



Äitiys- ja lastenneuvolatyo
Itä-Suomen läänissä 2003

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Selvityksiä 2004:4



*Pirjo Varjoranta, Marjatta Pirskanen, Marjaana Pelkonen,
Tuovi Hakulinen, Arja Haapakorva*

Äitiys- ja lastenneuvolatyö

Itä-Suomen läänissä 2003



Tiivistelmä

Pirjo Varjoranta, Marjatta Pirskanen, Marjaana Pelkonen, Tuovi Hakulinen, Arja Haapakorva. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Itä-Suomen läänissä 2003. Helsinki, 2004. 83 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, ISSN 1236-2115; 2004:4) ISBN 952-00-1482-9

Neuvolatyön kehittämisen ja tutkimuskeskuksen tekemän selvityksen tarkoituksena oli kuvata äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan nykytilannetta, erityisesti toimintaedellytyksiä, työtapoja, moniammatillista yhteistyötä sekä kehittämistarpeita Itä-Suomen läänissä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa neuvolatoiminnan kehittämiseksi, henkilöstön osaamisen vahvistamiseksi ja päätöksenteon perustaksi kunnan, maakunnan ja läänin tasoilla. Toisena tavoitteena oli pilotoida kyselylomaketta neuvolatoiminnan valtakunnallista arviointia varten. Selvityksen aineisto kerättiin kyselyllä kuntien tai kuntayhtymien neuvolatyön johtavilta viranhaltijoilta (N=40, vastausprosentti 100) sekä neuvolatyössä toimivilta lääkäreiltä (n= 49, vastausprosentti 29) ja terveydenhoitajilta (n= 125, vastausprosentti 64).

Tulosten mukaan neuvolatoiminnan johtaminen, henkilöstövoimavarat, palvelut ja toiminnan sisältö vaihtelivat Itä-Suomen läänin kunnissa. Tällöin lasta odottavat ja lasta kasvattavat perheet eivät ole tasa-arvoisessa asemassa neuvolapalvelujen saajina. Neuvolatyön johtamisesta vastaavaa henkilöä ei ollut nimetty joka neljännessä terveyskeskuksessa. Rungas puolelta oli tehnyt erilaisia hyvinvointiohjelmaa sekä neuvolatyötä koskevia suunnitelmia ja kertomuksia. Systemaattinen laadunarviointi, kustannustietoisuus ja lapsiperheiden palvelujen verkostoiminen olivat vielä harvinaisia. Suurin osa terveydenhoitajista ja lääkäreistä työskenteli väestövastuumallien mukaisesti. Henkilöstövoimavarat olivat lastenneuvoloissa niukemmat kuin äitiysneuvoloissa. Terveydenhoitajien ja etenkin lääkäreiden asiakasmäärät olivat nykyisiä suosituksia suuremmat useimmissa terveyskeskuksissa. Alle puolessa kunnissa äitiys- ja lastenneuvoloitten lääkärit ja terveydenhoitajat pystyivät tekemään määräaikaistarkastukset suositusten mukaisesti. Vain seitsemän kunnan lastenneuvolassa terveydenhoitaja teki suositusten mukaisen määrän tarkastuksia imeväisikäisille. Viisivuotiaiden tarkastukset toteutuivat sen sijaan melko hyvin. Vähäisten henkilöstövoimavarojen vuoksi yli puolella lääkäreistä ja terveydenhoitajista ei ollut riittävästi aikaa erityistukea tarvitseville perheille eikä oman ammattitaidon ylläpitämiseen. Aikaa oli liian vähän myös moniammatilliseen yhteistyöhön, vaikka se yleensä sujui hyvin etenkin lääkäreiden ja terveydenhoitajien kesken.

Tulosten perusteella esitetään suosituksia kunnille ja kuntayhtymille neuvolatoiminnan kehittämiseksi. Neuvolatyön johtamisen kehittämiseksi on tarpeen nimetä vastuhenkilöt ja selkiyttää lääketieteen ja hoitotyön yhteisvastuuta. Toimintaa voidaan tehostaa laatimalla lapsiperheiden hyvinvointia ja terveyttä edistäviä ohjelmaa, parantamalla suunnittelua ja lapsiperheiden palvelujen koordinoimista sekä niveltämällä neuvolatoiminnan laadun ja vaikuttavuuden arviointia osaksi terveyskeskusten toiminnan arviointia. Henkilöstövoimavarojen parantaminen kunnissa ja kuntayhty-

missä on kiireellinen tehtävä ja siihen tarvitaan pitkän aikavälin suunnitelma. Investoiminen ehkäiseviin palveluihin mahdollistaa erityistuen tarpeessa olevien perheiden varhaisen auttamisen ja vähentää korjaavien palvelujen tarvetta. Työvälineiden käyttöön otto perheiden yksilöllisten tarpeiden tunnistamiseksi ja työmenetelmien monipuolistaminen parantavat neuvoloiden rajallisten voimavarojen kohdentamista. Verkosto- ja tiimityön menetelmien avulla voidaan kehittää moniammatillista yhteistyötä. Lapsiperheiden parissa työskentelevien yhteistyötä on tarpeen lisätä ja muodostaa toimivia verkostoja. Seutukunnallisen yhteistyön avulla voidaan parantaa etenkin pienten kuntien toimintaedellytyksiä.

Asiasanat: johtaminen, kehittäminen, lastenneuvolat, kättilöt, lääkärit, läänit, neuvolat, terveydenhoitajat, äitiysneuvolat

Sammanfattning

Pirjo Varjoranta, Marjatta Pirskanen, Marjaana Pelkonen, Tuovi Hakulinen, Arja Haapakorva. Rådgivningsverksamhet för mödra- och barnavård i Östra Finlands län år 2003. Helsingfors, 2004. 83 s. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter, ISSN 1236-2115; 2004:4) ISBN 952-00-1482-9

Utvecklings- och forskningscentralen för rådgivningsarbetet för mödra- och barnavård (Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus) har utarbetat en utredning som hade för avsikt att beskriva nuläget i rådgivningsverksamheten för mödra- och barnavård, speciellt verksamhetsförutsättningar, arbetsmetoder, multiprofessionellt samarbete samt utvecklingsbehov i Östra Finlands län. Målet var att utöka kunskaper om hur rådgivningsverksamheten kunde utvecklas, hur personalens kompetens kunde förstärkas och hur de utökade kunskaperna kunde användas som grund till beslutsfattande i kommuner, landskap och län. Utredningens andra mål var att testa ett frågeformulär som skulle användas i den nationella utvärderingen av rådgivningsverksamheten. Materialet till utredningen samlades genom att skicka en förfrågan till ledande tjänsteinnehavare i rådgivningsverksamheten i kommuner och samkommuner (N=40, svarsprocent 100) samt till läkare (N=49, svarsprocent 29) och hälsovårdare (N=125, svarsprocent 64) verksamma inom rådgivningsverksamheten.

Utredningens resultat visar att ledningen, personalresurserna, tjänsterna och verksamhetsinnehållet varierade bland kommunerna i Östra Finlands län. Detta medför att familjer som väntar och fostrar barn inte är i en jämställd ställning som klienter på rådgivningsbyråerna. Var fjärde hälsovårdscentral hade inte tillsatt någon som skulle ansvara för ledningen av rådgivningsverksamheten. Drygt hälften hade utarbetat olika slags välfärdsprogram samt planer för och berättelser om rådgivningsarbetet. Systematiska kvalitetsutvärderingar, kostnadsmedvetenhet samt servicenätverk för barnfamiljer var fortfarande sällsynta. Största delen av läkare och hälsovårdare arbetade enligt områdesansvarmodeller. Rådgivningsbyråerna för barnavård hade mer begränsade personalresurser än rådgivningsbyråerna för mödravård. Hälsovårdare och läkare i de flesta hälsovårdscentralerna hade större antal klienter än för tillfället är rekommenderat. I mindre än hälften av kommunerna kunde läkare och hälsovårdare på rådgivningsbyråerna för mödra- och barnavård göra periodvisa kontroller enligt rekommendationerna. I endast sju kommuner gjorde hälsovårdare det rekommenderade antalet kontroller för spädbarn. Kontrollerna för femåriga barn genomfördes däremot ganska väl. På grund av de knappa personalresurserna hade mer än hälften av läkare och hälsovårdare inte tillräckligt med tid för att hjälpa familjer i behov av specialstöd eller för att upprätthålla sin professionella kompetens. Inte heller fanns det tillräckligt med tid för multiprofessionellt samarbete även om det fungerade väl speciellt mellan läkare och hälsovårdare.

Med stöd av resultaten framförs det rekommendationer om hur kommuner och samkommuner kan utveckla rådgivningsverksamheten. För att ledningen av rådgivningsverksamheten skulle utvecklas är det nödvändigt att utse ansvarspersoner och klar-

lägga det gemensamma ansvaret mellan medicin och vårdarbete. Verksamheten kan effektiviseras genom att upprätta program som främjar barnfamiljernas välbefinnande och hälsa, förbättra planering och koordinering av servicen för barnfamiljer samt anknyta utvärderingen av kvaliteten på och effektiviteten av rådgivningsverksamheten till utvärderingen av verksamheten på hälsovårdscentralerna. Förbättring av personalresurserna är en brådskande uppgift för kommuner och samkommuner, vilket kräver att en plan på lång sikt upprättas. Det är möjligt att i god tid hjälpa familjer i behov av specialstöd och minska behovet av "kurativa" tjänster genom att investera i förebyggande tjänster. Rådgivningsbyråernas knappa resurser kan bättre allokeras genom att särskilda verktyg för att identifiera familjers individuella behov införs och arbetsmetoderna diversifieras. Multiprofessionellt samarbete kan förbättras med metoder som baserar sig på nätverksarbete och teamwork. Samarbete mellan personer som arbetar med barnfamiljer borde förbättras och fungerande nätverk upprättas. Med hjälp av samarbete mellan ekonomiska regioner kan verksamhetsförutsättningarna även för mindre kommuner förbättras.

Nyckelord: barnmorskor, hälsovårdare, kompetens, ledning, läkare, län, rådgivningsbyråer för mödra- och barnavård, utveckling

Summary

Pirjo Varjoranta, Marjatta Pirskanen, Marjaana Pelkonen, Tuovi Hakulinen, Arja Haapakorva. Maternity and child health care in the Province of Eastern Finland in 2003. Helsinki, 2004. 83pp. (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-2115; 2004:4) ISBN 952-00-1482-9.

The purpose of the survey made by the Development and Research Centre for Maternity and Child Health Care was to describe the present situation in municipal maternity and child health care, in particular the operational prerequisites, methods, multiprofessional co-operation and development needs, in the Province of Eastern Finland. One objective was to produce information for the development of the services provided, for strengthening the skills of personnel and as the basis for decisionmaking at the municipal, subregional and regional level. Another objective was to pilot a questionnaire in view of the national evaluation of maternity and child health care. The information needed for the survey was compiled by means of a questionnaire sent to the municipalities' and joint municipal boards' leading office-holders in maternity and child health care (N=40, response rate 100 %) and to physicians (N=49, response rate 29 %) and public health nurses (N=125, response rate 64 %) engaged in maternity and child health care.

According to the results of the survey the leadership of municipal maternity and child health care, its personnel resources, services and content of the activities varied from one municipality to another in the Province of Eastern Finland. Accordingly, the families expecting a baby or raising a child were not in an equal position as clients of the services. Every fourth health centre had not appointed a person responsible for the leadership of maternity and child health care in the municipality. A good half of the health centres had prepared various welfare programmes, as well as plans and reports concerning maternity and child health care. Systematic quality assessment, cost-consciousness and networking of services for families with children rarely occurred. Most public health nurses and physicians worked according to the small district population responsibility model. Personnel resources were scantier in child health care than in maternity care. At most health centres the number of clients of the public health nurses and especially the physicians was higher than recommended. In less than half the municipalities the physicians and public health nurses working in maternity and child health care could perform the regular health examinations as recommended. Public health nurses could make the recommended number of examinations for infant babies in only seven municipalities. The examinations of five-year-olds were performed almost to the extent recommended. Owing to the limited resources more than half of the physicians and public health nurses had not enough time for families in need of special support or for maintaining their own professional skills. Neither was there enough time for multiprofessional co-operation, although there were usually no problems in it, in particular as regards the co-operation of physicians and public health nurses.

Based on the results of the survey, recommendations are put forward to municipalities and joint municipal boards in order to develop maternity and child health care. With a view to developing the leadership of maternity and child health care it is necessary to appoint persons responsible for the work and to clarify the joint responsibility of medicine and nursing care. The activities can be intensified by drawing up programmes promoting the wellbeing and health of families with children, improving the planning and co-ordination of the services and by integrating the assessment of the quality and effectiveness of the maternity and child health care services with the assessment of the services of the health centres. It is urgent to increase the staff resources in municipalities and joint municipal boards, and long-term planning is needed here. Investment in preventive services will enable the provision of early help for families in need of special support and reduce the need for remedial services. Introduction of appropriate tools to identify families' individual needs and diversification of methods improve the targeting of the limited resources. Multiprofessional co-operation can be boosted by means of network and teamwork methods. It is vital to increase the co-operation of staff members working with families with children and to form effective networks. Subregional co-operation can help to improve in particular the operational capacity of small municipalities.

Key words: development, leadership, maternity and child health clinics, midwives, physicians, provinces, public health nurses, skills

Esipuhe

Äitiys- ja lastenneuvolat ovat keskeinen osa lasta odottavien ja alle kouluikäistä lasta kasvattavien perheiden ehkäiseviä peruspalveluja kunnissa. Neuvolatoiminnan kehittämiseen kiinnitetään huomiota Matti Vanhasen hallitusohjelmassa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa 2004-2007. Lastenneuvoloita varten valmistuu keväällä 2004 uusi opas, jossa linjataan neuvolatyön lähivuosien kehittämistä.

Neuvolatoimintaa koskevien tilasto- ja tietojärjestelmien kehittäminen on eräs lähi-aikojen kiireellisistä toimenpiteistä. Tämä on todettu muun muassa Tieto 2005 -hankkeen loppuraportissa sekä lastenneuvolatoiminnan asiantuntijatyöryhmän muistiossa. Tietoa lasten hyvinvoinnista ja neuvoloiden toiminnasta ja voimavaroista on erittäin vähän.

Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus on tehnyt arvokkaan työn suunnitellessaan ja toteuttaessaan ensimmäisen selvityksen äitiys- ja lastenneuvolatyön toimintaedellytyksistä, työtavoista ja kehittämistarpeista. Selvitys kohdistui Itä-Suomeen, mutta vastaavanlainen selvitys on tarpeen tehdä mahdollisimman pian koko maan tilanteesta. Tavoitteena on, että olennaisia tietoja ryhdytään keräämään säännöllisesti. Neuvolatoiminnasta kerättäviä tietoja tarvitaan valtakunnallisesti lapsiperheiden palvelujen suunnittelua ja seuranta varten. Keskeinen kansallinen terveystieteellinen tavoite on palvelujen tasapuolinen saatavuus riippumatta asuinkunnasta. Toisaalta kunnat tarvitsevat tietoa entistä enemmän oman toimintansa suunnitteluun.

Raportin tulokset palvelevat ennen kaikkea Itä-Suomen päättäjiä ja neuvolatyöstä vastaavia henkilöitä, jotka saavat palautetietoa oman neuvolansa ja muiden läänin neuvoloiden resursoinnista ja toiminnasta. Tämän tiedon toivotaan auttavan kuntia ja kuntayhtymiä neuvolatoiminnan kehittämissuunnitelmien tekemisessä ja voimavarojen suuntaamisessa. Raportti antaa hyödyllistä tietoa myös maan muissa osissa toimiville kuntapäätäjille ja neuvolatyötä tekeville. Selvityksen tuloksista toivotaan olevan hyötyä myös suunniteltaessa täydennyskoulutusta neuvoloiden henkilöstölle. Selvityksestä saatuja kokemuksia voidaan hyödyntää myös avohoidon tilastouudistuksen valmistelussa.

Helsingissä 2.2.2004

Johtaja, osastopäällikön sijainen
Terveysosasto

Tapani Melkas

Sisältö

TIIVISTELMÄ	3
ESIPUHE	9
I TAUSTA JA TARKOITUS	12
2 AINEISTOT JA MENETELMÄT	15
3 ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLATYÖN NYKYTILANNE JA KEHITTÄMISTARPEET ITÄ-SUOMEN LÄÄNISSÄ	20
3.1 Neuvolatyön johtaminen	20
3.1.1 Neuvolatoiminnasta vastaavat viranhaltijat	20
3.1.2 Neuvolatoiminnan suunnittelu ja raportointi	21
3.1.3 Neuvolatoiminnan laadun ja kustannusten arviointi	22
3.2 Neuvolatyön henkilöstövoimavarat	23
3.2.1 Lääkäreiden ja terveydenhoitajien toimintamallit	23
3.2.2 Äitiysneuvolatoiminnan henkilöstövoimavarat	24
3.2.3 Lastenneuvolatoiminnan henkilöstövoimavarat	26
3.2.4 Lääkäreiden ja terveydenhoitajien määrän riittävyys	28
3.3 Määräaikaistarkastukset äitiys- ja lastenneuvolatyössä	30
3.3.1 Määräaikaistarkastukset äitiysneuvoloissa	30
3.3.2 Määräaikaistarkastukset lastenneuvoloissa	32
3.3.3 Viisivuotiaan lapsen määräaikaistarkastus	33
3.4 Lääkäreiden ja terveydenhoitajien työmenetelmät	34
3.4.1 Työmenetelmien monipuolisuus	34
3.4.2 Ryhmätoiminta	37
3.4.3 Kotikäynnit	40
3.4.4 Asiakkaiden tarpeiden tunnistaminen	41
3.5 Moniammatillinen yhteistyö	43
3.5.1 Lääkäreiden ja terveydenhoitajien yhteistyö neuvolatyön ytimenä	43
3.5.2 Erityistyöntekijöiden ja erikoislääkäreiden palvelut ja yhteistyö eri ammattiryhmien kanssa	43
3.5.3 Moniammatillisen yhteistyön menetelmät ja tilanteet	44
3.5.4 Moniammatillista yhteistyötä edistävät ja vaikeuttavat tekijät	46
3.5.5 Kuntien lapsiperhepalvelujen koordinointi ja yhteistyön tiivistäminen	47

3.6 Ammattitaidon ylläpitämiseksi käytettävien menetelmien toimivuus	49
3.6.1 Menetelmien kehittäminen	50
3.6.2 Täydennyskoulutus neuvolatyössä toimivien osaamisen vahvistajana	52
3.7 Äitiys- ja lastenneuvolatyön kehittäminen	53
4 POHDINTA	57
4.1 Selvityksen toteuttaminen ja luotettavuus	56
4.2 Tulosten tarkastelu	57
4.2.1 Äitiys- ja lastenneuvolatyön johtaminen	57
4.2.2 Äitiys- ja lastenneuvolatyön toimintamallit ja henkilöstövoimavarat	58
4.2.3 Lääkäreiden ja terveydenhoitajien työmenetelmät.....	60
4.2.4 Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen.....	62
4.2.5 Osaaminen äitiys- ja lastenneuvolatyössä	62
5 SUOSITUKSET	64
LÄHTEET	66
LIITTEET	69
LIITETAULUKOT	73

I Tausta ja tarkoitus

Suomalaisella äitiys- ja lastenneuvolatoiminnalla on yli 50 vuotta vanhat perinteet, minä aikana se on saavuttanut lapsiperheiden hyväksynnän ja arvostuksen. Neuvolatoimintaa on ohjattu lainsäädännöllä vuodesta 1944 lähtien. Vuonna 1972 voimaan tulleen Kansanterveyslain mukaan kuntien tulee järjestää terveysneuvontaa, johon kuuluu mm. neuvolatoiminta (Kansanterveyslaki 1972). Lainsäädännön lisäksi neuvolatoimintaa on ohjeistettu lääkintöhallituksen oppailla ja ohjekirjeillä (Lääkintöhallitus 1974, 1988, 1990). Vuoteen 1992 asti kunnat saivat valtionosuusrahoitusta käyttötarkoituksen mukaisesti.

Vuoden 1993 alussa voimaan tulleen valtionosuusuudistuksen mukaan kunnat saivat järjestää sosiaali- ja terveyspalvelunsa aikaisempaa itsenäisemmin (Kokko 1993). Tyypillistä 1990-luvulle oli, että terveyden- ja sosiaalihuollon yhteistyö lisääntyi, kansanterveystyön kuntayhtymiä purkaantui ja osa kuntien yhteistyöstä järjestettiin ostopalveluina. Lisäksi palveluja alettiin tarjota pienaluepohjaisesti (esim. väestövastuuperiaate) ja joitakin erikoissairaanhoidon toimintoja siirrettiin terveyskeskuksille. Taloudellinen lama ja siihen liittyvä työttömyys 1990-luvulla vähensivät kuntien verotuloja ja toisaalta lisäsivät perheiden palvelujen tarvetta. Lasten näkökulmasta tarkasteltuna työttömyys ja työelämän vaativuus näkyivät erilaisina perhe-elämän pulmina. Lapset saattoivat joutua kilpailemaan työelämän kanssa vanhempiensa ajasta tai vanhempien työttömyys saattoi aiheuttaa lapsille monimuotoista turvattuutta. Monet kunnat pystyivät täyttämään vain lakisäätiset velvoitteensa (esim. lasten päivähoitopalvelut) ja ehkäisevää työtä jouduttiin karsimaan. (Hermanson 1997.) Myös hoitotyön johtajien virkoja vähennettiin (esim. Ihalainen ym. 2002), mikä on todennäköisesti heikentänyt neuvolatyön kehittämistä.

Lasten ja lapsiperheiden asemaa ja heidän tarvitsemiaan palveluja haluttiin varmistaa ja kehittää myös erilaisten kannanottojen, suositusten, selontekojen ja kehittämishankkeiden avulla (esim. Kokko 1993, Mannerheimin lastensuojeluliitto 1994, Vakkilainen & Järvinen 1994). Stakes käynnisti vuonna 1996 ”Lasten ja nuorten hyvinvointiselonteko kunnissa” -hankkeen, jonka tavoitteena oli tukea kuntia rakentamaan tietoperustansa lasten ja nuorten terveydestä ja hyvinvoinnista sekä kehittää palveluja ja ammatillista osaamista (Perttilä 1999). Sama tavoite oli myös Suomen Kuntaliiton Lapsipoliittisessa ohjelmassa (Eläköön lapset – lapsipoliittikan suunta 2000). Hyvinvointipoliittisten ohjelmien laadintaa on suositeltu myös Valtioneuvoston periaatepäätöksessä Terveys 2015 –kansanterveysohjelmaksi (2001) ja Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa 2000-2003 (2000). Edellä mainittujen ohjelmien tavoitteena on muun muassa lasten hyvinvoinnin lisääminen ja syrjäytymisen ehkäiseminen. Samansuuntaisia tavoitteita esitetään Kansallisessa projektissa terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (2002) sekä kansallisessa hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2004-2007 (Terveyttä ja hyvinvointia...2003). Neuvoloilla on hyvät mahdollisuudet edistää osaltaan perheiden

terveyttä ja hyvinvointia, koska lähes kaikki lasta odottavat ja alle kouluikäisten perheet käyttävät äitiys- ja lastenneuvolapalveluja. Tämän vuoksi on tärkeää tunnistaa neuvoloissa työskentelevien toimintamahdollisuudet ja neuvolatyön kehittämistarpeet sekä seurata niitä.

Nykyisin neuvolatoiminnasta valtakunnallisesti kerättävä tieto on hajanaista ja se koostuu lähinnä käynti- ja asiakasmääristä, käytön kattavuudesta sekä henkilöstön ja toimipisteiden määristä. Lisäksi kerätään tietoja imetyksestä ja rokotuksista valtakunnallisten otantatutkimusten avulla. Tilastotietoja on saatavissa mm. Tilastokeskukselta ja Sotka-tietokannasta. (Hermanson 1997, Sosiaali- ja terveysministeriö 2003.) Muita valtakunnallisia neuvolaa sivuavia selvityksiä on tehty vähän. Vuonna 1998 sosiaali- ja terveysministeriö selvitti seulontojen ja terveystarkastusten yleisyyttä terveyskeskuksissa (Marjamäki ym. 1998). Kuntatasolla tiedonkeruu on myös hajanaista. Lasten ja heidän perheidensä hyvinvoinnin tilannetta ja muutoksia tai palveluiden laatua ja vaikutuksia ei juuri kuvata (Suominen 1999, Sosiaali- ja terveysministeriö 2003). Hyvinvointia kuvaavaa tilastointia ollaan kehittämässä valtakunnallisesti Stakesin Lasten ja nuorten hyvinvointiselonteko kunnissa -hankkeessa (<http://www.stakes.fi/hyvinvointi/khs/indik/hyvin.htm>) sekä Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005 (Tieto 2005) -hankkeessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003).

Lastenneuvoloiden kehittämistä koskevassa työryhmämuistiossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003) todettiin, että neuvolatyötä kuvaavaa tiedonkeruuta on kehitettävä sekä neuvoloiden, kuntien että valtakunnallisesta näkökulmasta. Neuvoloiden ja kuntien näkökulmista seurantatietoa tarvitaan työn organisointiin, kehittämiseen, resurssitarpeen määrittelyyn ja työn vaikuttavuuden arviointiin. Erityisesti kuntatasolla tieto kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista helpottaa päätöksentekoa ja alueellisia vertailuja (benchmarking). Valtakunnallisella tasolla kuntalaisten hyvinvoinnista ja neuvolapalveluista kerättävä tieto tehostaa nykytilanteen arviointia ja tulevaisuuden ennakkointia sekä turvaa palvelujen tasapuolisen saatavuuden.

Neuvolatyön vaikuttavuuden arviointia voidaan tarkastella sekä asiakkaiden että yhteiskunnan näkökulmista. Asiakasvaikuttavuudella ymmärretään sitä, miten toiminta on auttanut asiakkaan terveysvalinnoissa ja terveyden edistämisessä. Yhteiskunnan näkökulmasta toiminnan vaikuttavuus ilmenee väestön tarpeisiin vastaamisena ja terveystavoitteiden saavuttamisena. Vaikuttavuuden arvioimiseksi on tarpeen kehittää terveyden edistämisen kriteerejä, indikaattoreita ja mittareita. Kriteereinä voivat olla esimerkiksi muutokset terveysvalinnoissa, joita kuvataan eri indikaattoreilla. Vaikuttavuutta voidaan mitata erilaisilla asiakaskyselyillä tai esimerkiksi voimavaramittareilla, jotka kuvaavat subjektiivisia kokemuksia tai määrällisiä muutoksia perheen tilanteessa. (Hakulinen ym. 2002.)

Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta on ollut monien tieteenalojen, kuten hoitotieteen, lääketieteen, psykologian ja sosiaalipolitiikan tutkimuksen ja kehittämistyön kohteena. Eri tieteenalojen näkökulmasta toteutettuja tutkimus- ja kehittämishankkeita on koottu Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskuksen kotisivuille (<http://www.uku.fi/neuvolakeskus>). Tulosten mukaan neuvolatoiminta on kehittynyt entistä perhekeskeisempään ja yhteisöllisempään suuntaan. Neuvoloissa tunnistetaan perheiden psykososiaalisia pulmia ja monissa kunnissa on kehitetty hyvin toimivia työ-

käytäntöjä. Usein kehittämishankkeet ovat jääneet paikallisiksi ja näin ollen neuvolatoiminnan laatu vaihtelee eri puolella Suomea. Yleistettävää ja kattavaa tietoa äitiys- ja lastenneuvolatoiminnasta on varsin vähän. Neuvoloissa toimivien terveydenhoitajien työstä tuotettua tietoa on jonkin verran (Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2000), mutta neuvolalääkäreiden toiminnasta tiedetään melko vähän (esim. Heikkinen ym. 2003).

Tämän selvityksen tarkoituksena on kuvata äitiys- ja lastenneuvolapalvelujen voimavaroja, toimintamalleja ja työmenetelmiä, moniammatillista yhteistyötä sekä äitiys- ja lastenneuvolatyön kehittämistarpeita Itä-Suomen läänissä. Saatua neuvolatoiminnan nykytilaa kuvaavaa tietoa on verrattu äitiys- ja lastenneuvolatyöstä annettuihin valtakunnallisiin ohjeisiin (Viisainen 1999, Sosiaali- ja terveysministeriö 2003). Tuotettua tietoa voidaan hyödyntää neuvolatoiminnan kehittämisessä, henkilöstön osaaamisen vahvistamisessa (täydennyskoulutus, kehittämishankkeet) ja päätösten perustelemisessä kunnan, maakunnan ja läänin tasoilla. Lisäksi tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä neuvolatoiminnan tilastointia ja tietojärjestelmiä. Tavoitteena on kehittää selvityksessä käytettyä kyselylomaketta tiedonkeruuvälineeksi, jota voidaan käyttää valtakunnallisessa seurannassa.

Selvityksessä haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaiset ovat äitiys- ja lastenneuvolatyön toimintaedellytykset (johtaminen, henkilöstövoimavarat) Itä-Suomen läänissä?
2. Millaisia toimintamalleja ja työmenetelmiä neuvolatyössä käytetään?
3. Miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu neuvolatyössä?
4. Miten neuvolassa työskentelevien ammattitaitoa kehitetään?
5. Millaiset ovat äitiys- ja lastenneuvolatyön kehittämistarpeet?

Selvitys on osa vuonna 2002 toimintansa aloittaneen Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskuksen toimintaa. Keskuksen eräänä tehtävänä on koota, tiivistää ja arvioida lapsiperheitä ja neuvolatyötä koskevaa tietoa ja saattaa se toimijoiden ja päätöksentekijöiden käyttöön. Kirjoittajat suunnittelivat selvityksen, laativat kyselylomakkeet ja viimeistelivät raportin yhteistyössä. Projektitutkijoiksi palkatut ylihoitaja Pirjo Varjoranta ja terveyden edistämisen suunnittelija Marjatta Pirskanen vastasivat kyselyn käytännön toteutuksesta ja käsikirjoituksen valmistelusta. Kirjoittajien yhteystiedot ovat liitteessä 1.

2 Aineistot ja menetelmät

Tämä selvitys tehtiin Itä-Suomen läänissä, joka muodostuu Pohjois-Savon, Pohjois-Karjalan ja Etelä-Savon maakunnista. Pohjois-Savon maakuntaan kuuluu 16, Pohjois-Karjalan maakuntaan 14 ja Etelä-Savon maakuntaan 10 kunnan tai kansanterveystyön kuntayhtymän (ktt ky) ylläpitämää perusterveydenhuollon yksikköä (Liite 2). Itä-Suomen läänissä on yhteensä 67 kuntaa, joista 26 kuntaa tuottaa tai järjestää itsenäisesti perusterveydenhuollon palvelut. Suurin osa kunnista (n=41) on muodostanut yhteensä 12 terveydenhuollon tai kansanterveystyön kuntayhtymää. Lisäksi Pyhäselkä ja Hammaslahti sekä Tohmajärvi ja Värtsilä tuottavat perusterveydenhuollon palvelut kahden kunnan yhteistyönä (Taulukko 1.).

TAULUKKO 1. Perusterveydenhuollosta vastaavat kunnat ja kuntayhtymät maakunnittain Itä-Suomen läänissä

Pohjois-Savo	Pohjois-Karjala	Etelä-Savo
Iisalmen seudun ktt ky	Eno	Heinävesi
Kangaslampi	Ilomantsi, Tuupovaara	Joroinen
Kiuruvesi	Joensuu	Kaakkois-Savon th ky
Koillis-Savon ktt ky	Juuka	Kangasniemi
Kuopio	Keski-Karjalan ktt ky	Ky Juvan, Puumalan ja
Leppävirta	Kiihtelysvaara	Sulkavan tk
Lapinlahti	Kontiolahti	Mikkelin seudun ktt:n ky
Nilsia	Lieksa	Mäntyharju
Pielavesi-Keitele	Liperi	Pieksämäen seudun th ky
Rautavaara	Nurmeksien ja Valtimon th ky	Pertunmaa
Siilinjärven-Maaningan th ky	Outokumpu	Savonlinnan perusth ky
Sisä-Savon ktt ky	Polvijärvi	
Sonkajärvi	Pyhäselkä - Hammaslahti	
Varkaus	Tohmajärvi-Värtsilä	
Varpaisjärvi		
Vehmersalmi		

Puolet Itä-Suomen läänin (53 %) kunnista tai kuntayhtymistä tuottaa tai järjestää palvelut 6 000-19 999 asukkaalle ja neljännes alle 6 000 asukkaalle. Itä-Suomen läänissä on kolme yli 40 000 asukkaan kuntaa tai kansanterveystyön kuntayhtymää (Taulukko 2. ja liitetaulukko 1.).

TAULUKKO 2. Kuntien ja kansanterveystyön kuntayhtymien (N=40) asukkaiden määrät Itä-Suomen läänissä

Asukkaiden määrä	Kuntien tai kuntayhtymien määrä	
	n	%
Alle 2 000	1	2
2 000 - 5 999	10	25
6 000 - 9 999	13	33
10 000 - 19 999	8	20
20 000 - 39 999	5	13
40 000 - 99 999	3	7

Vuonna 2002 Itä-Suomen kunnissa tai kuntayhtymissä syntyneiden lasten määrät vaihtelivat 6 - 910. Kuntia tai kuntayhtymiä, joissa syntyi alle sata lasta, oli 27, ja neljässä kunnassa tai kuntayhtymässä syntyi yli 300 lasta. (Liitetaulukot 1. ja 2.)

Itä-Suomen kunnista tai kuntayhtymistä Kuopiossa oli eniten alle kouluikäisiä lapsia (n=6 832) ja vähiten Rautavaaralla (n=94). Kuntia tai kuntayhtymiä, joissa oli vähemmän kuin 500 alle kouluikäistä lasta, oli yhteensä 19. (Liitetaulukot 1. ja 3.)

Sosiaali- ja terveystoimi oli yhdistetty yhteensä 25:ssä (63 %) Itä-Suomen läänin kunnassa. Hallinnollisesti sosiaali- ja terveystoimi toimivat erillään 15 kunnassa tai kuntayhtymässä. (Liitetaulukko 4.)

TIEDONANTAJAT

Tämän selvityksen perusjoukon muodostivat Itä-Suomen läänin 40 kunnan tai kansanterveystyön kuntayhtymän terveyskeskuksissa toimivat johtavat viranhaltijat sekä äitiys- ja lastenneuvoloissa toimivat lääkärit (N=168) ja terveydenhoitajat (N=197) (Liitetaulukko 1.). Kyselyyn saatiin johtavien viranhaltijoiden vastaukset jokaisesta kunnasta tai kuntayhtymästä (vastausprosentti 100). Neuvolatyössä toimiville työntekijöille suunnattuun kyselyyn vastasi yhteensä 49 lääkäriä (vastausprosentti 29) ja 125 terveydenhoitajaa (vastausprosentti 64).

16 Kyselyyn vastanneet lääkärit ja terveydenhoitajat olivat tavallisimmin yli 30-vuotiaita ja useimmilla heistä oli yli viiden vuoden neuvolatyökokemus. Terveydenhoitajat olivat kaikki naisia, lääkäreistä naisia oli 45 ja miehiä neljä. Lääkäreistä 28:lla oli yleislääketieteen erikoislääkärin, 20:llä lääketieteen lisensiaatin ja yhdellä erikoislääkärin (gynekologi) koulutus. Terveydenhoitajista 98:lla oli terveydenhoitajan, 24:llä kättilö-terveydenhoitajan ja kolmella kättilön koulutus. (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Kyselyyn vastanneiden lääkäreiden (n=49) ja terveydenhoitajien (n=125) taustatiedot

Taustatieto	Lääkäri		Terveydenhoitaja	
	n	%	n	%
Ikä (vuotta)				
Alle 30	2	4	2	2
30-49	33	67	68	54
50 tai yli	14	29	55	44
Sukupuoli				
Nainen	45	92	125	100
Mies	4	8	-	-
Kokemus neuvolatyöstä (vuotta)				
Alle 2	3	6	4	3
2-4	7	14	6	5
5-9	10	21	23	18
10 tai yli	29	5	92	74
Lääkäreiden koulutus				
Lääketieteen lisensiaatti	20	41		
Yleislääketieteen erikoislääkäri	28	57		
Muu erikoislääkäri	1	2		
Terveydenhoitajien koulutus				
Terveydenhoitaja			98	79
Kättilö-terveydenhoitaja			24	19
Kättilö			3	2

AINEISTON KERUU

Tätä selvitystä varten laadittiin kaksi puolistrukturoitua kyselylomaketta, toinen neuvolatyön johtaville viranhaltijoille ja toinen käytännön neuvolatyössä toimiville lääkäreille ja terveydenhoitajille. Johtaville viranhaltijoille suunnatussa kyselylomakkeessa oli 49 kysymystä, joista 16 oli strukturoitua ja 33 avointa. Lääkäreille ja terveydenhoitajille suunnattu kyselylomake sisälsi 42 kysymystä, joista 21 oli strukturoitua ja 21 avointa. Johtavilta viranhaltijoilta kerättiin tietoa neuvolatoiminnan suunnittelusta, henkilöstövoimavaroista, seurannasta ja arvioinnista sekä henkilöstön osaamisesta ja neuvolatoiminnan kehittämistarpeista. Lääkäreiltä ja terveydenhoitajilta kerättiin tietoa neuvolatyön työmenetelmistä, moniammatillisesta yhteistyöstä sekä neuvolatoiminnan kehittämistarpeista. Osa kysymyksistä oli samoja molemmissa kyselylomakkeissa. Näin voitiin verrata johtavien viranhaltijoiden sekä lääkäreiden ja terveydenhoitajien käsityksiä esimerkiksi ammattitaidon ylläpitämiseen käytettävien menetelmien toimivuudesta.

Kyselylomakkeiden ymmärrettävyyden ja toimivuuden kokeilemiseen osallistui yksi osastonhoitaja ja viisi neuvolatyössä toimivaa lääkäriä ja terveydenhoitajaa. Lisäksi Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskuksen ohjausryhmän jäsenet arvioivat ky-

selylomakkeita. Kyselylomakkeisiin tehtiin muutamia korjauksia esitestauksen ja asiantuntija-arviointien perusteella. Kyselylomakkeet eivät ole raportin liitteenä, koska niitä on tarpeen kehittää. Kyselylomakkeet ovat saatavissa Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskuksesta mahdollisia muissa lääneissä toteutettavia selvityksiä varten. Saatekirjeet ovat liitteinä 3 ja 4.

Aineisto kerättiin postikyselynä johtavilta viranhaltijoilta sekä lääkäreiltä ja terveydenhoitajilta tammi- ja helmikuussa 2003. Neuvolatyöstä vastaaville viranhaltijoille laadittu kyselylomake lähetettiin sekä johtaville lääkäreille että johtaville hoitajille. Heitä pyydettiin vastaamaan kyselyyn yhteistyössä niin, että kunnasta tai kuntayhtymästä palautettaisiin yksi johtavien viranhaltijoiden täyttämä lomake.

Johtavia viranhaltijoita pyydettiin jakamaan kyselylomakkeet kokonaistutkimuksen periaatteen mukaisesti kaikille kuntansa tai kuntayhtymänsä neuvolatyössä toimiville lääkäreille ja terveydenhoitajille. Anonymiteetin takaamiseksi ja selvityksen luotettavuuden lisäämiseksi lääkäreiden ja terveydenhoitajien kyselylomakkeen mukana oli vastauskuori, joka mahdollisti vastauksen lähettämisen suoraan tutkijoille.

Osalle kuntien johtavista viranhaltijoista tehtiin uusintakysely, koska määräaikaan mennessä kunnista tai kuntayhtymistä palautui vain noin runsas puolet kyselylomakkeista. Muutamat johtavat viranhaltijat antoivat palautetta kyselylomakkeisiin vastaamisesta. Heidän arvionsa mukaan mm. tilastotietojen kokoaminen kuntatasolla oli työlästä. Uusintakyselyllä saatiin vastaukset kaikista Itä-Suomen läänin kunnista tai kuntayhtymistä. Uusintakysely lisäsi selvityksen luotettavuutta (vastausprosentti 100) ja varmisti kuntakohtaisen tiivistetyn tiedon. Johtaville viranhaltijoille suunnattuun kyselylomakkeeseen vastasi useimmiten johtava hoitaja, ylihoitaja tai muu vastaava hoitaja (n=17). Johtavan lääkärin ja johtavan hoitajan tai osastonhoitajan yhteistyönä lomakkeeseen vastattiin 15 kunnassa tai kuntayhtymässä. Johtavan yllälääkärin tai neuvolalääkärin vastaama kyselylomake palautui kahdeksasta kunnasta tai kuntayhtymästä.

AINEISTON KÄSITTELY

Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla ja avoimet vastaukset sisällön analyysillä. Tulokset esitetään frekvensseinä ja prosentteina. Osa tuloksista esitetään ammattiryhmittäin ja kunnittain. Raportissa on yhdeksän liitetaulukkoa, joissa kuvataan tuloksia kunnittain ja kuntayhtymittäin.

Kuntien välisen vertailun helpottamiseksi muodostettiin neuvolatoiminnan resurssin indeksiksi, joka kuvaa asiakkaiden määrää laskennallista kokopäivätoimista työntekijää kohti. Indeksien laskemiseksi johtavia viranhaltijoita pyydettiin ilmoittamaan neuvolatyön asiakasmäärät ja kaikkien äitiys- ja lastenneuvoloissa toimivien terveydenhoitajien sekä lääkäreiden työtunnit yhteensä. Terveydenhoitajien osalta pyydettiin laskemaan viikoittaiset työtunnit ja lääkäreiden osalta kuukaudessa toteutuneet työtunnit. Arvioimme, että lääkäreiden työtunnit on perusteltua laskea kuukausitasolla, koska joissakin kunnissa lääkärit eivät työskentele neuvoloissa viikoittain. Lääkäreiden ja terveydenhoitajien työtunnit ovat laskennallisia, eikä niistä ole poistet-

tu kokonaistyöaikaan kuuluvia ruokataukoja, vuosilomia tai virkavapaita eikä kesäajan neuvolapalvelujen mahdollisia muutoksia.

Indeksit (asiakkaiden määrä laskennallista kokopäivätoimista työntekijää kohti) on laskettu seuraavasti:

Terveydenhoitajien indeksin muodostaminen: Terveydenhoitajien työtunnit äitiys- ja lastenneuvolatyössä (molemmat erikseen) on muutettu vastaamaan yhden kokopäivätoimisesti työskentelevän terveydenhoitajan työpanosta vastaavaksi jakamalla kaikkien neuvolatyössä toimivien terveydenhoitajien yhteistunnit 38 tunnilla (= yhden terveydenhoitajan viikkotyötunnit). Kunnan syntyneiden lasten ja alle kouluikäisten lasten määrä on jaettu saadulla luvulla. Esimerkiksi Pieksämäen seudun kuntayhtymän terveydenhoitajat työskentelevät lastenneuvoloissa yhteensä 116 tuntia viikossa. 116 tuntia jaetaan 38 tunnilla ja näin saadaan 4.4 kokopäivätoimisen terveydenhoitajan työpanos lastenneuvolatyöhön. Kunnassa on 1 501 alle kouluikäistä lasta, tämä luku jaetaan 4.4 terveydenhoitajan työpanoksella, jolloin indeksiksi saadaan 341. Näin ollen kunnassa on laskennallisesti 341 lasta yhtä kokopäivätoimisesti lastenneuvolassa työskentelevää terveydenhoitajaa kohti.

Lääkäreiden indeksin muodostaminen: Lääkäreiden työtunnit äitiys- ja lastenneuvolatyössä (molemmat erikseen) on muutettu vastaamaan yhden kokopäivätoimisesti työskentelevän lääkärin työpanosta vastaavaksi jakamalla kaikkien neuvolatyössä toimivien lääkäreiden kuukauden yhteistunnit 148 tunnilla (= yhden lääkärin kuukauden työtunnit). Esimerkiksi Iisalmen seudun kansanterveystyön kuntayhtymän lääkärit työskentelevät yhteensä 72 tuntia kuukaudessa lastenneuvolatyössä. Yhteenlasketut tunnit 72 jaetaan 148 tunnilla, jolloin saadaan 0.49 kokopäivätoimisen lääkärin laskennallinen työpanos lastenneuvolatoimintaan. Kuntayhtymässä on 1 951 alle kouluikäistä lasta, tämä luku jaetaan 0.49 lääkärin työpanoksella, jolloin indeksiksi saadaan 3 982. Näin ollen kuntayhtymässä on 3 982 lasta yhtä kokopäivätoimisesti työskentelevää lääkäriä kohti.

3 Äitiys- ja lastenneuvolatyön nykytilanne ja kehittämistarpeet Itä-Suomen läänissä

3.1 NEUVOLATYÖN JOHTAMINEN

3.1.1 NEUVOLATOIMINNASTA VASTAAVAT VIRANHALTIJAT

Neuvolatyön kokonaisuudesta vastaava viranhaltija oli nimetty 30 kunnassa tai kuntayhtymässä ja kymmenessä vastuuhenkilöä ei ollut nimetty. Useimmin kokonaisuudesta vastasi yhteistyössä lääketieteen ja hoitotyön edustaja (n=14). Johtava lääkäri vastasi kokonaisuudesta kahdeksassa kunnassa ja johtava hoitaja seitsemässä. Edellä mainittujen lisäksi yhdessä kunnassa kokonaisuudesta vastasi perheosaston osastopäällikkö.

(Liitetaulukko 5.)

Taulukko 4. Neuvolatoiminnasta vastaavien viranhaltijoiden nimeäminen Itä-Suomen läänin kunnissa ja kuntayhtymissä (N=40)

Vastuualue Esimerkkejä nimikkeistä	Viranhaltija nimetty	
	Kyllä n	Ei n
Neuvolatyön kokonaisuus	30	10
Johtava lääkäri ja johtava hoitaja yhteistyössä	14	
Johtava lääkäri	8	
Johtava hoitaja	7	
Perheosaston päällikkö	1	
Neuvolatyön käytännön kehittäminen	35	5
Lääkäri ja hoitotyön edustaja	8	
Hoitotyön edustaja	26	
Lääkäri	1	

Hoitotyön edustaja oli neuvolatyön käytännön toiminnasta ja kehittämisestä vastaavana viranhaltijana 26 kunnassa. Heidän virkanimikkeinään oli osastonhoitaja, vastaava terveydenhoitaja tai ylihoitaja. Lääkäri ja hoitotyön edustaja olivat yhteistyössä neuvolatyön kehittämisen vastuuhenkilöinä kahdeksassa kunnassa. Viidessä kunnassa neuvolatyön käytännön toiminnasta ja kehittämisestä vastaavaa viranhaltijaa ei ollut nimetty lainkaan. (Taulukko 4, Liitetaulukko 5.)

3.1.2 NEUVOLATOIMINNAN SUUNNITTELU JA RAPORTOINTI

Johtavien viranhaltijoiden mukaan valtakunnalliset suositukset ja terveystoimittiset asiakirjat ohjaavat neuvolatyön suunnittelua ja painopistealueiden nimeämistä. Näistä asiakirjoista mainittiin Terveys 2015 -kansanterveysohjelma, Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma, Stakesin suositukset ja Kansanterveyslaitoksen ohjeet.

Kolme neljäsosaa Itä-Suomen läänin kunnista tai kuntayhtymistä (n=30) oli laatinut hyvinvointipoliittisia ohjelmia suuntaamaan paikallista sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Tavallisimmin oli laadittu päihdeohjelma, joka oli käytössä 20:ssä ja valmisteilla seitsemässä kunnassa tai kuntayhtymässä. Kymmenessä kunnassa tai kuntayhtymässä oli laadittu tai valmisteilla koko väestön hyvinvointia tai terveyden edistämistä koskeva ohjelma. Koko väestöä koskeva hyvinvointiohjelma saattoi myös olla osa kuntastrategiaa. Lapsiperheiden hyvinvointiohjelma oli laadittu kymmenessä ja valmisteilla se oli seitsemässä kunnassa tai kuntayhtymässä. Mielenterveysohjelma oli laadittu viidessä ja valmisteilla se oli 14 kunnassa tai kuntayhtymässä. Kymmenessä kunnassa tai kuntayhtymässä ei ollut laadittu yhtään hyvinvointiohjelmaa. (Taulukko 5, Liitetaulukko 6.)

Taulukko 5. Hyvinvointipoliittisten ohjelmien laatimisvaihe Itä-Suomen läänin kunnissa ja kuntayhtymissä (N=40)

Ohjelman aihealue	Ohjelman laatimisvaihe			
	Tehty	Ei tehty	Valmisteilla	Ei tietoa
Päihdeasiat	20	6	7	7
Lapsiperheiden hyvinvointi	10	9	7	14
Terveyden edistäminen	5	14	2	19
Mielenterveys	5	9	15	11
Koko väestön hyvinvointi	4	16	3	17

Äitiys- ja lastenneuvolatyön toimintasuunnitelmat laadittiin tavallisimmin omaa toimintayksikköä varten (n=25). Lisäksi 20 kuntaa tai kuntayhtymää toimitti toimintasuunnitelman myös terveys- tai perusturvalautakunnalle. Kunnanvaltuustolle neuvolatyön toimintasuunnitelma laadittiin 12 kunnassa tai kuntayhtymässä. Lähes puolessa kunnista tai kuntayhtymistä oli pohdittu neuvolatyön arvoja ja periaatteita. Keskeisinä arvoina ja periaatteina mainittiin perhekeskeisyys, asiakaslähtöisyys, kokonaisvaltaisuus, yksilöllisyys, terveyskeskeisyys ja turvallisuus. Seitsemässä kunnassa oli laadittu erillinen hoitotyön tai neuvolatyön toimintafilosofia tai arvot oli kirjattu osaksi kuntastrategiaa.

Äitiys- ja lastenneuvolatyötä kuvattiin toimintakertomuksissa, jotka tavallisimmin toimitettiin sosiaali- ja perusturvalautakunnalle (n=27). Neuvolatyön toiminnasta

raportoitiin kunnanvaltuustolle 18:ssa ja kuntasuunnittelusta vastaaville 12 kunnassa tai kuntayhtymässä. Useimmiten toimintasuunnitelmat ja -kertomukset laadittiin kerran vuodessa.

Toimintakertomuksissa äitiys- ja lastenneuvolatyötä kuvattiin yleensä määrällisillä tunnusluvuilla, esimerkiksi asiakkaiden, synnytysten, käyntien (koti- ja vastaanotto-käynnit) ja ryhmätilaisuuksien määrinä. Neuvolatyön tuloksellisuutta kuvattiin muutamassa kunnassa arvioimalla sanallisesti kirjattujen tavoitteiden saavuttamista. Kuopiossa Pegasos-potilastietojärjestelmää kehitetään myös hyvinvointia kuvaavien tunnuslukujen kokoamiseen.

Asiakkaiden ja perheiden hyvinvointia, hyvinvoinnin vajeita tai terveystottumuksia kuvaavia tunnuslukuja ei juuri käytetty toiminnan raportoinnissa. Johtavien viranhaltijoiden (n=34) mukaan kunnan lapsiperheitä kuvaavia tunnuslukuja, kuten yksinhuoltajaperheiden, uusperheiden, lastensuojeluasiakkaina olevien perheiden ja kodin ulkopuolelle sijoitettujen alle kouluikäisten lasten määriä ei kerätä perusterveydenhuollossa ja niitä oli vaikea saada selville kunnan muista tilastoista. Edellä mainitut tunnusluvut pystyttiin kokoamaan kuudesta kunnasta tai kuntayhtymästä.

TAULUKKO 6. Sähköisen tiedon käsittely-, siirto- ja asiointimuodot kunnissa (N=40)

Sähköinen järjestelmämuoto	Kuntien lukumäärä			
	Kyllä	Ei	Suunnit-teilla	Tieto puuttuu
ATK-pohjainen tilastointi	34	1	-	5
Työasemat kaikissa neuvoloissa	32	1	2	5
Neuvoloissa potilastietojärjestelmä	30	1	4	5
Neuvoloissa internet-yhteydet	31	-	3	6
Lähetepalaute-järjestelmä				
erikoissairaanhoidon	13	8	12	7
Asiakasohjeita kunnan kotisivuilla	3	16	12	9
Asiakasneuvontaa sähköpostitse	-	26	4	10

Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnassa käytetään sähköisiä tiedon käsittely- ja siirto-muotoja suuressa osassa kuntia tai kuntayhtymiä. ATK-pohjainen potilastietojärjestelmä oli käytössä 30 kunnassa. Pegasos-potilastietojärjestelmä oli 12:ssa ja Effica-potilastietojärjestelmä 13 kunnassa. Muina potilastietojärjestelminä (n=9) mainittiin esimerkiksi Finstar ja Mediatri. Asiakasneuvonta kuntien kotisivuilla tai sähköpostitse oli vielä melko harvinaista (Taulukko 6.).

3.1.3 NEUVOLATOIMINNAN LAADUN JA KUSTANNUSTEN ARVIOINTI

Neuvolatoiminnan laadun arviointi ei ollut vielä vakiintunut osa toimintaa Itä-Suomen läänin kunnissa ja kuntayhtymissä. Laatua arvioitiin tavallisimmin asiakastyty-

väisyyskyselyillä. Nurmeksen ja Valtimon terveydenhuollon kuntayhtymässä oli meneillään laatujärjestelmän käyttöönotto. Kaakkois-Savon terveydenhuollon kuntayhtymissä oli käytössä King's Fund -laatujärjestelmä. Lisäksi kuntien tarkastuslautakuntien katselmusten tai kyselyiden mainittiin olevan yksi menetelmä arvioitaessa neuvolatyön laatua (Taulukko 7.).

TAULUKKO 7. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan laadun arvioinnin menetelmät kunnissa tai kuntayhtymissä (N=40)

Laadun arvioinnin menetelmä	Kuntien lukumäärä			
	Kyllä	Ei	Suunnitteilla	Tieto puuttuu
Asiakastyytyväisyyskysely	19	4	9	8
Johdon katselmus	11	11	1	17
Neuvoloiden oma asiakaspalaute	9	13	5	13
Laatujärjestelmä	2	18	4	16
Ulkoinen auditointi	1	21	1	17

Äitiys- ja lastenneuvolapalvelut oli tuotteistettu Pohjois-Savossa Kangaslammin ja Kuopion kunnissa (ks. Kuopion sosiaali- ja terveyskeskus 2003) ja Siilinjärvi-Maanin kuntayhtymässä. Neuvolakäyntien hinnat oli laskettu Pohjois-Karjalassa Liperin, Ilomantsi ja Pyhäselän kunnissa sekä Pohjois-Savossa Iisalmen, Pielavesi-Keiteleen ja Pieksämäen kunnissa.

3.2 NEUVOLATYÖN HENKILÖSTÖVOIMAVARAT

3.2.1 LÄÄKÄREIDEN JA TERVEYDENHOITAJIEN TOIMINTAMALLIT

Itä-Suomen läänin terveyskeskusten avoterveydenhuollossa työskentelee yhteensä 332 terveyskeskuslääkärinä, joista puolet (n=168) toimii äitiys- ja lastenneuvolatyössä. Vastaavasti terveydenhoitajien määrä on 487, joista 197 työskentelee äitiys- ja lastenneuvoloissa. (Liitetaulukko 1.) Useimmissa kunnissa tai kuntayhtymissä (n=28) ei ollut käytössä lääkäreiden väestövastuuvirkaehtosopimus. Sopimus oli käytössä kymmenessä ja suunnitteilla lähivuosina kahdessa kunnassa tai kuntayhtymässä. (Liitetaulukko 4.)

Lääkäreillä oli yleisimmin laaja-alainen toimintamalli, johon kuului äitiys- ja/tai lastenneuvolatyön lisäksi kaksi tai useampia muita tehtäväalueita (n=31). Muu tehtäväalue oli tavallisimmin kouluterveydenhuolto. Pelkästään äitiysneuvolatyössä toimivia lääkäreitä oli kaksi, samoin kaksi lääkärinä työskenteli vain lastenneuvolatyössä. Neljä lääkärinä työskenteli äitiysneuvolatyön lisäksi perhesuunnittelussa ja neljän lääkärin toimenkuvaan kuului äitiys- ja lastenneuvolatyö sekä perhesuunnittelu. Viidel-

lä lääkäriellä oli toimenkuva, johon sisältyi lastenneuvolatyö ja kouluterveydenhuolto.

Kaikista kyselyyn vastanneista terveydenhoitajista (n=125) 77 työskenteli joko kokopäiväisesti tai osittain äitiysneuvoloissa ja 92 terveydenhoitajaa joko kokopäiväisesti tai osittain lastenneuvoloissa. Joka kolmas terveydenhoitaja (34 %, n=42) työskenteli laaja-alaisen toimintamallin mukaisesti. Heidän työhönsä sisältyi äitiys- ja/tai lastenneuvolatyön lisäksi kaksi tai useampia tehtäväalueita. Muina tehtäväalueina olivat useimmin koko väestölle suunnatut vastaanotot. Osa-alaisen väestövastuumallin mukaisesti työskenteli 34 terveydenhoitajaa, jolloin toimenkuvaan kuului kaksi työaluetta (äitiys- ja lastenneuvolatyö (n=13) tai lastenneuvola ja kouluterveydenhuolto (n=21). Eriytetyn toimintamallin mukaisesti 17 terveydenhoitajaa työskenteli pelkästään äitiysneuvolatyössä ja 10 terveydenhoitajaa pelkästään lastenneuvolatyössä (Taulukko 8).

TAULUKKO 8. Äitiys- ja lastenneuvoloissa työskentelevät terveydenhoitajat toimintasektoreittain (n=125)

Toimintasektori	Terveydenhoitajat	
	n	%
Vain äitiysneuvolatyö	17	13
Vain lastenneuvolatyö	10	8
Äitiys- ja lastenneuvolatyö	13	10
Lastenneuvolatyö ja kouluterveydenhuolto	21	17
Äitiys- ja lastenneuvolatyö sekä kouluterveydenhuolto	6	5
Äitiys- ja/tai lastenneuvolatyö sekä 1 muu tehtäväalue (ei kouluterveydenhuolto)	16	13
Äitiys- ja/tai lastenneuvolatyö sekä 2 muuta tehtäväaluetta	42	34

Suurissa kunnissa (asukasluku 20 000 tai yli) terveydenhoitajat (n=46) toimivat tavallisimmin eriytetyn tai osa-alaisen toimintamallin mukaisesti. Näissä kunnissa pelkästään äitiysneuvolatyössä toimi yhdeksän ja pelkästään lastenneuvolatyössä seitsemän terveydenhoitajaa. Laaja-alaisen toimintamallin mukaisesti työskenteli kuusi terveydenhoitajaa.

24 3.2.2 ÄITIYSNEUVOLATOIMINNAN HENKILÖSTÖVOIMAVARAT

Selvityksessä käytettiin henkilöstövoimavarojen kuvaamiseksi ja kuntien välisen vertailun helpottamiseksi indeksiä, joka kuvaa asiakasmäärää yhtä laskennallista kokopäivätoimista työntekijää kohti. Terveydenhoitajien osalta indeksin muodostaminen oli suhteellisen helppoa ja luotettavaa, koska lähes kaikkien kuntien johtavat viranhaltijat pystyivät arvioimaan terveydenhoitajien neuvolatyön tuntimäärät yhteensä. Sen sijaan lääkäreiden neuvolatyötä kuvaavan indeksin muodostaminen oli pulmal-

lista, koska johtavien viranhaltijoiden oli vaikea koota lääkäreiden neuvolatyöhön käyttämiä tuntimääriä.

Itä-Suomen läänin äitiysneuvoloiden lääkäreiden ja terveydenhoitajien asiakasmäärät vaihtelivat paljon. Pienin syntyneiden lasten määrä yhtä laskennallista kokopäivätoimista terveydenhoitajaa kohti oli 36 ja suurin vastaava luku oli 137. Selvitykseen osallistuneissa 19 kunnassa tai kuntayhtymässä synnytysten määrä yhtä laskennallista kokopäivätoimista terveydenhoitajaa kohti oli suositusten mukaisesti 80 tai vähemmän (indeksi 80 tai alle). Seitsemässä kunnassa tai kuntayhtymässä vuotuinen syntyneiden lasten määrä oli 81-99 yhtä kokopäivätoimista terveydenhoitajatyöpanosta kohti. Yhdessätoista kunnassa tai kuntayhtymässä vastaava syntyneiden lasten määrä oli 100 tai yli (indeksi 100 tai yli). (Taulukko 9 ja liitetaulukko 2.)

TAULUKKO 9. Synnytysten määrä yhtä laskennallista terveydenhoitajan työpanosta kohti (indeksi) kunnittain tai kuntayhtymittäin

Pohjois-Savo	Indeksi	Pohjois-Karjala	Indeksi	Etelä-Savo	Indeksi
Iisalmen seudun ktt ky	137	Eno	85	Heinävesi	65
Kangaslampi	55	Ilomantsi,		Joroinen	66
Kiuruvesi	-	Tuupovaara	70	Kaakkois-Savon th ky	80
Koillis-Savon ktt ky	36	Joensuu	103	Kangasniemi	41
Kuopio	100	Juuka	100	Juvan, Puumalan ja Sulkavan tk	54
Lapinlahti	46	Keski-Karjalan ktt ky	124	Mikkelin seudun ktt:n ky	-
Leppävirta	97	Kiihtelysvaara	107	Mäntyharju	42
Nilsinä	100	Kontiolahti	90	Pieksämäen seudun th ky	100
Pielavesi – Keitele	94	Lieksa	95	Pertunmaa	100
Rautavaara	70	Liperi	91	Savonlinnan perusth ky	51
Siilinjärven-Maaningan th ky	79	Nurmeksien ja Valtimon th ky	71		
Sisä-Savon ktt ky	77	Outokumpu	89		
Sonkajärvi	53	Polvijärvi	68		
Varkaus	100	Pyhäselkä -			
Varpaisjärvi	68	Hammaslahti	75		
Vehmersalmi	-	Tohmajärvi-Värtsilä	128		

- = tieto puuttuu

Lääkäreiden työpanosta äitiysneuvolatyössä kuvattiin vastaavanlaisella indeksillä kuin terveydenhoitajien työpanosta. Synnytysten määrät vaihtelivat 320-3 522 synnytykseen yhtä laskennallista kokopäivätoimista lääkäri työpanosta kohti. Suuri vaihteluväli todennäköisesti selittyy sillä, että monissa kunnissa lääkärit toimivat neuvolatyön lisäksi myös muilla ns. sektorityön alueilla ja näin ollen yhden sektorin työpanoksen arvioiminen saattaa olla vaikeaa. Itä-Suomen läänissä 15 kunnassa tai kuntayhtymässä yhtä lääkäriä kohti on vuodessa 800 synnytystä tai vähemmän. Kumotussa lääkintöhallituksen ohjekirjeessä (1988) äitiysneuvoloissa toimivien lääkäreiden

työpanokseksi suositeltiin 800 odottavaa äitiä vuodessa yhtä kokopäivätoimista lääkäriä kohti. Neljässä kunnassa vastaava indeksi oli 801-1 000 ja 16 kunnassa indeksi oli yli 1 001. (Liitetaulukko 2.)

Lääkäreiden määräaikaistarkastusten toteutumisella ei ollut yhteyttä työpanosten kohdentumista kuvaavaan indeksiin. Luvussa 3.3 tarkastellaan määräaikaistarkastuksia äitiysneuvoiloissa ja liitetaulukossa 7 esitetään määräaikaistarkastusten toteutuminen kunnittain.

3.2.3 LASTENNEUVOLATOIMINNAN HENKILÖSTÖVOIMAVARAT

Myös lastenneuvolatoiminnan henkilöstövoimavarat jakautuvat epätasaisesti Itä-Suomen läänissä. Pienin alle kouluikäisten lasten määrä yhtä laskennallista kokopäivätoimista terveydenhoitajaa kohti oli 242 ja suurin vastaava luku oli 838. Vajaa kolmannes Itä-Suomen läänin kunnista tai kuntayhtymistä (n=12) pystyi toteuttamaan lastenneuvolapalveluja suositusten (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003) mukaisesti eli lasten määrä yhtä laskennallista kokopäivätoimista terveydenhoitajatyöpanosta kohti oli 400 tai vähemmän (indeksi 400 tai alle). Yhdessätoista kunnassa tai kuntayhtymässä lasten määrä oli 401-499 yhtä kokopäivätoimista terveydenhoitajatyöpanosta kohti. Neljässätoista kunnassa tai kuntayhtymässä vastaava lasten määrä oli 500 tai yli (indeksi 500 tai yli). (Taulukko 10 ja liitetaulukko 3.)

TAULUKKO 10. Alle kouluikäisten lasten määrä yhtä laskennallista kokopäivätoimista terveydenhoitajan työpanosta kohti (indeksi) kunnittain

Pohjois-Savo	Indeksi	Pohjois-Karjala	Indeksi	Etelä-Savo	Indeksi
Iisalmen seudun ktt ky	454	Joensuu	509	Heinävesi	355
Kangaslampi	317	Eno	838	Joroinen	400
Kiuruvesi	-	Ilomantsi,		Kaakkois-	
Koillis-Savon ktt ky	368	Tuupovaara	413	Savon th ky	562
Kuopio	537	Juuka	438	Kangasniemi	438
Lapinlahti	357	Keski-Karjalan		Ky Juvan, Puuma-	
Leppävirta	554	ktt ky	562	lan ja Sulkavan tk	330
Nilsinä	450	Kiihtelysvaara	460	Mikkelin seudun	
Pielavesi – Keitele	514	Kontiolahti	542	ktt:n ky	-
Rautavaara	470	Lieksa	375	Mäntyharju	242
Siilinjärven-		Liperi	343	Pieksämäen	
Maaningan th ky	440	Nurmeksien ja		seudun th ky	341
Sisä-Savon ktt ky	522	Valtimon th ky	557	Pertunmaa	600
Sonkajärvi	557	Outokumpu	687	Savonlinnan	
Varkaus	516	Polvijärvi	439	perusth ky	341
Varpaisjärvi	325	Pyhäselkä -			
Vehmersalmi	-	Hammasmaa	466		
		Tohmajärvi -			
		Värtsilä	445		

- = tieto puuttuu

Verrattaessa lastenneuvolatyössä toimivien lääkäreiden työpanoksia suosituksissa esitettyyn lukuun havaitaan, että vain kahdessa kyselyyn vastanneessa kunnassa yhtä laskennallista kokopäivätoimista lääkäriä kohti oli noin 2 800 lasta. Kolmessatoista kunnassa lasten lukumäärä oli 3 201-5 000 ja 22 kunnassa yli 5 001 lasta laskennallista kokopäivätoimista lääkäriä kohti (Liitetaulukko 3.) Samoin kuin äitiysneuvolatoiminnassa suuri vaihteluväli lasten määrissä yhtä lääkärityöpanosta kohti selittyy todennäköisesti vaikeudesta arvioida lääkäreiden monimuotoisen työajan kohdentumista.

Lääkäreiden määräaikaistarkastusten toteutumisella ei ollut yhteyttä työpanosten kohdentumista kuvaavaan indeksiin. Luvussa 3.3 tarkastellaan määräaikaistarkastuksia lastenneuvoloissa ja liitetaulukossa 8 esitetään määräaikaistarkastusten toteutuminen kunnittain.

3.2.4 LÄÄKÄREIDEN JA TERVEYDENHOITAJIEN MÄÄRÄN RIITTÄVYYS

Arvioinnit henkilöstövoimavarojen nykytilanteesta

Johtavat viranhaltijat arvioivat lääkäreiden määrän täysin tai melko riittäväksi 21 (52 %) kunnassa tai kuntayhtymässä ja terveydenhoitajien määrän täysin tai melko riittäväksi 30 (75 %) kunnassa tai kuntayhtymässä. Lääkäreiden määrä arvioitiin riittämättömäksi useammin kuin terveydenhoitajien määrä, 13 kunnan johtavaa viranhaltijaa arvioi lääkäreiden määrän melko tai täysin riittämättömäksi. (Taulukko 11.)

TAULUKKO 11. Johtavien viranhaltijoiden arviot (N=40) lääkäreiden ja terveydenhoitajien nykyisen määrän riittävydestä äitiys- ja lastenneuvolatyössä

Henkilöstön riittävyys	Johtavien viranhaltijoiden arviot	
	Lääkäreiden määrä n	Terveydenhoitajien määrä n
Täysin riittävä	10	13
Melko riittävä	11	17
Melko riittämätön	10	4
Täysin riittämätön	3	1
Tieto puuttuu	6	6

Johtavien viranhaltijoiden arviointeja äitiysneuvolan terveydenhoitajien määrän riittävydestä verrattiin laskennalliseen indeksiin (synnytykset/kokopäivätoiminen terveydenhoitaja). Suositusten mukainen tai sen alle oleva indeksi (80) oli 19 kunnassa tai kuntayhtymässä, 13 näistä kunnista terveydenhoitajien määrä arvioitiin täysin tai melko riittäväksi. Indeksien ollessa 81 synnytystä tai enemmän (18 kuntaa), niistä viidessä kunnassa määrän arvioitiin olevan melko riittämättömän.

Johtavat viranhaltijat perustelivat nykyisen henkilöstömäärän riittävyyttä lasten ja synnytysten määrän vähenemisellä sekä väestön vanhenemisellä. Lisäksi he arvioivat, että neuvolahenkilöstö on kokenutta ja ammattitaitoista, sijaisia on ollut riittävästi ja erityispalveluja on ollut saatavilla omassa kunnassa. Kunnissa oli säilytetty myös selkeä näkemys peruspalvelujen tarpeellisuudesta ja tärkeydestä, kuten eräs johtava viranhaltija kuvasi:

"Vahva terveyskeskusaate säilynyt säästö- ja työntekijäpulaajasta huolimatta!"

Neuvolahenkilöstön määrän riittämättömyyden syinä esitettiin lääkäreiden rekrytointiongelmia ja vaihtuvuus.

"Lääkäreiden määrä täysin riittämätön, koska kaikki lääkäripalvelut ostetaan, joten heillä ei ole kokonaisvastuuta neuvolatyöstä."

Henkilöstön riittämättömyyteen arvioitiin vaikuttavan myös väestötasolla tapahtuneet muutokset, kuten väestön kasvu, lapsiperheiden muutot kuntaan ja perheiden lisääntyneet psykososiaaliset ongelmat. Lisäksi erikoissairaanhoidon muuttuneet hoitokäytännöt, kuten lyhentyneet hoitoajat, vaikuttavat perusterveydenhuollon henkilöstön resursointiin.

Arvioinnit henkilöstövoimavaroista tulevaisuudessa

Johtavat viranhaltijat arvioivat neuvolatyössä toimivien lääkäreiden ja terveydenhoitajien määrän riittävän hieman paremmin tulevaisuudessa kuin nykyisin. Heidän arviointiensä mukaan terveydenhoitajia tulisi olemaan täysin tai melko riittävästi 32 kunnassa tai kuntayhtymässä ja lääkäreitä 26 kunnassa. (Taulukko 12.)

TAULUKKO 12. Johtavien viranhaltijoiden arviot (N=40) lääkäreiden ja terveydenhoitajien määrän riittävydestä äitiys- ja lastenneuvolatyössä seuraavan viiden vuoden aikana

Henkilöstön riittävyys	Arviot lääkäreiden määrästä	Arviot terveydenhoitajien määrästä
	n	n
Täysin riittävä	7	13
Melko riittävä	19	19
Melko riittämätön	6	3
Täysin riittämätön	1	-
Tieto puuttuu	7	5

Perusteluina henkilöstömäärän riittävyydelle tulevaisuudessa esitettiin lasten määrän väheneminen ja väestön vanheneminen. Lisäksi johtavat viranhaltijat luottivat, että kehittämällä yhteistyötä ja työmenetelmiä sekä hyvällä henkilöstöpolitiikalla voidaan varmistaa neuvolahenkilöstön riittävä määrä. Tärkeimmiksi syiksi neuvolahenkilöstön määrän riittämättömyyteen arvioitiin perheiden lisääntyvät psykososiaaliset ongelmat, lääkäreiden ja terveydenhoitajien rekrytointiongelmat ja joissakin kunnissa väestön kasvu.

Johtavat viranhaltijat kuvasivat, miten kunnissa on varauduttu terveydenhuoltohenkilöstön saatavuuteen liittyviin tulevaisuuden pulmiin, kuten tieto-aidon siirtymiseen, eläköitymiseen ja koulutetun henkilöstön saatavuuteen. Pulmien ehkäisemiseksi he toivat ensisijaisesti esille, että kunnissa pyritään toteuttamaan hyvää henkilöstöpolitiikkaa. Nykyisen henkilöstön hyvinvoinnista huolehdittiin suhtautumalla myönteisesti osa-aikatyöhön ja vuorotteluvapaisiin. Vakinaisen henkilöstön virkavapauksien ajaksi palkattiin sijaisia. Lisäksi työssä jaksamisesta huolehdittiin jatkuvalla täydennyskoulutuksella. Hyvän henkilöstöpolitiikan mukaisesti henkilöstön palkkauksen tulee vastata työn vaatavuutta ja virkoja on tarpeen vakinaistaa. Etelä-Savossa Savonlinnan ja

Pohjois-Karjalassa Tohmajärven kunnat olivat mukana kehittämishankkeissa, joissa selvitetään sosiaali- ja terveysalan työvoiman tulevaisuuteen liittyviä kysymyksiä.

Tulevaisuuteen varauduttiin myös laatimalla aikatauluja eläkkeelle jäävästä henkilöstöstä ja huolehtimalla hyvin sijaisista. Sijaisista pidettiin huolta mm. mahdollistamalla pitkät sijaisuudet sekä koulutukseen ja kehittämistoimintaan osallistuminen. Sijaisuuksia pyrittiin tarjoamaan erityisesti nuorille, joita arvostettiin uutta tietoa tuovina työtovereina.

Kunnissa haluttiin panostaa hyvään yhteistyöhön sosiaali- ja terveysalan oppilaitosten kanssa. Terveystenhoitaja- ja lääkäriopiskelijoille haluttiin varmistaa hyvä ohjaus ja antaa myönteinen kuva perusterveydenhuollosta.

Lääkäripalvelut äitiys- ja lastenneuvoloissa kesäisin

Äitiysneuvoloiden lääkäripalvelut oli järjestetty 30 kunnassa ja lastenneuvolapalvelut 25 kunnassa lähes samanlaisina ympäri vuoden. Lastenneuvoloiden lääkäripalveluja oli supistettu huomattavasti kesäisin yhdeksässä kunnassa, kun taas äitiysneuvoloissa lääkäripalveluja oli supistettu huomattavasti kolmessa kunnassa. (Taulukko 13.)

TAULUKKO 13. Äitiys- ja lastenneuvoloiden lääkäripalvelut kesäisin Itä-Suomen läänin kunnissa tai kuntayhtymissä (N=40)

Toiminnan järjestäminen	Lääkäripalvelut kesäisin	
	Äitiysneuvoloissa n	Lastenneuvoloissa n
Samanlaista ympäri vuoden	10	9
Supistettu jonkin verran	20	16
Supistettu huomattavasti	3	9
Järjestetty muuten	2	1
Tieto puuttuu	5	5

3.3 MÄÄRÄAIKAISTARKASTUKSET ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLATYÖSSÄ

30

3.3.1 MÄÄRÄAIKAISTARKASTUKSET ÄITIYSNEUVOLOISSA

Nykyisissä äitiysneuvolatyön suosituksissa (Viisainen 1999) esitetään seuraavia lääkäreiden tekemiä määräaikaistarkastuksia: 3 raskauden aikaista ja yksi synnytyksen jälkeinen lääkärintarkastus (yhteensä neljä määräaikaistarkastusta) sekä ensi- että uudelleensynnyttäjille. Itä-Suomen läänissä lääkäreiden tekemät ensisynnyttäjien mää-

määräaikaistarkastukset toteutuivat suositusten mukaisesti puolessa (n=20) kunnista tai kuntayhtymistä. Uudelleensynnyttäjien määräaikaistarkastukset toteutuivat suositusten mukaisesti 23 kunnassa tai kuntayhtymässä. (Taulukko 14. ja liitetaulukko 7.)

Äitiyshuollon suosituksissa esitetään terveydenhoitajien toteuttamien määräaikaistarkastusten lukumääräksi äitiysneuvolatyössä ensisynnyttäjille 15 ja uudelleensynnyttäjille 11. Näihin käyntimääriin sisältyy yksi synnytyksen jälkeinen kotikäynti sekä ensi- että uudelleensynnyttäjien perheisiin. Itä-Suomen läänissä terveydenhoitajat toteuttivat ensisynnyttäjille 11-18 määräaikaistarkastusta ja uudelleensynnyttäjille 9-15 määräaikaistarkastusta. Suositusten mukaisesti ensisynnyttäjien määräaikaistarkastukset toteutuivat kolmanneksessa (n=13) kunnassa tai kuntayhtymässä. Uudelleensynnyttäjien määräaikaistarkastukset noudattivat paremmin suosituksia kuin ensisynnyttäjien. Suositusten mukaisesti uudelleensynnyttäjien määräaikaistarkastukset toteutuivat 30 kunnassa tai kuntayhtymässä. (Taulukko 14 ja liitetaulukko 7.)

TAULUKKO 14. Terveydenhoitajien ja lääkäreiden tekemät ensi- ja uudelleensynnyttäjien määräaikaistarkastukset kunnissa tai kuntayhtymissä (N=40)

Määräaikaistarkastuskerrat	Terveydenhoitaja		Lääkäri	
	Ensi- synnyttäjä	Uudelleen- synnyttäjä	Ensi- synnyttäjä	Uudelleen- synnyttäjä
	Kuntien määrä		Kuntien määrä	
1	-	-	1	1
2	-	-	1	2
3	-	-	12	8
4	-	-	16 * 1)	20 * 1)
5	-	-	4	3
9	-	1	-	-
10	-	3	-	-
11	4	4* 2)	-	-
12	4	7	-	-
13	6	9	-	-
14	7	7	-	-
15	6* 3)	3	-	-
16	3	-	-	-
17	2	-	-	-
18	2	-	-	-
Tieto puuttuu	6	6	6	6

* = toteutuu suositusten mukaisesti

1) Neljä lääkärintarkastusta kaikille synnyttäjille.

2) 11 terveydenhoitajan tekemää tarkastusta uudelleen synnyttäjälle.

3) 15 terveydenhoitajan tekemää tarkastusta ensisynnyttäjälle.

Erityisesti on huomattava, että lähes kolmannes (n=14) kunnista ei pystynyt tarjoamaan suositusten mukaisia lääkärintarkastuksia ensisynnyttäjille. Vastaavasti tervey-

denhoitajien tekemät ensisynnyttäjille suunnatut määräaikaistarkastukset jäivät toteutumatta 21 kunnassa.

3.3.2 MÄÄRÄAIKAISTARKASTUKSET LASTENNEUVOLOISSA

Lastenneuvolaoppaan luonnoksessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003) lääkäreiden tekemien määräaikaistarkastusten määräksi suositellaan sekä alle yksivuotiaille että 1-6-vuotiaille kolme tarkastusta. Suositusten mukaisesti lääkäreiden tekemät alle yksi-vuotiaiden määräaikaistarkastukset toteutuivat 19 kunnassa tai kuntayhtymässä ja 1-6-vuotiaiden määräaikaistarkastukset 16 kunnassa. (Taulukko 15, liitetäulukko 8.).

Lastenneuvolaoppaan luonnoksessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003) esitetään, että terveydenhoitajat tekisivät kymmenen määräaikaistarkastusta alle yksivuotiaille. Käyntimääriin sisältyy yksi kotikäynti raskauden aikana ja toinen vastasyntyneen perheeseen. Alle yksivuotiaiden määräaikaistarkastuksiin sisältyy myös kotikäynti yhden vuoden iässä. Suosituksissa esitetään kuusi määräaikaistarkastusta 1 - 6-vuotiaille lapsille. Alle yksivuotiaiden määräaikaistarkastukset toteutuivat em. suositusten mukaisesti vain seitsemässä kunnassa. Terveydenhoitajien tekemät 1-6-vuotiaiden määräaikaistarkastukset toteutuivat suositusten mukaisesti puolessa (n=20) kunnista. (Taulukko 15, liitetäulukko 8).

TAULUKKO 15. Terveydenhoitajien ja lääkäreiden toteuttamat imeväis- ja leikkiikäisten määräaikaistarkastukset kunnissa ja kuntayhtymissä (N=40) Itä-Suomen läänissä

Määräaikaistarkastuskerrat	Terveydenhoitaja		Lääkäri	
	0-12 kk	13 kk- 6v.	0-12 kk	13 kk- 6v.
	Kuntien määrä		Kuntien määrä	
0	-	-	-	1
1	-	-	1	4
2	-	-	15	14
3	-	-	19* 1)	13* 1)
4	-	3	-	2
5	1	11	-	1
6	5	14* 2)	-	-
7	5	5	-	-
8	9	1	-	-
9	7	-	-	-
10	5*3)	-	-	-
11	2	-	-	-
Tieto puuttuu	6	6	6	6

* = toteutuu suositusten mukaisesti

- 1) 3 lääkärintarkastusta imeväis- ja leikkikäisille.
- 2) 6 terveydenhoitajan tekemää tarkastusta leikki-ikäisille.
- 3) 10 terveydenhoitajan tekemää tarkastusta imeväisikäisille.

Sekä terveydenhoitajien että lääkäreiden imeväisikäisille kohdennetut määräaikaistarkastukset toteutuivat hyvin puutteellisesti. Suurimmassa osassa tähän kysymyksen vastanneissa kunnissa (n=27) ei pystytty toteuttamaan suositusten mukaisesti imeväisikäisille suunnattuja terveydenhoitajien määräaikaistarkastuksia ja lähes puolessa kunnista (n=16) myös suosituksen mukaiset lääkärintarkastukset jäivät toteutumatta. Terveydenhoitajien tekemät leikki-ikäisten määräaikaistarkastukset toteutuivat hieman paremmin kuin imeväisikäisten. Sen sijaan leikki-ikäisten lääkärintarkastukset toteutuivat huomattavasti huonommin kuin imeväisikäisten määräaikaistarkastukset. (Taulukko 15.)

Äitiys- ja lastenneuvoloiden toteuttamiin määräaikaistarkastuksiin oli tehty joko määrällisiä tai sisällöllisiä muutoksia viimeisen 5-10 vuoden aikana. Kymmenessä kunnassa tai kuntayhtymässä määräaikaistarkastuskertoja oli vähennetty ja muutettu asiakkaiden tarpeisiin perustuviksi. Myös kotikäyntejä oli vähennetty. Määräaikaistarkastuskäyntejä oli järjestetty myös uudella tavalla, esimerkiksi koulutulokkaiden terveystarkastukset oli siirretty kouluterveydenhuoltoon. Leikki-ikäisten lasten neurologisen kehityksen arvioimiseksi oli otettu käyttöön mm. LENE-menetelmä Pohjois-Karjalassa (esim. Liperi ja Ilomantsi). Yhteistyötä päivähoidon kanssa oli kehitetty Pohjois-Savossa esim. Siilinjärvi-Maaningan kuntayhtymässä ja Kuopiossa. Yhteistyö päivähoidon kanssa toteutui muun muassa siten, että 3- ja 5-vuotiaiden lasten neuvolatarkastuksen pohjaksi ja kehityksen tukemiseksi pyydettiin päivähoiton henkilöstön arviointi lapsen kehityksestä.

3.3.3 VIISIVUOTIAAN LAPSEN MÄÄRÄAIKAISTARKASTUS

Selvityksessä kerättiin tietoa viisivuotiaan lapsen määräaikaistarkastusten toteutumisesta lastenneuvoloissa. Kaikista lastenneuvolatyötä tekevästä terveydenhoitajista (n=92) suurin osa (n=86, 93 %) käytti aina jotain lapsen kehityksen arviointimenetelmää. Tavallisimmin kehityksen arvioinnissa käytettiin ns. syvennettyä 5-vuotistarkastusta, lumiukkotestiä ja/tai LENE-menetelmää ja terveyskeskuksissa kehitettyjä arviointilomakkeita. Puolet terveydenhoitajista käytti apunaan vanhemmille suunnattua kyselylomaketta. Päiväkodin henkilöstö oli keskeinen yhteistyötaho lapsen kehityksen arvioimisessa. Terveydenhoitajista 39 % (n=36) käytti aina ja 39 % (n=36) tarvittaessa päiväkodin henkilöstön tekemää kirjallista arviota lapsen kasvusta ja kehityksestä. Terveydenhoitajista 76 % (n=70) sai tarvittaessa päiväkodin henkilöstön suullisen arvon lapsen kehityksestä. Sen sijaan säännöllistä keskustelua 5-vuotiaiden lasten kehityksen arvioimiseksi päiväkotihenkilöstön kanssa ei juuri käyty. Muutamissa kunnissa terveydenhoitajat keskustelivat lapsen kehityksestä myös perhepäivähoitajien kanssa.

Terveydenhoitajista 67 % (n=62) vastasi lääkärin toteuttavan aina ja 34 % (n=31) tarvittaessa viisivuotiaan määräaikaistarkastuksia. Terveydenhoitajista 12 % (n=11) ilmaisi psykologin osallistuvan aina viisivuotiaan määräaikaistarkastuksiin. Esimer-

kiksi Kontiolahden kunnassa psykologi toteutti koko ikäluokalle suunnatun yhden tunnin mittaisen määräaikaistarkastuksen. Terveystenhoitajista 80 % (n=74) raportoi psykologin ja 56 % (n=52) jonkun muun erityistyöntekijän osallistuvan tarvittaessa näihin tarkastuksiin. Lisäksi noin kolmannes terveystenhoitajista kuvasi päiväkodin työntekijän toteuttavan sovitun osan lapsen kehityksen arvioinnista. Muina erityistyöntekijöinä mainittiin puheterapeutti, fysioterapeutti, perheneuvolan työntekijä ja erityislastentarhanopettaja.

TAULUKKO 16. Lastenneuvolatyötä tekevien lääkäreiden (n=37) ja terveystenhoitajien (n=92) 5-vuotiaan lapsen määräaikaistarkastukseen käyttämä aika

Aika minuutteina	Lääkäri		Terveystenhoitaja	
	n	%	n	%
5-10	2	5	-	-
11-20	25	67	-	-
21-30	5	14 ¹⁾	2	2
31-59	-	-	4	4
60-65	-	-	41	45 ²⁾
66-79	-	-	9	10
80-90	-	-	34	37
120	-	-	2	2
Tieto puuttuu	5	14	-	-

Suositus: 1) lääkärin tarkastuksen kesto 30 min. ja 2) terveystenhoitajan tarkastuksen 60-90 min.

Lääkärit käyttivät aikaa 5-vuotiaan lapsen määräaikaistarkastukseen 5-30, tavallisimmin 15-20 minuuttia. Terveystenhoitajien toteuttamat määräaikaistarkastukset kestivät 20-120 minuuttia, tavallisimmin yhden tunnin ja noin kolmanneksella terveystenhoitajista noin 1.5 tuntia eli olivat suositusten mukaisia. (Taulukko 16).

3.4 LÄÄKÄREIDEN JA TERVEYDENHOITAJIEN TYÖMENETELMÄT

3.4.1 TYÖMENETELMIEN MONIPUOLISUUS

Lääkäreiden eniten käyttämä työmenetelmä oli ajanvarausvastaanotto. Lähes puolet lääkäreistä oli myös neuvola-asiakkaiden tavoitettavissa tiettyinä puhelinaikana. Kyselyyn vastanneista lääkäreistä (n=49) yhdeksän osallistui perhevalmennusryhmien toteuttamiseen. Kotikäynnit ja iltavastaanotot kuuluivat harvoin lääkäreiden työmenetelmiin. (Taulukko 17.)

TAULUKKO 17. Lääkäreiden (n=49) käyttämät työmenetelmät äitiys- ja lastenneuvolatyössä Itä-Suomen läänissä

Työmenetelmät	Työmenetelmän käytön useus				Tieto puuttuu %
	Viikoittain	Kuukausittain	Vuosittain	Ei koskaan	
	%	%	%	%	
Ajanvarausvastaanotto	90	8	2	-	-
Tietty puhelinaika	45	6	-	35	14
Vastaanotto ilman ajanvarausta	14	14	16	40	16
Kotikäynti	4	-	8	71	16
Ryhmämenetelmä	-	2	16	66	16
Iltavastaanotto	-	2	4	78	16

Terveydenhoitajien useimmin käyttämä työmenetelmä oli ajanvarausvastaanotto. Enemmistö terveydenhoitajista (74 %) piti vastaanottoja ilman ajanvarausta. Kotikäynnit olivat säilyneet terveydenhoitajien työmenetelmänä, sillä yli puolet äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajista (56 %) teki kotikäyntejä viikoittain ja 33 % terveydenhoitajista kuukausittain. Yli puolet terveydenhoitajista (65 %) oli varannut asiakkaille tietyn puhelinajan viikoittain, mutta neljännes terveydenhoitajista (25 %) ei suunnitellut työohjelmaansa tiettyä puhelinaikaa. Terveydenhoitajista noin neljännes piti iltavastaanottoja viikoittain (26 %) tai kuukausittain (27 %). Terveydenhoitajista 4 % järjesti erilaisia ryhmiä viikoittain ja 50 % terveydenhoitajista kuukausittain. (Taulukko 18.)

TAULUKKO 18. Terveydenhoitajien (n=125) käyttämät työmenetelmät äitiys- ja lastenneuvolatyössä Itä-Suomen läänissä

Työmenetelmät	Työmenetelmän käytön useus				Tieto puuttuu %
	Viikoittain	Kuukausittain	Vuosittain	Ei koskaan	
	%	%	%	%	
Ajanvarausvastaanotto	99	-	-	-	1
Vastaanotto ilman ajanvarausta	74	6	2	10	8
Tietty puhelinaika	65	2	3	25	5
Kotikäynti	56	33	9	-	2
Perhesuunnittelu-vastaanotto	42	6	6	26	20
Iltavastaanotto	26	27	24	15	8
Ryhmämenetelmä	4	50	38	5	3

Sekä lääkäreiden että terveydenhoitajien useimmin käyttämä työmenetelmä oli ajanvarausvastaanotto. Lisäksi neuvola-asiakkailla oli melko hyvä mahdollisuus tulla terveydenhoitajan vastaanotolle ilman ajanvarausta tai tavoittaa hänet tiettyinä puhelinaikana. (Taulukot 17 ja 18.)

Yli puolet lääkäreistä arvioi työaikansa riittävän melko tai erittäin hyvin määräaikaistarkastusten ja seurantakäyntien toteuttamiseen. Lääkärit kokivat työaikansa melko tai täysin riittämättömäksi työn suunnitteluun ja arviointiin (65 %), ammattitaidon ylläpitämiseen (61 %), erityistukea tarvitsevien perheiden kohtaamiseen (54 %) ja moniammatilliseen yhteistyöhön (47 %). Yli puolet kyselyyn vastanneista lääkäreistä arvioi, etteivät kotikäynnit ja ryhmätyömenetelmät kuuluneet heidän työhönsä. (Taulukko 19.)

TAULUKKO 19. Lääkäreiden (n=49) arvioinnit työajan riittävydestä eri työmuotoihin (%) Itä-Suomen läänissä

Työmuoto/työn kohdentuminen	Työajan riittävyys				Ei kuulu työhön	Tieto puuttuu
	Täysin riittävä	Melko riittävä	Melko riittämätön	Täysin riittämätön		
Määräaikaistarkastukset	21	57	12	2	-	8
Seurantakäynnit	14	37	16	2	10	21
Moniammatillinen yhteistyö	8	29	33	14	6	10
Erityistukea tarvitsevat perheet	6	16	33	21	10	14
Ryhmätilaisuudet	6	6	2	6	57	23
Opiskelijaohjaus	4	21	35	4	20	16
Ammattitaidon ylläpitäminen	2	27	51	10	2	8
Työn suunnittelu ja arviointi	2	10	51	14	8	15
Kotikäynnit	2	2	-	6	65	25

Terveydenhoitajista 75 % arvioi työaikansa täysin tai melko riittäväksi määräaikaistarkastusten tekemiseen. Yli puolet terveydenhoitajista arvioi työaikansa täysin tai melko riittäväksi seurantakäynteihin (69 %), kotikäynteihin (66 %) ja moniammatilliseen yhteistyöhön (53 %). Se sijaan yli puolet terveydenhoitajista koki työaikansa täysin tai melko riittämättömäksi ammattitaidon ylläpitämiseen (55 %) sekä työn suunnitteluun ja arviointiin (65 %). (Taulukko 20.)

TAULUKKO 20. Terveydenhoitajien (n=125) arvioinnit työajan riittävydestä eri työmuotoihin (%)

Työmuoto/työn kohdentuminen	Työajan riittävyys				Ei kuulu työhön	Tieto puuttuu
	Täysin riittävä	Melko riittävä	Melko riittämätön	Täysin riittämätön		
Määräaikaistarkastukset	27	48	17	1	-	7
Kotikäynnit	24	42	24	8	-	2
Ryhmätilaisuudet	19	31	31	14	2	3
Seurantakäynnit	16	53	21	5	1	4
Opiskelijaohjaus	7	45	34	9	3	2
Ammattitaidon ylläpitäminen	6	37	43	12	-	2
Työn suunnittelu ja arviointi	6	28	37	28	-	1
Erityistukea tarvitsevat perheet	5	41	38	14	-	2
Moniammatillinen yhteistyö	4	49	38	7	-	2

Yli puolet lääkäreistä (54 %) ja terveydenhoitajista (52 %) arvioi työaikansa täysin tai

melko riittämättömäksi kohdata erityistukea tarvitsevia perheitä. Lähes puolet molemmista ammattiryhmistä arvioi työaikansa melko tai täysin riittämättömäksi moniammatilliseen yhteistyöhön. (Taulukot 18. ja 19.)

3.4.2 RYHMÄTOIMINTA

Kyselyyn vastanneista terveydenhoitajista 115 (92%) käytti jotain ryhmämenetelmää työssään (Taulukko 18.). Perhevalmennus oli käytetyin ryhmämenetelmä. Terveydenhoitajista vajaa puolet piti perhevalmennusta viikoittain tai kuukausittain. Noin kolmannes terveydenhoitajista järjesti alle yksivuotiaiden lasten perheille suunnattuja ryhmiä ja osallistui vanhempainiltoihin vuosittain. Muiden ryhmien käyttö oli vähäistä. (Taulukko 21.)

TAULUKKO 21. Terveydenhoitajien (n=125) käyttämien ryhmämenetelmien useus (%)

Ryhmämenetelmä	Viikoittain %	Kuukausittain %	Vuosittain %	Ei koskaan %	Tieto puuttuu %
Perhevalmennus	2	43	40	1	14
Avoimet ryhmät	2	5	14	49	30
Imeväisikäisten lasten perheiden ryhmät	-	5	30	30	35
Vanhempainilta	-	2	29	40	29
Muut vertaisryhmät	2	2	2	49	45
Ryhmävastaanotto	-	2	9	52	37
Muut raskauden aikaiset ryhmät	-	3	6	57	34
Leikki-ikäisten lasten perheiden ryhmät	-	-	14	49	37
Isäryhmät	-	-	5	57	38

Viidennes lääkäreistä (18 %) piti erilaisia ryhmiä neuvolatyössä kuukausittain tai vuosittain (Taulukko 17.). Yli puolet kyselyyn vastanneista lääkäreistä vastasi, etteivät ryhmämenetelmät kuulu lääkäreiden työhön (Taulukko 19).

Terveydenhoitajia pyydettiin kuvaamaan ryhmien toteuttamiseen osallistuvat yhteistyötahot. Perhevalmennukseen terveydenhoitajan lisäksi osallistui useimmiten fysioterapeutti, psykologi, suuhygienisti tai hammaslääkäri, neuvolalääkäri ja sosiaalityöntekijä. Sosiaali- ja terveystieteiden keskuksen yhteistyökumppaneiden lisäksi perhevalmennukseen osallistui vaihtelevasti synnytyskeskuksen kättilö, lapsiperhe, Kansaneläkelaitoksen tai Perheasiainneuvottelukeskukseen edustaja. Eri ikäisten lasten perheille suunnattujen ryhmien pitämiseen saattoi osallistua terveydenhoitajan lisäksi psykologi, sosiaalityöntekijä, päiväkodin henkilöstö, seurakunnan lastenohjaaja ja Mannerheimin lastensuojeluliiton edustaja. Myös vanhemmat toimivat joskus ryhmien vetäjinä.

Ryhmätoiminnassa tavallisimmin käytettyjä ohjaus- ja opetusmenetelmiä olivat keskus-

telu, videot, alustukset ja luennot. Rungas kolmannes terveydenhoitajista (38 %) toi esille, että perhevalmennuksessa oli myös käytännön harjoittelua, esimerkiksi rentoutumisharjoituksia. Noin kolmannes terveydenhoitajista (35 %) ei ollut pystynyt toteuttamaan tai järjestämään odottaville perheille tutustumiskäyntejä synnytyssairaalaan. Vanhempien vuorovaikutusta aktivoivien menetelmien (vanhempien alustukset, ryhmätyö, draama) käyttö ohjaus- ja opetusmenetelmänä oli melko vähäistä (Taulukko 22.).

TAULUKKO 22. Terveydenhoitajien (n=125) ryhmätoiminnassa käyttämät ohjaus- ja opetusmenetelmät (%) Itä-Suomen läänissä

Opetusmenetelmä	Ohjaus- ja opetusmenetelmän käytön useus			
	Usein %	Harvoin %	Ei koskaan %	Tieto puuttuu %
Keskustelu	85	2	-	13
Video	67	17	1	15
Alustus	60	17	5	18
Luento	53	18	7	22
Käytännön harjoittelu (esim. rentoutus)	38	18	16	28
Ryhmätyö	24	38	16	22
Tutustumiskäynti	23	14	35	28
Demonstrointi	21	25	24	30
Vieraileva asiantuntija	18	45	14	24
Vanhempien alustus	7	15	52	26
Draama	-	4	66	30

Yhdeksän lääkäriä käytti ryhmämenetelmiä neuvolatyössä. Ohjaus- ja opetusmenetelminä he käyttivät perhevalmennuksessa luentoja, alustusta ja keskustelua.

Perhevalmennus osana ryhmätoimintaa

Kaikista kyselyyn vastanneista terveydenhoitajista 106 (85 %) järjesti perhevalmennusta. Perhevalmennusta tarkentaviin kysymyksiin vastasi 94 terveydenhoitajaa. Näistä terveydenhoitajista 50 (54 %) piti perhevalmennusta, johon sisältyi 5-6 tapaamiskertaa raskauden aikana. Terveydenhoitajista 13 (14 %) toi esille, että perhevalmennukseen sisältyi vain yksi tapaaminen ennen lapsen syntymää. (Taulukko 23.)

TAULUKKO 23. Terveydenhoitajien (n=94) toteuttamat perhevalmennuksen tapaamiskerrat raskauden aikana Itä-Suomen läänissä

Perhevalmennuskertojen määrä	Terveydenhoitajien määrä	
	n	%
1	13	14
2-3	7	7
4-5	42	45
6-7	30	32
8-10	2	2

Osa terveydenhoitajista (n=51) jatkoi perhevalmennusta myös lapsen syntymän jälkeen. Näistä terveydenhoitajista 45 järjesti yhden perhevalmennustilaisuuden ja kuusi 2-4 perhevalmennustilaisuutta.

Alle yksivuotiaiden lasten perheille suunnatut ryhmät

Terveydenhoitajista 43 (35 %) järjesti ryhmiä alle yksivuotiaiden lasten perheille. Terveydenhoitajat kuvasivat näiden ryhmien sisältöjä monipuolisesti. Ryhmissä käsiteltiin seuraavia aihealueita:

- Perheen arki ja lapsen päivittäinen hoito
- Vanhemmuus
- Parisuhteen hoitaminen
- Perheen muut ihmissuhteet
- Synnytyskokemukset
- Lapsen kasvu ja kehitys
- Lapsen kasvatatus

Yleisimmin ryhmissä keskusteltiin lapsen päivittäisestä hoidosta ja perheen arjen sujumisesta, esimerkiksi lapsen unirytmistä, ruokailusta ja leikistä. Seuraavaksi yleisimmät aiheet olivat vanhemmuus, parisuhde ja perheen muut ihmissuhteet. Ryhmissä saatettiin keskustella vanhempien voimavaroista, työnjaosta perheessä, sisarus-ten huomioimisesta vauvan syntyessä, vuorovaikutuksesta vanhempien ja lapsen välillä. Terveydenhoitajat toivat esille, että ryhmissä vanhemmilla oli mahdollisuus vaihtaa kokemuksia ja tunteita käytännön asioista. Näin mahdollistettiin vertais-
tuen saaminen toisilta vanhemmilta.

Leikki-ikäisten lasten perheille suunnatut ryhmät

Terveydenhoitajista 14 % toteutti myös leikki-ikäisten lasten perheille suunnattuja ryhmiä. Näiden ryhmien keskeisinä aiheina olivat:

- Lapsen kasvu ja kehitys
- Lapsen kasvatatus
- Lapsen päivittäinen hoito
- Vanhemmuus

Leikki-ikäisten lasten perheiden ryhmissä käsiteltiin tavallisimmin lapsen kasvuun ja kehitykseen, päivittäiseen hoitoon sekä kasvatukseen liittyviä aiheita. Kasvuun ja kehitykseen liittyvinä aiheina terveydenhoitajat mainitsivat lapsen itsenäistymisen, kehityksen eri ikävaiheissa, sisarkateuden ja leikin. Kasvatukseen liittyvissä aiheissa korostui lapsen kanssa oleminen ja rajojen asettaminen. Ryhmissä käsiteltiin myös lapsen päivittäisen hoidon kysymyksiä, esimerkiksi ravitsemusta, nukkumista, tapaturmien ehkäisyä, kastelua ja leikki-
iän sairauksia. Lisäksi ryhmien aiheina oli vanhemmuus ja vanhempien jaksaminen.

Isäryhmät ja isien osallistuminen äitiys- ja lastenneuvolakäynteihin

Kahdessatoista neuvolassa pidettiin isäryhmiä järjestämällä heille omia tapaamisker-
toja osana perhevalmennusta. Näitä isäryhmiä järjestettiin Pohjois-Karjalassa Outo-

kummun ja Etelä-Savossa Savonlinnan ja Heinäveden kunnissa sekä Pohjois-Savossa Nilsissä, Lapinlahdella, Pielavesi-Keiteleellä ja Kuopiossa. Yhdessä neuvolassa toteutettiin ryhmätilaisuuksia alle yksivuotiaan lasten isille. Leikki-ikäisten lasten isille ei järjestetty ryhmätoimintaa.

Isien ryhmissä käsiteltiin isän roolia synnytyksessä, isäksi kasvamista ja suhdetta lapseen, lapsen syntymää elämän muutosvaiheena ja isien tuntemuksia sekä parisuhdetta ja vanhemmuutta. Noin puolet terveydenhoitajista (55 %) arvioi, että lähes kaikki isät osallistuivat perhevalmennukseen. Neljännes terveydenhoitajista (26 %) arvioi, että noin puolet isistä osallistui äitiysneuvolavastaanottoihin. Vastaavasti viidennes terveydenhoitajista (19 %) arvioi, että puolet isistä osallistuu lastenneuvoloiden vastaanottokäynteihin. (Taulukko 24.)

TAULUKKO 24. Terveydenhoitajien (n=125) arviot isien osallistumisesta äitiys- ja lastenneuvolakäynteihin (%) Itä-Suomen läänissä

Isien osallistuminen	Perhevalmennus	Terveydenhoitajien arviot	
		Äitiysneuvolan vastaanottokäynnit	Lastenneuvolan vastaanottokäynnit
Kolmannes isistä	-	31	42
Puolet isistä	1	26	19
Kaksi kolmasosaa isistä	18	15	16
Lähes kaikki isät	55	-	1
Tieto puuttuu	26	28	22

Lääkärit arvioivat pienemmän osan isistä osallistuvan vastaanotoilleen kuin terveydenhoitajat. Lähes puolet lääkäreistä (49 %) arvioi, että kolmannes isistä osallistui äitiysneuvoloiden vastaanotoille ja 58 % lääkäreistä arvioi kolmanneksen isistä osallistuvan lastenneuvoloiden vastaanotoille.

3.4.3 KOTIKÄYNNIT

Terveydenhoitajat tekivät kotikäyntejä tavallisimmin vastasyntyneiden lasten perheisiin. Lisäksi terveydenhoitajat tekivät kotikäyntejä tarvittaessa myös perheiden pulmatilanteissa (81 %), lapsen sairastuttua (68 %), raskauden aikana (49 %) ja leikki-ikäisen lapsen perheisiin (51 %) (Taulukko 23). Kotikäyntejä tehtiin myös pareittain. Tarvittaessa terveydenhoitajista 88 % teki kotikäyntejä muun ammattihenkilön kanssa.

TAULUKKO 25. Terveystenhoitajien (n=125) kotikäyntien syy ja useus neuvolatyössä (%) Itä-Suomen läänissä

Kotikäynnin syy	Kotikäynnin useus			
	Aina %	Tarvittaessa %	Ei koskaan %	Tieto puuttuu %
Perheessä vastasyntynyt	79	17	2	2
Perheen pulmatilanne	5	81	8	6
Perheessä sairas lapsi	2	68	18	12
Raskauden aikana	2	49	28	21
Perheessä leikki-ikäinen lapsi	1	51	29	19
Alueelle muuttanut uusi perhe	-	34	55	11

Kyselyyn vastanneista lääkäreistä kuusi teki kotikäyntejä (ks. taulukko 16). Tavallisimmat lääkäreiden tekemien kotikäyntien aiheet olivat perheen pulmatilanteet (esim. päihdeongelma) ja useimmiten lääkärit menivät kotikäynnille yhdessä muun ammattihenkilön kanssa.

3.4.4 ASIAKKAIDEN TARPEIDEN TUNNISTAMINEN

Selvityksessä haluttiin tietoa siitä, millaisia tarpeiden tunnistamismenetelmiä (esimerkiksi varhaisen vuorovaikutuksen havainnointi) ja millaisia lomakkeita (esimerkiksi alkoholin käyttöä arvioiva AUDIT-kysely, mielialamittari) terveydenhoitajat ja lääkärit käyttävät asiakkaidensa tarpeiden tunnistamisessa. Tulosten mukaan näiden menetelmien käyttö ei ole vakiintunut neuvolatyössä. Tavallisimmin terveydenhoitajat käyttivät terveyskeskuksissa kehitettyjä kyselylomakkeita, joita säännöllisesti käytti 31 % ja tarvittaessa 25 % terveydenhoitajista. Terveystenhoitajista 52 % käytti säännöllisesti tai tarvittaessa vanhemmuuden roolikarttaa ja 49 % varhaisen vuorovaikutuksen havainnointimenetelmää arvioidessaan perheiden tarpeita. Vähiten terveydenhoitajat käyttivät perhetilannepuntaria, voimavaramittaria, huolen vyöhykkeistöä ja mielialamittaria (Taulukko 26.).

TAULUKKO 26. Terveystenhoitajien (n=125) käyttämät menetelmät asiakkaiden tarpeiden tunnistamiseksi (%) Itä-Suomen läänissä

Menetelmä	Menetelmän käyttö			
	Säännöllisesti %	Tarvittaessa %	Ei koskaan %	Tieto puuttuu %
Terveystkeskuksen oma kyselylomake	31	25	14	30
Varhaisen vuorovaikutuksen havainnointi	12	37	22	29
Voimavaramittari	6	11	44	39
Vanhemmuuden roolikartta	5	47	26	22
AUDIT-kysely	4	34	34	28
Mielialamittari	4	21	42	33
Perhepuntari	2	3	56	39
Huolen vyöhykkeistö	-	17	48	34

Lääkärit käyttivät terveydenhoitajia harvemmin lomakkeita asiakkaiden tarpeiden tunnistamisessa. Tavallisin lääkäreiden käyttämä menetelmä oli AUDIT-kysely asiakkaiden alkoholinkäytön arvioinnissa. Sitä käytti tarvittaessa tai säännöllisesti 19 lääkäriä (39 %). Lisäksi 17 (35 %) lääkäriä käytti tarvittaessa tai säännöllisesti terveyskeskuksen omia kyselylomakkeita ja tarvittaessa kymmenen lääkärin (20 %) käytössä oli mielialamittari.

Työajan kohdentaminen asiakkaiden tarpeiden mukaisesti

Enemmistö terveydenhoitajista arvioi suurten asiakasmäärien lisäävän neuvolatyön kuormittavuutta. Toisaalta he kokivat työnsä itsenäiseksi, mikä mahdollisti työajan joustavan käytön asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Terveydenhoitajien työajan kohdentamisen keinoina olivat perhekohtainen terveydenhoitosuunnitelma, iltavastaanotot, asiakaskohtainen joustavuus käynnin sisällöissä, tarpeenmukaiset uusintakäynnit, verkostotyö, oman työajankäytön suunnittelu ja työnjaon suunnittelu kollegojen kanssa.

Osa terveydenhoitajista arvioi, ettei heillä ollut riittävästi mahdollisuutta kohdentaa työaikaansa asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Tämän ajateltiin johtuvan suurista asiakasmääristä, jolloin työaika riitti vain ns. ohjelmanmukaisiin määräaikaistarkastuksiin. Lisäksi terveydenhoitajat toivat esille, että sijaisten puute sairauslomien aikana ja työajan vähäisyys toiminnan suunnitteluun vaikeuttavat työajan kohdentamista. Osa terveydenhoitajista joutui tekemään ylitöitä varmistaakseen asiakkailleen tarpeenmukaiset neuvolapalvelut. Pulmana mainittiin myös se, että ”äänekkäät asiakkaat” saavat haluamansa palvelut ja tämä saattaa heikentää muiden asiakkaiden tarpeenmukaista neuvolakäyntien kohdentamista.

Lääkärit kokivat terveydenhoitajia useammin, ettei heillä ollut mahdollisuutta kohdentaa työaikaansa asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Monet lääkärit arvioivat, että työaika riittää vain määräaikaistarkastuksiin eikä aikaa ole riittävästi erityistä tukea tarvitseville perheille. Lääkäreiden mukaan terveydenhoitajat suunnittelivat heidän työajankäyttönsä neuvoloissa, eikä heillä useinkaan ollut mahdollisuutta vaikuttaa omaan työajan käyttöön.

”Muut suunnittelevat ja minä yritän sopeutua raameihin, vaikka työtapani ovat odo-
tuksista poikkeavat.”

”Neuvolatyö tahtoo jäädä liukuhihnatyöksi, jossa tehdään isolla frekvenssillä määrä-
aikaistarkastuksia.”

42 Osa lääkäreistä oli kuitenkin pystynyt mielestään antamaan riittävästi aikaa erityistukea tarvitseville perheille yhteistyössä terveydenhoitajan kanssa. Lääkäreiden mukaan erityisesti perheiden psykososiaalisten pulmien havainnointiin ja hoitoon tulisi varata nykyistä enemmän aikaa. Jotkut lääkärit ehdottivat, että terveydenhoitajien ja lääkäreiden välistä työnjakoa tulisi selkiinnyttää ja näin mahdollistaa asiakkaiden tarpeenmukaiset neuvolapalvelut.

3.5 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

3.5.1 LÄÄKÄREIDEN JA TERVEYDENHOITAJIEN YHTEISTYÖ NEUVOLATYÖN YTIMENÄ

Lääkärit ja terveydenhoitajat kuvasivat yhteistyötään sujuvaksi ja työnjakoaan selkeäksi. Sujuva yhteistyö oli toistensa arvostamista, luontevaa keskusteluyhteyttä, avointa vuorovaikutusta ja epävirallistakin pohdintaa. Yhteistyötä edistävinä tekijöinä tunnistettiin muun muassa pitkä yhdessä työskentely, laaja neuvolatyön kokemus, yhteistyöpalaverit, yhteinen aika lääkärin neuvolavastaanottojen yhteydessä ja toistensa helppo tavoitettavuus. Yhteistyötä tehtiin myös sähköpostin, kirjallisten viestien ja puhelinneuvottelujen avulla.

"Yhteistyö toimii, koska toimittu pitkään yhdessä".
"...pystymme puhumaan myös näkemyseroista."

Yhteistyötä vaikeuttavina tekijöinä mainittiin ajanpuute, neuvolalääkäreiden vaihtuvuus ja lääkäripalvelujen ostaminen.

"Väestövastuulääkärinä neuvolatyöhön liian vähän aikaa."
"...lastenneuvolassa keikkalääkäri-ostopalvelu."

3.5.2 ERITYISTYÖNTEKIJÖIDEN JA ERIKOISLÄÄKÄREIDEN PALVELUT JA YHTEISTYÖ ERI AMMATTIRYHMIEN KANSSA

Kunnat tai kuntayhtymät tuottivat omana toimintana yleisimmin fysioterapeuttien ja psykologien palvelut. Puheterapeuttien palvelut järjestettiin joko omana toimintana tai ostopalveluina. Yli puolet kunnista järjesti toimintaterapiapalvelut ostopalveluina ja neljännes kunnista ei pystynyt järjestämään lainkaan ko. palveluja. Noin kolmannes kunnista järjesti ravitsemusterapiapalvelut joko omana toimintana tai ostopalveluina ja neljä kuntaa seutukunnallisesti. Lähes puolet Itä-Suomen läänin kunnista ei pystynyt tarjoamaan lainkaan ravitsemusterapiapalveluja (Taulukko 27.).

Lähes puolet Itä-Suomen läänin kunnista ja kuntayhtymistä oli järjestänyt gynekologin ja lastenlääkärin palveluja omana toimintana, ostopalveluna tai seutukunnallisesti. Muiden erikoislääkäreiden palveluja tarjottiin 18 kunnassa. Muina erikoislääkäreinä mainittiin useimmiten radiologi (n=8), sisätautilääkäri (n=3), ortopedi (n=3) ja korvalääkäri (n=3). Lisäksi muutamissa kunnissa oli tarjolla mm. psykiatrin, fysiatrin, neurologin ja silmälääkärin palveluja. (Taulukko 27.).

TAULUKKO 27. Erityistyöntekijöiden ja erikoislääkäreiden palvelut kunnissa tai kuntayhtymissä (N=40) Itä-Suomen läänissä

Erityistyöntekijä/ erikoislääkäri	Palvelujen järjestäminen/tuottaminen				
	Oma toiminta	Osto- palvelu	Seutukun- nallisesti	Ei lainkaan	Tieto puuttuu
Fysioterapeutti	32	3	-	-	5
Psykologi	28	7	-	-	5
Puheterapeutti	16	17	-	1	6
Ravitsemusterapeutti	5	7	4	17	7
Toimintaterapeutti	2	22	-	11	5
Lastenlääkäri	1	4	11	16	8
Gynekologi	3	3	10	17	7
Muu erikoislääkäri	4	9	5	9	13

Terveydenhoitajat raportoivat tekevänsä yhteistyötä viikoittain tai kuukausittain useimmiten kouluterveydenhuollon henkilöstön (63 %, n=79), sosiaalityöntekijän (58 %, n=73), päivähoiton henkilöstön tai puheterapeutin (47 %, n=59), fysioterapeutin (42 %, n=53) ja psykologin (39 %, n=74) kanssa. Noin kolmannes terveydenhoitajista teki yhteistyötä viikoittain tai kuukausittain hammashuollon, kotipalvelun, koulutoimen, kasvatus- ja perheneuvolan ja mielenterveyspalvelujen henkilöstön sekä gynekologin kanssa. Noin viidennes (22 %, n= 28) terveydenhoitajista teki yhteistyötä viikoittain tai kuukausittain lastenlääkärin kanssa. Yhteistyö päihdehuollon, seurakunnan tai poliisin henkilöstön kanssa oli melko vähäistä.

Noin puolet lääkäreistä teki viikoittain tai kuukausittain yhteistyötä kouluterveydenhuollon henkilöstön (n=26), fysioterapeutin tai psykologin (n=21) sekä puheterapeutin tai lastenlääkärin (n=17) kanssa. Yhteistyö toteutui harvoin (1-2 kertaa vuodessa) sosiaalityöntekijän (n=34), koulutoimen henkilöstön (n=28), kotipalvelun tai kasvatus- ja perheneuvolan henkilöstön (n=27) sekä hammashuollon tai päivähoiton henkilöstön (n=26) kanssa.

Terveydenhoitajat ja lääkärit tekivät yhteistyötä myös kunnan ulkopuolisten yhteistyökumppaneiden kuten erikoissairaanhoidon ja vapaaehtoisjärjestöjen kanssa. Erikoissairaanhoidossa keskeisin yhteistyötaho oli äitiyspoliklinikka. Terveydenhoitajista 62 % (n=78) ja vajaa puolet lääkäreistä (45 %, n=22) teki viikoittain tai kuukausittain yhteistyötä äitiyspoliklinikan henkilöstön kanssa. Terveydenhoitajista 44 % (n=55) ja lääkäreistä 29 % (n=14) teki viikoittain tai kuukausittain yhteistyötä synnytysosastojen kanssa. Lastenosastojen ja vapaaehtoisjärjestöjen kanssa tehtiin yhteistyötä puolivuositain tai harvemmin.

3.5.3 MONIAMMATILLISEN YHTEISTYÖN MENETELMÄT JA TILANTEET

Sekä terveydenhoitajien että lääkäreiden tavallisimmin käyttämä moniammatillisen yhteistyön menetelmä oli puhelinneuvottelu. Runsas kolmannes terveydenhoitajis-

ta (39 %) osallistui vähintään kuukausittain viranomaisten yhteistyökokouksiin. Lääkärit osallistuivat yhteistyökokouksiin viranomaisten kanssa harvemmin kuin terveydenhoitajat. Yhteistyökokoukset, joissa asiakas on mukana olivat jokseenkin harvinaisia. Lääkäreistä 41 % ja terveydenhoitajista 46 % osallistui kerran vuodessa tai harvemmin yhteistyökokouksiin, joissa asiakas oli mukana. Runsas kolmannes lääkäreistä (35 %) ei osallistunut koskaan em. kokouksiin. Moniammatillista yhteistyötä edistettiin myös yhteisellä koulutuksella. Puolet lääkäreistä ja 63 % terveydenhoitajista oli osallistunut yhteiseen koulutukseen puolivuositain tai useammin. (Taulukko 28)

TAULUKKO 28. Lääkäreiden (n=49) ja terveydenhoitajien (n=125) käyttämät moniammatillisen yhteistyön menetelmät (%) Itä-Suomen läänissä

Työmenetelmä	Työmenetelmän käytön useus				
	Vähintään kuukausittain %	Puoli-vuosittain %	Kerran vuodessa tai harvemmin %	Ei koskaan %	Tieto puuttuu %
Puhelinneuvottelu					
Lääkäri	35	23	14	18	10
Terveydenhoitaja	71	13	6	7	3
Viranomaisten yhteistyökokous					
Lääkäri	12	25	35	18	10
Terveydenhoitaja	39	27	25	18	2
Yhteinenkoulutus					
Lääkäri	10	41	33	6	10
Terveydenhoitaja	11	52	30	2	6
Yhteistyökokous, asiakas mukana					
Lääkäri	6	8	41	35	10
Terveydenhoitaja	14	26	46	11	3

Kunnissa tai kuntayhtymissä toimi erilaisia moniammatillisia työryhmiä, joiden tavoitteena oli lapsiperheiden tukeminen erityistilanteissa. Tavallisin työryhmä oli *kuntoutustyöryhmä*, joita toimi 16 kunnassa. Niiden tavoitteena oli muun ohessa lapsen kehityksen seuranta ja tarvittavien tukitoimien suunnittelu. Kunnissa toimivilla työryhmillä oli useita nimikkeitä, kuten *lastenneuvolatyöryhmä*, *väestövastuutyöryhmä*, *perhetyöryhmä* ja *neuvolatiimi*. Ne kokoontuivat joko säännöllisesti tai tarvittaessa. Neuvola- ja päivähoitohenkilöstö olivat muodostaneet yhteistyöryhmiä muutamissa kunnissa. Kunnissa oli koottu myös työryhmiä, jotka oli muodostettu perheiden ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi. Tällaisia työryhmiä olivat *päihderyhmä*, *kriisiryhmä*, *mielenterveysryhmä*, *lastensuojelun tukiryhmä*, *väkivaltaryhmä* ja *naisiin kohdistuva väkivaltaryhmä*.

Lääkärit ja terveydenhoitajat tekivät moniammatillista yhteistyötä tavallisimmin seuraavissa perheen psykososiaalisissa ja lasten kasvuun ja kehitykseen liittyvissä pulmatilanteissa sekä lastensuojelutilanteissa:

Perheen psykososiaaliset ongelmat

- päihteydenkäyttö
- mielenterveysongelmat
- perheväkivalta
- taloudelliset vaikeudet
- kriisitilanteet
- vaikeudet parisuhteessa

Lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyvät ongelmat

- käyttäytymishäiriöt
- psyykkiset ongelmat
- neurologiset ongelmat
- somaattiset sairaudet

Huoli lapsen hoidosta

- puutteellinen vanhemmuus
- kasvatuksen pulmatilanteet
- ns. uusavuttomuus
- nuoret äidit ja perheet
- lastensuojelun tarve

3.5.4 MONIAMMATILLISTA YHTEISTYÖTÄ EDISTÄVÄT JA VAIKEUTTAVAT TEKIJÄT

Lääkärit ja terveydenhoitajat tunnistivat useita yhteistyötä edistäviä tekijöitä omassa työssään. Niitä olivat:

- Yhteistyökumppaneiden tuttuus
- Hyvät henkilösuhteet, avoimuus ja arvostaminen
- Lähekkäiset työtilat
- Sovitut yhteistyöpalaverit
- Yhteiset koulutukset ja työnohjaus
- Yhdistetty sosiaali- ja terveystoimi
- Pitkäaikaiset ja pätevät yhteistyökumppanit
- Itsenäinen työ
- Yhteiset tavoitteet ja pelisäännöt
- Sähköiset tietojärjestelmät

Useimmin mainittu edistävä tekijä oli yhteistyökumppaneiden tuttuus. Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttaviksi tekijöiksi on yleisesti tunnistettu ajanpuute, työntekijöiden vaihtuminen, tiedonkulun puutteellisuus, toimintakulttuurien erilaisuus ja vaihtelovollisuus. Kyselyssä selvitettiin, miten neuvolatyössä toimivat lääkärit ja terveydenhoitajat olivat ratkaisseet moniammatillista yhteistyötä vaikeuttavia pulmia. Seuraavassa luettelossa kuvataan terveydenhoitajien ja lääkäreiden käyttämiä keinoja näiden pulmien ratkaisemiseksi.

Ajanpuute

- Sovitut ja säännölliset tapaamiset ja puhelinajat
- Selkeä työnjako
- Työn suunnittelu
- Keskustelut sähköpostitse

Työntekijöiden vaihtuminen

- Ajantasaiset yhteystiedot
- Uuden työntekijän esittelykäynnit ja perehdyttäminen
- Uuden työntekijän esitleminen asiakkaille, "*Saattaen vaihtaminen*"
- Hyvä kirjaaminen ja suullinen raportointi
- Tutut sijaiset, "*Vakituinen sijaispiiri*"
- Sovitut toimintatavat ja tavoitteet

Tiedonkulun puutteellisuus

- Sähköinen potilastietojärjestelmä
- Sähköposti, "*Sähköposti on mainio uudistus talon sisäisen tiedonkulun parantamiseksi.*"
- Yhteiset ja säännölliset palaverit, joista laaditaan muistiot
- Kirjalliset hoitosuunnitelmat

Toimintakulttuurien erilaisuus

- Yhteiset koulutukset ja palaverit
- Rohkeus täsmentää epäselvät asiat
- Avoin keskustelu
- Erilaisuuden hyödyntäminen, "*Erilaisuus on rikkautta!*"

Vaitiolo-velvollisuus

- Lähtökohtana asiakkaan lupa
- Asiakas mukana hoidon tai palvelun suunnittelussa
- Koulutus
- Tapaus-konsultaatiot
- Ammatillinen toiminta lastensuojeluasioissa (lapsen edun turvaaminen)

3.5.5 KUNTIEN LAPSIPERHEPALVELUJEN KOORDINOINTI JA YHTEISTYÖN TIIVISTÄMINEN

Johtavat viranhaltijat kuvasivat *lapsiperhepalvelujen koordinointia ja yhteistyön tiivistämistä* kunnan tai kuntayhtymän palveluja tuottavien yksiköiden kesken. Eniten yhteistyötä tehtiin neuvoloiden ja sosiaalitoimen kesken ja toiseksi tavallisin yhteistyökumppani oli päivähoito. Yhteistyötä tehtiin osallistumalla yhteisiin kokouksiin ja asiakasneuvotteluihin. Yhteistyön kehittämiseksi lapsiperheiden kanssa työsken-

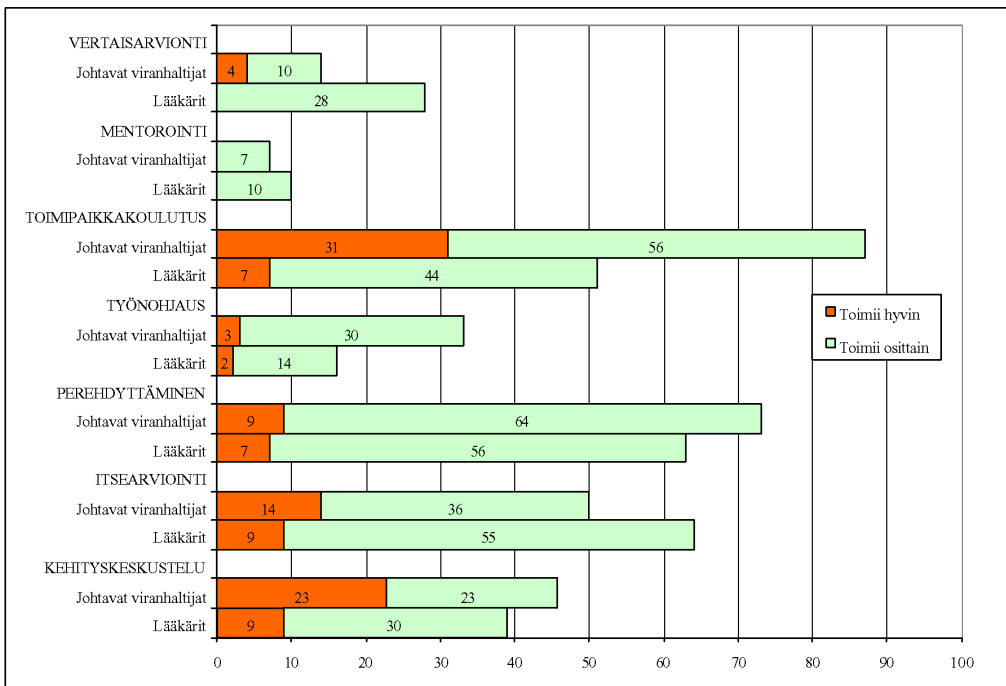
televät tahot osallistuivat yhteisiin koulutuksiin ja kehittämishankkeisiin. Esimerkkeinä kehittämishankkeista yhteistyön tiivistämiseksi ja lapsiperhepalvelujen kehittämiseksi mainittiin Pohjois-Savossa Iisalmen lähiöelämän kehittämisprojekti ja Siilinjärven lapsiperheprojekti sekä Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun Liperissä toteuttama Perenna-hanke. Siilinjärven ja Liperin hankkeissa keskeisinä toimijoina olivat neuvoloiden, sosiaalityön, kotipalvelun, päivähoidon sekä kasvatusta ja perheneuvolan työntekijät. Palveluja oli koordinoitu myös seutukunnallisena hankkeena. Pohjois-Karjalassa Lieksan, Nurmeksen, Valtimon ja Juuan kunnat tekevät yhteistyötä Lasten ja nuorten mielenterveystyön kehittämisen -projektissa.

Kahdessa kunnassa lapsiperhepalvelujen koordinointi perustui hallinnolliseen muutokseen, jossa lähtökohtana olivat asiakkaiden palveluprosessit. Pohjois-Savossa Leppävirran kunnassa oli perustettu perhepalvelujen vastuualue ja Lapinlahdella perheosasto. Lapinlahdella äitiys- ja lastenneuvolatoiminta sekä kouluterveydenhuolto liitettiin sosiaalitoimen vastuualueeseen. Pohjois-Karjalassa Ilomantsissa oli lapsiperheiden hyvinvoinnin edistämiseksi perustettu kerran vuodessa kokoontuva perhetyöryhmä. Perhetyöryhmä toimi eri hallintokuntien, seurakunnan ja poliisin edustajien visiointi- ja keskustelufoorumina. Kiihtelysvaaran kunnassa oli vuoden 2003 alussa aloitettu ”Perheen hyvinvointineuvolat” -toiminta.

Saumattomien palvelujen varmistamiseksi lapsiperheille oli kunnissa aloitettu *hoitoketjujen* rakentaminen. Keskeisimmät lapsiperheiden erityistilanteet, joihin kunnissa oli laadittu tai oli suunnitteilla hoitoketjuja olivat päihteidenkäyttö, mielenterveysongelmat, lastensuojelu ja lasten syömishäiriöt. Toiminta oli vielä hajanaista ja kunnissa tarvittiin kirjattuja ja yhteisesti sovittuja toimintamalleja sujuvien palvelujen varmistamiseksi perheille.

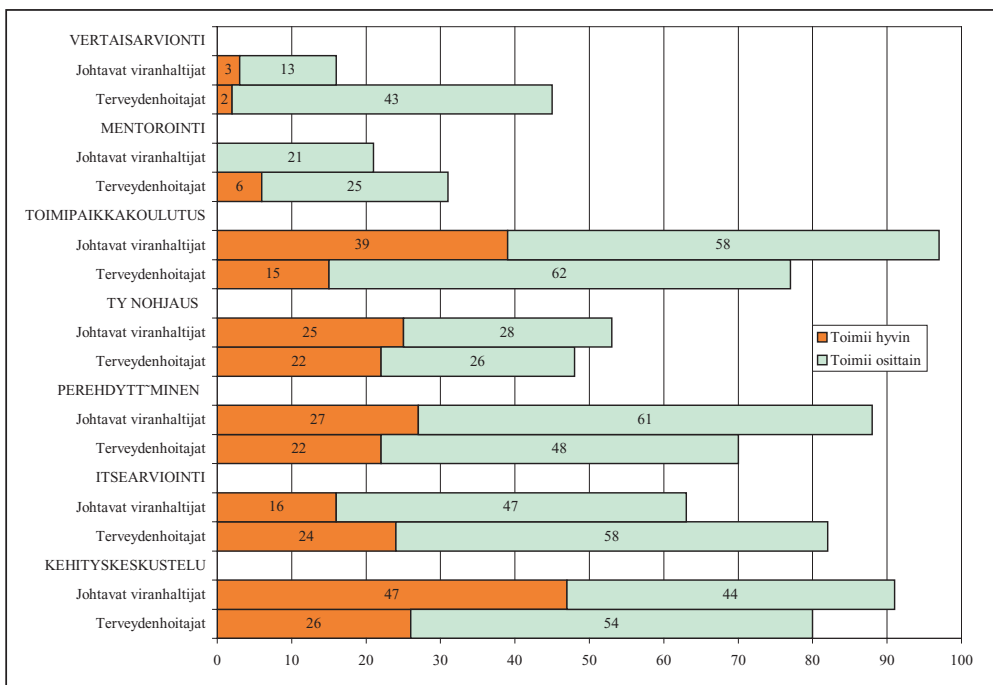
3.6 AMMATTIT AidON YLLÄPITÄMISEKSI KÄYTETTÄVIEN MENETELMIEN TOIMIVUUS

Neuvolahenkilöstön ammattitaidon ylläpitämiseksi oli kunnissa ja kuntayhtymissä käytössä useita menetelmiä. Parhaiten toimivia olivat toimipaikkakoulutus, perehdyttäminen, itsearviointi ja kehityskeskustelut ja huonoiten toimivia mentorointi, työnohjaus ja vertaisarviointi. Johtavien viranhaltijoiden ja neuvoloissa työskentelevien lääkäreiden ja terveydenhoitajien näkemykset menetelmien toimivuudesta erosivat toisistaan. Suurimmat lääkäreiden ja johtavien viranhaltijoiden näkemuserot olivat toimipaikkakoulutuksen ja kehityskeskustelujen toimivuudessa. Johtavista viranhaltijoista 31 % ja lääkäreistä 7 % arvioi toimipaikkakoulutuksen toimivan hyvin. (Kuvio 1.)



KUVIO 1. Lääkäreiden (n=49) ja johtavien viranhaltijoiden (N=40) arvioinnit ammattitaidon ylläpitämiseksi käytettävien menetelmien toimivuudesta (%) Itä-Suomen läänissä

Kehityskeskusteluja hyvin toimivina piti 23 % johtavista viranhaltijoista ja 9 % lääkäreistä. Sen sijaan lääkäreiden ja johtavien viranhaltijoiden näkemykset työnohjauksen, perehdyttämisen ja itsearvioinnin toimivuudesta olivat samansuuntaiset. (Kuvio 1.)



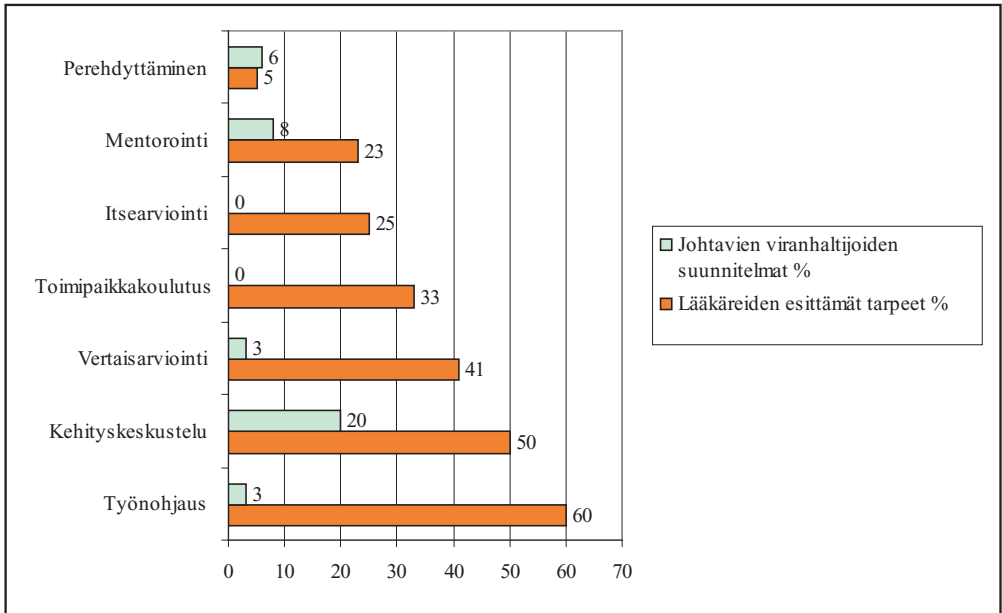
KUVIO 2. Terveystenhoitajien (n=125) ja johtavien viranhaltijoiden (N=40) arvioinnit ammattitaidon ylläpitämiseksi käytettävien menetelmien toimivuudesta (%) Itä-Suomen läänissä

Terveystenhoitajien ja johtavien viranhaltijoiden näkemykset ammattitaidon ylläpitämiseksi käytettävien menetelmien toimivuudesta eivät myöskään olleet yhteneviä. Suurin ero oli toimipaikkakoulutuksen ja kehityskeskustelujen toimivuudessa. Toimipaikkakoulutusta hyvin toimivana piti 39 % johtavista viranhaltijoista ja 15 % terveystenhoitajista. (Kuvio 2.)

Johtavista viranhaltijoista 47 % ja terveystenhoitajista 26 % arvioi kehityskeskustelujen toimivan hyvin. Sen sijaan näkemykset työnohjauksen, perehdyttämisen ja itsearvioinnin toimivuudesta olivat samansuuntaiset. (Kuvio 2.)

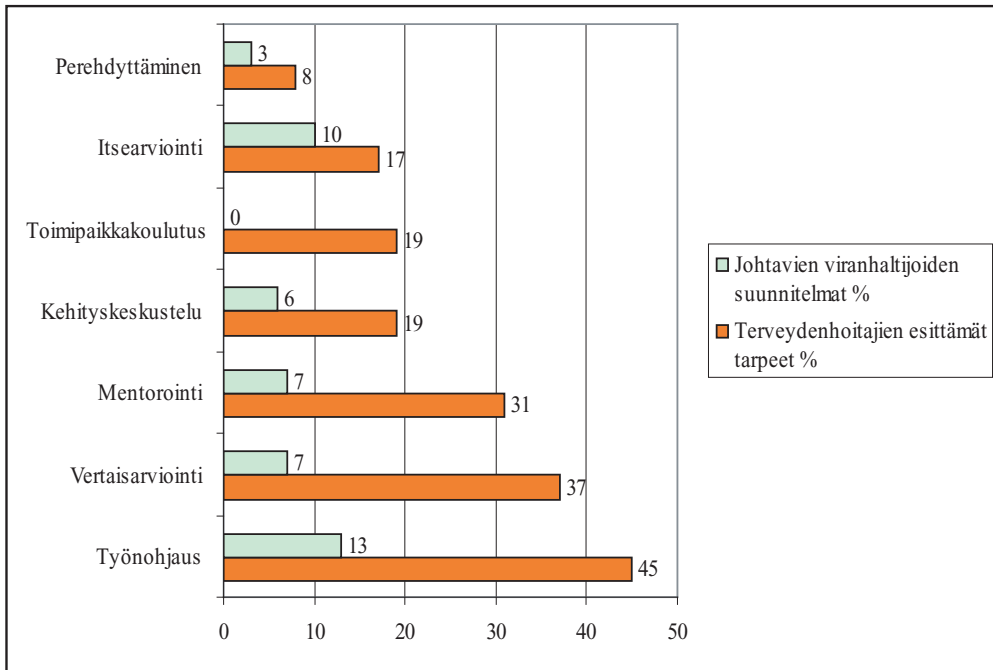
3.6.1 MENETELMIEN KEHITTÄMINEN

50 Neuvolatyössä toimivien lääkäreiden ja terveystenhoitajien arviointien mukaan kunnissa tarvitaan huomattavaa menetelmien kehittämistä ammattitaidon ylläpitämiseksi. Työnohjauksen kehittäminen oli molempien ammattiryhmien tärkein kehittämiskohde.



KUVIO 3. Lääkäreiden (n=49) ja johtavien viranhaltijoiden (N=40) arvioinnit ammattitaidon ylläpitämiseksi käytettävien menetelmien kehittämisen tarpeellisuudesta (%) Itä-Suomen läänissä

Lääkärit toivoivat järjestettävän lisäksi kehityskeskusteluja (50 %), vertaisarviointia (41 %) ja toimipaikkakoulutusta (33 %). Johtavien viranhaltijoiden suunnitelmat menetelmien kehittämiseksi eivät vastanneet työntekijöiden tarpeita. Kuviossa 3 kuvataan lääkäreiden näkemyksiä ammattitaidon ylläpitämiseksi tarvittavien menetelmien kehittämisestä sekä johtavien viranhaltijoiden suunnitelmia näiden menetelmien kehittämiseksi.



KUVIO 4. Terveydenhoitajien (n=125) ja johtavien viranhaltijoiden (N=40) arvioinnit ammattitaidon ylläpitämiseksi käytettävien menetelmien kehittämisen tarpeellisuudesta (%) Itä-Suomen läänissä

Terveydenhoitajat toivoivat järjestettävän työnohjausta (45 %) lisäksi vertaisarviointia (37 %) ja mentorointia (31 %). Johtavilla viranhaltijoilla ei ollut juurikaan suunnitelmia menetelmien kehittämiseksi. Kuviossa 4 esitetään terveydenhoitajien näkemyksiä ammattitaidon ylläpitämiseksi tarvittavien menetelmien kehittämisestä ja johtavien viranhaltijoiden suunnitelmia niiden kehittämisestä.

3.6.2 TÄYDENNYSKOULUTUS NEUVOLATYÖSSÄ TOIMIVIEN OSAAMISEN VAHVISTAJANA

Lääkäreiden täydennyskoulutus

52 Johtavat viranhaltijat kuvasivat lääkäreiden osallistumista neuvolatyöhön liittyvään koulutukseen viimeisen kahden vuoden aikana. Yleisimmin lääkärit olivat osallistuneet erikoissairaanhoidon järjestämiin koulutuksiin. Näiden koulutustilaisuuksien aiheina olivat muun ohessa lasten neurologia ja psykiatria sekä raskauden seuranta. Muina koulutuksina mainittiin lasten ja nuorten psyykkiseen hyvinvointiin liittyvä koulutus, lääninhallituksen järjestämät koulutukset sekä lääkäripäivät. Neuvolatyössä toimivat lääkärit kuvasivat pitävänsä ammattitaitoaan yllä osallistumalla koulutuksiin, lukemalla ammattilehtiä ja alan kirjallisuutta sekä hakemalla uutta tietoa sähköisistä tietojärjestelmistä.

Neurolatyoässä toimivien lääkäreiden ja johtavien viranhaltijoiden arvioinnit tulevaisuudessa tarvittavasta lääkäreiden koulutuksesta olivat samansuuntaiset. Lähes puolet lääkäreistä (42 %) toivoi täydennyskoulutuksen tehostamista kunnissa. Lääkäreiden äitiyshuollon koulutuksen keskeisiksi sisältöalueiksi esitettiin ultraäänitutkimukset, ikääntyneiden synnyttäjien hoito ja päihteitä käyttävien äitien hoito. Lastenneurolatyoöhön kohdentuvan koulutuksen aiheiksi toivottiin lasten lievien neurologisten ja muiden kehityshäiriöiden diagnostiikkaa ja hoitoa, lasten ja nuorten psykikistä hyvinvointia, rokotuksia, vanhemmuuden rooleja ja varhaisen vuorovaikutuksen havainnointia ja tukemista. Neurolatyoöhön liittyvänä lääkäreiden koulutuksen yleisiksi aiheiksi esitettiin mm. moniammatillinen yhteistyö, asiakkaan tai perheen kohtaaminen, perheiden motivoiminen terveysvalinnoissa, perheiden psykososiaaliset pulmat, erilaiset perheet (yksinhuoltaja ja uusperheet), perheterapia, itsearviointi ja vertaisarviointi sekä tiedon päivittäminen.

Terveydenhoitajien täydennyskoulutus

Johtavien viranhaltijoiden mukaan terveydenhoitajat olivat osallistuneet Varhaisen vuorovaikutuksen havainnointi ja tukeminen –koulutukseen 15 kunnassa tai kuntayhtymässä. (Liitetaulukko 9.) Muita keskeisiä terveydenhoitajien koulutusalueita viimeisen kahden vuoden aikana olivat mm. perheiden psykkinen hyvinvointi, päihteet, lapsen kehityksen arviointi ja moniongelmaisten perheiden auttaminen.

Neurolatyoässä toimivat terveydenhoitajat pitivät ammattitaitoaan yllä osallistumalla koulutuksiin, lukemalla ammattilehtiä, vanhemmille suunnattuja lehtiä ja alan kirjallisuutta sekä hakemalla uutta tietoa sähköisistä tietojärjestelmistä. Terveydenhoitajat keskustelivat kollegojensa kanssa ja sovelsivat heiltä oppimiaan hyväksi koettuja työmenetelmiä. Usean kunnan terveydenhoitajat olivat osallistuneet tietoteknikkakoulutukseen.

Johtavien viranhaltijoiden ja terveydenhoitajien arvioinnit tulevaisuudessa tarvittavasta terveydenhoitajien täydennyskoulutuksesta olivat samansuuntaiset. Terveydenhoitajista 39 % toivoi täydennyskoulutusta ammattitaitonsa ylläpitämiseksi. Terveydenhoitajien tulevaisuudessa tarvittavan koulutuksen aihealueita olivat ensisijaisesti moniongelmaisten lapsiperheiden tukeminen ja lapsen auttaminen näissä perheissä (päihteet, masennus, perheväkivalta). Muita tulevaisuuden koulutusaiheita olivat perhedynamiikka, parisuhde, vanhemmuuden tukemisen menetelmät (vanhemmuuden roolikartta, voimavarojen tunnistaminen, vertaistuki, varhainen puuttuminen). Lisäksi tarvittiin koulutusta moniammatilliseen työskentelyyn (esim. verkostotyö, yhteiset koulutukset), ryhmien kanssa toimimiseen ja informaatioteknologiaan.

3.7 ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLATYÖN KEHITTÄMINEN

Kunnissa ja kuntayhtymissä oli meneillään useita neuvolatyön kehittämishankkeita ja kehitettäviä aiheita. Neuvolatyön kehittämisen tärkeimpiä aihealueita olivat johtavien viranhaltijain mukaan neuvoloiden ja päivähoidon yhteistyön tiivistäminen, päihdeongelmaisten ja syrjäytymisvaarassa olevien perheiden (erityisesti lapset) hoitomallit, erityistukea tarvitsevien lasten hoitomalli (ETU) sekä vauva- ja leikki-ikäisten lasten neurologisen kehityksen arvioinnin tehostaminen (VANE, LENE). Muutamissa kunnissa oli organisoitu perhepalveluja uudella tavalla. Pohjois-Karjalan maakunnassa neuvolatyötä kehitettiin perheiden voimavaroja ja parisuhdetta tukevilla hankkeilla. Liitetaulukossa 9 esitetään kuntien tai kuntayhtymien neuvolatyön kehittämishankkeet ja kehittämistyön aihealueet.

Kunnissa ja kuntayhtymissä tehtiin yhteistyötä alueen toisen asteen oppilaitosten, ammattikorkeakoulujen ja Kuopion yliopiston kanssa neuvolatyön kehittämiseksi. Yhteistyötä tehtiin osallistamalla näiden oppilaitosten järjestämiin koulutuksiin ja ohjaamalla opiskelijoiden opinnäytetöitä sekä suuntaamalla opinnäytetöiden aiheita käytännön tarpeiden mukaisiksi. Erityisesti Kuopiossa yhteistyö Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksen kanssa oli kiinteää, koska preventiivisen hoitotieteen professorilla on sivuvirka Kuopion sosiaali- ja terveyskeskuksessa. Yhteistyön konkretisoimiseksi on laadittu hoitotyön kehittämis- ja tutkimusohjelma, joka suuntaa muun ohessa opiskelijoiden harjoittelujen ja opinnäytetöiden aihevalintoja sekä käytännön hoitotyön kehittämistä.

Johtavat viranhaltijat, lääkärit ja terveydenhoitajat esittivät neuvolatyön kehittämistarpeita tulevaisuudessa. Neuvolatyön keskeisiksi kehittämiskohteiksi tunnistettiin toimintamallien, työmenetelmien, sisältöjen ja arvioinnin kehittäminen sekä henkilöstövoimavarojen turvaaminen:

Toimintamallit

- yhteistyö: moniammatillinen, seutukunnallinen, poikkihallinnollinen
- yhteistyö erikoissairaanhoidon (saumattomat hoitoketjut ja tiedonkulku) ja järjestöjen kanssa
- neuvoloiden toimintasuunnitelmien ja strategioiden laatiminen ja toimeenpano
- vanhempien osallistuminen neuvolatyön suunnitteluun ja arviointiin

Työmenetelmät

- 54
- ryhmätoiminta: pienryhmätoiminta (vertaistuki), ryhmäneuvola, perhevalmennus
 - kotikäynnit
 - perheen kanssa työskentelytaidot
 - varhainen puuttuminen ja puuttumiskeinot

Neuvolatyön sisällöt

- erilaisissa ongelmatilanteissa olevien perheiden tunnistaminen ja auttaminen
- vanhemmuuden tukeminen
- terveysneuvonnan keskeiset aihealueet

Henkilöstövoimavarat: jaksaminen, osaaminen, riittävyys, saatavuus

- henkilöstön riittävyyden varmistaminen
- henkilöstömitoitus väestömuutosten ja asiakkaiden tarpeiden mukaisesti
- osaavan henkilöstön saatavuus
- henkilöstön hyvinvoinnista ja työssä jaksamisesta huolehtiminen
- osaavat ja vakinaiset lääkärit neuvolatyöhön
- erityisosaamisen varmistaminen: ei liian monta tehtäväaluetta terveydenhoitajille ja lääkäreille
- johdon tuki kehittämistyölle
- sijaisten palkkaaminen
- perehdyttäminen

Neuvolatoiminnan arviointi

- arviointimenetelmien kehittäminen
- laadun arviointi
- menetelmien vaikuttavuuden arviointi
- ehkäisevän työn kuvaamisen ja tunnuslukujen kehittäminen

Moniammatillista yhteistyötä pidettiin keskeisenä kehittämisalueena neuvolatyössä. Moniammatillisen yhteistyön keinoina mainittiin verkostotyö ja tiimityö. Yhteistyökumppaneina esitettiin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön lisäksi vanhemmat, kunnan muiden hallintokuntien henkilöstö (poikkihallinnollinen yhteistyö), järjestöt ja erikoissairaanhoido. Seutukunnallista yhteistyötä pidettiin myös tärkeänä kehittämiskeinona.

Lääkäreiden ja terveydenhoitajien työmenetelmien kehittämisessä nostettiin erityisesti esille työskentelytaitojen vahvistaminen koko perheen kanssa. Esimerkiksi vanhemmuuden roolikartan käyttöön ja vaikeiden asioiden puheeksi ottamiseen olisi tarpeen harjaantua. Ryhmätoiminnan monipuolistamista ja laajentamista sekä kotikäyntien lisäämistä pidettiin myös tärkeänä.

Neuvolatyön sisällön kehittämisessä oli tärkeää erilaisissa ongelmatilanteissa olevien perheiden tunnistaminen ja auttaminen. Erityisesti neuvoloissa tulisi tukea perheitä, joissa on mielenterveys- ja/tai päihdeongelmia, psykososiaalisia ongelmia tai perheväkivaltaa. Lisäksi korostettiin, että neuvoloissa tulee varmistaa riskiraskauksien hoito ja lasten neurologisten ongelmien tunnistaminen ja hoito.

Tulevaisuudessa neuvoloissa tulisi erityisesti kiinnittää huomiota erilaisissa elämäntilanteissa olevien perheiden tukemiseen. Perheitä, elämäntilanteita tai pulmatilanteita, jolloin vanhemmuuden tukeminen korostuu, ovat nuoret äidit, yksinhuoltajaäi-

dit, uusperheet, uusavuttomat perheet, kaksikieliset perheet, ulkomaalaiset perheet, taloudellisissa vaikeuksissa olevat perheet ja paikkakunnalle äskettäin muuttaneet perheet. Lisäksi pidettiin tärkeänä perheen omien voimavarojen tukemista ja isien nykyistä parempaa tukemista. Terveysneuvonnan sisältöjen kehittämisessä keskeiseksi aihealueiksi nostettiin keskeisten kansansairauksien ehkäisy (mielenterveys, sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, lihavuus), raskauden ehkäisy ja sukupuolitaudit.

Vastaajista oli tärkeää kehittää neuvolatoiminnan arviointia. Neuvolatoiminnan laadun ja vaikuttavuuden arviointi sekä ehkäisevää työtä kuvaavien tunnuslukujen arviointiin olevan myös keino neuvolatyön näkyvyyden ja arvostuksen lisäämisessä.

Tulevaisuudessa on huolehdittava neuvolahenkilöstön jaksamisesta sekä varmistettava henkilöstön riittävyys ja saatavuus. Vastaajien mukaan neuvolatyössä tarvitaan erityisosaamista. He esittivät huolestuneisuutensa lääkäreiden ja terveydenhoitajien ehkä liiankin laajoista tehtäväkuvista.

4 Pohdinta

4.1 SELVITYKSEN TOTEUTTAMINEN JA LUOTETTAVUUS

Selvityksen tarkoituksena oli kuvata äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan nykytilannetta ja tulevaisuuden kehittämistarpeita Itä-Suomen läänissä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa neuvolatoiminnan kehittämiseksi, henkilöstön osaamisen vahvistamiseksi ja päätöksenteon perustaksi kunnan, maakunnan ja läänin tasoilla.

Selvityksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä etenkin lääkäreiden osalta heikentää melko alhaisiksi jääneet vastausprosentit (lääkärit 29 % ja terveydenhoitajat 64 %). Luotettavuutta heikentää myös se, että tutkittavat eivät olleet vastanneet kysymysten kaikkiin osioihin. Saatujen vastausten perusteella on vaikea arvioida, johtuiko vastaamattomuus kysymysten asettelusta, puutteellisista vastaamisohjeista vai jostakin muusta. Toisaalta terveydenhoitajat olivat vastanneet avoimiin kysymyksiin monipuolisesti ja laajasti. Myös johtavilta viranhaltijoilta saatu tieto jäi puutteelliseksi, vaikka heille suunnatulla uusintakyselyllä vastausprosentiksi saatiin 100. Koska uusintakysely toteutettiin johtavien viranhaltijoiden työajan säästämiseksi sähköpostitse ja puhelimitse, kyselylomakkeen kaikkiin osioihin ei saatu vastauksia. Johtavat viranhaltijat toivat esille, että kunnissa oli samanaikaisesti useita kyselyjä vastattavana. Tämä saattoi osaltaan vaikeuttaa tähän selvitykseen tarvittavan tiedon kokoamista.

Selvityksen tarkoituksen mukaan on perusteltua, että sekä terveydenhoitajilla että lääkäreillä oli samanlainen ja johtaville viranhaltijoille erillinen kysely. Tämä mahdollistaa neuvolatyön keskeisimpien ammattiryhmien työn nykytilanteen ja kehittämistarpeiden tunnistamisen monipuolisesti. Kyselylomakkeen kielellistä ilmaisua on vielä tarkennettava ja yksinkertaistettava.

4.2 TULOSTEN TARKASTELU

4.2.1 ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLATYÖN JOHTAMINEN

Uudessa lastenneuvolaoppaassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003) esitetään, että neuvolatyön kehittymisen ja lapsiperheiden terveyden edistymisen kannalta on olennaista, että neuvolatyön johtamisesta vastaavat yhteistyössä lääketieteen ja hoitotyön edustajat ja heidät on myös selkeästi nimetty. Itä-Suomen läänissä tämä suositus toteutui 14 kunnassa neuvolatyön ylimmän johtamisen osalta. Ylintä neuvolatyön johtajaa ei ollut nimetty lainkaan 10 kunnassa. Johtamisen vastuulle kuuluvat neuvolatyön suunnittelu, seuranta, arviointi ja tietojen välittäminen päättäjille vaihtelivat huomattavasti kunnittain. Tämä saattoi osaltaan johtua määrittelemättömästä tai hajanaisesta ja puutteellisesta neuvolatyön johtamisesta. Olemassa olevia tilastotietoja (esim. Sotka, Tilastokeskus) ei hyödynnetty riittävästi neuvolatoiminnan suunnittelussa. Neuvolatyön johtamista on tarpeen selkiyttää ja lisätä yhteisvastuuta lääketieteen ja hoitotyön edustajien kesken.

Hyvään johtamisen katsotaan kuuluvan muun ohessa väestön tarpeiden ja palvelujärjestelmän kehittämisen ennakointi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003). Noin puolessa Itä-Suomen läänin kunnista ja kuntayhtymistä oli laadittu erilaisia ohjelmia lapsiperheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä neuvolatyön toimintasuunnitelmia ja -kertomuksia. Toimintakertomuksissa neuvolatyötä kuvattiin määrällisillä tunnusluvuilla (asiakkaat, käynnit yms.), mutta lapsiperheiden hyvinvointia tai terveystottumuksia kuvaavia tunnuslukuja ei käytetty. Lapsiperheiden hyvinvointia edistäviä ohjelmia eikä toimintasuunnitelmia ja -kertomuksia saatettu kunnan eri hallintokuntien ja päätöksentekijöiden käyttöön. Tämä puolestaan voi vähentää tai ehkäistä hallintokuntien välistä yhteistyötä. Päätöksentekijät eivät saa ajantasaista tietoa neuvolatoiminnan tilasta eivätkä he pysty kohdentamaan voimavaroja lapsiperheiden tarpeiden mukaisesti.

Neuvolatyön johtamisen tärkeä osa on myös laadun varmistaminen. Itä-Suomen läänissä neuvolatyön laadun arvioinnissa käytettiin lähinnä asiakastyytyväisyyskyselyjä. Laatuja järjestelmiä oli käytössä ainoastaan kahdessa kunnassa ja neuvolatyön tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden arviointi oli vielä harvinaisempaa. Laadun, vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden arvioinnin tekee erityisen vaikeaksi se, että kunnissa ei ole asetettu neuvolatyölle selkeitä tavoitteita eikä hyvinvointi- ja laatuindikaattoreita käytetä. Kunnissa voidaan hyödyntää Stakesin asiantuntijatyöryhmässä laadittua ehdotusta lasten- ja nuorten hyvinvointi-indikaattoreista (Perttilä ym. 2003). Johtavat viranhaltijat arvioivat, että sähköisten tietojärjestelmien kehittämisen myötä myös neuvolatyön laadun ja vaikuttavuuden arvioinnin odotetaan tulevan nykyistä paremmin mahdolliseksi. Kuntien välinen seutukunnallinen yhteistyö voi toimia yhtenä keinona kehittää laadun ja vaikuttavuuden arviointia. Erityisesti pienet kunnat voivat hyötyä tällaisesta yhteistyöstä. Johtamisessa tulee myös huolehtia henkilöstön mahdollisuuksista tarjota laadukkaita palveluja. Tämä edellyttää riittävää henkilöstöä ja edellytysten luomista heidän ammattitaitonsa ylläpitämiseen ja kehittämiseen. Kuntien ja kuntayhtymien on tarpeen tehdä suunnitelma henkilöstömitoituksen korjaamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004).

Vajaa neljäsosa kunnista ja kuntayhtymistä oli kiinnittänyt huomiota neuvolatyön kustannuksiin. Käytettävissä olevien tietojen mukaan neuvolatoiminta on varsin edullista verrattuna moniin muihin terveys- ja sosiaalipalveluihin (mm. Kuopion sosiaali- ja terveyskeskus 2003). Riittävien ehkäisevien ja terveyttä edistävien palvelujen avulla voidaan välttyä osasta korjaavia palveluja. Paitsi kustannusten seurantaan tulevaisuudessa on tärkeä kiinnittää huomiota neuvolatoiminnan vaikuttavuuden arviointiin. Peruskysymys on, miten neuvolatoiminnan avulla voidaan edistää lasten ja heidän perheidensä terveyttä ja hyvinvointia ja ehkäistä terveyserojen syvenemistä (Kangas ym. 2002, Luoto ym. 2003).

4.2.2 ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLATYÖN TOIMINTAMALLIT JA HENKILÖSTÖVOIMAVARAT

Itä-Suomen läänin avoterveydenhuollossa toimivista lääkäreistä puolet työskentelee äitiys- ja lastenneuvolatyössä. Tällöin neuvolatyön asiakaskunta jakautuu monelle eri lääkärille ja lääkäreiden erityisosaaminen voi jäädä vähäiseksi (vrt. väestövastuumallin kritiikki, Hermanson 1997). Äitiys- ja lastenneuvolatyön keskittäminen

tietyille lääkäreille voi osaltaan varmistaa laadukkaat lääkäripalvelut. Huolestuttavin tilanne on niissä kunnissa, joissa perusterveydenhuollossa on vaikeuksia rekrytoida lääkäreitä. Tällöin varsinkin lastenneuvoloiden lääkäripalvelut vaarantuvat.

Noin puolet (48 %) terveydenhoitajista työskenteli yhdellä tai kahdella tehtäväalueella. Tämä mahdollistaa asiakkaille hoitosuhteiden jatkuvuuden esimerkiksi raskauden seurannasta lapsen kouluikään saakka. Lisäksi ammattitaidon ylläpitäminen on selkeämpää kuin työskenneltäessä laaja-alaisen toimintamallin mukaan. Yli puolet kyselyyn vastanneista terveydenhoitajista (52 %) työskenteli laaja-alaisen toimintamallin mukaisesti. Hoitosuhteiden jatkuvuuden näkökulmasta laaja-alainen toimintamalli on perusteltu, mutta terveydenhoitajien ammattitaidon ylläpitämiseksi heille on varmistettava mahdollisuuksia osallistua eri tehtäväalueiden koulutukseen ja muuhun yhteistyöhön.

Neuvolatyön henkilöstövoimavarojen kuvaamiseksi ja kuntien välisen vertailujen tekemiseksi selvityksessä käytettiin laskennallista indeksiä. Terveydenhoitajien työpanosten arvioimisessa indeksi osoittautui toimivaksi ja luotettavaksi. Sen sijaan lääkäreiden työpanosten arvioimisessa indeksi ei ollut kaikkien kuntien osalta toimiva. Indeksien toimimattomuus saattoi johtua lääkäreiden monimuotoisesta tehtäväkuvasta, jolloin johtavien viranhaltijoiden on vaikeaa koota lääkäreiden neuvolatyöhön käyttämää työaika. Toisaalta tämä ilmentänee neuvolatoiminnan vähäistä suunnittelua ja arviointia. (vrt. Hermanson 1997). Indeksien puutteellisesta toimivuudesta huolimatta voidaan arvioida, että suurimmassa osassa kuntia erityisesti lastenneuvoloissa toimivien lääkäreiden asiakasmäärät olivat suosituksia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003) suuremmat. Lääkäreiden työaika lastenneuvoloissa kohdentui ensisijaisesti imeväisikäisten määräaikaistarkastuksiin, jotka nekin toteutuivat suositusten mukaisesti vain puolessa Itä-Suomen läänin kunnista (n=19). Kuntien erityisongelmana on vaikeus rekrytoida lääkäreitä perusterveydenhuoltoon. Niissä kunnissa, joissa lääkäreiden asiakasmäärät ovat suuria eivätkä lääkäreiden määräaikaistarkastukset toteudu suositusten mukaisesti, on tärkeä pohtia ehkäisevän työn merkitystä ja lapsiperheiden terveyspalvelujen turvaamista. Indeksien käytettävyyttä tulisi kehittää lääkäreiden työn suunnittelun perustaksi.

Äitiysneuvoloissa terveydenhoitajapalvelut jakaantuivat läänin alueella melko epätasaisesti: Etelä-Savon maakunnassa henkilöstövoimavarat olivat parhaimmat. Henkilöstövoimavarat eivät olleet yhteydessä kunnan tai kuntayhtymän kokoon. Niissä 19 kunnassa tai kuntayhtymässä, joissa terveydenhoitajien asiakasmäärät äitiysneuvoloissa olivat suosituksia suuremmat, on pohdittava erityistukea tarvitsevien perheiden osuutta väestöstä ja tuen varmistamista. Toisaalta äitiysneuvolatyön terveydenhoitajien ammattitaidon ylläpitämistä on pohdittava kunnissa, joissa asiakasmäärät terveydenhoitajaa kohti ovat pienet.

Lastenneuvolatyössä toimivien terveydenhoitajien asiakkaina olevien lasten määrä oli suosituksen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003) mukaisesti 400 lasta tai vähemmän ainoastaan 12:ssa Itä-Suomen läänin kunnassa. Niissä kunnissa, joissa suositusten mukaiset asiakasmäärät ylittyivät, on erityisen tärkeää pohtia neuvolapalvelujen riittävyttä, laatua ja kohdentamista sekä työmenetelmien kehittämistä ja moniammatillisen yhteistyön hyödyntämistä.

Yhteenvetona selvityksen perusteella voidaan todeta, että neuvolatoiminnan henkilöstövoimavarat kohdentuvat epätasaisesti Itä-Suomen läänin kunnissa. Lastenneuvoloiden henkilöstövoimavarat olivat niukemmat useammassa kunnassa kuin äitiysneuvoloiden. Itä-Suomen läänissä asuvat lasta odottavat perheet ja lasta kasvattavat perheet eivät ole tasa-arvoisessa asemassa palvelujen saajina. Tulosten mukaan on vaikea tunnistaa, mihin johtavien viranhaltijoiden arviot lääkäreiden ja terveydenhoitajien määrän riittävydestä perustuivat. Johtavat viranhaltijat saattoivat arvioida lääkäreiden tai terveydenhoitajien määrän riittäväksi, vaikka indeksin perusteella asiakasmäärät olivat suuria. Heidän arvionsa tuskin perustuivat asiakkaiden erityistarpeiden tunnistamiseen (vrt. Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2000), koska johdolla ei ollut tiedossa näitä tunnuslukuja.

Keväällä 2004 julkaistavan lastenneuvolaoppaan suositusten (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2003) mukaan neuvolatyön henkilökunnan mitoituksessa on otettava huomioon asiakasmäärien lisäksi muita kuntalaisten hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä, kuten työttömyysaste tai toimeentulotukea saavien määrä. Lisäksi henkilöstömitoitukseen vaikuttavat kunnan muiden lapsiperheiden kanssa työskentelevän henkilöstön rakenne ja määrä. Tilanteen tekee erityisen pulmalliseksi se, että lääkärit ja terveydenhoitajat itse arvioivat työaikansa riittävän täysin tai melko hyvin määräraikaistarkastuksiin, mutta heillä ei ollut riittävästi aikaa erityistukea tarvitseville perheille ja moniammatilliseen yhteistyöhön. Ilmeisesti kunnissa tulisi keskustella neuvolatoiminnan tavoitteista ja palvelujen priorisoinnista, esimerkiksi määräraikaistarkastusten toteuttamisesta ja erityistukea tarvitsevien perheiden neuvolapalveluista.

4.2.3 LÄÄKÄREIDEN JA TERVEYDENHOITAJIEN TYÖMENETELMÄT

Määräraikaistarkastukset

Lääkäreiden ja terveydenhoitajien tekemät määräraikaistarkastukset äitiysneuvoloissa eivät toteutuneet suosituksen mukaisesti puolessa Itä-Suomen kunnissa tai kuntayhtymissä, varsinkaan ensisynnyttäjien osalta. Huolestuttavin tilanne oli kahdessa Etelä-Savon kunnassa: Joroisissa lääkärin äitiyshuollon asiakkaille toteuttamia määräraikaistarkastuksia oli kaksi ja Heinävedellä vain jälkitarkastus.

Lääkäreiden tekemät imeväisten ja leikki-ikäisten lasten määräraikaistarkastukset toteutuivat suositusten mukaisesti vain noin puolessa kunnista tai kuntayhtymistä. Myös terveydenhoitajien tekemät leikki-ikäisten lasten määräraikaistarkastukset toteutuivat suositusten mukaisesti puolessa kunnista. Sen sijaan alle yksivuotiaiden määräraikaistarkastukset toteutuivat suositusten mukaisesti ainoastaan seitsemässä kunnassa. Kolmannes viisivuotiaiden lasten määräraikaistarkastuksista toteutettiin terveydenhoitajien mukaan siten, että päiväkodin henkilöstö vastasi tietystä osasta kehityksen arviointia. Tällaisen toimintatavan käyttöä tulisi laajentaa, koska näin voidaan varmistaa monipuolinen kuva lapsen kasvusta ja kehityksestä ja vähentää selkeällä työnjaolla päällekkäistä työtä.

Osassa kuntia määräaikaistarkastukset saattoivat jäädä tekemättä liian vähäisen henkilöstön vuoksi. Indeksien mukaiset asiakasmäärät ja määräaikaistarkastusten toteutuminen eivät olleet yhteydessä toisiinsa. Joissakin kunnissa, joissa oli isot asiakasmäärät, määräaikaistarkastukset toteutuivat suositusten mukaisesti tai päinvastoin. Tämä voi kuvastaa sitä, että määräaikaistarkastuksia pidetään ensisijaisina ja työaika käytetään vain niihin. Toisaalta määräaikaistarkastusten suosituksia pienemmät määrät voivat kuvastaa työntekijöiden taitoa kohdentaa aikaa erityistukea tarvitseville perheille. Tulosten perusteella voidaan olettaa myös, että kunnissa oli laadittu ”omia suosituksia” määräaikaistarkastuksista. Johtavien viranhaltijoiden mukaan määräaikaistarkastuksia ja kotikäyntejä oli vähennetty ja muutettu asiakkaiden tarpeisiin perustaviksi.

Työmenetelmät

Noin puolet lääkäreistä ja lähes kolme neljäsosaa terveydenhoitajista arvioi, että heidän työaikansa riitti hyvin tai melko hyvin määräaikaistarkastuksiin ja seurantakäynteihin. Sen sijaan noin puolet näistä ammattiryhmistä arvioi, että heillä ei ollut riittävästi aikaa erityistukea tarvitseville perheille, työn suunnitteluun ja arviointiin eikä ammattitaidon ylläpitämiseen. Tästä voi päätellä, että lääkäreiden ja terveydenhoitajien työ neuvoloissa painottui määräaikaistarkastusten tekemiseen.

Yli puolet lääkäreistä arvioi, etteivät kotikäynnit ja ryhmätyömenetelmät kuuluneet heidän työhönsä. Tämä saattaa johtua lääkäreiden vähäisestä työajan kohdentamisesta neuvolatyöhön, lääkäreiden vaihtuvuudesta, neuvolatyön kuulumisesta useiden lääkäreiden toimenkuvaan (laaja-alainen väestövastuu), epävarmuudesta osaamisessa tai ehkäisevän työn vähäisestä arvostuksesta (vrt. Sosiaali- ja terveysministeriö 2003).

Kotikäynnit olivat säilyneet vastaanottokäyntien lisäksi lähes kaikkien terveydenhoitajien työmenetelminä. Tavallisimmin tehtiin kotikäynti vastasyntyneiden perheisiin. Tulokset ovat yhteneviä aiempien tutkimustulosten kanssa (esim. Varjoranta 1997). Sekä äitiys- että lastenneuvolasuosituksissa (Viisainen 1999, Sosiaali- ja terveysministeriö 2003) korostetaan kotikäyntien merkitystä mm. varhaisen vuorovaihtuksen tai mielenterveyden edistämisen kannalta jo lapsen odotusvaiheessa. Tällaiset kotikäynnit olivat kuitenkin melko harvinaisia. Lisäksi on tärkeää toteuttaa nk. haastavia kotikäyntejä elämänkriisejä kohdanneisiin perheisiin yhdessä esim. sosiaalityöntekijän kanssa (esim. Hynynen 1999).

Terveydenhoitajat olivat suhteellisen hyvin asiakkaiden tavoitettavissa ilman ajanvarausta tai tietynä puhelinaikana. Noin kolmannes terveydenhoitajista piti iltavastaanottoja. Koko perheen kohtaamisen kannalta iltavastaanottojen järjestämistä on tärkeä lisätä. (vrt. Löthman-Kilpeläinen 2001.)

Lähes kaikki terveydenhoitajat käyttivät ryhmämenetelmiä työssään, useimmin perhevalmennusta. Ryhmävastaanottoja ja isäryhmiä käytettiin vähiten. Imeväis- ja leikki-ikäisten vanhemmille tai isille suunnattujen ryhmien sisällöt olivat monipuolisia. Ryhmätoiminnalla on osoitettu olevan kiistatonta hyötyä monille perheille heidän vanhemmuutensa vahvistamisessa. Tarkiaisen (2000) tutkimuksessa vanhemmat ku-

vasivat saaneensa ryhmissä ratkaisumalleja jäsentää omaa perhetilannettaan, perheenjäsenten välisiä rooleja ja lapsen syntymästä johtuvia muutostarpeita. Samassa elämäntilanteessa olevat perheet solmivat uusia ihmissuhteita ja rohkaistuivat hakemaan niitä myös ryhmän ulkopuolelta. Pienryhmien käyttöä tulee lisätä erityisesti ensimmäistä lastaan kasvattaville vanhemmille ja isille. Esimerkiksi perhevalmennuksen tapaamiskertoja on arvioitava, koska osassa kunnista perhevalmennukseen sisältyi vain 1-3 tapaamiskertaa. Tällöin ryhmätoiminnan edistämä perheiden vuorovaikutuksellinen tuki jää saavuttamatta. Kuntien eri toimijoiden tulee sopia yhteisesti miten vanhempainryhmiä järjestetään ja varata niihin riittävästi voimavaroja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003.) Ryhmien ohjaus- ja opetusmenetelmien käyttöä on tärkeä monipuolistaa. Erityisesti vanhempien vuorovaikutusta aktivoivien menetelmien käyttöä on tarpeen lisätä.

Asiakkaiden tarpeiden tunnistamiseksi käytetyimpiä menetelmiä olivat terveyskeskuksissa laaditut kyselylomakkeet. Noin puolet terveydenhoitajista käytti työvälineenään myös vanhemmuuden roolikarttaa (Rautiainen 2001) ja varhaisen vuorovaikutuksen havainnointimenetelmää (esim. Mäntymaa & Tamminen 1999, Puura ym. 2001). Sen sijaan voimavaramittaria ja Mannerheimin Lastensuojeluliiton Lapsiperhe-projektissa kehitettyä perhetilannepuntaria (Häggman-Laitila ym. 2000, lomake on saatavissa osoitteessa: www.mll.fi.) käytettiin vähemmän. Tilanne selittynee sillä, että nämä lomakkeet eivät ole vielä valtakunnallisessa käytössä. Toisaalta myös AUDIT-testiä ja mielialamittaria käytettiin harvoin, vaikka niiden käyttöä on suositeltu jo usean vuoden ajan. Esimerkiksi mielialamittari on ollut äitiysneuvola-suositusten liitteenä vuodesta 1999 (Viisainen ym. 1999). AUDIT-testi (esim. Stakes 2004) auttaa arvioimaan omaa alkoholinkäyttöä, mikä on tähdellinen tavoite myös neuvolatyössä. Näitä mittareita systemaattisesti käyttäen voidaan välttyä tarveharkintaan liittyviltä virhetulkintoilta ja asiakkaiden leimaantumiselta. Huolen vyöhykkeistö (Arnkil ym. 1998) oli vähän tunnettu ja käytetty. Edellä mainitun menetelmän käyttöä tulee lisätä, koska sillä voidaan hahmottaa sekä yksittäisen asiakkaan että koko asiakaskunnan tuen tarpeet ja erityistukea tarvitsevien suhteelliset osuudet asiakaskunnasta (Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2000). Asiakasperheiden voimavarojen tunnistaminen (ks. Löthman-Kilpeläinen 2001, Kaljunen 2002, Pelkonen & Hakulinen 2002) on tärkeää tuen kohdentamisessa.

Erilaisten mittareiden lisäksi asiakkaiden tuen tarpeiden arvioimiseksi on hyödynnettävä moniammatillista yhteistyötä, jolla voidaan helpottaa tiedon saantia, varhaisesta puuttumisesta ja tukitoimien käynnistämistä. Kuitenkin lähes puolet terveydenhoitajista arvioi työaikansa riittämättömäksi moniammatilliseen yhteistyöhön. Neuvolatyön johtajien tulee edistää moniammatillisen yhteistyön toteutumista ja mittareiden systemaattista käyttöönottoa. (ks. Sosiaali- ja terveysministeriö 2003.)

4.2.4 MONIAMMATILLISEN YHTEISTYÖN TOTEUTUMINEN

Neuvolatyön keskeisten toimijoiden, lääkärin ja terveydenhoitajien, yhteistyötä kuvattiin sujuvaksi ja työnjakoa selkeäksi. Moniammatillista yhteistyötä tehtiin tavallisimmin sosiaali- ja terveystoimen sekä erikoissairaanhoidon henkilöstön kanssa

perheiden erilaisten ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi. Tavallisimmin käytettyjä yhteistyömenetelmiä olivat puhelinneuvottelut ja kokoukset. Kunnissa toimi erilaisia moniammatillisia työryhmiä, mutta asiakkaiden osallistuminen niihin oli vähäistä. On tarpeen kehittää toimintatapoja, jotka mahdollistavat asiakkaiden osallistumisen itseään koskevaan päätöksentekoon. Asiakkaan läsnä ollessa voidaan vähentää vaihtelovollisuuteen liittyviä ongelmia ja lisätä asiakkaan osallistumista hoitonsa suunnitteluun. Moniammatillisen yhteistyön esteiden poistamiseksi ja sujuvuuden lisäämiseksi tunnistettiin monenlaisia keinoja. Eri ammattihenkilöiden on tarpeen kokoontua säännöllisesti, asettaa toiminnalle myös hyvinvointia ja terveyttä edistäviä tavoitteita eikä toimia ainoastaan ongelman ratkaisutilanteessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003.)

Selvityksessä tunnistettiin vasta "ituja" kuntien lapsiperhepalvelujen koordinoimiseksi ja yhteistyön tiivistämiseksi. Muutamissa kunnissa oli lähdetty tehostamaan yhteistyötä hallinnollisilla uudistuksilla ja käynnistämällä yhteistyöhankkeita. Kunnissa tulee käynnistää keskustelua siitä, miten lapsiperheille tarkoitettuja palveluja voidaan koota verkostoksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003.)

4.2.5 OSAAMINEN ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLATYÖSSÄ

Johtavat viranhaltijat arvioivat ammattitaidon ylläpitämiseen käytettyjen menetelmien toimivan paremmin kuin lääkärit ja terveydenhoitajat. Eniten arvoinnit erosivat kehityskeskustelujen ja toimipaikkakoulutuksen toimivuudesta. Lääkärit arvioivat, että kunnissa on tarpeen kehittää erityisesti työnohjausta, kehityskeskusteluja, toimipaikkakoulutusta ja vertaisarviointia. Johtavilla viranhaltijoilla oli vähän suunnitelmia näiden menetelmien kehittämiseksi. Johtavien viranhaltijoiden, lääkäreiden ja terveydenhoitajien mukaan täydennyskoulutusta oli tarpeen kehittää. Riittävään täydennyskoulutukseen osallistuminen on eräs perusedellytys neuvolatyössä toimiville. Esimerkiksi lääkäreiden osaamista voidaan lisätä lastenneuvola- ja koulu-terveydenhuoltotyön erityispätevyyden hankkimisella (ks. Laakso 2002). Terveydenhoitajille on tarjolla muun muassa ammattikorkeakoulujen järjestämiä erikoistumisopintoja (esim. perhehoitotyö). Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaista täydennyskoulutusta (3-10 päivää vuodessa) tulisi suunnata riittävästi myös neuvolatyön hyväksi. Neuvolatyön esimiesten ja henkilöstön välisiä yhteisiä keskusteluja tarvitaan nykyistä enemmän henkilöstön koulutus- ja kehittämistarpeiden tunnistamiseksi. Kehityskeskustelut, vertaisarviointit, asiakaspalautteet ja osaamistarveselvitykset voivat toimia tällaisina menetelminä.

Johtavat viranhaltijat, lääkärit ja terveydenhoitajat esittivät runsaasti neuvolatyön kehittämisalueita, jotka on todennettu jo monissa neuvolatyön aiemmissa selvityksissä ja tutkimuksissa (mm. Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2000). Neuvolatyön kehittämiseksi tarvitaan riittävien resurssien varmistamista, neuvolatoiminnan arvioinnin kehittämistä sekä erilaisten toiminatamallien ja -menetelmien vaikuttavuuden osoittamista. Neuvolatyön vaikuttavuuden osoittaminen erityisesti päättäjille on tärkeää. Näin voidaan edistää riittävien voimavarojen saantia neuvolatoiminnalle.

5 Suositukset

Äitiys- ja lastenneuvolatyön johtaminen

1. Jokaiseen kuntaan ja kuntayhtymään on tarpeen nimetä neuvolatyön vastuuhenkilöt sekä lääketieteen että hoitotyön edustajista. Neuvolatyön johtamista yhteisvasuullisena toimintana on selkiytettävä.
2. Neuvolatyön johtajat käynnistävät tai ovat mukana laatimassa eri toimijoiden ja vanhempien kanssa lapsiperheiden hyvinvointia ja terveyttä edistäviä ohjelmia. Johtajat varmistavat, että neuvolatyön toimintasuunnitelmat ja –kertomukset laaditaan ja saatetaan päätöksentekijöiden ja yhteistyötahojen käyttöön. Näin tehostetaan lapsiperheiden näkökulman huomioon ottamista päätöksenteossa ja eri hallintokuntien välistä yhteistyötä. Suunnitelmien laadinnassa ja toiminnan arvioinnissa hyödynnetään olemassa olevia tilasto-, arviointi- ja tutkimustietoja.
3. Neuvolatyön laadun ja vaikuttavuuden arviointi liitetään osaksi terveyskeskusten toiminnan arviointia. Laadun, vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden arvioiminen edellyttää neuvolatyön tavoitteiden asettamista ja lapsiperheiden hyvinvointia kuvaavien indikaattoreiden käyttöönottoa. Osa tästä kehittämistyöstä on valtakunnallista, mutta osa voidaan toteuttaa seutukunnallisena yhteistyönä. Sähköisiä tietojärjestelmiä kehitetään laadun arvioinnin työvälineeksi.

Neuvolatyön henkilöstövoimavarat

4. Lastenneuvolahenkilöstön mitoitusta kehitetään suositusten mukaiseksi siten, että terveydenhoitajaa kohden on korkeintaan 400 lasta ja lääkäriä kohden 2 800 lasta. Nämä luvut edellyttävät vuosilomasijaisten käyttöä. Äitiysneuvolassa työskentelevien mitoituksen lähtökohtana ovat suositukset vuodelta 1999 (Viisainen 1999). Suosituksen mukaan terveydenhoitajaa kohden on korkeintaan 80 synnytystä/vuosi. Työpanosten kohdentumista kuvaavaa indeksiä kehitetään erityisesti lääkäreiden työn suunnittelun perustaksi.
5. Neuvolatyötä tulisi keskittää tietyille lääkäreille osaamisen varmistamiseksi ja taatava heille riittävästi työaika, jotta he voivat osallistua neuvolatyön suunnitteluun, arviointiin ja kehittämiseen. Myös laaja-alaisen toimintamallin mukaisesti työskentelevien terveydenhoitajien osaaminen on varmistettava.

64

Työmenetelmät

6. Erityistuen tarpeessa olevien perheiden palvelujen turvaaminen ja määräaikaistarkastusten toteutuminen suositusten mukaisesti varmistetaan. Tämä edellyttää kunnissa voimavarojen kohdentamisesta käytävää arviointia ja sopimista neuvolatyön johtajien, muiden lapsiperheiden kanssa työskentelevien tahojen sekä päättäjien kesken.

7. Neuvolatyöhön on tarpeen ottaa käyttöön työvälineitä sekä koko asiakaskunnan että yksittäisten perheiden tarpeiden tunnistamiseksi. Näin neuvolahenkilöstön rajallisia voimavaroja voidaan kohdentaa nykyistä paremmin perheiden voimavarojen ja yksilöllisten tarpeiden mukaan.

8. Lääkäreiden ja terveydenhoitajien työmenetelmien monipuolistamiselle luodaan edellytykset. Perheet hyötyvät eniten kotikäyntien, iltavastaanottojen ja erilaisten ryhmätoimintojen lisäämisestä.

9. Ryhmätoiminnassa tarvittavien monipuolisten ohjaus- ja opetusmenetelmien käyttöä edistetään järjestämällä neuvolatyötä tekeville riittävästi täydennyskoulutusta. Kunnissa tulee sopia yhteisesti eri tahojen kanssa, miten vanhempainryhmiä järjestetään ja varata niihin riittävästi voimavaroja.

10. Moniammatillista yhteistyötä kehitetään ottamalla käyttöön verkostotyön ja tiimityön menetelmiä. Lapsiperheiden parissa työskentelevien (neuvoloiden asiakasperheet, kunnan muut hallintokunnat, järjestöt, erikoissairaanhoido) suunnitelmallista yhteistyötä lisätään tavoitteena perhepalveluverkostojen muodostaminen. Tämä edistää kunnissa lapsiperhepalvelujen koordinointia ja työnjakoa. Erityisesti kehitetään seutukunnallista yhteistyötä pienten kuntien toimintaedellytysten parantamiseksi.

LÄHTEET

- Arnkil T, Erikson E & Saikku P. 1998. Huolen harmaa vyöhyke. *Dialogi* 7, 8-11.
- Eläköön lapset – lapsipolitiikan suunta. 2000. Suomen Kuntaliiton Lapsipoliittinen ohjelma. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Hakulinen T, Pietilä A-M & Kurkko H. 2002. Terveystiedon edistämisen vaikuttavuuden arviointi. Teoksessa Pietilä A-M, Hakulinen T, Hirvonen E, Koponen P, Salminen E-M & Sirola K. (toim.) 2002. Terveystiedon edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 282-300.
- Heikkinen A, Puura K, Ala-Laurila E-L, Niskanen T & Mattila K. 2003. Terveystieteellisen tutkimuksen työ neuvola- ja kouluikäisten parissa. *Suomen Lääkärilehti* 58, 1327-1332.
- Hermanson E. 1997. Lapset perusterveydenhuollossa: katsaus lastenneuvolan kehitykseen, visio tulevaan. Aiheita 24. Helsinki: Stakes.
- Hynynen P. 1999. Terveystieteen tutkimuksen kehittäminen lapsiperheen terveyden edistämiseksi. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Häggman-Laitila A, Ruskomaa L & Euramaa K-I. (toim.) 2000. Varhaista tukea lapsiperheille. Kokemuksia Lapsiperhe-projektin työstä. Mannerheimin lastensuojeluliitto, Helsinki.
- Ihalainen K, Soikkeli J & Jakonen S. 2002. Selvitys Itä-Suomen läänin terveystieteellisten tutkimuskeskusten ehkäisevän terveydenhuollon kehityksestä 1990-luvulla ja tulevaisuuden näkymät. Itä-Suomen lääninhallituksen julkaisu 75, Joensuu.
- Kaljunen L. 2002. Ensimmäistä lastaan odottavan perheen voimavarojen tunnistaminen. Voimavaramittarin laatiminen ja arviointi. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Manderbacka K, Lahelma E, Prättälä R & Sihto M. (toim.) 2002. Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita.
- Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. 2002. Työryhmämuistioita 3. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki. Saatavissa Internetistä 27.1.2004: www.terveyshanke.fi.
- Kansanterveyslaki 1972/66. Teoksessa: Sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädäntö. 1997. Kauppakaari Oy Lakimiesliiton Kustannus. Jyväskylä: Gummerus.
- Kokko S. (toim.) 1993. Tähän meillä pitää olla varaa. Kannanotto lasten ja nuorison terveyspalveluiden vähimmäistasosta, sisällöstä, mitoituksesta ja saatavuudesta. Stakesin lasten ja nuorison terveyspalveluiden asiantuntijaryhmä. Aiheita 42, Stakes.
- Kuopion sosiaali- ja terveystieteellinen tutkimuskeskus 2003. Tuotteistaminen Kuopion sosiaali- ja terveystieteellisen tutkimuskeskuksessa. Äitiysterveystyö, vastaanotto- ja lastenneuvolatyö. Kuopion sosiaali- ja terveystieteellisen tutkimuskeskuksen julkaisu 4, Kuopio.

Laakso J. 2002. Lastenneuvola- ja kouluterveydenhuoltotyön erityispätevyys perustettiin. Suomen Lääkärilehti 22, 2472-4.

Lasten ja nuorten hyvinvointiselonteko kunnissa –hanke. Stakes, Helsinki. Saatavissa Internetistä 27.1.2004: www.stakes.fi/hyvinvointi.

Luoto R, Viisainen K & Kulmala I. (toim.) 2003. Sukupuoli ja terveys. Tampere: Vastapaino.

Lääkintöhallitus 1974. Ohjeita lastenneuvolatoiminnan tehostamisesta terveyskeskuksissa. Dno 1371/529/74. Helsinki.

Lääkintöhallitus 1988. Äitiyshuolto terveyskeskuksissa. Lääkintöhallituksen ohjekirje nro 2/1988. Dno 653/02/86. Helsinki.

Lääkintöhallitus. 1990. Lastenneuvolaopas. Lääkintöhallituksen opassarja nro 7. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Löthman-Kilpeläinen L. 2001. Lapsiperheen voimavarat ja voimavarojen vahvistaminen neuvolassa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Mannerheimin lastensuojeluliitto (MLL). 1994. Lapsiraportti. Helsinki: Miktor.

Marjamäki P, Kolimaa M & Söder J. 1998. Seulonnat ja terveystarkastukset terveyskeskuksissa 1998. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 11. Helsinki.

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

Neuvolatyön tutkimus- ja kehittämiskeskus. 2003. Saatavissa Internetistä 27.1.2004: www.uku.fi/neuvolakeskus/kirjallisuutta_julkaisut.

Pelkonen M & Löthman-Kilpeläinen L. 2000. Neuvola lapsiperheiden tukena. Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista 1990-luvulla. Selvityksiä 10. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Pelkonen M. & Hakulinen T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. Hoitotiede 5, 202-212.

Perttilä K. 1999. Tutkimus kuntien hyvinvointi- ja terveyden edistämisen strategioista. Stakes ja Suomen Kuntaliitto. Esitelmät/abstraktit. II Terve Kunta –päivät 20. – 21.1.1999, Helsinki.

Perttilä K, Koskinen S, Karvonen S, Orre S & Rimpelä M. 2003. Ehdotus kunnille lasten ja nuorten hyvinvointi-indikaattoreiksi. Työpapereita 4. Stakes. Saatavissa Internetistä 27.1.2004: www.stakes.fi/hyvinvointi/khs/indik/LapNuolnd.pdf.

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

- Rautiainen M. (toim.) 2001. Vanhemmuuden roolikartta. Syvennä ja sovelta. Käyttäjän opas 2. Suomen kuntaliitto, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003. TATO:n ensimmäinen vuosi. 2000. Julkaisuja 17. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Lastenneuvolat lapsiperheiden tukena. Opas lastenneuvolatoiminnan järjestämiseksi kunnissa. Työryhmämuistioita 7.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Saatavissa Internetistä 27.1.2004: www.verkkotato.net.
- Stakes. 2004. www.stakes.fi/neuvoa-antavat/valineet/mini-interventiot.htm. Sivuilta löytyy runsaasti alkoholinkäyttöön liittyvää tietoa, mm. AUDIT-lomake osana mini-intervetiotia.
- Suominen H. 1999. Väliraportti kuntien hyvinvointiselontekohankkeesta: Strategiat lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Aiheita 1. Stakes.
- Tarkiainen R. 2000. Pienryhmätoiminta lapsiperheiden tukemisessa. Arviointi videoaineiston perusteella. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. 2003. Julkaisuja 18. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.
- Vakkilainen E-L. & Järvinen K. (toim.) 1994. Taimi: ITU –projektin loppuraportti. Aiheita 10. Stakes.
- Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. 2001. Julkaisuja 4. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Varjoranta P. 1997. Terveystieteiden toimintamallit ja työmenetelmät lastenneuvoloissa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lisensiaatin työ.
- Viisainen K. (toim.) 1999. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999. Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä. Oppaita 34. Stakes.

PIRJO VARJORANTA THL, ylihoitaja
Kuopion sosiaali- ja terveystieteiden keskus
PL 227
70101 KUOPIO
puh. 017 186 303 tai 0447 186 303
sähköposti: pirjo.varjoranta@kuopio.fi

MARJATTA PIRSKANEN, TtM, terveyden edistämisen suunnittelija
Kuopion sosiaali- ja terveystieteiden keskus
PL 227
70101 KUOPIO
puh. 017 186 544 tai 0447 186 544
sähköposti: marjatta.pirskanen@kuopio.fi

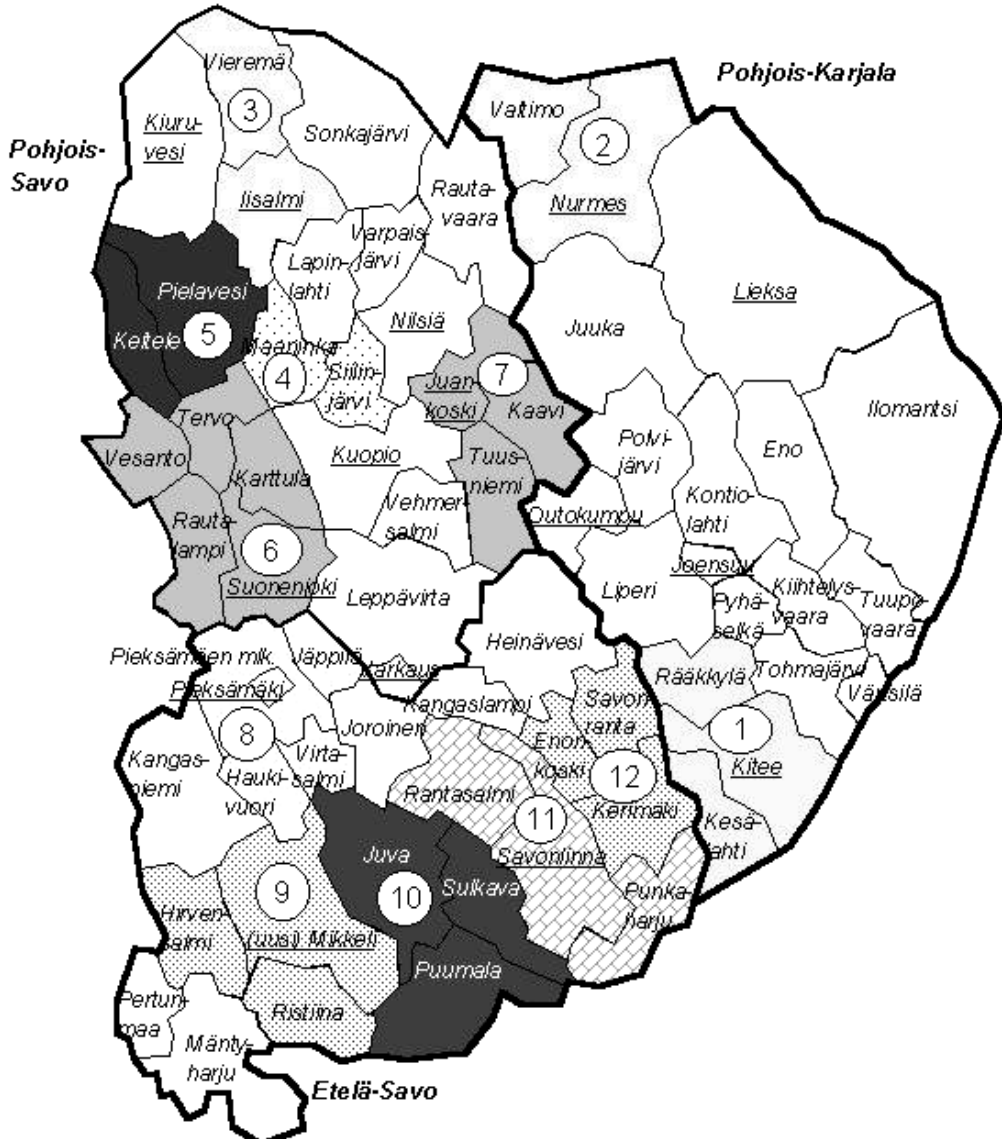
MARJAANA PELKONEN TH, THT, dosentti
Ylitarkastaja
Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö
PL 33, 00023 Valtioneuvosto
puh 09 160 74036
sähköposti: marjaana.pelkonen@stm.fi

TUOVI HAKULINEN TH, TtT
Projektipäällikkö
Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus
Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos
PL 1627, 70211 Kuopio
puh 050 567 9260
sähköposti: tuovi.hakulinen@uku.fi

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

LIITE 2

ITÄ-SUOMEN LÄÄNIN PERUSTERVEYDENHUOLLON KUNNAT JA KUNTAYHTYMÄT 2001



- | | |
|------------------------------------|---|
| 1= Keski-Karjalan terveyskeskus ky | 9= Mikkelin seudun ktt ky |
| 2= Valtimo/Nurmes ky | 10= Juvan, Puumalan ja Sulkavan terveyskeskus |
| 3= Iisalmen seudun ktt ky | 11= Savonlinnan pth ky |
| 4= Siilinjärven - Maaningan th ky | 12= Kaakkois-Savon th ky |
| 5= Pielaveden - Keiteleen ktt ky | |
| 6= Sisä-Savon ktt ky | |
| 7= Koillis-Savon ktt ky | |
| 8= Pieksämäen seudun th ky | |

LIITE 3

Itä-Suomen neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus
Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos
PL 1627, 70211 KUOPIO

Asia: Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatyön nykytilanteesta ja kehittämistarpeista Itä-Suomen läänissä

Arvoisat äitiys- ja lastenneuvolatyöstä vastaavat viranhaltijat, johtavat hoitajat ja lääkärit

Tämän selvityksen tarkoituksena on kuvata Itä-Suomen läänin äitiys- ja lastenneuvolapalvelujen voimavaroja, toimintamalleja ja työmenetelmiä, moniammatillista yhteistyötä ja kehittämistarpeita. Selvityksellä tuotetaan tietoa neuvolatoiminnan kehittämiseksi, henkilöstön osaamisen (täydennyskoulutus, kehittämishankkeet) vahvistamiseksi ja päätöksenteon perustaksi kunta-, maakunta- ja läänitasoilla. Lisäksi tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä neuvolatoiminnan tilastointia ja tietojärjestelmiä. Tavoitteena on myös kehittää selvityksessä käytettyä kyselylomaketta tiedonkeruuvälineeksi, jota voidaan käyttää myöhemmin toteutettavissa valtakunnallisissa neuvolatyön selvityksissä.

Selvityksen tekee Itä-Suomen neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus, joka perustettiin Kuopion yliopiston hoitotieteen laitokselle keväällä 2002 sosiaali- ja terveysministeriön aloitteesta ja rahoituksella. Neuvolakeskuksen tarkoituksena on kehittää äitiys- ja lastenneuvolatyötä vahvistamaan perheiden voimavaroja ja toimivuutta sekä lisäämään näin lasten hyvinvointia. Projektipäällikkönä toimii TtT Tuovi Hakulinen, puh. 050-5679260, tuovi.hakulinen@uku.fi.

Selvityksen aineisto kerätään Itä-Suomen läänin terveyskeskusten tai kansanterveystyön kuntayhtymien neuvolatyön johtavilta lääkäreiltä ja johtavilta hoitajilta sekä käytännön neuvolatyössä toimivilta terveydenhoitajilta ja lääkäreiltä.

Oheinen kyselylomake (sininen) on tarkoitettu neuvolatyöstä vastaaville viranhaltijoille. Olemme lähettäneet tämän kyselylomakkeen sekä johtaville lääkäreille että johtaville hoitajille. Toivomme kuitenkin yhteistyötä kysymyksiin vastaamisessa niin, että kunnastanne/kansanterveystyön kuntayhtymästäne palautetaan yksi johtavien viranhaltijoiden täyttämä kyselylomake. Pyydämme palauttamaan kyselylomakkeet oheisessa palautuskuoressa 21.2.2003 mennessä.

Lisäksi ohessa on käytännön neuvolatyössä toimiville lääkäreille ja terveydenhoitajille osoitetut samansisältöiset kyselylomakkeet (valkea) palautuskuorineen. Pyydämme Teitä jakamaan ne kaikille kuntanne/kansanterveystyön kuntayhtymänne äitiys- ja lastenneuvolatyötä tekeville terveydenhoitajille ja lääkäreille. Mikäli kyselylomakkeita ei ole riittävästi, pyydämme Teitä monistamaan niitä tarvittavan määrän.

Antamianne tietoja käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Selvityksen tulokset raportoidaan lääni-, maakunta- ja kuntakohtaisesti. Raportti postitetaan jokaiseen selvitykseen osallistuneeseen kuntaan/kuntayhtymään toukokuussa 2003. Vastaamme mielellämme mahdollisiin kysymyksiinne puhelimitse tai sähköpostitse.

Kuopio 5.2.2003.

Yhteistyöstä kiittäen

Marjatta Pirskanen, TtM, projektitutkija
GSM 050 322 0462
marjatta.pirskanen@kuopio.fi

Pirjo Varjoranta, THL, projektitutkija
GSM 050 322 0461
pirjo.varjoranta@kuopio.fi

LIITE 4

Itä-Suomen neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus
Kuopion yliopisto
Hoitotieteen laitos
PL 1627
70211 KUOPIO

Asia: Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatyön nykytilanteesta ja kehittämistarpeista Itä-Suomen läänissä

Arvoisa äitiys- ja / tai lastenneuvolatyössä toimiva lääkäri / terveydenhoitaja

Tämän selvityksen tarkoituksena on kuvata Itä-Suomen läänin äitiys- ja lastenneuvolapalvelujen voimavaroja, toimintamalleja ja työmenetelmiä, moniammatillista yhteistyötä ja kehittämistarpeita. Selvityksellä tuotetaan tietoa neuvolatoiminnan kehittämiseksi, henkilöstön osaamisen (täydennyskoulutus, kehittämishankkeet) vahvistamiseksi ja päätöksenteon perustaksi kunta-, maakunta - ja läänitasoilla. Lisäksi tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä neuvolatoiminnan tilastointia ja tietojärjestelmiä. Tavoitteena on myös kehittää selvityksessä käytettyä kyselylomaketta tiedonkeruuvälineeksi, jota voidaan käyttää myöhemmin toteutettavissa valtakunnallisissa neuvolatyön selvityksissä.

Selvityksen tekee Itä-Suomen neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus, joka perustettiin Kuopion yliopiston hoitotieteen laitokselle keväällä 2002 sosiaali- ja terveysministeriön aloitteesta ja rahoituksella. Neuvolakeskuksen tarkoituksena on kehittää äitiys- ja lastenneuvolatyötä vahvistamaan perheiden voimavaroja ja toimivuutta sekä lisäämään näin lasten hyvinvointia. Projektipäällikkönä toimii TtT Tuovi Hakulinen, puh. 050-5679260, tuovi.hakulinen@uku.fi.

Selvityksen aineisto kerätään Itä-Suomen läänin terveyskeskusten tai kansanterveystyön kuntayhtymien neuvolatyön johtavilta lääkäreiltä ja johtavilta hoitajilta sekä käytännön neuvolatyössä toimivilta terveydenhoitajilta ja lääkäreiltä.

Tällä kyselylomakkeella kerätään tietoa neuvolatyössä toimivilta lääkäreiltä ja terveydenhoitajilta. Antamiasi tietoja käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Pyydämme palauttamaan kyselylomakkeen oheisessa palautuskuoressa tai osoitteeseen: Itä-Suomen neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus, Pirjo Varjoranta, Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos, PL 1627, 70211 KUOPIO **21.2.2003 mennessä.**

Vastaamme mielellämme mahdollisiin kysymyksiinne puhelimitse tai sähköpostitse.

Kuopio 5.2.2003.

Yhteistyöstä kiittäen

72

Marjatta Pirskanen, TtM
Projektitutkija
GSM 050 322 0462

marjatta.pirskanen@kuopio.fi

Pirjo Varjoranta, THL
Projektitutkija
GSM 050 322 0461

pirjo.varjoranta@kuopio.fi

LIITETAULUKKO 1. Itä-Suomen läänin syntyneet ja alle kouluikäiset lapset, avo-terveydenhuollon lääkärit ja terveydenhoitajat sekä neuvolatyössä toimivat lääkärit ja terveydenhoitajat kunnittain tai kuntayhtymittäin vuonna 2002

Kunta/kuntayhtymä	Asukas- luku	Syntyneet	0 – 6 –vuoti- tiaat	Lääkärit yht./neuo- volatyössä	Terv.hoit. yht./neuvo- lalyössä
Pohjois-Savo yhteensä	252 047	2 547	18 876	158/73	199/68
Iisalmen seudun ktt ky	27 096	247	1951	18/6	25/11
Kangaslampi	1607	11	127	1/1	2/2
Kiuruvesi	10 078	317	1229	n. 4/2**	7/7
Koillis-Savon ktt ky	12 486	72	735	9/2	4/4
Kuopio	87 846	910	6832	50/15	50/29
Lapinlahti	7656	64	571	7/3	9/4
Leppävirta	11 043	97	776	4/4	7/3
Nilsia	6679	50	450	6/1	7/2
Pielavesi-Keitele	8664	66	463	7/2	7/5
Rautavaara	2241	14	94	0.6/ -*	2/1
Siiinjärven-Maaningan th ky	23 703	275	1984	14/8	29/8
Sisä-Savon ktt ky	19 732	138	1357	15/15	22/7
Sonkajärvi	5071	53	334	2/2	4/2
Varkaus	22 936	200	1653	18/12	19/8
Varpaisjärvi	3153	27	195	2/1	3/2
Vehmersalmi	2056	6	125	1/1	2/1
Pohjois-Karjala yhteensä	199/68	1 549	11 841	86/43	145/61
Joensuu	52 303	546	3768	22/10	31/13
Eno	6945	51	419	1/1	6/3
Ilomantsi - Tuupovaara	8984	35	330	4/2	10/3
Juuka	6377	50	350	1/1	7/2
Keski-Karjalan ktt ky	15 988	124	1011	12/6	18/6
Kiihtelysvaara	2658	32	230	1/1	3/2
Kontiolahti	11 921	180	1300	8/4	12/6
Lieksa	14 663	95	751	2/1	13/3
Liperi	11 435	109	788	7/4	12/7
Nurmeksen ja Valtimon th ky	12 307	90	780	9/4	10/5
Outokumpu	7955	62	481	6/2	7/2
Polvijärvi	5230	34	351	4/2	4/2
Pyhäselkä-Hammaslahti	7291	90	792	5/2	6/4
Tohmajärvi-Värtsilä	5711	51	490	4/2	6/3
Etelä-Savo yhteensä	163 345	1 352	10 238	88/52	143/68
Heinävesi	4514	39	213	3/2	6/2
Joroinen	5756	46	320	4/1	5/2
Kaakkois-Savon th ky	9099	80	562	5/2	11/4
Kangasniemi	6497	41	350	5/ -	5/2
Ky Juvan, Puumalan ja Sulkavan tk	13 751	54	530	3/1	10/3
Mikkelin seudun th ky	54 287	493	3814	26/16	41/24
Mäntyharju	7065	42	363	5/3	10/4
Pieksämäen seudun th ky	23 900	190	1501	15/12	20/11
Pertunmaa	2174	20	300	2/2	3/2
Savonlinnan perusth ky	36 302	347	2285	20/13	32/14
Itä-Suomen lääni yhteensä	585 160	5 448	40 955	332/168	487/197

- =tieto puuttuu , * =lääkäripalvelut ostetaan, ** = äitiysneuvolan lääkäripalvelut ostetaan

**LIITETAULUKKO 2. Äitiysneuvolatyön asiakkaat ja henkilöstövoimavarat
(Työpanos = laskennallinen kokopäivätoimisten lääkäreiden ja terveydenhoitajien määrä, indeksi = syntyneiden lasten määrä laskennallista kokopäivätoimista työntekijää kohti)**

Kunta/kuntayhtymä	Syntyneet		Terveydenhoitaja		Lääkäri	
	lapset	työpanos	indeksi	työpanos	indeksi	
Pohjois-Savo						
Iisalmen seudun ktt ky	247	1.8	137	0.22	1123	
Kangaslampi	11	0.2	55	0.01	1100	
Kiuruvesi	317	-	-	0.09	3522	
Koillis-Savon ktt ky:	72	2.0	36	0.14	514	
Kuopio	910	9.1	100	1.5	606	
Lapinlahti	64	1.4	46	0.2	320	
Leppävirta	97	1.0	97	0.07	1385	
Nilsinä	50	0.5	100	0.08	625	
Pielavesi-Keitele	66	0.7	94	0.1	660	
Rautavaara	14	0.2	70	0.02	700	
Siilinjärven-Maaningan th ky	275	3.5	79	0.4	687	
Sisä-Savon ktt ky	138	1.8	77	-	-	
Sonkajärvi	53	1	53	0.04	1325	
Varkaus	200	2	100	0.16	1250	
Varpaisjärvi	27	0.4	68	0.02	1350	
Vehmersalmi	6	-	-	-	-	
Pohjois-Karjala						
Joensuu	546	5.3	103	0.19	2874	
Eno	51	0.6	85	0.06	850	
Ilomantsi-Tuupovaara	35	0.5	70	0.06	583	
Juuka	50	0.5	100	-	-	
Keski-Karjalan ktt ky	124	1	124	0.1	1240	
Kiihtelysvaara	32	0.3	107	0.03	1067	
Kontiolahti	180	2	90	0.2	900	
Lieksa	95	1	95	0.05	1900	
Liperi	109	1.2	91	0.17	641	
Nurmeksien ja Valtimon th ky,	90	1.3	71	0.16	581	
Outokumpu	62	0.7	89	0.1	620	
Polvijärvi	34	0.5	68	0.06	567	
Pyhäselkä-Hammaslahti	90	1.2	75	0.06	1500	
Tohmajärvi-Värtsilä	51	0.4	128	0.07	729	
Etelä-Savo						
Heinävesi	39	0.6	65	-	-	
Joroinen	46	0.7	66	0.03	1533	
Kaakkois-Savon th ky	80	1	80	0.1	800	
Kangasniemi	41	1	41	-	-	
Ky Juvan, Puumalan ja Sulkavan tk	54	1	54	0.07	771	
Mikkelin seudun th ky	493	-	-	0.3	1643	
Mäntyharju	42	1	42	0.04	1050	
Pieksämäen seudun th ky	190	1.9	100	0.1	1900	
Pertunmaa	20	0.2	100	0.02	1000	
Savonlinnan perusth ky	347	6.8	51	0.4	868	-

- =tieto puuttuu

LIITETAULUKKO 3. Lastenneuvolatyön asiakkaat ja henkilöstövoimavarat
(Työpanos = laskennallinen kokopäivätoimisten lääkäreiden ja terveydenhoitajien määrä, indeksi = lasten määrä yhtä laskennallista kokopäivätoimista työntekijää kohti)

Kunta/kuntayhtymä	0-6 -vuotiaat lapset	Terveydenhoitaja		Lääkäri	
		työpanos	indeksi	työpanos	indeksi
Pohjois-Savo					
Iisalmen seudun ktt ky	1951	4.3	454	0.49	3982
Kangaslampi	127	0.4	317	0.01	12 700
Kiuruvesi	1229	-	-	0.09	13 655
Koillis-Savon ktt ky	735	2.0	368	0.16	4593
Kuopio	6832	12.7	537	1	6832
Lapinlahti	571	1.6	357	0.2	2855
Leppävirta	776	1.4	554	0.1	7760
Nilsää	450	1	450	0.14	3214
Pielavesi-Keitele	463	0.9	514	0.1	4630
Rautavaara	94	0.2	470	0.02	4700
Siilinjärven-Maaningan th ky	1984	4.5	440	0.4	4960
Sisä-Savon ktt ky	1357	2.6	522	-	-
Sonkajärvi	334	0.4	557	0.05	6680
Varkaus	1653	3.2	516	0.4	4132
Varpaisjärvi	195	0.6	325	0.03	6500
Vehmersalmi	125	-	-	-	-
Pohjois-Karjala					
Joensuu	3768	7.4	509	0.6	6280
Eno	419	0.5	838	0.06	6983
Ilomantsi-Tuupovaara	330	0.8	413	0.06	5500
Juuka	350	0.8	438	-	-
Keski-Karjalan ktt ky	1011	1.8	562	0.2	5055
Kiihtelysvaara	230	0.5	460	0.05	4600
Kontiolahti	1300	2.4	542	0.2	6500
Lieksa	751	2.0	375	0.04	18 775
Liperi	788	2.3	343	0.2	3940
Nurmeksien ja Valtimon th ky	780	1.4	557	0.09	8666
Outokumpu	481	0.7	687	0.1	4810
Polvijärvi	351	0.8	439	0.06	5850
Pyhäselkä-Hammaslahti	792	1.7	466	0.1	7920
Tohmajärvi-Värtsilä	490	1.1	445	0.08	6125
Etelä-Savo					
Heinävesi	213	0.6	355	0.08	2663
Joroinen	320	0.8	400	0.05	6400
Kaakkois-Savon th ky	562	1.0	562	0.1	5620
Kangasniemi	350	0.8	438	0.06	5833
Ky Juvan, Puumalan ja Sulkavan tk	530	1.6	330	0.1	5300
Mikkelin seudun th ky	3814	-	-	0.34	11 217
Mäntyharju	363	1.5	242	0.08	4537
Pieksämäen seudun th ky	1501	4.4	341	0.3	5003
Pertunmaa	300	0.5	600	0.02	15 000
Savonlinnan perusth ky	2285	6.7	341	0.5	4570-

- =tieto puuttuu

LIITETAULUKKO 4. Kuntien tai kuntayhtymien sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen ja lääkäreiden väestövastuuvirkaehtosopimusten toteutuminen

Kunta/kuntayhtymä	Yhdistetty sosiaali- ja terveystoimi		Lääkäreillä väestövastuuvirkaehtosopimus		Suunnitteilla
	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	
Pohjois-Savo					
Iisalmen seudun ktt ky			x		x 2003
Kangaslampi		x	x		
Kiuruvesi	x			x	
Koillis-Savon ktt ky		x		x	
Kuopio	x			x	2004
Lapinlahti	x			x	
Leppävirta	x		x		
Nilsiä	x		x		
Pielavesi-Keitele		x		x	
Rautavaara	x			x	
Siilinjärven-Maaningan th ky		x	x		
Sisä-Savon ktt ky		x	x		
Sonkajärvi	x			x	
Varkaus	x		x		
Varpaisjärvi		x		x	
Vehmersalmi	x			x	
Pohjois-Karjala					
Joensuu	x		x		
Eno	x			x	
Ilomantsi, Tuupovaara	x			x	
Juuka	x			x	
Keski-Karjalan ktt ky		x		x	
Kiihtelysvaara	x			x	
Kontiolahti	x			x	
Lieksa		x		x	
Liperi	x			x	
Nurmeksien ja Valtimon th ky	x		x		
Outokumpu	x			x	
Polvijärvi	x			x	
Pyhäselkä-Hammaslahti	x			x	
Tohmajärvi-Värtsilä	x			x	
Etelä-Savo					
Heinävesi	x		x		
Joroinen		x		x	
Kaakkois-Savon th ky		x		x	
Kangasniemi	x		x		
Ky Juvan, Puumalan ja Sulkavan tk	x		x		
Mikkelin seudun th ky	x		x		
Mäntyharju	x		x		
Pieksämäen seudun th ky		x	x		
Pertunmaa	x			x	
Savonlinnan perusth ky		x		x	x

LIITETAULUKKO 5. Neuvolatyön kokonaisuudesta ja käytännön toiminnasta vastaavat viranhaltijat kunnittain tai kuntayhtymittäin

Kunta/kuntayhtymä	Neuvolatyön kokonaisuudesta/käytännön toiminnasta vastaavien viranhaltijoiden virkanimikkeet
Pohjois-Savo Iisalmen seudun ktt ky	Johtava ylilääkäri, johtava ylihoitaja/Apulaisylilääkäri, osastonhoitaja
Kangaslampi	Vastaava terveydenhoitaja/Vastaava terveydenhoitaja
Kiuruvesi	Avohoidon johtaja, ylilääkäri, ylihoitaja/samat kuin edellä
Koillis-Savon ktt ky:	Johtava hoitaja/Osastonhoitaja
Kuopio	Apulaisylilääkäri/Osastonhoitaja
Lapinlahti	Perheosaston osastopäällikkö, tulosyksikön osastopäällikkö / Osastonhoitaja
Leppävirta	Ei nimetty/Johtava hoitaja, osastonhoitaja
Nilsjä	Terveyskeskuslääkäri/Osastonhoitaja
Pielavesi-Keitele	Ei nimetty/Johtava hoitaja
Rautavaara	Johtava hoitaja/Terveystenhoitaja
Siilinjärven-Maaningan th ky	Ei nimetty/Osastonhoitaja
Sisä-Savon ktt ky	Avohoidon ylihoitaja/Avohoidon ylihoitaja, vastaava terveydenhoitaja
Sonkajärvi	Johtava lääkäri, johtava hoitaja/Ei nimetty
Varkaus	Ei nimetty/Vastaava terveydenhoitaja
Varpaisjärvi	Johtava lääkäri/Ei nimetty
Vehmersalmi	Johtava lääkäri, terveydenhoitaja/Johtava lääkäri, terveydenhoitaja
Pohjois-Karjala Joensuu	Avohoidon ylihoitaja/Ei nimetty
Eno	Ei nimetty/Ei nimetty
Ilomantsi-Tuupovaara	Ei nimetty/Terveystenhoitaja
Juuka	Ei nimetty/Ylihoitaja
Keski-Karjalan ktt ky	Johtava hoitaja/Osastonhoitaja
Kiihtelysvaara	Johtava lääkäri, terveydenhoitaja/samat kuin edellä
Kontiolahti	Hoitotyön päällikkö, terveyskeskuslääkäri/samat kuin edellä
Lieksa	Terveyskeskuslääkäri, johtava hoitaja/Terveystenhoitaja
Liperi	Johtava lääkäri, johtava hoitaja/Osastonhoitaja
Nurmeksen ja Valtimon th ky,	Ylilääkäri, johtava hoitaja/Osastonhoitaja
Outokumpu	Terveyskeskuslääkäri/Avoterveydenhuollon osastonhoitaja
Polvijärvi	Terveyskeskuslääkäri/Johtava hoitaja
Pyhäselkä-Hammaslahti	Johtava lääkäri, johtava hoitaja/Johtava hoitaja
Tohmajärvi-Värtsilä	Ei nimetty/Avohoidon esimies, neuvolalääkäri, vast. terv.hoit.
Etelä-Savo Heinävesi	Terveyskeskuslääkäri/Terveystenhoitaja
Joroinen	Ylilääkäri/Johtava hoitaja
Kaakkois-Savon th ky	Ei nimetty/Ei nimetty
Kangasniemi	Johtava hoitaja/Johtava hoitaja
Ky Juvan, Puumalan ja Sulkavan tk	Johtava lääkäri/Osastonhoitaja
Mikkelin seudun th ky kuin edellä	Avohoidon ylilääkäri, terveysneuvonnan osastonhoitaja/ samat
Mäntyharju	Johtava lääkäri , johtava hoitaja/Osastonhoitaja
Pieksämäen seudun th ky	Ei nimetty/Apulaisylilääkäri, os.hoit., terveyskeskuslääkäri
Pertunmaa	Johtava lääkäri, johtava hoitaja/Avohoidon osastonhoitaja
Savonlinnan perusth ky	Avohoidon ylilääkäri, avohoidon ylihoitaja/Avohoidon ylihoitaja

LIITETAULUKKO 6. Kunnissa tai kuntayhtymissä laaditut tai suunnitteilla olevat hyvinvointiohjelmat

Kunta/kuntayhtymä	Väestön hyvinvointi	Lapsiperheet	Päihdeasiat	Terveystiedistäminen	Mielen-terveys
Pohjois-Savo					
Iisalmen seudun ktt ky	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	valm.
Kangaslampi	ei	ei	ei	ei	ei
Kiuruvesi	valm.	kyllä	kyllä	-	valm.
Koillis-Savon ktt ky	-	-	-	-	-
Kuopio	kyllä	kyllä	kyllä	ei	kyllä
Lapinlahti	kyllä	valm.	valm.	valm.	ei
Leppävirta	ei	ei	kyllä	kyllä	ei
Nilsä	ei	ei	ei	ei	ei
Pielavesi-Keitele	ei	ei	ei	ei	ei
Rautavaara	ei	ei	kyllä	ei	valm.
Siilinjärven-Maaningan th ky	ei	kyllä	valm.	ei	valm.
Sisä-Savon ktt ky	-	kyllä	kyllä	-	-
Sonkajärvi	-	-	valm.	-	-
Varkaus	ei	kyllä	kyllä	ei	ei
Varpaisjärvi	kyllä	-	kyllä	-	-
Vehmersalmi	-	-	-	-	-
Pohjois-Karjala					
Joensuu	ei	valm.	kyllä	ei	kyllä
Eno	-	-	-	-	-
Ilomantsi-Tuupovaara	-	-	kyllä	-	valm.
Juuka	-	-	-	-	-
Keski-Karjalan ktt ky	ei	valm.	valm.	ei	valm.
Kiihtelysvaara	valm.	valm.	kyllä	valm.	valm.
Kontiolahti	ei	kyllä	valm.	ei	kyllä
Lieksa	ei	kyllä	kyllä	-	kyllä
Liperi	-	kyllä	kyllä	ei	valm.
Nurmeksien ja Valtimon th ky	-	-	kyllä	ei	valm.
Outokumpu	ei	ei	ei	ei	ei
Polvijärvi	-	-	-	-	-
Pyhäselkä-Hammaslahti	-	valm.	valm.	-	valm.
Tohmajärvi-Värtsilä	ei	valm.	kyllä	kyllä	valm.
Etelä-Savo					
Heinävesi	-	-	kyllä	-	-
Joroinen	-	-	valm.	-	kyllä
Kaakkois-Savon th ky	ei	valm.	kyllä	-	valm.
Kangasniemi	-	-	kyllä	-	-
Ky Juvan, Puumalan ja Sulkavan tk	ei	ei	ei	kyllä	valm.
Mikkelin seudun th ky	valm.	ei	kyllä	kyllä	ei
Mäntyharju	-	-	-	-	-
Pieksämäen seudun th ky	-	kyllä	kyllä	-	valm.
Pertunmaa	-	-	-	-	-
Savonlinnan perusth ky	ei	ei	ei	ei	ei

- =tieto puuttuu, valm.= ohjelma valmisteilla

LIITETAULUKKO 7. Ensi- ja uudelleensynnyttäjien määräaikaistarkastukset äitiysneuvoloissa kunnittain tai kuntayhtymittäin

Kunta/kuntayhtymä	Lääkärikäynnit		Terveydenhoitaja- käynnit		Käynnit yhteensä Ensisynnyttäjät/ uudelleensynnyttäjät
	Ensisyn- nyttäjät	Uudelleen synnyttäjät	Ensisyn- nyttäjät	Uudelleen synnyttäjät	
Pohjois-Savo					
Iisalmen seudun ktt ky	3	3	15	14	18/17
Kangaslampi	4	4	16	14	20/18
Kiuruvesi	5	4	13	11	18/15
Koillis-Savon ktt ky	4	4	17	14	21/18
Kuopio	5	5	14	14	19/19
Lapinlahti	5	5	15	13	20/18
Leppävirta	4	4	14	11	18/15
Nilsinä	4	4	11	10	15/14
Pielavesi-Keitele	4	4	12	12	16/16
Rautavaara	4	4	14	13	18/17
Siilinjärven-Maaningan th ky	5	5	11	10	16/15
Sisä-Savon ktt ky	-	-	15	11	-
Sonkajärvi	-	-	17	15	-
Varkaus	3	3	11	9	14/12
Varpaisjärvi	4	4	15	14	19/18
Vehmersalmi	4	4	13	13	17/17
Pohjois-Karjala					
Joensuu	3	3	12	12	15/15
Eno	3	2	13	12	16/15
Ilomantsi-Tuupovaara	4	4	14	14	18/18
Juuka	3	3	12	10	15/13
Keski-Karjalan ktt ky	4	4	12	12	16/16
Kiihtelysvaara	3	3	13	12	16/15
Kontiolahti	3	4	-	-	-
Lieksa	3	3	16	13	19/16
Liperi	3	3	14	13	17/16
Nurmeksen ja Valtimon th ky	3	4	15	15	18/19
Outokumpu	3	4	tarp.muk.	tarp.muk.	-
Polvijärvi	-	-	-	-	-
Pyhäselkä-Hammaslahti	4	4	15	13	19/17
Tohmajärvi-Värtsilä	3	3	14	13	17/16
Etelä-Savo					
Heinävesi	1*	1*	18	12	19/13
Joroinen	2	2	18	15	20/17
Kaakkois-Savon th ky	4	4	11	11	15/15
Kangasniemi	-	-	-	-	-
Ky Juvan, Puumalan ja Sulkavan tk	4	4	16	14	20/18
Mikkelin seudun th ky	4	4	13	13	17/17
Mäntyharju	-	-	-	-	-
Pieksämäen seudun th ky	4	4	13	13	17/17
Pertunmaa	-	-	-	-	-
Savonlinnan perusth ky	4	4	14	12	18/16
					-

-=tieto puuttuu, *=jälkitarkastus

LIITETAULUKKO 8. Imeväis- ja leikki-ikäisten määrääikaistarkastukset lasten- neuvoloissa kunnittain tai kuntayhtymittäin

Kunta/kuntayhtymä	Lääkärikäynnit		Terveystarkastaja- käynnit		Käynnit yhteensä	
	0– 12 kk	13 kk– 6 v.	0– 12 kk	13 kk– 6 v.	0-12kk	13kk-6v.
Pohjois-Savo						
Iisalmen seudun ktt ky	2	3	9	6	11	9
Kangaslampi	3	3	8	6	11	9
Kiuruvesi	2	3	10	6	12	9
Koillis-Savon ktt ky	3	2	8	6	11	8
Kuopio	2	1	6	5	8	6
Lapinlahti	3	2	6	5	9	7
Leppävirta	3	2	7	5	10	7
Nilsia	2	1	6	4	8	5
Pielavesi-Keitele	3	3	8	5	11	8
Rautavaara	2	2	10	6	12	8
Siilinjärven-Maaningan th ky	3	2	7	6	10	8
Sisä-Savon ktt ky	-	-	9	5	-	-
Sonkajärvi	-	-	9	6	-	-
Varkaus	3	2	-	-	-	-
Varpaisjärvi	2	3	9	4	11	7
Vehmersalmi	2	3	9	5	11	8
Pohjois-Karjala						
Joensuu	3	2	8	6	11	8
Eno	3	4	10	7	13	11
Ilomantsi-Tuupovaara	2	2	8	5	10	7
Juuka	1	0	8	6	9	6
Keski-Karjalan ktt ky	2	3	6	5	8	8
Kiihtelysvaara	3	4	9	6	12	10
Kontiolahti	3	5	-	-	-	-
Lieksa	2	3	8	6	10	9
Liperi	3	1	6	7	9	8
Nurmeksien ja Valtimon th ky	3	3	7	5	10	8
Outokumpu	2	2	tarp.muk.	tarp.muk.	-	-
Polvijärvi	-	-	-	-	-	-
Pyhäselkä-Hammaslahti	3	3	7	4	10	7
Tohmajärvi-Värtsilä	3	3	10	8	13	11
Etelä-Savo						
Heinävesi	3	2	8	6	11	8
Joroinen	2	1	9	6	11	7
Kaakkois-Savon th ky	3	3	5	5	8	8
Kangasniemi	3	3	7	6	10	9
Ky Juvan, Puumalan ja Sulkavan tk	2	2	11	7	13	9
Mikkelin seudun th ky	2	2	11	7	13	9
Mäntyharju	-	-	-	-	-	-
Pieksämäen seudun th ky	2	2	8	5	10	7
Pertunmaa	-	-	-	-	-	-
Savonlinnan perusth ky	3	2	10	7	13	9

- =tieto puuttuu

LIITETAULUKKO 9. Neuvolatyön kehittämishankkeet kunnittain tai kuntayhtymittäin

Kunta/kuntayhtymä	Neuvolatyön kehittämishanke/kehittämistyön aihealue
Pohjois-Savo	
Iisalmen seudun ktt ky	VaVu -koulutus, lähiöiden kehittäminen, ryhmäneuvolatoiminta
Kangaslampi	-
Kiuruvesi	ravitseminen, ultraäänitutkimukset
Koillis-Savon ktt ky:	-
Kuopio	neuvola-päivähoito yhteistyö, kummikätilötoiminta, Voimavarainen vanhemmuus - terveellinen lapsuus -hanke, päihdeperheiden hoitoketju, erityistukea tarvitsevien lasten hoitoketju (ETU), VaVu-koulutus
Lapinlahti	VaVu-koulutus, perheosaston toiminnan integroituminen, ”Osaatko”-hanke
Leppävirta	neuvola-päivähoito yhteistyö, perhepalvelut-vastuualueen
organisointi	
Nilsinä	-
Pielavesi-Keitele	syrjäytyneiden perheiden lapset, Haikara, Näkymätön lapsi –hanke
Rautavaara	-
Siilinjärven-Maaningan th ky	Lapsiperhe-projektin toimintatapojen juurruttaminen käytäntöön
Sisä-Savon ktt ky	VaVu-koulutus, Verkko-projekti, Latu-projekti
Sonkajärvi	VaVu-koulutus
Varkaus	”Päihteen naiseus”-hanke, Baby blues –hanke
Varpaisjärvi	-
Vehmersalmi	-
Pohjois-Karjala	
Joensuu	VaVu-koulutus, LENE, Alku-projekti, TESSU-hanke
Eno	Voimavarainen vanhemmuus- terveellinen lapsuus -hanke, LENE
Ilomantsi-Tuupovaara	Lapsiperhe-projekti (keinoja vaikeaan asiakastyöhön)
Juuka	LENE
Keski-Karjalan ktt ky	Voimavarainen vanhemmuus - terveellinen lapsuus –hanke, LENE
Kiihtelysvaara	Hyvinvointineuvola
Kontiolahdi	VaVu-koulutus, Perenna, laatutyö ja terveydenhoitajien toimintamalli (BSC)
Lieksa	LENE
Liperi	VaVu-koulutus, perhevalmennus, Malva-projekti (=tiedonsiirto neuvola-päivähoito-esikoulu), Perenna
Nurmeksien ja Valtimon th ky,	Voimavarainen vanhemmuus - terveellinen lapsuus –hanke
Outokumpu	VaVu-koulutus
Polvijärvi	-
Pyhäselkä-Hammaslahti	TESSU, LENE
Tohmajärvi-Värtsilä	VANE:n ja LENE:n käyttöönoton arviointi
Etelä-Savo	
Heinävesi	-
Joroinen	VaVu-koulutus
Kaakkois-Savon th ky	asiakasarviointi äitiyshuollon toiminnasta, VaVu-koulutus
Kangasniemi	-
Ky Juvan, Puumalan ja Sulkavan	-
Mikkelin seudun th ky	VaVu-koulutus, yhteistyön tiivistäminen
Mäntyharju	VaVu-koulutus
Pieksämäen seudun th ky	5-v. tarkastukset, VaVu-koulutus, huoliseulat, laatutyö (palvelukuvausten laadinta), päihdeäitien hoitoketju
Pertunmaa	VaVu-koulutus
Savonlinnan perusth ky	syrjäytymisuhassa olevien lapsiperheiden palvelut


- =tieto puuttuu

VaVu = varhaisen vuorovaikutuksen havainnointi ja tukeminen –koulutus, VANE= Vauvaikäisten neurologinen arviointimenetelmä, LENE= leikki-ikäisten neurologinen arviointimenetelmä, Alku = parisuhteen tukeminen –koulutus terveydenhoitajille,

Perenna =perusterveydenhuollon koulutus– ja kehittämishanke /AMK, TESSU- terveyden edistämisen seutukunnallinen hanke (Kansanterveydenkeskus)

**SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN SELVITYKSIÄ
SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS RAPPORTER
REPORTS OF THE MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH
ISSN 1236-2115**

- 2004: 1 Lasten- ja nuortenpsykiatrian valtionavustuksen käyttö vuonna 2002.
ISBN 952-00-1470-5
- 2 Användningen av statsunderstödet för barn- och ungdomspsykiatri år 2002.
ISBN 952-00-1471-3
- 3 Eila Uotila. Terveyskeskuksessa työskentelevien työn järjestäminen, toiminnan ohjaaminen ja kehittäminen.
ISBN 952-00-1473-X
- 4 Pirjo Varjoranta, Marjatta Pirskanen, Marjaana Pelkonen, Tuovi Hakulinen, Arja Haapakorva. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Itä-Suomen läänissä 2003.
ISBN 952-00-1482-9



Raportissa kuvataan keväällä 2003 Itä-Suomen kaikissa terveystieteiden keskuksissa tehdyn selvityksen tuloksia. Selvityksen tarkoituksena oli saada tietoa äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan johtamisesta, henkilöstövoimavaroista, toimintatavoista ja henkilöstön osaamisesta. Tiedot saatiin 40 kunnan tai kansanterveystyön kuntaryhmän johtavilta viranhaltijoilta sekä neuvolatyötä tekevilta lääkäreiltä ja terveydenhoitajilta. Tulosten mukaan eri kuntien äitiys- ja lastenneuvolatoiminnassa on suuria eroja.

Internetissä: www.stm.fi

ISSN 1236-2115

ISBN 952-00-1482-9

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Edita Publishing Oy
PL 800, 00043 EDITA, vaihe 020 450 00
Asiakaspalvelu:
puhelin 020 450 05, faksi 020 450 2380
Edita-kirjakauppa Helsingissä:
Annankatu 44, puhelin 020 450 2566