

Matti Rimpelä
Tutkimusprofessori
Stakes/KHS/Terveysten edistämisen vertaistietohanke

24.5.2007

Hyvinvointineuvola lapsiperheiden tukena: Ideasta toteutukseen

Sisällysluettelo

Tiivistelmä	2
Johdanto	3
Ideasta toteutukseen	3
Perhekeskeisyydestä lapsiperheen hyvinvointineuvontaan	6
Idea kiteytyy	8
"Hyvinvointineuvola" vakiintuu kieleen ja kehittämistyöhön	9
Seuraava kehitysvaihe	10
Hyvinvointineuvola järjestelmäinnovaationa	13
Luonnos ehdotukseksi lapsiperheen määräaikaisesta hyvinvointiarvioinnista	14
Liite 1. Koko perheen hyvinvointineuvonta - häiriöpalveluista kehitysyhteisöjen tukemiseen	17
Liite 2. VERSO II-PROJEKTI: Hyvinvointineuvola ammattilaisten silmin. Raportti lääkäreiden, psykologien, sosiaalityöntekijöiden ja terveydenhoitajien ryhmäkeskusteluista	26
Liite 3. Stakesin aloite sosiaali- ja terveysministerille lapsiperheiden määräaikaisten hyvinvointiarviointien kehittämiseksi	29
Liite 4. Lapsiperheiden määräaikaiset hyvinvointiarvioinnit raskauden alusta 18. ikävuoteen - ehdotus kehittämishankkeeksi 2007-2008	38

Tiivistelmä

Tässä raportissa kuvataan lapsiperheiden hyvinvointineuvola -idean kiteytymistä ja muuntumista toiminnaksi. Vuonna 2002 kiteytyneen hyvinvointineuvola -idean lähtökohtina olivat yhtäältä lapsiperheiden ja lasten häiriöiden ja ongelmien hoidon kasvava kuormitus. Vaikka investoinnit lastensuojelun sijaishoitoon, erityisopetukseen ja lasten mielenterveysongelmien hoitoon ovat lisääntyneet huomattavasti, kasvutrendit eivät ole taittuneet. Voimavarojen lisäämisen ohella on viime vuosina korostettu varhaista puuttumista, perhekeskeyttä, yhteistyötä ja verkostoitumista. Neuvolatyössä nämä teemat ovat olleet esillä jo pitkään. Lapsiperheiden hyvinvointineuvola -idean ensimmäiset sovellukset käynnistyivät vuonna 2002 mm. Espoossa, Tampereella, Lempäälässä ja Päijät-Hämeessä. Ensimmäisissä hyvinvointineuvoloissa on yhdistetty terveydenhoidon, sosiaalityön ja mielenterveyshoidon asiantuntijuutta tiimityönä tukemaan koko lapsiperheen hyvinvointia raskauden alusta alkaen. Tämän lisäksi on pyritty järjestämään vertaistukea vanhemmille.

Noin viiden vuoden kuluessa lapsiperheiden hyvinvointineuvonnan idea on täsmentynyt ja kehittämisen haasteet selkiytyneet. Tavoitteena on lapsiperheiden tukeminen mahdollisimman varhain. Hyvinvointineuvolassa edistetään myös isän ja äidin terveyttä ja hyvinvointia. Uusien hyvien käytäntöjen kehittämisessä ja toteuttamisessa tarvitaan välttämättä uutta henkilökuntaa. Kun varhainen tuki tehostuu, voidaan suurella todennäköisyydellä odottaa häiriöiden ja ongelmien hoitokustannusten kasvun taittuvan 5-8 vuoden kuluessa. Lisäinvestoinnit hyvinvointineuvontaan asettuvat oikeaan mittakaavaan kun niitä verrataan hoitomenojen kasvuun viimeisten kymmenen vuoden aikana.

Vakiintunutta neuvolatyön ydintä äidin ja lapsen terveyden edistämässä on edelleen vahvistettava. Terveydenhoitajien riittävä mitoitus suhteessa tarpeeseen on varmistettava. Terveyskeskuksissa tulisi olla neuvolatyöstä vastaavat naistentautien ja lastentautien erikoislääkärit: joko päätoimisesta omana toimintana (suuret terveyskeskukset), seudullisena yhteistyönä tai yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa. Hyvinvointineuvolassa terveydenhoitaja ja perhetyöntekijä tekevät parityötä ja heidän tukenaan on moniammatillinen tiimi, jossa ovat mm. lääkäri, sosiaalityöntekijä ja psykologi. Perhetyöntekijä suuntautuu vanhempien hyvinvoinnin, parisuhteen ja vanhemmuuden tukemiseen sekä vertaistuen järjestämiseen sekä kotikäynteihin. Perhetyöntekijällä tulee olla soveltuva peruskoulutus ja riittävä perehtyneisyys lapsiperheiden hyvinvointineuvontaan.

Moniammatillisen tiimityön ohella kehittämishaasteiksi ovat nousseet mm. 1) lapsiperheiden hyvinvointia jo ennen häiriöiden ja ongelmien ilmenemistä tukeva perhetyön sisältö ja osaaminen, ja 2) siihen läheisesti liittyvän vertaistuen muodot ja järjestäminen sekä 3) eri hallintokuntien ja ammattiryhmien näkökulmia ja tarpeita yhdistävän lapsiperheiden hyvinvointiarvioinnin sisältö, menetelmät ja ajoittuminen, ja 4) perheen saaminen asiakastietojärjestelmiin yksiköksi yksilöiden rinnalla niin, että yhteistä tietoa voidaan hyödyntää moniammatillisessa tiimityössä tietosuojaa loukkaamatta. Lapsiperheiden hyvinvointineuvonnan tulisi perustua mahdollisimman paljon yhteisiin hyviin käytäntöihin. Tietojärjestelmien tulisi mahdollistaa toiminnan seuranta vertailukelpoisella tiedolla.

Hyvinvointineuvonnan tulisi perustua lapsiperheiden tarpeisiin myös väestötasolla. Paikallinen tarvearviointi toteutuu parhaiten siten, että lapsiperheiden laajat hyvinvointiarvioinnit tehdään määräajoin toimiyksikön koko vastuuväestölle yhteisten käytäntöjen mukaan ja samalla ydintiedot tallennetaan niin, että niistä voidaan tulostaa koko vastuuväestöä kuvaavia tilastotietoja. Yhteisillä käytännöillä varmistetaan, että tieto on vertailukelpoista. Jos määräaikaisia hyvinvointiarviointeja tehtäisiin yhteisillä menettelyillä koko maassa, samalla kertyisi lapsiperheiden ja lasten hyvinvoinnin kehitystä kuvaavat tilastotiedot.

Hyvinvointineuvolan seuraavissa kehityshankkeissa tulisi isä kirjata neuvolan asiakkaaksi jo ensimmäisillä neuvolakäynneillä 9 - 12 raskausviikon aikana. Samalla tehtäisiin hyvinvointiarviointi, jossa selvitetään perheen elinoloja, parisuhdetta, vanhemmuutta ja läheistuen saatavuutta. Samalla tehdään isälle ja äidille terveystarkastus (mm. sydäntautien ja diabeteksen vaaratekijät, päihteiden käyttö, tupakointi, ylipaino). Hyvinvointiarvioinnin yhteydessä sovitaan jatkotoimenpiteistä ja myös toistuvien neuvolakäyntien ohjelmasta. Seuranta-arviointeja olisi noin 30 raskausviikon vaiheilla ja lapsen tullessa 2-4 kuukauden, vuoden ja kolmen vuoden ikään.

Johdanto

Hyvinvointineuvola tuli suomalaisen keskusteluun vuonna 2002. Uudet toiminta-ajatukset ovat kypsyneet samanaikaisesti useissa kunnissa ja terveyskeskuksissa. Toistaiseksi niitä on kuvattu vain muutamissa julkaisuissa. Olen harrastanut hyvinvointineuvolaksi kutsutun toiminta-ajatuksen kehitystyötä todennäköisesti alusta alkaen. Kyseessä on nimenomaan harrastaminen päätehtävien ohessa. Hyvinvointineuvolan kehittäminen on tullut ajankohtaiseksi monien toisiaan sivuavien prosessien yhteydessä, mutta ei missään vaiheessa omana hankkeenaan. Kuluneiden viiden vuoden aikana on julkaistu vain muutamia kehitystyötä kuvaavia raportteja. Myös omalta osaltani ideoiden kirjaaminen julkaisuksi on jäänyt. Vaikka olen esittänyt sitä koskevia pohdintoja ja esityksiä kymmenissä esitelmissä ja työkokouksissa ja kirjoittanut muistiota ja suunnitelmia, keskeisten teemojen tiivistäminen julkaistavaksi on jäänyt.

Tämän raportin tarkoituksena on kuvata hyvinvointineuvolan toiminta-ajatusta ja sen kehitystä kirjoittajan näkökulmasta sen aineiston perusteella, mitä vuosien kuluessa on varsin satunnaisesti kerätty. Liitteeksi olen lisännyt muutamia keskeisiä tekstejä sellaisena kuin ne aikanaan on valmistunut. Raportin kirjoittaminen on tullut ajankohtaiseksi siksi, että viimeisimmän vuoden aikana tietyt toimintalinjat ovat - ainakin kirjoittajan mielestä - kiteytyneet ja selkiytyneet.

Vuosien keskustelun ja yhteistyön prosessissa on vaikea erottaa, mikä olisi omaa ja mikä lainattua. Koen joskus olleeni osin varhaisena innovaattorina, mutta usein myös vaiheessa yhteisen keskustelun tulosten kirjaajana. Molemmat roolit yhdistyvät tässä raportissa. Raportissa kerrotaan yksi - mutta ei lainkaan tyhjentävä - tarina kehitystyöstä, jossa koen olleeni aktiivisesti mukana. Tarkastelen hyvinvointineuvolan toiminta-ajatuksen lähtökohtia ja kehitystä ja esitän ehdotuksen seuraavan kehittämisvaiheen haasteiksi.

Lukijan on hyvä pitää mielessä, että tarina keskittyy "hyvinvointineuvolaan" tietoisesti liitettyyn kehittelyyn. Samanaikaisesti samoja ideoita on todennäköisesti kehitelty ja testattu käytännössä useissa terveyskeskuksissa, mutta niitä ei ole yhdistetty hyvinvointineuvolaan. Olennaista on, että kyseessä on universaali - siis kaikille lapsiperheille tarkoitettu - hyvinvoinnin tukemiseen erikoistunut ja ammatilliseen osaamiseen perustuva neuvonta. Suomalaisessa yhteiskunnassa ainakin toistaiseksi kyseessä on käytännössä kunnan toiminnan kehittäminen tästä näkökulmasta. Esimerkiksi lapsiperheiden hyvinvoinnin kannalta erittäin tärkeät toimeentulo- ja tulonsiirtokysymykset jäävät tarinasta pois, samoin asuminen ja työ.

Toinen varoitus liittyy konkreettisiin toimenpide-ehdotuksiin. Jos tässä hahmoteltu lapsiperheiden hyvinvointineuvolan toiminta-ajatuksen luonnehdinta osoittautuu toimintasuuntavana perustelluksi, tarvitaan vielä vuosien tutkimus- ja kehitystyö.

Ideasta toteutukseen

Vuoden 2002 alussa Stakesin Dialogi-lehdessä (2/2002) pohdin lapsiperheiden varhaisen tuen kehittämishaastetta yleisemmässä innovaatiokehityksessä:

"...on tärkeätä huomata, että hyvinvointipalveluiden uudistamisessa pätevät samat pelisäännöt kuin teknisten innovaatioiden ja uusien lääkkeiden tuotteistamisessa.

Ensin on idea, joka todetaan siinä määrin perustelluksi, että sitä aletaan tarkemmin tutkia. Vähitellen hahmottuvat ensimmäiset käytännön sovellutukset, jotka harvoin osuvat suoraan valmiiseen tulokseen. Useimmiten ensimmäiset sovellutukset toimivat huonosti ja vasta jatkuvan tutkimus- ja kehittämistyön kautta valmistuu myös käytännössä toimivia tuotteita.

Tätä kehityskulkua kuvaa hyvin kännykän kehitys: Vielä 1960-luvulla ideaa kannettavasta puhelimesta havainnollista televisiosarjan etsivä Maxwell Smartin kenkäpuhelin, 1990-luvun alussa oli jo Mobiran "halko" ja lopulta samaa ideaa toteuttavat, mutta kovasti toisenlaiselta näyttävät kännykät.

Toiseksi on hyvä pitää mielessä uudistusten luonnollinen kehitys. Kun uusi alkaa selkiytyä mutta vanhan instituutiot ovat vielä vahvoja, keskustelu on vireää ja intressiristiriidat näkyviä. Uusi näyttää myös uhkaavalta ja sitä yritetään torjua. Uudet haasteet hyväksytään retoriikan tasolla. Sovellutukset keskittyvät kuitenkin vanhojen rakenteiden korjaamiseen. Aidosti uusien sovellutusten tutkimusta ja kehittämistä kyllä arvostetaan, mutta siihen ei löydy todellisia mahdollisuuksia.

Juuri näissä tilanteissa testataan yhteisöjen kyky uudistua: Kuinka kauan aikanaan erinomaiset mutta vähitellen vanhentuneet rakenteet ja valtakeskittymät onnistuvat estämään uudistumisen?

Tällaisessa vaiheessa koen äitiys- ja lastenneuvolatyön kehittämisen olevan. Havainnollistan sitä esimerkillä. Jos edellä kuvatut toiminta-ajatukset hyväksytään, toiminnan kutsuminen erikseen äitiysnevolaksi ja lastennevolaksi on kahdessa suunnassa arvelluttavaa. Se tekee syntymästä rajan, joka katkaisee jatkuvuuden juuri silloin kun sitä erityisesti tarvittaisiin. Äidin ja lapsen korostaminen toiminnan nimissä jättää isän ja vanhemmuuden sivuun toiminnan keskiöstä.

Tuntuu luontevalta puhua perheneuvolasta. Mutta tämä nimi onkin jo varattu sosiaalitoimen häiriölähtöisille instituutioille. Näin keskustelu siirtyy äitiys- ja lastenneuvolatyön kehittämisestä sosiaalitoimen ja terveydenhuollon väliseksi keskusteluksi perheneuvolasanan omistamisesta.

Juuri menestyksellinen historia saattaa hidastaa lasten ja lapsiperheiden peruspalvelujen uudistamiseksi uudistumista. Hyvä muuttuu haitaksi, jos historian rakenteet ovat tärkeämpiä kuin tulevaisuuden näkymien vaatima tutkimus- ja kehittämistyö ja siitä nousevat rakenteiden ja osaamisen uudistukset."

Tämän tarinan ytimenä oleva on kehittynyt vastauksena lukuisiin hallintokuntiin, toimintoihin ja ammattiryhmiin eriytyneeseen osaamiseen jakautuneen lapsiperheiden tuen voimattomuuteen 2000-luvun haasteiden edessä. 1990-luvun puolivälin jälkeen Suomi havahtui huomaamaan, että kaikilla lapsiperheen tuen perinteisillä sektoreilla kuormitus kasvoi. Lastensuojelun, erityisopetuksen ja lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen tunnusluvut kertoivat jopa kymmenen prosentin kasvusta vuosittain.

Ensimmäisenä selityksenä oli lama ja sitä seurannut voimavarojen supistuminen. Kaikki eriytyneet toimijat viestittivät samaa sanomaa: Jos meitä olisi enemmän, lapsiperheiden hyvinvoinnin tuki tehostuisi. Päätäjien päähuomio kiinnitettiin resurssiongelmiin. Uusien voimavarojen osoittaminen lasten sijaishoittoon, heidän mielenterveysongelmiensa hoitoon ja sijaisopetukseen ei kuitenkaan näyttänyt vaikuttavan trendeihin. Häiriöiden ja ongelmien varhaisemman havaitsemisen ja hoitamisen voimavarat ovat kasvaneet kymmenen vuoden aikana useilla sadoilla miljoonilla euroilla, mutta kuormituksen kasvu näyttää edelleen jatkuvan.

Toinen vastaus lapsiperheiden hyvinvoinnin haasteisiin on ollut asiakaskeskeisyys ja erityisesti perhekeskeisyys. Perhe on tullut yhä näkyvämmiin keskustelun ja kehittämistyön ytimeen. Eriytyneet toimijat korostivat perhekeskeisyyttä ja kehittivät sille omia sovelluksiaan, mikä käytännössä tarkoitti työn laajentamista. Terveystarhojan, lastentarhanopettajan, sosiaaliohjaintekijän, neuvolalääkärin, luokanopettajanopettajan, jne. olisi laajennettava toimenkuvansa ja osattava tukea lapsiper-

hettä kokonaisuutena. Haastava jännite on syntynyt siitä, että samanaikaisesti kuntatoimintojen johtamisessa on korostettu tuottavuutta, tuotteistamista ja keskittymistä ydintoimintoihin.

Kolmas vastaus on tiivistynyt varhaiseksi puuttumiseksi. Lapsiperheen ongelmat tulisi havaita varhaisemmin ja niihin tulisi puuttua voimakkaammin. Kaikkien toimijoiden jokaisessa eriytyneessä yksikössä ja toiminnassa olisi pyrittävä huomaan varhemmin häiriön ja ongelman mahdollisuus. Huoli tulisi ottaa puheeksi ja muuttaa puuttumiseksi. Varhaisen puuttumisen käänköpuoleksi on noussut asiakkuuksien lisääntyminen. Huolen havaitseminen muuntuu palvelujen kysynnäksi ja yhä suurempi osa lapsiperheistä ja etenkin lapsista on asiakkaana nopeasti kasvavassa häiriöpalvelujärjestelmässä.

Neljänneksi on korostettu yhteistyötä ja verkostoitumista. Perheen kokonaisuus tavoitetaan yhteistyöllä, jota on alettu kutsua verkostoitumiseksi. Olisi ylitettävä kuntien ja hallintokuntien rajoja ja yhdistettävä julkista ja yksityistä toimintaa. Erityisesti on korostettu kuntien ja kolmannen sektorin yhteistyötä. Tässäkin suunnassa jännitettä on noussut samanaikaisesta ydintoimintoihin keskittymisen vaatimuksesta.

Tässä hahmottuvaan kuvaan olennaisena osana kuuluu vielä epätietoisuus lapsiperheiden ja lasten hyvinvoinnin todellisesta kehityksestä. Koko maan ja myös kuntien tasolla tiedot lapsiperheiden ja alle 10-vuotiaiden lasten hyvinvoinnin, pahoinvoinnin ja terveydentilan kehityksestä ovat varsin hataria, toimeentulon ja tulonsiirtojen teemoja lukuun ottamatta. Lapsiperheiden köyhyystutkimukset antavat kehityksestä samansuuntaisia tietoja kuin palvelujen kuormitus. Muista hyvinvoinnin ulottuvuuksista käytettävissä olevat yksittäiset tutkimukset ja tilastotiedot eivät luonnostele hyvinvointikehityksestä yhtä synkkää kuvaa kuin palveluiden kuormitusluvut. Mutta on huomattava, että palveluja eniten kuormittavasta sinänsä melko pienestä lapsiperheiden osaryhmästä ei ole käytettävissä muuta trenditietoa kuin kuormitusluvut. Tutkimuksen näkökulmasta ei siis voida sanoa, missä määrin kysymys on köyhyiden tai/ja muun pahoinvoinnin lisääntymisestä, pahoinvoinnin ennusteen heikentymisestä tai toimintajärjestelmän kyvyttömyydestä muuttaa kasvavat voimavarat tehokkaaksi tueksi.

Samanaikaisesti edellä kuvattujen kehitysnäkymien kanssa lapsiperheiden ja lasten hyvinvoinnin perustutkimus on edennyt nopeasti. Tästä oivallisia esimerkkejä ovat varhainen vuorovaikutus ja oppimisvaikeuksien havaitseminen. Myös lapsiperheen sisäistä toimintaa ymmärretään yhä paremmin. Parisuhteen ja vanhemmuuden kehityksestä kertyy jatkuvasti uutta tutkimustietoa. Ammatillinen osaaminen voi yhä enemmän perustua tutkimukseen tai muuhun koeteltuun näyttöön. Tästä seuraa yhteisten hyvien käytäntöjen kiteytyminen. Kun tutkimusta ja kehitystyöstä nousevia yhteisiä hyviä käytäntöjä pyritään vakiinnuttamaan toiminnaksi, haasteeksi tulee niiden suhde innovatiivisuuteen ja luovuuteen perustason työssä.

Ideat kuntien lapsiperhetoimintojen uudistamisesta ovat kehittyneet näiden ja myös monien muiden vaikutteiden pyöriessä mielissä. Uuden idean hahmottuminen tulee tärkeäksi silloin, kun haasteeksi nousee samanaikaisesti sekä toiminnalliset innovaatiot että järjestelmäinnovaatiot. Uusi näkymä ei näytä toteutuvan hienosäätämällä nykyisiä toimintoja ja rakenteita, vaan edessä on osaamisen, voimavarojen ja myös valtasuhteiden uusi organisoituminen.

Vaikka lapsiperheiden varhaisen hyvinvoinnin tuen uusissa ideoissa yhdistyy monien tieteenalojen, ammattiryhmien ja hallintokuntien kehityskulkuja, jo ydintermi havainnollistaa sitoutumista tiettyyn historialliseen instituutioon, äitiys- ja lastenneuvolatyöhön. Tätä sitoutumista selventääkseni olen kysynyt, mitä Arvo Ylppö tekisi tänään. 1920-luvulla neuvolatyön kehittämässä ideasta toiminnaksi oli suurta viisautta, joka on merkittävästi myötävaikuttanut suomalaisten lasten hyvin-

voinnin menestystarina. Millaisia olisivat samalla tavalla 2000-luvun haasteisiin vastaavat ideat? Miten niistä rakentuu tutkimus- ja kehitystyötä ja edelleen koko maan kattavaa toimintaa?

Tämän tarinan ensimmäisien vuosien idean voisi jälkikäteen tiivistää näin: **"Hyvinvointineuvolas-
sa yhdistetään terveydenhoidon, sosiaalityön ja mielenterveystyön asiantuntijuutta tiimityönä
tukemaan koko lapsiperheen hyvinvointia raskauden alusta alkaen sekä järjestetään vertais-
tukea vanhemmille."** Idean kantavuutta on testattu muutamassa kehityshankkeessa ja lukuisissa
työkokouksissa ja seminaareissa. Yleisesti ottaen se tuntuu perustellulta ja kestävältä, mutta entä
sitten. Mitä tämä tarkoittaa käytännössä. Tänään on jo käytettävissä 4-5 vuoden kokemuksia käy-
tännön sovellutuksista.

Idea on muuttumassa käytännöksi, mutta samalla se myös muuntuu ja täsmentyy. Myös edessä ole-
van muutoksen kriittiset polut ja tekniset kehittämishaasteet alkavat näkyä yhä selvemmin. Poimin
niistä virikkeeksi kaksi esimerkkiä.

Onko viisasta puhua "hyvinvointineuvolasta" vai olisiko puhuttava "hyvinvointineuvonnasta". Neu-
vola viittaa instituutioon, jolla on vakiintunut toimenkuva ja rooli suomalaisessa yhteiskunnassa. Se
on ollut selkeästi yhden hallintokunnan ja tiettyjen ammattiryhmien instituutio. Neuvonta korostaisi
enemmän toimintaa eikä samalla tavalla viittaisi heti perinteiseen instituutioon. **"Lapsiperheiden
hyvinvointineuvonnan kehittäminen" voisi hahmottua muilla hallinnonaloilla helpommin yh-
teiseksi haasteeksi kuin "lapsiperheiden hyvinvointineuvolan kehittäminen".**

Hyvinvointipalvelujen asiakastietojärjestelmät ovat kehittyneet sektorikohtaisesti tukemaan yksilö-
keskeistä asiakastyötä. Lukuisat erilliset tietojärjestelmät yhdessä tietosuojan vaatimusten tiukan
soveltamisen kanssa ovat suuri haaste lapsiperheiden hyvinvointineuvonnan kehittämisessä. Miten
saataisiin aikaan sellainen asiakastietojärjestelmä, joissa yksikkönä olisi yksilöiden rinnalla myös
lapsiperhe ja joka tietosuoja loukkaamatta juostavasti mahdollistaisi yhteisen tiedon hyödyntämi-
sen moniasiantuntijuuteen ja tiimeihin perustuvassa hyvinvointineuvonnassa. Oman haasteensa tie-
tojärjestelmälle tuo lapsiperheiden hyvinvointitarpeiden ja toiminnan näkyväksi tekeminen sekä
johtamisessa, kehittämisessä ja arvioinnissa tarvittavan väestö- ja toimiyksikkötason vertailutie-
don tuottaminen.

Nämä esimerkit havainnollistavat idean kehittymistä ja muuntumista toiminnaksi. Suunta alkaa
hahmottua, mutta edessä on vielä vuosien tutkimus- ja kehittämistyö ennen kuin voidaan perustel-
lusti puhua idean muuttumisesta toiminnaksi. Tällaisessa kehittämisprosessissa olisi oltava epävar-
muuden sietoa ja myös valmiutta riski-investointeihin. Kun idean toteutus on vasta alkamassa, ei
voi olla näyttöä tehokkuudesta eikä vaikuttavuudesta. Juuri tässä saattaa olla haastavin kriittinen
polku: Miten saadaan aikaan riittävän monipuolista ja laajaa tutkimus- ja kehitystyötä muuntamaan
idea käytännöksi silloin, kun se vaatii väistämättä uusia investointeja ja tuottoa ja ensimmäisten
toimivien prototyyppien valmistuessaakin olisi jaksettava odottaa tuottoja jopa 5-8 vuotta?

Perhekeskeisyydestä lapsiperheen hyvinvointineuvontaan

Perhekeskeisyys on noussut ydintemaksi lasten, nuorten ja lapsiperheiden tuen kaikkien muotojen
kehittämisessä. Siis yhtä hyvin lastensuojelussa, varhaiskasvatuksessa, perusopetuksessa, perhe- ja
kasvatusneuvonnassa, lasten ja nuorisopsykiatriassa, mielenterveystyössä ja päihdetyössä kuin neu-
volatyössä. Tässä yhteydessä rajoitun muutamiin poimintoihin neuvolatyöstä.

Neuvolatyön ytimessä sen juurista 1920-luvulta alkaen on ollut äidin ja lapsen terveyden tukemi-
nen. Laajempi perhetyön näkökulma on kuitenkin ollut mukana kehitystyössä jo 1930-luvulla jul-
kaistuissa pohdinnoissa. Toisaalta esimerkiksi vuonna 1978 julkaistun Duodecim-lehden äitiysneu-

volaa käsitelleen erikoisnumeron pääkirjoituksessa ei mainittu lainkaan perhenäkökulmaa, kun pohdittiin neuvolatoiminnan tulevaisuutta¹.

Kasvavassa tutkimusten ja raporttien kirjossa on parin viime vuosikymmenen aikana korostettu perhekeskeistä työtettä. Tyypillinen esimerkki tästä kirjallisuudesta on Viljasen ja Laurin tutkimusraportti "Perhekeskeisyys lastenneuvolatyössä." (Lääkintöhallituksen julkaisuja 157/1990, ks. myös Sahinvaara: Suomen Lääkäril 1987;42/14:1380-1382). Terveystenhoitajille ja vanhemmille tehdyssä tutkimuksessa tuli esille, että molemmat pitivät tärkeänä koko perheen huomioimista. Perhekeskeisen työn menetelmänä korostui kiireetön, hyvään tasa-arvoiseen vuorovaikutukseen perustuva keskustelu, jossa myös asiakkaalle annetaan riittävästi tilaa. Myös kotikäyntejä pidettiin hyvänä ja molemmat ryhmät pitivät tärkeänä niiden lisäämistä.

Isän rooliin perheessä alettiin kiinnittää kasvavaa huomiota 1990-luvulla. Alettiin puhua "uudesta isästä", joka ottaa vastuuta ja sitoutuu perheeseen vanhempana siinä missä äitikin.² Tämän kehityksen tärkeä vaihe saavutettiin vuonna 2001, kun sosiaali- ja terveysministeriön julkaisusarjassa ilmestyi raportti "Isä neuvolassa - työvälaineitä ja ajatuksia odottavien ja hoitavien isien kanssa työskenteleville."³

Perhekeskeisen toimintatavan kantavana ideana on ollut lapsen terveyden ja hyvinvoinnin tukeminen. Erityisesti on painotettu vanhemmuuden tukemista⁴. Tästä on myös seurannut olennainen rajuus. Raskauden aikana äidin terveys on ollut keskiössä sikiön hyvinvoinnin turvaamiseksi. Muuten äidin ja erityisesti isän terveyttä ja hyvinvointia on tarkasteltu pääosin suhteessa lapsen vointiin. Tämä havainnollistuu erityisesti isän roolissa. Vaikka isä on tullut yhä enemmän mukaan neuvolatyöhön, häntä ei kuitenkaan ole kirjattu neuvolan asiakkaaksi. Perhekeskeisyys on viritännyt myös kriittisiä puheenvuoroja ja esityksiä esimerkiksi äitiysneuvolan kehittämiseksi enemmän lisääntymisterveyttä painottavaksi naistenneuvolaksi⁵.

Uutta kehitysvaihetta avasi osaltaan 2000-luvun alussa tutustuminen Ruotsissa Leksand'issa kehitettyyn perhekeskustyyön malliin⁶. Sen teemana oli "synnytysvalmennuksesta kohti vanhempainkasvatuksen toimintaohjelmaa". Erityistä uutta oli 18 kerran vertaisryhmätapaamiset raskauden ja ensimmäisen ikävuoden aikana.

Ruotsin kokemukset osaltaan vaikuttivat siihen, että perhe ja perhekeskukset tulivat näkyvästi mukaan hallitusohjelmaan ja STM käynnisti erityisen perhehankkeen kuntien kehittämistyön tueksi. Vuoden 2003 alussa sosiaali- ja terveysministeriö julkisti Perhepoliittisen strategian⁷, jossa todettiin mm. :

"Äitiys- ja lastenneuvolaa tulee edelleen kehittää niin, että tuetaan sekä äitejä että isiä vanhemmuuteen ja parisuhteeseen liittyvissä emotionaalisissa, sosiaalisissa ja käytännön kysymyksissä. Neuvolan perhevalmennukseen on suunnattava lisää voimavaroja, jotta vanhemmille on tarjolla riittävästi ohjausta ennen ja jälkeen lapsen syntymän. Vanhempien keskinäinen vertaisryhmätoiminta toimii hyvänä jatkona perhevalmennukselle. Perheen sosiaalisten on-

¹ Timonen S. Äitiysneuvolatoiminnan tulevaisuus. Duodecim 1978;94:137-139.

² Huttunen J. Isä Perheessä. Sosiaalinen Aikakauskirja 1993;87/6:6-10.

³ Säävälä H, Keinänen E, Vainio J. STM:n Tasa-arvojulkaissuja 2001:8.

⁴ esim. Lammi-Taskula J, Varsa H. Vanhemmuuden aika. Vanhemmuuden tukemisen käytännöt ja haasteet osana neuvoloiden ja päiväkotien työtä. Stakes 7/2001.

⁵ ks. Hartikainen AL. SLL 22/2003:2437-40, Gissler M, Hemminki E. Julkaisussa Heikkilä M, Lahti T (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakes 2007.

⁶ Paavola A (toim.) Perhe keskiössä. Ideoita yhteistyöhön perheen parhaaksi. Kokemuksia Ruotsin Leksandista ja useista Suomen kunnista. Lastensuojelun Keskusliitto 2004.

⁷ STM. Helmikuu 2003/Ensipainos.

gelmien ja kriisien tunnistamiseen tarvitaan yhtäältä neuvolan henkilökunnan täydennyskoulutusta, toisaalta riittävästi aikaa vanhempien tapaamiseen" (sivu 14).

Idea kiteytyy

Aloin kehittää lapsiperheiden palvelujen uudistamista vuosina 2000 - 2001. Tiivistin keskeiset ajatukset neuvolatyön osalta tammikuussa 2002 Terve Kunta -päivillä seuraavasti:

"Uudistamista ohjaavia periaatteita:

- Terveys, mielenterveys ja sosiaalinen yhdessä
- Perhekeskeisyys
- Jatkuvuus, varsinkin murros-vaiheiden yli
- Turvallisuus, luottamuksellisuus
- Lapsiasiakkuuden välttäminen
- Varhainen auttaminen

Uudistamisessa ei kuitenkaan saisi unohtaa viime vuosikymmeninä rakentuneen palvelujärjestelmän hyviä puolia. Koko ikäluokan määrääjain kattavan lasten ja heidän perheidensä "tarkastaminen" ja siihen perustuva neuvonta ja tuen järjestäminen on ajankohtaista myös 2000 -luvulla. Mutta tämän **toiminnan painopisteen tulisi siirtyä yksilöiden terveydestä koko perheen hyvinvointiin**. Samalla olisi otettava huomioon ihmisten koulutustason ja tarjolla olevan informaation kehitys. Aikaisemmin asiantuntijat tarkistivat, tekivät päätelmänsä ja neuvoivat. 2000-luvulla tämän arvioinnin ja toimintasuunnitelman rakentamisen täytyy perustua perheen ja asiantuntijoiden vuorovaikutukseen ja yhteiseen sopimukseen.

Peruspalvelujen ja kehitysyhteisöjen kannalta lapsuus voisi jakautua kolmeen kokonaisuuteen

1. *Raskauden alusta 3. ikävuoteen:* Äitiys- ja lastenneuvola ja muut varhaislapsuuden palvelut yhdistyisivät.
2. *Kolmannesta ikävuodesta kahdeksanteen ikävuoteen:* Päivähoito, esiopetus ja alkuopetus yhdistyisivät ja niiden tueksi rakentuisi palvelukokonaisuus lastenneuvolasta, kouluterveydenhuollosta ja oppilashuollosta ja niihin välittömästi liittyvästä sosiaali- ja mielenterveys-työstä.
3. *Kahdeksannesta ikävuodesta 18. ikävuoteen:* Perusopetus ja toisen asteen oppilaitoksia täydennettäisiin kymppiluokilla, työpajoilla ja vastaavilla järjestelyillä, joita tarjottaisiin kaikille oppivelvollisuuden jälkeen vaille opiskelupaikkaa jääville. Oppilashuollon ja kouluterveydenhuollon palveluja täydennettäisiin niin, että kouluissa, lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa olisi riittävästi resursoitu peruspalvelutiimi.

Uusienkin palvelujen ytimenä olisi edelleen koko maassa mahdollisimman yhtenäinen perusohjelma. Määräaikaisten arvioinnit toistuisivat esimerkiksi raskauden aikana, noin yhden vuoden iässä ja edelleen esimerkiksi kolmen, viiden, seitsemän, yhdentoista, neljäntoista ja seitsemäntoista vuoden iässä. Tähän väliin tulisi terveydenhoitajan, sosiaalityöntekijän, psykologin ja lääkärin tapaamisia perheen tarpeiden mukaan. Kotikäynnit olisivat tärkeä osa toimintaa."

Tuolloin totesin, että näin hahmottuvaa **lapsiperheiden hyvinvointineuvolaa** mielelläni kokeilisin. Väitin, että investoimalla enemmän lapsiperheen alkuvaiheeseen saataisiin vastaavasti säästöjä myöhemmin lastensuojelun, erityisopetuksen, lasten- ja nuorisopsykiatrian, päihdetyön ja poliisi-työn kuormituksessa⁸.

Dialogi-lehdessä 2/2002 luonnehdin uutta neuvolatyötä:

"Tiivistäen 2000-luvun äitiys- ja lastenneuvolan tulisi tukea perhettä mahdollisimman varhain ja jatkuvasti ja yhdistää vanhempien ja lapsen terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistä-

⁸ Rimpelä M. Lasten peruspalvelut 2000-luvulla -uusi toimintamalli? Esitelmä V Terve Kunta -päivillä. Stakes. Tammi-kuu 2002. (moniste).

mistä koko perheen turvalliseksi ja toimivaksi kokonaisuudeksi. Isä olisi yhtä tärkeä kuin äiti ja lasta autettaisiin ensisijaisesti vanhempien hyvinvointia ja vanhemmuutta tukemalla. Tässä kehyksessä etsittäisiin, ehkäistäisiin ja hoidettaisiin mahdollisimman hyvin myös niitä fyysisiä ongelmia, joita raskauteen ja lapsen ensimmäisiin elinvuosiin voi sisältyä."

Lastensuojelupäivillä 20.8.2002 pidetyssä esitelmässä⁹ kuvasin hyvinvointineuvolan ydintä:

"Isä ja äiti tulisivat tässä hahmoteltuun hyvinvointineuvolaan raskauden alkaessa samalla tavalla kuin nykyisin äiti tulee. Isä olisi alusta alkaen mukana yhtä keskeisesti kuin äiti. Päämääränä olisi tukea heitä kasvussa vanhemmuuteen ja samalla tietenkin seurata ja hoitaa äidin ja sikiön terveyttä. Isälle ja äidille kerrottaisiin, että heidän tukena on peruspalvelutiimi, vaikka he kohtaavatkin neuvolakäynneillä vain sen yksittäisiä asiantuntijoita. Samalla ehdotettaisiin, että joku tiimin asiantuntijoista tekee yhden tai tarvittaessa useampiakin kotikäyntejä ennen 20. raskausviikkoa ja että tiimi yhdessä isän ja äidin kanssa tämän jälkeen arvioi ja sopii, millaista tukea perhe tarvitsee. Yhteisen arvion tuloksena saattaisi olla, että noin seitsemälle kymmenestä perheestä tueksi riittää neuvolan perusohjelma, jota vahvistetaan esimerkiksi nettineuvolalla ja vanhempien ohjatuilla vertaisryhmillä.

Noin kaksi perhettä kymmenestä saattaisi tarvita enemmän tukea, johon keskittyisi se tiimin jäsen, jonka osaamisaluetta lähimpänä perheen huolet ovat. Joka kymmenennen perheen avuntarve saattaisi olla niin suuri, että heille suunnitellaan vieläkin intensiivisempi ohjelma tai heidät ohjataan erikoistuneiden palvelujen (esim. päihde-, lastensuojelu- ja psykiatriset palvelut) piiriin."

Vuodesta 2000 alkaen olen esittänyt ja kehitellyt näitä ajatuksia lukuisissa esitelmissä kunnissa ja seminaareissa - aluksi hämärinä ideoina ja vuodesta 2002 alkaen aika konkreettisenä toimintamallina. Varsin kiinnostavan aineiston näihin varhaisiin ideointeihin toi Vainisen ja Rostilan syksyllä 2002 tekemä tutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten käsityksistä hyvinvointineuvolasta (ks. liite 2).

Tämän vaiheen toiminta-ajatuksen ytimessä yhdistyivät psykososiaalisen hyvinvoinnin haasteet, tiimityö, varhainen tuki ja vertaistuki perinteiseen neuvolatyöhön. Olennaista oli toiminnallisen kokonaisuuden rakentuminen koko perheen kannalta raskauden alusta lapsen 2-3. ikävuoteen, mikä käytännössä tarkoitti äitiys- ja lastenneuvolan yhdistämistä. Muutamalla sanalla näin jälkikäteen tiivistettynä: **"Hyvinvointineuvolassa yhdistetään terveydenhoidon, sosiaalityön ja mielenterveytyksen asiantuntijuutta tiimityönä tukemaan koko lapsiperheen hyvinvointia raskauden alusta alkaen sekä järjestetään vertaistukea vanhemmille."**

"Hyvinvointineuvola" vakiintuu kieleen ja kehittämistyöhön

Google-haussa "hyvinvointineuvola" tuotti (22.5.2007) hieman yli 800 osumaa. Kun toiseksi hakusanaksi lisättiin "lapsiperhe", osumia jäi jäljelle 102. Yhdistelmä "lapsiperheiden hyvinvointineuvola" antoi saaliiksi 359 osumaa. Viittaukset kohdistuvat useimmiten hyvinvointineuvoloihin Tampereella, Päijät-Hämeessä ja Espoossa, mutta myös Satakuntaan yleensä ja erikseen Raumalle, Forssaan, Jyväskylään, Lapinlahdelle, Kemiin jne. Useissa hankkeissa on ollut tukea myös STM:n hankerahoista. Viittaukset hyvinvointineuvolaan alkavat lisääntyä vuodesta 2002 alkaen.

Nämä havainnot osoittavat, että lapsiperheiden hyvinvointineuvola on vielä aika uusi käsite, jota kuitenkin käytetään jo varsin monilla paikkakunnilla. Mitä hyvinvointineuvolalla tarkoitetaan? Kir-

⁹ Esitelmän teemaa kuvaava laajempi moniste oli jaossa Lastensuojelupäivillä. Liitteenä 1. on tämän monisteen vuotta myöhemmin päivitetty versio, joka jaettiin Päijät-Hämeen hyvinvointineuvolakehittämishankkeen avausseminaarissa.

jallisuudesta ei löydä yhtä vakiintunutta tulkintaa. Vuonna 2003 julkaistussa STM:n työryhmämuis-
tiossa¹⁰ on todennäköisesti ensimmäinen virallisuusluonteinen toimintaidean kuvaus:

"2.1.2. Lapsiperheiden ehkäisevät ja psykososiaaliset palvelut

...Hyvinvointineuvolamalli perustuu ajatukseen kunnan laajasta hyvinvointipoliittisesta vas-
tuusta, johon kuuluu myös lapsiperheiden toimeentulon ja asumisen tukeminen. Hyvinvointi-
neuvola-mallissa pääpaino on kehitysyhteisöjen (perhe, päivähoito, koulu, harrastukset) tuke-
misessa ja lapsiasiakkuuden vähentämisessä. Malli perustuu vanhemmuutta tukevaan koko
perheen hyvinvointineuvolaan ja peruspalvelutiimeihin, joissa yhdistyy terveyden, sosiaali-
työn ja mielenterveystyön asiantuntemus. Peruspalvelutiimien päätehtävä on kehitysyhteisöjen
tukeminen."

Hyvinvointineuvolan kehittämishankkeista on toistaiseksi parhaat kuvaukset saatavissa Tampereel-
ta¹¹. Sosiaaliportissa kuvataan Tampereen "Hyvinvointia neuvolasta" -kehittämishankkeen toiminta-
ajatus ja tavoitteet seuraavasti¹²:

Toiminta- ajatus: Tehdä äitiys- ja lastenneuvolan toimintaympäristössä perustasolle soveltu-
vaa ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä. Tuetaan perheiden voimavaroja ja tunnistetaan ja
ennalta ehkäistään riskitekijöitä, jotka uhkaavat lapsen tervettä psykososiaalista kehitystä.

Tausta: PMH:n Peruspalvelutiimi- ja hyvinvointineuvola- projekti vuosina 2002-2004
(www.pmh.info). Perheen hyvinvointineuvolan toimintamalli. Kannustavat kokemukset ja
tutkimustulokset toimintamallin toimivuudesta ja tuloksellisuudesta. Tampereen kaupungin
halukkuus laajentaa toimintamalli koskemaan koko kaupungin äitiys- ja lastenneuvolatoimin-
taa.

Projektin tavoitteet ja toteutus 1: Laajentaa hyvinvointineuvolan toimintamalli vähitellen
Tampereen kaikkiin äitiys- ja lastenneuvoloihin. Perehdytetään uudet neuvolat ja niiden mo-
niammatilliset tiimit hyvinvointineuvolan toimintakulttuuriin ja toimintatapaan. Tuetaan ohja-
tusti tiimien tiimitymistä

Projektin tavoitteet ja toteutus 2: Tunnistaa jo raskausaikana ja pikkulapsivaiheessa lapsen
tervettä psyykkistä ja sosiaalista kehitystä uhkaavia tekijöitä ja tukea niitä suojaavia tekijöitä.
Vakiinnutetaan ennaltaehkäisyyn, varhaisen auttamisen, moniammatillisen tiimityön ja van-
hempien verkostoitumista tukevien toimintojen kokonaisuus.

Projektin tavoitteet ja toteutus 3: Ehkäistä ja hoitaa varhaisen vuorovaikutuksen ongelmia.
Kehitetään interventiomalli, jonka avulla tuetaan varhaista vuorovaikutusta ja psykososiaalista
kehitystä.

Seuraava kehitysvaihe

Viiden vuoden kehittälyssä, keskusteluissa ja myös ensimmäisten kehittämishankkeiden edetessä
alkaa hahmottua edessä olevan kehittämistehtävän mittasuhteet. Henkilökohtaisesti keskeisimpiä
teemoja vuosina 2005 - 2006 olivat terveystarkastusten ja muiden arviointien yhdistäminen lapsi-
perheiden määrääkäsiksi hyvinvointiarvioinneiksi sekä vertailukelpoisen tiedon kerääminen joh-
tamisen tarpeisiin kuntien tehtäviin kuuluvasta terveyden edistämisestä.

Moniammatillisessa tiimityössä ja verkostoitumisessakin on hyvinvointineuvoloiden kehittämis-
hankkeissa edetty varsin hyvin. Myönteistä perusvirettä kuvaa intensiivisintä kehitystyötä tehneen
Tampereen kaupungin päätös laajentaa tämä työtapo lähivuosina yhteiseksi käytännöksi kaikissa
neuvoloissa. Aika paljon joudutaan kuitenkin tekemään työtä moniammatillisen tiimin vakiinnutta-

¹⁰ STM Työryhmämuisiointioita 2003:11; 23.04.2003; <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/kehittamisprojekti/osa2.htm>

¹¹ Kangaspunta R. ym. Psykososiaalisen tuen tarve äitiys- ja lastenneuvolatyön haasteena. Kokemuksia Perheen hyvin-
vointineuvola -projektista. SLL 2004;59/38:3521-3525. Kangaspunta R. ym. Lapsiperheiden psykososiaalinen tukemi-
nen. Pirkanmaan mielenterveystyön hankkeen Peruspalvelutiimi- ja perheen hyvinvointineuvola -prjektin loppuraportti
2002-2004. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/2005.

¹² <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/tampere/>

miseksi ja etenkin kohtuullisten voimavarojen varmistamiseksi ellei tukena ole hallintorajat ylittävää yhteistä johtamista.

Vaikka Ruotsin perhekeskusmalleista ja Leksandin sovellutuksesta oli välittynyt myönteisiä viestejä, vertaistuen järjestäminen on osoittautunut suomalaisessa kulttuurissa melkoiseksi kehittämistehdäväksi. Vertaistuen ituja on jo pitkään ollut mukana neuvoloiden perhevalmennuksessa ja monissa muissa kehittämishankkeissa. Suomen kaupunki- ja maaseutuyhteisöissä toimivat ja hyvinvointineuvolassa vakiinnutettaviksi soveltuvien käytäntöjen kehittämisessä ollaan vasta varsin alussa.

Perhetyössä on vakiintuneita toimintakäytäntöjä lastensuojelussa, mielenterveystyössä, päihdetyössä ja lastenpsykiatriassa. Mutta kaikissa niissä lähtökohtana on melko vakavaksi osoittautunut häiriö tai ongelma. Hyvinvointineuvolassa tarvittavan perhetyön tehtävien ja osaamisen kehitysvaihetta havainnollistavat sovellutuksissa palkatut perhetyöntekijät. Samalla nimikkeellä toimivien työntekijöiden koulutustausta ja kokemus vaihtelevat paljon kodinhoitajista sosiaalityöntekijöihin. Hyvinvointineuvonnan perhetyön sisältö ja menetelmät ovat siinä määrin haettavana että esimerkiksi koulutusta on vaikea valmistella.

Lapsiperheen hyvinvoinnin arviointi sisältyi alusta alkaen hyvinvointineuvolan ideaan. Tämä haaste tuli ajankohtaiseksi hieman toisesta näkökulmasta, kun opetushallituksen ja Stakesin yhteistyöneuvotteluissa tarkasteltiin 3–7-vuotiaille tehtäviä tarkastuksia ja arviointeja. Lukuisat tarkastukset ja arvioinnit eri hallintokuntien näkökulmasta ja niiden vaihtelevat käytännöt antoivat aiheen tarkastella tilannetta laajassa asiantuntijaseminaarissa huhtikuussa 2006, jota valmisteltiin kyselyllä terveyskeskuksille¹³. Asiantuntijaseminaari päättyi esittämään valtakunnallista kehittämishanketta lapsiperheiden määräraikaisten hyvinvointiarviointien runko-ohjelman kehittämiseksi. Stakes tekikin kesällä 2006 tätä koskevan aloitteen sosiaali- ja terveysministeriölle (liite 3.)

Kun ehdotusta lukuisten eri tarkastusten ja arviointien yhdistämisestä yhteiseksi lapsiperheiden hyvinvointiarviointien runko-ohjelmaksi, kohdattiin heti melkoinen joukko kehittämistehtäviä. Jokaisella ammattiryhmällä ja toimintayksiköllä on omia tulkintoja perheestä ja sen hyvinvoinnin ulottuvuuksista. Tarjolla ei ollut yhteisesti hyväksyttyä tulkintaa puhumattakaan tutkituista menetelmistä ja mittareista.

Lapsiperheen hyvinvointiarvioinnista keskusteltaessa avautui kaksi uutta haastetta. Miten tulisi määritellä yhteiset hyvät käytännöt ja miten ne saadaan vakiintumaan käyttöön? Entä mitä tietoja tallennetaan asiakastietojärjestelmiin, miten, kenen tietoihin ja kuinka nämä tiedot saadaan moniammatillisen tiimin käyttöön tietosuojaa loukkaamatta?

Keväällä 2006 aloimme käynnistää Terveiden edistämisen vertaistieto (TedBM) -hanketta¹⁴ ja valitsimme ensimmäisten pilottien joukkoon lasten ja nuorten ja lapsiperheiden ehkäisevät palvelut. Myös tässä yhteydessä edettiin pian keskustelemaan yhteisistä hyvistä käytännöistä ja asiakastietojärjestelmistä. Vertailukelpoista tietoa voi kerätä vain yhteisistä teemoista ja käytännöistä. Luontevinta olisi, että merkittävä osa vertailutiedosta tallentuisi rutiininomaisesti toiminnan yhteydessä ja tulostuisi vaivattomasti väestöä ja toimintayksikköä kuvaaviksi tilastoiksi.

¹³ Lasten hyvinvoinnin ja oppimisvalmiuksien arviointi 3 - 7 vuoden iässä. ks. <http://info.stakes.fi/kansanterveystyo/FI/seminarit/Seurantatutkimusseminari.htm>

¹⁴ ks. <http://info.stakes.fi/TedBM/FI/index.htm>

TedBM-hankkeessa kehitelty terveydenedistämistä aktiivisuuden jäsennys korosti tarvearvioinnin välttämättömyyttä. Terveyden edistämisen tulisi kaikilla tasoilla perustua vastuuväestön tuntemiseen ja siitä nousevaan tarvearviointiin. Käytännössä tarvearvioinnin edellytyksenä on vertailukelpoinen tietoa vastuuväestön hyvinvoinnin ja terveyden kehityksestä. Näin lapsiperheiden määräraikaisten hyvinvointiarviointien runko-ohjelma, hyvät yhteiset käytännöt, vertailukelpoisen tiedon kerääminen, tallentaminen ja tulostaminen ja asiakastietojärjestelmien kehittäminen alkoivat hahmottua yhteiseksi kehittämistehtäväksi sekä hyvinvointineuvolan idean toteuttamisessa että terveydenedistämisen vertaistietojärjestelmän rakentamisessa.

Seuraavan kehitysvaiheen tarpeen havainnollisti tutustuminen muutamaa hyvinvointineuvolan sovellutukseen. Ensivaikutelma oli yleensä myönteinen. Työntekijät korostivat omaa ja asiakkaiden tyytyväisyyttä uuteen toimintatapaan. Yhteiset hyvät käytännöt oli kuvattu ja niihin oli saatu koulutusta ja työnohjausta. Moniammatillinen tiimityö ja varhainen tuki olivat jo vakiintuneita käytäntöjä. Vanhempien hyvinvointia, parisuhdetta ja vanhemmuutta arvioitiin suunnitelmallisesti raskauden aikana. Isän vanhemmuuteen oli kiinnitetty huomiota.

Keskustelun jatkuessa alkoi tulla esiin vielä ratkaisemattomia asioita. Lähes poikkeuksetta voimavarat eivät käytännössä mahdollistaneet yhteisten hyvien käytäntöjen mukaista toimintaa. Selviytyäkseen tehtävissään terveydenhoitajat joutuivat soveltamaan suosituksia harkintansa mukaan. Tietojen merkitsemisessä asiakastietojärjestelmiin oli suurta vaihtelua. Toimintaa kuvattiin useimmiten vain käyntitiedoilla. Lapsiperheiden hyvinvointitarpeiden arviointi ja näkyväksi tekeminen jäi terveydenhoitajien vastuulle. Käytännössä tarvearviointi perustui - silloin kuin sitä tehtiin - lähes yksinomaan työntekijöiden kokemukseen.

Kaksi yksittäistä havaintoa on jäänyt mieleen käännekohtina. Isien roolin korostamisesta huolimatta yhdessäkään neuvolassa ei suunnitelmallisesti kirjattu isää asiakkaaksi. Päinvastoin ehdotus isän terveysasiakirjojen avaamisesta johti useimmiten keskusteluun tietosuojasta. Neuvoloiden odotustiloissa jaettavassa aineistoissa toistui nimisivulla usein "Äidille". Hyvinvointineuvolan idean korostamisesta huolimatta aineisto suuntautuu perinteisesti äidille, vaikka sanoma olisi yhtä tärkeää myös isälle.

Hyvinvointineuvolan sovellutuksissa on keskitytty toistaiseksi perustason työhön. Seuraavaksi olisi nostettava esiin myös johtamisen ja johdon tietojärjestelmien haasteet. Tarve, voimavarat, osaaminen ja yhteiset käytännöt eivät saisi jäädä perustason työntekijöiden vastuulle. Päinvastoin niiden yhteensovittaminen on ensisijaisesti johtamisen tehtävä. Ensiksi olisi tehtävä tarve näkyväksi ja seuraavaksi myös luotava menettelyt, joilla saadaan toiminta näkyväksi. Johdolla tulisi olla ajantasoinen tietoa vastaamaan keskeisimpiin kysymyksiin: Onko yhteinen käytäntö oikein sovellettu tarpeisiin nähden ja riittävätkö voimavarat ja osaaminen yhteisten käytäntöjen toimeenpanoon tarpeen mukaisesti.

Toiminnan painopisteen laajentaminen aidosti koko perheen hyvinvointiin näyttää tarvitsevan selkeitä symbolisia toimenpiteitä. Isä tulisi kirjata neuvolan asiakkaaksi heti raskauden alusta alkaen ja myös isälle tulisi olla määrääjain toistuvia seurantakäyntejä. Lapsiperheen määräraikaisten hyvinvointiarviointien runko-ohjelma tarjoaa tähän selkeän perustan. Perheen yhteisten asioiden lisäksi näihin käynteihin tulisi sisältyä isän terveystarkastus. Myös äidin terveystarkastusta olisi tärkeä laajentaa yleiseen suuntaan ja jatkaa myös synnytyksen jälkeen. Yksinkertaistaen perustana voisi olla isän ja äidin säilyminen terveenä ja hyvinvoivina ainakin kaksi kymmentä vuotta lapsen syntymän jälkeen.

Lapsiperheiden hyvinvointineuvonta -idean soveltamisessa käytäntöön tarvitaan useita kehitysvaiheita. Tähän mennessä parhaiten on edetty moniammatillisessa tiimityössä ja verkostoitumisessa. Edellä kuvattujen ohella kokemusten huolellisempi analyysi nostaa esiin myös muita melko hyvin rajautuvia kehittämishaasteita. Hyvinvointineuvolan kehittämistä voi verrata elefantin syömiseen. Se ei onnistu yhdellä suupalalla. Mutta jos aikaa, joukkoja ja peräänantamattomuutta riittää, elefantin tulee syödyksi pala palalta.

Seuraavassa tarkastellaan vielä yksityiskohtaisemmin järjestelmännovaatiota ja luonnostellaan ehdotusta lapsiperheiden määräaikaiseksi hyvinvointiarvioinniksi.

Hyvinvointineuvola järjestelmännovaationa

Toiminnan kehittämiseen liittyy välttämättä myös järjestelmän rakenteen uudistamista ja voimavarojen lisäämistä. Toimintainnovaatioiden rinnalle olisikin alusta alkaen nostettava keskusteluun järjestelmännovaatiot.

Hyvinvointineuvolan toteuttamisessa yksi ydinkysymyksiä on siirtyminen lääkärin ja terveydenhoitajan parityöstä terveydenhoitajan ja perhetyöntekijän parityöhön. Lääkärin ja terveydenhoitajan kiinteä parityö on jo useimmissa neuvoloissa rapautunut. Olennaista onkin perusresurssin vahvistaminen perhetyöntekijällä, jolla tulisi olla vähintään sosionomin tai vastaava peruskoulutus. Perhetyöntekijä tarvitsee useimmiten lisäkoulutusta ja perehdytystä hyvinvointineuvolan perhetyössä. Hänen erityisiä tehtäviään olisivat parisuhteen ja vanhemmuuden tukeminen, kotikäynnit ja vertais-tuen järjestäminen.

Hyvinvointineuvolakokeiluissa on perhetyöntekijän nimikkeellä ollut kodinhoitajia tms. Tämä resurssi on erittäin tärkeä silloin, kun harkitaan perheen tarvitsemaa tukea. Monissa tilanteissa kodinhoitaja olisi oikea henkilö tukemaan perhettä ja samalla selviäsi, riittääkö tämä vai tarvitaanko erikoistuneempaa tukea. Tällöin ei kuitenkaan ole kysymys terveydenhoitajan kanssa työparina toimivasta perhetyöntekijästä. Nämä tehtävät tulisi selvästi erottaa toisistaan.

Tampereen hyvinvointineuvoloissa on kehitetty perustason työntekijöiden tueksi toimiva tiimityön malli. Lääkäri toimii enemmän sekä tässä tiimissä että parityössä terveydenhoitajan kanssa. Konsultoiwaan tiimiin tulisi kuulua myös sosiaalityöntekijä ja psykologi. Muu kokoonpano riippuu paikallisista tarpeista ja voimavaroista. Alkuvaiheessa tiimi kokoontuu esimerkiksi kerran viikossa. Kun tiimin työ on vakiintunut, konsultointia voidaan paljon tehdä myös modernien sähköisten välineiden avulla.

Kolmannella tasolla on tärkeää, että hyvinvointineuvolan tukena on sekä naistentautien että lastentautien erikoislääkärit. Suurissa terveystieteissä nämä vastuulääkärit voivat olla päätoimisia. Seudullinen yhteistyö tai yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa ovat myös toimivia ratkaisuja. Myös lastenpsykiatrian ja lastenneurologian konsultaatiotuki olisi hyvä selkeästi varmistaa. Olennaista on, että perustyöntekijät ja tiimit tietävät, keitä erikoistuneet vastuulääkärit ovat ja että näille on varattu työaika konsultointiin.

Lapsiperheiden hyvinvointineuvola rakentuu perinteiseen neuvolatyöhön, mutta myös eroaa siitä monessa suhteessa. Moniasiantuntijuutta toteuttava toiminta vaatii väistämättä myös hallinnollisia ja organisatorisia järjestelyjä, joissa ensisijaista on lapsiperheen ja sen hyvinvointihaasteiden kohtaaminen kokonaisuutena ilman hallintokuntien ja ammattiryhmien välisiä rajoja. Käytännössä lapsiperheiden hyvinvointineuvola on helpointa toteuttaa silloin, kun kunnan toiminta on organisoitu elinkaaren mukaan ja lasten, nuorten ja lapsiperheiden tuet ja palvelut keskitetty yhteen hallinnolliseen kokonaisuuteen.

Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että hyvinvointineuvolan soveltaminen vaatisi ensin hallinnollista järjestelyä. Oman sovellutuksen kiteyttäminen, testaaminen ja käyttöön ottokin sujuu perinteisessä sektorihallinnossa, kun yhteistä tahtoa riittää. Haastetta helpottaa huomattavasti yhteiset ja kohtuullisesti yhdessä toimivat tietojärjestelmät.

Järjestelmätason innovaatioista haastavimmalta tuntuvat tällä hetkellä 1) riittävän laajan riskejä sisältävän kehittämishankkeen käynnistäminen, 2) välttämättömän lisähenkilöstön saaminen ja 3) tietojärjestelmien kehittäminen tukemaan hyvinvointineuvolan toimintaideaa.

Edellä on havainnollistettu useita yksittäisiä kehittämistehtäviä, jotka ovat edellytyksenä yleisemmän idean toteuttamiseksi. Ilman edistymistä näillä alueilla on vaikea edetä hyvinvointineuvolan idean siirtämisessä käytäntöön. Kun kansallinen vastuu neuvolatyön kehittämisestä on edelleen keskusteltavana ja sen niukat nykyiset voimavarat keskittyvät vakiintuneen neuvolatyön tukemiseen, laajan kehittämisohjelman valmistelulle ja etenkin sen rahoittamisen järjestämiselle ei ole kansallista vastuutahoa. Moniammatillisuus ja hallintorajojen ylittäminen ei ole minkään nykyisen vastuuyksikön ydintehtäviä. Kehittämiseen olisi liitettävä riittävästi tutkimusta. Tällaiseen kokonaisuuteen ei ole valtionhallinnossa valmiina rahoitusmahdollisuuksia. Suurillakaan kunnilla ei näytä olevan intressiä näin vaatimaan kehittämistyöhön.

Lasten, nuorten ja lapsiperheiden peruspalveluiden resursseissa on suuria eroja terveyskeskusten kesken. Myös lasten lukumäärissä kehityssuunnat eroavat. Tässä ehdotettu hyvinvointineuvolan toiminta yhteisen hyvän käytännön mukaisesti vaatii kuitenkin kaikissa terveyskeskuksissa lisähenkilöstöä. Lisähenkilöstön palkkaamisessa vastaan tulevat kuntien budjettikehykset. Kun hoitomenot joka tapauksessa maksetaan päältä, edistävään ja ehkäisevään toimintaan ei juuri jää lisämäärärahoja. Hallintokuntien on pysyttävä kehyksessään vuositasolla ja tämä ei anna mahdollisuutta investointeihin, jotka tuottavat säästöä vasta vuosien päästä. Keskustelussa esitetään usein, että uuteen investointiin saadaan voimavaroja toimintaa tehostamalla ja supistamalla toissijaisia toimintoja. Kunnissa on kuitenkin erittäin vaikea päättää esimerkiksi sijaishoidon määrärahojen supistamisesta perhetyöntekijöiden palkkaamiseksi hyvinvointineuvolaan eikä se olisi viisastakaan. Hyvinvointineuvola olisi ensin rakennettava riittävän tehokkaaksi uusilla voimavaroilla ja lisäksi tarvittaisiin kärsivällisyyttä odottaa 5-8 vuotta tuloksia.

Terveyskeskuksissa on neljä erilaista asiakastietojärjestelmää ja niiden lisäksi tulevat sosiaalitoimen, oppilashuollon ja koulujen erityiset tietojärjestelmät. Lasten ja lapsiperheiden tarpeet eivät ole olleet asiakastietojärjestelmien kehittämisen ydinkysymyksiä. Valtakunnallisen kehittämisvastuun puuttuessa terveyskeskusten välillä on suuria eroja järjestelmien hyödyntämisessä ja lukuisia omia sovellutuksia. Johtamisen näkökulmasta tiedon tarve on vasta äskettäin tullut mukaan järjestelmien kehittämiseen. Vaikka valtakunnallisia tietokantoja ja -varastoja kehitetään, perustason tietojärjestelmät ovat ja pysyvät kuntien vastuulla. Niissä sovelletaan koko maassa tilaaja-tuottaja -järjestelmää. Olennainen kehitys on mahdollista, jos tilaajat sopivat yhteisistä käytännöistä tietojen sisällössä, tallentamisessa ja tulostamisessa. Käytännössä yhteistyön haaste kohdistuu ensin terveyskeskuksiin ja nykyisten neuvoloiden tietojärjestelmäsovellutuksiin. Myös tällä alueella tarvitaan tutkimus- ja kehittämispanostusta.

Luonnos ehdotukseksi lapsiperheen määräämiskäisestä hyvinvointiarvioinnista

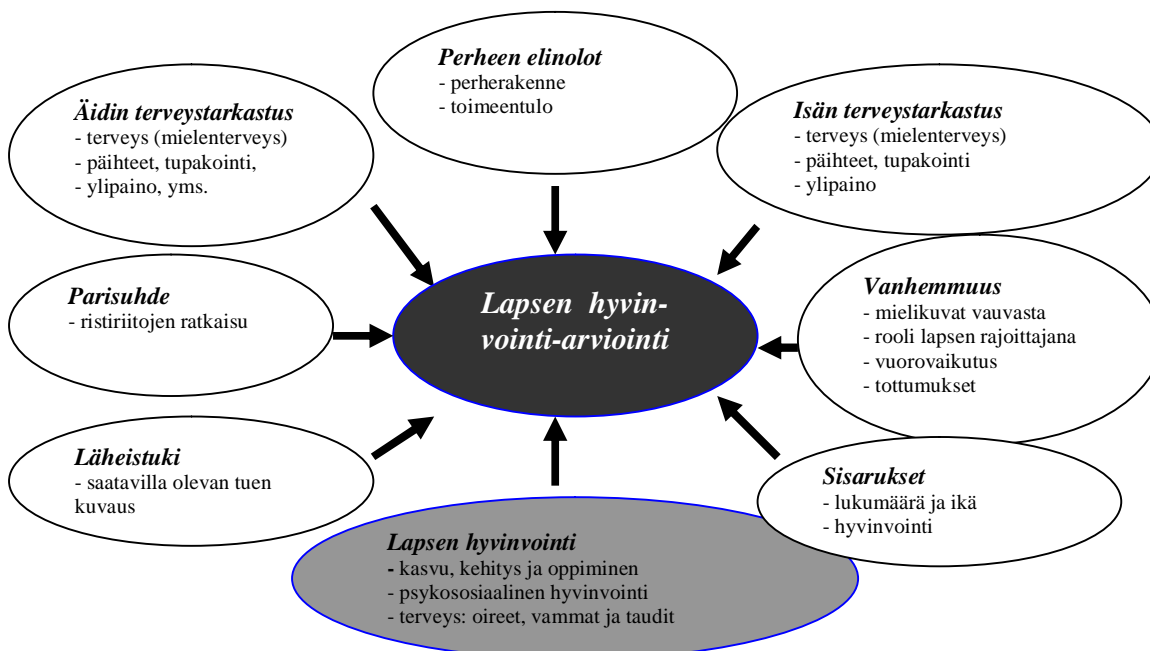
Lapsiperheiden määräämiskäisten hyvinvointiarviointien päätehtävänä on ennakoida mahdollisimman hyvin perheen omatoimista selviytymistä ja toisaalta tuen tarvetta. Kun arviointi noudattaa yhteistä hyvää käytäntöä ja keskeiset tiedot tallennetaan vertailukelpoisesti tilastoitavaan muotoon, saadaan

perhetasojen tietojen summana myös väestötasolta tietoa hyvinvointitilanteesta ja tuen tarpeesta asianomaisen toimintayksikön, kunnan ja koko maan tasolla.

Arviointien runko-ohjelma tulisi valmistella laajassa asiantuntijayhteistyössä niin, että siinä otettaisiin huomioon kaikkien eri toimijoiden tarpeet. Yhdessä ikävaiheessa lapsiperhe arvioidaan vain kerran. Esimerkiksi yhden ja 3-4 vuoden iässä olisi neuvolan näkökulman lisäksi mukana jo varhaiskasvatuksen palvelutarpeen arviointi ja oppimisvaikeuksien ennakointi. Erityisopetuksen tarvetta arviointiin 6-7 vuoden iässä tehdyssä hyvinvointiarvioinnissa.

Arviointien tulisi päättyä yhteiseen sopimukseen jatkotoimenpiteistä, mahdollisesta tuen tarpeesta ja myös seuraavien neuvolakäyntien ajankohdista. Kehittämistyön alkuvaiheessa lapsiperheiden määrälliset hyvinvointiarvioinnit täydentävät - eivät siis korvaa - neuvoloitten terveystarkastuksia, varhaiskasvatuksen palvelutarvearviointia, koulukypsyysarvioita ja muita vastaavia näiden ikäluokkien arviointeja. Tavoitteena kuitenkin on, että mahdollisimman pian arvioinnin yhteydessä voitaisiin todetun tarpeen mukaan sopia perhekohtaisesti edessä olevan jakson tukisuunnitelmasta, jossa - tarpeesta riippuen - esimerkiksi muut neuvolakäynnit voisivat vaihdella.

Sisältö ja menetelmät: Hyvinvointiarviointien sisällössä olennaista on perheen kokonaisuuden nostaminen keskiöön. Perheen elinolot, vanhempien hyvinvointi, parisuhde, vanhemmuus, läheistuki ja mahdollisten sisarusten hyvinvointi ovat tärkeitä teemoja raskauteen ja lapsen suoraan kohdistuvan arvioinnin rinnalla. **Molemmat vanhemmat kirjataan neuvolan asiakkaaksi ja heidän hyvinvointi-/terveystilannettaan selvitetään terveystarkastuksessa**, joka voisi suuntautua erityisesti mielialaan, päihteiden käyttöön sekä metabolisen oireyhtymän varhaisdiagnostiikkaan ja riskitekijöihin. Kuviossa 1. kuvataan keskustelun tämänhetkistä tulosta, jossa lapsiperheiden hyvinvointia arvioidaan seitsemän teema-alueen suunnassa ja niiden sisällä ehdotetaan muutamaa ydinulottuvuutta.



Kuvio 1. Lapsiperheen hyvinvointiarvioinnin teemat

Ajankohdat: Tavoitteena on arviointien ajoittaminen lähitulevaisuuden tuen tarpeen kannalta keskeisiin ajankohtiin. Kun toisena tavoitteena on mahdollisimman harvoin, mutta riittävän usein toteutuvat arvoinnit, joudutaan ajankohdista sovittaessa yhdistämään monia eri näkökohtia. Ristikäispaineissa olisi etusijalle asetettava lapsiperheen ja lapsen kehityksen ennakoinnin kannalta merkittävät ajankohdat.

Hyvinvointiarvioinnin tärkein tehtävä on antaa perusta lähitulevaisuuden toimenpiteille ja siksi ennakointi on ensisijaista esimerkiksi silloin, kun toisena näkökulmana on mahdollisten ongelmien riittävän varma tunnistaminen. Ensimmäinen lapsiperheen hyvinvointiarviointi olisi tärkeä tehdä heti raskauden alussa ensimmäisten neuvolakäyntien yhteydessä. Erityisen tärkeätä olisi vakiinnuttaa käytännöksi se, että

1. **isä ja äiti tulevat yhdessä ensimmäisille neuvolakäynneille,**
2. **molemmat - myös isä - kirjataan jo ensimmäisellä käynnillä hyvinvointineuvolan asiakkaiksi, ja**
3. **perheen hyvinvointiarviointi tehdään 9-12 raskausviikkojen aikana.**

Ensimmäinen seuranta-arviointi olisi tärkeä tehdä vielä raskauden aikana, esimerkiksi 30. raskausviikon vaiheilla, seuraavat seurannat lapsen ollessa 2-4 kuukauden ja vuoden iässä. Seuraavan koko perheen hyvinvointiarvioinnin ajankohta on hieman pulmallinen. Laaja terveystarkastus tehdään useimmiten viiden vuoden iässä. Menetelmien ja osaamisen kehitys puoltaa kuitenkin sen siirtoa varhaisemmaksi, jopa kolmen tai ainakin neljän vuoden ikään. Samalla voisi viisivuotistarkastus kaventua lapsen seurannaksi.

Esikoulu tuo ensimmäisen kerran kaikki lapset järjestettyyn toimintaan. Kun viisivuotistarkastus kevenisi, seuraava koko perheen hyvinvointiarviointi voisi olla 6-7 vuoden iässä. Jatko määräytyy jo helpommin: 10-11 vuotta, 14-15 vuotta ja 17 vuotta. Tämän ehdotuksen toteutuessa perheen hyvinvointia arvioitaisiin yhteensä yhdeksän kertaa raskauden ja ensimmäisen 17 ikävuoden aikana.

Perustietojen tallentaminen ja tulostaminen: Hyvinvointiarvioinnissa kertyvät tiedot ja varsinkin päätelmät yhdessä jatkotoimenpiteiden kanssa tulisi kirjata asiakirjoihin vertailukelpoisesti ja niin, että tallentamisen jälkeen tiedoista voidaan **tulostaa koko toimintayksikön toimintaa ja kaikkia sen vastuulla olevia lapsiperheitä kuvaavia tilastoja.** Jotta tähän päästäisiin, arviointia toteuttavien ammattihenkilöiden tulisi kaikissa keskeisissä teemoissa ja niiden ydinulottuvuuksissa soveltaa yhteisiä käytäntöjä sekä arvioinnin toteuttamisessa että tulosten kirjaamisessa. Parhaimmillaan käyttöliittymä tukee tallentamista ja raportointi on joustavaa, jopa niin, että jokainen työntekijä voisi niin halutessaan päivän päätteeksi katsoa keskeiset yhteenvetotiedot työstään ja asiakkaina olleista perheistä.

Perheen nostaminen keskiöön edellyttäisi asiakirjaohjelmistoon koko perheen perustiedot kokoavaa näyttöä, perinteisen "perhelehden" soveltamista tähän ympäristöön.

Terveyskeskusten ohjelmistojen käyttöliittymien valmius ja raportointimahdollisuudet ovat erilaisia. Vain harvoissa terveyskeskuksissa on hyödynnetty ohjelmistojen tarjoamia mahdollisuuksia. Tässä suhteessa aktiivisimmat terveyskeskukset ovat useimmiten omia ainutkertaisia sovellutuksiaan.

Tavoitteena tulisi olla, että arvioinnissa kertyvät ydintiedot ovat kaikkien asianomaisten käytettävissä hallintokuntien ja tietojärjestelmien rajoista riippumatta. Yhteiskäyttö edellyttää selkeitä rajauksia käyttöoikeuksissa ja myös tietosuojaongelmien ratkaisemista.

Liite 1. Koko perheen hyvinvointineuvonta - häiriöpalveluista kehitysyhteisöjen tukemiseen (3.6.2003)

*Etelä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus/
Päijät-Hämeen hyvinvointineuvola -hanke
Tiedotus- ja avajaistilaisuus, Lahti 3.6.2003
Aikuiskoulutuskeskuksen auditorio*

Matti Rimpelä, Stakes/Hyvinvoinnin edistämisen kuntastrategiat
email: matti.rimpela@stakes.fi; puhelin 050 569 3439

"Raskauskokemuksia kuvaavat tulokset soveltuvat laaja-alaistamaan neuvoloissa ja perhevalmennuksessa käytäviä keskusteluja, erityisesti tunne-elämän kysymyksissä sekä tulevaa perhe-elämää hahmotellessa. Äitien ja isien huono kohtelu ja isien syrjimin vaativat äitiyshuollossa eettistä keskustelua muutoksen käynnistämiseksi. Ohjauksen äitikeskeisyys ei liioin edistä koko perheen terveyttä parhaalla mahdollisella tavalla. Tärkeää on tutkia jatkossa, onko isien varhaisella mukanaololla raskaudenajan seurannassa ja ohjannassa myönteistä vaikutusta isyyteen kasvuun ja parisuhteeseen." (Riitta Paavilaisen väitöskirjan tiivistelmä, 2003)

Monissa keskusteluissa lasten hyvinvoinnista ja kuntien tarjoamista palveluista alkoi vuoden 2001 aikana kehittyä ajatus lapsiperheiden peruspalvelujärjestelmän laajemmasta uudistamistarpeesta. Siitä huolimatta, että lapsiperheiden palveluissa on useimmissa kunnissa yksi kokopäiväinen työntekijä 5-6 lapsiperhettä kohti lasten pahoinvointi ei vähene, vaan pikemminkin lisääntyy. Ainakin se näyttää kuormittavan yhä enemmän raskaita hoitopalveluja. Onko kysymys pelkästään liian niukoista voimavaroista? Vai olisiko samalla tai ensisijaisesti haasteena toimintojen ja järjestelyjen uudistaminen 2000-luvun haasteita vastaaviksi?

1900-luvun alussa suomalaisilla toimijoille oli kykyä nähdä pitkälle tulevaisuuteen. Äitiys- ja lastenneuvolat olivat tuolloin maailmanlaajuisesti arvokkaita sosiaalisia innovaatioita. Perhe- ja kasvatusterveystieteet, päivähoidot ja monet muut viime vuosisadan loppupuolen uudistukset ovat myös aikanaan olleet viisaita valintoja. Kun nyt pohdimme 2000-luvun haasteita ja esitämme uudistuksia ja muutoksia, kysymys ei ole millään tavoin menestykselliseksi aikaan osoittautuneiden toimintojen kritisoinnista eikä niiden alasajosta. Tärkeintä olisi tänään nähdä tulevaisuuteen yhtä viisaasti kuin edeltäjämmme vuosikymmeniä sitten: Millaista toimintaa Arvo Ylppö kehittäisi tänään? Tuskin samanlaista äitiysneuvola kuin viime vuosisadalla!

Lapsiperheiden terveysneuvonnassa on jo pitkään kehitelty uusia toimintalinjoja esimerkiksi lukuissa Mannerheimin Lastensuojeluliiton projekteissa ja muissa kehittämishankkeissa. Oman kiintoisan lisänsä antaa Ruotsissa kehitetty ns. Leksandin perhekasvatusmalli (Johansson ja Jons 2002). Tuoreessa väitöskirjassaan Riitta Paavilainen on hyvin kiteyttänyt uudistuksen lähtökohtia. Vähitellen alkavat hahmottua 2000-luvun haasteisiin vastaavan lapsiperheiden hyvinvointineuvonnan uudet toimintalinjat.

Lasten hyvinvoinnin tutkimus on koko ajan siirtynyt nuorempiin ikäryhmiin. Uusin tutkimustieto viittaa varsin ratkaisevaan kehitykseen jo ensimmäisten elinkuukausien aikana. Toisaalta tähän vaiheeseen kasautuu perheisiin paljon kuormitusta. Synnytyksen jälkeisestä äidin masennuksesta puhutaan jo paljon (Perheentupa 2003), mutta vähemmän puhutaan isän vastaavasta masentuneisuudesta. Lähes kaikki vanhemmat ja jokainen lapsiperheiden terveysneuvonnan ammattilainen tietää, että lapsen syntymän jälkeen parisuhteen kriisit ovat arkipäivää. Tutkimustieto ja kokemukset raskauden aikana alkaneista "vanhampainkasvatus"-hankkeista osoittavat varsin yksiselitteisesti, että tuen olisi käynnistytävä mahdollisimman pian raskauden alussa.

Hyvinvointineuvontakeskustelu on keskittynyt ensimmäisiin ikävuosiin. Johansson ja Jons (2002) puhuvat kuitenkin 0-20-ohjelmasta. Lapsiperheet tarvitsevat hyvinvointineuvontaa paljon pidempään kuin tavallisesti ajatellaan. Murrossiän ohittaminen ei riitä, vaan tukea olisi jatkettava siihen saakka kunnes lapset keskimää-

rin aikuistuvat. Ruotsalaiset alan pioneerit puhuvat 20. ikävuoteen saakka ulottuvasta vanhempainkasvatuksesta.

Näistä lähtökohdista olen kehittänyt lapsiperheiden peruspalvelujärjestelmän uudistamista muistiossa, jota olen kirjoittanut uudelleen palautteen perusteella (Rimpelä 2002 a ja b). Olen myös pyrkinyt innostamaan eri tahoja kokeilemaan ja tutkimaan vähitellen hahmottuja uusia vaihtoehtoja. Tampere on jo kokeilemassa Pirkanmaan mielenterveyshankkeen tukeman. Äskettäin on valmistunut kiinnostava tutkimus ammattihenkilöstön ajatuksista Satakunnassa (Vainikainen ja Rostila 2002).

Tässä muistiossa tarkastelen lapsiperheiden hyvinvointineuvontaa ensisijaisesti alle kouluikäisten näkökulmasta. On kuitenkin muistettava, että parhaassa tapauksessa suunnitelmallinen hyvinvointineuvonta jatkuu raskauden alusta aikuisuuteen saakka, siis ainakin 18. ikävuoteen ja mieluummin 20. ikävuoteen saakka. Aikuisuuden kynnyksellä lapsiperheen hyvinvointineuvonta muuttuu vähitellen opiskelijahuolloksi ja edelleen työturvallisuudeksi ja työterveydenhuolloksi.

Investointia työvoiman uusintamiseen ja hyvinvointiin

Yhteiskunnallisessa keskustelussa on esitetty, että lasten lukumäärän vähentyessä voitaisiin siirtää määrärahoja lapsilta ja lapsiperheiltä vanhustenhuollon kasvaviin menoihin. Samanaikaisesti pohditaan muutamien vuosien päässä uhkaavaa työvoimapulaa ja valmistaudutaan maahan tuodun ulkomaisen työvoiman kotouttamiskustannuksiin.

Tähän keskusteluun sisältyy kansantaloudellisesti vakava harha. Suomen talouden tulevaisuuden kannalta olennainen kysymys on oman työvoiman uusintaminen, siis

1. haluavatko nuoret varttua vanhemmiksi ja hankkia lapsia?
2. miten paljon Suomessa syntyy lapsia?
3. kuinka suuri osa syntyneistä lapsista kasvaa "hyviksi ja hyödyllisiksi aikuisiksi" - täysipainoiseen osallistumiseen työelämään ja perheiden perustamiseen.

Seuraavien parin vuosikymmen ajaksi "hyvien ja hyödyllisten" uusien aikuisten lukumäärään ei enää voi vaikuttaa syntyvyyden kautta. vuoteen 2020 mennessä aikuistuvat lapset ja nuoret ovat jo syntyneet. Vuoteen 2015 mennessä aikuistuvat ovat jo vähintäänkin aloittelemassa esikoulua.

Olennainen kysymys onkin, voimmeko vähentää jokaisessa aikuiseksi varttuvassa kohortissa "maanantaikappaleiden" osuutta. Karkeasti voidaan arvioida, että noin 70 % syntyneistä varttuu hyvällä ennusteella aikuisiksi ja muutamalle prosentille kasautuu jo syntymästä alkaen sellaisia tauteja, vammoja ja vaivoja, että heidän osuutensa työelämässä ei voi olla täysipainoista. Kun nämä arviot muutetaan lukumääräksi, jokaisessa noin 60 000 lapsen syntymäikäluokassa on 15 000 - 18 000 lasta ja nuorta, joista on vaarassa kasvaa pikemminkin sosiaaliturvan asiakkaita kuin menestyvää työvoimaa.

Tässä katsannossa lasten ja lapsiperheiden palvelut ja niiden määrärahat tulisi ymmärtää kuntien ja kansantalouden kirjanpidossa investoinneiksi, ei kulutusmenoiksi. Niiden tuotot tulisi laskea koko elämänsä ajan. Kun investoinnit käytetään viisaasti lapsuuden aikana, jokaisesta kohortista yhä suurempi osa varttuu peittämään kasvavaa työvoimavajetta ja tarve tuoda ulkomaista työvoimaa vähenee. Jokainen lapsi, joka saadaan siirtymään "maanantaikappaleiden" ryhmästä "hyvien ja hyödyllisten" aikuisten ryhmään merkitsee samanaikaisesti työvoimapulan helpottumista sekä kontrolli-, sosiaali- ja terveysmenojen säästymistä.

Miksi toimintaa ja järjestelmää olisi uudistettava?

Ovatko kuntien investoinnit viisaassa käytössä? Olen päätenyt ajattelemaan, että voimavarojen olennaiseen lisäämiseen nykyiseen palvelujärjestelmään ei välttämättä tuota vastaavaa hyvinvointihyötyä. Keskeiseksi pulmiksi koen palvelujärjestelmän sirpaleisuuden, häiriökeskeisyyden, lapsikeskeisyyden ja tuen tulemisen perheille liian myöhään.

Sirpaleisuudesta hyvä esimerkki tällä hetkellä on varhaiskasvatuksen suunnitelman ja lastenneuvolasuosituksen rinnakkainen valmistelu sosiaali- ja terveysministeriössä kahtena erillisenä prosessina. Toinen vastaava

esimerkki on raja äitiys- ja lastenneuvolan välillä. Juuri siinä vaiheessa, kun perhe tarvitsee usein erityistä tukea, työntekijät vaihtuvat.

Häiriökeskeisyydellä tarkoitan voimavarojen suuntaamista yhä enemmän ongelmien etsimiseen ja niiden hoitamiseen. Valtion ja kuntien investoinneissa häiriösuuntautunut tuo on laajentunut samanaikaisesti kun yhteisösuuntautunut - lapsen kasvuyhteisöjä vahvistava - työ on jäänyt sivummalle.

Lapsikeskeisyys on tärkeä näkökulma, mutta lasten hyvinvointia rakennetaan ensisijaisesti perheen hyvinvoinnin kautta. Jos vanhemmat voivat hyvin, heidän parisuhteensa toimii ja heillä on toimiva yhteinen kasvatustyyli, lapsen hyvinvointiin on hyvät edellytykset. Jos taas lapsi oirehtii vanhempien pahoinvointi, lapsen auttaminen ilman vanhempien auttamista on aika suuri haaste.

Kun puhutaan lapsen ja perheiden saaman *tuen tulemisesta liian myöhään*, usein tarkoitetaan, että häiriöitä ai havaita ajoissa ja että niihin tulisi puuttua aikaisemmin. Tässä yhteydessä tarkoitan kuitenkin palveluja ja investointeja suhteessa lapsiperheen elämänkaareen. Lapsiperheen alkutaipaleen kahtena ensimmäisenä vuotena investoinnit painottuvat tulonsiirtoihin (vanhempien lomat, lapsilisät, kotihoidon tuki, yms.). Monissa kunnissa lähes 90 % lapsiperheiden palveluissa olevasta henkilöstöstä on päivähoidossa, kouluissa, lastensuojelussa ja muissa vastaavissa palveluissa, jotka tulevat mukaan vasta lapsen ollessa kolmen vuoden iässä tai sitä vanhempi. Kun lapsiperheiden kotipalvelua on rajusti vähennetty, alle kolmivuotiaiden lasten perheiden saama palvelutuki rajoittuu neuvolatyöhön ja häiriöiden hoitoon. Lapsen hyvinvoinnin kannalta taas tuntuu erittäin tärkeältä, että lapsiperhettä tuettaisiin erityisesti heti raskauden alusta alkaen - jo ennen kuin ongelmat ovat havaittavissa.

Toimintaympäristön muutos ja ydinkäsitteet

Lastenneuvolan toimintamalli vakiintui jo 1920-luvun alkupuolella ja etenkin 1940-50 -luvulla, jolloin sekä lasten hyvinvoinnin haasteet että lapsiperheille tarjolla olevat hyvinvointipalvelut ja niiden järjestäminen olivat olennaisesti erilaisia kuin tänään. Lastenneuvolan keskiössä oli lapsen biologinen terveys ja siitä näkökulmasta myös äidin terveys. Lastenneuvolan asiakkuus suuntautui käytännössä äiti-lapsi -yhdistelmään. Tuolloin lastenneuvolasta rakentui terveyssisaren/terveydenhoitajan ja neuvolalääkärin varaan rakentunut instituutio, jolla oli varsin selvät organisatoriset ja toiminnalliset rajat suhteessa muihin instituutioihin. Lastenneuvolatyön tärkein yhteistyökumppani oli lastentautien erikoissairaanhoido.

On kuitenkin perusteltua pohtia, onko 1900-luvulla vakiintunut ja menestyksellisesti osoittautunut toimintamalli ja terminologia edelleen perusteltua 2000-luvun toimintaympäristössä.

1. Lapsen ja äidin biologinen terveys on edelleen tärkeä haaste, mutta sen rinnalle yhtä tärkeiksi ovat nousseet lapsen kasvu ja kehitys kokonaisuutena, erityisesti lapsen psykososiaalinen kehitys.
2. Lapsen psykososiaalisen kehityksen ydinyhteisö on perhe ymmärrettynä sen uusiutuvassa merkityksessä läheisten aikuisten ja sisarusten kokonaisuutena. Perheen hyvinvoinnin perustaa on rakennettu jo pitkään ennen lapsen syntymää ja erityisesti aikaisempien lasten kasvun ja kehityksen myötä ja tämän lapsen odotusaikana.
3. Psykososiaalisten haasteiden kasvaminen biologisten vähentyessä on laajentanut ammatillisen asiantuntumuksen tarpeen terveydenhoitaja-lääkäri -työparista moniammatilliseen työryhmään, jossa sekä lähipalveluissa että niitä tukevissa erikoistuneissa palveluissa yhä tärkeämpää on mielenterveystyön ja sosiaaliryöyksen osaaminen sekä lapsen kasvun ja kehityksen että koko perheen hyvinvoinnin näkökulmista.
4. Jo toisen ikävuoden aikana useiden lasten kehitykseen alkaa vaikuttaa toinen tärkeä kehitysyhteisö, päivähoito.
5. Päivähoito päättyy kuuden vuoden iässä ja sen tilalle uudeksi kehitysyhteisöksi nousee esikoulu ja peruskoulu.
6. Edellä kuvatusta seuraa, että lasten/lapsiperheen terveyden ja hyvinvoinnin vahvistamisessa perinteisen lastenneuvolatoiminnan tärkeimmät yhteistyökumppanit ovat raskauden aikainen hyvinvointi/ ja terveysneuvonta, erityistä tukea tarvitsevien perheiden sosiaali- ja mielenterveyspalvelut, päivähoito, lasten erikoissairaanhoido useilla erikoisaloilla, yms.
7. Kun hyvinvointipalvelut ovat siirtyneet ensisijaisesti kuntien vastuulle, normiohjaus on purettu ja palvelujen järjestämistavat eriytyvät, olennaiseksi haasteeksi tulee toiminnan jatkuminen kattavana, ja riittävästi resursoituna ja hyvälaatuisena erilaisista järjestämismalleista riippumatta.

Uudessa tilanteessa tulee keskusteltavaksi, onko toiminnan ydin

- lapsi vai perhe
- häiriö vai yhteisö
- neuvola vai neuvonta
- terveys vai hyvinvointi.

Lapsi vai perhe: Lapsen hyvinvointi rakentuu ensisijaisesti perheen kautta. Tämä ei merkitse lapsen kasvun ja kehityksen monipuolisen ymmärtämisen ja siihen perustuvan asiantuntemuksen aliarvioimista. Päinvastoin lapsen kasvun ja kehityksen korostaminen johtaa välittömästi myös perheen hyvinvointiin ja vanhemmuuteen. Perheen hyvinvointi ja kasvu toimivaan vanhemmuuteen on siis ymmärrettävissä saman lantian kääntöpuoleksi, jossa toisella puolella on lapsen kasvu ja kehitys.

Perheen keskeinen asema korostuu myös toiminnan näkökulmasta. Lapsen kasvun ja kehityksen kannalta perustellut toimenpiteet toteutuvat aina - myös lastensuojelutilanteissa - ensisijaisesti koko perheen ja erityisesti vanhempien toiminnan kautta. Perheen toiminnan ymmärtäminen kuuluu siten lasten hyvinvointityön ydinosaamisen alueeseen.

Erityisenä haasteena on isän tuleminen tasa-arvoisen perheen kehitysyhteisön toimijana äidin rinnalle. Tämä vaatii erityistä panostusta mies- ja isäpesifisen hyvinvointiosaamisen vahvistamiseen henkilöstön ammatillisessa koulutuksessa. Myös lapsen hyvinvoinnin tukemisessa olisi erikseen pohdittava niitä ongelmia, joita toiminnan kulttuurisen ja ammatillisen taustan keskittyminen nais- ja äitierityiseen osaamiseen aiheuttaa poikien hyvinvoinnin tukemisessa.

Tämän tarkastelun mukaan perheen tulisi olla ensisijainen asiakas. Ammatillisen osaamisen tulisi olla yhtä vahvaa riippumatta siitä, lapsen sukupuoli tyttö vai poika ja kohdataanko äitiä vai isä vaiko molemmat yhdessä lapsen kanssa.

Häiriö vai yhteisö: Neuvolatyön vahvoina piirteinä ovat samanaikaisesti olleet perheen tukeminen ja seulonta. Viime vuosikymmeninä on erityisesti korostunut seulonta: On ajoissa löydettävä ne äidit ja lapset, jotka tulee ohjata jatkotutkimuksiin. Seulonnan metodinen kehittäminen on keskittynyt lääketieteelle tuttuihin ja usein somaattisiin haasteisiin. Jossakin määrin on tutkittu myös lapsen kasvun ja kehityksen - erityisesti neuvolan viisivuotistarkastukset - ja koulukypsyysseulontaa. Nämä hankkeet ovat useimmiten olleet paikallisia. Vanhemmuuden, vanhempien hyvinvoinnin ja parisuhteen seulonnan lomakemittareita on tuotu kokeilumielessä neuvolatyöhön aivan viime vuosina.

Kun lasten psykososiaaliset ongelmat ovat 1990 -luvulta alkaen kuormittaneet yhä enemmän sosiaali- ja terveyspalveluja ja peruskoulua, on keskeiseksi haasteeksi noussut ongelmien ja huolten entistä varhaisempi tunnistaminen ja puheeksi ottaminen.

Vaikka häiriölähtöisessä toimintamallissa on pyritty yhä varhaisempaan havaitsemiseen, sen olennaisena ytimenä on edelleen asiakkuus. Kun häiriö tai huoli tunnistetaan, perhe tai lapsi muuttuu tavallisesti asiakkaaksi ja olennaiseksi tulee hänen suhteensa ammattiauttajaan. Lasten hyvinvoinnin/pahoinvoinnin haasteisiin on siis pyritty vastaamaan lisäämällä häiriö/huolikeskeisiä asiakkuuksia.

Neuvolatyön varhaisessa vaiheessa perhe oli paitsi lapsen tärkein usein myös ainoa tosiasiallinen kehitysyhteisö. Varsin pien sen rinnalle tulivat tärkeinä kehitysyhteisöinä ensin oppivelvollisuuskoulu ja myöhemmin päivähoito. Muutaman viime vuosikymmen aikana ovat korostuneet myös harrastusten, lähiympäristön ("kadun") ja median merkitys lasten ja nuorten kasvuyhteisöinä. Tässä kokonaisuudessa perheen merkitys ja mahdollisuudet ovat jatkuvasti kaventuneet. Yhteisölähtöinen toiminta-ajatus on siis väistämättä uusien haasteiden edessä. Perheen lisäksi olisi otettava huomioon myös muut tärkeä kasvuyhteisöt ja osattava rakentaa kaikista näistä yhdessä lapsen kannalta toimivaa kokonaisuutta.

Yhteisölähtöisen hyvinvointineuvonnan perusideana on, että lapsen tarpeet tulevat tyydytetyiksi hänen luonnollisissa kasvuyhteisöissään. Tärkeintä on perheen tukeminen. Perheen rinnalla suurimmat mahdollisuudet ovat päivähoitossa ja peruskoulussa. Mitä paremmin nämä yhteisöt erikseen ja yhdessä toimivat sitä vähemmän tarvitaan asiakkuuksiin rakentuvia häiriöpalveluja. Olennaista tietenkin on yhteisöjen toiminta niin, että tarvetta häiriöpalveluihin ei edes kehity. Huolten ja häiriöiden kohtaamisessa ensisijaisena tavoitteena on niiden hoituminen yhteisöjen sisällä. Kun asiakkuus häiriöpalveluihin osoittautuu aiheelliseksi, sekin järjestetään niin, että lapsi palaa mahdollisimman pian luonnollisiin kehitysyhteisöihinsä ja että tämä kokemus vahvistaa yhteisöjen valmiutta toimia viisaasti seuraavassa vastavassa tilanteessa.

Neuvola vai neuvonta: "Neuvola" viittaa toiminnalliseen yksikköön ja lastenneuvola täsmentää sen syntymästä kuudenteen ikävuoteen keskittyvien lasten terveydenhoitoon keskittyneeseen organisaatioyksikköön, joka kuuluu kansanterveystyöhön ja jonka ydintoimija on terveydenhoitaja.

"Neuvonta" keskittää huomion ammatilliseen toimintaan ottamatta kantaa sen järjestämisympäristöön. On huomattava, että kansanterveyslain mukaan kunnan velvollisuutena on "ylläpitää terveysneuvontaa, johon luetaan kansanterveydellinen valistustyö, raskauden ehkäisyneuvonta siihen sisältyen, ja kunnan asukkaiden yleisten terveystarkastusten järjestäminen". Kansanterveyslakia valmisteltaessa terveysneuvonnalla tarkoitettiin erityisesti terveystarkastukseen perustuvaa neuvontaa. Tältä osin kansanterveyslain tavoite ja sisältö ovat edelleen erittäin ajankohtaisia. Lapsen ja hänen perheensä hyvinvoinnin tukemisen ytimenä tulee edelleen olla määrääjain toistuva koko lapsiväestön kattava, sisällöltään tarkoin harkittu kohtaaminen ja "tarkastaminen" ja siitä lähtevä tilannearviointi ja neuvonta.

Tässä näkökulmassa organisatorinen yksikkö "neuvola" on toissijainen ja ensisijaista on toiminnan sisältö "neuvonta". Olennaista on ydinprosessin - kohtaaminen, "tarkastaminen", tilannearviointi ja neuvonta - uudistuva sisältö ja siitä seuraavat tarpeet ammatillisen osaamisen ja toimintaympäristön kehittämiseen: Miten tämä ydinprosessi viisaasti toteutuu lapsen ja lapsiperheiden moninaistuneiden ja moniammatillisten hyvinvointipalvelujen kokonaisuudessa?

Esimerkiksi STM:n lastenneuvolatyöryhmä on tuoreessa mietinnössään päätenyt esittämään eriytyneen lastenneuvolatoiminnan kehittämistä ja laajentamista sensijaan, että olisi tarkastellut, olisiko viisasta yhdistää lasten terveysneuvonta esimerkiksi raskauden ajan vastaavaan neuvontaa ja toisaalta päivähoitoon ja muihin lasten ja lapsiperheiden hyvinvointipalveluihin. Jos työryhmä olisi ottanut keskeiseksi lähtökohdaksi instituution vahvistamisen sijasta toiminnan ja sen jatkuvuuden lapsen kasvun ja kehityksen myötä ja keskeisten kehitysyhteisöjen tukemisen, olisi tärkeäksi kysymykseksi noussut myös toiminnan jatkuvuus lapsen varttuessa kouluikään.

Terveys vai hyvinvointi: Terveyden merkityksestä ja sisällöstä on viime vuosikymmeninä käyty laajaa keskustelua. Yhtäältä terveyttä on pyritty ymmärtämään ja määrittämään yhä enemmän yhteiskunnallisen, sosiaalisen, kulttuurin ja mielen suuntiin. Toisaalta yleisemmässä hyvinvointikeskustelussa terveyden painoarvo on ollut kasvamassa. Tästä seuraa, että riippuen keskustelijan taustasta ja intressistä samoista asioista puhutaan sekä terveyttä että hyvinvointia laajentavasti.

Lääketieteen ja terveydenhoidon perinteiseen ammatilliseen ydinosaan näkökulmasta avautuva lapsen terveys on edelleen terveysneuvonnan ja siitä lähtevien jatkotoimenpiteiden keskeinen perusta. Psykososiaalisen kasvun ja kehityksen haasteiden korostuminen ja perheen ja päivähoiton ymmärtäminen kasvuyhteisöinä, joiden hyvinvointi on vahvasti sitoutunut ympäristöön ja sen antamiin taloudellisiin, kulttuurisiin ja ammatillisiin ominaisuuksiin, nostaa kuitenkin hyvinvoinnin yhtä tärkeäksi näkökulmaksi terveyden rinnalle.

Kokoavasti voidaan todeta, että valittavana on ollut kaksi ääri vaihtoehtoa, terveyssektoriin sitoutuva "lastenneuvolatoiminta" tai "lapsiperheen hyvinvointineuvonta". Edellä mainittu lastenneuvolatyöryhmä on valinnut edellisen lähtökohdan ja pyrkinyt sen rajoituksia korjaamaan esimerkiksi esittämällä perhetyöntekijän lisäämistä henkilöstöön ja toiminnan kutsumista perhekeskukseksi. Perinteisen näkökulman hallitsevuutta kuvastaa kuitenkin esimerkiksi työryhmän pohdinnat ja esitykset lainsäädännön tarkistamiseksi. Työryhmä ehdot-

taa, että lainsäädännössä tulisi selkiyttää "lastenneuvolatoiminnan", siis instituution asemaa suhteessa muihin palveluihin.

Haasteeksi toiminnallinen kokonaisuus

Kysymyksenasettelun terävöittämiseksi edellä esitetty on rakentunut ääriäkökulmiin. Lasten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin tukemisessa ei kuitenkaan voida valita toista havainnollistavista näkökulmista, vaan niiden molempien tasapainon huomioonottaminen ja oikean tasapainon löytäminen kunkin kunnan ja yhteisön nykytodellisuudessa. tarkastelu osoittaa kuitenkin selvästi, että painopisteen tulisi olla siirtymässä

- lapsikeskeisyydestä perheen suuntaan,
- häiriöistä yhteisöihin,
- neuvolakeskeisyydestä lasten ja lapsiperheiden palvelujen yhdistämiseen toiminnalliseksi kokonaisuudeksi, jossa olennaista on kehitysyhteisöjen vahvistaminen ja terveysneuvonnan kattavuus ja laatu, ei niinkään sen organisatorinen eriytyminen, sekä
- terveydestä hyvinvointiin.

Kun puhutaan painopisteen siirtymisestä, se ei tarkoita lapsikeskeisyyden, häiriöseulonnan perinteisen neuvolainstituutioiden kestävien vahvuuksien eikä terveyshaasteiden hylkäämistä. Toisaalta näyttää myös mahdollisesti, että perinteisten toimintamallien korjaaminen uusien haasteiden vaatimusten suuntaan saattaa myös osaltaan ehkäistä haasteiden ja toimintaympäristön muutosten vaatimia perusteellisempaa lasten ja lapsiperheiden hyvinvointityön uudistamista.

Lapsiperheelle hyvinvointineuvontaa koko lapsuuden ajaksi

Uuden toiminta-ajatuksen ydin tiivistyy sanontaan "lapsiperheelle hyvinvointineuvontaa raskauden alusta alkaen koko lapsuuden ajaksi". Terveysneuvonnan perinteiset vahvuudet ovat edelleen ajankohtaisia. Hyvinvointineuvonnan kulmakivenä tulee jatkossakin olla kaikkien lasten tapaaminen tiettyjen jaksojen jälkeen, raskauden ja ensimmäisen ikävuoden aikana useita kertoja vuodessa ja sittemmin harvemmin, 2-3 vuoden välein kuitenkin vähintään. Uutta on näiden tapaamisten kehittyminen lasten terveystarkastuksista koko perheen hyvinvointitapaamisiksi. Tarkastus muuttuu yhteiseksi keskusteluksi ja arvioksi ja määräysten ja lähetteen sijaan päädytään yhteisiin sopimuksiin jatkotoimista. Työelämän käytäntöjä soveltaen voitaisiin puhua myös perheen ja ammattiauttajan keskeisistä "hyvinvointikehityskeskusteluista", joissa on mukana kuitenkin edelleen tarkastuksen keskeisiä menetelmiä, useimmiten koeteltuja seulontamenetelmiä.

Yhteistyö perheen kanssa laajenee tapaamisten lisäksi myös kotikäynteihin. Kotikäyntejä tulisi sisältyä toimintamalliin ainakin kerran raskauden aikana ja pari kertaa ensimmäisen ikävuoden aikana. Myös myöhemmin tarvitaan rutiinimaisia kotikäyntejä esimerkiksi viisivuotistarkastuksen ja siihen liittyvän koulukypsyyden arvioinnin yhteydessä.

Esitellessään Kuntaliiton lapsipolitiikka -seminaarissa Leksandin mallia Thomas Johansson kertoi, että usein hän joutuu vastaamaan samaan peruskysymykseen: Miten voi saada rahaa toimintaan, kun ei voi osoittaa ongelmaa? Lapsiperheen hyvinvointineuvonnan ydin on vanhempien tukemisessa jo ennen kuin ongelmat ovat ajankohtaisia.

Suomenkielellä 'perhekasvatus' tai 'vanhempainkasvatus' ei tunnu kovin luontevalta termiltä. Tärkein asia perheen uudessa hyvinvointineuvonnassa on vanhempien tukeminen vanhemmuuteen kasvamisessa. Samalla kun tuetaan vanhemmuutta on tärkeätä tukea vanhempien henkilökohtaista hyvinvointia ja myös heidän parisuhdettaan.

Suomessa on kokeiltu monenlaisia vanhempien ryhmiä. Toistaiseksi niistä ei ole hahmottunut selvää yhteisempää toimintamallia. Näyttää kuitenkin välttämättömältä, että todellisten tulosten saavuttamiseksi koko maassa olisi lapsiperheiden vanhempia tuettava samalla tavalla suunnitelmallisesti kuin perinteinen äitiys- ja lastenneuvolatyö. Tätä tukevat myös ruotsalaisen Leksandin mallin kokemukset. Työmuodon kehittäjät korostavat jatkuvuutta ja riittävän vahvaa tukea, joka painottuu raskauden aikaan ja ensimmäiseen ikävuoteen.

Perinteisestä neuvolatyöstä uusi hyvinvointineuvola poikkeaa siinä suhteessa, että tärkein menetelmä näyttää olevan *vertaistuki*, jota rakennetaan *vertaisryhmissä*. Perhetyön osaavan ammattilaisen täytyy toki olla mukana, mutta käytännössä vanhemmat tukevat toisiaan vertaisryhmien määräaikaissa tapaamisissa, joilla on selkeä runko-ohjelma.

Leksandin mallissa runko-ohjelma rakentuu 16 vertaisryhmätapaamisesta, joista ensimmäinen on mahdollisimman varhain raskauden alussa ja ohjelma päättyy tällaisena lapsen tullessa yhden vuoden ikään.(Johansson ja Jons 2002). Vertaisryhmissä vanhemmat opettelevat keskustelemaan arkisista kokemuksistaan. He huomaavat, että eivät ole yksin eivätkä ainutlaatuisia, vaan samat pulmat kohdataan monissa muissa perheissä.

Selkeät teemarungot etenevät raskauden ja lapsen kehityksen tuottamien ajankohtaisten aiheiden mukaisesti. Ajoittain äidit ja isät kokoontuvat erikseen ja taas yhdessä. Erityistä huomiota on Leksandin mallissa kiinnitetty isien tukemiseen. Aluksi suunnitelmallisesti järjestetty vanhempainkasvatus jatkuu vapaamuotoisempaan. Suurin osa vanhemmista haluaa jatkaa vertaisryhmätapaamisia ohjelman päätyttyä.

Suomalainen lapsiperheiden hyvinvointineuvonnan toiminta-ajatus voisi aluksi rakentua äitiys- ja lastenneuvolatyön ja Leksandin mallista sovelletun vanhempainkasvatuksen yhdistelmänä raskauden alusta toisen ikävuoden loppuun. Tämän jälkeen merkittävä osa lapsista on päivähoitossa ja tarvitaan ehkä uusia malleja.

Hyvinvointineuvonnan henkilöstö

Äitiys- ja lastenneuvoloiden työntekijät kokevat nykyisin varsin suurta kuormitusta. Lääkäreiltä saatu tuki on monissa kunnissa vähentynyt. Vaikka moniammatillisuutta on pyritty lisäämään, se useimmiten supistuu konsultaatioiksi ja vaikeiden tapausten selvittelyksi yhdessä.

Sektorirakenne sopii huonosti lapsiperheiden tukemiseen. Käytännössä on mahdotonta erottaa lääketieteelliset ja psykososiaaliset toiminnat toisistaan. Kunnissa kannattaisikin harkita raskauden ja kahden ensimmäisen ikävuoden aikana neuvonnan toteuttamista monenlaista osaamista yhdistävän peruspalvelutiiminä. Tiimiin tulisi kuulua välttämättä äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitaja ja lääkäri, mutta myös mielenterveyshuollon ja sosiaalityön asiantuntijat. Kaikkia heitä yhdistäisi perhetyön ja vanhempainkasvatuksen haaste.

Alun perin ajattelin, että uudessa hyvinvointineuvonnassa ytimenä olisi juuri peruspalvelutiimi. Lukuisat keskustelut ja monet erimuotoiset kokeiluhankkeet ovat antaneet aiheen tarkistaa tätä ehdotusta. Olisiko sittenkin parempi rakentaa hyvinvointineuvontaa kahden perustyöntekijän varaan, joista toisen erityisenä haasteen olisi ensin äidin ja sitten lapsen terveys ja hyvinvointi ja toisen haasteena vanhempien hyvinvointi, vanhemmuus ja kasvatus.

Jokainen ehdotus lasten palvelujen uudistamiseksi kohtaa heti vastusta jonkun ammattiryhmän taholta. Kun STM:n lastenneuvolatyöryhmä esitti terveydenhoitajan rinnalle perhetyöntekijää, terveydenhoitajien ammattijärjestö heti kyseenalaisti ehdotuksen. Arkisen vanhemmuuden, vanhempien hyvinvoinnin ja parisuhteen tukeminen ja etenkin niiden yhdistyminen vertaisryhmätoimintaan tuovat kuitenkin uuden osaamisvaatimuksen. Terveydenhoitajan tulisi säilyttää vahva osaaminen raskauden ja varhaislapsuuden terveystieteissä.

Mitä enemmän toiminnan ja osaamisen uudistumista pohtii sitä kiehtovammalta tuntuu toimintamalli, jossa terveydenhoitoja ja perhetyöntekijä ovat perheen hyvinvointineuvonnan ytimessä työparina. On huomattava, että tässä tapauksessa "perhetyö" ei ole lastensuojelun, päihdetyön tai lastenpsykiatrien sisäistä vaativaa terapiatyötä, vaan arkista tukemista vanhemmuudessa, hyvinvoinnissa ja parisuhteessa.

Näin hyvinvointineuvonnan ydin rakentuisi parityöhön ja seuraavalla tasolla olisi useita pareja yhdistävä peruspalvelutiimi, jossa keskeisiä toimijoita olisivat terveydenhoitajat ja perhetyöntekijät sekä lastensuojelun sosiaalityöntekijä, psykologi ja lääkäri. Jotta peruspalvelutiimit toimivat, olisi niitä varten oltava riittävästi hyvinvointineuvontaan perehtyneitä sosiaalityöntekijöitä, psykologeja ja lääkäreitä.

Äitiys- ja lastenneuvolatyön ja vertaisryhmäohjelman lisäksi lapsiperheen hyvinvointineuvola tarvitsee myös neljännen kulmakiven ja se on kotipalvelu. Juuri lapsiperheiden kotipalvelusta säästäminen on saattanut olla kohtalokas virhe, joka on aiheuttanut monin verroin säästöjä suuremmat kustannukset raskaissa hoitopalveluissa. Kotipalvelun tuki kuormittuneille vanhemmille on mitä parasta ehkäisevää toimintaa. Se tarjoaa myös ainutlaatuisen mahdollisuuden vanhempain kasvatukseen ja muuhun tukemiseen perheen sisältä käsin, kun kotipalvelu yhdistetään hyvinvointineuvonnan peruspalvelutiimiin.

Hyvinvointineuvonnan peruspalvelutiimi vastaisi äidin ja lapsen terveyden seurannan ja tukemisen lisäksi myös vanhempien tukemisesta ja edellä hahmotellun vertaisryhmäohjelman toteuttamisesta.

Hyvinvointineuvolasta ja päivähoidosta perhekeskuksia?

Viime vuosina on yhä enemmän alettu keskustella perhekeskuksista lapsiperheiden tukemisessa. Kun jo nyt lapsiperheiden palvelut ovat sirpaleisia, uuden toimijan tuominen tähän kenttään ei tunnut kovin viisaalta.

Huomattavasti kiinnostavammalta toiminta-linjalta tuntuisi lapsiperheiden hyvinvointineuvolan ja päivähoiton uudistaminen perhekeskus -toiminta-ajatuksen suuntaan. Kun molempia tukisi sama moniammatillinen peruspalvelutiimi. Sektorirajat voisivat vähitellen unohtua unohdettaisiin. Toimintaa rikastettaisiin yhteistyöllä järjestöjen kanssa.

Raskauden alusta toiseen ikävuoteen perhekeskus rakentuisi äitiys- ja lastenneuvoloista ja kolmesta kuuteen ikävuoteen päivähoidosta. Toki tällainen uudistus veisi oman aikansa, mutta visiona se on kiehtova. Vuosien kuluessa tuloksena saattaisi olla toiminnallisia perhekeskuksia ilman että niitä erikseen organisatorisesti perustetaan.

Lähipalvelut tarvitsevat osaavaa tukea

Edellä on esitetty lähellä perhettä toimivien peruspalvelujen, joita voisi kutsua myös lähipalveluiksi, vahvistamista. Terveystyöntekijän työpari ja peruspalvelutiimit rakentuvat jo varsin pienistä väestömääristä. Yksi työpari voinee ottaa vastuun noin 30 - 40 synnyttävästi perheestä ja heidän lapsistaan viidenteen ikävuoteen saakka. On huomattava, että perheen hyvinvointineuvonnassa mitoituksen yksikkönä tulisi olla perhe, ei yksittäinen raskaus tai lapsi.

Sosiaalityöntekijän, psykologin ja lääkärin tehtävänä on täydentää peruspalvelutiimiä ja toimia oman alueensa asiantuntijoina. Tässä kehittämissä vaiheissa on vaikea esittää mitoitusta. Tuntuu kuitenkin siltä, että 5-6 työparia kohti tulisi olla sosiaalityöntekijä ja psykologi ja edelleen kahta tällaista yksikköä kohden kokopäivätoiminen lääkäri. Tämä on kuitenkin aivan alustavaa pohdiskelua peruspalvelutiimin mitoituksesta.

Erittäin keskeinen haaste on peruspalvelutiimin tukeminen silloin kun tarvitaan häiriökeskeistä erityisosaamista. Kysymys ei ole pelkästään häiriöosaamisesta, vaan erikoistuneiden ammattilaisten tulisi olla hyvin perille peruspalvelupiiriin ja hyvinvointineuvonnan työparin arjen haasteista. Erikoistuneen tason suuri tehtävä on työnohjaus ja tukeminen niin, että lapsen ja hänen perheensä tarve asiakkuuteen vähenee.

Kun asiakkuus erikoistuneeseen tasoon tulee välttämättömäksi, silloinkin peruspalvelutiimin työntekijän tulisi olla koko ajan mukana asiakkuusprosessissa. Näin varmistettaisiin yhteistyö ja tuen jatkuminen kun lapsi palaa peruspalvelutiimin vastuulle.

Tässä katsannossa tuntuisi järkevältä yhdistää erityistyöntekijät ainakin noin 40 000 - 100 000 asukkaan väestöpohjassa moniammatilliseksi erityispalvelujen kokonaisuudeksi. Vasta tänään jälkeen tulisi kolmantena tasona erikoistuneet ja eriytyneet häiriökeskeiset palvelut, kuten raskas lastensuojelu, lapsipsykiatria ja lasten taudit.

Kuka maksaa kustannukset?

Kustannusten maksajaa kysytään viipymättä, kun joku rohkenee ehdottaa toiminnan laajentamista. Kustannustietoisuus on tärkeää. Samalla on kuitenkin huomattava, että lasten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin tuke-

misen on perusluonteeltaan investointia ja siksi siitä aiheutuvia menoja tulisi valtion ja kuntien talousarvioissa käsitellä investointimenoina.

Viime vuosina kunnat ovat joutuneet käyttämään yhä enemmän voimavaroja häiriöpalveluihin ja etenkin raskaaseen lastensuojeluun ja lapsi- ja nuorisopsykiatriaan. Samalla puhumme uhkaavasta työvoimapulasta. Jokaisesta aikuistuvasta ikäluokasta mahdollisimman monen olisi vartuttava paitsi hyväksi myös hyödylliseksi aikuiseksi. Mitä vähemmän työelämää tulevissa ikäluokissa on "maanantaikappaleita", sitä helpommin pääsemme yli uhkaavasta työvoimapulasta.

Kun investoidaan lapsiperheiden hyvinvointiin heti raskauden alusta alkaen, säästöä on odotettavissa jo päivähoiton ja koulun peruskustannuksissakin. Keskimäärin 6 % päivähoitossa lapsista tarvitsee nykyään erityistä tukea, monissa kunnissa jopa yli 10%. Erityisopetuksen ja kouluavustajien tarve on nopeasti kasvamassa myös perusopetuksessa. Vahvistamalla varhaista lapsiperheiden hyvinvointineuvontaa voimme odottaa lähivuosina ainakin kasvutrendien tasaantumista, mahdollisesti jopa säästöä päivähoiton ja koulun peruskustannuksista puhumattakaan henkilöstön kuormituksesta.

Lapsiperheiden lähellä toimiva peruspalvelutiimi myös tehostaisi häiriöiden ja ongelmien varhaisdiagnoositiikkaa. Monesti se saattaisi myös tukea ja hoitaa ongelmat sellaisissakin tilanteissa, jotka nyt johtavat lähettämiseen jatkoselvittelyyn ja hoitoon. Kun peruspalvelutiimillä olisi käytettävissään erityisasiantuntemustason työnohjaus ja konsultaatiot, asiakkuuksiin johtavia läheteitä voitaisiin varsin todennäköisesti vähentää.

Tässä kehyksessä lapsiperheiden uuden hyvinvointineuvonnan kehittäminen ja voimavarojen vahvistaminen raskauden alusta alkaen ei siis näytäkään enää huolestuttavalta lisämenolta, vaan viisaalta investoinnilta, jota erityisesti valtion ja kuntien taloudesta ja tulevasta työvoimapulasta huolta kantavien odottaisi kannattavan.

Kirjallisuutta

Johansson T, Jons. **Föräldrargrupper i praktiken. Gothia, Stockholm 2002.**

Paavilainen R. **Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen. Äitien ja isien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta** Acta Universitatis Tamperensis; 906. Tampereen yliopisto 2003.

Perheentupa A. **Synnytyksen jälkeinen masennus - onko vika hormoneissa?** Suomen Lääkäril. 2003;58/4:387-391.

Rimpelä M. **Lasten hyvinvointi kuntien haasteena: Kunnan vastuut ja mahdollisuudet lasten kehitysyhteisöjen tukemisessa ja peruspalvelujen vahvistamisessa.** Julkaisematon keskustelumuistio, päivitetty 301002. Stakes/ HVT/KHS. 16 sivua (a)

Rimpelä, M. **Perheneuvola koko perheen hyvinvointia tukemaan.** Dialogi 2/2002. (b)

Sosiaali- ja terveysministeriö. **Lastenneuvolatoiminnan asiantuntijatyöryhmän muistio. Opas neuvolatoiminnan järjestämiseksi kunnissa. STM Työryhmämuistio 2003:7.**

Vaininen S, Rostila I. **Hyvinvointineuvola ammattilaisten silmin. Raportti lääkäreiden, psykologien, sosiaalityöntekijöiden ja terveydenhoitajien keskusteluista.** Satakunnan ammattikorkeakoulun raportit 7/2002. (<http://www.spt.fi>)

Liite 2. VERSO II-projekti: Hyvinvointineuvola ammattilaisten silmin. Raportti lääkäreiden, psykologien, sosiaalityöntekijöiden ja terveydenhoitajien ryhmäkeskusteluista (2002).

Vaininen Satu, Rostila Ilmari

Satakunnan ammattikorkeakoulun raportit 7/2002. (<http://www.spt.fi>)

.....

Yhteenveto

Ammattilaiset katsoivat, että lapsiperheiden palveluiden järjestämiselle siten, että psykososiaaliset (tunne-elämään ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyvät) tarpeet otetaan paremmin huomioon, on selvästi tarvetta. Äitien, isien, perheen ja pienten lasten monipuolisia tarpeita vastaavalle hyvinvointineuvolalle on sosiaalinen tilaus. Erityisen tärkeänä nähdään, että huomiota kiinnitetään koko perheen tarpeisiin, erityisesti vanhemmuuden tukemiseen ja parisuhteen asioihin. Näin voitaisiin ennaltaehkäistä ongelmien syntymistä ja pahenemista. Hyvinvointineuvolan toiminnan painopiste olisikin enemmän ennaltaehkäisevässä työssä. Ongelmiin vastaaminen edellyttää kuitenkin työntekijöiden näkemyksen mukaan myös lisää resursseja, eikä hyvinvointineuvolan toimintaa voisi järjestää pelkästään aikaisemman toiminnan uudelleen järjestelyillä. Hyvinvointineuvolan uudenlaisen työtavan nähtiin merkitsevän pidemmällä tähtäimellä uusien resurssien syntymistä, kun perustyöhön vapautuisi lisää aikaa. Työntekijät korostivat, että hyvinvointineuvolan toiminta edellyttäisi selkeää panostusta suunnitteluun.

Kaikki ammattiryhmät visioivat hyvinvointineuvolan tehtäviksi (1) terveydellisten ja psykososiaalisten ongelmien seurannan ja tunnistamisen, (2) vanhemmuuden ja parisuhteen tukemisen ja tätä koskeva neuvonnan, johon sisältyy välitön kriisituki ja arkielämää koskeva neuvonta, (3) ohjauksen muihin toimipisteisiin ja (4) sairaanhoidolliset toimenpiteet, kuten rokotukset ja tarpeenmukaisen hoidon. Ammattiryhmittäisinä korostuksina psykologit ja sosiaalityöntekijät toivat esille perheen kokonaiselämäntilanteen selvittämisen (tarpeet, suunnitelmat, resurssit) ja terveydenhoitajat sellaiset lasten sairaanhoitoon liittyvät tehtävät, jotka eivät liity neuvolatarkastuksiin.

Eri ammattiryhmien työntekijät nostivat keskustelussa esille paljon samanlaisia työskentelymenetelmiä, vaikka myös ammattiryhmäkohtaista ideointia ilmeni. Yhteisesti mainittuja työskentelymenetelmiä olivat (1) Tapaamiset, joihin kuuluivat määräaikaistapaamiset ja muut tapaamiset, tapaamiset kotona tai neuvolassa sekä koko perheen tai yksilöiden tapaamiset, (2) vanhemmille, äideille ja isille suunnattu, joko vertaisten tai ammattilaisten vetämä ryhmätoiminta, (3) kodinhoitoapu perheiden arjessa selviämisen tukemiseksi, (4) luennot, tapahtumat, tiedottaminen, (5) moniammatillinen työskentely ja verkostoituminen.

Työntekijät pitivät tärkeänä, että hyvinvointineuvolassa asiakaslähtöisyys otettaisiin käytännön työn peruseriaateeksi. Asiakkaan tarpeita ei lähdetäisi määrittelemään työn käytäntöjen, eri sektorien ja niihin liittyvien rakenteiden pohjalta, vaan lähtökohtana olisivat asiakkaan tarpeet. Asiakaslähtöisyyden nähdään muodostuvan siitä, että asiakkaan tarpeet ja voimavarat saadaan tilanteissa esille. Asiakaslähtöisyyteen liittyvät keskeisesti käsitteet joustavuus ja yksilöllisyys. Työtapoja on muokattava joustavasti tarpeen mukaan. Asiakaslähtöisyys edellyttääkin työntekijöiltä sellaista asennetta, että asiakas on kumppani, jonka kanssa yhdessä tarkastellaan palvelutarpeita ja harkiten suunnitellaan menettelytapoja. Tämä tarkoittaisi käytännössä pidättyvyyttä kaavamaisien, kaikille yhteisten menettelytapojen käyttämisessä ja herkkyyttä nähdä asiakkaan yksilöllisiä tarpeita. Asian-

tuntija- ja byrokratiakulttuurin perinteet ovat kuitenkin ”istuneet” sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa melko lujasti, vaikkakin asiakaslähtöisyys on kehittynyt viime vuosina huomattavasti. Painopisteen siirtyessä koko perheeseen on syytä myös kysyä, huomioidaanko lasta asiakkaana ja lapsen näkökulmaa jatkossa riittävästi. Onko vaarana palata lapsikäsitukseen, jossa lapsen hyvinvointi rakentuu lähes yksinomaan perheen hyvinvoinnin kautta (ks. Satka 2002).

Eri ammattiryhmien kohdalla asiakkaan kokema ”kynnys” hakea palvelua on erikorkuinen. Niinpä edelleenkin psykologin tai sosiaalityöntekijöiden palvelujen käyttö saattaa aiheuttaa leimautumisen pelkoa. Niiden kohdalla on tehtävä erityisen paljon taitoa vaativaa työtä ”kynnyksen madaltamiseksi”. Palveluiden järjestämisen tapa hyvinvointineuvolassa voisi auttaa tässä ja muutenkin erilaisin keinoin voidaan madaltaa kynnystä tulla psykologin tai sosiaalityöntekijän juttusille.

Hyvinvointineuvolan tilat herättivät paljon keskustelua. Tilojen osalta haluttiin kiinnittää erityistä huomiota viihtyvyyteen, jolloin jo tilat antavat vaikutelmaa asiakasystävällisestä ja asiakkaita huomioivasta työtavasta. Lasten tarpeiden näkökulmasta tärkeää olisi olla lapsia kiinnostavia elementtejä, jotka houkuttelisivat perhettä jäämään vaikka neuvolan pihalle hetkeksi lasten kanssa. Tuolloin mahdollisuus muiden vanhempien kanssa keskusteluun avautuisi luonnollisemmin. Myös aikuisten tarpeisiin pitäisi kiinnittää huomiota. Esimerkiksi tiloissa voisi olla tietokoneita tarpeen mukaan. Tilojen pitäisi myös palvella yhtäältä luonnollisten verkostojen syntymistä ja toisaalta mahdollistaa yksityisyyden. Olisi hyvä jos hyvinvointineuvola voisi toimia lähellä ihmisten asuinpaikkaa. Tämä palvelisi luonnollisten verkostojen syntymistä ja mataloittaisi hyvinvointineuvolaan tuleminen kynnystä.

Erityisen tärkeänä ammattilaisten yhteistoiminnan kehittymisen kannalta nähtiin, että eri ammattilaiset toimisivat saman katon alla fyysisesti lähellä toisiaan. Hyvinvointineuvola voisi myös toimia verkostomaisesti nykyisten toimijoiden kautta, jolloin huomiota kiinnitettäisiin yhteistyön ja toimintatapojen kehittämiseen, mutta pääasiassa hyvinvointineuvola kuviteltiin omana erillisenä monipuoliseen toimintaa soveltavana tilana. Omana yksikkönään toimivalla hyvinvointineuvolalla olisi ehkä paremmat mahdollisuudet luoda uutta. Haastateltavat toivat esille myös yhteisen atk-järjestelmän merkityksen hyvinvointineuvolalle.

Ryhmäkeskusteluissa monet puhuivat vaikeudesta määrittellä toisten asiantuntijuuden ja tehtävien aluetta, koska niitä ei riittävästi tunneta. Vaikutti siltä, että ne ammattiryhmät, joilla oli paljon kokemusta yhdessä työskentelystä, osasivat paremmin kuvitella toistensa työtä myös uudessa hyvinvointineuvolassa. Työtehtävät, joita eri ammattilaisten toimenkuviin liitettiin, näyttivät pitkälti määräytyvän aikaisempien perinteisten työtehtävien mukaan. Tämän rajoituksen keskustelijat myös tuntuivat tiedostavan. Joissakin puheenvuoroissa esiintyi kuitenkin ajatuksia työtehtävien ja roolien isommasta muuttamisesta. Lääkärit ja terveydenhoitajat korostivat psykososiaalisten kysymysten merkityksen nousua ja sitä, että tarvitsevat apua näissä kysymyksissä.

Hyvinvointineuvolassa pitäisi olla riittävästi osaamista eri ammattiryhmistä. Tämä liittyy myös kysymykseen hyvinvointineuvolan koosta ja väestöpohjasta. Jos eri ammattiryhmien tiivis kytkeminen hyvinvointineuvolan toimintaa ei onnistu, koko hyvinvointineuvolan idea jää torsoksi. Eri ammattiryhmien työntekijöiden määrä hyvinvointineuvolassa riippuu paljolti siitä, miten eri ammattiryhmien roolit ja tehtävät nähdään. Joissakin pohdinnoissa lääkärin, psykologin ja sosiaalityöntekijän roolit nousivat enemmän konsultoiviksi erityisosaajiksi. Tällöin heidän määränsä suhteessa perustyötä tekeviin terveydenhoitajiin olisi selkeästi pienempi. Toisaalta visioiduissa tehtäväkuvissa haluttiin myös korostaa psykologin ja sosiaalisen osaamisen merkitystä asiakkaiden tarpeisiin vastatessa. Sosiaalityöntekijän mahdollinen rooli terveydenhoitajan työparina ja elämäntilanteen sekä

verkostojen kartoittajana edellyttäisi sosiaalityöntekijöiden määrän lisäämistä verrattuna konsultoivaan rooliin.

Hyvinvointineuvolan kehittelyn pitäisikin tapahtua tiiviissä yhteydessä muihin palvelupisteisiin. Myös muut organisaatiot ja verkostot joutuisivat reagoimaan palvelujärjestelmän muutokseen. Toiminnan suhdetta perheneuvolaan ja myös sosiaalitoimiston sosiaalityöhön pitää pohtia ja suunnitella. Esimerkiksi Matti Rimpelän (2002b) mukaan hyvinvointineuvolan tukena toimisi 20 000- 100 000 asukkaan väestölle suunnattu perhe- ja nuorisokeskus, jossa nykyinen perheneuvola, nuorisovastaanotot ja avohoitosuuntautunut lastenpsykiatria koottaisiin yhteen. Tällaisen yksikön päätehtävänä olisi tukea peruspalveluiden onnistumista konsultaation ja työnohjauksen avulla. Ryhmäkeskusteluissa terveydenhoitajat ja lääkärit puolestaan katsoivat, että nykyinen väestövastuujärjestelmä ei sovi yhteen hyvinvointineuvolajärjestelmän kanssa. Lisäksi tuotiin esille, että terveydenhoitajien ja lääkärien olisi hyvä keskittyä työskentelyyn lasten ja perheiden kanssa.

Tärkeä kysymys on, kuinka uusi hyvinvointineuvola saataisiin vastaamaan nimenomaan asiakkaiden tarpeita, eivätkä työnjakoon liittyvät kysymykset olisi liiaksi kiinni organisaatioiden perinteissä. Niinpä, jos hyvinvointineuvola rakennetaan vanhaan perinteiseen neuvolaorganisaatioon saattaa käydä niin, että toiminta rakennetaan terveydenhoitajan näkökulmasta. Uuden luomisessa on tärkeää miettiä, mitkä perinteet kannattaa säilyttää ja mitkä miettiä perusteellisesti uudelleen muuttuvia tarpeita vastaavaksi.

Tässä suhteessa ammattilaisten esittämät näkemykset palauttivat mieleen asiantuntijuuksien yhteensovittamisen koko pulmallisuuden. Entistä enemmän on korostettu kokonaisvaltaisen työotteen tärkeyttä, jolloin työntekijöiden paineet laaja-alaisesta osaamisesta kasvavat ja työntekijät pyrkivät suuntautumaan monille alueille. Työntekijä yrittää selvittää tilanteesta hankkimalla vähän tietoa kaikesta. Samaan aikaan yhteiskunnassa yksittäisten eri osaamisalueiden osalta vaatimukset kasvavat. Työntekijä on lähes mahdottomassa ja hyvin kuluttavassa tilanteessa. Ryhmäkeskusteluissa tämä näkyi esimerkiksi siinä, että sekä lääkärit että terveydenhoitajat korostivat psykososiaalisten kysymysten merkityksen nousua ja sitä, että tarvitsevat apua näissä kysymyksissä.

Psykologiselle ja sosiaaliselle asiantuntemukselle näyttää siis olevan kysyntää uudessa hyvinvointineuvolassa. Ryhmäkeskustelut herättävät monia tätä koskevia kysymyksiä. Jatkossa pitää edelleen kysyä, miten hyvinvointineuvolassa psyykkisen ja sosiaalisen kysymykset nivoutuvat kokonaisuuteen, ja mikä suhde niillä on nykyisen neuvolan perustyöntekijän, terveydenhoitajien työnkuvaan. Millä tavalla terveydenhoitaja asiakkaan ensikontaktina saa sosiaalisen ja psyykkisen osaamisen käyttöönsä? Milloin ja miten sosiaalialan työntekijä voisi tulla terveydenhoitajan työpariksi? Voisiko sosiaalityöntekijällä tai sosionomilla (amk) olla enemmän annettavaa, silloin kun on tarve asiakkaan kanssa yhdessä tarkastella perheen haasteita yhteen kokoavasti ja suunnitella tavoitteita? On ennakkoluulottoman asiantuntijoiden työnjakoa koskevien hyvinvointineuvola -kokeilujen, ja onnistumisia, hyviä käytäntöjä ja niiden haasteita selvittävän tutkimuksen aika.

Liite 3. Stakesin aloite sosiaali- ja terveysministerille lapsiperheiden määrää- kaisten hyvinvointiarviointien kehittämiseksi.



Aloite | 9.6.2006 | I (2)
Asianro 1375/005/2006

Sosiaali- ja terveysministeriö
Kirjaamo
PL 33
00023 Valtioneuvosto

Lapsiperheiden, lasten ja nuorten määrääkaisten hyvinvointiarviointien runko-ohjelma

Stakesin ja opetushallituksen 19.4.2006 järjestämässä asiantuntijakokouksessa esitetyt tutkimustulokset (liitteet 1 ja 2) osoittivat suuria eroja terveyskeskusten kesken lasten terveystarkastusten ajoituksessa ja sisällössä. Alle puolet terveyskeskuksista noudattaa tarkastuksissa kansallisia laatusuosituksia ja oppaita. Vanhempien hyvinvointia ei suunnitelmallisesti seurata. Seulontamenetelmät ovat usein omia sovellutuksia. Tarkastustiedoista ei tilastoida ikäryhmän terveyttä ja hyvinvointia kuvaavaa tietoa. Samanaikaisesti terveystarkastusten kanssa tehdään lapsille vaihtelevasti varhaiskasvatuksen palvelutarvearvioita ja perusopetuksessa oppimisvalmiustestauksia ilman että eri hallinnonalojen arviointia olisi yhdessä valmisteltu ja sovitettu yhteen.

Kansanterveyslain 14 §:n mukaan valtioneuvosto voi asetuksella tarvittaessa antaa tarkempia säännöksiä lasten terveysneuvonnan ja terveystarkastusten sisällöstä ja määrästä. Kansanterveysasetuksen 2 §:ssä säädetään oppilaan terveydentilan toteamiseksi tarvittavista erikoistutkimuksista. Muita säännöksiä terveystarkastuksista ei toistaiseksi asetuksessa ole. Kansanterveyslain 14 §:n muutoksen perusteissa korostettiin neuvolatyön ja kouluterveydenhuollon kehittämistä lasten ja lapsiperheiden tarpeiden mukaisesti. Kun terveystarkastukset järjestetään kansallisten suositusten mukaan, saavutetaan kohutuullinen tasa-arvoisuus asuinpaikasta riippumatta. Jos suosituksilla ei päästä toivottuun tulokseen, voidaan asetuksella antaa tarkempia säännöksiä.

Neuvoloiden sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon tarkastuksissa on aikaisemmin kiinnitetty pääasiassa huomiota äitien terveyteen sekä lasten ja nuorten kasvuun ja kehitykseen. Jo pitkään on toimitaan laajennettu lapsiperheiden hyvinvoinnin kokonaisvaltaisen arvioinnin ja tuen suuntaan. Edellä mainitussa asiantuntijakokouksessa todettiin, että erityisesti lasten ja nuorten psykososiaalisen kehityksen ja koko perheen hyvinvoinnin arvioinnin ja seurannan menetelmät vaihtelevat paljon terveyskeskusten välillä. Myös näiden menetelmien tulisi perustua tutkimukseen ja toteutua vertailukelpoisesti mahdollisimman samanlaisina koko maassa.

Stakes ja Stakesin neuvottelukunta esittävät, että *tavoitteeksi asetetaan koko lapsuuden ja nuoruuden 18-vuoden ikään saakka kattava lapsiperheiden, lasten ja nuorten hyvinvoinnin seurannan runko-ohjelma*. Yhteisen runko-ohjelman mukaisten määrääkaisarviointien tulisi tuottaa samanaikaisesti tietoa kaikille lapsiperheiden, lasten ja nuorten kehitysyhteisöille ja palveluille. Runko-ohjelmaan tulisi sisältyä suositukset tärkeimmistä arviointimenetelmistä ja niistä tiedoista, jotka arviointien yhteydessä tulisi tallentaa asiakirjoihin niin, että niistä voidaan tulostaa kuntakohtaisia lapsiperheiden, lasten ja nuorten hyvinvointitilastoja ja edelleen yhdistää ne valtakunnallisiksi tilastoiksi.

Lapsiperheiden, lasten ja nuorten määrääkaisten hyvinvointiarviointien tavoitesuosituksen valmistelu on ajankohtaista riippumatta siitä, perustuuko ohjaus edelleen informaatioon vai vahvistetaanko sitä kansanterveysasetuksella. Asetussäännösten valmistelemiseksi tarvitaan tavoitesuosituksen lisäksi pe-

rusteltu esitys määräaikaistarkastusten määrän ja sisällön vähimmäistavoitteiksi, joita kaikkien kuntien tulee noudattaa.

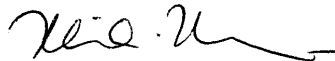
Lapsiperheiden, lasten ja nuorten määräaikaisten hyvinvointiarviointien runko-ohjelman valmistelussa tarvitaan laajaa eri hallinnonalojen ja asiantuntijoiden yhteistyötä. Samalla olisi tehostettava arvioinnin menetelmien tutkimus- ja kehittämistyötä ja tarkistettava arviointiajankohtia lasten ja nuorten kehityksestä käytettävissä olevan uusimman tiedon mukaisesti. Erityisen tärkeää olisi tehostaa lasten ja nuorten psykososiaalisen kehityksen sekä vanhempien hyvinvoinnin, parisuhteen ja vanhemmuuden seurantaa ja tukemista.

Vaikka määräaikaisarviointit laajenevat lapsiperheen hyvinvointiin ja perustuvat useiden hallinnonalojen yhteistyöhön, kansanterveystieteen mukaiset neuvoloiden sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon tarkastukset muodostavat jatkossakin niiden rungon. Arviointien sisällön laajeneminen lapsiperheiden hyvinvointiin toteuttaa kansanterveystieteen tuoreen muutoksen toiminta-ajatusta laaja-alaisesta terveyden edistämisestä kunnan tehtävänä. Jos suositusten tukeminen normiohjauksella todetaan perustelluksi, voitaneen arviointien sisällön laajenemisesta huolimatta tämä ohjaus toteuttaa lisäämällä tarvittavat säännökset kansanterveysasetukseen.

Esitämme, että sosiaali- ja terveysministeriö

1. valmistelee suosituksen lapsiperheiden, lasten ja nuorten hyvinvointiarviointien kansalliseksi runko-ohjelmaksi laajassa yhteistyössä lapsiperheiden hyvinvoinnin, oppimisen ja koulutuksen sekä lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja terveyden asiantuntijoiden kanssa, sekä
2. valmistelee ehdotuksen runko-ohjelman toimeenpanoa koskevien säännösten lisäämisestä kansanterveysasetukseen.

Aloite on hyväksytty Stakesin johtoryhmässä 3.5.2006 ja Stakesin neuvottelukunnassa 7.6.2006.



Neuvottelukunnan puheenjohtaja

Heidi Hautala



Pääjohtaja

Vappu Taipale

Liitteet:

Perustelumuuisto 7.6.2006/Matti Rimpelä: Lapsiperheiden, lasten ja nuorten määräaikaisille hyvinvointiarvioinneille kansanterveysasetukseen perustuva kansallinen runko-ohjelma

Rimpelä M, Rigoff AM, Wiss K, Hakulinen-Viitanen T. Seulontatutkimukset 3-7 -vuotiaiden lasten terveystarkastuksissa. Stakes. Työpapereita 17/2006.

Lapsiperheiden, lasten ja nuorten määräaikaisille hyvinvointiarvioinneille kansanterveysasetukseen perustuva kansallinen runko-ohjelma

Tässä muistiossa perustellaan esitystä aloitteeksi sosiaali- ja terveysministeriölle:

”Esitetään, että Stakes ja Stakesin neuvottelukunta tekevät yhdessä aloitteen sosiaali- ja terveysministeriölle

1. lapsiperheiden, lasten ja nuorten määräaikaisten hyvinvointiarviointien kansallisen runko-ohjelman valmisteleminen laajassa yhteistyössä lapsiperheiden hyvinvoinnin, oppimisen ja koulutuksen sekä lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja terveyden asiantuntijoiden kanssa, sekä
2. runko-ohjelman toimeenpanoa koskevien säännösten lisäämisestä kansanterveysasetukseen.”

Johdanto

Lasten ja nuorten terveys on parantunut Suomessa 1940-luvun jälkeen erittäin paljon. Lapsiperheiden sosiaaliturvan ja muun lapsuuden elinolojen parantamisen rinnalla kaikki tiettyjen ikäluokkien lapset ja nuoret kattaneet suunnitelmalliset terveystarkastukset sekä niihin perustuva terveysneuvonta ja hoitoon ohjaaminen ovat merkittävästi edesauttaneet myönteistä kehitystä. Suomalaista neuvolatyötä ja koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa on kansainvälisissä vertailussa pidetty lähes ainutlaatuisena menestystarinana.

Yhtenäiset määräaikaistarkastukset ovat 1950-luvun lopulta lähtien kattaneet kaikki lapset ja oppivelvollisuusikäiset nuoret koko maassa. Lääkintöhallitus yleis- ja ohjekirjeiden runko-ohjelmassa määriteltiin tarkastusten ajoittuminen, sisältö ja tärkeimmät menetelmät. Lääninhallitukset ohjasivat ja seurasivat tarkastusohjelman toteuttamista. Lääkintöhallituksen ohjeen mukaan jokaisessa neuvolassa ja koulussa koottiin tarkastettujen lukumääriä ja terveydentilaa koskevat tiedot tätä tarkoitusta varten vahvistetuille lomakkeille, jotka lähetettiin lääninhallitukseen ja edelleen lääkintöhallitukseen läänikohtaisten ja valtakunnallisten terveystilastointia varten.

Kansanterveyslaissa on vain yleinen velvoite neuvolatyöstä sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta. Kansanterveystoimikunnan mukaan¹ yksityiskohtaisemmat säädökset eivät olleet tarpeen, koska kunnat pikemminkin ylittivät kuin laiminlöivät velvollisuuksiaan lasten ja nuorten terveydenhoidossa. Vuodesta 1972 alkaen kuntia velvoittava normiohjaus annettiin valtakunnallisissa suunnitelmissa sekä lääkintöhallituksen ohjekirjeissä. Terveystarkastukset tehtiin valtakunnallisen runko-ohjelman mukaisesti, mutta niiden tulosten keräämisestä kuvaamaan tutkittujen ikäluokkien terveyttä luovuttiin jo 1970-luvun lopussa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon keskushallinnon uudelleen järjestelyjen yhteydessä kumottiin myös kuntien neuvolatyön ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollon normiohjaus vuodesta 1993 alkaen. Samalla jäi epäselväksi näiden toimintojen tutkimus- ja kehittämisvastuu valtionhallinnossa. Sitten-

¹ Kansanterveystoimikunnan mietintö. Kom 1969:A3, sivu 12.

min kunnan ovat voineet järjestää yleensä kansanterveystyön ja myös siihen kuuluvat lasten ja nuorten terveystarkastukset oman harkintansa mukaan.

Lasten ja nuorten terveystarkastuksista ei - edellä mainittujen tilastotietojen lisäksi - ole ennen 2000-lukua tehty arviointitutkimuksia, joissa olisi selvitetty esimerkiksi seulontamenetelmien ja niissä kerättyjen tietojen luotettavuutta. Muutenkin terveystarkastuksia on tutkittu niukasti.

Tiedot lasten pahoinvoinnin² lisääntymisestä virittivät 1990-luvun lopussa laajaa keskustelua myös neuvolatyön ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollon kehityksestä. Valtiontilintarkastajain kertomuksessa vuodelta 2001 tarkasteltiin yksityiskohtaisemmin kouluterveydenhuoltoa. Tilintarkastajat totesivat, että kouluterveydenhuollon kehitystä ei ole seurattu suunnitelmallisesti ja sen toteuttamisessa on eroja kuntien välillä ja niiden sisällä.³

Viime vuosina neuvolatyön sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon informaatio-ohjausta on tehostettu. Vuoden 2006 alussa voimaan astuneissa kansanterveislain 14 §:n muutoksissa kiinnitettiin erityisesti huomiota näiden toimintojen kehittämiseen. Samalla oikeutettiin valtioneuvosto antamaan asetuksella tarkempia säännöksiä lasten ja nuorten terveysneuvonnan ja terveystarkastusten määrästä ja sisällöstä.

Stakesin ja opetushallituksen järjestämässä asiantuntijaseminaarissa 19.4.2006 yhteensä noin 80 lasten hyvinvoinnin ja oppimisvalmiuksien arvioinnin asiantuntijaa tarkasteli 3-7 -vuotiaiden terveystarkastusten kehittämistarpeita⁴. Päätelmäksi tuli, että *lapsiperheille, lapsille ja nuorilla tulisi valmistella yhteinen hyvinvoinnin, terveyden ja oppimisvalmiuksien määräaikaisten arviointien runko-ohjelma, joka tuottaisi samanaikaisesti eri hallinnonalojen palvelutarvearviot ja myös kunnille ja valtakunnallisesti tilastotietoja lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja terveyden kehityksestä.*

Lasten ja nuorten terveystarkastusten seuranta

Lasten ja nuorten terveystarkastukset tehtiin neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa vuoteen 1992 saakka lääkintöhallituksen antamia ohjeita soveltaen. Vaikka terveystarkastusten toteutumista ei erikseen selvitetty, valtakunnallinen suunnittelu- ja seurantajärjestelmä varmisti melko hyvin ohjekirjeiden mukaisen runko-ohjelman toteutumisen samanlaisena kaikissa terveyskeskuksissa.

Kun tarkastukset tehtiin koko maassa yhteisen runko-ohjelman mukaan ja samoja seulontamenetelmiä soveltaen, yksilökohtaisista tarkastuksista saatiin vuosittain valtakunnalliset tilastot lasten ja nuorten terveydentilasta. Kuntakohtaisista terveyden seurantaan havainnollistaa esimerkiksi Turun kaupungin kouluterveydenhuollon raportti vuodelta 1971. Siinä on kuvattu jokaisella luokka-asteella tarkastuksessa havaittujen terveysongelmien lukumäärät ja niiden aiheuttamat toimenpiteet. Esimerkiksi puhehäiriöistä todettiin yhteensä 309, joista ensimmäisellä luokalla 226.

Vuoteen 1979 saakka terveystietoja kerättiin koko maassa lääkintöhallituksen ohjeiden mukaan. Valtakunnallisesti tärkeimmät tiedot raportoitiin Suomen virallisen tilaston Terveysneuvosto –raportteina. Viimeisimmät valtakunnalliset tiedot löytyvät vuoden 1981 julkaisusta⁵, jossa esitettiin mm. vuosittain tehdyt astma- ja diabetes –diagnoosit. Oppivelvollisuusikäisten keskuudessa edellis-

² Bardy M, Salmi M, Heino T. Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Stakes. Raportteja 263. Helsinki 2001

³ Valtiontilintarkastajain kertomus vuodelta 2001. K 16/2002 vp. Helsinki 2002. sivut 281-282.

⁴ <http://www.stakes.fi/hyvinvointi/khs/johtamishanke/Kansanterveystyo/>

⁵ Terveysneuvosto 1981. Lääkintöhallituksen vuosikirja 1979-1980. SVT XI:77. Helsinki 1981

ten lukumäärä lisääntyi vuosina 1974 selvästi (3 280 -> 5 273), mutta jälkimmäisten määrä pysyi samalla jaksolla lähes ennallaan (2 360 -> 2 447).

Vuoden 1979 jälkeen terveyskeskuksilla ei enää ollut velvollisuutta tilastoida terveystarkastusten terveystietoja. Valtakunnallinen seuranta rajoittui käyntien lukumääriin (erikseen sairaanhoito/terveysneuvonta ja lääkärikäynnit/muut käynnit sekä erikoistutkimukset) ja kustannuksiin. Tiedot lasten ja nuorten terveydestä jäivät 1980-luvun alussa pois myös terveyskeskusten vuosikertomuksista. Kunnat ja terveyskeskukset eivät pitäneet oman lapsi- ja nuorisoväestönsä terveydentilan seuranta tarpeellisena. Vuodesta 1993 alkaen neuvola- ja kouluterveydenhuollon valtakunnallinen seuranta kaventui edelleen ja rajoittui käyntitietoihin, joissa eriteltiin lääkärikäynnit ja muut käynnit.

Informaatio-ohjaus

Neuvolatyön ja kouluterveydenhuollon informaatio-ohjausta tehostettiin 2000-luvun alussa. Valtioneuvoston vuonna 1999 hyväksymässä sosiaali- ja terveydenhuollon talous- ja toimintasuunnitelmassa kiinnitettiin huomiota kouluterveydenhuollon kehittämiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö on yhteistyössä Suomen kuntaliiton kanssa valmistellut oppaat kouluterveydenhuollosta (Stakes 2002) ja lastenneuvolatyöstä (STM 2004) sekä kouluterveydenhuollon laatusuosituksen (STM 2004). Suomen kuntaliitto uudisti neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon terveystarkastuslomakkeet. Kouluterveydenhuoltoa ovat tukeneet lisäksi vuonna 2000 julkaistu ja 2002 uudistettu oppikirja sekä vuonna 2001 järjestetty Koululaisen terveys -konsensuskokous ja sen lausuma. Lisäksi on huomattava, että valtion vuoden 2002 talousarviossa lisättiin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttömenojen valtionosuutta 0,7 prosenttiyksikköä (420 milj. mk/70 milj. €) ja perusteltiin lisäystä mm. kouluterveydenhuollon kehittämisellä.

Informaatio-ohjaus on toistaiseksi jakautunut erikseen suosituksiin neuvoloista ja kouluterveydenhuollosta sekä valmisteilla olevaan opiskeluterveydenhuollon oppaaseen. Lisäksi varhaiskasvatuksesta ja perusopetuksessa tarvittavista koulukypsyyden ja oppimisvalmiuksien tutkimisesta on omat suositukset. Näin moninaiset suositukset eivät riittävästi tue lapsiperheiden, lasten ja nuorten hyvinvoinnin arviointia ja seuranta kokonaisuutena. Informaatio-ohjauksen selkiyttämiseksi tarvittaisiin koko lapsuuden - raskauden alusta 18. ikävuoteen - kattava määrääikaisten hyvinvointiarviointien runko-ohjelma.

Nykytila

Yhdessä lasten hyvinvointiin liittyvien huolien lisääntymisen ja kansallisen keskustelun kanssa olisi voinut olettaa, että terveyskeskukset olisivat tehostaneet neuvolatyötä ja kouluterveydenhuoltoa valtakunnallisten suositusten mukaisesti. Vertailukelpoisten seurantatietojen puuttuessa on vaikea tehdä luotettavia päätelmiä lasten ja nuorten terveystarkastusten muutoksista viime vuosina.

Käyntitietojen mukaan neuvolatyön ja kouluterveydenhuollon tilanne on pysynyt 2000-luvulla pääosin ennallaan. Monissa terveyskeskuksissa tosin kouluterveydenhuollon lääkärikäynnit ovat vähentyneet, mikä saattaa viitata siihen, että lääkäreiden osallistuminen terveystarkastuksiin on vähentynyt.

Vuoden 1993 jälkeen lasten ja nuorten määrääikaisten terveystarkastusten ikäryhmistä saatiin tietoa sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 1998 tekemässä terveystarkastusten kartoituksessa⁶. Seuraavat valtakunnalliset tiedot on kerätty vuodesta 2003 alkaen tehdyissä terveyskeskuskyselyissä.

⁶ Marjamäki P, Kolimaa M, Söder J. *Seulonnat ja terveystarkastukset terveyskeskuksissa 1998*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1998:11.

Vuoden 1998 selvityksen tulokset osoittivat huomattavia eroja terveyskeskusten välillä sekä alle kouluikäisten että kouluterveydenhuollon tarkastuksissa. Lastenneuvolaoppaan mukainen tavoite toteutui alle kolmanneksessa terveyskeskuksissa. Neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa oli yleisesti suunnattu resursseja uudelleen. Seuraavalle vuodelle (1999) 28 terveyskeskusta ilmoitti vähentävänsä ja kaksi lisäävänsä luokkakohtaisia määräaikaistarkastuksia. Sisältömuutoksia suunniteltiin seuraavalle vuodelle 50 muuta terveyskeskusta.

Neuvolatyön tutkimus- ja kehittämiskeskus selvitti vuonna 2004 terveyskeskuskyselyllä nykytilaa koko maassa⁷. Kyselyn keskeisenä tuloksena oli voimavarojen niukkuus, joka näkyi neuvolatyön sisällössä ja työmenetelmissä. Äitiysneuvolassa tehtävät määräaikaistarkastukset toteutuivat suositusten mukaisesti paremmin kuin lastenneuvolassa. Leikki-ikäisten määräaikaistarkastukset toteutuivat melko hyvin etenkin lääkärin osalta, kun taas imeväisten tarkastukset kaikkein puutteellisimmin. Lääkärin osalta ne toteutuivat vajaassa puolessa ja terveydenhoitajan osalta vain kolmasosassa terveyskeskuksissa. Lääkäreistä neljännes käytti syvennettyyn tarkastukseen aikaa suositellun puoli tuntia ja terveydenhoitajista kolmannes suositellun tunnin. Edellä olevien lukujen valossa on ilmeistä, että neuvola ei niukkojen voimavarojen vuoksi pysty riittävästi tunnistamaan erityistuen tarpeessa olevia lapsia ja perheitä ja järjestämään heille tarvittavaa tukea. Tämä olisi välttämätöntä terveyserojen vähentämiseksi ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi. Myös terveydenhoitajista ja lääkäreistä puolet arvioi, ettei heidän työaikansa riitä lisäkäynteihin eikä erityistukea tarvitsevien perheiden ohjaukseen.

Stakesin terveyskeskuskyselyssä vuonna 2003 kysyttiin peruskouluikäisten terveystarkastusten muutoksia vuoden 1998 jälkeen. Noin 69 % terveyskeskuksista ilmoitti, että tarkastuksissa ei ollut oleellisia muutoksia. Joka viidennessä terveyskeskuksessa tarkastukset olivat vähentyneet ja joka kymmenennessä lisääntyneet.

Stakesin terveyskeskuskyselyssä syksyllä 2005 selvitettiin kouluterveydenhuollon tilannetta⁸. Rungas puolet (57 %) terveyskeskuksista ilmoitti tekevänsä laatusuosituksen mukaisesti kolme laaja-alaista terveystarkastusta, joihin myös lääkäri osallistuu, oppivelvollisuuden aikana. Kymmenessä terveyskeskuksessa ei tehty lainkaan laaja-alaisia terveystarkastuksia ja 19 ilmoitti tekevänsä vain yhden.

Huhtikuun alussa 2006 Stakes selvitti terveyskeskuksilta 3-7 -vuotiaiden terveystarkastusten nykytilaa⁹. Kyselyyn vastasi 214 terveyskeskusta (86 %). Useimmissa (85 %) terveyskeskuksissa oli yhteinen terveystarkastusten runko-ohjelma, mutta noin joka toisessa terveyskeskuksessa tuoreimpien valtakunnallisten suositusten (2004) julkaisemisen jälkeen uudistettu runko-ohjelma. Joka toisesta terveyskeskuksesta vastattiin, että neuvolan terveystarkastukset 3-6 -vuotiaille tehtiin valtakunnallisen suosituksen mukaisesti. Joka kolmannessa terveyskeskuksessa tehtiin kouluterveydenhuollon tarkastukset suositusten mukaan. Vain muutamassa terveyskeskuksessa tallennettiin terveystarkastusten tuloksia niin, että niistä voitiin tulostaa koko ikäluokkaa koskevia terveystilastoja. Terveyskeskusten välillä oli suuria eroja sekä terveystarkastusten ajoittamisessa että niiden sisällössä. Perheen hyvinvointia, vanhemmuutta ja parisuhdetta selviteltiin suunnitelmallisesti vain vähemmistössä terveyskeskuksissa.

⁷ STM. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22

⁸ http://www.stakes.fi/hyvinvointi/khs/johtamishanke/Kansanterveystyo/koulu_opiskelutervhuolto.htm

⁹ Rimpelä M, Rigoff AM, Wiss K, Hakulinen-Viitanen T. *Seulontatutkimukset 3-7 -vuotiaiden lasten terveystarkastuksissa. Kyselytutkimus terveyskeskuksille huhti-toukokuussa 2006*. Stakes. Työpapereita. 17/2006.

Joka toinen terveyskeskus ilmoitti tehneensä terveystarkastuksia koskevaa tutkimus- ja kehitystyötä. Käytännössä kyseessä oli useimmiten oman seulontamenetelmien ja/tai lomakkeiden sovellutuksen kehittäminen. Yhteisten ja tutkimukseen perustuvien menetelmien puute korostui vanhempien hyvinvoinnin, vanhemmuuden ja parisuhteen arvioinnissa. Esimerkiksi vain muutamissa terveyskeskuksissa käytettiin AUDIT -kyselyä vanhempien alkoholin käytön selvittämisessä.

Kansanterveyslain muutos

Kansanterveyslain uudistuksessa kiinnitettiin erityistä huomiota kuntien välisiin eroihin. Hallituksen esityksen¹⁰ perusteluissa (sivu 12) todettiin, että mikäli informaatio-ohjauksella ei päästä toivotuun tulokseen, olisi oltava asetuksella mahdollisuus antaa tarkempia säännöksiä.

Tämän vuoden alussa voimaan astuneella kansanterveyslain muutoksella annettiin valtioneuvostolle mahdollisuus täsmentää asetuksella tarkemmin lasten ja nuorten terveystarkastusten määrää ja sisältöä. Lain 14 §:n mukaan kansanterveystyön tehtävinä kunnan tulee

1. huolehtia kunnan asukkaiden terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista mukaan lukien ehkäisyneuvonta, raskaana olevien naisten ja lasten sekä heidän perheidensä neuvolapalvelut; *valtioneuvoston asetuksella voidaan tarvittaessa antaa tarkempia säännöksiä terveysneuvonnan ja terveystarkastusten sisällöstä ja määrästä neuvolapalveluissa;*
.....
5. ylläpitää kouluterveydenhuoltoa, johon sisältyy kunnassa sijaitsevien perusopetusta ja lukiokoulutusta antavien koulujen ja oppilaitosten koulu yhteisön terveellisyden ja turvallisuuden valvonta ja edistäminen yhteistyössä henkilökunnan työterveyshuollon kanssa, oppilaan terveyden seuraaminen ja edistäminen, yhteistyö muun oppilashuolto- ja opetushenkilöstön kanssa sekä terveydentilan toteamista varten tarpeellinen erikoistutkimus; *oppilaan terveyden seuraamiseen ja edistämiseen kuuluvien neuvontapalvelujen ja tarkastusten sisällöstä ja määrästä sekä terveydentilan toteamista varten tarpeellisesta erikoistutkimuksesta voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.*

Valinta informaatio-ohjauksen ja kansanterveysasetuksella annettavan normiohjauksen välillä ei vaikuta kansallisen suosituksen tarpeeseen. Myös informaatio-ohjauksen perustaksi tarvitaan parhaaseen mahdolliseen valtakunnalliseen asiantuntemukseen perustuva suositus lapsiperheiden ja lasten hyvinvoinnin ja terveyden määräaikaisten arviointien määrästä ja sisällöstä. Informaatio-ohjauksessa suositus voi painottua tavoitetasolle, kun taas asetuksessa tulisi säätää kaikille kunnille yhteinen perustaso. Jälkimmäisessä vaihtoehdossa runko-ohjelman tulisi olla käytännössä myös mahdollinen ja varmistaa kaikille yhteiset vähimmäisvaatimukset.

Kesään 2006 mennessä oleva informaatio lasten ja nuorten terveystarkastuksista antaa varsin vaatimattoman kuvan informaatio-ohjauksen vaikutuksesta kuntien ja terveyskeskusten toimintaan. Eriytyisen huolestuttavaa on kehittämistyön painottuminen paikallisiin sovellutuksiin. Kun tarkastusten ikäryhmissä ja sisällössä ei ole yhteisiä suuntaviivoja ja seulonnan menetelmät ovat paikallisia sovellutuksia, terveystarkastusten luotettavuus ja vertailukelpoisuus jäävät kyseenalaisiksi. Yhteisten suuntaviivojen puuttuminen vaikeuttaa erityisesti tarkastuksissa kertyvän tiedon hyödyntämistä väestötasolla.

Lapsiperheiden, lasten ja nuorten määräaikaisten hyvinvointiarviointien tavoitetason täsmentävä valtakunnallinen runko-ohjelma on erittäin ajankohtaista riippumatta valinnasta informaatio- ja normiohjauksen välillä. Samalla voitaisiin myös valmistella esitys kaikille kunnille välttämättömänä pidettäväksi vähimmäistasoksi ja luonnos sitä koskevaksi kansanterveysasetuksen säännöksi. Näin esitys perusteluinen olisi valmiina, jos myöhemmin vahvistuu edellä esitetty oletamus, että

¹⁰ Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kansanterveyslain muuttamisesta. HE 96/2005 vp.

informaatio-ohjaus ei riitä varmistamaan kohtuullisesti yhtenäistä ja luotettavaa lapsiperheiden ja lasten hyvinvoinnin ja terveyden määräaikaisarvointien järjestelmää.

Kuntien soveltama tilaaja-tuottaja -järjestelmä lisää edellä esitettyjen suositusten tarvetta. Jos valtakunnalliset suositukset sekä tavoitetasoksi että vähimmäistasoksi olisivat käytettävissä, kunnat voisivat niiden perusteella määritellä yksityiskohtaisemmin lapsiperheiden ja lasten määräaikaisten hyvinvointiarvointien tilaukset.

Valtakunnallinen runko-ohjelma

Neuvolatyön ja kouluterveydenhuollon suosituksissa on viime vuosina kiinnitetty huomiota koko perheen hyvinvointitilanteen arviointiin. Lapsen hyvinvoinnin ja terveyden rinnalla olisi määräaikaistarkastuksissa arvioitava myös vanhempien hyvinvointia, parisuhdetta ja vanhemmuutta. Neuvolasuosituksissa puhutaan syvennetyistä ja kouluterveydenhuollon suosituksissa laaja-alaisista terveystarkastuksista.

Laaja-alaisen määräaikaistarkastusten lisäksi järjestetään tai suositusten mukaan pitäisi järjestää lapsille oppivelvollisuusiän päättymiseen saakka ainakin yksi terveydenhoitajien tapaaminen vuosittain. Myös näille tapaamisille olisi hyvä saada selkeämmät valtakunnallisesti yhteiset suuntaviivat.

Nykyiset suositukset seuraavat monessa suhteessa jo 1980-luvulla vakiintunutta terveystarkastusten ajoitusta. On mahdollista, että tarkastusten ja erityisesti laajennettujen tarkastusten ajoitusta tulisi harkita uudelleen. Esimerkkinä tästä on viisivuotistarkastus. Stakesin ja opetushallituksen järjestämässä asiantuntijakokouksessa 19.4.2006 todettiin, että lapsiperheen ja lasten hyvinvoinnista saadaan tärkeitä tietoja jo raskauden aikana ja varsinkin varhaislapsuudessa. Oppimisen kannalta tärkeimmät pulmat havaitaan usein jo 3-4 -vuotiaana. Nämä uudet tutkimustulokset antavat aiheen harkita laajennetun tarkastuksen varhaistamista.

Erillisten äitiys- ja lastenneuvoloiden, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon, varhaiskasvatuksen ja oppimisvalmiuksien/koulukypsyyden tarkastusten ja suositusten rinnalla olisi tavoitteeksi asetettava koko lapsuuden ja nuoruuden 18-vuoden ikään saakka kattava lapsiperheiden, lasten ja nuorten hyvinvoinnin seurannan runko-ohjelma. Yhteisen runko-ohjelman tulisi tuottaa samanaikaisesti tietoa kaikille lapsiperheiden, lasten ja nuorten kehitysyhteisöille ja palveluille. Samalla olisi annettava valtakunnallinen suositus niistä tiedoista, jotka näiden arviointien yhteydessä tulisi tallentaa asiakirjoihin niin, että niistä voidaan tulostaa kuntakohtaisia lasten ja nuorten hyvinvointitilastoja ja edelleen yhdistää ne valtakunnallisiksi tilastoiksi. Kun hyvinvointiarvioinnit tehdään kansanterveys-työn, varhaiskasvatuksen ja perusopetuksen yhteistyönä, voidaan todennäköisesti myös vähentää yksittäisten hallintokuntien näkökulmista tehtyjä tutkimuksia.

Aloite sosiaali- ja terveysministeriölle

Neuvoloiden, kouluterveydenhuollon ja opiskeluterveydenhuollon määräaikaistarkastuksia on toistaiseksi ohjattu kansanterveys-työn puitteissa. Yhteisen runko-ohjelman valmistelussa tarvitaan lisäksi varhaiskasvatuksen, lastensuojelun, perusopetuksen, opiskeluhuollon sekä lasten ja nuorten erikoissairaanhoidon asiantuntemusta. Samalla olisi hyödynnettävä mahdollisimman hyvin kaikkien lapsiperheiden ja lasten hyvinvoinnin ja terveyden arvioinnin kannalta relevanttia tieteellistä tutkimusta.

Runko-ohjelmassa tulisi erityisesti kiinnittää huomiota lapsiperheiden, lasten ja nuorten laaja-alaisiin hyvinvointiarviointeihin, joiden ajoittuminen, sisältö ja seulontamenetelmät tulisi saada

mahdollisimman yhtenäiseksi koko maassa. Samalla tulisi myös varmistaa, että ainakin näistä määrääkisarvioinneista tallennetaan vertailukelpoisesti tietoja kuntakohtaista ja valtakunnallista hyvinvoinnin ja terveyden väestötasoista seuranta varten.

Vaikka määrääkisarvioinnit laajenevat lapsiperheen hyvinvointiin ja perustuvat useiden hallinnonalojen yhteistyöhön, kansanterveyslain mukaiset neuvoloiden sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon tarkastukset muodostavat jatkossakin niiden rungon. Arviointien sisällön laajeneminen lapsiperheiden hyvinvointiin toteuttaa kansanterveyslain tuoreen muutoksen toiminta-ajatusta laaja-alaisesta terveyden edistämisestä kunnan tehtävänä. Jos suositusten tukeminen normiohjauksella todetaan perustelluksi, voitaneen arviointien sisällön laajenemisesta huolimatta tämä ohjaus toteuttaa lisäämällä tarvittavat säännökset kansanterveysasetukseen.

Lapsiperheiden, lasten ja nuorten määrääkaisten hyvinvointiarviointien kehittämishaaste jakautuu kahteen tasoon. Valtakunnallinen lapsiperheiden ja lasten määrääkaisten hyvinvointiarviointien *tavoitesuosituksen* valmistelu näyttää erittäin ajankohtaiselta riippumatta siitä, perustuuko ohjaus edelleen informaatioon vai vahvistetaanko sitä kansanterveysasetuksella. Kansanterveysasetuksen asianomaisten säännösten valmistelemiseksi tarvitaan lisäksi perusteltu esitys hyvinvointiarviointien määrän ja sisällön sekä niistä raportointiin tallennettavien tietojen *vähimmäistavoitteiksi*, joita kaikkien kuntien tulee noudattaa.

Esitetään, että

Stakes ja Stakesin neuvottelukunta tekevät yhdessä aloitteen sosiaali- ja terveysministeriölle

- 1. lapsiperheiden, lasten ja nuorten määrääkaisten hyvinvointiarviointien kansallisen runko-ohjelman valmistelemisesta laajassa yhteistyössä lapsiperheiden hyvinvoinnin, oppimisen ja koulutuksen sekä lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja terveyden asiantuntijoiden kanssa, sekä***
- 2. runko-ohjelman toimeenpanoa koskevien säännösten lisäämisestä kansanterveysasetukseen.***

Liite 4. Lapsiperheiden määräaikaiset hyvinvointiarvioinnit raskauden alusta 18. ikävuoteen - ehdotus kehittämishankkeeksi 2007–2008 (5.12.2006)

5.12.2006/Matti Rimpelä, Anne-Marie Rigoff, Kirsi Wiss ja Vesa Saaristo
Terveyden edistämisen vertaistietojärjestelmä eli TedBM -hanke
Stakesin Tampereen alueyksikkö

Johdanto

Kuntien tuki lapsille¹⁵, nuorille ja lapsiperheille on perinteisesti jakautunut useisiin hallinnonaloihin (esim. sivistys-, sosiaali- ja terveystoimi) ja edelleen niiden sisällä useisiin toimintayksikköihin (esim. kasvatus- ja perheneuvolat, lastensuojelu, neuvolatyö, kouluterveydenhuolto, terveyskeskusten vastaanotto toiminta, varhaiskasvatus, perusopetus, lastenpsykiatria, yms.). Useissa kunnissa on alettu korostaa asiakaslähtöisyyttä ja kuntalaisten tarpeisiin perustuvaa tuen ja palvelujen kehittämistä.

Lapsiperheiden näkökulmasta palvelurakennemuutos ei saisi keskittyä vain hallinnon ja johtamisen kehittämiseen vaan seuraavina haasteina ovat uudet käytännöt, joissa lähtökohtina ovat lapsiperheiden tarpeet ja tuki järjestetään tarpeen mukaan hallinnon rajoista ja tasoista riippumatta. Uusien toimintatapojen ytimenä tulee olla tuen tarpeen selvittäminen sekä yksittäisten perheiden, lasten ja nuorten tasolla että koko kunnassa.

Yksittäisten perheiden, lasten ja nuorten hyvinvointia ja tuen tarvetta on selvitetty mm. neuvoloiden ja koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon terveystarkastuksissa, varhaiskasvatuksessa, perusopetuksessa koulukypsyyttä ja oppimisvalmiuksia tutkittaessa, vanhempien tapaamisissa ja erityisopetuksen tarvetta harkittaessa.

Valtakunnallisissa selvityksissä on todettu, että lapsiperheiden, lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja terveyden selvittämisessä käytännöt vaihtelevat paljon sekä kuntien välillä että niiden sisällä hallintokuntien ja toimintayksikköjen välillä. Vaikka perhe- ja yksilötasolla kerätään runsaasti tietoa, sitä ei tallenneta eikä tulosteta niin, että samalla saataisiin tietoa koko lapsiperheväestön hyvinvointikehityksestä ja tuen tarpeesta.

Huhtikuussa 2006 opetushallitus ja Stakes järjestivät asiantuntijakokouksen, jossa pohdittiin erityisesti 3–7-vuotiaiden seulontoja ja hyvinvointiarvioiteja. Asiantuntijakokouksen keskustelut johtivat Stakesin tekemään kesäkuussa 2006 sosiaali- ja terveysministeriölle aloitteen lapsiperheiden, lasten ja nuorten määräaikaisten hyvinvointiarviointien runko-ohjelman kehittämisestä.¹⁶

Tässä ehdotuksessa esitetään, että kuntien yhteistyönä kehitetään ja testataan Stakesin aloitteessa tarkoitettua lapsiperheiden määräaikaisten hyvinvointiarviointien runko-ohjelma vuosina 2007 - 2008 ja otetaan kehittämistyön tulokset mahdollisimman laajasti käyttöön vuoden 2009 alusta lukien. Ehdotuksessa kuvataan keskustelun virikkeeksi tähän mennessä hahmottuneita aja-

¹⁵ Ehdotuksessa ymmärretään lapsuuden ylärajaksi 18. ikävuosia (ks. Lastensuojelulaki ja YK:n lasten oikeuksien yleis-sopimus). Lapsiperheille tarkoitetaan perheitä, joissa on alle 18-vuotiaita lapsia. Kun puhutaan lapsiperheiden hyvinvointiarvioinneista, niihin sisältyvät ilman eri mainintaa myös perheeseen kuuluvien lasten ja nuorten (18. ikävuoteen saakka) hyvinvoinnin arviointi.

¹⁶ http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/3CC28D65-B3BA-4F52-BF1E-8049AE6DD5CF/0/Aloite_Dno1375_005_2006.pdf

tuksia kehittämistyön taustasta ja toiminta-ajatuksista, jonka keskiössä on kuntien oman toiminnan kehittäminen uusien haasteiden vaatimaan suuntaan. Käytännössä tämä tarkoittaa, että kehittämistyöhön osallistuvat kunnat sopivat yhteisestä työsuunnitelmasta ja varaavat siihen tarvittavat voimavarat ja/tai hakevat lisätukea kuntien käytettävissä olevista hankemäärärahoista. Joulukuun 2006 alussa lapsiperheiden määräaikaisten hyvinvointiarviointien kehitystyöhön on sitoutunut useita kuntia¹⁷. Stakesin terveyden edistämisen vertaistietojärjestelmä -hanke (TedBM-hanke) koordinoi ja Neuvolatyön koulutus- ja kehittämiskeskus tukee kuntien yhteistä kehittämishanketta. Kehitystyössä hyödynnetään lasten terveysseurantaan Kansanterveyslaitoksessa kehitettyjä mittareita.

Taustaa

Terveydenedistämistä

Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta Stakes on käynnistänyt Terveyden edistämisen vertaistietojärjestelmän kehittämisen¹⁸ vuosina 2006–2009. Terveyden edistäminen ymmärretään harkituksi toimintasuunnaksi, johon sitoutuessa kunta ja sen yksiköt pyrkivät kaikessa toiminnassaan lisäämään väestön terveyttä ja vähentämään väestöryhmien välisiä terveyseroja. Terveys tulkitaan laaja-alaisesti ja erityistä huomiota kiinnitetään mielenterveyden edistämiseen. Vertaistietojärjestelmän perusyksikköinä ovat kunnat ja niiden toimialat, terveyskeskukset, sairaanhoitopiirit sekä koulut ja oppilaitokset. Tavoitteena on tuottaa tietoa sekä sisäistä arviointia ja vertailukehittämistä että ulkoista arviointia ja vertaisanalyysia varten. Valtakunnallisesti vertailukelpoiset toimipaikka-kohtaiset tiedot on tarkoitus kerätä Stakesin Sotkanet -tietokannan sovelletukseen, josta ne olisivat kuntien ja muiden hyödyntäjien käytettävissä.

Kehittämistyön haasteena on täsmentää se pienin mahdollinen tietomäärä, jolla voidaan kuvata tärkeimmät ulottuvuudet ja niiden kehitysvaiheet kunnallisten yksikköjen terveydenedistämistäsuudessa. Syksyn 2006 kuluessa ensimmäisiä pilottialueita ovat olleet:

1. *Terveydenedistämistä (TEA) alle kouluikäisten palveluissa*: Esimerkkiteemaksi on valittu

- lapsiperheiden ja lasten määräaikaisten hyvinvointiarvioinnit,
- niistä kertyvä tieto toiminnallisten tavoitteiden toteutumisesta ja
- lapsiperheiden hyvinvoinnista sekä
- viimeksi mainitun tiedon hyödyntäminen.

2. *Terveydenedistämistä (TEA) koulu- ja oppilaitosyhteisöissä*: Esimerkkiteemaksi on valittu ensinnäkin TEA:ta kuvaavan ydintiedon kerääntyminen koulujen ja oppilaitosten johdolle ja koulutuksen järjestäjälle niin, että he voivat valtakunnallisessa kyselyssä edelleen välittää tämän tiedon valtakunnalliseen tietokantaan. Toisena keskeisenä alueena on kouluikäisten määräaikaisten hyvinvointiarviointien kehittäminen 7–18-vuotiaille. Näin jatketaan varhaislapsuuden kehitystyötä toisen asteen koulutukseen saakka.

Terveystarkastusten nykytila

Neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon terveystarkastukset tehtiin pääosin samanlaisiksi vakiintuneen käytännön mukaan 1990-luvun alkuun saakka. Tosin jo vuonna 1980 luovuttiin lasten terveys-tietojen valtakunnallisesta keräämisestä ja seuranta supistui käytätietoihin. Vuoden 1992 jälkeen, jolloin valtion normiohjaus purettiin, kunnat ovat saaneet järjestää terveystarkastukset harkintansa mukaan. Samanaikaisesti jäivät valtakunnalliset kehittämisvastuut järjestämättä.

¹⁷ Alustavat suunnitelmat etenivät hitaasti toteuttamiseen. Useimmissa kunnissa ne jäivät odottamaan seuraavaa vuotta.

¹⁸ Terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmän kehittämishanke (=TedBM-hanke) vuosina 2006–2009. Hanke kuuluu Stakesissa Kuntapalvelujen Kuntien hyvinvointistrategiat ryhmään ja sen toiminta on sijoitettu Tampereen alueyksikköön. Vastuuhenkilönä on tutkimusprofessori Matti Rimpelä (matti.rimpela@stakes.fi, puh. 050 369 3439).

Keväällä 2006 terveyskeskuksille tehdyn kyselyn mukaan 3–7-vuotiaiden tarkastusten ajankohdis-
sa, sisällössä ja menetelmissä on suuria eroja. Tämä kysely ja huhtikuussa 2006 järjestetty asiantun-
tajakokous¹⁹ ovat nostaneet keskusteltavaksi mm. seuraavia kysymyksiä:

- Terveystarkastusten toteuttamisessa käytännöt vaihtelevat paljon. Oppaiden ja laatusuosituksen oh-
jeista huolimatta, tarkastusten ajankohdat, sisällöt ja menetelmät riippuvat ratkaisevasti yksittäisessä
terveyskeskuksessa tähän toimintaan varatuista voimavaroista ja jopa yksittäisten työntekijöiden
harkinnasta.
- Erityisen paljon vaihtelua ja paikallisia sovellutuksia on vanhempien hyvinvoinnin, parisuhteen ja
vanhemmuuden selvittämisessä.
- Vaikka lapset edelleen tutkitaan tarkastuksissa lähes vuosittain, tarkastusten tuloksia ei voida tulos-
taa tilastoraportteiksi, jotka kuvaisivat lapsiperheiden ja lasten hyvinvointia. Esimerkiksi ylipainoi-
suuden kehityksestä terveyskeskuksissa ei ole trenditietoa siitäkään huolimatta, että koko lapsiväes-
tön pituutta ja painoa on seurattu 1950-luvulta alkaen.
- Neuvolatarkastusten rinnalla lasten hyvinvointia arvioidaan myös varhaiskasvatuksessa ja perusope-
tuksen koulukypsyys/oppimisvalmiustutkimuksissa. Toistaiseksi ei ole vakiintunut yhteisiä käytäntö-
jä eri hallinnonalojen (terveys/sosiaali/sivistys) kesken eikä myöskään toimipaikasta toiseen siirryt-
täessä, esim. neuvolan muuttuessa kouluterveydenhuollosi.
- Käytävissä olevat tietojärjestelmien (esim. Effic, Pegasos, Finnstar) tarjoamia mahdollisuuksia
kirjaamiseen, tilastointiin ja raportointiin on hyödynnetty vain satunnaisesti. Monissa terveyskeskuk-
sissa seurataan vain käyntejä ja toimintatilastoja tehdään edelleen tukkimiehen kirjanpidolla.
- Lasten raskaiden palvelujen kuten lastensuojelun, erikoissairaanhoidon ja erityisopetuksen kuormitus
on kasvanut jatkuvasti 1990-luvun alusta alkaen ja kasvu näyttää edelleen jatkuvan. Yhteisenä ha-
vaintona on, että lapset tulevat tuen piiriin usein liian myöhään: ongelmia ei ole havaittu tai niihin ei
ole puututtu riittävän varhain.
- Lasten hyvinvoinnin ja ongelmien tutkimus on edennyt nopeasti. Monet niistä pulmista, jotka aikai-
semmin todettiin 5-7 vuoden iässä, voidaan havaita kolmivuotiaana tai jopa aikaisemmin (esim. op-
pimishäiriöt, neurologiset ongelmien ja mielenterveysongelmat). Varhaisen vuorovaikutuksen tutki-
mus on osoittanut, että jo ensimmäisten kuukausien aikana voidaan tunnistaa erityisen tuen tarvetta.
- Vanhempien hyvinvoinnin, parisuhteen ja vanhemmuuden merkitys lapsen hyvinvoinnin kehitykses-
sä on tullut yhä ilmeisemmäksi. Perheiden elinoloja, parisuhdetta ja vanhemmuutta sekä päihteiden
käyttöä ja mielenterveysongelmia tulisi selvittää ja tarvittaessa järjestää tukea jo raskauden aikana.

Kehittämishaasteita

Neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon toiminnassa on 2000-luvulla korostettu perhekeskeisyyttä ja
kehitetty syvennettyjä/laaja-alaisia terveystarkastuksia. Sekä neuvolaopas että kouluterveydenhuol-
lon opas ja laatusuositus suosittelevat koko perheen tilannetta selvittävää arviointia määrääjain.
Useilla paikkakunnilla (esim. Tampere, Päijät-Häme) on kehitetty hyvinvointineuvolan toiminta-
ajatusta, johon sisältyy koko perheen hyvinvointitilanteen moniammatillinen arviointi.²⁰

Kun nykytilasta johdetaan kehittämishaasteita, korostuvat siirtyminen

1. *terveydestä hyvinvointiin*. Tällöin arvioidaan lapsen terveyden rinnalla myös niitä oloja ja tekijöitä,
jotka voivat tukea tai vaarantavat lapsen kasvua ja kehitystä.
2. *lapsen terveydestä koko lapsiperheen hyvinvointiin*
3. ammattihenkilön suorittamasta *terveystarkastuksesta hyvinvointiarviointiin*, jossa vanhemmat, lapsi
ja ammattihenkilöt yhdessä tarkastelevat perheen hyvinvointitilannetta ja sopivat jatkotoimenpiteistä.

¹⁹ <http://info.stakes.fi/kansanterveystyo/FI/seminarit/Seurantatutkimusseminaari.htm>

²⁰ <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/neurolat/hyvinvointineuvola.html>

<http://www.helsinki.fi/palmenia/esittely/tiedotteet/07122005.htm> Terhi Taajamo, Seppo Soine-Rajanummi & Ritva
Järvinen: Kehittykö moniammatillisuus? Raportti Päijät-Hämeen Hyvinvointineuvola-hankkeesta. Päijät-Hämeen ja
Itä-Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskus Verso 2005.

4. lapsiperheen *tuen tarpeen tunnistaminen mahdollisimman varhain* - jo ennen kuin se ilmenee häiriöinä lapsen kehityksessä.
5. hyvinvointiarviointien toteuttamiseen *hallinnonalojen ja ammattiryhmien yhteistyönä* niin, että tiettyissä ikävaiheissa sama arviointi tuottaa tietoa kaikille toimijoille.
6. *keskeisten tietojen vertailukelpoiseen keräämiseen* samoilla menetelmillä ja samoissa ikävaiheissa koko maassa.
7. olennaisten tietojen *tallentamiseen* niin, että niistä voidaan *tulostaa* toimintaa ja lapsiperheiden hyvinvointia kuvaavia tilastoja kaikille toiminnan tasoille.
8. *henkilöstön kouluttamiseen* toteuttamaan lapsiperheiden hyvinvointiarviointeja vertailukelpoisesti.
9. *tietojärjestelmien kehittämiseen* niin, että ne tukevat olennaisten tietojen vertailukelpoista tallentamista ja mahdollistavat tulostamisen tilastoraportteiksi.

Tuen tarve ja vertaistieto

Näiden kehittämishaasteiden ydin voidaan tiivistää kahteen näkökulmaan: *Lapsiperheiden tuen tarve* sekä *vertaistieto*.

Suomalaisten hyvinvointipalvelujen perustana on ollut palvelujen järjestäminen samanlaisina kaikille lapsiperheille. Tämän universaalien tavoitteiden rinnalla on myös pyritty räätälöimään tukea lapsiperheiden, lasten ja nuorten tarpeiden mukaan. Tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden arvoja ei saa tulkita teknisesti "samanlaisiksi palveluiksi kaikille"²¹. Yhdenmukaisuuden periaatteeseen kuuluu tarveharkinta, joka taas edellyttää toimivia menettelyjä tuen tarpeen arvioimiseksi yksittäisten perheiden, lasten ja nuorten kohtaamisessa.

Yksittäisten lapsiperheiden, lasten ja nuorten ohella tuen tarpeen arviointi (tarve-analyysi, needs assessment) on välttämätöntä myös väestötasolla. Toimintayksikköjen ja toimipisteiden vastuuväestön hyvinvointilanteesta ja -kehityksessä on eroja, joiden tulisi ohjata myös toiminnan järjestämistä ja erityisesti voimavarojen rakennetta ja mitoitusta. Esimerkkinä tästä on Helsingin kaupungissa sovellettu positiivinen diskriminaatio: Perusopetuksen voimavaroja kohdistetaan keskimääräistä enemmän niille kouluille, joiden vastuuväestössä tiedetään olevan keskimääräistä suurempia haasteita oppimistulosten saavuttamisessa.

Tuen tarpeen arvioimiseksi niin yksilötasolla kuin väestötasolla tarvitaan vertailukelpoista tietoa lapsiperheiden, lasten ja nuorten hyvinvoinnista. Jokaisessa yksittäisessä tapauksessa lapsiperheen hyvinvointiarviointia tulisi arvioida niin, että tulos on kohtuullisesti riippumaton työyhteisöstä ja työntekijästä. Jotta tähän päästäisiin, arvioinnissa olisi käytettävä samoja menettelyjä ja sovellettava yhteisesti hyväksytyjä tulkintoja.

Kun arvioinnissa havaitut ydintiedot ja päätelmät tuen tarpeesta tallennetaan yhteisten käytäntöjen mukaisesti ja asiakirjajärjestelmät mahdollistavat tilastoraportoinnin, saadaan samalla kuvaus koko tutkitun lapsiperheväestön hyvinvointilanteesta ja tuen tarpeesta. Jos arvioinnit kattavat koko ikäluokan, raportit tuottavat johdon näkökulmasta

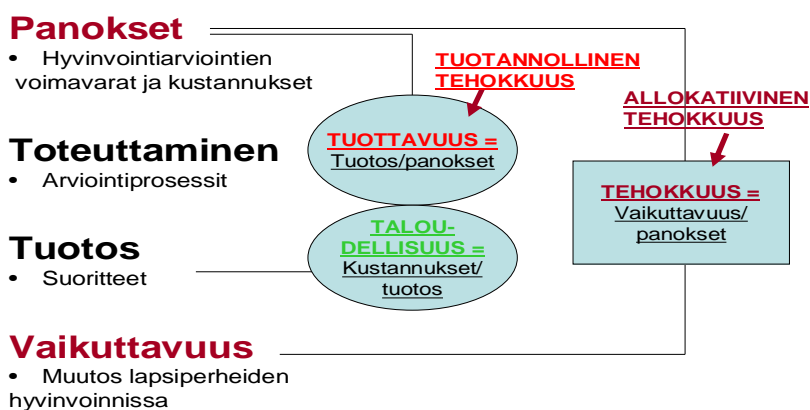
1. riittävän tiedon sekä hyvinvointikehityksestä että myös tuen tarpeesta jokaisen toimintayksikön ja toimipisteen vastuuväestössä. Näin kertyvän vertaistiedon avulla on mahdollista
2. seurata, onko arvioinnissa havaittu tuen tarve johtanut sen mukaisen tuen saamiseen yksittäisissä tapauksissa kuin koko väestön tasolla, ja
3. arvioida toteutuneen tuen vaikutusta hyvinvointikehitykseen.

²¹ Yhdenmukaisuuden periaate oikeudenmukaisuuden tulkinnassa (Niiniluoto 1994): Samassa tai samankaltaisessa asemassa olevia ihmisiä on kohdeltava samalla tavoin, mutta relevantilla tavalla erilaisessa asemassa olevia ihmisiä saa kohdella eri tavoin. Relevantteja eroja ovat sellaiset, joista ihminen on itse vastuussa eikä siis esimerkiksi rotu, sukupuoli, ikä, ruumiinvamma, luokka-asema, tms.

Johdon tietojärjestelmä

Lapsiperheiden hyvinvointiarvioinnin kehittäminen on samalla kunnan johtamisen tietojärjestelmien kehittämistä. Kun määräaikaisten hyvinvointiarviointien tuottamat tiedot tallennetaan vertailukelpoisesti ja tulostetaan, ne antavat johdolle informaatiota lapsiperheiden hyvinvoinnista, tuen tarpeesta ja useamman vuoden kuluessa myös toiminnan tuloksista toimintayksikön vastuulla olevassa lapsiperheväestössä. Voimavaroja ja toimintaa kuvaavat tiedot taas ilmaisevat toiminnallisten tavoitteiden toteutumista käytännössä. Kuviossa 1. havainnollistetaan näin kertyvän tiedon asettamista tuottavuuden ja tehokkuuden kehykseen.

Kuvio 1. Lapsiperheiden hyvinvointiarviointien asettaminen tuottavuuden ja tehokkuuden arvioinnin kehykseen.



Tuottavuuden ja tehokkuuden näkökulmasta kunnan johto – tilaaja-tuottajamenettelyssä erityisesti toiminnan tilaaja - tarvitsee informaatiota 1) lapsiperheiden hyvinvointitilanteesta ja sen muutoksista ajassa, 2) hyvinvointiarviointiin käytetyistä voimavaroista ja kustannuksista, 3) tarveanalyysissä havaitun tuen järjestämiseen tarvittavasta palvelurakenteesta ja sen voimavaroista sekä 4) tuotannon prosesseista ja niissä tuotetuista suoritteista. Kun tämä ketju alkaa toimia, saadaan vähitellen kasautuvaa tietoa myös vaikutusten ja edelleen tehokkuuden selvittämiseen.

Johdon tietojärjestelmää kehitettäessä on tärkeää tiedostaa ennakoivan ja ehkäisevän työn erityisluonne. Lapsiperheiden määräaikaisten hyvinvointiarviointien tehtävänä on ennakoida mahdollisesti tulevia ongelmia. Tästä seuraa, että tuen tarve havaitaan varhemmin. Kun lapsiperheiden hyvinvointiarvioinnit tehostuvat, samalla lisääntyy varhaisen tuen tarve. Myönteisiä vaikutuksia hyvinvointiin voitaisiin osoittaa melko pian, kokonaiskustannukset alkavat vähentyä vasta vuosien kuluessa. Kustannussäästöä saadaan, kun varhaisemman tuen piiriin päässeet lapset varttuvat ja heidän hyvinvointinsa on aikaisempia ikäluokkia parempaa. Hyvinvointiarvioinnit ovat investointeja, jotka tuottavat kustannussäästöjä vuosien viiveellä.

Johtamisen näkökulmasta olennaista on kaikkien vaiheiden näkyväksi tekeminen toimintayksikön vastuulla olevan lapsiperheväestön hyvinvoinnin kehityksestä voimavarojen ja kustannusten sekä prosessien ja suoritteiden kuvaamiseen. Tavoitteena on, että käytännön työssä tulisi kohtuullisella vaivalla myös tämän näkökulman edellyttämä tieto tallennettua ja tulostettua määräajoin tilastoraportiksi.

Kehittämistyön tavoitteet ja sisältö

Tavoitteena tuen tarpeen arviointi

Lapsiperheiden määrääikaisten hyvinvointiarviointien päätehtävänä ja myös tavoitteena on ennakoita mahdollisimman hyvin perheen omatoimista selviytymistä ja toisaalta tuen tarveajasta myös erikseen lapsen selviytymistä ja tuen tarvetta lähitulevaisuudessa. Arvioinnin sisältö ja myös tiedon keruu määräytyy tästä lähtökohdasta: Mikä on se pienin tietomäärä, jolla voidaan kohtuullisen luotettavasti arvioida tuen tarvetta?

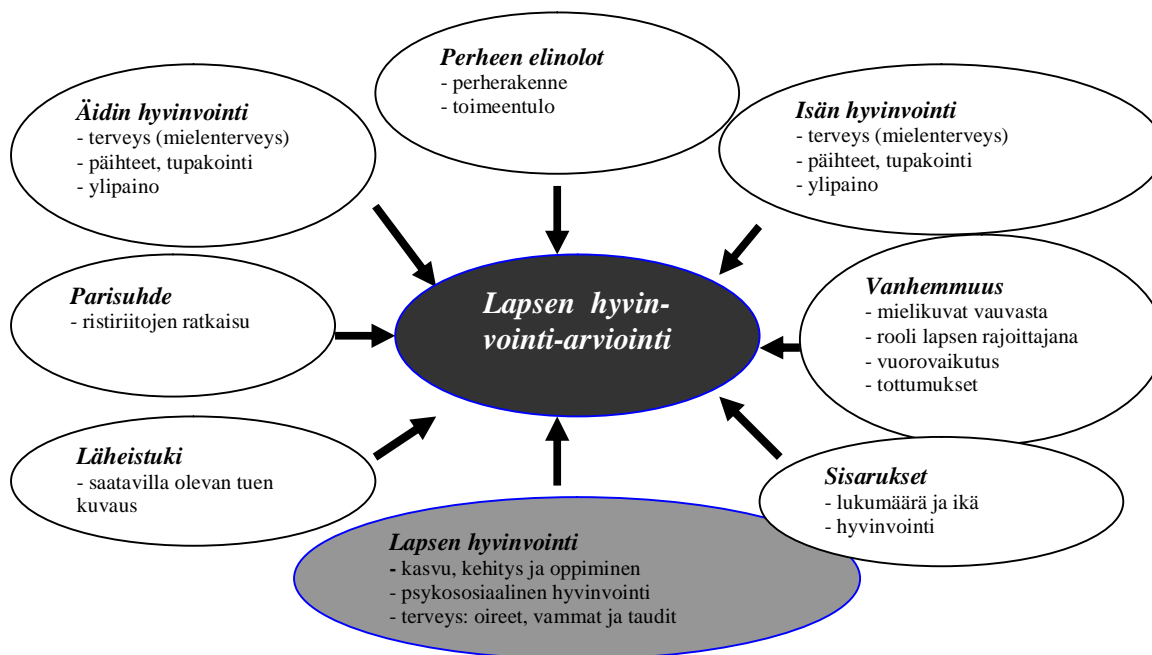
Tuen tarvetta arvioitaessa lapsiperheen hyvinvoinnin rinnalla toinen keskeinen näkökulma on tarjolla olevan tuen kirjo ja voimavarat. Lapsiperheiden hyvinvointiarvioinnit tuottavat myös tarveanalyysia kyseiselle toimipaikalle ja koko kunnalle.

Arviointien tulisi päättyä yhteiseen sopimukseen mahdollisesta tuen tarpeesta ja seuraavan arvioinnin ajankohdasta. Jos perhe esimerkiksi jo on jatkuvan tuen piirissä, arvioinnin tehtävänä on varmistaa, että tuki todella perustuu perheen ajankohtaiseen tarpeeseen ja että jatkotoimenpiteistä on perheen ja ammattihenkilöstön yhdessä sopima suunnitelma.

Alkuvaiheessa lapsiperheiden määrääikaisten *hyvinvointiarvioinnit täydentävät - eivät siis korvaa - neuvoloiden terveystarkastuksia, varhaiskasvatuksen palvelutarvearviointia, koulukypsyysarvioita ja muita vastaavia näiden ikäluokkien arviointeja*. Kehittämisyksikössä uudet arvioinnit eivät vielä vähennä jo vakiintuneiden tarkastusten/arviointien tarvetta. Esimerkiksi raskauden ja ensimmäisen elinvuoden aikana äidin ja lapsen terveydentilan seuranta ja perheen tukeminen vaativat lukuisia terveystarkastuksia ja neuvontatilaisuuksia. Lapsiperheiden hyvinvointiarvioinnit voidaan kuitenkin tiivistää raskauden aikana ja ensimmäisen elinvuoden aikana mahdollisesti jopa yhteensä kahteen ajankohtaan.

Sisältö ja menetelmät

Hyvinvointiarviointien sisällön selkiyttämiseksi olemme pyrkineet luonnehtimaan ensimmäiseksi tärkeimmät teema-alueet ja seuraavaksi niiden sisällä ydinulottuvuudet. Ydinulottuvuuksille olisi oltava rutiinikäyttöön soveltuva mittari, jota voidaan soveltaa vertailukelpoisesti ja tulos myös tallettaa vertailukelpoisesti käytössä olevaan asiakirjajärjestelmään. Kolmantena kriteerinä on, että ydinulottuvuustiedot voidaan tulostaa toimintaa ja lapsiperheen hyvinvointia kuvaaviksi tilastoraportteiksi ilman erityistä ohjelmointia. Kuviossa 2. kuvataan keskustelun tämänhetkistä tulosta, jossa lapsiperheiden hyvinvointia arvioidaan seitsemän teema-alueen suunnassa ja niiden sisällä ehdotetaan muutamaa ydinulottuvuutta.



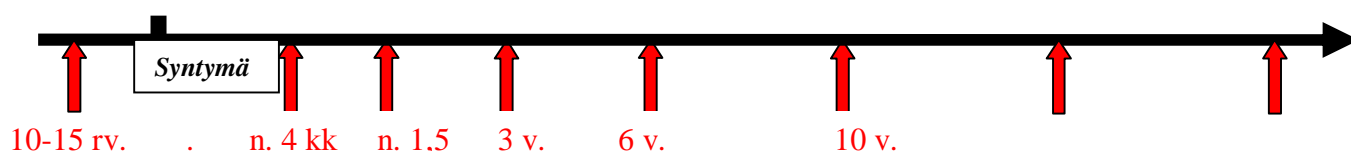
Kuvio 2. Lapsiperheen hyvinvointiarvioinnin teemat

Kun hyvinvointiarvioinnin teema-alueista on sovittu, seuraavaksi selvitetään niiden sisällä keskeiset ulottuvuudet ja edelleen näiden ulottuvuuksien arvioimiseksi ja mittaamiseksi valmiina olevat menetelmät. Menetelmien tulee olla toteutettavissa kohtuullisilla voimavaroilla ja osaamisella käytännön arkityössä.

Useissa tärkeissä ulottuvuuksissa ei ole vielä vakiintunutta menetelmää. Ammattihenkilöiden on kuitenkin otettava kantaa, antavatko arvioinnissa kertyvät tiedot perusteita jatkotoimiin. Jos jatkoimet tuntuvat aiheellisilta, olisi myös kirjattava niiden keskeinen sisältö. Vaikka arviointi tällaisissa tilanteissa perustuu viime kädessä ammattihenkilön subjektiiviseen harkintaan, voidaan sen tueksi valmistella vaihtoehtojen luokitus perusteluineen. Näin saadaan arviointi läpinäkyvämmäksi ja samalla tavoitellaan vertailukelpoisuutta.

Arviointien ajankohdat

Tavoitteena on arviointien ajoittaminen lähitulevaisuuden tuen tarpeen kannalta keskeisiin ajankohtiin. Kun toisena tavoitteena on mahdollisimman harvoin, mutta riittävän usein toteutuvat arvioinnit, joudutaan ajankohdista sovittaessa yhdistämään monia eri näkökohtia. Ristikkäispaineissa olisi etusijalle asetettava lapsiperheen ja lapsen kehityksen ennakoinnin kannalta merkittävät ajankohdat. Hyvinvointiarvioinnin tärkein tehtävä on antaa perusta lähitulevaisuuden toimenpiteille ja siksi ennakointi on ensisijaista esimerkiksi silloin, kun toisena näkökulmana on mahdollisten ongelmien riittävän varma tunnistaminen. Kuviossa 3. esitetään alustavasti ajankohdat lapsiperheen hyvinvointiarvioinneille raskauden alusta 18. ikävuoteen saakka.



Kuvio 3. Ehdotus lapsiperheiden hyvinvointiarviointien ajankohdiksi.

Ydintietojen tallentaminen

Hyvinvointiarvioinnissa kertyvät tiedot ja varsinkin päätelmät yhdessä jatkotoimenpiteiden kanssa tulisi kirjata asiakirjoihin vertailukelpoisesti ja niin, että tallentamisen jälkeen tiedoista voidaan tulostaa koko toimintayksikköä ja kaikkia sen vastuulla olevia lapsiperheitä kuvaavia tilastoja. Jotta tähän päästäisiin, arviointia toteuttavien ammattihenkilöiden tulisi kaikissa keskeisissä teemoissa ja niiden ydinulottuvuuksissa soveltaa yhteisiä käytäntöjä sekä arvioinnin toteuttamisessa että tulosten kirjaamisessa. Joissakin tapauksissa on mahdollista kirjata suoraan menetelmän tuottama tulos (esim. vanhempien AUDIT-kysely päihteiden käytöstä).

Asiakirjaohjelmistot

Tämän hankkeen yhtenä lähtökohtana on ollut, että jokaisessa työpisteessä on käytössä sähköiset asiakirjajärjestelmät. Nykytilan arvioinnissa ohjelmistojen tarjoamissa käyttöliittymissä on todettu monia puutteita. Näkökulmaa koko perheen tilanteeseen avaavaa näkymää ei ole käytettävissä. Asiakirjat eivät tue kvantitatiivisen tiedon nopeaa tallentamista. Tilastotietojen tulostaminen on työlästä ja mahdollista vain rajatuilta osin. Nämä puutteet ovat käytännössä aiheuttaneet sen, että sinänsä yksinkertaiset toimintatilastotkin tehdään mieluummin käsin "tukkimiehen kirjanpidolla" kuin sähköisiä asiakirjoja hyödyntäen.

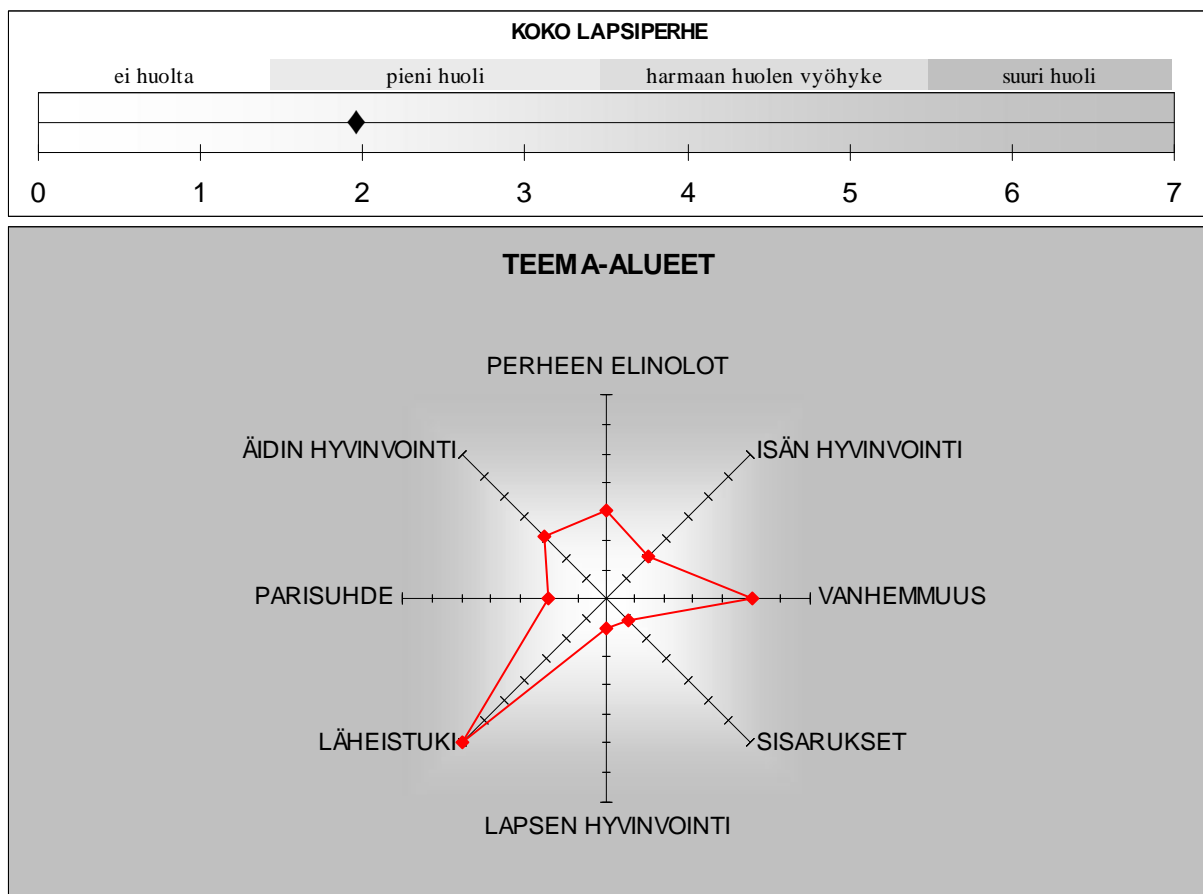
Neuvoloiden käytössä on useimmissa terveyskeskuksissa joko Effic-, Finstar- tai Pegasos-terveyskertomusjärjestelmä. Effic-järjestelmän kehittämiseksi on käynnissä useiden sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten yhteinen Proxit-projekti. Kuopion, Tampereen ja Turun kaupunkien yhteistyössä on käynnistymässä OHJAIN-hanke, jossa kehitetään Pegasos-terveyskertomusohjelmistoa. Joissakin terveyskeskuksissa (esim. Salon seutu) on alettu suunnitelmallisesti tallentaa seulontamenetelmien tietoja.

Hallintokuntien ja ammattiryhmien rajat ylittävä yhteistyö lapsiperheiden hyvinvointiarvioinneissa edellyttää asiakirjojen yhteiskäyttöä soveltuvin osin, mikä taas vaatii tietosuojaongelmien ratkaisemista.

Huolen vyöhykkeistön soveltaminen

Esimerkkinä sektoreista ja ammattiryhmistä riippumattomista ja siis kaikille yhteisistä hyvinvointiarvioinnin menetelmistä on Tom Arnkilin (Stakes) ja Sirkka Rousun (Suomen Kuntaliitto) kehittämät huolen vyöhykkeistön sovellutukset²². TedBM-ryhmässä on tehty Excel-ohjelmaan perustuva sovellutus, jonka avulla voidaan tehdä näkyväksi tällaisen arvioinnin tulokset (Kuvio 4.).

²² <http://groups.stakes.fi/VERK/FI/Verkostomenetelmat/HuolenVyohykkeisto/index.htm>



Kuvio 4. Huolen vyöhykkeistön soveltaminen lapsiperheiden hyvinvointiarviointiin