

Seulonnat 3 - 7 -vuotiailla: Kyselytulokset nostavat uudeksi tavoitteeksi lapsiperheiden hyvinvointiarvioinnin¹

Lasten terveystarkastuksissa neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa oli Suomessa samanlaiseksi vakiintunut käytäntö koko maassa 1990-luvun alkuun saakka. Tosin jo vuonna 1980 luovuttiin lasten terveystietojen valtakunnallisesta keräämisestä ja seuranta supistui käyntitietoihin. Vuoden 1992 jälkeen, jolloin valtion normiohjaus purettiin, kunnat ovat saaneet järjestää terveystarkastukset harkintansa mukaan. Samanaikaisesti jäivät valtakunnalliset kehittämisvastuut järjestämättä. Keväällä 2006 terveyskeskuksille tehdyn kyselyn mukaan 3-7 -vuotiaiden tarkastusten ajankohdissa, sisällössä ja menetelmissä on suuria eroja. Tämä kysely ja huhtikuussa 2006 järjestetty asiantuntijakokous² ovat nostaneet keskusteltavaksi mm. seuraavia kysymyksiä:

- Terveystarkastusten toteuttamisessa käytännöt vaihtelevat paljon. Oppaiden ja laatusuositusten ohjeista 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 tulostaa tilastoraporteiksi, jotka kuvaisivat lapsiperheiden ja lasten hyvinvointia. Esimerkiksi ylipainoisuuden kehityksestä terveyskeskuksissa ei ole trenditietoa siitäkään huolimatta, että koko lapsiväestön pituutta ja painoa on seurattu 1950-luvulta alkaen.
- Neuvolatarkastusten rinnalla lasten hyvinvointia arvioidaan myös varhaiskasvatuksessa ja perusopetuksen koulukypsyys/oppimisvalmiustutkimuksissa. Toistaiseksi ei ole vakiintunut yhteisiä käytäntöjä eri hallinnonalojen (terveys/sosiaali/sivistys) kesken eikä myöskään toimipaikasta toiseen siirtäessä, esim. neuvolan muuttuessa kouluterveydenhuollosi.
- Käytettävissä olevat tietojärjestelmät (esim. Effica, Pegasos, Finnstar) eivät tue tarkastusten tulosten kirjaamista eivätkä niiden tilastoimista kuvaamaan toimintaa tai lasten hyvinvointia. Monissa terveyskeskuksissa toimintatilastot 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 havaintona 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 aikaisemmin todettiin 5-7 vuoden iässä, voidaan havaita kolmivuotiaana tai jopa aikaisemmin (esim. oppimishäiriöt, neurologiset ongelmien ja mielenterveysongelmat). Varhaisen vuorovaikutuksen tutkimus on osoittanut, että jo ensimmäisten kuukausien aikana voidaan tunnistaa erityisen tuen tarvetta.
- Vanhempien hyvinvoinnin, parisuhteen ja vanhemmuuden merkitys lapsen hyvinvoinnin kehityksessä on tullut yhä ilmeisemmäksi. Perheiden elinoloja, parisuhdetta ja vanhemmuutta sekä päihteiden käyttöä ja mielenterveysongelmia tulisi selvittää ja tarvittaessa järjestää tukea jo raskauden aikana.

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*

¹ Tämä esitys perustuu terveyskeskuksille keväällä 2005 tehtyyn kyselyyn, huhtikuussa 2006 järjestettyyn asiantuntijajärjestelmään sekä kesän kuluessa käynnistyneeseen Stakesin TedBM-hankkeeseen ja erityisesti yhteistyöhön Tampereen kaupungin asiantuntijoiden kanssa. Lisätietoja: <http://info.stakes.fi/TedBM/FI/index>

² <http://info.stakes.fi/kansanterveystyo/FI/seminaarit/Seurantatutkimusseminaari.htm>

3. ammattihenkilön suorittamasta *terveystarkastuksesta hyvinvointiarviointiin*, jossa vanhemmat, lapsi ja ammattihenkilöt yhdessä tarkastelevat perheen hyvinvointitilannetta ja sopivat jatkotoimenpiteistä.
4. lapsiperheen *tuen tarpeen tunnistaminen mahdollisimman varhain* - jo ennen kuin se ilmenee häiriöinä lapsen kehityksessä.
5. hyvinvointiarviointien toteuttamiseen *hallinnonalojen ja ammattiryhmien yhteistyönä* niin, että tietyissä 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 hyvinvointiarvioiteja vertailukelpoisesti.
9. *tietojärjestelmien kehittämiseen* niin, että ne tukevat olennaisten tietojen vertailukelpoista tallentamista ja mahdollistavat tulostamisen tilastoraportteiksi.

Huhtikuun asiantuntijakokouksen keskustelut johtivat Stakesin tekemään kesäkuussa 2006 sosiaali- ja terveysministeriölle aloitteen lapsiperheiden, lasten ja nuorten määrääkaisten hyvinvointiarviointien runko-ohjelman kehittämisestä.³ TedBM -hankkeessa on otettu ensimmäiseksi sovellutusalueeksi tämän aloitteen vaatiman kehitystyön käynnistäminen.

Lapsiperheen hyvinvointiarvioinnin sisältö ja myös tiedon keruu määräytyvät tuen tarpeen arvioinnista: *Mikä on se pienin tietomäärä, jolla voidaan kohtuullisen luotettavasti arvioida perheen mahdollista tuen tarvetta? Mitkä ovat ne kriittiset ajankohdat, jolloin koko perheen kattava hyvinvointiarviointi tulisi tehdä.* Perhetasolla arviointien tulisi päättyä yhteiseen sopimukseen tuen tarpeesta ja myös tuen järjestämisestä sekä seuraavan arvioinnin ajankohdasta. Jos perhe 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. Arvioinnin tulisi kattaa kyseisen ikäluokan koko väestö kunnassa, myös ne lapset, jotka ovat esimerkiksi sijoitettuna kodin ulkopuolella tai lastenpsykiatrisella osastolla.

Tässä ehdotetut lapsiperheiden määrääkaiset hyvinvointiarvioinnit täydentävät neuvoloiden terveystarkastuksia, varhaiskasvatuksen palvelutarvearviointia, koulukypsyystestauksia ja muita vastaavia näiden ikäluokkien arviointia eivätkä siis välttämättä heti vähennä niiden tarvetta. Esimerkiksi raskauden ja ensimmäisen elinvuoden aikana äidin ja lapsen terveydentilan seuranta ja perheen tukeminen vaativat lukuisia terveystarkastuksia ja neuvontatilaisuuksia. Lapsiperheen hyvinvointiarvioinnit voidaan kuitenkin tiivistää raskauden aikana ja ensimmäisen elinvuoden aikana 2-3 kertaan. Toiminnan vakiintuessa on mahdollista harkita päällekkäisten arviointien vähentämistä ja keskittymistä yhteiseen runko-ohjelmaan.

Yksittäisen perheen tuen tarpeen rinnalla toinen keskeinen kysymys on tarjolla olevan tuen kirjo ja voimavarat. Kun toiminta tehdään vertailukelpoisesti ja ydintiedot tallennetaan asiakirjoihin niin että niistä voidaan tulostaa raportteja, hyvinvointiarvioinnit tuottavat myös tarve-analyysejä kyseiselle toimipaikalle ja koko kunnalle. Väestötasoisien tarveanalyysin mahdollistamiseksi tulee ajankohdien ja menetelmien olla vertailukelpoista. Henkilöstövoimavarojen ja henkilöstön osaamisen tulee mahdollistaa yhteisten suositusten mukaisesti vertailukelpoinen toiminta. Jos asiakastietojärjestelmät eivät tue ydintietojen tallentamista ja raportointia, terveyskeskuksen johdon mahdollisuudet seurata ja ohjata toiminnan sisältöä jäävät vaatimattomiksi eikä tuloksista saada kunnan koko lapsiväestön ja lapsiperheiden hyvinvointia kuvaavia tilastotietoja.

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