terveysministeriön apuna ja tukena lainsäädännön toimeenpanossa ja seurannassa, mutta sen mahdollisuuksia voitaisiin hyödyntää nykyistä vielä enemmän.

Toimenpide-ehdotukset lasten, nuorten ja perheiden palvelujen kehittämiseksi

Neuvottelukunnan toimenpide-ehdotukset perustuvat tässä raportissa kuvattuun lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointia ja siihen vaikuttavia tekijöitä koskevaan tietoon. Lapsen terveys ja hyvinvointi riippuu ensisijaisesti häntä hoitavista ja kasvattavista henkilöistä sekä heidän hyvinvoinnistaan ja elämänoloistaan. Ymmärrys kehitysympäristöjen merkityksestä lasten hyvinvoinnille on vahvistunut viimeisten vuosien aikana. Niitä ovat vanhempien ja kodin lisäksi päivähoito, koulu ja vapaa-ajan ympäristöt. Jatkossa on tarpeen muodostaa eri hallintokuntien ja työntekijöiden yhteinen käsitys kehitysympäristöjen suojaavista tekijöistä ja niiden vahvistamisen keinoista. Vastaavasti on sovittava, miten toimitaan kehitysympäristöjen riskiä aiheuttavia tekijöitä vähentävästi tai niiden vaikutuksia lieventävästi. Joskus riskiä aiheuttavaa tekijää ei voi poistaa, vaan se on osa elämää. Silloinkin voi tukea suojaavia ja muita voimavaroja vahvistavia tekijöitä. Varhaislapsuus on priorisoitava, sillä tutkimusten mukaan varhaislapsuuteen panostamisesta saadaan suurimmat hyödyt.

Lasten ja nuorten kanssa toimivien palvelut on järjestettävä koordinoituna kokonaisuutena, jossa edellä mainittu yhteisiin sopimuksiin perustuva työ mahdollistuu. Neuvottelukunnan linjaus lasten, nuorten ja perheiden palvelukokonaisuuksien järjestämiseksi ja kehittämiseksi sisältyy sen tekemään aloitteeseen (Liite 2). Seuraavissa toimenpide-ehdotuksissa näitä ehdotuksia edelleen täsmennetään (ks. myös raportin luvut 3.1 ja 3.5).

Muodostetaan palvelukokonaisuudet ja porrastetaan palvelut tuen tarpeiden mukaisesti

- Kuntien valtuustot päättävät painopisteen siirtämisestä korjaavista palveluista ehkäisevään työhön ja seuraavat palvelujen vaikutuksia ja kustannuskehitystä.
- Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen järjestämisestä vastaavat tahot huolehtivat, että palvelut järjestetään asiakaslähtöisenä palvelukokonaisuutena, jossa toteutuu hallintokuntien sekä perus- ja erikoistason välinen yhteistyö.
- Palveluverkostojen tehtävänä on tukea kasvu- ja kehitysympäristöjä (koti, varhaiskasvatus, koulu ja vapaa-ajan ympäristöt) ja niissä toimivia aikuisia siten, et-

tä lasten ja nuorten kehitystä ja hyvinvointia suojaavat tekijät vahvistuvat ja riskitekijät vähenevät. Samalla vähennetään pois lähettämisen kulttuuria ja otetaan konsultatiiviset työmallit käyttöön.

- Palvelujen vaikuttavuutta parannetaan varhentamalla, kohdentamalla ja porrastamalla tukea ja hoitoa.
- Palvelujen järjestäjä huolehtii lasten ja aikuisten palvelujen yhteensovittamisesta.
- Palvelujen yhteensovittaminen onnistuu monialaisen yhteistyön ja verkostotyön avulla.

Yhteensovittavalla monialaisella johtamisella tuetaan palvelujen uudistumista

- Kunnan strateginen ja muu johto varmistaa kunnan strategiassa ja toiminta- ja taloussuunnitelmassa lasten ja nuorten palvelutoiminnassa ja kehittämisessä tarvittavat voimavarat mukaan lukien henkilöstö. Nämä antavat edellytyksiä palvelujen uudistamiselle.
- Kunnan strateginen ja muu johto sopii toimialojen ja muiden yhteistyötahojen kanssa lasten, nuorten ja perheiden palveluja yhteensovittavan johtamisen monialaisista tukirakenteista. Yhteistoiminta ei synny itsestään, sitä varten tarvitaan selkeät rakenteet ja toimintatavat.
- Kunnan strateginen ja muu johto nimeää tuekseen pysyvän monialaisen (lasten ja nuorten palvelujen) johtoryhmän, joka suunnittelee, seuraa ja kehittää palveluja sekä nimeää palvelualakohtaisia ryhmiä tarvittaessa. Toimivat lasten, nuorten ja perheiden palvelut edellyttävät yhteistä strategiaa ja tavoitteita.
- Kunnan strateginen ja muu johto varmistaa sen, että toimintaa kehitetään osana päivittäistä työtä ja että osallisina ovat kaikki ne tahot, joita kehittäminen koskee (ml. henkilöstö työntekijöistä johtoon, alan järjestöt, yritykset ja palvelujen käyttäjät). Kestävä kehitys toteutuu parhaiten osallistavalla kehittämisotteella.
- Kunnan strateginen ja muu johto varmistaa, että kehittämistyö on määrätietoista ja järjestelmällistä. Kehittämisen tuloksellisuus ja mielekkyys paranee.

III TILANNEKATSAUS LASTEN JA NUORTEN HYVINVOINTIIN JA PALVELUIHIN SEKÄ KEHITTÄMISEHDOTUKSET

1 LASTEN, NUORTEN JA HEIDÄN VANHEMPIENSA TERVEYS JA HYVINVOINTI

1.1 LASTEN JA NUORTEN HYVINVOINTIIN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT - KANSALLINEN SYNTYMÄKOHORTTI 1987

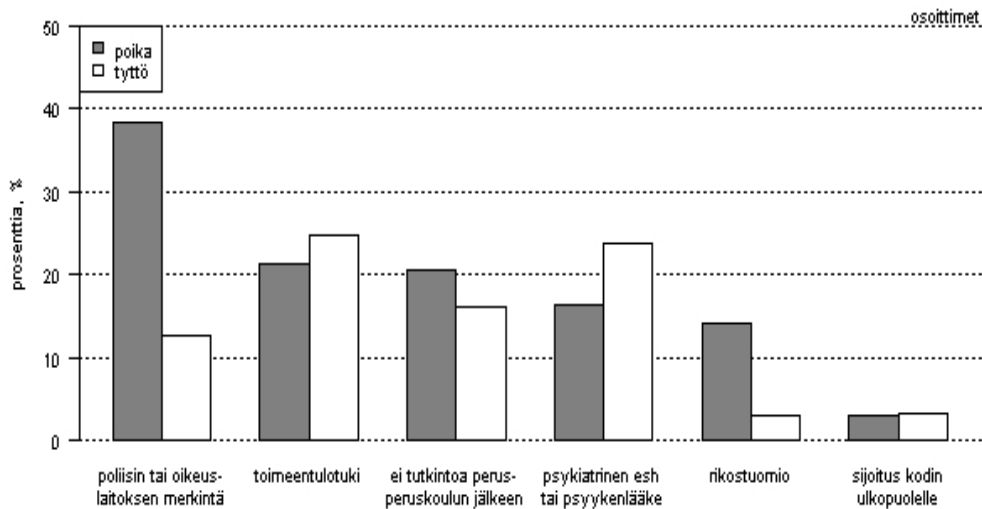
Paananen Reija, Ristikari Tiina, Gissler Mika

Yleiskuva lasten ja nuorten hyvinvoinnista

Vuonna 1987 Suomessa syntyneiden pitkäaikaissairauksien perusteella voidaan todeta, että Suomessa suurin osa nuorista aikuisista voi hyvin. Huomattavaa on kuitenkin, että on merkittävä joukko lapsia ja nuoria, joille on 21 vuoden ikään mennessä rekisteröity erilaisia hyvinvoinnin ongelmia (kuvio 1.). Viidesosa ikäluokasta on käyttänyt psykiatrian erikoissairaanhoidon palveluita tai psyykenlääkkeitä ennen aikuisikää, ja joka viidennellä ei ole toisen asteen koulutusta. Toimeentulo-ongelmat sekä rikollisuus koskettavat noin joka neljättä 1987 syntynyttä. Tutkimuksemme mukaan huomattava osa mielenterveyden häiriöistä alkaa jo lapsena ja nuorena, jolloin ne vaikuttavat koulussa pärjäämiseen ja nuoren myöhempään hyvinvointiin.

Tutkimuksen perusteella käy selväksi, että hyvinvointi eriytyy ja hyvinvoinnin ongelmat, kuten kouluttamattomuus, mielenterveys- sekä toimeentulo-ongelmat kasaantuvat. Niillä nuorilla, joilla ei ole peruskoulun jälkeistä jatkotutkintoa seuranta-ajan päättyessä, on huomattavasti yleisemmin myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon tai psyykenlääkkeiden käyttöä, toimeentulo-ongelmia ja rikollisuutta.

Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimuksen tulokset kertovat myös ongelmien periytyemisestä sukupolvelta toiselle, ylisukupolvisuudesta. Lapsuuden olosuhteilla on huomattava vaikutus myöhempään hyvinvointiin. Vanhemman kuolema, vakava sairastuminen tai mielenterveyden ongelmat ovat kiinteässä yhteydessä lasten myöhempiin hyvinvoinnin ja mielenterveyden ongelmiin; vanhempien työttömyys sekä taloudelliset ja terveydelliset vaikeudet lisäävät heidän lastensa riskiä koulunkäynnin ja mielenterveyden ongelmille sekä riskiä tulla sijoitetuksi kodin ulkopuolelle. Lapsuuden perhetekijät, elinolot ja kehitysympäristöt ovat oleellisia yhteiskuntaan kiinnittymisessä. Aiempien tutkimusten perusteella tiedetään, että varhaiset elinolot vaikuttavat esimerkiksi kouluttautumiseen ja tätä kautta kokonaisvaltaisesti myöhempään hyvinvointiin. Tutkimusten mukaan kehitysympäristöjen ongelmien vaikutus on sitä suurempi mitä varhaisemmassa vaiheessa niitä esiintyy.

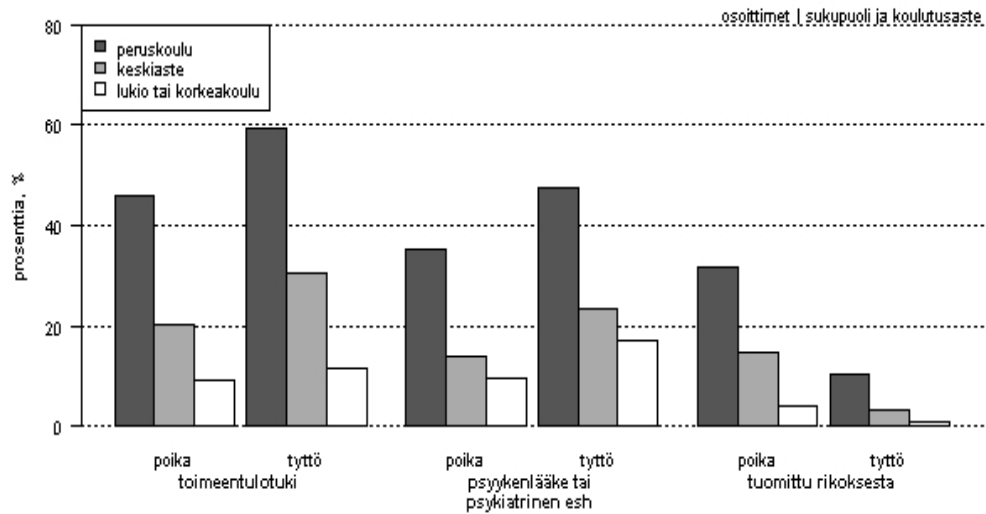


Kuvio 1. Keskeiset hyvinvoinnin osoittimet vuonna 1987 syntyneillä tytöillä ja pojilla vuoteen 2008 mennessä.

Koulutuksen merkitys

Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimuksen mukaan vain perusasteen suorittaneet kärsivät huomattavasti muita koulutusryhmiä useammin mielenterveyden häiriöistä, saavat toimeentulotukea ja tekevät rikoksia useammin. Huomattava osa vain perusasteen suorittaneista nuorista aikuisista kärsii mielenterveysongelmista, toimeentulotukeen on joutunut turvautumaan yli puolet ja joka viides on saanut tuomion rikoksistaan 21 ikävuoteen mennessä (kuvio 2.). Kouluttamattomuus, rikollisuus, mielenterveys- ja toimeentulo-ongelmat siis kasautuvat nuorilla aikuisilla.

Työttömyys ja kouluttamattomuus kulkevat usein käsi kädessä. Työttömänä olevien kouluttamattomien nuorten määrä on myös kasvussa, ja vuonna 2010 Suomessa arvioitiin olevan sellaisia nuoria jo 51 300 eli lähes yksi ikäluokka (Myrskylä 2011). Joka vuosi noin 4 000 Suomessa asuvaa nuorta ei saa peruskoulun jälkeistä koulutusta useista eri syistä johtuen. Tämän lisäksi useat nuoret keskeyttävät lukion ja ammatillisen koulutuksen. Yhteensä jokaisesta ikäluokasta noin 15 prosenttia ei suorita toisen asteen tutkintoa. Tänä päivänä Suomessa asuu jo noin 110 000 20–29-vuotiasta nuorta, jotka ovat suorittaneet vain perusasteen tutkinnon (Myrskylä 2012). Suomalaisilla työmarkkinoilla vaaditaan kuitenkin jatkuvasti parempaa koulutusta, ja sellaisia työpaikkoja, joissa ei tarvita ammatillista koulutusta, katoaa koko ajan. Toisen asteen koulutuksen puute ei ainoastaan lisää työttömyyden riskiä, vaan lisää myös työttömyyden pitkittymisen riskiä, joka taas puolestaan heikentää uudelleen työllistymisen mahdollisuuksia (Sipilä ym. 2011, Jolkkonen ym. 2010).



Kuvio 2. Toimeentulotukea saaneiden, psyykenlääkkeitä tai psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita käyttäneiden sekä rikoksista tuomittujen osuudet vuonna 1987 syntyneiden ikäluokasta sukupuolen ja koulutusasteen mukaan vuoteen 2008 mennessä.

Ongelmien ylisukupolvisuus

Pohjoismaisen hyvinvointivaltioideologian sekä erityisesti suomalaisen hyvinvointipolitiikan tavoitteen, tarveperustaisen ja yhtäläisen palveluiden saatavuuden valossa tutkimustuloksemme herättää kysymyksen politiikan onnistumisesta. Tämän tutkimuksen perusteella lasten ja nuorten hyvinvointi eriytyy voimakkaasti heidän vanhempiansa koulutuksen, sosioekonomisen aseman ja taloudellisen tilanteen mukaan. Vanhempien heikko koulutus ja matala sosioekonominen asema ovat yhteydessä heidän lastensa hyvinvointiongelmien yleisyyteen. Erityisesti perheen taloudelliset ongelmat näyttävät heikentävän jälkikasvun mahdollisuuksia taloudellisesti itsenäiseen elämään ja näkyvät hoitoa vaativina mielenterveyden ongelmina.

Tutkimustulokset antavat viitteitä myös siitä, että vanhempien koulutuksella on yhteys avun saantiin. Kun otettiin huomioon monia eri tekijöitä, huomattiin, että koulutetumpien vanhempien lapset saivat useammin hoitoa mielenterveysongelmiinsa (Paananen ym. 2013). Vaikka Suomessa ja muissa Pohjoismaissa taloudellisella asemalla ja koulutuksella mitattu sosiaalinen liikkuvuus on suurempaa kuin useissa liberaaleissa hyvinvointivaltioissa (Corak 2006, Grawe 2004, Solon 1999), osoittaa tutkimuksemme väistämättä muun muassa koulutuksen, mielenterveyden ongelmien ja taloudellisten olojen osalta vahvaa ylisukupolvisuutta.

Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että asuinalueen ominaispiirteillä voi olla oma itsenäinen vaikutuksensa lasten kehitykseen, esimerkiksi siten, että kaupungissa asuvat lapset raportoivat maaseudun lapsia enemmän masennusta ja ahdistusta (McLeod & Edwards 1993). Myös tämän tutkimuksen tulokset kertovat alueellisesta epätasa-arvosta, niin ongelmien alueellisesta kasaantumisesta kuin palveluiden epätasa-arvoisesta saatavuudesta (Paananen ym. 2012). Esimerkiksi psykiatrisen erikoissairaanhoidon avopalveluiden käytössä on huomattavaa maantieteellistä vaihtelua: palvelua saa paremmin Etelä-Suomessa ja suurissa kaupungeissa.

Tutkimuksen tulokset kertovat myös vanhempien mielenterveyden ongelmien vaikutuksista lasten kehitykseen. Toimeentulovaikeuksien ohella lasten ongelmien taustalla on usein vanhempien mielenterveysongelmia ja perhesuhteiden muutoksia. Kolmasosalla psykiatrisen diagnoosin saaneista lapsista ja nuorista on psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettu vanhempi, kun kaikkien vuonna 1987 syntyneiden vanhemmista noin viidesosa on käyttänyt psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita. Noin 62 prosenttia psykiatrisen diagnoosin saaneista lapsista ja nuorista on joko yksinhuoltajaperheestä tai on kokenut vanhempien avioeron tai vanhemman kuoleman, kun nämä muuten koskettavat 45 prosenttia koko ikäluokasta. Eikä vain vanhemman psyykkiset ongelmat, vaan myös vanhemman fyysinen sairastaminen lisää heidän lastensa hyvinvointiongelmiensa riskiä (Niemelä ym. 2012). Näin siis myös vanhempien ongelmat kasautuvat ja jättävät jälkensä lasten hyvinvointiin.

Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimusaineisto

Tutkimuksessa on seurattu kaikkia Suomessa 1987 syntyneitä lapsia sikiökaudelta 31.12.2008 saakka. Aineistoon kuuluu kaikkiaan 60 069 Suomessa syntyneitä lasta. Tässä tutkimuksessa 73 lasta ei voitu jäljittää epätäydellisen, puuttuvan tai väärän henkilötunnuksen vuoksi. Seurannassa on siis mukana 59 996 Suomessa vuonna 1987 syntyneitä lasta. Kansallinen syntymäkohortti 1987 sisältämät tiedot, sekä rekisterit, joista tiedot on kerätty, on kuvattu yksityiskohtaisesti Paananen ja kollegojen raportissa (2012).

Rekisterien avulla tehty pitkäaikaisseuranta tarjoaa monia mahdollisuuksia hyvinvoinnin seurantaan ja hyvinvoinnin kehittymisen tutkimukseen. Kansallinen syntymäkohortti 1987 on ensimmäinen pitkittäisseuranta, joka kattaa kaikki Suomessa tietynä vuonna syntyneet lapset. Suomalainen rekisteritieto on tutkimuksellisessakin mielessä huipputasoa, sekä laadultaan että määrältään. Valtakunnallisen rekisteriseurannan ehdoton vahvuus on aineiston kattavuus, sekä tutkimusjoukon, käytettyjen muuttujien kuin alueellistenkin tekijöiden osalta. Hyvinvointiin liittyvissä kyselytutkimuksissa ongelmana on usein vaikeus tavoittaa juuri ne henkilöt, joiden tilanteesta tiedetään vähiten. Halukkuus osallistua tutkimuksiin on kytköksissä muun muassa sosioekonomiseen asemaan ja usein heikoimmilla olevat ovatkin kyselytutkimuksissa aliedustettuja. Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimuksen tulokset perustuvat koko Suomen kattaviin rekistereihin, eikä niistä saatava tieto ole painottunut esimerkiksi taustatekijöiden suhteen.

Toisaalta Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimuksen tulokset perustuvat palveluiden käyttöön, joten kuva hyvinvoinnista piiryy lähinnä pahoinvoinnin puutteena. Palveluiden käyttöön perustuvat tulokset eivät sinällään kerro myöskään sairastavuudesta, vaan ainoastaan toteutuneesta palveluiden käytöstä. Toisaalta tiedämme myös, että esimerkiksi mielenterveyspalveluiden suhteen kaikki palveluita tarvitsevat eivät niitä saa. Tästä huolimatta rekisteripohjainen pitkittäisseuranta tarjoaa kattavuuden huomioon ottaen erittäin luotettavaa tietoa suomalaisten nuorten hyvinvoinnista sekä hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä.

Johtopäätökset

Pitkäaikainen rekisteriseuranta avaa uudenlaisia mahdollisuuksia päästä käsiksi hyvinvoinnin ja pahoinvoinnin syntytekijöihin ja -mekanismeihin. Näyttää selvältä, että

hyvinvointi eriytyy ja pahoinvointi kasautuu. Suurella osalla nuorista menee hyvin, mutta on kasvava joukko lapsia ja nuoria, jotka tarvitsisivat tukea päästäkseen kiinni yhteiskuntaan. Tulokset kertovat myös ongelmien kasaantumisesta sekä ylisukupolvisista prosesseista. Tuloksista löytyy yhteyksiä vanhempien ongelmien ja lasten vaikeuksien välillä, esimerkiksi vanhempien koulutuksen ja lasten mielenterveyspalveluiden käytön suhteen. Nämä korrelaatiot eivät kuitenkaan tarkoita sitä, että kaikki vain peruskoulun käyneiden vanhempien lapset tulisivat tarvitsemaan psykiatrisia erityispalveluita tai että lapsuuden olosuhteet olisivat määrääviä myöhemmän hyvinvoinnin suhteen.

Tutkimuksen tulokset eivät tue ajatusta ennalta määräytyistä tai geenien kautta siirtyvistä ylisukupolvisista ilmiöistä, vaan ennemminkin ajatusta siitä, että kehityksellä on tietty suunta, jota jatkuvasti luodaan arjessa ja jota ympäristö pystyy niin vahvistamaan kuin heikentämään. Tiedetyt ongelmat siis lisäävät muiden ongelmien todennäköisyyttä, ja erityisesti varhaislapsuudessa koetut vaikeudet lisäävät myöhempien ongelmien ilmenemisen riskiä (Herzman 1999).

Tutkimustulokset näyttävät eri hyvinvoinnin osoittimilla mitattuna pahoinvoinnin periytyvän, mutta ei pidä unohtaa, että tärkeässä asemassa ovat myös lapsuudenkodin sekä yhteiskunnan arvot ja asenteet, jotka myös siirtyvät sukupolvelta toiselle. Nuorisobarometrin mukaan nuoret, jotka ovat saaneet vanhemmiltaan myönteistä palautetta tai puhuneet vanhempiensa kanssa iloistaan ja suruistaan, ovat kautta linjan elämäänsä ja sen eri osa-alueisiin selvästi tyytyväisempiä kuin vähemmän keskustelemissa perheissä kasvaneet.

Tiedämme tutkimuksista, että hyvinvointiongelmat ilmenevät usein vasta pitkän ajan kuluttua. Näin ollen hyvinvoinnin tukeminen ja ehkäisevä työ tulisikin aloittaa varhain, jo ennen ongelmien ilmaantumista, ja varhaislapsuudessa ja lapsuudessa ilmeneviin signaaleihin tulisi puuttua ennen vaikeiden oireiden ilmestymistä. Yksilön kannalta tarkasteltuna tänä päivänä suomalainen palvelujärjestelmä toimii vasta vakavien ongelmien ilmaannuttua. Palvelujärjestelmällä on myös vaikeuksia vastata ihmisten todellisiin tarpeisiin, ongelmat ovat tänä päivänä monitahoisia ja kokonaisuuden huomioiminen nykyisessä sektoripalvelujärjestelmässä on vaikeaa ja hidasta.

Vuonna 1987 syntyneiden ikäluokka varttui 1990-luvun laman aikana, jolloin työttömyys ja taloudelliset vaikeudet kohtasivat huomattavaa osaa perheistä. Myös tuolloin tehdyt poliittiset päätökset heijastuvat tähän päivään. Lasten ja perheiden peruspalveluita karsittiin voimakkaasti, ja ehkäisevästä työstä tingittiin. Koululaisten terveystarkastuksia vähennettiin, neuvolan perhevalmennuksia karsittiin, lapsiperheiden kotipalvelut ajettiin alas ja koulujen ja päiväkotien resursseissa ja henkilömitoituksissa säästettiin (Paakkonen 2012). Osa laman varjolla tehdyistä päätöksistä ja toimintatavoista on jäänyt pysyväksi 2000-luvulle tultaessa. Vuodesta 2007 alkaen ehkäisevät palvelut (äitiys- ja lastenneuvolatoiminta sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto) ovat kohentuneet lainsäädännön myötä.

Samaan aikaan kun kunnallisia peruspalveluja on leikattu, ovat kalliit erikoissairaanhoidon ja muiden vahvasti korjaavien palveluiden asiakkuudet nousseet jyrkästi 1990-luvun alun tilanteesta 2010-luvulle tultaessa. Esimerkiksi psykiatrisessa laitoshoidossa olevien ja kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten osuus ikäluokastaan on kasvanut 150 prosenttia. Avohuollon asiakasmäärät ovat yli kaksinkertaistuneet ja huostaan otettujen lasten osuus väestöstä lähes kaksinkertaistunut parin viime vuosikymmenen aikana. Viime vuosikymmenien aikana lasten ja nuorten psykiatristen palvelujen käyttö on myös lisääntynyt huomattavasti: lastenpsykiatrian avokäynnit lähes kolminkertaistuivat ja nuorisopsykiatrian käynnit lähes nelinkertaistuivat vuosina 1994–2011 (Sotkanet). Myös psykiatrisessa laitoshoidossa olevien lasten ja

nuorten osuus on samanaikaisesti kasvanut, eli kysymys ei ole ainoastaan painopisteen siirtymisestä kohti avopalveluita. Etenkin teini-ikäisten huostaanotot ja kiireelliset sijoitukset ovat lisääntyneet. Sijoitusten taustalta löytyy usein monenlaisia perheen pitkäaikaisia ongelmia sekä köyhyyttä (Kestilä ym. 2012).

Ehkäisevien ja hyvinvointia tukevien palveluiden merkitys korostuu ylisukupolvisen ongelmaketjun katkaisemisessa ja syrjäytymisen ehkäisemisessä. Nykyään toimet syrjäytymisen ehkäisemiseksi tulevat valitettavan usein liian myöhään. Koska hyvinvointi rakentuu arjessa, on aivan oleellista, että eri kasvuympäristöt kuten päivähoito, koulu ja harrastukset toimivat lasten ja nuorten hyvinvointia tukien ja suojaavia tekijöitä vahvistaen. Lisäksi peruspalveluihin ja toisaalta esimerkiksi psykiatriisiin avopalveluihin kannattaa panostaa, sillä ehkäisevä työ sekä varhainen ongelmiin puuttuminen ovat ensiarvoisen tärkeitä niin inhimilliseltä kuin taloudelliseltakin kannalta (Paakkonen 2012). Tutkimusten perusteella ongelmien ehkäisystä säästetyt resurssit lisäävät kalliiden sekä usein liian myöhään tarjottujen ja pahimmillaan tehottomien korjaavien palveluiden tarvetta ja kustannuksia. On muistettava, että yhteiskunnalliset ratkaisut välittyvät lähiympäristöjen kautta lapseen.

Lähteet

- Corak M. 2006. Do Poor Children Become Poor Adults? Lessons from a Cross Country Comparison of Generational Earnings Mobility, IZA Discussion paper No. 1993, Institute for the Study of Labor, Bonn.
- Grawe ND. 2004. Intergenerational mobility for whom? The experience of high- and low-earning sons in International perspective. Teoksessa Corak M. (toim.) 2004. Generational Income Mobility in North America and Europe, Cambridge University Press, Cambridge.
- Herzman C. 1999. The biological embedding of early experiences and its effects on health in adulthood. *Ann N Y Acad Sci* 896, 85-95.
- Jolkkonen A, Koistinen P & Kurvinen A. 2010. Irtisanomisen uhan kohteeksi joutuneiden työllistyminen ja sitä ennustavat tekijät. *Työelämän tutkimuslehti*, 2, 101-117.
- Kestilä L, Paananen R, Väisänen A, Muuri A, Merikukka M, Heino T. & Gissler M. 2012. Kodin ulkopuolelle sijoittamisen riskitekijät - Rekisteripohjainen seurantatutkimus Suomessa vuonna 1987 syntyneistä. *Yhteiskuntapolitiikka* 77 (1), 34-52.
- McLeod JD & Shannahan NJ. 1993. Poverty, Parenting and Children's Mental Health, *American Sociological Review*, 58, 351-366.
- Myrskylä P. 2011. Nuoret työmarkkinoiden ja opiskelun ulkopuolella, Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Työ ja Yrittäjyys 12/2011.
- Myrskylä P. 2012. Hukassa - keitä ovat syrjäytyneet nuoret. Eva analyysi. <http://www.eva.fi/wpcontent/uploads/2012/02/Syrjaytyminen.pdf>
- Niemelä M, Paananen R, Hakko H, Merikukka M, Gissler M. & Räsänen S. 2012. The prevalence of children affected by parental cancer and their use of specialized psychiatric services: The 1987 Finnish Birth Cohort study. *International Journal of Cancer*, 131, 2117-2125.
- Paakkonen T. 2012. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujärjestelmä vaikeahoitoisuuden näkökulmasta. *Dissertations in Social Sciences and Business Studies* 36. Itä-Suomen yliopisto.
- Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Rämö A & Gissler M. 2012. Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimusaineiston valossa. Raportti 52/2012, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

- Paananen R, Santalahti P, Merikukka M, Rämö A, Wahlbeck K & Gissler, M. 2012. Socioeconomic and regional aspects in the use of specialized psychiatric care – a Finnish nationwide follow-up study. *European Journal of Public Health*, doi: 10.1093/eurpub/cks147.
- Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Gissler M (2013) Social determinants of mental health: a Finnish nationwide follow-up study on mental disorders. *Journal of Epidemiology and Community Health* 67,1025-1031.
- Sipilä N, Kestilä L & Martikainen P. 2011. Koulutuksen yhteys nuorten työttömyyteen. Mihin peruskoulututkinto riittää 2000-luvun alussa? *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (2), 121-134.
- Solon G. 1999. Intergenerational mobility in the labor market. Teoksessa Ashenfelter O & Gard D. (toim.)1999. *Handbook of Labor Economics, Volume 3 A*, Amsterdam: North Holland.
- Sotkanet, THL, <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>

Kirjoittajat

Reija Paananen, FT, erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
reija.paananen@thl.fi

Tiina Ristikari, YTT, tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
tiina.ristikari@thl.fi

Mika Gissler, FT, Dosentti, tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
mika.gissler@thl.fi

1.2 TERVEYS- JA HYVINVOINTIEROJEN SYNTYMINEN ALKAA JO LAPSUUDESSA – TULOKSIA LASTEN TERVEYSSEURANTATUTKIMUKSESTA

Tiina Laatikainen, Päivi Mäki, Risto Kaikkonen

Suomalaisten pienten lasten terveydentila on kansainvälisesti tarkasteltuna erittäin hyvä (Rajatie & Perheentupa 2005). Yhtenä keskeisenä positiiviseen kehitykseen yhteydessä olevana tekijänä voidaan pitää äitiys- ja lastenneuvolajärjestelmää. Palveluiden tasavertainen saatavuus on keskeinen tavoite suomalaisessa hyvinvointi- ja terveyspolitiikassa. Vielä 1990-luvulla perinataalikuolleisuudessa oli havaittavissa sosiaaliryhmien välisiä eroja, jotka lähes hävisivät 2000-luvulle tultaessa, mutta 2000-luvun alun jälkeen eroja on jälleen ollut havaittavissa (Gissler ym. 2003).

Väestöryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovatkin yksi vakavimmista yhteiskunnallisista haasteista Suomessa. Kansallisista strategioista ja ohjelmista huolimatta terveys- ja hyvinvointierot ovat viime vuosina pysyneet ennallaan ja jopa osittain kasvaneet. Suoraan terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä eroja havaitaan jonkin verran jo pienillä lapsilla, mutta nuorilla erot etenkin terveyteen vaikuttavissa tekijöissä ovat jo merkittäviä. Esimerkiksi lukioissa opiskelevista nuorista tupakoi noin 10 %, kun ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevista jopa 40 % (THL 2011). Lasten vanhemmilla havaittavat sosioekonomiset terveys- ja hyvinvointierot vaikuttavat merkittävästi lasten ja nuorten kehitysympäristöön tiedollisten resurssien, taloudellisten mahdollisuuksien, psykososiaalisten voimavarojen, sairauksien ja toimintakyvyn alenemisen aiheuttamien rajoitteiden ja mallioppimisen kautta. Terveyden ja hyvinvoinnin onkin havaittu vahvasti siirtyvän sukupolvelta toiselle.

Eryityisesti pienten lasten terveydestä, hyvinvoinnista ja niihin vaikuttavista tekijöistä on Suomessa ollut valtakunnallisesti hyvin vähän tietoa. Lasten terveysseurannan kehittämistä käsiteltiin vuonna 2003 Sosiaali- ja terveysministeriön järjestämässä seminaarissa, jonka jälkeen tehtiin selvitystyö lasten terveysseurannan mahdollisuuksista ja tavoitteista. Vuonna 2006 aloitettiin Lasten terveysseurannan kehittäminen -hanke (LATE), jonka tavoitteena oli laatia suunnitelma valtakunnallisesta lasten terveysseurannan toteuttamisesta. Hankkeessa toteutettiin vuosina 2007–2008 pilottitiedonkeruu lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon määräaikaisista terveystarkastuksista ja laadittiin suositus terveysseurannan toteuttamiseksi hyödyntäen terveystarkastuksista kertyvää tietoa. Yhteistyössä terveyserojen kaventamiseen tähtäävän TEROKA -hankkeen kanssa tiedonkeruuta laajennettiin vuosina 2007–2009 Kainuun maakuntaan ja Turun kaupunkiin. LATE-tutkimuksessa kerättiin yhteensä noin 6 500:n 0,5–15-vuotiaan lapsen terveystiedot. Tutkimuksessa kerättiin tietoja hyvinvointiin ja terveyteen yhteydessä olevista tekijöistä myös lapsen perheestä. Tiedonkeruun menetelmät ja keskeiset tulokset on kuvattu aiemmin julkaistuissa LATE-pilottitutkimuksen tulosraportissa ja lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointieroja käsittelevässä raportissa (Mäki ym. 2010, Kaikkonen ym. 2012a). Perheen sosioekonomisen aseman osoittimena tutkimuksessa käytettiin äidin koulutusta, koska se oli kattavimmin saatavissa ja sen on osoitettu olevan pääasiassa selkeämmin yhteydessä lasten terveyteen ja hyvinvointiin kuin isän koulutus. Lisäksi erotilanteissa äiti jää yleisemmin lasten pääasialliseksi huoltajaksi.

Lasten terveydentila ja terveystalvelujen käyttö

Suurin osa huoltajista arvioi LATE-tutkimuksessa lapsensa terveydentilan hyväksi tai erittäin hyväksi. Korkeammin koulutettujen äitien lasten terveydentila oli yleisemmin arvioitu erittäin hyväksi. Kouluikäisillä ero korkeammin ja alemmin koulutettujen äitien lasten terveydentilan arvioissa oli tilastollisesti merkitsevä (Mäki 2012a).

Ylipainoisuuden lisääntymisestä on kansainvälisesti ja myös Suomessa tullut myös lasten ja nuorten merkittävä terveystalveksi. LATE-tutkimuksessa havaittiin, että neuvolaikäisistä pojista joka kymmenes ja tytöistä 15 % oli ylipainoisia (Laatikainen & Mäki 2012a). Kouluikäisistä ylipainoisia oli jo joka viides. Ylipaino oli alemmin koulutettujen äitien lapsilla yleisempää kuin korkeammin koulutettujen äitien lapsilla. Ylipainoisia tai lihavia lapsia oli selvästi enemmän perheissä, joissa vähintään toinen vanhemmista oli lihava. Aiempien tutkimusten mukaan suomalaisten aikuisten ylipainoisuus ja lihavuus on yhteydessä matalaan sosioekonomiseen asemaan (Wikström ym. 2011).

Tutkimuksessa selvitettiin myös lasten ja nuorten säännöllistä sekä somaattista että psyykkistä oireilua. Tavallisimpia lasten vanhempien ja nuorten itsensä raportoimia oireita olivat päänsärky, niska-hartiasäryt, väsymys ja uupumus sekä keskittymisvaikeudet (Mäki 2012b). Viikoittaista päänsärkyä esiintyi jonkin verran jo alle kouluikäisillä lapsilla. Viidesluokkalaisista jo yli 15 %:lla oli viikoittaista päänsärkyä. Päänsärkyoireilu oli yleisempää tytöillä kuin pojilla. Kahdeksaluokkalaisista tytöistä liki joka kolmas ja pojista noin 15 % kärsi viikoittaisesta päänsärystä. Myös niskan ja hartioiden alueen särkyjä oli enemmän tytöillä kuin pojilla. Huoltajan arvion mukaan kahdeksaluokkalaisilla tytöillä joka viidennellä oli viikoittaisia oireita. Pojilla niskan ja hartioiden alueen särkyjä oli alle 10 %:lla. Pienemmällä lapsilla nämä särkyoireet olivat harvinaisia. Väsymys- ja uupumusoireet olivat melko yleisiä kaikenikäisillä lapsilla. Neuvolaikäisten lasten vanhemmat raportoivat 18 % lapsista kärsivän viikoittain väsymyksestä ja uupumuksesta. Alakouluikäisten lasten osuus oli lähes sama. Kahdeksaluokkalaisista väsymystä ja uupumusta oli viikoittain noin 30 %:lla nuorista. Väsymys oli huoltajan arvion mukaan tytöillä yleisempää kuin pojilla (34 % vs. 26 %). Keskittymisvaikeuksia kartoitettiin vain kouluikäisiltä. Keskittymisvaikeudet olivat yleisempiä pojilla kuin tytöillä. Kouluikäisistä pojista 17 %:lla ja tytöistä 10 %:lla oli huoltajan arvion mukaan keskittymisvaikeuksia vähintään kerran viikossa. Lasten ja nuorten oireilussa ei havaittu eroja äidin koulutuksen mukaan.

Aiempien tutkimusten mukaan suomalaisilla lapsilla yleisimpiä pitkäaikaissairauksia ovat mielenterveyshäiriöt sekä astma ja allergiat (Rajatie & Perheentupa 2005). LATE-tutkimuksen mukaan alle kouluikäisistä 20 %:lla pojista ja hieman yli 10 %:lla tytöistä oli jokin lääkärin diagnosoima pitkäaikaissairaus, vamma tai kehitysviivästyminen (Laatikainen & Mäki 2012b). Kouluikäisillä vastaavat prosentit olivat lähes 40 % pojista ja hieman yli 30 % tytöistä. Erilaiset allergiat olivat tavallisimpia pitkäaikaissairastavuuden syitä. Pitkäaikaissairastavuudessa ei havaittu eroja äidin koulutuksen mukaan. Säännöllinen, lääkärin määräämä lääkitys kuvastaa myös pitkäaikaissairastavuutta. Neuvolaikäisistä pojista lähes 10 %:lla ja tytöistä hieman yli 5 %:lla oli jokin säännöllinen lääkitys. Kouluikäisistä säännöllistä lääkitystä käytti hieman yli 10 % lapsista. LATE-tutkimuksessa säännöllistä lääkitystä käyttäviä oli enemmän kuin KELA:n rekisterien mukaan erityiskorvausoikeuksiin oikeutettuja lapsia vuonna 2009. Erityiskorvattavista lääkkeistä suurin osa on astmalääkkeitä.

Yleisin lasten terveystalveksi ovat erilaiset infektiot. Suurin osa lapsista oli sairastanut jonkin tulehdustaudin viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana (Laatikainen & Mäki 2012b). Esimerkiksi vähintään yhden korvatulehduksen oli sairastanut lähes

40 % neuvolaikäisistä lapsista. Tulehdustautien sairastamisessa ei havaittu eroja äidin koulutuksen mukaan. Myös antibioottien käyttö oli hyvin yleistä erityisesti neuvolaikäisillä. Lähes 45 % sekä tytöistä että pojista oli syönyt vähintään yhden antibiootitikuurin viimeisen vuoden aikana. Kouluikäisistä lapsista antibiootteja oli käyttänyt joka kolmas. Antibioottien runsas käyttö kertoo tulehdustautien yleisyydestä lapsilla.

Tutkimuksessa lasten vanhemmilta kysyttiin myös terveystarkastuspalvelujen käyttöä koskien sekä terveystarkastuskäyntejä että käyntejä lääkärin, terveyden- tai sairaanhoitajan, hammaslääkärin tai hammashoitajan luona sairauden tai oireiden vuoksi. Neuvolaikäisistä lapsista yli 70 % oli käynyt lääkärin vastaanotolla sairauden tai oireiden vuoksi 12 viime kuukauden aikana (Laatikainen 2012). Useimmilla lapsilla käyntejä oli yksi tai kaksi. Kouluikäisistä noin 60 % oli käynyt lääkärin vastaanotolla vähintään kerran. Hammaslääkärillä sairauden tai oireiden vuoksi oli käynyt viimeisen vuoden aikana alle 5 % neuvolaikäisistä, mutta kouluikäisistä lähes 30 %. Yleislääkärikäynneissä tai hammaslääkärikäynneissä ei havaittu eroja äidin koulutuksen mukaan, mutta korkeammin koulutettujen äitien lapsista suurempi osa (33 %) oli viimeisen vuoden aikana käynyt lastentautien erikoislääkärin vastaanotolla alemmin koulutettujen äitien lapsiin verrattuna (22 %). Tämä kuvastaa todennäköisimmin sitä, että korkeammin koulutettujen vanhempien perheissä käytetään enemmän yksityisiä lääkäripalveluja, joissa palveluntarjoajat ovat useammin alan erikoislääkäreitä.

Tutkimuksessa selvitettiin myös rokotuskattavuutta. Noin 99 % LATE-tutkimukseen osallistuneista lapsista oli saanut suositusten mukaiset yhdistelmärokoteannokset kurkkumätää, hinkuyskää, jäykkäkouristusta, Hib-tauteja ja poliota vastaan (Elonsalo & Ollgren 2012). Tutkimuksessa selvitettiin myös joidenkin rokotusohjelmaan kuulumattomien rokotteiden kuten maksullisen rotavirusrokotteen rokotuskattavuutta. Sen suhteen havaittiin, että äidin korkeampi koulutus ja perheen taloudellinen tilanne lisäsivät merkittävästi rokotustodennäköisyyttä. Kansallinen, maksuton rokotusohjelma on hyvä esimerkki yhtenäisten palvelujen tuottamasta tasavertaisuudesta eri väestöryhmien välillä.

Lasten ja heidän vanhempiansa terveystottumukset

Ravitsemus- ja liikuntatottumukset opitaan useimmiten jo varsin varhaisessa vaiheessa. Terveisten tottumusten omaksumiseen vaikuttavat merkittävästi vanhempien esimerkki, myönteinen ja tukeva kasvatus ja ohjaus sekä tarjotut mahdollisuudet. Myös päihteiden käytön aloittaminen nuorilla on selvästi yhteydessä vanhempien esimerkkiin ja perheen sosioekonomisiin tekijöihin (Kestilä 2008).

Suomalaiset pienet lapset ovat kansainvälisestikin tarkasteltuna liikunnallisesti varsin aktiivisia. Liikunta-aktiivisuus vähenee iän myötä ja yläkouluiässä liikunnallisuus on jo monien muiden maiden lapsiin verrattuna vähäistä ja rajoittuu pieneen osaan aktiivisesti liikkuvia nuoria. LATE-tutkimuksen mukaan ulkoilua, ulkoleikkiä tai liikuntaa lasten liikuntasuosituksen mukaisesti vähintään kaksi tuntia päivässä harrasti arkisin noin 90 % alle kouluikäisistä lapsista ja ekaluokkalaisista (Mäki 2012c). Pienten lasten liikunta- ja ulkoilutottumukset eivät olleet merkittävästi yhteydessä vanhempien liikunnan harrastamiseen eikä liikunta-aktiivisuudessa ollut kovin merkittäviä eroja myöskään äidin koulutuksen mukaan.

Viidesluokkalaisista vähintään kuutena päivänä viikossa yhteensä vähintään tunnin liikuntaa harrastavia oli enää kolmannes pojista ja viidennes tytöistä (Mäki 2012c). Kahdeksaluokkalaisista näin liikunnallisesti aktiivisia oli enää noin 15 %. Kouluikäisillä suositusten mukainen liikunnan harrastaminen oli yleisempää korkeammin kou-

lutettujen äitien lapsilla. Kouluikäisillä vanhempien liikunta-aktiivisuus oli merkittävästi yhteydessä lasten liikunta-aktiivisuuteen. Vähintään 2–3 kertaa viikossa liikkuvien vanhempien lapsista lähes 30 % liikkui vähintään tunnin lähes jokaisena viikonpäivänä, kun vähemmän liikuntaa harrastavien vanhempien lapsista viidennes liikkui suositusten mukaan.

Terveelliset ruokatottumukset olivat yleisempiä korkeammin koulutettujen äitien lapsilla. Korkeammin koulutettujen äitien leikki-ikäisistä lapsista ja ekaluokkalaisista lähes 60 % käytti pääasiallisesti rasvatonta maitoa ja kahdeksan kymmenestä söi pääaterioilla kasvislisäkkeitä, kun vähemmän koulutusta suorittaneiden äitien lapsista rasvaton maito oli pääasiallisesti käytössä 40 %:lla lapsista ja 70 %:lla pääaterioihin kuului kasvislisäke (Ovaskainen ym. 2012). Korkeammin koulutettujen äitien leikki-ikäiset lapset käyttivät vähemmän suolaisia naposteltavia. Kouluikäisillä sekä kasvisien päivittäinen käyttö että hedelmien säännöllinen käyttö oli yleisintä korkeammin koulutettujen äitien lapsilla. Sokeroitujen virvoitusjuomien ja mehujen käyttö oli hyvin yleistä, mutta siinä ei havaittu eroja äidin koulutuksen mukaan. D-vitamiinin säännöllinen käyttö oli tavallisempaa korkeammin koulutettujen äitien lapsilla.

Kouluikäisessä aamupala jäi yleisemmin nauttimatta vähemmän opiskelleiden äitien lapsilla (Ovaskainen ym. 2012). Perheen yhteinen iltateria syötiin (vähintään 4 kertaa viikossa) yli 80 %:ssa alle kouluikäisten ja alakouluikäisten perheissä, mutta alle 60 %:ssa yläkouluikäisten perheistä. Äidin koulutus ei ollut yhteydessä perheen yhteisten iltaterioiden säännöllisyyteen.

Tupakointia ja tupakkakokeiluja raportoitiin LATE-tutkimuksessa hieman vähemmän kuin vastaavan ikäiset Kouluterveyskyselyssä, jossa vastaukset annetaan lomakkeilla täysin tunnisteettomina. LATE-aineistossa päivittäin tupakoivia oli kahdeksaluokkalaisista vain 4 % pojista ja 2 % tytöistä (Ollila ym. 2012). Tupakointia oli kuitenkin kokeillut lähes 30 % kahdeksaluokkalaisista. Nuorten päivittäinen tupakointi oli selvästi yhteydessä sekä vanhempien tupakointiin että äidin koulutukseen.

Humalakokemuksia raportoi 15 % kahdeksaluokkalaisista pojista ja 18 % tytöistä (Mäki 2012d). Myös nuorten humalajuominen oli yhteydessä sekä vanhempien omaan alkoholinkäyttöön että äidin koulutukseen. Perheissä, joissa vähintään toisella vanhemmalla oli AUDIT-kyselyn pistemäärä 8 tai enemmän kertoen edes lievästi kohonneesta alkoholin liikakäytön riskistä, oli humalakokemuksia yli 20 %:lla nuorista, kun perheissä, joissa ei ollut alkoholin liikakäytön riskiä, oli humalakokemuksia vain 10 %:lla nuorista (Kaikkonen ym. 2012b).

Terveydenhoitajan kokonaisarvio lapsen terveydentilasta ja hyvinvoinnista

LATE-tutkimuksessa terveydenhoitajat tekivät kokonaisarvion lapsen terveydentilasta ja hyvinvoinnista. Arvio perustui terveystarkastuksesta ja huoltajien kyselylomakkeista saatuihin tietoihin lapsen kasvusta ja kehityksestä, sairauksista, oireista sekä lisäksi lapsen ja hänen huoltajiensa kanssa käytyihin keskusteluihin. Terveydenhoitajat arvioivat tietojen perusteella heräsikö heille huolta lapsen fyysisestä terveydentilasta, psykososiaalisesta kehityksestä ja terveydestä, hoidosta ja kasvatuksesta, perhetilanteesta tai lapsen ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta.

Terveydenhoitajien arvion mukaan suurin osa lapsista ja nuorista voi hyvin. Vähintään lievää huolta lapsen perhetilanteesta heräsi noin 15 %:ssa tutkimusterveystarkastuksista ja noin 10 %:ssa tarkastuksista huolta oli lapsen fyysisestä terveydentilasta tai psykososiaalisesta kehityksestä (Hakulinen-Viitanen & Mäki 2012). Lapsen ja van-

hemman välisestä vuorovaikutuksesta sekä hoidosta ja kasvatuksesta oli herännyt huolta noin 5 %:ssa terveystarkastuksista. Kun tuloksia tarkasteltiin äidin koulutuksen mukaan, havaittiin, että terveydenhoitajien huoli oli yleisempää vähemmän opiskelleiden äitien perheissä lasten fyysisestä terveydestä, hoidosta ja kasvatuksesta, vuorovaikutuksesta ja perhetilanteesta kuin korkeammin koulutettujen.

Terveys- ja hyvinvointierot tulisi huomioida terveysneuvonnassa ja ehkäisevässä työssä

Äitiys- ja lastenneuvola sekä kouluterveydenhuollon palvelut mahdollistavat lasten kasvun, terveydentilan ja kehityksen säännöllisen seurannan (STM 2009, Hakulinen-Viitanen ym. 2012). Neuvola- ja kouluterveydenhuoltojärjestelmä tarjoaa mahdollisuuden terveystarkastusten kaventamiseen tarjoamalla kaikille yhtenäiset palvelut, kuten kasvun, terveydentilan ja kehityksen seurannan, maksuttoman rokotusohjelman sekä suun terveydenhuollon palvelut. Palvelujen avulla voidaan tunnistaa niitä lapsia ja perheitä, jotka tarvitsevat enemmän elintapaohjausta, neuvontaa ja tukea.

Tieto lasten ja nuorten sosioekonomisista terveys- ja hyvinvointieroista tulisi huomioida ja hyödyntää suunniteltaessa ja resursoitaessa niin ehkäiseviä kuin korjaavia-kin terveyspalveluja sekä sosiaalipalveluja. Terveys- ja hyvinvointierojen huomioiminen on tärkeää myös tunnistettaessa perheitä, jotka ovat aktiivisemmän tuen tarpeessa.

Lasten ja lapsiperheiden terveyden edistämiseksi ja terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiseksi tarvitaan terveyspalvelujen lisäksi muita toimia yhteiskunnassa. Lain-säädäntö, verotus, valvonta ja myös eriarvoisuutta vähentävä yhdyskuntasuunnittelu ja sosiaalipoliittiset tukitoimet ovat avainasemassa. Lisäksi kunnissa voidaan tehostaa mm. hallintorajat ylittävää yhteistyötä, lasten ja perheiden kotipalveluiden saatavuutta, lasten päivähoitoa ml. koululaisten aamu- ja iltapäivähoito, harrastustoimintaa ja ehkäisevää lastensuojelutyötä. Erityisesti nuorten kohdalla on tärkeää tarjota tarvittavia tukitoimia nivelvaiheissa siirryttäessä koulutusuralla eteenpäin kohti työelämää, nuorisotakuuta unohtamatta. Hyvinvointivaltion keskeisimpiä tunnusmerkkejä ovat universaalit sosiaali- ja terveyspalvelut. Tasa-arvoperiaate ei tarkoita, että kaikille tulisi tarjota aina samat palvelut, vaan kohdentamalla ennaltaehkäiseviä palveluja voidaan estää syrjäytymistä ja toimia terveys- ja hyvinvointierojen kaventavaan suuntaan.

Lähteet

- Elonsalo U & Ollgren J. 2012. Rokotuskattavuus. Kirjassa Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S, Laatikainen T. (toim.) Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 16/2012.
- Gissler M, Meriläinen J, Vuori E & Hemminki E. 2003. Register based monitoring shows decreasing socioeconomic differences in Finnish perinatal health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 57(6),433-9.
- Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, Wallin M & Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 22.

- Hakulinen-Viitanen T & Mäki P. 2012. Kokonaisarvio terveystarkastuksen perusteella. Kirjassa Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S, Laatikainen T. (toim.) Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 16/2012.
- Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S & Laatikainen T. (toim.) 2012a. Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 16/2012.
- Kaikkonen R, Wikström K, Hakulinen-Viitanen T. 2012b. Vanhempien terveystottumukset. Kirjassa Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S, Laatikainen T. (toim.) Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 16/2012.
- Kestilä L. 2008. Pathways to health. Determinants of Health, Health Behaviour and Health inequalities in Early Adulthood. Publications of the National Public Health Institute 23/2008.
- Laatikainen T. 2012. Terveyspalvelujen käyttö. Kirjassa Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S, Laatikainen T. (toim.) Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 16/2012.
- Laatikainen T & Mäki P. 2012a. Ylipaino. Kirjassa Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S, Laatikainen T. (toim.) Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 16/2012.
- Laatikainen T & Mäki P. 2012b. Lasten sairastavuus ja lääkkeiden käyttö. Kirjassa Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S, Laatikainen T. (toim.) Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 16/2012.
- Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Kaikkonen R, Koponen P, Ovaskainen M-L, Sippola R, Virtanen S & Laatikainen T. (toim.) 2010. LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 2/2010.
- Mäki P. 2012a. Koettu terveys. Kirjassa Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S, Laatikainen T. (toim.) Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 16/2012.
- Mäki P. 2012b. Oireet. Kirjassa Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S, Laatikainen T. (toim.) Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 16/2012.
- Mäki P. 2012c. Liikunta ja fyysinen aktiivisuus. Kirjassa Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S, Laatikainen T. (toim.) Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 16/2012.
- Mäki P. 2012d. Kahdeksaluokkalaisten humalajuominen. Kirjassa Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S, Laatikainen T. (toim.) Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 16/2012.
- Ollila H, Mäki P, Laatikainen T. Kahdeksaluokkalaisten päivittäinen tupakointi. Kirjassa Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S, Laatikainen T. (toim.) Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 16/2012.
- Ovaskainen M-L, Wikström K, Virtanen S. 2012. Ateriointi ja ruokatottumukset. Kirjassa Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L,

- Virtanen S, Laatikainen T. (toim.) Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 16/2012.
- Rajatie J & Perheentupa J. 2005. Lasten terveys. Kirjassa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S & Teperi J. (toim.) Suomalaisen terveys. Duodecim, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011. STM julkaisuja 2008:16.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20.
- THL. Kouluterveyskysely. Päähteet ja riippuvuudet, tulokset 2010/2011.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset. (Luettu: 4.11.2013)
- Wikström K, Lindström J, Tuomilehto J, Saaristo TE, Korpi-Hyövälti E, Oksa H ym. 2011. Socio-economic differences in dysglycemia and lifestyle-related risk factors in the Finnish middle-aged population. *European Journal of Public Health* 21,768-774.

Kirjoittajat:

Tiina Laatikainen, LT, professori, Itä-Suomen yliopisto ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
tiina.laatikainen@thl.fi

Päivi Mäki, TtM, kehittämisspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
paivi.maki@thl.fi

Risto Kaikkonen, VTM, kehittämisspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
risto.kaikkonen@thl.fi

1.3 NUORTEN OSALLISUUS ON LISÄÄNTYNYT JA ELINTAVAT PARANTUNEET – TEKEMISTÄ SILTI RIITTÄÄ. KOULUTERVEYSKYSELY 2013

Paananen Reija, Nipuli Suvi, Kivimäki Hanne & Luopa Pauliina

Tiivistelmä vuoden 2013 Kouluterveyskyselyn tuloksista

Vuoden 2013 keväällä tehdyn Kouluterveyskyselyn mukaan nuorten elintavat ovat parantuneet: tupakointi ja alkoholin käyttö on vähentynyt ja liikuntaa harrastavien osuus lisääntynyt. Terveellisten elintapojen osalta myönteinen kehitys on jatkunut koko 2000-luvun. Sekä peruskoululaisten että lukiolaisten viikoittainen alkoholin käyttö ja säännöllinen humalaan juominen ovat vähentyneet 2000-luvun alkuvuosista, ja päivittäin tupakoivien osuus on vähentynyt vuosituhaten vaihteesta puoleen. Myös reipasta liikuntaa harrastavien määrä on lisääntynyt. Terveys- ja hyvinvointierot ovat kuitenkin huolestuttavan suuria erityisesti lukiolaisten ja ammatillisten oppilaitosten opiskelijoiden välillä.

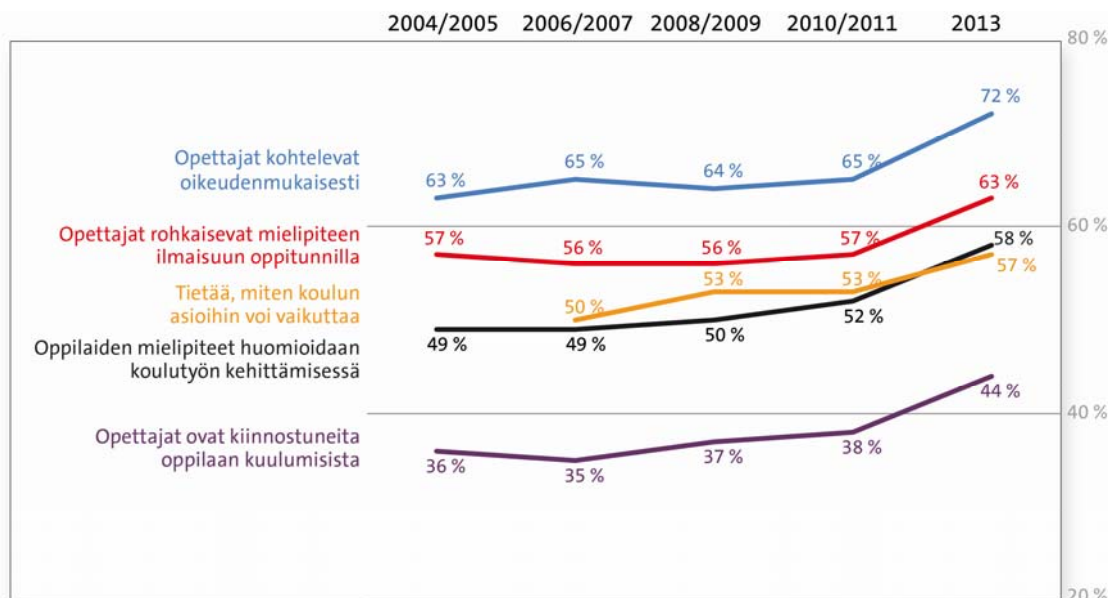
Nuoret kokevat yhä useammin tulevansa kuulluiksi koulussa. Työilmapiiri peruskouluissa ja lukioissa on parantunut ja koulukiusaaminen vähentynyt. Myös nuorten keskusteluvaikeudet vanhempien kanssa ovat vähentyneet aiempiin vuosiin verrattuna ja vanhemmat tietävät yhä useammin, missä nuoret viettävät vapaa-aikaansa. Vaikka osallisuus kouluissa onkin parantunut, edelleen yli puolet peruskoulun ja lukion oppilaista on sitä mieltä, että opettajat eivät ole kiinnostuneita siitä, mitä heille kuuluu. Niin ikään lähes puolet peruskoululaisista ja ammattiin opiskelevista sekä joka neljäs lukiolainen ei tiedä, miten voisi vaikuttaa koulun asioihin. Yhä useampi nuori koki oppilas- ja opiskelijahuollon palveluiden piiriin pääsemisen aiempaa helpommaksi, mutta edelleen lähes 40 prosenttia peruskoulun ja lukion oppilaista koki, että koululääkärin ja koulupsykologin puheille on vaikea päästä.

Tärkeimpiä huomioita 2013 Kouluterveyskyselystä

Vuorovaikutus, osallisuus ja vaikuttamismahdollisuudet ovat parantuneet

Perheen tuki ja hyvät suhteet vanhempiin edistävät nuorten hyvinvointia. Kouluterveyskyselyn tulosten mukaan perhe- ja ystävyys-suhteet ovat parantuneet: yli yhdeksän kymmenestä nuoresta pystyi keskustelemaan vanhempiensa kanssa omista asioistaan ja yhtä monella oli vähintään yksi läheinen ystävä. Oppilaiden ja opiskelijoiden vaikuttamismahdollisuudet koulussa ovat parantuneet ja osallistuminen koulun eri toimintoihin lisääntynyt (kuvio 1). Enemmistö nuorista kokee, että he uskaltavat ilmaista oman mielipiteensä luokassa ja että opettajat rohkaisevat heitä siihen. Koulussa kuulluksi tuleminen on parantunut merkittävästi sekä peruskoulussa että toisella asteella. Ilahduttavaa oli myös, että seitsemän kymmenestä peruskoululaisesta kokee opettajien kohtelevan heitä oikeudenmukaisesti (kuvio 1), lukiolaisista ja ammattiin opiskelevista vieläkin useampi. Entistä useampi, peruskoululaisista 62, lukiolaisista 77 ja ammattiin opiskelevista 80 prosenttia, myös ilmoitti pitävänsä koulunkäynnistä. Peruskoulussa osallistuttiin yleisimmin koulun tapahtumien järjestämiseen ja oppituntien järjestelyihin. Toisella asteella osallistuttiin yleisimmin oppituntien järjestelyihin. Silti 43 prosenttia peruskoululaisista ja ammattiin opiskelevista sekä 27 prosenttia

lukiolaisista ilmoitti, ettei tiedä miten koulun asioihin voi vaikuttaa. Suomessa nuoret osallistuvat koulun toimintoihin selvästi muita Pohjoismaita harvemmin (Suoninen ym. 2010).



Kuvio 1. Osallisuuden kokemukset peruskoulun 8. ja 9. -luokkalaisilla Kouluterveyskyselyn mukaan vuosina 2004–2013.

Kiusaamiseen pitää puuttua

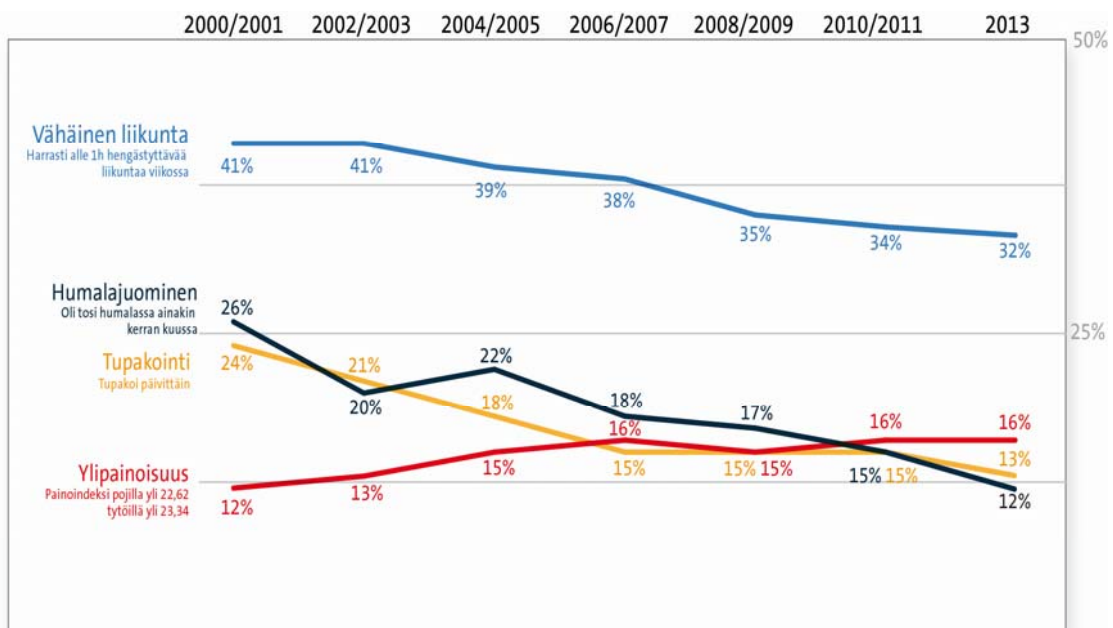
Koulukiusaaminen peruskoulussa väheni, mutta edelleen kahdeksan prosenttia pojista ja kuusi prosenttia tytöistä ilmoittaa kokevansa koulukiusaamista vähintään kerran viikossa. Vastaavasti ammattiin opiskelevista pojista kuusi ja tytöistä kolme prosenttia kertoo joutuvansa kiusatuksi. Lukiossa kiusaaminen on harvinaista, paria prosenttia kiusattiin viikoittain. Vaikka prosenttiluvut saattavat tuntua pieniltä, peruskoulussa ne tarkoittavat tuhansia oppilaita, lukiossakin satoja. Kiusaamiseen osallistuneiden määrä oli vähentynyt selvästi edellisestä kyselykerrasta 2010–2011. Keväällä 2013 peruskoululaisista seitsemän kymmenestä ilmoitti, ettei ollut osallistunut kiusaamiseen. Huomattavaa on, että valtaosa kiusaajista ja kiusatuista sanoo, etteivät koulun aikuiset ole puuttuneet asiaan.

Elintavat ovat parantuneet, mutta nuoret nukkuvat liian vähän

Raittiiden nuorten osuus on kasvanut 2000-luvulla. Täysin raittiita on nykyisin puolet peruskoululaisista, neljäsosa lukiolaisista ja viidesosa ammattiin opiskelevista. Samalla viikoittain alkoholia käyttävien nuorten osuus on pienentynyt ja humalajuominen vähentynyt (kuvio 2). Nuorten päivittäinen tupakointi on vähentynyt, mutta päivittäinen nuuskan käyttö on edelleen lisääntynyt pojilla. Pojat sekä tupakoivat, juovat alkoholia, että kokeilevat huumeita peruskouluikässä tyttöjä useammin. Sen sijaan lukiolaisilla tytöillä ja pojilla tupakointi on yhtä yleistä ja ammattiin opiskelevilla tytöillä päivittäinen tupakointi on poikia hiukan yleisempää.

Hengästyttävää liikuntaa vapaa-ajalla tunnin tai enemmän viikossa harrastavien nuorten osuudet ovat kasvaneet kaikissa ikäluokissa, mutta edelleen liikuntamäärät ovat silti suurella osalla alle suositusten (kuvio 2). Ylipaino on pysynyt viime vuosina lähes yhtä yleisenä: peruskoululaisista ja lukiolaisista joka kuudes sekä ammattiin opiskelevista joka viides on ylipainoinen. Ylipainon lisäksi huomiota tulisi kiinnittää myös mielikuvaan omasta vartalosta. Kouluterveyskyselyn mukaan 30–36 prosenttia pojista ja 37–47 prosenttia tytöistä ei kokenut omaa painoaan sopivaksi.

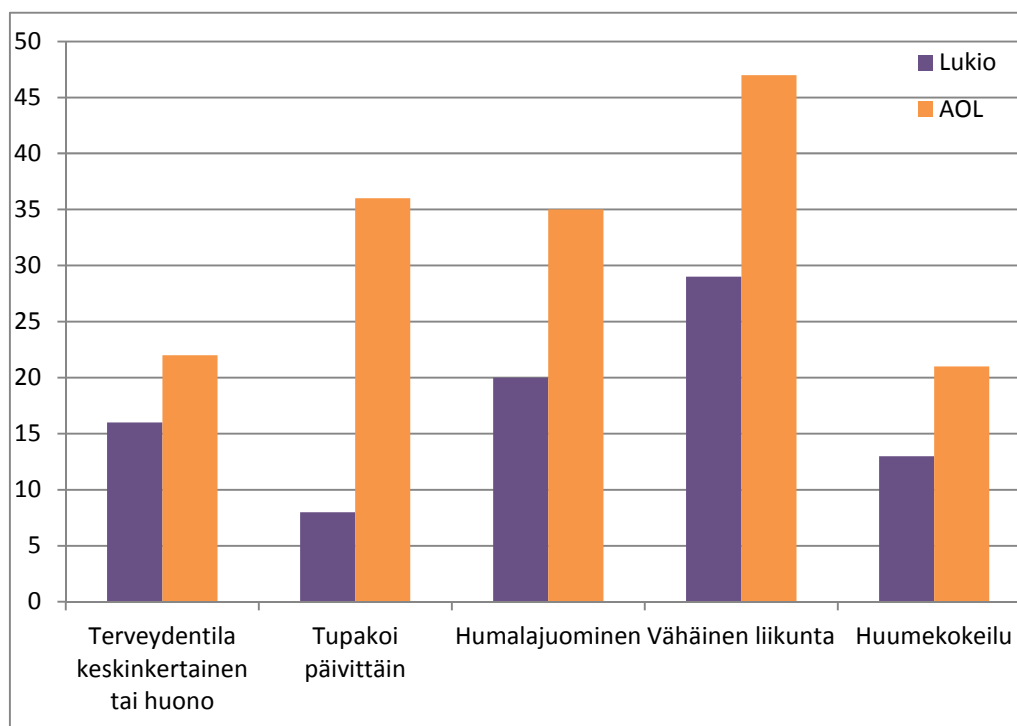
Moni nuori jättää jonkun päivän aterioista syömättä. Neljä kymmenestä peruskoululaisesta, kolmasosa lukiolaisista ja yli puolet ammattiin opiskelevista ei syö aamupalaa joka arkiamu. Kouluviikon aikana noin kolmasosa jättää ainakin yhtenä päivänä koululounaan väliin. Myönteistä kuitenkin on, että energiajuomien nauttiminen ja makeisten syöminen koulupäivän aikana on vähentynyt viime vuosina.



Kuvio 2. Elintavat peruskoulun 8.- ja 9.-luokkalaisilla, Kouluterveyskysely 2000–2013.

Elintavoissa huomattavia eroja lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien välillä

Terveys- ja hyvinvointierot lukiolaisten ja ammatillisten oppilaitosten opiskelijoiden välillä ovat huolestuttavia (kuvio 3). Terveystottumuksista tupakointi, alkoholin käyttö ja huumeekokeilut ovat ammattiin opiskelevilla lukiolaisia yleisempiä. Ammattiin opiskelevat liikkuvat lukiolaisia vähemmän ja he ovat lukiolaisia yleisemmin ylipainoisia. Ammatillisten oppilaitosten opiskelijat myös kokevat lukiolaisia useammin terveytensä keskinkertaiseksi tai huonoksi. Lukiolaisilla muutos koetun terveydentilan osalta on ollut viime vuosina myönteistä, mutta ammattiin opiskelevilla ei.



Kuvio 3. Kokemus terveydentilasta, elintavat sekä päihteiden käyttö lukiolaisilla ja ammattiin opiskelevilla (prosenttiosuuksina vastanneista), Kouluterveyskysely 2013.

Huumeita kokeilleiden osuudet alkoivat kasvaa vuosina 2008–2009, mutta vuoden 2013 tulosten mukaan kasvu näyttää pääosin taittuneen. Poikkeuksena ovat peruskoulun yläluokkien pojat ja ammattiin opiskelevat tytöt, joilla kokeilut yleistyivät edelleen. Peruskoululaisista 9, lukiolaisista 13 ja ammattiin opiskelevista 21 prosenttia ilmoittaa joskus kokeilleensa laittomia huumeita. Kansainvälisen ESPAD-kyselyn vuoden 2011 tulosten mukaan nuorten huumeikokeilut olivat Suomessa yleisempiä kuin Ruotsissa tai Norjassa (Hibell ym. 2012). Kouluterveyskyselyn tulosten mukaan lukiolaisten asenteet näyttävät olevan tiukentumassa, mutta peruskoulun yläluokkalaiset ja ammattiin opiskelevat suhtautuvat kannabiskokeiluihin yhä myönteisemmin. Huolestuttavaa on myös, että nuoret arvioivat huumeiden hankkimisen entistä helpommaksi. Huumeiden käyttöön liittyvien asenteiden ja mielikuvien muuttamiseen sekä riskitietoisuuden lisäämiseen tulisi nyt kiinnittää erityishuomiota.

Noin kolme kymmenestä peruskoulun yläluokkalaisesta, noin neljä kymmenestä lukiolaisesta ja lähes puolet ammattiin opiskelevista nukkuu arkiöisin alle suositellut kahdeksan tuntia. Viikonloppuisin nukkumaan mennään yleisimmin puolen yön jälkeen. Vain joka viides nuori herää viikonloppuisin ennen yhdeksää. Neljäsosa peruskoululaisista, kolmasosa lukiolaisista ja viidesosa ammattiin opiskelevista kokee nukkuvansa tarpeeksi vain harvoin tai ei koskaan.

Uutta tietoa seksuaaliterveyteen liittyvästä internetkäyttäytymisestä ja häirinnästä

Kouluterveyskyselyssä selvitettiin tänä vuonna ensimmäistä kertaa seksuaaliterveyteen liittyvää internetkäyttäytymistä. Tulosten mukaan tuntemattoman (muun kuin

esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisen) kanssa seksistä on keskustellut internetissä peruskoulun pojista miltei viidesosa ja tytöistä neljäsosa. Toisella asteella luvut ovat hieman korkeammat. Yli kymmenesosa peruskoulun yläluokkalaisista ja ammattiin opiskelevista oli seurustellut niin, etteivät he olleet tavanneet muualla kuin internetissä, lukiolaisista hieman harvempi. Kouluterveyskyselyn mukaan tytöistä 12–14 prosenttia ja pojista 15–16 prosenttia on kuvannut tai katsonut webkameran avulla internetissä intiimejä kehon osia tai itsetyydytystä. Omia tai toisen intiimejä kuvia internetissä muiden nähtäväksi on levittänyt alle viisi prosenttia. Nettiturvallisuuteen ja yksityisyyden suojaan liittyviin asioihin tulee jatkossa kiinnittää huomiota.

Seksuaalinen häirintä ja väkivalta ovat edelleen yleisiä nuorten arjessa. Tytöistä seksuaalista häirintää on kokenut noin 60 prosenttia, pojistakin 33–46 prosenttia vaihdellen luokka-asteittain. Seksuaalista väkivaltaa, eli yhdyntään tai muunlaiseen seksiin painostamista tai pakottamista, rahan, tavaran tai päihteiden tarjoamista vastineeksi seksistä tai kehon intiimien alueiden koskettelua vasten tahtoa on kokenut yli viidesosa tytöistä, ammattiin opiskelevista tytöistä jopa kolmasosa. Pojista seksuaalista väkivaltaa on kokenut noin joka kymmenes.

Tytöillä poikia useammin mielialaoireita

Mielenterveyden osalta selvitettiin vuonna 2013 aiemman masentuneisuuden mittarin sijaan mielialaa laajemmin. Viimeisen kuukauden aikana noin 40 prosenttia tytöistä oli kokenut mielialansa usein masentuneeksi, alakuloiseksi tai toivottomaksi, peruskoululaiset ja ammattiin opiskelevat tytöt lukiolaisia yleisemmin. Noin 15 tytöistä prosenttia koki kohtalaista tai vaikeaa ahdistusta ja noin 25 prosenttia merkittävää sosiaalista ahdistusta eli vältteli tai pelkäsi paljon tilanteita, joissa saattoi joutua huomion kohteeksi tai vaikuttaa tyhmältä. Pojilla vastaavat luvut olivat noin 25, 5 ja 15 prosenttia. Koulu-uupumusta kokee noin joka kymmenes peruskoululainen tai lukiolainen, ammattiin opiskelevista hieman harvempi. Tulosten mukaan tytöt oireilevat huomattavasti poikia enemmän, ja hakevat ongelmiinsa myös poikia useammin ammattilaisen apua, yleisimmin terveydenhoitajalta tai psykologilta. Peruskoululaisista tytöistä 25, lukiolaisista 27 ja ammattiin opiskelevista 34 prosenttia oli joskus hakenut masentuneen tai ahdistuneen mielialan vuoksi apua ammattiauttajalta.

Oppilas- ja opiskelijahuoltopalveluiden saatavuus parantunut

Nuorten mielestä oppilas- ja opiskelijahuollon palveluiden saatavuus on hieman helpottunut. Tulokset ovat samansuuntaisia terveyskeskuksista ja peruskouluista kerättyjen tietojen kanssa (THL, Wiss ym. 2012a, Wiss ym. 2012b). Nuorista 13 prosenttia koki kouluterveydenhoitajan vastaanotolle pääsemisen vaikeaksi. Koululääkärin vastaanotolle pääsemisen koki vaikeaksi 31–37 prosenttia, koulukuraattorille 17–25 prosenttia ja koulupsykologille 31–40 prosenttia. Peruskoululaiset ja lukiolaiset kokivat pääsyn ammattiin opiskelevia vaikeammaksi. Entistä useampi nuori on käynyt terveydenhoitajan tai lääkärin vastaanotolla kerran, todennäköisesti määräaikaistarkastuksessa, mutta myös kuraattorilla ja psykologilla käyneiden osuudet ovat kasvaneet hieman viime vuosina.

Kouluterveyskyselystä ajantasaista ja luotettavaa tietoa nuorten terveydestä ja hyvinvoinnista

Kouluterveyskysely on valtakunnallisesti kattavin 14–20-vuotiaiden nuorten elinoloja ja hyvinvointia selvittävä tutkimus. Kyselyyn vastaavat peruskoulujen 8. ja 9. luokkien oppilaat sekä lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijat. Ammatillisissa oppilaitoksissa kyselyyn osallistuvat nuorten opetussuunnitelmaperusteiseen ammatilliseen perustutkintoon johtavassa koulutuksessa opiskelevat. Vuonna 2013 Kouluterveyskysely toteutettiin ensimmäistä kertaa yhtä aikaa koko maassa. Ammatillisissa oppilaitoksissa kysely toteutettiin sähköisesti verkkokyselynä. Kyselyyn vastasi vuonna 2013 yhteensä 182 864 nuorta: 99 478 peruskoulun yläluokkalaista (84 % kaikista peruskoulujen 8. ja 9.-luokkalaisista), 48 610 lukiolaista (70 % kaikista lukion 1.- ja 2. vuoden opiskelijoista), sekä 34 776 ammattiin opiskelevaa. Tarkemmat tiedot kyselystä ja kyselylomakkeet ovat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) internet-sivuilla, www.thl.fi/kouluterveyskysely.

Vuonna 2013 nuorten perheestä ja asumisesta kysyttiin aikaisempaa yksityiskohdittaisemmin.

Äidin ja isän kanssa asuu noin 70 prosenttia peruskoululaisista ja lukiolaisista sekä puolet ammattiin opiskelevista. Kahdessa kodissa tai perheessä ilmoitti asuvansa noin neljäsosa peruskoululaisista ja ammattiin opiskelevista sekä viidesosa lukiolaisista. Tulokset ovat samansuuntaisia valtakunnallisten tilastojen ja aikaisemman tutkimuksen kanssa (Suomen virallinen tilasto 2011, Hakulinen-Viitanen ym. 2010). Kouluterveyskyselyllä saatiin tänä vuonna tietoa vastaajien ja heidän vanhempiensa syntymämaista. Suurin osa (yli 90 %) Kouluterveyskyselyyn vastanneista nuorista ja heidän vanhemmistaan on syntynyt Suomessa ja yli puolet ilmoitti asuneensa samalla paikkakunnalla koko ikänsä. Maahanmuuttajataustaisten nuorten hyvinvointia ja terveyttä selvitetään tarkemmin jatkotutkimuksilla.

Johtopäätöksiä Kouluterveyskyselyn tulosten pohjalta

Saadut tulokset vuoden 2013 Kouluterveyskyselystä kertovat, että osallisuuden parantamiseksi tehty työ kannattaa. Lainsäädännön mukaan lasten ja nuorten tulee saada vaikuttaa itseään koskeviin asioihin kehitystään vastaavasti, ja viime vuosina lapsi- ja nuorisopolitiikassa on erityisesti painotettu lasten ja nuorten osallisuuden, yhdenvertaisuuden ja arjenhallinnan vahvistamista (OKM 2012). Osallisuutta pitää kuitenkin edelleen korostaa ja tehtyä työtä jatkaa, sillä tieto vaikutusmahdollisuuksista ja mahdollisuus vaikuttaa omaan elämään liittyviin asioihin lisää hyvinvointia. Alhaisessa osallisuudessa ei aina ole kyse arkuudesta tai siitä, että oppilaiden aloitteellisuutta väheksyttäisiin kouluissa. Opettajien ja oppilaiden roolijako on edelleen varsin perinteinen, eikä keskustelua opetuksen sisällöistä tai oppimateriaaleista käydä aina riittävästi opettajien ja oppilaiden välillä (Suoninen ym. 2010).

Mielenterveyteen liittyvät asiat nousevat erityiseksi huolenaiheeksi. Sekä masentuneisuus että ahdistuneisuus ja sosiaalinen ahdistuneisuus ovat huomattavan yleisiä, erityisesti tytöillä. Mielenterveyden ongelmia tulee ehkäistä, sillä niillä voi olla pitkäkestoisia inhimillisiä ja taloudellisia seurauksia. Mielenterveyden ongelmat voivat vaikuttaa muun muassa oppimiseen, kouluttautumiseen ja työuraan. Kouluterveyskyselyn tulosten mukaan apua masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia haetaan entistä useammin. Yleisimmin nuoret hakevat apua terveydenhoitajalta, psykologilta

tai koulukuraattorilta. Nuorten mielenterveyden seurannassa ja edistämässä tärkeä rooli on myös opettajien antamalla tuella.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluiden turvaaminen on tärkeää nuorten hyvinvoinnin kannalta. Kouluterveydenhuollon supistamisella 1990-luvulla oli yhteys lisääntyneeseen alaikäisten lasten ja nuorten psykiatrisen laitoshoidon tarpeeseen (Paakkonen 2012). Uudella oppilas- ja opiskelijahuoltolakiehdotuksella pyritään vaikuttamaan erityisesti toisen asteen opiskeluhuollon palveluihin. Siinä on esitetty, että toisen asteen opiskelijat saisivat vastaavat opiskeluhuollon kuraattori- ja psykologi-palvelut kuin perusasteen oppilaat. Laissa säädettäisiin myös muun muassa terveydenhoitajan ja lääkärin saavutettavuudesta (HE 67/2013). On hyvä muistaa, että nuoren kokemaan palvelun saatavuuteen voi vaikuttaa palvelun tarjonnan lisäksi moni muukin asia, kuten esimerkiksi tiedollinen tai asenteellinen saavutettavuus (Kaventaja-verkkoportaali). Palvelun käyttöä tukevat esimerkiksi palveluista tiedottaminen sekä mahdollisuus hakeutua niihin koulupäivän ajankohdasta tai opetuspaikan sijainnista riippumatta.

Pohja aikuisiän terveydelle ja hyvinvoinnille luodaan lapsuudessa. Eriarvoistuminen alkaa jo varhain ja lapsuuden ja nuoruuden tekijät selittävät merkittävän osan aikuisuuden terveys- ja hyvinvointieroista. Siksi koulun toiminta ja laadukkaiden peruspalveluiden turvaaminen on tärkeää. Toimiva kouluterveydenhuolto ja oppilas- ja opiskelijahuolto voivat vahvistaa hyvinvointia ja niiden työ on tärkeää näiden terveys- ja hyvinvointierojen kaventamisessa. Koulu on lapselle ja nuorelle tärkeä kehitysympäristö, joka parhaimmillaan antaa itseluottamusta, onnistumisen kokemuksia, sosiaalista pääomaa, tärkeitä tiedollisia ja taidollisia valmiuksia sekä integroi yhteiskuntaan. Mutta pahimmillaan koulu voi olla myös syrjäyttävä, ja siksi esimerkiksi kiusaamisen ehkäisemiseen ja suojaavien tekijöiden vahvistamiseen täytyy kiinnittää erityistä huomiota.

Lähteet

- Hakulinen-Viitanen T, Kaikkonen R & Koponen P. 2010. Lasten ja perheiden elinympäristö. Teoksessa Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Kaikkonen R, Koponen P, Ovaskainen M-L, Sippola R, Virtanen S, Laatikainen T & LATE-työryhmä (toim.) 2010. Lasten terveys. LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. Raportti 2. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010, 119–130.
- Hallituksen esitys eduskunnalle oppilas- ja opiskelijahuoltolaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi HE 67/2013 vp. Viitattu 27.9.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2013/20130067.pdf>
- Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A & Kraus L. 2012. The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. Tukholma: The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs.
http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf
- Kaventaja-verkkoportaali:
http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/palvelujarjestelma
- Opetus- ja kulttuuriministeriö 2012. Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämissuunnitelma 2012–2015. Paakkonen T, väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto.

- Samposalo, Hanna: Juomatapojen yhteys alkoholihaittoihin ja riskikäyttäytymiseen 14–16-vuotiailla nuorilla. Acta Universitatis Tamperensis 1819. Tampere: Tampere University Press, 2013.
- Suomen virallinen tilasto (SVT). Perheet. 2011, Liitetaulukko 3. Lapsiperheet tyypeittäin 1950–2011. Helsinki: Tilastokeskus. http://www.stat.fi/til/perh/2011/perh_2011_2012-05-25_tau_003_fi.html
- Suoninen A, Kupari P & Törmäkangas K. 2010. Nuorten yhteiskunnalliset tiedot, osallistuminen ja asenteet. Kansallisen ICCS 2009 -tutkimuksen päätulokset. Jyväskylä: Koulutuksen tutkimuslaitos.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen peruskouluissa 2011. Tiedä ja toimi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 25.9.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/034bb91c-3774-431b-97fe-32c5dbe2a113>
- Wiss K, Saaristo V, Pirttiniemi J & Väyrynen P. 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ammatillisissa oppilaitoksissa 2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 27.9.2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-878-0>
- Wiss K, Saaristo V, Peltonen H & Laitinen K. 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen lukioissa 2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 27.9.2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-879-7>

Kirjoittajat

Paananen Reija, FT, erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
reija.paananen@thl.fi

Nipuli Suvi, VTM, tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
suvi.nipuli@thl.fi

Kivimäki Hanne, TtM, tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
hanne.kivimaki@thl.fi

Luopa Pauliina, VTM, tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
pauliina.luopa@thl.fi

1.4 TERVEYS, HYVINVOINTI JA TUEN TARVE LAPSIPERHEISSÄ VANHEMPIEN NÄKÖ- KULMASTA

Nina Halme, Marja-Leena Perälä & Outi Kanste

Tässä katsauksessa kuvataan a) vanhempien tuen tarpeita ja avunsaantia sekä b) vanhemmuutta vahvistavia tekijöitä. Tiedot perustuvat Suomen Akatemian Skidi-Kids tutkimuohjelman (2010–2013) ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Lasten, nuorten ja perheiden palvelut ja niiden johtaminen -tutkimuksiin (Lapsiperheiden palvelut kunnissa, LapsYTY 2009; n=955, Oppilas- ja opiskelijahuolto ja sen johtaminen 2013; n=1626, Päihdehoidossa olevien vanhempien haastattelu 2010; n=30) ja Lapsiperheiden palvelut ja hyvinvointi -kyselyyn (2012; n=2 956). Tutkimukset tuottavat tietoa lasten, nuorten ja perheiden palveluista, kuten lapsiperheiden tuen tarpeista ja palvelujen tarpeisiin vastaavuudesta (Perälä ym. 2011, 2012, 2013, 2014, Kanste ym. 2013a), lapsen kasvuun ja kehitykseen sekä vanhempana toimimiseen liittyvistä huolistista (Perälä ym. 2011, Kanste ym. 2013b, Halme & Perälä 2014) ja paljon palveluja käyttävien vanhempien kokemuksista (Kanste ym. 2013c, 2014). Katsauksessa tehdään yhteenvetoa näistä tutkimuksista.

Vanhempien tuen tarpeet ja niiden yleisyys

Lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyvät huolet

Vanhemmilla on myönteinen käsitys lapsensa terveydentilasta: valtaosa vanhemmista koki lapsensa terveydentilan hyväksi. Siitä huolimatta lapsen fyysiseen kasvuun ja kehitykseen, terveyteen sekä terveisiin elämäntapoihin, kuten liikuntaan, ruokailuun ja lepoon liittyvät asiat aiheuttivat vanhemmille huolia. Yli kolmannes pienten lasten vanhemmista oli ollut näistä asioista ainakin joskus huolissaan. Lasten terveydentila koettiin huonommiksi perheissä, joissa vanhemmilla oli matalampi sosioekonominen asema.

Myös lapsen psykososiaalinen kehitys, sosiaaliset suhteet, kuten kiusaaminen ja kaverisuhteet sekä tunne-elämä aiheuttivat huolta vanhemmille. Noin kolmannes vanhemmista oli kokenut näihin asioihin liittyviä huolia. Päihdepalveluita käyttäneet vanhemmat tunsivat huolta lapsen tunne-elämästä enemmän kuin muut vanhemmat.

Lapsen oppimiseen ja käyttäytymiseen liittyvät pulmat koskettivat alle kymmenesosaa pienten lasten (0-8-vuotiaiden) vanhemmista. Oppimiseen ja koulussa pärjäämiseen liittyvät pulmat kuitenkin korostuivat lapsen kouluiässä: esimerkiksi viidesluokkalaisten lasten vanhemmista yli kolmannes oli ollut huolissaan lapsen koulussa pärjäämisestä.

Vain harvoilla vanhemmilla oli huolta lasten ja nuorten päihteiden käytöstä; alle 10 prosenttia vanhemmista oli huolissaan lapsen tupakoinnista, alkoholin tai huumeiden käytöstä.

Vanhemmuuteen liittyvät huolet

Yleisesti ottaen vanhemmuuteen tai perheeseen liittyviä huolia esiintyi hieman enemmän kuin lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyviä huolia. Vanhempana toimimiseen liittyvä tavallisin huoli oli vanhempien oma jaksaminen. Huoli omasta jaksamisesta kosketti yli puolta vanhemmista. Lähes puolet vanhemmista oli myös huolissaan perheen taloudellisesta tilanteesta. Yli kolmannes tunsi huolta parisuhteen tilanteesta, maltin menettämisestä ristiriitatilanteissa lapsen kanssa tai riittämättömyyttä vanhempana. Äideillä huolta aiheuttivat usein myös tunne yksinäisyydestä ja vastuun kantaminen yksin vanhempana.

Päihdepalveluita käyttäneillä vanhemmilla korostuivat erityisesti huolet, jotka liittyivät perheen taloudelliseen tilanteeseen ja elämäkumppanin tai perheenjäsenen terveyteen. Monet päihdepalvelujen piirissä olevat vanhemmat arvioivat myös hallitsevansa perhe-elämänsä muita vanhempia heikommin.

Huolten kasaantuminen

On tavallista, että vanhemmilla esiintyy jossain elämänsä vaiheessa yksittäisiä huolia. Sen sijaan huolten kasaantuminen ja samanaikaisten suojaavien tekijöiden puute saattaa olla uhka lapsen ja perheen terveydelle ja hyvinvoinnille sekä lapsen suotuisalle kasvulle ja kehitykselle. Vanhemmista useammalla kuin joka kymmenennellä oli monia lapsen tai vanhemmuuteen liittyviä huolia. Huolten kasaantumisen todennäköisyyttä lisäsi perheen alhainen sosioekonominen asema, pärjäämättömyys vanhempana, äkilliset elämänmuutokset ja korkea stressitaso, alkoholin käyttö, toimimaton sosiaalinen tukiverkosto sekä omassa lapsuusajan perheessä esiintyneet vaikeudet. Sen sijaan toimiva parisuhde ja hyvä terveys suojasivat huolten kasaantumiselta ja antoivat voimavaroja.

Avunsaanti

Äitiys- ja lastenneuvoloissa, päivähoidossa, esiopetuksessa, koulussa ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa tunnistettiin hyvin lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyviä huolia, ja suurin osa vanhemmista koki saavansa niihin riittävästi apua. Avun ja tuen saanti vaihtelivat jonkin verran sen mukaan, millaisesta huolesta oli kysymys. Harvemmin apua saatiin vanhemmuuteen liittyviin huoliin, erityisesti yksinäisyyteen, parisuhdeongelmiin, lähisuhdeväkivaltaan sekä päihde- ja mielenterveysongelmiin. Eniten tukea tarvitsevat lapsiperheet kokivat palveluista saamansa tuen riittämättömäksi. Keskimäärin noin kolmannes vanhemmista ei saanut apua ja tukea huoliinsa. Tulokset antavat viitteitä siitä, että joitain huolia on ehkä vaikea ottaa puheeksi tai niitä ei vielä tunnisteta palveluissa riittävästi.

Jotkut eivät hae apua vaikka sitä tarvitsisivat. Avun saannin vaikeutta saattaa lisätä muun muassa palveluihin hakeutumattomuus, ehkäisevien palvelujen vähäiset resurssit, varhaiseen tunnistamiseen ja huolten puheeksiottamiseen liittyvät viiveet sekä arkea ja yhteisöllisyyttä tukevan toiminnan vähäisyys. Suuri osa vanhemmista ei hakenut apua siksi, koska he saivat apua lähipiiristä tai ystäviltä tai he katsoivat asian olevan perheensisäinen. Osa vanhemmista taas ei uskonut saavansa apua palveluista. Päihdepalveluita käyttäneillä vanhemmilla tuli esille se, että apua ei saatu edes pyy-

dettäessä. Esimerkiksi päihteitä käyttävä nainen saattoi päästä avun piiriin vasta tullessaan raskaaksi.

Päihdepalveluissa lapsista ja perheestä kysyminen onkin ensisijainen lähtökohta, jotta päihdeongelmista kärsivät pienten lasten vanhemmat voivat saada tarvitsemaansa apua. Monissa päihdehuollon toimipaikoissa asiakkaiden lapsista kysyttiin kuitenkin harvoin, ja erityisesti miesasiakkaiden kohdalla lapsista kysyminen saatettiin ohittaa täysin. Päihdepalveluihin hakeutuvan aikuisen alaikäisten lasten tuen tarpeet tulisi selvittää, mutta todellisuudessa vanhempien kykyä huolehtia lapsista ei aina ole otettu huomioon. Pienten lasten vanhemmilla päihdeongelmaan avun hakemisen kynnyks oli usein korkea. Vanhemmat olivat kokeneet peruspalvelujen ammattilaisten tiedot päihdeasioista ja -hoidosta puutteellisiksi, jolloin apua ja tukea ei aina ollut löytynyt.

Vanhempien huolet heijastuivat myös palvelujen käyttöön. Apua ja tukea etsittiin erilaisista palveluista. Vanhemmat, joilla oli keskimääräistä enemmän huolia (esimerkiksi lapsen koulussa pärjääminen, oppiminen, oma jaksaminen, vanhemmuuden taitojen riittävyys), käyttivät muita vanhempia enemmän sekä perus- että erityispalveluja. Myös yksityislääkäripalveluja käytettiin enemmän.

Vanhemmuutta vahvistavat tekijät

Perheen kokema taloudellisen toimeentulon vakaus ja yhdessä asuminen puolison kanssa vähensivät vanhempien kokemien huoltien määrää. Näissä perheissä vanhemmuuden taidot koettiin paremmiksi ja huoli omasta jaksamisesta oli vähäisempää.

Päihdepalveluita käyttäneiden vanhempien perherakenteet olivat monimuotoisia ja elämäntilanne usein monin tavoin vaikea. Taustalla oli kokemuksia vaikeuksista oman lapsuusajan perheessä, kuten omien vanhempien päihteiden käyttöä. Ihmissuhdevaikeuksia kokeneilla vanhemmilla esiintyi huolia muita vanhempia enemmän.

Toimivalla parisuhteella (molemminpuolinen kunnioitus, yhteisen ajan määrä, yhdessä tekeminen, keskustelun avoimuus, ymmärretyksi tuleminen, sukupuolielämä, työnjako kodin ja lastenhoidossa sekä yleinen yhteenkuuluvuuden tunne) oli yhteys huoltien esiintymiseen; parisuhteeseensa tyytyväisillä esiintyi sekä lapseen, että vanhemmuuteen liittyviä huolia huomattavasti vähemmän kuin parisuhteeseensa tyytymättömillä.

Myös hyvä terveys toimi vanhemmuuden voimavaroja vahvistavana tekijänä. Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevat (80 % vanhemmista) raportoivat vähemmän huolia kuin terveytensä keskinkertaiseksi tai huonoksi kokevat.

Perheen yhteinen aika sekä yhteiset tavat ja tottumukset olivat yhteydessä huoltien vähäisempään määrään. Perheissä, joissa syötiin yhdessä, puhuttiin päivän tapahtumista, osallistuttiin kotitöihin ja tehtiin asioita yhdessä, oli vähemmän huolia kuin muissa perheissä.

Johtopäätökset

Lapsiperheiden elämän ja arjen ympäristöt ovat monimuotoistuneet viimeisten vuosikymmenten aikana. Lasten ja nuorten hyvinvointiin vaikuttavat monet tekijät. Pulmien ehkäisyssä on tärkeää paitsi vahvistaa niitä asioita, jotka suojaavat lasten ja nuorten suotuisaa kasvua ja kehitystä, mutta myös tunnistaa tuen tarpeita ajoissa ja tarttua ongelmiin silloin kun ne ovat vielä pieniä. Erityistä huomiota tulee kiinnittää vanhemmuuden vahvistamiseen, sillä vanhempana toimimiseen liittyvien vaikeuksien on

todettu olevat keskeisiä lapsen kehityksellisten ongelmien, mielenterveysongelmien, yleisen pahoinvoinnin, syrjäytymisen sekä ei toivotun käyttäytymisen riskitekijöitä. Useat arkipäiväiset ja lievätkin huolet voivat olla jopa ongelmallisempia, kuin yhden isomman vaikeuden kohtaaminen. Tämän vuoksi vanhempien lieväänkin huoleen tulisi aina suhtautua vakavasti.

Tulosten mukaan lapsiperheille huolta aiheuttavat monet hyvin erilaiset asiat. Esi-merkiksi lapsen sairaus ja oireilu, epäterveelliset elämäntavat, oppimisvaikeudet, alakuloisuus, pelot, vaikeudet kaverisuhteissa, lapsen kiusaaminen tai kiusatuksi tuleminen sekä sosiaalisen median käyttö ovat tilanteita, joissa vanhemmat olisivat tarvinneet tukea. Samoin vanhempien jaksamattomuus, parisuhdeongelmat, epävarmuus omista vanhemmuuden taidoista, taloudelliset vaikeudet, maltin menettäminen, syyllisyyden ja riittämättömyyden tunteet, perheessä esiintyvät päihde- tai mielenterveysongelmat, yksinäisyys ja väkivalta perheessä aiheuttivat usein huolta arjessa.

Vanhempien tarvitsema tuen tarve vaihtelee huolta aiheuttavan syyn sekä perheen voimavarojen ja olemassa olevan sosiaalisen tukiverkoston mukaan. Noin kymmenesosalla vanhemmista esiintyy lukuisia samanaikaisia huolenaiheita. Kyseessä ovat todennäköisesti ne perheet, jotka tarvitsisivat universaalien palvelujen lisäksi intensiivistä ja erityistä tukea.

Tulokset vahvistavat esitettyjä toimenpide-ehdotuksia joiden mukaan vanhemmuuden vahvistamiseen, pulmien varhaiseen tunnistamiseen sekä niiden kehittymisen ja kasautumisen ehkäisemiseen tarvitaan uusia keinoja. Tällainen ennakointi edellyttää sekä ehkäisevän työn vahvistamista että palveluntuottajien tavoitteellista yhteistoimintaa. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen tulisi näin ollen hyväksyä toimintoja ohjaavaksi linjaksi kaikilla kunnan toimialoilla. Ehkäisevään työhön tulee osoittaa myös riittävät resurssit, jotka mahdollistavat lasten, nuorten ja perheiden tapaamiset ja tuen tarpeiden varhaisen havaitsemisen. Lisäksi käytössä tulisi olla näyttöön perustuvia työmenetelmiä vanhemmuuden vahvistamiseksi ja pulmien varhaiseksi tunnistamiseksi.

Useimmat vanhemmat kokevat saavansa etenkin lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyviin huoliin apua hyvin. Sen sijaan huomattavasti harvemmat vanhemmat saavat tukea vanhempina toimimiseen liittyviin pulmiin. Palveluissa tulisikin entistä vahvemmin tukea lasten, nuorten ja perheiden omaehtoista hakeutumista arkea tukeviin toimintoihin ja lisätä varhaisen tuen järjestämistä peruspalveluissa ja opetuksessa. Valtaosa lapsiperheistä voi kuitenkin hyvin, ja heille riittävät tarjolla olevat palvelut. Perheet, joilla on voimavaroja kuormittavia tekijöitä ja joiden sosiaalinen asema on alhaisempi, kokevat palvelujen saamisen vaikeampana. Tyytymättömyys julkisiin palveluihin voi johtaa siihen, että lapsiperheet hakeutuvat yksityisiin palveluihin tai jäävät palvelujen ulkopuolelle.

Palvelujen vastaavuutta lasten, nuorten ja perheiden terveyteen ja hyvinvointiin ja palvelutarpeisiin on myös tarpeen seurata. Tarvitaan säännöllistä tiedon tuottamista eri-ikäisten lasten, nuorten ja perheiden tuen tarpeista ja palveluista eri tasoilla tapahtuvan päätöksenteon tueksi.

Katsaukseen sisältyvät artikkelit:

- Halme N & Perälä M-L. 2014. Lapsiperheiden huolet ja avunsaanti. Teoksessa Lammi-Taskula J & Karvonen S (toim) 2014. Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Käsikirjoitus.
- Kanste O, Halme N & Perälä M-L. 2013a. Miten yhteistyö toimii lasten ja perheiden palveluissa kunnissa? Yhteistyön toimivuus ja siihen yhteydessä olevat tekijät vanhempien ja työntekijöiden näkökulmista. Kunnallistieteellinen Aikakauskirja 1: 10–32.
- Kanste O, Halme N, Rintanen H & Perälä M-L. 2013b. Vanhemmuuteen liittyvillä huolilla ja terveyskeskuspalvelujen saatavuudella yhteys lasten yksityislääkäripalvelujen käyttöön. Hoitotiede 3: 209–221.
- Kanste O, Pitkänen T & Perälä M-L. 2013c. Lapsiperheet hukassa päihdepalveluissa. Premissi 5: 33–37.
- Kanste O & Halme N & Perälä M-L. 2014. Päihdepalveluissa toimivien näkemykset yhteistoiminnasta. Teoksessa Perälä M-L, Halme N, Kanste O & Nykänen S.(toim.) 2014. Yhteistoimintaan päihdepalveluissa. Ammattilaisten ja pienten lasten vanhempien näkemyksiä palvelujen tarpeesta, avun saamisesta, osallisuudesta ja yhteistyöstä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Käsikirjoitus.
- Perälä M-L, Halme N & Kanste O. 2013. Johtaminen, palvelut ja lapsiperheiden hyvinvointi. Teoksessa Reivinen J & Vähäkylä L (toim) 2013. Ketä kiinnostaa? Lasten ja nuorten hyvinvointi ja syrjäytyminen, 121–134. Suomen Akatemia, Tutkitusti-sarja.
- Perälä M-L, Salonen A, Halme N & Nykänen S. 2011. Miten lasten ja perheiden palvelut vastaavat tarpeita? Vanhempien näkökulma. Raportti 36/ 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Perälä M-L, Halme N & Kanste O.2014. Lapsiperheiden kokemus palvelujen saatavuudesta. Teoksessa Lammi-Taskula J & Karvonen S (toim) 2014. Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Käsikirjoitus.
- Perälä M-L, Halme N & Nykänen S. 2012. Lasten, nuorten ja perheiden palveluja yhteensovit-tava johtaminen. Opas 19/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Kirjoittajat

Nina Halme, TtT, erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
nina.halme@thl.fi

Marja-Leena Perälä, THT, dosentti, tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
marja-leena.perala@thl.fi

Outi Kanste, TtT, dosentti, erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
outi.kanste@thl.fi

1.5 LAPSIPERHEIDEN VANHEMPIEN HYVINVOINTI, TERVEYS, TYÖ- JA TOIMINTAKYKY 2013

Risto Kaikkonen, Jukka Murto, Oona Pentala

Johdanto

Meistä jokainen kuuluu jossain elämänsä vaiheessa perheeseen. Perhe on aina ollut monella tapaa yhteiskuntamme perusyksikkö, siihen synnyttään ja siinä pääosin kaikki myös kasvavat. Suomalaisten elinolot, perherakenteet ja perheen perustamisperusteet ovat kuitenkin muuttuneet merkittävästi viimeisen sadan vuoden aikana ja ihan viime vuosinakin. Sadan viime vuoden aikana yhteiskuntamme on muuttunut entistä hyvinvoivemmaksi ja terveyttä vaalivammaksi. Tästä esimerkkinä on suomalaisten elinajanodotteen kaksinkertaistuminen, jonka yhtenä keskeisenä kehityskulkuna on pikkulapsi-ikäisten kuolleisuuden lasku jopa maailman laajuisesti hyvin alhaiselle tasolle. Samaan aikaan hedelmällisyydessä on tapahtunut merkittävää vähenemistä, ensisynnyttäjien keski-ikä on noussut ja eronneisuus on lisääntynyt (Koskinen & Martelin 2007; Ruokolainen & Notkola 2007; Rajantie ja Perheentupa 2005).

Suomalainen hyvinvointiyhteiskunta perustuu edelleen kahden vanhemman työsäkäyntiin ja lapsiperheiden mahdollisuuksia hoitaa kotia ja työtä on tuettu monenlaisin yhteiskunnallisesti universaalein tavoin. Näitä ovat mm. vanhempainavustukset, lapsilisät, subjektiivinen päivähoito-oikeus ja kotihoidontuki. Erilaisista tulonsiirroista huolimatta, lapsiperheiden pienituloisuus on kuitenkin lisääntynyt ja erityisen haavoittuvassa asemassa ovat yksinhuoltajat ja vähintään kolmen lapsen perheet (Tilastokeskus, Tulonjakotilaston aikasarja 2005; Sauli 2007). Sosioekonomisen aseman on todettu olevan yhteydessä terveystottumuksiin ja elintapoihin, jolloin lapsiperheiden heikompi sosioekonominen asema saattaa vaikuttaa tulevaisuudessa lapsen tai nuoren valintoihin, sillä perheen vanhempien esimerkki on niissä usein keskeinen ohjaava tekijä.

Naiset elävät miehiä pidempään ja ovat pääasiassa monilta terveystottumuksiltaan miehiä terveempiä. Iän myötä monet sairaudet lisääntyvät ja vastaavasti siviilisäädyltä ja asumismuodolla on merkittävä yhteys, etenkin miehillä, terveyteen ja kuolleisuuteen (Joutseniemi ym. 2007; Joutsenniemi 2012; Koskinen ym. 2008). Sosioekonominen asema on selkeästi yhteydessä terveyteen ja hyvinvointiin sekä niihin keskeisesti yhteydessä oleviin tekijöihin (Palosuo ym. 2007). Siviilisäädyn, perhetyypin ja asumismuodon kohdalla voidaan puhua valikoitumisesta. Henkilön terveys voi olla esteenä pariutumismelle ja lapsen saannille ja tällöin voidaan puhua suorasta valikoitumisesta. Vastaavasti epäsuorasta valikoitumisesta puhutaan silloin kun erilaiset sosiaaliset tekijät (kuten sosioekonominen asema) tai elintapoihin liittyvät seikat (kuten alkoholin suurkulutus) tai nämä yhdessä voivat johtaa esteisiin pariutumisessa ja lisääntymisessä (mm. Laaksonen & Silventoinen 2011). Tästä samasta syystä on tarkasteluissa huomioitava koko väestön ja sen osaryhmien tilanteen erilaisuus. Näin voidaan tunnistaa ne ongelmakohdat ja kohderyhmät, joihin voimavaroja tulisi eniten kohdentaa. Universaalien palveluiden peruseriaatteena on toimia asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden mukaisesti.

Suomalaisen väestön terveyttä, hyvinvointia ja palveluntarvetta on tutkittu erittäin laajasti (mm. Finriski-tutkimukset, Terveys 2000 ja Terveys 2011, Aikuisväestön terveyskäyttäytymistutkimus, Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus). Lapsiperheiden hyvinvointia ja siinä tapahtuneita muutoksia on tutkittu laajasti, mutta tällöin on keskitytty pääasiassa lapsiperheitä koskeviin tarkasteluihin, jolloin tietoja ei ole voitu verrata koko väestöön tai ei perheelliseen väestöön (mm. Lapsiperheiden hyvinvointi ja palvelut -tutkimus). Tarkasteluissa on usein myös jätetty huomioimatta lapsiperheeseen kuulumisen lisäksi siviilisäädyn yhteys tarkasteltaviin ilmiöihin (mm. Kaikkonen ym. 2012).

Tässä artikkelissa tarkastellaan muutamilla keskeisillä osoittimilla suomalaisten lapsiperheiden vanhempien elinoloja, hyvinvointia, terveyttä, keskeisiä elintapoja ja riskitekijöitä sekä työ- ja toimintakykyä. Tietoja verrataan, silloin kun mahdollista, koko väestön tilanteeseen, jaetaan vastaajat perhetyypin mukaan ja tarkastellaan lasten lukumäärän yhteyttä tarkasteltaviin ilmiöihin. Tarkastelussa käytetään Terveys ja hyvinvoinnin laitoksen Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) koko väestöä edustavaa otosta vuoden 2013 keväältä. Otokseen poimittiin vähintään 20 vuotta täyttäneitä suomalaisia yhteensä 38 000 ja osallistumisaktiivisuus oli 54 %. Tätä artikkelia varten tutkimusaineisto rajattiin 20–54-vuotiaisiin. Aineiston, kysymysten ja analyyseissä käytettyjen osoittimien tarkemmat kuvaukset ja tulokset koko väestöstä ja sen osaryhmistä alueen, sukupuolen, iän ja koulutuksen mukaan löytyvät ATH-tutkimuksen verkkosivuilta osoitteesta www.thl.fi/ath.

Vastaajat jaettiin perhetyyppeihin vastaajan siviilisäädyn ja kotitaloudessa asuvien muiden henkilöiden iän perusteella (lapsiksi laskettiin 0–17-vuotiaat) seuraavasti:

- a) avio- tai avoliitossa asuviin perheisiin, joilla oli lapsia,
- b) avio- tai avoliitossa asuviin pariskuntiin, joilla ei lapsia
- c) yksinhuoltajiin,
- d) eronneisiin tai leskiin, joilla lapsia,
- e) eronneisiin tai leskiin, joilla ei lapsia
- f) naimattomiin ja
- g) muihin.

Muuhun ryhmään kuuluvat (siviilisäätö ja/tai lasten määrä määrittelemätön) jätettiin pois raportoinnista. Eronneita tai leskiä, joilla oli lapsia ei haluttu yhdistää yksinhuoltajien ryhmään, koska tätä ryhmää haluttiin tarkastella myös erikseen ja verrata lapsettomiin eronneisiin ja leskiin. Lisäksi vastaajat jaettiin erilliseen tarkasteluun sen mukaan kuinka monta lasta heillä on. Tässä artikkelissa esitetyt tulokset perustuvat tutkimukseen osallistuneiden 20–54-vuotiaiden (yhteensä 8531 vastaajaa) tietoihin. Katoa korjattiin muodostamalla painokertoimet (IPW menetelmä; analyysimenetelmistä tarkemmin http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/ath/mukaan/tutkijat), jossa huomioitiin alkuperäisen poimintatodennäköisyyden lisäksi ikä, sukupuoli, siviilisäätö ja koulutus. Vakiointiaineistona käytettiin koko väestöä edustavaa ATH-aineistoa samalta ajankohdalta. Näin tulokset edustavat suomalaista väestöä ja sen osaryhmiä. Tulokset on koottu taulukkoon 1.

Taulukko 1. Siviilisäädyn ja perheen yhteys hyvinvointiin, terveyteen, työ- ja toimintakykyyn sekä niiden riskitekijöihin.

| | Väestö | Avio- tai avoliitossa ja lapsia | Avio- tai avoliitossa, ei lapsia | Yksinhuoltaja tai naimaton, lapsia | Eronnut tai leski, lapsia | Eronnut tai leski, ei lapsia | Muu | Naimaton, ei lapsia | Lasten määrä: ei lapsia | Lasten määrä: 1-2 lasta | Lasten määrä: 3 lasta tai enemmän |
|--|----------------|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------|------------------------------|-----|---------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| Osoitin | | | | | | | | | | | |
| <i>Elinolot ja hyvinvointi</i> | | | | | | | | | | | |
| Kotitalouden menojen kattaminen tuloilla hankalaa (%) | 36 | 33 | 28 | 57 | 52 | 53 | 65 | 41 | 32 | 38 | 47 |
| Joutunut tinkimään ruuasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä rahan puutteen vuoksi (%) | 26 | 22 | 23 | 45 | 34 | 43 | 49 | 30 | 25 | 27 | 32 |
| Elämänlaatunsa (WHOQOL-8) keskimäärin hyväksi tuntevien osuus (%) | 54 | 61 | 57 | 44 | 44 | 42 | 43 | 42 | 53 | 55 | 55 |
| Itsensä suurimman osan aikaa 4 viime viikon aikana onnelliseksi kokeneiden osuus (%) | 49 | 57 | 54 | 40 | 42 | 43 | 48 | 32 | 48 | 50 | 51 |
| <i>Terveys, elintavat, riskitekijät ja väkivaltakokemukset</i> | | | | | | | | | | | |
| Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%) | 49 | 25 | 28 | 29 | 27 | 36 | 33 | 35 | 30 | 27 | 24 |
| Psyykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus (%) | 15 | 10 | 12 | 16 | 12 | 24 | 27 | 23 | 16 | 12 | 14 |
| Lihavien osuus (kehon painoindeksi BMI \geq 30 kg/m ²) (%) | 17 | 15 | 16 | 15 | 12 | 21 | 10 | 19 | 17 | 16 | 16 |
| Päivittäin tupakoivien osuus (%) | 18 | 14 | 19 | 21 | 19 | 33 | 30 | 20 | 19 | 16 | 15 |
| Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%) | 37 | 26 | 40 | 38 | 32 | 50 | 20 | 49 | 42 | 30 | 28 |
| Alkoholia humalahakuisesti käyttävien osuus (AUDIT-1k) (%) | 13 | 8 | 15 | 10 | 13 | 21 | 5 | 20 | 16 | 10 | 8 |
| Niukasti kasviksia ravinnossaan käyttävien osuus (%) | 29 | 24 | 28 | 34 | 15 | 15 | 41 | 33 | 30 | 27 | 27 |
| Vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomien osuus (%) | 18 | 18 | 17 | 17 | 18 | 21 | 24 | 20 | 18 | 19 | 18 |
| Väkivallan tai uhkailun kohteeksi joutuneiden osuus (%) | 14 | 11 | 14 | 26 | 21 | 27 | 7 | 16 | 15 | 14 | 13 |
| <i>Toiminta- ja työkyky</i> | | | | | | | | | | | |
| 100 metrin matkan juoksemisessa suuria vaikeuksia, osuus (%) | 6 | 3 | 6 | 6 | 7 | 9 | 4 | 10 | 7 | 4 | 5 |
| Työkykyisyytensä heikentyneeksi (enintään 7/10) arvioivien osuus (%) | 18 | 13 | 18 | 21 | 24 | 22 | 33 | 25 | 19 | 15 | 17 |
| Ei usko jaksavansa työskennellä eläkeikään asti (%) | 25 | 20 | 20 | 26 | 20 | 32 | 43 | 29 | 27 | 21 | 24 |
| | <i>Malli 1</i> | <i>Malli 2</i> | | | | | | <i>Malli 3</i> | | | |

Lähdeaineisto: ATH-tutkimus, 2013, N=8531.

Malli 1: sukupuoli ja ikä otettu analyysissä huomioon (mallivakioitu).

Malli 2: Sukupuoli, ikä ja koulutus otettu analyysissä huomioon (mallivakioitu).

Malli 3: Sukupuoli, ikä, koulutus ja siviilisäätö otettu analyysissä huomioon (mallivakioitu).

Elinolot ja hyvinvointi

Kotitalouden käytettävissä olevilla tuloilla menojensa kattamisen vähintään melko hankalaksi koki reilu kolmannes suomalaisesta 20–54-vuotiaasta väestöstä. Perhe-taustan mukaan havaittiin eroja: Kotitalouden käytettävissä olevilla tuloilla menojensa kattamisen vähintään melko hankalaksi koki joka kolmas avio- tai avoliitossa elävistä lapsiperheiden vanhemmista. Naimattomista ja lapsettomista näin koki 41 %, yksinhuoltajista jo useampi kuin joka toinen ja eronneista, joilla lapsia, joka toinen. Parhaiten käytettävissä olevilla tuloilla pärjäsivät lapsettomat avio- tai avoliitossa asuvat, heistä vain reilu neljännes koki menojen kattamisen tuloillaan hankalaksi. Kun osuuksia tarkasteltiin sen mukaan, kuinka monta lasta vastaajalla oli (siviilisääty otettu mallissa huomioon), havaittiin, että enintään kaksilapsisista perheistä 38 % koki menojen kattamisen tuloillaan hankalaksi, kun kolmilapsisissa perheissä näin koki jo liki puolet.

Köyhyys ei ole Suomesta kadonnut: jopa joka neljäs 20–54-vuotiaista suomalaisista oli joutunut tinkimään ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä 12 viime kuukauden aikana. Avio- tai avoliitossa asuvista lapsiperheistä noin viidennes oli joutunut tinkimään ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä. Lapsettomissa perheissä tilanne oli samaa tasoa, mutta yksinhuoltajilla rahan puutteen takia tinkiminen edellä luetelluista asioista oli jo kaksi kertaa yleisempää. Naimattomista ja eronneista, joilla lapsia, noin joka kolmas ja lapsettomista eronneista 43 % oli joutunut rahan puutteen takia tinkimään edellä mainituista asioista. Lasten lukumäärän mukaan tarkasteltuna havaittiin, että rahan puutteen takia ruoasta, lääkkeistä ja lääkärikäynneistä tinkiminen oli yleisempää kotitalouksissa, joissa oli vähintään kolme lasta: näitä köyhyyskokemuksia raportoi joka kolmas tämän perhetyypin vanhemmista. Enintään kahden lapsen perheiden vanhemmista ja avio- tai avoliittoon kuuluvista lapsettomista noin joka neljäs raportoi köyhyyskokemuksista.

Elämänlaatunsa (EuroHIS-8) hyväksi koki koko väestöstä useampi kuin joka toinen. Elämänlaatunsa hyväksi kokivat yleisimmin avio- tai avoliitossa asuvien lapsiperheiden vanhemmat, joista 60 prosenttia koki elämänlaatunsa hyväksi. Avio- tai avoliitossa asuvien lapsettomien parien kanssa ei havaittu merkitsevää eroa. Kuitenkin eroja muihin perhetyyppeihin havaittiin: Elämänlaatunsa hyväksi koki naimattomista 42 %, yksinhuoltajista 44 %, eronneista tai leskistä, joilla lapsia, 41 %, lapsettomista eronneista tai leskistä 41 % ja muista 43 %. Lasten lukumäärällä (siviilisääty vakioitu) ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä elämänlaatuun. Onnelliseksi itsensä suurimman osan aikaa 4 viime viikon aikana ilmoitti kokeneensa noin joka toinen 20–54 -vuotiaista suomalaisista. Onnellisuuden kokeminen oli perhetyypeistä yleisintä avio- tai avoliitossa elävillä: Avio- tai avoliitossa elävistä lapsettomista ja lapsiperheiden vanhemmista useampi kuin joka toinen koki itsensä onnelliseksi. Sen sijaan naimattomista vain noin kolmannes koki itsensä onnelliseksi, yksinhuoltajista 41 %, eronneista tai leskistä, joilla lapsia 43 %, lapsettomista eronneista tai leskistä 41 % ja muista 48 %. Lasten lukumäärä ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä onnellisuuden kokemiseen, kun siviilisääty otettiin huomioon.

Terveys, elintavat, riskitekijät ja väkivaltakokemukset

Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokee suomalaisista 20–54-vuotiaista lähes kolmannes. Naimattomista ja lapsettomista terveytensä enintään keskitasoiseksi kokee useampi kuin joka kolmas (35 %), avio- tai avoliitossa asuvista lapsiperheiden vanhemmista joka neljäs ja lapsettomista pariskunnista lähes joka kolmas. Yksinhuoltajista sekä eronneista ja leskistä terveytensä enintään keskitasoiseksi kokee noin joka kolmas. Parhaimmaksi terveytensä kokivat avio- tai avoliitossa elävät lapsiperheiden vanhemmat: Lapsettomista avio- tai avoliitossa elävistä 30 %, 1–2 lapsen vanhemmista 27 % ja vähintään kolmen lapsen vanhemmista 25 % koki terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi.

Merkittävästi psyykkisesti kuormittuneiksi (MHI-5) itsensä koki suomalaisista 15 prosenttia. Avio- tai avoliitossa asuvista lapsiperheiden vanhemmista ja lapsettomista avio- tai avoliitossa elävistä noin joka kymmenes koki itsensä merkittävästi psyykkisesti kuormittuneeksi. Yksinhuoltajista kuormittuneeksi itsensä koki useampi kuin joka kuudes, lapsettomista eronneista tai leskistä ja naimattomista noin neljännes. Ero naimattomien ja avio- tai avoliitossa asuvien lapsiperheiden vanhempien välillä oli yli kaksinkertainen. Kun tilannetta tarkasteltiin lasten lukumäärän perusteella (siviilisääty huomioitu mallissa), havaittiin, että lapsettomista 16 prosenttia koki itsensä psyykkisesti kuormittuneeksi, kun vastaava luku 1–2 lapsen vanhemmilla oli 12 prosenttia ja vähintään kolmen lapsen vanhemmilla 14 prosenttia.

Lihavuus on keskeinen riskitekijä monille terveyttä haittaaville sairauksille. Ylipainoisten ja lihaviin vanhempien lapset ovat useammin ylipainoisia tai lihavia kuin normaalipainoisten vanhempien lapset. Suomalaisista 20–54-vuotiaista yhteensä 17 prosenttia oli lihavia. Avio- tai avoliitossa asuvista lapsiperheiden vanhemmista lihavia (BMI vähintään 30) oli 15 prosenttia ja lapsettomista pariskunnista 16 prosenttia. Yksinhuoltajista lihavia oli 15 prosenttia ja eronneista tai leskistä, joilla lapsia lihaviin osuus oli 11 prosenttia. Lapsettomista eronneista tai leskistä joka viides ja naimattomista liki joka viides oli lihava. Kun tarkasteltiin lasten lukumäärää (siviilisääty vakioitu), ei lapsettomien ja vähintään yhden lapsen vanhempien välillä havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa.

Suomalaisten tupakointi on vähentynyt (Helldan ym. 2013; ATH 2010, 2012, 2013). Päivittäin 20–54-vuotiaasta suomalaisväestöstä tupakoi liki viidennes. Tupakointi vaihtelee selvästi perhetyypin mukaan. Avio- tai avoliitossa asuvista lapsiperheiden vanhemmista päivittäin tupakoi noin joka seitsemäs, kun naimattomista joka viides ja lapsettomista eronneista tai leskistä peräti joka kolmas. Avo- tai avoliitossa elävistä lapsettomista tupakoi liki joka neljäs. Päivittäistä tupakointia tarkasteltiin myös lasten lukumäärän suhteen (siviilisääty vakioitu) ja havaittiin, että lapsettomilla tupakointi oli yleisintä. Lapsettomista vastaajista noin joka viides tupakoi kun henkilöistä, joilla oli lapsia (enintään kaksi lasta–vähintään kolme lasta) päivittäin tupakoi 15–16 %. Havaittu ero oli tilastollisesti merkitsevä.

Alkoholin liikakäyttö ja humalahakuinen juominen ovat verrattain yleistä suomalaisväestössä ja alkoholikuolemat ovat yleisin yksittäinen työikäisen väestön kuolinsyy. Alkoholin liikakäyttö määriteltiin niin, että käytön aiheuttamat mm. tapaturmat ja terveysriskit ovat vähintään lievästi kasvaneet (AUDIT-C). Koko 20–54-vuotiaassa suomalaisväestössä useampi kuin joka kolmas käyttää liikaa alkoholia. Yleisintä alkoholin liikakäyttö on eronneilla tai leskillä, joilla ei ollut lapsia sekä naimattomilla. Heistä jo noin joka toisen AUDIT-pistemäärä ylitti vähintään lievimmän riskirajan. Avio- tai avoliitossa asuvien lasten vanhemmilla vastaava riski oli joka neljännellä, mutta lapsettomilla avio- tai avoliitossa elävillä ja yksinhuoltajilla 39

prosentilla. Humalahakuisesti (AUDIT-1k, vähintään kuusi annosta kerrallaan vähintään viikoittain) alkoholia käytti koko väestöstä useampi kuin joka kymmenes, naimattomista sekä lapsettomista eronneista tai leskistä jo joka viides. Avio- tai avoliitossa asuvista lapsiperheiden vanhemmista humalahakuisesti alkoholia käytti 8 prosenttia, lapsettomista avio- ja avopareista sekä eronneista ja leskistä, joilla lapsia 14 prosenttia ja yksinhuoltajista joka kymmenes. Kun alkoholin liikakäyttöä tarkasteltiin lasten lukumäärän mukaan (siviilisääty vakioitu) havaittiin, että lapsettomista vastaajista 41 % ja vastaajista, joilla oli lapsia, 29 % täytti vähintään lievästi kasvaneiden alkoholihaittojen riskirajan. Humalahakuisesti juovia oli lapsettomista vastaajista (siviilisääty huomioitu) yhteensä 16 prosenttia, 1–2 lapsen vanhemmista 10 prosenttia ja vähintään kolmen lapsen vanhemmista 8 prosenttia.

Ravitsemuksen ja liikunnan merkitys terveyden ja hyvinvoinnin kannalta on merkittävä. Lisäksi vanhempien esimerkki terveystottumuksissa on keskeinen. Koko 20–54-vuotiaasta väestöstä niukasti kasviksia käytti alle kolmannes. Niukasti kasviksia ravinnossaan käytti avio- tai avoliitossa asuvista lapsiperheiden vanhemmista noin joka neljäs, lapsettomista avio- avoliitossa asuvista useampi kuin joka neljäs, sinkuista ja yksinhuoltajista jo noin joka kolmas, lapsettomista eronneista tai leskistä 40 prosenttia ja eronneista tai leskistä, joilla lapsia 15 prosenttia. Kun kasvisten käyttöä tarkasteltiin lasten lukumäärän perusteella, havaittiin, että lapsettomista lähes joka kolmas ja vähintään yhden lapsen vanhemmista yhteensä noin joka neljäs käytti viikoittain niukasti kasviksia. Ero oli tilastollisesti merkitsevä. Vapaa-ajallaan liikuntaa harrastamattomia 20–54-vuotiaita suomalaisia oli liki joka viides, mutta tilastollisesti merkitseviä eroja ei perhetyypin tai lasten lukumäärän mukaan havaittu.

Perhe- ja lähisuhde- sekä muu väkivalta tai sillä uhkailu ei kuulu sivistyneeseen yhteiskuntaan tai lapsiperheiden arkeen. Väkivallan tai uhkailun kohteeksi oli koko väestöstä joutunut 14 prosenttia. Väkivallan tai uhkailun kohteeksi oli joutunut avio- tai avoliitossa asuvista lapsiperheiden vanhemmista useampi kuin joka kymmenes, avio- tai avoliitossa ilman lapsia asuvista 14 prosenttia, yksinhuoltajista jo joka neljäs, eronneista tai leskistä, joilla lapsia joka viides ja lapsettomista eronneista tai leskistä joka neljäs. Naimattomista väkivallan ja uhkailun kohteeksi raportoi joutuneensa 16 prosenttia. Väkivaltakokemuksissa ei havaittu lasten lukumäärän suhteen (siviilisääty vakioitu) vastaajien välillä eroja

Toiminta- ja työkyky

Toimintakyvyn ulottuvuuksista etenkin liikkumiskyvyn vaikeudet aiheuttavat esteitä arkipäiväiseen selviytymiseen. Viimeisimpien tutkimusten mukaan etenkin iäkkäämpien toimintakyky on kehittynyt positiivisempaan suuntaan, mutta nuorempien työikäisten kohdalla muutosta ei ole tapahtunut viimeisen kymmenen vuoden aikana (Koskinen ym. 2012). Suuria vaikeuksia 100 metrin juoksemisessa raportoi kokevansa yhteensä 6 prosenttia koko 20–54-vuotiaasta suomalaisväestöstä. Avio- tai avoliitossa asuvista lapsiperheiden vanhemmista liikkumiskyvyn ongelmista raportoi 3 prosenttia, kun lapsettomista parisuhteessa elävistä näin raportoi kaksi kertaa suurempi osuus. Vastaava taso oli myös yksinhuoltajilla sekä eronneilla ja leskillä (6–8 %). Eniten liikkumiskyvyn vaikeuksia raportoivat naimattomat, joista jo joka kymmenellä oli suuria vaikeuksia juosta 100 metrin matkaa. Kaikista lapsettomista vastaajista suuria vaikeuksia 100 metrin juoksussa raportoi 7 prosenttia, kun vastaajista, joilla oli lapsia, vastaava luku oli 4 prosenttia. Ero oli tilastollisesti merkitsevä.

Työkykyinen väestö on elinvoimaisen yhteiskunnan ja etenkin työhön perustuvan Suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan keskiössä. Heikentyneeksi työkykynsä (työkykypistemäärä enintään 7/10) arvioi koko 20–54-vuotiaasta suomalaisväestöstä liki joka viides. Avio- tai avoliitossa asuvista lapsiperheiden vanhemmista työkykynsä heikentyneeksi arvioi 13 prosenttia, mutta lapsettomista naimattomista liki kaksinkertainen määrä, eli jo joka viides. Myös avio- tai avoliitossa asuvien lapsettomien parisuntien työkykyarvio oli tilastollisesti merkitsevästi heikompi kuin samassa tilanteessa lasten kanssa asuvien (17 %). Yksinhuoltajista joka viides ja eronneista tai leskistä useampi kuin joka viides arvioi työkykynsä heikentyneeksi. Lapsettomista vastaajista noin viidennes ja vastaajista, joilla oli lapsia 16 prosenttia arvioi työkykynsä heikentyneeksi. Työkyvyn lisäksi työssä jaksaminen eläkeikään saakka on keskeinen haaste työuria pidennettäessä ja työelämän haasteiden ja vaatimusten kasvaessa. Suomalaisista 20–54 -vuotiaista noin neljännes ei usko jaksavansa työskennellä eläkeikään saakka. Avio- tai avoliitossa asuvista lapsiperheiden vanhemmista joka viides, lapsettomista avio- ja avopareista ja yksinhuoltajista joka neljäs ja naimattomista lähes joka kolmas koki, ettei jaksais työskennellä eläkeikään saakka. Eronneista tai leskistä, joilla oli lapsia, näin koki joka viides ja lapsettomista eronneista tai leskistä jopa joka kolmas. Lapsettomista vastaajista (siviilisäätty huomioitu) yhteensä noin neljännes koki haasteista jaksamisessaan työskennellä eläkeikään asti, kun vähintään yhden lapsen vanhemmista näin koki 21–24 prosenttia.

Yhteenveto ja pohdinta

Tutkimuskirjallisuudessa on osoitettu, että siviilisäätty, perhetyyppi, asumismuoto ja lasten lukumäärä ovat yhteydessä terveyteen, hyvinvointiin ja kuolleisuuteen sekä niiden keskeisiin taustatekijöihin. Tietoa lasten lukumäärän yhteydestä hyvinvointiin ja terveyteen on kuitenkin verrattain vähän. Tätä artikkelia varten tehdyt analyysit osoittavat, että tilanne on usein parhaimmalla ja koko väestön keskitasoa selvästi paremmalla tasolla henkilöillä, jotka elävät avio- tai avoliitossa ja joilla on vähintään yksi lapsi. Avio- tai avoliitossa elävien lapsiperheiden vanhempien tilanne oli tarkasteltavien osoittimien suhteen usein parempi kuin vastaavan ryhmän lapsettomien aikuisten. Näiden tekijöiden voidaan sanoa suojaavan monelta hyvinvoinnin vajeelta ja terveyden uhkalta, mutta toisaalta valikoitumista tähän perhetyyppiin voidaan pitää joiltain osin myös selityksenä tuloksille. Suojaavana tekijänä voidaan nähdä sosiaaliset suhteet sekä avuntarve ja -saanti niin materiaalisissa kuin henkisisä asioissa. Lasten vanhempien perhetyyppien välillä oli odotusten mukaisia eroja; yksinhuoltajien tilanne oli tarkasteltujen hyvinvointia ja terveyttä kuvaavien osoittimien suhteen selvästi kahden vanhemman taloutta riskialttiimmassa asemassa ja jopa usein samalla tasolla kuin naimattomien.

Yksinhuoltajista useampi kuin joka toinen koki menojen kattamisen käytettävissä olevilla tuloilla vähintään hankalaksi, kun avio- tai avoliitossa asuvista näin koki joka kolmas. Vähintään kolmen lapsen perheiden vanhemmista menojen kattamisen käytettävissä olevilla tuloilla hankalaksi koki liki puolet. Avio- tai avoliitossa asuvista lapsiperheiden vanhemmista useampi kuin joka viides oli joutunut rahanpuutteen takia tinkimään perustarpeistaan (ruoka, lääkkeet tai lääkärikäynti). Yksinhuoltajista näin oli joutunut tekemään jopa lähes joka toinen. Vähintään kolmilapsisten perheiden vanhemmista köyhyyskokemuksia oli noin joka kolmannella.

Elämänlaatu koetaan yleisesti hyväksi ja avio- tai avoliitossa elävistä vanhemmista näin koki jopa 60 prosenttia. Tilanne oli kuitenkin selvästi heikompi yksinhuoltajilla

sekä eronneilla ja leskillä. Onnellisimmiksi itsensä kokivat avio- tai avoliitossa asuvien lasten vanhemmat. Lasten lukumäärällä ei ollut yhteyttä elämänlaatuun ja onnellisuuteen kun siviilisäätö otettiin analyysissä huomioon.

Vanhempien lihavuus oli verrattain yleistä ja noin 15 prosenttia vanhemmista oli lihavia, mutta erot perhetyyppien mukaan olivat lapsiperheiden osalta pieniä. Sitä vastoin lapsettomilla eronneilla ja naimattomilla tilanne oli noin viisi prosenttiyksikköä huonompi. Lasten lukumäärä ei kuitenkaan ollut yhteydessä lihavuuteen, kun siviilisäätö otettiin analyysissä huomioon.

Päivittäinen tupakointi vaihtelee selvästi perhetyypin mukaan ja erityisen vähäistä tupakointi oli avio- ja avoliitossa elävillä vanhemmilla. Yksinhuoltajista ja naimattomista päivittäin tupakoi joka viides ja eronneista tai leskistä liki joka neljäs. Lapsettomilla aikuisilla tupakointi oli yleisempää kuin vähintään yhden lapsen vanhemmilla, vaikka siviilisäätö huomioitiin analyysissä. Alkoholista liikaa (AUDIT-C, vähintään lievästi kasvaneet alkoholihaittojen riskit) käytti avio- tai avoliitossa elävistä lasten vanhemmista joka neljäs. Noin joka toisella naimattomalla ja lapsettomalla eronneella tai leskellä alkoholin liikakäytön riskiraja ylittyi, yksinhuoltajista riskiraja ylittyi 39 prosentilla. Vastaavat erot näkyivät myös humalahakuisessa juomisessa. Lasten lukumäärä oli positiivisesti yhteydessä humalahakuisen juomisen vähenemiseen; lapsettomilla humalahakuinen juominen oli kaksi kertaa yleisempää kuin vähintään kolmen lapsen vanhemmilla. Alkoholista yli alimman riskirajan käytti lapsettomista vastaajista 41 prosenttia ja vähintään yhden lapsen vanhemmista 29 prosenttia. Vanhempien runsas alkoholinkäyttö on riskitekijä myös lasten tasapainoiselle kasvulle ja kehitykselle. Alkoholista liikakäyttö haittaa huolenpitoa ja hoivaa sekä lapsen kiintymyssuhteiden kehitystä. Sen aiheuttama haitta voi näkyä lapsen elämässä myös roolimallina, joka tekee runsaasta alkoholinkäytöstä hyväksyttävää.

Liikunnan harrastamisessa ei havaittu eroja perhetyyppien tai lasten lukumäärän mukaan, vaan liki joka viides suomalainen ei harrasta vapaa-ajallaan liikuntaa. Ravitsemuksessa eroja kuitenkin havaittiin. Avio- tai avoliitossa asuvista vanhemmista liki joka neljäs käytti viikoittain niukasti kasviksia, kun vastaavasti yksinhuoltajista ja naimattomista jo noin joka kolmas. Kun analyysissä otettiin huomioon siviilisäätö ja tarkasteltiin lasten lukumäärän yhteyttä ravitsemukseen, havaittiin, että lapsettomista vastaajista 30 prosenttia ja vähintään yhden lapsen vanhemmista 26 prosenttia käytti niukasti kasviksia ravinnossaan.

Väkivalta- tai uhkailukokemuksia oli eniten yksinhuoltajilla, joista joka neljäs raportoi kokeneensa joko väkivaltaa tai uhkailua. Eronneista tai leskistä, joilla oli lapsia, näin raportoi joka viides. Avio- tai avoliitossa elävistä vanhemmista näin raportoi joka kymmenes. Lasten lukumäärällä ei ollut yhteyttä väkivalta- tai uhkailukokemuksiin kun siviilisäätö otettiin analyysissä huomioon.

Liikkumiskyky oli paras avio- tai avoliitossa asuvien lasten vanhemmilla ja kaksi kertaa huonompi yksinhuoltajilla sekä eronneilla ja leskillä. Eniten liikkumiskyvyn ongelmia havaittiin naimattomilla. Lapsettomien vastaajien liikkumiskyky oli liki kaksi kertaa huonompi kuin vähintään yhden lapsen vanhemmilla. Vastaava ero havaittiin myös koetussa työkyvyssä.

Heikentynyt työkyky oli avio- tai avoliitossa asuvien lasten vanhemmilla selvästi harvinaisempaa kuin yksinhuoltajilla, naimattomilla sekä eronneilla tai leskillä. Avio- tai avoliitossa asuvat lapsiperheiden vanhemmat kokivat työkykynsä myös harvemmin heikentyneeksi kuin lapsettomat avio- tai avoparit. Myös lasten lukumäärä oli positiivisesti yhteydessä työkykyyn. Lapsettomista vastaajista suurempi osuus koki työssä jaksamisessaan haasteita kuin lapsiperheiden vanhemmista. Avio- tai avoliitossa elävät vanhemmat kokivat parhaiten jaksavansa työssä eläkeikänsä saakka, mutta

huomioitavaa on, että heistäkin joka viides kuitenkin koki haasteita jaksamisessaan. Lapsettomista avio- ja avopareista ja yksinhuoltajista näin koki jo joka neljäs ja eronneista tai leskistä (ei lapsia) joka kolmas.

Yksinhuoltajilla tilanne on usein selvästi koko väestön tilannetta heikompi ja merkittävästi heikompi kuin avio- tai avoliitossa elävillä vanhemmilla. Hyvän elämän valinnat ja monet yhteiskuntapoliittiset toimenpiteet näyttävät toimivan hyvin perinteisessä kahden vanhemman perheessä. Tällöin erityisesti elinoloja koskevat asiat vaikuttavat olevan selvästi paremmalla tasolla ja varmasti selittyvät sillä, että suomalainen yhteiskunta perustuu pitkälti perheiden osalta kahden palkansaaajan malliin. Avio- tai avoliitossa elävien vanhempien tilanne oli monelta osin parempi kuin väestössä keskimäärin. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että perheellisten tilanne olisi erityisen hyvä. Esimerkiksi kolmilapsisissa perheissä taloudellinen tilanne on jo haastavampi kuin alle kolmilapsisissa.

Tulevaisuudessa tarvitaan enenevässä määrin tietoon perustuvaa päätöksentekoa ja arvioita suhteellisten lukujen lisäksi. Tällöin suhteellisia osuuksia esittävien tulosten (joita tässäkin artikkelissa on käytetty) lisäksi kerrotaan, että esimerkiksi perustarpeistaan tinkineitä (ruoka, lääkkeet tai lääkärikäynti) yksinhuoltajia (45 %) on Suomessa yhteensä noin 53 000 (Tilastokeskuksen mukaan yksinhuoltajia yhteensä 118 094). Väkivaltaa tai uhkailua yksinhuoltajista oli kokenut yhteensä 29 500 ja alkoholia liikaa käyttää 46 000. Tällöin tutkimustulosten ja riittävän kattavan seurannan avulla voidaan tietoa väestön terveydestä, hyvinvoinnista ja niihin keskeisesti yhteydessä olevista tekijöistä hyödyntää tietoperusteisen päätöksenteon pohjana. Kohdentamalla ennaltaehkäisevästi palveluja tehokkaammin niihin ryhmiin, joissa tarve on suurin, voidaan ehkäistä syrjäytymistä sekä kaventaa sosioekonomisia ja perhetyyppien välisiä hyvinvointieroja. Poliitiikkatoimien vaikuttavuuden arviointi on helpompaa ja suomalaisten lapsiperheiden sekä koko väestön terveyttä ja hyvinvointia voidaan paremmin edistää.

Lähteet

- Héllán A, Helakorpi S, Virtanen S & Uutela A. 2013. Suomalaisten terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2012. Health Behaviour and Health among the Finnish Adult Population, Spring 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 15/2013.
- Joutsenniemi K. 2012. Perhe ja siviilisäätö. Teoksessa Laaksonen M & Silventoinen K. (toim.) 2012. Sosiaalierpidemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Gaudeamus, 73–89.
- Joutsenniemi K. 2007. Living arrangements and health. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A 15/2007.
- Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S & Laatikainen T. (toim.) 2012. Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 16/2012.
- Karisto A, Takala P & Haapola I. 1998. Matkalla nykyaikaan. Elintason, elämäntavan ja sosiaalipolitiikan muutos Suomessa. WSOY.
- Koskinen S & Martelin T. 2007. Kuolleisuus. Teoksessa Koskinen S, Martelin T, Notkola I-L, Notkola V, Pitkänen K, Jalovaara M, Mäenpää E, Ruokolainen A, Ryyänen M & Söderling I (toim.) 2007. Suomen väestö. Gaudeamus, 169–238.
- Koskinen S, Joutsenniemi K, Martelin T & Martikainen P. 2008. Mortality differences according to living arrangements. *International Journal of Epidemiology* 36;1255–1264.

- Koskinen S, Lundqvist A & Ristiluoma N. (toim.) 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, raportti 68/2012.
- Laaksonen M & Silventoinen K. (toim.) 2011. Sosiaaliepideologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Gaudeamus.
- Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E & Linnanmäki E. (toim.) 2007. Terveysten eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2007:23.
- Pitkänen K & Jalovaara M. 2007. Perheet ja perheenmuodostus. Teoksessa Koskinen S, Martelin T, Notkola I-L, Notkola V, Pitkänen K, Jalovaara M, Mäenpää E, Ruokolainen A, Ryyänänen M & Söderling I (toim.) 2007. Suomen väestö. Gaudeamus, 115–168.
- Rajatie J & Perheentupa J. 2005. Lasten terveys. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J. (toim.) 2005. Suomalaisten terveys. Duodecim, 298–306.
- Ruokolainen & Notkola 2007. Hedelmällisyys. Teoksessa Koskinen S, Martelin T, Notkola I-L, Notkola V, Pitkänen K, Jalovaara M, Mäenpää E, Ruokolainen A, Ryyänänen M & Söderling I (toim.) 2007. Suomen väestö. Gaudeamus, 77–88.
- Sauli H. 2007. Lasten ja lapsiperheiden toimeentulo. Teoksessa Suomalainen lapsi 2007. Tilastokeskus, 269–286.
- Tilastokeskus, Tulonjakotilaston aikasarja 2005.

Verkkolähteet:

www.thl.fi/ath

www.terveys2011.info

www.thl.fi/finriski

www.thl.fi/avtk

www.thl.fi/lapsperhekysely

Kirjoittajat

Risto Kaikkonen, VTM, kehittämisspäälikkö, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos
risto.kaikkonen@thl.fi

Jukka Murto, VTM, tutkija, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos
jukka.murto@thl.fi

Oona Pentala, VTK, tutkimusassistentti, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos
oona.pentala@thl.fi

1.6 KORKEAKOULUOPISEKELIJOIDEN TERVEYDENTILA

Maire Kolimaa

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS 2013) toteuttama Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus tehdään neljän vuoden välein. Kohteena ovat alle 35-vuotiaat suomalaiset perustutkintoa suorittavat yliopisto-opiskelijat ja vuodesta 2008 lähtien lisäksi ammattikorkeakouluopiskelijat. Tutkimuksessa kartoitetaan laajasti opiskelijoiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveydentilaa, terveyskäyttäytymistä ja näihin liittyviä tekijöitä, kuten sosiaalisia suhteita, opiskelua ja toimeentuloa sekä terveyspalvelujen käyttöä ja mielipiteitä palvelujen laadusta. Lisäksi mukana on ollut vaihtuvia erityisteemoja: oppimisvaikeudet, sähköiset terveyspalvelut, internetin käyttö, rahapelaaminen, matkailu, kiusaamis-, vainoamis- ja väkivalta-kokemukset, opiskelu-uupumus ja -into, liikunnan kulttuuriset ja sosiaaliset merkitykset, seksuaaliterveys, astma, atooppinen ihottuma, pään ja kasvojen alueen kiputilat (narskuttelu). Monet tutkituista aiheista liittyvät opiskelijan työkykyyn eli opiskelukykyyn.

Vuoden 2012 tutkimuksen tulosten mukaan valtaosalla opiskelijoista (65 %) oli jokin lääkärin, hammaslääkärin tai psykologin toteama pysyvä, pitkäkestoinen tai usein toistuva sairaus, vika tai vamma, joka on oireillut tai vaatinut hoitoa viimeksi kuluneen vuoden aikana. Sairauksien esiintyvyys on pysynyt vuodesta toiseen hyvin samanlaisena, mutta diagnosoidun masennuksen ja ahdistuneisuushäiriön osuus on kaksinkertaistunut vuoteen 2 000 verrattuna. Vuonna 2012 yliopisto-opiskelijoista masennusta oli 7,9 prosentilla ja ahdistuneisuushäiriö 5,7 prosentilla. Opiskelijoista 84 prosenttia koki terveytensä hyväksi ja 3 prosenttia huonoksi. Jotakin tiettyä oiretta päivittäin tai lähes päivittäin oli kokenut 29 prosenttia miehistä ja 46 prosenttia naisista. Terveystilan hyväksi ja oireiden kokemisen osuudet olivat samankaltaisia kuin aiemmissa tutkimuksissa. Yleisimmät päivittäin ja viikoittain esiintyvät oireet olivat sekä miehillä että naisilla väsymys ja niskavaivat. Muita tavallisia oireita olivat iho-ongelmat, nuha/tukkoisuus, nukahtamisvaikeudet sekä ilmavaivat/turvotus. Noin joka kymmenes opiskelija kärsi päivittäin jostakin psyykkisestä oireesta (12 %), yleisoireesta (11 %) tai vatsaoireesta (10 %).

Syömishäiriöihin viittaavia oireita oli joka kymmenennellä naisella, mutta vain 2 prosentilla naisista oli todettu syömishäiriö. Psykkisiä vaikeuksia oli GHQ12-mittarin perusteella 28 prosentilla vastanneista (miehet 20 %, naiset 33 %). Yleisimpinä ongelmina oli jatkuvan ylipainon kokeminen, itsensä kokeminen onnettomaksi ja masentuneeksi, tehtäviin keskittyminen sekä valvominen huolien takia. Mielen-terveysseulan mukaan opiskelijoista noin kolmannes koki runsaasti stressiä. Psykkiset ongelmat ovat yleistyneet yliopisto-opiskelijoilla vuodesta 2 000 alkaen.

Opiskelijamiehistä kaksi viidesosaa ja naisista reilu viidennes olivat ylipainoisia. Merkittävää ylipainoa (BMI 30 kg/m² tai yli) oli miehistä 8 prosentilla ja naisista 6,5 prosentilla. Ylipainoisuus lisääntyi ikäryhmien myötä: nuorimmista miehistä ylipainoisia oli kolmannes, mutta vanhimmista jo reilu puolet. Ylipainoisuus oli ammattikorkeakouluopiskelijoilla yleisempää kuin yliopisto-opiskelijoilla. Ylipainoisuus on jatkanut yleistymistään sekä miehillä että naisilla vuodesta 2000 lähtien. Alipainoisia oli vajaa kymmenesosa naisista mutta vain 2 prosenttia miehistä. Naiset arvioivat itsensä ylipainoisiksi todellisuutta useammin, miehillä trendi oli toisin päin.

Palvelujen käytön kysymys kuvaa paitsi opiskelijaväestön tarvetta terveyspalveluihin, myös niiden saatavuutta. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön verrattuna kunnallisen opiskelu-terveydenhuollon vähäisempi palvelujen tarjonta näkyi selvästi eri

terveydenhuollon ammattilaisten palveluiden käytössä. Ammattikorkeakouluopiskelijat käyttivät opiskeluterveydenhuollon lisäksi ja sijasta terveyskeskuksen muita palveluja.

Terveyskäyttäytymisessä miesten hampaiden hoitotottumukset olivat huonompia kuin naisten ja ammattikorkeakouluissa opiskelevien huonompia kuin yliopistoissa opiskelevien. Erot näkyivät niin hampaiden harjauksessa, hammastahnan kuin -langan käytössä. Suositusten mukaisesti kahdesti päivässä harjasi neljä viidesosaa yliopistojen naisopiskelijoista, mutta vain kaksi kolmannesta yliopistojen ja reilu puolet ammattikorkeakoulujen miesopiskelijoista.

Opiskelijoista 24 prosenttia harrasti kuntoliikuntaa ainakin neljä kertaa viikossa, 36 prosenttia pari kolme kertaa viikossa ja joka kymmenes opiskelija ei lainkaan. Runsaasti liikkuvien osuus on hieman kasvanut. Koulutussektorien vertailussa ammattikorkeakouluopiskelijoiden joukossa oli hieman enemmän niitä, joiden liikuntaharrastus on hyvin vähäistä.

Ravintoasioissa terveystietoisimpia olivat yliopistojen naisopiskelijat, joista reilusti kolme neljäsosaa ajatteli ruokaa hankkiessaan usein sen terveellisyyttä. Terveellisyyden ajattelu oli yleistynyt molempien koulutussektorien naisilla ja miehillä, eniten ammattikorkeakoulujen miesopiskelijoilla, joista lähes puolet vastasi nyt ajattelevansa sitä usein.

Tupakoinnissa oli eroja koulutusasteiden, mutta ei sukupuolten välillä. Kyselyyn vastanneista yliopisto-opiskelijoista poltti päivittäin 5 prosenttia ja ammattikorkeakouluopiskelijoista 13 prosenttia. Ensin mainituista oli tupakoimattomia 83, jälkimmäisistä 75 prosenttia. Tupakoinnin oli lopettanut 13 prosenttia vastanneista. Tupakoinnin väheneminen on jatkunut suotuisasti sekä yliopisto- että ammattikorkeakouluopiskelijoilla. Miehistä nuuskaa käytti säännöllisesti 5 ja satunnaisesti 8 prosenttia.

Täysin raittiita opiskelijoista oli 8 prosenttia. Miesten itseraportoitu alkoholinkulutus oli 4,3 kg vuodessa (amk 4,5 kg/v, yo 4,1 kg/v), naisten 2,0 kg/v. Miesopiskelijoista viidennes kuului runsaasti kuluttaviin, naisopiskelijoista reilusti kymmenesosa, vähän alkoholia käyttäviä oli miehistä 24 ja naisista 41 prosenttia. Suurkuluttajia oli miehistä 3,5 ja naisista 1,3 prosenttia. Alkoholia käyttäessään vajaa kolmannes yliopistoissa ja yli kaksi viidesosaa ammattikorkeakouluissa opiskelevista käytti sitä humalahakuisesti (miehet vähintään 7 ja naiset 5 annosta kerralla). Kertakulutuksena 10 annosta tai yli oli myös melko tavallista erityisesti ammattikorkeakoulujen miesopiskelijoilla (AMK 22 %, yliopisto 13 %). AUDIT-pistein arvioituna noin puolet miehistä ja 78 % naisista sijoittui turvallisen (0–7 p) alkoholinkäytön alueelle, mutta 28 % miehistä ja 13 % naisista sai 11 pistettä tai enemmän. Sekä itse arvioidun alkoholinkäytön että AUDIT-pisteiden perusteella arvioiden alkoholinkäyttö on vähentynyt neljän vuoden takaiseen tilanteeseen verrattuna. Erityisesti miehet näyttäisivät vähentäneen alkoholinkäyttöään.

Päihteidenkäytön itsearvioinnissa tupakkatuotteiden käytön kokeminen liialliseksi myötäili päivittäin tupakoivien osuuksia. Sen sijaan alkoholinkäyttönsä aivan liian suureksi arvioi vain 1,5 prosenttia miehistä ja 0,5 prosenttia naisista. Hieman liian suurena sitä piti viidennes miehistä ja reilut kymmenesosa naisista.

Opiskelijoista 19 % on kokeillut tai käyttänyt jotakin huumetta, lääkkeitä tai alkoholia + lääkkeitä yhdessä päihtymistarkoituksessa (miehet 24 %, naiset 17 %). Pääasiallinen huume oli kannabis, mutta kaikkia kysymyksessä esitettyjä huumeita raportoitiin. Huumeiden käyttö ja kokeilu on yleistynyt yliopisto-opiskelijoilla vuodesta 2 000 vuoteen 2 008 asti, josta lähtien kehitys on taittunut.

Opiskelijoista 60 prosenttia vastasi pelanneensa jotakin rahapeliä viimeisen 12 kuukauden aikana, miehet naisia yleisemmin. Rahapelaamisen oli kokenut ongelmak-

si viimeisen vuoden aikana ainakin joskus miehistä 7 ja naisista 2 prosenttia. Internetissä käytetyn ajan koettiin haittaavan opiskelua yleisemmin kuin neljä vuotta sitten. Miehistä 28 ja naisista 22 prosenttia vastasi tätä koskevaan kysymykseen kyllä, kun edellisessä tutkimuksessa vastaavat osuudet olivat 19 ja 14 prosenttia. Lähes viidesosa raportoi netissä vietetyn ajan aiheuttavan ongelmia vuorokausirytmässä,

Ammattikorkeakoulu-opiskelijoista runsas neljännes oli suorittanut ammatillisen tutkinnon ja toista ammattikorkeakoulututkintoa oli opiskelemaan 6 prosenttia vastanneista. Yliopistollisia tutkintoja oli taustallaan 2 prosentilla. Yliopisto-opiskelijoista puolestaan lähes viidenneksellä oli kandidaatin ja maisterin tutkinto 6 prosentilla. Alempi ammattikorkeakoulututkinto oli 8 prosentilla.

Opiskelualansa koki oikeaksi 69 prosenttia opiskelijoista ja vääräksi 8 prosenttia. Yliopisto-opiskelijat kokivat enemmän pettymyksiä opiskelumenestyksestään kuin ammattikorkeakouluissa opiskelevat. Opiskelumenestys omiin tavoitteisiin verrattuna oli odotettua huonompaa 26 prosentilla yliopistoissa, mutta vain 17 prosentilla ammattikorkeakouluissa opiskelevista, molemmissa miehillä yleisemmin kuin naisilla. Tilanne opintoihin saatavassa ohjauksessa on kohentunut yliopisto-opiskelijoilla aikaisempiin vuosiin verrattuna. Vuonna 2012 opiskelijoista lähes kolmannes piti saamaansa ohjausta hyvänä tai erittäin hyvänä, kun aiemmin osuus vaihteli 21 ja 23 prosentin välillä. Täysin riittämättömäksi ohjauksen arvioivien osuus oli nyt pienimmillään (11 %).

Naiset kokivat enemmän opiskelu-uupumusta kuin miehet. Opiskeluasioiden muurtaminen oli tavallista, viidennes opiskelijoista murehti opiskeluasioitaan paljon vapaa-aikanaan. Vastaajista 14 prosenttia koki hukkuvansa opintoihin liittyvään työmäärään. Yleisintä tämä oli naisilla ja heistä erityisesti ammattikorkeakouluissa opiskelevilla (18 %) ja harvinaisinta yliopistoissa opiskelevilla miehillä (9 %). Opiskeluinto-mittarissa kysyttiin, onko opiskelu vastaajalle hyvin merkityksellistä. Samaa mieltä väittämästä oli reilut kaksi viidennestä opiskelijoista ja selkeästi innostuneisuutta koki lähes kolmasosa. Neljännes opiskelijoista inspiroitui opiskelusta, mutta energisyyttä opiskelussa koki vain joka kymmenes.

Opiskelijoista viidellä prosentilla oli todettu oppimisvaikeus tai oppimiseen vaikuttava sairaus tai vamma. Ammattikorkeakouluissa opiskelevilla naisilla oppimisvaikeuksia oli todettu useammin kuin muilla (7,3 %). Tavallisimmin oli kyse lukivaikeudesta (73 %). Vastanneista puolet ei ollut saanut sen vuoksi erityisjärjestelyjä ylioppilaskirjoituksissa.

Vastaajista lähes puolet oli kokenut kiusaamista kouluaikanaan. Viidesosaa vastaajista oli kiusattu useiden vuosien ajan. Korkeakouluopintojen aikana muiden opiskelijoiden kiusaamisen kohteena koki olleensa 5 ja henkilökunnan kiusaamisen kohteena 6,5 prosenttia opiskelijoista. Fyysisen väkivallan kohteeksi oli elämänsä aikana joutunut kaksi viidesosaa miehistä ja lähes neljännes naisista, väkivallalla uhkaamisen kohteeksi kaksi viidesosaa opiskelijoista miehistä ja reilut neljännes naisista. Seksuaalista väkivaltaa oli kokenut joka kymmenes nainen ja prosentti miehistä. Miehistä viidenneksellä oli väkivaltakokemuksia lapsuudessa, kahdella viidesosalla nuoruudessa ja reilulla viidenneksellä nuorena aikuisena. Vastaavat osuudet naisilla olivat 18, 28 ja 17 prosenttia.

Nuorten mielenterveyshäiriöiden yleisyys

Päihde- ja mielenterveyspalvelut kuuluvat opiskelijoille osana opiskeluterveydenhuoltoa. Myös päihde- ja mielentervehäiriöiden ehkäisy ja hoito ovat osa terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen kokonaisuutta.

Noin 20–25 prosentilla nuorista on jokin mielenterveyden häiriö. Nuoruudessa mielenterveyden häiriöt yleistyvät ja ovat lapsuuteen verrattuna noin kaksi kertaa yleisempiä. Erityisesti lisääntyvät ahdistuneisuushäiriöt (kaksinkertaistuivat), mielialahäiriöt (kaksi- kolminkertaistuivat) sekä päihdehäiriöt. Keskimäärin puolet elämänaikaisista mielenterveyden häiriöistä puhkeaa keskinuoruuteen mennessä ja kolme neljästä ennen 25 vuoden ikää. Mielenterveys- ja päihdehäiriöt aiheuttavat pääosan (60–70 %) nuorten ja nuorten aikuisten terveyshaitasta. Nuorten mielenterveys-työ toteutetaan ensisijaisesti peruspalveluissa. Arvioidaan, että joka toinen mielenterveyden häiriötä potevista nuorista tarvitsee nuorisopsykiatrista tutkimusta. Heistä noin puolet (5 % nuorista) tarvitsee vuositasolla erikoistason nuorisopsykiatrista hoitoa.

Sosiaali- ja terveysministeriön teettämässä opiskeluterveydenhuollon selvityksessä (STM 2012) vastaajat nostivat opiskelijoiden päihde- ja mielenterveyspalvelut esille haasteena ja kaipasivat tukea toiminnan kehittämiseen. Vastaajat eivät eritelleet, mitkä seikat päihde- ja mielenterveyspotilaiden hoidossa vaativat tukea, vaan vastaukset näyttäytyivät jäsentymättömänä laajana ongelma-alueena. Haastateltavat kertoivat, että mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarve opiskeluterveydenhuollossa on kasvanut, eikä resursointi ole tarpeiden mukainen. Myös yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa todettiin olevan kehittämisen tarvetta. Tiedonkulkua nivelvaiheissa, joissa potilaan hoito siirtyy perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoitoon ja takaisin perusterveydenhuoltoon, olisi haastateltavien mukaan parannettava.

Lähteet

- STM. Opiskeluterveydenhuollon selvitys. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön Raportteja ja muistioita 18.
- YTHS. 2013. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2012. Kunttu K, Pesonen T. Yliopilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 47.

Kirjoittaja:

Maire Kolimaa, TtM, neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö
maire.kolimaa@stm.fi

2 LASTEN, NUORTEN JA PERHEIDEN EHKÄISEVIEN PALVELUJEN TILANNE

2.1 ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLAN SEKÄ KOULU-TERVEYDENHUOLLON PALVELUT VAHVISTUNEET

Tuovi Hakulinen-Viitanen, Marke Hietanen-Peltola, Aini Bloigu & Marjaana Pelkonen

Johdanto

Äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa sekä kouluterveydenhuoltoa koskevat lainsäädäntöuudistukset (terveydenhuoltolaki 1326/2010 ja asetus 338/2011) ovat käynnistäneet innokkaan kehittämistyön terveyskeskuksissa ja johtaneet näiden palvelujen vahvistumiseen eri puolilla maata. Kehityskulkua on edesauttanut korotettujen valtionosuuksien osoittaminen henkilöstövoimavaroihin palvelujen korjaamiseksi. Merkittävä rooli myönteisessä kehityksessä on ollut aluehallintovirastojen ja Valviran toteuttamalla systemaattisella valvontaohjelman (Valvira 2012) mukaisella valvonnalla.

Tässä luvussa esitettävät tulokset pohjautuvat THL:n äitiys- ja lastenneuvolan sekä kouluterveydenhuollon valtakunnalliseen selvitykseen 2012. Tuloksista julkaistaan raportti vuoden 2014 alussa (Hakulinen-Viitanen ym. 2014). Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan sekä kouluterveydenhuollon osastonhoitajat ja vastuulääkärit vastasivat kyselyyn siten, että kustakin terveyskeskuksesta saatiin yksi vastaus. Vastaukset saatiin 150 terveyskeskuksesta ja vastausprosentti oli 94.

Valtakunnallinen ohjaus

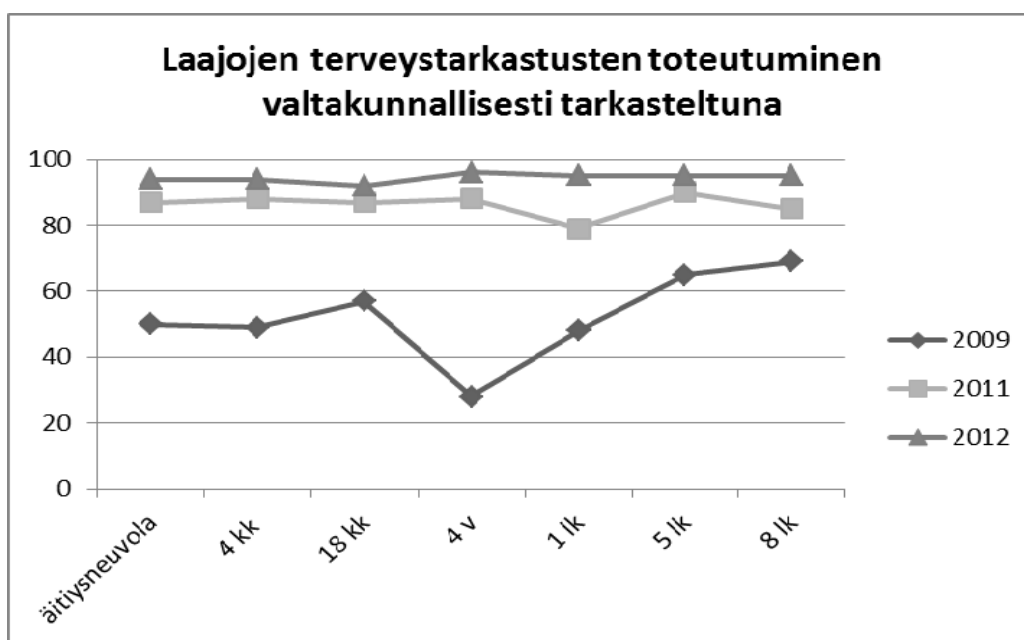
Asetuksen voimaantulo vuonna 2009 herätti kysymyksiä työn käytännön toteutuksesta ja oikeasta työotteesta työn sisällön muuttuessa perhekeskeisempään suuntaan. Asetuksen toimeenpanoa tukemaan julkaistiin soveltamisohjeet (STM 2009) ja erillinen ohjeistus laajojen terveystarkastusten toteuttamisesta (Hakulinen-Viitanen ym. 2012). Terveystarkastuksissa tehtävien tutkimusten yhdenmukaista suorittamista ja tulkintaa tukemaan koottiin menetelmäkäsikirja (Mäki ym. 2011). Äitiysneuvolan kansalliset suositukset uudistettiin syksyllä 2013 (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013). Ehkäiseviä palvelujen kehittämistä on ohjattu myös Kaste-ohjelman tuella.

Ohjausta on toteutettu myös Kasvun Kumppanit (www.thl.fi/kasvunkumppanit) ja Sähköinen Lastenneuvolakäsikirja (www.thl.fi/lastenneuvolakasikirja) -sivustojen kautta. Valtakunnalliset seminaarit kuten Neuvolapäivät ja Kouluterveyspäivät ovat tarjonneet vuosittaisen foorumin ohjaukselle. Niiden lisäksi seminaareja ja koulutuksia on pidetty eri puolella Suomea yhdessä aluehallintovirastojen kanssa. Kouluterveydenhuollon laajojen terveystarkastusten tueksi on kehitetty valtakunnallisia oppilaiden ja vanhempien esitietolomakkeita ja lomake opettajayhteistyöhön.

Terveystarkastusten toteutuminen

Äitiys- ja lastenneuvolan sekä kouluterveydenhuollon määräaikaisten terveystarkastukset toteutuvat terveyskeskuksissa aiempaa huomattavasti paremmin. Vuonna 2012 terveydenhoitajan terveystarkastukset toteutuivat suositusten mukaisesti 72–100 %:ssa terveyskeskuksia. Kaikki terveyskeskukset järjestivät asetuksen (338/2011) mukaisesti vähintään 15 terveystarkastusta alle kouluikäisille lapsille ja 96 prosenttia jokaisella vuosiluokalla kouluterveydenhuollon terveystarkastuksen. Ensisynnyttäjien raskauden ajan terveystarkastukset toteutuivat 72 %:ssa terveyskeskuksia (Hakulinen-Viitanen ym. 2014) verrattaessa toteutumista suosituksiin, joiden mukaan ensisynnyttäjille tulisi olla vähintään 13 terveystarkastusta (Viisainen 1999).

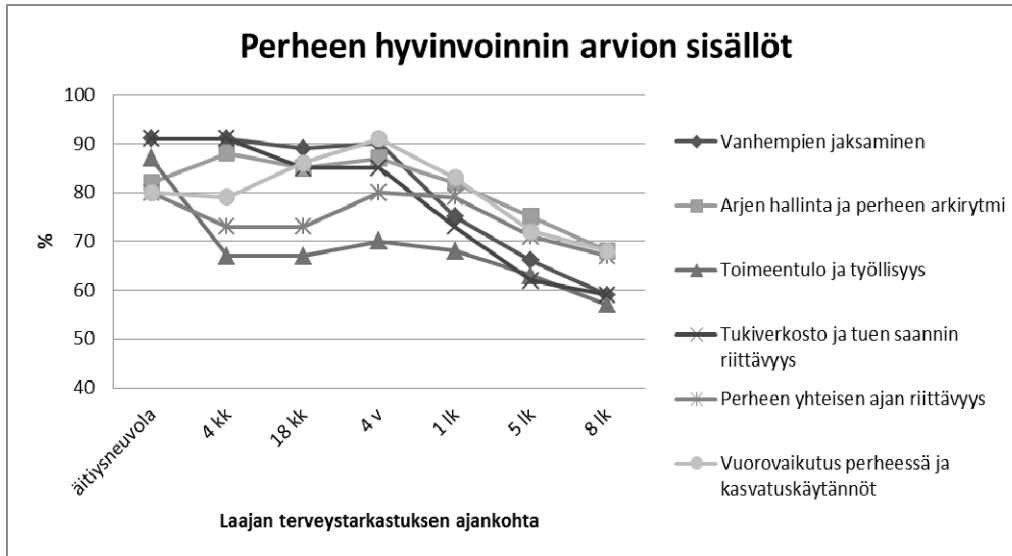
Laajoissa terveystarkastuksissa tehdään hyvinvointiarvio lapsen ja koko perheen tilanteesta. Mukana tarkastuksessa on ainakin toinen vanhemmista, myös kouluterveydenhuollossa. Tarkastuksen tekemiseen osallistuu terveydenhoitajan lisäksi aina myös lääkäri. Laajoja terveystarkastuksia on äitiysneuvolassa yksi, lastenneuvolassa kolme (4 kk:n, 18 kk:n ja 4v:n iässä) ja kouluterveydenhuollossa kolme (luokilla 1, 5 ja 8). Vuonna 2012 laajat terveystarkastukset toteutuivat 92–96 %:ssa terveyskeskuksia tarkastuksesta riippuen (kuvio 1).



Kuvio 1. Laajojen terveystarkastusten toteutuminen valtakunnallisesti tarkasteltuna vuosina 2009 (Ståhl & Saaristo 2011), 2011 (Wiss ym. 2012) ja 2012 (Hakulinen-Viitanen ym. 2014). Terveyskeskusten osuudet (%).

Perheen ja vanhempien tilanteen selvittely laajoissa terveystarkastuksissa

Laajojen terveystarkastusten perheen hyvinvointiin liittyvät keskeiset sisällöt ovat monipuolisia ja monet niistä kuvaavat kehitysympäristön hyvinvointia. Kuvioon 2 on koottu seuraavien sisältöjen toteutuminen laajoissa terveystarkastuksissa: vanhempien jaksaminen, arjen hallinta ja perheen arkiryhti, toimeentulo ja työllisyys, tukiverkosto ja tuensaannin riittävyys, perheiden yhteisen ajan riittävyys sekä vuorovaikutus perheessä ja kasvatuskäytännöt.



Kuvio 2. Laajojen terveystarkastusten keskeisten sisältöjen toteutuminen asetuksen mukaisina ajankohtina äitiys- ja lastenneuvolassa sekä kouluterveydenhuollossa. Terveyskeskusten (N=150) osuudet (%). (Hakulinen-Viitanen ym. 2014.)

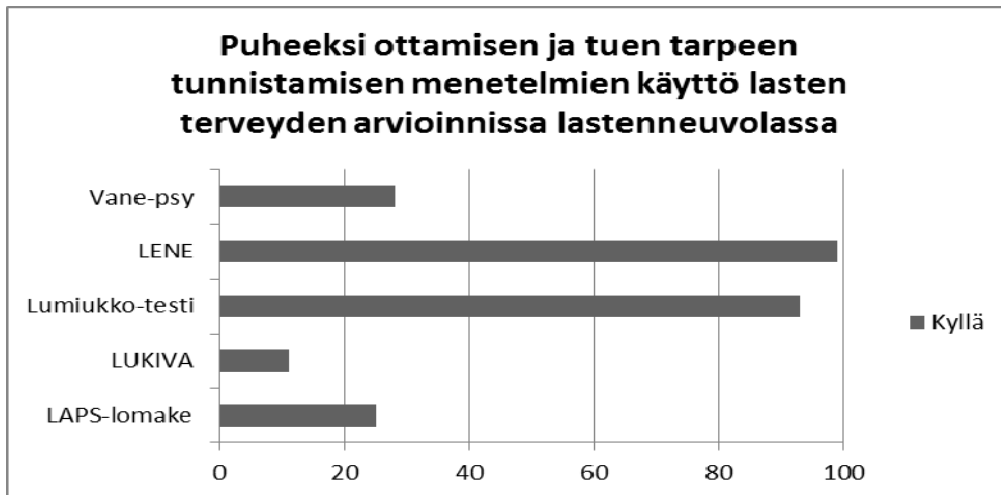
Kaikki teemat sisältyivät äitiys- ja lastenneuvolan laajoihin terveystarkastuksiin useammin kuin kouluterveydenhuollon vastaaviin tarkastuksiin. Parhaiten äitiys- ja lastenneuvolassa toteutuivat vanhempien jaksamisesta ja perheen tukiverkostosta sekä tuensaannin riittävyydestä keskustelu. Kouluterveydenhuollossa toteutuivat parhaiten perheen arjen hallinnasta ja arkirytmistä sekä perheen sisäisestä vuorovaikutuksesta ja kasvatuskäytännöistä keskustelu. Huonoiten toteutui keskustelu perheen toimeentulosta ja työllisyydestä.

Perheen hyvinvoinnin arvioinnissa ja tuen tarpeen tunnistamisessa oli käytössä monipuolisia menetelmiä. Kaikki terveyskeskukset käyttivät menetelmänä vanhempien haastattelua ja havainnointia sekä kouluterveydenhuollossa lapsen haastattelua. Lisäksi laajoissa terveystarkastuksissa hyödynnettiin erilaisia puheeksi ottamisen ja tuen tarpeen tunnistamisen menetelmiä. Synnytyksen jälkeisestä masennuksesta keskusteltaessa käytettiin EPDS-lomaketta äitiysneuvolassa lähes kaikissa ja lastenneuvolassa yli neljässä viidesosassa terveyskeskuksia. Alkoholin käytöstä keskusteltaessa AUDIT-lomake oli käytössä äitiysneuvolassa lähes kaikissa, lastenneuvolassa yli neljässä viidesosassa ja kouluterveydenhuollossa vajaassa puolessa terveyskeskuksista. Parisuhdeväkivallan tunnistamisen lomaketta käytti äitiys- ja lastenneuvolassa kaksi kolmasosaa ja kouluterveydenhuollossa kymmenesosa terveyskeskuksista. Varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen kehitettyä haastattelua, VaVua hyödynsi lastenneuvolan laajoissa terveystarkastuksissa vähän yli puolet terveyskeskuksista. Lasta odottavan perheen voimavaralomaketta äitiysneuvolassa ja lapsiperheen arjen voimavaralomaketta lastenneuvolassa käytti noin neljä viidesosaa terveyskeskuksista ja yhtä paljon käytettiin vanhempien esitietolomakkeita kouluterveydenhuollossa.

Lapsen terveyden ja hyvinvoinnin arviointi laajoissa terveystarkastuksissa

Lapsen terveyden ja hyvinvoinnin arvioinnissa hyödynnettiin laajoissa terveystarkastuksissa monia eri menetelmiä. Yhteiseksi käytännöksi lastenneuvolassa näyttää muodostuneen leikki-ikäisen neurologisen kehityksen arvioinnissa LENE-menetelmä

ja puheen- ja kielenkehityksen arvioinnissa Lumiukko-testi, joita käytetään lähes kaikissa terveyskeskuksissa. Vauvan neurologisen ja psyykkisen kehityksen arviointimenetelmä Vane-psy oli käytössä neljäsosassa terveyskeskuksia ja psykososiaalisen terveyden arviointimenetelmä LAPS-lomake hiukan harvemmassa. Vähiten terveyskeskuksissa käytettiin Lukivaikeuksien arviointimenetelmää LUKIVAa. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Lastenneuvolan laajoissa terveystarkastuksissa käytössä olevia puheeksi ottamisen ja tuen tarpeen tunnistamisen menetelmiä lapsen terveyteen ja hyvinvointiin liittyen. Terveyskeskusten (N=141–149) osuudet (%). (Hakulinen-Viitanen ym. 2014.)

Myös kouluterveydenhuollon laajoissa terveystarkastuksissa käytettiin oppilaan terveyden ja hyvinvoinnin arvioinnissa useita menetelmiä. Lähes kaikissa terveyskeskuksissa oli käytössä oppilaan esitietolomake, nuorten päihdemittari ADSUME ja R-BDI-13 mielialakysely.

Lapsen psykososiaalisen hyvinvoinnin arviointi toteutui lähes kaikissa terveyskeskuksissa sekä lastenneuvolan että kouluterveydenhuollon laajoissa terveystarkastuksissa havainnoinnin, vanhempien ja lapsen ikätasoisien haastattelun ja aikaisempien potilaskertomustietojen avulla. Lastenneuvoloissa hyödynnettiin myös päivähoiton arviota lähes kaikissa terveyskeskuksissa ja kouluterveydenhuollossa opettajan arviota lapsen hyvinvoinnista hyödynnettiin neljässä viidesosassa terveyskeskuksia.

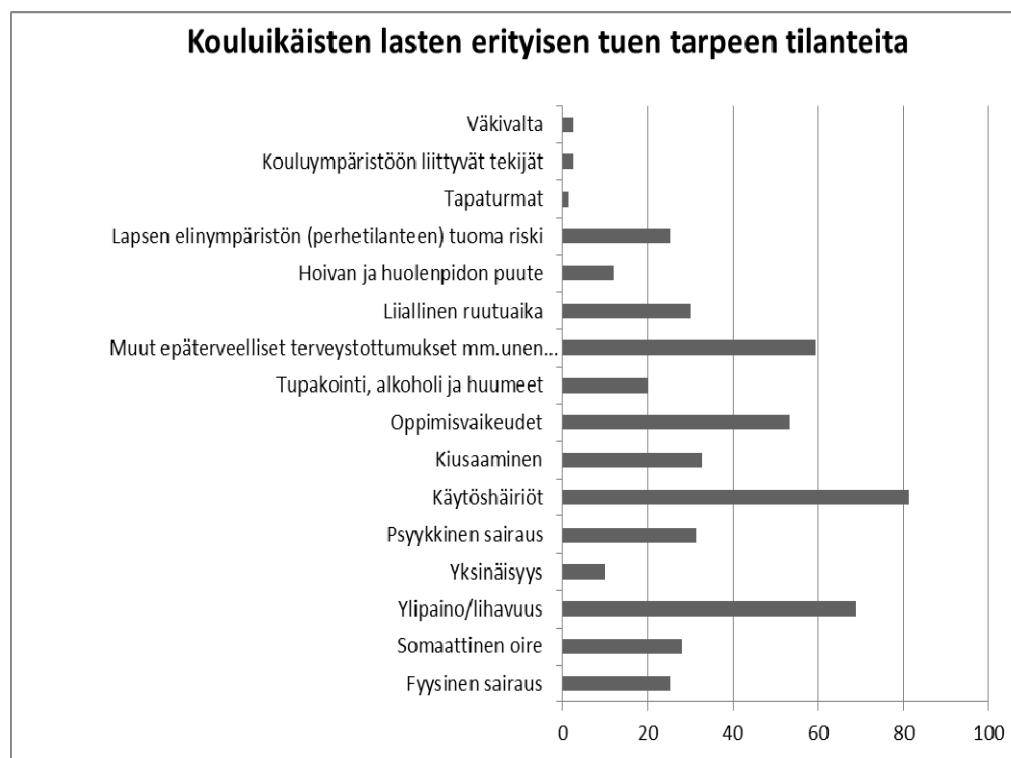
Erityisen tuen tarpeet ja tukeminen

Vajaassa kahdessa kolmasosassa terveyskeskuksia oli sovittu yhtenäisistä käytännöistä erityisen tuen tarpeiden tunnistamiseksi. Yhtenäisistä käytännöistä ei ollut sovittu kahdessa viidesosassa terveyskeskuksia. Tulos on huolestuttavaa varsinkin, kun noin kymmenesosa terveyskeskuksista ilmoitti, että palveluja käyttämättömien tuen tarvetta ei selvitetä.

Erityisen tuen tarpeita tunnistettiin runsaasti ja myös erilaisia tukimuotoja oli tarjolla kaikissa palveluissa. Selvityksessä vastaajia pyydettiin valitsemaan 5 tavallisinta erityisen tuen tarvetta annetusta valikosta. Vanhempien kohdalla jaksamisongelmat ja puutteellinen vanhemmuus sekä mielenterveysongelmat olivat yleisimpiä esille tuotuja erityisen tuen tarpeen tilanteita. Vähiten tuotiin esille väkivaltaan ja vanhemman vakavaan somaattiseen sairauteen liittyviä tuen tarpeita.

Alle kouluikäisten lasten kohdalla tuotiin suurimpana tuen tarvetta synnyttävänä asiana esille lapsen kehitysviive kuten esimerkiksi neurologinen ongelma. Muita yleisimpiä tuen tarpeita olivat lapsen psykososiaalisen ja psyykkisen kehityksen pulmat sekä käytöshäiriöt. Erityisen tuen tarpeen tilanteina tarjotuista vaihtoehdoista vähiten esille tulivat kiusaaminen, kuritusväkivalta ja tapaturmat.

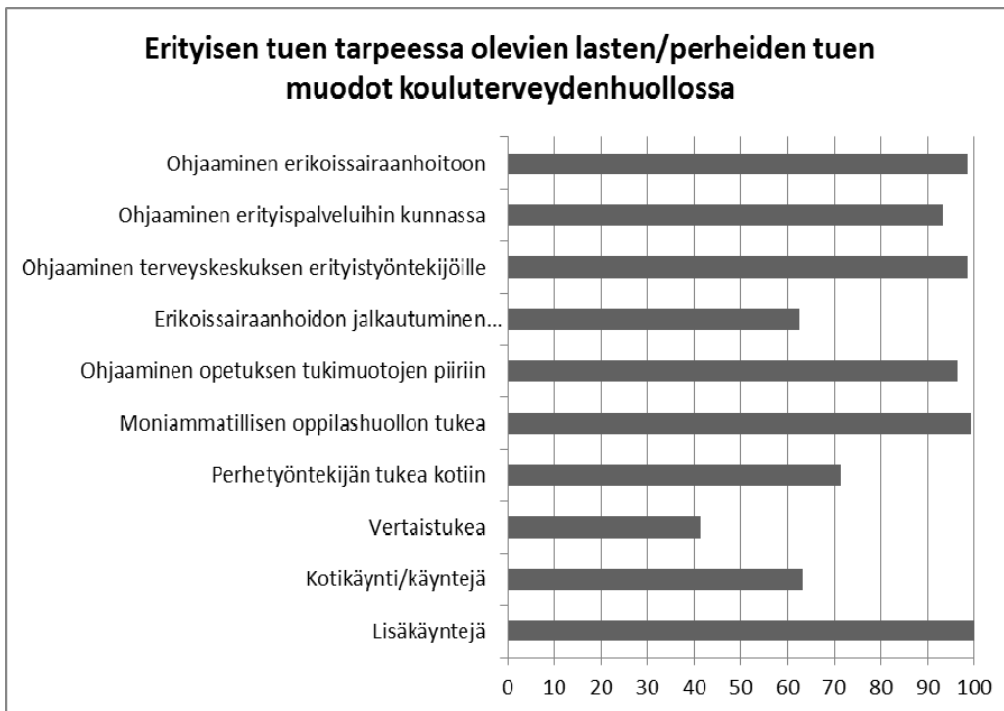
Kouluikäisten kohdalla keskeisiä erityisen tuen tarpeen tilanteita olivat käytöshäiriöt, ylipaino ja lihavuus sekä muut epäterveelliset terveystottumukset. Vähiten tuotiin esille tapaturmiin, väkivaltaan ja kouluympäristöön liittyviä tekijöitä. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Kouluikäisten erityisen tuen tarpeen tilanteita. Niiden terveyskeskusten (N=150) osuus (%), jotka olivat valinneet kyseisen tuen tarpeen viiden tärkeimmän tuen tarpeen syyn joukkoon. (Hakulinen-Viitanen ym. 2014.)

Tarjolla olevat tukimuodot

Äitiysneuvoloissa ja lastenneuvoloissa keskeisimpiä tukimuotoja olivat lisäkäynnit neuvolaan ja ohjaaminen terveyskeskuksen erityistyöntekijöille sekä ohjaaminen erikoissairaanhoidon. Myös kotikäyntejä pystyttiin järjestämään lähes kaikissa terveyskeskuksissa. Kouluterveydenhuollossa parhaiten tukimuodoista oli tarjolla lisäkäyntejä, moniammatillista oppilashuollon tukea, ohjausta terveyskeskuksen erityistyöntekijöille ja erikoissairaanhoidon sekä ohjaus opetuksen tukimuotojen piiriin. Erikoissairanhoidon jalkautuvia palveluja järjesti noin kaksi kolmasosaa ja vertaistukea kaksi viidesosaa terveyskeskuksista (Kuvio 5).

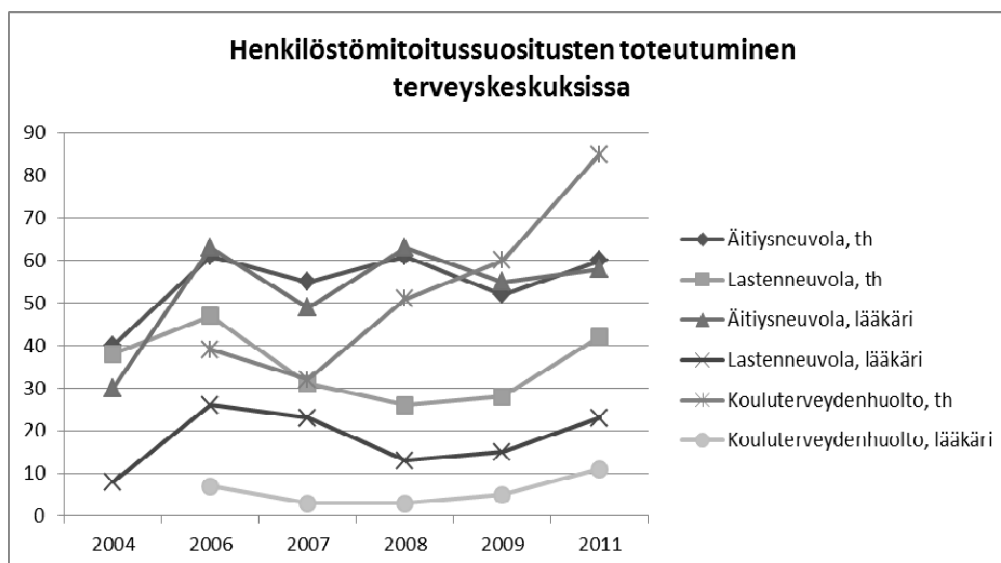


Kuvio 5. Kouluterveydenhuollossa käytössä olevat lapsen ja perheen erityisen tuen muodot. Terveyskeskusten (N=140-150) osuudet (%). (Hakulinen-Viitanen ym. 2014.)

Henkilöstöressurssien kehitys

Riittävä henkilöstö on laadukkaiden palvelujen järjestämisen edellytys. Lasten ja nuorten ehkäisevien terveyspalvelujen henkilöstömitoituksesta on olemassa valtakunnalliset suositukset. Kumottu, mutta yleisesti käytetty, suositus (LH 1988) terveydenhoitajien mitoituksesta äitiysneuvolassa on 80 synnytystä/henkilötyövuosi (htv) ja lääkäreiden 800 synnytystä/htv. Suositus lastenneuvolan terveydenhoitajien mitoituksesta on 340–400 lasta/htv ja lääkäreille 2 400–2 800 lasta/htv (STM 2004a). Kouluterveydenhuollossa mitoitussuosituksena on terveydenhoitajalla 600 oppilasta ja kokopäivätoimisella lääkärillä 2 100 oppilasta laskennallista henkilötyövuotta kohti (STM 2004b).

Henkilöstömitoitukset ovat kehittyneet myönteisesti viime vuosina, ja kaikkien henkilöstöryhmien mitoitukset olivat parantuneet vuodesta 2009 (kuviot 6). Vuonna 2011 paras henkilöstötilanne oli äitiysneuvolassa, jossa terveydenhoitajan suositusmitoitutus toteutui 60 %:ssa ja lääkärin 58 %:ssa terveyskeskuksia. Lastenneuvolassa terveydenhoitajamitoitus toteutui suosituksen mukaisesti 42 %:ssa ja lääkärimitoitus 23 %:ssa terveyskeskuksia. Parhaiten toteutui kouluterveydenhuollon terveydenhoitajamitoitus, joka oli suosituksen mukainen 84 %:ssa terveyskeskuksia ja joka on merkittävästi korjaantunut vuodesta 2007 alkaen. Koululääkärin suosituksen mukainen mitoitutus toteutui vain 10 %:ssa terveyskeskuksia. Tästä huolimatta tiedetään koululääkäriresurssinkin selvästi lisääntyneen, sillä lääkärikohtaiset oppilasmäärät ovat pienentyneet huomattavasti. Vuonna 2007 koululääkärillä oli vastuullaan noin 9 200 oppilasta, kun vuonna 2011 oppilasmäärä oli noin 4 200 (Wiss ym. 2013).



Kuvio 6. Henkilöstömitoitussuosituksen toteutuminen (prosenttiosuus) terveyskeskuksissa vuosina 2004–2011. Lähteet: Vuosi 2004 (Hakulinen-Viitanen ym. 2005), Vuosi 2006 (Rimpelä ym. 2008), Vuosi 2007 (Hakulinen-Viitanen ym. 2008), Vuosi 2008 (Wiss ym. 2009), Vuosi 2009 (Ståhl & Saaristo 2011), Vuosi 2011 (Hakulinen-Viitanen ym. 2014).

Johtopäätökset

Määräaikaisten terveystarkastukset järjestetään lähes kaikissa terveyskeskuksissa säännösten (VNA 338/2011) mukaisesti. Vuodesta 2009 alkaen laajojen terveystarkastusten järjestäminen on kehittynyt myönteisesti. Laajojen terveystarkastusten sisällöt ovat yhtenäistyneet valtakunnallisten ohjeistusten (STM 2009, Hakulinen-Viitanen ym. 2012) mukaisesti. Lähes jokaisen terveyskeskuksen äitiys- ja lastenneuvolassa vanhempien hyvinvointia arvioitaessa keskusteltiin vanhempien jaksamisesta, perheen tukiverkostosta ja tuensaannista sekä arjen hallinnasta ja perheen arkirytmistä. Kouluterveydenhuollon laajoissa terveystarkastuksissa parhaiten toteutuivat perheen arjen hallinnasta ja arkirytmistä, sisäisestä vuorovaikutuksesta ja kasvatuskäytännöistä keskustelu. Vähiten keskusteltiin toimeentulosta ja vanhempien työllisyydestä, vaikka niiden tiedetään aiheuttavan stressiä, joka vaikuttaa muun muassa perheen vuorovaikutussuhteisiin.

Äitiys- ja lastenneuvolassa sekä kouluterveydenhuollossa hyödynnettiin monipuolisia puheeksi ottamisen menetelmiä, jotka edistävät tuen tarpeen varhaista tunnistamista ja tuen kohdentamista sitä tarvitseville. Lapsen neurologis-kognitiivisen kehityksen arviointi on muutamassa vuodessa tehostunut ja yhtenäistynyt, kun LENEn ja Lumiukko-testin käyttö ovat levinneet lähes koko maahan. On tarpeen seurata, kuinka paljon kyseisten ongelmien tunnistaminen ja hoito ovat parantuneet ja mikä merkitys niillä on lasten oppimisvaikeuksien ehkäisemisessä ja lasten koulukäynnille. VaVu-haastattelua käytettiin hieman yli joka toisessa terveyskeskuksessa. Tavoitteeksi on asetettava, että varhaista vuorovaikutusta arvioidaan ja tuetaan jokaisessa neuvolassa, sillä lapsen ja vanhemman vuorovaikutuksen pulmien mahdollisimman varhainen tunnistaminen on välttämätöntä kiintymyssuhteen tukemisen kannalta. Kaiken ikäisten lasten ja heidän vanhempiensa vuorovaikutukseen on tarpeen kiinnittää nykyistä paljon enemmän huomiota. Lapsen psykososiaalisen kehityksen arviointiin ja tuen tarpeiden tunnistamiseen tarvitaan luotettavia menetelmiä ja yhtenäisiä toimintamalle-

ja. Tätä arviota tehdessä on tärkeä tehdä yhteistyötä lapsen kehitysympäristössä toimivien eri ammattiryhmien kanssa.

Lomakkeiden avulla saadaan eri teemoja keskusteluun. Terveyskeskuksissa kannattaa sopia hyödynnettävien lomakkeiden käyttötavasta ja kohtuullisesta määrästä yksittäisessä terveystarkastuksessa. On tarpeen jättää riittävästi aikaa avoimeen vuorovaikutukseen ja vapaamuotoiseen keskusteluun vanhempien ja lasten kanssa.

Vanhempien erityisen tuen tarpeista keskeisiä olivat vanhempien jaksamisongelmat ja puutteellinen vanhemmuus sekä vanhempien mielenterveysongelmat. Näistä teemoista keskusteluilla on erittäin iso merkitys vanhempien tukemisessa. Vanhempien hyvinvointi taas vaikuttaa heidän lastensa hyvinvointiin. Lastenneuvolassa keskeisimpiä lasten erityisen tuen tarpeen tilanteita olivat lapsen neurologisen kehityksen ongelmat ja psykososiaalisen ja psyykkisen kehityksen pulmat. Kouluterveydenhuollossa keskeisiä erityisen tuen tarpeen tilanteita olivat käytöshäiriöt, ylipaino ja lihavuus sekä muut epäterveelliset terveystottumukset. Erityisen tuen tarpeiden varhaisella tunnistamisella ja tuen järjestämisellä pystytään aikaistamaan ja kohdentamaan tarvittua tukea.

Äitiys- ja lastenneuvolassa sekä kouluterveydenhuollossa tukena tarjottavat lisäkäynnit riittävät useille perheille varhaiseksi tukimuodoksi. Tarvittaessa perheet ohjataan terveyskeskuksen erityistyöntekijälle tai erikoissairaanhoidon. On tärkeää jatkaa kontaktia ja tukea vanhempia sinä aikana, kun he odottavat pääsyä erityistyöntekijälle tai muihin palveluihin. Kuormittavassa elämäntilanteessa vanhemmilla ei ole voimavaroja ajatella lasten etua ja hoitoon hakeutuminen voi viivästyä. (Tuominen ym. 2011.) Muita tukimuotoja koulussa olivat moniammatillisen oppilashuoltotyön käynnistäminen ja ohjaus opetuksen tukimuotojen piiriin. Perhetyön ja vertaistuen kohdentamisen lisäksi erityistä tukea tarvitseville lapsille ja perheille tulee tarjota erikoissairaanhoidon jalkautuvia palveluja.

Äitiys- ja lastenneuvolan sekä kouluterveydenhuollon henkilöstövoimavarat olivat parantuneet vuodesta 2009 alkaen. Henkilöstövoimavaroissa on kuitenkin vielä paljon kehitettävää. Riittävä henkilöstö on edellytys universaalien palvelujen perhelähtöiselle ja laadukkaalle työlle, mikä mahdollistaa tuen kohdentamisen sitä tarvitseville aiempaa varhaisemmin.

Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan sekä kouluterveydenhuollon palvelut ovat yhtenäistyneet kunnissa säännösten (VNA 338/2011) edellyttämällä tavalla. Edelleen ilmenee kuitenkin alueellisia ja väestön kokoon suhteutettuja eroja palvelujen toteutumisessa, henkilöstömitoituksessa ja laadussa. Nyt raportoidut tulokset ovat terveyskeskuskohtaisia eivätkä välttämättä kuvaa tilannetta jokaisessa terveyskeskuksen neuvolassa tai kouluterveydenhuollossa. Valtakunnallista ohjausta ja seuranta sekä valvontaa on tarpeen jatkaa. Palveluja koskevista tuloksista raportoidaan tarkemmin vuonna 2014 julkaistavassa valtakunnallisessa seurantaraportissa (Hakulinen-Viitanen ym. 2014).

Lähteet

- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M & Haapakorva A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Saaristo V, Hastrup A & Rimpelä M. 2008. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta. Tulokset ja seurannan kehittäminen. Stakes Raportteja 21/2008.
- Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, Wallin M & Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Opas 22. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

- Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Bloigu A & Pelkonen M. 2014. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan sekä kouluterveydenhuollon valtakunnallinen seuranta 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti, Käsikirjoitus.
- Klemetti R & Hakulinen-Viitanen T. (toim.) 2013. Äitiysneuvola. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 29/2013.
- Lääkintöhallitus 1988. Äitiyshuolto terveyskeskuksissa. Lääkintöhallituksen ohjekirje nro 2/1988 dno653/02/86.
- Mäki P, Wikström K, Hakulinen-Viitanen T & Laatikainen T. (toim.) 2011. Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa – Menetelmäkäsikirja. Opas 14. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rimpelä M, Happonen H, Saaristo V, Wiss K & Rimpelä A. 2008. Äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynnit, terveystarkastukset ja voimavarat 2007–2009. Stakes Raportteja 40/2008.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriö, Oppaita 14.
- Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2004b. Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Oppaita 2004:8.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20.
- Ståhl T & Saaristo V. 2011. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2009. Kuntien valmiudet asetuksen (380/2009) toimeenpanoon. THL Raportti 21/2011.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 380/2009, nyk. 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>
- Tuominen A, Kettunen T, Lindfors P, Hjelt R & Hakulinen-Viitanen T. 2011. Varhaisen avun viiveet lasten kehityksellisissä ja psyykkisissä vaikeuksissa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 48, 182-195.
- Valvira 2012. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012-2014. Valvontaohjelmia 1:2012.
- Viisainen K. (toim.) 1999. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa: Suositukset 1999. Oppaita, Stakes 34. <http://www.julkari.fi/handle/10024/76178>.
- Wiss K. 2009. Henkilöstövoimavarat. Teoksessa Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K & Ståhl T. (toim.) 2009. Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008, s. 166–178. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 19/2009.
- Wiss K, Frantsi-Lankia M, Koskinen H & Saaristo V. 2012. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2011. Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 71/2012.
- Wiss K, Hietanen-Peltola M & Pelkonen M & Saaristo V. 2013. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon lääkärivoimavarojen kehitys terveyskeskuksissa vuosina 2005-2011. Tutkimuksesta tiiviisti 3, Heinäkuu 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Kirjoittajat

Tuovi Hakulinen-Viitanen, TtT, dosentti, tutkimuspäällikkö Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

tuovi.hakulinen-viitanen@thl.fi

Marke Hietanen-Peltola, LT, ylilääkäri, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
marke.hietanen-peltola@thl.fi

Aini Bloigu, LuK, suunnittelija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
aini.bloigu@thl.fi

Marjaana Pelkonen, THT, dosentti, neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö
marjaana.pelkonen@stm.fi

2.2 LAAJAT TERVEYSTARKASTUKSET VANHEMPIEN NÄKÖKULMASTA

Nina Halme, Tuovi Hakulinen-Viitanen, Marke Hietanen-Peltola, Marjaana Pelkonen & Marja-Leena Perälä

Kunnat ovat vuoden 2011 alusta olleet velvollisia järjestämään laajat terveystarkastukset. Niitä on järjestettävä kerran äitiysneuvolassa, kolme kertaa lastenneuvolassa ja kolme kertaa kouluterveydenhuollossa (VNA 338/2011). Tavoitteena on vahvistaa lasten ja vanhempien sekä koko perheen voimavaroja, terveyttä ja hyvinvointia, varhentaan tuen tarpeiden tunnistamista ja varmistaa tuen oikea-aikaisuus perheelle sekä tehostaa syrjäytymisen ehkäisyä ja terveyserojen kaventamista.

Tarkastuksiin kutsutaan aina molemmat vanhemmat. Tarkastuksissa keskustellaan vanhempien ja lasten terveys- ja hyvinvointitilanteesta sekä pyritään tunnistamaan tuen tarpeet ja kohdennetaan tukea sitä tarvitseville. Tuen tarpeen tilanteissa sovitaan yhdessä vanhempien kanssa perheen omista ja palvelujärjestelmän toimenpiteistä sekä niiden toteuttamisesta. Voidaan sopia myös muista jatkotoimenpiteistä, kuten esimerkiksi jatkotutkimuksiin ja hoitoon ohjauksesta. (Hakulinen-Viitanen ym. 2012.)

Laajalla terveystarkastuksella tarkoitetaan äitiys- ja lastenneuvolassa sekä kouluterveydenhuollossa tehtävää terveystarkastusta,

- johon osallistuvat lapsi ja molemmat vanhemmat tai ainakin toinen heistä; äitiysneuvolan terveystarkastukseen osallistuu raskaana oleva nainen ja mahdollisuuksien mukaan hänen puolisonsa
- jossa käsitellään lapsen, vanhempien ja koko perheen terveyttä ja hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä laaja-alaisesti eri näkökulmista
- jonka tekee terveydenhoitaja tai kätilö yhteistyössä lääkärin kanssa
- johon sisältyy huoltajan kirjallisella suostumuksella päivähoidon henkilökunnan arvio alle kouluikäisen lapsen selviytymisestä ja hyvinvoinnista päivähoidossa ja opettajan arvio oppilaan selviytymisestä ja hyvinvoinnista koulussa
- joka toteutetaan hyvässä vuorovaikutuksessa ja toimivassa yhteistyösuhteessa sekä perheen kanssa että työntekijöiden kesken.

Lähde: Hakulinen-Viitanen ym. 2012

Laajat terveystarkastukset ovat keskeisellä sijalla pyrittäessä siirtämään painopistettä korjaavasta toiminnasta ehkäisevään toimintaan sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Tarkastuksissa pyritään entistä paremmin huomioimaan myös vanhempien elämäntilanne ja tuen tarpeet sekä lapsen keskeiset muut kasvu- ja kehitysympäristöt, kuten päivähoido, koulu ja vapaa-ajan ympäristöt. (Hakulinen-Viitanen ym. 2012.) Tämä on tärkeää, sillä tutkimusten (Perälä ym. 2013, Halme & Perälä 2014) mukaan vanhemmat saavat palveluista paremmin tukea lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyvissä huolissa kuin vanhempina toimimiseen liittyvissä pulmissa. Erityisesti parisuhteen tilanteeseen, maltin menettämiseen ristiriitatilanteissa lapsen kanssa, riittämättömyyden tunteisiin, lähisuhdeväkivaltaan sekä päihde- ja mielenterveysongelmiin saatu tuki on koettu riittämättömäksi.

Tarkastusten keskiössä on vanhempien ja koko perheen hyvinvointi ja voimavarojen vahvistaminen, mutta myös mahdollisten pulmien varhainen tunnistaminen ja niihin tarvittavan tuen oikea-aikainen järjestäminen. Kun pulmiin päästään vaikuttamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, voidaan ehkäistä niiden kasvamista ja kasaantumista sekä mahdollista siirtymistä sukupolvelta toiselle. Tällöin puhutaan inhimillisten kärsimyksen lievittämisen lisäksi myös merkittävistä kustannussäästöistä korjaavissa palveluissa. (Hakulinen-Viitanen ym. 2012.)

Jotta työssä käyvät vanhemmat pääsisivät osallistumaan lapsen laajoihin terveystarkastuksiin, edellyttää se joustoa myös työnantajilta. Vanhemmuuden ja perheen tarpeiden huomioiminen työelämässä nousee keskeiselle sijalle. Laajojen terveystarkastusten kehittämiseksi ja toteuttamiseksi yhtenäisten linjausten mukaisesti on tuotettu kansallinen ohjeistus kuntien johdon, työntekijöiden sekä päätöksenteon tueksi (Hakulinen-Viitanen ym. 2012). Tavoitteena on, että laajat terveystarkastukset järjestetään eri alueilla riittävän yhtenäisesti ja tasalaatuisesti perheiden yksilöllisiä tarpeita ja elämäntilannetta unohtamatta.

Tässä luvussa vastataan tutkimuskysymyksiin:

- 1) Millaisena lasten vanhemmat kokevat laajat terveystarkastukset
- 2) Miten vanhempien sosioekonominen asema, työn joustavuus, perheen voimavarat sekä huolenaiheet ja tuen saaminen ovat yhteydessä
 - a) vanhempien tarkastuksiin osallistumiseen
 - b) kokemukseen laajasta terveystarkastuksesta

Tarkastelu perustuu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Lapsiperhekysely 2012-tiedonkeruuseen. Tiedonkeruu toteutettiin 2012 ja siihen osallistui 1 834 äitiä ja 1 122 isää, joilla oli alle 18-vuotiaita kotona asuvia lapsia (yhteensä 2 956 vanhempaa). Tiedonkeruuseen osallistuneista alle kouluikäisten lasten perheiden vanhemmista 57 prosenttia (n=641) oli osallistunut viimeksi kuluneiden kahden vuoden aikana laajaan terveystarkastukseen äitiys- tai lastenneuvolassa. Reilu kolmannes perheistä, joissa ei ollut alle kouluikäisiä lapsia (n=641), oli osallistunut kouluterveydenhuollon laajaan terveystarkastukseen.

Vanhempien kokemukset laajoista terveystarkastuksista

Äidit ja isät osallistuivat yhtä paljon laajoihin terveystarkastuksiin äitiysneuvolassa. Molemmat vanhemmat osallistuivat laajoihin terveystarkastuksiin lastenneuvolassa vähintään yhden kerran, mutta osallistumiskertojen tarkasta määrästä ei ole tietoa. Useissa äitiys- ja lastenneuvoloissa on kehitetty hyviä käytäntöjä etenkin isien kutsumiseksi tarkastuksiin, mikä saattaa heijastua tuloksissa.

Sen sijaan kouluterveydenhuollon laajoihin terveystarkastuksiin isät osallistuivat äitejä huomattavasti harvemmin. Myös nuoremmat vanhemmat osallistuivat iäkäämpiä vanhempia useammin laajoihin terveystarkastuksiin sekä äitiys- ja lastenneuvoloissa että kouluterveydenhuollossa.

Laajoissa terveystarkastuksissa tavoitteena on kiinnittää huomiota sekä lapsen että vanhempien hyvinvointiin, vanhemmuuteen ja parisuhteeseen, perheen elinoloihin, mahdollisten sisarusten vointiin ja keskinäisiin suhteisiin sekä perheen tukiverkostoon (Hakulinen-Viitanen ym. 2012). Vanhemmista lähes 80 prosenttia koki laajat terveystarkastukset perheen näkökulmasta hyödyllisinä. Hieman yli 60 prosenttia vanhemmista pystyi vaikuttamaan siihen, mistä asioista tapaamisissa keskusteltiin ja sai tar-

kastuksesta riittävästi tietoa ja tukea vanhempana toimimiseen. Alle 10 prosenttia vastaajista koki tarkastukset hyödyttöminä. (Taulukko 1.) Vanhemman sukupuolella tai iällä ei ollut yhteyttä siihen, millaisiksi laajat terveystarkastukset koettiin.

TAULUKKO 1. Laajoihin terveystarkastuksiin osallistuneiden vanhempien kokemuksia (N = 1 282)

| | Täysin samaa mieltä (%) | Jokseenkin samaa mieltä (%) | Ei samaa eikä eri mieltä (%) | Jokseenkin eri mieltä (%) | Täysin eri mieltä (%) |
|--|-------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Laaja terveystarkastus oli hyödyllinen perheen näkökulmasta | 38 | 40 | 16 | 5 | 1 |
| Pystyin vaikuttamaan siihen, mistä asioista tapaamisissa keskusteltiin | 27 | 42 | 22 | 7 | 2 |
| Sain riittävästi tietoa ja tukea vanhemmuuteen | 26 | 36 | 29 | 6 | 3 |

Perheen sosioekonomisen aseman yhteys osallistumisaktiivisuuteen sekä kokemukseen tarkastuksista

Perheen sosioekonomisella asemalla oli lievä yhteys vanhempien osallistumiseen lapsensa laajoihin terveystarkastuksiin. Vanhemman siviilisääty oli yhteydessä tarkastuksiin osallistumiseen sekä äitiys- ja lastenneuvolassa että kouluterveydenhuollossa. Äitiys- ja lastenneuvolan tarkastuksiin osallistumattomien joukossa oli suhteellisesti enemmän sellaisia vanhempia, jotka eivät eläneet pysyvässä parisuhteessa. Kouluterveydenhuollon laajoihin terveystarkastuksiin ei-parisuhteessa elävät osallistuivat kuitenkin suhteellisesti hieman parisuhteessa eläviä useammin.

Myönteisenä ja osin yllättävänä voidaan pitää tuloksia, joiden mukaan osittain heikommassa sosiaalisessa asemassa elävät osallistuivat muita sosiaaliryhmiä useammin laajoihin terveystarkastuksiin. Lisäksi perheen taloudellisella tilanteella oli yhteys äitiysneuvolan tarkastuksiin osallistumiselle siten, että taloudellisen tilanteen heikommaksi kokevat vanhemmat osallistuivat niihin hieman muita useammin. Työttömyys oli yhteydessä kouluterveydenhuollon laajoihin terveystarkastuksiin osallistumiseen; työttömänä olevat vanhemmat osallistuivat lapsensa tarkastuksiin hieman muita useammin.

Perheen sosioekonominen asema ei ollut yhteydessä laajoista terveystarkastuksista saatuun

hyötyyn ja tukeen tai vanhempien vaikuttamismahdollisuuksiin. Sosioekonomisesta asemasta riippumatta vanhempien kokemus laajoista terveystarkastuksista oli hyvin samankaltainen.

Työn joustaminen ja laajat terveystarkastukset

Jotta vanhemmilla olisi mahdollista osallistua virka-aikana lapsensa laajoihin terveystarkastuksiin, edellyttää se usein joustavuutta sekä perheeltä että työnantajalta. Tästä huolimatta vanhemmista yli kolmanneksella ei ollut mahdollisuutta liukuvaan työaikaan eikä viidenneksellä ollut mahdollisuutta pitää kertyneitä ylitöitä vapaana. Yli puolella vanhemmista ei myöskään ollut etätömahdollisuuksia. Vastaajista lähes

viidennes oli työpaikalla, josta ei ollut mahdollisuutta poistua hoitamaan yksityisasi-
oita työpäivän aikana.

Työn joustolla ei kuitenkaan ollut yhteyttä vanhempien osallistumiseen laajoihin
terveystarkastuksiin eikä kokemuksiin tarkastuksista.

Perheen voimavarat

Perheen voimavaroja vahvistavilla tekijöillä tarkoitetaan tässä luvussa tyytyväisyyttä
parisuhteessa sekä hyvää terveydentilaa. Kuormittavina tekijöinä arvioidaan viimei-
sen vuoden aikana tapahtuneita isoja elämänmuutoksia, kuten muuttoa toiseen asun-
toon, avio- tai avoeroa tai perheenjäsenen vakavaa sairautta tai kuolemaa. Vanhem-
man tyytyväisyydellä parisuhteeseen ei ollut havaittavaa yhteyttä laajoihin terveystar-
kastuksiin osallistumiselle. Sen sijaan terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi
kokeneet vanhemmat osallistuivat muita harvemmin laajoihin terveystarkastuksiin
äitiys- tai lastenneuvolassa. Tätä eroa ei kuitenkaan ollut havaittavissa koulutervey-
denhuollon tarkastuksiin osallistumisessa.

Ne vanhemmat, jotka olivat muuttaneet viimeisen vuoden aikana, osallistuivat
muita harvemmin äitiysneuvolan tarkastuksiin. Viimeisen vuoden aikana eronneet tai
perheenjäsenen vakavan sairauden tai kuoleman kokeneet vanhemmat osallistuivat
jonkin verran muita useammin lapsen laajoihin terveystarkastuksiin kouluterveyden-
huollossa.

Perheen voimavaroja vahvistavilla ja kuormittavilla tekijöillä ei ollut selkeää yh-
teyttä siihen, millaisena vanhemmat kokivat laajat terveystarkastukset. Vanhemmat,
jotka olivat muuttaneet toiseen asuntoon tai vuoden aikana eronneet avio- tai avopuo-
lisostaan, arvioivat laajoista terveystarkastuksista perheelleen saamansa hyödyn, omat
vaikuttamismahdollisuutensa sekä tarkastuksesta saamansa tiedon ja tuen jonkin ver-
ran muita huonommaksi.

Huolet ja avunsaanti

Lapsiperheessä esiintyviä huolia ja palveluista saatua tukea on kuvattu julkaisun lu-
vussa 1.4. Huolten esiintymisellä voidaan havaita yhteys vanhempien osallistumisak-
tiivisuuteen laajoihin terveystarkastuksiin. Yhteys on kuitenkin erisuuntainen riippuen
siitä, missä kontekstissa toteutuneesta tarkastuksesta on kyse: vanhemmat, joilla oli
runsaasti lapsen kasvuun ja kehitykseen tai vanhempänä toimimiseen liittyviä huolia,
jättivät muita useammin osallistumatta lasta odottavan perheen laajaan terveystarkas-
tukseen. Tulos vaatii kuitenkin vielä yksityiskohtaisempaa tarkastelua. Sen sijaan
lapsen kouluterveydenhuollon tarkastuksiin nämä vanhemmat osallistuivat muita
useammin. Palveluista saadulla tuella ei ollut yhteyttä laajoihin terveystarkastuksiin
osallistumiseen.

Sen sijaan palveluista saatu tuki sekä vanhemman kokemus tarkastuksesta olivat
merkitsevästi yhteydessä toisiinsa: mitä hyödyllisempänä tarkastukset perheen kan-
nalta koettiin, mitä paremmat vaikutusmahdollisuudet vanhemmilla niissä olivat ja
mitä riittävämpää oli vanhemmuuteen saatu tieto ja tuki, sen riittävämmäksi arvioitiin
myös yleinen palveluista saatu tuki. Saatu tulos vahvistaa käsitystä siitä, että laajoilla
terveystarkastuksilla on hyvin merkittävä rooli perheiden tukemisessa.

Johtopäätökset

Suurin osa vanhemmista koki äitiys- ja lastenneuvolan sekä kouluterveydenhuollon laajat terveystarkastukset hyödylliseksi perheelleen. Noin kaksi kolmasosaa vanhemmista koki pystyneensä vaikuttamaan siihen, mistä asioista terveystarkastuksessa keskusteltiin, ja koki myös saaneensa riittävästi tietoa ja tukea vanhemmuuteen. Tulokset kertovat siitä, että laajojen terveystarkastusten tavoite vanhempien ja koko perheen voimavarojen vahvistamisesta toteutuu hyvin, vaikka kehittämishaasteitakin on. Tarkastusten kehittäminen yhteistyössä perheiden kanssa sekä aktiivinen palautteen kysyminen on perusteltua, jotta laajat terveystarkastukset vastaisivat entistä paremmin vanhempien tarpeita.

Lapsen molemmat vanhemmat tai huoltajat saavat kutsun laajoihin terveystarkastuksiin. Tulosten mukaan molemmat vanhemmat osallistuivat äitiys- ja lastenneuvolan laajoihin terveystarkastuksiin enemmän kuin kouluterveydenhuollon tarkastuksiin. Molempien vanhempien tavoittaminen terveystarkastukseen on tärkeää koko perheen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen mahdollistumiseksi. Isien tukeminen osallistumaan aktiivisesti lapsen ja koko perheen arkeen edistää lapsen kehitystä (Sarkadi ym. 2008) ja parisuhdetta sekä isän omaa hyvinvointia (Hawkins ym. 2008, Horsley ym. 2008, Halme 2009).

Laajoihin terveystarkastuksiin osallistuivat muita vähemmän yksinhuoltajat ja eipysyvässä parisuhteessa olevat. Siksi laajaan terveystarkastukseen kutsumisen tapoja ja sisältöjä tulee kehittää myös yksinhuoltajia motivoiviksi ja kannustaa heitä osallistumaan laajaan terveystarkastukseen. (esim. Paananen ym. 2012). Huomiota on tarpeen kiinnittää tapaan kohdata yksinhuoltajavanhempi ja keskustella hänen kanssaan.

Vanhemmat, jotka olivat muuttaneet viimeisen vuoden aikana, osallistuivat lasta odottavan perheen laajaan terveystarkastukseen harvemmin kuin muut vanhemmat. Tämä on ymmärrettävää, koska äitiysneuvolan yksi laaja terveystarkastus voi jäädä toteutumatta muuton vuoksi. Muutto toiselle paikkakunnalle tarkoittaa myös neuvolan vaihtumista ja saattaa olla iso muutos erityisesti uudelleensynnyttäjille, jotka ovat tottuneet asioimaan samassa äitiys- ja lastenneuvolassa pitkän aikaa. Tämä saattaa lisätä heidän kohdallaan osallistumattomuutta laajaan terveystarkastukseen heille vähemmän tutussa neuvolassa.

Kouluterveydenhuollon laajat terveystarkastukset tavoittivat hyvin myös ne vanhemmat, joiden perheessä oli runsaasti lapsen kasvuun ja kehitykseen tai vanhempana toimimiseen liittyviä huolia. Samoin terveytensä keskinkertaiseksi tai huonoksi kokevat vanhemmat, työttömät ja ei-parisuhteessa elävät vanhemmat osallistuivat suhteellisesti paremmin kouluterveydenhuollon laajoihin terveystarkastuksiin. Kouluyhteisön toimin ja oppilashuollon moniammatinisen yhteistyön kautta voidaan tarjota lapselle laaja-alaista tukea omassa arjen kehitysympäristössä. Laajoissa terveystarkastuksissa myös vanhempien omat huolet sekä terveys ja hyvinvointihaasteet saadaan keskusteluun ja siten avautuu mahdollisuus vahvistaa vanhempien voimavaroja sekä järjestää tarvittaessa tukea ja hoitoa myös vanhemmalle. Oppilashuollon yhteistyönä järjestettävät vanhempien ryhmät voisivat tarjota näille vanhemmille merkittävää lisätukea (Hastrup ym. 2013).

Vanhemmat, jotka arvioivat terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi, osallistuivat muita harvemmin äitiys- ja lastenneuvolan laajoihin terveystarkastuksiin. Samoin kävi lasta odottavien vanhempien kohdalla, kun perheessä oli runsaasti lapsen kasvuun ja kehitykseen tai vanhempana toimimiseen liittyviä huolia. Näillä vanhemmilla ei liene voimavaroja kiinnittää huomiota lasten ja koko perheen tuen tarpeisiin (Tuominen ym. 2011). Tukea tarvitsevat vanhemmat ja heidän lapsensa hyötyisivät

kuitenkin eniten laajoista terveystarkastuksista muun muassa suojaavien tekijöiden ja voimavarojen tunnistamisen osalta (Steward-Brown ym. 2011). Tukea tarvitsevien tavoittaminen ja motivointi laajoihin terveystarkastuksiin ja tuen kohdentaminen heille on yhtenä keskeisenä haasteena lasten ja perheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi.

Laajat terveystarkastukset tavoittavat osan tukea tarvitsevista, mutta eivät kaikkia. Erityisen myönteistä on, että heikomman sosiaalisen aseman omaavat osallistuiivat muita useammin laajoihin terveystarkastuksiin kuten myös työttömät ja taloudellisen tilanteensa tiukaksi kokevat. Vanhemmat, joilla ei ollut ammatillista koulutusta, kokivat tarkastukset muita hyödyllisemmiksi. Laajoissa terveystarkastuksissa on mahdollista toimia terveys- ja hyvinvointieroja kaventavasti ja syrjäytymistä ehkäisevästi.

Lähteet

- Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, Wallin M & Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Opas 22. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Halme N. 2009. Isän ja leikki-ikäisen lapsen yhdessäolo. Yhdessäoloa, isänä toimimiseen liittyvää stressiä ja isän tyytyväisyyttä parisuhteessa kuvaavan rakenneyhtälömallin kehittäminen ja arviointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tutkimus 15.
- Halme N & Perälä M-L. 2014. Lapsiperheiden huolet ja avunsaanti. Teoksessa Lammi-Taskula J & Karvonen S (toim) 2014. Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Käsikirjoitus.
- Hastrup A, Hietanen-Peltola M, Jahnukainen J & Pelkonen M (toim) 2013. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen uudistaminen. Lasten Kaste –kehittämistyöstä pysyväksi toiminnaksi. Raportti 3/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hawkins AJ, Lovejoy KR, Holmes EK, Blanchard VL, Fawcett E. 2008. Increasing fathers' involvement in child care with a couple-focused intervention during the transition to parenthood. *Family Relations* 57, 49–59.
- Horsley R, Canfield K, O'Donnell SL, Roid G. 2008. Fathers closeness: Its effect on married men's sexual behaviors, marital, and family satisfaction. *Sexual Addiction & Compulsivity* 15(1), 59–76.
- Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Rämö A & Gissler M. 2012. Lasten ja nuorten hyvinvointi.
- Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimusaineiston valossa. Raportti 52/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Perälä M-L, Halme N & Kanste O. 2013. Johtaminen, palvelut ja lapsiperheiden hyvinvointi. Teoksessa Reivinen J & Vähäkylä L (toim) 2013. Ketä kiinnostaa? Lasten ja nuorten hyvinvointi ja syrjäytyminen, 121–134. Suomen Akatemia, Tutkitusti-sarja.
- Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. 2008. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica* 97, 153–158.
- Steward-Brown SI, McMillan A. 2011. Parenting for mental health: What does the evidence say we need to do? Report of Workplace 2 of the DataPrev project. *Health Promotion International* 26 (Supl. 1), doi:10.1093/heapro/dar056.
http://heapro.oxfordjournals.org/content/26/suppl_1/i10.full.pdf+html.

Tuominen A, Kettunen T, Lindfors P, Hjelt R & Hakulinen-Viitanen T. 2011. Varhaisen avun viiveet lasten kehityksellisissä ja psyykkisissä vaikeuksissa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 3(48), 182-195.

Kirjoittajat

Nina Halme, TtT, erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
nina.halme@thl.fi

Tuovi Hakulinen-Viitanen, TtT, dosentti, tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
tuovi.hakulinen-viitanen@thl.fi

Marke Hietanen-Peltola, LT, ylilääkäri, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
marke.hietanen-peltola@thl.fi

Marjaana Pelkonen, THT, dosentti, neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö
marjaana.pelkonen@stm.fi

Marja-Leena Perälä, THT, dosentti, tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
marja-leena.perala@thl.fi

2.3 PSYKOLOGI- JA KURAATTORIPALVELUT PERUSASTEELLA JA TOISELLA ASTEELLA

Kirsi Wiss & Vesa Saaristo

Johdanto

Oppilas- ja opiskelijahuollolla tarkoitetaan oppilaan ja opiskelijan hyvän oppimisen, hyvän fyysisen ja psyykkisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä, ylläpitämistä ja niiden edellytyksiä lisäävää toimintaa (perusopetuslaki 628/1998, laki lukiolain muuttamisesta 478/2003, laki ammatillisesta koulutuksesta annetun lain muuttamisesta 479/2003). Perusopetuksessa terveydenhuoltolain (1326/2010) ja lastensuojelulain (417/2007) mukaista toimintaa kutsutaan tavallisesti oppilashuoltopalveluiksi. Tällä hetkellä voimassa olevan lainsäädännön mukaan toisella asteella eli ammatillisessa koulutuksessa ja lukioissa opiskelijahuoltopalvelut ovat käytännössä terveydenhuoltolain mukaista opiskeluterveydenhuoltoa, johon sisältyy myös päihdesosiaali- ja mielenterveystyötä.

Koulun sosiaalityön ja psykologitoiminnan järjestämistä ja tavoitteita käsiteltiin jo 1970-luvun alussa julkaistussa oppilashuoltokomitean mietinnössä (ks. Rimpelä 2008). Lastensuojelulaissa korostetaan ennakoivaa ja ehkäisevää työtä, johon kuuluu myös koulu- ja oppilaitosyhteisön tukeminen. Lain mukaan kunnan tulee myös järjestää koulupsykologi- ja kuraattoripalvelut alueensa esi- ja peruskoulujen oppilaille. Vastaavaa velvoitetta ei toistaiseksi ole toiselle asteelle määritelty. Kesäkuussa 2013 annetussa hallituksen esityksessä oppilas- ja opiskelijahuoltolaiksi (HE 67/2013) ehdotetaan, että toisen asteen opiskelijoille mahdollistetaan samat psykologi- ja kuraattoripalvelut kuin perusopetuksen oppilaille.

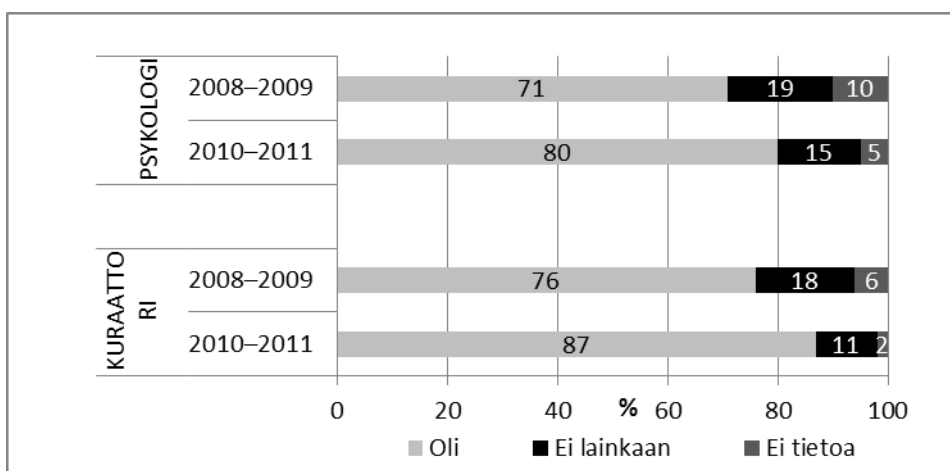
Tässä tarkastelussa psykologi- ja kuraattoripalvelut on rajattu kuvaamaan psykologitoimintaa ja kuraattorityötä perusopetuksessa sekä lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa. Tulokset ovat osa terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmä TEA-viisarin (www.thl.fi/teaviisari) tiedonkeruita vuosilta 2011 ja 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen peruskouluissa ja toisen asteen oppilaitoksissa -tiedonkeruihin vastaavat koulujen ja oppilaitosten rehtorit tai johtajat oppilas- ja opiskelijahuoltoryhmän ja/tai johtoryhmän kanssa yhteistyössä joka toinen vuosi. Tiedonkeruisiin vastasi vuoden 2011 syksyllä 2084 peruskoulua (72 %, N=2899; Saaristo ym. 2012) ja vuoden 2012 syksyllä 343 lukiota (86 %, N=398; Wiss ym. 2013) sekä 146 opetus suunnitelmaperusteista ammatilliseen perustutkintoon johtavaa koulutusta antavaa oppilaitosta (92 %, N=158; Saaristo ym. 2013). Tuloksia verrataan aiempiin vertailukelpoisiin tiedonkeruisiin (Wiss 2009, Wiss & Saaristo 2009, Wiss & Rimpelä 2010).

Palveluiden saatavuus ja henkilöstöresurssit

Saatavuus

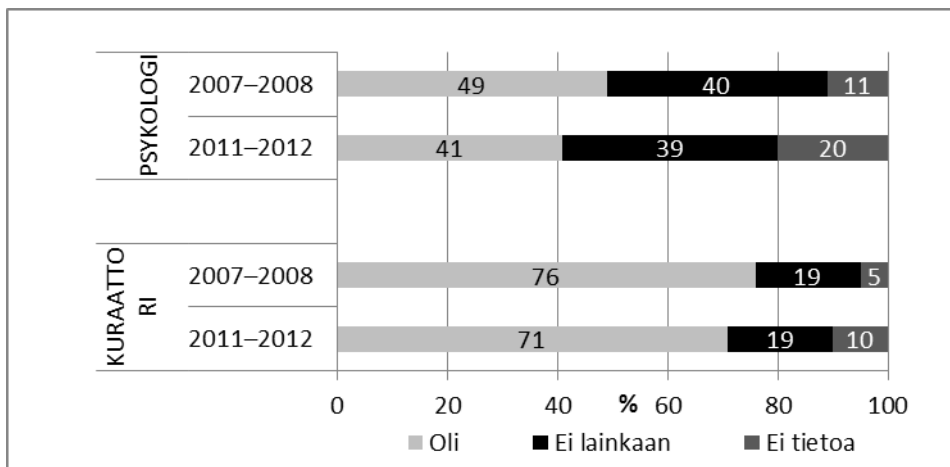
Peruskoulujen psykologi- ja kuraattoripalvelujen saatavuutta on tarkasteltu vertailukelpoisesti vuosina 2009 ja 2011 Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen peruskouluissa -tiedonkeruissa kysymällä, oliko koulun käytettävissä ko. ammattihenkilöiden palveluja ja/tai toimintaa joko koulussa tai esimerkiksi vastaanottotilassa koulun ul-

kopuolella. Vastausvaihtoehdot olivat: ei tietoa, ei lainkaan ja kyllä. Vastaavanlaisesti palvelujen saatavuutta on selvitetty lukioissa ja toisella asteella vuosina 2008 ja 2012.



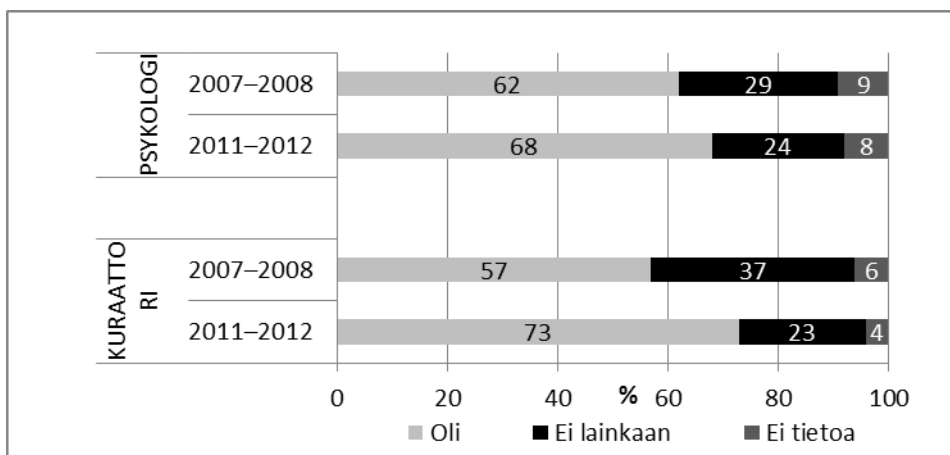
Kuvio 1. Psykologi- ja kuraattoripalveluiden saatavuus peruskouluissa lukuvuosina 2008–2009 ja 2010–2011.

Tulosten mukaan lukuvuonna 2010–2011 psykologipalvelut olivat saatavilla 80 prosentissa ja kuraattoripalvelut 87 prosentissa peruskouluista (kuvio 1). Lukuvuonna 2008–2009 vastaavat luvut olivat psykologipalveluille 71 prosenttia ja kuraattorityölle 76 prosenttia.



Kuvio 2. Psykologi- ja kuraattoripalveluiden saatavuus ammatillisista peruskoulutusta antavissa oppilaitoksissa lukuvuosina 2007–2008 ja 2011–2012.

Ammatillisissa oppilaitoksissa psykologi- ja kuraattoripalvelujen saatavuus oli jonkin verran heikentynyt neljän vuoden seuranta-ajalla (kuvio 2). Lukuvuonna 2011–2012 psykologipalvelut olivat saatavilla 41 prosentissa ammatillisista oppilaitoksista. Neljä vuotta aiemmin vastaavat palvelut olivat joka toisen (49 %) oppilaitoksen käytettävissä.



Kuvio 3. Psykologi- ja kuraattoripalveluiden saatavuus lukioissa lukuvuosina 2007–2008 ja 2011–2012.

Lukioissa erityisesti kuraattoripalveluiden saatavuus oli parantunut neljässä vuodessa (kuvio 3). Lukuvuonna 2011–2012 kuraattoritoimintaa oli kolmessa neljästä (73 %) lukiosta. Vastaava luku neljä vuotta aiemmin oli 57 prosenttia. Koulujen ja oppilaitosten kuraattori- ja psykologipalveluiden saatavuudessa oli suurta vaihtelua alueiden ja kuntien välillä, mutta myös saman kunnan eri koulujen ja oppilaitosten välillä.

Henkilöstöresurssit

Psykologi- ja kuraattoripalvelujen saatavuuden lisäksi peruskouluilta ja toisen asteen oppilaitoksilta selvitettiin käytössä olevien henkilöstöresurssien suuruutta.

Opiskelijamäärään suhteutettuna kuraattorin keskimääräinen työpanos ammatillisissa oppilaitoksissa oli 4,6 tuntia viikossa 100 opiskelijaa kohden, lukioissa 2 tuntia. Vuotta aiemmin vastaava tunnusluku peruskouluissa oli 2,7 tuntia viikossa/100 oppilasta.

Psykologin osalta vastaava tunnusluku oli peruskouluissa 1,2 tuntia ja lukioissa 1,3 tuntia viikossa. Ammatillisissa oppilaitoksissa psykologeja toimi niin vähän, että keskimääräiseksi työpanokseksi tuli 0 tuntia viikossa.

Oppilaitosten väliset erot psykologin ja kuraattorin mitoituksessa suhteessa opiskelijamäärään olivat suuria. Psykologin työpanosta sataa opiskelijaa kohden oli eniten opiskelijamäärältään suurissa oppilaitoksissa, kuraattorin työpanosta opiskelijamäärältään pienissä oppilaitoksissa.

Ammatillisissa oppilaitoksissa psykologin työpanosta oli eniten Lounais-Suomessa, Länsi- ja Sisä-Suomessa sekä suurissa kaupungeissa. Lukioissa alueelliset erot olivat pienempiä, mutta edelleen Lapissa ja Pohjois-Suomessa työpanosta oli keskimääräistä vähemmän.

Kuraattorimitoituksen osalta tilanne olin osin päinvastainen. Paras mitoitus oli maaseutumaisissa kunnissa. Eniten kehitettävää oli Lounais-Suomen lukioissa ja Lapin ammatillisissa oppilaitoksissa.

Peruskouluissa paras psykologimitoitus oli Ahvenanmaalla, Etelä-Suomessa, suurissa kaupungeissa ja oppilasmäärältään suurissa kouluissa. Myös kuraattorin työpanosta oli suurissa kouluissa keskimääräistä enemmän, mutta alueelliset erot olivat pienempiä. Eniten kuraattorin työpanosta sataa oppilasta kohden oli Etelä-Suomessa, vähiten Itä-Suomessa.

Palveluiden järjestäminen

Vuonna 2009 peruskoulujen sosiaalityöstä oli yleisimmin (60 %) vastuussa opetustoimi. Sosiaalityö vastasi sosiaalityöstä 28 prosentissa ja terveystoimi kolmessa prosentissa kouluista. Psykologitoiminnasta opetustoimi vastasi joka toisessa (49 %) koulussa. Terveystoimen vastuulla psykologitoiminta oli joka neljännessä (25 %) ja sosiaalityö 15 prosentissa kouluista. (Wiss & Rimpelä 2010.)

Lukuvuonna 2011–2012 toisen asteen oppilaitosten kuraattoryöstä oli yleisimmin vastuussa koulutuksen järjestäjä (68 % ammatillisista oppilaitoksista ja 39 % lukioista). Psykologipalveluista useimmin vastasi oppilaitoksen sijaintikunnan terveystoimi (vastaavat prosenttiosuudet 48 % ja 36 %).

Psykologien ja kuraattorien osallistuminen oppilas- ja opiskelijahuolto-ryhmän toimintaan

Lähes jokaisessa (99 %) peruskoulussa ja toisen asteen oppilaitoksessa toimi yleisiä asioita käsittelevä oppilas- tai opiskelijahuolto-ryhmä. Kolmessa neljästä (75 %) ammatillisesta oppilaitoksesta ryhmä kokoontui vähintään kerran kuussa. Lukioista (65 %) ja peruskouluista (68 %) vastaava osuus oli kaksi kolmasosaa. Joka neljännessä peruskoulussa oppilashuolto-ryhmä kokoontui viikoittain. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Oppilas- tai opiskelijahuolto-ryhmän kokoontumistiheys peruskouluissa lukuvuonna 2010–2011 toisen asteen oppilaitoksissa lukuvuonna 2011–2012.

| | Peruskoulut % (N=2070) | Lukiot % (N=343) | Ammatilliset % (N=146) |
|---|---------------------------|---------------------|---------------------------|
| Ei ole oppilas-/opiskelijahuolto-ryhmää | 1 | 1 | 1 |
| Harvemmin kuin kerran kuukaudessa | 31 | 34 | 24 |
| Noin kerran kuukaudessa | 30 | 45 | 47 |
| Noin kerran kahdessa viikossa | 13 | 13 | 15 |
| Noin kerran viikossa | 25 | 7 | 12 |
| Yhteensä | 100 | 100 | 100 |

Lukioista 70 prosenttia ilmoitti opiskelijahuolto-ryhmään kuuluneen lukuvuonna 2011–2012 kuraattorin tai sosiaalityöntekijän, psykologin vain noin joka toinen (49 %). Ammatillisissa oppilaitoksissa vastaavat luvut olivat kuraattorille 67 prosenttia ja psykologille vain 19 prosenttia.

Yhteenveto ja johtopäätökset

Psykologitoiminnan ja sosiaalityön tehtävänä on yhdessä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon sekä koulujen ja oppilaitosten muun toiminnan kanssa edistää oppilaiden ja opiskelijoiden sekä koko koulu- ja oppilaitosyhteisön hyvinvointia. Näin toimien tuetaan samalla myös kokonaisvaltaisesti oppimista.

Koulun psykologitoiminnan ja kuraattorityön saatavuus oli peruskouluissa jonkin verran parantunut lukuvuodesta 2008–2009 lukuvuoteen 2010–2011 verrattuna. Myös lukioissa kyseisten palveluiden saatavuudessa oli neljän vuoden seuranta-ajalla (lukuvuodet 2007–2008 ja 2011–2012) havaittavissa samankaltainen kehityssuunta. Ammatillisten oppilaitosten kuraattori- ja psykologipalvelujen saatavuus oli samalla ajanjaksolla heikentynyt. Vaikka palveluiden saatavuus peruskouluissa ja lukioissa oli parantunut aiemmasta, oli palveluiden toiminnassa edelleen puutteita näissäkin koulumuodoissa.

Oppilasmäärään suhteutettuna ammatillisissa oppilaitoksissa toimi lukioita ja peruskouluja enemmän kuraattorityön ammattihenkilöitä. Toisaalta psykologin palvelu- ja oli saatavilla vain alle puolessa ammatillista koulutusta antavista oppilaitoksista.

Melkein kaikissa toisen asteen oppilaitoksissa toimi yleisiä asioita käsittelevä opiskelijahuoltoryhmä. Psykologitoiminnan saatavuus oppilaitoksissa korostui myös oppilashuoltoryhmän toimintaan liittyvissä tuloksissa. Ammatillisissa oppilaitoksissa vain joka viidennessä (19 %) ja lukioista joka toisessa (49 %) opiskelijahuoltoryhmän kokoonpanoon kuului psykologi. Myös kuraattorityön työpanos puuttui joka kolmannen (30–33 %) toisen asteen oppilaitoksen opiskelijahuoltoryhmästä. Tulokset nostavat esiin oppilashuollon moniammatillisen toiminnan mahdollisuudet ja haasteet koulu- ja oppilaitoshyvinvoinnin kehittämisessä ja edistämässä.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen peruskouluissa ja toisen asteen oppilaitoksissa -tiedonkeruiden tulosten mukaan psykologitoiminnan ja kuraattorityön saatavuudessa, henkilöstöresursseissa, toiminnan järjestämisessä ja painotuksessa oli suuria eroja koulujen ja oppilaitosten välillä. Ajatuksia herättävää on se, että eroja koulujen ja oppilaitosten välillä ei ole vain eri maantieteellisten alueiden välillä, vaan myös saman kunnan eri koulujen ja oppilaitosten välillä.

Kaikkien oppilas- ja opiskelijahuoltopalvelujen, niin myös sosiaalityön ja psykologitoiminnan, tulisi vastata koulujen ja oppilaitosten erityisiä tarpeita. Tällöin myös edellä kuvatut erot koulujen, oppilaitosten ja eri koulumuotojen välillä saattaisivat tietyissä tilanteissa kuvata tätä tarpeista selittyvää eroa. Näin ei kuitenkaan muiden tutkimusten (mm. Kouluterveyskysely) ja yhteiskunnallisen kokemuksen perusteella näyttäisi olevan. Kun koulujen ja oppilaitosten hyvinvointia tarkastellaan kokonaisuutena, ammatillisten oppilaitosten opiskelijat näyttäisivät tarvitsevan enemmän tukea ja ohjausta kuin tämänhetkisinä opiskelijahuollon voimavaroilla ja painotuksilla on mahdollista taata.

Lähteet

Hallituksen esitys eduskunnalle oppilas- ja opiskelijahuoltolaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi 67/2013.

Kouluterveyskysely. www.thl.fi/kouluterveyskysely

Laki ammatillisesta koulutuksesta annetun lain muuttamisesta 479/2003.

Laki lukiolain muuttamisesta 478/2003.

Lastensuojelulaki 417/2007.

Perusopetuslaki 628/1998.

- Rimpelä M. 2008. Oppilashuolto kouluhyvinvoinnin ytimenä. Kirjassa Suortamo M, Laaksola H & Välijärvi J. (toim.). Opettajan vuosi 2008–2009. Teemana hyvinvointi. PS-kustantamo.
- Saaristo V, Wiss K, Peltonen H & Kuusela J. 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen peruskouluissa 2011. Tiedä ja toimi 22.5.2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Saaristo V, Wiss K, Pirttiniemi J & Väyrynen P. 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ammatillisissa oppilaitoksissa 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 1/2013.
- TEAvisari. www.thl.fi/teaviisari
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
- Wiss K. 2009. Opiskelijahuoltopalvelujen järjestäminen ja henkilöstö. Teoksessa Rimpelä M, Jarvala T, Kalkkinen P, Peltonen H & Rigoff A-M. (toim.) Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen lukioissa – perusraportti lukiokyselystä vuonna 2008. Opetushallitus ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Wiss K & Rimpelä M. 2010. Oppilashuollon henkilöstö ja toiminnan painotus. Teoksessa Rimpelä M, Fröjd S & Peltonen H. (toim.) Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen perusopetuksessa 2009. Perusraportti. Koulutuksen seurantaraportti 2010:1. Opetushallitus.
- Wiss K & Saaristo V. 2009. Opiskelijahuoltopalvelujen henkilöstö ja järjestäminen. Teoksessa Väyrynen P, Saaristo V, Wiss K & Rigoff A-M. (toim.) Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ammatillisissa oppilaitoksissa – perusraportti kyselystä vuonna 2008. Opetushallitus ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Wiss K, Saaristo V, Peltonen H & Laitinen K. 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen lukioissa 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 1/2013.

Kirjoittajat

Kirsi Wiss, TtM, asiantuntija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
kirsi.wiss@thl.fi

Vesa Saaristo, FM, tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
vesa.saaristo@thl.fi

2.4 OPISKELUTERVEYDENHUOLLON TILANNE

Maire Kolimaa

Yleistä opiskeluterveydenhuollosta

Opiskeluterveydenhuolto kuuluu terveydenhuoltolain (1326/2010) 17 §:n mukaan lukiodien, ammatillisen koulutuksen, ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen opiskelijoille. Opiskeluterveydenhuolto on jatkumo kouluterveydenhuollolle, mutta eroaa siitä sisällöltään. Opiskeluterveydenhuoltoon sisältyvät terveydenhuoltolain 17 §:n mukaan

- 1) oppilaitoksen opiskeluympäristön terveellisyyden ja turvallisuuden sekä opiskeluyhteisön hyvinvoinnin seuranta ja edistäminen,
- 2) opiskelijan terveyden ja hyvinvoinnin seuraaminen ja edistäminen,
- 3) terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen järjestäminen sekä
- 4) opiskelijan erityisen tuen tai tutkimuksen tarpeen varhainen tunnistaminen ja järjestäminen.

Tarkemmin opiskeluterveydenhuoltoon oikeutetuista opiskelijoista, palvelujen järjestämisestä, terveysneuvonnasta, terveystarkastuksista, kouluyhteisön ja opiskeluympäristön terveellisyydestä ja turvallisuudesta, erityisen tuen tarpeen tunnistamisesta ja tuesta sekä terveyden- ja sairaanhoitopalveluiden järjestämisestä säädetään valtioneuvoston asetuksessa (338/2011). Toisen asteen ja korkea-asteen opiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon sisältö eroaa terveystarkastusten osalta. Toisella asteella on kaksi määräaikaista terveystarkastusta, kun korkea-asteella terveystarkastukset tehdään terveystarkastuksen perusteella.

Opiskeluterveydenhuolto on kunnan järjestämisvastuulla. Terveydenhuoltolaki antaa kuitenkin mahdollisuuden järjestää yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen opiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto kunnan suostumuksella myös muulla Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontaviraston hyväksymällä tavalla. Toisen asteen ja ammattikorkeakoulujen opiskeluterveydenhuolto on kunnallisen opiskeluterveydenhuollon järjestämää, sen sijaan yliopisto-opiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto on Yliopistolaitoksen terveydenhoitosäätiön (YTHS) tuottamaa. Vuodesta 2011 on kokeiltu ammattikorkeakouluopiskelijoiden ns. YTHS-mallia kahdella paikkakunnalla (Lappeenranta ja Seinäjoki). Kokeilua seurataan ja arvioidaan. Arvioinnin perusteella tehdään johtopäätökset ammattikorkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon järjestämisestä.

Opiskeluterveydenhuollon sisältö ja toimintatavat eroavat kouluterveydenhuollosta ja muusta terveyskeskustyöstä. Kouluterveydenhuolto on ehkäisevää terveydenhuoltoa, mutta opiskeluterveydenhuoltoon sisältyy ehkäisevän terveydenhuollon lisäksi myös sairaanhoitoa. Toisin kuin kouluterveydenhuollossa, opiskeluterveydenhuollossa on myös täysi-ikäisiä opiskelijoita. Näin ollen opiskeluterveydenhuollon henkilöstö asioi pääsääntöisesti opiskelijoiden itsensä kanssa huoltajien roolin jäädessä vähemmäksi toisen asteen 16–18-vuotiaita nuoria lukuun ottamatta.

Opiskelu on opiskelijan työtä, ja opiskelijat tarvitsevat opiskelukykyä, kuten työntekijät tarvitsevat työkykyä. Opiskelu edellyttää riittäviä fyysisiä ja psyykkisiä voimavaroja, hyvää opetusta sekä oppimista tukevaa opiskeluympäristöä. Opiskeluterveydenhuollossa kiinnitetään erityisesti huomiota opiskelukykyyn vaikuttaviin tekijöihin, kuten opiskelijan omiin voimavaroihin, terveyteen, opiskelutaitoihin sekä opiskeluympäristöön ja -yhteisöön. Opiskelukykyyn vaikuttavat opiskelija itse, opis-

kelijan terveys, kehitysvaihe ja voimavarat. Opiskelukykyyn vaikuttavat lisäksi opiskelijan persoonallisuus, itsetuntemus, elämäntilanne, sosiaaliset suhteet ja opiskelijan käyttäytymistottumukset. Opiskeluterveydenhuollon toiminnan tulee edistää opiskelijan työ- ja opiskelukykyä tukemalla opiskelijan fyysisiä ja psyykkisiä voimavaroja, turvaamalla hyvä fyysinen opiskeluympäristö ja toimivat työjärjestelyt. Opiskeluterveydenhuollon on kiinnitettävä huomiota myös opiskeluyhteisön hyvinvointiin.

Opiskeluterveydenhuollon henkilöstön tulee olla perehtyneitä erityisesti opiskelevien nuorten ja nuorten aikuisten kehitysvaiheeseen, terveysongelmiin ja opiskelukykyyn vaikuttaviin tekijöihin. Opiskeluterveydenhuollon henkilöstön tulee tehdä saumatonta yhteistyötä oppilaitoksen muun opiskelijahuoltohenkilöstön ja muun henkilöstön kanssa.

Opiskeluterveydenhuollon tila

Pääministeri Kataisen hallituksen ohjelma sisältää opiskeluterveydenhuollon kehittämisen ja erityistä huomiota kiinnitetään ammatillisen koulutuksen opiskelijoiden terveyspalvelujen kehittämiseen. Tarve ammatillisen koulutuksen opiskelijoiden tukemiseen on ilmeinen, koska heillä on tutkimusten mukaan huomattavasti enemmän terveyteen liittyvää riskikäyttäytymistä esimerkiksi humalajuomista ja tupakointia. He keskeyttävät opintonsa lukio-opiskelijoita yleisemmin.

Opiskeluterveydenhuollon ja sen seuraamisen eräänä haasteena on kattavan tilasto- ja seurantatiedon puute. Opiskeluterveydenhuollosta puuttuu jatkuvasti päivittyvä tieto opiskeluterveydenhuollon sisällöstä, käynneistä ja kustannuksista. Seurantatieto on oleellinen edellytys kehittämistyölle ja sen arvioinnille. Sosiaali- ja terveysministeriö on selvittänyt erillisselvityksillä vuosina 2002 (STM 2003) ja 2011 (STM 2012) opiskeluterveydenhuollon tilaa kunnissa. Lisäksi THL (Wiss ym. 2012) ja THL yhdessä Opetushallituksen kanssa (Saaristo ym. 2013, Wiss ym. 2013) ovat selvittäneet muun muassa opiskeluterveydenhuollon resursseja.

Vuoden 2012 STM:n selvityksen mukaan opiskelijoiden terveystarkastukset toteutuivat aikaisempaa paremmin. Opiskeluterveydenhuoltoa toteutetaan hyvin erilaisissa olosuhteissa: pienissä ja suurissa kunnissa; pienissä ja suurissa oppilaitoksissa; toisen asteen ja korkea-asteen oppilaitoksissa. Opiskeluterveydenhuollon toteuttaminen vaihteli myös terveyskeskusten välillä. Opiskelijoiden terveyttä edistävän ja sairauksia ehkäisevän toiminnan sekä terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen on muodostettava yhtenäinen kokonaisuus, jonka on edistettävä opiskelijan terveyttä, hyvinvointia ja opiskelukykyä. Selvitys osoitti, että opiskeluterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitopalvelut oli hajautettu eri toimipisteisiin ja eri työntekijöiden toteutettavaksi. Tilastointi ja seuranta olivat puutteellisia. Sisällöllisesti suurin haaste oli mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoito. Palveluiden järjestämisessä suurimmat epäselvyydet koskivat ammatillisessa aikuiskoulutuksessa olevien opiskeluterveydenhuoltoa.

Selvityksen tulosten perusteella esitettiin toteutettavaksi useita jatkotoimenpiteitä. Paikallisella tasolla toimenpide-ehdotukset koskivat opiskeluterveydenhuollon palvelujen saatavuutta, resursseja, opiskeluterveydenhuollon järjestämistä kokonaisuutena, henkilöstön osaamista, maksuja sekä opiskeluterveydenhuollon seurantaan, jatkuvaa kehittämistä ja sitä tukevan tiedon käyttöönottoa. Kansallisen tason toimenpide-ehdotukset liittyivät lainsäädäntöön, kuntien informointiin, tutkimus- ja kehittämis-toimintaan sekä seurantaan ja valvontaan.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportin (Wiss ym. 2012) mukaan opiskeluterveydenhuollon kokonaisuus toteutui kolmessa neljästä terveyskeskuksesta. Parhai-

ten opiskeluterveydenhuollon kokonaisuus toteutui väestömäärältään pienissä alle 5 000 asukkaan terveyskeskuksissa sekä Lapissa ja Etelä- ja Lounais-Suomessa.

Käytännössä opiskeluterveydenhuollon yhtenäinen kokonaisuus tarkoittaa sitä, että samojen opiskeluterveydenhuoltoon perehtyneiden ammattihenkilöiden tulisi toteuttaa opiskelijoiden terveyden- ja sairaanhoito. Terveyskeskusten ilmoitusten mukaan 91 prosentissa terveyskeskuksista opiskelijalla oli mahdollisuus asioida saman terveydenhoitajan kanssa terveydenhoitopalvelujen lisäksi myös sairaanhoitopalveluissa. Vastaava luku lääkäripalveluille oli 57 prosenttia. Yleisemmin, 64 prosentissa terveyskeskuksista, opiskeluterveyden sairausvastaanotto oli sijoitettu lääkäreiden normaalin vastaanotto toiminnan yhteyteen. Vain joka neljännessä terveyskeskuksessa sairausvastaanoton ensisijainen järjestämispaikka oli opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä oppilaitoksessa ja 8 prosenttia terveyskeskuksista ilmoitti järjestävänsä opiskelijoiden sairaanhoidon keskitetysti opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä. Nämä vastaukset ovat ristiriidassa opiskeluterveydenhuollon kokonaisuuden toteutumista koskevien tulosten kanssa. Kun opiskeluterveydenhuollon sairausvastaanotto järjestetään terveyskeskuslääkäriin vastaanotto toiminnan yhteyteen, on vaarana, että lääkäri ei ole perehtynyt opiskeluterveydenhuoltoon ja sairauden yhdistäminen opiskelijan opiskelukykyyn tai hyvinvointiin voi jäädä puutteelliseksi.

Opiskeluterveydenhuollon henkilöstö

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen (STM 2012) mukaan valtakunnalliset henkilöstömitoitussuositukset toteutuivat opiskeluterveydenhuollossa vaihtelevasti. Lukioiden opiskeluterveydenhuolto oli tulosten mukaan muita koulutusmuotoja paremmin resursoitu. Opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajavakanssit oli täytetty 89 prosentissa terveyskeskuksia ja ne olivat kokonaan täyttämättä 4 prosentissa. Terveydenhoitajien työpanoksen osti kokonaan yksityiseltä palveluntarjoajalta kaksi kuntaa ja osittain kaksi. Lääkäriin työpanoksen osti kokonaan yksityiseltä palveluntarjoajalta 12 terveyskeskusta ja osittain 16 terveyskeskusta. Opiskeluterveydenhuollon lääkärivirat olivat kokonaan täyttämättä kolmasosassa kuntia ja täytetty hieman alle puolessa kuntia. Opiskelijamäärältään kymmenen suurimman selvitykseen vastanneen kunnan kolmessa terveyskeskuksessa oli opiskeluterveydenhuollon lääkärivirat täytetty. STM:n kyselyn vastaajat (75 %) nostivat päälimmäiseksi haasteeksi resurssivajeen.

Opiskeluterveydenhuollon henkilöstötilanne oli aikaisempiin vuosiin verrattuna parantunut, mutta siinä oli edelleen suuria puutteita. Lukioiden keskimääräinen terveydenhoitajamitoitus oli lähimpänä suosituksia kun taas ammatillisten oppilaitosten ja etenkin ammattikorkeakoulujen mitoitukset jäivät selvästi suosituksista. Lääkäriresurssit olivat erittäin huonot kaikilla koulutusasteilla. Myös THL:n raportista (Wiss ym. 2012, Wiss ym. 2013) ilmenee, että opiskeluterveydenhuollon resurssissa on tapahtunut jonkin verran parannusta 2000-luvun puolivälin jälkeen, mutta tilanne on kaukana mitoitussuosituksista. Esimerkiksi vuonna 2007 opiskeluterveydenhuollon lääkäriä kohti oli keskimäärin 33 639 oppilasta, kun vastaava luku vuonna 2011 oli 7 048 (Wiss ym. 2013). Työpanoksen lisäyksestä huolimatta valtakunnallinen lääkäriin henkilöstömitoitussuositus toteutui vuonna 2011 vain 17 prosentissa terveyskeskuksista. Lisäksi jatkossa on tarpeen tarkastella eri koulutusasteita erillisinä, koska ne eroavat toisistaan opiskeluterveydenhuollon sisällön osalta sekä opiskelijoiden oireilyn, palvelujen tarpeen ja terveyskäyttäytymisen vuoksi.

Johtopäätökset

Kunnallinen opiskeluterveydenhuolto on pirstaloitunut kunnan eri toimipisteisiin eri työntekijöiden toteuttamaksi toiminnaksi. Palveluissa ei toteudu asetuksen mukainen yhtenäinen kokonaisuus, jossa opiskelijan tarpeet tunnistetaan ja niihin pystytään vastaamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Opiskelijoiden tuen tarve on erilainen toisella asteella kuin korkea-asteella johtuen opiskelijoiden iästä ja kehitysvaiheesta. Toisella asteella ammatillisessa koulutuksessa olevilla on lukiolaisia huomattavasti enemmän terveysongelmia ja suurempi tuen tarve.

Opiskeluterveydenhuoltoa vaivaa huomattava resurssivaje, erityisesti lääkärien osalta. Tämä on todennäköisesti johtanut siihen, että opiskeluterveydenhuollossa tarjotaan vain osa opiskeluterveydenhuoltoon lain mukaan kuuluvia palveluja. Opiskelijat ovat ainakin toisen asteen osalta haavoittuva väestöryhmä, joka ei osaa hakea palveluja.

Opiskeluterveydenhuollon kehittämistä vaikeuttaa sekä kuntatason että valtakunnan tason puutteellinen seuranta ja tilastointi.

Opiskeluterveydenhuollosta puuttuu kansallinen tutkimus- ja kehittämiskeskus. Kehittämistyötä on vaikea tehdä yksittäisessä pienessä opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä muutenkin vähäisin voimavaroin.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2012 työryhmän kehittämään opiskeluterveydenhuoltoa jatkotoimenpide-esitysten pohjalta. Työryhmän toimikausi päättyy vuoden 2013 lopussa. Työryhmän tavoitteena on tehdä ehdotuksia opiskeluterveydenhuollosta opiskelijoiden terveyden ja opiskelukyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. Erityisenä työryhmän painopistealueena on ammatillisen koulutuksen opiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto.

Työryhmän tehtävänä on tehdä ehdotuksia 1) opiskeluterveydenhuollon kehittämiseksi sekä ehkäisevän toiminnan vahvistamiseksi erityisesti ammatillisen koulutuksen opiskelijoiden opiskeluterveydenhuollossa, 2) opiskeluterveydenhuollon kehittämisestä osana valmisteilla olevan oppilas- ja opiskelijahuoltolain toimeenpanoa, 3) työvoima- ja aikuiskoulutuksessa olevien aikuisopiskelijoiden opiskelun terveydenhuollon sisällöstä, 4) opiskeluterveydenhuollon seurantajärjestelmän kehittämiseksi ja 5) opiskeluterveydenhuoltoon liittyvistä mahdollisista lainsäädännön muutostarpeista. Lisäksi työryhmän tehtävänä on seurata ns. Sora-lainsäädännön terveydenhuollolta edellytettävien toimenpiteiden etenemistä, kuten mahdollisten lainsäädäntöön tarvittavien muutosten ja toimintakäytäntöjen linjaamista sekä todistusten, lausuntojen ja ohjeistuksen laatimista.

Lähteet

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 2011-2015.

Saaristo V, Wiss K, Pirttiniemi J & Väyrynen P. 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ammatillisissa oppilaitoksissa 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 1/2013.

STM. 2003. Opiskeluterveydenhuollon tila vuonna 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:25.

STM. 2012. Opiskeluterveydenhuollon selvitys. Sosiaali- ja terveysministeriön Raportteja ja muistioita 18.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010).

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (338/2011).

Wiss K, Frantsi-Lankia M, Koskinen H & Saaristo V. 2012. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2011. Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 71/2012.

Wiss K, Hietanen-Peltola M & Pelkonen M & Saaristo V. 2013. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon lääkärivoimavarojenkehitys terveyskeskuksissa vuosina 2005-2011. Tutkimuksesta tiiviisti 3, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Wiss K, Saaristo V, Peltonen H & Laitinen K. 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen lukioissa 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 1/2013.

Kirjoittaja

Maire Kolimaa, TtM, neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö
maire.kolimaa@stm.fi

3 EHDOTUKSET LASTEN, NUORTEN JA PERHEIDEN EHKÄISEVIEN PALVELUJEN KEHITTÄMISEKSI

3.1 PALVELUKOKONAISUUDET JA PALVELUJEN PORRASTAMINEN TUEN TARPEIDEN MUKAISESTI

Arja Hastrup, Marke Hietanen-Peltola, Marjaana Pelkonen

Toimenpide-ehdotukset

- Kuntien valtuustot päättävät painopisteen siirtämisestä korjaavista palveluista ehkäisevään työhön ja seuraavat palvelujen vaikutuksia ja kustannuskehitystä.
- Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen järjestämisestä vastaavat tahot huolehtivat, että palvelut järjestetään asiakaslähtöisenä palvelukokonaisuutena, jossa toteutuu hallintokuntien sekä perus- ja erikoistason välinen yhteistyö.
- Palveluverkoston tehtävänä on tukea kasvu- ja kehitysympäristöjä (koti, varhaiskasvatus, koulu ja vapaa-ajan ympäristöt) ja niissä toimivia aikuisia siten, että lasten ja nuorten kehitystä ja hyvinvointia suojaavat tekijät vahvistuvat ja riskitekijät vähenevät. Samalla vähennetään pois lähettämisen kulttuuria ja otetaan konsultatiiviset työmallit käyttöön.
- Palvelujen vaikuttavuutta parannetaan varhentamalla, kohdentamalla ja porrastamalla tukea ja hoitoa.
- Palvelujen järjestäjä huolehtii lasten ja aikuisten palvelujen yhteensovittamisesta.
- Palvelujen yhteensovittaminen onnistuu monialaisen yhteistyön ja verkostotyön avulla.

Lapsiin ja nuoriin investoiminen on inhimillistä ja kannattaa taloudellisesti

Kuntien käyttömenoista menee tehtyjen selvitysten mukaan reilu kolmannes lapsiperheiden palveluihin (sosiaali- ja terveydenhuolto, opetustoimi, kulttuuri ja liikunta), joissakin kunnissa alle 18-vuotiaiden palvelukustannusten osuus voi olla yli 50 % kunnan käyttömenoista (Narkilahti ym. 2012). Ei ole yhdentekevää, miten nämä palvelut järjestetään ja saavatko lapset, nuoret ja perheet tarvitsemansa avun. Sektorikohtaisten budjettien vuoksi palvelujen kokonaiskustannuksia ja erityisesti ehkäisevien palvelujen osuutta on vaikea hahmottaa. Tässä on kuitenkin onnistuttu esimerkiksi Oulun seudulla Kaste-ohjelmaan kuuluvassa Tukeva-hankkeessa (Tukeva Lapsiperheiden hyvinvointihanke 2012). Osana lapsi- ja nuorisopoliittista ohjelmatyötä tehtiin talousselvitys, jonka tavoitteena oli tehdä näkyväksi kuntien lapsiperheiden palveluihin osoittamat voimavarat ja niiden kehitys. Korjaavien palvelujen kustannusten kasvuprosentit olivat seuranta-aikana selvästi suurempia kuin ehkäisevien palvelujen kasvuprosentit (Narkilahti ym. 2012). Suunnan muutos on välttämätön ja se on mahdollinen.

Investointi ehkäiseviin palveluihin kannattaa. Aluksi kustannukset väliaikaisesti nousevat, koska ehkäiseviin palveluihin tapahtuvan investoinnin lisäksi on maksettava runsaasta korjaavien palvelujen käytöstä. Erikoistuneiden palvelujen tarve ja kuormitus vähenevät myöhemmin, kun investoinneilla vahvistetaan lasten kasvu- ja kehitysympäristöjä (perhe, varhaiskasvatus, koulu, vapaa-ajan ympäristöt) ja peruspalveluja esimerkiksi palkkaamalla perhetyöntekijöitä. Näin on käynyt esimerkiksi Imatralla, jossa ennaltaehkäisevä työ on tuottanut nopeasti tulosta. Pitkäaikaisesti sijoitettujen lasten ja nuorten määrä ja lastensuojelun kokonaismenojen kasvu on saatu kääntymään laskuun (Kähkönen 2013). Tehdyt muutokset näkyvät muutaman vuoden viiveellä lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin lisääntymisenä ja erityispalvelujen kustannusten vähenemisenä.

Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelukokonaisuus

Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen järjestämisen lähtökohtana on monialainen palvelukokonaisuus, joka tarjoaa kaikki lasten, nuorten ja perheiden tarvitsemat palvelut: ehkäisevät, tukevat, hoitavat ja muut peruspalvelut, erityispalvelut, konsultatiiviset palvelut (erityistason konsultaatiot perustasolle) ja erikoissairaanhoidon palvelut asiakaslähtöisenä kokonaisuutena (Taulukko 1). Palvelukokonaisuus muodostuu alle kouluikäisten, kouluikäisten ja opiskeluikäisten palveluverkostoista ja toimii yhteistyössä aikuisten palveluiden kanssa. Perhekeskus on kehittyvä tapa organisoida yllä kuvatut alle kouluikäisten lasten palvelut yhdeksi kokonaisuudeksi. Perhekeskukset toimivat yhteistyössä kuntien, järjestöjen, seurakuntien ja perheiden kanssa. Toimintaa kehitetään perheiden kohtaamispaikaksi ja vertaistuen mahdollistajaksi. Perhekeskus edellyttää toimijoiden yhteistyötä ja toimivaa monialaista johtamista. Perhekeskus voi olla fyysinen paikka, mutta sillä voidaan tarkoittaa myös palveluverkosta, jossa eri toimijoiden työ on sovitettu toimivaksi ja yhteensovitetuksi kokonaisuudeksi (STM 2012). Koulu- ja opiskeluikäisten palveluverkostojen ytimen muodostaa oppilas- ja opiskelijahuolto.

Perhekeskustoiminta sekä oppilas- ja opiskeluhuolto ovat Kaste-ohjelman kehittämisen kärkiä vuosina 2012–2015. Kolmas kehittämisen kärki on lastensuojelu, jossa painotetaan avohuoltoa ja perhehoitoa (STM 2012). Järjestettäessä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kunnan rajat ylittävillä alueilla on huolehdittava tiiviistä yhteistyöstä kuntien muiden lasten, nuorten ja perheiden palvelujen kanssa (esim. sivistystoimi, nuorisotoimi, liikuntatoimi). Vain siten palveluiden on mahdollista muodostaa käyttäjien näkökulmasta toimiva kokonaisuus.

Kun nykyisistä hajanaisista palveluista muodostetaan asiakkaille ehyt ja heidän tarpeitaan vastaava kokonaisuus, voidaan poistaa päällekkäisyyksiä ja tavoittaa katvealueet. Tällöin monialaisen verkoston voimavarat voidaan käyttää nykyistä tarkoituksemukaisemmin, vaikuttavammin ja taloudellisemmin.

Edellä kuvattu palvelukokonaisuus ei synny itsestään vaan uudistamiselle on luotava rakenteet. Rakenteet on luotava myös monialaiselle sektorirajat ylittävälle yhteistyölle. Tarvitaan kunnallisen päätöksenteon tuki eli selvästi ilmaistu tahtotila ja strategiaan kirjatut tavoitteet. Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma ja hyvinvointikertomus ovat käyttökelpoisia työvälineitä tähän. Ne molemmat kokoavat yhteen kunnan toimijat yli hallinto- ja sektorirajojen. Hyvinvointisuunnitelmassa konkretisoidaan tarvittavat toimenpiteet ja hyvinvointikertomuksessa kuvataan työn eteneminen ja arvioidaan toteutunutta toimintaa. Toiminnallisen ja monialaisen kokonaisuus-

den rakentamisessa hyödynnetään yhteensovittavaa johtamista (Perälä ym. 2012; ks. myös luku 3.5).

Kuntalaisten tarpeet huomioivan palvelukokonaisuuden rakentaminen merkitsee säästöjä. Eri hallintokuntien, järjestöjen ja seurakuntien palvelut on sovitettava yhteen johtamisen ja sopimusten avulla. Tämä onnistuu, kun toimijat tuntevat toisensa ja toistensa työn. Lisäksi säästöjä saadaan korvaamalla toimimattomat työtavat vaikuttavilla. Tämä edellyttää käytettävien työtapojen aktiivista arviointia ja näyttöön perustuvien vaikuttavien menetelmien käyttöön ottoa. Huolta on pidettävä myös työntekijöiden ja koko työyhteisön osaamisesta ja motivaatiosta. Osaamisen vahvistaminen on oltava suunniteltua ja säännöllistä sekä perustuttava jokaisen työntekijän oivallukseen omista oppimistarpeistaan. Johdon näkemys palvelujen uudistamisesta ja siinä tarvittavasta osaamisesta sekä näiden tukeminen ovat välttämättömiä.

Taulukko 1. Lasten, nuorten ja perheiden monialaisten palvelujen kokonaisuus

| Alle kouluikäisten lasten palveluverkosto (perhekeskus) | Kouluikäisten palveluverkosto | Opiskeluikäisten palveluverkosto (ml nykyisten palvelujen ulkopuolelle jäävät) |
|--|--|--|
| <i>Ytimenä universaalit terveystalut koko ikäryhmälle</i> | <i>Ytimenä oppilashuolto koko ikäryhmälle (HE 67/2013)</i> | <i>Ytimenä opiskelijahuolto (HE 67/2013) koko ikäryhmälle</i> |
| Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta ml. vanhempien hyvinvoinnin selvittäminen, ehkäisevä mielenterveystyö ja ehkäisevä suun terveydenhuolto Esiopetuksen opetussuunnitelman mukainen oppilashuolto esiopetuksen osallistuville | Perusopetuksen opetussuunnitelman mukainen oppilashuolto Kouluterveydenhuollon palvelut ml. vanhempien hyvinvoinnin selvittäminen, ehkäisevä mielenterveystyö ja ehkäisevä suun terveydenhuolto Psykiatri- ja kuraattoripalvelut | Lukio- ja ammatillisen koulutuksen opetussuunnitelman mukainen opiskelijahuolto Opiskeluterveydenhuollon palvelut sisältäen suun terveydenhuollon ja seksuaaliterveyden sekä päihde- ja mielenterveystyön Psykiatri- ja kuraattoripalvelut |
| <i>Muut sosiaali- ja terveystalut</i> | | |
| Ehkäisevä perhetyö | Ehkäisevä perhetyö | Nuorisotasemat ja muut nuorille suunnatut päihdehuollon erityispalvelut |
| Kasvatus- ja perheneuvolapalvelut | Kasvatus- ja perheneuvolapalvelut | |
| Lapsi- ja perhekohtainen lastensuojelu | Lapsi- ja perhekohtainen lastensuojelu | Lapsi- ja perhekohtainen lastensuojelu (alle 18v; jälkihuolto ad 21 v) |
| Sosiaalityö (mm. lastenvalvoja ja toimeentulotuki) | Sosiaalityö (mm. lastenvalvoja ja toimeentulotuki) | Sosiaalityö (mm. sosiaalihuollon kuntouttava työtoiminta, toimeentulotuki) |
| Puheterapia, fysioterapia, toimintaterapia, ravitsemusterapia, psykologin palvelut ym. | Puheterapia, fysioterapia, toimintaterapia, ravitsemusterapia, psykologin palvelut ym. | Puheterapia, fysioterapia, toimintaterapia, ravitsemusterapia, psykologin palvelut ym. |
| | | Työterveyshuolto (työssä käyville) |
| <i>Sairauksien hoito</i> | | |
| Nykyisen perusterveydenhuollon sairauksien hoito sekä somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelut Lasten vanhempien sairauksien ja ongelmien hoito (mm. päihdepalvelut) | Nykyisen perusterveydenhuollon sairauksien hoito sekä somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelut Lasten vanhempien sairauksien ja ongelmien hoito (mm. päihdepalvelut) | Terveystalut (mm. lääkärin palvelut koulutuksen ulkopuolella oleville) Nykyisen somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelut |
| <i>Vammaispalvelut ml kehitysvammaispalvelut</i> | | |
| <i>Kasvatus- ja koulutuspalvelut</i> | | |
| Varhaiskasvatus ja esiopetus | Perusopetus | Lukio- ja ammatillinen koulutus |
| <i>Verkosto toimii kiinteässä yhteistyössä</i> | | |
| Järjestöt, Seurakunnat Yksityiset palveluntuottajat Muut arjen tukimuodot | Etsivä nuorisotyö, muu nuorisotoimi Järjestöt, Seurakunnat Yksityiset palveluntuottajat Poliisi | Etsivä nuorisotyö, muu nuorisotoimi Järjestöt, Seurakunnat Yksityiset palveluntuottajat TE-toimistot, työpajat; Poliisi |

Tuki lasten ja nuorten kasvu- ja kehitysympäristöihin ja konsultatiiviset työmallit käyttöön

Tavoitteena on, että lasten ja nuorten keskeiset kasvu- ja kehitysympäristöt, koti, varhaiskasvatus, koulu ja vapaa-ajan ympäristöt edistävät ja suojaavat lasten ja nuorten tervettä kehitystä ja hyvinvointia mahdollisimman hyvin. Tämä edellyttää muun muassa, että lasten ja nuorten kanssa toimivat aikuiset ymmärtävät lasten kehitystä ja heillä on taitoja kohdata lapset yksilöinä, tukea heidän vahvuuksiaan ja toimia ongelmia ennakoivasti ja ehkäisevästi. Esi- ja perusopetuksessa sekä toisen asteen oppilaitoksissa tehtävä monialainen oppilas- ja opiskelijahuoltotyö tarjoaa tähän erinomaisen mahdollisuuden. Samaan aikaan on aktiivisesti vähennettävä riskiä aiheuttavia tekijöitä.

Lapsen ja nuoren tarvitsema tuki ja hoito pyritään järjestämään peruspalveluissa. Tavoitteena on, että erityispalvelut tulevat peruspalveluiden tueksi lasten normaaleihin kasvu- ja kehitysympäristöihin kotiin, päivähoitoon ja kouluun. Tuen ja hoidon tuominen kehitysympäristöihin pitää sisällään erityispalveluiden tuen peruspalveluissa työskenteleville aikuisille. Yksi ensimmäisen Kaste -ohjelmakauden keskeinen tulos on perus- ja erikoispalveluiden suhteen muuttaminen (Hastrup ym. 2013). Kun lapsella on vaikeuksia, perinteinen tapa on ollut lähettää lapsi erikoissairaanhoidon tai muihin erityispalveluihin. Tätä poislähtämisen kulttuuria on pyritty aktiivisesti vähentämään ja kutsuttu tarvittavat asiantuntijat kouluun tai päivähoitoon. Lapsen ja hänen perheensä kannalta tämä on radikaali uudistus: lasta ei siirretä pois esimerkiksi sairaalaan, vaan hän voi jatkaa arkista elämäänsä tutussa ympäristössä ja tuttujen ihmisten kanssa. Aikuiset saavat tietoa, ohjeita ja tukea lapsen tilanteen ymmärtämiseen ja tukemiseen. Aikaisemmin lasta hoidettiin erillään ja aikuiset jatkoivat vanhaa toimintatapaansa. Lapsen palattua sairaalasta hän ei välttämättä saanut edelleen tarvitsemaansa tukea kehitysympäristössään. Uudistus hyödyttää kaikkia osapuolia.

Vaikuttavuutta parannetaan tukea ja hoitoa varhentamalla, kohdentamalla ja porrastamalla

Palvelujen perustan muodostavat toimivat ja laadukkaat ehkäisevät palvelut, joita vahvistetaan. Porrastamalla ehkäiseviä palveluja tuen tarpeen mukaisesti on mahdollista varhentaa avun saamista. Tämä tarkoittaa, että entistä paremmin otetaan huomioon asiakkaan ongelmien vaikeusaste sekä tarvittavan tuen kesto ja voimakkuus. Sairauksien hoidossa perustason resurssien vahvistaminen mahdollistaa toimivan hoidon porrastuksen perus- ja erityistason välillä. Näin paine erityistason palveluissa vähenee ja resursseja vapautuu konsultatiiviseen työhön.

Kun ehkäisevissä palveluissa tuki porrastetaan ja sen riittävyys varmistetaan, pystytään lapsia, nuoria ja perheitä auttamaan nykyistä varhemmin ja vaikuttavammin. Varhaisen ja kohdennetun tuen ja hoidon avulla vähennetään lastensuojelun ja erikoispalvelujen tarvetta ja hillitään kustannusten nousua.

Kaikille on tarjolla arjen tukea sekä universaalia yksilökohtaista ja ryhmämuotoista tukea (mm. kotipalvelua ja vanhemmuuden tukea).

Lisätukea tarvitseville on tarjolla kevyempää yksilökohtaista ja ryhmämuotoista varhaista tukea (mm. ehkäisevää perhetyötä, ehkäisevää parisuhdetyötä).

Vahvempaa tukea tarvitseville on tarjolla intensiivistä yksilökohtaista ja ryhmämuotoista tukea (esim. käytöshäiriöihin).

Lapsen, nuoren ja perheen voimavaroja voidaan vahvistaa tukemalla perheen arkea muun muassa kotipalvelun avulla ja leikkikenttätoiminnalla. Universaalit, kaikille tarkoitetut palvelut muodostavat uudistamisen perustan. Niiden on oltava hyvin toimivia, lähellä, helposti saatavilla, riittävän hyvin resursoituja ja kyettävä tunnistamaan lisätukea tarvitsevat lapset ja aikuiset, perheet ja ryhmät. Lisätukea tarvitseville tarvitaan sujuva ja ennalta sovittu palvelupolku, joka otetaan käyttöön heti kun tuen tarve on tunnistettu. Universaaleja palveluita ovat äitiys- ja lastenneuvolat, varhaiskasvatus, koulut ja oppilaitokset, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä muu oppilas- ja opiskelijahuolto. Neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa vuoden 2011 alusta käynnistetyt lakisääteiset koko perheen huomioivat laajat terveystarkastukset laajentavat nykyisten toimijoiden työtä ja verkostoivat mukaan monialaisen tiimin. Niillä on hyvin toimiessaan suuri potentiaali varhentaa vanhempien ja lasten tuen tarpeiden tunnistamista ja tarvittavan tuen tarjoamista.

Esimerkkinä universaalista palvelusta on raskauden aikaa varten kehitetty tuen polku. Toimintamalli on muuttunut pysyväksi toiminnaksi ja samalla laajentunut hyvinvointineuvolaksi, jossa monialainen tiimi on täydentynyt perhetyöntekijällä ja aikuissosiaalityöllä. Kouluikäisten vanhemmuuden tuen mallina on hyviä kokemuksia vanhempainilloista, joissa vanhemmat ja lapset käyvät yhdessä ja erikseen asiantuntijoiden ohjaamana keskusteluita lapsen ikäkauteen liittyvistä haasteista, kuten murrosiästä. Ne tarjoavat vanhemmille tiedon lisäksi hyviä käytännön toimintamalleja ja vertaistukea. Varhaiskasvatuksessa vanhemmuuden tuki toteutuu yhteistoiminnassa eli kasvatuskumppanuudessa vanhempien kanssa. (Hastrup ym. 2013.)

Kun ongelma on vielä lievä tai huoli pieni, niin apu löytyy nopeasti annettavasta pienimuotoisesta lisätuesta. Näitä toimintamuotoja ja menetelmiä kutsutaan varhaisen tuen malleiksi. Niiden toteuttamistapa voi vaihdella. Esimerkkejä varhaisen tuen malleista ovat vertaisryhmät, ehkäisevä perhetyö ja varhainen tuki kasvatuksellisiin kysymyksiin. Varhaista tukea voidaan tarjota myös osana universaaleja palveluja. Jotta apua voidaan tarjota nykyistä varhemmin, on varhaista tukea eri muodoissaan erikikäisille tarpeen huomattavasti lisätä ja vahvistaa.

Lapsille, nuorille ja perheille, jotka kokevat tarvitsevansa vahvempaa ja pitkäkestoisempaa apua, on tarjottava intensiivistä tukea. Näissä asiakkaan on mahdollista tavata työntekijää tiheästi ja pohtia asioita syvällisemmin. Tuen tulee käynnistyä nopeasti ja kestää riittävän pitkän ajan. Myös intensiivistä tukea on mahdollista viedä lapsen ja nuoren kehitysympäristöön, kotiin, päivähoitoon ja kouluun. Esimerkkejä ovat haastavassa elämäntilanteessa olevien pikkulapsiperheiden tukeminen ja toimintamalli nuorille, joilla on koulunkäynnin ongelmia. Intensiivistä tukea on tarjolla liian vähän ja sitä tarjotaan usein liian myöhään. Hoitamattomat ongelmat yleensä vaikeutuvat ja voivat johtaa sytjätymiskiarteeseen ja jatkua sukupolvelta toiselle.

Lapsiperheiden, lasten ja nuorten tukea ja sairauksien hoitoa kehitetään yhtenä kokonaisuutena peruspalveluista aina vaativaan erityistason hoitoon saakka. Sairauksien hoito ja tuki järjestetään siten, että siihen sisältyy asiakaslähtöisesti luodut hoito- ja palveluketjut sekä palveluohjaus.

Hoito ja tuki porrastetaan tarkoituksenmukaisesti:

Lähipalveluna tarjottavissa ehkäisevissä palveluissa aloitetaan määrääikaisten seurantojen ja lisäkäyntien yhteydessä tuen ja hoidon tarpeen selvittely sekä tarvittaessa varhainen tuki ja hoito;

Lähipalveluna toteutetaan lasten perustason sairauksien hoitoa, jossa hyödynnetään nykyistä enemmän erikoislääkärin konsultatiivisia palveluja (nyk. perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito yhdessä lähipalveluna);

Keskittynä järjestetyt erikoissairaanhoidon palvelut;

Valtakunnallisesti ja alueittain keskitetysti hoidettavat sairaudet.

Lasten ja aikuisten palvelujen yhteensovittaminen

Lasten ja aikuisten palvelut yhteen sovitetaan siten, että lasten palveluissa otetaan huomioon vanhempien tai huoltajien tuen ja hoidon tarve ja aikuisten palveluissa ko. aikuisten huollossa olevien lasten tuen tarve.

Lapset aikuisten palveluissa

Aikuisten sosiaali- tai terveyspalveluissa on aina selvitettävä, onko aikuisen vastuulla alaikäisiä lapsia ja tarvitsevatko nämä tukea sekä järjestettävä sitä riittävästi. Tämä on tärkeää aikuisten mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidossa (ylisukupolvisten ongelmien ehkäiseminen) ja myös, kun vanhemmalla on vakava pitkäaikaissairaus. Lisäksi on autettava lapsia perheissä, joissa on väkivaltaa, työttömyyttä tai taloudellisia vaikeuksia.

Aikuiset lasten palveluissa

Lasten sosiaali- ja terveyspalveluissa on selvitettävä perheen aikuisten hoidon ja tuen tarve sekä ohjattava heidät tarvitsemiinsa palveluihin.

Lähteet

Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, Wallin M & Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Terveystieteiden tutkimuskeskus, Opas 22/2012.

- Hastrup A, Hietanen-Peltola M, Jahnukainen J & Pelkonen M (toim.). 2013. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen uudistaminen. Lasten Kaste – kehittämistyöstä pysyväksi toiminnaksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 3/2013.
- Kähkönen E. 2013. Ennalta ehkäisystä tuli investointi. Tesso. Sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja sosiaali- ja terveysministeriö, 5/2013.
- Narkilahti J, Hassi L & Rimpelä M. 2012. Oulun seudun kuntien lapsi- ja nuorisopolitiikan talous vuosina 2005-2011.
http://www.seutunappi.fi/lpo/oulun_seudun_lapsi- ja_nuorisopolitiikan_talous
- Perälä M-L, Halme S, Nykänen S. 2012. Lasten, nuorten ja perheiden palveluja yhteen sovitettava johtaminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 19/2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste) 2012–2015. Toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 20/ 2012.
- Tukeva Lapsiperheiden hyvinvointihanke. 2012. Tukeva-työkalupakki.
<http://www.e-julkaisu.fi/tukeva-tyokalupakki/>

Kirjoittajat

Arja Hastrup, TtM, kehittämisspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
arja.hastrup@thl.fi

Marke Hietanen-Peltola, LT, ylilääkäri, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
marke.hietanen-peltola@thl.fi

Marjaana Pelkonen, THT, dosentti, neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö
marjaana.pelkonen@stm.fi

3.2 UUDISTUVAT TOIMINTATAVAT ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLATOIMINNAN SEKÄ KOULUTERVEYDENHUOLLON KEHITTÄMISEN TUKENA

Marjaana Pelkonen, Tuovi Hakulinen-Viitanen, Marke Hietanen-Peltola

Toimenpide-ehdotukset

- Lapsen kehitystä ja hyvinvointia suojaavat tekijät ml perheen ja lapsen voimavarat otetaan keskiöön terveystarkastusten ja terveysneuvonnan sisällöissä.
- Neuvolan ja kouluterveydenhuollon henkilöstö varhentaa huoliin tarttumista ja hyödyntää entistä aktiivisemmin lapsen ja vanhemman vahvuuksia ja muita voimavaroja ratkaisujen hakemisessa.
- Kunnat jatkavat laajojen terveystarkastusten laadullista kehittämistä ja niiden toteuttamisen edellytysten varmistamista. Ne luovat THL:n tuella järjestelmän laajojen terveystarkastusten seuraamiseksi ja arvioimiseksi.
- Kunnat ottavat asiakkaat mukaan kehittämään laajoja terveystarkastuksia ja hyödyntävät kerättyä asiakaspalautetta aktiivisesti.
- Kunnat kehittävät neuvolatoiminnan ja kouluterveydenhuollon työtettä tärkeimpinä arvoina luottamuksellinen vuorovaikutus ja asiakaslähtöisyys ja ottavat niiden mukaisesti käyttöön puheeksi ottamisen ja muita tuen tarpeen tunnistamisen toimintatapoja.
- THL tukee kuntia vaikuttavien menetelmien käyttöön otossa ja arvioinnissa sekä tuottaa yhteistyössä STM:n kanssa tietoa määräaikaisten terveystarkastusten merkityksestä kohderyhmän väestölle ja niissä käytettyjen menetelmien vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta väestön terveydelle ja hyvinvoinnille.
- THL laatii valtakunnallisia ohjeistuksia ja muita työtä tukevia apuvälineitä ehkäisevien palvelujen kehittämisen tueksi.

Johdanto

Äitiys- ja lastenneuvolan sekä kouluterveydenhuollon palvelut universaaleina palveluina tavoittavat hyvin kohderyhmänsä. Niissä tarjoutuvat mahdollisuudet hyvinvoinnin edistämiseen ja pulmien ehkäisyyn on käytettävä tehokkaasti hyväksi. Tämä onnistuu, kun huomiota kiinnitetään lapsen hyvinvointiin vaikuttaviin keskeisiin seikoihin, tunnistetaan riskiä aiheuttavat tekijät sekä vanhempien kokemat huolet ja ongelmat ja ryhdytään toimiin nykyistä selvästi varhaisemmassa vaiheessa (ks. myös luku 3.1).

Lapsen hyvinvointia suojaavat tekijät terveystarkastusten ja terveysneuvonnan keskiöön

Lapsen hyvinvointia suojaavista ja vahvistavista tekijöistä on runsaasti tutkimusnäyttöä (Taulukko 1). Ehkäisevissä palveluissa kerrotaan ymmärrettävällä tavalla näistä tekijöistä vanhemmille ja ohjataan mahdollisimman konkreettisin keinoin vanhempia

tukemaan niitä. Äitiys- ja lastenneuvolassa sekä kouluterveydenhuollossa on hyvät mahdollisuudet tukea pitkäjänteisesti lapsen ja vanhemman vuorovaikutusta ja konkretisoida huolehtivan kasvatuskulttuurin ominaispiirteitä ja merkitystä. Lapsen on tärkeä saada osakseen lämpöä ja arvostusta, mutta hänen toiminnalleen on asetettava myös rajoja. Vanhempien tehtävänä on opastaa lasta ottamaan muut huomioon ja vähitellen pitämään huolta omasta hyvinvoinnistaan mukaan lukien terveyttä edistävät elintavat, harrastukset ja ystävät. Koska vanhempien oma hyvinvointi luo pohjan lapsen hyvinvoinnista huolehtimiselle, kiinnitetään vanhempien hyvinvointiin ja sen vahvistamistarpeisiin aktiivista huomiota. Lapsen omien vahvuuksien tunnistaminen ja vahvistaminen on lapsen jokaisen kehitysympäristön tärkeä tehtävä. Näin tuetaan lapsen itsetuntemusta, itsetuntoa ja oman paikan löytämistä sekä pärjäämistä.

Perheen ja lapsen voimavarat on tärkeä tunnistaa terveystarkastuksessa ja ottaa ne myös keskustelussa esiin. Perheiden ei aina ole helppo itse tunnistaa voimavarojaan, etenkin tilanteissa joissa on paljon huolia ja perhe on kuormittunut. Voimavarojen ja hyvin sujuvien asioiden selkeä esiinotto tarkastustilanteessa tarjoaa onnistumisen kokemuksia ja voimaannuttaa perhettä. Etenkin tilanteissa, joissa etsitään ratkaisuja huolenaiheisiin ja ongelmiin, tulee vastapainoksi tuoda esiin vahvuudet. Perheen omien vahvuuksien ja voimavarojen avulla ja niitä hyväksi käyttäen voidaan myös löytää ratkaisut ongelmiin, ja ne vaikuttavat myös tarvittavan tuen laatuun ja määrään. Osa vanhemmista ja muista lapsen kanssa toimivista aikuisista voi tarvita tukea lapsen vahvuuksien havaitsemisessa ja sanoittamisessa.

Jos perheessä on vaikeuksia, lasta suojaa ikätasoisien tiedon ja ymmärryksen saaminen. Se voi tarkoittaa lapsen ikä- ja kehitystason mukaisesti käytävää keskustelua perheen tilanteesta tai vanhemman sairaudesta. Vanhemmilta voi tiedustella, onko asioista puhuttu kotona, ja lapselta mitä hän ajattelee puheena olevasta asiasta ja onko hänellä asiaan liittyviä huolia tai pelkoja. Asioista saa ja pitää puhua lapsen läsnä ollessa. Lisätukena voi käyttää esimerkiksi *Lapset puheeksi* -toimintatapaa (Solantaus 2006) ja aiheesta tuotettua lapsille, nuorilla ja vanhemmille tarkoitettua kirjallista materiaalia (Solantaus 2002, 2005, 2010).

Taulukko 1. Lapsen kehitystä ja hyvinvointia suojaavia ja riskiä aiheuttavia tekijöitä.

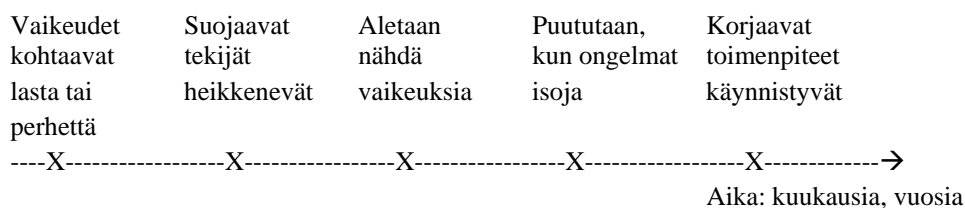
(Kaukonen 2012, myös Afifi & MacMillan 2011, Bell ym. 2013)

| Hyvinvointia suojaavia tekijöitä | Riskiä aiheuttavia tekijöitä |
|---|--|
| Turvalliset, pysyvät ja hyvinvoivat aikuiset ml. vanhempien toimiva parisuhde | Raskauden aikaiset ongelmat |
| Hyvä suhde vanhempiin varhaisesta vuorovaikutuksesta alkaen | Vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmat, vakava sairaus, pitkittyneet toimeentulo-ongelmat |
| Huolehtiva kasvatuskulttuuri, ml. lapsen temperamentin tukeminen | Kaltoinkohtelu, perheväkivalta |
| Lapsen vahvuudet, kokemus omasta pärjäämisestä | Haitalliset kasvatustapamenetelmät |
| Hyvä terveys | Kuormittavat elämäntapahtumat |
| Terveelliset elämäntavat | Perherakenteen haavoittuvuus mm. yksinhuoltajuus |
| Perheen yhteinen aika | Kiusaaminen ja kiusatuksi joutuminen |
| Ystävät ja hyvät sosiaaliset taidot | Yksinäisyys |
| Erityisongelmien asianmukainen huomiointi: päiväkotia, koulu | Lapsen fyysiset sairaudet, oppimisvaikeudet |
| Ikätasoisien tiedon ja ymmärryksen saaminen, kun perheessä tai itsellä on vaikeuksia tai sairauksia | Epäterveelliset elintavat |
| | Vanhempien matala koulutustaso |
| | Riskiä aiheuttavat tekijät nuoren kaveripiirissä |
| | Riskitekijöiden kasautuminen |

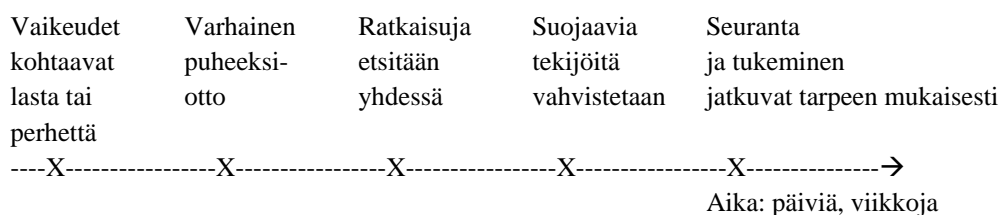
Äitiys- ja lastenneuvolassa sekä kouluterveydenhuollossa kiinnitetään mahdollisimman varhaisessa vaiheessa huomiota myös riskiä tuottaviin tekijöihin (Taulukko 1). Näistä keskeisiä ovat vanhempien vakavat ongelmat, haitalliset kasvatustapamenetelmät sekä lapseen kohdistuva väkivalta ja kiusaaminen.

Jotta riskiä aiheuttaviin tekijöihin pystytään tarttumaan nykyistä varhemmin tai jopa ehkäisemään niitä (Kuvio 1 ja 2), on vanhempien esille tuomat lapsen ja vanhemmuuteen liittyvät huolet ja ongelmat otettava välittömästi keskusteluun ja etsittävä niihin ratkaisuja yhdessä vanhempien ja lapsen kanssa lapsen ja vanhempien voimavaroja vahvistaen. Ehkäisevissä palveluissa otetaan aktiivisesti käyttöön edellisessä luvussa kuvattuja varhaisen tuen malleja ja järjestetään tarvittavaa muuta tukea ja apua. Näihin kuuluu terveydenhoitajan tai lääkärin tarjoama tavoitteellinen lisätuki, esimerkiksi keskusteluapu lapsen kasvatusta koskevissa kysymyksissä. Joskus riittää, kun perhe itse kiinnittää asiaan aktiivista huomiota ja seuraa omaa tilannettaan.

Joskus vanhempi voi tarvita huoleen liittyvien uhkien tai riskien konkretisointia. Samanaikaisesti tarkastellaan hänen kanssaan olemassa olevia voimavaroja, jotka motivoivat häntä muutokseen. Asiakkaan kanssa sovitaan tavoitteesta ja sen saavuttamisen keinoista ja tarvittavasta seurannasta.



Kuvio 1. Tilanteen kulku, kun lapsen ja perheen vaikeuksiin ei reagoita ajoissa (Niemelä ym. 2012)



Kuvio 2. Tilanteen optimaalinen kulku, kun vaikeuksiin reagoidaan ajoissa.

Laajojen terveystarkastusten laadullinen kehittäminen

Laajat terveystarkastukset ovat merkittävä keino kiinnittää huomiota lapsen ja nuoren hyvinvointiin olennaisesti vaikuttaviin seikkoihin, etenkin vanhempien ja koko perheen hyvinvointiin. Laajoja terveystarkastuksia on vuoden 2014 alkuun mennessä toteutettu kunnissa noin kolme vuotta. Tässä ajassa on luotu monet perusrakenteet ja harjaannuttu molempien vanhempien kohtaamiseen ja keskusteluun koko perheen terveydestä ja hyvinvoinnista. Seuraavina vuosina panostetaan laajojen terveystarkastusten laadulliseen kehittämiseen. Laadullinen kehittäminen tarkoittaa muun muassa sitä, että kunnat ottavat asiakkaat mukaan kehittämään laajoja terveystarkastuksia ja hyödyntävät aktiivisesti kerättyä asiakaspalautetta erilaisilta perheiltä. Laajojen terveystarkastusten sisältöalueita on tarpeen käsitellä yhdessä henkilöstön kanssa moniammatillisesti. Tarpeen on myös suunnitella monialaisen verkostotyön toteuttamisen tapoja, tarvittavan konsultaatioavun saamista erityispalveluista ja tarvittavan koulutuksen järjestämisestä. Terveystarkastajien ja lääkärin mahdollisuuksia pohtia yhteisiä asioita on tarpeen tukea.

Kunnissa, joissa vanhempien osallistuminen terveystarkastuksiin on vähäistä, on tarpeen kiinnittää huomiota vanhempien kutsumistapaan. On hyvä pysähtyä miettimään esimerkiksi vertaisarviointia hyväksi käyttäen tarkastuksen kulkua ja vuorovaihtuksen onnistumista sekä tarkastukseen varatun ajan käyttämistä ja sen riittävyyttä. Tarpeen on käsitellä myös lisäkäyntien varaamisen mahdollisuutta ja toteuttamista. Kunnissa on tarpeen sopia, miten ne ottavat käyttöön tähän mennessä kehitetyt kansalliset lomakkeet: kouluterveydenhuollon esitietolomakkeet laajoihin terveystarkastuksiin ja lomakkeen opettajan arvioon. Opettajan ja kouluterveydenhuollon yhteistyöhön kehitetyn lomakkeen käyttöönotosta sovitaan kunnassa yhdessä terveys- ja opetustoimen viranomaisten kesken (ks. Kasvun Kumppanit -sivusto).

Terveystarkastustilanteen sujuva ja perhelähtöinen järjestäminen on osa laatua. Hyviä kokemuksia on saatu terveydenhoitajan ja lääkärin yhteistarkastuksista sekä lastenneuvolassa että kouluterveydenhuollossa. Lapsi ja vanhemmat kutsutaan terveystarkastukseen, jossa samalla kertaan ovat läsnä sekä terveydenhoitaja että lääkäri. Molemmat tekevät tarkastukseen liittyvät omat työtehtävänsä ja keskustelua käydään

koko ajan yhdessä. Perheelle tämä tarkoittaa vain yhtä käyntiä kahden sijasta. Työntekijöiden mielestä hyötyinä ovat olleet yhteisen tiedon kertyminen, päällekkäisyyksien poisjäänti sekä uskallus tarttua hankaliinkin asioihin, kun on työpari tukena. Sujuva yhteistarkastuksen työtapa vaatii suunnittelua sekä kykyä antaa ja ottaa palautetta vastaan. Usein tämä vaatii lääkäriltä myös hivenen suurempaa ajallista panosta tarkastuksen tekoon. Kouluikäisten lasten kohdalla on mallissa pohdittava lapsen riittävää kuulemistä. Oppilaan ja työntekijän kahdenkeskistä aikaa tarjotaan herkästi ja kahdeksaluokkalaisen terveystarkastus on suunniteltava aina siten, että oppilas tapaa myös yksin kouluterveydenhuollon työntekijän.

Laajojen terveystarkastusten toteuttamisen edellytysten vahvistamiseksi sisällytetään suunnitelma laajojen terveystarkastusten järjestämisestä toimintaohjelman lisäksi joka neljäs vuosi laadittavaan lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmaan. Samalla luottamushenkilöstölle voidaan raportoida tarkastusten toteutumisesta ja niiden vaikutuksista. Laajojen terveystarkastusten toteuttaminen tarvitsee myös vahvan johtamisen tuen. Osaamisen vahvistamisesta tarvitaan pitkäntähtäyksen suunnitelma.

Puheeksi ottamisen ja tuen tarpeiden asiakaslähtöisen tunnistamisen kehittäminen

Luottamuksellinen vuorovaikutus ja asiakaslähtöinen tuen tarpeiden tunnistaminen muodostavat ehkäisevän toiminnan perustan. Tapaamisten rauhallinen ja kiireetön ilmapiiri tukevat tätä. Keskustelua käydään asiakaslähtöisesti. Tämä edellyttää avoimia kysymyksiä ja tarkkaa kuuntelua sekä kuulemistä. Jatketaan ja syvennetään siitä asiasta tai yksityiskohdasta, jonka asiakas, lapsi tai vanhempi, on tuonut esiin. Silloin kun esiin tulee isoja huolia, keskitytään niihin. Käynnin muihin teemoihin palataan esimerkiksi seurantakäynnillä, josta sovitaan. Tuen tarpeita voidaan tunnistaa vain silloin, kun asiakas luottaa työntekijään ja palvelujärjestelmään niin paljon, että on valmis tuomaan esiin nämä tarpeet.

Erilaiset esitieto- ja teemakohtaiset kyselylomakkeet ovat hyviä apuvälineitä äitiys- ja lastenneuvolan sekä kouluterveydenhuollon terveystarkastuksissa. Niitä tarvitaan avuksi, kun tavoitellaan tarkastukseen varatun ajan sisällä kokonaiskäsitystä asiakkaan ja perheen tilanteesta. Lomakkeilla saadun tiedon avulla voidaan suunnitella tarkastuksen sisältöä ja tarvittavaa aikaa. Niiden avulla voidaan keskustella asioista, joita on muuten vaikea ottaa puheeksi.

Terveystarkastuksen kaikki aihepiirit kattavat esitietolomakkeet valmistavat asiakkaita tulevaan tarkastukseen. Lomakkeen kysymyksillä voidaan myös voimavaraistaa asiakasta nostamalla esiin asioita, joihin hän on tyytyväinen tai jotka sujuvat hyvin tai pyytämällä kertomaan, mikä ilahduttaa lapsessa ja omassa perheessä. Lomakkeiden täyttämisen tiedetään synnyttävän perheessä yhteistä keskustelua lomakkeen teemoista.

Teemakohtaisilla lomakkeilla voidaan saada tarkempaa tietoa ja nostaa keskusteluun jokin yksittäinen hyvinvointiin ja terveyteen liittyvä teema, esimerkiksi päihheet (AUDIT-lomake, ADSUME), masennus (EPDS-lomake) tai väkivalta (Väkivallan suodatinkysymykset ja kartoituslomake). Näiden lomakkeiden käyttöä tukee niistä saatu tutkimusnäyttö muun muassa lomakkeen soveltuvuudesta teeman seulontaan yhdistettynä keskusteluun aihepiiristä. Vastaukset tai saadut pisteet ovat aina keskustelun avauksia ja mahdollisesti tarvittavan lisäselvittelyn lähtökohta. Teemakohtaisia lomakkeita voidaan käyttää koko asiakaskunnalle tai kohdennetusti tarkentamaan

keskustelun tai esitietolomakkeen esiin nostamaa huolta. (Mäki ym. 2011, Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013.)

Lomakkeiden täyttäminen on vapaaehtoista ja niiden tarkastuskohtaista sopivaa määrää tulee pohtia. Tärkeintä tarkastuksessa on luottamuksellinen vuorovaikutus ja sen mahdollistama keskustelu asiakkaan tilanteesta. Asiakkailta on hyvä pyytää palautetta lomakkeiden käytöstä ja kehittää niiden käyttöä ja tarkastuksen muuta sisältöä yhdessä heidän kanssaan.

Vaikuttavien menetelmien käyttöön otto

Osana terveystarkastusten ja terveysneuvonnan kehittämistä kunnat lisäävät näyttöön perustuvien, mahdollisimman vaikuttavien menetelmien käyttöön ottamista suunnitelmallisesti terveydenhuoltolain ja Kaste-ohjelman mukaisesti (STM 2012). Tavoitteena on saavuttaa parempia tuloksia käytettävissä olevilla voimavaroilla. Näyttöön perustuvia menetelmiä ovat muun muassa motivoiva haastattelu (Lundahl ym. 2010), voimavarojen vahvistaminen (Steward-Brown ym. 2011), Ihmeelliset vuodet -valmennusohjelma, jossa autetaan vanhempia huomioimaan lapsen positiivinen käyttäytyminen (Axberg ym. 2007, Webster-Stratton ym. 2010) ja kotikäynnit (Monsen ym. 2010, Olds ym. 2010).

Tietoa näyttöön perustuvista menetelmistä on koottu muun muassa lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon menetelmäkäsikirjaan (Mäki ym. 2011), laajoja terveystarkastuksia koskevaan ohjeistukseen (Hakulinen-Viitanen ym. 2012) ja uuteen Äitiysneuvolaoppaaseen (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013). THL tiedottaa vaikuttavista menetelmistä ja niiden käyttöön otton edellytyksistä. Keskeisiä kanavia koulutus-tilaisuuksien lisäksi ovat Kasvun kumppanit ja Innokylä -verkkopalvelut. Lisäksi Toimia-verkosto välittää verkkosivuillaan tietoa muun muassa lasten ja nuorten sekä aikuisten toimintakyvyn mittareiden luotettavuudesta ja soveltuvuudesta eri käyttö-tarkoituksiin.

THL osallistuu mahdollisuuksien mukaan äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa sekä kouluterveydenhuoltoa käsittelevien hoitosuosituksen (Käypä hoito -suositukset ja hoitotyön suositukset) laadintaan ja arviointiin sekä toimeenpanon tukemiseen.

Valtakunnallisten ohjeistusten laatiminen ehkäisevien palvelujen tueksi

Kokonaisvoimavarojen säästämiseksi ja toimintatapojen yhtenäistämiseksi THL jatkaa valtakunnallisten ohjeistusten laatimista ehkäisevien palvelujen kehittämisen tueksi (ks. STM 2009). Vuoden 2013 lopussa meneillä on valtakunnallisen toimintamallin ja lomakkeiston laatiminen moniammatillisessa yhteistyössä kouluympäristön terveellisyys- ja turvallisuuden ja koulu yhteisön hyvinvoinnin seuraamiseksi ja edistämiseksi. Tämä työ palvelee yhteisöllisen opiskelu- ja huollon (HE 67/2013) kehittämistä.

THL valmistelee kansalliset vanhempien kutsulomakkeet laajoihin terveystarkastuksiin. Kutsumisen tavalla on todettu olevan yhteys vanhempien osallistumiseen: toisissa kunnissa 100 % vanhemmista osallistuu lastensa tarkastuksiin, toisissa paljon vähemmän. THL selvittää lastenneuvolan esitietolomakkeiden kehittämistarpeet. Lisäksi THL käynnistää laajoista terveystarkastuksista tehtävien, luokka- ja koulu-kohtaisten yhteenvedojen kansallisen mallin valmistelun. Suunnitteilla on yhteenve-

tomallin valmistelu myös neuvolassa tehtävistä laajoista terveystarkastuksista. Yhteenvetoista saatava tieto hyödyttää kyseessä olevan asiakasryhmän palvelujen suunnittelua ja kohdentamista ja antaa palautetietoa myös vanhemmille. Kouluterveydenhuollon yhteenvedoja käsitellään myös oppilashuoltoryhmissä.

THL laatii yhteistyössä OKM:n, OPH:n ja Kuntaliiton kanssa kansallisen lomakkeen, jonka avulla päivähoiton edustajat voivat arvioida alle kouluikäisen lapsen selviytymistä ja hyvinvointia päivähoitossa (VNA 338/2011). Lomake tukee vanhempien ja varhaiskasvatuksen kanssa tehtävää yhteistyötä lastenneuvolassa. Äitiysneuvolassa raskaana olevan äitiyskorttiin kirjataan keskeiset naisen terveyttä ja hyvinvointia ja raskautta koskevat tiedot, jotka eivät muutoin välttämättä siirry synnytysairaalaan. THL käynnistää äitiysneuvolakortin päivittämisen, sillä nykyisin käytössä oleva kortti kaipaa uudistamista.

Jatketaan kouluterveydenhuollon osin vanhentuneiden kirjallisten (2002) ohjeistusten päivittämistä Kasvun kumppanit -verkkosivustolle. STM ja THL selvittävät lastenneuvolaoppaan (STM 2004) päivittämistarpeen. Tarkoituksena on ensisijaisesti varmistaa uuden tutkimustiedon koonti, arviointi ja hyödyntäminen lastenneuvolatoiminnassa koordinoitusti ja kansallisesti. Sähköinen lastenneuvolakäsikirja on mahdollinen kanava.

Lisäseurannan mahdollistamiseksi uuteen äitiysneuvolaoppaaseen lisättiin suositus, jonka mukaan sekä terveydenhoitajan/kätilön ja lääkärin henkilöstömitoituksissa varataan 20 prosenttia aikaa lisäseurantaan ja tukeen vastaanottokäynteihin suunnitellusta ajasta. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013.) Valmistellaan tämän suosituksen laajentamista sekä lastenneuvolaan että kouluterveydenhuoltoon lisäseurannan ja -tuen mahdollistumiseksi. Tällöin neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa pystytään entistä paremmin kohdentamaan tukea oikea-aikaisesti sitä tarvitseville.

Lähteet

- Affi TO & MacMillan HL. 2011. Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *Canadian Journal of Psychiatry* 56(5), 266-272.
- Axberg U, Hansson K & Broberg A. 2007. Evaluation of the incredible years series: An open study of its effects when first introduced in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry* 61(2), 143-51.
- Bell T, Romano E & Flynn RJ. 2013. Multilevel correlates of behavioral resilience among children in child welfare. *Child Abuse & Neglect* 37, 1007-1020.
- Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, Wallin M & Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Opas 22. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hallituksen esitys eduskunnalle oppilas- ja opiskelijahuoltolaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi, HE 67/2013.
- Kaukonen P. 2012. Lasten mielenterveystyö. Kehitystarpeet ja trendit. Esitys Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan kokouksessa 7.9.2012.
- Klemetti R & Hakulinen-Viitanen T (toim.) 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 29/2013.
- Lundahl BW, Kunz C, Brownell C, Tollefson D & Burke BL. 2010. A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice* 20(2), 137-160.

- Mäki P, Wikström K, Hakulinen-Viitanen T & Laatikainen T (toim.) 2011. Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa – Menetelmäkäsikirja. Opas 14. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Monsen KA, Banerjee A & Das P. 2012. Discovering client and intervention patterns in home visiting data. *Western Journal of Nursing Research* 32(8), 1031-1054.
- Niemelä M, Paananen R, Hakko H, Merikukka M, Gissler M, Räsänen S. 2012. The prevalence of children affected by parental cancer of specialized psychiatric services: The 1987 Finnish birth cohort study. *International Journal of Cancer*, 131, 2117-2125.
- Olds DL, Kitzman HJ, Cole RE, Hanks CA, Arcoletto KJ, Anson EA 2010. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: Follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 164(5), 419-424.
- Solantaus T. 2002. Miten autan lastani: Opas vanhemmille, joilla on mielenterveyden ongelmia. Stakes & Omaiset mielenterveyden tukena.
- Solantaus T. 2005. Mikä meidän vanhempia vaivaa? Käsikirja lapsille ja nuorille, joiden äidillä tai isällä on mielenterveyden ongelmia. Stakes & Omaiset mielenterveyden tukena.
- Solantaus T. 2006. Toimiva perhe & Lapsi. Lapset puheeksi - kun vanhemmalla on mielenterveyden ongelmia. Stakes, Manuaali ja lokikirja 1.3.2006.
<http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/9599FC38-BD35-4E04-809F-129739E041E5/0/LAPSETPUHEEKSI.pdf>
- Solantaus T. 2010. Miten huolehdin lapsistani? Käsikirja vanhemmille, joita oma päihteiden käyttö askarruttaa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriö, Oppaita 14.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisselma
- KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1.
- Stakes 2002. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Stakes, Oppaita 51.
- Steward-Brown SI, McMillan A. 2011. Parenting for mental health: What does the evidence say we need to do? Report of Workplace 2 of the DataPrev project. *Health Promotion International* 26 (Supl. 1), doi:10.1093/heapro/dar056.
http://heapro.oxfordjournals.org/content/26/suppl_1/i10.full.pdf+html.
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 380/2009, nyk. 338/2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>
- Webster-Stratton C & Reid JM. 2010. Adapting the Incredible Years, an evidence-based parenting programme, for families involved in the child welfare system. *Journal of Children's Services* 5(1), 25-41.

Kirjoittajat

Marjaana Pelkonen, THT, dosentti, neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö
marjaana.pelkonen@stm.fi

Tuovi Hakulinen-Viitanen, TtT, dosentti, tutkimuspäällikkö Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
tuovi.hakulinen-viitanen@thl.fi

Marke Hietanen-Peltola, LT, ylilääkäri, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
marke.hietanen-peltola@thl.fi

3.3 ASIAKKAAT MUKAAN PALVELUJA KEHITTÄMÄÄN

3.3.1 Lasten, nuorten ja vanhempien osallisuus palvelujen kehittämisessä

Tuomas Kurttila, Tuija Metso

Toimenpide-ehdotukset

- Kehitetään lasten, nuorten ja perheiden palveluiden toimintakulttuuria osallisuutta vahvistavaksi. Kiinnitetään erityistä huomiota ammattilaisten asenteeseen, kohtaamisen taitoihin ja palveluiden asiakasjohtamiseen.
- Rakennetaan lasten ja nuorten osallisuuden toimintatapoja lasten ja nuorten näkökulmasta yhdessä heidän kanssaan.
- Rakennetaan vanhempien osallisuutta palvelujen kehittämisessä lapsikeskeisyyden ja kasvatuskumppanuuden periaatteiden pohjalta.
- Hyödynnetään palvelujen kehittämisessä toiminnallisia työtapoja ja vertaisuuden voimaa.

”Osallisuus on enemmän kuin osallistuminen. Osallisuus on vastakohta osattomuudelle. Se on kuulumista johonkin, aitoa kuulluksi tulemista, mahdollisuutta vaikuttaa omaan elämäänsä ja ympäristöönsä. Osallisuus on myös sitoutumista ja vaikuttamista - vastuun ottamista.” (Suomen Vanhempainliiton VALOSA – vanhemmat 7–13-vuotiaiden lasten osallisuuden edistäjänä -hanke)

Lasten, nuorten ja perheiden osallisuuden vahvistuminen on keskeinen palveluja ja niiden toimintaa ohjaavia periaatteita (Lastensuojelulaki, YK:n lapsen oikeuksien sopimus, VNA 338/2011). Mikko Oranen (2013,123) erottelee lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen osallisuuden toteutumisessa kolme tasoa: osallisuus omassa asiassa (asiakas asianosaisena), osallisuus kehittämisessä (asiakas kokemusasiantuntijana) ja osallisuus yhteisössä ja yhteiskunnassa (asiakas yhteisön jäsenenä ja kansalaisena). Kaikki osallisuuden tasot ovat tärkeitä ja kytkeytyvät toisiinsa. Osallisuus ei ole yksittäisiä toimenpiteitä, vaan kysymys on laajemmasta lasten, nuorten ja perheiden palvelujen toimintakulttuurista ja sen muutoksesta. Kyse on ammattilaisen asenteesta, kohtaamisen taidosta ja palveluiden asiakasjohtamisesta.

Lapsen, nuoren tai vanhemman osallisuus oman/lapsensa asian käsittelyyn tulee olla itsestään selvää. Huomiota tulee kiinnittää erityisesti siihen, miten lasten, nuorten ja vanhempien näkemykset, käsitykset ja ratkaisuehdotukset tulevat kuulluiksi, vastaanotetuiksi ja keskustelluiksi vuoropuhelussa ammattilaisen kanssa. Parhaimmillaan asiakkaan ja työntekijän kohtaaminen rakentuu kumppanuusajattelun – kuulemisen, kunnioittamisen, luottamuksen ja dialogisuuden – periaatteille. Yhdessä rakennettu ymmärrys lapsen/nuoren asiassa ja työskentelyprosessin etenemisessä voimauttaa ja sitouttaa asiakasta ja antaa työntekijälle välittömästi palautetta kohtaamisen onnistumisesta.

Lasten, nuorten ja vanhempien näkemyksiä tarvitaan myös laajemmin heille suunnattujen palvelujen kehittämisessä. Palvelujen kehittyminen edellyttää tietoa siitä, mitä palveluja lapset, nuoret ja perheet tarvitsevat ja millaisia kokemuksia ja näkemyksiä heillä on palvelujen käyttämisestä ja niiden kehittämisestä. Kehittämisajatukset syntyvät yksilöllisistä kokemuksista – kohtaamisista ammattilaisten kanssa. Ko-

kemusiantuntijuutta on arvostettava. Lasten, nuorten ja vanhempien kokemuksia tulee kuulla niin paikallisesti kuin valtakunnallisesti.

Osallisuus on myös kokemusta yhteisöön, esimerkiksi perheeseen, päiväkotiin, kouluun tai oppilaitokseen kuulumisesta ja tunnetta siitä, että on yhteisössään hyväksytty ja tärkeä jäsen. Lähiyhteisössä toimiminen vahvistaa niin lasten kuin aikuisten hyvinvointia, tarjoaa vertaistukea ja kannustaa ja rohkaisee osallistumaan. Lapsille ja nuorille se tarjoaa paikan oppia ja harjoitella vaikuttamisen taitoja ja vastuun kantamista.

Lapset ja nuoret palveluja kehittämässä

Koulu on lapsille tutuin ja tärkein kasvuyhteisö kodin rinnalla. Mitä tiiviimmin lapsille ja nuorille suunnatut palvelut kiinnittyvät kouluun, sitä paremmin ne tavoittavat lapset ja nuoret. (Lapsiasiavaltuutetun vuosikirja 2012)

Kouluterveyskyselyn mukaan oppilaiden osallisuus kouluissa on kehittynyt myönteiseen suuntaan. Vuoden 2013 kouluterveyskyselyssä vajaa 60 prosenttia 8. ja 9. -luokan oppilaista ilmoitti tietävänsä, miten koulun asioihin voi vaikuttaa ja koki, että oppilaiden mielipiteet huomioidaan koulutyön kehittämisessä. Noin 80 prosenttia peruskoulujen 8. ja 9. luokan oppilaista ja lähes 90 prosenttia lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten opiskelijoista koki, että tulee kuulluksi koulussa. (Kouluterveyskysely 2013)

Yhteisöllisen opiskeluhuollon vahvistuminen valmisteilla olevassa oppilas- ja opiskelijahuoltolaissa (HE 67/2013 vp) tarjoaa kouluille ja oppilaitoksille erinomaisen mahdollisuuden kehittää yhteisöllisiä toimintatapoja ja ottaa lapset ja nuoret mukaan vahvistamaan terveyttä ja hyvinvointia kouluissa ja kehittämään opiskeluhuollon palveluja. Perusopetuslain, lukiolain ja ammatillisesta koulutuksesta annetun lain muutosesityksellä (HE 66/2013 vp) puolestaan vahvistetaan oppilaskuntien asemaa ja tehtäviä kouluyhteisössä. Oppilaskunta kokoaa koulun oppilaat yhteen ja sitä kannattaa kehittämistyössä hyödyntää. Tärkeää on kuitenkin pohtia, miten saadaan aktiivisten oppilaskuntatoimijoiden lisäksi muut kouluyhteisön lapset ja nuoret mukaan. Osallisuuden tulee olla avointa kaikille lapsille ja nuorille riippumatta iästä, sukupuolesta ja sosiaalisesta ja etnisestä taustasta.

Lasten ja nuorten osallisuuden toimintatapoja tulee rakentaa lasten ja nuorten näkökulmasta yhdessä heidän kanssaan. On tärkeää pohtia, minkälaiset osallisuuden toimintatavat innostavat ja kannustavat lapsia ja nuoria. Aikuisten tapa toimia ja kehittää ei välttämättä toimi lapsilla ja nuorilla. Toiminnalliset osallisuuden tavat innostavat usein enemmän ja soveltuvat hyvin ryhmämuotoiseen toimintaan.

Lasten kanssa toimittaessa kielellä on tärkeä merkitys. Lasten näkemyksiin tulee tutustua ja kehittämistä tehdä heille tutulla ja heidän elämäänsä kiinnittyvällä kielellä. Sama koskee aikuisiakin.

Palvelujen kehittämisessä on tärkeää pohtia pientenkin lasten osallisuutta. Työntekijöiltä vaaditaan erityistä herkkyyttä pienten lasten kohtaamisessa ja kuulemisessa. Tutkimusten mukaan pienetkin lapset kykenevät ilmaisemaan näkemyksensä, kun aikuiset osaavat valita sopivat keinot lapsen ilmaisulle (Pollari 2011). Lapset voivat tehdä leikin kautta asioita näkyviksi ja tuoda esiin, mitä he ajattelevat. Leikki voi antaa ideoita siitä, miten lasten kanssa voi toimia. (Stenvall & Seppälä 2008)

Lasten ja nuorten tulee voida osallistua palveluissa sellaisten asioiden kehittämiseen, jotka he kokevat itselleen tärkeiksi. Lasten ja nuorten tulee myös kokea, että

kehittämiseen osallistuminen kannattaa eli heidän kokemuksillaan ja ehdotuksillaan on vaikutusta.

Vanhempien kokemukset palvelujärjestelmästä

Perheiden luottamus palvelujärjestelmään on vahvaa. Tämä tulee esille Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen selvityksestä (Perälä ym. 2011), jossa tutkittiin alle 9-vuotiaiden lasten vanhempien kokemuksia palvelujärjestelmässä toimimisesta. Tutkitut toimintaympäristöt olivat kouluterveydenhuolto, päivähoito, esiopetus ja perusopetus. Kun vanhemmilta kysyttiin arviota työntekijöiden työskentelystä lapsen kanssa, tyytyväisyyttä koettiin eniten tavasta toimia arvostavasti ja pitää huolta lapsen turvallisuudesta. Kasvatuskumppanuutta tai kumppanuustyöskentelyä, josta tutkimus puhuu, koettiin eniten esiopetuksessa (asteikolla 1–5, ka 4,2). Vähiten tyytyväisyyttä koettiin neuvolassa, kouluterveydenhuollossa ja koulussa (ka 3,9), mutta merkittävää eroa eri palveluiden välillä ei ollut.

Vanhempien omissa kokemuksissa tyytyväisyyttä oli eniten työntekijöiden ystävällisyyttä ja ymmärrettävää puhetapaa kohtaan. Vanhemmilta arvostusta sai työntekijän tapa kuunnella arvostelematta perhettä ja kyky ottaa huomioon, mitä vanhempi halusi sanoa. Tyytymättömyys taas liittyi tilanteisiin, joissa vanhempi koki, ettei voinut luottaa työntekijään, jonka kanssa oli tekemisissä. Yleisesti ottaen vanhempien kokemus kasvatuskumppanuudesta tutkituissa toimintaympäristöissä oli erittäin korkea, kuten edellä todettu arvio lastenkin kohtaamisesta osoittaa.

Vanhempien rooli palveluiden kehittäjänä liittyy myös koettuun tuntemukseen palveluista ja niiden sisällöistä. Tässä suhteessa vaativaksi tilanteen tekee, että alle 9-vuotiaiden lasten vanhempien kokemusten perusteella noin joka viidennellä vanhemmista on oman arvion mukaan huono käsitys kunnan perhepalveluista. Toisaalta 16 prosenttia pohtii, onko vanhempien ja työntekijöiden mielipiteet yhtä tärkeitä lasta koskevilla päätöksissä. Noin 30 prosenttia vanhemmista ei kokenut voivansa vaikuttaa lapsen palveluihin kunnassa.

Kasvatuskumppanuuden periaatteet – luottamus, kunnioitus, kuuleminen, dialogisuus – ovat ytimessä palvelujen kehittämisessä. Toisaalta kyse on jatkuvasta vuoro-vaikutuksesta, jossa vanhempien mielipiteet ja toiveet on asetettava myös tiettyyn mittakaavaan. Esimerkiksi Vanhempien Barometrien (2011) mukaan vanhemmat toivovat kouluilta yhteisten vanhempainiltojen sijaan henkilökohtaista kohtaamista ja lapsikohtaisia kehityskeskusteluja. Tähän toiveeseen on kuitenkin usein haastavaa vastata. Kasvatuskumppanuuden periaatteet toimivat siis kaksisuuntaisesti. Vanhempien on pystyttävä arvioimaan kriittisesti omiakin tarpeita ja vaatimuksia.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen selvitys vanhempien palvelujärjestelmäkokeuksista osoittaa, että yleinen luottamus palveluihin on vahvaa. Silti esimerkiksi päivähoidon osalta noin 3 prosenttia vanhemmista kokee usein erimielisyyttä palveluiden sisältöjen ja tavoitteiden suhteen. On sanottava, ettei tämä 3 prosenttia ole välttämättä aina oikeassa. Osa vanhempien palvelujärjestelmää kohtaan esittämistä vaatimuksista voi olla kohtuuttomia. Toisaalta kyse voi olla vakavista puutteista palvelujärjestelmässä. Kasvatuskumppanuudessa ammattilaisen osaamisen ja vanhempien kokemustiedon yhdistäminen ei olekaan helppoa. Vanhempien roolin vahvistaminen palveluiden kehittäjänä vaatii uusia tietoja, taitoja ja asennetta ammattilaisilta. Parhaaseen lopputulokseen päästään, kun palveluihin tyytyväinen usein hiljainen enemmistö saadaan aktiivisesti miettimään palveluiden kehittämistä ja perheiden uusiakin tarpeita.

Merkille pantavaa on, että äitien kokemukset palvelujärjestelmässä koetusta osallisuudesta ovat myönteisempiä kuin isien. Isä tulee helposti ohipuhutuksi perhepalveluissa. Samaan aikaan on käynnissä arvomuutos, jossa isät tunnistavat omassa ajankäytössään ja sen toiveissa hoivavastuun rooliin (Ylikännö 2009). Silti Vanhempainliiton toimistolle säännöllinen asiakaspalaute liittyy tilanteisiin, joissa isää ei kohdata omana persoonanaan ja vanhempana, vaan lapsen äidin edustajana. Kun ammattilainen kysyy palveluissa alkuun, ”Missä äiti?”, on tilanne menetetty.

Lapsikeskeisyyttä ja vertaisuuden voimaa

Perheiden moninaisuus on suurta. Maassamme on noin 578.000 lapsiperhettä (Tilastokeskus). Perheiden odotukset, toiveet, elämäntilanteet ja voimavarat ovat hyvin erilaisia. Silti kohtaamisen ja kuulluksi tulemisen tarve on jokaisella perheellä, sen vanhemmilla ja lapsilla, yhtä tosi. Jotta kuulluksi tuleminen tapahtuisi, perinteisen asiakaspalautteen sijaan tarvitaan yhä enemmän toiminnallisia ja osallistavia työskentelytapoja, jotka antavat sisältöä palveluiden kehittämiseen.

Oleelliseksi nousee erityisesti kaksi näkökulmaa: lapsikeskeisyys ja vertaisuuden voima. Lapsikeskeisyys on otettava lähtökohdaksi, kun vanhempia kutsutaan esimerkiksi vanhempainiltoihin tai laajoihin perhekohtaisiin terveystarkastuksiin. Kun kutsussa onkin jotain henkilökohtaista, lapsen ja nuoren sanoittamaa tärkeää viestiä vanhemmalle, ei kutsu jätä kylmäksi. Viranomaislähtöinen viestintä on usein kasvotonta ja persoonatonta. Mikäli tavoitteena on saada vanhemmat mukaan ja kohdatuiksi, viestinnän sisältöön tarvitaan uutta otetta.

Toisekseen vanhempain toiminnan kautta vanhempien keskinäinen kohtaaminen ja kokemusten jakaminen nousee keskiöön palvelujärjestelmää kehitettäessä. Tämä vaatii kuitenkin ammattilaisilta jaettuun asiantuntemukseen luottamista, hieman perinteisiltä kateedereilta astumista alas sekä vanhempien voimaannuttamista ja rohkaisua jakamaan kokemuksia vertaisryhmässä, jota ammattilainen kuulee ja kuuntelee aidosti ja dialogissa. Mahdollisuudet ovat suuret.

Lähteet

Hallituksen esitys eduskunnalle oppilas- ja opiskelijahuoltolaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi HE 67/2013 vp.

Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi perusopetuslain, lukiolain, ammatillisesta koulutuksesta annetun lain, ammatillisesta aikuiskoulutuksesta annetun lain ja kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain 41 ja 45 §:n muuttamisesta HE 66/2013 vp.

Kouluterveyskysely 2013. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Lapsiasiavaltuutetun vuosikirja 2012. Lasten ja nuorten kunta luo hyvinvointia. Opas kuntapäätäjille sekä lasten ja nuorten palvelujen kehittäjille. Lapsiasiavaltuutetun toimiston julkaisuja 2012:5.

Lastensuojelulaki 417/2007.

Oranen M. 2013. Osallisuus osaksi arkea. Teoksessa Hastrup A, Hietanen-Peltola M, Jahnukainen J & Pelkonen, M (toim.) 2013. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen uudistaminen. Lasten Kaste -kehittämistyöstä pysyväksi toiminnaksi. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Raportteja 3/2013.

- Perälä M-L, Salonen A, Halme N & Nykänen S. 2011. Miten lasten ja perheiden palvelut vastaavat tarpeita? Vanhempien näkökulma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 36/2011.
- Pollari K. 2011: Ihmisoikeudet kuuluvat kaikille. Julkaisussa Erityistä tukea tarvitseva lapsi on ensisijaisesti lapsi: lapsen oikeudet osaksi vammaispolitiikkaa. Toimittanut Anne Hujala. Lapsiasiavaltuutetun toimiston julkaisuja.
- Stenvall E & Seppälä U. 2008. Talo lapsia varten. Lapsen osallisuus pääkaupunkiseudun päiväkodeissa. Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus SOCCA ja Heikki Waris – instituutti. Työpapereita 2008:1
- Tilastokeskus. Isojen lapsiperheiden määrä pysynyt vakaana. 24.5.2013. http://www.stat.fi/til/perh/2012/perh_2012_2013-05-24_tie_001_fi.html
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011.
- Vanhempien Barometri 2011. Suomen Vanhempainliitto.
- YK:n lapsen oikeuksien sopimus.
- Ylikännö M. 2009. Isien ajankäytöstä: uuden isyyden hidas esiinmarssi. Yhteiskuntapolitiikka 74(2009):2.

Kirjoittajat:

Tuomas Kurttila, HTM, TM, toiminnanjohtaja, Suomen Vanhempainliitto
tuoma.kurttila@vanhempainliitto.fi

Tuija Metso, KT, erityisasiantuntija, Suomen Vanhempainliitto
tuija.metso@vanhempainliitto.fi

3.3.2 Opiskelijoiden osallisuus palvelujen kehittämisessä

Nelli Karkkunen, Sini Terävä, Milla Halme

Toinen aste

Oppilaskunnat hyvinvoinnin edistäjinä

Oppilaskunnat edustavat opiskelijoita koulutuksen järjestäjän suuntaan. Oppilaskuntien toiminta on olennainen osa yhteisön hyvinvointia edistävää työtä. Vertaistukitoiminta eli tutortoiminta tukee erityisesti opintojensa alussa olevia opiskelijoita auttamalla heitä sitoutumaan oppilaitosyhteisöön ja sosiaalistamaan heidät osaksi hyvää ja terveyttä edistävää oppilaitosilmapiiriä. Hyvinvoiva ilmapiiri ja yhteisöllinen häirintään, kiusaamiseen ja syrjintään puuttuminen tukevat mielekästä työskentelyä ja turvaavat sekä opiskelijoiden että henkilökunnan työrauhan. Puuttuminen on jokaisen tukipalveluiden ja oppilaitoksen henkilökunnan jäsenen sekä opiskelijan tehtävä.

Yksilön vaikutusmahdollisuudet

Opiskeluterveydenhuollon kautta otettu ensimmäinen kontakti ja vastuunkanto omasta terveydestään on monille opiskelijoille ensiaskel kohti oman terveyden itsenäistä ylläpitoa. Luottamuksentunteen ja omien vaikutusmahdollisuuksien korostaminen on siksi ensiarvoisen tärkeää myös tulevan terveystyöskentelyn tukemisen ja palveluihin hakeutumisen näkökulmasta.

Yhteisöllisyys kumpuaa yhdessä tekemisestä ja yhdenvertaisuudesta. Opiskelijoilla on oltava mahdollisuus vaikuttaa yhteisölliseen toimintaan esimerkiksi palautteen kautta. Heille suunnattujen palveluiden sekä palvelurakenteiden on oltava mahdollisimman läpinäkyviä ja ymmärrettäviä, jotta ne kannustaisivat myös opiskelijoita kehittämään niitä sopivammiksi. Myös pysyvyys on tärkeää, jotta luottamus opiskelijan ja terveydenhuoltohenkilökunnan välille ehtii syntyä. Kun opiskelija kokee voivansa vaikuttaa ympäristöönsä, hän todennäköisesti sitoutuu ja omaksuu myönteisen asenteen muihin opiskelijoihin ja koulun henkilökuntaan.

Korkea-asteen opiskelijat

Yliopisto-opiskelijat

Yliopisto-opiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon järjestää Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS), jonka Suomen ylioppilaskuntien liitto (SYL) on perustanut vuonna 1954. Opiskelijat ovat vahvasti mukana säätiön päätöksenteossa ja siten terveyspalvelujen kehittämisessä. Kaikkia yliopisto-opiskelijoita edustava SYL valitsee vähintään puolet YTHS:n hallituksen jäsenistä. YTHS:n valtuuskunnassa SYL:llä on 18 paikkaa, kun valtuuskunnan koko on 24–30. Lisäksi kullakin terveyspalveluyksiköllä on johtokunta, joka käsittelee paikallisia kysymyksiä. Näissä johtokunnissa paikallisella ylioppilaskunnalla on edustus. Virallisessa päätöksenteossa opiskelijoilla on siis vahva rooli ja vaikutusvalta.

Muodollisen päätöksenteon lisäksi YTHS:ssä toimivat valtakunnallinen ja paikalliset terveystyöryhmät, jotka koordinoivat ja suunnittelevat terveydenedistämisen sekä yhteisöterveystyötä. SYL toimii asiantuntijajäsenenä valtakunnallisessa terveystyöryhmässä ja terveyspalveluyksiköiden ryhmissä taas istuvat ylioppilaskunnat.

YTHS:ssä on käytössä jatkuva palautteenkeräysjärjestelmä. Tämän lisäksi asiakas-tyytyväisyyskyselyjä tehdään säännöllisesti. Näiden tulokset huomioidaan toiminnan kehittämisessä.

Yksi syistä, miksi opiskelijat ovat tyytyväisiä YTHS:n palveluihin, on juuri se, että opiskelijoiden ääni kuuluu niin vahvasti YTHS:ssä.

Ammattikorkeakouluopiskelijat YTHS-kokeilussa

Saimaan ja Seinäjoen ammattikorkeakouluissa on ollut syksystä 2011 käynnissä YTHS-mallin kokeilu. Kokeilussa näiden ammattikorkeakoulujen opiskelijat saavat käyttää kaikkia YTHS:n palveluja maksettuaan YTHS:n vakuutusluonteisen terveydenhoitomaksun. Saimaan ammattikorkeakoulun opiskelijakunnalla (SAIKO) ja Seinäjoen ammattikorkeakoulun opiskelijakunnalla (SAMO) on molemmilla edustus YTHS:n valtuuskunnassa ja YTHS:n paikallisissa terveystyöryhmissä. Myös terveyspalveluyksiköiden johtokunnissa on SAIKOn ja SAMOn edustus. Tällä tapaa kokeiluammattikorkeakoulujen opiskelijat ovat yliopisto-opiskelijoiden kanssa yhdenvertaisella tavalla edustettuina YTHS:n valtuuskunnassa ja paikallisissa elimissä.

Kirjoittajat

Nelli Karkkunen, asiantunija, SAMOK

nelly.karkkunen@samok.fi

Sini Terävä, sosiaalipoliittinen sihteeri, Suomen ylioppilaskuntien liitto SYL

sini.terava@syl.fi

Milla Halme, edunvalvonta-asiamies, Suomen Lukiolaisten liitto SLL

milla.halme@lukio.fi

3.4 RIITTÄVÄSTI OSAAVIA LÄÄKÄREITÄ LASTEN JA NUORTEN EHKÄISEVIIN PALVELUIHIN

Taneli Puumalainen

Keskeiset toimenpiteet, joilla turvataan lasten ja nuorten ehkäisevien terveystalveluiden lääkäreiden riittävä määrä ja erityisosaaminen:

- Ehkäisevien palveluiden lääkäreiden henkilöstömitoitussuosituksen täyttämiseksi kuntien tulisi hyödyntää niille myönnettyä lisähenkilöstön rekrytointiin tarkoitettua peruspalvelujen korotettua valtionosuutta. Lasten ja nuorten palvelujen järjestäjällä tulisi jatkossa olla riittävät voimavarat ehkäisevien palveluiden lääkäreiden henkilöstömitoitussuosituksen täyttämiseen.
- Lähipalveluiden lääkärien tulisi voida keskittyä työnkuvassaan neuvolatyöhön sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon tehtäviin. Erityisosaamista voidaan tukea lastenneuvola- ja kouluterveydenhuoltotyön erityis pätevyydellä ja muulla soveltuvalla perheosaamista tukevalla koulutuksella.
- Sosiaali- ja terveystalveluiden rakenneuudistuksessa integroidaan lähipalvelut ja erikoissairaanhoidon palvelut. Lasten ja nuorten palveluiden lääkärien toimenkuvaa voi jatkossa muodostua joustavasti lähipalvelujen ja erikoissairaanhoidon tehtävistä. Myös lähipalveluja tukevaa konsultatiivista toimintaa tulisi lisätä.
- Lasten ja nuorten ehkäisevien palveluiden lääkärien työoloja ja toiminnan johtamista tulisi kehittää, jotta työn houkuttavuus lisääntyy.
- Lääketieteellisten tiedekuntien tulisi huomioida yleislääketieteen, lastentautien ja lastenneurologian sekä lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoislääkärikoulutuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistus sekä ehkäisevien palveluiden ja moniammatillisen palvelukokonaisuuden osaaminen.
- Lääketieteellisten tiedekuntien tulisi lisätä neuvolatyön sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon koulutusta osana lääkärin perustutkintoa.

Ehkäisevien palveluiden lääkärien määrä on riittämätön

Lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä sairauksien ehkäisy ja hoito edellyttävät kattavia ja tasa-arvoisesti kaikille perheille saatavilla olevia palveluja. Hyvin toimivien palveluiden perustana on lasten, nuorten ja perheiden erityistarpeisiin perehtynyt henkilöstö, jonka määrä täyttää sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen määrittämät henkilöstömitoitussuositukset.

Taulukko 1. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen määrittämät lääkärimitoituksen suositukset

| Toimintasektori | Lääkärien henkilöstömitoituksen valtakunnallinen suositus |
|-------------------------|--|
| Äitiysneuvola | Äitiysneuvola 600 synnytystä/henkilötyövuosi (htv) |
| Lastenneuvola | 2400 0–6-vuotiasta/htv |
| Kouluterveydenhuolto | 2100 oppilasta/ htv |
| Opiskeluterveydenhuolto | 3000 (2500–3000) opiskelijaa/ htv |

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen selvitysten mukaan neuvolatoiminnan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstöresursseissa ja henkilöstömitoitussuosituksien toteutumisessa on kunta, alue ja vastuuväestön koon mukaista vaihtelua. Vaikka henkilöstöresursseissa on tapahtunut viime vuosina merkittävää paranemista, erityisesti lääkäreistä on edelleen huomattavaa pulaa. Vuonna 2011 vain 6 % terveyskeskuksista täytti kouluterveydenhuollon lääkärimitoituksen suosituksen 2100 oppilasta koululääkärin henkilötyövuotta kohden ja 17 % terveyskeskuksista opiskeluterveydenhuollon mitoitussuosituksen (Wiss ym. 2013). Lääkärin henkilöstömitoitus vuonna 2011 toteutui äitiysneuvolassa 58 %:ssa ja lastenneuvolassa 42 prosentissa terveyskeskuksista. Lääkäreiden työpanosta oli kuitenkin lisätty vuodesta 2007 lähtien. Vuonna 2011 kokopäivätoimista koululääkäreitä kohti oli keskimäärin 4 409 oppilasta, kun vastaava keskiluku vuonna 2007 oli 9 175 oppilasta. Vastaavasti opiskeluterveydenhuollossa oli 33 639 opiskelijaa vuonna 2007 ja 7048 vuonna 2011 (Wiss ym. 2013).

Vuonna 2008 arvioitiin, että henkilöstömitoitussuosituksien täyttäminen edellytti 663 lääkärin vuotuista työpanosta äitiys- ja lastenneuvolaan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon (Rimpelä ym. 2008, STM 2009). Vuonna 2012 käytettiin ehkäisevään terveydenhuoltoon, johon kuuluu kaikkien ikäryhmien ehkäisevät palvelut, keskimäärin 13 % terveyskeskuslääkärin työajasta (Suomen Lääkäriliitto 2013). Tämä vastaa noin 452 henkilötyövuotta. Voidaan siis arvioida, että Suomen terveyskeskuksista puuttuu tällä hetkellä vähintään 200 henkilötyövuotta vastaava määrä neuvoloitten sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon lääkäripalveluja.

Kuntasektorin mukaan yleisin syy lääkäreiden henkilöstömitoituksen suositusten alittamiseen on kuntien heikko taloudellinen tilanne. Kustannuspaineessa niukat lääkäriresurssit ohjataan ehkäisevien palvelujen sijaan sairauksien hoitoon. Vuodesta 2011 alkaen kuntien korotettu valtionosuus 18,5 miljoonaa euroa on mahdollistanut lisähenkilöstön rekrytoinnin. Noin puolet kunnista oli vuoteen 2012 mennessä hyödyntänyt tätä mahdollisuutta (Wiss ym. 2012). Ehkäisevien palveluiden piirissä toimivien terveydenhoitajien määrä onkin selvästi lisääntynyt, mutta lääkärivajeen korjaantuminen on edelleen ollut hidasta. Vuosina 2010-2012 kunnat raportoivat rekrytoineensa 74 uutta lääkäreitä (Hakulinen-Viitanen ym. 2014).

Suomen Lääkäriliiton poikkileikkaustutkimuksen mukaan vuonna 2012 julkisessa perusterveydenhuollon oli täyttämättä 238 lääkärin toimea. Tämän lisäksi ostopalveluna tai ulkoistetusti hoidettiin sairaanhoitopiiristä riippuen 0-33 % perusterveydenhuollon lääkärin tehtävistä (Suomen Lääkäriliitto 2013). Yksittäisiä terveyskeskuksia ja erityisesti lääkärin vastaanottoa koskien vielä suurempi osuus tehtävistä voi olla muiden kuin kunnan työsuhteessa olevien lääkärin hoitamia. Perhetyössä henkilöstön riittävän määrän lisäksi myös jatkuvuudella ja moniammatillisella osaa-

misella on suuri merkitys. Ostopalveluna hankitut lääkäripalvelut voivat heijastua neuvoloissa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa lääkärin liiallisena vaihtuvuutena sekä palveluiden pitkäjänteisen kehittämisen ongelmina.

Finanssialan keskusliiton tilastojen mukaan kesäkuussa 2013 jo noin 425 000 suomalaisella lapsella oli yksityinen sairauskuluvakuutus, joka kattaa yksityisen sektorin sairaanhoitopalveluiden käytön kustannukset. Näin ollen merkittävä osa aiemmin perusterveydenhuollossa hoidetuista lasten sairauksista, ja toisaalta lähettäminen erikoissairaanhoidon hoituvat nykyään yksityisen sektorin toimesta. Tämä voi johtaa tilanteeseen, jossa julkisen terveydenhuollon rooli lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä vähenee, ja perheiden sosioekonomisen tilanteen erot heijastuvat suoraan kasvavina terveyseroina (Petäjä ja Mertsola 2013). Yksityinen sektori myös kilpailee lääkäriresurssista, joka muuten voisi ohjautua lasten ja nuorten ehkäiseviin palveluihin.

Lasten ja nuorten lääkärin työkuva ja osaamisen kehittäminen

Suomessa perusterveydenhuollon lääkäri on perinteisesti hoitanut potilaita vauvasta vaariin. Monissa muissa maissa työtehtävät ovat voineet rajautua enemmän eri potilasryhmien tai palvelukokonaisuuksien mukaan. Suomen Lääkäriliiton myöntämän lastenneuvola- ja kouluterveydenhuoltotyön erityispätevyyden oli vuoteen 2013 mennessä suorittanut yhteensä 51 lääkärinä. Tämä vastaa noin 1,4 % terveyskeskuksissa vuonna 2012 työskentelevistä 3751 lääkärinä (Suomen Lääkäriliitto 2013). Erityispätevyyden myöntäminen edellyttää 2,5 vuoden lisäkoulutusta, johon sisältyy käytännön palvelun lisäksi teoreettista koulutusta ja kirjallinen kuulustelu. Koulutuksen suorittaneen lääkärin tulee hallita perhekeskeisen ja moniammatillisen yhteistyön menetelmät sekä pystyä toimimaan oman alansa kehittäjänä ja asiantuntijana. Tulevaisuudessa perusterveydenhuollon lääkärin työnkuva tulisi muokata siten, että lääkärin on mahdollista keskittyä nykyistä rajatumpiin palvelukokonaisuuksiin. Näin neuvolatyön sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon tehtävät muodostaisivat yhden selkeän lähipalveluiden kokonaisuuden, jonka erityisosaamista tuettaisiin työnantajan toimesta lastenneuvola- ja kouluterveydenhuoltotyön erityispätevyydellä ja muulla soveltuvalla perheosaamista tukevalla koulutuksella.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenneuudistuksen tavoitteena on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen integraatio. Tämä mahdollistaa työnkuvien uudenlaisen yhdistämisen myös lähi- ja keskitettyjen palveluiden välillä. Esimerkkinä tästä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistäviä avohoitopediatrisia yksiköitä toimii jo nykyään Turussa, Oulussa, Tampereella ja Lappeenrannassa. Avohoitopediatrin työnkuvaan kuuluu konsultaativastaanottotyön lisäksi usein erilaisia johtamis-, kehittämis- ja opetustehtäviä. Avopediatri voi myös olla mukana moniammatillisissa työryhmissä lasten sairauksien asiantuntijana. Avohoitopediatristen yksiköiden mallin mukaisia toimenkuvia voitaisiin tulevaisuudessa rakentaa myös lastenneurologian sekä lasten- ja nuorisopsykiatrian toimialoille.

Yleislääketieteen erikoislääkärikoulutus antaa hyviä valmiuksia lasten, nuorten ja perheiden ehkäisevissä palveluissa toimimiseen. Koulutukseen kuuluu lasten kasvun, kehityksen ja tavallisimpien sairauksien lisäksi myös aikuisten sairaudet, niiden hoidon ja hoitoketjut. Tätä perheosaamista tulisi hyödyntää nykyistä laajemmin myös erikoissairaanhoidossa kun arvioidaan perheen tilannetta sekä vanhempien hoidon ja tuen järjestämistä.

Ehkäisevien palveluiden lääkäreiden toimenkuvan houkuttelevuutta voidaan lisätä sekä työoloja että palkkausjärjestelmää kehittämällä. Erityisesti terveyskeskuksissa toimivien naislääkäreiden osa-aikatyö on yleistä. Ehkäisevien palveluiden lääkärin työhön osa-aikaisuus sopii yleensä hyvin. Palkkausjärjestelmät ovat, varsinkin aiemmin ohjanneet terveyskeskusten lääkärin vastaanotto toimintaa ehkäisevien palvelujen sijaan sairaanhoito- ja toimenpidepainotteisesti. Työn tuloksellisuutta tulisi, sille soveltuvin mittarein, arvioida ja arvottaa toimenpidevaltaisten palveluiden lääkärin kanssa tasa-arvoisesti. Myös lääkäreiden työviihtyvyyteen yleisesti liittyvät asiat kuten työaikojen ja -määrän joustavuus elämäntilanteen mukaan sekä henkilöstön johtamiseen ja lääkärin omaan työskentelyyn liittyvien vaikutusmahdollisuuksien kehittäminen ovat olennaisia.

Suomen työikäisistä lääkäreistä oli vuonna 2013 erikoistunut yleislääketieteeseen 2377, lastentauteihin 611, lastenneurologiaan 105, lastenpsykiatriaan 251 ja nuorisopsykiatriaan 164 lääkäriä. Lastenlääkärin tarpeen arvioidaan kasvavan 20 %, lastenpsykiatrien 33 % ja nuorisopsykiatrien 37 % vuoteen 2025 mennessä (Suomen Lääkäriliitto 2013). Sekä yleislääketieteen että lasten ja nuorten alojen erikoislääkärinkoulutuksen tulisi huomioida tulevan palvelurakenteen tuomat haasteet. Ottaen huomioon erikoislääkärinkoulutuksen pitkä kesto, tiedekuntien tulisi pikaisesti arvioida ja tarvittaessa uudelleen määrittää koulutuksen oppimistavoitteet tulevaisuuden palvelurakenteen tarpeita vastaaviksi.

Myös lääkärin peruskoulutuksessa tulisi huomioida nykyistä enemmän lasten ja nuorten ehkäisevien palvelujen kokonaisuus. Sairauksien diagnostiikkaan ja hoitoon liittyvien oppimistavoitteiden rinnalla tulisi korostaa lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, perheosaamista ja työskentelyä osana lastenpalveluiden kokonaisuutta.

Yhteenveto

Lasten ja nuorten ehkäisevien terveyspalveluiden turvaamiseksi tarvitaan nykytilaan verrattuna vähintään 200 henkilötyövuotta lisää lääkäri työvoimaa. Lisärekrytoinnin ohella myös työoloja, työnkuvia ja koulutusta tulee kehittää. Perusterveydenhuollon lääkärin tulisi voida eriyttää nykyisiä toimenkuviaan lasten ja nuorten palveluiden erityisosaamisen suuntaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen myötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkärit tulevat jatkossa toimimaan kiinteämmässä yhteistyössä. Työnkuvien osittainen yhdistäminen ja uudelleen järjestäminen tarjoaa motivaatiota ja haasteita kehittyä perheosaamisen asiantuntijaksi.

Lähteet

Finanssialan keskusliitto. 2013. (linkki tarkistettu 19.11.2013).

www.fkl.fi/tilastot/Tilastot/Sairauskuluvakuutuksen_lukumaaratilasto_2009-2012.pdf

Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Bloigu A & Pelkonen M. 2014. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan sekä kouluterveydenhuollon valtakunnallinen seuranta 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti, Käsikirjoitus.

Lääkärit Suomessa. Tilastotietoja lääkäreistä ja terveydenhuollosta 2013. Suomen Lääkäriliitto

www.laakariliitto.fi/tutkimus

- STM 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 20.
- Jari Petäjä ja Jussi Mertsola. Lapset on huomioitava nykyistä paremmin. 2013. Suomen Lääkärilehti 39: 2428-9.
- Rimpelä M, Happonen H, Saaristo V, Wiss K, Rimpelä A. 2008. Äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynnit, terveystarkastukset ja voimavarat 2007-2009. Stakes Raportteja 40.
- Wiss K, Frantsi-Lankia M, Koskinen H & Saaristo V. 2012. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2011. Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 71.
- Wiss K, Hietanen-Peltola M, Pelkonen M, Saaristo V. 2013. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon lääkärivoimavarojen kehitys terveyskeskuksissa vuosina 2005 - 2011. THL- tutkimuksesta tiiviisti no 3.

Kirjoittaja:

Taneli Puumalainen LT, Lastentautien ja lasteninfektiosairauksien erikoislääkäri,
ylilääkäri, sosiaali- ja terveysministeriö
taneli.puumalainen@stm.fi

3.5. YHTEENSOVITTAVA MONIALAINEN JOHTAMINEN TUKEE PALVELUJEN UUDISTUMISTA

Marja-Leena Perälä, Nina Halme, Outi Kanste

Toimenpide-ehdotukset:

- Kunnan strateginen ja muu johto varmistaa kunnan strategiassa ja toiminta- ja taloussuunnitelmassa lasten ja nuorten palvelutoiminnassa ja kehittämisessä tarvittavat voimavarat mukaan lukien henkilöstö. Nämä antavat edellytyksiä palvelujen uudistamiselle.
- Kunnan strateginen ja muu johto sopii toimialojen ja muiden yhteistyötahojen kanssa lasten, nuorten ja perheiden palveluja yhteensovittavan johtamisen monialaisista tukirakenteista. Yhteistoiminta ei synny itsestään, sitä varten tarvitaan selkeät rakenteet ja toimintatavat.
- Kunnan strateginen ja muu johto nimeää tuekseen pysyvän monialaisen (lasten ja nuorten palvelujen) johtoryhmän, joka suunnittelee, seuraa ja kehittää palveluja sekä nimeää palvelualakohtaisia ryhmiä tarvittaessa. Toimivat lasten, nuorten ja perheiden palvelut edellyttävät yhteistä strategiaa ja tavoitteita.
- Kunnan strateginen ja muu johto varmistaa sen, että toimintaa kehitetään osana päivittäistä työtä ja että osallisina ovat kaikki ne tahot, joita kehittäminen koskee (ml. henkilöstö työntekijöistä johtoon, alan järjestöt, yritykset ja palvelujen käyttäjät). Kestävä kehitys toteutuu parhaiten osallistavalla kehittämisotteella.
- Kunnan strateginen ja muu johto varmistaa, että kehittämistyö on määrätietoista ja järjestelmällistä. Kehittämisen tuloksellisuus ja mielekkyys paranee.

Johtamisen haasteet monialaisessa toimintaympäristössä

Luvussa tarkastellaan, miten yhteensovittava johtaminen on strategisen johdon tukena lasten, nuorten ja perheiden palvelujen uudistamisessa muuttuvassa toimintaympäristössä. Sosiaali- ja terveydenhuolto ja sen johtaminen ovat murroksessa, ja sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö ja muu ohjaus uudistuvat. Myös lasten, nuorten ja perheiden asema ja odotukset sekä tuen ja palvelujen tarpeet ovat muutoksessa. Haasteellisuutta lisää epävarmuus meneillään olevien toimintaympäristön muutosten vaikutuksista kuntien toimintaan.

Lapsille, nuorille ja perheille on tarjolla lukuisia eri tahojen tuottamia palveluja, joista kokonaiskuvan muodostaminen voi olla vaikeaa. Myös palvelujen saatavuus, palveluvalikoima ja käytännöt vaihtelevat kuntien ja palvelujen tuottajien välillä. (STM 2011, Perälä ym. 2011.) Kun palvelujen antajienkin yhteistoiminta on riittämätöntä, palveluihin pääsy voi vaikeutua ja edesauttaa niistä pois jäämistä. Näitä tilanteita voi muodostua, kun perhe käyttää useita palveluja samanaikaisesti tai palvelun antajat ja kehitysympäristöt vaihtuvat lasten ja nuorten kasvaessa ja perheiden elämäntilanteen muuttuessa. Kodin lisäksi valtaosa lapsista ja nuorista on suuren osan päivästä joko päivähoitossa, esi- tai perusopetuksessa tai toisen asteen koulutuksessa. Varhaista tukea ja erityispalveluja tulisi olla tarjolla myös kehitysympäristöissä. (Sisäasiainministeriö 2007, STM 2008, 2012.)

Toimintaympäristön monimutkaistuminen ja palvelujen eriytyminen haastavat uudistamaan myös lasten ja perheiden palvelujen johtamista kunnissa. Palvelujen saatuutta voidaan edistää, kun palvelut muodostavat lapsen, nuoren ja perheen näkökulmasta toimivan kokonaisuuden (STM 2008, 2012, OPM 2009, Laitinen & Hallantie 2011). Erityisesti uusin lainsäädäntö velvoittaa kuntia vahvistamaan ehkäiseviä palveluja ja monialaista yhteistoimintaa kunnan muiden palvelujen tuottajien kanssa (vrt. Perälä ym. 2012). Kuntien, hallinnonalojen, järjestöjen, yritysten ja seurakuntien lasten, nuorten ja perheiden palvelujen ja toiminnan yhteensovittaminen alueellisesti edistää palvelujen tehokkaampaa hyödyntämistä.

Strateginen johtaminen varmistaa uudistamisen edellytykset

Kunnan strategia kertoo, miten kunta edistää asukkaidensa hyvinvointia ja terveyttä sekä kehittää palveluja seuraavina vuosina. Palveluista vastaavan johtajan ydintehtävä on varmistaa edellytykset palveluille. Kokonaisstrategia ja sitä vastaava toiminta- ja taloussuunnitelma turvaavat edellytykset perustehtävän strategianmukaiselle toiminnalle. Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen johtaminen on osa kunnan palvelujen kokonaisjohtamista, jonka kehittämistä kunnan strategiset ratkaisut raamittavat. Siksi kunnan strategiassa ja toiminta- ja taloussuunnitelmassa tulee ottaa huomioon lasten, nuorten ja perheiden palvelutoiminnassa ja kehittämisessä tarvittavat aineelliset ja aineettomat voimavarat mukaan lukien osaava henkilöstö. Lasten, nuorten ja perheiden palvelut muodostavat myös huomattavan osan kuntien voimavaroista.

Palvelujen järjestelmällinen ja kestävä uudistaminen edellyttää johdon strategiaa valintoja, miten lasten, nuorten ja perheiden monialaisia palvelukokonaisuuksia kehitetään, millaisia tukirakenteita siihen tarvitaan, millaisella otteella kehittäminen toteutetaan ja miten kehittämistyötä hallitaan. Näitä teemoja käsitellään seuraavassa yksityiskohtaisemmin.

Yhteensovittava johtaminen – monialainen palvelujen uudistaminen

Monialaiset kehittämisen tukirakenteet

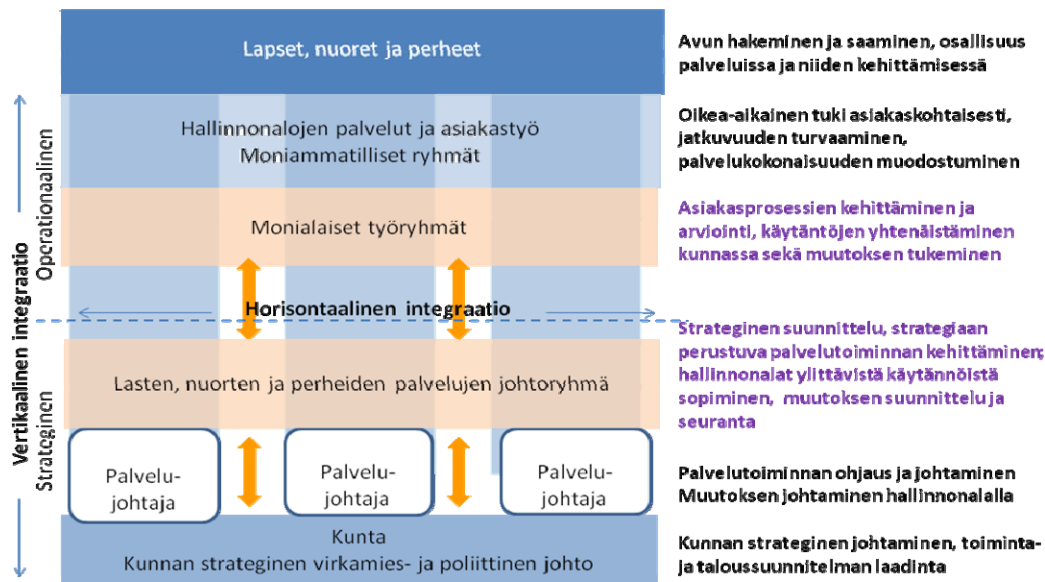
Hallinnollisilla ratkaisuilla ja yhteisistä toimintaperiaatteista sopimalla voidaan edistää ja tukea lapsen, nuoren ja perheen näkökulmasta ehyen toiminnallisen kokonaisuuden aikaansaamista. Yhteisistä tavoitteista ja toimintaperiaatteista sopimista voidaan tarvita yksiköiden, hallinnonalojen, kuntien ja näiden yhteenliittymien välillä sekä kolmannen ja yksityisen sektorin toimijoiden kanssa.

Lasten, nuorten ja perheiden palvelukokonaisuudessa aito järjestelmällinen yhteistoiminta edellyttää monialaista ja yhteensovittavaa johtamista. Yhteensovittavan johtamisen tehtävä on tukea kunnan, strategista luottamusmies- ja virkamiesjohtoa sekä hallinnonalojen ja työyksiköiden johtoa. (Kuvio 1.) Pelkästään hallinnonalakohtainen suunnittelu voi johtaa lasten, nuorten ja perheiden näkökulmasta hajanaisiin palveluihin. Monissa kunnissa tätä hajanaisuutta on pyritty parantamaan yhdistämällä hallinnonaloja ja palveluja yhteisen johdon alaisuuteen. Käytännössä kaikkia rajapintoja ei kuitenkaan voida poistaa, vaan rajapintoja muodostuu kaikkiin palveluihin.

Horizontaalinen johtaminen, palvelujen tuottajien ja hallinnonalojen välisen yhteistoiminnan johtaminen on perusta lasten, nuorten ja perheiden tarpeita vastaavan palvelukokonaisuuden muodostamiselle (vrt. Axelsson & Axelsson 2006, 79–80;

Heinämäki 2012). Monet kunnat ovat edenneet tähän suuntaan, kun niihin on nimetty johto- ja työryhmiä tai vastuuhenkilöitä esimerkiksi projektien johtamiseen tai ammatillisen toiminnan kehittämiseen. Käytännössä näillä ryhmillä on ollut harvoin selkeä yhteys palvelujen strategiseen suunnitteluun ja kehittämiseen. (Halme ym. 2010, Perälä ym. 2011.)

Toimiva horisontaalinen yhteistoiminta edellyttää yhteistyörakenteita ja yhdessä sovittuja käytäntöjä (kuvio 1). Kunnassa voidaan nimetä hallinnonalojen yhteinen johtoryhmä, esimerkiksi *lasten, nuorten ja perheiden palvelujen johtoryhmä*, joka valmistele lasten ja nuorten asiat kunnan strategiseen päätöksentekoon ja tukee linja-johtoa. Parhaiten yhteys kunnan johtoon toimii, kun johtoryhmän tehtävät on mainittu kunnan hallintosäännössä tai vastaavassa (Rousu 2008). Johtoryhmä valmistele lasten ja nuorten palveluja koskevan strategian (esim. lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelman) ja toimeenpanee kunnan hyväksymän toimintasuunnitelman. Johtoryhmä vastaa hallinnonalat ylittävästä yhteistyöstä ja sovittaa eri palveluja ja strategioita yhteen sekä seuraa ja arvioi lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja terveyden tilaa ja niihin vaikuttavien tekijöiden muutoksia.



Kuvio 1. Yhteensovittavan johtamisen tukirakenne ja vastuut kehittämisessä (Lähde: Perälä, Halme, Nykänen 2012, 107).

Lisäksi kuntiin voi olla tarpeen perustaa palvelu- tai toimintakohtaisia työryhmiä tai verkostoja, jotka edellyttävät horisontaalista johtamista. Näitä ovat esimerkiksi alle kouluikäisten, kouluikäisten ja opiskeluikäisten palveluverkostot, jotka edellyttävät yhteistä asiakastyön kehittämistä (STM 2012). Toimintoja koordinoimaan voidaan nimetä monialaisia työryhmiä. *Monialainen työryhmä* on hallinnonalojen yhteisen johtoryhmän tukena ja kehittää erityisesti asiakastyötä. Tehtävänä on muun muassa yhtenäistää asiakastyön käytäntöjä ja prosesseja palvelujen rajapinnoissa ja tukea johtoa toiminnan kehittämisessä ja toimeenpanon arvioinnissa. Toimintakäytäntöjen yhtenäistämällä voidaan turvata lapselle, nuorelle ja perheelle samaan tuen tarpeeseen samantasoinen palvelu ja yksiköiden toiminnan tasalaatuisuus. Samalla vältetään myös voimavarojen tehottomalta ja jopa päällekkäiseltä käytöltä.

Osallistava kehittäminen kestävän kehityksen edellytyksenä

Kehittämistoimintaa sosiaali- ja terveydenhuollossa on toteutettu näihin vuosiin asti projekteina. Projektimaisuus on johtanut lukuisiin määräaikaisiin hankkeisiin, joissa kehitettyjen käytäntöjen juurtuminen käytäntöön on voinut jäädä puutteelliseksi. Kas-te-ohjelmassa (STM 2012) pyritään pitkäjänteiseen ja pysyvään kehittämistoimintaan. Yhteensovittavan johtamisen kehittäminen onnistuu parhaiten osallistavalla kehittämisoitteella, opitaan yhdessä -periaatteella, jossa hyödynnetään alhaalta ylöspäin (bottom-up) ja ylhäältä alaspäin (top-down) lähestymistapoja.

Toiminnan kehittäminen osana päivittäistä toimintaa on kunnan strateginen valinta, joka mahdollistaa toiminnan uudistamisen kestävän kehityksen periaatteella. Tämä tarkoittaa kaiken tarkoituksenmukaisen saavilla olevan tiedon, osaamisen ja voimavarojen tehokasta hyödyntämistä yhteiseen päämäärään pyrkimisessä. Se toteutuu osana päivittäistä työtä ja on jatkuva toimintaa ennakoivasti korjaava prosessi. Lähestymistavan hyötynä on kehittämisen tieto- ja taidon kertyminen kuntaan sekä työntekijöiden ja koko kunnan voimavaraistuminen. Tässä menettelyssä konkretisoituu johtajien ja työntekijöiden aito pyrkimys yhteiseen tavoitteeseen ja optimaaliseen lopputulokseen. (Perälä ym. 2012.)

Edellytyksenä on myös, että johto kaikilla tasoilla ja työntekijät sitoutuvat oman toimintansa kehittämiseen ja kaikki ne tahot (mukaan lukien lapsi, nuori ja vanhemmat), joita uudistus koskee, ovat mukana. Johtaminen varmistaa kehittämisen edellytykset sekä jokaisen työntekijän osallistumisen oman työnsä suunnitteluun ja kehittämiseen. Yhdessä tekeminen antaa myös lisäarvoa: monialainen ryhmä pystyy ratkaisemaan ongelmia paremmin kuin yksittäiset asiantuntijat erikseen ja erilaisen tiedon vaihtaminen ja yhdistäminen uudella tavalla auttaa uusien ratkaisujen löytämisessä. Erityisesti monia toimijoita koskettavissa ongelmissa ratkaisujen hakeminen yhdessä sitouttaa yhteisiin tavoitteisiin ja tukee ryhmän, osallistujien ja koko organisaation oppimista ja asiantuntemuksen vahvistumista. (vrt. STM 2009, Perälä ym. 2012.)

Ihmisillä on erilainen tapa omaksua uusia asioita. Mahdollisuus osallistua oman työn kehittämiseen vähentää uuden asian omaksumiseen tarvittavaa aikaa ja uudistuksen hyväksymisen vaikeutta. Käytäntöjen kehittämisessä on riittämättömästi hyödynnetty asiakastyössä toimivien kokemusta. Myös lasten, nuorten ja perheiden kokemuksen hyödyntäminen palvelujen kehittämisessä on ollut vähäistä. Monialainen yhteistoiminta edellyttää uudenlaista toimintakulttuuria sekä kumppanuustyöskentelyä. (Perälä ym. 2012.) Palvelujen ja prosessien kehittäminen ei yksin riitä, vaan asiakaslähtöisyyden tulee todentua myös palvelua tarjoavien henkilöiden asenteissa ja asiakkaiden kohtaamisessa. Johtamisella on suuri merkitys toimintatapojen ja asenteiden muuttamisessa: johtamisella asiakkuusajattelu siirtyy organisaation eri tasoille. (Virtanen ym. 2011, Perälä ym. 2012.)

Järjestelmällinen kehittäminen

Palvelujen uudistamiseksi monialaisessa palvelukokonaisuudessa tarvitaan määrätietoista johtamista. Kehittäminen kestävän kehityksen periaatteella edellyttää strategisen ja lähijohdon ja kaikkien työntekijöiden sitoutumista toiminnan kehittämiseen. Kehittämistyön mielekkyyttä ja järkevyyttä lisää kehittämisen tavoitteellisuus ja järjestelmällisyys. Lähtökohtia ovat selkeä hankesuunnitelma ja kunnan strategisen johdon päätökset hankkeesta ja voimavaroista (Perälä ym. 2012). Suunnitelman tekemiseen kannattaa panostaa, se antaa puitteet tulevien vuosien kehittämistyölle. Hyväksytty hankesuunnitelma sisältää luvan käynnistää kehittämistyö, tarvittavat voimava-

rat, päätöksen hallinnonalat ylittävästä kehittämisrakenteesta ja sen toiminnan edellytyksistä ja vastuuhenkilöistä.

Varsinaisen hallinnonalat ylittävä uudistamistyö käynnistyy toimintaedellytyksistä päättämisen jälkeen. Perustan työlle antaa *muutossuunnitelma*, joka sisältää tunnistetut kehittämistarpeet, tavoiteltavan toiminnan kuvauksen ja tavoitteet, tavoitteiden saavuttamiseksi suunnitellut toimenpiteet, toimeenpanovastuut ja toteutuksen ja arvioinnin aikataulut. Tavoitteiden saavuttamista ja toimeenpanon etenemistä arvioidaan määrävälein, ja tarpeen mukaan käynnistetään uusi kehittämissykli. Määrävälein arvioidaan myös kehittämistyötä itseään, eri tahojen osallistumista ja kehittämisen tukirakenteiden (lasten, nuorten ja perheiden johtoryhmä ja monialaiset ryhmät) tarkoituksenmukaisuutta ja tehdään tarvittavat muutokset. Yhteensovittavan johtamisen kehittämisestä on saatavilla yksityiskohtaisempaa tietoa Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen oppaassa (www.thl.fi/lapsyty; Perälä ym. 2012).

Toiminnan kehittäminen lasten, nuorten ja perheiden palveluissa on haasteellinen tehtävä, joka vaatii pitkäkestoista kehittämistä. Osallistava työote mahdollistaa parhaiten henkilöstön sitoutumisen ja organisaation asiantuntemuksen hyödyntämisen kehittämisessä. Hyvä lopputulos edellyttää lasten, nuorten ja perheiden kokemusasiantuntijuuden käyttöä sekä tarkoituksenmukaisia tukirakenteita. Määrätietoinen ja järjestelmällisesti toteutettu uudistaminen kohtaa vähemmän muutoksen hyväksymisen vaikeutta, kun eteneminen ja vastuut ovat selkeitä. Lisäksi kehittämistyön tuloksellisuus ja mielekkyys paranevat.

Lähteet

- Axelsson R & Axelsson SB. 2006. Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International journal of health planning and management* 21, 75–88.
- Halme N, Perälä M-L & Laaksonen C. 2010. Yhteistyöinterventioiden vaikuttavuus lapsiperhepalveluissa. Järjestelmällinen katsaus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 10/2010.
- Heinämäki L. 2012. Valtionhallinnon ohjelmaohjaus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa 2000-luvulla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tutkimus 75/2012.
- Laitinen K & Hallantie M. 2011. Huomisen hyvinvointia – kehys oppilashuollon kehittämiseksi. Opetushallitus, Oppaat ja käsikirjat 19/2011.
- Opetusministeriö (OPM). 2009. Nuorta ei jätetä. Puhalletaan yhteen hiileen. Moniammatillista viranomaistyötä ja sen lakisäätämistä selvittävän poikkihallinnollisen työryhmän muistio. Opetusministeriö, Työryhmämuistioita ja selvityksiä 5/2009.
- Perälä M-L, Halme N, Hammar T & Nykänen S. 2011. Hajanaisia palveluja vai toimiva kokonaisuus? Lasten ja perheiden palvelut toimialajohtajien näkökulmasta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 29/2011.
- Perälä, M-L, Halme N & Nykänen S. 2012. Lasten, nuorten ja perheiden palveluja yhteensovittava johtaminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 19/2012.
- Rousu S. (toim.) ja LapsiARVI-työryhmä 2008. Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelman laadinta kunnissa. Opas lakisäätösuunnitelman laadintaan. Osa 1: suunnitelman valmistelu. Suomen Kuntaliitto.
- Sisäasiainministeriö. 2007. Vanhemmuus voimavara ja toimiva viranomaisyhteistyö. Lasten ja nuorten syrjäytymisen ennaltaehkäisyn avaimet. Sisäasiainministeriö, 45/2007.

- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 18/2009.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2011. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 1/2011.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Kaste 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 6/2008.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM).2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma. Kaste 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 1/2012.
- Terveydenhuoltolaki 31.12.2010/1326.
- Virtanen P, Suoheimo M, Lamminmäki S, Ahonen P & Suokas M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekes, Katsaus 281/2011.
- www.thl.fi/lapsyty

Kirjoittajat

Marja-Leena Perälä, THT, dosentti, tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
marja-leena.perala@thl.fi

Nina Halme, TtT, erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
nina.halme@thl.fi

Outi Kanste, TtT, dosentti, erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
outi.kanste@thl.fi

3.6 AVOHILMO-KIRJAAMINEN JA TIEDONKERUU LASTEN JA NUORTEN PALVELUIDEN SEURANNAN JA KEHITTÄMISEN TUKENA

Marjut Frantsi-Lankia, Sanna-Mari Saukkonen, Kaisa Mölläri

Pääkohdat ja kehittämis ehdotukset

- Terveyskeskuksen johto ohjaa henkilökuntaa kirjaamaan yhdenmukaisesti ja seuraa AvoHILMO-kirjausten kattavuutta ja laatua
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos kehittää AvoHILMO-raportteja ja tietotuotteita tukemaan perusterveydenhuollon ehkäisevien palveluiden seuranta- ja kehittämistä

AvoHILMO-tiedonkeruu ja tilastointi

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL toimii tilastoviranomaisena, toteuttaa seuranta- ja tuottaa tietoa mm. terveydenhuoltolain (1326/2010), tartuntatautilain (583/1986) sekä asetusten 421/2004, 338/2011, 339/2011 mukaisesta toiminnasta. Terveydenhuollon rekisterien ja tilastojen avulla saadaan kansallista seuranta- ja vertailutietoa mm. hoitoonpääsystä, epidemia- ja rokotustilanteesta sekä lasta odottavien naisten, lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tehtävistä tarkastuksista.

Perusterveydenhuollon avohoidosta ja ehkäisevistä terveyspalveluista kerättiin aikaisemmin kansallista tietoa vain toteutuneista käyntimääristä. Kansallisten ja alueellisten tietotarpeiden lisääntyttä summataason tieto ei enää riitä, toiminnasta tarvitaan tarkempaa sisällöllistä tietoa.

Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoituksen AvoHILMO:n kehittäminen käynnistyi 2000-luvulla ja AvoHILMO otettiin tuotantokäyttöön vuonna 2011. AvoHILMO on osa THL:n valtakunnallista sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitus -kokonaisuutta, HILMOa. AvoHILMO mahdollistaa monipuolisen kansallisen tiedonkeruun ja vastaa perusterveydenhuollon uusiin tietotarpeisiin, mm. avohoidon ja ehkäisevien palveluiden toiminnan ja väestön terveysongelmien seurannan tarpeisiin. AvoHILMOsta saadaan tietoa mm. käynnin syistä, toteutuneista toiminnoista ja toimenpiteistä, lääkityksistä ja rokotuksista sekä asetuksen mukaisten terveystarkastusten toteutumisesta. AvoHILMOa hyödynnetään myös kansallisessa rokotus- ja influenssaseurannassa.

AvoHILMO:n tietosisältö kuvataan tarkemmin AvoHILMO 2013 -oppaassa ja THL:n verkkosivuilla osoitteessa www.thl.fi/avohilmo.

Lasten ja nuorten ehkäisevien palvelujen seuranta

Neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta annetun asetuksen (VNA 338/2011) toteutumisen seurannassa hyödynnetään jatkossa AvoHILMO-tietoja. AvoHILMO:n perusterveydenhuollon toimintoluokituksen (SPAT) avulla saadaan uutta tietoa perusterveyden-

huollon toiminnan sisällöistä myös lasten ja nuorten ehkäisevistä palveluista, joista tietoa on aikaisemmin ollut niukasti.

Kaikki neuvolan, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynnit kirjataan ja tilastoidaan AvoHILMOon. Näiden tietojen avulla voidaan seurata muun muassa:

- palvelujen käytön laajuutta ja kattavuutta
- asetuksen mukaisten laajojen ja muiden määräaikaisten terveystarkastusten toteutumista
- yksilöllisen tarpeen mukaisten terveystarkastusten toteutumista ja
- terveydenhuoltolain 51§:n mukaista perusterveydenhuollon hoidon saatavuutta.

AvoHILMO mahdollistaa ehkäisevän toiminnan seuraamisen ja vertailun kunnittain, terveyskeskuksittain ja kansallisesti.

Terveystarkastus voidaan kirjata laajaksi, jos se täyttää laajan terveystarkastuksen kriteerit. Yhteen AvoHILMOon tilastoituvaan laajaan terveystarkastukseen tarvitaan sekä terveydenhoitajan että lääkärin kirjaus (SPAT) laajasta terveystarkastuksesta. Mikäli laajan terveystarkastuksen kriteerit eivät täyty, tarkastus kirjataan tavalliseksi määräaikaiseksi terveystarkastukseksi. Vastaavasti käy, jos vain terveydenhoitaja tai lääkäri kirjaa terveystarkastuksen laajaksi. Ajantasaiset ja tarkemmat kirjausohjeet löytyvät AvoHILMO:n nettisivuilta www.thl.fi/avohilmo.

Jos ehkäisevän terveydenhuollon käynnillä otetaan kantaa asiakkaan sairauksiin tai terveydentilaan laajemmin, tulisi käynnin kannalta oleelliset käyntisyöt (ICD-10 tai ICPC-2) näkyä kirjauksista. Kattavasti tehdyt kirjaukset mahdollistavat käynnin sisältöjen laadukkaamman seurannan sekä hoidon ja jatkohoidon seuraamisen. Käynnin sisältötietojen kirjaamiseen käytettävää SPAT-luokitusta uudistetaan, mikä mahdollistaa myös asetuksen mukaisen toiminnan tarkemman seurannan. Uudistunut SPAT-luokitus tulee voimaan osana uutta AvoHILMO 2015 -opasta.

AvoHILMO-raportointi

Oleellinen osa AvoHILMOa on raportointijärjestelmä, jonka avulla tieto on helposti ja mahdollisimman ajantasaisesti kaikkien saatavilla. Sosiaali- ja terveysalan tietovarantojen käyttö laajasti terveyden ja hyvinvoinnin sekä palvelujärjestelmän toimivuuden edistämiseen on yksi THL:n strateginen linjaus.

AvoHILMO:n avulla terveyskeskuksen toimintaa voidaan seurata ja siitä raportoida aikaisempaa tarkemmin. Kerätyt tiedot raportoidaan tiivistetyssä ja tunnistamattomassa muodossa. AvoHILMO:n tiedot raportoidaan THL:n verkkosivuilla (www.thl.fi/avohilmo) sitä mukaa kuin tietoa saadaan ja tietotuotanto laajenee. Uusina raporteina AvoHILMO-tiedoista on vuonna 2013 julkaistu Rokotusrekisteri- ja influenssaseurantareportit (www.thl.fi/).

AvoHILMO-raportit ovat muodoltaan

- pikaraportteja, jotka ovat päivittäin päivittyviä sähköisiä raporteja. Pikaraportin avulla voidaan seurata käyntien lukumäärien kehitystä viikoittain ja kuukausittain. Pikaraportteissa on myös tietoa influenssatautien ilmaantumisesta ja muista käyntisyistä.
- tiivisteitä, joilla tarkoitetaan valmiiksi tehtyä koostetta aihealueen keskeisistä tiedoista. Tiivisteiden avulla käyttäjä voi tarkastella ja vertailla tietoja tuottajittain, alueittain ja kunnittain.

- kuutioita, jotka mahdollistavat tietojen syvällisemmän tarkastelun oman valinnan mukaan. Sekä tiivistetä että kuutiot päivittyvät kuukausittain.

AvoHILMO mahdollistaa aikaisempaa paremmin myös ehkäisevien palveluiden seuraamisen ja raportoinnin. Se auttaa ehkäisevän työn näkyväksi tekemisessä. AvoHILMO-tietoja ja raportointia voidaan hyödyntää kuntien hyvinvointikertomusten laadinnassa, palvelujärjestelmän kehittämisessä samoin kuin alueellisessa ja paikallisessa väestötason terveysseurannassa.

AvoHILMON kehittäminen ja tiedolla johtaminen

AvoHILMON käyttöönotto on toteutunut vaiheittain eri potilastietojärjestelmissä. Toteutus ja käytettävyys voivat siten edelleen vaihdella. AvoHILMON kehitystyössä tehdään tiivistä yhteistyötä järjestelmätoimittajien ja terveyskeskusten kanssa. AvoHILMO-tiedonkeruun kattavuus ja tiedon laatu on kaiken aikaa lisääntynyt.

AvoHILMON kehittämistyö jatkuu. On tärkeää, että tietojen yhdenmukaiseen kirjaamiseen kiinnitetään edelleen huomiota niin organisaation kuin valtakunnankin tasolla. THL:n AvoHILMO-opas päivitetään ja määrittelyjä tarkennetaan seuraavan kerran vuoden 2015 oppaaseen. On tärkeää, että kirjaamista linjataan ja ohjataan organisaation johdon tasolta mahdollisimman yhdenmukaiseksi koko organisaatiossa.

Tärkeänä edellytyksenä on myös potilastietojärjestelmien kehittyminen käyttäjäystävällisemmiksi ja tukemaan aikaisempaa paremmin yhdenmukaista ja laadukasta kirjaamista. Lisäksi on tärkeä huomioida, että terveyskeskuksessa käytetään kansallisen koodistopalvelun (THL) kanssa yhdenmukaisia määrittelyjä ja että ne löytyvät terveyskeskuksessa käytössä olevista tietojärjestelmistä.

Tietotarpeiden muuttuessa ja lisääntyessä AvoHILMON luokituksia ja tietosisältöjä päivitetään ja kehitetään myös tulevaisuudessa. AvoHILMO-raportoinnin ja uusien tietotuotteiden kehittäminen lisää kirjaamisen mielekkyyttä ja sitä kautta kirjausten kattavuus ja laatu paranevat. Tiedon laadun ja kattavuuden lisääntyminen mahdollistaa tietoon perustuvan johtamisen, tietojohtamisen, jota tarvitaan palveluiden, palvelujärjestelmän sekä väestön terveyden edistämisen kehittämisessä.

Lähteet

Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, Wallin M & Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus – Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 22/2012.

Henkilötietolaki 523/1999

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007

Laki sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskusten tilastotoimesta 409/2001

Laki terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta 668/2008

Laki terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä 556/1989

Mölläri K & Vuorio S. 2013. Perusterveydenhuolto 2011, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 20/2013.

Rautiainen H & Saukkonen S-M, 2012. AvoHILMO Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2013. Määrittelyt ja ohjeistus, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 6/2012.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus rokotuksista ja tartuntatautien raskaudenaikaista seulonnoista 421/2004

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon valtakunnallista tietojärjestelmäpalveluista 165/2012

Tartuntatautilaki 583/1986

Terveydenhuoltolaki 1326/2010

Tilastolaki 280/2004

Tuomola P, Yrttiaho A, Mahkonen R & Passoja S. 2012. Perusterveydenhuollon avohoidon tietouudistus Hankkeen loppuraportti, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 44/2012.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011

Valtioneuvoston asetus seulonnoista 339/2011

Kirjoittajat

Marjut Frantsi-Lankia, LL, ylilääkäri, THL,
marjut.frantsi-lankia@thl.fi

Sanna-Mari Saukkonen, TtM, erikoissuunnittelija, THL,
sanna-mari.saukkonen@thl.fi

Kaisa Mölläri, TtM kehittämisspäällikkö, THL,
kaisa.mollari@thl.fi

Liite 1

Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan jäsenet, varajäsenet ja asiantuntijat 2010–2013.

(Tilanne toimikauden päättyessä)

Jäsenet ja varajäsenet

Aino-Inkeri Hansson, ylijohtaja, puheenjohtaja, sosiaali- ja terveysministeriö
 Kirsi Varhila, ylijohtaja, varapuheenjohtaja, sosiaali- ja terveysministeriö
 Maire Kolimaa, neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö
 Merja Saarinen, lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö (Mäntsälä)
 Kari Ilmonen, johtaja, sosiaali- ja terveysministeriö
 Päivi Voutilainen, johtaja, sosiaali- ja terveysministeriö
 Georg Henrik Wrede, johtaja, opetus- ja kulttuuriministeriö
 Elise Virnes, opetusneuvos, opetus- ja kulttuuriministeriö
 Anneli Pouta, osastajohtaja, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
 Päivi Lindberg, yksikön päällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
 Heidi Peltonen, opetusneuvos, Opetushallitus
 Kristiina Laitinen, opetusneuvos, Opetushallitus
 Eija Bärlund-Toivonen, suunnittelija, Valvira
 Marita Raassina, ylitarkastaja, Valvira
 Soile Paahtama, erityisasiantuntija, Suomen Kuntaliitto
 Aila Puustinen-Korhonen, erityisasiantuntija, Suomen Kuntaliitto
 Mervi Herola, perhe- ja sosiaalipalveluiden päällikkö, Nurmijärvi
 Olli Laiho, koordinaattori, Nurmijärvi
 Matti Salo toimialuejohtaja, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ky
 Pälvi Kaukonen, vastuualuejohtaja, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ky
 Riittakerttu Kaltiala-Heino, professori, Tampereen yliopisto
 Matti Korppi, professori, Tampereen yliopisto
 Sakari Kainulainen, tutkimusjohtaja, Diakonia ammattikorkeakoulu
 Marja Lindholm, terveydenhoitotyön vastuulehtori, Diakonia ammattikorkeakoulu
 Antti Malste, pääsihteeri SAKKI ry
 Milla Halme, edunvalvonta-asiamies, Suomen Lukiolaisten liitto
 Nelli Karkkunen, asiantuntija, SAMOK ry
 Sini Terävä, sosiaalipoliittinen sihteeri, SYL
 Juha Luomala, johtaja, Sosiaalialan osaamiskeskus Verso
 Kristiina Laiho, toimitusjohtaja, Pikassos Oy
 Tuomas Kurttila, toiminnanjohtaja, HTM, Suomen Vanhempainliitto ry
 Tuija Metso, erityisasiantuntija Suomen Vanhempainliitto ry
 Marjaana Pelkonen, neuvotteleva virkamies, sihteeri, sosiaali- ja terveysministeriö
 Päivi Muranen, suunnittelija, sihteeri, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Pysyvät asiantuntijat

Maria Kaisa Aula, lapsiasiavaltuutettu, sosiaali- ja terveysministeriö
 Tarja Kahiluoto, neuvotteleva virkamies, opetus- ja kulttuuriministeriö
 Maini Kosonen, hallitusneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö
 Ritva Partinen, ylitarkastaja, sosiaali- ja terveysministeriö
 Taneli Puumalainen, ylilääkäri, sosiaali- ja terveysministeriö
 Helena Vormaa, lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö

Työvaliokunta

Aino-Inkeri Hansson, STM
Maire Kolimaa, STM
Päivi Lindberg, THL
Päivi Muranen, THL
Ritva Partinen, STM
Marjaana Pelkonen, STM
Taneli Puumalainen, STM

Lasten, nuorten ja perheiden ehkäisevien terveystalvelujen jaoston jäsenet 2011–2013.

(Tilanne toimikauden päättyessä)

Frantsi-Lankia, Marjut, ylilääkäri, THL
Haarala Päivi, koulutuspäällikkö, Metropolia
Hakulinen-Viitanen Tuovi, tutkimuspäällikkö, THL, sihteeri
Hietanen-Peltola Marke, ylilääkäri, THL
Eija Bärlund-Toivonen, suunnittelija, Valvira
Kahiluoto Tarja, neuvotteleva virkamies, OKM
Karkkunen Nelli, asiantuntija, SAMOK
Kolimaa Maire, neuvotteleva virkamies, STM
Milén Anneli, kehittämispäällikkö, THL
Paahtama Soile, erityisasiantuntija, Suomen Kuntaliitto
Pelkonen Marjaana, neuvotteleva virkamies, STM, puheenjohtaja
Puumalainen Taneli, ylilääkäri, STM
Saarinen Merja, lastenlääkäri, Mäntsälän terveyskeskus
Viitala Hanna, perhepalveluiden johtaja, Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto
Metso Tuija, erityisasiantuntija, Suomen Vanhempainliitto ry

ALOITE LASTEN, NUORTEN JA PERHEIDEN (LNP) PALVELUJEN JÄRJESTÄMISEKSI SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PAL- VELURAKENNEUUDISTUKSESSA

1. EHDOTUKSET LNP-PALVELUJEN JÄRJESTÄMISEKSI SOTE-ALUEELLA

1.1 Lasten, nuorten ja perheiden sote-palvelukokonaisuus sote-alueelle

Neuvottelukunta ehdottaa, että lasten, nuorten ja perheiden sosiaali- ja terveyspalvelut järjestetään *toiminnallisena palvelukokonaisuutena, jonka järjestämisvastuu kuuluu sosiaali- ja terveystaloudelle*. Palvelukokonaisuus muodostuu alle kouluikäisten, kouluikäisten ja opiskelikäisten palveluista. Viimeksi mainittuun kuuluvat myös opintojen ulkopuolella olevien ja työssä käyvien nuorten palvelut. (Liite 1).

Neuvottelukunta ehdottaa valmisteluryhmän väliraportin esityksestä poiketen, että lapsi- ja perhekohtaisen lastensuojelun, perheoikeudellisten palvelujen sekä kasvatus- ja perheneuvolapalvelujen järjestämisvastuu olisi näiden palvelujen vaativuuden vuoksi vain sote-alueella. Sote-alueen järjestämisvastuulle kuuluisivat myös korkea-asteen opiskeluterveydenhuollon palvelut, joiden järjestämisestä pääsääntöisesti suuret yli 50 000 asukkaan kunnat vastaavat jo nykyisin. Valmisteluryhmän väliraportin mukaan perustason alue voisi järjestää sellaiset palvelut, joita terveyskeskukset ja kuntien sosiaalitoimi järjestävät (STM 2013).

Sote-alueiden järjestämisvastuulle kuuluvat myös somaattinen ja psykiatrinen erikoissairaanhoito, psykiatriseen erikoissairaanhoitoon yhdistetyt päihdehuollon erityispalveluiden avopalvelut sekä sosiaalipäivystys ja vammaispalvelut. (Liite 1). Neuvottelukunta ehdottaa, että **erityistason**, kuten erikoissairaanhoidon ja kasvatus- ja perheneuvolan, **osaamista ja resursseja hyödynnetään** nykyistä huomattavasti enemmän peruspalveluja järjestettäessä.

LNP-palvelut järjestetään asiakaslähtöisesti ja valtaosin lähipalveluina. Lasten ja nuorten palvelujen erityisosaamisen, jatkuvuuden ja moniammatillisuuden varmistamiseksi palvelut ovat pääsääntöisesti **julkisia**.

1.2 Palvelujen tehostaminen porrastuksen ja integraation avulla

Palveluja tehostetaan sote-alueen sisäisen porrastuksen avulla. Palvelujen perustan muodostavat toimivat ja laadukkaat ehkäisevät palvelut, joita vahvistetaan.

Porrastamalla ehkäiseviä palveluja tuen tarpeen mukaisesti on mahdollista **varhentaa avun saamista**. Sairauksien hoidossa **perustason resurssien vahvistaminen** sote-uudistuksen tavoitteiden mukaisesti mahdollistaa toimivan hoidon porrastuksen perus- ja erityistason välillä. Näin paine erityistason palveluissa vähenee ja resursseja

vapautuu konsultatiiviseen työhön. Toiminnallisen ja monialaisen kokonaisuuden rakentamisessa hyödynnetään **yhteensovittavaa johtamista**.

Sote-alueen LNP-palveluja järjestettäessä on huolehdittava **sote-palvelujen yhteistyöstä kunnan/kuntien muiden LNP-palvelujen kanssa**, jotta palvelut muodostavat lasten, nuorten ja perheiden näkökulmasta hyvin toimivan kokonaisuuden (ks. luku 3 ja liite 2). Perustason alueen LNP-palvelut on yhteensovitettava sote-alueen LNP-palvelujen kanssa.

Lasten ja aikuisten palvelut yhteensovitetaan sote-alueella siten, että lasten palveluissa otetaan huomioon vanhempien tai huoltajien tuen ja hoidon tarve ja aikuisten palveluissa ko aikuisten huollossa olevien lasten tuen tarve.

1.3 Ervan tehtävät LNP-palvelujen järjestämisessä

Ervan on huolehdittava, että siihen kuuluvilla sote-alueilla lasten, nuorten ja perheiden palvelukokonaisuudesta muodostuu asiakkaiden kannalta tarkoituksenmukainen, yhdenvertainen ja ensisijaisesti ehkäisevään toimintaan perustuva.

Ervan koordinoiva merkitys korostuu erityisesti sote-alueilla, joiden sisällä on peruspalveluita tai peruserikoissairaanhoitoa järjestäviä kuntia. Ervan koordinaatiovastuulla on oltava myös nykyisen vaativan (tertiääritason) erikoissairaanhoidon palveluiden, mm. 24/7 tehohoidon ja päivystyksen, lasten ja nuorten vakavien sairauksien hoidon sekä uutena erityisen vaativan sosiaalityön tarkoituksenmukainen järjestäminen yhden tai useamman sote-alueen toimesta.

Ervan tehtävänä on vastata lasten ja nuorten terveyttä ja hyvinvointia sekä palveluita koskevasta koordinointi-, kehittämis- ja tutkimustoiminnasta. Tähän kyetäkseen ervan on analysoitava sote-alueiltaan kerätyt seurantatiedot lasten ja nuorten terveydestä, hyvinvoinnista ja palveluista. Ervan tehtävänä on koordinoita ja ylläpitää kansallisia, ehkäiseviä ja varhaisen tuen ja hoidon vaativaa osaamista edellyttäviä interventio-ohjelmia ja tukea niiden kehittämistä.

Lasten harvinaisten ja erikoisosaamista vaativien sairauksien hoidon valtakunnallisesta keskittämisestä säädetään valtioneuvoston asetuksella (336/2011). Valtakunnallisen keskittämisen perusteita on arvioitava uudelleen ottaen huomioon uuden palvelurakenteen ja esimerkiksi valtakunnallisten asiantuntijaverkostojen tarjoaman konsultaatiotuen mahdollisuudet.

2. EHDOTUKSET JÄRJESTÄMISLAKIIN JA MUUHUN LAINSÄÄDÄNTÖÖN

Toimivien LNP-palvelujen järjestämisen edellytys on tiivis yhteistyö muun muassa opetus- ja sivistystoimen sekä nuorisotoimen kanssa. Sote-alueen toimijoiden **horisontaalisen ja vertikaalisen integraation lisäksi** neuvottelukunta ehdottaa, että järjestämislakiin sisällytettäisiin **säännös sote-palvelujen järjestäjän yhteistyöstä** kunnan muiden hallintokuntien, muiden julkisten tahojen, yleishyödyllisten yhteisöjen ja mahdollisuuksien mukaan myös yksityisten yritysten kanssa. Yhteistyövelvoite on tarpeen ulottaa koskemaan myös LNP-palvelujen tuottajia.

Neuvottelukunta ehdottaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakia koskevan hallituksen esityksen perusteluissa vahvistettaisiin lasten, nuorten ja perheiden toiminnallinen palvelukokonaisuus.

Neuvottelukunta ehdottaa, että valtiosuuslainsäädännön ikärakennepainotuksessa huomioidaan vanhusväestön osuuden lisäksi myös lapsi- ja nuorisoikäisen väestön osuus. Valmisteilla olevaan varhaiskasvatuslakiin tulisi kirjata yhteistyövelvoitteet lasten sote-palvelujen kanssa.

3 TAVOITTEET JA PERUSTELUT

Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudelleen järjestämisen tavoitteena on:

- Tukea lasten ja nuorten kehitysympäristöjä siten, että lasten ja nuorten kehitystä ja hyvinvointia suojaavat tekijät vahvistuvat ja riskitekijät vähenevät.
- Kaventaa terveyseroja ja ehkäistä syrjäytymistä.
- Edistää lasten, nuorten ja perheiden palvelujen yhteensovittamista ja palvelukokonaisuuksien muodostamista.
- Vahvistaa lasten, nuorten ja perheiden peruspalveluja siten, että ongelmia ehkäistään ja varhaista tukea ja hoitoa tarjotaan oikea-aikaisesti.
- Turvata tehokkaalla hoidon porrastuksella lasten sairauksien hoidon riittävät resurssit.
- Varmistaa ensisijaisesti julkisten palvelujen avulla palvelujen yhdenvertainen saatavuus ja saavutettavuus sekä tarvittava hoitoon pääsy.
- Edistää lasten ja aikuisten palvelujen yhteensovittamista lasten hyvinvoinnin varmistamiseksi ja ylisukupolvisten ongelmien ehkäisemiseksi.
- Vähentää varhaisen ja kohdennetun tuen ja hoidon avulla lastensuojelun ja erikoispalvelujen tarvetta ja hillitää kustannusten nousua. Korostaa lapsiin ja nuoriin investoimisen inhimillistä ja taloudellista merkitystä.

Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen järjestämisen lähtökohtana on monialainen palvelukokonaisuus, joka sisältää kaikki lasten, nuorten ja perheiden tarvitsemat palvelut: ehkäisevät, hoitavat ja muut peruspalvelut, erityispalvelut, konsultatiiviset palvelut (erityistason konsultaatiot perustasolle) ja erikoissairaanhoidon palvelut (Liite 1). Palvelukokonaisuus muodostuu eri ikäisten palveluverkostoista ja toimii yhteistyössä aikuisten palveluiden kanssa.

Kun nykyisistä hajanaisista palveluista muodostetaan asiakkaille ehyt ja heidän tarpeitaan vastaava kokonaisuus, voidaan poistaa päällekkäisyydet ja peittää katvealueet. Tällöin monialaisen verkoston voimavarat voidaan käyttää ja kohdentaa nykyistä tarkoituksenmukaisemmin, vaikuttavammin ja myös taloudellisemmin.

Palvelukokonaisuus mahdollistaa tuen ja hoidon tarkoituksenmukaisen porrastuksen. Kun ehkäisevissä palveluissa tuki porrastetaan ja sen riittävyys varmistetaan, pystytään lapsia, nuoria ja perheitä auttamaan nykyistä varhemmin ja vaikuttavammin. Tämä tarkoittaa, että

- kaikille on tarjolla universaalia yksilökohtaista ja ryhmämuotoista tukea (mm. vanhemmuuden tukea),
- lisätukea tarvitseville on tarjolla kevyempää yksilökohtaista ja ryhmämuotoista varhaista tukea (mm. ehkäisevää perhetyötä, ehkäisevää parisuhdetyötä) ja
- vahvempaa tukea tarvitseville on tarjolla intensiivistä yksilökohtaista ja ryhmämuotoista tukea (esim. käytöshäiriöihin).

Nykytilanteeseen verrattuna vanhemmuuden tukea sekä varhaista tukea tarvitaan lisää. Intensiivisen tuen tarjoamista on varhennettava ja lisättävä.

Lapsiperheiden, lasten ja nuorten sairauksien hoitoa kehitetään yhtenä kokonaisuutena lähipalveluista aina vaativaan erityistason hoitoon saakka. Lasten, nuorten ja perheiden kanssa työskentelevien erityisosaamista tuetaan luomalla perheosaamista korostavia työnkuvia. Sairauksien hoito järjestetään siten, että siihen sisältyvät asiakaslähtöisesti luodut hoito- ja palveluketjut sekä palveluohjaus. Hoito porrastetaan taroituksenmukaisesti:

- Lähipalveluna tarjottavissa ehkäisevissä palveluissa aloitetaan määräaikaisten seurantojen ja lisäkäyntien yhteydessä tuen ja hoidon tarpeen selvittely sekä tarvittaessa varhainen tuki ja hoito;
- Lähipalveluna toteutettava lasten perustason sairauksien hoito, jossa hyödynnetään nykyistä enemmän erikoislääkärin konsultatiivisia palveluja (nyk. perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito yhdessä lähipalveluna);
- Keskitettynä järjestetyt erikoissairaanhoidon palvelut;
- Valtakunnallisesti ja erä-alueittain keskitetysti hoidettavat sairaudet.

Ostopalveluna hankittavat lääkäri- ja erityistyöntekijäkäynnit voivat johtaa usein vaihtuvaan henkilökuntaan, palvelujen irrallisuuteen muusta kokonaisuudesta ja moniammatillisen osaamisen katoamiseen. Keskeisten lasten ja nuorten palvelujen on tärkeää olla julkisia, jotta voidaan taata palvelujen yhdenvertainen saatavuus ja jotta voidaan muodostaa toimiva, terveyseroja kaventava ja asiakassuhteiden jatkuvuuden turvaava palvelukokonaisuus. Julkisten palvelujen avulla voidaan turvata palveluiden kohdentaminen ja yhteisölliset toimintamuodot.

Lasten, nuorten ja perheiden terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavan päätöksenteon on perustuttava sote- ja erä-alueilla kerättyyn tietoon väestön terveydestä ja hyvinvoinnista sekä palvelutarpeesta. Tiedonkeruussa voidaan hyödyntää Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kehittämiä valtakunnallisia malleja sekä ajantasaista seuranta- ja rekisteritietoa.

Lapsi- ja perhekohtainen lastensuojelu, perheoikeudelliset palvelut sekä kasvatus- ja perheneuvolapalvelut ehdotetaan sote-alueen järjestämisvastuulle niiden vaativuuden vuoksi. 20 000 asukkaan kunta on liian pieni voidakseen varmistaa riittävän osaamisen. Kasvatus- ja perheneuvoloiden toiminta suunnataan peruspalveluiden tueksi mahdollistamaan perustasolla toteutuvaa hoitoa ja ennaltaehkäisyä, ja niiden yhteistyötä lasten- ja nuorisopsykiatrian kanssa selkeytetään. Kasvatus- ja perheneuvoloiden säädöspohja on saatettava vastaamaan niiden monisektorisia tehtäviä ja terveydenhuollon osuuden osalta on määriteltävä organisaatiovalvonta.

Korkea-asteen opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestämisvastuun on luonteva kuulua sote-alueelle, sillä kaikki yliopistokoulutus ja suurin osa muusta korkea-asteen koulutuksesta järjestetään suurilla yli 50 000 asukkaan paikkakunnilla. Aloitteessa ei oteta kantaa opiskeluterveydenhuollon järjestämistapaan. Terveydenhuoltolain 17 §:n mukaan yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen opiskeluterveydenhuolto voidaan kunnan suostumuksella järjestää myös muulla Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontaviraston hyväksymällä tavalla.

Lasten ja aikuisten palvelujen yhteensovittamisen lähtökohtana on tutkimustieto aikuisten ongelmien ja sairauksien vaikutuksesta lapsiin. Neuvolan ja kouluterveydenhuollon laajoissa terveystarkastuksissa tunnistetaan vanhempien ongelmia ja hoitamattomia sairauksia. Ne on tärkeä saattaa viiveettä tutkimuksiin ja hoitoon. Jos aikuisella, jonka huollettavana on alaikäisiä lapsia, todetaan mielenterveys- tai päihdeongelma tai vakava pitkäaikaissairaus, on välttämätöntä selvittää lapsen tuen tarve ja varmistaa tuen saanti. Käytettävissä on vaikuttavia

työmenetelmiä (THL). Perusterveydenhuollon toimijat olisivat luontevia asian koordinoijia.

Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan aloitteen valmistelu

Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen järjestämistä koskevan aloitteen taustana on käytetty STM:n valmisteluryhmän väliraportin kannanottoja (STM 2013) sekä Kaste-ohjelmassa saatuja kokemuksia lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kehittämisestä (THL 2013). Ehdotuksen valmistelleeseen työryhmään ovat kuuluneet: Arja Hastrup THL, Mervi Herola Nurmijärvi, Marke Hietanen-Peltola THL, Päivi Kaukonen STM/PSHP, Marjatta Kekkonen THL, Maire Kolimaa STM, Teija Kulmala THL, Marjo Lavikainen STM, Marjaana Pelkonen STM, Taneli Puumalainen STM, Helena Vormaa STM, Kuntaliiton edustaja.

Liite 1. Sote-alueen järjestämisvastuulla olevat lasten, nuorten ja perheiden sote-palvelut

| Alle kouluikäisten sosiaali- ja terveyspalvelut | Kouluikäisten sosiaali- ja terveyspalvelut | Opiskeluikäisten sosiaali- ja terveyspalvelut ml. opintojen ulkop. olevien ja työssäkäyvien palvelut |
|--|--|---|
| Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta ml. vanhempien hyvinvoinnin selvittäminen, ehkäisevä mielenterveystyö ja ehkäisevä suun terveydenhuolto | Kouluterveydenhuollon palvelut ml. vanhempien hyvinvoinnin selvittäminen, ehkäisevä mielenterveystyö ja ehkäisevä suun terveydenhuolto | Opiskeluterveydenhuollon palvelut sisältäen suun terveydenhuollon ja seksuaaliterveyden sekä päihde- ja mielenterveystyön. |
| Ehkäisevä perhetyö | Psykologi- ja kuraattoripalvelut | Psykologi- ja kuraattoripalvelut |
| Kasvatus- ja perheneuvolapalvelut | Ehkäisevä perhetyö | Lapsi- ja perhekohtainen lastensuojelu (alle 18-vuotiaille; jälkihuolto ad 21 vuotta) |
| Lapsi- ja perhekohtainen lastensuojelu | Kasvatus- ja perheneuvolapalvelut | Sosiaalityö (mm. kuntouttava työtoimin-ta, toimeentulotuki) |
| Sosiaalityö (mm. perheoikeudelliset palvelut, toimeentulotuki) | Lapsi- ja perhekohtainen lastensuojelu | Vammaispalvelut ml kehitysvammais- palvelut |
| Vammaispalvelut ml kehitysvammais- palvelut | Sosiaalityö (mm. perheoikeudelliset palvelut, toimeentulotuki) | Työterveys- huolto (työssä käyville) |
| Muut palvelut (puheterapia, fysioterapia, toimintaterapia, ravitsemusterapia, psykologipalvelut) | Vammais- palvelut ml kehitysvammais- palvelut | Terveyskeskus- palvelut (mm. lääkärin pal- velut koulutuksen ulkopuolella oleville, fysioterapia, puheterapia, ravitsemusterapia) |
| Nykyisen perusterveydenhuollon sairauksien hoito sekä somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelut | Muut palvelut (mm. puheterapia, fysioterapia, toimintaterapia, ravitsemusterapia) | Nuorisoasemat ja muut nuorille suunnatut päihdehuollon erityis- palvelut |
| | Nykyisen perusterveydenhuollon sairauksien hoito sekä somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelut | Nykyisen somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelut |

Liite 2. Lasten, nuorten ja perheiden monialaisten palvelujen kokonaisuus

| Alle kouluikäisten lasten palveluverkosto (perhekeskus) ¹ | Kouluikäisten palveluverkosto | Opiskeluikäisten palveluverkosto (ml nykyisten palvelujen ulkopuolelle jäävät) |
|--|--|---|
| <i>Ytimenä universaalit terveystalot koko ikäryhmälle</i> | <i>Ytimenä oppilashuolto koko ikäryhmälle (HE 67/2013)</i> | <i>Ytimenä opiskelijahuolto (HE 67/2013) koko ikäryhmälle</i> |
| Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta ml. vanhempien hyvinvoinnin selvittäminen, ehkäisevä mielenterveystyö ja ehkäisevä suun terveydenhuolto Esiopetuksen opetussuunnitelman mukainen oppilashuolto esiopetukseen osallistuville | Perusopetuksen opetussuunnitelman mukainen oppilashuolto Kouluterveydenhuollon palvelut ml. vanhempien hyvinvoinnin selvittäminen, ehkäisevä mielenterveystyö ja ehkäisevä suun terveydenhuolto Psylogi- ja kuraattoripalvelut | Lukio- ja ammatillisen koulutuksen opetussuunnitelman mukainen opiskelijahuolto Opiskeluterveydenhuollon palvelut sisältäen suun terveydenhuollon ja seksuaaliterveyden sekä päihde- ja mielenterveystyön. Psylogi- ja kuraattoripalvelut |
| <i>Muut sote-palvelut</i> | | |
| Ehkäisevä perhetyö | Ehkäisevä perhetyö | Nuorisoasemat ja muut nuorille suunnatut päihdehuollon erityispalvelut |
| Kasvatus- ja perheneuvolapalvelut | Kasvatus- ja perheneuvolapalvelut | |
| Lapsi- ja perhekohtainen lastensuojelu | Lapsi- ja perhekohtainen lastensuojelu | Lapsi- ja perhekohtainen lastensuojelu (alle 18v; jälkihuolto ad 21 v) |
| Sosiaalityö (mm. lastenvalvoja ja toimeentulotuki) | Sosiaalityö (mm. lastenvalvoja ja toimeentulotuki) | Sosiaalityö (mm. sosiaalihuollon kuntouttava työtoiminta, toimeentulotuki) |
| Puheterapia, fysioterapia, toimintaterapia, ravitsemusterapia, psykologin palvelut ym. | Puheterapia, fysioterapia, toimintaterapia, ravitsemusterapia, psykologin palvelut ym. | Puheterapia, fysioterapia, toimintaterapia, ravitsemusterapia, psykologin palvelut ym. |
| | | Työterveyshuolto (työssä käyville) |
| <i>Sairauksien hoito</i> | | |
| Nykyisen perusterveydenhuollon sairauksien hoito sekä somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelut Lasten vanhempien sairauksien ja ongelmien hoito (mm. päihdepalvelut) | Nykyisen perusterveydenhuollon sairauksien hoito sekä somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelut Lasten vanhempien sairauksien ja ongelmien hoito (mm. päihdepalvelut) | Terveystalospalvelut (mm. lääkärin palvelut koulutuksen ulkopuolella oleville) Nykyisen somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelut |
| <i>Vammais- ja kehitysvammais- ja kasvatus- ja koulutuspalvelut</i> | | |
| Varhaiskasvatuspalvelut, esiopetus | Perusopetus | Lukio- ja ammatillinen koulutus |
| <i>Verkosto toimii kiinteässä yhteistyössä:</i> | | |
| Järjestöt, Seurakunnat Yksityiset palveluntuottajat Muut arjen tukimuodot | Etsivä nuorisotyö, muu nuorisotoimi Järjestöt, Seurakunnat Yksityiset palveluntuottajat Poliisi | Etsivä nuorisotyö, muu nuorisotoimi Järjestöt, Seurakunnat Yksityiset palveluntuottajat TE-toimistot, työpajat; Poliisi |
| <p>Lapset aikuisten palveluissa: Aikuisten sosiaali- tai terveystalouksissa on aina selvítettävä, onko aikuisen vastuulla alaikäisiä lapsia ja tarvitsevatko nämä tukea sekä järjestettävä sitä riittävästi. Tämä on tärkeää aikuisten mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidossa (ylisukupolvisten ongelmien ehkäiseminen) ja myös kun vanhemmalla on vakava pitkäaikais-sairaus. Lisäksi on autettava lapsia perheissä, joissa on väkivaltaa, työttömyyttä tai taloudellisia vaikeuksia.</p> <p>Aikuiset lasten palveluissa: Lasten sosiaali- ja terveystalouksissa on selvítettävä perheen aikuisten hoidon ja tuen tarve sekä ohjattava heidät tarvitsemiinsa palveluihin.</p> | | |

¹ **Perhekeskus** on kehittyvä tapa organisoida yllä kuvatut alle kouluikäisten lasten palvelut yhdeksi kokonaisuudeksi. Perhekeskukset toimivat yhteistyössä kuntien, järjestöjen, seurakuntien ja perheiden kanssa. Toimintaa kehitetään perheiden kohtaamispaikaksi ja vertaistuen mahdollistajaksi. Perhekeskus edellyttää toimijoiden yhteistyötä ja toimivaa monialaista johtamista. (Lähde: STM Julkaisuja 2012:20). Perhekeskus voi olla fyysinen paikka, mutta sillä voidaan tarkoittaa myös palveluverkostoa, jossa eri toimijoiden työ on sovitettu toimivaksi ja yhteensovitetuksi kokonaisuudeksi.