

ARJA HASTRUP (TOIM.)

Valtakunnalliset neuvolapäivät

30.–31.10.2008, Paasitorni, Helsinki



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

postimyynti: Stakes / Asiakaspalvelut PL 220, 00531 Helsinki

puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308 (automaatti)

faksi: (09) 3967 2450 • Internet: www.stakes.fi

Arja Hastrup (toim.). Valtakunnalliset neuvolapäivät. 30.–31.10.2008, Paasitorni, Helsinki. Stakes, Työpapereita 36/2008. 41 sivua, hinta 10 €. Helsinki 2008.

© Kirjoittaja ja Stakes

Taitto: Christine Strid

ISBN 978-951-33-2260-1 (nid.)

ISSN 1795-8091 (nid.)

ISBN 978-951-33-2261-8 (PDF)

ISSN 1795-8105 (PDF)

Stakes, Helsinki 2008

Valopaino Oy

Helsinki 2008

Hyvät neuvolapäivien osallistajat

Tervetuloa valtakunnallisille neuvolapäiville 30.–31.10.2008 Helsinkiin Paasitorniin! Päivien teemana on Terveyserojen kaventaminen neuvolatyössä. Tavoitteena on, että syvennämme tietämystämme väestön terveyseroista, niiden vähentämisen keinoista ja neuvolatyön mahdollisuuksista kaventaa terveyseroja sekä otamme käyttöön terveyseroja vähentäviä toimintamalleja.

Terveyserojen vähentyminen on ollut Suomen terveystalouden tavoitteena jo parin vuosikymmenen ajan. Tätä tavoitetta ei ole saavutettu, vaan erot ovat osittain jopa kasvaneet. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 pyrkii vähentämään terveyseroja siten, että terveydeltään huonommassa asemassa olevien terveydentila lähentyy paremman terveyden saavuttaneiden ryhmien terveyden tasoa. Kansanterveyslaki vuodelta 2005/§14) ja tuleva terveydenhuoltolaki (§ 17) edellyttävät kunnilta asukkaidensa terveyden ja siihen vaikuttavien tekijöiden seuraamista väestöryhmittäin.

Äitiys- ja lastenneurolat ovat keskeisessä asemassa lapsiperheiden terveyserojen kaventamisessa. Neuvolapalvelut tavoittavat lähes kaikki 0–6-vuotiaat lapset vanhempineen. Tuoreen kansallisen neuvolatoiminnan selvityksen mukaan palvelujen sisältö ja laatu vaihtelevat asuinpaikasta ja neuvolasta riippuen. Terveyserojen kaventamisen näkökulmasta haasteena on tunnistaa määräaikaisissa terveystarkastuksissa lasten ja heidän perheidensä erityisen tuen tarpeet mahdollisimman varhain ja kohdentaa varhaista tukea eniten tukea tarvitseville muun muassa lisä- ja kotikäynnein. Pitkä asiakassuhde ja sen pohjalta työntekijän ja asiakasperheen tuttuus mahdollistaa koko perheen elämäntapojen ja voimavarojen kartoittamisen sekä tukemisen muun muassa ajantasaisen terveysneuvonnan ja tavoitteiden saavuttamisen seurannan avulla. Neuvolan perhetyö on lapsen ja vanhempien tukemista perheen arjessa heidän omassa ympäristössään. Muita neuvolan tuen muotoja ovat vertaistuen kanavointi erilaisissa vanhempainryhmissä ja moniammatillisen työskentelyn käynnistäminen. Etukäteen sovitut hoito- ja palveluketjut keskeisissä tunnistetuissa lapsiperheiden pulmissa kuten päihteiden käyttö, väkivalta ja mielenterveysongelmat nopeuttavat avunsaantia.

Lausuntokierroksella olevan neuvolatoimintaa, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa sekä lasten ja nuorten ehkäisevään suun terveydenhuoltoa koskevan asetuksen tavoitteena on parantaa lapsiperheiden ehkäisevien palvelujen yhdenmukaista ja tasavertaista toteutumista maan eri osissa. Lisäksi sen tavoitteena on tehostaa terveyttä edistävää ja ehkäisevää työtä ja kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja.

Stakesissa sijaitseva Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus ja sosiaali- ja terveysministeriö sekä Kansanterveyslaitos järjestävät yhdessä Valtakunnalliset neuvolapäivät. Päivien tiivistelmät on koottu tähän julkaisuun ja ne ovat myös saatavilla osoitteesta www.neuvolakeskus.fi.

Helsingissä 20.10.08

Tuovi Hakulinen-Viitanen
Tutkimuspäällikkö

VALTAKUNNALLISET NEUVOLAPÄIVÄT

30.–31.10.2008 Helsinki, Paasitorni

Pääaiheena	Terveyserojen kaventaminen neuvolatyössä
Osanottajat	Neuvolatyötä tekevä henkilöstö, johtajat, alan opettajat, opiskelijat sekä muut yhteistyökumppanit.
Tavoitteet	Osanottajat syventävät tietämystään väestön terveyseroista, niiden vähentämisen keinoista ja neuvolatyön mahdollisuuksista kaventaa terveyseroja sekä ottavat käyttöön terveyseroja vähentäviä toimintamalleja.
Järjestäjät	Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus/Stakes, sosiaali- ja terveysministeriö ja Kansanterveyslaitos
Paikka	Helsinki, Paasitorni, Paasivuorenkatu 5A, 00530 Helsinki

Ohjelma juhlasalissa Torstai 30.10

Puheenjohtajat Marjaana Pelkonen ja Soile Paahtama

Teema: Lapsiperheiden terveyserojen kaventaminen

8.30–9.30 Ilmoittautuminen ja aamukahvi

9.30–10.00 Päivien avaus
Ohjelmajohtaja Maija Perho, sosiaali- ja terveysministeriö
Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskuksen tervehdys
Tutkimuspäällikkö Tuovi Hakulinen-Viitanen, Stakes

10.00–10.40 Lasten terveysseurannan tuloksia terveyserojen näkökulmasta
Risto Kaikkonen VTM, Tutkija, Kansanterveyslaitos

10.40–11.00 Tauko

11.00–12.00 Miten väestön terveyseroja voidaan kaventaa palvelujen kohdentamisen näkökulmasta? Esimerkkejä keinoista vaikuttaa terveyseroihin
Kehittämisjohtaja Riitta Simoila, Helsingin kaupungin terveyskeskus
Sosiaali- ja terveystoimen johtaja Maria Närhinen, Mikkelin kaupunki

12.00–13.30 Lounastauko, tutustuminen ideatoriin

Teema: Ehkäisevä lastensuojelu

13.30–14.00 Vaativa pikkulapsiperhetyö lastensuojelun näkökulmasta – asiakkaat ja työn kehittämisen tarpeet
Tutkimusprofessori Marjatta Bardy, Stakes

14.00–14.30 Neuvolan keinot kohdentaa tukea riskioloissa eläville perheille
Yliopettaja Hilka Honkanen, Oulun seudun ammattikorkeakoulu

14.30–15.00 Kahvitauko, tutustuminen ideatoriin

Teema: Ehkäisevä lastensuojelu jatkuu

- 15.00–16.00 Lastensuojelullinen huoli herää – Miten etenen?
Terveydenhoitaja Sari Aspegren, perhetyöntekijä Anne Naumanen ja
sosiaalityöntekijä Merja Antila-Halen, Nurmijärvi
- 16.00–16.30 Investointi ehkäiseviin palveluihin näkyy lastensuojelussa
Perusturvajohtaja Maire Ahopelto, Liminka
- 16.30–16.45 Musiikkiesitys Lauluyhtye Ketsurat

Perjantai 31.10

Puheenjohtajat Anneli Pouta ja Tuovi Hakulinen-Viitanen

- 8.00–8.30 Ilmoittautuminen ja aamukahvi
- 8.30–9.00 Lapsen hyvinvointi ja kehitysympäristöt - mistä on kysymys?
Tutkimusprofessori Tytti Solantaus, Stakes

Teema: Lasta odottavan ja kasvattavan perheen elämäntavat

- 9.00–9.30 Lapsiperheiden terveiden elintapojen edistäminen: monipuolista ruokaa ja
riittävästi liikuntaa kaikille
Ylitarkastaja Mari Miettinen, sosiaali- ja terveysministeriö
- 9.30–10.00 Perhekeskeinen lasten lihavuuden ehkäisy – hankkeesta pysyväksi käytännöksi
Dosentti, ylilääkäri Minna Aromaa, Turun terveystoimi, lasten ja nuorten pkl
- 10.00–10.30 Tauko, tutustuminen ideatoriin

Teema: Lasta odottavan ja kasvattavan perheen elämäntavat jatkuu

- 10.30–11.00 Raskaana olevien päihdeongelmien ehkäisy, tunnistaminen ja hoito
Johtaja Kari Paaso, sosiaali- ja terveysministeriö
- 11.00–11.30 Päihderiippuvaisten raskaana olevien naisten ja pienten lasten vanhempien
palveluohjaus
Psykkologi Sari Ahlqvist-Björkroth ja psykologi Sari Urponen, Varsinais-Suomen
sairaanhoidopiiri
- 11.30–12.00 Vanhempien päihteiden käytön tunnistaminen ja varhainen auttaminen äitiys- ja
lastenneuvolassa
Terveydenhoitaja Taina Ylä-Soininmäki, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveyden-
huollon kuntayhtymä, Lahden kaupunki
- 12.00–13.30 Lounastauko, tutustuminen ideatoriin

Teema: Lasten kaltoinkohtelun ehkäisy

- 13.30–14.00 Lasten kokema väkivalta
Kehittämispäällikkö Helena Ewalds, Stakes
- 14.00–14.30 Hoitotyön suositus – lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen
Professori Eija Paavilainen, Tampereen yliopisto
- 14.30–15.00 Kahvitauko, tutustuminen ideatoriin

Teema: Perhelähtöisyys – terveyserojen kaventamisessa ja huomioimisessa

- 15.00–15.30 Nuorten erityistukea tarvitsevien odottavien äitien tukemisen toimintamalleja
Terveystenhoitaja Marita Väätäinen ja perhetyöntekijä Sanna Vähätiitto,
Oulun kaupunki
- 15.30–16.00 Perheen voimavarojen tunnistaminen kotiin vietyjen moniammatillisten
palvelujen lähtökohtana
Vastuuterveydenhoitaja Ulla Vehviläinen, Imatran kaupunki
- 16.00–16.30 Lapsen ja vanhemman välisen suhteen kantavuus
Kehittämispäällikkö Jukka Mäkelä, Stakes

Hyvää kotimatkaa!

VALTAKUNNALLISET NEUVOLAPÄIVÄT

30.–31.10.2008

3. krs
WC

2½ krs
Juhlasali
Näyttelytila: Lämpio
WC

2. krs
Ravintola Paasisali
aamupala 30.10. klo 8.00–10.00
aamupala 31.10. klo 7.45–9.30
Lounas- ja kahvilippujen myynti

1½ krs
Ilmoittautuminen
Näyttelytilat: Karl Lindahl, Juho Rissanen,
30.10. Tarja Halonen; lehdistö

1. krs
Vaatesäilytys
WC
Kokouspalvelu, Kahvila Westibyyli

- * Tupakointi sallittu ainoastaan ulkona
- * Muistahan sammuttaa matkapuhelimesi luentojen ajaksi
- * Osallistumistodistuksen saa ilmoittautumisesta

Sisällys

Neuvolakeskuksen tervehdys
Ohjelma
Kerrosopas

Lapsiperheiden terveyserojen kaventaminen

Avauspuheenvuoro: Varhaisella puuttumisella vaikutetaan terveyseroihin.....	11
<i>Maija Perho</i>	
Tervehdyspuheenvuoro	12
<i>Tuovi Hakulinen-Viitanen</i>	
Lasten terveysseurannan tuloksia terveyserojen näkökulmasta	14
<i>Risto Kaikkonen</i>	
Miten väestön terveyseroja voidaan kaventaa palvelujen kohdentamisen näkökulmasta? Esimerkkejä keinoista vaikuttaa terveyseroihin	15
<i>Maria Närhinen</i>	

Ehkäisevä lastensuojelu

Vaativa pikkulapsiperhetyö lastensuojelun näkökulmasta – asiakkaat ja työn kehittämisen tarpeet	17
<i>Marjatta Bardy</i>	
Neuvolan keinot kohdentaa tukea riskioiloissa eläville perheille.....	18
<i>Hilkka Honkanen</i>	
Lastensuojelullinen huoli herää – miten etenen?.....	19
<i>Sari Aspegren, Anne Naumanen ja Merja Antila-Halen</i>	
Investoinnit ehkäiseviin palveluihin näkyy lastensuojelussa.....	20
<i>Maire Ahopelto</i>	
Lapsen hyvinvointi ja kehitysympäristöt – mistä on kysymys?.....	21
<i>Tytti Solantaus</i>	

Lasta odottavan ja kasvattavan perheen elämäntavat

Lapsiperheiden terveiden elintapojen edistäminen: monipuolista ruokaa ja riittävästi liikuntaa kaikille	22
<i>Mari Miettinen</i>	
Perhekeskeinen lasten lihavuuden ehkäisy – hankkeesta pysyväksi käytännöksi	23
<i>Minna Aromaa</i>	
Päihderiippuvaisten raskaana olevien äitien ja heidän vauvojensa palveluohjausmallin kehittäminen ja vakiinnuttaminen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä	24
<i>Sari Ahlqvist-Björkroth, Sari Urponen, Essi Vahala ja Marja-Riitta Ståhlberg</i>	
Vanhempien päihteiden käytön tunnistaminen ja varhainen auttaminen äitiys- ja lastenneuvolassa	24
<i>Taina Ylä-Soininmäki</i>	

Lasten kaltoinkohtelun ehkäisy

Hoitotyön suositus – lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen.....	26
<i>Eija Paavilainen</i>	

Perhelähtöisyys – terveyserojen kaventamisessa ja huomioimisessa

Nuorten erityistukea tarvitsevien odottavien äitien tukemisen toimintamalleja 27
Marita Väätäinen ja Sanna Vähätiitto

Perheen voimavarojen tunnistaminen kotiin vietyjen moniammatillisten palvelujen
lähtökohtana..... 28
Ulla Vehviläinen

Tiivistelmiä

Kiikku – vauvaperhetyötä ja koulutusta 31

LapsYTY – Lapsiperhepalveluiden yhteistyökäytäntöjen johtaminen -hanke 32

Äitiys- ja lastenneuvolan sekä kouluterveydenhuollon laatu terveyskeskuksissa 2007 33

Ideatorilla mukana 35

Muistiinpanoja..... 36

Lapsiperheiden terveyserojen kaventaminen

Avauspuheenvuoro: Varhaisella puuttumisella vaikutetaan terveyseroihin

MAIJA PERHO, ohjelmajohtaja, Terveyden edistämisen politiikkaohjelma

Sosioekonomiset terveyserot ovat Hyvinvointi-Suomemme kipeä epäkohta. Aikuisten esimerkki, elintavat ja elämäntilanteiden ongelmallisuus heijastuvat lapsiin. Mm. ylisukupolvinen syrjäytymiskehitys on tästä yksi esimerkki. Monien aikuisiässä ilmenevien sosioekonomisten terveyserojen juuret löytyvät jo lapsuudesta, jopa raskausajasta.

Terveyserojen vähentämisen kannalta tehokkainta on puuttuminen alimpien sosioekonomisten ryhmien terveystottumuksiin jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Lasten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin ja terveyden kannalta olennaiset palvelujärjestelmät ovat neuvola, päivähoito ja kouluterveydenhuolto.

Aika ennen ja jälkeen lapsen syntymän on ehdottomasti herkin vaihe tukea vanhempien vastuunottoa uudesta perheenjäsenestä ja myös vanhempien omista elämäntavoista.

Lausuntokierroksella olevassa asetusehdotuksessa Neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta todetaan mm. seuraavaa: On välttämätöntä löytää mahdollisimman varhain ne lapset, nuoret ja perheet, jotka tarvitsevat erityistä tukea ja ylimääräisiä seurantakäyntejä. Palvelujen järjestämisessä tulee kiinnittää huomiota lapsen, nuoren ja koko perheen osallistumiseen ja tukemiseen, huomioiden perheiden moninaisuus tämän päivän yhteiskunnassa. Terveystarkastusten sisältöä koskevan pykälän perusteluissa korostetaan mm. sitä, että ne toteutetaan tarpeen mukaan moniammatillisina ja sisällöltään yksilöllisen tarpeen mukaan ja laajaan terveystarkastukseen sisältyy myös huoltajien haastattelu ja koko lapsiperheen hyvinvoinnin selvittäminen niiltä osin kuin sillä voi olla olennaista merkitystä lapsen ja nuoren kasvuun ja kehitykseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissohjelman (KASTE) 2008–2011 yhtenä teema-alueena on lasten, nuorten ja perheiden palvelut, yhtenä tavoitteena hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen ja yhtenä keinona ennalta ehkäisy ja varhainen puuttuminen. Ohjelman valtionavustuksia on tarkoitus suunnata merkittävästi lasten, nuorten ja perheiden monialaisten, ennaltaehkäisyä painottavien hankkeiden rahoitukseen. REMONTTI -hankkeeksi nimetty uudistamisprosessi tähtää siihen, että painopistettä siirretään korjaavista erityistason palveluista ongelmien varhaiseen puuttumiseen ja lasten ja nuorten tervettä kehitystä tukevien toimintamallien kehittämiseen ja levittämiseen.

Tässä työssä neuvoloilla on keskeinen rooli ja siksi on tärkeää, että neuvolatyön voimavaroja lisätään uuden asetuksen edellyttämälle tasolle ja että neuvolatoimintaa laajennetaan moniammatillisiksi perhekeskuksiksi, joissa tuetaan vanhempien parisuhdetta, heidän terveitä elintapojaan sekä ennen kaikkea motivoidaan vanhempia turvalliseen vuorovaikutukseen lapsen kanssa.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelman strategisena painotuksena on vahvistaa ennaltaehkäisyä, varhaisen puuttumisen ja terveyden edistämisen yhteiskunnallisen ja taloudellisen merkityksen omaksumista eri päätöksentekotasolla. Kunnat ovat avainasemassa myös lasten, nuorten ja perheiden palvelujen järjestämisessä. Politiikkaohjelma viestittää osaltaan sitä, miten tärkeää on nähdä ehkäisevät palvelut, neuvolatoiminta mukaan lukien investointina, joka tuottaa hyvinvointia, parempaa elämänlaatua ja lisäksi hillitsee kustannuksia.

Tervehdyspuheenvuoro

TUOVI HAKULINEN-VIITANEN, TtT, dosentti, tutkimuspäällikkö, Stakes, Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus

Erilaiset kehitysympäristöt vaikuttavat alle kouluikäisten lasten fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin ja terveyteen. Näistä keskeisin on perhe. Muita lasten arjen ympäristöjä ovat päivähoito, kaveripiiri ja media. Lapsuudessa luodaan perusta terveellisille elämäntavoille ja terveydelle sekä koulutus- ja ammattiuran muotoutumiselle. Lapsen terveyteen ja kehitykseen epäedullisesti vaikuttavat muun muassa äidin raskaudenaikainen päihteiden käyttö, sikiökauden ja varhaislapsuuden epäterveellinen ravitsemus, varhaisten kiintymyssuhteiden häiriöt sekä vanhempien mielenterveysongelmat.

Terveyserojen vähentyminen on ollut Suomen terveystalouden tavoitteena jo parin vuosikymmenen ajan. Tätä tavoitetta ei ole saavutettu, vaan erot ovat osittain jopa kasvaneet. Ylisukupolvinen syrjäytymiskehitys on nähtävissä arjen neuvolatyössä. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (KASTE) 2008–2011 (STM 2008a) tavoitteena on muun muassa hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen. Myös kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 (STM 2008b) pyrkii vähentämään terveyseroja siten, että terveydeltään huonommassa asemassa olevien terveydentila lähentyy paremman terveyden saavuttaneiden ryhmien terveyden tasoa. Tämän toimintaohjelman liite seitsemän käsittelee terveyserojen ja syrjäytymisen ehkäisyä lapsuudessa ja nuoruudessa.

Kansanterveyslaki vuodelta 2005/14§ ja tuleva terveydenhuoltolaki (STM 2008c/17§) edellyttävät kunnilta asukkaidensa terveyden ja siihen vaikuttavien tekijöiden seuraamista väestöryhmittäin. Lain edellyttämää seurantaa varten ei toistaiseksi ole ollut saatavissa tarvittavia tietoja alle kouluikäisistä lapsista ja heidän perheistään. Lausuntokierroksella olevan neuvolatoimintaa, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa sekä lasten ja nuorten ehkäisevään suun terveydenhuoltoa koskevan asetuksen (STM 2008d) tavoitteena on parantaa lapsiperheiden ehkäisevien palvelujen yhdenmukaista ja tasavertaista toteutumista maan eri osista. Lisäksi sen tavoitteena on tehostaa terveyttä edistävää ja ehkäisevää työtä ja kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. Asetuksen kahdeksas pykälä erityisen tuen tarpeen tunnistamisesta ja järjestämisestä sekä viidennessä pykälässä olevat laajat (koko perheen) terveystarkastukset tähtäävät terveyserojen kaventamiseen.

Terveyserojen vähentämisen kannalta tehokkainta on puuttua alimpien sosioekonomisten ryhmien terveystottumuksiin jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Lasta odottava perhe elää herkkää vaihetta, jolloin tiedon ja tuen vastaanottaminen sekä terveystottumusten muuttaminen on luontevaa. Neuvola on keskeisessä roolissa terveyserojen kaventamisessa. Äitiys- ja lastenneuvolapalvelut tavoittavat lähes kaikki 0–6-vuotiaat lapset ja heidän perheensä, joten neuvolalla on erittäin hyvät mahdollisuudet lapsiperheiden terveyserojen kaventamiseen. Tuoreen kansallisen äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan selvityksen (Hakulinen-Viitanen ym. 2008) mukaan neuvolapalveluissa on tapahtunut myönteistä kehitystä verrattuna edelliseen selvitykseen (Hakulinen-Viitanen ym. 2005). Erityisesti henkilöstöresurssit, neuvolatyön johtajien virat ja odotusajan kotikäynnit ovat lisääntyneet suositusten (STM 2004) suuntaisesti. Edelleen palvelujen sisältö ja laatu vaihtelevat asuinpaikasta ja neuvolasta riippuen. Määräaikaisten terveystarkastusten kohdalla olen huolissani siitä, että ainoastaan kolmasosa terveystarkastuksista toteutti terveydenhoitajien tekemät imeväisikäisten terveystarkastukset suositusten mukaisesti määrällisesti tarkasteltuna. Varhaisen tunnistamisen ja auttamisen edellytyksenä ovat kuitenkin lapsiperheen ja neuvola-henkilöstön säännölliset tapaamiset. Terveyserojen kaventamisen näkökulmasta haasteena on tunnistaa määräaikaisten terveystarkastuksissa lasten ja heidän perheidensä erityisen tuen tarpeet mahdollisimman varhain ja kohdentaa tukea eniten tarvitseville.

Ensimmäisen päivän aikana esityksissä käsitellään lapsiperheiden terveyserojen kaventamista. Kuulemme Kansanterveyslaitoksen lasten terveysseurannan kehittämishankkeen (Late-hanke) ja sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen tähtäävän TEROKA-hankkeen ensimmäisiä, julkaisemattomia noin 6 500 lapsen aineistoon perustuvan tutkimuksen tuloksia terveyserojen näkökulmasta. Kuulemme myös kuntakohtaisia esimerkkejä terveyserojen kaventamisesta palvelujen kohdentamisen näkökulmasta. Lasten ja lapsiperheiden sosioekonomiset terveyserot ovat haaste, johon vastaamiseen tarvitaan neuvoloihin vaikuttavia menetelmiä.

Toisena päivänä kuulemme terveyserojen taustalla olevista lasta odottavan ja kasvattavan perheen elämäntavoista, jotka vaikuttavat lasten ja koko perheen terveyteen ja hyvinvointiin. Sosiaali- ja terveysministeriön koolle kutumassa työryhmässä mietimme raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon järjestämistä, pulmien varhaista tunnistamista ja auttamista. Neuvolalla on erityisen hyvät mahdollisuudet alkoholin käytöstä keskusteluun ja varhaiseen auttamiseen. Audit-lomake on otettava käyttöön äitiysneuvolan lisäksi myös lastenneuvoloissa. Alkoholiongelmat kytkeytyvät usein väkivaltaan. Meidän kaikkien tulee tuntea tuore hoitotyön suositus lasten kaltoinkohtelun tunnistamisesta ja puuttumisesta. Tämän vuoksi Neuvolakeskus toimitti hoitotyön suosituksen kaikkiin neuvoloihin Suomessa.

Uuden lastensuojelulain (2007) mukaan neuvolatyö on osa ehkäisevää lastensuojelua, ja haasteena on kohdentaa tukea erityistä tukea tarvitseville lapsille ja perheille. Huolellisesti toteutettujen määräraikaisten terveystarkastusten lisäksi neuvolan tulee tarjota lisäkäyntejä eniten tukea tarvitseville. Muita neuvolatyön tehokkaita keinoja ovat kotikäynnit, perhetyö, vertaistuki erilaisten ryhmien myötä ja moniammatillinen työskentely. Näissä kaikissa on tapahtunut myönteistä kehitystä, mutta edelleenkin suosituksiin ei yllätä kaikissa terveyskeskuksissa näiden osalta. Myös perhevalmennuksissa on mahdollista kanavoida vertaistukea perheille. Tuoreen selvityksemme mukaan perhevalmennuskerrat ovat vähentyneet verrattaessa vuoden 2004 tilanteeseen. Tämän vuoksi tekeillä on erillinen perhevalmennusta käsittelevä selvitys. Toivon, että kaikki perhevalmennuksen toteuttamisessa mukana olevat terveydenhoitajat vastaisivat nettikyselyymme (www.neuvolakeskus.fi).

Neuvolakeskus on vuodesta 2002 alkaen eri toimintamuodoillaan pyrkinyt tekemään neuvolatyötä näkyväksi ja tukenut suositusten suuntaisten, vaikuttavien työmenetelmien käyttöönottoa neuvoloissa sekä tuottamaan tietoa neuvolatyön vaikuttavuudesta. Neuvolakeskuksen toimintaympäristö muuttui vuodenvaihteessa, jolloin siirryimme Stakesiin kuntapalvelutulosalueeseen omaksi tiimiksemme. Tavoitteemme ja niitä tukevat toimintamuotomme 1) Lapsiperheitä ja neuvolatoimintaa koskevan tiedon tiivistäminen ja tutkimustyö, 2) Neuvolatyötä tekevien osaamisen ja neuvolatyön johtamisen kehittäminen ja 3) Näyttöön perustuvien perhekeskeisten ja moniammatillisten toimintakäytäntöjen kehittäminen ja arviointi, ovat jatkuneet suunnitellusti. Stakesiin siirtyminen on tukenut valtakunnallista rooliamme ja moniammatillista yhteistyötä. Neuvolakeskus on edelleen muutosten pyörteissä Stakesin ja Kansanterveyslaitoksen yhdistyessä ensi vuoden alussa. Järjestämme ensi vuonna valtakunnalliset neuvolapäivät edellisten vuosien tapaan loka-marraskuussa. Laitamme mahdollisimman pian kotisivuillemme tietoa päivien päätteemästä ja ajankohdasta sekä paikasta. Vuoden 2008 neuvolapäiville osallistuu noin 700 henkilöä. Kahden päivän aikana kuulemme yhteensä 17 esitystä. Myös Ideatorilla esitellään päivän teemaan liittyviä aiheita. Päivät tarjoavat hyvän tilaisuuden meille kaikille verkostoitumiseen.

Lähteet

- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M & Haapakorva A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 2005: 22. Helsinki.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Saaristo V, Hastrup A & Rimpelä M. 2008. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen. Stakes, raportteja 2008: 21. Helsinki.
- Laki kansanterveyslain muuttamisesta 2005/928.
- Lastensuojelulaki 2007/417.

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriö, oppaita 2004:14. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2008:6. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2008:16. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008c. Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 2008:28. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008d. Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Työryhmämuistio. Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 2008:37. Helsinki.

Lasten terveysseurannan tuloksia terveyserojen näkökulmasta

RISTO KAIKKONEN, VTM, Kansanterveyslaitos

Taustaa

Kansanterveyslaki (§ 14, 1a) ja tuleva terveydenhuoltolaki (§ 17) edellyttävät kunnilta väestönsä terveyden ja siihen vaikuttavien tekijöiden seuraamisen väestöryhmittäin. Lain edellyttämää seurantaa varten ei kuitenkaan ole saatavissa tarvittuja tietoja lähellekään kaikista ikäryhmistä. Tietoa eri ikäryhmistä tarvitaan myös päätöksenteossa sekä kehittämistyössä. Lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon kattavuus 0–15-vuotiaaseen väestöön on erinomainen, mutta mm. seurantatarkastuksissa kerättävää tietoa ei pystytä juurikaan hyödyntämään väestötasoisiiin tarkasteluihin. Tällä hetkellä tästä ikäryhmästä saatavat tiedot perustuvatkin lähinnä rekistereistä mm. kuolleisuutta, lääkekorvausoikeuksia ja sairaalahoitojaksoja saataviin lukuihin.

Nuorten osalta tietoa on saatavissa peruskoulun 8.–9. lk nuorista sekä lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten 1.–2. vuosikurssin opiskelijoista Kouluterveyskyselystä. Erityisen ongelman muodostavat tätä nuorempien olemattomat tiedot. Kun tietoa ei terveydestä ja riskitekijöistä sekä niihin vaikuttavista tekijöistä ei ole lainkaan saatavilla 0–14-vuotiaista on lain noudattaminen väestön osaryhmittäin, kuten sosiaalisen aseman mukaan, käytännössä mahdotonta.

Lasten terveysseurannan kehittäminen (LATE) ja sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen (TEROKA)

Lasten terveysseurannan kehittämishanke (LATE) kehittää valtakunnallista lasten terveysseurantaa, jotta lasten terveysseuranta kattaisi koko ikäryhmän ja tiedot olisivat hyödynnettävissä myös alueellisessa terveysseurannassa. Näiden tietojen keräämiseksi LATE-hankkeessa on tehty lasten sähköisen potilaskertomuksen rakenteisten tietojen määrittelytyö, jossa tulevan sähköisen potilaskertomuksen sisällöt on määritelty lastenneuvola- ja kouluterveydenhuollon osalta. Tätä rakenteista määrittelytyötä ja standardoidun tiedonkeruun testaamista varten LATE-hankkeessa toteutettiin pilotti 10 terveyskeskuksessa. Aineistoa kerättiin yhteensä 1 540 lapselta ikävuosien 0,5, 1, 3, 5, sekä 1. lk, 5. lk ja 8. lk terveystarkastuksista.

Sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen tähtäävä yhteistyöhanke TEROKAn tavoitteena on tietopohjan vahvistaminen ja tiedottaminen sekä terveyseroja kaventavien toimintamallien kehittäminen. Sosioekonomisilla terveyseroilla tarkoitetaan eri sosiaaliryhmien välillä havaittavia eroja terveydessä. Esimerkkinä sosioekonomisista terveyseroista on 35-vuotiaan työntekijämiehen elinajanodote, joka on jopa kuusi vuotta vähemmän kuin samanikäisen ylempään toimihenkilömiehen. Naisilla vastaava ero on noin kolme vuotta. Nämä erot ovat kasvanee

viimeisten vuosikymmenten aikana. Terveyserojen käytännön toimintamallien löytämiseksi TEROKA-hankkeen alueellisina yhteistyökumppaneina ovat Kainuun ja Pohjois-Pohjanmaan maakunnat sekä Turun kaupunki.

LATE- ja TEROKA-hankkeiden yhteistyönä on toteutettu laajamittainen lasten ja nuorten aineistonkeruu Kainuun maakunnassa sekä Turun kaupungissa. Molemmilta alueilta on kerätty liki 3 000 lapsen terveystarkastustietoja sekä tietoja lapsilta ja heidän vanhemmiltaan. Aineistonkeruussa on hyödynnetty LATE-hankkeen pilotin lomakkeita ja aineistonkeruu on ulotettu samoihin ikäryhmiin, mutta terveystarkastusten kirjattavista sisällöistä on poimittu pieni osa LATE-pilotin kysymyksistä. Tällä aineistonkeruulla pyritään vastaamaan mm. siihen millaisia sosioekonomisia terveyseroja sekä terveyden riskitekijöitä on havaittavissa lapsilla ja nuorilla heidän vanhempien sosiaalisen aseman ja mm. perhetyypin mukaan. Lisäksi myös alueiden (Kainuun maakunta ja Turun kaupunki) erityispiirteet, yhtäläisyydet ja eroavaisuudet ovat mielenkiinnon kohteina. Tietoa tullaan käyttämään päätöksenteon tukena ja mm. perhekeskuksia kehitettäessä.

Tietoa lasten ja nuorten terveydestä ja terveyseroista neuvolapäivillä

Valtakunnallisilla neuvolapäivillä esittelen ensimmäisiä, julkaisemattomia, n. 6 500 lapsen aineiston tuloksia terveyserojen näkökulmasta. Lisätietoja: LATE-hanke www.ktl.fi/lastenterveysseuranta, TEROKA-hanke www.teroka.fi.

Miten väestön terveyseroja voidaan kaventaa palvelujen kohdentamisen näkökulmasta? Esimerkkejä keinoista vaikuttaa terveyseroihin

MARIA NÄRHINEN, sosiaali- ja terveystoimen johtaja, Mikkelin kaupunki

Mikkelissä sosiaali- ja terveystoimi on vuoden 2006 alusta organisoitu elämäntapaajattelun pohjalta. Kaikessa toiminnassa pyritään mahdollisuuksien mukaan toimimaan neljän periaatteen mukaisesti:

- Hyvinvoinnin edistäminen
- Ongelmien ja palvelutarpeen ennaltaehkäisy
- Kuntouttava työote
- Palveluohjaus

Lapsiperheiden palvelut muodostavat oman tulosalueen. Toiminta jakaantuu kolmeen tulosityksikköryhmään, terveysneuvontaan, päivähoitoon ja lapsiperheiden tukiyksikköön. Vakansseja tulosalueella on 437 joista valtaosa päivähoitossa. Lapsiperheiden tukiyksikössä on 56 vakanssia ja terveysneuvonnassa 43.

Lapsiperheiden palveluissa on otettu käyttöön varhaisen tuen malli. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että ”huolen vyöhykkeet” ovat käytössä. Kun huoli havaitaan, huoli otetaan puheeksi ja kaiken kaikkiaan koko tulosalueella on yhteisesti sovittu käytännön menettelytavoista kun huoli havaitaan. Elämäntapaajattelun ja varhaisen puuttumisen mallin myötä on kyetty entistä paremmin tunnistamaan ja kohdistamaan palveluita niitä eniten tarvitseville. Vuonna 2008 on ollut nähtävissä myönteistä kehitystä sen suhteen, että avuntarvetta on pystytty suuntaamaan jo aikaisempaan vaiheeseen. Varhaisen tuen käsikirja on valmistumassa. Se tulee olemaan käytännön työkalu jokaiselle työntekijälle.

Mikkelissä ajattelemme, että kohdistamalla palvelut niitä eniten tarvitseville, sekä kohdistamalla palveluita mahdollisimman varhaiseen vaiheeseen voimme omalta osaltamme vaikuttaa siihen että terveyserot lapsiperheiden välillä voisivat kaventua.

Toinen tärkeä näkökulma on kuitenkin se, että koko peruspalvelupaketin pitäisi olla kunnossa ja että resursseja olisi oltava riittävästi perustoiminnassa. Lapsiperheiden peruspalveluiden olisi oltava kunnossa ja niitä pitäisi voida tarjota kaikille. Toisaalta esim. lapsiperheiden vanhempien tupakointiin, alkoholin riskikäyttöön ja lihavuuden ehkäisyyn pitäisi pystyä puuttumaan riittäväällä intensiteetillä ja hyviksi todistetuilla menetelmillä.

Mikkelissä onkin koettu erityisen haastavaksi se, että kaupungin huonon taloudellisen tilanteen takia terveysneuvonnassa on jouduttu jonkin verran supistamaan sitä peruspalvelupakettia mitä kaikille tarjotaan. Käytännössäkin on jouduttu tekemään valintoja sen välillä kohdistetaanko terveysneuvonnan resursseja valtakunnallisten suositusten mukaan koko ikäluokalle vai kohdistetaanko resursseja perustyön kustannuksella riskiperheisiin, lapsiin ja nuoriin. Tämän tyyppinen priorisoiminen vaatii paljon sekä esimiehiltä että työntekijöiltä. Jonkin verran helpotusta tilanteeseen tuo kuitenkin hyvin toimiva moniammatillinen työ lapsiperheiden palveluissa. Päivähoito ja sosiaalityö tukevat terveysneuvontaa silloin kun perhe tarvitsee enemmän apua.

Ehkäisevä lastensuojelu

Vaativa pikkulapsiperhetyö lastensuojelun näkökulmasta – asiakkaat ja työn kehittämisen tarpeet

MARJATTA BARDY, tutkimusprofessori, Stakes

Lastensuojelun piirissä olevat pikkulapsiperheet eivät muodosta yhtenäistä ryhmää. Mitä lähempää eri tilanteita lastensuojelussa katsoo, sitä selvemmäksi käy tilanteiden monimuotoisuus. Silti yhteisiä yleisiä nimittäjiä etenkin sijaishuollossa on useita: heikko tai epävakaa sosioekonominen tilanne, vaihtuvat perherakenteet, sosiaalisten suhteiden ohuus, epäluotettavuus tai puute sekä usein vanhempien oman lapsuuden raskaat mutta selvittämättömät kokemukset. Perinteisimmän asiakaskunnan ohella avun tarpeessa voivat olla myös koulutetut, varakkaat ja uraa luoneet vanhemmat. Väsymyspuhe on yleistä, ja uupumuksella on monet kasvot.

Ensikotien päiväryhmätoiminta on esimerkki uusista hoidollisista lähestymistavoista, joissa työ kohdennetaan äidin ja vauvan väliseen suhteeseen kummankin kokemusmaailmaan ja tarpeisiin eläytyen ja perusturvallisuutta luoden. Äitien arki, epätoivo ja voimavarat sekä vaikeudet selvitellä asioitaan verbaalisesti tunnettiin, kun toimintaa lähdettiin kehittämään, kirjoittaa Hannele Törrönen (2005) Alusta asti tavoitteena on ollut tehdä vauva näkyväksi ja todelliseksi äidille sekä tukea äitiä arjen hallinnassa. Videointi on muodostunut tärkeäksi välineeksi vuoro-vaikutuksen havainnollistamisessa äideille. Se tarjoaa mahdollisuuksia todelliseen auttamiseen, jos sen välittämä todellisuus kestetään kohdata ja käsitellä. Vaikeimmasta ei pidä vaieta. Tarvitaan terävää havaintokykyä ja kunnioitusta kärsimystä kohtaan. Traumatietaus auttoi käänteen tekemästä työn jäsentämistä ja kohdentamista. (Törrönen 2005). Yksi päiväryhmäjakso kestää noin viisi kuukautta, ja joskus tarvitaan useampi jakso. Intensiivisessä hoidossa äitiä voidaan auttaa ”kaappaamaan” mielihyväradat päihteiden sijasta lapsen käyttöön (Pajulo 2005).

Kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa käydään jatkuvaa keskustelua interventioiden tuloksellisuudesta korkean riskin perheissä (ks. Bardy & Öhman 2007). Interventioiden onnistumista edistäviin ydinalueisiin kuuluu suhdeperustaisuus; se tarkoittaa suhteiden luomista, ja niissä ja niiden kanssa työskentelyä usealla tasolla. Etäältä tapahtuvan tiedon välittämisen tai opettamisen sijasta osallistavat menetelmät ovat tuloksellisempia kuin asiantuntijalähtöinen ja puutteisiin perustuva lähestymistapa. Luottamuksellisissa suhteissa ihminen voi kehittyä ja korjata vääristyneitä tunne- ja toimintatapoja. Myös aktiivista uusien tietojen tarjoamista ja taitojen harjaantumista tarvitaan, jotta pelkoja ja väärää tietoa voidaan torjua. Emotionaalisen kohtaamattomuuden usein sukupolvinen ketjun katkaisussa vanhemmat tarvitsevat apu muutakseen mentaalisia mielikuviaan lapsestaan ja hoivaamisesta. Kapea kiintymyssuhteeseen keskittyminen ei välttämättä ole riittävää. Riittävää ei ole myöskään yksinomaan sosiaaliseen tukeen keskittyminen. Yllättävää ei ole, että tulokset korkean riskin perheissä ovat vaatimattomampia kuin vähäisempien riskien tilanteissa. Riskilistan pituus sellaisenaan ei yksilötasolla kerro, ketkä interventioon osallistuvista onnistuvat saamaan vastavuoroisen suhteen lapseensa ja ketkä eivät. (ks. Bardy & Öhman 2007).

Kotimaista osaamista on, mutta se on vielä harvojen ulottuvilla. Kaikkien kuntoutukseen halukkaiden ja siihen kykenevien tulisi päästä sen piiriin. Se edellyttää sosiaali- ja terveystoimen ylimmän johdon sitoutumista asian organisointiin.

Kirjallisuutta

- Andersson, Maarit ym. (toim.) Vauvan parhaaksi. Kuntoutuminen päihteistä odotus- ja vauva-aikana. Ensi- ja turvakotien liiton julk. 38. Helsinki 2008.
- Bardy, Marjatta & Öhman, Kaisa 2007. Vaativa vauvaperhetyö. Kirjallisuuskatsaus kansainvälisestä interventiotutkimuksesta. Stakes Työpapereita 13. Helsinki
- Pajulo, Marjukka 2005. Äiti-lapsisuhteen vahvistaminen ja sen merkitys päihdeongelman hoidossa - Olemmeko valmiita muuttamaan ajattelutapaamme? Duodecim 121:341–2.
- Törrönen, Hannele 2005. Yhdessä päin nyhettä. Teoksessa S. Kalavainen (toim.) Ensikodin päiväryhmät. Ensi- ja turvakotien liiton julk. 34, 15–27.

Neuvolan keinot kohdentaa tukea riskioloissa eläville perheille

HILKKA HONKANEN, yliopettaja, Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Väitöstutkimuksessani selvitin, millaisiksi perheiden riskiolot määrittyivät terveydenhoitajien kuvaamina ja millaista toimintaa terveydenhoitajilla oli riskioloissa elävien perheiden kanssa. Lisäksi olin kiinnostunut siitä, millaisiksi terveydenhoitajat arvioivat osaamisensa ja voimavaransa työskennellessään riskioloissa elävien perheiden kanssa. Riskioloissa elävän perheen käsitteeseen päädyin siksi, että on olemassa runsaasti tutkimusnäyttöä siitä, että perheen olosuhteissa voi olla tekijöitä, jotka uhkaavat yksilön terveyttä koko elämän ajan. Perheen riskioloista, niiden johtaessa lapsen kaltoinkohteluun ja hoidon laiminlyöntiin, aiheutuu lapselle epäsuotuisia lapsuuden kokemuksia. Epäsuotuisien lapsuuden kokemusten seuraukset näkyvät yleisimmin mielenterveyden alueella joko heti lapsuudessa, nuoruudessa tai vasta aikuisena. Siksi päädyin valitsemaan tutkimukseeni mielenterveyden edistämisen näkökulman.

Suurimpana huolena terveydenhoitajat toivat esille päihteiden käytön lisääntymisen lapsiperheissä. Myös vanhempien mielenterveysongelmat kuormittivat terveydenhoitajien työtä enenevästi. Työttömyyttä pidettiin riskiolosuhteena lapsiperheissä, sillä siihen liittyi usein myös muita riskioleja, esimerkiksi taloudellista ja koulutuksellista huono-osaisuutta ja mielenterveysongelmia. Riskioloiksi kuvattiin myös parisuhteen ristiriidat ja avioerojen seurauksena tapahtuneet perherakenteen muutokset. Terveydenhoitajat tiedostivat perheväkivaltaa olevan enemmän kuin heidän tietoonsa tuli. Perheiden riskiolosuhteeksi määriteltiin myös nykyisin yhä enemmän korostuva vanhempien jaksamattomuus, avuttomuus ja osaamattomuus toimia vanhempana.

Terveydenhoitajan toiminta perheiden kanssa oli välitöntä ja välillistä. Välittömässä toiminnassa korostui kohtaamisten mahdollistaminen perheiden kanssa, joka tapahtui joko neuvolaikäntejä tihentämällä tai vastaanottoaikoja pidentämällä. Kotikäyntien merkitys oli keskeinen. Niiden sisältönä oli perheen tuen tarpeen arviointi, vanhempien ohjaus lapsen hoidossa ja kasvatuksessa sekä arjen hallinnassa. Kotona selvisi usein perheen konkreettisen avun tarve, mutta henkilöstöä vastaamaan tähän tarpeeseen ei ollut riittävästi saatavilla, mistä johtuva huoli kuormitti kohtuuttomasti terveydenhoitajien työtä. Pienryhmätoiminnasta oli hyviä kokemuksia riskioloissa elävien perheiden tukimuotona. Välillinen toiminta oli yhteistyötä muiden ammattilaisten kanssa perheen olematta läsnä tilanteessa. Yhteistyö oli konsultointia, työnohjausta, lähettämistä toiselle ammattilaiselle ja yhteistyökokouksia. Yhteistyössä tunnistettiin kehittämisen tarpeita, joista suurimmat kohdistuivat yhteistyöhön perheneuvolan ja mielenterveysyksikön kanssa. Perhetyöntekijästä oli tullut tärkeä yhteistyökumppani viime vuosina. Asiantuntijuus määriteltiin perhe- ja voimavaralähtöiseksi työotteeksi, jossa rohkeasti ja aktiivisesti toimittiin

perheen hyväksi. Kehittymistarpeita tunnistettiin vaikeiden asioiden puheeksiottoon ja perheiden voimavaroja tukevaan yhteistyöhön perheen ja muiden työntekijöiden kanssa.

Neuvoloiden terveydenhoitajat ovat keskeinen ammattiryhmä mielenterveyttä edistävässä työssä. Tavatessaan kaikki lapsiperheet, he ovat avainasemassa tunnistamaan lapsen suotuisaa kehitystä vaarantavia riskioleja perheessä. Varhain käynnistetyillä tukitoimenpiteillä ja tarpeenmukaisella eri tahojen välisellä yhteistyöllä voidaan ehkäistä perheen riskiolejen heijastuminen vanhemmuuteen ja sitä kautta lasten saamaan hoitoon ja huolenpitoon ja viimekädessä mielenterveyteen. Näyttöön perustuvien vaikuttavien toimintamallien omaksuminen työkäytäntöihin edellyttää toiminnan jatkuvaa arviointia ja koulutusta. Työn kehittäminen vastaamaan sekä yhteiskunnallisiin haasteisiin että yksittäisten asiakasperheiden kasvaviin tarpeisiin vaatii työn uudelleen arviointia henkilöstövoimavarojen suhteen. Keskeiset kehittämishaasteet liittyvät neuvolan ja mielenterveyspalvelujen yhteensovittamiseen perhettä parhaiten palvelevalla tavalla sekä perheen mukaan ottamiseen aktiivisena toimijana moniammatillisiin työkäytäntöihin.

Lastensuojelullinen huoli herää – miten etenen?

MERJA ANTILA-HALEN, lastensuojelun sosiaalityöntekijä, Nurmijärven sosiaalitoimisto
SARI ASPEGREN, terveydenhoitaja, Klaukkalan äitiys- ja lastenneuvola
ANNE NAUMANEN, perhetyöntekijä, Nurmijärven sosiaalitoimisto

Nurmijärvellä varhaisen puuttumisen (Varpu) rakenteita ja toimintaa on kehitetty yhdessä Stakesin kanssa jo vuosien ajan. Nurmijärven Varpu-malli pohjautuu Stakesissa kehiteltyihin Huolen vyöhykkeistöön ja ns. verkostomenetelmiin.

Neuvolan lastensuojelullinen tehtävä on ennaltaehkäisy. Nurmijärven neuvolatoiminnan rakenteena on yhdistetty äitiys- ja lastenneuvolatyö. Resurssit ovat tällä hetkellä riittävät, joten mm. kotikäynteihin ja (Vavu) koulutukseen on voitu panostaa. Dokumentointiin, erityisesti perhetietojen ja psykososiaalisen terveyden kirjaamiseen on kiinnitetty huomiota. Systemaattinen käyntien seuranta ja käymättä jättäneiden neuvolaan kutsuminen on yksi harkitseminen arvoinen kaltoinkohtelun tunnistamisen ja ehkäisyn keino.

Neuvolan erityisenä tehtävänä on huomata pienet, varhaiset merkit vanhemmuuden voimavarojen puutteista tai psykososiaalisista riskitekijöistä. Seulat, Nurmijärvellä Audit, EPDS ja vuonna 2009 käyttöön otettava väkivaltakysely, ovat hyviä apuvälineitä, mutta tärkeintä on intuition luottaminen ja rohkeus oman huolen puheeksiottoon. Puheeksiotto ja kuulluksi tuleminen voi riittää. Tarvittaessa tarjotaan erityistä tukea, esimerkiksi neuvolan perhetyötä. Tarjotun ja vastaanotetun tuen kirjaaminen on tärkeää. Nurmijärven neuvolan perhetyö on tavoitteellista ja lyhytkestoista perheen tukemista vanhemmuudessa, kasvatuksessa ja arjen hallintaan liittyvissä asioissa. Hallinnollisesti perhetyöntekijä kuuluu sosiaali- ja perhepalveluihin. Elokuussa 2008 saatiin Nurmijärvellä uusi toimi: neuvolan erikoissairaanhoidajan. Psykiatrisen sairaanhoidajan ja terveydenhoitajan koulutuksen saaneen työntekijän toimenkuva muodostuu konsultointituesta ja työparityöskentelystä(30 %), ryhmätyöskentelystä, kehittämistyöstä ja koulutuksesta(40 %) sekä yksilövastaanotosta(30 %).

Yhteistyötahojen hakemista tarvitaan viimeistään silloin kun neuvolan omat tukimuodot eivät riitä tai niitä ei vastaanoteta. Käytännössä yhteistyö tarkoittaa moniammatillista neuvola- tai asiakaspalaveria, kotikäyntiä perhetyöntekijän ja/tai sosiaalityöntekijän kanssa tai verkostokokouksen koolle kutsumista. Aktiivisuus asiakassuhteessa ja yhteydenottojen kirjaaminen on tärkeää silloin kun perhe ei ”lähde mukaan” yhteistyöhön. Lastensuojelun konsultointi ilman asiakkaan nimen kertomista on mahdollista oman huolen asteen jäsentämiseksi. Yhteydenotto lastensuoje-

luun otetaan viimeistään kun ollaan lapsen ja perheen tilanteesta erittäin huolissaan. Vanhempien kanssa keskustellaan ensin myös silloin kun päädytään lastensuojeluilmoituksen tekoon.

Lastensuojelun tarpeessa olevat lapset ja nuoret ovat sosiaalisilta taustoiltaan hyvin monenlaisista perheistä. Lastensuojelun työskentely lähtee lastensuojelutarpeen arvioinnista. Keskeisintä on arvioida tilannetta lapsen näkökulmasta. Tarvittaessa pyydetään tietoja myös viranomaisilta, esimerkiksi neuvolaterveydenhoitajalta. Lastensuojelun avohuollon toimintamuotoja ovat sosiaalityö, perhetyö, verkostotapaamiset läheisten ja/tai viranomaisten kanssa (myös ennakoitdialogit ja läheisneuvonpidot), tukihenkilö- ja tukiperhetoiminta, perhekuntoutus, päivähoito avohuollon tukimuotona ja lisäksi eri palveluiden räätälöinti. Tarvittaessa neuvolan terveydenhoitaja on mukana verkostoneuvotteluissa.

Lastensuojelun avohuollon keskeisimpiä tukitoimia on perhetyö. Perhetyö alkaa aina perheen kanssa alkukartoituksella, jossa tavataan kaikki perheenjäsenet ja jokainen lapsi kuullaan erikseen. Työskentely on perheiden tukemista omatoimisuuteen ja selviytymään arjen eri tilanteissa jo olemassa olevien sosiaalisten verkostojen ja palveluiden avulla. Myös vertaistukitoimintaa järjestetään.

Investoinnit ehkäiseviin palveluihin näky lastensuojelussa

MAIRE AHOPELTO, Perusturvajohtaja, Th-klö, TtM, THO, Limingan kunta

Valtakunnallisesti on todettu, että lastensuojelun korjaavien toimenpiteiden lukumäärä nousee mm. huostaanotot. Perheet ovat kokeneet, että kunnan antamaa tukea etenkin vanhempien tai lasten sairaustapauksissa ei saa ja neuvolan lapsimäärät terveydenhoitajaa kohden ovat yli suositusten. Kuntien resurssit menevät lasten sijoittamiseen esim. perhehoitoon ja perhekotiin.

Ennalta ehkäisevänä toimintana suunniteltiin moniammatillinen malli varhaiseen tukemiseen. Kuntiin perustettiin yhteistyöryhmä, johon kutsuttiin jäseniä peruspalvelujohtaja, johtava lääkäri, sosiaalityönjohtaja, sosiaalityöntekijät, lastenvalvojat, päivähoidonohjaajat, kouluterveydenhoitajat, äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajat, psykiatriset sairaanhoitajat, perhetyöntekijät, lastenlääkäri ja muut lääkärit. Ohjausryhmäksi määriteltiin peruspalveluiden johtoryhmä, johon kuuluvat peruspalvelujohtaja, johtava lääkäri, sosiaalityönjohtaja, vanhustyönjohtaja, terveydenhuollon tiiminvetäjä osastonhoitaja ja ravintopalvelupäällikkö. Mallia kehitettiin aluksi 0–6-vuotiaiden lasten perheille.

Varhaisen tukemisen mallin ensisijaisena tavoitteena oli uudistuvien palvelukäytäntöjen kehittäminen ennalta ehkäisevän työn näkökulmasta. Kehitimme mallin, miten voimme ennaltaehkäistä lapsiperheiden tilanteita, joissa joudutaan korjaavien tukitoimin auttamaan lasta ja perhettä. Näkökulma on lapsi- ja vanhempilähtöinen sekä perhelähtöinen. Kehitimme keinoja, miten voimme asettua kumppaneiksi, olla tukemassa ja kannustamassa vanhempia lapsi- ja perhelähtöisesti elämän pulmatilanteissa. Auttaminen tulisi mielellään jo siinä vaiheessa, kun ongelmia ei ole, mutta niihin on olemassa tunnistettava riski.

Asiakasnäkökulmasta tukeminen on lapsi- ja perhelähtöistä: 1. vanhemman omaa itsetunte-
musta ja itseluottamusta vahvistavaa, vanhempaa osallistavaa, jolloin vanhempi itse kokee ja tuntee
olevansa arvostettu toimija lapsen asiassa, 2. ennaltaehkäisevää, jo raskausaikana aloitettavaa
yhteistyötä, 3. lapsuuden varhaisvaiheisen, ja leikki-ikäisen lapsen perheen kanssa yhteistyötä,
4. yhteistyö laajenee esikoulu- ja ala-asteikäisen lapsen perheisiin, 5. lopulta koskettaa 0–18-
vuotiaita lapsia ja nuoria, 6. sisältää riskitilanteen tunnistamisen ja puheeksi ottamisen, sekä perheen
poluttamisen yhteistyöhön perhepalveluita tarjoavien toimijoiden kanssa.

Prosessit on kuvattu mm. ennalta ehkäisevä sosiaalityö, päihdetyö, oppilashuolto, nuorisotyö, koulu, mielenterveystyö, neuvola ja lääkärin vastaanotot. Kuntien yhteisiä prosesseja on kuvattu sosiaali- ja terveystalustrategiassa, joka on tehty ennalta ehkäisevästä näkökulmasta. Suunnittelimme yksityisen perheneuvolatoiminnan, johon perheneuvola sai lääninhallitukselta luvan. Kehitimme kuntien tarpeisiin vastaavan toimintamallin, johon kuuluu psykologin, perheterapeutin ja sosiaalityöntekijän palvelut.

Osaamisen kehittämiseksi tutustuttiin huolen harmaa vyöhyke -malliin. Henkilöstölle toteutettiin avoin koulutussarja, johon kuului 4 koulutuspäivää ja Stakesin Huoli puheeksi -koulutus toteutettiin kaikille halukkaille kunnan työntekijöille.

Resursseja on lisätty mm. perhetyö, mielenterveystyö, perheneuvola, päivähoito, neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon asiakasmäärät ovat suositusten mukaisia, sosiaalityössä on resursseja riittävästi ja aktivoimme moniammatillisen oppilashuoltotyön opetusministeriön oppilashuolto-hankkeessa. Yhden lapsen sijoittaminen perhekotiin maksaa n. 50 000 euroa/vuosi. Jos perheessä on 2–4 lasta, sijoittaminen maksaa 100 000–200 000 euroa/vuosi. Yhden perhetyöntekijän tai perhepäivähoitajan tai yksityisen hoitajan kustannus on n. 30 000 euroa/vuosi. Palkkasimme perheisiin perhetyöntekijän, hoitajan arkipäiviksi, illoiksi, viikonlopuksi tai tarjosimme perheille lomaa tukitoimina. Moniammatillinen verkosto toimi aktiivisesti. Näiden toimenpiteiden avulla pystyimme auttamaan perheiden jaksamista ja välttämään huostaanottoja. Huostaanottojen lukumäärä laski.

Lapsen hyvinvointi ja kehitysympäristöt – mistä on kysymys?

TYTTI SOLANTAUS, tutkimusprofessori, Stakes

Lasten kasvu ja kehitys tapahtuvat arkisissa toimissa ja ihmissuhteissa – ei se ole sen kummempaa. Sama pätee aikuisella. Sitä vastoin se, minkälaisiksi ihmissuhteet, toiminta ja niin muodoin kehitys muodostuvat, on paljon monimutkaisempaa: kehitysympäristöt astuvat kehiin.

Kehitysympäristöllä tarkoitan ympäristöä, jossa tapahtuu ihmisen kehitystä. Ihminen on itse ympäristössä osallisena ja toimijana. Koti on tärkeä kehitysympäristö meille kaikille, ilmiselvästi. Samoin ovat lapsille varhaiskasvatuksen ympäristöt, koulu ja vapaa-ajan ympäristöt ja aikuisilla omat työympäristöt. Näissä kaikissa ihminen on jatkuvassa vuorovaikutuksessa muiden kanssa, vuorovaikutuksessa, jolla on suuri merkitys sille, miten mieli rakentuu, minkälaiselle polulle kehitys asettuu ja mitä polun haarautuessa tapahtuu. Kehitysympäristöjen tehtävät, toiminta ja fyysiset olosuhteet vaikuttavat syntyvän vuorovaikutuksen laatuun.

Esityksessä pohditaan, mitä kehitysympäristö-ajattelu merkitsee lapsen kasvun ja kehityksen ymmärtämiselle ja minkälaisia haasteita se tuo lasten ja nuorten kanssa toimiville.

Lasta odottavan ja kasvattavan perheen elämäntavat

Lapsiperheiden terveiden elintapojen edistäminen: monipuolista ruokaa ja riittävästi liikuntaa kaikille

MARI MIETTINEN, ylitarkastaja, Sosiaali- ja terveysministeriö

Valtioneuvosto antoi 12.6.2008 periaatepäätöksen terveyttä edistävän liikunnasta ja ravinnosta. Sen mukaan valtakunnallisen terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon edistämisen päätavoitteina ovat väestön terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy niin, että 1) terveytensä kannalta riittävästi liikkuvien määrä kasvaa ja liikunnasta syrjäytyneiden määrä vähenee, 2) ravitsemus-suositusten mukaisesti syövien määrä kasvaa kasvien, hedelmien ja marjojen käyttöä lisäämällä samalla kun tyydyttyneen rasvan, suolan ja sokerin saanti vähenee, 3) ylipaino ja lihavuus sekä muut ravintoon ja riittämättömään liikuntaan liittyvät terveyshaitat vähenevät ja 4) terveyttä edistävät ruoka- ja liikuntatottumukset yleistyvät erityisesti huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevilla väestöryhmillä.

Periaatepäätöksessä on linjattu myös tavoitteet ja kehittämissinjit eri ikä- ja väestöryhmille, arkiympäristön kehittämiseen, paikallistason päätöksentekoon, eri ammattiryhmien koulutukseen sekä kansalliseen seurantaan ja tutkimuksen hyödyntämiseen.

Lasten, nuorten ja perheiden osalta tavoitteena on, että 1) lapsille, nuorille ja lapsiperheille on tarjolla enemmän tietoa, tukea ja mahdollisuuksia liikunnallisen elämäntavan ja terveellisten ruokatottumusten omaksumisessa ja 2) päivähoito- ja kouluympäristö ja niiden toimintakulttuurit tukevat liikunnallisesti aktiivista elämäntapaa ja terveellisiä ruokatottumuksia.

Neuvola, päivähoito ja kouluympäristö ovat keskeisiä kehittämisen painopistealueita, koska ne tavoittavat lähes kaikki lapset, nuoret ja lapsiperheet. Mahdollisuus liikuntaan ja terveelliseen ravintoon kuuluu kaikille. Erityisesti on huomioitava erityistä tukea tarvitsevat lapset ja nuoret.

Valtioneuvoston mukaan neuvolatoiminnassa ja kouluterveydenhuollossa on oltava riittävästi osaavaa henkilökuntaa ja välineitä lapsiperheiden ruoka- ja liikuntatottumusten arvioimiseen sekä elämäntapoihin liittyvien ongelmien havaitsemiseen ja ohjaukseen. Terveyttä edistävä liikunta ja ravinto on huomioitava neuvolatoiminnasta sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta annettavien asetusten valmistelussa ja toimeenpanossa.

Valtioneuvosto määrittelee neuvolatoiminnan lisäksi runsaasti päivähoito- ja kouluympäristöön liittyviä kehittämisen painopisteitä. Päivähoidon ja koulun on tuettava terveellisten elämäntapojen omaksumista ja niiden tulee olla terveyttä edistäviä ympäristöjä. Valtioneuvosto korostaa riittävän, päivittäisen liikunnan ja terveellisen ravinnon roolia päivähoito- ja koulu-päivässä sekä liikuntaan ja ravintoon liittyvien suositusten toteutumisen tehostamista. Lapsiin ja nuoriin kohdistuva elintarvike- ja ruokamarkkinointi ei saa olla ristiriidassa terveyden edistämisen viestien kanssa.

Terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunta ja Valtion ravitsemusneuvottelukunta ovat laatineet periaatepäätöksen linjausten pohjalta toimeenpanosuunnitelman, jossa on määritelty toteutus kunkin sisältöalueen toimeenpanemiseksi 2008–2011 (www.stm.fi/teli). Lapsiperheiden terveyttä parannetaan muun muassa huolehtimalla, että liikunta ja ravinto ovat keskeisiä alueita tulevassa neuvolatoiminnan asetuksessa, kehittämällä liikunta- ja ravitsemusohjausmenetelmiä neuvoloissa, laatimalla kansallinen imetysohjelma, kehittämällä neuvolatyöntekijöiden täydennuskoulutusta ja lisäämällä perheiden yhteisiä liikuntamahdollisuuksia.

Perhekeskeinen lasten lihavuuden ehkäisy – hankkeesta pysyväksi käytännöksi

MINNA AROMAA, dosentti, ylilääkäri, Turun terveystoimi, Lasten ja nuorten poliklinikka

Painokas-projekti on Turun terveystoimen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kolmivuotinen kehittämis- ja tutkimushanke Turun kaupungissa vv. 2006–2008 (www.painokas.fi). Projektin kohderyhmänä ovat olleet turkulaiset 4- ja 6-vuotiaat lapset, joiden pituuspaino on +10–+40 %. Projektin tavoitteena on lapsen terveen kasvun tukeminen sekä ylipainon ja lihavuuden riskin pienentäminen. Projektin alusta lähtien johtavana periaatteena on ollut tukea koko perheen terveyttä ja elämänhallintaa. Lisäksi tavoitteena on ollut kehittää käytännön työvälineitä neuvolaterveydenhuoltoon koko perheen hyvään ja toimivaan elintapaohjaukseen. Projektissa ollaan aktiivisesti vahvistettu kaupungin eri hallintokuntien välistä yhteistyötä lasten ja nuorten terveyden edistämiseksi. Projekti perustuu 7 kerran lyhytinterventio-ohjelmaan, jossa koko perhe otetaan mukaan lapsen terveen kasvun tukemiseen.

Turun terveystoimen lastenneuvoloiden terveydenhoitajat ovat tarjonneet perheille mahdollisuutta osallistua projektiin. Puolet perheistä on valittu perheiksi, jotka osallistuvat interventioon ja puolet verrokkiperheiksi. Projektiin on tähän mennessä osallistunut noin 150 perhettä. Interventioikäntien sisältö on suunniteltu moniammatillisesti. Painokas-interventio käsittää neljä perheiden yksilötapaamista projektikoordinaattorin, lastenlääkärin, ravitsemus- ja liikunta-asiantuntijoiden luona sekä kolme yhteistä perhetapahtumaa: Voi hyvin, Nauti ruoasta ja Liiku leikiten. Perhetapaamiset on suunniteltu yhdessä kulttuuritoimen, kirjaston, kuluttajatoimiston ja liikuntapalvelukeskuksen sekä Turun ammattikorkeakoulun terveys- ja hyvinvointipalveluja tuottavan yksikön kanssa. Yhteistyötä on tehty myös Turun yliopiston STRIP-projektin ja Sydänliiton kanssa.

Projektin kehittämistyön tuloksena on syntynyt ns. *Työkalupakki- Puheeksi ottamisen työvälineistö terveysneuvontatyöhön*. Projektiin osallistuneet perheet sekä neuvoloiden terveydenhoitajat ja projektin työntekijät ovat osallistuneet työkalupakin kehittämiseen. Välineistöä voivat käyttää elintapaneuvontaa antavat ammattilaiset, esim. terveydenhoitajat, lääkärit, ravitsemus- ja liikuntaohjausta antavat henkilöt. Työvälineistö helpottaa erilaisten asioiden puheeksi ottamista, perheen omaa oivallusta ja sitoutumista elintapamuutoksiin. Perheen kokemus kuulluksi tulemisesta luo turvallisuutta hoitosuhteeseen ja helpottaa sitoutumista muutokseen. Työvälineiden avulla tuetaan perheiden asiantuntijuutta omaa elämää koskevissa valinnoissa eikä asioita arvoteta ammattilaisen silmin. Koko perheen huomioiminen, myös vanhempien hyvinvoinnin kartoittaminen, motivoi perhettä muutokseen. Työkalupakki sisältää pelilaudan muodossa ruokakolmion, aktiivisuuskolmion, elämänrytmin ympyrän sekä perheen voimavaramittarin. Pakissa on myös ravitsemus-, liikunta- ja terveysneuvonnan tietoutta sekä välineistön käyttöopastuksen sisältävä DVD, sekä mittanauha vanhempien vyötäröympäryksen mittaamiseen.

Painokasprojekti on vahvistanut ajatusta siitä, miten tärkeää on huomioida lapsen lisäksi myös vanhempien hyvinvointi, elintavat- ja tottumukset. Hankkeeseen osallistuneiden perheiden vanhemmat ovat palautteessaan olleet tyytyväisiä siihen, että myös vanhempien hyvinvointi on huomioitu ja perheen omille muutosajatuksille on annettu tilaa. *Suositlemme koko perheen hyvinvointikäynnin järjestämistä lastenneuvoloihin.*

Painokasprojektin loppumetreillä verrokkiperheiden tietojen keruu on vielä kesken. Projektiin liittyvän tutkimuksen avulla voidaan arvioida intervention vaikuttavuutta pitkäaikaisseurannassa. *Työkalupakki tullaan jakamaan mahdollisimman moneen neuvolaan käytännön työn apuvälineeksi.*

Päihderiippuvaisten raskaana olevien äitien ja heidän vauvojensa palveluohjausmallin kehittäminen ja vakiinnuttaminen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä

SARI AHLQVIST-BJÖRKROTH, SARI URPONEN, ESSI VAHALA JA MARJA-RIITTA STÅHLBERG,
Turun yliopistollinen keskussairaala/Lastenkliniikka

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä ja Turun yliopistollisessa keskussairaalassa kehitettiin vuosina 2002–2006 päihderiippuvaisten raskaana olevien äitien ja heidän vauvojensa palveluohjausmalli. Kehitystyö tehtiin sosiaali- ja terveysministeriön tukemassa projektissa. Vuoden 2007 alusta palveluohjausmalli siirtyi sairaalan ja koko palveluketjun omaksi toiminnaksi sairaanhoitopiirin alueella.

Projektivaiheessa alueen äitiysneuvoloissa otettiin koekäyttöön *haastatteluseula* ja tarkennetut *hoitoonohjausohjeet*. TYKS:n äitiyspoliklinikan Hal- riskiraskauspoliklinikan yhteyteen koottiin moniammatillinen palveluohjausta koordinoiva työryhmä. Päihderiippuvaisen äidin raskaudenaikainen *hoitosuunnitelma* rakentui *moniammatilliseen arvioon ja* synnytyksen jälkeinen äidin ja vauvan yhteinen hoitosuunnitelma tehtiin koko hoitoverkon kanssa *synnytysverkostossa* noin kuukautta ennen laskettua aikaa. Päihdealtistuneet vauvat ja päihdeperheet ohjattiin *tiiviseen kehitysseurantaan* lastenkliniikan *sosiaalipediatrielle* poliklinikalle.

Projektin aikana tavattiin 319 päihderiippuvaista raskaana olevaa tai juuri synnyttäneitä naista. Päihderiippuvaisten äitien tunnistaminen äitiysneuvoloissa lisääntyi 67 %:lla. Alkoholi-riippuvaisten äitien tunnistaminen lisääntyi myös huomattavasti, kun aiemmin hoitoon ohjattiin lähinnä huumeriippuvaisia äitejä. Äideistä 60 % oli raskaudenaikaisen päihdehoidon piirissä. Vauvoista 82%:lle luotiin lastensuojelukontakti ja heistä noin puolelle lastensuojelukontakti rakentui jo raskaudenaikana. Sosiaalipediatrieseen kehitysseurantaan ohjautui 79 % syntyneistä lapsista.

Luotu palveluohjausmalli on vakiinnutettu osaksi sairaanhoitopiirin toimintaa. Uudistettu haastatteluseula on käytössä sairaanhoitopiirin alueen neuvoloissa ja v. 2008 hoitoonohjaus tapahtui pääsääntöisesti äitiysneuvolan kautta. Erikoissairaanhoidossa tapahtuva *hoidon ja tuen tarpeen arviointi ja koordinointi* tapahtuu keskeisimmin *äitiyspoliklinikan Hal-poliklinikalla*. Raskaudenaikaisen seurannan tärkeä tehtävä on sikiövauvan hyvinvoinnin turvaaminen ja näkyväksi tekeminen. Päihdeperheen lapsen kehitysseuranta ja palveluohjaus erikoissairaanhoidossa rakentuu *sosiaalipediatrien* poliklinikan varaan vauvan synnyttyä. Kaksi kolmasosaa päihdeäitien vauvoista ohjautui v. 2007 sosiaalipediatrielle poliklinikalle Hal-poliklinikan kautta ja 1/3 lapsivuodeosastoilta, poliisiin tai sosiaalitoimen kautta. Näin ollen palveluohjauksen kokonaisuudessa perusterveydenhuollon neuvolapalvelujen rooli on merkittävä riskiperheiden tunnistamisessa. Haasteena tulevaisuudessa on myös perustason palvelujen kehittäminen riskiperheille.

Vanhempien päihdeiden käytön tunnistaminen ja varhainen auttaminen äitiys- ja lastenneuvolassa

TAINA YLÄ-SOININMÄKI, terveydenhoitaja, Kasakkamäen neuvola, Lahti

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän alueella on toteutettu kaksi hanketta päihdeperheiden palvelujen kehittämiseksi. Vuonna 2002–2003 luotiin päihdeongelmaisten synnyttäjien hoitomalli, jossa määriteltiin hoitoketjun toimijoiden tehtävät, erikoissairaanhoitoon lähettämisen kritee-

rit ja hoidon yleiset periaatteet. Vuosina 2005–2007 kehittämishankkeen avulla mallinnettiin päihdeperheeseen syntyvien lasten kehitysseuranta ja verkostoyhteistyötä. Näkemykseni päihdeperheiden hoidosta pohjautuvat näistä hankkeista ja käytännön äitiys- ja lastenneurolatyöstä saatuihin kokemuksiin.

Vuosittain Päijät-Hämeen neuvoloista lähetetään keskimäärin 60 päihdetaustaista odottajaa äitiyspoliklinikalle riskiraskauden arviointiin. Pääasialliset päihteet ovat alkoholi ja buprenorfiini, yleistä on aineiden sekakäyttö. Tyypillistä päihdettä käyttäneelle odottajalle on aineiden käyttöön liittyvät pelot, syyllisyys ja häpeä. Heidän elämänhallinnassaan on usein ongelmia ja ihmissuhteissa ristiriitoja, jotka kuormittavat keskimääräistä enemmän. Useilla seurannassa olleilla äideillä oli päihdeperhetausta ja oma lastensuojelun asiakkuus. Huolimatta useista riskitekijöistä, vanhemmuuden tehtävästä selviytymistä on hyvin vaikea ennustaa. Äidin ja isän varhaisilla hoivakokemuksilla on varmasti merkitystä oman lapsen tarpeiden tunnistamisessa ja niihin vastaamisessa.

Päihdeäitien hoidon punaisena lankana toimii mielestäni parhaiten heidän oma tavoitteensa: ”Haluan olla hyvä äiti ja toivon, että minuun suhtaudutaan kuin kehen tahansa asiakkaaseen”. Tämän tavoitteen toteutumiseksi neuvolatyössä voidaan tehdä paljon, mutta se vaatii pitkäjänteistä yhteistyötä perheen ja verkoston kanssa. Kaikissa asiakassuhteissa, erityisesti päihdeperheiden kanssa, tärkeintä on luottamus ja avoimuus. Äitiysneuvolassa on tärkeää keskustella avoimesti perheen päihteidenkäytöstä, tunnistaa riskiasiakkaat sekä motivoida perhettä päihteettömyyteen ja avun vastaanottamiseen. Lasta odottavalle päihdetaustaiselle perheelle on tärkeää tietää millaista apua heillä on mahdollista saada, millaisia riskejä raskauteen ja synnytykseen liittyy ja miten heitä voidaan auttaa vanhemmuuden tehtävässä. Raskausaikana ”synnytetään” yhdessä mielikuvavavaa ja käynnistetään tukipalveluja, joista tavallisin on perhetyö. Tähän meillä on hyviä työmenetelmiä: varhaista vuorovaikutusta tukeva haastattelu ja yhteinen kotikäynti perhetyöntekijöiden kanssa. Tavoitteena tulisi olla tukipalveluiden käynnistäminen jo raskausaikana.

Lapsen syntymän jälkeen lapsen kasvun ja kehityksen seuranta on neuvolan perustehtävää. Erityisesti lapsen syömisen, nukkumisen ja tunne-elämän säätelyyn perhe tarvitsee konkreettista tukea. Lapsen tekeminen näkyväksi, tarpeiden tulkinta ja niihin vastaamisen mallintaminen auttaa vanhempia rakentamaan omaa suhdetta lapseen. Tihennetyt neuvolakäynnit ja yhteisillä kotikäynneillä perhetyöntekijän kanssa on mahdollista havainnoida missä todellisuudessa lapsi kasvaa ja kehittyy. Kirjallinen hoitosuunnitelma, seuranta ja arviointi yhteistyössä perheen ja muiden toimijoiden kanssa auttaa jäsentämään terveydenhoitajan toimintaa ja roolia.

Verkostotyö on osa päihdeperheen hoitoa. Neuvolan terveydenhoitaja on verkostossa lapsen kasvun ja kehityksen asiantuntija. Myös verkostossa lapsi tulee tehdä näkyväksi, koska usein vanhempien monet tarpeet nousevat lapsen tarpeiden edelle.

Toimiva asiakassuhde, hyviin käytänteisiin perustuva hoitotyö, aktiivinen ja asiantunteva toiminta verkostossa tekevät todeksi laadukkaan neuvolatyön ja ovat parasta lapsen suojelua.

Lasten kaltoinkohtelun ehkäisy

Hoitotyön suositus – lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen

EIJA PAAVILAINEN, TtT, professori (eija.paavilainen@uta.fi) ja AUNE FLINCK, TtT, post doc -tutkija, Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos/Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Lasten kaltoinkohtelu on osa perheväkivaltaa. Sitä esiintyy hyvin monenlaisissa perheissä ja sen tunnistaminen ja siihen puuttuminen on haasteellista. Tunnistamisen ja varhaisen puuttumisen periaatteet ja menetelmät on koottu hoitotyön suositukseksi. Suositusta soveltamalla voidaan yhtenäistää tunnistamis- ja hoitokäytäntöjä ja parantaa kaltoinkohdeltujen lasten ja heidän perheidensä kohtaamista ja hoitoa. Lasten kaltoinkohtelulla tässä suosituksessa tarkoitetaan fyysistä pahoinpitelyä, henkistä pahoinpitelyä sekä huolenpidon laiminlyöntiä, joka kohdistuu alle 18-vuotiaisiin lapsiin tai nuoriin heidän vanhempiensa tai huoltajiensa toimesta. Lasten kaltoinkohteluun puuttuminen on sekä terveydenhuollon, lastensuojelun että moniammatillisen yhteistyön ja väkivaltatyön asia.

Suosituksen käyttöönotto työyksiköissä edistää hoitotyöntekijöiden asiantuntevaa toimintaa kaltoinkohtelun tunnistamisessa ja vaikean asian puheeksi ottamisessa sekä perheiden kanssa, omassa työyhteisössä että yhteistyökumppaneiden kanssa. Sen avulla voidaan edistää vaikuttavien interventioiden kehittämistä sekä lisätä keskustelua yhteiskunnassa tästä aiheesta. Suositusta voivat käyttää myös muut lasten kanssa työskentelevät ammattilaiset. Sen pohjaksi on tehty systemaattinen kirjallisuuskatsaus (lähes 7 500 tutkimusta eri tieteenaloilta: terveystieteet, yhteiskuntatieteet) (Paavilainen & Flinck 2007). Suositusta voidaan käyttää myös koulutuksessa ja johtamisen apuvälineenä esimerkiksi moniammatillisen yhteistyön organisoimisessa.

Lasten kaltoinkohtelun hoitosuositus antaa työntekijöille tutkimukselliseen tietoon ja näyttöön perustuvia keinoja ja menetelmiä tunnistaa lasten kaltoinkohtelua sekä hoitaa lapsia ja perheitä osana moniammatillista työryhmää. Suosituksessa kirjoitetaan seuraavista asioista: lapsen, vanhempien ja perheen riskitekijät, kaltoinkohtelun merkit ja oireet sekä tunnistamisen ja puuttumisen periaatteet ja keinot. Suositus on tehty osana Suomen Akatemian rahoittamaa Perheväkivallan tunnistamisen ja hoidon tutkimushanketta 2006–2008 (no. 109 830) sekä yhteistyössä Hoitotyön Tutkimussäätiön kanssa.

Lisätietoa

Paavilainen E, Pöso T. 2003. Lapset, perhe ja väkivaltatyö. WSOY, Porvoo.

Paavilainen E, Flinck A. 2007. Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen: systemaattisesti kerätty tutkimustieto kehittämistyön tukena. Tutkiva Hoitotyö 5(2), 4–8.

www.hotus.fi

Perhelähtöisyys – terveyserojen kaventamisessa ja huomioimisessa

Nuorten erityistukea tarvitsevien odottavien äitien tukemisen toimintamalleja

MARITA VÄÄTÄINEN, terveydenhoitaja Oulun kaupunki

SANNA VÄHÄTIITTO, perhetyöntekijä Oulun kaupunki

Siskot on Mannerheimin Lastensuojeluliiton (MLL) Pohjois-Pohjanmaan piirin projekti, jota rahoittaa Raha-automaattiyhdistys vuosille 2003–2008. Siskot-projektissa on kehitetty toimintamalli oululaisille alle 21-vuotiaille ensimmäistä lastaan odottaville erityistuen tarpeessa oleville äideille. Toiminta on siirtynyt vuonna 2008 osaksi Oulun kaupungin neuvolapalveluja Siskot -projektin järjestämän koulutuksen ja ohjauksen avulla.

Siskot-toiminnan tavoitteena on tukea nuoria ensisynnyttäjiä ikään ja äitiyteen liittyvissä kehityshaasteissa. Näihin haasteisiin liittyvät monenlaiset riskitekijät, kuten esimerkiksi suunnitteleman raskaus, raskauteen ja synnytykseen liittyvät pelot, mielialaan liittyvät asiat tai läheisten vähäinen tuki. Siskot-toimintamallissa tukea tarjotaan vertaisryhmätoiminnan, henkilökohtaisten tapaamisten sekä tukihenkilötoiminnan avulla. Toiminnasta vastaa terveydenhoitaja-perhetyöntekijä työpari. Uutena tukimuotona on keväällä 2008 alkanut isäryhmä, jonka ohjaajana toimii neuvolan miesperhetyöntekijä.

Siskot-toimintaan hakeudutaan pääsääntöisesti äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien ohjaamina. Siskot-ryhmän ohjaajina toimivat terveydenhoitaja ja perhetyöntekijä tekevät ensihaastattelun kotikäyntinä, jossa kartoitetaan tulevan äidin tuen tarve. Ryhmään valitaan 5–7 äitiä. Toiminta alkaa noin 2–3 kuukautta ennen vauvan syntymää jatkuen siihen asti, kun vauva on muutaman kuukauden ikäinen. Vertaisryhmätoiminta tapahtuu erilaisten teemojen pohjalta, joita ovat mm. synnytys ja vauvan hoito, oma jaksaminen sekä vanhemmuuden voimavarat. Ryhmätapaamisissa käydään läpi omaa elämänhistoriaa, sekä pyritään tuomaan rohkeutta keskustella raskauden aikaisista muutoksista ja omista valmiuksista tulla äidiksi. Vauvojen synnyttyä ryhmässä toteutetaan toiminnallisia teemoja mm. vauvahierontaa, loruja ja leikkejä sekä opetellaan valmistamaan vauvan ruokia. Vertaisryhmätoiminnan lisäksi jokaiselle äidille varataan aikaa myös henkilökohtaisiin tapaamisiin ryhmänohjaajien kanssa. Jokaiselle äidille on vähintään kolme henkilökohtaista tapaamista, jotka toteutetaan kotikäynteinä. Tapaamisiin voivat osallistua myös lapsen isä tai muut läheiset. Lisäksi osalle äideistä tarjotaan tukihenkilöä. Tukihenkilöt eli ”tukisiskot” ovat Oulun seudun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita.

Siskot-toiminnasta äideiltä saatu palaute on ollut erittäin positiivista ja kannustavaa. Äidit ovat kokeneet erityisesti ryhmään osallistumisen tärkeänä oman ja lapsensa hyvinvoinnin kannalta. Ryhmään osallistuminen on poistanut yksinäisyyttä, vähentänyt epävarmuutta äitinä ja synnyttänyt uusia ystävyys-suhteita. Lisäksi äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat ovat kokeneet, että ryhmän toiminta on vähentänyt heidän omaa huoltaan nuorten äitien pärjäämisestä äitiyden kehityshaasteissa.

”Olin juuri jäänyt sairaslomalle töistä ja sosiaaliset yhteydet muihin ihmisiin olivat vähissä. Ryhmä oli pelastus minun yksinäisyyteeni.”

”Parasta ryhmässä oli vertaistuki. Missähän olisinkaan ilman tätä meidän ryhmää?”

Perheen voimavarojen tunnistaminen kotiin vietyjen moniammatillisten palvelujen lähtökohtana

ULLA VEHVILÄINEN, vastuuterveydenhoitaja, Imatran kaupunki, Sosiaali- ja terveyskeskus

Imatran asukasmäärä on noin 29 000, vuosittainen syntyvyys on 2000-luvun ajan pysytellyt vakaana, noin 250 lasta/vuosi. Lapsiperheiden osuus on 37 %, heistä yksinhuoltajaperheitä 22 %, alle kouluikäisiä lapsia on hieman alle 1 800. Äitiys- ja lastenneuvolapalvelut toteutetaan väestövastuiseksi yhdistettynä palveluna seitsemän terveydenhoitajan voimin kolmessa vastaanottopisteessä eri puolilla kaupunkia. Lähes kaikki neuvolaterveydenhoitajat ovat osallistuneet varhaisen vuorovaikutuksen ja huolen puheeksioton koulutuksiin. Yksi heistä on käynyt myös hupu-kouluttajakoulutuksen.

Viime vuosina toteutettujen organisatoristen muutosten ja samaan aikaan tapahtuneen valtakunnallisen informaatio-ohjauksen lisääntymisen myötä on neuvolapalveluja pyritty kehittämään entistä paremmin kansallisia suosituksia vastaaviksi. Myös kuntalaisia on kuultu: Imatralaisille neuvolapalveluja käyttäville perheille suunnatun asiakaskyselyn (2005, N = 426) mukaan neuvolalta toivottiin aikaisempaa enemmän kotikäyntejä ja tiiviimpää yhteistyötä varhaiskasvatuksen, sekä muiden lapsiperhepalvelujen kanssa. Samaisen kyselyn mukaan 96 % perheistä piti parempana äitiys- ja lastenneuvolan yhdistelmää sektoroituun vaihtoehtoon verrattuna. Perheille suunnatun varhaisen avun saatavuutta on parannettu palauttamalla lapsiperheille kotipalveluresursseja kahden perheohjaajan ja kodinhoitajan verran, myös yhden kasvatus- ja perheneuvolan psykologin työpanos on kohdennettu erityisesti lasta odottavien ja alle 3-vuotiaiden lasten perheille. Neuvolaterveydenhoitajien ja varhaiskasvatuksen yhteistyötä on tiivistetty. Puhe- ja toimintaterapian, sekä erityispäivähoidon asiantuntijat ovat tässä yhteistyössä tarvittaessa mukana. Lapsi-perheiden sosiaalipalveluissa toimiva sosiaalityöntekijä on neuvolaterveydenhoitajan yhteistyökumppanina aina tarpeen mukaan.

Toimintoja kehitettäessä on yhdessä suunnittelu osoittautunut tärkeäksi eri ammattiryhmien sitoutumiselle uusien työtapojen käyttöön. Kuulluksi tuleminen ja avoin keskustelu ovat edistäneet toimintojen sujuvuutta. Käytänteistä sopiminen riittävän seikkaperäisesti – vaikkapa yhteisten kotikäyntien dokumentointitapa, tai sähköisen lomakkeen valinta neuvolapsykologiläheteelle – oli uuden työtavan alkuvaiheessa tärkeää. Ajoittain melko kriittinenkin suhtautuminen on ollut eduksi toimintatapojen monipuoliselle tarkastelulle. Sen myötä on avautunut uusia näkökulmia ja voitu tietoisemmin ennakoita mahdollisia yhteistyön karikoita. Loppujen lopulta sellaisia on kuitenkin ilmennyt varsin vähän. Neuvolatyön laadun varmistamiseksi on käyttöön otettu näyttöön perustuvia menetelmiä, kuten Audit -kyselyt kummallekin odottavalle vanhemmalle, parisuhdeväkivallan seulontahaastattelu äideille, voimavaramittari ensimmäistä lasta odottaville vanhemmille, EPDS-seula äideille synnytyksen jälkeen, sekä vauvaperheen arjen voimavaralomake.

Imatralla pyrimme mahdollistamaan perheen voimavaroihin perustuvan, koteihin viedyn moniammatillisen tuen käytännössä mm. seuraavasti:

- Kaikille ensimmäistä lasta odottaville vanhemmille tarjotaan perheohjaajan ja neuvolan terveydenhoitajan yhteinen kotikäynti n. 1 kk ennen laskettua aikaa. Aika pyritään sopimaan niin, että molemmat vanhemmat ovat paikalla. Kotikäynnillä keskustellaan ”ensimmäistä lastaan odottavan perheen arjen voimavarat” -lomakkeen pohjalta. Vanhemmat ovat kumpainkin saaneet sen terveydenhoitajaltaan muutamia viikkoja aikaisemmin kotiin täytettäväkseen. Keskustelun perusteella otetaan puheeksi niin esiin nousseita voimavaratekijöitä, kuin niitä kuormittaviakin seikkoja. Pohditaan ja suunnitellaan yhdessä vanhempien ja perheohjaajan kanssa, miten mahdollisia kuormituksia voisi vähentää ja edistää voimavarojen elpymistä. Perheohjaaja esittelee omaa työnkuvaansa ja

antaa perheelle yhteystietonsa mahdollista myöhempää yhteydenottotarvetta varten. Uudelleensyntyttäjien kohdalla toimitaan samoin periaattein, mutta tarveharkintaisesti.

- Synnytyksen jälkeen terveydenhoitaja tekee kotikäynnin kaikille ja arvioi yhdessä vanhempien kanssa muiden kotiin tuotavien palvelujen, esimerkiksi kodinhoitajan, perheohjaajan, tai uusien th-kotikäyntien tarvetta.
- Kaikille monikkolasten perheille suunnitellaan jo raskausaikana kodinhoitaja-avun saanti vauvojen kotiutuessa synnytyssairaalasta/isyysloman päätyttyä.
- Terveydenhoitajan ja neuvolapsykologin yhdessä tekemät kotikäynnit ovat mahdollistaneet moniammatillisen perhetilanteen arvioinnin mm. sellaisissa tapauksissa, joissa kaikille osapuolille sopivaa vastaanottoaikaa neuvolassa/Kasperissa ei saatu järjestymään.
- Suuren huolen tilanteissa on terveydenhoitaja tehnyt kotikäyntejä yhdessä lastensuojelun sosiaalityöntekijän kanssa tehostetun tuen aloittamiseksi vanhempien voimavaroja vahvistamaan – joko neuvolan perhepalveluna tai lastensuojelun avohuollon tukitoimena.
- Moniammatillisia kotona järjestettyjä palveluita on tarvittaessa järjestetty esimerkiksi pikku-lapsen äidin vakavan mielenterveysongelman tilanteessa. Vanhemman voimavarojen voimakkaasti kuormittuessa voidaan myös kutsua akuuttiryhmä kotikäynnille.
- Joskus on tarpeen rohkaista äitiä lapsineen lähtemään turvakotiin tilanteen kotona kärjistyttyä esimerkiksi perheväkivallan vuoksi. Akuutin vaiheen jälkeen tehostettu tuki perheelle suunnitellaan yhdessä lastensuojelun sosiaalityön toimijoiden kanssa.

Avun lähteitä ja tukimuotoja siis löytyy. Joillekin perheille kynnys ottaa tarveharkintaista tukea vastaan on kuitenkin korkea, omin voimin pärjäämistä pidetään kunnia-asiana ja kotipalvelujen tarve saatetaan kokea epäonnistumisena. Perheen yksityisyyden ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on tärkeää. Terveydenhoitajana joutuu kuitenkin asettamaan lapsen edun aina ensisijaiseksi ja ottamaan heränneen huolensa vanhempien kanssa puheeksi myös silloin, kun se tarkoittaa lastensuojelun tukitoimien tarpeen arviointia. Näissäkin tilanteissa voi perheen jäljellä olevien voimavarojen esiin nostaminen auttaa vanhempia hyväksymään tarvittavat tukitoimet ja sitoutumaan alkavaan yhteistyöhön. Lapsiperheiden palveluohjauksessa on keskeistä tunnistaa, ja auttaa myös perhettä itseään havaitsemaan ne voimavarat, joiden turvin perhe pärjää riittävän hyvin kulloisessakin elämäntilanteessaan.

Asiakaslähtöisyys ja perhekeskeisyys tulevat todeksi kunnioittavassa kohtaamisessa, jossa on tilaa intuitiiviselle vuorovaikutukselle. Näin syntyvässä luottamuksellisessa suhteessa terveydenhoitaja voi ottaa puheeksi asiakkaan/perheen hyvinvointiin vaikuttavia seikkoja asiantuntemukseensa ja havaintoihinsa perustuen. Kun myös perheen omat kokemukset, näkemykset ja mahdolliset huolen aiheet tulevat kuulluksi, asiakkaan osallisuus häntä koskevissa prosesseissa toteutuu. Tämä on mielestäni välttämätön edellytys asiakkaan sitoutumiselle yhteistyöhön, jolla tavoitellaan hänen ja koko perheen voimaantumista. Tunne selviytymisestä ja luottamus tarvittaessa saatavaan tukeen vahvistaa voimavaroja ja toimii palkitsevana palautteena. Tasavertaisuuden periaate on yksi terveydenhoitajatyön ja neuvolatoiminnan peruspilareista.

Kohtaamalla kaikki asiakasperheet neuvolatyön suositusten, tulevaisuudessa asetuksen, mukaisesti löydetään erityisen tuen tarpeessa olevat perheet riittävän varhain. Yksilöllisellä palveluohjauksella heille voidaan tarjota sellaisia tukipalvelujen yhdistelmiä, jotka he itse kokevat todellisena tukena ja voimavarojensa vahvistajina. Tarvitaan moniammatillista osaamista ja strukturoitua yhteistyötä, johon myös asiakas kutsutaan mukaan yhtenä osallisena, oman itsensä, perheensä ja elämäntilanteensa asiantuntijana.

Entä sitten ne perheet, joissa ”kaikki on hyvin” – onko resurssien tuhlausta käyttää perheohjaajan ja terveydenhoitajan työaikaa yhteisiin raskaudenaikaisiin kotikäynteihin silloin, kun oletuksena on hyvinvoivat ja vastuulliset esikoistaan odottavat vanhemmat? Mielestäni ehdottomasti ei. Juuri näinhän toteutamme tasavertaisia peruspalveluja, vahvistamme tulevien vanhempien

voimaantumista ja mahdollistamme riittävän varhaisen tuen esittelemällä vanhemmille kunnan lapsi-perhepalveluita niin, että he osaavat tarvittaessa hakea apua. Samalla viestimme perheille, että heidän hyvinvointinsa on tärkeää ja olemme valmiit edistämään sitä yhdessä moniammatillisen palveluverkoston ja ensisijaisesti heidän itsensä kanssa.

Tiivistelmiä



Vammaisten lasten
ja nuorten tukisäätiö

KIIKKU – vauvaperhetyötä ja koulutusta

Kiikku-vauvaperhetyö on moniammatillista, eri sektoreilla toteutettavaa, vauvalähtöistä ja ennaltaehkäisevää hoitotyötä. Keskeistä työssä on varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen. Kotikäynteihin perustuvaa työtä tekevät sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset ympäri Suomen. Vuodesta 2008 lähtien Kiikku-vauvaperhetyön täydennyskoulutusta tarjoavat Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiön yhteistyöammattikorkeakoulut.

Kiikku-vauvaperhetyö* on Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiön (Helsinki) kehittämä ja rekisteröimä työmalli. Säätiö on yli kymmenen vuotta jatkuneessa Kiikku-hankkeessa kehittänyt työmallin vauvaperheiden ennaltaehkäisevään tukeen ja kouluttanut siihen kymmeniä osaajia sosiaali- ja terveysalan ammattilaisista. Vuosina 2005–2008 vauvaperhetyön koulutus siirretään säätiöltä osaksi julkista koulutusjärjestelmää, ammattikorkeakoulujen täydennyskoulutukseksi. Hanketta on rahoittanut Raha-automaattiyhdistys.

Vauvaperhetyö tukee ja hoitaa vuorovaikutusta

Monia lasten hyvinvointia uhkaavia riskitekijöitä voidaan tunnistaa jo varhaislapsuudessa. Tiedetään, että varhaisella puuttumisella ja ennaltaehkäisevällä työllä voidaan lisätä lasten ja perheiden hyvinvointia. Kiikku-vauvaperhetyö on hoitotyötä, jossa on keskeistä vauvan ja vanhemman välisen vuorovaikutussuhteen tukeminen ja hoitaminen. Työ on vauvalähtöistä, ja sitä toteutetaan toistuvina kotikäynteinä lapsen ollessa 0–1-vuotias.

Vauvaperhetyötä toteutetaan eri sektoreilla

Kiikku-vauvaperhetyöntekijä voi toimia *perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai sosiaalihuollon* lapsi- ja perhepalveluja tarjoavissa yksiköissä, kuten esim. neuvoloissa, sairaaloiden lastenosastoilla, perhekeskuksissa tai lastensuojelussa. Kiikku-vauvaperhetyön asiakkaita ovat vauvaperheet, joissa voi olla niin vauvasta kuin vanhemmasta johtuvia, vuorovaikutuksessa ilmeneviä tai kiintymyssuhteen kehittymiseen vaikuttavia, biologisia, psykologisia tai sosiaalisia riskitekijöitä.

Vauvaperhetyön täydennyskoulutusta ammattikorkeakouluissa

Kiikku-vauvaperhetyön* koulutuksen (23 op) tavoitteena on antaa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille valmiudet vauvaperhetyöntekijänä toimimiseen ja työhön liittyvien haasteiden kohtaamiseen. Koulutus painottuu vauvalähtöiseen työskentelyyn. Koulutuksen teemoja ovat mm. varhainen vuorovaikutus ja sen havainnointi ja arviointi, vuorovaikutuksen tukeminen, hoitaminen ja ohjaaminen sekä vauvaperhetyö osana muuta verkostoa. Katso koulutuksen tarkemmat tavoitteet ja teemat: www.vamlas.fi.

Vauvaperhetyön koulutusta tarjoavat seuraavat oppilaitokset:

- Etelä-Karjalan ammattikorkeakoulu, Lappeenranta
- Laurea-ammattikorkeakoulu, Vantaa
- Oulun seudun ammattikorkeakoulu
- Savonia-ammattikorkeakoulu, Kuopio
- Seinäjoen ammattikorkeakoulu
- Rovaniemen ammattikorkeakoulu

Lisätietoa koulutuksien käynnistymisestä ja hakuajoista: www.vamla.fi.

LapsYTY – Lapsiperhepalveluiden yhteistyökäytäntöjen johtaminen -hanke

Tarkoitus

LapsYTY on Stakesin tutkimus- ja kehittämishanke (2008–2010), jonka tarkoituksena on edistää lasten ja heidän perheidensä terveyttä ja hyvinvointia tukemalla terveyden ylläpitämistä, ehkäisemällä ongelmia ja puuttamalla niihin varhain.

Tavoitteina

- kehittää kunnan terveys-, sosiaali- ja opetustoimen ja muiden työntekijöiden keskinäistä yhteistyötä
- kehittää työntekijöiden lapsi- ja lapsiperhelähtöistä yhteistyötä lapsiperheiden kanssa
- lisätä lapsiperheiden osallisuutta ja vastuunottoa lasten ja koko perheen terveydestä ja hyvinvoinnista.

Kiinnostuksen kohteena on palvelujen yhteensovittaminen

- lapsen elämän taitekohdissa (odotus, syntymä, päivähoidon, esikoulun ja koulun aloitus)
- terveys-, sosiaali- ja koulutoimen palvelujen rajapinnoilla.

Kohderyhmät

- perheet, joilla on 0–8-vuotiaita lapsia
- työntekijät äitiys- ja lastenneuvoloissa, päivähoidossa, esiopetuksessa, kouluterveyden- huollossa, avoimessa varhaiskasvatuksessa, esiopetuksessa, yksityisessä ja kolmannen sektorin palveluissa sekä erityishuollossa.

Vaiheet I–V

- I Tieto vaikuttavista yhteistyökäytännöistä: järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus
- II Tieto nykyisistä yhteistyökäytännöistä: Survey -tutkimus (kyselyt työntekijöille ja vanhemmille)
- III Uuden käytännön kehittäminen: toimintatutkimuksella yhteistyössä kuntien kanssa
- IV Uuden käytännön pilotointi ja soveltuvuuden arviointi
- V Uuden käytännön markkinointi ja levittäminen.

Merkitys

- Lapsiperheille: palvelujen sujuvuus, avun ja tuen viiveetön saanti
- Työntekijöille: toiminnan tavoitteiden yhtenäistymistä, sovittuja yhteistyömenetelmiä, vastuunjaon selkeytymistä, vastavuoroista asiantuntemuksen käyttöä
- Johtajille: rajapintoja ylittävien käytäntöjen parempaa hallintaa, toimintojen jatkuvaa arviointia ja uudistamista (arviointivälineet)
- Päätäjille: valtakunnallista tietoa lapsiperheiden terveyden edistämisen yhteistyökäytännöistä rakenteiden kehittämisen pohjaksi

Vastuutaho ja yhteyshenkilöt

Stakes, kuntien hyvinvointistrategiat -ryhmä (KHS)

Tutkimusprofessori Marja-Leena Perälä, marjaleena.perala@stakes.fi

Tutkija Teija Hammar, teija.hammar@stakes.fi

www-sivut: <http://info.stakes.fi/lapsyty/fi>

Yhteistyökumppanit

Stakes: neuvolatyön tutkimus- ja kehittämiskeskus, varhaiskasvatus- ja mielenterveysryhmät
Sosiaali- ja terveysministeriö, Kansanterveyslaitos, Opetushallitus, kunnat

Äitiys- ja lastenneuvolan sekä kouluterveydenhuollon laatu terveyskeskuksissa 2007

TUOVI HAKULINEN-VIITANEN (1), MATTI RIMPELÄ (1), VESA SAARISTO (1), KIRSI WISS (1) JA HANNA HAPPONEN (2)

1) Stakes/Kuntapalvelut; 2) Tampereen yliopiston terveystieteiden laitos

Terveyskeskuskyselyssä touko-lokakuussa 2007 kerättiin tietoja äitiysneuvolan (ÄNLA), lastenneuvolan (LNLA) sekä kouluterveydenhuollon (KTH) suunnittelusta ja johtamisesta (Rimpelä ym. 2007). Valtakunnallisista suosituksista (Viisainen 1999, STM 2004:8 & 2004:14) ja tästä aineistosta johdettiin kullekin toiminnolle 10 laatukriteeriä (Hakulinen-Viitanen ym. 2008, Rimpelä ym. 2008). Kyselyyn vastanneista 187 terveyskeskuksesta 40 %:sta saatiin tieto kaikista 30 laatukriteeristä; yksi tieto puuttui 22 %:lta, 2 tietoa 17 %:lta ja 3–5 tietoa 14 %:lta. Tässä tutkimuksessa olivat mukana ne 184 terveyskeskusta, joiden vastauksessa oli tieto vähintään kuudesta laatukriteeristä/toiminto.

Kun laatusummat laskettiin yhteen, keskimääräistä tilannetta kuvaavaksi keskiluvuksi (väkiluvulla painotettu mediaani) tuli 13 vaihteluvälin ollessa 3–23. Vastaava keskiluku oli ÄNLA:ssa 5, LNLA:ssa 5 ja KTH:ssa 3. Parhaiten kriteerit toteutuivat väestöpohjaltaan yli 50 000 asukkaan (7, 6, 4), huonoiten alle 10 000 (4, 4, 3) asukkaan terveyskeskuksissa. Suurten terveyskeskusten välillä oli suuria eroja, laatusumma vaihteli välillä 8–23. Oulun (5, 4, 3) ja Lapin läänissä (3, 5, 3) kriteerit toteutuivat huonommin kuin Etelä- ja Väli-Suomessa. Hyvä ja huono laatu kasautuivat usein samoihin terveyskeskuksiin: KTH/ÄNLA $r = 0,36$ ja KTH/LNLA $r = 0,32$. Äitiys- ja lastenneuvoloiden laatu oli toisiinsa vieläkin voimakkaammassa yhteydessä ($r = 0,52$).

Päätulokset ovat selviä: 1)TK:n välillä on suuria eroja; 2) hyvä ja huono laatu kasautuvat, ja 3) äitiys- ja lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon laatu on keskimäärin sitä parempi mitä suurempi on TK:n väestöpohja, mutta myös suurten TK:ten välillä on merkittäviä eroja. Tulosten luotettavuus perustuu TK:ten antamiin tietoihin. Tarkemmat tiedot voivat muuttaa

yksittäisten TK:ten tuloksia. Nämä varaukset huomioon ottaen tulokset rohkaisevat jatkamaan kehitystyötä.

Lähteet

- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Saaristo V, Hastrup A ja Rimpelä M (2008): Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen. Stakes Raportteja 21/2008.
- Rimpelä M, Wiss K, Saaristo V, Happonen H, Kosunen E ja Rimpelä A (2007): Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimeenpano 2004–2007. Stakes Työpapereita 32/2007.
- Rimpelä M, Happonen H, Saaristo V, Wiss K ja Kainulainen H (2008): Kouluterveydenhuollon laatu terveyskeskuksissa 2007. Verkkojulkaisu. http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/855D4E30-D589-400E-AE63-870F257834D5/0/Kouluterveydenhuollonlaatuaterveyskeskuksissa2007_Raportti.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2004). Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriö Oppaita 2004:14.
- Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto (2004): Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö Oppaita 2004:8.
- Viisainen K (toim.) (1999). Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999. Stakes Oppaita 34.

Ideatorilla mukana

ADHD-LIITTO RY

ADOPTIOPERHEET RY

AUTISMI- JA ASPERGERLIITTO RY

ENSI- JA TURVAKOTIEN LIITTO RY

HELSINGIN ENSIKOTI RY, Vallilan yksiköt

HELSINGIN KAUPUNKI, Itäinen perheryhmä

IMETYKSEN TUKI RY

KAINUUN MAAKUNTA -KUNTAYHTYMÄ, Perhepalvelut

KANSANTERVEYSLAITOS, Lasten ja nuorten terveyden osasto

KANSANTERVEYSLAITOS, Rokoteosasto

KOTIMAISET KASVIKSET RY

KUOPION YLIOPISTO, Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitos

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU, Sosiaali- ja terveysala

LAPSI 2000

LASTEN TERVEYSFOORUMI

MANNERHEIMIN LASTENSUOJELULIITTO

MANNERHEIMIN LASTENSUOJELULIITTO, Varsinais-Suomen piiri ry

HELSINGIN YLIOPISTO, Palmenia -keskus

PSYKOLOGIEN KUSTANNUS OY

RAITTIUDEN YSTÄVÄT RY

SOSIAALI- JA TERVEYSALAN TIETOPALVELU, Ammattikirjallisuus

STAKES, Julkaisut

STAKES, Finohta

STAKES, Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus

STAKES, LapsYTY

SUOMEN MIELENTERVEYSSEURA

SUOMEN MONIKKOPERHEET RY

SUOMEN SYDÄNLIITTO RY, Neuvokas perhe -hanke

SUOMEN TERVEYDENHOITAJALIITTO STHL RY

TEHY, Kouvolan alueyksikkö

TURUN KAUPUNGIN TERVEYSTOIMI, Painokas-hanke

VAMMAISTEN LASTEN JA NUORTEN TUKISÄÄTIÖ, Kiikku -hanke

VAUVATTIMET

VÄESTÖLIITTO, Kotirauhaa -kampanja

WSOY OPPIMATERIAALIT OY, Ammatti- ja korkeakoulukirjat

TYÖPAPEREITA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2008

Timo Seppälä, Juha Hartikainen, Unto Häkkinen, Merja Juntunen, Miika Linna, Kjell Nikus, Simo Pelanteri, Mikko Peltola, Auvo Rauhala, Antti Vento. PERFECT – Pallolaajennus ja ohitusleikkaus. Toimenpiteiden kustannukset ja vaikuttavuus tuottajatasolla
Työpapereita 35/2008 Tilausno T35/2008

Miika Linna, Kirsi Vitikainen. Opetuksen ja tutkimuksen aiheuttamat kustannukset sairaaloille vuosina 2004–2006
Työpapereita 34/2008 Tilausno T34/2008

Suvi Mäkklin, Marjukka Mäkelä. Hoitoon pääsy syöpätaudeissa. Kysely sairaanhoitopiireille elokuussa 2008
Työpapereita 33/2008 Tilausno T33/2008

Riitta Haverinen, Riitta Haahti (toim.). Annus Socialis Fenniae 2008. Nordiskt socialdirektörsmöte. Siguna, Sverige 1.–2. oktober 2008
Työpapereita 32/2008 Tilausno T32/2008

Åse Brandt, Charlotte Löfqvist, Inga Jónsdóttir, Anna-Liisa Salminen, Terje Sund, Susanne Iwarsson. NO-MO 1.0 Liikkumisapuvälineiden vaikuttavuusmittari. Käsikirja
Työpapereita 31/2008 Tilausno T31/2008

Janne Nikkinen. Sosiaalieettinen näkökulma rahapeliongelmiin ehkäisyyn ja hoitoon
Työpapereita 30/2008 Tilausno T30/2008

Olli Viljanen, Timo M. Kauppinen, Jouko Karjalainen. Toimeentulotuen uusien asiakkaiden jonotilanne 2008
Työpapereita 29/2008 Tilausno T29/2008

Maritta Vuorenmaa & Lasse Löytty. Mot ett österbottniskt välbefinnande. Utvärderingssynpunkter på Österbotten-projektets första verksamhetsperiod åren 2005–2007
Diskussionsunderlag 28/2008 Tilausno T28/2008

Kouluterveyspäivät 2008. 26.–27.8.2008, Paasitorni, Helsinki. Tiivistelmät ja posterit
Työpapereita 27/2008 Tilausno T27/2008

Maija Ritamo (toim.). Seksuaalisuus ammattihenkilöstön koulutuksessa sekä vammaisten ja pitkäaikais-sairaiden terveyspalveluissa
Työpapereita 26/2008 Tilausno T26/2008

Mauno Konttinen, Riitta Haahti (red.). Annus Medicus Fenniae 2008. Nordiskt medicinaldirektörsmöte. Mariehamn, Finland 21.–22. augusti 2008
Diskussionsunderlag 25/2008 Tilausno T25/2008

Tuulia Rotko, Marita Sihto, Hannele Palosuo. Katsaus terveysvaikutusten arviointiin terveyserojen näkökulmasta
Työpapereita 24/2008 Tilausno T24/2008

Pertti Korteniemi, Pekka Borg. Kohti näyttöön perustuvaa ammatillista käytäntöä?
Työpapereita 23/2008 Tilausno T23/2008

Mariann Kylmäniemi, Outi Töytäri. Vammaispalvelulain mukaiset apuvälinepalvelut. Selvitys apuvälinepalveluiden toteutumisesta Suomessa vuonna 2006